Aus der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters der Universität zu Köln

Direktor: Universitätsprofessor Dr. med. St. Bender

Wirksamkeit der Supportiven Therapie zur Aktivierung von Ressourcen (STARK) bei Kindern und Jugendlichen mit sozialen Ängsten - Pilotstudie

Inaugural-Dissertation zur Erlangung der Würde
eines doctor rerum medicinalium
der Hohen Medizinischen Fakultät
der Universität zu Köln

vorgelegt von
Stefanie Maria Cremer
aus Wipperfürth

promoviert am 10. April 2019

Gedruckt mit der Genehmigung der Medizinischen Fakultät
der Universität zu Köln 2019

Dekan: Universitätsprofessor Dr. med. G. R. Fink

1. Berichterstatter: Universitätsprofessor Dr. sc. hum. M. Döpfner
2. Berichterstatterin: Universitätsprofessorin Dr. rer. nat. E. Kalbe

Erklärung:

Ich erkläre hiermit, dass ich die vorliegende Dissertationsschrift ohne unzulässige Hilfe Dritter und ohne Benutzung anderer als der angegebenen Hilfsmittel angefertigt habe; die aus fremden Quellen direkt oder indirekt übernommenen Gedanken sind als solche kenntlich gemacht.

Bei der Auswahl und Auswertung des Materials sowie bei der Herstellung des Manuskriptes habe ich Unterstützungsleistungen von folgenden Personen erhalten: Herrn Universitätsprofessor Dr. sc. hum. M. Döpfner und Frau Privatdozentin Dr. rer. medic. A. Görtz-Dorten.

Weitere Personen waren an der geistigen Herstellung der vorliegenden Arbeit nicht beteiligt. Insbesondere habe ich nicht die Hilfe einer Promotionsberaterin/ eines Promotionsberaters in Anspruch genommen. Dritte haben von mir weder unmittelbar noch mittelbar geldwerte Leistungen für Arbeiten erhalten, die im Zusammenhang mit dem Inhalt der vorgelegten Dissertationsschrift stehen.

Die Dissertationsschrift wurde von mir weder im Inland noch im Ausland in gleicher oder ähnlicher Form einer anderen Prüfungsbehörde vorgelegt.

Erklärung zur guten wissenschaftlichen Praxis:

Ich erkläre hiermit, dass ich die Ordnung zur Sicherung guter wissenschaftlicher Praxis und zum Umgang mit wissenschaftlichen Fehlverhalten (Amtliche Mitteilung der Universität zu Köln AM 24/2011) der Universität zu Köln gelesen habe und verpflichte mich hiermit, die dort genannten Vorgaben bei allen wissenschaftlichen Tätigkeiten zu beachten und umzusetzen.

Köln, den 05.09.2018

Die Erarbeitung des Konzeptes dieser Dissertation erfolgte unter Anleitung von Herrn Universitätsprofessor Dr. sc. hum. M. Döpfner, Klinik und Poliklinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters der Universität zu Köln.

Die dieser Arbeit zugrundeliegenden Daten wurden im Rahmen eines Forschungsprojektes an der Poliklinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters der Universität zu Köln und dem Ausbildungsinstitut für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie an der Uniklinik Köln (AKiP) erhoben. Die Behandlung erfolgte in der Christoph-Dornier-Stiftung Institut für klinische Kinderpsychologie an der Universität zu Köln.

Folgende Personen waren neben mir an der Datenerhebung beteiligt:

1. Claudia Hasse, Dipl.-Psych.
2. Dana Hillebrand, Dipl.-Päd.
3. Sonja Jörissen, Dipl.-Päd.
4. Daniela Perri, Dipl.-Soz.Päd.

An der Auswertung der Daten war ich maßgeblich beteiligt. Bei den statistischen Analysen erhielt ich Unterstützung von Herrn Dr. Dieter Breuer.

Danksagung

Ich möchte mich an dieser Stelle bei Herrn Universitätsprofessor Dr. sc. hum. Manfred Döpfner und bei Frau Privatdozentin Dr. rer. medic. Anja Görtz-Dorten dafür bedanken, dass sie mir die Möglichkeit gegeben haben, im Rahmen des genannten Forschungsprojektes promovieren zu können. Ich bin sehr dankbar, dass sie mir bei Fragen und Schwierigkeiten immer hilfreich zur Seite standen und mich unterstützt haben.
Zudem möchte ich mich bei meinen Kolleginnen der Arbeitsgruppe, besonders bei Frau Daniela Perri, für die konstruktive Zusammenarbeit und den Zusammenhalt während der gesamten Zeit bedanken.

Ein besonders tiefer Dank gilt meiner Familie und meinen Freunden, ohne deren grundsätzliche Unterstützung, deren Vertrauen und deren motivierende Worte mir das Erstellen dieser Arbeit nicht möglich gewesen wäre.

Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis 7

1 Einleitung 8

2 Theoretischer Hintergrund 11

2.1 Soziale Ängste im Kindes- und Jugendalter 11

2.1.1 Entstehung und Aufrechterhaltung sozialer Ängste im Kindes- und Jugendalter 14

2.1.2 Kognitiv-behavioraler Behandlungsansätze und deren Wirksamkeit bei sozialen Ängsten im Kindes- und Jugendalter 20

2.2 Ressourcenaktivierung in der Psychotherapie 23

2.2.1 Ressourcenaktivierung in der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie 29

2.2.2 Wirksamkeit von Ressourcenaktivierung in der Psychotherapie 32

2.2.3 Das Behandlungsmanual zur Supportiven Therapie zur Aktivierung von Ressourcen (STARK) 37

3 Methoden 41

3.1 Aufbau und Ablauf der Studie 41

3.1.1 Ein- und Ausschlusskriterien 42

3.1.2 Behandlungsablauf und Studiendesign 44

3.2 Forschungsziele und Hypothesen 46

3.2.1 Hypothese: sozial ängstliche Symptomatik 47

3.2.2 Hypothese: komorbide Symptomatik 47

3.2.3 Hypothese: Selbstkonzept und Emotionsregulation 48

3.3 Evaluationsinstrumente 48

3.3.1 Fremd- und Selbstbeurteilungsbogen zu Angst und Zwangsstörungen (FBB-/SBB-ANZ) 49

3.3.2 Fragebogen zur Erfassung störungsaufrechterhaltender Komponenten sozialer Angst bei Kindern und Jugendlichen (FESKA) 49

3.3.3 Elternfragebogen zu sozialen Ängsten im Kindes- und Jugendalter (ESAK) 51

3.3.4 Sozialphobie- und Angstinventar für Kinder (SPAIK) 51

3.3.5 Elternfragebogen über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen (CBCL) 52
3.3.6 Fragebogen für Jugendliche (YSR) 53
3.3.7 Harter-Selbstkonzeptskala 54
3.3.8 Fragebogen zur Erhebung der Emotionsregulationsstrategien bei Kindern und Jugendlichen (FEEL-KJ) 55
3.4 Statistische Auswertung 57

4 Ergebnisse 61

4.1 Stichprobenbeschreibung 61
4.2 Effekte auf die sozial ängstliche Symptomatik 62
4.3 Verlauf der komorbiden Symptomatik 78
4.4 Verlauf von Selbstkonzept und Emotionsregulation 82

5 Diskussion 85

6 Zusammenfassung 93

7 Literaturverzeichnis 95

8 Anhang 110

8.1 Abbildungsverzeichnis 110
8.2 Tabellenverzeichnis 111

9 Lebenslauf 112

Abkürzungsverzeichnis:

APA	American Psychological Association
CBCL	Child Behaviour Checklist
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of mental Disorders
EM	expectation maximization
ESAK	Elternfragebogen zu sozialen Ängsten im Kindes- und Jugendalter
FBB-ANZ	Fremdbeurteilungsbogen zu Angst- und Zwangsstörungen
FEEL-KJ	Fragebogen zur Erhebung der Emotionsregulationsstrategien bei Kindern und Jugendlichen
FESKA	Fragebogen zur Erfassung störungsaufrechterhaltender Komponenten sozialer Angst bei Kindern und Jugendlichen
ICD	International statistical Classification of Diseases and related mental health problems
M	Mittelwert
MLM	Multilevel Modelling
MZP	Messzeitpunkt
p	Signifikanzniveau
SBB-ANZ	Selbstbeurteilungsbogen zu Angst- und Zwangsstörungen
SD	Standardabweichung
STARK	Supportive Therapie zur Aktivierung von Ressourcen
SPAIK	Sozialphobie- und Angstinventar für Kinder
THAZ	Therapieprogramm für Kinder- und Jugendliche mit Angst- und Zwangsstörungen (THAZ) – Band 2 Soziale Ängste
TAU	treatment as usual
YSR	Youth Self Report

1 Einleitung

Kognitiv-behaviorale Behandlungsprogramme gehören zu den klassischen Verfahren in der Verhaltenstherapie mit Kindern und Jugendlichen und werden dabei störungsübergreifend eingesetzt. Im Rahmen dieser Programme nehmen besonders problemfokussierte Interventionen einen hohen Stellenwert ein. Die Verhaltenstherapie ist grundsätzlich problemorientiert und setzt immer am vorliegenden Problemverhalten an (Esser & Ballaschk, 2015). Auch nach Döpfner (2004) zählt die problemorientierte Therapie zu den sieben Prinzipien der multimodalen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie. Problemorientierte Interventionen beziehen sich im Wesentlichen auf die konkreten Probleme eines Kindes oder Jugendlichen sowie auf die auslösenden und das Problem aufrechterhaltenden Bedingungen (Döpfner, 2008). Die Wirksamkeit problemorientierter kognitiv-behavioraler Interventionen konnte über verschiedene kinder- und jugendspezifische Störungsbilder hinweg bereits in vielen Wirksamkeitsstudien belegt werden (Kazdin & Weisz, 2010).

Im Verlauf der letzten 10 bis 15 Jahre lässt sich jedoch zunehmend beobachten, dass neben den genannten problemfokussierten Interventionen in der psychotherapeutischen Praxis allgemein und auch in der kinder- und jugendlichenpsychotherapeutischen Behandlung vermehrt ressourcenaktivierende Ansätze in die therapeutische Arbeit einbezogen werden und zu einem festen Bestandteil der Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen geworden sind. Dies scheint vor dem Hintergrund der Bedeutung der Ressourcenaktivierung als einem der zentralen, allgemeinen Wirkfaktoren der Psychotherapie nach Grawe (1995) nachvollziehbar und erklärbar. Der theoretischen Konzeption nach Grawe folgend, bildet die Ressourcenaktivierung ein grundlegendes Element für die Veränderung von psychischen Problemen (Willutzki & Teismann, 2013). Grawe und Grawe-Gerber (1999) gehen dabei davon aus, dass der Erfolg einer Behandlung vor allem davon abhängig ist, inwieweit es dem Therapeuten gelingt, die vom Patienten mitgebrachten Ressourcen für therapeutische Zwecke zu nutzen.

Neben diesem grundlegenden Verständnis der Ressourcenaktivierung als allgemeinem Wirkfaktor, welcher eine ressourcenorientierte Haltung und eine davon geprägte

Gesprächsführung beinhaltet, werden jedoch zunehmend gezielt einzelne ressourcenaktivierende Techniken und Interventionen in der praktischen therapeutischen Arbeit mit Kindern und Jugendlichen eingesetzt. Dabei werden unmittelbar Therapieziele verfolgt, wie beispielsweise das Wohlbefinden allgemein zu steigern oder den Selbstwert zu verbessern. Diese Ziele erscheinen nachvollziehbar, wenn man berücksichtigt, dass Studien die Bedeutung eines niedrigen Selbstwertes und eines negativen Selbstbildes für die Entwicklung und Aufrechterhaltung psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter herausstellen konnten (Stadelmann et al., 2017; Sowislo & Orth, 2013).

Obwohl ressourcenaktivierende Interventionen mit diesen Anliegen und Zielen in der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie verbreitet eingesetzt werden, wurden bisher kaum ressourcenaktivierende Behandlungsmanuale evaluiert noch systematische Studien über die Wirksamkeit dieser Ansätze bei Kindern und Jugendlichen mit spezifischen psychischen Störungen veröffentlicht. Oft lassen sich in störungsspezifischen Manualen, ergänzend zu den kognitiv-behavioralen Interventionen, Behandlungsbausteine zur Ressourcenaktivierung finden, welche jedoch hinsichtlich ihrer Wirksamkeit bisher nicht einzeln betrachtet wurden. Es existieren zwar einige wenige ausschließlich ressourcenaktivierende Therapieprogramme, wie beispielsweise das ressourcenorientierte Selbstmanagement-Training für Jugendliche nach dem Züricher-Ressourcen Modell *„Ich packs!“* (Storch & Riedener, 2006) oder das lösungsorientierte Programm für Kinder und Jugendliche *„Ich schaffs!“* (Furmann, 2013), allerdings liegen in Bezug auf die Wirksamkeitsnachweise zu diesen Programmen nur Ergebnisse aus Einzelfalldarstellungen, Online- und Telefonbefragungen von Anwendern oder Untersuchungen mit sehr geringen Stichprobengrößen vor (Perband, Haupts & Rogner, 2016; Storch & Riedener, 2006).

Das Behandlungsmanual zur Supportiven Therapie zur Aktivierung von Ressourcen bei Kindern und Jugendlichen (STARK) (Perri, Mandler & Döpfner, in Vorbereitung) ist ein Manual, welches speziell zur störungsübergreifenden, ressourcenaktivierenden Diagnostik und Therapie für Kinder und Jugendliche im Alter von 6 bis 14 Jahren und deren Familien entwickelt wurde.

Ziel der vorliegenden Arbeit ist es, in einer Pilotstudie die Wirksamkeit dieses ressourcenaktivierenden Behandlungsprogramms in Bezug auf eine spezifische

psychische Störung im Eigenkontrollgruppendesign zu untersuchen. Im Rahmen einer durchgeführten Therapiestudie zur Behandlung sozialer Ängste im Kindes- und Jugendalter, ist es das Anliegen dieser Arbeit, die Effekte eines rein ressourcenaktivierenden Vorgehens auf die Veränderung der sozial ängstlichen Symptomatik zu untersuchen und dabei auch den Verlauf von komorbiden Auffälligkeiten und Veränderungen bezüglich des Selbstkonzeptes und der Emotionsregulationsstrategien aufzuzeigen. Es soll die Fragestellung beantwortet werden, ob sich durch ein ausschließlich ressourcenaktivierendes Vorgehen sozial ängstliche sowie komorbide Symptome reduzieren lassen und ob das Vorgehen Einfluss auf die Verbesserung von Selbstkonzept und Emotionsregulationsstrategien hat.

Im Theorieteil der Arbeit werden zunächst wesentliche Informationen zu dem Störungsbild der sozialen Angst im Kindes- und Jugendalter gegeben, um dann weiter auf die bereits als wirksam nachgewiesenen kognitiv-behavioralen Interventionen zur Behandlung dieses Störungsbildes und den aktuellen Forschungsstand einzugehen. Darauffolgend wird ausführlich die Bedeutung der Ressourcenaktivierung in der Psychotherapie herausgestellt und es werden dazugehörige theoretische Konzepte beschrieben. Im nächsten Schritt werden aktuelle Forschungsbefunde zu Wirksamkeitsnachweisen ressourcenaktivierender Ansätze aufgeführt und diese Arbeit dort eingeordnet.

Der dritte Teil der Arbeit umfasst den Methodenteil, in dem der konkrete Ablauf der Studie und das Studiendesign dargestellt und folgend die zu untersuchenden Hypothesen und die entsprechenden Evaluationsinstrumente aufgeführt werden. Vor dem Ergebnisteil der Arbeit folgt eine Beschreibung der verwendeten statistischen Auswertungsstrategien. Nach ausführlicher Darstellung der Ergebnisse im vierten Teil der Arbeit, finden im fünften Teil eine Einordnung und Interpretation der Ergebnisse, eine kritische Betrachtung der Studie sowie die Herausstellung schlussfolgernder Aspekte aus den Ergebnissen für mögliche weitere Forschungsfragen und Ableitungen für die Praxis statt.

2 Theoretischer Hintergrund

Im Folgenden werden wesentliche Informationen zum Störungsbild der sozialen Angst im Kindes- und Jugendalter einschließlich Epidemiologie, Ätiologie und Aufrechterhaltung sowie zu theoretischen Modellen gegeben und die daraus abgeleiteten und als wirksam nachgewiesenen Behandlungsansätze dargestellt. Im Weiteren wird auf die theoretische Konzeption und die Bedeutung der Ressourcenaktivierung in der Psychotherapie eingegangen und der aktuelle Forschungsstand zur Wirksamkeit ressourcenaktivierender Ansätze aufgezeigt. Vor dem Hintergrund dieser Ergebnisse wird dann die Fragestellung der vorliegenden Arbeit eingeordnet. Abschließend wird in diesem Kapitel das Supportive Therapieprogramm zur Aktivierung von Ressourcen bei Kindern und Jugendlichen (STARK) (Perri, Mandler & Döpfner, in Vorbereitung) beschrieben und die Relevanz und mögliche Wirkmechanismen dieser Interventionen für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit sozialen Ängste abgeleitet.

2.1 Soziale Ängste im Kindes- und Jugendalter

Soziale Ängste im Kindes- und Jugendalter sind charakterisiert durch eine ausgeprägte und anhaltende Angst, Furcht und Unsicherheit vor und in Situationen mit anderen Personen. Die Angst führt dazu, dass soziale Situationen im Alltag häufig vermieden werden. Zudem gehört auch die Angst vor Leistungssituationen zu den sozialen Ängsten. Die Angst geht einher mit der Sorge um die Angemessenheit des Verhaltens, der Befürchtung, negativ bewertet zu werden oder sich zu blamieren und sich lächerlich zu machen. Durch den Versuch, soziale Situationen zu vermeiden, können soziale Kontakte deutlich reduziert sein und soziale Kompetenzen nicht adäquat aufgebaut werden. Die Vermeidung sozialer Situationen bezieht sich dabei besonders auf Kontakte mit unbekannten Personen und auf Situationen, in denen eine soziale Hervorhebung und Bewertung erfolgen kann (Büch, Döpfner und Petermann, 2015; In-Albon, 2011). Die Erscheinungsformen der sozialen Ängste und die angstauslösenden Situationen können sich sehr unterscheiden und individuell variieren. Die häufigsten angstauslösenden

Situationen bei Kindern und Jugendlichen mit sozialen Ängsten beziehen sich auf das öffentliche Sprechen, wie das Melden im Unterricht, Vorlesen oder Halten eines Referates. Weitere häufig angegebene Situationen sind Vorführungen vor anderen, Beteiligung an Gesprächen mit anderen oder Ansprechen von Erwachsenen, das Essen vor anderen, der Besuch von Feiern und der Besuch einer öffentlichen Toilette. Damit unterscheiden sich angstauslösende Situationen im Kindes- und Jugendalter nur wenig von denen Erwachsener mit sozialen Ängsten (Beidel, Turner & Morris, 1999; Beidel & Turner, 2007).

Soziale Ängste sind bei Kindern und Jugendlichen allgemein verbreitet und treten häufig in subklinischer Form auf. Die Unterscheidung subklinischer sozialer Ängste von Ängsten mit einer klinischen Relevanz erfolgt über das Ausmaß der Beeinträchtigung des Funktionsniveaus und des Leidensdrucks. Der Begriff „soziale Angst“ ist breit gefasst und schließt allgemein sowohl subklinische als auch klinische Erscheinungsformen ein. Die Begriffe „soziale Angststörung“ und „soziale Phobie“ hingegen bezeichnen Störungsbilder und werden als Diagnosen in den Klassifikationssystemen genannt und häufig, wie auch in der vorliegenden Arbeit, synonym verwendet.

Innerhalb der Klassifikationssysteme ICD-10 (Dilling, Mombour & Schmidt 1991) und DSM-5 (Amercian Psychiatric Association, 2015) zeigen sich bezüglich der Zuordnung und Kriterien leichte Unterschiede. Das ICD-10 beinhaltet die kindspezifische Diagnose „Störung mit sozialer Ängstlichkeit des Kindesalters“ (F93.2). Diese umschreibt die ausgeprägte Angst vor fremden Kindern und Erwachsenen, welche mit Verlegenheit und Sorge einhergeht und dazu führt, dass soziale Beziehungen, ausgenommen zu der Familie und zu gut bekannten Personen, reduziert und beeinträchtigt sind. Zudem ist gefordert, dass die Störung bereits vor dem sechsten Lebensjahr begonnen hat. Daneben findet sich im ICD-10 unter den neurotischen Belastungs- und somatoformen Störungen die Diagnose der „sozialen Phobie“ (F40.1), welche neben dem Kriterium der Vermeidung sozialer Situationen, besonders die Bewertungsangst als Hauptmerkmal beinhaltet und zudem das Auftreten körperlicher Angstsymptome fordert. Je nach Alter und Zeitpunkt des Störungsbeginns sowie abhängig von spezifischen Symptomen hinsichtlich der Bewertungsangst, können im Kindes- und Jugendalter beide Diagnosen vergeben werden. Im DSM-5 lässt sich keine Unterscheidung zwischen kindspezifischer

und allgemeiner Diagnose finden. Die Symptomkriterien werden unter der Diagnose „soziale Phobie“ genannt und beinhalten ebenfalls die Angst vor Bewertung und Vermeidungsverhalten. In Bezug auf die Diagnosestellung bei Kindern ist gefordert, dass die Angst nicht nur in Kontakten mit Erwachsenen, sondern auch in Situationen mit Gleichaltrigen auftritt.

Die Prävalenzen für Angststörungen insgesamt liegen im Kinder- und Jugendbereich bei ca. 10% (Klasen et al., 2016). Obwohl Angststörungen zu den häufigsten Störungen im Kindes- und Jugendalter zählen, lässt sich bezüglich der sozialen Angststörung zusammenfassen, dass diese im Kindesalter eher selten auftritt, (Essau, Conradt & Petermann, 2000) jedoch mit zunehmendem Alter im Jugend- und frühen Erwachsenenbereich häufiger vorkommt und deutlich zunimmt (Waite & Creswell, 2014, Essau, Conradt & Petermann, 1999). Dabei muss berücksichtigt werden, dass nur wenige repräsentative Studien zur Häufigkeit der sozialen Phobie im Kindes- und Jugendalter vorliegen und die Prävalenzangaben zudem sehr heterogen sind. Sie schwanken in Abhängigkeit der untersuchten Altersgruppe, der Messinstrumente und Diagnosekriterien und der beobachteten Zeitspanne erheblich. So ergab eine Studie von Federer et al. (2000) eine Prävalenz der sozialen Phobie von 0,4% bei 8 jährigen Kindern und eine Untersuchung von Steinhausen et al. (1998) eine Prävalenz von über 4% bei Kindern und Jugendlichen im Alter von 7 bis 16 Jahren. Insgesamt kann von einer Punktprävalenz von 1% und von einer Lebenszeitprävalenz zwischen 1,6 und 5% der sozialen Phobie ausgegangen werden (Büch & Döpfner, 2012). Verschiedene Studien weisen darauf hin, dass die soziale Phobie im Verhältnis von ca. 1:2 etwas häufiger bei Mädchen als bei Jungen auftritt (Green- Landell et al., 2011; Demir et al., 2013). Der Beginn der Störung liegt meistens im frühen bis mittleren Jugendalter und sie verläuft ohne eine Behandlung häufig chronisch (Wittchen, Stein & Kesseler, 1999; Rapee, Schniering & Hudson, 2009; Beesdo et al., 2007). Ein früher Beginn der Störung wird als Risikofaktor für die Entwicklung eines schweren und generalisierten Subtyps der Störung gesehen. Ebenso geht ein früher Störungsbeginn häufig mit einem chronischen Verlauf einher (Melfsen & Warnke, 2009). Zudem entwickeln sich bei vielen Kindern und Jugendlichen mit einer sozialen Angststörung weitere psychische Störungen (Beidel, Turner & Morris, 1999). Da Angststörungen untereinander eine hohe Komorbidität aufweisen, können weitere Angststörungen gemeinsam mit der

sozialen Phobie auftreten. Besonders im Jugendalter zeigt sich eine erhöhte Komorbidät bezüglich depressiver Störungen und sozialer Phobie (Verduin & Kendall, 2003; Ranta et al., 2009). Des Weiteren treten gehäuft Substanzmissbrauch und Abhängigkeitsprobleme sowie somatoforme Störungen komorbid mit sozialer Phobie auf (Essau, Conradt & Petermann, 1999). Es wird davon ausgegangen, dass die soziale Phobie im Kindes- und Jugendalter vor der komorbiden Störung auftritt und besonders sozialer Rückzug und Isolation, vor dem Hintergrund des Vermeidungsverhaltens sowie fehlender positiver Rückmeldungen aus sozialen Kontakten, die Entwicklung weiterer Symptome fördern können. Ausgehend von diesen Befunden kann abgeleitet werden, dass eine therapeutische Behandlung der sozialen Angststörung im Kindes- und Jugendalter von großer Relevanz ist, um eine Chronifizierung der Störung und die Entwicklung weiterer psychischer Störungen abzuwenden.

2.1.1 Entstehung und Aufrechterhaltung sozialer Ängste im Kindes- und Jugendalter

Wie bei fast allen psychischen Störungen wird auch in Bezug auf die Entstehung einer sozialen Angststörung von einem multifaktoriellen Geschehen ausgegangen, in welchem biologische, soziale und psychische Faktoren integriert werden. Bezüglich des Einflusses einer genetischen Komponente bei der Entstehung von sozialen Angststörungen zeigt sich anhand von Zwillingsstudien ein moderater Einfluss, wobei die Datenlage allgemein spärlich ist (Knappe, Beesdo-Baum & Wittchen, 2010). Nach Lieb und Kollegen (2000) zeigen sich bei Familienmitgliedern einer Familie gehäuft soziale Angststörungen. Es wird jedoch davon ausgegangen, dass eine genetische Prädisposition für die Entwicklung von Angststörungen allgemein und nicht spezifisch für die soziale Phobie vorliegt und diese zudem schwierig von anderen familiären Einflüssen zu trennen ist (Büch, Döpfner & Petermann, 2015).

Hinsichtlich biologischer Faktoren wird besonders dem Temperamentsmerkmal der Verhaltenshemmung (Behavioral Inhibition) Bedeutung beigemessen. Die Verhaltenshemmung ist ein sehr stabiles Temperamtsmerkmal und wurde von Kagan und Kollegen (1984) erstmals erforscht. Die Verhaltenshemmung tritt im Kleinkindalter auf und ist gekennzeichnet durch ein sehr zurückhaltendes, vorsichtiges und vermeidendes Verhalten bei Konfrontation mit neuen und unbekannten Reizen. Die

Verhaltenshemmung lässt sich auch bezüglich biologischer Parameter nachweisen. So zeigen verhaltensgehemmte Kinder in neuen Situationen einen erhöhten Noradrenalinspiegel und eine erhöhte Kortisolausschüttung. Die Verhaltenshemmung steht somit in einem Zusammenhang mit einem erhöhten physiologischen Arousal. Es hat sich in mehreren Untersuchungen gezeigt, dass Kinder mit einer Verhaltenshemmung ein deutlich erhöhtes Risiko aufweisen, eine soziale Angststörung zu entwickeln. Der Zusammenhang von Verhaltenshemmung im Kleinkindalter und späterem Auftreten einer sozialen Phobie wird als spezifischer Vulnerabilitätsfaktor für soziale Ängste gesehen, da sich bezüglich der sozialen Phobie ein stärkerer Zusammenhang zeigte als im Vergleich zu anderen Angststörungen (Biedermann et al., 2001; Lahat et al., 2014).

Neben den genannten biologischen Faktoren sind die sozialen und umweltbezogenen Faktoren zu berücksichtigen. Dabei werden besonders den Merkmalen der Eltern, dem Erziehungs- und Interaktionsverhalten sowie belastenden Lebensereignissen und negativ erlebten sozialen Situationen Bedeutung beigemessen. Zeigen Eltern selbst sozial ängstliches Verhalten oder leiden unter einer sozialen Phobie, kann davon ausgegangen werden, dass die sozialen Ängste über Modelllernen von den Kindern übernommen werden (Lieb et al., 2000). Zudem ist das Erziehungsverhalten der Eltern durch eigene Ängste geprägt und wirkt sich somit auf das Verhalten des Kindes aus. Studien konnten einen Zusammenhang zwischen einem ängstlichen und überfürsorglichen Erziehungsverhalten und dem verhaltensgehemmten Temperament des Kindes nachweisen (McLeod, Wood & Weisz, 2007).

Andere retrospektive Studien zeigten, dass neben dem überbehütenden Erziehungsverhalten auch verstärkte Kontrolle und eine verminderte emotionale Zuwendung Einfluss auf die Entwicklung einer sozialen Phobie haben können (Lieb et al., 2000). In Bezug auf den Einfluss der genannten Erziehungscharakteristika sollte nach Rapee & Spence (2004) von einer Wechselwirkung ausgegangen werden, wobei zu berücksichtigen ist, dass das sozial rückzügliche Verhalten des Kindes vermehrt schützendes und kontrollierendes Verhalten der Eltern auslöst, welches dann wiederum die Rückzugstendenzen des Kindes verstärkt.

Darüber hinaus werden im Rahmen der sozialen und umweltbezogenen Faktoren auch kritische Lebensereignisse und erlebte unangenehme soziale Situationen bezüglich ihres

Einfluss auf die Entstehung einer sozialen Phobie diskutiert. Mobbingerfahrungen und erlebte Ablehnung, Zurückweisung und Bloßstellung durch Gleichaltrige können dabei eine Rolle spielen (Rapee & Spence, 2004). Vor diesem Hintergrund sollten auch Konditionierungsprozesse, folgend der Zwei-Faktoren-Theorie von Mowrer (1960), bei der Entstehung einer sozialen Angststörung berücksichtigt werden. Hierbei wird davon ausgegangen, dass folgend klassischer Konditionierungsprozesse eine sehr negativ erlebte soziale Situation dazu führt, dass bestimmte Reize Ängste auslösen und diese Ängste dann durch operante Prozesse, besonders durch negative Verstärkung im Sinne des Vermeidungsverhaltens, aufrechterhalten werden (Büch & Döpfner, 2012).

Im multifaktoriellen Geschehen bei der Entstehung und der Aufrechterhaltung von sozialen Ängsten sind des Weiteren die psychischen Faktoren zu berücksichtigen. Die relevanten psychischen Faktoren umfassen im Wesentlichen kognitive Faktoren und beziehen sich zudem auf Defizite in der sozialen Kompetenz und Performanz. Bezüglich kognitiver Faktoren spielt die kognitive Informationsverarbeitung eine wichtige Rolle (Hirsch & Clark, 2004). Dabei wird von den sogenannten Aufmerksamkeits- und Interpretationsbias ausgegangen. Mehrere Studien konnten nachweisen, dass ängstliche Kinder ihre Aufmerksamkeit zum einen stärker auf angstauslösende Reize lenken und zum anderen dazu neigen, Reize allgemein eher als bedrohlich zu bewerten (Gambel & Rapee, 2009; Garner, 2010; Walters et al. 2011; Vassiopolous & Banerjee, 2008).

Weitere relevante kognitive Prozesse verdeutlicht das theoretische Modell von Clark und Wells zur sozialen Phobie (1995), welches für das Erwachsenenalter empirisch sehr gut belegt ist. In Bezug auf die Gültigkeit dieses Modells für den Kinder- und Jugendlichenbereich ist die Studienlage allgemein inkonsistent und unzureichend. Schäfer und Kollegen (2012) geben einen Überblick, inwieweit sich das Modell von Clark und Wells auf den Kinder- und Jugendbereich übertragen lässt. In dem Modell wird davon ausgegangen, dass soziale Situationen automatische, dysfunktionale Gedanken auslösen, welche einen negativen Ausgang der Situation und eine negative Bewertung der eigenen Person beinhalten. Neben diesen Kognitionen wird von weiteren problematischen Verhaltens- und Erlebensweisen ausgegangen. Diese beinhalten eine erhöhte Selbstaufmerksamkeit, eine verzerrte Selbstwahrnehmung und Verhaltensstrategien, die dazu dienen sollen, Unsicherheiten zu verstecken und eine

Blamage abzuwenden (Sicherheitsverhalten). In Folge kommt es, besonders durch die erhöhte Selbstaufmerksamkeit, zu verstärkten körperlichen und kognitiven Angstsymptomen, welche wiederum zu nachträglichen, dysfunktionalen Verarbeitungsprozessen führen. Es entsteht somit ein Bedingungsmodell, welches die Ängste aufrechterhält und verhindert, dass negative Überzeugungen korrigiert und widerlegt werden können (Büch, Döpfner & Petermann, 2015).

Zusammenfassend kann herausgestellt werden, dass sich für die Übertragbarkeit des Modells auf den Kinder- und Jugendbereich eher konsistente Befunde bezüglich der negativen Erwartung vor sozialen Situationen zeigen und mehr inkonsistente Befunde hinsichtlich der Häufigkeit von dysfunktionalen Kognitionen während einer sozialen Situation. Mehrere Studien konnten nachweisen, dass sozial ängstliche Kinder schlechtere Erwartungen an die eigenen Bewältigungskompetenzen in einer sozialen Situation haben und von einem negativen Ausgang der Situation ausgehen (Alfano, Beider & Turner, 2006; Hodson et al., 2008).

Aus den Ergebnissen der Untersuchungen zum Einfluss verstärkter negativer Kognitionen auf die sozialen Ängste lässt sich zusammenfassen, dass diesbezüglich entwicklungsbedingte Aspekte berücksichtigt werden sollten. Es lässt sich aus den Befunden ableiten, dass negative Kognitionen mit dem Jugendalter zunehmen und einen Einfluss auf die Aufrechterhaltung der Ängste haben, während sie im Kindesalter nicht vermehrt von sozial ängstlichen Kindern berichtet werden (Schäfer, Schmitz & Tuschen-Caffier, 2012).

