

Nadine Hilti

***Prävention von Angststörungen
bei Kindern und deren Müttern***

***Ätiologie, Epidemiologie und Prävention von
Angststörungen***

***Evaluation des indizierten Präventionsprogramms
„Der Zauberlehrling“***

© 2011 Nadine Hilti

Dissertation zur Erlangung der Doktorwürde an der Philosophischen Fakultät
der Universität Freiburg (CH)

Genehmigt von der Philosophischen Fakultät auf Antrag der Professoren

Prof. Dr. Meinrad Perrez (1. Gutachter)
Prof. Dr. Michaël Reicherts (2. Gutachter)

Freiburg, den 6. Dezember 2011
Prof. Dr. Marc-Henry Soulet (Dekan)

VORWORT

VORWORT

In meinem persönlichen Vorwort möchte ich zuerst allen Personen danken, welche mir in meinem langjährigen Prozess zur Vollendung dieser Dissertation beigestanden und geholfen, mich betreut, begleitet und unterstützt haben. Einigen dieser Personen möchte ich speziell danken.

Ein besonderer Dank kommt Herrn Prof. Dr. Meinrad Perrez zu, welcher mich durch diese Arbeit an seinen Lehrstuhl für Klinische Psychologie der Universität Fribourg holte und mir somit die vielen beruflichen und persönlichen Erfahrungen ermöglichte. Er hat mich ermutigt, klinische Interventionsforschung zu betreiben, hat mich in das Thema eingeführt, mich stets positiv unterstützt und mir gleichzeitig viele Freiheiten in der Gestaltung des Programms „Der Zauberlehrling“ gelassen.

Der Liechtensteinischen Stiftung, welche sich zum Ziel gesetzt hat, anonym jungen Forschern finanziell unter die Arme zu greifen, bin ich zu grossem Dank verpflichtet, da sie mir die Freiheit gab, mich ohne grossen Zeitdruck einzuarbeiten. Da die Stiftung keine inhaltlichen Vorgaben setzt, hatte ich zusätzlich die Freiheit, mich inhaltlich zu entfalten.

Weiteren Dank gilt allen Fachpersonen und gleichzeitig Kollegen, welche mir mit Rat und Tat zur Seite standen. Lic. phil. Christa Fankhauser, welche mir als sehr zuverlässige Lektorin die gesamte Arbeit korrekturgelesen hat, Dr. Christiane Herre und Dr. Peter Wilhelm, welche mir über die methodischen und statistischen Hürden geholfen haben, PD Dr. Rolf Weitkunat für seine Hinweise im Bereich der Epidemiologieforschung, Dr. Yves Hänggi, Dr. Dominik Schöbi und vielen anderen Mitarbeitern des Lehrstuhls für Klinische Psychologie, welche mir in den zahlreichen, spannenden Diskussionen neue Anregungen für meine Arbeit geliefert haben.

Bedanken möchte ich mich auch für die seelische Unterstützung vieler Menschen, welche durch die Arbeit an der Universität zu Freundinnen und Freunden wurden; namentlich bei Dorothee Aebischer, unserer Lehrstuhlsekretärin, welche mir mit ihrem Humor und mit lieben Worten immer zur Seite stand. Natürlich gilt derselbe Dank allen anderen Freundinnen und Freunden, welche mich schon seit vielen Jahren durch mein Leben begleiten und unterstützen.

In Bezug auf die konkrete Durchführung der Rekrutierungsarbeit oder/und der Durchführung des Programms „Der Zauberlehrling“ als Trainer möchte ich mich bei folgenden Personen bedanken: lic. phil. Fabienne Anderegg, lic. phil. Salome Coninx, lic. phil. Susanne Käch, lic. phil. Lorenz Kunz, lic. phil. Raphaela Küng, lic. phil. Fabienne Mauron, lic. phil. Andreas Noser, Claudia Petzold, lic. phil. Carolin Rechenmacher, lic. phil. Melanie Steinmann, lic. phil. Susanne Tinguely-Zosso, lic. phil. Helen Walter. Weiter möchte ich mich bei den Zeitungen Freiburger Nachrichten, Berner Zeitung und Der Bund und bei Radio Fribourg für die Zeit und das Engagement bedanken. Jedoch wäre ohne die Mithilfe der Kinder und Familien, welche an den drei Studien teilgenommen haben, keine Untersuchung möglich gewesen, weshalb ich mich herzlich bei allen bedanke, die ihre Zeit und ihre Geduld mir und meiner Arbeit geschenkt haben.

Im Verlaufe der Entstehung dieser Dissertation habe ich die Arbeitsstelle und Stadt gewechselt und arbeite seit nunmehr über 2.5 Jahren im klinischen Alltag als ambulante Psychologin im Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienst der Stadt Zürich. In diesem Zusammenhang möchte ich mich bei meinen Arbeitgebern und meinen lieben Kolleginnen und Kollegen bedanken, dass ich blockweise Überzeit kompensieren und somit meine Arbeit fertigstellen konnte.

Zu guter Letzt möchte ich meinen Eltern und meiner Familie für ihre moralische, seelische und in jeglicher Hinsicht bedingungslose Unterstützung herzlich danken. Ohne deren Beistand wäre diese Arbeit wohl nicht möglich gewesen. Sie waren stets interessiert am Prozess der Arbeit und auch immer geduldig und motivierend, wenn wieder einmal nichts ging, weil zu viele andere Dinge im Leben wichtig waren und die Fortsetzung stockte. In diesem Zusammenhang möchte ich auch meinem Partner danken, welcher immer Verständnis zeigte, wenn ich mich hinter die Arbeit klemmte und keine Zeit für ihn fand. Er konnte mich stets auf gute Art motivieren und unterstützen.

Angst als Hauptthema einer Arbeit bringt viele Betrachtungsweisen mit sich: Jeder kennt Angst aus eigener Erfahrung – der eine mehr, der andere weniger. Ab wann die Empfindung Angst eine pathologische wird, entscheiden im Moment die Weltgesundheitsorganisation (WHO, 2005) und die American Psychiatric Association (APA, 2003) anhand ihrer Kriterien und Beschreibungen. Sobald jemand leidet oder im Alltag beeinträchtigt ist, gilt es im klinischen Alltag als Störung. Die Forschungskriterien sind etwas strenger, damit die Vergleichbarkeit der Personen besser möglich ist. Barlow (2002) beschreibt die Reaktionen auf einen angstauslösenden Stimulus wie folgt:

If these responses are termed ‘anxiety’, and one considers it ‘intelligent’ to avoid threats successfully, then anxiety may be the shadow of intelligence. But most would not consider this behavior to be ‘intelligent’ in the sense of a complex rational response. Nevertheless, it ... is adaptive, useful, and indispensable. (S. 5)

Laut Barlow (2002) ist also Angst nicht nur Störung, sondern auch nützlich und lebensnotwendig. Seiner Metapher nach ist Angst der Schatten der Intelligenz. Ob das so ist, kann in dieser vorliegenden Arbeit nicht untersucht werden, wäre jedoch meiner Ansicht nach ein spannendes Gebiet.

Aufgrund meiner beiden Leidenschaften, der klinischen Arbeit mit Patienten in der Ambulanz und der Erforschung der dahinterliegenden Theorien und Annahmen, wurde ich oft hin- und hergerissen zwischen der Arbeit am Individuum und der anonymen Arbeit an Gruppen von Menschen, sogenannten Populationen. In den Momenten, wenn ich mit Patienten und deren Familien arbeite, glaube ich, dass keine einheitliche Ätiologie und Intervention auf jeden einzelnen anwendbar ist, weil die persönlichen und Familienanamnesen und zugrundeliegenden Ätiologien so verschieden scheinen und wohl auch sind. Auf der anderen Seite versuche ich anhand meiner Forschung eine Einheitlichkeit zu finden, damit viele Patienten und deren Familien von einem gewissen Basiswissen profitieren können.

Zum Formalen der Arbeit soll noch erwähnt werden, dass aufgrund der Einfachheit und Ökonomie der Arbeit meistens die männliche Form verwendet wurde, die weibliche Form jedoch immer mit gemeint ist.

Um der Menge an Fragestellungen und Hypothesen gerecht zu werden, welche über drei Studien verteilt sind, wurden sie fortlaufend nummeriert und den Studien zugeordnet: *Studie 1* enthält Fragestellungen, welche mit einer 1 beginnen und Hypothesen subsumieren, welche sich dann H1.x nennen. *Studie 2* wiederum bekommt die 2.x und *Studie 3* beginnt jeweils mit einer 3.x.

Die Unterlagen, welche als Anhang in die Arbeit eingehen würden, sind zu umfangreich, um sie zu veröffentlichen. Der Anhang setzt sich zusammen aus den Manualen und Arbeitsheften des Präventionsprogramms der *Studie 3* „*Der Zauberlehrling*“ (6 Manuskripte) und den Fragebogenbatterien aller drei Studien (10 Fragebogenbatterien). Im Text wird dessen ungeachtet an den jeweiligen Stellen auf den Anhang verwiesen. Bei Interesse an den Materialien, können Leser sich an die Autorin dieser Dissertation wenden (nadine.hilti@gmail.com).

Zürich, im Dezember 2011

Nadine Hilti

INHALTSVERZEICHNIS

INHALTSVERZEICHNIS

VORWORT	I
INHALTSVERZEICHNIS.....	V
1 EINLEITUNG.....	3
2 ÄNGSTE BEI KINDERN UND JUGENDLICHEN	9
2.1 Definition von Angst und verwandten Begriffen.....	9
2.2 Klassifikation der Angststörungen bei Kindern und Jugendlichen	18
2.3 Diagnostik, Komorbidität und Erhebungsmethoden.....	21
3 ÄTIOLOGIE UND BEDINGUNGSANALYSE VON ÄNGSTEN UND ANGSTSTÖRUNGEN	35
3.1 Begriffsklärungen, Grundlagen und Einordnung von Disziplinen.....	36
3.1.1 <i>Entwicklungspsychopathologie</i>	36
3.1.2 <i>Risiko-, protektive, Vulnerabilitäts-, Resilienz- und kompensatorische Faktoren</i>	50
3.2 Theorien und Modelle zur Entstehung und Aufrechterhaltung von Angst	67
3.2.1 <i>Entwicklungspsychopathologische Modelle der Angststörungen</i>	67
3.2.2 <i>Kognitiv-verhaltenstherapeutische Grundlagen und Modelle der Ätiologie</i>	77
3.2.3 <i>Heuristisches integratives Störungsmodell</i>	84
3.3 Empirische Befunde zum Themengebiet Angststörungen und Ängstlichkeit bei Kindern und Jugendlichen	86
3.3.1 <i>Risikoerhöhende Faktoren</i>	86
3.3.2 <i>Risikosenkende Faktoren</i>	97
3.3.3 <i>Spezifische Entwicklungsfaktoren</i>	101
4 EPIDEMIOLOGIE VON ÄNGSTEN BEI KINDERN UND JUGENDLICHEN	107
4.1 Überblick über und Begriffe der Epidemiologie.....	109
4.1.1 <i>Begriffsklärungen, Grundlagen und Funktionen in der Epidemiologie</i>	109
4.1.2 <i>Überblick über die wichtigsten internationalen und nationalen Studien</i>	116
4.1.2.1 World Health Organization (WHO) World Mental Health (WMH) Survey Initiative	119
4.1.2.2 International Consortium in Psychiatric Epidemiology (ICPE).....	121
4.2 Epidemiologische Daten aus dem internationalen Bereich.....	124
4.2.1 <i>Amerika</i>	125
4.2.1.1 <i>Allgemeine Angaben</i>	125
4.2.1.2 <i>The Great Smoky Mountains Study of Youth (GSMS)</i>	127
4.2.1.3 <i>New York Child Longitudinal Study (NYCLS)</i>	130
4.2.1.4 <i>Oregon Adolescent Depression Project</i>	133
4.2.1.5 <i>Boston</i>	134
4.2.1.6 <i>Ontario Child Health Study (OCHS)</i>	135
4.2.1.7 <i>Quebec Child Mental Health Survey (QCMHS)</i>	136
4.2.1.8 <i>Kauai-Study</i>	137
4.2.1.9 <i>Puerto Rico Study</i>	141
4.2.1.10 <i>National Comorbidity Survey – Replication (NCS-R)</i>	144
4.2.1.11 <i>Epidemiologic Catchment Area (ECA) Study</i>	146
4.2.1.12 <i>Zusammenfassung der Amerikanischen Studien zur Epidemiologie</i>	147
4.2.2 <i>Neuseeland und Australien</i>	149
4.2.2.1 <i>Dunedin Multidisciplinary Health and Development Study (DMHDS)</i>	150
4.2.2.2 <i>Western Australian Child Health Survey (WACHS)</i>	153
4.2.2.3 <i>Australian National Mental Health Survey</i>	156
4.2.3 <i>Asien</i>	157
4.2.3.1 <i>China</i>	157
4.2.3.2 <i>Cross-National Prevalence Study</i>	159
4.2.4 <i>Nordeuropäische und Skandinavische Länder</i>	159
4.2.4.1 <i>Grossbritannien</i>	160
4.2.4.1.1 <i>Isle of Wight Studies</i>	160

4.2.4.1.2	The British Child and Adolescent Mental Health Survey 1999 (BCAMHS99)	164
4.2.4.1.3	The National Psychiatric Morbidity Survey of Great Britain	165
4.2.4.2	Niederlande.....	167
4.2.4.2.1	Nationale Studie in den Niederlanden	167
4.2.4.2.2	Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS).....	168
4.2.4.3	Dänemark.....	169
4.2.4.4	Schweden.....	169
4.2.5	Deutschland.....	170
4.2.5.1	Allgemeine Angaben	171
4.2.5.2	WHO-Jugendgesundheitssurvey.....	173
4.2.5.3	Bielefelder Jugendgesundheitssurvey	174
4.2.5.4	Bremer Jugendstudie (BJS)	176
4.2.5.5	Psychische Auffälligkeiten und Kompetenzen von Kindern und Jugendlichen in Deutschland (PAK-Kid).....	178
4.2.5.6	Kinder- und Jugendgesundheitssurvey (KiGGS).....	180
4.2.5.7	Mannheimer Längsschnittstudien	182
4.2.5.8	Gesundheit und Optimismus (GO!).....	188
4.2.5.9	Epidemiologische Studien zu spezifischen Bereichen.....	189
4.2.5.10	Early Developmental Stages of Psychopathology (EDSP).....	191
4.2.5.11	Bundesgesundheitsurvey 1998 (BGS98), Mental Health Supplement to German National Health Interview and Examination Survey (GHS-MHS).....	193
4.2.5.12	The European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD)	195
4.2.5.13	Munich Follow-up Study (MFS)	195
4.2.5.14	Zusammenfassung der Deutschen Studien im Bereich Epidemiologie.....	196
4.2.6	Zusammenfassung internationaler Studien im Bereich Epidemiologie	198
4.3	Epidemiologische Daten aus der Schweiz	208
4.3.1	Allgemeine Angaben	209
4.3.2	Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB2002).....	211
4.3.3	Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (GO).....	213
4.3.4	Statistiken der Schweiz	215
4.3.5	Swiss Multicenter Adolescent Survey on Health 2002 (SMASH).....	218
4.3.6	Health Behaviour in School-Aged Children (HBSC).....	220
4.3.7	Zürcher Epidemiologiestudie zur Kinder- und Adoleszenten Psychopathologie (ZESCAP) und Zürcher Adoleszenten-Psychologie- und Psychopathologie-Studie (ZAPPS)	222
4.3.8	The Zurich Study und die Basler Studie.....	240
4.3.9	Epidemiologische Daten von zwei Studien an der Universität Freiburg (CH).....	243
4.3.9.1	Studie 1 –Epidemiologische Studie zur Ängstlichkeit bei Kindern	243
4.3.9.1.1	Studie 1: Fragestellungen	243
4.3.9.1.2	Studie 1: Methode	248
4.3.9.1.3	Studie 1: Ergebnisse	264
4.3.9.1.4	Studie 1: Diskussion.....	293
4.3.9.2	Studie 2 –Epidemiologische Studie zu emotionalen Problemen und Persönlichkeitsfaktoren.....	314
4.3.9.2.1	Studie 2: Fragestellungen.....	314
4.3.9.2.2	Studie 2: Methode	315
4.3.9.2.3	Studie 2: Ergebnisse	321
4.3.9.2.4	Studie 2: Diskussion.....	326
4.3.10	Zusammenfassung der Schweizer Studien zur Epidemiologie von Ängsten bei Kindern.....	332
4.4	Bilanz aus den epidemiologischen Studien und Beantwortung der Fragestellungen	336
4.4.1	Häufigkeit von Angststörungen.....	339
4.4.2	Verlauf von Ängsten und Angststörungen.....	341
4.4.3	Geschlechtsunterschiede bei Angststörungen.....	345
4.4.4	Komorbidität bei Angststörungen.....	347
4.4.5	Risiko- und protektive Faktoren bei Angststörungen.....	348
4.4.6	Versorgungssituation im Bereich der Angststörungen	350
4.4.7	Vergleich der internationalen und nationalen Studien zur Epidemiologie.....	350
5	PRÄVENTION VON ANGSTSTÖRUNGEN BEI KINDERN UND JUGENDLICHEN . 353	
5.1	Einführende Überlegungen	353
5.2	Begriffe der Prävention, deren Einteilung, Abgrenzung und Funktion	353
5.3	Einschlägige empirische Interventions- und Präventionsforschung	356
5.3.1	Grundlagen der Interventions- und Präventionsforschung	356

5.3.2	<i>Meta-Analysen und Reviews</i>	360
5.3.3	<i>Einzelne Präventions- und Interventionsprogramme</i>	371
5.4	<i>Studie 3 – Pilotstudie zur Prävention</i>	380
5.4.1	<i>Kognitiv-verhaltenstherapeutisches Präventionsprogramm der Studie 3</i>	381
5.4.1.1	Theoretisch-empirischer Hintergrund der einzelnen Treatmentelemente der <i>Studie 3</i>	381
5.4.1.2	Struktur und Inhalt des kognitiv-verhaltenstherapeutischen indizierten Präventionsprogramms der <i>Studie 3</i>	393
5.4.2	<i>Fragestellungen der Studie 3</i>	398
5.4.3	<i>Methode der Studie 3</i>	403
5.4.3.1	Studiendesign	404
5.4.3.2	Datenerhebung und Stichprobenbeschreibung	407
5.4.3.3	Messinstrumente und eingesetzte statistische Verfahren	410
5.4.4	<i>Ergebnisse der Studie 3</i>	423
5.4.5	<i>Diskussion der Ergebnisse der Studie 3</i>	470
6	DISKUSSION	506
6.1	Diskussion der ätiologischen Modelle	506
6.2	Diskussion der Epidemiologiestudien	513
6.3	Diskussion der Präventionsforschung	515
6.3.1	<i>Diskussion der internationalen und nationalen Präventionsforschung</i>	516
6.3.2	<i>Diskussion und Integration der Studie 3 – Pilotstudie zur Prävention</i>	518
6.4	Zusammenfassung und Ausblick	524
	LITERATURVERZEICHNIS	529
	LEBENS LAUF	584
	EHRENWÖRTLICHE ERKLÄRUNG	585

KAPITEL 1

EINLEITUNG

1 EINLEITUNG

Jede zweite Person in der Schweiz leidet einmal im Leben an einer psychischen Störung, welche behandlungsbedürftig ist (Ajdacic-Gross & Graf, 2003). Ausserdem macht aufgerechnet beinahe jeder einmal direkt oder indirekt Erfahrungen mit psychischen Störungen (indirekt: Verwandtschafts-, Freundes- und Kollegenkreis). Ajdacic-Gross und Graf (2003) erstaunt es deshalb, dass in der Schweiz, aber eigentlich weltweit, das Thema der psychischen Störungen nicht offener gehandhabt wird. Ein „normales“ Kind hat heute gemäss einer US-amerikanischen Studie ein höheres Angstniveau als ein Kind, welches in den 50er Jahren psychiatrisch hospitalisiert wurde (Meili, 2007, September). Ausserdem kann es laut Wittchen und Vossen (2000) als gesichert gelten, dass die Angststörungen, ungleich den depressiven Störungen, oft einen chronischen Verlauf aufweisen.

