Soziale Unsicherheit im Kindesalter

Indikation und Effektivität eines verhaltenstherapeutischen Trainings

Dissertation

zur Erlangung des
Doktorgrades der Philosophie (Dr. phil.)

vorgelegt

der Philosophischen Fakultät der Martin-Luther-Universität
Halle-Wittenberg,
Fachbereich Geschichte, Philosophie und Sozialwissenschaften

von Frau Dipl. Psych. Sabine Ahrens-Eipper
geb. am 16.06.1972 in Ludwigshafen am Rhein

Gutachter:
Prof. Dr. B. Leplow
Prof. Dr. P. Borkenau

Tag der Verteidigung: 30.10.02

Ahrens-Eipper, Sabine:
Soziale Unsicherheit im Kindesalter : Indikation und Evaluation eines verhaltenstherapeutischen Trainings / Sabine Ahrens-Eipper. –
Als Ms. gedr.. – Berlin : dissertation.de – Verlag im Internet GmbH, 2002
Zugl.: Halle, Univ., Diss., 2002
ISBN 3-89825-550-6

Bibliografische Information Der Deutschen Bibliothek

Die Deutsche Bibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.ddb.de> abrufbar.

Copyright dissertation.de – Verlag im Internet GmbH 2002

Alle Rechte, auch das des auszugsweisen Nachdruckes, der auszugsweisen oder vollständigen Wiedergabe, der Speicherung in Datenverarbeitungsanlagen, auf Datenträgern oder im Internet und der Übersetzung, vorbehalten.

Es wird ausschließlich chlorfrei gebleichtes
Papier (TCF) nach DIN-ISO 9706 verwendet.
Printed in Germany.

dissertation.de - Verlag im Internet GmbH
Pestalozzistraße 9
10 625 Berlin

URL: http://www.dissertation.de

„Ich mögte so kehrne Freunde sum bilen.“
David, 8 Jahre

„Katja genügt den Leistungsanforderungen unauffällig“
Zeugnis der ersten Klasse

„Was sollen die schon sagen, wenn ich auf den Spielplatz komme: Da kommt ja wieder so ein Behinderter.“
Patrick, 11 Jahre

„Und da habe ich an den Tiger gedacht, und schwupp ging der Arm hoch und ich habe mich gemeldet“
Tim, 10 Jahre

Ich danke...

... Nicole Oestreich und Elisabeth Feiereis für ihre unermüdliches und großartiges Engagement, ihre akribische Dateneingabe und ihre Unterstützung.

... Melanie Lipp, Barbara Füssel, Sandra Fritsche und Nadine Mauer für Ermutigung, Trost und Hilfe.

... Margit Brunheim dafür, dass sie stets über das Chaos siegte.

... Robby Schönfeld für 103 Tiger-CDs und die Rettung mehrere Festplatten

.... Roland Reinelt für seine spontanen Hilfsaktionen.

.... meinen Kollegen für unzählige entliehene Videokameras und Fernseher, für das Ertragen quietschender Kinder auf dem Flur und fehlender Studierender im Seminar („Wir sind beim Tigertraining...“).

... allen Tigertrainern und Tigertrainerinnen für ihr unvergleichliches Engagement.

... allen Interviewern, die unzählige Stunden mit der Befragung von Kindern und Eltern verbracht haben, insbesondere Cornelia Eckert und Claudine Grumbach.

... allen beteiligten Arztpraxen, Beratungsstellen, Schulen und Landesbildungsstellen für Ihre Kooperation.

... meinem Mentor Bernd Leplow für sein Vertrauen in die Idee „Til Tiger“, seine immerwährende Unterstützung und seinen fachlichen Rat.

... meiner Familie, insbesondere meinem Mann.

Inhaltsverzeichnis

1 Einleitung **10**
2 Theoretischer Hintergrund **12**
2.1 Klinische Symptomatik, Klassifikation und Epidemiologie **12**
2.1.1 Das Erscheinungsbild der Sozialen Unsicherheit 12
2.1.2 Definition Sozialer Unsicherheit und verwandter Konstrukte 16
2.1.3 Differentialdiagnosen 21
2.1.4 Epidemiologie 26
2.1.5 Komorbidität 31
2.1.6 Verlauf 32
2.1.7 Risiko- und Einflussfaktoren 42
2.2 Entstehung und Aufrechterhaltung Sozialer Unsicherheit **45**
2.2.1 Das Prozessmodell nach Hinsch und Pfingsten 45
2.2.2 Das Modell der sozialen Phobie von Clark und Wells 47
2.2.3 Das kognitiv-behaviorale Modell nach Döpfner 50
2.2.4 Das biologische Modell „Behavioral Inhibition“ 52
2.2.5 Sozialer Rückzug nach Rubin, LeMare und Lollis 54
2.2.6 Zusammenfassung 56
2.2.7 Ein multimodales Erklärungsmodell 57
2.3 Diagnostik und Therapiekontrolle **62**
2.3.1 Überblick 62
2.3.2 Besonderheiten bei der Diagnostik von Ängsten und Angststörungen im Kindesalter 62
2.3.3 Typen von Erhebungsinstrumenten zur Überprüfung der Effektivität von Sozialen Kompetenz Trainings nach Gresham 62
2.3.4 Methodische Probleme 63
2.4 Stand des Behandlungswissens **64**
2.4.1 Überblickl 64
2.4.2 Erste Schritte zur Behandlung Sozialer Unsicherheit 64
2.4.3 Konzepte Sozialer Kompetenz Trainings 64
2.4.4 Indikation und Kontraindikation eines Sozialen Kompetenz Trainings 65
2.4.5 Beispiele für Sozialer Kompetenz Trainings 66
2.4.6 Befunde zur Effektivität 68
2.4.6.1 Verlaufsanalysen im Einzelfall 68
2.4.6.2 Randomisierte Kontrollgruppenstudien bei Kindern mit Angststörungen oder Sozialer Unsicherheit 68
2.4.6.3 Metaanalysen zur Effektivität Sozialer Kompetenz Trainings bei Kindern 72
2.4.7 Fazit zum Stand des Behandlungswissens 74
2.4.8 Schlussfolgerungen zur Konzeption und Evaluation von Interventionsprogrammen 75

3 Konzeption und Aufbau des Tigertrainings ... 78

3.1 Überblick über das kapitel ... 78
3.2 Leitlinien des therapeutischen Vorgehens ... 78
3.3 Ziele und Schwerpunkte der Intervention ... 79
3.4 Überblick über das Training ... 80
3.5 Ablauf einer Stunde ... 81
3.6 Methoden und Materialien ... 82
3.7 Elternarbeit ... 87

4 Präzisierung der Fragestellung ... 91

5 Methodischer Teil ... 92

5.1 Ziele der Untersuchung und inhaltliche Hypothesen ... 92
5.1.1 Studie 1: Verbreitung und Verlauf Sozialer Unsicherheit ... 92
5.1.2 Studie 2: Evaluation der Sozialen Kompetenz Trainings ... 93
5.2 Erhebungsinstrumente ... 94
5.2.1 Beschreibung der verwendeten standardisierten Erhebungsverfahren ... 94
5.2.2 Unstandardisierte Erhebungsinstrumente ... 100
5.3 Versuchsdesign ... 106
5.3.1 Überblick ... 106
5.3.2 Studie 1: Operationalisierung der untersuchten Variablen ... 107
5.3.3 Studie 2: Operationalisierung der untersuchten Variablen ... 109
5.4 Zeitplan und Prozedere der Datenerhebung ... 111
5.4.1 Überblick über den zeitlichen Ablauf ... 111
5.4.2 Probandenrekrutierung und Datenerhebung ... 112
5.5 Auswertung ... 114
5.5.1 Grundlegendes statistisches Vorgehen ... 114
5.5.2 Statistische Hypothesen ... 118

6 Studie 1: Verbreitung und Verlauf Sozialer Unsicherheit ... 124

6.1 Ergebnisse zur Verbreitung der sozialen Unsicherheit ... 124
6.1.1 Beschreibung der Stichprobe ... 124
6.1.1.1 Datenzugang und Dropout ... 124
6.1.1.2 Deskriptive Darstellung der unabhängigen Variablen ... 126
6.1.1.3 Deskriptive Darstellung der Kontrollvariablen ... 130
6.1.1.4 Deskriptive Darstellung der abhängigen Variablen ... 132
6.1.2 Gesamtstichprobe ... 136
6.1.2.1 Prüfung der Haupt- und Interaktionseffekte ... 136
6.1.2.1 Vergleich der Kinder mit und ohne Körperbehinderung ... 139
6.1.2.3 Vergleich der Mädchen und Jungen ... 143
6.1.2.4 Vergleich der Altersgruppen ... 146
6.1.2.5 Einfluss Kontrollvariablen ... 149
6.1.3.9 Übersicht über die Gruppenunterschiede ... 150
6.1.3 Kinder ohne Körperbehinderung ... 151
6.1.3.1 Überblick über das Kapitel ... 151
6.1.3.2 Prüfung der Haupt- und Interaktionseffekte ... 151
6.1.3.3 Vergleich der Mädchen und Jungen ... 153
6.1.3.4 Vergleich der Altersgruppen ... 155
6.1.3.5 Übersicht über die Gruppenunterschiede ... 158

6.1.4 Kinder mit Körperbehinderung 159
6.1.4.1 Prüfung der Haupt- und Interaktionseffekte 159
6.1.4.2 Vergleich der Mädchen und Jungen 160
6.1.4.3 Vergleich der Altersgruppen 163
6.1.4.5 Übersicht über die Gruppenunterschiede 166
6.1.5 Besonders betroffene Subgruppen 167
6.2 Ergebnisse zum Verlauf der Sozialen Unsicherheit 171
6.2.1 Betrachtung der Mittelwerte und Häufigkeiten 171
6.2.2 Analyse der individuellen Veränderungen 172
6.2.3 Besonders betroffende Subgruppen 174
6.3 Bewertung der Ergebnisse und Diskussion Studie 1 177
7 Studie 2: Evaluation des Sozialen Kompetenz Trainings 190
7.1 Beschreibung der Stichprobe 190
7.1.1 Datenzugang und Dropout 190
7.1.2 Deskriptive Darstellung der unabhängigen Variablen 193
7.1.3 Deskriptive Darstellung der Kontrollvariablen 194
7.1.4 Deskriptive Darstellung der abhängigen Variablen 196
7.1.5 Übersicht über die Stichproben 201
7.2 Prüfung der kurzfristigen Effektivität der Trainingsprogramme 202
7.2.1 Vergleich Interventions- und Wartekontrollgruppe 202
7.2.2 Vergleich Problemlöse- und Verhaltenstrainingggruppe 215
7.2.3 Einflussfaktoren auf die kurzfristige Veränderung der Symptomatik 227
7.2. Veränderung der Temperamentsmerkmale 243
7.3 Prüfung der langfristigen Effektivität der Trainingsprogramme 245
7.3.1 Grundsätzliches Vorgehen 245
7.3.2 Klinisch relevante Veränderungen auf individueller Ebene 246
7.3.3 Vergleich Problemlöse- und Verhaltenstrainingggruppe 247
7.3.4 Beurteilung der Entwicklung und der aktuellen Situation durch Eltern und Kinder zu t3 250
7.4 Verlaufsanalysen im Einzelfall 255
7.4.1 Grundsätzliche Vorgehen 255
7.3.2 Verwendete Methode 255
7.3.3 Ergebnisse zu den monotonen Trends 257
7.5 Diskussion Studie 2 276
8 Diskussion & Ausblick 292
9 Zusammenfassung 300
10 Literatur 302

1 Einleitung

Soziale Unsicherheit im Kindesalter ist ein weit verbreitetes Phänomen, das für die betroffenen Kinder und Familien mit erheblichem Leidensdruck und Einschränkungen im Alltag verbunden ist. Interventionsprogramme sind im deutschen Sprachraum zwar verbreitet, ihre Effektivität wurde bis dato jedoch nicht in Gruppenstudien untersucht. Im Rahmen der vorliegenden Arbeit wurden zwei Trainingsprogramme für sozial unsichere Kinder entwickelt und evaluiert. In den durchgeführten Studien sollten drei Fragestellungen untersucht werden:

- Wie groß ist der Bedarf an Interventionen für sozial unsichere Kinder bei Kindern ohne und mit Körperbehinderung im Grundschulalter?
- Handelt es sich bei Sozialer Unsicherheit um ein stabiles Phänomen?
- Sind die entwickelten Trainingsprogramme kurz- und langfristig effektiv?

Bei Sozialer Unsicherheit handelt es sich nicht um eine psychische Störung, sondern um eine subklinische Form der Verhaltensstörung. Soziale Unsicherheit im Kindesalter kann die betroffenen Kinder in einer Vielzahl von Bereichen einschränken. Typische Beispiele sind die Beeinträchtigung der Schulleistungen, mangelnde Sozialkontakte und ein Minimum an selbständigen Aktivitäten. Soziale Unsicherheit geht meist mit einem geringen Selbstwert und einem stark eingeschränkten Handlungsradius einher. Altersgemäße Kompetenzen werden nicht oder nur unzureichend aufgebaut, einst vorhandene Fertigkeiten werden nicht geübt und gehen verloren. Der soziale Rückzug der Kinder verstärkt sich progredient und führt zu einer Dezimierung des Selbstwertes und der Lebensqualität der Kinder.

Die Forschung der letzten Jahre zeigt, dass Soziale Unsicherheit und Ängste im Kindesalter die Wahrscheinlichkeit von sozialer Isolation, Angststörungen und Depression im Erwachsenenalter deutlich erhöhen. Soziale Ängste und schlechte Sozialbeziehungen in der Kindheit werden zunehmend als Mitverursachungsfaktoren für spätere soziale Probleme und psychische Störungen angesehen. Interventionen für sozial unsichere Kinder haben nicht nur die Beseitigung bestehender Störungen zum Ziel, sondern vor allem auch die Prävention zukünftiger Störungen.

Im deutschen Sprachraum mangelt es an randomisierten Kontrollgruppenstudien zur Wirksamkeit kognitiv-behavioraler Interventionen bei Kindern mit Sozialer Unsicherheit. Es liegen vielversprechende Behandlungsansätze vor, deren Umsetzung und/oder Evaluierung dringend gefordert ist. Im Rahmen dieser Arbeit wurde versucht, einen Beitrag zur Schließung dieser Lücke zu leisten.

Es wurden mehrere Einzelstudien durchgeführt: In einer breit angelegten Studie sollte die Prävalenz Sozialer Unsicherheit in einer typischen Grundschule und einem Landeszentrum für körperbehinderte Kinder erhoben werden. Die selbe Stichprobe sollte im eineinhalb-Jahresabstand erneut befragt werden, um zu erfassen, ob es innerhalb diese Zeitraumes Veränderungen der Auftretenshäufigkeit und der Ausprägung der Sozialen Unsicherheit gab. Die erhobene Verbreitung und der Verlauf der Sozialen Unsicherheit

sollten Schlussfolgerungen darüber erlauben, wann und bei welchen Kindern eine Intervention indiziert ist.

Für sozial unsichere Kinder im Grundschulalter im klinischen und nichtklinischen Bereich wurde eine kognitiv-behaviorale Intervention entwickelt, in derer Rahmen die kurz- und langfristige Wirkung eines Sozialen Kompetenz Trainings mit der eines Problemlösetrainings verglichen wurde. In dieser Studie sollte die Frage beantwortet werden, ob sich die beiden Trainings auf den Selbstwert, die Soziale Unsicherheit, die Problemlösefähigkeit und die Sozialbeziehungen der Kinder kurz- und langfristig auswirken, und ob diese Auswirkungen trainingsspezifisch oder trainingsunspezifisch sind.

2 Theoretischer Hintergrund

2.1 Klinische Symptomatik, Klassifikation und Epidemiologie

2.1.1 Das Erscheinungsbild der Sozialen Unsicherheit

Ängstlichkeit und Gehemmtheit in sozialen Situationen kann funktionalen Charakter haben, wenn sie zur Vorbereitung auf zukünftige schwierige Situationen motiviert (Hyson, & Izard, 1986) oder ein Zusammenleben in einer Gruppe ermöglicht, da sozial inakzeptable Verhaltensweisen vermieden werden (Ford, 1987). Weiten sich Ängstlichkeit und Gehemmtheit jedoch auf eine Vielzahl sozialer Situationen aus und verhindern so eine effektive Auseinandersetzung mit der Umwelt, hat dies erhebliche Beeinträchtigungen beim Aufbau von Freundschaften, in Leistungssituationen und bei der Entwicklung altersangemessener Sozialer Kompetenzen für das betroffene Kind zur Folge. Diese sollen in diesem Kapitel im Einzelnen dargestellt werden.

Sozial unsichere Kinder sind unauffällig. Sie können Kindergarten und Schule durchlaufen, ohne dass jemand bemerkt, dass sie Ängste oder Probleme haben. Da Soziale Unsicherheit mit dem Bemühen, nicht aufzufallen, einher geht, wird der Großteil sozial unsicherer Kinder weder von den Eltern, noch von Lehrkräften oder anderen Professionellen als solche erkannt (Kashdan & Herbert, 2001). Sie gelten als still und zurückhaltend, oft auch als angenehme Schüler. Im Klassenraum scheinen sie „unsichtbar“ zu sein und werden leicht übersehen (Strauss, Lahey, Frame & Hynd, 1988). Sie erzeugen in ihrem sozialen Umfeld keinen Leidensdruck, wie es etwa bei aggressiven Kindern der Fall ist (Petermann und Petermann, 1996). Sie verursachen auch keinen finanziellen Schaden. Nur sie selbst und eventuell ihre Eltern leiden unter den Folgen der Sozialen Unsicherheit.

Die betroffenen Kinder weisen in verschiedenen Bereichen Defizite auf. Sie haben Angst, von anderen negativ bewertet zu werden, sich zu blamieren oder zu versagen. Sie fürchten sich vor Begegnungen mit mehreren Menschen oder Begegnungen mit Fremden (Asendorpf, 1993). Sie können sich in sozialen Anforderungssituationen schlecht oder gar nicht behaupten. Sie vermeiden oder verweigern Sozialkontakte. Es fällt ihnen schwer, Freundschaften aufzubauen und zu erhalten (Asendorpf, 1993). Der soziale Status innerhalb der Gleichaltrigengruppe ist bei sozial unsicheren Kindern niedriger als bei Kindern ohne Ängste und Hemmungen in sozialen Situationen (LaGreca & Stone, 1993), und beim Aufbau neuer Freundschaften sind diese durch weniger Intimität und gegenseitige Unterstützung geprägt (Vernberg, Abwender, Ewell, & Beery, 1992). Die Kinder haben Angst, vor einer Gruppe zu sprechen (Petermann, 1996). Sie zeigen eine deutlich erhöhte Zahl kindlicher Ängste, sie sind beispielsweise nicht in der Lage, alleine zur Schule, in Geschäfte oder zur Toilette zu gehen. Weiterhin haben sozial unsichere Kinder deutlich mehr Prüfungsängste (Silvermann & LaGreca, 1992) und Angst vor Kritik und Versagen (Strauss & Last, 1993) als Kinder ohne Soziale Unsicherheit.

Sie zeigen depressive Symptome: sie fühlen sich traurig, ganz anders als alle anderen, hässlich oder einsam (Epkins, 1996; Blechman, McEnroe, Carella & Audette, 1986; LaGreca & Stone, 1993; Inderbitzen & Hope, 1995). Kinder mit Hemmungen in

sozialen Situationen sind weniger beliebt, haben einen niedrigeren Selbstwert und ein geringeres Verhaltensrepertoire als nicht-ängstliche Kinder (LaGreca et al., 1993; Asendorpf & van Aken, 1994). Sie wagen es nicht, eigene Ideen zu äußern, eigene Bedürfnisse zu formulieren, sich gegen andere durchzusetzen, ihre Interessen zu vertreten oder „Nein“ zu sagen (Petermann, 1996). Die Folgen sind fatal: die Kinder ziehen sich zurück, ihr Handlungsradius wird immer eingeschränkter, ihre Sozialkontakte werden stetig weniger.

Die effektive Auseinandersetzung mit konkreten Lebenssituationen wird durch die Ängste und Hemmungen in sozialen Situationen verhindert. Dies hat weitreichende Folgen für den Lebensbereich von Kindern im Grundschulalter, da die Kinder sich im Umgang mit Gleichaltrigen, Eltern und Lehrern zunehmend mit Schwierigkeiten konfrontiert sehen (Burk & Wittchen, 1991), auch wenn dies vom jeweiligen Gegenüber nicht oder nur selten wahrgenommen wird (Kashdan & Herbert, 2001). Selbstunsichere Kinder zeigen geringere Schulleistungen (Burk et al., 1991; Bonney, 1943; Buswell, 1953) und haben größere Lernschwierigkeiten (Amidon & Simon, 1965) als sozial kompetente Kinder. So kann das im Kindesalter relativ stabile Beschwerdebild zu einem zentralen Problem der kindlichen Entwicklung werden.

In älteren Studien wurde angenommen, sozial unsichere Kinder hätten ähnliche Defizite in der sozialen Perspektiv-Übernahme wie aggressive Kinder. Dafür findet die neuere Forschung jedoch keine Belege. Pfingsten (1991) vermutete einen kurvilinearen Zusammenhang zwischen sozialen Perspektivübernahmeprozessen und der Sozialen Kompetenz. Dies würde bedeuten, dass sowohl zu wenig als auch zu viel soziale Perspektivübernahme zu einem Mangel an Sozialer Kompetenz führen. Zu viel soziale Perspektiv-Übernahme ist gerade bei der Durchsetzung der eigenen Rechte ungünstig. Ein sozial unsicheres Kind könnte sich zuviel damit beschäftigen, dass der andere die Forderung nur ungern erfüllt, und sie deshalb erst gar nicht stellen, während ein aggressives Kind überhaupt nicht auf die Idee kommt, dass es dem Gegenüber unangenehm sein könnte, die Forderung zu erfüllen, und sie deshalb zu oft und zu rigoros stellt. Wie aggressive Kinder vermuten auch sozial unsichere Kinder bei anderen eher feindliche Absichten, was sich jedoch nur in Stress- oder konfliktbehafteten Situationen zeigt (Dodge, Murphy & Buchsbaum, 1984).

Die Gemeinsamkeiten und Unterschiede zwischen den beiden Extremen der sozialen Inkompetenz „Soziale Unsicherheit“ und „Aggressivität“ sind in Tabelle 01 aufgeführt.

Tabelle 01: Gemeinsamkeiten und Unterschiede zwischen den beiden Ausprägungen der sozialen Inkompetenz „Soziale Unsicherheit“ und „Aggressivität“

	Soziale Unsicherheit	Aggressivität
Sozialkontakte	Wenige Sozialkontakte	Wenige Sozialkontakte
Aufbau von Freundschaften	Defizite: Das Wissen um die Vorgehensweise beim Aufbau von Freundschaften fehlt, in der Situation wagen die Kinder nicht, das andere Kind anzusprechen.	Defizite: Das Wissen um die Vorgehensweise beim Aufbau von Freundschaften fehlt, in der Situation wählen die Kinder eher aggressive Verhaltensweisen, um Kontakt aufzunehmen.
Konflikte lösen	Defizite: Die Kinder wählen eher den Rückzug / geben nach.	Defizite: Die Kinder wählen eher aggressive Handlungsalternativen.
Selbstwert	Niedrig	Niedrig
Lösungsmöglichkeiten	Spezifische Defizite erst nach dem Fehlschlag der ersten Idee	Generelle Defizite: wenige und sozial inakzeptable Lösungsvorschläge
Vermutungen über die Absichten anderer	Es werden eher feindliche Absichten vermutet.	Es werden eher feindliche Absichten vermutet.
Schulleistungen	Mündliche Leistungen oft nicht möglich oder durch Ängste beeinträchtigt, Prüfungssituationen wirken oft angstauslösend und die Leistung ist beeinträchtigt.	Durch das aggressive Verhalten wird die Schulleistung generell beeinträchtigt.
Prädiktor für den Schweregrad psychiatrischer Störungen	Deutliche Zusammenhänge wurden retrospektiv und prospektiv nachgewiesen.	Sehr starke Zusammenhänge wurden retrospektiv und prospektiv nachgewiesen.

Sozial unsichere Kinder zeigen mangelnde Kontrollerwartungen (Petermann & Petermann, 1996). Beim Entwickeln von alternativen Lösungsmöglichkeiten weisen sozial unsichere Kinder Defizite auf, wenn es um das Aufbauen von Freundschaften geht oder darum, Konflikte zu lösen. Ihre Lösungsvorschläge sind nicht generell qualitativ schlechter, sondern werden es erst nach einem Fehlschlag der ersten Reaktion (Lübben & Pfingsten, 1999). Das Soziale Kompetenzvertrauen, also die Einschätzung der eigenen Fähigkeiten und Bewältigungsmöglichkeiten, korreliert negativ mit sozialer Angst und sozialem Rückzug (Connoly, 1989). Unsichere Kinder bemühen sich in Konfliktsituationen weniger als sozial kompetente Kinder um die Aufklärung der tatsächlichen Absichten anderer (Lübben & Pfingsten, 1999). Nach Dodge & Feldmann (1990) treten Beeinträchtigungen in der kognitiven Verarbeitung von sozial unsicheren Kindern auf, sobald die Situation Stress oder Konflikte beinhaltet oder die Reaktionen des Kindes sich nicht sofort als erfolgreich erweisen.

Bei der Kontaktaufnahme verhalten sich sozial unsichere Kinder passiv und gehemmt und zeigen deutliche Vermeidungstendenzen, dies gilt auch für Leistungssituationen (Asendorpf, 1993). In Spielsituationen schauen sie oft nur zu und beteiligen sich nicht selbst. In ungewohnten Situationen in der Schule oder nachmittags im Freizeitbereich (z.B. „eine fremde Person treffen“ oder „mit vielen anderen Personen/Kinder außerhalb des Hauses zusammen sein/spielen“) beteiligen sich Kinder mit Ängsten und

Hemmungen in sozialen Situationen deutlich weniger am Gespräch als im Einzelsetting oder mit Bekannten (Asendorpf & Meier, 1993). Sie zeigen lange Phasen ambivalenten Verhaltens (z.B. anderen vom Rand des Geschehens aus zusehen) oder unentschlossenes Verhalten (z.B. neben einer Gruppe stehen) und neigen dazu, lieber parallel neben anderen Kindern alleine zu spielen oder sich zum Alleine-spielen zurückzuziehen, wenn es Schwierigkeiten gibt (Asendorpf, 1993).

Diese Befunde machen deutlich, dass die Entwicklung und Evaluation spezieller Interventionen für sozial unsichere Kinder dringend gefordert sind, nicht nur, um die bestehenden Schwierigkeiten zu mindern, sondern auch, um dem späteren Auftreten von sozialen Problemen und psychischen Störungen, wie Angst und Depressionen, gezielt vorzubeugen.

2.1.2 Definition Sozialer Unsicherheit und verwandter Konstrukte

Für Ängste und Hemmungen in sozialen Situationen existieren eine Vielzahl von Konstrukten, allein im englischen Sprachraum mindestens 14 (Leary, 1993). Die Begriffe „Soziale Unsicherheit“, „Selbstunsicherheit“, „Soziale Inkompetenz“, „Soziale Ängstlichkeit“, „Schüchternheit“, „Soziale Ängste“ und „Soziale Phobie“ werden in der Literatur und in der Forschung oft synonym verwendet. Insbesondere werden die „Störung mit sozialer Ängstlichkeit“ und die „Soziale Phobie“ als ein und dasselbe Störungsbild behandelt (z.B. Katzelnick & Greist, 2001, Wittchen, 2000). Es gibt jedoch bedeutsame Unterschiede zwischen den einzelnen Konzepten, die im folgenden kurz dargestellt werden.

Definition: Soziale Unsicherheit ist gekennzeichnet durch eine Kombination von Angst in Anwesenheit anderer (bzw. Bewertungsangst in sozialen Situationen) und Vermeidung sozialer Situationen (Petermann & Petermann, 1996).

Sozial unsichere Kinder sind in sozialen Situationen ängstlich und gehemmt. Sie fürchten negative Bewertungen durch andere und vermeiden soziale Situationen bzw. halten sie nur ungern aus. Soziale Situationen sind für sie stets mit Angst oder starken unangenehmen Gefühlen verbunden. Sozial unsichere Kinder haben einen niedrigen Selbstwert und deutlich beeinträchtigte Sozialbeziehungen. Der Leidensdruck der Kinder ist oft sehr ausgeprägt, die Schulleistungen sind meist beeinträchtigt.

Selbstunsicherheit

Döpfner, Schlüter und Rey (1981) verwenden das Konzept „Selbstunsicherheit“, das sich mit dem in dieser Arbeit verwendeten Konstrukt der Sozialen Unsicherheit deckt. Nach Döpfner kann Selbstunsicherheit in fünf Komponenten zerlegt werden:

1. Soziale Ängste (emotionale Ebene von Selbstunsicherheit),
2. Negative Selbstwertgefühle (kognitive Ebene von Selbstunsicherheit),
3. Ineffektives Interaktionsverhalten und geringe Interaktionsfrequenz (motorische Ebene von Selbstunsicherheit),
4. Motorische soziale Defizite in Form fehlender verbaler oder nonverbaler Fertigkeiten (motorische Ebene von Selbstunsicherheit) und
5. Kognitive soziale Defizite in Form fehlender sozialer Kenntnisse und Problemlösefähigkeiten (kognitive Ebene von Selbstunsicherheit).

Mit „sozialen Ängsten“ wird lediglich die emotionale Ebene der Sozialen Unsicherheit beschrieben. Bei Sozialer Unsicherheit handelt es sich um ein subklinisches Phänomen. Soziale Unsicherheit wird weder in der ICD-10 (Dilling, Mombour, Schmidt,1999) noch im DSM-IV (American Psychiatric Association, 2000) als eigenes Störungsbild geführt. Sie wird von einigen Autoren als subsyndromal, also als schwächer ausgeprägte sozialphobische Reaktion angesehen. Hinsch und Pfingsten (1998) weisen in ihrem Training der Sozialen Kompetenz für Erwachsene darauf hin, dass der aus dieser Ansicht resultierende Schluss der Nichtbehandlungsbedürftigkeit unangemessen ist, da „sich soziale Ängste oft auch auf ganz andere Arten von Alltagssituationen beziehen, als das in dem relativ engen Konzept der sozialen Phobie angenommen wird“ (Hinsch & Pfingsten, 1998, S.13).

Soziale Kompetenz

Zu diesem Konstrukt existieren eine Vielzahl von Definitionen. Im folgenden soll eine Auswahl von Konzepten dargestellt werden sowie zwei Studien zu Expertenbefragungen zur Beschreibung von Sozialer Kompetenz.

Döpfner et al. (1981) definieren Soziale Kompetenz als „Verfügbarkeit und angemessene Anwendung von motorischen, kognitiven und emotionalen Verhaltensweisen zur effektiven sozialen Interaktion in einem spezifischen sozialen Kontext, so dass diese Verhaltensweisen kurz- und langfristig ein Maximum an positiven und ein Minimum an negativen Konsequenzen für ein Individuum haben und von der sozialen Umwelt als positiv, zumindest aber als akzeptabel bewertet werden“.

Hinsch und Pfingsten (1998) kürzen diese Definition auf: “Soziale Kompetenzen sind die Verfügbarkeit und Anwendung von kognitiven, emotionalen und motorischen Verhaltensweisen, die in bestimmten sozialen Situationen zu einem langfristig günstigen Verhältnis von positiven und negativen Konsequenzen für den Handelnden führen.” Kurzfristig kann auch aggressives Verhalten zu einer positiven Bilanz der Konsequenzen führen (z.B. Aufmerksamkeit, Anerkennung, Besitz), langfristig jedoch nicht.

Die WHO definiert Lebenskompetenzen (Life Skills) als “diejenigen Fähigkeiten, [...] die einen angemessenen Umgang sowohl mit unseren Mitmenschen als auch mit Problemen und Stresssituationen im alltäglichen Leben ermöglichen.“ (WHO, 1994).

Rubin und Rose-Krasnor (1992, S. 285) bestimmen Soziale Kompetenz als „die Fähigkeit, in sozialen Interaktionen persönliche Ziele zu erreichen und dabei positive Beziehungen mit anderen in verschiedenen Situationen und über die Zeit hinweg aufrecht zu erhalten.“

Neben der theoriegeleiteten Definition von Sozialer Kompetenz gibt es auch eine Reihe von Untersuchungen, die analysieren, was Experten (Lehrkräfte, Psychologen, Sozialpädagogen und andere Berufsgruppen des psychosozialen Bereiches) unter Sozialer Kompetenz im Kindes- oder Erwachsenenalter verstehen. In einer Befragung von Entwicklungspsychologen (Waters, Noyes, Vaughn & Ricks, 1985) zum Thema „Wodurch zeichnet sich ein sozial kompetentes Kind aus“ wurden Items, die die Sozialbeziehung charakterisierten (z.B. „kommt mit anderen Kindern gut aus“), und Persönlichkeitsmerkmale (z.B. „ist selbstbewusst“) am häufigsten gewählt. Ford und Miura (1983) forderten Lehrer, Studierende und Kinder auf, die „sozial kompetenteste Person“ ihres Bekanntenkreises zu beschreiben. Die Hauptkomponenten dieser Beschreibungen waren prosoziale Fertigkeiten („berücksichtigt die Bedürfnisse anderer“), instrumentelle Fertigkeiten („weiß, wie er Aufgaben bewältigt“), Wohlbefinden in sozialen Situationen („genießt soziale Einbindung“) und Selbswirksamkeit („hat ein gutes Selbstkonzept“). Van Aken und Asendorpf (1996) ließen Lehrkräfte mittels Q-Sort Verfahren ein typisches, sozial kompetentes Kind beschreiben. Die Rangliste der Eigenschaften wurde angeführt von „ist kreativ im Denken und Arbeiten“, „kommt mit anderen Kindern gut aus“, „ist vital, energiegeladen und lebhaft“,

„wird von anderen Kindern bewundert und anerkannt“ und „ist neugierig und entdeckerfreudig, offen für neue Erfahrungen“.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass Soziale Kompetenz sich durch folgende Aspekte auszeichnet:

- Sozial kompetentes Verhalten führt langfristig zu einem günstigen Verhältnis von positiven und negativen Konsequenzen für den Handelnden in sozialen Situationen.
- Es reicht nicht zu wissen, was eigentlich zu tun wäre, sondern dieses Wissen muss verfügbar sein und angewendet werden, um als sozial kompetentes Verhalten zu gelten.
- Das Verhalten muss von der sozialen Umwelt als positiv, zumindest aber als akzeptabel bewertet werden.

Soziale Inkompetenz

Nach Kohn (1977) kann soziale Inkompetenz entweder als aggressiv-antisoziales Verhalten oder in Form von sozialem Rückzug, Hemmung, sozialer Ängstlichkeit, Passivität, Scheu, Kontaktarmut, Gefühlen der Unterlegenheit und geringer Popularität in der Gleichaltrigengruppe in Erscheinung treten. Letztgenannte Form sozialer Inkompetenz wird auch als Soziale Unsicherheit (Selbstunsicherheit) bezeichnet.

Behavioral Inhibition

Bei „Behavioral Inhibition“ (Verhaltenshemmung) handelt es sich um eine bereits im Säuglingsalter feststellbare Verhaltenstendenz, die durch Gehemmtheit, Rückzug, Vermeidung und Unbehagen in neuen Situationen charakterisiert ist. „Behavioral Inhibition“ wurde als Temperamentseigenschaft konzipiert (z.B. Kagan, Reznick & Snidman, 1987) und später auch verstärkt unter dem Aspekt der physiologischen Korrelate untersucht. Nach Gray (1987; 1990; McNaughton & Gray, 2000) können drei biologische verhaltenssteuernde Systeme unterschieden werden: das Annäherungs-System (Behavioral Approach System: BAS), das Verhaltenshemm-System („Behavioral Inhibition“ System: BIS) und das Kampf/Flucht-System (Fight/Flight). Diese drei Systeme werden durch unterschiedliche Stimuli aktiviert: Konditionierte, mit Belohnung verknüpfte Hinweisreize lösen eine Reaktion des Behavioral Approach Systems aus, neue oder bestrafungsassoziierte Stimuli das „Behavioral Inhibition“ System. Das Kampf/Flucht-System reagiert auf unkonditionierte Reize.

Im Alltag lösen konditionierte, mit Belohnung verknüpfte Hinweisreize Annäherung aus und bestrafungsassoziierte Stimuli unter anderem eine Verhaltensblockade. Die Aktivierung des Kampf/Flucht-Systems hat Flucht oder defensive Aggression zur Folge. Bei sozial unsicherem Verhalten könnte die Verhaltensblockade als Reaktion auf bestrafungsassoziierte Stimuli in Folge einer Überaktivierung des BIS eine zentrale Rolle spielen. In neuen, unvorhergesehenen Situationen und Situationen, die mit Bestrafung assoziiert werden, steigt die physiologische Erregung schnell an, der erhöhte Noradrenalinspiegel erschwert die zentralnervöse Übertragung und kann zu Verhaltensblockaden führen. Eine detailliertere Ausführung dieses Konzeptes folgt in Kapitel 2.2.4.

Schüchternheit

Nach Cheek und Melchior (1990) ist „Schüchternheit“ („Shyness”) der am häufigsten verwendete Begriff, um Gefühle von Angst und Hemmung in sozialen Situationen zu bezeichnen. Sie definieren Schüchternheit als typische Reaktion in sozialen Situationen, die gekennzeichnet ist durch allgemeine Gefühle von Anspannung, spezifische physiologische Reaktionen, schmerzvolle Selbstwahrnehmung, Sorge, von anderen negativ bewertet zu werden, Unwohlsein, Hemmung und Zurückhaltung.

Nach Rubin und Asendorpf (1993) handelt es sich bei Schüchternheit um “eine Form des sozialen Rückzuges, die durch soziale Bewertungsprozesse motiviert ist und insbesondere in neuen Situationen auftritt” (S. 14). Asendorpf (1993) differenziert zwischen “normaler” und “abnormer” Schüchternheit. “Abnorme” Schüchternheit wird durch eine stabile, starke Vermeidungstendenz in bestimmten sozialen Situationen charakterisiert. Schüchterne Kinder zeigen zwei Arten von sozialen Ängsten: Angst vor Fremden und Angst vor sozialer Bewertung.

Nach Cheek und Watson (1989) kann Schüchternheit als State oder als Trait vorliegen. Die Schüchternheit als State wurde von Asendorpf (1989) unter Anwendung von Grays’ Theorie der drei Verhaltenssysteme BIS, BAS, Fight/Flight untersucht. Er zeigte auf, dass sowohl neue bzw. unbekannte Situationen als auch die Erwartung von Strafe (in Form von negativer Bewertung) die Zustandsschüchternheit auslösen können.

Kagan, Snidman und Arcus (1992) unterscheiden Schüchternheit in zwei Typen: durch Erfahrung erworbene Schüchternheit und Schüchterheit, die durch genetisch bedingte physiologische Besonderheiten prädisponiert wurde. Nach Kagan et al. (1992) können ausschließlich Kinder, die diesen zweiten Typ der Zustandsschüchternheit zeigen, auch eine Verhaltenshemmung im Sinne der “Behavioral Inhibition” aufweisen.

Cheek et al. (1990) definieren drei Komponenten: Affekt, Kognition und beobachtbares Verhalten. Im Affektbereich zeichnet sich Schüchternheit durch allgemeine Gefühle der emotionalen Erregung und spezifische physiologische Begleiterscheinungen wie Übelkeit, Herzklopfen, Schwitzen oder Erröten aus. Kognitive Symptome der “Schüchternheit” sind Gehemmtheit, abwertende Gedanken bezüglich der eigenen Person und die Sorge, von anderen negativ bewertet zu werden. Die dritte Komponente der “Schüchternheit”, das beobachtbare Verhalten, wird durch die Abwesenheit von üblichen sozialen Reaktionen, Schweigen, Nichtbeteiligung und inadäquates nonverbales Verhalten (z.B. linkische Körpersprache und mangelnder Blickkontakt) gekennzeichnet. Diese drei Komponenten müssen nach Cheek et al. (1990) nicht gemeinsam auftreten.

Der Zusammenhang zwischen dem Konstrukt „Schüchternheit“ und dem Selbstwert der Kinder wurde im Gegensatz zu dem Zusammenhang zwischen „Sozialer Unsicherheit“ und dem Selbstwert (LaGreca et al., 1993) bisher nicht gefunden. Asendorpf und van Aken (1994) fanden bei einer Untersuchung schüchterner bzw. extrem schüchterner Kinder keinen niedriger ausgeprägten Selbstwert als bei nicht-schüchternen Kindern. Nach Cheek,

Melchior und Carpentieri (1986) führt Gehemmtheit in sozialen Situationen (Schüchternheit) zu selbstschädigendem Verhalten, in dessen Folge das persönliche Wohlbefinden beeinträchtigt und Soziale Anerkennung verhindert wird.

Das Konzept der State-Schüchternheit nach Asendorpf (1993) deckt sich mit dem dieser Arbeit zugrundeliegenden Konzept der Sozialen Unsicherheit. Auch die Definition nach Cheek et al. (1990) weist keine Unterschiede zu der hier verwendeten Definition Sozialer Unsicherheit auf. Studien zur Sozialen Unsicherheit bei Kindern differenzieren bisher nicht zwischen State- und Trait-Unsicherheit. Da diese Differenzierung Auswirkungen auf den Verlauf und die Beeinflussbarkeit der Sozialen Unsicherheit haben könnte, sind weitere Untersuchungen zur genauen Differenzierung zwischen State- und Trate-Schüchternheit bei Kindern, deren Auswirkungen und Entstehungsbedingungen und die jeweilige Überschneidung mit dem Konzept der Behavioral Inhibition vonnöten, dies ist im Rahmen der vorliegenden Arbeit jedoch nicht möglich. In Kapitel 2.2 werden die Erklärungsmodelle für Soziale Unsicherheit vorgestellt, auf denen die hier vorgestellte Untersuchung basiert.

2.1.3 Differentialdiagnosen

Wie bereits erwähnt wurde, handelt es sich bei Sozialer Unsicherheit um ein subklinisches Phänomen. Soziale Unsicherheit wird weder in der ICD-10 (Dilling et al, 1999) noch im DSM-IV (APA, 2000) als eigenes Störungsbild geführt. Sehr nahe an dem von in dieser Arbeit verwendeten Konzept der Sozialen Unsicherheit ist die in der ICD-10 aufgeführte Kategorie „Störung mit sozialer Ängstlichkeit“ (ICD-10 F93.2).

Störung mit sozialer Ängstlichkeit (ICD-10 F93.2)

Die Störung mit sozialer Ängstlichkeit ist gekennzeichnet durch anhaltende Ängstlichkeit in sozialen Situationen, in denen das Kind auf fremde Kinder oder Erwachsene trifft, und vermeidendem Verhalten außerhalb der altersüblichen Grenzen. Die Kinder zeigen Befangenheit, Verlegenheit oder übertriebene Sorge über die Angemessenheit des Verhaltens Fremden gegenüber. Die sozialen Beziehungen sind deutlich beeinträchtigt. In neuen sozialen Situationen ist deutliches Leiden und unglücklich sein zu beobachten. Die Störung mit sozialer Ängstlichkeit beginnt stets vor dem 6. Lebensjahr. Ein Äquivalent zu diesem Störungsbild gibt es im DSM-IV nicht, die im DSM-III (APA, 1980) aufgeführte „Störung mit Kontaktvermeidung“ wird nicht mehr aufgeführt.

Differentialdiagnostik:

Zu beachten ist, dass Soziale Unsicherheit im Gegensatz zur Störung mit sozialer Ängstlichkeit auch nach dem 6. Lebensjahr beginnen kann. Weiterhin fühlen sich sozial unsichere Kinder nicht unbedingt beeinträchtigt, solange sie nicht soziale Situationen aufsuchen müssen.

Soziale Phobie (ICD-10 F40.1, DSM-IV 300.23)

Die Soziale Phobie ist durch anhaltende Angst vor einer oder mehreren sozialen oder Leistungssituationen, in denen die Person mit unbekannten Menschen konfrontiert ist oder von anderen Personen konfrontiert werden könnte, gekennzeichnet. Die Konfrontation mit der gefürchteten sozialen Situation ruft fast immer eine unmittelbare Angstreaktion hervor, die das Erscheinungsbild einer situationsgebundenen oder einer situationsbegünstigten Panikattacke annehmen kann. Bei Kindern kann sich die Angst durch Weinen, Wutanfälle, Erstarren oder Zurückweichen von sozialen Situationen mit unvertrauten Personen ausdrücken. Der phobische Stimulus wird vermieden oder in seltenen Fällen unter starker Angst ertragen. Das Vermeidungsverhalten, die ängstliche Erwartungshaltung oder das starke Unbehagen in den gefürchteten sozialen oder Leistungssituationen beeinträchtigen deutlich die normale Lebensführung des Kindes (seine schulische Leistung, seine soziale Aktivität oder seine Sozialbeziehungen), oder die Phobie verursacht erhebliches Leiden.

Bei Kindern muss gewährleistet sein, dass sie im Umgang mit bekannten Personen über die altersentsprechende Soziale Kompetenz verfügen. Des weiteren darf die Angst nicht nur in der Interaktion mit Erwachsenen auftreten, sondern muss auch gegenüber Gleichaltrigen zu beobachten sein. Falls ein medizinischer Krankheitsfaktor oder eine andere psychische Störung vorliegen, so stehen diese nicht im Zusammenhang mit der beschriebenen Angst (z.B. nicht Angst vor Stottern, vor Zittern bei Parkinsonscher

Erkrankung oder bei Anorexia Nervosa oder Bulimia Nervosa davor, ein abnormales Essverhalten zu zeigen).

Differentialdiagnostik:

Zwischen Sozialer Phobie und der Sozialen Unsicherheit gibt es einige Überschneidungen: die anhaltende Furcht vor Situationen, in denen das Kind der Aufmerksamkeit anderer ausgesetzt ist. Das Kind fürchtet, sich peinlich oder auffällig zu verhalten, zum Beispiel keine Antwort geben zu können oder sich zu versprechen. Die Konfrontation mit der gefürchteten sozialen Situation ruft fast immer eine unmittelbare Angstreaktion hervor, die das Erscheinungsbild einer Panikattacke annehmen kann. Die Angst kann sich durch Weinen, Wutanfälle, Erstarren oder Zurückweichen von sozialen Situationen mit unvertrauten Personen ausdrücken.

Es gibt jedoch deutliche Unterschiede zwischen sozialer Phobie und Sozialer Unsicherheit: diese betreffen den Leidensdruck der Kinder, das Vorhandensein altersentsprechender Kompetenzen und den Zusammenhang mit einem medizinischen Krankheitsfaktor. Die Unterschiede sind in Tabelle 02 ausgeführt.

Tabelle 02: Unterschiede zwischen Sozialer Unsicherheit und sozialer Phobie

Leidensdruck und Beeinträchtigungen	
Soziale Phobie	**Soziale Unsicherheit**
Die betroffenen Kinder vermeiden den phobischen Stimulus oder ertragen ihn in seltenen Fällen unter starker Angst. Die normale Lebensführung des Kindes, seine schulische Leistung oder soziale Aktivität oder Beziehungen sind deutlich beeinträchtigt oder es liegt ein erheblicher Leidensdruck vor.	Bei Sozialer Unsicherheit liegt oft eine deutliche Beeinträchtigung / ein deutlicher Leidensdruck vor, aber nicht immer. Gerade jüngere Kinder fühlen sich in der behüteten Familienwelt ohne Freunde und ohne Konfrontation mit Gruppen ganz wohl.
Altersentsprechende Soziale Kompetenz	
Soziale Phobie	**Soziale Unsicherheit**
Bei Kindern muss gewährleistet sein, dass sie im Umgang mit bekannten Personen über die altersentsprechende Soziale Kompetenz verfügen, und die Angst muss gegenüber Gleichaltrigen und nicht nur in der Interaktion mit Erwachsenen auftreten.	Ein sozial unsicheres Kind hat diese Kompetenzen möglicherweise nie bzw. nur mangelhaft erworben oder wieder verloren. Weiterhin kann es sein, dass die Angst nur in der Interaktion mit Erwachsenen vorkommt.
Medizinischer Krankheitsfaktor	
Soziale Phobie	**Soziale Unsicherheit**
Falls (zusätzlich zur sozialen Phobie) ein medizinischer Krankheitsfaktor oder eine andere psychische Störung vorliegen, so stehen diese nicht im Zusammenhang mit der beschriebenen Angst (z.B. nicht Angst vor Stottern, vor Zittern bei Parkinsonscher Erkrankung oder bei Anorexia Nervosa oder Bulimia Nervosa, ein abnormales Essverhalten zu zeigen).	Die Soziale Unsicherheit tritt gerade im Zusammenhang mit einem medizinischen Krankheitsfaktor (körperliche Behinderung, Verbrennungen, auffälligen Hauterkrankungen, Asthma usw.) oder im Zusammenhang mit der sozialen Aufmerksamkeit bei Sprach-, Lern- oder Teilleistungsstörungen (Stottern, Lispeln, Legasthenie usw.) auf.

Störung mit Trennungsangst

Die Störung mit Trennungsangst zeichnet sich durch übermäßigen Kummer bei einer möglichen oder tatsächlichen Trennung von zu Hause oder von wichtigen Bezugspersonen aus. Die Kinder zeigen eine andauernde und übermäßige Besorgnis, dass sie wichtige Bezugspersonen verlieren könnten oder dass diesen etwas zustoßen könnte bzw., dass ein Unglück sie von einer wichtigen Bezugsperson trennen könnte. Die Störung ist verbunden mit andauerndem Widerwillen oder der Weigerung, aus Angst vor der Trennung zur Schule oder zu anderen Orten zu gehen, und der ständigen und übermäßigen Furcht oder Abneigung, allein oder ohne wichtige Bezugspersonen zu Hause oder in einem anderen Umfeld zu bleiben. Ein weiteres Kriterium ist der andauernde Widerwille oder die Weigerung, ohne die Nähe einer wichtigen Bezugsperson schlafen zu gehen oder auswärts zu übernachten. Weitere mögliche Kennzeichen sind Alpträume von Trennungen und Klagen über körperliche Beschwerden, wenn die Trennung von einer wichtigen Bezugsperson stattfindet oder bevorsteht.

Den Zusammenhang zwischen Sozialer Unsicherheit und Trennungsangst hat Döpfner (2000) in einem Modell heraus gearbeitet, das in Abbildung 01 veranschaulicht ist. Nach Döpfner (2000) zeigen Eltern trennungsängstlicher Kinder oft überbehütendes Erziehungsverhalten, somit stellen sie ängstliche Modelle dar und verstärken das ängstlich-vermeidende Verhalten des Kindes. Dadurch wird die natürliche Autonomieentwicklung des Kindes eingeschränkt, was die Entstehung von Sozialer Unsicherheit weiter begünstigt. Negative Rückmeldungen der Gleichaltrigen und Erzieher / Lehrer / anderer Erwachsener nehmen zu und verstärken die Abhängigkeit des Kindes von seinen Bezugspersonen. Die Trennung von den Eltern wird als höchst bedrohliches Ereignis erlebt. Die Störung mit Trennungsangst wird durch reale und stellvertretende Trennungserfahrungen wie Scheidung der Eltern, Tod einer Verwandten / Bekannten oder Tod eines Haustieres begünstigt.

Das Vermeidungsverhalten der Kinder weitet sich aus, dadurch werden soziale Ängste und Soziale Unsicherheit verstärkt, das Kind hat wenig oder keine Gelegenheit, Soziale Kompetenzen aufzubauen. Eltern reagieren meist mit Zuwendung, beschützendem Verhalten und Aufmerksamkeit und unterstützen und verstärken die Problematik so ungewollt. Oft kontrolliert das Kind zunehmend die Interaktion mit den Eltern und anderen Personen, da das Umfeld stets auf das Weinen oder die Angst des Kindes mit Rücksichtnahme, Trost oder Zuwendung beziehungsweise dem Abbruch unangenehmer Situationen reagiert. Die Störung mit Trennungsangst und Soziale Unsicherheit treten meist komorbid auf.

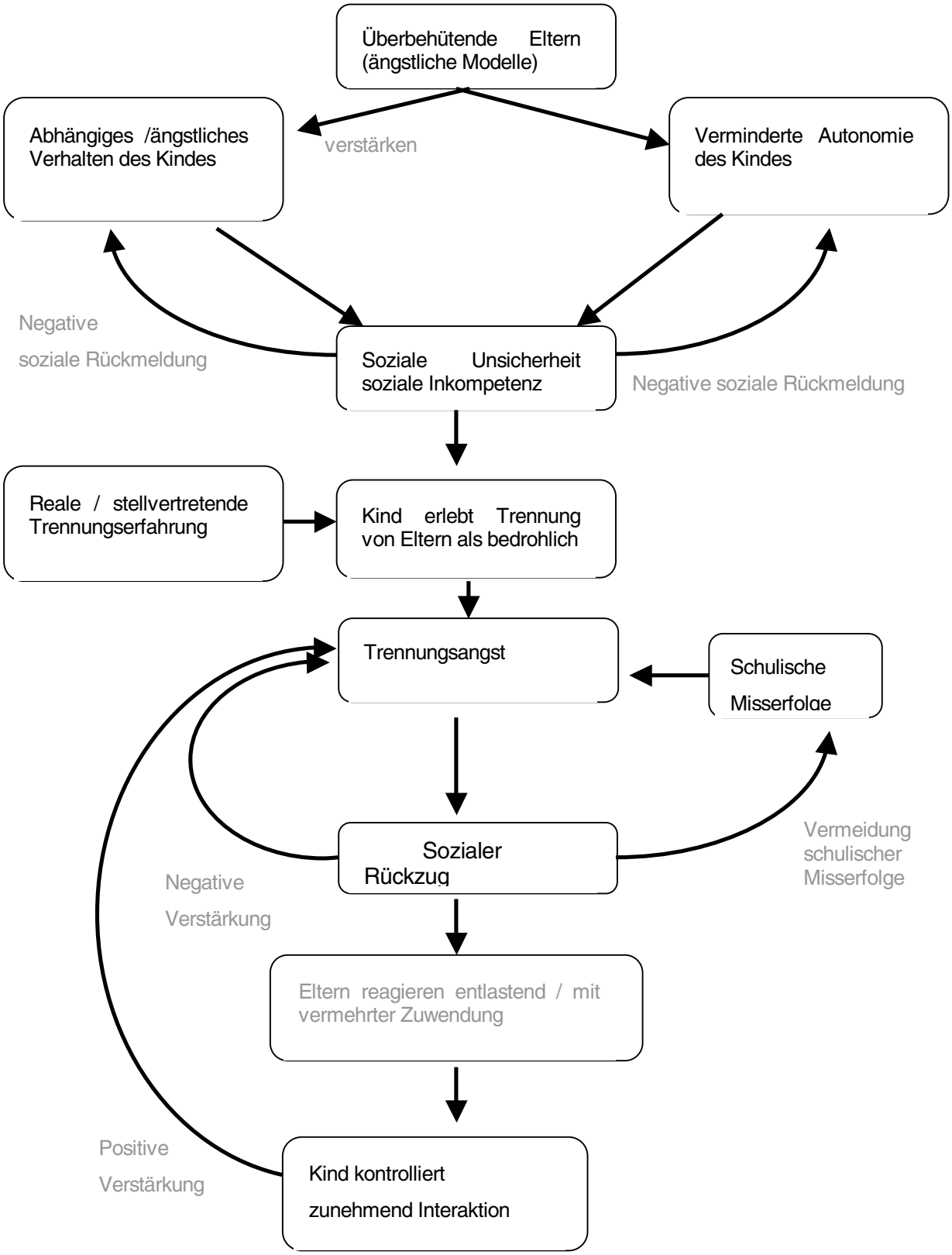


Abbildung 01: Interaktion von Sozialer Unsicherheit und Trennungsangst nach Döpfner (2000)

Zusammenfassung:
Soziale Unsicherheit...

- ist ein subklinisches Phänomen.
- ist gekennzeichnet durch eine Kombination von Angst in Anwesenheit anderer (bzw. Bewertungsangst in sozialen Situationen) und Vermeidung sozialer Situationen.
- hat als emotionale Komponente die soziale Angst.
- ist eine nicht-aggressive Ausprägung der sozialen Inkompetenz.
- und Selbstunsicherheit nach Döpfner und State-Schüchternheit nach Asendorpf werden im weiteren synonym verwendet.
- und Soziale Phobie bzw. Störung mit sozialer Ängstlichkeit sind ähnliche Konzepte. Die Kriterien für die beiden Störungsbilder sind jedoch nicht voll erfüllt. Soziale Unsicherheit kann als subsyndromales Phänomen angesehen werden.
- und die Störung mit Trennungsangst können komorbid auftreten.

2.1.4 Epidemiologie

Da den epidemiologischen Studien verschiedene Störungskonzepte zu Grunde liegen, werden die Einjahres- und Lebenszeitprävalenzen für Soziale Unsicherheit und verwandte Angststörungen dargestellt (Tabelle 03). Auffällig ist hierbei, dass die Prävalenzraten deutlich niedriger sind, wenn das Kriterium der Funktionseinschränkung mit herangezogen wird (z.B. Shaffer, Fisher, Dulcan & Davies, 1996; Verhulst, Dekker& van der Ende, 1997), was auf eine wesentlich höhere Verbreitung subklinischer sozialer Ängste hinweist.

Werden Auffälligkeiten in einzelnen Subskalen in den Studien mit herangezogen, so zeigen sich ebenfalls hohe Raten bei der Verbreitung subklinischer Ängste. Beispielsweise zeigten in der "Ontario Child Health Study" (Bowen, Offord & Boyle, 1990) 17% der befragten Kinder auffällige Werte in mindestens einer der beiden Hauptskalen „Exzessive oder unrealistische Ängste" und „Exzessive oder unrealistische Sorgen", jedoch nur 2.5% erfüllten die Diagnosekriterien einer Störung mit Überängstlichkeit.

Die Prävalenzraten der sozialen Phobie im Kindesalter variieren zwischen 1% und 8%. Für die Störung mit Trennungsangst werden Auftretenswahrscheinlichkeiten zwischen 1% und 26% berichtet.

Zur Verbreitung von Sozialer Unsicherheit im Kindesalter gibt es nur vereinzelte Studien, je nach Konzept und Erhebungsmethode variieren die Prävalenzraten zwischen 0 und 56%. Im Kindergartenalter berichten 20% der Kinder von sozialen Ängsten (Laucht, Esser & Schmidt, 2000). Kashani und Orvaschel (1990) befragten Kinder und Jugendliche verschiedener Altersstufen nach Angst vor sozialen Situationen und fanden mit dem Alter zunehmende Ängste (8-Jährige: 21%; 12-Jährige: 46%; 17-Jährige: 56%). In Untersuchungen mit Hilfe der Child Behavior Checklist (Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist, 1993b) zeigten sich auf der Skala „Sozialer Rückzug" bei 2-6% der befragten Jungen auffällige Werte und bei 3-5% der Mädchen (Lehmkuhl, Döpfner, Plück, Berner, Fegert, Huss, Lenz, Schmeck, Lehmkuhl & Poustka, 1998).

Plück, Döpfner und Lehmkuhl (2000) untersuchten internalisierende Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen in einer bundesweiten Studie (PAK-KID-Studie). Unter internalisierenden Störungen werden Angst und Depression, Sozialer Rückzug und somatische Beschwerden zusammengefasst. Eingesetzt wurde die Child Behavior Checklist und der Youth Self-Report (Achenbach, T. M. & Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist, 1991a, 1991b). Die Autoren befragten 1030 Kinder zwischen 4 und 10 Jahren, 1757Jugendliche zwischen 11 und 18 Jahren und deren Eltern. Die Daten wurden nach Prävalenzraten, Alters-, Geschlechts- und Beurteilereffekten, sowie Korrelationen und Komorbiditäten internalisierender mit anderen Verhaltensauffälligkeiten ausgewertet. Plück et al. (2000) fanden Auffälligkeiten im Bereich des Sozialen Rückzuges bei 6% der Kinder und 8% der Jugendlichen (Elternurteil). Klinische bedeutsame Werte im Bereich Angst/Depressivität zeigten 9-14% der Befragten (Elternurteil).

Etwa 15% der Kinder, die in schulpsychologischen Beratungsstellen oder kinder- und jugendpsychiatrischen Institutionen vorgestellt werden, sind sozial unsicher (Lauth, 1983; Strain & Fox, 1981).

Eine genaue Bestimmung der Verbreitung der Sozialen Unsicherheit wird durch zwei Aspekte erschwert: Zum einen wird bei der epidemiologischen Forschung in diesem Bereich nicht auf ein einheitliches Konstrukt zurück gegriffen, sondern auf ein breites Spektrum unterschiedlicher Verhaltensauffälligkeiten (z.B. sozialer Rückzug, Angst vor sozialen Situationen, Trennungsängstlichkeit, Störung mit Überängstlichkeit, Soziale Phobie...). Zum anderen differieren die jeweiligen Kriterien selbst bei Verwendung des selben Konstruktes, da die folgenden Aspekte unterschiedlich gewichtet werden:

- Leidensdruck und/oder Funktionseinschränkung,
- Unterscheidung sozialer Situationen je nach Beteiligten: Kindern oder Erwachsene,
- Differenzierung zwischen dem Verhalten in der Schule / in der Familie / in der Freizeitgestaltung mit anderen Kindern,
- Spezifität versus Generalisierung (die Ängste treten ausschließlich in spezifischen Situationen (Angst an der Tafel) auf oder generell in jeder sozialen Situation) und
- Art der zugrunde liegenden Defizite (Mangel an Übung, kognitive Defizite, mangelhafte Strategien, Ablehnung anderer oder durch andere).

Die beiden genannten Gesichtspunkte führen zu den in Tabelle 03 aufgeführten erheblichen Schwankungen der Prävalenzraten zwischen 1% (z.B. Anderson, Williams & McGee, 1987) und 56% (Kashani et al. 1990). Hier wird deutlich, dass eine Präzisierung der untersuchten Konstrukte und deren Kriterien zur Bestimmung des Vorliegens der jeweiligen Verhaltensauffälligkeit / psychischen Störung dringend gefordert ist.

Tabelle 03: Einjahres- und Lebenszeitprävalenzen für Soziale Unsicherheit und verwandte Angststörungen

	Soziale Phobie / soziale Angststörung	**Soziale Unsicherheit/ soziale Ängste/ Soziale Phobie subklinisch**	**Störung mit Trennungsangst**
Kindesalter	➢ Anderson et al. (1987): **1%** ➢ Costello et al. (1988): **1%** ➢ Lewinsohn et al. (1993) **2%** ➢ Reinherz et al. (1993): **1%** ➢ Bernstein et al. (1996): **1%** ➢ Shaffer et al. (1996)**:** **8%** ➢ Essau et al. (1998): **2%** ➢ Wittchen et al. (1998): **4%**	➢ Kashani et al. (1990): Fear of social situations 8-Jährige: **21%** 12-Jährige: **46%** 17-Jährige: **56%** ➢ Costello et al. (1995): avoident disorder **0%** ➢ Lehmkuhl et al. (1998): („Sozialer Rückzug“ CBCL) Jungen: **2%** Mädchen **4%** ➢ Plück et al. (2000): („Sozialer Rückzug“ CBCL)Jungen: **6%.** Mädchen 5% ➢ Laucht et al. (2000): soziale Ängste Kindergartenalter: **20%** ➢ Esser et al. (1996): Kontaktschwierigkeiten: 8jährige: **13%**	➢ Bird et al. (1988): **5%** ➢ Costello et al. (1988): **4%** ➢ Bowen et al. (1990): **2%-5%** ➢ Lewinsohn et al. (1993): **4%** ➢ Bernstein et al. (1996): **4%** ➢ APA (1996): **4%** ➢ Topolski et al. (1997) **4%-5%** ➢ Wittchen et al. (1998): **1%** ➢ Laucht et al. (2000): 2jährige **15%** 4jährige **8%** 8jährigen **26%**
Jugendliche und junge Erwachsene	➢ McGee et al. (1990): **1%** ➢ Costello et al. (1993): **5%** ➢ Shaffer et al. (1996): **4%** ➢ Sonntag et al. (2000): **7%** ➢ Pélissolo et al. (2000): **1%** ➢ Lieb et al. (2000): **6%**	➢ Costello et al. (1993): (avoident disorder) **2%** ➢ Sonntag et al. (2000): **27%** ➢ Pélissolo et al. (2000): **2%** ➢ Esser et al. (1996): Kontaktschwierigkeiten: 13jährige: **34%** 18jährige: **48%** 25jährige: **14%**	➢ Costello et al. (1993): 3%
Lebenszeit-prävalenz	➢ Kessler et al. (1994): **13%** ➢ Pélissolo et al. (2000): **2%** ➢ Weiller et al. (1996): **14%**	➢ Pélissolo et al. (2000): **7%**	

Beurteilereffekte

Die Übereinstimmung zwischen Eltern- und Selbsturteil bei internalisierenden Verhaltensauffälligkeiten ist meist niedrig, sie liegt maximal im mittleren Bereich. Achenbach et al. fanden 1991 eine Korrelation von r=.40 zwischen dem Eltern- und Selbsturteil betreffend internalisierenden Störungen (CBCL, YSR). Plück, Döpfner und Lehmkuhl (2000) geben einen Überblick über die Beurteilerübereinstimmungen bei internalisierenden Auffälligkeiten und berichten in fast allen Fällen Korrelationen unter r=.50. Wurden Eltern- und Kind-Interviews verglichen, lagen die Übereinstimmungen noch niedriger, die gemeinsame Varianz lag bei maximal 16%. Im Elternurteil werden die internalisierenden Auffälligkeiten deutlich unterschätzt. Dies gilt sowohl für strukturierte Interviews als auch für Fragebögenverfahren wie die CBCL (Plück et al., 2000; Shaffer et al., 1996)

Geschlechtseffekte

Zu Geschlechtsunterschieden gibt es keine eindeutigen Befunde. Im Selbsturteil schätzen sich signifikant mehr jugendliche Mädchen als Jungen als ängstlich ein (Offord, Boyle & Jones, 1987; Verhulst et al., 1997). Im Selbsturteil zeigte sich bei den jugendlichen Mädchen ein signifikant höherer Anteil an Auffälligkeiten auf der Skala “Sozialer Rückzug” als bei den Jungen, die Effekte sind jedoch gering (Plück et al., 2000).

In der Mannheimer Längsschnittstudie (Esser, Ihle, Schmidt & Blanz, 1996) wurde bei 8 bis 13jährigen Jungen eine höhere Rate emotionaler Störungen gefunden als bei den Mädchen. Achenbach et al. (1991) konnten im Eltern- und Selbsturteil keinen signifikanten Geschlechtsunterschied bei internalisisernden Auffälligkeiten aufzeigen, auch Döpfner et al. (1997) fanden im Selbsturteil keine signifikanten Geschlechtsunterschiede.

Alterseffekte

Im Elternurteil nimmt die Prävalenz internalisierender Störungen bei 4-11jährigen zu (Achenbach et al., 1991), während sich bei den 12 bis 18jährigen keine Zunahme zeigt. Insgesamt wurden in den Längsschnittstudien nur geringe Effekte gefunden (Plück et al., 2000). Im Selbsturteil fand sich nur die Tendenz einer Zunahme auf den Skalen Sozialer Rückzug und ängstlich/depressiv bei den Mädchen (Achenbach et al., 1991).

Regionale und kulturelle Unterschiede

Crijnen, Achenbach und Verhulst (1997; 1999) fanden in einer Analyse des Elternurteils internalisierender Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen von zwölf Stichproben unterschiedlicher Nationen nur sehr geringe Unterschiede zwischen den verschiedenen Regionen. Staal, Crijnen, Döpfner und Verhulst (1999) fanden in den Niederlanden eine etwas höhere Prävalenzrate somatischer Beschwerden als in Deutschland. Bei Kindern und Jugendlichen (4-18 Jahre) wurde in Deutschland im Elternurteil etwas geringere Häufigkeiten auffälliger Werte auf der Skala “sozialer Rückzug” gefunden als in den USA (Döpfner et al., 1996). Unterschiede zwischen den alten und neuen Bundesländern wurden von Döpfner et al. (1997) im Selbsturteil gefunden, im Elternurteil jedoch nicht. In den neuen Bundesländern war die Häufigkeit der internalen Auffälligkeiten bei jugendlichen Mädchen im Selbsturteil doppelt so hoch wie in den alten

Bundesländern. Besonders groß waren die Differenzen auf der Skala „Sozialer Rückzug“ der CBCL 4-18.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass innerhalb des Spektrums der Verhaltensauffälligkeiten und psychischen Störungen rund um die Soziale Unsicherheit stark variieren. Über alle genannten Studien hinweg liegt der Prozentsatz Sozialer Unsicherheit bzw. ähnlicher Konstrukte im Kindesalter durchschnittlich bei 7%. Aufgrund der dargestellten methodischen Probleme kann es sich hierbei nur um einen vorsichtige Schätzung handeln.

2.1.5 Komorbidität

In der Studie von Plück et al. (2000) zu internalisierenden Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen zeigten sich für auffällige Werte auf der Skala Sozialer Rückzug (Prozentrang 95) hohe Komorbiditätsraten im Zusammenhang mit auffälligen Werten auf der Skala ängstlich/depressiv (50%). Die Komorbidität internalisierender Auffälligkeiten und aggressiver Verhaltensauffälligkeiten liegt bei 26%.

Der Zusammenhang zwischen Sozialer Unsicherheit und depressiven Symptomen ist vielfältig belegt (Granger, Weisz & Kauneckis, 1994; Inderbitzen et al., 1995). Weiterhin haben sozial unsichere Kinder deutlich mehr Prüfungsängste (Silvermann et al., 1992) und Angst vor Kritik und Versagen (Strauss & Last, 1993) als Kinder ohne Soziale Unsicherheit. Die Störung mit Sozialer Ängstlichkeit geht mit einem erhöhten Risiko (Odds Ratio=3.5), an einer depressiven Störung zu erkranken, einher (Stein, Fuetsch, Müller, Höfler, Lieb & Wittchen, 2001).

Nach Döpfner (2000) weisen Kinder mit einer Störung mit Trennungsangst häufig auch Soziale Unsicherheit auf, diese Komorbidität wird jedoch im Rahmen eines ätiologischen Modells postuliert und nicht innerhalb einer epidemiologischen Studie aufgezeigt.

2.1.6 Verlauf

In diesem Kapitel soll der Verlauf Sozialer Unsicherheit unter den folgenden Aspekten betrachtet werden:

- Bleibt die Symptomatik auf individueller Ebene stabil?
- Wie verändert sich der Anteil sozial unsicherer Kinder in einer Kohorte im Verlauf?
- Wie hoch ist die Wahrscheinlichkeit, dass sich Soziale Unsicherheit zu einer psychischen Störung ausweitet (z.B. Soziale Phobie)?
- Inwieweit begünstigt Soziale Unsicherheit die Entwicklung späterer psychischer Störungen (z.B. Depression, Suchterkrankungen)?

Zum Verlauf von Sozialer Unsicherheit gibt es nur wenige epidemiologische Studien, die im Kindesalter beginnen. In der klinischen Forschung wurde lange Zeit die Ansicht vertreten, dass Ängste im Kindesalter normal und häufig sind (etwa die Angst vor Gewitter oder Dunkelheit) und dass diese Ängste mit zunehmendem Alter wieder verschwinden, es sich also um eine normale Entwicklungsstufe handelt (z.B. Comer, 2001).

Entwicklungspsychologen hingegen vertraten schon in den frühen 50er Jahren die These, dass sozialer Rückzug, Gehemmtheit und soziale Ängste zu schlechteren Entwicklungschancen führen und die Wahrscheinlichkeit erhöhen, im Jugend- und Erwachsenenalter an einer psychischen Störung zu erkranken (z.B. Sullivan, 1953). Des weiteren wurde schon früh gezeigt, dass Selbstunsicherheit im Kindesalter bis ins Jugend- und Erwachsenenalter stabil bleibt (Bronson, 1966; Kagan & Moss, 1962; Kohn, 1977; Waldrop & Halverson, 1975).

Retrospektive Studien an klinischen Stichproben ergaben häufig, dass sich die Patienten rückblickend als zurückgezogene, scheue und ängstliche Kinder beschreiben (z.B. Warnken, 1958). Bei Erwachsenen wurde retrospektiv ein deutlicher Zusammenhang zwischen prämorbider sozialer Inkompetenz und dem Schweregrad psychiatrischer Störungen gefunden (z.B. Zigler & Phillips, 1961). Hierbei ist jedoch zu berücksichtigen, dass soziale Inkompetenz auch aggressives Verhalten beinhaltet, und dass meist ausschließlich schizophrene Patienten untersucht wurden. Bei sozial unsicherem Verhalten sind die retrospektiv gefundenen Zusammenhänge weniger ausgeprägt, als bei inkompetentem Verhalten (aggressives und unsicheres Verhalten werden zusammengefasst untersucht).

Parker und Asher (1987) geben einen Überblick über die bis dato durchgeführten prospektiven und retrospektiven Studien zu den Folgen schlechter Sozialbeziehungen. Dabei untersuchten sie unter anderem den Prädiktionswert von Schüchternheit und sozialem Rückzug als Verhaltensstil. Es wurden nur Studien mit aufgenommen, in denen sich signifikante Zusammenhänge zeigen, da bei den Studien, in denen keine Korrelationen gefunden wurden, keine Prozentangaben dazu gemacht werden, wie viele Kinder im späteren Erwachsenenalter auffällig wurden bzw. wie viele sich retrospektiv als schüchterne Kinder beschrieben. Als Auswirkungen wurden Schulabbruch, Psychopathologie und Kriminalität getrennt untersucht. Die von Parker et al. (1987)

untersuchten Studien zum Zusammenhang zwischen Schulabbruch und Schüchternheit oder sozialem Rückzug sind in Tabelle 04 aufgeführt.

Tabelle 04: Vorhersage des späteren Schulabbruches durch Schüchternheit / sozialem Rückzug in der Kindheit nach Parker et al. (1987)

Autoren	retrospektiv / prospektiv	Urteiler	Art der Stichprobe	Alter	Ergebnisse
Bowman & Matthews (1960)	retrospektiv	Mitschüler	Schule	11	kein Zusammenhang
				14	Zusammenhang
Bowman & Matthews (1960)	retrospektiv	Lehrkräfte	Schule	11	kein Zusammenhang
				14	Zusammenhang
Lambert (1972)	retrospektiv	Lehrkräfte	Schule	10	Zusammenhang
Morris, Soroker & Burruss (1954)	prospektiv	Lehrkräfte	Klinik	3-15	kein Zusammenhang
Janes, Hesselbrock, Myers & Penniman (1979)	prospektiv	Lehrkräfte	Klinik	4-15	kein Zusammenhang

Hier wird deutlich, dass keine prospektive Studie an einer unausgelesenen Stichprobe zu dieser Frage vorlag. Die Untersuchungen an klinischen Stichproben fanden keinen Zusammenhang zwischen Schüchternheit / Rückzug und Schulabbruch, bei den nichtklinschen Stichproben sind die Ergebnisse uneinheitlich. In Tabelle 05 sind die von Parker und Asher zusammengefassten Studien zum Zusammenhang zwischen Kriminalität und Schüchternheit oder sozialem Rückzug dargestellt. Bei den Urteilern handelt es sich stets um Lehrkräfte.

Tabelle 05: Vorhersage der späteren Kriminalität durch Schüchternheit / Rückzug in der Kindheit nach Parker et al. (1987)

Autoren	Retrospektiv / prospektiv	Alter bei Verbrechen	Art der Stichprobe	Alter	Geschlecht	Ergebnisse
Conger & Miller (1966)	Retrospektiv	jugendlich	Schule	8	Jungen	kein Zusammenhang
				11	Jungen	kein Zusammenhang
Kirkegaard-Sorensen & Mednick (1975)	Retrospektiv	erwachsen	Schule, Hochrisikokinder	10-20	Jungen	Zusammenhang
				10-20	Jungen	kein Zusammenhang
Ensminger, Kellam & Rubin (1983)	Prospektiv	jugendlich	Schule	6	Jungen	kein Zusammenhang
				6	Mädchen	kein Zusammenhang
Janes, Hesselbrock, Myers & Penniman (1979)	Prospektiv		Klinik	4-15	Jungen	kein Zusammenhang

Über die Zusammenhänge zwischen der Einschätzung der Gleichaltrigen und der späteren Kriminalität kann nichts gesagt werden, da dazu keine Studien vorlagen. Ebenso kann über die Entwicklung schüchterner Mädchen wenig gesagt werden, da Mädchen nur in einer Studie berücksichtigt wurden. Parker und Asher (1987) zeigen in ihrer Analyse,

dass jugendliche und erwachsene Kriminelle im Lehrerurteil in ihrer Kindheit nicht schüchterner eingeschätzt werden als nichtkriminelle Personen. Diese Befunde sind von besonderem Interesse, da in der klinisch-forensischen Forschung zur Identifikation von „Typen“ delinquenter Personen ein passiver, neurotischer Typ beschrieben wird, der sich durch ängstliches, scheues, schüchternes Verhalten auszeichnet (passiv-aggressive Persönlichkeitsstörung). Dieser wurde 1980 in das DSM-III aufgenommen, das DSM IV enthält diese Persönlichkeitsstörung nicht mehr.

Die Studien zum Prädiktionswert von Schüchternheit / sozialer Rückzug in der Kindheit für spätere Psychopathologie sind in Tabelle 06 zusammengefasst.

Tabelle 06: Prädiktionswert von Schüchternheit / sozialer Rückzug in der Kindheit für spätere Psychopathologie

Autoren	retro- / prospektiv	Stichprobe	Kriterium	Alter	Geschlecht	Ergebnisse
Warnken & Siess (1965)	retrospekt.	Schule	Schizophrenie	nicht spezifiziert	Jungen	Zusammenhang
Frazee (1953)	retrospekt.	Klinik	Schizophrenie	5-16	Jungen	Zusammenhang
Robins (1966)	retrospekt.	Klinik	Schizophrenie	nicht spezifiziert	Jungen & Mädchen	kein Zusammenhang
Flemming, Ricks, (1970)	retrospekt.	Klinik	Schizophrenie	13 (Mittel)	Jungen	Zusammenhang
Morris, Soroker & Burruss (1954)	prospektiv	Klinik	Anpassungs-niveau	3-15	Jungen & Mädchen	kein Zusammenhang
Michael, Morris & Soroker (1957)	prospektiv	Klinik	Schizophrenie	2-18	Jungen	kein Zusammenhang
Janes & Hess-elbrock (1978)	prospektiv	Klinik	Anpassungs-niveau	4-15 4-15	Jungen Mädchen	kein Zusammenhang Zusammenhang
Janes, Hesselb-rock, Myers & Penniman (1979)	prospektiv	Klinik	Hospitalisie-rung	4-15	Jungen	kein Zusammenhang
Robins (1966)	prospektiv	Klinik	Alkoholismus Schizophrenie Neurosen	nicht spezifiziert	Jungen & Mädchen	kein Zusammenhang kein Zusammenhang kein Zsg.
John, Mednick & Schulsinger (1982)	prospektiv	Hoch-risiko-gruppe	Schizophrenie Borderline Schizophrenie	9-20	Jungen Mädchen Jungen Mädchen	kein Zusammenhang kein Zusammenhang kein Zusammenhang Zusammenhang

Tabelle 06 macht deutlich, dass sich schizophrene Patienten retrospektiv in der Mehrzahl der Studien als schüchterner und zurück gezogener als gesunde Kontrollpersonen beschreiben. In den prospektiven Studien findet sich dieser Zusammenhang grundsätzlich nicht. Es findet sich kein signifikanter Zusammenhang zwischen Schüchternheit und Rückzug im Kindesalter und Schizophrenie, Alkoholismus oder dem generellen Anpassungsniveau im Erwachsnenalter. Zwei Ausnahmen bilden hier die Studien von Janes et al. (1978) und John et al. (1982). Janes et al. (1978) fanden bei Mädchen einen Zusammenhang zwischen der Einschätzung durch Lehrkräfte als schüchtern und zurückgezogen und dem späteren generellen Anpassungsniveau, das durch Psychiater festgestellt wurde. John et al. (1982) zeigten, daß Töchter schizophrener Eltern ein deutlich erhöhtes Risiko hatten, selbst eine Schizophrenie zu entwickeln, wenn sie von ihren Lehrkräften als still, scheu und zurückhaltend beschrieben wurden. Die Studien in Tabelle 06 können nur eingeschränkt interpretiert werden, da nie das Urteil der Gleichaltrigen erhoben wurde und zudem meist nicht angeben wurde, wie Schüchternheit und Rückzug erfasst wurden.

Parker et al. (1987) berechneten die prädiktive Sensitivität, Spezifität und die Effektstärke der Follow-up-Ergebnisse zu den untersuchten Studien mittels des RIOC-Wertes. Dieser wurde nach Loeber und Dishions (1983) berechnet und stellt eine Summenfunktion der richtigen und falschen Vorhersagen dar. Es handelt sich dabei um das Ausmaß, in welchem die Vorhersagegenauigkeit ihr theoretisches Maximum erreicht. Die Berechnung war nur für den Prädiktionswert von aggressivem Verhalten möglich, da die Informationen zur Berechnung des RIOC-Wertes in den bereits aufgeführten Studien fehlte. Es fanden sich in den Studien, die Parker et al. (1987) analysierten, keine Hinweise, dass Schüchternheit und Rückzug ein Prädiktor für Schulabbruch, Kriminalität oder Psychopathologie sind. Einen Zusammenhang zwischen Schüchternheit/Rückzug und späterer Psychopathologie zeigten nur 2 von 14 Studien. Insgesamt wiesen die Studien eine Reihe methodischer Mängel auf.

Epidemiologische Längsschnittstudien, die aufweisen könnten, ob Soziale Unsicherheit im Kindesalter tatsächlich ein Prädiktor für das spätere Auftreten psychischer Störungen im Erwachsenenalter ist, fehlten bis Anfang der 90er Jahre jedoch. Die bis dato durchgeführten Studien an unausgelesenen Stichproben beschäftigten sich entweder mit sehr spezifischen Verhaltensweisen (z. B. Delinquenz) oder hatten sehr spezifische Schwerpunkte (z.B. Schulqualität) oder verwendeten Daten, die Studien zu anderen Themen entstammen, so dass die Studien zum Verlauf Sozialer Unsicherheit keine oder nur sehr beschränkte Aussagekraft besitzen. Erst in jüngerer Zeit wurden Längsschnittstudien durchgeführt, die die Verläufe psychischer Auffälligkeiten vom Kindes- bis zum Erwachsenenalter aufzeigen.

Rubin, Hymels und Mills (1989) verfolgten in einer Längsschnittstudie mit jährlichen Erhebungswellen die Entwicklung von 111 Kindern vom Kindergartenalter bis zur 5. Klasse. Sie zeigten, dass Kinder, die im Kindergarten zu passivem Einzelgängerverhalten neigten, in Klasse 4 einen negativen Selbstwert, negative Einschätzungen ihrer Sozialen Kompetenz und ausgeprägte Einsamkeitsgefühle aufwiesen. Kinder, die in der 2. Klasse zu

passivem Einzelgängerverhalten neigten, nahmen sich in der vierten Klasse einsam und sozial inkompetent war und zeigten depressive Symptome in der fünften Klasse.

In der Mannheimer Risikostudie (Esser et al., 1996, N=362) zeigte sich beim Vergleich der vier Erhebungswellen im Alter von zwei, vier, sechs und acht Jahren der Gesamtgruppe, dass die Zahl der subklinischen internalisierenden Störungen mit dem Alter kontinuierlich zunimmt (2jährige: 13.1%, 4½ jährige: 16.3%, 8jährige: 21.6%).

In der Bremer Jugendstudie (Essau, Conradt & Petermann, 1998) wurden internalisierende Störungen bei Jugendlichen in einer Längsschnittstudie erhoben. In der ersten Erhebung wurden die Daten von 1035 Jugendlichen herangezogen, bei der zweiten Erhebung gingen die Daten von 523 Jugendlichen ein. Innerhalb der Studie wurden verschiedene Informationsquellen und Erhebungsverfahren eingesetzt: das Composite International Diagnostic Interview (Wittchen & Semler, 1991), das Bremer Jugendinterview, die Bremer Jugendereignisliste, eine Problemlösungsliste, eine Überzeugungsskala, eine Selbstwertskala, eine Eltern- und Peer-Skala und ein Screeningverfahren für psychische Beschwerden (SCL-90-R, Franke, 2000)). In der schriftlichen Befragung der Eltern wurden soziodemographische Daten, ergänzende Informationen über die Jugendlichen und Familienstrukturen erfasst. Die Studie zeigte, dass es sich bei internalisierenden Störungen im Kindes- und Jugendalter nicht um leichte oder vorübergehende Beeinträchtigungen handelt, wie in der Forschung lange angenommen wurde. Angst und Depression im Kindes- und Jugendalter erhöhen das Risiko, wiederholte oder anhaltende affektive Störungen im Erwachsenenalter zu entwickeln und führen in verschiedenen Lebensbereichen wie Arbeit, soziale Aktivitäten, schulische Leistungen und zwischenmenschliche Beziehungen zu Beeinträchtigungen (Essau et al., 1999).

In der Studie „Psychischen Störungen vom Kindes- zum Erwachsenenalter - Entstehungsbedingungen und Verlauf in Ost und West“ (Esser et al., 1996) wurden Verlaufsbeobachtungen in Rostock und Mannheim erhoben. Eines der Ziele war die Identifikation von Risikofaktoren und protektiven Faktoren des Kindes- und Jugendalters für psychische und Anpassungsstörungen des frühen Erwachsenenalters. Untersucht wurden zwei Kohorten von ursprünglich 399 Mannheimer Kindern (im Alter von acht, 13 und 18 Jahren, 25 Jahre) und 294 Rostocker Kindern (Geburt, zwei Jahre, sechs Jahre, zehn Jahre, 14 Jahre, 20 Jahre und 25 Jahre). Es wurde auch die Bedeutung von Einzelsymptomen wie Schulangst und Kontaktschwierigkeiten für die Entwicklung psychiatrischer Gesamtauffälligkeit untersucht. Kriterium für die Bedeutung eines Symptoms war hier die Wahrscheinlichkeit, mit der dieses Symptom zu einer psychischen Störung führt. Der Faktor, um den sich diese Wahrscheinlichkeit in den verschiedenen Altersgruppen erhöht (Odds ratio) ist in Tabelle 07 aufgeführt.

Tabelle 07: Wahrscheinlichkeit, mit der spezifische Symptome zu einer psychischen Störung führen (Odds ratio, Auszug Esser et al., 1996)

Alter Symptom	8 Jahre	13 Jahre	18 Jahre
Schulangst	2.6	3.8	11.4
Kontaktschwierigkeiten	9.2	4.9	2.1
Allgemeine Ängstlichkeit	1.6	5.8	3.3

Hier zeigt sich, dass Schulangst, Kontaktschwierigkeiten und allgemeine Ängstlichkeit das Risiko, eine psychische Störung zu entwickeln, deutlich erhöhen. Diese Einzelsymptome gehören zum Erscheinungsbild der Sozialen Unsicherheit. Des weiteren wurde in dieser Studie signifikante Prädiktoren für neue, im Alter von 18-25 Jahren aufgetretene Störungen aufgezeigt. Von den 25 potentiellen Prädiktoren sind diejenigen, die sich als signifikante Prädiktoren für externalisierende und internalisierende Störungen erwiesen, in Tabelle 08 aufgeführt.

Tabelle 08: Prädiktoren für im Alter von 18-25 Jahren aufgetretene externalisierende und internalisierende Störungen (nach Esser et al., 1996)

Prädiktoren	Externalisierende Störungen	Internalisierende Störungen
Mangelnde Reife	Kein sign. Prädiktor	$p \leq 001$
Mangelnde soziale Integration/ Unterstützung Freundeskreis	Kein sign. Prädiktor	$p \leq .001$
Rigide Familienbeziehungen	Kein sign. Prädiktor	$p \leq .01$
Hohe Anzahl chronischer Belastungen	Kein sign. Prädiktor	$p \leq .05$
Schwere körperliche Erkrankung der Eltern	Kein sign. Prädiktor	$p \leq .05$
Mangelnde soziale Integration/ Unterstützung Familie	$p \leq .01$	Kein sign. Prädiktor
Trennung/ Scheidung der Eltern	$p \leq .01$	Kein sign. Prädiktor
Chaotische Familienbeziehungen	$p \leq .05$	Kein sign. Prädiktor
Hohe Anzahl chronischer Belastungen	$p \leq .05$	Kein sign. Prädiktor
Negatives Selbstbild: Leistungen	$p \leq .05$	Kein sign. Prädiktor
Unangemessenes Bewältigungsverhalten	$p \leq .05$	Kein sign. Prädiktor
Inkonsistentes Erziehungsverhalten der Eltern	$p \leq .05$	Kein sign. Prädiktor

Von den untersuchten Prädiktoren sind im Rahmen der Betrachtung von Sozialer Unsicherheit die Variablen „Negatives Selbstbild: Leistungen“, „Unangemessenes Bewältigungsverhalten“ und „Mangelnde Integration/Unterstützung Freundeskreis" von Bedeutung. Diese Komponenten der Sozialen Unsicherheit wurden als signifikante Prädiktoren für neue, im Alter von 18-25 Jahren aufgetretene Störungen identifiziert.

Einen signifikanten Einfluss auf die weitere Chronifizierung der Störungen hatten ausschließlich die Variablen „Mangelnde soziale Integration/ Unterstützung Freundeskreis“

($p \leq .05$) und „isolierte Familienbeziehung“ der Herkunftsfamilie ($p \leq .05$). Die erstgenannte Variable ist, wie bereits erwähnt, eine der typischen Komponenten der Sozialen Unsicherheit.

Kruse, Meyer-Probst, Reis, Esser und Ihle (2001) untersuchten im Rahmen dieser Studie (Esser et al., 1996) Prädiktoren für die seelische Gesundheit im Erwachsenenalter. Unter seelischer Gesundheit wird hier ein „weitgehend symptomfreier Zustand mit guter beruflicher Anpassung, sozialer Integration, positivem Selbstbild, guten Bewältigungsfähigkeiten sowie verantwortungsvollem Handeln“ verstanden. Es zeigten sich geschlechts- und stichprobenspezifische (Mannheim/Rostock) Einflüsse. Für „Risiken in der frühen Kindheit“ (0-6 Jahre, s.u.) zeigten sich bei den männlichen Probanden in Mannheim und bei den weiblichen Probanden in Rostock signifikante Zusammenhänge mit der „seelischen Gesundheit“ im Erwachsenenalter. Weiterhin fanden sich Hinweise auf Ressourcen als protektive Faktoren (Tabelle 09).

Tabelle 09: Erfasste individuums- und umweltbezogene Risikofaktoren in der frühen Kindheit (0-6 Jahre) nach Esser et al., 1996

Frühe Belastungen Umwelt	**Frühe Auffälligkeiten Kind**
Alter der Mutter < 18	Krankenhausaufenthalte1./2. Lebensjahr
Unerwünschte Schwangerschaft	Dauer der Krankenhausaufenthalte 0-6 Jahre > 42 Tage
Schwangerschaft als Belastung	Anzahl der Unfälle
Forcierte Sauberkeitserziehung	Hirnhautentzündung
Besuch der Kinderkrippe < 3 Jahre	Anfallsleiden
Besuch des Kindergartens >= 5 Jahre	Schwere Kopfverletzung
Berufstätigkeit der Kindsmutter im ersten Lebensjahr	Impfzwischenfälle
Ein-Eltern-Familie	Laufalter > 17 Monate
	Sprechalter > 24 Monate
	Verspätete Sauberkeit
	Expansive Probleme im Kindergarten
	Introversive Probleme im Kindergarten
	Rückstellung bei Einschulung

Aus den bisherigen Veröffentlichungen geht nur der gemeinsame Einfluss dieser Risikofaktoren hervor, jedoch nicht, welchen Einfluss der Faktor „introversive Probleme im Kindergarten“, der bei Sozialer Unsicherheit auftreten kann, innerhalb der frühen Risikofaktoren hat.

Hayward, Killen, Kraemer und Taylor (1998) zeigten in einer vierjährigen epidemiologischen Studie mit 2242 Highschool-Schülern, dass diejenigen, die sich retrospektiv als Kinder mit Behavioral Inhibition beschrieben, ein vierfach höheres Risiko hatten, eine Soziale Phobie zu entwickeln, als Schüler ohne Behavioral Inhibition. Caspi, Henry, McGee, Moffitt et al. (1995) belegten, dass Mädchen, die im Alter von 3-5 Jahren passives, schüchternes, ängstliches und vermeidendes Verhalten zeigten, zu einem

signifikant höheren Anteil klinisch relevante Ängste entwickelten. Bernstein, Borchardt und Prewien (1996) schließen aus ihren epidemiologischen Studien, dass es sich bei Behavioral Inhibition um einen Risikofaktor handelt, der die Entwicklung von Angststörungen bei Kindern begünstigt.

Schuster (2001) zeigte im Rahmen einer epidemiologischen Studie an Jugendlichen und jungen Erwachsenen (EDSP) Vulnerabilitäts- und Risikofaktoren für die Entwicklung einer Depression auf. Dabei wurden signifikante Zusammenhänge zwischen retrospektiv berichteter Furcht und Schüchternheit als Ausprägung der „Behavioral Inhibition“ im Kindes- und Jugendalter und dem Auftreten depressiver Episoden im Jugend- und jungen Erwachsenenalter gefunden. Die Wahrscheinlichkeit, im Erwachsenenalter eine depressive Episode zu bekommen, erhöhte sich bei „Schüchternheit“ im Kindesalter um den Faktor 1.26, bei „Furcht“ um den Faktor 2.21. Weiterhin wurden primäre Angststörungen als Risikofaktor identifiziert: die primäre Soziale Phobie erhöht das Risiko um den Faktor 2.7, an einer depressiven Episode zu erkranken. Die Daten beruhen auf einer Stichprobe von 3021 Jugendlichen und jungen Erwachsenen im Alter von 14 bis 24 Jahren und wurden im Rahmen einer groß angelegten, über fünf Jahre laufenden prospektiven Längsschnittstudie erhoben. Der Autor schlussfolgert aus seinen Ergebnissen, dass zur Prävention von Depression Interventionen bei Ängsten im Kindesalter, wie die in diesem Manual vorgestellten, verstärkt erforscht werden sollten (Schuster, 2001).

Freihaut (1993) führte eine achtjährige Längsschnittstudie ab dem Kindergartenalter durch und identifizierte eine Untergruppe von sozial unsicheren Kindern, die ein erhöhtes Risiko für das spätere Auftreten von Einsamkeits- und Minderwertigkeitsgefühlen aufwies (vgl. auch Asendorpf, 1989).

Sonntag, Wittchen, Hoefler, Kessler und Stein (2000) zeigten bei 14-25jährigen mit sozialen Ängsten (ohne Soziale Phobie) einen signifikant erhöhten Anteil von Gewohnheitsrauchern. Die Wahrscheinlichkeit, unter den Jugendlichen mit sozialen Ängsten einen Gewohnheitsraucher zu finden, war um den Faktor 1.95 höher, als unter den nicht-ängstlichen Jugendlichen, wobei die sozialen Ängste zu 50% vor dem Beginn des Nikotinkonsums einsetzten.

Die WHO (1994) geht davon aus, dass ein Mangel an Sozialen Kompetenzen und niedriger Selbstwert einen Risikofaktor bei der Suchtentwicklung darstellt und empfiehlt zur Prävention von Suchterkrankungen die Durchführung von Sozialen Kompetenz Trainings. Die Wirksamkeit von Sozialen Kompetenz Trainings bei der Suchtprävention sind vielfältig belegt (z.B. Botvin, 2000; Künzel-Böhmer, Bühringer & Janik-Konecny, 1993).

Internalisierende Störungen im Kindes- und Jugendalter erhöhen das Risiko für einen späteren Suizidversuch und das Risiko für Störungen durch Substanzkonsum (z.B. Goldston, 2000) deutlich. Betrachtet man die Entwicklung psychischer Störungen im allgemeinen, so stellen positives Sozialverhalten, ein positives Selbstwertgefühl, Selbstwirksamkeitsüberzeugungen und ein aktives Bewältigungsverhalten im Kindes- und

Jugendalter risikomildernde Faktoren dar (Laucht et al., 1997; Scheithauer und Petermann, 1999, vgl. Tabelle 10).

Tabelle 10: Risikomildernde Faktoren im Kindes- und Jugendalter für die Entwicklung einer psychischen Störung (nach Laucht et al., 1997 und Scheithauer et al., 1999)

Kindbezogene Faktoren und Resilienzfaktoren	**Familiäre Schutzfaktoren und umgebungsbezogene Faktoren**
➢ weibliches Geschlecht ➢ erstgeborenes Kind ➢ positives Temperament (flexibel, aktiv, offen) ➢ überdurchschnittliche Intelligenz ➢ positives Sozialverhalten ➢ positives Selbstwertgefühl und Selbstwirksamkeitsüberzeugungen ➢ aktives Bewältigungsverhalten	**Schutzfaktoren innerhalb der Familie** ➢ stabile emotionale Beziehung zu Bezugspersonen ➢ offenes, unterstützendes Erziehungsklima ➢ familiärer Zusammenhalt ➢ Modelle positiven Bewältigungsverhaltens **Schutzfaktoren innerhalb des sozialen Umfeldes** ➢ Soziale Unterstützung ➢ Positive Freundschaftsbeziehungen ➢ Positive Schulerfahrungen

Zusammenfassung

Soziale Unsicherheit auf individueller Ebene...

- erhöht das Risiko für das spätere Auftreten einer depressiven Episode,
- erhöht das Risiko für das spätere Auftreten von Einsamkeits- und Minderwertigkeitsgefühlen,
- erhöht das Risiko für das spätere Auftreten von Störungen durch Substanzkonsum und
- bleibt bis ins Jugend- und Erwachsenenalter stabil.

Innerhalb einer Kohorte...

- nimmt die Zahl der Kinder mit klinisch auffälligem Sozialen Rückzug im Verlauf der Kindheit und Jugend zu.
- nimmt die Zahl der subklinischen internalisierenden Störungen im Verlauf von Kindheit und Jugend kontinuierlich zu.

Komponenten der Sozialen Unsicherheit...

- wurden als signifikante Prädiktoren für neue, im Alter von 18-25 Jahren aufgetretene psychische Störungen identifiziert und
- haben einen signifikanten Einfluss auf die weitere Chronifizierung psychischer Störungen.

Internalisierende Störungen im Kindes- und Jugendalter...

- erhöhen das Risiko für einen späteren Suizidversuch,
- erhöhen das Risiko für spätere Störungen durch Substanzkonsum und
- erhöhen das Risiko, wiederholte oder anhaltende affektive Störungen im Erwachsenenalter zu entwickeln und
- führen in verschiedenen Lebensbereichen wie Arbeit, soziale Aktivitäten, schulische Leistungen und zwischenmenschliche Beziehungen zu Beeinträchtigungen.

Positives Sozialverhalten, ein positives Selbstwertgefühl, Selbstwirksamkeitsüberzeugungen und ein aktives Bewältigungsverhalten...

- stellen im Kindes- und Jugendalter für die Wahrscheinlichkeit, später eine psychische Störung zu entwickeln, risikomildernde Faktoren dar.

2.1.7 Risiko- und Einflussfaktoren

Neben den bereits erwähnten Risikofaktoren beinhaltet grundsätzlich jegliche Plus- oder Minussymptomatik, die mit sozialer Aufmerksamkeit verbunden ist, das Risiko, soziale Ängste oder Soziale Unsicherheit auszulösen oder zu verstärken. Eine Übersicht über mögliche Risikofaktoren ist in Tabelle 11 dargestellt.

Tabelle 11: Risikofaktoren (Auswahl)

Minus-Symptomatik Kinder, die auffallen, weil sie etwas nicht können	**Plus-Symptomatik** Kinder, die auffallen, weil sie anders aussehen oder etwas ungewöhnliches tun	**Psychosoziale Belastungen**	**Geburtsrisiken**
➢ Konzentrationsstörungen ➢ Lernbehinderung ➢ Teilleistungsstörungen ➢ Bewegungseinschränkungen (z.B. Rollstuhl)	➢ Sprach- & Sprechstörungen ➢ Körperbehinderung ➢ Ticstörungen ➢ Epileptische Anfälle ➢ Auffällige Hauterkrankungen ➢ Adipositas	➢ Umzug ➢ Klassenwechsel ➢ Lehrerwechsel ➢ Scheidung ➢ Schwere Erkrankungen ➢ Krankenhausaufenthalte	➢ Unerwünschte Schwangerschaft ➢ Pränatale Risiken (z.B. Rauchen der Mutter) ➢ Perinatale Komplikationen (z.B. Sauerstoffmangel bei der Geburt) ➢ Postnatale Komplikationen

Die Zusammenhänge zwischen diesen Plus- & Minussymptomatiken, psychosozialen Belastungen, Geburtsrisiken und Sozialer Unsicherheit wurden in den vergangenen fünf Jahren vielfältig belegt.

Bei chronischen Erkrankungen wie Rheuma, Atopischer Dermatitis und Adipositas tragen die betroffenen Kinder ein deutlich erhöhtes Risiko, Soziale Unsicherheit zu entwickeln (z.B. Wall, 2000). Auch Kinder mit Herzerkrankungen wie etwa wiederkehrenden Synkopen sind sozial ängstlicher als gesunde Kontrollpersonen (Byars, Brown, Campell & Hobbs, 2000). Bei lebensbedrohlichen Erkrankungen wie z.B. Krebserkrankungen erhalten die betroffenen Kinder aus ihrer Sicht weniger Unterstützung durch Freunde und geben im Vergleich zu gesunden Kindern signifikant höhere Raten sozialer Ängste an (Kubar, 2000). Kinder, die eine Leukämie-Erkrankung überlebt haben, zeigen signifikant mehr internalisierende Verhaltensprobleme (CBCL) als ein Kontrollstichprobe, insbesondere in den Kompetenz-Subskalen, auf der Skala „ängstlich-depressiv“ und „soziale Probleme“ (Shelby, Nagle, Barnett-Queen, Quattlebaum & Wuori, 1998). Kinder mit kognitiven Entwicklungsverzögerungen haben wesentlich größere Schwierigkeiten, Sozialbeziehungen aufzubauen, als Kinder ohne Entwicklungsverzögerung (Guralnick, 1999).

Esser et al. (1996) zeigten die Bedeutung kind- und umweltabhängiger Risikofaktoren von der Geburt an bis ins Alter von 13 Jahren als Prädiktoren für spätere introversive psychische Störungen. Eine Auswahl ist in Tabelle 12 dargestellt. Frühe Risiken des Kindesalters zeigen in fast allen Entwicklungsabschnitten wesentlich höhere Korrelationen mit introversiven Störungen der Jungen als mit denen der Mädchen.

Tabelle 12: Geschlechtsspezifische Korrelationen von Risikofaktoren mit introversiven Störungen, n=321, Esser et al., 1996

	8 Jahre		13 Jahre		18 Jahre	
	m	w	m	w	m	w
Frühe umweltabhängige Risiken 0-6 Jahre	.19**	-	.27***	.26**	.16*	.20*
Frühe kindabhängige Risiken 0-6 Jahre	.18*	.22**	.29***	-	.16*	-
Widrige familiäre Bedingungen 8 Jahre	.21**	.20*	.24**	-	-	-
Umschriebene Entwicklungsstörungen 8 Jahre	-	-	-	.18*	-	-
Lebensereignisse 8-13 Jahre			.28***	.22*	.32***	-

Wie sich organische und psychosoziale Risikofaktoren auf die weitere Entwicklung der psychischen Gesundheit auswirken, wurde in der Mannheimer Risikostudie (Esser et al., 1996) in vier Erhebungswellen untersucht. Es handelt sich um eine prospektive Längsschnittstudie an einer Kohorte von 362 Kindern, die von Geburt bis zum Jugendalter in mehreren Erhebungswellen untersucht wurden. Als Risikofaktoren bei der Geburt wurden organische Belastungen (prä- und perinatale Komplikationen) und psychosoziale Belastungen (ungünstige familiäre Lebensumstände bei der Geburt) vollständig kombiniert.

Beim Vergleich der Erhebungen im Alter von zwei, vier, sechs und acht Jahren der Gesamtgruppe zeigt sich, dass die Störung mit Trennungsangst für die Achtjährigen bereits im Alter von zwei Jahren gut vorhergesagt werden konnte (71.4% richtig vorhergesagte Fälle von Störung mit Trennungsangst). Hier zeigte sich, dass die später trennungsängstlichen Kinder zur Geburt erhöhte psychosoziale Risiken aufwiesen, unter anderem war der Anteil unerwünschter Schwangerschaften signifikant erhöht.

Die Kinder, die später soziale Ängste zeigten, waren bei der Geburt in signifikant höherem Maße mit organischen Risiken behaftet (Esser et al., 1996).

Auch das elterliche Interaktions- und Erziehungsverhalten beeinflusst die Entwicklung kindlicher Ängste und die Entwicklung der Sozialen Kompetenz. Spence (1996) zeigte, dass sich Eltern ängstlicher Kindern deutlich von Eltern mit nicht ängstlichen Kindern unterscheiden. Er fand, dass die Eltern ängstlicher Kinder eher dazu tendierten, uneindeutige Ereignisse als bedrohlich zu bewerten. Weiterhin bevorzugten sie vermeidendes Problemlöseverhalten und verhielten sich überbeschützend, überbehütend und überkontrollierend. Inkonsistentes, ablehnendes und tadelndes Elternverhalten ist ebenfalls ein Risikofaktor (Bruch & Heimberg, 1994; Hock & Schirtzinger, 1992). Mize und Pettit (1997) zeigten deutliche Zusammenhänge zwischen dem elterlichen Erziehungsverhalten und den sozialen Fertigkeiten der Kinder ($rs=.44$, $p\leq.005$) und der Beliebtheit bei anderen ($rs=-.36$, $p\leq.05$) auf.

Ablehnung oder Viktimisierungserfahrungen (Prügeleien, Hänseleien) durch die Gleichaltrigengruppe gelten ebenfalls als Risikofaktoren für die Entwicklung von klinisch relevanten sozialen Ängsten (LaGreca & Lopez, 1998; Slee, 1994). Weiterhin kann das Erleben von Panik und Hilflosigkeit in einer Situation der sozialen Bewertung (z.B. eine

öffentliche Prüfungssituation) Soziale Unsicherheit auslösen (Barlow, 1988; Hofmann, Ehlers, Roth, 1995).

Davidson, Hughes, Georege und Blazer (1993) fanden bei Erwachsenen mit klinisch relevanten sozialen Ängsten einen signifikant höheren Anteil von Scheidungskindern (Alter bei der Scheidung der Eltern unter 10 Jahren) als in einer Gruppe gesunder Kontrollpersonen. Auch in dieser Studie wurde aufgezeigt, dass eine unerwünschte Schwangerschaft einen psychosozialen Risikofaktor darstellt

2.2 Entstehung und Aufrechterhaltung Sozialer Unsicherheit

Zur Entstehung und Aufrechterhaltung von Sozialer Unsicherheit existieren eine Reihe biologischer, kognitiver und behavioraler Erklärungsansätze, von denen diejenigen, die aktuell in Forschung und therapeutischer Praxis die meist Berücksichtigung finden oder zusätzlichen Erkenntnisgewinn bieten, kurz vorgestellt werden sollen und zu einem multimodalen Erklärungsansatz integriert werden.

2.2.1 Das Prozessmodell nach Hinsch und Pfingsten (1998)

Das Prozessmodell von Pfingsten und Hinsch bildet die Grundlage der im deutschen Sprachraum eingesetzten Sozialen Kompetenz Trainings für Erwachsene. Es dient zur Erklärung von Defiziten der Sozialen Kompetenz. Das von den Autoren entwickelte Training (Gruppentraining Sozialer Kompetenzen, erste Auflage 1983) gehört im deutschen Sprachraum zu den Standardinterventionen im ambulanten und stationären Bereich (siehe auch Fiedler, 1996). Da sich das Modell im Erwachsenenbereich in Forschung und Praxis als anwendbar gezeigt hat (z.B. Hinsch & Pfingsten, 1998), soll es hier erläutert werden und in Kapitel 2.2.7 in den multimodalen Erklärungsansatz mit aufgenommen werden.

Das Sozialverhalten wird nach Hinsch und Pfingsten (1998) von der Situation selbst, deren kognitiver Verarbeitung, dem motorischen Verhalten und deren Konsequenzen beeinflusst. Diese werden wiederum emotional und kognitiv weiterverarbeitet. Eine Person befindet sich in einer sozialen Situation, die von ihr individuell wahrgenommen und kognitiv verarbeitet wird. Die Verarbeitung führt zu beobachtbarem (motorischem) Verhalten. Dieses Verhalten bewirkt Veränderungen in der Umwelt und bedingt neue soziale Situationen. Hier schließt sich der Kreis: die neue Situation wird als Konsequenzerfahrung kognitiv und emotional verarbeitet.

Soziales Verhalten wird durch Situationen und deren Aufgabencharakter ausgelöst. Die spezifischen Aufgabenmerkmale ergeben sich dabei durch das Zusammentreffen interner Bedingungen wie persönlichen Intentionen und Bedürfnissen (eigene Ziele, Interessen, Stimmungen) auf der einen Seite und externen Bedingungen (sozialen und raum-zeitlichen) auf der anderen Seite. Situationen werden in einer bestimmten Weise wahrgenommen und kognitiv und emotional verarbeitet. Die Wahrnehmung leitet eine kognitive Analyse der sich stellenden Aufgabe mit dem Ziel ein, eine Entscheidung über das zur Bewältigung notwendige Verhalten zu treffen. Diese Situationsanalysen erfolgen in enger Verknüpfung mit früheren Erfahrungen. Angemessenes Sozialverhalten kann dabei unter anderem durch kognitive Fehlsteuerungen wie ungünstige Wahrnehmungen der sozialen Situation und der beteiligten Partner, ungünstige Annahmen über das Zustandekommen derartiger Situationen (Rezeption) und ungünstige Einschätzung der eigenen Erfolgschancen (Antizipation) erschwert werden. Diese Prozesse sind in Abbildung 02 dargestellt.

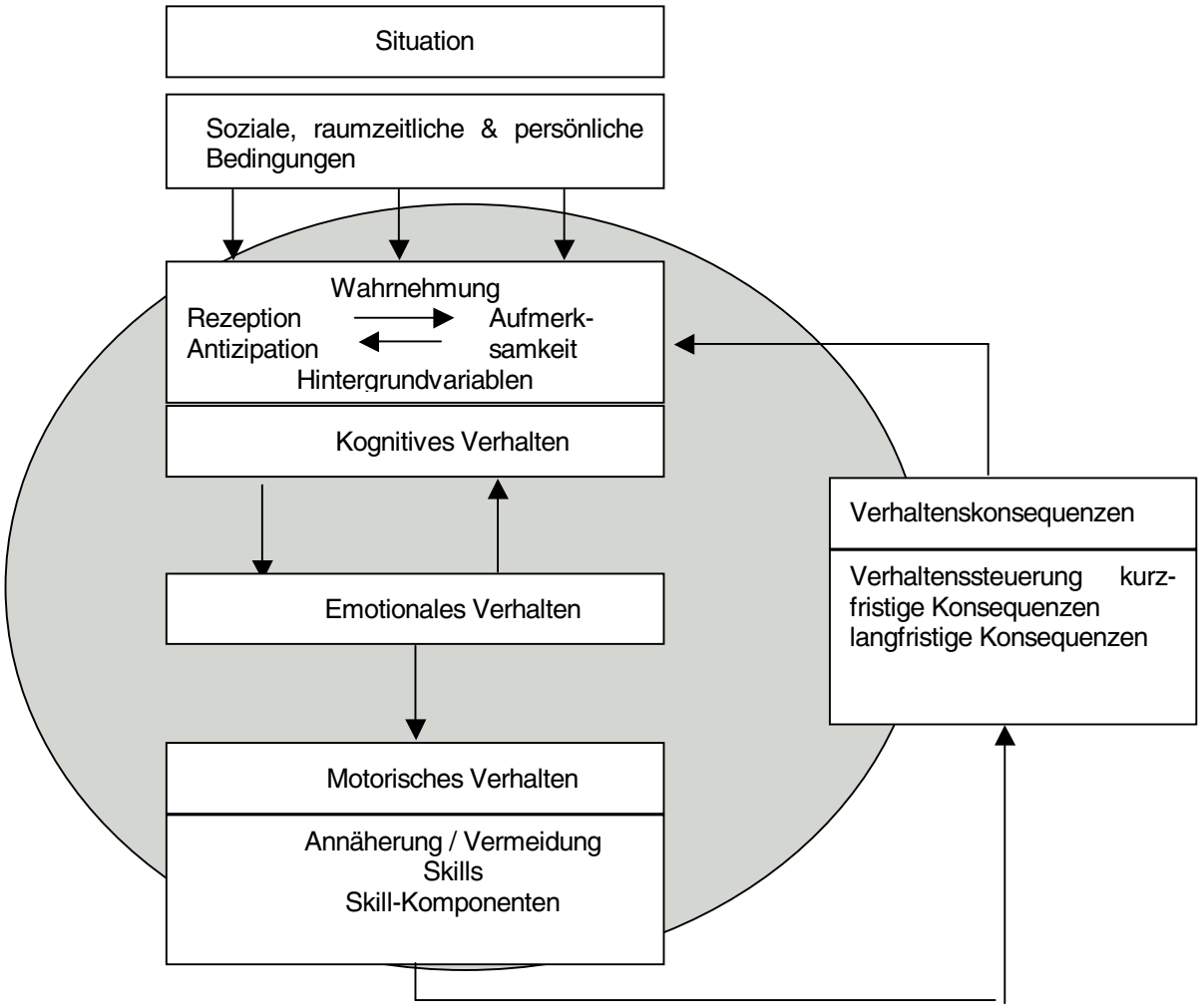


Abbildung 02: Prozessmodell sozial kompetenten / inkompetenten Verhaltens nach Hinsch und Pfingsten (Hinsch & Pfingsten, 1998, S. 16).

Innerhalb dieses Prozesses kommt es zu einem als unangenehm erlebten Erregungsanstieg, der mit erhöhter Selbstaufmerksamkeit, negativen Selbstverbalisationen und Befangenheit gekoppelt ist (Petermann & Petermann 1996).

2.2.2 Das Modell der sozialen Phobie von Clark und Wells (1995)

Clark et al. (1995) entwickelten ein Modell zur Erklärung der Entstehung und Aufrechterhaltung der sozialen Phobie im Erwachsenenalter, das die Grundlage der aktuellen Forschung zu diesem Gebiet darstellt und auch auf Soziale Unsicherheit anwendbar ist.

Sozial phobische Personen entwickeln als Konsequenz früherer Erfahrungen, kombiniert mit angeborenen Verhaltensprädispositionen, eine Reihe von ungünstigen Annahmen über sich selbst und ihre soziale Umgebung. Diese führen dazu, dass sie glauben, in sozialen Situationen in Gefahr zu sein: sie befinden sich einerseits in der Gefahr, sich in unbeholfener und inakzeptabler Weise zu verhalten, und anderseits in der Gefahr, dass ein solches Benehmen so katastrophale Konsequenzen haben könnte wie Statusverlust, Wertverlust und Ablehnung. Wenn eine soziale Situation einmal auf diese Art betrachtet wurde, startet eine Art „Angstprogramm“, das von diesem Zeitpunkt an automatisch und reflexhaft initiiert wird. Bei diesem Angstprogramm handelt es sich um eine komplexe Konstellation von kognitiven, somatischen, affektiven und behavioralen Veränderungen, die sich im Laufe der Evolution in objektiv bedrohlichen Situationen als günstig erwiesen haben. Wenn die Bedrohung jedoch eher imaginiert als real ist, sind diese Angstreaktionen höchst inadäquat. Statt als nützliche Funktion zu dienen, werden sie oft zu einer Quelle neuer Angst und führen so zu einem Teufelskreis, durch den die soziale Angst verstärkt und verfestigt wird.

Es existieren vier Prozesse, die die soziale Angst aufrechterhalten und es Menschen mit Angst vor negativer Bewertung in sozialen Situationen unmöglich machen, ihre negativen Überzeugungen über soziale Situationen zu überprüfen:

1. Selbstaufmerksamkeit und Konstruktion des Selbstbildes als soziales Objekt
2. Sicherheitsverhalten
3. Angstinduzierte Darstellungsdefizite
4. Antizipatorische und nachträgliche Prozesse

Selbstaufmerksamkeit und Konstruktion des Selbstbildes als soziales Objekt

Sozial phobische Personen richten ihre Aufmerksamkeit auf sich selbst und glauben sich im Fokus der Wahrnehmung des sozialen Umfeldes, das jegliche ihrer Reaktionen genau registriert. Zunächst werden die körperlichen und motorischen Symptome der Angst zu Quellen angenommener/wahrgenommener Gefahr und neuer Angst. Beispielsweise kann ein Versagen der Stimme bei der Beantwortung einer Frage im Unterricht als Leistungsversagen gewertet werden, Erröten kann als Zeichen angesehen werden, sich lächerlich zu machen, und Herzklopfen kann als Anzeichen von Kontrollverlust gewertet werden. Erwachsene mit einer sozialen Phobie beschäftigen sich sehr stark mit ihren somatischen Reaktionen und selbstabwertenden Gedanken. Diese Beschäftigung interferiert mit der Fähigkeit, soziale Hinweisreize zu verarbeiten, was von den sozial phobischen Personen als weitere Bestätigung für soziale Bedrohung und Versagen angesehen werden kann. Wenn sozial phobische Personen in eine soziale Situation eintreten, fokussieren sie ihre Aufmerksamkeit auf sich und ihre möglicherweise peinlichen Verhaltensweisen, was dazu führt, dass diese eher wahrscheinlich werden, da die normale Informationsverabeitung beeinträchtigt ist und Hinweisreize aus dem Umfeld weniger wahrgenommen werden. Auch werden diese Hinweise aus der Umgebung aus Angst weniger gesucht, d.h. Blickkontakt wird vermieden, Fragen, was das Gegenüber von dem Gesagten oder von der eigenen Person hält, werden ebenfalls aus Angst nicht gestellt.

Sicherheitsverhalten

Sozial phobische Personen zeigen eine breite Palette verschiedener Sicherheitsverhaltensweisen, die oft genau zu den befürchteten Ereignissen führen. Clark und Wells berichten von einer Patientin, die Angst hatte, ihre Hand könnte beim Trinken zittern, dies könne wiederum merkwürdig wirken. Als Vorsichtsmaßnahme füllte sie ihr Glas immer nur halb und hielt es sehr angestrengt fest, was einerseits an sich schon merkwürdig wirkt und Missgeschicke und Zittern wahrscheinlicher macht. Ein anderer Patient hatte Angst, das Gleichgewicht zu verlieren und dadurch peinlich zu wirken, als Vorsichtsmaßnahme lehnte er sich stets an das nächste feste Objekt, was ebenfalls einen sonderbaren Eindruck macht.

Angstinduzierte Selbstdarstellungsdefizite und deren Wirkung auf andere

Die Art und Weise, wie sich sozial phobische Personen verhalten, wenn sie ängstlich sind, führt dazu, dass sie von anderen weniger freundliche Reaktionen bekommen. So werden sozialen Ängste teilweise bestätigt. Die im letzten Abschnitt dargestellte intensive Selbstbeobachtung und die Sicherheitverhaltensweisen führen dazu, dass die Personen in sozialen Situationen weniger freundlich mit anderen umgehen und sich weniger öffnen, so dass sie unfreundlich und weniger warm wirken können. Dies führt zu den befürchteten Reaktionen wie Ablehnung und Desinteresse des Umfeldes. Schließlich führen einige der Symptome direkt zu weiteren gefürchteten Empfindungen (z.B. führt schnelles Sprechen zu Hyperventilation und erhöhtem Herzschlag). Sozial phobische Personen überschätzen die Wahrscheinlichkeit, von anderen negativ bewertet zu werden und auch die Konsequenzen einer negativen Bewertung.

Antizipatorische und bewertende Prozesse während und nach der Situation

Vor Eintritt in die soziale Situation malen sich die sozial phobischen Personen genauestens aus, was alles passieren könnte. Sie führen sich vergangene Blamagen vor Augen und katastrophisieren den möglichen Ausgang der Situation. Diese negativen Kognitionen führen oft zum völligen Vermeiden der Situation. Gehen sie doch in die Situation, befinden sie sich schon mitten in einem Prozess der negativen Selbstbewertung und Selbstfokussierung, der es unmöglich macht, positive und freundliche Hinweisreize aus der Umgebung wahrzunehmen und zu verarbeiten. Das Verlassen oder die Flucht aus der Situation führt nicht unbedingt sofort zu einer Beendigung der negativen Gedanken und des Unwohlseins. Die Angst lässt nach, die Gedanken nehmen jedoch zu, das eigene Versagen wird sich detailliert vor Augen geführt und eingeprägt. Dabei wird die Interaktion wesentlich negativer bewertet, als sie eigentlich war. Diese vier Prozesse verstärken sich gegenseitig und führen nicht nur zur Aufrechterhaltung, sondern auch zur steten Zunahme der Problematik. Ihr Zusammenwirken ist in Abbildung 03 dargestellt.

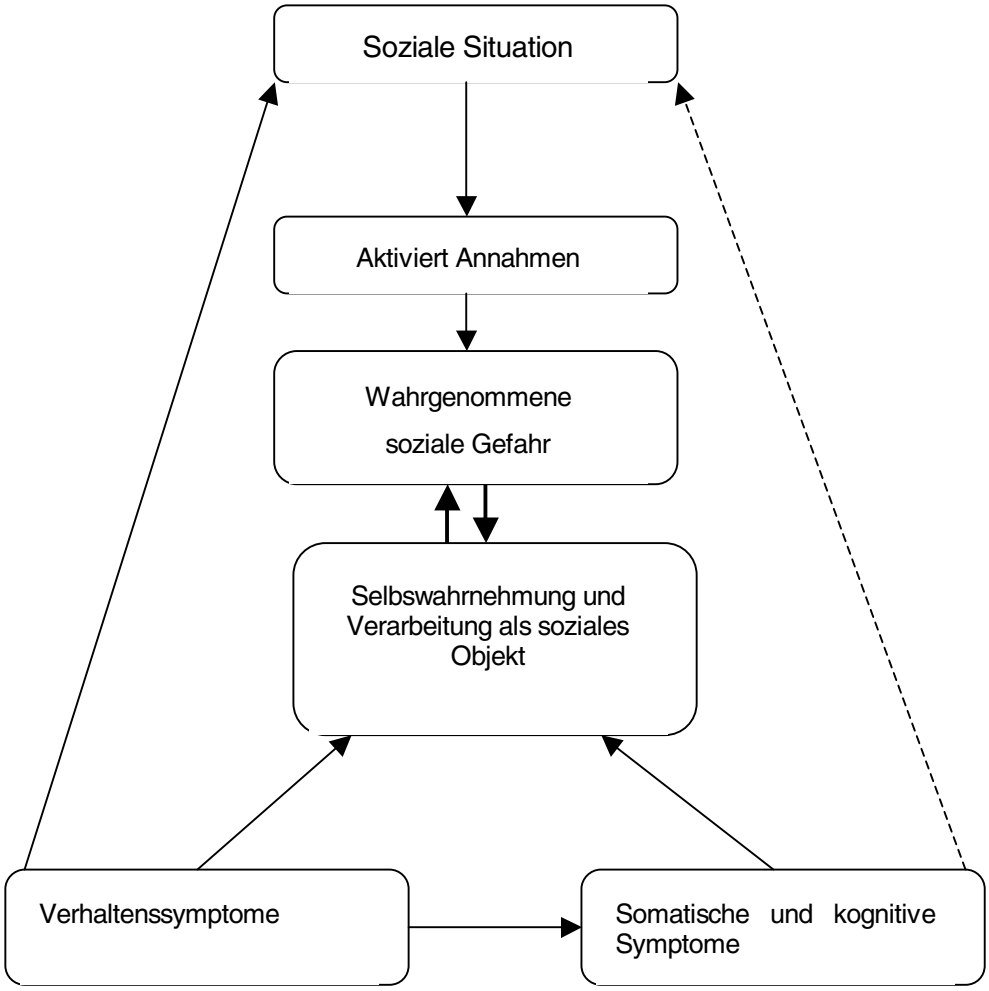


Abbildung 03: Modell der Prozesse bei Eintreten in einer sozialen Situation nach Clark & Wells (1995)

2.2.3 Das kognitiv-behaviorale Modell nach Döpfner

Döpfner (2000) entwickelte ein multimodales Erklärungsmodell sozialer Ängste im Kindesalter, das in Abbildung 04 dargestellt ist. Nach Ansicht des Autors treten soziale Ängste selten isoliert auf. Das Modell hat die vier Hauptkomponenten:

1. Soziale Angst
2. Negative Selbstwertgefühle
3. Ineffektives Interaktionsverhalten und
4. Ineffektive soziale Informationsverarbeitung

Die Komponenten beeinflussen sich gegenseitig und führen zur Verstärkung der Symptome. Diese sind individuell unterschiedlich ausgeprägt. Bei einem Teil der Kinder stehen soziale Ängste im Vordergrund. Diese führen in sozialen Situationen zu ineffektivem Interaktionsverhalten, obwohl die Kinder prinzipiell zu sozial kompetentem Verhalten in der Lage wären. Bei einer andere Subgruppe dominieren negative Selbstwertgefühle, die wiederum ineffektive Interaktionsverhalten und sozialen Rückzug nach sich ziehen. Diese Kinder weisen auch depressive Stimmungen auf. Ein Teil der Kinder weist deutliche Defizite bei der sozialen Informationsverarbeitung auf, auch in Situationen, in denen sie nicht durch soziale Ängste gehemmt werden. Eine weitere Untergruppe zeigt grundsätzliche Defizite in der Sozialen Kompetenz, auch wenn sie nicht sozialer Aufmerksamkeit ausgesetzt sind. Das Modell zeigt auf, dass Soziale Unsicherheit an verschiedenen Stellen einsetzen kann. Die einzelnen Komponenten verstärken sich gegenseitig und führen zu einer stabilen Problematik.