Einzelne Studien, wie beispielsweise die Untersuchung von Kley und Kollegen (2011) liefern positive Hinweise für die Bedeutung der Selbstaufmerksamkeit bei Kindern und Jugendlichen. Allerdings liegen diesbezüglich zu wenige Studien vor, um allgemeine Aussagen ableiten zu können. In einem systematischen Review von Siess, Blechert & Schmidt (2014) belegen 7 Studien eine erhöhte Aufmerksamkeit auf körperliche Angstsymptome und eine Überbewertung dieser Symptome bei Kindern und Jugendlichen mit sozialen Ängsten.

Besonders hinsichtlich der Aufrechterhaltung der sozialen Angst werden Defizite in der sozialen Kompetenz und Performanz diskutiert. Dabei ist jedoch unklar, ob Kinder und Jugendliche grundsätzlich über einen Mangel sozialer Fertigkeiten verfügen, da sie aufgrund des Vermeidungsverhaltens keine Kompetenzen aufbauen konnten und

ungeübt sind, oder, ob die negative Erwartungshaltung an die eigenen Bewältigungsmöglichkeiten und selbstabwertende Überzeugungen dazu führen, dass die Kinder kein kompetentes Verhalten zeigen können. Neben dem Begriff der sozialen Kompetenzen, als grundlegende soziale Fähigkeiten, meint der Begriff der sozialen Performanz mehr das direkte, gezeigte Verhalten des Kindes, welches extern beobachtbar ist.

Studien belegen zum einen, dass sich Kinder mit sozialen Ängsten vor und nach einer sozialen Situation hinsichtlich ihrer Kompetenzen schlechter bewerten, als Kinder ohne soziale Ängste. Zum anderen belegen sie, dass externe Beobachter sozial ängstliche Kinder in sozialen Situationen ebenfalls inkompetenter und unsicherer wahrnehmen und einschätzen (Alfano, Beidel & Turner, 2006; Dodd et al., 2011). Andererseits existieren einige Untersuchungen, in denen sich Kinder mit hoher sozialer Angst selbst ebenfalls als inkompetent bewerteten, hingegen externe Beobachter keine Unterschiede in der Performanz im Vergleich zu einer gesunden Kontrollgruppe beobachteten (Krämer et al., 2011; Cartwright-Hatton, Terschnitz & Gomersall, 2005). Allgemein kann aus diesen Befunden abgeleitet werden, dass sich sozial ängstliche Kinder selbst in sozialen Situationen inkompetent und unsicher fühlen, sich dies jedoch nicht zwangsläufig in ihrem Verhalten beobachten lässt. Es wird davon ausgegangen, dass spezifische Faktoren, wie das Ausmaß der situativen Angst, das Anforderungsniveau und die Komplexität der sozialen Situation Einfluss auf die Performanz haben (Asbrand et al. 2014).

Hinsichtlich der psychischen Faktoren werden zudem auch Defizite im Bereich der Emotionsregulation bei sozial ängstlichen Kindern vermutet. Dabei wird zum einen davon ausgegangen, dass sozial ängstliche Kinder über weniger adaptive Bewältigungsstrategien verfügen, da das Erlernen von Emotionsregulationsstrategien durch eine häufige Konfrontation mit sehr starken negativen Emotionen für verhaltensgehemmte Kinder erschwert ist (Büch, Döpfner & Petermann, 2015). Zum anderen gibt es Hinweise aus einzelnen Studien, wie z.B. der Untersuchung von Lange und Kollegen (2014), dass sozial ängstliche Kinder bei der Verarbeitung negativer Emotionen eher dysfunktionale und maladaptive Bewältigungsstrategien nutzen.

Alle genannten Faktoren spielen eine Rolle bei der Entstehung sozialer Ängste im Kindes- und Jugendalter. Hinsichtlich der Aufrechterhaltung der Ängste existieren

verschiedene integrative Bedingungs- und Teufelskreismodelle, welche die genannten Faktoren berücksichtigen und diese als einzelne Komponenten aufzeigen und verdeutlichen, wie sie sich gegenseitig beeinflussen können. Vor dem Hintergrund der bereits genannten und teilweise inkonsistenten Studienergebnisse, besonders hinsichtlich des Einflusses der negativen Kognitionen und der Performanz- und Kompetenzdefizite, wird davon ausgegangen, dass die Komponenten bei Kindern und Jugendlichen unterschiedlich stark ausgeprägt sein können. Büch und Döpfner (2012) entwickelten ein Bedingungsmodell mit vier wesentlichen Komponenten, welche je nach Ausprägung auch einen Ansatz zur Ableitung spezifischer Interventionen in der Behandlung ermöglichen:

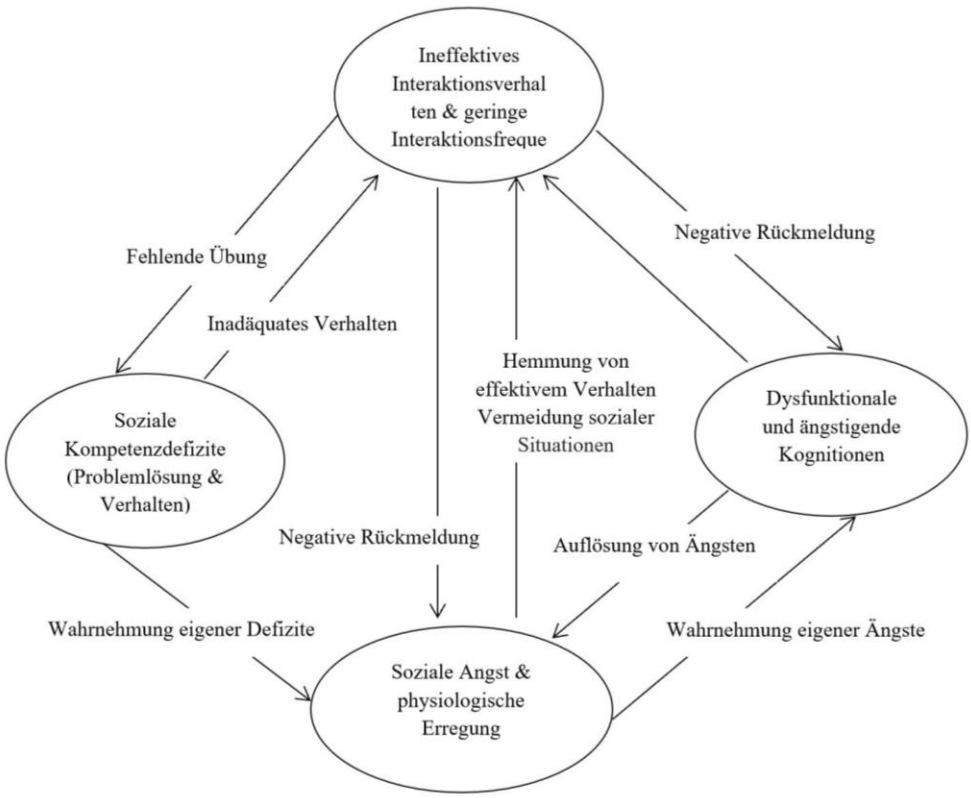


Abbildung 1: Bedingungsmodell sozialer Phobie (aus Büch & Döpfner, 2012, S. 26)

In dem Modell werden als Hauptkomponenten eine hohe soziale Angst, dysfunktionale Kognitionen, soziale Kompetenzdefizite und eine geringe Interaktionsfrequenz genannt. Unabhängig davon, welche der vier Komponenten bei einem Kind oder Jugendlichen am stärksten ausgeprägt ist, wird deutlich, über welche Prozesse auch die anderen Bereiche beeinträchtigt sein können und somit zu der Aufrechterhaltung der Störung beitragen (Büch &Döpfner, 2012).

2.1.2 Kognitiv-behavioraler Behandlungsansätze und deren Wirksamkeit bei sozialen Ängsten im Kindes- und Jugendalter

Ausgehend von den genannten empirischen Befunden in Anlehnung an das Modell von Clark & Wells und auf Grundlage der integrativen Bedingungsmodelle wurden kognitiv-behaviorale Interventionen zur Behandlung der sozialen Phobie im Kindes- und Jugendalter entwickelt und hinsichtlich ihrer Wirksamkeit überprüft. Es existieren verschiedene störungsspezifische Behandlungsmanuale, die im Gruppen- oder Einzelsetting durchgeführt werden können, wie beispielsweise die *„Social Effectiveness Therapy for children“* (Beidel, Turner & Morris, 2000) oder das *„Training mit sozial unsicheren Kindern. Behandlung sozialer Angst, Trennungsangst und generalisierter Angst“* (Petermann & Petermann, 2015). Auch das *„Therapieprogramm für Kinder und Jugendliche mit Angst- und Zwangsstörungen (THAZ) – Band 2“* von Büch und Döpfner (2012) ist ein solches Manual und wurde im Rahmen der Therapiestudie, welche dieser Arbeit zugrunde liegt, für den Teil der problemfokussierten Behandlung genutzt. Die wesentlichen therapeutischen Interventionen, die sich aus den Befunden zur Störungsentstehung- und Aufrechterhaltung ableiten lassen und von den meisten manualisierten Behandlungsprogrammen berücksichtigt werden, beinhalten:

Psychoedukation zur Vermittlung von Informationen über die Störungsentstehung und Aufrechterhaltung der Ängste, kognitive Interventionen zur direkten Modifikation dysfunktionaler Kognitionen, soziales Fertigkeitentraining mit Rollenspielen zum Aufbau sozialer Kompetenzen und Expositionsübungen mit dem Ziel der Habituation, Verringerung der Angst und der physiologischen Erregung. In einigen Manualen werden zum Abbau körperlicher Angstsymptome ergänzend Entspannungsverfahren eingesetzt.

Auf Grundlage der bereits genannten Befunde hinsichtlich der Übertragbarkeit des Modells von Clark und Wells auf den Kinder- und Jugendbereich und der Zunahme der dysfunktionalen Kognitionen im Jugendalter berücksichtigen Behandlungsmanuale für Jugendliche, wie beispielsweise das Manual von Steil et al. (2011), stärker die Identifikation und Auflösung dysfunktionaler kognitiver Schemata. Dabei kommen Verhaltensexperimente zur Unterstützung der kognitiven Umstrukturierung und Aufmerksamkeitstrainings zur Veränderung von Aufmerksamkeitsprozessen zum

Einsatz. Zudem wird Imagination (Imagery Rescripting) zur weiteren Modifikation der Bewertung sozialer Situationen und eigener Fertigkeiten genutzt (Steil et al., 2011).

Eine ergänzende medikamentöse Behandlung der sozialen Phobie bei Kindern und Jugendlichen mit Serotonin-Wiederaufnahmehemmern (SSRI) ist in der Regel nur bei sehr starker Ausprägung der Störung mit chronischem Verlauf indiziert (Benkert et al., 2012). Zudem ist dabei zu berücksichtigen, dass sich die kognitiv-behaviorale Therapie gegenüber einer ausschließlich medikamentösen Behandlung mit SSRI überlegen zeigte (Beidel et al., 2007). Dieser Befund wurde auch in einer aktuellen umfangreichen Metaanalyse von Wang und Kollegen (2017) bezüglich der Behandlung von Angststörungen im Kindes- und Jugendalter allgemein bestätigt.

Hinsichtlich der Wirksamkeit der kognitiv-behavioralen Therapie von Angststörungen im Kindes- und Jugendalter liegen einige empirische Befunde aus Metaanalysen und systematischen Reviews vor, welche das Vorgehen als Behandlungsmethode der ersten Wahl bezeichnen lassen (Ewing et al., 2015; James et al., 2015; Reynolds et al., 2012). Diese Befunde beziehen sich zumeist auf Untersuchungen zur Wirksamkeit von kognitiv-behavioralen Interventionen bei Kindern und Jugendlichen mit verschiedenen Angststörungen und unterscheiden im Wesentlichen nicht, ob die Behandlung im Einzel- oder Gruppensetting und mit oder ohne Einbezug der Eltern durchgeführt wurde.

Eine Metaanalyse von Reynolds et al. (2012) umfasst 55 Studien und ergab eine durchschnittliche Effektstärke von 0.65 hinsichtlich der Reduktion der Angstsymptomatik. Eine weitere Metaanalyse von In-Albon und Schneider (2007) umfasst 24 randomisiert kontrollierte Studien. Hier lag die Effektstärke in einem ähnlichen Bereich bei 0.66. Insgesamt ließen sich keine signifikanten Unterschiede bezüglich Einzel- oder Gruppensetting und kind- bzw. familienzentriertem Vorgehen aufzeigen. Auch in einem systematisches Review von Laakmann et al. (2017) ließen sich hinsichtlich der Bedeutung von Elternarbeit und eines zusätzlichen Effektes der kognitiv-behavioralen Interventionen durch gezieltes Elterntraining keine signifikanten Ergebnisse aufzeigen.

Zur Wirksamkeit der kognitiv-behavioralen Interventionen bei sozialer Phobie im Kindes- und Jugendalter liegen kaum Ergebnisse aus Metanalysen vor. Jedoch gibt eine umfangreiche Metaanalyse aus dem Erwachsenenbereich Hinweise. Hier zeigte sich die

kognitiv-behaviorale Therapie in Anlehnung an das Modell von Clarks und Wells als effektivste Behandlungsmethode im Vergleich zu verschiedenen anderen Interventionen (Mayo-Wilson et al., 2014).

Eine Metaanalyse über vorliegende Wirksamkeitsstudien zu kognitiv-behavioralen Interventionen bei sozialer Phobie im Kindes- und Jugendalter liegt von Kremberg und Mitte (2005) vor. In die Analyse wurden 9 Studien eingeschlossen, von denen 5 ein randomisiert-kontrolliertes Design mit Wartekontrollgruppe aufwiesen. Insgesamt wurden hinsichtlich der Wirksamkeit kognitiv-behavioraler Interventionen Effektstärken zwischen 0.6 und 1.9 (korrigierte Effektstärke Hedges g) berechnet. Zudem zeigten sich die Effekte im 3 bis 12 Monats-Follow-up stabil.

Es existieren darüber hinaus einzelne randomisiert kontrollierte Studien, die den Effekt von kognitiv-behavioraler Interventionen auf soziale Ängste im Kindes- und Jugendalter aufzeigen. Eine Studie mit Wartekontrollgruppe von Melfsen und Kollegen (2011) wurde mit 44 Kindern mit der Diagnose einer sozialen Phobie durchgeführt. Die kognitiv-behavioralen Interventionen erfolgten im Einzelsetting. Es zeigte sich eine signifikant stärkere Symptomreduktion in der Interventionsgruppe, als in der Wartekontrollgruppe. Zudem erfüllten in der Interventionsgruppe signifikant mehr Kinder nach Anschluss der Behandlung nicht mehr die Symptomkriterien für eine soziale Phobie.

Im Rahmen der durchgeführten Therapiestudie, die dieser Arbeit zu Grunde liegt, wurde wie bereits erwähnt, für die problemfokussierte Behandlung das Therapiemanual Soziale Ängste (THAZ) von Büch und Döpfner (2012) genutzt. Das Manual wurde in einer Pilotstudie im Eigenkontrolldesign mit einer Stichprobe von 11 Kindern hinsichtlich seiner Wirksamkeit untersucht. Es ergaben sich bezüglich der Reduktion der sozial ängstlichen Symptomatik Effektstärken von 0.68 bis 1.34.

2.2 Ressourcenaktivierung in der Psychotherapie

Grundlegend ist die Ressourcenorientierung und Ressourcenaktivierung in der Psychologie und Psychotherapie als therapieschulenübergreifende Orientierung und Ausrichtung zu verstehen. Sie nutzt integrativ unterschiedliche diagnostische und therapeutische Strategien und Methoden und folgt dabei einem störungsübergreifenden Verständnis. Auch wenn, wie bereits in der Einleitung erwähnt, die Bedeutung der Ressourcenorientierung- und Aktivierung in den letzten 10 bis 15 Jahren an Bedeutung zugenommen hat und vermehrt systematische Forschung hinsichtlich des allgemeinen therapeutischen Wirkfaktors der Ressourcenaktivierung stattfindet, ist die Fokussierung auf Stärken und Potenziale einer Person in der Psychologie nicht neu (Willutzki & Teismann, 2013). Verschiedene bekannte Konzepte und Modelle berücksichtigen die Orientierung an positiven Aspekten oder stellen sie in Bedingungsmodellen und Erklärungsansätzen belastenden Faktoren gegenüber. Zu nennen ist dabei zum einen das Salutogenese-Modell von Antonovsky (1997), in welchem der „Kohärenzsinn“ als zentrale Widerstandsressource gesehen werden kann. Zum anderen erwähnenswert ist das Konzept der Resilienz aus der Entwicklungspsychopathologie, welches Merkmale zur psychischen Widerstandsfähigkeit untersucht und dabei Schutzfaktoren und Ressourcen betrachtet (Klemenz, 2003).

In der klinischen Psychologie wurde der Begriff Ressourcenaktivierung durch die allgemeine Psychotherapieforschung und die Betrachtung der zentralen Wirkfaktoren der Psychotherapie durch Grawe und Kollegen verbreitet und ausdifferenziert. Hinsichtlich therapeutischer Ansätze, die eine Ressourcenorientierung explizit berücksichtigen, existieren mittlerweile einige bekannte und etablierte Konzepte, wie beispielsweise der lösungsorientierte Ansatz nach De Shazer, die positive Psychotherapie nach Peseschkian, die achtsamkeitsbasierte kognitive Therapie sowie einzelne Inhalte aus der dialektisch-behavioralen Therapie nach Linehan.

Grundsätzlich können die Begriffe Ressourcenaktivierung und positive Psychologie als Oberbegriffe für die verschiedenen Ansätze innerhalb der Psychotherapie mit einem Fokus auf die Stärken der Person gesehen werden. Dabei wird der Begriff der Ressourcenaktivierung eher im deutschsprachigen Raum genutzt, während sich im Anglo-amerikanischen stärker der Begriff der positiven Psychologie durchgesetzt hat. Dieser Begriff wurde durch Seligman geprägt, der 1998 als Präsident der American

Psychological Association (APA) eine Fokussierung auf Stärken in der Psychologie und Psychotherapie postulierte und eine grundlegende Umorientierung in der psychologischen Forschung forderte (Klemenz, 2003).

Betrachtet man verschiedene Ansätze und Theorien, wird deutlich, dass keine einheitliche Definition des Ressourcenbegriffs vorliegt, sich jedoch insgesamt einige Parallelen und Überschneidungen in den einzelnen Beschreibungen finden lassen. Eine Definition von Nestmann (1996, S. 362) versteht Ressourcen als „*letztlich alles, was von einer bestimmten Person in einer bestimmten Situation wertgeschätzt wird oder als hilfreich erlebt wird*". Zudem definiert er im Weiteren, dass eine Sache erst dann zu einer Ressource wird, wenn sie von einer Person für ihre individuellen Zwecke genutzt wird. Daraus kann abgeleitet werden, dass Ressourcen zum einen individuell und spezifisch sind und zum anderen eine Funktionalität besitzen, da sie dazu dienen ein bestimmtes Ziel zu erreichen. Auch in einer weiteren Definition von Schiepek und Cremers (2003) wird diese Mittel-Zweck-Relation von Ressourcen betont. Darüber hinaus erweitern sie den Aspekt der Funktionalität darum, dass eine Ressource von der Person selbst oder auch der Umwelt als positiv bewertet werden muss. Somit findet eine Einteilung in subjektiv (von einem selbst) wahrgenommene und objektiv (von der Umwelt) wahrgenommene Ressourcen statt, welche auch besonders in der Definition von Jerusalem (1990) stärker berücksichtigt wird. Neben dieser Einteilung von subjektiven und objektiven Ressourcen findet durch Willutzki und Teismann (2013) auf inhaltlicher Ebene eine Unterteilung in externe, interpersonelle und intrapersonelle Ressourcen statt.

Unter den externen Ressourcen werden alle natürlichen, sozialen und technischen Hilfsmittel in der Umwelt verstanden, wohingegen sich die interpersonellen Ressourcen mehr auf größere Systeme und sich gegenseitig fördernde Beziehungsmuster beziehen, die das soziale Zusammenleben erleichtern. Unter den interpersonellen Ressourcen werden gesundheitsfördernde und wiederherstellende Handlungsmuster und kognitive Überzeugungssysteme verstanden, die aus bestimmten Persönlichkeitsvariablen oder Fähig- und Fertigkeiten entstehen. Das aufgeführte Schaubild stellt nochmal alle bereits erwähnten Merkmale von Ressourcen in einer hierarchischen Struktur und Übersicht dar.

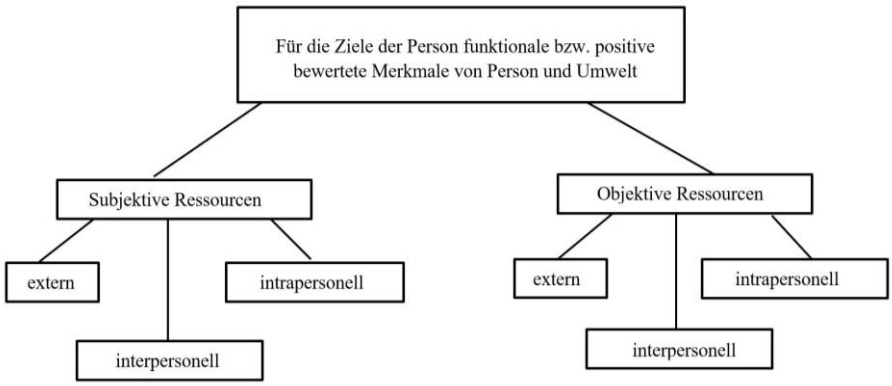


Abbildung 2: Definitionsmerkmale von Ressourcen (aus Willutzki und Teismann, 2013, S. 4)

Den bereits erwähnten Aspekt der Funktionalität berücksichtigt auch Grawe (1998) in seinem Ressourcenverständnis. Er definiert Ressourcen allgemein als die Möglichkeiten, die einem Menschen zur Befriedigung seiner Grundbedürfnisse zur Verfügung stehen. Er versteht den Ressourcenbegriff im Rahmen seiner Konsistenztheorie des psychischen Funktionierens, auf welche im Verlauf noch weiter eingegangen wird. Folgend seiner Theorie ist es allgemein Aufgabe der Psychotherapie, die Möglichkeiten einer Person zu erhöhen, damit sie ihre Grundbedürfnisse befriedigen kann. Unter den wesentlichen Grundbedürfnissen versteht Grawe Lustgewinn, Kontrolle, Bindung und Selbstwerterhöhung. Diese lassen sich mit potenziellen Ressourcen, wie beispielsweise motivationaler Bereitschaft, Wertehaltungen, Einstellungen, Gewohnheiten, Interaktionsstilen, aber auch physischen Merkmalen, wie Aussehen, Kraft und Ausdauer befriedigen (Grawe, 1998; Groß, Stemmler & de Zwaan, 2012).

Hinsichtlich der Abgrenzung der Begriffe Ressourcenaktivierung und Ressourcenorientierung lässt sich zusammenfassen, dass die Ressourcenorientierung mehr eine grundlegende therapeutische Haltung beschreibt, die davon ausgeht, dass jede Person, trotz vorliegender Probleme und Beeinträchtigungen über Ressourcen verfügt, die in der therapeutischen Arbeit genutzt werden sollten. Die Ressourcenaktivierung bezieht sich hingegen stärker auf eben diese Arbeit im therapeutischen Prozess, in welchem durch gezielte Methoden und Interventionen mit den Ressourcen der Person gearbeitet wird und die problemfokussierte Therapie dadurch ergänzt und ermöglicht wird. Grawe und Grawe-Gerber (1999) nennen vier wesentliche ressourcenaktivierende Interventionen: die Beziehungsgestaltung im Sinne einer komplementären und

motivierenden Beziehungsgestaltung, die Verwendung von Ausdrücken und Bildern, die eine positive Bedeutung für die Ziele des Patienten haben und diese aktivieren, die Wahl eines therapeutischen Vorgehens, bei dem sich der Patient als kompetent erleben kann und die bewusste Bezugnahme auf Stärken des Patienten. Hinsichtlich eines theoriebegründeten- und geleiteten Vorgehens existieren darüber hinaus in der Psychotherapie spezifische Theorien zur Funktion und zum Wirkmechanismus der Ressourcenaktivierung, welche im Weiteren näher betrachtet werden, um im nächsten Unterpunkt darstellen zu können, inwieweit sich die Theorien auf den Bereich der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie übertragen lassen.

Wie bereits erwähnt, konnte die Ressourcenaktivierung durch die grundlegende Psychotherapieforschung von Grawe und Kollegen als ein allgemeiner Wirkfaktor der Psychotherapie herausgestellt werden. Zudem stellt Grawe die Funktion von Ressourcen in seiner Konsistenztheorie dar und begründet damit die therapeutische Wirksamkeit der Ressourcenaktivierung. Willutzki und Teismann (2013) nennen zudem weitere Ansätze aus der Motivations- und Entwicklungspsychologie und berücksichtigen zusätzlich eine neuropsychologische Perspektive hinsichtlich des therapeutischen Aspektes der Ressourcenaktivierung.

Vor dem Hintergrund des motivationspsychologischen Rubikonmodells nach Heckhausen (1987), welches einen zielorientierten Handlungsprozess in vier wesentliche Phasen einteilt, kann Ressourcenaktivierung zur Förderung einer positiven Grundhaltung, zur aktiven Entscheidung, sich mit Problemen auseinanderzusetzen und zur bewussten Nutzung bereits vorhandener Gewohnheiten und Handlungsmuster beitragen und damit allgemein die Handlungsregulation und Kontrolle erhöhen.

Eine entwicklungspsychologische Perspektive auf den Nutzen von Ressourcen im therapeutischen Setting bietet die „Broaden and Build-Theorie“ von Fredrickson (2001). Die Theorie geht davon aus, dass positive Emotionen, wie Freude, Liebe, Interesse und Zufriedenheit die Aufmerksamkeit und das Denken einer Person öffnen und erweitern und ihr Handlungsrepertoire vergrößern. Dies führt dazu, dass Ressourcen aufgebaut werden können. Für die therapeutische Arbeit kann daraus abgeleitet werden, dass das Erleben positiver Emotionen grundlegend für den Aufbau und die Förderung von Ressourcen ist. Ausgehend von psychischen Störungen und einer damit einhergehenden problemorientierten und negativen Sicht bedeutet das, dass die Aktivierung von

Ressourcen diese negative Sicht und Orientierung unterbricht und „stört“ und über affektives Erleben einen positiven Prozess und eine Aufwärtsspirale in Gang setzt, wobei der Aufbau von Ressourcen wiederum positives Erleben fördert (Willutzki & Teismann, 2013).

Aus Sicht der Neuropsychologie fördert die Aktivierung von Ressourcen, im Sinne der eben genannten Aufwärtsspirale, in der Rückkopplung positive Affekte, die erfolgreiches Lernen unterstützen und ermöglichen. Durch die Aktivierung positiver Affekte kommt es auf neuronaler Ebene zur Bahnung neuer Erlebens- und Verhaltensweisen. Werden diese neuronalen Verknüpfungen durch fokussierte und kontinuierliche Aktivierung weiter unterstützt, kann das neue neuronale Netz immer leichter aktiviert werden und wird stabil gegenüber Störungen, wie dysfunktionale Verhaltensweisen (Willutzki & Teismann, 2013).

Hinsichtlich der funktionalen Rolle von Ressourcenaktivierung in der Psychotherapie, stellen Smith und Grawe (2003) zwei Hauptfunktionen von Ressourcenaktivierung heraus. Diese sind die Förderung des vorhandenen Potenzials einer Person sowie die Förderung korrektiver Erfahrungen. Darüber hinaus postulieren Grawe und Grawe-Gerber (1999) jedoch auch einen Einfluss ressourcenaktivierender Interventionen auf die Veränderung psychopathologischer Symptome und damit auch auf den Behandlungserfolg. Dabei sind Ressourcenaktivierung und therapeutische Beziehung für sie direkt miteinander verbunden *„Ressourcenaktivierung geschieht zu einem großen Teil in der Therapiebeziehung, durch die Therapiebeziehung und für die Therapiebeziehungen, ganz abgesehen davon, dass eine Therapiebeziehung als Folge einer gelungenen Ressourcenaktivierung angesehen werden kann und selbst eine wichtige Ressource des Patienten darstellt“* (Grawe, 1998, S. 136). Vor dem Hintergrund seiner Konsistenztheorie geht Grawe davon aus, dass bei psychischen Störungen Inkonsistenzen zwischen den von motivationalen Schemata bestimmten inneren Prozessen und den bereits gemachten Erfahrungen einer Person bestehen. Somit ist es das Ziel der Ressourcenaktivierung, diese Inkonsistenz zu reduzieren und mehr Konsistenz zu erreichen. Konsistenz wird dabei als eine hohe Vereinbarkeit und Passung zwischen den inneren Bedürfnissen und dem eigenen Erleben in der Realität verstanden. Je höher diese Passung ist, desto besser können die bereits genannten Grundbedürfnisse befriedigt werden. Werden durch gezielte und bewusste Aktivierung

von Ressourcen in der Therapie, die Möglichkeiten einer Person, ihre Grundbedürfnisse zu befriedigen, erhöht, erlebt sie diese Passung zwischen ihren inneren Wünschen und dem äußerem Erleben immer mehr. Darüber werden Kontrollerfahrungen vermittelt, die die Wahrscheinlichkeit erhöhen, dass die Patientin oder der Patient eigene Problembewältigungsversuche unternimmt. Es entsteht somit eine positive Rückkopplung. Durch die Kontrollerfahrungen, das positive Erleben in der therapeutischen Beziehung und das verbesserte Selbstwertgefühl besitzt die Ressourcenaktivierung zum einen eine eigene bewältigungsbezogene Funktion und kann zum anderen als Fundament für weitere aktive Problembewältigung gesehen werden (Willutzki & Teismann, 2013). Das folgende Schaubild stellt die genannten Aspekte und Zusammenhänge nochmal übersichtlich dar.

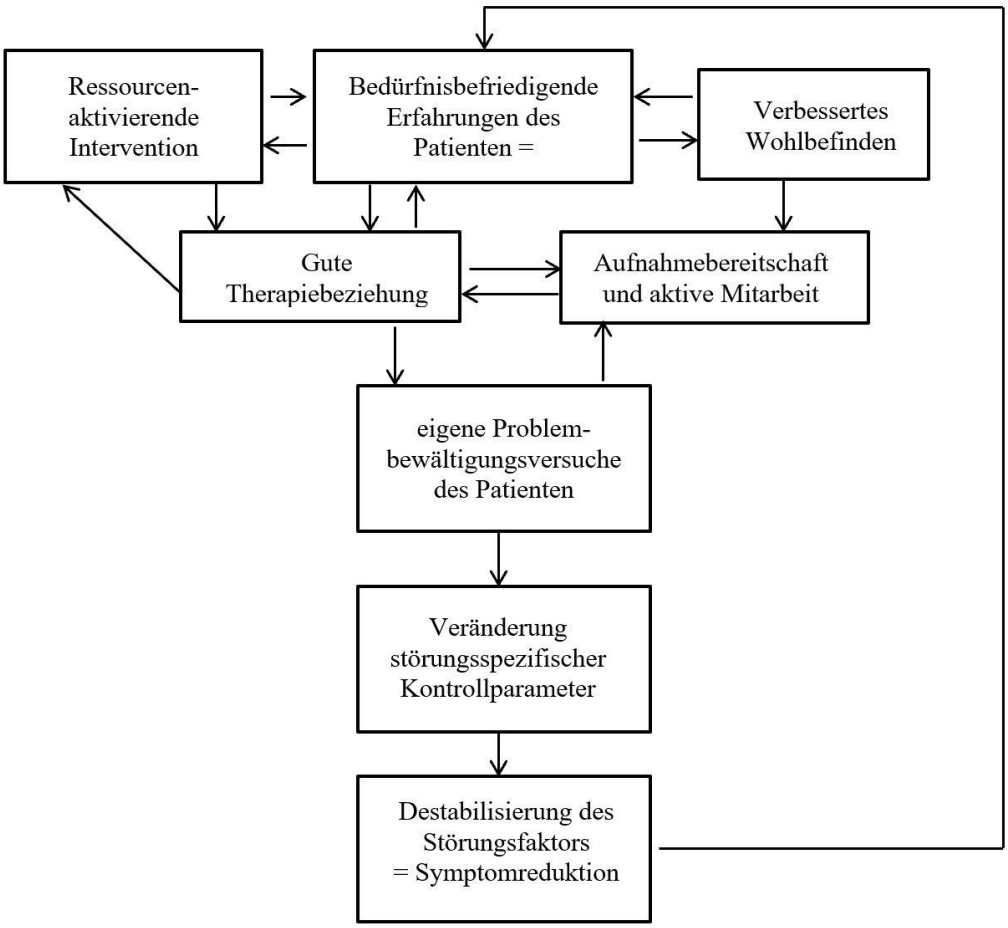


Abbildung 3: Die erste Wirkkomponente der Psychotherapie: Ressourcenaktivierung (aus Grawe, 1998, S.543

2.2.1 Ressourcenaktivierung in der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie

Ausgehend von den grundlegenden Entwicklungen, Definitionen und dargestellten Theorien zur Ressourcenaktivierung wird nun spezifischer auf den Bereich der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie eingegangen. Dabei sollen zum einen ressourcenaktivierende, praktische Ansätze in der therapeutischen Arbeit mit Kindern und Jugendlichen dargestellt und zum anderen Theorien zum Wirkmechanismus und der Funktion von Ressourcenaktivierung erweitert und übertragen werden.