Die Angststörungen „wachsen sich nicht aus“ und resultieren wie erwähnt, und nicht wie früher angenommen, oft in einem chronischen Verlauf. Es entwickeln sich häufig auch sekundäre Störungen aus diesen Verläufen respektive treten häufig komorbid auf (z.B. Depressionen). Oft sind zusätzliche Probleme, wie Schul- oder soziale Probleme die Konsultationsgründe in den Praxen, die sich als Folge der Ängste entwickeln. Interventionen für Menschen mit chronischen Störungen und komorbiden oder sekundären Störungen werden häufig zu finanziellen Belastungen für die Gesundheitssysteme oder auch die Individuen selbst.

Aufgrund dieser und internationaler Beobachtungen zum Vorkommen von Ängsten und deren Korrelaten scheinen sowohl Früherkennung als auch frühe Intervention (z.B. präventive Massnahmen) angezeigt. Damit diese Massnahmen jedoch die bestmögliche Wirkung haben können, sollte die Forschung Antworten auf die Fragen bezüglich der Verteilung der Störungen, deren ätiologischer Faktoren und der wirksamen Interventionselemente geben. Die Therapieforschung hat eine längere Tradition als die Präventionsforschung und gibt Hinweise auf Interventionselemente, welche Wirkung zeigen. Die Testung der Treatmentelemente im präventiven Setting ist jedoch mit zwei Hauptschwierigkeiten gekoppelt: die Individuen sind noch gesund oder maximal bekannten Risikofaktoren ausgesetzt, weshalb eine Wirkung von einem Treatment schwierig nachzuweisen ist. Es kann nicht nachgewiesen werden, dass eine Störung nicht mehr vorhanden ist, weil die Individuen bereits im Vorfeld die Kriterien nicht erfüllten. Weiter ist die Rekrutierung bei freiwilligen Programmen schwierig, da die Personen keinen Leidensdruck verspüren, da sie keine psychischen Störungen haben. Bei einer speziellen Form der Prävention, der indizierten Prävention (vgl. Kap. 5.4), wird nicht eine schon ausgebrochene Störung (Vollbild) behandelt, sondern Klienten, bei welchen schon gewisse (subklinische) Symptome vorhanden sind. Deshalb wird davon ausgegangen, dass sowohl die Rekrutierung einfacher ist als auch das Nachweisen eines Effekts, da einige Kriterien einer Störung vorhanden sind.

Fragestellungen der Arbeit: Die Fragestellungen, die in der vorliegenden Arbeit interessieren, haben vier verschiedene miteinander vernetzte Schwerpunkte (Abb. 1). Die ersten zwei Schwerpunkte betreffen den Bereich der Epidemiologie. Neben einem Überblick über die internationale Forschung rund um das Thema Vorkommen von Ängsten bei Kindern und Jugendlichen inklusive den Korrelaten, Moderatoren und den Verlauf von Angststörungen (Schwerpunkt 1) interessiert, wie die Lage in der Schweiz aussieht. Anhand von zwei Studien am Lehrstuhl für Klinische Psychologie der Universität Fribourg, Schweiz, kann für eine Subpopulation in der Schweiz untersucht werden, wie häufig Ängste bei den Kindern der *Studien 1 und 2* sind und mit welchen Faktoren sie in Zusammenhang stehen (Kap. 4.3.9). Zum

Beispiel können Bewältigungsfertigkeiten und die Stabilität der Ängste über die Zeit, Erziehungsvariablen, Ängstlichkeit und Persönlichkeitsvariablen der Mutter untersucht werden. Dieses Bündel an Fragestellungen und Hypothesen anhand der zwei Studien zur Epidemiologie bilden den Schwerpunkt 2.

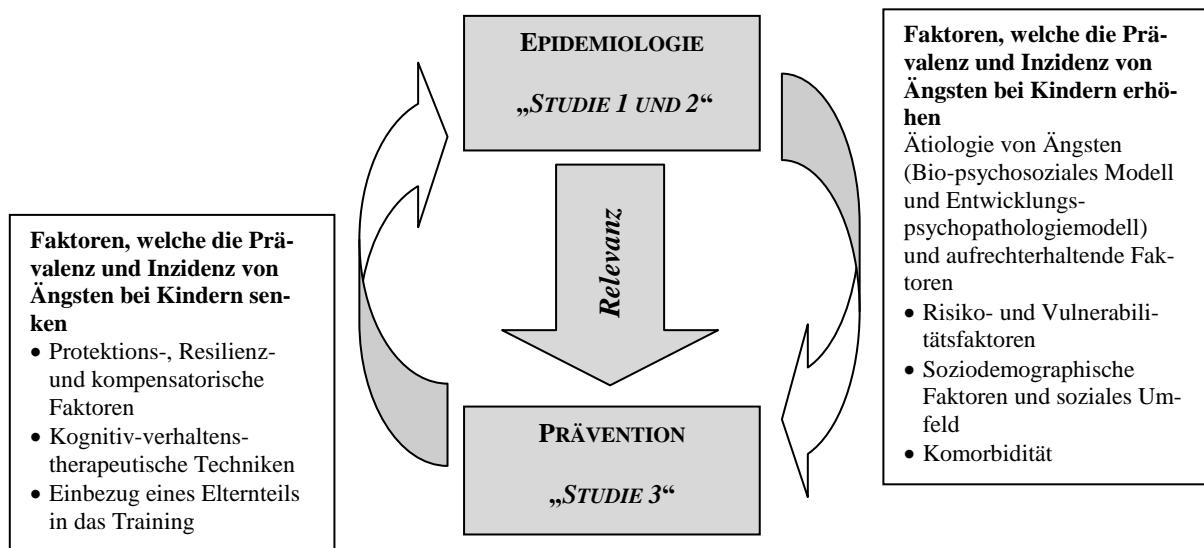


Abbildung 1: Schematische Darstellung der Zusammenhänge zwischen den in der vorliegenden Arbeit untersuchten Themengebieten des Vorkommens von Ängsten bei Kindern (Epidemiologie: Überblick über die internationale Forschung und *Studien 1 und 2*), der Ätiologie und den Präventionsmöglichkeiten bei Kindern (Prävention: Überblick über die internationale Forschung und *Studie 3* – Pilotstudie zur Prävention)

Um die *Studie 3* – Pilotstudie Prävention (Schwerpunkt 4) einzuleiten und deren Relevanz in der internationalen Forschung aufzuzeigen, wird zuerst ein Überblick über die internationale Präventionsforschung im Bereich Angststörungen gegeben (Schwerpunkt 3). Die *Studie 3* beinhaltet drei Hauptblöcke mit sechs Hauptfragestellungen. Zum einen interessieren im Querschnitt Zusammenhänge zwischen Kind- und Müttervariablen, deren Vergleich mit den *Studien 1 und 2*, und ob diese Variablen einen Einfluss auf die Zufriedenheit mit dem Präventionsprogramm der Autorin haben. Der Längsschnitt-Block betrifft hauptsächlich die Evaluation des Präventionsprogramms und fragt nach der Wirksamkeit anhand dreier Messzeitpunkte und anhand eines Vergleichs mit der Wartelistekontrollgruppe (4 Messzeitpunkte). Ausserdem soll anhand einer direkten Befragung die Wirksamkeit des Programms und die Zufriedenheit mit dem Training (consumer satisfaction) untersucht werden. Diese Resultate haben einen Effekt auf die Implementierung des Programms respektive dessen Komponenten, was in der vorliegenden Arbeit vor allem hypothetisch diskutiert werden soll, da die dafür notwendige Stichprobe nicht vorhanden ist. Ein dritter Block kümmert sich um Fragen der Prozessforschung. Es interessiert, ob die Durchführung von Hausaufgaben und anderen Übungen einen Effekt auf den Trainingserfolg hat. Auch wird untersucht, ob die Durchführung des Programms objektiv war und wie das Programm optimiert werden könnte (Treatmentintegrität, Durchführungsobjektivität). Zum Schluss werden zwei Fälle im Sinne einer multiplen Kasuistik beschrieben, um der *Studie 3* noch „ein Gesicht“ zu geben.

Ziele der Arbeit: Das Ziel der vorliegenden Arbeit war, eine wirksame Intervention für ängstliche Kinder und deren Mütter respektive Eltern zu entwickeln und zu evaluieren (Kap. 5). Die Darstellung der epidemiologischen Daten dient dazu, die Bedeutung der Fragestellungen

zu beleuchten (vgl. Abb. 1 & Kap. 4). Dies geschieht anhand eines internationalen und nationalen Überblicks über die Epidemiologieforschung. Die Schwerpunkte liegen dabei auf Häufigkeit, Verteilung, Korrelate, Risiko-, protektiven, Vulnerabilitäts-, kompensatorischen und Resilienzfaktoren der Angststörungen. Ein weiterer Fokus ist die Eltern-Kind-Ebene, welche in *Studie 3*, dem Pilotprojekt Prävention, durch das parallele Mutter-Kind-Programm erneut zum Thema wird. Kann ein paralleles Training für die Mütter helfen, den Effekt des Kindtrainings zu verstärken? Ebenfalls von Bedeutung ist, inwiefern die Eltern einen Einfluss auf die Entwicklung der Angst im Vorfeld haben. Ein Modell, welches diese Aspekte einbezieht, wird in Kapitel 3.2.1 vorgestellt. Dieses Entwicklungspsychopathologiemodell beinhaltet neben dem Umwelteinfluss auch die Ebene des Kindes. Hier interessieren wiederum Bewältigungsverhalten, Korrelate der Angst und mögliche Moderatoren; beispielsweise, ob das Alter oder das Geschlecht einen Einfluss auf den Ausbruch der Störung haben. Ferner interessieren die Aufrechterhaltung der Angst und Interventionseffekte. Die Väter werden in den Studien der Autorin aus pragmatischen Gründen nicht involviert, obwohl ihnen ebenso viel Einfluss wie den Müttern zugesprochen wird.

Das Bewältigungsverhalten der Kinder als Variable zur Wirksamkeitskontrolle zur Hand zu nehmen, wurde bisher in der Präventionsforschung selten umgesetzt (vgl. Lock, 2003) und soll in der vorliegenden Arbeit untersucht werden. Die Idee dabei ist, wie auch die Entwicklungspsychopathologie annimmt (vgl. Kap. 3.1.1), dass der Wirksamkeitsnachweis nicht kategorial, sondern bezüglich dimensional relevanter Kind- und Umweltvariablen verfolgt werden soll. Die Vorgehensweise entspricht der indizierten Prävention, weil keine Verschiebung von *Störung vorhanden* zu *nicht-vorhanden* stattfinden kann, da im Vorfeld nur einzelne subklinische Symptome vorhanden sind. Entsprechend soll untersucht werden, ob das Erziehungsverhalten der Mütter sich verändert, was wiederum gemäss Literatur (Krohne & Hock, 1994) einen Einfluss auf die Angstentwicklung und -aufrechterhaltung hat. Der zweite Fokus betrifft die Kindvariablen Bewältigungsverhalten, welche ebenfalls in der Literatur mehrfach als Parameter diskutiert wurden (vgl. Kap. 3.2.3). Die Idee der protektiven Relevanz bezeichnet die Stärkung des Kindes, um mit vorhandenen oder zukünftigen Ängsten umzugehen. Dies beinhaltet den Aufbau und die Stärkung von Kompetenzen und Ressourcen (vgl. Kap. 5.3 & 5.4). Damit diese Relevanz untersucht werden kann, muss in der indizierten Präventionsforschung eine dimensionale Diagnostik via Kompetenzskalen vorgenommen werden (z.B. Copingstrategien). Somit können auch kleine Veränderungen auf den Kompetenz- und Symptomskalen festgestellt werden. Weiter müssen die Veränderungen in der Präventionsforschung über einen längeren Zeitrahmen hinweg mit einer Gruppe verglichen werden, welche kein Training erhalten hat.

In der Phase der Entstehung dieser Doktorarbeit wurden einige Studien sowohl in Deutschland, Holland, Australien und den USA zu ähnlichen Anliegen wie in der *Studie 3* (u.a. Evaluation eines indizierten Präventionsprogramms, Einbezug der Eltern in die Prävention oder Intervention) durchgeführt (z.B. Kühl, 2005; Nauta, 2005), weshalb es zu thematischen Überschneidungen gekommen ist. Dies kann jedoch neben dem, was die Arbeit an Neuem liefert, als Replikation respektive Bestätigung von Forschungsergebnissen verstanden werden.

Methode und Besonderheiten der Studie 3: Die *Studie 3* basiert auf einer kleinen Stichprobe von 17 Mutter-Kind-Dyaden, weist jedoch einige Besonderheiten und Stärken auf. Das parallele Mutterprogramm, welches simultan zum Kindprogramm durchgeführt wurde, hat die gleiche Dauer, ist mit ihm verknüpft und lässt Aussagen über die Nützlichkeit eines Muttertrainings im Bereich der Angstprävention zu. Weiter kann diskutiert werden, ob einzelne Sit-

zungen (Elternberatungen oder Trainingselemente), wie in anderen Interventionsprojekten durchgeführt (z.B. Barrett, Duffy, Dadds, & Rapee, 2001; Manz, Junge, & Margraf, 2001), ebenfalls ausreichend sind. Weiter haben die Mütter und Kinder drei bis vier Mal (Wartelistenkontrollgruppe) eine grosse Fragebogenbatterie ausgefüllt. Der Follow-up-Zeitpunkt war fünf Monate nach dem Training angesetzt. Sie haben zusätzlich zu Standardfragebogen (vgl. Kap. 5.4.3.3) ihr Wissen nach dem Training anhand eines Wissenschecks unter Beweis stellen müssen, die Mütter haben zu Hause täglich die Ängste und damit zusammenhängende Verhaltensweisen ihrer Kinder eingeschätzt (diaries), und es wurden ebenfalls selbstkonstruierte Erwartungsbögen zum Training und zum Verhalten des Kindes vorgelegt. Die direkte Befragung zur Wirkung und Fragen zum Training und den Therapeuten respektive Trainern wurden ebenfalls zum Postzeitpunkt untersucht. Die Mütter haben nach jeder Stunde einen Stundenbogen zur Sitzung und zur Ängstlichkeit der Kinder ausgefüllt. Die Trainer wiederum haben nach jeder Sitzung ein standardisiertes Protokoll ausgefüllt. Die *Studie 3* hat ausserdem keine Drop-outs zu verzeichnen. Da die Stichprobe jedoch relativ klein ist, vor allem die Wartelistenkontrollgruppe, können nur eingeschränkte Analysen anhand eines Kontrollgruppenvergleichs durchgeführt werden. Ebenfalls nicht möglich sind Analysen zu den spezifischen kognitiv-verhaltenstherapeutischen Techniken.

Das Kindtraining ist in acht Sitzungen eingeteilt, wobei die psychoedukativen Elemente begleitet werden durch Übungen während den Sitzungen und Hausaufgaben. Die erste Sitzung ist vor allem dem Kennenlernen der Teilnehmer und des Trainers gewidmet. Die Kinder lernen jedoch bereits die Figur HEDI (Akronym des 4-Stufen-Plans) und den Zusammenhang zwischen Gedanken und Gefühlen kennen. In den nächsten Sitzungen werden sowohl Gefühle, Gedanken und physische Komponenten der Angst kennengelernt, Angsthierarchien gebildet, Normalisierung erlebt, Bewältigungsstrategien aufgebaut, Selbstverstärkung und Expositionsübungen eingeführt. Die letzte Sitzung widmet sich der Wiederholung und Rückfallprophylaxe durch den Werbespot für das Programm und der Abschlussparty (vgl. Kap. 5.4.1.2 & Anhang).

Das Muttertraining lehnt sich eng an das Kindtraining an. Die Mütter lernen sich ebenfalls in der ersten Sitzung kennen und erhalten einen ersten Teil Psychoedukation. Das erste Lernelement ist die positive Verstärkung. In den nächsten Sitzungen lernen die Mütter das Modelllernen kennen, physische Komponenten der Angst und Entspannungsverfahren, Gedanken der Angst und Selbstverbalisation, Selbstsicherheitsübungen für sich und für ihre Kinder, und sie werden zu Co-Trainerinnen ausgebildet, da sie nach dem Training befähigt sein sollten, ihren Kindern bei den Übungen zu helfen. Die letzte Sitzung widmet sich auch bei den Müttern der Wiederholung und Rückfallprophylaxe, welche in der gemeinsamen Party mit den Kindern endet.

Aufbau: Die vorliegende Arbeit beginnt mit einem Kapitel zum Thema Ängste bei Kindern und Jugendlichen, welches zuerst die wichtigsten Begrifflichkeiten und Konzepte zum Thema (Kap. 2.1) bereitstellt, die Klassifikation der Angststörungen beschreibt (Kap. 2.2) und anschliessend die Diagnostik, Komorbidität und Differentialdiagnostik im Rahmen von epidemiologischen und Interventionsstudien diskutiert (Kap. 2.3).

