

**SOZIALE ANGST IM JUGENDALTER -**  
*SOZIALE KOMPETENZ, KOGNITIVE*  
*UND PSYCHOPHYSIOLOGISCHE FAKTOREN*

INAUGURALDISSERTATION  
ZUR ERLANGUNG DES GRADES EINES DR. PHIL.  
AN DER FAKULTÄT FÜR SOZIAL- UND VERHALTENSWISSENSCHAFTEN  
DER UNIVERSITÄT HEIDELBERG

von  
**Marion Schowalter**

Gutachter:  
Prof. Dr. Franz Resch (Berater)  
PD Dr. Thomas Fydrich

Heidelberg im Mai 2001

## DANKSAGUNG

Zuerst möchte ich allen Personen danken, die durch Anregungen, Unterstützung und auf viele andere Arten zum Zustandekommen dieser Arbeit beigetragen haben:

Mein besonderer Dank gilt meinem Betreuer Prof. Dr. Franz Resch. Seine freundlichen Ermutigungen haben mir in den verschiedenen Stadien dieser Arbeit immer wieder die Motivation gestärkt und die Freude an der Arbeit erhalten.

Danken möchte ich auch PD Dr. Thomas Fydrich. Ihm verdanke ich, neben der Begutachtung dieser Arbeit, wichtige methodische und inhaltliche Anregungen.

Diese Studie ist Teil eines Forschungsprojekts über soziale Ängstlichkeit im Jugendalter, das ich zusammen mit Frau Carmen Schmit plante und durchführte. Die Zusammenarbeit mit ihr hat großen Spaß gemacht, wofür ich ihr herzlich danken möchte.

Besonders danken möchte ich auch Vera Schowalter und Antonis Michelis, die dabei halfen, die gut bewachten Türen der Schwetzingen und Heidelberger Schulen für uns zu öffnen. Angela Steeb danke ich für ihre organisatorische Hilfe bei der Auswertung und der Bereitstellung der „Untersuchungsräume“.

Georg Mlynski und Peter Parzer danke ich für die methodischen Anregungen. Sylvia Steeb danke ich für das Korrekturlesen der vorliegenden Dissertationsschrift. Unseren Rollenspielpartnern Tino, Friederike, Dascha, Benjamin und Nina danke ich für ihre teilweise jahrelange Mitarbeit an unserem Projekt.

Mein Dank gilt auch der Abteilung für Klinische Psychologie und Psychotherapie, der Kinder- und Jugendpsychiatrie, der Praxis- und Forschungsstelle für Psychotherapie und Beratung (PFPB) und dem Graduiertenkolleg „Klinische Emotionsforschung“ der Universität Heidelberg für die Bereitstellung der Mittel und der Versuchspersonengelder.

Schließlich möchte ich noch meinem Mann Matthias Richard danken, dessen persönliche aber auch inhaltliche Unterstützung maßgeblich zum Gelingen dieser Arbeit beitrug!

# INHALTSVERZEICHNIS

<b>1</b>	<b>ÜBERBLICK</b>	<b>1</b>
<b>2</b>	<b>SOZIALE ANGST IM KINDES- UND JUGENDALTER</b>	<b>3</b>
2.1	Ängste im Kindes- und Jugendalter.....	3
2.2	Soziale Angst im Kindes - und Jugendalter.....	5
2.2.1	Beschreibung der sozialen Angst.....	5
2.2.2	Epidemiologie der sozialen Angst im Kindes- und Jugendalter .....	7
2.3	Das Auftreten sozialer Angst im Rahmen der Entwicklung.....	8
2.4	Adoleszenz als Höhepunkt der Ausprägung der sozialen Ängstlichkeit.....	9
2.5	Soziale Angst als Entwicklungsrisiko: Auswirkungen in Schule, Familie und Peerbeziehungen.....	12
2.6	Zusammenfassung .....	13
<b>3</b>	<b>SOZIALE ANGST ALS FORSCHUNGSGEGENSTAND UNTERSCHIEDLICHER FORSCHUNGSKONTEXTE</b>	<b>14</b>
3.1	Soziale Angst im Rahmen der Klinischen Psychologie und der Kinder- und Jugendpsychiatrie .....	14
3.1.1	Soziale Phobie im Kindes- und Jugendalter.....	14
3.1.1.1	<i>Definition und Phänomenologie der sozialen Angst.....</i>	<i>15</i>
3.1.1.2	<i>Modelle der sozialen Phobie.....</i>	<i>18</i>
3.1.1.3	<i>Störungsbeginn der sozialen Phobie im Kindes- und Jugendalter.....</i>	<i>19</i>
3.1.1.4	<i>Epidemiologie.....</i>	<i>20</i>
3.1.2	Komorbidität von sozialer Phobie mit anderen psychischen Störungen .....	21
3.2	Soziale Angst im Rahmen psychischer Störungen des Kindes- und Jugendalters ...	21
3.2.1	Soziale Angst als Bestandteil psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter.....	22
3.2.2	Komorbidität von sozialer Angst mit psychischen Störungen im Kindes- und Jugendalter .....	23
3.3	Soziale Angst im Rahmen der Persönlichkeitsforschung.....	25
3.3.1	Schüchternheit.....	25
3.3.2	Schüchternheit als soziale Angst?.....	26
3.3.3	Beiträge von J. Asendorpf zum Verständnis der Schüchternheit.....	26
3.3.3.1	<i>Situative versus dispositionelle Schüchternheit .....</i>	<i>27</i>
3.3.3.2	<i>Schüchternheit als Annäherungs-Vermeidungskonflikt .....</i>	<i>27</i>
3.3.3.3	<i>Unterscheidung von Schüchternheit, Ungeselligkeit, Geselligkeit und Vermeidung .</i>	<i>27</i>
3.3.3.4	<i>Das neuropsychologische Modell der Angst von J.A. Gray.....</i>	<i>28</i>

3.3.3.5	<i>Erweiterung des Modells von J.A. Gray</i> .....	30
3.3.3.6	<i>Bedeutung der Schüchternheitsforschung für die soziale Angst</i> .....	32
3.3.3.7	<i>Zusammenfassung</i> .....	32
3.3.4	<b>Behaviorale Inhibition</b> .....	32
3.3.4.1	<i>Definition und Phänomenologie</i> .....	32
3.3.4.2	<i>Zeitliche Stabilität der behavioralen Inhibition</i> .....	34
3.3.4.3	<i>Behaviorale Inhibition und Angststörungen</i> .....	34
3.4	<b>Zusammenfassung</b> .....	35
<b>4</b>	<b>MEHREBENENANALYSE DER EMOTION „SOZIALE ANGST“</b>	<b>36</b>
4.1	<b>Das Konzept der Emotion</b> .....	36
4.1.1	<b>Definition</b> .....	36
4.1.1.1	<i>Die kognitive Komponente</i> .....	38
4.1.1.2	<i>Die neurophysiologische Komponente</i> .....	39
4.1.1.3	<i>Die Ausdruckskomponente</i> .....	39
4.1.1.4	<i>Die motivationale Komponente</i> .....	41
4.1.1.5	<i>Die Gefühlskomponente</i> .....	41
4.2	<b>Mehrebenenanalyse und Kovariationsproblem</b> .....	42
4.2.1	<b>Methodische, konzeptuelle und individuelle Ursachen des Kovariationsproblems</b> .....	43
4.3	<b>Mehrebenenanalyse der sozialen Angst bei Erwachsenen</b> .....	43
4.3.1	<b>Forschungsbefunde zu einzelnen Komponenten</b> .....	44
4.3.2	<b>Forschungsbefunde zur Mehrebenenanalyse</b> .....	46
4.4	<b>Mehrebenenanalyse der sozialen Angst bei Kindern und Jugendlichen</b> .....	48
4.4.1	<b>Säuglings- und Kleinkindalter</b> .....	48
4.4.2	<b>Das Kindergarten- und Vorschulalter</b> .....	49
4.4.3	<b>Schulalter</b> .....	50
4.4.4	<b>Schlussfolgerungen</b> .....	51
4.5	<b>Zusammenfassung</b> .....	52
<b>5</b>	<b>ZIELE DES FORSCHUNGSVORHABENS UND FRAGESTELLUNGEN</b>	<b>53</b>
5.1	<b>Überblick über Ziele, Design und Methodik des Forschungsvorhabens</b> .....	53
5.2	<b>Hypothesen und Fragestellungen</b> .....	54
<b>6</b>	<b>METHODIK</b>	<b>58</b>
6.1	<b>Rekrutierung der Stichproben</b> .....	58
6.2	<b>Ablauf der Studie</b> .....	59
6.3	<b>Beschreibung der Stichproben</b> .....	61

6.4	Erster Untersuchungsabschnitt: Testdiagnostische Verfahren .....	66
6.5	Zweiter Untersuchungsabschnitt: Mehrebenen-Untersuchung der sozialen Angst .....	70
6.5.1	Erfassung der kognitiven Komponente, der Gefühlskomponente und der Vermeidungsmotivation .....	72
6.5.2	Erfassung der psychophysiologischen Komponente .....	73
6.5.3	Erfassung der sozialen Kompetenz .....	75
6.5.3.1	<i>Soziale Kompetenz im Kindes- und Jugendalter</i> .....	75
6.5.3.2	<i>Diagnostik sozialer Kompetenzen</i> .....	77
6.5.4	Das diagnostische Rollenspiel zur Erfassung von sozialer Kompetenz .....	79
6.5.5	Ratingskala für soziale Kompetenz (RSK) .....	80
6.5.6	Training der Rollenspielpartner .....	83
6.5.7	Auswertung der diagnostischen Rollenspiele .....	84
<b>7</b>	<b>ERGEBNIS</b>	<b>87</b>
7.1	Gütekriterien der Beurteilungen des Rollenspiels .....	87
7.1.1	Gütekriterien der Beurteilungen durch Erwachsene: Ratingskala für soziale Kompetenz (RSK) und globale Beurteilungskriterien .....	87
7.1.2	Gütekriterien der Beurteilungen durch Jugendliche .....	91
7.1.3	Zusammenhang der Beurteilungen zwischen Erwachsenen und Jugendlichen .....	93
7.1.4	Konvergente und diskriminante Validität .....	95
7.1.5	Externe Validität der Kompetenzbeurteilungen .....	96
7.2	Zusammenhang zwischen den Emotionskomponenten .....	98
7.3	Zusammenhang zwischen den Emotionskomponenten der situativen Angst und der sozialen Angst als Trait bei Jugendlichen .....	99
7.3.1	Ebene der situativen sozialen Kompetenz .....	100
7.3.2	Ebene der situativen psychophysiologische Erregung .....	102
7.3.3	Ebene der Kognitionen, der Gefühle und der Vermeidung .....	107
7.4	Ergebnisse zur sozialen Ängstlichkeit bei psychischer Störung .....	110
<b>8</b>	<b>DISKUSSION</b>	<b>112</b>
<b>9</b>	<b>ZUSAMMENFASSUNG</b>	<b>124</b>
<b>10</b>	<b>LITERATUR</b>	<b>126</b>
<b>11</b>	<b>ANHANG</b>	<b>143</b>

# 1 ÜBERBLICK

Das Ziel der vorliegenden Studie ist es, das Erscheinungsbild der Emotion „soziale Angst“ im Jugendalter umfassend zu beschreiben. Soziale Ängste sind ganz allgemein gekennzeichnet durch ein Gefühl der Unsicherheit oder ängstlichen Unruhe in Gegenwart anderer Menschen oder in der negativen Erwartung bezüglich des Zusammenseins mit ihnen. Dabei äußert sich die Angst auf ganz unterschiedlichen Erfahrungsebenen: Auf physiologischer Ebene kann die Person mit einer erhöhten physiologischen Erregung reagieren, auf kognitiver Ebene können selbstabwertende Gedanken vorherrschen, auf der Gefühlsebene kann sie Angst vor negativer Bewertung durch andere spüren, gleichzeitig kann sie ihre Angst durch Gestik, Mimik oder durch ihr Verhalten ausdrücken, z. B. in dem sie soziale Situationen vermeidet.

In den letzten Jahren hat die Erforschung der sozialen Angst bei Erwachsenen beachtliche Erkenntnisfortschritte erzielt, so dass inzwischen weitgehend gesicherte Befunde über das Erscheinungsbild der sozialen Angst bzw. über deren klinisch relevante Ausprägung - die soziale Phobie - vorliegen. Weit weniger ist bislang über die soziale Angst im Kindes- und vor allem im Jugendalter bekannt. Nach bisherigen Erkenntnissen äußert sich die soziale Angst bei Erwachsenen und Kindern auf ähnliche Weise. Ob das Erscheinungsbild bei Jugendlichen mit dem bei Erwachsenen und Kindern vergleichbar ist, konnte noch nicht geklärt werden.

Die Tatsache, dass soziale Ängste insbesondere bei Jugendlichen sehr verbreitet sind und während der Pubertät an Intensität zunehmen, verleiht der Erforschung der sozialen Angst im Jugendalter eine hohe Priorität. Außerdem bringen soziale Ängste in vielen Fällen große Beeinträchtigungen in Schule, Familie und Peerbeziehungen mit sich, deren Auswirkungen oft bis ins Erwachsenenalter spürbar sind. Um gezielte Präventions- oder Trainingsprogramme entwickeln zu können, müssen aber zuerst grundlegende Erscheinungsweisen der sozialen Angst im Jugendalter bekannt sein. Daher sollen in dieser Studie die Reaktionskomponenten der sozialen Angst, wie die soziale Kompetenz, die physiologischen, kognitiven, gefühlsmäßigen und motivationalen Faktoren bei Jugendlichen in einer Angst auslösenden Situation erfasst werden.

Die Arbeit gliedert sich in einen theoretischen (Kapitel 2, 3 und 4) und einen empirischen Teil (Kapitel 5, 6, 7 und 8). Im theoretischen Teil wird zunächst ein allgemeiner Überblick über Ängste im Kindes- und Jugendalter gegeben. Daran schließt sich die Beschreibung des Erscheinungsbildes der sozialen Angst, deren Auftreten im Lauf der Entwicklung und die Darstellung der Entwicklungsrisiken an, denen sozial-ängstliche Kinder und Jugendliche ausgesetzt sind. Weiterhin werden Konzepte der sozialen Angst wie z. B. „soziale Phobie“, „Schüchternheit“ und „behaviorale Inhibition“ vorgestellt, die im Rahmen der Klinischen Psychologie bzw. der Kinder- und Jugendpsychiatrie oder der Persönlichkeitsforschung thematisiert werden. Danach folgt

ein Überblick über die bisherigen Forschungsbefunde der Reaktionskomponenten sozialer Angst bei Erwachsenen und Kindern.

Im empirischen Teil werden die Fragestellungen und Hypothesen formuliert, die in diesem Forschungsvorhaben untersucht und beantwortet werden sollen. Es folgt die Beschreibung des Forschungsdesigns, des Ablaufs der Untersuchung und der eingesetzten Untersuchungsverfahren. Zentrales Untersuchungsverfahren ist ein interaktionelles Rollenspiel, in dem jeder Jugendliche die Aufgabe hat, sich mit einem fremden gleichaltrigen Interaktionspartner zu unterhalten. Die Untersuchungsschwerpunkte liegen dann einerseits auf der Überprüfung der Gütekriterien der Rollenspiel-Beurteilungsverfahren für Jugendliche und andererseits auf der Erfassung der unterschiedlichen emotionalen Ebenen bzw. Reaktionskomponenten der sozialen Angst im Rollenspiel. Dabei werden auch die Reaktionen einer klinischen mit einer nichtklinischen Stichprobe in Abhängigkeit der sozialen Ängstlichkeit untersucht.

Die Ergebnisse umfassen im Wesentlichen die Darstellung der Gütekriterien, der in der Untersuchung eingesetzten Beurteilungsverfahren und die Darstellung der Ergebnisse zu den einzelnen Reaktionskomponenten sozialer Angst. Diese Befunde werden im Anschluss diskutiert und mit Forschungsbefunden von Erwachsenen und Kindern verglichen.

## 2 SOZIALE ANGST IM KINDES- UND JUGENDALTER

Dieses Kapitel gibt zunächst einen allgemeinen Überblick über die Ängste und Angstsinhalte im Kindes- und Jugendalter und stellt das Auftreten der jeweiligen Ängste in einen Entwicklungszusammenhang. Daran schließt sich die Beschreibung der sozialen Angst im Erwachsenen-, Kindes- und Jugendalter an. Gründe für das Auftreten der verschiedenen Formen sozialer Angst im Lauf der Ontogenese werden erläutert. Die Annahme einer maximalen Ausprägung der sozialen Angst während der Pubertät wird empirisch untermauert und es werden Ursachen für ihre Entstehung diskutiert. Abschließend folgt eine Darstellung der Entwicklungsrisiken, denen sozialängstliche Kinder- und Jugendliche ausgesetzt sind.

### 2.1 Ängste im Kindes- und Jugendalter

Ängste sind unter Kindern und Jugendlichen sehr verbreitet und gehören zu den häufigsten Symptomen im Vorschul- und Schulalter (Beidel, 1991a; Reinhard, 1992). In einer epidemiologischen Längsschnittstudie fanden Esser und Schmidt (1987), dass jedes dritte Schulkind unter Ängsten leidet, wobei im Vorschulalter noch mehr Kinder betroffen sind. Die Angstsinhalte sind zahlreich: nach Miller, Boyer und Rodoletz (1990) liegt die Anzahl der von Grundschulkindern berichteten Ängsten im Durchschnitt bei 12 spezifischen Ängsten. Unter ausgeprägten Angstsymptomen leiden 10-15% aller Grundschüler und 5-10% aller Jugendlichen, wobei sie bei Jungen und Mädchen gleich häufig auftreten (Reinhard, 1992).

Insgesamt kann man drei verschiedene Gruppen von Ängsten im Kindes- und Jugendalter unterscheiden: die physiologischen Ängste, die altersspezifischen Angstsyndrome und die generalisierten Angstsyndrome mit Phobien (Schmidt & Blanz, 1989). Die physiologischen Ängste sind reifungsabhängige Phänomene, die im Zusammenhang mit der jeweiligen Entwicklungsstufe der Kinder und Jugendlichen auftreten. Sie kommen sehr häufig vor, gehören in der jeweiligen Altersspanne zum normalen Entwicklungsprozess und scheinen der Sicherheit und der Anpassung des Kindes an die Umwelt zu dienen (Ollendick & King, 1991; Schneider, 1994). Nach dem Erreichen der jeweiligen Entwicklungsstufe, verschwinden diese Ängste in der Regel und bleiben nur in Ausnahmefällen an Persistenz und Intensität erhalten.

Erste physiologische Ängste in Form von Furchtreaktionen können bei Kindern schon ab der 6. bis 8. Woche beobachtet werden (Resch, 1999). Auf Reizüberflutung oder auf laute Geräusche aus der unmittelbaren Umgebung reagieren Säuglinge mit einem Verhalten (z. B. weinen), das als erste Angstreaktion interpretiert werden kann. Zu dem Zeitpunkt, an dem sich die Bindung zu einer Bezugsperson etabliert hat (ca. ab 8. Monat), reagieren Kinder oft mit *Fremdeln* auf unbekannte Erwachsene. Ist der Bindungsmodus zwischen Kind und der Bezugsperson unsicher, kommt es vor, dass das Kind im 2. Lebensjahr *Trennungsängste* zeigt. Zwischen dem 2. und dem 5. Lebensjahr



können *Umweltängste* auftreten, die sich einerseits auf reale Ereignisse, wie z. B. auf Tiere, Gewitter oder Dunkelheit oder andererseits auf imaginäre Figuren wie z. B. Monster, Gespenster und Hexen beziehen. Wächst die Fähigkeit zu generalisieren, zwischen Realität und Imagination zu unterscheiden und vergangene Erlebnisse zu reflektieren, treten an die Stelle der imaginierten Angstsinhalte, Befürchtungen vor möglichen, in der Zukunft liegenden Gefahren oder Ereignissen (Schmidt & Blanz, 1989; Wenar, 1990). Im Grundschulalter von 6 bis 9 Jahren herrschen *Sozialisationsängste* vor. Das Kind nimmt sich als soziales Objekt wahr, das einer potentiellen Bewertung durch andere ausgesetzt ist (Leary & Kowalski, 1995). So können soziale Situationen, wie z. B. das Reden in der Öffentlichkeit oder in Schulsituationen als gefährlich eingeschätzt werden. Die eigene Rolle in der Peergruppe wird zunehmend als wichtig, aber auch als unsicher erlebt. Der Erwerb des Todesbegriffs im Alter von 7 bis 8 Jahren ist die Voraussetzung dafür, dass im Alter von 9 bis 12 Jahren *Realängste* vorkommen, wie z. B. Angst vor Verletzungen oder Krankheit (Resch, 1999). In der Prä-Pubertät und Pubertät treten *Reifungsängste* (z. B. Angst vor Sexualität, auf das Körperschema bezogene Ängste) und hypochondrische Befürchtungen hinzu.

Voraussetzung für das Auftreten dieser physiologischen Ängste, ist die Fähigkeit bestimmte Stimuli wahrzunehmen bzw. von anderen zu diskriminieren. Die Angstreaktion entsteht dann entweder durch eine fehlerhafte Einschätzung der Realität oder einer Unterschätzung der eigenen Bewältigungsmöglichkeiten (Schmidt & Blanz, 1989). So korrespondiert z. B. das Fremdeln, mit der Fähigkeit des Kindes, die Bezugsperson von anderen Personen zu unterscheiden.

Von den reifungsabhängigen physiologischen Ängsten, die nach dem Erreichen von bestimmten Entwicklungsstufen verschwinden und als Teil der normalen Entwicklung angesehen werden, unterscheidet man zweitens die altersspezifische Angstsyndrome. Altersspezifische Angstsyndrome sind Störungen, bei denen physiologische Ängste wie z. B. Angst vor Trennung, Dunkelheit oder Tieren als vorherrschendes Merkmal auftreten, deren Persistenz und Schwere aber über die Schwelle des Altersüblichen hinaus geht (Schmidt & Blanz, 1989). Die Unterscheidung der physiologischen Ängste, von den klinisch relevanten Angstsyndromen bereitet häufig Schwierigkeiten, da die Grenzen zwischen dem, was als normal und was als pathologisch gelten kann, sehr fließend sind (Schneider, 1994). Die dritte Gruppe bilden Störungen, wie z. B. generalisierte Angststörungen oder Phobien, die sowohl in der Kindheit als auch bei Erwachsenen vorkommen.

## 2.2 Soziale Angst im Kindes- und Jugendalter

### 2.2.1 Beschreibung der sozialen Angst

*Die 12-jährige A. berichtete, sie traue sich seit Beginn des Schuljahres nicht mehr, sich freiwillig im Schulunterricht zu melden und auf die Fragen des Lehrers zu antworten. Am Anfang habe sie im Englischunterricht ein paar Mal falsche Antworten gegeben, woraufhin vor allem die Jungs laut gegrölt hätten. Seitdem rede sie nur, wenn der Lehrer sie direkt fragen würde. Sie spreche dann sehr leise und werde jedes Mal ziemlich rot und habe panische Angst, sie könne etwas falsch machen und die anderen könnten wieder lachen.*

*Die 13-jährige C. mag es überhaupt nicht, bei ihren Freundinnen zu Hause auf den Anrufbeantworter zu sprechen. Nach dem Piepston sei sie so aufgeregt, dass ihr nie etwas Passendes einfalle. Sie findet, dass ihre Stimme dann irgendwie komisch klinge.*

*Der 14-jährige T. sprach im Interview sehr stockend und leise, vermied den Blickkontakt und starrte zu Boden. Mit den Fingern zupfte er an seiner Jeans und rutschte unruhig auf dem Stuhl hin und her. Er erzählte, dass er in der Klasse ein Außenseiter sei. An Freunden habe er nur einen und der sei in der Parallelklasse. Sehr gerne hätte er mehr Freunde in der Klasse, aber er wisse auch gar nicht recht, was er mit den anderen reden solle, da er sowieso ganz andere Interessen habe. Oft fühle er sich allein und ausgegrenzt. In der Schule hasse er am meisten den Sportunterricht. Er finde sich sehr unsportlich und habe große Angst sich zu blamieren. Manchmal habe er vor dem Sportunterricht so große Magenschmerzen oder Übelkeit, dass er nicht mitmachen könne.*

Die hier aufgeführten Fallbeispiele sind Beschreibungen des Erlebens von sozialer Angst der in dieser Studie interviewten Jugendlichen. Es wird deutlich, wie unterschiedlich sich die soziale Angst äußern und welche persönlichen Einschränkungen sie je nach Ausmaß mit sich bringen kann. Gegenstand des folgenden Abschnitts ist ganz allgemein die Beschreibung der sozialer Angst. Die klinisch relevante Form der sozialen Angst, die soziale Phobie, und die sozialen Ängste als Forschungsgegenstand der Persönlichkeitsforschung werden im Kapitel 3 dargestellt.

Der vor allem in den letzten Jahren stark angestiegene Anzahl an Publikationen im Bereich „soziale Ängstlichkeit im Erwachsenenalter“ stehen nur wenige Studien über soziale Angst im Kindes- und Jugendalter gegenüber. Das mag daran liegen, dass soziale Angst als Konstrukt meist im Rahmen anderer komplexer Konzepte beschrieben wird. Diese Konzepte beziehen sich alle auf ein Unbehagen in sozialen Situationen und verwenden die soziale Angst als zentrales Beschreibungsmerkmal (Melfsen, 1998). Konzepte der sozialen Angst bei Kindern- und Jugendlichen, wie Schüchternheit, soziale Gehemmtheit, behaviorale Inhibition und soziale Phobie, im Englischen auch *social anxiety disorder* genannt, stammen aus unterschiedlichen Forschungsdisziplinen und

-traditionen, wie z. B. der Persönlichkeitsforschung, der Klinischen Psychologie und der Kinder- und Jugendpsychiatrie (siehe Kapitel 3)

Ganz allgemein sind soziale Ängste bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen gekennzeichnet durch ein Gefühl der Aufregung, der Unsicherheit oder einer ängstlichen Unruhe in Gegenwart oder in der negativen Erwartung bezüglich des Zusammenseins mit anderer Menschen. Eine gute Charakterisierung der Emotion soziale Angst gibt folgende Beschreibung:

*"...[social anxiety] is characterised by heightened physiological arousal when in social situations, a fear of negative evaluation by others, a high likelihood of negative expectations regarding the ability to interact with others and, in some cases avoidance of the threatening situations"* (Beidel, Turner & Dancu, 1985, S. 109).

Nach dieser Charakterisierung zeigt sich die soziale Angst auf ganz unterschiedlichen Erfahrungsebenen. Auf physiologischer Ebene reagiert die Person mit einer erhöhten physiologischen Erregung, auf kognitiver Ebene herrscht die Angst vor negativer Bewertung und eine negative Selbsteinschätzung vor und auf der Verhaltens-ebene werden diese problematischen Situationen vermieden. Eine genaue Beschreibung dieser Symptome der sozialen Angst folgt in Abschnitt 4.3 und 4.4.

Nach dem „Selbstdarstellungsmodell“ von Schlenker und Leary (1982) werden soziale Ängste als Angst vor einer potentiellen Bewertung durch andere verstanden. Voraussetzung für diese Bewertungsangst ist der Grad an Selbstaufmerksamkeit oder *Impression Management* der Person. *"Social anxiety arises whenever people are motivated to make particular impression on others, but doubt that they will be successful in doing so"* (Leary, 1986, S. 122). Soziale Angst wird danach als Funktion der Motivation verstanden, ein bestimmtes Bild abgeben zu wollen *und* der Einschätzung der Fähigkeit, dieses Bild auch tatsächlich abgeben zu können (Leary & Kowalsky, 1995).

Nach Ansicht anderer Autoren lassen sich die sozialen Ängste in *zwei* Gruppen unterteilen: Ängste vor sozialer Bewertung *und* Ängste vor fremden Personen (Asendorpf, 1989a; Buss, 1980; Zimbardo, 1977). Studien legen nahe, dass nicht nur wie Schlenker und Leary (1982) in ihrem *Self-Presentation Model* postulieren, die Angst vor Bewertung, sondern auch die Begegnung mit fremden Interaktionspartnern soziale Angst auslösen. Soziale Angst kann also entweder als **Fremden-** oder **Bewertungsangst** auftreten.

Weitere Modelle und Erklärungsansätze der sozialen Angst bzw. sozialen Phobie werden im Rahmen der Beschreibung der sozialen Phobie unter Abschnitt 3.1.1.2 (S. 18) dargestellt.

In welchen Situationen erleben Kinder und Jugendliche dieses „Lampenfieber des täglichen Lebens“? Relevante Situationen sind in der Regel Prüfungssituationen, Essen oder Sprechen in der Öffentlichkeit, Treffen mit dem anderen Geschlecht und alle

Formen des Auftretens in der Öffentlichkeit. Allerdings sind solche Ereignisse nicht nur in der Realität problematisch, schon die Aussicht darauf kann soziale Ängste provozieren.

In ihrem Versuch alle relevanten Situationen zu klassifizieren, die soziale Ängste bei Erwachsenen hervorrufen, konnten Holt, Heimberg, Hope und Liebowitz (1992) vier Situationskategorien identifizieren:

1. **öffentliches Sprechen zu mehreren Personen und offizielle Kontakte pflegen:** z. B. Rede halten, Theater spielen, vor einer Gruppe etwas sagen, mündliche Prüfung absolvieren.
2. **Sprechen mit einzelnen Personen, Sprechen in der Freizeit:** z. B. auf Partys gehen, fremde Personen ansprechen, telefonieren.
3. **sich durchsetzen:** z. B. mit Autoritätspersonen sprechen, Kritik äußern etc.
4. **beobachtet werden:** beim Schreiben, Essen oder Trinken.

Ähnliche Einteilungen machen Untersuchungen über Angst auslösende Situationen bei Kindern und Jugendlichen. Die erst kürzlich durchgeführte epidemiologische Bremer Jugendlichen Studie (BJS) untersuchte die Angst in der Öffentlichkeit zu trinken oder zu essen, zu schreiben, während andere zuschauen, an sozialen Veranstaltungen teilnehmen, an einer Vorführung mitzuwirken oder einen Test durchzuführen, in der Öffentlichkeit zu sprechen oder sich mit anderen zu unterhalten (Essau, Conradt & Petermann, 1999). Die 12- bis 17-jährigen Jugendlichen bewerteten am häufigsten das Mitwirken an einer Vorführung oder die Teilnahme an einem Test als schwierigste Situation (31,1%), gefolgt von dem Sprechen in der Öffentlichkeit (19,7%) und der Unterhaltung mit anderen Personen (9,2%). Wittchen, Stein und Kessler (1999) berichten in ihrer epidemiologischen Studie mit US-amerikanischen Jugendlichen und jungen Erwachsenen im Alter von 14 bis 24 Jahren ähnliche Ergebnisse.

### **2.2.2 Epidemiologie der sozialen Angst im Kindes- und Jugendalter**

Unter Kindern und Jugendlichen sind soziale Ängste sehr verbreitet. Die Bremer Jugendlichen Studie (BJS) fand, dass 47% der untersuchten Jugendlichen im Alter von 12 bis 17 Jahren in mindestens einer der erhobenen sozialen Situation (s. o.) irgendwann schon einmal soziale Angst erlebten (BJS; Essau et al., 1999). Hinsichtlich der Altersverteilung ergab sich in der Altersgruppe der 14- und 15-jährigen die höchste Anzahl an sozialen Ängsten. Nach Wittchen et al. (1999) litten oder leiden 27,3% der Jugendlichen und jungen Erwachsener im Lauf ihres Lebens unter irgendeiner starken sozialen Angst.

Insgesamt sind Mädchen häufiger als Jungen von sozialen Ängsten betroffen. In der BJS (Essau et al., 1999) berichteten signifikant mehr weibliche Jugendliche (58,8%) von sozialen Ängsten als männliche Jugendliche (42,0%). Große Unterschiede treten vor allem bei Performance- oder Testsituationen auf, vor denen ca. 50% mehr Mädchen im Vergleich zu Jungen Angst haben. Einen Geschlechtsunterschied in dieser Richtung

findet auch Melfsen (1998) in ihrer Untersuchung zur deutschen Fassung der *Social Anxiety Scale for Children Revised* (SASC-R-D; La Greca & Stone, 1993), eines Fragebogens zur Erfassung von sozialer Angst bei Kindern. Nach Wittchen et al. (1999) haben 32,2% weibliche und 22,3% männliche Jugendliche und junge Erwachsene eine Lebenszeitprävalenz von irgendeiner starken sozialen Angst.

Im Vergleich zu epidemiologischen Studien über soziale Phobie, sind Untersuchungen, die das Auftreten von sozialer Angst im Kindes- und Jugendalter beschreiben eher selten und bleiben hinsichtlich der Ausprägung von sozialer Ängstlichkeit eher ungenau. Präzisere Angaben über verschiedene Querschnitts- als auch Lebenszeitprävalenzen finden sich hinsichtlich der Epidemiologie sozialer Phobie im Kindes- und Jugendalter in Abschnitt 3.1.1.4 (S. 20).

### 2.3 Das Auftreten sozialer Angst im Rahmen der Entwicklung

Im Folgenden wird das Auftreten der Fremden- und Bewertungsangst im Rahmen der Ontogenese beschrieben. Beide Formen der sozialen Angst zeigen sich in Abhängigkeit der jeweiligen Entwicklungsstufe des Kindes.

Das Fremdeln ist eine der frühesten Formen sozialer Angst und gilt mit Abstand als die am intensivsten entwicklungspsychologisch untersuchte Angstform (Asendorpf, 1989a; Francis & Radka, 1995). Zahlreiche Studien belegen, dass diese **Fremdenangst** als aversive Reaktion gegenüber fremden Erwachsenen im Alter von ca. 8 Monaten erscheint und dann interindividuell unterschiedlich einige Wochen bis einige Monate deutlich bemerkbar ist. Bei Säuglingen variiert das Fremd-Verhalten von leichter Reserviertheit (*wariness*) bis hin zu lautem Schreien. Mit zunehmendem Alter wird das Verhalten gegenüber fremden Erwachsenen zunehmend komplexer. Im Alter von 3 bis 4 Jahren zeigen Kinder Fremden gegenüber Neugier und Interesse, wobei gleichzeitig ein Sicherheitsabstand zu dem unbekanntem Erwachsenen eingehalten wird (Asendorpf, 1989a). Buss (1986) bezeichnet diese Form der sozialen Angst auch als *early developing shyness*.

Die aversive Reaktion gegenüber fremden Gleichaltrigen ist im ersten Lebensjahr noch gering ausgeprägt. So beobachteten Amsterdam und Greenberg (1977, zitiert nach Asendorpf, 1989a) bei 10 Monate alten Kindern, denen ein Video mit gleichaltrigen gezeigt wurde, noch keine aversiven Reaktionen. Im Alter von 15 bis 20 Monaten reagierten Kleinkinder jedoch deutlicher mit ängstlichem Verhalten auf die gleichaltrigen Kinder (Amsterdam & Greenberg, 1977, zitiert nach Asendorpf, 1989a). In einer beobachteten Spielsituation mit der Mutter zeigten 80% der 15 bis 20 Monate alten Kinder eine Hemmung der Vokalisation und des Spielverhalten, wenn sie sich mit einem fremden Gleichaltrigen konfrontiert sahen (Kagan, Kearsley & Zelazo, 1978, zitiert nach Asendorpf, 1989a).

Studien, die die Fremdenangst im späten Kindes- und Jugendalter untersuchen, sind rar. Meistens wird in den Untersuchungssituationen die Angst vor Fremden mit der Bewertungsangst vermischt.

Die früheste Form der **Bewertungsangst** tritt in der Mitte des zweiten Lebensjahres auf. In dieser Zeit beginnt das Kind von Erwachsenen Verhaltensstandards zu übernehmen, Stolz und Scham bei gelungenen oder misslungenen Aufgaben zu zeigen, sich verbal über sein Handeln zu äußern und beginnt Aufforderungen an den Erwachsenen zu richten, dass diese ihr Verhalten ändern sollen. Solche Handlungen zeigen, dass das Kind verstehen kann, was andere von ihm wollen und was als Standard in einer Situation angemessen ist. Die Fähigkeit, Verhalten von anderen zu übernehmen und so eine Verhaltensnorm zu entwickeln, erschließt ihm die Möglichkeit, sein Handeln anhand dieser Norm zu bewerten. Diese frühe Form der Bewertungsangst ist wahrscheinlich ein unterhalb der Bewusstseinschwelle ablaufender Prozess und dürfte den Kindern nicht bewusst sein. Diese erste Bewertungsangst beruht im Gegensatz zur Fremdenangst auf höheren kognitiven Prozessen und tritt daher später auf (Asendorpf, 1989a).

Eine zweite Form der Bewertungsangst, die sogenannte *selbstaufmerksame Bewertungsangst*, entsteht im Alter von 4 bis 5 Jahren. In diesem Alter sind Kinder zunehmend in der Lage, ihre eigene Perspektive von der der anderen klar zu trennen und sich in die der anderen Person hineinzusetzen. Buss (1986) bezeichnet diese zweite Form der Bewertungsangst als *later developing shyness*. Im Gegensatz zu Asendorpf (1989a) geht er nicht davon aus, dass eine frühe Form der Bewertungsangst existiert. Nach Buss (1980, 1986) liegt der späten selbstaufmerksamen Bewertungsangst die Fähigkeit zugrunde, sich selbst und sein Verhalten bewusst aus der Perspektive der anderen wahrzunehmen. Diese Fähigkeit bezeichnet er als *öffentliche Selbstaufmerksamkeit*. Fokus dieser Aufmerksamkeit ist, wie andere Personen eigene äußerliche Merkmale wie z. B., die eigene Kleidung, Sprache, Gesten oder andere Aspekte des eigenen Körpers wahrnehmen könnten. Die Bewertungsangst hätte dann zum Inhalt, dass diese äußerlichen Merkmale von anderen beobachtet und negativ beurteilt würden.

## 2.4 Adoleszenz als Höhepunkt der Ausprägung der sozialen Ängstlichkeit

An die Beschreibung der entwicklungsbedingten *qualitativen* Veränderung sozialer Angst schließt sich die Frage an, ob sich die Ausprägung der sozialen Angst im Laufe der Entwicklung vom Kindes zum Jugendalter auch *quantitativ* verändert. Es wäre zu vermuten, dass sich die soziale Angst beim Auftreten z. B. der selbstaufmerksamen Bewertungsangst oder an der Schwelle von neuen Entwicklungsabschnitten verstärkt.

Asendorpf (1990) findet bei Kindern im Alter von 4 bis 6 Jahren trotz des erstmaligen Auftretens der zweiten Form der Bewertungsangst keine Erhöhung des Auftretens der sozialen Ängstlichkeit. Erst mit Beginn der Pubertät nehmen die sozialen Ängste deutlich zu (Asendorpf, 1989a). Aus frühen Fragebogenstudien (Simmons, Rosenberg & Rosenberg, 1973; Elkind & Bowen, 1979) wird deutlich, dass in der frühen Pubertät die selbstaufmerksame Bewertungsangst einen vorübergehenden Höhepunkt einnimmt. In ihrer Studie untersuchten Simmons et al. (1973) die Selbstaufmerksamkeit von Kinder und Jugendlichen im Alter von 6 bis 18 Jahren. Die von ihnen entwickelte „*Self-Consciousness Scale*“ beschreibt Situationen, in denen Jugendliche irgend etwas

in Gegenwart anderer Personen tun und erfasst die Bereitschaft, sich diesen Situationen und der Bewertung durch andere auszusetzen. Die höchsten Werte auf der Selbstaufmerksamkeits-Skala fanden Simmons et al. (1973) bei Jugendlichen im Alter von 12 Jahren. Elkind und Bowen (1979) setzten in ihrer Studie eine modifizierte Form dieser Skala ein und untersuchten Schüler der vierten, sechsten, achten und zwölften Klasse. Wie schon Simmons et al. (1973) fanden Elkind und Bowen (1979) die höchste Ausprägung der selbstaufmerksamen Bewertungsangst im frühen Jugendalter - bei den 13-jährigen Mädchen wie Jungen gleichermaßen. Die Untersuchung der Schüchternheit, als ein der sozialen Angst ähnliches Konzept (siehe Abschnitt 3.3.2) erbrachte vergleichbare Ergebnisse. Maximale Ausprägung der Schüchternheit erreichen Schülern der 7. und 8. Klasse (Zimbardo, 1977). Diese frühen Ergebnisse werden von aktuellen Untersuchungen bestätigt: in der epidemiologischen Bremer Jugendlichen Studie (BJS) berichten Jugendliche im Alter von 14 bis 15 Jahren von den meisten sozialen Ängsten (Essau et al., 1999).

Ursachen für die Zunahme der sozialen Angst in der Pubertät können vielfältig sein. Nach Resch (1999) markiert die Jugendzeit den Übergang von Kindheit zum Erwachsenenalter und stellt eine "Phase tiefgreifender Wandlungen - von körperlichen Umstellungen bis zum Paradigmenwechsel im Weltbezug" (S. 294), dar. Pubertät wird definiert als die körperliche Entwicklung der sekundären Geschlechtsmerkmale. "Adoleszenz ist die seelische Auseinandersetzung mit den körperlichen und psychosozialen Veränderungen an der Schwelle zum Erwachsenwerden" (Resch, 1999, S. 294). Die Adoleszenz (11. bis 21. Lebensjahr) teilt sich nach Oerter und Montada (1995) in drei Abschnitte: die Transeszenz (11. bis 14. Lebensjahr), die frühe Adoleszenz (14. bis 18. Lebensjahr) und die späte Adoleszenz (18. bis 21. Lebensjahr). Für diese Abschnitte sind jeweils unterschiedliche Entwicklungsschwerpunkte relevant.

Resch und Koch (1995) geben drei Entwicklungslinien für die Adoleszenzentwicklung an:

- a) Auf der **körperlichen Ebene** entwickeln sich vor allem in der Transeszenz die sekundären Geschlechtsmerkmale. Mit dem Wachstumsschub und den darauf beruhenden körperlichen Veränderung, verändert sich die äußere Gestalt des Jugendlichen. Das Körperschema muss nun, als wichtiger Bestandteil des Selbstbildes, neu gebildet werden.
- b) Auf der **kognitiven Ebene** erwirbt der Jugendliche die Fähigkeit zum formal operativen Denken. Er kann zunehmend eigene Hypothesen über die Welt bilden und eigene Lösungswege für Probleme finden. Der Jugendliche entwickelt ein neues individuelles Orientierungs- und Bewertungssystem. Mit differenzierterer Kritikfähigkeit hinterfragt er sich und die bestehenden Wertmaßstäbe und nimmt Diskrepanzen der Wertorientierung im Elternhaus, Schule und Freizeitkultur wahr. Die Inkompatibilität der Wertesysteme kann zu Wertekrisen führen. Wird kein sicherer Wertmaßstab gefunden, kann an einem hohen und letztlich unerfüllbaren

Wertmaßstab festgehalten werden, vor dem die Umwelt und die eigene Person nicht bestehen kann.

c) Auf der *sozialen Ebene* kann der Jugendliche neue Rollen des Erwachsenenalters und die zugehörige Verantwortung annehmen oder verweigern. Das primäre Bezugssystem der Familie und die damit verbundene Orientierung auf die familiären Werte wird durch das Bezugssystem der Peers und die Orientierung auf deren Werte abgelöst.

Die beschriebenen Veränderungen im Adoleszenzalter könnten in vielerlei Hinsicht ursächlich für die Zunahme der sozialen Ängstlichkeit sein. Die Wahrnehmung der eigenen *körperlichen Veränderung*, besonders der sekundären Geschlechtsmerkmale, dürften verunsichernd auf den Jugendlichen wirken. Die Frage nach der eigenen Attraktivität wird zum neuen Inhalt der Bewertungsangst („Bin ich attraktiv für das andere Geschlecht?“). Der Wachstumsschub erschwert die Koordination der Bewegungen der schnell wachsenden Gliedmaßen, so dass viele Bewegungen unsicher und linkisch wirken können. Bis zum Erwerb eines neuen Körpergefühls bleibt für manchen Jugendlichen eine große Unsicherheit im Umgang mit dem Körper vorherrschend.

Die Fähigkeit zur Selbstreflexion und Selbstkritik und das Hinterfragen der bestehenden Werte wirkt sich unter Umständen labilisierend auf den Selbstwert des Jugendlichen aus. Bewertet er die Welt nach idealisierten Wertmaßstäben, ist das negative Abschneiden in einer Selbstbewertung vorprogrammiert. Die Veränderungen auf der sozialen Ebene, das heißt die Übernahme neuer Rollen ziehen Unsicherheiten in Bezug auf die Rollenidentität nach sich („Wie verhalte ich mich als Frau/Mann?“ „Bin ich Kind oder Erwachsener?“). Durch die Bedeutungszunahme der Peergruppe werden Gleichaltrige zu wichtigen Bezugspersonen. Die Beziehung zwischen Kindern gleichen Alters unterscheidet sich von der Beziehung zu Erwachsenen durch die Symmetrie, das heißt durch die Gleichrangigkeit der Interaktionspartner. In diesem Bezugssystem lernen Kinder das Verständnis für Gleichheit und Gerechtigkeit und bilden ein anderes, neues Selbstkonzept aus, als in der Interaktion mit Erwachsenen (Oerter & Montada, 1995).

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass in der Adoleszenz grundsätzliche Veränderungen im Bereich der Identität, des Selbstwerts, der Individualität und Autonomie und der Identifikation stattfinden. Die meisten Jugendlichen reagieren darauf mit einer verstärkten Unsicherheit in der Interaktion mit der veränderten Umwelt. Dass das Ausmaß an Verunsicherung mit dem Ausmaß an sozialer Ängstlichkeit korreliert, besitzt eine gewisse Augenscheinvalidität - fundierte empirische Belege stehen noch aus.



## **2.5 Soziale Angst als Entwicklungsrisiko: Auswirkungen in Schule, Familie und Peerbeziehungen**

Soziale Ängste in geringem bis mittleren Ausmaß können bei Kinder- und Jugendlichen durchaus eine positive adaptive Wirkung auf die Entwicklung und die Interaktion mit der Umwelt haben. Sozialängstliche Kinder zeigen weniger aggressives, impulsives und antisoziales Verhalten (Schwartz, Snidman & Kagan, 1996) und sind in ihrem Verhalten eher regelorientiert und angepasst. Nach einer Untersuchung mit Kindergartenkindern von Asendorpf (1989a) verknüpften Erwachsene mit dem Persönlichkeitsmerkmal „schüchtern“ auch viele positive Eigenschaften, das heißt schüchterne Kinder waren bei den jeweiligen Betreuern durchaus beliebt. Soziale Angst kann also in einem bestimmten sozialen Kontext durchaus Reaktionen auslösen.

Trotzdem ist es evident, dass eine hohe Ausprägung von sozialer Angst oder eine über verschiedene Situationen generalisierte soziale Angst, negative Auswirkungen auf den schulischen, familiären und den Freizeitbereich von Kindern und Jugendlichen haben. Vielfach wird angenommen, dass sich soziale Angst negativ auf die Beziehung zu Gleichaltrigen auswirkt. Das geschieht vor allem durch die Vermeidung der Interaktionen mit den Peers (Vernberg, Abwender, Ewell & Beery, 1992). Der soziale Rückzug hat zur Folge, dass Freundschaften und soziale Kompetenzen nur begrenzt aufgebaut werden, was negative Selbstbewertung fördert (Rubin, LeMare & Lollis, 1990; Vasey, 1995) und langfristig Depressionen verursachen kann (Asendorpf, 1993; Francis & Radka, 1995). Vernberg et al. (1992) bestätigten in einer Studie diesen postulierten Zusammenhang zwischen hoher sozialer Angst, sozialem Rückzug und vermehrter negativer Selbstbewertung im frühen Jugendalter.

Ein Mangel an sozialer Kompetenz führt nach Rubin et al. (1990) wiederum zu einer verstärkten sozialen Angst, Unsicherheit im Sozialkontakt und Rückzug, so dass die betroffenen Kinder mit der Zeit bei den Gleichaltrigen unbeliebt werden oder sogar deutliche Ablehnung erfahren. Eine negative Korrelation zwischen sozialer Angst bei Grundschulkindern und Akzeptanz bei Gleichaltrigen fanden La Greca und Stone (1993). Dieses Ergebnis wurde an einer jugendlichen Stichprobe repliziert (vgl. Inderbitzen, Walters & Bukowski, 1997). Rubin und Mills (1988) untersuchten 7-, 9- und 10-jährige sozial isolierte Kinder: hier ging die passive Isolation mit der Ablehnung durch die Klassenkameraden, mit internalisierten Probleme (z. B. Depression) und mit negativer Selbstwahrnehmung der Kinder einher. Zusätzlich zeigten Rabiner, Keane und MacKinnon-Lewis (1993), dass Kinder, die als „von den Peers abgelehnt“ klassifiziert worden waren, eine negativere Einschätzung fremder Gleichaltriger vornahmen als die Kinder, die nicht von den Peers abgelehnt wurden.

Für den postulierten Zusammenhang von hoher sozialer Angst mit niedriger sozialer Kompetenz bzw. sozialer Unsicherheit gibt es bislang einige empirische Belege bei Kindern, jedoch wenige bei Jugendlichen. In der Untersuchung von Petermann und Walter (1989) an deutschen Schulkindern ist soziale Unsicherheit mit Schulleistungs- und Konzentrationsproblemen, mit motorischer Unruhe und mit Minderwertigkeits-

gefühlen gekoppelt. Vermeiden die Kinder außerfamiliäre Sozialkontakte zu Gleichaltrigen, so ist ihre Unzufriedenheit in der Familie groß, das heißt sie liegen oft im Streit mit Eltern und Geschwistern (Petermann & Walter, 1989).

Die empirischen Befunde zur sozialen Angst im Kindes- und Jugendalter zeigen, dass soziale Angst und deren Begleiterscheinungen durchaus ein Entwicklungsrisiko darstellen. Allerdings ist dieses Risiko abhängig von der jeweiligen Ausprägung der sozialen Angst. Auffällig ist die weit größere Zahl an Untersuchungen von Auswirkungen sozialer Angst im Kindesalter als im Jugendalter. Dies mag verwundern, da wie im Abschnitt 2.4 gezeigt wurde, gerade im frühen Adoleszenzalter die soziale Angst einen vorübergehenden Höhepunkt erreichen kann.

## **2.6 Zusammenfassung**

Im Kindes- und Jugendalter treten zahlreiche Ängste als reifungsabhängige Phänomene auf, die meistens nach dem Erreichen der jeweiligen Entwicklungsstufe abklingen. Klinisch relevante und behandlungsbedürftige Ängste zeichnen sich durch eine altersunübliche Intensität und Persistenz aus. Die Grenzen zwischen den altersgemäßen und pathologischen Ängsten sind fließend und schwer zu bestimmen.

Soziale Ängste sind unter Kinder- und Jugendlichen weit verbreitet (z. B. Lebenszeitprävalenzrate von 47% nach Essau et al., 1999) und äußern sich auf unterschiedlichen Reaktionsebenen. Sie treten in unvertrauten oder in sozialen Bewertungssituationen auf. Daher lassen sich soziale Ängste in Fremden- und in Bewertungsangst unterteilen, die sich in Abhängigkeit vom jeweiligen Entwicklungsstand des Kindes zeigen.

Es gibt empirische Belege, dass die soziale Ängstlichkeit in der Pubertät ein vorübergehendes Maximum annimmt. Erklärungen dafür könnten die zahlreichen Veränderungen in wichtigen Lebensbereichen sein, die Verunsicherungen in der Interaktion der Jugendlichen mit der Umwelt nach sich ziehen.

Soziale Ängste in geringem bis mittleren Ausmaß können unter Umständen eine adaptive Entwicklung fördern. Stärkere Ängste haben negative Auswirkungen im schulischen, familiären und Freizeitbereich und stellen ein Entwicklungsrisiko dar.

### **3 SOZIALE ANGST ALS FORSCHUNGSGEGENSTAND UNTERSCHIEDLICHER FORSCHUNGSKONTEXTE**

Soziale Ängste werden als Forschungsgegenstand in unterschiedlichen Disziplinen der Psychologie und Psychiatrie thematisiert. Meist handelt es sich bei den dort beschriebenen Konzepten wie z. B. der sozialen Phobie, der Schüchternheit, der sozialen Gehemmtheit und der behavioralen Inhibition nicht um theoretisch klar abgegrenzte Entwürfe, vielmehr scheint es große Überschneidungsbereiche zwischen den Konstrukten zu geben. Allen gemeinsam ist die Einbettung der sozialen Angst in das jeweilige Konzept.

Forschungsgegenstand der *Klinischen Psychologie* und der *Kinder- und Jugendpsychiatrie* ist zum einen die psychopathologische Erscheinungsform der sozialen Angst bei Kindern und Jugendlichen: die soziale Angststörung bzw. die soziale Phobie. Das Erscheinungsbild, der Störungsbeginn, die Komorbidität mit anderen psychischen Störungen und die Verbreitung der sozialen Phobie als klinisch relevante Ausprägung im Kindes- und Jugendalter werden in diesem Kapitel beschrieben. Soziale Ängste können zum anderen aber auch als störungsrelevante Emotion oder als Begleitsymptomatik einer anderen psychischen Problematik auftreten. Diese sollen vorgestellt und die Bedeutung der Komorbiditätsforschung von psychischen Störungen mit subklinischen Erscheinungsformen der sozialen Angst diskutiert werden.

Im Rahmen der *Persönlichkeitsforschung* wird die soziale Angst im Konzept der Schüchternheit thematisiert. Die Schüchternheit als Alltagsbegriff und ihre Weiterentwicklung zum psychologischen Konzept werden vorgestellt. Wichtige Forschungsergebnisse der Schüchternheitsstudien, die zum Verständnis der Emotion „soziale Angst“ beitragen, werden erläutert. Als letztes Konzept der sozialen Angst wird die behaviorale Inhibition beschrieben.

#### **3.1 Soziale Angst im Rahmen der Klinischen Psychologie und der Kinder- und Jugendpsychiatrie**

##### **3.1.1 Soziale Phobie im Kindes- und Jugendalter**

Die Erforschung von Angststörungen im Kindes- und Jugendalter haben in der Geschichte der Psychologie eine lange Tradition. Fallbeispiele über Angst bei Kindern, wie z. B. der „kleine Hans“ von Sigmund Freud oder „Little Albert“ von J. B. Watson gehören inzwischen zu den Klassikern der Psychologiegeschichte. Eine genaue Klassifikation und Operationalisierung der Angststörungen im Kindes- und Jugendalter fand jedoch erst durch die Einführung in das DSM-III (American Psychiatric Association; APA, 1980) statt, welche eine systematischere Forschung ermöglichte.

Die soziale Phobie als klinisch relevante Form der sozialen Angst im Kindes- und Jugendalter ist jedoch nach wie vor wenig erforscht. Das ist insofern erstaunlich, da die

Störung bei Erwachsenen in den letzten 20 Jahren nahezu einen Forschungsboom erfahren hat (Beidel & Randall, 1994). Ein Grund für das erst in den letzten Jahren aufkommende Interesse an der sozialen Phobie in dieser Altersspanne, liegt sicherlich auch in der lange gepflegten Auffassung, soziale Ängste im Kindes- und Jugendalter seien allein reifungsabhängig und „wachsen sich von allein wieder aus“ (Beidel & Turner, 1998). Retrospektive Befragungen haben jedoch gezeigt, dass nur ca. 50% der Erwachsenen, die sich in der Kindheit als schüchtern erlebten, die sozialen Ängste im Lauf der Pubertät und des Erwachsenenalters überwandten (Bruch, Giordano & Pearl, 1986).

### 3.1.1.1 Definition und Phänomenologie der sozialen Angst

Beeinflussen soziale Ängste das Leben der Betroffenen langfristig und massiv, spricht man von einer **sozialen Phobie**. Zwar erleben viele Kinder und Jugendliche hin und wieder soziale Angst (vgl. Abschnitt 2.2.2), jedoch heben sich diese deutlich von Kindern und Jugendlichen mit der Diagnose einer sozialen Phobie ab. Große Unterschiede gibt es vor allem hinsichtlich der erlebten Beeinträchtigung durch die Problematik, der Anzahl und Häufigkeit Angst auslösender Situationen und ihren Reaktionen darauf. Nach dem DSM-IV (Saß, Wittchen, Zaudig & Houben, 1998) ist die soziale Phobie gekennzeichnet durch *„eine ausgeprägte und anhaltende Angst vor einer oder mehreren sozialen oder Leistungssituationen, in denen die Person mit unbekanntem Personen konfrontiert ist oder von anderen Personen beurteilt werden könnte“* (S. 186). Personen mit sozialer Phobie vermeiden Angst auslösende Situationen oder stehen sie mit starker Angst durch. In sozialen Situationen befürchten sie, von anderen als schwach, ängstlich, dumm oder verrückt beurteilt zu werden. Als typische physiologische Reaktionen der Angst erleben sie Erröten, Schwitzen, Herzklopfen und Zittern (vgl. Essau et al., 1999; Saß et al., 1998).

Je nach Anzahl der gefürchteten Situationen unterscheidet man zwischen einer generalisierten und einer spezifischen sozialen Phobie. Interessanterweise gibt es im Vergleich zu den Erwachsenen und Jugendlichen sehr wenig Kinder mit einer spezifischen sozialen Phobie. Beidel, Turner und Morris (1999) fanden bei 50 untersuchten Sozialphobikern im Alter von 7 bis 13 Jahren nur bei 11% eine spezifische soziale Phobie. Das könnte bedeuten, dass sich festumrissene soziale Ängste in diesem Alter rasch auf andere soziale Situationen generalisieren (Albano, DiBartolo, Heimberg & Barlow, 1995; Beidel et al., 1999). Demgegenüber berichten Wittchen et al. (1999) von einer mehr als doppelt so hohen Lebenszeitprävalenz der spezifischer sozialen Phobie gegenüber der generalisierter sozialer Phobie bei Jugendlichen im Alter zwischen 14 und 17 Jahren.

In Abbildung 1 sind zur Übersicht die diagnostischen Kriterien für eine sozialen Phobie nach DSM-IV aufgeführt. Die soziale Phobie ist hier sowohl für Erwachsene als auch für Kinder und Jugendliche definiert, wobei Besonderheiten für diese Altersgruppe explizit genannt werden (siehe Abbildung 1).

Abbildung 1: Diagnosekriterien nach DSM-IV (Saß et al., 1998, S. 186)

**A.** Eine ausgeprägte und anhaltende Angst vor einer oder mehreren sozialen oder Leistungssituationen, bei denen die Person mit unbekanntem Personen konfrontiert ist oder von anderen Personen beurteilt werden könnte. Die Person fürchtet, ein Verhalten (oder Angstsymptome) zu zeigen, das demütigend oder peinlich sein könnte. **Hinweis:** Bei Kindern muss gewährleistet sein, dass das Kind über altersgemäße soziale Beziehungen mit vertrauten Personen verfügt. Die Angst tritt bei Gleichaltrigen, nicht nur bei Interaktionen mit Erwachsenen auf.

**B.** Die Konfrontation mit der gefürchteten Situation ruft fast immer eine unmittelbare Angstreaktion hervor, die das Erscheinungsbild eines situationsgebundenen oder eines situativ vorbereiteten Panik-anfalls annehmen kann. **Hinweis:** Bei Kindern kann sich die Angst in Form von Schreien, Wutanfällen, Gelähmtsein oder Zurückweichen von sozialen Situationen mit unvertrauten Personen ausdrücken.

**C.** Die Person sieht ein, dass die Angst übertrieben und unvernünftig ist. **Hinweis:** Bei Kindern kann dieses Merkmal fehlen.

**D.** Die gefürchtete soziale oder Leistungssituation wird vermieden oder nur unter intensiver Angst oder Unbehagen ertragen.

**E.** Das Vermeidungsverhalten, die ängstliche Erwartungshaltung oder das Unbehagen in den gefürchteten sozialen oder Leistungssituationen beeinträchtigt deutlich die normale Lebensführung, schulische (oder berufliche) Funktionsfähigkeit oder soziale Aktivitäten oder Beziehungen, oder die Phobie verursacht erhebliches Leiden.

**F.** Bei Personen unter 18 Jahren hält die Phobie über mindestens sechs Monate an.

**G.** Die Angst oder das Vermeidungsverhalten wird nicht direkt durch physiologische Effekte einer Substanz (z. B. Drogenmissbrauch, Medikation) oder durch eine organische Erkrankung hervorgerufen und kann nicht besser durch eine andere Psychische Störung (z. B. Paniksyndrom mit oder ohne Agoraphobie, Trennungsangst, Dymorphophobie, Tiefgreifende Entwicklungsstörung oder Schizoide Persönlichkeitsstörung) erklärt werden.

**H.** Falls eine organische Erkrankung oder eine andere Psychische Störung vorliegt, so steht sie nicht in Zusammenhang mit der unter Kriterium A beschriebene Angst, z. B. nicht Angst vor Stottern oder Zittern bei einem Parkinson Syndrom oder dem Zeigen von abnormen Essverhalten bei Anorexia nervosa oder Bulimia nervosa.

Spezifizieren Sie **generalisiert**, falls die Angst alle sozialen Situationen umfasst.

Für die Diagnose der sozialen Phobie nach DSM-IV ist wichtig, dass die Kinder und Jugendlichen über altersgemäße Beziehungen zu Gleichaltrigen verfügen und die Angst nicht nur in der Interaktion mit Erwachsenen (z. B. Autoritätspersonen) auftritt. Im Kindes- und Jugendalter nimmt die Angst selten das Erscheinungsbild einer Panikattacke an, vielmehr können sich die Angstreaktionen in Form von Weinen, Wutanfällen, Erstarren, Anklammern oder gehemmte Interaktionen äußern. Im Gegensatz zu Erwachsenen haben Kinder und Jugendliche nicht immer die Möglichkeit die gefürchteten Situationen zu vermeiden. Für die Diagnose nach DSM-IV ist hier auch die Einsicht irrelevant, dass die Ängste eigentlich übertrieben und unvernünftig sind - nicht immer sind sie in der Lage, den Grund ihrer Angst zu nennen (Beidel & Turner, 1998).

Die entsprechende diagnostische Klassifikation der sozialen Phobie bei Kindern im ICD-10 (Internationale Klassifikation psychischer Störungen; Dilling, Mombour & Schmidt, 1993) ist die *Störung mit sozialer Überempfindlichkeit* (F93.2). Hier wird vor allem die Angst vor fremden Erwachsenen und Gleichaltrigen betont, bei gleichzeitigem Vorhandensein einer selektiven Bindung an Eltern oder an eine andere entsprechende Bezugsperson. Die Vermeidung oder Furcht vor sozialen Situationen soll über das altersübliche Ausmaß hinausgehen und bedeutsame soziale Beeinträchtigungen nach sich ziehen.

Nach Beidel und Turner (1998) sind die Angst auslösenden Situationen für Kinder, Jugendliche und Erwachsene nahezu identisch. In der Studie von Beidel et al. (1999) nennen die meisten der untersuchten Kinder mit sozialer Phobie zwischen 7 und 13 Jahren als schwierigste Situation das Sprechen vor anderen (z. B. Vorlesen, Rede halten) (71%), nachfolgend etwas vor andern vormachen (z. B. im Sport) (61%), sich bei einem Gespräch beteiligen (59%), mit Erwachsenen sprechen (59%), ein Gespräch beginnen (58%) usw. (siehe auch Beidel, 1991a; Beidel & Randall, 1994; Holt et al., 1992). Die Auswertung eines Sozialangst-Tagebuchs, das von der gleichen Altersgruppe über 14 Tage hinweg täglich ausgefüllt wurde, ergab, dass problematische Ereignisse täglich auftraten und die meisten davon die Interaktionen mit Gleichaltrigen betrafen (vgl. Beidel & Randall, 1994; Beidel et al., 1999). Obwohl das öffentliche Sprechen als schwierigste Situation gelten kann, treten Interaktionen mit den Gleichaltrigen ungleich häufiger im Alltag auf und tragen somit deutlich mehr zum alltäglichen Stress bei, als das öffentliche Sprechen.

In der Altersgruppe der Jugendlichen und jungen Erwachsenen mit einer generalisierten sozialen Phobie war die schwierigste Situation ebenfalls das Sprechen vor anderen (86,8%), gefolgt von den Performance- bzw. Testsituationen (81,0%) und dem Sprechen mit einzelnen Personen (76,5%) (Wittchen et al., 1999).

Die Ergebnisse aus der Tagebuch-Studie zeigen außerdem, dass Kinder mit sozialer Phobie signifikant mehr negative Reaktionen auf diese Situationen zeigen als Kinder ohne soziale Phobie. So berichten sozialphobische Kinder und Kinder mit einer Störung mit Überängstlichkeit u. a. von Herzklopfen (70,8%), Schwindel (66,7%), Hitze- wellen/Kälteschauer (62,5%), Schwitzen (54,2%) und Übelkeit (54,2%) (Beidel, Christ & Long, 1991). Diese physiologischen Reaktionen werden auch von phobischen Erwachsenen berichtet und spielen dort eine wichtige Rolle im Beginn oder Aufrechterhaltung der Störung (Beidel & Randall, 1994). Allerdings gibt es wenig Studien bei Kindern, die die physiologischen Symptome direkt während einer Interaktion messen. Weitere physiologische Reaktionen, kognitive Symptome und Verhaltensreaktionen der sozialen Phobie bzw. sozialen Angst werden unter Abschnitt 4.3 und 4.4 ausführlich dargestellt.