Ressourcenaktivierende Ansätze lassen sich schulenübergreifend sowohl in der präventiven als auch in der unmittelbar therapeutischen Arbeit mit Kindern und Jugendlichen aufzeigen. Dabei werden ressourcenaktivierende Interventionen entweder im Rahmen spezifischer problemorientierter Behandlungsmanuale integriert oder auch in lösungsorientierten Programmen ausschließlich durchgeführt. Grundlegende Inhalte von Ressourcenorientierung- und Aktivierung lassen sich auch im Kinder- und Jugendbereich in verschiedenen therapeutischen Ansätzen wiederfinden. In der klientenzentrierten Spieltherapie nimmt die Befriedigung von Grundbedürfnissen einen zentralen Stellenwert ein. Im lösungsorientierten Arbeiten mit Kindern und Jugendlichen nach Steiner und Berg (2003) wird eine zielorientierte Sicht, eine positive Erwartung an die eigenen Fähigkeiten und eine Stärkung des Selbstwertgefühls fokussiert. Euthyme und achtsamkeitsbasierte Übungen, wie sie besonders im Rahmen der dialektisch-behavioralen Therapie mit Jugendlichen durchgeführt werden, dienen besonders zur Steigerung von Wohlbefinden und zur Förderung angenehmer Gefühle. Der Aufbau sozialer Ressourcen durch die positive Veränderung von Eltern-Kind-Interaktionen spielt im Rahmen kognitiv-behavioraler Interventionen eine wichtige Rolle. Für die praktische therapeutische Arbeit mit Kindern und Jugendlichen liegen zudem eine Reihe von Materialsammlungen und Therapie-Tools zur Ressourcenaktivierung vor.

Nach Klemenz (2003) verlangen ressourcenaktivierende Interventionen in der therapeutischen Arbeit mit Kindern und Jugendlichen auch eine stärkere Berücksichtigung im Rahmen der durchgeführten Diagnostik und Therapieplanung. Die Ergebnisse einer ressourcenorientierten Diagnostik müssten, seiner Meinung nach, den Befunden aus den problemfokussierten Erhebungen entgegengesetzt werden. Als bedeutende Ressourcen für den Kinder- und Jugendbereich definiert er

Personenressourcen, welche die physischen und psychischen Ressourcen des Kindes umfassen, die sozialen Ressourcen, die sich auf Beziehungen, Netzwerke und Hauptbezugspersonen beziehen, und die Umweltressourcen, welche die ökonomischen Ressourcen der Familie und auch die Wohnverhältnisse umfassen. Dementsprechend können sich Interventionsstrategien auf die Aktivierung verfügbarer Personenressourcen, die Nutzbarmachung nicht wahrgenommener Personenressourcen und auf die Optimierung der Ressourcennutzung konzentrieren. Zudem müssen auch die sozialen Ressourcen, im Sinne einer Entwicklung und Aktivierung von Eltern- und Familienressourcen, berücksichtigt werden. Dabei sind besonders intrapersonelle Ressourcen der Eltern, wie Feinfühligkeit, Stresstoleranz und Reflexionsfähigkeit von Bedeutung, um interpersonelle Ressourcen in der Eltern-Kind-Beziehung, wie Vertrauen, Verlässlichkeit und offene Kommunikation, zu fördern (Klemenz, 2003). Da Kinder und Jugendliche in einem stärkeren Maße abhängig von Verhaltensweisen und Kompetenzen ihrer Hauptbezugspersonen sind, muss dies auch bezüglich der Ressourcenaktivierung berücksichtigt werden.

Die Bedeutung der elterlichen Ressourcen für die Entwicklung von Kindern und Jugendlichen wurde auch durch eine Untersuchung von Erhart, Wille und Ravens-Sieberer (2008) im Rahmen der groß angelegten BELLA-Studie betont. Sie konnten feststellen, dass Elternressourcen als wesentliche prädiktive Faktoren gegenüber Gesundheitsbeeinträchtigungen der Kinder anzusehen sind.

Hinsichtlich der Theorien zur Funktion von Ressourcenaktivierung und ihrem Wirkmechanismus in der Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen, erscheint zudem die Berücksichtigung von Entwicklungsaufgaben notwendig. Eine spezifische Funktion der Ressourcenaktivierung im Kinder- und Jugendbereich sollte darin gesehen werden, dass sie zur besseren Bewältigung von Entwicklungsaufgaben beiträgt, besonders da psychische Störungen häufig vor dem Hintergrund nicht bewältigter Entwicklungsaufgaben entstehen oder dazu führen, dass anstehende Entwicklungsaufgaben nicht bewältigt werden können.

Bezüglich des Wirkmechanismus von Ressourcenaktivierung wird auch im Kinder- und Jugendbereich davon ausgegangen, dass durch Kontrollerfahrungen und durch den Aufbau positiver Selbstwirksamkeitserwartungen eine Veränderungsorientierung bezüglich der Problemwahrnehmung eintritt. Andererseits geht es auch darum, über die

Aktivierung von Ressourcen Kompetenzen zur besseren Bedürfnisbefriedigung aufzubauen (Klemenz, 2003).

Hinsichtlich der Frage, inwieweit sich das Konzept der Wirkkomponente der Ressourcenaktivierung im Sinne der Konsistenztheorie von Grawe auf den Kinder- und Jugendbereich übertragen lässt, liegen Hinweise aus einzelnen Untersuchungen vor. Eine ältere Untersuchung von Schmidtchen (1996) aus dem Bereich der klientzentrierten Spieltherapie, konnte allgemein aufzeigen, dass es im Rahmen der Therapie zu einer Zunahme angenehmer Gefühle, einer Verbesserung der Stimmung und des lustbetonten Körpererlebens kam. Dies führte dazu, dass sich Selbstverwirklichungskompetenzen, Bindungssicherheit und das aktive Kontaktverhalten verbesserten.

Bezüglich der Bedeutung der Befriedigung von Grundbedürfnissen auf die psychische Gesundheit, untersuchten Borg-Laufs und Spancken (2010), ob sich Kinder ohne eine psychische Störung von Kindern einer klinischen Stichprobe im Hinblick auf die Befriedigung ihrer Grundbedürfnisse unterscheiden. Es zeigten sich signifikante Unterschiede bezüglich des Ausmaßes der Bedürfnisbefriedigung, wobei die Grundbedürfnisse in den Bereichen Orientierung und Kontrolle, Bindung, Lustgewinn und Selbstwerterhöhung bei der gesunden Stichprobe als deutlich besser befriedigt beurteilt wurden. Dieser Befund spricht dafür, dass die Möglichkeiten zur Befriedigung der Grundbedürfnisse durch den Aufbau von Ressourcen und einer damit einhergehenden höheren Passung von inneren Wünschen und äußerem Erleben, auch für den Kinder- und Jugendbereich von Relevanz ist.

Des Weiteren sollte hinsichtlich des Wirkmechanismus von Ressourcenaktivierung die Bedeutung des Selbstwertes und der Selbstwirksamkeitserwartung berücksichtigt werden. Untersuchungen, wie die bereits erwähnte Studie von Stadelmann et al. (2017), konnten deutliche Zusammenhänge eines negativen Selbstbildes und einer Psychopathologie im Kindes- und Jugendalter aufzeigen. Dies verdeutlicht, wie wichtig es ist, im therapeutischen Prozess eine Selbstwertverbesserung der Kinder und Jugendlichen anzustreben. Dabei setzt Ressourcenaktivierung grundlegend an einer bewussten und positiven Veränderung der Selbstwirksamkeitserwartung und des Selbstbildes an.

Abschließend kann festgehalten werden, dass die Ressourcenaktivierung auch für den Bereich der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie als allgemeiner Wirkfaktor gesehen und verstanden wird. Auf inhaltlicher Ebene wird sie jedoch besonders um die Aspekte der elterlichen und familiären Ressourcenaktivierung ergänzt.

2.2.2 Wirksamkeit von Ressourcenaktivierung in der Psychotherapie

In den Forschungsarbeiten zur Ressourcenaktivierung in der Psychotherapie zeigen sich allgemein, aufgrund des schulenübergreifenden Ansatzes und der unterschiedlichen Einsatzmöglichkeiten im Rahmen bestehender therapeutischer Verfahren, viele unterschiedliche Forschungskontexte. Dabei lassen sich im Wesentlichen zwei Forschungsbereiche aufzeigen. Zum einen existieren, in Anlehnung an die Arbeitsgruppe von Grawe und Kollegen, Untersuchungen aus der Psychotherapieprozessforschung, welche der Frage nachgehen, inwieweit sich Therapieprozesse allgemein durch ressourcenaktivierende Interventionen verbessern lassen. Dabei kommen hauptsächlich strukturierte Video- und Mikroprozessanalysen von Therapien bei unterschiedlichen Störungsbildern zum Einsatz. Diese Untersuchungen dienen auch dazu, Aussagen darüber machen zu können, wie ressourcenaktivierende Interventionen in den Therapieverlauf eingebettet werden sollen. Zum anderen liegen Interventionsstudien vor, deren Ziel es ist, den direkten Einfluss eines ressourcenaktivierenden Therapieansatzes auf die Verbesserung von Wohlbefinden oder die Symptomreduktion und somit auf den Therapieerfolg zu überprüfen. Dabei berücksichtigen die Studien den Einfluss auf psychische Auffälligkeiten allgemein oder teilweise auch auf bestimmte Störungsbilder. Zudem liegen auch einige wenige Übersichtsarbeiten vor. Allgemein existieren deutlich mehr Untersuchungsergebnisse aus dem Erwachsenenbereich als aus dem Kinder- und Jugendbereich. Aufgrund dessen werden im Weiteren auch diese Ergebnisse berücksichtigt. Da für die Einordnung der vorliegenden Arbeit die Ergebnisse aus Interventionsstudien deutlich relevanter sind, wird auf die Befunde aus der Prozessforschung nur kurz eingegangen.

Wesentliche Ergebnisse zum positiven Einfluss der Ressourcenaktivierung auf den Therapieprozess liegen wie bereits erwähnt von Grawe und seiner Arbeitsgruppe vor. Flückiger und Kollegen (2014) führten Mikroprozessanalysen mit Therapievideos von

20 Probandinnen und Probanden mit generalisierter Angststörung durch. Diese erhielten eine kognitiv-behaviorale Therapie. Ziel war es, den Einfluss von Ressourcenaktivierung im Stundenverlauf auf den Therapieerfolg aufzuzeigen. Es zeigte sich ein positiver Zusammenhang zwischen einer stärkeren Fokussierung auf Kompetenzen einer Person über den Verlauf einer Therapiestunde und dem Therapieerfolg. Im Bereich der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie liegen solche ausführlichen Prozessanalysen zum Einfluss von Ressourcenaktivierung im Verlauf einzelner Therapiestunden auf den Therapieerfolg nicht vor.

Hinsichtlich der Interventionsstudien liegen aus dem Erwachsenenbereich einige Übersichtsarbeiten zur Wirksamkeit der positiven Psychologie und besonders zum lösungsorientierten Ansatz vor. Bolier et al. (2013) konnten in eine Metaanalyse 39 randomisiert-kontrollierte Studien zur Wirksamkeit von ressourcenaktivierenden Interventionen einschließen, wobei lediglich 7 Studien eine klinisch relevante Symptomatik hinsichtlich Depression oder Angst als Einschlusskriterium forderten. Die Interventionen wurden in 26 Studien in Form von angeleiteter Selbsthilfe durchgeführt, in 8 Studien in Form von Gruppensitzungen und in 5 Studien im Einzelsetting. Hinsichtlich relevanter Outcomeparameter ergab sich eine durchschnittliche mittlere Effektstärke von d = 0.34 bezüglich der Verbesserung des allgemeinen Wohlbefindens und eher kleine Effektstärken mit 0.2 hinsichtlich der Verbesserung des psychologischen Wohlbefindens und 0.23 bezüglich der Reduktion depressiver Symptome.

Eine Metaanalyse mit 22 Studien zur Wirksamkeit von lösungsorientierter Therapie liegt von Kim (2008) vor. Dabei wurden 12 Studien eingeschlossen, welche eine Reduktion bezüglich internalisierender Probleme, wie Ängstlichkeit und Depression, berücksichtigt haben. Es ergab sich hinsichtlich der Reduktion der internalisierenden Probleme eine durchschnittliche Effektstärke von 0.26.

Zur Wirksamkeit von Ressourcenaktivierung in Bezug auf bestimmte internalisierende Störungsbilder liegen Hinweise aus einzelnen randomisiert-kontrollierten Studien vor, welche die Wirksamkeit ressourcenaktivierender Interventionen in Kombination mit verhaltenstherapeutischen Interventionen untersucht haben. In einer randomisiert-kontrollierten Studie verglichen Willutzki et al. (2004) ein ausschließlich kognitiv-verhaltenstherapeutisches Vorgehen mit einem integrierten ressourcenaktivierenden und

verhaltenstherapeutischem Ansatz bei der Behandlung von Patientinnen und Patienten mit sozialen Ängsten. Die kombiniert ressourcenorientierte Gruppe profitierte hinsichtlich der sozialphobischen und auch der allgemeinen Symptomatik stärker von der Behandlung als die Gruppe mit der reinen Verhaltenstherapie. Hinsichtlich der Reduktion der sozialängstlichen Symptomatik ergab sich eine Effektstärke von 1.39.

In einer ähnlich angelegten Studie von Teismann et al. (2011) bezüglich der Behandlung Erwachsenen mit unipolarer Depression konnten sich diese Unterschiede in den Behandlungsgruppen nicht aufzeigen lassen und beide Gruppen profitierten gleichermaßen.

Eine randomisierte kontrollierte Studie von Asgharipoor et al. (2012) konnte im Vergleich von ausschließlich ressourcenaktivierenden Interventionen mit einer kognitiv-behavioralen Gruppentherapie bei der Behandlung von 18 Patientinnen und Patienten mit einer Depression keine signifikanten Unterschiede bezüglich der Verbesserung des Wohlbefindens und der Reduktion der depressiven Symptomatik zwischen den beiden Behandlungsgruppen feststellen. Insgesamt ist jedoch zu berücksichtigen, dass sich in beiden Gruppen nur eine geringe Effektstärke bezüglich der Reduktion der depressiven Symptomatik zeigte.

Im Kinder- und Jugendbereich existieren kaum Übersichtsarbeiten zur Wirksamkeit von Ressourcenaktivierung. Zudem beziehen sich die Interventionsstudien meist auf Kinder und Jugendliche ohne klinische Symptomatik oder auf Kinder mit klinischen Auffälligkeiten allgemein. Befunde hinsichtlich der Wirksamkeit von Ressourcenaktivierung in Bezug auf spezifische Störungsbilder liegen nicht vor. Zudem liegen einige Ergebnisse aus Einzeluntersuchungen vor, welche jedoch nicht im therapeutischen Setting, sondern im Rahmen schulbasierter Interventionen durchgeführt wurden.

Bond et al. (2013) geben in einem Review eine Übersicht zur Wirksamkeit von lösungsorientierter Therapie bei Kindern und Jugendlichen im Hinblick auf die Ergebnisse von 38 vorliegenden Studien. Von diesen Studien untersuchten 9 den Einfluss der lösungsorientierten Therapie auf internalisierende Probleme, wie Ängstlichkeit, depressive Stimmung und niedrigen Selbstwert. Allgemein wiesen viele der Studien methodische Schwächen auf. Zusammenfassend konnte festgehalten werden, dass sich die lösungsorientierte Therapie in Form von Frühintervention, bei

noch nicht erfolgter Chronifizierung der Problematik, als erfolgreich zeigte. Hinsichtlich der internalisierenden Problematik zeigte sich eine signifikante Reduktion subklinischer Ängste und depressiver Stimmung bei jugendlichen Mädchen. Zudem konnte man eine Steigerung des schulischen Selbstwertgefühls im Vergleich mit der Kontrollgruppe beobachten.

Ein weiteres Review mit 12 eingeschlossenen Studien zur Wirksamkeit von achtsamkeitsbasierter Therapie liegt von Burke (2010) vor. Von den eingeschlossenen 12 Studien beziehen sich 9 Untersuchungen auf Stichproben von Kindern und Jugendlichen mit verschiedenen klinischen Auffälligkeiten. Aufgrund großer methodischer Unterschiede, fehlender definierter Outcomeparameter, sehr kleiner Stichproben und unterschiedlicher Behandlungssettings kommt Burke zu dem Schluss, dass sich keine allgemeinen Aussagen über die Wirksamkeit der achtsamkeitsbasierten Therapie machen lassen. Es ergeben sich insgesamt sehr unterschiedliche Ergebnisse mit Effektstärken von 0.2 bis 1.4.

Hinsichtlich der Wirksamkeit eines Achtsamkeitstrainings in einer Kombination mit einer herkömmlichen „treatment as usual Behandlung“ (TAU) von 102 Jugendlichen mit verschiedenen klinischen Auffälligkeiten liegt eine randomisierte kontrollierte Studie von Biegel und Kollegen vor (2009) vor. Es zeigte sich eine Überlegenheit der kombinierten Therapie (TAU und Achtsamkeitstraining) im Vergleich zu der Kontrollgruppe, welche nur die TAU-Interventionen erhielt. Dabei zeigte sich eine stärkere Reduktion von wahrgenommenem Stress, Ängstlichkeit und depressiver Stimmung durch die kombinierte Therapie. Die Effektstärken der kombinierten Behandlung lagen bei 0.66 hinsichtlich der Angstreduktion und bei 0.95 bezüglich der Reduktion depressiver Symptomatik.

Eine weitere randomisiert-kontrollierte Studie zur Wirksamkeit eines ressourcenaktivierenden Gruppenprogramms, mit den Schwerpunkten zu den Bereichen Hoffnung und Dankbarkeit, liegt von Kwok et al. (2016) vor. Die Stichprobe umfasst hier 68 Kinder, welche einen klinisch auffälligen Wert hinsichtlich Depressivität erreichten. In der Interventionsgruppe, welche das ressourcenaktivierende Gruppentraining erhielt, zeigte sich eine signifikant stärkere Abnahme depressiver Symptome und ein stärkerer Anstieg der Lebenszufriedenheit als in der Kontrollgruppe. Die Effektstärke hinsichtlich der Reduktion der depressiven Symptomatik betrug 1.0.

Franklin und Kollegen (2008) untersuchten die Effektivität eines lösungsorientierten Ansatzes zu schulbezogenen Verhaltensproblemen in einem schulischen Setting mit einer Stichprobe von 67 Kindern. Dabei erhielten die Kinder der Interventionsgruppe lösungsorientierte Einzelstunden und die Lehrer wurden zu dem lösungsorientierten Ansatz geschult. Der Vergleich erfolgte mit einer Wartekontrollgruppe. Zur Erhebung der Problematik wurde ein Lehrerfragebogen (TRF 6-18) genutzt. In die Auswertung wurden alle Kinder eingeschlossen, die einen auffälligen Wert hinsichtlich internaler oder externaler Verhaltensauffälligkeiten zeigten. In der Auswertung ergab sich eine signifikant stärker Reduktion der internalen Verhaltensweisen in der Interventionsgruppe. Die Effektstärke lag hinsichtlich der Reduktion der internalen Problematik bei 0.9.

Eine weitere Untersuchung bezüglich schulbasierter Interventionen zur Förderung des Wohlbefindens wurde von Ruini et al. (2006) durchgeführt. Die Stichprobe umfasste 111 Schüler, welche entweder durch den Lehrer angeleitete Interventionen zur Förderung des Wohlbefindens oder Interventionen nach dem Ansatz der kognitiv-behavioralen Therapie erhielten. Die Lehrer wurden zuvor geschult und die Interventionen fanden in den Klassen über 4 Wochen mit jeweils 2 Stunden pro Woche statt. Die Auswertung erfolgte über Selbstbeurteilung der Schülerinnen und Schüler zu verschiedenen Bereichen, welche auch Ängstlichkeit, Depression und Selbstwert enthielten. In beiden Gruppen zeigte sich eine signifikante Reduktion von Ängstlichkeit und depressiver Stimmung, wobei sich keine Unterscheide zwischen den beiden Interventionsgruppen zeigten. Die Effektstärke hinsichtlich der Reduktion von Ängstlichkeit lag in der Interventionsgruppe zur Förderung des Wohlbefindens mit 0.2 in einem kleinen Bereich.

Betrachtet man die Ergebnisse der Forschungsbefunde aus dem Erwachsenen- wie auch aus dem Kinder- und Jugendbereich zur Wirksamkeit ressourcenaktivierender Interventionen, zeigt sich in den Übersichtsarbeiten, aber auch in den Ergebnissen aus den Einzelstudien eine hohe Varianz. Darüber hinaus wird deutlich, dass sich die einzelnen Ergebnisse kaum miteinander vergleichen lassen, da sich die Studien methodisch stark unterscheiden. Sie divergieren durch unterschiedliche Studiendesigns, Stichprobengrößen und Einschlusskriterien zu klinischen Auffälligkeiten und besonders

durch die verschiedenen Ansätze und Interventionen, welche alle zur Ressourcenaktivierung und zur positiven Psychologie zu zählen sind.

Trotz der methodischen Unterschiede lässt sich zusammenfassend sagen, dass die Studien insgesamt kleine bis mittlere Effekte der ressourcenaktivierenden Interventionen in Bezug auf Stichproben mit klinisch relevanten Auffälligkeiten ergeben haben. Zudem haben sie sich in den randomisiert-kontrollierten Studien meist überlegen zur Wartekontrollgruppe gezeigt. Aus den Befunden von Willutzki et al. (2004) und Biegel et al. (2009) lassen sich Hinweise ableiten, dass sich gute Effekte und eine Überlegenheit einer Kombinationsbehandlung aus kognitiv-behavioraler- oder TAU- Behandlung mit Ressourcenaktivierung im Vergleich zu kognitiv-behavioraler- oder TAU-Behandlung alleine erreichen lassen.

Es wird deutlich, dass im Kinder- und Jugendbereich viele der Studien zur Effektivität von Ressourcenaktivierung und positiver Psychologie große methodische Schwächen aufweisen und bisher insgesamt wenige Forschungsbemühungen stattgefunden haben. Es konnte keine Studie gefunden werden, welche einen ressourcenaktivierenden Ansatz hinsichtlich seiner Wirksamkeit auf ein spezifisches Störungsbild im Kinder- und Jugendbereich untersucht hat. Durch die Evaluation der Effektivität des ressourcenaktivierenden Behandlungsmanuals (STARK) ist es das Ziel und Anliegen der vorliegenden Arbeit, genau dies zu untersuchen.

2.2.3 Das Behandlungsmanual zur Supportiven Therapie zur Aktivierung von Ressourcen (STARK)

Das ressourcenaktivierende Behandlungsmanual STARK (Perri, Mandler & Düpfner, in Vorbereitung) wurde an der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters der Universität zu Köln und dem Ausbildungsinstitut für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie an der Uniklinik Köln (AKiP) entwickelt. Das Anliegen des Manuals ist es, eine systematische störungsübergreifende, ressourcenorientierte Diagnostik und ressourcenaktivierende Therapie von Kindern und Jugendlichen zu ermöglichen. In seiner Konzeption bezieht sich das Manual auf die psychotherapeutische Behandlung von Kindern und Jugendlichen im Alter von 6 bis 14 Jahren im Einzeltherapiesetting. Die Anzahl der dazu benötigten Therapiestunden kann individuell variieren. Das Programm ist jedoch

gut im Rahmen einer Kurzzeittherapie (24 Einzelstunden und 6 begleitende Bezugspersonenstunden) umsetzbar oder auch mit weiteren anderen Interventionen in diesem Stundenumfang zu kombinieren. Neben der Evaluation der Wirksamkeit des Behandlungsmanuals im Rahmen der vorliegenden Arbeit wird das Programm aktuell auch in zwei weiteren Studien hinsichtlich seiner Wirksamkeit bei Kindern mit Störung des Sozialverhaltens und bei Kindern mit Ticstörungen untersucht (Groth, in Vorbereitung; Viefhaus in Vorbereitung).

Das Manual ist modular aufgebaut und besteht aus kindzentrierten Übungen sowie begleitenden eltern- und familienzentrierten Interventionen. Es besteht insgesamt aus 4 Modulen und dem zusätzlichen elternzentriertem Modul. Die verschiedenen Interventionen beziehen sich hauptsächlich auf Inhalte aus der lösungsorientierten Therapie, dem achtsamkeitsbasierten Ansatz und auf Interventionen zur Steigerung des Wohlbefindens und des Selbstwertes. Grundlegende Ziele der Interventionen liegen darin, die zur Verfügung stehenden Ressourcen des Kindes, Jugendlichen und der Familie herauszuarbeiten, neue Ressourcen zu mobilisieren und über eine lösungsorientierte Sicht, eine Lösungs- und Handlungskompetenz aufzubauen. Für die einzelnen Module liegen unterschiedliche Arbeitsblätter und Materialien für jüngere und ältere Kinder bzw. Jugendliche vor. Zudem können die Inhalte der einzelnen Module individuell ausgewählt und abgestimmt werden. Das erste Modul dient dem Beziehungs- und Motivationsaufbau und der Erarbeitung eines gemeinsamen Zielmodells. Im zweiten Modul stehen Interventionen zur Steigerung des Selbstwertes und zur Herausstellung vorliegender Ressourcen im Vordergrund. Das dritte Modul verfolgt das Ziel, Wohlbefinden über achtsamkeitsbasierte Interventionen zu fördern. Im vierten Modul werden Interventionen aus dem lösungsorientierten Arbeiten fokussiert, um eine lösungsorientierte Sicht und Handlungsplanung hinsichtlich der zu erreichenden Ziele aufbauen zu können. Die elternzentrierten Interventionen dienen zur Festigung und Stabilisierung der ermittelten kindlichen Ressourcen, zur Aktivierung elterlicher Ressourcen und zum Aufbau einer positiven Sicht auf das Kind. Jedes Modul beinhaltet mehrere Bausteine, wie es in Tabelle 1 aufgezeigt wird.

Tabelle 1: Inhalte des STARK Manuals (aus Perri, Mandler & Döpfner, in Vorbereitung)

Modul 1 *Das will ich schaffen!*	Beziehungs- und Motivationsaufbau Erarbeitung eines Zielmodells	Bausteine 1 und 2	Psychoedukation & Vermittlung des Zielkonzeptes, Beziehungsaufbau über Interessenanalyse und gemeinsame Aktivitäten
Modul 2 *Ich bin stark!*	Stärkung des Selbstvertrauens und der Selbstakzeptanz	Bausteine 3 bis 5	Förderung einer ressourcenorientierten Sichtweise, Hervorhebung von Personen- und Umweltressourcen
Modul 3 *Ich fühle mich wohl!*	Förderung der Achtsamkeit, des Wohlbefindens und der Selbstfürsorge	Bausteine 6 und 7	Förderung von Achtsamkeit für Körper, Sinne und Förderung des Erlebens positiver Gefühle
Modul 4 *Ich schaffe es!*	Stärkung der Lösungskompetenz und der Bewältigungs-ressourcen	Baustein 8	Lösungsorientierte Interventionen zur Veranschaulichung und Implementierung der Bewältigungsressourcen

Das STARK-Manual folgt in seiner theoretischen Konzeption dem Modell von Grawe zum Wirkmechanismus von Ressourcenaktivierung, welches bereits in Abbildung 3 näher erläutert wurde. Es wird dabei angenommen, dass es durch die gezielten ressourcenaktivierenden Interventionen und die lösungsorientierte therapeutische Grundhaltung zu bedürfnisbefriedigenden Erfahrungen der Kinder und auch der Eltern kommt. Dadurch verbessert sich zum einen die Eltern- Kind- Beziehung, wie auch die therapeutische Beziehung zwischen Kind und Therapeutin/ Therapeut. Das Kind kann im Rahmen der Therapie immer mehr bedürfnisbefriedigende Erfahrungen machen und erlebt darüber positive Handlungskontrolle. Dies führt in der Rückkopplung zu vermehrten Bewältigungsversuchen, im Hinblick auf die zu erreichenden Therapieziele (vgl. Perri, Mandler & Döpfner, in Vorbereitung).

Überträgt man diesen theoretischen Ansatz auf ein Kind mit einer sozialen Angststörung, könnte man unter Berücksichtigung des bereits erläuterten Störungsmodells unter Punkt 2.1.1 davon ausgehen, dass das Grundbedürfnis nach Selbstwerterhöhung bei diesem Kind unbefriedigt ist. Hinsichtlich des Störungsbildes könnte vermutet werden, dass sich das Kind beispielsweise nicht traut, kurze Gespräche mit Erwachsenen zu führen. Durch das bewusste und gezielte Herausarbeiten der aktuell zur Verfügung stehenden Personen- und Umweltbedürfnisse kann das Grundbedürfnis nach Selbstwerterhöhung angesprochen und in Ansätzen befriedigt werden. Gelingt es dem Kind, über diese Ressourcenaktivierung eine positivere Sicht auf die eigenen

Fähigkeiten und auf die eigene Person zu bekommen, kann diese positive Sicht wiederum durch die positive Wahrnehmung der Eltern des Kindes unterstützt werden. Zudem wird das positive Erleben des Kindes im therapeutischen Setting immer mehr betont und herausgestellt, sodass das Kind auch im Rahmen der Therapiebeziehung sicherer wird und sich z.B. trauen könnte, in der Therapie mehr mit der Therapeutin/ dem Therapeuten zu sprechen und frei zu erzählen. Dadurch macht das Kind die Erfahrung, dass es eine schwierige Situation bewältigen kann und über die Möglichkeiten und Kompetenzen dazu verfügt. Durch diese Erfahrung wird das Kind im Verlauf ggf. mehr Bewältigungsversuche in unterschiedlichen sozialen Situationen unternehmen.

Bei dem Versuch, den allgemeinen Wirkmechanismus der Ressourcenaktivierung auf die spezifische Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit sozialen Ängsten zu übertragen, sollte die Bedeutung des geringen Selbstwertes und des negativen Selbstbildes unbedingt berücksichtigt werden. Die störungsaufrechterhaltenden Faktoren, welche ebenfalls unter Punkt 2.1.1 ausführlich beschrieben wurden, weisen darauf hin, dass besonders eine negative Erwartungshaltung an die eigenen Fähigkeiten und selbstabwertende Überzeugungen zu Kompetenz- und Performanzdefiziten bei den Kindern führen und Vermeidungsverhalten aufrechterhalten. Berücksichtigt man diesen Aspekt und verfolgt im Rahmen der ressourcenaktivierenden Behandlung das Ziel, dass positive Zuschreibungen und Fähigkeiten in das Selbstbild des Kindes integriert werden und positives Erleben in der Eltern-Kind-Beziehung und auch in der Therapiebeziehung gefördert wird, erscheint der Ansatz für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit sozialen Ängsten passend und inhaltlich nachvollziehbar. Von diesem Verständnis hinsichtlich der Wirksamkeit eines ausschließlich ressourcenorientierten Vorgehens bei der Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit sozialen Ängsten, wurde bei der theoretischen Konzeption der vorliegenden Arbeit und der Formulierung der Forschungshypothesen ausgegangen. Die Arbeit berücksichtigt dabei zum einen den Einfluss der ressourcenaktivierenden Interventionen auf die sozial ängstliche Symptomatik und wir zum anderen besonders auf die Verbesserung des Selbstkonzeptes und die Emotionsregulationsstrategien eingehen.

3 Methoden

Im folgenden Methodenteil der Arbeit werden zunächst Informationen zum Aufbau und Ablauf der Studie gegeben. Dabei wird auf die Rekrutierung der Stichprobe, die Ein- und Ausschlusskriterien und das Studiendesign eingegangen. Im Weiteren folgt eine ausführliche Darstellung der Forschungsziele und der zu überprüfenden Hypothesen. Vor diesem Hintergrund werden dann die verschiedenen Messinstrumente sowie das Vorgehen bei der statistischen Auswertung beschrieben.

3.1 Aufbau und Ablauf der Studie

Die Studie wurde an dem Ausbildungsinstitut für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie der Uniklinik Köln (AKiP) und am Institut für klinische Kinderpsychologie der Christoph-Dornier-Stiftung Köln durchgeführt. In der ursprünglichen Planung und Konzeption war es angedacht, eine groß angelegte Therapiestudie zur Behandlung von 100 Kindern und Jugendlichen mit sozialen Ängsten durchzuführen. Neben der Untersuchung der Effekte des ressourcenaktivierenden Behandlungsprogramms STARK auf die sozial ängstliche Symptomatik im Eigenkontrollgruppendesign war es geplant, einen Intergruppenvergleich der Effekte der STARK-Behandlung mit einer kognitiv-behavioralen Behandlung auf Grundlage des bereits erwähnten THAZ-Programms zur Behandlung sozialer Ängste durchzuführen. In der ersten Phase der Studiendurchführung wurden die Patienten nach Einschluss in die Studie über eine Randomisierung entweder der STARK-Behandlungsgruppe oder der THAZ-Behandlungsgruppe zugeteilt. Ziel war es, in beiden Behandlungsgruppen eine Stichprobengröße von n = 50 zu erreichen. Da sich die Patientenrekrutierung über einen Studienverlauf von 3 Jahren hinweg sehr schwierig gestaltete, wurde im Verlauf von der ursprünglichen Studienplanung abgewichen und entschieden, die THAZ-Bedingungen zu schließen und ausschließlich das STARK-Programm weiter im Eigenkontrollgruppendesign mit einer Stichprobe von n = 30 zu evaluieren. Nähere Informationen dazu können in Kapitel 4 aus dem CONSORT Flussdiagramm

entnommen werden. In den weiteren Ausführungen zu dem Studiendesign und den Messzeitpunkten wird die ursprüngliche Konzeption im Wesentlichen nicht weiter berücksichtigt, da sie für die Evaluation des STARK-Manuals und die Erhebungen und Auswertungen, welche der vorliegenden Arbeit zu Grunde liegen, nicht von Relevanz sind.

Die Stichprobenrekrutierung für die Studie erfolgte an dem Ausbildungsinstitut für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie an der Uniklinik Köln (AKiP). Einerseits wurden Patienten über die Schwerpunktambulanz für Angst- Zwangs- und Ticstörungen des Ausbildungsinstitutes rekrutiert. Andererseits erfolgte die Rekrutierung über die Zustellung von Flyern und Informationsmaterial an niedergelassene Kinderarztpraxen und Praxen für Kinder- und Jugendpsychiatrie- und Psychotherapie. Weitere Patientinnen und Patienten wurden über Zeitungsartikel und Informationsmaterial an Schulen eingeworben.