Die Entwicklungspsychopathologie kann in verschiedenen Bereichen zur Anwendung kommen (Achenbach, 1990, vgl. Abb. 3 in Kap. 3.1.1) und dient als Bezugsrahmen für verschiedene Forschungsansätze (Niebank & Petermann, 2000). Prävention und Frühintervention müssen schon der Definition nach Entwicklungsaspekte einbeziehen, weshalb sich das Entwicklungspsychopathologiemodell in der Klinischen Psychologie und der vorliegenden Arbeit

gewissermassen als Hauptmodell (vgl. Abb. 25 & 26) anbietet (Cummings, Davies, & Campbell, 2000; Masten, 1991). Das Modell wird in Kapitel 3.2.1 hergeleitet und besprochen, die Grundlagen für dieses Modell werden in Kapitel 3.1.1 bereitgestellt. Risiko- und Schutzfaktoren sind neben Vulnerabilitäts- und Resilienzfaktoren wichtige Parameter sowohl in der Ätiologie, Epidemiologie und in der Intervention, weshalb in Kapitel 3.1.2 die Faktoren definiert und in Zusammenhang gestellt werden, da sie nicht unabhängig voneinander zu verstehen sind. Die Resultate zu diesen Faktoren werden in einem separaten Kapitel (3.3) erläutert, welches nach dem heuristischen Schema von Ball und Peters (2007, vgl. Scheithauer & Petermann, 1999) eingeteilt ist: die Trennung nach risikoerhöhenden und risikosenkenden Faktoren ergänzt durch Entwicklungsaspekte (Kap. 3.3.3).

Das Kapitel 4 ist der Epidemiologie von Ängsten respektive Angststörungen bei Kindern und Jugendlichen gewidmet. Zuerst werden Begriffe und Einteilungen in der Forschung diskutiert (Kap. 4.1.1), und in Kapitel 4.1.2 wird ein Überblick über die wichtigsten internationalen und nationalen Studien geboten. Die internationale Epidemiologieforschung wird unter Kapitel 4.2 und die nationale Forschung unter Kapitel 4.3 besprochen. Die *Studie 1* und *Studie 2* der Autorin dieser Arbeit wurden als Vorprojekte des Pilotprojekts „Indizierte Prävention von Angststörungen bei Kindern und deren Müttern“ (*Studie 3*) durchgeführt. Deren Ergebnisse sollen mit den epidemiologischen Parametern der vorgestellten nationalen und internationalen Studien verglichen werden (Kap. 4.3.9).

Das Kapitel 5 befasst sich nach einführenden Überlegungen zur Prävention (Kap. 5.1) mit den Begriffen und der Funktion der Prävention (Kap. 5.2). In Kapitel 5.3 werden zuerst die Grundlagen der Interventions- respektive Präventionsforschung erläutert (Kap. 5.3.1), um anschliessend die Meta-Analysen und Reviews (Kap. 5.3.2) und einzelne Programme zur Prävention (Kap. 5.3.3) vorzustellen. Diese bilden die Grundlage für Kapitel 5.4, in welchem die *Studie 3* vorgestellt wird. Bevor das eigene Programm „Der Zauberlehrling“ in Kapitel 5.4.1.2 dargestellt wird, werden theoretisch-empirische Hintergründe zu den einzelnen Trainingselementen aufgezeigt (Kap. 5.4.1.1). Das Kapitel 5.4.2 beinhaltet die Fragestellungen zur *Studie 3*, und in Kapitel 5.4.3 werden die Methoden der *Studie 3* beschrieben. In Kapitel 5.4.4 werden die Ergebnisse dargestellt und in Kapitel 5.4.5 diskutiert.

In Kapitel 6 wird nach einer kurzen Zusammenfassung und Diskussion der ätiologischen Befunde (Kap. 6.1) die Diskussionen zur epidemiologischen (Kap. 6.2) und Präventionsforschung (Kap. 6.3) getrennt berichtet. Kapitel 6.4 liefert die abschliessenden Überlegungen und den daraus resultierenden Ausblick für eine zukünftige Forschung und die klinische Praxis.

KAPITEL 2

ÄNGSTE BEI KINDERN UND JUGENDLICHEN

2 ÄNGSTE BEI KINDERN UND JUGENDLICHEN

Im Gegensatz zu den meisten somatischen Krankheiten ist in der Klinischen Psychologie beziehungsweise Psychopathologie und Psychiatrie nicht eindeutig, wie der Untersuchungsgegenstand eingegrenzt werden soll (Ajdacic-Gross & Graf, 2003). Die Definitionsprobleme sind in allen störungsübergreifenden Bereichen der Psychologie (z.B. Epidemiologie und Prävention, vgl. Kap. 4 & 6) und der Entwicklungspsychopathologie vorzufinden, weshalb im vorliegenden und in Kapitel 3 (Ätiologie) versucht werden soll, so exakt wie möglich das Phänomen Angst und auch die dazugehörigen Störungsgruppen der Angststörungen zu definieren, abzugrenzen und deren Ätiologie zu betrachten. „Um einigermaßen präzise Aussagen z.B. für die Prävention zu gewährleisten, wären ätiologisch beziehungsweise pathogenetisch ausdifferenzierte Begriffe und Konzepte hilfreich“ (Ajdacic-Gross & Graf, 2003, S. 18). Im vorliegenden Kapitel werden zuerst die Begriffe Angst, Angststörung und Ängstlichkeit definiert und von verwandten Begriffen abgegrenzt (Kap. 2.1), um anschliessend die spezifische Klassifikation der Angststörungen bei Kindern und Jugendlichen (Kap. 2.2) zu besprechen. In Kapitel 2.3 werden die Diagnostik und Kategorien von Erhebungsinstrumenten in der Epidemiologie und Prävention besprochen. Die konkreten Erhebungsinstrumente der *Studien 1, 2 und 3* der Autorin werden jeweils im entsprechenden Methodenteil der Studien besprochen (Kap. 4.3.9 & 5.4.3).

2.1 Definition von Angst und verwandten Begriffen

Allen in diesem Kapitel vorgestellten Begriffen gemeinsam ist der Aspekt, dass das damit zusammenhängende Gefühl oder die Emotion unangenehm ist und zu einer ausweichenden Reaktion (Flucht, Vermeidung) führt. Die Begriffe unterscheiden sich auf den Dimensionen Temporalität, Objektgebundenheit, kognitiven Aspekten (Rationalität), physiologischen Komponenten (Schaltkreise im Hirn) und der Verhaltensebene. Sie unterliegen ebenfalls individuellen Variationen. Angst und ihre verwandten Zustände und Konstrukte sind stark kulturabhängig, zum Teil auch altersabhängig (Entwicklungsängste) und geschlechtsabhängig (vgl. Barlow, 2002).

Angst, anxious apprehension

Angst bezeichnet ein Konstrukt, welches kognitive physiologische und behaviorale Aspekte beinhaltet. Der Fokus liegt in der Zukunft, und es wird eine besorgte Erwartungshaltung (Befürchtung) gegenüber einer Gefahr oder eines Unglücks eingenommen. Diese Gefahr kann sowohl internal als auch external sein (APA, American Psychiatric Association, 2003). Normale Angst ist eine universelle Erfahrung und wichtig, um in (realen) gefährlichen Situationen einen Schutzmechanismus zu starten (Essau, 2003). Das heisst, der Angst kommt eine funktionale Bedeutung zu, wenn diese angepasst ist, da sie die Leistung in der entsprechenden Situation verbessert und das Überleben sichert (Barlow, 2002).

Der Körper des Menschen ist ausgestattet mit dem sympathischen Nervensystem, welches in einer gefährlichen Situation die *Kampf/Flucht-Reaktion* aktiviert (Essau, 2003). Diese körperlichen Reaktionen beziehen sich auf die Zustände Angst, Furcht und Panik (vgl. weiter unten). Die Handlungsbereitschaft wird dadurch gewährleistet und Adrenalin und Noradrenalin werden freigesetzt, das Herz schlägt schneller, mehr Sauerstoff zirkuliert durch die schnellere

Atmung und führt zu den bekannten unangenehmen Erstickungsgefühlen oder dem Schmerz in der Brust. Der Schwindel und die Sehstörungen werden durch die Reduktion der Blutzufuhr in den Kopf hervorgerufen. Das Schwitzen hilft dem Körper herunterzukühlen, das Weiten der Pupillen verhilft zu mehr Licht, aber auch zu getrübler Sicht und Punkten im Gesichtsfeld. Mundtrockenheit ist die Reaktion auf die Abnahme des Speichelflusses; und das Verdauungssystem wird heruntergefahren, was zu Übelkeit führt, wobei gleichzeitig der gesamte Stoffwechsel aktiviert wird. Das Zittern der Muskeln kommt von der Anspannung der Muskeln, welche zu einer Flucht oder zu einem Kampf vorbereiten (Birbaumer & Schmidt, 1991; Kandel & Kupfermann, 1996).

Auf der Verhaltensebene finden sich die grundlegenden Impulse, welche die automatische Kampf/Flucht-Reaktion begleiten. Entweder ist der Wunsch zur Flucht vorhanden oder es wird tatsächlich geflüchtet. Um nicht erneut eine ähnliche, unangenehme Situation zu erleben wird Vermeidungsverhalten aufgebaut. Da durch die Vermeidung im ersten Falle eine Erleichterung (negative Verstärkung, da Wegfall einer negativen Emotion, vgl. Kap. 3.2.2) erlebt wird, ist die Wahrscheinlichkeit für eine erneute Vermeidung der Situation erhöht und führt längerfristig zu einem robusten Vermeidungsverhalten (Essau, 2003, vgl. Kap. 3.2.2; Lieb & Wittchen, 2005). Die aus Angststörungen resultierenden Verhaltensweisen sind paradoxer Natur, da sie zugleich zerstörerisch (*self-defeating*) sind und gleichzeitig sich selbst aufrechterhalten (*self-perpetuating*). Das Neurotische Paradoxon zeigt, dass für Menschen die kurzfristigen Konsequenzen (z.B. Wegfall der Anspannung bei Flucht) bedeutender sind und somit verhaltenswirksamer als mittel- und längerfristige (negative) Konsequenzen (z.B. Einschränkung des Alltags). Dies hat auch einen Zusammenhang mit dem vor allem in der Intervention relevanten Thema des Verstärkeraufschubs (Barlow, 2002). Ablenkung oder Distanzierung sind kognitive Formen von Vermeidung. Bei Kindern kann sich Vermeidung durch die zum Teil altersbedingt eingeschränkte Fluchtmöglichkeit auch durch Weinen, Schreien und Anklammern an die Bezugsperson zeigen (Essau, 2003).

Die kognitiven Komponenten der Angst sind die Unsicherheit und das Gefühl der Unkontrollierbarkeit über den Umgang mit der Situation, die Sorgen und Erwartungen bezüglich einer Katastrophe und Konzentrationsschwierigkeiten durch selektive Aufmerksamkeit. Falls keine externe Gefahr gefunden wird, richtet sich die Aufmerksamkeit nach innen, was zu verzerrten Annahmen und Interpretationen führt (Essau, 2003, vgl. Kap. 3.2). Nach Lazarus (1966) wird dann Furcht (oder Angst) empfunden, wenn die Bedrohlichkeitseinschätzung negativ ausfällt. Furcht wird von ihm auch als Stresseemotion bezeichnet, welche dann auftritt, wenn ein antizipiertes negatives Ereignis nicht kontrolliert und somit nicht verhindert werden kann (vgl. Reisenzein, Meyer, & Schützwohl, 2003).

Der kognitive Aspekt einer Emotion wurde seit den 60er Jahren des letzten Jahrhunderts thematisiert und untersucht, wobei schnell klar wurde, dass die Annahme nicht haltbar ist, dass bei Erregung zuerst der Kontext bewertet werde, um die dazugehörige Emotion anschliessend zu bewerten (Schachter & Singer, 1962). Menschen berichten auch von Angst, wenn keine Erregung vorhanden war und die verschiedenen Aspekte der Angst (z.B. Verhalten, physiologische Erregung) sind nicht stark untereinander korreliert (vgl. Barlow, 2002). Lazarus (1966; Lazarus & Folkman, 1984) hat die kognitive Bewertung respektive Einschätzung (*appraisal*) der Situation (nicht der physiologischen Erregung wie bei Schachter und Singer) als vorausgehend für die anschliessend empfundene Emotion als ausschlaggebend eingeführt. Nach der Wahrnehmung der Situation wird diese eingeschätzt und kognitiv bewertet (neutral, positiv oder negativ). Bei einer negativen Einschätzung kann zwischen Bedrohung (Emotion: Angst), Verlust (Trauer), Provokation (Ärger) und Herausforderung (Reaktion: Aktivierung) unterschieden werden. Wobei Barlow (2002) konstatiert, dass die meisten Wahrnehmungs- und Informationsverarbeitungsschritte und die Bewertung unbewusst passieren und daher auch

nicht immer zugänglich sind. A. T. Beck (z.B. A. T. Beck & Emery, 1985) hat die Emotionen als biopsychosoziale Reaktionen mit wichtigen biologischen, affektiven, kognitiven und auf die Evolutionsgeschichte bezogenen Komponenten diskutiert. Die meisten (Basis-) Emotionen sind angeboren, überlebenswichtig (funktional) und als Reaktion auf eine Umwelt zu verstehen, welche sich im Verlauf der Evolution stark geändert hat. Erst im Zusammenhang mit inadäquater, übertriebener und gestörter Emotion bringt er die Kognition ins Spiel. Das heisst bei verzerrter Wahrnehmung (und Informationsverarbeitung) kann eine an sich neutrale Situation als bedrohlich interpretiert werden, was zu einer Angstreaktion führt. Der Fokus ist nicht auf das Affektsystem an sich, sondern auf die kognitiven Schemata gerichtet (vgl. Kap. 3.2.2). Automatische Gedanken in einer Situation führen zu den Emotionen, worauf bei verzerrten Grundannahmen inadäquat reagiert wird.

Barlow (2000, 2002; vgl. Zinbarg, Craske, & Barlow, 2006) beschreibt die Angst als ein einzigartiges, kohärentes kognitiv-affektives Konstrukt (Struktur) innerhalb eines defensiven Motivationssystems (*defensive motivational system*). Er geht davon aus, dass der Kern des Konstrukts ein Gefühl der Unkontrollierbarkeit ist, welches sich auf eine mögliche Gefahr, Bedrohung oder andere Herausforderungen mit potentiell negativem Ausgang bezieht (vgl. Abb. 2). Dadurch, dass keine Voraussage und Kontrolle möglich ist, könnte man diesem Zustand auch eine Hilflosigkeitskomponente zuschreiben (vgl. Seligman, 1995b). Diesen Zustand nennt Barlow (2000, 2002) *negativen Affekt*, welcher eine starke physiologische respektive somatische Komponente aufweist und möglicherweise die Aktivität von ausgeprägten Schaltkreisen im Gehirn auslöst. Diese wiederum sind assoziiert mit dem Corticotropin-releasing Faktor (CRF) System (Erregung, vgl. Turowsky & Barlow, 2000) oder mit Gray's Inhibitionssystem (vgl. Chorpita & Barlow, 1998, vgl. weiter unten). Das könnte das physiologische Substrat der Bereitschaft beziehungsweise der Vigilanz sein, welche dazu dient, zukünftiger Hilflosigkeit entgegenzuwirken (Barlow, 2002). Der negative Affekt wird von einer Aufmerksamkeitsverlagerung begleitet. Der Fokus geht nach innen und die Hauptbeschäftigung liegt beim Selbst und bei der Evaluation der (inadäquaten) Bewältigungsfertigkeiten, mit der Gefahr umzugehen. Dies und eine zusätzliche Erhöhung der Anspannung und der Erregung führen zu einem Verstärkerzyklus (vgl. Abb. 2), der die Person in einen Zustand der Hypervigilanz führt. Die kognitiven Verzerrungen, beispielsweise die selektive Aufmerksamkeit (auf Gefahrenreiz), kreieren die Basis für weitere Verzerrungen in der Informationsverarbeitung (vgl. weiter unten & Kap. 3.2.2). Wenn diese Prozesse stark genug sind, führen sie zu einer dysfunktionalen Leistung (Ausführung) oder zu Konzentrationseinbussen. Versuche, mit dem negativen Affekt und den Auslösern dieses negativen Zustands klarzukommen (im chronischen Fall), werden Copingversuche genannt, wobei sie in der Abbildung 2 als inadäquate Versuche zu verstehen sind. Zum einen ist es das Vermeidungsverhalten, durch welches der negative Zustand gar nicht aufkommen soll, oder zum anderen die Sorgen, welche den Versuch der Problemlösung einschränken oder sogar verhindern, da sie die notwendigen Kapazitäten begrenzen (Barlow, 2002). Der Autor betont, dass dieses Modell keine ätiologische Beschreibung der Angst ist, sondern die Illustration des Prozesses der chronischen *anxious apprehension*. Die Abbildung 2 veranschaulicht jedoch die Komponente des negativen Affekts im Zusammenhang mit Aufmerksamkeitsfokussierung und kognitiven Verzerrungen, welche zusammen mit den physiologischen Komponenten einen Aufschaukelungsprozess symbolisieren, der – wenn chronisch – zu Problemlöseversuchen führt, welche im Bereich der Angst öfters den genannten paradoxen Effekt haben.

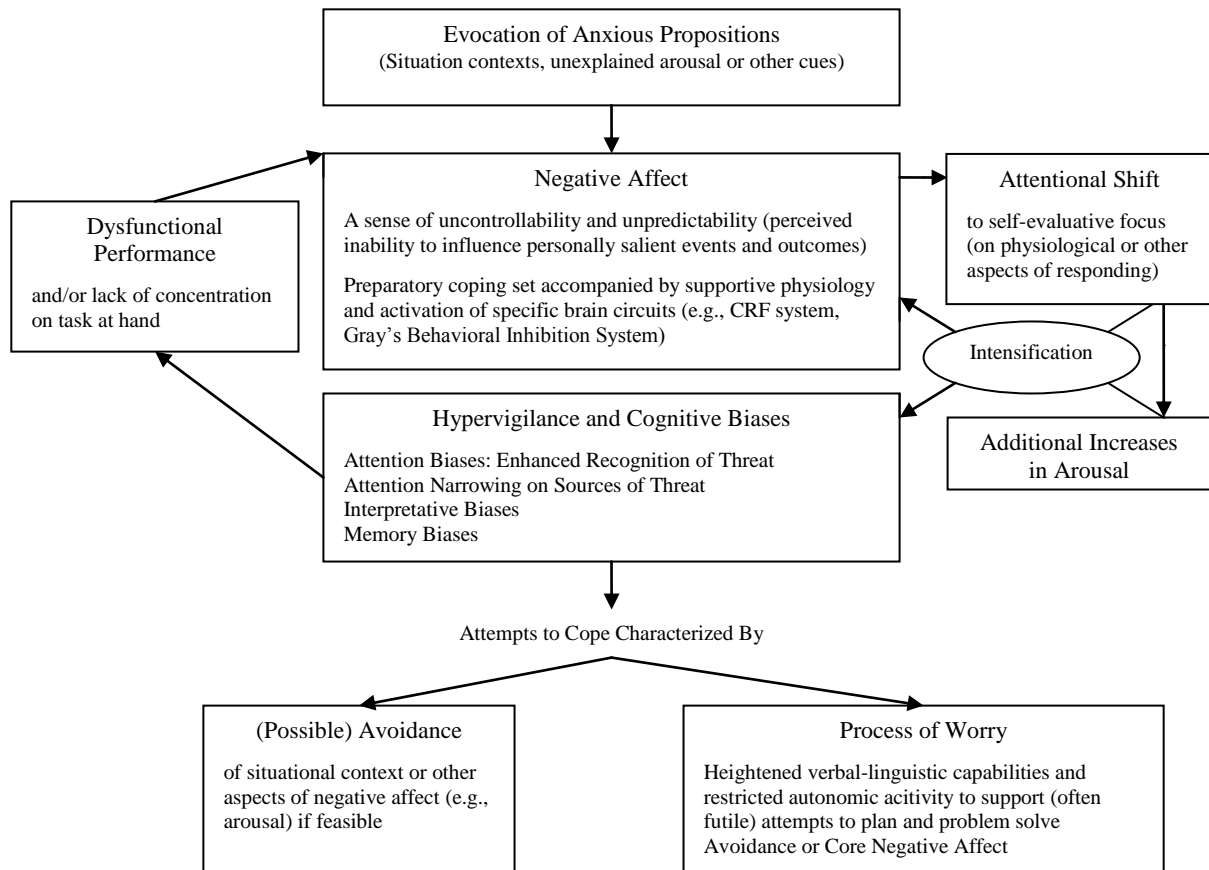


Abbildung 2: The process of anxious apprehension (nach Barlow, 2002, S. 65)

Weil die Angst damit zu tun hat, dass man ein negatives Ereignis antizipiert, hat Barlow (2000) den Terminus *anxious apprehension* (ängstliche Vorahnung oder Erwartungsangst, Übers. der Verf.) vorgeschlagen, welcher die Zukunftsorientiertheit beinhaltet. Diese Begriffe werden in der deutschen Literatur unter dem Konstrukt des *Theoretischen Prozessmodells* geführt (Turowsky & Barlow, 2000) oder als ängstliches Besorgtsein übersetzt (online-Wörterbuch).