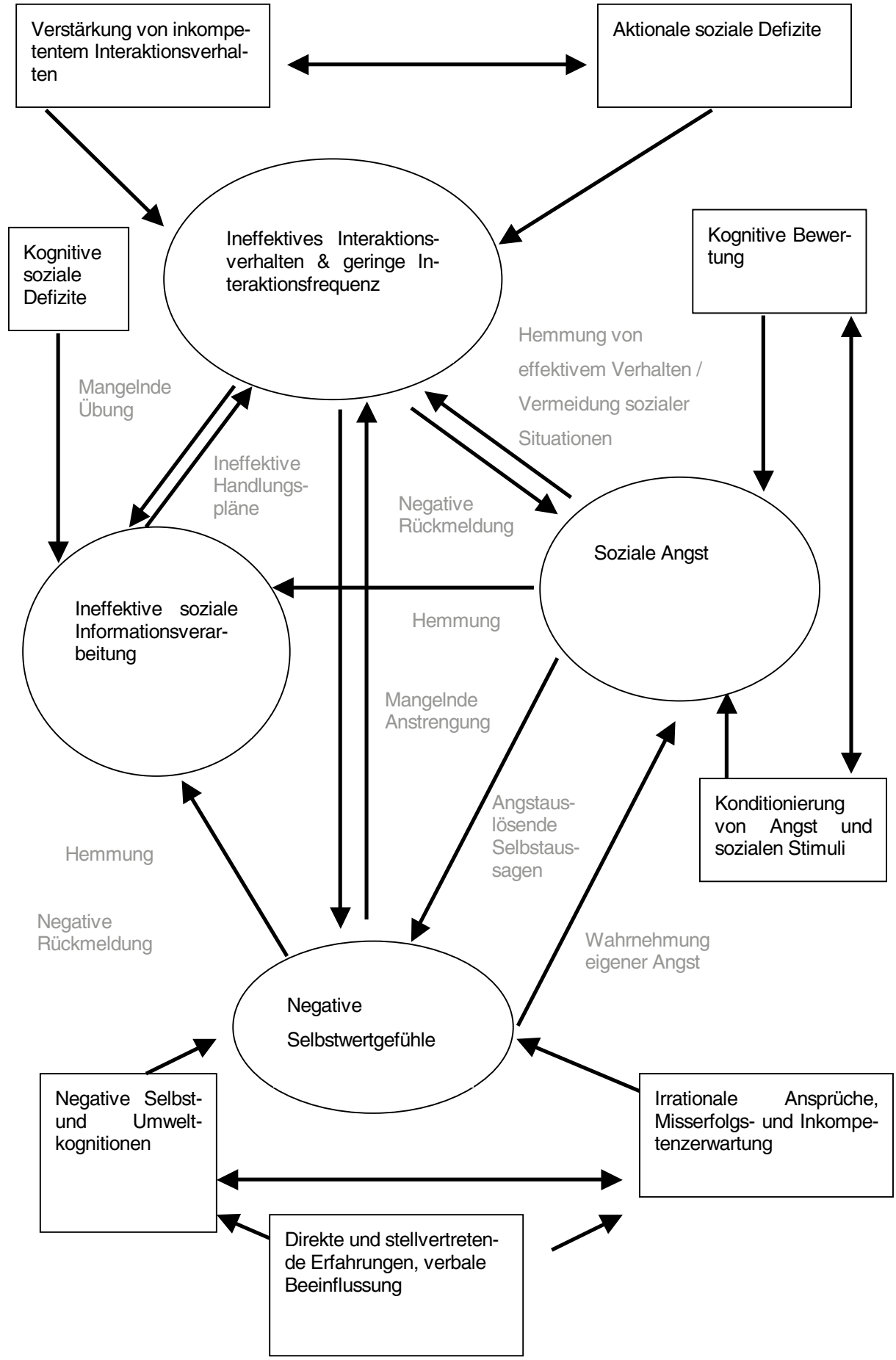


Abbildung 04: kognitiv-behaviorales Modell Sozialer Unsicherheit nach Döpfner (2000)

2.2.4 Das biologische Modell „Behavioral Inhibition“

„Behavioral Inhibition“ (Verhaltenshemmung) ist ein bereits im Säuglingsalter erfassbarer Reaktionsstil, der durch Gehemmtheit, Rückzug, Vermeidung und Unbehagen in neuen Situationen charakterisiert ist. „Neue Situationen“ können fremde Personen, neue Objekte oder neue komplexe Begebenheiten sein. Das Konzept der „Behavioral Inhibition“ wurde als qualitative Temperamentseigenschaft entwickelt, deren physiologische und neurophysiologischen Korrelate in einer Vielzahl von Studien analysiert wurden (z.B. Kagan, 1984; Kagan, Reznick & Snidman, 1987).

Kagan (1988) wies „Behavioral Inhibition“ als Temperamentsmerkmal bereits bei neun Monate alten Säuglingen nach. Kagan et al. zeigten 1987, dass bestimmte Kinder bereits in diesem Alter auf neue Reize und Situationen mit Angst und Gehemmtheit reagieren („Behavioral Inhibition“). Etwa 10-20% der Kinder im Alter von 2 Jahren sind nach Kagan „gehemmt“ im Sinne einer „Behavioral inhibition“.

Wie bereits in Kapitel 2.1.2 erwähnt wurde, unterscheidet Gray (1987; 1990) drei biologische verhaltenssteuernde Systeme: das Annäherungs-System (Behavioral-Approach-System: BAS), das Verhaltenshemm-System („Behavioral Inhibition“ System: BIS) und das Kampf/Flucht System (Fight/Flight). Das „Behavioral Inhibition“ System wird durch bestrafungsassoziierte Stimuli und „Novelty“, die „Neuheit“ einer Situation, aktiviert (McNaughton & Gray 2000).

Der Hippocampus (CA-1 und CA-3- Zellschicht), das Subiculum, der enthorinale Cortex und das laterale und mediale Septum sind die anatomischen Strukturen des BIS. Nach Gray (1982) wird das BIS über sensorische Informationen aus dem Neocortex aktiviert, des weiteren über den präfrontalen Cortex und das Cingulum. Hippocampus und laterales Septum leiten über Hypothalamus und das dopaminerge striato-thalamische System und das Cingulum die Unterbrechung beabsichtigter Bewegungsfolgen ein. Subcorticale monoaminerge und cholinerge Systeme aktivieren das Septo-Hippocampus-System unspezifisch.

Kagan et al. (1987) spezifizieren Grays Modell: Sie postulieren, dass die individuellen Unterschiede bei der Reaktion von Kindern auf Unbekanntes, Bedrohliches und Veränderungen auf eine angeborene Ausprägung der Reagibilität von Teilen des limbischen Systems, insbesondere der Amygdala und des Hypothalamus zurück zu führen sind. Diese Reagibilität resultiert in einer gesteigerten Aktivität der adrenergen Hypothalamus-Hypophysen Achse, des retikulären Aktivierungssystems (ARAS) und des sympathischen Nervensystems. Diese drei Regelkreise werden direkt von der hypothalamischen Aktivität beeinflusst.

1.) Die Konfrontation mit Neuem oder Bedrohlichem, bei dem keine Flucht möglich ist, erhöht die Aktivität der adrenergen Hypothalamus-Hypophysen Achse und führt so zur gesteigerten Cortisolproduktion.

2.) Der Hypothalamus projiziert auch auf das retikuläre Aktivierungssystem und beeinflusst so die motorischen Bahnen der Skelettmuskulatur. Eine dieser Bahnen läuft über den Nucleus ambiguus, der die muskuläre Spannung in Kehlkopf und Stimmritze steuert. Diese Muskeln werden unter Stress kontrahiert und beeinflussen sowohl Frequenz als auch Variabilität des vokalen Outputs.

3.) Die Aktivierung des sympathischen Nervensystems führt unter anderem zu einer Erhöhung der Herzrate und des Blutdruckes.

Granger et al. (1994) zeigten einen signifikanten Zusammenhang zwischen dem sozialen Rückzug der Kinder (CBCL) und der Cortisolproduktion in Konfliktsituationen auf ($p \leq .008$). Die Stichprobe wurde in Kinder mit einer hohen Cortisolreaktion und Kinder mit einer niedrigen Cortisolreaktion geteilt, diese unterschieden sich signifikant ($p \leq .01$) in der Ausprägung der Sozialen Unsicherheit (SASC-R, La Greca et al., 1993).

Nach Kagan (1987) weisen Kinder mit „Behavioral Inhibition“ insbesondere bei unbekannten Ereignissen eine niedrigere Erregungsschwelle auf. Dieser Ansatz wird durch eine Reihe von Studien gestützt, beispielsweise zeigten Biederman, Rosenbaum, Hirshfeld und Faraone (1990), dass Kinder, die zu „Behavioral Inhibition“ neigten, einen signifikant höheren Anteil phobischer Störungen aufwiesen (32%) als Kinder ohne Tendenzen zu „Behavioral Inhibition“ (5%). Des weiteren zeigten die Kinder mit „Behavioral Inhibition“ eine höherer Rate multipler Angststörungen.

Bei sozial unsicherem Verhalten könnte die Verhaltensblockade als Reaktion auf bestrafungsassoziierte Stimuli infolge einer Überaktivierung des BIS eine zentrale Rolle spielen. Dies zeigt sich dann im Verhalten beispielsweise in einer Unterrichtssituation: ein Kind soll eine Aufgabe an der Tafel lösen. Es steht an der Tafel und sieht die erwartungsvollen Gesichter der Kinder und der Lehrkraft (bestrafungsassoziierte Stimuli, die Leistungsdruck / Versagen signalisieren). Aufgrund der Überaktivierung des BIS kommt es zu einer Verhaltensblockade: Das Kind ist nicht in der Lage, die Aufgabe zu lösen bzw. etwas an die Tafel zu schreiben. Körperliche Stressreaktionen, wie erröten, zittern, schwitzen, sind wahrscheinlich. Auf die Verhaltensblockade wird mit hoher Wahrscheinlichkeit eine negative Reaktion der Klassenkameraden und der Lehrkraft erfolgen (Bestrafung). Die Situation „an der Tafel stehen, erwartungsvolle Gesichter Lehrer/Kinder“ wird als bestrafungsassoziierter Stimuli bestätigt.

Die Neigung zur Verhaltenshemmung kann wegen der gut beschriebenen Strukturen im Hippocampus-Septum-System als genetisch/biologische Disposition betrachtet werden und gehört zu den möglichen prädisponierenden Faktoren der Sozialen Unsicherheit.

2.5 Sozialer Rückzug nach Rubin, LeMare & Lollis (1990)

Rubin et al. (1990) entwickelten ein Modell zur Erklärung des Sozialen Rückzuges in der Kindheit. Dieses Modell unterscheidet sich von den bisher dargestellten darin, dass es die Rolle der Eltern stark in den Vordergrund rückt und dass es verschiedene Entwicklungsstufen der Kindheit berücksichtigt und auch Depression als mögliche Folge integriert. Die einzelnen Einflussfaktoren und postulierten Interaktionen leiten Rubin und Kollegen aus empirischen Befunden ab. Es handelt sich jeweils um mögliche oder wahrscheinliche Bedingungsfaktoren, keiner der Faktoren muss unbedingt vorhanden sein. Als prädisponierende Bedingungen werden die in Tabelle 13 dargestellten postuliert.

Tabelle 13: Prädisponierende externe Bedingungen nach Rubin et al. (1990)

Sozioökonomische Bedingungen	Persönliche und soziale Bedingungen der Eltern	Persönliche Überzeugungen der Eltern
Finanzielle Ressourcen	Psychischer Gesundheitszustand	Einstellungen zur Kindererziehung
Arbeitstätigkeit	Verfügbarkeit von emotionaler und sozialer Unterstützung	Haltung zur Geburt eines Kindes
Kulturelle und kommunale Normen	Familienstand	Überzeugungen zu Anzeichen einer normalen Entwicklung
Lebensbedingungen		
Politische Umstände (z.B. Krieg)		
Verfügbarkeit lebensnotwendiger Ressourcen		

Als mögliche prädisponierende interne Faktoren können die folgenden vorliegen: Das Kind kann eine niedrige Erregungsschwelle bei sozialer Stimulation und neuen Situationen zeigen, ist möglicherweise schwer zufrieden zu stellen und zu beruhigen (Buss & Plomin, 1984; Kagan et al., 1984). Die Bezugspersonen können dazu tendieren, auf dieses Verhalten insensitiv, wenig gefühlvoll, nachlässig und insgesamt wenig zu reagieren. Eltern und Kind beeinflussen sich gegenseitig. Als Folge kann sich die erste Bindung im Alter von 12-18 Monaten unsicher, vermeidend oder ambivalent entwickeln (Ainsworth, 1978). Diese beeinflusst wiederum das ungünstige Verhalten der Bezugsperson.

Als Vorschüler verhält sich das Kind ablehnend und vermeidend gegenüber neuen Situationen und Objekten, ist ängstlich, gehemmt, zieht sich lieber zurück und zeigt wenig Explorationsneigung. Dies führt auf Seiten der Bezugsperson zu einem extrem autoritären oder sehr nachgiebigem Erziehungsstil (Baumrind, 1967). Weiterhin werden die Beziehungen zu Gleichaltrigen und Pädagogen beeinflusst: Gleichaltrige nehmen das Kind als „anders“ und als „leichtes Ziel“ wahr, Pädagogen als ängstlich, abhängig, unreif und unselbständig.

Die geringe Peerakzeptanz, der Erziehungsstil der Eltern und die Vorerfahrungen als Vorschüler führen dazu, dass sich das Kind als Grundschüler (5-7 Jahre) ängstlich, unsicher, und gehemmt verhält und die Erfahrung macht, dass es soziale Ziele nicht erreicht, es bekommt keine soziale Anerkennung, dies führt zu einer Ausweitung von Angst und Rückzug. Diese Entwicklung verstärkt den ungünstigen Erziehungsstil der Eltern und führt zu einer Ablehnung durch die Gleichaltrigen.

Im Alter von 7-9 Jahren werden nach Rubin et al. (1990) die ersten sozialen Vergleiche möglich, das Kind erkennt das eigene soziale Versagen, ein negatives Selbstbild entwickelt sich, soziale Ängste und sozialer Rückzug weiten sich aus. Dieser Prozess wird durch die Ablehnung der Gleichaltrigengruppe und den Erziehungsstil der Eltern verstärkt. In der späten Kindheit entwickeln sich Isolation von der Gleichaltrigengruppe, Einsamkeit und Depression. Für die weitere Entwicklung prognostizieren Rubin et al. (1990) internalisierende Probleme, wie Schwierigkeiten beim Aufbau und der Aufrechterhaltung von Freundschaften. Kritische Lebensereignisse (z.B. Heirat der Eltern) können die beschriebenen Entwicklungen zu jedem Zeitpunkt ungünstig beeinflussen.

Rubin et al. (1990) stützen sich nur bei einem Teil ihrer Thesen auf empirische Befunde, die wissenschaftliche Überprüfung der postulierten Zusammenhänge steht bis dato noch aus.

2.2.6 Zusammenfassung

Das Prozessmodell nach Hinsch und Pfingsten....

- erklärt soziales Verhalten in Situationen
- berücksichtigt soziale, raumzeitliche und persönliche Bedingungen,
- beschreibt die Interaktionen zwischen Kognitionen, Emotionen, Motorik und Verhaltenskonsequenzen bei Erwachsenen und
- basiert auf dem Konstrukt „Soziale Kompetenz".

Das Modell der sozialen Phobie von Clarks und Wells...

- erklärt die Entstehung und Aufrechterhaltung der sozialen Phobie im Erwachsenenalter,
- berücksichtigt Selbstaufmerksamkeit, Selbstbild, Sicherheitsverhaltensweisen, Darstellungsdefizite und antizipatorische und nachträgliche Prozesse und
- beschreibt die Interaktionen zwischen Kognitionen, Emotionen, Motorik und Verhaltenskonsequenzen.

Das kognitiv-behaviorale Modell nach Döpfner...

- erklärt soziale Ängste bei Kindern
- berücksichtigt soziale Angst, negative Selbstwertgefühle, Interaktionsverhalten und Informationsverarbeitung
- basiert auf dem Konstrukt Selbstunsicherheit.

Das biologische Modell der Behavioral Inhibition...

- erklärt Gehemmtheit, Rückzug, Vermeidung und Unbehagen in neuen oder bestrafungsassoziierten Situationen,
- berücksichtigt Temperamentsmerkmale und deren physiologische Korrelate,
- konnte in einer Vielzahl von Studien empirisch belegt werden und
- gilt für Kinder und Erwachsene.

Sozialer Rückzug in der Kindheit nach Rubin et al...

- erklärt sozialen Rückzug in den verschiedenen Entwicklungsstufen des Kindesalters
- berücksichtigt sozioökonomische, persönliche und soziale Bedingungen,
- beschreibt die Interaktionen zwischen Erziehungsstil, Verhalten des Kindes, Verhalten der Gleichaltrigengruppe und der Einschätzung der Pädagogen (Erzieher/Lehrkräfte)
- basiert nur auf einzelnen empirischen Befunden

2.2.7 Ein multimodales Erklärungsmodell

Da keines der Modelle alle bisher beschriebenen Aspekte Sozialer Unsicherheit berücksichtigt, sondern nur aus einer spezifischen Perspektive einen Teil des Beschwerdebildes beschreibt, soll in diesem Kapitel versucht werden, die Modelle und Befunde zu einem multimodalen Erklärungsmodell zu integrieren. Im Folgenden wird ein multikausales Modell in Form eines hypothetischen Bedingungsmodells mit prädisponierenden, auslösenden und aufrechterhaltenden Faktoren dargelegt. Dabei werden die Erkenntnisse der bereits dargestellten Modelle integriert. Zwischen den gängigen Modellen und dem hier dargestellten gibt es einen entscheidenden Unterschied: Im Rahmen dieser Arbeit wird davon ausgegangen, dass, anders als bei sozial phobischen erwachsenen Patienten (Clark & Wells, 1995) und auch entgegen dem bei Erwachsenen ablaufenden „Teufelskreis der Angst“ (Schneider & Margraf, 1997), bei Kindern körperliche Symptome und Kognitionen in der Situation weitgehend unabhängig voneinander ablaufen. Auf dem nun dargestellten Modell basiert die Konzeption der Trainingsprogramme.

Prädisponierende Faktoren

Als prädisponierende Faktoren können biologische, psychische und soziale Faktoren unterschieden werden.

Als biologischer Faktor kann eine genetisch bedingte oder über perinatale Faktoren erworbene erniedrigte Erregungsschwelle und erhöhte Reagibilität des „Behavioral Inhibition“ Systems vorhanden sein. Diese kann auch als Temperamentsmerkmal „Behavioral Inhibition“ angesehen werden. Wie in Kapitel 2.2.4 ausgeführt wurde, steigt in neuen, unvorhergesehenen Situationen die physiologische Erregung schnell an, der erhöhte Noradrenalinspiegel erschwert die zentralnervöse Übertragung und kann zu Verhaltensblockaden führen. Als Persönlichkeitsmerkmale werden die Dimensionen „Annäherung/Rückzug“ und „Anpassungsfähigkeit an neue Situationen und Stimmungslagen“ diskutiert (Kagan,1988), weiterhin „Emotionalität“ und „Soziabilität“ (Plomin & Stocker 1989). Weitere biologische prädisponierende Faktoren sind die bereits ausgeführten prä, peri- und postnatalen Risiken und körperliche Erkrankungen, die mit sozialer Aufmerksamkeit oder Einschränkung des Bewegungsradius‘ einher gehen.

Psychische Faktoren, die Soziale Unsicherheit prädisponieren können, sind ein niedriger Selbstwert, ein ungünstiger Attributionsstil und fehlende Bewältigungsfertigkeiten. Diese können Folge der biologischen Faktoren sein. Weiterhin können andere psychische oder Entwicklungsstörungen, wie z.B. Enuresis, Sprachstörungen oder Legasthenie, für die Entwicklung einer Sozialen Unsicherheit vulnerabel machen.

Prädisponierende soziale Faktoren können das elterliche Interaktions- und Erziehungsverhalten sein. Psychische Störungen der Eltern, inkonsistentes und tadelndes Elternverhalten beeinflussen die Soziale Unsicherheit negativ, während Wärme, Konsistenz und die Vermittlung positiver und prosozialer Strategien deutlich mit der Sozialen Kompetenz korreliert (siehe Kapitel 2.1.7).

Auslösende Faktoren

Auslösende Ereignisse sind meist gut erkennbar. Es handelt sich mehrheitlich um Veränderungen der Lebensumstände bzw. der sozialen Situation oder um ein einzelnes, zeitlich begrenztes angstauslösendes Ereignis. Beispiele für Veränderungen der Lebensumstände bzw. der sozialen Situation müssen nicht unbedingt traumatisierend sein, um Soziale Unsicherheit auszulösen. Es kann ein Umzug sein, ein Lehrerwechsel, ein Klassenwechsel, der Übergang vom Kindergarten in die Grundschule, der Übergang von der Grundschule in die weiterführende Schule oder der Wegzug der besten Freundin. Ein Streit und die darauf folgende Entzweiung mit der besten Freundin kommt ebenfalls als Auslöser vor. Auch einschneidende Veränderungen der Familiensituation wie die Geburt eines Geschwisters, die Scheidung der Eltern, der Tod eines Großeltern- oder Elternteils können auslösende Faktoren sein.

Einzelne, zeitlich begrenzte angstauslösende Ereignisse für Kinder decken sich nicht unbedingt mit für einen Erwachsenen angstauslösenden Ereignissen. Eltern und Kinder benennen beispielsweise einmalige Situationen, in denen das Kind kurz im Auto gelassen wurde, oder in einem anderen Fall das fünfminütige Verlorengehen im Kaufhaus. Es kann eine Situation in der Klasse sein, wenn ein Kind an der Tafel ausgelacht wird, es kann eine Schrecksituation sein (Silvesterknaller, Feuerwehrauto usw.) oder eine bedrohliche Situation in der Hofpause, wenn von anderen Kindern Prügel angedroht werden oder ähnliches.

Generelle Lernvorgänge, die für die Ausweitung der Problematik verantwortlich sind:

Operante Konditionierung durch Anspannungsabfall bei Flucht und Vermeidung: Reagiert das Kind in oder vor einer angstauslösenden Situation mit Rückzug bzw. Vermeidung, und wird dieses Verhalten belohnt (z.B. die Angst lässt nach, es passiert nichts), steigt durch operante Konditionierung die Wahrscheinlichkeit, dass es in bedrohlichen oder potentiell bedrohlichen Situationen erneut mit Rückzug bzw. Vermeidung reagieren wird.

Operante Konditionierung durch Misserfolgserleben in sozialen Situationen: Das Aufsuchen und Aushalten sozialer Situationen wird durch die negative Bewertung und imaginiertes und reales Misserfolgserleben kontinuierlich bestraft. Die negativen Erwartungen werden stets bestätigt.

Ausweitung durch Reizgeneralisierung: Die potentiell bedrohlichen Situationen werden generalisiert und weiten sich auf einen immer größeren Teil des Soziallebens aus. War es anfänglich beispielsweise nur die Klassenarbeit in Mathematik, werden bald alle Leistungskontrollen zum bedrohlichen Stimulus und schließlich der Schulbesuch insgesamt.

Interne spezifische Komponenten der Aufrechterhaltung

Negative Kognitionen: Zu den aufrechterhaltenden Bedingungen gehören die negativen und selbstabwertenden Kognitionen, die in angstauslösenden bzw. potentiell bedrohlichen Situationen auftreten.

Selbstfokussierung in der sozialen Situation: In der Situation verhindert die Selbstfokussierung adäquates und kompetentes Handeln, sie beeinträchtigt die Informationsverarbeitung und führt zu einem negativem Eindruck beim sozialen Umfeld.

Ineffektive Informationsverarbeitung: Die Selbstfokussierung führt zur ineffektiven Informationsverarbeitung und bestätigt so negative Erwartungen.

Negativer Selbstwert: Die mit den negativen Gedanken verbundenen Emotionen der empfundenen Hilflosigkeit, Traurigkeit und Ängstlichkeit führen zu negativen Selbstwertgefühlen.

Mangelnde Soziale Kompetenzen: Durch mangelnde Übung sind die Sozialen Kompetenzen oft nicht altersgemäß entwickelt. Die Kinder wissen nicht, wie man z.B. ein anderes Kind zum spielen einlädt, sie könnten es auch dann nicht, wenn sie ihre Angst überwinden würden.

Erwartungsangst: Die Erwartungsangst vor der Situation erzeugt Arousal und körperliche Symptome, die wiederum Angst erzeugen und sozial angemessenes Verhalten verhindern.

Externe spezifische Komponenten der Aufrechterhaltung

Überbehütender oder autoritärer Erziehungsstil führt dazu, dass die Kinder wenig Gelegenheit haben, Soziale Kompetenzen aufzubauen. Die Eltern stellen ängstliche Modelle dar und verstärken unabsichtlich das ängstliche Verhalten.

Verstärkung des sozial unsicheren Verhaltens durch die Eltern kann das Verhalten aufrecht halten, etwa, wenn die Eltern dem Kind besonders viel Aufmerksamkeit und Zuwendung schenken, wenn es ängstlich ist oder eine Situation nicht aufsuchen möchte.

Etikettierung: Das Kind wird von Kindern und Erwachsenen als Randfigur etikettiert. Beispielsweise hören andere Kinder auf, es zum Geburtstag einzuladen, wenn es schon einmal nicht gekommen ist, Lehrkräfte rufen es nach mehreren Misserfolgen nicht mehr an die Tafel.

Reaktionen auf sozial unsicheres Verhalten: Wie in dem Modell von Clark und Wells erläutert, kann das sozial unsichere Verhalten ablehnend und unfreundlich wirken und selbst Ablehnung erzeugen.

Die geschilderten Faktoren haben eine immer geringere Interaktionsfrequenz zur Folge, so entwickelt sich ein Kreislauf aus immer weniger sozialen Interaktionen, negativem Selbstwert, selbstabwertenden Gedanken und Erwartungsangst.

In der sozialen Situation entsteht ein Teufelskreis aus den bei Ängsten bekannten Bestandteilen Verhalten/Motorik, Gefühlen, Kognitiven Prozessen und körperlichen Symptomen. Möglicherweise gestaltet sich dieser bei Kindern jedoch anders als bei Erwachsenen. Aufgrund der Erfahrungen mit sozial unsicheren Kindern im Vorfeld dieser Arbeit kann folgende Besonderheit vermutet werden: Entgegen dem für Erwachsene typischen Ablauf des „Teufelskreises der Angst“ (Schneider & Margraf, 1997) und auch anders als bei sozial phobischen erwachsenen Patienten (Clark & Wells, 1995) könnten körperliche Symptome und Kognitionen weitgehend unabhängig voneinander ablaufen.

Dies soll erneut an dem Beispiel eines sozial unsicheren Kindes an der Tafel illustriert werden: Ein sozial unsicheres Kind hat zwar auch die Befürchtung, körperliche Symptome zu zeigen wie etwa zu zittern. Und es befürchtet ebenfalls, die andern könnten dies sehen. Aber: In der Situation beeinflussen sich diese beiden Prozesse nicht gegenseitig. Ein Erwachsener würde wahrnehmen: „Oje, meine Hände zittern“, dies negativ bewerten: „Die anderen sehen das auch“ „Sie halten mich für eine Versager“, diese Gedanken würden Angst und körperliche Symptome auslösen, die wiederum negativ bewertet würden usw.. Bei einem Kind läuft dieser Prozess weitgehend unabhängig ab. Verhalten und Gedanken sind hauptsächlich durch die physiologischen Vorgänge selbst beeinträchtigt, nicht durch deren Wahrnehmung und darauf folgende kognitive Bewertungen. Ähnliche Abläufe können bei Jugendlichen und Erwachsenen in extrem bedrohlichen Situationen beobachtet werden.

In der Therapie mit erwachsenen Angstpatienten werden häufig von den Patienten körperliche Symptome berichtet, die als bedrohlich wahrgenommen werden. Es existieren eine Vielzahl von Therapiemanualen, die in eben diesen Prozess eingreifen und den Teufelskreis der Angst an dieser Stelle unterbrechen. Kinder mit sozialen Ängsten können sehr gut die körperlichen Symptome in sozialen Situationen benennen, berichten aber nie von deren Wahrnehmung und negativer Bewertung in der Situation (die dann wiederum Angst und weitere Symptome auslösen würde).

Daher wird im Rahmen dieser Arbeit davon ausgegangen, dass in der sozialen Situation der interaktive Prozess der Komponenten Gedanken/Verhalten/Körper/Gefühle bei Kindern anders abläuft als bei Erwachsenen: die Wahrnehmung und negative Bewertung der körperlichen Symptome läuft nicht in ständigem Austausch („on-line“) ab, sondern weitgehend unabhängig. Das Zusammenspiel der verschiedenen Faktoren ist in Abbildung 05 dargestellt.

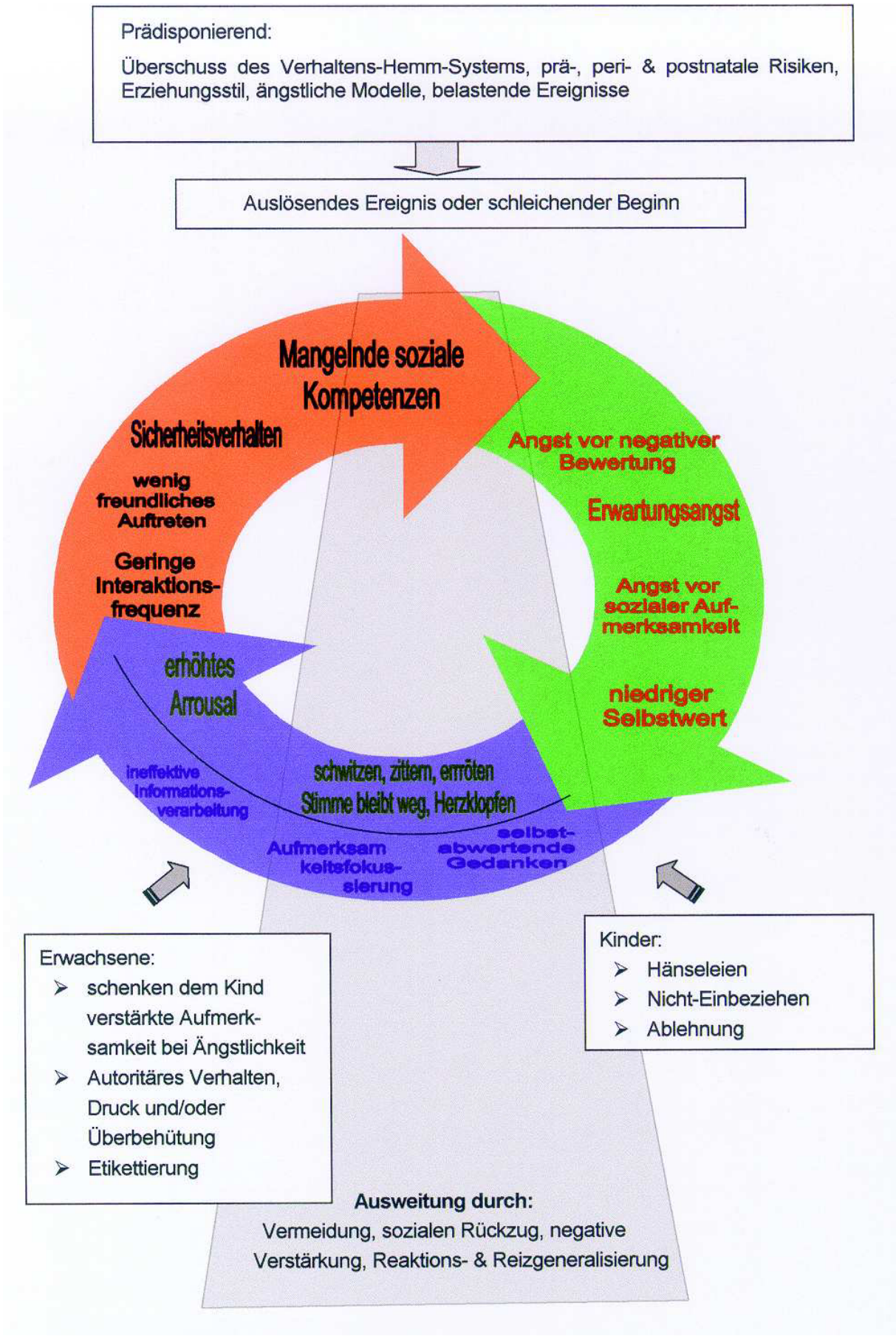


Abbildung 05: Hypothetisches Bedingungsmodell

2.3 Diagnostik und Therapiekontrolle

2.3.1 Überblick

Nachdem das Erscheinungsbild, Studien zur Epidemiologie und die verschiedenen Erklärungsmodelle behandelt wurden, sollen Besonderheiten bei der Diagnostik von Sozialer Unsicherheit, die Typen von Erhebungsinstrumenten und methodische Probleme bei der Erfassung Sozialer Unsicherheit dargestellt werden.

2.3.2 Besonderheiten bei der Diagnostik von Ängsten und Angststörungen im Kindesalter

Da Angst in neuen Situationen, gegenüber fremden Personen bzw. Angst in Bewertungssituationen zur Symptomatik der Sozialen Unsicherheit, der Störung mit sozialer Ängstlichkeit, der sozialen Phobie und der Störung mit Trennungsangst gehört, ist die Diagnostik mit dem Kind selbst oft nicht oder nur schwer möglich, da es nichts sagt, sich versteckt oder weint. Deshalb muss häufig auf das Elternurteil zurück gegriffen werden oder die Diagnostik mit dem Kind selbst verschoben werden, bis zwei, drei Stunden zum kennen lernen statt gefunden haben. Das Selbsturteil der Kinder mit einer sehr stark ausgeprägten Symptomatik ist zum ersten Messzeitpunkt meist nicht erfassbar. Auch Rollenspiele oder andere alltagsnahe Übungen können bei diesen Kindern nur in Ausnahmefällen eingesetzt werden, da die Kinder vor der Intervention in derartigen Bewertungssituationen nichts tun, weinen oder flüchten. Daher ist die Verwendung solcher Übungen nicht nur schwierig, sondern auch ethisch fragwürdig.

2.3.3 Typen von Erhebungsinstrumenten zur Überprüfung der Effektivität von Sozialen Kompetenz Trainings nach Gresham (1981)

Nach Gresham (1981) können drei Typen von Erhebungsinstrumenten unterschieden werden: Typ 1-Maße, Typ 2-Maße und Typ 3 Maße. Typ 1-Maße erfassen Verhaltensweisen und Ereignisse, die von der Gesellschaft als bedeutungsvoll angesehen werden (z.B. Indikatoren der Peerakzeptanz, wie soziometrische Wahlen oder Ratings; etwa die Wahl zum Klassensprecher; Lehrer- oder Elternurteile, wie zum Beispiel ein „blauer Brief“). Es handelt sich um globale Maße, innerhalb derer keine einzelnen kompetenten oder inkompetenten Verhaltensweisen spezifiziert werden. Sie sind oft für das Aufsuchen einer Beratungsstelle oder Ähnlichem ausschlaggebend. Typ 1-Maße bauen auf dem Alltagsverhalten der Kinder auf. Die Urteile werden von Personen gefällt, mit denen die Kinder im Alltag zu tun haben. Bei einer Veränderung der Typ 1-Maße kann von einer relativ hohen externen Validität ausgegangen werden (Lübben & Pfingsten, 1999). Mittels Typ 1-Maßen kann die Generalisierung der Trainingserfolge erfasst werden. Sie werden in Studien selten verwendet, stellen jedoch das härteste Kriterium zur Beurteilung von Trainingseffekten dar.

Typ 2-Maße: Dabei handelt es sich um Beobachtungen und Beurteilungen des Verhaltens des Kindes im Alltag durch eine nicht zum sozialen Umfeld des Kindes gehörende Person, z.B. eine systematische Verhaltensbeobachtung des Sozialverhaltens durch einen Schulpsychologen. Typ-2 Maße korrelieren mit Typ1-Maßen und werden selten verwendet.

Zum Großteil werden in Studien Typ 3-Maße verwendet. Sie beziehen sich auf Soziale Kompetenzen im engeren Sinne. Beispiele sind Problemlösetests, mit denen z.B. erhoben wird, wie viele Lösungen ein Kind zu vorgegebenen sozialen Problemgeschichten einfallen; Rollenspieltests (die Verhaltensweisen der Kinder in vorgegebenen Situationen werden nach einem Ratingsystem ausgewertet) und Paper & Pencil-Verfahren. Im Rahmen der Paper & Pencil-Verfahren werden die Kinder nach ihren soziale Kognitionen befragt, eigene Atributionen, Erwartungen und Kompetenzvertrauen sollen benannt oder eingeschätzt werden. Diese Aufgaben sind dem Trainingsmaterial meist sehr ähnlich. Diese Maße weisen nach Lübben et al. (1999) eine geringe soziale Validität auf.

2.3.4 Methodische Probleme

Soziale Unsicherheit ist schwer zu identifizieren, dies gilt besonders für strukturierte Kontexte wie den Schulunterricht. Da keine bleibenden Aufzeichnungen wie Klassenbucheinträge oder Berichte über Schulkonferenzen vorhanden sind (wie etwa bei aggressivem Verhalten), kann in retrospektiven Längsschnittstudien nur auf die Erinnerung der Kinder, Eltern oder Lehrkräfte zurück gegriffen werden. Diese sind nicht unbedingt verlässlich, die aktuelle Situation beeinflusst die retrospektive Beurteilung stark (z.B. Schuster, 2001). In den Studien zur Effektivität von Sozialen Kompetenz Trainings wurden meist gemischte Gruppen von Kindern mit wenigen Sozialkontakten untersucht, die jedoch unterschiedliche Problematiken aufwiesen. Dabei wurden sowohl verschiedene Interventionsformen als auch verschiedene Zielgruppen evaluiert. Diese Studien weisen einige methodische Schwächen auf, beispielsweise sind die Stichproben meist heterogen und klein. Weiterhin wurde dem Problem der Generalisierung, also der Übertragung des Gelernten in den Alltag, bisher nur wenig Aufmerksamkeit geschenkt. Dies gilt für Zeiteffekte, Situationen und einzelnen Variablen (z.B. peer acceptance). Die meisten Untersuchungen sind qualitativ orientiert (Beelmann, Pfingsten & Lösel, 1994).

2.4 Stand des Behandlungswissens

2.4.1 Überblick

Sowohl im deutschen Sprachraum als auch auf internationaler Ebene wurden in den letzten Jahrzehnten eine ganze Reihe von Interventionen für sozial unsichere Kinder und Kinder mit verwandten Störungsbildern entwickelt. Deren Wirksamkeit wurde größtenteils ausschließlich mit Einzelfallanalysen überprüft, die nur eine eingeschränkte Aussagekraft besitzen, oder in Gruppendesigns ohne Kontrollgruppen, für die das selbe gilt. Dennoch gibt es deutliche Hinweise für die Wirksamkeit Sozialer Kompetenz Trainings bzw. kognitiver Verhaltenstherapie bei sozialen Ängsten im subklinischen und klinischen Bereich. Die Entwicklung dieser Forschungsrichtung und der aktuelle Stand zum Behandlungswissen werden im folgenden dargestellt.

2.4.2 Erste Schritte zur Behandlung Sozialer Unsicherheit

Bei Sozialer Unsicherheit im Kindesalter wurden bis in die 80er Jahre ausschließlich unspezifische Verfahren wie die nicht-direktive Spieltherapie nach Axline (1993) und die klientenzentrierte Spieltherapie nach Schmidtchen (1991) oder tiefenpsychologisch orientierte Verfahren zum Einsatz gebracht. Die Spieltherapie zeigte bei Einzelfallanalysen Erfolge (z.B. Johnson, 2001), im Vergleich zu Sozialen Kompetenz Trainings erwies sich die Spieltherapie jedoch als weniger wirksam (Döpfner, et al. 1981). In der Psychotherapieforschung zu kindlichen Phobien konnte die Wirksamkeit psychoanalytischer Verfahren nicht empirisch belegt werde, bei Kindern unter fünf Jahren mit 4-5 Sitzungen pro Woche über einen Zeitraum von durchschnittlich zwei Jahren kann die psychoanalytische Behandlung jedoch effektiv sein (Fonagy & Target, 1994).

In den 80er Jahren wurde eine Reihe von Sozialen Kompetenz Trainings für Kinder mit externalisierenden und internalisierenden Auffälligkeiten entwickelt. Vorreiter im deutschen Sprachraum sind hier Petermann und Petermann (1996), im englischen Sprachraum begannen eine ganze Reihe von Arbeitsgruppen mit der Evaluation Sozialer Kompetenz Trainings für Kinder (z.B. Kendall,1994).

2.4.3 Konzepte Sozialer Kompetenz Trainings

Wie bereits mehrfach erwähnt wurde, richten sich Soziale Kompetenz Trainings an Kinder mit internalisierenden <u>oder</u> externalisierenden Verhaltensproblemen. Vier Konzeptionen des Trainings der Sozialen Kompetenz können unterschieden werden:

Verhaltensorientierte Trainings nach Lazarus (1971) oder Goldstein (1973): In dieser Trainingsform wird davon ausgegangen, dass Kindern mit sozialen Problemen die notwendigen Verhaltenskompetenzen für die adäquate Interaktion mit anderen fehlen. Die Behandlung konzentriert sich auf konkrete motorische Reaktionen mittels „modeling“ und „positiver Verstärkung“.

Der Problemlöseansatz basiert auf der Annahme, dass Sozialverhalten das Resultat der kognitiven Analyse von sozialen Situationen ist. Die Ziele eines Problemlösetrainings sind alternative Lösungen finden, die Planung einzelner Schritte zur

Zielerreichung, die Berücksichtigung möglicher Hindernisse und Analyse von Ursache und Wirkung sozialen Verhaltens, die Offenheit für alternative Lösungen und Antizipation von Konsequenzen (Spivack & Shure, 1974).

Trainings zur Perspektivübernahme. Mit den Kindern wird die Fähigkeit, eine Situation aus der Perspektive anderer zu erfassen, trainiert (Chandler, 1973), da davon ausgegangen wird, dass die Kinder die Handlungen und Absichten anderer falsch einschätzen und es so zu sozial inkompetentem Verhalten kommt.

Selbstkontroll-Trainings: Die Kinder lernen, Impulse besser zu kontrollieren und kritische Situationen früher zu erkennen. Mit den Kindern werden Selbstverbalisatiionen wie „Stopp! Erst einmal in Ruhe nachdenken!“ geübt, um unüberlegte und ungünstige Spontanreaktionen zu reduzieren.

Für sozial unsichere Kinder sind nur die ersten beiden Trainingsformen geeignet, da sie in der Fähigkeit zur Impulskontrolle und in der Perspektivübernahme keine Defizite , sondern eher Exzesse aufweisen.

Die existierenden Trainings besitzen einen unterschiedlichen Komplexitätsgrad (unimodal versus multimodal). In unimodalen Trainings wird vor allem der Bereich des Erlebens und Verhaltens behandelt, multimodale haben die Veränderung mehrerer psychischer Funktionsbereiche zum Ziel. Lübben et al. (1999) beobachten in den 90er Jahren eine Wende hin zur Entwicklung multimodaler Trainings für Kinder.

Die verbreitetsten Trainingselemente Sozialer Kompetenz Trainings sind Psychoedukation, Behavioral Rehearsal, Modeling, Prompting, Shaping, konstruktives Feedback, Diskriminationsübungen, Entspannungsübungen, Hausaufgaben und Übungen zur Rückfallprävention.

Das Ziel Sozialer Kompetenz Trainings besteht stets darin, das Sozialverhalten der Kinder im Alltag positiv zu beeinflussen, also das Sozialverhalten, das die Kinder in der Schule, im Kindergarten, auf dem Spielplatz, im Sportverein, zu Hause usw. zeigen (Gresham, 1981). Dadurch sollen sich auch andere, entscheidende Variablen, wie etwa die Integration in die Klassengemeinschaft, ergeben und das Befinden der Kinder verbessert werden. Interventionseffekte sind dann sozial valide oder klinisch bedeutsam, wenn die durch das Training erzielten Veränderungen solche Verbesserungen zu Folge haben. Anhand dieses Charakteristikums lassen sich die Erfolgskriterien kategorisieren, die in Interventionsstudien verwendet werden.

2.4.4 Indikation und Kontraindikationen eines Sozialen Kompetenz Trainings

Ähnlich wie im Erwachsenenbereich (Margraf, 2000) gibt es bei Kindern verschiedene Anwendungsfelder für ein Training der Sozialen Kompetenz. Ein Training der Sozialen Kompetenz ist indiziert, wenn die Sozialen Kompetenzprobleme alleiniger oder zentraler Bestandteil der Gesamtsymptomatik sind, also bei Sozialer Unsicherheit, sozialen Ängsten und Phobien, der Störung mit Trennungsangst und Störungen des

zwischenmenschlichen Beziehungsverhaltens. Therapiebegleitend kann es eingesetzt werden, wenn Soziale Kompetenzprobleme eine wesentliche (Mit-) Ursache der Hauptstörung sind oder wenn eine Förderung der Sozialen Kompetenzen die Chancen der Patienten auf Intervention bzw. ein erfolgreiches Management der Hauptstörung erhöht, also bei Depression, Kommunikations- und Sprachstörungen, Lern- und Teilleistungsstörungen.

Wie bereits in Kapitel 2.1 erläutert wurde, kann Soziale Unsicherheit als Folge einer anderen psychischen Störung oder somatischer Erkrankungen immer dann auftreten, wenn mit der Erkrankung/Störung typischerweise Sozialer Rückzug bzw. das Nicht-Aufsuchen sozialer Situationen einher geht oder wenn die psychische Störung / der medizinische Krankheitsfaktor dazu führt, dass die Kinder gesteigerter sozialer Aufmerksamkeit ausgesetzt sind. Ersteres ist beispielsweise bei langen Krankenhausaufenthalten, bei Depression und bei der Störung mit Trennungsangst der Fall. Gesteigerter sozialer Aufmerksamkeit sind Kinder durch ihr „anders sein“ oder „auffällig sein“, beispielsweise bei Kommunikations- und Sprachstörungen, Lern- und Teilleistungsstörungen, bei Ticstörungen, körperlicher Behinderung, Verbrennungen, Hauterkrankungen, Missbildungen, epileptischen Anfällen oder Fehlwuchs, ausgesetzt. Des weiteren kann es präventiv eingesetzt werden, da eine Förderung der Sozialen Kompetenzen das Risiko für die Entstehung psychischer Störungen vermindert (Margraf, 2000).

2.4.5 Beispiele für Soziale Kompetenz Trainings

An dieser Stelle sollen zwei Soziale Kompetenz Trainings dargestellt werden, das Training von Petermann und Petermnann (1996), da es das einzige veröffentlichte Training im deutschsprachigen Raum ist, und „Coping Cat“, da dieses im englischen Sprachraum veröffentlicht wurde (Kendall, 1994) und die deutsche Adaptation ausführlich beschrieben wurde (Duda-Kirchhoff & Döpfner, 2000).

Das Training für sozial unsichere Kinder nach Petermann & Petermann (1996)

Das in Deutschland sehr verbreitete Training für sozial unsichere Kinder nach Petermann et al. (1996) behandelt folgende Problembereiche: Angst, Hilflosigkeit, Isolation, Rückzugsverhalten, Schüchternheit, Selbstwertprobleme und Soziale Unsicherheit. Die Eltern-Kind-Interaktion und Familienprobleme werden mit einbezogen. Die therapeutische Arbeit mit dem Einzelkind, der Kindergruppe und den Eltern wird detailliert beschrieben. Das Vorgehen verbindet Ansätze der kognitiven Verhaltenstherapie und familienbezogener Interventionen. Mit den Eltern finden gesonderte Sitzungen statt. Mit den Kindern werden im Einzeltraining sechs Standardsitzungen durchgeführt, anschließend erfolgen vier Stunden freie Spielaktivitäten der Kindergruppe und sechs Gruppenstunden.

„Coping Cat“, ein Therapieprogramm zur Behandlung von Kindern mit Angst & Zwangsstörungen

An der Kinder- und Jugendambulanz der Universität Köln wurde ein Therapieprogramm zur Behandlung von Angst- und Zwangsstörungen bei Kindern entwickelt. Das Programm basiert auf dem von Kendall (1994) erarbeiteten Programm „Coping Cat“, das für 9-13jährige Kinder mit Angststörungen geeignet ist. Das Programm

besteht aus 16 Sitzungen und ist für die Einzeltherapie entwickelt worden. Ziel des Programmes ist es, die Ängste des Kindes zu mindern, die Wahrnehmung der Ängste zu differenzieren, deren Bewältigung zu vermitteln und das Vermeidungsverhalten der Kinder zu reduzieren. In den ersten acht Sitzungen werden psychoedukative und kognitive Interventionen durchgeführt. Das Arbeitsmaterial wurde von Kendall (1994) übernommen und ist kindgerecht gestaltet. Damit wird das Kind auf die Expositionen vorbereitet, die im zweiten Teil des Programmes erfolgen und den Kern der Behandlung bilden. Neben der Exposition werden vor allem positive Verstärkung und Soziale Kompetenz Trainings durchgeführt. Das Programm wird durch familienzentrierte Interventionen ergänzt. Für spezifische Angststörungen werden weitere Spezialmodule entwickelt. Döpfner, Duda-Kirchoff, Suhr, Griscard und Backes (2002) führen dieses Programm zur Zeit an der Kinder- und Jugendambulanz der Universität Köln durch. Ziel des Projektes ist die Überprüfung der Wirksamkeit dieser verhaltenstherapeutischen Intensivbehandlung. 20 Kinder mit ausgeprägten Angststörungen (hauptsächlich: Trennungsängste und Prüfungsängste) sollen nach diesem Interventionsprogramm behandelt werden. Die Effekte werden einzelfallanalytisch und gruppenstatistisch überprüft, eine Kontrollgruppe wird nicht berichtet. Voraussichtlicher Abschlusstermin des Projektes ist der 31.12.2002 (http://www.uni-koeln.de/med-fak/kjp/fo2/fo26.html).

2.4.6 Befunde zur Effektivität

2.4.6.1 Verlaufsanalysen im Einzelfall

Mittels Einzelfallanalysen zeigten Petermann und Petermann die Wirksamkeit ihres Trainings für sozial unsichere Kinder in einer Vielzahl von Fällen (Petermann 1984; Petermann & Röttgen, 1987; Petermann & Senftleben, 1990). In diesen Einzelfallanalysen zeigten sich vor allem in den Kategorien „Aktiv sein“, „Sozialkontakte knüpfen“ und „angemessen sich selbst behaupten“ zwei Monate nach dem Training noch überwiegend stabile Interventionseffekte (Petermann & Petermann, 1996, S. 195).

Burk et al. (1991) führten mit vier stark sozial deprivierten Kindern einer Tagesheimgruppe das Training für sozial unsichere Kinder nach Petermann et al. (1996) durch. Durch das Einzeltraining wird bei jedem Kind auf zwei bis drei der fünf Variablen und durch das Gruppentraining auf vier bis sieben der sieben Variablen, die durch GAS (Global Assessment Scaling) erfasst werden, das Auftreten des beobachteten Verhaltens positiv beeinflusst. Die Ergebnisse deuten nach Burk et al. (1991) darauf hin, dass das Training in die erwünschte Richtung wirksam ist.

2.4.6.2 Randomisierte Kontrollgruppenstudien bei Kindern mit Angststörungen oder Sozialer Unsicherheit

Im deutschen Sprachraum liegen bisher nur zwei kontrollierte Gruppenuntersuchungen mit Kindern mit Angststörungen vor: Ein Therapievergleich Spieltherapie/kognitive behaviorale Therapie (Döpfner, Schlüter & Rey, 1981) und ein Wartekontrollgruppendesign (Joorman & Unnewehr, 2001). Auch auf internationaler Ebene liegen größtenteils Einzelfallanalysen vor. Tabelle 14 gibt einen Überblick über die Forschungsergebnisse zu neueren, kontrollierten Therapiestudien.

Tabelle 14: Randomisierte Kontrollgruppenstudien zur Wirksamkeit kognitiv-behavioraler Interventionen bei Kindern mit Angststörungen angelehnt an Duda Kirchhoff et al. (2000)

Autoren	**Stichprobe**	**Intervention**	**Kontrollgruppe**	**Ergebnisse**
Barrett et al. (1996)	Überwiegend klinische Pb mit GAS, SP, ST, 9-13 J n=94	CBT: n=28, Einzelsetting, 12 Sitzungen, 1xwöchentlich CBT & FAM, n=28, Einzelsetting, 12 Sitzungen, 1x wöchentlich	n=26, Warteliste, keine Intervention, 12 Wochen	Gruppenvergleich: CBT+FAM>CBT> Kontrolle (bei den meisten Maßen) Prä-Post-Vergleich: keine Diagnose Angststörung mehr: CBT: 57%, CBT+FAM: 84% 1-Jahres-Katamnese: weitgehende Stabilisierung der Effekte
Döpfner et al. (1981)	klinische Pb mit SP 9-12 J n=12	SKT: n=6, Gruppensetting, 8 Sitzungen, 1xwöchentlich NST, n=6, Gruppensetting, 8 Sitzungen, 1x wöchentlich	n=12, Wartekontrollgruppe, 12 Wochen	Kontrollgruppenvergleich (auch Trends berücksichtigt) Angst: SKT=NST>Kontrolle SK & Selbstwert: SKT > NST = Kontrolle 8-Wochen Katamnese: weitgehende Stabilisierung der Effekte
Joorman & Unnewehr (2001)	Klinische Pb mit SP, Kinder & Jugendliche n=18	CBT: n=18, Gruppensetting, 16 Doppelsitzungen, 1x wöchentlich	n=10, Wartekontrollgruppe	Prä-Post-Vergleich: Deutliche Besserung in der Therapiegruppe 1-Jahres-Katamnese: weitgehende Stabilisierung der Effekte

Pb: Probanden SP: Soziale Phobie GAS: Generalisierte Angststörung ST: Störung mit Trennungsangst
CBT: Cognitiv/Behaviorale Therapie FAM: Familientherapie SKT: Soziales Kompetenz Training

Autoren	Stichprobe	Intervention	Kontrollgruppe	Ergebnisse
Kendall (1994), Kendall & Sothham-Gerow (1996)	Klinische Pb mit SP, GAS, ST 9-13 J n=47	CBT: n=27, Einzelsetting, 12 Sitzungen, 1x wöchentlich	n=20, Warteliste, keine Intervention, 8 Wochen	Kontrollgruppenvergleich: Therapie > Kontrolle (bei den meisten Maßen) Prä-Post-Vergleich: keine Diagnose Angststörung mehr: 64% 1-Jahres-Katamnese: weitgehende Stabilisierung der Effekte 3-Jahres-Katamnese: weitgehende Stabilisierung der Effekte
Kendall et al. (1997)	Klinische Pb mit SP, GAS, ST 9-13 J n=94	CBT: n=60, Einzelsetting, 16 Sitzungen, 1x wöchentlich	n=34, Warteliste, keine Intervention, 8 Wochen	Kontrollgruppenvergleich: Therapie > Kontrolle (alle Maße) Prä-Post-Vergleich: keine Diagnose Angststörung mehr: 50% 1-Jahres-Katamnese: weitgehende Stabilisierung der Effekte
King et al. (1998)	Überwiegend klinische Pb mit Schulangst und/oder mit SP, P, GAS, ST, 5-15 J, n=34	CBT: n=17, Einzelsetting, 11 Sitzungen, 2-3x wöchentlich	n=17, Warteliste, keine Intervention, 8 Wochen	Kontrollgruppenvergleich: Therapie > Kontrolle (alle Maße) Prä-Post-Vergleich: Verbesserung in Häufigkeit des Schulbesuches: 88%, Kontrolle: 29% 12-Wochen-Katamnese: weitgehende Stabilisierung der Effekte
Last et al. (1998)	Klinische Pb mit SP, GAS, ST, P 6-17 J, n=47	CBT: n=23, 12 Sitzungen, ES: n=24, 12 Sitzungen	-	Kontrollgruppenvergleich: CBT=ES 4 Wochen-Katamnese: weitgehende Stabilisierung der Effekte

Pb: Probanden SP: Soziale Phobie GAS: Generalisierte Angststörung ST: Störung mit Trennungsangst
CBT: Cognitiv/Behaviorale Therapie FAM: Familientherapie SKT: Soziales Kompetenz Training

Die beiden deutschen Gruppenstudien von Joormann et al. (2001) und Döpfner, Schlüter und Rey (1981) sollen ausführlich dargestellt werden. Zu dem bereits erwähnten Therapieprogramm „Coping Cat“ können keine Ergebnisse zur Effektivität dargestellt werden, da Duda-Kirchhoff und Döpfner (2000) die Praktikabilität des Manuals berichten, jedoch keine Aussagen zur Stichprobengröße und Interventionseffekten machen. Anschließend werden die Eregbnisse internationaler Gruppenstudien zusammengefasst.

Das Therapieprogramm von Joorman et al. zur Behandlung sozialer Phobie

An der kontrollierten Therapiestudie von Joorman et al. (2001) nahmen 18 Kinder und Jugendliche mit sozialer Phobie teil. Zehn Kinder gehörten der Wartekontrollgruppe an, acht der Experimentalgruppe. Durchgeführt wurde die deutsche Adaptation eines von Albano (1995) entwickelten Manuals. Das Therapiemanual beinhaltet einen psychoedukativen Teil, den Aufbau sozialer Fertigkeiten, die Vermittlung kognitiver Techniken und Expositionsübungen. Durchgeführt wurden 16 Doppelstunden. Die Ergebnisse zeigen nach Angabe der Autoren in der Messung nach Therapieabschluss, in der therapiebegleitenden Evaluation und im 1-Jahres Follow-up eine deutliche Reduktion sozialer Ängstlichkeit. Auch auf der Verhaltensebene zeigten sich deutliche Besserungen in der Therapiegruppe. Es liegen bisher keine Veröffentlichungen zu den Effektstärken und statistischen Kennwerten dieser Studie vor.

Die Therapievergleichsstudie von Döpfner et al. (1981)

Döpfner et al. verglichen 1981 die Wirksamkeit eines Sozialen Kompetenz Trainings mit der einer Spieltherapie. Zusätzlich wurde die Entwicklung einer Wartegruppe erhoben. Das Soziale Kompetenz Training beinhaltete Modeling, kognitive Techniken, positive Verstärkung, Rollenspiel, Coaching und Hausaufgaben. Die konkurrierende Behandlung war die klientenzentrierte Spieltherapie. Beide Therapiegruppen zeigten einen tendenziellen Abbau der sozialen Ängstlichkeit, negative Selbstwertgefühle im Selbsturteil wurden ausschließlich in der Kompetenzgruppe statistisch signifikant reduziert. Die geringe Interaktionsfrequenz wurde tendenziell in der Sozialen Kompetenzgruppe reduziert, in der Spieltherapiegruppe nicht. Die “verbale Verhaltenseffektivität in trainierten und untrainierten Situationen” wurde in der Sozialen Kompetenzgruppe signifikant verbessert. Die Gesamtgestörtheit wird durch das Sozialen Kompetenz Training tendenziell, durch die Spieltherapie nicht reduziert. Die Effekte waren in einem 8-Wochen-follow-up stabil.

Beispiele internationaler Gruppenstudien (vor 1979)

O`Connor (1969; 1972) wies die Wirksamkeit von Modeling und Instruktion auf die Interaktionsfrequenz kontaktarmer Kindergartenkinder nach. Oden und Asher (1977) zeigten die Wirkung von Verhaltensübungen und Coaching auf die Beliebtheit sozial isolierter Kinder auf. Die Verbesserung von Interaktionseffektivität und Interaktionsfrequenz kontaktarmer Kinder durch Tokenprogramme wurde in mehreren Studien belegt (Buell, Stoddard, Harris & Baer, 1968; Strain & Timm, 1974). Die Verbesserung der Problemlösefähigkeiten gelang Spivack et al. (1974) mittels eines selbstentwickelten Trainings. Bornstein, Bellack und Hersen (1977) steigerten durch eine Kombination von Modeling, Instruktion, Verhaltensübung und Coaching die Interaktionseffektivität 8 bis 11jähriger selbstunsicherer Kinder. Die Arbeitsgruppe um Strain zeigte in den siebziger

Jahren, dass die Rate der sozialen Interaktionen körperbehinderter Kinder kurzfristig gesteigert werden kann (Straun & Wiegerink, 1976, Strain & Timm, 1974; Strain, Shores & Timm, 1977), langfristig erzielten sie jedoch keine Veränderung und auch eine Generalisierung der Effekte konnte nicht erreicht werden, die Kinder setzten das Erlernte im Alltag nicht um.

2.4.6.3 Metaanalysen zur Effektivität Sozialer Kompetenz Trainings bei Kindern

Beelmann et al. führten 1994 eine Metaanalyse über 49 Studien zur Effektivität Sozialer Kompetenz Trainings bei Kindern durch. Die Studien waren zwischen 1981 und 1994 durchgeführt worden, die teilnehmenden Kinder waren zwischen 3 und 14 Jahren alt. Es wurden ausschließlich Studien mit experimentellem oder quasiexperimentellem Design aufgenommen, die quantifizierbare Erfolgsmaße wie Mittelwerte und Standardabweichungen aufwiesen. Keine einzige deutsche Studie erfüllte diese Voraussetzungen. Die Studien wurden nach inhaltlicher Orientierung und nach Komplexität kodiert. Die Erhebungsinstrumente wurden kategorisiert in sozial-kognitive Tests (z.B. Preschool Interpersonal problem solving test; Spivack & Shure, 1974), Verhaltensbeobachtungen (Rollenspiel), soziometrische Prozeduren und Peer Berichte, Eltern und Lehrer Berichte (z.B. Matson Evaluation of Social Skills for Youngsters; Matson Rotatori & Helsel, 1983), Selbstberichte (z.B. Piers-Harris Children`s Self-Concept Scale, Piers & Harris, 1969) und kognitive Tests.

Ergebnisse: Die Effektgröße lag zwischen –0.35 und 3.20 mit einem Mittelwert von 0.61 und einem Median von 0.32. Das gewichtete Mittel nach Hedges und Olkin (1985) lag bei 0.47. Die Ergebnisse der Experimentalgruppe waren im Mittel höher als die von 68% der Probanden der Kontrollgruppe. Bei den Sozial-kognitiven Fähigkeiten zeigte sich ein starker Effekt, bei den sozialen Interaktionsfähigkeiten ein mittlerer Effekt. Die Veränderungen der “Sozialen Anpassung” waren signifikant, wiesen jedoch eine geringe Effektstärke auf. Bei den selbstbezogenen Kognitionen und Affekten wurden keine signifikanten Veränderungen festgestellt. Bei der selbst eingeschätzten Effektivität zeigte sich ein mittlerer Effekt (d+=0.51, n=6). Keine Effekte wurden bei den Einschätzungen der akademischen Fähigkeiten (d+=-0.04, n=23) gefunden. Auch bei den kognitiven Tests ergaben sich keine Effekte.

Die Effektgrößen wurden geringer, je mehr individuelle Effektgrößen kalkuliert werden konnten oder je mehr Kriteriengebiete erhoben wurden. Die Programme zeigten signifikante, aber heterogene Effekte in allen Klientengruppen. Diese waren bei “normalen” Kindern am niedrigsten und in Risikogruppen am höchsten. Niedrige Effekte wurden bei Kindern mit intellektuellen Problemen gefunden. Es zeigten sich hochsignifikante Unterschiede zwischen Klientengruppen. Die Metaanalysen zeigten in allen Altersgruppen signifikante prä-post Unterschiede, es fanden sich jedoch signifikante Unterschiede zwischen den Altersgruppen. Es wurden keine signifikanten Geschlechtsunterschiede gefunden.

Monomodale Trainings waren bei jüngeren Kindern effektiver, multimodale bei älteren. Es gab keine signifikanten Langzeiteffekte. Eine Ausnahme war hier das

Problemlösen. Generell war eine Effektivitätsabnahme zu beobachten. Selbstbezogene Kognitionen und Affekte wurden sogar eher schlechter. Multimodale Trainings waren eher generalisierbar. Insgesamt wiesen die Trainings einen Mangel an Generalisierbarkeit und einen Mangel an Prozeßanalyse auf. Die Effekte bei den jüngeren Kindern waren geringer. Beelmann et al. (1994) fordern aufgrund dieser Ergebnisse, bei zukünftigen Studien den Entwicklungsstand der Kinder, das Geschlecht, die Generalisierbarkeit der Fortschritte und die Langzeiteffekte mehr zu berücksichtigen.

Die Studien zu der Effektivität Sozialer Kompetenz Trainings mit körperbehinderten Kindern zeigen insgesamt einen Mangel an Generalisierbarkeit der Effekte und fehlende Langzeiteffekte auf (Gresham, 1981).

Denham und Almeida (1987) zeigten in einer Metaanalyse von Problemlösetrainings, dass diese großen Einfluss auf die Problemlösefähigkeit (d=0.78) und wenig Wirkung auf das Verhalten (d=0.26) haben.

Schneider (1992) führte eine Rosenthal-Metaanalyse über 79 Studien des Zeitraumes 1942-1987 durch. Er fand eine Effektgröße von .40 und einen follow-up Effekt von .35 (d=0.87 bzw. 0.75). Schneider zeigte eine generelle Effektivität der Trainings und Hauptfluktuationen über verschiedenen Interventionstechniken und Klientengruppen auf, insbesondere über Diagnoseklassifikationen. Diese Ergebnisse können nur als mögliche Hinweise auf die Wirksamkeit der Trainings betrachtet werden (Beelman et al., 1994).

Durlak, Fuhrman und Lampman (1991) führten eine Metaanalyse über 64 Studien zu den Effekten von kognitiver Verhaltenstherapie mit verhaltensauffälligen Kindern durch. Die Studien wurden zwischen 1970 und 1987 durchgeführt. Als Einschlusskriterium mußte die durchgeführte kognitive Verhaltenstherapie der Definition nach Kendall (1981) genügen, also eine offensichtliche Verhaltensänderung anstreben, indem den Kindern beigebracht wird, wie Gedanken und Gedankenprozesse aktiv verändert werden können. Weiterhin mußte eine Kontrollgruppe miterfasst worden sein, und die Intervention musste die Veränderung des Sozialverhaltens zum Ziel gehabt haben. Jede Studie wurde nach Thema, Behandlungsform, Art der Ergebnismessung und Art des Designs kodiert. Die Studien beinhalteten durchschnittlich 41 Kinder, die Mehrzahl der Probanden war männlich und im Mittel neun Jahre alt. In 65,5% der Studien waren die Verhaltensprobleme der Kinder externalisierender Art, bei 17,3% internalisierend, die übrigen zeigten eine gemischte Symptomatik. Je nach Art des Erhebungssystems kategorisiert, ergaben sich folgende Effektgrößen: Verhaltensbeobachtung: 0.57 (SD=0.82, N=58), Peer-rating: 0.37 (SD=0.29, N=19), Expertenurteil: 0.98 (SD=0.84, N=8), normierte Testverfahren: 0.29 (SD=0.62, N=51), nicht normierte Testverfahren: 0.51 (SD=0.71, N=74). Die Hypothese der Autoren, dass der Entwicklungsstand der kognitiven Fähigkeiten der entscheidende Prädiktor für die Effektivität der Trainings ist, bestätigte sich nicht.

Forness und Kavale führten 1996 eine Metaanalyse über 53 Studien zur Effektivität von Sozialen Kompetenz Trainings bei lernbehinderten Kindern durch. 53 Studien aus Archiven, Literaturübersichten und Bibliographien wurden mittels einer selbstentwickelten

Ratingsystems kodiert (Expertenurteil, Interratereliabilität lag bei .94). Die Studien wurden mit insgesamt 2113 Probanden durchgeführt, 74% der teilnehmenden Kinder waren weiblich, das Durchschnittsalter lag bei 11.5 Jahren. Der durchschnittliche IQ der Kinder betrug 96. Die Kodierung enthielt demographische Daten wie Geschlecht, Alter, IQ, Stichprobengröße, die mittlere Veränderungen innerhalb der behandelten und unbehandelten Probanden, Standardabweichung der Kontrollpersonen, interne Validität, Dauer des Trainings, Trainingsstunden pro Woche und Typen von gemessenen Effekten. Die Effektgröße wurde definiert als $(M_t\text{-}M_c):SD_c$. Mit M_t wurde der Mittelwert der Effektivitätsvariable der Interventionsgruppe abgekürzt, mit M_c der Mittelwert der Kontrollgruppe, und SD_c steht für die Standardabweichung der Kontrollgruppe.

Ergebnisse: Die mittlere Effektgröße betrug .21. 22% der 328 Effektgrößenmessungen waren negativ, die Kontrollgruppe hatte bessere Ergebnisse als die Interventionsgruppe. Die mittlere Effektgröße von .21 impliziert, dass ein durchschnittlicher Proband (auf dem 50. Perzentil) nach der Intervention auf das 58. Perzentil aufsteigt. Nach Cohen (Bortz & Doering, 1993) handelt es sich um einen kleinen Effekt. In zwei Altersgruppen unterteilt, zeigte sich für die Gruppe der Kinder unter 12 Jahren eine Effektgröße von .18, für die Gruppe der Kinder über elf Jahren eine Effektgröße von .24, es zeigten sich keine signifikanten Altersunterschiede. Es gab weiterhin keinen signifikanten Zusammenhang zwischen Trainingslänge und der Effektgröße. Es zeigten sich nur sehr geringe Unterschiede zwischen Lehrer- Eltern, Peer- und Selbsturteil. Die größten Effekte zeigten sich im Selbsturteil, speziell beim Sozialen Status. Im Peerurteil ergaben sich bei den Kommunikationsfertigkeiten die größten Effekte. Beim Lehrerurteil zeigten sich insgesamt die geringsten Effekte.

Die Autoren schlussfolgern, dass Defizite der Sozialen Kompetenzen charakteristisch für Kinder mit Lernschwierigkeiten zu sein scheinen und sich weitgehend resistent gegenüber Trainings der Sozialen Kompetenz zeigen. Die Effekte betrugen nur zwei Zehntel der Standardabweichung, dies entspricht einer Rangsteigerung von acht Hundertstel. Bei einem Fünftel der Studien steigerte sich die Kontrollgruppe mehr als die Interventionsgruppe.

2.4.7 Fazit zum Stand des Behandlungswissens

Die im Erwachsenenbereich gut nachgewiesenen Effekte konnten für die Psychotherapie von Angststörungen und sozialen Ängsten bei Kindern und Jugendlichen noch nicht oder nur in einzelnen Studien nachgewiesen werden. Der Großteil der Studien wurde im Kleingruppendesign mit nichtklinischen Stichproben durchgeführt. Die bisherigen Studien geben Hinweise auf die Effektivität der genannten Verfahren, die in weiteren klinischen Studien mit größeren Stichprobenumfängen jedoch noch weiter aufgeschlüsselt werden sollte. Im deutschen Sprachraum mangelt es generell an randomisierten Kontrollgruppenstudien zur Wirksamkeit kognitiv-behavioraler Interventionen bei Kindern mit Sozialer Unsicherheit. Es liegen vielversprechende Behandlungsansätze vor, deren Umsetzung und/oder Evaluierung dringend gefordert ist.

2.4.8 Schlussfolgerungen zur Konzeption und Evaluation von Interventionsprogrammen

Die Ergebnisse der dargestellten Studien geben einerseits Hinweise auf die Effektivität kognitiv-behavioraler Interventionen wie Soziale Kompetenz Trainings, andererseits lassen sie langfristige Erfolge und die Generalisierung der Effekte vermissen. Es gibt eine Vielzahl möglicher Ursachen.

Grundsätzlich könnten kognitiv-behaviorale Gruppeninterventionen die falsche Herangehensweise sein, um Soziale Unsicherheit zu reduzieren. Im Erwachsenenbereich haben sich diese Interventionen jedoch als sehr erfolgreich erwiesen (z.B. Gruppentraining Sozialer Kompetenzen, Hinsch & Pfingsten, 1998). Derartige Interventionen gehören zu den Standardmaßnahmen bei Sozialer Unsicherheit, sozialer Phobie und Störungen des zwischenmenschlichen Beziehungsverhaltens. Therapiebegleitend werden sie bei fast allen psychischen Störungen eingesetzt, z.B. bei Depression, Eßstörungen, Angststörungen und Persönlichkeitsstörungen. Da die Therapie bei Erwachsenen und Kindern grundsätzlich auf den selben Theorien und Wirkmechanismen basiert und sich nur in der Herangehensweise oder dem Medium unterscheidet, scheint es eher unwahrscheinlich, dass diese Art der Intervention bei Kindern nicht hilfreich sein sollte.

Grundsätzlich sollten nebem den kindspezifischen Aspekten auch die in der Therapie erwachsener Patienten gefundenen Wirkfaktoren miteinbezogen werden. Die allgemeinen Wirkfaktoren in der Psychotherapie nach Grawe (2000) sind Aktivierung der Ressourcen, Problemaktualisierung, aktive Hilfe zur Problembewältigung und Klärungsarbeit. Diese sollen auf ein Training der Sozialen Kompetenz für Kinder übertragen werden.

Nach Grawe (2000) ist eine Therapie dann am wirksamsten, wenn alle Wirkfaktoren berücksichtigt werden. Bei der Aktivierung der Ressourcen sollen die vorhandenen Kräfte des Patienten von ihm selbst entdeckt und genutzt werden. Zudem soll seine Motivation, seine Probleme zu bewältigen, gestärkt werden. Dies kann in einem Training für Kinder dadurch geschehen, dass gezielt die Stärken der Kinder herausgearbeitet werden, und Fortschritte und Erfolge fokussiert werden. Die Kinder können beispielsweise lernen, ihre eigenen Fortschritte zu verbalisieren und bei Übungen in der Stunde im Anschluss selbst zu sagen „was sie gut gemacht haben“.

Unter Problemaktualisierung versteht Grawe (2000) die Kommunikation über real erlebte Probleme. Ein Problem muss „aktualisiert“ sein, um es bewältigen zu können, es muss bewusst und real erfahrbar sein. Die kann in den Trainingsstunden einerseits durch eine Reflektion der Ereignesse der letzten Woche und die Auswahl der Rollenspielsituationen geschehen. Beispielsweise können die Kinder gefragt werden, ob sie eine solche Situation schon einmal erlebt haben (z.B. gehänselt werden) und wenn ja, kann genau diese Situation im Rollenspiel bearbeitet werden.

Bei der aktiven Hilfe zur Problembewältigung geht es um Strategienvermittlung, Psychoedukation, praktische Übungen, alle Techniken, die helfen, die aktuellen Probleme konkret zu bewältigen. Zur aktiven Hilfe zur Problembewältigung können die

Rollenspielübungen, die Problemlösstrategien, die Progressive Muskelrelaxation und die Erarbeitung positiver Selbstverbalisationen gezählt werden (z.B. „macht nichts, morgen schaffe ich es!“ bei Misserfolgen).

Klärungsarbeit im eigentlichen Sinne, bei der der Therapeut dem Patienten hilft, sich über die Bedeutung seines Erlebens und Verhaltens im Hinblick auf seine Ziele klarer zu werden (z.B.: Warum tritt das Problem gerade jetzt auf?) kann gemeinsam mit den Eltern ausführlich geleistet werden.

Betrachtete man nun die Befund ezur Effektivität kognitiv-behavioraler Interventionen bei sozial unsichern Kindern, so erscheint es sinnvoll, neben der Berücksichtigung der methodischen Kritikpunkte an einem Teil der bisher durchgeführten, den Aufbau und die Umsetzung der Sozialen Kompetenz Trainings für Kinder zu analysieren.

An methodischen Kritikpunkten wurden die folgenden Punkte in den analysierten Studien ausgeführt: Das Problem der „gemischten Gruppen“ von sozial inkompetenten Kindern. In der Mehrzahl der Studien wurden sozial unsichere Kinder mit aggressiven Kindern und Kindern mit allgemeine Kontaktproblemen gemischt untersucht. Die Stichprobengröße: Die Stichproben waren oft klein und inhomogen. Häufig gab es keine Follow-up Erhebung. Die Erfolgskriterien waren mit den im Training geübten Fertigkeiten identisch und erforderten keine Übertragung in den Alltag. Die Generalisierbarkeit der Ergebnisse sollte mehr berücksichtigt werden (Gresham, 1981; Lübben et al., 1999; Beelman et al., 1994). Deutsche Studien erfüllten bereits die Eingangskriterien der Metaanalysen nicht (quantifizierbare Erfolgsmaße wie Mittelwerte und Standardabweichungen).

Es wurde ebenso eine Reihe von inhaltlich zu berücksichtigenden Merkmalen in den analysierten Studien ausgeführt. Alters- und geschlechtsspezifische Bedürfnisse: Beelmann et al. (1994) fordern, mehr auf alters- und geschlechtsspezifische Besonderheiten und Bedürfnisse einzugehen. Eventuell sind in verschiedenen Altersstufen unterschiedliche Herangehensweisen angemessen. Interventionen im Kindes- und Jugendalter sollten dem Entwicklungsstand und den kognitiven Kapazitäten angemessen sein (Fiedler 1996), also weder über- noch unterfordern und die Zielgruppe auch durch angemessene Materialien und für sie aktuelle Themen ansprechen.

> „Bei Sozialen Kompetenz Trainings mit Kindern sind natürlich entwicklungspsychologische Aspekte zu berücksichtigen: (a) die Entwicklung der motorischen, affektiven und kognitiven Fertigkeiten im Vergleich zum Altersquerschnitt sowie damit zusammenhängend (b) altersabhängige Interessen und Bedürfnisse der Kinder sowie (c) ebenfalls altersabhängig: Aspekte der Überforderung und Unterforderung.“ (Fiedler, 1996, S.176)

Abstraktionsniveau: Lübben et al. (1999) diskutieren die Frage, wie abstrakt die zu vermittelnden Fertigkeiten definiert werden sollen. Sehr abstrakt wäre beispielsweise die Vermittlung der Strategie „Brainstorming“ (ich sammle erst einmal alle Ideen, die mir

einfallen) während Fertigkeiten wie „lächeln“, „anschauen“ oder „laut sprechen“ wenig abstrakt sind. Lübben und Pfingsten (1999) schlagen ein mittleres Abstraktionsniveau vor.

Situationsspezifität: Eine weitere Entscheidung ist bezüglich der Situationsspezifität zu treffen: sollen sehr allgemeine Situationen geübt werden oder möglichst viele spezifische? Hinsch und Weigelt (1991) schlagen vor, Situationstypen zu definieren, und anhand dieser zu trainieren. Bei der Auswahl der Situationstypen stellt sich wiederum die Frage, welche Situationstypen für sozial unsichere Kinder von besonderer Relevanz sind.

Berücksichtigung negativer Konsequenzen: Lübben et al. (1999) fordern die Miteinbeziehung möglicher Misserfolge, da defizitäre Verhaltensweisen bei sozial unsicheren Kindern oft erst nach dem Fehlschlag des ersten Versuches zutage kommen. Kritisch bewertet wird die Darbietung von stets erfolgreichen Modellen in Geschichten und Filmen, wie etwa in den Interventionen von O’Connor (1969; 1972) und Petermann et al. (1996).

Strukturierung versus Eigeninitiative: Streng strukturierte Interventionen, wie etwa Tokenprogramme (z.B. Petermann et al., 1996) lassen wenig Freiraum für Eigeninitiativen der Kinder und lassen nicht zu, dass ein in der Gruppe aufkommender Konflikt selbständig gelöst wird. Es ist fraglich, ob das bei externalisierenden Störungen empfehlenswerte Vorgehen der strengen Strukturierung (z.B. bei Döpfner, 1994 und Petermann, 1996) bei Kindern mit internalisierenden Verhaltensauffälligkeiten empfehlenswert ist, da diese beim Spontanverhalten und der Eigeninitiative keine Exzesse, sondern Defizite aufweisen. Nach Lübben et al. (1999) sollten jedoch gerade sozial unsichere Kinder lernen, ihre spontanen Gedanken, Gefühle und Wünsche ernst zu nehmen und in angemessener Form zu äußern.

Multimodale Therapie: „Die Behandlung sozialer Selbstunsicherheit sollte alle Komponenten umfassen. Geringe Problemlösefähigkeiten erfordern ein Problemlöstraining; mangelnde Interaktionsfertigkeiten werden durch Instruktion, Verhaltensübung (Rollenspiel), Rückmeldung und Modelldarbietung vermindert. Der Einfluss negativer Selbstkognitionen wird herausgearbeitet und bewältigende Selbstaussagen werden eingeübt; soziale Ängste werden durch kognitive Modifikationstechniken und durch die Ausführung des angstbesetzten Verhaltens gemindert“ (S. 284)

Döpfner (1987) fordert weiterhin eine kindzentrierte Therapie, d.h. das individuelle Eingehen auf die Bedürfnisse des Kindes, eine „Anstiftungstherapie“. Damit ist die Veränderung des Sozialverhaltens in der natürlichen Umgebung und die Einbeziehung der Bezugspersonen gemeint.

3 Konzeption und Aufbau des Tigertrainings

3.1 Überblick über das Kapitel

Im Folgenden werden die therapeutischen Techniken erläutert, die in den entwickelten Manualen eingesetzten werden, und einen Überblick über Aufbau, Ziele und Schwerpunkte der beiden Manuale gegeben

3.2 Leitlinien des therapeutischen Vorgehens

Als Leitlinien für das therapeutischen Vorgehen wurden die von Margraf (1998) aufgestellten Grundprinzipien verhaltenstherapeutischer Interventionsmethoden gewählt:

Orientierung an der empirischen Psychologie: Die in dieser Studie verwendeten Techniken zeigten in empirischen Studien sowohl im Erwachsenen als auch im Kinderbereich signifikante Veränderungen der Problembereiche.

Problemorientiertheit: In den Trainingsstunden werden genau die Situationen geübt, die die Kinder in der Diagnostik angeben bzw. in der Trainingsstunde berichten.

Prädisponierende, auslösende und aufrechterhaltende Problembedingungen als Ausgangskriterium: In der Diagnostik werden prädisponierende, auslösende und aufrechterhaltende Problembedingungen erhoben. Für jedes Kind wird ein hypothetisches Bedingungsmodell (vgl. S. 45 ff.) erarbeitet. Während des Trainings wird angestrebt, die aufrechterhaltenden Bedingungen zu verändern. Die Eltern werden in der Elternberatung angeregt, die aufrechterhaltenden Bedingungen auf seiten der Eltern zu verändern.

Zielorientiertheit: Eltern und Kinder legen die Ziele und Teilziele fest. Soweit sie mit denen des Trainings vereinbar sind, wird versucht, sie schrittweise umzusetzen.

Handlungsorientiertheit: Während des Trainings und zwischen den Stunden wird praktisch geübt.

Keine Beschränkung auf das therapeutische Setting Die Kinder werden angehalten, täglich zu versuchen, die neu erlernten Fähigkeiten umzusetzen, und protokollieren dies auf ihrer Wanderkarte. Eine Hörspielkassette und ein Kinderbuch erleichtern die Übertragung in den Alltag.

Transparenz: Eltern und Kinder kennen Ziel, Trainingselemente und Aufbau des Trainings und der Stunden. Diagnostikergebnisse werden stets zurückgemeldet.

Hilfe zur Selbsthilfe: Das Training soll Strategien vermitteln, nicht wöchentlicher Ratgeber sein. Die Kinder sollen die erlernten Fertigkeiten zukünftig selbständig einsetzen können und sie auch an neue Situationen und Entwicklungsaufgaben anpassen können.

3.3 Ziele und Schwerpunkte der Intervention

Ziel beider Trainingsvarianten ist es, sozial unsicheren Kindern mehr Selbstbewusstsein zu vermitteln, neue praktische Handlungsstrategien aufzubauen und den Einsatz der vorhandenen Kompetenzen in sozialen Situationen zu fördern. Es wurden zwei Versionen eines Sozialen Kompetenz Trainings entwickelt: ein verhaltensorientiertes Training und ein Problemlösetraining (vgl. Kapitel 4.3).

Schwerpunkte des verhaltensorientierten Trainings sind:

- der Aufbau selbstsicheren Verhaltens in spezifischen Situationen,
- die Einübung und Verbesserung der Kommunikation,
- die Schulung der Selbstwahrnehmung,
- das Erlernen von Stressmanagement und
- der Umgang mit Gefühlen.

Als Folge dieser angestrebten Veränderungen sollen auch eine Verbesserung der Problemlösefertigkeiten erzielt werden.

Der Problemlöseansatz geht davon aus, dass Sozialverhalten das Resultat der kognitiven Analyse von sozialen Situationen ist. Daher hat das Problemlösetraining die folgenden Schwerpunkte:

- alternative Lösungen finden,
- Planung einzelner Schritte zur Zielerreichung,
- Berücksichtigung möglicher Hindernisse,
- Analyse von Ursache und Wirkung sozialen Verhaltens und
- Antizipation von Konsequenzen und
- das Erlernen von Stressmanagement.

Als Folge dieser angestrebten Veränderungen soll auch eine Verbesserung der Sozialen Kompetenzen erzielt werden.

3.4 Überblick über das Training

In zwei Einzelstunden und neun Gruppenstunden wird mit den Kindern selbstsicheres Verhalten erarbeitet und/oder praktisch geübt. Zur Vermittlung von Lerninhalten und zur Motivation der Kinder wurde eine kindgerechte Identifikationsfigur gewählt: Til, ein schüchterner Tiger. Die Stunden dauern jeweils 60 Minuten und finden einmal wöchentlich statt. Eine Gruppe besteht aus drei bis sechs Kindern unterschiedlichen Alters. Idealerweise wird das Training von zwei Trainern durchgeführt, im günstigsten Fall von einem männlichen Therapeuten und einer weiblichen Therapeutin. Beide Trainingsformen sind gleich aufgebaut, d.h. die jeweiligen Stunden haben das selbe Hauptthema. Sie unterscheiden sich ausschließlich in der Art der Umsetzung, bei dem verhaltensorientierten Training steht das Rollenspiel im Vordergrund, beim Problemlösetraining die Bearbeitung des Hauptthemas mittels Problemlösestrategien. Auch im verhaltensorientierten Training werden Problemlösungen besprochen, jedoch nur am Rande, analog werden im Problemlöstraining die gefundenen Lösungen auch praktisch geübt.

Einzelstunden:

1) „Til Tiger kennen lernen“, „Angsthierarchie aufstellen“, „Lernziele formulieren“
2) „Entspannung“ und „Gesprächsregeln“

Gruppenstunden

3) “Gruppe kennen lernen”, “Gesprächsregeln”
4) „Jemanden einladen“, „Kontakt aufnehmen“
5) “Etwas vor der Gruppe tun”
6) “Eine Forderung durchsetzen”
7) “Etwas ablehnen”
8) “Individuelles Lernziel” (z.B. keine Angst mehr vor Gewitter)
9) Allein einkaufen
10) Sich ohne Gewalt gegen Hänseleien wehren
11) Abschlussstunde: das Tigerfest

3.5 Ablauf einer Stunde

Die einzelnen Therapiestunden haben grundsätzlich den gleichen Ablauf. Diese strenge Strukturierung bietet eine Reihe von Vorteilen: Die Kinder wissen genau, was sie erwartet, die Trainingsstunde ist überschaubar und auch kalkulierbar. Gerade Kinder mit Angststörungen und sozialen Ängsten profitieren von Transparenz und Kalkulierbarkeit, wenn Wissensinhalte und Handlungskompetenzen vermittelt werden sollen. Erwartungsangst, was die Stunde wohl bringen mag, ist in diesem Fall hinderlich. Gerade in den ersten Stunden, wenn die Kinder noch nicht genau wissen, was auf sie zukommt, sind die Kinder möglicherweise vor Aufregung und Angst so gehemmt, dass kein Spiel oder Gespräch nicht möglich ist. Daher wurde die Minimierung der Erwartungsangst durch Strukturierung und Ritualisierung angestrebt. Der Ablauf aller Stunden ist in Tabelle 14 aufgeführt.

Tabelle 14: Ablauf der Stunden

Verhaltensorientiertes Training	Problemlösetraining
Wochenreflektion (Stimmungstiger)	Wochenreflektion (Stimmungstiger)
Besprechung der Wanderkarte	Besprechung der Wanderkarte
Hauptthema: Rollenspiel	Hauptthema: Problemlösen
Entspannung	Entspannung
Wanderkarte: Heute habe ich mich etwas getraut	Wanderkarte Heute habe ich ein Problem gelöst

Jede Stunde beginnt mit der Wochenreflektion „Etwas Schönes und etwas nicht so Schönes“, bei der jedes Kind von den positiven und negativen Ereignissen der letzten Woche berichtet. Anschließend wird der Selbstbeobachtungsbogen besprochen. Das Hauptthema wird mittels eines Erlebnisses des Tigers oder eines Spieles eingeführt und entweder durch ein Rollenspiel erlebt und geübt oder mittels Problemlösetechniken bearbeitet. In jedem Training kann das Hauptthema durch die Technik des anderen Trainings ergänzt werden, also die gefundene Lösung im Rollenspiel eingeübt werden oder das Rollenspiel mittels Problemstrukturierung durch die Trainer erarbeitet werden. Die Progressive Muskelentspannung wird in einer Kurzform durchgeführt und anschließend die neue Hausaufgabe mit dem neuen Selbstbeobachtungsbogen vergeben. Die Selbstbeobachtungsbögen unterscheiden sich nicht durch das Thema, sondern nur durch die Perspektive: „Habe ich mich getraut, mich gegen Hänseleien zu wehren“ versus „Habe ich mein Problem gelöst, als mich jemand geärgert hat“.

3.6 Methoden und Materialien

Die Funktion des Tigers

Zur Vermittlung von Lerninhalten und zur Motivation der Kinder wurde eine kindgerechte Identifikationsfigur gewählt. Entscheidend bei der Auswahl der Art der Identifikationsfigur war, dass sie üblicherweise nicht schüchtern sein sollte. Daher fiel die Wahl auf einen schüchternen Tiger (und nicht etwa auf eine Maus). Der schüchterne Tiger ist eine Figur mit Entwicklungspotential., da jedem klar ist, dass er stark und mutig werden kann. Der Tiger hat während des Trainings verschiedene Funktionen: Er ist ein Eisbrecher zu Beginn des Trainings. Unsichere Kinder, die noch längst nicht mit den Trainern sprechen, erzählen dem Tiger etwas oder antworten auf seine Fragen.

Der Tiger ist ein Modell. Er macht ein Training bei der Eule zum mutig werden, er zeigt den Kindern, was er gelernt hat. Er ist immer stolz auf das, was er geschafft hat. Der Tiger verstärkt erwünschtes Verhalten der Kinder. Er lobt, applaudiert, lacht, ist begeistert und ruft „Juhu“ und „Bravo“, wenn ein Kind eine tolle Idee hat oder sich etwas traut. Der Tiger ermöglicht positive Selbstbewertung. Bei der Wochenreflektion und der Besprechung der Hausaufgaben war er immer ein bisschen ängstlicher, immer etwas weniger erfolgreich als die Kinder. Er ermöglicht es den Kindern, ihre Leistungen als Erfolge zu attribuieren. Der Tiger ist ein Stichwortgeber. Falls die Kinder auf eine Antwort nicht kommen, kann er helfen und Ideen zuflüstern. Der Tiger macht Spaß. Er ist lustig, die Kinder mögen ihn und gerade in den ersten Stunden albert er auch hin und wieder herum, um die Kinder aufzulockern. Er gibt der Therapie einen spielerischen Charakter.

Der Tiger motiviert. Dies ist besonders bei überhaupt nicht oder wenig motivierten Kindern von entscheidender Bedeutung. Auch wenn die Kinder selbst nicht unbedingt einen Anlass sehen, mutiger zu werden, auf das Angebot, mit dem Tiger Tricks von der Eule auszuprobieren, lassen sie sich ein. Der Tiger fasziniert. Die Geschichte rund um den Tiger mit der Eule im Wald hat märchenhafte Züge, die die Kinder faszinieren und sie zu eigenen Ideen, Bildern und Geschichten rund um den Tiger inspirieren. Die Kinder haben immer wider neue Fragen an den Tiger (was er gerne isst, was er von ihrer mitgebrachten Gummikröte hält, was er den ganzen Tag macht, ob er schon einmal verliebt war, ob er schon einmal einen Kobold gesehen hat....). Gerade bei sehr unsicheren Kindern, die vor Angst und Aufregung nicht sprechen, ist der Tiger unverzichtbar. Der Tiger ist Hauptakteur bei der Vermittlung von Lerninhalten und bei der Motivation der Kinder. Er erreicht die Kinder auf einer spielerischen Ebene, auf die sich Erwachsene nur schwer begeben können.

Die Reflektion der letzten Woche

Zu Beginn jeder Stunde werden die positiven und negativen Ereignisse der letzten Woche reflektiert. Dazu dient der „Stimmungstiger“, eine DINA6 große Karte, auf der auf der einen Seite ein lachender, auf der anderen Seite ein trauriger Tiger abgebildet ist. Til Tiger hält den Stimmungstiger hoch und erzählt, was ihm in der letzten Woche Schönes und weniger Schönes passiert ist. Dabei ist zu beachten, dass der Tiger eher kleine Begebenheiten berichtet. Der Tiger gibt die Karte dann an das Kind weiter, damit es auch

etwas berichten kann, wenn es möchte. Sollte das Ereignis in das Stundenthema passen, kann es später wieder aufgegriffen werden.

Das Rollenspiel (verhaltensorientiertes Training)

Die Rollenspiele werden nach dem folgenden Schema (angelehnt an Ulrich & deMuynck, 1998) durchgeführt:

1. Das Thema wird eingeführt. Wieso ist das zu übende Verhalten wichtig? Wann braucht man es?
2. Ziel der Übung wird in einem Satz erklärt.
3. Der Ablauf der Übung wird beschrieben.
4. Drei Dinge, die beachtet werden sollen, werden genannt.
5. Die Trainer machen es vor.
6. Drei zu beachtende Dinge werden erneut benannt.
7. Das Kind spielt die Situation nach.
8. Es wird kurz, konstruktiv und konkret gelobt.
9. Ein Verbesserungsvorschlag wird formuliert. Was soll das Kind tun?
10. Erneutes Spiel
11. Erneutes Lob.

Problemlösetraining: die Problemlösehand

Die Kinder basteln eine Papphand, deren Finger für die fünf Schritte des Problemlösens stehen. Mit Hilfe dieser fünf Schritte soll das Problem strukturiert, Handlungsmöglichkeiten überlegt und Folgen analysiert werden und schließlich eine Entscheidung getroffen werden. Mit der Zeit sollen die Kinder auch ohne die Hilfe der Papphand ein Problem strukturieren und für sich lösen können.

Die fünf Schritte lauten:

1) Stopp, entspannen! (Daumen)
2) Was ist mein Problem? (Zeigefinger)
3) Was kann ich jetzt alles tun? (Mittelfinger)
4) Was passiert dann? (Ringfinger)
5) Wofür entscheide ich mich? Toll! (kleiner Finger)

Es gibt verschiedene Ansätze, um Problemlösschritte mit Kindern zu visualisieren. Beispielweise die Problemlösestühle (Burow, Asshauer und Hanewinkel, 1998) oder Arbeitsblätter mit Bildern, die die Schritte darstellen sollen (Bilder von erleuchteten Birnen, nachdenkenden Wikingern, z.B. Lauth und Schlottke, 1997). Die Hand wurde gewählt, da die Kinder ihre eigene Hand stets zur Verfügung haben und die daher eine günstige Erinnerungshilfe darstellen könnte.

Arbeitsblätter

Die Arbeitsblätter sind so gestaltet, dass sie auch mit Kindern, die noch nicht gut schreiben können, bearbeitet werden können. Sie können von den Kindern selbst oder unter Anleitung der Kinder von den Trainern ausgefüllt werden, beispielsweise bei den

Lernzielen. Um auch den Kindergartenkindern bzw. den Kinder mit Teilleistungsstörungen die Teilnahme des Trainings ohne Blamagen ermöglichen zu können, wurde versucht, so wenig Schreiben wie möglich einzubauen.

Der Selbstbeobachtungsbogen: Die Wanderkarte

Dieser Selbstbeobachtungsbogen ist eine Kombination aus den von Petermann und Petermann entwickelten „Detektivbögen“ und dem Bild „Lernen ist wie Bergsteigen“ des Tigertrainings. Auf der „Wanderkarte“ ist ein Weg mit sieben Stationen abgebildet, die die sieben Tage der Woche darstellen (siehe Abbildung 06). Die Kinder schreiben auf die Wanderkarte, was sie sich für die nächste Woche vorgenommen haben (z.B.: sich mit einem Kind unterhalten). Jeden Abend überlegen sie, ob sie es heute geschafft haben, sich mit einem Kind zu unterhalten. Wenn ja, malen sie den Tiger, der den Tag repräsentiert, an. Wenn nicht, sagen sie zu sich selbst “Macht nichts, aber morgen.“

Abbildung 06: Beispiel für eine Wanderkarte

Die Wanderkarte hat zwei Funktionen: Einerseits dient sie der Erfassung des erwünschten Verhaltens durch die Kinder selbst, und andererseits erhöht sie die Wahrscheinlichkeit, dass das Verhalten in Erscheinung tritt. Zur Erklärung dieser Veränderung in Richtung des Therapiezieles können nach Kazdin (1974) zwei Hypothesen herangezogen werden:

Das Feedback-Modell: Durch die Beobachtung und Protokollierung erhalten die Kinder Informationen über ihr eigenes Verhalten. Diese werden bewertet, das beobachtete Verhalten wird mit den eigenen Standards verglichen. Genügt es diesen nicht, so ist es wahrscheinlich, dass das Kind versuchen wird, sich diesen Standards anzunähern.

Operante Konditionierung: mit der Selbstbeobachtung sind Verstärkungsprozesse im Sinne einer operanten Konditionierung verbunden: Kann das Kind einen Tiger anmalen, freut es sich, eventuell freut es sich schon direkt nach dem Verhalten darüber und darauf, dies tun zu können, was eine Belohnung des gezeigten Verhaltens darstellt. Am Ende des Tages keinen Tiger anmalen zu können, ist negativ bis neutral, es kann nicht unbedingt als

Bestrafung im Sinne einer operanten Konditionierung gewertet werden, da den Kindern vermittelt wird, sich in diesem Falle auf eine selbstwertfreundliche Kognition zu konzentrieren („Macht nichts, aber morgen!“), sich also nicht selbst zu bestrafen.

Im Sinne des Selbststeuerungsmodelles nach Kanfer (1970) ergänzen sich diese beiden Prozesse und führen zu Veränderungen der Auftretenswahrscheinlichkeit eines Verhaltens.

Diese reaktiven Effekte sind in der Therapieforschung gut belegt, besonders die Zunahme der Auftretenswahrscheinlichkeiten erwünschten Verhaltens in Richtung des Therapieziels.

Die progressive Muskelrelaxation nach Jacobsen (1929)

Mit den Kindern wird eine Langversion, eine Kurz- und eine Blitzentspannung eingeübt. Vor der Durchführung der Progressiven Muskelrelaxation wird mit den Eltern bzw. dem Hausarzt abgeklärt, ob die Kinder an Erkrankungen leiden, bei der Entspannungsübungen bei einer akuten Attacke oder prinzipiell kontraindiziert sind. Vor der Einführung der Progressiven Muskelrelaxation werden die Begriffe „Entspannung“ und „Anspannung“ eingeführt bzw. demonstriert. Die Anspannung und Entspannung jeder Muskelgruppe wird einzeln mit den Kindern ausprobiert. Es wird eine Langversion, eine Kurzversion und eine Minimuskelentspannung eingeübt, als Beispiel ist hier die Minimuskelenstpannung dargestellt.

Trainerin: „Ich zeige Dir jetzt einen Trick, wie man sich prima entspannen kann. Ich mache es Dir vor. Nimm die Hand, mit der Du schreibst. Wenn ich „jetzt“ sage, ballst du sie zur Faust und spannst sie ganz fest an. Jetzt anspannen! (Pause) Und entspannen! Prima! Das machen wir jetzt auch noch mit der anderen Hand. Wenn ich „jetzt“ sage, ballst du sie zur Faust und spannst sie ganz fest an. Jetzt anspannen! (Pause) Und entspannen! Prima!“

Material

Als Materialien werden eine Handpuppe, verschiedene Poster, ein Ordner, eine CD und eine selbstgebastelte Handpuppe eingesetzt. Beispiele für die verwendeten Materialien sind in Abbildung 07 und 08 und im Anhang abgebildet. Die Kinder bekommen für die Arbeitsblätter einen gelben, in die sie diese einordnen können. Der Ordner wird mit nach Hause genommen und zu jeder Stunde mitgebracht. Die Kinder des Problemlösetrainings basteln eine Papphand, die sie jede Stunde mitbringen und anhand derer sie die Probleme in Teilschritte zerlegen. In der Abschlussstunde erhalten die Kinder die Geschichte des Tigers als Kinderbuch. In der zweiten Stunde bekommen die Kinder die Hörspielkassette / CD mit der Entspannung und der Tigergeschichte. Die Kassette ist wichtig, damit die Kinder die Entspannung zu Hause üben können. In der Abschlussstunde basteln die Kinder eine Tigerhandpuppe.

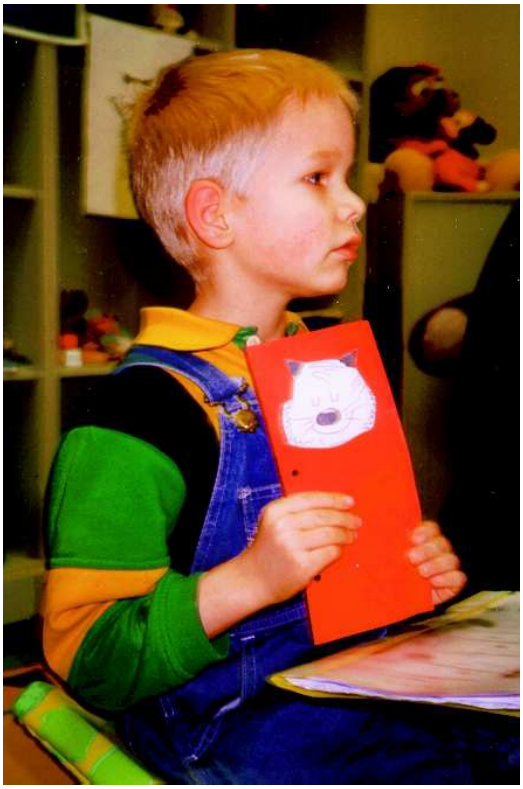


Abbildung 07 und 08: Beispiele für Materialien „Stimmungstiger“ und „Stressposter“

3.7 Elternarbeit

Die Zusammenarbeit mit den Eltern ist von entscheidender Bedeutung, kann jedoch nicht immer verwirklicht werden, da das Engagement der Eltern je nach Durchführungsort des Trainings sehr variiert.

Schwerpunkte:

1. Diagnostik & Darstellung der Befunde
2. Vermittlung eines hypothetischen Bedingungsmodells
3. Erarbeitung förderlichen Erziehungsverhaltens
4. Informationen über das Training
5. Möglichkeiten zur Unterstützung des Trainings
6. Informationsaustausch über die aktuelle Situation des Kindes und aktueller Trainingsinhalte
7. Krisenintervention
8. Rückfallprophylaxe

Das Erstgespräch

Da das Erstgespräch in einer der im Rahmen dieser Arbeit durchgeführten Studien von besonderer Bedeutung ist, soll es an dieser Stelle ausführlich geschildert werden.

Während des Erstgespräches sind mindestens ein Elternteil und das Kind anwesend. Eine Unterhaltung über den Kopf des Kindes hinweg sollte auf alle Fälle vermieden werden. Im Elterngespräch schildern Eltern und Kind die Problembereiche und das Zielverhalten. Im Dialog wird immer wieder versucht, das Kind mit einzubeziehen. Wenn dies gelingt, wird das Gespräch streckenweise mit dem Kind allein geführt.

Das Verhalten des Kindes im Erstgespräch stellt eine Verhaltensprobe dar. Im Erstgespräch werden den Kindern die folgenden Fragen zur Kontaktaufnahme gestellt: „Hast Du schon einmal einen Tiger gesehen? Wo denn?“, „Was spielst du gerne? Schaust Du ab und zu fern? Was denn? Weißt Du schon, was Du später werden möchtest? Was isst Du denn am liebsten?“; „Möchtest Du gerne mutiger werden? Gibt es etwas, was du dich gerne trauen würdest?“; „Findest du das auch, was deine Mutter gesagt hat?“

Falls das Kind nicht spricht, wird der weitere Dialog mit den Eltern geführt und das Kind ab und zu versuchsweise mit einbezogen. Im Rahmen dieser Studie lauschten Kinder oft als sehr interessierte Zuhörer den Ausführungen, auch wenn sie nichts sagten. Daher wurde stets darauf geachtet sich für die Kinder verständlich auszudrücken.

Weitere Gesprächsinhalte im Erstgespräch:

Til Tiger: „Til Tiger ist ein ganz schüchterner Tiger. Er traut sich nicht mal., laut zu brüllen. Da lachen sich die anderen Tierkinder oft kaputt, und er ist dann ganz traurig. Er traut sich auch andere Sachen nicht, in der Schule was zu sagen, zum Beispiel, und manchmal nimmt ihm das Krokodil in der Schulpause das Pausenbrot weg. Da weiß er gar nicht, was er machen soll. Als er mal wieder traurig war, haben Mama und Papa Tiger gesagt, dass jetzt etwas unternommen werden muss, und da sind sie zur Eule gegangen.

Die wohnt im Wald in einem Baum. Da, auf dem Bild kann man sie sehen. Tja, und bei der Eule lernt der Tiger jetzt eine Menge Tricks, wie man mutiger werden kann. Nicht auf einmal., ist ja klar."

Lernen ist wie bergsteigen: „Ich zeig dir mal was. Siehst du hier das Poster? (...) Da unten ist der Tiger. Und da oben ist mutig sein. Wenn der Tiger jetzt da mit einem Hops hinauf wollte, was würde dann passieren? (...) Ja, da würde der ganz k.o. hier unten liegen bleiben, auf einmal schafft das nämlich gar niemand. Deshalb machen wir das anders. Siehst du das Fähnchen hier? (...) Das ist das erste Ziel. Und wenn der Tiger da angekommen ist, dann macht er ein Päuschen, guckt runter und freut sich, wie weit er gekommen ist. Das ist nämlich schon ziemlich weit. Und dann nimmt er das nächste Fähnchen in Angriff. Und so kommt er mit der Zeit ganz nach oben, bis zum großen Ziel. Hast du das verstanden? (...) Prima."

Trainingselemente: „Wir spielen ganz viel, hin und wieder erklären die Tigertrainer auch mal was. Es ist auf alle Fälle nicht langweilig. Und der Tiger zeigt super Tricks von der Eule, zum Beispiel, was man bei Stress machen kann. Weißt du, was das ist „Stress"? (...) Stell, Dir mal vor, Ihr wollt, los, und Du findest Deine Schuhe nicht. Alle warten schon und rufen: "Nun mach doch mal! Wo bleibst Du denn!!" Und Du hast keine Ahnung, wo die Schuhe sein könnten. Du weißt gar nicht, wo dir der Kopf steht! Das ist zum Beispiel Stress. Kennst Du so was?"

Therapiemotivation: „Hast du Lust, mit dem Tiger zu lernen, wie man mutig wird? Soll ich dir mal zeigen, wo der Tiger wohnt (Therapieraum). Der Tiger ist gerade nicht da, der ist bei anderen Kindern, die auch mutig werden wollen, aber du kannst ihn bald mal besuchen, wenn du willst."

Diagnostik: Sind Eltern und Kind zur Teilnahme bereit, wird die am nächsten Termin erfolgende Diagnostik erklärt. „Wir stellen nächste Woche ganz viele Fragen, damit wir genau sehen, was los ist. Aber nur, wenn du einverstanden bist. O.k.?" Den Eltern wird erläutert, welche Verfahren zu welchem Zweck durchgeführt werden. Die Elterntagebücher und deren Anwendung werden erklärt. Weiterhin werden die Einverständniserklärungen zur Durchführung der Diagnostik und zu den Videoaufzeichnungen eingeholt.

Fragen an die Familie

- Was hat sie dazu gebracht, zu uns zu kommen? Was führt Sie zu uns? (Motivation der Eltern, aktuelle Situation)
- Was soll sich ändern? (Ziele)
- Welche Situationen sind problematisch/schwierig?
- Welche Situationen sind unproblematisch?
- Wie reagieren Sie normalerweise, wenn Ihr Kind etwas nicht machen will/ vermeidet/ vermeiden will? (eventuell aufrechterhaltende Bedingungen)
- Was meinen Sie, warum ihr Kind ängstlich/unsicher ist? (Health-Believe-Modell)
- Wann hat das alles angefangen (On-set, auslösende Bedingungen)

Weitere Gesprächsinhalte: Eltern und Kind erhalten einen Überblick über den Ablauf der Stunden, Ort, Uhrzeit und die Gruppenzusammensetzung werden besprochen. Die grundlegenden Trainingselemente (Rollenspiele, Progressive Muskelrelaxation, Wanderkarte) werden dargestellt. Oft kommen die Eltern mit erdrückenden Schuldgefühlen zum Erstgespräch. Soziale Unsicherheit wird durch viele Faktoren bedingt, nie ausschließlich durch das elterliche Erziehungsverhalten. Das individuelle Erklärungsmodell (hypothetisches Bedingungsmodell) wird nach Abschluss der Diagnostik mit den Eltern erörtert.

Diagnostik & Darstellung der Befunde

Die Ergebnisse der Diagnostik werden mit den Eltern stets detailliert besprochen. Zeigt die Diagnostik, dass das Training nicht die geeignete Maßnahme ist, sollten alternative Möglichkeiten mit den Eltern besprochen werden. Wird die Maßnahme durchgeführt, so bekommen die Eltern nach dem Training einen schriftlichen Kurzbefund mit nach Hause.

Vermittlung eines hypothetischen Bedingungsmodells

Das mittels Diagnostik und Verhaltensbeobachtung ermittelte hypothetische Bedingungsmodell, wird mit den Eltern detailliert besprochen. Dabei ist einerseits zu berücksichtigen, die Eltern von Schuldgefühlen zu entlasten, und andererseits so viel wie möglich ihres persönlichen Erklärungsmodells zu integrieren. Da sich aus dem hypothetischen Bedingungsmodell die zukünftigen Möglichkeiten, das Training zu unterstützen und eventuelle Erziehungsstilkorrekturen ableiten, ist es wichtig, auf die Vermittlung ausreichend Zeit zu verwenden. Beispiele für hypothetische Bedingungsmodelle sind in Kapitel drei ausgeführt. Bei der Erstellung des hypothetischen Bedingungsmodells ist es entscheidend, statt globaler Erklärungsansätze (z.B. „das ist vererbt, ich war auch so“ oder „das kommt von der Scheidung“) auf der individuellen Verhaltensebene, deskriptive Erklärungen zu entwickeln.

Erarbeitung förderlichen Erziehungsverhaltens

Oft reagieren die Eltern unabsichtlich förderlich auf das vermeidende Verhalten der Kinder. Beispielsweise nehmen sie die Kinder aus den angstauslösenden Situationen heraus, wenn sich die Kinder unwohl fühlen, oder konfrontieren sie erst gar nicht damit. Beispielsweise gehen sie nicht in den Schwimmkurs, wenn die Kinder weinen, die Eltern bestellen abends keinen Babysitter mehr, weil das Kind dann so unglücklich ist, und das Kind bekommt immer dann viel Aufmerksamkeit und Zuwendung, wenn es weint, verweigert oder ängstlich ist. Dadurch verstärken die Eltern unabsichtlich die Problematik. Die Eltern werden angeleitet, das Vermeidungsverhalten der Kinder nicht zu verstärken und auch kleinste Fortschritte zu loben. Die Reduktion des Vermeidungsverhaltens und Fokussierung der Aufmerksamkeit auf die Fortschritte der Kinder ist von entscheidender Bedeutung. Zu den genannten Punkten bekommen die Eltern die auf S. 103 abgedruckten Hinweise mit.

Informationen über das Training

Zusätzlich zu den bereits dargestellten Ausführungen bekommen die Eltern noch detaillierte Informationen, was in dem Training geübt wird, welche Methoden angewendet werden und welche Themen in welchen Stunden behandelt werden. Diese werden durch Elterninformationen zu jeder einzelnen Stunde ergänzt, die den Kindern nach den Stunde für ihre Eltern mit gegeben werden. Das Informationsblatt zum Training allgemein und zu den einzelnen Stunden sind auf Seite 105 abgedruckt.

Krisenintervention

Kommen akute Krisen wegen Schulschwierigkeiten, einer Klassenfahrt oder belastender Situation (wie der Trennung der Eltern) hinzu, kann mit den Eltern eine Problemlösung bezüglich der Situation des Kindes erarbeitet werden. Je nach den Fortschritten des Kindes kann zum Beispiel entschieden werden, ob eine Klassenfahrt zum jetzigen Zeitpunkt eine Überforderung darstellen würde oder ob das Kind durch die Nichtteilnahme eher eine Außenseiterposition in der Klasse bekommen könnte. Im Mittelpunkt steht hier stets die Situation des Kindes.

4 Präzisierung der Fragestellung

Ambulante Interventionen mit sozial unsicheren Kindern sind aufgrund der weiten Verbreitung sozialer Ängste und verwandter Probleme und deren ungünstiger Entwicklungsprognose dringend notwendig. Die Interventionen, die bis dato in der ambulanten Therapie im deutschen Sprachraum eingesetzt werden, sind entweder unstandardisiert oder wurden nicht in kontrollierten Gruppenstudien evaluiert. Die einzigen kontrollierten Gruppenstudien (Döpfner et al., 1981; Joormann et al., 2001) wurden mit kleinen Stichproben (12 & 18 Kinder) durchgeführt, die evaluierten Trainingsprogramme sind bisher unveröffentlicht und können daher in der ambulanten Therapie nicht eingesetzt werden. Folglich ist die Entwicklung störungsspezifischer Manuale und deren Evaluation dringend gefordert. Da in der internationalen Forschung zur Wirkung Sozialer Kompetenz Trainings Verhaltenstrainings und Problemlösetrainings zumindest kurzfristige Effekte bei Kindern mit internalisierenden Verhaltensauffälligkeiten gezeigt haben, soll untersucht werden, ob zwei konzeptuell differierende Trainingsvarianten trainingsspezifische oder trainingsunspezifische Wirkung erzielen, insbesondere sollen deren Auswirkungen auf die Problemlösfertigkeiten und die Soziale Kompetenz verglichen werden.

Weiterhin gibt es aufgrund der Vielzahl der Konstrukte zu Ängsten und Hemmungen in sozialen Situationen bisher wenige Untersuchungen, die die Verbreitung und den Verlauf genau dieses Konstruktes (Soziale Unsicherheit definiert nach Petermann et al., 1996; Melfsen, 1998) untersuchen. Da bei bestimmten risikobehafteten Subpopulationen kindliche Ängste stärker ausgeprägt sind, soll sowohl in einer Stichprobe mit Risiko (Körperbehinderung) als auch in einer Stichprobe ohne dieses Risiko (Kinder ohne Körperbehinderung) der Anteil klinisch auffälliger Kinder in einer typischen Grundschule erhoben werden. Dabei sollen Alter und Geschlecht als mögliche Einflussvariablen berücksichtigt werden. Bei der Analyse des Verlaufes internalisierender Störungen zeigten sich hohe Fluktuationsraten (Esser et al. 1996). Daher stellt sich die Frage, ob und bei welchen Kindern das Beschwerdebild stabil bleibt. Als verwandtes Konstrukt sind die Sozialbeziehungen der Kinder von Interesse, da bei sozial unsicheren Kinder weniger intensive Freundschaften und insgesamt geringere Sozialkontakte gefunden wurden.

Diese Arbeit hat zum Ziel, zwei störungsspezifische Manuale für sozial unsichere Kinder zu entwickeln und diese im Hinblick auf die kurz und langfristige Effektivität zu evaluieren. Die durchgeführten Studien sollten zur Klärung der folgenden Forschungsfragen beitragen: Wie groß ist der Bedarf nach Interventionen für sozial unsichere Kinder bei Kindern ohne und mit Körperbehinderung im Grundschulalter? Handelt es sich bei Sozialer Unsicherheit um ein stabiles Phänomen? Sind die entwickelten Trainingsprogramme kurz- und langfristig effektiv?

Mögliche Implikationen dieser Arbeit für Forschung und Praxis sind einerseits die Bestimmung von Risikogruppen, bei denen ein gezielter Interventionsbedarf besteht, da das Beschwerdebild stabil bleibt und andererseits ein Informationsgewinn darüber, welche Arten von Interventionen bei welchen Kindern (Alter, Geschlecht, prämorbider Schweregrad) kurz- und langfristig effektiv sind.

5 Methodischer Teil

5.1 Ziele der Untersuchung und inhaltliche Hypothesen

5.1.1 Studie 1: Verbreitung und Verlauf Sozialer Unsicherheit

Vergleich der Kinder mit und ohne Körperbehinderung

Bei Kindern mit Körperbehinderung handelt es sich aufgrund des eingeschränkten Aktionsradius' und der deutlichen Plussymptomatik um eine risikobehaftete Subpopulation. Daher wird folgende Hypothese postuliert:

- Bei Kindern mit Körperbehinderung ist Soziale Unsicherheit stärker ausgeprägt und häufiger vorhanden.

Da Kinder mit Körperbehinderung durch ihren eingeschränkten Handlungsradius weniger Möglichkeiten haben, Sozialkontakte aufzubauen wird vermutet, dass sie weniger Sozialkontakte haben als Kinder mit Körperbehinderung. Da bei sozial unsicheren Kinder weniger intensive Freundschaften gefunden wurden und vermutet wird, dass die Kinder mit Körperbehinderung vermehrt sozial unsicher sind, wird postuliert, dass die Kinder mit Körperbehinderung auch weniger intensive Freundschaften aufweisen.

- Kinder mit Körperbehinderung geben eine geringere Anzahl und weniger intensive Sozialkontakte an.

Vergleich der Altersgruppen

In den referierten Studien zeigt sich ein uneinheitliches Bild bezüglich der Prävalenz Sozialer Unsicherheit in den verschiedenen Altersgruppen. Querschnittsstudien finden bei älteren Kindern meist einen größeren Anteil Sozialer Unsicherheit, Längsschnittstudien zeigen hauptsächlich eine hohe Fluktuation auf und keinen eindeutigen Trend. Daher wird ein unspezifischer Alterseffekt vermutet: Jüngere Kinder sollen einen anderen Anteil sozial unsicherer Kinder aufweisen als ältere Kinder. Da es sich bei den Sozialbeziehungen um ein verwandtes Konstrukt handelt, werden auch hier ungerichtete Altersunterschiede vermutet.

- „Soziale Unsicherheit" und „Sozialbeziehungen" werden durch das Alter signifikant beeinflusst.

Vergleich der Mädchen und Jungen

Zu Geschlechtsunterschieden gibt es keine eindeutigen Befunde. In Querschnittsstudien wurden entweder keine Geschlechtsunterschiede gefunden oder es schätzten sich signifikant mehr Mädchen als Jungen als ängstlich ein. In Längsschnittstudien wurde bei Jungen eine höhere Rate emotionaler Störungen gefunden als bei den Mädchen. Daher wird ein ungerichteter Geschlechtseffekt für beide Konstrukte postuliert.

- „Soziale Unsicherheit" und „Sozialbeziehungen" werden durch das Geschlecht signifikant beeinflusst.

Besonders betroffene Subgruppe

Um festzustellen, ob es eine besonders risikobehaftete Subgruppe gibt, die einer Förderung bedarf, sollen alle Subgruppen miteinander verglichen werden. Es wird folgende Hypothese postuliert:

- Es existiert mindestens eine besonders betroffene Subgruppe.

Vergleich der Stichprobe zu beiden Messzeitpunkten

Im Rahmen dieser Arbeit wird davon ausgegangen, dass Soziale Unsicherheit im Laufe der Zeit nicht abnimmt. Des Weiteren wird postuliert, dass bei einem größeren Anteil die Symptomatik stabil bleibt oder zunimmt verglichen mit den Kindern, bei denen die Problematik abnimmt. Es wird postuliert, dass es mindestens eine Subgruppe gibt, bei der der Anteil der Kinder mit einer Verbesserung der Symptomatik besonders klein ist.

- Bei Sozialer Unsicherheit handelt es sich um eine stabile Problematik
- Es existiert mindestens eine besonders betroffene Subgruppe.

5.1.2 Studie 2: Evaluation der Sozialen Kompetenz Trainings

Als Effektivitätsparameter für den Interventionserfolg wurden in der Befragung der Kinder Soziale Unsicherheit, Soziale Kompetenz, Problemlösefertigkeiten, Quantität und Qualität der Sozialkontakte und Selbstwert erhoben, die Eltern beurteilten den sozialen Rückzug der Kinder und deren ängstlich/depressives Verhalten. Langfristig sollte die Einschätzung der intraindividuellen Entwicklung und ein aktueller Vergleich mit Gleichaltrigen zu den Konstrukten Schüchternheit, Ängstlichkeit, Selbstwert, Bewältigungsfertigkeiten und Zufriedenheit im Eltern- und Selbsturteil erfasst werden, weiterhin die soziale Unsicherheit, der soziale Rückzug und ängstlich-depressive Verhaltensweisen.

Um kontrollieren zu können, ob die kurzfristigen Verbesserungen auf die Intervention und nicht auf unspezifische Faktoren, wie beispielsweise das gestiegene Alter der Kinder zurückzuführen sind, wurden zwei Trainingsvarianten und eine Wartekontrollgruppe etabliert. Die Kinder wurden zufällig zur Wartekontrollgruppe zugeteilt und erhielten nach einem Vierteljahr Wartezeit ein Training. Die Daten der Kinder der Wartegruppe gingen nicht in die im Rahmen dieser Arbeit dargestellten Interventionsgruppen ein.

Es wird erwartet, dass sich in den Effektivitätsparametern direkt nach der Intervention in beiden Interventionsgruppen Verbesserungen aufzeigen lassen und diese Verbesserungen stärker ausfallen als in der Kontrollgruppe. Des weiteren wird erwartet, dass die Trainingsformen spezifisch wirken, sich also auf die Erfolgsparameter unterschiedlich auswirken. Das Problemlösetraining soll die Problemlösefähigkeiten mehr

steigern als das verhaltensorientierte Training, dieses wiederum soll die soziale Kompetenz stärker verbessern. Weiterhin wird erwartet, dass die Trainingseffekte langfristig stabil bleiben, die Intervention also auch bei der Reduktion der Sozialen Unsicherheit erfolgreich ist.

- Beide Trainingsgruppen weisen stärkere Verbesserungen der abhängigen Variablen auf als die Wartekontrollgruppe.
- Die beiden Trainingsformen weisen trainingsspezifische Wirkung auf.

Einen weiteren Untersuchungsbereich dieser Dissertation soll die Frage bilden, worin sich Kinder, die eine stärkere Verbesserung in der Symptomatik aufweisen, von Kindern unterscheiden, die keine oder nur geringe Verbesserungen aufweisen.

5.2 Erhebungsinstrumente

5.2.1 Beschreibung der verwendeten standardisierten Erhebungsverfahren

In der folgenden Tabelle sind die eingesetzten standardisierten Verfahren aufgeführt.

Tabelle 15: Verfahren zur Eingangsdiagnostik und Effektivitätskontrolle

Verfahren	Autoren	Befragte	Studie
SASC-R-D	Melfsen & Florin, 1997	Kind	1 & 2
SOBEKI	Berger, Geiken, Lehmkuhl, Lenz & Göbel, 1997	Kind	1 & 2
KINDL-R	Bullinger & Ravens-Sieverer 1998	Kind	1 & 2
DOTS-R Child	Windle & Lerner, 1986; Elterneinschätzungsform deutsch: Angleitner, Harrow, Hempel & Spinath, unveröffentlicht	Eltern	2
Emotionality Activity Sociability Temperament Survey (EAS)	Buss & Plomin, 1984	Eltern	2
DIPS	Unnewehr, Schneider & Margraf, 1998	Eltern	2
CBCL 4-18	Achenbach et al., Arbeitsgruppe Deutsche CBCL, 1991	Eltern	2

Das Strukturierte Interview zur Elternbefragung (DIPS)

Zur Eingangsdiagnostik wurde das Diagnostische Interview zur Erfassung Psychischer Störungen (DIPS, Unnewehr, Schneider & Margraf, 1998) bei der Befragung der Eltern verwendet. Es wurde nach dem Erstgespräch mit den Eltern in Abwesenheit des Kindes durchgeführt. Dieses strukturierte Interview dient einerseits der Erfassung weiterer psychischer Störungen wie Depression, Legasthenie usw., andererseits werden hier bereits die angstbesetzten Situationen bzw. die Situationen, die vermieden werden, aufgeschlüsselt und bieten für das Training einen großen Informationsgewinn.

Das Kinder-DIPS erlaubt eine differenzierte Diagnostik nach DSM III-R (APA 1980) und den Forschungskriterien der ICD-10 (Dilling et al., 1994). Es erfasst alle

Angststörungen der Kindheit und Adoleszenz. Weiterhin werden depressive Syndrome, Ausscheidungsstörungen, expansive Verhaltensstörungen und Essstörungen erfasst. Außerdem enthält es einen allgemeinen klinisch demographischen Teil und Screenings für Alkoholismus und Drogenmissbrauch, körperliche Krankheiten, nichtorganische Psychosen sowie für Medikamentengebrauch.

Das Kinder-DIPS weist zufriedenstellende bis sehr gute Reliabilitäten (Kappa:.49-1.0, Yule`s Y=.65-.89) und eine gute kriteriumsbezogene Validität für die Aufmerksamkeits- und Hyperaktivitätsstörung, die Störung mit oppositionellem Trotzverhalten und die Störung mit Kontaktvermeidung (DSM-III) auf. Bei der Oberklasse der Angststörungen zeigte sich, dass die Kinder in der CBCL insgesamt weniger ängstlich beschrieben wurden. Die kriteriumsbezogene Validität wurde ermittelt, indem 108 Kinder (53 stationäre Langzeitpatienten, 55 ambulante Patienten) mittels des DIPS in Kinder mit und ohne Diagnose pro Störungsbild eingeteilt wurden und anschließend geprüft wurde, ob sich die Gruppen in den entsprechenden Fragebogenwerten (CBCL, FSSC, STAIK, YSR) signifikant unterschieden. Größtenteils zeigten sich signifikante Unterschiede in der postulierten Richtung.