3.1.1 Ein- und Ausschlusskriterien

Kinder und Jugendliche, die in die Studie aufgenommen wurden, mussten bestimmte Einschlusskriterien erfüllen. Grundlegendes Einschlusskriterium war das Vorliegen einer klinisch relevanten sozialen Angstsymptomatik. Diese wurde über die Subskala „soziale Angst“ des Elternbeurteilungsbogens zu Angst- und Zwangsstörungen (FBB-ANZ) aus dem Diagnostik System für psychische Störungen nach ICD-10 und DSM-IV für Kinder- und Jugendliche II (DISYPS-II, Döpfner, Görtz-Dorten & Lehmkuhl, 2008) operationalisiert. Dabei musste die sozial ängstliche Symptomatik bei Messzeitpunkt 1 (MZP 1) und nach einer 8-wöchigen Wartephase bei Messzeitpunkt 2 (MZP 2) von den Eltern als auffällig eingeschätzt werden (Stanine ≥ 7). Zudem musste die Diagnose einer sozialen Angststörung des Kindesalters F93.2 oder einer soziale Phobie F40.1 nach ICD-10 vorliegen. Dies wurde über das klinische Urteil mit Hilfe der Diagnose-Checkliste zu Angststörungen (DCL-ANG) aus dem DISYPS-II überprüft. Zudem musste das psychosoziale Funktionsniveau der Kinder und Jugendlichen, besonders in den Bereichen soziale Beziehungen und Aktivitäten, beeinträchtigt sein. Das ausschließliche Vorliegen einer Leistungsangst war Ausschlusskriterium zur Aufnahme in die Studie. Weiteres Ausschlusskriterium war hingegen auch eine sehr stark ausgeprägte soziale Angststörung, welche beispielsweise mit Schulabsentismus

einhergeht und allgemein nicht die Bedingungen für eine ambulante Therapie erfüllt. Das Vorliegen komorbider Störungen war kein Ausschlusskriterium zur Aufnahme in die Studie, jedoch durfte eine andere Psychopathologie nicht im Vordergrund stehen. Zudem durfte keine medikamentöse Behandlung der Angststörung mit Anxiolytika erfolgen. Hinsichtlich des Altersbereiches wurden nur Kinder und Jugendliche zwischen 6 und 17 Jahren in die Studie aufgenommen. Um mehr Jugendliche in die Studie aufnehmen zu können, wurde hier von der ursprünglichen Konzeption des STARK-Manuals hinsichtlich des Altersbereiches (6 bis 14 Jahren) abgewichen. Aufgrund der jugendspezifischen Materialien des Manuals konnte die Behandlung dennoch manualgetreu erfolgen. Weitere Voraussetzungen für die Aufnahme in die Studie war ein Intelligenzquotient von mindestens 80 IQ-Punkten. Dieser wurde zu MZP 1 mit einem standardisierten Intelligenztest CFT- 20 (Weiß, 1998) erhoben. Das definierte Kriterium sollte gewährleisten, dass die Interventionen des STARK-Manuals auf ähnliche Art und Weise mit den Kindern und Jugendlichen durchführbar sind und dadurch auch die Varianz hinsichtlich der kognitiven Fähigkeiten der Patienten eingeschränkt wird. Die Teilnahme an der Behandlung unter Studienbedingungen war freiwillig. Die Kinder, Jugendlichen und Eltern wurden über den Inhalt und Ablauf der Studie informiert und aufgeklärt. Ein Einschluss in die Studie konnte nur nach Einverständnis der Eltern und Jugendlichen erfolgen. Zudem wurde im Rahmen des ersten Messzeitpunktes sichergestellt, dass eine regelmäßige Teilnahme an der Therapie möglich ist und eine gewisse Therapiemotivation grundsätzlich vorliegt.

Tabelle 2: Übersicht Ein- und Ausschlusskriterien für die Studie

Ein- und Ausschlusskriterien
• Skala „soziale Angst“ im Elternurteil FBB-ANZ : Stanine ≥ 7
• Diagnose: F93.2 und F40.1 (keine ausschließlichen Leistungsängste)
• klinisches Urteil DCL-ANG
• IQ ≥ 80 im CFT 20
• Alter: 6 bis 17 Jahre
• Deutliche Beeinträchtigung des Funktionsniveaus hinsichtlich sozialer Beziehungen und Aktivitäten
• Keine andere Psychopathologie im Vordergrund
• Voraussichtlich kein Einsatz einer Medikation mit Anxiolytika

3.1.2 Behandlungsablauf und Studiendesign

Die Behandlung der Kinder und Jugendlichen erfolgte in den Räumlichkeiten des Institutes für klinische Kinderpsychologie der Christoph Dornier Stiftung Köln. Die Therapien wurden von insgesamt 5 Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen in Ausbildung durchgeführt. Eine Supervision erfolgte nach jeder vierten Behandlungsstunde. Die Behandlung mit dem STARK-Programm umfasste insgesamt 16 wöchentlich stattfindende Therapiestunden mit den Kindern und Jugendlichen. Mit den Bezugspersonen fand nach jeder vierten Therapiestunde der Kinder eine Elternsitzung statt. Somit gab es insgesamt 4 elternzentrierte Sitzungen. Die Therapieintegrität wurde mittels Therapeuten-Fragebögen zu den Messzeitpunkten erhoben. Das Studiendesign ist ein Eigenkontrollgruppendesign mit insgesamt 4 Messzeitpunkten. Im Rahmen der bereits genannten Rekrutierungsmaßnahmen meldeten sich die Familien bei den zuständigen Mitarbeiterinnen des Forschungsprojektes. In einem ersten Telefonscreening wurden grundlegenden Daten, wie Alter, Schulbesuch, aktuelle Lebenssituation und mögliche erfolgte oder laufende Behandlungen der Kinder und Jugendlichen erfragt sowie relevante sozial ängstliche Symptomatik erhoben. Erfüllten die Kinder und Jugendlichen keines der Ausschlusskriterien und konnte von dem Vorliegen einer sozialen Angststörung ausgegangen werden, erfolgte der erste Messzeitpunkt (MZP 1). In diesem fanden eine erste Operationalisierung der Symptomatik mittels Fragebogenverfahren, die klinische Beurteilung, der Intelligenztest und die Aufklärung über den Studienablauf und die Studienbedingungen statt. Auf den ersten Messzeitpunkt folgte eine 8-wöchige interventionsfreie Wartephase, in welcher ein Diagnostiktermin für die Durchführung eines Verhaltenstestes zur weiteren Erhebung und Beobachtung der sozial ängstlichen Symptomatik durchgeführt wurde. Die Wartephase diente dazu, spontane symptomatische Verläufe ohne therapeutischen Einfluss zu erheben und eine Stabilität der Symptomatik zu überprüfen. Zudem dient die Erhebung der Wartephase im verwendeten Studiendesign dem Vergleich der Verläufe von Symptomatik während der Interventionsphase und der Wartephase.

Nach der 8-wöchigen Wartephase erfolgte ein weiterer Termin zur Durchführung des zweiten Messzeitpunktes (MZP 2). Erfüllten die Patienten zu MZP 2 weiterhin die Einschlusskriterien und zeigte sich die sozial ängstliche Symptomatik stabil, erfolgte

der Einschluss in die Studie und die Interventionsphase begann. Eine erneute Zwischenmessung erfolgte durch den MZP 3 nach 8 Therapiestunden mit dem Kind oder Jugendlichen und 2 durchgeführten Bezugspersonenstunden. Dabei wurden den Kindern, Jugendlichen und den Eltern die relevanten Fragebogenverfahren ausgehändigt und diese wurden beim nächsten Termin an die zuständige Therapeutin zurückgegeben. Nach Durchführung 8 weiterer kindzentrierter Therapiestunden und 2 weiterer Elternstunden erfolgte im Rahmen des vierten MZP´s (MZP 4) die Abschlussmessung. Die Beurteilungsbögen wurden den Familien erneut ausgehändigt und mitgegeben. Da nach Abschluss der Interventionsphase noch ein weiterer Termin zur erneuten Durchführung des Verhaltenstestes stattfand, konnte sichergestellt werden, dass auch alle Beurteilungsbögen zurückgegeben oder wenn nötig, in diesem Termin vor Ort ausgefüllt wurden.

Für den weiteren Verlauf nach Beendigung der relevanten Studien-Interventionsphase gab es, in Abhängigkeit der noch vorliegenden Symptomatik, 4 verschiedene Möglichkeiten. Zeigte sich eindeutig keine klinisch relevante Symptomatik mehr und hatte sich das Funktionsniveau der Kinder und Jugendlichen deutlich verbessert, wurde die Behandlung nach der Interventionsphase beendet. Lag noch eine leicht ausgeprägte, subklinische Symptomatik vor, wurden im Abstand von 4 Wochen noch bis zu 4 „Booster-Therapiesitzungen“ durchgeführt, um den Patienten weiter zu stabilisieren und erarbeitete Therapieinhalte aufzufrischen. Zeigte sich nach Beendigung der STARK-Intervention noch klinisch relevante Symptomatik, erhielten die Patienten im Anschluss eine kognitiv-behaviorale Behandlung folgend des THAZ-Manuals. Lag eine weitere komboride Störung vor, erfolgte eine darauf abgestimmte Therapie im Sinne einer TAU-Behandlung (treatment as usual).

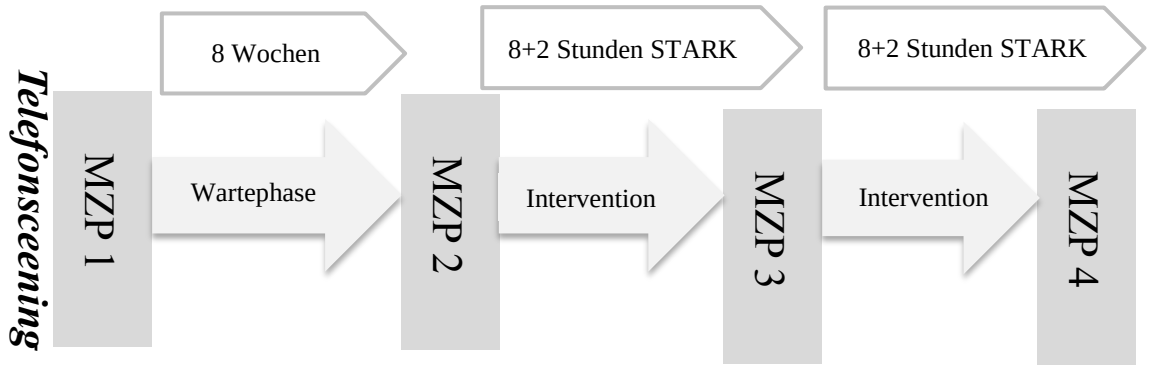


Abbildung 4: Graphische Darstellung des Studiendesigns

3.2 Forschungsziele und Hypothesen

Das übergeordnete Forschungsziel der vorliegenden Arbeit ist die Überprüfung der Effekte eines manualisierten, ausschließlich ressourcenaktivierenden Vorgehens bei der Therapie sozialer Angststörungen im Kindes- und Jugendalter. Die zentrale Fragestellung lautet, ob sich durch eine ausschließlich ressourcenorientierte Therapie sozial ängstliche sowie komorbide Symptome reduzieren lassen und ob das Vorgehen Einfluss auf die Verbesserung von Selbstkonzept und Emotionsregulationsstrategien hat. Das primäre Zielkriterium ist dabei die Reduktion der sozial ängstlichen Symptomatik über den Verlauf der Interventionsphase. Um die Frage beantworten zu können, ob sich die Effekte der Intervention dabei als spezifische Therapieeffekte herausstellen lassen, wird der Verlauf der sozial ängstlichen Symptomatik mit der Entwicklung der Symptomatik während der Wartephase verglichen. Dabei wird davon ausgegangen, dass der Verlauf der Symptomatik über die Wartezeit hinweg relativ stabil und unverändert bleibt. Primäre Outcome-Variabel bildet dabei die Skala „soziale Angst“ aus dem Elternurteil des FBB-ANZ. Zudem werden weitere sozial ängstliche Symptome, aber auch störungsaufrechterhaltende Faktoren im Selbst- und Fremdurteil über verschiedene, standardisierter Fragbogenverfahren erhoben. Auch bezüglich dieser Instrumente wird ein Vergleich der Veränderung der Symptomatik während der Interventionsphase mit den Verläufen während der Wartephase durchgeführt. Es wird diesbezüglich eine Primärhypothese aufgestellt, welche zur Beantwortung der Fragestellung nach der Wirksamkeit der Intervention auf das zentrale Maß, also die Reduktion der sozial ängstlichen Symptomatik, dient.

Die Effekte hinsichtlich der Reduktion komorbider Symptomatik und der Verbesserung von Emotionsregulation und Selbstkonzept werden über den Verlauf der Interventionsphase im Prä-Post-Vergleich dargestellt. Zu diesen Effekten werden Sekundärhypothesen formuliert.

3.2.1 Hypothese: sozial ängstliche Symptomatik

Es wird postuliert, dass sich die im Eltern- und Selbsturteil erhobene sozial ängstliche Symptomatik im Verlauf der Intervention signifikant reduziert. Während der Wartephase (MZP 1 – MZP 2) kommt es zu einer geringeren Abnahme der sozial ängstlichen Symptomatik als während der Interventionsphase.
Die Operationalisierung der Hypothese erfolgt über folgende Instrumente über alle 4 Messzeitpunkte hinweg:

- FBB-ANZ (Elternurteil): Die Skala „soziale Angst“ wird als primäre Outcome-Variabel festgelegt, zudem erfolgt eine Auswertung bezüglich der Gesamtskala
- SBB-ANZ (Selbsturteil): Hier erfolgt ebenfalls eine Auswertung der Skala „soziale Angst“ und der Gesamtskala.
- FESKA-E (Elternurteil) und FESKA-S (Selbsturteil): Es erfolgt eine Auswertung bezüglich aller Subskalen und der Gesamtskala.
- SPAIK (Selbsturteil): Es erfolgt ebenfalls eine Auswertung aller Subskalen und der Gesamtskala.
- ESAK (Elternurteil): Auch hier erfolgt die Auswertung bezüglich aller Subskalen und der Gesamtskala.

3.2.2 Hypothese: komorbide Symptomatik

Es wird angenommen, dass sich das im Eltern- und Selbsturteil erhobene Ausmaß weiterer Probleme und Auffälligkeiten im Verlauf der Interventionsphase signifikant verringert.
Die Operationalisierung der Hypothese erfolgt über folgende Instrumente:

- FBB-ANZ und SBB-ANZ: Die weiteren Subskalen „Trennungsangst“, „generalisierte Angst“ und „spezifische Phobie“ werden im Sinne komorbider internaler Auffälligkeiten erhoben. Die Auswertung erfolgt bezüglich der Erhebung zu MZP 2 und MZP 4.
- CBCL und YSR: Als Maße für internalisierende Verhaltensweisen werden die Skalen „sozialer Rückzug“ und „ängstlich-depressiv“ berücksichtigt. Die weiteren Skalen dienen zur Überprüfung der Reduktion anderer Auffälligkeiten und Problembereiche. Die Auswertung erfolgt bezüglich der Erhebung zu MZP

1 und MZP 4. Aufgrund der Menge an Fragebogenverfahren zu den einzelnen Messzeitpunkten wurden CBCL und YSR zu MZP 2 nicht noch einmal direkt vor Interventionsbeginn erhoben.

3.2.3 Hypothese: Selbstkonzept und Emotionsregulation

Es wird angenommen, dass sich die im Selbsturteil erhobene Einschätzung eines positiven Selbstkonzeptes im Verlauf der Interventionsphase signifikant verbessert. Es wird zudem angenommen, dass die im Selbsturteil erhobene Nutzung adaptiver Emotionsregulationsstrategien im Verlauf der Behandlung signifikant ansteigt bzw. sich die Nutzung maladaptiver Emotionsregulationsstrategien signifikant reduziert.
Die Operationalisierung der Hypothesen erfolgt über folgende Instrumente:

- Harter-Selbstkonzeptskala (modifizierte Form): Die Auswertung erfolgt hinsichtlich aller Subskalen und der Gesamtskala. Die Erhebung erfolgte zu MZP 2 und MZP 4.
- FEEL-KJ: Die Auswertung bezieht sich auf die Verbesserung der Nutzung adaptiver Strategien und auf die Verringerung maladaptiver Strategien im Umgang mit Angst, Wut und Trauer. Die Erhebung erfolgte ebenfalls zu MZP 2 und MZP 4.

3.3 Evaluationsinstrumente

Im Folgenden findet eine ausführliche Beschreibung der bereits im vorherigen Punkt genannten Instrumente, die zur Evaluation der ressourcenaktivierenden Behandlung eingesetzt wurden, statt. Hauptsächlich wurden Instrumente zur Erfassung sozial ängstlicher Symptomatik im Selbst- und Fremdurteil eingesetzt. Bei einigen Verfahren wurden die parallel vorliegenden Versionen für das Eltern- und Selbsturteil genutzt. Andere Verfahren liegen nur bezüglich einer Beurteilerperspektive vor. Die verwendeten Evaluationsinstrumente zur Erfassung des Selbsturteils wurden größtenteils in Abhängigkeit des Altersbereiches der Kinder und Jugendlichen verwendet.

3.3.1 Fremd- und Selbstbeurteilungsbogen zu Angst und Zwangsstörungen (FBB-/SBB-ANZ)

Der Beurteilungsbogen zu Angst und Zwangsstörungen ist ein Beurteilungsverfahren zur Erfassung verschiedener Angstsymptome und zwänglicher Verhaltensweisen. Er liegt sowohl als Fremdbeurteilungsbogen (FBB-ANZ) für Eltern und Lehrerinnen und Lehrer und als Selbstbeurteilungsbogen ab einem Alter von 11 Jahren vor. Das Verfahren ist Teil des Diagnostik Systems für psychische Störungen nach ICD-10 und DSM-IV für Kinder- und Jugendliche II (DISYPS-II, Döpfner, Görtz-Dorten und Lehmkuhl, 2008). Der Beurteilungsbogen besteht in beiden Versionen aus 31 Items, die die Symptomkriterien für Angststörungen nach ICD-10 und DSM-IV erfassen. Zudem beinhaltet er jeweils 2 zusätzliche Items zur Erhebung von Zwangsgedanken und Zwangshandlungen. Der Fragebogen dient zur Erfassung unterschiedlicher Ängste und setzt sich aus den Skalen „Trennungsangst“, „generalisierte Angst“, „soziale Angst“ und „spezifische Phobie“ zusammen. Die Skala „soziale Angst“ besteht in beiden Versionen aus 7 Items, welche situatives Auftreten der sozialen Angst, Ausprägung der Angst und Vermeidungsverhalten erheben. Die Bezugsperson oder das Kind selbst beurteilen auf einer 4-stufigen Skala (0 = gar nicht, 1 = ein wenig, 2 = weitgehend, 3 = besonders), wie zutreffend ein Item ist. Die Auswertung erfolgt über die Bildung von Kennwerten, welche sowohl für die einzelnen Skalen als auch für den Gesamtwert ermittelt werden können. Das Instrument wurde an einer Feldstichprobe alters- und geschlechtsspezifisch normiert. Zudem wurde die Validität der a-priori-Skalen in einer psychometrischen Überprüfung bestätigt. Die internen Konsistenzen der angstbezogenen Skalen für den FBB-ANZ liegen alle im befriedigenden bis guten Bereich (α = .73 - .87), ebenso die Skalen des SBB-ANZ (α = .65 - .82). Die internen Konsistenzen, der für diese Arbeit besonders relevanten Skala „soziale Angst“ liegen im FBB-ANZ mit α = .80 im guten Bereich und im SBB-ANZ mit α = .73 im befriedigenden Bereich (Döpfner, Görtz-Dorten & Lehmkuhl, 2008).

3.3.2 Fragebogen zur Erfassung störungsaufrechterhaltender Komponenten sozialer Angst bei Kindern und Jugendlichen (FESKA)

Der Fragebogen zur Erfassung störungsaufrechterhaltender Komponenten sozialer Angst bei Kindern und Jugendlichen wurde von Görtz-Dorten & Perri et al. (2017)

entwickelt und liegt ebenfalls in zwei Versionen als Selbst- (FESKA-S) und Fremdbeurteilungsbogen (FESKA-E) vor. Normen liegen bezüglich des Fremdurteils für den Altersbereich von 4 bis 14 Jahren und bezüglich des Selbsturteils von 9 bis 14 Jahren vor. Somit ist der Selbstbeurteilungsbogen ab einem Alter von 9 Jahren einsetzbar. In seiner theoretischen Konzeption folgt der FESKA einem integrativen Bedingungsmodell hinsichtlich der Entstehung und Aufrechterhaltung sozialer Ängste, wie es bereits in Kapitel 2.1.1 dargestellt wurde. Der Fragebogen erfasst in beiden Versionen über 23 Items relevante Faktoren des Bedingungmodells und bildet diese über die drei Skalen „Störung sozialer Fertigkeiten“, „Störung sozialer Kognitionen“ und „Störung sozialer Interaktionen“ ab. Zudem kann eine Gesamtskala gebildet werden. Darüber hinaus ermöglicht der FESKA die Erfassung relevanter Komponenten sozialer Angst gegenüber verschiedenen Personengruppen. Jedes Item wird für eine bestimmte Personengruppe eingeschätzt. Hinsichtlich der Beurteilung jedes Items wird die Frage gestellt, wie zutreffend die Beschreibung im Umgang mit bekannten Kindern und Jugendlichen und mit fremden Kindern und Jugendlichen ist. Ebenso wird nach dem Umgang mit bekannten und fremden Erwachsenen gefragt. Dabei wird jedes Item pro Personengruppe auf einer vierstufigen Antwortskala (0 = gar nicht zutreffend, 1 = ein wenig zutreffend, 2 = weitgehend zutreffen und 3 = besonders zutreffend) eingeschätzt. Die Auswertung kann für jede Skala und die Gesamtskala pro Personengruppe, aber auch über alle Personengruppen hinweg erfolgen. Im Rahmen der Evaluation des STARK-Programms wurden die Skalen über die verschiedenen Personengruppen hinweg gebildet, um allgemein die Veränderung relevanter Komponenten sozialer Angst aufzeigen zu können. Das Instrument wurde für das Elternurteil mit n = 259 und für das Selbsturteil mit n = 159 an einer Feld- und klinischen Stichprobe psychometrisch überprüft (Perri et al., 2017). Hinsichtlich des Elternurteils liegen die internen Konsistenzen für die Skalen „Störung sozialer Kognitionen“ und „Störung sozialer Fertigkeiten“ mit $\alpha = .93$ im sehr guten Bereich. Auch die Reliabilität auf Ebene der Gesamtskala liegt mit $\alpha = .94$ im sehr guten Bereich. Die Skala „Störung sozialer Interaktionen“ liegt mit $\alpha = .84$ im guten Bereich. Auch im Selbsturteil zeigt sich die interne Konsistenz der Gesamtskala und aller drei Subskalen im guten bis sehr guten Bereich ($\alpha = .81$ - $.94$).

3.3.3 Elternfragebogen zu sozialen Ängsten im Kindes- und Jugendalter (ESAK)

Der Elternfragebogen zu sozialen Ängsten im Kindes- und Jugendalter (ESAK) dient der Erfassung der elterlichen Perspektive und Einschätzung wesentlicher Kernsymptome der sozialen Angst ihrer Kinder. Der Fragebogen wurde von Weinbrenner (2005) entwickelt und in einer ersten Untersuchung validiert. Eine umfassende psychometrische Untersuchung, anhand einer Normalstichprobe und einer klinischen Stichprobe, wurde von van Gemmeren und Kollegen (2008) durchgeführt. Der Fragebogen erfasst mit 18 Items das Ausmaß der negativen Kognitionen, der körperlichen Erregung und des Vermeidungsverhaltens. Dabei bilden diese Bereiche auch die Skalen des ESAK ab. Die Items werden als Aussage über das Verhalten und die Befürchtungen des Kindes formuliert und auf einer vierstufigen Antwortskala (0 = gar nicht, 1 = gar nicht, 2 = eher und 3 = sehr zutreffend) eingeschätzt. Die Eltern sollen das Verhalten und die Befürchtung der Kinder in Bezug auf die letzten 6 Monate einschätzen. Die Auswertung erfolgt über die Bildung von Kennwerten für die einzelnen Skalen und die Gesamtskala. Es liegen für den ESAK alters- und geschlechtsspezifische Normen getrennt für den klinisch-psychiatrischen Bereich und für Schüler allgemein vor. Auch die internen Konsistenzen liegen für die Bereiche getrennt vor. Da der Fragebogen im Rahmen der Studie in Bezug auf Kinder und Jugendliche mit klinisch relevanter Symptomatik eingesetzt wurde, werden diese Angaben zur Reliabilität des Instrumentes berücksichtigt. Auf Ebene der Gesamtskala ergibt sich eine interne Konsistenz im sehr guten Bereich $\alpha = .91$. Die interne Konsistenz der 3 Skalen liegt mit Werten von $\alpha = .84$ bis .88 im guten Bereich (van Gemmeren et al., 2008).

3.3.4 Sozialphobie- und Angstinventar für Kinder (SPAIK)

Das Sozialphobie- und Angstinventar für Kinder ist die deutschsprachige Adaption des *„Social Phobia and Anxiety Inventory for Children“* und wurde von Melfsen und Kollegen (2001) adaptiert und übersetzt. Das Inventar dient der Erfassung der sozial ängstlichen Symptomatik von Kindern und Jugendlichen von 8 bis 16 Jahren im Selbsturteil. Es gibt über 26 Items Situationen vor, die kognitive, somatische und verhaltensbezogene Aspekte der sozialen Angst umfassen. Die Auswertung erfolgt

bezüglich situationsspezifischer und symptombezogener Inhalte. Das Inventar umfasst dabei die 4 Skalen „Interaktionssituationen“, „Leistungssituationen“, „weitere Situationen“ und „kognitive und somatische Symptome“. Zudem kann eine Gesamtskala gebildet werden. Die Items werden über eine 3-stufige Antwortskala (0 = nie oder selten, 1 = manchmal, 2 = meistens oder immer) eingeschätzt. Das Verfahren wurde 2001 von Melfsen und Kollegen an einer großen Feldstichprobe hinsichtlich seiner Validität und Reliabilität überprüft und normiert. Die Reliabilität der Gesamtskala befindet sich mit $\alpha = .92$ im sehr guten Bereich. Zudem liegt eine psychometrische Untersuchung und Normierung des Instrumentes an einer klinischen Stichprobe vor (Melfsen et al., 2011). Die Stichprobe umfasst 320 Kinder und Jugendliche im Alter von 7 bis 18 Jahren mit einer psychischen Störung. Die interne Konsistenz auf der Ebene der Gesamtskala liegt auch hier im sehr guten Bereich ($\alpha = .95$).

3.3.5 Elternfragebogen über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen (CBCL)

Der Elternfragebogen über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen ist die deutschsprachige Version der Child Behavior Checklist (Achenbach, 1991a), welche von der Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist (1998b) übersetzt und adaptiert wurde. Neben dem Elternfragebogen (CBCL) liegen zwei weitere analoge Versionen des Fragebogens zur Selbstbeurteilung (YSR) und zur Beurteilung durch Erzieher und Lehrer (TRF) vor. Es handelt sich bei dem Instrument um ein bekanntes und in vielen Studien eingesetztes Breitbandverfahren, welches mit 112 Items Verhaltensauffälligkeiten, emotionale Auffälligkeiten und körperliche Beschwerden erhebt. Zudem werden im ersten Teil des Fragebogens auch Kompetenzbereiche wie Aktivitäten, soziale Kompetenz und schulische Leistung erfragt. Die Beurteilung der Items erfolgt über eine 3-stufige Antwortskala. Das Verhalten der Kinder und Jugendlichen ist dabei bezüglich der letzten 6 Monate einzuschätzen. Die vorliegenden Normen sind geschlechtsspezifisch und umfassen den Altersbereich 4 bis 18 Jahre. Faktorenanalytisch lassen sich die Items 8 verschiedenen Syndromskalen zuordnen. Diese beinhalten „sozialen Rückzug“, „körperliche Beschwerden“, „Angst/Depressivität“, „soziale Probleme“, „schizoid/zwanghaftes Verhalten“,

„Aufmerksamkeitsstörung“ sowie „delinquentes Verhalten“ und „aggressives Verhalten“. Übergeordnet lassen sich aus den genannten Syndromskalen die Bereiche „internalisierend“ und „externalisierend“ abbilden. Zudem kann ein Gesamtwert für Problemverhalten gebildet werden. Da der Fragebogen in der vorliegenden Arbeit zur Evaluation der Entwicklung weiterer Probleme und komorbider Symptome über den Verlauf der Intervention genutzt wurde, erfolgte nicht nur eine Auswertung der internalen Problembereiche, sondern eine Auswertung aller Subskalen und der übergeordneten Bereiche.

Das Verfahren hat sich insgesamt in einigen Studien als valides Instrument erwiesen (Steinhausen et al., 1997; Noterdaeme 1999). Die faktorielle Validität und Reliabilität der CBCL konnte somit auch für deutsche Stichproben bestätigt werden (Döpfner et al., 1994; 1997). Mit Ausnahme der Syndromskala „schizoid-zwanghaft“, ergeben sich für alle weiteren Syndromskalen ausreichende bis gute Reliabilitätsmaße (rtt = .58 - .92). Hinsichtlich der Gesamtauffälligkeiten und der übergeordneten Bereiche „internalisierend“ und „externalisierend“ ergeben sich mit rtt > .85 gute bis sehr gute interne Konsistenzen.

3.3.6 Fragebogen für Jugendliche (YSR)

Der Fragebogen für Jugendliche ist die deutsche Übersetzung des Youth Self-Report der Child Behavior Checklist (Achenbach 1991b), welche ebenfalls von der Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist (1998a) stammt. Insgesamt ist der Fragebogen analog zum Elternbogen aufgebaut und unterschiedet sich im Hinblick auf 16 vorliegende Items. Die Auswertung erfolgt in gleicher Weise und es lassen sich dieselben Syndromskalen und Problembereiche abbilden. Es liegen auch hier geschlechtsspezifische Normen für den Altersbereich von 11 bis 18 Jahren vor. Der Selbstbeurteilungsbogen wurde für den deutschsprachigen Raum ebenfalls hinsichtlich seiner psychometrischen Güte untersucht. Die faktorielle Validität und Reliabilität der Problemskalen konnte auch für die deutsche Stichprobe weitgehend bestätigt werden (Döpfner, Berner, Lehmkuhl, 1995; Döpfner et al, 1998a). Die interne Konsistenz des Gesamtproblemwertes und der Bereiche „internalisierend“ und „externalisieren“ liegt mit rtt > 0.86 im hohen Bereich. Die Reliabilitätsmaße für die Syndromskalen „aggressives Verhalten“ und „Angst/Depressivität“ liegen im guten Bereich (rtt = .80 –

0.86). Zufriedenstellende Maße ergeben sich bei den Skalen „delinquentes Verhalten“, „Aufmerksamkeitsstörungen“, „körperliche Beschwerden“ und „soziale Probleme“ (rtt = .70 - .77).

3.3.7 Harter-Selbstkonzeptskala

Die Harter-Selbstkonzept-Skala ist ein Beurteilungsbogen für Kinder ab der 2. Klasse zur Erfassung ihres Selbstbildes und Selbstkonzeptes. In der ursprünglichen Form stammen die Selbstkonzeptskalen für Kinder von Harter (1985). Ziel der Harter-Skalen war die Entwicklung eines Instrumentes, welches es ermöglicht das Selbstkonzept jüngerer Kinder zu erheben. Zudem wurde bei der theoretischen Konstruktion der Beurteilungsbögen davon ausgegangen, dass sich das Selbstkonzept aus mehreren Dimensionen zusammensetzt und dass Kinder bereits ab einem frühen Alter in der Lage sind, sich diesbezüglich einzuschätzen. In seinem Original setzt sich der Beurteilungsbogen aus 30 Items zusammen, welche 5 Skalen abbilden. Diese umfassen „Schul- und kognitive Kompetenzen“, „Peerakzeptanz“, „Sportkompetenz“ sowie „Aussehen“ und „Selbstwertgefühl“. Zudem kann ein Gesamtwert gebildet werden. Die Fragebögen bestehen aus einem besonderen 2-stufigen Antwortformat. Die Kinder müssen dabei zuerst nach einem dichotomen Antwortprinzips entscheiden, welche von zwei Aussagen auf sie zutrifft. In einem nächsten Schritt müssen sie anhand einer 2-stufigen Antwortskala mehr oder weniger zu dieser Aussage zustimmen. Die Selbstkonzeptskalen wurden 1993 von Asendorpf und van Aken ins Deutsche übersetzt und anhand einer Stichprobe von 166 Kindern psychometrisch überprüft. Die ursprüngliche Form des Antwortformates wurde dabei beibehalten. Im Rahmen der psychometrischen Untersuchung bestätigte sich faktorenanalytisch die faktorielle Struktur der 5 Skalen. Hinsichtlich der Reliabilitätsmaße ergaben sich jedoch teilweise unbefriedigende interne Konsistenzen.

Die Harter-Selbstkonzeptskala wurde im Rahmen der vorliegenden Studien verwendet, da sie sich bereits ab einem jungen Alter der Kinder einsetzen lässt. Da im Rahmen des ressourcenaktivierenden Vorgehens die Verbesserung von Selbstwert und Selbstkonzept ein primäres Anliegen ist, war es Ziel, dies bei möglichst allen Teilnehmern der Studie zu erheben. Zur Evaluation der Verbesserung des Selbstkonzeptes wurde eine modifizierte Form der deutschen Übersetzung der Harter-Selbstkonzeptskala von Perri

et al. (in Vorbereitung) verwendet. In dieser Modifikation werden die Items in ihrer inhaltlichen Form beibehalten, jedoch wird von dem 2-stufigen Antwortformat Abstand genommen. Den Kindern wird in der modifizierten Form eine positive Aussage zu eigenen Fähigkeiten oder Einstellungen über sich selbst präsentiert. Auf einer 4-stufigen Antwortskala (0 = stimmt gar nicht, 1 = stimmt ein wenig, 2 = stimmt ungefähr und 3 = stimmt genau) können die Kinder dann beurteilen, wie sehr diese Aussage für sie zutrifft. Das Verfahren wurde im Rahmen der vorliegenden Studie bei Kindern ab 8 Jahren eingesetzt. Die verwendete modifizierte Form der Harter-Skala wurde von Perri et al. (2018) anhand einer klinischen Stichprobe psychometrisch untersucht. Die internen Konsistenzen der einzelnen Skalen liegen im zufriedenstellenden bis guten Bereich (α = .71 – .83). Die interne Konsistenz für die Gesamtskala befindet sich im sehr guten Bereich (α = .91). Für die Fragestellung der vorliegenden Studie kann somit bei der Verwendung der modifizierten Harter-Skala von einem reliablen Instrument ausgegangen werden.