Ängstlichkeit, instabil-introvertiert, behavioral inhibition, gehemmtes Temperament

Ängstlichkeit wird in der Persönlichkeitspsychologie und auch in der Klinischen Psychologie als ein relativ stabiles Trait-Merkmal (Persönlichkeitskonstrukt, Verhaltensdisposition, Prädisposition) verstanden (Spielberger, 1966). Dieses Merkmal kann sich infolgedessen auf die Entwicklung von Störungen auswirken beziehungsweise trägt zur Vulnerabilität bei. Der Trait-Angst steht die State-Angst gegenüber, welche als Zustandsangst bezeichnet wird. Diese meint die unmittelbare physiologische und kognitive Reaktion auf einen Stimulus. Das autonome Nervensystem ist in diesem Moment stark aktiv und wie oben beschrieben wird der Mensch auf Flucht oder Kampf vorbereitet. Das State-Trait-Angstinventar (STAI) von Laux et al. (1981) ist ein Fragebogenverfahren, welches versucht, genau zwischen diesen beiden Phänomenen zu unterscheiden (vgl. Kap. 4.3.9.1.2), wobei es sich zwei verschiedener Fragebogenformen bedient (gleiche Items, welche auf jeweiligen Angsttyp hin formuliert sind). Gullone, King und Ollendick (2001) konstatieren jedoch, dass die Differenzierung zwischen Trait- und State-Angst, welche im Bereich der Erwachsenenpsychologie stand hält, nicht einfach auf Kinder übertragen werden kann, da die Entwicklungsfaktoren einbezogen werden

müssen. Die Persönlichkeitskonstrukte und bestimmte kognitive Faktoren sind erst mit dem jungen Erwachsenenalter ausgereift (vgl. unten).

Aus diesen Überlegungen heraus haben andere Theoretiker Modelle entwickelt, welche heute noch zur Beschreibung einer Persönlichkeit herangezogen werden. Bei Eysenck (vgl. Eysenck & Rachman, 1971) wird die Ängstlichkeit mit Hilfe der Dimensionen *Neurotizismus* und *Ext-raversion* beschrieben. Ängstlichkeit wird durch hohe Werte auf dem Neurotizismusfaktor (*Instabilität*) und der *Introvertiertheit* (autonomes Nervensystem leicht erregbar, hohe kortikale Erregung) abgebildet (Asendorpf, 1996; Barlow, 2002). Gray hat ein neuropsychologisches Modell vorgestellt, welches als *Behaviorales Inhibitionssystem* (BIS, Verhaltenshemmungssystem) bekannt ist und die Überlegungen von Eysenck integriert. Neben dem BIS gibt es ein Verhaltensaktivierungssystem (BAS), welches Reaktionen auf konditionierte Reize beschreibt, welche Belohnung und Nichtbestrafung signalisieren. Das Angriff-/Fluchtsystem (FFS, fight/flight) beschreibt Reaktionen auf unkonditionierte Gefahrenreize, Strafe und Nichtbelohnung (vgl. Barlow, 2002). Die Flucht oder eine defensive Aggression sind hier die resultierenden Verhaltensweisen, da ein konkreter Stimulus vorliegt, welcher zur sofortigen Reaktion aktiviert (vgl. Asendorpf, 1996). Beim BIS sind aversive Reize (Signal für Bestrafung, Signal zum Wegfall einer angesagten Belohnung und unbekannte Reize) auslösend für die Verhaltenshemmung, die Erregungserhöhung und erhöhte Aufmerksamkeit. Diese gesteigerte Aktivierung des BIS kann mit der Angstreaktion gleichgesetzt werden. Bei ängstlichen Menschen ist dieses System besonders aktiv und sensibel. Die Hemmreaktionen sind übertrieben und führen zu Einschränkungen (Margraf & Schneider, 2003). Eine gehemmte Person ist in Erwartung einer Bestrafung nervöser als eine ungehemmte Person (im Selbsturteil). Das bedeutet, eine ängstliche Person ist empfänglicher für Bestrafung als für Belohnung (Asendorpf, 1996). In Studien mit Persönlichkeitsskalen konnten hohe Korrelationen zwischen Ängstlichkeit und Neurotizismus gefunden werden. Die Ängstlichkeit variiert jedoch sehr stark zwischen den Situationen, weshalb es zwei unterschiedliche Dimensionen sind, welche sich auf einer allgemeinen Ebene überschneiden. Oft wird auch implizit in Fragebogen miterhoben, ob eine Person die Tendenz hat, sich über ihre Reaktion (Verhalten, körperliche Reaktion, Erleben) Gedanken zu machen. Weiter werden durch unterschiedliche Operationalisierungen auch unterschiedliche Konstrukte erhoben. Die Fragen zur Neurophysiologie der Ängstlichkeit, welche sich Eysenck und Gray stellten, können nicht abschliessend behandelt werden. Die meisten Studien fanden keine Zusammenhänge von neurophysiologischen Parametern und den Dimensionen von Eysenck. Grays Annahmen konnten zum Teil bestätigt werden, diese sind jedoch auch psychologischer Natur und werden eher als Heuristik gehandelt (Asendorpf, 1996).

Die Temperamentsforschung profitierte von der Ernüchterung, welche die umweltdeterministischen Ansätze (z.B. Bindungstheorien, Erziehungstilforschung) in den 70er Jahren erfuhren. Es wurden nun auch die Einflüsse untersucht, welche das Kind auf die Bezugspersonen hat (Zentner, 2000). Das Konstrukt *Temperament* beinhaltet im Gegensatz zur *Persönlichkeit* keine kognitiven Aspekte, sondern bezeichnet die Form respektive Formaspekte des Verhaltens (Asendorpf, 1996). Das heisst, der Begriff Temperament bezieht sich mehr auf biologische Mechanismen und Konstanten des Verhaltens und der Affektivität und ist der ältere Begriff der beiden. Temperamentskonzepte sind universell in den meisten Kulturen hinweg in der gleichen Art vertreten, wobei die normalen, nicht pathologischen Bereiche gemeint sind (Zentner, 2000):

Temperament wäre demnach ein Ausdruck für individuelle Besonderheiten in emotionalen und formalen Aspekten des Verhaltens (unter Ausschluss von In-

telligenz und Pathologie), die schon sehr früh in der Entwicklung zu beobachten sind, eine relativ hohe zeitliche Stabilität und eine enge Beziehung zu physiologischen Mechanismen aufweisen. (S. 260)

Schüchternheit und Gehemmtheit werden beschrieben als ein langsames Annäherungsverhalten in Situationen, welche ungewiss oder neu sind. Weitere Temperamentsmerkmale, welche im frühen Kindesalter auftreten und ziemlich gut erforscht sind: negative Emotionalität respektive Stimmungslage (z.B. negative Affekt, vgl. Kap. 3.1.1), Aktivität beziehungsweise Intensität (Grobmotorik), Aufmerksamkeit (Ausdauer, Ablenkung), Anpassungsfähigkeit, Regelmässigkeit biologischer Funktionen (Biorhythmen), sensorische Reizschwellen (Stärke des Reizes für eine Reaktion, vgl. Kap. 3.3.3). Die Klassifikation der Temperamentsfaktoren lassen die Kinder zu drei verschiedenen Gruppen zuteilen (typologischer Ansatz): Die impulsiv-unbeherrschte (*undercontrolled*), gehemmt-überkontrollierte (*overcontrolled*) und die ich-starke Gruppe (Zentner, 2000). Die ich-starken Kinder sind jene, welche als extravertiert, verträglich und belastbar auffallen. Diese Gruppe macht circa 40% der Kinder aus. Die impulsiv-unbeherrschten Kinder neigen zu Impulsivität, fallen durch hohe Aktivität auf und haben eine geringe Frustrationstoleranz. Die *gehemmt-überkontrollierten* Kinder sind in ihrem Verhalten ängstlich und sozial gehemmt. Diese beiden Gruppen sind jeweils mit circa 10 bis 15% vertreten. Thomas und Chess (1977) haben drei Temperamentsmuster beschrieben: einfaches Temperament, schwieriges Temperament (Babys und Kleinkinder mit Extremwerten auf den Merkmalen) und *langsam auftauendes Temperament* (*slow-to-warm-up*) (vgl. Lonigan & Phillips, 2001; Nigg, 2006; Rapee, 2002). Thomas und Chess (1977) haben ausserdem folgende Kategorien von Temperaments-Verhalten aufgestellt: Aktivitätslevel, Annäherung oder Rückzug bei neuen Stimuli, Adaptabilität, sensorische Schwellen, dominierende Stimmungsqualität, Intensität des Stimmungsausdrucks, Aufmerksamkeitsspanne und Ausdauer, Ablenkbarkeit und Rhythmik.

Rapee (2002) meint, dass vor allem die Temperamentsmerkmale Rückzug, Schüchternheit, Hemmung, Emotionalität und Annäherung (Vermeidung) einen Zusammenhang mit dem Ausdruck der Angst und mit Angststörungen haben (vgl. Kagan, Snidman, Zentner, & Peterson, 1999). Rückzug wird charakterisiert als verringerte Annäherung zu Fremden, Leiden in neuartigem Umfeld, weniger Lächeln und Interaktion mit anderen und ein langsames Anwärmen in sozialen Situationen (Rapee, 2002). Rückzugsverhalten ist ebenfalls im Zusammenhang mit einem Vermeidungsverhalten im Sinne eines Copingstils zu verstehen. Es scheint, dass Vermeidungsverhalten sowohl mit einem gehemmten Temperament als auch mit (späteren) Angststörungen verbunden ist (vgl. Kap. 3.3.3). Obwohl die Literatur nicht einheitliche Ergebnisse berichten kann, ist eine Assoziation zwischen Rückzug und Angststörung vorhanden. Anscheinend sind die Resultate eindeutiger, wenn die Erhebung des Temperaments im Vorschulalter erfolgt und nicht in den ersten 3 Lebensjahren (vgl. Biederman, Rosenbaum, Chaloff, & Kagan, 1995). Die Stabilität der Temperamentsmerkmale wird entsprechend diesen Überlegungen erst später in der Kindheit erreicht. Das bedeutet gleichzeitig auch, dass Umweltfaktoren einen Einfluss auf das Temperament haben (Lonigan & Phillips, 2001). Da eine familiäre Häufung bei Angststörungen vorkommt (vgl. Kap. 3.3.1), wurde der Erblichkeitsfaktor untersucht, wobei die Varianzaufklärung der Temperamentsmerkmale respektive der Persönlichkeitsmerkmale bei circa 30-50% liegt. Für die Angststörungen an sich ist die genetische Komponente nicht so klar, da diese weder zwischen den Angststörungen differenziert noch zu Depressionen und Essstörungen abgrenzt (vgl. Kendler et al., 1995; Rapee, 2002). Barlow (2000, 2002) geht von einer ähnlichen Idee aus und führt das Modell der *Triple Vulnerabilities* ein (vgl. Kap. 3.2.1). Im Verlauf der Entwicklung eines Kindes, werden zwei bis drei Typen von Vulnerabilitäten differenziert, wobei die Spezifität mit dem Entwicklungsverlauf zunimmt. Die Bedeutung von der Eltern-Kind-Interaktion (z.B. Krohne & Hock,

1994) wird in Kapitel 3.3.1 noch genauer eruiert, wobei im vorliegenden Absatz der Zusammenhang zwischen diesen Variablen und dem Temperament hervorgehoben werden soll. Der überbehütende und kritisierende Erziehungsstil der Eltern weist einen starken Zusammenhang mit der Angst und mit einem gehemmten Temperament beim Kind auf. Die Frage ist, ob der Erziehungsstil eine Assoziation ist oder ein Risikofaktor. Ausserdem muss ausgeschlossen sein, dass der Erziehungsstil vornehmlich als Reaktion auf das Verhalten des Kindes folgt. Die Gehemmtheit ist mit mütterlichem Ausdruck von Überbehütung verbunden. Rapee (2002) diskutiert, dass eventuell die Behütung durch den Rückzug und die Hemmung des Kindes ausgelöst wird, das heisst, dass die Überbehütung eine Verschlimmerung der Hemmung ausmachen würde. Der andere Fall wäre, dass es beides ist, die Überbehütung als das Resultat der Hemmung und eine Verschlimmerung der Hemmung. Die Kausalität ist damit noch nicht geklärt, obwohl es Hinweise gibt, dass durch die Reduktion der Kontrolle (Teil des überbehütenden Stils) auch ein Rückgang des Rückzugsverhaltens stattfindet, was einem Hinweis auf Kausalität gleichkommt (vgl. Kap. 3.1.2 & 3.3.1).

Furcht, Panik und Phobie

Wenn man den Ausführungen von Barlow (2000, 2002; vgl. Turowsky & Barlow, 2000; Zinbarg et al., 2006) folgt, kann Angst wie folgt von Furcht (fear) und Panik abgegrenzt werden: *Furcht* ist eine von Angst unterschiedliche Emotion (Gefühl), welche andere Schaltkreise im Hirn in Anspruch nimmt. Sie ist ebenfalls bekannt unter den Begriffen Notfall- oder Flucht-Kampf-Reaktion (Barlow, 2000). Auf der Zeitachse wäre für die Furcht der Bezugspunkt der Gefahr in der Gegenwart und ist kurzlebig; und für die Angst, wie erwähnt, in der Zukunft und somit langlebiger. Das heisst, Furcht fordert sofortige Reaktionen, welche jedoch beim Nichtvorhandensein einer Gefahr, *Panik* genannt wird (Meyer, Schützwohl, & Reisenzein, 1993, 1999). Panik läuft auch unter *falschem Alarm* (false alarms, Barlow, 2002, vgl. Abb. 24, Kap. 3.2.1), ist unerwartet und besteht während einer kurzen Zeitperiode (Essau, 2003). Der Begriff stammt vom altgriechischen Hirtengott Pan ab, der aufgrund seines hässlichen Aussehens Menschen erschreckte (Margraf & Schneider, 2003). Auch Seligman (1995b) unterscheidet die Furcht von der Angst, wobei die Furcht „einen unangenehmen emotionalen Zustand mit einem Zielobjekt“ (S. 107) bezeichnet. Die Angst demgegenüber ist weniger spezifisch, diffuser und nicht an ein Objekt gebunden; meist tritt sie auf, wenn ein bedrohliches Ereignis angekündigt wird, aber unvorhersehbar ist. Diese Unvorhersehbarkeit führt zu störenden emotionalen Zuständen (vgl. Kap. 3.2.2). Furcht gilt als eine Basisemotion, welche schon bei Darwin und Ekman (vgl. Meyer et al., 1993; 1999; Reisenzein et al., 2003) diskutiert wurde. Die Basisemotionen werden im Gegensatz zur Angst, welche kognitive Elemente beinhaltet, als kulturell unabhängige Reaktion auf eine bestimmte Situation verstanden.

Weiter muss der Begriff respektive das Konstrukt *Phobie*, genannt nach der griechischen Gottheit Phobos, abgegrenzt werden. Phobos hat solchen Schrecken verursacht, dass die Menschen flüchteten, auch wenn sie ihn nur auf einer Zeichnung erkannten oder von ihm hörten (Margraf & Schneider, 2003). Der Wunsch, eine gefürchtete Situation zu vermeiden, steht im Mittelpunkt. Kann sie nicht vermieden werden, wird eine starke Angstreaktion (oder Panik) hervorgerufen. Die Phobie ist unangemessen, entzieht sich der willentlichen Kontrolle und ist altersunspezifisch (Essau, 2003, vgl. Kap. 2.2).

Bei Barlow (2002) findet sich folgende Liste von Termini, welche in der englischen Sprache dem Begriff *anxiety* (Angst) zugehörig gesehen werden: fear, dread, phobia, fright, panic, apprehensiveness. Den Begriff Angst wiederum übersetzt er ins Englische mit folgenden Begriffen: agony, dread, fright, terror, consternation, alarm oder apprehension, concern. Wenn die englischen Begriffe in die Deutsche Sprache übersetzt werden, finden sich neue, oben noch

nicht genannte Worte: Scheu, Grauen, Besorgnis, Schrecken, Schmerz, Pein, Qual, Bedenken, Terror, Bestürzung, Betroffenheit. Die meisten Begriffe beinhalten sowohl kognitive als auch physiologische und Verhaltensaspekte, sind jedoch meist auf eine bestimmte Situation bezogen (z.B. Scheu in sozialen Situationen, Terror als Bedrohung der physischen Integrität), weshalb sie hier nicht weiter erläutert werden.

Angststörung

Angststörungen sind das Resultat qualitativer und quantitativer Abweichungen der normativen Mechanismen des Angst-Reaktionssystems (Vasey & MacLeod, 2001). Was die Angst mit ihren kognitiven, physiologischen und behavioralen Komponenten zur Angststörung macht, ist der Aspekt, dass der Mensch sich durch die Symptome behindert fühlt, in der Funktion eingeschränkt ist und dass er darunter leidet (vgl. Kap. 2.2).