Die Child Behavior Checklist

Bei der Child Behavior Checklist 4-18 (Arbeitsgruppe deutsche Child Behavior Checklist, 1991) handelt es sich um ein weltweit verbreitetes Erhebungsinstrument, dessen diagnostische Einsetzbarkeit und Gütekriterien in über 3000 Studien aufgezeigt wurden. Für Jungen und Mädchen liegen getrennte Normen vor, die erfassten Skalen sozialer Rückzug, ängstlich/depressiv, Körperliche Beschwerden, Dissoziales Verhalten, Aggressives Verhalten, soziale Probleme und schizoid/zwanghaft können zur Indikation und Trainingsevaluation verwendet werden (Sozialer Rückzug, ängstlich/depressiv) und andererseits kontrollieren, ob das Training unerwünschte Nebenwirkungen hat (aggressives Verhalten, soziale Probleme). Aus den Syndromskalen werden Skalen zu internalisierenden und externalisierenden Störungen sowie ein Gesamtwert für Problemverhalten gebildet. Weiterhin ist ein Vergleich über Eltern- und Lehrerform dieses Fragebogensystems hinweg möglich. Die übergeordneten Skalen „internalisierende Störungen“ und „externalisierende Störungen“ weisen interne Konsistenzen von >.85 auf, für die Skalen „Aggressives Verhalten“, „Dissoziales Verhalten“, „Aufmerksamkeitsstörungen“ und „Angst/Depressivität“ wurden interne Konsistenzen zwischen .80 und .90. Die internen Konsistenzen für die Skalen „Sozialer Rückzug“, „Körperliche Beschwerden“ und „Soziale Probleme“ variieren bei einer Reihe von klinischen und nicht klinischen Stichproben zwischen .70 und .80. Die Skalenbildung wurde durch Faktorenanalysen in klinischen Stichproben bestätigt.

Die Social Anxiety Scale Revised (Deutsche Fassung)

Bei der SASC-R-D (Melfsen & Florin, 1997) handelt es sich um ein valides und reliables Verfahren zur Erfassung sozialer Ängste. Die Kinder schätzen bei 18 Aussagen ein, ob diese nie, selten, manchmal, meistens oder immer auf sie zutreffen. Die Aussagen der Kinder werden zu zwei Skalenwerten zusammengefasst: Vermeidung von und Belastung durch soziale Situationen (Social Anxiety and Distress Scale, SAD) und Angst vor negativer Bewertung (Fear of Negative Evaluation, FNE). Es zeigten sich in der Untersuchung von Melfsen und Florin (1997) signifikante Korrelationen der Unterskalen FNE und SAD mit dem Kinder-Angst-Test (KAT, Thurner & Tewes, 1975), dem Angst-Fragebogen für Schüler (AFS, Wiecerkowski, Nickel, Janowski, Fittkau & Rauer, 1974) und der Social Phobia Scale (SPAIC, Beidel, Turner & Morris, 1995). Cronbachs Alpha lag für FNE bei .80 und für SAD bei .63. Es liegen geschlechts- und altersspezifische Normen vor. Die Items sind in Tabelle 16 aufgelistet.

Tabelle 16: Items der Social Anxiety Scale – Revised Deutsche Fassung

SASC-R-D
1. Ich habe Angst davor, geärgert zu werden.
2. Ich fühle mich unsicher bei Jungen und Mädchen, die ich nicht kenne.
3. Ich glaube, dass andere Mädchen und Jungen hinter meinem Rücken über mich reden.
4. Ich spreche nur mit Jungen und Mädchen, die ich gut kenne.
5. Ich mag nichts Neues vor anderen Jungen und Mädchen ausprobieren.
6. Ich überlege mir, was andere Jungen und Mädchen wohl von mir denken.
7. Ich habe Angst, dass andere Jungen und Mädchen mich nicht mögen.
8. Ich bin aufgeregt, wenn ich mit Jungen und Mädchen rede, die ich nicht gut kenne.
9. Ich mache mir Gedanken, was andere Jungen und Mädchen wohl über mich sagen.
10. Wenn ich mit Jungen und Mädchen rede, die neu in die Klasse gekommen sind, bin ich aufgeregt.
11. Ich frage mich, ob andere Jungen und Mädchen mich wohl mögen.
12. In einer Gruppe von Jungen und Mädchen bin ich ruhig und zurückhaltend.
13. Ich glaube, dass andere Jungen und Mädchen sich über mich lustig machen.
14. Wenn ich mich mit einem anderen Jungen und Mädchen streite, habe ich Angst, dass er oder sie mich nicht mehr mögen wird.
15. Ich habe Angst, andere zu mir nach Hause einzuladen, weil sie ablehnen könnten.
16. Bei bestimmten Jungen und Mädchen bin ich aufgeregt.
17. Ich fühle mich unsicher, selbst bei Jungen und Mädchen, die ich sehr gut kenne.
18. Es fällt mir schwer, andere Jungen und Mädchen zu fragen, ob sie mit mir spielen.

SOBEKI: ein Verfahren zur Beschreibung und Analyse sozialer Beziehungen von Kindern im Grundschulalter

Der SOBEKI (Berger, Geiken, Lehmkuhl, Lenz & Göbel, 1997) ist ein in der klinischen Kinderpsychodiagnostik entwickeltes Skulpturverfahren, das durch ein strukturiertes Interview zu acht spezifischen Funktionsbereichen eingeleitet wird. Das SOBEKI-Verfahren ermöglicht die Erfassung des sozialen Netzwerkes sechs- bis zwölfjähriger Kinder. Das Verfahren dient zur Erfassung und Analyse sozialer Beziehungsstrukturen von Kindern in der klinischen Praxis und Forschung. Die Kinder werden zu Anzahl und Häufigkeit verschiedenster Sozialkontakte befragt. Beispiel: „Manche Kinder spielen gerne mit anderen, manche nicht. Mit wem spielst Du gerne?“ Bis zu fünf Personen können genannt werden, die Intensität des Sozialkontaktes wird auf

einer Skala von 0 (gar nicht) bis 10 (sehr) eingeschätzt. Erfasst werden die Kategorien „Kontakte in der Freizeit“, „Emotionale Zuwendung“, „Bekräftigung“, „Hilfe bei Schwierigkeiten“, „Konflikte im zwischenmenschlichen Bereich“, „Sanktionen“ und „innere Konflikte“. Im Rahmen dieser Studie wurden ausschließlich die Items der Skala „Sozialkontakte“ verwendet, diese sind in Tabelle 17 aufgelistet.

Tabelle 17: SOBEKI, Items zu Sozialkontakten

SOBEKI
Manche Kinder spielen gerne mit anderen, manche nicht. Mit wem spielst Du gerne?
Manche Kinder verbringen die Zeit außerhalb der Schule mit anderen Menschen, manche sind allein. Mit wem bist Du zusammen, wenn Du nicht in der Schule bist (z.B. am Wochenende oder nachmittags)?
Manche Kinder haben gute Freundinnen oder Freunde, manche nicht. Hast Du gute Freunde oder Freundinnen? Wie häufig triffst Du Dich mit denen?

Für die Anzahl genannter Personen liegen Normen aus einer klinischen und einer nichtklinischen Stichprobe vor. Diese wurden bei Kindern zwischen sechs und zwölf Jahren erhoben, es liegen keine alters- und geschlechtsspezifischen Normen vor.

Revidierter Kinder Lebensqualitätsfragebogen (KINDLR-Fragebogen)

Der KINDLR- Fragebogen (Ravens-Sieberer & Bullinger, 1998) wurde ursprünglich von Bullinger (1994) entwickelt und 1998 von Ravens-Sieberer und Bullinger revidiert. Der KINDLR beinhaltet 24 Fragen und kann sowohl von Kindern und Jugendlichen als auch von deren Eltern ausgefüllt werden. Der KINDLR-Fragebogen liegt für unterschiedliche Alters- und Entwicklungsstufen vor: 4 - 7 Jahre, 8 - 12 Jahre, 13 - 16 Jahre und für Eltern. Es gibt eine Paper-Pencil-Version und eine Computerversion. Der Fragebogen existiert in verschiedenen Sprachen: Deutsch, Englisch, Französisch, Italienisch, Spanisch und Griechisch. Erfasst werden die Skalen „Körperliches Wohlbefinden“, „Psychisches Wohlbefinden“, „Selbstwert“, „Familie“, „Freunde“, „Funktionsfähigkeit im Alltag“ und „Erkrankung“. Er ist bei gesunden und kranken Kindern anwendbar. Es existieren krankheitsspezifische Module zu Adipositas, Asthma bronchiale, Neurodermitis, Krebserkrankung und Diabetes. Das Verfahren wurde bisher in verschiedenen Studien an über 5000 gesunden und kranken Kindern sowie deren Eltern im Verlauf von bis zu 2 Jahren eingesetzt und geprüft. Es liegen geschlechts- und altersspezifische Normen vor. Der Fragebogen wurde nur zum zweiten Messzeitpunkt eingesetzt. Die Items sind in Tabelle 18 aufgeführt.

Tabelle 18: KINDLR, Items zum Selbstwert

In der letzten Woche...
... war ich stolz auf mich
... fand ich mich gut
... mochte ich mich selbst leiden
... hatte ich viele gute Ideen

Revised Dimensions of Temperament Survey for Children (DOTS-R)

Das Revised Dimensions of Temperament Survey for Children, (DOTS-R Child, Windle et al., 1986; Elterneinschätzungsform deutsch: Angleitner et al., unveröffentlicht) ist bei Kindern jeglichen Alters einsetzbar und erfasst überdauernde, in jedem Lebensalter

relevante, Kennzeichen des Verhaltens (Temperamenstmerkmale). Das Verfahren besteht aus 54 Items, die zu zehn Merkmalsdimensionen zusammengefasst werden: Generelles Aktivitätsniveau (Activity Level General), Aktivitätsniveau Schlaf (Activity Level Sleep), Annäherung / Vermeidung (Approach - Withdrawal), Flexibilität / Rigidität (Flexibility - Rigidity), Stimmungsqualität (Mood), Rhythmizität Schlaf (Rhythmicity Sleep), Rhythmizität Essen (Rhythmicity Eating), Rhythmizität täglicher Gewohnheiten (Rhythmicity Daily Habits), Ablenkbarkeit (Distractibility) und Ausdauer (Persistence). Ablenkbarkeit und Ausdauer werden bei Kindern zu dem Faktor Aufgabenorientierung zusammengefasst. In Tabelle 19 werden die Implikationen hoher Werte auf den einzelnen Faktoren dargestellt.

Tabelle 19: Faktoren des DOTS-R und typische Verhaltensweisen

Faktor	Implikationen einer hohen Ausprägung für das Verhalten: Die Person...
Generelles Aktivitätsniveau	...zeigt ein großes Maß an Energie, Vigor und motorischer Aktivität.
Aktivitätsniveau Schlaf	...weist ein hohes Maß an motorischer Aktivität während des Schlafes auf.
Annäherung / Vermeidung	....geht auf neue Personen, Objekte, Situationen oder Ereignisse zu.
Flexibilität / Rigidität	...reagiert flexibel auf Änderungen in der Umgebung.
Rhythmizität Schlaf	...hat einen regelmäßigen zeitlichen Rhythmus des täglichen Schlaf-Wach-Rhythmus.
Rhythmizität Essen	...hat regelmäßige zeitliche und quantitative Essensgewohnheiten
Rhythmizität täglicher Gewohnheiten	...hat einen regelmäßigen Tagesablauf
Stimmungsqualität	... ist positiver Stimmung
Aufgabenorientierung	....ist wenig ablenkbar und sehr ausdauernd.

Es stehen vier Antwortkategorien zur Auswahl: 1= meistens unzutreffend, 2= mehr unzutreffend als zutreffend, 3= mehr zutreffend als unzutreffend und 4= meistens zutreffend. Die Cronbach alpha Werte der Skalen liegen zwischen .54 und .91, insgesamt liegen die Reliabilitätswerte bei etwa .75. Die mittlere Test-Retest Reliabilität beträgt .67. Die Eltern der Interventionsgruppen füllten die Elterneinschätzungsform zu zwei Messzeitpunkten aus.

Emotionality Activity Sociability Temperament Survey (EAS)

Das Emotionality Activity Sociability Temperament Survey (EAS Temperament Survey, Buss et al., 1984) erfasst individuelle Unterschiede im Temperament. Unter Temperamentsmerkmalen werden hier Aspekte des Verhaltens verstanden, die typischerweise früh in der Ontogenese auftreten, sich durch ein hohes Maß an Erblichkeit auszeichnen und sehr stabil sind. Erfasst werden die Dimensionen Emotionalität, Aktivität und Soziabilität. Da diese Dimensionen im Theorieteil nicht dargestellt wurden, sollen die

mit Angst und Schüchternheit im Zusammenhang stehenden Konstrukte hier etwas detaillierter beschrieben werden.

Bei Emotionalität handelt es sich um eine von intensiver autonomer Erregung begleitete Unmutskomponente (Distress). Emotionalität beinhaltet Furcht (Fear) und Ärger (Anger). Furcht fasst eine Reihe von Verhaltensweisen zusammen:

- die motorischen Komponente des Fluchtverhaltens,
- die Orientierungsreaktion während des Bewegungsablaufes
- das Explorationsverhalten
- der begleitende Gesichtsausdruck
- die begleitende Muskelanspannung
- rein physiologische Veränderungen und
- begleitende kognitive Prozesse, z.B. katastrophisierende Gedanken.

Ärger lässt sich gleichfalls in eine motorische, eine Ausdrucks-, eine physiologische und eine kognitive Komponente unterteilen. Aktivität beinhaltet Tempo (die Geschwindigkeit des Verhaltens) und Vigor (die Intensität von Verhaltensäußerungen). Aktive Kinder sind ausdauernder und motivierter als nicht-aktive Personen. Soziabilität beschreibt das Bedürfnis nach Gesellschaft und sozialer Anerkennung. Soziale Anerkennung wird hier als mögliche intrinsische Belohnung verstanden, die aus der bloßen Anwesenheit anderer bestehen kann, aus der Aufmerksamkeit anderer, aus gemeinsamen Aktivitäten, aus den Reaktionen anderer und aus der Stimulation durch andere. Hier zeigen sich individuelle Unterschiede in der Bewertung der Gegenwart anderer. Kinder mit einem hohen Ausmaß an Soziabilität sehen Aufmerksamkeit oder Zuwendung anderer als Belohnung an und sind motivierter, derartige Situationen aufzusuchen.

Das EAS erfasst auch Schüchternheit. Schüchternheit wird hier als Verhaltenstendenz verstanden, die sich durch Vermeidungs- und Fluchttendenzen und ungeschicktes Verhalten in Situationen mit flüchtigen Bekannten und Fremden ausdrückt. Schüchterne Kinder können die Gesellschaft anderer dennoch schätzen, es handelt sich nicht um den Gegenpol der Soziabilität.

Das EAS besteht aus 20 Items, die auf einer fünfstufigen Antwortskala eingeschätzt werden (1: nicht charakteristisch bis 5 sehr charakteristisch). Die interne Konsistenz des EAS für die einzelnen Skalen beträgt .72 für Emotionalität und Aktivität, .83 für Schüchternheit und .59 für Soziabilität. Das Mutter- und Vaterurteil weist eine zufriedenstellende Übereinstimmung auf (Minimum: Soziabilität r=.56, Maximum: Schüchternheit r=.68). Die mittlere Interskalenkorrelation beträgt .29. Die Skalen Soziabilität und Schüchternheit weisen den größten Zusammenhang (r=-.54) auf.

5.2.2 Unstandardisierte Erhebungsinstrumente

Tabelle 20 gibt einen Überblick über die verwendeten unstandardisierten Verfahren.

Tabelle 20: Unstandardisierte Erhebungsinstrumente

Verfahren	Erfasst werden sollte...	Befragte	Studie
Lehrerurteil	Sozialstatus Beliebtheit Schweregrad der Behinderung	Lehrer	1
Elterntagebuch	Übertragung der Trainingsinhalte auf den Alltag	Eltern	2
Situationen zur Sozialen Kompetenz	Soziale Kompetenz	Kind/ Rater	2
Problemlösesituationen	Problemlösefertigkeiten	Kind	2
Retrospektive und aktuelle Beurteilung zu t3	Ängstlichkeit Zufriedenheit Soziale Kompetenz Bewältigungsfertigkeiten	Eltern & Kinder	2

Lehrerurteil

Zum ersten Messzeitpunkt wurde die Einschätzung der Lehrkräfte (Klassenlehrer) zum Sozialstatus der Kinder (Unter- Mittel- & Oberschicht) der Beliebtheit (gar nicht bis sehr auf einer fünfstufigen Skala) und der Schweregrad der Behinderung (leicht, mittel, schwer) erhoben.

Elterntagebuch

Für die Einzelfallanalysen wurde im Rahmen dieser Arbeit ein Elterntagebuch entwickelt, in das die Eltern täglich ihre Einschätzungen der Verhaltensweisen ihres Kindes eintragen sollten. Eingeschätzt wurden die Kategorien „hat sich heute mit anderen Kindern unterhalten“, „hat sich heute mit mir unterhalten“, „hat heute laut und deutlich gesprochen“ „hatte Blickkontakt mit mir“, „hatte Blickkontakt mit anderen Kindern“, „stand abseits“, „wurde gehänselt“, „spielte mit anderen Kindern“, „wirkte selbstsicher“, „wirkte unsicher“, „hat gelacht/wirkte fröhlich“ und „hat geweint/wirkte traurig“. Diese wurden mit einer fünfstufigen Skala (nie, selten, mehrmals, oft, sehr oft) eingeschätzt. In der Spalte „Bemerkungen“ konnte angegeben werden, ob eine Beobachtung überhaupt möglich war. Das Anschreiben an die Eltern zur Handhabung des Tagebuches und die Tagebuchbögen selbst sind im Anhang abgebildet. Das Elterntagebuch kann einzelfallanalytisch zur therapiebegleitenden Evaluation ausgewertet werden.

Situationen zur sozialen Kompetenz

Angelehnt an den Behavioral Assertiveness Test (Barnstein et al., 1977) und die Rollenspielsituationen von Fydrich (1998) wurden fünf Situationen ausgewählt, die den folgenden Bereichen entstammen: Soziale Aufmerksamkeit aushalten, Berechtigte Forderung durchsetzen, Bedürfnisse und Gefühle äußern/Beziehungen aufbauen, etwas ablehnen und sich wehren, Aktivität initiieren.

Den Kinder wurde die Situation beschrieben, anschließend sollten sie sagen, was sie in einer solchen Situation machen würden. Die Situation wurde nicht (wie in dieser Studie anfänglich geplant) als Rollenspiel durchgeführt, weil dies aufgrund der Problematik sozial unsicherer Kinder nicht möglich ist. Die meisten Kinder kostet es schon ein großes Maß an Überwindung, Fragen zu beantworten. Das Vorspielen einer Situation ist in den seltensten Fällen und nur bei Kindern, die ausschließlich in einem ganz spezifischen Bereich Schwierigkeiten haben, möglich, da hier soziale Aufmerksamkeit in extremster Form ausgehalten werden muss.

Der Wortlaut der Situationen ist in Tabelle 21 aufgeführt. Eingeleitet werden die Situationen mit den Worten: „Ich beschreibe Dir eine Situation, und du sagst mir, was du in einer solchen Situation machen würdest. O.k.?“ Nach jeder Situation wurde geendet mit den Worten: „Du weißt gar nicht, was du jetzt tun sollst. Was machst du jetzt?“

Tabelle 21: Beschreibung der Situationen zur Sozialen Kompetenz

Wortlaut der Situationen
Soziale Aufmerksamkeit aushalten: „Stell Dir vor, du sollst Deine Hausaufgaben vor der Klasse vorlesen. Du gehst nach vorne an die Tafel. Als du anfangen willst, vorzulesen, bleibt Dir die Stimme weg. Einige Kinder fangen an, zu lachen. Du bist ganz aufgeregt.
Berechtigte Forderung durchsetzen: „Stell Dir vor, du hast Tom vor einer Woche ein Komikheft geliehen. Du möchtest es gerne zurück haben. Als Du ihn danach fragst, behauptet er, er hätte es Dir schon zurückgegeben
Beziehungen aufbauen: „Ein Kind ist neu in der Klasse. Du möchtest es gerne kennen lernen.”
Etwas ablehnen & sich wehren: „Stell Dir vor, ein Kind aus Deiner Klasse möchte unbedingt, dass du mit hilfst, das Schulklo mit Klopapier zu verstopfen. Du möchtest das eigentlich nicht.
Aktivität initiieren: „Stell Dir vor, du möchtest ein anderes Kind zum Spielen einladen. Auf dem Schulhof steht es neben Dir. Jetzt ist die beste Gelegenheit, es zu fragen.

Die Antworten der Kinder wurden von sieben unabhängigen Ratern (Studierende der Psychologie, zu Beginn des ersten Semesters) bezüglich ihrer sozialen Kompetenz auf einer fünfstufigen Skala eingeschätzt. Die Antworten der Kontroll- und Interventionsgruppe zu den beiden Messzeitpunkten wurden per Zufallsziehungen zur Bestimmung der Reihenfolge gemischt. Den Ratern wurde die gesamte Liste mit den Antworten der Kinder vorgelegt. Ein Zuordnung der Antworten zu den Gruppen und den Messzeitpunkten war nicht möglich. Die Rater wurden vor der Einschätzung nicht darüber aufgeklärt, dass es sich um Antworten aus einer Therapiestudie handelte, sondern ihnen wurde mitgeteilt, dass es um die Entwicklung eines Erhebungsinstrumentes ginge. Die Interraterreliabilität betrug .96. Die Einschätzungen vor und nach der Intervention wurden zur Therapieevaluation verglichen. Einige Beispiele für die Antworten der Kinder (prä und post gemischt) auf die erste Situation sind in Tabelle 22 aufgeführt. Die vollständigen Antworten und deren durchschnittliche Einschätzung sind im Anhang aufgeführt.

Tabelle 22: Beispielhafte Antworten

Situation	Beispielhaft Antworten zu Reaktionsmöglichkeiten
Soziale Aufmerksamkeit aushalten“	• Ich überlege mir vorher genau, wie man es machen kann. • Entspannen und dann sagen, dass sie nicht lachen sollen. • Ich setze mich hin. • Ich versuche es mit Zeichensprache. • Erst ganz normal. hinstellen, dann Zauberwort sagen: „Stopp - entspannen.“, dann noch mal probieren. • Erst mal tief durchatmen und dann kann ich wieder etwas sagen. • Ich schreibe das einfach an. Mir ist das passiert, da habe ich geschluckt und dann war die Stimme wieder da, dann konnt‘ ich‘s sagen. • Ich fange an zu weinen. • Ich würd‘ der Lehrerin was sagen, ich weiß aber nicht, was. • Ich würde wegrennen, mich verstecken, dass mich keiner findet, würde aus der Schule gehen, zur Mutti. • Ich gehe an meinen Platz, da geht es mir dann nicht so gut. • Ich würde mich aufregen, ich werde wütend. • Ich gehe zur Lehrerin und sage, dass die mich auslachen. • Nichts, das ist gemein.

Problemlösen

Den Kindern wurden fünf selbstentwickelte Problemlösesituationen vorgelegt, zu denen sie Handlungsmöglichkeiten und Folgen aufzählen sollten. Die Situationen beinhalteten die Themen:

1) Freunde klingeln und wollen spielen, die Eltern erlauben es nicht.
2) Ein Freund verletzt sich und will nicht alleine gelassen werden.
3) Andere Kinder lachen über eine neue Jacke.
4) Ein Freund/ eine Freundin will lieber mit einem anderen Kind spielen.
5) Der Ball ist beim Spielen im Baum gelandet.

Die Antworten der Kinder wurden von unabhängigen Ratern bezüglich ihrer Qualität (gute Lösung – schlechte Lösung) auf einer fünfstufigen Skala eingeschätzt. Die Interraterreliabilität betrug .95. Die Einschätzungen vor und nach der Intervention wurden zur Therapieevaluation verglichen. Einige Beispiele für die Antworten der Kinder (prä & post gemischt) sind in Tabelle 23 aufgeführt. Die vollständigen Antworten und deren durchschnittliche Einschätzung sind im Anhang dargestellt. Die Situationen wurden eingeleitet mit den Worten: „Ich werde dir jetzt kurze Geschichten vorlesen. Am Ende jeder Geschichte steht ein Problem. Du sollst mir dann sagen, was man in dieser Situation tun könnte. nenne so viele Möglichkeiten wie möglich. Dann möchte ich wissen, welche Folgen das, was du machst, haben könnte. Zum Schluss möchte ich wissen, wofür Du Dich entscheiden würdest. Hast Du das verstanden? Wenn Du Fragen hast, kannst Du es jederzeit sagen.“ Nach den einzelnen Situationsbeschreibungen folgten die Worte: „Du weißt gar nicht, was Du jetzt tun sollst. Was machst Du jetzt? (Pause) Nenne so viel Möglichkeiten wie möglich. (Pause) Fällt Dir noch etwas ein? (Pause) Welche Folgen hätte das? (Pause) Wofür würdest Du Dich entscheiden?“

Tabelle 23: Beispiele für Antworten zu den verschiedenen Situationen

Situation	Antwortbeispiele
Stell dir vor, zwei Freunde klingeln bei Dir zu Hause. Sie schlagen vor, an einem Lager weiter zu bauen, dass ihr gestern angefangen habt. Gestern hast Du dich dabei total dreckig gemacht, und Deine Eltern haben sehr geschimpft. Du würdest aber gerne weiterbauen. Du weißt gar nicht, was Du jetzt tun sollst. Was machst Du jetzt?	• Mama fragen: „Darf ich bitte raus?“ • dieses Mal bauen wir mit Stöcken • den Kindern sagen: “Ich darf nicht raus.“ • versuchen, sich nicht dreckig zu machen • Spielhose anziehen • sagen, Mama muss die Sachen noch sauber machen, kann erst morgen spielen • zugucken, und wenn die Freunde nicht wissen, wie etwas geht, kann ich es ihnen sagen • Mama fragen, ob ich mit darf, ihr erzählen, dass meine Freunde da sind und dass das nie wieder passiert • ich bleibe zu Hause und spiele etwas anderes, gucke TV • woanders bauen, wo es sauber ist
Stell Dir vor, Du bist mit einem Freund unterwegs. Ihr seid auf einem verwilderten Grundstück. Plötzlich schreit Dein Freund. er ist mit seinem Fuß in ein Loch gestürzt und ist verletzt. Er kann nicht mehr laufen. er bittet Dich, nicht weg zu gehen. Du weißt gar nicht, was Du jetzt tun sollst. Was machst Du jetzt?	• mit dem Handy die Mutti der Freundin anrufen • Freundin herausziehen und gucken, was los ist • einen Doktor holen • Hilfe rufen • kurz an die Straße gehen und Hilfe holen • den Freund tragen • einem Erwachsenem die Situation erklären und um Hilfe bitten • wenn man Verbandszeug hat, selber helfen • zu meiner Mutti gehen, wenn sie in der Nähe ist • wenn ein Fahrrad da ist, Freund auf Rad packen und nach Hause schieben • hoch helfen und zur Erzieherin bringen • heraus graben, wenn Schippe da ist • mit der Angel raus holen
Stell Dir vor, Du hast eine neue Jacke, die viel Geld gekostet hat. Als Du damit in die Schule kommst, lachen einige Kinder über deine Jacke und fragen Dich, ob Du sie im Müll gefunden hast. Am nächsten Morgen möchtest Du die Jacke nicht anziehen. Deine Eltern sind total entsetzt. Sie möchten, dass du die schöne neue Jacke anziehst. Du weißt gar nicht, was Du jetzt tun sollst. Was machst Du jetzt?	• heimlich etwas anderes anziehen • noch einen Tag anziehen und in der Schule sagen, dass die anderen sie nicht ärgern sollen, weil sie auch keine schöneren Jacken haben • die Jacke richtig sauber und schön machen • Ich würde mich nicht ärgern lassen und würde die Jacke trotzdem anziehen • Jacke erst mal nicht anziehen, erst später • Ich sage: „Ich möchte nicht, dass Ihr mich ärgert.“ • Ich würde die Jacke anziehen und vermeiden, den Kindern zu begegnen • Jacke gar nicht anziehen • Ich sage: „Die habe ich nicht im Müll gefunden, die habe ich gekauft.“ • Jacke umtauschen oder Bruder anbieten • Ich sage: „Ihr seid auch nicht besser angezogen.“ • meinen Eltern davon erzählen

Fortsetzung Tabelle 23: Beispiele für Antworten zu den verschiedenen Situationen

Situation	Antwortbeispiele
Stell Dir vor, es ist große Pause. Du möchtest wie immer mit Tanja, Deiner besten Freundin, über den Hof gehen und spielen. Aber Tanja will nicht mit Dir spielen. Sie sagt, Katja sei ab jetzt ihre beste Freundin. Sie geht mit Katja zusammen weg und läßt Dich stehen. Du weißt gar nicht, was Du jetzt machen sollst. Was machst Du jetzt?	• mit jemand anderem spielen • allein spielen • Fragen, ob sie am Nachmittag für sie Zeit hat • Fragen, ob sie nicht jetzt mit ihr spielen kann und später mit der anderen • anderen Freund suchen • fragen, ob sie zu dritt spielen können • wenn ich nicht weiß, warum sie nicht mehr meine beste Freundin ist, würde ich sie fragen • fragen, warum sie nicht mit mir spielen will • sagen: „Ich lasse Dich das nächste Mal auch hängen." • dann suche ich mir eben eine andere Freundin • „Ab mit Euch." (Verhauen androhen) • eklige Spinnen auf den Kopf machen
Stell Dir vor, beim Ballspielen ist der Ball hoch oben im Baum hängen geblieben. Du weißt gar nicht, was Du jetzt tun sollst. Was machst Du jetzt?	• Leiter holen • hinauf klettern • Baum schütteln • Stock suchen • auf die Zehenspitzen stellen • zu Papa gehen und um Hilfe bitten • versuchen, mit dem Stein runter zu holen • ich muss groß werden • Freund fragen, der gut klettern kann • warten, bis starker Wind kommt

Retrospektive und aktuelle Beurteilung zu t3

Eltern und Kinder wurden um eine retrospektive Einschätzung des intraindividuellen Verlaufes und aktueller Peer-Vergleiche zu Schüchternheit, allgemeinen Ängstlichkeit, Selbstbewusstsein, Zufriedenheit und Bewältigungsfertigkeiten in schwierigen Situationen gebeten. Des weiteren sollten allgemeine Veränderungen und Veränderungen durch das Training angegeben werden. Eltern- und Kinder erhielten inhaltlich die selben Fragen, in Tabelle 24 ist die Elternversion wieder gegeben.

Tabelle 24: Retrospektive Beurteilung zu t3, Elternversion

Wie schätzen Sie Ihr Kind zur Zeit ein?		
0 sehr schüchtern	0 etwas schüchtern	0 nicht schüchtern
0 nicht selbstbewusst	0 etwas selbstbewusst	0 sehr selbstbewusst
0 traut sich weniger als andere Kinder 0 traut sich genauso viel wie andere Kinder 0 traut sich mehr als andere Kinder		
0 ist mit sich zufrieden		0 ist mit sich nicht zufrieden
0 kommt mit schwierigen Situationen klar 0 kommt mit schwierigen Situationen nicht klar		
Wie schätzen Sie Ihr Kind im Vergleich zu früher ein?		
0 so schüchtern wie vor 1,5 Jahren 0 weniger schüchtern als vor 1,5 Jahren 0 schüchterner als vor 1,5 Jahren		
0 so selbstbewusst wie vor 1,5 Jahren 0 weniger selbstbewusst als vor 1,5 Jahren 0 selbstbewusster als vor 1,5 Jahren		
0 traut sich weniger als vor 1,5 Jahren 0 traut sich genauso viel wie vor 1,5 Jahren 0 traut sich mehr als vor 1,5 Jahren		
0 ist mit sich genauso zufrieden wie vor 1,5 Jahren 0 ist mit sich weniger zufrieden als vor 1,5 Jahren 0 ist mit sich zufriedener als vor 1,5 Jahren		
0 kommt mit schwierigen Situationen genauso klar wie vor 1,5 Jahren 0 kommt mit schwierigen Situationen besser klar als vor 1,5 Jahren 0 kommt mit schwierigen Situationen schlechter klar als vor 1,5 Jahren		
Offene Fragen		
Welche Situationen gibt es, in denen Ihr Kind Angst hat?		
Welche Situationen gibt es, in denen Ihr Kind sich etwas nicht traut?		
Falls Ihr Kind sich mehr traut als vor 1,5 Jahren: Was traut sich Ihr Kind, was es sich vor 1,5 Jahren noch nicht getraut hat		
Falls Ihr Kind sich weniger traut als vor 1,5 Jahren: Was traut sich Ihr Kind nicht mehr, was es sich vor 1,5 Jahren noch getraut hat?		
Gab es Veränderungen bei Ihrem Kind, die Sie auf das Training zurück führen? Wenn ja, Welche?		

5.3 Versuchsdesign

5.3.1 Überblick

Studie 1: Verbreitung und Verlauf Sozialer Unsicherheit

In Studie 1 zur Analyse der Verbreitung der Sozialen Unsicherheit liegt ein dreifaktorielles, multivariates Versuchsdesign ohne Messwiederholung zu Grunde (Tabelle 25).

Tabelle 25: Design zur Verbreitung

	Kinder mit Körperbehinderung				Kinder ohne Körperbehinderung			
Geschlecht	Mädchen		Jungen		Mädchen		Jungen	
Alter	**6-8**	**9-11**	**6-8**	**9-11**	**6-8**	**9-11**	**6-8**	**9-11**
Messzeitpunkt 1: März 2000								

Bei der Analyse des Verlaufes der Sozialen Unsicherheit war ein dreifaktorielles, multivariates Versuchsdesign mit Messwiederholung geplant, die Messwiederholung konnte jedoch nur bei einem Teil der Stichprobe durchgeführt werden (Tabelle 26).

Tabelle 26: Design zum Verlauf

	Kinder mit Körperbehinderung	Kinder ohne Körperbehinderung
Messzeitpunkt 1: März 2000	**64**	**91**
Messzeitpunkt 2: November 2001	**85**	**50**
Stichprobe mit Messwiederholung	**26**	**26**

Studie 2: Evaluation der Sozialen Kompetenz Trainings

Bei der Analyse der Trainingseffektivität liegt ein zweifaktorielles, multivariates Versuchsdesign mit Messwiederholung zu Grunde (Tabelle 27).

Tabelle 27: Design zur Verbreitung, N= Zellbesetzung

Gruppe		Messzeitpunkt		
		t1	t2	t3
Intervention	verhaltensorientiertes Training	35	34	12
	Problemlösetraining	25	23	4
Wartegruppe		35	35	-
Gesamt		95	92	16

Als Indikationshinweise wurden in dieser Studie die Ergebnisse der CBCL und der SASCR-D verwendet. Lagen die Ergebnisse der Skalen „Sozialer Rückzug“, „Vermeidung von und Belastung durch soziale Situationen“ oder „Angst vor negativer Bewertung“ im auffälligen Bereich (PR $\geq$ 86), galt das Training als indiziert. Ausschlusskriterien waren aggressive Verhaltensweisen (CBCL), Störungsbilder mit psychotischen Symptomen, eine akute depressive Episode (DIPS) und geistige Behinderung. Des weiteren mussten die Kinder in der Lage sein, an dem Kurs teilzunehmen, durften also nicht bettlägerig sein.

5.3.2 Studie 1: Operationalisierung der untersuchten Variablen

Operationalisierung der unabhängigen Variablen

Es wurden die unabhängigen Variablen Geschlecht, Altersgruppe, Gruppenzugehörigkeit und Messzeitpunkt erfasst. Das Geschlecht wurde bei eindeutig zuordenbaren Vornamen über den Vornamen bestimmt, bei uneindeutigen Vornamen über die Antwort auf die Nachfrage der Interviewer „Bist du ein Junge?“ oder „Bist du ein Mädchen?“. Die unabhängige Variable Geschlecht hat die beiden Stufen „männlich“ und „weiblich“ und ist nominal skaliert.

Die Altersgruppen wurden über die Altersangaben der Kinder operationalisiert, Altersangaben zwischen 6 und 8 Jahren wurden zu Altersgruppe eins zusammen gefasst, 9 bis 11 Jahre zu Altersgruppe zwei. Die unabhängige Variable Altersgruppe hat die beiden Stufen „6-8“ und „9-11“ und ist ordinal skaliert.

Die Gruppenzugehörigkeit durch die Schulzugehörigkeit zu einer Regelschule bzw. zum Landeszentrum für körperbehinderte Kinder bestimmt. Die unabhängige Variable Gruppe hat die beiden Stufen „mit Körperbehinderung“ und „ohne Körperbehinderung“ und ist nominal skaliert.

Die unabhängige Variable Messzeitpunkt ist zweifach gestuft (t1 und t2), t1 ist der Erhebungszeitpunkt im März 2000, t2 der Erhebungszeitpunkt November 2001, zwischen den beiden Erhebungszeitpunkten liegen 18-20 Monate.

Alle unabhängigen Variablen konnten nicht experimentell variiert werden, es handelt sich um keine zufällige Zuteilung zu den jeweiligen Ausprägungen und daher um ein quasiexperimentelles Design.

Operationalisierung der abhängigen Variablen

Es wurden die abhängigen Variablen „Soziale Unsicherheit“, „Klinisch auffällige soziale Angst“ und „Sozialbeziehungen“ erfasst.

Die Variable „Soziale Unsicherheit“ wurde über die Rohwerte der beiden Skalen „Angst in und Vermeidung von sozialen Situationen“ und „Angst vor negativer Bewertung“ der deutschen Fassung der Social-Anxiety-Scale-revised (SASC-R-D, Melfsen et al. 1997) erfasst. Da sich die Rohwerte aus der Summe von Einschätzungen auf einer fünfstufigen Likert-Skala zusammensetzen, können sie wie intervallskalierte Variablen behandelt werden. Die Skalen „Angst in und Vermeidung von sozialen Situationen“ und „Angst vor negativer Bewertung“ bestehen aus jeweils 9 Items, die mit 1-5 Punkten kodiert werden, so sind pro Skala 9-45 Punkte erreichbar.

„Klinisch auffällige soziale Angst“ wurde über den Prozentrang des Rohwertes der Skala „Angst in und Vermeidung von sozialen Situationen“ bestimmt. Ein Rohwert wurde als stark auffällig (2) gewertet, falls dieser mindestens eineinhalb Standardabweichungen vom Mittelwert der Normstichprobe abwich. Ein Rohwert wurde als leicht auffällig (1)

gewertet, wenn dieser Wert mindestens eine Standardabweichungen und weniger als eineinhalb Standardabweichungen vom Mittelwert abwich. Werte, die weniger als eine Standardabweichungen vom Mittelwert der Normstichprobe abwichen, wurden als unauffällig gewertet. Diese Variable ist ordinal skaliert und dreifach gestuft.

Die Variable „Sozialbeziehungen“ wurde mittels der Subskala „Kontakte“ des SOBEKI und der Einschätzung der Beliebtheit durch die Lehrkräfte operationalisiert. Die Skala „Kontakte“ setzt sich aus drei Items zusammen, bei denen jeweils 0-5 Personen angegeben werden können. Die Sozialkontakte zu diesen Personen werden auf einer 10-stufigen Skala eingeschätzt und aufsummiert. Es können zwei Kriterien der Sozialbeziehungen bestimmt werden: die Anzahl der genannten Personen und die eingeschätzte Intensität/ Häufigkeiten der Sozialkontakte. Die Anzahl der genannten Personen kann zwischen 0 und 15 variieren, die durchschnittliche Intensität zwischen 0 und 10. Die Beliebtheit wurde durch die Einschätzung der Lehrkräfte auf einer fünfstufigen Likert-Skala erhoben (gar nicht bis sehr). Diese Variable kann wie eine intervallskalierte Variable behandelt werden.

Kontrollvariablen

Der Sozialstatus der Kinder, die Geschwisterzahl, der Schweregrad der Behinderung und das Verhalten während des Interviews wurden als Kontrollvariablen erhoben. Der Sozialstatus der Kinder wurde über das Lehrerurteil ermittelt. Die Variable ist dreifach gestuft (Unter- Mittel- & Oberschicht) und nominal skaliert. Der Schweregrad der Behinderung wurde durch das Lehrerurteil erhoben und ist dreifach gestuft (leicht, mittel, schwer) und nominal skaliert.

Das Verhalten des Kindes während des Interviews wurde durch die Einschätzung der Interviewer direkt nach dem Interview operationalisiert. Diese schätzten auf einer fünfstufigen Likert-Skala den Blickkontakt, Sprechlautstärke, gezeigte Freude/Lächeln, Mitarbeit, Konzentrationsschwierigkeiten, nervöse Bewegungen, angespannte Körperhaltung, Traurigkeit, Fröhlichkeit, Aufgeregtheit und Unsicherheit ein.

5.3.3 Studie 2: Operationalisierung der untersuchten Variablen

Operationalisierung der unabhängigen Variablen

Es wurden die unabhängigen Variablen Gruppe und Messzeitpunkt erfasst. Die Gruppenzugehörigkeit hatte zwei Ausprägungen (Kontrollgruppe, Wartegruppe) von der eine zweifach gestuft war (Intervention: verhaltensorientiertes Training, Problemlösetraining). Die Gruppenzugehörigkeit wurde grundsätzlich zufällig zugeteilt und ist nominal skaliert. Aufgrund der Schwierigkeiten bei der Erhebung der Kontrollgruppe, wurde ein Teil der Kontrollgruppe gesondert in einer Schuluntersuchung gewonnen. Es handelt sich insgesamt also nicht um eine zufällige Zuteilung. Die unabhängige Variable Messzeitpunkt ist dreifach gestuft (prä: t1, post: t2 und Follow-up: t3), wobei die Wartegruppe nur zu zwei Messzeitpunkten erhoben werden konnte, da sie in eine (hier nicht dargestellte) Interventionsgruppe überging. zwischen den ersten beiden Messzeitpunkten lagen 3-5 Monate, der dritte Messzeitpunkt lag zwischen 20 und 28 Monaten nach dem Training. Die unabhängigen Variablen konnten nicht experimentell variiert werden, es handelt sich um keine zufällige Zuteilung zu den jeweiligen Ausprägungen und daher um ein quasiexperimentelles Design.

Operationalisierung der abhängigen Variablen

Es wurden die abhängigen Variablen „Soziale Unsicherheit“, „Klinisch auffällige soziale Angst“, „Sozialbeziehungen“, „Soziale Kompetenz“ „Problemlösefähigkeiten“ und „Selbstwert“ erfasst.

Die Variable „Soziale Unsicherheit“ wurde wie in Studie eins über die Rohwerte der beiden Skalen „Angst in und Vermeidung von sozialen Situationen“ (SAD) „Klinische bedeutsame Ängste“ und „Angst vor negativer Bewertung“ (FNE) der deutschen Fassung der Social-Anxiety-Scale-revised (SASC-R-D) erfasst, zusätzlich wurde die Skala „Sozialer Rückzug“ der CBCL verwendet. Die Skala „Sozialer Rückzug setzt sich aus 9 Items zusammen, die auf einer dreifach gestuften Skala (0: nicht zutreffend , 1: manchmal oder etwas zutreffend, 2: genau oder häufig zutreffend) eingeschätzt werden. Es sind zwischen 0 und 18 Punkten erreichbar.

Die Variable „Sozialbeziehungen“ wurde mittels der Subskala „Kontakte“ des SOBEKI operationalisiert, die in Studie 1 bereits beschrieben wurde.

„Soziale Kompetenz“ wurde mit Hilfe der Einschätzung unabhängiger Rater (Procedere S. 101) der angegebenen Verhaltensweisen in fünf Situationen erfasst: Soziale Aufmerksamkeit aushalten, Berechtigte Forderung durchsetzen, Bedürfnisse & Gefühle äußern/Beziehungen aufbauen, etwas ablehnen & sich wehren und Aktivität initiieren. Die Variable kann wie eine intervallskalierte Variable behandelt werden. Ein Teil der Wartegruppe wurde zu diesen Situationen nicht befragt, sie kann in erster Linie zur Analyse der Trainingsspezifität herangezogen werden. Die „Soziale Kompetenz“ wurde auf eine fünfstufigen Skala von „nicht kompetent“ bis „sehr kompetent“ eingeschätzt.

„Problemlösefähigkeiten“ wurde durch Anzahl der möglichen genannten Handlungsalternativen und die eingeschätzte Qualität der Lösungen bei fünf Problemlösesituationen erfasst. Ein Teil der Wartegruppe wurde zu diesen Situationen nicht befragt, sie kann in erster Linie zur Analyse der Trainingsspezifität herangezogen werden. Die Qualität der Problemlösungen wurde auf eine fünfstufigen Skala von „schlechte Lösung“ bis „gute Lösung“ eingeschätzt. Weiterhin wurde die Zahl der genannten Handlungsmöglichkeiten erfasst.

Die Variable „Selbstwert“ wurde durch die Skala „Selbstwert“ des KINDLR erfasst. Die Rohwerte werden summiert und transformiert, so dass die Variable zwischen 0 und 100 variieren kann. Es kann von Intervallskalenniveau ausgegangen werde. Ein Teil der Wartegruppe wurde zu dieser Variable nicht befragt, sie kann in erster Linie zur Analyse der Trainingsspezifität herangezogen werden.

Operationalisierung der Kontrollvariablen

Das Alter der Kinder, das Geschlecht, Temperamentsmerkmale und komorbide psychische Störungen und Verhaltensauffälligkeiten und medizinische Krankheitsfaktoren wurden als Kontrollvariablen erhoben. Das Alter wurde analog zu Studie eins zu zwei Altersgruppen (6-8 Jahre, 9-11Jahre) zusammengefasst.

Temperamentsmerkmale wurden durch zwei Inventare erfasst: EAS (Buss et al. 1984) und DOTS-R (Windle et al., 1996). Das EAS erfasst Emotionalität (Furcht & Ärger), Aktivität und Soziabilität. Generelles Aktivitätsniveau (Activity Level General), Aktivitätsniveau Schlaf (Activity Level Sleep), Annäherung / Vermeidung (Approach - Withdrawal), Flexibilität / Rigidität (Flexibility - Rigidity), Stimmungsqualität (Mood), Rhythmizität Schlaf (Rhythmicity Sleep), Rhythmizität Essen (Rhythmicity Eating), Rhythmizität täglicher Gewohnheiten (Rhythmicity Daily Habits), Ablenkbarkeit (Distractibility) und Ausdauer (Persistence) wurden durch den DOTS-R erhoben. Es kann von Intervallskalenniveau ausgegangen werden. Nur die Eltern der Interventionsgruppe füllten die Verfahren zur Erfassung der Temperamentsmerkmale aus.

Komorbide Verhaltensauffälligkeiten wurden über die Skalen ängstlich/depressiv, Körperliche Beschwerden, Dissoziales Verhalten, Aggressives Verhalten, soziale Probleme und schizoid/zwanghaft der CBCL erfasst. Die CBCL wurde zu allen drei Messzeitpunkten eingesetzt, bei einem Teil der Kontrollgruppe konnte sie nicht verwendet werden, da diese im Rahmen einer Schulbefragung nicht erhoben werden konnte. Komorbide Störungen wurden mit Hilfe des DIPS erfasst, das strukturierte Interview wurde nur zum ersten Messzeitpunkt eingesetzt.

5.4 Zeitplan und Prozedere der Datenerhebung

5.4.1 Überblick über den zeitlichen Ablauf

Studie 1

Der zeitliche Ablauf der Studie zur Verbreitung und zum Verlauf Sozialer Unsicherheit ist in Tabelle 28 dargestellt.

Tabelle 28: Zeitlicher Ablauf der Untersuchung

Durchführung	Zeitraum
Planung der Untersuchung	September 1999
Schulamtsgenehmigung	Januar 2000
Kontaktierung der Schulen	Februar 2000
Datenerhebung	März-April 2000
Kontaktierung der Schulen	August 2001
Datenerhebung	Oktober-November 2001
Datenauswertung	Dezember 2001

Studie 2

In Tabelle 29 ist der zeitliche Ablauf der Studie dargestellt. In dieser Tabelle wird die grundsätzliche Vorgehensweise beschrieben, während Tabelle 30 die einzelnen Trainingsgruppen näher beschreibt.

Tabelle 29: Zeitlicher Ablauf der Studie

Erstmalige Durchführung		Erneute Durchführung
Oktober 98-Februar 99	Entwicklung der Trainingsprogramme, Entwicklung und Zusammenstellung der Erhebungsinstrumente	-
Februar/März 99	Genehmigung der Untersuchung durch das Schulamt	Wiederholung alle 6 Monate zur Aktualisierung der Trainernamen
Februar/März 99	Werbung der Stichproben	Permanente Werbung bis 10/01
Februar/März 99	Schulung der Trainer & Trainerinnen	Wiederholung alle vier Monate
März 99	Erstbefragung der ersten Gruppe	Wiederholung bei jeder neuen Gruppe
März 99	Trainingsdurchführung	Die Gruppen begannen im Abstand von 1-2 Monaten insgesamt 15 Gruppen, die letzte Gruppe begann im September 01
Juni 99	Nachbefragung der ersten Gruppe	Wiederholung nach jeder Trainingsgruppe, letzte Nachbefragung Januar 02
März 01	Follow-up der ersten Gruppe	Wiederholung nach jeder Trainingsgruppe, Follow-up nach 17-20 Monaten, letztes Follow-up März 02
Oktober 01-März02	Dateneingabe und inferenzstatistische Auswertung	

Tabelle 32 zeigt die zeitlichen Abläufe für die 15 Gruppen, die in diese Studie eingingen.

Tabelle 30: Zeitliche Abläufe der einzelnen Gruppen

Code	Geschlecht und Ausbildungsstand Trainer	Beginn	Follow-up 1 Datum und Abstand zu t1	Follow-up 2 Datum und Abstand zu t2
01/SK/0399	2 weibliche Studierende, klinischer Schwerpunkt abgeschlossen	März 99	Juli 99 4 Monate	März 01 20 Monate
02/PT/0499	2 Studierende, 1x weiblich, 1xmännlich, klinischer Schwerpunkt abgeschlossen	April 99	September 99 5 Monate	Februar 01 17 Monate
03/SK/0599	2 weibliche Studierende, klinischer Schwerpunkt abgeschlossen	Mai 99	August 99 3 Monate	Januar 01 17 Monate
04/PT/0699	2 weibliche Studierende, klinischer Schwerpunkt abgeschlossen	Juni 99	Dezember 99 5 Monate	Mai 01 18 Monate
05/SK/1299	2 Studierende, 1x weiblich, 1xmännlich, klinischer Schwerpunkt abgeschlossen	Dezember 99	Mai 00 5 Monate	November 01 18 Monate
06/PT/0999	2 weibliche Studierende, klinischer Schwerpunkt abgeschlossen	September 99	März 00 6 Monate	September 01 18 Monate
07/PT/1299	2 weibliche Studierende, klinischer Schwerpunkt abgeschlossen	Dezember 99	März 00 3 Monate	Oktober 01 18 Monate
08/SK/0500	2 weibliche Studierende, klinischer Schwerpunkt abgeschlossen	Mai 00	Juli 00 3 Monate	Januar 02 18 Monate
09/SK/0700	2 weibliche Studierende, klinischer Schwerpunkt abgeschlossen	Juli 00	Oktober 00 4 Monate	März 02- 18 Monate
10/PT/1000	2 Studierende, 1x weiblich, 1xmännlich, klinischer Schwerpunkt abgeschlossen	Oktober 00	Mai 2001 7 Monate	
11/SK/1101	2 weibliche Studierende, klinischer Schwerpunkt abgeschlossen	November 00	Februar 01 3 Monate	
12/PT/0101	2 weibliche Studierende, klinischer Schwerpunkt abgeschlossen	Januar 01	Mai 01 4 Monate	
13/SK/0301	2 weibliche Studierende, klinischer Schwerpunkt noch nicht abgeschlossen	März 01	Juli 01 4 Monate	
14/SK/0501	2 weibliche Studierende, klinischer Schwerpunkt noch nicht abgeschlossen	Mai 01	September 01 4 Monate	
15/PT/0902	2 x Diplom bereist abgeschlossen, weiblich	September 01	Januar 02 4 Monate	

5.4.2 Probandenrekrutierung und Datenerhebung

Studie 1

Im Anschluss an die Genehmigung der Versuchsdurchführung durch das Schulamt Halle wurden die Schulleiter der infrage kommenden Schulen kontaktiert. Nach einer Reihe von Vorgesprächen wurden 250 Elternbriefe an die Klassenleiter verteilt. Von 160 Eltern wurde die Genehmigung zur Befragung erteilt.

155 dieser Kinder wurden im Einzelinterview durch geschulte Interviewer befragt, 5 Kinder waren zu allen Terminen krank. Die Befragung dauerte pro Kind zwischen 25 und 45 Minuten. Den Kindern wurden die Interviewer vor der Klasse vorgestellt mit den Worten: “Hallo, ich bin Frau x, und das sind Frau Y und Frau Z. Wir kommen von der Universität und möchten Euch ein paar Fragen stellen, weil wir wissen möchten, wie es Euch so geht. Das ist keine Prüfung, man kann also nichts falsch machen. Das ist eher wie ein Interview. “ Im Anschluss wurde pro Interviewerin ein Kind mitgenommen. Auf

dem Weg zum Ort der Befragung wurde mit dem Kind ein Gespräch über den jetzt statt findenden Unterricht oder seine Hobbies begonnen (Warming-up). Aufgrund der Vorerfahrungen mit den Testverfahren wurden die folgenden Anpassungen vorgenommen. Zum besseren Verständnis der Antwortmöglichkeiten (nie, selten, manchmal., meistens, immer) wurden diese gesondert durch Punkte visualisiert (siehe Anhang). Des weiteren wurden sprachliche Anpassungen vorgenommen ("nein sagen" statt "ablehnen" und eine Erläuterung des Ausdruckes "hinter meinem Rücken" gegeben. Zu Beginn wurde jedes Kind gefragt, ob es weiß, was "unsicher" ist, dieser Begriff wurde mit "aufgeregt und ängstlich sein" erläutert. Da die Befragung soziale Ängste anspricht und folglich manche Kinder Dinge berichten, die sie traurig stimmen, wurde im Anschluss an die Befragung ein neutrales Thema gewählt. Jedes Kind wurde gefragt, was es später werden möchte, oder was es am liebsten macht. Anschließend durfte sich jedes Kind eine kleine Belohnung (Kreisel, Aufkleber, Armbändchen) aussuchen.

Zum zweiten Messzeitpunkt wurden erneut alle 250 Eltern angeschrieben, da die Daten anonymisiert gespeichert worden waren. Die ehemaligen Viertklässler der Regel-Grundschulen konnten nicht erreicht werden, da sie sich in einer weiter führenden Schule befanden. Es gingen 140 Elterngenehmigungen ein. 135 Kinder wurden im Einzelinterview befragt, 5 Kinder waren zu mehreren Terminen krank. Mittels der anonymisierten Kodierung konnten 52 Kinder der 135 Kinder, die zum zweiten Messzeitpunkt befragt wurden, auch zu den Werten des ersten Messzeitpunktes zugeordnet werden. Mögliche Ursachen für diese hohe Drop-out-Rate werden im Ergebnisteil und der Diskussion erörtert.

Studie 2

Das Training wurde entweder am Institut für Psychologie oder direkt in den Schulen durchgeführt. Im Anschluss an die Genehmigung der Versuchsdurchführung durch das Schulamt Halle wurden die Schulleiter aller Hallenser Grundschulen angeschrieben und über das Training informiert. Weiterhin wurden an alle Kinder- und Zahnärzte in halbjährlichem Abstand ein Aushang versandt. In der regionalen Zeitung erschienen mehrere Artikel über das Training, einmal wöchentlich erschien die Kontakttelefonnummer unter der Rubrik "Rat und Hilfe". Alle Grundschulen in Halle wurden in halbjährlichem Abstand telefonisch angefragt, ob Interesse an einer Trainingsdurchführung besteht. In diesem Fall wurde eine Informationsveranstaltung für das Kollegium durchgeführt. Bestand im Anschluss Interesse an einer Trainingsdurchführung und konnten mindestens drei Kinder gewonnen werden (Elterngenehmigung & Eingangskriterien erfüllt), wurde das Training an der Schule durchgeführt. In einem Ausnahmefall wurde ein Einzeltraining durchgeführt, da das Kind sehr stark beeinträchtigt war und es keine Möglichkeit gab, an das Institut zu kommen.

Bei den Institutsgruppen fand mit jedem Elternteil ein Vorgespräch statt, in den Schulen ein Elternabend. Jedes Kind und jeweils ein Elternteil wurde vor und nach der Intervention in einem 60-90-minütigen Interview befragt, in einige Ausnahmefällen waren zwei 60minütige Termin notwendig. Die Kinder der Wartekontrollgruppen wurden im Abstand von 14 Wochen befragt. Da sich die Gewinnung der Wartekontrollgruppe als

äußerst schwierig erwies, wurde die Befragung dieser Gruppe auf die Variablen zur sozialen Unsicherheit und die Sozialkontakte gekürzt. Den Eltern wurde die Teilnahme des Kindes am Training in Aussicht gestellt.

An der Studie nahmen 95 Kinder teil. Voruntersuchungen wurden mit 120 Kindern durchgeführt, von denen 25 ausgeschlossen wurden, weil keine Soziale Unsicherheit und/oder eines der Ausschlusskriterien vorlag. Die Kinder wurden zufällig der Art der Intervention (Problemlösen, Verhaltenstraining) zugeteilt, die zufällige Zuteilung zur Wartegruppe gelang aufgrund des Widerstandes der Eltern nicht. Es wurden 24 Kinder der Kontrollgruppe in einer gesonderten Schulstichprobe gewonnen, 11 im Rahmen der zufälligen Zuteilung.

Die Interventionsgruppen bestanden aus 3-7 Kindern und wurden stets von zwei Trainern angeleitet, die (bis auf eine Ausnahme) das gesamte Training durchführten. 18-20 Monate nach dem Training wurde ein Nachtreffen mit erneuter Befragung der Kinder und Eltern organisiert. Um einen Anreiz zur Teilnahme zu schaffen, wurde ein “Fest” veranstaltet, während dessen die Kinder und Eltern zeitweise befragt wurden. 10 Kinder konnten zum dritten Messzeitpunkt nicht mehr erreicht werden, ein Elternteil lehnte die Teilnahme des Kindes ab.

5.5 Auswertung

5.5.1 Grundlegendes statistisches Vorgehen

Studie 1 und Studie 2

Es kamen uni- beziehungsweise multivariate Varianzanalysen mit Messwiederholung und anschließenden Kontrasten zum Einsatz, für ordinal skalierte Variablen wurde nonparametrische Verfahren durchgeführt.

Die Voraussetzungen für die varianzanalytischen Verfahren sind Intervallskalenniveau der abhängigen Variablen, Normalverteiltheit sowie Homogenität der Varianz-Matrizen. Die Normalverteilung wurde im einzelnen mit dem Kolmogorov-Smirnov-Test, die Homogenität der Varianz-Matrizen mit dem Box-Test überprüft. Ergaben sich signifikante Abweichungen, wurden nonparametrische Verfahren (χ2-Test, McNemar, Mann-Whitney-U-Test) eingesetzt. Diese kamen ebenfalls zur Anwendung, falls die abhängigen Variablen kein Intervallskalenniveau aufwiesen oder zu kleine Stichproben vorlagen.

Soweit nicht anders angegeben wurden die Hypothesen auf dem Fehlerniveau α=.05 getestet. In einigen Fällen erfolgte ein Anpassung des Fehlerniveaus, um eine Fehlerkumulation zu kontrollieren. Da „Soziale Unsicherheit“ in Studie 2 durch vier Variablen operationalisiert wurde, wurde eine α-Adjustierung nach Bonferoni durchgeführt, in diesem Fall von α=.05 auf α=.01, um eine Kumulation des α-Fehlers innerhalb der Konstrukte zu vermeiden, entsprechend wurde für die Variablen des Konstruktes „Sozialkontakte“ α_{adj} mit .03 festgelegt, und für die Variablen der Konstrukte „Problemlösen“ und „Soziale Kompetenz auf α=.01. Tabelle 31 gibt eine Überblick über

die α-Adjustierung innerhalb der verschiedenen abhängigen Variablen in den beiden Studien.

Tabelle 31: Übersicht über die α-Adjustierung

Abhängige Variable	Studie	operationalisiert durch...	adjustiertes α-Niveau
Soziale Unsicherheit	1	FNE SAD klinisch bedeutsame soziale Ängste	α/3=.02 (.017)
Soziale Unsicherheit	2	FNE SAD Sozialer Rückzug klinisch bedeutsame soziale Ängste	α/4=.01 (.0125)
Sozialkontakte	1	Anzahl der Sozialkontakte Intensität der Sozialkontakte Beliebtheit	α/3=.02 (.017)
Sozialkontakte	2	Anzahl der Sozialkontakte Intensität der Sozialkontakte	α/2=.03 (.025)
Problemlösen	2	5 Situationen	α/5=.01
Soziale Kompetenz	2	5 Situationen	α/5=.01

Die Beurteilung der Effektstärken erfolgte anhand des von Cohen (Bortz, 1993) vorgeschlagenen Einteilungsschemas in schwache Effekte bei ε=.20, mittlere Effekte bei ε=.50 und starke Effekte bei ε=.80. Bei der Skalenbildung wurden grundsätzlich (wenn nicht anders beschrieben) die Summenscores für die einzelnen Skalen gebildet und daraufhin an der Anzahl der beantworteten Items relativiert. Durch diese Maßnahme erfolgte ein Ausgleich fehlender Daten, sofern nicht mehr als 20% Missings vorlagen. Der sich ergebende Werte wurde als „relativer Mittelwert“ bezeichnet und schwankt im gleichen Bereich wie die Werte der ursprünglichen Skala. Konnten einzelne Skalen aufgrund fehlender werte nicht gebildet werden, wurde das Kind nur aus der jeweiligen Analyse und nicht insgesamt ausgeschlossen, diese führt in den einzelnen Analysen zu unterschiedlichen Fallzahlen.

Studie 1

Zur Analyse der Verbreitung der Sozialen Unsicherheit und des Ausmaßes der Sozialbeziehungen wurden zum ersten Messzeitpunkt die Mittelwerte und Häufigkeiten in der Gesamtgruppe und in den verschiedenen Subgruppen (behindert/nicht behindert, Jungen/Mädchen, 6-8 Jahre vs. 9-11 Jahre) untersucht. Dabei wurden Haupteffektshypothesen zu Geschlecht, Altersgruppe und Gruppe überprüft. Soziale Unsicherheit wurde durch die drei Variablen „Angst in und Vermeidung von sozialen Situationen", „Angst vor negativer Bewertung" und „Klinisch relevante soziale Ängste" erfasst. Die Sozialbeziehungen wurden durch die „Intensität der Sozialkontakte", die „Anzahl der Sozialkontakte" und die „Beliebtheit" erhoben.

Es wurden alle Daten der ersten Stichprobe (n=155) verwendet. Für die intervallskalierten Variablen (Soziale Unsicherheit: FNE, SAD, Sozialbeziehungen: Intensität der Sozialkontakte, Beliebtheit) wurden für jedes Konstrukt (Soziale Unsicherheit, Sozialbeziehungen) multivariate und univariate Varianzanalysen ohne Messwiederholung durchgeführt. Da jedes der beiden Konstrukte durch drei Variablen operationalisiert wurde, wurde eine α-Adjustierung nach Bonferoni durchgeführt, in diesem Fall von α=.05 auf α=.02 (.017), um eine Kumulation des α-Fehlers innerhalb der Konstrukte zu vermeiden. Für die ordinalskalierten Variablen (klinisch auffällig schwer/leicht/unauffällig, Sozialkontakte: Anzahl) wurden χ2-Tests durchgeführt (α=.02).

Die vermuteten Einflussfaktoren auf die Verbreitung wurden im zweiten Schritt für jede Gruppe (behindert/nicht-behindert) gesondert betrachtet. Hierbei wurden erneut multi- und univariate Varianzanalysen bzw. χ2-Quadrat-Tests zum Einsatz gebracht im Anschluss Korrelationsrechnungen (Pearson & Spearman-Brown) für die intervall- bzw. ordinalskalierten Einflussvariablen gerechnet. Es wurden jeweils die Zusammenhänge zwischen den Einflussvariablen und der Sozialen Unsicherheit bzw. den Sozialbeziehungen betrachtet. Diese Analysen ermöglichen Aussagen darüber, welche Parameter generell mit der Sozialen Unsicherheit und den Sozialbeziehungen in Beziehung stehen.

Die Veränderungen in der Gruppe der Kinder, die zu t2 erneut befragt werden konnten (n=52) wurden insgesamt und für die beiden Untergruppen (behindert/nicht-behindert) beschrieben und deren Veränderung zueinander ins Verhältnis gesetzt. Für die intervallskalierten Variablen (Soziale Unsicherheit: FNE, SAD, Sozialkontakte: Intensität) wurden uni- beziehungsweise multivariate Varianzanalysen mit Messwiederholung und anschließend Kontraste durchgeführt. Für die Analyse der ordinalskalierten Variablen (klinisch auffällige soziale Angst, Sozialkontakte: Anzahl) wurden Mc-Nemar-Tests durchgeführt.

Schließlich wurden die Veränderungen auf individueller Ebene analysiert und für jede Subgruppe der Anteil der Kinder mit Verbesserungen bzw. Verschlechterungen auf den beiden Skalen FNE und SAD errechnet und mittels χ2-Tests untersucht, welche der beiden Kategorien häufiger vorzufinden war. Die Anzahl klinisch bedeutsamer sozialer Ängste zu beiden Messzeitpunkten wurde mittels eines McNemar-Tests verglichen. Mit

multiplen Regressionsanalysen wurde daraufhin untersucht, ob eine Vorhersage der Variablen SAD und FNE zum zweiten Messzeitpunkt durch eine Kontrollvariable (Alter, Geschlecht, Gruppenzugehörigkeit, Lebensqualität, Sozialstatus und Beliebtheit) und die ursprüngliche Ausprägung der variablen als Kriterium getroffen werden konnte.

Studie 2

Die Hypothesen zur kurzfristigen Wirksamkeit der Intervention im Hinblick auf eine Verbesserung der Symptomatik sowie eine Verminderung der Häufigkeit klinisch auffälliger Kinder wurden im Vergleich zu den Veränderungen in der Kontrollgruppe überprüft.

Anschließend wurden zur kurzfristigen Analyse der Trainingsspezifität nur die beiden Trainingsgruppen zu den beiden Messzeitpunkten verglichen, dies geschah mittels multivariater und univariater Varianzanalysen mit Messwiederholung und anschließenden Kontrasten bei intervallskalierten Verfahren und nonparametrischer Verfahren bei ordinal skalierten Variablen.

Im nächsten Schritt wurden potentielle Einflussfaktoren (z.B. Persönlichkeitsmerkmale, Alter, Geschlecht) auf die abhängigen Variablen und die Veränderung derselben analysiert. Zunächst wurden jeweils die Zusammenhänge zwischen potentiellen Einflussvariablen und den abhängigen Variablen zum ersten Messzeitpunkt betrachtet. Diese Analysen ermöglichen Aussagen darüber, welche Parameter generell mit der Ausprägung der sozialen Unsicherheit und den übrigen Erfolgsparametern in Beziehung stehen. Potentielle Einflussfaktoren auf die Veränderungen in den Interventionsgruppen wurden mittels multipler Regressionsanalysen untersucht, wobei jeweils eine Variable zur Erfassung des Therapieerfolges zu t2 aus der selben Variablen zu t1 und einer Kontrollvariablen vorhergesagt wurde. Hieraus lassen sich Aussagen ableiten, welche Faktoren die Veränderungen in den Trainingsgruppen direkt beeinflussen können.

5.5.2 Statistische Hypothesen

Studie 1: Verbreitung und verlauf Sozialer Unsicherheit

A. Analyse der Sozialen Unsicherheit in den Subgruppen

Vergleich der Kinder mit und ohne Körperbehinderung

1. Hypothesen zu den intervallskalierten Variablen „Angst in und Vermeidung von sozialen Situationen“ (SAD), „Angst vor negativer Bewertung“ (FNE) und „Intensität der Sozialkontakte“
   H_0: $\mu_{KB}=\mu_{ges}$
   H_1: $\mu_{KB}>\mu_{ges}$
   μ: Erwartungswert des Mittelwertes
   ges: Gruppe der Kinder ohne Körperbehinderung
   KB: Gruppe der Kinder mit Körperbehinderung
2. Hypothesen zu den ordinal skalierten Variablen „Klinisch auffällige soziale Angst“ und „Anzahl der Sozialkontakte“
   H_0: $f_e=(f_{b(ges)}+f_{b(KB)}):2$
   H_1: $f_e\neq(f_{b(ges)}+f_{b(KB)}):2$
   f_e: erwartete Häufigkeiten
   f_b: beobachtete Häufigkeiten
   ges: Gruppe der Kinder ohne Körperbehinderung
   KB: Gruppe der Kinder mit Körperbehinderung

Vergleich der Altersgruppen

1. Hypothesen zu den intervallskalierten Variablen „Angst in und Vermeidung von sozialen Situationen“ (SAD), „Angst vor negativer Bewertung“ (FNE) und „Intensität der Sozialkontakte“
   H_0: $\mu_{a1}=\mu_{a2}$
   H1: $\mu_{a1}\neq\mu_{a2}$
   μ:Erwartungswert des Mittelwertes
   a1: Gruppe der Kinder von 6-8 Jahren
   a2: Gruppe der Kinder von 9-11 Jahren
2. Hypothesen zu den ordinal skalierten Variablen „Klinisch auffällige soziale Angst“ und „Anzahl der Sozialkontakte“
   H_0: $f_e=(f_{b(a1)}+f_{b(a2)}):2$
   H_1: $f_e\neq(f_{b(ges)}+f_{b(KB)}):2$
   f_e: erwartete Häufigkeiten
   f_b: beobachtete Häufigkeiten
   a1: Gruppe der Kinder von 6-8 Jahren
   a2: Gruppe der Kinder von 9-11 Jahren

Vergleich der Mädchen und Jungen

1. Hypothesen zu den intervallskalierten Variablen „Angst in und Vermeidung von sozialen Situationen“ (SAD) „Angst vor negativer Bewertung“ (FNE) und „Intensität der Sozialkontakte“
   H_0: $\mu_M=\mu_J$
   H1: $\mu_M\neq\mu_J$
   μ: Erwartungswert des Mittelwertes
   M: Gruppe der Mädchen

J: Gruppe der Jungen

2. Hypothesen zu den ordinal skalierten Variablen „Klinisch auffällige soziale Angst“ und „Anzahl der Sozialkontakte“

   H_0: $f_e=(f_{b(M)}+f_{b(J)}):2$

   H1: $f_e\neq(f_{b(M)}+f_{b(J)}):2$

   f_e: erwartete Häufigkeiten

   f_b: beobachtete Häufigkeiten

   M: Gruppe der Mädchen

   J: Gruppe der Jungen

Besonders betroffene Subgruppe

1. Hypothesen zu den intervallskalierten Variablen „Angst in und Vermeidung von sozialen Situationen“ (SAD) „Angst vor negativer Bewertung“ (FNE) und „Intensität der Sozialkontakte“

   H_0: $\mu_{a1Mges}=\mu_{a1MKB}=\mu_{a2Mges}=\mu_{a2MKB}=\mu_{a1Jges}=\mu_{a1JKB}=\mu_{a2Jges}=\mu_{a2JKB}$

   H1: $\mu_i\neq\mu_{i'}$

   μ:Erwartungswert des Mittelwertes

   M: Gruppe der Mädchen

   J: Gruppe der Jungen

   a1: Gruppe der Kinder von 6-8 Jahren

   a2: Gruppe der Kinder von 9-11 Jahren

   ges: Gruppe der Kinder ohne Körperbehinderung

   KB: Gruppe der Kinder mit Körperbehinderung

2. Hypothesen zu den ordinal skalierten Variablen „Klinisch auffällige soziale Angst“ und „Anzahl der Sozialkontakte“

   H_0: $f_e=(f_{b(a1MKB)})+f_{b(a1Mges)}+f_{b(a2Mges)}+f_{b(a2MKB)}+f_{b(a1Jges)}+f_{b(a1JKB)})+f_{b(a2Jges)}+f_{b(a2JKB)}):8$

   H1: $f_e\neq(f_{b(a1MKB)})+f_{b(a1Mges)}+f_{b(a2Mges)}+f_{b(a2MKB)}+f_{b(a1Jges)}+f_{b(a1JKB)})+f_{b(a2Jges)}+f_{b(a2JKB)}):8$

   fe: erwartete Häufigkeiten

   f_b: Beobachtete Häufigkeiten

   M: Gruppe der Mädchen

   J: Gruppe der Jungen

   a1: Gruppe der Kinder von 6-8 Jahren

   a2: Gruppe der Kinder von 9-11 Jahren

   ges: Gruppe der Kinder ohne Körperbehinderung

   KB: Gruppe der Kinder mit Körperbehinderung

B. Analyse des Verlaufes Sozialer Unsicherheit in den Subgruppen

Vergleich der Stichprobe zu beiden Messzeitpunkten

1. Hypothesen zu den intervallskalierten Variablen „Angst in und Vermeidung von sozialen Situationen“ (SAD) „Angst vor negativer Bewertung“ (FNE) und „Intensität der Sozialkontakte“

H_0: $\mu_1=\mu_2$
H1: $\mu_1>\mu_2$
μ_1: Erwartungswert des Mittelwertes zu t1
μ_2: Erwartungswert des Mittelwertes zu t2
$\alpha_{krit}=.20$

2. Hypothesen zu den ordinal skalierten Variablen „Klinisch auffällige soziale Angst“ und „Anzahl der Sozialkontakte“

H_0: $f_e=(f_{b(1)}+f_{b(2)}):2$
H_1: $f_e\neq(f_{b(1)}+f_{b(2)}):2$
f: erwartete Häufigkeiten
$f_{b(1)}$: beobachtete Häufigkeiten zu t1
$f_{b(2)}$: beobachtete Häufigkeiten zu t2

Individuelle Veränderungen zwischen den beiden Messzeitpunkten

Hypothesen zu den Variablen „Angst in und Vermeidung von sozialen Situationen“ (SAD), Angst vor negativer Bewertung (FNE) „Klinisch auffällige soziale Angst“ „Intensität der Sozialkontakte“ und „Anzahl der Sozialkontakte“

H_0: $f_e=(f_{b(1)}+f_{b(2)}+f_{b(3)}):3$
H_1: $f_e\neq(f_{b(1)}+f_{b(2)}+f_{b(3)}):3$
f_e: erwartete Häufigkeiten
$f_{b(1)}$: beobachtete Häufigkeiten Zunahme
$f_{b(2)}$: beobachtete Häufigkeiten keine Veränderung
$f_{b(3)}$: beobachtete Häufigkeiten Abnahme

Subgruppen mit einem besonders kleinen Anteil an Kindern mit einer Verbesserung der Symptomatik

Hypothesen zu den Variablen „Angst in und Vermeidung von sozialen Situationen“ (SAD), Angst vor negativer Bewertung (FNE) „Klinisch auffällige soziale Angst“, „Intensität der Sozialkontakte“ und „Anzahl der Sozialkontakte“

H_0: $f_e=(f_{b(a1MKB)})+f_{b(a1Mges)}+f_{b(a2Mges)}+f_{b(a2MKB)}+f_{b(a1Jges)}+f_{b(a1JKB)})+f_{b(a2Jges)}+f_{b(a2JKB)}):8$
H1: $f_e\neq(f_{b(a1MKB)})+f_{b(a1Mges)}+f_{b(a2Mges)}+f_{b(a2MKB)}+f_{b(a1Jges)}+f_{b(a1JKB)})+f_{b(a2Jges)}+f_{b(a2JKB)}):8$
fe: erwartete Häufigkeiten
f_b: beobachtete Häufigkeiten
M: Gruppe der Mädchen
J: Gruppe der Jungen
a1: Gruppe der Kinder von 6-8 Jahren
a2: Gruppe der Kinder von 9-11 Jahren
ges: Gruppe der Kinder ohne Körperbehinderung
KB: Gruppe der Kinder mit Körperbehinderung

Studie 2: Therapieevaluation

A Hypothesen zur unspezifischen kurzfristigen Trainingswirksamkeit

Hypothesen zu den intervallskalierten Variablen

H_1: $\mu_{IGt1} > \mu_{IGt2}$ ^ $Diff\mu_{t2IG} > Diff\mu_{t2WK}$ **H_0: ¬ H_1**

Variablen: „Soziale Unsicherheit“ (SASCRD: SAD, FNE, CBCL: SR)

H_1: $\mu_{IGt1} < \mu_{2IGt2}$ ^ $Diff\mu_{t2IG} > Diff\mu_{t2WK}$ **H_0: ¬ H_1**

Variablen: „Soziale Unsicherheit“ (SASCR-D: SAD, FNE; CBCL: Sozialer Rückzug)
„Sozialkontakte“ (SOBEKI: Intensität & Anzahl der Sozialkontakte)
„Soziale Kompetenz“ (Soziale Aufmerksamkeit aushalten, Berechtigte Forderung durchsetzen, Bedürfnisse & Gefühle äußern/Beziehungen aufbauen, etwas ablehnen & sich wehren und Aktivität initiieren)
„Problemlösefähigkeiten“
„Selbstwert“ (KINDL)

μ: Erwartungswert des Mittelwertes
t1: erster Messzeitpunkt, vor der Intervention/Wartezeit
t2: zweiter Messzeitpunkt, nach der Intervention/Wartezeit
IG: Interventionsgruppe
WK: Wartekontrollgruppe
$Diff\mu_{t2}$: $\mu_{t2} - \mu_{t1}$, Differenz der Erwartungswerte der Mittelwerte

Hypothesen zu den Differenzen der ordinal skalierten Variablen

H_1: $\mu_U > (n_{IG} \bullet n_{WK}) \div 2$ **H_0: ¬ H_1**

U: Häufigkeit, mit der der Rangplatz in der Interventionsgruppe höher ist als in der anderen
μ: Erwartungswert des U-Wertes
n_{WK}: Stichprobengröße der Wartegruppe
n_{IG}: Stichprobengröße der Interventionsgruppe
IG: Interventionsgruppe
WK: Wartekontrollgruppe
t1: erster Messzeitpunkt, vor der Intervention/Wartezeit
t2: zweiter Messzeitpunkt, nach der Intervention/Wartezeit
Variablen:

- „Differenz Klinisch auffällige soziale Angst“ , t1-t2
- „Differenz Anzahl Sozialkontakte“ , t2-t1
- „Differenz Anzahl Problemlösungen“, , t2-t1

B Hypothesen zur spezifischen kurzfristigen Trainingswirksamkeit
Hypothesen zu den intervallskalierten Variablen

H_1: $\mu_{VTt2} > \mu_{VTt1} \wedge \mu_{PTt2} > \mu_{PTt1} \wedge Diff\mu_{t2VT} > Diff\mu_{t2PT}$ H_0: $\neg H_1$

Variablen: „Soziale Kompetenz“ (Soziale Aufmerksamkeit aushalten, Berechtigte Forderung durchsetzen, Bedürfnisse & Gefühle äußern/Beziehungen aufbauen, etwas ablehnen & sich wehren und Aktivität initiieren)

H_1: $\mu_{PTt2} > \mu_{PTt1} \wedge \mu_{VTt2} > \mu_{VTt1} \wedge Diff\mu_{t2PT} > Diff\mu_{t2VT}$ H_0: $\neg H_1$

Variable: Problemlösefähigkeiten

μ: Erwartungswert des Mittelwertes

t1: erster Messzeitpunkt, vor der Intervention/Wartezeit

t2: zweiter Messzeitpunkt, nach der Intervention/Wartezeit

VT: verhaltensorientiertes Training

PT: Problemlösetraining

$Diff\mu_{t2}$: $\mu_{t2} - \mu_{t1}$, Differenz der Erwartungswerte der Mittelwerte zwischen t2 und t1

Hypothesen zu den Differenzen der ordinal skalierten Variablen

H_1: $\mu_U > (n_{PT} \bullet n_{VT}) \div 2$ H_0: $\neg H_1$

Variable: „Differenz Anzahl Problemlösungen“, t2-t1

U: Häufigkeit, mit der der Rangplatz in der Problemlösegruppe höher ist als in der anderen

μ: Erwartungswert des U-Wertes

n_{PT}: Stichprobengröße der Problemlösegruppe

n_{VT}: Stichprobengröße der verhaltensorientierten Gruppe

VT: verhaltensorientiertes Training

PT: Problemlösetraining

t1: erster Messzeitpunkt, vor der Intervention/Wartezeit

t2: zweiter Messzeitpunkt, nach der Intervention/Wartezeit

C Hypothesen zur spezifischen langfristigen Trainingswirksamkeit

Hypothesen zu den intervallskalierten Variablen

H_1: $\mu_{VTt3} \geq \mu_{VTt2} > \mu_{VTt1} \wedge \mu_{PTt3} \geq \mu_{PTt2} > \mu_{PTt1} \wedge Diff\mu_{t3VT} > Diff\mu_{PT}$ H_0: $\neg H_1$

Variablen: „Soziale Unsicherheit“ (SAD, FNE, Sozialer Rückzug)

H_1: $\mu_{PTt2} > \mu_{PTt1} \wedge \mu_{VTt2} > \mu_{VTt1} \wedge Diff\mu_{PT} \neq Diff\mu_{VT}$ H_0: $\neg H_1$

μ: Erwartungswert des Mittelwertes
t1: erster Messzeitpunkt, vor der Intervention/Wartezeit
t2: zweiter Messzeitpunkt, nach der Intervention/Wartezeit
t3: dritter Messzeitpunkt, 18-20 Monate nach der Intervention/Wartezeit

VT: verhaltensorientiertes Training
PT: Problemlösetraining
Diffμt3: $\mu_{t3} - \mu_{t1}$, Differenz der Erwartungswerte der Mittelwerte

Hypothesen zu den Differenzen der ordinal skalierten Variablen

H_1: $\mu_U > (n_{PT} \bullet n_{VT}) \div 2$ H_0: $\neg H_1$

Variable: „Differenz Anzahl Klinisch relevante soziale Ängste“, t3-t1
U: Häufigkeit, mit der der Rangplatz in der einen Gruppe höher ist als in der anderen
μ: Erwartungswert des U-Wertes
n_{PT}: Stichprobengröße der Problemlösegruppe
n_{GT}: Stichprobengröße der verhaltensorientierten Gruppe
VT: verhaltensorientiertes Training
PT: Problemlösetraining
t1: erster Messzeitpunkt, vor der Intervention/Wartezeit
t2: zweiter Messzeitpunkt, nach der Intervention/Wartezeit
t3: dritter Messzeitpunkt, 18-20 Monate nach der Intervention/Wartezeit

6 Studie 1: Häufigkeit und Verlauf Sozialer Unsicherheit

6.1 Ergebnisse zur Verbreitung

6.1.1 Beschreibung der Stichprobe

6.1.1.1 Datenzugang und Dropout

Zum ersten Messzeitpunkt wurden 155 Kinder befragt. Da diese Kinder zum zweiten Messzeitpunkt aufgrund der Anonymisierung der Fragebögen nicht gezielt angeschrieben werden konnten, wurden alle Eltern der Kinder der entsprechenden Klassen erneut angeschrieben (N=250) und die 135 Kinder, bei denen eine Einverständniserklärung gegeben wurde, alle befragt. Von diesen 135 Kindern ließen sich 52 Kinder den Kindern des ersten Messzeitpunktes zuordnen.

Diese hohe Dropoutrate hat verschiedene Ursachen: zum einen konnten die ehemaligen Viertklässler der Regelschulen grundsätzlich nicht erreicht werden (n=43). Des weiteren gab es nach Auskunft der Lehrkräfte eine recht hohe Fluktuationsrate durch Umzüge. Einige Eltern notierten auf der Ablehnung, ihr Kind habe bereits an einer Befragung teilgenommen. Einige Eltern fragten telefonisch nach, ob zu Familieninterna Fragen gestellt wurden, und gaben schließlich ihr Einverständnis. Möglicherweise gaben Eltern, die nicht telefonisch nachfragten, aufgrund dieser Befürchtung ihr Einverständnis nicht. Die Mittelwerte der intervallskalierten Variablen und die Ergebnisse der Mittelwertsvergleiche (t-Tests für unabhängige Stichproben) der Gruppe der Kinder, die zweimal befragt wurden und die der Kinder, die nur einmal teil nahmen, sind in Tabelle 32 dargestellt.

Tabelle 32: Mittelwertsvergleiche der zut2 befragten Gruppe und der Drop-out-Gruppe

Variable	Gruppe	N	Mittelwert	SD	SE	p
Alter	zu t2 nicht befragt	103	8.75	1.37	.17	>.99
	zu t2 befragt	52	7.92	1.48	.15	
FNE	zu t2 nicht befragt	103	22.76	5.98	.59	.36
	zu t2 befragt	52	21.40	6.65	.92	
SAD	zu t2 nicht befragt	103	18.91	5.28	.52	.07
	zu t2 befragt	52	20.58	5.89	.82	
Beliebtheit	zu t2 nicht befragt	103	3.38	.93	.09	.92
	zu t2 befragt	52	3.73	.95	.13	
Intensität der Sozialkontakte	zu t2 nicht befragt	103	56.84	30.31	2.99	.01**
	zu t2 befragt	52	44.56	21.00	2.92	

Die mittleren Ränge der ordinal skalierten Variablen und die Ergebnisse der Mann-Whithney-U-Tests der Gruppe der Kinder, die zweimal befragt wurden und die der Kinder, die nur einmal teil nahmen, sind in Tabelle 33 dargestellt.

Tabelle 33: Rangreihenvergleiche der zut2 befragten Gruppe und der Drop-out-Gruppe

Variable	Gruppe	N	Mittlerer Rang	Rangsumme	p
Geschwisterzahl	zu t2 nicht befragt	103	74.20	7642.50	
	zu t2 befragt	52	85.53	4447.50	.11
Schulklasse	zu t2 nicht befragt	103	87.78	9041.00	
	zu t2 befragt	52	58.63	3049.00	.000***
Sozialer Status	zu t2 nicht befragt	103	74.29	7651.50	
	zu t2 befragt	52	85.36	4438.50	.05*
Schwere der Behinderung	zu t2 nicht befragt	103	75.66	7793.00	
	zu t2 befragt	52	82.63	4297.00	.30
Klinisch bedeutsame soziale Angst	zu t2 nicht befragt	103	74.99	7724.00	
	zu t2 befragt	52	83.96	4366.00	.08

Tabelle 34: $\chi 2$-Tests für die ordinal skalierten Variablen

Variable	Gruppe	N	$\chi 2$ nach Pearson	df	p
Gruppenzugehörigkeit	zu t2 nicht befragt	103			
	zu t2 befragt	52	2.45	1	.12
Geschlecht	zu t2 nicht befragt	103			
	zu t2 befragt	52	.16	1	.69

Tabelle 34 stellt die Ergebnisse $\chi 2$-Tests für die ordinal skalierten Variablen dar. Bei den Vergleichen der zu t2 erneut befragten Gruppe und der Drop-out Gruppe wurden keine signifikanten Unterscheide bezüglich der Gruppenzugehörigkeit (behindert/ nicht behindert), der Geschlechtsverteilung und der Geschwisterzahl und keine Altersunterschiede gefunden. Weiterhin zeigten sich keine Unterschiede bei der Angst vor negativer Bewertung, der Angst in und Vermeidung von sozialen Situationen, der Häufigkeit klinisch bedeutsamer Angst, der Schwere der Behinderung und der Beliebtheit.

Es zeigten sich deutliche Unterschiede bei der Klassenzugehörigkeit, die Kinder der Drop-out-Gruppe sind im Durchschnitt in einer höheren Klassenstufe als die der zu beiden Messzeitpunkten befragten Gruppe ($p \leq .000$). Der Sozialstatus der Kinder ist in der Drop-out-Gruppe niedriger als in der zu beiden Messzeitpunkten befragten Gruppe ($p \leq .05$). Weiterhin sind die Sozialkontakte (Häufigkeit und Intensität) der Drop-out-Gruppe stärker ausgeprägt.

6.1.1.2 Deskriptive Darstellung der unabhängigen Variablen

Geschlechtsverteilung: Stichprobe zum ersten Messzeitpunkt (N=155)

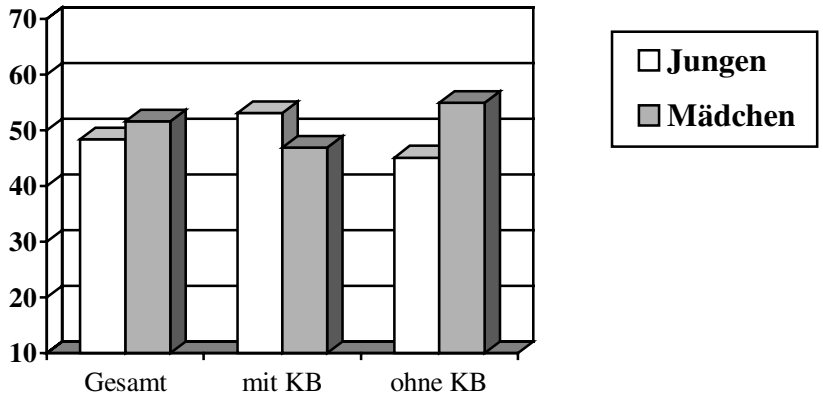


Abbildung 09: Überblick über die Geschlechtsverteilung zu t1, N=155

Abbildung 09 gibt einen Überblick über die Geschlechtsverteilung in der Stichprobe zu t1 (N=155). Der Anteil der Jungen (48%) und Mädchen (52%) zu t1 ist etwa gleich groß. In der Gruppe mit Körperbehinderung ist deskriptiv eine etwas höherer Jungenanteil zu beobachten, in der Gruppe ohne Körperbehinderung ein etwas höherer Mädchenanteil. Die Häufigkeiten und Prozentwerte der verschiedenen Gruppen sind in Tabelle 35 dargestellt. Der $\chi 2$-Test (exakter Test nach Fisher, zweiseitig) zeigte keine signifikanten Unterschiede der Häufigkeiten in den einzelnen Zellen auf (α_{krit}=.20, p≤.33).

Tabelle 35: Überblick über die Geschlechtsverteilung zu t1, N=155

	Gesamtgruppe		Kinder mit Körperbehinderung		Kinder ohne Körperbehinderung	
	Häufigkeit	Prozent	Häufigkeit	Prozent	Häufigkeit	Prozent
Männlich	75	48	34	53	41	45
Weiblich	80	52	30	47	50	55
Gesamt	155	100	64	100	91	100

Geschlechtsverteilung: Stichprobe mit Messwiederholung (N=52)

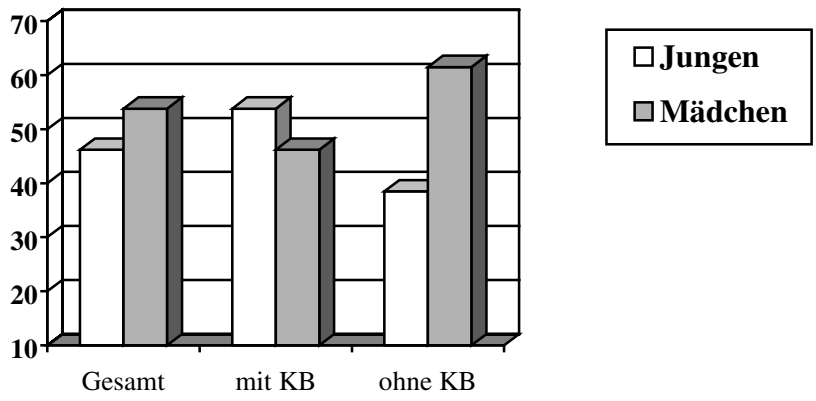


Abbildung 10: Überblick über die Geschlechtsverteilung in der Stichprobe mit Messwiederholung,N=52

Abbildung 10 gibt einen Überblick über die Geschlechtsverteilung in der Stichprobe mit Messwiederholung (N=52). In der Stichprobe, die zu zwei Messzeitpunkten erhoben werden konnte, ist der Anteil der Mädchen (54%) deskriptiv etwas höher. In der Gruppe mit Körperbehinderung ist deskriptiv eine etwas höherer Jungenanteil (54%) zu beobachten, in der Gruppe ohne Körperbehinderung ein höherer Mädchenanteil (62%). In Tabelle 36 sind die Häufigkeiten und Prozentwerte zur Geschlechtsverteilung aufgeführt.

Tabelle 36: Überblick über die Geschlechtsverteilung der Stichprobe mit Messwiederholung, N=52

	Gesamtgruppe		Kinder mit Körperbehinderung		Kinder ohne Körperbehinderung	
	Häufigkeit	Prozent	Häufigkeit	Prozent	Häufigkeit	Prozent
Männlich	24	46	14	54	10	38
Weiblich	28	54	12	46	16	62
Gesamt	52	100	26	100	26	100

Der $\chi 2$-Test (exakter Test nach Fisher, zweiseitig) zeigte keine signifikanten Unterschiede der Häufigkeiten in den einzelnen Zellen auf (α_{krit} =.20, p≤.40).

Altersverteilung: Stichprobe zum ersten Messzeitpunkt (N=155)

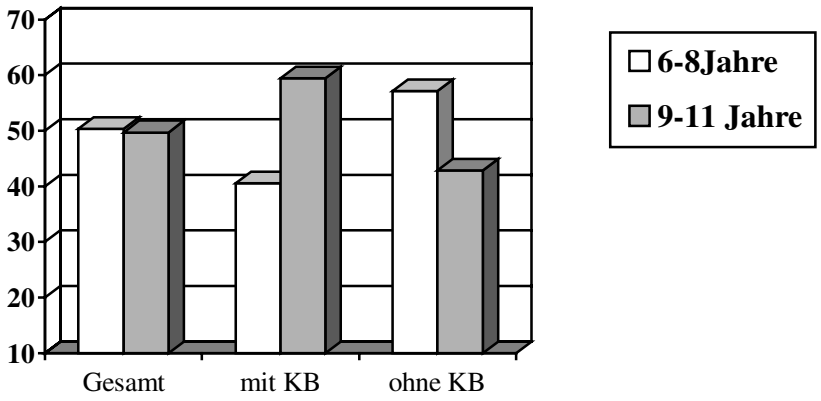


Abbildung 11: Überblick über die prozentualen Häufigkeiten der verschiedenen Altersgruppen zu t1, N=155

Abbildung 11 gibt einen Überblick über die prozentualen Häufigkeiten der verschiedenen Altersgruppen in der Stichprobe zu t1 (N=155). Der Anteil der Kinder zwischen 6 und 8 Jahren (50%) und der Anteil der 9-11Jährigen (50%) zu t1 ist etwa gleich groß. In der Gruppe mit Körperbehinderung ist deskriptiv eine höherer Anteil älterer Kinder festzustellen, in der Gruppe ohne Körperbehinderung ein höherer Anteil jüngerer Kinder. Die Häufigkeiten und Prozentwerte der verschiedenen Gruppen sind in Tabelle 37 dargestellt. Der χ2-Test (exakter Test nach Fisher, zweiseitig) zeigte signifikante Unterschiede der Häufigkeiten in den einzelnen Zellen auf (α_{krit} =.20, p.05) auf.

Tabelle 37: Überblick über die Altersverteilung zu t1, N=155

	Gesamtgruppe		Kinder mit Körperbehinderung		Kinder ohne Körperbehinderung	
	Häufigkeit	Prozent	Häufigkeit	Prozent	Häufigkeit	Prozent
6-8 Jahre	78	50	26	41	52	57
9-11 Jahre	77	50	38	59	39	43
Gesamt	155	100	64	100	91	100

Der Altersmittelwert in der Gruppe der Kinder mit Körperbehinderung beträgt 8.91 Jahre (SD=1.46), in der Gruppe der Kinder ohne Körperbehinderung 8.16 Jahre (SD=1.56). Die Kinder der Gruppe mit Körperbehinderung sind im Mittel älter als die der Gruppe ohne Körperbehinderung (t-Test, $p \leq .003$).

Altersverteilung: Stichprobe mit Messwiederholung (N=52)

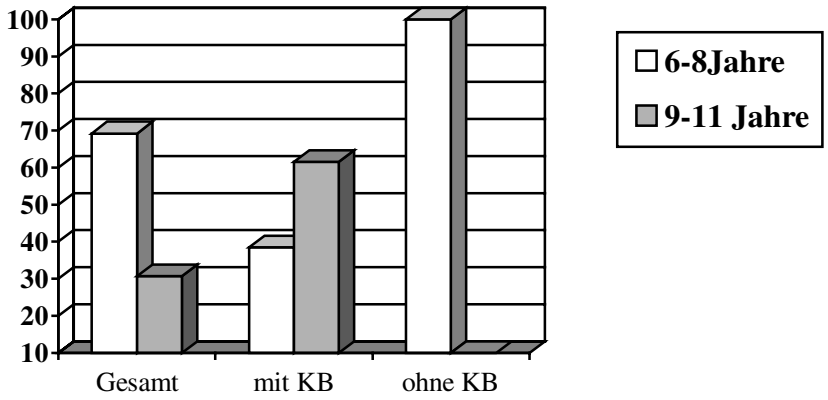


Abbildung 12: Überblick über die prozentualen Häufigkeiten der verschiedenen Altersgruppen in der Stichprobe mit Messwiederholung (N=52).

Abbildung 12 gibt einen Überblick über die prozentualen Häufigkeiten der verschiedenen Altersgruppen in der Stichprobe mit Messwiederholung (N=52). In der zu t1 und t2 befragten Stichprobe ist der Anteil der Kinder, die zum ersten Messzeitpunkt zwischen 6 und 8 Jahren alt waren (69%) größer als der 9-11Jährigen (31%). Innerhalb der Gruppe mit Körperbehinderung sind die älteren Kinder häufiger vertreten (61%) als die jüngeren (39%). In der Gruppe ohne Körperbehinderung konnte keines der Kinder, die zu t1 zwischen 9 und 11 Jahren alt waren, erneut befragt werden, sondern ausschließlich 6-8Jährige. Die Häufigkeiten und Prozentwerte zu den verschiedenen Altersgruppen in der Stichprobe mit Messwiederholung sind in Tabelle 38 aufgeführt.

Tabelle 38: Überblick über die Altersverteilung der Stichprobe mit Messwiederholung, N=52

Alter zu t1	Gesamtgruppe		Kinder mit Körperbehinderung		Kinder ohne Körperbehinderung	
	Häufigkeit	Prozent	Häufigkeit	Prozent	Häufigkeit	Prozent
6-8 Jahre	36	69.2	10	38.5	26	100
9-11 Jahre	16	30.8	16	61.5	0	0
Gesamt	52	100	26	100	26	100

Der $\chi 2$-Test (exakter Test nach Fisher, zweiseitig) zeigte signifikante Unterschiede der Häufigkeiten in den einzelnen Zellen auf ($p \leq .000$).

Der Altersmittelwert in der Gruppe der Kinder mit Körperbehinderung beträgt zum ersten Messzeitpunkt 9.04 (SD=1.40) und ist deutlich höher als der der Kinder ohne Körperbehinderung (M=6.81, SD=.69). Auch der statistische Vergleich (t-Test) ergibt einen signifikanten Unterschied der Altersmittelwerte ($p \leq .000$).

Gruppenzugehörigkeit: Stichprobe zum ersten Messzeitpunkt (N=155)

Tabelle 39: Überblick über die Stichprobe zu t1

	Kinder mit Körperbehinderung	Kinder ohne Körperbehinderung
Messzeitpunkt 1: März 2000	**64**	**91**

Wie in Tabelle 39 zu sehen ist, besteht die Stichprobe besteht aus 64 Kindern mit Körperbehinderung (41%) und 91 Kindern ohne Körperbehinderung (59%), die Häufigkeit unterscheidet sich signifikant (χ2-Test, $p \leq .03$) von der Häufigkeit in der Gruppe der Kinder ohne Körperbehinderung.

Gruppenzugehörigkeit: Stichprobe mit Messwiederholung (N=52)

Die 52 Kinder teilen sich gleichmäßig auf beide Gruppen auf, 26 Kinder mit Körperbehinderung und 26 Kinder ohne Körperbehinderung.

6.1.1.3 Deskriptive Darstellung der Kontrollvariablen

Lernbehinderung: Stichprobe zum ersten Messzeitpunkt (N=155)

Acht der 56 Kinder mit Körperbehinderung besuchten eine Klasse für lernbehinderte Kinder, keines der Kinder der Regelschulen. Dies entspricht 13% der Kinder mit Körperbehinderung, die Häufigkeit unterscheidet sich signifikant (χ2-Test, $p \leq .01$) von der Häufigkeit in der Gruppe der Kinder ohne Körperbehinderung.

Lernbehinderung: Stichprobe mit Messwiederholung (N=52)

Fünf der 21 Kinder mit Körperbehinderung weisen eine Lernbehinderung auf, dies entspricht einem Anteil von 19%.

Geschwisterzahl: Stichprobe zum ersten Messzeitpunkt (N=155)

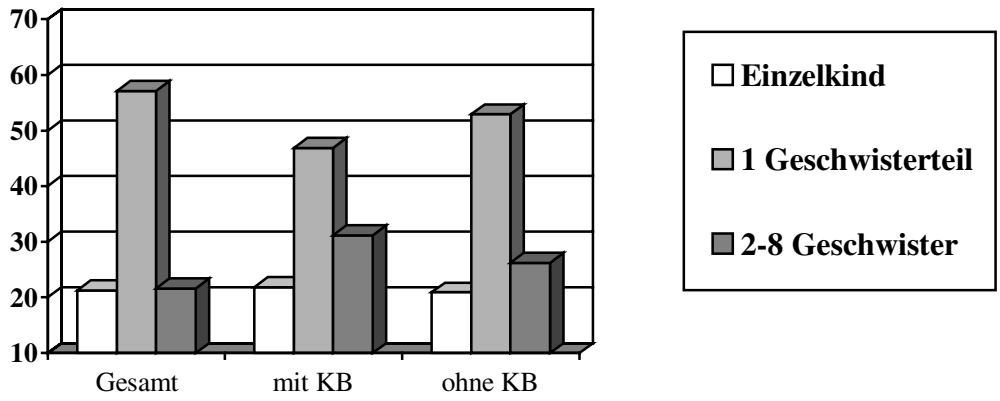


Abbildung 13: Überblick über die prozentualen Häufigkeiten der Geschwisterzahlen zu t1, N=155

Abbildung 13 gibt einen Überblick über die prozentualen Häufigkeiten der Geschwisterzahlen in der Stichprobe zu t1 (N=155). 21% der Kinder sind Einzelkinder, 53% haben ein Geschwisterteil und 26% haben zwei oder mehr Geschwister. Die prozentuale Häufigkeit der angegebenen Geschwisterzahlen sind Tabelle 40 zusammengefasst. Es wurden keine signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen gefunden (χ2-Test, p≤.49).

Tabelle 40: Überblick über die Geschwisterverteilung zu t1, N=155

Geschwisterzahl / Gruppe		0	1	2	3	4	5	6	7	8
Kinder ohne Körperbehinderung	Anzahl	19	52	9	5	2	1	1	2	-
	%	21	57	10	6	2	1	1	2	-
Kinder mit Körperbehinderung	Anzahl	14	30	11	6	2	-	-	-	1
	%	22	47	17	9	3	-	-	-	2
Gesamt	Anzahl	33	82	20	11	4	1	1	2	1
	%	21	53	13	7	3	1	1	1	1

Geschwisterzahl: Stichprobe mit Messwiederholung (N=52)

17% der Kinder waren Einzelkinder, 48% hatten ein Geschwisterteil und 45% hatten zwei oder mehr Geschwister. Es zeigen sich keine signifikanten Gruppenunterschiede (χ2-Test, p≤.42).

6.1.1.4 Deskriptive Darstellung der abhängigen Variablen

Soziale Unsicherheit: Stichprobe zum ersten Messzeitpunkt (N=155)

Soziale Unsicherheit wurde durch die beiden Subskalen der SASC-R-D „Angst vor negativer Bewertung und „Angst in und Vermeidung von sozialen Situationen“ erfasst. In Tabelle 41 werden die Stichprobenkennwerte der Variablen „Angst in und Vermeidung von sozialen Situationen“ (SAD) und „Angst vor negativer Bewertung“ (FNE) der Stichprobe zu t1 (N=155) aufgeführt.

Tabelle 41: Stichprobenkennwerte der Variable „SAD“ und „FNE“, N=155

Variable	N	Mittelwert	SD	SE	Minimum	Maximum
SAD	155	19.47	5.53	.44	8	36
FNE	155	22.30	6.22	.50	10	37

Soziale Unsicherheit: Stichprobe mit Messwiederholung (N=52)

In Abbildung 14 sind für die Stichprobe mit Messwiederholung (N=52) beide Subskalen die Mittelwerte, Streuung und Ausreißer zu t1 als Boxplots dargestellt.

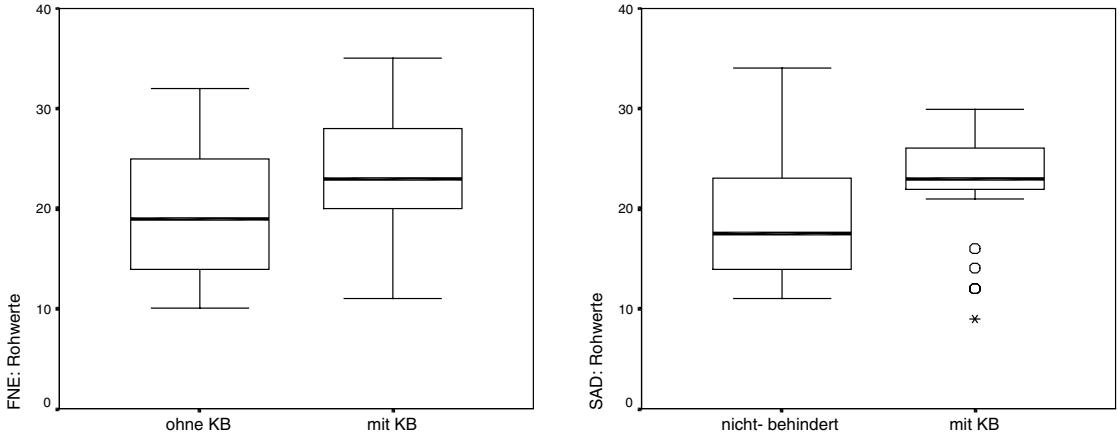


Abbildung 14: Boxplots zur „Angst vor negativer Bewertung und „Angst in und Vermeidung von sozialen Situationen“ N=52

Klinisch auffällige soziale Ängste: Stichprobe zum ersten Messzeitpunkt (N=155)

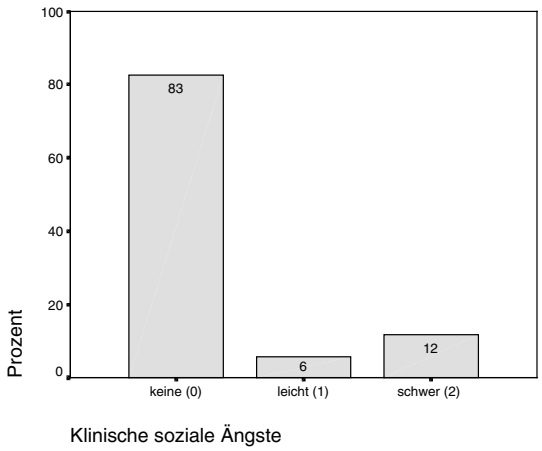


Abbildung 15: Prozentuale Anteile der Ausprägungen klinisch relevanter sozialer Ängste in der Gesamtstichprobe zu t1, N=155

Abbildung 15 gibt einen Überblick über die prozentualen Häufigkeiten der Ausprägungen klinisch relevanter sozialer. Die Häufigkeit und der prozentuale Anteil der Kinder ohne klinische soziale Ängste und der Kinder mit leichten und schweren klinischen Ängsten sind in Tabelle 42 aufgeführt.

Tabelle 42: Häufigkeit und der prozentuale Anteil klinisch bedeutsamer sozialer Ängste

Klinisch bedeutsame soziale Ängste	unauffällig	leicht auffällig	stark auffällig
N	128	9	18
Prozentanteil	83%	6%	12%

Klinisch auffällige Ängste: Stichprobe mit Messwiederholung (N=52)

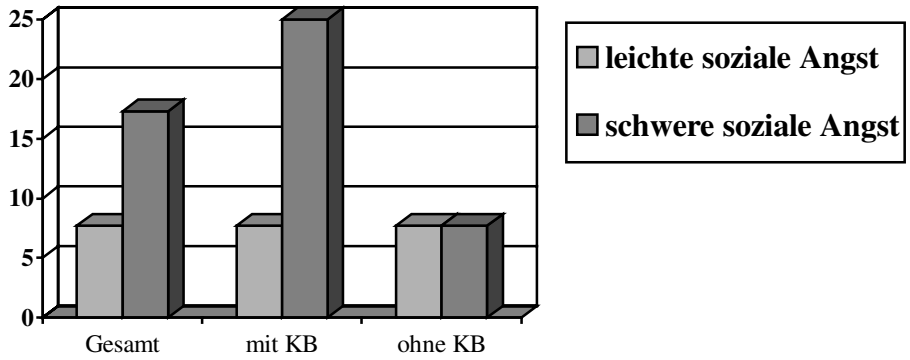


Abbildung 16: Prozentuale Anteile der Ausprägungen klinisch relevanter sozialer Ängste in der Stichprobe zu t1, N=155

Abbildung 16 gibt einen Überblick über die prozentualen Häufigkeiten der Ausprägungen klinisch relevanter sozialer Ängste in der Stichprobe zu t1 (N=52). Die Häufigkeit und der prozentuale Anteil der Kinder ohne klinisch auffällige Ängste und der Kinder mit leichten und schweren klinischen Ängsten sind in Tabelle 43 aufgeführt.

Tabelle 43: Häufigkeit und der prozentuale Anteil klinisch bedeutsamer sozialer Ängste

Klinisch auffällig		Kinder ohne Körperbehinderung	Kinder mit Körperbehinderung	Gesamtgruppe
unauffällig	N	22	17	39
	Prozentanteil	85%	65%	75%
leicht auffällig	N	2	2	4
	Prozentanteil	8%	8%	8%
stark auffällig	N	2	7	9
	Prozentanteil	8%	27%	17%

Sozialkontakte: Gesamtstichprobe zum ersten Messzeitpunkt (N=155):

Abbildung 17 gibt einen Überblick über die prozentualen Häufigkeiten der jeweiligen Anzahl der Sozialkontakte in der Stichprobe zu t1 (N=155). Es konnten maximal 15 Sozialkontakte benannt werden.

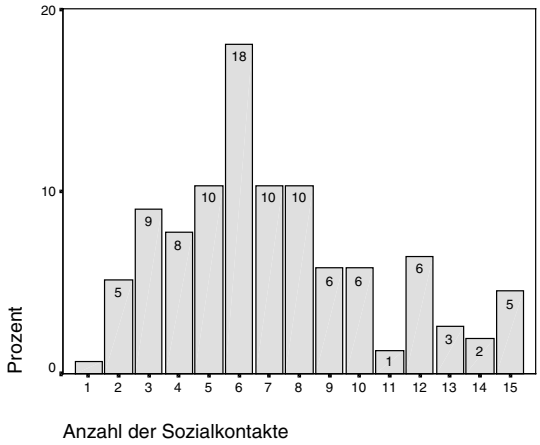


Abbildung 17: Überblick über die prozentualen Häufigkeiten der Anzahl der Sozialkontakte zu t1, N=155

Die Stichprobenkennwerte der jeweiligen angegebenen Anzahl der Sozialkontakte für die Gesamtgruppe sind in Tabelle 44 zusammengefasst.

Tabelle 44: Stichprobenkennwerte für die Anzahl der Sozialkontakte zu t1, N=155

Anzahl der Sozialkontakte	N	Mittelwert	SD	SE	Minimum	Maximum
Gesamt	155	9.74	3.43	.28	1	15

Sozialkontakte: Stichprobe mit Messwiederholung (N=52)

Tabelle 45 stellt die Mittelwerte und Standardabweichungen für die Anzahl der Sozialkontakte der beiden Subgruppen und der Gesamtgruppe dar.

Tabelle 45: Stichprobenkennwerte für die Anzahl der Sozialkontakte der Stichprobe mit Messwiederholung, N=52

Anzahl der Sozialkontakte	N	Mittelwert	SD	SE	Minimur	Maximum
ohne Körperbehinderung	26	10.92	2.52	.49	2	10
mit Körperbehinderung	26	8.29	2.56	.50	2	12
Gesamt	52	9.60	2.53	.35	2	12

6.1.2 Gesamtstichprobe

6.1.2.1 Überblick über das Kapitel

Im folgenden Kapitel werden für die Gesamtstichprobe zum ersten Messzeitpunkt die postulierten Gruppen-, Geschlechts- und Altersunterschiede und Interaktionseffekte für die abhängigen Variablen „Sozialbeziehungen, „Soziale Unsicherheit“ und „Klinische soziale Ängste“ analysiert. Abbildung 18 gibt einen Überblick über die Auswertung.

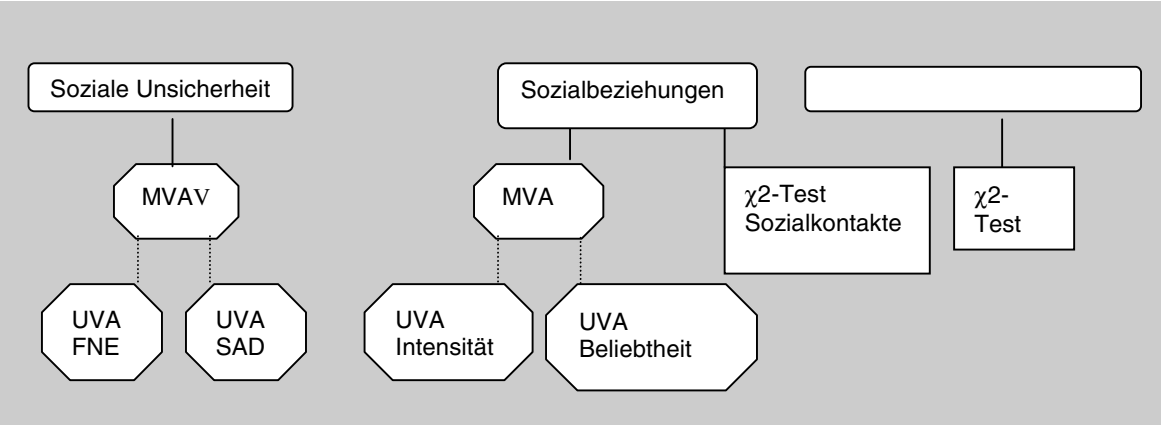


Abbildung 18: Überblick über die Auswertung und Ergebnisdarstellung. MVA: Multivariate Varianzanalyse, UVA: Univariate Varianzanalyse, FNE: Angst vor negativer Bewertung, SAD: Angst in und Vermeidung von sozialen Situationen.

6.1.2.2 Prüfung der Haupteffekte und Interaktionseffekte

Für die intervallskalierten Variablen der beiden Konstrukte „Soziale Unsicherheit“ und „Sozialbeziehungen“ wurde jeweils eine multivariate Varianzanalyse und im Anschluss univariate Varianzanalysen durchgeführt. Die Ergebnisse sind in Tabelle 46 und 47 dargestellt.

Tabelle 46: Ergebnisse der multivariaten Varianzanalyse „Soziale Unsicherheit“, α=.05

Quelle	Prüfwert	F	df	Fehler df	p	Eta-Quadrat
Gruppe (mit/ohne Körperbehinderung)	.07	5.76	2	146	**.00***	.07
Altersgruppe	.04	3.08	2	146	**.05***	.04
Geschlecht	.01	.47	2	146	.63	.01
Gruppe x Geschlecht	.03	2.59	2	146	.08	.03
Gruppe x Altersgruppe	.01	.82	2	146	.44	.01
Altersgruppe x Geschlecht	.01	.75	2	146	.47	.01
Gruppe x Altersgruppe xGeschlecht	.02	1.24	2	146	.29	.02

Tabelle 47: Ergebnisse der univariaten Varianzanalysen „Soziale Unsicherheit“, α_{krit} =.05, Haupteffekte: αadj.=.02

Quelle	Abhängige Variable	Quadrat-summe	df	F	p	Eta-Quadrat
Gruppe (mit/ohne Körperbehinderung)	SAD	317.10	1	11.10	**.001***	.07
	FNE	210.44	1	5.91	**.02***	.04
Altersgruppe	SAD	12.12	1	.42	.52	.003
	FNE	198.53	1	5.58	**.02***	.04
Geschlecht	SAD	19.44	1	.68	.41	.01
	FNE	.002	1	.00	.98	.000
Gruppe x Altersgruppe	SAD	45.48	1	1.60	.21	.01
	FNE	9.16	1	.26	.61	.002
Gruppe x Geschlecht	SAD	42.65	1	1.50	.22	.01
	FNE	185.28	1	5.20	**.02***	.03
Altersgruppe x Geschlecht	SAD	31.54	1	1.10	.30	.01
	FNE	44.23	1	1.24	.27	.01
Gruppe x Altersgruppe x Geschlecht	SAD	31.81	1	1.11	.29	.01
	FNE	87.04	1	2.45	.12	.02

Die multivariate Analyse für die „Soziale Unsicherheit“ zeigte einen Haupteffekt Gruppe (p≤.00) und einen Haupteffekt „Altersgruppe“ (p≤.05) auf. Die univariaten Analysen ergaben signifikante Haupteffekte „Gruppe“ für beide Variablen des Konstruktes „Soziale Unsicherheit“ (SAD: ≤.001, FNE: p≤.02). Es zeigte sich für „Angst vor negativer Bewertung“ (FNE) ein Haupteffekt „Altersgruppe“ (p≤.02) und ein Interaktionseffekt „Gruppe x Geschlecht“(p≤.02). Weitere Haupt- und Interaktionseffekte wurden für das Konstrukt „Soziale Unsicherheit“ nicht aufgezeigt.

Tabelle 48: Ergebnisse der multivariaten Varianzanalyse „Sozialbeziehungen“, α_{krit} =.05

Quelle	Prüfwert	F	df	Fehler df	p	Eta-Quadrat
Gruppe (mit/ohne Körperbehinderung)	.02	1.39	2	146	.25	.02
Altersgruppe	.04	3.15	2	146	**.05***	.04
Geschlecht	.03	2.41	2	146	.09	.03
Gruppe x Geschlecht	.02	1.65	2	146	.20	.02
Gruppe x Altersgruppe	.02	1.82	2	146	.17	.02
Altersgruppe x Geschlecht	.04	3.11	2	146	**.05***	.04
Gruppe x Altersgruppe x Geschlecht	.03	2.09	2	146	.13	.03

Tabelle 49: Ergebnisse der univariaten Varianzanalysen „Sozialbeziehungen“, α_{krit} =.05, Haupteffekte: αadj.=.02

Quelle	Abhängige Variable	Quadrat-summe	df	F	p	Eta-Quadrat
Gruppe (mit/ohne Körperbehinderung)	Beliebtheit	1.85	1	2.26	.14	.02
	Intensität	1.59	1	.59	.45	.00
Altersgruppe	Beliebtheit	4.93	1	6.02	**.02***	.04
	Intensität	1.00	1	.37	.54	.00
Geschlecht	Beliebtheit	3.35	1	4.09	.05	.03
	Intensität	1.89	1	.70	.41	.01
Gruppe x Altersgruppe	Beliebtheit	3.00	1	3.67	.06	.02
	Intensität	.001	1	.00	.98	.00
Gruppe x Geschlecht	Beliebtheit	.26	1	.31	.58	.00
	Intensität	8.06	1	2.97	.09	.02
Altersgruppe x Geschlecht	Beliebtheit	3.12	1	3.81	**.05 ***	.03
	Intensität	6.99	1	2.57	.11	.02
Gruppe x Altersgruppe x Geschlecht	Beliebtheit	2.10	1	2.57	.11	.02
	Intensität	4.22	1	1.55	.22	.01

Tabelle 48 und 49 zeigen die Ergebnisse der multi- und univariaten Varianzanalysen zu den „Sozialbeziehungen“. Für das Konstrukt „Sozialbeziehungen“ erbrachte die multivariate Varianzanalyse einen Haupteffekt Altersgruppe ($p \leq .05$) und einen Interaktionseffekt Altersgruppe* Geschlecht ($p \leq .05$). Die univariaten Analysen zeigten einen Haupteffekt Altersgruppe ($p \leq .02$) der Variable „Beliebtheit“ und einen Interaktionseffekt Altersgruppe* Geschlecht ($p \leq .05$) auf. Die jüngeren Kinder wurden beliebter eingeschätzt, insbesondere die jüngeren Mädchen. Weitere Haupt- und Interaktionseffekte wurden für das Konstrukt „Sozialbeziehungen“ nicht aufgezeigt. Die Ergebnisse der Analysen der ordinalskalierten Variablen werden in den Kapiteln zur Prüfung der Gruppenunterschiede dargestellt.

6.1.2.3 Vergleich der Kinder mit und ohne Körperbehinderung

Soziale Unsicherheit

In Tabelle 50 werden die Stichprobenkennwerte der Variablen „Angst in und Vermeidung von sozialen Situationen“ (SAD) und „Angst vor negativer Bewertung“ (FNE) in den beiden Subgruppen (Kinder mit Körperbehinderung und Kinder ohne Körperbehinderung) aufgeführt.

Tabelle 50: Stichprobenkennwerte der Variable „Angst in und Vermeidung von sozialen Situationen“

Variable	Gruppe	N	Mittelwert	SD	SE	Minimum	Maximum
SAD	ohne Körperbehinderung	91	18.15	4.77	.50	8	34
	mit Körperbehinderung	64	21.34	6.01	.75	9	36
FNE	ohne Körperbehinderung	91	21.13	5.79	.61	11	37
	mit Körperbehinderung	64	23.97	6.48	.81	10	37

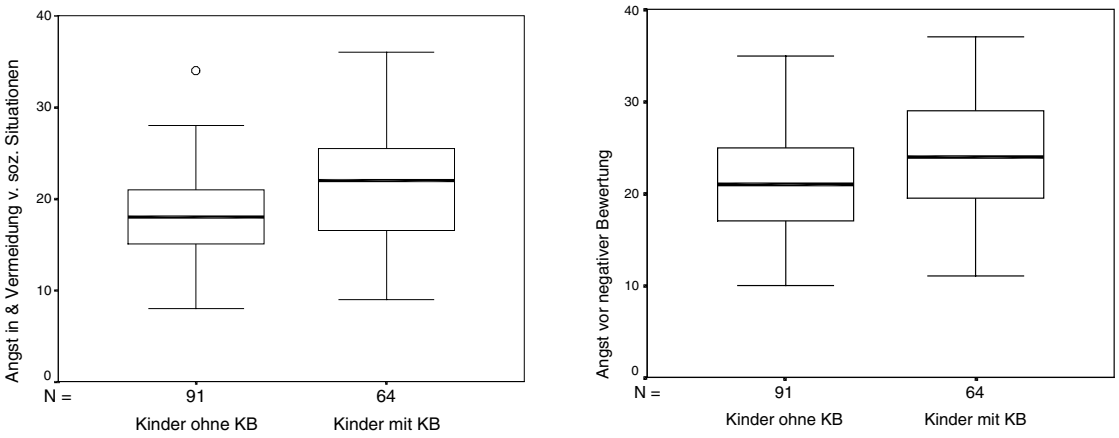


Abbildung 19: Boxplots zur „Angst vor negativer Bewertung und „Angst in und Vermeidung von sozialen Situationen“ zu t1

In Abbildung 19 sind für beide Subskalen die Mittelwerte, Streuung und Ausreißer als Boxplots dargestellt. Es zeigten sich in den multivariaten und univariaten Varianzanalysen (S.136) signifikante Unterschiede zwischen den beiden Gruppen, sowohl für die Variablen „Angst vor negativer Bewertung“ (FNE: $p \leq .02$) und „Angst in und Vermeidung von sozialen Situationen“ (SAD: $p \leq .001$). Die Kinder der Gruppe mit Körperbehinderung weisen signifikant höhere Mittelwerte in beiden Variablen auf.

Vergleich der Kinder mit und ohne Körperbehinderung: Klinische soziale Ängste

Der Anteil klinisch unauffälliger, leicht und stark auffälliger Kinder ist in Tabelle 51 aufgeführt und wird in Abbildung 20 dargestellt.

Tabelle 51: Anteil klinischer sozialer Ängste in den beiden Subgruppen (N=155)

Klinisch auffällig		Kinder ohne Körperbehinderung	Kinder mit Körperbehinderung
unauffällig	N	83	45
	Prozentanteil	91%	70%
leicht auffällig	N	3	6
	Prozentanteil	3%	9%
stark auffällig	N	5	13
	Prozentanteil	5%	20%

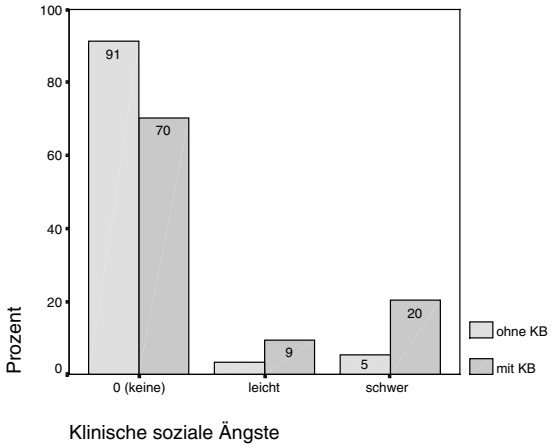


Abbildung 20: Prozentualen Anteile der Ausprägungen klinisch relevanter sozialer Ängste in der Stichprobe zu t1, N=155

Der χ-2-Test (Tabelle 52) zeigte signifikante Unterschiede ($p \leq .002$) zwischen den beiden Gruppen bezüglich der Häufigkeiten klinisch relevanter sozialer Ängste auf. Die Kinder der Gruppe mit Körperbehinderung wiesen deutlich mehr klinisch relevante soziale Ängste auf.

Tabelle 52: Ergebnisse des χ2-Tests für die Häufigkeiten der klinisch relevanten sozialen Ängste in den beiden Subgruppen, α_{krit} =.02, N=155

	Wert	df	α korr.	p (1-seitig)
Chi-Quadrat nach Pearson	11.48	2	.02	.002

Vergleich der Kinder mit und ohne Körperbehinderung: Sozialbeziehungen Intensität und Beliebtheit

In Abbildung 21 sind die Mittelwerte, Streuung und Ausreißer der Variablen „Intensität der Sozialkontakte“ „Beliebtheit“ als Boxplots dargestellt.