### 3.1.1.2 Modelle der sozialen Phobie

In den letzten Jahren wurden zahlreiche Modelle entwickelt, die die Entstehung und Aufrechterhaltung der sozialen Phobie bei Erwachsenen erklären. Im Folgenden soll eine Auswahl an verhaltens- und kognitionsorientierten Ansätzen kurz beschrieben werden, aus denen sich Hypothesen hinsichtlich der sozialen Angst bzw. der sozialen Phobie bei Jugendlichen ableiten lassen und die die Grundlage für die Versuchsplanung der Studie bilden. Welches dieser Modelle als Ganzes sich auf Kinder und Jugendliche übertragen lässt, ist bislang noch nicht geklärt. In dieser Studie können lediglich Teilaspekte evaluiert werden.

Das **Selbstdarstellungsmodell** von Schlenker und Leary (1982) wurde bereits im Abschnitt 2.2.1 erwähnt. Danach entsteht soziale Angst durch das Erleben oder die Antizipation von sozialer Bewertung in realen oder imaginierten sozialen Situationen. Dabei muss die Motivation vorhanden sein, einen guten Eindruck zu machen, bei gleichzeitigem Zweifel an den eigenen Möglichkeiten, diesen Eindruck auch zu vermitteln.

Trower, Bryant und Argyle (1978) vermuten die Ursache von sozialer Angst in einem **Defizit sozialer Kompetenzen**. Die Befunde hinsichtlich des Zusammenhangs von sozialer Angst und sozialer Kompetenz sind eher uneinheitlich und scheinen vor allem von dem Schweregrad der Angstausrprägung abzuhängen (siehe dazu Abschnitt 4.3.1).

Nach Beck, Emery und Greenberg (1985) sind **dysfunktionale kognitive Schemata** zentrale Elemente bei der Entstehung und Aufrechterhaltung der sozialen Phobie. Kognitive Schemata leiten die Informationsverarbeitung und helfen bei der Klassifikation und Interpretation wahrgenommener Ereignisse oder Personen. Sie entstehen oft schon im Kindes- und Jugendalter wenn Kinder und Jugendliche sich mit sozialen Situationen konfrontiert sehen, die für sie neu sind und ihre bisher erworbenen sozialen Kompetenzen überfordern. Es kommt dann zur Entwicklung von negativen Überzeugungen, bei denen sich der Jugendliche als unfähig oder inkompetent abstempelt. Diese dysfunktionalen kognitiven Schemata können bis ins Erwachsenenalter erhalten bleiben, obwohl ein angemessenes Verhaltensrepertoire inzwischen zur Verfügung steht.

Darauf aufbauend entwickelten Clark und Wells (1995) das **Kognitive Modell der sozialen Angst**, das vor allem die aufrechterhaltenden Prozesse der sozialen Phobie betont. Dysfunktionale kognitive Schemata werden bei der Erinnerung an, bei der Aussicht auf oder in sozialen Situationen selbst aktiviert. Diese dysfunktionalen Überzeugungen lassen jede soziale Begebenheit bedrohlich erscheinen und lösen eine Angstreaktion aus, bei der die Person körperliche und kognitive Symptome, wie z. B. Herzklopfen, Erröten, Zittern und Konzentrationsschwierigkeiten empfindet. Zentral für das Modell ist die erhöhte Selbstaufmerksamkeit bzw. der Wechsel des Aufmerksamkeitsfokus: Unter der Annahme in erhöhter Gefahr zu sein, beginnt die Person sich selbst genau zu beobachten. Ihr Ziel ist dabei, einen Eindruck von *dem* Bild zu bekommen, das sie selbst, so ihre Überzeugung, nach außen hin abgibt. Das führt dazu, dass die Person somatische Angstreaktionen (z. B. Herzklopfen) genauer wahrnimmt

und sich mit negativen Kognitionen über sich selbst beschäftigt (z. B. „ich bin nicht in der Lage, in solch einer Situation cool zu bleiben“). Diese Selbstaufmerksamkeit erschwert ein angemessenes Eingehen auf das Gegenüber. In der angstbesetzten Situation trifft die sozial ängstliche Person außerdem Vorsichtsmaßnahmen („safety behaviors“), die verhindern sollen, dass das gefürchtete Verhalten und damit die negative Bewertung eintritt (z. B. starkes Festhalten des Trinkglases, um ein Zittern zu verhindern). Oft wird bei solchen Sicherheitsmaßnahmen erst das eigentlich gefürchtete Verhalten ausgelöst (z. B. durch starkes Festhalten beginnt die Hand erst recht zu Zittern). Nach den sozialen Interaktionen grübeln sozialphobische Person darüber nach, was alles schlecht gelaufen ist. Auf diese Weise werden „neutrale“ Begebenheiten im Nachhinein als Misserfolge interpretiert und als unangenehm empfunden, was wiederum die Auffassung der Gefährlichkeit sozialer Situationen verifiziert und stabilisiert.

Das *integrierte kognitiv-behaviorale Modell* von Heimberg, Juster, Hope und Matthia (1995) fasst unterschiedliche Beiträge und Forschungsbefunde zu einem integrativen Ansatz zusammen. Als Grundlage dient das Diathese-Stress-Modell, das die Entstehung einer sozialer Phobie bei entsprechender genetischen Prädisposition und dem Vorliegen bestimmter Umweltereignisse vorhersagt. Diese Umweltereignisse wie z. B. die modellhafte Ängstlichkeit der Eltern oder die negative Erfahrungen mit Gleichaltrigen führt zu negativen Überzeugungen bezüglich sozialer Situationen (s. o.). Diese negativen Überzeugungen in Form von Selbstaussagen oder Vorhersagen hinsichtlich sozialer Situationen führen dazu, dass sich sozialphobische Personen nur sehr ungern in soziale Situationen begeben oder sie, wenn möglich, vermeiden. Sozialphobische Personen vertreten die Auffassung, dass unangenehme Erlebnisse im Zusammensein mit anderen nur dann vermieden werden können, wenn sie sich in der sozialen Situation perfekt verhalten. Die negative Vorerfahrung und der hohe Anspruch an die eigene Kompetenz führen zu einer Sensibilisierung gegenüber denen als gefährlich empfundenen Reize und zu einer erhöhten Anspannung in der tatsächlichen sozialen Situationen. In der Konsequenz kann es zu einer Eskalation der Angst und zu einem wirklichen unangemessenen Verhalten kommen.

### 3.1.1.3 Störungsbeginn der sozialen Phobie im Kindes- und Jugendalter

Als **Störungsbeginn** der sozialen Phobie wird in der Regel das frühe bis mittlere Jugendalter angegeben, wobei die Streubreite sehr groß ist (Strauss & Last, 1993; Vasey, 1995; Wittchen et al. 1999). Last und Mitarbeiter (Last, Perrin, Hersen & Kazdin, 1992) ermittelten den durchschnittlichen Beginn bei 12,2 Jahren, Strauss und Last (1993) bei 11,3 Jahren. Nach Wittchen liegt der Median des ersten Auftretens einer generalisierten Phobie deutlich unter dem einer spezifischen Phobie (bei Frauen 12,5 vs. 15 Jahre, bei Männern 11,5 vs. 14 Jahre). Die Störung konnte aber auch schon Alter von 8 Jahren diagnostiziert werden (Beidel & Turner, 1998). In retrospektiven Berichten geben sozialphobische Erwachsene als Störungsbeginn oftmals die Kindheit an und ergänzen, eigentlich schon ihr ganzen Leben sozialängstlich gewesen zu sein (Stemberger, Turner, Beidel & Calhoun, 1994, zitiert nach Beidel & Randall, 1994). Diese Ergebnisse decken



sich mit den Befunden über die Entwicklung der Formen sozialer Angst (vgl. Abschnitt 2.3). Es ist zu vermuten, dass sozialphobische Personen, die angaben, schon immer unter sozialen Ängsten zu leiden, im Alter von zwei Jahren Fremdenangst und später Bewertungsangst erlebten.

#### 3.1.1.4 Epidemiologie

Die **Prävalenzraten** älterer Studien der sozialen Phobie bei Erwachsenen, Jugendlichen und Kindern sind wegen der unterschiedlichen Klassifikation schwer mit neueren Angaben zu vergleichen. Wurden die diagnostischen Erhebungen an einer Bevölkerungsstichprobe von Kindern und Jugendlichen nach dem DSM-III durchgeführt, waren die Prävalenzraten der sozialen Phobie eher gering, z. B. 0,9% Inzidenzrate bei 11-jährigen Kindern (Anderson, Williams, McGee & Silva, 1987) oder 1,0% Inzidenzrate bei 7 bis 11-jährigen Kindern (Costello et al., 1989). Diese relativen niedrigen Prävalenzangaben sind einerseits darauf zurückzuführen, dass soziale Phobie oft erst im Jugendalter auftritt und zweitens die Furcht vor dem öffentlichen Sprechen nach dem DSM-III noch zur Diagnose der „einfachen Phobie“ und nicht zur sozialen Phobie gehörte. Verhulst und Mitarbeiter (Verhulst, van der Ende, Ferdinand & Kasius, 1997) fanden mit der Eltern- und Kinderversion des *Diagnostic Interview Schedule for Children* (DISC; National Institute of Mental Health, 1992) auf Grundlage des DSM-III-R in einer Stichprobe niederländischer Jugendlicher (13 bis 18 Jahre) tatsächlich höhere Prävalenzraten: Auf Basis von Selbstaussagen der Jugendlichen lag hier die Sechs-Monats-Prävalenzrate bei 3,7%, auf Basis der Elternversion bei 6,3% und nach Eltern oder Jugendlichen zusammen sogar bei 9,2%. Eine relevante Veränderung des DSM-IV gegenüber dem DSM-III-R ist die Streichung der diagnostischen Kategorien „Störung mit Kontaktvermeidung in der Kindheit oder Adoleszenz“ und der „Störung mit Überängstlichkeit“, was sich auf ebenfalls auf die Prävalenzangaben der sozialen Phobie in aktuellen Studien auswirken dürfte. Wittchen et al. (1999) untersuchten 14- bis 17-jährige Jugendliche mit einer erweiterten Version des *Composite International Diagnostic Interview* (CIDI; Wittchen & Pfister, 1996) auf Grundlage des DSM-IV und fanden eine Lebenszeitprävalenzrate von 4,0% und eine Inzidenzrate von 3,0%. Die Bremer Jugendlichen Studie (BJS; Essau et al., 1999) ermittelten mit dem CIDI bei einer deutschen Jugendlichen Stichprobe allerdings nur eine Lebenszeitprävalenzrate von nur 1,6%.

Bei Erwachsenen liegen die Lebenszeitprävalenzangaben nach DSM-III zwischen 1,0% und 3,9%; diagnostiziert man jedoch nach DSM-III-R, können sich die Lebenszeitprävalenzraten je nach Studie auf 11,3% bis 16,0% erhöhen (Wittchen & Perkonig, 1996). Die Inzidenzrate liegt nach Kessler et al. (1994) bei 7,9%. Laut Kessler et al. (1994) ist die soziale Phobie die am dritthäufigsten vorkommende psychische Störung bei Erwachsenen in den USA.

Hinsichtlich der **Geschlechtsverteilung** scheint es einen Unterschied zwischen den Kindern und Jugendlichen mit sozialer Phobie zu geben, die sich bei einer Beratungsstelle vorstellen mit denen aus einer Bevölkerungsstichprobe. In der Stichprobe der Kinder und Jugendlichen mit einer sozialen Phobie, die durch Kliniken und Beratungsstellen erfasst wurde, sind Jungen (44,3%) und Mädchen (55,7%) annähernd gleich betroffen (Last et al., 1992). In der Bevölkerungsstichprobe finden sich meist doppelte so viele Mädchen wie Jungen mit Diagnose soziale Phobie (Anderson et al., 1987; Essau et al., 1999; Wittchen et al., 1999). Die unterschiedlichen Zahlen könnten bedeuten, dass Jungen zwar seltener betroffen sind, im Verhältnis zu Mädchen aber weit häufiger von ihren Eltern in entsprechenden Einrichtungen um Behandlung ersuchen. Dies hängt sicher mit den geschlechtsspezifischen Rollenerwartungen und sozio-kulturellen Normen zusammen, bei denen soziale Ängstlichkeit bei Jungen weniger toleriert wird als bei Mädchen

### **3.1.2 Komorbidität von sozialer Phobie mit anderen psychischen Störungen**

Viele Kinder und Jugendliche mit der Diagnose soziale Phobie leiden zusätzlich unter anderen psychischen Störungen. An komorbiden Diagnosen fanden Fancis, Last und Strauss (1992) und Last et al. (1992), dass 87-91% einer amerikanischen Stichprobe sozialphobischer Kinder eine zusätzliche Angststörung und 24-55% eine affektive Störung hatten. Die häufigste im Zusammenhang mit sozialer Phobie gestellte Diagnose, war die Störung mit Überängstlichkeit (38-48%), die inzwischen im DSM-IV unter die Diagnose der generalisierten Angststörung fällt. Ebenfalls häufig traten einfache Phobien (41%), Störung mit Trennungsangst (26%) und Zwangsstörungen (13%) auf. Die epidemiologische Bremer Jugendlichen Studie (BJS, Essau et al., 1998) kommt zu ähnlichen Ergebnissen: 41,2% der sozialphobischen Jugendlichen erfüllten die Kriterien einer somatoformen Störung, 29,4% hatten eine depressive Störung und 23,5% litten unter Substanzabusus.

Hinsichtlich allgemeiner klinischer Charakteristika haben Kinder und Jugendliche mit einer sozialen Phobie weniger Vertrauen in ihre kognitiven Fähigkeiten, sind depressiver, haben eine höhere Ausprägung an allgemeiner Ängstlichkeit und zeigen eine Tendenz zu zwanghaftem Verhalten im Vergleich zu einer nichtklinischen Stichprobe (Beidel, 1991a; Beidel & Randall, 1994; Beidel & Turner, 1998).

## **3.2 Soziale Angst im Rahmen psychischer Störungen des Kindes- und Jugendalters**

Auch zusätzlich zu anderen oder innerhalb anderer Störungen des Kindes- und Jugendalters kommen soziale Ängste vor. Dort können sie mehr oder minder fester Bestandteil der Problematik sein oder als nicht primär störungsrelevante Begleitsymptomatik auftreten. Zur ersten Gruppe gehören Störungen wie z. B. der selektive Mutismus, die Schulphobie oder die Generalisierte Angststörung im Kindes- und Jugendalter, die von mehreren Autoren mit sozialer Angst und sozialer Phobie in engen Zusammenhang

gestellt werden. Zur zweiten Gruppe gehören psychische Störungen wie Depression, andere Angststörungen, Essstörungen oder Schizophrenie, bei denen soziale Ängste komorbid zur Primärsymptomatik auftreten können.

Anhand dieser Unterscheidung sozialer Ängste im Kontext psychischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen sollen im Folgenden zuerst die verschiedenen Störungen mit sozialer Angst beschrieben werden (Abschnitt 3.2.1). Zum Auftreten sozialer Ängste als komorbide Symptomatik im Rahmen anderer psychischer Störungen (Abschnitt 3.2.2) finden sich für das Kindes- und Jugendalter wenig Untersuchungen. Deshalb wird in diesem Abschnitt auf Ergebnisse von Untersuchungen über das Auftreten sozialer Angst bei Erwachsenen mit psychischen Störungen zurück gegriffen.

### **3.2.1 Soziale Angst als Bestandteil psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter**

Die Störung, in der die soziale Angst in der Psychopathologie einen großen Raum einnimmt, ist der *selektive Mutismus*. Der selektive Mutismus (*DSM-IV: 313.23; ICD-10: F 94.0*) ist charakterisiert durch die "andauernde Unfähigkeit in bestimmten Situationen zu sprechen, in denen das Sprechen erwartet wird, obwohl die allgemeine Fähigkeit zu Sprechen besteht" (*DSM-IV; Saß et al., 1998, S. 73*). Kinder und Jugendliche mit selektivem Mutismus, sprechen frei innerhalb der Familie oder mit vertrauten Freunden, schweigen jedoch bei jeder anderen Gelegenheit. In der Literatur werden sie übereinstimmend als sehr schüchtern, ängstlich, zurückhaltend und überempfindlich beschrieben (Beidel & Randall, 1994; Black & Uhde, 1992). Die negativen Auswirkungen der Störung auf die Kommunikation und die schulischen bzw. beruflichen Leistungen sind deutlich. Das durchschnittliche Auftretensalter liegt bei 3,7 Jahren (Beidel & Turner, 1998), wobei Mädchen häufiger betroffen sind als Jungen.

Bislang gibt es wenige Studien zu dieser Störung. Das Erscheinungsbild des selektiven Mutismus legt jedoch eine sehr enge Verbindung zur sozialen Phobie nahe. Manche Autoren (Beidel & Turner, 1998) sehen sie sogar als Variante der sozialen Phobie. Black und Uhde (1992) untersuchten 20 Kinder mit der Diagnose „selektiver Mutismus“ und diagnostizierten bei 95% der Kinder (d. h. bei 19 von 20 Kindern) zusätzlich eine soziale Phobie. Soziale Angst ist also ein wichtiges Element des selektiven Mutismus.

Die Kennzeichen der *Schulphobie* sind exzessive Angst vor der Schule und die Verweigerung des Schulbesuchs. Je nach Ausprägung der Störungen bleiben Kinder und Jugendliche mit dem Wissen der Eltern bis zu mehreren Monaten von der Schule fern. Die dahinter liegenden Ängste haben multiplen Inhalt. In den meisten Fällen bestehen sie aus einer Kombination von Trennungsängsten, agoraphobischen Ängsten wie z. B. vor bestimmten Beförderungsmitteln (Bus, Zug, U-Bahn) und sozialen Ängsten wie z. B. Angst vor den Klassenkameraden oder Testsituationen (Schmidt & Blanz, 1989). So diagnostizierten z. B. Last und Strauss (1990) bei 40% der Kinder mit Schulphobie als zweite Diagnose eine soziale Phobie. Die Ursache für die Schulverweigerung kann aber

auch im sozialen Rückzug und der Interesselosigkeit innerhalb einer depressiven Episode liegen. Die Schulphobie wird zwar häufig als eigenständige Störung betrachtet, scheint aber vielmehr Symptom der Störung mit Trennungsangst, der Agoraphobie, der sozialen Phobie oder der depressiven Störung zu sein. Das ist wahrscheinlich auch der Grund dafür, weshalb diese Störung im DSM-IV und ICD-10 nicht als eigenständige Störung genannt wird. Als Prävalenzraten werden 1-2% angegeben (Schmidt & Blanz, 1989) - Jungen sind häufiger betroffen als Mädchen (Reinhard, 1992).

Die **Generalisierte Angststörung** ist charakterisiert durch starke, übermäßige Sorgen über beliebige Situationen und Lebensbereiche der Kinder und Jugendlichen. Das Sorgen scheint von den Betroffenen nicht mehr kontrollierbar zu sein und geht mit körperlichen Symptomen der Anspannung und Nervosität einher. Neben allgemeinen Ängsten, dass z. B. nahen Angehörigen etwas zustoßen könnte oder der Angst vor einer Krankheit, treten auch soziale Ängste auf. Die Komorbidität von sozialer Phobie mit der generalisierten Angststörung liegt sowohl bei Erwachsenen als auch bei Kindern und Jugendlichen bei ca. 16% (Beidel & Turner, 1998).

### **3.2.2 Komorbidität von sozialer Angst mit psychischen Störungen im Kindes- und Jugendalter**

Im Kindes- und Jugendalter treten psychische Störungen selten als einzelne Syndrome auf - die Komorbidität zwischen den Störungsbildern ist hoch. Geht man im Sinne einer dimensionalen Sichtweise der Psychopathologie von einer stufenlosen Ausprägung psychopathologischer Symptome aus und begreift die Grenze zwischen Gesundheit und Störung als fließend, ergeben sich subklinische Formen und Verdünnungsformen der definierten klinischen Vollbilder (Resch, 1999). Auf der Grundlage dieser dimensionalen Sicht, dürften die Komorbiditätsraten von Vollbildern einer Störung und der subklinischen Form anderer Störungen noch höher ausfallen.

Berücksichtigte die Forschung neben Vollbildern eines Krankheitsbildes auch subklinische Formen, würde sie die tatsächliche Komorbidität psychischer Störungen präziser darstellen und der Komplexität psychischer Symptomatik gerecht werden. Das Wissen um Komorbiditäten eines Vollbildes mit z. B. der subklinischen Form der sozialen Phobie trägt zum besseren Verständnis des Vollbildes bei und wäre für die Therapie des Vollbildes von großem Nutzen. So könnte es z. B. für die Therapie von Depressionen von Bedeutung sein, die Auftretenshäufigkeit und Ausprägung von sozialer Ängstlichkeit bei depressiven Störungen zu kennen. Denn würden soziale Ängste als subklinische Form der sozialen Phobie häufig in Verbindung mit der Depression auftreten, könnte das Therapiemanual zusätzliche Bausteine, wie z. B. soziales Kompetenztraining, integrieren. Auf diese Weise könnte die Therapie für Depressionen optimiert werden (vgl. Turner, Meles & DiTomasso, 1983).

Die Beachtung der sozialen Ängstlichkeit bei der Diagnostik psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter scheint besonders relevant, da soziale Ängste unter Umständen eine gesunde Entwicklung behindern (vgl. Abschnitt 2.4.). Offen ist die Frage,

ob und wie sie sich im Rahmen einer psychischen Störung auf die Symptomatik oder den Therapieverlauf auswirken. Leider finden sich in der Literatur keine Studien, die direkt das Auftreten von sozialer Angst im Rahmen psychischer Störungen des Kindes- und Jugendalters untersuchen. Solche Untersuchungen ließen Rückschlüsse über die differentiellen Auswirkungen sozialer Ängstlichkeit auf adoleszente klinische und nichtklinische Populationen zu. Belegt ist allerdings ein positiver Zusammenhang zwischen der retrospektiv beurteilten sozialer Kompetenz im Kindesalter und dem Ansprechen auf medikamentöse Therapie bei Schizophrenie im Jugendalter (Amminger, Mutschlechner & Resch, 1994). Die geringe soziale Kompetenz scheint ein Prodromalsymptom für die Entwicklung von schizophrenen Erkrankungen bei Jugendlichen zu sein.

Auch Studien bezüglich des Auftretens sozialer Angst im Rahmen psychischer Störungen im Erwachsenenalter sind rar. Nach Bailer und Hautzinger (1993) sprechen vielfältige Beobachtungen und Befunde dafür, dass schizophrene Patienten und Patienten mit affektiven Störungen, Schwierigkeiten und Defizite im Sozialverhalten haben, die jedoch nicht in jedem Fall nachweisbar sind. Pilkonis und Mitarbeiter (Pilkonis, Feldman, Himmelhoch & Cornes, 1980) untersuchten Ende der 70er Jahre soziale Angst bei einer großen Stichprobe ambulanter Patienten mit unterschiedlichen Störungsbildern. Danach erlebten sich vor allem schizophrene Patienten und Patienten mit der Diagnose einer sekundären Depression (bei primärer Diagnose einer Persönlichkeitsstörung, bei neuropsychiatrischen Problemen oder anderen körperlichen Problemen) als ausgeprägt sozialängstlich. Leider wurden in dieser Studie die einzelnen Diagnosen nicht gesondert in Beziehung zu der Ausprägung der sozialen Angst dargestellt, so dass keine differenzierten Ergebnisse hinsichtlich verschiedener Störungsbilder vorliegen. Striegel-Moore, Silberstein und Rodin (1993) fanden in ihrer Untersuchung über das *social self* von Frauen mit der Diagnose Bulimie im Vergleich mit einer nichtklinischen Kontrollgruppe signifikant höhere Werte von sozialer Ängstlichkeit als in der nicht klinischen Kontrollgruppe. Die Studie von Turner, Meles und DiTomasso (1983) weist auf größere soziale Ängstlichkeit bei Patienten mit sexuellen Störungen, Agoraphobiker und Zwangspatienten im Vergleich zu Patienten mit einer einfachen Phobie und einer nichtklinischen Kontrollgruppe hin. Bei der Untersuchung von Patienten mit Panikstörung und mit Agoraphobie mit Panikstörung zeigten letztere signifikant höhere Angst vor sozialer Bewertung (Pollard & Cox, 1988). Diese Ergebnisse lassen einen Zusammenhang zwischen der Psychopathologie einiger psychischer Störungen und sozialer Ängstlichkeit vermuten. Bislang wurden die Auswirkungen auf Therapieverlauf und soziale Beeinträchtigung noch nicht erforscht.

### 3.3 Soziale Angst im Rahmen der Persönlichkeitsforschung

Die Schüchternheit wird oft als ein Merkmal der Persönlichkeit oder der Wesensart angesehen (Lépine & Simon, 1998) und ist vor allem Forschungsgegenstand der Persönlichkeitsforschung.

#### 3.3.1 Schüchternheit

Schüchternheit ist ein alltagssprachliches Konzept und als konkrete zwischenmenschliche Erfahrung allgemein bekannt. Für einige Autoren gehört es zum festen Erlebensrepertoire des Menschen, in bestimmten Situationen hin und wieder schüchtern zu sein. Empirische Belege für die große Verbreitung der Schüchternheit in der Bevölkerung liefert Zimbardo (1977, 1986) mit seiner bekannten *Stanford Shyness Survey*. Danach bezeichneten sich 42% der amerikanischen College Studenten als gegenwärtig schüchtern (Zimbardo, 1977) und über 90% berichteten, irgendwann schon einmal schüchtern gewesen zu sein (Zimbardo, Pilkonis & Norwood, 1975). In Übereinstimmung damit fand Lazarus (1982), dass sich 38% der Kinder als schüchtern wahrnehmen.

Im alltagssprachlichen Gebrauch wird eine Person als schüchtern bezeichnet, die in einer sozialen Situation etwas tun möchte, sich aber nicht traut, so dass die Handlung verzögert oder gar nicht auftritt (Asendorpf, 1989a). Der Begriff Schüchternheit wird hier meist als Erklärung oder Beschreibung eines Verhaltens aus der Beobachterperspektive verwendet. Die mit der Schüchternheit einhergehenden Gefühle sind alltagspsychologisch eher diffus, das heißt es handelt sich nicht um klar bestimmbare Emotionen wie Ärger oder Trauer, vielmehr scheinen die Gefühle ambivalenten Charakter zu haben. Izard (1972) untersuchte in einer Studie die begleitenden Emotionen von Schüchternheitssituationen und fand sowohl negative Gefühle wie Furcht oder Ärger aber auch Interesse, das als ebenso stark erlebt wurde wie die Furcht.

Die erste Herausforderung der Schüchternheitsforschung der letzten Jahre war also, das alltagssprachliche Konzept der Schüchternheit für die Wissenschaft zu erschließen, in dem das umgangssprachliche Konstrukt in eine klare operationale Definition überführt wurde. Die zweite Herausforderung stellte die Vielzahl der unterschiedlichen Definitionen von Schüchternheit dar. Leary (1986) fand mindestens 14 Definitionen, die jeweils verschiedene Aspekte der Schüchternheitssymptomatik betonen. Bei seinem Versuch, diese anhand gemeinsamer Charakteristika zu bündeln, identifizierte er drei Kategorien:

- Betonung der *subjektiven Erfahrung* in der Definition wie z. B. die Besorgnis und Nervosität in sozialen Situationen (vgl. Schlenker & Leary, 1981; Zimbardo, 1977)
- Betonung des *gezeigten Verhaltens* in der Definition, wie z. B. die Vermeidung oder das unangemessene Verhalten in sozialen Situationen (vgl. Pilkonis, 1977)
- Betonung der *subjektiven Erfahrung und des gezeigten Verhaltens* in der Definition (vgl. Cheek & Buss, 1981; Jones, Briggs & Smith, 1986)

Nach Leary (1986) entsprechen die *subjektiven Erfahrungen* der Schüchternheit dem Phänomen der sozialen Angst und das *gezeigte Verhalten* der Hemmung auf der Verhaltensebene. Er schlägt vor, Schüchternheit im Sinne der dritten Kategorie zu definieren, als "*affective behavioral syndrome characterised by social anxiety and interpersonal inhibition that results from the prospect or presence of interpersonal evaluation*" (Leary, 1986, S.30). Die Definition von Jones, Cheek und Briggs (1986) trägt dem Rechnung und definiert Schüchternheit verhaltensnah als "*excessive and nervous attention to the self in social settings resulting in timid and often inappropriate overt behaviors (e.g., silence) as well as emotional and cognitive distress (e.g., anxiety, poor self regard, etc.)*" (Jones, Cheek & Briggs, 1986, S.4). Buss (1980) und Cheek und Melchior (1990) unterscheiden in ihrer Definition zusätzlich zu den beiden beschriebenen Aspekten eine somatische Komponente, die sich vor allem auf die körperliche Anspannung bezieht.

### **3.3.2 Schüchternheit als soziale Angst?**

Bei dieser Zusammenschau der Definitionen und Beschreibungen von Schüchternheit, fällt die Ähnlichkeit zwischen sozialer Angst und Schüchternheit ins Auge. Es scheint fast so, als habe die Schüchternheit als Konstrukt nichts oder nicht viel, was sie von der sozialen Angst in der weit gefassten Definition als Emotion mit einer subjektiven Erlebenskomponente, einer Verhaltenskomponente und einer physiologischen Komponente trennt. Vergleicht man ferner die Items der Inventare zur Erfassung von sozialer Angst und von Schüchternheit, treten Gemeinsamkeiten auch in Form identischer Items zu Tage (vgl. z. B. Jones, Briggs & Smith, 1986; Melfsen, 1998). Diese Tatsachen legen den Gedanken nahe, dass soziale Angst und Schüchternheit das selbe Konstrukt erfassen.

In der Literatur über die soziale Angst oder soziale Phobie der klinischen Psychologie oder der Kinder- und Jugendpsychiatrie wird selten auf Ergebnisse aus der Persönlichkeitsforschung über Schüchternheit hingewiesen und umgekehrt. Es scheinen sich also mindestens zwei Wissenschaftstraditionen mit der sozialen Angst in unterschiedlicher Ausprägung und unter anderer Benennung zu beschäftigen. Klare Unterscheidungen werden weder vorgenommen noch werden die Ergebnisse aus beiden Bereichen integriert. Das hat zur Konsequenz, dass wichtige Forschungsergebnisse der Schüchternheitsforschung keinen Eingang in die klinische Forschung über soziale Angst finden und umgekehrt, in der sie unter Umständen eine große Bereicherung und einen Erkenntnisfortschritt darstellen würden.

Im Folgenden sollen deshalb Beiträge aus der Schüchternheitsforschung dargestellt werden, die für die klinisch-psychologische Forschung von sozialer Angst von Bedeutung sein könnten.

### **3.3.3 Beiträge von J. Asendorpf zum Verständnis der Schüchternheit**

Asendorpf (1989a, 1989b, 1990, 1992, 1993a, 1993b) trägt in seinen Arbeiten entscheidend dazu bei, das Phänomen der Schüchternheit besser zu verstehen. Er

überführt anhand mehrerer Präzisierungen die alltagssprachliche Schüchternheit in das psychologische Konstrukt der „*sozialen Gehemmtheit*“ (vgl. Asendorpf, 1989a). Diese Präzisierungen stellen auch für die soziale Angst einen großen Erkenntnisgewinn dar. Sie sollen im Folgenden beschrieben werden.

### 3.3.3.1 *Situative versus dispositionelle Schüchternheit*

Zentral für die Persönlichkeitsforschung ist die Unterscheidung in Zustände (*states*) und Persönlichkeitsmerkmale (*traits*) (Amelang & Bartussek, 1990). Daher wird Schüchternheit als vorübergehender Zustand in *situationale Schüchternheit* (*state shyness*) oder als überdauerndes Persönlichkeitsmerkmal in *dispositionelle Schüchternheit* (*trait shyness*) differenziert (Asendorpf, 1989a).

Die situative Schüchternheit wird in sozial schwierigen Situationen bei vielen Personen ausgelöst, die sich generell nicht unbedingt als schüchtern bezeichnen. Dispositionelle Schüchternheit ist eine zeitlich relativ stabile Tendenz in sozialen Situationen schüchtern zu reagieren. Dispositionell schüchterne Menschen erleben Schüchternheit in vielen verschiedenen Situationen, sie tritt häufiger auf und erreicht eine größere Intensität als die situative Schüchternheit (Cheek & Watson, 1989). Schüchternheit ist wie Extraversion und Neurotizismus ein relevantes Beschreibungsmerkmal und im Selbstkonzept gut repräsentiert (vgl. Asendorpf, 1989a).

Da Asendorpf den Alltagsbegriff „Schüchternheit“ präzisieren will, führt er für die situationale Schüchternheit den Begriff „*soziale Hemmung*“ und für die dispositionelle Schüchternheit den Begriff „*soziale Gehemmtheit*“ ein. Um einer Begriffsverwirrung vorzubeugen, werden im Folgenden zwar die inhaltlichen Präzisierungen von Asendorpf übernommen, es wird jedoch weiterhin der Begriff „Schüchternheit“ verwendet.

### 3.3.3.2 *Schüchternheit als Annäherungs-Vermeidungskonflikt*

Sozialen Situationen liegen unterschiedliche, in Wechselwirkung stehende Motivationsysteme zu Grunde. Asendorpf (1989a) fasst die beteiligten Verhaltensmotive in ein Cluster von Annäherungstendenzen und ein Cluster von Vermeidungstendenzen zusammen. Er vermutet, dass sich situativ schüchterne Personen immer in einem *Annäherungs-Vermeidungskonflikt* befinden. Am Beispiel der Kontaktaufnahme eines Kindes mit einem fremden Erwachsenen zeigt sich dieser Konflikt deutlich: das Kind nimmt Blickkontakt mit dem Erwachsenen auf, lächelt und signalisiert Interesse, hält jedoch räumlichen Abstand und vermeidet hin und wieder den Blickkontakt.

### 3.3.3.3 *Unterscheidung von Schüchternheit, Ungeselligkeit, Geselligkeit und Vermeidung*

Die Unterscheidung in Motivationstendenzen ist für die Forschung über Schüchternheit und soziale Angst von großer Bedeutung da sich mit Hilfe der Motivationsanalyse (siehe Abbildung 2) Schüchternheit, Ungeselligkeit, Geselligkeit und Vermeidung differenzieren lassen. Diese Begriffe werden im Alltag und auch bei der Definition von



manchen Schüchternheitsdefinitionen stark vermischt (z. B. Leary & Kowalski, 1995). Mit der Analyse ist es möglich zu bestimmen, ob ein Kind aus Schüchternheit oder Desinteresse alleine in der Ecke spielt.

Die Ausprägung hinsichtlich der Annäherungs- und Vermeidungstendenz entscheidet über die Zugehörigkeit zu einer der in Abbildung 2 aufgeführten Motivationstendenzen. *Ungesellige Kinder* haben demnach eine niedrige Vermeidungstendenz und legen nicht viel Wert auf den Kontakt mit anderen. *Gesellige* haben eine hohe Annäherungsmotivation und vermeiden selten soziale Situationen. *Vermeider* haben kein großes Interesse am Kontakt mit anderen und starke Vermeidungstendenzen. *Schüchterne Kinder* kommen oft in einen Annäherungs-Vermeidungskonflikt, da sie sowohl großes Interesse an dem Kontakt mit anderen haben als auch soziale Situationen vermeiden.

Abbildung 2: Ausprägungen der zwei Motivationstendenzen (modifiziert nach Asendorpf, 1989a)

		<b>Annäherungstendenz</b>	
		<b>niedrig</b>	<b>hoch</b>
<b>Vermeidungs- tendenz</b>	<b>niedrig</b>	<i>Ungesellige</i>	<i>Gesellige</i>
	<b>hoch</b>	<i>Vermeider</i>	<i>Schüchterne</i>

#### 3.3.3.4 Das neuropsychologische Modell der Angst von J.A. Gray

Asendorpf (1989a) belegt anhand seiner Untersuchungen (z. B. Asendorpf, 1989a, 1989b, 1990), dass Schüchternheit in Situationen ausgelöst wird, in denen die Interaktionspartner fremd sind, Bestrafung oder frustrierende Nichtbelohnung signalisieren.

Als theoretischer Hintergrund für diese Präzisierung der Schüchternheit bietet sich das **neuropsychologische Modell der Angst** von Gray (1982, 1988, 1995) an. Asendorpf (1992) nimmt es als Erklärungsmodell für die situationale Schüchternheit, obwohl Gray (1982, 1988, 1995) es ursprünglich als Modell für die Entstehung von Angst entwickelt hat. Hier zeigt sich wieder der große Überschneidungsbereich bzw. die Äquivalenz der Konzepte soziale Angst und Schüchternheit.

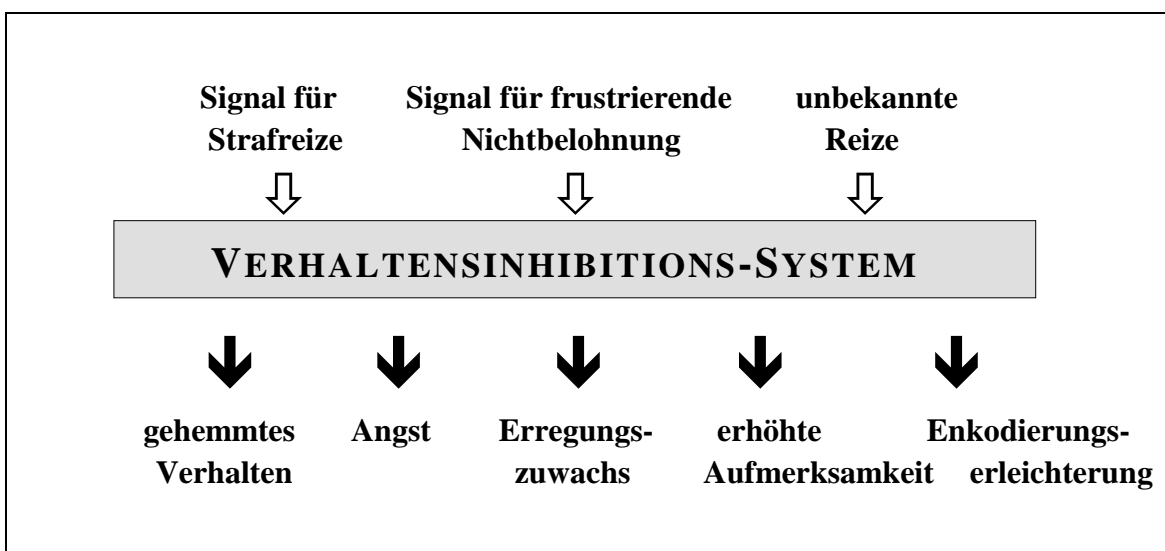
Gray (1982, 1995) beschreibt drei voneinander abgrenzbare Verhaltens- bzw. Emotionssysteme, die miteinander interagieren und in Angstsituationen von Bedeutung sind: ein „Angriff-Flucht-System“ (*fight/flight system*), ein „Verhaltensaktivierungs-System“ (*approach system*) und ein „Verhaltensinhibitions-System“ (*behavioral inhibition system*). Für die Beschreibung des Phänomens soziale Angst eignet sich das Verhaltensinhibitions-System. Dieses System lässt außerdem Raum für Erweiterungen

und ermöglicht die Bildung von neuen, testbaren Hypothesen. Im Modell werden die Bedingungen präzisiert, unter denen Personen mit Schüchternheitsreaktionen/sozialer Angst reagieren und welche Auswirkungen dies auf das Verhalten und Erleben des Menschen haben.

Das Verhaltensinhibitions-System wird aktiviert, wenn Signale für Strafreize, Signale für frustrierende Nichtbelohnung oder unbekannte Reize auf eine Person treffen (siehe Abbildung 3). Im Gegensatz zum „Angriff-Flucht-System“, das allein aufgrund unkonditionierter Gefahrenreize aktiviert wird, setzt die Schüchternheitsreaktion erst nach dem Vergleich und der Enkodierung der Reize mit dem Gedächtnis ein. Das bedeutet, dass dem Verhaltensinhibitions-System neben der Aufgabe neue Information aus der Umgebung aufzunehmen und mit Mustern aus dem Gedächtnis zu vergleichen, auch die Funktion der Enkodierung und des Screenings Angst auslösender Reize zukommt.

Nach Aktivierung des Systems durch ein oder mehrere gleichzeitig auftretende Reize kommt es zu einer Reaktion, die bezüglich der gezeigten Intensität interindividuell unterschiedlich sein kann, sich aber in immer gleicher Weise auf das Erleben und Verhalten auswirkt. Die Reaktion ist gekennzeichnet durch gehemmtes Verhalten, erlebte Angst, einer erhöhten Erregung, einer erhöhten Aufmerksamkeit auf die inhibitionsauslösenden Reize und der Enkodierungserleichterung dieser Reize (vgl. Abbildung 3).

Abbildung 3: Inhibitions Modell von Gray (1982)



Unter dem gehemmten Verhalten versteht Gray (1982, 1995) die Unterbrechung der gerade ablaufenden motorischen Reaktionen, woraufhin zuerst eine Bewegungslosigkeit bis hin zu einer Erstarrung eintreten kann. Die nachfolgenden Handlungen werden dann mit mehr Nachdruck ausgeführt, was er als Erregungszuwachs bezeichnet. Die Aufmerksamkeit richtet sich auf die Angst auslösenden Signale und Reize. Diese Signale können dann auch leichter erkannt bzw. enkodiert werden.

Gray (1982, 1995) lokalisiert das Verhaltensinhibitions-System im limbischen System des Gehirns, das die Hippocampus-Formation und das Septum umfasst. Er beschreibt damit ein separates Subsystem im Gehirn, das Angst mediiert.

Die empirische Überprüfung des Modells nimmt Gray (1982, 1995) mit einer Vielzahl von Tierexperimenten nach dem behavioristischen Paradigma, durch psychopharmakologische Studien und Verhaltensstudien vor. Der Geltungsbereich des Modells beruht also darauf, inwieweit Ergebnisse aus Tierexperimenten auf den Menschen übertragen werden können.

### 3.3.3.5 Erweiterung des Modells von J.A. Gray

Um dem komplexen menschlichen Verhalten und Emotionen gerecht zu werden, müssen nicht nur Aspekte der klassischen Konditionierung beachtet werden, sondern auch komplexe kognitive Prozesse, wie z. B. bestimmte Selbstdarstellungsziele, das Überprüfen der Bewältigungsmöglichkeiten für eine Situation und der Vergleich mit sozialen Normen. Außerdem sollten nicht nur die unmittelbaren Auswirkungen der Schüchternheit berücksichtigt werden, sondern auch die Entwicklung bzw. die Anpassung auf die jeweilige Situation. Für Asendorpf (1992) umfasst das z. B. die Berücksichtigung von Coping Strategien, die er in das Modell von Gray (1982, 1995) integriert (vgl. Abbildung 4).

Die Angst auslösenden Signale für Strafreize, Signale für frustrierende Nichtbelohnung oder unbekannte Reize überträgt Asendorpf (1992) auf die soziale Situation. Dort wird die Schüchternheitsreaktion durch die Fremdheit der Interaktionspartner und die Erwartung einer negativen oder ungenügenden positiven Bewertung durch den Interaktionspartner (z. B. Erwartung abgelehnt oder ignoriert zu werden) ausgelöst. Unter dem Begriff „soziale Bewertung“ bringt er Signale für Strafreize und Signal für frustrierende Nichtbelohnung zu einem Auslöser der sozialer Hemmung zusammen. Diese Unterscheidung der Angst auslösenden Situationen entspricht den unter Abschnitt 2.3 genannten Formen sozialer Angst - der Fremden- und der Bewertungsangst.

Das Modell beschreibt also einerseits die *intraindividuellen* Unterschiede der Schüchternheitsreaktion, in dem es angibt, in welchen Situationen mit Schüchternheit reagiert wird und wie sich die Hemmung im sozialen Verhalten zeigt. Andererseits erklärt das Modell auch *interindividuelle* Unterschiede in der Reaktionsintensität der Schüchternheit.

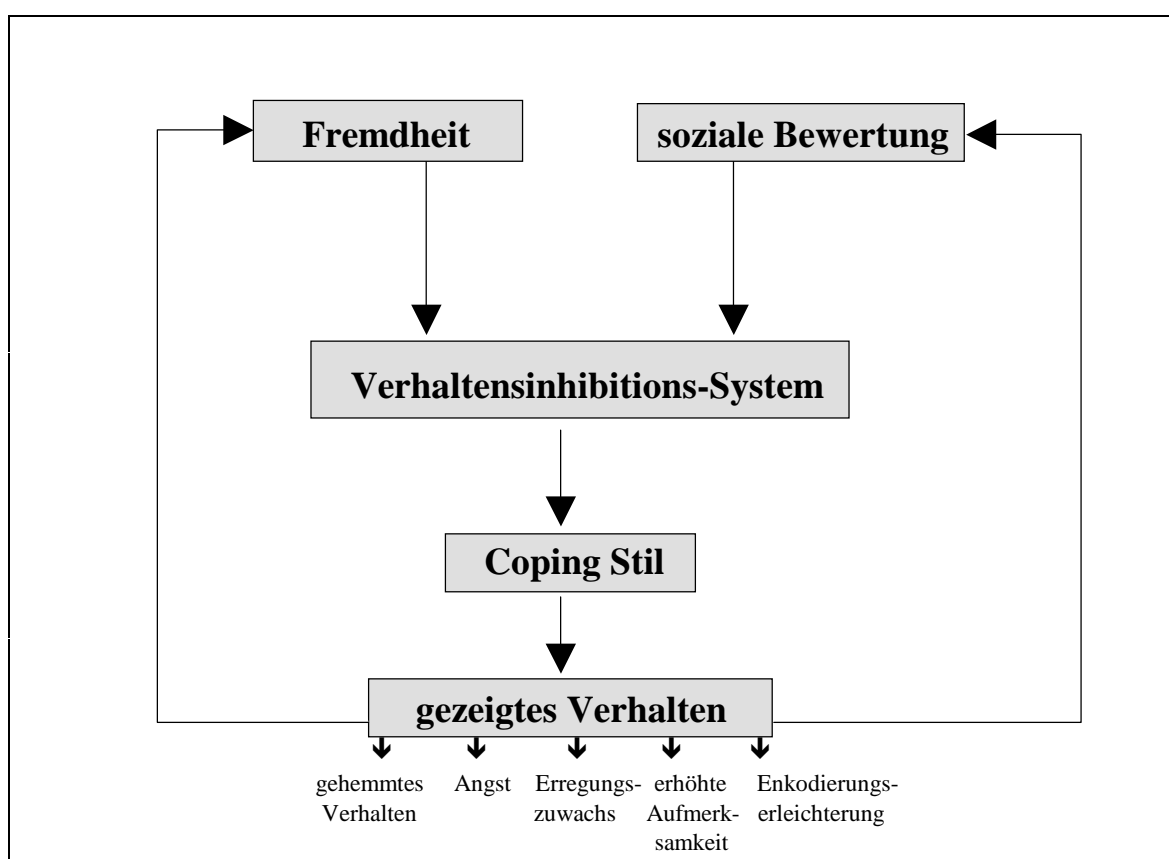
*Interindividuelle* Unterschiede in der Reaktionsintensität, die sich in quantitativ unterschiedlicher Ausprägung der Schüchternheitsreaktion zeigen, können erstens mit Hilfe des Konstrukts der „**Stärke des Verhaltenshemmungssystems**“ erklärt werden: einerseits kann die Schwelle bis zum Einsetzen der Reaktion bei Personen verschieden hoch sein, zum anderen könnte die Reaktionszunahme bei gleichem Anstieg des Reaktionspotentials in sozialen Situationen variieren. In ihrer Interaktion bilden diese zwei Faktoren das übergeordnete Konstrukt der „**Stärke des Verhaltenshemmungssystems**“. Die Stärke des Verhaltenshemmungssystems, so vermuten Gray (1982, 1995)

und Asendorpf (1992), könnte eine neuroanatomische Entsprechung besitzen und genetisch determiniert sein.

*Interindividuelle* Unterschiede entstehen zweitens durch variierende Lernerfahrungen in sozialen Situationen und mit auslösenden Situationsmerkmalen. So kann ein und derselbe Interaktionspartner für ein Kind Belohnung, für das andere frustrierende Nichtbelohnung signalisieren.

*Interindividuelle* Unterschiede haben ihre Ursache im Coping Verhalten des Kindes in der problematischen Situation. Kinder mit erfolgreichem Coping Verhalten erholen sich schnell von den Auswirkungen der Schüchternheitsreaktion, während Kinder mit nicht erfolgreichem Coping Verhalten in der Reaktion, wie z. B. dem gehemmten Verhalten verharren.

Abbildung 4: Zwei-faktorielles Copingmodell der sozialen Hemmung in der Kindheit (Asendorpf, 1992)



Der Grad an sozialer Gehemmtheit einer Person relativ zu der Bezugspopulation, lässt sich daher am besten in einer Situation mit einem unbekanntem Interaktionspartner feststellen, da der Grad an Unbekanntheit relativ konstant gehalten werden kann, und unterschiedliche Lernerfahrung mit bestimmten Personen nicht ins Gewicht fallen.

### 3.3.3.6 Bedeutung der Schüchternheitsforschung für die soziale Angst

Auf Grundlage der Ähnlichkeit der Konzepte soziale Angst und Schüchternheit können wir annehmen, dass sich die vorgenommenen Präzisierungen der Schüchternheit, auch auf die sozialen Ängste anwenden lassen. Die Übertragung der Präzisierungen auf die soziale Angst würde Folgendes bedeuten:

- soziale Ängstlichkeit kann wie die Schüchternheit als überdauerndes Persönlichkeitsmerkmal (*trait*) und als situationsabhängige Verhaltenstendenz (*state*) verstanden werden.
- bei der situationsabhängigen sozialen Angst sind sowohl Annäherungstendenzen als auch Vermeidungstendenzen wirksam.
- das neuropsychologische Modell der Angst nach Gray (1982, 1995) bzw. die Erweiterung durch Asendorpf (1992) erklärt auch die situative soziale Angst: Signale der Fremdheit oder der Bewertung sind auslösende Bedingungen für soziale Ängste und es gibt eine genetisch determinierte Reizschwelle, die die Reaktionskomponenten der sozialen Angst mediiert. Diese Reaktionen sind abhängig von der jeweiligen Lernerfahrung. Außerdem zeigt sich die soziale Angst in gehemmtem Verhalten, Angst, Erregungszuwachs, einer erhöhten Aufmerksamkeit und einer Enkodierungs-erleichterung der Angst auslösenden Reize.

### 3.3.3.7 Zusammenfassung

Schüchternheit ist ein Alltagssprachlicher Begriff und als Erfahrung allgemein verbreitet. Die Schüchternheit kann als überdauerndes Persönlichkeitsmerkmal oder als ein situativer Zustand verstanden werden. Der situativen Schüchternheit liegt ein Annäherungs-Vermeidungskonflikt zugrunde, der sie von Ungeselligkeit und Vermeidung differenziert. Die situative Schüchternheit kann mit Hilfe des neuropsychologischen Modells der Angst von Gray (1982, 1995) beschrieben und erklärt werden. Konzepte der sozialen Angst und der Schüchternheit sind einander sehr ähnlich. Es wird daher vermutet, dass die oben genannten Präzisierungen auf die soziale Angst übertragen werden können.

### 3.3.4 Behaviorale Inhibition

Da das Konzept der *behavioral inhibition*, wie es von Kagan und Mitarbeiter definiert wird, innerhalb der Persönlichkeits- und Temperamentsforschung häufig in Verbindung mit sozialer Angst und Schüchternheit genannt wird, soll es hier beschrieben werden und den Überblick über soziale Angst innerhalb unterschiedlicher Forschungskontexte abrunden.

#### 3.3.4.1 Definition und Phänomenologie

In den achtziger Jahren begann die Forschung über die behaviorale Inhibition mit einer ersten Studie, in der 21 Monate alte Kinder mit mehreren unvertrauten Situationen (z. B. Konfrontation mit unvertrauten Menschen oder Gegenständen) konfrontiert wurden

(Garcia-Coll, Kagan & Reznick, 1984). Das Verhalten und die physiologischen Reaktionen der Kinder in der jeweiligen Situation wurden erhoben und die Einschätzung der Eltern zu dem Verhalten der Kinder im Alltag erfragt. Aufgrund von Beobachtungen der unterschiedlichen Reaktionen definierten Garcia-Coll et al. (1984) einen Reaktionsstil als behaviorale Inhibition, der durch Hemmung, Vermeidung und Unbehagen gekennzeichnet ist. Dieses Verhalten zeigten Kinder sowohl in unvertrauten Situationen als auch bei unbekanntem Menschen oder Gegenständen. Als Maß der Reaktionsstärke wurde der *behavioral inhibition index* konstruiert. Er umfasst zusätzlich zu den Variablen der *behavioral inhibition* (wie z. B. lautes Weinen, angespannter Gesichtsausdruck oder sozialer Rückzug), die Latenzzeit bis zur Interaktion mit unbekanntem Personen und die Zurückhaltung im Spiel. Mit Hilfe dieses Indexes können Kinder entweder als *inhibiert*, das heißt sie zeigen starke behaviorale Inhibition oder als *uninhibiert*, das heißt sie zeigen wenig behaviorale Inhibition in den entsprechenden Situationen, klassifiziert werden. Nach Kagan und Mitarbeiter (Kagan, 1989; Kagan, Reznick & Snidman, 1988) gehören im Alter von ca. 2 Jahren ca. 10-20% der Kinder zu der Extremgruppe der inhibierten und 30-35% zu der Extremgruppe der uninhibierten Kinder. Die restlichen Kinder zeigen eine mittlere Ausprägung der behavioralen Inhibition.

Neben der Verhaltensbeobachtung wurden einige physiologische Variablen untersucht, von denen vermutet wurde, dass sie mit der *behavioral inhibition* in Zusammenhang stehen (vgl. Garcia-Coll et al., 1984). Am häufigsten wurden die Herzrate und die Herzratenvariabilität erhoben. Während der Untersuchungssituation zeigten 22 Monate alte Kinder aus der inhibierten Gruppe höhere und stabilere Herzraten und eine geringe Herzratenvariabilität, als Kinder aus der uninhibierten Gruppe. Diese Unterschiede blieben auch in Nachfolgeuntersuchungen im Alter von 4 und 5,5 Jahren erhalten. Mit 7,5 Jahren waren diese Differenzen jedoch statistisch nicht mehr bedeutsam (Kagan et al., 1988). Weiterhin wurden der Cortisol- und Noradrenalin-Spiegel und die Pupillenweite untersucht. Hier zeigte sich bei inhibierten Kindern im Alter von 5,5 Jahren vor und während der Untersuchungssituation eine größere Pupillenerweiterung und ein höherer Cortisolspiegel (Kagan et al., 1988; Reznick, Kagan, Snidman, Gersten, Baak & Rosenberg, 1986). Der Zusammenhang zwischen dem *behavioral inhibition index* und dem Noradrenalin-Spiegel war mit  $r = .31$  zwar statistisch bedeutsam aber eher gering (Kagan, Reznick & Snidman, 1987).

Kagans (1989) Untersuchungen der Physiologie zeigen Unterschiede, die er auf die tonisch niedrige Schwelle eines physiologischen Erregungssystems zurückführt. Seine Auffassung über eine neuroanatomische Entsprechung des physiologischen Erregungssystems gleicht in den wesentlichen Grundzügen den Annahmen von Gray (1982, 1995) (vgl. Abschnitt 3.3.3.4). Wie auch Gray (1982, 1995) nehmen Kagan und Mitarbeiter (1988) eine erbliche, genetisch determinierte Komponente der Inhibition an.

Empirische Unterstützung erhält die Hypothese der genetischen Determination durch Studien mit mono- und dizygoten Zwillingen. Matheny (1989) fand eine höhere

Übereinstimmung zwischen den Indices der *behavioral inhibition* bei eineiigen Zwillingen als bei zweieiigen Zwillingen. Robinson, Kagan, Reznick und Corley (1992) wiesen ebenfalls eine hohe Erblichkeitsrate bei monozygoten Zwillingen nach, die sie im Alter von 14, 20 und 24 Monaten untersuchten.

#### 3.3.4.2 Zeitliche Stabilität der behavioralen Inhibition

Im Rahmen von Langzeitstudien wurden Kinder, die im Alter von 21 oder 31 Monaten als inhibiert klassifiziert worden waren, mit 4 Jahren, 4,5 Jahren, 6 Jahren und 7,5 Jahren hinsichtlich ihrer behavioralen Inhibition und mit 13 Jahren auf psychische Probleme hin untersucht (Garcia-Coll et al., 1984; Kagan, 1989; Kagan, Reznick, Clarke, Snidman & Garcia-Coll, 1984; Kagan et al. 1988; Reznick et al. 1986; Schwartz, Snidman & Kagan, 1996; Schwartz, Snidman & Kagan, 1999). In diesen Studien erwies sich die behaviorale Inhibition als ein weitgehend stabiler Reaktionsstil. Allerdings scheint sich die behaviorale Inhibition bei einigen Kindern im Lauf der Entwicklung zu verringern. So konnten 41% der Kinder, die im Alter von 2 Jahren als inhibiert klassifiziert worden waren, im Alter von 4 Jahren nicht mehr der inhibierten Extremgruppe zugeordnet werden. Kagan et al. (1984) und Asendorpf (1992) machen für diese Veränderung Umweltbedingungen (z. B. Erziehungsstil der Eltern, Lernerfahrung) verantwortlich, die neben der biologischen Komponente wichtigen Einfluss auf das Temperament des Kindes nehmen können.

#### 3.3.4.3 Behaviorale Inhibition und Angststörungen

Einige Studien weisen Zusammenhänge zwischen behavioraler Inhibition und Angststörungen nach (Biederman et al., 1990; Biederman et al., 1993). Biederman et al. (1990) konnten zeigen, dass inhibierte Kinder signifikant häufiger unter einer Angststörung litten als uninhibierte Kinder. Die bereits mit 21 Monaten als inhibiert bzw. uninhibiert klassifizierten Kleinkinder (Kagan et al., 1984) wurden als Jugendliche im Alter von 13 Jahren von Schwartz et al. (1999) hinsichtlich ihrer aktuellen Symptomatik erneut untersucht. Die Autoren fanden, dass die als Kleinkinder inhibierten Jugendlichen, häufiger soziale Ängste erlebten. Uninhibierte reagierten eher mit externalisierenden Symptomen, wie Aggressivität, antisozialem Verhalten und Impulsivität. Hayward, Killen, Kraemer und Taylor (1998) zeigten in einer prospektiven Längsschnittstudie mit Jugendlichen, dass Indikatoren der behavioralen Inhibition wie Vermeidung und allgemeine Ängstlichkeit in der Kindheit, Risikofaktoren für die Entstehung einer sozialen Phobie im Jugendalter darstellten.

Diese Ergebnisse lassen vermuten, dass die behaviorale Inhibition prädisponierender Faktor bei der Entstehung von Angststörungen verstanden werden kann. Dieser Faktor scheint aber nur eine Ursache von vielen zu sein, da immerhin 30% der inhibierten Kinder später keine Angststörung entwickeln (Biederman et al., 1990; Kagan & Snidman, 1999). Behaviorale Inhibition ist also eine eigenständige Temperamenteigenschaft, die aber nicht unbedingt ein Entwicklungsrisiko darstellt.

### **3.4 Zusammenfassung**

Soziale Ängste werden innerhalb der sozialen Phobie, der Schüchternheit und der behavioralen Inhibition beschrieben, die als Forschungsgegenstände in unterschiedlichen Forschungskontexten thematisiert werden.

Die soziale Phobie ist die klinisch relevante Form der sozialen Angst im Kindes- und Jugendalter und bislang wenig erforscht. Erste Befunde weisen auf eine Ähnlichkeit der Problematik bei Kindern- und Jugendlichen mit der sozialen Phobie bei Erwachsenen hin. Es gibt eine hohe Komorbidität der sozialen Phobie im Kindes- und Jugendalter mit anderen psychischen Störungen. Subklinische soziale Ängstlichkeit kommt bei Erwachsenen häufig im Rahmen anderer Diagnosen vor. Das Auftreten und die Auswirkungen der subklinischen sozialen Ängste bei kinderpsychiatrischen Stichproben wurde noch nicht untersucht.

Der Begriff „Schüchternheit“ stammt aus der Alltagssprache und wird im Rahmen der Persönlichkeitsforschung zu einem psychologischen Konzept umgewandelt. Besonders vielversprechend ist dabei der Ansatz von Asendorpf (1989a), der die Schüchternheit in das psychologische Konstrukt der „sozialen Gehemmtheit“ überführt. Auf Grundlage des neurophysiologischen Modells der Angst von Gray (1982) entwickelt er ein Copingmodell zur sozialen Hemmung in der Kindheit, das die relevanten Variablen der Entstehung, des Copings und der Manifestation von Schüchternheit integriert. Beiträge aus diesem Forschungsbereich liefern wichtige Ergänzungen für das Verständnis von sozialer Angst.

Behaviorale Inhibition wird als Reaktionsstil verstanden, der durch Hemmung, Vermeidung und Unbehagen gekennzeichnet ist. Die Autoren vermuten eine genetische Determination dieses Verhaltens. Nach ersten Forschungsbefunden kann man davon ausgehen, dass die behaviorale Inhibition eine prädisponierende Temperamenteigenschaft für die Entstehung von Angststörungen ist.



## 4 MEHREBENENANALYSE DER EMOTION „SOZIALE ANGST“

Wie bereits erwähnt, ist das Ziel der vorliegenden Studie eine multiperspektivische und -dimensionale Analyse der sozialen Angst als Emotion. Die multidimensionale Analyse oder Mehrebenenanalyse von Emotionen fordert, dass zur reliablen Emotionserfassung mehrere Gefühlskomponenten berücksichtigt werden. Für dieses Vorgehen erscheint es notwendig, zuerst einen emotionstheoretischen Rahmen aufzuspannen, in dem die verschiedenen Komponenten erläutert und die bisherigen Forschungsergebnisse zu diesem Thema eingebettet werden können.

Deshalb sollen im ersten Teil dieses Kapitels die für diesen Rahmen notwendigen Grundlagen der Emotionsforschung kurz skizziert werden. Zu Beginn wird der Emotionsbegriff definiert. Die Beschreibungen der fundamentalen Theorieansätze der Emotionsforschung gruppieren sich nach den verschiedenen Reaktionskomponenten, denen jede Theorie jeweils ihr Hauptaugenmerk schenkt. Die Reaktionskomponenten werden erläutert, die Erhebungsmethodik beschrieben und die wesentlichen Ergebnisse zur Emotionsdifferenzierung zusammengefasst.

Im zweiten Teil wird das Konzept der Mehrebenenanalyse vorgestellt und ihre Bedeutung für die Emotion „soziale Angst“ bei Erwachsenen und Kindern erklärt. Es folgt eine übersichtsartige Darstellung und Diskussion der bisherigen Forschungsbefunde.

### 4.1 Das Konzept der Emotion

#### 4.1.1 Definition

Emotionen wie Angst, Furcht oder Panik werden in der Alltagspsychologie meistens als Gefühlszustände aufgefasst, die sich nur der Person selbst in der bewussten Introspektion erschließen. Andere Personen haben zu den subjektiven Gefühlen keinen Zugang. Dieser phänomenologischen Sichtweise widerspricht der inzwischen übereinstimmend angenommenen Auffassung der Emotionsforschung, dass Emotionen Prozesse sind, die von einem Komplex bestimmter Reaktionskomponenten abhängen (z. B. Frijda, 1986; Krause, 1998; Lang, 1993; Resch, 1999). Zum Zustandekommen und Ablauf emotionaler Prozesse tragen sowohl *"subkortikale als auch kortikale Verarbeitungsmechanismen externer und interner Reizung, neurophysiologische Veränderungsmuster, motorischer Ausdruck, Motivationstendenzen und Gefühlszustände"* (Scherer, 1990, S. 3) bei.

Einige Theoretiker schreiben der kognitiven Komponente für die Entstehung von Emotionen eine besondere Rolle zu und sehen die motivationale Komponente eher als Folge der emotionalen Erregung. Die Unterscheidung in Antezedenz, Essens und Konsequenz der Komponenten ist nach Scherer (1990) nicht sinnvoll, da Emotionen prozessualen Charakter haben, die Komponenten miteinander in Wechselwirkung stehen und für einen bestimmten Zeitraum miteinander interagieren.