Barlow (2002) zeigt in seinem Angstmodell (Abb. 2) auf, dass der wahrgenommene Verlust der Kontrolle über externe Bedrohungen oder die Kontrolle über negative interne emotionale und körperliche Reaktionen zentral sind für das Erleben von Angst. Personen mit einer Angststörung zeichnen sich dadurch aus, dass sie glauben, die angstbezogenen Ereignisse und Empfindungen seien unkontrollierbar. Pathologische Angst und normale Angst unterscheiden sich sowohl in der Höhe des Angstlevels als Reaktion auf eine bedrohliche Situation als auch vor allem durch die Beurteilung bezüglich der Kontrollierbarkeit einer Situation (vgl. Lazarus & Folkman, 1984). Externale Kontrollüberzeugung korreliert mit dem Selbsturteil der Kinder auf einer Angstskala (vgl. Barlow, 2000, 2002; Vasey & MacLeod, 2001). Die Literatur zu den Angststörungen und konkreten kognitiven Verzerrungen ist spärlich (Alfano, Beidel, & Turner, 2002), jedoch konnten Weems, Costa, Watts, Taylor und Cannon (2007) in einer Studie durch konkrete kognitive Verzerrungen und die Angstsensitivität spätere Angstsymptome vorhersagen. Der Inhalt des Konzeptes über die Angststörung oder der kognitive Prozess (z.B. das Katastrophisieren) differenziert zwischen den Angststörungen und den Depressionen (vgl. weiter unten). Neben den Kognitionen sind auch soziale Kompetenzen zwischen Kindern mit einer Angst oder Depression unterschiedlich. Depressive Kinder haben die Tendenz, impulsiver und aufmüpfiger zu sein, was wiederum negative Reaktionen seitens der Erwachsenen und Zurückweisung von Peers auslöst. Weiter sind es auch das Weltbild und die verschiedenen Botschaften, welche die Eltern den Kindern direkt oder durch ihre Handlungen vermitteln, das familiäre Milieu, das die Kinder und Eltern berichten, das die Kinder in Bezug auf das Störungsbild differenziert (Stark, Humphrey, Laurent, Livingston, & Christopher, 1993)

Normale Angst und Entwicklungsängste

Normale Ängste verändern sich über den Entwicklungsverlauf eines Menschen. Nach Gullone (2000) sind diese Veränderungen zum Grossteil vorhersagbar. Die normalen Ängste und Entwicklungsängste nehmen in ihrer Prävalenz und Intensität über den zeitlichen Verlauf ab, und bestimmte Ängste sind vorübergehend und kurzlebig. Mit Hilfe von Längsschnittstudien kann gezeigt werden, dass ein Rückgang der Ängste mit dem Zuwachs an Reife assoziiert ist. Gleichzeitig findet man bei Individuen, welche höhere oder niedrigere Angstwerte hatten als die Norm, dass diese den Trend auch über die Zeit beibehalten. Wenn also von einem Wesensmerkmal (Trait) in Bezug auf die Ängstlichkeit ausgegangen wird, sind die individuellen Unterschiede konstant (Gullone, 2000). Der Inhalt der Angst kann sich über die Jahre verändern, wobei es in der frühen Kindheit die unmittelbar greifbaren Ängste sind, unter welchen ein Kind leidet, gefolgt von den Ängsten vor Fantasieobjekten, dann die Naturkatastrophen

und Verletzungen, und schliesslich die Ängste vor zukünftigen und sozialen, leistungsbezogenen Ereignissen (Ollendick & King, 1991a, vgl. Tab. 1).

Tabelle 1: Ängste und Angststörungen von Kindern und Jugendlichen im Entwicklungsverlauf (modifiziert nach Carr, 1999, S. 404) (nach Schneider, 2004a, S. 10)

<i>Alter</i>	<i>Psychologische bzw. soziale Kompetenz</i>	<i>Quelle entwicklungsphasentypischer Ängste</i>	<i>Beginnende Angststörung</i>
0-6 Monate	Sensorische Fähigkeiten dominieren	Intensive sensorische Reize Verlust von Zuwendung Laute Geräusche	
6-12 Monate	Sensomotorische Schemata Ursache & Wirkung Objekt Konstanz	Fremde Menschen Trennung	
2-4 Jahre	Präoperationales Denken Fähigkeit zu Imaginieren, aber unfähig Fantasie und Realität zu trennen	Fantasiegestalten Potentielle Einbrecher Dunkelheit	Trennungsangst Spezifische Phobie vor Dunkelheit, Monstern usw.
5-7 Jahre	Konkret-operationales Denken Fähigkeit, konkret-logisch zu denken	Naturkatastrophen (Feuer, Überschwemmung) Verletzungen Tiere Medienbasierte Ängste	Spezifische Phobie vor Tieren, Blut, medizinischen Eingriffen
8-11 Jahre	Selbstwert basiert auf akademischen und sportlichen Leistungen	Schlechte schulische und sportliche Leistungen	Prüfungsangst
12-18 Jahre	Formal-operationales Denken Fähigkeit, Gefahr zu antizipieren Selbstwert durch Alterskameraden bestimmt	Ablehnung durch Gleichaltrige	Soziale Phobie Agoraphobie Panikstörung

Diese Veränderungen bezüglich der Inhalte der Ängste gehen mit der kognitiven und sozialen Entwicklung eines Kindes einher. Die verzerrte Wahrnehmung, die Informationsverarbeitung und die Interpretation von gegenwärtigen und zukünftigen (angstbesetzten) Ereignissen sind stark vom Alter und der kognitiven Reife abhängig (vgl. Alfano et al., 2002; Bögels & Zigterman, 2000; Essau, 2003; Vasey & MacLeod, 2001; Weems et al., 2007, vgl. Kap. 3.3.1). In einer Studie von Muris, Merckelbach und Luijten (2002) wurden „normal-intellektuelle“ Kinder bezüglich Ängsten und Sorgen mit Kindern verglichen, welche unterdurchschnittliche intellektuelle Fähigkeiten (BAIA=below-average intellectual abilities) haben. Im halbstrukturierten Interview gaben normale Kinder mehr Ängste und Sorgen an als BAIA-Kinder. Ausserdem zeigt sich, dass das Niveau der kognitiven Entwicklung zu Erfahrungen von Angst und Sorgen beiträgt. In einem weiteren Fragebogen (Koala Fear Questionnaire, KFQ, vgl. Muris, Meesters, Mayer et al., 2003) wurden einfachere Ängste abgefragt. In diesem Vergleich hatten die BAIA-Kinder einen grösseren Mittelwert (grösseres Angstlevel) als die normalen Kinder. Dies bedeutet, dass die intellektuellen Fähigkeiten mit dem Erleben von Angstzuständen zusammenhängen. Nicht die Erfahrung von Angst an sich (Quantität) ist zwischen normalbegabten und unterdurchschnittlich begabten Kindern verschieden, sondern die Inhalte der Ängste (Qualität) unterscheiden sich.

Kinder im Alter von 4-12 Jahren geben zu 75.8% an, sich vor mindestens einem Objekt oder einer Situation zu fürchten, wobei die Verteilung zeigt, dass die grösste Gruppe jene mit mehr

als einem gefürchteten Reiz ausmacht (Muris, Merckelbach, Gadet, & Moulaert, 2000). Sie fanden ebenfalls bei einem Prozentsatz von 67.4% der Kinder mindestens eine Sorge. Die Sorgen sind ebenfalls abhängig vom Alter und der (kognitiven) Entwicklung. Bei Kindergartenkindern sind es noch selbstbezogene Sorgen (z.B. Trennung von Eltern), welche mit dem Alter abnehmen. Die leistungsbezogenen (z.B. Prüfungen) und sozialen Sorgen (z.B. soziale Bewertung) nehmen mit dem Alter zu (Tab. 1, vgl. Kap. 4.3).

In den Studien der Autorin der vorliegenden Arbeit haben hauptsächlich Kinder im Alter von 9-12 Jahren teilgenommen. Wenn die Tabelle 1 konsultiert wird, sind schulische und sportliche Leistungen für diese Altersgruppe besonders von Bedeutung, was vor allem zu Ängsten in diesem Angstbereich führt (z.B. Prüfungsangst). Sozialphobische Elemente können auch schon bei 12-Jährigen vorkommen, welche in die Phase des formal-operationalen Denkens übertreten. In den Stichproben der vorliegenden Dissertation sind also Leistungs- und soziale Ängste in einem gewissen Rahmen entwicklungstypisch (Grenze, vgl. Kap. 2.2).

2.2 Klassifikation der Angststörungen bei Kindern und Jugendlichen

Die Klassifikationssysteme DSM-IV-TR (APA, 2003) und ICD-10 (WHO, Weltgesundheitsorganisation, 2005) sind grundlegend für die psychologische Epidemiologie, weil sie die Kategorien und Kriterien vorgeben, welche die diversen epidemiologischen Parameter vergleichbar machen (vgl. Ajdacic-Gross & Graf, 2003). Für die Prävention ist die Zuteilung der Symptome, Anzeichen, Verhaltensweisen (somit auch die subklinischen Anzeichen einer Störung) von Bedeutung, damit die Gruppen für die Programme homogen gestaltet werden können und die klinische Relevanz eines Präventionsprogramms bestimmt werden kann. Diese Klassifikationssysteme sind der kategorialen Diagnostik verpflichtet (vgl. Kap. 2.3), das heisst der klaren Abgrenzung zwischen psychischer Normalität und Störungen (Plück, Döpfner, & Lehmkuhl, 2000); zudem werden Diagnosen nach Kriterienkatalogen, Ein- und Ausschlusskriterien und Verlaufsangaben und durch Algorithmen (diagnostische Regeln zur Entscheidung und Verknüpfung) gestellt (Operationale Diagnostik, Baumann & Stieglitz, 2005; Freyberger, Stieglitz, & Wittchen, 2001).

Der Wechsel vom DSM-III-R (American Psychiatric Association, 1991) zum DSM-IV und dessen Textrevision (TR) (American Psychiatric Association, 1996, 2003) hat auch Änderungen im Bereich Angststörungen und Störungen in der Kindheit und Adoleszenz mit sich gebracht (vgl. Essau, Petermann, Reiss, & Steinmeyer, 2001; F. Petermann & Lehmkuhl, 2003). Es gibt in der vierten Auflage aufgrund von Forschungsergebnissen der Entwicklungspsychopathologie (vgl. Kap. 3.1.1) die Subkapitel Verlauf und zugehörige Merkmale, welche die Entwicklung der Störungen berücksichtigen (Essau, Conradt, & Reiss, 2004; F. Petermann & Lehmkuhl, 2003). Die Forderung der klinischen Bedeutsamkeit soll die Schwelle für eine Diagnose erhöhen. Dies hat jedoch Auswirkungen auf die Resultate in epidemiologischen Studien (vgl. Kap. 4). Notwendig für die Analyse der Verteilung von psychischen Störungen und den Vergleich über die Erhebungsjahre ist somit die Berücksichtigung des Klassifikationssystems.

Eine weitere wichtige Veränderung betrifft konkrete Diagnosen im Bereich der Angststörungen. Das Kapitel zu den Störungen, die gewöhnlich zuerst im Kleinkindalter, in der Kindheit oder Adoleszenz diagnostiziert werden, hat keine Angststörungen in der Kindheit oder Adoleszenz (Subgruppe) mehr. Die Störung mit Trennungsangst wird nun in Kapitel Andere Störungen im Kleinkindalter, in der Kindheit oder Adoleszenz aufgeführt. Die Störung mit Kon-

taktvermeidung und die Störung mit Überängstlichkeit (DSM-III-R) wurden gestrichen und werden im DSM-IV(-TR) im Bereich der Angststörungen im Erwachsenenalter als Soziale Phobie und Generalisierte Angststörung behandelt (American Psychiatric Association, 1991; 1996, 2003, vgl. Tab. 2). Die Kriterien der Störungsbilder überschneiden sich jedoch nur wenig, vor allem die Störung mit Überängstlichkeit und Generalisierte Angststörung (Costello, Egger, & Angold, 2005b).

Tabelle 2: Wichtigste Angststörungen, Phobien und emotionale Störungen des Kindesalters nach DSM-IV-TR (APA, 2003) und ICD-10 (Weltgesundheitsorganisation, 2005)

	<i>Störung</i>	<i>Codierung</i>
<i>DSM-IV-TR-Kapitel</i>		
Andere Störungen im Kindesalter, in der Kindheit oder Adoleszenz	Störung mit Trennungsangst	309.21
Angststörungen (Erwachsene)	Soziale Phobie	300.23
	Generalisierte Angststörung	300.02
	Agoraphobie ohne Panikstörung in der Vorgeschichte	300.22
	Panikstörung mit Agoraphobie	200.21
	Spezifische Phobie	300.29
<i>ICD-10-Kapitel</i>		
Emotionale Störungen des Kindesalters	Störung mit Trennungsangst des Kindesalters	F93.0
	Phobische (emotionale) Störung des Kindesalters	F93.1
	Störung mit sozialer Ängstlichkeit des Kindesalters	F93.2
	Emotionale Störung mit Geschwisterrivalität	F93.3
	Generalisierte Angststörung des Kindesalters *	F93.80
Phobische Störungen (Erwachsene)	Agoraphobie ohne Panikstörung	F40.00
	Agoraphobie mit Panikstörung	F40.01
	Soziale Phobie	F40.1
	Spezifische (isolierte) Phobie	F40.2
Andere Angststörungen (Erwachsene)	Generalisierte Angststörung	F41.1

Anmerkungen: *=nur in den Forschungskriterien der ICD-10 (Weltgesundheitsorganisation, 2000)

Im DSM-IV(-TR) werden jeweils konkrete Hinweise auf die Altersmerkmale, das Geschlecht und den Verlauf der Störung gegeben (vgl. Kap. 4.4.2, 4.4.3 & 4.4.4) und explizit darauf aufmerksam gemacht, dass die Störungskategorien für alle Altersbereiche gelten (APA, 2003).

Zum Teil gibt es Unterschiede in der Klassifikation von Angststörungen in den beiden Klassifikationssystemen ICD-10 (Forschungskriterien, WHO, 2000, 2005) und DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2003). Es ist aber in beiden Systemen möglich, Diagnosen für Kinder auch aus dem Erwachsenenanteil zu stellen. In der Tabelle 2 ist die Übersicht über die verschiedenen Angststörungen gegeben (NNB, Nicht näher bezeichnete Angststörungen, Belastungsstörungen und Zwangsstörungen werden weggelassen). In Tabelle 3 finden sich die wichtigsten Kriterien der Störung mit Trennungsangst, der Sozialen und der Spezifischen Phobie und der Generalisierten Angststörung (American Psychiatric Association, 2003).

Tabelle 3: Hauptkriterien der Trennungsangst, Sozialen Phobie, Spezifischen Phobie und der Generalisierten Angststörung im Kindes- und Jugendalter (vgl. American Psychiatric Association, 2003)

Angststörung	Hauptkriterien
Störung mit Trennungsangst	<ul style="list-style-type: none"> • Unangemessene Angst bei Trennung von einer Bezugsperson • Anhaltende und exzessive Sorge, sich von einer Bezugsperson zu trennen oder sie zu verlieren • Somatische Beschwerden: Übelkeit, Bauchschmerzen, Kopfschmerzen, Erbrechen • Vermeidung von Trennungssituationen: alleine im eigenen Bett schlafen, Übernachtung bei Freunden, Kindergarten- oder Schulbesuch
Soziale Phobie	<ul style="list-style-type: none"> • Anhaltende und exzessive Angst, in sozialen (Leistungs-)Situationen (z.B. vor anderen sprechen, Geburtstagsfest besuchen) • Angst vor Peinlichkeiten/Blamage oder beurteilt zu werden • Konfrontation führt zu unmittelbarer Angst • Soziale Situationen werden vermieden oder unter intensiver Angst ertragen
Spezifische Phobie	<ul style="list-style-type: none"> • Anhaltende und exzessive Angst, in Anwesenheit oder Erwartung spezifischer Objekte oder Situationen (z.B. Fliegen, Höhe, Tiere) • Konfrontation führt zu unmittelbarer Angst • Phobische Situationen werden vermieden oder unter intensiver Angst ertragen
Generalisierte Angststörung	<ul style="list-style-type: none"> • Exzessive Angst und Sorgen um Ereignisse oder Aktivitäten (z.B. Schulleistungen, tägliche Routineaktivitäten, Naturkatastrophen) • Schwierigkeiten, Sorgen zu kontrollieren • Sorgen sind mit kognitiven und physiologischen Symptomen assoziiert (Auszug): <ul style="list-style-type: none"> – Ruhelosigkeit und Nervosität – Müdigkeit und Konzentrationsschwierigkeiten – Reizbarkeit, Muskelverspannung, Schlafstörungen

Auf die Darstellung der Kriterien der Panikstörung, Agoraphobie und anderen Angststörungen wird verzichtet, da in der vorliegenden Arbeit vor allem die genannten vier Störungsbilder der Untersuchungsgegenstand sind. In der Tabelle 3 werden die Kriterien genannt, welche die Störungsbilder unterscheiden. Die Forderung danach, dass die Symptome Beeinträchtigungen oder Leiden verursachen müssen (Kriterium E), gilt für alle Angststörungen, damit sie zu einer klinischen bedeutenden Diagnose führen. Ebenfalls nicht in der Tabelle 3 aufgeführt ist, dass Kinder ihre Angst im Gegensatz zu Erwachsenen unterschiedlich ausdrücken können (Weinen, Wutanfälle, Zurückweichen, Erstarren) und dass sie nicht erkennen müssen, dass die Angst unbegründet ist (kognitives Niveau).

Eine speziell für Kinder und Jugendliche herausgegebene Klassifikation ist das *Multiaxiale Klassifikationsschema für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters nach der ICD-10 der WHO* (MAS, Remschmidt, Schmidt, & Poustka, 2001). Dabei wurde darauf geachtet, dass sowohl die expliziten als auch die impliziten Bereiche der beiden Klassifikationssysteme ICD-10 (Weltgesundheitsorganisation, 2005) als auch jene des DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2003), einbezogen werden. Da bei Kindern und Jugendlichen zusätzliche Aspekte beachtet werden müssen, wurden von den Autoren sechs Achsen zur Beurteilung vorgeschlagen. Die Achse V beinhaltet assoziierte aktuelle abnorme psychosoziale Umstände, welche zusätzliche Auskunft für die Verhaltensanalyse und somit für die Therapieplanung geben (Remschmidt et al., 2001).

In der klinischen Forschung werden die Achsen des DSM-IV-TR und des MAS nur sehr selten beschrieben, da sie für epidemiologische Untersuchungen eine zu umfangreiche Datener-

hebung bedeuten würden. Für die Interventionsstudien entsprechen nur einzelne Achsen den Aspekten zur Beantwortung der Fragestellungen, weshalb meistens darauf verzichtet wird.