3.3.8 Fragebogen zur Erhebung der Emotionsregulationsstrategien bei Kindern und Jugendlichen (FEEL-KJ)

Der Fragebogen zur Erhebung von Emotionsregulationsstrategien von Grob & Smolenski (2009) erfasst über 15 Items habituelle Emotionsregulationsstrategien im Selbsturteil von Kindern und Jugendlichen. Die Strategien werden mehrdimensional und emotionsspezifisch erhoben. Die Strategien werden dabei getrennt für die Emotionen Angst, Wut und Trauer erfragt. Die Auswertung kann für jede Emotion einzeln oder emotionsübergreifend erfolgen. Dabei bilden die Items die Skalen „adaptive Strategien“, „maladaptive Strategien“ und „weitere Strategien“ ab. Die Items beschreiben verschiedene Strategien zum Umgang mit Emotionen, welche von den Kindern und Jugendlichen anhand einer 5-stufigen Antwortskala (0 = fast nie, 1 = selten, 2 = ab und zu, 3 = oft, 4 = immer) je nach Häufigkeit beurteilt werden. Die Skalierung wurde hier, nicht wie im Manual von 0 bis 4, sondern von 1 bis 5 vorgenommen. Der Fragebogen wurde an einer Stichprobe von 780 Kindern und Jugendlichen normiert. Es liegen Normen für den Altersbereich von 10 bis 19 Jahren vor. Um den Einfluss des STARK-Programms auf die Veränderung von Emotionsregulationsstrategien bei möglichst vielen Kindern und Jugendlichen der

Stichprobe zu erheben, wurde der Fragebogen in der vorliegenden Studie ab einen Alter von 8 Jahren eingesetzt. Dabei wurden den Kindern die Items und Antwortmöglichkeiten vorgelesen und der Fragebogen mit ihnen gemeinsam ausgefüllt. Der FEEl-KJ ist hinsichtlich seiner Reliabilität und Kriteriumsvalidität gut untersucht. Bezüglich der konvergenten und divergenten Validität liegen noch keine ausreichenden Befunde vor (Freudenthaler & Wettstein, 2015). Die Skala „adaptive Strategien“ weist emotionsübergreifend mit $\alpha = .93$ eine sehr gute interne Konsistenz auf. Die maladaptiven Strategien erreichen emotionsübergreifend eine gute interne Konsistenz ($\alpha = .83$). Die Werte der weiteren Strategien liegen zwischen $\alpha = .69$ und .91.

Da der Fragebogen im Rahmen der vorliegenden Untersuchung für einen anderen Altersbereich eingesetzt wurde (8 – 17 Jahre), wurden die interne Konsistenzen der Skalen „adaptive Strategien“ und „maladaptive Strategien“ emotionsübergreifend anhand der vorliegenden Stichprobe überprüft. Als Grundlage dienten dabei die Messwerte von 28 Kindern und Jugendlichen zu Messzeitpunkt 1. Es ergaben sich bei der Überprüfung Werte im guten Bereich ($\alpha = .83$ und .75). Somit können die Aussagen zur Reliabilität des Instrumentes auch auf die vorliegende Stichprobe übertragen werden.

In der folgenden Tabelle wird eine systematische Übersicht über alle Evaluationsinstrumente zu den einzelnen Messzeitpunkten gegeben.

Tabelle 3: Übersicht über die Evaluationsinstrumente

MZP 1	**MZP 2**	**MZP 3**	**MZP 4**
Sozial ängstliche Symptomatik: FBB-ANZ (Elternurteil) SBB-ANZ (Selbsturteil ab 11 J.) FESKA-E (Elternurteil) FESKA-S (Selbsturteil ab 9 J.) ESAK (Elternurteil) SPAIK (Selbsturteil ab 8 J)	Erhebung zu jedem Messzeitpunkt		
Komorbide Auffälligkeiten: CBCL (Elternurteil) YSR (Selbsturteil ab 11 J.)			*Komorbide Auffälligkeiten:* CBCL (Elternurteil) YSR (Selbsturteil ab 11 J.)
	Selbstkonzept und Emotionsregulation: HARTER-Skala (Selbsturteil ab 8 J.) FEEL-KJ (Selbsturteil ab 8 J.)		*Selbstkonzept und Emotionsregulation:* HARTER-Skala (Selbsturteil ab 8 J.) FEEL-KJ (Selbsturteil ab 8 J.)

3.4 Statistische Auswertung

Die statistische Auswertung erfolgte über die Dateneingabe, Aufbereitung und Datenanalyse mittels des *Statistical Package for the Social Science* (SPSS) Version 23. Die Tabellen und Grafiken wurden mit Excel XP erstellt.

Bevor die inferenzstatistische Hypothesentestung durchgeführt wurde, erfolgte eine deskriptive Datenanalyse zur Beschreibung der Stichprobe hinsichtlich soziodemographischer Daten, wie Alter, Schulbesuch, familiäre Rahmenbedingungen, aber auch zu vorliegenden Diagnosen und komorbiden Störungen.

Zur inferenzstatistischen Hypothesentestung wurden zunächst die Skalen der einzelnen Messinstrumente gebildet. Zuvor wurden die Daten auf Missings überprüft. Lagen die Missings unter 10% der Anzahl der Gesamtitems des jeweiligen Instrumentes, wurden

die Skalen gebildet. Da bei der nachfolgend beschriebenen Auswertungsstrategie zur Prüfung der Primärhypothese fehlende Werte durch das regressionsanalytische Modell geschätzt werden, musste keine zusätzliche Missingersetzung durchgeführt werden.

Zur Überprüfung der Primärhypothese wurde als Auswertungsmethode das Multilevel Modelling (MLM) gewählt. Das MLM wird allgemein für hierarchische Modelle und auch für die Auswertung von Längsschnittstudien mit Messwiederholung genutzt. Es ist eine Methode, die auf Standardregression basiert und davon ausgeht, dass die Antworten der Probanden über den zeitlichen Verlauf einer Messwiederholung, in Abhängigkeit verschiedener, zufälliger und nicht beobachtbarer Eigenschaften, variieren. Diese nicht beobachtbaren Eigenschaften werden als sogenannte „random effects“ in den Berechnungen berücksichtigt. Es wird somit eine natürliche Heterogenität des Antwortverhaltens über die Zeit angenommen, die über eine geschätzte Wahrscheinlichkeitsverteilung in die Berechnung einfließt. Zudem wird angenommen, dass sich die individuellen Regressionsgrade, also die einzelnen Verläufe der Probanden, hinsichtlich ihrer Steigung unterscheiden, jedoch insgesamt parallel zueinander verlaufen (Goldstein, 2003; Singer & Willet, 2003; Raudenbusch & Byrke, 2002). Ein Vorteil der MLM-Methode liegt darin, dass die zeitlichen Abstände zwischen den Messwiederholungen variieren können. Für definierte Zeiträume oder Messzeitintervalle können im MLM Steigungen ermittelt werden. Diese Steigungen können dann gegen 0 auf ihre Signifikanz getestet werden.

Diesem Vorgehen folgend wurden Analysen für den Messzeitraum der Wartephase und den Messzeitraum der Interventionsphase durchgeführt. Der Messzeitraum der Wartephase bestand dabei aus einem Messzeitintervall (= MZP 1 bis MZP 2), während die Interventionsphase zwei Messzeitintervalle (= MZP 2 bis MZP 3 und MZP 3 bis MZP 4) umfasste. Die ermittelten Steigungen der Wartephase und der Interventionsphase konnten dann miteinander verglichen werden.

Zur Beurteilung der statistischen Größe der Effekte wurden zudem Effektstärken auf Basis der durch das Multilevel Modelling berechneten Steigungskoeffizienten ermittelt. Dabei wurde der Steigungskoeffizient β mit der jeweiligen Anzahl der Messzeitintervalle multipliziert und dann durch die Standardabweichung zum ersten Messzeitpunkt dividiert. Um den spezifischen Therapieeffekt der Intervention zu prüfen, wurde darüber hinaus der inkrementelle Effekt oder sogenannte Nettoeffekt

berechnet. Dazu wurde das β der Interventionsphase und das β der Wartephase mit der jeweiligen Anzahl der Messzeitintervalle multipliziert. Das daraus resultierende Ergebnis bezüglich des β der Wartephase wurde dann von dem Ergebnis bezüglich des β der Interventionsphase abgezogen. Der dabei errechnete Wert wurde dann ebenfalls durch die Standardabweichung zu MZP 1 dividiert. Es ergaben sich demnach für die Berechnung der Effektstärken folgende Formeln:

Effekte für die Warte- und Interventionsphase

$$d = \frac{\beta \text{ x Anzahl Messzeitintervalle}}{SD \text{ prä}}$$

Inkrementeller Effekt

$$d = \beta \text{ Interventionsphase x Anzahl Messzeitintervalle} - \frac{\beta \text{ Wartephase x Anzahl der Messzeitintervalle}}{SD \text{ prä}}$$

Die berechneten Effektstärken können ebenso wie Effektstärken, die aus Mittelwerten berechnet werden, nach Cohen (1988) interpretiert werden. Dabei gelten Werte größer .20 als kleiner Effekt, Werte größer .50 als mittlerer Effekt und Werte größer .80 als großer Effekt.

Die Prüfung der aufgestellten Sekundärhypothesen erfolgte über die Durchführung von t-Tests bei verbundener Stichprobe. Auch bei den Messinstrumenten zur Prüfung der Sekundärhypothesen wurden als Erstes die Skalen der jeweiligen Instrumente gebildet. Auch hier wurden nur die Instrumente berücksichtigt, deren Missings unter 10% der Gesamtitem-Anzahl des jeweiligen Verfahrens lagen. Da fehlende Werte nicht, wie im Rahmen der MLM-Analysen, implizit ersetzt werden, wurde hier eine Missingersetzung mithilfe des Expectation-Maximization-Algorithmus durchgeführt (Croy & Novins, 2005).

Der t-Test wurde angewendet, um zu untersuchen, ob sich die Stichprobe vor und nach der Intervention hinsichtlich der zu untersuchenden Testvariablen signifikant unterscheidet. Es wurden t-Tests für verbundene Stichproben durchgeführt, da die Mittelwerte zweier Messungen derselben Stichprobe miteinander verglichen wurden.

Zudem waren die zu testenden Variablen intervallskaliert. Für die Prä-Post-Vergleiche wurden ebenfalls Effektstärken über folgende Formel errechnet:

$$d = \frac{M\,prä - M\,post}{SD\,prä}$$

Da es bei der Anwendung signifikanzstatistischer Verfahren dazu kommen kann, dass aufgrund einer geringen Stichprobengröße klinisch bedeutsame kleine bis mittlere Effekte nicht signifikant werden, wurden die Effektstärken auch für alle Analysen mit einem nicht signifikanten Effekt berechnet. Als statistisches Signifikanzniveau wurde für alle durchgeführten Analysen $\alpha = .05$ festgelegt. Da eine primäre Outcome-Variabel definiert wurde, wurde auf eine α-Adjustierung verzichtet.

4 Ergebnisse

In dem folgenden Teil dieser Arbeit werden die Ergebnisse der statistischen Analysen zur Prüfung der in Kapitel 3.2 aufgestellten Hypothesen dargestellt. Zuvor findet eine deskriptive Auswertung der Daten hinsichtlich der Beschreibung der behandelten und untersuchten Stichprobe statt. Zudem werden der Verlauf der Rekrutierung und der Einschluss der Kinder und Jugendlichen in die Studie anhand des CONSORT-Flussdiagramms dargestellt. Im zweiten Teil werden dann die Ergebnisse der hypothesengeleiteten inferenzstatistischen Analysen dargestellt und erläutert.

4.1 Stichprobenbeschreibung

In Kapitel 3.1 wurde bereits beschrieben, dass mit den Eltern aller Kinder und Jugendlichen vor dem ersten Messzeitpunkt ein ausführliches Telefonscreening stattgefunden hat. Dieses Telefonscreening wurde mit Eltern von 131 Kindern und Jugendlichen durchgeführt. Bereits nach diesem ersten telefonischen Kontakt schieden knapp die Hälfte (46,6%) aller Kinder und Jugendlichen aus. Nach der 8-wöchigen Wartephase und der Durchführung des zweiten Messzeitpunktes konnten 41 Kinder und Jugendliche in die Untersuchung eingeschlossen werden. Wie bereits beschrieben fand in der ersten Zeit der Studiendurchführung noch eine Randomisierung in die THAZ- oder die STARK- Behandlungsgruppe statt. Bis zur Beendigung der Randomisierung wurden von den 41 eingeschlossenen Patientinnen und Patienten 9 in die THAZ-Gruppe und 13 in die STARK-Gruppe randomisiert. Nach dem Einschluss von insgesamt 22 Kindern und Jugendlichen in die Studie wurde der THAZ-Behandlungsarm geschlossen und es fand demnach keine Randomisierung mehr statt. In der laufenden Behandlung wurde die Therapie von jeweils einem Patienten in jeder Behandlungsgruppe abgebrochen. Insgesamt wurden 30 Kinder und Jugendliche in die Studie zur Evaluation der STARK-Behandlung eingeschlossen. Im folgenden CONSORT-Flussdiagramm wird der Verlauf der Rekrutierung für die vorliegende Untersuchung detailliert dargestellt.

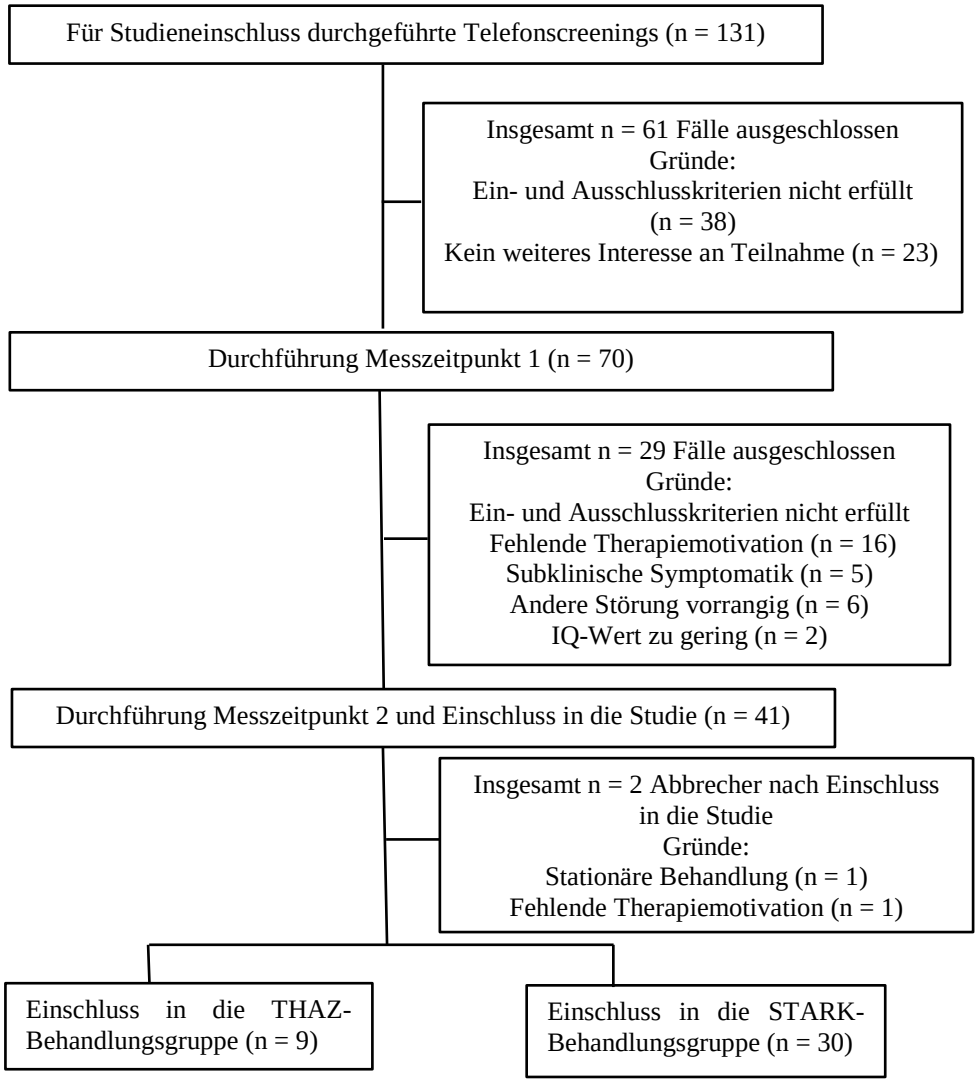


Abbildung 5: CONSORT-Flussdiagramm

Dem Flussdiagramm ist zu entnehmen, dass viele Patientinnen und Patienten nicht in die Studie aufgenommen werden konnten, da sie die allgemeinen Ein- und Ausschlusskriterien nicht erfüllten. Im Rahmen des durchgeführten Telefonscreenings zeigte sich bereits, dass bei vielen Kindern und Jugendlichen andere Probleme im Vordergrund standen oder die Motivation nicht ausreichend war, um an regelmäßigen Therapiesitzungen teilzunehmen. Dies war auch der häufigste Grund für ein Ausscheiden nach dem ersten Messzeitpunkt. Zudem zeigte sich durch die Erhebung und Auswertung der Messinstrumente und eine ausführliche Exploration, dass bei einigen Kindern und Jugendlichen die Symptomatik subklinisch ausgeprägt war und der

Stanine-Wert von 7 auf der Skala „soziale Angst“ im FBB-ANZ nicht erreicht wurde. Darüber hinaus lag bei 6 Probandinnen und Probanden eine andere Symptomatik vor.

Die folgende Beschreibung der Stichprobe bezieht sich auf die 30 Kinder und Jugendlichen, welche nach Messzeitpunkt 2 in die Studie eingeschlossen wurden und in der STARK-Behandlungsgruppe therapiert wurden. Da für die Fragestellung der vorliegenden Arbeit ausschließlich die Evaluation des STARK-Behandlungsansatzes von Interesse ist und sich zudem, aufgrund der Beendigung der THAZ-Behandlungsgruppe, eine ungleiche Gruppengröße ergibt, wurden im Rahmen dieser Arbeit keine weiteren Analysen zur Prüfung von Gruppenunterschieden zwischen den Behandlungsgruppen durchgeführt.

Tabelle 4: Patientencharakteristika

Variabel	
Alter	M = 11,2 (SD = 4,66)
Geschlecht	weiblich n = 21
IQ	M = 102 (SD = 11,4)
Diagnosen	F 93.2 n = 24 F 40.1 n = 6
Komorbidität	F 32.1 n = 1 F 98.8 n = 3
Schulform	Gymnasium n = 14 Grundschule n = 8 Realschule n = 7 Hauptschule n = 1
Beziehungsstatus Eltern	gemeinsam lebend n = 19 getrennt lebend n = 9 Elternteil verstorben n = 1
Bildungsabschluss Mutter	Abitur/ Fachabitur n = 18 Realschulabschluss n = 8 Hauptschulabschluss n = 4
Bildungsabschluss Vater	Abitur/ Fachabitur n = 19 Realschulabschluss n = 5 Hauptschulabschluss n = 6

M = Mittelwert; SD = Standardabweichung

In der untersuchten Stichprobe lag bei 24 Kindern und Jugendlichen die Diagnose einer Störung mit sozialer Ängstlichkeit des Kindesalters vor (F93.2). In Abhängigkeit ihres Alters, der Ausprägung körperlicher Angstsymptome und dem Zeitpunkt des Störungsbeginns erhielten 6 Jugendliche die allgemeine Diagnose einer sozialen Phobie (F40.1). Im Mittel ist das Alter mit 11,2 Jahren eher in der späten Kindheit bzw. dem frühen Jugendalter zu verzeichnen und passt demnach zu den angegebenen Prävalenzen in Kapitel 2.1, in welchem ein Anstieg der sozialen Phobie im Jugendalter beschrieben wurde. Zudem spiegelt sich in der Stichprobe mit einer Überlegenheit der Mädchen auch das Geschlechterverhältnis des Auftretens der sozialen Angst von 2:1 wider. Eher gering ausgeprägt war die Häufigkeit von komorbiden Störungen in der untersuchten Stichprobe. Zudem lag bei keinem der Patientinnen oder Patienten eine komorbide Angststörung vor. Im Mittel verfügten die Kinder und Jugendlichen über gut durchschnittliche kognitive Fähigkeiten und knapp die Hälfte besuchte ein Gymnasium. Anhand der Bildungsabschlüsse der Eltern lässt sich herleiten, dass ein Drittel der Kinder und Jugendlichen aus Familien mit hohem Bildungsniveau kam. Ebenfalls ein Drittel aller Elternpaare lebten gemeinsam. Angaben zu weiteren behandlungsbezogenen Patientencharakteristika bezüglich Symptomausprägung und Verlauf nach Beendigung der STARK-Behandlung werden im folgenden Kapitel 4.2 unter Tabelle 5 weiter aufgeführt.

4.2 Effekte auf die sozial ängstliche Symptomatik

Zur Überprüfung der in Kapitel 3.2.1 aufgestellten Hypothese zur Reduktion der sozial ängstlichen Symptomatik werden vorrangig die Ergebnisse der primären Outcome-Variabel (Skala „soziale Angst“ aus dem FBB-ANZ, Elternurteil) dargestellt. Zudem erfolgt ergänzend eine Darstellung der Gesamtskala des FBB-ANZ. Dabei werden zunächst die Mittelwerte über die vier Messzeitpunkte hinweg tabellarisch aufgezeigt und deskriptiv ausgewertet, bevor dann die Ergebnisse der Multilevel-Analyse graphisch dargestellt werden. Ebenso werden die Ergebnisse des Selbsturteils der Kinder und Jugendlichen der Skala „soziale Angst“ und der Gesamtskala des SBB-ANZ aufgezeigt. Bezüglich der weiteren Messinstrumente zur Erhebung der sozial ängstlichen Symptomatik (FESKA-E, FESKA-S, ESAK und SPSAIK) erfolgt die Darstellung der deskriptiven Daten (arithmetisches Mittel und Standardabweichung)

gemeinsam mit den interferenzstatistischen Ergebnissen aus den Multilevel-Analysen in tabellarischer Form. Nur besonders relevante Ergebnisse werden im Weiteren auch bildlich dargestellt.

Tabelle 5 gibt eine Übersicht über die Verläufe der Mittelwerte der primären Outcome-Variabel Skala „soziale Angst“ aus dem FBB-ANZ (Elternurteil). Die Mittelwerte beziehen sich dabei auf die Kennwerte der gebildeten Skala. Zur besseren Interpretation der Werte wird an dieser Stelle nochmal auf die Beschreibung der Messinstrumente unter 3.3.1 verwiesen. Allgemein sind beim FBB- und SBB-ANZ Kennwerte von 0 bis 3,0 möglich. Bei den folgenden graphischen Darstellungen wurde die Y-Achse zur besseren Darstellung gekürzt.

Tabelle 5: FBB-ANZ (Elternurteil) Skala „soziale Angst“ Mittelwerte und Standardabweichung der primären Outcome-Variabel zu allen 4 Messzeitpunkten

		MZP1	MZP2	MZP3	MZP4
FBB-ANZ	n	M (SD)	M (SD)	M (SD)	M (SD)
Skala soziale Angst	30	1.88 (0.55)	1.62 (0.59)	1.51 (0.55)	1.19 (0.62)

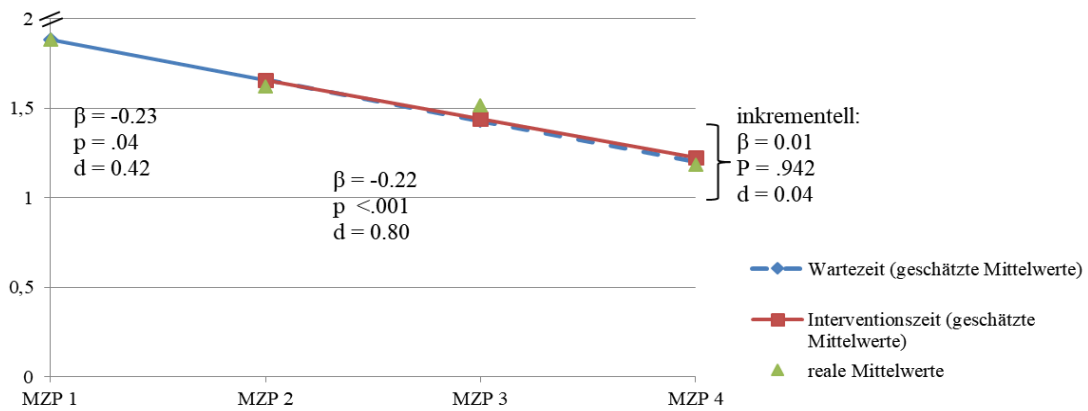
M = Mittelwert; SD = Standardabweichung

Bei Betrachtung der Mittelwerte zeigt sich eine Abnahme der Werte über alle Messzeitpunkt hinweg. Zu Messzeitpunkt 1 ergibt sich für die Skala „soziale Angst“ im Elternurteil ein mittlerer Kennwert von 1.88. Dieser Wert entspricht bei Berücksichtigung der alters- und geschlechtsspezifischen Normen aus dem DISYPS-II (Döpfner, Görtz-Dorten und Lehmkuhl, 2008) einem Stanine Wert von 9 und spricht somit für eine hohe Symptomausprägung in der untersuchten Stichprobe. Von den 30 Kindern und Jugendlichen erreichten 24 einen Stanine Wert von 9, weitere 4 einen Wert von 8 und 2 erreichten einen Wert von 7.

Zum Ende der STARK-Behandlung ergibt sich ein Gruppenmittelwert von 1.19. Berücksichtigt man diesen Wert erneut hinsichtlich der vorliegenden Normen, ergibt sich ein Stanine Wert von 8 und somit weiterhin ein Wert im klinisch auffälligen Bereich. Bei Betrachtung der Werte auf Einzelfallebene zeigt sich, dass nach Beendigung der Behandlung 10 Kinder- und Jugendliche noch einen Wert von 9 erreichten, 10 weitere einen Stanine Wert von 8 und 5 einen Wert von 7. Einen Wert unter 7 und somit einen klinisch unauffälligen Wert erreichten 5 Probandinnen und

Probanden. 14 Kinder und Jugendliche erhielten im Anschluss an die STARK-Behandlung eine weitere kognitiv-behaviorale Therapie nach dem THAZ-Manual und 3 weitere Kinder wurden je nach vorliegenden Problemen mit TAU-Interventionen behandelt. Obwohl lediglich 5 Kinder einen Stanine Wert im unauffälligen Bereich erreichten, konnte die Therapie nach der STARK-Behandlung bei 13 Kindern und Jugendlichen beendet werden. Da sich die Symptomatik nach klinischem Eindruck deutlich reduziert hatte und sich hinsichtlich des Funktionsniveaus und des subjektiven Leidensdrucks Verbesserungen zeigten, die nicht mehr mit einer Beeinträchtigung des Alltags einhergingen, schien eine Weiterbehandlung nicht weiter indiziert, auch wenn sich dies im Elternurteil des FBB-ANZ auf der Skala „soziale Angst“ nicht abbilden ließ. Die genannten Ausführungen stellen eine Ergänzung zu den bereits angegebenen Patientencharakteristika dar und berücksichtigen dabei deskriptiv die klinische Relevanz der Mittelwertverläufe, sind jedoch für die folgende Hypothesenprüfung weniger relevant. Bei ausschließlicher Betrachtung der Mittelwerte zeigt sich zunächst hypothesenkonform, dass sich die sozial ängstliche Symptomatik über den Verlauf der Behandlung von Messzeitpunkt 2 zu Messzeitpunkt 4 reduziert.

Abbildung 6 zeigt die Ergebnisse der MLM-Analyse und verdeutlicht, dass sich die Symptomatik sowohl in der Wartephase als auch in der Interventionsphase reduziert, welches sich anhand der negativen Steigung (β -0.23 und β -0.22) ablesen lässt.



ß = Steigungskoeffizient; p = Signifikanzniveau; d = Effektstärke Cohen´s d

Abbildung 6: Graphische Darstellung der Ergebnisse der MLM-Analyse des FBB-ANZ (Elternurteil) Skala „soziale Angst“ (n = 30)

Hinsichtlich der Interventionszeit zeigt sich die für die primäre Outcome-Variabel Skala „soziale Angst“ im Elternurteil mit p <.001 eine signifikante Reduktion der Symptomatik, bei großer Effektstärke (d = 0.80). Die Hypothese kann somit bezüglich der Reduktion der sozial ängstlichen Symptomatik während des Verlaufs der Behandlung bestätigt werden. Betrachtet man jedoch den inkrementellen Effekt (β = 0.01) im Vergleich zwischen Warte- und Interventionsphase, zeigt sich kein zusätzlicher Effekt durch die Behandlung. Anhand des β-Wertes von 0.01 lässt sich ableiten, dass ein Fortlaufen der Wartephase ebenso effektiv wäre, wie die Durchführung der Intervention. Die Hypothese bezüglich einer stärkeren Symptomreduktion in der Interventionsphase im Vergleich zur Wartephase kann für die primäre Outcome-Variabel somit nicht bestätigt werden. Hinsichtlich der primären Outcome-Variabel zeigt sich kein spezifischer Therapieeffekt der Intervention. Zudem zeigt sich entgegen der Erwartung der Hypothese bereits eine signifikante Reduktion der Symptomatik (p = .04) über den Verlauf der Wartephase.

In Tabelle 6 werden die Verläufe der Mittelwerte über alle vier Messzeitpunkte hinweg für die Gesamtskala des FBB-ANZ (Elternurteil) dargestellt. Auch hier beziehen sich die Mittelwerte, wie auch folgend für den SBB-ANZ, auf die gebildeten Kennwerte. Es zeigt sich ebenfalls eine Reduktion der Mittelwerte über den Verlauf.

Tabelle 6: FBB-ANZ (Elternurteil) Gesamtskala Mittelwerte und Standardabweichung zu allen 4 Messzeitpunkten

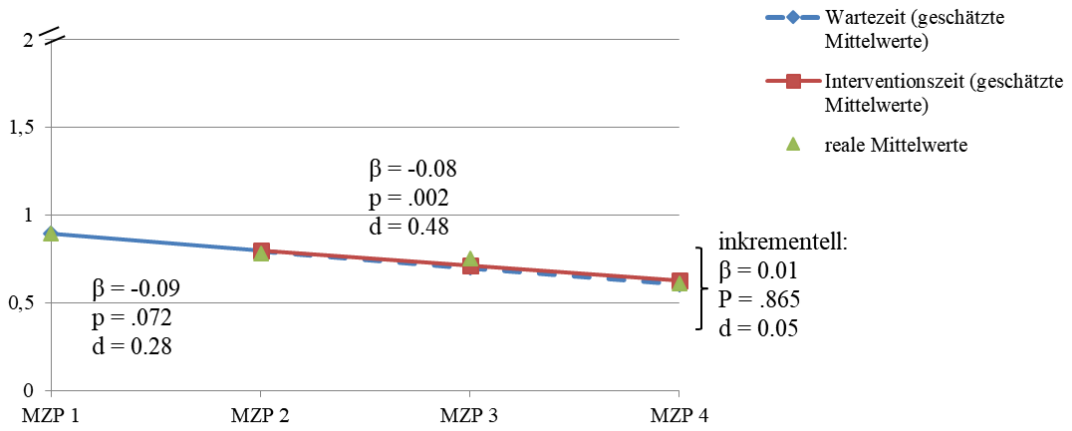
		MZP1	MZP2	MZP3	MZP4
FBB-ANZ	n	M (SD)	M (SD)	M (SD)	M (SD)
Gesamt	30	0.89 (0.37)	0.78 (0.36)	0.75 (0.43)	0.61 (0.33)

M = Mittelwert; SD = Standardabweichung

Bei deskriptiver Betrachtung des Gruppenmittelwertes zu MZP 1 (0.89) ergeben sich auch hier bei Berücksichtigung der alters- und geschlechtsspezifischen Normen, je nach Alter und Geschlecht, Stanine Werte von 8 und 9. Der Mittelwert von 0.61 zu MZP 4 ergibt je nach Alter und Geschlecht einen Stanine Wert von 7 oder 8. Damit liegen die Werte allgemein auch nach Beendigung der Behandlung im klinisch auffälligen Bereich.

Bezüglich der Gesamtskala das FBB-ANZ lässt sich ebenfalls hypothesenkonform herausstellen, dass sich die Symptomatik über den Verlauf der Interventionszeit reduziert.

Die Ergebnisse der MLM-Analyse in Abbildung 7 zeigen zudem, dass sich die Symptomatik über den Verlauf der Interventionszeit signifikant reduziert (p = .002). Dabei ergibt sich ein kleiner bis mittlerer Effekt (d = 0.48).



ß = Steigungskoeffizient; p = Signifikanzniveau; d = Effektstärke Cohen´s d

Abbildung 7: Graphische Darstellung der Ergebnisse der MLM-Analyse des FBB-ANZ (Elternurteil) Gesamtskala (n = 30)

Es zeigt sich auch hier eine Symptomreduktion in der Wartezeit (β = -0.09), welche jedoch nicht signifikant wird. Hinsichtlich des inkrementellen Effektes ist kein Unterschied zwischen den Verläufen der Steigung von Warte- und Interventionszeit (β = 0.01) erkennbar. Somit ergibt sich auch auf der Gesamtskala des FBB-ANZ im Elternurteil kein zusätzlicher signifikanter Effekt der Intervention im Vergleich zur Wartephase.