Je nach Klassifikation werden drei (Lang, 1968, 1993), fünf (Scherer, 1990) oder sechs (Krause, 1998; Resch, 1999) emotionale Komponenten differenziert. Nach Lang (1968, 1993) manifestiert sich die Emotion in drei Indikatorbereichen, nämlich in der verbal-kognitiven Komponente, der motorisch-expressiven Komponente und der physiologischen Komponente. Scherer (1990) definiert fünf Emotionskomponenten als Zustandsformen organismischer Subsysteme, die jeweils ihre eigene Funktion für die Adaptation und das Verhalten des Organismus haben. Dabei differenziert er die von Lang vorgeschlagene subjektive Komponente in eine kognitive und eine Gefühlskomponente, die motorisch-expressive unterteilt er in eine motivationale und eine Ausdruckskomponente. Krause (1998) behält diese Unterteilung im Wesentlichen bei, wählt aber eine eher hierarchische Unterteilung, indem er zwischen Affekt, Gefühl und Empathie unterscheidet. Für die vorliegende Studie scheint der von Scherer (1990) vorgeschlagene Ansatz passend, da er die einzelnen Komponenten differenziert berücksichtigt und alle Komponenten als gleichwertige Module nebeneinander stellt. Die von Scherer (1990) vorgestellten Subsysteme sind im einzelnen:

- **Informationsverarbeitungs-Subsystem (*kognitive Komponente*):** Dieses Subsystem hat die Aufgabe, interne und externen Reize zu bewerten, d. h. bedeutsame Veränderungen der Umwelt an das Individuum zurückzumelden.
- **Versorgungs-Subsystem (*neurophysiologische Komponente*):** Die Funktion des Versorgungs subsystems ist es, den Körper mit der nötigen Energie für die instrumentellen Handlungen zu versorgen und das physiologische Gleichgewicht des Organismus zu regulieren.
- **Aktions-Subsystem (*Ausdruckskomponente*):** Die Funktion dieses Subsystems liegt in der Mitteilung von Handlungsabsichten und Reaktionen an das Gegenüber.
- **Steuerungs-Subsystem (*motivationale Komponente*):** Dieses Subsystem ist für die Entscheidung und Planung von instrumentellen Handlungen zuständig. Es dient der Vorbereitung und Richtungsgebung und vermittelt zwischen unterschiedlichen Plänen und Motiven.
- **Monitor-Subsystem (*Gefühlskomponente*):** Dieses Subsystem tritt primär als Gefühlseindruck in Erscheinung und identifiziert bzw. integriert als eine Kontrollinstanz den aktuellen Zustand der anderen Subsysteme, so dass die Aufmerksamkeit des Individuums auf wesentliche Aspekte der Innen- und Umwelt gelenkt wird.

Auf Grundlage der Annahme, dass die Subsysteme wechselseitig in Verbindung stehen, schlägt Scherer (1990) folgende Arbeitsdefinition vor: *"Emotionen bestehen aus Abfolgen von aufeinander bezogenen, synchronisierten Veränderungen in den Zuständen aller fünf organismischen Subsysteme. Diese Veränderungen werden ausgelöst durch die Bewertung eines externen oder internen Reizes als bedeutsam für die zentralen Bedürfnisse und Ziele des Organismus"* (S. 6).

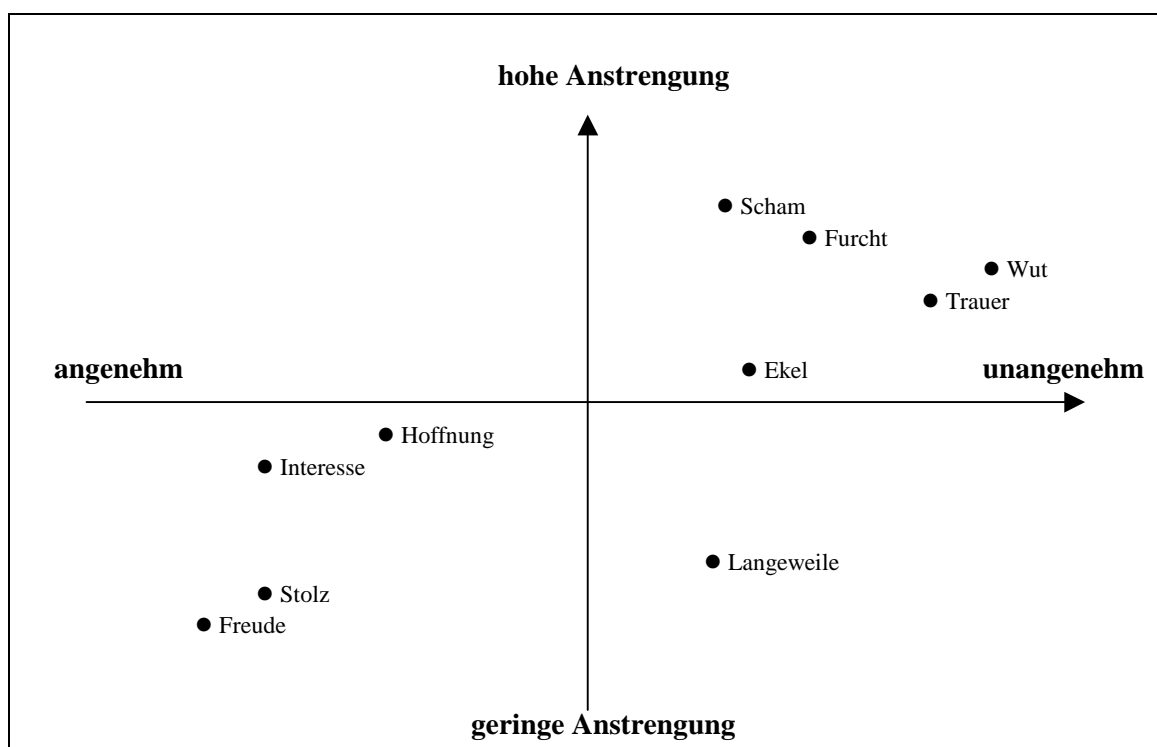
Selten haben Emotionstheoretiker *allen* fünf Subsystemen gleichermaßen ihre Aufmerksamkeit geschenkt. Vielmehr betonten unterschiedliche Schulen für die

Emotionsentstehung oder Differenzierung meistens nur eine oder zwei Komponenten. Überblicksartig werden im Folgenden die einzelnen Komponenten, die mit ihnen assoziierten Ansätze und deren Befunde dargestellt.

#### 4.1.1.1 Die kognitive Komponente

Die kognitive Reaktionskomponente der Emotion setzt sich zusammen aus der Wahrnehmung, Erinnerung, Vorhersage oder Bewertung von Ereignissen, Beziehungen, Situationen oder Handlungen. Die einflussreichsten Theorien, die das kognitive Element bei der Erforschung von Emotionen betonen, beschäftigen sich mit der Auslösung und der Differenzierung von Emotionen durch kognitive Bewertungs- oder Attributionsprozesse (z. B. Bandura, 1977; Lang, 1984; Lazarus, 1968; Schachter & Singer, 1962; Weiner, 1982).

Abbildung 5: Lokalisation der Emotionen anhand der Dimensionen „angenehm vs. unangenehm“ bzw. „hohe vs. niedrige Anstrengung“ (nach Smith and Ellsworth, 1985, S. 826)



Auf der Suche nach emotionsspezifischen kognitiven Reaktionsmustern, fanden einige Autoren unterscheidbare multidimensionale kognitive Strukturen z. B. für Furcht, Wut, Trauer, Scham, Ärger, Ekel, Freude etc. (Roseman, 1984; Scherer, 1982; Smith & Ellsworth, 1985). Die identifizierten Dimensionen repräsentieren Bewertungen, anhand derer Personen ihre Beziehung zur Umwelt während der emotionalen Erfahrung charakterisieren. Solche Dimensionen sind z. B. eigene Verantwortung/Kontrolle, Sicherheit, Aufmerksamkeit, Situationsabhängigkeit, angenehm vs. unangenehm und Anstrengung.

Abbildung 5 stellt zwei Dimensionen kognitiver Bewertung und die Einordnung der jeweiligen Emotionen aus der Studie von Smith und Ellsworth (1985) beispielhaft dar. Die einzelnen Emotionen zeigen spezifische, unterscheidbare Valenzen auf den Dimensionen „angenehm vs. unangenehm“ bzw. „hohe vs. niedrige Anstrengung“ (vgl. Abbildung 5). Analog zu diesem Beispiel konnten die Autoren auch auf den anderen Dimensionen kognitiver Bewertung unterscheidbare Valenzen finden, so dass sich jede Emotion als spezifische Größe in einem multidimensionalen Raum darstellen lässt. Danach wurde z. B. die Furcht insgesamt als unangenehm, anstrengend und in der Situation als sehr unkontrollierbar bewertet. Sie scheint außerdem von der jeweiligen Situation und von anderen Personen abhängig zu sein.

#### *4.1.1.2 Die neurophysiologische Komponente*

Der Zustand des neurophysiologischen Indikatorbereichs kann durch die Bestimmung der autonomen und hormonalen Variablen erfasst werden.

In den vergangenen Jahren konnte mehrfach gezeigt werden, dass Emotionen wie Angst, Ekel oder Ärger neurophysiologisch eindeutig diskriminierbare Reaktionsmuster aufweisen (Ekman, 1984; Hamm, 1997). Als einer der ersten fand Ax (1953, zitiert nach Hamm, 1997) bei der Furchtinduktion einen deutlichen Anstieg der Herzrate, der Respirationsrate, des diastolischen Blutdrucks und der Muskelspannung. Allerdings erweisen sich diese Muster als nicht sehr stabil und es gibt deutliche interindividuelle Differenzen. Dafür sind einerseits dispositionelle Faktoren, wie z. B. Temperaments- und Persönlichkeitsfaktoren, interindividuelle Emotionsverarbeitungsstile (vgl. Abschnitt 3.3.3.5, S. 30) und unterschiedliche Arten des Emotionsausdrucks (z. B. Represser vs. Sensitizer) verantwortlich. Andererseits kann die mangelnde Stabilität auch auf Methoden der Emotionsinduktion (z. B. Imagination oder Exposition mit dem Angst auslösenden Reiz) zurückgeführt werden.

Eine vielversprechende Art der Erfassung von physiologischen Reaktionsmustern ist die Erhebung von möglichst vielen physiologischen Reaktionsmaßen. Mit Hilfe faktorenanalytischer Auswertung der Ausprägung dieser Maße kann dann eine aus den Faktoren zusammengesetzte spezifische Konfiguration der jeweiligen Emotion gefunden werden. So erhielten z. B. Stemmler, Schäfer und Marwitz (1992) in ihrer Studie ein spezifisches Antwortmuster für die Emotion „Ärger“. Auf diese Weise scheint es möglich, Reaktionskonfigurationen zu bestimmen, bei denen dispositionelle Faktoren nicht zu sehr ins Gewicht fallen.

#### *4.1.1.3 Die Ausdruckskomponente*

Im Wesentlichen umfasst das Ausdrucksverhalten Aspekte der Mimik, Sprache, Gestik und der Körperbewegungen. Emotionstheorien dieser Gruppe betrachten den motorisch expressiven Ausdruck als zentrale Komponente des emotionalen Geschehens. Sie gehen davon aus, dass angeborene Neuro-Motorprogramme emotionale Reaktionen auslösen und differenzieren (Ekman, 1984). Die Evolutionsbiologie schreibt diesen Programmen bei der ursprünglichen Adaption an die Umgebung eine wichtige kommunikative

Funktion zu, wobei die aktuellen Ausdrucksphänomene als Überreste von einst zweckmäßigen Bewältigungsmechanismen betrachtet werden.

In einigen Theorien wird die *Mimik* besonders betont, anhand derer, so postulieren ihre Väter, sich sogar kulturübergreifend Emotionen ablesen lassen (Ekman, 1993). Auf dieser theoretischen Grundlage entwickelten sie in den 70er Jahren ein komplexes Beobachtungs- und Kodiersystem (*Facial Action Coding System*; FACS; Ekman & Friesen, 1978), das mimisches Ausdrucksverhalten erfassen kann. Kleinste unterscheidbare Aktionseinheiten der Mimik wurden definiert, die in einer spezifischen Konfiguration die diskrete Emotion konstituieren. So ist z. B. die „Furcht“ idealtypisch gekennzeichnet durch das Anheben und Anspannen der Oberlider und das weite Öffnen des Mundes. Experimentelle Studien belegen, dass Menschen aus unterschiedlichen Kulturen in der Lage sind, anhand von abgebildeten Gesichtern, Emotionen wie Wut, Freude, Furcht und Ekel zu erkennen (Ekman, 1993). Schwieriger gestaltet es sich, die induzierten Emotionen anhand der Analyse des mimischen Ausdrucks verschiedenen Primäremotionen zuzuordnen. Oft werden Mischtypen gefunden, bei denen sich der emotionale Ausdruck zweier Gefühlszustände überlagert oder zwei Emotionen in rascher Folge auftreten. Eindeutige Emotionsidentifikation ist anscheinend nur bei deutlich positiven oder negativen Emotionen möglich (Hamm, 1997; Schmidt-Atzert, 1996).

Zusätzliche methodische Probleme treten bei der Emotionserkennung über mimische Ausdruckskonfigurationen immer dann auf, wenn Personen ihre wahren Emotionen z. B. durch ein „Pokerface“ verbergen. Subtile Gesichtsausdrücke sind von Beobachtern kaum wahrnehmbar. Verbessert wurden die methodischen Probleme durch den Einsatz des elektromyographischen Verfahrens (EMG) geschaffen, das mittels der gemessenen elektrischen Aktivität im Gesicht, die Kontraktion der Gesichtsmuskeln bestimmt. Die gefundenen Korrelation zwischen den Valenzurteilen von unterschiedlichen emotionsauslösenden Reizen und der mit dem EMG gemessenen Aktivität bestimmter Muskelgruppen fiel hoch aus (Lang, Greenwald, Bradley & Hamm, 1993; Hamm & Vaitl, 1993).

Die *Stimme* gilt auch als Ausdrucksmedium, über das Emotionen enkodiert werden können. Da der gesprochene Inhalt keinen Hinweis auf das induzierte Gefühl geben darf, griffen Emotionsforscher in ihren Studien auf drei experimentelle Varianten zurück. Am häufigsten wurde ein neutraler Satz von einem Schauspieler mit unterschiedlicher Emotion in der Stimme vorgetragen. Anstelle von gesprochener Sprache ermittelten andere Untersuchungen den Emotionsausdruck mit Hilfe der Singstimme. Als Alternative bot sich außerdem an, die Stimme mittels einer speziellen Filtertechnik zu verfremden, in welcher der emotionale Ausdruck erhalten blieb. Ergebnisse dieser Studien zeigen, dass Emotionen anscheinend relativ gut in der Stimme identifiziert werden können. Bei 28 Untersuchungen lag die durchschnittliche Trefferquote bei 60 % (Scherer, 1986).

Untersuchungen, die sich auf die Identifizierung von Gefühlszuständen mittels *Körperbewegungen* konzentrieren, geben Hinweise darauf, dass eine Erkennung anhand

des gezeigten Verhaltens möglich ist. In der Studie von Sogon und Izard (1987, zitiert nach Schmidt-Atzert, 1996) konnten Probanden die von Schauspielern dargestellten Emotionen in über 50% der Fälle erkennen. Die Gesichter der Darsteller waren bei den kurzen Sequenzen nicht zu sehen. Allerdings scheint die Emotionserkennung bei natürlichem Verhalten ungleich schwerer zu sein, als bei professionell gespielten Gefühlsinhalten.

#### 4.1.1.4 Die motivationale Komponente

Die motivationale Komponente der Emotion lässt sich anhand von Handlungstendenzen, Plänen und Zielen des Individuums bestimmen. Diese Tendenzen oder Ziele können erfragt oder beobachtet werden. Auch hier gibt es einige Emotionsforscher, die emotionsbezogene Motivation und Motivationszustände in den Vordergrund ihrer Überlegungen stellen. Frijda (1986) betont, dass Emotionen zu einer Änderung der Handlungsbereitschaft führen, die sich vorbereitend auf zukünftiges Handeln auswirkt (*proaktive Funktion der Emotion*). Die Handlungsbereitschaft („*action readiness*“) wird als Tendenz definiert, eine Beziehung zu der Umgebung umzubauen, abzurechen oder zu verändern. Diese Intentionalität drückt sich als spezifische Verhaltensanbahnung in der Skelettmuskulatur und in der Körperhaltung aus (Krause, 1998). Konkret sind solche Handlungsabsichten z. B. Annäherung, Flucht, Kampf, Desinteresse, Hemmung etc., die jeweils eng mit bestimmten Gefühlszuständen verknüpft sind. So wird beispielsweise bei der Angst die bisherige Handlung unterbrochen und die Aufmerksamkeit auf die bedrohlichen Reize gelenkt und eine eventuelle Flucht oder ein Kampf vorbereitet.

Insgesamt sind die motivationalen Korrelate der Emotionen als konkrete Verhaltensabsichten bislang eher selten untersucht worden.

#### 4.1.1.5 Die Gefühlskomponente

Das emotionale Erleben wird in der Regel über sprachliche Angaben des Menschen zu seinem Gefühlszustand erfasst.

Studien in diesem Bereich zielen hauptsächlich darauf ab, die zahlreichen Gefühlswörter der Sprache auf wenige übergeordnete Dimensionen zu reduzieren. Es zeigte sich, dass Menschen ihre Gefühle zwar sehr detailliert beschreiben können, die Begriffe sich jedoch zum Teil sehr ähnlich sind. Mit Hilfe der Analyse von Ähnlichkeitsbeziehungen zwischen den Wörtern wurden zwei basale Ordnungsdimensionen, Erregung (ruhig-erregt) und Valenz (angenehm - unangenehm) gefunden, auf denen sich alle Emotionsbegriffe abbilden lassen (z. B. Russel, 1980). Die Replikation der Dimensionen erfolgte unabhängig von der angewandten Methode (z. B. graphische Verfahren, semantisches Differential). Dieses Ergebnis ist bei näherem Hinsehen jedoch trivial, da alle ersten Dimensionen des allgemeinen semantischen Raums, sich unabhängig von der Fragestellung zu diesen zwei Faktoren zusammenfassen lassen (Schmidt-Atzert, 1996).

Der positive Aspekt der Befunde ist sicherlich, dass zur Unterscheidung von emotionalem Erleben nur wenige Beschreibungsmerkmale notwendig sind. Andererseits muss bezweifelt werden, ob damit eine ausreichende Differenzierung von Gefühlen möglich ist, da dann z. B. sowohl Hass als auch Angst als erregend und unangenehm eingestuft werden würde.

## 4.2 Mehrebenenanalyse und Kovariationsproblem

Wie bereits im Abschnitt 4.1.1 erwähnt gehen neuere Theorien von Vernetzungen zwischen den Ebenen aus. Der Fokus der Erhebung liegt dann nicht nur auf *einer* der Komponenten, es sollen vielmehr in einer sogenannten **Mehrebenenanalyse** möglichst alle der in der Klassifikation aufgeführten Ebenen berücksichtigt werden. Diese Forderung wurde zuerst von Lang (1968) in die Diskussion eingebracht.

Trotz der inzwischen allgemeinen Zustimmung, gibt es wenige Untersuchungen, die zur Beschreibung des emotionalen Geschehens alle jeweils definierten Ebenen heranziehen. Eine Ursache liegt sicher darin, dass zuweilen kaum Kovariationen zwischen den Reaktionskomponenten gefunden wurden oder die Kovariationen interindividuell stark variierten. Konkret bedeutete dies, dass z. B. bei einer Person eine große subjektive Angstempfindung mit einer erhöhten psychophysiologischen Reaktion (z. B. Blutdruck) gekoppelt war, bei einer anderen nicht. Auf dieses **Kovariationsproblem** haben Mandler und Mitarbeiter schon in den 50er Jahren hingewiesen (Mandler & Kremen, 1958, zitiert nach Hamm, 1997). In ihren Untersuchungen fanden sie nur geringe Korrelationen zwischen dem subjektiv empfundenen Erregungsniveau und den gemessenen physiologischen Veränderungen.

Die Dissoziationen zwischen den Ebenen verleiten einige Theoretiker zu der Aussage, dass die Subsysteme unabhängig voneinander arbeiten und nur wenig oder gar nicht miteinander interagieren. Nach unserer Ansicht rechtfertigt die gefundene Diskrepanz der Ebenen nicht die Annahme der Existenz von völlig autonomen Reaktionssystemen, die unabhängig voneinander emotionale Prozesse regulieren. Wahrscheinlicher sind methodische, konzeptuelle oder individuelle Faktoren, die für die mangelnde Korrespondenz verantwortlich sind und der Vernetzung zwischen den Systemen nicht widersprechen (siehe nächster Abschnitt). Vielmehr scheint die Exploration dieser Faktoren, wie später noch gezeigt werden soll (Abschnitt 4.3.2), heuristischen Wert für die Entdeckung spezifischer Zusammenhänge und Reaktionsmuster zu besitzen.

Modellannahmen darüber, wie genau die Komponenten miteinander vernetzt sind, werden demzufolge selten getroffen. Das im Abschnitt 3.3.3.4 (S. 28) vorgestellte Modell von Gray (1982) macht als eines der wenigen Modelle Aussagen über den Zusammenhang von mehreren Komponenten der Angst. Gray setzt seinen Fokus auf der Verhaltensebene, die durch die gezeigte Verhaltenshemmung gekennzeichnet ist. Die kognitive Ebene berücksichtigt er bei der Informationsverarbeitung und Enkodierung

Angst auslösender Reize. Die physiologische Ebene, im Sinne der Reaktion des autonomen Nervensystems wird nicht explizit ausgeführt.

#### **4.2.1 Methodische, konzeptuelle und individuelle Ursachen des Kovariationsproblems**

Störende Einflüsse könnten entweder auf Seiten des dargebotenen Reizes oder auf Seiten der Reaktionen liegen. So wäre es möglich, dass in der Untersuchungssituation neben dem emotionsauslösenden Reiz weitere Stimuli wirken, die zusätzliche Emotionen induzieren und das Ergebnis verfälschen. Die Validität des Reizes kann also abhängig von dem Verfahren sein, das zur Emotionsinduktion eingesetzt wird.

Hinsichtlich der Reaktion müssen reliable und valide neurovegetative, motorisch-expressive oder verbale Indikatoren der jeweiligen Reaktionssysteme gefunden und erfasst werden. Auf die Frage, warum sich diese, als angemessene Indikatoren identifizierten Größen, nicht synchron verändern, geben Cacioppo et al. (1992) eine Reihe von möglichen Erklärungen. Erstens können die Reaktionssysteme individuelle **Intensitätsfunktionen** haben, d. h. sie verändern sich mit zunehmender Stimulation unterschiedlich. Die Reaktionsstärke kann verschieden stark zunehmen und dabei spezifische Verlaufskurven annehmen (z. B. lineare Funktion oder Exponentialfunktion). Zweitens können sie sich hinsichtlich der **Reaktionsschwelle** unterscheiden. Es scheint plausibel, dass manche Systeme schon bei niedrigerer Reizintensität, andere erst bei hoher reagieren. Außerdem hat jedes Reaktionssystem eine **Obergrenze**, nach deren Erreichen die Reaktionsstärke nicht mehr zunimmt. Nach dem Aussetzen der Stimulation kann die **Erholung** der Systeme unterschiedlich lange andauern und differentielle Verläufe aufweisen. Zuletzt haben Reaktionssysteme verschiedene **Stabilitäten**, d. h., einige antworten immer in derselben Weise auf einen Reiz, wohingegen andere ihr Reaktionsmuster ändern.

Darüber hinaus gibt es neben den typischen Eigenschaften der jeweiligen Reaktionssysteme, interindividuelle Unterschiede zwischen den Personen, die z. B. auf Temperament oder Lernerfahrung zurückgeführt werden können. Ferner wirken sich bestimmte Umweltbedingungen z. B. die soziale Erwünschtheit auf den Ausdruck oder subjektive Gefühlsäußerungen aus. Ein Beispiel dafür ist das Verhalten von einigen sozialängstlichen Erwachsenen, die in der Lage sind, ihre sozialen Ängste vor anderen zu verbergen und in sozialen Interaktionen trotz empfundener Angst ein hohes Maß an sozialer Kompetenz zeigen können (Turner, Beidel, Dancu & Keys, 1986).

### **4.3 Mehrebenenanalyse der sozialen Angst bei Erwachsenen**

Die Mehrebenenanalyse führt, wie oben dargestellt, zu der Beschreibung einer Emotion auf mehreren Komponenten, deren Indikatoren auf den ersten Blick manchmal wenig miteinander kovariieren. Ähnliche Dissoziationen zwischen den Ebenen finden sich auch in der Forschung über klinisch relevante Angst. Bei phobischen Störungen korrespondiert z. B. die subjektiv erlebte Furcht in einer phobischen Situation, wenig mit vegetativen Parametern und dem Vermeidungsverhalten. Nach Lang (1985) klärt die



Korrelation zwischen dem subjektiven Furchterleben und anderen Variablen nur 10% der gesamten Varianz auf. Auch nach therapeutischen Interventionen verlaufen Veränderungen in den Symptomebenen nicht synchron. So zeigten Schlangenphobiker nach der systematischen Desensibilisierung zuerst eine Reduktion des Vermeidungsverhaltens phobischer Situationen, die subjektive Angst reduzierte sich erst später (Lang & Lazovik, 1963, zitiert nach Hamm, 1997).

Sicherlich muss diese Desynchronizität zum Teil auf methodische Probleme zurückgeführt werden (vgl. Abschnitt 4.2.1). Auf der anderen Seite scheint es eine tatsächliche Varianz zu geben, die nicht auf Messungenauigkeiten oder konzeptuelle Mängel zurückzuführen ist. Diese Varianz liefert innerhalb der klinischen Forschung wichtige Informationen über Schweregrad der Störung und Indikationsstellung. Im Rahmen von Therapiestudien über die Agoraphobie fand man, dass das Ausmaß an Synchronizität zwischen den Indikatoren, als Prädiktor für einen positiven Therapieausgang gewertet werden kann. Unterschiede im Reaktionsprofil lassen außerdem die Subgruppenbildung eines Störungsbildes (siehe dazu auch Abschnitt 4.3.2) zu, für die speziell zugeschnittene Behandlungskonzepte zu effizienterer Therapie führen.

Durch die inzwischen elaborierte Forschung über soziale Angst im Rahmen der sozialen Phobie und Schüchternheit bei Erwachsenen liegen für alle fünf Komponenten der Emotion Untersuchungsbefunde vor. Es sollen nun zuerst die Ergebnisse zu den einzelnen Komponenten überblicksartig dargestellt werden. Anschließend folgt die Beschreibung der Studien, welche die soziale Angst bzw. sozialen Phobie im Sinne einer Mehrebenenanalyse konzipieren.

#### **4.3.1 Forschungsbefunde zu einzelnen Komponenten**

Hinsichtlich der **kognitiven Reaktion** entwickeln sozialängstliche Personen mehr negativen Gedanken über soziale Ereignisse (Heimberg, Hope, Dodge & Becker, 1990), überschätzen die Wahrscheinlichkeit für das Auftreten von negativen sozialen Interaktionen (Lukock & Salkovskis, 1988) und die negativen Folgen dieser sozialen Interaktionen (Röder & Margraf, 1999). Sie haben wenig oder kein Vertrauen in ihre kommunikativen Fähigkeiten (Levin et al., 1993) und unterschätzen ihre Kompetenz mit sozialen Situationen umzugehen (Lukock & Salkovskis, 1988). In der sozialen Interaktion berichten sie von mehr negativen und weniger positiven Kognitionen als nichtängstliche Personen (Beidel, Turner & Dancu, 1985). Oft kreisen die Gedanken um selbstbezogene Themen (z. B. "werde ich gerade rot?", "Sicher nimmt der andere meine Unsicherheit wahr!"), die sie davon abhalten können, sich auf das Gespräch zu konzentrieren (z. B. Clark & Wells, 1995; Hope, Heimberg & Klein, 1990)

Die **psychophysiologische Reaktion** bei sozialer Angst kann im Wesentlichen mit der erhöhten Aktivierung des autonomen Nervensystems, genauer des Sympathikus, erklärt werden. Die sympathische Reaktion führt zum Anstieg der Herzrate und des Blutdrucks, zu einer erhöhten Atemfrequenz, einer erhöhten Hautleitfähigkeit und zu einem Temperaturabfall in den Händen (Leary & Kowalsky, 1995). Dieses Aktivations-

muster wird auch als „*fight or flight*“ Reaktion bezeichnet, durch die sich der Organismus bereit macht, der Bedrohung zu begegnen oder davor zu flüchten. Kontrollierte Studien erbrachten den empirischen Nachweis bislang hauptsächlich für den Blutdruck und die Herzrate. Sozialphobiker zeigten je nach Untersuchungssituation (z. B. Rede halten, heterosexuelle Interaktion) einen signifikanten Anstieg der Herzrate und des Blutdrucks (z. B. Hofmann, Ehlers, Newman & Roth, 1995; Turner, Beidel & Larkin, 1986). Nach der sympathischen Reaktion kann sich durchaus auch eine parasympathische Reaktion manifestieren, die sich im Abfall der Herzrate, des Blutdrucks und der Atmung äußert und zu einer größeren Durchblutung der Hände und des Gesichts führt (Erröten). Nach Frijda (1986) tritt diese Aktivierung dann auf, wenn sich eine Person nicht in der Lage sieht, die Situation zu bewältigen oder ihr nicht entfliehen kann.

Die Aktivierung *beider* autonomer Systeme wird durch die von sozialängstlichen Menschen erlebten Symptome unterstrichen. Sie berichten sowohl von Erröten als auch von Muskelzucken, Herzklopfen, Zittern und Schwitzen (Amies, Gelder & Shaw, 1983). Turner, Beidel, Dancu und Stanley (1989) konnten nachweisen, dass Herzklopfen, Harndrang, Zittern, Schwitzen und Erröten von sozialphobischen Personen signifikant häufiger erlebt wurde, als von nichtängstlichen Personen.

An *subjektiven Gefühlserlebnissen* berichten sozialängstliche Personen von erhöhter Angst und Unbehagen, sowohl in nicht-sozialen als auch in sozialen Interaktionen (z. B. Hofmann et al., 1995; Levin et al., 1993).

Bislang liegen keine Studien vor, die den *Ausdruck* sozialer Angst über die gängigen Methoden der Emotionsforschung (z. B. FACS) erheben. Sehr häufig wird jedoch in der Forschung über soziale Ängstlichkeit oder soziale Phobie **die soziale Kompetenz** untersucht, die je nach Konzeptualisierung (vgl. Abschnitt 6.5.3) ähnliche Modalitäten bzw. Kategorien umfasst wie die, die unter der Ausdruckskomponente subsumiert wurden (z. B. Mimik, Stimme, Körperbewegungen; vgl. Abschnitt 4.1.1.3, S. 39). So bildet z. B. die „*Ratingskala für soziale Kompetenz (RSK)*“ (Fydrich & Bürgener, 1999), die in der vorliegenden Untersuchung eingesetzt wird, den Gesamtwert der sozialen Kompetenz über Beurteilungen auf den Kategorien „Blickkontakt“, „Stimme und Sprache“, „körperliche Unruhe und Nervosität“, „Sprechdauer“ und „Konversationsfluss“ ab (vgl. Abschnitt 6.5.5). Das bedeutet also, dass die auf diese Weise operationalisierte „soziale Kompetenz“ viele Aspekte des Ausdrucks sozialer Angst beinhaltet. In dem Wissen, dass die „soziale Kompetenz“ nur bedingt als Ausdrucks- bzw. Emotionskomponente verstanden werden kann, soll sie im Folgenden aufgrund einer übersichtlicheren Darstellung zu den Komponenten sozialer Angst gezählt werden.

Die Befunde zur sozialen Kompetenz sprechen dafür, dass Personen mit einer generalisierten sozialen Phobie von Beobachtern als wenig sozial kompetent eingestuft werden, wohingegen Personen mit einer spezifischen sozialen Phobie keine Kompetenzdefizite zeigten (Turner, Beidel, Dancu & Keys, 1986). In einer späteren Untersuchung

fand Fydrich (1996) signifikant schlechtere soziale Kompetenzen bei einer Gruppe von Erwachsenen mit sozialer Phobie im Vergleich zu einer nichtklinischen Kontrollgruppe und einer Gruppe mit anderen Angststörungen. In einer weiteren Studie konnte er zeigen, dass Personen mit generalisierter sozialer Phobie *und* selbstunsicherer Persönlichkeitsstörung wiederum als weniger sozial kompetent eingeschätzt wurden als Personen mit einer generalisierten sozialen Phobie. Unterschiede zwischen schüchternen und nicht-schüchternen Personen hinsichtlich Komponenten der sozialer Kompetenz wie Blickkontakt, Sprechdauer und Anzahl der Selbstmanipulationen fanden auch Cheek und Buss (1981) während einer sozialen Interaktion. Eine genaue Beschreibung der sozialen Kompetenz und ihrer Komponenten erfolgt in Abschnitt 6.5.3 und 6.5.4.

Über die *motivationale Komponente* gibt es insgesamt sehr wenig Befunde. Als eine motivationale Tendenz bei sozialer Phobie kann sicherlich die Vermeidung der Situation gelten, die nach Turner und Mitarbeitern (Turner, Beidel, Dancu & Keys, 1986) bei 85% der Personen mit sozialer Phobie vorhanden ist.

#### **4.3.2 Forschungsbefunde zur Mehrebenenanalyse**

Betrachtet man nicht nur *eine* Reaktionsebene der Emotion, sondern untersucht im Rahmen der Mehrebenenanalyse *mehrere* Komponenten, ergeben sich differenzierte Reaktionsmuster.

Lang und Mitarbeiter (Lang, Levin, Miller & Kozak, 1983) verglichen die psychophysiologischen Reaktionen von sprechängstlichen Personen mit denen von Schlangenphobikern. Dabei wurden beide Gruppen jeweils mit zwei Angst auslösenden Situationen (Rede halten, Schlange berühren) *in vivo* und *in sensu* konfrontiert. Wie erwartet zeigten sprechängstliche Personen sowohl während der Imagination als auch während der tatsächlichen Rede einen starken Herzratenanstieg (23 Schläge/Minute). Allerdings wiesen die Personen mit einer Schlangenphobie ein ähnlich hohes Erregungsmuster während der Rede auf. Diese erhöhte Erregung wurde bei beiden Gruppen auf die Mobilisierung des Herzkreislaufsystems in der Situation zurückgeführt. Interessanterweise empfanden die Redeängstlichen eine weit größere subjektive Erregung als die Schlangenphobiker, trotz des identischen physiologischen Erregungsniveaus.

Ebenfalls keinen Unterschied im Herzratenanstieg zwischen Patienten mit sozialer Phobie und Patienten mit spezifischer Phobie fanden McNeil, Vrana, Melamed, Cuthbert und Lang (1993) während der Imagination der am meisten gefürchteten Situation (Herzratenanstieg der sozialphobischen Patienten von 4 Schlägen/Minute). In einem zweiten Schritt der Studie wurden die Personen mit sozialer Phobie in zwei Subgruppen unterteilt. Bei der ersten Subgruppe dominierte intensive Furcht als Leitsymptom in sozialen Situationen und in der zweiten Subgruppe stand die Vermeidung von sozialen Situationen im Vordergrund. In der ersten Gruppe zeigte sich während der Imagination ein höherer Anstieg der Herzfrequenz um 13 Schläge pro Minute und eine Übereinstimmung der subjektiven Furchtintensität mit diesen vegetativen Verände-

rungen. Im Gegensatz dazu gab die zweite Gruppe zwar ein intensives Furchterleben an, reagierte jedoch nur mit einer geringeren Herzratenakzeleration (4 Schläge/Minute).

Weitere Studien unterstreichen die Existenz zweier Subgruppen mit unterschiedlichen Reaktionsmustern in sozialen Situationen. Levin et al. (1993) beobachteten sozialphobische Patienten des generalisierten und des spezifischen Typus und verglichen sie bei der Aufgabe eine Rede zu halten mit einer nichtklinischen Kontrollgruppe. Patienten mit spezifischer sozialer Phobie erlebten subjektiv starke soziale Angst und zeigten in der Untersuchungssituation einen höheren Herzratenanstieg als die beiden anderen Gruppen, das heißt sie hatten die genaueste Übereinstimmung der subjektive Einschätzung mit der vegetativen Veränderung. Die Patienten mit generalisierter sozialer Phobie berichteten von großer subjektiver Angst, die Herzfrequenz stieg aber wie bei der Kontrollgruppe kaum an. Des Weiteren berichten diese Personen allgemein über eine größere Beeinträchtigung im Alltag und zeigen Defizite in der sozialen Kompetenz. Die unterschiedlichen Reaktionsmuster replizierten Hofmann et al. (1995), die zusätzlich zu der Unterteilung in generalisierte vs. spezifische soziale Phobie eine Aufteilung in eine Gruppe mit und ohne zusätzliche Diagnose einer „Vermeidenden Persönlichkeitsstörung“ vornahmen.

Die Reaktionsmuster der sozialen Angst sind außerdem abhängig von der untersuchten sozialen Situation (vgl. Gramer & Huber, 1994). Turner, Beidel und Larkin (1986) beobachteten Patienten mit der Diagnose einer sozialen Phobie, Nicht-Patienten mit klinisch relevanter Ausprägung der sozialen Angst und eine nichtängstliche Kontrollgruppe während des Haltens einer Rede und einer Interaktion mit einem Gesprächspartner des gleichen und des anderen Geschlechts. Die Ergebnisse dokumentieren, dass in Abhängigkeit von der jeweiligen sozialen Situation, die begleitenden Kognitionen und die physiologische Reaktionen unterschiedlich ausfallen. Die meisten negativen Kognitionen berichteten alle drei Gruppen bei der heterosozialen Interaktion. Die Nicht-Patienten mit sozialer Angst gaben am meisten negative Gedanken an, gefolgt von den sozialphobischen Patienten und der Kontrollgruppe. Hinsichtlich der Herzrate und des Blutdrucks zeigten sich situationsspezifische Unterschiede, wobei die Herzrate und der Blutdruck bei der Rede-Situation am höchsten ausfiel.

**Zusammenfassend** lassen sich im Rahmen der klinischen Forschung mit Hilfe der Mehrebenenanalyse zwei Gruppen von Personen mit sozialer Phobie differenzieren. Bei Personen der ersten Gruppe (*spezifische soziale Phobie*) steht die Furcht vor einer spezifischen sozialen Situation im Vordergrund. Sie antworten bei Konfrontation mit dem Angst auslösenden Stimulus mit einer sympathikotonen Furchtreaktion, die mit der Intensität empfundener Furcht übereinstimmt. Bei der zweiten Gruppe (*generalisierte soziale Phobie*) dient die Vermeidung von vielen sozialen Situationen als Leitsymptom. Personen dieser Gruppe scheinen klinisch schwerer gestört zu sein und haben oftmals zusätzlich eine Persönlichkeitsstörung. Beim Kontakt mit dem bedrohlichen Reiz herrscht subjektives Unbehagen vor, die psychophysiologischen Reaktionen unterscheiden sich nicht von denen der Kontrollgruppe. Sie leiden allgemein über eine

größere Beeinträchtigung im Alltag und zeigen Defizite in der sozialen Kompetenz. Diese Ergebnisse zeigen, dass das Kovariationsproblem heuristischen Wert besitzt, da durch die Exploration der unterschiedlichen Reaktionsmuster neue Subgruppen gefunden werden.

#### **4.4 Mehrebenenanalyse der sozialen Angst bei Kindern und Jugendlichen**

Im Gegensatz zur Forschung bei Erwachsenen, ist es bei Kindern und Jugendlichen aufgrund der geringen Anzahl an Untersuchungen nur schwerlich möglich, eine Zusammenschau der Befunde zu den Reaktionskomponenten sozialer Angst zu geben. Es werden deshalb nur die Studien als Ganzes vorgestellt, die im Sinne der Mehrebenenanalyse soziale Angst im Kindes- und Jugendalter erfassen. Die Darstellung der Ergebnisse gliedert sich nach den jeweiligen Altersgruppen.

Als häufigster Indikator der Psychophysiologie von sozialer Angst wird die Herzrate in den experimentellen Designs berücksichtigt, die sich als valider Parameter herausgestellt hat. Deshalb werden in der Übersicht hauptsächlich Untersuchungen dargestellt, die diesen Indikator erheben.

##### **4.4.1 Säuglings- und Kleinkindalter**

Da man in der frühen Kindheit subjektive Angstempfindungen nicht erfragen kann, muss die Emotion aus der Beobachtung des Ausdrucks, des Verhaltens und vegetativer Indikatoren erschlossen werden. Die Mehrebenenanalyse beschränkt sich in dieser Altersgruppe also auf die Erfassung der Psychophysiologie, des Ausdrucks und des motivationalen Verhaltens.

Wie im Abschnitt 2.3 erläutert, tritt um den 8. Monat die Fremdenangst als früheste Form der sozialen Angst auf. Einige Untersuchungen dokumentieren die behavioralen Reaktionen auf fremde Personen, wie z. B. das laute Weinen, den aversiven Gesichtsausdruck und eine, der Bedrohung entgegengesetzte Bewegung. Die Untersuchung von Campos, Emde, Gaensbauer und Henderson (1975) erfasst sowohl die Reaktion auf der Verhaltensebene als auch die kardialen Veränderungen von 5 und 9 Monate alten Kindern. Die Ergebnisse weisen auf einen klaren Alterseffekt hin und unterstreichen das altersabhängige Auftreten der Fremdenangst. Die älteren Kinder reagierten auf eine fremde Person mit einer Herzratenerhöhung und zeigten einen ängstlichen Gesichtsausdruck. Die Herzrate der 5 Monate alten Kinder nahm beim Anblick des Fremden ab, was auf eine *Orientierungsreaktion* hinweist. Orientierungsreaktionen treten in der Regel bei der Konfrontation mit neuen Reizen auf, die keinen bedrohlichen Charakter haben. Hinsichtlich der kardialen Reaktion moduliert sich die Orientierungsreaktion durch den Abfall der Herzrate und einen anschließend kontinuierlichen Anstieg bis zum Niveau der Baseline. Campos et al. (1975) konnten einen eindeutigen Zusammenhang des ängstlichen Gesichtsausdrucks mit einer Herzratenakzeleration nachweisen. Der interessierte Gesichtsausdruck korrelierte mit einer Herzratendekeleration (Orientierungsreaktion).

Sroufe und Waters (1977) beobachteten einjährige Kinder ebenfalls in einer Fremden-Situation. Zwar fanden sie einen Zusammenhang zwischen dem Auftreten des Fremden und dem Anstieg der Herzrate, die Angst konnte jedoch nicht an offen gezeigtem motorischen Verhalten abgelesen werden. Erst bei der Berücksichtigung von feineren Indikatoren der Angst wie z. B. das Zusammenziehen der Augenbrauen oder die Reduktion der Lächelhäufigkeit, stellten sie eine Korrelation dieser Indikatoren mit dem Anstieg der Herzrate fest. Dieses Beispiel zeigt den Nutzen der Mehrebenenanalyse. Die Erfassung der Angstaussprägung auf der psychophysiologischen Variablen regte eine heuristische Suche nach feineren behavioralen Parametern an.

Nach Beidel (1989) ist es insgesamt schwierig, emotionale Zustände im frühen Kindesalter zu erfassen. Das liegt vor allem daran, dass nur die Verhaltensebene und die Psychophysiologie dokumentiert werden können, da das Kind noch nicht in der Lage ist, sich über sein Befinden zu äußern. Hinsichtlich der Messung von psychophysiologischen Parametern ergibt sich das Problem, dass Kinder in der Versuchssituation nicht an unwillkürlichen Bewegungen gehindert werden können, die sich als Bewegungsartefakte in der psychophysiologischen Messung niederschlagen.

**Zusammenfassend** gibt es im Säuglings- und Kleinkindalter einen Zusammenhang zwischen der sichtbaren Angstaussprägung und dem Anstieg der Herzrate. Die oft vernachlässigte Psychophysiologie scheint unter Umständen sogar die sinnvollere Methode zur Erfassung von Ängsten zu sein, da sie feinere Veränderungen abbildet und zur Suche nach anderen angstrelevanten behavioralen Indikatoren anregt.

#### ***4.4.2 Das Kindergarten- und Vorschulalter***

Die umfassendste Forschung in dieser Altersgruppe hinsichtlich der sozialen Angst haben Kagan und Mitarbeiter im Rahmen der Studien zur behavioralen Inhibition durchgeführt (vgl. Abschnitt 3.3.4; Garcia-Coll et al., 1984; Kagan, 1989; Kagan et al., 1984; Kagan et al., 1988; Reznick et al., 1986; Schwartz et al., 1996; Schwartz et al., 1999). Die behaviorale Inhibition wurde definiert, als ein auf der Verhaltensebene beobachtbares Reaktionsmuster, dass u. a. durch sozialen Rückzug und lautes Weinen gekennzeichnet ist. Diese Verhaltensweisen zeigen auch ängstliche Kinder und könnten in einer sozialen Situation demnach auch als Indikatoren für Schüchternheit oder soziale Angst gewertet werden.

Innerhalb der Längsschnittstudie untersuchten Kagan und Mitarbeiter inhibierte und uninhibierte Kinder im Kontakt mit einem fremden Erwachsenen und einem Gleichaltrigen (Kagan et al., 1984). Die inhibierten Kinder antworteten in diesen sozialen Situationen mit einer signifikant höheren Herzrate und einer geringeren Herzratenvariabilität. Bei der wiederholten Testung der Kinder im Alter von 5,5 Jahren bildete sich dieser Zusammenhang erneut ab. Zusätzlich entsprach der Herzratenverlauf der uninhibierten Kinder dem einer Orientierungsreaktion, wogegen die Herzrate der inhibierten einen ansteigenden Trend während der ganzen Testung auswies (Reznick et al., 1986). Interessanterweise hatten die inhibierten Kinder erstmals im Alter von 5,5

Jahren eine höhere Herzschlagrate während der Baseline und einen erhöhten Puls in den Ruhezeiten. Reznick et al. (1986) erklären sich diese Ergebnisse aufgrund der in diesem Alter möglichen kognitiven Fähigkeit antizipatorische Angst zu entwickeln und im Sinne der Imagination von möglichen ängstigenden Ereignissen, mit einer höheren Herzrate zu reagieren.

Die Ergebnisse der Untersuchungen weisen also auch im Kindergarten- und Vorschulalter auf einen Zusammenhang zwischen der kardialen und der Reaktion auf der Verhaltensebene hin. Außerdem liefert die Beschreibung von sozialer Angst auf mehreren Ebenen Hinweise, dass höhere kognitive Prozesse wie z. B. die Fähigkeit zur Antizipation negativer Ereignisse in diesem Alter möglich sind.

#### **4.4.3 Schulalter**

Viele Studien dieser Altersgruppe konzentrieren sich auf Kinder zwischen 7 und 12 Jahren und fokussieren einzelne phobische Ängste wie z. B. die Angst vor den Dunkeln oder dem Zahnarzt. Untersuchungen zur Erfassung von sozialer Angst sind rar, Untersuchungen mit Schülern, die älter sind als 12 Jahre, sind so gut wie nicht vorhanden. Die methodische Erhebung erfolgt im Gegensatz zu den jüngeren Kindern hauptsächlich mit Hilfe von Selbstbeschreibungs-Fragebogen.

Beidel (1988) untersuchte die Herzrate und den Blutdruck von prüfungsängstlichen und nichtängstlichen Kindern im Alter 8 bis 12 Jahren während eines Vokabeltests und einer Vorleseaufgabe. Von den Kindern, die mit Hilfe eines Fragebogens als im klinisch relevanten Ausmaß prüfungsängstlich eingestuft wurden, erfüllten 60% die DSM-III Kriterien einer zusätzlichen Angststörung. Die Ergebnisse zeigten während des Vokabeltests und des Vorlesens bei den prüfungsängstlichen Kindern eine signifikant höhere Herzrate (6,5 Schläge/Minute) als bei den nichtängstlichen Kindern. Hinsichtlich des Blutdrucks ergaben sich keine Gruppen- und aufgabenspezifischen Unterschiede. In beiden Gruppen wurde die Tendenz sichtbar, mit differentiellen autonomen Reaktionsmustern zu reagieren. Bei den nichtängstlichen Kindern stieg die Herzrate zu Beginn der 10-minütigen Aufgabe an und fiel im weiteren Verlauf bis zur Baseline ab. Die Herzfrequenz vergrößerte sich bei den prüfungsängstlichen Kindern während den beiden Aufgaben über die Zeit hinweg kontinuierlich.

In einer weiteren Studie verglich Beidel (1991a) 18 Kinder mit der Diagnose „soziale Phobie“, 11 Kinder mit der Diagnose „Störung mit Überängstlichkeit“ und 18 Kinder ohne psychische Störungen hinsichtlich allgemeiner Angst, wahrgenommener Kompetenz, Temperament und Psychophysiologie. Die Kinder waren durchschnittlich 10 Jahre alt und führten genau wie in der früheren Untersuchung einen Vokabeltest durch und lasen fremden Personen eine Geschichte vor. Die Ergebnisse belegen, dass sich die sozialphobischen Kinder auf kognitiver Ebene signifikant weniger kompetent beurteilen, sie gaben eine höhere allgemeine Trait-Angst an und empfanden während des Vokabeltests mehr Angst als die Vergleichsgruppen. Kinder mit sozialer Phobie entwickelten während der Aufgaben mehr negative Kognitionen, allerdings war die

Differenz zu den anderen Gruppen nicht statistisch bedeutsam. Im Gegensatz zu den Studien von Kagan et al. (1986) war die Basisherzrate bei Kindern mit sozialer Phobie nicht erhöht und lag um den Wert der nichtklinischen Stichprobe. Die Herzfrequenz stieg in der Vorleseaufgabe bei den Kinder mit sozialer Phobie um 6 Schläge/Minute, bei den Kindern mit einer Störung mit Überängstlichkeit um 1 Schlag/Minute und bei der nichtklinischen Kontrollgruppe um 4 Schläge/Minute (Standardabweichungen werden nicht berichtet). Die Unterschiede drei Gruppen wurden nicht signifikant. Die fehlende statistische Bedeutsamkeit in dieser Untersuchung könnte auf die relativ kleine Stichprobe zurückgeführt werden.

In der bislang umfassendsten Analyse der Psychopathologie der sozialen Phobie im Kindesalter untersuchten Beidel et al. (1999) 50 Kinder mit einer sozialen Phobie nach DSM-IV. Mit Hilfe von halbstandardisierten Interviews, Selbstbeschreibungs-Fragebogen, Eltern- und Lehrerbeurteilungen, zwei Verhaltenstests und einem Symptomtagebuch verglichen sie die Ausprägungen der unterschiedlichen Komponenten sozialer Angst der sozialphobischen mit einer nichtklinischen Stichprobe. Der Verhaltenstest bestand einerseits in der Aufgabe, vor einem kleinen Publikum vorzulesen und andererseits in einem Rollenspiel mit einem Gleichaltrigen mit folgenden Aufgaben: ein Gespräch aufrechterhalten, ein Kompliment machen, auf eine Bitte nach Hilfe reagieren, auf ein Kompliment reagieren und den Gleichaltrigen bitten, sein negatives Verhalten zu unterlassen. Die Ergebnisse zeigen u. a., dass sozialphobische Kinder während der Verhaltenstests mehr Angst empfanden, sie auch von den Beurteilern als ängstlicher und weniger sozial kompetent einschätzt wurden als die nichtängstlichen Kinder.

#### ***4.4.4 Schlussfolgerungen***

Die Forschungsbefunde zu einzelnen Komponenten und die Mehrebenenanalysen sozialer Angst bei Kindern weisen auf Übereinstimmungen mit den Befunden bei erwachsenen Personen hin. Da sich die Ergebnisse bislang nur auf wenige Untersuchungen stützen sind weitere Forschungsaktivitäten notwendig, die diese Resultate überprüfen und ergänzen. Bisher wird vermutet, dass sich sozialängstliche Kinder im Schulalter weniger kompetent beurteilen, in bestimmten sozialen Situationen mehr Angst erleben und negativ von sich und der Qualität ihrer sozialen Leistung denken. Auf psychophysiologischer Ebene bildet sich bei allen Altersstufen die Tendenz ab, auf soziale Angst mit einer Aktivierung des autonomen Nervensystems zu reagieren, die sich in der Erhöhung der Herzfrequenz oder des Blutdrucks zeigt. Außerdem werden Kinder mit sozialer Phobie in der Situation als weniger kompetent beurteilt. Die Vermeidung von sozialen Situationen ist bei sozialphobischen Kindern erhöht. Schüchterne Kinder vermeiden nur unvertraute soziale Situationen, in vertrauten Situationen beteiligen sie sich so häufig, wie nicht schüchterne Kinder (Asendorpf & Meier, 1993). Nach wie vor stehen Untersuchungen mit einer jugendlichen Altersgruppe aus.



#### **4.5 Zusammenfassung**

In der Emotionsforschung hat sich die Auffassung inzwischen weitgehend durchgesetzt, dass Emotionen von einem Komplex mehrerer Reaktionskomponenten abhängen. Früher und teilweise auch heute, wurden einzelne Reaktionsebenen in unterschiedlichem Maße für das Zustandekommen und die Aufrechterhaltung der Emotionen verantwortlich gemacht. Die Mehrebenenanalyse berücksichtigt mehrere Ebenen der Emotion und setzt sie miteinander in Verbindung. Dieses Vorgehen scheint der Sicht eines prozesshaften und multidimensionalen Charakters von Emotionen am ehesten gerecht zu werden.

Der vorhandene Mangel an Mehrebenenanalysen in der Emotionsforschung bzw. der Forschung über soziale Angst, ist einerseits auf den hohen Aufwand zurückzuführen, den solche Studien mit sich bringen und andererseits auf eine mangelnde Kovariation zwischen den Ebenen. Die Gründe für dieses Kovariationsproblem liegen zum Teil in methodischen Mängeln zum anderen an der tatsächlichen Varianz zwischen den Reaktionsebenen. Nutzbar für die psychologische Forschung werden diese Dissoziationen dann, wenn Subgruppen bestimmter Störungsbilder entdeckt werden und eine adaptive Therapie möglich wird.

Befunde zur Mehrebenenanalyse der sozialen Angst von Erwachsenen und Kindern weisen auf differentielle Reaktionsmuster in Abhängigkeit der Angstaussprägung hin. Die kognitiven, physiologischen, gefühlsmäßigen und verhaltensnahen Reaktionen von Kindern mit sozialer Angst besitzen Ähnlichkeit mit denen von Erwachsenen. Untersuchungen im Pubertätsalter, in der die soziale Angst einen vorübergehenden Höhepunkt einnimmt, wurden noch nicht durchgeführt.

## 5 ZIELE DES FORSCHUNGSVORHABENS UND FRAGESTELLUNGEN

### 5.1 Überblick über Ziele, Design und Methodik des Forschungsvorhabens

In den vorigen Kapiteln wurde deutlich, dass es inzwischen eine elaborierte Forschung und daraus resultierende gesicherte Erkenntnisse über soziale Angst bzw. soziale Phobie im Erwachsenenalter gibt. Bei Kindern wurden weit weniger Untersuchungen durchgeführt und die Befunde sind lückenhaft. So gut wie keine Studien liegen für Jugendliche ab dem 12. Lebensjahr vor und das obwohl in dieser Entwicklungsstufe der Pubertät die soziale Ängstlichkeit ein vorübergehendes Maximum einnimmt (vgl. Abschnitt 2.4). Nach dem bisherigen Erkenntnisstand entsprechen sich die Erscheinungsbilder der sozialen Angst bei Erwachsenen und Kindern in wichtigen Punkten. Ob das Erscheinungsbild der sozialen Angst im Jugendalter dem der sozialen Angst im Kindes- oder Erwachsenenalter ähnlich ist, wurde bislang nicht geklärt.

In vielen der bereits im Abschnitt 4.3 und 4.4 beschriebenen Untersuchungen wurde die soziale Angst in einer konkreten sozialen Situation über verschiedene Reaktionskomponenten erfasst. Leider wurden dabei meistens nur einzelne Komponenten wie z. B. die subjektive Angstaussprägung und/oder die physiologische Erregung erhoben, so dass ein umfassendes Erscheinungsbild der situativen sozialen Angst bisher nie an *einer* Stichprobe im Rahmen *einer* Studie aufgezeigt wurde.

Daher ist es das **Hauptziel der vorliegenden Untersuchung**, die soziale Angst in einer *Angst auslösenden sozialen Situation* im *Jugendalter* auf *mehreren* Reaktionskomponenten zu erheben. Dabei werden die gezeigte soziale Kompetenz, ein psychophysiologischer Parameter (Herzrate), die Kognitionen, die subjektiven Gefühlseindrücke und die Vermeidungsmotivation in einer sozialen Situation erfasst, zueinander in Beziehung gesetzt und in Abhängigkeit der sozialen Ängstlichkeit der jugendlichen Probanden untersucht. Die Studie wird mit Jugendliche in der Transeszenz, d. h. im Alter zwischen 11 und 14 Jahren durchgeführt.

Der Ablauf der Untersuchung besteht im Wesentlichen aus zwei Untersuchungsabschnitten: einer Fragebogenerhebung (detaillierte Beschreibung siehe 6.2) und einer experimentellen Untersuchung (detaillierte Beschreibung siehe 6.5). Im experimentellen Teil werden die oben genannten Reaktionskomponenten mit Hilfe von unterschiedlichen Messmethoden erhoben. Die jugendlichen Probanden haben darin u. a. die Aufgabe, sich mit einem Interaktionspartner zu unterhalten (diagnostisches Rollenspiel). Erwachsene und jugendliche Beurteiler bewerten anschließend den im videographierten diagnostischen Rollenspiel agierenden Probanden hinsichtlich der gezeigten sozialen Kompetenz, der Ängstlichkeit, der Intelligenz, der Attraktivität und der Sympathie.

Neben psychisch unauffälligen Jugendlichen werden auch Jugendliche untersucht, die aufgrund psychischer Probleme stationäre Psychotherapie in Anspruch nehmen. Hier wird der Frage nachgegangen, ob sich Jugendliche mit psychischen Störungen von Jugendlichen der nichtklinischen Kontrollgruppe in Abhängigkeit von der Ausprägung

der sozialen Ängstlichkeit hinsichtlich der gezeigten sozialen Kompetenz, der Herzfrequenz, der Kognitionen, der subjektiven Gefühlseindrücke und der Vermeidungsmotivation in der sozialen Situation unterscheiden. Außerdem sollen Aussagen über die Auftretenshäufigkeit und Ausprägung sozialer Ängste bei Jugendlichen mit und ohne psychische Störungen getroffen werden.

## 5.2 Hypothesen und Fragestellungen

Folgende Hypothesen und Fragestellungen werden geprüft und untersucht:

### A) Gütekriterien der Beobachterbeurteilungen:

Wie oben beschrieben, bewerten in der vorliegenden Untersuchung jugendliche *und* erwachsene Beurteiler die gezeigte soziale Kompetenz, die Ängstlichkeit, die Intelligenz etc. als globale Beurteilungskategorien der jugendlichen Probanden (*globale* Beurteilungskategorien siehe Abschnitt 6.5.3.2, S. 77). Hier soll erstens die Übereinstimmung der jugendlichen bzw. der erwachsenen Beurteiler *untereinander* und zweitens die Übereinstimmung *zwischen* den jugendlichen und den erwachsenen Beurteiler erfasst werden. Es wird eine hohe Übereinstimmung der Beurteilungen der Erwachsenen bzw. der Jugendlichen untereinander und eine geringe Übereinstimmung zwischen den Erwachsenen und den Jugendlichen erwartet.

Neben der globalen Bewertung der von den jugendlichen Probanden gezeigten sozialen Kompetenz im diagnostischen Rollenspiel (s. o.) wird die soziale Kompetenz zusätzlich mit einer für Erwachsene entwickelten *Ratingskala für soziale Kompetenz* (RSK; siehe Abschnitt 6.5.5) beurteilt. Da diese Ratingskala bisher noch nicht bei einer jugendlichen Stichprobe angewendet wurde, ist die Überprüfung ihrer Gütekriterien auch Aufgabe dieses Forschungsvorhabens. Als Gütekriterien der RSK werden im Einzelnen die Interrater-Reliabilität, die konvergente und diskriminante Validität sowie die externe Validität untersucht.

**Die folgenden unter B), C) und D) formulierten Fragestellungen und Hypothesen beziehen sich auf die fünf Reaktionskomponenten, die in der experimentellen Untersuchung erfasst wurden:**

### B) Allgemeiner Zusammenhang der einzelnen Reaktionskomponenten der situativen sozialen Angst:

Zwischen den einzelnen Komponenten (gezeigte soziale Kompetenz, Herzrate, subjektive Gefühlseindrücke, Kognitionen und Vermeidungsmotivation im Rollenspiel) werden geringe Zusammenhänge erwartet (siehe *Kovariationsproblem*; vgl. Abschnitt 4.2).

**C) Zusammenhang zwischen den Reaktionskomponenten der situativen sozialen Angst (abhängige Variablen) und der sozialen Angst als Trait (unabhängige Variable):**

- 1) Komponente der **Sozialen Kompetenz**: Es wird ein Zusammenhang der **sozialen Angst als Trait** und dem Ausmaß der **situativ erlebten sozialen Angst** mit dem Ausmaß an gezeigter **sozialer Kompetenz** vermutet. Das bedeutet im Einzelnen:
  - ⇒ *Das Ausmaß der gezeigten sozialen Kompetenz im Rollenspiel hängt mit der Ausprägung der sozialen Ängstlichkeit (Trait) der Jugendlichen zusammen: Je größer die soziale Ängstlichkeit ausgeprägt ist, desto geringer ist die gezeigte soziale Kompetenz.*
  - ⇒ *Das Ausmaß der gezeigten sozialen Kompetenz im Rollenspiel hängt mit der Ausprägung der situativen sozialen Ängstlichkeit im Rollenspiel (State) der Jugendlichen zusammen: Je mehr soziale Angst erlebt wird, desto geringer ist die gezeigte soziale Kompetenz.*
  
- 2) Komponente der **Psychophysiologie (Herzrate)**: Es wird erwartet, dass die Höhe der physiologischen Erregung (erfasst über die Herzrate im Ruhezustand) und der Anstieg der physiologischen Erregung (operationalisiert über Herzratenanstieg: Differenz aus der Herzrate im Rollenspiel und der Herzrate im Ruhezustand) im Rollenspiel mit der sozialen Ängstlichkeit als Trait zusammen hängt. Außerdem wird angenommen, dass sich der Jugendliche je nach Ausprägung der sozialen Ängstlichkeit mit unterschiedlicher Geschwindigkeit im Rollenspiel an die Herausforderung adaptiert, das heißt die physiologische Erregung (erfasst über die Herzrate) nähert sich im Rollenspiel unterschiedlich schnell dem Niveau der Ruhebedingung an. Weiterhin wird vermutet, dass Jugendliche mit klinisch bedeutsamer Ausprägung sozialer Ängstlichkeit (Operationalisierung siehe Abschnitt 7.3, S. 99) die psychophysiologische Erregung genauer wahrnehmen als wenig sozialängstliche Jugendliche.
  - ⇒ *Es besteht ein positiver Zusammenhang zwischen der Höhe der sozialen Ängstlichkeit und dem absoluten Ruhepuls.*
  - ⇒ *Je größer die soziale Ängstlichkeit ausgeprägt ist, um so größer ist der Pulsanstieg im Rollenspiel.*
  - ⇒ *Die Geschwindigkeit der Herzratenabnahme (Habituation) im Rollenspiel hängt mit der sozialen Ängstlichkeit der Jugendlichen zusammen: Je größer die soziale Ängstlichkeit, um so langsamer die Rückkehr zur Herzrate des Ruhezustands.*

⇒ Bei Jugendlichen mit klinisch bedeutsamer sozialer Ängstlichkeit besteht ein stärkerer positiver Zusammenhang zwischen der empfundenen Erregung und dem relativen Anstieg der Herzrate in der Situation als bei nichtängstlichen Jugendlichen, das heißt Jugendliche mit klinisch bedeutsamer sozialer Ängstlichkeit können die eigene physiologische Erregung präziser wahrnehmen als nichtängstliche Jugendliche.

### 3) Komponente der **Kognition, des Gefühlseindrucks, der Vermeidungsmotivation**

Hier wird Folgendes erwartet:

⇒ Je stärker die soziale Ängstlichkeit als Trait bei Jugendlichen ausgeprägt ist, um so niedriger ist die Anzahl an positiven und um so höher die Anzahl an negativen Gedanken während des Rollenspiels.

⇒ Je stärker die soziale Ängstlichkeit als Trait ausgeprägt ist, um so mehr Angst wird während der experimentellen Untersuchung und besonders während des Rollenspiels erlebt.

⇒ Je stärker die soziale Ängstlichkeit als Trait ausgeprägt ist, desto größer ist das Ausmaß der empfundenen Ablehnung durch den Gesprächspartner in der sozialen Situationen.

⇒ Es gibt einen positiven Zusammenhang zwischen dem Ausmaß der erlebten situativen sozialen Angst im Rollenspiel und der Fremdbeurteilung der Ängstlichkeit - eingeschätzt durch Gleichaltrige und Erwachsene.