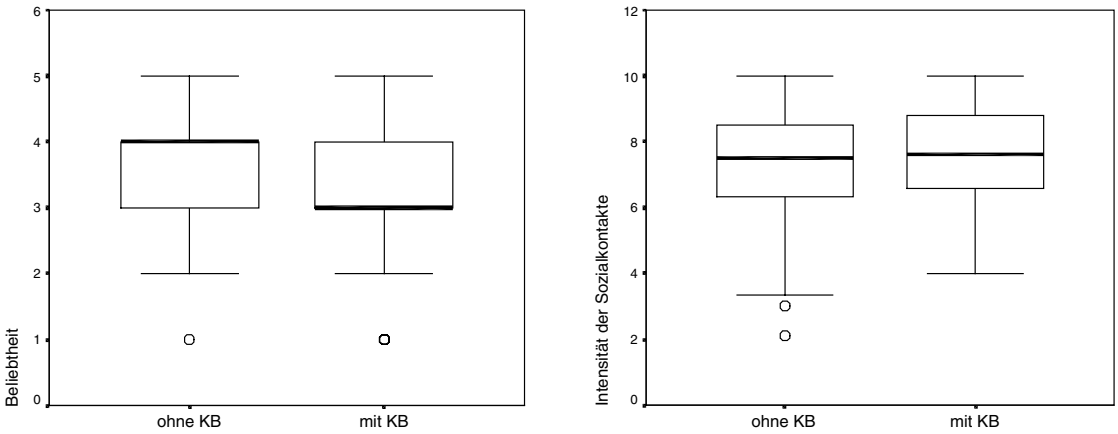


Abbildung 21: Boxplots zu „Beliebtheit“ und „Intensität der Sozialkontakte“, N=155

Bezüglich der Beliebtheit (α_{krit} =.02, p≤.03) und der Intensität der Sozialbeziehungen (α_{krit} =.02, p≤.49) zeigen sich keine signifikanten Unterschiede (univariate Varianzanalysen S. 136, p≤.49) zwischen den beiden Gruppen. Deskriptiv werden die Kinder mit Körperbehinderung weniger beliebt eingeschätzt als die Kinder ohne Körperbehinderung, bei der Intensität der Sozialkontakte zeigt sich bereits deskriptiv, dass kein Unterschied besteht.

Vergleich der Kinder mit und ohne Körperbehinderung: Anzahl der Sozialkontakte

Die Stichprobenkennwerte der jeweils angegebenen Anzahl der Sozialkontakte in den Subgruppen sind Tabelle 53 zusammengefasst.

Tabelle 53: Stichprobenkennwerte für die Anzahl der Sozialkontakte zu t1, N=155

Anzahl der Sozialkontakte	N	Mittelwert	SD	SE	Minimur	Maximum
ohne Körperbehinderung	91	11.01	3.60	.38	2	15
mit Körperbehinderung	64	8.05	2.77	.35	1	13

Abbildung 22 zeigt die prozentualen Häufigkeiten der Anzahl der Sozialkontakte in den Subgruppen. Die grau schattierten Flächen kennzeichnen Bereiche, in denen der Anteil der Kinder mit Körperbehinderung größer ist als der der Kinder ohne Körperbehinderung, die schwarz schattierten Flächen stellen Bereiche dar, in denen der Anteil der Kinder ohne Körperbehinderung größer ist.

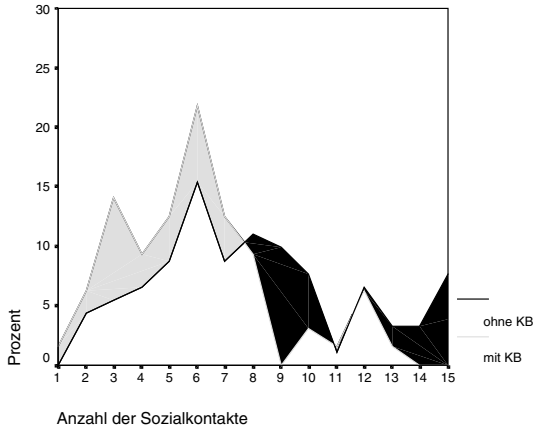


Abbildung 22: Prozentuale Anteile der Anzahl der Sozialkontakte in den beiden Subgruppen

Betrachtet man die Anzahl der Sozialkontakte, so geben Kinder mit Körperbehinderung im Durchschnitt acht Personen an, während Kinder ohne Körperbehinderung elf Personen nennen. Auf dem adjustierten α-Niveau von α=.017 zeigt sich jedoch kein statistisch signifikanter Unterschied (χ-2-Test: $p \leq .04$, Tabelle 54) zwischen den beiden Gruppen bezüglich der Anzahl der Sozialkontakte.

Tabelle 54: Ergebnisse des χ2-Tests für die Anzahl der Sozialkontakte N=155, α_{krit} =.02

	Wert	df	p(1-seitig)
Chi-Quadrat nach Pearson	22.29	14	.04

6.1.2.3 Vergleich der Mädchen und Jungen

Soziale Unsicherheit (FNE und SAD)

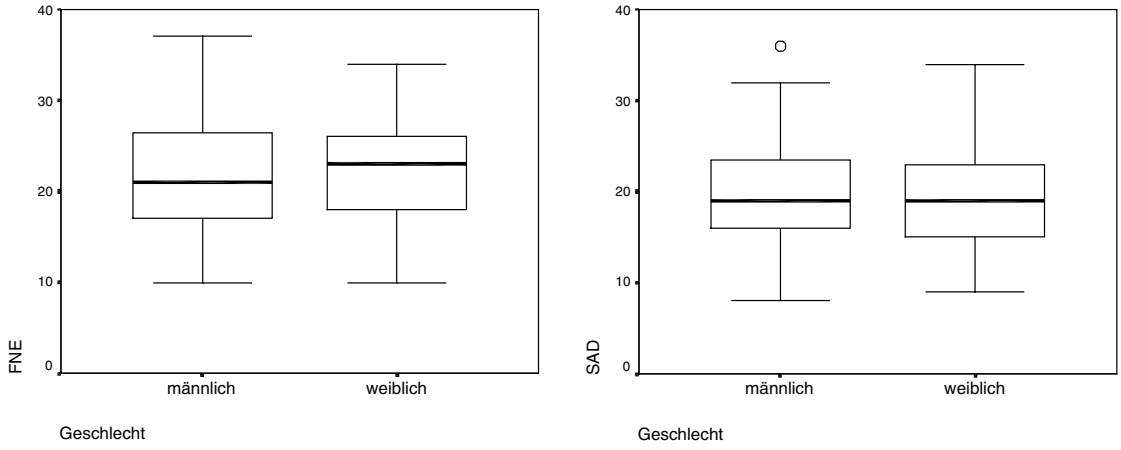


Abbildung 23: Boxplots zur „Angst vor negativer Bewertung“ (FNE) und „Angst in und Vermeidung von sozialen Situationen“ (SAD), N=155

In Abbildung 23 sind für beide Subskalen die Mittelwerte, Streuung und Ausreißer als Boxplots dargestellt. Bei der Analyse der Gesamtgruppe wurde für die beiden Skalen „Angst in und Vermeidung von sozialen Situationen“ (SAD), „Angst vor negativer Bewertung“ (FNE) kein Geschlechtsunterschied gefunden ($p \leq .41$, $p \leq .98$, multivariate und univariaten Varianzanalysen S. 136).

Vergleich der Mädchen und Jungen: Klinisch relevante soziale Ängste

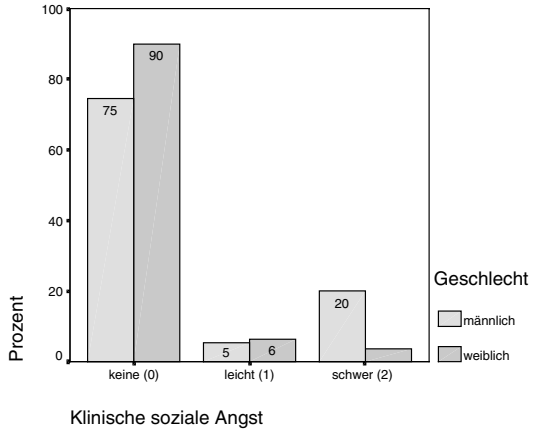


Abbildung 24: Prozentuale Anteile der Ausprägungen klinisch relevanter sozialer Ängste (N=155)

In Abbildung 24 sind die Häufigkeiten klinisch relevanter sozialer Ängste dargestellt. Der χ-2-Test (Tabelle 55) zeigte signifikante Unterschiede ($p \leq .01$) zwischen den beiden Gruppen bezüglich der Häufigkeiten klinisch relevanter sozialer Ängste auf. Die Jungen wiesen deutlich mehr klinisch relevante soziale Ängste auf.

Tabelle 55: Ergebnisse des χ2-Tests für die Häufigkeiten der klinisch relevanten sozialen Ängste N=155, α_{krit} =.02

	Wert	df	p (1-seitig)
Chi-Quadrat nach Pearson	9.96	2	.01

Vergleich der Mädchen und Jungen: Sozialbeziehungen
Intensität der Sozialkontakte und Beliebtheit

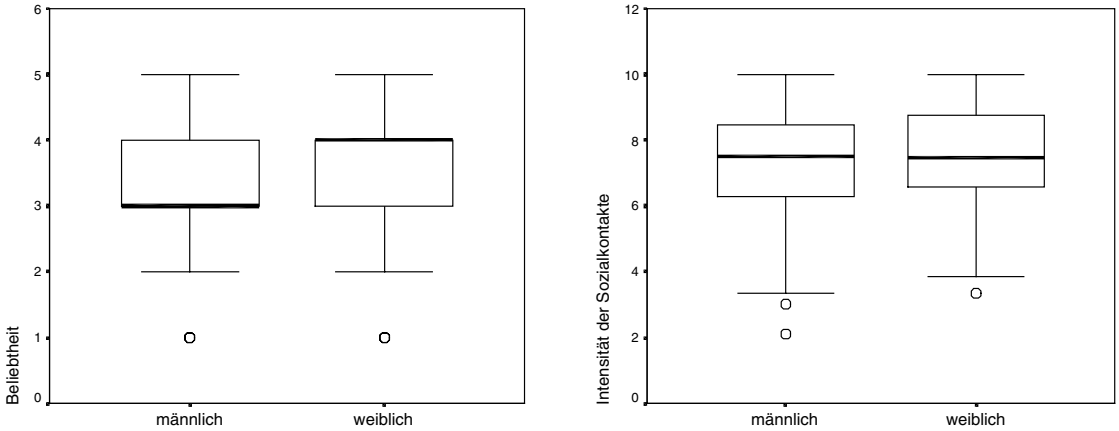


Abbildung 25: Boxplots zur „Intensität der Sozialkontakte“ und „Beliebtheit“, N=155

Vergleicht man die Sozialkontakte der Mädchen und Jungen (Abbildung 25), so zeigt sich in der Gesamtgruppe deskriptiv eine größere „Beliebtheit“ der Mädchen, es wurde jedoch in der multivariaten Varianzanalyse (S. 138) kein signifikanter Haupteffekt Geschlecht gefunden (α=.05, p≤.09). Bei der Intensität der Sozialkontakte sind bereits deskriptiv keine Geschlechtsunterschiede zu verzeichnen.

Anzahl der Sozialkontakte

Tabelle 56: Stichprobenkennwerte für die Anzahl der Sozialkontakte zu t1, N=155

Anzahl der Sozialkontakte	N	Mittelwert	SD	SE	Minimur	Maximum
Mädchen	80	9.58	3.16	.35	2	15
Jungen	75	9.92	3.67	.42	1	15

Die Stichprobenkennwerte der jeweiligen angegebenen Anzahl der Sozialkontakte in den Subgruppen sind Tabelle 56 zusammengefasst. Es konnten bis zu 15 Sozialkontakte angegeben werden.

Abbildung 26 zeigt die prozentualen Häufigkeiten der Anzahl der Sozialkontakte in den Subgruppen. Die grau schattierten Flächen kennzeichnen Bereiche, in denen der Anteil der Mädchen größer ist als der der Jungen, die schwarz schattierten Flächen stellen Bereiche dar, in denen der Anteil der Jungen größer ist.

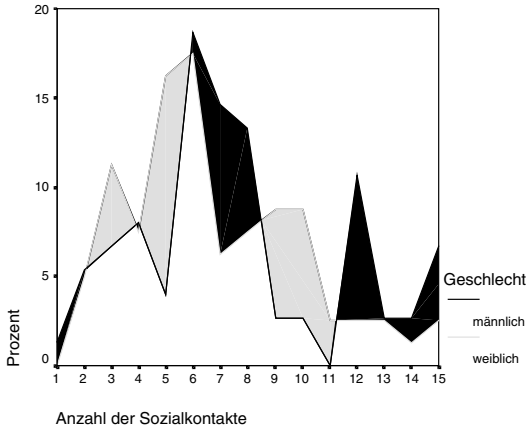


Abbildung 26: Prozentuale Anteile der Anzahl der Sozialkontakte in den beiden Subgruppen (N=155)

Die Jungen gaben deskriptiv mehr Sozialkontakte an. Der χ-2-Test (Tabelle 57) zeigte jedoch keinen signifikanten Unterschied zwischen den beiden Gruppen (Mädchen / Jungen) bezüglich der Anzahl der Sozialkontakte auf (α_{krit}=.02, p≤.04).

Tabelle 57: Ergebnisse des χ2-Tests für die Anzahl der Sozialkontakte N=155, α_{krit}=.02

	Wert	df	p (zweiseitig)
Chi-Quadrat nach Pearson	24.28	14	.042

6.1.2.4 Vergleich der Altersgruppen

Soziale Unsicherheit: FNE und SAD

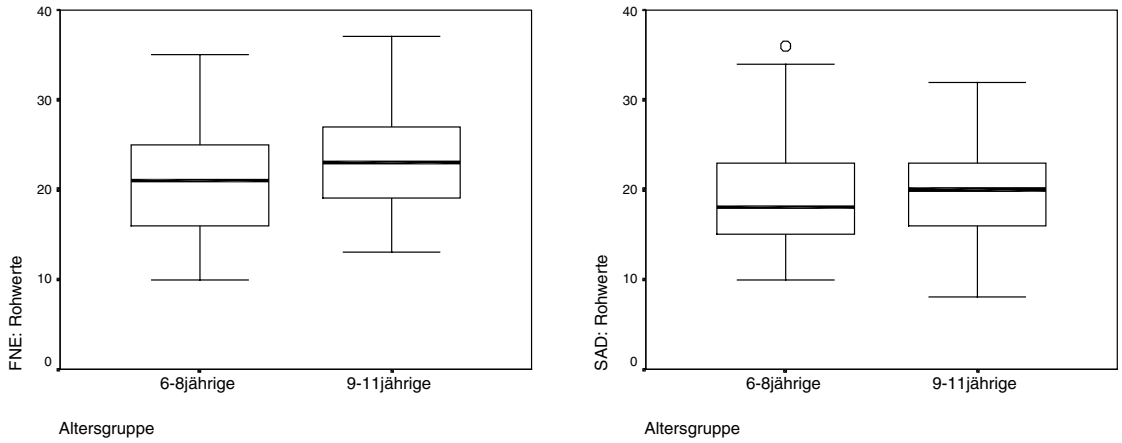


Abbildung 27: Boxplots zur „Angst vor negativer Bewertung und „Angst in und Vermeidung von sozialen Situationen“ (N=155)

In Abbildung 27 sind für beide Subskalen die Mittelwerte, Streuung und Ausreißer als Boxplots dargestellt. Die multivariate Varianzanalyse zur Sozialen Unsicherheit (S. 136) ergab einen signifikanten Haupteffekt „Altersgruppe“, der auf die Variable FNE zurück geführt werden kann, da bei dieser Variable auch bei den univariaten Varianzanalysen signifikante Altersunterschiede gefunden wurden (S. 136). Die älteren Kinder wiesen ein höheres Ausmaß an „Angst vor negativer Bewertung auf.

Vergleich der Altersgruppen: Klinisch relevante soziale Ängste

.

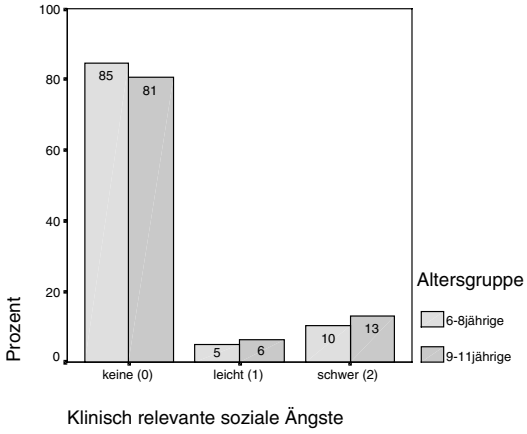


Abbildung 28: Prozentuale Anteile der Ausprägungen klinisch relevanter sozialer Ängste (N=155)

In Abbildung 28 sind die prozentualen Häufigkeiten klinisch relevanter sozialer Ängste dargestellt. Der χ-2-Test (Tabelle 58, $p \leq .40$) erbrachte keinen signifikanten

Unterschied zwischen den Altersgruppen bezüglich der Häufigkeiten klinisch relevanter sozialer Ängste.

Tabelle 58: Ergebnisse des $\chi 2$-Tests für die Häufigkeiten der klinisch relevanten sozialen Ängste N=155, α_{krit} =.02

	Wert	df	p (1-seitig)
Chi-Quadrat nach Pearson	.452	2	.40

Vergleich der Altersgruppen: Sozialbeziehungen

Intensität der Sozialkontakte und Beliebtheit

In Abbildung 29 sind die Mittelwerte, die Streuungen und die Ausreißer der Variablen als Boxplots dargestellt.

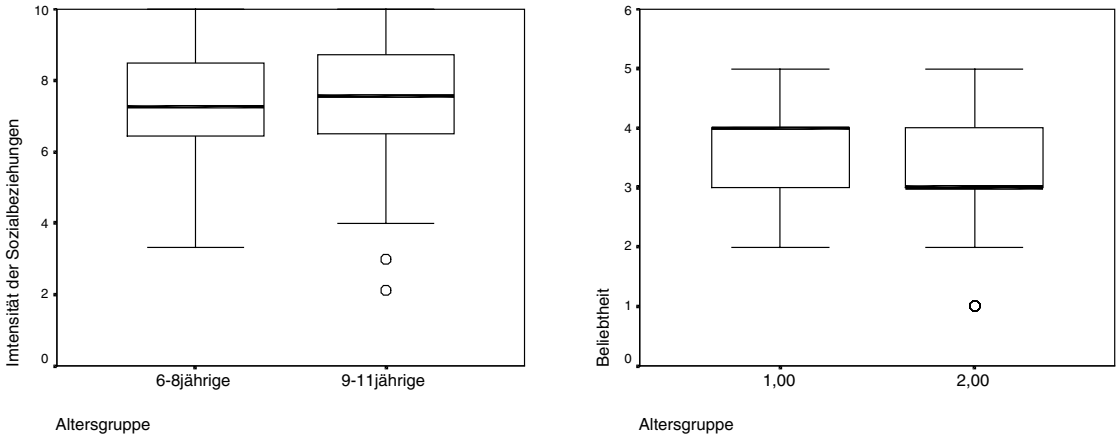


Abbildung 29: Boxplots zur „Intensität der Sozialkontakte“, N=155

Die multivariaten Varianzanalyse (S. 136) erbrachte einen signifikanten Haupteffekt „Alter“ bezüglich der Sozialbeziehungen ($p \leq .05$, α_{krit}=.05). Dieser ist auf die Variable Beliebtheit zurück zu führen, hier zeigte sich auch in der univariaten Varianzanalyse (S. 138) ein signifikanter Alterseffekt ($p \leq .02$), die jüngeren Kinder wurden beliebter eingeschätzt. Bei der „Intensität der Sozialbeziehungen“ wurden keine Altersunterschiede gefunden ($p \leq .54$).

Anzahl der Sozialkontakte

Tabelle 59: Stichprobenkennwerte für die Anzahl der Sozialkontakte zu t1, N=155

Anzahl der Sozialkontakte	N	Mittelwert	SD	SE	Minimur	Maximum
6-8jährige	78	9.52	2.78	.32	1	13
9-11jährige	77	9.97	3.85	.44	2	15

Die Stichprobenkennwerte der jeweiligen angegebenen Anzahl der Sozialkontakte in den Altersgruppen sind Tabelle 59 zusammengefasst. Es konnten bis zu 15

Sozialkontakte angegeben werden. Abbildung 30 zeigt die prozentualen Häufigkeiten der Anzahl der Sozialkontakte in den Altersgruppen. Die grau schattierten Flächen kennzeichnen Bereiche, in denen der Anteil der 6-8 Jährigen größer ist als der der 9-11 Jährigen, die schwarz schattierten Flächen stellen Bereiche dar, in denen der Anteil der 9-11 Jährigen größer ist.

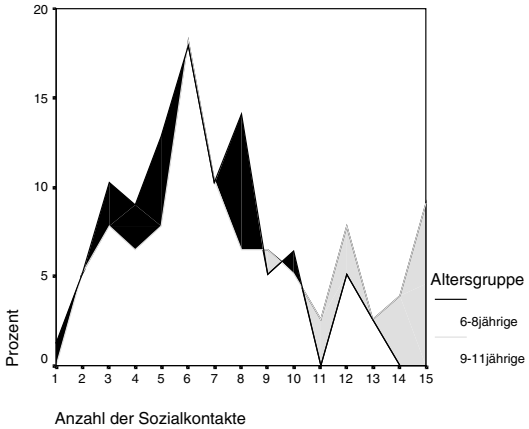


Abbildung 30: Prozentuale Anteile der Anzahl der Sozialkontakte in den beiden Altersgruppen (N=155)

Die älteren Kinder gaben durchschnittlich 8 Personen als Sozialkontakte an, während die Jüngeren nur 6 Personen nannten. Der $\chi 2$-Test zeigt jedoch keinen signifikanten Unterschiede auf (Tabelle 60, $p \leq .23$).

Tabelle 60: Ergebnisse des $\chi 2$-Tests für die Anzahl der Sozialkontakte N=155, $\alpha_{krit} = .05$

	Wert	df	p (zweiseitig)
Chi-Quadrat nach Pearson	17.49	14	.23

6.1.2.5 Einfluss der Kontrollvariablen

Lernbehinderung

Da nur in der Gruppe der Kinder mit Körperbehinderung zwischen Kindern mit und ohne Lernbehinderung differenziert werden konnte, soll auch nur diese Subgruppe in die weitere Betrachtung eingehen. Es zeigt sich ein signifikanter Zusammenhang zwischen der Variable „klinische soziale Ängste“ und „Lernbehinderung“ (Tabelle 61). In Abbildung 31 sind die prozentualen Häufigkeiten klinisch relevanter sozialer Ängste dargestellt.

Tabelle 61: Korrelationen zwischen den abhängigen Variablen und der Variable „Lernbehinderung“, N=64

	Korrelation nach Pearson	p (2-seitig)
Beliebtheitsgrad	-.15	.23
Angst vor negativer Bewertung (FNE)	.22	.09
Angst in und Vermeidung von sozialen Situationen (SAD)	.22	.09
Klinische soziale Ängste	.35	.01
Anzahl der Sozialkontakte	.13	.31
Intensität der Sozialkontakte	-.11	.40

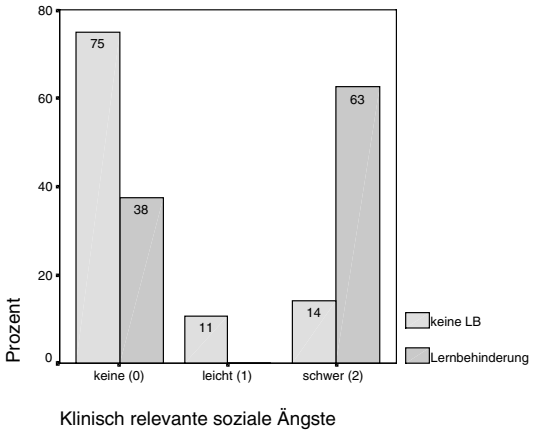


Abbildung 31: Prozentualen Häufigkeiten der Ausprägungen klinisch relevanter sozialer Ängste (N=64)

Geschwisterzahl

Bei keiner der untersuchten Variablen zeigte sich ein signifikanter Zusammenhang mit der Geschwisterzahl.

Sozialstatus

Es zeigte sich bei keiner der untersuchten Variablen ein signifikanter Zusammenhang mit dem Sozialstatus.

Einfluss des Schweregrades der Behinderung

In diese Analyse gingen nur die Kinder mit Körperbehinderung ein. Es zeigten sich keinerlei signifikante Zusammenhänge mit den abhängigen Variablen.

6.1.2.6 Übersicht über die Ergebnisse für die Gesamtgruppe

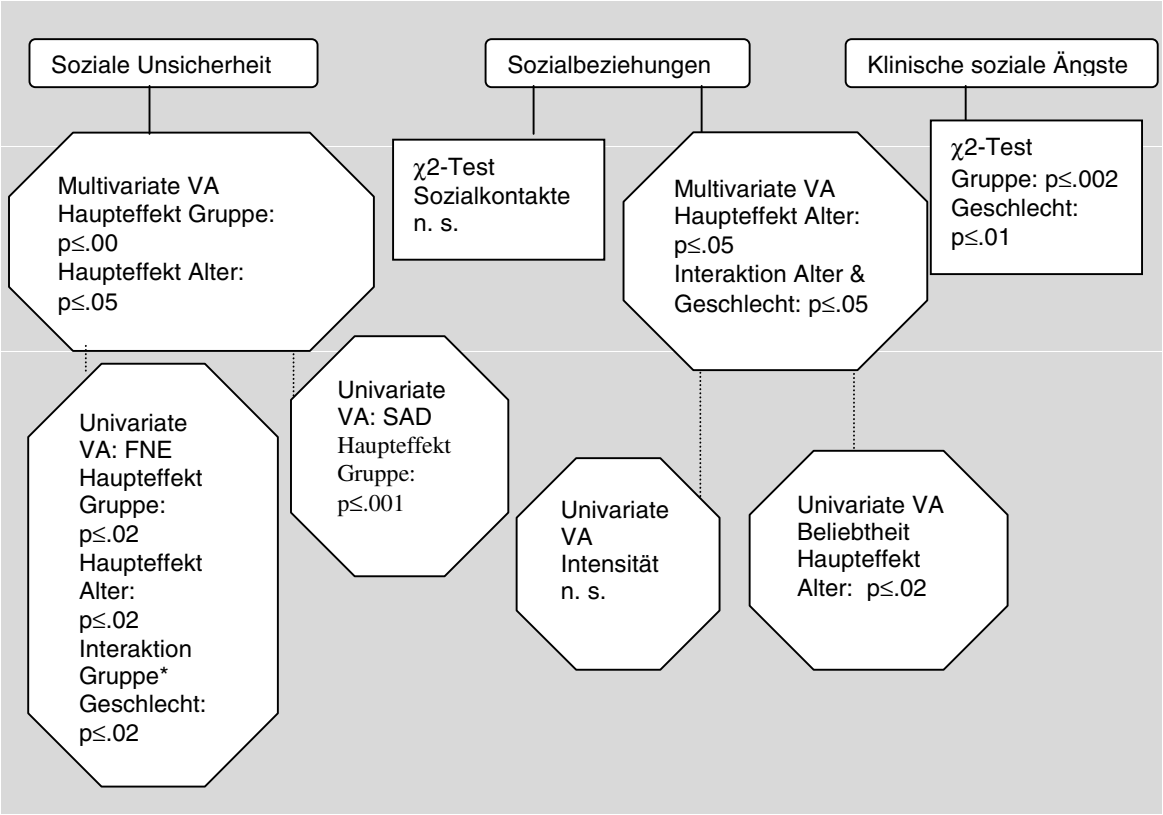


Abbildung 32: Überblick über die durchgeführten Verfahren zur Überprüfung der postulierten Gruppenunterschiede und Interaktionseffekte. VA: Varianzanalyse, n. s.: nicht signifikant, FNE: Angst vor negativer Bewertung, SAD: Angst in und Vermeidung von sozialen Situationen.

In Abbildung 32 sind die Ergebnisse des letzten Kapitels im Überblick zusammengefasst. Es zeigte sich in der Gesamtgruppe zu t1 bei der Analyse der Variablen zur Sozialen Unsicherheit ein Haupteffekt Gruppe, die Kinder mit Körperbehinderung wiesen signifikante stärkere Soziale Unsicherheit auf, dieser Befund wurde in den univariaten Varianzanalysen für beide Skalen bestätigt. Des weiteren wurde in der multivariaten Varianzanalyse ein Haupteffekt Alter gefunden, die älteren Kinder waren stärker betroffen. Die univariaten Varianzanalysen weisen darauf hin, dass dieser auf die Variable FNE zurückzuführen ist. Bei der Anzahl klinischer sozialer Ängste waren deutlich mehr Jungen auffällig, und die Kinder mit Körperbehinderung waren stärker betroffen als die Kinder ohne Körperbehinderung. Bei der Analyse der Variablen zu den Sozialbeziehungen wurde ausschließlich für die Beliebtheit ein Haupteffekt Alter gefunden: die jüngeren Kinder wurden beliebter eingeschätzt. Die jeweilige Richtung der signifikanten Gruppenunterschiede ist in Tabelle 62 dargestellt.

Tabelle 62: Signifikante Unterschiede zwischen den Subgruppen

Kinder mit/ohne Körperbehinderung	Mädchen versus Jungen	6-8ährige versus 9-11jährige
Anzahl klinischer sozialer Ängste (ohne KB < mit KB) FNE (ohne KB < mit KB) SAD (ohne KB < mit KB)	Anzahl klinischer sozialer Ängste (Jungen> Mädchen) FNE (Mädchen > Jungen)	FNE (6-8jährige< 9-11jährige) Beliebtheit (6-8jährige> 9-11jährige)

6.1.3 Kinder ohne Körperbehinderung: Prüfung der Gruppenunterschiede bezüglich der untersuchten Symptomatik

6.1.3.1 Überblick über das Kapitel

Im folgenden Kapitel werden für die Gruppe der Kinder ohne Körperbehinderung zum ersten Messzeitpunkt die postulierten Geschlechts- und Altersunterschiede und Interaktionseffekte für die abhängigen Variablen „Sozialbeziehungen", „Soziale Unsicherheit" und „Klinische soziale Ängste" analysiert. Abbildung 33 gibt einen Überblick über die Auswertung.

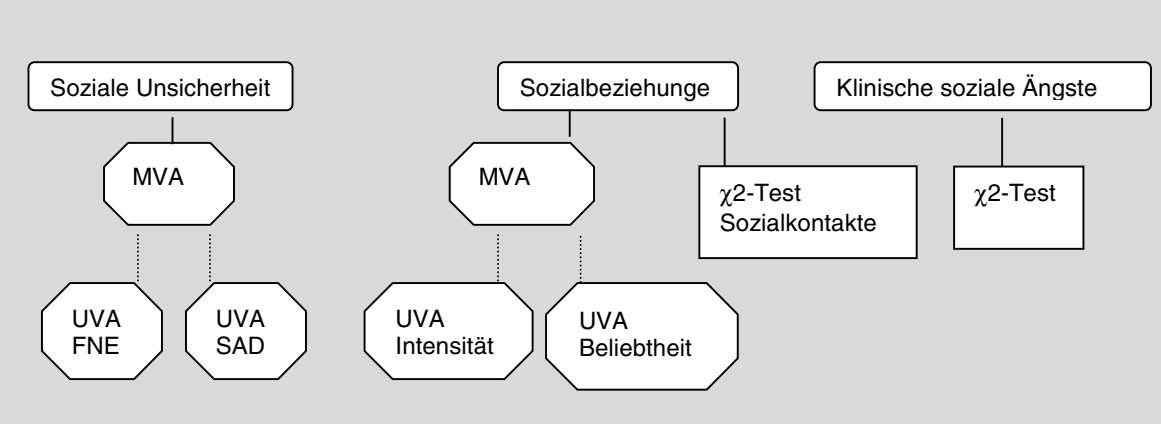


Abbildung 33: Überblick über die Auswertung und Ergebnisdarstellung. MVA: Multivariate Varianzanalyse, UVA: Univariate Varianzanalyse, FNE: Angst vor negativer Bewertung, SAD: Angst in und Vermeidung von sozialen Situationen.

6.1.3.2 Prüfung der Haupt- und Interaktionseffekte

Die Ergebnisse der multivariaten Varianzanalyse zur Sozialen Unsicherheit sind in Tabelle 63 dargestellt. Da keine signifikanten Haupt- und Interaktionseffekte gefunden wurde, wurden keine univariaten Analysen berechnet.

Tabelle 63: Ergebnisse der multivariaten Varianzanalyse „Soziale Unsicherheit"

Quelle	Prüfwert	F	df	Fehler df	p	Eta-Quadrat
Altersgruppe	.05	2.40	2	86	.10	.05
Geschlecht	.04	1.97	2	86	.15	.04
Altersgruppe x Geschlecht	.00	.09	2	86	.91	.00

Die Ergebnisse der multivariaten Varianzanalyse zu den Sozialbeziehungen sind in Tabelle 64 aufgeführt. Es wurde ein signifikanter Haupteffekt „Geschlecht“ aufgezeigt.

Tabelle 64: Ergebnisse der multivariaten Varianzanalyse „Sozialbeziehungen“, $\alpha_{krit.}$=.05

Quelle	Prüfwert	F	df	Fehler df	p	Eta-Quadrat
Altersgruppe	.01	.22	2	86	.80	.01
Geschlecht	.09	4.16	2	86	**.02***	.09
Altersgruppe x Geschlecht	.05	2.41	2	86	.10	.05

Tabelle 65: Ergebnisse der univariaten Varianzanalysen „Beliebtheit“ und „Intensität“, $\alpha_{adj.}$=.02

Quelle	Abhängige Variable	Quadrat-summe	df	F	p	Eta-Quadrat
Altersgruppe	Beliebtheit	.15	1	.21	.65	.00
	Intensität	.67	1	.24	.63	.00
Geschlecht	Beliebtheit	3.33	1	4.74	.03	.05
	Intensität	10.83	1	3.83	.05	.04
Altersgruppe x Geschlecht	Beliebtheit	0.06	1	.09	.77	.001
	Intensität	13.47	1	4.76	.03	.05

Die multivariaten Varianzanalysen zeigten einen Haupteffekt „Geschlecht“ ($p \leq .02$) auf. Die univariaten Analysen (Tabelle 65) ergaben keine signifikanten Haupteffekte „Geschlecht“ für die „Intensität der Sozialkontakte“ ($\alpha_{adj.}$=.02, $p \leq .05$) und „Beliebtheit“ ($\alpha_{adj.}$=.02, $p \leq .03$). Es wurden auch keine weiteren Haupt- und Interaktionseffekte aufgezeigt.

6.1.3.3 Vergleich der Mädchen und Jungen

Soziale Unsicherheit: „Angst vor negativer Bewertung“ und „Angst in und Vermeidung von sozialen Situationen“:

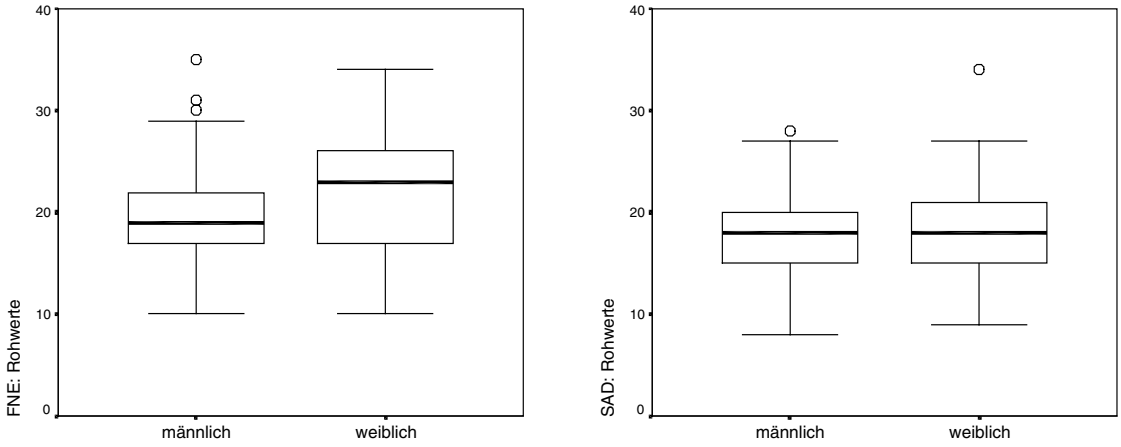


Abbildung 34: Boxplots zur „Angst vor negativer Bewertung und „Angst in und Vermeidung von sozialen Situationen“ (N=91)

In Abbildung 34 sind für beide Subskalen die Mittelwerte, Streuung und Ausreißer als Boxplots dargestellt. In der deskriptiven Betrachtung fällt der höhere Mittelwert der Variablen „Angst in und Vermeidung von sozialen Situationen auf. Die multivariate Varianzanalyse (S. 151) ergab jedoch keinen signifikanten Haupteffekt Geschlecht.

Vergleich der Mädchen und Jungen: Klinisch relevante soziale Ängste

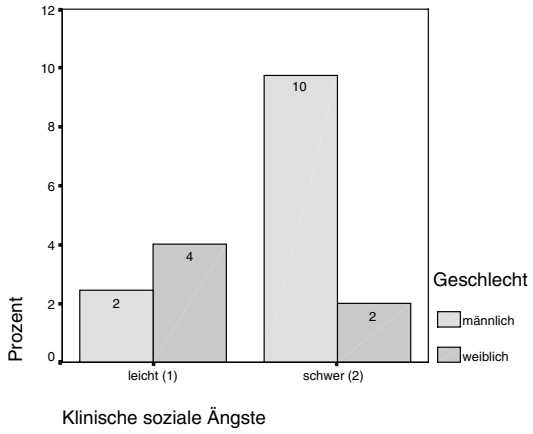


Abbildung 35: Prozentuale Anteile der Ausprägungen klinisch relevanter sozialer Ängste (N=91)

In Abbildung 35 sind die Häufigkeiten klinisch relevanter sozialer Ängste dargestellt. Die Jungen weisen deskriptiv mehr starke soziale Ängste auf als die Mädchen, (10% der Jungen im Vergleich zu 2% der Mädchen), dieser Unterschied ist statistisch jedoch nicht bedeutsam ($p \leq .26$, Tabelle 66).

Tabelle 66: Ergebnisse des $\chi 2$-Tests für die Häufigkeiten der klinisch relevanten sozialen Ängste N=91

	Wert	df	p (2-seitig)
Chi-Quadrat nach Pearson	2.73	2	.26

Vergleich der Mädchen und Jungen: Sozialbeziehungen
Intensität der Sozialkontakte und Beliebtheit

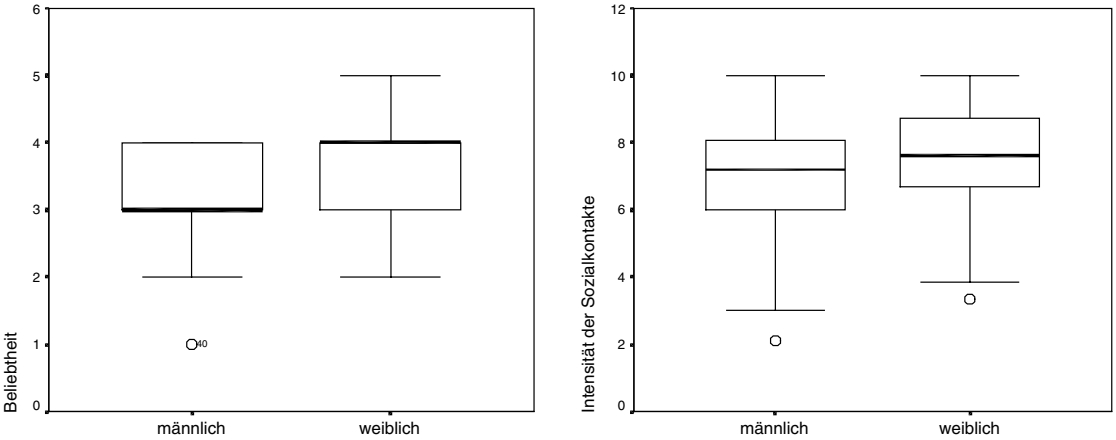


Abbildung 36: Boxplots zur „Intensität der Sozialkontakte" und „Beliebtheit", N=91

In Abbildung 36 sind die Mittelwerte, Streuung und Ausreißer der Variablen „Beliebtheit" und „Intensität der Sozialkontakte" als Boxplots dargestellt. Die Mädchen werden deskriptiv beliebter eingeschätzt und geben intensivere Sozialbeziehungen an, die multivariate Varianzanalyse (S. 152) bestätigt einen signifikanten Haupteffekt Geschlecht. Dieser konnte in den univariaten Varianzanalysen nicht aufgezeigt werden (α=.02, Beliebtheit: $p \leq .03$, Intensität: $p \leq .05$).

Anzahl der Sozialkontakte

Die Stichprobenkennwerte der jeweiligen angegebenen Anzahl der Sozialkontakte (max. 15) in den Subgruppen sind Tabelle 67 zusammengefasst.

Tabelle 67: Stichprobenkennwerte für die Anzahl der Sozialkontakte zu t1, N=91

Anzahl der Sozialkontakte	N	Mittelwert	SD	SE	Minimum	Maximum
Mädchen	50	10.14	3.25	.46	2	15
Jungen	41	10.46	3.98	.62	2	15

Abbildung 37 zeigt die prozentualen Häufigkeiten der Anzahl der Sozialkontakte in den Subgruppen. Die grau schattierten Flächen kennzeichnen Bereiche, in denen der Anteil der Mädchen größer ist als der der Jungen, die schwarz schattierten Flächen stellen Bereiche dar, in denen der Anteil der Jungen größer ist.

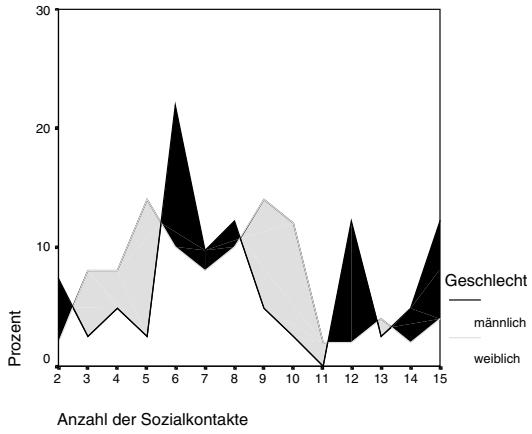


Abbildung 37: Prozentuale Anteile der Anzahl der Sozialkontakte in den beiden Subgruppen (N=91)

Die Jungen geben deskriptiv mehr Sozialkontakte an, ohne dass dies durch den $\chi 2$-Test statistisch untermauert wird (α_{krit}=.02, p≤.09, Tabelle 68).

Tabelle 68: Ergebnisse des $\chi 2$-Tests für die Anzahl der Sozialkontakte N=91, α_{krit} =.02

	Wert	df	p (zweiseitig)
Chi-Quadrat nach Pearson	20.39	13	.09

6.1.3.4 Vergleich der Altersgruppen

Soziale Unsicherheit: FNE und SAD

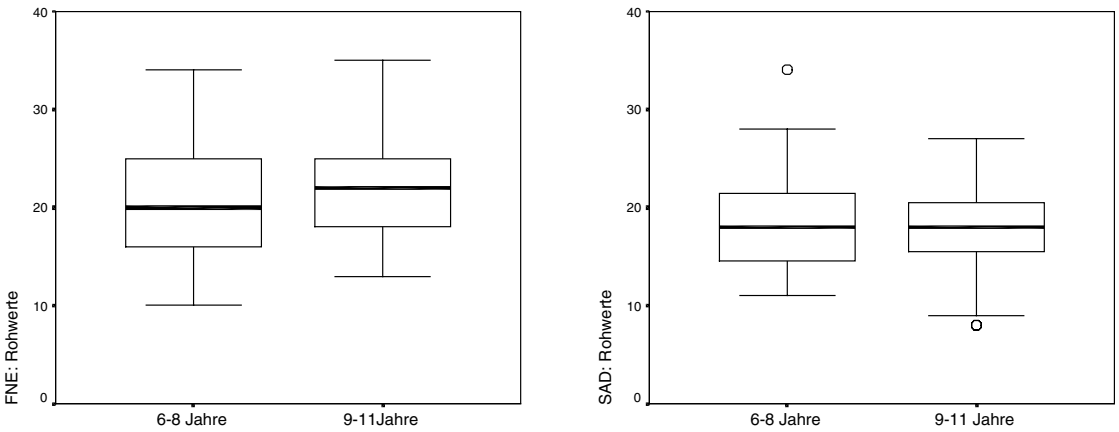


Abbildung 38: Boxplots zur „Angst vor negativer Bewertung und „Angst in und Vermeidung von sozialen Situationen“ (N=91)

In Abbildung 38 sind für beide Subskalen die Mittelwerte, Streuung und Ausreißer als Boxplots dargestellt. Die multivariaten Varianzanalyse ergab für die beiden Variablen keine signifikanten Gruppenunterschiede (p≤.10, S.151).

Vergleich der Altersgruppen: Klinisch relevante soziale Ängste

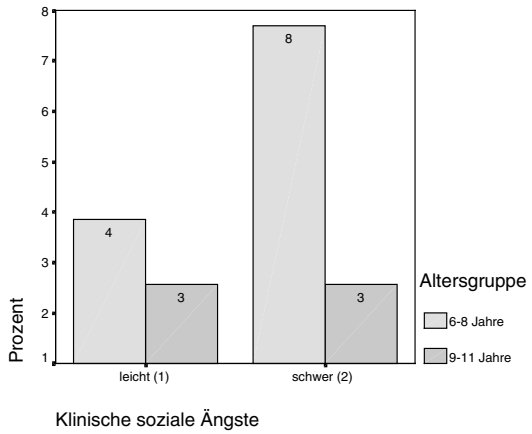


Abbildung 39: Prozentuale Anteile der Ausprägungen klinisch relevanter sozialer Ängste (N=91)

In Abbildung 39 sind die prozentualen Häufigkeiten klinisch relevanter sozialer Ängste dargestellt. Deskriptiv betrachtet weisen die jüngeren Kinder einen höheren Anteil leichter und starker sozialer Ängste auf. Der χ-2-Test (Tabelle 69) erbrachte jedoch keine signifikanten Unterschiede zwischen den Altersgruppen bezüglich der Häufigkeiten klinisch relevanter sozialer Ängste.

Tabelle 69: Ergebnisse des χ2-Tests für die Häufigkeiten der klinisch relevanten sozialen Ängste N=91

	Wert	df	p(1-seitig)
χ2 nach Pearson	1.28	2	.26

Vergleich der Altersgruppen: Sozialbeziehungen

Intensität der Sozialkontakte und Beliebtheit

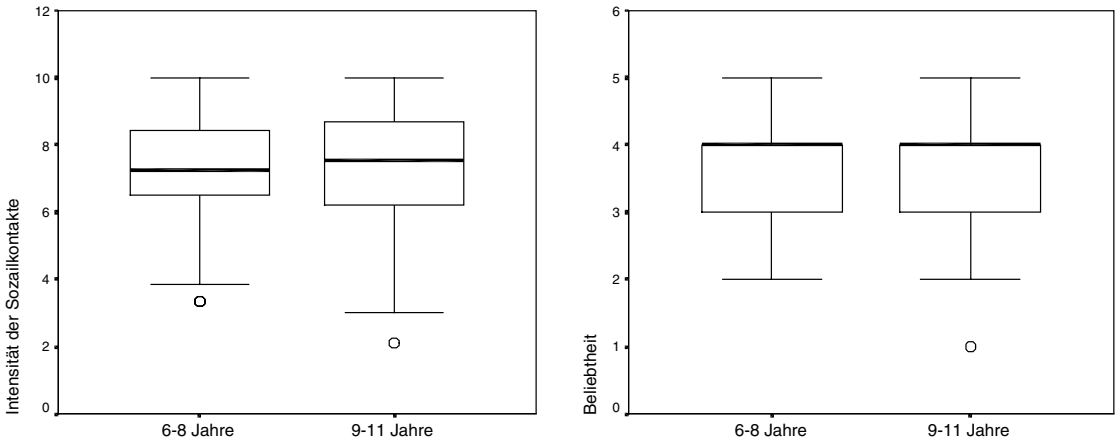


Abbildung 40: Boxplots zur „Intensität der Sozialkontakte“, N=91

In Abbildung 40 sind die Mittelwerte, die Streuung und die Ausreißer der Variablen als Boxplots dargestellt. Bereits die deskriptive Betrachtung macht deutlich, dass sich die

Mittelwerte nur minimal unterscheiden. Die multivariaten Varianzanalyse ergab keine signifikanten Altersunterschiede (p≤.80, S. 152).

Anzahl der Sozialkontakte

Tabelle 70: Stichprobenkennwerte für die Anzahl der Sozialkontakte zu t1, N=91

Anzahl der Sozialkontakte	N	Mittelwert	SD	SE
6-8jährige	52	9.71	2.71	.38
9-11jährige	39	11.05	3.84	.61

Die Stichprobenkennwerte der jeweiligen angegebenen Anzahl der Sozialkontakte (max. 15) in den Altersgruppen sind in Tabelle 70 zusammengefasst. Abbildung 41 zeigt die prozentualen Häufigkeiten der Anzahl der Sozialkontakte in den Altersgruppen. Die grau schattierten Flächen kennzeichnen Bereiche, in denen der Anteil der 9-11 Jährigen größer ist als der der 6-8 Jährigen, die schwarz schattierten Flächen stellen Bereiche dar, in denen der Anteil der 6-8 Jährigen größer ist. Kein Kind gab weniger als 2 Freunde an. Die deskriptive Betrachtung macht deutlich, dass bei der Angabe von 2-9 Freunden der Anteil der Kinder von 6-8 Jahren überwiegt, ab 11 Freunden der Anteil der 9-11 Jährigen.

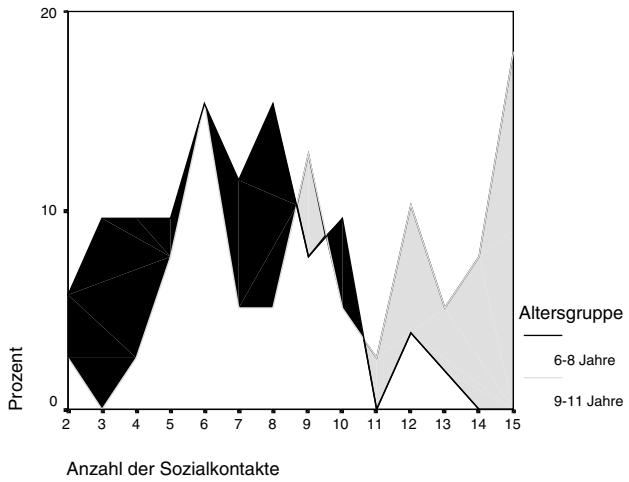


Abbildung 41: Prozentuale Anteile der Anzahl der Sozialkontakte in den beiden Altersgruppen (N=91)

Der χ-2-Test (Tabelle 71) erbrachte einen signifikanten Unterschied zwischen den beiden Altersgruppen bezüglich der Anzahl der Sozialkontakte. Die älteren Kinder gaben deutlich mehr Sozialkontakte an (p≤.012).

Tabelle 71: Ergebnisse des χ2-Tests für die Anzahl der Sozialkontakte N=91, α_{krit} =.03

	Wert	df	p(zweiseitig)
Chi-Quadrat nach Pearson	27.15	13	.012

6.1.3.5 Übersicht über die Ergebnisse für die Gruppe der Kinder ohne Körperbehinderung

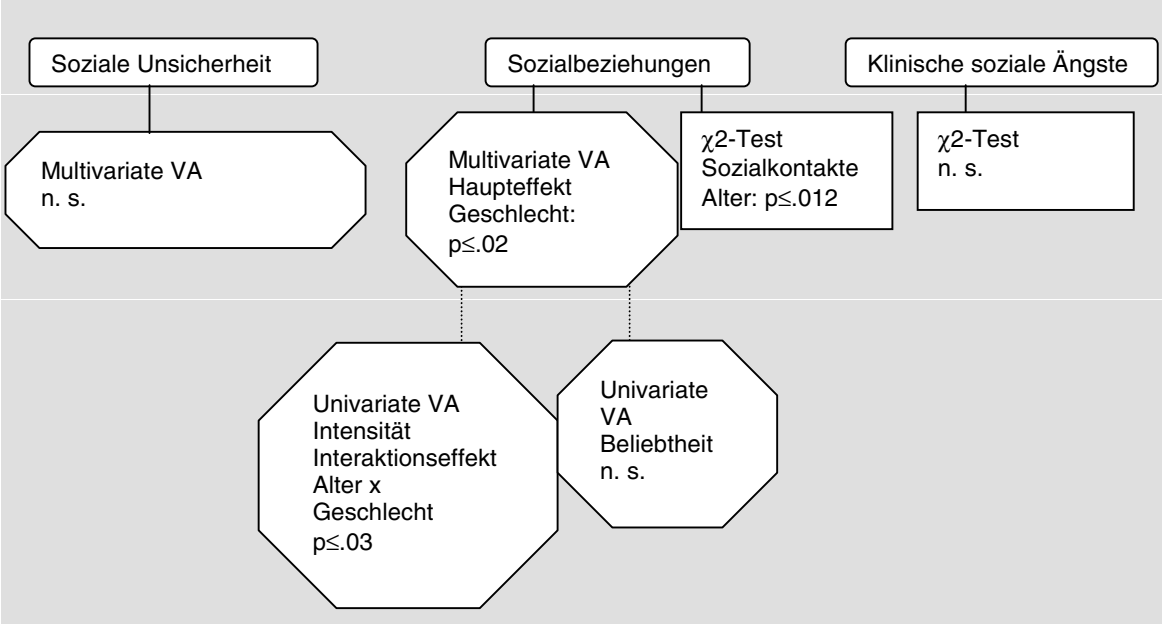


Abbildung 42: Überblick über die durchgeführten Verfahren zur Überprüfung der postulierten Gruppenunterschiede und Interaktionseffekte. VA: Varianzanalyse, n. s.: nicht signifikant.

In Abbildung 42 sind die Ergebnisse des letzten Kapitels im Überblick zusammengefasst. Innerhalb der Gruppe der Kinder ohne Körperbehinderung zeigten sich keine signifikanten Alters- oder Geschlechtsunterschiede bezüglich der Sozialen Unsicherheit bzw. der klinisch relevanten sozialen Ängste. Bei der Analyse der Variablen, die die Sozialbeziehungen erfassen, ergab sich in der multivariaten Varianzanalyse ein Haupteffekt Geschlecht: Die Mädchen wiesen bessere Sozialbeziehungen auf. Die univariaten Analysen zeigte jedoch keine signifikanten Haupteffekte „Geschlecht" für die „Intensität der Sozialkontakte" ($\alpha_{adj.}$=.02, p≤.05) und „Beliebtheit" ($\alpha_{adj.}$=.02, p≤.03) auf. Der Interaktionseffekt Alter*Geschlecht für die Intensität der Sozialbeziehungen ist darauf zurück zu führen, dass die älteren Mädchen besonders intensive Sozialbeziehungen berichteten. Des weiteren wiesen die älteren Kinder deutlich mehr Sozialkontakte als die jüngeren Kinder auf. Die jeweilige Richtung der signifikanten Gruppenunterschiede ist in Tabelle 72 dargestellt.

Tabelle 72: Signifikante Unterschiede zwischen den Subgruppen

Mädchen versus Jungen	6-8ährige versus 9-11jährige
Sozialbeziehungen (Intensität & Beliebtheit)	Anzahl der Sozialkontakte
(Mädchen > Jungen)	(9-11jährige>6-8jährige)

6.1.4 Kinder mit Körperbehinderung

6.1.4.1 Überblick über das Kapitel

Im folgenden Kapitel werden für die Gruppe der Kinder mit Körperbehinderung zum ersten Messzeitpunkt die postulierten Geschlechts- und Altersunterschiede und Interaktionseffekte für die abhängigen Variablen „Sozialbeziehungen, „Soziale Unsicherheit“ und „Klinische soziale Ängste“ analysiert. Abbildung 43 gibt einen Überblick über die Auswertung.

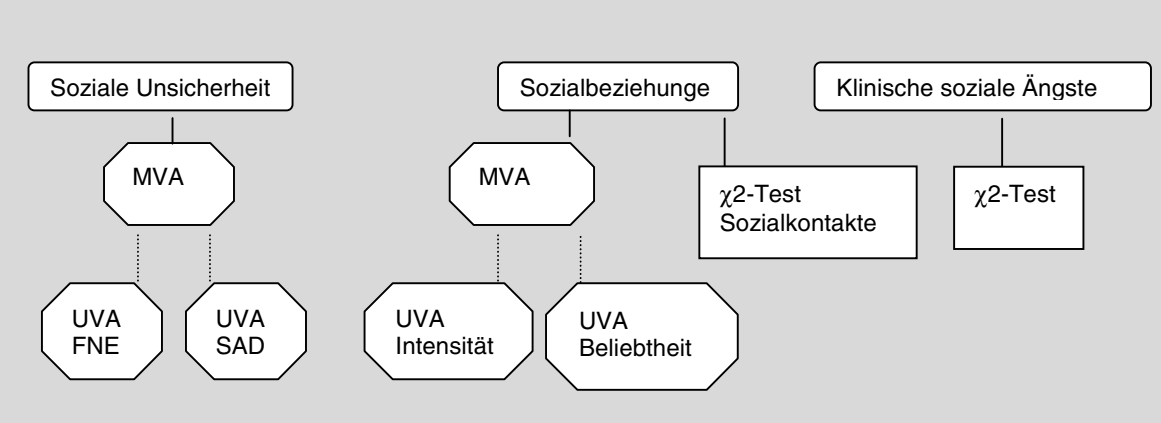


Abbildung 43: Überblick über die Auswertung und Ergebnisdarstellung. MVA: Multivariate Varianzanalyse, UVA: Univariate Varianzanalyse, FNE: Angst vor negativer Bewertung, SAD: Angst in und Vermeidung von sozialen Situationen.

6.1.4.2 Prüfung der Haupt- und Interaktionseffekte

Die Ergebnisse der multivariaten Varianzanalyse zur Sozialen Unsicherheit sind in Tabelle 73 dargestellt. Da keinerlei Haupt- und Interaktionseffekte aufgezeigt werden konnten, wurden keine univariaten Varianzanalysen berechnet.

Tabelle 73: Ergebnisse der multivariaten Varianzanalyse „Soziale Unsicherheit“

Quelle	Wert	F	df	Fehler df	p	Eta-Quadrat
Altersgruppe	.05	1.54	2	59	.22	.05
Geschlecht	.04	1.09	2	59	.34	.04
Altersgruppe x Geschlecht	.05	1.39	2	59	.26	.05

Die Ergebnisse der multivariaten Varianzanalyse zu den Sozialbeziehungen sind in Tabelle 74 dargestellt.

Tabelle 74: Ergebnisse der multivariaten Varianzanalyse „Sozialbeziehungen“

Quelle	Wert	F	df	Fehler df	p	Eta-Quadrat
Altersgruppe	.10	3.32	2	59	.04	.10
Geschlecht	.02	.51	2	59	.60	.02
Altersgruppe x Geschlecht	.07	2.19	2	59	.12	.07

Es zeigte sich ein Haupteffekt „Altersgruppe“ (p≤.04). Die univariaten Analysen (Tabelle 75) erbrachten einen signifikanten Haupteffekt „Altersgruppe“ (p≤.01) für die Variable „Intensität der Sozialkontakte“. Weitere Haupt- und Interaktionseffekte wurden nicht aufgezeigt.

Tabelle 75: Ergebnisse der univariaten Varianzanalysen „Sozialbeziehungen“

Quelle	Abhängige Variable	Quadrat-summe	df	F	p 2-seitig	Eta-Quadrat
Altersgruppe	Beliebtheit	.39	1	.15	.70	.00
	Intensität	6.62	1	6.71	**.01**	.10
Geschlecht	Beliebtheit	.90	1	.36	.55	.01
	Intensität	.74	1	.75	.39	.01
Altersgruppe x Geschlecht	Beliebtheit	.15	1	.06	.81	.00
	Intensität	4.38	1	4.44	.04	.07

6.1.4.2 Vergleich der Mädchen und Jungen

Soziale Unsicherheit: FNE und SAD

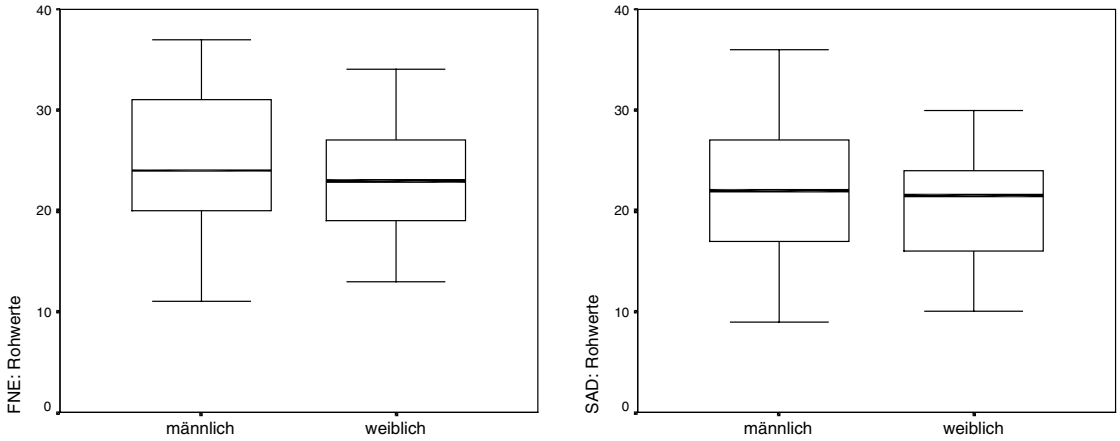


Abbildung 44: Mittelwerte der Variablen FNE und SAD

In Abbildung 44 sind für beide Subskalen die Mittelwerte, Streuung und Ausreißer als Boxplots dargestellt. Bereits die deskriptive Betrachtung verdeutlicht, dass sich die Mittelwerte nur minimal unterscheiden, dies bestätigt sich bei der statistischen Analyse: es wurde kein signifikanter Haupteffekt „Geschlecht“ gefunden (S. 159: p≤.34)

Vergleich der Mädchen und Jungen: Klinisch relevante soziale Ängste

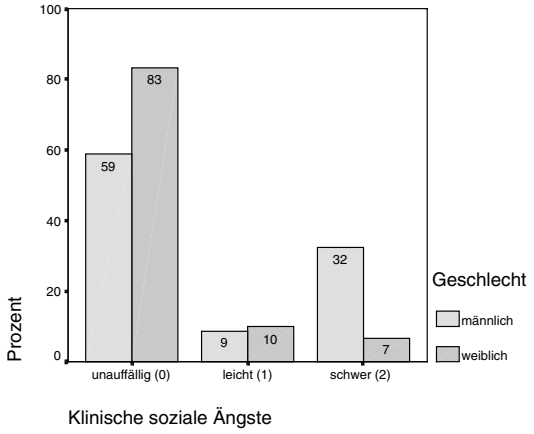


Abbildung 45: Prozentuale Anteile der Ausprägungen klinisch relevanter sozialer Ängste (N=64)

In Abbildung 45 sind die Häufigkeiten klinisch relevanter sozialer Ängste dargestellt. 83% der Mädchen wiesen keine leichten oder starken sozialen Ängste auf im Vergleich zu 58% der Jungen. Der χ-2-Test (Tabelle 76) bestätigte einen signifikanten Unterschied ($p \leq .04$) zwischen den beiden Gruppen bezüglich der Häufigkeiten klinisch relevanter sozialer Ängste: die Jungen weisen zu einem deutlich höheren Anteil klinisch relevante Ängste auf.

Tabelle 76: Ergebnisse des χ2-Tests für die Häufigkeiten der klinisch relevanten sozialen Ängste, N=64, α_{krit}=.05

	Wert	df	p (2-seitig)
Chi-Quadrat nach Pearson	6.56	2	.04

Vergleich der Mädchen und Jungen: Sozialbeziehungen

Intensität der Sozialkontakte und Beliebtheit

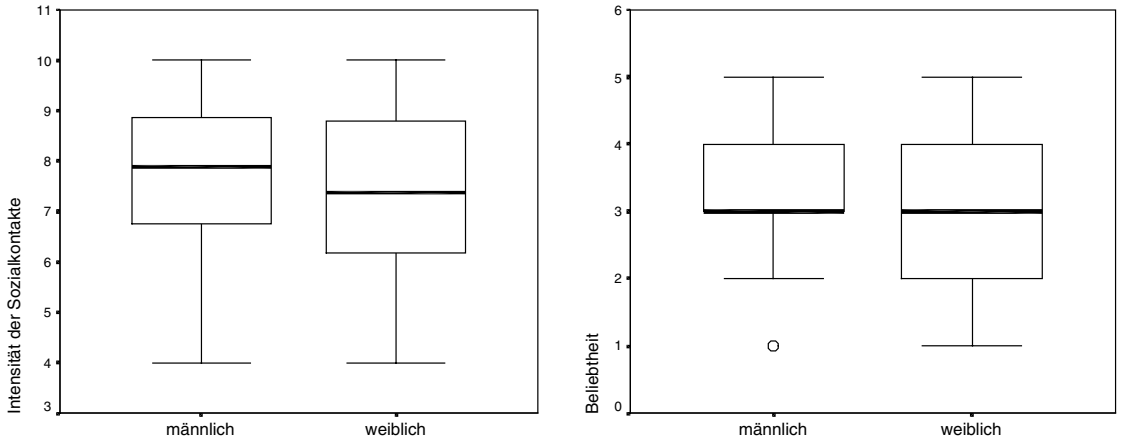


Abbildung 46: Boxplots zur „Intensität der Sozialkontakte“ und „Beliebtheit“, N=61

In Abbildung 46 sind die Mittelwerte, Streuung und Ausreißer der Variablen „Beliebtheit“ und „Intensität der Sozialkontakte“ als Boxplots dargestellt. Bereits die deskriptive Betrachtung der Mittelwerte lässt vermuten, dass keine oder nur minimale Geschlechtsunterschiede bezüglich „Beliebtheit“ und „Intensität der Sozialbeziehungen“ bei den Kindern mit Körperbehinderung vorhanden sind, dies wird durch die multivariate Varianzanalyse bestätigt (S.159, Haupteffekt Geschlecht: $p \leq .60$).

Anzahl der Sozialkontakte

Tabelle 77: Stichprobenkennwerte für die Anzahl der Sozialkontakte zu t1, N=64

Anzahl der Sozialkontakte	N	Mittelwert	SD	SE	Minimum	Maximum
Mädchen	30	8.57	2.47	.45	1	15
Jungen	34	9.22	2.96	.51	1	15

Die Stichprobenkennwerte der jeweiligen angegebenen Anzahl der Sozialkontakte (max. 15) in den Subgruppen sind Tabelle 77 zusammengefasst. Abbildung 47 zeigt die prozentualen Häufigkeiten der Anzahl der Sozialkontakte in den Subgruppen. Die grau schattierten Flächen kennzeichnen Bereiche, in denen der Anteil Mädchen größer ist als der der Jungen, die schwarz schattierten Flächen stellen Bereiche dar, in denen der Anteil der Jungen größer ist. Die deskriptive Betrachtung lässt vermuten, dass bei der Angabe weniger als 7 Sozialkontakten der Anteil der Mädchen größer ist und ab der Angabe von sieben Spielgefährten der Anteil der Jungen überwiegt.

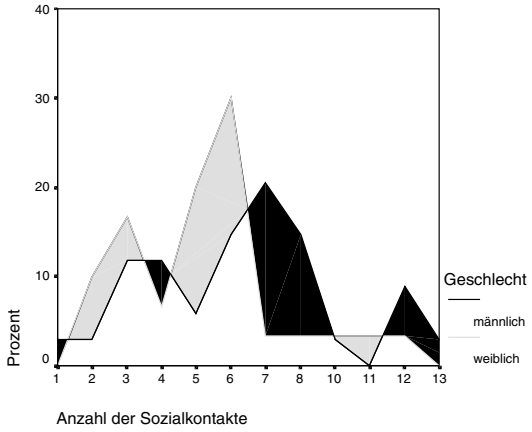


Abbildung 47: Prozentuale Anteile der Anzahl der Sozialkontakte in den beiden Subgruppen (N=64)

Auch der deskriptiv größere Mittelwert der Jungen (9.22 im Vergleich zu 8.57) weist in diese Richtung. Der χ-2-Test (Tabelle 78) zeigte jedoch keinen Unterschied zwischen den beiden Gruppen (Mädchen / Jungen) bezüglich der Anzahl der Sozialkontakte auf.

Tabelle 78: Ergebnisse des $\chi 2$-Tests für die Anzahl der Sozialkontakte N=61, α=.02

	Wert	df	p (zweiseitig)
Chi-Quadrat nach Pearson	15.90	11	.145

6.1.4.3 Vergleich der Altersgruppen

Soziale Unsicherheit: FNE und SAD

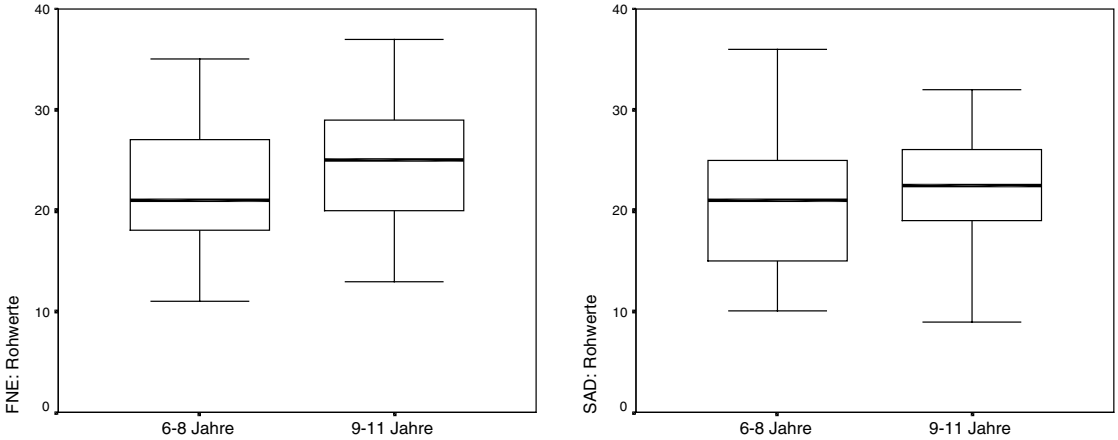


Abbildung 48: Boxplots zur „Angst vor negativer Bewertung und „Angst in und Vermeidung von sozialen Situationen“ (N=61))

In Abbildung 48 sind für beide Subskalen die Mittelwerte, Streuung und Ausreißer als Boxplots dargestellt. Der deskriptiv leicht erhöhte Mittelwert der 9-11 Jährigen auf der Skala „Angst vor negativer Bewertung“ ist statistisch nicht bedeutsam (Multivariate Varianzanalyse, S. 159, p≤.22)

Vergleich der Altersgruppen: Klinisch relevante soziale Ängste

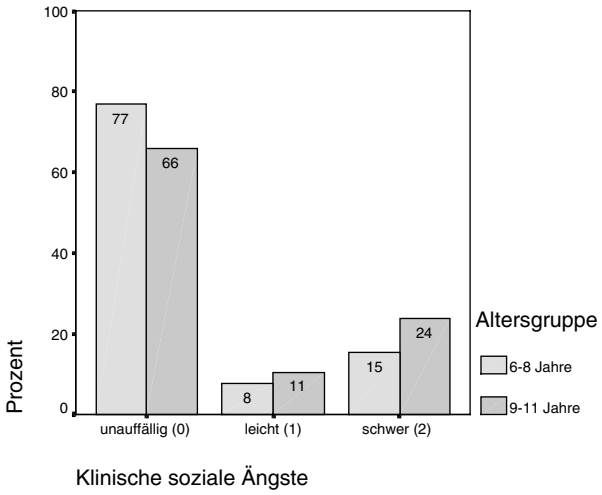


Abbildung 49: Prozentualen Anteile der Ausprägungen klinisch relevanter sozialer Ängste (N=91)

In Abbildung 49 sind die prozentualen Häufigkeiten klinisch relevanter sozialer Ängste dargestellt. 77% der jüngeren Kinder wiesen keine sozialen Ängste auf im

Vergleich zu 66% der älteren Kinder. Der χ-2-Test (Tabelle 79) erbrachte keinen signifikanten Unterschied zwischen den Altersgruppen bezüglich der Häufigkeiten klinisch relevanter sozialer Ängste.

Tabelle 79: Ergebnisse des χ2-Tests für die Häufigkeiten der klinisch relevanten sozialen Ängste N=91

	Wert	df	p (1-seitig)
Chi-Quadrat nach Pearson	.93	2	.37

Vergleich der Altersgruppen: Sozialbeziehungen
Intensität der Sozialkontakte und Beliebtheit

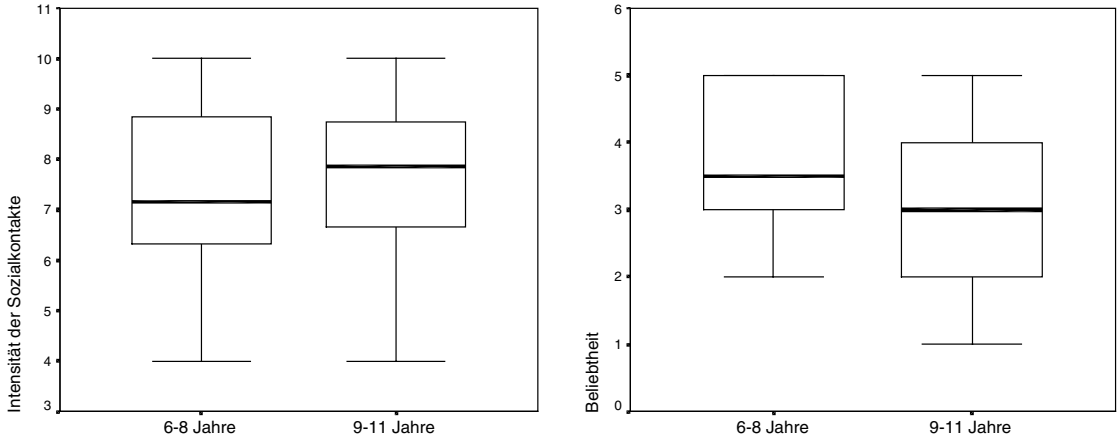


Abbildung 50: Boxplots zur „Intensität der Sozialkontakte“ und „Beliebtheit“, N=91

In Abbildung 50 sind die Mittelwerte, die Streuung und die Ausreißer der Variablen als Boxplots dargestellt. In der deskriptiven Betrachtung ist die Intensität der Sozialkontakte bei den älteren Kindern etwas stärker ausgeprägt, während sich die Beliebtheit etwas niedriger darstellt. Die multivariate Varianzanalyse bestätigt einen Haupteffekt „Alter“($p \leq .04$, S.159), der auf die Variable „Intensität der Sozialkontakte“ zurück zu führen ist, wie sich in der univariaten Varianzanalyse zeigte (Intensität: $p \leq .01$, Beliebtheit: $p \leq .70$, S.160).

Anzahl der Sozialkontakte

Tabelle 80: Stichprobenkennwerte für die Anzahl der Sozialkontakte zu t1, N=64

Anzahl der Sozialkontakte	N	Mittelwert	SD	SE	Minimum	Maximum
6-8jährige	26	9.12	2.94	.58	1	15
9-11jährige	38	8.77	2.69	.44	1	15

Die Stichprobenkennwerte der jeweiligen angegebenen Anzahl der Sozialkontakte (max. 15) in den Altersgruppen sind Tabelle 80 zusammengefasst. Abbildung 51 zeigt die

prozentualen Häufigkeiten der Anzahl der Sozialkontakte in den Altersgruppen. Die grau schattierten Flächen kennzeichnen Bereiche, in denen der Anteil der 9-11 Jährigen größer ist als der der 6-8 Jährigen, die schwarz schattierten Flächen stellen Bereiche dar, in denen der Anteil der 6-8 Jährigen größer ist.

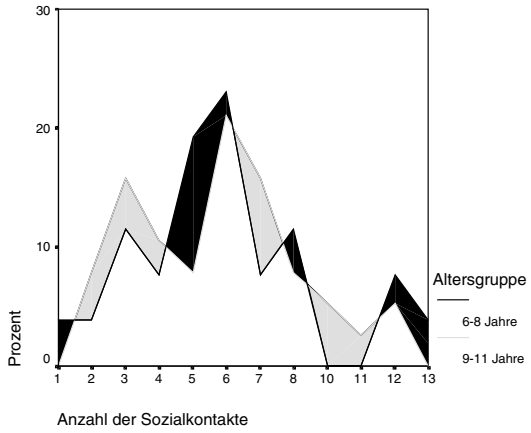


Abbildung 51: Prozentuale Anteile der Anzahl der Sozialkontakte in den beiden Altersgruppen (N=91)

Der χ-2-Test (Tabelle 81) erbrachte keinen signifikanten Unterschied zwischen den beiden Altersgruppen bezüglich der Anzahl der Sozialkontakte.

Tabelle 81: Ergebnisse des χ2-Tests für die Anzahl der Sozialkontakte N=64, α_{krit} =.02

	Wert	df	p (zweiseitig)
Chi-Quadrat nach Pearson	8.50	11	.67

6.1.4.4 Übersicht über die Ergebnisse für die Gruppe der Kinder mit Körperbehinderung

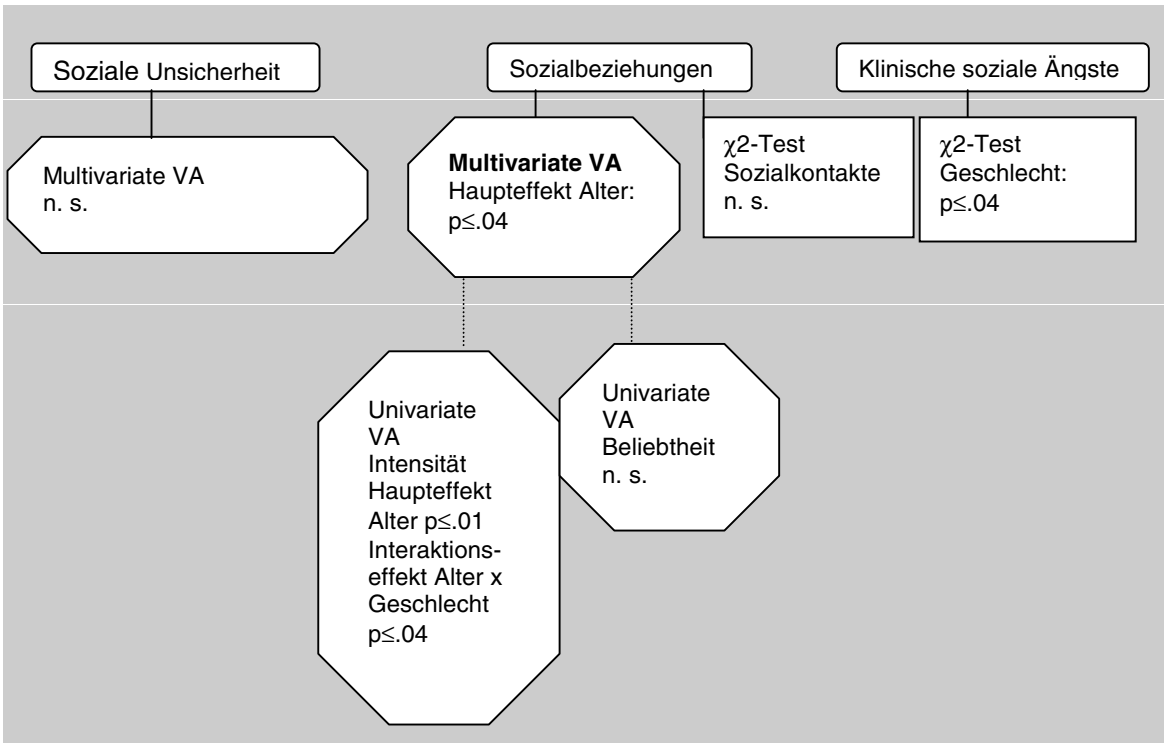


Abbildung 52: Überblick über die durchgeführten Verfahren zur Überprüfung der postulierten Gruppenunterschiede und Interaktionseffekte. VA: Varianzanalyse, n. s.: nicht signifikant.

In Abbildung 52 sind die Ergebnisse des letzten Kapitels für die Kinder mit Körperbehinderung im Überblick zusammengefasst. Die jeweilige Richtung der signifikanten Gruppenunterschiede ist in Tabelle 82 dargestellt. Für die Variablen, die die Sozialbeziehungen erfassen, zeigte sich insgesamt ein Haupteffekt Alter, der hauptsächlich auf die „Intensität" der Sozialbeziehungen zurück geführt werden kann. Die älteren Kinder beschreiben signifikant intensivere Sozialbeziehungen. Es wiesen deutlich mehr Jungen klinisch relevante soziale Ängste auf.

Tabelle 82: Signifikante Unterschiede zwischen den Subgruppen

Mädchen versus Jungen	6-8ährige versus 9-11jährige
Klinisch relevante soziale Ängste (Jungen> Mädchen)	Sozialbeziehungen (9-11jährige>6-8jährige) Intensität der Sozialkontakte (9-11jährige>6-8jährige)

6.1.5 Besonders betroffene Subgruppen

„Angst vor negativer Bewertung“

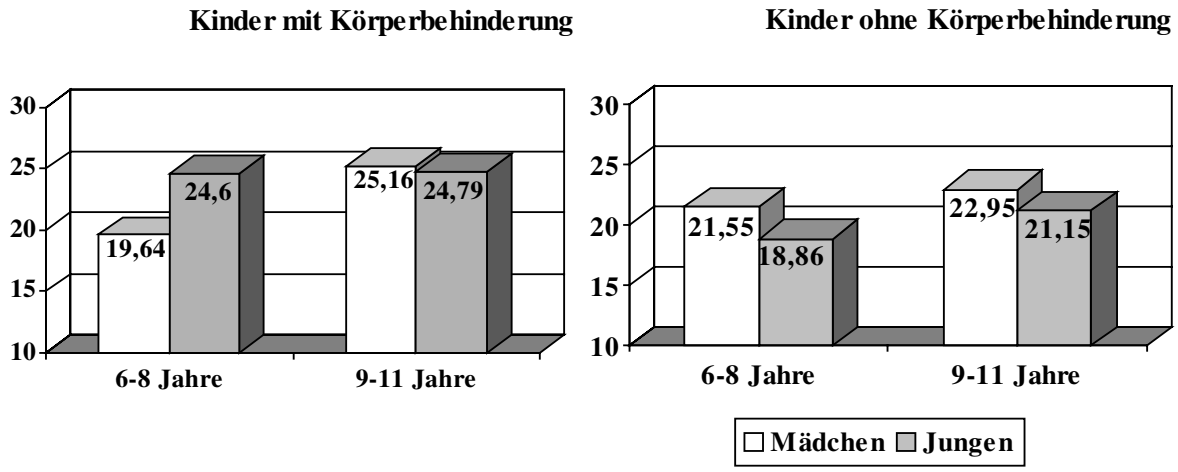


Abbildung 53: Mittelwerte der Variable „Angst vor negativer Bewertung“ (FNE) in allen Subgruppen

In Abbildung 53 sind die Mittelwerte der Variablen „Angst vor negativer Bewertung für die verschiedenen Subgruppen dargestellt. Sie zeigt den deskriptiv höheren Mittelwert der Kinder mit Körperbehinderung, eine Ausnahme bilden hier die 6-8jährigen Mädchen mit Körperbehinderung. Mittels post-hoc Kirk Tests wurde überprüft, ob sich in den einzelnen Subgruppen signifikante Geschlechtsunterschiede zeigen. Anschließend wurde geprüft, ob sich in den Subgruppen signifikante Altersunterschiede zeigen. In einem dritten Schritt wurde für alle Subgruppen der Unterschied zwischen Kindern mit und ohne Körperbehinderung geprüft. Es wurden keine Vergleiche der Differenzen angestellt, da diese keine Erkenntnisse über die bereits durchgeführten Varianzanalysen hinaus erbringen würden. Die Ergebnisse sind in Tabelle 83 aufgeführt.

Tabelle 83: Ergebnisse der post-hoc-Tests zur „Angst vor negativer Bewertung“, α krit=.05

	Subgruppe	df Fehler	Fehler MS within	t	p (einseitig)
Mädchen versus Jungen	Gruppe mit KB, 6-8jährige	147	35.60	-2.09	**.02***
	Gruppe mit KB, 9-11jährige	147	35.60	.19	.42
	Gruppe ohne KB, 6-8jährige	147	35.60	1.60	.06
	Gruppe ohne KB, 9-11jährige	147	35.60	.09	.17
6-8jährige versus 9-11jährige	Mädchen mit KB	147	35.60	-2.44	**.01***
	Mädchen ohne KB	147	35.60	-.81	.21
	Jungen mit KB	147	35.60	-.09	.46
	Jungen ohne KB	147	35.60	-1.23	.11
Kinder mit Körperbehinderung versus Kinder ohne Körperbehinderung	6-8j. Mädchen	147	35.60	-.91	.18
	9-11j. Mädchen	147	35.60	1.14	.13
	6-8j. Jungen	147	35.60	2.85	**.002***
	9-11. Jungen	147	35.60	.9042	**.03***

„Angst in und Vermeidung von sozialen Situationen“

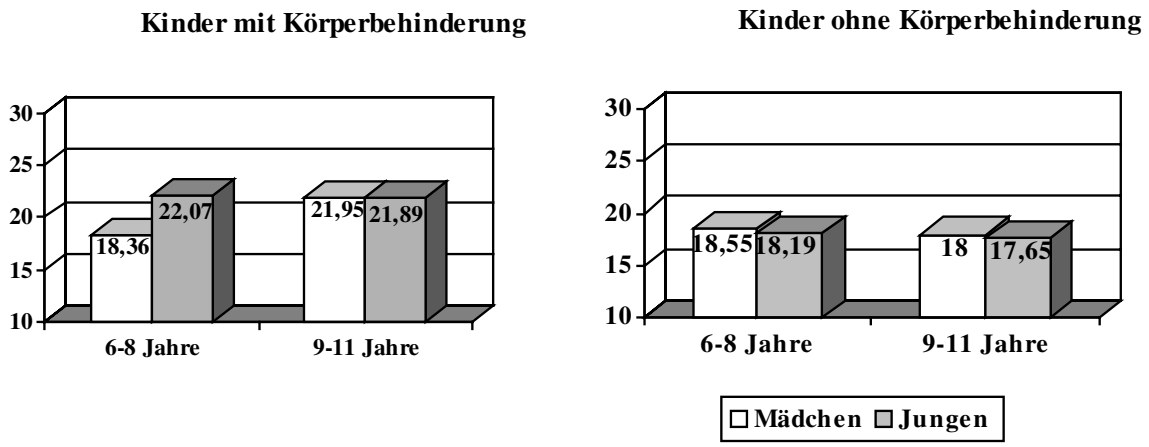


Abbildung 54: Mittelwerte der Variable „Angst in und Vermeidung von sozialen Situationen“ (SAD) in allen Subgruppen

In Abbildung 54 sind die Mittelwerte der Variablen „Angst in und Vermeidung von sozialen Situationen“ für die verschiedenen Subgruppen dargestellt. Sie zeigt den deskriptiv höheren Mittelwert der Kinder mit Körperbehinderung, eine Ausnahme bilden hier die 6-8jährigen Mädchen mit Körperbehinderung. Die Überprüfung der Geschlechtsunterschiede wurde nur in dieser Subgruppe durchgeführt, da in den übrigen Subgruppen bereits die Mittelwerte erschließen lassen, dass keine signifikanten Unterschiede bestehen. Anschließend wurde geprüft, ob sich in den Subgruppen signifikante Altersunterschiede zeigen, auch hier beschränkt sich die Analyse auf die Gruppe der Mädchen mit Körperbehinderung. Schließlich wurden für alle Subgruppen Unterschiede zwischen den Kindern mit und ohne Körperbehinderung untersucht. Die Ergebnisse sind in Tabelle 84 aufgeführt.

Tabelle 84: Ergebnisse der post-hoc Kirk-Tests zur „Variablen „Angst in und Vermeidung von sozialen Situationen“, α_{krit}=.05

	Subgruppe	DF Fehler	Fehler MS within	t	p (einseitig)
Mädchen versus Jungen	Gruppe mit KB, 6-8jährige	147	35.60	-1.57	.06
6-8 versus 9-11jährige	Mädchen mit KB	147	35.60	-1.60	.06
Kinder mit versus ohne Körperbehinderung	6-8j. Mädchen	147	35.60	-.09	.46
	9-11j. Mädchen	147	35.60	2.04	.02*
	6-8j. Jungen	147	35.60	1.92	.03*
	9-11. Jungen	147	35.60	2.22	.01*

„Klinisch relevante soziale Ängste“

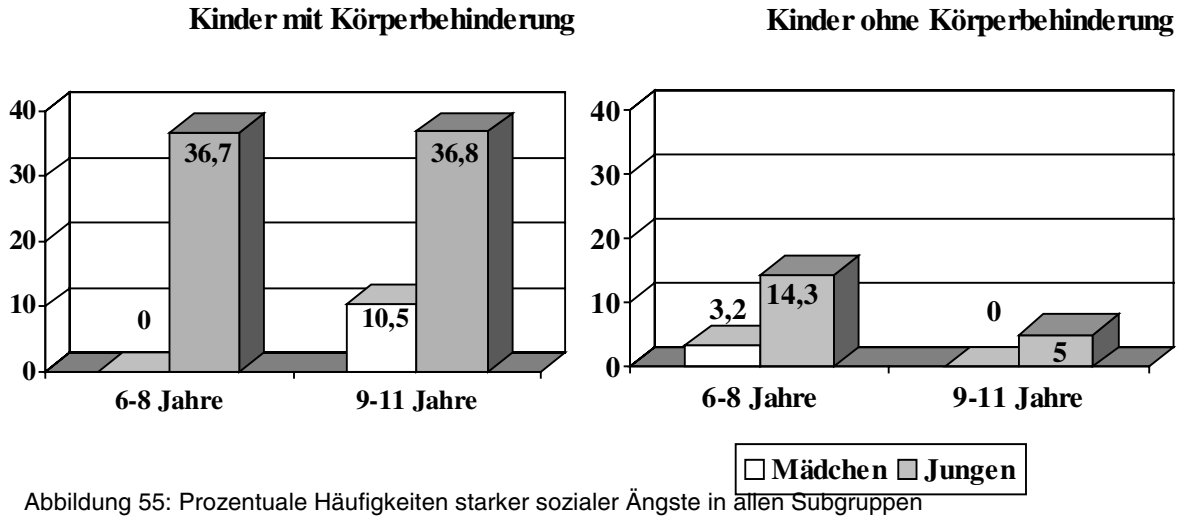


Abbildung 55: Prozentuale Häufigkeiten starker sozialer Ängste in allen Subgruppen

In Abbildung 55 sind die prozentualen Häufigkeiten starker sozialer Ängste für die verschiedenen Subgruppen dargestellt. Sie zeigt den deskriptiv höheren Prozentanteil der Kinder mit Körperbehinderung, eine Ausnahme bilden hier die 6-8jährigen Mädchen mit Körperbehinderung. Mittels α-adjustierter χ2-Tests (pearson) wurden die Geschlechts, Alter- und Gruppenunterschiede (mit Körperbehinderung versus ohne Körperbehinderung) für alle Subgruppen geprüft. Die Ergebnisse sind in Tabelle 85 aufgeführt. Keiner der χ2-Test zeigte signifikante Unterschiede auf.

Tabelle 85: Ergebnisse der χ2-Tests zur Häufigkeit sozialer Ängste, α_{krit} =.05

	Subgruppe	Wert	df	α adj.	p (einseitig)
Mädchen versus Jungen	Gruppe mit KB, 6-8jährige:	3.47	1	.004	.03
	Gruppe mit KB, 9-11jährige:	3.64	1	.004	.03
	Gruppe ohne KB, 6-8jährige:	2.16	1	.005	.07
	Gruppe ohne KB, 9-11jährige:	.98	1		.16
6-8jährige versus 9-11jährige	Mädchen mit KB:	1.24	1		.13
	Mädchen ohne KB:	.63	1		.21
	Jungen mit KB:	.40	1		.26
	Jungen ohne KB:	1.00	1		.16
Kinder mit Körperbehinderung versus Kinder ohne Körperbehinderung	6-8j. Mädchen	.36	1		.27
	9-11j. Mädchen	2.11	1	.005	.07
	6-8j. Jungen	.86	1		.18
	9-11. Jungen	6.06	1	.004	.007

Zusammenfassung

Tabelle 86: Überblick über die signifikanten Subgruppenunterschiede

	Subgruppe	SAD	FNE	Klinische soziale Ängste
Mädchen versus Jungen	Gruppe mit KB, 6-8jährige	n.s.	**.02***	n.s.
	Gruppe mit KB, 9-11jährige	n.s.	n.s.	n.s.
	Gruppe ohne KB, 6-8jährige	n.s.	n.s.	n.s.
	Gruppe ohne KB, 9-11jährige	n.s.	n.s.	n.s.
6-8jährige versus 9-11jährige	Mädchen mit KB	n.s.	.01*	n.s.
	Mädchen ohne KB	n.s.	n.s.	n.s.
	Jungen mit KB	n.s.	n.s.	n.s.
	Jungen ohne KB	n.s.	n.s.	n.s.
Kinder mit Körperbehinderung versus Kinder ohne Körperbehinderung	6-8j. Mädchen	n.s.	n.s.	n.s.
	9-11j. Mädchen	**.02***	n.s.	n.s.
	6-8j. Jungen	**.03***	**.002***	n.s.
	9-11. Jungen	**.01***	**.03***	n.s.

In Tabelle 86 sind die signifikanten Unterschiede zwischen den einzelnen Subgruppen aufgelistet. Die jeweilige Richtung ist in Tabelle 87 angegeben. Es zeigten sich ein Geschlechtsunterschied: die 6-8jährigen Jungen mit Körperbehinderung weisen mehr Angst vor negativer Bewertung auf als die Mädchen dieser Subgruppe. Signifikante Altersunterschiede zeigten sich innerhalb der Gruppe der Mädchen mit Körperbehinderung, die älteren Mädchen wiesen stärkere Bewertungsängste auf. Eine signifikant stärkere Ausprägung der Sozialen Unsicherheit bei den Kindern mit Körperbehinderung wurde in einer Reihe von Subgruppen gefunden: bei den 6-8jährige Jungen (SAD & FNE), den 9-11jährige Jungen (SAD & FNE) und den 9-11jährige Mädchen (SAD). Es wurde für keine Subgruppe ein Unterschied bezüglich der klinischen sozialen Ängsten gefunden.

Tabelle 87: Zusammenfassung der signifikanten Unterschiede zwischen den Subgruppen

Angst vor negativer Bewertung	Angst in & Vermeidung von sozialen Situationen
Gruppe mit KB, 6-8jährige:	9-11jährige Mädchen:
→ Jungen stärker betroffen als Mädchen	→ Kinder mit KB stärker betroffen
Mädchen mit KB:	6-8jährige Jungen
→ Ältere Mädchen stärker betroffen	→ Kinder mit KB stärker betroffen
6-8jährige Jungen:	9-11jährige Jungen
→ Kinder mit KB stärker betroffen	→ Kinder mit KB stärker betroffen
9-11jährige Jungen:	
→ Kinder mit KB stärker betroffen	

6.2 Ergebnisse zum Verlauf der Sozialen Unsicherheit

6.2.1 Betrachtung der Mittelwerte und Häufigkeiten

SAD und FNE

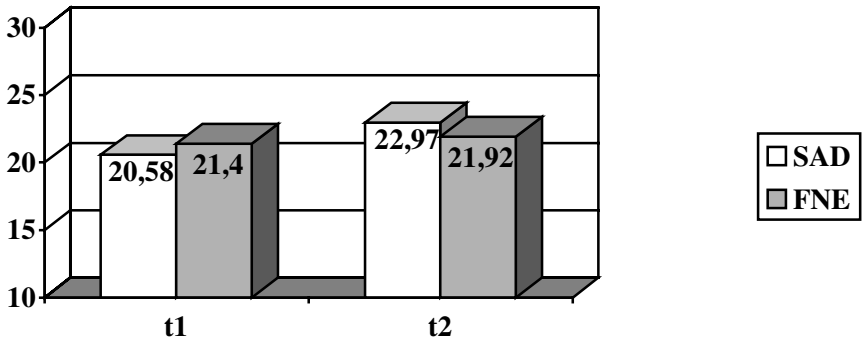


Abbildung 56: Mittelwerte der Variablen SAD und FNE zu beiden Messzeitpunkten

In Abbildung 56 sind die Mittelwerte der Variablen „Angst vor negativer Bewertung" zu beiden Messzeitpunkten dargestellt. Sie zeigt den deskriptiv höheren Mittelwert beider Variablen zum zweiten Messzeitpunkt. Bereits die deskriptive Betrachtung der Mittelwerte macht deutlich, dass diese zu t2 nicht kleiner sind als zu t1. Daher wurde auf die multivariaten Varianzanalyse mit Messwiederholung auf dem Faktor Zeit verzichtet. Mittels post-hoc Kirk Tests (Tabelle 88) wurde geprüft, ob die deskriptive Zunahme statistisch signifikant ist, dies ist bei der Variable „Angst in und Vermeidung von sozialen Situationen" der Fall.

Tabelle 88: Ergebnisse der post-hoc Kirk-Tests, α_{krit}=.05

	df Fehler	Fehler MS within	t	p (einseitig)
SAD t1 – SAD t2	51	14.97	-2.91	.003*
FNE t1 – FNE t2	51	32.26	-.47	.32

„Klinisch relevante soziale Ängste"

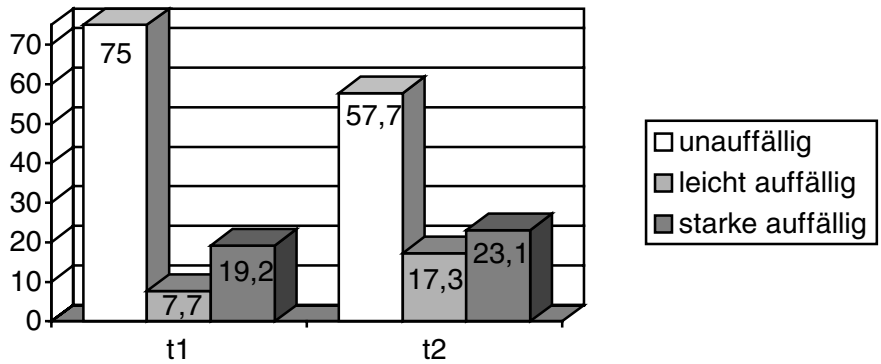


Abbildung 57: Prozentuale Häufigkeiten starker sozialer Ängste in allen Subgruppen

In Abbildung 57 sind die prozentualen Häufigkeiten leichter und starker sozialer Ängste für die beiden Messzeitpunkte dargestellt. Sie zeigt den deskriptiv höheren Anteil

leichter und starker klinischer Ängste zum zweiten Messzeitpunkt. Der McNemar-Test bestätigte ($p \leq .04$), dass die Häufigkeiten sich zwischen t1 und t2 signifikant unterscheiden.

6.2.2 Analyse der Häufigkeiten individueller Veränderungen „Angst in und Vermeidung von sozialen Situationen“

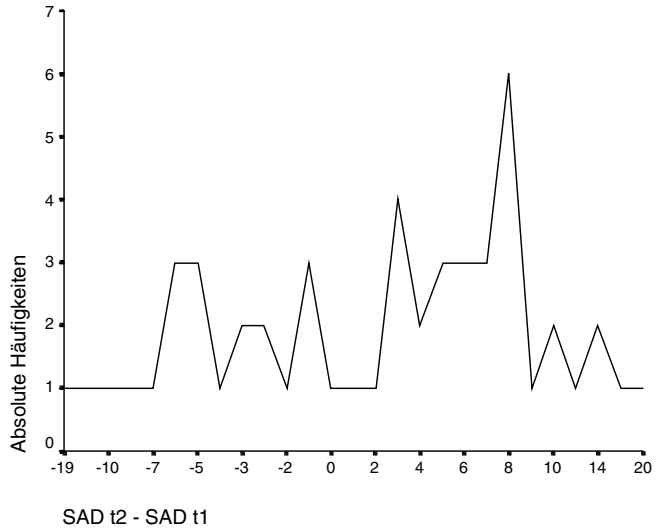


Abbildung 58: absolute Häufigkeit der einzelnen Differenzen zwischen SAD zu t2 und t1

Die absolute Häufigkeit der einzelnen Differenzen zwischen SAD zu t2 und SAD zu t1 sind in Abbildung 58 dargestellt. Negative Werte kennzeichnen eine Abnahme der Problematik. Die Werte wurden zu drei Kategorien zusammengefasst: Kinder, bei denen die Symptomatik stabil blieb, sich verschlechterte oder sich verbesserte. Die prozentualen Häufigkeiten sind in Abbildung 59 aufgeführt.

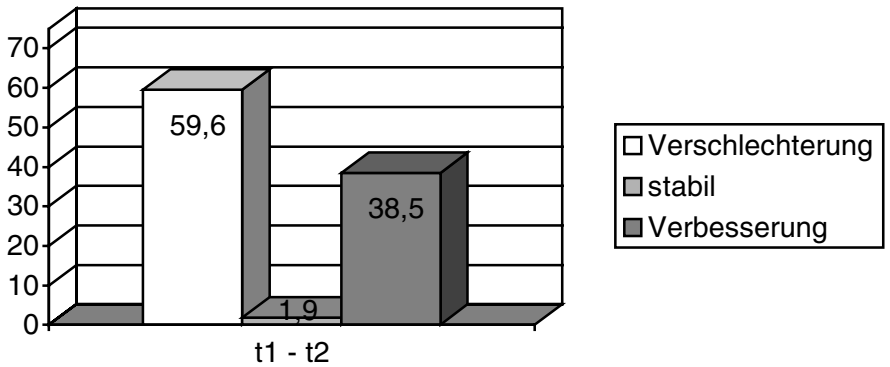


Abbildung 59: Prozentuale Häufigkeiten der Art der Veränderung der Variable SAD

Es wurde mittels eines $\chi 2$-Tests geprüft, ob sich die Anzahl der Kinder, bei denen die Symptomatik stabil blieb oder sich verschlechterte, größer war als sich von der Anzahl der Kinder, bei denen sich die Symptomatik verbesserte (Tabelle 89).

Tabelle 89: Ergebnisse des $\chi 2$-Test zum Verlauf der Variable SAD auf individueller Ebene.

	Wert	df	p (einseitig)
Verbesserung versus Verschlechterung	2.78	1	.048*

„Angst vor negativer Bewertung“

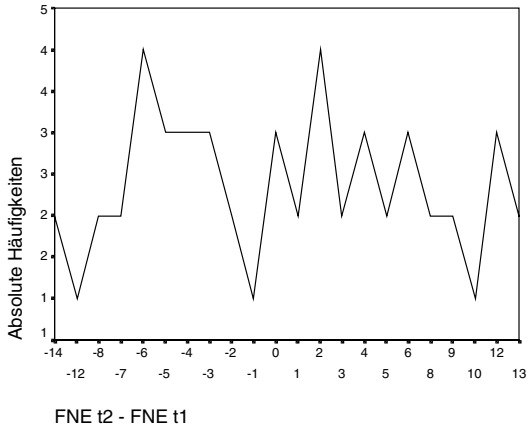


Abbildung 60: Absolute Häufigkeit der einzelnen Differenzen zwischen FNE zu t2 und t1

Die absolute Häufigkeit der einzelnen Differenzen zwischen FNE zu t1 und FNE zu t2 sind in Abbildung 60 dargestellt. Negative Werte kennzeichnen eine Abnahme der Problematik. Die Werte wurden zu drei Kategorien zusammengefasst: Kinder, bei denen die Symptomatik stabil blieb, sich verschlechterte oder sich verbesserte. Die prozentualen Häufigkeiten sind in Abbildung 61 aufgeführt.

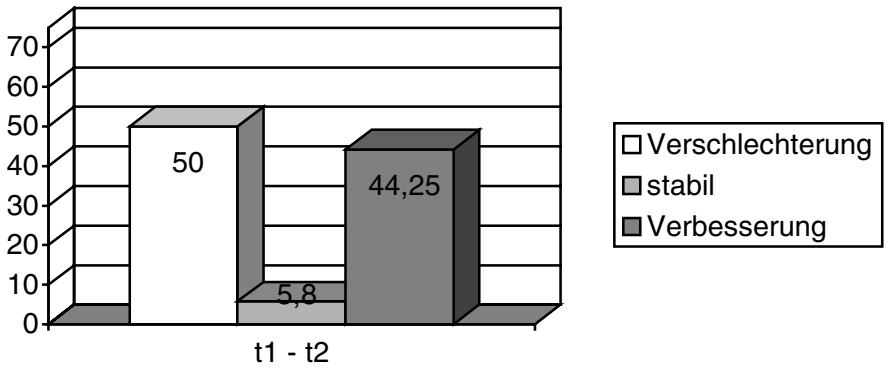


Abbildung 61: Prozentuale Häufigkeiten der Art der Veränderung der Variable FNE

Es wurde mittels eines $\chi 2$-Tests geprüft, ob die Anzahl der Kinder, bei denen die Symptomatik stabil blieb oder sich verschlechterte, größer war als die der Kinder, bei denen sich die Symptomatik verbesserte (Tabelle 90).

Tabelle 90: Ergebnisse des $\chi 2$-Test zur den Veränderungen der Variable FNE auf individueller Ebene.

	Wert	df	p (einseitig)
Verbesserung versus Verschlechterung	.69	1	.20

6.2.3 Besonders betroffenen Subgruppe

Untersucht wurde, ob es Subgruppen gab, bei denen der Verlauf besonders stabil oder progredient war, d.h., dass sich bei besonders wenigen Kindern eine Verbesserung zeigte. Da zu t2 keine ehemals 9-11jährigen Kinder ohne Körperbehinderung erneut befragt wurden, wird diese Gruppe nicht berücksichtigt. Für die jeweiligen Subgruppen sind in Tabelle 91 die prozentualen Häufigkeiten der Verbesserungen bzw. progredienten oder stabilen Verläufe aufgeführt.

Tabelle 91: prozentuale Häufigkeiten der Verläufe für die Variable SAD

	N	Prozentuale Häufigkeit	
		Verbesserung	Verschlechterung / stabil
6-8jährige Mädchen mit KB	5	100	0
6-8jährige Jungen mit KB	5	40	60
9-11jährige Mädchen mit KB	7	14.3	85.7
9-11jährige Jungen mit KB	9	44.4	55.6
6-8jährige Mädchen ohne KB	16	25	75
6-8jährige Jungen ohne KB	10	40	60

Vergleicht man die Häufigkeiten der Verbesserung der Mädchen und Jungen bei den Kindern mit und ohne Körperbehinderung, so zeigen sich keine signifikanten Unterschiede ($\chi 2$-Test, $p \leq .18$). Ein Vergleich der Häufigkeiten einer Verbesserung bei Betrachtung der Altersgruppe bei den Kinder mit und ohne Körperbehinderung zeigt für die Verbesserung einen signifikanten Unterschied ($\chi 2$, $p \leq .000$), bei den jüngeren Kindern konnte häufiger einen Verbesserung verzeichnet werden. Der Häufigkeitsvergleich der Verbesserungen der Mädchen und Jungen in den beiden Altersgruppen zeigt keine signifikanten Unterschiede auf.

Die Mittelwerte der Variablen FNE für die untersuchten Subgruppen zu beiden Messzeitpunkten werden in Abbildung 62 dargestellt.

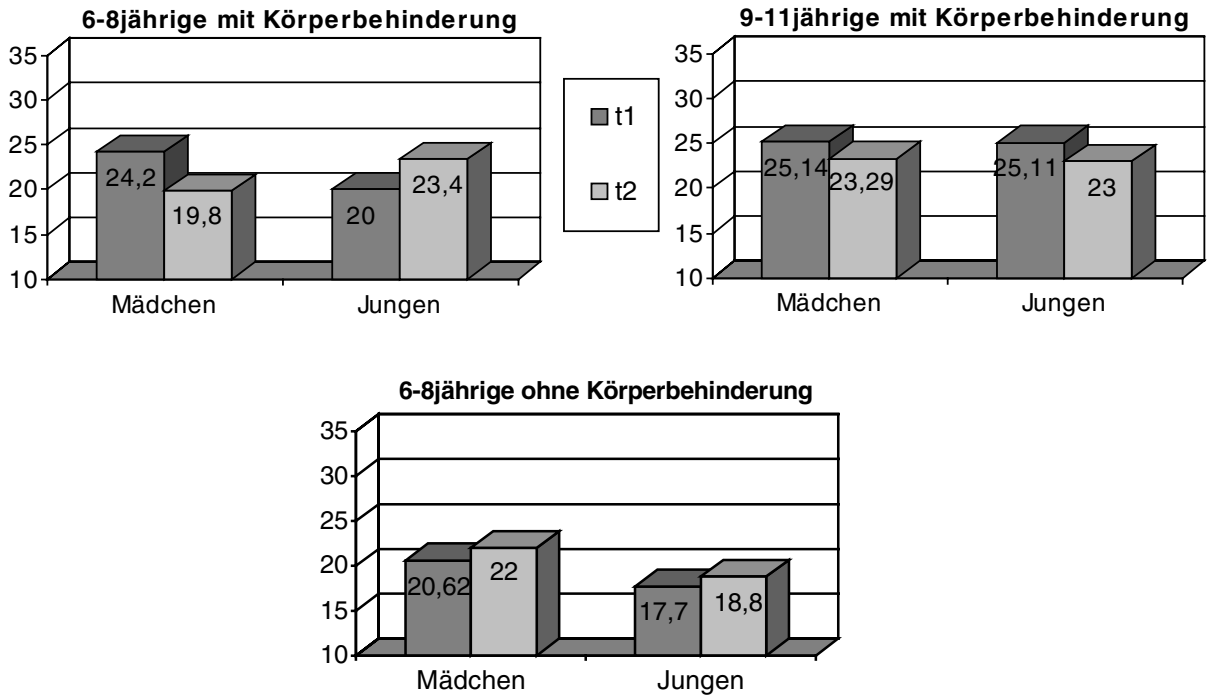


Abbildung 62: Mittelwerte der Variablen FNE für die untersuchten Subgruppen zu t1 und t2

Für die jeweiligen Subgruppen sind in Tabelle 92 die prozentualen Häufigkeiten der Verbesserungen bzw. progredienten oder stabilen Verläufe aufgeführt.

Tabelle 92: Prozentuale Häufigkeiten für die Verläufe der Variablen FNE

	N	Anzahl & prozentuale Häufigkeit	
		Verbesserung	Verschlechterung / stabil
6-8jährige Mädchen mit KB	5	1 (20%)	4 (80%)
6-8jährige Jungen mit KB	5	1 (20%)	4 (80%)
9-11jährige Mädchen mit KB	7	4 (52%)	3 (48%)
9-11jährige Jungen mit KB	9	6 (67%)	3 (33%)
6-8jährige Mädchen ohne KB	16	6 (38%)	10 (63%)
6-8jährige Jungen ohne KB	10	5 (50%)	5 (50%)

Vergleicht man die Häufigkeiten der Verbesserung der Mädchen und Jungen bei den Kindern mit und ohne Körperbehinderung, so zeigen sich keine signifikanten Unterschiede ($\chi 2$-Test, $p \leq .36$). Ein Vergleich der Häufigkeiten einer Verbesserung bei Betrachtung der Altersgruppe bei den Kindern mit und ohne Körperbehinderung zeigt für die Verbesserung einen deutlichen Unterschied auf ($\chi 2$, $p \leq .004$). Der Häufigkeitsvergleich der Verbesserungen der Mädchen und Jungen in den beiden Altersgruppen zeigt keine signifikanten Unterschiede auf.

Die Differenz zwischen beiden Messzeitpunkten der Variablen SAD und FNE korreliert ausschließlich mit der ursprünglichen Ausprägung der jeweiligen Skala (FNE: $r=-.61$, $p\leq.000$; SAD: $r=-.60$, $p\leq.000$), jedoch mit keiner der unabhängigen Variablen oder der Kontrollvariablen. Auch mittels multipler Regressionsanalysen war keine signifikante Vorhersage der Variablen SAD und FNE durch die Kontrollvariablen (Residualized change score) möglich.

Zusammenfassung

Die „Angst in und Vermeidung von sozialen Situationen“ nahm vom ersten zum zweiten Messzeitpunkt signifikant zu. Die „Angst vor negativer Bewertung“ war zum zweiten Messzeitpunkt deskriptiv höher, also nicht niedriger als zum ersten Messzeitpunkt.

Die Anzahl der Kinder, die eine Verschlechterung auf der Skala „Angst in und Vermeidung von sozialen Situationen“ zu verzeichnen hatten, war signifikant größer als die Anzahl der Kinder, die eine Verbesserung aufwiesen. Bei den jüngeren Kindern konnte häufiger einen Verbesserung verzeichnet werden.

Die Anzahl der Kinder, die eine Verschlechterung auf der Skala „Angst vor negativer Bewertung“ zu verzeichnen hatten, war deskriptiv größer als die Anzahl der Kinder, die eine Verbesserung aufwiesen. Dieser Unterschied war jedoch nicht signifikant. Bei den jüngeren Kindern konnte häufiger einen Verbesserung (FNE) verzeichnet werden.

6.3 Bewertung der Ergebnisse und Diskussion Studie 1

In dieser Studie sollte die Verbreitung Sozialer Unsicherheit bei Kindern mit und ohne Körperbehinderung erhoben werden. Die selbe Stichprobe sollte im nach 18 Monaten erneut befragt werden, um zu erfassen, ob es innerhalb diese Zeitraumes Veränderungen der Auftretenshäufigkeit und der Ausprägung der Sozialen Unsicherheit gab. Die erhobene Verbreitung und der Verlauf der Sozialen Unsicherheit sollten Schlussfolgerungen darüber erlauben, wann und bei welchen Kindern eine Intervention indiziert ist. Es wurden zwei Konstrukte untersucht: „Soziale Unsicherheit“ und Sozialkontakte“. Die Soziale Unsicherheit wurde einerseits durch die beiden Skalen „Angst in und Vermeidung von sozialen Situationen“ (SAD) und „Angst vor negativer Bewertung“ (FNE) erfasst und andererseits durch die Anzahl „Klinisch auffälliger sozialer Ängste“, die wiederum durch den Prozentrang der Skala SAD operationalisiert wurde. Das Konstrukt „Sozialkontakte“ wurde durch die von den Lehrkräften eingeschätzte „Beliebtheit“ und die Anzahl und Intensität der in der Skala „Kontakte“ des SOBEKI operationalisiert. Die einzelnen Hypothesen sollen an dieser Stelle bewertet und diskutiert werden.

Stichproben

Die Probanden wurden an zwei Grundschulen und zwei Landesbildungszentren (für körperbehinderte und sehbehinderte Kinder) gewonnen. Einschlusskriterien waren das Alter der Kinder (6-11 Jahre) und das Einverständnis der Eltern. Bei den Schülern der Landesbildungszentren war eine vorliegende Körperbehinderung ein zusätzliches Einschlusskriterium, da dort in einigen Fällen auch stark verhaltensauffällige Kinder ohne Körperbehinderung beschult werden. Ausschlusskriterium war ein IQ unter 70 und mangelnde Sprachkenntnisse, weiterhin wurden Kinder mit Körperbehinderung ausgeschlossen, die sich nicht ohne fremde Hilfe verständigen können, da der Einfluss der übersetzenden Person nicht hätte kontrolliert werden können.

Zur Repräsentativität der Stichproben zu t1

Die Elterngenehmigung war zwingend erforderlich und wurde zum ersten Messzeitpunkt von 160 der 255 angeschriebenen Eltern gegeben. Möglicherweise handelt es sich dabei nicht um einen zufällige Stichprobe. Einerseits wurden die Eltern in dem Anschreiben darüber informiert, dass die Untersuchung die Erhebung des Förderbedarfes für „schüchterne“ Kinder bei Kindern mit und ohne Körperbehinderung zum Ziel hat. Dies könnte dazu geführt haben, dass überzufällig häufig die Eltern sozial unsicherer Kinder ihr Einverständnis gaben. Andererseits könnte eine Unterrepräsentation verhaltensauffälliger Kinder im Allgemeinen vorliegen, da gerade diese Eltern motiviert sein könnten eine (eventuell folgenreiche) Diagnostik zu vermeiden. Schließlich ist es möglich, dass gehäuft Eltern mit familiären Schwierigkeiten kein Einverständnis gaben, um diese nicht nach Außen dringen zu lassen. Für das Vorhanden sein dieser Sorge spricht die relativ häufige telefonische Nachfrage (N=12), ob zu familiären Verhältnissen Fragen gestellt würden. Da diese Einflussfaktoren stets bei der Befragung von Kindern im Grundschulalter auftreten, sind die Ergebnisse mit denen anderer Studien vergleichbar, auch wenn Sie möglicherweise eine bestimmte Subpopulation über- oder unterrepräsentieren.

Die Repräsentativität der zu t1 gewonnen Stichprobe steht zu Diskussion, da diese mit einer Stichprobengröße von 155 relativ klein ist, und in nur vier schulischen Einrichtungen gewonnen wurde. Die Kinder der Landungsbildungszentren stammen aus städtischen und ländlichen Gebieten aus einem Umkreis von 80 Kilometern. Die Kinder ohne Körperbehinderung besuchten städtische Grundschulen in zwei Stadtvierteln, in denen eher Familien der Mittel- und Oberschicht angesiedelt sind. Folglich sind in der Stichprobe mit Körperbehinderung Stadt- und Landbevölkerung repräsentiert, während die Stichprobe ohne Körperbehinderung ausschließlich Stadtkinder beinhaltet. Alle Familien waren in Sachsen-Anhalt und in oder im Umkreis von Halle wohnhaft.

Sachsen-Anhalt gehört zu den neuen Bundesländern. In der Diskussion um eine möglicherweise erhöhte Prävalenz psychischer Störungen in den neuen Bundesländern ist noch kein einheitlicher Konsens gefunden, ein Vergleich der Auftretensraten psychischer Störungen und Symptome bei Kindern und Jugendlichen in Ost und West in einer Längsschnittstudie (Esser et al., 1996) zeigte keine signifikanten Unterschiede in den Gesamtraten internalisierender oder externalisierender Auffälligkeiten auf. Die befragten Kinder haben die „Wende“ als makrosoziales Ereignis nicht oder im Alter von 1 Jahr erlebt, die Möglichkeit einer selbst erfahrenen existenziellen Verunsicherung als prädisponierender Faktor für die Entwicklung psychischer Störungen ist also ausgeschlossen. Möglich ist eine Übertragung der Auswirkung der Ereignisse von den Eltern auf die Kinder, beispielweise beeinflussen die psychischen und finanziellen Folgen von Arbeitslosigkeit das gesamte Familienklima.

Sachsen-Anhalt weist eine hohe Arbeitslosenquote auf (2001: 20%, der Regierungsbezirk Halle 21%; Statistisches Landesamt Sachsenanhalt, 2002),die Familien und Alleinstehende gleichermaßen betrifft. Es ist also davon auszugehen, dass auch bei 21% der befragten Familien mindestens ein Elternteil arbeitslos ist. Arbeitslosigkeit hat einerseits finanzielle Einschränkungen und andererseits psychische Belastungen zur Folge. Greven (1985) identifizierte in einer Studie mit 124 arbeitslosen Männern 53% als depressiv, 12% als schwer depressiv. Im Hinblick auf die sozialen Folgen der Arbeitslosigkeit zeigte sich eine erhöhte Ehescheidungsrate, eine deutliche Verschlechterung der Stimmung in der Familie und eine Einschränkung von extra-familiären Kontakten. Psychische Auffälligkeiten der Eltern sind ein Prädiktor für psychische Auffälligkeiten bei Kindern (z.B. Rubin et al. 1990), folglich besteht die Möglichkeit, dass sich die Arbeitslosigkeit im Allgemeinen auf die psychische Gesundheit der Kinder auswirkt, eine hohe Arbeitslosenrate also höhere Auftretensraten psychischer Probleme bei Kindern zur Folge haben könnte. Weiterhin könnte mangelnde soziale Anerkennung und Etikettierung der arbeitslosen Eltern sich auf die Kinder übertragen und Angst vor negativer Bewertung erzeigen.

Nach Auskunft der Kassenärztlichen Vereinigung (21/03/01) existieren in ganz Sachsen-Anhalt zwei zugelassene Kinder- und Jugendpsychotherapeuten, keiner davon praktiziert in Halle oder Umgebung. Daher ist von einer Unterversorgung bei der Kinder- und Jugendpsychotherapie auszugehen, was zur Folge haben könnte, dass mehr stark

beeinträchtigte Kinder der Stichprobe angehören als es in einem Bundesland mit einem besseren Versorgungsschlüssel der Fall ist.

Diese Überlegungen implizieren, dass die Prävalenz psychischer Störungen und Beeinträchtigung in Sachsen-Anhalt bzw. in Halle erhöht sein könnte. Es liegen bisher jedoch keine empirischen Befunde vor, die eine erhöhte Prävalenz internalisierender Störungen in den neuen Bundesländern bzw. in Sachsen-Anhalt belegen.

Zur Repräsentativität der Stichproben zu t2

Zu t2 konnten nur 44% der zu t1 befragten Kinder erneut gewonnen werden. Die hohe Drop-out-Rate (66%) erklärt sich einerseits dadurch, dass die ehemaligen Viertklässler zum zweiten Messzeitpunkt nicht erreicht werden konnten (N=43), da diese die Grundschule nicht mehr besuchten. Sie konnten auch nicht anderweitig kontaktiert werden, da die Adressen nicht erhoben wurden. Dies hätte nur durch Befragung der Eltern geschehen können, da ein hoher Prozentsatz der Kinder im Grundschulalter die eigene Adresse nicht angeben kann, und die Schulleitung die Adressen wiederum nur mit Genehmigung der Eltern weiter geben darf. Hierbei handelt es sich um eine grundsätzlichen Konzeptionsschwäche der Studie: Die Adressen hätten bereits zu t1 erhoben werden sollen. Ein weiterer Grund für die hohe Drop-out-Rate könnte darin bestehen, dass die zweite Erhebungswelle zum ersten Messzeitpunkt nicht angekündigt wurde, und einige Eltern davon ausgingen, dass ihr Kind bereits befragt sei und dass dies genüge. Diese Anmerkung fand sich auf drei der ablehnenden Einverständniserklärungen zu t2. Auch hierbei handelt es sich um einen grundsätzlichen Schwäche der Untersuchung bei der Kontaktierung der Probanden.

Es stellt sich nun die Frage, ob die zu t2 befragte Stichprobe repräsentativ für die zu t1 befragte Stichprobe ist. Aufgrund der Nicht-Rekrutierung der ehemaligen Viertklässler ergaben sich deutliche Unterschiede bei der Klassenstufe, die Kinder der Drop-out-Gruppe sind im Durchschnitt in einer höheren Klassenstufe als die der zu beiden Messzeitpunkten befragten Gruppe ($p \leq .000$). Weiterhin ist der Sozialstatus der Kinder in der Drop-out-Gruppe niedriger als in der zu beiden Messzeitpunkten befragten Gruppe ($p \leq .05$). Die Frage, warum Familien mit einem niedrigeren Sozialstatus zwar einmal, aber nicht zweimal an einer Untersuchung teilnehmen, kann nicht schlüssig beantwortet werden.

Die Sozialkontakte (Häufigkeit und Intensität) der Drop-out-Gruppe sind stärker ausgeprägt ($p \leq .01$) Da die älteren Kinder deskriptiv eine größere Anzahl und intensivere Sozialkontakte angaben, könnte dieser Unterschied durch den Altersunterschied der erneut befragten Gruppe und der Drop-0ut-Gruppe bedingt sein. Für den Großteil der untersuchten Variablen wurden keine Unterscheide zwischen der zu t2 erneut befragten Gruppe und der Drop-out gefunden: die Gruppenzugehörigkeit (behindert/ nicht behindert), die Geschlechtsverteilung und die Geschwisterzahl waren etwa gleich verteilt. Weiterhin zeigten sich keine Unterschiede bei der Angst vor negativer Bewertung, der Angst in und Vermeidung von sozialen Situationen, der Häufigkeit klinisch bedeutsamer Angst, der Schwere der Behinderung und der Beliebtheit. Da

insbesondere keine Unterschied bei der Ausprägung der Variablen zur Sozialen Unsicherheit gefunden wurde, kann davon ausgegangen werden, dass die zu t2 befragte Stichprobe mit hoher Wahrscheinlichkeit die zu t1 untersuchte Stichprobe repräsentiert. Berücksichtigt werden muss jedoch der Altersunterschied und der Sozialstatus.

Datengewinnung und Erhebungsinstrumente

Die Daten wurden ausschließlich durch Interviews mit den Kindern und schriftliche Einschätzungen durch die Lehrkräfte gewonnen. Die Befragung fand stets in der Schule der Kinder statt, meist in leeren Klassenräumen. Aufgrund Platzmangels fanden in einigen Fällen mehrere Interviews gleichzeitig in einem Raum statt, um die Vertrautheit der Situation zu gewährleisten, wurde stets darauf geachtet, die Interviewer weit auseinander zu setzen. Die Interviewer hatten an einer ausführlichen Schulung teilgenommen. Hierdurch waren die Interviewer auch in kritischen Situationen wie mangelnde Motivation des Kindes, Frustration aufgrund von Ereignissen im voraus gegangenen Unterricht oder großer Ängstlichkeit in der Lage, die Datenerhebung zu gewährleisten. Durch die Einzelbefragung wurde einerseits eine vertrauensvolle Atmosphäre gewährleistet und andererseits konnten Verständnisschwierigkeiten sofort geklärt werden und uneindeutige Antworten konnten umgehend einer eindeutigen Kategorisierung zugeführt werden. Drei Lehrkräfte machten beim Abholen der Kinder angsterregende Scherze („Pass auf, gleich bekommst Du eine Spritze!“, „Oh, oh, die kucken jetzt, ob Du verrückt bist“ und „Ist nicht schlimm, tut nur ein bisschen weh“). Diese Kinder wurden im Anschluss erneut umfassend über den Sinn der Befragung aufgeklärt, des Weiteren wurde ein längeres Warming-up Gespräch geführt, um sie zu beruhigen. Allen Kindern wurde die Anonymität zugesichert und erklärt, dass sie nichts falsch machen können. Es ist insgesamt davon auszugehen, dass die Kinder in einer freundlichen, entspannten Atmosphäre befragt wurden.