In Kapitel 4 wird jeweils angegeben (falls Informationen vorhanden), nach welchem Klassifikationssystem die epidemiologischen Diagnosen vergeben wurden. Ebenfalls wird in den Subkapiteln des Kapitels 5 zu den Interventionsstudien angeführt, nach welchem System die Diagnostik und Differentialdiagnostik durchgeführt wurde.

2.3 Diagnostik, Komorbidität und Erhebungsmethoden

Grundsätzlich werden der klinisch-psychologischen *Diagnostik* folgende Funktionen zugesprochen. Die Funktion der Beschreibung des Erlebens und Verhaltens, welche die Basis für die Funktion der Klassifikation (vgl. Kap. 2.2) bietet. Die Funktion der Erklärung kann als Grundlage für das Ätiologiewissen (Kap. 3) gesehen werden. Die Prognose soll den Verlauf aufzeigen und die Interventionseffekte einschätzen. Die Aufzählung schliesst mit der Evaluation als Funktion der Diagnostik ab, welche die Qualität der Intervention prüft (Reinecker-Hecht & Baumann, 2005). In der klinischen Praxis sind weiter die Ressourcen und Kompetenzen des Patienten und seines Umfeldes von Belang (Plück et al., 2000). Dies wird je nach Fragestellung auch in der Forschung miterhoben, um Korrelate und Verläufe zu bestimmen. In der Praxis und in Interventionsstudien werden ausserdem ein hypothetisches Bedingungsmodell aufgestellt, Entscheidungen über die Indikation gefällt und Störungskonzepte, Erwartungen und Ziele erfasst. Die Motivationsanalyse ist speziell in der Arbeit mit Kindern (Intervention) von Bedeutung, da sie selten selbst Initiatoren sind. Damit gekoppelt sind die Klärung des Auftrages und der Aufbau der Änderungsmotivation. Die Begleitung des Therapieverlaufs mit regelmässigen diagnostischen Erhebungen gilt der Kontrolle während des Prozesses und zur Qualitätssicherung nach Therapieende respektive nach Abschluss der Interventionsstudie. Die sogenannte entwicklungsorientierte Diagnostik orientiert sich am Entwicklungsstand und den –stufen des Kindes. Das bedeutet, dass die Vorgehensweise altersangepasst ist und auch berücksichtigt wird, dass sich die Störungen in einzelnen Phasen der Entwicklung unterschiedlich manifestieren (Plück et al., 2000). Diese ist nicht zu verwechseln mit der Entwicklungsdiagnostik, welche meist auf das Kleinkind- und Vorschulalter beschränkt ist, und die die Erhebung von intellektuellen und spezifischen Leistungen (z.B. motorische und Sprachentwicklung, Wahrnehmungsfähigkeit) beinhaltet (Döpfner, Lehmkuhl, Petermann, & Scheithauer, 2000).

In der Epidemiologie hat der diagnostische Prozess ein anderes Ziel, je nachdem welche Art von Studie durchgeführt wird (vgl. Kap. 4.1). Prinzipiell werden in epidemiologischen Studien zuerst Diagnosen (Syndrome) spezifiziert, um auf dieser Grundlage klären zu können, wie diese in bestimmten Gruppen in einem definierten Zeitfenster verteilt sind. Dabei ist wichtig, dass anhand des diagnostischen Prozesses geklärt werden kann, ob die Störung vorhanden respektive nicht vorhanden ist (Beaglehole, Bonita, & Kjellström, 1997). Da jedoch oft schwierig ist, zwischen Gesundheit und Krankheit zu unterscheiden, wird meist eine Abstufung vorgenommen: Die Gruppe mit den eindeutigen Störungsbildern, die subklinische Gruppe und solche Personen, welche keine Symptome vorweisen. Dies entspricht der Kontinuums-Annahme der Skala *Gesundheit-Krankheit* von Antonovsky (1997, vgl. Kap. 5.2) und der Annahme vieler Entwicklungspsychopathologen (z.B. Sroufe, 1990, vgl. Kap. 3.1.1). Damit Krankheitsfälle definiert werden können, müssen diagnostische Merkmale erhoben werden, welche im Grossteil der Studien durch klinisch-psychologische Testverfahren erhoben werden (Härter, 2001, vgl. Kap. 4). Ein Teil der oben beschriebenen Funktionen kann somit erfüllt werden. Die Funktion der Klassifikation ist in jeder epidemiologischen Untersu-

chung enthalten, meist auch eine Beschreibungsfunktion, welche jedoch nicht in der Ausführlichkeit geschieht, wie sie aus der Praxis bekannt ist. Die analytische Epidemiologie und Interventionsstudien, welche ebenfalls in der Disziplin der Epidemiologie gefunden werden (vgl. Kap. 4.1), versuchen auch Antworten zu finden, welche die anderen weiter oben beschriebenen Funktionen umfassen.

Eine geringe Übereinstimmung zwischen Beurteilern auf verschiedenen Skalen diagnostischer Instrumente lässt sich auf Messfehler der Messinstrumente, eine unterschiedliche Informationsbasis, Simulations- oder Dissimulationstendenzen, verschiedene Urteilsanker und auf situationsspezifisch unterschiedliches Verhalten zurückführen. Die Beurteilerübereinstimmung ist grundsätzlich besser in der dimensional Diagnostik (Plück et al., 2000).

Fragebogenverfahren sind für mögliche Beurteilereffekte besonders anfällig. Die Übereinstimmung zwischen den Eltern war in einer Studie von Achenbach (1987) am grössten ($r=.60$), jene zwischen verschiedenen Quellen über das Indexkind war mit $r=.28$ eher gering und am kleinsten fiel die Übereinstimmung aus, wenn die Korrelation zwischen dem Indexkind und einer anderen Quelle herangezogen wurde. Da ausserdem wenig Kontrolle durch den Experten besteht, sind die Simulations- und Dissimulationstendenzen bei diesem Verfahren häufig vorhanden. Weiterer Nachteil ist der Effekt der verzerrten Erinnerung, welcher durch direkte Verhaltensbeobachtung ausgemerzt werden kann. Beim letzteren Verfahren sind jedoch die Einflüsse auf das Verhalten durch den Beobachtungsvorgang zu nennen, weshalb die Methode oft auch als Teil des Treatments gesehen und benutzt wird.

Es ist schwierig, den Grenzwert zu bestimmen, ab wann ein Kind „Fieber“ hat (Kazdin, 2004, S. 547). Bei Kindern und Jugendlichen ist es im Besondern schwierig zu bestimmen, ob die qualitativen und quantitativen Charakteristiken des Verhaltens noch adaptiv sind, das heisst, noch in den normativen Bereich der Entwicklung eines Kindes gehören. Diese Entscheidung kann noch durch Faktoren des sozioökonomischen Status, Ethnizität, Kultur erschwert werden (Kazdin, 2004). Kazdin (2004) gibt ausserdem die Richtlinie vor, dass alle Selbstangaben von Kindern unter 5 Jahren nicht zuverlässig sind. Entsprechend gibt es auch wenig Selbstbeurteilungsmethoden für das Kleinkind- und Kindesalter. Ab einem Alter von circa 8 oder 9 Jahren jedoch können die Kinder zuverlässige Angaben vor allem über innere Vorgänge machen, wenn die Präsentation altersgerecht stattfindet. Dies ist gleichzeitig auch der Altersabschnitt, in welchem die Kinder Lesen und Schreiben lernen. Eltern sind immer die primäre Quelle für Informationen und geben zuverlässigere Angaben bezüglich verhaltensorientierten Symptomen (externalisierende Auffälligkeiten) bei ihren Kindern als die Kinder selbst. Die Kinder wiederum geben genauere Angaben bezüglich der inneren Befindlichkeit (internalisierenden Auffälligkeiten), beispielsweise Ängste, depressive Empfindungen oder konkrete Kognitionen (Schneider, Florin, & Fiegenbaum, 1999). Grundsätzlich muss jedoch davon ausgegangen werden, dass, je jünger die Kinder sind, desto zweifelhafter die Angaben, da die kognitiven und sozialen Fähigkeiten noch nicht ausgereift sind (Essau et al., 2004). Die Einschätzungen der Eltern bergen jedoch interpretative Probleme, da die Wahrnehmung der Eltern durch eigene Probleme (z.B. Störung), Eheproblem, Stressoren und Probleme im sozialen Netzwerk beeinflusst werden (Kazdin, 2004). Bereits gestresste Eltern geben eher an, dass ihre Kinder Probleme verursachen. Der Autor folgert daraus, dass es keinen goldenen Standard gibt, um kindliche Störungen und deren Bedingungen zu erheben, dass jedoch ein multimethodaler Ansatz durch mehrere Quellen sicherlich am geeignetsten ist.

Treutler und Epkins (2003) haben versucht, anhand von 100 Kindern zwischen 10 und 12 Jahren und deren Eltern herauszufinden, was die Übereinstimmungen und Unstimmigkeiten der Aussagen ausmacht. Sie erhoben per Selbstbeurteilung und Fremdbeurteilung internalisie-

rende und externalisierende Auffälligkeiten beim Kind, Qualität und Quantität der Beziehung zwischen Kind und Eltern, Beziehung zwischen den Elternteilen, Erziehungsstile und per Selbsturteil die Psychopathologie der Eltern. Es wurde oft berichtet, dass die Psychopathologie der Mutter einen Einfluss auf deren Einschätzung der Psychopathologie des Kindes hat (vgl. Kap. 3.3.1). Eine depressive oder psychisch gestresste Mutter hat jedoch vielleicht tatsächlich die schwierigeren Kinder. Sie könnte aufgrund des schwierigen Kindverhaltens an ihre Grenzen kommen und psychisch erkranken oder ihre erzieherischen Kompetenzen sind durch die Psychopathologie eingeschränkt, was zum schwierigen Kindverhalten führt (z.B. Andereggen, 2003; Groen & Petermann, 1998; Richters, 1992). Treutler und Epkins (2003) betonen, dass jede Informationsquelle wichtig ist und berücksichtigt werden muss, da auch die Unterschiede zwischen den Beurteilungen eine Bedeutung haben. Ausserdem müssten bei jeder Untersuchung auch die psychologischen Variablen der Informanten und Variablen der Beziehungen in der Familie einbezogen werden, um einen kompletten Eindruck zu gewinnen. Die Autorinnen berichten, dass sowohl die mütterlichen als auch die väterlichen Symptome und die Eltern-Kind-Beziehung signifikant mit den Beurteilungen des internalisierenden und externalisierenden Verhaltens der Kinder verbunden waren. Die Beziehungsvariablen zwischen Eltern und Kind haben ausserdem die Variabilität zwischen Mutter-Kind-, Vater-Kind- und Vater-Mutter-Unstimmigkeiten erklärt. Für die externalisierenden Auffälligkeiten wurden mehr signifikante Zusammenhänge gefundene als für internalisierende. Das Kindurteil über die Akzeptanz des Vaters hing mit den Vater-Kind-Unstimmigkeiten zusammen, sowohl für die externalisierenden als auch die internalisierenden Verhaltensweisen. Die Beurteilerübereinstimmung zwischen Mutter und Kind, dem theoretisch-empirischen Bezug und Ergebnisse zu einem Teil der *Studie 1* (vgl. Kap. 4.3.9) wird bei Andereggen (2003) abgehandelt.

Der kategorialen Diagnostik liegt die Diskontinuitätsannahme zugrunde, welche davon ausgeht, dass eine klare Abgrenzung von psychisch normal und psychisch auffällig gemacht werden kann (vgl. Kap. 3.1.1). Sie versucht durch operationalisierte diagnostische Kriterien und Regeln die Entscheidung einheitlicher zu machen, da sie letztlich dem menschlichen Urteil unterworfen ist. Wenn man von einem Kontinuum der Merkmale ausgeht, gibt es keine sprunghaften Übergänge zwischen Normalität und Auffälligkeit, sondern Graustufen (Kontinuitätsannahme). Die dimensionale Diagnostik basiert methodisch auf der Psychometrie. Die Dimensionen werden empirisch gewonnen (meist durch Faktorenanalyse) und lassen anhand grosser Normstichproben einen Vergleich zu (Plück et al., 2000). Ein dimensionaler Ansatz ist „dann angezeigt, wenn das zu beschreibende Phänomen kontinuierlich verteilt ist und keine eindeutig bestimmbar Grenzen hat. Dies ist vermutlich bei den meisten klinischen Phänomenen wie Aggression, Angst, Depression und ihren Symptomen oder Hyperaktivität der Fall“ (Plück et al., 2000, S. 16). Die Child Behavior Checklist (CBCL) von Achenbach (Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist, 1998b), ihre Lehrerversion Teacher Report Form (TRF, Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist, 1993b) und die Selbstbeurteilungsform für Jugendliche (Youth Self Report Form, YSR, Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist, 1993a) sind bekannte dimensionale Verfahren, welche auf einer Faktorenanalyse beruhen. Sie konnten in der Pilotstudie der Western Australian Child Health Survey (WACHS, Garton, Zubrick, & Silburn, 1995, Kap. 4.2.2.2) zeigen, dass sie sich eignen, um vorzusagen, ob eine Diagnose anhand eines klinischen Verfahrens vorhergesagt werden kann. Die Deutsche PAK-Kid Studie (Kap. 4.2.5.5) normierte anhand ihrer Stichprobe die CBCL im Jahr 1994 (vgl. Kap. 4.3.9.1.2). Die CBCL wird ebenfalls anhand der Schweizer Stichprobe in der ZESCAP (Zürcher Epidemiologie Studie zur Kinder- und Adoleszenten Psychopathologie) normiert (Kap. 4.3.7). Die CBCL, YSR und die TRF bestehen jeweils aus Kompetenzskalen (eingeschränkt in Lehrerversion) und Syndromskalen.

Die Kompetenzskalen werden in Kapitel 4.3.9.1.2 beschrieben. Die Syndromskalen bestehen aus einer Liste von über 100 Items, welche zu folgenden Skalen zusammengefasst werden können und anhand einer dreistufigen Ratingskala beantwortet werden („nicht zutreffend“, „etwas oder manchmal zutreffend“ und „genau oder häufig zutreffend“): die Skalen *Sozialer Rückzug*, *Körperliche Beschwerden*, *Angst/Depressivität*, welche weiter zur Skala *Internalisierende Störungen* zusammengefasst werden können. Die Skalen *Delinquentes Verhalten* und *Aggressives Verhalten* können zur Gesamtskala *Externalisierende Störungen* zusammengefasst werden. Die internen Konsistenzen dieser genannten Skalen sind befriedigend bis gut ($\alpha=.70-.89$). Die Skalen der gemischten Syndrome respektive Störungen sind die Skala *Soziale Probleme*, *Schizoid/Zwanghaft* und *Aufmerksamkeitsstörungen*. Die internen Konsistenzen der Skalen sind eingeschränkt bis befriedigend ($\alpha=.50-.79$), wobei sie in der jugendlicheinschätzung tiefere Cronbach's Alphas erreichen. Zusatzskalen *Sexuelle Auffälligkeiten*, *Autoaggressivität/Identitätsprobleme* können noch gebildet werden. Die Gesamtskala der Auffälligkeiten hat in allen drei Versionen eine sehr gute interne Konsistenz ($\alpha>.90$).

Psychische Störungen werden als Normabweichungen verstanden, die anhand verschiedener Normen bestimmt werden können (Baumann & Perrez, 2005b; Perrez, 2006). Es können aber nicht alle Abweichungen von der Norm als psychische Auffälligkeit bezeichnet werden (z.B. überdurchschnittliche Begabung). Die subjektive Norm repräsentiert die subjektive, persönliche Befindlichkeit als Möglichkeit zur Einteilung in Gesundheit und Krankheit, welche relevant für das Patientenverhalten ist. Die subjektive und objektive Definition von Störungen müssen jedoch nicht übereinstimmen (z.B. Menschen mit hypochondrischer Störung); das bedeutet, dass diese Norm nicht für alle Fälle geeignet ist. Weiter kann der Cut-off-Wert anhand statistischer Berechnungen (Häufigkeitsverteilungen) bestimmt werden. Beispielsweise durch die willkürliche Bestimmung der Norm als Mittelwert plus-minus zwei Standardabweichungen; dies führt dazu, dass 95% der Fälle in der Norm liegen und 2.5% über und 2.5% der Fälle unter der Norm. Auch diese Einteilung birgt ihre Probleme, da die Abweichungen zum Teil sogar erwünscht sind oder die häufigeren Tatbestände unerwünscht sind. Weiter kann die Funktionsbeeinträchtigung als Entscheidungshilfe für die Einteilung zu Rate gezogen werden. Dies ist bei psychischen Störungen nicht immer eindeutig, weshalb auch diese Norm Einschränkungen mit sich bringt. Die soziale Norm ist eine gängige Form zur Einteilung in sozial abweichendes oder angepasstes Verhalten (Labeling-Ansatz, Stigmatisierung). Das heisst, ein Verstoß gegen diese Normen wird zur Grundlage der Krankheitsdefinition hergezogen. Eine spezielle soziale Norm ist die Expertennorm. Diese Experten (z.B. Task Force der APA oder WHO) entscheiden darüber, ob ein bestimmtes Verhalten eine Störung ist oder nicht (z.B. Dauer einer Trauerphase) oder über die Kriterien (Anzahl, Dauer, Intensität), welche zu einer Diagnose führen. In den meisten Fällen wird eine Kombination aus mehreren Normen benutzt, weil keine der Normen zu einer klaren Einteilung für alle Fälle führt (Perrez, 2006). Beispielsweise führt der Leidensdruck als subjektive Norm zur Entscheidung, eine Behandlung anzufangen, und die Diagnose wird nach ICD anhand der Expertennorm vergeben. Obwohl die Klassifikationssysteme (ICD, DSM), welche in Kapitel 2.2 vorgestellt wurden, auf Expertennormen beruhen, sind diese vom jeweiligen Wissensstand der Forschung und von der Einschätzung der Experten abhängig (Freyberger et al., 2001).