⇒ Je größer die soziale Ängstlichkeit als Trait desto größer ist Vermeidungstendenz der Jugendlichen im Rollenspiel.

### D) Soziale Angst als Trait und psychische Störung:

Hinsichtlich der Schüler-Stichprobe und der klinischen Stichprobe wird erwartet, dass die unter C) postulierten Zusammenhänge für Jugendlichen aus beiden Stichproben gleichermaßen gelten. Die erwarteten Unterschiede in den Reaktionskomponenten (*abhängigen Variablen*) werden nicht von der Variablen „Zugehörigkeit zu der klinischen bzw. nichtklinischen Stichprobe“ (*unabhängige Variable*) aufgeklärt, sondern sind auf den Einfluss der sozialen Ängstlichkeit (*unabhängige Variable*) zurückzuführen (siehe Hypothesen unter C)).

Allerdings wird erwartet, dass sich Jugendliche mit psychischen Störungen von Jugendlichen der nichtklinischen Kontrollgruppe in Abhängigkeit von der Ausprägung der sozialen Ängstlichkeit hinsichtlich der gezeigten sozialen Kompetenz, der physiologischen Erregung, der Kognitionen, der subjektiven Gefühlseindrücke und der Vermeidungsmotivation in der sozialen Situation unterscheiden (Interaktion Stichprobenzugehörigkeit und soziale Ängstlichkeit). Der Unterschied fällt so aus, dass Jugendliche der klinischen Stichprobe in Abhängigkeit der sozialen Ängst-

lichkeit größere Einschränkungen in der sozialen Situationen erleben, d. h. geringere soziale Kompetenz und eine größere physiologische Erregung zeigen, mehr situative Angst, mehr negative bzw. weniger positive Gedanken und eine größere Vermeidungsmotivation erleben.

Weiterhin gehen wir davon aus, dass klinisch bedeutsame soziale Ängstlichkeit unter Jugendlichen mit psychischen Störungen häufiger vorkommt, als bei Jugendlichen der Schüler-Stichprobe.

## 6 METHODIK

### 6.1 Rekrutierung der Stichproben

Zur Erfassung von sozialer Angst im Jugendalter wurden Jugendliche im Alter von 11 bis 14 Jahren gebeten, an zwei aufeinanderfolgenden Abschnitten einer Untersuchung zur „*sozialen Ängstlichkeit im Jugendalter*“ teilzunehmen. Diese Altersperiode wird als Transeszenz bezeichnet und steht für den Übergang von Kindheit in die frühe Adoleszenz. In der Transeszenz finden die größten körperlichen Veränderungen statt und es kommt zur Geschlechtsreife. Da bislang sehr wenig Untersuchungen über die soziale Angst im Jugendalter existieren und die Transeszenz als Übergang einen wichtigen Zeitabschnitt für die Entwicklung von sozialen Ängsten markiert, wurde diese Altersgruppe ausgewählt.

Die Rekrutierung der nichtklinischen Stichprobe erfolgte in einer Heidelberger Hauptschule, in einer Schwetzingener Realschule und in einem Schwetzingener Gymnasium. Die generelle Erlaubnis in den Schulen für die Studie zu werben, erteilte das Ober-schulamt Stuttgart nach Einsichtnahme in eine ausführliche Projektbeschreibung. Die individuelle Genehmigung, an Schüler bestimmter Schulen heranzutreten, lag im Kompetenzbereich des Direktorats und der Schulkonferenz.

Die Information über die Studie und die Aufforderung zur Teilnahme an dem ersten Untersuchungsteil erfolgte im Rahmen einer Schulstunde in Anwesenheit des Lehrers vor der gesamten Klasse. Mit Betonung der Freiwilligkeit einer Teilnahme wurden die Jugendlichen über Inhalte, Ablauf, Datenschutz und Entlohnung ihrer Mitarbeit informiert. Im Anschluss daran erhielten interessierte Jugendliche ein Informationsblatt für sich und für die Eltern, eine Einverständniserklärung und einen Elternfragebogen. Bei Einverständnis der Eltern wurden die Jugendlichen gebeten, den von den Eltern ausgefüllten Fragebogen und die Einverständniserklärung zum ersten Untersuchungstermin mitzubringen (siehe Anhang).

Nach der Durchführung des ersten Untersuchungsteils wurde eine zufällige Auswahl an Jugendlichen der Realschule und des Gymnasiums gefragt, ob sie bereit wären, auch am zweiten Untersuchungsteil mitzumachen. Hierfür wurden erneut Information und Einverständniserklärung für die Eltern mitgegeben. Eine entsprechende Untersuchung an der Hauptschule war nicht möglich, da dort passende Räumlichkeiten für die aufwendige Mehrebenen-Untersuchung zur sozialen Angst fehlten. Beide Untersuchungsabschnitte mit der nichtklinischen Stichprobe fanden ansonsten in den Räumlichkeiten der Schulen an unterrichtsfreien Nachmittagen statt. Die Rekrutierung erfolgte in einem Zeitraum von drei Monate hinweg von November 1998 bis Januar 1999.

Für die klinische Stichprobe wurden konsekutiv alle Patienten der Kinder- und Jugendpsychiatrie der Universität Heidelberg im Alter von 11 bis 14 Jahren im Zeitraum von 23 Monaten (Februar 1998 bis Dezember 2000) zur Mitwirkung an der Studie aufgefordert. Die Teilnahme war auch hier freiwillig - bei Ablehnung einer Beteiligung

entstanden keine Nachteile in der medizinischen Versorgung. Das Vorgehen wurde zuerst von der Ethikkommission der Medizinischen Fakultät geprüft und genehmigt.

Die Anfrage zur Mitarbeit erfolgte unabhängig von den psychiatrischen Diagnosen und nach dem Einverständnis des behandelnden Arztes bzw. der Ärztin. Von der Studie wurden nur Kinder und Jugendliche mit starker Lese-Rechtschreib-Schwäche und/oder in akuten Krisen ausgeschlossen. Die Untersucherinnen informierten die jugendlichen Patienten individuell über den Ablauf der Untersuchung auf der Station der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Die Durchführung fand in Untersuchungsräumen der Klinik statt. Auch hier war die Teilnahme an dem zweiten Abschnitt nicht an den ersten gebunden.

Die jugendlichen Schüler und Patienten erhielten nach der Durchführung des ersten und des zweiten Abschnittes jeweils 10,- DM. Außerdem wurde den Jugendlichen angeboten, eine Rückmeldung über die Untersuchungsergebnisse zu bekommen.

## 6.2 Ablauf der Studie

Abbildung 6 gibt einen Überblick über die Durchführung der gesamten Studie für die nichtklinische und die Patientenstichprobe. Da die vorliegende Untersuchung Teil eines größeren Forschungsprojektes zur „sozialen Ängstlichkeit im Jugendalter“ mit Frau Dipl.-Psych. Carmen Schmit ist, sind in der Gesamtübersicht auch Fragebogen aufgeführt, die für die im Abschnitt 5.2 formulierten Fragestellungen irrelevant sind. Zum besseren Verständnis des gesamten Ablaufs werden sie hier in der Übersicht jedoch genannt.

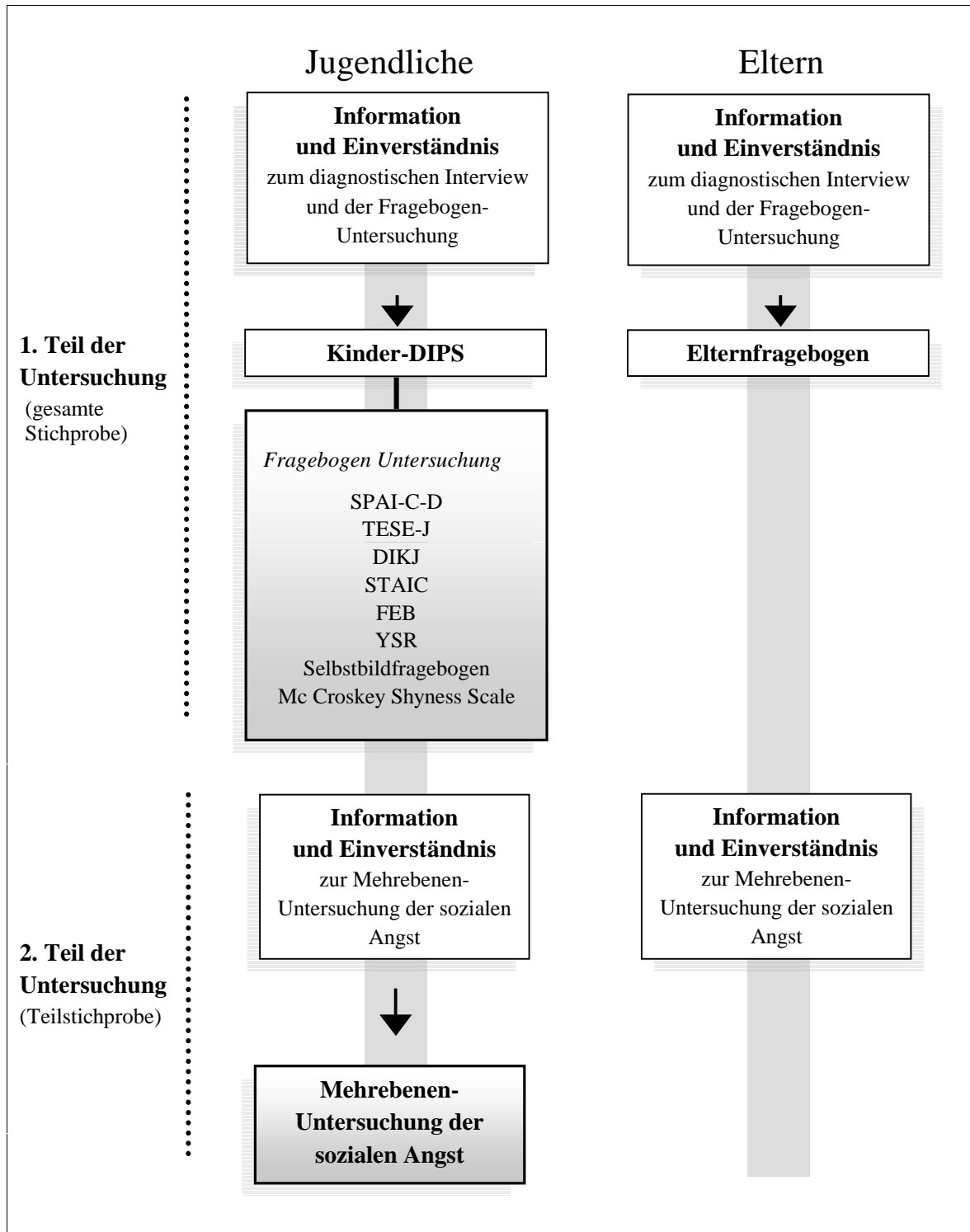
Zu Beginn wurden die Jugendlichen und deren Eltern über die Untersuchung informiert und um deren Einverständnis zur Teilnahme am ersten Abschnitt der Untersuchung gebeten. Die Aufgabe der Eltern beinhaltete die Beantwortung des Elternfragebogens, der aus sechs der sieben Items zu Merkmalen sozial-kompetenten Verhaltens der Child Behavior Checklist (**CBCL**; Achenbach & Edelbrock, 1983, deutsche Bearbeitung von der Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist, 1998a) und aus zwei der drei Elternskalen von Asendorpf (1989a) besteht. Die erste Sitzung begann mit einer Information der Jugendlichen über die Inhalte der aktuellen Sitzung. Im Anschluss wurden mit jedem Untersuchungsteilnehmer Sektionen aus dem „Diagnostisches Interview bei psychischen Störungen im Kindes- und Jugendalter“ (**Kinder-DIPS**; Unnewehr, Schneider & Margraf, 1998) zur Abklärung der Psychopathologie durchgeführt. Das Interview dauerte zwischen 10 und 30 Minuten. Danach füllten die Schüler in einem anderen Raum unter Aufsicht einer zweiten Versuchsleiterin acht Fragebogen aus. Hier wurden die Jugendlichen ermutigt, jede unklare Aufgabenstellung und jedes ihnen unbekannte Wort bei der Versuchsleiterin zu erfragen.

Folgende Fragebogen wurden vorgelegt: die „Deutsche Fassung des Social Phobia and Anxiety Inventory for Children“ (**SPAI-C-D**; Melfsen, Florin & Walter, 1999; deutsche Übersetzung des „Social Phobia Anxiety Inventory (SPAI-C) von Beidel, Turner & Morris, 1995), der „Test zur Erfassung selbstbezogener Emotionen für Jugendliche“ (**TESE-J**; deutsche Übersetzung des „Test of Self-Conscious Affect for Adolescents (TOSC-A) von Tagney, Wagner, Gavlas & Gramzow, 1991), das



„Depressions-Inventar für Kinder und Jugendliche“ (**DIKJ**; Stiensmeier-Pelster, Schürmann & Duda, 1989), das „State-Trait-Anxiety-Inventory for Children“ (**STAIC**; Spielberger, 1973, deutsche Übersetzung in Unnewehr, 1992), der „Fragebogen zur

Abbildung 6: Überblick über den Ablauf der Gesamt-Studie



Anmerkung: Erläuterung der Fragebogen siehe Abschnitt 6.2 ( S. 59ff)

elterlichen Bindung“ (**FEB**; Lutz, Heyn & Kommer, 1995), der „Youth Self-Report“ (**YSR**; Achenbach & Edelbrock, 1987, deutsche Bearbeitung von der Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist, 1998b), vier Skalen des **Selbstbildfragebogen** (Asendorpf, 1989a) und die **McCroskey Shyness Scale** (McCroskey, Anderson, Richmond & Wheelless, 1981).

Für die vorliegende Untersuchung werden Ergebnisse des SPAI-C-D, des YSR, des Selbstbildfragebogens, des DIKJ und der McCroskey Shyness Scale in die Auswertung einbezogen; diese Verfahren werden im Abschnitt 6.4 detailliert beschrieben.

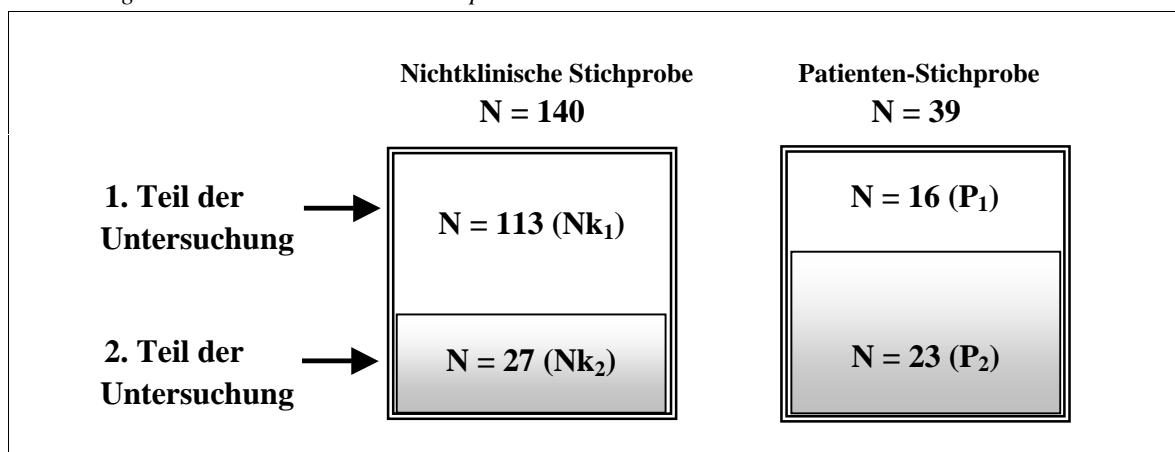
Für die Bearbeitung der Fragebogen benötigten die Jugendlichen zwischen 45 und 120 Minuten. In wenigen Fällen konnten bestimmte Schüler den Fragebogen aufgrund von Konzentrationsproblemen nicht fertig stellen. Sie wurden gebeten, die Aufgabe in einer zusätzlichen Sitzung abzuschließen.

Nach dem Einverständnis zur Teilnahme am zweiten Untersuchungsteil wurde mit den Jugendlichen ein Termin vereinbart, der ca. eine Woche nach dem ersten lag. Zu Beginn dieser zweiten Sitzung erhielten die Schüler Informationen über den Ablauf. Dann folgte die Mehrebenen-Untersuchung zur sozialen Angst, in der die Jugendlichen u. a. die Aufgabe hatten, sich mit einer gleichaltrigen Person des anderen Geschlechts zu unterhalten. In dieser Interaktion sollten soziale Ängste ausgelöst werden. Die zweite Sitzung dauerte insgesamt ca. 45 Minuten. Die detaillierte Beschreibung der Mehrebenen-Untersuchung folgt im Abschnitt 6.5.

### 6.3 Beschreibung der Stichproben

Am ersten Teil der Untersuchung nahmen insgesamt 179 Jugendliche teil, davon wirkten 50 zusätzlich an dem zweiten Untersuchungsabschnitt mit. Die *nichtklinische Stichprobe* besteht aus 140 Schülern - hier beteiligten sich 113 ( $N_{k1}$ ) nur an dem ersten Abschnitt und 27 ( $N_{k2}$ ) an dem ersten *und* zweiten Abschnitt (siehe Abbildung 7). Der Grund für die relativ kleine Anzahl derer, die zusätzlich den zweiten Teil durchführten, liegt darin, dass nur einige Schüler in zufälliger Auswahl zur Beteiligung aufgefordert wurden.

Abbildung 7: Überblick der Gesamt-Stichprobe



Die *Patienten-Stichprobe* setzt sich aus 39 stationär behandelten Jugendlichen zusammen von denen 16 ( $P_1$ ) nur am ersten und 23 ( $P_2$ ) am ersten *und* zweiten Abschnitt teilnahmen. Im Gegensatz zu den Schülern der nichtklinischen Stichprobe wurden alle Patienten gebeten, auch an dem zweiten Teil mitzuwirken. Ursachen dafür, dass 16 Jugendliche die Mehrebenen-Untersuchung nicht durchführten, sind eine unerwartet rasche Entlassung, so dass die Mitwirkung zeitlich nicht möglich war und die Absage der Teilnahme durch die Jugendlichen oder deren Eltern.

In Tabelle 1 und 2 sind die soziodemographischen Daten, die Selbst- und Fremdbeurteilungen der sozialen Angst von der nichtklinischen (Tabelle 1) und der Patienten-Stichprobe (Tabelle 2) aufgeführt. Mit Hilfe von Varianzanalysen und  $\chi^2$ -Tests wurde überprüft, ob sich die Stichproben der Schüler, die an der Mehrebenen-Untersuchung teilnahmen ( $Nk_2$  bzw.  $P_2$ ) von der Stichprobe ohne Mehrebenen-Untersuchung ( $Nk_1$  bzw.  $P_1$ ) unterscheiden bzw. ob sich  $Nk_2$  als äquivalente Teilstichprobe von  $Nk_1$  und  $P_2$  als äquivalente Teilstichprobe von  $P_1$  verstehen lässt.

Tabelle 1: Soziodemographische Daten und Beurteilungen zur sozialen Angst der nichtklinischen Stichproben

		Nichtklinische Stichprobe		
		mit Mehrebenen- Untersuchung ( $Nk_2$ ) n = 27	ohne Mehrebenen- Untersuchung ( $Nk_1$ ) n = 113	p
<b>Alter</b>	M (SD)	12,3 (0,7)	12,5 (0,8)	n.s.
	Min.-Max.	11-14	11-15	
<b>Geschlecht</b>	weiblich in % (n)	51,9% (14)	56,6% (64)	n.s.
<b>Schule</b>	% (n)			
	Hauptschule	-	23,9 % (27)	≤.001
	Realschule	81,5% (22)	27,4 % (31)	
	Gymnasium	18,5% (5)	47,7 % (55)	
	andere	-	-	
<b>Schulklasse</b>	% (n)			
	≤ Klasse 5	-	0,9% (1)	n.s.
	Klasse 6	22,2% (6)	22,1% (25)	
	Klasse 7	77,8% (21)	76,1% (86)	
	≥ Klasse 8	-	0,9% (1)	
<b>SPAI-C-D</b>	M (SD)	12,4 (6,7)	12,9 (7,4)	n.s.
<b>Elternskala</b> Fremden- schüchternheit	M (SD)	23,1 (7,0)	27,5 (9,5)	<.05

Anmerkung: Das unterste Signifikanzniveau beträgt  $p < .05$ .

Tabelle 1 zeigt, dass sich die nichtklinischen Stichproben  $Nk_1$  und  $Nk_2$  nur hinsichtlich der Schultypen und hinsichtlich der Beurteilung von Fremdschüchternheit durch

die Eltern (Elternskalen; Beschreibung der Skalen siehe Abschnitt 6.4) unterscheiden. Sollten der Schultyp und das Urteil der Eltern bzgl. der Fremdschüchternheit einen Zusammenhang mit den später untersuchten abhängigen Variablen haben, gewinnt dieser Unterschied an Bedeutung. Es könnte sich ja herausstellen, dass z. B. die Einschätzung der Eltern mit dem Ausmaß an gezeigter Kompetenz zusammenhängt. Auf dieses Problem der nicht-äquivalenten Teilstichprobe wird später noch eingegangen (siehe Diskussion). Auf den Variablen Alter, Geschlecht, Schulklasse und der selbst eingeschätzten sozialen Angst, gemessen durch den SPAI-C-D (zur Beschreibung des Inventars siehe Abschnitt 6.4), finden sich keine statistisch bedeutsamen Differenzen. Bei den beiden symptomorientierten Fragebogen SPAI-C-D und der Fremdschüchternheit fällt auf dass die Jugendlichen, die nicht an der Untersuchung teilnahmen, sich selbst nicht ängstlicher als die Jugendlichen mit Mehrebenen-Untersuchung einschätzten, wohl aber ihre Eltern. Es scheint in dieser Gruppe also Unterschiede in der Selbst- und Fremdwahrnehmung zu geben. Die Effektstärke (Hedges  $d$ ) der beiden Gruppen bzgl. der Fremdschüchternheit beträgt  $ES = .48$ . Die Effektstärke (Hedges  $d$ ) des SPAI-C-D ist  $ES = .07$ .

Tabelle 2: Soziodemographische Daten und Beurteilungen zur sozialen Angst der Patienten-Stichproben

		Patienten-Stichprobe		
		mit Mehrebenen- Untersuchung (P <sub>2</sub> ) n = 23	ohne Mehrebenen- Untersuchung (P <sub>1</sub> ) n = 16	p
<b>Alter</b>	M (SD)	13,0 (1,3)	13,8 (1,4)	n.s.
	Min.-Max.	11-15	11-16	
<b>Geschlecht</b>	weiblich in % (n)	56,5% (13)	56,3% (9)	n.s.
<b>Schule</b>	% (n)			n.s.
Hauptschule		21,7% (5)	12,5% (2)	
Realschule		39,1% (9)	31,2% (5)	
Gymnasium andere		26,1% (6) 13,1% (3)	43,8% (7) 12,5% (2)	
<b>Schulklasse</b>	% (n)			n.s.
≤ Klasse 5		13,0% (3)	6,3% (1)	
Klasse 6		13,0% (3)	18,8% (3)	
Klasse 7 ≥ Klasse 8		39,1% (9) 34,8% (8)	18,8% (3) 56,3% (9)	
<b>SPAI-C-D</b>	M (SD)	13,8 (7,5)	18,2 (10,2)	n.s.
<b>Elternskala Fremden- schüchternheit</b>	M (SD)	26,7 (8,6)	32,6 (9,3)	n.s.

Anmerkung: Das unterste Signifikanzniveau beträgt  $p < .05$ .

Im Vergleich der Patienten-Stichproben P<sub>1</sub> und P<sub>2</sub> (Tabelle 2) ergeben sich keine signifikanten statistischen Unterschiede. Allerdings ist auch die Stichprobengröße viel

kleiner als bei der nichtklinischen Stichprobe, so dass vorhandene Unterschiede u. U. aufgrund der geringen Teststärke nicht statistisch abgesichert werden können. So haben jugendlichen Patienten, die nicht an der Mehrebenen-Untersuchung teilnahmen, höhere Werte hinsichtlich der sozialen Angst im Selbstrating (SPAI-C-D: Hedges  $d = .50$ ) und im Elternrating für Fremdschüchternheit (Hedges  $d = .63$ ). Hier zeigt sich, dass die Effektstärken, die unabhängig von der Stichprobengröße berechnet werden, auf einen größeren Unterschied zwischen  $P_1$  und  $P_2$  hinweisen als bei der nichtklinischen Stichprobe – trotz fehlender Signifikanz! Das bedeutet also, dass sich die Patienten der Teilstichprobe  $P_2$  selbst als weniger ängstlich einschätzen und sie auch von außen als weniger schüchtern gesehen werden als Patienten der Stichprobe  $P_1$ .

Das Ergebnis lässt weiterhin vermuten, dass die Absage der Patienten aus der Stichprobe  $P_1$  in einigen Fällen wahrscheinlich auf eine höhere Angst vor der Untersuchungssituation und die damit verbundene hohe Vermeidungsmotivation zurück zu führen ist. Diese Vermutung kann in dieser Untersuchung aber nicht geprüft, muß aber bei der Interpretation der Ergebnisse berücksichtigt werden.

Tabelle 3 stellt in einem dritten Vergleich die beiden Stichproben gegenüber, die an der Mehrebenen-Untersuchung teilnahmen. In der Tabelle sind die Mittelwerte mit Standardabweichungen, Signifikanzniveaus und Effektstärken (Hedges  $d$ ) angegeben. Signifikante soziodemographische Unterschiede der Beteiligten zeigen sich in Bezug auf das Alter, die Klassenstufe und die Schulzugehörigkeit. Hinsichtlich der unterschiedlichen Verfahren zur Erfassung der sozialen Angst bzw. Schüchternheit, zeigen sich nur bzgl. des selbst eingeschätzten sozialen Selbstwertgefühls des Selbstbildfragebogens bedeutsame Unterschiede. Allerdings weisen die Effektstärken zum Teil auf mittlere bis hohe Unterschiede zwischen den Stichproben hin. Hinsichtlich der Psychopathologie weist erwartungsgemäß die klinische Stichprobe eine höhere allgemeine psychopathologische Beeinträchtigung (YSR-Gesamtwert) und mehr internalisierende Auffälligkeiten im YSR auf. Die mit dem YSR gemessene „Kompetenz“, setzt sich aus den Skalen „Aktivitäten“ und „Soziale Kompetenz“ zusammen und fällt bei der klinischen Stichprobe niedriger aus. Auch hier weisen die mittleren bis hohen Effektstärken auf Unterschiede zwischen den Gruppen hin.

Für die späteren Analysen muß im Auge behalten werden, dass sich die untersuchten Stichproben hinsichtlich des Alters, der Klassenstufen und des Schultyps unterscheiden! Daher ist es notwendig, potentielle Effekte dieser Variablen in jeder nachfolgenden Analyse zu kontrollieren (siehe auch Abschnitt 7.3). Da die Variablen „Alter“ und „Klassenstufe“ zu  $r = .79$  korrelieren, das heißt ähnliche Informationen tragen, reicht es aus, nur das Alter und den Schultyp zu berücksichtigen.

Tabelle 3: Vergleich der Teilstichprobe der nichtklinischen (Nk<sub>2</sub>) und der Patienten-Stichprobe (P<sub>2</sub>) hinsichtlich der soziodemographischen Daten und der Psychopathologie

		mit Mehrebenen-Untersuchung				
		Nichtklinisch (Nk <sub>2</sub> ) n = 27	Patienten (P <sub>2</sub> ) n = 23	p	Effekt stärke	
<b>Alter</b>	M (SD)	12,3 (0,7)	13,0 (1,3)	<.05		
	Min.-Max.	11-14	11-15			
<b>Geschlecht</b>	weiblich in % (n)	51,9% (14)	56,5% (13)	n.s.		
<b>Schule</b>	% (n)					
	Hauptschule	-	21,7% (5)	<.05		
	Realschule	81,5% (22)	39,1% (9)			
	Gymnasium	18,5% (5)	26,1% (6)			
	andere	-	13,1% (3)			
<b>Schulklasse</b>	% (n)					
	≤ Klasse 5	-	13,0% (3)	<.05		
	Klasse 6	22,2% (6)	13,0% (3)			
	Klasse 7	77,8% (21)	39,1% (9)			
	≥ Klasse 8	-	34,8% (8)			
<b>Spai-C-D</b>	M (SD)	12,4 (6,7)	13,8 (7,5)	n.s.	.11	
<b>Elternskala</b>						
	Fremdschüchternheit	M (SD) 23,1 (7,0)	26,7 (8,6)	n.s.	.46	
<b>Schüchternheit</b>	M (SD)	2,6 (1,7)	3,4 (2,1)	n.s.	.42	
<b>McCrosky Schüchternheitsskala</b>	M (SD)	38,8 (6,9)	39,7 (9,0)	n.s.	.02	
<b>Selbstbildfragebogen</b>	M (SD)					
	Schüchterne Gehemtheit	11,6 (4,8)	14,3 (5,5)	n.s.	.52	
	Furcht vor negativer Bewertung	12,9 (5,9)	14,7 (5,9)	n.s.	.31	
	Soziales Selbstwertgefühl	22,6 (4,6)	18,3 (4,8)	≤ .01	.84	
	Soziales Interesse	20,5 (4,2)	19,7 (3,6)	n.s.	.20	
<b>YSR</b>						
	Syndrom-Skalen (Gesamt)	M (SD) 35,1 (16,5)	50,9 (21,2)	≤ .01	.79	
	Externalisierende Auffälligkeiten	13,7 (7,1)	15,8 (7,8)	n.s.	.28.	
	Internalisierende Auffälligkeiten	11,3 (6,5)	20,2 (11,4)	≤ .01	.89	
	Kompetenz (Gesamt)	M (SD) 15,5 (2,7)	11,9 (3,2)	≤ .01	-1.12	
	Aktivitäten	4,8 (1,4)	4,1 (1,8)	n.s.	-.44	
	Soziale Kompetenz	7,7 (2,0)	6,1 (1,8)	≤ .01	-.76	

Anmerkung: Das unterste Signifikanzniveau beträgt  $p < .05$ .

Auf der Grundlage des Kinder-DIPS (Unnewehr et al., 1998) erhielten aus der nichtklinischen Stichprobe (N = 27) mit der Mehrebenen-Untersuchung drei Jugendliche (11,1%) die Diagnose „soziale Phobie“ (F40.1) und ein Jugendlicher (3,7%) die Diagnose „Panikstörung“ (F41.0). In der Gruppe der jugendlichen Patienten mit Mehrebenen-Untersuchung wurde mit Hilfe des Kinder-DIPS nur bei zwei Jugendlichen

(8,7%) eine „soziale Phobie“ (F40.1), bei zwei (8,7%) eine „mittelgradig depressive Episode“ (F32.1) und bei einem (4,3%) eine „leichte depressive Episode“ (F32.0) diagnostiziert.

Die Aufnahme-Diagnosen der jugendlichen Patienten werden im Rahmen der Aufnahmekonferenz auf der Station der Kinder- und Jugendpsychiatrie von den behandelnden Ärzten gestellt. Von den 23 Patienten erhielt ein Patient (4,3%) als Primärdiagnose eine „depressive Episode“ (F32), einer (4,3%) eine „tiefgreifende Entwicklungsstörung“ (F84), bei zwei (8,6%) wurde eine „Anpassungsstörung“ (F43) diagnostiziert, bei zwei (8,6%) eine „Störung des Sozialverhaltens“ (F91), drei (13,0%) erhielten eine „somatoforme Störung“ (F45), drei (13,0%) eine „andere Angststörung“ (F41), drei (13,0%) eine „kombinierte Störung des Sozialverhaltens und der Emotionen“ (F92), drei (13,0%) eine „emotionale Störung des Kindesalter“ (F93) und fünf (21,7%) eine „Essstörung“ (F50).

Vergleicht man die Kinder-DIPS-Diagnosen der Patienten mit den Aufnahme-Diagnosen zeigen sich große Unterschiede. Erstaunlich ist besonders, dass 18 (78%) Patienten im Kinder-DIPS keine Diagnose erhielten. Als mögliche Erklärung dafür steht die Tatsache, dass nur bestimmte Sektionen aus dem Kinder-DIPS durchgeführt wurden, so dass ein Störungsbild wie z. B. „emotionale Störung des Kindesalter“ überhaupt nicht diagnostiziert werden konnte. Außerdem ist, wie die Autoren des Kinder-DIPS (Unnewehr et al., 1998) berichten, für eine valide Diagnose auch die Sicht der Eltern wichtig. Diese wurde in unserer Studie hinsichtlich der allgemeinen Psychopathologie nicht erhoben. Allerdings ist in der vorliegenden Studie dieser Unterschied in der Diagnostik nur am Rande relevant, da die Diagnosen nicht Grundlage einer Kategorien- oder Stichprobeneinteilung sind, sondern lediglich als Screening und zur Stichprobenbeschreibung dienen.

#### **6.4 Erster Untersuchungsabschnitt: Testdiagnostische Verfahren**

Da im ersten Untersuchungsteil ausschließlich Fragebogenverfahren und ein halbstandardisiertes Interview durchgeführt wurden, deren Abfolge bereits im Abschnitt 6.2 erläutert wurde, erstreckt sich die nachfolgende Darstellung auf die Beschreibung der Anwendungsbereiche und der psychometrischen Qualität der Fragebogen.

Im ersten Untersuchungsabschnitt kam zur kategorialen Diagnostik das Kinder-DIPS und die Fragebogenverfahren SPAI-C-D, YSR, Selbstbildfragebogen, McCroskey Shyness Scale und ein Elternfragebogen zum Einsatz (siehe Abbildung 6).

Das „**Kinder-DIPS** - Diagnostisches Interview bei psychischen Störungen im Kindes- und Jugendalter“ (Unnewehr et al., 1998) ist ein strukturiertes klinisches Interview. Es diagnostiziert nach DSM-IV und ICD-10 die am häufigsten auftretenden psychischen Störungen im Alter von 6 bis 18 Jahren. Dies sind expansive Verhaltensstörungen, Störungen der Ausscheidung, affektive Störungen, Angststörungen und Essstörungen. Zusätzlich beinhaltet es Screenings zu psychotischen Symptomen, umschriebenen Entwicklungsstörungen, neurologischen Auffälligkeiten, körperlichen

Erkrankungen und Substanzmissbrauch. Das Kinder-DIPS besteht aus einer Version zur Befragung der Eltern und einer Version für Kinder und Jugendliche. Die Fragen sind nach Syndromen geordnet – zu Beginn jeder Sektion wird mit einigen Screeningfragen abgeklärt, ob in diesem Bereich überhaupt Probleme vorliegen.

Untersuchungen zur psychometrischen Qualität des Kinder-DIPS zeigen bei einer kinderpsychiatrischen Population zufriedenstellende Reliabilitäten und Validitäten. Die Retest-Reliabilitäten werden bei der Kinderversion je nach Syndrom zwischen  $r_{tt} = .84$  und  $r_{tt} = .97$  und bei der Elternversion zwischen  $r_{tt} = .94$  und  $r_{tt} = 1.00$  angegeben. Die Interrater-Reliabilität (gemessen in *kappa*) liegt bei der Kinderversion zwischen  $\kappa = .56$  und  $\kappa = .89$ .

Abhängig von der Anzahl vorhandener Störungen beträgt die durchschnittliche Dauer des Interviews ca. 60 Minuten. Um den ersten Untersuchungsteil für die Jugendlichen in zeitlich zumutbarem Rahmen zu halten, wurden spezielle Sektionen ausgewählt, die für die vorliegende Studie relevant erschienen. Dies waren die Abschnitte „affektive Störungen“, „Angststörungen“ und „Essstörungen“.

Die Angaben der Eltern unterscheiden sich in der Regel hinsichtlich der Art und Häufigkeit von Symptomen stark von denen ihrer Kinder (Schneider, 1994). Dabei scheint es so zu sein, dass Eltern vor allem hinsichtlich verhaltensorientierten und beobachtbaren Symptomen präzisere Angaben machen können. Die Kinder geben zuverlässiger Auskunft über die innere Befindlichkeiten, wie z. B. Ängste oder depressive Verstimmungen. Daher scheint es sinnvoll, für eine umfassende Beschreibung der sozialen Angst auch die Sicht der Eltern zu berücksichtigen.

Der in dieser Studie eingesetzte **Elternfragebogen** besteht aus sechs der sieben Kompetenzfragen der „Child Behavior Checklist“ (**CBCL**; Achenbach & Edelbrock, 1983, deutsche Bearbeitung von der Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist, 1998a) und den **Elternskalen** von Asendorpf (1989a). Die **Kompetenzskala** der CBCL ist in zwei Unterskalen gegliedert: die erste erfasst **Aktivitäten**, das heißt wie gut und wie häufig das Kind im Vergleich zu Gleichaltrigen nichtsportliche und sportliche Aktivitäten ausübt. Außerdem fragt sie nach Anzahl von außerschulischen Aufgaben und Pflichten (z. B. Mitarbeit im Haushalt) und nach der Qualität mit der sie ausgeführt werden. Die zweite Subskala bezieht sich auf **soziale Kompetenzen**, die über die Mitgliedschaft und Engagement in Vereinen, die Anzahl enger Freunde und die Häufigkeit des Kontakts mit ihnen, wie gut sich das Kind mit Geschwistern, anderen Kindern und den Eltern versteht, und wie gut es sich alleine beschäftigen kann, operationalisiert wird. Das Konzept der „sozialen Kompetenz“ wird hier also sehr weit gefasst. Ausgespart wurde im Elternfragebogen die Frage nach der Kompetenz im schulischen Bereich, welche zwar für die allgemeine Kompetenzskala, nicht jedoch für die beiden Subskalen relevant ist.

Da bislang keine spezifischen Fremdbeurteilungs-Fragebogen zur Erfassung sozialer Ängste bei Kindern und Jugendlichen in deutscher Sprache vorliegen, wurde auf die schüchternheitsbezogene **Elternskalen** von Asendorpf (1989a) zurückgegriffen. Der



Autor konstruierte sie im Rahmen seiner Längsschnittstudie zur sozialen Gehemmtheit mit drei Skalen, die das Ausmaß an Schüchternheit gegenüber fremden Erwachsenen, an Schüchternheit gegenüber fremden Kindern und an Aggressivität bestimmen - die vorliegende Studie setzt die Skalen „Kindschüchternheit“ und „Erwachsenenschüchternheit“ ein. Die beiden Skalen beinhalten 4 parallele Items, die auf einem 7-stufigen Häufigkeitsformat („nie“ - „immer“) beantwortet werden sollen. Die Validierung des Fragebogens erfolgte an Eltern mit Kindern im Alter von 4 bis 13 Jahren. Die internen Konsistenzen sind hoch bis befriedigend, die Retest-Reliabilitäten liegen bei einem Retest-Intervall von ein bis vier 4 Jahren zwischen  $r_{tt} = .61$  und  $r_{tt} = .76$ . Da die Skalen der „Erwachsenen- und Kindschüchternheit“ hoch miteinander korrelieren, werden sie zu der 8-Item-Skala „Fremdenschüchternheit“ zusammengefasst.

Mit Hilfe des Selbstbeurteilungsfragebogens „Social Phobia and Anxiety Inventory for Children“ (**SPAI-C**; Beidel, Turner & Morris, 1995; Beidel, Turner & Fink, 1996) kann die soziale Phobie bei Kindern und Jugendlichen ab dem achten Lebensjahr diagnostiziert werden. Das Inventar besteht aus 26 Items und erfasst Kognitionen, somatische Symptome, Vermeidungs- und Fluchtverhalten in verschiedenen Situationen, die Kinder und Jugendliche mit der Diagnose „soziale Phobie“ als angstinduzierend empfinden. Die interne Konsistenz (Cronbachs Alpha) ist mit  $\alpha = .95$  hoch, die Retest-Reliabilität wird bei einem Retest-Intervall von zwei Wochen mit  $r_{tt} = .86$  angegeben. Die Elterneinschätzung der Ängste und der sozialen Kompetenz, vorgenommen mit der CBCL, ergab in der Korrelation mit dem SPAI-C signifikante Ergebnisse („Soziale Kompetenzen“ und SPAI-C  $r = -.33$ ; „internalisierende Auffälligkeiten“ und SPAI-C  $r = .45$ ).

Der SPAI-C wurde von Melfsen, Florin und Walter (**SPAI-C-D**; 1999) ins Deutsche übersetzt und kann als valides Messverfahren bezeichnet werden. Die deutsche Version entspricht hinsichtlich ihrer psychometrischen Eigenschaften weitgehend der amerikanischen. Für jedes Item liegen vorgegebene Antwortalternativen vor, die mit 0 bis 2 Punkten bewertet werden - der maximale Punktwert beträgt 52. Die deutschen und amerikanischen Autoren schlagen zur Differenzierung von sozialphobischen und nicht sozialängstlichen Kindern einen Cutoff-Wert von 18 Punkten vor.

Der „Youth Self-Report“ (**YSR**; Achenbach & Edelbrock, 1987, deutsche Bearbeitung von der Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist, 1998b) erfasst bei Jugendlichen im Alter zwischen 11 und 18 die Selbsteinschätzung der eigenen Kompetenzen, Verhaltensauffälligkeiten und emotionalen Probleme. Das Verfahren enthält sieben Items zu Kompetenzen und 119 Problem-Items, die neben Ängsten ein breites Spektrum an klinisch relevanten Verhaltensweisen erfragen. Die Kompetenzfragen sind mit denen der CBCL weitgehend identisch, d. h. sie bilden ebenfalls die Skala „Aktivitäten“ und „soziale Kompetenzen“ - zusammen mit der Frage nach Schulleistungen konstituieren sie die allgemeine Skala „Kompetenzen“ (s. o.). Die Problem-Items des zweiten Teils des YSR können 8 Syndromskalen zugeordnet werden, die sich wiederum aufgrund von Faktorenanalysen in drei Gruppen gliedern lassen: den externalisierenden, internalisierenden und den gemischten Auffälligkeiten, die weder zu der ersten noch der zweiten Gruppe

zugeteilt werden können. Die *internalisierenden Auffälligkeiten* setzen sich zusammen aus der Skala „Sozialer Rückzug“, der Skala „Körperliche Beschwerden“ und der Skala „Ängstlich/Depressiv“. Zu der Gruppe der *externalisierenden Auffälligkeiten* zählen die Skalen „Dissoziales Verhalten“ und „Aggressives Verhalten“. Die gemischten Auffälligkeiten umfassen die Skalen „Soziale Probleme“, „Schizoid/Zwanghaft“ und „Aufmerksamkeitsprobleme“. Alle Items werden zu einem Gesamtwert zusammengefasst, der das Ausmaß der allgemeinen Psychopathologie bestimmt.

Die Reliabilität und die faktorielle Validität der Problemskalen konnte auch für die deutschen Stichproben weitgehend repliziert werden (Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist, 1998b).

Der **Selbstbildfragebogen** ist ein deduktiv konstruiertes Verfahren mit 32 Items zur Einschätzung schüchternheitsrelevanter Aspekte des eigenen Selbstbildes (Asendorpf, 1989a). Wie die Elternskalen wurde der Fragebogen im Rahmen der Longitudinalstudie zur Genese individueller Kompetenzen (LOGIK; Weinert & Schneider, 1986) zur Erfassung von Schüchternheit entwickelt und einer studentischen Stichprobe vorgelegt. Der Fragebogen besteht aus acht Skalen, von denen folgende vier für die vorliegende Studie extrahiert wurden: Schüchternheit, Furcht vor negativer Bewertung, Soziales Interesse und Soziales Selbstwertgefühl. Jede Skala enthält vier Items, die die Probanden nach einem 7-stufigen Beantwortungsformat („falsch“ – „richtig“) oder („nie“ – „immer“) beantworten müssen. Die Iteminhalte erfragen subjektive Gefühls- und Motivationszustände und sind situationsfrei formuliert. Die interne Konsistenz ist je nach Skala befriedigend bis hoch. Aufgrund der situationsfreien und einfachen Formulierung der Items kann der Fragebogen auch bei einer jugendlichen Population verwendet werden.

Das „Depressions-Inventar für Kinder und Jugendliche“ (**DIKJ**; Stiensmeier-Pelster et al., 1989) ist ein reliables und valides Verfahren zur Erfassung des Schwere- bzw. Ausprägungsgrades einer depressiven Störung bei Kindern und Jugendlichen im Alter von 8 bis 17 Jahren. Das Inventar enthält 27 Items, die vom Probanden eine Entscheidung zwischen drei Antwortalternativen verlangen. Der Fragebogen erfasst sowohl depressive Symptome wie z. B. die Störung der emotionalen und somatischen Befindlichkeit, negative Selbstbewertungen, Versagens- und Schuldgefühle als auch die Begleiterscheinungen und Konsequenzen der depressiven Störung.

Die **McCroskey Shyness Scale** (McCroskey et al., 1981) ist ein Selbstbeschreibungsfragebogen mit 14 Items, die sich inhaltlich auf die Kommunikation mit anderen Personen beziehen. Die Skala wurde mit Hilfe einer Faktorenanalyse von der Skala „Personal Report of Communication Fear“ getrennt. Die interne Konsistenzen (Cronbachs  $\alpha$ ) liegen je nach untersuchter Altersgruppe zwischen .82 und .92. Getestet wurden fünf Kohorten mit Schülern der 3. Klasse, 4.-6. Klasse, der 7.-9. Klasse und der 10.-12. Klasse. Die Autoren fanden wie auch Asendorpf (1989a), Elkind und Bowen (1979) und Zimbardo (1977) einen Anstieg der Schüchternheit ab der 4. Klasse. Der Mittelwert der amerikanischen Stichprobe von Schüler der 7.-9. Klassen liegt bei  $M = 39,6$ .

Neben den beschriebenen Inventaren zur Erfassung von allgemeiner Psychopathologie, sozialer Angst und Schüchternheit wurde ein einzelnes Item („Ich bin schüchtern“) angefügt, das wiederum im 7-stufigen Beantwortungsformat die selbst eingeschätzte Schüchternheit erhebt. Dieses Item soll zur zusätzlichen Validierung der Fragebogen über Schüchternheit und sozialer Angst dienen.

## 6.5 Zweiter Untersuchungsabschnitt: Mehrebenen-Untersuchung der sozialen Angst

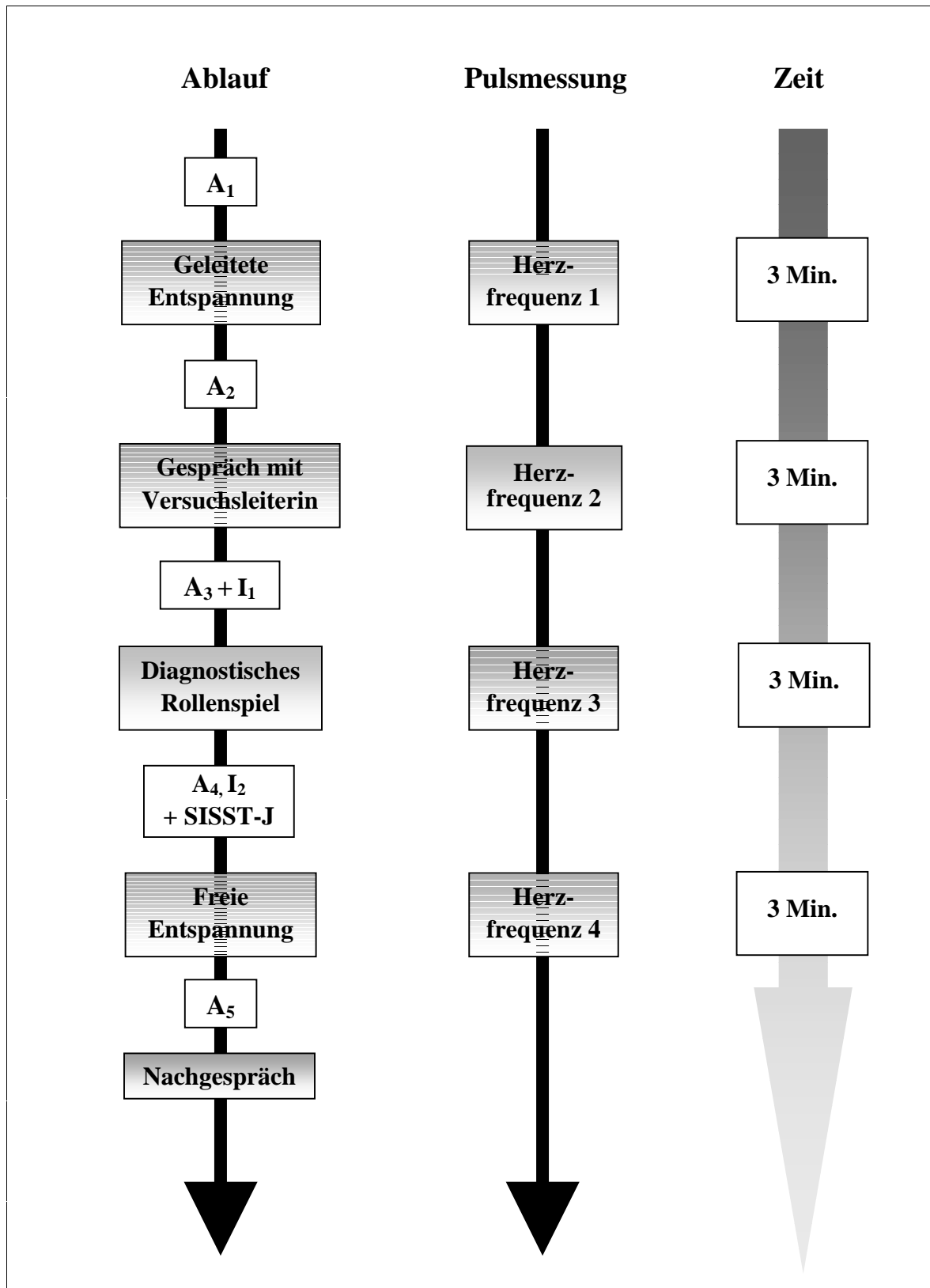
Der zweite Abschnitt umfasst die experimentelle, multimethodale Mehrebenen-Untersuchung. In Abbildung 8 ist der Ablauf schematisch dargestellt. Nachdem der Jugendliche einen kurzen Überblick über den Ablauf der Mehrebenen-Untersuchung durch die Versuchsleiterin erhalten hatte, wurde er aufgefordert anhand eines kurzen Selbstbeschreibungs-Inventars, sein momentanes Ausmaß an Anspannung und Angst einzuschätzen (**A<sub>1</sub>**).

Danach hörte der Jugendliche eine 3-minütige Entspannungsgeschichte, die von einem Tonbandgerät in gleichbleibender Lautstärke abgespielt wurde. Während dieser geführten Entspannung wurde die erste Herzfrequenz (**Herzfrequenz 1**) gemessen. Im Anschluss daran sollte er erneut seine Anspannung und Angst während dieser drei Minuten bestimmen (**A<sub>2</sub>**). Es folgte ein 3-minütiges Gespräch mit der Versuchsleiterin über die Entspannungsgeschichte, die eigenen Vorlieben und Freizeitaktivitäten im Winter und im Sommer. Die zweite Messung der Herzfrequenz wurde während dieser Unterhaltung durchgeführt (**Herzfrequenz 2**). Danach gab der Jugendliche seine Anspannung (**A<sub>3</sub>**) und erlebten Gefühle (**I<sub>1</sub>**) im Zusammenhang mit der Versuchsleiterin und dem Gespräch an.

Anschließend erklärte die Versuchsleiterin den Ablauf und die Aufgabe des Jugendlichen im diagnostischen Rollenspiel. Während des Rollenspiels wurde die Herzfrequenz (**Herzfrequenz 3**) gemessen und danach um die Einschätzung der Anspannung (**A<sub>4</sub>**) und der erlebten Gefühle im Zusammenhang mit dem Gleichaltrigen und der Situation gebeten (**I<sub>2</sub>**). Zusätzlich füllte der Jugendliche einen Fragebogen zur Erfassung der positiven und negativen Kognitionen während der Interaktion mit dem Gleichaltrigen aus (SISST-J; Beschreibung siehe nächster Abschnitt). An den Fragebogen schloss sich die 3-minütige freie Entspannung an, in der sich der Jugendliche zurücklehnen und entspannen durfte. Gleichzeitig wurde die letzte Herzfrequenz gemessen (**Herzfrequenz 4**). Danach folgte die Einschätzung der Angst und Anspannung während dieser Zeitspanne (**A<sub>5</sub>**).

Zum Abschluss führte die Versuchsleiterin ein kurzes Nachgespräch mit dem Untersuchungsteilnehmer durch, in dem Gefühle, psychophysiologische Korrelate der Angst und Kognitionen während des diagnostischen Rollenspiels thematisiert wurden.

Abbildung 8: Aufbau der Untersuchung zur Mehrebenenanalyse der sozialen Angst



Anmerkung: A<sub>1</sub> – A<sub>5</sub> : selbsteingeschätztes Anspannungsniveau;

I<sub>1</sub> - I<sub>2</sub>: Interaktionsfragebogen

Herzfrequenz 1 – Herzfrequenz 4: Herzfrequenzen während der Durchgänge 1 bis 4

### 6.5.1 Erfassung der kognitiven Komponente, der Gefühlskomponente und der Vermeidungsmotivation

Die Bestimmung der kognitiven Komponente, der Gefühlskomponente und der Vermeidungsmotivation erfolgte in der Mehrebenen-Untersuchung anhand von drei verschiedenen Fragebogen (SISST-J, A<sub>1</sub>-A<sub>5</sub>, I<sub>1</sub>-I<sub>2</sub>).

Die kognitive Komponente sozialer Angst bei Kindern und Jugendlichen kann entweder durch den mündlichen oder schriftlichen Bericht der Gedanken (*Produktionsmethode*) oder mit Hilfe der Vorgabe von typischen Gedanken (*Bestätigungsmethode*) erfasst werden (Francis, 1988). Aus pragmatischen und ökonomischen Gründen setzen wir in dieser Studie die Bestätigungsmethode ein. Mangels eines kindgerechten Fragebogens mit typischen förderlichen und hinderlichen Gedanken während einer sozialen Interaktion, wurde ein bereits bestehendes Inventar für Erwachsene ausgewählt und auf Jugendliche adaptiert. Der „Social Interaction Self-Statement Test“ (SISST; Glass, Merluzzi, Biever & Larsen, 1982) besteht aus vorgegebenen, empirisch ermittelte Selbstaussagen, die für die Zielpopulation in spezifischen Situationen oder Stimmungen typisch sind. Der Fragebogen enthält 30 Items - 15 Items sind als positiv unterstützende Selbstaussagen formuliert, 15 Items als negativ abwertende Selbstaussagen. Davon wurden bei der Version für Kinder und Jugendliche jeweils 8 Fragen ausgewählt, die inhaltlich und sprachlich so abgefasst sind, dass sie auf die Altersgruppe übertragbar scheinen. Die jugendlichen Probanden müssen bei dem auf diese Weise konstruierten **SISST-J** anhand einer 4-Punkte Skala einschätzen, wie oft sie den jeweiligen Gedanken während des Rollenspiels hatten. Die Antworten der Items werden zu zwei Subskalen aufaddiert, die Auskunft über die Summe der positiven bzw. negativen Gedanken geben. Die Autoren beschreiben die psychometrischen Qualitäten des SISST für Erwachsene als gut bis sehr gut (Glass et al., 1982). Der empirische Nachweis hinsichtlich der reduzierten, altersgerechten Version SISST-J muss noch erbracht werden.

Der **Anspannungs-Fragebogen** (A<sub>1</sub>-A<sub>5</sub>; siehe Anhang) ist ein für diese Studie konstruierter Selbstbeschreibungsfragebogen. Er enthält vier Items, von denen sich zwei auf die allgemeine motorische Anspannung und zwei auf eine generelle negative Affektivität beziehen. Diese Aspekte wurden ausgewählt, da sich bei der Faktorenanalyse verschiedener Angstfragebogen ein Generalfaktor („*Negative Affektivität*“) und ein zweiter spezifischer Faktor („*erhöhte physiologische Erregung*“) fand, der Symptome der motorischen Anspannung und autonomen Hyperaktivität beschreibt (Hamm, 1997). Alle vier Fragen haben ein 7-stufiges Beantwortungsformat. Bezüglich der Negativen Affektivität erfragen die Items den Grad der erlebten Angst (z. B. aus A<sub>2</sub>: „Insgesamt fühlte ich mich während der Entspannung: *überhaupt nicht ängstlich – sehr ängstlich*“) und als entgegengesetzter Pol den Grad der Entspannung (z. B. aus A<sub>2</sub>: „Insgesamt fühlte ich mich während der Entspannung: *überhaupt nicht entspannt – sehr entspannt*“). Hinsichtlich des physiologischen Erregungsniveaus beziehen sich die Fragen auf das Ausmaß der Aufregung (z. B. aus A<sub>2</sub>: „Insgesamt fühlte ich mich während der Entspannung: *überhaupt nicht aufgeregt – sehr aufgeregt*“) und das Ausmaß der Ruhe (z. B. aus A<sub>2</sub>: „Insgesamt fühlte ich mich während der Entspannung:

überhaupt nicht ruhig – sehr ruhig“). Der Fragebogen ist ein aus der Theorie abgeleitetes Inventar, das Augenscheinvalidität besitzt.

Der ebenfalls für diese Studie entworfene **Interaktions-Fragebogen (I<sub>1</sub>-I<sub>2</sub>)** besteht aus drei Items, die wie oben als Selbstaussagen mit einem 7-stufigen Antwortformat formuliert sind. Sie beziehen sich auf das Ausmaß der Vermeidungsmotivation und Gefühle der Ablehnung.

Die Fragen der Anspannungs- und Interaktions-Fragebogen repräsentieren typische Erlebnisbereiche von Personen mit sozialer Angst und helfen einzuschätzen, inwiefern die Mehrebenen-Untersuchung eine störungsspezifische, problematische Situation darstellt. So würde man vermuten, dass eine Person mit sozialer Angst eher aufgeregt ist, Angst hat, und die Situation vermeiden will. Die mehrmalige Vorlage der Inventare liefert Markierungspunkte, an denen sich eine potentielle Veränderung des subjektiven Gefühlserlebens während der Untersuchung festmachen lässt.

### 6.5.2 Erfassung der psychophysiologischen Komponente

Die psychophysiologische Erregung kann sehr gut über das Ausmaß der kardiovaskulären Aktivität bestimmt werden (vgl. Abschnitt 4.3.1). Als Indikatoren dieser kardiovaskulären Aktivität dienen in der Regel die Herzschlagfrequenz, der Blutdruck und die periphere Durchblutung (Vossel & Zimmer, 1998).

In psychophysiologischen Studien wird am häufigsten die Herzschlagfrequenz (im Folgenden auch Herzfrequenz oder Herzrate genannt) bzw. deren Veränderung über die Zeit erfasst. Herzfrequenzveränderungen begleiten fast jeden Wechsel in der physischen oder psychischen Anstrengung (Schandry, 1989). Auf Schmerz- und Angstreize folgt ein Anstieg der Herzfrequenz, bei Entspannungs-, Orientierungs- und Aufmerksamkeitsprozessen verlangsamt sich die Herzrate relativ zur Höhe der Ausgangsfrequenz. Da sich die Herzfrequenz als valider Indikator der psychophysiologischen Erregung gezeigt hat, wird sie in der vorliegenden Studie eingesetzt.

Die Herzfrequenz kann mit unterschiedlichen Methoden gemessen werden: am häufigsten wird das EKG (Elektrokardiogramm) verwendet, über dessen Registrierkurve feine Veränderungen im Herzrhythmus ablesbar sind. Mit relativ geringem technischen Aufwand kann die Herzfrequenz auch mit Hilfe eines plethysmographischen Messverfahrens erhoben werden, das heißt über die Veränderung des Blutvolumens z. B. mittels eines photoelektrischen Abnehmers (siehe unten). Die Messung der Herzfrequenz über die Blutvolumenveränderung ist deshalb möglich, weil diese Veränderungen an den Herzschlag gekoppelt sind (Schandry, 1989).

In der Psychophysiologie werden zwei Arten quantitativer Erfassung der Herzrate unterschieden: die *tonische* und die *phasische* Herzschlagfrequenz. Die **tonische Herzschlagfrequenz** bezieht sich auf die Frequenz, mit der das Herz über einen längeren Zeitraum (z. B. eine Minute) schlägt. Typischerweise wird sie in wissenschaftlichen Studien so benutzt, dass die mittlere Herzfrequenz einer experimentellen

Phasen mit der mittleren Herzfrequenz einer Ruhephase verglichen wird. Die tonische Herzfrequenz kann im Gegensatz zur phasischen Herzfrequenz sowohl mit dem EKG als auch dem plethysmographischen Messverfahren erhoben werden. Die Bestimmung der **phasischen Herzfrequenz** erfolgt über die Messung des Abstandes (R-R-Abstand im EKG) zwischen den einzelnen Herzschlägen (auch „Herzperiode“ genannt). Diese Messmethode wird meist bei sehr kurzfristigen Veränderungen wie z. B. der Defensiv- oder Orientierungsreaktion, die nur ca. 2 bis 7 Sekunden andauert, eingesetzt (Baltisen & Sartory, 1998) (siehe Abschnitt 4.4.1).

Aufgrund der vorliegenden Fragestellung scheint die Berechnung der tonischen Herzfrequenz und deren Veränderungen in dem hier durchgeführten Experiment (vgl. Abbildung 8, S. 71) sinnvoll. Die vier Durchgänge des Experiments konstituieren in ihrer Abfolge einen typischen psychophysiologischen Versuchsaufbau, der in Ruhephasen zur Erhebung der Baseline und experimentelle Phasen eingeteilt ist (vgl. Abbildung 8). Die Herzfrequenz des ersten Durchgangs (*geleitete Entspannung*) und die Herzfrequenz des letzten Durchgangs (*freie Entspannung*) bestimmen die Baseline des Herzschlages, da sich der Untersuchungsteilnehmer während dieser Durchgänge in einer Ruhebedingung befindet. Während der „Experimentalphase“ (*diagnostisches Rollenspiel*) im dritten Durchgang wird die „Herzfrequenz 3“ erhoben. Hier hat der Untersuchungsteilnehmer die Aufgabe, sich mit einem gleichaltrigen Jugendlichen des anderen Geschlechts zu unterhalten. Der zweite Durchgang (*Gespräch mit der Versuchsleiterin*) wurde als Kontrollbedingung für das diagnostische Rollenspiel in Durchgang 3 eingeführt. Die Einführung dieser Kontrollbedingung zielt darauf ab, eine Herzfrequenz (Herzfrequenz 2) während einer „neutralen“, das heißt angstfreien Gesprächssituation zu erhalten, die dann als Vergleichswert zu der Herzfrequenz (Herzfrequenz 3) während des diagnostischen Rollenspiels, das heißt der angstbesetzten Gesprächssituation, herangezogen werden kann. Problematisch bei diesem Vergleichswert ist die Tatsache, dass es sich bei dem Gespräch mit der Versuchsleiterin nur bis zu einem gewissen Grad um eine „neutrale“, das heißt angstfreie Situation handelt, da dieses Gespräch von den Untersuchungsteilnehmern auch als potentielle soziale Bewertungssituation verstanden werden und dadurch soziale Angst entstehen kann.

Als psychophysiologisches Messinstrument wurde ein Biofeedbackgerät (Biofeedback 4500 der Firma SOM Gerätebau GmbH/Murrhardt) mit einem photoelektrischen Pulsabnehmer verwendet. Da sich die Fragestellungen dieser vorliegenden Studie nur auf die tonische Herzfrequenz beziehen, ist der Einsatz dieses plethysmographischen Verfahrens gerechtfertigt und dem technisch aufwendigeren EKG vorzuziehen.

Die Pulsmessung erfolgt über den am Ohrläppchen angebrachten photoelektrischen Abnehmer. Damit sich die Bewegungen des Zuleitungskabels nicht auf den optischen Signalaufnehmer am Ohr übertragen und die Messung verfälschen, wurde das Kabel am Hals des Probanden fixiert. Gleichzeitig war die Bewegungsfreiheit des sitzenden Jugendlichen nicht eingeschränkt. Das Biofeedbackgerät hat eine Abtastrate von 10 Hz und liefert bereits integrierte gemittelte Einzelmessungen. Die tonische Herzfrequenz

wird dann über die mittlere Anzahl der Herzschläge in einem bestimmten Zeitfenster bestimmt.

### **6.5.3 Erfassung der sozialen Kompetenz**

Die hier durchgeführte Operationalisierung sozialer Kompetenz hat große Ähnlichkeit mit der Ausdruckskomponente sozialer Angst (vgl. Abschnitt 4.1.1.3, S. 39). Beide Konzepte scheinen zwar auf den ersten Blick sehr unterschiedlich, haben jedoch je nach Operationalisierung der sozialen Kompetenz einen großen Überschneidungsbereich. Hier soll lediglich auf den Zusammenhang beider Konzepte hingewiesen werden. Im folgenden Exkurs wird das Konzept und die Diagnostik sozialer Kompetenzen im Kindes- und Jugendalter erläutert.