Nachdem die Ergebnisse der Skala „soziale Angst“ und der Gesamtskala des FBB-ANZ im Elternurteil dargestellt wurden, erfolgt nun eine Betrachtung der Selbstbeurteilung dieser Skalen. Tabelle 7 stellt die Verläufe der Mittelwerte im Selbsturteil der Kinder und Jugendlichen dar. Auch hier zeigt sich eine Reduktion der Werte über den Verlauf von Warte- und Interventionszeit. Im Vergleich mit den Mittelwerten des Elternurteils der Skala „soziale Angst“ liegen die Werte allgemein etwas niedriger. Die

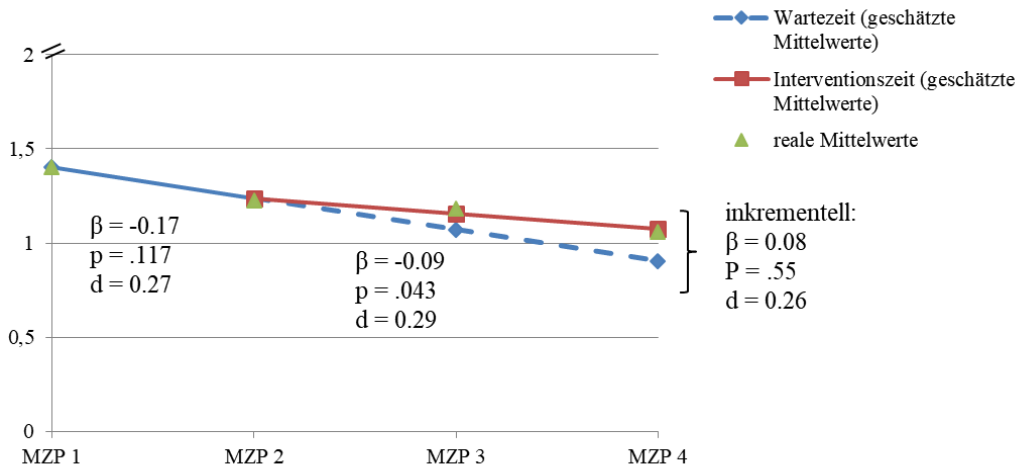
Stichprobegröße umfasst hier nur 21, da die Selbstbeurteilung erst ab einem Alter von 9 Jahren erhoben wurde.

Tabelle 7: SBB-ANZ (Selbsturteil) Skala „soziale Angst“ Mittelwerte und Standardabweichung zu allen 4 Messzeitpunkten

		MZP1	MZP2	MZP3	MZP4
SBB-ANZ	n	M (SD)	M (SD)	M (SD)	M (SD)
Skala soziale Angst	21	1.40 (0.62)	1.22 (0.82)	1.18 (0.71)	1.06 (0.70)

M = Mittelwert; SD = Standardabweichung

Obwohl die Werte allgemein etwas geringer ausgeprägt sind als im Elternurteil, liegt der Mittelwert der gebildeten Kennwerte der Skala „soziale Angst“ im Selbsturteil zu MZP 1 (M = 1.40) beim Vergleich mit den vorliegenden Normen ebenfalls mit Stanine Werte von 8 und 9 im klinisch auffälligen Bereich. Auch der Wert von 1.06 zu MZP 4 liegt noch bei einem Stanine Wert von 8. Damit befinden sich die Mittelwerte auch im Selbsturteil nach Beendigung der STARK-Behandlung im klinisch auffälligen Bereich. In der MLM-Analyse zeigt sich in Abbildung 7, dass sich die sozial ängstliche Symptomatik auch im Selbsturteil über den Verlauf der Interventionsphase signifikant (p = 0.43) mit einem kleinen Effekt reduziert (d = 0.29). Somit kann die Hypothese bezüglich einer signifikanten Symptomreduktion während des Behandlungsverlaufs bestätigt werden.



ß = Steigungskoeffizient; p = Signifikanzniveau; d = Effektstärke Cohen´s d

Abbildung 8: Graphische Darstellung der Ergebnisse der MLM-Analyse des SBB-ANZ (Selbsturteil) Skala „soziale Angst“ (n = 21)

Des Weiteren zeigt sich jedoch auch im Selbsturteil eine Reduktion der Symptomatik während des Verlaufs der Wartezeit (β = -0.17), welche zwar nicht signifikant wird, aber im Vergleich über den inkrementellen Effekt erneut verdeutlicht, dass kein zusätzlicher spezifischer Therapieeffekt der Intervention vorliegt. Beim Vergleich der Steigungskoeffizienten (β = -0.17 und β = -0.09) und der Verläufe der Steigungen zeigt sich entgegen der Hypothese, dass die Symptomatik über einen weiteren geschätzten Verlauf der Wartephase sogar stärker abnehmen würde als über den Verlauf der Interventionsphase, wobei der Unterschied nicht signifikant wird (p = .55).

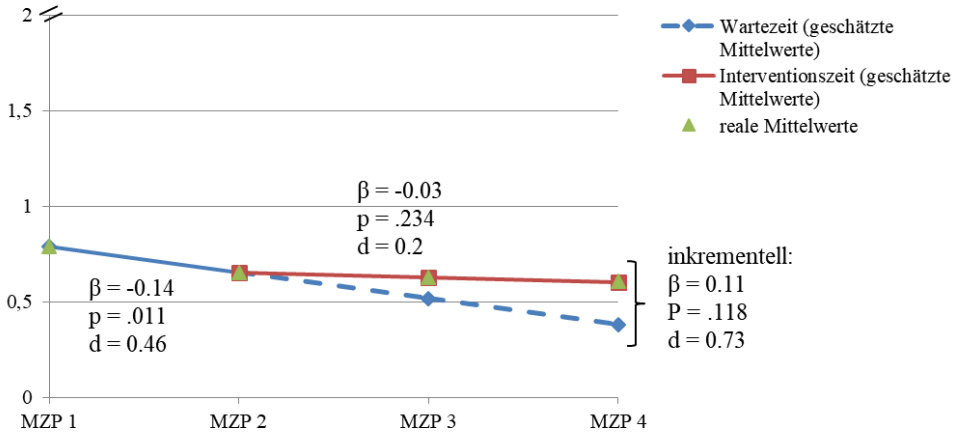
Bezüglich des Selbsturteils der Gesamtskala des SBB-ANZ ergibt sich in Tabelle 8 ebenfalls eine Reduktion der Mittelwerte über den Verlauf der 4 Messzeitpunkte. Die Werte unterscheiden sich kaum zu den Werten des Elternurteils der Gesamtskala. Zur deskriptiven Beurteilung der Mittelwerte lässt sich zusammenfassend festhalten, dass der Mittelwert zu MZP 1 mit 0.79 bei Vergleich mit den vorliegenden Normen einem klinisch auffälligen Stanine Wert von 8 entspricht und auch zu MZP 4 mit einem Wert von 0.6 noch ein Stanine Wert von 7 erreicht wird.

Tabelle 8: SBB-ANZ (Selbsturteil) Gesamtskala Mittelwerte und Standardabweichung zu allen 4 Messzeitpunkten

		MZP1	MZP2	MZP3	MZP4
SBB-ANZ	n	M (SD)	M (SD)	M (SD)	M (SD)
Gesamt	21	0.79 (0.30)	0.65 (0.43)	0.63 (0.36)	0.60 (0.37)

M = Mittelwert; SD = Standardabweichung

Auf der Gesamtskala des SBB-ANZ zeigt sich in den MLM-Analysen in Abbildung 8 keine signifikante Reduktion über den Verlauf der Interventionsphase. Entgegen der Hypothese reduziert sich die Symptomatik bereits über den Verlauf der Wartephase signifikant (p = .011). Somit ergibt sich im Vergleich von Warte- und Interventionsphase auch kein inkrementeller Effekt zugunsten der Interventionsphase.



ß = Steigungskoeffizient; p = Signifikanzniveau; d = Effektstärke Cohen´s d

Abbildung 9: Graphische Darstellung der Ergebnisse der MLM-Analyse des SBB-ANZ (Selbsturteil) Gesamtskala (n = 21)

Nachdem die Ergebnisse zur Prüfung der Hypothese bezüglich der sozial ängstlichen Symptomatik für die primäre Outcome-Variabel und das entsprechende Selbsturteil der Kinder und Jugendlichen dargestellt wurden, erfolgt nun eine Betrachtung der Ergebnisse der weiteren Instrumente, mit denen sozial ängstliche Symptomatik sowie störungsaufrechterhaltende Faktoren erhoben wurden.

Tabelle 9 zeigt die deskriptiven Daten (Mittelwerte und Standardabweichung) und die interferenzstatistischen Ergebnisse der MLM-Analyse des Fragebogens zur Erfassung störungsaufrechterhaltender Komponenten sozialer Ängste bei Kindern und Jugendlichen im Elternurteil (FESKA-E). Die Kennwerte des Fragebogens reichen von 0 bis 3,0. Eine Reduktion der störungsaufrechterhaltenden Faktoren kann bei Betrachtung dieses Fragebogens im Sinne einer Symptomreduktion verstanden werden.

Tabelle 9: FESKA-Elternurteil (n = 30) Mittelwerte und Standardabweichungen zu allen 4 Messzeitpunkten und Ergebnisse der MLM-Analyse pro Skala und Gesamt

FESKA-E			Wartezeit			Interventionszeit			inkrementeller Effekt		
Skalen	MZP	M (SD)	β	p	d	β	p	d	β	p	d
Störung sozialer Kognitionen	MZP1	1.40 (0.66)	0.01	.944	0.01						
	MZP2	1.35 (0.52)				-0.12	.021	0.36			
	MZP3	1.41 (0.52)							-0.13	.335	0.39
	MZP4	1.10 (0.54)									
Störung sozialer Fertigkeiten	MZP1	1.87 (0.49)	0.02	.810	0.04						
	MZP2	1.83 (0.53)				-0.11	.032	0.48			
	MZP3	1.87 (0.52)							-0.14	.271	0.56
	MZP4	1.60 (0.64)									
Störung sozialer Interaktionen	MZP1	1.12 (0.45)	0.08	.409	0.18						
	MZP2	1.16 (0.55)				-0.05	.320	0.22			
	MZP3	1.21 (0.56)							-0.12	.319	0.53
	MZP4	1.06 (0.61)									
Gesamt	MZP1	1.47 (0.44)	0.06	.418	0.14						
	MZP2	1.48 (0.41)				-0.12	.004	0.55			
	MZP3	1.50 (0.36)							-0.17	.075	0.78
	MZP4	1.23 (0.42)									

MZP = Messzeitpunkt; M = Mittelwert; SD = Standardabweichung; ß = Steigungskoeffizient; p = Signifikanzniveau; d = Effektstärke Cohen´s d

Die Gruppenmittelwerte ergeben über alle Skalen hinweg eine Reduktion der Werte von MZP 1 zu MZP 4. Dabei wird jedoch ersichtlich, dass sich auf allen Skalen ein leichter Anstieg der Mittelwerte in der ersten Phase der Intervention zeigt (MZP 2 bis MZP 3). Betrachtet man ausschließlich den Verlauf der Interventionsphase von MZP 2 zu MZP 4, zeigt sich anhand der negativen Steigung ($-0.05 < \beta > -0.12$) eine Reduktion der Symptomatik, die auf allen Skalen, mit Ausnahme der Skala „Störung sozialer Interaktionen“ ($p = .320$), signifikant wird. Die Effekte liegen dabei im kleinen bis mittleren Bereich ($d = 0.36 – 0.55$). Die Hypothese bezüglich einer signifikanten Reduktion der sozial ängstlichen Symptomatik über den Verlauf der Interventionsphase lässt sich somit für den FESKA-E auf den Skalen „Störung sozialer Kognitionen“, „Störung sozialer Fertigkeiten“ und auf der Gesamtskalen bestätigen. Anhand der positiven Steigung ($0.01 < \beta > 0.08$) des Intervalls zeigt sich für die Wartephase ebenfalls hypothesenkonform, dass die Symptomatik über den Verlauf der Wartephase stabil bleibt, bzw. leicht ansteigt. Entgegen der formulierten Hypothese ist jedoch kein

signifikanter Nettoeffekt der Interventionsphase im Vergleich mit der Wartephase festzustellen.

Tabelle 10 stellt die Ergebnisse in gleicher Form für das Selbsturteil des Fragebogens zur Erfassung störungsaufrechterhaltender Komponenten sozialer Angst bei Kindern und Jugendlichen (FESKA-S) dar.

Tabelle 10: FESKA-Selbsturteil (n = 28) Mittelwerte und Standardabweichungen zu allen 4 Messzeitpunkten und Ergebnisse der MLM-Analyse pro Skala und Gesamt

FESKA-S			Wartezeit			Interventionszeit			inkrementeller Effekt		
Skalen	MZP	M (SD)	β	p	d	β	p	d	β	p	d
Störung sozialer Kognitionen	MZP1	1.26 (0.69)	-0.13	.183	0.19	-0.19	<.001	0.55	-0.06	.653	0.18
	MZP2	1.16 (0.77)									
	MZP3	0.88 (0.68)									
	MZP4	0.79 (0.69)									
Störung sozialer Fertigkeiten	MZP1	1.52 (0.77)	-0.11	.320	0.14	-0.19	<.001	0.49	-0.08	.608	0.21
	MZP2	1.41 (0.75)									
	MZP3	1.21 (0.79)									
	MZP4	1.03 (0.78)									
Störung sozialer Interaktionen	MZP1	0.82 (0.46)	0.02	.847	0.04	-0.16	<.001	0.69	-0.18	.107	0.78
	MZP2	0.84 (0.45)									
	MZP3	0.69 (0.52)									
	MZP4	0.51 (0.40)									
Gesamt	MZP1	1.23 (0.57)	-0.09	.235	0.16	-0.18	<.001	0.64	-0.09	.369	0.32
	MZP2	1.15 (0.61)									
	MZP3	0.94 (0.56)									
	MZP4	0.79 (0.53)									

MZP = Messzeitpunkt; M = Mittelwert; SD = Standardabweichung; ß = Steigungskoeffizient; p = Signifikanzniveau; d = Effektstärke Cohen´s d

Bei Betrachtung der Mittelwerte im Selbsturteil zeigt sich im Vergleich zum Elternurteil, dass die Mittelwerte kontinuierlich über die 4 Messzeitpunkte hinweg geringer werden. Bei Betrachtung der Interventionszeit zeigt sich hypothesenkonform auf allen 3 Subskalen und der Gesamtskala eine Symptomreduktion ($-0.16 < \beta > -0.19$), die sich über alle Skalen hinweg als signifikant erweist ($p < .001$). Die Effekte der Intervention liegen dabei im mittleren Bereich ($d = 0.49 – 0.69$). In der Wartezeit verringert sich die Symptomatik auf den Skalen „Störung sozialer Kognitionen“, „Störung sozialer Fertigkeiten“ und auf der Gesamtskala zwar gering, jedoch ist diese Reduktion nicht signifikant. Bei Betrachtung des inkrementellen Effektes im Vergleich

zwischen Warte- und Interventionszeit zeigt sich auf allen Skalen jedoch entgegen der Hypothese erneut kein signifikanter Effekt zugunsten der Intervention.

Bezüglich der Ergebnisse des Sozialphobie- und Angstinventars für Kinder (Selbsturteil) zeigt Tabelle 12, dass sich die Gruppenmittelwerte über den Verlauf von MZP 1 zu MZP 4 auf allen Skalen und auch auf der Gesamtskala kontinuierlich reduzieren.

Tabelle 11: SPAIK (Selbsturteil) (n = 29) Mittelwerte und Standardabweichung zu allen 4 Messzeitpunkten und Ergebnisse der MLM-Analyse pro Skala und Gesamt

SPAIK			Wartezeit			Interventionszeit			inkrementeller Effekt		
Skalen	MZP	M (SD)	β	p	d	β	p	d	β	p	d
Leistungssituationen	MZP1	1.05 (0.47)	-0.12	.127	0.26						
	MZP2	0.92 (0.49)				-0.13	<.001	0.55	-0.01	.888	0.04
	MZP3	0.79 (0.44)									
	MZP4	0.65 (0.49)									
Interaktionssituationen	MZP1	1.03 (0.41)	-0.1	.123	0.25						
	MZP2	0.92 (0.40)				-0.13	<.001	0.64	-0.03	.780	0.15
	MZP3	0.81 (0.53)									
	MZP4	0.66 (0.42)									
kognitive/somatische Symptome	MZP1	0.76 (0.43)	-0.22	.001	0.51						
	MZP2	0.55 (0.44)				-0.07	.026	0.32	0.15	.074	0.69
	MZP3	0.44 (0.42)									
	MZP4	0.41 (0.39)									
Gesamt	MZP1	0.94 (0.37)	-0.13	.016	0.35						
	MZP2	0.81 (0.38)				-0.1	<.001	0.54	0.03	.693	0.16
	MZP3	0.71 (0.42)									
	MZP4	0.60 (0.40)									

MZP = Messzeitpunkt; M = Mittelwert; SD = Standardabweichung; ß = Steigungskoeffizient; p = Signifikanzniveau; d = Effektstärke Cohen´s d

In der Multilevel-Analyse wird entsprechend der Hypothese eine signifikante Symptomreduktion in der Interventionszeit auf den Skalen „Leistungssituationen“, „Interaktionssituationen“ und auf der Gesamtskala ($-0.1 < \beta > -0.13$) deutlich. Dabei ergeben sich mit d von 0.54 bis 0.64 Effekte im mittleren Bereich. Entgegen der Hypothese zeigt sich jedoch anhand der negativen Steigungskoeffizienten auch eine Symptomreduktion über den Verlauf der Wartezeit ($-0.1 < \beta > -0.22$). Auf der Skala „kognitive und somatische Symptome“ und auf der Gesamtskala erweist sich die Reduktion sogar als signifikant. Bei Berücksichtigung des inkrementellen Effektes

ergibt sich auch auf diesem Instrument kein zusätzlicher Nettoeffekt der Intervention im Vergleich mit der Wartephase. Anhand der positiven Steigungskoeffizienten bezüglich der Skala „kognitive und somatische Symptome“ (β = 0.15) und der Gesamtskala (β = 0.03) zeigt sich im inkrementellen Vergleich sogar eine leichte Überlegenheit der Wartephase, welche jedoch nicht signifikant wird.

Über den Elternfragebogen zu sozialen Ängsten im Kindes- und Jugendalter (ESAK) wurden nochmals Symptome der sozialen Angst im Elternurteil erhoben. Tabelle 14 veranschaulicht auch hier die Verläufe der Gruppenmittelwerte und die Ergebnisse der MLM.

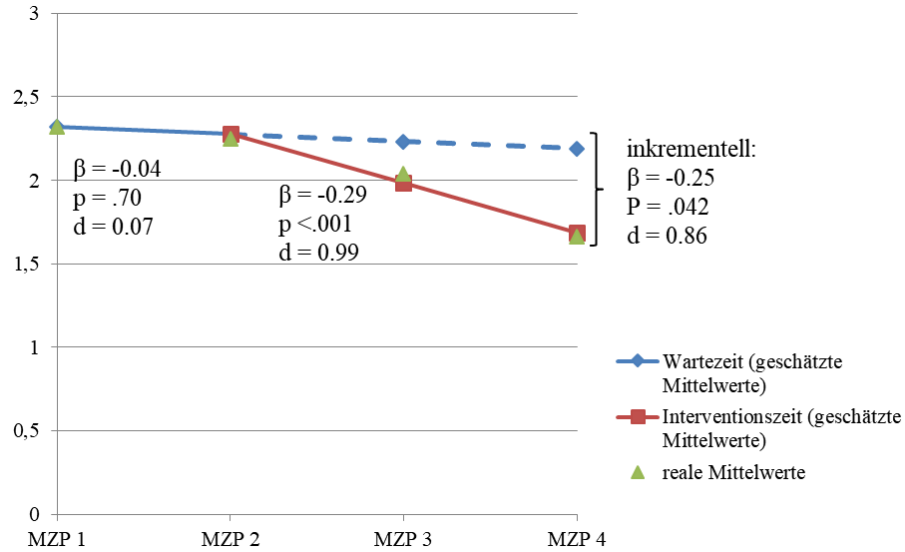
Tabelle 12: ESAK (Elternurteil) (n = 30) Mittelwerte und Standardabweichungen zu allen 4 Messzeitpunkten und Ergebnisse der MLM-Analyse pro Skala und Gesamt

ESAK			Wartezeit			Interventionszeit			inkrementeller Effekt		
Skalen	MZP	M (SD)	β	p	d	β	p	d	β	p	d
negative Kognitionen	MZP1	2.32 (0.58)	-0.04	.70	0.07						
	MZP2	2.25 (0.50)				-0.29	<.001	0.99	-0.25	.042	0.86
	MZP3	2.04 (0.65)									
	MZP4	1.66 (0.89)									
körperliche Erregung	MZP1	2.19 (0.70)	0.11	.280	0.16						
	MZP2	2.27 (0.55)				-0.26	<.001	0.74	-0.37	.008	1.05
	MZP3	2.11 (0.52)									
	MZP4	1.75 (0.75)									
Vermeidungsverhalten	MZP1	1.76 (0.51)	-0.09	.371	0.18						
	MZP2	1.63 (0.55)				-0.18	.002	0.71	-0.09	.467	0.35
	MZP3	1.58 (0.51)									
	MZP4	1.27 (0.66)									
Gesamt	MZP1	2.09 (0.52)	-0.01	.914	0.01						
	MZP2	2.05 (0.44)				-0.25	<.001	0.95	-0.24	.058	0.92
	MZP3	1.91 (0.45)									
	MZP4	1.56 (0.69)									

MZP = Messzeitpunkt; M = Mittelwert; SD = Standardabweichung; ß = Steigungskoeffizient; p = Signifikanzniveau; d = Effektstärke Cohen´s d

Mit Ausnahme der Skala „körperliche Erregung“ zeigt sich über die Skalen hinweg eine Abnahme der Gruppenmittelwerte über den Verlauf der 4 Messzeitpunkte. Bezüglich der Skala „körperliche Erregung“ zeigt sich von MZP 1 zu MZP 2, also über den Verlauf der Wartephase, ein Anstieg des Mittelwertes.

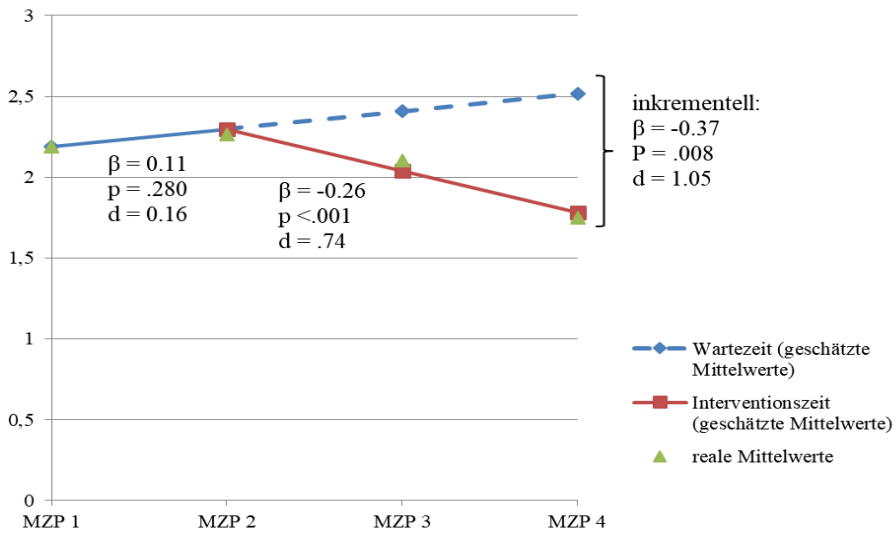
Für die Interventionszeit ergibt sich in der Multilevel-Analyse über alle Skalen hinweg eine signifikante Reduktion der Symptomatik (-0.8 < β > -0.29). Es ergeben sich dabei auf den Skalen „körperliche Erregung“ (d = 0.74) und „Vermeidungsverhalten“ (d= 0.71) mittlere Effekte und auf der Skala „negative Kognitionen“ (d = 0.99) und der Gesamtskala (d = 0.95) große Effekte. Die Hypothese einer signifikanten Verringerung der Symptomatik über den Verlauf der Interventionszeit kann somit angenommen werden. Bezüglich der Berücksichtigung des inkrementellen Effektes erfolgt im Weiteren mit den Abbildungen 9 und 10 eine zusätzliche graphische Darstellung der Ergebnisse der Skalen „negative Kognitionen“ und „körperliche Erregung“.



ß = Steigungskoeffizient; p = Signifikanzniveau; d = Effektstärke Cohen´s d

Abbildung 10: Graphische Darstellung der Ergebnisse der MLM-Analyse des ESAK Skala „negative Kognitionen“ (n = 29)

Bei Betrachtung des inkrementellen Effektes in Tabelle 13 wird im Vergleich zwischen Warte- uns Interventionszeit anhand des negativen Vorzeichens des Steigungskoeffizienten (-0.09 < β > -0.37) eine Überlegenheit der Interventionszeit zur Wartezeit deutlich. Im Sinne der Hypothese ist dieser zusätzliche Nettoeffekt der Intervention auf den Skalen „negative Kognitionen“ (p = .042) und „körperliche Erregung“ (p = .008) signifikant. Auf der Gesamtskala wird der inkrementelle Effekt zugunsten der Intervention nicht signifikant, jedoch zeigt sich mit p = .058 eine Tendenz. Der Effekt auf der Skala *„negative Kognitionen“* (Abbildung 9) lässt sich mit d = 0.86 als groß bezeichnen.



ß = Steigungskoeffizient; p = Signifikanzniveau; d = Effektstärke Cohen´s d

Abbildung 11: Graphische Darstellung der Ergebnisse der MLM-Analyse des ESAK Skala „körperliche Erregung“ (n = 29)

Hinsichtlich des inkrementellen Effektes der Skala „körperliche Erregung“ ergibt sich mit d = 1.05 ebenfalls ein großer Effekt. Bezüglich dieser Skala zeigt sich zudem auch ein stabiler Verlauf der Symptomatik in der Wartezeit.

Insgesamt kann die Hypothese bezüglich der sozial ängstlichen Symptomatik nicht in allen Punkten angenommen werden. Die Hypothese kann dahingehend bestätigt werden, dass sich die sozial ängstliche Symptomatik im Verlauf der Intervention signifikant reduziert. Dies zeigt sich besonders hinsichtlich der primären Outcome-Variabel, aber auch in Bezug auf die meisten Skalen der weiteren Instrumente.
Bezüglich einer geringeren Abnahme der Symptomatik während der Wartephase im Vergleich zur Interventionsphase kann die Hypothese nicht angenommen werden. Hier zeigen sich entsprechende Ergebnisse nur auf einzelnen Skalen des Elternfragebogens (ESAK), nicht jedoch in weiteren Instrumenten oder bezüglich der primären Outcome-Variabel.

4.3 Verlauf der komorbiden Symptomatik

Nachdem die Ergebnisse im Hinblick auf die sozial ängstliche Symptomatik aufgezeigt wurden, wird im Folgenden auf die Hypothese bezüglich der Verläufe von komorbider Symptomatik eingegangen. Dafür folgt zunächst eine Betrachtung komorbider ängstlicher Symptomatik über die Ergebnisse des Prä-Post-Vergleichs der weiteren Skalen des FBB- und SBB-ANZ, bevor dann auch andere komorbide Auffälligkeiten über die Child Behavior Checklist und den Youth Self-Report dargestellt werden.

Tabelle 13 zeigt die Ergebnisse des Elternurteils des FBB-ANZ bezüglich der Skalen zu weiteren Ängsten im Kindes- und Jugendalter. Entsprechend der Skala „soziale Angst" reichen die Kennwerte auch hier von 0 bis 3,0. Bei deskriptiver Betrachtung der Gruppenmittelwerte wird deutlich, dass der Wert für die Skala „generalisierte Angst" zu MZP 1 mit 1.02 am höchsten liegt, während die anderen Werte einen mittleren Kennwert von 1.0 nicht überschreiten. Über den durchgeführten t-Test wurden die Werte zu MZP 2, also nach der Wartezeit und unmittelbar vor Interventionsbeginn, mit den Werten zu MZP 4 nach direkter Beendigung der Intervention, miteinander vergleichen.

Tabelle 13: FBB-ANZ (Elternurteil) Mittelwerte und Standardabweichungen der weiteren Skalen, t-Test und Effektstärke im Prä-Post-Vergleich

FBB-ANZ		MZP 2	MZP 4			
Skalen	n = 30	M (SD)	M (SD)	t	p	d
Trennungsangst		0.38 (0.40)	0.22 (0.32)	3.73	.001	0.41
generalisierte Angst		1.02 (0.55)	0.71 (0.49)	3.16	.004	0.56
spezifische Phobie		0.58 (0.57)	0.42 (0.46)	1.95	.061	0.28

M = Mittelwert; SD = Standardabweichung; p = Signifikanzniveau; d = Effektstärke Cohen´s d

Man erkennt, dass die Mittelwerte auf allen Skalen von MZP 2 zu MZP 4 entsprechend der Hypothese abnehmen und sich Auffälligkeiten somit reduzieren. Hinsichtlich der Skalen „Trennungsangst" ($p = .001$) und „generalisierte Angst" ($p = .004$) ist diese Reduktion signifikant. Dabei ergeben sich auf diesen Skalen kleine bis mittlere Effekte. Der Effekt bezüglich der Skala „spezifische Phobie" ist als klein zu bezeichnen und zeigt sich nicht signifikant.

In Tabelle 14 werden die Ergebnisse auf gleiche Weise für die Selbstbeurteilung der Kinder und Jugendliche angegeben. Auch hier ergibt sich zu MZP 1 der höchste Gruppenmittelwert auf der Skala „generalisierte Angst“.

Tabelle 14: SBB-ANZ (Selbsturteil) Mittelwerte und Standardabweichungen der weiteren Skalen, t-Test und Effektstärke im Prä-Post-Vergleich

SBB-ANZ						
		MZP 2	MZP 4			
Skalen	n = 21	M (SD)	M (SD)	t	p	d
Trennungsangst		0.32 (0.34)	0.25 (0.20)	1.25	.224	0.2
generalisierte Angst		0.72 (0.55)	0.76 (0.57)	-0.47	.640	0.07
spezifische Phobie		0.48 (0.47)	0.50 (0.55)	-0.15	.880	0.04

M = Mittelwert; SD = Standardabweichung; p = Signifikanzniveau; d = Effektstärke Cohen´s d

Entgegen der Hypothese zeigt sich nur auf der Skala „Trennungsangst“ eine Verringerung der Symptomatik, welche jedoch nicht signifikant ist. Für die Skalen „generalisierte Angst“ und „spezifische Phobie“ stellt man jeweils einen leichten, nicht signifikanten Anstieg der Gruppenmittelwerte von MZP 2 zu MZP 4 fest. Die formulierte Hypothese lässt sich somit für die Ergebnisse des Selbsturteils zu weiteren Ängsten nicht bestätigen.

Die Ergebnisse zu weiteren Auffälligkeiten, erhoben über die CBCL im Elternurteil, werden in Tabelle 15 aufgezeigt. Bei der Interpretation der Mittelwerte ist zu berücksichtigen, dass bei der CBCL, wie auch beim YSR eine Skalenbildung über das Addieren der Test-Rohwerte erfolgte und keine Kennwerte gebildet wurden. Im Unterschied zu den t-Tests bezüglich FBB- und SBB-ANZ sei zudem nochmals darauf hingewiesen, dass die CBCL und der YSR lediglich zu MZP 1 und MZP 4 erhoben wurden und der Prä-Post-Vergleich demnach die Wartephase mit einschließt.
Die deskriptive Betrachtung der Mittelwerte in Tabelle 15 führt zu dem Schluss, dass sich über alle Skalen hinweg eine Reduktion der Mittelwerte von MZP 1 zu MZP 4 zeigt. Zudem wird deutlich, dass entsprechend dem Störungsbild, die mittleren Rohwertsummen der Skalen, welche internale Symptomatik abbilden, deutlich höher sind als die Skalen, welche externale Probleme erfassen. Dies lässt sich auch bei den Mittelwerten der beiden übergeordneten Problemskalen zu MZP 1 deutlich erkennen. Hier ergibt sich für die Skala „internal“ ein Mittelwert von 20.63, während auf der Skala „external“ ein Wert von 6.70 abzulesen ist.

Tabelle 15: CBCL (Elternurteil) Mittelwerte und Standardabweichung, t-Test und Effektstärke im Prä-Post-Vergleich

CBCL		MZP 1	MZP 2			
Skalen	n = 30	M (SD)	M (SD)	t	p	d
sozialer Rückzug		7.43 (3.43)	5.33 (3.49)	3.79	.001	0.61
körperliche Beschwerden		3.5 (3.15)	2.17 (2.21)	3.55	.001	0.42
ängstlich-depressiv		9.7 (4.61)	7.0 (4.37)	3.85	.001	0.59
soziale Probleme		4.03 (3.49)	3.03 (3.04)	2.95	.006	0.30
schizoid-zwanghaft		1.63 (1.52)	0.76 (1.0)	2.86	.008	0.57
Aufmerksamkeitsprobleme		5.03 (3.84)	3.83 (2.68)	2.56	.016	0.31
dissoziales Verhalten		1.3 (1.48)	1.2 (1.51)	0.41	.687	0.07
aggressives Verhalten		5.40 (5.19)	4.87 (4.79)	0.98	.351	0.10
andere Probleme		6.93 (3.69)	4.33 (3.65)	4.15	<.001	0.70
Skala internal		20.63 (9.23)	14.5 (8.64)	4.54	<.001	0.66
Skala external		6.70 (6.15)	6.07 (5.53)	0.84	.384	0.10
Gesamt		38.03 (19.09)	28.03 (16.31)	3.89	.001	0.52

M = Mittelwert; SD = Standardabweichung; p = Signifikanzniveau; d = Effektstärke Cohen´s d

Entsprechend der Hypothese zeigt sich die Symptomreduktion auf allen Skalen, die eher internale Probleme umfassen, signifikant. Auf den Skalen „dissoziales Verhalten“ und „aggressives Verhalten“ ist keine signifikante Reduktion erkennbar, wobei diese Problembereiche auch zu MZP 1 klinisch unauffällig sind. Allgemein spiegelt sich dies auch in der übergeordnete Skala „external“ wider. Hingegen ergibt sich auf der Skala „internal“ eine signifikante Reduktion der Auffälligkeiten (p = <.001) mit einem mittleren Effekt von d = 0.66. Mittlere Effekte zeigen sich ebenfalls signifikant auf den Skalen „sozialer Rückzug“, „ängstlich-depressiv“ und „schizoid-zwanghaft“ sowie auf der Skala zu weiteren Problemen. Ebenfalls ergibt sich eine signifikante Reduktion mit einem mittleren Effekt auf der Gesamtskala (d = 0.52).