Unabhängig von der Frage, nach welcher Form der Norm die Störung definiert wird, bleibt die Frage, ob die Merkmale oder das Objekt der Klassifikation dimensionaler oder kategorialer Natur sind (Perrez, 2006). Der grosse Nachteil von kategorialer Diagnostik ist die Bestimmung der Grenzwerte der einzelnen meist quantitativen Kriterien (Döpfner et al., 2000). Die weiter unten beschriebenen Probleme mit der hohen Komorbidität (kategoriale Diagnostik) können durch das dimensionale Erfassen und Beschreiben von Merkmalen umgangen werden. Die eher geringe Reliabilität der Diagnosen ist wahrscheinlich auf die Unschärfe der

Übergänge von Normalität und Störungskategorien zurückzuführen. Es werden auch grössere Beurteilerübereinstimmungen in der dimensionalen Diagnostik gefunden (Plück et al., 2000). Die Abstufungsmöglichkeiten im Bereich der dimensionalen Diagnostik ermöglichen die Bestimmung von Intensitäten, Häufigkeiten und subklinischen Ausprägungen von Störungsbe-
reichen. Die dimensionale Diagnostik birgt jedoch auch Probleme, da sie die Anzahl und Art von Dimensionen nicht als Abbild der Abstufungen in der Wirklichkeit übernehmen kann. Das bedeutet, dass das dimensionale Raster grob bleibt und vom Auflösungsgrad des Instrumentes (Itemanzahl) abhängig ist. Weiter werden in dieser Art der Diagnostik die ätiologischen Faktoren nicht berücksichtigt. Der Beginn, die Dauer und der Verlauf, die psychosozialen Beeinträchtigungen und andere Faktoren werden meist nicht einbezogen, kommen dafür in der kategorialen Diagnostik vor. Letztlich ist die Kommunikation zwischen Experten (sowohl in der epidemiologischen als auch in der Therapieforschung) über ein Störungsbild mit eventuellen zusätzlichen impliziten Informationen über die kategoriale Diagnostik leichter als über variierende dimensionale Beschreibungen. Diese werden zwar durch t-Werte und Prozentwerte umgangen, letztendlich können damit jedoch keine Entscheidungen über eine Diagnose mitgeteilt werden. Eine Kombination der beiden Diagnostikansätze scheint am gewinnbringendsten (Plück et al., 2000).

Für Kinder und Jugendliche sind spezifische Verfahren entwickelt worden, da nur eine altersangemessene Erhebungsmethode zu reliablen und validen Informationen führen kann. Die kognitive und soziale Reife eines Kindes bedingt entsprechend die Güte der Aussagen (Essau et al., 2004). Die Lese-, Schreib- und Selbstreflexionsfähigkeiten schränken den Altersbereich in Bezug auf Selbstbeurteilungsverfahren zusätzlich ein (Essau, 2003; Plück et al., 2000), weshalb sie erst mit einem Alter von circa 9-11 Jahren zum Einsatz kommen. Deshalb werden sowohl in der Praxis als auch in der Forschung multimodale Methoden eingesetzt. Das heisst, es werden nicht nur verschiedene Erhebungsmethoden (vgl. weiter unten) verwendet, sondern auch mehrere Informationsquellen (z.B. Eltern, Lehrer) einbezogen (Essau et al., 2004). Ausserdem werden verschiedenen Ebenen (kognitiv, emotional, physiologisch und behavioral), situationsspezifische (Schul- oder familiärer Kontext), individualisierte (Zielerreichung, Leidensdruck) und behandlungsbezogene Aspekte (Erfolgskontrolle) berücksichtigt (Kazdin, 2004; Plück et al., 2000). Durch die eher geringe Übereinstimmung der Einschätzungen bei verschiedenen Quellen muss vor allem in der Forschung ein Weg gefunden werden, diese Datenfülle zu analysieren (z.B. getrennte Analyse, Datenintegration, Plück et al., 2000). In der Praxis wird der Kliniker versuchen, aufgrund aller Daten eine klinisch-diagnostische Entscheidung zu fällen (Essau & Barrett, 2001). Im Bereich der Angststörungen ist speziell noch darauf zu achten, dass im Verlauf der Kindheit auch Entwicklungsängste (normale funktionale Ängste) auftreten können. Das heisst, die Entwicklung eines altersangemessenen Instruments beinhaltet die Herausforderung, verschiedene Symptombereiche und -cluster, Informationsquellen, den Schweregrad und behandlungsbedingte Veränderungen zu erfassen (Essau, 2003).

Die Fragen, welche sich in der entwicklungsorientierten Diagnostik (vgl. Kap. 3.1.1) stellen, sind die Verlaufsbezogenheit (Konsequenzen des aktuellen Problems auf die Entwicklung), Phasenbezogenheit (vorhandene typische Kompetenzen für Entwicklungsphase), Störungsbezogenheit (Spezifität des Problemverhaltens für die Phase) und Kontextbezogenheit (Zusammenhänge zw. Kompetenzen und sozialer Umwelt). Es sollen sowohl die normalen als auch die abweichenden Verläufe, Defizite und Kompetenzen und Entwicklungsfunktionen einbezogen werden (F. Petermann, Kusch, & Niebank, 1998).

Komorbidität und Differentialdiagnostik

Der Begriff *Komorbidität* meint „das Auftreten bzw. die diagnostische Erfassung von *mehr als einer* Störung bei einer Person Dabei müssen die Störungen nicht *gleichzeitig* bei einer Person vorliegen, sondern können auch zu *unterschiedlichen Zeiten* auftreten“ (Lieb & Isensee, 2007, S. 27). Aus der Langzeitforschung und den daraus resultierenden Lebenszeitkomorbiditäten können Verläufe analysiert werden und führen zu Annahmen möglicher pathogenetischer Zusammenhänge. Da Komorbidität eher die Regel als die Ausnahme ist (Perez, 2007, vgl. Kap. 4.4.4), wird dieses Phänomen in der vorliegenden Arbeit auch besprochen, da sowohl die Ätiologie, Diagnostik, Epidemiologie als auch die Intervention davon betroffen sind.

Die Komorbiditätsforschung und deren Schlussfolgerungen sind jedoch nicht so eindeutig wie die Definition des Begriffs. Die eine Forschungsgruppe (*splitters*) glaubt, dass kleinere Einheiten von Klassen in den Klassifikationssystemen nötig sind und findet sich in den deskriptiv-typologischen Klassifikationen wieder; für sie ist die Komorbidität eine Realität. Die zweite Gruppe (*lumpers*) sind der eher traditionellen Richtung verschrieben, welche hierarchisch-kategoriale Nosologien und dimensionale Klassifikationssysteme heranziehen, darin werden die psychischen Störungen zusammengefasst und gruppiert; somit ist für sie die Komorbidität ein Artefakt deskriptiver Klassifikationssysteme (Moggi, 2007a). Krohne und Hock (2007) sprechen von einer *Scheinkomorbidität*, welche durch eng definierte Kategorien und deren Operationalisierung zur Reliabilitätsverbesserung zustande kommt, dies führt dazu, dass immer mehr Störungskategorien entstehen, welche die Rate der Komorbidität ebenfalls erhöhen. Die Task Force der APA (1991; 1994, 2003) und der WHO (2000, 2005) haben sich jedoch bewusst für die künstliche Vermehrung von Störungskategorien und damit einhergehende Erhöhung der Komorbiditätsraten entschieden, um die Reliabilitäten der Kategorien zu gewährleisten (Freyberger et al., 2001). Relevant für die divergenten Ergebnisse in der Komorbiditätsforschung sind zum einen die Untersuchungseinheiten, Wahl der Messinstrumente (klinische Beurteilungen ergeben tiefere Prävalenzen), Zeitfenster (Quer- oder Längsschnitt), Versuchspersonenselektion (klinische oder Bevölkerungsstichprobe) und das Studiendesign (Moggi, 2007a).

Die hohen Komorbiditätsraten bei Angststörungen (vgl. Kap. 4 und Diskussion in Kap. 4.4.4) führen ausserdem zu Diskussionen um die Kausalität dieses Phänomens. Es wird diskutiert, ob die Komorbidität in kausalen Zusammenhang steht mit dem frühen Beginn einer Angststörung und damit Komplikationsmechanismen auslöst (z.B. Depression als Folge einer Angststörung wegen Demoralisierung). Weiterhin werden Vulnerabilitätsmechanismen diskutiert (Wittchen & Vossen, 2000, vgl. Kap. 3.1.2); die Annahme, dass eine unspezifische Anfälligkeit für mehrere psychische Störungen verantwortlich sei und die Angststörung als ein möglicher Ausdruck dieser Vulnerabilität auftrete. Auf der anderen Seite werden auch spezifische Vulnerabilitätsmechanismen diskutiert; durch die Angststörung und deren autonomen Symptomatik wird der Mensch prädisponiert, beispielsweise eine Substanzabhängigkeit zu entwickeln (Moggi, 2007b). Die vierte Variante ist die Diskussion um die Grundsymptomatik, welche bei den komorbiden Störungen gleich ist. Die Störungsmechanismen führen erst in Kombination mit einem Auslöser (oder durch eine bestimmte Lerngeschichte) zur spezifischen Angststörung mit komorbider Symptomatik (Wittchen & Vossen, 2000).

Mehr als zwei Drittel aller Erwachsenen-Fälle mit einer komorbiden Depression haben mit einer primären Angstsymptomatik begonnen (z.B. Regier, Farmer et al., 1993, vgl. Kap. 4.2.1). Die Ausnahme war die Zürich-Studie (vgl. Kap. 4.3.8) von Angst und Kollegen (z.B. Angst & Dobler-Mikola, 1985), in welcher es weniger als 50% waren. In weniger als 20% der Fälle in der Amerikanischen Studie (Regier, Farmer et al., 1993; Regier, Narrow et al., 1993)

und der Schweizer (Angst & Dobler-Mikola, 1985; Wacker, Mülleijans, Klein, & Battegay, 1992) und Deutschen (Wittchen & von Zerßen, 1987) Studien konnte eine depressive Symptomatik vor einer Angststörung gefunden werden. In diesem Zusammenhang geben Kessler und Kollegen (z.B. Kessler, Berglund et al., 2005; Kessler, Tat Chiu, Demler, & Walters, 2005) an, dass nur 20% der Angststörungen eine reine Störung (ohne komorbide Störung) sind. Die sekundären Depressionen treten bei zwei Drittel deutlich nach einem Jahr auf, dies vor allem bei Fällen mit Panikstörungen, Generalisierter Angststörung und bei Agoraphobie. Bei Phobien liegen zwischen dem Ausbruch der Angststörung und der sekundären Depression durchschnittlich 10 Jahre. Im Gegensatz dazu sind es bei der Panikstörung und der Generalisierten Angststörung im Mittel 1.5 Jahre, bis eine sekundäre Depression auftritt. Das Risiko für weitere sekundäre Störungen (z.B. andere Angst-, Substanz-, somatoforme Störungen) ist bei solchen Patienten erhöht und im Durchschnitt treten vier weitere Diagnosen im Verlauf auf (vgl. Wittchen & Vossen, 2000). Die Annahme, dass Angst ein dimensionales Phänomen ist und sie mit Depression verwandt ist, führt zur Idee einer Klassifikation, welche beide Syndrome einzeln zulässt, jedoch auch eine gemischte angst-depressive Störung als mögliche Zwischenlösung (im Sinne des Kontinuums) anbietet (Barlow, 2002). Bezogen auf die Generalisierte Angststörung und die Major Depression konnten Kessler und Kollegen (2007) im Follow-up der NCS-(R) Studie (vgl. Kap. 4.1.1.10) feststellen, dass eine Major Depression (Baseline) den Ausbruch einer späteren Generalisierten Angststörung vorhersagen konnte, jedoch nicht deren Persistenz. Eine Generalisierte Angststörung jedoch konnte sowohl den Ausbruch wie auch die Persistenz einer Major Depression vorhersagen. Die Assoziation blieb während eines Jahrzehnts signifikant, obwohl sie sich etwas abschwächte. Sie fanden auch bedeutungsvolle Variationen in der Stärke und Übereinstimmung der Assoziation zwischen den Risikofaktoren und den Störungsbildern. Diese Argumente sprechen gegen die Annahme, dass die beiden Störungsbilder bloss unterschiedliche Manifestationen der gleichen grundlegenden internalisierenden Störung sind und auch gegen die Hypothese, dass die Generalisierte Angststörung ein Prodromalsymptom, Residual oder ein Marker ist, welcher die Schwere der Major Depression anzeigt.

Das dreigeteilte Modell (*tripartite model*) von Clark und Watson (1991) zeigt die Gemeinsamkeiten und Unterschiede der Angststörungen und Depressionen auf. Der negative Affekt (vgl. Kap. 2.1) ist ein unspezifischer Faktor, da für beide Störungen Zusammenhänge gefunden wurden. Die Depression ist durch die niedrige positive Affektivität gekennzeichnet, welche mit den Angststörungen keinen Zusammenhang aufweist. Die Angststörungen werden vor allem durch den physiologischen Hyperarousal (Überregung) charakterisiert. Die negative Affektivität war mit allen DSM-IV- (American Psychiatric Association, 1994) Angst- und Depressiven Störungen assoziiert, die positive Affektivität nur mit den Depressionen und der Sozialen Phobie (negativer Zusammenhang). Die physiologische Überregung wiederum war mit allen Angststörungen verbunden, jedoch nicht mit den Depressionen und könnte somit auch einen Zusammenhang mit der Angstsensitivität (vgl. Kap. 3.3.1) aufweisen (vgl. Reiss, Silverman, & Weems, 2001). Lonigan, Carey und Finch (1994) haben diese Annahmen anhand einer Stichprobe mit Kindern und Jugendlichen in einem Krankenhaus untersuchen und bestätigen können (vgl. Dunedin Multidisciplinary Health and Development Study, Kap. 4.2.2.1 & 3.3.3).

Angst und Dobler-Mikola (1985) berichten, dass bei den komorbiden Fällen die Einschränkungen im beruflichen Alltag am grössten sind. Die meisten komorbiden Fälle haben einen chronischen Verlauf (50%), und ein günstiger Langzeitverlauf findet sich lediglich bei 28% der Fälle. Im Gegensatz dazu sind 50% der Fälle mit reinen Angststörungen günstiger verlaufend und nur 39% chronisch (Wittchen, 1991, vgl. Kap. 4.4). Eine erhöhte Anzahl von ko-

morbiden Störungen hängt mit erhöhten Trait-Angstwerten und mit einer erhöhten negativen Affektivität zusammen (Chambers, Power, & Durham, 2004).

Eine spezifisch auf die Entwicklung bezogene Komorbidität findet sich in der Disziplin Entwicklungspsychopathologie (F. Petermann et al., 1998, vgl. Kap. 3.2.1). Es wird davon ausgegangen, dass die in einer Entwicklungsperiode aufgetretene Störung eine zweite Störung verursacht respektive als Voraussetzung für die sekundäre Störung angesehen wird. Sie können sich in ihrer Phänomenologie stark unterscheiden, aber trotzdem eine vergleichbare Funktion ausüben (vgl. heterotypische Kontinuität, Kap. 3.1.1). Eine psychische Störung führt dazu, dass sich der Entwicklungsverlauf verändert und somit spätere eventuelle Abweichungen ihre Form ändern. Neben den möglichen situativen und Kontexteinflüssen (z.B. Entwicklungsaufgaben), kann sich eine (sekundäre) Vulnerabilität (vgl. Kap. 3.1.2) herausbilden (F. Petermann & Kusch, 1993). Die Diskussion um mögliche Erklärungen der hohen Komorbiditätsraten ist der bereits genannten sehr ähnlich (gleiche Risikofaktoren, assoziierte, aber unterschiedliche Risikofaktoren, eigenständiges Störungsbild, Risikoerhöhende primäre Störung).

Ein diagnostischer Prozess involviert auch die *Differentialdiagnostik*, die sich hinsichtlich der Angststörungen vor allem auf die Abgrenzung innerhalb der Kategorie der neurotischen Störungen und der internalisierenden Auffälligkeiten, wie den Zwangsstörungen, Depressionen und Belastungsstörungen bezieht. Ebenfalls betrachtet werden müssen die Persönlichkeitsstörungen (z.B. vermeidend-selbstunsichere, zwanghafte, Achse II), psychotische und auch Essstörungen (Achse I, APA, 2003). Die Merkmale einer Hauptdiagnose können Teil eines anderen Störungsbildes sein, oder zusätzliche Merkmale bilden ein eigenes zusätzliches Störungsbild (Komorbidität, vgl. Diskussion weiter oben). Die Idee des differentialdiagnostischen Prozesses ist es also, andere Störungsbilder abzugrenzen, welche ebenfalls einzelne Symptome der Hauptdiagnose beinhalten. Es gibt Diagnostik-Systeme, welche diese Überlegungen zum Teil schon einbeziehen, wie das DISYPS für Kinder und Jugendliche (Diagnostik-System für psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter nach ICD-10 und DSM-IV) von Döpfner und Lehmkuhl (1998), das sich an den Klassifikationssystemen ICD-10 und DSM-IV orientiert (vgl. Kap. 2.2).

Erhebungsmethoden

Die Forschung verlangt im Gegensatz zur Praxis höher strukturierte Verfahren, um Vergleiche zwischen Gruppen genauer durchzuführen und um Störvariablen besser ausschliessen zu können. Ausserdem ist vor allem für eine Interventionsstudie wichtig, dass eine Verlaufsdagnostik und eine Differentialdiagnostik vorgenommen wird (Döpfner et al., 2000).

Um an Daten von Indexpatienten oder Bevölkerungsgruppen zu kommen, gibt es verschiedene Verfahrensgruppen (Stieglitz, Baumann, & Freyberger, 2001). Neben Selbstbeurteilungs- und Fremdbeurteilungsverfahren sind Interviews und klinische Beobachtungsverfahren von (nonverbalem) Verhalten mögliche Gruppen. Spezifischere Verfahren bilden die Neuropsychologische Funktionsdiagnostik und die Leistungsdiagnostik. Weiter existieren die spezifische Familien- und Paardiagnostik und als weitere Datenerhebungsmöglichkeit die Felddiagnostik. Projektive Verfahren und inhaltsanalytische Verfahren runden diese Aufzählung ab (Reinecker-Hecht & Baumann, 2005). Diese Einteilung ist bezogen auf Datenquelle und Datenebene und lässt sich in fast allen störungsbezogenen Verfahrensgruppen (z.B. spezifische Angstdiagnostik) wiederfinden.

Wenn die Fragestellung lediglich eine Unterscheidung zwischen gesund und krank beinhaltet, werden meist Screeningverfahren eingesetzt. Diese müssen eine gute Balance zwischen hoher

Sensibilität und Spezifität aufweisen, um so weniger falsch-positive und falsch-negative Fälle zu erhalten (Härter, 2001). Ansonsten kommen bei epidemiologischen Untersuchungen sowohl Fragebogenverfahren als auch Interviews zum Einsatz. Die dimensional Diagnosen, welche anhand des Cut-offs (Schwellenwert) in krank und gesund teilen, um epidemiologische Parameter (z.B. Prävalenz) zu erhalten, sind nicht als klinisch signifikante Diagnosen zu verstehen. Diesen dimensional Ansätzen fehlt die Einschätzung zur Dauer und Beeinträchtigung, welche von den Klassifikationssystemen gefordert wird. Solche Studien liefern jedoch wichtige Möglichkeiten zur Analyse von Korrelaten und Risikofaktoren (Härter, 2001).