#### *6.5.3.1 Soziale Kompetenz im Kindes- und Jugendalter*

Die zahlreichen Ansätze, „soziale Kompetenz“ im Kindes- und Jugendalter zu definieren, fallen sehr unterschiedlich aus. In sehr weit gefassten Definitionen beschreiben einige Autoren soziale Kompetenz bei Kindern und Jugendlichen als Konzept, das dem der psychischen Gesundheit sehr nahe kommt (z. B. Gullotta, Adams & Montemayor, 1990; Peterson & Leigh, 1990). So liegen nach Peterson und Leigh (1990) z. B. die Hauptfaktoren sozialer Kompetenz u. a. in einem positiven Selbstwertgefühl, einer inneren Kontrollüberzeugung und einer sozialen Problemlösekompetenz. Daneben findet sich in der Literatur ein eher verhaltensnahes aber atomistisches Vorgehen, bei dem soziale Kompetenzen als das Wissen darüber verstanden wird, wie und wann in unterschiedlichen sozialen Situationen die Hände geschüttelt werden sollten (Burns & Farina, 1984).

Gresham (1986) konzeptualisiert soziale Kompetenz über die Beschreibung drei unterschiedlicher Komponenten, wie dem „angepassten Verhalten“, den „sozialen Fähigkeiten“ und den „Beziehungen zu Peers“. Das Ausmaß *angepassten Verhaltens* wird daran gemessen, inwieweit Jugendliche und Kinder einen Kompromiss zwischen sozialer Anpassung und Selbstverwirklichung finden. Unter *sozialen Fähigkeiten* versteht Gresham (1986) ganz spezifische Verhaltensweisen, die, wenn sie in der konkreten Situation gezeigt werden zum gewünschten Erfolg für den Handelnden führt. Die *Beziehung zu Peers* oder die Akzeptanz durch Peers bildet den dritten Baustein sozialer Kompetenz und kann als das Ergebnis der sozialen Fähigkeiten verstanden werden. Operationalisiert wird diese Komponente über die Beliebtheit bei den Gleichaltrigen und die Qualität der Beziehungen. In diesem Sinne erfassen auch Achenbach und Edelbrock (1987) im „Youth Self-Report“ soziale Kompetenzen über die Aktivität der Jugendlichen in Vereinen, der Anzahl der Freunde und die Häufigkeit des Kontakts mit ihnen, die Qualität der Beziehung zu Gleichaltrigen und Erwachsenen und darüber, wie gut sie sich alleine beschäftigen können (s. o.).

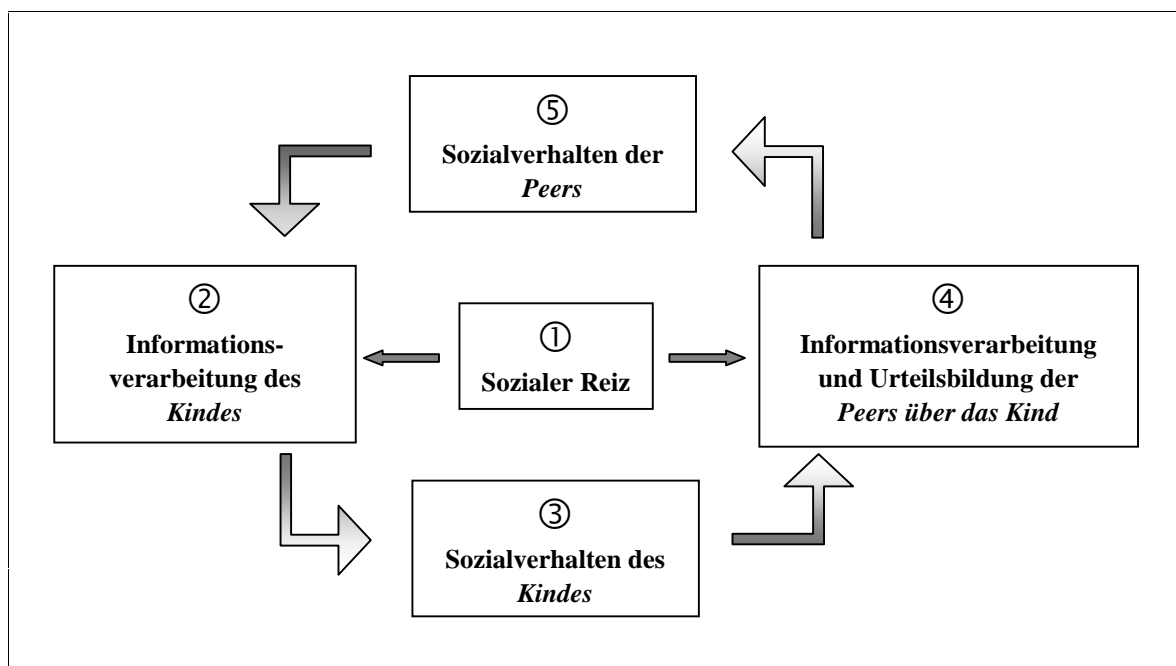
Eine andere verhaltensnahe, aber offene Definition beinhaltet sowohl den inter-personalen Kontext, das Wissen über kompetentes Verhalten als auch die tatsächliche Ausführung des kompetenten Verhaltens. So bestimmen Hinsch und Pfingsten (1998)



soziale Kompetenz „als die Verfügbarkeit und Anwendung von kognitiven, emotionalen und motorischen Verhaltensweisen, die in bestimmten Situationen zu einem langfristig günstigen Verhältnis von positiven und negativen Konsequenzen für den Handelnden führen“ (S. 13). In dieser Definition werden die zwei Aspekte *Verfügbarkeit* bzw. das Wissen und die *Anwendung* sozial angemessenen Verhaltens betont, die unbedingt unterschieden werden müssen. Denn diese Unterscheidung beinhaltet, dass Personen zwar über Fertigkeiten und Wissen über sozial kompetentes Verhalten verfügen können, es aber nicht immer in entsprechenden Situationen eingesetzt wird.

Ein Modell der sozialen Kompetenz bei Kindern greift diese beiden Aspekte auf und betont zudem den von Gresham (1986) beschriebenen Aspekt der Auswirkung des angemessenen oder unangemessenen Verhaltens auf den Interaktionspartner (Dodge, Pettit, McClaskey & Brown, 1986). Die Autoren unterscheiden fünf Komponenten, die bei sozialen Interaktionen in Wechselbeziehung stehen - Abbildung 9 zeigt die Komponenten und ihre Zusammenhänge.

Abbildung 9: Modell des sozialen Austauschs bei Kindern nach Dodge et al. (1986, S. 2)



In sozialen Situationen treten Schlüsselreize auf, welche die jeweilige Aufforderung zu bestimmten Verhaltensweisen enthalten (①). Im zweiten Schritt muss der Reiz von dem Jugendlichen kodiert, das heißt erkannt und interpretiert werden, so dass eine mögliche Reaktion gesucht werden kann. Bevor das Kind die Antwort zeigt, bewertet es die Reaktion hinsichtlich der erwarteten Konsequenzen (②). Danach führt das Kind das geplante und als angemessen beurteilte Verhalten aus (③). Die Peers nehmen den sozialen Reiz und die Reaktion des Kindes wahr und bilden sich ein Urteil (④), dieses Urteil beeinflusst das Antwortverhalten des gleichaltrigen Peer (⑤). Durch die Rückmeldung der Gleichaltrigen schätzt der Jugendliche seine soziale Kompetenz ein,

die wiederum Auswirkungen auf die Prozesse der Informationsverarbeitung haben kann. Bei optimalem Verlauf nutzt der Jugendliche die Rückmeldung der Peers für eine Verbesserung seiner sozialen Kompetenzen.

Das Modell unterstreicht, dass es bei der sozialen Kompetenz um Verhalten geht, das hinsichtlich des sozialen Schlüsselreizes angemessen sein muss und daher in Abhängigkeit dieser Reize und Anforderungen sehr unterschiedliche Ausprägungen haben kann. Das bedeutet, dass soziale Kompetenz in jedem Fall nur für die jeweils beobachtete spezifische Situationen beurteilt werden darf.

### 6.5.3.2 Diagnostik sozialer Kompetenzen

Die Vielfalt der Konzeptualisierungen sozial kompetenten Verhaltens bei Kindern und Jugendlichen spiegelt sich auch in den zahlreichen diagnostischen Methoden und Ansätzen zur Erfassung von sozialer Kompetenz wider. Es lassen sich folgende Methoden unterscheiden: Verhaltensinterviews, Selbstbeobachtungen, Fremdbeobachtungen z. B. durch Eltern oder Erzieher, Erfassung von theoretischem Wissen über sozial kompetentes Verhalten und Verhaltensbeobachtungen *in vivo*.

Das *Verhaltensinterview* fragt nach spezifischen Situationen in denen inkompetentes Verhalten auftritt und arbeitet deren Auslöser und aufrechterhaltende Bedingungen heraus. Aus den berichteten Problemsituationen oder dem beobachteten Verhalten im Interview können jedoch nur allgemeine Rückschlüsse auf das Handeln in natürlicher Umgebung gezogen werden, da die Interviewsituation sehr spezifisch ist und sich die Problembeschreibung lediglich auf die Wahrnehmung und die Erinnerung des Interviewten stützt. So erfüllt das Interview eher die Aufgaben eines explorativen und hypothesengenerierenden Screenings.

*Selbstbeobachtungen und Selbstbeschreibungen* in Form von Fragebogen stellen eine standardisierte Form dar, soziale Kompetenzen und deren verhaltensbegleitende Kognitionen zu erfassen. Bei der Selbstbeobachtung in Form von Tagebuchverfahren erstellt der Jugendliche selbständig eine Verhaltensbeschreibung der Situation, den Antezedentien und Konsequenzen und notiert zusätzlich die problemrelevanten Kognitionen. Diese Verfahren liefern Informationen über die Selbstwahrnehmung von sozialer Kompetenz - die Vergleichbarkeit mit anderen Beschreibungen ist eingeschränkt. Einige Fragebogen sind für Eltern oder Erzieher konzipiert, die das Verhalten des Kindes aus ihrer eigenen Sicht einschätzen (z. B. Kompetenzfragen des CBCL).

Einige Tests erfassen *das Wissen über soziale Kompetenz*, in dem sie dem Jugendlichen alltagsnahe Situationen mit verschiedenen Reaktionsmöglichkeiten vorgeben, bei denen er sich für die Verhaltensalternative entscheiden muss, die ihm am angemessensten erscheint. Diese Verfahren erheben allerdings nur die passive Kompetenz - das tatsächliche Verhalten in den jeweiligen Situationen bleibt unberücksichtigt.

Obwohl die *Verhaltensbeobachtung in vivo* die höchste externe Validität besitzt, wird sie aufgrund von praktischen und theoretischen Problemen, wie z. B. der

mangelnden Kontrollmöglichkeiten von Einflussfaktoren eher selten angewandt. Als die gute Alternative zur Verhaltensbeobachtung in der natürlichen Umwelt gilt das diagnostische Rollenspiel. Hier sollen möglichst realitätsnah soziale Situationen simuliert werden.

Im Rahmen der diagnostischen Rollenspiele wird den Probanden in der Regel eine Aufgabe gestellt, die er in Anwesenheit anderer Personen erfüllen muss. Bei Kindern bestehen diese Aufgaben meistens darin, vor einem kleinen Publikum vorzulesen (vgl. Beidel, 1991a). Erwachsene werden dazu angehalten, vor anderen etwas vorzutragen (Hofmann et al., 1995) oder mit einer unbekannt Person ein Gespräch zu führen (vgl. Fydrich, 1996). Um die Varianz zwischen den Rollenspielsituationen möglichst gering zu halten, werden meist standardisierte Aufgabeninstruktionen und trainierte Rollenspielpartner eingesetzt, die jedem Probanden gegenüber ein möglichst ähnliches Interaktionsverhalten zeigen sollen. Das in dieser Studie eingesetzte Rollenspiel beinhaltet die Aufgabe, sich mit einem Gleichaltrigen zu unterhalten. Das genaue Vorgehen wird im Abschnitt 6.5.4 beschrieben.

Die Bewertung der gezeigten sozialen Kompetenzen im Rollenspiel kann auf verschiedenen Beurteilungsebenen erfolgen, die sich hinsichtlich des spezifisch formulierten Zielverhaltens unterscheiden. So kann sozial angemessenes Verhalten auf **globalen** oder **molare Ratings** eingeschätzt werden, die ganz allgemein z. B. nach dem Ausmaß der gezeigten sozialen Kompetenz fragen. Das Rating mit dem meist mehrstufigen Beantwortungsformat ist leicht anzuwenden und gilt nach Monti und Mitarbeiter (Monti et al., 1984) als valide und reliabel. In der Regel basiert es auf subjektiven Beurteilungskriterien, die meist nicht näher analysiert werden. Trotz der Unklarheit, worauf sich die Beurteiler genau beziehen, liefert ein molares Rating eindeutige Hinweise darauf, wie kompetent jemand auf den ersten Blick wahrgenommen wird. Der Nachteil der Methode liegt in der möglichen Konfundierung des sozialen Kompetenz-Ratings mit anderen Variablen, wie z. B. Intelligenz oder Attraktivität.

Nach Curran, Farrel und Grunberger (1984) fanden viele Studien, die globale Ratings einsetzen, nur moderate Interrater-Reliabilitäten hinsichtlich der globalen Ratings. Böhler (1999) und Quenter (1999) fanden im wesentlichen mittlere Übereinstimmungen zwischen untrainierten Ratern bei globalen Ratings wie „allgemeiner Kompetenz“ ( $r_{icc} = .67$ ), „Attraktivität“ ( $r_{icc} = .50$ ), „Sympathie“ ( $r_{icc} = .32$ ) und „Bildungsgrad“ ( $r_{icc} = .67$ ). Die Interrater-Reliabilität lag bei „trainierten“ Ratern höher: allgemeiner Kompetenz“ ( $r_{icc} = .88$ ), „Attraktivität“ ( $r_{icc} = .85$ ), „Sympathie“ ( $r_{icc} = .86$ ) und „Bildungsgrad“ ( $r_{icc} = .62$ ) (Schowalter, 1997). Allerdings bezog sich das Training dieser Rater auf die nachfolgend beschriebene Ratingskala sozialer Kompetenz - hinsichtlich der globalen Beurteilungskategorien erhielten die Rater kein Training.

Sehr genau formulieren im Gegensatz dazu **molekulare** oder **micro-level Ratings** das entsprechende Zielverhalten, das hinsichtlich klar operationalisierter Kriterien eingeschätzt wird. Beispiele dafür sind die Häufigkeit des Lächeln, des Blickkontakts oder die Sprechdauer während einer Interaktion. Die Vorteile dieser Vorgehensweise

liegen in der hohen Objektivität, bzw. hohen Beurteilerübereinstimmung und in der Möglichkeit spezielle Defizite im Interaktionsverhalten zu identifizieren (Conger & Farrell, 1981). Die diagnostizierten Defizite liefern z. B. hilfreiche Informationen für ein Kompetenztraining, bei dem sie gezielt trainiert werden können. Nachteile ergeben sich eindeutig aus der Tatsache, dass beispielsweise die Häufigkeit des Lächelns nicht immer mit angemessenem Verhalten korreliert. So kann man nicht von sozial kompetentem Verhalten sprechen, wenn eine Person in einem Gespräch ständig lächelt, den Interaktionspartner anstarrt oder nicht zu Wort kommen lässt.

Bei *intermedialen Ratings* werden Zielverhaltensweisen festgelegt, welche die Ausführung sozial angemessenen Verhaltens in der Situation spezifischer beurteilen. So erarbeiteten Trower und Mitarbeiter (Trower et al., 1978; Trower, 1980) auf bidirektionalen Skalen Beurteilungskriterien für sozial kompetente Interaktionen. Die Autoren bildeten zusätzlich sogenannte Anker für die Variable „Blickkontakt“, die von „sehr gut“ (Person hat häufig Blickkontakt mit Interaktionspartner, sie starrt nicht, es gibt Wechsel zwischen intensivem Blickkontakt, wenn der Partner spricht und weniger Blickkontakt, wenn Person selbst spricht) bis „sehr schlecht“ (Person starrt ohne Unterbrechung oder hat selten Blickkontakt) reichen.

In der vorliegenden Untersuchung werden die Ratingskala für soziale Kompetenz (**RSK**; Fydrich und Bürgener, 1999, vgl. nächster Abschnitt), die intermediale Ratingkriterien enthält und zusätzlich globale Beurteilungskriterien eingesetzt. Der Vorteil des Einsatzes von beiden liegt darin, dass die Stärken des einen Ansatzes die Schwächen des anderen ausgleichen können.

#### **6.5.4 Das diagnostische Rollenspiel zur Erfassung von sozialer Kompetenz**

Im Rahmen des diagnostischen Rollenspiels (vgl. Abbildung 8, S. 71) erhielten alle Jugendlichen die Aufgabe, mit einem ihnen unbekanntem Gleichaltrigen des anderen Geschlechts ein drei-minütiges Gespräch zu führen, das auf Video aufgezeichnet wurde. Als experimentelle Rollenspielsituation wurde eine heterosexuelle Interaktion ausgewählt, da die Interaktion mit Personen des anderen Geschlechts zumindest bei sozialängstlichen Erwachsenen zu den problematischsten Situationen gehört (vgl. Abschnitt 4.3.2). Da sich Jugendliche außerdem während der Pubertät in ihrer Wirkung auf das andere Geschlecht eher unsicher sind, schien eine heterosexuelle Gesprächssituation dazu geschaffen zu sein, soziale Angst auszulösen.

Aufgabe während des Rollenspiels war es, sich vorzustellen, man befände sich am ersten Schultag nach den Sommerferien in einer neuen Klasse einer fremden Schule. Der Gesprächspartner sollte nach dieser Instruktion die Rolle eines unbekanntem Mitschülers aus der neuen Klasse spielen. Die Gesprächspartner waren speziell trainierte Rollenspielpartner gleichen Alters, die nach der vorgegebenen Instruktion eine freundlich zugewandte, aber passive Haltung einnahmen (siehe nächster Abschnitt). Während der Interaktion war die Versuchsleiterin anwesend, die das Ende des Rollenspiels nach drei

Minuten anzeigte. Die Rollenspielinstruktion für die Versuchsteilnehmer lautete folgendermaßen:

*„Du hast jetzt die Aufgabe, ein Gespräch mit einem dir unbekanntem Jugendlichen zu führen. Stell' dir bitte vor, es ist der erste Schultag nach den Ferien und du bist in eine neue Klasse in einer neuen Schule gekommen. Ein neuer Mitschüler (bzw. Mitschülerin), den/die du noch nicht kennst, kommt zur Tür herein und setzt sich zu dir. Deine Aufgabe ist es nun, mit dieser Person ein Gespräch zu führen und sie kennen zu lernen. Dabei sollst eher du das Gespräch in die Hand nehmen – dein Gesprächspartner wird sich mit Dir unterhalten, ist aber eher zurückhaltend. Bitte verhalte dich so, wie du es auch tatsächlich in einer solchen Situation tun würdest – schauspielern musst du nicht. Ich werde bei dem Gespräch dabei sein und euch sagen, wann die drei Minuten um sind.“*

### 6.5.5 **Ratingskala für soziale Kompetenz (RSK)**

Die in der Studie angewandte Ratingskala (**RSK**; Fydrich und Bürgener, 1999) nach der die videographierten Rollenspiele ausgewertet wurden, ist die deutsche Version der Social Performance Rating Scale (**SPRS**; Fydrich, Chambless, Perry, Bürgener & Beazley, 1998). Die Grundlage für die SPRS lieferte die Beschreibung der Verhaltenskategorien nach Trower (1980) und deren späteren Veränderungen durch die Arbeitsgruppe um Turner (Turner, Beidel, Dancu & Keys, 1986). Aufgrund von unscharfen Operationalisierungen und Überschneidungen dieser Beurteilungskategorien nach Trower (1980) und Turner et al. (Turner, Beidel, Dancu & Keys, 1986) erarbeiteten Fydrich und Mitarbeiter (Fydrich et al., 1998) in Anlehnung an die drei Kategorien nach Trower (1980) „Länge der sprachlichen Äußerung“, „Sprachbetonung und Empathie“ und „Blickkontakt“ und einer zusammenfassenden Skala für soziale Kompetenz, ein neues System zur Beurteilung von sozialer Kompetenz. Das Ergebnis waren die fünf Verhaltenskategorien „Blickkontakt“, „Stimme und Sprache“, „Sprechdauer“, „Körperliche Unruhe und Nervosität“ und „Konversationsfluss“. Innerhalb jeder Skala wurde ein ausführlich beschriebener Beurteilungsanker gebildet und die Abstufungen zwischen benachbarten Ratings spezifiziert (Fydrich und Bürgener, 1999). Die Einschätzung der Beurteilungskategorien erfolgt durch die Beurteiler auf einem 5-stufigen Beantwortungsformat von „sehr gut“ (1) bis „sehr schlecht“ (5), wobei Zwischenratings (z. B. 2,5) möglich sind.

Das vorliegende Ratingsystem wurde hinsichtlich der Reliabilität und Validität an einer amerikanischen ( $n = 76$ ) und einer deutschen Erwachsenen Patientenstichprobe ( $n = 101$ ) überprüft (Fydrich et al., 1998; Schowalter, 1997). Die Übereinstimmung zwischen zwei unabhängigen Ratern, die mit der Intraclass-Korrelation errechnet wurde, lag in der amerikanischen Untersuchung bei  $r_{icc} = .76$ ,  $r_{icc} = .75$ ,  $r_{icc} = .82$ ,  $r_{icc} = .80$  und  $r_{icc} = .95$  für die Beurteilungskategorien „Blickkontakt“, „Tonfall“ (jetzt „Stimme und Sprache“), „Sprechdauer“, „Unsicherheit“ (jetzt „körperliche Unruhe und Nervosität“) und „Konversationsfluss“ (Fydrich et al., 1998). Für den Gesamtwert (Summe der fünf Ratings) ergab sich eine Interrater-Reliabilität von  $r_{icc} = .93$ , die interne Konsistenz betrug Cronbachs  $\alpha = .72$ . In dieser Untersuchung fand sich ein positiver Zusammenhang zwischen sozialer Angst und niedriger sozialer Kompetenz: die in der Studie

untersuchten Personen mit sozialer Phobie zeigten deutlich niedriger soziale Kompetenz in den diagnostischen Rollenspielen als die agoraphobischen Patienten und die klinisch unauffälligen Personen (Fydrich, 1996).

Ergebnisse der deutschen Version der Ratingskala weisen das Verfahren ebenfalls als reliabel und valide aus, die Interrater-Reliabilität ist aber insgesamt niedriger: für die Kategorien „Blickkontakt“, „Tonfall“, „Sprechdauer“ und „Konversationsfluss“ liegen sie zwischen  $r_{icc} = .60$  bis  $r_{icc} = .70$ , die Kategorie „Unsicherheit“ hat mit  $r_{icc} = .50$  die geringste Übereinstimmung (Schowalter, 1997). Die Interrater-Reliabilität des Gesamtwerts kann mit  $r_{icc} = .87$  als hoch bezeichnet werden. Der Zusammenhang der RSK mit der deutschen Version des „Social Phobia and Anxiety Inventory“ (SPAI) für Erwachsene lag mit  $r = .37$  ( $p < .01$ ) erwartungsgemäß höher als die Korrelation mit den Werten z. B. von allgemeiner Ängstlichkeit (SCL-90-R, Skala 5:  $r = .13$  n.s. ) oder Depression (SCL-90-R, Skala 4:  $r = .26$ ;  $p < .01$ ).

Eine neuerliche Präzisierung der einzelnen Stufen erfuhr die Ratingskala im Rahmen des von der DFG geförderten Forschungsprojekts „Prozesse der Emotionsregulation bei Patientinnen mit Borderline Persönlichkeitsstörungen“ (Renneberg, 1997). Diese der Reliabilität dienlichen Veränderungen sind in dieser Studie einbezogen und bei der Darstellung der Ratingskala markiert (siehe Anhang).

Die Ratingskala enthält folgende Beurteilungskategorien (Die Darstellung der einzelnen Kategorien findet sich im Anhang):

- **Blickkontakt**

Der Blickkontakt zwischen Personen ist für die Interaktion von großer Bedeutung. Einerseits signalisiert er das Interesse einer Person mit dem Gesprächspartner zu kommunizieren, andererseits können relevante Informationen z. B. über die Gefühle oder Stimmungen des Partners aus dem Gesichtsausdruck erschlossen werden. Im Gespräch reguliert der Blickkontakt den Fluss der Interaktion, da z. B. Kopfnicken etc. aufgenommen werden, die dem Gegenüber das Ende einer Gesprächsphase anzeigen und den Rollenwechsel vom Zuhörer zum Sprecher möglich machen. Vermeidet ein Interaktionspartner den Blickkontakt, so kann er wichtige Gesprächshinweise nicht wahrnehmen. Argyle (1988) konnte zeigen, dass sozial kompetente Personen während des eigenen Sprechens weniger Blickkontakt suchen, wohingegen sie beim Zuhören ihren Gesprächspartner die meiste Zeit anschauen. Andere Untersuchungen weisen einen Zusammenhang zwischen dem Blickkontakt und Angst nach (Conger & Farrell, 1981).

- **Stimme und Sprache**

Die zweite Kategorie umfasst Aspekte wie Betonung, Tonhöhe, Klarheit der Sprache, Tonfall und Lautstärke. Mit Hilfe des Tonfalls können Stimmungen und Gefühle des Sprechers ausgedrückt werden. Verschiedene Klangfärbungen geben nach Argyle (1988) unterschiedliche affektive Zustände wider: zum Beispiel

bedeutet ein weiches Stimmvolumen eher Traurigkeit, Zuneigung und Unterwürfigkeit. Das mittlere Stimmvolumen drückt Heiterkeit, Glück und Aktivität aus und lautes Stimmvolumen zeigt Überzeugungskraft, Extraversion, Zuversicht und Dominanz. Durch die Sprachmodulation können Gesprächsinhalte unterstrichen werden, sie hilft Interesse wecken und den Spannungsbogen der Aufmerksamkeit zu halten. Aufgrund einer angemessenen Modulation wirkt der Sprecher lebendiger, dynamischer und interessierter. Die adäquate Sprachmelodie kann zu einer positiveren Einschätzung führen als eine gleichbleibend, monotone und langsame Sprechweise. Die primäre Funktion der Lautstärke und der deutlichen Artikulation liegt darin, von potentiellen Zuhörern verstanden zu werden. Allerdings kann ein zu lautes Sprechen für eine Kommunikation hinderlich sein, da sich der Sprecher bzgl. der Lautstärke nicht auf sein Gegenüber einstellt und so weniger einfühlsam und sensibel wirkt. Auf dem Hintergrund dieser Überlegungen wurde die Kategorie „Stimme und Sprache“ operationalisiert.

- **Sprechdauer**

Diese Kategorie bezieht sich auf die Länge der Sprech- und Schweigezeiten. Kurze Atempausen zwischen einzelnen Sprechphasen sind für die Kommunikation wichtig, da sie das Gesagte betonen und dem Gegenüber die Möglichkeit geben, zu antworten oder neue Themen anzuschneiden. Sind die Pausen zu lang, können sie Unsicherheit über weitere Inhalte oder die Form des Gesprächs ausdrücken. Fehlen Pausen innerhalb einer Sprechzeit weist das ebenfalls auf einen Mangel an sozialer Kompetenz hin, da der Gesprächspartner nicht ins Gespräch einbezogen wird. Als sozial kompetent werden Personen eingeschätzt, die in mehreren ganzen Sätzen antworten, keine zu lange Pausen machen und dem Partner Zeit für eigene Ausführungen lassen. So fanden Conger & Farrell (1981) in ihrer Untersuchung bei Personen mit geringer Angstaussprägung eine höhere soziale Kompetenz bei längeren Sprechzeiten und Dow (1985) konnte einen Zusammenhang zwischen sozialer Angst und Probleme mit dem Wechsel von Sprech- und Pausenzeiten nachweisen.

- **Körperliche Unruhe und Nervosität**

Zu den Elementen dieser Kategorie gehören Körperspannung, die sich in Rigidität bzw. Entspannung der Gliedmaßen zeigt, Selbstmanipulationen, Gestik, Mimik und Körperhaltung. Das Ausmaß an Spannung signalisiert auf der Beziehungsebene Dominanz bzw. Unterwerfung und Ängstlichkeit. Die jeweilige Körperhaltung kann direkt erlebte Affekte mitteilen – so drückt z. B. eine zugewandte vorgebeugte Haltung mit geöffneten Armen und Beinen Interesse, Empathie, Zuneigung oder Aufmerksamkeit aus. Bezüglich der Gesten lassen sich zwei Kategorien unterscheiden: manche Gesten unterstreichen das Gesagte und richten sich an den Gesprächspartner, andere Gesten sind auf den Sprecher selbst bezogen und dienen primär der Spannungsreduktion. Letztere werden, wie

auch häufiges Räuspern und unangemessenes Kichern als Zeichen von Unsicherheit und Unbehagen gewertet. Die Studie von Conger und Farell (1981) zeigt einen positiven Zusammenhang zwischen der Häufigkeit von Selbstberührungen und sozialer Ängstlichkeit und einen negativen mit sozialer Kompetenz. Nach Trower (1980) weisen Personen mit hoher sozialer Kompetenz wenig starre Körperhaltungen und mehr Gestik auf als Personen mit niedriger sozialer Kompetenz.

- **Konversationsfluss**

Im Zentrum dieser Beurteilungskategorie stehen das verbale Agieren und Reagieren der an einem Gespräch beteiligten Personen. Kompetentes Verhalten zeigt sich daran, ob das Individuum die Kommunikation aufrecht erhalten kann, in dem es z. B. auf das Gesagte eingeht und eigene Erfahrungen einfließen lässt. Das Stellen von offenen Fragen und das Einführen von neuen Gesprächsthemen signalisiert Interesse am Gegenüber und an der Konversation.

Die Ratingskala wurde in der dargestellten Form für Erwachsene entwickelt und bislang auch nur in dieser Stichprobe eingesetzt. Da sich das Verfahren sowohl als differenziertes als auch reliables und valides Instrument zur Erfassung von sozialer Kompetenz in vivo herausgestellt hat, wird es in dieser Untersuchung bei Jugendlichen eingesetzt und hinsichtlich seiner Gütekriterien bei dieser Altersgruppe geprüft (siehe 7.1).

Die Prüfung der Zulässigkeit einer Anwendung und der Übertragbarkeit auf Jugendliche erfolgte vor der eigentlichen Untersuchung mit Hilfe zweier Vorgehensweisen: zwei bereits geschulte und in einem früheren Forschungsprojekt eingesetzte Beurteiler werteten fünf zufällig ausgewählte Rollenspiele der Jugendlichen mit der Ratingskala für Erwachsene aus und gaben ihre Einschätzung hinsichtlich der Übertragbarkeit auf Jugendliche ab. Diese Rater berichteten von einer unproblematischen Anwendung der Beurteilungskategorien auf die jüngere Population und hielten die Übertragung für sinnvoll. Hinsichtlich der Beurteilungskategorie „Blickkontakt“ fiel ihnen eine große Diskrepanz zu den Erwachsenen auf, da die Jugendlichen nach ihrer Ansicht den Blickkontakt eher vermieden. Zusätzlich schätzte eine Realschullehrerin, die hauptberuflich Jugendliche dieses Alters unterrichtet, die Validität der Ratingskala ein. Sie beurteilte die Skala im Sinne einer Bewertungsmöglichkeit von sozialer Kompetenz im Jugendalter als angemessen.

### **6.5.6 Training der Rollenspielpartner**

Die Aufgabe der Rollenspielpartner übernahmen zwei Jungen im Alter von 11 und 13 Jahren, zwei 12-jährige und ein 11-jähriges Mädchen. Die Einladung zur Mitarbeit am Forschungsprojekt dieser Jugendlichen erfolgte über die Theater-AG eines Heidelberger Gymnasiums. Im SPAI-C-D, der von den Rollenspielpartnern zu Beginn des Trainings ausgefüllt wurde, erreichten sie im Mittel einen eher unterdurchschnittlichen Wert von  $M = 9,6$  ( $SD = 2,8$ ). Diese niedrige Ausprägung von sozialer Angst entspricht der



Vermutung, dass Jugendliche, die sich einer Theater-AG anschließen, wohl eher selten unter massiven sozialen Ängsten leiden.

Das von den zwei Untersucherinnen geleitete Training dauerte insgesamt 6 Stunden und wurde in drei Sitzungen durchgeführt. Die Inhalte schlossen das gemeinsame Erarbeiten von Aspekten sozialer Kompetenz im Umgang mit anderen und das Durchsprechen der Verhaltensregeln im Rollenspiel ein. Außerdem übten die Jugendlichen die Rollenspielsituation durch Probe-Rollenspiele. Anhand von Videoaufzeichnungen konnte gezieltes Feedback ihres Verhaltens an die Rollenspielpartner weitergegeben werden. Bei den Interaktionen sollten die Jugendlichen folgende Regeln beachten:

- *Während des Gesprächs sollst du dich bemühen, freundlich, aber zurückhaltend zu sein. Verhalte dich weder so, als fändest du die Person weder besonders toll noch besonders unsympathisch. Wenn dein Gesprächspartner ein bestimmtes Thema anspricht, dann zeige dich daran interessiert.*
- *Signalisiere deinem Gegenüber durch deine Körperhaltung, deinen Gesichtsausdruck (z. B. lächeln, Blickkontakt halten) und wie du dich sonst verhältst, dass du Interesse an ihm hast – dann fällt es ihm leichter, mit dir zu reden.*
- *Die meiste Verantwortung für den Gesprächsverlauf hat dein Gesprächspartner. Antworte ihm freundlich auf alle Fragen und Bemerkungen mit mindestens einem oder zwei Sätzen – jedoch nicht mehr.*
- *Falls es im Gespräch zu einer längeren Pause kommen sollte, dann warte ca. 6 bis 8 Sekunden ab, bevor du ein neues Thema anschneidest oder eine Frage stellst, damit dein Gesprächspartner Zeit hat, das Gespräch wieder aufzunehmen. Ein paar Fragen, die du nach solchen Pausen stellen kannst, solltest du dir vorher schon mal überlegen.*

Im Verlauf der Untersuchung erhielten die Jugendlichen immer wieder Rückmeldungen, inwiefern ihr Verhalten den Interaktionsregeln entspricht. Für jedes durchgeführte Rollenspiel wurden die Jugendlichen mit 10,- DM entlohnt. Die Zuteilung der Rollenspielpartner zu den Jugendlichen erfolgte erstens nach Alter und Geschlecht, da die Interaktion mit einem gegengeschlechtlichen Partner gleichen Alters durchgeführt werden sollte. Zweitens war sie davon abhängig, ob der Rollenspielpartner zu dem möglichen Termin Zeit hatte. Im Laufe der zweijährigen Erhebung reduzierte sich die Zahl der Rollenspielpartner auf zwei Jugendliche, da der 11-jährige Junge und ein 12-jähriges Mädchen in eine andere Stadt zogen und das 11-jährige Mädchen nicht mehr mitarbeiten wollte.

### **6.5.7 Auswertung der diagnostischen Rollenspiele**

Besonders hervorzuheben ist an der vorliegenden Studie, dass neben trainierten erwachsenen Beurteilerinnen auch untrainierte gleichaltrige Jugendliche die videographierten Rollenspiele auswerten. Die Vermutung, dass gleichaltrige Beurteiler die jugendlichen Untersuchungsteilnehmer anders einschätzen, bzw. an die Beurteilung andere Bewertungsmassstäbe anlegen als die erwachsenen Beurteiler, macht den Einsatz von jugendlichen und erwachsenen Beurteilern notwendig. Da außerdem gerade im Jugendalter die Einschätzung

der gleichaltrigen Peers von großer Bedeutung für die persönliche und soziale Identität ist, sollte diese unbedingt ebenfalls erfasst werden. Wichtig war in diesem Zusammenhang auch, dass die jugendlichen Auswerter „naive“ Beurteilungen abgeben, das heißt Beurteilungen, die sich an keiner vorgegebenen Ratingskala orientieren, da diese am ehesten den Bewertungen der Peergroup entsprechen. Damit die jugendlichen Beurteiler der jugendlichen Peergroup in wichtigen Variablen entsprechen, sollten sie 1.) über ein ähnliches Alter verfügen, 2.) wie die jugendlichen Untersuchungsteilnehmer verschiedene Schulen besuchen und es sollten 3.) gleich viele Jungen wie Mädchen sein. Außerdem sollten sie nicht unter klinisch bedeutsamen sozialen Ängsten leiden, da vermutet wird, dass Sozialangst die Beurteilung beeinflussen kann. Weder die Erwachsenen noch die Jugendlichen erhielten Informationen darüber, dass sich einige Untersuchungsteilnehmer in stationärer psychiatrischer Behandlung befinden.

Die Auswahl der jugendlichen Beurteiler erfolgte über eine Musiklehrerin in Altensteig/Schwarzwald, die ihre Schüler für die Mitarbeit an der Studie anfragte. Durch die große räumliche Distanz von Heidelberg und Altensteig konnte weitgehend ausgeschlossen werden, dass die jugendlichen Probanden von den jugendlichen Beurteilern erkannt würden und so die Anonymität gewahrt blieb. Die sieben ausgewählten jugendlichen Beurteiler (vier weibliche und drei männliche Jugendliche) entsprechen im Alter der untersuchten Stichprobe ( $M = 12,9$ ;  $SD = 1,07$ ) und besuchen die Klassen 6 bis 8 des Gymnasiums in Altensteig (aus organisatorischen Gründen war es leider nicht möglich, Schüler aus verschiedenen Schulen für die Auswertung zu rekrutieren). Im SPAI-C-D erreichten die jugendlichen Beurteiler im Mittel einen Wert von  $M = 15,5$  ( $SD = 3,1$ ), wobei nur eine Jugendliche über dem Cutoff-Wert von 18 Punktwerten lag.

Das „Beurteiler-Training“ bestand lediglich aus einer zwei-stündigen Einweisung in die Beurteilungsaufgabe. Damit sich die jugendlichen Beurteiler in die gestellte Rollenspiel-aufgabe und deren Schwierigkeit besser einfühlen konnten, musste jeder von ihnen das im Abschnitt 6.5.4 beschriebene diagnostische Rollenspiel vor den anderen durchführen. Die Jugendlichen schätzten anschließend an insgesamt vier Nachmittagen alle 50 Rollenspiele hinsichtlich folgender sechs molarer Beurteilungskriterien ein:

- **allgemeine soziale Kompetenz** („Wie gut hat X seine Aufgabe gemacht?“)
- **Sympathie** („Wie gerne würdest du X als Freund/guten Kumpel haben?“)
- **Intelligenz** („Für wie intelligent hältst du X?“)
- **Attraktivität** („Wie gut sieht X aus?“)
- **Beliebtheit bei den Peers** („Was glaubst du, wie beliebt ist X bei seinen Klassenkameraden und Klassenkameradinnen?“)
- **Ängstlichkeit** („Was glaubst du, wie viel Angst X hatte“)

Die Jugendlichen beurteilten diese globalen Beurteilungskategorien nach dem Anschauen des gesamten drei-minütigen Rollenspiels auf einem 5-stufigen Beantwortungsformat mit semantischen Beschreibungen der Stufen (z. B. „Was glaubst du, wie viel Angst X hatte“  $\Rightarrow$  „keine Angst“ (1), „etwas Angst“ (2), „mäßig Angst“ (3) u.s.w.; siehe Anhang). Wie bei der

Ratingskala für soziale Kompetenz konnten die Beurteiler auch hier Zwischenwertungen (z. B. 2,5) abgeben. Die Jugendlichen wurden dazu angehalten, während dem Beobachten des Interaktionsgeschehens und der anschließenden Bewertung keine Bemerkungen abzugeben, um weitgehende Unabhängigkeit der Einschätzungen aller im Raum anwesenden Raterinnen zu gewährleisten. Diese globalen Beurteilungskategorien entsprechen denen der erwachsenen Beurteilerinnen (siehe unten), wobei die Kategorie „Beliebtheit bei Peers“ zusätzlich hinzu genommen wurde.

Die drei trainierten Raterinnen studieren Psychologie und stehen kurz vor dem Abschluss ihres Studiums. Im Rahmen eines 12-stündigen Beurteiler-Training auf Grundlage der Ratingskala sozialer Kompetenz (RSK) machten sie sich mit den Ratingkategorien vertraut und diskutierten über konkrete Bewertungen anhand von Rollenspielen mit Erwachsenen. Das Training wurde innerhalb eines Monats an 4 Tagen durchgeführt.

Die 50 videographierten Rollenspiele wurden von den Raterinnen in zufälliger Reihenfolge angeschaut, wobei sie den Beurteilungsfokus zufällig auf jeweils eine der fünf Beurteilungsdimensionen setzten. Nach dem ersten Anschauen eines Rollenspiels gaben sie zusätzlich fünf globale Urteile über

- **allgemeine soziale Kompetenz,**
- **Attraktivität,**
- **Intelligenz,**
- **Sympathie und**
- **Ängstlichkeit**

des im Rollenspiel agierenden Jugendlichen ab. Da nach Krause (2000) der Bewertungsfokus keinen Zusammenhang mit der nachfolgenden Einschätzung der globalen Merkmale hat, läßt sich dieses Vorgehen rechtfertigen. Zur Bestimmung der Interrater-Reliabilität wurden 20 zufällig ausgewählte Rollenspiele von *allen* drei Beurteilerinnen hinsichtlich der fünf Beurteilungskategorien eingeschätzt.

## 7 ERGEBNIS

Das folgenden Kapitel beginnt mit einer Darstellung der Gütekriterien der Beurteilungen des Rollenspiels. Die anschließenden Analysen ermitteln den Zusammenhang zwischen den untersuchten fünf Emotionskomponenten sozialer Angst und der sozialen Angst als Persönlichkeitsvariable. Zum Schluss wird das allgemeine Ausmaß der sozialen Ängstlichkeit und die Häufigkeit des Auftretens von klinisch bedeutsamer sozialer Ängstlichkeit bei Schülern und stationär behandelnden Patienten beschrieben.

### 7.1 Gütekriterien der Beurteilungen des Rollenspiels

Der folgende Abschnitt untersucht die Interrater-Reliabilität der Rollenspielbeurteilungen zur sozialen Kompetenz, vorgenommen durch die erwachsenen und die jugendlichen Beurteiler sowie die konvergente, diskriminante und externe Validität dieser Beurteilungen. In diesem Zusammenhang soll auch die Übereinstimmung zwischen den Ratings der Erwachsenen und der Jugendlichen geprüft werden.

#### 7.1.1 Gütekriterien der Beurteilungen durch Erwachsene: Ratingskala für soziale Kompetenz (RSK) und globale Beurteilungskriterien

Zur Bestimmung der Interrater-Reliabilität der Ratingskala wurden 20 der 50 Rollenspiele von *allen* drei trainierten Erwachsenen nach den fünf Beurteilungskategorien der RSK (Blickkontakt, Stimme und Sprache, Sprechdauer, Körperliche Unruhe und Nervosität, Konversationsfluss; siehe Abschnitt 6.5.5) eingeschätzt. Für die fünf globalen Merkmale (allgemeine Kompetenz, Sympathie, Attraktivität, Intelligenz, Ängstlichkeit; siehe Abschnitt 6.5.7) lag für jedes der 50 Rollenspiele von *allen* drei Raterinnen ein Urteil vor. Die Auswertung der Übereinstimmung zwischen den Beurteilerinnen erfolgte mit Hilfe der Intraclass-Korrelation und des gewichteten Kappas ( $\kappa$ ).

Die Intraclass-Methode wird in Reliabilitätsstudien eingesetzt, in denen  $k$  Beurteiler eine zufällige Anzahl von  $n$  Objekten (z. B. Personen) unabhängig einstufen (Shrout & Fleiss, 1979). Vorteile dieser Methode ergeben sich aus der Berücksichtigung einer zufälligen Zuordnung der Auswerter zu den Objekten und der Analyse von individuellen Abweichungen der einzelnen Rater vom Gesamtmittelwert. Als parametrisches Verfahren basiert die Intraclass-Korrelation auf einem varianzanalytischen Ansatz und setzt intervallskalierte Daten voraus. Da die verwendeten Likertskalen auf einer äquidistanten Skalenkonstruktion beruhen, kann diese Forderung nach einer eher pragmatischen Sichtweise als hinreichend erfüllt angenommen werden (vgl. Bortz & Döring, 1995; S. 168ff).

Unter der Voraussetzung eines Ordinalskalenniveaus der Daten bietet sich zur Erfassung der Beobachterübereinstimmung der Beurteilungskategorien das gewichtete Kappa ( $\kappa$ ) an. Das gewichtete Kappa ( $\kappa$ ) bezieht den Grad der Abweichungen zwischen den Ratings mit ein und berücksichtigt so die Wahrscheinlichkeit einer zufälligen Übereinstimmung der Urteile (vgl. Bortz, Lienert & Boehnke, 1990). Da bei der

Bewertung der globalen Kategorien keine Auswertungsregeln vorgegeben werden, ist zwischen den Ratern mit Mittelwerts- und Varianzunterschieden zu rechnen. Da das gewichtete Kappa im Gegensatz zur Korrelation diese Niveau- (d. h. Mittelwerts-Unterschiede) und Dispersionsunterschiede (d. h. Varianz-Unterschiede) zwischen Ratern als Fehler konzipiert, würden zulässige Unterschiede als Fehler gewertet und die tatsächliche Übereinstimmung unterschätzt. Daher ist es bei der nachfolgenden Berechnung sinnvoll, das gewichtete Kappa nur bei der Auswertung der Beurteilungskategorien zu verwenden, deren Beurteilung sich auf eine feste Ratingskala mit Auswertungsvorschriften gründet.

Nach den von Shrout und Fleiss (1979) vorgeschlagenen drei Spezifikationen des Intraclass-Koeffizienten trifft sowohl bei den erwachsenen als auch den jugendlichen Ratern die dritte Spezifikation zu (ICC 3;1; vgl. Shrout & Fleiss, 1979, S. 421ff), bei der *jedes* Objekt (Rollenspiel der Untersuchungsteilnehmer) von *jedem* der beteiligten *k* Auswertern eingeschätzt wird. In Tabelle 4 sind die Intraclasskorrelation (3;1) nach Shrout und Fleiss (1979) und das gewichtete Kappa der fünf Beurteilungskategorien der Ratingskala und des Gesamtwerts (mittlerer Summenscore der fünf Kategorien) dargestellt.

Tabelle 4: Interrater-Reliabilität der Beurteilungskategorien der Ratingskala (RSK) von Erwachsenen beurteilt ( $N=20$ )

<b>Beurteilungskategorien</b>	<b>Intraclass-Koeffizient (3;1)</b>	<b>Gewichtetes Kappa (<math>\kappa</math>)</b>
<b>Blickkontakt</b>	.93	.63
<b>Stimme und Sprache</b>	.97	.41
<b>Sprechdauer</b>	.77	.63
<b>Körperliche Unruhe und Nervosität</b>	.87	.41
<b>Konversationsfluss</b>	.55	.58
<b>RSK_Gesamt</b>	.94	-

Anmerkung: RSK\_Gesamt: gemittelte Summe der fünf Beurteilungskategorien

Die Interrater-Reliabilitäten nach der Intraclass-Methode können insgesamt als gut (Sprechdauer) bis sehr gut (Gesamtwert, Blickkontakt, Stimme und Sprache, Körperliche Unruhe und Nervosität, Konversationsfluss) beurteilt werden. Die einzige Ausnahme bildet die Beurteilungskategorie „Konversationsfluss“, die mit  $r_{icc} = .55$  nur einen befriedigend hohen Wert erreicht. Demgegenüber stehen moderate (Stimme und Sprache, Körperliche Unruhe und Nervosität, Konversationsfluss) bis gute (Blickkontakt, Sprechdauer) Übereinstimmungen der Beurteilerinnen nach dem gewichteten Kappa. Da es sich bei dem Gesamtwert (RSK\_Gesamt) um einen intervallskalierten Wert handelt, wurde seine Übereinstimmung nur nach Intraclass berechnet.

Tabelle 5: Interkorrelationen der fünf Beurteilungskategorien (N = 49)

	<b>Blickkontakt</b>	<b>Stimme und Sprache</b>	<b>Sprechdauer</b>	<b>Körperliche Unruhe und Nervosität</b>	<b>Konversationsfluss</b>
<b>Stimme und Sprache</b>	.41 **				
<b>Sprechdauer</b>	.18	.23			
<b>Körperliche Unruhe und Nervosität</b>	.50 ***	.47 ***	.43 **		
<b>Konversationsfluss</b>	.30	.54 ***	.42 **	.51 ***	
<b>RSK_Gesamt</b> (partial - korrigierte Korrelation)	.46 ***	.57 ***	.40 **	.62 ***	.60 ***
<b>RSK_Gesamt</b>	.70 ***	.74 ***	.57 ***	.79 ***	.75 ***

Anmerkung: \*\*  $p < .01$ ; \*\*\*  $p < .001$

RSK\_Gesamt: gemittelte Summe der fünf Beurteilungskategorien

RSK\_Gesamt (partial-korrigierte Korrelation): gemittelte Summe von vier Beurteilungskategorien, d. h. der Effekt der zu korrelierenden Kategorie ist herauspartialisiert

Da für die Berechnung der Interrater-Reliabilitäten für 20 Rollenspiele jeweils drei Urteile pro Beurteilungskategorie von den drei Beurteilerinnen vorlagen (s. o.), wurde zufällig *eine* Beurteilung pro Beurteilungskategorie und Rollenspiel ausgewählt, die in die nachfolgenden Analysen mit den restlichen 30 jeweils *einfach* bewerteten Rollenspielen einging. Ein Rollenspiel wurde aufgrund seiner schlechten Tonqualität aus der Beurteilung der sozialen Kompetenz ausgeschlossen, so dass sich die Anzahl der zu untersuchenden Fälle auf N = 49 reduzierte.

In Tabelle 5 sind die Interkorrelationen der fünf Beurteilungskategorien und die Korrelation mit dem Gesamtwert angegeben: Es zeigen sich niedrige (z. B. der Kategorien „Sprechdauer“ mit „Blickkontakt“ und „Stimme und Sprache“) bis mittlere, signifikante Korrelationen zwischen den Dimensionen (z. B. „Konversationsfluss“ mit „Stimme und Sprache“ und „Körperlicher Unruhe und Nervosität“). Der Zusammenhang der einzelnen Beurteilungskategorien mit dem Gesamtwert fällt bis auf die Kategorie „Sprechdauer“ mit  $r = .70$  bis  $r = .79$  hoch aus. Partialisiert man die jeweils zu korrelierende Kategorie aus dem Gesamtwert heraus, fallen die Zusammenhänge insgesamt kleiner aus, liegen aber dennoch im mittleren Bereich. Die interne Konsistenz der fünf Beurteilungskategorien beträgt Cronbachs  $\alpha = .77$ . Die geringen bis mittleren Korrelationen zwischen den Beurteilungskategorien könnten darauf hinweisen, dass die fünf Dimensionen unterschiedliche Aspekte sozial kompetenten Verhaltens beschreiben. Der Gesamtwert stellt eine Größe dar, die diese unterschiedlichen Aspekte zu einer Variablen zusammenfasst.

Da bei den globalen Merkmalen (allgemeine Kompetenz, Sympathie, Attraktivität, Intelligenz, Ängstlichkeit) keine Bewertungsanker für die einzelnen Skalenwerte

vorgegeben waren, kann man davon ausgehen, dass die jeweiligen Beurteiler unterschiedliche Bezugsrahmen für ihr Urteil heranziehen. Möchte man diese individuellen Beurteilungsanker außer Acht lassen, können die Daten um *diesen* Anker korrigiert werden. Dabei wird von den einzelnen Daten eines Beobachters die Differenz seines Datenmittelwertes vom Gesamtmittelwert abgezogen. Dies entspricht dem Wert einer ipsativen Messung (vgl. Bortz und Döring, 1995, S. 254ff). Die Ergebnisse der Interrater-Reliabilität der fünf globalen Beurteilungskategorien sind in Tabelle 6 dargestellt – hier sind die Intraclass-Koeffizienten und *zusätzlich* die ipsativen Werte nach der Intraclass-Methode (siehe schraffierte Spalte) angegeben.

Nach der Intraclass-Berechnung der ipsativen Beurteilungen ergeben sich bei der Einschätzung der allgemeinen Kompetenz, der Sympathie und der Ängstlichkeit hohe Übereinstimmungen - hinsichtlich der Intelligenz und der Attraktivität liegen die Übereinstimmungen in mittlerer Höhe. Dieses Ergebnismuster spiegelt sich auch in der ersten Spalte wider, obgleich hier die Interrater-Reliabilitäten niedriger ausfallen.

Tabelle 6: Interrater-Reliabilität der drei trainierten erwachsenen Beurteilerinnen: Einschätzung der fünf globalen Merkmale (N = 49)

	Intraclass-Koeffizient (3;1)	Intraclass-Koeffizient (ipsative Beurteilungen)
<b>Allgemeine Kompetenz</b>	.68	.86
<b>Sympathie</b>	.55	.78
<b>Attraktivität</b>	.30	.57
<b>Intelligenz</b>	.38	.65
<b>Ängstlichkeit</b>	.51	.76

Die Interkorrelationen der globalen Ratings der erwachsenen Beurteilerinnen sind in Tabelle 7 angegeben. Da für alle Untersuchungsteilnehmer (N = 49) auf jeder globalen Dimension drei Urteile (d. h. ein Urteil von jeder der drei Beurteilerinnen) vorlagen, wurden sie, um ein valides Maß zu erhalten, zu einem Wert zusammengefasst (mittlere Summe der ipsativen Beurteilungen) und miteinander in Beziehung gesetzt.

Zwischen dem Ausmaß der eingeschätzten Ängstlichkeit und der allgemeinen Kompetenz zeigt sich ein relativ hoher negativer Zusammenhang: das heißt, je ängstlicher ein Jugendlicher wahrgenommen wird, desto inkompetenter wird er eingeschätzt. In hohem Zusammenhang stehen auch Intelligenz und Kompetenz bzw. Sympathie gegenüber der im Rollenspiel agierenden Jugendlichen. Im Gegensatz dazu gibt es einen eher geringen Zusammenhang zwischen dem Ausmaß der beurteilten Ängstlichkeit und zwischen der Intelligenz und der Attraktivität des Jugendlichen. Sehr hoch ist die Korrelation der globalen allgemeinen Kompetenz mit dem Gesamtwert der sozialen Kompetenz der Ratingskala (RSK\_Gesamtwert). Dieses Ergebnis rechtfertigt

die Zusammenfassung der fünf Beurteilungskategorien zu einem Gesamtwert, der per Definition (s. o.) die globale Kompetenzeinschätzung ist. Ebenfalls sehr hoch korreliert der RSK\_Gesamtwert mit der beurteilten Angst der Jugendlichen. Für die Beobachterinnen steht also die soziale Kompetenz (als globales Merkmal *und* als Gesamtwert der Ratingskala) in einem hohen negativen Zusammenhang mit der sozialen Angst.

Tabelle 7: Interkorrelationen globaler Ratings der trainierten erwachsenen Beurteilerinnen und deren Korrelation mit dem Gesamtwert der Ratingskala (RSK) (N = 49)

	Allgemeine Kompetenz	Sympathie	Attraktivität	Intelligenz	Ängstlichkeit
Sympathie	.47 ***				
Attraktivität	.21 *	.59 ***			
Intelligenz	.73 ***	.64 ***	.33 *		
Ängstlichkeit	-.82 ***	-.37 **	-.25	-.57 ***	
RSK_Gesamt	.85 ***	.43 **	.32 *	.76 ***	-.86 ***

Anmerkung: \*  $p < .05$ ; \*\*  $p < .01$ ; \*\*\*  $p < .001$

RSK\_Gesamt: gemittelte Summe der fünf Beurteilungskategorien der Ratingskala

#### Zusammenfassung:

Insgesamt können die Interrater-Reliabilitäten der Beurteilungskategorien der Ratingskala durch die erwachsenen Beurteilerinnen als gut bis sehr gut bezeichnet werden – bis auf die Kategorie „Konversationsfluss“, für die nur eine befriedigende Übereinstimmung erreicht wurde. Zwischen den fünf Kategorien für soziale Kompetenz gibt es geringe bis mittlere Interkorrelationen, was darauf hinweist, dass sie unterschiedliche Aspekte sozialer Kompetenz abbildet. Hinsichtlich der globalen Beurteilungskategorien liegen die Intraclass-Koeffizienten im mittleren bis hohen Bereich. Soziale Kompetenz steht in hohem negativen Zusammenhang mit der beurteilten Ängstlichkeit. Eine hohe positive Korrelation findet sich zwischen dem Gesamtwert der Ratingskala und der globalen Einschätzung sozialer Kompetenz.

### 7.1.2 Gütekriterien der Beurteilungen durch Jugendliche

Die Interrater-Reliabilität der untrainierten jugendlichen Beurteiler basiert auf der Einschätzung *aller* 49 Rollenspiele (ein Rollenspiel wurde aufgrund schlechter Tonqualität ausgeschlossen) durch *alle* sieben Jugendlichen hinsichtlich der sechs globalen Merkmale (allgemeine Kompetenz, Sympathie, Attraktivität, Beliebtheit bei den Peers, Intelligenz, Ängstlichkeit). Die fünf Beurteilungskategorien der Ratingskala wurden von den Jugendlichen nicht bewertet. In Tabelle 8 sind die Intraclass-Koeffizienten der *mit* und *ohne* individuellen Bewertungsanker angegeben.



Da die Jugendlichen kein Auswertetraining erhalten haben, werden die Intraclass-Koeffizienten der ipsativen Beurteilungen (schraffierte Spalte) als angemessen betrachtet. Insgesamt fallen diese Koeffizienten bei den untrainierten Jugendlichen erstaunlich hoch aus. Besonders ähnlich werden die Untersuchungsteilnehmer hinsichtlich allgemeiner Kompetenz, Sympathie und Attraktivität eingeschätzt. Etwas geringere, aber dennoch hohe Übereinstimmungen, zeigen sich bei der Beliebtheit bei den Peers, der Intelligenz und der beurteilten Ängstlichkeit. Im Vergleich zu den erwachsenen Beurteilerinnen (vgl. Tabelle 6) scheinen die Jugendlichen bei den ipsativen Beurteilungen einheitlichere Bewertungsmaßstäbe zu haben, die sich in hohen Übereinstimmungen ausdrücken – auch hinsichtlich Intelligenz und Attraktivität.

Tabelle 8: Interrater-Reliabilität der untrainierten jugendlichen Rater ( $N = 49$ )

	Intraclass-Koeffizient (3;1)	Intraclass-Koeffizient (ipsative Beurteilungen)
<b>Allgemeine Kompetenz</b>	.57	.90
<b>Sympathie</b>	.43	.84
<b>Attraktivität</b>	.41	.83
<b>Beliebtheit bei Peers</b>	.30	.76
<b>Intelligenz</b>	.35	.79
<b>Ängstlichkeit</b>	.32	.77

Beachtlich ist der große Unterschied zwischen den Intraclass-Koeffizienten *mit* und *ohne* individuellen Bewertungsanker: Berücksichtigt man den individuellen Anker der Jugendlichen, fallen die Intraclass-Koeffizienten teilweise doppelt so hoch aus! Diese Tendenz ist auch bei den Erwachsenen sichtbar, obwohl die Zunahme insgesamt viel geringer ausfällt (siehe Tabelle 6). Am wenigsten verändert sich bei den Erwachsenen die Einschätzung der allgemeinen Kompetenz, was darauf hindeutet, dass sich die individuellen Bewertungsanker bei der Kompetenzeinschätzung am wenigsten voneinander unterscheiden. Dies mag insofern nicht verwundern, als die erwachsenen Beurteilerinnen ein Beurteiler-Training sozialer Kompetenzen erhalten haben, das sich anscheinend auch auf die Einschätzung der globalen sozialen Kompetenz auswirkt. Die Ergebnisse der Ratings von globalen allgemeinen Kompetenzen bei Erwachsenen und Jugendlichen können also nur bedingt miteinander verglichen werden, da die Erwachsenen hinsichtlich sozialer Kompetenz trainiert und die Jugendlichen nicht trainiert waren.

Die Interkorrelationen der globalen Ratings untrainierter jugendlicher Rater liegen im mittleren bis hohen Bereich (siehe Tabelle 9). Danach werden Gleichaltrige, die ein hohes Maß an sozialer Kompetenz zeigen, als sympathisch, intelligent und wenig ängstlich eingeschätzt. Die Untersuchungsteilnehmer, die bei den jugendlichen Beur-

teilern Sympathie hervorrufen, werden gleichzeitig als attraktiv, intelligent, auch bei anderen beliebt und eher wenig ängstlich wahrgenommen. Aus dieser Korrelationsmatrix geht hervor, dass Jugendliche im Gegensatz zu den Erwachsenen anscheinend eher nach dichotomen Beurteilungsmustern wahrnehmen und bewerten. Das bedeutet, wer z. B. als sympathisch eingeschätzt wird, ist gleichzeitig auch kompetent, attraktiv, intelligent, bei anderen beliebt und wenig ängstlich. Allerdings bleibt unklar, ob dieser Unterschied zu den Erwachsenen am Alter der Beurteiler oder am Training liegt.

Tabelle 9: Interkorrelationen der globalen Ratings der untrainierten jugendlichen Rater ( $N = 49$ )

	Allgemeine Kompetenz	Sympathie	Attraktivität	Intelligenz	Beliebtheit bei Peers
Sympathie	.78***				
Attraktivität	.41**	.75***			
Intelligenz	.78***	.81***	.45**		
Beliebtheit bei Peers	.56***	.78***	.85***	.52***	
Ängstlichkeit	-.85***	-.66***	-.40**	-.64***	-.52***

Anmerkung: \*\*  $p < .01$ ; \*\*\*  $p < .001$

#### Zusammenfassung:

Die Interrater-Reliabilitäten der globalen Merkmale, beurteilt durch die jugendlichen Rater, können als gut bis sehr gut bezeichnet werden. Die globalen Merkmale korrelieren überwiegend hoch miteinander. Das könnte darauf hindeuten, dass die Jugendlichen im Gegensatz zu den Erwachsenen eher nach dichotomen, wenig differenzierten Beurteilungsmustern bewerten: wer sympathisch ist, ist gleichzeitig auch kompetent attraktiv, intelligent, bei anderen beliebt und wenig ängstlich. Auch für die jugendlichen Beurteiler steht soziale Kompetenz in hohem negativen Zusammenhang zur eingeschätzten Ängstlichkeit.

### 7.1.3 Zusammenhang der Beurteilungen von Erwachsenen und Jugendlichen

Interessant ist die Frage, wie ähnlich Jugendliche und Erwachsene die Probanden hinsichtlich der oben genannten globalen Merkmale wahrnehmen. Würde die Beurteilung der Merkmale in Abhängigkeit vom Alter der Beurteiler unterschiedlich ausfallen, hätte das Konsequenzen für die Durchführung aller Verhaltensbeobachtungen und -beurteilungen. Bei der Beurteilung von Kindern und Jugendlichen müssten dann sowohl jugendliche als auch erwachsene Beurteiler zur Auswertung herangezogen werden. Da die Anzahl der erwachsenen und der jugendlichen Beurteiler für diese Fragestellung eigentlich zu klein ist und Unterschiede der Altersgruppen auch auf idiosynkratische Unterschiede zurückgeführt werden könnten, sollen die folgenden

Ergebnisse nur als Hinweis auf potentielle Unterschiede zwischen der Beurteilung von Erwachsenen und Kindern gewertet werden.

In Tabelle 10 sind die Korrelationen der globalen Beurteilungskategorien von Jugendlichen und Erwachsenen abgebildet: relativ hohe Übereinstimmungen zeigen sich hinsichtlich der Einschätzung der allgemeinen Kompetenz und der Ängstlichkeit, mittlere Übereinstimmungen bei der Beurteilung von Sympathie, Attraktivität und Intelligenz. Bemerkenswert hoch ist die positive Korrelation der Einschätzung von allgemeiner Kompetenz und die negative Korrelation der Ängstlichkeit der Jugendlichen mit dem Gesamtwert der Ratingskala für soziale Kompetenz der Erwachsenen. Danach klärt die Kompetenzeinschätzung der untrainierten Jugendlichen 61% der Varianz des Gesamtwertes auf, die Einschätzung der Ängstlichkeit sogar 72%. Dieses Ergebnis wirft die Frage auf, ob die aufwendige Beurteilung nach der Ratingskala nicht einfach durch die ökonomischere untrainierte Kompetenzeinschätzung der Jugendlichen ersetzt werden sollte.