Um die Antwortkategorien der verwendeten Verfahren verständlicher zu machen, wurden den Kindern Abbildungen vorgelegt, die mittels einer größer werdenden Punktwolke die Abstufungen „Nie“ „selten“ „manchmal „meistens“ „immer“ und mittels eines Thermometers die Zahlen 1-10 visualisierten. Die Antwortkategorien wurden zu jedem Item vorgelesen, um auszuschließen, dass dem Kindern nur noch die Extremwerte in Erinnerung waren. Die Kinder wurden mehrfach aufgefordert, nachzufragen, wenn sie etwas nicht verstehen. Fünfstufige bzw. zehnstufige Antwortkategorien sind für die Alterstufe der 6-8 Jährigen unüblich, meist werden sie zu zwei- bis dreistufigen Antwortkategorien zusammengefasst. Dies ist bei der SASCR-D nicht der Fall, da sie erst für Kinder ab 8 Jahren vorgesehen ist. Da kein anderes Instrument zur Erfassung sozialer Unsicherheit existiert, wurde diese dennoch verwendet. Auch die Antwortmöglichkeiten des SOBEKI konnten nicht reduziert werden, ohne die Vergleichbarkeit mit der (ohnehin recht kleinen) Normstichprobe zu reduzieren.

Zur Validität und Reliabilität des SOBEKI liegen drei Veröffentlichung vor, die zwar Mittelwerte und Standardabweichungen für eine klinische und eine nicht klinische Normstichprobe angeben, jedoch keine Aussagen zu Validität und Reliabilität des

Verfahrens machen. Daher bleibt unklar, ob die Fragen der Skala „Kontakte Spiel / Unternehmung / Freizeit“ tatsächlich alle Arten von Sozialkontakten erfasst und damit das soziale Netzwerk der Kinder repräsentiert, wie die Autoren postulieren. Zur Retestreliabilität und Veränderungssensitivität liegen keine Studien vor. Es können daher keine generellen Aussagen über das soziale Netzwerk der Kinder getroffen werden, sondern nur die Angaben der Kinder mit denen der Normstichprobe zwischen den Subgruppen verglichen werden.

Die SASCR-D hingegen ist ein valides und reliables Verfahren, das speziell zur Eingangsdiagnostik und Therapieevaluation entwickelt wurde. Sie ist jedoch für Kinder ab acht Jahre vorgesehen, in die Normstichprobe gingen nur zwei Siebenjährige ein. In der Normstichprobe erhöhten sich die FNE-Werte mit dem Alter tendenziell, während die SAD-Werte tendenziell abnahmen. Sollte diese Entwicklung bereits bei den Sechsjährigen beginnen, so würde dies bedeuten, dass der Mittelwert der 6 bis 7 Jährigen bei der Skala SAD etwas höher läge als bei den 8-11 Jährigen und bei der Skala FNE etwas niedriger. Folglich würden die Werte der 6-8 Jährigen bei dem Vergleich mit den Normwerten der 8-11 Jährigen bezüglich der „Angst vor negativer Bewertung“ etwas überschätzt und bezüglich der „Angst in und Vermeidung von Sozialen Situationen“ etwas unterschätzt.

Methodisches Vorgehen

Die Mittelwerte und prozentualen Häufigkeiten der abhängigen Variablen wurden mittels multivariater Verfahren und nonparametrischer Verfahren untersucht. Diese erlauben grundsätzlich keine Aussagen über die Richtung des Einflusses. Bei den hier untersuchten unabhängigen Variablen Körperbehinderung / keine Körperbehinderung, Geschlecht und Altersgruppe ist eine Beeinflussung durch die abhängigen Variablen ausgeschlossen, da die Variation der unabhängigen Variablen unmöglich ist. Jedoch könnten die abhängigen Variablen systematisch durch andere, nicht erfasste Einflussfaktoren wie etwa den Erziehungsstil der Eltern beeinflusst werden. Daher können zwar signifikante Unterschiede ermittelt und interpretiert werden, jedoch keine kausalen Schlussfolgerungen gezogen werden.

Die Vielzahl der durchgeführten Vergleiche begünstigt zufällig auftretende Signifikanzen, die durch die beschriebene α-Adjustierung kontrolliert, aber nicht ausgeschlossen wurde.

Ein möglicher Kritikpunkt ist die Verwertung ein und derselben Skala zur Generierung zweier Variablen: dem Ausmaß der Angst in und Vermeidung von sozialen Situationen und die Einteilung in unauffällig / leichte / schwere soziale Ängste. Diese beiden Variablen sind hoch korreliert. Weisen zwei Subpopulationen Unterschiede in beiden Variablen auf, so hat dies nicht mehr Gewicht als der Unterschied in einer der beiden Variablen, sondern weist auf die Veränderung der selben Variablen aus zwei unterschiedlichen Perspektiven hin. Eine signifikante Reduktion der Skala impliziert eine Verbesserung der Symptomatik, diese kann jedoch nach wie vor im klinischen Bereich liegen. Auch eine kleine Verbesserung auf dieser Skala, die keine statistische

Bedeutsamkeit aufweist, kann dazu führen, dass der Wert im unauffälligen Bereich (unterhalb des Cut-offs) liegt. Grundsätzlich gilt die Beurteilung des klinisch signifikanten Outcomes als konservativer als der statistische Mittelwertsvergleich (Stieglitz, 2000). Da im Rahmen dieser Arbeit beide Perspektiven (signifikante Abnahme oder relative Lage zum Cut-off) unverzichtbar schienen, wurde das Risiko einer scheinbaren Überbewertung einer einzelnen Skala in Kauf genommen.

Die Festlegung des Cut-off-Wertes kann ebenso in Frage gestellt werden. Die Sensitivität und Spezifität von Diagnosen werden durch die Wahl des Cut-off Wertes bestimmt und sind von der Prävalenz der Sozialen Unsicherheit unabhängig. Je höher ein Cut-off Wert festgesetzt wird, desto niedriger ist die Sensitivität (Wahrscheinlichkeit, mit der ein vorliegender positiver Zustand als solcher erkannt wird) und desto höher ist die Spezifität (Wahrscheinlichkeit, mit der ein vorliegender negativer Zustand als solcher erkannt wird). Es wurden zwei Grenzwerte gesetzt: Ein Wert ≥ dem Mittelwert + eine Standardabweichung galt als leicht auffällig, ein Wert ≥ dem Mittelwert + 1½ Standardabweichungen galt als stark auffällig. Bei dieser Einteilung handelt es sich um eine Konvention innerhalb der klinischen Psychologie, die aus der Perspektive der Praktischen Anwendung erhebliche Vorzüge aufweist, aus wissenschaftlicher Sicht ist jedoch eine gewisse Beliebigkeit nicht zu verleugnen. Um die Ergebnisse mit anderen Studien vergleichen zu können wurden dies Cut-off-Werte gewählt, der Kritikpunkt, dass anders gewählte Cut-off-Werte zu anderen Ergebnissen geführt hätten, bleibt jedoch bestehen. Um diesen Mangel zu relativieren, soll bei der Interpretation der Ergebnisse stets sowohl der varianzanalytische Mittelwertsvergleich als auch die Lage im funktionalen bzw. dysfunktionalen Bereich betrachtet werden.

Bewertung der Ergebnisse: Befunde zur Verbreitung
Vergleich der beiden Subgruppen

- Es wurde postuliert, dass aufgrund des eingeschränkten Aktionsradius' und der deutlichen Plussymptomatik bei Kindern mit Körperbehinderung Soziale Unsicherheit stärker verbreitet ist. Hypothesenkonform wurde eine höhere Ausprägung der Variablen „Angst in und Vermeidung von sozialen Situationen" (SAD) und „Angst vor negativer Bewertung" (FNE) und mehr klinisch bedeutsame soziale Ängste aufgezeigt.

Vergleicht man den Anteil der sozial unsicheren Kinder mit den im Theorieteil vorgestellten Studien, so lassen sich zwei Parallelen erkennen. Erstens entspricht der Anteil von 14% der leicht & stark auffälligen gesunden Kinder (weiches Kriterium, Mittelwert+1SD) den Befunden der Studien, die Leidensdruck und/oder Funktionsbeeinträchtigung nicht als notwendiges Kriterium forderten, zum Beispiel dem von Esser (1996) gefundenen Anteil der Kinder mit Kontaktschwierigkeiten (13.4%). Zweitens: Die im Rahmen dieser Studie ermittelte Prävalenz stark auffälliger sozialer Ängste von 7% liegt im Mittel der im Theorieteil vorgestellten epidemiologischen Studien und deckt sich somit mit dem aktuellen Forschungstrend.

Problematisch ist hier die bereits im Theorieteil erwähnte Vielfalt der zugrundeliegenden Konstrukte und Kriterien, die dazu führt, dass die Studien nur schwer vergleichbar sind. In den epidemiologischen Studien wurden größtenteils unspezifische Erhebungsinstrumente wie die Child Behavior Checklist (Achenbach et al., 1991) verwendet, die auf Symptomebene abfragen (Sozialer Rückzug) und keine Diagnosestellung psychischer Störungen oder Feststellung von Verhaltensauffälligkeiten erlauben, sondern nur Hinweise auf auffällige Symptombereiche geben können. Die berichteten Studien, die nur das Elternurteil erhoben, ergaben durchgängig niedrigere Raten (2-6%). Möglicherweise nehmen die Eltern eher die stark auffälligen Kinder wahr, die in der hier referierten Studie bei den gesunden Kindern 7% ausmachten, in der Studie von Plück et al. (2000) wurden 6% der Kinder als auffällig (Sozialer Rückzug) eingeschätzt.

Bei den Kindern mit Körperbehinderung weisen 8% leichte soziale Ängste auf, während 27% starke soziale Ängste berichten. Ein ähnlich hoher Anteil wurde nur bei älteren Kindern in Studien mit weichen Kriterien (kein Leidensdruck erforderlich) gefunden (Kashani et al.; 1990, 12Jährige: 46% soziale Ängste).

■ Bei der Analyse der Sozialbeziehungen wurden keine signifikanten Unterschiede zwischen den Kindern mit und ohne Körperbehinderung gefunden.

Betrachtet man die Anzahl der Sozialkontakte, so geben Kinder mit Körperbehinderung im Durchschnitt acht Personen an, während Kinder ohne Körperbehinderung elf Personen nennen. Vergleicht man die Anzahl der angegebenen Personen mit denen der Normstichprobe, so ist diese deutlich niedriger als die der Kinder der nichtklinischen Stichprobe (13 Personen). Da in der Studie zur Normierung 174 Kinder befragt wurden, 87 aus kinderpsychiatrischen Institutionen und 87 aus zwei Grundschulen, ist fraglich, welche der beiden Befragungen eher die Gesamtpopulation repräsentiert. Da in diesem Bereich insgesamt 15 Personen angegeben werden können, erscheint eine Angabe von 13 Personen im Mittel sehr hoch, ebenso wie 11 Personen im kinderpsychiatrischen Bereich. Eine schlüssige Erklärung für diesen Unterschied zwischen den beiden Studien ist möglicherweise in der Versuchsdurchführung zu suchen, da ein inhaltlicher Grund für einen regionalen Unterschied Berlin – Halle betreffend der Soziakontakte schwer zu finden ist. Womöglich wurde in der Berliner Untersuchung mehr als einmal nachgefragt („Fällt Dir noch jemand ein?“) oder nach bereits genannten Personen, wie etwa den Eltern, gefragt, was in der hier berichteten Studie durch die Anweisungen an die Interviewer verhindert wurde. Zu vermerken ist, dass der Unterschied innerhalb der Normstichprobe zwischen der klinischen und nichtklinischen Gruppe signifikant wurde, obwohl die durchschnittlichen Angaben der beiden Gruppen um nur zwei Personen auseinander lagen (in dieser Untersuchung 3 Personen). Dies ist darauf zurück zu führen, dass in der Analyse der Normstichprobe auf eine α-Adjustierung verzichtet

wurde, „weil die Auswertung einen ersten klinischen Eindruck vermitteln sollte“ (Roos et al., 1995, S. 259).

Vergleich der Altersgruppen

- Die Hypothese, dass die Kinder der beiden Altersgruppen unterschiedlich von „Sozialer Unsicherheit“ betroffen sind, konnte bestätigt werden. Der Altersunterschied ist hauptsächlich auf die Variable „Angst vor negativer Bewertung“ zurück zu führen.

Eine tendenzielle Zunahme der „Angst vor negativer Bewertung“ wurde auch in der Normstichprobe aufgezeigt, während dort im Gegensatz zu der hier vorgestellten Untersuchung die „Angst in und Vermeidung von sozialen Situationen“ mit dem Alter deutlich abnahm ($p \leq .001$). Vergleicht man die Altersentwicklung mit den im Theorieteil dargestellten Befunden, zeigen sich für die Variable FNE Parallelen zu der Studie von Kashani et al (1990), die ebenfalls eine Zunahme der sozialen Ängste fand.

- Die Hypothese, dass in den Subgruppen die Kinder der beiden Altersgruppen unterschiedlich von „Sozialer Unsicherheit“ betroffen sind, konnte nicht bestätigt werden.

Möglicherweise handelt es sich bei dem in der Gesamtstichprobe gefundenen Altersunterschied um einen kleinen Effekt, der nur in relativ großen Stichproben aufgezeigt werden kann.

- Die Hypothese, dass ältere und Jüngere Kinder generell Unterschiede in den Sozialkontakten aufweisen, konnte nicht bestätigt werden. In der Gruppe der Kinder ohne Körperbehinderung gaben die älteren Kinder signifikant mehr Sozialkontakte an. In der Gruppe der Kinder mit Körperbehinderung gaben die älteren Kinder intensivere Sozialbeziehungen an.

Diese unterschiedliche Entwicklung in den beiden Subgruppen ist sehr aufschlussreich. Möglicherweise gelingt den Kindern ohne Körperbehinderung mit zunehmendem Alter eine Ausweitung der Sozialkontakte, die den Kindern mit Körperbehinderung aufgrund ihres eingeschränkten Aktionsradius’ nicht möglich ist, was diese dann durch die Intensivierung der bereits vorhandenen Sozialkontakte kompensieren. Der Unterschied der Altersgruppen bezüglich der Intensität ist in den beiden Gruppen jedoch nicht so deutlich verschieden, dass sich ein Interaktionseffekt Alter * Gruppe für die Intensität aufzeigen ließe.

Vergleich der Mädchen und Jungen

■ Die Hypothese, dass Mädchen und Jungen von „Sozialer Unsicherheit“ generell unterschiedlich betroffen sind, konnte nicht bestätigt werden. Es zeigte sich jedoch ein größeres Ausmaß an „klinisch bedeutsamen sozialen Ängsten“ bei den Jungen.

In der Normstichprobe der SASCR-D beschrieben sich die Mädchen auf der Skala FNE als signifikant ängstlicher als die Jungen, wohingegen bei der Skala SAD kein Geschlechtseffekt gefunden wurde. Die im Theorieteil referierten Studien zeigten für „Sozialen Rückzug“ stets bei den Mädchen einen höheren Anteil auffälliger Kinder.

Innerhalb der Kinder ohne Körperbehinderung ist eine ähnliche Konstellation zu beobachten: Die Jungen weisen deskriptiv mehr starke soziale Ängste auf als die Mädchen, (10% der Jungen im Vergleich zu 2% der Mädchen), dieser Unterschied ist statistisch jedoch nicht bedeutsam ($p \leq .26$). Auch in der Gruppe mit Körperbehinderung sind bei den Jungen deskriptiv mehr starke soziale Ängste zu verzeichnen (32% der Jungen im Vergleich 7% der Mädchen), dieser Unterschied ist statistisch jedoch nicht bedeutsam ($\alpha = .02$, $p \leq .04$). Möglicherweise handelt es sich bei dem in der Gesamtstichprobe gefundenen Geschlechtsunterschied um einen kleinen Effekt, der nur in relativ großen Stichproben aufgezeigt werden kann.

■ Die Hypothese, dass Mädchen und Jungen Unterschiede in den Sozialkontakten aufweisen, konnte nicht bestätigt werden.

Die beschriebenen Tendenzen, dass die Mädchen beliebter eingeschätzt wurden und intensivere Sozialkontakte angeben, sind gerade in Kombination mit der tendenziell höheren Anzahl der Sozialkontakte der Jungen aufschlussreich. Studien zur Soziometrie von Freundschaften bei älteren Kindern (7. & 8. Klasse) zeigen, dass Mädchen mehr Erwartungen an ihre Freunde / Freundinnen stellten und engere und intimere Beziehungen berichteten als Jungen (z.B. Clark & Ayers, 1993). Möglicherweise pflegen Jungen im Grundschulalter eher lockere Freundschaften (Spiel & Sport), während Mädchen bereits innigere Beziehungen eingehen, jedoch in geringerer Anzahl.

Ein ähnliches Bild zeigt sich in der Gruppe der Kinder ohne Körperbehinderung: die Mädchen werden deskriptiv beliebter eingeschätzt und geben intensivere Sozialbeziehungen an, die Jungen deskriptiv mehr Sozialkontakte an, die Unterschiede sind statistisch jedoch nicht bedeutsam. In der Gruppe der Kinder mit Körperbehinderung finden sich auch deskriptiv keine Geschlechtsunterschiede bezüglich der Sozialbeziehungen.

Besonders betroffene Subgruppe

- Angst vor negativer Bewertung Als besonders betroffene Subgruppen konnten die 6-8jährigen Jungen mit Körperbehinderung identifiziert werden.

Auffällig ist, dass die Mädchen dieser Subgruppe einen sehr niedrigen Mittelwert aufweisen, der (deskriptiv) noch unter dem der gesunden Mädchen liegt. Die Jungen weisen hingegen bereits einen ähnlich hohen Mittelwert wie die Mädchen und Jungen der älteren Kinder mit Körperbehinderung auf. Es stellt sich die Frage, ob es sich hier um einen Risiko- oder einen Schutzfaktor handelt: Möglicherweise befinden sich die Mädchen mit Körperbehinderung länger in einem behüteten, schützenden Kontext und realisieren die möglichen Folgen ihrer Körperbehinderung (beispielsweise „anders sein", „nicht mitmachen können" oder Diskriminierung) noch nicht. Oder sie weisen bessere Strategien im Umgang mit der Körperbehinderung auf. Eine andere Erklärung wäre, dass sich Jungen früher in spielerischen Konkurrenzkämpfen körperlich beweisen müssen, und daher in jüngerem Alter bereits ein Gefühl der Unterlegenheit gegenüber Kindern ohne Körperbehinderung entwickeln. Eine mögliche Schlussfolgerung aus den Befunden wäre, dass es sich bei den 6-8 Jährigen mit Körperbehinderung um eine besonders risikobehaftete Subpopulation handelt. Treffender wäre jedoch die Bezeichnung der 6-8jährigen Mädchen als Gruppe mit besonderen Resilienzfaktoren.

Ein ähnliches Bild ergibt die Betrachtung der Variable „Angst in und Vermeidung von Sozialen Situationen", der Mittelwert der 6-8jährigen Mädchen mit Körperbehinderung entspricht dem der Kinder ohne Körperbehinderung, während die Mittelwerte der übrigen Kinder mit Körperbehinderung deutlich erhöht sind.

Die prozentualen Häufigkeiten „Klinisch relevanter sozialer Ängste" unterscheiden sich deskriptiv deutlich, die Jungen mit Körperbehinderung weisen zu 37% starke soziale Ängste auf, im Vergleich zu 0-14% in den übrigen Subgruppen. Dieser Unterschied ist statistisch jedoch nicht bedeutsam. Auch bei dieser Variable fällt der niedrige Wert (0%) der jüngeren Mädchen mit Körperbehinderung und der sehr hohe Wert der 6-8 jährigen Jungen mit Körperbehinderung auf.

Die Betrachtung der Mittelwerte in Abbildung 62 zeigt, dass die jüngeren Mädchen deutlich beliebter sind als die 6-8jährigen Jungen und die älteren Kinder.

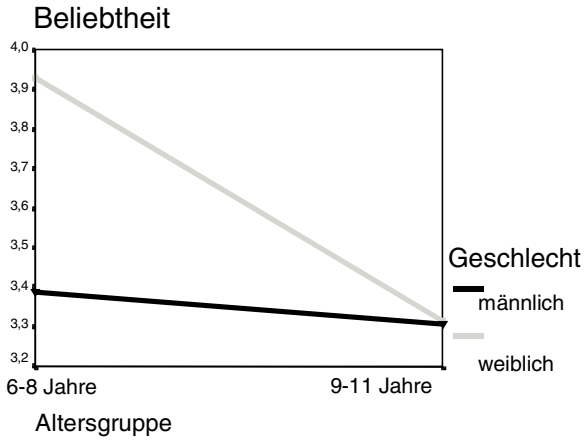


Abbildung 62: Beliebtheit der Jungen und Mädchen der beiden Altersgruppen

- Als besonders betroffene Subgruppen konnten neben den Kindern mit Körperbehinderung im allgemeinen die 6-8jährigen Jungen mit Körperbehinderung identifiziert werden. Treffender wäre jedoch die Bezeichnung der 6-8jährigen Mädchen als Gruppe mit besonderen Resilienzfaktoren.

Bewertung der Ergebnisse: Befunde zum Verlauf

Es war postuliert worden, dass Soziale Unsicherheit im Laufe der Zeit nicht abnimmt. Zu t2 waren die Mittelwerte der beiden Variablen SAD und FNE und die prozentualen Häufigkeiten klinisch relevanter sozialer Ängste deskriptiv höher als zu t1, folglich ist einen Abnahme ausgeschlossen. Für die Variable „Angst in und Vermeidung von sozialen Situationen“ und der prozentualen Häufigkeit klinisch relevanter Ängste zeigten die post-hoc Tests signifikante Zunahmen auf.

- Die Hypothese, dass Soziale Unsicherheit im Verlauf nicht abnimmt, konnte bestätigt werden.

Weiterhin war vermutet worden, dass bei einem größeren Anteil der Kinder die Symptomatik stabil bleibt oder zunimmt, verglichen mit den Kindern, bei denen die Symptomatik abnimmt. Bei 60% der Kinder war eine Zunahme des Wertes auf der Skala SAD zu verzeichnen, gemeinsam mit der Gruppe der Kinder, bei denen der Wert stabil blieb (2%) war der Prozentuale Anteil signifikant höher als der der Gruppe der Kinder, bei denen der Wert sich verbesserte (39%). Bei der Variable „Angst vor negativer Bewertung“ ist die Entwicklung weniger deutlich: Bei 56% der Kinder blieb der Wert stabil oder verschlechterte sich, diese deskriptive Mehrheit ist statistisch nicht bedeutsam.

- Die Hypothese, dass bei einem größeren Anteil der Kinder die Symptomatik stabil bleibt oder zunimmt, konnte für die Variable SAD bestätigt werden, für FNE jedoch nicht.

Welche Schlussfolgerungen lassen sich nun aus diesen Befunden ziehen? Der Anteil der betroffenen Kinder nimmt nicht ab, es handelt sich um eine auf Gruppenebene stabile Problematik, der prozentuale Anteil klinisch auffälliger Kinder und die Mittelwerte der beiden Skalen bleiben stabil oder nehmen zu. Es kann sich also nicht um einen gewöhnlichen entwicklungspsychologischen Prozess handeln (wie etwa bei der Angst vorm Dunkeln oder vor Gespenster), bei dem die aufgetretenen Ängste „nach einer Weile wieder verschwinden“ (Comer, S. 676). Zu berücksichtigen ist an dieser Stelle die kleine Stichprobengröße, die eine Einschränkung der Aussagekraft der Befunde zur Folge hat.

Betrachtet man die individuellen Verläufe, so zeigt sich bei der Variable „Angst vor negativer Bewertung“ eine uneindeutige Fluktuation, da sich bei etwa jeweils der Hälfte der Kinder eine Verbesserung bzw. Verschlechterung findet. Bei der Variable „Angst in und Vermeidung von sozialen Situationen“ ist bei 60% der Kinder eine Zunahme des Skalenwertes (verstärkte sozial Angst) zu verzeichnen, bei 2% bleibt dieser stabil. Da die Größe der Zu- oder Abnahme der Skalenwerte ausschließlich mit der ursprünglichen Höhe des Skalenwertes korrelierte (Korrelation der Differenz t1-t2 mit Wert zu t1: $r= -.6$, $p \leq .000$), ist davon auszugehen, dass die Abnahme der Ängste um so kleiner war, je größer der ursprüngliche Wert war. Folglich könnte der Anteil der Kinder mit einer Verschlechterung der Problematik größer werden, je mehr soziale Ängste bereits vorhanden waren.

Es wurde postuliert, dass es mindestens eine Subgruppe gibt, bei der der Anteil der Kinder mit einer Verbesserung der Symptomatik besonders gering ist. Die 9-11jährigen Mädchen mit Körperbehinderung wiesen mit 14% den niedrigsten Anteil an Verbesserung bezüglich der Variablen „Angst in und Vermeidung von sozialen Situationen“ auf, gefolgt von der Gruppe der 6-8jährigen Mädchen ohne Körperbehinderung mit 25% Verbesserung. Die Verbesserung wird durch die Gruppenzugehörigkeit und die Altersgruppe deutlich variiert. Bei der „Angst vor negativer Bewertung“ zeigten die 6-8 Jährigen mit Körperbehinderung mit 20% Verbesserung die geringste Verbesserung. Auch hier wird die Verbesserung durch die Gruppenzugehörigkeit und die Altersgruppe deutlich variiert.

- Die Hypothese, dass es mindestens eine Subgruppe gibt, bei der der Anteil der Kinder mit einer Verbesserung der Symptomatik besonders gering ist, wurde bestätigt.

Beim Verlauf der „Sozialen Angst in und Vermeidung von sozialen Situationen“ zeigen die 6-8 jährigen Mädchen mit Körperbehinderung eine außerordentlich günstige Prognose mit einer Verschlechterungsrate von 0%, während die 6-8jährigen Mädchen ohne Körperbehinderung zu 75% eine Verschlechterung auf dieser Skala aufweisen. Besonders deutlich ist die Verschlechterung bei den 9-11jährigen Mädchen mit Körperbehinderung. Falls der Schweregrad und die Rate soziale Ängste mit dem Alter im Allgemeinen zunimmt, könnten diese Befunde darauf hinweisen, dass bei Mädchen mit Körperbehinderung diese Entwicklung erst wesentlich später statt findet als bei den übrigen Subgruppen, so dass auch nach dem 18-Monate Follow-up noch nicht die

Phase erreicht wird, in der die Kinder verstärkt soziale Ängste aufweisen. Es könnte sich dabei nicht um einen Schutzfaktor, sondern um einen Resilienzfaktor handeln, der dazu führt, dass psychische Beeinträchtigungen erst in einem späteren Kindheitsabschnitt auftreten.

7 Studie 2: Evaluation des Sozialen Kompetenz Trainings

7.1. Beschreibung der Stichprobe

7.1.1. Datenzugang und Dropout

Mit 120 Kindern wurden Voruntersuchungen durchgeführt, 95 erfüllten die Eingangsvoraussetzungen. Bei 23 der ausgeschlossenen Kinder lag keine Soziale Unsicherheit vor, meist handelte es sich um Kinder mit externalisierenden Verhaltensauffälligkeiten (aggressives Verhalten, Störung mit oppositionellem Trotzverhalten, Störung des Sozialverhaltens) in zwei Fällen um Kinder, die die Kriterien einer Major Depression erfüllten. Diese Kinder werden nicht zu der Dropoutrate hinzugezählt.

Schwierig gestaltete sich die Gewinnung der Wartekontrollgruppe, da die Eltern aufgrund des hohen Leidensdruckes meist nicht gewillt waren, ihr Kind der Wartegruppe zuordnen zu lassen. Da einerseits das Einverständnis der Eltern grundsätzlich erforderlich war und es andererseits aus ethischen Gründen schwierig erschien, die Wartekontrollgruppe zu erzwingen, wurden in einer gesonderten Schulbefragung 24 Kinder als sozial unsicher identifiziert und zur Wartegruppe hinzugefügt.

Drei Kinder der Interventionsgruppe brachen das Training ab. Zwei der Kinder waren sechs Jahre alt und zur Uhrzeit der Trainingsdurchführung (16.30/17.00 Uhr) zu müde. Das dritte Kind hatte eine Aufmerksamkeits-Hyperaktivitäts-Syndrom und den Eltern wurde nach sieben Trainingsstunden von einem Kinderarzt (FA für Psychiatrie) geraten, alle Interventionen zu unterbrechen und eine medikamentöse Therapie anzusetzen. Es zeigte sich zum ersten Messzeitpunkt bei keiner abhängigen Variable ein signifikanter Unterschied zwischen den drei Kindern und der restlichen Gruppe (zweiseitige Testung, α_{krit} =.20).

Die Datenerhebung wurde am 01.03.02 abgeschlossen. Nach dem Zeitplan hätten zu diesem Zeitpunkt die Kinder der Gruppen eins bis sieben (31 Kinder der Interventionsgruppen) im Follow-up nachbefragt worden sein sollen. 9 dieser Familien konnten nicht erreicht werden, da die aktuelle Adresse nicht vorlag. Dies war in vier Fällen auf einen organisatorischen Fehler zurück zu führen (das Training wurde in einer Schule durchgeführt, daher wurde dort die Befragung durchgeführt und die Briefe usw. über die Schule weitergeleitet, die Adresse also nicht erfasst). In den übrigen fünf Fällen war die Familie ohne Nachsendeantrag verzogen und weder über die Telekom noch andere Verzeichnisse ausfindig zu machen. Bei einem Kind hielt sich die Mutter zum dritten Messzeitpunkt in der Psychiatrie auf, eine Befragung war aus organisatorischen Gründen nicht möglich. Eine Mutter teilte telefonisch mit, dass sie kein Interesse an der Nacherhebung habe. Ein Kind war zu drei Terminen krank, die letzte Erkrankung zog sich bis zum Ende der Datenerhebung. Drei Kinder/Elternpaare sagten zu dem Nachbefragungstermin zu, erschienen jedoch mehrfach nicht. Es konnten insgesamt 16 der vorgesehenen 31 Kinder zu t3 befragt werden.

Um festzustellen, ob sich die Drop-out-Gruppe zu t1 oder t2 von der zu t3 befragten Gruppe unterschied, wurden für alle erhobenen Variablen t-Tests für unabhängige Stichproben (ordinal skalierte Variablen: Mann-Whitney U-Tests) gerechnet (α_{krit}=.20). In Tabelle 93 werden nur die Variablen aufgeführt, bei denen sich signifikante Unterschiede zeigten. Es wurden zu keinem Messzeitpunkt signifikante Unterschiede bezüglich der folgenden Variablen gefunden: Alter, Geschlecht, SAD, FNE, Anzahl klinischer Ängste, Sozialkontakte, Soziale Kompetenz, Problemlösen, Komorbidität, Schüchternheit und Veränderungen/Differenzen in den Erfolgsparametern. In Tabelle 93 sind die Stichprobenkennwerte der Variablen der beiden Gruppen aufgeführt, die signifikante Unterschiede aufwiesen, der jeweils größere ist zur besseren Übersicht fett gedruckt.

Tabelle 93: Mittelwertsvergleiche der zu t3 befragten Gruppe und der Drop-out-Gruppe, N=31

	Gruppe	N	Mittelwert	SD	SE
t1: Sozialer Rückzug	Drop-out	15	4.27	2.28	.59
	befragt	16	**7.75**	3.09	.77
t1: Ängstlich-depressiv	Drop-out	15	4.47	4.24	1.09
	befragt	16	**8.25**	5.67	1.42
t1: Soziale Probleme	Drop-out	15	2.47	2.10	.54
	befragt	16	**4.75**	2.44	.61
t1: Aufmerksamkeitsprobleme	Drop-out	15	3.87	3.11	.80
	befragt	16	**5.94**	3.17	.79
t1: Aggressives Verhalten	Drop-out	15	3.33	2.38	.61
	befragt	16	**6.56**	4.13	1.03
t1. Internalisierende Probleme	Drop-out	15	10.13	5.83	1.51
	befragt	16	**17.44**	8.29	2.07
t1: Selbstwert	Drop-out	14	**7.68**	2.50	.67
	befragt	14	4.93	3.33	.89
t2: Sozialer Rückzug	Drop-out	13	2.23	1.59	.44
	befragt	15	**4.07**	3.53	.91
t2: Zuwendung	Drop-out	15	36.53	28.89	7.46
	befragt	15	**59.93**	43.82	11.31

Die Analyse ergab, dass die zu t3 befragten Kinder bezüglich dieser Variablen stärker betroffen waren. Die Ergebnisse sind in Tabelle 94 aufgeführt. Die zu t3 befragten Kinder wiesen einen stärkeren Sozialen Rückzug (t1 & t2) auf, eine höhere Ausprägung auf der Skala Ängstlich-depressiv (t1), vermehrt Soziale Probleme (t1) und insgesamt stärkere internalisierende Probleme. Des weiteren zeigten sie mehr aggressives Verhalten, größere Aufmerksamkeitsprobleme (t1) und einen niedrigeren Selbstwert (t1). Sie gaben intensivere Zuwendung durch Bezugspersonen an.

Tabelle 94: Ergebnisse der t-Tests für unabhängige Stichproben.

Variable	t	df	Sig. (2-seitig)	Mittlere Differenz	SE der Differenz
t1: Sozialer Rückzug	-3.55	29	.001	-3.48	.98
t1: Ängstlich-depressiv	-2.09	29	.045	-3.78	1.81
t1: Soziale Probleme	-2.79	29	.009	-2.28	.82
t1: Aufmerksamkeitsprobleme	-1.83	29	.077	-2.07	1.13
t1: Aggressives Verhalten	-2.67	24	.013	-3.23	1.20
t1: internalisierende Probleme	-2.82	29	.009	-7.30	2.59
t1: Selbstwert	-2.48	26	.020	-2.75	1.11
t2: Sozialer Rückzug	-1.81	20	.085	-1.84	1.01
t2: Zuwendung	-1.73	28	.095	-23.40	13.55

Die Mann-Whitney-U-Tests ergaben nur für die Variable „Art der Intervention“ signifikante Unterschiede, von den Kindern des Problemlösetrainings nahm ein deutlich höherer Anteil (U=78, $p \leq .05$) nicht am Follow-up teil. Die entsprechenden Häufigkeiten sind in Tabelle 95 aufgeführt.

Tabelle 95: Häufigkeiten der Arten der Intervention zu t3

Gruppe / Art der Intervention	Drop-out		zu t3 befragt		Gesamt
verhaltensorientiertes Training	6	(33.3%)	12	(66.7%)	18 (100%)
Problemlösetraining	9	(69.2%)	4	(30.8%)	13 (100%)
Gesamt	15		16	(100%)	31

7.1.2 Deskriptive Darstellung der unabhängigen Variablen

Geschlechtsverteilung (Stichprobe zu t1, N=95)

Abbildung 53 gibt einen Überblick über die Geschlechtsverteilung in der Stichprobe zu t1. Der Anteil der Jungen (52.6%) und Mädchen (47.4%) ist etwa gleich groß. In der Gruppe „Verhaltensorientiertes Training“ ist deskriptiv eine etwas höherer Jungenanteil (57.6%) zu beobachten, in der Problemlösegruppe ein etwas höherer Mädchenanteil (52%). Der $\chi 2$-Test (Pearson, zweiseitig) zeigte keine signifikanten Unterschiede der Häufigkeiten für die Gruppenzugehörigkeit (Kontrollgruppe, Verhaltensorientiert, Problemlösen) zwischen den Mädchen und den Jungen auf (α_{krit} =.20, $\chi 2$=.56 $p \leq .755$).

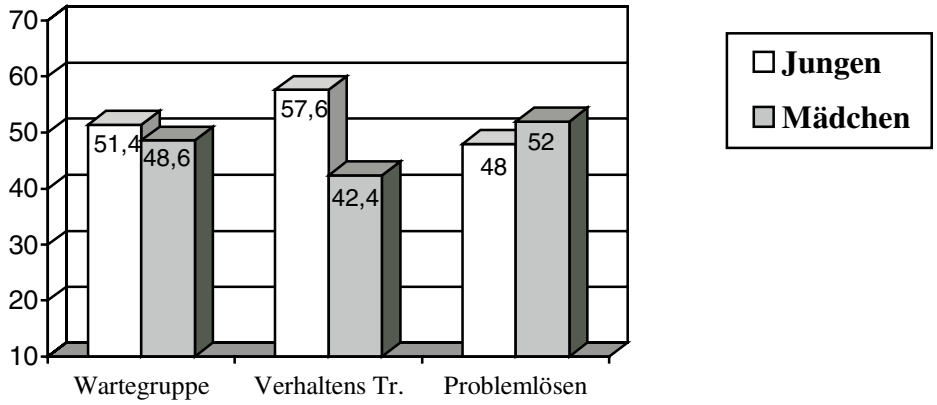


Abbildung 53: Überblick über die Geschlechtsverteilung zu t1, N=95

Altersverteilung

Abbildung 54 gibt einen Überblick über die prozentualen Häufigkeiten der verschiedenen Altersgruppen in der Stichprobe zu t1 (N=95).

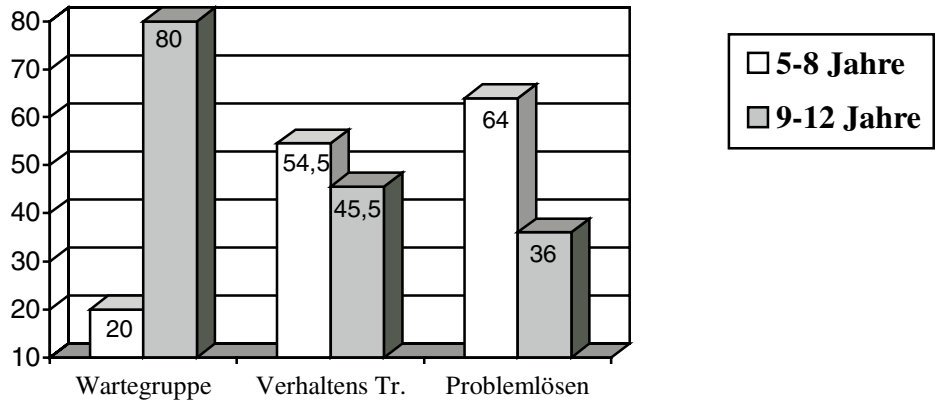


Abbildung 54: Überblick über die prozentualen Häufigkeiten der verschiedenen Altersgruppen zu t1

Es zeigen sich deutliche Unterschiede bei der Zugehörigkeit zu den beiden Altersgruppen, in der Wartekontrollgruppe sind die 9-11-Jährigen wesentlich häufiger vertreten als in den beiden Interventionsgruppen (χ2-Test nach Pearson: $p \leq .001$).

Der Altersmittelwert in der Wartegruppe beträgt 10.03 Jahre (SD=1.85), in der Gruppe der Kinder mit dem verhaltensorientierten Training 8.27 Jahre (SD=1.99) und in der Gruppe „Problemlösen“ 7.76 Jahre (SD 1.61).

7.1.3 Deskriptive Darstellung der Kontrollvariablen

Komorbidität

Die komorbiden psychischen Störungen und Symptome und medizinischen Erkrankungen wurden im Vorgespräch erfragt und mittels der CBCL und des DIPS erhoben. Die prozentualen Häufigkeiten der psychischen Störungen und Symptome, die in die Auswertung eingingen, und die Ergebnisse der χ2-Tests nach Pearson (zweiseitig, α_{krit}=.20) sind in Tabelle 96 aufgeführt. Zur besseren Übersicht sind die statistisch bedeutsamen p-Werte fett gedruckt.

Tabelle 96: Prozentualen Häufigkeiten der psychischen Störungen und Symptome & Ergebnisse der χ2-Tests nach Pearson (zweiseitig, α_{krit} =.20)

Psychische Störung / Symptome	Interventionsgruppe N=60 Häufigkeit	(%)	Wartegruppe N=35 Häufigkeit	(%)	Gesamt N=95 Häufigkeit	(%)	χ2-Test p-Wert
Enuresis	2	(3.3%)	2	(5.7%)	4	(4.2%)	.45
Soziale Phobie	4	(6.7%)	1	(2.9%)	5	(5.3%)	.37
Störung mit Trennungsangst	10	(16.7 %)	1	(2.9%)	11	(11.6%)	**.014***
Sprachstörungen	6	(10%)	4	(11.4%)	10	(10.5%)	.94
Lese-Rechtschreibschwäche	3	(5%)	0		3	(3.2%)	**.16***
Lernbehinderung	2	(3.3%)	2	(5.7%)	4	(4.2%)	.64
Aufmerks./Hyperakt.-Syndrom	1	(1.7%)	0		1	(1.1%)	.42
Pavor Nocturnus	3	(5%)	0		3	(3.2%)	.26
Konzentrationsschwierigkeiten	13	(21.7%)	7	(20%)	20	(21.1%)	.68
Einschlafschwierigkeiten	11	(18.3%)	0		11	(11.6%)	**.005***
Alpträume	3	(5%)	2	(5.7%)	5	(5.3%)	.96
Fingernägel kauen	6	(10%)	5	(14.3%)	11	(11.6%)	.64
Schmerzen o. körp. Ursache	16	(26.7%)	5	(14.3%)	21	(22.1%)	**.12***
Aggressives Verhalten	1	(1.7%)	1	(2.9%)	2	(2.1%)	.75
Kinder ohne komorbide psychische Symptome	23	(38.3%)	25	(71.4%)	48	(50.5%)	**.09***

Kinder ohne komorbide psychische Störungen und Symptome sind in der Interventionsgruppe signifikant weniger häufig ($p \leq .09$) als in der Wartekontrollgruppe. Bei der Betrachtung der einzelnen Beschwerdebilder unterscheiden sich die Gruppen in der Häufigkeit der Störung mit Trennungsangst ($p \leq .014$), der Lese-Rechtschreibschwäche ($p \leq .16$), der Einschlafschwierigkeiten ($p \leq .005$) und der Schmerzen ohne medizinischen Krankheitsfaktor ($p \leq .12$), diese sind durchgängig in der Interventionsgruppe häufiger vertreten. Bei den Häufigkeiten der Sozialen Phobie, Enuresis, Sprachstörungen und den übrigen psychischen Störungen und Symptomen wurden keine signifikanten Unterschiede aufgezeigt.

Die prozentualen Häufigkeiten der körperlichen Erkrankungen, die in die Auswertung eingingen, und die Ergebnisse der χ2-Tests nach Pearson (zweiseitig, α_{krit}=.20) sind in Tabelle 97 aufgeführt

Tabelle 97: Prozentuale Häufigkeiten der körperlichen Erkrankungen & Ergebnisse der $\chi 2$-Tests nach Pearson (zweiseitig, α_{krit}=.20)

Körperliche Erkrankung	Interventionsgruppe N=60 Häufigkeit	(%)	Wartegruppe N=35 Häufigkeit	(%)	Gesamtgruppe N=95 Häufigkeit	(%)	$\chi 2$-Test p-Wert
Neurodermitis	6	(10%)	1	(2.9%)	7	(7.4%)	**.18***
Asthma	1	(1.7%)	1	(2.9%)	2	(2.1%)	.75
Epilepsie	2	(3.3%)	2	(5.7%)	4	(4.2%)	.74
Hörschäden	2	(3.3%)	0		2	(2.1%)	.25
Herz-Kreislauf-Erkrankungen	1	(1.7%)	1	(2.9%)	2	(2.1%)	.75
Erkrankungen der Muskulatur	0		3	(8.6)	3	(3.2%)	**.03***
Häufige Infektionen	6	(10%)	0		6	(6.3%)	**.04***
Sonstige körp. Erkrankungen	12	(20%)	23	(65.7%)	35	(36.8%)	**.00***
Kinder ohne körperliche Erkrankungen	33	(55%)	11	(31.4%)	44	(46.3%)	**.05***

Kinder ohne komorbide körperlichen Erkrankungen sind in der Wartegruppe signifikant weniger häufig ($p \leq .05$) als in der Interventionsgruppe. Bei der Betrachtung der einzelnen Beschwerdebilder unterscheiden sich die Gruppen in der Häufigkeit der Erkrankungen des Muskelapparates ($p \leq .03$), die in der Kontrollgruppe häufiger sind und den häufige Infektionen ($p \leq .04$) und Neurodermitis ($p \leq .18$), die in der Interventionsgruppe häufiger angegeben wurden Bei den Häufigkeiten der übrigen körperlichen Erkrankungen wurden keine signifikanten Unterschiede aufgezeigt.

Schulbildung der Kinder

Die Schulbildung wurde im Vorgespräch erfragt. Die Kinder besuchten Kindergarten oder Grundschule, kein Kind wies eine geistige Behinderung auf oder wurde in einer Förderschule beschult. Jeweils zwei Kinder der Kontrollgruppe und zwei Kinder der Interventionsgruppe erfüllten die Kriterien einer Lernbehinderung.

7.1.4 Deskriptive Darstellung der abhängigen Variablen

Soziale Unsicherheit

Soziale Unsicherheit wurde durch die beiden Subskalen der SASC-R-D „Angst vor negativer Bewertung“ (FNE) und „Angst in und Vermeidung von sozialen Situationen“ (SAD) der SASC-R-D und der Skala „Sozialer Rückzug der CBCL erfasst. Zum besseren Verständnis werden in Tabelle 98 und 99 die Mittelwerte und Cut-off-Werte der Normstichproben der Verfahren angegeben.

Tabelle 98: Normwerte der SASCRD, Skalen SAD und FNE, Rohwerte

Variable	Gruppe	Mittelwert	M+1 SD PR 84	M+1,5 SD PR 93
FNE	Mädchen < =11	22	27.85	30.7
FNE	Jungen < =13	19	24.85	27.7
FNE	Mädchen > 11	23	28.85	31.7
SAD	Mädchen < =11	20	25	27.5
SAD	Jungen < =13	18	23	25.5
SAD	Mädchen > 11	19	24	26.5

Tabelle 99: Normwerte der CBCL, Skala „Sozialer Rückzug“, Rohwerte

Gruppe	Mittelwert	PR 86
Mädchen < =11 Jahre	1.3	6
Mädchen > 11 Jahre	1.9	7
Jungen < =11 Jahre	1.3	5
Jungen > 11 Jahre	1.6	6

In Tabelle 100 werden die Mittelwerte und Standardabweichungen dieser Variablen für die vier Subgruppen zum ersten Messzeitpunkt aufgeführt. Um mögliche Unterschiede der beiden Kontrollgruppen (Schule & Institut) zu erfassen, wurden diese getrennt untersucht. Die Kontrollgruppe der Schulstichprobe (N=24) wurde gesondert erhoben, da sich die Gewinnung der ursprünglich geplanten Kontrollgruppe schwierig gestaltete (N=11).

Tabelle 100: Mittelwerte und Standardabweichungen der Variable „SAD“, „FNE“ und „Sozialer Rückzug“ zu t1, N=95

Variable	Interventionsgruppe		Kontrollgruppe		Gesamtgruppe
	Verhaltenstr. N=35 M (SD)	Problemlösen N=25 M (SD)	Institut N=11 M (SD)	Schule N=24 M (SD)	N=95 M (SD)
SAD	26.45 (6.20)	25.55 (7.44)	25.64 (4.88)	27.33 (7.10)	26.32 (6.58)
FNE	22.63 (6.85)	20.35 (7.40)	21.18 (5.51)	28.36 (6.37)	23.26 (7.31)
Sozialer Rückzug	6.00 (2.85)	4.87 (3.05)	5.00 (2.92)	-	5.42 (2.94)

In Tabelle 101 sind die Ergebnisse der einfaktoriellen multivariaten Varianzanalyse für die Variablen „Angst vor negativer Bewertung“ (FNE), „Angst in und Vermeidung von sozialen Situationen“ (SAD) und „Sozialer Rückzug“ aufgeführt. Die Variable „Sozialer

Rückzug“ wurde bei der schulischen Kontrollgruppe nicht erhoben, da nur die Kinder befragt wurden. Der Faktor „Gruppe“ ist dreifach gestuft (Intervention 1 & 2, Kontrollgruppe).

Tabelle 101: Ergebnisse der multivariaten Varianzanalyse (Pillai-Spur)

Effekt	Prüfwert	F	df	Fehler df	p
Gruppe	.07	.69	6	122	.66

Da die multivariate Varianzanalyse keinen Haupteffekt „Gruppe“ erbrachte, wurde auf die Berechnung univariater Varianzanalysen verzichtet. Zum ersten Messzeitpunkt wurden keine Gruppenunterschiede bezüglich der in der Variablen zur Sozialen Unsicherheit gefunden.

„Klinisch auffällige soziale Angst“ wurde über den Prozentrang des Rohwertes der Skala „Angst in und Vermeidung von sozialen Situationen“ bestimmt. Ein Prozentrang von 93 oder mehr wurde als stark auffällig (2) gewertet, ein Prozentrang zwischen 86 und 92 als leicht auffällig (1), ein Prozentrang von unter 86 wurde als unauffällig (0) gewertet. Tabelle 102 gibt einen Überblick über die prozentualen Häufigkeiten der Ausprägungen klinisch relevanter sozialer Ängste in der Stichprobe zu t1 (N=95). Nicht alle Kinder zeigen klinisch relevante soziale Ängste, da die Kinder über das Selbst- oder Fremdurteil in die Studie aufgenommen werden konnten.

Tabelle 102: Prozentualer Anteil klinisch bedeutsamer sozialer Ängste in den vier Subgruppen

	Interventionsgruppe		Kontrollgruppe		Gesamtgruppe
Klinisch bedeutsame soziale Ängste	Verhaltenstr. N=35 %	Problemlösen N=25 %	Institut N=11 %	Schule N=24 %	N=95 %
unauffällig	29	39	36	29	32
leicht auffällig	14	22	18	5	15
stark auffällig	57	39	45	66	53

Betrachtet man nur die beiden Gruppen „Kontrollgruppe“ und Interventionsgruppe“, ergeben sich die in Tabelle 103 aufgezeigten Werte. In der Interventionsgruppe zeigte sich ein deskriptiv höherer Anteil leichter sozialer Ängste als in der Kontrollgruppe, in der Kontrollgruppe war der Anteil starker sozialer Ängste deskriptiv höher.

Tabelle 103: Häufigkeit und der prozentuale Anteil sozialer Ängste in den beiden Subgruppen

Klinisch bedeutsame soziale Ängste	Interventionsgruppe N=60 %	Kontrollgruppe N =35 %
unauffällig	33	31
leicht auffällig	17	9
stark auffällig	50	60

Der $\chi 2$-Test (Pearson, Tabelle 104) zeigte für die Häufigkeiten der klinischen Ängste keine signifikanten Unterschiede bezüglich der Gruppenzugehörigkeit zur Interventions- und der Kontrollgruppe auf. Auch für die Zugehörigkeit zu den beiden Interventionsgruppen wurden keine Unterschiede gefunden ($\chi 2$-Test Pearson, Tabelle 105).

Tabelle 104: Ergebnisse des $\chi 2$-Test nach Pearson zu Unterschieden der Gruppenzugehörigkeit Interventions- und Kontrollgruppe bei der Häufigkeit klinisch relevanter Ängste

	Prüfwert des $\chi 2$-Tests	df	p (2-seitig)
Chi-Quadrat nach Pearson	2.12	2	.35

Tabelle 105: Ergebnisse des $\chi 2$-Test nach Pearson zu Unterschieden der Art der Intervention bei der Häufigkeit klinisch relevanter Ängste

	Prüfwert des $\chi 2$-Tests	df	p (2-seitig)
Chi-Quadrat nach Pearson	2.06	2	.36

Sozialkontakte

Die Intensität und Anzahl der Sozialkontakte wurde mittels des SOBEKI erhoben Die durchschnittlichen Werte und Häufigkeiten. Zu diesem Verfahren existiert nur eine kleine Normstichprobe, die Vergleichswerte für die Anzahl der Sozialkontakte in einer klinischen und nichtklinischen Stichprobe liefert. Diese sind in Tabelle 106 dargestellt.

Tabelle 106: Normwerte SOBEKI: Sozialkontakte, Rohwerte

Gruppe	Mittelwert	SD	M-1 SD PR 84	M-1,5 SD PR 93
klinische Stichprobe	10.5	5.9	4.6	1.65
nichtklinische Stichprobe	13	4.1	8.9	6.85

Die im Rahmen dieser Studie durchschnittlichen Werte und Häufigkeiten der Sozialkontakte für die Wartekontrollgruppe und die beiden Interventionsgruppen sind in Tabelle 107 aufgeführt. Der Mann-Whitney-U-Test ergab für den Vergleich der Kontroll- und Interventionsgruppe keinen Unterschied der Anzahl der genannten Sozialkontakte (U=159.5, $p \leq .60$). Auch die beiden Interventionsgruppen unterschieden sich zu t1 bezüglich der Anzahl der Sozialkontakte nicht (U=196.5, $p \leq .97$). Auch für die Intensität der Sozialkontakte wurden zu t1 keine Unterschiede gefunden. Der t-Test für unabhängige Stichproben zum Vergleich der Interventions- und Kontrollgruppe ergab eine t-Wert von -.40 und $p \leq .69$. Der Vergleich der beiden Interventionsgruppen erbrachte einen t-Wert von .36 und $p \leq .72$.

Tabelle 107: Mittelwerte und Standardabweichungen der Intensität und Anzahl der Sozialkontakte

Variable	Interventionsgruppe Verhaltensorientiert, N=35 M (SD)	 Problemlösen, N=25 M (SD)	Kontrollgruppe N=35 M (SD)
Intensität	6.54 (1.89)	6.38 (2.75	6.41 (1.75)
Anzahl	8.86 (3.07)	8.88 (2.67)	6.86 (1.10)

Selbstwert

Der Selbstwert der Kinder wurde mittels des KINDL-R erhoben. Die Mittelwerte der Normstichprobe des KINDL-R werden für verschiedene Subgruppen in Tabelle 108 angegeben.

Tabelle 108: Normwerte der SASCRD, Skalen SAD und FNE

Gruppe	Alter & Geschlecht	Mittelwert	M-1 SD PR 84	M-1,5 SD PR 93
Gesunde	Mädchen 8-12	66.68	48.85	39.94
	Jungen 8-12	66.52	48.17	39.00
Asthma	keine Angaben	63.68	-	-
Neurodermitis	keine Angaben	62.63	-	-
Adipositas	keine Angaben	54.75	-	-

Die Mittelwerte und Standardabweichungen der Variable „Selbstwert“ sind für die vier Subgruppen in Tabelle 109 dargestellt.

Tabelle 109: Mittelwerte und Standardabweichungen der Variable „Selbstwert“ zu t1, N=95

Variable	Interventionsgruppe		Kontrollgruppe		Gesamtgruppe
	Verhaltenstraining M (SD)	Problemlösen M (SD)	Institut M (SD)	Schule M (SD)	M (SD)
Selbstwert	59.07 (24.57)	67.38 (28.79)	60 (15.95)	59.66 (26.27)	61.78 (24.76)

In Tabelle 110 sind die Ergebnisse der einfaktoriellen univariaten Varianzanalysen für die Variable „Selbstwert“ aufgeführt. Der Faktor „Gruppe“ ist vierfach gestuft (Intervention 1 & 2, Kontrollgruppe 1&2).

Tabelle 110: Ergebnisse der univariaten Varianzanalysen für die Variable „Selbstwert“ zu t1, α_{krit}=.20, N=95

Quelle	df	Mittel der Quadrate	F	p
Gruppe	3	314.66	.50	.68

Zum ersten Messzeitpunkt wurden keine signifikanten Unterschiede bezüglich des Selbstwertes ($p \leq .68$) gefunden.

Um die Zusammenhänge zwischen den abhängigen Variablen zu erfassen, wurden Korrelationen nach Pearson berechnet. Die Ergebnisse sind in Tabelle 111 aufgeführt.

Tabelle 111: Korrelationen zwischen den abhängigen Variablen zu t1.

		Sozial-kontakt	Selbst-wert	Sozialer Rückzug	SAD	FNE	SK 1	SK 2	SK 3	SK 4	SK5	P 1	P 2	P 3	P 4	P 5
Sozialkontakte	r	1.00	-.18	.00	-.04	.09	.17	-.27	.02	.09	.15	-.31	-.02	.29	.02	-.03
	p	.	.24	.99	.77	.54	.32	.10	.88	.58	.36	.13	.91	.16	.94	.89
Selbstwert	r	-.18	1.00	-.15	-.54	-.39	.04	-.06	-.04	-.11	.27	.25	.20	-.16	.17	.20
	p	.24	.	.25	**.00**	**.00**	.80	.69	.82	.49	.08	.19	.28	.41	.40	.28
Sozialer Rückzug	r	.00	-.15	1.00	.05	.19	.35	-.03	-.12	.26	-.01	-.33	.06	.23	.32	-.19
	p	.99	.25	.	.67	.14	**.02**	.84	.44	.08	.95	.08	.77	.24	.12	.33
SAD	r	-.04	-.54	.05	1.00	.33	-.23	-.07	.10	-.16	-.38	-.04	-.18	.07	-.04	-.19
	p	.77	**.00**	.67	.	**.00**	.13	.66	.51	.30	**.01**	.82	.33	.73	.86	.30
FNE	r	.09	-.39	.19	.33	1.00	.13	.02	.11	.02	-.22	-.16	-.17	.12	-.23	-.16
	p	.54	**.00**	.14	**.00**	.	.38	.90	.48	.92	.15	.38	.34	.52	.25	.38
SK 1	r	.17	.04	.35	-.23	.13	1.00	.11	.20	.06	-.03	-.06	.30	.02	.54	.01
	p	.32	.80	**.02**	.13	.38	.	.46	.19	.71	.82	.79	.16	.91	**.01**	.95
SK 2	r	-.27	-.06	-.03	-.07	.02	.11	1.00	.21	.41	.03	.34	.23	.05	-.08	.28
	p	.10	.69	.84	.66	.90	.46	.	.18	**.01**	.83	.12	.30	.83	.75	.20
SK 3	r	.02	-.04	-.12	.10	.11	.20	.21	1.00	.15	.08	.37	.34	-.08	-.22	-.03
	p	.88	.82	.44	.51	.48	.19	.18	.	.34	.59	.08	.12	.72	.34	.88
SK 4	r	.09	-.11	.26	-.16	.02	.06	.41	.15	1.00	.36	-.12	.15	.15	.08	-.01
	p	.58	.49	.08	.30	.92	.71	**.01**	.34	.	**.01**	.58	.48	.50	.72	.96
SK 5	r	.15	.27	-.01	-.38	-.22	-.03	.03	.08	.36	1.00	-.18	.20	.02	-.02	-.05
	p	.36	.08	.95	**.01**	.15	.82	.83	.59	**.01**	.	.40	.37	.93	.92	.82
Problem1	r	-.31	.25	-.33	-.04	-.16	-.06	.34	.37	-.12	-.18	1.00	.37	-.08	-.04	.13
	p	.13	.19	.08	.82	.38	.79	.12	.08	.58	.40	.	**.05**	.69	.86	.50
Problem 2	r	-.02	.20	.06	-.18	-.17	.30	.23	.34	.15	.20	.37	1.00	-.18	.13	.26
	p	.91	.28	.77	.33	.34	.16	.30	.12	.48	.37	**.05**	.	.35	.53	.16
Problem 3	r	.29	-.16	.23	.07	.12	.02	.05	-.08	.15	.02	-.08	-.18	1.00	.03	.04
	p	.16	.41	.24	.73	.52	.91	.83	.72	.50	.93	.69	.35	.	.89	.86
Problem 4	r	.02	.17	.32	-.04	-.23	.54	-.08	-.22	.08	-.02	-.04	.13	.03	1.00	-.25
	p	.94	.40	.12	.86	.25	**.01**	.75	.34	.72	.92	.86	.53	.89	.	.22
Problem 5	r	-.03	.20	-.19	-.19	-.16	.01	.28	-.03	-.01	-.05	.13	.26	.04	-.25	1.00
	p	.89	.28	.33	.30	.38	.95	.20	.88	.96	.82	.50	.16	.86	.22	.

Abkürzungen: SK 1: Situation zur Sozialen Kompetenz: Soziale Aufmerksamkeit aushalten, SK 2: Situation zur Sozialen Kompetenz: Berechtigte Forderung durchsetzen, SK 3: Situation zur Sozialen Kompetenz: Bedürfnisse & Gefühle äußern/Beziehungen aufbauen, SK 4: Situation zur Sozialen Kompetenz: etwas ablehnen & sich wehren SK 5: Situation zur Sozialen Kompetenz: Aktivität initiieren. Problem 1: Freunde klingeln und wollen spielen, die Eltern erlauben es nicht. Problem 2: Ein Freund verletzt sich und will nicht alleine gelassen werden. Problem 3: Andere Kinder lachen über eine neue Jacke. Problem 4: Ein Freund/ eine Freundin will lieber mit einem anderen Kind spielen. Problem 5: Der Ball ist beim Spielen im Baum gelandet.

7.1.5 Übersicht über die Stichproben

Die folgende Tabelle 112 fasst die wesentlichen Charakteristika der Stichproben und deren Unterschiede noch einmal zusammen.

Tabelle 112: Stichprobencharakteristika der Interventions- und Kontrollgruppe zu t1, N=95

	Interventionsgruppe		Kontrollgruppe		p
Geschlecht	53.4% Jungen 46.6% Mädchen		51.4% Jungen 48.6% Mädchen		.84
Alter (Jahre)	M=8.05 (SD=1.84)		M=10.02 (SD=1.97)		.000*
Komorbidität Psyche	3%	Enuresis	6%	Enuresis	.45
	7%	Soziale Phobie	3%	Soziale Phobie	.37
	17%	Trennungsangst	3%	Trennungsangst	.014*
	10%	Sprachstörungen	11%	Sprachstörungen	.94
	5%	Legasthenie	0	Legasthenie	.16*
	3%	Lernbehinderung	6%	Lernbehinderung	.64
	2%	ADHD	0	ADHD	.42
	5%	Pavor Nocturnus	0	Pavor Nocturnus	.26
	22%	Konzentrationsschw.	21%	Konzentrationsschw.	.68
	18%	Einschlafschwierigkeiten	12%	Einschlafschwierigkeiten	.005*
	5%	Alpträume	5%	Alpträume	.96
	10%	Fingernägel kauen	12%	Fingernägel kauen	.64
	27%	Schmerzen ohne MKF	22%	Schmerzen ohne MKF	.12*
	2%	Aggressives Verhalten	2%	Aggressives Verhalten	.75
	38%	keine komorbiden psychische Symptome	51%	keine komorbiden psychische Symptome	.09*
Komorbidität Körper	10%	Neurodermitis	3%	Neurodermitis	.18*
	2%	Asthma	3%	Asthma	.75
	3%	Epilepsie	6%	Epilepsie	.74
	3%	Hörschäden	0%	Hörschäden	.25
	2%	Herz-Kreislauf-Erkrank.	3%	Herz-Kreislauf-Erkrank.	.75
	0%	Erkrank. der Muskulatur	9%	Erkrank. der Muskulatur	.03*
	10%	Häufige Infektionen	0%	Häufige Infektionen	.04*
	20%	Sonstige körperliche Erkrankungen	66%	Sonstige körperliche Erkrankungen	.00*
	55%	Kinder ohne körperliche Erkrankungen	31%	Kinder ohne körperliche Erkrankungen	.05*
SAD	M=25.94,	SD=6.64	M=26.90,	SD=4.51	.82
FNE	M=21.9,	SD=7.43	M=21.80,	SD=5.39	.42
Sozialer Rückzug	M=5.65,	SD=2.95	M=5.60,	SD=3.34	.24
Klinische soziale Ängste	17%	leicht auffällig	9%	leicht auffällig	.51
	50%	stark auffällig	60%	stark auffällig	
Sozialkontakte	Intensität: M=6.5 SD=2.3		Intensität: M=6.2 SD=2.13		.60
	∅ Anzahl: 8.75		∅ Anzahl: 8		.72
Selbstwert	M=62.70 SD=26.53		M=59.84 SD=21.00		.65
Schulbildung	Kindergarten & Grundschüler		Kindergarten & Grundschüler		

7.2 Prüfung der kurzfristigen Effektivität der Trainingsprogramme

7.2.1 Vergleich Interventions- und Wartekontrollgruppe

Überblick über das Kapitel

Im folgenden Kapitel werden für die Gesamtstichprobe zu den ersten beiden Messzeitpunkten die postulierten Interaktionseffekte für die abhängigen Variablen „Sozialbeziehungen“, „Soziale Unsicherheit“ und „Klinische soziale Ängste“, „Soziale Kompetenz“, „Problemlösen“ und „Selbstwert“ analysiert. Abbildung 55 gibt einen Überblick über die Auswertung.

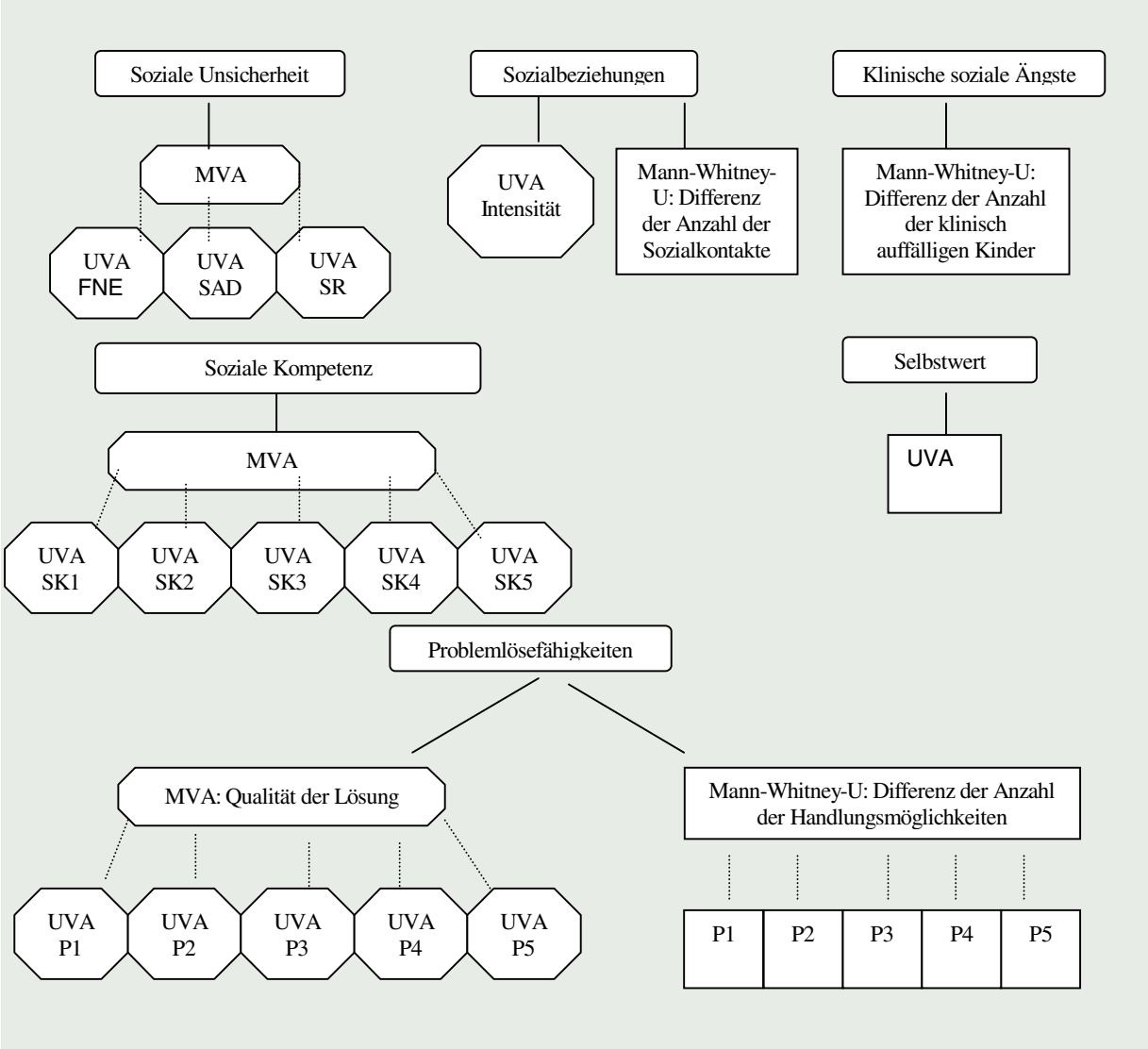


Abbildung 55: Überblick über die Auswertung und Ergebnisdarstellung. MVA: Multivariate Varianzanalyse, UVA: Univariate Varianzanalyse, FNE: Angst vor negativer Bewertung, SAD: Angst in und Vermeidung von sozialen Situationen, SR: Sozialer Rückzug, SK: Situation zur Sozialen Kompetenz, SK 1: Soziale Aufmerksamkeit aushalten, SK 2: Berechtigte Forderung durchsetzen, SK 3: Bedürfnisse & Gefühle äußern/Beziehungen aufbauen, SK 4: etwas ablehnen & sich wehren, SK 5: Aktivität initiieren. P: Situation zum Problemlösen, P1: Freunde klingeln und wollen spielen, die Eltern erlauben es nicht. P2: Ein Freund verletzt sich und will nicht alleine gelassen werden. P3: Andere Kinder lachen über eine neue Jacke. P 4: Ein Freund/ eine Freundin will lieber mit einem anderen Kind spielen. P 5: Der Ball ist beim Spielen im Baum gelandet.

Soziale Unsicherheit

Das Konstrukt „Soziale Unsicherheit“ wurde mittels der Variablen „Angst in und Vermeidung von sozialen Situationen (SAD), „Angst vor negativer Bewertung“ (FNE) und „Sozialer Rückzug“ (SR) erfasst. Die Mittelwerte und Standardabweichungen dieser Variablen zu den ersten beiden Messzeitpunkten in der Kontrollgruppe und der Interventionsgruppe sind in Tabelle 113 aufgeführt.

Tabelle 113: Mittelwerte und Standardabweichungen der Variablen SAD, FNE und SR zu den ersten beiden Messzeitpunkten in der Kontrollgruppe und der Interventionsgruppe, N=92

	Interventionsgruppe		Kontrollgruppe	
	t1	t2	t1	t2
SAD	27.62 (6.06)	19.40 (5.40)	26.94 (6.20)	25.10 (6.37)
FNE	22.38 (7.03)	17.69 (17.69)	26.06 (6.70)	22.25 (7.54)
SR	5.61 (2.88)	3.69 (2.96)	5.60 (3.34)	2.90 (28)

Die Abbildungen 56-58 zeigen die Mittelwerte der drei Variablen in der Interventions- und Kontrollgruppe zu den ersten beiden Messzeitpunkten.

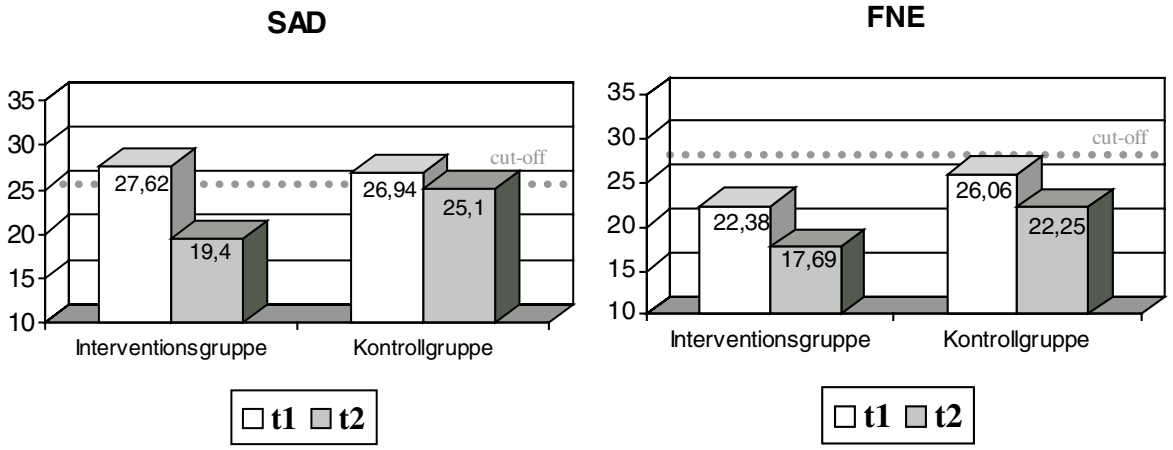


Abbildung 56 & 57: Mittelwerte der Variablen SAD und FNE zu den ersten beiden Messzeitpunkten in der Kontrollgruppe und der Interventionsgruppe

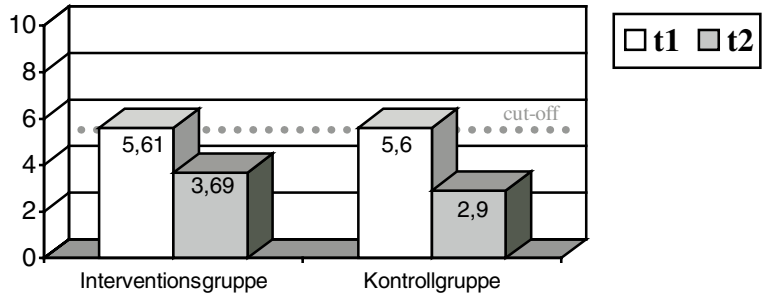


Abbildung 58: Mittelwerte der Variable „Sozialer Rückzug“ zu den ersten beiden Messzeitpunkten in der Kontrollgruppe und der Interventionsgruppe

Die Ergebnisse der multivariaten und univariaten Varianzanalysen mit Messwiederholung auf dem Faktor Zeit sind in Tabelle 114 und 115 dargestellt. Da für die Interventionsgruppe eine größere Veränderung in die erwünschte Richtung postuliert worden war, wurde einseitig getestet.

Tabelle 114: Ergebnisse der multivariaten Varianzanalyse mit Messwiederholung für die Variablen zur Sozialen Unsicherheit (Pillai-Spur)

Quelle	Wert der Prüfgröße	F	df	p	Eta-Quadrat
Zeit	.46	30.15	3	.00**	.46
Zeit *Gruppe	.18	8.07	3	.00**	.18

Tabelle 115: Ergebnisse der univariaten Varianzanalysen mit Messwiederholung (Greenhouse-Geisser)

Quelle	Variable	df	Mittel der Quadrate	F	p	Eta-Quadrat
Zeit	SAD	1	944.55	40.62	.00**	.36
Zeit *Gruppe	SAD	1	379.62	16.32	.00**	.18
Zeit	FNE	1	677.51	24.75	.00**	.25
Zeit *Gruppe	FNE	1	7.06	.26	.30	.004
Zeit	sozialer Rückzug	1	83.40	29.26	.00**	.40
Zeit *Gruppe	sozialer Rückzug	1	2.40	.842	.18	.02

Die Alle drei Variablen des Konstruktes „Soziale Unsicherheit“ weisen einen signifikanten Haupteffekt „Zeit“ auf. Ein Interaktionseffekt „Gruppe*Zeit“ ergab sich in der multivariaten Varianzanalyse (SAD & FNE) und in der angeschlossenen univariaten Varianzanalyse für die Variable „Angst in und Vermeidung von sozialen Situationen“ ($p \leq .00$) mit einer Effektstärke von .18.

Sozialkontakte: Intensität und Anzahl

Das Konstrukt „Sozialkontakte“ wurde mittels der Subskala „Kontakte“ des SOBEKI erfasst und untergliedert sich in die Variablen „Intensität“ der Sozialkontakte und „Anzahl“. Die Mittelwerte und Standardabweichungen der Variable „Intensität“ zu den ersten beiden Messzeitpunkten in der Kontrollgruppe und der Interventionsgruppe sind in Tabelle 116 aufgeführt. Die Intensität wird von den Kindern zu drei Items auf einer Skala von 1 bis 10 eingeschätzt.

Tabelle 116: Mittelwerte und Standardabweichungen der Variable Intensität zu den ersten beiden Messzeitpunkten in der Kontrollgruppe und der Interventionsgruppe

	Interventionsgruppe		Kontrollgruppe	
Variable	t1: M (SD)	t2: M (SD)	t1: M (SD)	t2: M (SD)S
Intensität Sozialkontakte	6.53 (2.23)	8.39 (3.23)	6.41 (1.75)	7.60 (1.66)

Die Abbildung 59 zeigt die Mittelwerte der Variable in der Interventions- und Kontrollgruppe zu den ersten beiden Messzeitpunkten.

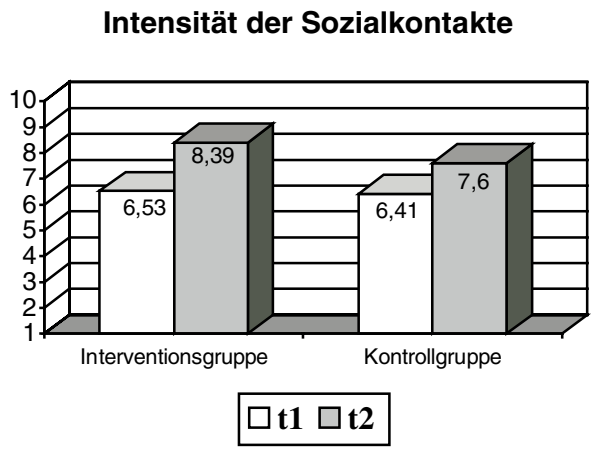


Abbildung 59: Mittelwerte der Variable „Intensität der Sozialkontakte“ zu den ersten beiden Messzeitpunkten in der Kontrollgruppe und der Interventionsgruppe

Die Ergebnisse der univariaten Varianzanalyse mit Messwiederholung auf dem Faktor Zeit sind in Tabelle 117 dargestellt. Da für die Interventionsgruppe eine größere Veränderung in die erwünschte Richtung postuliert worden war, wurde einseitig getestet.

Tabelle 117: Ergebnisse der univariaten Varianzanalyse mit Messwiederholung (Greenhouse-Geisser)

Quelle	F	df	p	Eta-Quadrat
Zeit	4.29	1	.03	.11
Zeit *Gruppe	.21	1	.32	.01

Die Varianzanalyse ergab einen signifikanten Haupteffekt „Zeit“ ($p \leq .03$), es wurde kein Interaktionseffekt aufgezeigt. Der Haupteffekt „Zeit“ wurde mittels Kirk’scher post-hoc-Tests näher untersucht. Dabei zeigte sich ein signifikanter Mittelwertsunterschied zwischen den beiden Messzeitpunkten in der Interventionsgruppe ($t=-.168$, $p \leq .05$), in der Kontrollgruppe wurde kein signifikanter Mittelwertsunterschied gefunden ($t=-1.07$, $p \leq .15$).

Anzahl der Sozialkontakte

Die Anzahl der Sozialkontakte wurde durch die Summe der genannten Personen bei den Fragen „Mit wem spielst du gerne“, „Wer sind deine Freunde“ und „Mit wem bist du zusammen, wenn du nicht in der Schule bist“ erfasst. Es konnten jeweils bis zu 5 Personen genannt werden, maximal also 15. Die durchschnittliche Anzahl und die Standardabweichungen der genannten Personen zu den ersten beiden Messzeitpunkten in der Kontrollgruppe und der Interventionsgruppe sind in Tabelle 118 aufgeführt.

Tabelle 118: Mittelwerte und Standardabweichungen der Sozialkontakte zu den ersten beiden Messzeitpunkten in der Kontrollgruppe und der Interventionsgruppe

	Interventionsgruppe		Kontrollgruppe	
	t1: N (%)	t2: N (%)	t1: N (%)	t2: N (%)S
Anzahl Sozialkontakte	8.87 (.47)	9.42 (.56)	6.86 (1.10)	6.57 (1.30)

Die Abbildung 60 zeigt die Anzahl der Sozialkontakte in der Interventions- und Kontrollgruppe zu den ersten beiden Messzeitpunkten.

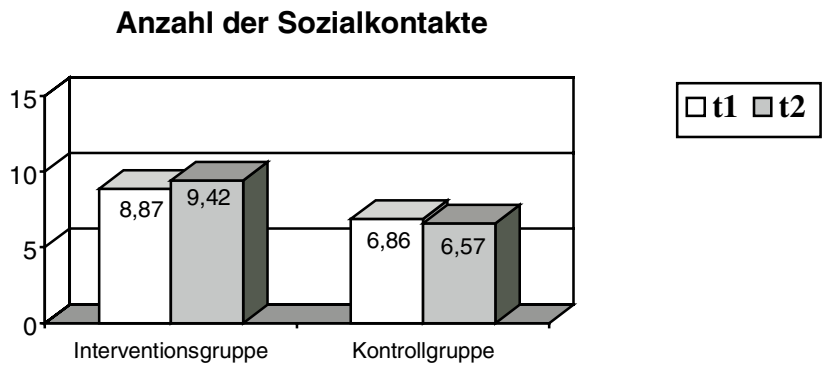


Abbildung 60: Anzahl der Sozialkontakte zu den ersten beiden Messzeitpunkten in der Kontrollgruppe und der Interventionsgruppe

Die Zunahme der Sozialkontakte ist in der Interventionsgruppe deskriptiv größer als in der Kontrollgruppe. Die Veränderung der Anzahl der Sozialkontakte unterschied sich zwischen den beiden Gruppen nicht, der Mann-Whitney-U-Test über die Differenz (t1-t2) ergibt eine zweiseitige Signifikanz von $p \leq .48$ ($U=110.5$, Tabelle 119).

Tabelle 119: Mittlere Ränge und Rangsummen der Differenzen der Anzahl der Sozialkontakte

	N	Mittlerer Rang	Rangsumme
Kontrollgruppe	7	19.79	138.50
Interventionsgruppe	38	23.59	896.50

Soziale Kompetenz

Das Konstrukt „Soziale Kompetenz“ wurde durch die fünf Situationen „Soziale Aufmerksamkeit aushalten“, „Berechtigte Forderung durchsetzen“, „Bedürfnisse & Gefühle äußern/Beziehungen aufbauen“, „etwas ablehnen & sich wehren“ und „Aktivität initiieren“ erfasst. Unabhängige Rater schätzten die Antworten auf einer Skala von 1-5 (wenig kompetent - sehr kompetent) ein. Die Mittelwerte und Standardabweichungen dieser Variablen zu den ersten beiden Messzeitpunkten in der Kontrollgruppe und der Interventionsgruppe sind in Tabelle 120 aufgeführt.

Tabelle 120: Mittelwerte und Standardabweichungen der Variablen des Konstruktes „Soziale Kompetenz“ zu den ersten beiden Messzeitpunkten in der Kontrollgruppe und der Interventionsgruppe

	Interventionsgruppe		Kontrollgruppe	
	t1	t2	t1	t2
Soziale Aufmerksamkeit aushalten	2.09 (1.12)	3.00 (1.18)	1.95 (1.20)	1.73 (.86)
Berechtigte Forderung durchsetzen	2.31 (.95)	3.29 (1.09)	2.17 (1.03)	2.60 (1.02)
Bedürfnisse & Gefühle äußern/ Beziehungen aufbauen	2.51 (1.11)	3.44 (.75)	2.80 (1.19)	2.77 (1.12)
Etwas ablehnen & sich wehren	3.31 (1.00)	3.90 (.66)	2.42 (.70)	2.07 (.74)
Aktivität initiieren	2.89 (1.34)	3.77 (.73)	2.75 (1.28)	1.93 (1.20)

Die Abbildungen 61-65 zeigen die Mittelwerte der fünf Variablen in der Interventions- und Kontrollgruppe zu den ersten beiden Messzeitpunkten.

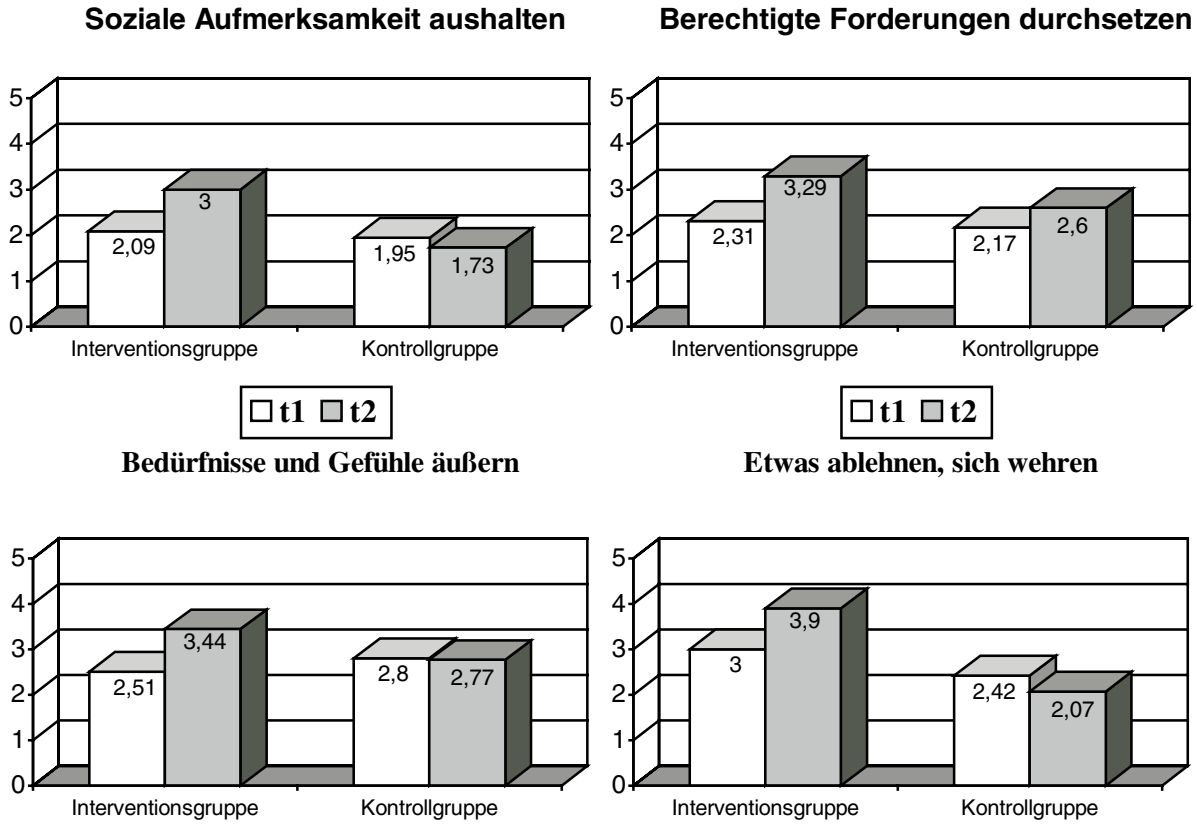


Abbildung 61-64: Mittelwerte der Einschätzungen der Situationen zur Sozialen Kompetenz zu den ersten beiden Messzeitpunkten in der Kontrollgruppe und der Interventionsgruppe

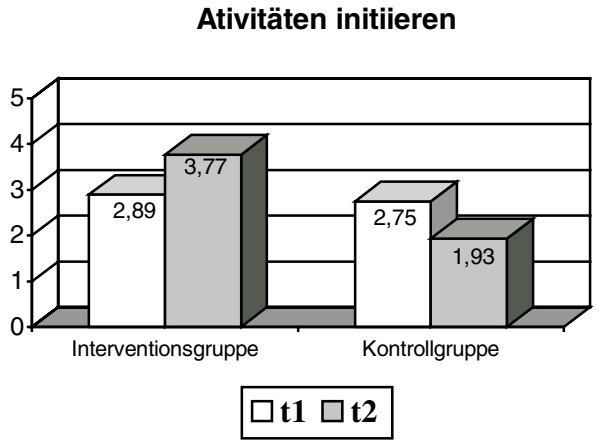


Abbildung 65: Mittelwerte der Einschätzungen der Situationen zur Sozialen Kompetenz zu den ersten beiden Messzeitpunkten in der Kontrollgruppe und der Interventionsgruppe

Für die fünf Variablen wurde eine zweifaktorielle (Gruppe, Zeit) multivariate Varianzanalyse mit Messwiederholung auf dem Faktor Zeit (Pillai-Spur) und anschließend univariate Varianzanalysen nach Greenhouse-Geisser gerechnet. Da für die Interventionsgruppe eine größere Veränderung in die erwünschte Richtung postuliert worden war, wurde einseitig getestet. Die Ergebnisse sind in Tabelle 121 und 122 dargestellt.

Tabelle 121: Ergebnisse der multivariaten Varianzanalyse mit Messwiederholung (Pillai-Spur)

Quelle	Wert der Prüfgröße	F	df	p	Eta-Quadrat
Zeit	.23	1.70	5.00	.09	.23
Zeit *Gruppe	.37	3.42	5.00	.01*	.37

Tabelle 122: Ergebnisse der univariaten Varianzanalysen mit Messwiederholung (Greenhouse-Geisser)

Quelle	Variable	df	Mittel der Quadrate	F	p	Eta-Quadrat
Zeit	Soziale Aufmerksamkeit	1	1.32	1.66	.10	.05
Zeit *Gruppe	Soziale Aufmerksamkeit	1	3.58	4.49	.02*	.12
Zeit	Berechtigte Forderung	1	5.54	6.75	.01*	.17
Zeit *Gruppe	Berechtigte Forderung	1	.85	1.03	.16	.03
Zeit	Gefühle äußern	1	2.28	3.35	.04	.09
Zeit *Gruppe	Gefühle äußern	1	2.65	3.90	.03*	.11
Zeit	Etwas ablehnen, sich wehren	1	.18	.28	.30	.01
Zeit *Gruppe	Etwas ablehnen, sich wehren	1	2.50	3.99	.03*	.11
Zeit	Aktivitäten initiieren	1	.01	.01	.46	.00
Zeit *Gruppe	Aktivitäten initiieren	1	8.16	8.60	.01*	.21

Die multivariate Varianzanalyse ergibt einen signifikanten Interaktionseffekt „Zeit & Gruppe“($p \leq .01$) mit einer Effektstärke von .37. Vier Variablen des Konstruktes „Soziale Kompetenz“ weisen in den univariaten Varianzanalysen einen signifikanten Interaktionseffekt

„Gruppe*Zeit“ auf: „Soziale Aufmerksamkeit aushalten“ ($p \leq .02$), „etwas ablehnen“ ($p \leq .03$) und “Aktivitäten initiieren“ ($p \leq .01$).

Problemlösefertigkeiten: Qualität der Lösungen

Das Konstrukt „Problemlösefertigkeiten“ wurde durch die fünf Problemsituationen „Freunde wollen draußen spielen“, „Freund verletzt sich“ „Kinder lachen über Jacke“, „Freundin will lieber mit anderem Kind spielen“ und „Ball im Baum“ erfasst. Analysiert wurde die Anzahl der genannten Handlungsmöglichkeiten und die Qualität der Lösungen.

Qualität der Lösungen: Unabhängige Rater schätzten die Antworten auf einer Skala von 1-5 (schlechte Lösung - gute Lösung) ein. Es war den Ratern nicht möglich, die Antworten den Gruppen oder dem Messzeitpunkt zuzuordnen. Die Mittelwerte und Standardabweichungen dieser Variablen zu den ersten beiden Messzeitpunkten in der Kontrollgruppe und der Interventionsgruppe sind in Tabelle 123 aufgeführt. In der Kontrollgruppe wurden bei 5 Kindern die Problemlösefähigkeiten erhoben, daher können über den Vergleich der Kontrollgruppe mit der Interventionsgruppe nur eingeschränkt Aussagen gemacht werden. Die Problemlösefertigkeiten können eher zum Vergleich der Therapievarianten herangezogen werden.

Tabelle 123: Mittelwerte und Standardabweichungen der Variablen des Konstruktes „Problemlösen“ zu den ersten beiden Messzeitpunkten in der Kontrollgruppe und der Interventionsgruppe

	Interventionsgruppe		Kontrollgruppe	
	t1 M (SD)	t2 M (SD)	t1 M (SD)	t2 M (SD)
Freunde wollen draußen spielen	3.31 (1.28)	3.8 (.93)	2.91 (1.17)	3.00 (1.22)
Freund verletzt sich	3.35 (.60)	3.58 (.93)	2.75 (.74)	4.2 (.45)
Kinder lachen über Jacke	3.23 (.97)	3.50 (.81)	3.78 (.19)	3.33 (.67)
Freundin spielt lieber mit anderem Kind	3.13 (.96)	3.60 (.71)	3.11 (1.35)	3.67 (.62)
Ball ist im Baum	4.44 (.47)	4.46 (.56)	4.25 (.69)	4.73 (.37)

Die Abbildungen 66 bis 70 zeigen die Mittelwerte der fünf Variablen in der Interventions- und Kontrollgruppe zu den ersten beiden Messzeitpunkten.

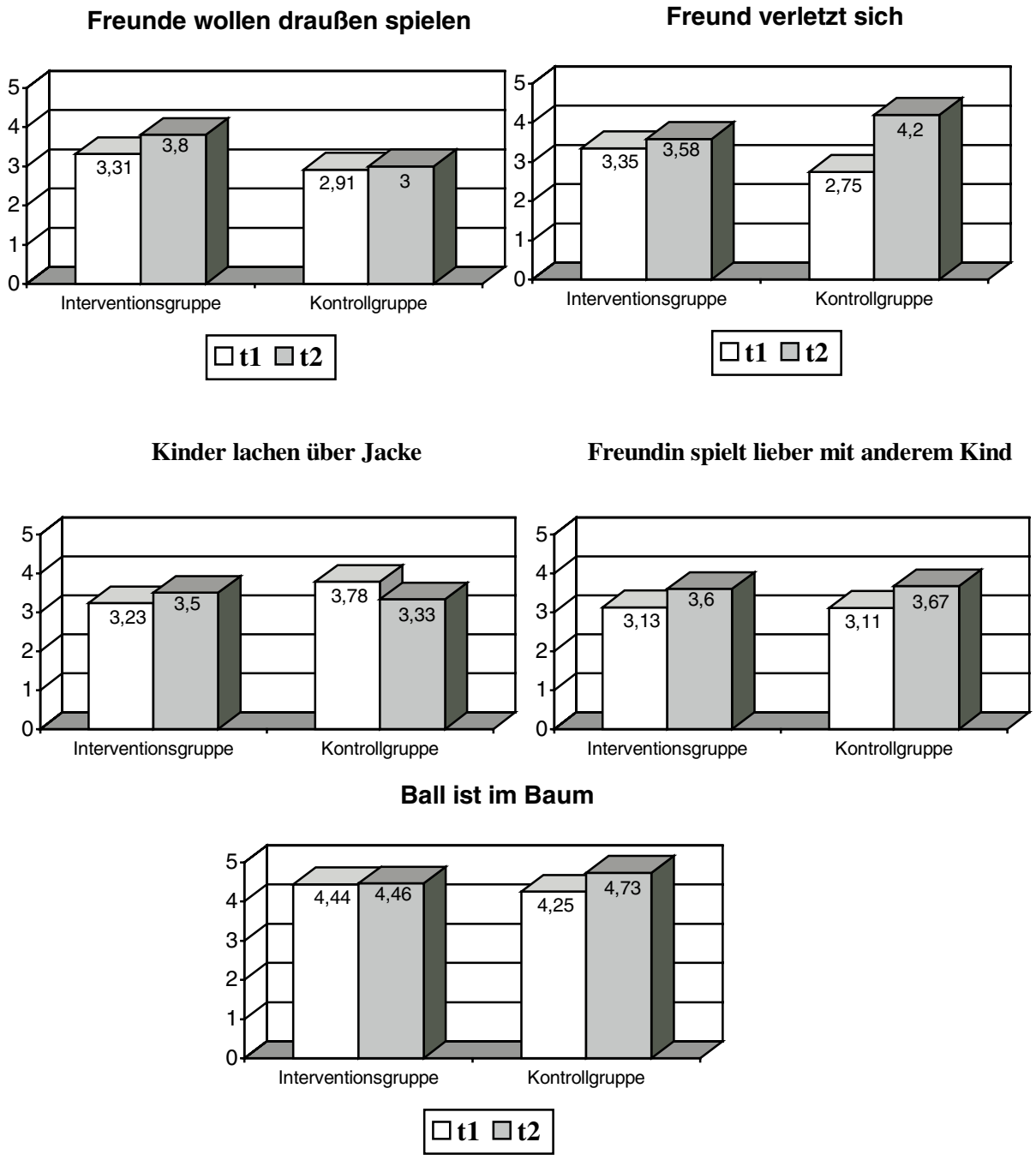


Abbildung 66-70: Mittelwerte der Einschätzungen der Situationen zum Problemlösen zu den ersten beiden Messzeitpunkten in der Kontrollgruppe und der Interventionsgruppe

Für die fünf Variablen wurde eine zweifaktorielle (Gruppe, Zeit) multivariate Varianzanalyse mit Messwiederholung auf dem Faktor Zeit nach Greenhouse-Geisser gerechnet. Da für die Interventionsgruppe eine größere Veränderung in die erwünschte Richtung postuliert worden war, wurde einseitig getestet. Die Ergebnisse sind in Tabelle 124 dargestellt.

Tabelle 124: Ergebnisse der multivariaten Varianzanalyse mit Messwiederholung (Pillai-Spur)

Quelle	Wert der Prüfgröße	F	df	p	Eta-Quadrat
Zeit	.57	4.20	5	.01	.57
Zeit * Gruppe	.28	1.25	5	.16	.28

Da die multivariate Varianzanalyse keinen signifikanter Interaktionseffekt erbrachte, wurde auf die Berechnung univariater Varianzanalysen verzichtet.

Problemlösefertigkeiten: Anzahl der Handlungsmöglichkeiten

Die durchschnittliche Anzahl und die Standardabweichungen der genannten Handlungsmöglichkeiten zu den ersten beiden Messzeitpunkten in der Kontrollgruppe und der Interventionsgruppe sind in Tabelle 125 aufgeführt.

Tabelle 125: Durchschnittliche Anzahl und Standardabweichungen der genannten Handlungsmöglichkeiten zu den ersten beiden Messzeitpunkten in der Kontrollgruppe und der Interventionsgruppe

	Interventionsgruppe		Kontrollgruppe	
	t1 M (SD)	t2 M (SD)	t1 M (SD)	t2 M (SD)
Freunde wollen draußen spielen	1.8 (.83)	1.85 (.75)	1 (0)	2 (0)
Freund verletzt sich	2.1 (.72)	2.2 (.62)	2.5 (.71)	1.5 (.7)
Kinder lachen über Jacke	1.5 (.61)	1.75 (.79)	1.5 (.71)	1.5 (.71)
Freundin spielt lieber mit anderem Kind	1.55 (.60)	1.75 (.79)	2 (0)	2 (1.41)
Ball ist im Baum	1.4 (.99)	2.25 (.91)	1 (0)	2.5 (.71)

Die Veränderung der Anzahl der genannten Handlungsmöglichkeiten unterscheidet sich zwischen den beiden Gruppen nicht, der Mann-Whitney-U-Test über die Differenz (t2-t1) ergibt eine einseitige Signifikanz von $p \leq .30$ ($U=15.5$).

Selbstwert

Das Konstrukt „Selbstwert“ wurde mittels des KINDL-R erfasst. Die Mittelwerte und Standardabweichungen dieser Variable zu den ersten beiden Messzeitpunkten in der Kontrollgruppe und der Interventionsgruppe sind in Tabelle 126 aufgeführt.

Tabelle 126: Mittelwerte und Standardabweichungen der Variablen „Selbstwert“ zu den ersten beiden Messzeitpunkten in der Kontrollgruppe und der Interventionsgruppe

	Interventionsgruppe		Kontrollgruppe	
	t1: M (SD)	t2: M (SD)	t1: M (SD)	t2: M (SD)S
Selbstwert	60.27 (24.86)	82.57 (19.32)	59.35 (20.49)	53.33 (20.79)

Die Abbildung 71 zeigt die Mittelwerte der Variable in der Interventions- und Kontrollgruppe zu den ersten beiden Messzeitpunkten.

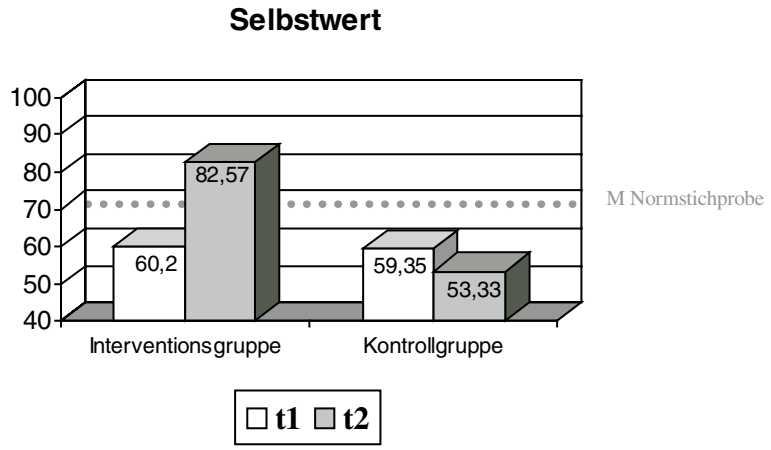


Abbildung 71: Mittelwerte der Variable „Selbstwert“ zu den ersten beiden Messzeitpunkten in der Kontrollgruppe und der Interventionsgruppe

Die Ergebnisse der univariaten Varianzanalyse mit Messwiederholung auf dem Faktor Zeit sind in Tabelle 127 dargestellt. Da für die Interventionsgruppe eine größere Veränderung in die erwünschte Richtung postuliert worden war, wurde einseitig getestet.

Tabelle 127: Ergebnisse der univariaten Varianzanalyse mit Messwiederholung für die Variable Selbstwert (Greenhouse-Geisser)

Quelle	df	Mittel der Quadrate	F	p	Eta-Quadrat
Zeit	1	1776.47	5.98	.01	.10
Zeit *Gruppe	1	5368.07	18.08	.00	.24

Die Varianzanalyse ergab einen signifikanten Haupteffekt „Zeit“ ($p \leq .01$) und einen Interaktionseffekt „Gruppe*Zeit“ ($p \leq .00$) mit einer Effektstärke von .24.

Reduktion Klinisch auffälliger sozialer Ängste

Das Konstrukt „Klinisch auffällige soziale Ängste“ wurde mittels des Prozentranges der Skala „Angst in und Vermeidung von sozialen Situationen“ erfasst. Die Häufigkeiten und Prozentanteile der Kinder mit leichten (PR86-92) und starken (PR93) sozialen Ängsten zu den ersten beiden Messzeitpunkten in der Kontrollgruppe und der Interventionsgruppe sind in Tabelle 128 aufgeführt.

Tabelle 128: Häufigkeiten und prozentuale Anteile leichter und starker sozialer Ängste in der Kontrollgruppe und der Interventionsgruppe

	Interventionsgruppe		Kontrollgruppe	
	t1: N (%)	t2: N (%)	t1: N (%)	t2: N (%)S
unauffällig	8 (19.5%)	29 (70.7%)	10 (27%)	14 (40%)
leichte soziale Ängste	9 (22 %)	7 (17.1%)	4 (10.8%)	6 (17.1%)
starke soziale Ängste	24 (58.5%)	5 (12.2%)	23 (62.2%)	15 (42.9%)

Die Abbildung 72 zeigt die Häufigkeiten leichter und starker sozialer Ängste in der Interventions- und Kontrollgruppe zu den ersten beiden Messzeitpunkten.

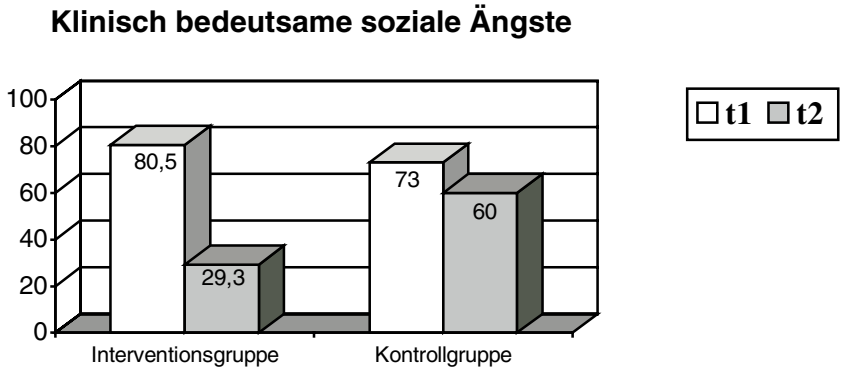


Abbildung 72: Häufigkeiten leichter und starker sozialer Ängste zu den ersten beiden Messzeitpunkten in der Kontrollgruppe und der Interventionsgruppe

Die Reduktion der Anzahl der Kinder mit leichten oder starken sozialen Ängsten unterschied sich zwischen den beiden Gruppen deutlich, der Mann-Whitney-U-Test über die Differenz (t1-t2; Tabelle 129) ergibt eine einseitige Signifikanz von $p \leq .01$ (U=493). Die Reduktion klinisch relevanter sozialer Ängste ist in der Interventionsgruppe signifikant größer als in der Kontrollgruppe.

Tabelle 129: Mittlere Ränge und Rangsummen der Differenzen der Häufigkeiten klinisch relevanter sozialer Ängste

	N	Mittlerer Rang	Rangsumme
Kontrollgruppe	35	32.09	1123
Interventionsgruppe	41	43.98	1803

Zusammenfassung des Kapitels: Vergleich Interventions- und Wartekontrollgruppe

In Abbildung 73 werden die Ergebnisse zu den postulierten Interaktionseffekten Zeit*Gruppe zu den ersten beiden Messzeitpunkten berichtet, bei ordinal skalierten Variablen die Ergebnisse der Mann-Whitney-U-Tests über die Differenzen t1-t2. Bei den hier dargestellten signifikanten Effekten veränderten sich die Mittelwerte stets in hypothesenkonformer Richtung.

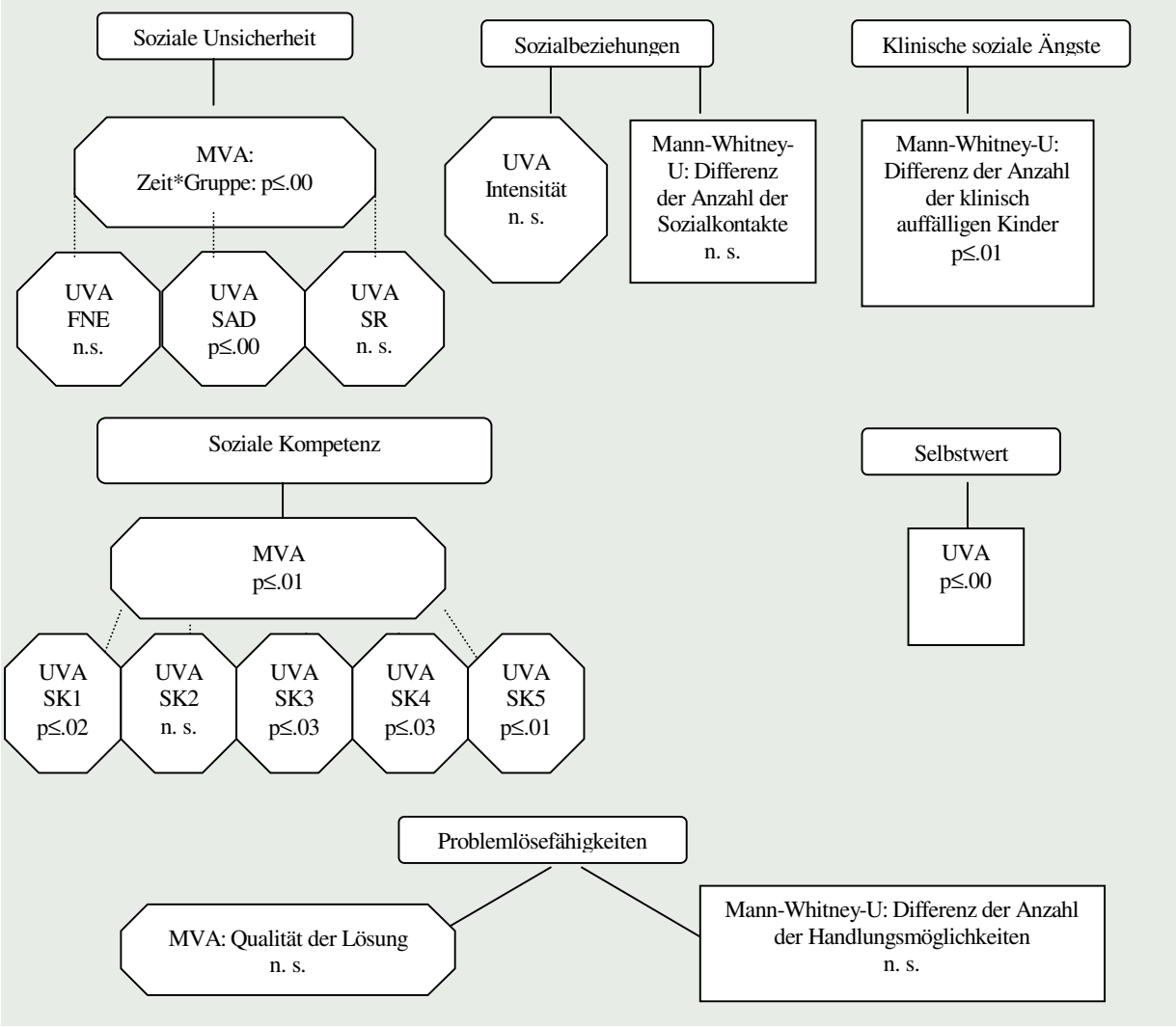


Abbildung 73: Überblick über die Auswertung und Ergebnisdarstellung. MVA: Multivariate Varianzanalyse, UVA: Univariate Varianzanalyse, FNE: Angst vor negativer Bewertung, SAD: Angst in und Vermeidung von sozialen Situationen, SR: Sozialer Rückzug, SK: Situation zur Sozialen Kompetenz, SK 1: Soziale Aufmerksamkeit aushalten, SK 2: Berechtigte Forderung durchsetzen, SK 3: Bedürfnisse & Gefühle äußern/Beziehungen aufbauen, SK 4: etwas ablehnen & sich wehren, SK 5: Aktivität initiieren.

Es zeigte sich ein signifikanter Interaktionseffekt bei der multivariaten Varianzanalyse zur Sozialen Unsicherheit, der auf die Variable SAD zurückgeführt werden konnte. Ebenso zeigte sich ein signifikanter Interaktionseffekt bei der multivariaten Varianzanalyse zur Sozialen Kompetenz, der auf vier der fünf Situationen zurückgeführt werden konnte. Auch für die Variable „Selbstwert“ konnte ein signifikanter Interaktionseffekt Zeit*Gruppe gefunden werden. Die Anzahl der Kinder mit klinisch relevanten sozialen Ängsten wurden in der Interventionsgruppe deutlich stärker reduziert.

7.2.2 Vergleich Problemlöse- und Verhaltenstrainingsgruppe

Überblick über das Kapitel

Um die trainingsspezifische Wirkung der beiden Interventionen zu vergleichen, werden im folgenden Kapitel die Vergleiche des verhaltensorientierten Trainings und des Problemlösetrainings bezüglich der Veränderungen der abhängigen Variablen „Sozialbeziehungen“, „Soziale Unsicherheit“ und „Klinische soziale Ängste“, „Soziale Kompetenz“, „Problemlösen“ und „Selbstwert“ dargestellt. Abbildung 74 gibt einen Überblick über die Auswertung.

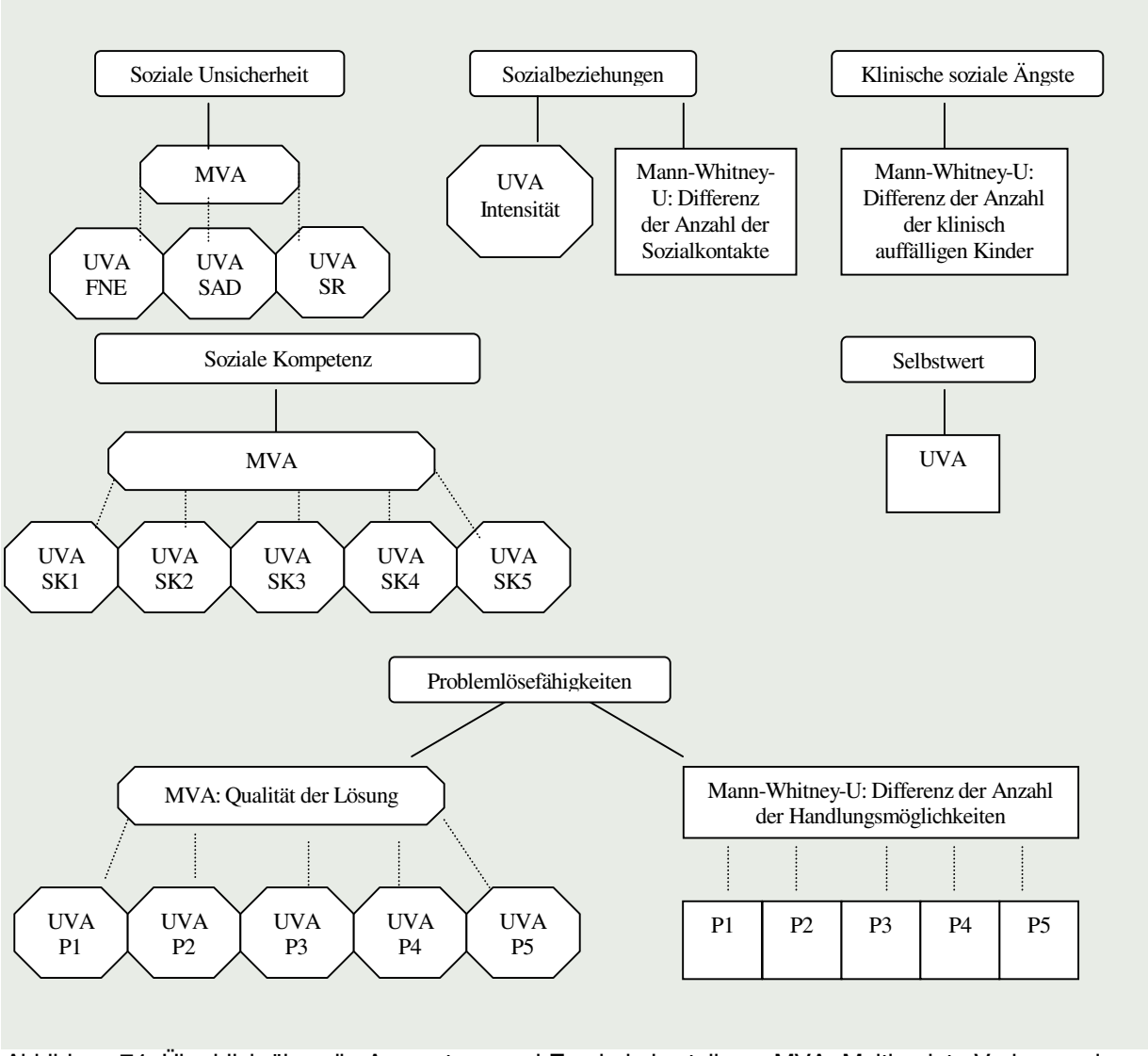


Abbildung 74: Überblick über die Auswertung und Ergebnisdarstellung. MVA: Multivariate Varianzanalyse, UVA: Univariate Varianzanalyse, FNE: Angst vor negativer Bewertung, SAD: Angst in und Vermeidung von sozialen Situationen, SR: Sozialer Rückzug, SK: Situation zur Sozialen Kompetenz, SK 1: Soziale Aufmerksamkeit aushalten, SK 2: Berechtigte Forderung durchsetzen, SK 3: Bedürfnisse & Gefühle äußern/Beziehungen aufbauen, SK 4: etwas ablehnen & sich wehren, SK 5: Aktivität initiieren. P: Situation zum Problemlösen, P1: Freunde klingeln und wollen spielen, die Eltern erlauben es nicht. P2: Ein Freund verletzt sich und will nicht alleine gelassen werden. P3: Andere Kinder lachen über eine neue Jacke. P 4: Ein Freund/ eine Freundin will lieber mit einem anderen Kind spielen. P 5: Der Ball ist beim Spielen im Baum gelandet.

Soziale Unsicherheit

Das Konstrukt „Soziale Unsicherheit“ wurde mittels der Variablen „Angst in und Vermeidung von sozialen Situationen (SAD), „Angst vor negativer Bewertung“ (FNE), „klinisch bedeutsame soziale Ängste“ und „Sozialer Rückzug“ (SR) erfasst. Die Mittelwerte und Standardabweichungen der intervallskalierten Variablen zu den ersten beiden Messzeitpunkten in der Gruppe „Problemlösen“ und der Gruppe „Verhaltensorientiertes Training“ sind in Tabelle 130 aufgeführt.

Tabelle 130: Mittelwerte und Standardabweichungen der Variablen SAD, FNE und SR zu den ersten beiden Messzeitpunkten in der Problemlösegruppe und der verhaltensorientierten Gruppe

	verhaltensorientiertes Training		Problemlösen	
	t1	t2	t1	t2
SAD	28.00 (5.29)	19.05 (5.51)	27.15 (7.07)	19.83 (5.39)
FNE	23.76 (6.71)	17.18 (5.71)	20.69 (7.22)	18.31 (5.12)
SR	6.15 (2.50)	4.05 (2.96)	5.38 (3.09)	3.38 (2.94)

Die Abbildungen 75 bis 77 zeigen die Mittelwerte der drei Variablen in der Gruppe „verhaltensorientiertes Training“ und der Gruppe „Problemlösen“ zu den ersten beiden Messzeitpunkten.

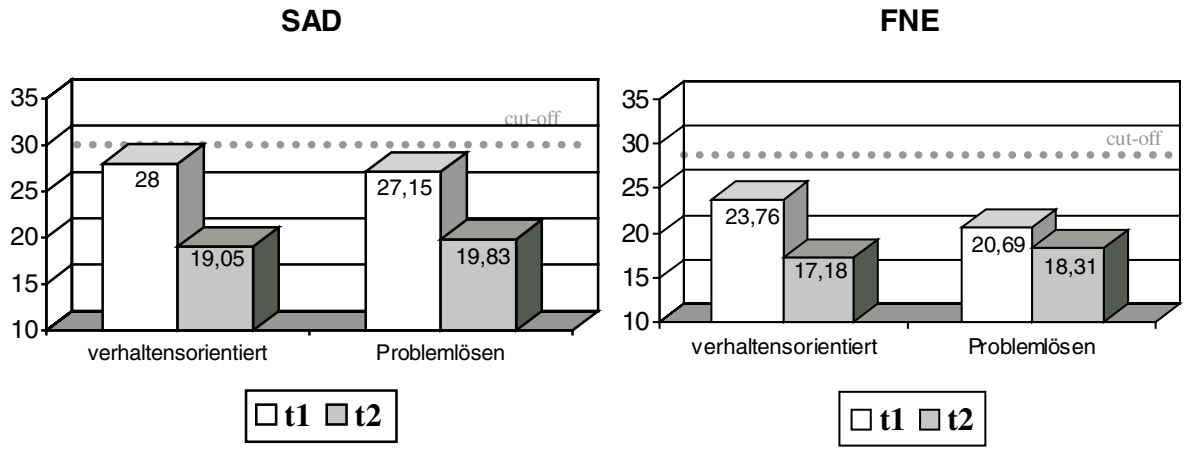


Abbildung 75 und76: Mittelwerte der Variablen SAD und FNE zu den ersten beiden Messzeitpunkten in der Gruppe Problemlösen und der verhaltensorientierten Gruppe

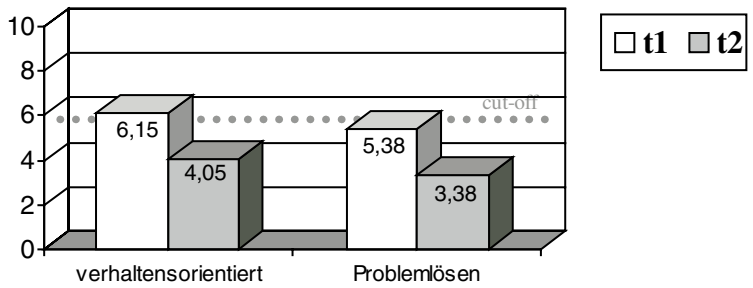


Abbildung 77: Mittelwerte der Variable „Sozialer Rückzug“ zu den ersten beiden Messzeitpunkten in der Gruppe Problemlösen und der verhaltensorientierten Gruppe

Die Ergebnisse der multivariaten und univariaten Varianzanalysen mit Messwiederholung auf dem Faktor Zeit sind in Tabelle 131 und 132 dargestellt. Da ungerichtete Hypothesen formuliert worden waren, wurde zweiseitig getestet.

Tabelle 131: Ergebnisse der multivariaten Varianzanalyse mit Messwiederholung, α_{krit}=.05 (Pillai-Spur)

Quelle	Wert der Prüfgröße	df	F	p	Eta-Quadrat
Zeit	.61	20.85	3.00	**.00***	.61
Zeit *Gruppe	.37	3.09	6.00	**.01***	.18

Tabelle 132: Ergebnisse der univariaten Varianzanalyse mit Messwiederholung, α_{krit}=.05 (Greenhouse-Geisser)

Quelle	Variable	df	Mittel der Quadrate	F	p	Eta-Quadrat
Zeit	SAD	1	344.19	15.16	.00*	.29
Zeit *Gruppe	SAD	1	187.59	8.27	.01*	.18
Zeit	FNE	1	1161.82	59.19	.00*	.62
Zeit *Gruppe	FNE	1	110.74	5.64	.02*	.13
Zeit	SR	1	74.50	29.43	.00*	.44
Zeit *Gruppe	SR	1	1.27	.50	.48	.01

Die multivariate Varianzanalyse ergibt einen signifikanten Interaktionseffekt Zeit & Gruppe, $p \leq .01$, ε^2=.18. Ein Interaktionseffekt „Gruppe*Zeit“ ergab sich für die Variablen „Angst in und Vermeidung von sozialen Situationen“ ($p \leq .007$) und „Angst vor negativer Bewertung“ ($p \leq .02$) mit einer Effektstärke von ε^2=.18 und ε^2.13. In der verhaltensorientierten Gruppe nehmen die Skalenwerte FNE und SAD stärker ab als in der Problemlösegruppe.

Sozialbeziehungen: Intensität

Das Konstrukt „Sozialbeziehungen“ wurde mittels der Subskala „Kontakte“ des SOBEKI erfasst und untergliedert sich in die Variablen „Intensität“ der Sozialkontakte und „Anzahl“. Die Mittelwerte und Standardabweichungen der Variable „Intensität“ zu den ersten beiden Messzeitpunkten in der Gruppe „Problemlösen“ und der Gruppe „verhaltensorientiertes Training“ sind in Tabelle 133 aufgeführt. Die Intensität wird von den Kindern zu drei Items auf einer Skala von 1 bis 10 eingeschätzt.

Tabelle 133: Mittelwerte und Standardabweichungen der Variable Intensität zu den ersten beiden Messzeitpunkten in der Gruppe Problemlösen und der verhaltensorientierten Gruppe

	verhaltensorientiertes Training		Problemlösetraining	
	t1: M (SD)	t2: M (SD)	t1: M (SD)	t2: M (SD)S
Intensität	6.54 (1.89)	8.09 (2.76)	6.38 (2.75)	8.03 (3.87)

Die Abbildung 78 zeigt die Mittelwerte der Variable in der Interventions- und Gruppe „Problemlösen“ zu den ersten beiden Messzeitpunkten.

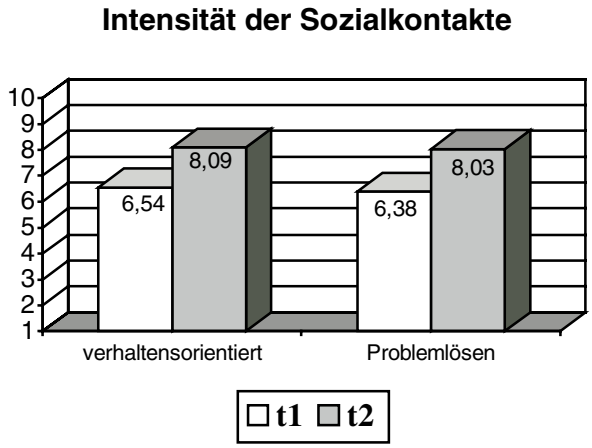


Abbildung 78: Mittelwerte der Variable „Intensität der Sozialkontakte“ zu den ersten beiden Messzeitpunkten in der Gruppe „Problemlösen“ und der Gruppe „verhaltensorientiertes Training

Die Ergebnisse der univariaten Varianzanalyse mit Messwiederholung auf dem Faktor Zeit sind in Tabelle 134 dargestellt. Da ungerichtete Hypothesen formuliert worden waren, wurde zweiseitig getestet.

Tabelle 134: Ergebnisse der univariaten Varianzanalyse mit Messwiederholung (Greenhouse-Geisser)

Quelle	Wert der Prüfgröße	F	df	p	Eta-Quadrat
Zeit	.15	6.05	1	.02	.15
Zeit *Gruppe	.00	.01	1	.94	.00

Die Varianzanalyse ergab einen signifikanten Haupteffekt „Zeit“ ($p \leq .02$), ein Interaktionseffekt „Gruppe*Zeit“ ($p \leq .94$) wurde nicht aufgezeigt.

Anzahl der Sozialkontakte

Die Anzahl der Sozialkontakte wurde durch die Summe der genannten Personen bei den Fragen „Mit wem spielst du gerne“, „Wer sind deine Freunde“ und „Mit wem bist du zusammen, wenn du nicht in der Schule bist“ erfasst. Es konnten jeweils bis zu 5 Personen genannt werden, maximal also 15. Die durchschnittliche Anzahl und die Standardabweichungen der genannten Personen zu den ersten beiden Messzeitpunkten in der Gruppe „Problemlösen“ und der Gruppe „verhaltensorientiertes Training“ sind in Tabelle 135 aufgeführt.

Tabelle 135: Mittelwerte und Standardabweichungen Anzahl der Sozialkontakte zu den ersten beiden Messzeitpunkten in der Gruppe Problemlösen und der verhaltensorientierten Gruppe

	Verhaltensorientiertes Training		Problemlösen	
	t1: N (%)	t2: N (%)	t1: N (%)	t2: N (%)S
Anzahl Sozialkontakte	8.86 (3.07)	10 (3.74)	8.88 (2.67)	8.76 (2.88)

Die Abbildung 79 zeigt die durchschnittliche Anzahl der Sozialkontakte in der Gruppe „verhaltensorientiertes Training“ und Gruppe „Problemlösen“ zu den ersten beiden Messzeitpunkten.