Tabelle 16 zeigt die Ergebnisse entsprechend weiterer Auffälligkeiten aus der Selbstbeurteilung der Kinder und Jugendlichen über den YSR. Wie auch beim SBB-ANZ umfasst die Stichprobengröße hier nur 21 Kinder, da auch dieser Bogen erst ab einem Alter von 9 Jahren erhoben wurde.

Tabelle 16: YSR (Selbsturteil) Mittelwerte und Standardabweichungen, t-Test und Effektstärke im Prä-Post-Vergleich

YSR		MZP 1	MZP 2			
Skalen	n = 21	M (SD)	M (SD)	t-Test	p	d
sozialer Rückzug		5.86 (3.25)	5.18 (3.26)	1.56	.135	0.21
körperliche Beschwerden		3.09 (2.25)	1.95 (1.76)	2.18	.041	0.45
ängstlich-depressiv		9.68 (5.88)	8.00 (5.85)	2.09	.048	0.28
soziale Probleme		4.36 (3.29)	3.27 (3.28)	2.5	.021	0.33
schizoid-zwanghaft		1.86 (2.25)	0.90 (1.95)	3.57	.002	0.43
Aufmerksamkeitsprobleme		5.23 (2.86)	4.72 (3.87)	0.74	.466	0.18
dissoziales Verhalten		2.14 (1.83)	1.41 (1.79)	3.04	.006	0.39
aggressives Verhalten		3.36 (2.55)	3.00 (2.02)	0.65	.523	0.14
andere Probleme		7.14 (4.36)	4.73 (3.69)	4.82	<.001	0.55
Skala internal		18.45 (9.89)	15.05 (10.03)	2.41	.025	0.34
Skala external		5.46 (3.62)	4.27 (3.41)	1.64	.117	0.33
Gesamt		35.41 (18.08)	28.36 (19.34)	2.96	.006	0.39

M = Mittelwert; SD = Standardabweichung; p = Signifikanzniveau; d = Effektstärke Cohen´s d

Allgemein ist auch hier über alle Skalen hinweg eine Reduktion der Mittelwerte von MZP 1 zu MZP 4 erkennbar. Es zeigen sich zu MZP 1 ebenfalls höhere Mittelwerte auf den Skalen, welche eher mit ängstlicher und internaler Symptomatik in Verbindung stehen, wie die Skalen „sozialer Rückzug“ und „ängstlich-depressiv“. Dies bildet sich auch hier allgemein über den Wert der Skala „internal“ (M = 18.45) zu MZP 1 ab. Entsprechend der Hypothesen ergibt sich eine signifikante Reduktion der weiteren Symptome auf den Skalen „körperliche Beschwerden“, „ängstlich-depressiv“, „soziale Probleme“, „schizoid-zwanghaft“ und „dissoziales Verhalten“. Bei der Skala „dissoziales Verhalten“ sollte auch hier berücksichtigt werden, dass der Wert zu MZP 1 in einem unauffälligen Bereich liegt. Zudem zeigt sich eine signifikante Reduktion auf der Skala zu weiteren Problemen und auf der Skala „internal“. Die Effekte liegen insgesamt jedoch alle eher im kleinen Bereich ($0.28 < d > 0.55$). Darüber hinaus ergibt sich eine signifikante Reduktion auf der Gesamtskala ($p = .006$) mit einem kleinen Effekt.

Allgemein kann die Hypothese hinsichtlich einer signifikanten Verringerung von komorbiden Auffälligkeiten über den Verlauf der Intervention, besonders für das Urteil der Eltern, angenommen werden. Hier zeigt sich eine Verringerung sowohl im FBB-

ANZ von MZP 2 zu MZP 4 sowie in der CBCL von MZP 1 zu MZP 4. Für das Selbsturteil der Kinder und Jugendlichen kann die Hypothese nur in Bezug auf den YSR angenommen werden. Zudem muss berücksichtigt werden, dass sich komorbide Auffälligkeiten deutlich stärker auf internale Probleme beziehen, wobei dies vor dem Hintergrund des Störungsbildes nachvollziehbar erscheint.

4.4 Verlauf von Selbstkonzept und Emotionsregulation

In diesem Kapitel erfolgt abschließend die Darstellung und Prüfung der Ergebnisse in Bezug auf die Hypothese zur Verbesserung des Selbstkonzeptes und der Emotionsregulationsstrategien über den Verlauf der Intervention.

Tabelle 16 zeigt die Mittelwerte der modifizierten Harter-Selbstkonzeptskala direkt vor Interventionsbeginn (MZP 2) und nach dem unmittelbaren Ende der Intervention (MZP 4). Die Auswertung erfolgte für die einzelnen Skalen und für die Gesamtskala. Die angegebenen Mittelwerte beziehen sich hier wiederum auf die gebildeten Kennwerte. Zum besseren Verständnis sei darauf hingewiesen, dass die Kennwerte von 0 bis 3,0 reichen können, wobei höhere Werte für ein positiv vorhandenes Selbstkonzept sprechen. Da für die modifizierte Selbstkonzeptskala keine Normen vorliegen, können die Mittelwerte nur im Kontext der Kennwert-Spannweite interpretiert werden.

Tabelle 17: Harter-Selbstkonzeptskala Mittelwerte und Standardabweichungen, t-Test und Effektstärke im Prä-Post-Vergleich

Harter-Skala		MZP 2	MZP 4			
Skalen	n = 29	M (SD)	M (SD)	t	p	d
kognitive Kompetenzen		1.27 (0.54)	1.39 (0.54)	-1.55	.132	0.22
Peerakzeptanz		1.27 (0.72)	1.60 (0.78)	-3.3	.003	0.46
Sportkompetenzen		1.47 (0.61)	1.69 (0.66)	-2.53	.017	0.36
Aussehen		1.66 (0.86)	1.97 (0.69)	-2.62	.013	0.38
Selbstwert		1.61 (0.75)	1.91 (0.64)	-2.49	.019	0.41
Gesamt		1.47 (0.54)	1.72 (0.51)	-3.53	.001	0.46

M = Mittelwert; SD = Standardabweichung; p = Signifikanzniveau; d = Effektstärke Cohen´s d

Betrachtet man die Mittelwerte in Tabelle 16 zu MZP 1 lässt sich ableiten, dass die Werte mit M = 1.27 bis 1.66 eher im unteren Bereich liegen und für eine geringere

positive Selbstbeurteilung des Selbstkonzeptes der Kinder und Jugendlichen sprechen. Es zeigt sich im Sinne der Hypothese, dass sich alle Werte von MZP 2 zu MZP 4 erhöhen. Dies spricht hypothesenkonform für eine Verbesserung des Selbstkonzeptes, die sich auf allen Skalen, außer der Skala „kognitive Kompetenzen", signifikant zeigt. Auch auf der Gesamtskala ergibt sich eine signifikante Verbesserung der Beurteilung des Selbstkonzeptes (p = .001). Dabei ist der Effekt mit d = 0.46 als klein bis mittel zu bezeichnen. Auch die Effekte der weiteren Skalen liegen im kleinen bis mittleren Bereich (0.36 < d > 0.46).

In Tabelle 17 werden die Ergebnisse des Fragebogens zur Erhebung von Emotionsregulationsstrategien bezüglich des Prä-Post-Vergleichs dargestellt. Die Mittelwerte beziehen sich auch hier auf die gebildeten Kennwerte, welche bei dem Fragebogen von 0 bis 4,0 reichen können. Bezüglich der adaptiven und der weiteren Strategien sprechen höhere Werte für stärker vorhandene angemessene und funktionale Strategien. Bei den maladaptiven Strategien bedeuten höhere Werte hingegen, dass diese vermehrt genutzt werden, was als dysfunktional und negativ zu bewerten ist.

Tabelle 18: FEEL-KJ (Selbsturteil) Mittelwerte und Standardabweichungen, t-Test und Effektstärke im Prä-Post-Vergleich

FEEL-KJ		MZP 2	MZP 4			
Skalen	n = 29	M (SD)	M (SD)	t	p	d
ANGST						
adaptive Strategien		1.62 (0.58)	1.79 (0.91)	-1.21	.235	0.29
maladaptive Strategien		1.42 (0.74)	1.27 (0.76)	1.41	.172	0.2
Weitere Strategien		1.69 (0.47)	1.67 (0.66)	0.24	.811	0.04
WUT						
adaptive Strategien		1.61 (0.64)	1.82 (0.93)	-1.73	.094	0.13
maladaptive Strategien		1.59 (0.73)	1.49 (0.71)	1.22	.231	0.14
Weitere Strategien		1.56 (0.53)	1.75 (0.89)	-0.91	.37	0.35
TRAUER						
adaptive Strategien		1.57 (0.54)	1.84 (0.96)	-1.54	.134	0.18
maladaptive Strategien		1.41 (0.71)	1.60 (0.78)	1.59	.122	0.27
Weitere Strategien		1.74 (0.59)	1.66 (0.65)	0.65	.52	0.14

M = Mittelwert; SD = Standardabweichung; p = Signifikanzniveau; d = Effektstärke Cohen´s d

Nach der deskriptiven Betrachtung der Werte, lassen sich die Mittelwerte der adaptiven Strategien mit M = 1.57 bis 1.62 zu MZP 2 insgesamt als gering ausgeprägt bezeichnen. Andererseits ergeben sich auch bezüglich der maladaptiven Strategien niedrige

Mittelwerte, was in diesem Fall positiv zu werten ist und aufzeigt, dass die Kinder zwar über gering ausgeprägte adaptive Emotionsregulationsstrategien verfügen, hingegen jedoch nicht vermehrt maladaptive Strategien nutzen.
Entsprechend der Hypothese zeigt sich im Hinblick auf die adaptiven Strategien, dass diese über die verschiedenen Emotionen (Angst, Wut und Trauer) hinweg von MZP 2 zu MZP 4 zunehmen. Diese Zunahme ist jedoch in keinem der Emotionsbereiche signifikant. Bei den weiteren Strategien zeigt sich bei Wut und Trauer entgegen der Hypothese eine Abnahme der Werte, welche jedoch auch nicht signifikant werden. Insgesamt lässt sich zusammenfassen, dass sich auf keiner Skala, in keinem Emotionsbereich signifikante Veränderungen bezüglich der Verbesserung von adaptiven Strategien oder der Verringerung maladaptiver Strategien zeigen. Bezüglich Wut und Trauer reduziert sich der Mittelwert der maladaptiven Strategien, aber auch dies ist im Vergleich nicht signifikant.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass die Hypothese bezüglich einer signifikanten Verbesserung des Selbstkonzeptes im Verlauf der Intervention angenommen werden kann, jedoch für den Bereich der Verbesserung von Emotionsregulationsstrategien nicht bestätigt wird.

5 Diskussion

Nach erfolgter Darstellung werden die zentralen Ergebnisse im Folgenden aufgegriffen und vor dem Hintergrund der Hypothesen und der allgemeinen Fragestellung dieser Arbeit diskutiert. Zudem werden die Ergebnisse auf Grundlage des in Kapitel 2 dargelegten Forschungsstandes zur Effektivität von ressourcenaktivierenden Behandlungsansätzen und auch zur Effektivität von kognitiv-behavioralen Interventionen eingeordnet. Im Weiteren werden die Ergebnisse auf inhaltlicher Ebene interpretiert und ihre Bedeutung für die weitere Forschung und die Praxis abgeleitet. Zudem wird auf die Grenzen und Einschränkungen der vorliegenden Untersuchung eingegangen.

Hauptanliegen dieser Arbeit war es, zu untersuchen, inwieweit sich klinisch relevante Symptome des Störungsbildes der sozialen Angst im Kindes- und Jugendalter durch ein manualisiertes, ausschließlich ressourcenaktivierendes Behandlungsmanual (STARK) reduzieren lassen. Dabei wurde in der Haupthypothese davon ausgegangen, dass sich die sozial ängstliche Symptomatik über den Verlauf der Behandlung signifikant reduziert und sich zudem, im Sinne spezifischer Therapieeffekte, überlegen im Vergleich zu den Verläufen der Wartephase zeigt.

Die Ergebnisse verdeutlichen, dass sich die sozial ängstliche Symptomatik über den Verlauf der 16-wöchigen Interventionszeit signifikant verringert. Bezüglich der primären Outcome-Variabel ergibt sich dabei mit 0.8 eine hohe Effektstärke. Hinsichtlich der Beurteilung der Reduktion der sozial ängstlichen Symptomatik durch die Eltern ergibt sich über alle Messinstrumente hinweg eine mittlere Effektstärke von 0.75, welche damit im mittleren bis hohen Bereich liegt. Bezüglich der Selbstbeurteilung ergibt sich eine mittlere Effektstärke von 0.49. Beim Vergleich dieser Ergebnisse mit den wenigen vorliegenden Befunden zu Effekten ressourcenaktivierender Behandlungsansätze auf die Reduktion klinisch ausgeprägter Ängstlichkeit oder Depressivität bei Erwachsenen zeigt sich, dass die Effekte der vorliegenden Untersuchung insgesamt etwas höher liegen. In anderen Studien ergaben sich im Prä-Post-Vergleich Effektstärken im kleinen Bereich von 0.26 bis 0.28 (Kim,

2008; Asgharipoor et al., 2012). Beim Vergleich der Effekte eines kombinierten Ansatzes aus kognitiv-behavioraler und ressourcenaktivierender Therapie bei der Behandlung Erwachsener mit sozialen Ängsten, lässt sich herausstellen, dass die Effekte mit 1.39 deutlich höher liegen (Willutzki et al., 2004). Die Untersuchung von Biegel et al. (2009) aus dem Kinder- und Jugendbereich zu Effekten einer kombinierten Behandlung aus TAU und Achtsamkeitstraining bei klinisch relevanter Angst (d = 0.66) zeigt jedoch keine Überlegenheit im Vergleich mit der vorliegenden Untersuchung. Eine Überprüfung der Effekte der STARK-Behandlung bezüglich einer Reduktion klinisch relevanter Ticsymptomatik ergab im Elternurteil eine Effektstärke von 0.41 (Viefhaus, in Vorbereitung). Im Vergleich dazu liegen die Effektstärken in der vorliegenden Arbeit etwas höher. Hingegen zeigt sich bezüglich der Effekte der STARK-Intervention bei der Behandlung von Kindern mit aggressivem Verhalten mit 0.89 ein ähnlich großer Effekt (Groth, in Vorbereitung).

Im Hinblick auf die Effekte kognitiv-behavioraler Behandlungsansätze auf die sozial ängstliche Symptomatik bei Kindern und Jugendlichen ergibt sich mit Effektstärken von 0.6 bis 1.9 eine Überlegenheit dieses Ansatzes im Vergleich zu den vorliegenden Ergebnissen (Kremberg & Mitte, 2005; Melfsen et al., 2011; Büch, 2012).

Zudem muss bei der Interpretation der Ergebnisse und der Effekte berücksichtigt werden, dass trotz der signifikanten Verringerung der sozial ängstlichen Symptomatik über den Behandlungsverlauf, zum Ende der 16-wöchigen Behandlung noch 20 Kinder und Jugendliche im definierten klinisch auffälligen Bereich hinsichtlich des Stanine-Wertes im FBB-ANZ lagen. Weitere 5 Kinder erreichten noch Werte im klinisch grenzwertig auffälligen Bereich. Dies zeigt, dass nach Abschluss der Intervention noch bei 66% der untersuchten Probandinnen und Probanden eine klinisch relevante Symptomatik vorlag.

Neben der signifikanten Reduktion der sozial ängstlichen Symptomatik über den Verlauf der Behandlung zeigen die Ergebnisse keine signifikant stärkere Reduktion der Symptomatik in der Interventionsphase im Vergleich zur Wartephase. Für die primäre Outcome-Variabel, aber auch für die meisten weiteren Messinstrumente zur Erfassung der sozial ängstlichen Symptomatik, ist über die Darstellung des inkrementellen Effektes kein zusätzlicher, spezifischer Effekt der Intervention feststellbar. Ein spezifischer Therapieeffekt konnte nur für die Skalen „negative Kognitionen“ und

„körperliche Erregung“ für den Elternfragebogen zu sozialen Ängsten (ESAK) aufgezeigt werden. Grundsätzlich muss bei der Interpretation der Ergebnisse jedoch berücksichtigt werden, dass durch die durchgeführten Mehrfachtestungen auf den vielen Outcome-Parametern das Risiko erhöht ist, dass sich Effekte zufällig signifikant zeigen. Die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit sind dahingehend eingeschränkt, dass sich zum Ende der ressourcenaktivierenden STARK-Behandlung zwar eine signifikante Reduktion der Symptomatik abzeichnet, welche sich jedoch nicht eindeutig auf die Intervention zurückführen lässt.

Das Ergebnis kann dahingehend erklärt werden, dass es entgegen der Erwartung bereits über den Verlauf der Wartephase zu einer Abnahme der Symptomatik kam, welche zwar in der Tendenz nicht signifikant ist, aber dadurch zu einer harten Kontrollbedingung im vorliegenden Eigenkontrollgruppendesign wird.

Eine Erklärung für die nicht gegebene Stabilität der Symptomatik über den Verlauf der Wartephase könnte darin liegen, dass unspezifische Therapieeffekte, wie eine positive Erwartungshaltung, das Gefühl einer therapeutischen Anbindung und auch das Gefühl, von einer Fachkraft verstanden zu werden, bereits zu einer geringeren Symptomeinschätzung und zu Entlastung führen (Frank & Frank, 1991; Grawe & Grawe-Gerber, 1999). In den Ergebnissen zeigt sich im Elternfragebogen zu sozialen Ängsten (ESAK), dass die Symptomatik über den Verlauf der Wartephase auf den Skalen „negative Kognitionen“ und „körperliche Erregung“ stabil bleibt. Dabei könnte im Sinne der Erklärung davon ausgegangen werden, dass die Eltern allgemein bei der Beurteilung der kindlichen Verhaltensweisen durch die therapeutische Anbindung entlastet sind und beobachtbare Symptome weniger ausgeprägt wahrnehmen und bewerten. Eventuell hat dies aber weniger Einfluss auf die Beurteilung der Items, die mehr inneres Fühlen, Denken und Erleben des Kindes oder Jugendlichen abfragen. Zudem könnte auch vermutet werden, dass eine beobachtbare Reduktion der Symptomatik im Selbsturteil der Kinder (SBB-ANZ und SPAIK) daraus resultieren könnte, dass Problembereiche und Angstsymptome kurz vor Behandlungsbeginn im Sinne eines Vermeidungsverhaltens verharmlost und bagatellisiert werden, um eine Konfrontation damit zu vermeiden.

Eine Reduktion der Symptomatik über den Verlauf der Wartezeit konnte ebenfalls in gleicher Weise in den Untersuchungen von Viefhaus und Groth (in Vorbereitung) in

den von ihnen durchgeführten Multilevel-Analysen zu den Effekten der STARK-Behandlung aufgezeigt werden. Dies bestätigt die Annahme, dass eine allgemeine therapeutische Anbindung bereits Einfluss auf die Beurteilung und Einschätzung der Symptomausprägung haben kann. Auch in den genannten Untersuchungen konnten die signifikanten Effekte über den Interventionsverlauf im Vergleich mit der Wartephase nicht als spezifische Therapieeffekte herausgestellt werden.

Im Hinblick auf die formulierte Sekundärhypothese zur Reduktion komorbider Auffälligkeiten zeigen die Ergebnisse im Prä-Post-Vergleich eine signifikante Reduktion komorbider, internaler Auffälligkeiten über den Verlauf der Behandlung. Dies zeigt sich sowohl in der CBCL als auch im YSR und für das Elternurteil des FBB-ANZ. Im SBB-ANZ ist keine signifikante Reduktion anderer Angstsymptome feststellbar, wobei zu berücksichtigen ist, dass bei keinem Kind oder Jugendlichen eine weitere diagnostizierte Angststörung vorlag. Anhand der dargestellten Patientencharakteristika wird deutlich, dass bei Behandlungsbeginn nur bei 4 der 30 Patientinnen und Patienten eine komorbide Störung vorlag. Dies entspricht einer Häufigkeit von 13,3% in der untersuchten Stichprobe. Damit liegt die Häufigkeit komorbider Störungen bei sozialen Ängsten im Kindes- und Jugendalter deutlich geringer als in anderen Studien (Krämer et al., 2011; Beidel et al., 2007). Die anhand der Ergebnisse beschriebene Reduktion komorbider Symptome bezieht sich demnach auf eine Verringerung von subklinischen Auffälligkeiten. Hinsichtlich eines Vergleichs der Effektstärke von 0.66 in Bezug auf die Reduktion der internalen Auffälligkeiten erhoben mit der CBCL liegt der Wert in einem ähnlichen Bereich wie in der Untersuchung von Büch (2011) zur Erhebung der Effektivität eines kognitiv-behavioralen Behandlungsprogramms. Die Aussagekraft der Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung ist jedoch dahingehend eingeschränkt, dass sich die Berechnungen der Mittelwertunterschiede bei der CBCL und dem YSR auf den Vergleich der Messzeitpunkte 1 und 4 beziehen und die Wartephase mit eingeschlossen war. Somit kann die Reduktion der weiteren Auffälligkeiten nicht eindeutig auf die Wirksamkeit der Intervention zurückgeführt werden. Die Effekte können aufgrund der Erhebung und Auswertungsstrategie ebenfalls nur im Sinne unspezifischer Therapieeffekte verstanden werden.

Die Ergebnisse zur Prüfung der weiteren Sekundärhypothese zeigen, dass sich das Selbstkonzept der Kinder und Jugendlichen über den Verlauf der Intervention signifikant verbessert. Die Vergleiche der Mittelwerte beziehen sich hier ausschließlich auf den Zeitraum der Intervention. Entsprechend dem Störungsbild ergeben sich in der untersuchten Stichprobe zum Prä-Messzeitpunkt niedrige Werte hinsichtlich eines positiv ausgeprägten Selbstkonzeptes (Schreiner et al., 2012). Die Kinder und Jugendlichen der untersuchten Stichprobe erreichten einen geringeren Mittelwert (M = 1.47) auf der Gesamtskala der Harter-Skala vor Interventionsbeginn als Patientinnen und Patienten mit Ticstörungen (M = 2.25) (Viefhaus, in Vorbereitung) oder mit Störung des Sozialverhaltens (M = 1.83) (Groth, in Vorbereitung). Auf der Gesamtskala der Harter-Selbstkonzeptskala zeigt sich eine signifikante Verbesserung des Selbstkonzeptes mit einem kleinen bis mittleren Effekt (d = 0.46). Im Vergleich mit den Untersuchungen von Viefhaus & Groth (ebd.) scheinen Kinder und Jugendliche mit sozialen Ängsten bezüglich der Verbesserung des Selbstkonzeptes mehr von der STARK-Intervention zu profitieren. In der Behandlung von Kindern mit Ticstörungen und Störung des Sozialverhaltens zeigte sich keine signifikante Verbesserung des Selbstkonzeptes über den Verlauf der Intervention. Da das STARK-Behandlungsprogramm jedoch einen eigenen Baustein zur Stärkung des Selbstvertrauens und der Selbstakzeptanz beinhaltet, hätte vermutet werden können, dass sich insgesamt etwas größere Effekte ergeben. Eine mögliche Erklärung für die eher geringen Effekte könnte darin liegen, dass eine Verknüpfung von Interventionen zur Stärkung des Selbstvertrauens mit anschließend erlebter Problembewältigung effektiver wäre und ein direkter Bezug zu den störungsrelevanten Problemen und den problemfokussierten Interventionen notwendig erscheint, um größere Effekte zu erreichen.

Entgegen der Hypothesen ließ sich anhand der Ergebnisse keine signifikante Verbesserung adaptiver Emotionsregulationsstrategien oder eine Verringerung maladaptiver Strategien aufzeigen. Dahingehend kann diskutiert werden, dass es unklar ist, inwieweit Defizite in der Emotionsregulation überhaupt von Bedeutung für die Aufrechterhaltung sozialer Ängste im Kindes- und Jugendalter sind. Eine Untersuchung von Lange & Tröster (2014) wies darauf hin, dass Kinder mit sozialen Ängsten eher maladaptive Strategien im Umgang mit starken negativen Gefühlen nutzen. Dies kann

durch die Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung nicht bekräftigt werden, da sich vor Interventionsbeginn bezüglich der maladaptiven Strategien für keinen Emotionsbereich auffällig erhöhte Mittelwerte aufzeigen ließen. Eine fehlende Verbesserung der adaptiven Strategien könnte ebenfalls dahingehend diskutiert werden, dass das STARK-Behandlungsprogramm zwar allgemein Interventionen zur Steigerung des Wohlbefindens beinhaltet, diese aber eventuell nicht spezifisch genug sind oder keinen Einfluss auf den Aufbau funktionaler Emotionsregulationsstrategien haben, da auch hier der direkte Bezug zu angst- und stressauslösenden Situationen durch eine fehlende Problemaktualisierung nicht gegeben ist.

Auch wenn in den gegebenen Ausführungen und der kritischen Betrachtung der Ergebnisse bereits einige Einschränkungen der vorliegenden Arbeit angesprochen wurden, soll dies im Weiteren noch etwas ausführlicher erfolgen.

Eine Haupteinschränkung der vorliegenden Arbeit ist sicherlich in einer fehlenden randomisierten Kontrollgruppe zu sehen. Aufgrund der bereits in Kapitel 3 beschriebenen Schwierigkeiten, über eine gewisse Zeitspanne hinweg ausreichend viele Kinder und Jugendliche zu rekrutieren, wurde die Kontrollbedingung (Behandlung mit dem THAZ-Manual) der durchgeführten Studie im Verlauf beendet. Eine wesentliche Einschränkung des verwendeten Eigenkontrollgruppendesigns ist darin zu sehen, dass die Patientinnen und Patienten als ihre eigene Kontrollbedingung fungieren und die Varianz damit deutlich reduziert ist. Zudem wurde bereits beschrieben, dass entgegen den Erwartungen die Symptomatik über den Verlauf der Wartephase nicht stabil geblieben ist. Dennoch erscheint es unrealistisch, davon auszugehen, dass sich die unspezifischen Effekte der Wartephase über den Verlauf von weiteren 16 Wochen in einem natürlichen Setting entsprechend den Berechnungen fortgesetzt hätten. Die Prüfung der Effekte der Intervention über den inkrementellen Vergleich zur Wartephase stellt eine eher konservative Methode dar, welche dazu führen kann, dass Effekte der Intervention unterschätzt werden (Gliner, Morgan & Hammond, 2002).

Zudem ist die vorliegende Arbeit mit einer Stichprobe von 30 Probandinnen und Probanden als Pilotstudie zu sehen, was ihre Aussagekraft und die Übertragbarkeit der Ergebnisse deutlich einschränkt. Darüber hinaus liegen keine Ergebnisse aus Follow-up Untersuchungen vor, um eine Aussage darüber machen zu können, wie stabil die Effekte einzuschätzen sind.

Eine weitere Einschränkung ist darin zu sehen, dass im Hinblick auf die Veränderung über den Verlauf der Intervention der Fokus auf der klinisch relevanten Symptomatik und den komorbiden Auffälligkeiten lag. Weitere Konzepte, die im engeren Sinne mit Ressourcenaktivierung assoziiert sind, wie Lebenszufriedenheit, Wohlbefinden und die Befriedigung der Grundbedürfnisse wurden bei der Erhebung nicht weiter berücksichtigt.

Sicherlich muss eine inhaltliche Einschränkung der Arbeit darin gesehen werden, dass in der therapeutischen Intervention eine künstliche Trennung zwischen Ressourcenaktivierung und weiteren problemfokussierten kognitiv-behavioralen Interventionen vorgenommen wurde, die einem Vorgehen in der praktischen, ambulanten Versorgung von Kindern und Jugendlichen nicht entspricht.

Allgemein muss bei der Interpretation der Ergebnisse einschränkend berücksichtigt werden, dass sich die gefundenen Effekte nicht als spezifische Therapieeffekte herausstellen ließen. Damit kann die vorliegende Arbeit nur erste Hinweise darauf geben, dass ausschließlich ressourcenaktivierende Interventionen einen Einfluss auf den Verlauf und die Reduktion einer klinisch relevanten Symptomatik bei einzelnen Patientinnen und Patienten haben können. Bei einer geringen Anzahl der Probandinnen und Probanden zeigten sich die Kriterien einer sozialen Angststörung zum Ende der 16-wöchigen Intervention nicht mehr erfüllt. Dies könnte dafür sprechen, dass die Interventionen für Kinder und Jugendliche mit einer eher gering ausgeprägten oder wenig chronifizierten Symptomatik und einem guten Ansprechen auf die ressourcenaktivierenden Interventionen wirksam sein können.

Bezüglich der herausgestellten Unterschiede der Effekte der STARK-Intervention im Vergleich mit kognitiv-behavioraler Behandlung und den Überlegungen im Hinblick auf die Ergebnisse der Verbesserung des Selbstkonzeptes und der Emotionsregulationsstrategien lässt sich in der Konsequenz für die weitere Forschung und die praktische Arbeit ableiten, dass es sinnvoll und hilfreich wäre, Studien in Bezug auf eine kombinierte Behandlung durchzuführen. Ziel sollte es dabei sein, nicht die Effekte eines ausschließlich ressourcenaktivierenden Ansatzes an einer größeren Stichprobe von Kindern und Jugendlichen mit einer psychischen Störung zu untersuchen, sondern zu erheben, inwieweit eine bewusste und gezielt eingesetzte Ressourcenaktivierung kognitiv-behaviorale Therapien in ihrer Wirksamkeit

unterstützen kann. Dabei müsste ein Vergleich über eine Kontrollgruppe mit ausschließlich kognitiv-behavioraler Therapie erfolgen. Die Studie von Willutzki und Kollegen (2004) liefert aus dem Erwachsenenbereich Hinweise, dass sich Therapieeffekte bei sozial ängstlichen Patientinnen und Patienten durch eine zusätzliche Ressourcenaktivierung verbessern lassen. Über weitere Untersuchungen zu unterschiedlichen Störungsbildern im Kinder- und Jugendbereich müsste der Frage nachgegangen werden, bei welchen Störungen eine stärker forcierte Ressourcenaktivierung einen zusätzlichen Effekt zur problemfokussierten kognitiv-behavioralen Behandlung aufzeigt.

Allgemein lässt sich aus den Ergebnissen der vorliegenden Arbeit für die psychotherapeutische Praxis mit Kindern und Jugendlichen ableiten, dass die Wirksamkeit ressourcenaktivierender Interventionen in Bezug auf eine direkte und unmittelbare Reduktion klinischer Symptomatik nicht überschätzt werden sollte. Ressourcenaktivierung sollte bewusst im Sinne ihres Wirkmechanismus nach Grawe (1998) zur Beziehungsförderung und Schaffung von Konsistenz verstanden werden. Sie muss ernst genommen und gezielt genutzt werden, um Bedingungen für Problemaktualisierung und Problembewältigung zu schaffen, zu verbessern und diese zu ermöglichen. Sie sollte jedoch im Kontext der allgemeinen Wirkfaktoren von Psychotherapie gesehen werden und mit anderen als wirksam nachgewiesenen Ansätzen kombiniert werden.

6 Zusammenfassung

Die vorliegende Studie untersucht die Wirksamkeit des Therapieprogramms zur Supportiven Therapie zur Aktivierung von Ressourcen (STARK; Perri, Mandler und Döpfner in Vorbereitung) bei Kindern und Jugendlichen mit sozialen Ängsten im Alter von 6 bis 17 Jahren. Das Programm beinhaltet ausschließlich ressourcenaktivierende Interventionen und kann störungsübergreifend eingesetzt werden. Obwohl ressourcenaktivierende Interventionen in der psychotherapeutischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen verbreitet eingesetzt werden, liegen kaum Ergebnisse aus empirischen Untersuchungen vor, welche die Wirksamkeit dieses Vorgehens hinsichtlich einer Reduktion klinisch relevanter Symptomatik untersucht haben. Studien aus dem Erwachsenenbereich oder der präventiven Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit subklinischer Problematik zeigen Wirksamkeitsnachweise mit kleinen bis mittleren Effekten. Ziel der vorliegenden Arbeit ist es, die Effekte eines ausschließlich ressourcenaktivierenden Ansatzes bei sozialen Angststörungen im Kindes- und Jugendalter zu untersuchen.

Die Rekrutierung der Stichprobe erfolgte über die Schwerpunktambulanz für Angst- Zwangs- und Ticstörungen des Ausbildungsinstitutes für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie der Uniklinik Köln (AKiP), über die Kooperation mit niedergelassenen Kinderarztpraxen, Praxen für Kinder- und Jugendpsychiatrie- und Psychotherapie und über Zeitungsaufrufe. Nach einem durchgeführten Telefonscreening wurden die Kinder und Jugendlichen zu einem ersten Messzeitpunkt (MZP 1) eingeladen, danach durchliefen sie eine 8-wöchige Wartephase. Im Anschluss wurden die definierten Einschlusskriterien in einem zweiten Messzeitpunkt (MZP 2) erneut überprüft. Nach diesem zweiten Messzeitpunkt konnten insgesamt 31 Probandinnen und Probanden in die Studie eingeschlossen werden. Im Verlauf der Behandlung wurde die Therapie von einem Probanden abgebrochen, sodass die Gesamtstichprobe der Untersuchung 30 Kinder und Jugendliche umfasst. Unmittelbar nach Durchführung des zweiten Messzeitpunktes begann die STARK-Intervention mit 16 wöchentlich stattfindenden Therapieterminen, in denen die Bausteine des STARK-Manuals

durchgeführt wurden. Zusätzlich zu den kindzentrierten Stunden fanden im Abstand von 4 Wochen insgesamt 4 begleitende Bezugspersonenstunden statt. Nach den ersten 8 Therapiestunden erfolgte ein Zwischenmesszeitpunkt (MZP 3). Die Abschlussmessung fand nach weiteren 8 Stunden direkt nach Beendigung der Intervention über einen weiteren Messzeitpunkt (MZP 4) statt. In Abhängigkeit vom weiteren Therapiebedarf erhielten die Patientinnen und Patienten bis zu 4 weitere Booster-Sitzungen, eine problemfokussierte kognitiv-behaviorale Behandlung oder eine weitere „treatment as usual“ Behandlung. Zeigte sich kein Therapiebedarf mehr, wurde die Behandlung beendet.