Trotz der teilweise relativ hohen Korrelationen und der kleinen Stichprobe unterscheiden sich die Beurteilungen der Erwachsenen von den Jugendlichen statistisch bedeutsam (MANOVA; Wilks'  $\Lambda = .25$ ;  $F(6,92) = 47.1$ ;  $p = .0001$ ). Dabei schätzen die Jugendlichen ihre Gleichaltrigen als weniger kompetent, weniger sympathisch, weniger intelligent, weniger attraktiv und weniger ängstlich ein als die Erwachsenen.

Tabelle 10: Korrelationen der Beurteilungen von Jugendlichen und Erwachsenen ( $N = 49$ )

Beurteilungen der Erwachsenen	Beurteilungen der Jugendlichen				
	Allgemeine Kompetenz	Sympathie	Attraktivität	Intelligenz	Ängstlichkeit
Allgemeine Kompetenz	.76 ***				
Sympathie		.48 ***			
Attraktivität			.58 ***		
Intelligenz				.62 ***	
Ängstlichkeit					.74 ***
<b>RSK_Gesamt</b>	.78 ***	.52 ***	.23	.58 ***	-.85 ***

Anmerkung: \*\*\*  $p < .001$

RSK\_Gesamt: gemittelte Summe der fünf Beurteilungskategorien der Ratingskala (RSK), beurteilt durch die erwachsenen Beurteilerinnen

*Zusammenfassung:*

Die Übereinstimmungen zwischen den jugendlichen und erwachsenen Beurteilern hinsichtlich der globalen Merkmale liegen im mittleren bis hohen Bereich. Besonders hoch ist die Korrelation bzgl. der sozialen Kompetenz und der Ängstlichkeit. Bemerkenswert große Übereinstimmungen finden sich zwischen der durch die jugendlichen Beurteiler eingeschätzten sozialen Kompetenz und dem Gesamtwert der Ratingskala.

**7.1.4 Konvergente und diskriminante Validität**

Üblicherweise wird die konvergente und diskriminante Validität von Selbsteinschätzungen (Fragebogen) mit Hilfe von anderen Fragebogen erhoben, die ein ähnliches bzw. ein völlig anderes Konstrukt erfassen. Im vorliegenden Fall soll als Konstrukt für die soziale Kompetenz der Gesamtwert der Ratingskala für soziale Kompetenz (RSK) untersucht werden, der durch Fremdeinschätzung gewonnen wird und zu dessen Validierung sowohl Selbsteinschätzungen (Fragebogen) als auch andere Fremdeinschätzungen vorliegen. Da sich bei Kindern die Selbsteinschätzungen von den Fremdeinschätzungen oft sehr unterscheiden (z. B. Schneider, 1994) sind in dieser Untersuchung die Validitäts-Koeffizienten, die durch andere Fremdeinschätzungen ermittelt wurden, denen aus Selbsteinschätzungen vorzuziehen.

Erwartet wurde, dass der Gesamtwert der Ratingskala mit anderen Maßen der sozialen Kompetenz, der sozialen Angst oder der Schüchternheit einen negativen signifikanten Zusammenhang aufweist (wichtig: bei der RSK bedeuten hohe Werte eine niedrige Kompetenzausprägung und umgekehrt!). Korrelationen mit unspezifischen Maßen wie der selbsteingeschätzten Depressivität und der Skala "externalisierende Auffälligkeiten" des Youth Self-Reports (YSR) sollten niedrig und nicht statistisch bedeutsam ausfallen.

Die Korrelationen in Tabelle 11 zeigen, dass wie angenommen die unspezifischen Maße nur gering mit dem Gesamtwert korrelieren. Hier bleibt jedoch zu beachten, dass die Koeffizienten aus dem Zusammenhang von Fremd- und Selbsteinschätzung stammen. Daher lässt sich nicht entscheiden, ob das Kompetenzrating tatsächlich etwas anderes als die unspezifischen Maße erfasst oder ob die geringen Korrelationen auf die unterschiedlichen Perspektiven zurückzuführen sind. Zwischen dem SPAI-C-D, der Furcht vor negativer Bewertung und dem sozialen Interesse aus dem Selbstbildfragebogen mit dem Gesamtwert bestehen keine signifikanten Zusammenhänge. Wie oben lassen sich diese Ergebnisse höchstwahrscheinlich auf die Diskrepanz zwischen Selbst- und Fremdrating zurückführen. Demgegenüber basieren die Skalen des Elternfragebogens auf den Einschätzungen der Eltern über ihre Kinder. Erwartungsgemäß korrelieren sie in mittlerer Höhe mit dem Gesamtwert der Ratingskala.

Tabelle 11: Korrelation des Gesamtwerts der Ratingskala mit Fragebogenwerten ( $N = 49$ )

Variable		RSK_Gesamt
<b>Depressivität:</b>	<b>DIKJ</b>	-.24
<b>Externalisierende Auffälligkeiten:</b>	<b>YSR</b>	.03
<b>Soziales Interesse:</b>	<b>Selbstbildfragebogen</b>	-.28 <sup>+</sup>
<b>Furcht vor negativer Bewertung:</b>	<b>Selbstbildfragebogen</b>	-.10
<b>Soziale Angst:</b>	<b>SPAI-C-D</b>	.05
	<b>Elternskalen:</b>	
	<b>Kindschüchternheit</b>	.43 <sup>**</sup>
	<b>Erwachsenenschüchternheit</b>	.33 <sup>*</sup>

Anmerkung: *DIKJ: Depressionsinventar für Kinder und Jugendliche; YSR: Youth Self-Report; SPAI-C-D: Deutsche Fassung des Social Phobia and Anxiety Inventory for Children*  
*RSK\_Gesamt: gemittelte Summe der fünf Beurteilungskategorien der Ratingskala (RSK)*

Zieht man neben den Fragebogenwerten die Einschätzungen der jugendlichen Beurteiler heran, zeigen sich starker Zusammenhang des Gesamtwerts der Ratingskala (Einschätzung durch die Erwachsenen) mit der allgemeinen Kompetenz ( $r = .78$ ) und mit der eingeschätzten Ängstlichkeit ( $r = -.85$ ) (siehe Tabelle 10). Diese hohen Korrelationen können als klare Hinweise auf eine konvergente Validität der Ratingskala verstanden werden. Mit den vorliegenden Daten hingegen muss die endgültige Abschätzung der diskriminanten Validität offen bleiben. Denn dazu müsste man ein Fremdrating z. B. für Depressivität oder soziale Devianz haben.

#### *Zusammenfassung:*

Es gibt Hinweise auf eine hohe konvergente Validität der Ratingskala für soziale Kompetenz (RSK), die Abschätzung der diskriminanten Validität muss offen bleiben, da keine Fremdratings vorliegen, die divergente Konstrukte erfassen.

#### **7.1.5 Externe Validität der Kompetenzbeurteilungen**

Es stellt sich weiterhin die Frage, ob die im Rollenspiel beobachteten sozialen Kompetenzen für Jugendliche typisch sind, d. h. ob sie dieses Verhalten auch in anderen Situationen im Alltag zeigen. Um Aussagen über die externe Validität treffen zu können, werden Kompetenzmaße (Fragebogen) herangezogen und mit den im Rollenspiel gewonnenen Daten in Beziehung gesetzt. Dabei gibt es zwei wichtige Unterschiede zwischen den Rollenspielbeurteilungen und über Fragebogenverfahren erhobenen Kompetenzmaßen: erstens beziehen sich die Fragebogen auf situationsübergreifende Persönlichkeitseigenschaften während die Rollenspielbeurteilungen situatives Verhalten

erfassen. Zweitens muss beachtet werden, dass es sich einmal um Beobachterratings und ein anderes Mal um Fremd- bzw. Selbsteinschätzungen anhand von Fragebogen handelt.

Tabelle 12 stellt die Korrelationen der sozialen Kompetenzen als Trait (Zeilen) mit den situativen Kompetenzbeurteilungen (Spalten) dar. Es zeigen sich unbedeutend geringe Korrelation der Kompetenzeinschätzungen sowohl der jugendlichen als auch der erwachsenen Beurteiler mit den Skalen „soziale Kompetenz“ und „Aktivitäten“ der CBCL (Elternrating) und des YSR (Selbstrating der Jugendlichen). Eine geringe bis mittlere, signifikante Übereinstimmung erreichen die Kompetenzratings des Rollenspiels mit den Elternskalen „Kindschüchternheit“ und „Fremdschüchternheit“ (Elternrating). Diese beiden Skalen erfassen den gehemmten bzw. ungezwungenen Umgang mit fremden Kindern bzw. fremden Kindern und Erwachsenen und könnten daher auch als Maße für situationsübergreifende soziale Kompetenz herangezogen werden.

Tabelle 12: Korrelation der Kompetenzbeurteilungen

			Fremdeinschätzung		
			J_Kompetenz	E_Kompetenz	RSK_Summe
<b>Selbst- einschätzung</b>	<b>YSR</b>	<b>Aktivitäten</b>	.18	.18	.17
		<b>Soziale Kompetenz</b>	.03	.02	.08
<b>Fremdein- schätzung</b>	<b>CBCL</b>	<b>Aktivitäten</b>	-.14	-.16	-.11
		<b>Soziale Kompetenz</b>	-.14	-.11	-.12
	<b>Eltern- skalen</b>	<b>Fremdschüchternheit</b>	.29 *	.37 **	.40 **
		<b>Kindschüchternheit</b>	.32 *	.39 **	.43 **

Anmerkung: \*  $p < .05$ ; \*\*  $p < .01$ ; YSR: Youth Self-Report; CBCL: Child Behavior Checklist  
 J\_Kompetenz: Einschätzung der allgemeinen Kompetenz durch untrainierte Jugendliche  
 E\_Kompetenz: Einschätzung der allgemeinen Kompetenz durch die Erwachsenen  
 RSK\_Gesamt: gemittelte Summe der fünf Beurteilungskategorien, beurteilt durch die trainierten erwachsenen Raterinnen

An den Ergebnissen fällt auf, dass die soziale Kompetenz als State (situationsabhängig) weder mit der sozialen Kompetenz als Trait (situationsunabhängig) nach Wahrnehmung der Eltern noch nach Selbstwahrnehmung der Jugendlichen korreliert. Einen Erklärung für die mangelnde Übereinstimmung könnte darin liegen, dass soziale Kompetenz, wie sie im CBCL und YSR erfasst wird, sich aus Variablen wie z. B. Mitgliedschaft und Engagement in Vereinen oder Anzahl der engen Freunde konstituiert, die nur indirekt etwas mit sozialer Kompetenz (wie in dieser Studie definiert) zu tun haben.

**Zusammenfassung:**

Hinsichtlich der externen Validität der Kompetenzbeurteilungen im Rollenspiel gibt es widersprüchliche Hinweise: wird die soziale Kompetenz über die Fremdbeurteilung

durch die Eltern anhand der Kompetenz- und Aktivitätsskalen der CBCL (Child Behavior Checklist) erhoben, ist die externe Validität unbedeutend gering. Zieht man Maße für die Schüchternheit bzw. soziale Gehemmtheit heran, zeigt sich eine befriedigende externe Validität für die Kompetenzbeurteilungen.

## 7.2 Zusammenhang zwischen den Emotionskomponenten

Um einen ersten Überblick über die Zusammenhänge zwischen den fünf situativen Emotionskomponenten der sozialen Angst zu bekommen, sollen sie zueinander und mit der sozialen Angst als Trait-Variable in Beziehung gesetzt werden. Da für jede Ebene mehrere Messwerte vorliegen, bestimmen wir zunächst nur einen bzw. zwei aussagekräftige Indikatoren, die in die Auswertung einbezogen werden. Die detaillierte Analyse der Ebenen in Abhängigkeit der sozialen Ängstlichkeit folgt anschließend.

Als Variable für die situative **Gefühlskomponente** der sozialen Angst steht die subjektive Einschätzung der eigenen „Negativen Affektivität“ („NA“) während des Rollenspiels. Die **physiologische Komponente** wird repräsentiert durch den Mittelwert des relativen Anstiegs der Herzrate während des Rollenspiels („relativer Puls“), die sich aus der Differenz der mittleren Herzrate während der freien Entspannung/Baseline mit der mittleren Herzrate während des Rollenspiels errechnet. Indikator der **motivationalen Komponente** ist der Wunsch des Jugendlichen die Rollenspielsituation zu verlassen („Vermeidung“). Für die **kognitive Komponente** stehen die Anzahl der positiven („Positiv“) und negativen („Negativ“) situationsbezogenen Gedanken während der Interaktion mit dem Gleichaltrigen. Indikator der **Ausdruckskomponente** ist die Einschätzung der allgemeinen Kompetenz durch die Jugendlichen („J\_Kompetenz“) und der mittlere Summenwert der Beurteilungskategorien der RSK („RSK\_Gesamt“) durch die erwachsenen Raterinnen.

In Tabelle 13 sind die Interkorrelationen der Indikatoren und die Korrelation mit der sozialen Angst als Trait-Variable (SPAI-C-D-Gesamtwert) dargestellt. Insgesamt nahmen  $N = 50$  Jugendliche an der Untersuchung teil - aufgrund von fehlenden Daten in unterschiedlichen Indikatoren reduziert sich die Anzahl der Fälle geringfügig (siehe Tabelle 12). Die State-Angst („NA“) korreliert mit dem Wunsch nach Vermeidung der Situation in geringer und mit den negativen Kognitionen („Negativ“) im Rollenspiel in mittlerer Höhe. Ebenfalls gering aber signifikant, ist der Zusammenhang der Vermeidungsmotivation („Vermeidung“) mit den negativen Kognitionen („Negativ“). Die höchste Korrelation der Matrix findet sich bei der Korrelation der beiden Kompetenzbeurteilungen („RSK\_Gesamt“, „J\_Kompetenz“), die als konvergentes Validitätsmaß im Abschnitt 7.1.4 bereits beschrieben wurden. In einem geringen Zusammenhang steht die Trait-Angst („SPAI-C-D-Gesamtwert“) mit der situativen sozialen Angst („NA“), mit den negativen Kognitionen korreliert sie in mittlerer Höhe.

Eine multivariate Kovarianzanalyse (MANCOVA) mit den situativen Emotionskomponenten als abhängige Variablen (siehe Spalten der Tabelle 13), dem Faktor

„Stichprobe“ (klinisch vs. nichtklinisch) und der Kovariaten „soziale Angst als Trait“ (SPAI-C-D-Gesamtwert) zeigt keinen signifikanten Haupteffekt für den Faktor „Stichprobe“ (Wilks'  $\Lambda = .86$ ;  $F(7,35) = .81$ ;  $p = .58$ ), keinen Effekt für die Interaktion „Stichprobe“ x „soziale Angst“ (Wilks'  $\Lambda = .60$ ;  $F(7,35) = .60$ ;  $p = .75$ ), aber einen signifikanten Effekt für die Kovariate „soziale Angst“ (Wilks'  $\Lambda = .67$ ;  $F(7,35) = 2.42$ ;  $p = .04$ ). Dieses Ergebnis bedeutet, dass es einen Zusammenhang zwischen der sozialen Angst als Trait und den situativen Emotionskomponenten gibt - die Zugehörigkeit zu der klinischen bzw. nichtklinischen Stichprobe hat keinen Effekt.

Tabelle 13: Interkorrelation der Indikatoren der fünf situativen Emotionskomponenten und dem SPAI-C-D-Gesamtwert ( $N = 50$ )

Situative Emotionskomponenten	Gefühl	Physiologie	Motivation	Kognition		Ausdruck	
	NA	Relativer Puls	Vermeidung	Positiv	Negativ	J_Kompetenz	RSK_Gesamt
<b>Relativer Puls</b> (N = 47)	-.09						
<b>Vermeidung</b> (N = 49)	.32*	.00					
<b>Positiv</b>	-.26 <sup>+</sup>	.01	-.13				
<b>Negativ</b>	.58***	.03	.35*	-.11			
<b>J_Kompetenz</b> (N = 49)	.10	-.09	-.28 <sup>+</sup>	.03	-.03		
<b>RSK_Gesamt</b> (N = 49)	.15	-.08	-.17	-.12	.02	.77***	
<b>Soziale Angst als Trait (SPAI-C-D-Gesamtwert)</b>	.34*	.23	.12	-.08	.45***	-.14	.05

Anmerkung: <sup>+</sup>  $p < .10$ ; \*  $p < .05$ ; \*\*  $p < .01$ ; \*\*\*  $p < .001$

SPAI-C-D-Gesamtwert: Gesamtwert der deutschsprachigen Version des Social Phobia and Anxiety Inventory for Children

NA: relative situative „Negative Affektivität“ (soziale Angst) während des Rollenspiels

Relativer Puls: relativer Pulsanstieg im Rollenspiel im Vergleich zur Baseline

Vermeidung: Stärke des Wunsches, das Rollenspiel zu verlassen

Positiv: Anzahl positiver Kognitionen im Rollenspiel

Negativ: Anzahl negativer Kognitionen im Rollenspiel

J\_Kompetenz: Einschätzung der allgemeinen Kompetenz durch untrainierte Jugendliche

RSK\_Gesamt: gemittelte Summe der fünf Beurteilungskategorien, beurteilt durch die trainierten erwachsenen Raterinnen

### 7.3 Zusammenhang zwischen den Emotionskomponenten der situativen Angst und der sozialen Angst als Trait bei Jugendlichen

Nach der oben beschriebenen Analyse hat die soziale Angst als Trait-Variable einen bedeutsamen Zusammenhang mit den Ebenen der situativen sozialen Angst. Ihr spezifischer Zusammenhang mit einzelnen Emotionskomponenten ist Inhalt der folgenden Auswertungen.



Für *jede* dieser situativen Emotionskomponenten wurde eine getrennte Analyse vorgenommen, deren Auswertungsstrategie in der Regel dem gleichen Schema folgt, nämlich dem multivariater Kovarianzanalysen. Als *abhängige Variablen* dienen die jeweiligen Indikatoren der Komponente. Da sich der SPAI-C-D als reliables und valides Verfahren erwiesen hat (vgl. Abschnitt 6.4), soll sein Gesamtwert als Indikator der sozialen Angst als Trait dienen und in der Auswertung als unabhängige Variable (Kovariate) berücksichtigt werden. Aufgrund der Fragestellung dieser Studie ist auch der Rolle des Faktors „Stichprobe“ relevant, der den Unterschied zwischen klinischer und nichtklinischer Stichprobe abbildet. Zusätzlich wurde in allen multivariaten Analysen die Interaktion zwischen sozialer Angst und der Stichprobenzugehörigkeit getestet. Dieser Effekt der Interaktion wird in der folgenden Darstellung nur bei signifikantem Ergebnis berichtet.

Aus der Stichprobenbeschreibung (siehe Abschnitt 6.3) geht hervor, dass sich die klinische und die nichtklinische Stichprobe hinsichtlich Alter und Schultyp unterscheiden. Um den Einfluss dieser Variablen zu kontrollieren, werden sie in jeder Analyse als *zusätzliche* Kovariaten einbezogen - ihre statistischen Kennwerte werden aber nur bei signifikantem Effekt auf die abhängigen Variablen genannt. Die Ergebnisse werden im Folgenden nach den Komponenten getrennt aufgeführt und in der Reihenfolge der unter Abschnitt 5.2 genannten Hypothesen zusammengefasst.

Um den Effekt der sozialen Ängstlichkeit deutlicher darzustellen, werden je nach Analyse nicht nur deren Kennwerte, sondern die Ergebnisse auch aufgeteilt nach Jugendlichen mit hoher sozialer Ängstlichkeit und mit geringer sozialer Ängstlichkeit berichtet. Die Zuteilung aller Jugendlichen geschieht anhand des SPAI-C-D Cutoff-Werts in eine Gruppe mit klinisch bedeutsamen sozialen Ängsten (SPAI-C-D-Gesamtwert  $\geq 18$ ) und in eine Gruppe mit unbedeutenden sozialen Ängsten (SPAI-C-D-Gesamtwert  $< 18$ ). Die Aufteilung der gesamten Stichprobe ( $N = 50$ ) ergab eine Stichprobe von  $N = 14$  (28%) Jugendlichen mit klinisch bedeutsamer Angst („*SP-Gruppe*“; SPAI-C-D Mittelwert = 22,7;  $SD = 3,2$ ) und eine Gruppe von  $N = 36$  (72%) Jugendlichen ohne klinisch bedeutsame Angst („*N-Gruppe*“; SPAI-C-D Mittelwert = 9,3;  $SD = 3,8$ ). In der SP-Gruppe befinden sich  $N = 9$  (64,3%) stationäre Patienten und  $N = 5$  (35,7%) Nicht-Patienten, die N-Gruppe enthält  $N = 14$  (39%) Patienten und  $N = 22$  (61%) Nicht-Patienten.

### **7.3.1 Ebene der situativen sozialen Kompetenz**

Hier wird untersucht, ob die Ausprägung der sozialen Angst als State oder als Trait bei Jugendlichen einen Zusammenhang mit der gezeigten soziale Kompetenz in der Rollenspielsituation hat. Folgende Hypothese wird geprüft:

- ***Das Ausmaß der gezeigten sozialen Kompetenz im Rollenspiel hängt mit der Ausprägung der sozialen Ängstlichkeit (Trait) der Jugendlichen zusammen: Je größer die soziale Ängstlichkeit ausgeprägt ist, desto geringer ist die gezeigte soziale Kompetenz.***

Die multivariate einfaktorielle Kovarianzanalyse (MANCOVA) mit zwei abhängigen Variablen (Gesamtwert der Ratingskala und die allgemeine Kompetenzeinschätzung der Jugendlichen), dem Faktor „Stichprobe“ (klinisch vs. nichtklinisch) und der Kovariaten „soziale Angst“ (SPAI-C-D-Gesamtwert) zeigt keine signifikanten Haupteffekte (Kovariate „soziale Angst“: Wilks'  $\Lambda = .96$ ;  $F(2,40) = .79$ ;  $p = .46$ ; Faktor „Stichprobe“: Wilks'  $\Lambda = .99$ ;  $F(2,40) = .18$ ;  $p = .84$ ). Das bedeutet, dass die Ausprägung der sozialen Angst nicht mit der gezeigten Kompetenz im Rollenspiel zusammenhängt, sowohl bei der klinischen als auch der nichtklinischen Stichprobe. Es zeigt sich außerdem, dass die Variablen „Alter“ und „Schultyp“ einen marginalen Effekt auf die Kompetenzratings haben (Faktor „Schultyp“: Wilks'  $\Lambda = .74$ ;  $F(6,80) = 2.19$ ;  $p = .05$ ; Faktor „Alter“: Wilks'  $\Lambda = .88$ ;  $F(6,80) = 2.67$ ;  $p = .08$ ). Das heißt einerseits, dass Schüler des Gymnasiums am kompetentesten eingeschätzt werden, gefolgt von Realschülern, Hauptschülern und Schülern aus anderen Schulen (z. B. Grundschule, Berufsschule) und andererseits, dass ältere Jugendliche höhere Kompetenzratings erzielen als jüngere.

Untersucht man in einer weiteren MANCOVA die fünf einzelnen Beurteilungskategorien, die zusammen den Gesamtwert der Ratingskala bilden, findet sich ebenfalls kein signifikanter Effekt, der auf den Faktor „soziale Angst“ oder „Stichprobe“ zurückgeführt werden kann. Allerdings hat der Faktor „Schultyp“ einen Effekt auf die Ausprägung der fünf Beurteilungskategorien (MANCOVA; Wilks'  $\Lambda = .48$ ;  $F(15,100) = 2.02$ ;  $p = .02$ ), für den vor allem der Unterschied in der Beurteilungskategorie „Blickkontakt“ und „Körperliche Unruhe und Nervosität“ verantwortlich ist. Konkret heißt das, dass die Schüler des Gymnasiums den angemessensten Blickkontakt zeigten und die beste Beurteilung hinsichtlich der „Körperliche Unruhe und Nervosität“ erhielten, gefolgt von den Realschülern, Hauptschülern und Schülern aus anderen Schulen.

- ***Hypothese: Das Ausmaß der gezeigten sozialen Kompetenz im Rollenspiel hängt mit der Ausprägung der situativen sozialen Ängstlichkeit im Rollenspiel (State) der Jugendlichen zusammen: Je mehr soziale Angst erlebt wird, desto geringer ist die gezeigte soziale Kompetenz.***

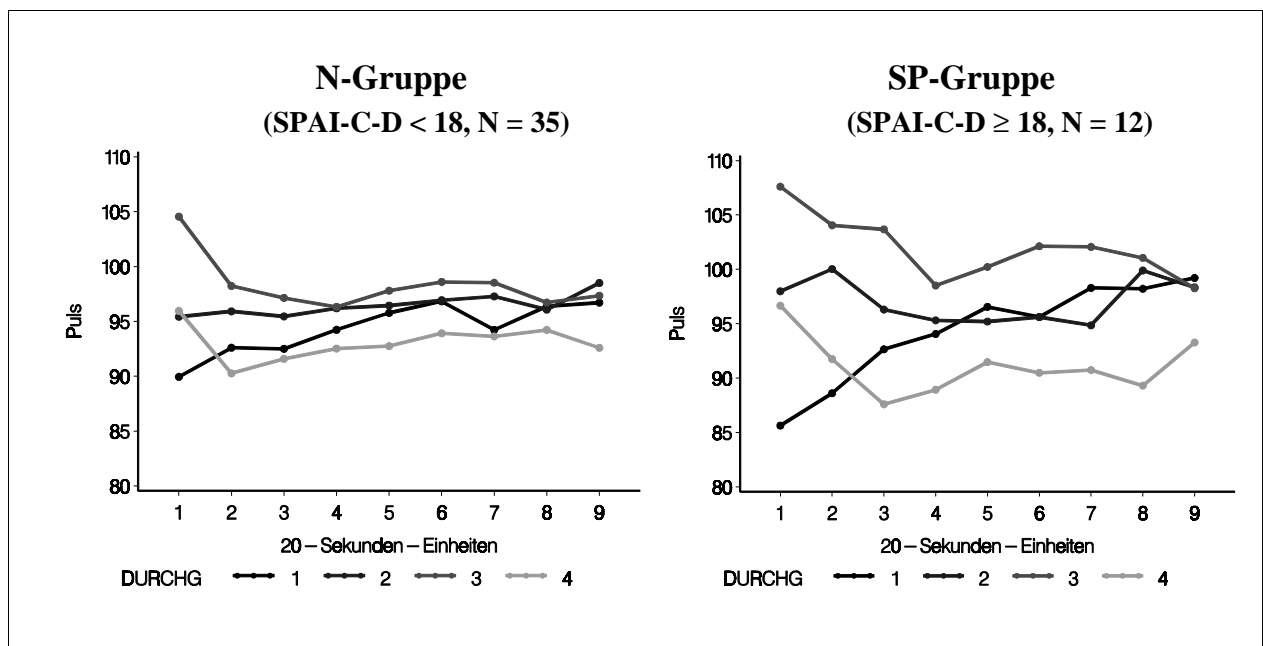
Zwischen der situativen sozialen Angst („Negative Affektivität“ im Rollenspiel) und der gezeigten sozialen Kompetenz (Gesamtwert der Ratingskala, allgemeine Kompetenzeinschätzung der Jugendlichen) findet sich kein Zusammenhang. Auch hier unterscheidet sich die klinische Stichprobe nicht von der nichtklinischen. Die MANCOVA zeigt keine signifikanten Haupteffekte (Faktor „Stichprobe“; Wilks'  $\Lambda = .99$ ;  $F(2,40) = .23$ ;  $p = .79$ ; Kovariate „Negative Affektivität“: Wilks'  $\Lambda = .99$ ;  $F(2,40) = .30$ ;  $p = .74$ ) – für den Faktor „Alter“ ergibt sich keinen Zusammenhang, für den Faktor „Schultyp“ zeigt sich ein marginaler Effekt (Wilks'  $\Lambda = .74$ ;  $F(6,80) = 2.19$ ;  $p = .05$ ). Das bedeutet, dass Schüler des Gymnasiums am kompetentesten eingeschätzt werden, gefolgt von Realschülern, Schülern anderer Schulen und Hauptschülern.

### 7.3.2 Ebene der situativen psychophysiologischen Erregung

Zur ersten Veranschaulichung des Verlaufs der Herzfrequenz über die vier Durchgänge („geführte Entspannung“, „Gespräch mit der Versuchsleiterin“, „Rollenspiel“, „freie Entspannung“) sind die absoluten Frequenzen getrennt nach Gruppen (ängstlich/nichtängstlich) in Abbildung 10 und in Abbildung 11 getrennt nach Stichprobe (klinisch/nichtklinisch) dargestellt. Wegen der besseren Übersichtlichkeit der Daten wurde die 3-minütige Sequenz eines Durchganges (1.800 Einzelmessungen) in neun 20-Sekunden-Einheiten (200 Einzelmessungen) aufgeteilt und deren Mittelwerte im Schaubild nach den Gruppen *mit* (SP-Gruppe) und *ohne* klinisch bedeutsame Angstaussprägung (N-Gruppe) abgetragen. Aufgrund eines technischen Defekts des Pulsmessgeräts gingen die Daten von drei Personen verloren, so dass sich die Größe der SP-Gruppe auf N = 12 und die N-Gruppe auf N = 35 reduzierte.

In den beiden Schaubildern (Abbildung 10) zeigen sich deutliche Unterschiede hinsichtlich des Verlaufs und der Höhe der Pulsfrequenz im Rollenspiel (rote Linie), der geführten Entspannung (schwarze Linie) und der Baseline (grüne Linie).

Abbildung 10: Pulsfrequenz der Durchgänge 1 - 4 der Gruppen mit und ohne klinisch bedeutsame Angstaussprägung



Anmerkung: N-Gruppe: Jugendliche *ohne* klinisch bedeutsame Ausprägung von sozialer Angst  
 SP-Gruppe: Jugendliche *mit* klinisch bedeutsamer Ausprägung von sozialer Angst  
 SPAI-C-D: Gesamtwert der deutschsprachigen Version des Social Phobia and Anxiety Inventory for Children  
 Durchg 1 = geführte Entspannung; Durchg 2 = Gespräch mit der Versuchsleiterin  
 Durchg 3 = Rollenspiel; Durchg 4 = freie Entspannung/Baseline (Ruhepuls)

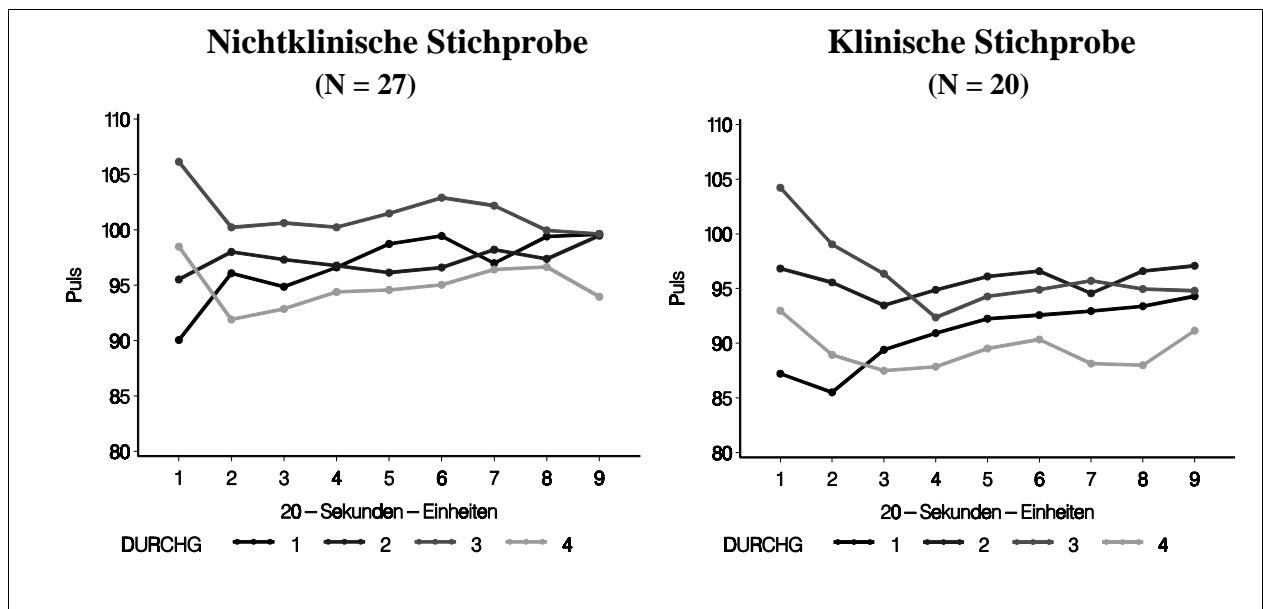
In Abbildung 11 sind die Pulsfrequenzen getrennt nach klinischer und nicht-klinischer Stichprobe in 20-Sekunden-Einheiten der vier Durchgänge aufgezeichnet.

Durch den technischen Defekt reduzierte sich hier die Stichprobengröße der klinischen Stichprobe von  $N = 23$  auf  $N = 20$ . Unterschiede im Verlauf der absoluten Höhe und des Verlaufs der Herzrate werden vor allem bezüglich der geführten Entspannung (schwarze Linie), der Baseline (grüne Linie) und im Rollenspiel (rote Linie) deutlich. Im Folgenden werden die Unterschiede statistisch geprüft und die Ergebnisse anhand der formulierten Hypothesen zusammengefasst:

- **Hypothese: Es besteht ein positiver Zusammenhang zwischen der Höhe der sozialen Ängstlichkeit und dem absoluten Ruhepuls.**

Wie aus der Abbildung 10 deutlich wird, scheint sich die Hypothese eines höheren Ruhepuls in Abhängigkeit der sozialen Angst nicht zu bestätigen. Nach dem Schaubild zeigen Jugendliche mit sozialer Angst (SP-Gruppe) während der freien Entspannung (grüne Linie) sogar in der Tendenz einen geringeren Ruhepuls. Nach der einfaktoriellen Kovarianzanalyse (ANCOVA) mit der mittleren Pulsfrequenz in der freien Entspannung als abhängiger Variable dem Faktor „Stichprobe“ (klinisch vs. nichtklinisch) und der Kovariaten „soziale Angst“ (SPAI-C-D-Gesamtwert) ergibt sich statistisch ein bedeutsamer Haupteffekt für den Faktor „Stichprobe“ ( $F(1,39) = 5.31; p = .03$ ). Der Haupteffekt der Kovariate „soziale Angst“ ist nicht signifikant ( $F(1,39) = .98; p = .60$ ). Das bedeutet, dass die Jugendlichen der klinische Stichprobe einen geringeren Ruhepuls haben, das Ausmaß der sozialen Ängstlichkeit hat keinen Zusammenhang mit der Höhe des Ruhepulses.

Abbildung 11: Pulsfrequenz der Durchgänge 1 – 4 der nichtklinischen und klinischen Stichprobe



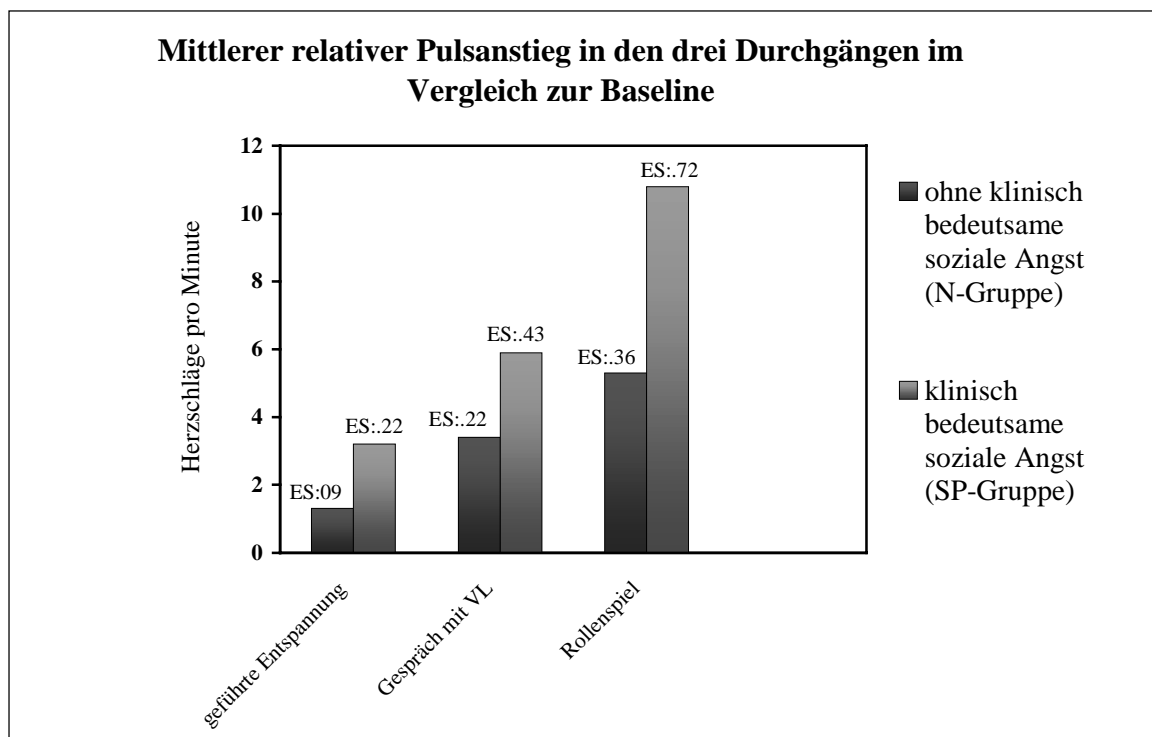
Anmerkung: Durchg 1 = geführte Entspannung  
Durchg 2 = Gespräch mit der VL

Durchg 3 = Rollenspiel  
Durchg 4 = freie Entspannung/Baseline (Ruhepuls)

- **Hypothese: Jugendliche mit bedeutsamer sozialer Ängstlichkeit (SP-Gruppe) haben in der sozialen Bewertungssituation (Rollenspiel) einen höheren relativen Pulsanstieg (Herzrattendifferenz zwischen Baseline und Rollenspiel) als Jugendliche ohne bedeutsame soziale Ängstlichkeit (N-Gruppe).**

Die Schaubilder der Abbildung 10 zeigen bei der SP-Gruppe eine deutlich höhere Herzrate als bei der N-Gruppe während des Rollenspiels. In Abbildung 12 ist der mittlere Pulsanstiege der Durchgänge 1 bis 3 im Vergleich zur freien Entspannung/Baseline dargestellt. Während der geführten Entspannung steigen die mittleren relativen Pulsraten bei der N-Gruppe um  $M = 1,3$  ( $SD = 7,7$ ) und bei der SP-Gruppe um  $M = 3,2$  ( $SD = 5,9$ ) an. Im Gespräch mit der Versuchsleiterin beträgt der relative Anstieg der N-Gruppe  $M = 3,4$  ( $SD = 9,4$ ) und der SP-Gruppe  $M = 5,9$  ( $SD = 9,1$ ). Während des Rollenspiels erhöht sich der Puls im Durchschnitt bei der N-Gruppe um  $M = 5,3$  ( $SD = 8,4$ ) und bei der SP-Gruppe um  $M = 10,8$  ( $SD = 11,1$ ). Die Effektstärken der Differenzen pro Gruppe und Durchgang sind jeweils über den Balken der Abbildung 12 abgetragen. Die SP-Gruppe erreicht beim Rollenspiel hinsichtlich des mittleren relativen Pulsanstiegs die größte Effektstärke von  $ES = .72$ , gegenüber der eher kleinen Effektstärke der N-Gruppe mit  $ES = .36$ .

Abbildung 12: Mittlerer relativer Pulsanstieg der Durchgänge in Herzschlägen pro Minute



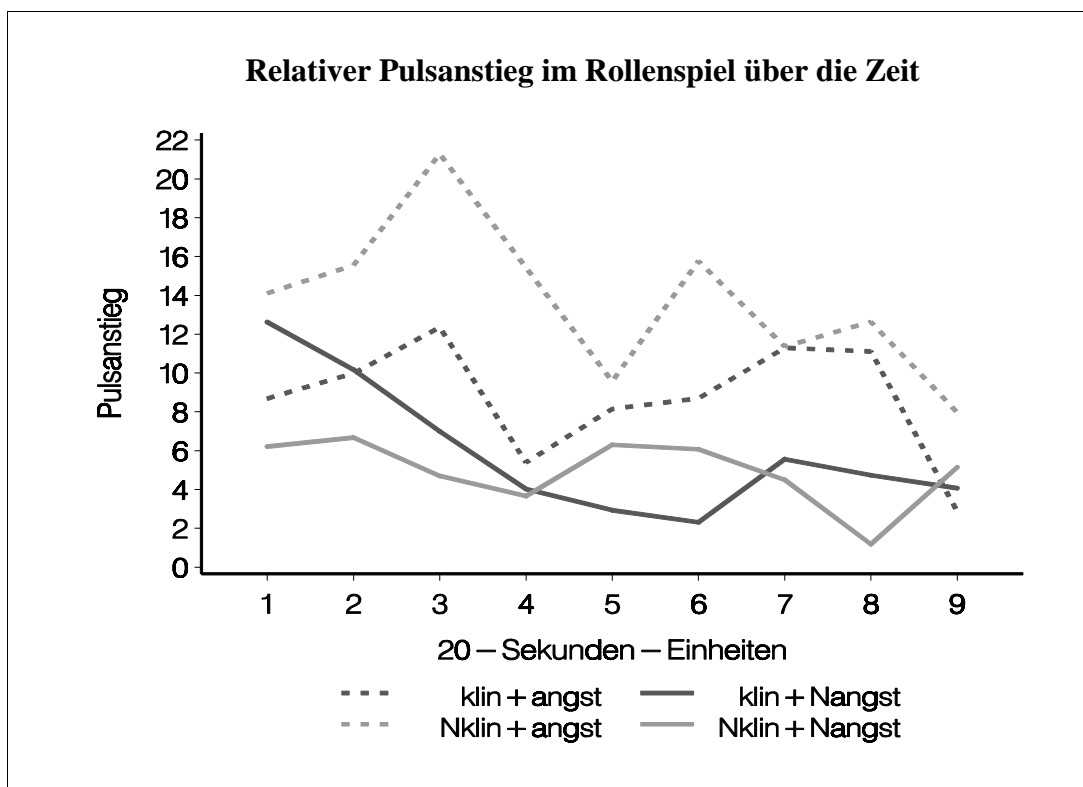
Anmerkung: ES: Effektstärken der Differenzen

Eine genaue Darstellung dieser Anstiege in den Pulsraten während des Rollenspiels zeigt Abbildung 13. Sie gibt den Verlauf der Herzfrequenzzunahme über die Zeit (neun 20-Sekunden-Einheiten) getrennt nach der klinischen und nichtklinischen

Stichprobe (rosarote bzw. grüne Linie) sowie nach bedeutsamer und nicht bedeutsamer sozialer Ängstlichkeit (gestrichelte vs. durchgezogene Linie).

Die zweifaktorielle ANOVA mit Messwiederholung mit dem Faktor „Stichprobe“ und Faktor „bedeutsame bzw. nicht bedeutsame soziale Ängstlichkeit“ ergibt einen statistisch signifikanten Effekt für den Faktor „bedeutsame bzw. nicht bedeutsame soziale Ängstlichkeit“ über die Zeit ( $F(8,312) = 2.25; p = .02$ ). Der Faktor Stichprobe über die Zeit hat keinen Effekt (Faktor „Stichprobe“ x Zeit: ( $F(8,312) = .83; p = .58$ ). Das bedeutet, dass die Jugendlichen mit bedeutsamer sozialer Ängstlichkeit entsprechend der Erwartung tatsächlich einen höheren Pulsanstieg in der Rollenspielsituation bzw. über deren zeitlichen Verlauf hinweg haben als Jugendliche ohne bedeutsame soziale Ängstlichkeit.

Abbildung 13: Relativer Pulsanstieg im Rollenspiel über die Zeit (Herzschläge/Minute) getrennt nach Stichprobe und mit bzw. ohne klinisch bedeutsame soziale Ängstlichkeit



Anmerkung: klin+angst: Klinische Stichprobe + bedeutsame soziale Ängstlichkeit (N = 7)  
 klin+Nangst: Klinische Stichprobe + ohne bedeutsame soziale Ängstlichkeit (N = 13)  
 Nklin+angst: Nichtklinische Stichprobe + bedeutsame soziale Ängstlichkeit (N = 5)  
 Nklin+Nangst: Nichtklinische Stichprobe + ohne bedeutsame soziale Ängstlichkeit (N = 22)

- **Hypothese: Die Geschwindigkeit der Herzratenabnahme (Habituatation) im Rollenspiel hängt mit der sozialen Ängstlichkeit der Jugendlichen zusammen: Je größer die soziale Ängstlichkeit, um so langsamer ist die Rückkehr zur Herzrate des Ruhezustands.**

Der Pulsfrequenzverlauf des Rollenspiels (rote Linie) in Abbildung 10 deutet an, dass sich die Jugendlichen der SP-Gruppe schneller an die Stresssituation im Rollenspiel

habituierten, was sich durch eine schnellere Abnahme der Herzfrequenz ausdrückt. Die Hypothese, dass die Habituationsgeschwindigkeit von der Ausprägung der sozialen Angst abhängt, wurde mit Hilfe von Hierarchisch Linearer Modellierung überprüft (Bryk & Raudenbush, 1992). In diesem Verfahren wird durch jeden einzelnen Verlauf eine individuelle Regressionsgerade gelegt, die jeweils aus einem individuellen Y-Achsenabschnitt und einer individuellen Steigung besteht. Für diese beiden Parameter errechnet man den Zusammenhang mit den interessierenden Variablen (z. B. Stichprobe, soziale Angst). Der entsprechende Test ergab keinen signifikanten Zusammenhang der individuellen Verlaufparameter mit dem Ausmaß der sozialen Angst ( $F(1,368) = .32; p = .57$ ) und der Stichprobenzugehörigkeit ( $F(1,368) = 2.38; p = .12$ ). Das heißt also, dass sich die Hypothese eines negativen Zusammenhangs der Habituationsgeschwindigkeit mit der Ausprägung der sozialen Ängstlichkeit nicht halten lässt.

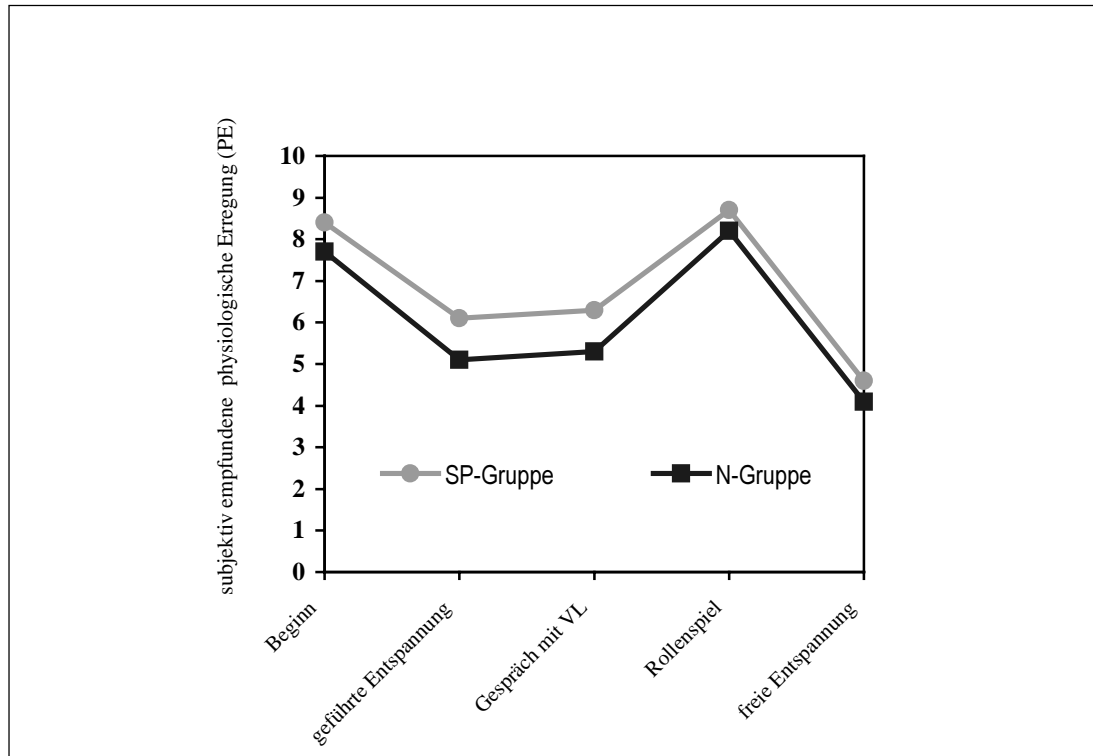
- ***Hypothese: Bei Jugendlichen mit klinisch bedeutsamer sozialer Ängstlichkeit (SP-Gruppe) besteht ein höherer positiver Zusammenhang zwischen der empfundenen Erregung und dem relativen Anstieg der Herzrate in der Situation als bei nichtängstlichen Jugendlichen (N-Gruppe), das heißt Jugendliche mit klinisch bedeutsamer sozialer Ängstlichkeit (SP-Gruppe) können die eigene physiologische Erregung präziser wahrnehmen als nichtängstliche Jugendliche (N-Gruppe).***

Die subjektive empfundene physiologische Erregung (PE) ist in Abbildung 14 für die SP-Gruppe und die N-Gruppe über die vier Durchgänge hinweg abgetragen. Danach spüren alle Jugendliche die physiologische Erregung während des Rollenspiels (SP-Gruppe PE = 8.7; N-Gruppe PE = 8.2) und zu Beginn (SP-Gruppe PE = 8.4; N-Gruppe PE = 7.6) besonders stark. Dies bedeutet, dass die Erwartung der Untersuchung genauso viel Erregung auslöst, wie die Untersuchung selbst. Die geringste Erregung empfinden die Jugendlichen während der freien Entspannung (SP-Gruppe PE = 4.6; N-Gruppe PE = 4.1). Die minimale Erregung während der freien Entspannung unterstreicht die Zulässigkeit der Auswahl der freien Entspannung als physiologische Baseline.

Korreliert man die empfundene physiologische Erregung mit dem relativen Anstieg der Herzrate pro Durchgang und Gruppe, findet sich bei der N-Gruppe in der geführten Entspannung eine Korrelation von  $r = .00$  ( $p = .98$ ; *Fishers Z* = 0), bei dem Gespräch mit der Versuchsleiterin  $r = .10$  ( $p = .56$ ; *Fishers Z* = .10) und bei dem Rollenspiel  $r = -.17$  ( $p = .31$ ; *Fishers Z* = -.17). In der SP-Gruppe, der Stichprobe mit den klinisch bedeutsamen sozialen Ängsten, ergibt sich in der geführten Entspannung ein Zusammenhang von  $r = .42$  ( $p = .18$ ; *Fishers Z* = .45), im Gespräch mit der Versuchsleiterin eine Korrelation von  $r = .61$  ( $p = .04$ ; *Fishers Z* = .71) und in der Rollenspielsituation  $r = .13$  ( $p = .70$ ; *Fishers Z* = .13). Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass Jugendliche mit sozialphobischen Ängsten in der geführten Entspannung und während des Gesprächs mit der Versuchsleiterin die physio-

logische Erregung präziser wahrnehmen als Jugendliche ohne sozialphobische Ängste.

Abbildung 14: Subjektiv empfundene physiologische Erregung über die Durchgänge



Anmerkung: N-Gruppe: Jugendliche **ohne** klinisch bedeutsame Ausprägung von sozialer Angst  
 SP-Gruppe: Jugendliche **mit** klinisch bedeutsamer Ausprägung von sozialer Angst

Mit dem Test für Korrelationsdifferenzen kann entschieden werden, ob sich die Korrelationen zwischen der SP-Gruppe und der N-Gruppe pro Durchgang signifikant unterscheiden. Zur Bestimmung der Effektgröße  $q$  wird die Differenz der Fishers Z-Werte der beiden Gruppen pro Durchgänge bestimmt. In der geführten Entspannung und im Rollenspiel erhält man dann mittlere Effektgrößen von  $q = .45$  bzw.  $q = -.30$  und im Gespräch mit der Versuchsleiterin eine große Effektgröße von  $q = .61$ . Alle Effektgrößen weisen auf einen signifikanten Unterschied der Korrelationen pro Durchgang zwischen den Stichproben hin.

### 7.3.3 Ebene der Kognitionen, der Gefühle und der Vermeidung

Im Folgenden wird der Zusammenhang der Kognitionen, der subjektiven Gefühle und dem Wunsch nach Vermeidung in der Bewertungssituation mit sozialer Angst als Trait untersucht. Mit einer einfaktoriellem multivariaten Kovarianzanalyse (MANCOVA) mit neun abhängigen Variablen (Anzahl positiver und negativer Kognitionen, Negative Affektivität zu Beginn der Untersuchung und während der vier Durchgänge, empfundene Ablehnung durch die Versuchsleiterin bzw. durch die Gleichaltrigen, Wunsch das Rollenspiel zu vermeiden), dem Faktor „Stichprobe“ (klinisch vs.



nichtklinisch) und der Kovariaten „soziale Angst“ (SPAI-C-D-Gesamtwert) ergibt sich ein signifikanter Haupteffekt für die Kovariate „soziale Angst“ (Wilks'  $\Lambda = .57$ ;  $F(11,30) = 2.14$ ;  $p = .04$ ). Der Faktor „Stichprobe“ zeigt keine signifikante Differenz (Wilks'  $\Lambda = .63$ ;  $F(11,30) = 1.68$ ;  $p = .12$ ). Aufgrund von fehlenden Daten reduzierte sich die Stichprobengröße von  $N = 50$  auf  $N = 48$ . Die einzelnen Ebenen werden anhand der folgenden Fragestellungen näher analysiert:

- **Hypothese: Je stärker die soziale Ängstlichkeit als Trait bei Jugendlichen ausgeprägt ist, um so niedriger ist die Anzahl an positiven und um so höher die Anzahl an negativen Gedanken während des Rollenspiels.**

Den multivariaten Analysen nachfolgende einfaktorielle Kovarianzanalysen (ANCOVA) zeigen einen hoch signifikanten Zusammenhang der Kovariaten „soziale Angst“ mit der abhängigen Variablen „Summe der negativen Gedanken“ ( $F(1,47) = 12.47$ ;  $p = .001$ ); der Faktor „Stichprobe“ hat keinen Effekt ( $F(1,47) = .49$ ;  $p = .49$ ). Das bedeutet, je stärker die soziale Ängstlichkeit ausgeprägt ist, desto größer ist die Anzahl an negativen, selbstabwertenden Gedanken während des Rollenspiels – diese Beziehung gilt für Jugendliche aus der klinischen und nichtklinischen Stichprobe gleichermaßen. Dieser Zusammenhang gilt unter Kontrolle der Variable Alter, die ebenfalls einen signifikanten Effekt zeigt ( $F(1,47) = 4.17$ ;  $p = .04$ ). Konkret bedeutet dies, dass ältere Jugendliche mehr negative Gedanken während des Rollenspiels zeigen. Für die Anzahl an positiven Gedanken fand sich weder ein Zusammenhang mit sozialer Angst ( $F(1,47) = .88$ ;  $p = .35$ ) noch mit der Stichprobenzugehörigkeit ( $F(1,47) = 1.83$ ;  $p = .18$ ).

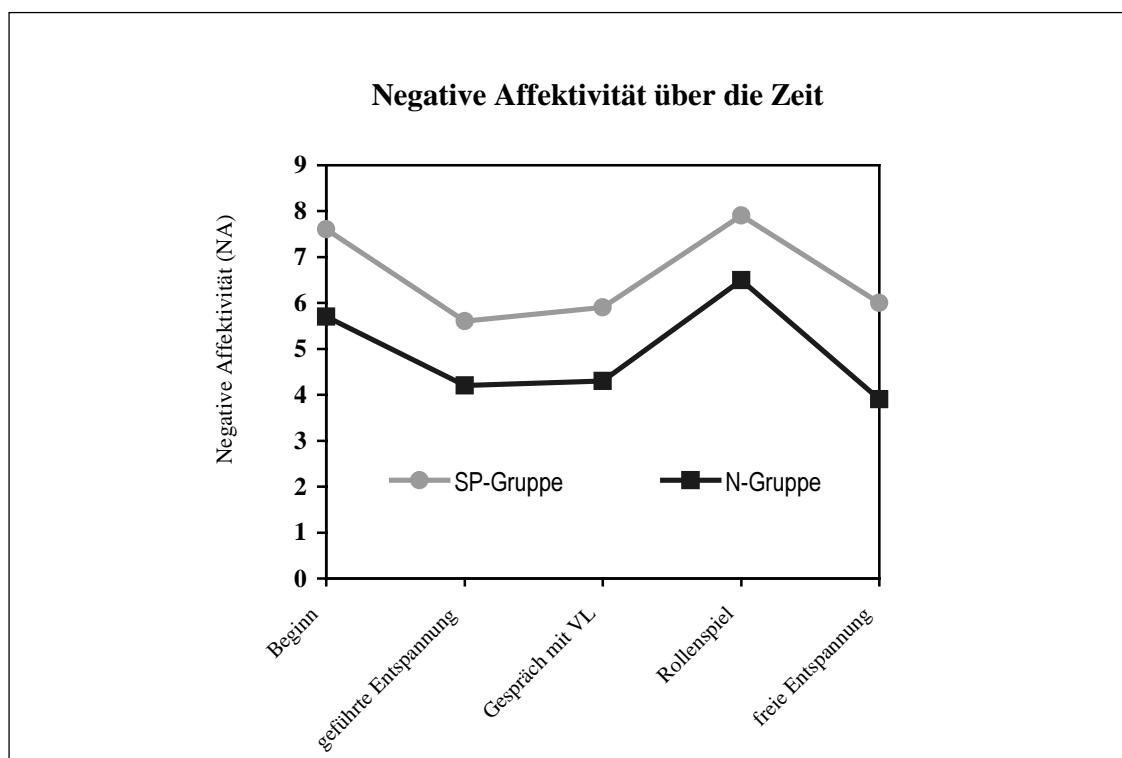
- **Hypothese: Je stärker die soziale Ängstlichkeit als Trait ausgeprägt ist, um so mehr Angst wird während der experimentellen Untersuchung und besonders während des Rollenspiels erlebt.**

Als Maß der situativ erlebten sozialen Angst steht die „Negative Affektivität (NA)“, die von den Jugendlichen zu Beginn und während der Durchgänge eingeschätzt wurde. In Abbildung 15 sind diese Einschätzungen der situativen sozialen Angst für die Gruppe der Jugendlichen mit klinisch bedeutsamer (SP-Gruppe) und für die ohne bedeutsame soziale Ängstlichkeit (N-Gruppe) dargestellt. Es zeigt sich, dass beide Gruppen die höchste situative Angst zu Beginn und während des Rollenspiels empfinden – auch hier löst schon die Erwartung auf die Untersuchung fast genauso viel Angst aus, wie die maximal schwierigste Situation (d. h. im Rollenspiel)! In der geführten Entspannung, im Gespräch mit der Versuchsleiterin und in der freien Entspannung nimmt die Angst deutlich ab.

Die ANCOVAs mit der situativen Angst zu einem der fünf Zeitpunkte als abhängige Variable zeigen alle hinsichtlich der Kovariaten „soziale Angst als Trait“ signifikante Effekte. In der freien Entspannung hat auch der Faktor „Stichprobe“ einen Effekt: Angst zu Beginn der Untersuchung (Kovariate:  $F(1,47) = 14.07$ ;  $p < .001$ ; Faktor:  $F(1,47) = .54$ ;  $p = .47$ ); Angst während der geführten Entspannung

(Kovariate:  $F(1,47) = 9.02$ ;  $p = .005$ ; Faktor:  $F(1,47) = .63$ ;  $p = .43$ ); Angst während des Gesprächs mit der Versuchsleiterin (Kovariate:  $F(1,47) = 7.69$ ;  $p = .008$ ; Faktor:  $F(1,47) = .70$ ;  $p = .41$ ); Angst während des Rollenspiels (Kovariate:  $F(1,47) = 9.06$ ;  $p = .004$ ; Faktor:  $F(1,47) = .17$ ;  $p = .68$ ); Angst während der freien Entspannung (Kovariate:  $F(1,47) = 4.01$ ;  $p = .05$ ; Faktor:  $F(1,47) = 4.44$ ;  $p = .04$ ). Das bedeutet, dass eine hohe soziale Ängstlichkeit als Trait mit einer hohen situativen Angst zu allen Zeitpunkten der Untersuchung einher geht. Zur freien Entspannung empfinden die Patienten signifikant mehr Angst als die Nicht-Patienten.

Abbildung 15: Negative Affektivität der Jugendlichen mit (SP-Gruppe) und ohne klinisch bedeutsame soziale Ängstlichkeit (N-Gruppe) über die Durchgänge



- **Hypothese: Je stärker die soziale Ängstlichkeit als Trait ausgeprägt ist, desto größer ist das Ausmaß der empfundenen Ablehnung durch den Gesprächspartner in der sozialen Situationen.**

Die Ergebnisse der MANCOVA mit den beiden abhängigen Variablen „Ausmaß der empfundenen Ablehnung“ durch die Versuchsleiterin bzw. den Gleichaltrigen im Rollenspiel ergibt weder hinsichtlich der Kovariaten „soziale Angst“ (Wilks'  $\Lambda = .95$ ;  $F(2,40) = 1.06$ ;  $p = .36$ ) noch des Faktors „Stichprobe“ (Wilks'  $\Lambda = .94$ ;  $F(2,40) = 1.38$ ;  $p = .26$ ) einen Effekt.

- **Hypothese: Es gibt einen positiven Zusammenhang zwischen dem Ausmaß der situativen sozialen Angst im Rollenspiel und der Fremdbeurteilung der Ängstlichkeit - eingeschätzt durch Gleichaltrige und Erwachsene.**

Die Frage, ob soziale Angst nach außen sichtbar ist, lässt sich mit einer MANCOVA mit der Einschätzung des Ausmaßes der erlebten Angst durch die jugendlichen und erwachsenen Beurteiler als abhängige Variable, die negative Affektivität im Rollenspiel als Kovariate und die Stichprobenzugehörigkeit als Faktor bestimmen. Die multivariate Kovarianzanalyse (MANCOVA) findet weder einen Effekt der Kovariaten „Negative Affektivität im Rollenspiel (Wilks'  $\Lambda = .93$ ;  $F(2,41) = 1.51$ ;  $p = .23$ ) noch des Faktors „Stichprobe“ (Wilks'  $\Lambda = .98$ ;  $F(2,41) = .34$ ;  $p = .71$ ). Das bedeutet, dass es keinen Zusammenhang zwischen der situativen sozialen Angst im Rollenspiel und der Sichtbarkeit dieser Angst nach außen gibt. Man sieht den Jugendlichen also ihre tatsächlich erlebte Angst nicht an!

- **Hypothese: Je größer die soziale Ängstlichkeit desto größer ist die Vermeidungstendenz der Jugendlichen im Rollenspiel.**

Auch bezüglich der Vermeidungstendenz der Bewertungssituation gibt es keinen Zusammenhang mit der sozialen Angst und mit der Stichprobenzugehörigkeit (Overall-Effekt  $F(6,48) = 1.66$ ;  $p = .15$ ). Das bedeutet, dass sozial ängstliche Jugendliche keine größere Vermeidungstendenz haben als wenig ängstliche Jugendliche – die Jugendlichen der klinischen unterschieden sich nicht von denen der nichtklinischen Stichprobe.

#### **7.4 Ergebnisse zur sozialen Ängstlichkeit bei psychischer Störung**

Wie in den Ergebnissen der oben aufgeführten multivariaten Analysen dargestellt, besteht nach der Kontrolle der Variablen „soziale Ängstlichkeit“ kein Unterschied zwischen der klinischen und nichtklinischen Stichprobe hinsichtlich der untersuchten abhängigen Variablen. Das bedeutet, dass die festgestellten Unterschiede in der Ausprägung der Reaktionskomponenten nicht durch die Zugehörigkeit zu der klinischen bzw. nichtklinischen Stichprobe aufgeklärt werden können. Die oben beschriebenen Ergebnisse gelten also für Jugendliche mit und ohne psychische Störung. Die einzige Ausnahme bildet die Herzrate in der Ruhebedingung. Hier zeigt sich, dass Jugendliche der klinischen Stichprobe eine niedrigere Herzrate in der Ruhebedingung haben als Jugendliche der nichtklinischen Stichprobe – es besteht kein Zusammenhang zwischen dem Ausmaß der Ängstlichkeit und der Höhe der Herzrate in der Ruhebedingung (vgl. S. 103).

Entgegen der Erwartung unterscheiden sich die Jugendlichen mit psychischen Störungen von den Jugendlichen der nichtklinischen Kontrollgruppe auch nicht in Abhängigkeit von der Ausprägung der sozialen Ängstlichkeit. Bei keiner der oben durchgeführten Analysen ergibt sich keine signifikante Interaktion zwischen den

Variablen „soziale Ängstlichkeit“ und „Stichprobe“, die Unterschiede in den Reaktionskomponenten aufklärt.