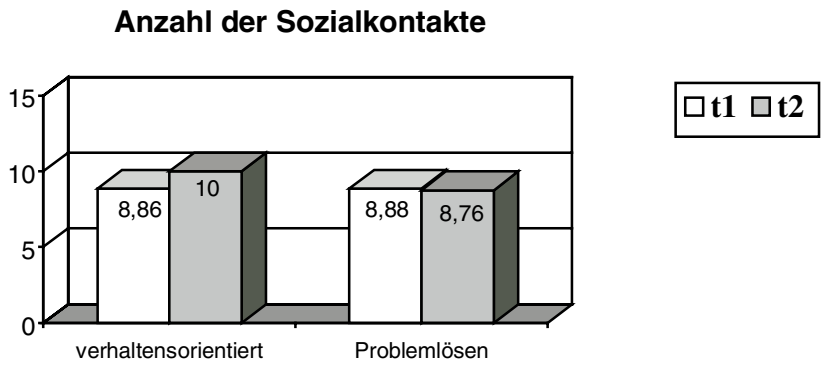


Abbildung 79: Durchschnittliche Anzahl der Sozialkontakte zu den ersten beiden Messzeitpunkten in der Gruppe Problemlösen und der verhaltensorientierten Gruppe

Die deskriptive Betrachtung zeigt in der verhaltensorientierten Gruppe zu t2 einen höheren Mittelwert als zu t1, in der Problemlösegruppe einen niedrigeren Mittelwert als zu t1. Der Mann-Whitney-U-Test über die Differenz (t1-t2) zeigte keinen signifikanten Unterschied auf ($p \leq .61$, U=106, Tabelle 136). In beiden Gruppen fand bei 70% der Kinder eine Zunahme der Sozialkontakte statt.

Tabelle 136: Mittlere Ränge und Rangsummen der Differenzen der Häufigkeiten der Sozialkontakte

	N	Mittlerer Rang	Rangsumme
Gruppe „Problemlösen“	14	15.07	211
Gruppe „verhaltensorientiertes Training“	17	16.76	285

Soziale Kompetenz

Das Konstrukt „Soziale Kompetenz“ wurde durch die fünf Situationen „Soziale Aufmerksamkeit aushalten“, „Berechtigte Forderung durchsetzen“, „Bedürfnisse & Gefühle äußern/Beziehungen aufbauen“, „etwas ablehnen & sich wehren“ und „Aktivität initiieren“ erfasst. Unabhängige Rater schätzten die Antworten auf einer Skala von 1-5 (wenig kompetent

- sehr kompetent) ein. Die Mittelwerte und Standardabweichungen dieser Variablen zu den ersten beiden Messzeitpunkten in der Gruppe „Problemlösen“ und der Gruppe „verhaltensorientiertes Training“ sind in Tabelle 137 aufgeführt.

Tabelle 137: Mittelwerte und Standardabweichungen der Variablen des Konstruktes „Soziale Kompetenz“ zu den ersten beiden Messzeitpunkten in der Gruppe Problemlösen und der verhaltensorientierten Gruppe

	Verhaltenstraining		Gruppe „Problemlösen“	
	t1: M (SD)	t2: M (SD)	t1: M (SD)	t2: M (SD)
Soziale Aufmerksamkeit aushalten	2.02 (1.08)	2.96 (1.16)	2.12 (1.11)	3.06 (1.24)
Berechtigte Forderung durchsetzen	2.08 (.87)	3.20 (1.05)	2.50 (.97)	3.41 (1.05)
Beziehungen aufbauen	2.26 (1.14)	3.36 (.89)	2.96 (.98)	3.58 (.47)
etwas ablehnen & sich wehren	3.03 (1.14)	3.93 (.68)	3.61 (.61)	3.79 (.71)
Aktivität initiieren	2.69 (1.54)	3.56 (.86)	3.37 (1.01)	4.04 (.35)

Die Abbildungen 80-84 zeigen die Mittelwerte der fünf Variablen in der Gruppe „verhaltensorientiertes Training“ und der Gruppe „Problemlösen“ zu den ersten beiden Messzeitpunkten.

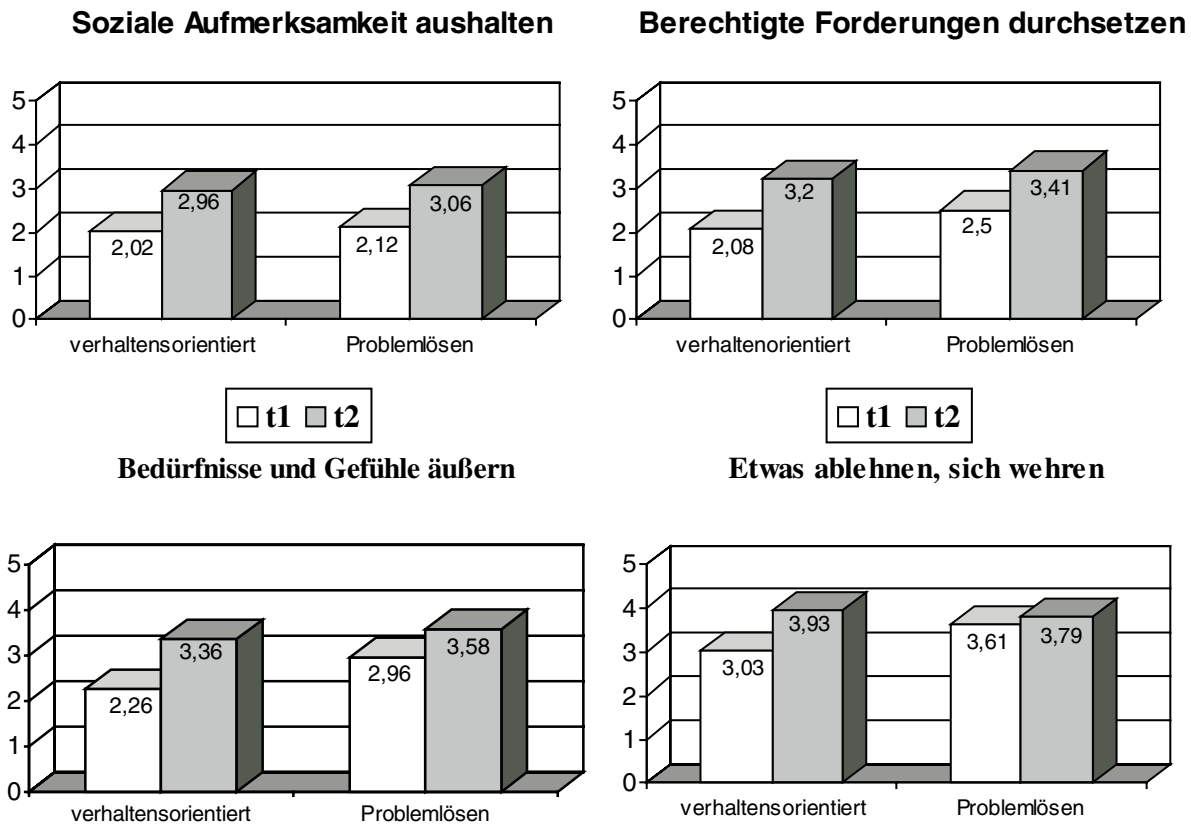


Abbildung 80-84: Mittelwerte der Einschätzungen der Situationen zur Sozialen Kompetenz zu den ersten beiden Messzeitpunkten in der Gruppe Problemlösen und der verhaltensorientierten Gruppe

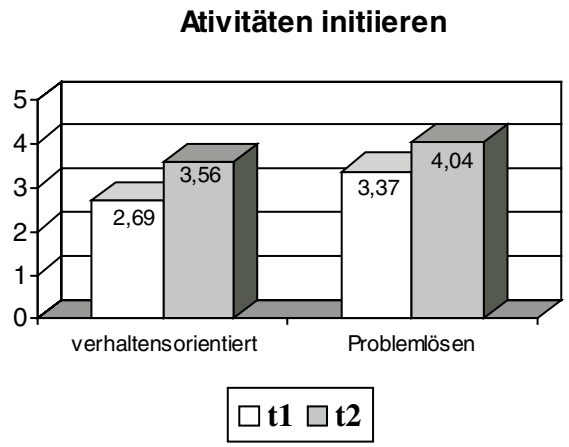


Abbildung 84: Mittelwerte der Einschätzungen der Situationen zur Sozialen Kompetenz zu den ersten beiden Messzeitpunkten in der Gruppe Problemlösen und der verhaltensorientierten Gruppe

Für die fünf Variablen wurde eine zweifaktorielle (Gruppe, Zeit) multivariate Varianzanalyse mit Messwiederholung auf dem Faktor Zeit gerechnet. Die Ergebnisse sind in Tabelle 138 dargestellt. Da ungerichtete Hypothesen formuliert worden waren, wurde zweiseitig getestet.

Tabelle 138: Ergebnisse der multivariaten Varianzanalyse mit Messwiederholung, α_{krit}=.05 (Pillai-Spur)

Quelle	Wert der Prüfgröße	F	df	p	Eta-Quadrat
Zeit	.38	3.44	5	.02	.38
Zeit *Gruppe	.45	1.70	10	.10	.23

Die multivariate Varianzanalyse zeigte keinen signifikanten Interaktionseffekt auf, daher wurden keine univariaten Varianzanalysen berechnet.

Problemlösefertigkeiten

Das Konstrukt „Problemlösefertigkeiten“ wurde durch die fünf Problemsituationen „Freunde wollen draußen spielen“, „Freund verletzt sich“ „Kinder lachen über Jacke“, „Freundin will lieber mit anderem Kind spielen“ und „Ball im Baum“ erfasst. Analysiert wurde die Anzahl der genannten Handlungsmöglichkeiten und die Qualität der Lösungen.

Qualität der Lösungen:

Unabhängige Rater schätzten die Antworten auf einer Skala von 1-5 (schlechte Lösung - gute Lösung) ein. Die Mittelwerte und Standardabweichungen dieser Variablen zu den ersten beiden Messzeitpunkten in der Gruppe „Problemlösen“ und der Gruppe „verhaltensorientiertes Training“ sind in Tabelle 139 aufgeführt.

Tabelle 139: Mittelwerte und Standardabweichungen der Variablen des Konstruktes „Problemlösen“ zu den ersten beiden Messzeitpunkten in der Gruppe Problemlösen und der verhaltensorientierten Gruppe,

	Verhaltenstraining (N=10)		Problemlösetraining (N=10)	
	t1	t2	t1	t2
Freunde wollen draußen spielen	3.30 (1.24)	3.77 (1.24)	3.33 (1.15)	4.00 (.77)
Freund verletzt sich	3.27 (.62)	3.50 (.51)	3.50 (.67)	3.73 (.62)
Kinder lachen über Jacke	3.47 (.88)	2.47 (.88)	3.83 (.18)	3.30 (1.00)
Freundin spielt lieber mit anderem Kind	2.73 (.94)	3.63 (.48)	3.23 (.96)	3.70 (.55)
Ball ist im Baum	4.63 (.33)	4.70 (.55)	4.33 (.54)	4.30 (.59)

Die Abbildungen 85-89 zeigen die Mittelwerte der fünf Variablen in der Gruppe „verhaltensorientiertes Training“ und die Gruppe „Problemlösen“ zu den ersten beiden Messzeitpunkten.

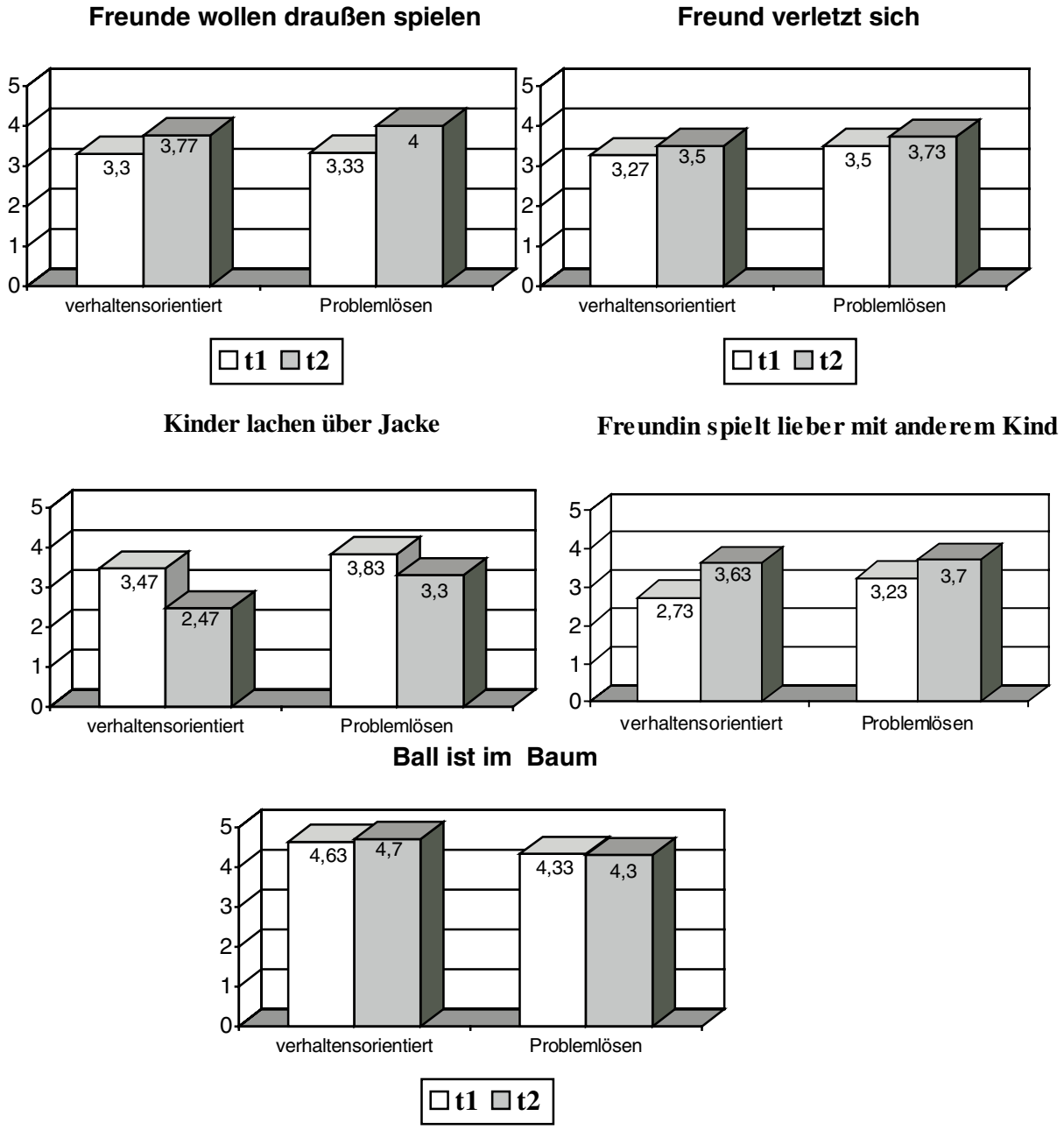


Abbildung 85-89: Mittelwerte der Einschätzungen der Situationen zum Problemlösen zu den ersten beiden Messzeitpunkten in der Gruppe Problemlösen und der verhaltensorientierten Gruppe

Für die fünf Variablen wurde eine zweifaktorielle (Gruppe, Zeit) multivariate Varianzanalyse mit Messwiederholung auf dem Faktor Zeit nach gerechnet. Die Ergebnisse sind in Tabelle 140 dargestellt.

Tabelle 140: Ergebnisse der multivariaten Varianzanalyse mit Messwiederholung (Pillai-Spur)

Quelle	Wert der Prüfgröße	F	df	p	Eta-Quadrat
Zeit	.74	8.10	5	.00	.74
Zeit * Intervention	.21	.73	5	.30	.21

Es wurde ein signifikanter Haupteffekt „Zeit“ ($p \leq .00$) gefunden und kein Interaktionseffekt „Gruppe*Zeit“ ($p \leq .30$). Daher wurde auf die Berechnung univariater Varianzanalysen verzichtet.

Problemlösen: Anzahl der Handlungsmöglichkeiten

Die durchschnittliche Anzahl und die Standardabweichungen der genannten Handlungsmöglichkeiten zu den ersten beiden Messzeitpunkten in der Gruppe „Problemlösen“ und der Gruppe „verhaltensorientiertes Training“ sind in Tabelle 141 aufgeführt.

Tabelle 141: Durchschnittliche Anzahl und Standardabweichungen der genannten Handlungsmöglichkeiten zu den ersten beiden Messzeitpunkten in der Gruppe Problemlösen und der verhaltensorientierten Gruppe

	Verhaltensorientiertes Training		Problemlösen	
	t1	t2	t1	t2
Freunde wollen draußen spielen	1.8 (.79)	2.00 (.82)	1.8 (.92)	1.70 (.67)
Freund verletzt sich	2.00 (.67)	2.20 (.63))	2.20 (.79)	2.20 (.63)
Kinder lachen über Jacke	1.40 (.70)	1.90 (.88)	1.60 (.52)	1.60 (.70)
Freundin spielt lieber mit anderem Kind	1.60 (.70)	1.70 (.67)	1.50 (.53)	1.80 (.92)
Ball ist im Baum	2.30 (1.06)	2.50 (.97)	2.50 (.97)	2.20 (1.03)
Über alle Situationen	1.82 (.57)	2.02 (.48)	1.92 (.40)	1.90 (.45)

Die Abbildung 90 zeigt die durchschnittliche Anzahl der genannten Handlungsmöglichkeiten über alle Situationen in der Gruppe „verhaltensorientiertes Training“ und der Gruppe „Problemlösen“ zu den ersten beiden Messzeitpunkten.

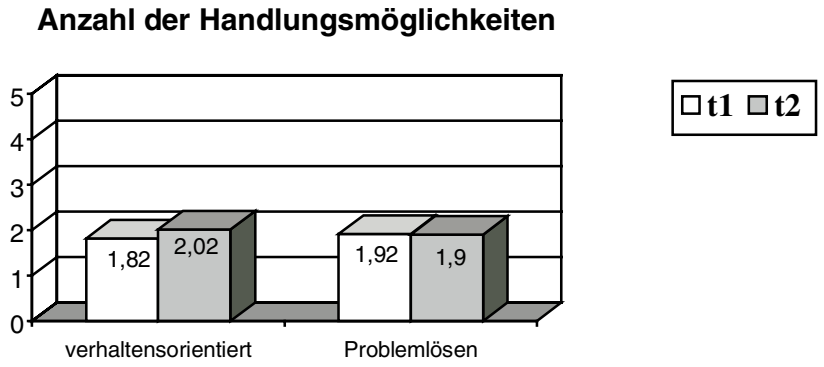


Abbildung 90: Durchschnittliche Anzahl der Handlungsmöglichkeiten zu den ersten beiden Messzeitpunkten in der Gruppe Problemlösen und der verhaltensorientierten Gruppe

Die Veränderung der Anzahl der genannten Handlungsmöglichkeiten ist minimal und unterschiedet sich zwischen den beiden Gruppen nicht. (U=38.5, p≤.20)

Selbstwert

Das Konstrukt „Selbstwert“ wurde mittels des KINDL-R erfasst. Die Mittelwerte und Standardabweichungen dieser Variable zu den ersten beiden Messzeitpunkten in der Gruppe „Problemlösen“ und der Gruppe „verhaltensorientiertes Training“ sind in Tabelle 142 aufgeführt.

Tabelle 142: Mittelwerte und Standardabweichungen des Selbstwertes zu den ersten beiden Messzeitpunkten in der Gruppe Problemlösen und der verhaltensorientierten Gruppe

	Verhaltensorientiertes Training		Gruppe „Problemlösen“	
	t1: M (SD)	t2: M (SD)	t1: M (SD)	t2: M (SD)S
Selbstwert	60.2 (23.12)	80.8 (20.65)	67.38 (28.79)	81.67 (21.17)

Die Abbildung 91 zeigt die Mittelwerte der Variable in der verhaltensorientierten Gruppe und der Gruppe „Problemlösen“ zu den ersten beiden Messzeitpunkten.

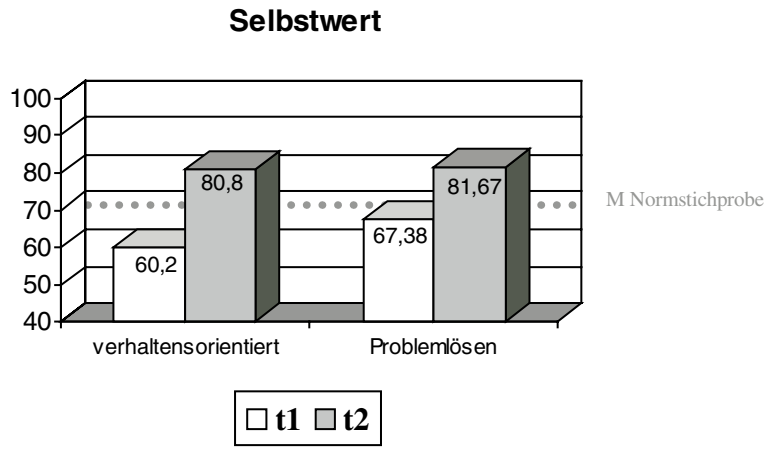


Abbildung 91: Mittelwerte der Variable „Selbstwert“ zu den ersten beiden Messzeitpunkten in der Gruppe Problemlösen und der verhaltensorientierten Gruppe

Die Ergebnisse der univariaten Varianzanalyse mit Messwiederholung auf dem Faktor Zeit sind in Tabelle 143 dargestellt. Da ungerichtete Hypothesen formuliert worden waren, wurde zweiseitig getestet.

Tabelle 143: Ergebnisse der univariaten Varianzanalyse mit Messwiederholung (Greenhouse-Geisser)

Quelle	df	Mittel der Quadrate	F	p	Eta-Quadrat
Zeit	1	6944.91	25.22	.00	.36
Zeit *Gruppe	1	227.52	.83	.19	.02

Die Varianzanalyse ergab einen signifikanten Haupteffekt „Zeit“ (p≤.00) und zeigte keinen Interaktionseffekt „Gruppe*Zeit“ (p≤.19) auf.

Reduktion Klinisch auffälliger sozialer Ängste

Das Konstrukt „Klinisch auffällige soziale Ängste“ wurde mittels des Prozentranges der Skala „Angst in und Vermeidung von sozialen Situationen“ erfasst. Die Häufigkeiten und Prozentanteile der Kinder mit leichten (PR86-92) und starken (PR93) sozialen Ängsten zu den ersten beiden Messzeitpunkten in der Gruppe „Problemlösen“ und der Gruppe „verhaltensorientiertes Training“ sind in Tabelle 144 aufgeführt.

Tabelle 144: Häufigkeiten und Prozentualen Anteile der klinisch bedeutsamen sozialen Ängste zu den ersten beiden Messzeitpunkten in der Gruppe Problemlösen und der verhaltensorientierten Gruppe

	Gruppe „verhaltensorientiertes Training“		Gruppe „Problemlösen“	
	t1: N (%)	t2: N (%)	t1: N (%)	t2: N (%)S
unauffällig	3 (13%)	15 (65%)	9 (38%)	17 (71%)
leichte soziale Ängste	4 (17%)	5 (22%)	6 (25%)	4 (17%)
starke soziale Ängste	16 (70%)	3 (13%)	9 (38%9	3 (13%)

Die Abbildung 92 zeigt die Häufigkeiten leichter und starker sozialer Ängste in der Interventions- und Gruppe „Problemlösen“ zu den ersten beiden Messzeitpunkten.

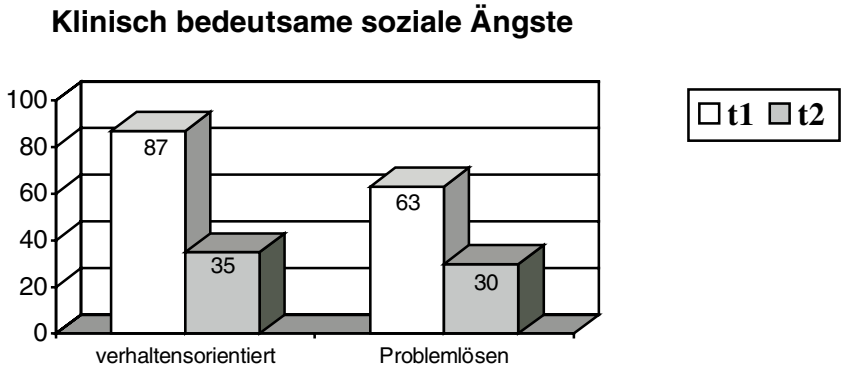


Abbildung 92: Häufigkeiten leichter und starker sozialer Ängste zusammen zu den ersten beiden Messzeitpunkten in der Gruppe Problemlösen und der verhaltensorientierten Gruppe

Der Mittlere Rang der Gruppe „verhaltensorientiertes Training“ ist deskriptiv höher, es gibt deskriptiv mehr Reduktionen in dieser Gruppe, bei der statistischen Analyse zeigte sich kein Effekt, der Mann-Whitney-U-Test über die Differenz (t1-t2; Tabelle 145) der Anzahl der Kinder mit leichten oder starken sozialen Ängsten ergibt eine zweiseitige Signifikanz von $p \leq .06$ (U=182.5).

Tabelle 145: Mittlere Ränge und Rangsummen der Differenzen der Häufigkeiten klinisch relevanter sozialer Ängste

	N	Mittlerer Rang	Rangsumme
Gruppe „verhaltensorientiertes Training	23	27.07	622.50
Gruppe „Problemlösen“	23	19.93	458.50

Zusammenfassung des Kapitels: Vergleich Problemlöse- und Verhaltenstraining

In Abbildung 93 werden die Ergebnisse zu den postulierten Interaktionseffekten Zeit*Gruppe zu den ersten beiden Messzeitpunkten innerhalb der beiden Interventionsgruppen berichtet, bei ordinal skalierten Variablen die Ergebnisse der Mann-Whitney-U-Tests über die Differenzen t1-t2.

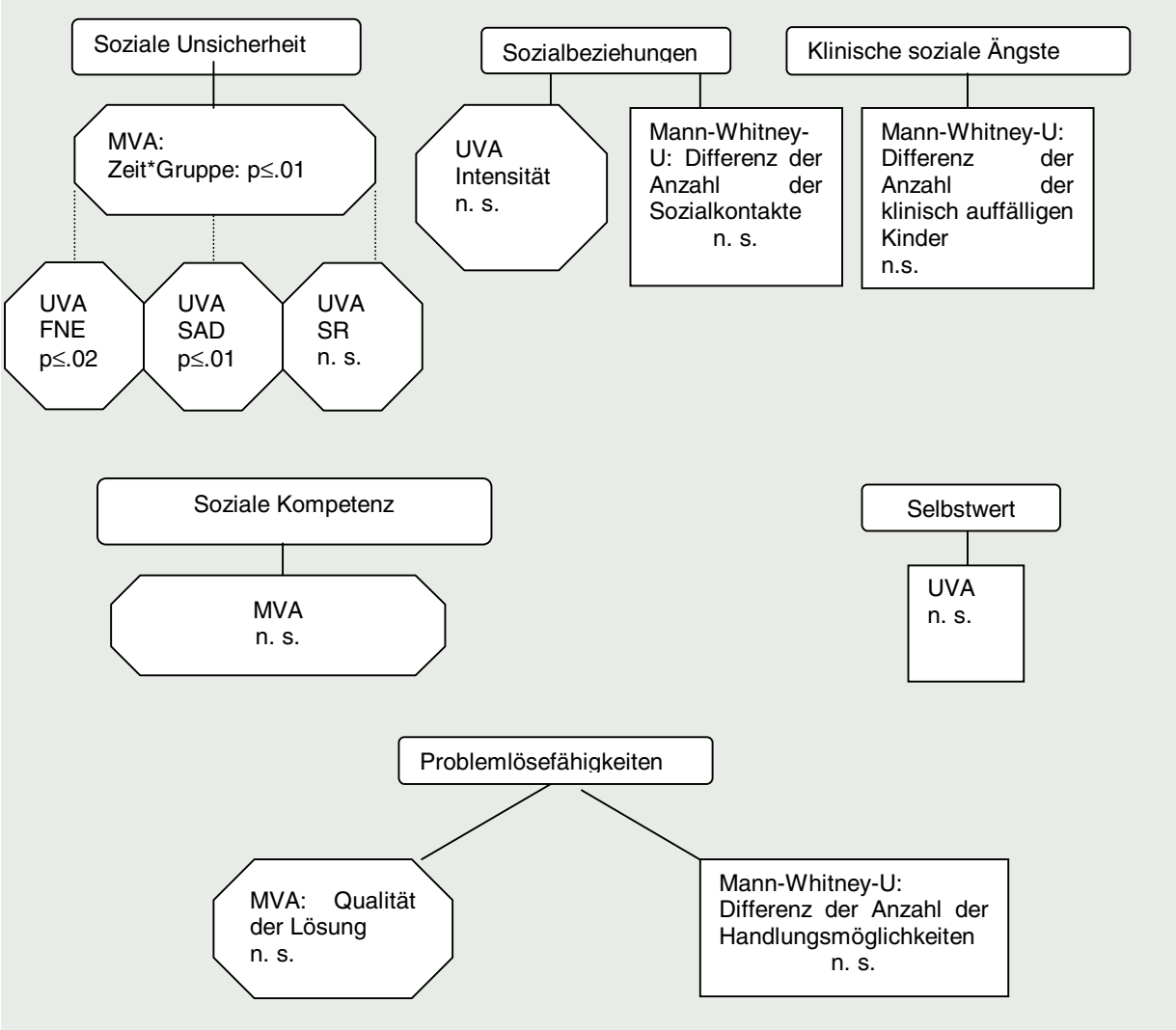


Abbildung 93: Überblick über die Auswertung und Ergebnisdarstellung. MVA: Multivariate Varianzanalyse, UVA: Univariate Varianzanalyse, FNE: Angst vor negativer Bewertung, SAD: Angst in und Vermeidung von sozialen Situationen, SR: Sozialer Rückzug,

Es zeigte sich ein signifikanter Interaktionseffekt bei der multivariaten Varianzanalyse zur Sozialen Unsicherheit, der auf die Variable SAD und FNE zurückgeführt werden konnte.

7.2.3 Einflussfaktoren auf die kurzfristige Veränderung der Symptomatik

Grundsätzliches Vorgehen

Um zu überprüfen, welchen Einfluss die Kontrollvariablen auf die Entwicklung der Variablen zur Erfassung des Therapieerfolges nehmen, wurden eine Reihe multipler Regressionsanalysen durchgeführt, um den „Residualized Change Score“ (e.g. Wilpers & Asendorpf, 2000; Roberts & Chapman, 2000) zu berechnen. Bei diesem Verfahren wird jede abhängige Variable zu t2 (Kriterium) durch die selbe Variable zu t1 (Prädiktorvariable 1) und eine Kontrollvariable zu t1 (Prädiktorvariable 2) vorhergesagt. Leistet die Kontrollvariable in diesem Kontext einen signifikanten Beitrag zur Vorhersage des Kriteriums, kann von einer Beeinflussung des Therapieerfolges ausgegangen werden.

Vorteil dieses Verfahrens ist die Berücksichtigung der „Regression zur Mitte“ (Regression towards the mean), einem in der Therapieforschung und bei Wiederholungsmessungen allgemein häufig beobachteten Artefakt, das in der Nivellierung auffälliger Ausgangsausprägungen besteht. Dieser Effekt wurde bei den bisherigen Analysen durch den Einbezug der Wartegruppe kontrolliert. Bei alleiniger Betrachtung der Therapiegruppe bietet das beschriebene regressionsanalytische Vorgehen im Vergleich zu Korrelationsrechnungen oder varianzanalytischen Verfahren den Vorteil, dass die abhängige Variable zu t1 bei der Berechnung gewichtet wird und nicht als feste Größe eingeht.

Beispiel: x= Rigidität (t1), y= soziale Angst (t1), z= soziale Angst (t2)
Gleichung der Regressionsanalyse: $ax + by + c = z$
Gleichung der Mittelwertsvergleiche: $ax + c = z - y \Rightarrow ax + y + c = z$

Zu berücksichtigen ist jedoch, dass die Regressionsanalyse nur lineare Zusammenhänge überprüft, folglich nichtlineare Zusammenhänge auf diese Weise nicht aufgedeckt werden können. Eine weitere Einschränkung ergibt sich dadurch, dass bei Regressionsanalysen die Gewichtung einzelner Prädiktoren in Abhängigkeit von der Anzahl und Art der insgesamt berücksichtigten Prädiktoren deutlich variiert. Bei Einbezug jeweils einer Kontrollvariablen kann der Einfluss einer bestimmten Kombination von Kontrollvariablen ebenfalls nicht aufgedeckt werden (Bsp.: stark aggressive Jungen unter acht Jahren profitieren besonders).

Es wurden insgesamt 810 Regressionsanalysen berechnet: für die 15 Variablen zur Erfassung des Therapieerfolges (SAD, FNE, Sozialkontakte, Selbstwert, Sozialer Rückzug, 5 Situationen zur Sozialen Kompetenz, Problem 1-5) jeweils 39 Regressionsanalysen für die unten aufgelisteten Kontrollvariablen, und 225 Regressionsanalysen, für die Beeinflussung der Variablen zur Erfassung des Therapieerfolges untereinander. Bei der Interpretation der Ergebnisse muss berücksichtigt werden, dass die Wahrscheinlichkeit falsch positiver Entscheidungen bei einer solchen Vielzahl von Regressionsanalysen kumuliert.

Es sollte der Einfluss der Kontrollvariablen in folgenden Bereichen untersucht werden:

- **Unspezifische Kontrollvariablen:** Alter, Geschlecht, Zuwendung der Eltern, Art der Intervention und Durchführungsort (Schule / Institut).
- **Temperamentsmerkmale:** Emotionalität (Furcht & Ärger), Aktivität, Schüchternheit und Soziabilität (EAS), Generelles Aktivitätsniveau, Aktivitätsniveau Schlaf, Annäherung / Vermeidung, Flexibilität/Rigidität und Stimmungsqualität (DOTS).
- **Komorbidität Psyche (DIPS & CBCL):** Enuresis, Soziale Phobie, Trennungsangst, Sprachstörungen, Legasthenie, Lernbehinderung, Aufmerksamkeits-Hyperaktivitäts-Syndrom, Pavor Nocturnus, Konzentrationsschwierigkeiten, Einschlafschwierigkeiten, Alpträume, Fingernägel kauen, Schmerzen ohne medizinischen Krankheitsfaktor, aggressives Verhalten, ängstlich-depressives Verhalten, soziale Probleme, schizoid-zwanghaftes Verhalten, Aufmerksamkeitsprobleme und sonstige psychische Probleme.
- **Komorbidität Körper:** Neurodermitis, Asthma, Epilepsie, Hörschäden, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Erkrankungen der Muskulatur und häufige Infektionen.

Zusätzlich wurde der Einfluss der Variablen SAD, FNE, Selbstwert, sozialer Rückzug, Sozialkontakte, Problemlösen und Situationen zur Sozialen Kompetenz auf die Veränderung der jeweils übrigen Variablen zur Erfassung des Therapieerfolges untersucht. Aufgrund unterschiedlicher Fallzahlen und Skalierungen kann es bei einigen Variablen bei identischen Beta-Werten in einem Fall das kritische Alpha-Niveau unterschritten sein, in einem anderen Fall jedoch nicht.

Einfluss der unspezifische Kontrollvariablen Alter, Geschlecht, Art der Intervention, Trainerkonstellation, Durchführungsort und Zuwendung durch die Eltern

In Tabelle 146 und 147 sind die Ergebnisse der Korrelationsrechungen (AV und Kontrollvariable zu t1) und der Regressionsanalysen zu den unspezifischen Kontrollvariablen aufgeführt. Die Variable Geschlecht wurde mit einer zwei für „weiblich" und einer eins für „Männlich" codiert.

Tabelle 146: Einfluss des Alters, Geschlechts, und der Zuwendung durch die Eltern zu t1 auf die Variablen zur Erfassung des Therapieerfolges zu t2, α_{krit} =.05

Kontrollvariablen	Alter		Geschlecht		Zuwendung	
Variablen zur Erfassung des Therapieerfolges	r	stand. beta	r	stand. beta	r	stand. beta
SAD	-.15	.01	-.01	-.26	.13	.14
FNE	.18	.15	.09	.01	.02	.21
Sozialkontakte	.03	.13	.08	-.00	.22	.13
Selbstwert	-.21	.04	.10	-.00	-.45**	.00
Sozialer Rückzug	.11	.07	.07	-.02	.14	-.03
Soziale Aufmerksamkeit	.35*	-.02	.23	-.06	-.11	.29
Berechtigte Forderung	.38*	-.23	-.06	-.18	-.12	-.18
Beziehungen aufbauen	.15	-.02	.18	.11	-.12	-.16
Nein sagen	.15	.19	.18	.04	.09	-.20
Aktivität initiieren	.08	.01	-.01	-.04	.03	.03
Problem 1	.21	.57**	.24	.22	-.13	.15
Problem 2	.43*	-.24	.18	-.02	.09	-.05
Problem 3	.25	.09	-.14	-.31	-.01	-.25
Problem 4	.20	.13	.12	.12	-.39	.10
Problem 5	.12	.07	.25	-.18	.18	-.23

Abkürzungen: r: Pearson Produkt-Moment-Korrelation zwischen der Kontrollvariablen und der AV zu t1. **stand. beta:** Standardisiertes Beta in der Regression der betr. Variablen zu t2 auf die selbe abhängige Variable zu t1 und die Kontrollvariable zu t1. **Problem 1:** Freunde klingeln und wollen spielen, die Eltern erlauben es nicht. **Problem 2:** Ein Freund verletzt sich und will nicht alleine gelassen werden. **Problem 3:** Andere Kinder lachen über eine neue Jacke. **Problem 4:** Ein Freund/ eine Freundin will lieber mit einem anderen Kind spielen. **Problem 5:** Der Ball ist beim Spielen im Baum gelandet. ****** Die Korrelation / das standardisierte Beta ist auf dem Niveau von 0.01 (2-seitig) signifikant.***** Die Korrelation / das standardisierte Beta ist auf dem Niveau von 0.05 (2-seitig) signifikant.

Das Alter der teilnehmenden Kinder leistete einen signifikanten Beitrag zur Vorhersage der Qualität der Problemlösung des Problemes „Freunde klingeln und wollen mit dir spielen, die Eltern erlauben es nicht." (Problem 1, t2, $p \leq .008$). Je älter die Kinder sind, desto höher ist die vorhergesagte Antwortqualität zum zweiten Messzeitpunkt.

Ein signifikanter Einfluss des Geschlechts und der Zuwendung durch die Eltern auf den Therapieerfolg konnte bei keiner der Variablen zur Erfassung des Therapieerfolges gefunden werden.

Die Art der Intervention leistet bei keiner der Variablen zur Erfassung des Therapieerfolges einen signifikanten Beitrag zu deren Vorhersage.

Der Ort der Intervention leistet einen signifikanten Beitrag zur Vorhersage des Selbstwertes (t2, $p \leq .04$), dabei sagte die Durchführung des Trainings an einer Schule einen höheren Selbstwert voraus.

Tabelle 147: Einfluss der Variablen Art der Intervention und Ort der Intervention auf die Veränderung der Variablen zur Erfassung des Therapieerfolges, $\alpha_{krit} = .05$

	Art der Intervention		Ort der Intervention	
	r	stand. beta	r	stand. beta
SAD	-.06	-.08	-.14	.25
FNE	-.17	.04	.10	.22
Sozialkontakte	-.03	-.18	.11	-.13
Selbstwert	.16	-.05	.20	-.27*
Sozialer Rückzug	-.22	.03	.02	.15
Soziale Aufmerksamkeit	.14	-.02	-.15	.13
Berechtigte Forderung	.13	.11	-.20	.05
Beziehungen aufbauen	.30	.05	.09	.29
Nein sagen	.30	-.10	-.16	-.11
Aktivität initiieren	.34*	.27	.10	.11
Problem 1	-.20	.21	-.09	-.06
Problem 2	.22	-.11	-.50*	.16
Problem 3	-.35	-.34	-.50*	-.20
Problem 4	.36	-.04	.26	-.20
Problem 5	-.07	-.14	-.15	-.08

Abkürzungen: r: Pearson Produkt-Moment-Korrelation zwischen der Kontrollvariablen und der AV zu t1. **stand. beta:** Standardisiertes Beta in der Regression der betr. AV zu t2 auf die selbe abhängige Variable zu t1 und die Kontrollvariable zu t1. Problem **1:** Freunde klingeln und wollen spielen, die Eltern erlauben es nicht. **Problem 2:** Ein Freund verletzt sich und will nicht alleine gelassen werden. **Problem 3:** Andere Kinder lachen über eine neue Jacke. **Problem 4:** Ein Freund/ eine Freundin will lieber mit einem anderen Kind spielen. **Problem 5:** Der Ball ist beim Spielen im Baum gelandet. ** Die Korrelation / das standardisierte Beta ist auf dem Niveau von 0.01 (2-seitig) signifikant. * Die Korrelation / das standardisierte Beta ist auf dem Niveau von 0.05 (2-seitig) signifikant.

Einfluss der Temperamentsmerkmale

In Tabelle 148 und 149 sind die Ergebnisse der Korrelationsrechungen (AV & Kontrollvariable zu t1) und der Regressionsanalyse zu den Temperamentsmerkmalen Emotionalität (Furcht & Ärger), Aktivität, Schüchternheit und Soziabilität (EAS), Generelles Aktivitätsniveau, Aktivitätsniveau Schlaf, Annäherung/Vermeidung, Flexibilität/Rigidität und Stimmungsqualität (DOTS) aufgeführt. Ein signifikanter Beitrag der Temperamentsmerkmale Generelles Aktivitätsniveau, Aktivitätsniveau Schlaf, Annäherung/Vermeidung und Flexibilität/Rigidität zur Vorhersage der Erfolgsparameter konnte nicht gefunden werden. Die Stimmungsqualität jedoch leistete einen signifikanten Beitrag zur Vorhersage der Variable „Aktivitäten initiieren“: eine schlechtere Stimmungsqualität zu t1 sagte eine stärker ausgeprägte Soziale Kompetenz für die Situation „Aktivitäten initiieren“ (t2, $p \leq .04$) vorher.

Tabelle 148: Einfluss der Persönlichkeitsmerkmale Generelles Aktivitätsniveau, Aktivitätsniveau Schlaf, Annäherung/Vermeidung, Flexibilität/Rigidität und Stimmungsqualität (DOTS) auf die Veränderung der Variablen zur Erfassung des Therapieerfolges, $\alpha_{krit} = .05$

Kontrollvariablen	Generelles Aktivitäts-niveau		Aktivitäts-niveau Schlaf		Annäherung/ Vermeidung		Flexibilität/ Rigidität		Stimmungs-qualität	
Variablen zur Erfassung des Therapieerfolges	r	stand. beta	r	stand. beta	r	stand. beta	r	stand. beta	r	stand. beta
SAD	-.1	.05	-.03	.11	.21	-.18	.22	-.17	-.04	.09
FNE	-.06	-.20	-.09	-.23	.25	-.33	.17	-.19	-.02	-.29
Sozialkontakte	-.07	-.19	-.21	.10	.27	-.23	.22	.03	-.20	.42
Selbstwert	.08	.09	.27	-.06	-.19	.21	-.14	.04	.01	.19
Sozialer Rückzug	-.28	-.06	-.10	-.04	-.23	.06	-.24	-.09	-.13	-.09
Soziale Aufmerksamkeit	-.48*	.22	-.18	.16	-.17	.07	.07	.02	-.04	-.13
Berechtigte Forderung	.13	.04	-.06	-.37	-.12	.37	.10	.32	.06	-.04
Beziehungen aufbauen	.09	-.04	-.08	-.39	-.42*	.36	-.26	.01	-.18	-.26
Nein sagen	-.09	.09	.21	-.27	.16	.19	-.26	.31	-.06	-.05
Aktivität initiieren	-.17	-.07	-.15	-.31	-.40*	-.52	-.34	-.15	.08	-.44*
Problem 1	-.27	-.60	.16	-.25	.11	-.18	.19	-.07	.44*	-.02
Problem 2	-.16	-.04	-.03	.02	.01	-.03	.01	-.08	-.01	.09
Problem 3	-.38	-.02	-.61*	-.18	.27	.50	.31	.41	-.07	.14
Problem 4	-.29	-.12	-.42	-.19	-.29	.45	.11	.39	-.01	-.11
Problem 5	-.04	-.33	.11	-.24	-.06	-.24	-.12	-.26	.12	.13

Abkürzungen: r: Pearson Produkt-Moment-Korrelation zwischen der Kontrollvariablen und der AV zu t1.**stand. beta:** Standardisiertes Beta in der Regression der AV zu t2 auf die selbe AV zu t1 und die Kontrollvariable zu t1. Problem **1:** Freunde klingeln und wollen spielen, die Eltern erlauben es nicht. **Problem 2:** Ein Freund verletzt sich und will nicht alleine gelassen werden. **Problem 3:** Andere Kinder lachen über eine neue Jacke. **Problem 4:** Ein Freund/ eine Freundin will lieber mit einem anderen Kind spielen. **Problem 5:** Der Ball ist beim Spielen im Baum gelandet. ** Die Korrelation / das standardisierte Beta ist auf dem Niveau von 0.01 (2-seitig) signifikant. * Die Korrelation / das standardisierte Beta ist auf dem Niveau von 0.05 (2-seitig) signifikant.

Tabelle 149: Einfluss der Persönlichkeitsmerkmale Emotionalität (Furcht & Ärger), Aktivität, Schüchternheit und Soziabilität auf die Veränderung der Variablen zur Erfassung des Therapieerfolges, α_{krit} =.05

Kontrollvariablen	Emotionalität		Aktivität		Schüchternheit		Soziabilität	
Variablen zur Erfassung des Therapieerfolges	r	stand. beta	r	stand. beta	r	stand. beta	r	stand. beta
SAD	.24	.21	-.05	-.16	-.09	.17	-.03	-.26
FNE	-.04	.00	.01	-.37	-.03	.26	-.20	-.27
Sozialkontakte	.40*	.28	-.01	-.06	.08	.29	-.18	.00
Selbstwert	.10	.00	.14	.21	.05	-.32	.38*	.43**
Sozialer Rückzug	.35*	-.04	-.62**	.02	.49**	.01	-.30	-.07
Soziale Aufmerksamkeit	-.08	-.04	-.39	.20	.29	.01	-.56**	-.09
Berechtigte Forderung	-.19	-.18	.14	.16	-.08	-.44*	.02	.24
Beziehungen aufbauen	-.06	-.10	-.08	-.24	.18	-.08	-.13	-.06
Nein sagen	-.06	-.09	-.08	.02	.18	-.03	-.13	-.06
Aktivität initiieren	-.22	-.19	-.08	-.20	.08	.13	-.21	-.29
Problem 1	-.11	-.21*	.04	-.45*	-.12	.22	.16	-.18
Problem 2	-.13	-.31*	-.10	-.04	.05	.26	-.03	.06
Problem 3	-.33	-.43	-.28	.20	-.03	-.31	.05	-.13
Problem 4	.02	-.39*	-.36	.12	.54**	-.54	-.38	.10
Problem 5	-.16	-.27	-.13	-.33	.19	.27	.04	-.09

Abkürzungen: r: Pearson Produkt-Moment-Korrelation zwischen der Kontrollvariablen und der AV zu t1. **stand. beta:** Standardisiertes Beta in der Regression der betr. AV zu t2 auf die selbe AV zu t1 und die betr. Kontrollvariable zu t1. Problem **1:** Freunde klingeln und wollen spielen, die Eltern erlauben es nicht. **Problem 2:** Ein Freund verletzt sich und will nicht alleine gelassen werden. **Problem 3:** Andere Kinder lachen über eine neue Jacke. **Problem 4:** Ein Freund/ eine Freundin will lieber mit einem anderen Kind spielen. **Problem 5:** Der Ball ist beim Spielen im Baum gelandet. ** Die Korrelation / das standardisierte Beta ist auf dem Niveau von 0.01 (2-seitig) signifikant. * Die Korrelation / das standardisierte Beta ist auf dem Niveau von 0.05 (2-seitig) signifikant.

Stark ausgeprägte Emotionalität und Aktivität wiesen einen deutlichen Einfluss ($p \leq .04$, $p \leq .04$) auf die Antwortqualität der Situation „Freunde klingeln und wollen spielen, die Eltern erlauben es nicht." auf: Hohe Werte sagten jeweils eine schlechtere Problemlösequalität zu t2 voraus. Stark ausgeprägte Emotionalität beeinflusste ebenfalls die Problemlösequalität der Situation „Ein Freund verletzt sich und will nicht alleine gelassen werden." (t2, $p \leq .04$) und der Situation „Ein Freund/ eine Freundin will lieber mit einem anderen Kind spielen" (t2, $p \leq .05$) negativ.

Schüchternheit (t1) beeinflusste die Soziale Kompetenz in der Situation „Berechtigte Forderung stellen" (t2) signifikant ($p \leq .04$). Eine starke Ausprägung dieses Temperamentsmerkmals sagte eine niedrige Soziale Kompetenz in dieser Situation vorher.

Soziabilität (t1) korrelierte signifikant mit dem Selbstwert (t1, p≤.02) und leistete einen signifikanten Beitrag zur Vorhersage des Selbstwertes (t2, p≤.01): eine hohe Ausprägung ging mit einem hohen Selbstwert (t2) einher.

Einfluss komorbider psychischer Beschwerden und Störungsbilder

Die Tabellen 150-152 zeigen die Ergebnisse der Korrelations- und Regressionsanalysen für die mittels des Diagnostischen Interviews (DIPS) und der CBCL erfassten komorbiden psychischen Beschwerden und Störungsbilder Enuresis, Soziale Phobie, Trennungsangst, Sprachstörungen, Legasthenie, Lernbehinderung, ADHD, Pavor Nocturnus, Konzentrationsschwierigkeiten, Einschlafschwierigkeiten, Alpträume, Fingernägel kauen, Schmerzen ohne medizinischen Krankheitsfaktor, aggressives Verhalten, ängstlich-depressives Verhalten, Soziale Probleme, Aufmerksamkeitsprobleme und Schizoid-zwanghaftes Verhalten.

Tabelle 150: Einfluss des komorbiden Vorliegens von Enuresis, Sozialer Phobie, Störung mit Trennungsangst, Sprachstörungen und Leserechtschreibschwäche auf die Veränderung der Variablen zur Erfassung des Therapieerfolges, α_{krit} =.05

Kontrollvariablen	Enuresis		Soziale Phobie		Trennungs-angst		Sprach-störungen		LRS	
Variablen zur Erfassung des Therapieerfolges	r	stand. beta	r	stand. beta	r	stand. beta	r	stand. beta	r	stand. beta
SAD	.00	.19	-.18	-.04	.11	-.19	-.06	-.15	-.06	-.16
FNE	.14	.30	-.02	-.22	-.24	-.12	.04	-.19	-.07	-.02
Sozialkontakte	-.14	-.25	-.11	-.07	-.04	.04	-.03	-.02	.23	.29
Selbstwert	-.16	-.35	.14	.18	-.02	.20	-.21	.13	-.19	.14
Sozialer Rückzug	.23	.07	-.12	.16	-.03	-.17	-.07	.05	-.06	-.21
Soziale Aufmerksamkeit	.12	.16	.10	-.05	-.11	-.06	.27	.12	-.13	-.04
Berechtigte Forderung	.10	.12	.15	-.16	.15	-.09	.08	-.16	.06	-.01
Beziehungen aufbauen	-.07	.15	.02	-.02	.32	-.10	.05	-.09	-.07	.00
Nein sagen	-.16	.14	.09	.20	-.08	-.07	-.02	.11	-.03	-.03
Aktivität initiieren	-.33*	.32	-.02	-.34	.10	.13	.01	-.35	.25	.10
Problem 1	-.15	.15	.23	-.03	-.39*	-.01	.16	.09	.21	.16
Problem 2	-.11	.01	.11	.22	-.29	.18	.23	-.27	.00	-.16
Problem 3	.22	.08	.18	.14	-.07	-.50	-.32	-30	.16	-.01
Problem 4	.12	-.10	-.03	-.30	-.01	-.28	.34	.09	-.03	.09
Problem 5	-.05	.21	-.07	.30	.04	-.07	-.47*	.24	-.05	-.04

Abkürzungen: r: Pearson Produkt-Moment-Korrelation zwischen der Kontrollvariablen und der AV zu t1. **stand. beta:** Standardisiertes Beta in der Regression der betr. Variablen zur Erfassung des Therapieerfolges zu t2 auf die selbe abhängige Variable zu t1 und die Kontrollvariable zu t1. Problem **1:** Freunde klingeln und wollen spielen, die Eltern erlauben es nicht. **Problem 2:** Ein Freund verletzt sich und will nicht alleine gelassen werden. **Problem 3:** Andere Kinder lachen über eine neue Jacke. **Problem 4:** Ein Freund/ eine Freundin will lieber mit einem anderen Kind spielen. **Problem 5:** Der Ball ist beim Spielen im Baum gelandet. ** Die Korrelation / das standardisierte Beta ist auf dem

Niveau von 0.01 (2-seitig) signifikant. * Die Korrelation / das standardisierte Beta ist auf dem Niveau von 0.05 (2-seitig) signifikant.

Tabelle 150 macht deutlich, dass für die komorbiden Störungsbilder Enuresis, Soziale Phobie, Trennungsangst, Sprachstörungen und Legasthenie kein signifikanter Einfluss auf den Therapieerfolg gefunden werden konnte.

Tabelle 151: Einfluss des komorbiden Vorliegens einer Lernbehinderung, des Aufmerksamkeits/Hyperaktivitäts-Syndrom, von Pavor Nocturnus, Konzentrationsschwierigkeiten oder Einschlafschwierigkeiten auf die Veränderung der Variablen zur Erfassung des Therapieerfolges, α_{krit} =.05

Kontrollvariablen	Lern-behinderung		ADHD		Pavor Nocturnus		Konzentrationsschwierig-keiten		Einschlaf-schwierig-keiten	
Variablen zur Erfassung des Therapieerfolges	r	stand. beta	r	stand. beta	r	stand. beta	r	stand. beta	r	stand. beta
SAD	.03	-.13	-.10	.02	-.16	.06	-.41**	-.04	.11	.07
FNE	.04	.24	-.09	-.15	-.10	.05	-.11	-.07	-.14	-.05
Sozialkontakte	.13	-.17	.36*	.25	-.17	.05	.06	-.09	-.05	-.13
Selbstwert	-.07	-.26	.04	.05	.04	.08	.15	-.13	-.10	-.17
Sozialer Rückzug	.11	.23	-.21	a	-.16	-.01	.05	-.11	-.16	.03
Soziale Aufmerksamkeit	-.06	.13	a	a	-.10	-.28	.36*	.46**	.00	.15
Berechtigte Forderung	.16	-.06	a	a	.19	-.30	.12	-.26	.33*	.30
Beziehungen aufbauen	.13	.13	a	a	.13	-.16	.21	.00	2	.03
Nein sagen	.02	.11	a	a	.20	-.44**	-.09	.08	.09	.34
Aktivität initiieren	.14	.06	a	a	.14	.02	.02	-.08	-.10	.16
Problem 1	-.31	.11	a	a	-.02	.11	-.01	-.20	.01	-.18
Problem 2	.11	-.05	a	a	-.10	-.05	.18	-.10	.19	-.11
Problem 3	.09	-.31	a	a	-.45*	-.47*	-.23	.22	-.19	.07
Problem 4	.05	.06	a	a	-.36	-.43*	.04	-.05	-.18	.06
Problem 5	.09	-.11	a	a	.16	-.24	.04	-.15	-.06	-.41

Abkürzungen: r: Pearson Produkt-Moment-Korrelation zwischen der Kontrollvariablen und der AV zu t1. **stand. beta:** Standardisiertes Beta in der Regression der betr. AV zu t2 auf die selbe abhängige Variable zu t1 und die Kontrollvariable zu t1. Problem **1:** Freunde klingeln und wollen spielen, die Eltern erlauben es nicht. **Problem 2:** Ein Freund verletzt sich und will nicht alleine gelassen werden. **Problem 3:** Andere Kinder lachen über eine neue Jacke. **Problem 4:** Ein Freund/ eine Freundin will lieber mit einem anderen Kind spielen. **Problem 5:** Der Ball ist beim Spielen im Baum gelandet. ** Die Korrelation / das standardisierte Beta ist auf dem Niveau von 0.01 (2-seitig) signifikant. * Die Korrelation / das standardisierte Beta ist auf dem Niveau von 0.05 (2-seitig) signifikant. **a:** kann nicht berechnet werden. da mindestens eine der Variablen konstant ist.

Die in Tabelle 151 aufgeführten Ergebnisse zeigen, dass für die komorbiden Störungsbilder Lernbehinderung, Aufmerksamkeits- Hyperaktivitätssyndrom und für Einschlafschwierigkeiten kein signifikanter Einfluss auf den Therapieerfolg gefunden werden konnte.

Das Vorliegen von Konzentrationsschwierigkeiten weist einen signifikanten Einfluss auf die Veränderung der Sozialen Kompetenz in der Situation „Du stehst an der Tafel und dir bleibt die Stimme weg“ (t2, p≤.01) auf. Für Kinder mit Konzentrationsschwierigkeiten wird ein höherer Wert dieser Variablen vorhergesagt. Das aktuelle oder frühere Vorliegen von Pavor Nocturnus sagt deutlich schlechtere Werte für die Situationen „Nein sagen“ (Soziale Kompetenz, t2, p≤.01) „Andere Kinder lachen über eine neue Jacke“(Problemlösen, t2, p≤.04) und „Dein Freund will lieber mit einem anderen Kind spielen“ (Problemlösen, t2, p≤.04) vorher.

Tabelle 152: Einfluss des komorbiden Vorliegens von Kopf- oder Bauchschmerzen ohne MKF, von Aggressivem Verhalten, Alpträumen, Fingernägel kauen oder Depressivität auf die Veränderung der Variablen zur Erfassung des Therapieerfolges, α_{krit} =.05

Kontrollvariablen	Kopf- Bauch schmerzen ohne MKF		Aggressives Verhalten		Alpträume		Fingernägel		Depressivität	
Variablen zur Erfassung des Therapieerfolges	r	stand. beta	r	stand. beta	r	stand. beta	r	stand. beta	r	stand. beta
SAD	-.46**	-.04	.08	-.13	-.22	-.02	.04	.10	-.19	-.05
FNE	-.22	.15	.04	.24	-.15	.22	.00	.10	-.17	-.01
Sozialkontakte	-.24	.07	.13	-.17	.09	-.07	-.24	.17	-.06	-.12
Selbstwert	.13	-.03	-.07	-.26	.00	-.06	-.13	-.07	.18	-.02
Sozialer Rückzug	.14	-.16	.19	.23	.20	.27	-.04	-.14	.26*	.20
Soziale Aufmerksamkeit	.24	.14	-.06	.13	.17	.16	.12	-.07	.27	-.09
Berechtigte Forderung	.25	-.20	.15	-.06	-.22	.20	.21	.03	.14	.22
Beziehungen aufbauen	.21	-.01	.13	.13	.02	.02	.04	.09	.17	-.05
Nein sagen	-.05	-.18	.02	.11	.11	.16	.16	-.19	.20	-.06
Aktivität initiieren	.20	-.02	.14	.06	-.06	.18	.24	.03	.06	.04
Problem 1	-.14	.14	-.31	.11	-.14	.20	.01	.25	.27	.41
Problem 2	.12	-.12	.11	-.05	-.01	.04	.19	-.10	.15	.10
Problem 3	-.35	-.26	.09	-.31	-.07	-.41	.16	-.26	-.07	.30
Problem 4	-.03	-.31	.05	.06	.12	-.31	-.23	-.32	.34	.09
Problem 5	.14	-.02	.09	-.11	.14	.20	.09	-.08	-.48*	.24

Abkürzungen: r: Pearson Produkt-Moment-Korrelation zwischen der Kontrollvariablen und der AV zu t1. **stand. beta:** Standardisiertes Beta in der Regression der betr. AV zu t2 auf die selbe abhängige Variable zu t1 und die Kontrollvariable zu t1. Problem **1:** Freunde klingeln und wollen spielen, die Eltern erlauben es nicht. **Problem 2:** Ein Freund verletzt sich und will nicht alleine gelassen werden. **Problem 3:** Andere Kinder lachen über eine neue Jacke. **Problem 4:** Ein Freund/ eine Freundin will lieber mit einem anderen Kind spielen. **Problem 5:** Der Ball ist beim Spielen im Baum gelandet. ** Die Korrelation / das standardisierte Beta ist auf dem Niveau von 0.01 (2-seitig) signifikant. * Die Korrelation / das standardisierte Beta ist auf dem Niveau von 0.05 (2-seitig) signifikant.

Die Ergebnisse der multiplen Regressionsanalysen in Tabelle 152 zeigen, dass für das komorbide Vorliegen von Kopf- oder Bauchschmerzen ohne medizinischen Krankheitsfaktor, aggressivem Verhalten, Alpträumen, Fingernägel kauen oder Depressivität kein signifikanter Einfluss auf den Therapieerfolg gefunden werden konnte.

Tabelle 153: Einfluss der Variablen der Child Behavior Checklist „Ängstlich-depressiv“, „Soziale Probleme“ „Aufmerksamkeitsprobleme“ und „Schizoid-Zwanghaft“ auf die Veränderung der Variablen zur Erfassung des Therapieerfolges, α_{krit} =.05

Kontrollvariablen	Ängstlich-depressiv		Soziale Probleme		Sonst. psych. Probleme		Aufmerksam-keitsprobleme		Schizoid-zwanghaft	
Variablen zur Erfassung des Therapieerfolges	r	stand. beta	r	stand. beta	r	stand. beta	r	stand. beta	r	stand. beta
SAD	.15	.06	-.03	.09	.00	-.20	-.10	.22	.09	.28
FNE	-.02	.09	.06	.21	.15	-.13	.23	.16	.12	.26
Sozialkontakte	-.14	-.02	-.23	-.15	.25	.26	-.28	-.02	-.15	-.25
Selbstwert	.00	-.01	-.09	-.19	-.33	.07	-.15	-.03	-.22	-.23
Sozialer Rückzug	.56**	.08	.65**	-.05	-.13	-.14	.38**	-.13	.37**	.13
Soziale Aufmerksamkeit	-.03	.23	.14	.33	.31	.27	.00	.35	.20	.03
Berechtigte Forderung	-.12	.08	.02	-.33	.08	-.36	-.12	-.33	-.10	.22
Beziehungen aufbauen	.28	.06	.38*	.04	.13	-.16	.15	.07	-.15	.37
Nein sagen	.-.06	.03	.01	.00	-.03	.18	.13	.03	.03	.16
Aktivität initiieren	.03	.16	-.02	-.14	.14	-.20	-.19	-.13	-.15	.22
Problem 1	-.05	-.12	-.18	.08	.27	.20	-.10	-.03	-.38*	.16
Problem 2	.13	.24	.29	.07	.18	-.21	.21	.02	-.08	.04
Problem 3	-.14	-.36	-.18	-.30	.01	-.02	-.31	-.10	.13	-.32
Problem 4	.21	-.17	.02	-.13	.05	.01	-.01	-.18	.06	-.17
Problem 5	-.30	.07	-.12	-.13	.04	-.12	-.11	-.04	.12	.24

Abkürzungen: r: Pearson Produkt-Moment-Korrelation zwischen der Kontrollvariablen und der AV zu t1. **stand. beta:** Standardisiertes Beta in der Regression der betr. AV zu t2 auf die selbe abhängige Variable zu t1 und die Kontrollvariable zu t1. Problem **1:** Freunde klingeln und wollen spielen, die Eltern erlauben es nicht. **Problem 2:** Ein Freund verletzt sich und will nicht alleine gelassen werden. **Problem 3:** Andere Kinder lachen über eine neue Jacke. **Problem 4:** Ein Freund/ eine Freundin will lieber mit einem anderen Kind spielen. **Problem 5:** Der Ball ist beim Spielen im Baum gelandet. ** Die Korrelation / das standardisierte Beta ist auf dem Niveau von 0.01 (2-seitig) signifikant. * Die Korrelation / das standardisierte Beta ist auf dem Niveau von 0.05 (2-seitig) signifikant.

Tabelle 153 macht deutlich, dass für das komorbide Vorliegen von ängstlich-depressivem Verhalten, sozialen Problemen, Aufmerksamkeitsproblemen und schizoid-zwanghaftem Verhalten kein signifikanter Einfluss auf den Therapieerfolg gefunden werden konnte.

Einfluss des komorbiden Vorliegens körperlicher Erkrankungen

Es wurde der Einfluss der folgenden medizinischen Krankheitsfaktoren untersucht: Neurodermitis, Asthma, Epilepsie, Hörschäden und häufige Infektionen. Für die Variable „Herz-Kreislauf-Erkrankungen“ und „Erkrankungen der Muskulatur“ konnten keine Analysen durchgeführt werden, da diese Variable konstant war. Für keine der Variablen konnte ein signifikanter Einfluss auf den Therapieerfolg gefunden werden. Die Ergebnisse der multiplen Regressionsanalysen sind in Tabelle 154 und 155 aufgeführt.

Tabelle 154: Einfluss des komorbiden Vorliegens von Neurodermitis, Asthma oder Epilepsie auf die Veränderung der Variablen zur Erfassung des Therapieerfolges, α_{krit} =.05

Kontrollvariablen	Neurodermitis		Asthma		Epilepsie	
Variablen zur Erfassung des Therapieerfolges	r	stand. beta	r	stand. beta	r	stand. beta
SAD	.30*	.08	.06	.01	-.16	-.10
FNE	.13	-.12	.00	.02	-.05	.27
Sozialkontakte	-.02	-.11	-.04	.22	.30	-.03
Selbstwert	-.19	.04	-.02	.00	[a]	
Sozialer Rückzug	-.01	.06	.05	-.12	-.05	.27
Soziale Aufmerksamkeit aushalten	.15	-.06	-.06	-.24	-.08	.15
Berechtigte Forderung durchsetzen	.00	-.03	.14	.21	-.09	.15
Beziehungen aufbauen	.05	,16	-.23	.17	.26	.01
Nein sagen	.28	.08	.08	-.06	.06	.10
Aktivität initiieren	-.18	.12	.15	.12	.14	.02
Problem 1	-.09	.04	[a]		[a]	
Problem 2	-.18	.07	[a]		[a]	
Problem 3	-.24	.10	[a]		[a]	
Problem 4	-.20	-.21	[a]		[a]	
Problem 5	.04	-.13	[a]		[a]	

Abkürzungen: r: Pearson Produkt-Moment-Korrelation zwischen der Kontrollvariablen und der AV zu t1. **stand. beta:** Standardisiertes Beta in der Regression der betr. AV zu t2 auf die selbe abhängige Variable zu t1 und die Kontrollvariable zu t1. Problem **1:** Freunde klingeln und wollen spielen, die Eltern erlauben es nicht. **Problem 2:** Ein Freund verletzt sich und will nicht alleine gelassen werden. **Problem 3:** Andere Kinder lachen über eine neue Jacke. **Problem 4:** Ein Freund/ eine Freundin will lieber mit einem anderen Kind spielen. **Problem 5:** Der Ball ist beim Spielen im Baum gelandet. ** Die Korrelation / das standardisierte Beta ist auf dem Niveau von 0.01 (2-seitig) signifikant. * Die Korrelation / das standardisierte Beta ist auf dem Niveau von 0.05 (2-seitig) signifikant. **a:** kann nicht berechnet werden. da mindestens eine der Variablen konstant ist.

Tabelle 155: Einfluss des komorbiden Vorliegens von, Hörschäden, Herz-Kreislaufproblemen, häufigen Infekten auf die Veränderung der Variablen zur Erfassung des Therapieerfolges, α_{krit} =.05

Kontrollvariablen	Hörschäden		Häufige Infekte	
Variablen zur Erfassung des Therapieerfolges	r	stand. beta	r	stand. beta
SAD	.08	-.21	.02	.02
FNE	.12	.14	-.11	-.08
Sozialkontakt	.18	.04	-.06	-.17
Selbstwert	-.10	-.06	-.14	-.13
Sozialer Rückzug	.14	.21	-.11	-.04
Soziale Aufmerksamkeit	-.06	.13	-.28	.07
Berechtigte Forderung	.15	-.06	.14	.20
Beziehungen aufbauen	.13	.13	.03	-.08
Nein sagen	.02	.11	-.13	.22
Aktivität initiieren	.14	.06	.11	.09
Problem 1	-.31	.58	.07	-.06
Problem 2	.11	-.05	.23	-.14
Problem 3	.09	-.31	-.05	.34
Problem 4	.05	.06	-.15	.46
Problem 5	.09	-.11	-.17	.21

Abkürzungen: r: Pearson Produkt-Moment-Korrelation zwischen der Kontrollvariablen und der AV zu t1. **stand. beta:** Standardisiertes Beta in der Regression der betr. AV zu t2 auf die selbe abhängige Variable zu t1 und die Kontrollvariable zu t1. Problem **1:** Freunde klingeln und wollen spielen, die Eltern erlauben es nicht. **Problem 2:** Ein Freund verletzt sich und will nicht alleine gelassen werden. **Problem 3:** Andere Kinder lachen über eine neue Jacke. **Problem 4:** Ein Freund/ eine Freundin will lieber mit einem anderen Kind spielen. **Problem 5:** Der Ball ist beim Spielen im Baum gelandet. ** Die Korrelation / das standardisierte Beta ist auf dem Niveau von 0.01 (2-seitig) signifikant. * Die Korrelation / das standardisierte Beta ist auf dem Niveau von 0.05 (2-seitig) signifikant.

Einfluss der einzelnen Variablen zur Erfassung des Therapieerfolges (t1) auf die Veränderung derselben

Tabelle 156 führt die Ergebnisse der multiplen Regressionsanalysen zur Berechnung des Einflusses der Variablen „Angst in und Vermeidung von sozialen Situationen“, „Angst vor negativer Bewertung“, „Sozialkontakte“, „Selbstwert“ und „Sozialer Rückzug“ zu t1 auf den Therapieerfolg auf. In Tabelle 157 sind die Ergebnisse zum Einfluss der Variablen zur „Sozialen Kompetenz“ aufgeführt. In Tabelle 158 die Analysen zum Einfluss des „Problemlösens“.

Es konnte für keine der Variablen zur Erfassung des Therapieerfolges ein signifikanter Einfluss auf die Veränderung der Variablen „Angst in und Vermeidung von sozialen Situationen“ aufgezeigt werden. Die Variable „Angst vor negativer Bewertung“ (t2) wurde von ihrer ursprünglichen Ausprägung ($p \leq .03$) und der Variable „Sozialer Rückzug“ (t1, $p \leq .01$) signifikant beeinflusst. Ein stark ausgeprägter „Sozialer Rückzug“ sagte eine höhere „Angst vor negativer Bewertung“ zu t2 vorher, ebenso wie eine hohe Ausprägung der „Angst vor negativer Bewertung“ zu t1. Für die Variable „Sozialkontakte“ (zu t2) konnte kein Prädiktor gefunden werden, der einen signifikanten Beitrag zur Vorhersage leistete, auch die ursprüngliche Ausprägung nicht. Der „Selbstwert“ (t2) konnte ausschließlich durch seine ursprünglich Ausprägung (t1, $p \leq .001$) vorhergesagt werden, eine hohe Ausprägung zu t1 sagte eine hohe Ausprägung zu t2 vorher.

Die Variable „Sozialer Rückzug“ (t2) konnte durch die Variablen „Sozialkontakte“ (t1, $p \leq .04$) und die eigene ursprünglich Ausprägung ($p \leq .001$) vorhergesagt werden. Je mehr Sozialkontakte zu t1 bestanden, desto weniger konnte der „Soziale Rückzug“ reduziert werden. Ein stark ausgeprägter „Sozialer Rückzug“ zu t1 sagte einen ebenfalls hohen Wert für t2 vorher.

Für die Antwortqualität der Situationen zur Sozialen Kompetenz und den Problemlösesituationen konnten folgende signifikante Zusammenhänge gefunden werden: Ein niedriger Selbstwert zu t1 sagte eine hohe soziale Kompetenz in der Situation „Nein sagen“ zu t2 vorher ($p \leq .05$). Eine niedrige Problemlösequalität in der Situation „Der Ball ist beim Spielen im Baum gelandet“ sagte eine hohe Soziale Kompetenz in der Situation „Berechtigte Forderung stellen vorher“ (t2, $p \leq .03$), und eine hohe Problemlösequalität in der Situation „Ein Freund verletzt sich“ zu t1 beeinflusste die Problemlösequalität der Situation „Freunde klingeln und wollen spielen, die Eltern erlauben es nicht“ zu t2 positiv ($p \leq .05$). Eine hohe Problemlösequalität in der Situation „Ein Freund verletzt sich“ zu t1 sagte eine hohe Problemlösequalität in dieser Situation zu t2 vorher ($p \leq .000$). Ebenso sagte eine hohe Problemlösequalität in der Situation „Der Ball ist beim Spielen im Baum gelandet“ zu t1 eine hohe Problemlösequalität in dieser Situation zu t2 vorher ($p \leq .01$).

Tabelle 155: Einfluss der Variablen SAD, FNE, Sozialkontakte, Selbstwert und Sozialer Rückzug (t1) auf die Veränderung der Variablen zur Erfassung des Therapieerfolges, α_{krit} =.05

Einflussvariablen	SAD		FNE		Sozial-kontakte		Selbstwert		Sozialer Rückzug	
Variablen zur Erfassung des Therapieerfolges	r	stand. beta	r	stand. beta	r	stand. beta	r	stand. beta	r	stand. beta
SAD	1	.16	.44**	.17	-.08	-.23	-.63**	-.19	.04	.11
FNE	.44**	-.20	1	.35*	.13	-.11	-.45**	-.13	.17	.35**
Sozialkontakte	-.08	.07	.13	-.23	1	.01	-.20	-.01	-.21	-.14
Selbstwert	-.63**	.09	-.45**	-.17	-.20	.07	1	.51**	-.13	-.21
Sozialer Rückzug	.04	.07	.17	.09	-.21	.30*	-.13	-.07	1	.58**
Soziale Aufmerksamkeit	-.19	.08	.02	-.10	.20	.16	.10	-.08	.32*	.10
Berechtigte Forderung	-.02	.22	-.12	-.17	-.28	.08	-.00	.00	-.06	-.16
Beziehungen aufbauen	-.21	.01	-.05	.07	.08	-.18	-.04	.14	.20	.11
Nein sagen	-.16	.21	.10	.22	.00	.07	-.07	-.41*	-.15	-.12
Aktivität initiieren	-.40**	.19	-.14	-.07	.18	.16	.28	-.12	-.03	-.01
Problem1	-.01	-.34	-.14	-.15	-.23	.08	.19	-.07	-.30	.32
Problem 2	-.15	.28	-.15	.13	-.16	-.13	.10	.17	.15	.09
Problem 3	.07	-.01	.12	.18	.27	.04	-.14	.08	.22	-.17
Problem 4	.01	.16	-.19	.30	.00	.57**	-.11	-.04	.32	-.01
Problem 5	-.11	-.11	-.11	-.22	.14	-.01	.08	.04	-.09	.16

Abkürzungen: r: Pearson Produkt-Moment-Korrelation zu t1. **stand. beta:** Standardisiertes Beta in der Regression der betr. AV zu t2 auf die selbe abhängige Variable zu t1 und die Kontrollvariable zu t1. Problem **1:** Freunde klingeln und wollen spielen, die Eltern erlauben es nicht. **Problem 2:** Ein Freund verletzt sich und will nicht alleine gelassen werden. **Problem 3:** Andere Kinder lachen über eine neue Jacke. **Problem 4:** Ein Freund/ eine Freundin will lieber mit einem anderen Kind spielen. **Problem 5:** Der Ball ist beim Spielen im Baum gelandet. ** Die Korrelation / das standardisierte Beta ist auf dem Niveau von 0.01 (2-seitig) signifikant. * Die Korrelation / das standardisierte Beta ist auf dem Niveau von 0.05 (2-seitig) signifikant.

Tabelle 156: Einfluss der Variablen: Situationen zur Sozialen Kompetenz (t1) auf die Veränderung der übrigen Variablen zur Erfassung des Therapieerfolges, α_{krit} =.05

Einflussvariablen	Soziale Aufmerksamkeit		Berechtigte Forderung		Beziehungen aufbauen		Nein sagen		Aktivität initiieren	
Variablen zur Erfassung des Therapieerfolges	r	stand. beta	r	stand. beta	r	stand. beta	r	stand. beta	r	stand. beta
SAD	-.19	-.20	-.02	-.01	.-.21	-.18	.16	.04	-.40**	-.16
FNE	.02	-.26	-.12	.16	-.05	.27	.10	-.12	-.14	.11
Sozialkontakte	.20	.08	-.28	.05	.08	.08	.00	-.09	.18	-.10
Selbstwert	.10	.08	-.00	.00	-.04	.14	-.07	.41	.28	.04
Sozialer Rückzug	.32*	.17	-.06	-.02	.20	-.03	-.15	.23	-.03	.00
Soziale Aufmerksamkeit	1	.16	.01	-.12	.00	.06	.18	-.07	.05	-.26
Berechtigte Forderung	-.01	-.07	1	.20	.41*	-.38	.18	-.03	.14	-.08
Beziehungen aufbauen	.00	.01	.41**	-.16	1	.27	.22	.11	.50*	.15
Nein sagen	.18	.13	.18	.15	.22	.10	1	.20	.13	-.09
Aktivität initiieren	-.05	-.05	.14	.17	.50**	.25	.13	.19	1	.21
Problem1	-.06	.43	.34	.04	-.12	.40	.37	.41	-.18	.57
Problem 2	.30	-.21	.23	.07	.16	-.05	.34	-.05	.20	-.37
Problem 3	.03	-.12	.05	-.10	.15	-.32	-.08	.08	.02	-.13
Problem 4	.54**	.03	-.08	-.23	.08	-.24	-.22	-.15	-.02	.16
Problem 5	.01	.16	.28	-.12	-.01	.19	-.03	.02	-.02	.14

Abkürzungen: r: Pearson Produkt-Moment-Korrelation zu t1. **stand. beta:** Standardisiertes Beta in der Regression der betr. AV zu t2 auf die selbe abhängige Variable zu t1 und die Kontrollvariable zu t1. Problem **1:** Freunde klingeln und wollen spielen, die Eltern erlauben es nicht. **Problem 2:** Ein Freund verletzt sich und will nicht alleine gelassen werden. **Problem 3:** Andere Kinder lachen über eine neue Jacke. **Problem 4:** Ein Freund/ eine Freundin will lieber mit einem anderen Kind spielen. **Problem 5:** Der Ball ist beim Spielen im Baum gelandet. ** Die Korrelation / das standardisierte Beta ist auf dem Niveau von 0.01 (2-seitig) signifikant. * Die Korrelation / das standardisierte Beta ist auf dem Niveau von 0.05 (2-seitig) signifikant.

Tabelle 157: Einfluss der Variablen: Situationen zum Problemlösen (t1) auf die Veränderung der übrigen Variablen zur Erfassung des Therapieerfolges, α_{krit} =.05

Einflussvariablen	Problem1		Problem2		Problem3		Problem4		Problem5	
Variablen zur Erfassung des Therapieerfolges	r	stand. beta	r	stand. beta	r	stand. beta	r	stand. beta	r	stand. beta
SAD	-.01	-.20	-.15	-.18	.07	-.32	.01	-.16	-.11	-.07
FNE	-.14	-.31	-.15	-.04	.12	.14	-.19	.03	-.11	.05
Sozialkontakte	-.23	.44	.16	.05	.27	.04	.00	.21	-.14	.11
Selbstwert	.19	.28	.10	-.04	-.14	.23	.11	-.13	.08	.02
Sozialer Rückzug	-.30	-.05	.15	.11	.21	-.03	.32	.19	-.09	-.28
Soziale Aufmerksamkeit	-.06	-.14	.30	.00	.03	.09	.54**	-.03	.01	.11
Berechtigte Forderung	.34	.29	.23	.18	.05	.04	-.08	.30	.28	-.50*
Beziehungen aufbauen	.12	-.38	.16	-.48	-.15	.47	-.08	.21	-.01	-.08
Nein sagen	.37	-.14	.34	.00	-.08	.32	-.22	.41	-.03	-.27
Aktivität initiieren	-.18	-25	.20	.09	.02	-.02	-.02	.39	-.05	.14
Problem1	1	.21	.28	.56*	-.08	.23	-.07	.19	.01	.03
Problem 2	.28	.28	1	.68**	-.16	.08	.12	.13	.08	-.05
Problem 3	-.08	.31	-.16	.07	1	.16	.05	-.07	.07	-.26
Problem 4	-.07	-.05	.11	.23	.05	.17	1	.38	-.37	-.01
Problem 5	-.01	-.03	.08	.03	.07	.20	-.37	.35	1	.49*

Abkürzungen: r: Pearson Produkt-Moment-Korrelation zwischen der Kontrollvariablen und der AV zu t1. **stand. beta:** Standardisiertes Beta in der Regression der betr. AV zu t2 auf die selbe abhängige Variable zu t1 und die Kontrollvariable zu t1. Problem **1:** Freunde klingeln und wollen spielen, die Eltern erlauben es nicht. **Problem 2:** Ein Freund verletzt sich und will nicht alleine gelassen werden. **Problem 3:** Andere Kinder lachen über eine neue Jacke. **Problem 4:** Ein Freund/ eine Freundin will lieber mit einem anderen Kind spielen. **Problem 5:** Der Ball ist beim Spielen im Baum gelandet. ** Die Korrelation / das standardisierte Beta ist auf dem Niveau von 0.01 (2-seitig) signifikant. * Die Korrelation / das standardisierte Beta ist auf dem Niveau von 0.05 (2-seitig) signifikant.

Zusammenfassung

Die in diesem Kapitel analysierten Einflussfaktoren auf die Variablen zur Erfassung des Therapieerfolges zum zweiten Messzeitpunkt werden in Abbildung 94 zusammengefasst. Es wurde keine Variable gefunden, die auf alle Variablen eines Konstruktes oder alle Konstrukte signifikant Einfluss nahm. Insgesamt konnten 22 signifikante Vorhersagen getroffen werden.

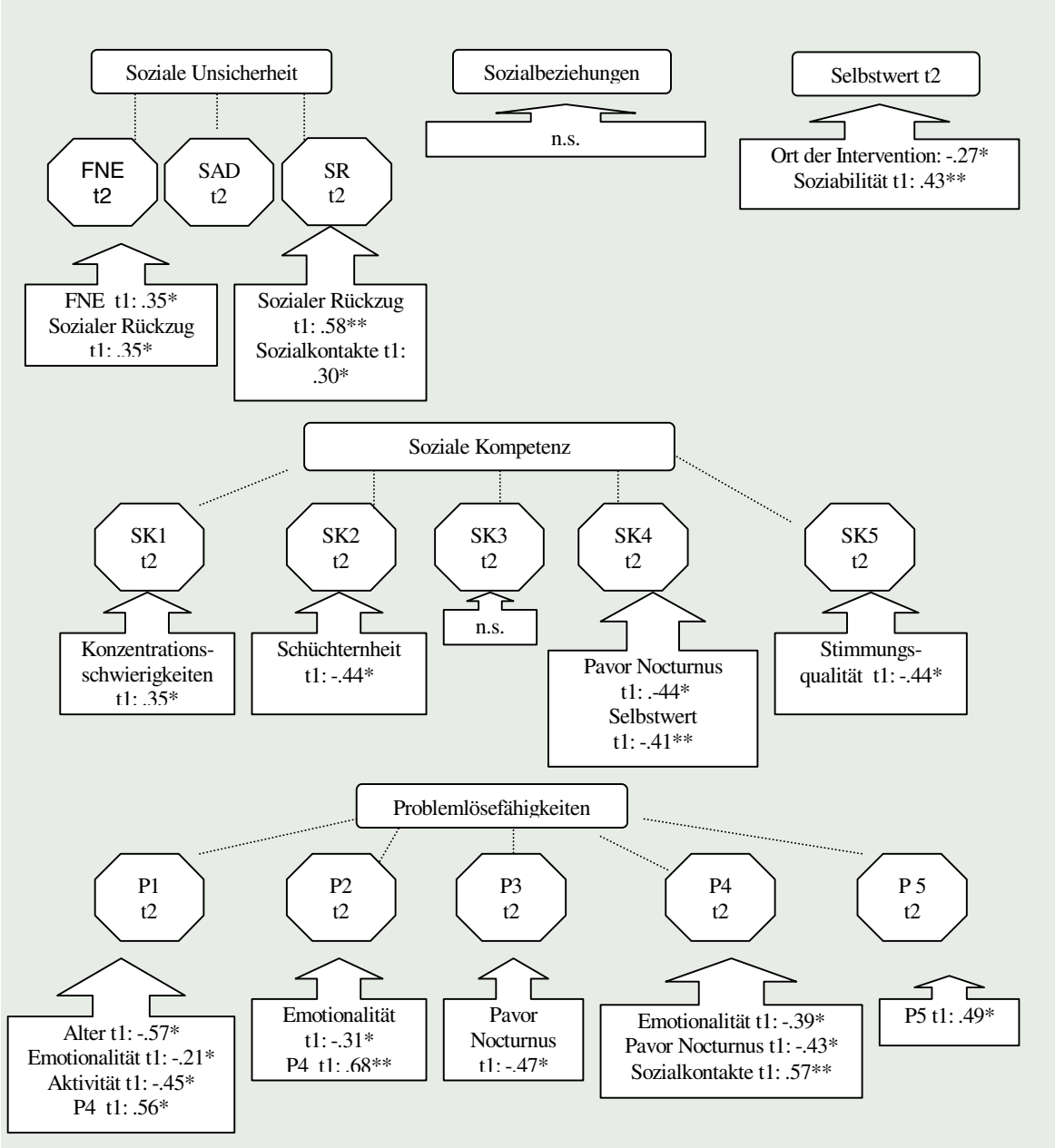
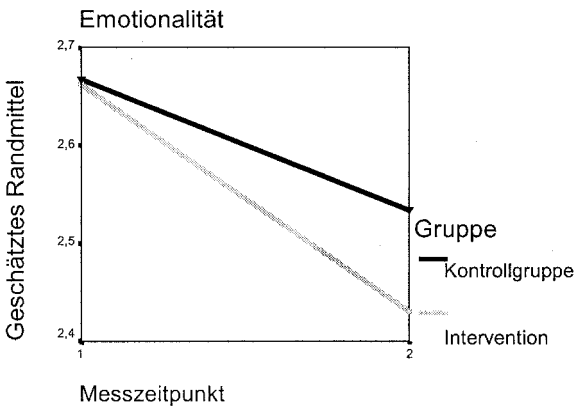


Abbildung 94: Überblick über die Einflussfaktoren. FNE: Angst vor negativer Bewertung, SAD: Angst in und Vermeidung von sozialen Situationen, SR: Sozialer Rückzug, SK: Situation zur Sozialen Kompetenz, SK 1: Soziale Aufmerksamkeit aushalten, SK 2: Berechtigte Forderung durchsetzen, SK 3: Bedürfnisse & Gefühle äußern/Beziehungen aufbauen, SK 4: etwas ablehnen & sich wehren, SK 5: Aktivität initiieren. P: Situation zum Problemlösen, P1: Freunde klingeln und wollen spielen, die Eltern erlauben es nicht. P2: Ein Freund verletzt sich und will nicht alleine gelassen werden. P3: Andere Kinder lachen über eine neue Jacke. P 4: Ein Freund/ eine Freundin will lieber mit einem anderen Kind spielen. P 5: Der Ball ist beim Spielen im Baum gelandet.

7.2.4 Veränderung der Temperamentsmerkmale

Die Entwicklung der Temperamentsmerkmale wurde für die Subgruppen Interventions- und Kontrollgruppe in einer multivariaten Varianzanalyse mit anschließenden univariaten Varianzanalysen untersucht. Es wurde kein signifikanter Haupteffekt Zeit und kein Interaktionseffekt Zeit*Gruppe gefunden. Die Mittelwerte der untersuchten Skalen zu t1 und t2 werden in Abbildung 95-103 dargestellt. Ein höherer Skalenwert impliziert ein stärker ausgeprägtes Temperamentsmerkmal.



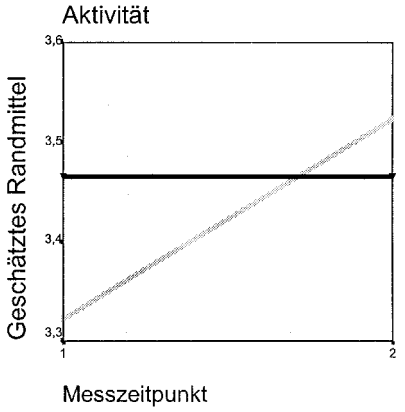
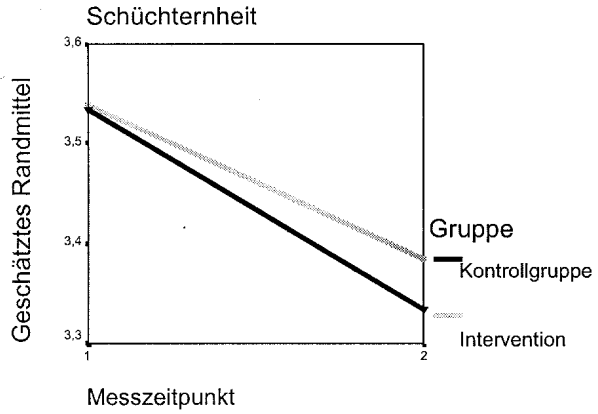


Abbildung 95 & 96: Entwicklung der Variablen „Emotionalität“ und „Aktivität“ in den beiden Subgruppen



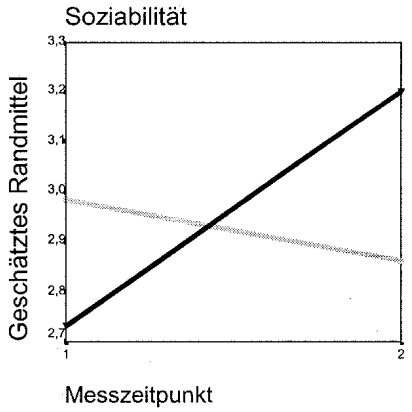


Abbildung 97 & 98: Entwicklung der Variablen „Schüchternheit“ und „Soziabilität“ in den beiden Subgruppen

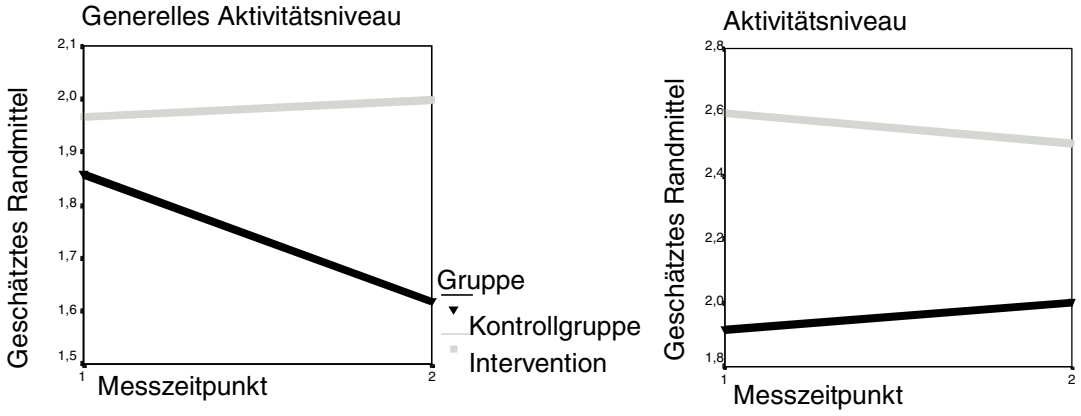


Abbildung 99 & 100: Entwicklung der Variablen „Generelles Aktivitätsniveau“ und „Aktivitätsniveau Schlaf“ in den beiden Subgruppen

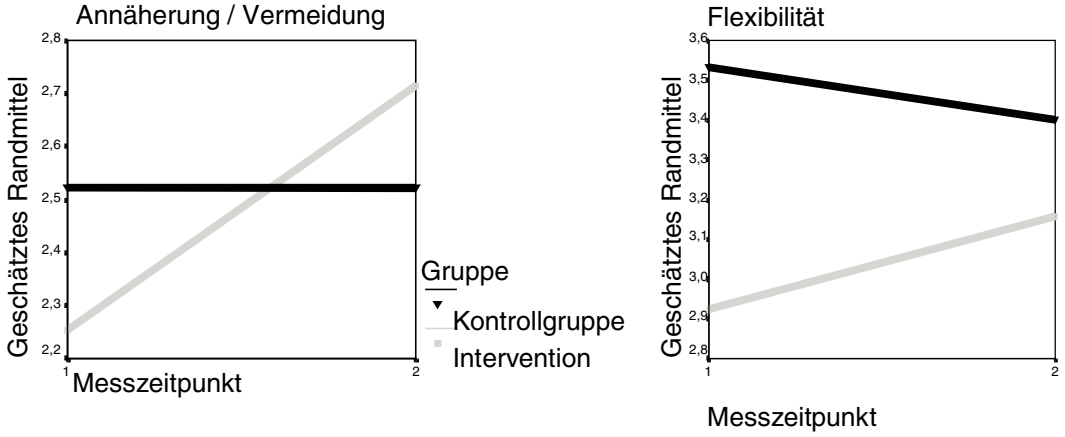


Abbildung 101 & 102: Entwicklung der Variablen „Annäherung /Vermeidung“ und „Flexibilität/Rigidität“ in den beiden Subgruppen

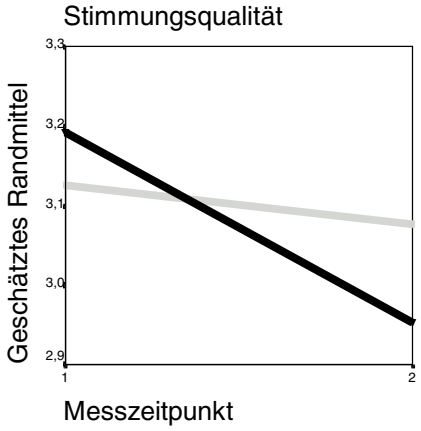


Abbildung 103: Entwicklung der Variable „Stimmungsqualität“ in den beiden Subgruppen

7.3 Prüfung der langfristigen Effektivität der Trainingsprogramme

7.3.1 Grundsätzliches Vorgehen

In diesem Kapitel werden die langfristigen Trainingseffekte auf individueller Ebene (Kapitel 7.3.2) und auf Gruppenebene untersucht (Kapitel 7.3.3). Die Analyse auf individueller Ebene geschieht durch die Bestimmung bedeutsamer Veränderung nach Jacobsen und Truaux (1991). Auf Gruppeneben wird mittels multi- und univariater Varianzanalysen geprüft, ob ein Haupteffekt Zeit vorliegt, der eine langfristige positive Entwicklung in der Interventionsgruppe bestätigen würde. Weiterhin würde ein Interaktionseffekt Gruppe*Zeit auf eine trainingsspezifische Langzeitwirkung hinweisen.

Um die trainingsspezifische Wirkung der beiden Interventionen zu vergleichen, werden im folgenden Kapitel die Vergleiche des verhaltensorientierten Trainings und des Problemlösetrainings bezüglich der Veränderungen der abhängigen Variablen „Sozialbeziehungen“, „Soziale Unsicherheit“ und „Klinische soziale Ängste“, „Soziale Kompetenz“, „Problemlösen“ und „Selbstwert“ dargestellt. Abbildung 104 gibt einen Überblick über die Auswertung.

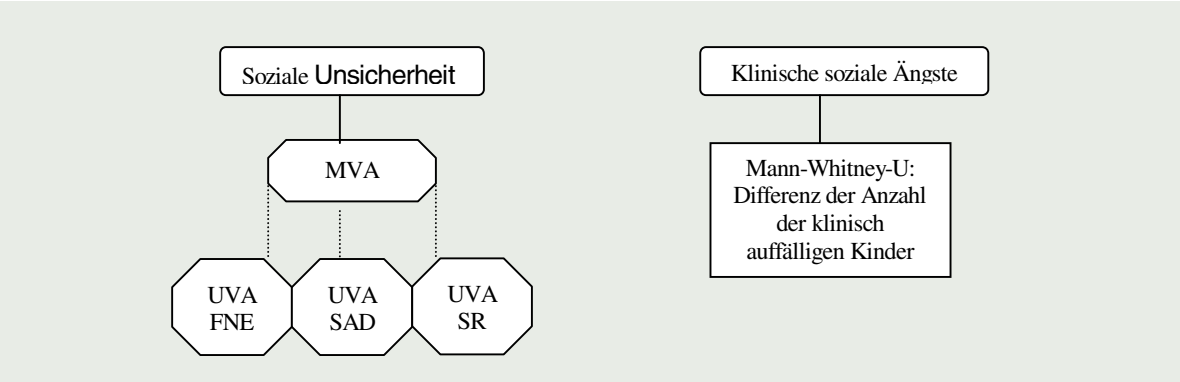


Abbildung 104: Überblick über die Auswertung und Ergebnisdarstellung. MVA: Multivariate Varianzanalyse, UVA: Univariate Varianzanalyse, FNE: Angst vor negativer Bewertung, SAD: Angst in und Vermeidung von sozialen Situationen, SR: Sozialer Rückzug,

7.3.2 Klinisch relevante Veränderungen auf individueller Ebene

Jacobsen und Truaux (1991) zufolge können zwei Kriterien zur Bestimmung bedeutsame Veränderungen im klinisch-psychologischen Kontext herangezogen werden: 1. Eine reliable, statistisch signifikante Veränderung in positiver Richtung sowie 2. Eine Veränderung vom dysfunktionalen in den funktionalen Bereich. Das erste Kriterium kann durch den Reliable-Change-Index operationalisiert werden (Lienert & Raatz, 1994), der aus der Differenz des Post- und Prä-Wertes geteilt durch den Standardfehler der Differenz gebildet wird und auf dem 5%-Niveau geprüft wird. Jacobson et al (1991) entwickelten unter anderem die folgende Operationalisierung des zweiten Kriteriums: Zum zweiten Messzeitpunkt soll das Ausmaß der Symptomatik innerhalb von zwei Standardabweichungen einer gesunden Population liegen. Um die langfristige Entwicklung in der Interventionsgruppe zu beurteilen, sollen diese beiden Kriterien herangezogen werden.

Reliable-Change-Index

$|RC| = |X_{post} - X_{prä}| : s_{diff}$

s_{dif} wird nach folgender Formel berechnet: $s_{dif} = S_x * \sqrt{2 * (1 - Rel(x))}$

Rel (x) steht für die Reliabilität des Verfahrens, in diesem Falle die SASCR-D mit .71 (Melfsen, 1998), S_x für die Standardabweichung des verwendeten Verfahrens, S_x=5.02 (Melfsen, 1998), folglich beträgt s_{dif} 3.82. Von einer signifikanten Veränderung wird bei $|RC|_{(5\%)}$ >1.96 ausgegangen. In Tabelle 158 sind die Reliable-Change-Indices der einzelnen Kinder

Tabelle 158: Reliable-Change-Indices der Follow-up-Gruppe

Code	Geschlecht	SAD t1	SAD t2	RC	reliable change	Richtung
003	Mädchen	39	20	4.97	+	Abnahme
001	Mädchen	36	10	6.80	+	Abnahme
009	Mädchen	35	19	4.19	+	Abnahme
033	Junge	32	27	1.31	-	
040	Junge	29	9	5.24	+	Abnahme
008	Junge	29	20	2.36	+	Abnahme
012	Junge	27	12	3.93	+	Abnahme
034	Junge	27	18	2.36	+	Abnahme
005	Junge	23	20	0.79	-	
004	Mädchen	20	12	2.09	+	Abnahme
011	Mädchen	19	11	1.83	+	Abnahme
016	Junge	19	18	0.26	-	
036	Junge	16	25	2.36	+	Zunahme
032	Junge	15	29	3.66	+	Zunahme
006	Mädchen	15	13	0.52	-	
042	Junge	27	12	3.93	+	Abnahme

Es zeigen sich bei 10 der 16 Kinder signifikante Veränderungen in die erwünschte Richtung. Das zweite Kriterium lautet: Zum zweiten Messzeitpunkt soll das Ausmaß der Symptomatik innerhalb von zwei Standardabweichungen einer gesunden Population liegen. Analysiert man die beiden Gruppen anhand dieses Kriteriums, so zeigt sich die in

Tabelle 159 aufgeführten Ergebnisse. Bei 81% der Kinder lag die Symptomatik innerhalb von zwei Standardabweichungen einer gesunden Population.

Tabelle 159: Häufigkeiten sozialer Ängste im dysfunktionalen und funktionalen Bereich zu t2

	N (%)
Wert im funktionalen Bereich (M-1SD≤x≤M+1SD)	13 (81%)
Wert im dysfunktionalen Bereich (x≥M+1SD)	3 (19%)

7.3.3 Vergleich Problemlöse- und Verhaltenstrainingsgruppe

Zu t3 konnten 4 Kinder der Gruppe „Problemlösen“ und 12 Kinder der Gruppe „verhaltensorientiertes Training“ befragt werden. Bei zwei der vier Kinder der Problemlösegruppe waren zu einem Messzeitpunkt die beiden Variablen aufgrund fehlender Werte nicht berechenbar, daher ging nur das Selbsturteil zweier Kinder in die Analyse ein.

Soziale Unsicherheit

Die Verteilungen der Variablen SAD und FNE der Gesamtgruppe „Intervention“ zu den drei Messzeitpunkte sind in Abbildung 105 und 106 als Boxplots dargestellt.

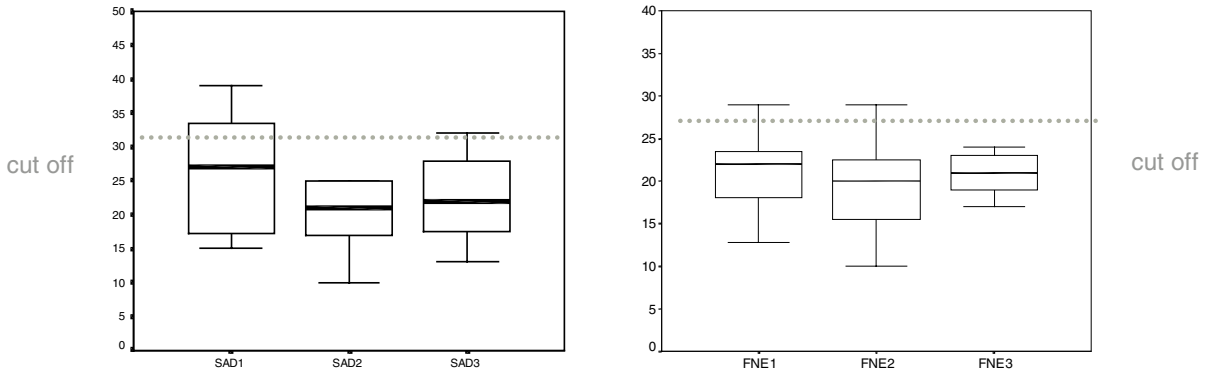


Abbildung 105 & 106: Boxplots für die Gesamtinterventionsgruppe für die Variablen SAD und FNE zu drei Messzeitpunkten

Die Mittelwerte der Variablen SAD und FNE für beide Gruppe zu den drei Messzeitpunkten sind in Tabelle 160 und Abbildung 107 dargestellt.

Tabelle 160: Mittelwerte und Standardabweichungen der beiden Trainingsformen zu drei Messzeitpunkten

	SAD			FNE		
	t1	t2	t3	t1	t2	t3
Problemlösegruppe	19.00 (5.66)	15.50 (7.78)	19.00 (7.07)	22.50 (.71)	16.50 (4.95)	21(4.24)
verhaltensorientiertes Training	27.51 (9.03)	22.00 (7.65)	23.33 (6.84)	21.20 (6.86)	20.00 (6.63)	22.33 (4.95)

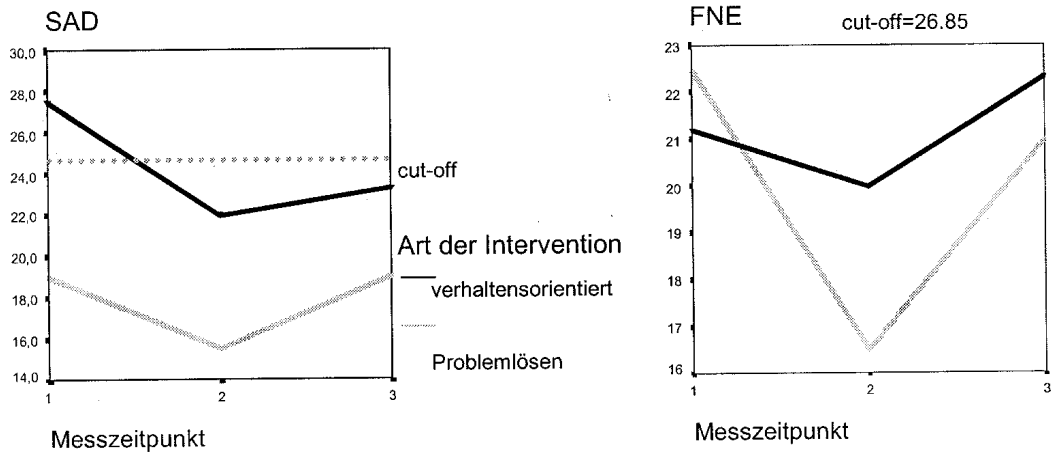


Abbildung 107: Mittelwerte der Variablen SAD und FNE der beiden Subgruppen zu drei Messzeitpunkten

Um die Entwicklung in den beiden Gruppen zu vergleichen, wurden multivariate gerechnet. Da bei 3x2 Designs keine einseitige Prüfung des Interaktionseffektes möglich ist, wurde zweiseitig getestet. Es wurde weder ein Haupteffekt „Zeit“ noch ein Interaktionseffekt „Gruppe*Zeit“ gefunden (Tabelle 161).

Tabelle 161: Ergebnisse der Multivariaten Tests (Pillai-Spur)

	Wert der Prüfgröße	F	df	Fehler df	p	Eta-Quadrat
Zeit	.37	.87	4	6	.53	.37
Zeit * Stichprobe	.16	.28	4	6	.88	.16

Sozialer Rückzug

Das Elternurteil zum „Sozialen Rückzug“ zu den drei Messzeitpunkten ist in Abbildung 108 dargestellt. Es gingen fünf Elternurteile aus der Gruppe „verhaltensorientiertes Training“ und 3 Elternurteile aus der Gruppe „Problemlösen“ ein.

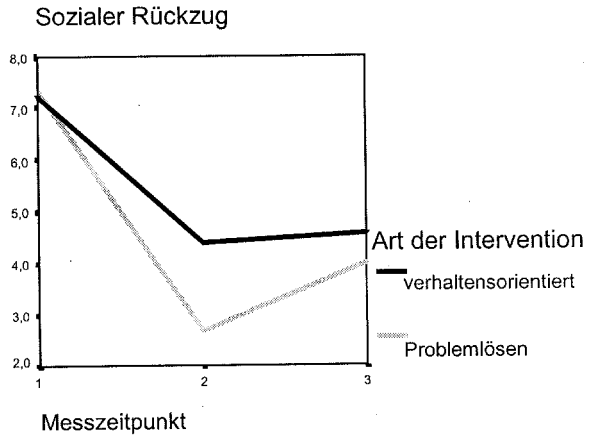


Abbildung 109: Mittelwerte der Variablen Sozialer Rückzug der beiden Subgruppen zu drei Messzeitpunkten

Tabelle 162: Mittelwerte der Variable „Sozialer Rückzug“ der beiden Subgruppen zu drei Messzeitpunkten

	Sozialer Rückzug		
	t1	t2	t3
Verhaltensorientiertes Training	7.20 (2.17)	4.40 (3.51)	4.60 (2.61)
Problemlösen	7.33 (4.62)	2.67 (1.15)	4.00 (2.65)

Tabelle 162: Ergebnisse der univariaten Tests (Greenhouse-Geisser)

	Wert der Prüfgröße	F	df	Fehler df	p	Eta-Quadrat
Zeit	.69	5.57	2.00	5.00	.05	.69
Zeit * Stichprobe	.12	.33	2.00	5.00	.74	.12

Die Varianzanalyse mit Messwiederholung ergibt einen signifikanten Haupteffekt Zeit. Die Mittelwerte zu t1 und t3 unterscheiden sich in beiden Gruppen signifikant (post-hoc t-Tests, $p \leq .00$, $p \leq .01$, Tabelle 163).

Tabelle 163: Ergebnisse der Kirk’schen Post-hoc Tests

Variable	Gruppe	N	M t1	M t3	t	p
Sozialer Rückzug	Verhaltensorientiert	11	7.20	4.60	3.71	.00*
	Problemlösen	4	7.33	4.00	2.87	.01*

7.3.4 Beurteilung der Entwicklung und der aktuellen Situation durch Eltern und Kinder zu t3

Überblick über das Kapitel

In diesem Kapitel werden die Einschätzungen der Eltern und Kinder zum aktuellen Stand und zu der retrospektiven Entwicklung der Kinder in den Bereichen „Schüchternheit“, „Selbstbewusstsein“, „Ängstlichkeit im Peervergleich“, „Zufriedenheit mit sich selbst“, „Bewältigungsfertigkeiten“, „angstauslösende Situationen“, „Vermeidungsverhalten“ und „Kompetenz“ dargestellt. Es handelt sich um eine rein deskriptive Auswertung.

Einschätzung der aktuellen Schüchternheit

Die Eltern hatten für die Frage: „Wie schätzen Sie Ihr Kind zur Zeit ein?“ die Antwortkategorien „sehr schüchtern“, „etwas schüchtern“ und „gar nicht schüchtern“ zur Auswahl. Die Kinder beantworteten die Frage des selben Inhaltes. Tabelle 164 gibt die Häufigkeiten und Prozentanteile der Antwortkategorien wieder.

Tabelle 164: Häufigkeiten der Antwortkategorien zur Schüchternheit, N=16

	sehr schüchtern % (N)	etwas schüchtern % (N)	gar nicht schüchtern % (N)
Elternurteil	19 (3)	56 (9)	25 (4)
Selbsturteil	0	81 (13)	19 (3)

Einschätzung des aktuellen Selbstbewusstseins

Die Eltern und Kinder hatten die Auswahl zwischen den Antwortkategorien „sehr schüchtern“, „etwas schüchtern“ und „nicht schüchtern“. Tabelle 165 gibt die Häufigkeiten und Prozentanteile der Antwortkategorien wieder.

Tabelle 165: Häufigkeiten der Antwortkategorien zum Selbstbewusstsein, N=16

	sehr selbstbewusst % (N)	etwas selbstbewusst % (N)	nicht selbstbewusst % (N)
Elternurteil	6 (1)	81 (13)	13 (2)
Selbsturteil	38 (6)	31 (5)	6 (1)

Einschätzung der aktuellen Ängstlichkeit im Peervergleich

Die Eltern und Kinder hatten die Auswahl zwischen den Antwortkategorien „traut sich weniger als andere Kinder“ „traut sich genauso viel wie andere Kinder“ und „traut sich mehr als andere Kinder“. Tabelle 166 gibt die Häufigkeiten und Prozentanteile der Antwortkategorien wieder.

Tabelle 166: Häufigkeiten der Antwortkategorien zur aktuellen Ängstlichkeit im Peervergleich, N=16

	traut sich weniger als andere Kinder % (N)	traut sich genauso viel wie andere Kinder % (N)	traut sich mehr als andere Kinder % (N)
Elternurteil	56 (9)	44 (7)	-
Selbsturteil	38 (6)	50 (8)	6 (1)

Einschätzung der aktuellen Zufriedenheit mit sich selbst

Die Eltern und Kinder schätzten die Zufriedenheit auf der dichotomen Skala „ist mit sich zufrieden“ „ist mit sich nicht zufrieden“ ein. Tabelle 167 gibt die Häufigkeiten und Prozentanteile der Antwortkategorien wieder.

Tabelle 167: Häufigkeiten der Antwortkategorien zur aktuellen Zufriedenheit mit sich selbst

	ist mit sich zufrieden % (N)	ist mit sich nicht zufrieden % (N)
Elternurteil	63 (10)	38 (6)
Selbsturteil	94 (15)	6 (1)

Einschätzung der Bewältigungsfertigkeiten

Die Eltern und Kinder schätzten ein, ob das Kind mit schwierigen Situationen „klar kommt“ oder „nicht klar kommt“. Tabelle 168 gibt die Häufigkeiten und Prozentanteile der Antwortkategorien wieder.

Tabelle 168: Häufigkeiten der Antwortkategorien zu aktuellen Bewältigungsfertigkeiten

	kommt mit schwierigen Situationen klar % (N)	kommt mit schwierigen Situationen nicht klar % (N)	Missing % (N)
Elternurteil	44 (7)	44 (7)	13 (2)
Selbsturteil	25 (4)	50 (8)	25 (4)

Retrospektive Einschätzung der Schüchternheit

Die Eltern hatten für den retrospektiven Vergleich die Antwortkategorien „schüchterner als vor 1,5 Jahren“, „genauso schüchtern wie vor 1,5 Jahren“ und „weniger schüchtern als vor 1,5 Jahren“ zur Auswahl. Die Kinder beantworteten die Frage des selben Inhaltes. Tabelle 169 gibt die Häufigkeiten und Prozentanteile der Antwortkategorien wieder.

Tabelle 169: Häufigkeiten der Antwortkategorien zur Schüchternheit

	schüchterner als vor 1,5 Jahren % (N)	genauso schüchtern wie vor 1,5 Jahren % (N)	weniger schüchtern als vor 1,5 Jahren % (N)
Elternurteil	0	12.5 (2)	87.5% (14)
Selbsturteil	0	12.5% (2)	87.5% (14)

Retrospektive Einschätzung des Selbstbewusstseins

Die Eltern hatten für den retrospektiven Vergleich die Antwortkategorien „schüchterner als vor 1,5 Jahren“, „genauso schüchtern wie vor 1,5 Jahren“ und „weniger schüchtern als vor 1,5 Jahren“ zur Auswahl. Die Kinder beantworteten die Frage des selben Inhaltes. Tabelle 170 gibt die Häufigkeiten und Prozentanteile der Antwortkategorien wieder.

Tabelle 170: Häufigkeiten der Antwortkategorien zur Schüchternheit, N=16

	weniger selbstbewusst als vor 1,5 Jahren % (N)	genauso selbstbewusst wie vor 1,5 Jahren % (N)	selbstbewusster als vor 1,5 Jahren % (N)
Elternurteil	12.5 (2)	0	87.5 (14)
Selbsturteil	6 (1)	13 (2)	75 (12)

Retrospektive Einschätzung der Ängstlichkeit

Die Eltern hatten für den retrospektiven Vergleich die Antwortkategorien „schüchterner als vor 1,5 Jahren“, „genauso schüchtern wie vor 1,5 Jahren“ und „weniger schüchtern als vor 1,5 Jahren“ zur Auswahl. Die Kinder beantworteten die Frage des

selben Inhaltes. Tabelle 171 gibt die Häufigkeiten und Prozentanteile der Antwortkategorien wieder.

Tabelle 171: Häufigkeiten der Antwortkategorien zur Schüchternheit, N=16

	traut sich weniger als vor 1,5 Jahren % (N)	traut sich genauso viel wie vor 1,5 Jahren % (N)	traut sich mehr als vor 1,5 Jahren % (N)
Elternurteil	0	19 (3)	81 (13)
Selbsturteil	6 (1)	13 (2)	81 (13)

Retrospektive Einschätzung der Zufriedenheit mit sich selbst

Die Eltern hatten für den retrospektiven Vergleich die Antwortkategorien „schüchterner als vor 1,5 Jahren“, „genauso schüchtern wie vor 1,5 Jahren“ und „weniger schüchtern als vor 1,5 Jahren“ zur Auswahl. Die Kinder beantworteten die Frage des selben Inhaltes. Tabelle 172 gibt die Häufigkeiten und Prozentanteile der Antwortkategorien wieder.

Tabelle 172: Häufigkeiten der Antwortkategorien zur Schüchternheit

	ist mit sich weniger zufrieden als vor 1,5 Jahren % (N)	ist mit sich genauso zufrieden wie vor 1,5 Jahren % (N)	ist mit sich zufriedener als vor 1,5 Jahren % (N)
Elternurteil	6 (1)	50 (8)	44 (7)
Selbsturteil	6 (1)	13 (2)	75 (12)

Retrospektive Einschätzung der Bewältigungsfertigkeiten

Die Eltern hatten für den retrospektiven Vergleich die Antwortkategorien „kommt mit schwierigen Situationen besser klar als vor 1,5 Jahren“, „kommt mit schwierigen Situationen genauso klar wie vor 1,5 Jahren“ und „kommt mit schwierigen Situationen schlechter klar als vor 1,5 Jahren“ zur Auswahl. Die Kinder beantworteten die Frage des selben Inhaltes. Tabelle 173 gibt die Häufigkeiten und Prozentanteile der Antwortkategorien wieder.

Tabelle 173: Häufigkeiten der Antwortkategorien zu Bewältigungsfertigkeiten

	kommt mit schwierigen Situationen besser klar als vor 1,5 Jahren % (N)	kommt mit schwierigen Situationen genauso klar wie vor 1,5 Jahren % (N)	kommt mit schwierigen Situationen schlechter klar als vor 1,5 Jahren % (N)
Elternurteil	0	19 (3)	81 (13)
Selbsturteil	6 (1)	13 (2)	75 (12)

Angstauslösende Situationen

Auf die Frage: „Welche Situationen gibt es, in denen Ihr Kind Angst hat?“ nannten Eltern und Kinder die aktuellen angstauslösenden Situationen. Die Häufigkeiten der Zahl der genannten angstauslösenden Situationen sind in Tabelle 174 aufgeführt.

Tabelle 174: Häufigkeiten der Antwortkategorien zu angstauslösenden Situationen

	keine Situation % (N)	eine Situation % (N)	zwei Situationen % (N)	drei Situationen % (N)
Elternurteil	6 (1)	50 (8)	31 (5)	13 (2)
Selbsturteil	44 (7)	31 (5)	25 (4)	

Vermeidungsverhalten

Auf die Frage „Welche Situationen gibt es, in denen Ihr Kind sich etwas nicht traut?“ nannten Eltern und Kinder die aktuellen Vermeidungssituationen. Die Häufigkeiten der Zahl der genannten angstauslösenden Situationen sind in Tabelle 175 aufgeführt.

Tabelle 175: Häufigkeiten der Antwortkategorien zu angstauslösenden Situationen

	keine Situation % (N)	eine Situation % (N)	zwei Situationen % (N)
Elternurteil	50 (8)	44 (7)	6 (1)
Selbsturteil	56 (9)	31 (5)	13 (2)

Kompetenzverlust

Auf die Frage „Falls Ihr Kind sich weniger traut als vor 1,5 Jahren: Was traut sich Ihr Kind nicht mehr, was es sich vor 1,5 Jahren noch getraut hat?“ nannten Eltern und Kinder Situationen, in denen Kompetenzverluste statt gefunden hatten. Die Häufigkeiten der Zahl der genannten Situationen sind in Tabelle 176 aufgeführt.

Tabelle 176: Häufigkeiten der Antwortkategorien „Kompetenzverlust“

	keine Situation % (N)	eine Situation % (N)	zwei Situationen % (N)
Elternurteil	100% (16)	-	-
Selbsturteil	100% (16)	-	-

Kompetenzgewinn

Auf die Frage „Falls Ihr Kind sich mehr traut als vor 1,5 Jahren: Was traut sich Ihr Kind, was es sich vor 1,5 Jahren noch nicht getraut hat?“ nannten Eltern und Kinder Situationen, in denen Kompetenzgewinne statt gefunden hatten. Die Häufigkeiten der Zahl der genannten Situationen sind in Tabelle 177 aufgeführt.

Tabelle 177: Häufigkeiten der Antwortkategorien „Kompetenzgewinn“

	keine Situation % (N)	eine Situation % (N)	zwei Situationen % (N)	drei Situationen % (N)	vier Situationen % (N)	fünf Situationen % (N)
Elternurteil	0	50 (8)	31 (5)	13 (2)	6 (1)	
Selbsturteil	0	44 (7)-	31 (5)	13 (2)	-	6 (1)

Trainingsbedingter Kompetenzgewinn

Auf die Frage: „Gab es Veränderungen bei Ihrem Kind, die Sie auf das Training zurück führen?“ nannten Eltern und Kinder Situationen, in denen Kompetenzgewinne statt gefunden hatten, die sie auf das Training zurück führten. Die Häufigkeiten der Zahl der genannten Situationen sind in Tabelle 178 aufgeführt.

Tabelle 178: Häufigkeiten der Antwortkategorien zu trainingsbedingten Veränderungen

	0 Situationen % (N)	1 Situation % (N)	2 Situationen % (N)	3 Situationen % (N)	4 Situationen % (N)	8 Situationen % (N)
Elternurteil	13% (2)	50% (8)	19% (3)	6% (1)	6% (1)	6% (1)
Selbsturteil	0	50% (8)	38% (6)	6% (1)	-	6% (1)

Zusammenfassung

Im Fremd- und Selbsturteil wurden die Kinder mehrheitlich als etwas schüchtern eingeschätzt (Fremdurteil: 56%, Selbsturteil: 81%), wobei sich kein Kind als sehr schüchtern einschätzte. Die meisten Eltern (81%) schätzten ihr Kind als „etwas selbstbewusst“ ein, wohingegen sich die meisten Kinder (38%) als „sehr selbstbewusst“ einschätzten. Auch bei der Einschätzung, wie viel sich das Kind im Peer-Vergleich traut, fiel das Urteil der Kinder besser aus als das der Eltern: 56% der Eltern glauben, dass das Kind sich weniger traut als Gleichaltrige (Kinder: 38%), 50% der Kinder glauben, sich genauso viel zu trauen. Ein noch deutlicheres Bild zeigt sich bei der Einschätzung der Zufriedenheit mit sich selbst: 94% der Kinder geben an, mit sich zufrieden zu sein, während nur 63% der Eltern die Kinder ebenso einschätzen. Bei der retrospektiven Beurteilung nehmen die Kinder in allen Bereichen mehrheitlich positive Entwicklungen war, die Eltern schätzen die Zufriedenheit mit sich selbst mehrheitlich als unverändert ein, und nehmen bei den übrigen Konstrukten mehrheitlich positive Verläufe wahr.

Eltern und Kinder nehmen keinen Kompetenzverluste wahr und mindestens eine Situation, in der ein Kompetenzgewinn statt fand. Der Kompetenzgewinn wurde von den Kindern häufiger auf das Training zurück geführt als von den Eltern. Die einzelnen Antworthäufigkeiten sind im folgenden ausgeführt.

7.4 Verlaufsanalysen im Einzelfall

7.4.1 Grundsätzliches Vorgehen

Von 10 Kindern der Interventionsgruppe und 8 Kindern der Kontrollgruppe wurden Elterntagebücher geführt. Der Zeitraum differierte zwischen 96 und 110 Tagen, je nach Länge der Trainingsdurchführung, der Beobachtungszeitraum der Kontrollgruppe betrug 110 Tage. Die Eltern schätzten täglich das Verhalten der Kinder auf einer fünfstufigen Skala (nie, selten, mehrmals, oft, sehr oft) zu den folgenden Items ein: „hat sich heute mit anderen Kindern unterhalten“, „hat sich heute mit mir unterhalten“, „hat heute laut und deutlich gesprochen“ „hatte Blickkontakt mit mir“, „hatte Blickkontakt mit anderen Kindern“, „stand abseits“, „wurde gehänselt“, „spielte mit anderen Kindern“, „wirkte selbstsicher“, „wirkte unsicher“, „hat gelacht/wirkte fröhlich“ und „hat geweint/wirkte traurig“. Die Items werden zu den in Tabelle 179 aufgeführten Kategorien zusammengefasst.

Tabelle 179: Kategorien der Elterntagebücher

Kategorie	Item
Interaktionsverhalten Eltern	Hat sich heute mit mir unterhalten
	Hatte Blickkontakt mit mir
Interaktionsverhalten Kinder	Hat sich heute mit anderen Kindern unterhalten
	Spielte mit anderen Kindern
Isolation & Ablehnung	Stand abseits
	Wurde gehänselt
Auftreten	Wirkte selbstsicher
	Wirkte unsicher
Gesprächsregeln	Hat heute laut und deutlich gesprochen
	Hatte Blickkontakt mit anderen Kindern
Stimmung	Hat gelacht / wirkte fröhlich
	Hat geweint / wirkte traurig

7.4.2 Verwendete Methode

Das Training hat zum Ziel, sozial unsicheren Kindern mehr Selbstbewusstsein zu vermitteln, neue praktische Handlungsstrategien aufzubauen und den Einsatz der vorhandenen Kompetenzen in sozialen Situationen zu fördern. Zu den zu vermittelnden Handlungsstrategien gehören die Gesprächsregeln: „laut und deutlich sprechen“ und „den anderen ansehen“, des weiteren wird die Kontaktaufnahme mit anderen Kindern und die inhaltliche Gesprächsgestaltung geübt. Langfristig soll die Isolation der Kinder abgebaut werden, die Kinder sollen weniger unsicher / selbstsicherer werden. Durch die Abnahme von Misserfolgserlebnissen im sozialen Kontext soll sich die Stimmung bessern.

Ob diese Ziele im Einzelfall erreicht werden, soll mittels Trendanalysen der in den Tagebüchern protokollierten Kategorien bzw. Items untersucht werden. Wünschenswert ist eine Zunahme des Interaktionsverhaltens mit anderen Kindern, eine Zunahme bei der Anwendung der Gesprächsregeln, eine Abnahme der Isolation, und eine Stimmungsverbesserung. Das Interaktionsverhalten mit den Eltern kann bei einer Änderung in beiden Richtungen eine positive Änderung implizieren, je nachdem, wie das Verhalten der Kinder motiviert ist: Für Kinder, die sich vorher stark an die Eltern

klammerten und sie als einzigen Interaktionspartner ansahen, kann es ein Fortschritt sein, mit den Eltern weniger Blickkontakt zu halten und sich mit ihnen weniger zu unterhalten. Für Kinder, die zu Beginn des Trainings auch ihren Eltern gegenüber sehr verschlossen waren, kann eine Zunahme des Interaktionsverhaltens eine positive Entwicklung darstellen. Dabei ist die ursprüngliche Ausprägung des Items zu berücksichtigen. Weiterhin sind Decken bzw. Bodeneffekte möglich, ein Kind, das nie gehänselt wird, kann nicht im Laufe des Trainings weniger gehänselt werden.