Die Outcome-Variablen wurden vor der Wartephase, vor Beginn der Intervention, während der Intervention und nach Abschluss der 16 Therapiestunden über Fragebögen im Selbst- und Elternurteil erhoben und mittels Multilevel-Analyse und t-Tests ausgewertet und überprüft.

Bezüglich der Wirksamkeit der ressourcenaktivierenden STARK-Intervention auf die sozial ängstliche Symptomatik zeigten sich über den Verlauf der Intervention signifikante Effekte im mittleren bis hohen Bereich. Eine signifikante Reduktion über den Verlauf der Intervention ließ sich auch für weitere komorbide, internale Auffälligkeiten abbilden. Zudem verbesserte sich das Selbstkonzept der Kinder und Jugendlichen über den Verlauf der Behandlung signifikant. Hinsichtlich der Reduktion der sozial ängstlichen Symptomatik ließen sich die gefundenen Effekte im Vergleich mit der Wartephase jedoch nicht als spezifische Therapieeffekte herausstellen.

7 Literaturverzeichnis

1. Achenbach TM (1991a). Manual for the Child Behavior Checklist/4-18 and 1991 Profile. Burlington. VT: University of Vermont. Department of Psychiatry.

2. Achenbach TM (1991b). Manual for the Youth Self-Report and 1991 Profile. Burlington: University of Vermont. Department of Psychiatry.

3. Alfano CA, Beidel DC, Turner SM (2006). Cognitive correlates of social phobia among children and adolescents. Journal of Abnormal Child Psychology, 34, 189 – 201.

4. American Psychiatric Association, Falkai P, Wittchen HU, Döpfner M, Gaebel M, Maier W, Rief W, Saß H, Zaudig M (Hrsg.) (2015). Diagnostisches und statistisches Manual Psychischer Störungen DSM-5. Göttingen: Hogrefe.

5. Antonovsky, A (1997). Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit. (Dt. erw. Hrsg. von Franke, A). 1. Aufl. Tübingen: dgvt-Verlag.

6. Asendorpf JB, van Aken M (1993). Deutsche Version der Selbstkonzeptskalen von Harter. Zeitschrift für Entwicklungspsychologie und Pädagogische Psychologie. 25 (1), 64 – 86.

7. Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist (1998a). Fragebogen für Jugendliche: Deutsche Bearbeitung der Youth Self Report Form der Child Behavior Checklist (YSR). Einführung und Anleitung zur Handauswertung. Bearbeitet von Döpfner M, Plück J, Bölte S, Lenz K, Melchers P & Heim K (2. Auflage mit deutschen Normen). Köln: Arbeitsgruppe Kinder- Jugend- und Familiendiagnostik (KJFD).

8. Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist (1998b). Elternfragebogen über das Verhalten von Kinder und Jugendlichen: Deutsche Bearbeitung der Child Behavior Checklist (CBCL 4-18). Einführung und Anleitung zur

Handauswertung. Bearbeitet von Döpfner M, Plück J, Bölte S, Lenz K, Melchers P & Heim K. (2. Auflage mit deutschen Normen). Köln: Arbeitsgruppe Kinder-, Jugend- und Familiendiagnostik (KJFD).

9. Asbrand A, Krämer M. Tuschen-Caffier B. Schmitz J. (2014). Der Einfluss situativer Angst auf die soziale Performanz und Selbstbewertung von Kindern mit sozialen Ängsten. Zeitschrift für klinische Psychologie und Psychotherapie, 43 (2), 83 – 91.

10. Asgharipoor N, Farid AA, Arshadi H, Sahebi A (2012). A Comparative Study on the Effectiveness of Positive Psychotherapy and Group Cognitive – Behavioral Therapy for the Patients Suffering From Major Depression Disorder. Iran Journal of Psychiatry Behavioral Sciences, 6 (2), 33 – 41.

11. Beesdo K, Bittner A, Pine DS, Stein MB, Hofler M, Lieb R, Wittchen HU (2007). Incidence of social anxiety disorder and the consistent risk for secondary depression in the first three decades of life. Archives of General Psychiatry, 6 (8), 903 – 912.

12. Beidel DC, Turner SM, Morris TL (2004). Social effectiveness training for children and Adolescents (SET-C). Toronta: MHS.

13. Beidel DC, Turner SM (2007). Shy Children, Phobic Adults. Washington DC: American Psychological Association.

14. Beidel CD, Turner SM, Sallee FR, Ammermann RT, Crosby LA, Pathak S (2007). SET-C versus fluoxetine in the treatment of childhood social phobia. Journal of the American Acadamy of Child and Adolescent Psychiatry, 46, 1622 – 1632.

15. Beidel DC, Turner SM, Morris TL (1999). Psychopathology of childhood social phobia. Journal of the American Acadamy of Child and Adolescent Psychiatry, 38 (6), 634 – 650.

16. Benkert O, Hautzinger M, Graf-Morgenstern M (2012). Pharmakologischer Leitfaden für Psychologen und Psychotherapeuten, 2. Auflage. Heidelberg: Springer.

17. Biedermann J, Hirshfeld-Becker DR, Rosenbaum JF, Herot C, Friedmann D, Snidman N et al. (2001). Further evidence of association between behavioral inhibition and social anxiety in children. American Journal of Psychiatry, 158, 1673 – 1679.

18. Biegel GM, Brown KW, Shapiro SL, Schubert C (2009). Mindfulness-based stress reduction for the treatment of adolescent psychiatric outpatients. A randomized clinical trial. Journal of Clinical and Cosulting Pschology, 77 (5), 855 – 866.

19. Bolier L, Havermann M, Westerhof GJ, Riper H, Smit F, Bohlmeijer E (2013). Positive psychology interventions: a meta-amalysis of randomized controlled studies. BMC Public Health, 13, 119.

20. Bond C, Woods K, Humphrey N, Symes W, Green L (2013). Pradictioner Review: The effectiveness of solution focused breif therapy with children and families: a systematic and clinical review evaluation of the literature from 1990 – 2010. Journal of Child Psychology and Psychiatry, 54 (7), 707 – 723.

21. Borg-Laufs M, Spancken A, (2010). Psychische Grundbedürfnisse bei gesunden und bei psychisch kranken Kindern und Jugendlichen. Ergebnisse einer empirischen Untersuchung. In: Borg-Laufs M, Dittrich K (Hrsg.). Psychische Grundbedürfnisse in Kindheit und Jugend. Perspektiven für Soziale Arbeit und Psychotherapie (23 – 28). Tübingen: dgvt.

22. Büch H (2011). Behandlung sozialer Ängste im Kindesalter mit einem individualisierten kognitiv-behavioralen Therapieprogramm (THAZ – Soziale Ängste) – Konzeption und Ergebnisse einer Pilotstudie. Verhaltenstherapie, 1, 41 – 49.

23. Büch H, Döpfner M (2012). Soziale Ängste. Therapieprogramm für Kinder und Jugendliche mit Angst- und Zwangsstörungen (THAZ) – Band 2. Göttingen: Hogrefe.

24. Büch H, Döpfner M, Petermann U (2015). Soziale Ängste und Leistungsängste. Leitfaden Kinder und Jugendpsychotherapie Band 20. Göttingen: Hogrefe.

25. Burke CA (2010). Mindfulness-Based Approaches with Children and Adolescents: A Preliminary Review of Current Research in an Emergent Field. Journal of Child and Family Studies, 19, 133 – 144.

26. Cartwright-Hatton S, Tschernitz N, Gomersall H (2005). Social anxiety in children: social skill defifcit, or cognitive distortion? Behaviour Research and Therapy, 43, 131 – 141.

27. Clark DM, Wells A (1995). A cognitive model of social phobia. In: Heimberg RG, Liebowitz MR, Hope DA, Schneider FR (Editors). Social Phobia, Diagnosis, assessment, and treatment (69 – 93). New York: Guilford Press.

28. Croy CD, Novins DK (2005). Methods for adressing missing data in psychiatric and developmental research. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 44 (12), 1230 – 1240.

29. Demir T, Karacetin G, Eralp Demir D, Uysal O. (2013). Prevalence and some psychosocial characteristics of social anxiety disorder in an urban population of Turkish children and adolscents. European Psychiatry, 28, 64 – 69.

30. Dilling H, Mombour W, Schmidt MH (1991). Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10, Kapitel V (F). Klinisch-diagnostische Leitlinien. Bern: Huber.

31. Dodd HF, Hudson JL, Lyneham HJ, Wuthrich V, Morris T, Monier L (2011). Biased self-perception of social skills in anxious childern. The role of state anxiety. Journal of Experimental Child Psychology, 2, 571 – 585.

32. Döpfner M, Schmeck K, Berner W, Lehmkuhl G, Poustka F (1994). Zur Reliabilität und faktoriellen Validität der Child Behavior Checkliste – eine Analyse in einer klinischen und einer Feldstichprobe. Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, 22, 189 – 205.

33. Döpfner M, Berner W, & Lehmkuhl G, (1995). Reliabilität und faktorielle Validität des Youth Self-Report der Child Behavior Checklist bei einer klinischen Stichprobe. Diagnostica, 41 (3). 221-244.

34. Döpfner M, Plück J, Berner W, Fegert J, Huss M, Lenz K, Schmeck K, Lehmkuhl U, Poutska F, Lehmkuhl G (1997). Psychische Auffälligkeiten von Kindern und Jugendlichen in Deutschland – Ergebnisse einer repräsentativen Studie: Methodik, Alters-, Geschlechts- und Beurteilereffekte. Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychaitrie und Psychotherapie, 25, 218 – 233.

35. Döpfner M (2004). Multimodale Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie – auf dem Weg zu einer schulenübergreifenden Psychotherapie? In: Resch F & Schulte-Markwort M (Hrsg.). Trauma – Stress – Konflikt. Langeooger Texte zur Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter, Band 2 (S. 87-98) Stuttgart: Schattauer.

36. Döpfner M, Görtz-Dorten A & Lehmkuhl G (2008). Diagnostik-System für psychische Störungen nach ICD-10 und DSM-IV für Kinder und Jugendliche (DISYPS-II). Huber.

37. Döpfner M (2008). Psychotherapie. In: Petermann F (Hrsg.). Lehrbuch der klinischen Kinderpsychologie, 6. vollständig überarbeitete Auflage (S. 743-760) Göttingen: Hogrefe.

38. Erhart M, Wille N, Ravens-Sieberer U (2008). Empowerment bei Kindern und Jugendlichen – die Bedeutung personaler und sozialer Ressourcen und persönlicher Autonomie für die seelische Gesundheit. Gesundheitswesen, 70, 721 – 729.

39. Esser G, Ballaschk K (2015). Klassische Verfahren in der Verhaltenstherapie. In: Esser G (Hrsg.). Klinische Psychologie und Verhaltenstherapie bei Kindern und Jugendlichen. (5. Aufl.) (S. 344-361) Stuttgart: Thieme.

40. Essau CA, Conradt J, Petermann F (2000). Frequency, comorbidity, and psychosocial impairment of anxiety disorders in German adolescents. Journal of Anxiety Disorders, 14, 263 – 279.

41. Essau CA, Conradt J, Petermann F (1999). Frequency and comorbidity of social phobia and social fears in adolescents. Behaviour Research and Therapy, 37, 831 – 843.

42. Ewing DL, Monsen JJ, Thompsen SJ, Cartwright-Hatton S, Field A (2015). A meta-analysis of transdiagnostic cognitive behavioural therapy in the treatment of child and young person anxiety disorders. Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 43, 562 – 577.

43. Federer M, Scheider S, Magraf J, Herrle J (2000). Angstsensitivität und Angststörungen bei Achtjährigen. Kindheit und Entwicklung, 9, 241 – 250.

44. Flückiger C, Zinbarg RE, Znoj H, Ackert M (2014). Resource Activation in Generalized Anxiety - An Observer-Based microprocess Analysis of Patients´ In-session Outcomes. Psychotherapy, 51 (4), 535 – 545.

45. Frank JC, Frank JB (1991). Persuasion and healing: a comparative study of pschotherapy (3rd ed.) Baltimore: Johns Hopkins Univerity Press.

46. Fredrickson BL (2001). The role of positive emotions in positive psychology – the broaden-and-build theory of positive emotions. American Psychologist, 56, 218 – 226.

47. Freudenthaler HH , Wettstein A (2015). TBS-TK Rezension: Fragebogen zur Erfassung der Emotionsregulation bei Kindern und Jugendlichen (Feel-KJ). Report Psychologie, 9, 355 – 356.

48. Furmann B (2013). „Ich schaffs!“ Spielerisch und praktisch Lösungen mit Kindern finden – Das 15-Schritt-Programm für Eltern, Erzieher und Therapeuten. (5. Aufl). Heidelberg: Carl-Auer.Systeme.

49. Gamble A, Rapee RM (2009). The time-course of attenional bias in anxious children and adolescents. Journal of Anxiety disorders, 21, 841 – 847.

50. Garner M (2010). Selective Attention to Threat in Childhood Anxiety: Evidence from Visual Probe Paradigms. In: Hadwin JA, Fiels A (Editors). Information processing Biases and Anxiety (77 – 108). West Sussex: Wiley-Blackwell.

51. Gliner JA, Morgan GA, Hammond RJ (2002). Single-factor repeated-measures designs: analysis and interpretation. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 41 (8), 1014 – 1016.

52. Goldstein H (2003). Multilevel statistical Models (3rd edition). London: Arnold.

53. Görtz-Dorten A, Perri D, Döpfner M (2017). Fragebogen zur Erfassung störungsaufrechterhaltender Komponenten sozialer Angst. Manual. Göttingen: Hogrefe.

54. Grawe K (1995). Grundriss einer allgemeinen Psychotherapie. Psychotherapeut, 40, 130 – 145.

55. Grawe K (1998). Psychologische Therapie. Göttingen: Hogrefe.

56. Grawe K, Grawe-Gerber M (1999). Ressourcenaktivierung – ein primäres Wirkprinzip der Psychotherapie. Psychotherapeut, 44, 63 – 73.

57. Green-Landell M, Aho N, Andersson G, Svedin CG (2011). Social anxiety disorder and victimization in a community sample of adolescents. Journal of Adolescence, 34, 569 – 577.

58. Grob A, Smolenski C (2009). Fragebogen zur Erhebung der Emotionsregulation bei Kindern und Jugendlichen (Feel-KJ). Göttingen: Hogrefe.

59. Groth M (in Vorbereitung). Wirksamkeit der Supportiven Therapie zu Aktivierung von Ressourcen (STARK) bei Kindern mit aggressivem Verhalten – Eigenkontrollgruppendesing. Manuskript in Vorbereitung: Medizinische Fakultät der Universität zu Köln.

60. Groß LJ, Stemmler M, de Zwaan M (2012). Ressourcenaktivierung in der klinischen Psychologie und Psychotherapie: Überblick über theoretische Hintergrunde und aktuelle Forschungsansätze. Fortschritt Neurologie und Psychiatrie. Thieme Verlag: Stuttgart New York. doi: http.//dx.doi.org./10.1055/s-0031-1281810.

61. Harter S (1985). Manual for the Self-Perception Profile for Children (Technical Rep.) Denver, CO: University of Denver.

62. Heckhausen H (1987). Wünschen-Wählen-Wollen. In: Heckhausen H, Gollwitzer PM, Weinert FE (Hrsg.) Jenseits des Rubikon. Der Wille in den Humanwissenschaften (3 – 9). Berlin: Springer.

63. Hirsch CR, Clark DM (2004). Information.processing bias in social phobia. Clinical Psychology Review, 24, 799 – 825.

64. Hodson KJ, McManus FV, Clark DM, Doll H (2008). Can Clark and Wells´(1995) cognitive model of social phobia be applied to young people? Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 36, 449 – 461.

65. In-Albon T (2011). Kinder und Jugendliche mit Angststörungen. Erscheinungsbilder, Diagnostik, Behandlung und Prävention. Stuttgart: Kohlhammer.

66. In-Albon T, Schneider S (2007). Psychotherapy of childhood anxiety disorders: A meta-analysis. Psychotherapy and Psychosomatics, 76 (1), 15 – 24.

67. James AC, James G, Cowdrey FA, Soler A, Choke A (2015). Cognitive behavioural therapy for anxiety disorders in children and adolescents. Cochrane Database of systematic Reviews, 2, Art. No.: CD004690.

68. Jerusalem M (1990). Persönliche Ressourcen, Vulnerabilität und Stresserleben. Göttingen: Hogrefe.

69. Kagan J, Reznick JS, Clarker C, Snidermann N, Garcia-Coll, C (1984). Behavioral Inhibition to the unfamiliar. Child Development, 55, 2212 – 2225.

70. Kazdin AE, Weisz JR (2010). Evidence-based psychotherapies for children and adolescents. (2nd ed). Guilford: New York.

71. Kim JS (2008). Examining the effectiveness of solution-focused brief therapy: A metaanalysis. Research and Social Work Practice, 18, 107 – 116.

72. Klasen F, Petermann F, Meyrose AK, Barkmann C, Otte C, Haller AC et al. (2016). Verlauf psychischer Auffälligkeiten von Kindern und Jugendlichen. Ergebnisse der BELLA-Kohortenstudie. Kindheit und Entwicklung, 25, 10 – 20.

73. Klemenz, B (2003). Ressourcenorientierte Diagnostik und Intervention mit Kindern und Jugendlichen. Tübingen: dgvt-Verlag

74. Knappe S, Beesdo-Baum K, Wittchen HU (2010). Familial risk factors in social anxiety disorders: calling for a family-oriented approach for target prevention and early intervention. European Child ans Adolescent Psychiatry, 19, 857 – 871.

75. Krämer M, Schmitz J, Heinrichs N, Tuschen-Caffier B (2011). Self-evaluation, social and cognitive performance in children with social phobia. Journal of Experimental Psychopathology, 2, 586 – 600.

76. Kremberg E, Mitte K (2005). Kognitiv-behaviorale und behaviorale Interventionen der Sozialen Phobie im Kindes- und Jugendalter. Ein Überblick zur Wirksamkeit. Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie, 34, 196 – 204.

77. Kwok S, Gu M, Tong Kai Kit K (2016). Positive Psychology Intervention to Alleviate Child Depression and Increase Life Satisfaction. A Randomized Clinical Trial. Research on Social Work Practice, 26 (4), 350 – 361.

78. Lahat A, Lamm C, Chronis-Tuscano A, Pine DS, Henderson HA, Fox NA (2014). Early behavioral inhibition and increased error monitoring predict later social phobia symptoms in childhood. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 53, 447 – 455.

79. Lange S, Tröster H (2014). Strategien der Emotionsregulation bei sozial ängstlichen Kindern und Jugendlichen. Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie, 43, 35 – 42.

80. Lieb R, Wittchen HU, Hofler M, Fuetsch M, Stein MB, Merikangas KR (2000). Parental psychopathology, parenting styles and risks of social phobia in offspring: a prospective-longitudinal community study. Archives of General Psychiatry, 57 (9), 859 – 866.

81. Mayo-Wilson E, Dias S, Mavranezouli I, Kew K, Clark D, Ades AE et al. (2014). Psychological and pharmacological interventions for social anxiety disorders in adults: a systematic review and network meta-analysis. Lancet Psychiatry, 1 (5), 368 – 376.

82. McLeod BD, Wood JJ, Weisz JR (2007). Examining the association between parenting and childhood anxiety: A meta-analysis. Clinical Psychology Review, 27, 155 – 172.

83. Melfsen S, Florin I, Warnke A (2001). Sozialphobie- und Angstinventar für Kinder (SPAIK). 1. Aufl. Hogrefe: Göttingen.

84. Melfsen S, Warnke A. (2009). Soziale Phobie. In: Schneider S, Magraf J (Hrsg.). Lehrbuch der Verhaltenstherapie. Band 3: Störungen im Kindes- und Jugendalter. 1. Auflage (S. 531 – 553). Heidelberg, Berlin: Springer.

85. Melfsen S, Kuehnemund M, Schweiger J, Warnke A, Stadler C, Poutska, F et al. (2011). Cognitive behavioral therapy of socially phobic children focusing on

cognition: a randomised wail-list control study. Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health, 5, Art. 5.

86. Melfsen S, Walitza S, Warnke A (2011). Psychometrische Eigenschaften und Normierung des Sozialphobie- und Angstinventars für Kinder (SPAIK) an einer klinischen Stichprobe. Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, 39 (6), 399 – 407.

87. Mowrer OH (1960). Learnig Theory and Behavior. New York: Wiley

88. Nestmann F (1996). Psychosoziale Beratung – ein ressourcentheoretischer Entwurf. Verhaltenstherapie und Psychosoziale Praxis, 28, 359 – 376.

89. Noterdaeme M, Minow F, Amorosa H (1999). Anwendbarkeit der Child Behavior Checklist bei entwicklungsgestörten Kindern. Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychatrie und Psychotherapie, 27 (3), 183 – 188.

90. Petermann U & Petermann F (2015). Training mit sozial unsicheren Kindern. Behandlung sozialer Angst, Trennungsangst und generalisierter Angst, 11. vollständig überarbeitete Auflage. Weinheim: Beltz.

91. Perband A, Haupts N, Rogner J (2016). „Ich schaffs!“ nach Ben Furmann – Beschreibung des Programms und Forschungsübersicht. Praxis Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, 65, 200 – 215.

92. Perri D, Mandler J, Döpfner M (in Vorbereitung). Supportive Therapie zur Aktivierung von Ressourcen bei Kindern (STARK). Behandlungsmanual. Göttingen: Hogrefe.

93. Perri D, Görtz-Dortem A, Breuer D, Lerner T, Döpfner, M (2017). Erfassung störungsaufrechterhaltender Komponenten sozialer Angst bei Kindern und Jugendlichen im Eltern- und Selbsturteil. Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie, 46 (2), 117 – 126.

94. Perri D, Dose C, Görtz-Dorten A, Woitecki K, Breuer D, Döpfner M (2018). Erfassung des Selbstkonzeptes von Kindern und Jugendlichen: Validierung

einer modifizierten Fassung der Self-Perception Profiles nach Harter an einer klinischen Stichprobe. (Manuskript in Vorbereitung).

95. Ranta K, Kaltiala-Heino R, Rantanen P, Martunen M (2009). Social Phobia in Finnish general adolescent population: prevalence, comorbidity, individual and familiy correlates, and service use. Depression & Anxiety, 26 (6), 528 – 536.

96. Rapee RM, Spence SH (2004). The etiology of social phobia: empirical evidence and an initial model. Clinic Psychology Review, 24 (7), 737 – 767.

97. Rapee RM, Schniering CA, Hudson JL (2009). Anxiety disorders during childhood and adolescents: Origins and treatment. Annual Review of Clinical Psychology, 5, 311 – 341.

98. Raudenbusch SW, Bryk AS (2002). Hierachical linear models: Applications and data analysis method (2nd edition). Thousand Oaks: Sage.

99. Reynolds S, Wilson C, Austin J, Hooper L (2012). Effects of psychotherapy for anxiety in children and adolescents: A meta-analytic review. Clinical Psychology Review, 32, 251 – 262.

100. Ruini C, Belaise C, Brombin C, Caff E, Fava GA (2006). Well-being Therapy in School Settings: A Pilot Study. Psychotherapy and Psychosomatics, 75, 331 – 336.

101. Schäfer J, Schmitz J, Tuschen-Caffier B (2012). Hat das kognitive Modell von Clark und Wells zur sozialen Phobie Erklärungskraft für das Erwachsenenalter? Ein Literaturüberblick. Zeitschrift für klinische Psychologie und Psychotherapie, 41 (1), 9 – 18.

102. Schiepek G, Cremers S (2003). Ressourcenorientierung und Ressourcendiagnostik in der Psychotherapie. In Schemmel H, Schaller J (Hrsg.), Ressourcen – Ein Hand- und Lesebuch zur therapeutischen Arbeit. (147 – 193) Tübingen: dgvt.

103. Schmidtchen S (1996). Neue Forschungsergebnisse zu Prozessen und Effekten der Kinderspieltherapie. In: Boeck-Singelmann C, Ehlers B, Hensel T, Kemper

S, Monden-Engelhardt C (Hrsg.). Personenzentrierten Spieltherapie mit Kindern und Jugendlichen, Bd 1 (99 – 139). Göttingen: Hogrefe.

104. Schreiber F, Bohn C, Aderka IM, Stangier U, Steil R (2012). Discrepancies between implicit and explicit self-esteem among adolscents with social phobia. J. Behav. & Exp. Psychiat, 43, 1074 – 1081.

105. Singer JD, Willet JB (2003). Appield longitudinal data analysis: Modeling change and event accurrence. New York: Oxford Universitiy Press.

106. Smith E, Grawe K (2003). Die funktionale Rolle von Ressourcenaktivierung für therapeutische Veränderung. In: Schemmel H, Schaller J (Hrsg.). Ressourcen: Ein Hand- und Lesebuch zur therapeutischen Arbeit. 1. Aufl. (111 – 122) Tübingen: dgvt.

107. Stadelmann S, Gronewald M, Gibbels C. Jäger S, Matuschek T, Weis S, Klein A, Hiemisch A, Klitzing von A & Döhnert M (2017). Self-Esteem of 8-14 year old Children with Psychiatric Disorders: Disorder- and Gender- Specific Effects. Child Pschiatry and Human Development, 48, 40 - 52.

108. Steil R, Matulis S, Schreiber F, Stangier U (2011). Soziale Phobie bei Kindern und Jugendlichen. Behandlungsmanual für die Kognitive Therapie. Weinheim, Basel: Beltz.

109. Steinhausen HC, Winkler Metzke C, Meier M, Kannenberg R (1997). Behavioral and emotional problems reported by parents for ages 6 to 17 in a swiss epidemiological study. European Child and Adolescent Psychiatry, 6 (3), 136 – 141.

110. Steinhausen HC, Winkler Metzke C, Meier M. Kannenberg R (1998). Prevalence of child and adolescent psychiatric disorders: the Zürich epidemiological study. Acta Psychiatrice Scandinavica, 98, 262 – 271.

111. Steiner T, Berg IK (2009). Handbuch lösungsorientiertes Arbeiten mit Kindern und Jugendlichen. 5. Aufl. Heildelberg: Carl-Auer-Verlag.

112. Storch M, Riedener A (2006). Ich packs! Selbstmanagement für Jugendliche. Ein Trainingsmanual für die Arbeit mit Züricher Ressourcen Modell. (2. überarbeitete Auflage) Bern: Huber.

113. Sowislo JF, Orth U (2013).Does low-self esteem predict depression and anxiety? A meta-analysis of longitudinal studies. Psychological Bulletin, 139, 213 – 240.

114. Teismann T, Dymel W, Schulte D, Willutzki U (2011). Ressourcenorientierte Akutbehandlung unipolarer Depressionen. Eine randomisierte kontrollierte Psychotherapiestudie. Psychotherapie, Psychosomatik und medizinische Psychologie, 61, 295 – 302.

115. Van Gemmeren B, Bender C, Pook M, Tuschen-Caffier B (2008). Elternfragebogen zu sozialen Ängsten im Kindes- und Jugendalter (ESAK). Entwicklung, psychometrische Qualität und Normierung. Zeitschrift für Klinische Diagnostik und Evaluation, 1 (412 – 429).

116. Vassiopolous SP, Banerjee R (2008). Interpretation and judgements regarding positive and negative social scenarois in childhood social anxiety. Behaviour Research and Therapy, 46, 870 – 876.

117. Verduin TL, Kendall PC (2003). Differntial occurrence of comorbidity within childhood anxiety disorders: Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology, 32, 290 – 295.

118. Viefhaus P (in Vorbereitung). Wirksamkeit der Supportiven Therapie zu Aktivierung von Ressourcen (STARK) bei Kindern mit Ticstörungen. Manuskript in Vorbereitung: Medizinische Fakultät der Universität zu Köln.

119. Waite P, Creswell C (2014). Children and adolescents referred for treatment of anxiety disorders: Differences in clinical characteristics. Journal of Affectice Disorders, 167, 326 – 332.

120. Walters AM, Mogg K, Bradley BP, Pine DS (2011). Attention bias for angry faces in children with social phobia. Journal of Experimental Psychopathology, 2 (4), 475 – 489.

121. Wang Z, Whiteside S, Sim L, Farah W, Morraw S, Alsawas M et al. (2017). Comparative Effectivness and Safety of Cognitive Behavioral Therapy and Pharmacotherapy for Childhood Anxiety Disorders. A Systematic Review and Meta-analysis. JAMA Pediatrics 2017; 171 (11), 1049 – 1056.

122. Weinbrenner B (2005). Fremddiagnostik bei Ängsten im Kindes- und Jugendalter. Entwicklung, Validierung und Normierung eines Elternfragebogens zu sozialen Ängsten im Kindes- und Jugendalter. Dissertation: Universität Bielefeld

123. Weiß RH (1998). Grundintelligenztest Skala 2 (CFT 20). Handweisung. Göttingen: Hogrefe.

124. Willutzki U, Teismann T (2013). Ressourcenaktivierung in der Psychotherapie. Fortschritte der Psychotherapie. Hogrefe: Göttingen.

125. Willutzki U, Haas N, Neumann B, Koban C, Schulte D (2004). Zur Psychotherapie sozialer Ängste. Kognitive Verhaltenstherapie im Vergleich zu einem kombiniert ressourcenorientierten Vorgehen. Eine randomisierte kontrollierte Interventionsstudie. Zeitschrift für klinischen Psychologie und Psychotherapie, 33, 42 - 50

126. Wittchen HU, Stein MB, Kesseler RC (1999). Social fears and social phobia in an community sample of adolescents and young adults: Prevalence, risk factors and comorbidity. Psychological Medicine, 29, 309 – 323.

8 Anhang

8.1 Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Bedingungsmodell sozialer Phobie……...19
Abbildung 2: Definitionsmerkmale von Ressourcen……..25
Abbildung 3: Die erste Wirkkomponente der Psychotherapie: Ressourcenaktivierung……28
Abbildung 4:Graphische Darstellung des Studiendesigns……..45
Abbildung 5: CONSORT-Flussdiagramm……..62
Abbildung 6: Graphische Darstellung der Ergebnisse der Multilevel-Analyse FBB-ANZ (Elternurteil) Skala „soziale Angst"……...66
Abbildung 7: Graphische Darstellung der Ergebnisse der Multilevel-Analyse FBB-ANZ (Elternurteil) Gesamtskala……...68
Abbildung 8: Graphische Darstellung der Ergebnisse der Multilevel-Analyse SBB-ANZ Skala „soziale Angst"……69
Abbildung 9: Graphische Darstellung der Ergebnisse der Multilevel-Analyse SBB-ANZ Gesamtskala……71
Abbildung 10: Graphische Darstellung der Ergebnisse der Multilevel.Analyse ESAK (Elternurteil) Skala „negative Kognitionen"……...76
Abbildung 11: Graphische Darstellung der Ergebnisse der Multilevel.Analyse ESAK (Elternurteil) Skala „körperliche Erregung"……...77

8.2 Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Inhalte des STARK-Manuals…….39
Tabelle 2: Übersicht der Ein- und Ausschlusskriterien……...43
Tabelle 3: Übersicht der verwendeten Evaluationsinstrumente……..57
Tabelle 4: Patientencharakteristika……..63
Tabelle 5: FBB-ANZ (Elternurteil) Skala „soziale Angst" Mittelwerte und Standardabweichung zu allen Messzeitpunkten……..65
Tabelle 6: FBB-ANZ (Elternurteil) Gesamtskala Mittelwerte und Standardabweichung zu allen Messzeitpunkten……67
Tabelle 7: SBB-ANZ Skala „soziale Angst" Mittelwerte und Standardabweichung zu allen Messzeitpunkten……69
Tabelle 8: SBB-ANZ Gesamtskala Mittewerte und Standardabweichung zu allen Messzeitpunkten……..70
Tabelle 9: FESKA-Elternurteil Mittelwerte, Standardabweichung und Ergebnisse der MLM-Analyse……72
Tabelle 10: FESKA-Selbsturteil Mittelwerte, Standardabweichung und Ergebnisse der MLM-Analyse 73
Tabelle 11: SPAIK Mittelwerte, Standardabweichung und Ergebnisse der MLM-Analyse……74
Tabelle 12: ESAK-Elternurteil Mittelwerte, Standardabweichung und Ergebnisse der MLM-Analyse……75
Tabelle 13: FBB-ANZ (Elternurteil) weitere Skalen Mittelwerte, Standardabweichung, t-Test und Effektstärken……..78
Tabelle 14: SBB-ANZ weitere Skalen Mittelwerte, Standardabweichung, t-Test und Effektstärken……79
Tabelle 15: CBCL Mittelwerte, Standardabweichung, t-Test und Effektstärken……... 80
Tabelle 16: YSR Mittelwerte, Standardabweichung, t-Test und Effektstärken……..81
Tabelle 17: Harter-Selbstkonzeptskala Mittelwerte, Standardabweichung, t-Test und Effektstärken……82
Tabelle 18: FEEL-KJ Mittelwerte, Standardabweichung, t-Test und Effekstärken……83

9 Lebenslauf

Mein Lebenslauf wird aus Gründen des Datenschutzes in der elektronischen Fassung meiner Arbeit nicht veröffentlicht.