Um die Auftretenshäufigkeit sozialer Ängstlichkeit bei Schülern und stationären psychiatrischen Patienten zu erfassen, bietet es sich an, die gesamte Stichprobe der Studie (mit und ohne Mehrebenenanalyse, siehe Kapitel 6) heranzuziehen. Die psychisch auffälligen Schüler werden bewusst in der nichtklinischen Stichprobe belassen und in die Analyse einbezogen, um Aussagen über eine hinsichtlich der Psychopathologie unselektierte Schüler-Stichprobe zu erhalten. Die 140 Schüler erreichen auf dem SPAI-C-D einen Mittelwert von  $M = 12.8$  ( $SD = 7.3$ ), wobei  $N = 34$  (24,3%) Schüler unter behandlungsbedürftigen sozialen Ängsten (SPAI-C-D-Gesamtwert  $\geq 18$ ) leiden. Bei den 39 untersuchten stationär behandelten Patienten liegt der mittlere SPAI-C-D-Gesamtwert bei  $M = 15.6$  ( $SD = 8.6$ ), davon fallen  $N = 17$  (43,6%) Patienten durch klinisch relevante soziale Ängste auf. Im Vergleich der SPAI-C-D-Gesamtwerte ergibt sich ein signifikanter Unterschied zwischen der klinischen und der nichtklinischen Stichprobe ( $t(177) = -.20$ ;  $p = .04$ ). Ebenso unterscheiden sich die beiden Stichproben hinsichtlich der Anzahl betroffener Jugendlichen, die unter klinisch bedeutsamen sozialen Ängsten leiden ( $\chi^2(1) = 5.8$ ;  $p = .02$ ). Interessant wäre es sicherlich auch, die Ausprägung der sozialen Ängstlichkeit in Abhängigkeit der Diagnosen zu erfassen. Aufgrund der Vielzahl an Diagnosen (siehe Abschnitt 6.3) und der relativ kleinen Stichprobe scheint das aber nicht sinnvoll.

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass die Jugendlichen in stationärer psychiatrischer Behandlung im Durchschnitt unter größerer sozialer Ängstlichkeit leiden und diese Ängste häufiger sozialphobischen Charakter annehmen als bei Jugendlichen der Schüler-Stichprobe.

## 8 DISKUSSION

Ziel der vorliegenden Studie war es, das Erscheinungsbild der sozialen Angst im Jugendalter auf unterschiedlichen Emotionsebenen in einer Angst auslösenden Situation umfassend zu beschreiben. In den letzten Jahren gibt es ein stetig wachsendes Forschungsinteresse an der sozialen Angst bzw. der sozialen Phobie bei Erwachsenen. Demgegenüber wurde die Erforschung der sozialen Angst im Kindes- und vor allem im Jugendalter bislang stark vernachlässigt. Daher konnte bis heute nicht geklärt werden, ob es sich bei sozialer Ängstlichkeit im Kindes-, Jugend- und Erwachsenenalter um identische oder um völlig unterschiedliche Phänomene der jeweiligen Altersstufen handelt. Zur Klärung sollte diese Studie beitragen.

Auf dem Hintergrund der fünf Emotions-Subsysteme nach Scherer (1990) wurden die Herzrate als psychophysiologische Komponente, die positiven und negativen Gedanken als kognitive Komponenten, die subjektiven Gefühlseindrücke als Gefühlskomponente und die Vermeidungstendenz als motivationale Komponente der Emotion „soziale Angst“ erhoben. Zusätzlich wurde die soziale Kompetenz untersucht, die in der vorliegenden Studie als eine Ausdruckskomponente der sozialen Angst im weitesten Sinne verstanden wurde (vgl. Abschnitt 4.3.1). Die Untersuchungsstichprobe bestand aus Jugendlichen in der Transeszenz (11. bis 14. Lebensjahr).

Im Folgenden werden die Ergebnisse entsprechend der Gliederung der Fragestellungen und Hypothesen in Abschnitt 5.2 zusammenfassend beschrieben und unter Berücksichtigung der Befunde aus anderen Studien mit Kindern bzw. Jugendlichen *und* Erwachsenen diskutiert und interpretiert.

Da die in der Untersuchung durchgeführten interaktionellen Rollenspiele mit Hilfe der für Erwachsene entwickelten Ratingskala für soziale Kompetenz (RSK; Fydrich & Bürgener, 1999) ausgewertet wurden, mussten zuerst deren **Gütekriterien** (Überprüfung der Interrater-Reliabilität, der konvergenten, diskriminanten und externen Validität) an einer jugendlichen Stichprobe bestimmt werden. Zusätzlich wurden die globalen Ratings von erwachsenen bzw. jugendlichen Beurteilern ebenfalls auf ihre Gütekriterien hin überprüft.

Die zentrale Fragestellung dieser Studie galt der Untersuchung **der Reaktionskomponenten der situativen sozialen Angst in Abhängigkeit der sozialen Ängstlichkeit als Persönlichkeitsvariable**. Neben psychisch unauffälligen Schülern nahmen auch Jugendliche an der Studie teil, die aufgrund psychischer Probleme in stationärer psychotherapeutischer Behandlung waren. Hier sollte geklärt werden, ob mögliche Unterschiede in der Ausprägung der Reaktionskomponenten (gezeigte soziale Kompetenz, Herzfrequenz, Kognitionen, subjektive Gefühlseindrücke und Vermeidungsmotivation) auf die Zugehörigkeit zu der untersuchten Stichprobe (klinisch vs. nichtklinisch) oder auf die soziale Ängstlichkeit zurückgeführt werden können. Weiterhin wurde der Frage nachgegangen, ob sich Jugendliche mit psychischen Störungen von Jugendlichen der

nichtklinischen Kontrollgruppe in Abhängigkeit von der Ausprägung der sozialen Ängstlichkeit hinsichtlich der oben genannten Reaktionskomponenten unterscheiden. Zudem war die Auftretenshäufigkeit und Ausprägung sozialer Ängste bei Jugendlichen mit und ohne psychische Störung von Interesse.

### ***Gütekriterien der Beobachterbeurteilungen***

Die *Interrater-Reliabilitäten* der fünf Beurteilungskategorien und des Gesamtwerts der Ratingskala für soziale Kompetenz können im Wesentlichen als gut bis sehr gut beurteilt werden. Mit Ausnahme der Kategorie „Sprechdauer“ und „Konversationsfluss“ lagen die Werte sogar über denen der amerikanischen Untersuchung bei Erwachsenen und in allen Kategorien weitaus höher als in der deutschen Untersuchung (vgl. Schowalter, 1997; Fydrich et al. 1998). Das bedeutet also, dass die Ratingskala mit hoher Reliabilität auch bei Jugendlichen eingesetzt werden kann. Entsprechend den Ergebnissen der deutschen Untersuchung (vgl. Schowalter, 1997) wurden zwischen den fünf Kategorien der RSK geringe bis mittlere *Interkorrelations-Koeffizienten* errechnet, was als Hinweis darauf gewertet werden kann, dass die Kategorien unterschiedliche Aspekte sozialer Kompetenz erfassen und diese Aspekte bei einer Person unterschiedlich ausgeprägt sein können. So geht bei Erwachsenen und Jugendlichen z. B. ein angemessener Blickkontakt nicht unbedingt mit anderen Komponenten sozialer Kompetenz wie z. B. angemessener Sprechdauer einher.

Entgegen dem aus der Sozialpsychologie bekannten „Schönheits-Stereotyp“, nach dem Personen, die als schön wahrgenommen werden gleichzeitig auch als intelligent, selbstsicher, gesellig oder beliebt eingeschätzt werden (vgl. Herkner, 1991, S. 318), korrelierte die durch erwachsene Beurteilerinnen eingeschätzte Attraktivität nur in mittlerer Höhe mit Intelligenz und Ängstlichkeit. Hinsichtlich der allgemeinen globalen sozialen Kompetenz fand sich demgegenüber ein hoher positiver Zusammenhang mit Intelligenz und ein negativer mit der eingeschätzten Ängstlichkeit.

Auch die jugendlichen Beurteiler sahen einen sehr hohen negativen Zusammenhang zwischen der sozialen Kompetenz und der sozialen Angst. Allerdings korrelierten auch die anderen globalen Merkmale überwiegend hoch miteinander, was auf ein eher dichotomes, das heißt wenig differenziertes Bewertungsmuster bei Jugendlichen hinweist. Das würde bedeuten, dass Jugendlichen nach einem „Sympathie-Stereotyp“ bewerten: Wer sympathisch ist, ist gleichzeitig kompetent, attraktiv, intelligent, bei anderen beliebt und wird als wenig ängstlich wahrgenommen. Diese Ergebnisse können aber nur als Hinweise auf mögliche unterschiedliche Bewertungsmuster bei Erwachsenen und Jugendlichen verstanden werden – die Stichprobengröße der erwachsenen und jugendlichen Beurteiler ist für gesicherte Aussagen zu klein.

Aufgrund der geringen Anzahl an Beurteilern können die Ergebnisse hinsichtlich der *Übereinstimmung zwischen Jugendlichen und Erwachsenen* auch nur sehr vorsichtig interpretiert werden. Die hier vorliegenden Ergebnisse unterstreichen die Forderung von Ollendick, Francis und Hart (1985), die Urteile von Erwachsenen und Kindern nicht als äquivalent bzw. gegeneinander austauschbar zu betrachten. Zwar lagen die Korrelationen

der Ratings im mittleren bis hohen Bereich, die Beurteilungen der Erwachsenen unterschieden sich aber statistisch bedeutsam von denen der Jugendlichen. Die jugendlichen Beurteiler bewerteten die gleichaltrigen Untersuchungsteilnehmer hinsichtlich Sympathie, Attraktivität, Intelligenz und sozialer Kompetenz in der Regel schlechter als die erwachsenen Beurteiler.

Am niedrigsten korrelierten die Urteile der Erwachsenen und der Jugendlichen hinsichtlich Sympathie und Attraktivität. Dies mag daran liegen, dass im Rahmen einer z. B. über die Medien vermittelten „Jugendkultur“ spezielle Normen für Sympathie und Attraktivität vermittelt werden, die die Erwachsenen jedoch nicht teilen. Für diese einheitlichen Gruppennormen spricht auch, dass sich die Jugendlichen untereinander hinsichtlich Sympathie und Attraktivität sehr einig sind. Demgegenüber scheinen Wertmaßstäbe darüber, wie sich jemand sozial kompetent verhält und woran man einen ängstlichen Jugendlichen erkennen kann, eher unabhängig vom Alter zu sein. Der hohe positive Zusammenhang zwischen den Beurteilungen der Erwachsenen und der Jugendlichen hinsichtlich der sozialen Kompetenz und der Ängstlichkeit belegt diese Vermutung und weist auf ein einheitliches Bezugssystem für soziale Kompetenz und Angst bei Erwachsenen und Jugendlichen hin. Insgesamt wären allerdings zur empirischen Sicherung dieser Ergebnisse eine eigene Studie notwendig, die speziell den Zusammenhang des Alters der Beurteiler mit der Beurteilung untersucht.

Entsprechend zu den festgestellten Gütekriterien der RSK bei Erwachsenen (vgl. Fydrich, 1996) gibt es Hinweise auf eine gute *konvergente Validität* der Kompetenzbeurteilungen bei Jugendlichen. Wichtige Variablen zur Überprüfung der konvergenten Validität waren die globale soziale Kompetenz (eingeschätzt durch die jugendlichen Beurteiler), mit der der Gesamtwert der RSK einen hohen Zusammenhang aufweist.

Dieses Ergebnis könnte auch zum Nachdenken darüber anregen, inwiefern ein Beurteilertraining die Güte der Einschätzungen tatsächlich so entscheidend verbessert, dass es das aufwendige Training und die Auswertung mit Hilfe einer Ratingskala rechtfertigt. So fand Böhler (1999) beim Vergleich zwischen den nach der Ratingskala beurteilten Ratings und den „naiven“ Ratings bei Erwachsenen eine hohe Übereinstimmung. Eine gesicherte Aussage zum Effekt von trainierten vs. untrainierten Ratern bei der Beurteilung von Jugendlichen liefern die Ergebnisse dieser Studie jedoch nicht. Dafür müsste die Reliabilität und die Validität der Urteile von trainierten jugendlichen mit untrainierten jugendlichen Beurteilern und/oder von trainierten Erwachsenen mit untrainierten Erwachsenen verglichen werden. Mit diesem Vergleich könnte auch entschieden werden, ob bei der Beurteilung von Jugendlichen das Ratingsystem durch „naive“ Beurteilungen ersetzt werden kann oder nicht.

Die Ergebnisse der vorliegenden Studie weisen auf eine *diskriminante Validität* der RSK hin. Allerdings ist eine endgültige Abschätzung der diskriminanten Validität mit den vorliegenden Daten nicht möglich, da die Variable die zur Klärung heran gezogen wurde nicht wie die RSK ein Fremdrating, sondern ein Selbstrating ist. Es wären zusätzliche Fremdratings (z. B. Beobachtereinschätzung der sozialen Devianz) erforderlich.

Hinsichtlich der *externen Validität* ergab sich das bekannte Problem, über welches Kriterium die Validität operationalisiert werden soll. Gerade bei Kindern und Jugendlichen können sehr verschiedene Maße zur Beurteilung der sozialen Kompetenz heran gezogen werden, die sich nicht zuletzt auch aufgrund der Diskrepanz von Selbst- oder Fremdrating sehr unterscheiden. So ergaben sich auch in dieser Studie widersprüchliche Hinweise hinsichtlich der Übertragbarkeit der in der Situation beurteilten sozialen Kompetenz auf andere Situationen, die auf die unterschiedliche Operationalisierung der sozialen Kompetenz zurückgeführt werden können (Möglichkeiten der Operationalisierung siehe S. 74ff).

Wurde die soziale Kompetenz über die Fremdbeurteilung durch die Eltern anhand der Kompetenz- und Aktivitätsskalen der CBCL (Child Behavior Checklist) erhoben, war der Zusammenhang zwischen diesen Maßen und dem Rating sozialer Kompetenz im Rollenspiel gering. Allerdings sind die Kompetenz- und Aktivitätsskalen bei näherer Betrachtung für die Beurteilung der Zulässigkeit der Übertragbarkeit auf andere Situationen ungeeignet. Sie fassen die soziale Kompetenz sehr weit, z. B. in Frequenz und Qualität einer Aktivität (z. B. Häufigkeit und Kompetenzen des Fußballspiels) und nicht über das Verhalten in einer sozialen Interaktion. Geeigneter sind hier die Elternskalen, deren Fragen sich allgemein auf gehemmtes Verhalten in sozialen Interaktionen beziehen. Hier zeigte sich ein mittlerer Zusammenhang zwischen dem Gesamtwert der RSK und der beobachteten Hemmung in anderen Interaktionen mit Gleichaltrigen.

Es muss aber kritisch angemerkt werden, dass die soziale Hemmung und die soziale Kompetenz nur ähnliche, keine identischen Konzepte sind. Sinnvoller wäre gewesen, die Eltern danach zu fragen, wie gut sich die Jugendlichen in anderen Situationen hinsichtlich der fünf Kategorien der RSK verhalten.

### ***Zusammenhang zwischen den Emotionskomponenten***

Wie bereits erwartet, trat wie in den meisten Mehrebenen-Analysen auch hier das als Kovariationsproblem bekannte Phänomen auf (siehe Abschnitt 4.2), bei dem die Reaktionskomponenten kaum oder nur gering miteinander korrelieren. Die situativ erlebte Angst korrelierte mit dem Wunsch nach Vermeidung der Situation in geringer und mit den negativen, selbstabwertenden Kognitionen im Rollenspiel in mittlerer Höhe. Ebenfalls gering aber statistisch bedeutsam, war der Zusammenhang der Vermeidungsmotivation mit den negativen Kognitionen. Unbedeutende Zusammenhänge bestanden zwischen dem Indikator der physiologischen Komponente und allen anderen Komponenten. Auch die soziale Kompetenz, operationalisiert über den Gesamtwert der Ratingskala, korrelierte mit keiner anderen Komponente.

Eine Ursache der unterschiedlichen Kovariationen zwischen den Ebenen könnte in der unterschiedlichen Erhebungsmethodik liegen. Zwischen der Gefühlskomponente, der kognitiven und der motivationalen Komponente, die alle mit Hilfe von Selbstbeschreibungsfragen erhoben wurden, existierten Korrelationen, dagegen korrelierten die physiologische Komponente und die Ausdruckskomponente, die mit Hilfe von physiologischer Messung bzw. Fremdbeobachtung gewonnen wurden, nicht miteinander. Außerdem kann man davon ausgehen, dass die Indikatoren der einzelnen Ebenen



unterschiedliche Intensitätsfunktionen haben, d. h. sich mit der Zeit unterschiedlich verändern (z. B. linear, exponentiell usw.), so dass die Korrelationen schon deshalb gering ausfallen können (zur weiteren Erklärung siehe Abschnitt 4.2.1).

### ***Zusammenhang zwischen den Reaktionskomponenten der situativen Angst und der sozialen Angst als Trait***

Die Ergebnisse hinsichtlich der **sozialen Kompetenz** zeigten, dass die Ausprägung der sozialen Ängstlichkeit keinen Zusammenhang mit der beobachteten und beurteilten Kompetenz im Rollenspiel hatte - sowohl bei der klinischen als auch der nichtklinischen Stichprobe. Dabei war es gleichgültig, ob als Maß für die soziale Kompetenz die globale Beurteilung der Jugendlichen bzw. der Erwachsenen oder der Gesamtwert der Ratingskala verwendet wurde. Auch hinsichtlich der einzelnen Beurteilungskategorien der RSK erhielten die ängstlichen und die nichtängstlichen Jugendlichen Bewertungen in gleicher Höhe. Das ist insofern ein sehr erstaunliches Ergebnis, da sowohl die erwachsenen als auch die jugendlichen Beurteiler die soziale Kompetenz des Teilnehmers in einem engen negativen Zusammenhang zu seiner Angst sahen! Das würde bedeuten, dass die soziale Ängstlichkeit im Gegensatz zu der Beobachtung der Beurteiler *nicht* negativ mit der sozialen Kompetenz bei Jugendlichen zusammenhängt.

Dieses Ergebnis steht im Gegensatz zu der Untersuchung bei präadoleszenten Kindern, in der sozialphobische Kinder in unterschiedlichen Rollenspielsituationen als weniger sozial kompetent eingestuft wurden (Beidel et al., 1999). Auch widersprechen sie den Ergebnissen bei Erwachsenen: nach Fydrich (1996) zeigten Erwachsene mit sozialer Phobie in einer Rollenspielsituation weniger soziale Kompetenz als andere Angstpatienten ohne soziale Phobie und nichtklinische Kontrollpersonen. Auch Studien, die soziale Angst im Rahmen von Schüchternheit erfassen, kamen zu ähnlichen Ergebnissen: Nach Asendorpf (1989a) benötigten sozial gehemmte Kinder mehr Zeit, um auf fremde Kinder und Erwachsene zu reagieren. Schüchterne Erwachsene zeigten in der Interaktion weniger Selbstmanipulationen, sprachen weniger und wendeten sich häufiger vom Interaktionspartner ab (Cheek & Buss, 1981).

Es kann unterschiedliche Gründe haben, warum die soziale Ängstlichkeit im Jugendalter in der vorliegenden Studie nicht mit der sozialen Kompetenz zusammenhängt: so könnte *eine* Rollenspielaufgabe nicht ausreichend gewesen sein, um tatsächliche Unterschiede in der sozialen Kompetenz aufzudecken. Vielleicht wären zusätzliche Aufgaben, wie z. B. ein Kompliment annehmen oder den Interaktionspartner bitten, sein negatives Verhalten zu unterlassen, sinnvoll gewesen, um Unterschiede der gezeigten Kompetenz in Abhängigkeit von der sozialen Ängstlichkeit zu erhalten. Beidel und Mitarbeiter (1999), die in ihrer Studie mehrere solcher Rollenspielaufgaben untersuchten, berichten nicht, ob auch innerhalb der fünf Aufgaben ein Kompetenzunterschied zwischen sozialphobischen und nichtängstlichen Jugendlichen festzustellen war.

Ferner wäre es aber auch möglich, dass der Kompetenzunterschied nur bei extrem sozialphobischen Jugendlichen auftritt. Da die Teilnahme zur Studie freiwillig war, könnten die extrem sozialphobischen Jugendlichen das Rollenspiel vermieden haben. Diese Hypothese eines Selektionseffekts wird von der Tatsache gestützt, dass zumindest die

jugendlichen Patienten, die aus unterschiedlichen Gründen nicht am Rollenspiel teilnahmen (siehe Abschnitt 6.3) weit höhere Ausprägungen auf dem SPAI-C-D hatten als die, die an der Untersuchung teilnahmen (vgl. Tabelle 2, S. 63).

Die entgegen der Erwartung ähnliche Kompetenzausprägung von ängstlichen und nichtängstlichen Jugendlichen in der vorliegenden Studie muss aber nicht unbedingt auf methodische Mängel zurückgeführt werden. Es könnten im Jugendalter bzw. in der Transeszenz tatsächlich keine oder nur geringe Unterschiede zwischen ängstlichen und wenig ängstlichen Jugendlichen geben. So könnten die großen körperlichen Veränderungen zu vorübergehender sozialer Verunsicherung führen, wodurch sich die soziale Kompetenz bei ängstlichen und nichtängstlichen Jugendlichen verringern und sich - bei Annahme eines Bodeneffekts - vorübergehend in der Ausprägung angleichen würde. Hier wäre eine längsschnittliche Untersuchung sinnvoll, die die Entwicklung der sozialen Kompetenz über die Adoleszenz hinweg untersucht.

Leider wurde es in der Studie versäumt, die Selbsteinschätzung der Jugendlichen hinsichtlich ihrer gezeigten sozialen Kompetenz zu erheben. Es wäre zu vermuten, dass sich sozialängstliche Jugendliche als weniger kompetent einschätzen als nichtängstliche Personen. Dieser Mangel an Kompetenzüberzeugung wurde schon bei sozialphobischen Erwachsenen (Rapee & Lim, 1992) und Kindern (Beidel, 1991a) nachgewiesen.

Es ist wichtig anzumerken, dass das Alter und die Art der Schule, die ein Untersuchungsteilnehmer besuchte, im Zusammenhang mit der gezeigten sozialen Kompetenz stand. Ganz allgemein bedeutet dies, dass mit zunehmendem Alter und Schulbildung die soziale Kompetenz zunahm. Diese beiden Faktoren wurden in der Vergangenheit nur selten als Einflussfaktoren sozialer Kompetenz mit untersucht. Ergebnisse der vorliegenden Studie weisen aber auf einen Zusammenhang hin, der in Zukunft nicht außer Acht gelassen werden sollte.

Hinsichtlich der Herzfrequenz als Indikator der **psychophysiologischen Komponente** wurden die absolute Herzfrequenz in der Ruhebedingung, die Differenz der Herzrate im Rollenspiel zur Ruhebedingung (relativer Herzratenanstieg im Rollenspiel), die Geschwindigkeit mit der sich die Herzrate im Rollenspiel dem Niveau der Ruhebedingung (Baseline) annähert (Habituation) und der Zusammenhang zwischen der Differenz der Herzrate im Rollenspiel zur Ruhebedingung und der empfundenen physiologischen Erregung untersucht.

Die Ergebnisse dieser Studie stehen der Vermutung entgegen, dass die Erregungsschwelle bei Personen mit sozialer Angst niedriger sei und sie daher im Allgemeinen eine *höhere absolute Herzfrequenz in der Ruhebedingung* haben. Hier fand sich kein signifikanter Unterschied der absoluten Herzrate in Abhängigkeit von der sozialen Ängstlichkeit. Die Hypothese einer höheren Baseline stammt von einer Untersuchung im Rahmen der Forschung über die behaviorale Inhibition (vgl. Kagan, 1989), in der die als behavioral inhibiert klassifizierten Kinder im Alter von ca. 5,5 Jahren eine höhere Herzrate in der Ruhebedingung zeigten. Da die höhere absolute Herzfrequenz in der Ruhebedingung jedoch bei älteren Kindern und Jugendlichen nicht mehr nachgewiesen werden konnte (vgl.

Hayward et al., 1998; Kagan et al. 1988), entspricht das Ergebnis der vorliegenden Studie den bisherigen Befunden.

Übereinstimmend mit anderen Studien über soziale Angst bzw. soziale Phobie bei Kindern und Erwachsenen (z. B. Beidel et al. 1985; Hofmann et al., 1995; Turner, Beidel & Larkin, 1986) wurde auch in der vorliegenden Untersuchung bei den Jugendlichen mit klinisch relevanter Ängstlichkeit ein *höherer relativer Herzratenanstieg* in der sozialen Bewertungssituation gefunden. Allerdings konnte dieser Unterschied nicht in allen Untersuchungen statistisch abgesichert werden (z. B. Beidel, 1991a).

Als Erklärung für diese Diskrepanz in den Forschungsergebnissen können hier die Erkenntnisse hinsichtlich der Unterscheidung in zwei Typen von sozialer Phobie bzw. deren unterschiedliche Reaktionsmuster dienen (siehe Abschnitt 4.3.2). Übereinstimmend fanden mehrere Autoren Unterschiede im Reaktionsmuster bei Erwachsenen mit spezifischer sozialer Phobie und generalisierter sozialer Phobie bzw. generalisierter sozialer Phobie mit zusätzlicher Diagnose einer „Vermeidenden Persönlichkeitsstörung“ (Hofmann et al., 1995; Levin et al., 1993; McNeil et al., 1993). Danach zeigten Personen mit spezifischer Phobie bei subjektiv empfundener Angst eine sehr hohe Herzrate. Demgegenüber empfanden Personen mit einer generalisierten sozialen Phobie zwar sehr hohe subjektive Angst in einer sozialen Situation, die Herzraten stiegen jedoch kaum an und unterschieden sich nicht von denen der Kontrollpersonen. Das bedeutet also, dass bei Erwachsenen der Herzratenanstieg vom jeweiligen Typus bzw. der Ausprägung der sozialen Phobie abhängig ist.

Interessant wäre es herauszufinden, ob dieser Zusammenhang auch bei Jugendlichen gilt. Dazu müßten Jugendliche mit unterschiedlicher Ausprägung der sozialen Phobie untersucht werden. Eine Differenzierung der sozialen Angst in unterschiedliche Typen wurde in dieser Studie, deren Schwerpunkt allgemein auf der Erhebung von sozialer Ängstlichkeit lag, nicht gemacht. Daher wäre es sehr sinnvoll, in einer zukünftigen Studie Jugendliche mit der Diagnose einer sozialen Phobie zu untersuchen und hinsichtlich des Typs der sozialen Phobie zu unterscheiden. Die Erhebung der Reaktionsmuster würde es erlauben, gesicherte Aussagen über die physiologische Reagibilität von sozialängstlichen bzw. sozialphobischen Jugendlichen zu treffen.

Außerdem wäre es auch deshalb sehr interessant nach spezifischer und generalisierter sozialer Phobie zu unterteilen, da bislang keine Prävalenzraten dieser Typen in der Transeszenz vorliegen und nicht bekannt ist, ob bei den Jugendlichen, wie im Kindesalter, fast nur soziale Phobien des generalisierten Typus vorkommen oder ob, wie im Erwachsenenalter, die spezifischen sozialen Phobien überwiegen.

Es wurde weiterhin vermutet, dass sich auch der Verlauf der Herzfrequenz (*Habituation*) über die Zeit im Rollenspiel in Abhängigkeit der sozialen Ängstlichkeit unterscheidet, d. h. bei nichtängstlichen sinkt die Herzrate schneller als bei ängstlichen Jugendlichen. Allerdings zeigten nur die Schaubilder in Abbildung 10 (S. 102), dass sich nichtängstliche Jugendliche schneller an die Angst auslösende Situation habituierten. Dieses Ergebnis konnte aber nicht statistisch abgesichert werden. Beidel (1988) fand in ihrer Studie mit präadoleszenten Kindern ebenfalls Hinweise auf verschiedene

Anpassungsgeschwindigkeiten, die jedoch ebenfalls nicht signifikant unterschiedlich waren.

Insgesamt gab es bei sozialängstlichen Jugendlichen einen stärkeren positiven *Zusammenhang zwischen dem relativen Herzratenanstieg im Rollenspiel und der subjektiv empfundenen Erregung* in Untersuchungsbedingungen mit mittlerer Erregung. Diese Ergebnisse können als empirischer Hinweis hinsichtlich einer erhöhten Selbstaufmerksamkeit ängstlicher Jugendlicher auf interozeptive Reize gewertet werden. Eine erhöhte Aufmerksamkeit auf interozeptive Reize dient sozial ängstlichen Erwachsenen nach dem *Kognitiven Modell der sozialen Angst* dazu, einen Eindruck von *dem* Bild zu bekommen, das sie selbst ihrer Meinung nach, nach außen hin abgeben. Das führt dazu, dass diese Personen somatische Angstreaktionen wie z. B. Herzklopfen genauer wahrnehmen - gleichzeitig erschwert die Selbstaufmerksamkeit aber ein angemessenes Eingehen auf das Gegenüber.

Johansson und Öst (1982) untersuchten die Sensibilität gegenüber Herzratenveränderungen bei sozialphobischen Erwachsenen und Kontrollpersonen. Sie konnten zeigen, dass Erwachsene mit sozialer Phobie in bestimmten Situationen die Herzratenveränderungen exakter wahrnahmen als Personen der Kontrollgruppe.

In der vorliegenden Studie zeigte sich bei sozialängstlichen Jugendlichen vor allem in einer Situation mittlerer physiologischer Erregung (Gespräch mit der Versuchsleiterin) eine weit höhere Korrelation zwischen dem relativen Herzratenanstieg und der subjektiv empfundenen Erregung als bei der Kontrollgruppe. Allerdings fand sich im Rollenspiel, der Situation mit der höchsten physiologischen Erregung, nur ein sehr kleiner Zusammenhang. Das könnte darauf hinweisen, dass sozialängstliche Jugendliche die physiologische Erregung in einer Situation mittlerer Anspannung am deutlichsten empfinden, die Deutlichkeit der Wahrnehmung aber mit zunehmender Erregung und Angst sinkt. Es wäre ja durchaus denkbar, dass die soziale Angst die ängstlichen Jugendlichen in bestimmten Situationen derart überflutet, dass ein genaues Nachempfinden der physiologischen Erregung nicht mehr möglich ist.

Allerdings diente der vorliegende Versuchsaufbau nicht dazu, diese Hypothese empirisch zu überprüfen. Dafür wäre eine zusätzliche Studie mit differenzierterer Erhebung der empfundenen physiologischen Erregung notwendig.

Hinsichtlich der **negativen und positiven Kognitionen** während des Rollenspiels, ergab sich ein signifikanter Zusammenhang der sozialen Ängstlichkeit mit der Anzahl an negativen, dysfunktionalen Kognitionen – kein Unterschied fand sich hinsichtlich der Anzahl positiver Kognitionen bei den Jugendlichen. Dieses Ergebnis unterstützt die Befunde von Bögels und Zigterman (2000), die bei Kindern und Jugendlichen mit einer Angststörung ebenfalls eine erhöhte Anzahl an negativen Gedanken feststellten.

Demgegenüber konnte in vielen Studien mit Erwachsenen gezeigt werden, dass sozialängstliche bzw. sozialphobische Personen sowohl *mehr* negative, selbstabwertende **Kognitionen** als auch *weniger* positive, unterstützende Kognitionen in der sozialen Situation erleben als nichtängstliche Kontrollpersonen (z. B. Beidel et al., 1985; Turner, Beidel & Larkin, 1986). Beim Vergleich von Sozialphobikern mit generalisierter und

spezifischer Phobie sprechen die Befunde allerdings dafür, dass bei der generalisierten sozialen Phobie nur mehr dysfunktionale Kognitionen vorkommen, sich die Anzahl der positiven Kognitionen aber nicht unterscheidet (Fydrich, 1996; Hofmann et al., 1995). Die Befunde bei Jugendlichen hinsichtlich der Kognitionen sind also am ehesten mit den Ergebnissen von Untersuchungen an Personen mit spezifischer bzw. generalisierter sozialer Phobie vergleichbar.

Bevor eine differenzierte Interpretation möglich wird, müssen die Ergebnisse durch weitere Studien im Kindes- und Jugendalter auf eine breitere empirische Basis gestellt werden. Es kann aber vermutet werden, dass im Jugendalter wie im Erwachsenenalter diese negativen, selbstabwertenden Gedanken eine wesentliche Rolle bei der Aufrechterhaltung der sozialen Ängste spielen. Das soziale Ereignis wird durch die dysfunktionalen Kognitionen als bedrohlich wahrgenommen, was wiederum die Angst, die körperlichen Symptome und die Antizipation negativer Erlebnisse in sozialen Situationen verstärkt.

Hinsichtlich der **subjektiven Gefühlsempfindungen** wurde deutlich, dass die situativ erlebte Angst in engem Zusammenhang mit der Ausprägung der sozialen Ängstlichkeit als Trait steht. Das bedeutet, dass sozialängstliche Jugendliche während der gesamten Untersuchung deutlich mehr negative Gefühle spürten als nichtängstliche Jugendliche. Dieses Ergebnis entspricht den Befunden bei Erwachsenen (Beidel et al., 1985; Hofmann et al., 1995; Levin et al., 1993) und bei Kindern (Beidel, 1991a; Beidel et al., 1999).

Interessanterweise zeigte sich, dass sozialängstliche Jugendliche sich weder von der Versuchsleiterin noch vom Gesprächspartner besonders stark abgelehnt fühlten. Die erlebten negativen Gefühle können also ihre Ursache nicht darin haben, dass sich die Jugendlichen von außen nicht akzeptiert fühlten. So könnte man vermuten, dass die negativen Kognitionen und Ängste eher auf interne Selbstabwertungen der sozialängstlichen Jugendlichen zurückzuführen sind, d. h. die negativen Erfahrungen eher auf eigenes Versagen attribuiert werden als auf einen unsympathischen Gesprächspartner. Diese mögliche interne Attribution negativer Erlebnisse würde langfristig zu einer Aufrechterhaltung der Problematik führen.

Viele Personen mit sozialen Ängsten sind der festen Überzeugung, dass die Symptome ihrer sozialen Angst für jeden Beobachter deutlich sichtbar sind. Die daraus resultierende Unmöglichkeit, diese Angst zu verbergen, führt bei vielen dazu, dass soziale Situationen als noch gefährlicher wahrgenommen und letztlich vermieden werden. Demgegenüber ergaben die vorliegenden Ergebnisse bei Jugendlichen aber keinen Zusammenhang zwischen der durch die jugendlichen und erwachsenen Beurteiler eingeschätzten Ängstlichkeit und der tatsächlich erlebten Angst der Jugendlichen in der Situation. Das würde also bedeuten, dass Jugendliche hinsichtlich ihrer Angst von anderen falsch wahrgenommen werden! Dagegen stehen die Ergebnisse von Beidel et al. (1999), wonach Kinder mit sozialer Phobie im Vergleich zu Kindern ohne soziale Phobie von erwachsenen Beurteilern tatsächlich als ängstlicher beurteilt werden. McEwan und Devins (1983) konnten bei sozialängstlichen Erwachsenen zeigen, dass sie zwar nach außen ängstlich wirkten, ihre ängstliche Ausstrahlung aber weit höher einschätzten als dies befreundete Beobachter taten.

Weder bei Erwachsenen noch bei Kindern wurde bisher u. W. explizit die Ausprägung der **Vermeidungsmotivation** in einer sozialen Situation untersucht. Bei Jugendlichen der vorliegenden Studie ergab sich kein Zusammenhang zwischen der Ausprägung der sozialen Ängstlichkeit und dem Wunsch, die Situation zu verlassen. Eine Erklärung dafür kann wiederum sein, dass aufgrund der Freiwilligkeit der Teilnahme sehr ängstliche Patienten nicht an der experimentellen Untersuchung mitwirkten. Diese Jugendlichen haben durch die Vermeidung der experimentellen Untersuchung der Stärke ihrer Vermeidungstendenz Ausdruck verliehen!

Wie im Ergebnisteil durch die Berücksichtigung der **Zugehörigkeit zur klinischen bzw. nichtklinischen Stichprobe** in den Analysen gezeigt werden konnte, unterscheiden sich die Ergebnisse für Patienten und Schüler nicht. Die einzige Ausnahme bildet die Tatsache, dass Patienten im Durchschnitt anscheinend einen niedrigeren Ruhepuls haben und sich am Ende der Untersuchung (während der freien Entspannung) ängstlicher fühlten als die Schüler. Diese höhere Ängstlichkeit kann darauf zurückgeführt werden, dass die Patienten nach der experimentellen Untersuchung in der Regel an weiteren psychotherapeutischen Veranstaltungen teilnahmen. Die Erwartung und das Wissen um diese Veranstaltungen mag die Stimmung der Patienten am Ende der Untersuchung beeinflusst haben.

Entgegen der Hypothese fanden sich keine Unterschiede hinsichtlich der Reaktionskomponenten zwischen Patienten und Schülern in Abhängigkeit der sozialen Ängstlichkeit. Bei diesen Ergebnissen ist jedoch zu beachten, dass aufgrund der kleinen Stichprobengröße die Teststärke nur gering ausfiel. Die jugendlichen psychiatrischen Patienten litten im Durchschnitt unter größerer sozialer Ängstlichkeit und diese Ängste nahmen häufiger sozialphobischen Charakter an als bei Jugendlichen der Schüler-Stichprobe. Interessant wäre gewesen, die Ausprägung der sozialen Ängstlichkeit in Abhängigkeit der Diagnosen zu erfassen. Aufgrund der kleinen klinischen Stichprobe dieser Studie war das aber nicht möglich.

**Grenzen** bezüglich der Gültigkeit und Interpretation der Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung ergeben sich eindeutig aus den ungleichen Stichproben. *Erstens* muß man aufgrund der Stichprobenbeschreibung (siehe Abschnitt 6.3) davon ausgehen, dass von der gesamten Untersuchungsstichprobe weniger Jugendliche am Rollenspiel teilnahmen, die von ihren Eltern als schüchterner eingeschätzt wurden. Das heißt, die Ergebnisse können nicht auf die gesamte untersuchte Stichprobe übertragen werden. Allerdings war aufgrund der Freiwilligkeit der Teilnahme am Rollenspiel auch nicht zu erwarten, dass sich Kinder mit extrem starker sozialer Angst dieser Situation aussetzen. Extrem sozial Ängstliche könnten auch für die experimentelle Untersuchung gewonnen werden, in dem man sie z. B. zum festen Bestandteil eines Behandlungsprogramms für Jugendliche mit sozialen Ängsten macht. Das Rollenspiel könnte dann einerseits als diagnostisches Verfahren zur Bestimmung der sozialen Kompetenz und andererseits als Übung im Sinne eines Kompetenztrainings dienen. *Zweitens* gab es vor allem hinsichtlich des Alters und des Schultyps Unterschiede zwischen der klinischen und der nichtklinischen Stichprobe, die sich in der nachfolgenden Analyse als relevant für die soziale Kompetenz herausstellten.

Von daher wäre es sicher sinnvoll gewesen, diesbezüglich ähnlichere Stichproben zu bilden, was in der vorliegenden Studie aus organisatorischen Gründen nicht möglich war.

### ***Einordnung der Ergebnisse in bestehende Modelle und Erklärungsansätze***

Ziel dieser Studie war es nicht, ein bestehendes Modell oder einen Erklärungsansatz der sozialen Angst oder sozialen Phobie für das Jugendalter zu überprüfen. Dennoch sollen die Ergebnisse im Folgenden zu diesen Ansätzen in Beziehung gesetzt und diskutiert werden.

Vielfach wurde angenommen, dass soziale Angst im Zusammenhang mit **behavioraler Inhibition** steht, die sich durch gehemmtes Verhalten, Vermeidung und Unbehagen in unvertrauten Begebenheiten und auf physiologischer Ebene z. B. im höheren Ruhepuls zeigt. Ergebnisse der vorliegenden Studie belegen, dass die Ausprägung von sozialer Angst bei Jugendlichen nur bedingt mit dem Erscheinungsbild der behavioralen Inhibition zu vergleichen ist. So wiesen sozialängstliche Jugendliche weder ein gehemmtes Verhalten noch eine höhere Herzrate in der Ruhebedingung auf. Allerdings erlebten sie ein größeres Unbehagen während der unvertrauten Untersuchungssituation. Hinsichtlich des Wunsches, die Situation zu vermeiden, gab es keine Unterschiede zu nichtängstlichen Jugendlichen – wie viele Jugendliche tatsächlich aus Angst die Situation vermieden, wurde nicht erfasst.

Das **neuropsychologische Modell der Angst** von Gray (1982, 1995) in der Erweiterung von Asendorpf (1992) beschreibt ein in sich schlüssiges Konzept der Entstehung von sozialer Angst und ihrer Reaktionen (siehe Abschnitt 3.3.3.4). Ergebnisse der vorliegenden Studie zeigten, dass in fremden sozialen Situationen, in denen eine soziale Bewertung befürchtet wird, tatsächlich soziale Angst entsteht. Allerdings konnten hier die erwartete Hemmung und der Erregungszuwachs auf der Verhaltensebene nicht festgestellt werden. Deutlich war jedoch die Ausprägung der Angst; die erhöhte Aufmerksamkeit und die Enkodierungserleichterung wurden nicht untersucht. Leider beinhaltet das Modell keine Aussagen über mögliche Reaktionen auf der physiologischen, der kognitiven und der motivationalen Ebene. Es wäre wünschenswert, dass das Modell um diese Komponenten erweiterte würde, um Vorhersagen auf mehreren Reaktionskomponenten der sozialen Angst treffen zu können.

**Schlussfolgerung:** Zusammenfassend kann man festhalten, dass die soziale Angst im Jugendalter in vieler Hinsicht dem Erscheinungsbild bei Kindern und dem Erscheinungsbild bei Erwachsenen ähnlich ist. Ergebnisse zeigen, dass sozialängstliche Menschen, egal ob im Kindes-, Jugend- oder Erwachsenenalter, in einer Angst auslösenden Situation mit einer starken Aktivierung des autonomen Nervensystems reagieren, die sich z. B. in einer höheren Herzfrequenz manifestiert. Ferner erleben sie mehr negative, dysfunktionale Gedanken und eine größere situative Angst als nichtängstliche Personen. Unterschiede zu Ergebnissen aus Studien mit Kindern und Erwachsenen wurden in der vorliegenden Studie bzgl. der sozialen Kompetenz gefunden. Bei ängstlichen Jugendlichen konnte im Gegensatz zu Erwachsenen und Kindern weder eine geringe soziale Kompetenz noch größere von Beobachtern wahrnehmbare Ängste festgestellt werden. Ob dieser Unterschied gegenüber den Ergebnissen bei Erwachsenen und Kindern auf ein messtheoretisches

Artefakt oder auf tatsächliche Unterschiede zurückzuführen ist, müssen nachfolgende Studien klären.

**Ausblick:** Um die Ergebnisse auf eine breitere empirische Basis zu stellen, wären weitere Studien im Bereich „soziale Angst“ bzw. „soziale Phobie“ im Jugendalter notwendig. Es scheint vor allem sinnvoll, Jugendliche mit deutlich ausgeprägter sozialer Angst wie z. B. mit der Diagnose einer sozialen Phobie zu untersuchen und sie mit einer nichtängstlichen Kontrollgruppe zu vergleichen. Damit könnte man ein eindeutigeres Erscheinungsbild der sozialen Angst und ihren Reaktionskomponenten erhalten. Ferner erscheint es aufgrund der Befunde im Erwachsenenalter auch weise, die Jugendlichen mit sozialer Phobie anhand der Subgruppen (spezifische bzw. generalisierte soziale Phobie) zu differenzieren. Die weitere Forschung über soziale Angst im Jugendalter würde dann die bisher klaffende Informationslücke zwischen Kindheit und Erwachsenenalter schließen helfen.



## 9 ZUSAMMENFASSUNG

Ziel der vorliegenden Studie war es, das Erscheinungsbild der sozialen Angst bzw. deren situative Reaktionskomponenten im Jugendalter zu beschreiben. Soziale Ängste sind ganz allgemein gekennzeichnet durch ein Gefühl der Unsicherheit oder ängstlichen Unruhe in Gegenwart anderer Menschen oder in der negativen Erwartung bezüglich des Zusammenseins mit ihnen.

Die Erforschung der sozialen Angst bei Erwachsenen hat in den letzten Jahren weitgehend gesicherte Befunde über ihr Erscheinungsbild hervorgebracht. Wenig ist bislang über die soziale Angst im Kindes- und vor allem im Jugendalter bekannt. Erste Studien zeigen, dass soziale Ängste in dieser Entwicklungsphase sehr verbreitet sind und negative Auswirkungen im schulischen und familiären Umfeld mit sich bringen können.

Um dem multidimensionalen Charakter der sozialen Angst gerecht zu werden, sollte sie auf möglichst vielen Ebenen wie der kognitiven, der physiologischen, der motivationalen, der Gefühls- und der Ausdrucksebene erhoben werden.

Daher war das Hauptziel dieser Studie, die soziale Angst in einer *Angst auslösenden sozialen Situation* im Jugendalter auf diesen *fünf Ebenen* umfassend darzustellen. Dazu wurden die gezeigte soziale Kompetenz, die psychophysiologische Erregung, die Kognitionen, die subjektiven Gefühlseindrücke und die Vermeidungsmotivation erfasst und zueinander in Beziehung gesetzt. Die Untersuchungsstichprobe bestand aus Jugendlichen im Alter zwischen 11 und 14 Jahren.

Der Ablauf der Studie gliedert sich im Wesentlichen in zwei Untersuchungsabschnitte: in eine Fragebogenerhebung und eine experimentellen Untersuchung. In der experimentellen Untersuchung wurden die oben genannten Reaktionskomponenten mit Hilfe von unterschiedlichen Messmethoden erhoben. Wesentliches Element der experimentellen Untersuchung war eine Interaktionsaufgabe der jugendlichen Probanden. Erwachsene und jugendliche Beurteiler bewerteten die jugendlichen Probanden in der Interaktion hinsichtlich der gezeigten sozialen Kompetenz, der Ängstlichkeit, der Intelligenz, der Attraktivität und der Sympathie. Die Beurteilung der sozialen Kompetenz erfolgte zusätzlich mit einer ursprünglich für Erwachsene entwickelten *Ratingskala für soziale Kompetenz (RSK)*. Da diese Ratingskala bisher noch nicht bei einer jugendlichen Stichprobe angewendet wurde, war die Überprüfung ihrer Gütekriterien auch Aufgabe dieses Forschungsvorhabens.

Neben psychisch unauffälligen Jugendlichen wurden auch Jugendliche untersucht, die aufgrund psychischer Probleme stationäre Psychotherapie in Anspruch nahmen. Hier wurde der Frage nachgegangen, ob sich Jugendliche mit psychischen Störungen von Jugendlichen der nichtklinischen Kontrollgruppe in Abhängigkeit der sozialen Ängstlichkeit auf den oben genannten Reaktionskomponenten unterscheiden. Außerdem sollten Aussagen über die Auftretenshäufigkeit und Ausprägung sozialer Ängste bei Jugendlichen mit und ohne psychische Störung getroffen werden.

Die Ergebnisse weisen die *Ratingskala für soziale Kompetenz* auch bei Jugendlichen als reliables Beurteilungsverfahren aus. Zusätzlich gibt es Hinweise auf eine hohe konvergente Validität und darauf, dass die Kompetenz-Beurteilungen über die besonderen Bedingungen der Untersuchungssituation hinaus generalisierbar sind. Beim Vergleich der Beurteilungen von Jugendlichen und Erwachsenen ergaben sich gute Übereinstimmungen aber auch wichtige Unterschiede.

Wie erwartet korrelierten die Reaktionskomponenten der sozialen Angst nur gering miteinander. Eine Ursache dafür könnte die unterschiedliche Erhebungsmethodik (Fremd- und Selbstratings) sein, da nur wenig Übereinstimmung zwischen den Selbst- und Fremdratings gefunden wurde.

Das Ausmaß der in der Interaktionsaufgabe gezeigten *sozialen Kompetenz* hing im Gegensatz zu den Ergebnissen bei Erwachsenen und Kindern weder mit der Ausprägung der sozialen Ängstlichkeit als Trait noch mit der situativ empfundenen Angst zusammen. Hinsichtlich der *Herzrate* gab es keinen Zusammenhang zwischen der sozialen Ängstlichkeit und der Höhe der Herzrate in der Ruhebedingung - und auch keinen Zusammenhang hinsichtlich der Geschwindigkeit mit der sich die Herzrate während der Interaktionsaufgabe dem Niveau der Ruhebedingung annähert. Demgegenüber fand sich eine positive Beziehung zwischen der Differenz der Herzrate in der Interaktionsaufgabe zur Ruhebedingung und der sozialen Ängstlichkeit. Außerdem weisen die Ergebnisse darauf hin, dass Jugendliche mit klinisch bedeutsamer Ausprägung der sozialen Ängstlichkeit ihre eigene physiologische Erregungszunahme in Situationen mittlerer Erregung genauer wahrnehmen als andere Jugendliche. Je stärker die soziale Ängstlichkeit ausgeprägt ist, um so größer ist die Anzahl an negativen, selbstabwertenden *Gedanken* – die Anzahl der positiven Gedanken geht nicht mit der sozialen Ängstlichkeit einher. Weiterhin wird während der experimentellen Untersuchung in Abhängigkeit der sozialen Ängstlichkeit als Trait deutlich mehr *Angst erlebt* – das Ausmaß der empfundenen Ablehnung durch den Gesprächspartner ist davon nicht betroffen. Gleichzeitig ist die tatsächlich erlebte Angst weder von den jugendlichen noch von den erwachsenen Beurteilern von außen wahrnehmbar. Ferner konnte kein Zusammenhang zwischen der sozialen Ängstlichkeit als Trait und der *Vermeidungsmotivation* der Untersuchungsteilnehmer festgestellt werden.

Insgesamt gelten diese Ergebnisse sowohl bei Jugendlichen mit als auch ohne psychische Störungen. Zwischen der klinischen und der nichtklinischen Stichprobe gab es keine Unterschiede hinsichtlich der Reaktionskomponenten in Abhängigkeit der sozialen Ängstlichkeit. Bei jugendlichen Patienten ist die soziale Ängstlichkeit im Durchschnitt stärker ausgeprägt und nimmt häufiger sozialphobischen Charakter an als bei Jugendlichen der nichtklinischen Stichprobe.

Zusammenfassend kann man festhalten, dass die soziale Angst im Jugendalter in vieler Hinsicht dem Erscheinungsbild sozialer Angst bei Kindern und dem Erscheinungsbild bei Erwachsenen ähnlich ist.

## 10 LITERATUR

- Achenbach, T.M. & Edelbrock, C.S. (1983). *Manual for the child behavior checklist and revised child behavior profile*. Burlington: Queen City Printers.
- Achenbach, T.M. & Edelbrock, C.S. (1987). *Manual for the youth self report and profile*. Burlington: University of Vermont, Department of Psychiatry.
- Albano, A.M., DiBartolo, P.M., Heimberg, R.G. & Barlow, D.H. (1995). Children and adolescents: assessment and treatment. In Heimberg, R.G., Liebowitz, M.R., Hope, D.A. & Schneider, F.R. (Eds.), *Social phobia: diagnosis, assessment and treatment* (pp. 387-425). New York: Guilford Press.
- Allsopp, M. & Williams, T. (1991). Self-report measures of obsessionality, depression and social anxiety in a school population of adolescents. *Journal of Adolescents*, 14, 149-157.
- Amelang, M. & Bartussek, D. (1990). *Differentielle Psychologie und Persönlichkeitsforschung* (3. Aufl.). Stuttgart: Kohlhammer.
- American Psychiatric Association (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3th ed.) Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Washington, DC: Author.
- Amies, P.Z., Gelder, M.G. & Shaw, P.M. (1983). Social phobia: a comparative clinical study. *British Journal of Psychiatry*, 142, 174-179.
- Amminger, G., Mutschlechner, R. & Resch, F. (1994). Social competence and adolescent psychosis. *British Journal of Psychiatry*, 165, 273.
- Anderson, J.C., Williams, S., McGee, R. & Silva, P.A. (1987). DSM-III disorders in preadolescent children: prevalence in a large sample from the general population. *Archives of General Psychiatry*, 44, 69-76.
- Antony, M.M., Brown, T.A., Craske, M.G., Barlow, D.H., Mitchell, W.B. & Meadows, E.A. (1995). Accuracy of heartbeat perception in panic disorder, social phobia and nonanxious subjects. *Journal of Anxiety Disorders*, 9, 355-371.
- Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist (1998a). Elternfragebogen über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen; deutsche Bearbeitung der Child Behavior Checklist (CBCL/4-18). Einführung und Anleitung zur Handauswertung. 2. Auflage mit deutschen Normen, bearbeitet von M. Döpfner, J Plück; S. Bölte, P. Melchers & K. Heim. Köln: Arbeitsgruppe Kinder-, Jugend- und Familiendiagnostik (KJFD).

- Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist (1998b). Fragebogen für Jugendliche; deutsche Bearbeitung der Youth Self-Report Form der Child Behavior Checklist (YSR). Einführung und Anleitung zur Handauswertung. 2. Auflage mit deutschen Normen, bearbeitet von M. Döpfner, J Plück; S. Bölte, P. Melchers & K. Heim. Köln: Arbeitsgruppe Kinder-, Jugend- und Familiendiagnostik (KJFD).
- Argyle, M. (1988). *Bodily communication*. London: Methuen & Co.
- Asendorpf, J.B. (1989a). *Soziale Gehemmtheit und ihre Entwicklung*. Berlin: Springer.
- Asendorpf, J.B. (1989b). Shyness as a final common pathway for two different kinds of inhibition. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57, 481-492.
- Asendorpf, J.B. (1990). Development of inhibition during childhood: evidence for situational specificity and a two-factor model. *Developmental Psychology*, 26, 721-730.
- Asendorpf, J.B. (1992). Beyond temperament: a two-factorial coping model of the development of inhibition during childhood. In Rubin, K.H. & Asendorpf, J.B. (Eds.), *Social withdrawal, inhibition, and shyness in childhood* (pp. 265-289). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Asendorpf, J.B (1993a). Abnormal shyness in children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 34, 1069-1081.
- Asendorpf, J.B. (1993b). Social inhibition: a general-developmental perspective. In Traue, H.C. & Pennebaker, J.W. (Eds.), *Emotion, inhibition and health* (pp. 80-99). Göttingen: Hogrefe.
- Asendorpf, J.B. (1994). The malleability of behavioral inhibition: a study of individual developmental functions. *Developmental Psychology*, 30, 912-919.
- Asendorpf, J.B. & Meier, G.H. (1993). Personality effects on children's speech in everyday life: sociability mediated exposure and shyness-mediated reactivity to social situations. *Journal of Personality and Social Psychology*, 64, 1072-1083.
- Bailer, M. & Hautzinger, M. (1993). Psychosenrisiko und Sozialverhalten: Soziale Kompetenz und soziale Kontakte bei jungen Erwachsenen mit schizotypischen bzw. zykllothymen Merkmalen. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 12, 406-419.
- Baltissen R. & Sartory, G. (1998). Orientierungs-, Defensiv- und Schreckreaktionen in Grundlagenforschung und Anwendung. In Rösler, F. (Hrsg.), *Ergebnisse und Anwendungen der Psychophysiologie* (S. 1-45). Göttingen: Hogrefe.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84, 191-215.
- Beck, A.T., Emery, G. & Greenberg, R.L. (1985). *Anxiety disorders and phobias: a cognitive perspective*. New York: Basic Books.
- Beidel, D.C. (1988). Psychophysiological assessment of anxious emotional states in children. *Journal of Abnormal Psychology*, 97, 80-82.

- Beidel, D.C. (1989). Assessing anxious emotion: a review of psychophysiological assessment in children. *Clinical Psychology Review, 9*, 717-736.
- Beidel, D.C. (1991a). Social phobia and overanxious disorder in school age children. *Journal of American Academic Child and Adolescent Psychiatry, 30*, 545-552.
- Beidel, D.C. (1991b). Determining the reliability of psychophysiological assessment in childhood anxiety. *Journal of Anxiety Disorders, 5*, 139-150.
- Beidel, D.C., Christ, M.A. & Long, P.J. (1991). Somatic complaints in anxious children. *Journal of Abnormal Child Psychology, 19*, 659-670.
- Beidel, D.C., Neal, A.M. & Lederer, A.S. (1991). The feasibility and validity of a daily diary for the assessment of anxiety in children. *Behavior Therapy, 22*, 505-517.
- Beidel, D.C. & Randall, J. (1994). Social phobia. In Ollendick, N.J., King, N.J. & Yule, W. (Eds.), *International handbook of phobic and anxiety disorders in children and adolescents* (pp. 111-129). New York: Plenum Press.
- Beidel, D.C. & Turner, S.M (1998). *Shy children phobic adults: nature and treatment of social phobia*. Washington: American Psychological Association.
- Beidel, D.B., Turner, S.M. & Dancu, C.V. (1985). Physiological, cognitive and behavioral aspects of social anxiety. *Behavior Research Therapy, 23*, 109-117.
- Beidel, D.C., Turner, S.M. & Fink, C.M. (1996). Assessment of childhood social phobia: construct, convergent, und discriminative validity of the Social Phobia and Anxiety Inventory for Children (SPAI-C). *Psychological Assessment, 8*, 1-6.
- Beidel, D.C., Turner, S.M. & Morris, T.L. (1995). A new inventory to assess childhood social anxiety and phobia: the Social Phobia and Anxiety Inventory for Children. *Psychological Assessment, 7*, 73-79.
- Beidel, D.C, Turner, S.M. & Morris, T.L. (1999). Psychopathology of childhood social phobia. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 38*, 643-650.
- Beidel, D.C., Turner, S.M., Stanley, M.A. & Dancu, C.V. (1989). The Social Phobia and Anxiety Inventory: concurrent and external validity. *Behavior Therapy, 20*, 417-427.
- Biederman, J., Rosenbaum, J.F., Bolduc-Murphy, E.A., Faraone, S.V, Bolduc, E.A., Gersten, M., Meminger, S.R., Kagan, J., Snidman, N. & Reznick, J.S. (1990). Psychiatric correlates of behavioral inhibition in young children of parents with and without psychiatric disorders. *Archives of General Psychiatry, 47*, 21-26.
- Biederman, J., Rosenbaum, J.F., Bolduc-Murphy, E.A., Faraone, S.V, Faraone, S. V., Hirshfeld, D.R. & Kagan, J. (1993). A three-year follow-up of children with and without behavioral inhibition. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 32*, 814-821.

- Birbaumer, N. & Schmidt, R.F. (1999). *Biologische Psychologie*. Berlin, Heidelberg: Springer.
- Black, B. & Uhde, T.W. (1992). Elective mutism as a variant of social phobia. *Journal of American Academic Child and Adolescent Psychiatry*, 31, 1090-1094.
- Bögels, S.M & Zigterman, D. (2000). Dysfunctional cognitions in children with social phobia, separation anxiety disorder, and generalized anxiety disorder. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 28, 205-211.
- Böhler, H. (1999). *Ratings zur Einschätzung sozialer Kompetenz: Vergleich unterschiedlicher Zeitmodalitäten*. Unveröffentlichte Diplomarbeit, Ruprecht-Karls Universität Heidelberg.
- Bortz, J. & Döring, N. (1995). *Forschungsmethoden und Evaluation*. Heidelberg: Springer.
- Bortz, J., Lienert, G.A. & Boehnke, K. (1990). *Verteilungsfreie Methoden in der Biostatistik*. Berlin: Springer.
- Bösel, R. (1987). *Physiologische Psychologie (2. Aufl.)*. Berlin: de Gruyter.
- Bruch, M.A. & Cheek, J.M (1995). Developmental factors in childhood and adolescent shyness. In Heimberg, R.G., Liebowitz, M.R., Hope, D.A. & Schneider, F.R. (Eds.), *Social phobia: diagnosis, assessment and treatment* (pp. 163-182). New York: Guilford Press.
- Bruch, M.A., Giordano, S. & Pearl, L. (1986). Differences between fearful and self-conscious shy subtypes in background and current adjustment. *Journal of Research in Personality*, 20, 172-186.
- Bruch, M.A., Heimberg, R.G., Berger, P. & Collins, T.M. (1989). Social phobia and perspectives early parental and personal characteristics. *Anxiety Research*, 2, 57-65.
- Bruch, M.A. & Pearl, L. (1995). Attributional style and symptoms of shyness in a heterosocial interaction. *Cognitive Therapy and Research*, 19, 91-107.
- Bryk, A. & Raudenbush, S. (1992). *Hierarchical Linear Models: applications and data analysis methods*. Newbury Park, CA: Sage.
- Burns, G.L. & Farina, A. (1984). Social competence and adjustment. *Journal of Social and Personal Relationships*, 1, 99-113.
- Buss, A.H. (1980). *Self-consciousness and social anxiety*. San Fransisco: Freeman.
- Buss, A.H. (1986). Two kinds of shyness. In Schwarzer, R. (Ed.), *Self-related cognitions in anxiety and motivation* (pp. 65-76). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Cacioppo, J.T., Glass, C.R. & Merluzzi, T.V. (1979). Self-statments and self-evaluations: a cognitive-response analysis of herterosocial anxiety. *Cognitive Therapy and Research*, 3, 249-262.

- Cacioppo, J.T., Uchino, B.N., Crites, S.L., Snyder-Smith, M.A., Smith, G., Berntson, G.G. & Lang, P.J. (1992). Relationships between facial expressiveness and sympathetic activation in emotion: a critical review, with emphasis on modeling underlying mechanisms and individual differences. *Journal of Personality and Social Psychology*, 62, 110-128.
- Campos, J.J., Emde, R.N., Gaensbauer, T. & Henderson, C. (1975). Cardiac and behavioral interrelationships in the reaction of infants to strangers. *Developmental Psychology*, 11, 589-601.
- Cheek, J.M. & Buss, A.H. (1981). Shyness and sociability. *Journal of Personality and Social Psychology*, 41, 330-339.
- Cheek, J.M. & Melchior, L.A. (1990). Shyness, self-esteem, and self-consciousness. In Leitenberg, H. (Ed.), *Handbook of social and evaluative anxiety* (pp. 47-82). New York: Plenum Press.
- Cheek, J.M. & Watson, A.K. (1989). The definition of shyness: psychological imperialism or construct validity? *Journal of Social Behavior and Personality*, 4, 85-95.
- Clark, D.M. & Wells, A. (1995). A cognitive model of social phobia. In Heimberg, R.G., Liebowitz, M.R., Hope, D.A. & Schneider, F.R. (Eds.), *Social phobia: diagnosis, assessment and treatment* (pp. 69-93). New York: Guilford Press.
- Conger, J.C. & Farrell, A.D. (1981). Behavioral components of heterosocial skills. *Behavior Therapy*, 12, 41-55.
- Corr, P.J., Pickering, A.D. & Gray, J.A. (1997). Personality, punishment, and procedural learning: a test of J. A. Gray's anxiety theory. *Journal of Personality and Social Psychology*, 73, 337-344.
- Costello, E.J., Costello, A.J., Edelbrock, C., Burns, B.J., Dulcan, M.K., Brent, D. & Janiszewski, S. (1989). Psychiatric disorders in pediatric primary care. *Archives of General Psychiatry*, 45, 1107-1116.
- Curran, J.P., Farrell, A.D. & Grunberger, A.J. (1984). Social skills: a critique and a rapprochement. In Trower, P. (Ed.), *Radical approaches to social skill training* (pp. 16-47). Kent: Croom Helm Ltd.
- Darby, B.W. & Schlenker, B.R. (1986). Children's understanding of social anxiety. *Developmental Psychology*, 22, 633-639.
- Dilling, H., Mombour, W., Schmidt, M.H. (Hrsg.). (1993). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10, Kapitel V (2. korr. Aufl.)*. Weltgesundheitsorganisation. Bern: Hans Huber.
- Dodge, K.A., Pettit, G.S. & McClaskey, C.L., Brown, M.M. (1986). Social competence in children. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 51, (2, Serial No. 213).