In der Kontrollgruppe können sich positive Veränderungen einerseits durch die normale Entwicklung des Kindes ergeben und andererseits durch dei Beobachtung selbst, da es wahrscheinlich ist, dass durch die Fokussierung auf dies zu beobachtenden Verhaltensweisen die beobachtenden Elternteile die Kinder vermehrt auffordern, diese zu zeigen oder ihnen mehr dazu geben, etwa dadurch, dass sie sich mehr Zeit für das Kind nehmen und mehr mit ihm unternehmen.

Für jedes einzelne Kind wurde die Hypothese postuliert: Es zeigt sich mindestens eine wünschenswerte Veränderung.

Die Tagebücher wurden mittels einer Trendanalyse nach Cox und Stuart (S2-Test, 1955) ausgewertet: Dabei handelt es sich um den Niveauvergleich zweier Abschnitte. Der Beobachtungszeitraum wird in zwei gleich große Abschnitte unterteilt, der Wert des ersten Tages des ersten Zeitraumes wird vom Wert des ersten Tages des zweiten Zeitraumes abgezogen, der Wert des zweiten Tages des ersten Zeitraumes vom Wert des zweiten Tages des zweiten Zeitraumes usw.. So entstehen n/2 Differenzen, in der weiteren Analyse werden nur die positiven und negativen Differenzen berücksichtigt. Die Anzahl der positiven (bzw. negativen) Differenzen definiert die Prüfgröße S2, die anhand der Binomialverteilung mit N/2 und π=.5 zufallskritisch bewertet wird. Die Trendanalyse nach Cox und Stuart (1955) erlaubt Aussagen darüber, ob die Abfolgen in der zweiten Hälfte des Beobachtungsraumes der Tendenz nach höher sind als in der ersten Hälfte des Beobachtungszeitraumes.

Bei jedem Kind wird für die 12 Trendanalysen eine α-Adjustierung mittels Bonferoni-layering durchgeführt, um eine α-Kumulierung zu vermeiden. Es ergeben sich die folgenden kritischen α-Werte: α_1=.004, α_2=.005, α_3=.005, α_4=.006, α_5=.006, α_6=.007, α_7=.008, α_8=.01, α_9=.013, α_{10}=.02, α_{11}=.025, α_{12}=.05. Der kleinste p-Wert wird auf dem kleinsten α-Niveau geprüft.

7.4.3 Ergebnisse zu den monotonen Trends

Überblick über die Trends in der Interventions- und Kontrollgruppe

Tabelle 180: Trends in die positive (+) und negative (-) Richtung in beiden Gruppen

		Interventionsgruppe										Kontrollgruppe							
Kategorie	Item	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	1	2	3	4	5	6	7	8
Interaktions-verhalten	Hat sich heute mit anderen Kindern unterhalten	+	+		+	+		+	+	–					+	+	+	+	+
	Spielte mit anderen Kindern	+	+		+	+		+	+	–					+	+			
Isolation & Ablehnung	Stand abseits										–				–	+		+	
	Wurde gehänselt					–							–		–				
Auftreten	Wirkte selbstsicher		+			–			+	-	+		–						
	Wirkte unsicher		–	+			+		–	+			–			+	+	–	+
Gesprächs-regeln	Hat heute laut und deutlich gesprochen	+	+	+							+		–				+	+	+
	Hatte Blickkontakt mit anderen Kindern	+	+		+	+		+	+	–	+		–		+	+	+	+	
Stimmung	Hat gelacht / wirkte fröhlich	+	+			+		+					–		+		–		–
	Hat geweint / wirkte traurig																		
	Gesamt: +	5	6	2	3	4	1	4	4	2	3	0	0	0	4	5	4	4	3
	–	0	1	0	0	2	0	0	1	3	1	0	6	0	2	0	1	1	1

Tabelle 180 gibt einen Überblick über die Trends in der Interventions- und Kontrollgruppe. Die „positive Richtung“ impliziert eine Entwicklung in Richtung „sozial kompetent“, „selbstsicher“ und „weniger ängstlich“.

Hypothesenbewertende Betrachtung

Tabelle 181 gibt einen Überblick über die Bewertung der Hypothesen für dei einzelnen Fälle. In 9 der 10 Fälle der Interventionsgruppe wurde die Hypothese angenommen, in vier Fällen der Interventionsgruppe.

Tabelle 181: Überblick über die Hypothesenbewertung

Interventionsgruppe	Kontrollgruppe
Fall 1: Die H_1 wird angenommen.	Fall 1: Die H_1 wird verworfen.
Fall 2: Die H_1 wird angenommen.	Fall 2: Die H_1 wird verworfen.
Fall 3: Die H_1 wird angenommen.	Fall 3: Die H_1 wird verworfen.
Fall 4: Die H_1 wird angenommen.	Fall 4: Die H_1 wird angenommen.
Fall 5: Die H_1 wird angenommen.	Fall 5: Die H_1 wird angenommen.
Fall 6: Die H_1 wird angenommen.	Fall 6: Die H_1 wird angenommen.
Fall 7: Die H_1 wird angenommen.	Fall 7: Die H_1 wird angenommen.
Fall 8: Die H_1 wird angenommen.	Fall 8: Die H_1 wird angenommen.
Fall 9: Die H_1 wird angenommen.	
Fall 10: Die H_1 wird angenommen.	

Vergleicht man diese Häufigkeiten mittelsχ2-Test mit einer unter H_0 erwarteten Häufigkeit von jeweils fünf pro Zelle für die Interventionsgruppe und jeweils 4 pro Zelle für

die Kontrollgruppe, so zeigt sich ein signifikanter Häufigkeitsunterschied (α_{krit} =.05, p≤.03, χ2=10.5). In Abbildung 110 sind die erwarteten und beobachteten Häufigkeiten in den jeweiligen Vier-Felder Tafeln aufgeführt.

Intervention	Kontrolle
5	4
5	4

Intervention	Kontrolle
10	5
0	3

Abbildung 110: Erwartete und beobachtete Vier-Felder Tafeln

Interventionsgruppe: Fall 1

Tabelle 182: Ergebnisse des Tests auf Binomialverteilung, basierend auf der Z-Approximation

	Kategorie	N	beob. Anteil	π	p (2-seitig)	deskriptiv häufigere Kategorie	Monotoner Trend
Hat sich heute mit anderen Kindern unterhalten	1	30	.73	.50	.005	positive Differenz	steigend
	-1	11	.27				
		41	1				
Hat sich heute mit mir unterhalten	-1	7	.18	.50	.000	positive Differenz	steigend
	1	31	.82				
		38	1				
Hat heute laut und deutlich gesprochen	-1	7	.16	.50	.000	positive Differenz	steigend
	1	37	.84				
		44	1				
Hatte Blickkontakt mit mir	1	30	.88	.50	.000	positive Differenz	steigend
	-1	4	.12				
		34	1				
Hatte Blickkontakt mit anderen Kindern	1	31	.76	.50	.002	positive Differenz	steigend
	-1	10	.24				
		41	1				
Stand abseits	stabil					stabil	-
Wurde gehänselt	stabil					stabil	-
Spielte mit anderen Kindern	1	31	.76	.50	.002	positive Differenz	steigend
	-1	10	.24				
		41	1				
Wirkte selbstsicher	1	39	.98	.50	.000	positive Differenz	steigend
	-1	1	.03				
		40	1				
Wirkte unsicher	-1	14	.67	.50	.10	negative Differenz	-
	1	7	.33				
		40	1				
Hat gelacht / wirkte fröhlich	1	32	.84	.50	.000	positive Differenz	steigend
	-1	6	.16				
		38	1				
Hat geweint / wirkte traurig	-1	10	.71	.50	.10	negative Differenz	-
	1	4	.29				
		38	1				

Die monotone Trendanalyse nach Cox und Stuart (S_2-Test, Tabelle 182) zeigt für die folgenden Items auf, dass die Abfolgen der Einschätzungen in der zweiten Hälfte des Beobachtungsraumes der Tendenz nach signifikant höher sind als in der ersten Hälfte des Beobachtungszeitraumes „Hat sich heute mit andern Kindern unterhalten „ (p≤.005), „Hat sich heute mit mir unterhalten“ (p≤.000), „Hat heute laut und deutlich gesprochen“

(p≤.000), „Hatte Blickkontakt mit mir“ (p≤.000), „Hatte Blickkontakt mit anderen Kindern“ (p≤.002), „Spielte mit anderen Kindern“ (p≤.002), „Wirkte selbstsicher“ (p≤.000), „hat gelacht/wirkte fröhlich“ (p≤.000),. Es handelt sich um monoton steigenden Trends.

Für die Items „Stand abseits“ und „Wurde gehänselt“ konnten keine monotone Trendanalysen durchgeführt werden, da die fast immer stabil blieben. Für das Item „Stand abseits“ ergaben 52 der 53 Differenzen 0, eine Differenz betrug –1. Die Eltern schätzten den Blickkontakt stets mit „nie“ ein, einmal mit „selten“. Bei dem Item „Wurde gehänselt“ ergaben 52 der 53 Differenzen 0, eine Differenz konnte aufgrund fehlender Werte nicht berechnet werden. Die Eltern schätzten „gehänselt werden“ stets mit „nie“ ein. Bei den Items „Wirkte unsicher“ und „Hat geweint / wirkte traurig“ war die Anzahl der negativen Differenzen ist deskriptiv höher als die der positiven, die monotone Trendanalyse nach Cox und Stuart (S_2-Test) zeigte jedoch in beiden Fällen keine signifikante Abnahme in der zweiten Hälfte des Beobachtungszeitraumes (p≤.10). Es kann nicht von einem monoton abnehmenden Trend ausgegangen werden.

Interventionsgruppe: Fall 2

Tabelle 183: Ergebnisse des Tests auf Binomialverteilung, basierend auf der Z-Approximation

	Kategorie	N	beob. Anteil	π	p (2-seitig)	deskriptiv häufigere Kategorie	Monotoner Trend
Hat sich heute mit anderen Kindern unterhalten	1	26	1	.50	.000	positive Differenz	steigend
	-1	0	0				
		26	1				
Hat sich heute mit mir unterhalten	1	8	.67	.50	.38	positive Differenz	-
	-1	4	.33				
		12	1				
Hat heute laut und deutlich gesprochen	1	31	.97	.50	.000	positive Differenz	steigend
	-1	1	.03				
		32	1				
Hatte Blickkontakt mit mir	1	8	1	.50	.008	positive Differenz	steigend
	-1	0	0				
		34	1				
Hatte Blickkontakt mit anderen Kindern	1	34	1	.50	.000	positive Differenz	steigend
	-1	0	0				
		34	1				
Stand abseits	stabil					stabil	-
Wurde gehänselt	stabil					stabil	-
Spielte mit anderen Kindern	1	38	1	.50	.000	positive Differenz	steigend
	-1	0	0				
		38	1				
Wirkte selbstsicher	1	44	.86	.50	.000	positive Differenz	steigend
	-1	7	.14				
		51	1				
Wirkte unsicher	-1	5	.14	.50	.00	positive Differenz	steigend
	1	32	.86				
		37	1				
Hat gelacht / wirkte fröhlich	1	35	1	.50	.000	positive Differenz	steigend
	-1	0	0				
		35	1				
Hat geweint / wirkte traurig	stabil					stabil	-

Die monotone Trendanalyse nach Cox und Stuart (S_2-Test, Tabell 183) zeigt für die folgenden Items auf, dass die Abfolgen der Einschätzungen in der zweiten Hälfte des Beobachtungsraumes der Tendenz nach signifikant höher sind als in der ersten Hälfte des Beobachtungszeitraumes: „Hat sich heute mit andern Kindern unterhalten „ ($p \leq .000$), „Hat heute laut und deutlich gesprochen“ ($p \leq .000$), „Hatte Blickkontakt mit mir“ ($p \leq .008$), „Hatte Blickkontakt mit anderen Kindern“ ($p \leq .000$), „Spielte mit anderen Kindern“ ($p \leq .000$), „Wirkte selbstsicher“ ($p \leq .000$), „hat gelacht/wirkte fröhlich“ ($p \leq .000$) und entgegen der erwarteten Richtung „Wirkte unsicher“ ($p \leq .000$). Es handelt sich um monoton steigenden Trends. Für die Items „Stand abseits“, „Wurde gehänselt“ und „Hat geweint / Wirkte traurig“ konnten keine monotone Trendanalysen durchgeführt werden, da die fast immer stabil blieben. Alle drei Items wurden stets mit „nie“ eingeschätzt. Bei dem Item „Hat sich heute mit mir unterhalten“ war die Anzahl der positiven Differenzen deskriptiv höher als die der negativen, die monotone Trendanalyse nach Cox und Stuart (S_2-Test) zeigte jedoch keine signifikante Zunahme in der zweiten Hälfte des Beobachtungszeitraumes ($p \leq .38$). Es kann nicht von einem monoton steigenden Trend ausgegangen werden.

Interventionsgruppe: Fall 3

Tabelle 184: Ergebnisse des Tests auf Binomialverteilung, basierend auf der Z-Approximation

	Kategorie	N	beob. Anteil	π	p (2-seitig)	deskriptiv häufiger	Monotoner Trend
Hat sich heute mit anderen Kindern unterhalten	1	12	.63	.50	.36	positive Differenz	-
	-1	7	.37				
		19	1				
Hat sich heute mit mir unterhalten	1	11	.61	.50	.48	positive Differenz	-
	-1	7	.39				
		18	1				
Hat heute laut und deutlich gesprochen	1	15	.83	.50	.008	positive Differenz	steigend
	-1	3	.17				
		18	1				
Hatte Blickkontakt mit mir	1	16	.80	.50	.01	positive Differenz	steigend
	-1	4	.20				
		20	1				
Hatte Blickkontakt mit anderen Kindern	1	6	.40	.50	.61	negative Differenz	-
	-1	9	.60				
		15	1				
Stand abseits	-1	9	.50	.50	1	-	-
	1	9	.50				
Wurde gehänselt	-1	8	.53		1	negative Differenz	-
	1	7	.47				
Spielte mit anderen Kindern	1	13	.57	.50	.68	positive Differenz	-
	-1	10	.43				
		16	1				
Wirkte selbstsicher	1	10	.63	.50	.45	positive Differenz	-
	-1	6	.38				
		15	1				
Wirkte unsicher	-1	10	.91	.50	.01	positive Differenz	fallend
	1	1	.09				
		11	1				

Hat gelacht / wirkte fröhlich	1	9	.64	.50	.42	positive Differenz	-
	-1	5	.36				
		35	1				
Hat geweint / wirkte traurig	-1	9	.64	.50	.42	negative Differenz	-
	1	5	.36				

Die monotone Trendanalyse nach Cox und Stuart (S_2-Test, Tabelle 184) zeigte für die folgenden Items auf, dass die Abfolgen der Einschätzungen in der zweiten Hälfte des Beobachtungsraumes der Tendenz nach signifikant höher sind als in der ersten Hälfte des Beobachtungszeitraumes: „Hat heute laut und deutlich gesprochen“ ($p \leq .01$), und „Hatte Blickkontakt mit mir“ ($p \leq .01$). Es handelt sich um monoton steigenden Trends. Für das Item „Wirkte unsicher“ wurde ein monoton fallender Trend aufgezeigt ($p \leq .01$).

Interventionsgruppe: Fall 4

Tabelle 185: Ergebnisse des Tests auf Binomialverteilung, basierend auf der Z-Approximation

	Kategorie	N	beob. Anteil	π	p (2-seitig)	deskriptiv häufigere Kategorie	Monotoner Trend
Hat sich heute mit anderen Kindern unterhalten	1	16	1	.50	.000	positive Differenz	steigend
	-1	0	0				
		16	1				
Hat sich heute mit mir unterhalten	1	5	.67	.50	.58	negative Differenz	-
	-1	8	.33				
		13	1				
Hat heute laut und deutlich gesprochen	1	11	.58	.50	.65	positive Differenz	-
	-1	8	.42				
		32	1				
Hatte Blickkontakt mit mir	1	0	1	.50	.002	negative Differenz	fallend
	-1	10	0				
		10	1				
Hatte Blickkontakt mit anderen Kindern	1	17	.94	.50	.000	positive Differenz	steigend
	-1	1	.06				
		18	1				
Stand abseits	stabil bei „nie“	stabil	-				
Wurde gehänselt	stabil bei „nie“	stabil	-				
Spielte mit anderen Kindern	1	18	1	.50	.000	positive Differenz	steigend
	-1	0	0				
		18	1				
Wirkte selbstsicher	1	11	.79	.50	.06	positive Differenz	-
	-1	3	.21				
		14	1				
Wirkte unsicher	-1	4	1	.50	.13	negative Differenz	-
	1	0	0				
		4	1				
Hat gelacht / wirkte	1	4	.50	.50	1	-	-

fröhlich	-1	4	.50
		8	1
Hat geweint / wirkte traurig	stabil bei „nie“	stabil	-

Die monotone Trendanalyse nach Cox und Stuart (S_2-Test, Tabelle 185) zeigt für die folgenden Items auf, dass die Abfolgen der Einschätzungen in der zweiten Hälfte des Beobachtungsraumes der Tendenz nach signifikant höher sind als in der ersten Hälfte des Beobachtungszeitraumes: „Hat sich heute mit andern Kindern unterhalten „ ($p \leq .000$), „Hatte Blickkontakt mit anderen Kindern“ ($p \leq .000$), „Spielte mit anderen Kindern“ ($p \leq .000$). Es handelt sich um monoton steigenden Trends.

Für die Items „Stand abseits“, „Wurde gehänselt“ und „Hat geweint / Wirkte traurig“ konnten keine monotone Trendanalysen durchgeführt werden, da die fast immer stabil blieben. Alle drei Items wurden stets mit „nie“ eingeschätzt. Bei dem Item „Hatte Blickkontakt mit mir“ war ein monoton fallender Trend zu vermerken ($p \leq .002$).

Interventionsgruppe: Fall 5

Tabelle 186: Ergebnisse des Tests auf Binomialverteilung, basierend auf der Z-Approximation

	Kategorie	N	beob. Anteil	π	p (2-seitig)	deskriptiv häufigere Kategorie	Monotoner Trend
Hat sich heute mit anderen Kindern unterhalten	1	21	.78	.50	.007	positive Differenz	steigend
	-1	6	.22				
		27	1				
Hat sich heute mit mir unterhalten	1	13	.46	.50	.85	negative Differenz	-
	-1	15	.54				
		28	1				
Hat heute laut und deutlich gesprochen	1	10	.48	.50	1	negative Differenz	-
	-1	11	.52				
		21	1				
Hatte Blickkontakt mit mir	1	7	.28	.50	.04	negative Differenz	fallend
	-1	18	.72				
		25	1				
Hatte Blickkontakt mit anderen Kindern	1	24	.77	.50	.004	positive Differenz	steigend
	-1	7	.23				
		31	1				
Stand abseits	-1	15	.68	.50	.13	negative Differenz	-
	1	7	.32				
Wurde gehänselt	-1	6	.21	.50	.01	positive Differenz	steigend
	1	22	.79				
Spielte mit anderen Kindern	1	28	.88	.50	.000	positive Differenz	steigend
	-1	4	.13				
		32	1				
Wirkte selbstsicher	1	7	.27	.50	.03	negative Differenz	fallend
	-1	19	.73				
		14	1				
Wirkte unsicher	-1	19	.68	.50	.09	negative Differenz	-
	1	9	.32				
		28	1				

Hat gelacht / wirkte fröhlich	1	19	.73	.50	.03	positive Differenz	steigend
	-1	7	.27				
		26	1				
Hat geweint / wirkte traurig	-1	12	.52	.50	1	negative Differenz	-
	1	11	.48				

Die monotone Trendanalyse nach Cox und Stuart (S_2-Test, Tabelle 186) zeigt für die folgenden Items auf, dass die Abfolgen der Einschätzungen in der zweiten Hälfte des Beobachtungsraumes der Tendenz nach signifikant höher sind als in der ersten Hälfte des Beobachtungszeitraumes: „Hat sich heute mit andern Kindern unterhalten „ ($p \leq .000$), „Hatte Blickkontakt mit anderen Kindern“ ($p \leq .000$), „Spielte mit anderen Kindern“ ($p \leq .000$), „Hat gelacht / Wirkte fröhlich“ und, entgegen der Erwartungen „Wurde gehänselt“. Es handelt sich um monoton steigenden Trends. Bei dem Item „Hatte Blickkontakt mit mir“ war ein monoton fallender Trend zu vermerken ($p \leq .04$).

Interventionsgruppe: Fall 6

Tabelle 187: Ergebnisse des Tests auf Binomialverteilung, basierend auf der Z-Approximation

	Kategorie	N	beob. Anteil	π	p (2-seitig)	deskriptiv häufigere Kategorie	Monotoner Trend
Hat sich heute mit mir unterhalten	1	3	.19	.50	.02	negative Differenz	fallend
	-1	13	.81				
		28	1				
Hat heute laut und deutlich gesprochen	1	8	.50	.50	1	-	-
	-1	8	.50				
		16	1				
Hatte Blickkontakt mit mir	1	5	.26	.50	.06	negative Differenz	-
	-1	14	.74				
		25	1				
Wirkte selbstsicher	1	15	.68	.50	.13	positive Differenz	
	-1	7	.32				
		14	1				
Wirkte unsicher	-1	12	.80	.50	.04	negative Differenz	fallend
	1	3	.20				
		28	1				
Hat gelacht / wirkte fröhlich	1	12	.63	.50	.36	positive Differenz	-
	-1	7	.37				
		19	1				
Hat geweint / wirkte traurig	-1	7	.88	.50	.07	negative Differenz	-
	1	1	.13				
		8					

Die monotone Trendanalyse nach Cox und Stuart (S_2-Test, tabelle 187) zeigt für die das Item „Wirkte unsicher“ einen monoton fallenden Trend auf ($p \leq .04$)., desgleichen für „Hat sich heute mit mir unterhalten“ ($p \leq .02$).

Interventionsgruppe: Fall 7

Tabelle 188: Ergebnisse des Tests auf Binomialverteilung, basierend auf der Z-Approximation

	Kategorie	N	beob. Anteil	π	p (2-seitig)	deskriptiv häufigere Kategorie	Monotoner Trend
Hat sich heute mit anderen Kindern unterhalten	1	28	.80	.50	.001	positive Differenz	steigend
	-1	7	.20				
		35	1				
Hat sich heute mit mir unterhalten	1	17	.61	.50	.35	positive Differenz	-
	-1	11	.39				
		28	1				
Hat heute laut und deutlich gesprochen	1	20	.63	.50	.22	positive Differenz	-
	-1	12	.38				
		32	1				
Hatte Blickkontakt mit mir	1	21	.51	.50	1	positive Differenz	-
	-1	20	.49				
		25	1				
Hatte Blickkontakt mit anderen Kindern	1	18	.75	.50	.02	positive Differenz	steigend
	-1	6	.25				
		31	1				
Stand abseits	-1	7	.58	.50	.77	negative Differenz	-
	1	5	.42				
Wurde gehänselt	stabil bei „nie“					--	
Spielte mit anderen Kindern	1	19	.79	.50	.007	positive Differenz	steigend
	-1	5	.21				
		24	1				
Wirkte selbstsicher	1	19	.66	.50	.14	positive Differenz	-
	-1	10	.34				
		29	1				
Wirkte unsicher	-1	13	.50	.50	1	-	-
	1	13	.50				
		28	1				
Hat gelacht / wirkte fröhlich	1	32	.74	.50	.002	positive Differenz	steigend
	-1	11	.26				
		43	1				
Hat geweint / wirkte traurig	-1	13	.57	.50	.68	negative Differenz	-
	1	10	.43				
		23					

Die monotone Trendanalyse nach Cox und Stuart (S_2-Test, Tabelle 188) zeigt für die folgenden Items auf, dass die Abfolgen der Einschätzungen in der zweiten Hälfte des Beobachtungsraumes der Tendenz nach signifikant höher sind als in der ersten Hälfte des Beobachtungszeitraumes: „Hat sich heute mit andern Kindern unterhalten „ ($p \leq .001$), „Hatte Blickkontakt mit anderen Kindern“ ($p \leq .02$), „Spielte mit anderen Kindern“ ($p \leq .007$) und „Hat gelacht / Wirkte fröhlich“ ($p \leq .002$). Es handelt sich um monoton steigenden Trends.

Interventionsgruppe: Fall 8

Tabelle 189: Ergebnisse des Tests auf Binomialverteilung, basierend auf der Z-Approximation

	Kategorie	N	beob. Anteil	π	p (2-seitig)	deskriptiv häufigere Kategorie	Monotoner Trend
Hat sich heute mit anderen Kindern unterhalten	1	31	.78	.50	.001	positive Differenz	steigend
	-1	9	.23				
		40	1				
Hat sich heute mit mir unterhalten	1	11	.38	.50	.27	negative Differenz	-
	-1	18	.62				
		29	1				
Hat heute laut und deutlich gesprochen	1	5	.28	.50	.10	negative Differenz	-
	-1	13	.72				
		18	1				
Hatte Blickkontakt mit mir	1	9	.31	.50	.06	negative Differenz	-
	-1	20	.69				
		29	1				
Hatte Blickkontakt mit anderen Kindern	1	31	.74	.50	.003	positive Differenz	steigend
	-1	11	.26				
		42	1				
Stand abseits	stabil bei „nie“					-	-
Wurde gehänselt	stabil bei „nie“					-	-
Spielte mit anderen Kindern	1	32	.80	.50	.000	positive Differenz	steigend
	-1	8	.20				
		40	1				
Wirkte selbstsicher	1	48	.92	.50	.000	positive Differenz	steigend
	-1	4	.08				
		52	1				
Wirkte unsicher	-1	12	.18	.50	.000	positive Differenz	steigend
	1	54	.82				
		66	1				
Hat gelacht / wirkte fröhlich	1	23	.49	.50	1	negative Differenz	-
	-1	24	.51				
		43	1				
Hat geweint / wirkte traurig	stabil bei „nie“					negative Differenz	-

Die monotone Trendanalyse nach Cox und Stuart (S_2-Test, Tabelle 189) zeigt für die folgenden Items auf, dass die Abfolgen der Einschätzungen in der zweiten Hälfte des Beobachtungsraumes der Tendenz nach signifikant höher sind als in der ersten Hälfte des Beobachtungszeitraumes: „Hat sich heute mit andern Kindern unterhalten“ ($p \leq .001$), „Hatte Blickkontakt mit anderen Kindern“ ($p \leq .003$), „Spielte mit anderen Kindern“ ($p \leq .000$), „Wirkte selbstsicher“ ($p \leq .000$) und entgegen der Erwartungen bei Item „Wirkte unsicher“. Es handelt sich um monoton steigenden Trends ($p \leq .000$).

Interventionsgruppe: Fall 9

Tabelle 190: Ergebnisse des Tests auf Binomialverteilung, basierend auf der Z-Approximation

	Kategorie	N	beob. Anteil	π	p (2-seitig)	deskriptiv häufigere Kategorie	Monotoner Trend
Hat sich heute mit anderen Kindern unterhalten	1	8	.23	.50	.002	negative Differenz	fallend
	-1	27	.77				
		35	1				
Hat sich heute mit mir unterhalten	1	11	.46	.50	.84	negative Differenz	-
	-1	13	.54				
		24	1				
Hat heute laut und deutlich gesprochen	1	19	.56	.50	.61	positive Differenz	-
	-1	15	.44				
		34	1				
Hatte Blickkontakt mit mir	1	11	.39	.50	.35	negative Differenz	-
	-1	17	.61				
		29	1				
Hatte Blickkontakt mit anderen Kindern	1	6	.82	.50	.000	negative Differenz	fallend
	-1	27	.18				
		33	1				
Stand abseits	stabil bei „nie“					-	-
Wurde gehänselt	-1	4	.50	.50	1	-	-
	1	4	.50				
		8	1				
Spielte mit anderen Kindern	1	7	.19	.50	.000	negative Differenz	fallend
	-1	29	.81				
		40	1				
Wirkte selbstsicher	1	28	.82	.50	.000	positive Differenz	steigend
	-1	6	.18				
		52	1				
Wirkte unsicher	-1	22	1	.50	.000	negative Differenz	fallend
	1	0					
		22	1				
Hat gelacht / wirkte fröhlich	1	12	.55	.50	.83	positive Differenz	-
	-1	10	.45				
		22	1				
Hat geweint / wirkte traurig	-1	9	.82	.50	.07	negative Differenz	-
	1	2	.18				
		11					

Die monotone Trendanalyse nach Cox und Stuart (S_2-Test, Tabelle 190) zeigte einen hypothesenkonformen Anstieg des Items „Wirkte selbstsicher ($p \leq .000$) und einen monoton abfallenden Trend für das Item „Wirkte unsicher“, $p \leq .000$). Entgegen der Erwartungen zeigte sich ein monoton fallender Trend für die Items „Spielte mit anderen Kindern“ ($p \leq .000$), „Hatte Blickkontakt mit anderen Kindern“ ($p \leq .002$) und „Hat sich heute mit anderen Kindern unterhalten ($p \leq .000$).

Interventionsgruppe: Fall 10

Tabelle 191: Ergebnisse des Tests auf Binomialverteilung, basierend auf der Z-Approximation

	Kategorie	N	beob. Anteil	π	p (2-seitig)	deskriptiv häufigere Kategorie	Monotoner Trend
Hat sich heute mit anderen Kindern unterhalten	1	10	.63	.50	.45	positive Differenz	-
	-1	6	.38				
		16	1				
Hat sich heute mit mir unterhalten	1	5	.31	.50	.21	negative Differenz	-
	-1	11	.69				
		16	1				
Hat heute laut und deutlich gesprochen	1	20	1	.50	.000	positive Differenz	steigend
	-1	0	0				
		20	1				
Hatte Blickkontakt mit mir	1	20	.95	.50	.000	positive Differenz	steigend
	-1	1	.05				
		21					
Hatte Blickkontakt mit anderen Kindern	1	17	.77	.50	.02	positive Differenz	steigend
	-1	5	.23				
		22	1				
Stand abseits	-1	1	.08	.50	.01	positive Differenz	steigend
	1	12	.92				
		13					
Wurde gehänselt	-1	2	.29	.50	.45	positive Differenz	-
	1	5	.71				
		7	1				
Spielte mit anderen Kindern	1	11	.55	.50	.82	positive Differenz	-
	-1	9	.45				
		20					
Wirkte selbstsicher	1	15	.88	.50	.002	positive Differenz	steigend
	-1	2	.12				
		17					
Wirkte unsicher	-1	8	.62	.50	.58	negative Differenz	-
	1	5	.38				
		22	1				
Hat gelacht / wirkte fröhlich	1	7	.44	.50	.80	negative Differenz	-
	-1	9	.56				
		15					
Hat geweint / wirkte traurig	-1	11	.58	.50	.65	negative Differenz	-
	1	8	.42				
		19					

Die monotone Trendanalyse nach Cox und Stuart (S_2-Test, Tabelle 191) zeigte einen hypothesenkonformen Anstieg der Items „Hat heute laut und deutlich gesprochen“ ($p \leq .000$), „Hatte Blickkontakt mit mir“ ($p \leq .000$)., „Hatte Blickkontakt mit anderen Kindern“ ($p \leq .02$) und „Wirkte selbstsicher ($p \leq .002$). Entgegen der Erwartungen zeigte sich auch ein monoton steigender Trend für das Item „Stand abseits“ ($p \leq .01$).

Kontrollgruppe: Fall 1

Tabelle 192: Ergebnisse des Tests auf Binomialverteilung, basierend auf der Z-Approximation

	Kategorie	N	beob. Anteil	π	p (1-seitig)	deskriptiv häufigere Kategorie	Monotoner Trend
Hat sich heute mit anderen Kindern unterhalten	1	11	.44	.50	.69	negative Differenz	-
	-1	14	.56				
		25					
Hat sich heute mit mir unterhalten	1	10	.45	.50	.83	negative Differenz	-
	-1	12	.55				
		22					
Hat heute laut und deutlich gesprochen	1	7	.44	.50	.80	negative Differenz	-
	-1	9	.56				
		16					
Hatte Blickkontakt mit mir	1	9	.45	.50	.82	negative Differenz	-
	-1	11	.55				
		20					
Hatte Blickkontakt mit anderen Kindern	1	12	.84	.50	1	negative Differenz	-
	-1	13	.52				
		25					
Stand abseits	stabil bei „nie“					-	-
Wurde gehänselt	stabil bei „nie“					-	-
Spielte mit anderen Kindern	1	11	.50	.50	1	-	-
	-1	11	.50				
		22	1				
Wirkte selbstsicher	1	4	.31	.50	.27	negative Differenz	-
	-1	9	.69				
		13	1				
Wirkte unsicher	-1	3	1	.50	.25	negative Differenz	
	1	0					
		22	1				
Hat gelacht / wirkte fröhlich	1	5	.36	.50	.42	negative Differenz	-
	-1	9	.64				
		14	1				
Hat geweint / wirkte traurig	-1	5	.83	.50	.22	negative Differenz	-
	1	1	.17				

Die monotone Trendanalyse nach Cox und Stuart (S_2-Test, Tabelle 192) zeigte keinerlei monotone Trends auf.

Kontrollgruppe: Fall 2

Tabelle 193: Ergebnisse des Tests auf Binomialverteilung, basierend auf der Z-Approximation

	Kategorie	N	beob. Anteil	π	p (2-seitig)	deskriptiv häufigere Kategorie	Monotoner Trend
Hat sich heute mit anderen Kindern unterhalten	1	4	.80	.50	.38	positive Differenz	-
	-1	1	.20				
		5					
Hat sich heute mit mir unterhalten	1	28	.93	.50	.000	negative Differenz	-
	-1	2	.07				
		30					
Hat heute laut und deutlich gesprochen	1	0		.50	.000	negative Differenz	fallend
	-1	39	1				
		39	1				
Hatte Blickkontakt mit mir	1	0	0	.50	.000	negative Differenz	fallend
	-1	25	1				
		25	1				
Hatte Blickkontakt mit anderen Kindern	1	0	0	.50	.000	negative Differenz	fallend
	-1	25	1				
		25					
Stand abseits	-1	14	.39	.50	.24	positive Differenz	-
	1	22	.61				
		36					
Wurde gehänselt	-1	0	0	.50	.00	positive Differenz	steigend
	1	21	1				
		21					
Spielte mit anderen Kindern	1	17	.46	.50	.74	negative Differenz	-
	-1	20	.54				
		37					
Wirkte selbstsicher	1	3	.13	.50	.000	negative Differenz	fallend
	-1	20	.87				
		23					
Wirkte unsicher	-1	0	0	.50	.000	positive Differenz	steigend
	1	21	1				
		21	1				
Hat gelacht / wirkte fröhlich	1	2	.10	.50	.000	negative Differenz	fallend
	-1	19	.90				
		21	1				
Hat geweint / wirkte traurig	stabil bei „nie“						

Die monotone Trendanalyse nach Cox und Stuart (S_2-Test, Tabelle 193) zeigte einen Anstieg der Items „wurde gehänselt “ ($p \leq .000$) und „´Wirkte unsicher“ ($p \leq .000$). Monoton fallende Trends wurden für die Items: „Wirkte selbstsicher“, ($p \leq .000$). „Wirkte fröhlich“ ($p \leq .000$), „Hat heute laut und deutlich gesprochen“ ($p \leq .000$)., „Hatte Blickkontakt mit mir“ ($p \leq .000$) und „Hatte Blickkontakt mit anderen Kindern“ ($p \leq .000$).

Kontrollgruppe: Fall 3

Tabelle 194: Ergebnisse des Tests auf Binomialverteilung, basierend auf der Z-Approximation

	Kategorie	N	beob. Anteil	π	p (2-seitig)	deskriptiv häufigere Kategorie	Monotoner Trend
Hat sich heute mit anderen Kindern unterhalten	1	7	.50	.50	.38	-	-
	-1	7	.50				
		14					
Hat sich heute mit mir unterhalten	1	6	.33	.50	.24	negative Differenz	-
	-1	12	.67				
		18					
Hat heute laut und deutlich gesprochen	1	5	.42	.50	.77	negative Differenz	-
	-1	7	.58				
		12					
Hatte Blickkontakt mit mir	1	11	.58	.50	.65	positive Differenz	-
	-1	8	.42				
		19	1				
Hatte Blickkontakt mit anderen Kindern	1	8	.44	.50	.82	negative Differenz	-
	-1	10	.56				
		18	1				
Stand abseits	-1	7	.58	.50	.77	negative Differenz	-
	1	5	.42				
		12					
Wurde gehänselt	-1	6	.55	.50	1	negative Differenz	-
	1	5	.45				
		11					
Spielte mit anderen Kindern	1	8	.57	.50	.79	positive Differenz	-
	-1	6	.43				
		14					
Wirkte selbstsicher	1	11	.69	.50	.21	positive Differenz	-
	-1	5	.31				
		16	1				
Wirkte unsicher	-1	9	.60	.50	.61	negative Differenz	-
	1	6	.40				
		15					
Hat gelacht / wirkte fröhlich	1	9	.50	.50	1	-	-
	-1	9	.50				
Hat geweint / wirkte traurig	1	7	.50	.50	1	-	-
	-1	7	.50				

Die monotone Trendanalyse nach Cox und Stuart (S_2-Test, Tabelle 194) zeigte keinerlei monotone Trends auf.

Kontrollgruppe: Fall 4

Tabelle 195: Ergebnisse des Tests auf Binomialverteilung, basierend auf der Z-Approximation

	Kategorie	N	beob. Anteil	π	p (2-seitig)	deskriptiv häufigere Kategorie	Monotoner Trend
Hat sich heute mit anderen Kindern unterhalten	1	28	.78	.50	.002	positive Differenz	steigend
	-1	8	.22				
		36					
Hat sich heute mit mir unterhalten	1	29	.85	.50	.000	positive Differenz	steigend
	-1	5	.15				
		34	1				
Hat heute laut und deutlich gesprochen	1	4	1	.50	.13	positive Differenz	
	-1	0	0				
		4	1				
Hatte Blickkontakt mit mir	1	26	.74	.50	.007	positive Differenz	steigend
	-1	9	.26				
		35					
Hatte Blickkontakt mit anderen Kindern	1	26	.76	.50	.004	positive Differenz	steigend
	-1	8	.24				
Stand abseits	-1	0	0	.50	.000	positive Differenz	steigend
	1	12	1				
		12	1				
Wurde gehänselt	-1	0	0	.50	.002	positive Differenz	steigend
	1	10	1				
		10	1				
Spielte mit anderen Kindern	1	27	.73	.50	.01	positive Differenz	steigend
	-1	10	.27				
		37	1				
Wirkte selbstsicher	1	1	.20	.50	.38	negative Differenz	-
	-1	4	.80				
		5					
Wirkte unsicher	-1	2	.40	.50	1	positive Differenz	-
	1	3	.60				
		5					
Hat gelacht / wirkte fröhlich	1	25	.83	.50	.001	positive Differenz	steigend
	-1	5	.17				
		30	1				
Hat geweint / wirkte traurig	1	8	.53	.50	1	positive Differenz	
	-1	7	.47				
		15	1				

Die monotone Trendanalyse nach Cox und Stuart (S_2-Test, Tabelle 195) zeigte einen monoton steigenden Trend für die Items „Hat sich heute mit anderen Kindern unterhalten“ ($p \leq .002$), „Hat sich heute mit mir unterhalten“ ($p \leq .000$), „Hatte Blickkontakt mit mir“ ($p \leq .007$), „Hatte Blickkontakt mit anderen Kindern“ ($p \leq .004$), „Spielte mit anderen Kindern“ ($p \leq .01$), „Hat gelacht / wirkte fröhlich ($p \leq .001$) und „Stand abseits“($p \leq .000$), „Wurde gehänselt“ ($p \leq .002$),

Kontrollgruppe: Fall 5

Tabelle 196: Ergebnisse des Tests auf Binomialverteilung, basierend auf der Z-Approximation

	Kategorie	N	beob. Anteil	π	p (2-seitig)	deskriptiv häufigere Kategorie	Monotoner Trend
Hat sich heute mit anderen Kindern unterhalten	1	17	.85	.50	.003	positive Differenz	steigend
	-1	3	.15				
		20	1				
Hat sich heute mit mir unterhalten	1	1	.25	.50	.63	negative Differenz	-
	-1	3	.75				
		4	1				
Hat heute laut und deutlich gesprochen	1	6	.43	.50	.79	negative Differenz	-
	-1	8	.57				
		14	1				
Hatte Blickkontakt mit mir	1	1	.20	.50	.38	negative Differenz	-
	-1	4	.80				
		5	1				
Hatte Blickkontakt mit anderen Kindern	1	17	.89	.50	.001	positive Differenz	steigend
	-1	2	.11				
		19	1				
Stand abseits	-1	13	1	.50	.000	negative Differenz	fallend
	1	0	0				
		13	1				
Wurde gehänselt	stabil bei „nie“						
Spielte mit anderen Kindern	1	18	.86	.50	.001	positive Differenz	steigend
	-1	3	.14				
		21	1				
Wirkte selbstsicher	1	12	.60	.50	.50	positive Differenz	-
	-1	8	.40				
		20					
Wirkte unsicher	-1	14	.78	.50	.03	negative Differenz	fallend
	1	4	.22				
		18	1				
Hat gelacht / wirkte fröhlich	1	3	.75	.50	.63	positive Differenz	
	-1	1	.25				
		4	1				
Hat geweint / wirkte traurig	1	9	.56	.50	.80	positive Differenz	
	-1	7	.44				
		16					

Die monotone Trendanalyse nach Cox und Stuart (S_2-Test, Tabelle 196) zeigte einen monoton steigenden Trend für die Items „Hat sich heute mit anderen Kindern unterhalten“ ($p \leq .003$), „Hatte Blickkontakt mit anderen Kindern“ ($p \leq .001$), und „Spielte mit anderen Kindern“ ($p \leq .001$). Für die Items „Stand abseits“ ($p \leq .000$) und „Wirkte unsicher“ ($p \leq .03$) zeigte sich ein monoton fallender Trend.

Kontrollgruppe: Fall 6

Tabelle 197: Ergebnisse des Tests auf Binomialverteilung, basierend auf der Z-Approximation

	Kategorie	N	beob. Anteil	π	p (2-seitig)	deskriptiv häufigere Kategorie	Monotoner Trend
Hat sich heute mit anderen Kindern unterhalten	1	26	.90	.50	.000	positive Differenz	steigend
	-1	3	.10				
		29					
Hat sich heute mit mir unterhalten	1	29	.67	.50	.03	positive Differenz	steigend
	-1	14	.33				
		43	1				
Hat heute laut und deutlich gesprochen	1	25	.81	.50	.001	positive Differenz	steigend
	-1	6	.19				
Hatte Blickkontakt mit mir	1	27	.79	.50	.001	positive Differenz	steigend
	-1	7	.21				
		34	1				
Hatte Blickkontakt mit anderen Kindern	1	20	.65	.50	.15	positive Differenz	-
	-1	11	.35				
		31	1				
Stand abseits	-1	8	.40	.50	.50	positive Differenz	-
	1	12	.60				
		20	1				
Wurde gehänselt	-1	0	0	.50	.25	positive Differenz	-
	1	3	1				
		3	1				
Spielte mit anderen Kindern	1	14	.67	.50	.19	positive Differenz	-
	-1	7	.33				
		21	1				
Wirkte selbstsicher	1	18	.60	.50	.36	positive Differenz	-
	-1	12	.40				
		30					
Wirkte unsicher	-1	15	.75	.50	.041	negative Differenz	fallend
	1	5	.25				
		20	1				
Hat gelacht / wirkte fröhlich	1	5	.14	.50	.000	negative Differenz	fallend
	-1	30	.86				
		35					
Hat geweint / wirkte traurig	1	2	1	.50	.50	positive Differenz	-
	-1	0	0				
		2					

Die monotone Trendanalyse nach Cox und Stuart (S_2-Test, Tabelle 197) zeigte einen monoton steigenden Trend für die Items „Hat sich heute mit anderen Kindern unterhalten“ ($p \leq .000$), „Hat sich heute mit mir unterhalten“ ($p \leq .03$), „Hat heute laut und deutlich gesprochen“ ($p \leq 001$), „Hatte Blickkontakt mit mir“ ($p \leq .001$). Monoton fallende Trends wurden für die Items „wirkte unsicher“($p \leq .041$) und „Hat gelacht / Wirkte fröhlich“ ($p \leq .000$) gefunden.

Kontrollgruppe: Fall 7

Tabelle 198: Ergebnisse des Tests auf Binomialverteilung, basierend auf der Z-Approximation

	Kategorie	N	beob. Anteil	π	p (2-seitig)	deskriptiv häufigere Kategorie	Monotoner Trend
Hat sich heute mit anderen Kindern unterhalten	1	26	.90	.50	.000	positive Differenz	steigend
	-1	3	.10				
		29	1				
Hat sich heute mit mir unterhalten	1	16	.94	.50	.000	positive Differenz	steigend
	-1	1	.06				
		17					
Hat heute laut und deutlich gesprochen	1	16	.94	.50	.001	positive Differenz	steigend
	-1	1	.06				
		17					
Hatte Blickkontakt mit mir	1	13	.93	.50	.002	positive Differenz	steigend
	-1	1	.07				
		14	1				
Hatte Blickkontakt mit anderen Kindern	1	25	.86	.50	.000	positive Differenz	steigend
	-1	4	.14				
		29	1				
Stand abseits	stabil bei „nie“						-
Wurde gehänselt	stabil bei „nie“						-
Spielte mit anderen Kindern	1	24	.75	.50	.008	positive Differenz	steigend
	-1	8	.25				
		32					
Wirkte selbstsicher	1	9	.50	.50	1	-	-
	-1	9	.50				
		18					
Wirkte unsicher	-1	2	.10	.50	.000	positive Differenz	steigend
	1	18	.90				
		20	1				
Hat gelacht / wirkte fröhlich	1	9	.36	.50	.23	negative Differenz	
	-1	16	.64				
		25	1				
Hat geweint / wirkte traurig	1			.50	.50	positive Differenz	-
	-1						

Die monotone Trendanalyse nach Cox und Stuart (S_2-Test, Tabelle 198) zeigte einen monoton steigenden Trend für die Items „Hat sich heute mit anderen Kindern unterhalten“ ($p \leq .000$), „Hat sich heute mit mir unterhalten“ ($p \leq .000$), „Hat heute laut und deutlich gesprochen“ ($p \leq 001$), „Hatte Blickkontakt mit anderen Kindern“ ($p \leq .002$), „hatte Blickkontakt mit mir“ ($p \leq .000$), „spielte mit anderen Kindern“ ($p \leq .008$) und wirkte unsicher“ ($p \leq .000$).

Kontrollgruppe: Fall 8

Tabelle 199: Ergebnisse des Tests auf Binomialverteilung, basierend auf der Z-Approximation

	Kategorie	N	beob. Anteil	π	p (2-seitig)	deskriptiv häufigere Kategorie	Monotoner Trend
Hat sich heute mit anderen Kindern unterhalten	1	26	.90	.50	.000	positive Differenz	steigend
	-1	3	.10				
		29	1				
Hat sich heute mit mir unterhalten	1	29	.67	.50	.03	positive Differenz	steigend
	-1	14	.33				
		43					
Hat heute laut und deutlich gesprochen	1	25	.81	.50	.001	positive Differenz	steigend
	-1	6	.19				
		31					
Hatte Blickkontakt mit mir	1	27	.79	.50	.001	positive Differenz	steigend
	-1	7	.21				
		14	1				
Hatte Blickkontakt mit anderen Kindern	1	20	.65	.50	.15	positive Differenz	-
	-1	11	.35				
		31	1				
Stand abseits	-1	8	.40	.50	.50	positive Differenz	-
	1	12	.60				
		20	1				
Wurde gehänselt	-1	0	0	.50	.25	positive Differenz	-
	1	3	1				
		3	1				
Spielte mit anderen Kindern	1	14	.67	.50	.19	positive Differenz	-
	-1	7	.33				
		21	1				
Wirkte selbstsicher	1	12	.40	.50	.36	negative Differenz	-
	-1	18	.60				
		30					
Wirkte unsicher	-1	15	.75	.50	.04	negative Differenz	fallend
	1	5	.25				
		20	1				
Hat gelacht / wirkte fröhlich	1	5	.14	.50	.000	negative Differenz	fallend
	-1	30	.86				
		35	1				
Hat geweint / wirkte traurig	1	2	1	.50	.50	positive Differenz	-
	-1	0	0				
		2	1				

Die monotone Trendanalyse nach Cox und Stuart (S_2-Test, Tabelle 199) zeigte einen monoton steigenden Trend für die Items „Hat sich heute mit anderen Kindern unterhalten“ ($p \leq .000$), „Hat sich heute mit mir unterhalten“ ($p \leq .03$), „Hat heute laut und deutlich gesprochen“ ($p \leq 001$) und „Hatte Blickkontakt mit mir“ ($p \leq .001$). Ein monoton fallender Trend wurde für die Items „Wirkte unsicher“ ($p \leq .04$) und „Hat gelacht / wirkte fröhlich“ ($p \leq .000$) aufgezeigt.

Diskussion Studie 2

In dieser Studie wurden zwei störungsspezifische Manuale für sozial unsichere Kinder im Hinblick auf die kurz und langfristige Effektivität untersucht. Dabei wurden fünf Effektivitätsparameter analysiert: „Soziale Unsicherheit“ „Soziale Kompetenz“, Problemlösefertigkeiten“ „Sozialbeziehungen“ und „Selbstwert“. Die einzelnen Hypothesen sollen an dieser Stelle bewertet und diskutiert werden.

Stichproben

Die Probanden wurden über Aushänge in Arztpraxen und öffentlichen Gebäuden, über Zeitungsartikel und Rundschreiben an Schulen und Beratungseinrichtungen geworben. Weiterhin empfahl das ansässige sozialpädiatrische Zentrum, zwei in Halle praktizierende Kinder- und Jugendpsychiater, die Schulpsychologen des Schulamtes und drei Familienberatungsstellen ratsuchenden Familien im Falle gehemmten oder unsicheren Verhaltens die Teilnahme der Kinder an dem Training. Einschlusskriterium für die Studie war ein auffälliger Wert im Elternurteil auf der Skala „Sozialer Rückzug“ der CBCL (PR 97) oder der Skala „Angst in und Vermeidung von sozialen Situationen“ (PR 86) im Selbsturteil, ein Alter zwischen 5 und 11 Jahren und das Elterneinverständnis. Bei den an Schulen durchgeführten Training bestand eine zusätzliche Voraussetzung darin, dass mindestens drei Schüler an der Schule für das Training in Frage kommen mussten. Ausschlusskriterium war ein IQ unter 70 und mangelnde Sprachkenntnisse oder Sprachvermögen.

Zur Repräsentativität der Stichproben für die Population sozial unsicherer Kinder

Wie im Theorieteil dargestellt wurde, werden sozial unsichere Kinder meist „übersehen“ und erzeugen im Vergleich zu externalisierenden Verhaltensstörungen nur minimale Probleme. Daher ist zu diskutieren, ob die Stichprobe dieser Untersuchung repräsentativ ist für die Population sozial unsicherer Kinder, oder ob es sich um eine spezifische Subgruppe handelt. Da die Kinder auf unterschiedlichen Wegen gewonnen wurden, konnte die Initiative zur Teilnahme von den folgenden Personengruppen ausgehen: dem betroffenen Kind selbst, den Eltern, den Lehrkräften, dem Kinderarzt oder Schulpsychologen bzw. anderen professionellen Beratern.

Fraglich ist, ob sich die Gruppen je nach Art der Zuweisung unterschieden. Eltern, die keinerlei Handlungsbedarf sahen und dennoch ihre Einwilligung gaben, waren meist eher unkooperativ, was das Ausfüllen von Fragebögen anbelangte, daher fehlt deren Elternurteil häufig. Diese Gruppe wurde stets über Empfehlung der Lehrkräfte, Schulpsychologen oder Kinderärzte gewonnen und fand in der jeweiligen Grundschule statt, da die Eltern nicht aus Eigenmotivation das Institut aufsuchten. Da zwar erfragt, jedoch nicht systematisch klassifiziert wurde, durch wen der Anstoß zur Trainingsteilnahme kam, kann über die unterschiedliche Ausprägung der Problematik bei unterschiedlicher Art der Zuweisung keine Aussagen getroffen werden.

Da alle Kinderarztpraxen, Grundschulen und ambulante Kinder- und Jugendpsychotherapeutische und psychiatrische Einrichtungen der Region halbjährlich

auf die Spezifität der Problematik und das Interventionsangebot aufmerksam gemacht wurden, ist es wahrscheinlich, dass ein geringerer Prozentsatz betroffene Kinder „übersehen“ wurden, als es in Städten der Fall ist, in denen keine derartigen Pilotprojekte praktiziert werden. Möglicherweise wurden so auch verstärkt Kinder erreicht, die (noch) keinen Leidensdruck aufwiesen oder erzeugten. Es handelt sich um ein niederschwelliges Angebot, da die Intervention unter anderem über die Schule erreichbar war.

Mit Ausnahme einer Familie entschlossen sich alle Probanden, die die Eingangskriterien erfüllten, zu einer Teilnahme, daher ist davon auszugehen, dass durch das Vorgespräch keine Auswahl innerhalb der Population der sozial unsicheren Kinder getroffen wurde.

Die sehr geringe Drop-out-Rate von 3% (3 von 93 Kindern) spricht für die hohe Trainingsakzeptanz auf Seiten der Eltern und Kinder. Da sich diese Kinder in keinem Parameter von der Gesamtgruppe unterschieden, kann davon ausgegangen werden, dass die zu t2 befragte Stichprobe mit hoher Wahrscheinlichkeit die zu t1 untersuchte Stichprobe repräsentiert. Die Stichprobengröße von 93 Kindern bei einer ambulant gewonnene klinische Stichprobe entspricht der in internationalen Studien üblichen Stichprobengröße und ist als zufriedenstellend zu bezeichnen. Im deutschen Sprachraum findet sich bisher keine Interventionsstudie zu Ängsten im Kindesalter in dieser Größenordnung.

Zur Repräsentativität der Stichproben zu t3

Zu t3 konnten nur 52% der vorgesehenen 31 Kinder erneut gewonnen werden. Als Ursachen für einen Drop-out zum 3. Messzeitpunkt kamen folgende Ereignisse zum tragen: Umzug bzw. nicht vorhandenen Adresse, Psychiatrieaufenthalt der Mutter, mangelndes Interesse, langwierige Erkrankung und mehrfaches Nicht-Erscheinen.

Der Vergleich der Drop-out-Gruppe und der zu t3 erneut befragten Gruppe zeigte auf, dass die Kinder, die zum 18-Monate-Follow-up befragt werden konnten, zu t1 einen stärkeren „Sozialen Rückzug“, eine höhere Ausprägung der Skala „Ängstlich / depressiv“, vermehrt soziale Probleme und insgesamt mehr internalisierende Probleme aufwiesen, zudem einen niedrigeren Selbstwert und größere Aufmerksamkeitsprobleme. Zu t2 unterschieden sie sich ausschließlich durch einen stärker eingeschätzten „Sozialen Rückzug“ von der Drop-out-Gruppe. Möglicher könnte die höhere Zuverlässigkeit beim Einhalten der Termine zum dritten Messzeitpunkt und eventuell auch die bessere Erreichbarkeit (Information über Umzüge) durch eine größere Entlastung durch die Intervention der jeweiligen Familien begründet sein.

Datengewinnung und Erhebungsinstrumente

Einige Punkte wurden bereits in der Diskussion zu Studie eins erwähnt, an dieser Stelle sollen nur bisher nicht diskutierte Themen erörtert werden. Bei den unstandardisierte Verfahren zur Einschätzung der eigenen Problemlösefertigkeiten und

Sozialen Kompetenzen wurden keine Vorstudien zur Validität und Reliabilität durchgeführt, es können folglich keine Aussagen darüber gemacht werden, ob die Einschätzungen der Antworten der Kinder zu den vorgegebenen Situationen tatsächlich die Soziale Kompetenz oder die Problemlösefertigkeiten erfassen. In diesem Fall kann nur auf die „Augenscheinvalidität“ zurück gegriffen werden: Die Situationen zur „Sozialen Kompetenz“ repräsentieren die fünf Übungsbereiche des Trainings, ohne dass genau diese Situationen thematisiert worden waren, es erscheint also plausibel, dass diese die vorhandenen Handlungsstrategien in einer Situation der fünf Bereiche abfragen. Unklar ist, ob die jeweilige Situation den Bereich gut oder schlecht repräsentiert, ob zwei Situationen die selben Fertigkeiten erfordern und ob die Kinder die angegebenen Handlungen auch tatsächlich so ausführen würden. Daher können die Befunde dieses Konstruktes nur eingeschränkt interpretiert werden.

Diese Form der Operationalisierung wurde dennoch gewählt, da weder für die „Soziale Kompetenz“ noch für die „Problemlösefertigkeiten“ in dem im Theorieteil beschriebenen Sinne standardisierte Verfahren existieren. Die CBCL beinhaltet eine Skala „Kompetenz“, die sich jedoch in der Normierung „nicht als hinreichend konsistent erwies, so dass die Skalenwerte nur zurück haltend interpretiert werden sollten“ (Döpfner et al, 1991, Handanweisung CBCL). Es handelt sich um die Summen einer Reihe von Items, etwa die „Zahl der ausgeübten Sportarten“, der mittleren Zeit, die damit verbracht wird und dem mittleren Können bei den angegebenen Aktivitäten. Da nicht die Fertigkeiten abgefragt wurden, die für die Trainingsevaluation von Interesse sind, z.b. die Fähigkeit, Aktivitäten zu initiieren oder Konflikte zu lösen, wurde auf die Verwendung verzichtet.

Aufgrund der Schwierigkeiten bei der Gewinnung der Kontrollstichprobe wurde ein Teil der Kontrollgruppe gesondert erhoben und somit nicht zufällig zugeteilt. Es zeigten sich zu t1 Altersunterschiede (die Kinder der Kontrollgruppe waren älter als die der Interventionsgruppe), des weiteren wiesen die Kinder der Kontrollgruppe weniger Einschlafschwierigkeiten, weniger Trennungsangst, häufiger Erkrankungen der Muskulatur und weniger chronische Infekte auf. In den abhängigen Variablen unterschieden sich die beiden Gruppen zu t1 nicht. Vor allem der Altersunterschied ist bei der Interpretation der Befunde zu berücksichtigen. Da in den abhängigen Variablen keine Unterschiede gefunden worden waren, kann die Kontrollgruppe zum Vergleich heran gezogen werden. Zu den beiden Trainingsgruppen wurde stets zufällig zugeteilt, es zeigten sich zu t1 in keiner Variablen Unterschiede zwischen den Gruppen.

Methodisches Vorgehen

Einige Themen wurden bereits in der Diskussion zu Studie eins erörtert, an dieser Stelle sollen nur bisher nicht diskutierte Punkte erwähnt werden. Eine grundsätzliche Frage bei der Evaluation von Therapieprogrammen ist die der „klinischen Signifikanz“. Ab wann kann eine Intervention als erfolgreich bezeichnet werden? Dieser Frage wurde im Ergebnisteil bereits nachgegangen, sie soll im folgenden etwas genauer diskutiert werden. Nietzel, Russell, Hemmings und Gretter (1987, S. 156) formulierten die folgende

Definition: „Clinical significance can be defined as the extent to which clinical outcome achieve a meaningful magnitude of change“. Jacobsen und Truaux (1991) zufolge können zwei Kriterien zur Bestimmung bedeutsame Veränderungen im klinisch-psychologischen Kontext herangezogen werden können: 1. Eine reliable, statistisch signifikante Veränderung in positiver Richtung sowie 2. Eine Veränderung vom dysfunktionalen in den funktionalen Bereich.

Jacobson et al (1991) entwickelten drei mögliche Operationalisierung des zweiten Kriteriums:

- Zum zweiten Messzeitpunkt soll das Ausmaß der Symptomatik mindestens zwei Standardabweichungen unter dem Mittelwert der entsprechenden gestörten Population liegen.
- Zum zweiten Messzeitpunkt soll das Ausmaß der Symptomatik innerhalb von zwei Standardabweichungen einer gesunden Population liegen.
- Zum zweiten Messzeitpunkt soll das Ausmaß der Symptomatik näher am Mittelwert der gesunden Population als am Mittelwert der gestörten Population liegen.

Die Entscheidung zwischen diesen Kriterien wird grundsätzlich auch dadurch bestimmt, zu welchen Populationen Mittelwerte und Standardabweichungen vorliegen. Da der Mittelwert und die Standardabweichungen der entsprechenden gestörten Population für keines der verwendeten Verfahren vorliegen, konnte die erste und die dritte Regel nicht umgesetzt werden. Daher wurde das zweite Kriterium angewendet.

Kurzfristige Effektivität: Vergleich der Interventions- und Wartekontrollgruppe

Es wurde postuliert, dass sich für die Effektivitätsparameter direkt nach der Intervention in der Interventionsgruppe Verbesserungen aufzeigen lassen, die stärker ausfallen als die der Kontrollgruppe.

Es zeigte sich ein signifikanter Interaktionseffekt bei der multivariaten Varianzanalyse zu den Variablen, die die Sozialen Unsicherheit erfassen, der auf die Variable SAD zurückgeführt werden konnte.

⇒ Die Hypothese, dass die Reduktion der Sozialen Unsicherheit in der Interventionsgruppe generell größer ausfiel als in der Kontrollgruppe, konnte bestätigt werden.

Ebenso zeigte sich ein signifikanter Interaktionseffekt bei der multivariaten Varianzanalyse zur Sozialen Kompetenz, der auf vier der fünf Situationen zurückgeführt werden konnte.

⇒ Die Hypothese, dass die Steigerung der Sozialen Kompetenz in der Interventionsgruppe insgesamt größer ausfiel als in der Kontrollgruppe, konnte bestätigt werden.

Auch für die Variable „Selbstwert“ konnte ein signifikanter Interaktionseffekt Zeit*Gruppe gefunden werden.

⇒ Die Hypothese, dass die Steigerung des Selbstwertes in der Interventionsgruppe größer ausfiel als in der Kontrollgruppe, konnte bestätigt werden.

Die Anzahl der Kinder mit klinisch relevanten sozialen Ängsten nahm in der Interventionsgruppe signifikant stärker ab als in der Kontrollgruppe.
⇒ Die Hypothese, dass die Anzahl der Kinder mit klinisch relevanten sozialen Ängsten in der Interventionsgruppe h stärker reduziert wird als in der Kontrollgruppe, konnte bestätigt werden.

Für die Sozialbeziehungen lässt sich keine so eindeutige Entwicklung verzeichnen. Es konnte weder ein Interaktionseffekt Gruppe * Zeit für die Skala „Intensität der Sozialkontakte“ aufgezeigt werden noch eine größere Zunahme der Sozialkontakte in der Interventionsgruppe.
⇒ Die Hypothese, dass die Verbesserung der Sozialbeziehungen in der Interventionsgruppe größer ausfiel als in der Kontrollgruppe, konnte nicht bestätigt werden. Die deskriptive Betrachtung gibt Hinweise auf eine Entwicklung in die erwünschte Richtung: es zeigt sich eine deskriptiv größere Zunahme der Intensität der Sozialkontakte in der Interventionsgruppe. Auch die Anzahl der Sozialkontakte nimmt in der Interventionsgruppe deskriptiv zu und in der Kontrollgruppe ab.

Für die Problemlösefertigkeiten wurde kein Interaktionseffekt Zeit * Gruppe gefunden. Auch die deskriptive Betrachtung gibt keine Hinweise auf eine Veränderung in die postulierte Richtung.
⇒ Die Hypothese, dass die Verbesserung der Problemlösefertigkeiten in der Interventionsgruppe größer ausfiel als in der Kontrollgruppe, konnte nicht bestätigt werden.

Kurzfristige Effektivität: Vergleich des Problemlöse- und Verhaltenstrainings

Es zeigte sich ein signifikanter Interaktionseffekt bei der multivariaten Varianzanalyse zur Sozialen Unsicherheit, der auf die Variable SAD und FNE zurückgeführt werden konnte. Die Soziale Unsicherheit konnte in der Gruppe „verhaltensorientiertes Training“ stärker reduziert werden. Es wurden keine weiteren Hinweise auf eine trainingsspezifische Wirkung gefunden.

⇒ Die Hypothese, dass die Verbesserung der Problemlösefertigkeiten in der Gruppe „Problemlösen“ größer ausfiel als in der Gruppe „Verhaltensorientiertes Training“, konnte nicht bestätigt werden.
⇒ Die Hypothese, dass die Steigerung der Sozialen Kompetenz in der Gruppe in der Gruppe „Verhaltensorientiertes Training“ größer ausfiel als in der Gruppe „Problemlösen“, konnte nicht bestätigt werden.

Bewertung der kurzfristigen Veränderungen der Effektivitätsparameter

Bei der Qualität der Problemlösungen in den fünf vorgegebenen Situationen zeigte sich eine unsystematische Fluktuation, die nicht eindeutig interpretiert werden kann. Es stellt sich die Frage, ob das Training die Problemlösefertigkeiten nicht beeinflusst, und wenn dem so sein sollte, aus welchem Grunde nicht. Da eine Steigerung der Sozialen Kompetenz und eine Reduktion der Sozialen Unsicherheit statt findet, hätte dies theoretisch eine Steigerung der Problemlösefertigkeiten zur Folge haben müssen. Nach Döpfner et al. (1981) stellen kognitive soziale Defizite in Form fehlender sozialer Kenntnisse und Problemlösefähigkeiten die kognitive Ebene von Selbstunsicherheit dar. Möglicherweise sind diese beiden Konstrukte nicht so eng verwandt, wie es aus dem Forschungsstand gefolgert worden war. Möglicherweise wissen die sozial unsicheren Kinder bereits vor dem Training, wie ein Problem gelöst werden könnte, es mangelt jedoch an der Umsetzung, da diese durch soziale Ängste gehemmt wird. Bestünde zu Beginn kein Defizit, so wäre es auch nicht überraschend, dass dieses durch das Training nicht reduziert wird. Möglicherweise liegt der Sozialen Unsicherheit nicht immer auch ein Defizit auf der kognitiven Ebene zugrunde.

Dies deckt sich mit Befunden von Cheek und Watson (1989), die ein Dreikomponentensyndrom definieren: Affekt, Kognition und beobachtbares Verhalten. Alle drei Komponenten der Sozialen Unsicherheit sind von großer Bedeutung, treten jedoch nicht unbedingt gemeinsam auf. In Selbstbeschreibungen sozial unsicherer Frauen gaben 43% nur eine der Komponenten an, 37% berichteten von Symptomen aus zwei Bereichen und nur 12% erwähnten Symptome aus allen drei Bereichen (Cheek & Watson, 1989).

Eine andere Erklärungsmöglichkeit könnte sein, dass eine Steigerung der Problemlösfertigkeiten erst verzögert auftritt und direkt nach dem Training noch nicht eingesetzt hatte.

Lübben und Pfingsten (1999) berichten, dass sozial unsicher Kinder beim Entwickeln von alternativen Lösungsmöglichkeiten Defizite aufweisen, wenn es um das Aufbauen von Freundschaften geht oder darum, Konflikte zu lösen. Die Lösungsvorschläge sind jedoch nicht generell qualitativ schlechter, sondern werden es erst nach einem Fehlschlag der ersten Reaktion. Dieser Aspekt wurde bei der Generierung der Problemlösesituationen nicht berücksichtigt. Um einen ersten Fehlschlag zu integrieren, könnte der Interviewer beispielweise nach dem ersten Vorschlag des Kindes antworten: „Stell dir vor, du hast das jetzt versucht, und das hat nicht geklappt. Was machst du jetzt?“. Realitätsnäher wäre eine Umsetzung als Rollenspiel, dies ist jedoch aus den bereits dargelegten Gründen der extremen Belastung für sozial unsichere Kinder bei derartigen Verhaltensproben nicht vertretbar.

Da die Situationen zu den Problemlösefertigkeiten nicht in Vorstudien untersucht wurden, ist fraglich, ob diese überhaupt Problemlösefertigkeiten erfassen und wenn ja, ob diese repräsentativ für die Problemsituationen dieser Altersgruppe sind. Weiterhin ist es möglich, dass die Urteiler, die die Qualität der Problemlösungen einschätzten, eine andere Vorstellung von einer „guten Lösung“ hatten, als die in dem Training vermittelte „guten Lösungen“.

Für die Sozialbeziehungen konnte keine signifikante Verbesserung in der Interventionsgruppe im Vergleich zur Kontrollgruppe aufgezeigt werden. Auf deskriptiver Ebene war eine größere Zunahme der Intensität der Sozialkontakte in der Interventionsgruppe zu beobachten, des weiteren nahm die Anzahl der Sozialkontakte in der Interventionsgruppe deskriptiv zu und in der Kontrollgruppe ab. Auch wenn die Ergebnisse statistisch nicht untermauert werden konnten, lassen die Befunde eine positive Wirkung des Trainings auf die Sozialbeziehungen vermuten. Die durchschnittlich Zunahme der Sozialkontakte weist darauf hin, dass es den Kindern gelingt, die Trainingsinhalte zur Kontaktaufnahme (wie beispielsweise „ein Kind zum Spielen einladen“ oder „mit einem Kind ein Gespräch beginnen“) praktisch umzusetzen. Möglicherweise setzt die Wirkung des Trainings auch verzögert ein, so dass die tatsächliche Zunahme der Sozialkontakte erst zu einem späteren Zeitpunkt erfassbar wäre.

Die in der Interventionsgruppe signifikant größere Verbesserung des Selbstwertes und der Sozialen Kompetenz und die größere Reduktion der Sozialen Unsicherheit waren Ziel des Trainings und können als erreicht betrachtet werden. Die erzielten Verbesserungen sind mit den Ergebnissen der internationalen Kontrollgruppenstudien zur Wirksamkeit kognitiv-behavioraler Interventionen bei Kindern mit klinisch bedeutsamen Ängsten vergleichbar (Barrett et al., 1996; Kendall, 1994; Kendall et al., 1997, King et al., 1998). Im deutschsprachigen Raum existiert bis dato keine quantitativ und qualitativ gleichwertige Studie, die einen Nachweis der Wirksamkeit eines Trainings für sozial unsichere Kinder erbringen konnte.

Um dieses Ziel zu erreichen, war versucht worden, die allgemeinen Wirkfaktoren der Psychotherapie nach Grawe (2000) und Schlussfolgerungen aus den Metaanalysen zu Interventionen bei Ängsten im Kindesalter auf das Training anzuwenden. In wieweit dies gelang, soll im Folgenden diskutiert werden.

Um alters- und geschlechtsspezifischen Bedürfnissen (Beelmann et al., 1994) gerecht zu werden, wurde jedes Kind und jeweils ein Elternteil vor dem Training befragt, in welchen Situationen das Kind „mutiger“ werden sollte. Diese Situationen wurden den Themen des Trainings zugeordnet und in den jeweiligen Stunden bearbeitet. Um die jüngeren Kinder nicht zu überfordern, wurde Material eingesetzt, das keine oder nur wenige Lese- und Schreibkenntnisse erforderte. In der Abschlussbefragung beurteilten die Kinder das Training und die eingesetzten Materialien sehr positiv. Auf die Frage „Welche Stunde hat Dir am wenigsten gefallen?“ antworteten die Kinder stets mit „keine“ oder „alle waren

gut“. Dies spricht dafür, dass es gelang, ansprechende Themen für die Stunden zu finden. Auch die Materialien wurden von den Kindern positiv bewertet. Der Tiger wurde ausnahmslos von den Kindern gut angenommen. Vor allem jüngere Kinder schrieben dem Tiger auch später noch Briefe oder erkundigten sich nach seinem Wohlergehen. Die empirischen Befunde zur Trainingeffektivität und die praktischen Erfahrungen bei der Trainingsdurchführung weisen darauf hin, dass das Training dem Entwicklungsstand und den kognitiven Kapazitäten angemessen war, also weder über- noch unterforderte und die Zielgruppe auch durch angemessene Materialien und für sie aktuelle Themen ansprach.

Abstraktionsniveau: Es wurde versucht, bei der Vermittlung von Regeln und Strategien ein mittleres Abstraktionsniveau zu verwenden (Lübben und Pfingsten, 1999). Vermutlich war das Abstraktionsniveau der im Rahmen des Problemlösetrainings eingesetzten Strategien (Problemlösehand) höher als das Abstraktionsniveau der im Rahmen des verhaltensorientierten Trainings verwendeten Verhaltensregeln. Insgesamt spricht die Umsetzung der Strategien in den Alltag der Kinder für ein angemessenes Abstraktionsniveau.

Berücksichtigung negativer Konsequenzen: Mögliche Misserfolge wurden permanent in das Training integriert. In der Geschichte (CD, Buch, Bericht des Tigers zu Beginn jeder Stunde) erlebt der Tiger jede Woche einen Misserfolg, den er mit dem Satz „Macht nichts, aber morgen“ kommentiert. Auf die Einbeziehung möglicher Misserfolgserlebnisse wurde bei der Trainingsdurchführung großen Wert gelegt, da defizitäre Verhaltensweisen bei sozial unsicheren Kindern oft erst nach dem Fehlschlag des ersten Versuches zutage kommen. Bei der Trainingsdurchführung ließ sich beobachten, dass einige Kinder den Satz wörtlich für sich übernahmen und mögliche Reaktionen auf negative Konsequenzen häufig thematisiert wurden.

Strukturierung versus Eigeninitiative (nach Lübben et al. 1999): Die Eigeninitiative der Kinder wurde von der ersten Trainingsstunde an gefördert. Die Kinder selbst bestimmten ihre Lernziele und den spezifischen Inhalt ihres Rollenspiels.

Ressourcenorientierung: Die Stärken der Kinder wurden gezielt herausgearbeitet, Fortschritte und Erfolge fokussiert. Die Kinder übten, ihre eigenen Fortschritte zu verbalisieren und bei Übungen in der Stunde im Anschluss selbst zu sagen „was sie gut gemacht haben“.

Die Problemaktualisierung wurde in den Trainingsstunden einerseits durch den „Stimmungstiger“ (was war in der letzten Woche schön, was war nicht so schön) und die Auswahl der Rollenspielsituationen zu den vorgegebenen Themen erreicht.

Problembewältigung: Zur aktiven Hilfe zur Problembewältigung können die Rollenspielübungen, die Problemlösestrategien, die Progressive Muskelrelaxation und die Erarbeitung positiver Selbstverbalisationen gezählt werden (z.b. „macht nichts, morgen schaffe ich es!“ bei Misserfolgen)

Klärungsarbeit im eigentlichen Sinne, bei der der Therapeut dem Patienten hilft, sich über die Bedeutung seines Erlebens und Verhaltens im Hinblick auf seine Ziele klarer zu werden, wurde mit den Eltern ausführlich und mit den Kindern nur wenig durchgeführt. Klärungsarbeit mit den Kindern wurde nur eingesetzt, wenn die Kinder nicht sicher waren, ob sie am Training teilnehmen wollten, oder wenn sie beispielsweise äußerten, überhaupt nicht mit anderen Kindern spielen zu wollen und lieber allein sein zu wollen.

Inwieweit die Umsetzung der genannten Wirkfaktoren gelang, kann nur indirekt aus dem Verhalten der Kinder während des Trainings und der Effektivität der Intervention geschlossen werden. Aufgrund der positiven Ergebnisse und der beobachteten lebhaften Mitarbeit der Kinder kann vermutet werden, dass es gelang, die angestrebten Wirkfaktoren zum Einsatz zu bringen, ein tatsächlicher Nachweis dafür wurde im Rahmen dieser Arbeit nicht erbracht. Diese Fragestellung könnte in zukünftigen Studien zur Wirkfaktorenforschung untersucht werden.

Die jeweiligen Effektstärken der Interaktionseffekte Gruppe*Zeit von ε^2=.37 (Soziale Kompetenz), ε^2=.24 (Selbstwert) und ε^2=.18 (Soziale Unsicherheit) gelten nach Cohen (Bortz, 1993) als mittelstarke bis schwache Effekte. Da bei den neueren internationalen Studien zur Trainingseffektivität keine Effektstärken angegeben wurden (oder nicht berichtet wurde, wie diese berechnet wurde), können diese nicht mit den in dieser Studie erzielten verglichen werden. Grundsätzlich sind die mittleren bis geringen Effektstärken kritisch zu betrachten und schränken die Bedeutsamkeit der signifikanten Ergebnisse zur Trainingswirksamkeit ein.

Es stellt sich die Frage, wieso die Effektstärken bezüglich der Veränderung des Selbstwertes und der Sozialen Kompetenz größer ausfallen als die der Sozialen Unsicherheit. Eine mögliche Erklärung ist die, dass ein Verhaltensaufbau einfacher zu erzielen ist und schneller vonstatten geht als der Verhaltensabbau eines langjährig ausgeübten Verhaltens. So könnte es sein, dass die Probanden ihre sozialen Ängste langsamer und in geringerem Maße abbauen, als sie ihre Sozialen Kompetenzen aufbauen. Praktisch könnte dies bedeuten, dass ein Kind beispielsweise eine positivere Einstellung gegenüber der eigenen Person gewonnen hat (Selbstwert) und sich mehr im Unterricht meldet (Soziale Kompetenz), jedoch immer noch soziale Ängste dabei verspürt. Dies würde bedeuten, dass die soziale Unsicherheit in geringem Maße noch vorhanden ist, jedoch nicht mehr zur Verhaltenshemmung führt. Wäre dies der Fall, so ist diese Entwicklung möglicherweise sogar wünschenswert, da ein gewisses Maß an Ängstlichkeit und Gehemmtheit in sozialen Situationen ein normaler Aspekt der menschlichen Entwicklung und des Alltagslebens ist (Cheek et al. 1990). Ängstlichkeit und Gehemmtheit in sozialen Situationen kann nicht nur dysfunktionalen, sondern auch funktionalen Charakter haben, wenn sie beispielsweise zur Vorbereitung auf zukünftige schwierige Situationen motiviert (Hyson & Izard, 1986) oder ein Zusammenleben in einer Gruppe ermöglicht, da sozial inakzeptable Verhaltensweisen vermieden werden (Ford,

1987). Entscheidend ist dabei das Ausmaß der sozialen Ängste. Es wäre also möglich, dass eine Veränderung der Sozialen Unsicherheit in den funktionalen Bereich zwar eine Reduktion zur Folge hat, jedoch keine übermäßige Veränderung, da ein zu geringes Ausmaß sozialer Ängste bereits wieder dysfunktionalen Charakter haben könnte.

Betrachtet man die Entwicklung psychischer Störungen im Allgemeinen, so stellen positives Sozialverhalten, ein positives Selbstwertgefühl, Selbstwirksamkeitsüberzeugungen und ein aktives Bewältigungsverhalten im Kindes- und Jugendalter risikomildernde Faktoren dar (Laucht et al., 1997; Scheithauer und Petermann, 1999. Aufgrund der erzielten Steigerung des Selbstwertes und der sozialen Kompetenz kann davon ausgegangen werden, dass das Training Schutzfaktoren vermittelt, die bei der Prävention von psychischen Störungen von entscheidender Bedeutung sind. Die Symptomatik selbst wird in Form der sozialen Angst und der Anzahl klinisch bedeutsamen Ängste ebenfalls deutlich vermindert.

Auffallend ist die signifikante Reduktion der „Angst vor negativer Bewertung“ und des „sozialen Rückzuges“ in der Interventions- und der Kontrollgruppe. Die „Angst vor negativer Bewertung“ liegt bei der Mehrzahl der Fälle bereits zu t1 im unauffälligen Bereich. Es könnte sich bei der Reduktion um eine Altersentwicklung handeln, in der Normstichprobe fand sich jedoch mit steigendem Alter eine tendenzielle Zunahme der „Angst vor negativer Bewertung“. Auch für die Skala „Sozialer Rückzug“ wurde mit dem Alter eher eine Zunahme der als auffällig identifizierten Kinder beobachtet, beispielsweise in der PAK-KID Studie (Plück et al. 2000). Eine mögliche Erklärung für die ungewöhnlich positive Entwicklung in Warte- und Interventionsgruppe ist in der Diagnostik und den Vorgesprächen zum ersten Messzeitpunkt zu suchen.

Wie in Kapitel 3 dargestellt wurde, werden auch mit den Eltern der Kontrollgruppe zu t1 die folgenden Punkte besprochen: Diagnostik & Darstellung der Befunde, Vermittlung eines hypothetischen Bedingungsmodells, Erarbeitung förderlichen Erziehungsverhaltens und Informationen über das Training.

Mit der Erarbeitung des hypothetischen Bedingungsmodells ist bereits eine deutliche Entlastung der Eltern zu beobachten. Grund hierfür könnte die Reduktion von Schuldgefühlen sein: Die Eltern erfahren, dass Soziale Unsicherheit nicht monokausal verursacht wird, und der „Schuldbegriff“ bei der Entstehung psychischer Störungen nicht mehr angewendet wird. Weiter entlastend könnte die Information wirken, dass ihr Kind nicht „gestört“ ist und gute Chancen auf eine Besserung der Problematik bestehen. Dies könnte bereits zu einem veränderten Umgang mit den Verhaltensauffälligkeiten und somit zu einer Reduktion des Problemverhaltens geführt haben. Weiterhin wurde förderliches Erziehungsverhalten besprochen, insbesondere das Loben des erwünschten Verhaltens und die Reduktion der unabsichtlichen Verstärkung des Problemverhaltens (z.b. Trösten bei Nichtaufsuchen einer sozialen Situation). Die Eltern wurden angehalten, die Kinder

nicht zu bestrafen, wenn sie etwas nicht wagen, sondern auf positive Verhaltensweisen zu fokussieren und den Kindern durch das Aufsuchen sozialer Situationen die Gelegenheit zu geben, ihre Ängste abzubauen. Schließlich wurden individuelle Fragen (z.B. Umgang mit Bettnässen) besprochen. Möglicherweise handelt es sich bei diesen Vorgesprächen um eine Kurzintervention, die bereits die Hauptveränderung des Elternurteils bedingt, und durch die Trainingsdurchführung selbst nicht mehr deutlich beeinflusst wird.

Diese Vorgehensweise wurde aus ethischen und praktischen Gründen gewählt und die damit einher gehende Beeinflussung der Kontrollgruppe in Kauf genommen. Während der Erhebung einer ausführlichen Anamnese und der Durchführung eines strukturierten Interviews stellen Eltern häufig Fragen wie „Warum hat er das?“ „Geht das wieder weg?“ „Bin ich schuld?“ „Bekommt sie Depressionen, wenn sie erwachsen ist?“. Wollte man den Eltern keine der möglichen Erklärungen und Informationen geben, wären nur ausweichende oder unehrliche Antworten möglich, die im Sinne der Transparenz therapeutischer Maßnahmen ethisch nicht vertretbar wären und nicht zuletzt wenig vertrauenserweckend wirken würden. Dieses Problem wird bei Therapiestudien im stationären Bereich durch eine schriftliche Vorbefragung vor dem Klinikaufenthalt gelöst. Ambulant gibt es selten einen zuweisende Instanz, die bereits die entsprechende Diagnosen absichert und Compliance bezüglich dem Ausfüllen von Fragebögen schafft. Eine Möglichkeit wäre die breite Befragung einer Altersstufe und der zugehörigen Eltern (z.b. bei einer Schuluntersuchung), mit Hilfe derer die in Frage kommenden Kinder identifiziert würden und erst im Anschluss an die Wartezeit über die Möglichkeit eines Trainings informiert werden würden. So wäre zumindest der Einsatz von Paper & Pencil-Verfahren möglich, jedoch keine strukturierten Interviews.

Bei dem gewählten Design handelt es sich um eine konservative Überprüfung der Hypothesen, da auch die Wartekontrollgruppe eine Art „Kurzintervention“ erhielt.

Trainingsspezifität

Die vermutete trainingsspezifische Wirkung wurde weder für die „Problemlösefertigkeiten“ noch für die „Soziale Kompetenz“ gefunden. Daraus könnte geschlossen werden, dass die Trainingsvarianten völlig identisch wirken. Es zeigte sich jedoch, dass zwei Variablen des Konstruktes „Soziale Unsicherheit“ (SAD & FNE) sich in der verhaltensorientierten Gruppe stärker verbesserten als in der Gruppe „Problemlösen“. Dies spricht für eine trainingsspezifische Wirkung, jedoch nicht in der erwünschten Richtung. Die Befunde lassen schließen, dass die Problemlösvariante nicht die postulierte Verbesserung der Problemlösefertigkeiten erbringt, die Zeit, die jedoch auf die Problemlösestrategien verwendet wird, bei der Umsetzung anderer Trainingsinhalte fehlt, so dass schließlich geringere Trainingseffekte resultieren. Eine

weiter mögliche Erklärung ist das bereist erwähnte höhere Abstraktionsniveau des Problemlösetrainings, das einige Kinder überfordern könnte. Dennoch ist diese Trainingsvariante nicht als schlecht zu bewerten, da sie auch positive Veränderungen erzielt, sie ist dem verhaltensorientierten Training jedoch in keinster Weise überlegen, folglich ist dieses vorzuziehen.

Man könnte argumentieren, dass die Wirkung der Trainingsformen nicht durch die Trainingsmethoden erzielt wurden, sondern durch die besondere Zuwendung, die eventuell auch durch gemeinsames Spielen und Basteln oder eine anders geartete Intervention hätte erreicht werden können. Die unterschiedliche Wirkung der beiden Trainingsformen spricht jedoch dafür, die angewandten Methoden und der jeweilige Schwerpunkt sich unterschiedlich auswirken, die Form der Intervention also eine Rolle spielt.

Zu diskutieren ist, ob sich die beiden Trainingsvarianten hinreichend unterscheiden. Aufbau und Ablauf war sehr ähnlich, auch die Methoden variierten nur bezüglich des Einsatzes der „Problemlösehand“ und der Häufigkeit der Rollenspiele, die wahrscheinlich zu der geringeren Wirkung beim Abbau der Sozialen Unsicherheit geführt haben dürfte. Hätte das Problemlösetraining andere Effekte erzielt, wenn es stärker kognitiv orientiert gewesen wäre? Die Frage, ob sozial unsichere Kinder tatsächlich grundsätzliche Defizite beim Problemlösen aufweisen, wurde im vorherigen Abschnitt bereits diskutiert. Geht man davon aus, dass dieser Ansatz sinnvoll ist, so ist möglicherweise ein rein kognitives Training notwendig, um Veränderungen der Problemlösefertigkeiten zu erzielen. Rein kognitive Therapieansätze werden jedoch weder im Kinder- noch Erwachsenenbereich eingesetzt. Selbst in der klassischen Domäne der kognitive Therapie, der Depressionstherapie, werden kognitive Techniken wie beispielsweise der „sokratische Dialog“ stets durch Verhaltensübungen (z.b. Aufbau positiver Aktivitäten ergänzt). Es scheint also ethisch fragwürdig, den Teilnehmern einer Interventionsstudie eine bewährte therapeutische Maßnahme vorzuenthalten, um zu erfahren, ob eine rein kognitive Technik wirken würde.

Möglich wäre die Entwicklung eines Trainings der Problemlösefertigkeiten für gesunde Kinder. Sollte ein solches Training Wirkung zeigen, könnte es mit dem bereits bestehenden Training kombiniert werden, wobei sich dann die Frage stellt, ob die Verhaltensübungen verkürzt oder das Training verlängert werden sollte und welche Folgen diese Entscheidung wiederum nach sich zieht.

In der bestehenden Form ist das verhaltensorientierte Training dem Problemlösetraining vorzuziehen.

Einzelfallanalysen

Betrachtet man die Verläufe der Beobachtungen in den Elterntagebüchern, so wird deutlich, dass sich bei allen Kindern der Interventionsgruppe mindestens ein positiver Trend zeigte, bei den Kindern der Kontrollgruppe bei drei Kindern keine positive Entwicklung zu beobachten war, in einem Fall eine deutlich negative Entwicklung. Die Kinder der Kontrollgruppe, bei denen positive Trends zu verzeichnen sind, machen im Schnitt ebenso viele Fortschritte wie die Kinder der Interventionsgruppe. Es wird deutlich, dass das Führen eines Elterntagebuches in Kombination mit den Vorgesprächen eine positive Entwicklung begünstigen kann, jedoch nicht in allen Fällen, wie es bei den Kindern der Interventionsgruppe der Fall ist. Die H1 konnte überzufällig häufig angenommen werden, in der Interventionsgruppe zu 100% und in der Kontrollgruppe zu 63%.

Wären die positiven Trends auf eine normale Altersentwicklung zurück zu führen, so müssten sie bei allen Kindern zu finden sein, dies ist jedoch nicht der Fall. Die Einzelfallanalysen zeigen auf, dass das Training in den Alltag übertragen wird und dort deutliche Auswirkungen zeigt, die über die Fokussierung der Eltern auf die erwünschten Verhaltensänderungen hinaus gehen.

Durch die Beobachtung und Protokollierung der Eltern erhöht sich einerseits die Wahrscheinlichkeit, dass die Eltern den Kinder Gelegenheit geben, das erwünschte Verhalten auszuüben (z.B. durch Aufsuchen eines Spielplatzes) und andererseits ist es wahrscheinlich, dass die Eltern den Kindern Rückmeldung über das beobachtete Verhalten geben (z.b. „Heute kann ich ankreuzen: Hat oft mit andern Kindern gespielt, prima!“) und es zum Ausführen der erwünschten Verhaltensweisen anregen (z.b. „Jetzt schaust du wieder auf den Fußboden. Sieh mich bitte an beim Sprechen“). Es ist wahrscheinlich, dass das Kind versuchen wird, sich dem erwünschten Verhalten anzunähern. Mit der Protokollierung können auch Verstärkungsprozesse im Sinne einer operanten Konditionierung verbunden sein, falls die Eltern das Kind loben, wenn sie eine erwünschte Verhaltensweise beobachtet haben.

Die Beobachtungen in den Elterntagebüchern bauen auf dem Alltagsverhalten der Kinder auf und die Urteile werden von Personen gefällt, mit denen die Kinder im Alltag zu tun haben. Bei einer Veränderung des Alltagsverhaltens kann von einer relativ hohen Validität ausgegangen werden (Lübben und Pfingsten, 1999). Mit Hilfe der Elterntagebücher kann die Generalisierung der Trainingserfolge erfasst werden. Sie stellen ein sehr hartes Kriterium zur Beurteilung von Trainingseffekten dar, und bei dem Vergleich mit Elterntagebüchern unbehandelter Kinder handelt es sich aufgrund der Eigenwirkung dieser Beobachtungsform um einen konservativern Untersuchungsansatz.

Die Ergebnisse der Einzelfallanalysen sprechen dafür, dass das Training als eine „Anstiftungstherapie“ im Sinne von Döpfner (1987) bewertet werden kann.

Einflussfaktoren auf die Trainingseffektivität

Einen weiteren Untersuchungsbereich dieser Dissertation bildete die Frage, ob es günstige oder ungünstige Einflussfaktoren auf den Therapieerfolg gab. In erster Linie sind dabei die Einflüsse auf die Parameter von Interesse, die tatsächlich durch das Training verändert wurden. Insgesamt konnten 22 signifikante Vorhersagen getroffen werden. Bei einem kritischen α-Niveau von .05 sind bei 810 Regressionsanalysen 40 zufällig signifikante Ergebnisse zu erwarten. Diese Befunde sprechen dafür, dass das Training in der untersuchten Population gut einsetzbar ist und keine der erfassten Kontrollvariablen zu einer Verschlechterung des gesamten Therapieerfolges führt. Auch scheint das Training für Mädchen und Jungen gleichermaßen geeignet. Besonders positiv ist zu bewerten, dass kein signifikanter Einfluss der Zuwendung durch die Eltern aufgezeigt wurde, denn dieser Befund spricht dafür, dass das Training auch bei Kindern eingesetzt werden kann, deren Eltern weniger Zuwendung geben. Auch für das Alter der Kinder konnte bei keinem der Parameter, bei denen sich ein Therapieerfolg zeigte, ein signifikanter Einfluss festgestellt werden.

Für „Schüchternheit“ als Temperamentsmerkmal konnte kein signifikanter Einfluss auf die Parameter, die durch das Training verändert wurden, aufgezeigt werden. Es gibt also keine Hinweise dafür, dass das Training bei Kindern, die Schüchternheit als Veranlagung aufweisen, weniger wirksam ist.

Eine hohe Ausprägung des Temperamentsmerkmals „Soziabilität“ wirkte sich positiv auf die Veränderung des Selbstwertes aus. Da Kinder mit einem hohen Ausmaß an „Soziabilität“ Aufmerksamkeit oder Zuwendung anderer als Belohnung ansehen und motivierter sind, derartige Situationen aufzusuchen, ist es für diese Kinder möglicherweise einfacher, die geforderten Übungen durchzuführen. Dadurch könnte die höhere Selbstwertsteigerung zustande kommen.

Die weiteren Einflussfaktoren ergeben kein einheitliches Bild und scheinen eher zufällig signifikant geworden zu sein. Der Durchführungsort „Schule“ scheint sich günstig auf die Entwicklung des Selbstwertes auszuwirken, auf die Entwicklung einzelner Situationen zur Sozialen Kompetenz scheinen sich schlechte Stimmungsqualität, Konzentrationsschwierigkeiten und niedriger Selbstwert begünstigend und Pavor Nocturnus ungünstig auszuwirken. An dieser Stelle soll noch einmal darauf hingewiesen werden, dass bei einer solchen Vielzahl von Regressionsanalysen die Kumulation falsch positiver Entscheidungen wahrscheinlich ist und keine Alpha-Adjustierung durchgeführt wurde.

Insgesamt wurde keine Kontrollvariable gefunden, die sich eindeutig ungünstig auf die Trainingseffektivität auswirkte, dies spricht für die breite Einsetzbarkeit des Trainings. Es zeigten sich keine Hinweise auf die Notwendigkeit einer alters- oder geschlechtsspezifischen Modifizierung des Trainings.

Langfristige Effektivität

Es wurde erwartet, dass das Training auch langfristig die Soziale Unsicherheit reduziert. Um die individuellen Entwicklungen zu analysieren, wurden die bereits dargestellten Kriterien von Jacobsen und Truaux (1991) zur Bestimmung bedeutsame Veränderungen im klinisch-psychologischen Kontext herangezogen: 1. Eine reliable, statistisch signifikante Veränderung in positiver Richtung sowie 2. Eine Veränderung vom dysfunktionalen in den funktionalen Bereich. 10 der 16 Kinder erfüllten das erste Kriterium, eine signifikante Veränderungen in die erwünschte Richtung, 13 der 16 Kinder zeigten eine Veränderung vom dysfunktionalen in den funktionalen Bereich. Bezieht man ein Kriterium mit ein, ergibt sich eine Erfolgsrate von 81%, beide Kriterien erfüllen 63% der Kinder.

In den im Theorieteil zitierten Therapiestudien wird ausschließlich die Veränderung vom dysfunktionalen in den funktionalen Bereich berücksichtigt, Prozentangaben liegen nur für den zweiten Messzeitpunkt vor, für den dritten Messzeitpunkt wird stets eine „weitgehende Stabilisierung der Effekte“ angegeben. Es wurden Besserungsraten zwischen 50% und 88% berichtet (Barrett et al., 1996: 57%, 84%;je nach Intervention; Kendall, 1994: 64%, 82%, 60%, je nach Variable; Kendall et al. 1997: 50%, 60%, 70%, je nach Variable, King et al., 1998: 88%). Die erzielte Rate von 80% mit einer Veränderung vom dysfunktionalen in den funktionalen ist mit den Ergebnissen der internationalen Kontrollgruppenstudien zur Wirksamkeit kognitiv-behavioraler Interventionen bei Kindern mit klinisch bedeutsamen Ängsten vergleichbar und als gut zu bewerten.

Die Aussagekraft dieser Rate der klinisch bedeutsamen Veränderung wird durch die kleine Stichprobengröße zu t3 eingeschränkt. Weiterhin würde der Vergleich mit einer unbehandelten Kontrollgruppe den Ergebnissen mehr Gewicht verleihen. Hier entsteht jedoch erneut ein ethisches Problem, da 17-20 Monate Wartezeit nicht zumutbar wären.

Bei der Beurteilung der Entwicklung und der aktuellen Situation durch Eltern und Kinder zeigen sich folgende Tendenzen: Kinder und Eltern schätzten den individuellen Verlauf sehr positiv ein, in der aktuellen Einschätzung beschreiben sich die Kinder mehrheitlich als „sehr selbstbewusst“ und „etwas schüchtern“. Im aktuellen Peer-Vergleich ist der größere Anteil der Kinder der Meinung sich genau so viel zu trauen, wie andere Kinder. Das Selbsturteil der Kinder fällt stets besser aus als das Elternurteil, besonders auffällig ist dies bei der Einschätzung der Zufriedenheit mit sich selbst: 94% der Kinder geben an, mit sich zufrieden zu sein, während nur 63% der Eltern die Kinder ebenso einschätzen. Eltern und Kinder nehmen mindestens eine Situation, in der ein Kompetenzgewinn statt fand, dieser wurde von den Kindern häufiger auf das Training zurück geführt als von den Eltern.

Das Training wird von Eltern und Kindern als sehr erfolgreich eingeschätzt, wobei die Kinder sich selbst weniger ängstlich, selbstbewusster und zufriedener einschätzen als dies die Eltern tun. Weiterhin nennen die Kinder mehr Fortschritte, die sie auf das Training zurück führen, als die Eltern.

Sowohl die empirischen Befunde als auch die Einschätzungen der Eltern und Kinder zur Trainingseffektivität sprechen für die langfristige Wirksamkeit des Trainingsprogrammes.

8 Diskussion und Ausblick

An dieser Stelle sollen die Ergebnisse beider Studien zusammengefasst und unter Einbeziehung des im Theorieteil aufgestellten hypothetischen Bedingungsmodells bewertet werden. Weiterhin soll ein Ausblick auf mögliche zukünftige Forschungsfragen gegeben werden.

In Studie eins sollten die Verbreitung und der Verlauf Sozialer Unsicherheit bei Kindern mit und ohne Körperbehinderung erhoben werden. Die Ergebnisse sollten Schlussfolgerungen darüber erlauben, wann und bei welchen Kindern eine Intervention indiziert ist. Es wurden zwei Konstrukte untersucht: „Soziale Unsicherheit“ und „Sozialkontakte“. Die Befunde können folgendermaßen zusammengefasst werden:

- Bei Kindern mit Körperbehinderung handelt es sich um eine risikobehaftete Subpopulation, sie sind von „Sozialer Unsicherheit“ deutlich stärker betroffen (35%) als Kinder ohne Körperbehinderung (14%). Bezüglich der Sozialkontakte zeigten sich keine Unterschiede zwischen Kindern mit und ohne Körperbehinderung.
- Die „Angst vor negativer Bewertung“ war bei den älteren Kindern stärker ausgeprägt.
- In der Gruppe der Kinder ohne Körperbehinderung gaben die älteren Kinder signifikant mehr Sozialkontakte an. In der Gruppe der Kinder mit Körperbehinderung gaben die älteren Kinder intensivere Sozialbeziehungen an. Jüngere Kinder wurden insgesamt beliebter eingeschätzt.
- Es wurde kein genereller Geschlechtsunterschied für die Soziale Unsicherheit gefunden gefunden. Es zeigte sich jedoch ein größeres Ausmaß an klinisch bedeutsamen sozialen Ängsten bei den Jungen.
- Als besonders betroffene Subgruppen konnten neben den Kindern mit Körperbehinderung im allgemeinen die 6-8jährigen Jungen mit Körperbehinderung identifiziert werden. Treffender wäre jedoch die Bezeichnung der 6-8jährigen Mädchen als Gruppe mit besonderen Resilienzfaktoren.
- Der Anteil sozial unsicherer Kinder nimmt im Verlauf nicht ab. Die Vermutung, dass bei einem größeren Anteil der Kinder die Symptomatik stabil bleibt oder zunimmt, konnte für die Variable SAD bestätigt werden, für FNE jedoch nicht.

In Studie 2 wurden die kurz und langfristige Effektivität zweier störungsspezifischer Manuale für sozial unsichere Kinder analysiert. Die untersuchten abhängigen Variablen waren: „Soziale Unsicherheit“ „Soziale Kompetenz“, „Problemlösefertigkeiten“ „Sozialbeziehungen“ und „Selbstwert“. Die einzelnen Hypothesen sollen an dieser Stelle bewertet und diskutiert werden.

- Die Interventionsgruppe zeigte größere Veränderungen der „Sozialen Unsicherheit“, des „Selbstwertes“ und der „Sozialen Kompetenz“ als die Kontrollgruppe.
- Es wurde keine trainingsspezifische Wirkung der beiden Trainingsvarianten bezüglich der Variablen „Problemlösen“ und „Soziale Kompetenz“ gefunden.
- Das verhaltensorientierte Training erzielte eine größere Reduktion der „Sozialen Unsicherheit“ als das Problemlösetraining.

- Es wurde keine Variable gefunden, die einen signifikanten Einfluss auf mehrere Effektivitätsparameter aufwies.
- Langfristig zeigten 81% der zu t3 untersuchten Kinder eine Veränderung vom dysfunktionalen in den funktionalen Bereich und 62% eine reliable, statistisch signifikante Veränderung in positiver Richtung.
- Die Einzelfallanalysen zeigten die Übertragung der Trainingsinhalte in den Alltag auf.

Mögliche Kritikpunkte an den beiden Studien sind die hohe Drop-out-Rate in Studie eins zum zweiten Messzeitpunkt sowie in Studie zwei zum dritten Messzeitpunkt. Bei weiterführenden Untersuchungen zur Verbreitung der Sozialen Unsicherheit sollten die Eltern mehr eingebunden werden. Bei der Weiterführung der Therapiestudie wäre die Mitaufnahme einer zweiten Kontaktadresse (Großeltern, Tante) denkbar. Weiterhin wäre die Entwicklung standardisierter Erhebungsinstrumente zur Erfassung der „Sozialen Kompetenz“ und der „Problemlösefertigkeiten“ oder die Übersetzung und Normierung internationaler Instrumente wünschenswert. Aufgrund fehlenden Informationen zur Validität und Reliabilität der verwendeten Items ist deren Aussagekraft stark eingeschränkt. Dies gilt auch für die Items des „SOBEKI“.

Die Befunde der beiden Studien sollen vor dem Hintergrund der in Kapitel 3 dargestellten Erklärungsmodelle und des Hypothetischen Bedingungsmodells diskutiert werden. Als prädisponierende Faktoren werden eine erniedrigte Erregungsschwelle und erhöhte Reagibilität des „Behavioral Inhibition“ Systems vermutet. Als Persönlichkeitsmerkmale werden die Dimensionen „Annäherung/Rückzug“ und „Anpassungsfähigkeit an neue Situationen und Stimmungslagen“ diskutiert (Kagan, 1988), weiterhin „Emotionalität“ und „Soziabilität“ (Plomin & Stocker, 1989). In Studie 2 zeigten sich zum ersten Messzeitpunkt signifikante Korrelationen, die diese Thesen stützen.

Das Temperamentsmerkmal „Emotionalität“ weist zum ersten Messzeitpunkt deutliche Zusammenhänge mit dem durch die Eltern eingeschätzten „Sozialen Rückzug“, der Skala „ängstlich-depressiv“ und den „Internalisierenden Auffälligkeiten“ insgesamt auf. Ähnlich verhält es sich bei dem Merkmal „Aktivität“ (EAS), das mit der Variable „Sozialer Rückzug“ und den „internalisierenden Auffälligkeiten“ zum ersten Messzeitpunkt korreliert. Je geringer die Aktivität eingeschätzt wir, desto stärkerer Sozialer Rückzug wird zum ersten Messzeitpunkt angegeben. Die deutlichsten Zusammenhänge finden sich für das Temperamentsmerkmal „Schüchternheit“, das mit dem „Sozialen Rückzug“, der Skala „ängstlich-depressiv“, den „internalisierenden Auffälligkeiten“ und der „Intensität der Sozialkontakte“ zum ersten Messzeitpunkt signifikant korreliert, jedoch nicht mit dem Selbsturteil der Kinder zur Sozialen Unsicherheit. Hier ist sogar eine negative Korrelation zu verzeichnen, die jedoch nicht signifikant ist. Dieser Aspekt ist besonders interessant, da kein Einfluss des Trainings auf die „Schüchternheit“ als Temperamentsmerkmal aufgezeigt wurde und ebenso keine Beeinflussung des Trainings durch die „Schüchternheit“.

Soziabilität und Selbstwert weisen einen deutlichen Zusammenhang auf, jedoch keine der Skalen zur Sozialen Unsicherheit. Das Temperamentsmerkmal „Annäherung / Vermeidung“ korreliert als einziges Merkmal mit dem Selbsturteil der Kinder zur Sozialen Unsicherheit, weiterhin mit der Skala ängstlich depressiv und den internalisierenden Auffälligkeiten insgesamt.

In Verbindung mit den Ergebnissen der Studie zwei, die keine Veränderung der Temperamentsmerkmale durch das Training aufzeigten, stützen diese Befunde die These, dass es sich bei den Temperamentsmerkmalen „Annäherung/Vermeidung“ und „Emotionalität“ und „Soziabilität“ um prädisponierende Faktoren handelt, da sie in dieser Subpopulation mit der Ausprägung der Problematik korrelieren. Diskutiert werden sollte auch „Aktivität“ als prädisponierender Faktor. In den aktuellen klinischen Studien wird zwar theoretisch des öfteren diskutiert, dass Schüchternheit als State oder als Trait vorliegen kann (z.b. Asendorpf1993), es werden jedoch eher selten Temperamentsmerkmale und Verhaltensauffälligkeiten bei dieser klinischen Stichprobe erhoben und verglichen. Betrachtet man nun die Zusammenhänge der zu t2 erneut eingeschätzten Variablen (Tab. 156), so zeigt sich, dass die ehemals starken Zusammenhänge nicht zu finden sind. Die Korrelationen mit den Variablen, die Ängste erfassen, sind zudem alle negativ.

Tab. 156: Korrelationen zu t2

	t2	Selbstwert	Sozialer Rückzug	Ängstlich-depressiv	Internali-sierend	Intensität Sozialkontakte	SAD	FNE
Schüchternheit t2	r	.09	-.07	-.18	-.20	.05	-.37	-.22
	p	.66	.72	.37	.30	.85	.06	.25

Aufgrund der Gütekriterien der Verfahren ist davon auszugehen, dass es sich um eine valide und reliable Messung handelt. Diese Befunde stützen die These, dass es sich bei „Schüchternheit“ um einen prädisponierenden Faktor handelt und nicht um ein verwandtes Konstrukt der Sozialen Unsicherheit. Auch wenn viele Definitionen der Sozialen Unsicherheit stark ähneln (beispielsweise „Angst und Gehemmtheit in sozialen Situationen“, Cheek, 1990) handelt es sich doch um etwas grundlegend anderes. Die beiden Variablen weisen Zusammenhänge auf, so lange die Ausprägung der Soziale Unsicherheit im dysfunktionalen Bereich liegt, jedoch nicht mehr bei einer Reduktion derselben.

Als weitere biologische prädisponierende Faktoren wurden prä, peri- und postnatale Risiken und körperliche Erkrankungen, die mit sozialer Aufmerksamkeit oder Einschränkung des Bewegungsradius‘ einhergehen, postuliert. Auch diese Annahme konnte für die Kinder mit Körperbehinderung als Risikopopulation bestätigt werden.

Es wurden weitere psychische Faktoren als prädisponierende Bedingungen postuliert: ein niedriger Selbstwert, ein ungünstiger Attributionsstil und fehlende Bewältigungsfertigkeiten. Es zeigten sich zum ersten Messzeitpunkt deutliche Zusammenhänge zwischen dem Selbstwert und der Sozialen Unsicherheit ($p \leq .00$), zu den

anderen beiden Faktoren können keine Aussagen getroffen werden. Weiterhin wurde postuliert, dass andere psychische oder Entwicklungsstörungen, wie z.b. Enuresis, Sprachstörungen oder Legasthenie für die Entwicklung einer Sozialen Unsicherheit vulnerabel machen können. Dies wurde nicht statistisch überprüft. Sprachstörungen, Legasthenie und Enuresis wurden relativ häufig festgestellt. Bei den Erstgesprächen und der Trainingsdurchführung wurden von den Kindern häufig Ängste geäußert, die anderen Kinder könnten sie wegen ihres Handicaps auslachen, weiterhin wurden derartige Situationen regelmäßig im Rollenspiel geübt. Diese Beobachtungen wurden jedoch nicht statistisch überprüft.

Das elterliche Interaktions- und Erziehungsverhalten wurde als mögliche prädisponierende Bedingung aufgeführt. Dazu wurde keine Erhebung durchgeführt, es kann nur als Erfahrungsbericht ergänzt werden, dass sehr häufig die Bedeutung konsistenten Erziehungsverhaltens mit den Eltern erarbeitet wurde, da diese das Problemverhalten oft unabsichtlich verstärkten.

In den mit den Eltern erarbeiteten Hypothetischen Bedingungsmodellen ließ sich in fast allen Fällen operante Konditionierung durch Anspannungsabfall bei Flucht und Vermeidung feststellen, ebenso verhielt es sich bei der operanten Konditionierung durch Misserfolgserleben in sozialen Situationen. Die Ausweitung durch Reizgeneralisierung wurde von etwa der Hälfte der Eltern berichtet.

In dem Training wurde an den aufrechterhaltenden Bedingungen angesetzt. In den folgenden Abschnitten wird diskutiert, inwieweit der Abbau der aufrechterhaltenden Bedingungen gelang.

Negative Kognitionen, die in angstauslösenden bzw. potentiell bedrohlichen Situationen auftreten: In dem Training wurde versucht, diese durch positive Selbstverbalisation abzubauen. Da der Rückgang der „Angst vor negativer Bewertung“ in der Interventionsgruppe zwar deutlich war, jedoch nicht größer als in der Wartekontrollgruppe, ist dieser nicht unbedingt auf das Training zurückzuführen.

Selbstfokussierung in der sozialen Situation: In der sozialen Situation verhindert die Selbstfokussierung adäquates und kompetentes Handeln, sie beeinträchtigt die Informationsverarbeitung und führt zu einem negativen Eindruck beim sozialen Umfeld. In dem Training wurden die Kinder für die körperlichen, emotionalen und kognitiven Anzeichen von Stress sensibilisiert und angeleitet, in diesen Situationen eine Kurzentspannung durchzuführen und sich „Ich schaff das schon“ zu sagen. Die Anwendung dieser Strategie wurde von den Kindern in den Stunden häufig berichtet und wurde bei den Problemlösesituationen häufig genannt. Dies kann als Hinweis auf die Beeinflussung der Selbstfokussierung gewertet werden, jedoch nicht als empirische Bestätigung.

Ineffektive Informationsverarbeitung: Die Selbstfokussierung führt zur ineffektiven Informationsverarbeitung und bestätigt so negative Erwartungen. Betrachtet man die Skala

„Aufmerksamkeitsprobleme“ so zeigt sich deskriptiv eine größere Reduktion in der Interventionsgruppe ($p \leq .12$), diese ist statistisch jedoch nicht bedeutsam. Sie kann jedoch als Hinweis auf eine verbesserte Informationsverarbeitung gewertet werden.

Negativer Selbstwert: Die mit den negativen Gedanken verbundenen Emotionen der empfundenen Hilflosigkeit, Traurigkeit und Ängstlichkeit führen zu negativen Selbstwertgefühlen. Zum ersten Messzeitpunkt zeigte sich ein signifikanter Zusammenhang zwischen der Variablen Selbstwert und der „Angst in und Vermeidung von Sozialen Situationen“ ($p \leq .00$) und der „Angst vor negativer Bewertung“ ($p \leq .00$), dies spricht für die Funktion des Selbstwertes als Bedingungsfaktor für die Soziale Unsicherheit. Der Selbstwert wurde durch die Intervention signifikant gesteigert, folglich konnte die mögliche aufrechterhaltende Bedingung „niedriger Selbstwert“ abgebaut werden.

Mangelnde Soziale Kompetenzen: Durch mangelnde Übung sind die Sozialen Kompetenzen oft nicht altersgemäß entwickelt. Ziel des Trainings war es, diese zu steigern. Zum ersten Messzeitpunkt wies die Situation „Soziale Aufmerksamkeit aushalten“ eine signifikante Korrelation ($p \leq .02$) mit der Variable „Sozialer Rückzug auf, während die Soziale Kompetenz in der Situation „Aktivität initiieren“ mit der Variable „Angst in und Vermeidung von Sozialen Situationen“ korrelierte ($p \leq .01$). Die Antworten der Kinder zu den fünf Situationen wurden in der Interventionsgruppe zu t2 als „sozial kompetenter“ eingeschätzt.

Erwartungsangst: Die Erwartungsangst vor der Situation erzeugt Arousal und körperliche Symptome, die wiederum Angst erzeugen und sozial angemessenes Verhalten verhindern. Möglicherweise wurde die Erwartungsangst durch die „Angst in und Vermeidung von sozialen Situationen“ mit erfasst, in diesem Falle sprechen die Ergebnisse für eine Reduktion.

Problemlösefertigkeiten: Entgegen der ursprünglichen Annahmen korrelierten die Problemlösefertigkeiten nicht signifikant mit den Konstrukten „Soziale Unsicherheit“, „Selbstwert“ und „Soziale Kompetenz“. Dies kann entweder dadurch begründet sein, dass die Problemlösefertigkeiten nicht valide erfasst wurden oder „Soziale Unsicherheit“ und „Problemlösen“ nicht so eng zusammenhängen, wie im Theorieteil vermutet wurde. Dies würde auch die fehlende Auswirkung des Trainings auf dieses Konstrukt erklären.

Durch Gespräche und Informationsmaterialien wurde versucht, die externen aufrechterhaltenden Bedingungen wie überbehütender oder autoritärer Erziehungsstil und unabsichtliche Verstärkung des sozial unsicheren Verhaltens zu beeinflussen. Es wurde nicht untersucht, inwieweit dies gelang. In weiteren Untersuchungen könnte diesem Aspekt mehr Aufmerksamkeit geschenkt werden, da gerade die Veränderung der Verhaltensweisen des Umfeldes interessant sein könnte, nicht nur als Reaktion auf eine direkte Intervention, sondern auch als Reaktion auf das veränderte Verhalten der Kinder. Weiterhin ist zu überlegen, welche konzeptionellen Änderungen die Wirkung des Trainings verbessern könnten, da die Ergebnisse zwar insgesamt ermutigend, die Effektstärken jedoch als mittel bis gering zu bezeichnen sind. Eine deutlichere Auswirkung auf die Sozialbeziehungen wäre

ebenfalls wünschenswert, da die Kinder mit einer durchschnittlichen Anzahl von neun Sozialkontakten immer noch nicht den Mittelwert der Normstichprobe erreichen.

Abbildung 105 stellt die Einflüsse des Trainings auf die vermuteten Bedingungsfaktoren dar.

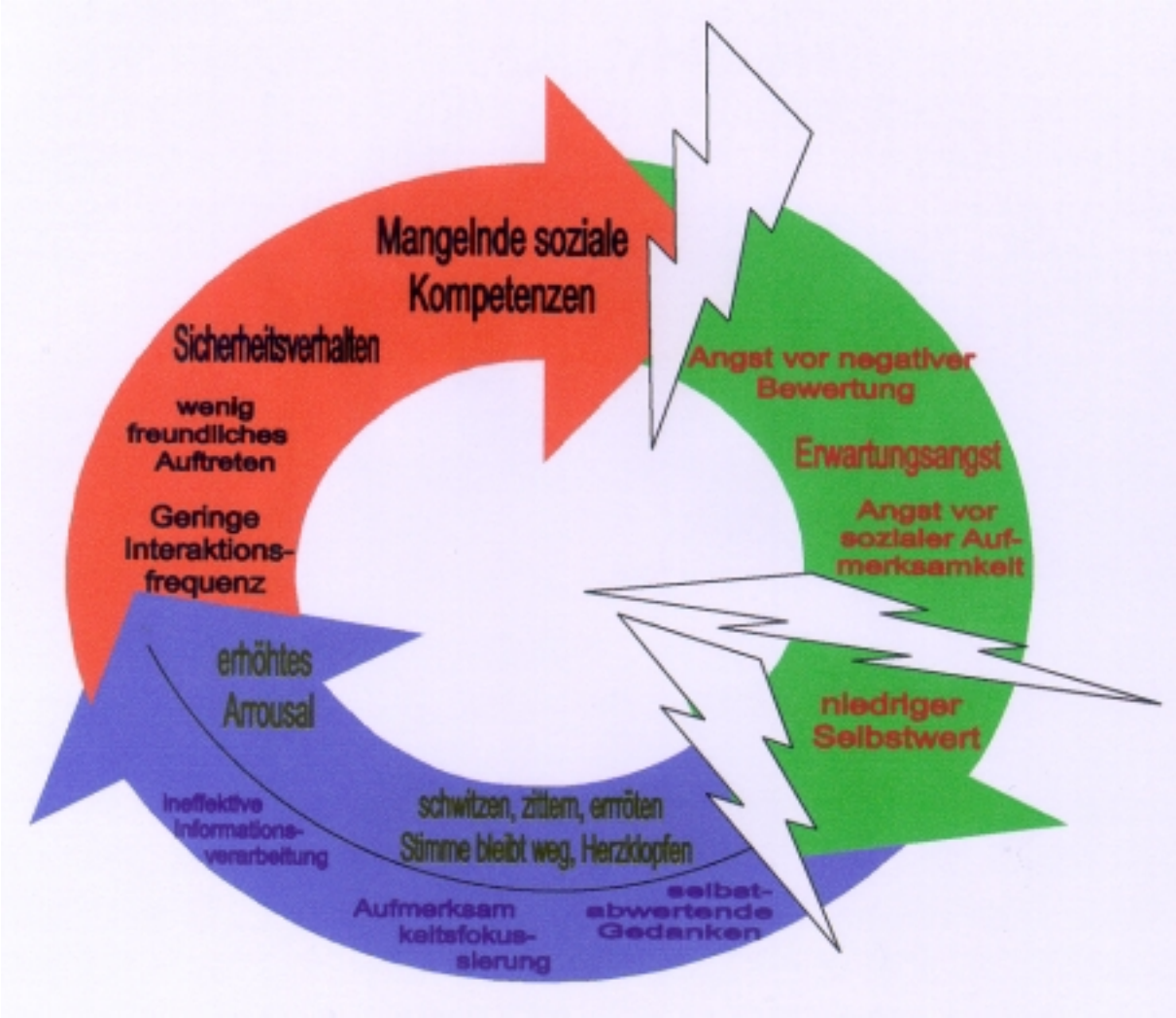


Abbildung 105: Einflüsse des Trainings auf den vermuteten Teufelskreis sozialer Ängste.

Die durchgeführten Interventionen führen zur Reduktion der aufrechterhaltenden Faktoren der Sozialen Unsicherheit und der Sozialen Unsicherheit selbst. Da die sozialen Ängste und Soziale Unsicherheit ein erhebliches Risiko mit sich bringen, im Jugend- oder Erwachsenenalter eine psychische Störung zu entwickeln, kann vermutetet werden, dass durch die Reduktion derselben ein Beitrag zur Prävention psychischer Störungen geleistet wurde. Abbildung 106 stellt die mögliche Entwicklung von Kindern mit Sozialer Unsicherheit und Angststörungen im Kindesalter dar (nach Petermann, 2000). Dieser mögliche Verlauf kann mit den im Rahmen dieser Arbeit postulierten hypothetischen Bedingungsmodell integriert werden, insbesondere mit dem im Theorieteil dargestellten Aspekt, dass bei Kindern, im Gegensatz zu Erwachsenen, sich in der Situation Kognitionen und Körpersymptome nicht gegenseitig aufschaukeln. In der aktuellen Forschungsliteratur

existieren keine Berichte vom Auftreten von Panikattacken bei sozial unsichere Kinder , auch im Rahmen dieser Arbeit wurden Panikattacken von den Kindern und Eltern nie beschreiben. Panikattacken in Verbindung mit sozialen Ängsten sind bei Erwachsenen jedoch verbreitet (z.b. Schneider & Margraf, 1998). Möglicherweise bildet sich diese Rückmeldeschleife zwischen Kognitionen und Körperwahrnehmungen in der Situation (vgl. Theorieteil), die zu Panikattacken führt, erst in der Pubertät aus. Ohne frühzeitige Intervention steigt die Wahrscheinlichkeit, Ängste im Sinne eine Panikstörung zu entwickeln. Dies wäre eine mögliche Erklärung für die von Petermann (2000) dargestellte Abfolge der psychischen Störungen im Entwicklungsverlauf.

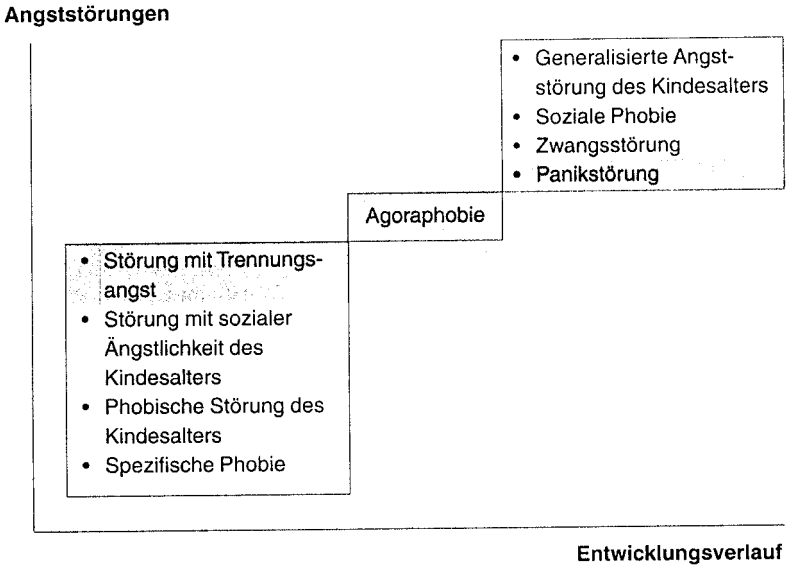


Abbildung 106: Möglicher ungünstiger Entwicklungsverlauf von Angststörungen

Insgesamt stützen die Befunde die im Theorieteil hergeleiten Modellannahmen und sprechen für die Effektivität des Trainingsprogramms. Die Reduktion der Sozialen Unsicherheit und die Steigerung des Selbstwertes und der Sozialen Kompetenten leisteten aller Wahrscheinlichkeit nach einen Beitrag zur Prävention psychischer Störungen.

Die Befunde werfen zusätzlich eine Fülle von neuen Forschungsfragen auf. Besonders interessant sind die Zusammenhänge der verschiedenen Konstrukte: Sind beispielsweise die Problemlösefertigkeiten und die Soziale Unsicherheit möglicherweise nicht so eng verknüpft, wie bisher angenommen wurde? Gibt es verschiedene Subgruppen innerhalb der sozial unsicheren Kinder, die verschiedene Beschwerdekonstellationen aufweisen? Wie sehen die Zusammenhänge zwischen Temperamentsmerkmalen und Sozialer Unsicherheit in einer unausgelesenen Stichprobe aus?

Die Befunde dieser Studien bieten Implikationen für Forschung und Praxis. Es wurde ein Trainingsprogramm entwickelt, das in der psychotherapeutischen Praxis angewendet werden kann und in einer groß angelegten Therapiestudie wissenschaftlich evaluiert wurde,

wie es in diesem Umfang im deutschen Sprachraum bisher für diese Zielgruppe nicht gelang. Weiterhin wurden die Kinder mit Körperbehinderung als Risikogruppe identifiziert. Schließlich wurde aufgezeigt, dass es sich bei Sozialer Unsicherheit um ein stabiles Beschwerdebild handelt, dessen Behandlung bereits bei Kindern im Grundschulalter indiziert und möglich ist.

9 Zusammenfassung

Ziel dieser Arbeit war es, den Interventionsbedarf für sozial unsichere Kinder festzustellen, zwei störungsspezifische Manuale zu entwickeln und diese im Hinblick auf die kurz und langfristige Effektivität zu evaluieren. In der ersten der beiden Studien sollte der Bedarf und die Indikation von Sozialen Kompetenz Trainings für sozial unsichere Kinder bei Kindern mit und ohne Körperbehinderung festgestellt werden. Weiterhin sollte geklärt werden, ob es sich bei Sozialer Unsicherheit um ein stabiles Phänomen handelt. In der zweiten Studie wurde die kurz- und langfristige Wirkung von zwei unterschiedlichen Interventionsformen im Vergleich zu einer Wartekontrollgruppe untersucht. Es wurden multi- und univariate Varianzanalysen sowie post-hoc-Tests zum Einsatz gebracht. Auf individueller Ebene wurden Einzelfallanalysen gerechnet.

In der Studie zur Verbreitung und zum Verlauf der Sozialen Unsicherheit wurden 155 Kinder mit und ohne Körperbehinderung im Einzelsetting untersucht, nach 18 Monaten konnten 52 dieser Kinder erneut befragt werden. 14% der Kinder ohne Körperbehinderung wiesen klinisch bedeutsame soziale Ängste auf. Es zeigte sich ein deutlicher Gruppenunterschied zu den Kindern mit Körperbehinderung, die zu 35% klinisch bedeutsame soziale Ängste berichteten. Es wurden keine Unterschiede bezüglich der Anzahl und Intensität der Sozialbeziehungen gefunden. Innerhalb der Gruppe der Kinder mit Körperbehinderung gaben die Mädchen im Alter von 6-8 Jahren deutlich weniger soziale Ängste an als alle übrigen Gruppen, möglicherweise handelt es sich hier um eine Gruppe mit besonderen Resilienzfaktoren, da auch die Entwicklung innerhalb der 18 Monate in dieser Subgruppe besonders günstig ausfiel. Die weiteren Untersuchungen zum Verlauf der Sozialen Unsicherheit zeigten, dass es sich auf individueller Ebene um eine stabile Problematik handelt und auf Gruppenebene eine progrediente Entwicklung zu finden ist: Der Anteil der Kinder mit klinisch bedeutsamen Ängsten nahm signifikant zu.

Die Evaluationsstudie ergab für die Trainingsgruppen zum zweiten Messzeitpunkt signifikante Veränderungen des Selbstwertes, der Sozialen Kompetenz und der klinisch bedeutsamen sozialen Ängste, diese waren deutlich größer als die Veränderungen in der Wartekontrollgruppe. Die gefundenen Effektstärken sind als mittel bis gering einzuschätzen. Langfristig zeigte sich bei 80% der Kinder eine Veränderung der sozialen Ängste vom dysfunktionalen in den funktionalen Bereich. Es wurde keine trainingsspezifische Wirkung des untersuchten Problemlöstrainings im Vergleich zu dem verhaltensorientierten Training bezüglich der Problemlösefertigkeiten und der Sozialen Kompetenz gefunden. Insgesamt zeigte sich das verhaltensorientierte Training dem Problemlösetraining überlegen. Das Training war bei den Kindern mit stark ausgeprägtem Beschwerdebild zu t1 besonders wirkungsvoll, die Trainingseffektivität wurde von Alter und Geschlecht der Kinder nicht beeinflusst. 10 Kinder der Interventionsgruppe und 8 Kinder der Kontrollgruppe wurden mittels Elterntagebüchern auf einzelfallanalytischer Ebene untersucht, hier zeigten sich deutliche Hinweise auf die Generalisierung der Trainingsinhalte auf den Alltag.

Die Befunde der Studien wurden vor dem aktuellen Forschungshintergrund diskutiert. Mögliche Implikationen dieser Arbeit für Forschung und Praxis bestehen einerseits in der genaueren Analyse des langfristigen Verlaufes in epidemiologischen Studien, da sie in dieser Untersuchung im eineinhalb Jahres Verlauf als stabile Problematik identifiziert wurde. Weiterhin ist die frühzeitige Prävention Sozialer Unsicherheit bei Kindern mit Körperbehinderung gefordert, da sich diese als Risikopopulation erwiesen. Aufgrund des individuell progredienten Verlaufes der Problematik ist eine Intervention bei den betroffenen Kindern indiziert, dabei zeigte sich das entwickelte verhaltensorientierte Training als besonders geeignet. Denkbar wäre die Modifikation des Trainingsprogramms für spezielle Patientengruppen, beispielsweise Kinder mit onkologischen Erkrankungen.

Das Phänomen „Soziale Unsicherheit“ wirft weiterhin Forschungsfragen auf. Die möglichen zukünftigen Untersuchungsbereiche sind vielfältig, eine der höchst interessanten vorstellbaren Forschungsfragen ist die Bestimmung des Zusammenspiels kognitiver, emotionaler und physiologischer Vorgänge mit dem Verhalten bei sozial unsicheren Kindern im Vergleich zu sozial unsicheren Erwachsenen.

10 Literaturverzeichnis

Achenbach, T. M., & Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist (1991a). Elternfragebogen über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen – CBCL 4-18. Göttingen: Testzentrale Hogrefe.

Achenbach, T. M., & Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist (1991b). Youth-Self-Report - YSR. Göttingen: Testzentrale Hogrefe.

Achenbach, T. M., & Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist (1991c). Lehrerfragebogen über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen – TRF. Göttingen: Testzentrale Hogrefe.

Achenbach, T. M., Howell, C. T., Quay, H. C., Conners, C. K. (1991). National survey of problems and competencies among four- to sixteen-year-olds: Parents' reports for normative and clinical samples. Monographs of the Society for Research in Child Development, 56(3), v-120.

Ainsworth, M. S., Blehar, M. C., Waters, E, Wall, S. (1978). Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation. Hillsdale, HJ: Lawrence Erlbaum.

Albano, A.M. (1995). Treatment of social anxiety in adolescents. Cognitive & Behavioral Practice, 2(2), 271-298.

American Psychiatric Association. (1980). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (3th ed., Text Revised). Washington, DC: American Psychiatric Association.

American Psychiatric Association. (2000). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed., Text Revised). Washington, DC: American Psychiatric Association.

Amidon, E. & Simon, A. (1965). Teacher-pupil interaction. Review of Educational Research. 35, 2, 130-139.

Anderson, J. C., Williams, S., McGee, R. (1987). Child/adolescent behavioral and emotional problems: Implications of cross-informant correlations for situational specifity. Psychological Bulletin, 101, 213-231.

Asendorpf, J. (1989). Soziale Gehemmtheit und ihre Entwicklung. Berlin: Springer.

Asendorpf, J. B. (1993). Abnormal shyness in children. Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines, 34(7), 1069.

Asendorpf, J. B. (1998). Die Entwicklung sozialer Kompetenzen, Motive und Verhaltensweisen. In F. Weinert (Hrsg.), Entwicklung im Kindesalter. (S. 153-175). Weinheim: PVU.

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 & Social Psychology, 64(6), 1072-1083.

Asendorpf, J.B & van Aken, M.A.G. (1994). Traits and relationship status: Stranger versus peer group inhibition and test intelligence versus peer group competence as early predictors of later self-esteem. Child Development, 65(6), 1786-1798.

Asendorpf, J.B. & Wilper, S. (1998). Personality Effects on Social Relationsships. Journal of Personality and Social psychology,74(6),1531-1544.

Axline, V. M. (1993). Kinderspieltherapie im nicht-direktiven Verfahren. (8.Aufl.). München: Reinhardt.

Barlow, D. H. Future directions. Last, C. G. (Ed); Hersen, M.. (1988). Handbook of anxiety disorders. (pp. 587-598). Elmsford, NY, US: Pergamon Press.

Barrett, P. M., Dadds, M. R. & Rapee, R. M. (1996). Familiy treatment of childhood anxiety: a controlled trial. Journal of Consulting and Clinical psychology, 64, 333-342.

Baumrind, D. (1967). Child care practices anteceding three patterns of preschool behavior. Genetic Psychology Monographs, 75(1), 43-88.

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.

Beelmann, A. (1997). Effektivität und Wirkfaktoren der Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen. Unveröffentlichtes Manuskript.

Beidel, D.C., Turner, S.M., & Morris, T.L., (1995). A new inventory to assess childhood social anxiety and phobia: The social phobia and anxiety inventory for children. Psychological Assessment, 7, 73-79.

Berger, C., Geiken, G., Lehmkuhl, U., Lenz, K. & Göbel, D. (1997). Soziale Beziehungen von Kindern (SOBEKI). Abteilung für Psychatrie, Neurologie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters des Virchow Klinikums der Humboldt-Universität zu Berlin. Unveröffentlichtes Manual.

Bernstein, D. P., Cohen, P., Skodol, A., Bezirganian, S. (1996). Childhood antecedents of adolescent personality disorders. American Journal of Psychiatry, 153 (7), 907-913.

Bernstein, G. A., Borchardt, C. M., Prewien, A. R., Crosby, R. D., Kushner, M. G., Thuras, P. D., Last, C. G (2000). Imipramine plus cognitive-behavioral therapy in the treatment of school refusal. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 39(3), 276-283.

Biederman, J., Rosenbaum, J. F., Hirshfeld, D. R., Faraone, S. V. (1990). Psychiatric correlates of behavioral inhibition in young children of parents with and without psychiatric disorders. Archives of General Psychiatry, 47(1), 21-26.

Bird, H. R., Canino, G., Rubio-Stipec, M., Gould, M. S., et al (1988). Estimates of the prevalence of childhood maladjustment in a community survey in Puerto Rico: The use of combined measures. Archives of General Psychiatry, 45 (12), 1120-1126.

Blechman, E. A., McEnroe, M. J., Carella, E. T., & Audette, D. P. (1986). Childhood Competence and Depression. Journal of Abnormal Psychology, 95 (3), 223-227.

Bonney, M. E. (1943). The relative stability of social, intellectual, and academic status in grades II to IV, and the inter-relationships between these various forms of growth. Journal of Educational Psychology, 34, 88-102.

Bornstein, M.R., Bellack, A.S. & Hersen, M. (1977). Social-skills training for unassertive children: A multiple-baseline analysis. Journal of Applied Behavior Analysis, 10(2), 183-195.

Bortz, J., Doering, N. (1995). Forschungsmethoden und Evaluation. Berlin: Springer.

Botvin, G. J. (2000). Preventing drug abuse in schools: Social and competence enhancement approaches targeting individual-level etiologic factors. Addictive Behaviors, 25(6), 887-897

Bowen, R. C., Offord, D. R., Boyle, M. H. (1990). The prevalence of overanxious disorder and separation anxiety disorder: Results from the Ontario Child Health Study. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 29(5), 753-758.

Bowman, D.H., & Mathhews, C. V. (1960). Motivations of youth for leaving school. Washington, DC: U.S. Office of Education Cooperative Research Program.

Bronson, W. C. (1966). Central orientations: A study of behavior organization from childhood to adolescence. Child Development, 37(1), 125-155.

Bruch, M.A. & Heimberg, R.G. (1994). Differences in perceptions of parental and personal characteristics between generalized and nongeneralized social phobics. Journal of Anxiety Disorders, 8(2), 155-168.

Buell, J., Stoddard, P., Harris, F.R. & Baer, D.M. (1968). Collateral social development accompanying reinforcement of outdoor play in a preschool child. Journal of Applied Behavior Analysis, 1(2), 167-173.

Bullinger, M., von Mackensen, S., & Kirchberger, I. (1994). KINDL – ein Fragebogen zur Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität von Kindern. Sonderderuck, Zeitschrift für Gesundheitspsychologie, 2(1), 64-77.

Burk, B., & Wittchen, H. U. (1991). Modifizierte Anwendung eines Trainings für sozial unsichere Kinder aus soziostrukturell benachteiligten Schichten. Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychopathologie und Psychotherapie, 39, 69-87.

Burk, B. (1993). Training mit einem sozial unsicheren deprivierten Kind aus einer Tagesheimgruppe. Kindheit und Entwicklung, 2, 47-53.

Burow, F., Aßhauer, M., Hanewinkel, R. (1998). Fit und stark fürs Leben. Prävention des Rauchens durch Persönlichkeitsförderung. Leipzig: Klett Verlag.

Buss, A. H. & Plomin, R. A. (1984). Temperament: Early developing personality traits. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.

Buswell, M., M. (1953) The relationship between the social structure of the classroom and the academic success of the pupils. Journal of Experimental Education, 22, 37-52.

Byars, K. C., Brown, R. T., Campbell, R. M., Hobbs, S. A. (2000). Psychological adjustment and coping in a population of children with recurrent syncope. Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics, 21(3), 189-197.

Caspi, A., Henry, B., McGee, R.O., Moffitt, T.E. et al. (1995). Temperamental origins of child and adolescent behavior problems: From age three to fifteen. Child Development, 66(1), 55-68.

Chandler, M. J.(1973). Egocentrism and antisocial behavior: The assessment and training of social perspective-taking skills. Developmental Psychology 9(3), 326-332.

Cheek, J.M & Briggs, S.R. (1990). Shyness as a personality trait. In: W.R. Crozier (Ed.) Shyness and embarrassment: Perspectives from social psychology (pp. 315-337). New York: Cambridge University Press.

Cheek, J. M., & Melchior, L. A. (1990). Shyness, Self-Esteem, and Self-Conciousness. In H. Leitenberg (Ed.), Handbook of social and evaluation anxiety. New York: Plenum Press.

Cheek, J.M., Melchior, L.A. & Carpentieri, A.M. (1986). Shyness and self-concept. In: L.M. Hartman & K.R. Blankstein (Eds.), Perception of self in emotional disorder and psychotherapy (S. 113-131). New York: Plenum Press.

Cheek, J.M. & Watson, A.K. (1989). The definition of shyness: Psychological imperialism or construct validity? Journal of Social Behavior & Personality, 4(1), 85-95.

Clark, M. L., Ayers, M. (1993).Friendship expectations and friendship evaluations: Reciprocity and gender effects. Youth & Society, 24(3), 299-313.

Clark, M. L., Bittle, M. L. (1992). Friendship expectations and the evaluation of present friendships in middle childhood and early adolescence. Child Study Journal, 22(2),115-135.

Clark, D. M., Wells, A. (1995). A cognitive model of social phobia. In: Heimberg, R. G. (Ed), Liebowitz, M. R. (Ed), et al.: Social phobia: Diagnosis, assessment, and treatment. (pp. 69-93). New York, NY, US: The Guilford Press.

Comer, R. J. (2001). Klinische Psychologie. Hrsg. v. Gudrun Sartoryl (2. Aufl.) Heidelberg: Spektrum Akademischer Verlag.

Conger, J. J., & Miller, W. C. (1966). Personality, social class, and delinquency. New York: Wiley.

Connoly, J. (1989). Social self-efficacy in adolescence: Relations with self-concept, social adjustment and mental health. Canadian Journal of Behavioral Sciences 21(3),: 258-269.

Costello, E. J., Stouthamer-Loeber, M. & DeRosier, M. (1993). Continuity and change in psychopathology from childhood to adolescents. Paper presented at the annual meeting of the Society for Research in Child and Adolescent Psychopathology, Santa Fe, New Mexico.

Costello, E. J., Angold, A. (1995). Epidemiology. In March, J. S. (Ed) Anxiety disorders in children and adolescents. (pp. 109-124). The Guilford Press: New York, NY, US.

Costello, E. J., Costello, A. J., Edelbrock, C. et al. (1988). Psychiatric disorders in pediatric primary care: Prevalence and risk factors. Archives of General Psychiatry, 45, 12, 1107-1116.

Crijnen, A.A.M., Achenbach, T.M. & Verhulst, F.C. (1997). Comparisons of problems reported by parents of children in 12 cultures: Total problems, externalizing, and internalizing. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 36(9), 1269-1277.

Crijnen, A.A.M., Achenbach, T.M. & Verhulst, F.C. (1999). Problems reported by parents of children in multiple cultures: The Child Behavior Checklist syndrome constructs. American Journal of Psychiatry, 156(4), 569-574.

Denham, S.A. & Almeida, M.C. (1987). Children's social problem-solving skills, behavioral adjustment, and interventions: A meta-analysis evaluating theory and practice. Journal of Applied Developmental Psychology, 8(4), 391-409.

Davidson, J. R.; 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(3), 709-718.

Dilling, H., Mombour, W. & Schmidt, M. H. (Hrsg.) (1999). Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 (3. Aufl.). Bern: Hans-Huber.

Dodge, K.A. & Feldman, E. (1990). Issues in social cognition and sociometric status. In: S.R. Asher & J.D. Coie (Eds.), Peer rejection in childhood. Cambridge studies in social and emotional development (S. 119-155). New York: Cambridge University Press.

Dodge, K. A., Murphy, R. M., & Buchsbaum, K. (1984). The assessment of intention-cue detction skills in children: Implications for developmental psychopathology. Child development, 55, 163-173.

Döpfner, M. (1987). Soziale Kompetenztraining bei selbstunsicheren Kindern. In O. Speck, F. Peterander, & P. Innerhofer (Hrsg.), Kindertherapie. München: Reinhardt.

Döpfner (2000). Diagnostik und funktionale Analyse von Angst- und Zwangsstörungen bei Kinder und Jugendlichen. Kindheit und Entwicklung, 9(3), 143-160.

Döpfner, M., Plück, J. Berner, W., Englert, E., Fegert, J.M., Huss, M., Lenz, K., Schmeck, , Lehmkuhl ,G., Lehmkuhl, F & Poustka (1997). 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, 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., Schmeck, K., Poustka, F., Berner, W., Lehmkuhl, G. & Verhulst, F. (1996). Verhaltensauffälligkeiten von Kindern und Jugendlichen in Deutschland, den Niederlanden und den USA. Eine kulturvergleichende Studie mit der Child Behavior Checklist. Nervenarzt, 67, 960- 967.

Duda-Kirchof, K., Suhr, L., Griscard, T., Backes, M. (2002). Evaluation verhaltenstherapeutischer Interventionen bei Kindern und Jugendlichen mit Angststörungen. http://www.uni-koeln.de/med-fak/kjp/fo2/fo26.html.

Duda-Kirchhoff, K. & Döpfner, M. (2000). Therapieprogramm für Kinder und Jugendliche mit Angsstörungen – Behandlungskonzept und Behandlungseffekt. Kindheit und Entwicklung, 9(3), 161-170.

Durlak, J. A., Fuhrman, T., & Lampman, C. (1991). Effectiveness of Cognitive-behavior Therapy for Maladapting Children: A Meta Analysis. Psychological Bulletin, 110(2), 204-214.

Ensminger, M. C., Kellam, S. G. & Rubin, B. R. (1983). School and family origins od delinquency: Comparisons by sex. In K. T. Van Dusen & S. A. Mednick (Eds.), Prospective studies of crime and delinquency (pp. 73-97). Hingham, MA: Kluwer-Nijhoff Publishing.

Epkins, C.C. (1996). Affective confounding in social anxiety and dysphoria in children - child, mother, and father reports of internalizing behaviors, social problems, and competence domains. Journal of Social & Clinical Psychology, 15(4), 449-470.

Essau, C.A., Conradt, J. & Petermann, F. (1998). Frequency and comorbidity of social fears and social phobia: Results from the Bremen adolescent study. Fortschritte der Neurologie-Psychiatrie, 66(11), 524-530.

Essau, C. A., Conradt, J., Petermann, F. (1999). Frequency and comorbidity of social phobia and social fears in adolescents. Behaviour Research & Therapy, 37, 9, 831-843.

Essau, C. A., Karpinski, N. A., Petermann, F., Conradt, J. (1998). Haeufigkeit und Komorbiditaet psychischer Störungen bei Jugendlichen: Ergebnisse der Bremer Jugendstudie. Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie. 46(2), 105-124.

Esser, G., Ihle, W., Schmidt, M., Blanz, B. (1996). Psychische Störungen vom Kindes- zum Erwachsenenalter – Entstehungsbedingungen und Verlauf in Ost und West. Abschlussbericht, Förderkennzeichen 01EP9503/0.

Fiedler, P. (1996). Verhaltenstherapie in und mit Gruppen - Psychologische Psychotherapie in der Praxis. Weinheim: Beltz, Psychologie Verlags Union.

Flemming, D. & Ricks, D. F. (1970). Emotions of children before schizophrenia and before character disorder. In M. Roff & D. F. Ricks (Eds.), Life history research in psychopathology (1), 240-264.

Fonagy, P., Target, M. (1994). Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 33(1), 45-55

Ford, M. E. & Miura, I. T (1983). Prototypical conceptions of socially competent children and Adults. Paper presented at the 91st Annual Convention of the Americain Psychological Association at Anaheim, CA.

Forness, S.R. & Kavale, K.A. (1996). Treating social skill deficits in children with learning disabilities: A meta-analysis of the research. Learning Disability Quarterly, 19(1), 2-13.

Foxx, R. M., Faw, G. D., & Nisbeth, I. (1990). Social Skills Training for Inpatient Emotionally Disturbed Children. An Analysis of Generalization. Child & Family Behavior Therapy, 12, 4, 11-37.

Franke, H. G. (2000). Brief Symptom Inventory, deutsche Version. Göttingen: Beltz-Test.

Frazee, H.E. (1953). Children who later became schizophrenic. Smith College Studies in Social Work, 23, 125-149.

Freihaut, C.S. (1993). Wenn Kinder fremdeln. Psychologie Heute, 20(5), 16-17.

Fydrich, T., Chambless, D. L., Perry, K. J., Bürgener, F. & Beazley, M. (1998). Behavioural assessment of social performance: A rating system for social phobia. Behaviour Research and Theapy, 36, 995-1010.

Garcia C.C., Kagan, J. & Reznick, J.S. (1984). Behavioral inhibition in young children. Child Development, 55(3), 1005-1019.

Goldstein, A. P. (1973). Structured learning therapy: toward a psychotherapy for the poor. New York: Acad. Press.

Goldston, J. D.: (2000). A meta-analysis of social skills literature: Elementary children. Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences & Engineering. 61, 6-B.

Granger, D.A., Weisz, J.R. & Kauneckis, D. (1994). Neuroendocrine reactivity, internalizing behavior problems, and control-related cognitions in clinic-referred children and adolescents. Journal of Abnormal Psychology, 103(2), 267-276.

Gray, J.A. (1982). The neuropsychology of anxiety: An enquiry into the functions of the septo-hippocampal system. Oxford psychology series. New York: Clarendon Press/Oxford University Press. 548pp.

Gray, J. A. (1987). The neuropsychology of emotion and personality. In: Stahl, S. M. (Ed), Iversen, S. D. (Ed), et al. Cognitive neurochemistry. (pp. 171-190). New York, NY, US: Oxford University Press.

Gray, J. A., (1990). Brain systems that mediate both emotion and cognition. Cognition & Emotion, 4, 3, 269-288.

Grawe, K. (2000). Psychologische Therapie. Göttingen: Hogrefe.

Gresham, F.M. (1981). Social skills training with handicapped children: A review. Review of Educational Research, 51(1), 139-176.

Grewen, K. (1985). Längerfristige Arbeitslosigkeit und ihre psychischen und psychosozialen Folgen. Aachen: Offsettdruckerei.

Guralnick, M. J. (1999). Family and child influences on the peer-related social competence of young children with developmental delays. Mental retardation and developmental disabilities research reviews, 5, 21-29.

Hampel, P., & Petermann, F. (1998). Anti-Stress-Training für Kinder. Weinheim: PVU.
Hayward, C., Killen, J.D., Kraemer, H.C. & Taylor, C.B. (1998). Linking self-reported childhood behavioral inhibition to adolescent social phobia. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 37(12), 1308-1316.
Hedges, L. V., Olkin, I. (1984). Nonparametric estimators of effect size in meta-analysis. Psychological Bulletin, 96(3), 573-580.
Hinsch, R. & Pfingsten, U. (1998). Gruppentraining sozialer Kompetenzen (GSK). Grundlagen, Durchführung, Praxis. (3. Aufl.). Weinheim: PVU.
Hinsch, R. & Weigelt, M. (1991). Konzeption desd GSK und allgemeine Vorgehensweise. In R. Hinsch, R. & U. Pfingsten: Gruppentraining sozialer Kompetenzen (GSK). Grundlagen, Durchführung, Praxis, pp. 39-43.
Hock, E., Schirtzinger, M. B. (1992). Maternal separation anxiety: Its developmental course and relation to maternal mental health. Child Development, 63(1), 93-102.
Hofmann, S.G., Ehlers, A. & Roth, W.T. (1995). Conditioning theory: A model for the etiology of public speaking anxiety? Behaviour Research & Therapy, 33(5), 567-571.
Hyson, M. C., Izard, C.I E (1985). Continuities and changes in emotion expressions during brief separation at 13 and 18 months. Developmental Psychology, 21(6), 1165-1170.
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.
Jacobson, N. S., & Truaux, P. (1991). Clinical significance : A statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 59, 12-19.
Jacobson, E. (1929). Progressive relaxation. Chicago: University Press.
Janes, C. L., Hesselbrock, V., Stern, J. A. (1978). Parental psychopathology, age, and race as related to electrodermal activity of children. Psychophysiology,l 15(1), 24-34.
Janes, C. L., Hesselbrock, V., Stern, J. A. (1978). Problem children adult's adjustment predicted from teacher's rating. American Journal of Psychiatrie, 48, 300-309.
Janes, C. L., Hesselbrock, V. M., Myers, D. G., Penniman, J. H. (1979). Problem boys in young adulthood: Teachers' ratings and twelve-year follow-up. Journal of Youth & Adolescence, 8(4), 453-472.
John, R.S., Mednick, S.A. & Schulsinger, F. (1982). Teacher reports as a predictor of schizophrenia and borderline schizophrenia: A Bayesian decision analysis. Journal of Abnormal Psychology, 91(6), 399-413.
Johnson, S. P. Short-term play therapy. In: Landreth, G. L. (Ed). (2001). Innovations in play therapy: Issues, process, and special populations. (pp. 217-235). Philadelphia, PA, US: Brunner-Routledge.
Joorman & Unnewehr (2001). Eine kontrollierte Studie zur Wirksamkeit kognitiv-verhaltenstherapeutischer Gruppentherapie bei Kindern und Jugendlichen mit sozialer Phobie. Vortrag vom 25.05.01, 2. Workshop-Kongress für Klinische Psychologie und Psychotherapie, Bern.
Kagan, J. (1985, reprinted 1988). The idea of emotion in human development. In: Izard, C. E, Kagan,J. (Ed). Emotions, cognition, and behavior. (pp. 38-72). New York, NY, US: Cambridge University Press.
Kagan, J. (1987). Perspectives on infancy. In: J. D. Osofsky (Ed). Handbook of infant development (2nd ed.). Wiley series on personality processes. (pp. 1150-1198). Oxford: John Wiley & Sons.
Kagan, J., Moss, H., (1966). A.Birth to maturity: A study in psychological development. John Wiley: NY.
Kagan, J., et al.(1984). Behavioral inhibition to the unfamiliar. Child Development, 55(6), 2212-2225.
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. (1987). The physiology and psychology of behavioral inhibition in children. Child Development, 58, 6, 1459-1473.

Kagan, J., Reznick, J. S., Snidman, N. (1988). The physiology and psychology of behavioral inhibition in children. Annual Progress in Child Psychiatry & Child Development, 102-127.

Kagan, J., Snidman, N. & Arcus, D.M. (1992). Initial reactions to unfamiliarity. Current Directions in Psychological Science, 1(6), 171-174.

Kanfer, F. H. (1970). Self-monitoring: Methodological limitations and clinical applications. Journal of Consulting & Clinical Psychology, 35(2), 148-152.

Kashani, M. D., & Orvaschel, P. D. (1990). A communitystudy of anxiety in children and adolescents. American journal of psychiatry, 147, 313-318.

Kashdan, T.B. & Herbert, J.D. (2001). Social anxiety disorder in childhood and adolescence: Current status and future directions. Clinical Child & Family Psychology Review, 4, 37-61.

Katzelnick, D. J., Greist, J.H. (2001). Social anxiety Disorder: an unrecognized problem in primary care. Journal of clinical psychology, 62, 11-15.

Kazdin, A. E. (1974). Reactive self-monitoring: The effects of response desirability, goal setting, and feedback. Journal of Consulting & Clinical Psychology, 42(5), 704-716.

Kendall, P.C. (1981). One-year follow-up of concrete versus conceptual cognitive-behavioral self-control training. Journal of Consulting & Clinical Psychology, 49(5), 748-749.

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. & Sotham-Gerow, M. A. (1996). Long-term follow-up of a cognitiv-behavioral therapy for anxiety disordered youth. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64, 724-730.

Kendall, P. C., Flannery-Schroeder, E., Panichelli-Mindel, S. M., Southam –Gerow, M., Henin, A. & Warman, M. (1997). Therapy for youths with anxiety disorders: a second randomized trial. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 65, 366-380.

Kessler, R. C., McGonagle, K. A., Zhao, S., et al (1994). Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United states: Results from the National Comorbidity study. Archives of General Psychiatry, 51, 8-19.

King, N. J., Tonge, B. J., Heyne, D., Pritchard, M., Rollings, S., Young, D., Myerson, N. & Ollendick, T. (1998). Cognitive-behavioral treatment of school-refusing children: A controlled evaluation. Journal of the American Academy of child and adolescent psychiatry, 37, 395-403.

Kirkegaard-Sorensen, L, Mednick, S. A. (1975). Registered criminality in families with children at high risk for schizophrenia. Journal of Abnormal Psychology, 84(3), 197-204.

Klein-Heßling, J. & Lohaus, A. (1997). Bleib locker. Ein Streßbewältigungstraining für Kinder. Göttingen: Hogrefe.

Kohn, M. (1977). Social competence, symptoms and underachievement in childhood: A longitudinal perspective. V. H. Winston & Sons: Washington, D.C.

Kruse, J., Meyer-Probst, B., Reis, O., Esser, G., Ihle, W. (2001). Seelische Gesundheit junger Erwachsener in Mannheim und Rostock. Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie: Forschung und Praxis, 30(1), 55-64.

Kubar, W. L. (2000). Social adjustment in children with cancer. Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences & Engineering, 60, 9-B, Univ Microfilms International.

Künzel-Böhmer, J., Bühringer, G., Janik-Konecny, T. (1993). Expertise zur Primärprävention des Substanzmissbrauchs. Schriftenreihe des Bundesministerium für Gesundheit, Band 20. Baden-Baden: Nomos-Verlagsgesellschaft.

La Greca AM, Lopez N (1998), Social anxiety among adolescents: linkages with peer relations and friendships. Journal of Abnormal Child Psychology, 26(2), 83-94.

La Greca, A.M. & Stone, W.L. (1993). Social Anxiety Scale for Children--Revised: Factor structure and concurrent validity. Journal of Clinical Child Psychology, 22(1), 17-27.

Lambert, N. A. (1972). Intellectual and nonintellectual predictors of high school status. Journal of Scholastic Psychjology, 6, 247-259.

Last, C. G., Hansen, C. & Franco, N. (1998). Cognitive-behavioral treatment of scholl phobia. Journal of the American Academy of child and adolescent psychiatry, 37, 404-411.

Laucht, Manfred, Esser, Guenter, Schmidt, Martin H. (1997). Developmental outcome of infants born with biological and psychosocial risks. Journal of Child Psychology & Psychiatry & Allied Disciplines, 38(7), 843-853

Laucht, M., Esser, G., Schmidt, M. H. (2000). Längsschnittforschung zur Entwicklungsepidemiologie psychischer Störungen: Zielsetzung, Konzeption und zentrale Befunde der Mannheimer Risikokinderstudie. Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie: Forschung und Praxis. 29(4), 246-262.

Lauth, G. (1983). Erfassung problemlöserelevanter Kognitionen bei Kindern. Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie. 32(4), 142-150.

Lauth, G. W., & Schlottke, P. F. (1997). Training mit aufmerksamkeitsgestörten Kindern - Diagnostik und Therapie. Weinheim: PVU.

Lazarus, R. S. (1971). Behavior therapy & beyond. New York: McGraw-Hill.

Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1986). Cognitive Theories of stress an the issue of circularity. In M. E. Appley & R. Trumbull (Eds.), Dynamics of stress.(pp. 63-80). New York: Plenum press.

Leary, M.R. (1993). Social anxiousness: The construct and its measurement. Journal of Personality Assessment, 47(1), 66-75.

LeDoux, J.E. (2000). The Emotions Circuits in the Brain. Annual Review of Neuroscience, 23,155-184.

Lehmkuhl, G., Döpfner, M., Plück, J., Berner, W., Fegert, J-., Huss, M., Lenz, K., Schmeck, K., Lehmkuhl, U. & Poustka, F. (1998). Häufigkeit psychischer Auffälliogikeiten und somatischer Beschwerden bei vier bis zehnjährigen Kindern in Deutschland im Urteil der Eltern – ein Vergleich normorientierter und Kriterienorientierter Modelle. Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, 26, 83-96.

LeMare, L.J. & Rubin, K.H. (1987). Perspective taking and peer interaction: Structural and developmental analyses. Child Development, 58(2), 306-315.

Lewinsohn, P. M., Hops, H., Roberts, R. E., Seeley, J. R., et al (1993). Adolescent psychopathology: I. Prevalence and incidence of depression and other DSM-III--R disorders in high school students. Journal of Abnormal Psychology, 102(1), 133-144.

Lieb, R., Wittchen, H.-U, Hoefler, M, Fuetsch, M, Stein, M. B., Merikangas, K. R. Parental psychopathology, parenting styles, and the risk of social phobia in offspring: A prospective-longitudinal community study. Archives of General Psychiatry. 57(9), 859-866.

Lienert, G. A. & Raatz, U. (1994). Testaufbau und Testanalyse (5. Aufl.). Weinheim: Beltz, Psychologie-Verlags-Union.

Loeber, R. & Dishion, T. (1983). Early predictors of male delinquency: A review. Psychological Bulletin, 94(1), 68-99.

Lübben, K. & Pfingsten, U. (1999). Soziales Kompetenztraining als Intervention für sozial unsichere Kinder. In J. Margraf & K. Rudolf (Hrsg.), Soziale Kompetenz – sozoale Phobie. Anwendungsfelder, Entwicklungslinien, Erfolgsaussichten. (2. Aufl.). (S.145-169). Baltmannsweiler: Schneider.

Margraf, J. (2000). Lehrbuch der Verhaltenstherapie. Berlin: Springer.

Matson, J.L., Rotatori, A.F. & Helsel, W.J. (1983). Development of a rating scale to measure social skills in children: The Matson Evaluation of Social Skills with Youngsters (MESSY). Behaviour Research & Therapy, 21(4), 335-340.

McGee, R., Feehan, M., Williams, S., Partridge, F., et al (1990). DSM-III disorders in a large sample of adolescents. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry. 29(4), 611-619.

McNaughton, N. & Gray, J.A. (2000). Anxiolytic action on the behavioural inhibition system implies multiple types of arousal contribute to anxiety. Journal of Affective Disorders, 61(3), 161-176.

Melfsen, S., & Florin, I. (1997). Ein Fragebogen zur Erfassung sozialer Angst bei Kindern (SASC-R-D). Kindheit und Entwicklung, 6, 224-229.

Melfsen, S. (1998). Die deutsche Fassung der Social Anxiety Scale for Children Revised (SASC-R-D): Psychometrische Eigenschaften und Normierung. Diagnostica, 44(3), 153-163.

Melfsen, S., Florin, I.& Warnke, A. (2001). Sozialphobie- und Angstinventar für Kinder (SPAIK). Göttingen: Hogrefe Testzentrale.

Melfsen & Florin, (2001). SASC-R-D: Die Social Anxiety Scale Revised (Deutsche Fassung). Göttingen: Hogrefe Testzentrale.

Michael, C. M., Morris, D.P. & Soroker, E. (1957). Follow-up study of shy, withdrawn children: II. Relative incidence of schizophrenia. American Journal of Orthopsychiatry, 27, 331-337.

Mize, J. & Pettit, G.S. (1997). Mothers' social coaching, mother-child relationship style, and children's peer competence: Is the medium the message? Child Development, 68(2), 312-332.

Morris, D. P., Soroker, E., Burruss, G. (1954). Follow-up studies of shy, withdrawn children--I. Evaluation of later adjustment. American Journal of Orthopsychiatry, 24, 743-754.

Nietzel, M. T., Russell, R. L., Hemmings, K. A. & Gretter, M. L. (1987). Clinical significance of psychotherapy for unipolar depression: A meta-analytic approach to social comparison. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 55, 156-161.

O'Connor, R.D. (1969). Modification of social withdrawal through symbolic modeling. Journal of Applied Behavior Analysis, 2(1), 15-22.

O'Connor, R.D. (1972). Relative efficacy of modeling, shaping, and the combined procedures for modification of social withdrawal. Journal of Abnormal Psychology, 79(3), 327-334.

Oden, S. & Asher, S.R. (1977). Coaching children in social skills for friendship making. Child Development, 48(2), 495-506.

Offord, D.R., Boyle, M.H. & Jones, B.R. (1987). Psychiatric disorder and poor school performance among welfare children in Ontario. Canadian Journal of Psychiatry, 32(7), 518-525.

Offord, D.R., Boyle, M.H., Szatmari, P., Rae-Grant, N.I., et al. (1987). Ontario Child Health Study: II. Six-month prevalence of disorder and rates of service utilization. Archives of General Psychiatry, 44(9), 832-836.

Ollendick, T. H., & King, N. J. (1990). School Phobia and Seperation Anxiety. In H. Leitenberg (Ed.), Handbook of social and evaluation anxiety. New York: Plenum Press.

Parker, J.G. & Asher, S.R. (1987). Peer relations and later personal adjustment: Are low-accepted children at risk? Psychological Bulletin, 102(3), 357-389.

Pelissolo, A., Andre, C., Moutard-Martin, F., Wittchen, H. U., Lepine, J. P. (2000). Social phobia in the community: Relationship between diagnostic threshold and prevalence. European Psychiatry. 15(1), 25-28.

Petermann, F. (1996). Psychologie des Vertrauens. Göttingen: Hogrefe.

Petermann, F. & Petermann, U. (1996). Training mit sozial unsicheren Kindern: Einzeltraining, Kindergruppen, Elternberatung. (6. Überarb. Aufl.) Weinheim: PVU.

Petermann, F., & Senftleben, S. (1990). Training sozialer Kompetenzen mit sehbehinderten Grundschulkindern. Heilpädagogische Forschung, 16, 53-60.

Petermann, U. (1984). Einzelfallanalytische Effektprüfung bei einem Training mit sozial unsicheren Kindern. Zeitschrift für personenzentrierte Psychologie und Psychotherapie, 3, 357-374.

Petermann, U., & Röntgen, B. (1987). Sozial unsichere Kinder - Konzeption und Evaluation eines Behandlungsaspektes. In F. Petermann (Hrsg.), Verhaltensgestörtenpädagogik. Berlin: Marhold.

Petermann, F. (2000). Lehrbuch der klinischen Kinderpsychologie und -psychotherapie. Göttingen: Hogrefe.

Pfingsten, U. (1991). Soziale Kompetenzen und Kompetenzprobleme. In: R. Hinsch & U. Pfingsten: Grupppentraining sozialer Kompetenenz (pp 3-21). Weinheim: Psychologie-Verlags-Union.

Piers, E. V., Harris, D. B (1964). Age and other correlates of self-concept in children. Journal of Educational Psychology, 55(2), 91-95.

Plomin, R., Stocker, C. (1989). Behavioral genetics and emotionality. IN: Reznick, J. S. (Ed).: Perspectives on behavioral inhibition. (pp. 219-240). Chicago, IL, US: The University of Chicago Press.

Plück, J., Döpfner, M. & Lehmkuhl, G. (2000). Internalisierende Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland – Ergebnisse der PAK-KID-Studie. Kindheit und Entwicklung, 9(3),133-142.

Ravens-Sieberer, U. & Bullinger, M. (1998). Assessing health-related quality of life in chronically ill children with German KINDL. Quality of life research, 7, 399-407.

Reinherz, H. Z., Giaconia, R. M., Lefkowitz, E. S., Pakiz, B., et al. (1993). Prevalence of psychiatric disorders in a community population of older adolescents. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry. 32,(2), 369-377.

Roberts, B. W., Chapman, C. N. (2000). Change in dispositional well-being and its relation to role quality: A 30-year longitudinal study. Journal of Research in Personality. 34(1), , 26-41.

Robins, L.N. (1966). Deviant children grown up: A sociological and psychiatric study of sociopathic personality. Baltimore: Williams & Wilkins.

Rubin, K.H. & Asendorpf, J.B. (1993). Social withdrawal, inhibition, and shyness in childhood. Hillsdale: Lawrence Erlbaum Associates.

Rubin, K.H., Hymel, S. & Mills, R.S. (1989). Sociability and social withdrawal in childhood: Stability and outcomes. Journal of Personality, 57(2), 237-255.

Rubin, K.H., LeMare, L.J, & Lollis, S. (1990). Social withdrawal in childhood: Developmental pathways to peer rejection. S.R. Asher &. J.D. Coie (Eds.), Peer rejection in childhood. Cambridge studies in social and emotional development. (217-249), New York: Cambridge University Press.

Rubin, K.H. & Rose-Krasnor, L. (1992). Interpersonal problem solving and social competence in children. In: V.B. Van Hasselt. & M.Hersen (Eds.), Handbock of Social Development: A Lifespan Perspective (S. 283-323). New York: Plenum Press.

Saß, H., Wittchen, H.-U., Zaudig, M. (1996). Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen DSM-IV. Hogrefe: Göttingen.

Scheithauer, H., & Petermann, F. (1999). Zur Wirkungsweise von Risiko- und Schutzfaktoren in der Entwicklung von Kindern und Jugendlichen. Kindheit und Entwicklung, 8, 3-14.

Schmidtchen, S. (1991). Klientenzentrierte Familien- & Spieltherapie. (3. Aufl.). Weinheim: PVU.

Schneider, B. H. (1992). Didactic Methods for enhancing children's peer relations: a quantitative review. Clinical Psychology Review, 12, 363-382.

Schneider, S. & Margraf, J. (1998). Agoraphobie und Panikstörung. Göttingen: Hogrefe.

Schuster, P. (2001). Depressionen bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen : Eine klinisch-epidemiologische Analyse. Schattauer: Stuttgart.

Shaffer, D. Fisher, P., Dulcan, M. K., Davies, M. (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 & Adolescent Psychiatry. 35(7), 865-877.

Shelby, M.D., Nagle, R.J., Barnett-Queen, L.L., Quattlebaum, P.D. & Wuori, D.F. (1998). Parental reports of psychosocial adjustment and social competence in child survivors of acute lymphocytic leukemia. Children's Health Care, 27(2), 113-129.

Silverman, W. K. & La Greca, A. M. (1992). Screening for childhood anxiety: A comparison of test and social anxiety.

Slee, P.T. (1994). Situational and interpersonal correlates of anxiety associated with peer victimisation. Child Psychiatry & Human Development, 25(2), 97-107.

Sonntag, H., Wittchen, H. U., Hoefler, M., Kessler, R. C., Stein, M. B. (2000). Are social fears and DSM-IV social anxiety disorder associated with smoking and nicotine dependence in adolescents and young adults? European Psychiatry, 15(1), 67-74.

Spence, S. H. (1996). The prevention of anxiety disorders in childhood. In: Cotton, P. (Ed), Jackson, H. (Ed): Early intervention & prevention in mental health. (pp. 87-107). Carlton South VIC, Australia: Australian Psychological Society Ltd.

Spivack, G., Shure, M. B. (1974). Social adjustment of young children: A congitive approach to solving real-life problems. San Francisco, Calif.: Jossey-Bass.

Staal, N. G., Crijnen, A., Döpfner, M. & Verhulst, F.C. (1999). Körperliche Beschwerden bei Kindern in Deutschland und in den Niederlanden. Monatszeitschrift Kinderheilkunde, 147, 122-127.

Stein, M. B., Fuetsch, M., Müller, N., Höfler, M., Lieb, R., & Wittchen, H. U. (2001). Social anxiety disorder and risk of depression. Archives of general psychiatry, 58, 251-256.

Strain, P. S. & Fox, J. J. (1981). Peer social initiations and the modification of social withdrawal: A review and future perspective. Journal of Pediatric Psychology. 6(4), 417-433.

Strain, P.S., Shores, R.E. & Timm, M.A. (1977). Effects of peer social initiations on the behavior of withdrawn preschool children. Journal of Applied Behavior Analysis, 10(2), 289-298.

Strain, P.S & Timm, M.A. (1974). An experimental analysis of social interaction between a behaviorally disordered preschool child and her classroom peers. Journal of Applied Behavior Analysis, 7(4), 583-590.

Straun, P.S. & Wiegerink, R.(1976). The effects of sociodramatic activities on social interaction among behaviorally disordered preschool children. Journal of Special Education, 10(1), 71-75.

Strauss, C. C., Lahey, B. B., Frick, P., Frame, C. L., et al (1988). Peer social Status of children with anxiety disorders. Journal of Consulting & Clinical Psychology, 56(1), 137-141.

Strauss, C.C. & Last, C.G. (1993). Social and simple phobias in children. Journal of Anxiety Disorders, 7(2), 141-152.

Strauss, C. C., Lease, C. A., Last, C. G. & Francis, G. (1988). Overanxiety disorder: an examination of development difference. Journal of abnormal child psychology, 16, 433-443.

Sullivan, H. S. (1953). The interpersonal theory of psychiatry. W. W. Norton & Co: New York, NY, US.

Thurner, F. & Tewes, U. (1975). Der Kindet-Angst-Test KAT. Ein Fragebogen zur Erfassung des Ängstlichkeitsgrades von Kindern ab 9 Jahren. Göttingen: Hogrefe.

Topolski, T. D., Hewitt, J. K., Eaves, L. J., Silberg, J. L., et al (1997). Genetic and environmental influences on child reports of manifest anxiety and symptoms of separation anxiety and overanxious disorders: A community-based twin study. Behavior Genetics. 27(1), 15-28.

Ulrich , R., de Muynck, R. (1998). ATP: Anleitung für Therapeuten. München: Pfeiffer.

Unnewehr, S., Schneider, S. & Margraf, J. (1998). Kinder-DIPS. Diagnostisches Interview bei psychischen Störungen im Kindes- und Jugendalter. Heidelberg: Springer.

Van Aken, M. & Asendorpf, J.B. (1996). Continuity of the prototypes of social competence and shyness over the life span and across life transitions. Journal of Adult Development, 3(4), 205-216.

Vernberg, E.M., Abwender, D.A., Ewell, K.K. & Beery, S.H. (1992). Social anxiety and peer relationships in early adolescence: A prospective analysis. Journal of Clinical Child Psychology, 21(2), 189-196.

Verhulst, F. C., Dekker, M. C., van der Ende, J. (1997) Parent, teacher and self-reports as predictors of signs of disturbance in adolescents: Whose information carries the most weight?.Acta Psychiatrica Scandinavica, 96(1). 75-81

Waldrop, M. F., Halverson, C. F (1975). Intensive and extensive peer behavior: Longitudinal and cross-sectional analyses. Child Development, 46(1), 19-26

Wall, B. A. (2000). Social adjustment and perception of disease severity in children with juvenile rheumatoid arthritis. Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences & Engineering, 60(8-B).

Walter, R., & Remschmidt, H. (1999). Untersuchungen zur Reliabilität, Validität und Faktorenstruktur einer deutschen Version der Child Behavior Checklist. Zeitschrift für Klinische Psychologie, 28 (3), 177-184.

Warnken, R. G. (1958). The educational background of male schizophrenic patients. Dissertation Abstracts, 18, 1505-1506.

Warnken, R. G. & Siess, T. F. (1965). The use of the cummulative record in the prediction of behavior. Personnel and Guidance Journal, 31, 231-237.

Waters, E., Noyes, D.M., Vaughn, B.E. & Ricks, M. (1985). Q-sort definitions of social competence and self-esteem: Discriminant validity of related constructs in theory and data. Developmental Psychology, 21(3), 508-522.

Weiller, E., Bisserbe, J.-C., Boyer, P., Lepine, J.-P., et al (1996). Social phobia in general health care: An unrecognised undertreated disabling disorder. British Journal of Psychiatry. 168(2), 169-174.

Weisz, J. R., Weiss, B., Han, S. S., Granger, D. A., & Morton, T. (1995). Effects of Psychotherapy With Children and Adolescents Revisited: A Meta-Analysis of Treatment Outcome Studies. Psychological Bulletin, 117(3), 450-468.

Wiecerkowski, W., Nickel, H., Janowski, A., Fittkau, B. & Rauer, W. (1974). Angstfragebogen für Schüler. Braunschweig: Westermann.

Windle, M. & Lerner, R. M. (1986). Reassessing the dimensions of temperamental individuality across the life span: The Revised Dimensions of Temperament Survey (DOTS--R). Journal of Adolescent Research, 1(2), 213-229.

Wittchen, H-U, Nelson, C. B., Lachner, G. (1998) Prevalence of mental disorders and psychosocial impairments in adolescents and young adults. Psychological Medicine. 28(1), 109-126.

Wittchen, H.-U. & Semler, G. (1990). Composite International diagnostic interview (CIDI). Weinheim: Beltz.

Wittchen, H.-U. (2000). The many faces of social anxiety disorder. International clinical psychopharmacology, 15(1), 7-12.

WHO (1994). Life skills education in schools. Geneva: WHO, Division of mental health.

Zigler, E., Phillips, L. (1961). Social competence and outcome in psychiatric disorder. Journal of Abnormal & Social Psychology, 63(2), 264-271.

11 Anhang:

A Elterntagebuch
B Beispiel einer Fragebogenseite zur Einschätzung der Situationen zur sozialen Kompetenz
C Vollständigen Antworten und deren Einschätzung der Situationen zur sozialen Kompetenz
D Beispiel einer Fragebogenseite zur Einschätzung der Situationen zum Problemlösen
E Vollständigen Antworten und deren Einschätzung zum Problemlösen
F Punkte Visualisation
G Problemlösehand
H Stimmungstiger
I Wanderkarte
J Beispiel für die verwendeten Poster

Anhang A

Elterntagebuch

Mutig werden mit Til Tiger

Tagebuch für Eltern

Ansprechpartner
für das Trainingsprogramm:

Dipl.-Psych. S. Eipper & PD Dr. B. Leplow

Tel: 0345-5524365
Fax: 0345-5527060
email: s.eipper@psych.uni-halle.de

Institut für Psychologie
Martin-Luther-Universität Halle
Brandbergweg 23

06099 Halle

Sehr geehrte Frau Müller,
Ihr Sohn Sebastian nimmt an unserem Training „Mutig werden mit Til Tiger“ teil. Wir möchten Sie bitten, das Training zu unterstützen, indem Sie dieses Tagebuch ausfüllen. Sie ermöglichen uns dadurch , auch kleine Fortschritte Ihres Kindes im Alltag zu erfassen. Damit unterstützen Sie den Trainingserfolg.
Wir danken Ihnen sehr für Ihre Mitarbeit!
Wenn sie Fragen haben, beantworten wir diese gerne.

Dipl.-Psych. S. Eipper & Prof. Dr. B. Leplow

Tel: 0345/5524365
Institut für Psychologie
Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg
06099 Halle

Im Folgenden einige Antworten auf häufig gestellte Fragen:
Was ist, wenn ich an einem Tag nicht dazu gekommen bin, das Tagebuch auszufüllen?
Falls Sie einmal nicht dazu kommen, das Tagebuch auszufüllen, führen Sie es einfach ab dem nächsten Tag weiter.
Kann ich auch zwei Kreuze machen, wenn ich mich nicht entscheiden kann?
Bitte machen Sie immer nur ein Kreuz, auch wenn Sie sich mit der Antwort nicht ganz sicher sind.
Was ist, wenn mein Kind krank ist oder andere besondere Situationen auftreten?
Bitte vermerken Sie solche Ereignisse unter der Rubrik „Besonderes“.

Datum:.....

	nie	selten	mehrmals	oft	sehr oft
Hat sich heute gemeldet					
Hat heute vor der Klasse etwas gesagt					
Hat sich heute mit anderen Kindern unterhalten					
Hat sich heute mit mir unterhalten					
Hat heute laut und deutlich gesprochen					
Hatte Blickkontakt mit mir					
Hatte Blickkontakt mit anderen Kindern					
Stand abseits					
Wurde gehänselt					
Spielte mit anderen Kindern					
Wirkte selbstsicher					
Wirkte unsicher					
Hat gelacht/wirkte fröhlich					
Hat geweint/wirkte traurig					

Besonderes:

Anhang B

Beispiel einer Fragebogenseite zur Einschätzung der Situationen zur sozialen Kompetenz

Soziale Kompetenz

Soziale Kompetenzen sind die Verfügbarkeit und Anwendung von kognitiven, emotionalen und motorischen Verhaltensweisen, die in bestimmten sozialen Situationen zu einem langfristig günstigen Verhältnis von positiven und negativen Konsequenzen für den Handelnden führen.

Auf den folgenden Seiten finden Sie die Antworten 6-10jähriger Kinder auf Fragen zu 5 Alltagssituationen. Bitte lesen Sie sich erst alle Antworten zu einer Situation durch und kreuzen Sie im zweiten Lesedurchgang an, wie sozial kompetent Sie das vorgeschlagenen Verhalten für ein Kind im Grundschulalter einschätzen.
Vielen Dank!

Soziale Aufmerksamkeit aushalten

Stell Dir vor, Du sollst Deine Hausaufgaben vor der Klasse vorlesen. Du gehst nach vorne an die Tafel. als Du anfangen willst, vorzulesen, bleibt Dir die Stimme weg. Einige Kinder fangen an, zu lachen. Du bist ganz aufgeregt. Du weißt gar nicht, was Du jetzt tun sollst. Was machst Du jetzt?

- Ich überlege mir vorher genau, wie man es machen kann.

wenig kompetent	1--------2--------3--------4--------5	sehr kompetent

- Entspannen und dann sagen, dass sie nicht lachen sollen

wenig kompetent	1--------2--------3--------4--------5	sehr kompetent

- Ich setze mich hin

wenig kompetent	1--------2--------3--------4--------5	sehr kompetent

- Ich versuche es mit Zeichensprache

wenig kompetent	1--------2--------3--------4--------5	sehr kompetent

- Erst ganz normal hinstellen, dann Zauberwort sagen: “Stop - entspannen.”, dann nochmal probieren.

wenig kompetent	1--------2--------3--------4--------5	sehr kompetent

- Ich bin ruhig und überlege.

wenig kompetent	1--------2--------3--------4--------5	sehr kompetent

- Ich sage mir: “Stop – entspannen!”.

wenig kompetent	1--------2--------3--------4--------5	sehr kompetent

Anhang C

Vollständigen Antworten und deren Einschätzung der Situationen zur sozialen Kompetenz

Soziale Aufmerksamkeit aushalten

Stell Dir vor, Du sollst Deine Hausaufgaben vor der Klasse vorlesen. Du gehst nach vorne an die Tafel. als Du anfangen willst, vorzulesen, bleibt Dir die Stimme weg. Einige Kinder fangen an, zu lachen. Du bist ganz aufgeregt. Du weißt gar nicht, was Du jetzt tun sollst. Was machst Du jetzt?

Einzuschätzende Antwort	M	SD
Ich überlege mir vorher genau, wie man es machen kann.	3.89	1.17
Entspannen und dann sagen, dass sie nicht lachen sollen	4.11	.93
Ich setze mich hin	1.33	.50
Ich versuche es mit Zeichensprache	1.56	.73
Erst ganz normal hinstellen, dann Zauberwort sagen: “Stop - entspannen.”, dann nochmal probieren.	4.00	.87
Ich bin ruhig und überlege.	4.56	.53
Ich sage mir: “Stop – entspannen!”.	4.00	.71
Erst mal tief durchatmen und dann kann ich wieder etwas sagen.	4.44	.73
Ich gehe auf meinen Platz.	1.44	.53
Ich ärgere mich.	1.78	.83
Ich schreibe das einfach an. Mir ist das passiert, da habe ich geschluckt und dann war die Stimme wieder da, dann konnt ich`s sagen.	4.22	.83
Ich setze mich wieder hin.	1.33	.50
Ich fange an zu weinen.	1.11	.33
Da hab ich keine Idee.	1.56	.53
Das würd ich schreiben, einfach hinschreiben.	3.56	.88
Ich würd der Lehrerin was sagen, ich weiß aber nicht, was.	1.78	.67
Ich würde wegrennen, mich verstecken, dass mich keiner findet, würde aus der Schule gehen, zur Mutti.	1.00	.00
Ich setze mich wieder auf meine Platz.	1.33	.50
Mir fällt nichts ein, das klappt ja immer.	2.78	1.48
Ich würde sagen: “Stop, entspannen.” Dann geht es mir bestimmt wieder besser.	3.89	.60
Überlegen, üben, Muskelentspannung – dann geht es wieder.	4.11	.60
Weiter ruhig bleiben, weiter weiß ich nicht.	3.11	.93
Ich lege die Kreide hin, gehe zur Lehrerin und die sagt bestimmt, was ist mit Dir los, ich zeige auf meinen Hals, und ich glaube, die Lehrein weiß das dann, ich gehe dann zu meinem Platz und setze mich hin und gucke dann, was die anderen machen.	1.56	.73
Ich gehe an meinen Platz, da geht es mir dann nicht so gut.	1.33	.50
Ich schreibe das an.	3.11	.78
Ich würde mich aufregen, ich werde wütend.	1.56	.88
Das wäre nicht schön, ich würde rausrennen und mit Mutti zum Doktor gehen.	1.22	.67
Ich sage der Lehrerin, dass es mir schlecht geht.	2.33	1.22
Ich würde probieren, weiter zu reden, ich würde sagen, dass nichts mehr raus kommt.	3.78	.67
Ich würde sagen, dass ich heiser bin, ich weiß nichts anderes.	2.44	.73

Einzuschätzende Antwort	M	SD
Ich gehe zur Lehrerin und sage, dass die mich auslachen.	1.89	.78
Nichts, das ist gemein.	1.44	.73
Ich würde weiter versuchen, vorzulesen.	3.89	1.05
Ich weiß nicht, ich würde es Mutti sagen, dass die Kinder mich auslachen, dann würden die Kinder mit Mutti Ärger bekommen.	1.22	.44

Berechtigte Forderung durchsetzen:

Stell Dir vor, Du hast Tom vor einer Woche ein Comikheft geliehen. Du möchtest es gerne zurück haben. Als Du ihn danach fragst, behauptet er, er hätte es Dir schon zurückgegeben. Du weißt gar nicht, was Du jetzt tun sollst. Was machst Du jetzt?

Einzuschätzende Antwort	M	SD
Ich sage der Lehrerin/Erzieherin Bescheid.	1.89	.93
Ich durchsuche meine Tasche und frage nochmal genau nach.	3.89	1.36
Zuerst bei mir zu Hause gucken und dann bei ihm. Wenn es bei ihm ist, sagen, dass man nicht lügt.	3.22	1.39
Ich sage: “Schau noch mal nach, Du hast es, weil ich es nicht zu Hause habe.”.	4.00	1.22
Ich frage nach Beweisen, ich durchsuche sein Zimmer.	1.78	1.20
Würd ich sagen: “Na gut, darf ich zu Dir reinkommen?” Würde ich mich dort umschauen, wenn ich es finde: schimpfen, sagen:” Ich leihe Dir keine Comics mehr.”.	2.44	1.13
Ich würde sagen: “Da mußt Du mir was anderes geben.”.	2.11	1.05
Ich würde ihm Vorwürfe machen: “Du willst es nur behalten!”.	1.89	1.17
Ich sage: ”Du Lügner”. Dann gehe ich zu seinen Eltern und sage es.	1.44	.73
Ich sage: “Gib mir bitte mein Heft zurück.”.	4.00	1.32
Ich werde wütend, ich frage höflich, ob ich das Buch wieder zurück bekomme.	3.56	1.59
Das sag ich Mutti, die geht mit mir da hin.	1.89	.78
Ich sage: “Du lügst, Du hast mir das nicht gegeben.”.	2.78	1.56
Ich sage ihm, dass ich es wieder haben will.	3.67	1.12
Da hab ich keine Idee.	1.33	.71
Gib mir das bitte her.	3.44	1.01
Ich würde das der Erzieherin oder der Mutti sagen, dem borge ich nie wider was.	2.11	1.17
Dann sage ich das meiner Lehrerin.	2.00	1.12
“Du hast mir noch nicht mein Comic Heft gegeben, ich möchte das bitte zurück haben.	4.67	.71
Da würde ich zu dem sagen: “Das möchte ich wieder haben.”.	3.89	1.05
Ich sage das der Lehrerin.	1.78	.97
Ich sage es der Lehrerin, ich nehme es ihm weg.	1.44	.73
Ich gehe zu Vati, Vati soll helfen.	1.78	.67

Einzuschätzende Antwort	M	SD
Ich sage: “Ich weiß, dass Du mir das noch nicht gegeben hast”. Ich gehe mit zu dem nach Hause und schaue nach.	3.11	1.36
Ich würde meine Eltern anrufen, dass er mein Comicheft nicht wiedergibt.	1.78	.83
Ich werde wütend und böse.	1.44	.73
Ich würde das Mami sagen.	1.89	.93
Ich sage: “Sag mir die Wahrheit, sonst bekommst Du nie wieder was von mir.”.	3.00	1.12
Ich weiß nicht, ich würde darauf verzichten.	1.22	.44
Ich sage das der Lehrerin, dann gehe ich zu dem Jungen und sage: “Gib mir bitte das Heft zurück.”.	2.56	.88
Ich sage der Lehrerin, dass der Junge schwindelt.	1.89	.93
.Ich sage es nochmal.	4.44	.73
Ich sage es meiner Lehrerin, dann bekommt er Ärger.	1.44	.73

Beziehungen aufbauen:

Ein Kind ist neu in der Klasse. Du möchtest es gerne kennen lernen. Du weißt gar nicht, was Du jetzt tun sollst. Was machst Du jetzt?

Einzuschätzende Antwort	M	SD
Die Lehrerin stellt es vor, ich brauche nicht zu fragen.	1.89	.78
Ich frage, wie das Kind heißt, dann: “Möchtest Du mit mir spielen?”, “möchtest Du mit mir nach Hause kommen?.	3.11	1.17
Ich lade sie zum spielen ein oder frage, ob sie zum Eis essen Zeit hat.	4.22	.67
Ich frage, ob wir zusammen spielen wollen. Ich frage, ob wir Freunde sein wollen.	3.56	1.13
Hingehen, Hallo sagen, fragen, ob er mein Freund sein will.	2.89	1.45
Hinsetzen, Zauberwort sagen: “Stop – Entspannen” und “Das schaff ich schon”, dann einfach hingehen und was sagen.	3.67	1.22
Ich würde fragen, wie es heißt.	3.78	1.20
Ich würde keinen Zettel nehmen sondern selbst hingehen und fragen.	4.11	1.05
Ich frage das Kind, ob es mit mir spielen will.	4.33	.71
Ich frage, wie der heißt und ob der mit mir spielt. Bis jetzt hat dann noch jeder seinen Namen gesagt und mit mir gespielt.	3.00	1.41
Ich frage, wie es heißt und wann es Geburtstag hat.	2.50	1.07
Nichts, ich warte ab, was passiert.	1.13	.35
Ich frage, wie sie heißt.	3.50	1.20
Keine Idee.	1.13	.35
Ich würde fragen, wie es heißt, wo es wohnt, wer es ist und ob es meine Freundin sein will.	3.38	1.41
Ich würde fragen: “Wie heißt Du? “In welche Schule bist Du vorher gegangen?” “Hast Du einen Bruder oder Geschwister?”.	3.88	.83
Ich warte aber ab, bis die anderen es fragen, oder, ich würde es nach seinem Namen fragen.	1.88	.64

Ich gehe in der Hofpause zu dem Kind und frage, wie es heißt.	3.50	1.20
Ich frage: “Wie heißt Du?” “Möchtest Du mit mir spielen?”.	4.13	.83

Einzuschätzende Antwort	M	SD
Ich frage, wie das Kind heißt, wie alt es ist und wann es Geburtstag hat.	3.22	1.09
Ich gehe zu meinen Freunden und sage, dass ein neues Mädchen in der Klasse ist, ich frage meine Freunde um Rat, aber ich spreche das Mädchen selber nicht an.	1.11	.33
Ich frage, wie das Kind heißt und sage, dass ich gerne mit ihm spielen möchte.	4.44	.88
Ich gehe hin, frage wie er heißt und wie gut er in der Schule ist.	2.56	1.13
Ich frage sie, ob sie was möchte, dann ist sie bestimmt meine Freundin.	1.44	1.01
Ich lasse mir Zeit, irgendwann stellt die Lehrerin ihn vor.	1.11	.33
Ich frage, wie sie heißt, dann spielen wir zusammen.	3.00	1.41

Nein sagen:

Stell Dir vor, ein Kind aus Deiner Klasse möchte unbedingt, dass Du mit hilfst, das Schulklo mit Klopapier zu verstopfen. Du möchtest das eigentlich nicht. Du weißt gar nicht, was Du jetzt tun sollst. Was machst Du jetzt?

Einzuschätzende Antwort	M	SD
Ich sage: “Nick war es!”.	1.38	.52
Ich sage es der Erzieherin.	2.75	1.28
Ich sage, dass ich das nicht möchte, und wenn er es macht, sage ich dem Lehrer Bescheid.	4.75	.46
Ich sage, dass ich nicht mitmachen will.	4.38	.74
“Nein, ich mach das nicht, ich kriege Ärger”, weggehen.	4.13	.83
Sagen: Nein, das mach ich nicht,, das darf man gar nicht, außerdem kriegt man Ärger!” Dann würde ich weggehen.	4.38	.92
Ich würde es einfach nicht machen.	3.13	1.36
Nein sagen.	3.75	1.28
Ich sage der Lehrerin, dass die anderen das Klo verstopfen wollen.	2.25	1.16
“Nein, das möchte ich nicht”.	4.25	.71
Dann werde ich wütend, ich würde nicht helfen.	2.50	1.07
Dann sag ich: “Nee, das möchte ich einfach nicht.”.	3.75	1.04
Da helfe ich nicht, das verpetze ich der Lehrerin.	2.00	1.20
Das würde ich der Lehrerin sagen.	2.38	1.06
Keine Ahnung.	1.13	.35
Gar nichts.	1.13	.35
Ich hole die Lehrerin.	2.38	.92
Ich mache das nicht, wenn er mich verkloppt, sage ich das der Lehrerin.	3.00	.93
Da sage ich: “Nein, das möchte ich nicht.”	4.50	.53
Da sag ich dann: “Nein, das mach ich nicht, sonst gehe das der Lehrerin sagen oder dem Hausmeister”.	3.63	1.06

Einzuschätzende Antwort	M	SD
Ich würde das der Lehrerin melden, ich würde sagen: “Nein, das mache ich nicht.	3.25	1.28
Ich sage: “Nein, das möchte ich nicht.” Wenn der das dann immer noch will, sage ich: “Nein, das möchte ich nicht, ich gehe sonst zur Lehrerin.	4.63	.74
Ich würde versuchen, Nein zu sagen. Ich habe das aber noch nie probiert.	2.25	.89
Ich sage Nein und dass ich das der Lehrerin oder dem Hausmeister sage.	3.25	1.28
Ich frage meine Mitschüler, ob sie mir helfen.	2.13	1.55
Zur Lehrerin gehen, das sagen.	2.25	1.04
Ich würde nicht helfen.	3.50	1.77
Nein, der hat das gemacht, ich helfe nicht und sage das der Lehrerin.	2.50	.93
Ich würde wegrennen und es der Lehrerin sagen.	1.88	1.13
Ich helfe mit.	1.25	.71

Aktivität initiieren:

Stell Dir vor, du möchtest ein anderes Kind zum Spielen einladen. Auf dem Schulhof steht es neben Dir. Jetzt ist die beste Gelegenheit, es zu fragen. Was machst Du jetzt?

Einzuschätzende Antwort	M	SD
Ich lade kein Kind nach Hause ein.	1.38	.74
Ich gehe hin und frage. Wenn es nicht will, frage ich ein anderes Kind.	3.88	1.36
Entspannen und fragen, ob es heute Nachmittag zum spielen kommt.	4.25	.46
Ich frage: Willst Du mit mir spielen?.	4.25	.71
Ansprechen: “Willst Du zu mir kommen?”.	3.50	.53
Sagen: “Hallo, ich heiße Martin. Spielst Du mit mir, ich möchte gerne Dein Freund werden.”	4.38	.74
Ich frage erst mal, ob es heute kann, und dann frage ich, ob es mitkommt.	4.00	.76
Sagen: “Wollen wir zusammen spielen?”.	4.38	.92
Ich frage das Kind einfach.	4.50	.76
“Kommst Du heute zu mir zum Fußball spielen?”.	4.25	.71
Da frag ich, ob es mit mir spielen will.	4.00	.76
Ich frage, ob es mit mir Ball spielen will.	4.00	.76
Das würde ich nicht ansprechen, ich weiß nicht, wie ich das machen soll.	1.25	.46
Ich würde sagen, ob es mit mir spielt.	3.00	1.07
Nichts.	1.00	.00
Ich würde fragen, ob er mit mir spricht, da ist mir nicht so langweilig.	2.25	.71
Ich frage, ob sie meine Freundin werden will.	3.25	1.04
“Hättest Du Lust, bei mir zu Hause zu spielen?”.	4.38	.74
Ich würde sagen: “Ich will mit Dir spielen.”.	2.63	.74

Einzuschätzende Antwort	M	SD
Das traue ich mich nicht.	1.13	.35
“Willst Du meine Freundin sein?” “Möchtest Du mit mir nach Hause kommen?”.	3.88	1.13
Ich würde fragen: “Willst Du mit mir Fußball spielen?” Das habe ich aber noch nie ausprobiert.	2.75	1.16
Ich gehe hin und sage: “Willst Du mit mir spielen?”.	4.13	.99
Ich würde fragen, ob er zu meinem Geburtstag kommen würde, er soll seine Eltern fragen, ob er darf, ich würde eine Einladungskarte schreiben.	4.00	.93
Ich würde meinen ganzen Mut zusammen nehmen und fragen, wann sie mit mir spielt.	3.38	.74
Fragen, wie heißt Du, Namen sagen, ich lasse mir die Telefonnummer geben.	3.00	.93
Ich würde fragen, ob sie kommt.	3.13	.99

Anhang D

Beispiel einer Fragebogenseite zur Einschätzung der Situationen zum Problemlösen

Problemlösen

Auf den folgenden Seiten finden Sie die Antworten 6-10jähriger Kinder auf Fragen zu 5 Problemlösesituationen.

Bitte lesen Sie sich erst alle Antworten zu einer Situation durch und kreuzen Sie im zweiten Lesedurchgang an, wie gut/schlecht Sie die Lösung des Problems für ein Kind im Grundschulalter einschätzen.

Vielen Dank!

Stell Dir vor, zwei Freunde klingeln bei Dir zu Hause. Sie schlagen vor, an einem Lager weiter zu bauen, dass ihr gestern angefangen habt. Gestern hast Du Dich dabei total dreckig gemacht, und Deine Eltern haben sehr geschimpft. Du würdest aber gerne weiter bauen. Du weißt gar nicht, was Du jetzt tun sollst. Was machst Du jetzt?

Wechselsachen, ich kann also keinen Ärger bekommen.

schlechte Lösung	1------2------3------4------5	gute Lösung

Nicht außerhalb des Kindergartens spielen gehen.

schlechte Lösung	1------2------3------4------5	gute Lösung

Zugucken und sagen, dass die Hose neu ist

schlechte Lösung	1------2------3------4------5	gute Lösung

andere Sachen anziehen

schlechte Lösung	1------2------3------4------5	gute Lösung

nein sagen (nicht mitspielen und statt dessen fernsehen)

schlechte Lösung	1------2------3------4------5	gute Lösung

die Eltern fragen

schlechte Lösung	1------2------3------4------5	gute Lösung

„Schade, das geht nicht, höchstens, wenn ich meine dreckigen Sachen anziehe. Ich frage mal meine Eltern.“

schlechte Lösung	1------2------3------4------5	gute Lösung

Gehe einfach mit.

schlechte Lösung	1------2------3------4------5	gute Lösung

wenn man wieder dreckig ist, schnell saubere Sachen anziehen

schlechte Lösung	1------2------3------4------5	gute Lösung

Anhang E

Vollständigen Antworten und deren Einschätzung zum Problemlösen

Problemlösen

1. Stell Dir vor, zwei Freunde klingeln bei Dir zu Hause. Sie schlagen vor, an einem Lager weiter zu bauen, daß ihr gestern angefangen habt. Gestern hast Du Dich dabei total dreckig gemacht, und Deine Eltern haben sehr geschimpft. Du würdest aber gerne weiter bauen. Du weißt gar nicht, was Du jetzt tun sollst. Was machst Du jetzt?

Einzuschätzende Antwort	M	SD
Wechselsachen, sie kann also keinen Ärger bekommen. (1a)	4.33	.47
Nicht außerhalb des Kindergartens spielen gehen. (1a)	2.00	.82
Zugucken und sagen, daß die Hose neu ist (1b)	2.00	.82
Andere Sachen anziehen (2b)	4.33	.47
Nein sagen (nicht mitspielen und statt dessen fernsehen) (2b)	1.67	.94
Die Eltern fragen (4a)	4.67	.47
„Schade, das geht nicht, höchstens wenn ich meine dreckigen Sachen anziehe. Ich frage mal meine Eltern.“ (5b)	4.67	.47
Gehe einfach mit. (6a)	1.00	.00
Wenn man wieder dreckig ist, schnell saubere Sachen anziehen (6a)	1.33	.47
Die Eltern überreden (7b)	3.00	.00
Zu Hause bleiben und dort allein spielen oder fernsehen (7b)	1.67	.94
Sagen, Mama muß die Sachen noch sauber machen, kann erst morgen spielen (15b)	2.33	.47
Andere Sachen anziehen (15b)	4.33	.47
Spielhose anziehen (16a)	4.33	.47
Alte Hose anziehen (16a)	4.33	.47
Versuchen, sich nicht dreckig zu machen (16a)	3.00	.00
Gar nicht mit runter gehen (16a)	1.33	.47
Spielhose anziehen(16b)	4.33	.47
Sagen: „Ich komme heute nicht mit.“ (16b)	3.33	1.25
Den Kindern sagen: “Ich darf nicht raus.“ (17a)	2.33	1.89
Mama fragen: „Darf ich bitte raus?“ (17a)	4.00	.82
Habe Stubenarrest gekriegt und darf nicht raus (17b)	2.67	1.70
Dieses Mal bauen wir mit Stöcken (17b)	2.67	1.70
Fragen, ob sie doch raus darf (17b)	4.00	.82
Eltern fragen (18a)	4.00	.82
Alte Sachen anziehen und mitgehen (18a)	4.33	.47
Eltern fragen, ob ich weitermachen kann (18b)	4.00	.82
Dreckige Sachen anziehen (18b)	4.00	.00
Doll aufpassen, damit ich mich nicht dreckig mache (18b)	2.33	.47

Einzuschätzende Antwort	M	SD
Zugucken, und wenn die Freunde nicht wissen, wie etwas geht, kann ich es ihnen sagen (18b)	2.00	.00
Andere Sachen anziehen (Spielsachen) (19a)	4.33	.47
Weiterbauen, ohne Sachen zu wechseln (19a)	1.33	.47
Mama fragen, ob ich mit darf, ihr erzählen, daß meine Freunde da sind und daß das nie wieder passiert (19b)	3.67	.94
Freunden sagen: „Ich kann jetzt nicht/ darf nicht, weil ich mich dreckig gemacht habe.“(19b)	3.00	1.41
Fragen, ob ich runter darf (28b)	3.33	1.25
Sagen, daß ich mich nicht dreckig mache (28b)	3.00	.82
Ich bleibe zu Hause und spiele etwas anderes, gucke TV (29b)	1.33	.47
Mutti fragen, ob ich mit darf, und Spielsachen anziehen (29b)	4.67	.47
Sagen: „Ich darf nicht.“ und allein weiter spielen (30b)	2.33	1.89
Mama fragen: „Darf ich mitmachen ?“ (30b)	4.00	.82
Woanders bauen, wo es sauber ist (31b)	2.33	.47
Alte Klamotten anziehen (32a)	4.00	.00
„Heute gehe ich mal nicht.“ (32a)	2.67	.47
„Ich mach mich nicht dreckig.“ (32a)	2.67	.47
Zu den Eltern sagen: „Ich ziehe mir schlechte Sachen an.“ (32b)	5.00	.00
„Ich mache mich nicht so dreckig.“ (32b)	2.67	.47
Dort „arbeiten“, wo man nicht so dreckig wird (33a)	2.33	.47
Alte Sachen anziehen (33b)	4.33	.47
Nein sagen und etwas anderes tun (33b)	1.67	.47
Gehe zu Vati, ob der mir eine alte Hose holt (34a)	4.67	.47
Sagen: „Ich darf nicht.“ (34a)	2.33	1.25
Dreckige Hose anziehen (34b)	4.33	.47
Ich lasse die Hose noch dreckig, gehe damit raus und wasche sie dann selbst (34b)	4.67	.47
Zu Hause bleiben (35a)	1.67	.94
Einfach weiterbauen (35b)	1.33	.47
Räubersachen anziehen (35b)	4.33	.47
Nicht mehr bauen (36a)	1.67	.47
Ich baue nicht mehr weiter (36b)	1.67	.47
Ich spiele drinnen (36b)	2.00	.00
Erdgeschützte Jacke anziehen, die nicht schmutzig wird (40a)	3.67	.47
Pokemon - Lutscher lutschen (40a)	1.00	.00
Nein sagen (40a)	2.67	.94
Eltern fragen (41a)	4.00	.82

Einzuschätzende Antwort	M	SD
Alte Sachen anziehen (41a)	4.00	.00
Eltern fragen (41b)	3.33	1.25
Angebot: Spielsachen anziehen (41b)	4.33	.47
Anbetteln (42a)	2.00	.82
Eltern betteln (42b)	2.00	.82
Wenn Eltern nein sagen, dann mache ich nicht mit (42b)	3.00	.82
Ziehe die Sachen aus (43b)	2.67	1.25
Etwas anderes anziehen (44b)	4.00	.00
Bruder fragen, ob er mitkommt (44b)	1.67	.47
Wechselsachen von der Mama holen (45b)	4.67	.47
Nein sagen und nicht mit rausgehen (45b)	2.33	.47
„Schlumpersachen“ anziehen (46a)	4.33	.47
Versuch, sich nicht sehr schmutzig zu machen (Eltern Ehrenwort geben) (46a)	3.00	.82
„Schlumpersachen“ anziehen (46b)	4.33	.47
Mutti fragen (47a)	4.00	.82
Neue Sachen anziehen (47a)	2.67	.94
Vielleicht morgen hingehen (47b)	1.67	.47
Eltern fragen (47b)	4.00	.82
Ich frage, ob ich das darf (48a)	4.00	.82
Doch nicht weiterbauen (48b)	2.00	.82
Zu Hause bleiben (49a)	1.67	.47
Könnte zu Hause spielen (49a)	2.00	.82
Mama fragen (49b)	4.00	.82
Bei Verbot heimlich wegschleichen (49b)	1.00	.00
Weiterbauen, ohne es der Mutti zu sagen (50a)	1.00	.00
Andere Sachen („zum Schmutzigmachen“) anziehen (51b)	4.33	.47
Aufpassen, daß die Sachen nicht schmutzig werden (51b)	2.33	.47
Ich ziehe mich um und nicht so saubere Sachen an (52a)	4.33	.47
Ich passe auf, nicht so dreckig zu werden (52a)	2.67	.47
Alte Sachen anziehen und Mutti fragen (52b)	5.00	.00
Mutti sagen: „Ich passe auf.“ (52b)	3.33	.47
Freundin fragen, ob sie weiterbauen (53a)	1.33	.47
Räubersachen anziehen (53b)	4.00	.00
Alte Sachen anziehen (54b)	4.00	.00
Sachen von gestern anziehen (54b)	3.67	.47
Kissen mitnehmen (54b)	1.67	.47

Einzuschätzende Antwort	M	SD
Hingehen, aber nicht mitbauen (57a)	2.00	.00
Zu Hause bleiben und andere Beschäftigung suchen (57a)	2.00	.82
Mit anderen Kindern spielen (57a)	2.33	.94
Alte Sachen anziehen (57b)	4.00	.00
Eltern fragen, ob er/sie weiter bauen darf (57b)	4.00	.82
Die Freunde sollen alleine bauen (59a)	2.00	.00
Eltern fragen (59b)	4.00	.82
Ablehnen: „Ich kann jetzt nicht.“ (59b)	2.33	.47
Sachen anziehen, die dreckig werden dürfen (61a)	4.33	.47
Drinnen spielen (62a)	2.33	.47
Zum Lager gehen (63a)	1.67	.47
Hingehen und neue Sachen mitnehmen (64a)	3.33	.47
Sagen: „Ich bin hingefallen.“ (64a)	1.00	.00
Eltern fragen, Vorschlag, alte Sachen anzuziehen (65a)	5.00	.00
Eltern fragen und versprechen zu lernen (65a)	2.00	.82
Freunden nein sagen (65a)	2.33	.47
Nicht schmutzig machen (66a)	2.33	.47
Eltern nach Hose fragen, die dreckig gemacht werden kann (66a)	4.67	.47
Eltern fragen, ob ich Sachen anziehen darf, die ich dreckig machen darf (66b)	4.67	.47
Sachen anziehen, die ich dreckig machen kann und dann mitgehen (71b=61b)	4.00	.00
Eltern fragen (71b=61b)	3.67	.94
Nein sagen (73b=63b))	2.33	.47
Mutti fragen (73b=63b)	3.00	.82
Eltern Kompromiß vorschlagen: alte Sachen anziehen („Räubersachen“) (75b=75b)	1.67	.47
Freunden nein sagen, es geht nicht (75b=75b)	1.67	.94
Eltern fragen, ob sie Auge zudrücken würden, wenn ich nach Hause komme (75b=75b)	1.00	.00

2. Stell Dir vor, Du bist mit einem Freund unterwegs. Ihr seid auf einem verwilderten Grundstück. Plötzlich schreit Dein Freund. Er ist mit seinem Fuß in ein Loch gestürzt und ist verletzt. Er kann nicht mehr laufen. Er bittet Dich, nicht weg zu gehen. Du weißt gar nicht. Was Du jetzt tun sollst. Was machst Du jetzt?

Einzuschätzende Antwort	M	SD
Frau Falk Bescheid sagen (1a)	3.00	.82
Mit dem Handy die Mutti der Freundin anrufen (1b)	4.33	.47
Freundin herausziehen und gucken, was los ist (1b)	3.33	1.25
Doktor holen (1b)	3.00	.00
Hilfe rufen (2b)	4.00	.00
Kurz an die Straße gehen und Hilfe holen (2b)	4.33	.94
Zur nächsten Telefonzelle (2b)	3.33	.47
Freund tragen (4a)	2.33	.47
Den Eltern sagen (4a)	2.67	.47
Einem Erwachsenem die Situation erklären und um Hilfe bitten (5b)	4.33	.94
Einen Arzt holen (6a)	3.00	.00
Selber den Fuß verbinden (6a)	2.00	.00
Probieren, sie selber nach Hause zu bringen (6b)	2.00	.00
Arzt rufen (telefonisch) (6b)	3.00	.82
Wenn man Verbandszeug hat, selber helfen (6b)	2.33	.47
Von woanders Arztzeug holen (die anderen könnten helfen) (6b)	3.00	.00
Zu meiner Mutti gehen, wenn sie in der Nähe ist (7b)	3.00	.82
Wenn sie (die Mutti) weit weg ist, zur Straße gehen (7b)	3.33	.47
Wenn ein Fahrrad da ist, Freund auf Rad packen und nach Hause schieben (7b)	2.00	.00
Hoch helfen und zur Erzieherin bringen (15b)	3.67	.47
Hilfe holen (15b)	3.67	.47
Ihm helfen (Bein aus dem Loch ziehen) und Huckepack nehmen (16a)	2.00	.00
„Komme gleich wieder, gehe Hilfe holen.“ (16a)	4.67	.47
Erst einmal beruhigen, dann Hilfe holen gehen (16b)	5.00	.00
Versuchen, ihn aus dem Loch zu ziehen (16b)	2.33	.47
Mama Bescheid sagen -> Papa würde ihn raus ziehen (17a)	3.00	.00
Mit Handy Krankenhaus anrufen (17b)	3.00	1.41
Freund vielleicht raus ziehen (17b)	2.67	.47
Nach Hause tragen und von dort aus Krankenhaus anrufen (17b)	2.33	.47
Versuchen, ihm raus zu helfen (18a)	2.67	.47
Jemanden holen (Papa, Polizei) (18a)	3.67	.47

Einzuschätzende Antwort	M	SD
„Ich gehe schnell und hole jemanden. Ich verspreche Dir, ich komme schnell wieder.“ (8b)	4.67	.47
Aus Loch heraushelfen und beim Laufen helfen (18b)	3.33	.47
Würde um Hilfe schreien und ihm heraushelfen (19b)	3.33	.47
Sagen, daß ich gleich wiederkomme und Hilfe holen (19b)	4.67	.47
Krankenwagen/ Notarzt holen (27b)	3.00	.00
Helfen, nach Hause zu gehen (28b)	3.00	.00
Ein Seil herunter lassen (28b)	1.67	.47
Herausziehen und nach Hause tragen oder stützen (29b)	2.67	.47
Warten (29b)	1.00	.00
Trotzdem Hilfe holen (29b)	3.33	.47
Mutti holen (30b)	3.33	.47
Arzt rufen (30b)	3.00	.00
Nach Hause gehen und Notarzt rufen (31b)	2.33	.47
Aus dem Loch helfen und auf eine Bank setzen (31b)	2.67	.47
Mit Notruf telefonieren (32a)	3.33	.47
Andere, die vorbeilaufen, holen (32a)	4.00	.82
Versuchen, ihr/ihm heraus zu helfen (32a)	2.67	.94
Zur Telefonzelle und Krankenwagen rufen (32b)	2.67	.47
Andere Leute zu Hilfe holen -> die Leute rufen mit dem Handy Krankenwagen (32b)	4.00	.82
Weiterhelfen beim Gehen (33a)	2.67	.47
Wenn bekannte Personen vorbeikommen, kann man sie bitten, Bescheid zu sagen (3a)	3.00	.82
Aufstehen helfen und nach Hause bringen (33b)	2.67	.47
Hilfe holen (Eltern) (33b)	3.33	.47
Eltern holen Krankenwagen (33b)	3.00	.82
Ich gehe trotzdem weg und rufe den Notarzt. (34a)	3.00	.00
Heraus helfen (34b)	2.33	.47
Bescheid sagen (34b)	3.33	.47
Notarzt anrufen (34b)	2.67	.47
Schnell einen Arzt holen (35a)	2.67	.47
Einen Verband umpacken (35a)	2.00	.00
In heraus holen (mit Schippe) (35b)	2.00	.00
Jemanden holen (35b)	3.67	.47
Helfen, ihn hochzuziehen (36a)	2.33	.47
Ihn herausholen (36b)	2.33	.47
Pflaster auf Verletzung machen (36b)	2.33	.47

Einzuschätzende Antwort	M	SD
Krankenwagen rufen (40a)	2.67	.47
Sagen: „Nur ruhig.“ (Freund beruhigen) (40a)	2.33	.94
Pflaster holen und drauf kleben (40a)	1.67	.47
Mit dem Handy Hilfe holen (40b)	3.33	1.25
Heraus graben, wenn Schippe da ist (40b)	2.00	.00
Hilfe holen (41a)	4.00	.82
Ihm aus dem Loch helfen und nach Hause bringen (41a)	3.33	.47
Versuchen, zu helfen (41b)	3.00	.00
Hilfe holen (41b)	3.67	.47
Zum Arzt bringen (42a)	3.00	.00
Einen Großen bitten, mir zu helfen (42a)	4.00	.82
Eltern holen und fragen, ob sie helfen (42b)	3.67	.47
Versuchen, selber zu helfen (42b)	2.67	.47
Freunde oder jemanden, den er/sie kennt, holen (42b)	3.67	.94
Verband drum machen (44b)	2.00	.00
Ihn tragen (44b)	2.00	.00
Mama holen (45b)	3.33	.47
Telefon suchen und Krankenhaus anrufen (45b)	3.00	.00
Versuch, den Fuß heraus zu holen (46a)	2.33	.47
Versuch, nach Hause zu laufen (46a)	2.33	.47
Hilfe rufen (46a)	3.67	.47
Um Hilfe rufen (46b)	3.67	.47
Freundin tragen (46b)	2.00	.00
Wenn jemand vorbeikommt, um Hilfe bitten (47a)	4.00	.82
Wenn Telefon in der Nähe: Hilfe rufen (47a)	3.33	.47
In der Telefonzelle anrufen (47b)	2.67	.47
Erwachsenen fragen, ob er helfen kann (47b)	4.00	.82
Ich warte, bis er wieder herauskommt (48a)	1.00	.00
Ich helfe ihm. (48a)	2.33	.47
Freund unterhaken und nach Hause bringen (48b)	2.67	.47
Anrufen und Hilfe holen (48b)	3.33	.47
Würde helfen und Krankenwagen holen (49a)	3.00	.00
Würde versuchen, ihn zu verbinden (49a)	2.00	.00
Versuchen, ihn raus zu ziehen (49b)	2.33	.47
Versuchen, Hilfe zu holen (49b)	3.33	.47
Krankenwagen rufen (nach Hause gehen und anrufen), dann wieder hingehen (50a)	3.00	.00

Einzuschätzende Antwort	M	SD
Hilfe rufen (51b)	3.67	.47
Fuß heraus bekommen (51b)	2.33	.47
Jemanden holen als Hilfe (51b)	4.00	.82
Hole Hilfe (52a)	4.00	.82
Ziehe ihn aus dem Loch heraus (52a)	2.33	.47
Rufe um Hilfe (52a)	3.67	.47
Zum nächsten Haus laufen, klingeln und um Hilfe bitten (52b)	4.33	.94
Meinen Freund tragen (52b)	2.00	.00
Anrufen (52b)	2.67	.47
Ihm als Stütze dienen (53a)	2.33	.47
Mutti anrufen -> Krankenwagen (53a)	3.67	.47
Krankenwagen (53a)	3.00	.00
Ihn stützen -> nach Hause bringen (dort Hilfe) (53b)	2.67	.47
Rollstuhl holen -> ins Krankenhaus (53b)	2.00	.82
Anrufen -> Mutti kommt mit dem Auto und fährt uns ins Krankenhaus (53b)	3.67	.94
Die Verletzung angucken, stützen und nach Hause bringen (54a)	3.33	.47
Zu Hause anrufen (54a)	3.00	.82
Helfen, ihn nach Hause zu bringen (54b)	2.67	.47
Handy -> Notarzt rufen (54b)	3.67	.94
Tuch um den Fuß binden (54b)	2.00	.00
Freund aus dem Loch helfen (57a)	2.67	.47
Hilfe holen (57a)	4.00	.82
Weggehen und Hilfe holen (57b)	4.00	.82
Versuchen, selbst zu helfen (57b)	2.67	.47
Ihm helfen -> Bein aus dem Loch ziehen (59a)	2.33	.47
Arzt anrufen (59a)	3.00	.00
Es Mama sagen (59a)	3.00	.00
Ihn wieder heraus holen (59b)	2.67	.47
Den Eltern Bescheid sagen (59b)	3.00	.00
Leute fragen, die gerade vorbei gehen (61a)	3.67	.47
Den Freund/die Freundin tragen (61a)	2.00	.00
Weggehen und Hilfe holen (61b=71b)	4.00	.82
Fuß heraus ziehen (62a)	2.33	.47
Ihn ohne Seil herausziehen (63a)	2.00	.00
Seil holen und heraus ziehen (63a)	2.00	.00
Mit der Angel (63a)	1.00	.00

Einzuschätzende Antwort	M	SD
Heraus helfen (63b=73b)	2.33	.47
Leute aufsuchen und um Hilfe bitten (63b=73b)	4.00	.82
Erzieherin rufen (64a)	3.00	.82
Mutti rufen (64a)	2.67	.47
Falls Handy -> Notruf (65a)	4.00	.82
Hilferufe (65a)	3.00	.00
Freund heraus ziehen und tragen (65a)	2.00	.00
Freund Mut zusprechen (65a)	2.33	.94
Hilfe holen gehen (65a)	4.00	.82
Aus dem Loch helfen (65b=75b)	2.33	.47
Erwachsenen/Hilfe holen (65b=75b)	4.00	.82
Freund beruhigen und Hilfe holen (65b=75b)	5.00	.00
Anrufen (66a)	2.67	.47
Leute fragen (66a)	3.33	.47
Telefonzelle -> Eltern anrufen (66b)	3.00	.00

3. Stell Dir vor, Du hast eine neue Jacke, die viel Geld gekostet hat. Als Du damit in die Schule kommst, lachen einige Kinder über Deine Jacke und fragen Dich, ob Du sie im Müll gefunden hast. Am nächsten Morgen möchtest Du die Jacke nicht anziehen. Deine Eltern sind total entsetzt. Sie möchten, daß Du die schöne neue Jacke anziehst. Du weißt gar nicht, was Du jetzt tun sollst. Was machst Du jetzt?

Einzuschätzende Antwort	M	SD
Heimlich etwas anderes anziehen (1b)	1.33	.47
Die Erzieher hören das ja (1b)	2.00	.82
Noch einen Tag anziehen und in der Schule sagen, daß die anderen sie nicht ärgern sollen, weil sie auch keine schöneren Jacken haben (2b)	4.67	.47
Anlassen, auch wenn die anderen lachen (4a)	4.33	.47
Die Jacke richtig sauber und schön machen (5b)	2.67	.94
Ich würde mich nicht ärgern lassen und würde die Jacke trotzdem anziehen. (6a)	4.67	.47
„Mir macht das nichts aus, wenn die anderen lachen“ (6b)	3.67	.94
Jacke erst mal nicht anziehen, erst später (7b)	2.00	.82
„Ich möchte nicht, daß Ihr mich ärgert.“ (15b)	4.67	.47
Würde die Jacke anziehen und vermeiden, den Kindern zu begegnen (16a)	1.67	.47
Die Jacke nicht anziehen (16a)	1.33	.47
Jacke weiter anziehen und nicht auf Spott hören (16b)	4.33	.94

Einzuschätzende Antwort	M	SD
Jacke gar nicht anziehen (16b)	1.00	.00
Andere Jacke anziehen (17a)	1.33	.47
Den Eltern sagen, daß sie ausgelacht wurde (17b)	3.67	.47
Andere Jacke anziehen und die fragliche verstecken (17b)	1.33	.47
Den Kindern widersprechen (18a)	4.00	.82
Jacke trotzdem anziehen (18a)	4.00	.82
Den Eltern sagen, daß Kinder über die Jacke gelacht haben -> Eltern sollen zum Direktor gehen und das sagen (18b)	3.00	.82
Sagen: „Die habe ich nicht im Müll gefunden, die habe ich gekauft.“ (18b)	4.00	.82
Den Eltern davon erzählen (19a)	3.67	.47
Würde Eltern sagen, daß ich ausgelacht wurde (19b)	4.00	.00
Trotzdem anziehen (27b)	4.00	.82
Nicht hingucken, was die anderen machen (27b)	3.67	1.25
Den Kindern sagen, daß es eine neue Jacke ist (28b)	3.67	1.25
Die Jacke anziehen und erzählen, wie teuer sie war (29b)	3.67	.47
Nicht anziehen, dafür eine ganz häßliche alte Jacke anziehen (29b)	1.67	.94
Jacke anziehen und wenn Kinder lachen, andere Jacke anziehen (30b)	1.67	.47
Jacke anziehen und den Kindern sagen, daß die Jacke neu ist (31b)	3.67	1.25
Nicht auf die anderen hören (32a)	4.00	.82
Meinen Eltern davon erzählen (das meinen Eltern sagen) (32a)	4.00	.00
Sagen: „Ihr seid auch nicht besser angezogen.“ (32a)	3.33	.47
Eltern sagen, daß die Kinder lachen (32b)	3.67	.47
Nicht um die Kinder kümmern (ihnen nicht mehr helfen) (32b)	2.67	.47
Jacke anziehen und nicht auf die anderen hören (33a)	4.33	.47
Einfach anziehen und nicht hinhören (33b)	4.00	.82
Mama sagen, daß mich die Kinder ausgelacht haben. (34a)	3.67	.47
Ich sage, die anderen Kinder lachen mich immer aus mit der Jacke (34b)	3.67	.47
Am nächsten Tag in der Schule sagen: „Ihr habt doch selber solche Jacken.“ (34b)	3.33	.47
Noch mal anziehen (35a)	3.67	.47
Nicht zuhören, was die anderen sagen (35a)	3.67	.94
Einfach doch anziehen (35b)	3.67	.47
Jacke nur früh anziehen, dann gleich ausziehen (35b)	1.33	.47
Nicht anziehen, aber Mami nichts sagen (36a)	1.33	.47
Ich ziehe sie einfach wieder an (36b)	3.67	.47

Einzuschätzende Antwort	M	SD
Ich höre nicht zu, wenn die Kinder lachen (36b)	4.00	.82
Erklären, was die Kinder gesagt haben (40a)	3.33	.47
Würde sagen: „Nein, die war teuer.“ und würde sie weiter anziehen (40b)	4.00	.00
Anziehen (41a)	3.67	.47
Anziehen und anlassen (41b)	3.67	.47
Erwachsenen sagen, die meckern mit denen (42a)	2.67	.47
Jacke anziehen, egal, ob sie sich lustig machen (42b)	4.00	.82
Ansonsten der Lehrerin sagen (42b)	2.33	.47
Oma könnte Jacke stricken (42b)	1.67	.47
Die Jacke immer anziehen, wenn er/sie nicht in Schule ist (42b)	1.67	.47
Jacke trotzdem anziehen (43b)	3.67	.47
Wenn die Kinder lachen, gehe ich weg (43b)	3.00	.82
Wenn die Kinder lachen, sage ich es der Kindergärtnerin (43b)	2.67	.47
Der Kindergärtnerin Bescheid sagen (44b)	2.33	.47
Jacke ausziehen (44b)	1.67	.94
Für eine neue Jacke sparen (44b)	1.67	.47
Sagen: „Ihr habt selber eine häßliche Jacke an.“ (45b)	3.00	.00
Sagen: „Ich will nicht, daß ihr mich ärgert.“ (45b)	4.00	.00
Alles erzählen (46a)	3.00	.00
Sagen, daß die anderen genauso eine doofe Jacke anhaben und Jacke anziehen (46a)	3.00	.82
Sagen: „Ich finde sie schön!“ und nicht auf das Lachen hören (46b)	4.67	.47
Einen Pullover mitnehmen und die Jacke in den Ranzen packen (47a)	1.33	.47
(die Jacke) in den Ranzen stecken (47b)	1.33	.47
Den Kindern nicht zuhören (47b)	3.33	.47
Sage ja und ziehe sie wieder an (48a)	3.00	.00
Den Eltern sagen, daß die Kinder ihn/ auslachen (48b)	3.33	.47
Die Kinder reden lassen (48b)	3.67	.47
Lehrerin holen (48b)	2.33	.47
Würde sich über die Kinder ärgern, aber die Jacke trotzdem anziehen (49a)	3.33	.47
„Eure Jacken sind ja auch häßlich.“ (49a)	2.67	.47
Würde zurück ärgern: „Deine Jacke ist ja auch häßlich.“ (49b)	2.33	.47
Nicht anziehen (50a)	1.00	.00
Verschenken (50a)	1.00	.00
Jacke anziehen (wie sie ihm/ihr gefällt) (50a)	4.00	.82
Jacke anziehen (51b)	3.67	.47

Einzuschätzende Antwort	M	SD
Andere Jacke anziehen (51b)	1.33	.47
Nicht auf die Kinder hören, denn die sind ja nur neidisch (52a)	2.67	.47
Ich setze mich bei meinen Eltern durch (52a)	2.67	1.70
Jacke anziehen und Kindern widersprechen (52b)	4.00	.82
Nicht hinhören (52b)	3.33	.47
Eltern sagen: „Wurde ausgelacht“ (53a)	3.33	.47
Jacke anziehen (53a)	3.67	.47
Den Eltern sagen, daß andere Kinder mich gehänselt haben und eine andere Jacke anziehen (53b)	2.67	1.70
Anziehen und über Lachen hinweg hören (54a)	4.00	.82
Eltern sagen, daß die mich in der Schule ausgelacht haben (54a)	3.33	.47
Jacke trotzdem anziehen und weg hören (54b)	4.00	.82
Jacke nicht anziehen, den Eltern sagen (54b)	3.00	1.41
2 Jacken mitnehmen und alle glücklich machen (54b)	1.33	.47
Wendejacke umdrehen (54b)	1.33	.47
Trotzdem anziehen (57a)	3.67	.47
Ziehe die Jacke trotzdem an, egal ob die Kinder lachen (57b)	4.00	.82
Mama sagen, daß dann die Kinder über mich lachen (59a)	3.00	.82
Ziehe dann erst mal eine andere Jacke an (59a)	1.33	.47
Den Eltern sagen: „Die anderen haben über mich gelacht.“ (59b)	3.00	.82
Ich mache mir nichts daraus (61a)	3.67	.47
Nicht ärgern lassen (61b=71b)	3.67	.47
Jacke anziehen und überhören, was die anderen sagen (61b=71b)	4.00	.82
Jacke waschen (63a)	1.33	.47
Einfach anziehen (63a)	3.67	.47
Mutti fragen, ob ich die Jacke doch nicht anziehen muß (63b=73b)	2.67	.94
Anziehen -> „nicht vom Müll, sondern gekauft“ (64a)	4.00	.82
Trotzdem die Jacke anziehen (65a)	3.67	.47
Eltern sagen, daß sie nicht gefällt -> reklamieren (65a)	2.67	1.70
Eltern erzählen, was passiert ist (65a)	3.33	.47
Eltern das Problem schildern (65b=75b)	3.33	.47
Jacke umtauschen oder Bruder anbieten (65b=75b)	2.33	1.25
Sagen: „Lacht nicht über meine Jacke“ und Jacke anziehen (66a)	4.00	.82
Anziehen (66b)	3.67	.47
Eltern um andere Jacke bitten (66b)	2.33	1.25

4. Stell Dir vor, es ist große Pause. Du möchtest wie immer mit Tanja, Deiner besten Freundin, über den Hof gehen und spielen. Aber Tanja will nicht mit Dir spielen. Sie sagt, Katja sei ab jetzt ihre beste Freundin. Sie geht mit Katja zusammen weg und läßt Dich stehen. Du weißt gar nicht, was Du jetzt machen sollst. Was machst Du jetzt?

Einzuschätzende Antwort	M	SD
Mit jemand anderem spielen (1b)	3.67	.47
Allein spielen (1b)	2.00	.00
Fragen, ob sie am Nachmittag für sie Zeit hat (2b)	4.33	.47
Fragen, ob sie nicht jetzt mit ihr spielen kann und später mit der anderen (2b)	3.33	.47
Anderen Freund suchen (5b)	2.67	.94
Fragen, ob sie zu dritt spielen können (5b)	4.67	.47
Wenn ich nicht weiß, warum sie nicht mehr meine beste Freundin ist, würde ich sie fragen (6a)	4.33	.94
Fragen, warum sie nicht mit mir spielen will (6b)	4.67	.47
Vorschlagen, daß alle drei zusammen spielen (6b)	4.33	.47
Sagen: „Ich lasse Dich das nächste Mal auch hängen.“ (6b)	2.00	.82
Dann suche ich mir eben eine andere Freundin (6b)	2.33	.47
Mit anderen Freunden spielen (7b)	3.00	.00
Wenn kein anderer da ist, suche ich mir etwas, womit ich alleine spielen kann (7b)	2.33	.47
Spielt mit anderen Freuden (16a)	3.00	.00
Fragen, ob er mitspielen darf (16a)	4.67	.47
Mit anderen Freunden spielen (16b)	3.00	.00
Mit den beiden mitspielen (16b)	4.33	.47
Hinterher gehen und wenn Freundin es merkt, wegrennen (17a)	1.00	.00
Auf die Bank setzen und traurig sein (17a)	1.00	.00
Der Freundin nachgehen (17b)	2.00	.00
Würde mit einer anderen besten Freundin spielen (17b)	3.00	.00
Anderen Freund holen (18a)	3.00	.00
Würde mit anderem Freund spielen (18b)	3.00	.00
Weggehen und mit anderen spielen (19b)	2.67	.47
Trotzdem mit ihr spielen (27b)	2.67	1.25
Fragen, ob sie mit mir kommt (27b)	2.00	.82
Mit Freundin schimpfen („Dann geh’ doch zu Katja!“) (29b)	1.67	.94
Eine andere Freundin suchen (30b)	2.33	.47
Mit anderem Freund spielen (31b)	3.00	.00
Sagen: „Du kaufst Dir ja nur die Freunde.“ (32a)	1.33	.47

Einzuschätzende Antwort	M	SD
Mit einem anderem Kind spielen (32b)	3.00	.00
Wenn Tanja allein ist, läßt man (ich) sie auch stehen (32b)	2.00	.00
Zu einer Gruppe spielender Kinder gehen und zuschauen (33a)	1.67	.94
Andere fragen (33a)	3.67	.94
Jemand anderen fragen, ob er mit mir spielt (33b)	3.67	.94
Ich suche mir einen anderen Freund (34a)	3.00	.82
Hinterher gehen und fragen, ob ich mitspielen darf (34a)	3.67	.47
Ich gehe einfach hinterher (34b)	2.00	.00
Fragen, ob sie am nächsten Tag wieder mit mir spielt (34b)	3.67	.47
Anderen Freund suchen (35a)	3.00	.82
Alleine spielen (35a)	2.00	.00
Alleine spielen (35b)	2.00	.00
Mit jemand anderem spielen (35b)	3.67	.94
Mit anderen spielen (36a)	3.67	.94
Ich würde mit einem anderem Kind spielen (36b)	3.67	.94
Ich spiele auch nicht mehr mit ihr (36b)	1.67	.47
„Ihr seid wohl vom Mars!“ (40a)	1.33	.47
„Ab mit Euch.“ (Verhauen androhen) (40a)	1.00	.00
Eklige Spinnen auf den Kopf machen (40a)	1.00	.00
Darum bitten, daß er wieder mitspielt (40b)	3.33	.94
Andere Freundin suchen (41a)	3.00	.82
Zu anderen Freunden gehen (41b)	3.67	.94
Gehen (42a)	1.67	.94
Nachfragen, warum (42b)	4.67	.47
Bitten, daß sie weiter spielen (42b)	3.00	.82
Ansonsten anderen Freund suchen (42b)	3.33	.47
Alleine spielen (44b)	1.67	.47
Jemand anderen fragen (44b)	3.33	.47
Fragen, ob er/sie mitspielen kann (45b)	4.00	.00
Anderen suchen und mit dem spielen (46a)	3.67	.94
Fragen, ob er/sie mitspielen kann (46b)	4.33	.47
Mit jemand anderen spielen (46b)	3.67	.94
Fragen, ob sie am nächsten Tag mit ihm/ihr spielt (47a)	4.00	.00
Jemand anderen fragen (47b)	3.67	.94
Ich suche mir einen anderen Freund. (48a)	3.33	1.25
Jemand anderen fragen (48b)	3.67	.94
Allein spielen (48b)	1.67	.47

Einzuschätzende Antwort	M	SD
Sucht sich eine andere Freundin (49a)	3.33	1.25
Zur Schwester gehen -> würde aber nicht böse sein (49a)	2.33	1.25
Würde jemand anderen bitten, sein Freund zu werden (49b)	3.00	.82
Hinterherlaufen (50a)	1.33	.47
Mit anderen Kindern spielen (50a)	3.67	.94
Noch mal fragen, ob sie nicht doch spielen will (51b)	3.33	.94
Mit jemand anderem spielen (51b)	3.67	.94
Gehe weg - sie kommt ja sowieso wieder (52a)	2.00	.82
Ich schlafe erst mal darüber (52a)	2.67	.94
Sagen: „So etwas macht eine beste Freundin nicht.“ und „Bitte laßt mich mitspielen.“ (52b)	4.33	.94
Andere Freundinnen anrufen (53a)	3.33	.47
Mit anderen Freunden spielen (die lassen mich mitspielen) (53b)	3.67	.94
Tanja fragen, ob ich mitspielen darf (53b)	4.00	.00
Neue Freunde finden (53b)	3.00	.82
Mit Sandra spielen (53b)	3.33	.47
Freundschaft abbrechen oder fragen, ob er noch Freund sein will (54a)	3.00	.82
Tanja nach dem Grund fragen (54b)	4.67	.47
Tanja in Ruhe lassen und warten, wie lange die Freundschaft hält (54b)	3.33	1.70
Anderen Freund suchen (59a)	3.00	.82
Mit jemand anderem spielen (59b)	3.67	.94
Allein spielen (59b)	1.67	.47
Mir jemand anderes suchen (61a)	3.33	.47
Fragen, ob ich mitspielen darf (61a)	4.33	.47
Mit jemand anderem spielen (61b=71b)	3.67	.94
Fragen, ob ich mitspielen darf (61b=71b)	4.00	.82
Allein spielen (61b=71b)	1.67	.47
Zu Hause bleiben (63a)	1.00	.00
Mit einer anderen Freundin gehen (63a)	3.33	.47
Andere Freundin suchen (63b=73b)	3.00	.82
Mitspielen, auch wenn sie es nicht wollen (64a)	1.67	.47
Fragen, ob sie trotzdem noch Freunde sind (65a)	4.00	.82
Damit abfinden und eigenen neuen Freund suchen (65a)	3.00	.82
Fragen, ob er/sie mit den beiden mitspielen darf (65a)	4.33	.47
Fragen, wer der andere Freund ist (65b=75b)	3.00	1.41
Wenn ich weiß, wer er ist, Freund fragen, warum er nicht mehr mein Freund sein will und warum er den anderen vorzieht (65b=75b)	4.00	1.41

Einzuschätzende Antwort	M	SD
Fragen, ob er es sich nicht noch mal überlegen will (65b=75b)	4.33	.47
Zu jemand anderen gehen, ob er/sie meine Freund/in sein will (66a)	3.00	.82
Neue Freunde finden (66b)	3.00	.82
Fragen, ob ich mitgehen kann (66b)	4.00	.00

Stell Dir vor, beim Ballspielen ist der Ball hoch oben im Baum hängen geblieben. Du weißt gar nicht, was Du jetzt tun sollst. Was machst Du jetzt?

Einzuschätzende Antwort	M	SD
Leiter holen (1a)	4.33	.94
Baum schütteln (1a)	4.33	.47
Hinauf klettern (1b)	3.33	.94
Leiter holen (1b)	4.33	.94
Hochklettern (2b)	3.33	.94
Leiter organisieren (2b)	4.33	.94
Stock suchen (4a)	4.00	.82
Auf die Zehenspitzen stellen (4a)	2.67	.94
Springen (4a)	2.67	.94
Zu Papa gehen und um Hilfe bitten (5b)	5.00	.00
Hochklettern (5b)	3.33	.94
Steine hoch schmeißen (5b)	2.33	.47
Versuchen, mit dem Stein runter zu holen (6a)	2.33	.47
Erwachsenen holen (6a)	5.00	.00
Hochklettern (6b)	3.33	.94
Leiter holen (6b)	4.33	.94
Stock holen (6b)	3.33	.94
Stein schmeißen (6b)	2.33	.47
Baum schütteln (6b)	4.33	.47
Vati holen (6b)	5.00	.00
Hochklettern (7b)	3.33	.94
Baum schütteln (7b)	4.33	.47
Halbbruder anrufen -> der ist groß und kann gut klettern (15b)	4.67	.47
Papa holen (15b)	5.00	.00
Ich muß groß werden (15b)	1.33	.47
Anderen Ball hinterher werfen und ihn damit herunter holen (16a)	3.00	1.41
Auf den Baum klettern (16a)	3.33	.94

Einzuschätzende Antwort	M	SD
Lehrerin Bescheid sagen (16b)	4.33	.94
Hochklettern (16b)	3.33	.94
Mutti oder Papa holen (17a)	5.00	.00
Sophie fragen (17a)	3.67	1.89
Lehrerin holen (17b)	4.33	.94
Hausmeister fragen (18a)	5.00	.00
Bei einem kleinem Baum selber raus holen (18a)	4.67	.47
Selber rauf klettern (18a)	3.33	.94
Hausmeister fragen, ob er mit Besen / Stange den Ball runter holt (18b)	5.00	.00
Wenn man den Baum hochklettern kann, würde ich hochklettern (18b)	4.00	.82
Hochklettern (19a)	3.33	.94
Freund fragen, der gut klettern kann (19a)	3.67	1.25
Fragen, ob Erwachsener den Ball runter holt und ihm zeigen, wo (19b)	5.00	.00
Leiter holen (27b)	4.33	.94
Große Geschwister holen (27b)	5.00	.00
Vati holen (27b)	5.00	.00
Hochklettern (28b)	3.33	.94
Etwas hinauf schmeißen (28b)	3.00	.00
Langen Stock nehmen (28b)	3.67	.47
Leiter holen (29b)	4.33	.94
Ohne Leiter hinauf klettern (29b)	3.33	.94
Mit Freunden zusammen klettern (29b)	3.33	.94
Hochklettern (30b)	3.33	.94
Einen Besen holen (30b)	4.00	.00
Baum schütteln (31b)	4.00	.82
Hochklettern (31b)	3.33	.94
Besen holen (31b)	4.00	.82
Hausmeister holen (32a)	5.00	.00
Mit Besen herunter holen (32a)	4.00	.82
Auf den Baum klettern (32a)	3.33	.94
Warten, bis starker Wind kommt (32a)	1.67	.47
Auf Baum klettern (32b)	3.33	.94
Erzieher holen (32b)	5.00	.00
Mit Gegenstand hoch schmeißen (32b)	3.33	.47
Langen Stock suchen und herunter holen (33a)	4.33	.47

Einzuschätzende Antwort	M	SD
Wenn möglich, hinauf klettern (33a)	4.00	.82
Leiter holen (33a)	4.33	.94
Hausmeister fragen (33b)	5.00	.00
Hochklettern (33b)	3.33	.94
Vom Hausmeister eine große Leiter holen (34a)	4.67	.47
Versuchen hochzuklettern (34a)	3.33	.94
Ich frage den Hausmeister, ob er den Ball wieder herunter holen kann (34b)	5.00	.00
Am Ast schütteln (34b)	4.33	.47
Leiter holen (35a)	4.33	.94
Mit einem anderen Ball hochwerfen (35a)	3.33	.47
Seil holen und Ast schütteln (35a)	3.00	.82
Leiter holen (35b)	4.33	.94
Auf den Baum klettern (35b)	3.33	.94
An einem Seil hochklettern (35b)	2.00	.00
Papa holt die Leiter (35b)	5.00	.00
Mit Leiter hochklettern (36a)	4.33	.94
Leiter holen und hochklettern (36b)	4.33	.94
Auf den Baum klettern (40a)	3.33	.94
Leiter hoch steigen (40a)	4.33	.94
Wenn Berg daneben, dann auf den Berg steigen und Ball holen (40a)	2.67	.94
Auf den Baum klettern (40b)	3.33	.94
Mit einer Kanone runter schießen, falls er eine hätte (40b)	1.33	.47
Jemanden nach einer Leiter fragen (41a)	5.00	.00
Auf den Baum klettern (41a)	3.33	.94
Auf Baum klettern (41b)	3.33	.94
Vati fragen, ob er Ball mit Leiter herunter holt (41b)	5.00	.00
Erwachsenen bitten, ihn runter zu holen (42a)	5.00	.00
Jungen, der gut klettern kann, fragen (42b)	4.00	.82
Lehrerin fragen (42b)	4.67	.47
Eltern holen (42b)	5.00	.00
Klettere den Baum hoch(43b)	3.33	.94
Lagen Stock holen (43b)	3.67	.47
Mit einem Stock anstoßen oder hochwerfen (44b)	3.67	.47
Warten, bis der Wind den Ball herunter pustet (45b)	1.67	.47
Mit einer Leiter den Ball holen (45b)	4.33	.94

Einzuschätzende Antwort	M	SD
Stein nach oben werfen (alle Kinder vorher weit weg schicken) (46a)	4.00	.82
Ball oben lassen und warten auf Sturm, bis er herunterfällt (46a)	1.67	.47
Stein hochwerfen und vorher die Kinder außer Reichweite schicken (46b)	4.00	.82
Auf den Baum klettern (47a)	3.33	.94
Eine Leiter holen (47a)	4.33	.94
Mit einem Seil hochgehen (47a)	2.00	.82
Am Ast schütteln (47b)	3.67	.47
Rauf klettern (47b)	3.33	.94
Langen Stock suchen (48a)	4.00	.00
Lehrerin fragen, ob sie ihn mir herunter holt (48a)	4.67	.47
Leiter holen (48b)	4.33	.94
Erwachsenem Bescheid sagen (48b)	5.00	.00
Am Baum schütteln (48b)	4.33	.47
Auf den Baum klettern und aufpassen, daß er/sie nicht herunter fällt (49a)	3.67	1.25
Auf Baum klettern und runter holen (49b)	3.33	.94
Hochklettern (50a)	3.33	.94
Baum kaputt sägen (50a)	1.00	.00
Baum schütteln (50a)	4.00	.82
Leiter (50a)	4.00	.82
Auf den Baum klettern (51b)	3.33	.94
Erwachsenen holen (51b)	5.00	.00
Leiter holen (51b)	4.00	.82
Mit Stock schmeißen (51b)	3.67	.47
Schütteln (51b)	4.33	.47
Rütteln (52a)	4.33	.47
Ich hole Frau Loch (52a)	4.00	1.41
Leiter holen (52a)	4.33	.94
Stock werfen (52a)	3.67	.47
Der Erzieherin sagen (52b)	4.00	1.41
Am Baum schütteln (52b)	4.00	.82
Herauf klettern (52b)	3.33	.94
Etwas dagegen werfen (52b)	3.00	.00
Baum schütteln (53a)	4.00	.82
Mama rufen (Papa) (53a)	4.67	.47

Einzuschätzende Antwort	M	SD
Hochklettern (53a)	3.33	.94
Leiter (53a)	4.33	.94
Hochklettern (53b)	3.33	.94
Leiter holen (53b)	4.33	.94
Schuldirektor (53b)	3.67	.47
Angucken: wenn ein guter Kletterweg ist, dann hochklettern (54a)	3.67	1.25
Wenn es nicht so hoch ist, mit dem Stock herunter holen (54a)	4.33	.47
Baum hochklettern (54b)	3.33	.94
Mit Ast Ball herunter holen (54b)	3.67	.47
Jemand anderes hochklettern lassen (54b)	3.00	.82
Hochklettern (59a)	3.33	.94
Schütteln (59a)	4.33	.47
Leiter (59a)	4.33	.94
Hausmeister holen (59b)	5.00	.00
Auf den Baum klettern (59b)	3.33	.94
Mama und Papa holen (59b)	4.33	.94
Jemanden fragen, ob er ihn mir herunter holt (61a)	5.00	.00
Auf den Baum klettern (61b=71b)	3.33	.94
Mit einem Stein herunter schießen (61b=71b)	2.33	.47
Leiter holen (61b=71b)	4.33	.94
Mit der Leiter hochklettern (62a)	4.33	.94
Hochklettern (63a)	3.33	.94
Leiter holen (63b=73b)	4.33	.94
Andere Leute fragen (63b=73b)	5.00	.00
Hochklettern (64a)	3.33	.94
Leiter holen (64a)	4.33	.94
Andere fragen, ob sie ihn herunter holen (65a)	5.00	.00
Selber hochklettern (65a)	3.33	.94
Hochklettern, wenn es nicht allzu hoch ist (65b=75b)	3.67	1.25
Hilfe holen (65b=75b)	5.00	.00
Erzieherin fragen (66a)	4.33	.94
Familie fragen (66b)	4.33	.94
Was langes aus dem Schuppen holen (66b)	4.50	.50

Anhang F

Punkte Visualisation

nie

selten ●

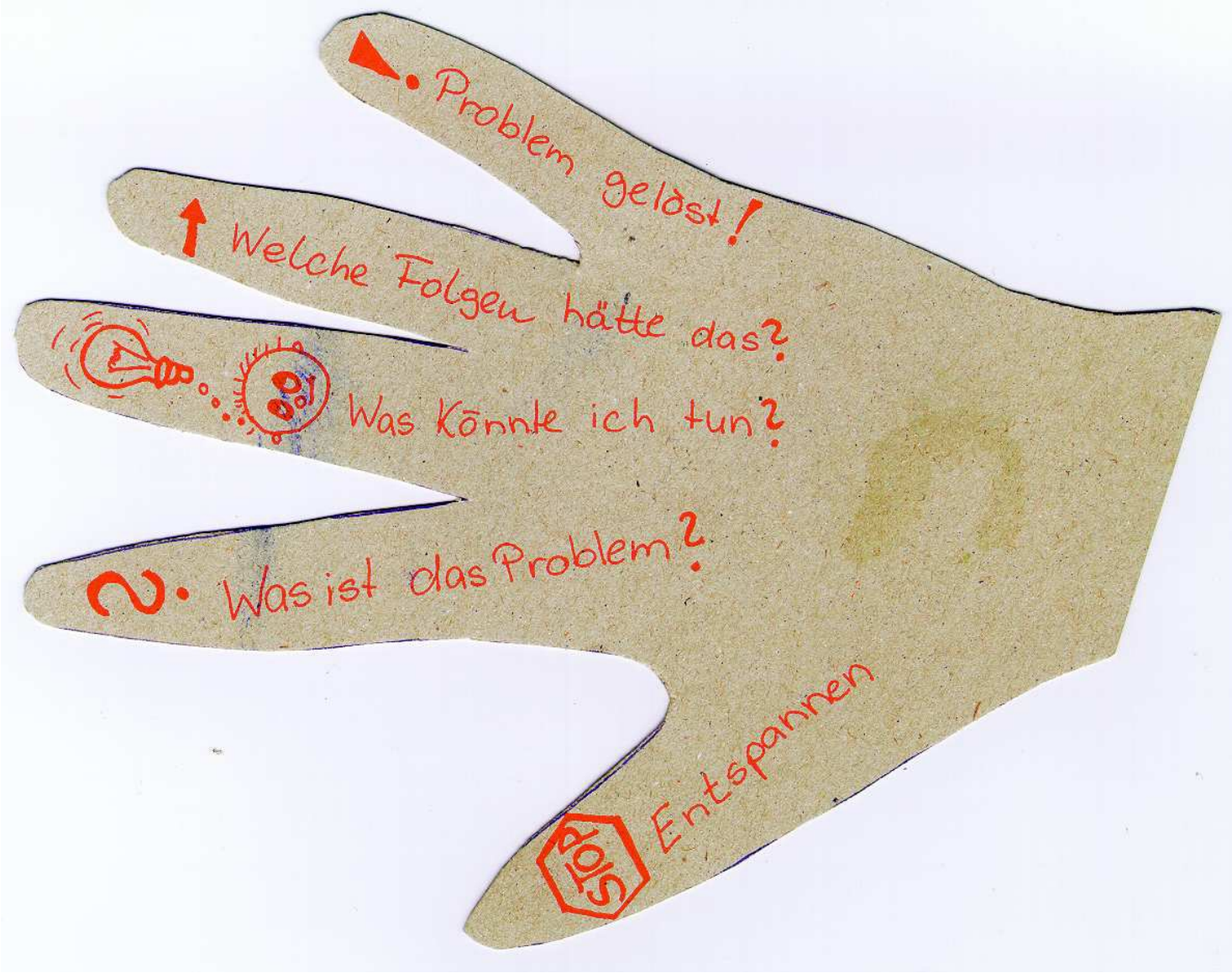
manchmal ● ●

meistens ● ● ● ● ●

immer ● ● ● ● ● ●

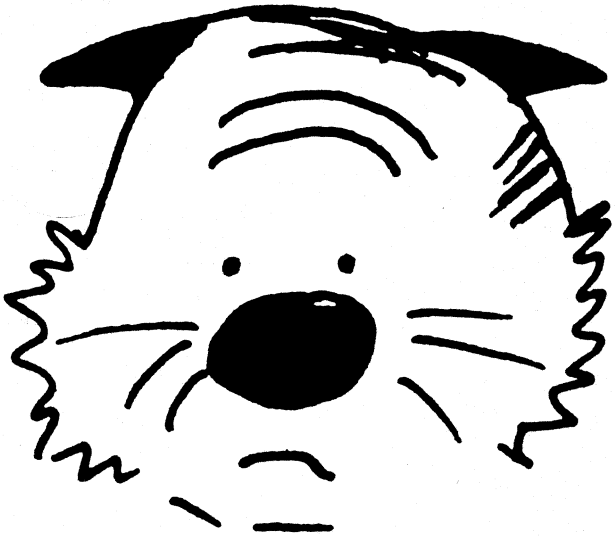
Anhang G

Problemlösehand


1. Problem gelöst!
Welche Folgen hätte das?
Was könnte ich tun?
2. Was ist das Problem?
Entspannen

Anhang H

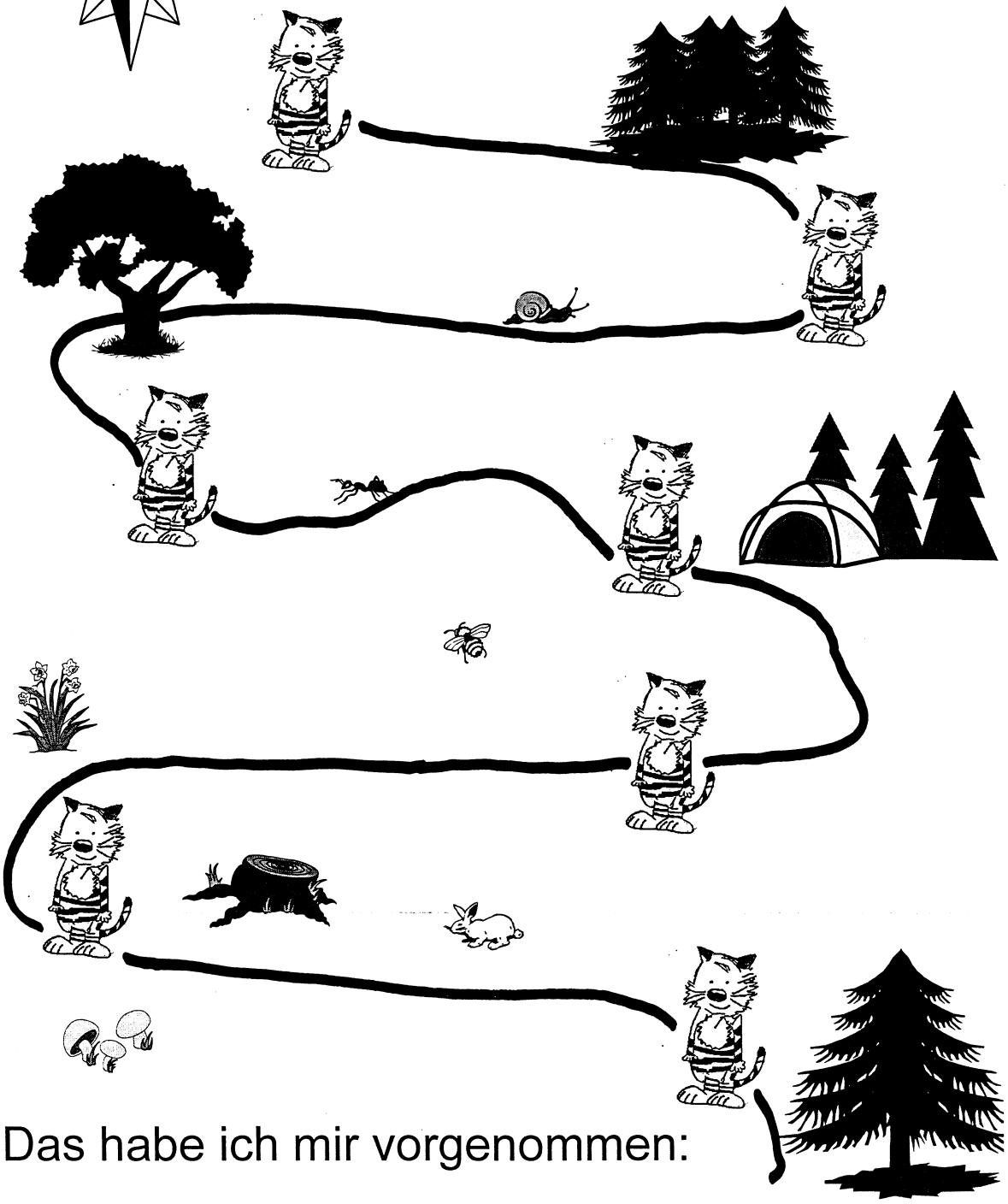
Stimmungstiger



Anhang I

Wanderkarte

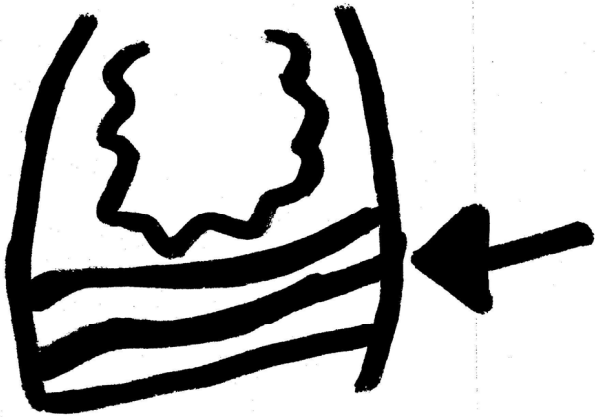
Wanderkarte



Das habe ich mir vorgenommen:

.....

Anhang J

Beispiele für die verwendeten Poster

Körper