- Dow, M.G. (1985). Peer validation and ideographic analysis of social skill deficits. *Behavior Therapy*, 16, 76-86.
- Ehlers, A. & Lüer, G. (1996). Pathologische Prozesse der Infoverarbeitung: kognitionspsychologische Interpretation von Depressionen und Angststörungen. In Ehlers, A. & Hahlweg, K. (Hrsg.), *Psychologische und biologische Grundlagen der Klinischen Psychologie. Enzyklopädie der Psychologie* (S. 351-403). Göttingen: Hogrefe.
- Ekman, P. (1984). Expression and the nature of emotion. In Scherer, K.R. & Ekman, P. (Ed.), *Approaches to emotion* (pp. 319-344). New Jersey: Erlbaum.
- Ekman, P. (1993). Facial expression and emotion. *American Psychologist*, 48, 384-392.
- Ekman, P. & Friesen, W.V. (1978). *The facial action coding system (FACS): a technique for the measurement of facial actions*. Paolo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Elkind, D. & Bowen, R. (1979). Imaginary audience behavior in children and adolescents. *Developmental Psychology*, 15, 38-44.
- Essau, C.A., Conradt, J. & Petermann, F. (1999). Frequency and comorbidity of social phobia and social fears in adolescents. *Behaviour Research and Therapy*, 37, 831-843.
- Esser, G. & Schmidt, M.H. (1987). Epidemiologie und Verlauf kinderpsychiatrischer Störungen im Schulalter. *Nervenheilkunde*, 6, 27-35.
- Evans, M.A. (1993). Communicative competence as a dimension of shyness. In Rubin, K.H. & Asendorpf, J.B. (Eds.), *Social withdrawal, inhibition, and shyness in childhood* (pp. 189-212). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Fingert, A.L., Monti, P.M. & Paxson, M. (1983). Relationships among social perception, social skill, and social anxiety of psychiatric patients. *Psychological Reports*, 53, 1175-1178.
- Francis, G. (1988). Assessing cognitions in anxious children. *Behavior Modification*, 12, 267-280.
- Francis, G., Last C.G. & Strauss, C.C. (1992). Avoidant disorder and social phobia in children and adolescents. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 31, 1086-1089.
- Francis, G. & Radka, D.L. (1995). Social anxiety in children and adolescents. In Stein, M.B. (Ed.), *Social phobia: clinical and research perspectives* (pp. 110-143). Washington DC: American Psychiatric Association.
- Frijda, N. (1986). *The emotions*. Cambridge and New York: Cambridge University Press.
- Frijda, N.H. (1996). Die Gesetze der Emotionen. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin*, 42, 205-222.



- Fydrich, T. (1996). *Komorbidität psychischer Störungen. Empirische Untersuchungen zu einem umstrittenen Konzept*. Unveröffentlichte Habilitationsschrift, Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg.
- Fydrich, T. & Bürgener, F. (1999). Ratingskalen für soziale Kompetenz. In Margraf, J. & Rudolf, K. (Hrsg.), *Soziale Kompetenz - soziale Phobie: Anwendungsfelder, Entwicklungslinien, Erfolgsaussichten* (S. 81-98). Baltmannsweiler: Schneider-Verlag Hohengehren.
- Fydrich, T., Chambless, D.L., Perry, K., Bürgener, F. & Beazley, M. (1998). Behavioural assessment of social performance: a rating system for social phobia. *Behaviour Research and Therapy*, 36, 995-1010.
- Garcia-Coll, C., Kagan, J. & Reznick, J.S. (1984). Behavioral inhibition in young children. *Child Development*, 55, 1005-1019.
- Ginsburg, G.S., La Greca, A.M. & Silverman, W.K. (1998). Social anxiety in children with anxiety disorders: relation with social and emotional functioning. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 26, 175-185.
- Glass, C.R., Merluzzi, T.V., Biever, J.C. & Larsen, K.H. (1982). Cognitive assessment of social anxiety: development and validation of a self-statement questionnaire. *Cognitive Therapy and Research*, 6, 37-55.
- Gramer, M. & Huber, H.P. (1994). Individual variability in task-specific cardiovascular response patterns during psychological challenge. *The German Journal of Psychology*, 18, 1-17.
- Gray, J.A. (1978). The neuropsychology of anxiety. *British Journal of Psychology*, 69, 417-434.
- Gray, J.A. (1982). *The neuropsychology of anxiety*. New York: Oxford University Press.
- Gray, J.A. (1988). The neuropsychological basis of anxiety. In Last, C.G. & Hersen, M. (Eds.), *Handbook of anxiety disorders* (pp. 10-37). New York: Pergamon Press.
- Gray, J.A. (1995). A model of the limbic system and basal ganglia: applications to anxiety and schizophrenia. In Gazzaniga, M.S. (Ed.), *The cognitive neurosciences* (pp. 1165-1176). Cambridge: MIT Press.
- Gresham, F.M. (1986). Conceptual issues in the assessment of social competence in children. In Strain, P., Guralnick, M. & Walker, H. (Eds.), *Children's social behavior: development, assessment, and modification* (pp. 143-179). New York: Academic Press.
- Gullotta, T.P., Adams, G.R. & Montemayor, R. (Eds.). (1990). *Developing social competency in adolescence*. London: Sage Publications.
- Hamm, A.O. (1995). Zur Psychophysiologie von Emotionen. In Petzold, H. (Hrsg.), *Die Wiederentdeckung des Gefühls* (S. 83-118). Paderborn: Junfermann Verlag.

- Hamm, A.O. (1997). *Furcht und Phobien: psychophysiologische Grundlagen und klinische Anwendungen*. Göttingen: Hogrefe Verlag.
- Hamm, A.O. & Vaitl, D. (1993). Emotionsinduktion durch visuelle Reize: Validierung einer Stimulationsmethode auf drei Reaktionsebenen. *Psychologische Rundschau*, 44, 143-161.
- Hayward, C., Killen, J.D., Kraemer, H.C. & Taylor, C.B. (1998). Linking self-reported childhood behavioral inhibition to adolescent social phobia. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 37, 1308-1316.
- Heimberg, R.G., Hope, D.A., Dodge, C.S. & Becker, R.E. (1990). DSM-III-R subtypes of social phobia. Comparison of generalized social phobics and public speaking phobics. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 178, 172-179.
- Heimberg, R.G., Juster, H.R., Hope, D.A. & Mattia, J.I. (1995). Cognitive behavior group treatment: description, case presentation, and empirical support. In Stein, M.B. (Ed.), *Social phobia: clinical and research perspectives* (pp. 293-321). Washington DC: American Psychiatric Association.
- Heimberg, R.G., Liebowitz, M.R., Hope, D.A. & Schneider, F.R. (1995). *Social phobia: diagnosis, assessment and treatment*. New York: Guilford Press.
- Herkner, W. (1991). *Lehrbuch der Sozialpsychologie (5. korr. und stark erw. Auflage)*. Huber: Bern.
- Hinsch, R. & Pfingsten U. (1998). *Gruppentraining sozialer Kompetenzen (3. Aufl.)*. Weinheim: Beltz.
- Hofmann, S.G., Ehlers, A., Newmann, M.G. & Roth, W.T. (1995). Psychophysiological differences between subgroups of social phobia. *Journal of Abnormal Psychology*, 104, 224-231.
- Hofmann, S.G. & Roth, W.T. (1996). Issues related to social anxiety among controls in social phobia research. *Behavior Therapy*, 27, 79-91.
- Holt, C.S., Heimberg, R.G. & Hope, D.A., Liebowitz, M.R. (1992). Situational domains of social phobia. *Journal of Anxiety Disorder*, 6, 63-77.
- Hope, D.A., Heimberg, R.G. & Klein, J.F. (1990). Social anxiety and the recall of interpersonal information. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 4, 185-195.
- Inderbitzen, H.M., Walters, K.S. & Bukowski, A.L. (1997). The role of social anxiety in adolescent peer relations: differences among sociometric status groups and rejected subgroups. *Journal of Clinical Child Psychology*, 26, 338-348.
- Izard, C.E. (1972). *Patterns of emotions*. New York: Academic Press.
- Johansson, J. & Öst, L.G. (1982). Perception of autonomic reactions and actual heart rate in phobic patients. *Journal of Behavioral Assessment*, 4, 133.

- Jones, W. H., Briggs, S. R. & Smith, T.G. (1986). Shyness: conceptualization and measurement. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51, 629-639.
- Jones, W.H., Cheek, J.M. & Briggs, S.R. (Eds.). (1985). *Shyness: perspectives on research and treatment*. New York: Plenum.
- Kagan, J. (1989). Temperament contributions to social behavior. *American Psychologist*, 44, 668-674.
- Kagan, J. (1997). Temperament and the reactions to unfamiliarity. *Child Development*, 68, 139-143.
- Kagan, J. & Reznick, S. (1986). Shyness and temperament. In Jones, W.H., Cheek, J.M. & Briggs, S.R. (Eds.), *Shyness: perspectives on research and treatment* (pp. 81-90). New York: Plenum Press.
- Kagan, J., Reznick, J.S., Clarke, C., Snidman, N. & Garcia-Coll, C. (1984). Behavioral inhibition to the unfamiliar. *Child Development*, 55, 2212-2225.
- Kagan, J., Reznick, J.S. & Snidman, N. (1987). The physiology and psychology of behavioral inhibition in children. *Child Development*, 58, 1459-1473.
- Kagan, J., Reznick, J.S. & Snidman, N. (1988). Biological bases of childhood shyness. *Science*, 240, 167-171.
- Kagan, J. & Snidman, N. (1999). Early childhood predictors of adult anxiety disorders. *Biological Psychiatry*, 46, 1536-1541.
- Kessler, R.C., McGonagle, K.A., Zhao, A., Nelson, C.B., Hughes, M., Eshleman, S., Wittchen, H. & Kendler, K.S. (1994). Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. *Archives of General Psychiatry*, 51, 8-19.
- Krause, K. (2000). *Verbale und nonverbale Komponenten sozialer Kompetenz - Überprüfung der Ratingskalen für verbale bzw. (nonverbale) soziale Kompetenz an einer klinischen Stichprobe*. Unveröffentlichte Diplomarbeit, Ruprecht-Karls Universität Heidelberg.
- Krause, R. (1998). *Allgemeine Psychoanalytische Krankheitslehre, Band 2: Modelle*. Stuttgart: Kohlhammer.
- La Greca, A.M. & Stone W.L. (1993). Social Anxiety Scale for Children-Revised: factor structure and concurrent validity. *Journal of Clinical Child Psychology*, 22, 17-27.
- Lang, P.J. (1968). Fear reduction and fear behavior: problems in treating a construct.. In Shlien, J.M. (Eds.), *Research in psychotherapy* (pp. 90-103). Washington, DC: American Psychological Association.
- Lang, P.J. (1984). Cognition in emotion: concept and action. In Izard, C., Kagan, J. & Zajonc, R. (Eds.), *Emotion, cognition and behavior* (pp. 1-61). New York: Cambridge University Press.

- Lang, P.J. (1985). The cognitive psychophysiology of emotions: fear and anxiety. In Tuma, A.H. & Maser, J.D. (Eds.), *Anxiety and the anxiety disorders* (pp. 131-170). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Lang, P.J. (1993). The three-system approach to emotion. In Birbaumer, N. & Öhman, A. (Eds.), *The structure of emotion* (pp. 18-30). Seattle: Hogrefe & Huber Publisher.
- Lang, P.J., Greenwald, M.K., Bradley, M.M. & Hamm, A.O. (1993). Looking at pictures: affective, facial, visceral, and behavioral reaction. *Psychophysiology*, 30, 261-273.
- Lang, P.J., Levin, D.N., Miller, G.A. & Kozak, M.J. (1983). Fear behavior, fear imagery and psychophysiology of emotion: the problem of affective response integration. *Journal of Abnormal Psychology*, 92, 276-306.
- Last C.G., Perrin S., Hersen, M. & Kazdin, A.E. (1992). DSM-III-R anxiety disorders in children: sociodemographic and clinical characteristics. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 29, 31-35.
- Last C.G. & Strauss, C.C. (1990). School refusal in anxiety disordered children and adolescents. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 29, 31-35.
- Lazarus, P.J. (1982). Incidence of shyness in elementary-school age children. *Psychological Reports*, 51, 904-906.
- Lazarus, R.S. (1968). Emotions and adaption: conceptual and empirical relations. In Arnold, W.J. (Eds.), *Nebraska Symposium of Motivation* (pp. 175-270). Lincoln, Ne: University of Nebraska Press.
- Leary, M.R. (1986). Affective and behavioral components of shyness. In Jones, W.H., Cheek, J.M. & Briggs, S.R. (Eds.), *Shyness: perspectives on research and treatment* (pp. 27-38). New York: Plenum Press.
- Leary, M.R. & Kowalski, R.M. (1995). *Social anxiety*. New York, London: Guilford Press.
- Lépine, J.-P. & Simon, V. (1998). Überlegungen zum Begriff der Schüchternheit. In Katschnig, H., Demal, U. & Windhaber, J. (Hrsg.), *Wenn Schüchternheit zur Krankheit wird* (S. 47-53). Wien: Facultas.
- Levin, A.P., Schneider, F.R. & Liebowitz, M.R. (1989). Social phobia: biology and pharmacology. *Clinical Psychology Review*, 9, 129-140.
- Levin, A.P., Saoud, J.B., Straumann, T., Gorman, J.M., Fyer, A., Crawford, R. & Liebowitz, M.R. (1993). Responses of "generalized" and "discrete" social phobics during public speaking. *Journal of Anxiety Disorders*, 7, 207-221.

- Lösel, F., Bliesener, T. & Köferl, P. (1991). Erlebens- und Verhaltensprobleme bei Jugendlichen: Deutsche Adaptation und kulturvergleichende Überprüfung der Youth Self-Report Form der Child Behavior Checklist. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 20, 22-51.
- Lucock, M.P. & Salkovskis, P.M. (1988). Cognitive factors in social anxiety and its treatment. *Behavior Research Therapy*, 26, 297-302.
- Lutz, R., Heyn, C. & Kommer, D. (1995). Fragebogen zur elterlichen Bindung. In Lutz, R. & Mark, N. (Hrsg.), *Wie gesund sind Kranke? Zur seelischen Gesundheit psychisch Kranker* (S. 183-199). Göttingen: Hogrefe.
- March, J.S. (Ed.). (1995). *Anxiety disorders in children and adolescents*. New York: Guilford Press.
- Margraf, J. & Rudolf, K. (Hrsg.). (1999). *Soziale Kompetenz - soziale Phobie: Anwendungsfelder, Entwicklungslinien, Erfolgsaussichten* (2. Aufl.). Baltmannsweiler: Schneider-Verlag Hohengehren.
- Matheny, A.P. (1989). Children's behavioral inhibition over age and across situations: genetic similarity for a trait during change. *Journal of Personality*, 57, 215-235.
- McCroskey, J.C., Andersen, J.F., Richmond, V.P. & Weeless, L.R. (1981). Communication apprehension of elementary and secondary students and their teachers. *Communication Education*, 30, 122-132.
- McCroskey, J.C. & Beatty, M.J. (1986). Oral communication apprehension. In Jones, W.H., Cheek, J.M. & Briggs, S.R. (Eds.), *Shyness: perspectives on research and treatment* (pp. 279-293). New York: Plenum Press.
- McEwan, K.L. & Devins, G.M. (1983). Is increased arousal in social anxiety noticed by others? *Journal of Abnormal Psychology*, 92, 417-421.
- McNeil, D.W., Vrana, S.R., Melamed, B.G., Cuthbert, B.N. & Lang, P.J. (1993). Emotional imagery in simple and social phobia: fear versus anxiety. *Journal of Abnormal Psychology*, 102, 212-225.
- Melfsen, S. (1998). Die deutsche Fassung der Social Anxiety Scale for Children Revised (SASC-R-D): Psychometrische Eigenschaften und Normierung. *Diagnostica*, 44, 153-163.
- Melfsen, S.S. (1999). *Sozial ängstliche Kinder: Untersuchungen zum mimischen Ausdrucksverhalten und zur Emotionserkennung*. Marburg: Tectum Verlag.
- Melfsen, S., Florin, I. & Walter, H.-J. (1999). Die deutsche Fassung des Social Phobia and Anxiety Inventory for Children (SPAI-C-D): Psychometrische Eigenschaften und Normierung. *Diagnostica*, 45, 95-103.
- Merrell, K.W. (1998). Assessing social skills and peer relations. In Vance, H.B. (Ed.), *Psychological assessment of children* (pp. 246-276). New York: John Wiley.

- Miller, S.M., Boyer, B.A. & Rodoletz, M. (1990). Anxiety in children - nature and development. In Lewis, M. & Miller, S.M. (Eds.), *Handbook of Developmental Psychopathology* (pp. 191-207). New York: Plenum Press.
- Monti, P.M., Boice, R., Fingert, A.L., Zwick, W.R., Kolko, D., Munroe, S. & Grunberger, A. (1984). Midi-level measurement of social anxiety in psychiatric and non-psychiatric samples. *Behavior Research and Therapy*, 22, 651-660.
- National Institute of Mental Health. (1992). *Diagnostic Interview Schedule for Children (DISC) (Version 2.3)*. New York: Author.
- Oerter, R., Montada & L. (Hrsg.). (1995). *Entwicklungspsychologie (3. Aufl.)*. Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Ollendick, T.H., Francis, G. & Hart, K.J. (1985). Correlates of adult and child perceptions of social competency. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 13, 129-141.
- Ollendick, T.H. & King, N.J. (1991). Fears and phobias in childhood. In Herbert, M. (Ed.), *Clinical child psychology* (pp. 309-329). Chichester: Wiley.
- Petermann, U. & Petermann, F. (1994). *Training mit sozial unsicheren Kindern: Elterntraining, Kindergruppen, Elternberatung (5. Aufl.)*. Weinheim: Beltz.
- Petermann, F. & Walter, H.-J. (1989). Wirkungsanalyse eines Verhaltenstrainings mit sozial unsicheren, mehrfach beeinträchtigten Kindern. *Praxis Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 38, 118-125.
- Peterson, G.W. & Leigh, G.K. (1990). The family and the social competence in adolescence. In Gullotta, T.P., Adams, G.R. & Montemayor, R. (Eds.), *Developing social competency in adolescence* (pp. 97-138). London: Sage Publications.
- Pilkonis, P.A. (1977). The behavioral consequences of shyness. *Journal of Personality*, 45, 596-611.
- Pilkonis, P.A., Feldman, H., Himmelhoch, J. & Cornes, C. (1980). Social anxiety and psychiatric diagnosis. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 165, 13-18.
- Pollard, C.A. & Cox, G.L. (1988). Social-evaluative anxiety in panic disorder and agoraphobia. *Psychological Reports*, 62, 323-326.
- Quenter, A. (1999). *Ratings zur Einschätzung sozialer Kompetenz: Vergleich unterschiedlicher Trainingsmodalitäten*. Unveröffentlichte Diplomarbeit, Ruprecht-Karls Universität Heidelberg.
- Rabiner, D.L., Keane, S.P. & MacKinnon-Lewis, C. (1993). Children's beliefs about familiar and unfamiliar peers in relation to their socioeconomic status. *Developmental Psychology*, 29, 236-243.
- Rapee, D.M. (1995). Descriptive psychopathology of social phobia. In Heimberg, R.G., Liebowitz, M.R., Hope, D.A. & Schneider, F.R. (Eds.), *Social phobia: diagnosis, assessment and treatment* (pp. 41-66). New York: Guilford Press.

- Rapee, R.M. & Lim, L. (1992). Discrepancy between self- and observer ratings of performance in social phobics. *Journal of Abnormal Psychology*, 101, 728-731.
- Reinhard, H.G. (1992). Angst im Kindes- und Jugendalter. In Müller, U. (Hrsg.), *Angst und Angsterkrankungen* (S. 91-103). Regensburg: Roderer.
- Remschmidt, H. (1997). Angstsyndrome. In Remschmidt, H. (Hrsg.), *Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter* (S. 198-219). Stuttgart: Thieme.
- Remschmidt, H. & Walter, R. (1990). Psychische Auffälligkeiten bei Schulkindern. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie*, 18, 121-132.
- Renneberg, B. (1997). *Prozesse der Emotionsregulation bei Patientinnen mit Borderline Persönlichkeitsstörungen*. DFG-Forschungsantrag. Unveröffentlichtes Manuskript, Ruprecht-Karls Universität Heidelberg.
- Resch, F. (1998). Stigma, Minderwertigkeitsgefühl und soziale Ängste bei Kindern und Jugendlichen. In Katschnig, H., Demal, U. & Windhaber, J. (Hrsg.), *Wenn Schüchternheit zur Krankheit wird* (S. 81-89). Wien: Facultas.
- Resch, F. (1999). *Entwicklungspsychopathologie des Kindes- und Jugendalters* (2. überarb. und erw. Aufl.). Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Resch, F. & Koch, E. (1995). Adoleszentenkrisen - Adoleszentenpsychosen. In Frischenschlager, O., Hexel, M., Kantner-Rumplmair, W., Ringler, M., Söllner, W. & Wisiak, U.V. (Hrsg.), *Lehrbuch der Psychosozialen Medizin* (S. 489-501). Wien: Springer.
- Reznick, J.S., Kagan, J., Snidman, N., Gersten, M., Baak, K. & Rosenberg, A. (1986). Inhibited and uninhibited children: a follow-up study. *Child Development*, 57, 600-680.
- Robinson, J.L., Kagan, J., Reznick, J.S. & Corley, R. (1992). The heritability of inhibited and uninhibited behavior: a twin study. *Developmental Psychology*, 28, 1030-1037.
- Röder, B. & Margraf, J. (1999). Kognitive Verzerrungen bei sozial ängstlichen Personen. In Margraf, J. & Rudolf, K. (Hrsg.), *Soziale Kompetenz - soziale Phobie: Anwendungsfelder, Entwicklungslinien, Erfolgsaussichten* (S. 61-80). Baltmannsweiler: Schneider-Verlag Hohengehren.
- Roseman, I.J. (1984). Cognitive determinants of emotion: a structural theory. In Shaver, P. (Ed.), *Review of personal and social psychology, Vol. 5: Emotions, relationships, and health* (pp. 11-36). Beverly Hills, CA: Sage Publications.
- Rothbart, M.K. & Mauro, J.A. (1990). Temperament, behavioral inhibition, and shyness in childhood. In Leitenberg, H. (Eds.), *Handbook of social and evaluation anxiety* (pp. 139-160). New York: Plenum Press.
- Rothenberger, A. (1998). Psychophysiologische Erforschung der kindlichen Entwicklung. In Rösler, F. (Hrsg.), *Ergebnisse und Anwendungen der Psychophysiologie* (S. 345-402). Göttingen: Hogrefe.

- Rubin, K.H. & Asendorpf, J.B. (Eds.). (1993). *Social withdrawal, inhibition, and shyness in childhood*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Rubin, K.H. & Asendorpf, J.B. (1993). Social withdrawal, inhibition, and shyness in childhood: conceptual and definitional issues. In Rubin, K.H. & Asendorpf, J.B. (Eds.), *Social withdrawal, inhibition, and shyness in childhood* (pp. 3-18). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Rubin, K.H., LeMare, L.J. & Lollis, S. (1990). Social withdraw in childhood: developmental pathways to peer rejection. In Asher, S.R. & Coie, J.D. (Eds.), *Peer rejection in childhood* (pp. 217-249). Cambridge: Cambridge University Press.
- Rubin, K.H. & Mills, R.S.L. (1988). The many faces of social isolation in childhood. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 916-924.
- Russell, J.A. (1980). A circumplex model of affect. *Journal of Personality and Social Psychology*, 39, 1161-1178.
- Russell, D., Cutrona, C.E. & Jones, W.H. (1986). A trait-situational analysis of shyness. In Jones, W.H., Cheek, J.M. & Briggs, S.R. (Eds.), *Shyness: perspectives on research and treatment* (pp. 239-249). New York: Plenum Press.
- Saß, H., Wittchen, H.-U., Zaudig, M. & Houben, I. (Hrsg.). (1998). *Diagnostische Kriterien des Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen DSM-IV (2. verb. Aufl.)*. Göttingen: Hogrefe.
- Schachter, S. & Singer, J.E. (1962). Cognitive, social, and physiological determinants of emotional states. *Psychological Review*, 69, 379-399.
- Schandry, R. (1989). *Lehrbuch Psychophysiologie: körperliche Indikatoren psychischen Geschehens (2. Aufl.)*. Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Scheider, K., Walter, R. & Remschmidt, H. (1991). Untersuchungen zur Validität einer deutschen Version der Child-Behavior Checklist (CBCL). *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 20, 52-64.
- Scherer, K.R. (1982). Emotion as process: function, origin and regulation. *Social Science Information*, 21, 550-570.
- Scherer, K.R. (1986). Vocal affects expression: a review and a model for future research. *Psychological Bulletin*, 99, 143-165.
- Scherer, K.R. (1990). Theorien und aktuelle Probleme der Emotionspsychologie. In Scherer, K.R. (Hrsg.), *Enzyklopädie der Psychologie: Psychologie der Emotionen, Band 3* (S. 1-38). Göttingen: Hogrefe.
- Schlenker, B.R. & Leary, M.R. (1982). Social anxiety and self-presentation: a conceptualization and model. *Psychological Bulletin*, 92, 641-669.
- Schmidt, M.H. & Blanz, B. (1989). Angstsyndrome im Kindes- und Jugendalter. *Acta Paedopsychiatrica*, 52, 36-43.



- Schmidt-Atzert, L. (1996). *Lehrbuch der Emotionspsychologie*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Schneider, S. (1994). Angstdiagnostik bei Kindern. *Kindheit und Entwicklung*, 3, 164-171.
- Schowalter, M. (1997). *Retest-Reliabilität und Retest-Effekte des diagnostischen Rollenspiels zur Erfassung von sozialer Kompetenz*. Unveröffentlichte Diplomarbeit, Ruprecht-Karls Universität Heidelberg.
- Schwartz, C.E., Snidman, N. & Kagan, J. (1996). Early childhood temperament as a determinant of externalizing behavior in adolescence. *Development and Psychopathology*, 8, 527-537.
- Schwartz, C.E., Snidman, N. & Kagan, J. (1999). Adolescent social anxiety as an outcome of inhibited temperament in childhood. *Journal of American Academic Child and Adolescent Psychiatry*, 38, 1008-1015.
- Shrout, P.E. & Fleiss, J.L. (1979). Intraclass correlations: use in assessing rater reliability. *Psychological Bulletin*, 86, 420-428.
- Simmons, R., Rosenberg, F. & Rosenberg, M. (1973). Disturbance in the self-image at adolescence. *American Sociological Review*, 38, 553-568.
- Smith, C.A. & Ellsworth, P.C. (1985). Patterns of cognitive appraisal in emotion. *Journal of Personality and Social Psychology*, 48, 813-838.
- Spielberger, C.D. (1973). *State-Trait Anxiety Inventory for Children (STAIC)*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists.
- Sroufe, L.,A. & Waters, E. (1977). Heart rate as a convergent measure in clinical and developmental research. *Merrill-Palmer Quarterly*, 23, 3-27.
- Stein, M.B., Asmundson, J.G. & Chartier, M. (1994). Autonomic responsivity in generalized social phobia. *Journal of Affective Disorder*, 31, 211-221.
- Stemmler, G., Schäfer, H. & Marwitz, M. (1992). Zum Konzept und zu den Operationalisierungen von Stilen der Ärgerverarbeitung. In Hodapp, V. & Schwenkmezger, P. (Hrsg.), *Ärger und Ärgerausdruck* (S. 77-111). Bern: Huber.
- Stiensmeier-Pelster, J., Schuermann, M. & Duda, K. (1989). *Depressionsinventar für Kinder und Jugendliche (DIKJ)*. Göttingen: Hogrefe.
- Stifter, C.A., Spinrad, T.L. & Braungart-Rieker, J.M. (1999). Toward a developmental model of child compliance: the role of emotion regulation in infancy. *Child Development*, 70, 21-32.
- Stopa, L. & Clark, D.M. (1993). Cognitive processes in social phobia. *Behavior Research Therapy*, 31, 255-267.
- Strauss, C.C. & Last C.G. (1993). Social and simple phobia in children. *Journal of Anxiety Disorders*, 7, 141-152.

- Striegel-Moore, R.H., Silberstein, L.R. & Rodin J. (1993). The social self in bulimia nervosa: public self-consciousness, social anxiety, and perceived fraudulence. *Journal of Abnormal Psychology, 102*, 297-303.
- Tagney, J.P., Wagner, P.E., Gavlas, J.R. & Gramzov. R. (1991). *The Test of Self-conscious Affect for Adolescents (TOSCA)*. Fairfax, VA: Mason University.
- Trower, P. (1980). Situational analysis of the components and processes of behavior of socially skilled and unskilled patients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 48*, 327-339.
- Trower, P., Bryant, B. & Argyle, M. (1978). *Social skills and mental health*. Pittsburgh: The University of Pittsburgh Press.
- Turner, R.M., Meles, D. & DiTomasso, R. (1983). Assessment of social anxiety: a controlled comparison among social phobics, obsessive-compulsives, agoraphobics, sexual disorders and simple phobics. *Behavior Research and Therapy, 21*, 181-183.
- Turner, S.M. & Beidel, D. C. (1985). Empirically derived subtypes of social anxiety. *Behavior Therapy, 16*, 384-392.
- Turner, S.M., Beidel, D.C., Dancu, C.V. & Keys, D.J. (1986). Psychopathology of social phobia and comparison to avoidant personality disorder. *Journal of Abnormal Psychology, 95*, 389-394.
- Turner, S.M., Beidel, D.C. & Larkin, K.T. (1986). Situational determinants of social anxiety in clinic and nonclinic samples: physiological and cognitive correlates. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 54*, 523-527.
- Turner, S.M., Beidel, D.C., Dancu, C.V. & Stanley, M.A. (1989). An empirical derived inventory to measure social fears and anxiety: the Social Phobia and Anxiety Inventory. *Psychological Assessment: A Journal of Consulting and Clinical Psychology, 1*, 35-40.
- Turner, S.M., Beidel, D.C. & Townsley, R.M. (1990). Social phobia: relationship to shyness. *Behavior Research Therapy, 28*, 497-505.
- Turner, S.M., Beidel, D.C. & Townsley, R.M. (1992). Social phobia: a comparison of specific and generalized subtypes and avoidant personality disorder. *Journal of Abnormal Psychology, 101*, 326-331.
- Turner, S.M., Beidel, D.C. & Wolff, P.L. (1996). Is behavioral inhibition related to anxiety disorders? *Clinical Psychological Review, 16*, 157-172.
- Unnewehr, S. (1992). *Psychische Störungen und Angstsensivität bei Kindern von Patienten mit einem Paniksyndrom*. Unveröffentlichte Dissertation, Philipps-Universität Marburg
- Unnewehr, S., Schneider, S. & Margraf, J. (1998). *Kinder-DIPS: diagnostisches Interview bei psychischen Störungen im Kindes- und Jugendalter*. Berlin: Springer.

- Vasey, M.W. (1995). Social anxiety disorders. In Eisen, A.R., Kearney, C.A. & Schaeffer, C.E. (Eds.), *Clinical handbook of anxiety disorders in children and adolescents* (pp. 131-168). Northvale, NJ: Jason Aronson.
- Verhulst, F.C., van der Ende, J., Ferdinand, R.F. & Kasius, M.C. (1997). The prevalence of DSM-III-R diagnosis in a national sample of Dutch adolescents. *Archives of General Psychiatry*, 54, 329-336.
- Vernberg, E.M., Abwender, D.A., Ewell, K.K. & Beery, S.H. (1992). Social and peer relationships in early adolescence: a prospective analysis. *Journal of Clinical Child Psychology*, 21, 189-196.
- Vossel, G. & Zimmer, H. (1998). *Grundriß der Psychologie: Psychophysiologie*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Walter, R., Renschmidt, H. & Deimel, W. (1994). Gütekriterien und Normierung einer deutschen Version des Youth Self-Report. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie*, 22, 23-38.
- Weiner, B. (1982). The emotional consequences of causal attribution. In Clark, M.S. & Fiske, S.T. (Eds.), *Affect and cognition* (pp. 185-209). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Weinert, F.E. & Schneider, W. (1986). *First report on the Munich Longitudinal Study on the Genesis of individual Competencies (LOGIC)*. Forschungsbericht. München: Max-Planck-Institut für psychologische Forschung.
- Wenar, C. (1990). Childhood fears and phobias. In Lewis, M. & Miller, S.M. (Eds.), *Handbook of developmental psychopathology* (pp. 281-290). New York: Plenum Press.
- Wittchen, H.-U. & Perkonig, A. (1996). Epidemiologie psychischer Störungen - Grundlagen, Häufigkeit, Risikofaktoren und Konsequenzen. In Ehlers, A. & Hahlweg, K. (Hrsg.), *Grundlagen der Klinischen Psychologie - Enzyklopädie der Psychologie* (S. 69-144). Göttingen: Hogrefe.
- Wittchen, H.-U. & Pfister, H. (1996). *DIA-X-Manual: Instrumentsmanual zur Durchführung von DIA-X-Interviews*. Frankfurt: Swets and Zeitlinger.
- Wittchen, H.-U., Stein, M.B. & Kessler, R.C. (1999). Social fears and social phobia in community sample of adolescents and young adults: prevalence, risk factors and comorbidity. *Psychological Medicine*, 29, 309-323.
- Zimbardo, P.G. (1977). *Shyness*. Reading, Ma: Addison-Wesley.
- Zimbardo, P.G. (1986). The Stanford Shyness Project. In Jones, W.H., Cheek, J.M. & Briggs, S.R. (Eds.), *Shyness: perspectives on research and treatment* (pp. 17-26). New York: Plenum Press.
- Zimbardo, P.G., Pilkonis, P.A. & Norwood, R. (1975). The social disease called shyness. *Psychology Today*, 8, 68-72.

## 11 ANHANG

### **Fragebogen:**

- Elternfragebogen (Skala „soziale Kompetenz“ und „Aktivitäten“ der CBCL-Elternversion + Elternskalen)
- SPAI-C-D
- Selbstbildfragebogen
- McCroskey Shyness Scale

### **Verfahren der Mehrebenen-Untersuchung:**

- Anspannungs-Fragebogen + Interaktions-Fragebogen
- SISST-J

### **Auswertung der Rollenspiele:**

- Rating-Fragebogen der jugendlichen Beurteiler
- Ratingskala für soziale Kompetenz (RSK)

Ausführlicherer Anhang mit allen Fragebogen, Anträgen etc. bei der Verfasserin und bei den Gutachtern

**Liebe Mutter, lieber Vater!**

Bitte füllen Sie diesen Fragebogen danach aus, wie Sie das Verhalten Ihres Kindes einschätzen, auch wenn andere Personen vielleicht nicht damit übereinstimmen. Sie können zusätzliche Bemerkungen dazu schreiben, wenn es Ihnen erforderlich erscheint.

1) Nennen Sie bitte die Sportarten, die Ihre Kind am liebsten ausübt, z. B. Fußball, Radfahren usw.

- keine  
 a) \_\_\_\_\_  
 b) \_\_\_\_\_  
 c) \_\_\_\_\_

Wie viel Zeit verbringt Ihr Kind mit dieser Sportart, verglichen mit Gleichaltrigen?

Wie gut beherrscht ihr Kind diese Sportart, verglichen mit Gleichaltrigen?

	<i>Ich weiß es nicht</i>	<i>weniger</i>	<i>gleich viel</i>	<i>mehr</i>
a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	<i>Ich weiß es nicht</i>	<i>weniger gut</i>	<i>gleich gut</i>	<i>besser</i>
a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2) Nennen Sie bitte die Lieblingsaktivitäten, Hobbies oder Spiele Ihres Kindes, z. B. Klavierspielen, Briefmarkensammeln usw. (außer Sport, Radiohören, Fernsehen)

- keine  
 a) \_\_\_\_\_  
 b) \_\_\_\_\_  
 c) \_\_\_\_\_

Wie viel Zeit verbringt Ihre Kind mit damit, verglichen mit Gleichaltrigen?

Wie gut beherrscht Ihr Kind diese Aktivität, verglichen mit Gleichaltrigen?

	<i>Ich weiß es nicht</i>	<i>weniger</i>	<i>gleich viel</i>	<i>mehr</i>
a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	<i>Ich weiß es nicht</i>	<i>weniger gut</i>	<i>gleich gut</i>	<i>besser</i>
a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3) Gehört Ihr Kind irgendwelchen Organisationen, Vereine oder Gruppen an?

Wie aktiv ist Ihr Kind dort, verglichen mit Gleichaltrigen?

- keine  
 a) \_\_\_\_\_  
 b) \_\_\_\_\_  
 c) \_\_\_\_\_

	<i>Ich weiß es nicht</i>	<i>weniger aktiv</i>	<i>gleich aktiv</i>	<i>aktiver</i>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4) Wie viele Freunde hat Ihr Kind? (bitte Geschwister nicht mitzählen)

<i>keine</i>	<i>einen</i>	<i>zwei bis drei</i>	<i>vier oder mehr</i>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Gleich werden einige Gelegenheiten beschrieben, bei denen Jungen oder Mädchen manchmal aufgeregt sind oder angst haben. Dies sind immer Gelegenheiten, bei denen man mit anderen Leuten zusammen ist.

Zum Beispiel:

- wenn man draußen mit anderen Jungen und Mädchen spielt,
- wenn man Sport macht, während andere zuschauen,
- wenn man bei einem Theaterstück mitmacht oder vor anderen etwas aufsagt,
- wenn man zu einer Party oder einem Treffen geht,
- wenn man auf dem Spielplatz spielt
- oder wenn man einfach nur mit anderen Jungen und Mädchen zusammen in der Schule ist.

Überlege, wie es bei Dir ist und kreuze die Ziffer an, die angibt, wie oft Du bei diesen Gelegenheiten aufgeregt bist oder Angst hast.

	<i>nie oder selten</i>	<i>manchmal</i>	<i>meistens oder immer</i>
	<i>0</i>	<i>1</i>	<i>2</i>
1) Ich habe Angst, wenn ich zu einer großen Gruppe von mehr als 6 anderen Jungen und Mädchen hinzukommen muss. ....	0	1	2
2) Ich habe Angst, wenn ich mit anderen Jungen und Mädchen oder Erwachsenen zusammen bin und mich alle anschauen.....	0	1	2
3) Ich habe Angst, wenn ich mit anderen Jungen und Mädchen oder Erwachsenen zusammen bin und ich etwas tun muss, wobei die anderen zuschauen, zum Beispiel laut vorlesen, ein Spiel spielen oder Sport machen.....	0	1	2
4) Ich habe Angst wenn ich vor einer Gruppe von Menschen sprechen oder vorlesen muss.	0	1	2
5) Ich habe Angst, wenn ich vor der Klasse oder vor einer Gruppe Fragen beantworten muss, selbst wenn ich die Antwort kenne. ....	0	1	2
6) Auf Parties oder bei Feiern habe ich solche Angst, dass ich früh nach Hause gehe.....	0	1	2
7) Ich habe Angst, wenn ich neue Jungen oder Mädchen treffe.....	0	1	2
8) Ich habe zu viel Angst, um in der Klasse Fragen zu stellen.....	0	1	2
9) Ich habe Angst im Schülercafé, wenn ich...			
mit Jungen und Mädchen in meinem Alter zusammen bin, die ich kenne; .....	0	1	2
mit Jungen und Mädchen in meinem Alter zusammen bin, die ich nicht kenne; .....	0	1	2
mit Erwachsenen zusammen bin. ....	0	1	2

	<i>nie oder selten</i>	<i>manchmal</i>	<i>meistens oder immer</i>
	<i>0</i>	<i>1</i>	<i>2</i>
10) Wenn jemand Streit mit mir anfängt, habe ich Angst und weiß nicht, was ich tun soll,...			
wenn es jemand in meinem Alter ist, den ich kenne;.....	0	1	2
wenn es jemand in meinem Alter ist, den ich nicht kenne;.....	0	1	2
wenn es ein erwachsener Mensch ist;.....	0	1	2
11) Wenn mich jemand bittet etwas zu tun, was ich nicht machen möchte, habe ich Angst und weiß nicht, was ich sagen soll,...			
wenn es jemand in meinem Alter ist, den ich kenne;.....	0	1	2
wenn es jemand in meinem Alter ist, den ich nicht kenne;.....	0	1	2
wenn es ein erwachsener Mensch ist;.....	0	1	2
12) Ich habe Angst und weiß nicht, was ich tun soll, wenn ich in einer peinlichen (peinlich heißt, es wird einem heiß und rot im Gesicht) Situation...			
mit jemandem in meinem Alter, den ich kenne, zusammen bin;.....	0	1	2
mit jemandem in meinem Alter, den ich nicht kenne, zusammen bin;.....	0	1	2
mit einem erwachsenen Menschen zusammen bin.....	0	1	2
13) Wenn jemand etwas sagt, von dem ich denke, dass es falsch oder schlecht ist, traue ich mich nicht zu sagen, was <u>ich</u> denke,...			
wenn es jemand in meinem Alter ist, den ich kenne;.....	0	1	2
wenn es jemand in meinem Alter ist, den ich nicht kenne;.....	0	1	2
wenn es ein erwachsener Mensch ist.....	0	1	2
14) Ich habe Angst, jemanden anzusprechen,...			
wenn es jemand in meinem Alter ist, den ich kenne;.....	0	1	2
wenn es jemand in meinem Alter ist, den ich nicht kenne;.....	0	1	2
wenn es ein erwachsener Mensch ist.....	0	1	2
15) Ich habe Angst, wenn ich länger als einige Minuten...			
mit jemandem in meinem Alter, den ich kenne, sprechen muß;.....	0	1	2
mit jemandem in meinem Alter, den ich nicht kenne, sprechen muß;.....	0	1	2
mit einem erwachsenen Menschen sprechen muß.....	0	1	2



	<i>nie oder selten</i>	<i>manchmal</i>	<i>meistens oder immer</i>
	<i>0</i>	<i>1</i>	<i>2</i>
16) Ich habe Angst, vor jemand zu sprechen, zum Beispiel eine Zusammenfassung geben oder etwas vorlesen...			
wenn es Jungen oder Mädchen in meinem Alter sind, die ich kenne;.....	0	1	2
wenn es Jungen oder Mädchen in meinem Alter sind, die ich nicht kenne;.....	0	1	2
wenn es Erwachsene sind.....	0	1	2
17) Ich habe Angst, wenn ich bei einer Schulaufführung mitmache,...			
bei der Jungen und Mädchen in meinem Alter, die ich kenne, zuschauen;.....	0	1	2
bei der Jungen und Mädchen in meinem Alter, die ich nicht kenne, zuschauen;.....	0	1	2
bei der Erwachsene zuschauen. ....	0	1	2
18) Ich habe Angst,...			
wenn Jungen oder Mädchen in meinem Alter, die ich kenne, mich nicht beachten oder sich über mich lustig machen;.....	0	1	2
wenn Jungen oder Mädchen in meinem Alter, die ich nicht kenne, mich nicht beachten oder sich über mich lustig machen;.....	0	1	2
wenn Erwachsene mich nicht beachten oder sich über mich lustig machen.....	0	1	2
19) Ich versuche das Zusammensein mit anderen auf Parties, in der Schule oder beim Spiel zu vermeiden,...			
wenn Jungen oder Mädchen in meinem Alter, die ich kenne, da sind;.....	0	1	2
wenn Jungen oder Mädchen in meinem Alter, die ich nicht kenne, da sind;.....	0	1	2
wenn Erwachsenen da sind.....	0	1	2
20) Ich gehe weg,...			
wenn ich auf Parties, in der Schule oder beim Spiel mit Jungen oder Mädchen in meinem Alter, die ich kenne, zusammenkomme;.....	0	1	2
wenn ich auf Parties, in der Schule oder beim Spiel mit Jungen oder Mädchen in meinem Alter, die ich nicht kenne, zusammenkomme;.....	0	1	2
wenn ich auf Parties, in der Schule oder beim Spiel mit Erwachsenen zusammenkomme.....	0	1	2

	<i>nie oder selten</i>	<i>manchmal</i>	<i>meistens oder immer</i>
	<i>0</i>	<i>1</i>	<i>2</i>
21) Bevor ich zu einer Party oder sonst wo mit anderen hingeh, überlege ich, was alles schief gehen könnte. Ich denke:			
Werde ich einen Fehler machen und dann dumm dastehen?.....	0	1	2
Was wird sein, wenn niemand mit mir spricht?.....	0	1	2
Was wird sein, wenn jemand mit mir spricht und ich nicht weiß, was ich antworten soll?	0	1	2
Was wird sein, wenn sie sehen, wie ängstlich ich bin?.....	0	1	2
22) Meine Stimme bleibt weg oder klingt komisch, wenn ich mit anderen spreche.....	0	1	2
23) Gewöhnlich spreche ich zu niemandem bis mich jemand anspricht.....	0	1	2
24) Wenn ich mit anderen Menschen zusammen bin, habe ich ängstliche Gedanken. Dann denke ich:			
Wenn ich mich tollpatschig benehme, werde ich mich richtig schlecht fühlen.....	0	1	2
Was denken die über mich?.....	0	1	2
Was immer ich auch sage, es wird sich dumm anhören.....	0	1	2
25) <u>Bevor</u> ich irgendwo hingeh, auf eine Party, zur Schule, zum Fußballspiel oder irgendwohin, wo ich mit anderen zusammen bin,...			
schwitze ich;.....	0	1	2
habe ich das Gefühl, als müsste ich zur Toilette rennen;.....	0	1	2
klopft mein Herz schnell;.....	0	1	2
bekomme ich Kopfschmerzen oder Bauchschmerzen;.....	0	1	2
habe ich ein komisches Gefühl im Magen.....	0	1	2
26) Wenn ich irgendwo bin, auf einer Party, in der Schule, beim Fußballspiel oder irgendwo, wo ich mit anderen zusammen bin,...			
schwitze ich;.....	0	1	2
zittere ich;.....	0	1	2
habe ich das Gefühl, als müsste ich zur Toilette rennen;.....	0	1	2
klopft mein Herz schnell;.....	0	1	2
habe ich Kopfschmerzen oder Bauchschmerzen.....	0	1	2

## Selbstbildfragebogen

Bitte kreuze das **Kästchen** mit der Zahl an, die zwischen 1 = nie und 7 = immer am besten auf Dich zutrifft. Wenn Du Dich z. B. manchmal anderen gegenüber gehemmt fühlst (Frage 1), dann kreuze eine 4 an. Zum Beispiel:

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4	5	6	7	
nie	sehr selten	selten	manchmal	oft	sehr oft	immer	

---

1. Ich fühle mich anderen gegenüber gehemmt.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4	5	6	7	
nie						immer	

2. Ich gehe ungezwungen auf andere Menschen zu.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4	5	6	7	
nie						immer	

3. Ich fühle mich in Gegenwart anderer schüchtern.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4	5	6	7	
nie						immer	

4. Ich finde es leicht, mit Fremden in Kontakt zu kommen.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4	5	6	7	
nie						immer	

5. Ich habe Angst, dass andere eine schlechte Meinung von mir haben könnten.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4	5	6	7	
nie						immer	

6. Ich mache mir Sorgen, was andere wohl von mir halten.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4	5	6	7	
nie						immer	

7. Ich fürchte, Falsches zu sagen oder zu tun.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4	5	6	7	
nie						immer	

8. Ich bin unsicher, was andere von mir denken.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4	5	6	7	
nie						immer	



## McCroskey Shyness Scale

1 = Die Aussage trifft genau auf Dich zu

2 = Die Aussage trifft ziemlich gut auf Dich zu

3 = Du bist Dir nicht sicher, ob die Aussage auf Dich zutrifft oder nicht

4 = Die Aussage trifft nicht so sehr auf Dich zu

5 = Die Aussage trifft überhaupt nicht auf Dich zu

**Kreuze bitte die Zahl an, die auf Dich zutrifft**

		Trifft genau zu	Trifft ziemlich zu	Ich weiß es nicht	Trifft nicht sehr zu	Trifft überhaupt nicht zu
1.	Ich bin ein schüchterner Mensch.	1	2	3	4	5
2.	Andere Leute denken, dass ich viel rede.	1	2	3	4	5
3.	Ich bin eine sehr redselige Person.	1	2	3	4	5
4.	Andere Leute denken, dass ich schüchtern bin.	1	2	3	4	5
5.	Ich rede viel.	1	2	3	4	5
6.	Ich bin sehr ruhig in der Schulklasse.	1	2	3	4	5
7.	Ich rede nicht viel.	1	2	3	4	5
8.	Ich rede mehr als die meisten anderen Leute.	1	2	3	4	5
9.	Ich bin ein ruhiger Mensch.	1	2	3	4	5
10.	In einer kleinen Gruppe (3-6 Leute) rede ich mehr als andere.	1	2	3	4	5
11.	Die meisten Leute reden mehr als ich.	1	2	3	4	5
12.	Andere Leute denken, dass ich sehr ruhig bin.	1	2	3	4	5
13.	In der Schulklasse rede ich mehr als die meisten anderen.	1	2	3	4	5
14.	Die meisten Leute sind schüchterner als ich es bin.	1	2	3	4	5

# Anspannungs-Fragebogen & Interaktions-Fragebogen

(Gespräch mit der Versuchsleiterin)

Bitte kreuze das **Kästchen** mit der Zahl an, die zwischen 1 und 7 am besten auf Dich zutrifft.

1. Insgesamt fühlte ich mich während des Gesprächs

1 .....  2 .....  3 .....  4 .....  5 .....  6 .....  7

**überhaupt nicht** **sehr aufgeregt**  
**aufgeregt**

2. Insgesamt fühlte ich mich während des Gesprächs

1 .....  2 .....  3 .....  4 .....  5 .....  6 .....  7

**überhaupt** **sehr ängstlich**  
**nicht ängstlich**

3. Insgesamt fühlte ich mich während des Gesprächs

1 .....  2 .....  3 .....  4 .....  5 .....  6 .....  7

**überhaupt** **sehr ruhig**  
**nicht ruhig**

4. Insgesamt fühlte ich mich während des Gesprächs

1 .....  2 .....  3 .....  4 .....  5 .....  6 .....  7

**überhaupt** **sehr entspannt**  
**nicht entspannt**

5. Insgesamt fühlte ich mich während des Gesprächs

1 .....  2 .....  3 .....  4 .....  5 .....  6 .....  7

**überhaupt nicht** **sehr abgelehnt**  
**abgelehnt**

6. Insgesamt fühlte ich mich während des Gesprächs

1 .....  2 .....  3 .....  4 .....  5 .....  6 .....  7

**gar nicht** **sehr stark**  
**geschämt** **geschämt**

7. Insgesamt wollte ich das Gespräch vermeiden

1 .....  2 .....  3 .....  4 .....  5 .....  6 .....  7

**überhaupt nicht** **sehr stark**

Du findest hier eine Liste von Gedanken, die Du eventuell vor oder während dem Rollenspiel hattest.

Bitte lies jeden Gedanken und entscheide, wie oft Du einen solchen Gedanken hattest.

Benutze dabei bitte folgende Zahlen, um die Häufigkeit Deiner Gedanken anzugeben.

<b>0</b> hatte diesen Gedanken <b>nie</b>	<b>1</b> hatte <b>selten</b> diesen Gedanken	<b>2</b> hatte <b>häufig</b> diesen Gedanken	<b>3</b> hatte <b>sehr häufig</b> diesen Gedanken
---	--	--	---

Zum Beispiel:

Ein Gedanke, den Du im Rollenspiel häufig hattest, muß mit einer 2 angekreuzt werden.

1. Im Allgemeinen kann ich mich mit anderen ziemlich gut unterhalten. ... 0 1 2 3
  
2. Hoffentlich mache ich mich nicht lächerlich. .... 0 1 2 3
  
3. Ich fange an, mich wohler zu fühlen. .... 0 1 2 3
  
4. Ich mache mir Sorgen darüber, was sie/er über mich denkt. .... 0 1 2 3
  
5. Ich habe furchtbare Angst. .... 0 1 2 3
  
6. Ich fühle mich in einer solchen Situation nicht sehr wohl, daher  
wird`s bestimmt schief gehen. .... 0 1 2 3
  
7. Falls ich in dieser Situation versage, werde ich mir nichts  
mehr zutrauen. .... 0 1 2 3

<b>0</b> hatte diesen Gedanken <b>nie</b>	<b>1</b> hatte <b>selten</b> diesen Gedanken	<b>2</b> hatte <b>häufig</b> diesen Gedanken	<b>3</b> hatte <b>sehr häufig</b> diesen Gedanken
---	--	--	---

8. Das, was ich sagen will, klingt wahrscheinlich ziemlich dumm. .... 0 1 2 3

9. Was habe ich schon zu verlieren? Ich probier' es einfach aus. .... 0 1 2 3

10. Dies ist eine wirklich unangenehme und peinliche Situation,  
aber ich mach' das schon..... 0 1 2 3

11. Ich werde wahrscheinlich total versagen. .... 0 1 2 3

12. Ich komme mit allem klar. .... 0 1 2 3

13. Selbst wenn nicht alles klappen sollte, ist das keine Katastrophe. .... 0 1 2 3

14. Vielleicht haben wir einiges gemeinsam. .... 0 1 2 3

15. Ich wünschte, ich könnte einfach gehen und dies hier vermeiden. .... 0 1 2 3

16. Vielleicht werden wir uns auf Anhieb gut verstehen. .... 0 1 2 3



## Rating für jugendliche Beurteiler

1. Wie gut hat **X** seine Aufgabe gemacht?

5 ----- 4 ----- 3 ----- 2 ----- 1  
schlecht      eher schlecht      mittel      gut      sehr gut

2. Wie gern würdest Du **X** als Freund/guten Kumpel haben ?

5 ----- 4 ----- 3 ----- 2 ----- 1  
ungern      eher ungern      weder gern  
noch ungern      gern      sehr gern

3. Für wie intelligent hältst Du **X**?

5 ----- 4 ----- 3 ----- 2 ----- 1  
unintelligent      eher  
unintelligent      mittel      intelligent      sehr  
intelligent

4. Wie gut sieht **X** aus?

5 ----- 4 ----- 3 ----- 2 ----- 1  
schlecht      eher schlecht      mittel      gut      sehr gut

5. Was glaubst Du, wie beliebt **X** bei seinen/ihren Klassenkameraden und Klassenkameradinnen ist?

5 ----- 4 ----- 3 ----- 2 ----- 1  
unbeliebt      eher  
unbeliebt      weder beliebt  
noch unbeliebt      beliebt      sehr  
beliebt

6. Was glaubst Du wie viel Angst **X** hatte?

5 ----- 4 ----- 3 ----- 2 ----- 1  
sehr starke      starke      mäßig      etwas      keine  
Angst      Angst      Angst      Angst      Angst

7. Wie sehr hat sich **X** geschämt?

5 ----- 4 ----- 3 ----- 2 ----- 1  
sehr stark      stark      mäßig      etwas      nicht  
geschämt      geschämt      geschämt      geschämt      geschämt

⇒ Präzisierungen gegenüber der Version von Fydrich und Bürgener (1999) sind unterstrichen

## Blickkontakt

<i>Skala</i>	<i>Beschreibung</i>
(1) sehr gut:	Die Person hält während des Gesprächs Augenkontakt mit dem Partner. Sie starrt zu keiner Zeit. Sie fokussiert ihren Blick auf das Gesicht des Partners, wenn dieser spricht; während eigener Sprachsequenzen ist der Blick nur gelegentlich auf den Partner gerichtet <b>und</b> ihr Blickkontakt korrespondiert sehr gut mit Phasen des Sprechens bzw. Zuhörens.
(2) gut:	hält die meiste Zeit des Gesprächs Augenkontakt mit dem Partner. Sie starrt bzw. vermeidet den Blickkontakt fast nie <u>bzw. schweift fast nie und wenn, dann nur kurz mit dem Blick ab.</u> Ihr Blickkontakt korrespondiert gut mit Phasen des Sprechens bzw. Zuhörens.
(3) mittelmäßig:	vermeidet gelegentlich Augenkontakt <u>bzw. schweift gelegentlich mit dem Blick ab</u> <b>oder</b> starrt gelegentlich während der Partner spricht. Ihr Blickkontakt korrespondiert nur manchmal mit Phasen des Sprechens bzw. Zuhörens.
(4) schlecht:	vermeidet oft Augenkontakt mit dem Partner <b>oder</b> starrt ihn häufig an <b>und/ oder</b> ihr Blickkontakt korrespondiert kaum mit Phasen des Sprechens bzw. Zuhörens. Die Person schaut sich gelegentlich um (z. B. zum Versuchsleiter <u>oder in Richtung Kamera</u> ).
(5) sehr schlecht:	vermeidet es völlig, den Partner anzusehen <b>oder</b> starrt ihn ununterbrochen an. Ihr Blickkontakt korrespondiert in keiner Weise mit Phasen des Sprechens bzw. Zuhörens. Die Person nimmt häufig Blickkontakt auf (z. B. Versuchsleiter <u>oder in Richtung Kamera</u> ).

## Stimme und Sprache

<i>Skala</i>	<i>Beschreibung</i>
(1) sehr gut:	Die Person spricht mit deutlicher, lebendiger und modulierter Stimme. Sprachmelodie und Betonung korrespondieren sehr gut mit dem Inhalt. Die Lautstärke ist der Konversation angemessen.
(2) gut:	spricht meistens deutlich, moduliert und lebendig. Sprachmelodie und Betonung korrespondieren gut mit dem Inhalt. Die Lautstärke ist der Konversation angemessen.
(3) mittelmäßig:	spricht einigermaßen <u>bzw. ungefähr die Hälfte der Zeit</u> deutlich <u>und/oder</u> moduliert und lebendig. Sprachmelodie und Betonung korrespondieren teilweise mit dem Inhalt <u>und/oder</u> die Lautstärke ist etwas zu gering oder zu laut.
(4) schlecht:	spricht mit nur wenig modulierter Stimme und mit geringer Lebendigkeit <b>oder</b> oft undeutlich. Sprachmelodie und Betonung korrespondieren wenig mit dem Inhalt. Die Lautstärke ist zu gering oder zu laut.
(5) sehr schlecht:	spricht mit flacher, monotoner Stimme, ohne Lebendigkeit <b>oder</b> es ist so gut wie keine Sprachmelodie und Betonung vorhanden <b>oder</b> spricht sehr leise <b>oder</b> undeutlich <b>oder</b> spricht übertrieben laut.

## Sprechdauer

<i>Skala</i>	<i>Beschreibung</i>
(1) sehr gut:	Die Person spricht und antwortet die meiste Zeit in mehreren Sätzen; dabei gibt es keine unangenehmen oder unpassenden Schweigezeiten, <b>und</b> sie lässt dem Partner immer ausreichend Zeit für eigene Ausführungen (Konversation ist zu keiner Zeit einseitig; kein Interviewstil)
(2) gut:	spricht und <u>antwortet die meiste Zeit in mehreren Sätzen, dabei kann es kürzere Schweigezeiten geben</u> ; <b>oder</b> es gibt Momente, in denen die Äußerungen eher kurz <b>oder</b> ausschweifend sind <b>und</b> lässt dem Partner <u>fast</u> immer ausreichend Zeit für eigene Ausführungen (Konversation ist nicht einseitig, Tendenz zum Interviewstil).
(3) mittelmäßig:	spricht meistens nur einen Satz pro Sprechphase; <b>oder</b> es gibt gelegentlich längeres Schweigen zwischen den Sätzen <b>oder</b> die Person neigt manchmal dazu, ausschweifend zu reden, wodurch die Konversation phasenweise einseitig wird <b>oder</b> sie stellt häufig Fragen (Interviewstil).
(4) schlecht:	gibt fast nur kurze Äußerungen von sich, oft in unvollständigen Sätzen <b>oder</b> schweigt häufig lange <b>oder</b> spricht häufig in sehr langen Phrasen, die die Konversation einseitig machen <b>oder</b> stellt fast nur Fragen (Interviewstil).
(5) sehr schlecht:	gibt fast ausschließlich Äußerungen wie „hm“, „ja“, „nein“ o.Ä. von sich (die Sprache ist monosyllabisch) <b>oder</b> sie schweigt fast ausschließlich <b>oder</b> die Antworten sind so lang, dass der Partner gar nicht zu Wort kommt <b>oder</b> die Person stellt ausschließlich Fragen (Interviewstil)

## Körperliche Unruhe und Nervosität

<i>Skala</i>	<i>Beschreibung</i>
(1) keine:	Die Person hat während des Rollenspiels eine dem Partner zugewandte Körperhaltung und erscheint den größten Teil der Zeit entspannt und gelockert. Sie zeigt unbefangene Bewegungen (Gestik und Mimik; auch Lachen oder Lächeln) die mit dem Inhalt der Konversation korrespondieren und keine Selbstmanipulationen .
(2) niedrig:	<u>Leichte</u> Rigidität des Körpers, nervöses Räuspern oder Schlucken treten nur in sehr leichter Form höchstens die Hälfte der Zeit während des Rollenspiels auf (oder nur am Anfang in leichter Form). Kaum Beinbewegungen und/oder Umherrsutschen auf dem Stuhl <u>und/oder</u> nervöses Spielen mit Händen, Haar oder Kleidung (Selbstmanipulationen). Gesten und Mimik (auch Lachen oder Lächeln), die die Konversation unterstützen treten auf und sind meistens unbefangen.
(3) mittel:	Leichte Rigidität der Arme, Beine oder des gesamten Körpers, während mindestens der Hälfte der Zeit (oder nur anfänglich starke Rigidität) <b>oder</b> <u>leichte körperliche Unruhe</u> (die Person zeigt leichte Bewegungen mit den Beinen <b>und/oder</b> leichtes nervöses Spielen <b>und/oder</b> leichte Selbstmanipulationen), die über einen längeren Zeitraum hinweg auftritt <b>oder</b> manchmal nervöses Räuspern oder Schlucken <b>oder</b> <u>manchmal</u> unangemessenes Kichern oder Lachen. Zumindest gelegentlich zeigt sie auch unbefangene Gestik und Mimik.

- (4) stark: starke Rigidität der Arme, Beine oder des gesamten Körpers oder nervöses Spielen während höchstens der Hälfte der Zeit.  
**Oder** die Person sitzt höchstens während der Hälfte der Zeit still (häufige Beinbewegungen; Umherrutschen auf dem Stuhl, Selbstmanipulationen).  
 Sie hat die meiste Zeit ein unbewegliches Gesicht **oder** nervöse, unruhige bzw. gespannte Mimik;  
**oder** nervöses Räuspern, Schlucken und/oder unangemessenes Kichern und Lachen tritt häufig auf.
- (5) sehr stark: starke Rigidität der Arme, Beine oder des gesamten Körpers während mehr als der Hälfte der Zeit oder ununterbrochene Beinbewegungen **und/oder** Umherrutschen auf dem Stuhl **oder** ununterbrochenes nervöses Spielen mit Händen, Haar oder Kleidung (Selbstmanipulationen)  
**oder** extrem unbewegliches Gesicht **oder** extrem nervöse, unruhige bzw. gespannte Mimik; häufiges Räuspern, Schlucken oder Stottern  
**oder** kichert oder lacht sehr häufig unangemessen.

## Konversationsfluss

<i>Skala</i>	<i>Beschreibung</i>
(1) sehr gut:	Die Person hält die Konversation <u>mit</u> aufrecht und reagiert immer auf Äußerungen des Partners, indem sie auf die vorher vom Partner gelieferte Information eingeht oder eigene Erfahrungen zu einem ähnlichen Thema beisteuert. Sie <u>verhält sich</u> an passenden Stellen <u>initiativ</u> , das heißt führt neue Themenbereiche ein oder gebraucht offene Fragen. Sie zeigt Interesse an ihrem Partner und dem Inhalt der Konversation.
(2) gut:	hält die Konversation mit aufrecht. <u>Sie verhält sich an passenden Stellen gelegentlich initiativ</u> . Der Konversationsstil ist flüssig, die Person gibt persönliche Information <b>oder</b> stellt dem Partner auf den Konversationsinhalt bezogene Fragen. Sie zeigt Interesse am Partner, indem sie meistens auf die angesprochenen Inhalte eingeht.
(3) mittelmäßig:	hält die Konversation die meiste Zeit mit aufrecht, trotzdem ist das Gespräch manchmal stockend/holprig. <u>Sie verhält sich wenig initiativ, das heißt</u> sie stellt <u>wenige</u> Fragen <b>oder</b> liefert von sich aus wenig Information. Die Person geht zumindest teilweise auf die Äußerungen ihres Partners ein. Wiederholungen bereits gestellter Fragen oder Themen kommen einmal oder gar nicht vor <b>oder</b> die Person steigt einmal kurz aus der Rollenspielsituation aus (z. B. „ich weiß jetzt nicht mehr, was ich sagen soll“).
(4) schlecht:	<u>hält das Gespräch kaum mit aufrecht</u> ; die Konversation ist stockend/holprig. sie stellt <u>keine</u> Fragen <b>oder</b> sie ist aufdringlich <b>oder</b> sie zeigt nur geringes Interesse am Gesprächspartner/Gesprächsthema. Die Person geht kaum auf Themen des Partners ein und liefert kaum Information über sich. Wiederholungen bereits angesprochener Themen kommen nicht öfters als zweimal vor <b>oder</b> die Person steigt wiederholt kurz oder einmal länger aus der Rollenspielsituation aus.
(5) sehr schlecht:	macht keinen Versuch, das Gespräch zu beginnen oder wieder aufzunehmen. Auch wenn eine sofortige Reaktion des Interaktionspartners erfolgt, kann sie das Gespräch nicht weiterführen. Sie stellt keine offenen Fragen <b>oder</b> sie ist aufdringlich <b>oder</b> sie zeigt kein Interesse am Gesprächspartner/Gesprächsthema. Weder geht sie auf Informationen, die vom Gesprächspartner kommen, ein, noch steuert sie Informationen über ihre eigene Person bei. Wiederholungen bereits angesprochener Themen kommen dreimal oder mehr vor <b>oder</b> die Person steigt aus der Rollenspielsituation aus und kann nicht mehr in die Situation zurückkehren.