Um in kurzer Zeit an viele Informationen zu kommen, kann mit klinischen Interviews gearbeitet werden. Neben den eigentlichen Fragen kann auch eine Verhaltensbeobachtung durchgeführt werden, welche zusätzlich wertvolle Information liefert. Interviews können mit Eltern, Kindern und Jugendlichen durchgeführt werden. Sie müssen bei jüngeren Kindern dem Alter entsprechend angepasst werden. Es gibt unstrukturierte Interviews, welche auf dem Hintergrund eines erfahrenen Kliniklers wertvoll sind, jedoch ist die Reliabilität durch den Mangel an Standardisierung gering (Essau, 2003). Standardisierte Befunderhebungen können sowohl Checklisten, strukturierte und standardisierte Interviews sein (Baumann & Stieglitz, 2005; Margraf & Schneider, 2000). Checklisten enthalten die Kriterien für eine Diagnose (Klassifikationsschema, vgl. Kap. 2.2) und Entscheidungsbäume und sehen ein freies Interview oder eine andere Art der Datengewinnung vor. Diese Listen können folglich als Hilfsmittel für ein klinisches Experteninterview benutzt werden (z.B. IDCL für DSM-IV, Hiller, Zaudig, & Mombour, 1997). Bei den standardisierten Interviews (z.T. auch als hochstrukturierte Interviews bezeichnet, aus dem engl., Essau, 2003) sind sowohl die Fragen als auch deren Abfolge strikt vorgegeben (z.B. CIDI, DIAX, DISC, CIS-R, DIS). Weiter gibt es Regeln zur Protokollierung und zum Rating der Antworten. Diese Art von Befragung kann auch von Laien durchgeführt werden, wird entsprechend in gross angelegten epidemiologischen Studien eingesetzt (z.B. CIDI, vgl. Kessler & Üstün, 2004, vgl. Kap. 4.2) und führt zu besser vergleichbaren Daten (Barlow, 2002). Durch diese Art Verfahren werden neben der Informationsvarianz (auch bei strukturierten Interviews) auch die Beobachtungs- und Kriterienvarianz reduziert (Baumann & Stieglitz, 2005). Diese eher unpersönliche Art von Interviews lässt jedoch die Grenzwerte schwerer interpretieren, Kinder verstehen zum Teil die Fragen nicht, und somit sind die Aussagen trotz hoher Reliabilität und Objektivität kritisch zu beurteilen (vgl. Tab. 4). Bei den strukturierten Interviews (z.T. auch als halbstrukturierte Interviews bezeichnet, Essau, 2003) werden die verschiedenen Bereiche systematisch durch vorformulierte Fragen abgefragt, jedoch hat der Diagnostiker einen gewissen Variationsspielraum, kann Fragen erklären, umformulieren oder ergänzen (z.B. CAPA, DICA, DAWBA, Margraf & Schneider, 2000). Ein Beispiel für ein deutsches strukturiertes Interview für Kinder ist das Kinder-DIPS (Diagnostisches Interview bei psychischen Störungen im Kindes- und Jugendalter) von Unnewehr, Schneider und Margraf (1998), welches ein Breitbandverfahren darstellt, da es alle Störungsbereiche im Kindes- und Jugendalter abdeckt. Diese strukturierten Interviews finden sich häufig am Anfang des diagnostischen Prozesses in der klinischen Praxis, da sie zum Teil mit Sprungregeln ausgestattet sind und so eine ökonomische Variante zur Gewinnung eines Überblicks und gleichzeitig zur Grundlage für die Diagnosestellung bilden (Unnewehr et al., 1998). Diese Verfahren können ebenfalls zur Therapieevaluation eingesetzt werden, da sie die Grundlage für zuverlässige (klinische) Diagnosen darstellen (Margraf & Schneider, 2000).

Selbstbeurteilungsfragebogen sind eine gängige Methode, um Angststörungen respektive dazugehörige Merkmale zu erfassen (vgl. Tab. 4). Da im Bereich der internalisierenden Störungen nicht alle Symptome und Merkmale durch das Umfeld und den Kliniker beobachtbar sind, werden Verfahren eingesetzt, durch welche die zugrundeliegenden Kognitionen, Emotionen und physiologischen Parameter erfasst werden können (Essau, 2003). Die Idee bei

Selbstbeurteilungsfragebogen ist die, dass das Kind eine Aussage anhand einer Likertskala einschätzen kann (Intensität, Häufigkeit). Wenn die Fragestellung dahingehend ist, ob eine Person ängstlich ist oder nicht, werden die vorgegebenen Cut-off-Werte zur Entscheidung (auffällig-grenzwertig-unauffällig) herangezogen (Essau & Barrett, 2001). Diese Verfahren werden sowohl bei Prä-Post-Vergleichen (Praxis und Forschung) eingesetzt als auch als Screeningverfahren bei Surveys in der Bevölkerung. Die soziale Erwünschtheit, welche bei den Selbstbeurteilungsmethoden zu verzerrten Ergebnissen führt, ist ein grundsätzliches Problem bei der Messung von Merkmalen, die von Menschen eingeschätzt werden (Essau & Barrett, 2001). Ebenfalls wird bei diesen Methoden im Zusammenhang mit Kindern kritisiert, dass die kindspezifischen Symptome nicht erfasst werden können und Items von anderen Störungen einbezogen werden.

Die Verhaltensbeobachtung ist eine Möglichkeit, um die motorischen Aspekte einer Störung zu identifizieren. Bei Angststörungen im Speziellen werden oft das Sprach-, Flucht- und Vermeidungsverhalten beobachtet und protokolliert. Es ist möglich, in der natürlichen Umgebung durch Bezugspersonen die Indexperson zu beobachten oder im Labor per Video, was jedoch trotz kontrollierter Bedingungen keine verlässlichen Angaben bereithält, da die soziale Erwünschtheit zu einem veränderten Verhalten führen kann (Essau, 2003, vgl. Tab. 4). Trotzdem wird oft Verhaltensbeobachtung eingesetzt, da speziell bei Kindern davon ausgegangen werden kann, dass sie bald vergessen, dass sie beobachtet werden. Ausserdem werden wertvolle Hinweise gewonnen, welche durch andere Erhebungsverfahren nicht gewonnen werden können (z.B. Weinen, Klammern an Mutter). Die Selbstbeobachtung wird erst ab einem Alter von circa 8-9 Jahren eingesetzt (Plück et al., 2000). Das Protokollieren von eigenem Verhalten setzt gewisse kognitive Fähigkeiten und eine angemessene Aufmerksamkeitsspanne voraus. Tagebuchschreiben oder Protokolle ausfüllen (bildlich oder schriftlich) sind die möglichen Hauptformen, wobei der Kreativität nicht viele Grenzen gesetzt sind. Für Kinder müssen solche Selbstbeobachtungsmethoden kindgerecht präsentiert werden, damit sie diese zuverlässig anwenden können. Der Einbezug der Familie erhöhte die Compliance bezüglich des Tagebuchführens auf über 90% (Essau, 2003).

Die Tagebuchverfahren (Ambulantes Monitoring) können nach verschiedenen Aspekten unterschieden werden. Die standardisierten und die offenen, unstrukturierten Tagebücher. Die Erhebungsart kann ebenfalls Grundlage zur Differenzierung sein, da entweder nach einem Trigger (Auslöser), dem Beobachtungszeitraum oder dem Aufzeichnungszeitpunkt unterschieden wird (Thiele, Laireiter, & Baumann, 2002). Die Art der Aufzeichnung ist meist per Papier-Bleistift-Technik oder die in den letzten Jahren aufgekommene computergestützte Selbstbeobachtung mittels Palmtop-Computer (Wilhelm & Perrez, 2001, 2008). Möglich zu differenzieren sind ausserdem die reine Selbstbeobachtung, gekoppelt mit einem Partner oder einer reinen Fremdbeobachtung (Seemann, 1997). Sie finden sich in der Verhaltensdiagnostik, Verlaufsmessung, Evaluation von Therapien und auch zur Beobachtung von psychophysiologischen Abläufen. Die Vorteile sind vielfältig, da sie direkt im Alltag einsetzbar sind, somit Verzerrungseffekten (u.a. Informationsverarbeitung und Gedächtnis) entgegen wirken, und sie können auch direkt auf den Forschungs- oder Therapieinhalt zugeschnitten werden (Seemann, 1997; Wilhelm & Perrez, 2008). Nachteil ist die mögliche Reaktanz der Personen, welche als Reaktion auf einen zusätzlichen Aufwand zu verstehen ist. Ebenfalls nachteilig ist, dass es keine Angaben zu den Gütekriterien gibt und Antworttendenzen schwer zu kontrollieren sind (Wilhelm & Perrez, 2001, 2008).

Eine weitere Möglichkeit, die Schwere der Symptome oder die Höhe der Belastung kindgerecht zu erfragen, ist der Einsatz von visuellen Analogskalen, die meist Gesichter zeigen, welche auf der einen Seite ganz entspannt und zufrieden sind und auf dem gegenüberliegenden Pol ein angespanntes, angstverzerrtes Gesicht zeigen. Es sind auch andere Darstellungen

denkbar wie zum Beispiel ein Thermometer (Essau, 2003; Schneider, 2004c; Suhr-Dachs & Döpfner, 2005).

Zur Erklärung der Entwicklung und Aufrechterhaltung einer Angst können zusätzliche Verfahren herangezogen werden. Die Erfassung von familiären Faktoren ist meist aufschlussreich hinsichtlich der lerntheoretischen Hintergründe einer Angststörung (vgl. Kap. 3.2.2). Es gibt verschiedene Familienskalen oder Erhebungsmethoden, welche die Erziehung der Eltern abbildet. Ein Beispiel ist das Erziehungsstil-Inventar (ESI) von Krohne und Pulsack (1995, vgl. Kap. 4.3.9.1.2) oder der projektive Familien-Beziehungs-Test (FBT) von Howells und Lickorish (2003).

Tabelle 4: Erhebungsmethoden für Angststörungen und –symptome (nach Essau & Barrett, 2001, S. 93, Übers. d. Verf.)

<i>Methoden</i>	<i>Vorteile</i>	<i>Nachteile</i>
Beurteilungsskalen *	<ul style="list-style-type: none"> – Vorhandene Normen – Vorhandene psychometrische Eigenschaften – Ökonomische Verfahren (Durchführung und Training) – Basierend auf Beurteilererfahrung 	<ul style="list-style-type: none"> – Keine etablierten Cut-off-Werte für die meisten Skalen – Probleme mit verzerrten Antworten – Schwierigkeit, unbeobachtete Angstsymptome zu berichten – Geringe Beurteilerübereinstimmung
Selbstbeurteilungsfragebogen	<ul style="list-style-type: none"> – Einwandfreie psychometrische Eigenschaften – Einfach und kostengünstig – Direkte Kindbefragung 	<ul style="list-style-type: none"> – Information limitiert auf Kindperspektive
Direkte Beobachtung	<ul style="list-style-type: none"> – Erhebung des tatsächlichen Verhaltens – Identifikation von Umwelt eventualitäten 	<ul style="list-style-type: none"> – Kann teuer sein – Probleme mit Beobachtereffekt – Sauberes Codiersystem notwendig
Diagnostisches Interview	<ul style="list-style-type: none"> – Exploration der Antwort des Kindes – Direkte Beobachtung des Verhaltens – Variabilität wird reduziert durch strukturierte Befragung 	<ul style="list-style-type: none"> – Zeitaufwendig – Halbstrukturierte Interviews müssen von Experten durchgeführt werden – Teuer bei grossen Stichproben – Durch strikte Vorgaben können Informationen verloren gehen

Anmerkungen: *=z.B. CBCL und YSR (Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist, 1993a, 1998b) (Anmerk. d. Verf.)

Testverfahren, im Speziellen dimensionale Leistungstest, müssen festgelegten Gütekriterien genügen. Sie müssen objektiv, reliabel und valide sein. Idealerweise müssen unterschiedliche Testleiter sowohl beim Durchführen, Auswerten und Interpretieren bei der gleichen Testperson auf das gleiche Ergebnis kommen, die Ergebnisse sollten sozusagen vom Testleiter unabhängig sein (Objektivität, vgl. Tab. 4). Die Reliabilität ist das Mass für die Genauigkeit einer Messung, das heisst, sie sagt etwas über die Zuverlässigkeit der Messung aus. Der gleiche Test bei der gleichen Person muss bei Messwiederholungen zu einem ähnlichen Ergebnis kommen (Retestreliabilität). Die Validität sagt etwas darüber aus, ob das Merkmal erfasst wird, das gemessen werden sollte, das heisst, sie misst die Güte der Operationalisierung (interne Validität). Mit externer Validität wird aufgezeigt, wie gut die Ergebnisse auf andere

Personen oder Gruppen generalisierbar sind (Bortz & Döring, 2002; Huber, 1995; Plück et al., 2000). Vor- und Nachteile einzelner Verfahrensgruppen werden von Essau und Barrett (2001) in Tabelle 4 zusammengestellt. Diese Übersicht gilt für die englischsprachigen Verfahren, können aber ebenso für den deutschsprachigen Raum übernommen werden (vgl. Stieglitz et al., 2001).

Essau und Barrett (2001) geben für verschiedene Fragestellungen ausserdem eine Hilfestellung zur Auswahl der Erhebungsmethode. Beispielsweise sind Beurteilerskalen und Selbstbeurteilungsfragebogen für Häufigkeitsangaben und zur Bestimmung der Stärke von Angstsymptomen angezeigt. Diese Verfahren sind auch Grundlage für Aussagen zum Effekt eines Treatments und sind vor allem für ältere Kinder und Jugendliche geeignet. Falls keine Kliniker zur Befragung zur Verfügung stehen, sind ebenfalls die genannten Verfahren, standardisierte Interviews und Verhaltensbeobachtung angezeigt. Bei jüngeren Kindern sollen vor allem auch Bezugspersonen befragt werden (Interviews, Beurteilungsskalen, Verhaltensbeobachtung).

Um den Erfolg einer Intervention zu beurteilen sind neben den genannten Verfahren auch sogenannte Stundenbögen einsetzbar, Fragebogen, welche die Behandlung respektive die Intervention inklusive Rahmenbedingungen beurteilen (Mattejat & Remschmidt, 1998). Diese Bögen existieren für die Einschätzung durch den Therapeuten selbst, den Patienten und auch durch die Eltern. Es wird sowohl die Ergebnis- als auch die Prozessqualität (Beziehung zum Therapeuten, Rahmenbedingungen und Verlauf) eingeschätzt und eine Gesamtzufriedenheit kann ebenfalls ermittelt werden (consumer satisfaction, vgl. Seligman, 1995a).

Eine weitere Ebene zur Ermittlung des Therapieerfolgs sind Wissenstests respektive –checks (Junge, Manz, Neumer, & Margraf, 2001). Diese können beispielsweise ermitteln, ob die Psychoedukation verstanden und behalten wurde, ob Strategien zumindest theoretisch korrekt eingesetzt werden. Dies ist meistens ein Therapieziel in präventiven Trainings, da keine persönlichen konkreten Probleme angegangen werden können und somit eine gewisse Verallgemeinerung respektive Abstraktion in den einzelnen Sitzungselementen die Umsetzung erschwert. Das Wissen soll eine präventive Wirkung auf mögliche Probleme (Stressoren, Lebensereignisse, Entwicklungsaufgaben) in zukünftigen Situationen haben, und es gilt als Voraussetzung für eine Verhaltensänderung (Junge, Neumer, Manz, & Margraf, 2002).

Ein Problem der Erhebung von Ängstlichkeit, Angst und Angststörungen ist, dass oft überschneidende Faktoren miterhoben werden (Beuke, Fischer, & McDowall, 2003). Der mehrfach genannte negative Affekt wird meist sowohl bei Angstfragebogen als auch bei Depressionsfragebogen erhoben. Das heisst, die Frage ist, wie man Angstfaktoren erheben kann, ohne zusätzlich einen Aspekt der Depression mitzuerheben. Dieses Problem spiegelt auch die Tatsache, dass viele Screenings oder Selbst- und Fremdbeurteilungsverfahren eine Doppelskala benutzen. Die Ängstlichkeit wird im Strengths and Difficulties Questionnaires- Deutsch (SDQ-Deu, Goodman, 1999) auf der Skala *Emotionale Probleme* miterhoben und lässt sich höchstens auf Itemebene differenzieren; in der CBCL (Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist, 1998b) wird die Ängstlichkeit und Depressivität auf einer gemeinsamen Skala erhoben (*Angst/Depressivität*), welche sich durch weitere Skalen zu einer übergeordneten, internalisierenden Skala aufaddieren lässt. Ein Argument für eine gemeinsame Skala (Angst und Depression) bei diesen beiden Instrumenten ist, dass bei Kindern die Symptome zu wenig differenzieren (vgl. Kap. 2.1 & 2.2). Es wird davon ausgegangen, dass gemeinsame Entwicklungsfaktoren (z.B. genetische und familiäre Aspekte, emotionale und kognitive Komponen-

ten) zu einer negativen Affektivität führen, welche im weiteren Entwicklungsverlauf zwischen den Störungsbildern unterscheidet (U. Petermann, Essau, & Petermann, 2000).

Für epidemiologische Untersuchungen sind vor allem die ökonomischen Interviewverfahren interessant (meist werden Screenings im Vorfeld durchgeführt). Weiter kann von Fragebogenverfahren (Beurteilungsskalen, Selbst- und Fremdbeurteilung) profitiert werden, da diese auch in Gruppen einsetzbar sind. Epidemiologische Studien sind aufgrund der Fragestellungen meist auf grosse Gruppen angewiesen, weshalb die Kategorien und deren Grenzen klar sein müssen (vgl. Kap. 2.2). Eine dimensionale Diagnostik kann die Datenbasis für Fragen bezüglich der Erforschung von ätiologischen Faktoren beantworten helfen, da sie Abstufungen auf einzelnen Variablen zulässt. Die Autorengruppe Ravens-Sieberger, Hölling, Hölling, Bettge und Wiethker (2002) hat den SDQ(-Deu) als geeigneten Fragebogen für epidemiologische Fragen bezeichnet und schreibt ihm ein gutes Cronbach's-Alpha und eine gute Übereinstimmung zu. Ebenfalls soll er zur Ermittlung von Prävalenzangaben nützlich sein (vgl. 4.2.5.6). Wenn sich die Häufigkeitsangaben nicht auf Störungsbilder beziehen, kann also anhand eines kurzen, ökonomischen Fragebogens per Selbst- und Fremdurteil über verschiedene Stärken und Schwächen einer Gruppe von Kindern und Jugendlichen Auskunft gegeben werden. Durch diese dimensionale Herangehensweise können auch Verhaltensmerkmale auf unterschwelligem Niveau berücksichtigt werden (v.a. für Prävention, vgl. Kap. 5.3), jedoch ist die Zuverlässigkeit bezüglich Diagnosestellung per Cut-off-Wert fraglich (F. Petermann et al., 1998).

Für die *Studien 1 und 2* der Autorin der vorliegenden Arbeit wurden hauptsächlich dimensionale Verfahren eingesetzt. Dies hatte neben den Fragestellungen (vgl. Kap. 4.3.9) auch pragmatische Gründe: Die Testbatterie konnte in grösseren Gruppen vorgelegt werden und subklinische Symptome sind besser über dimensionale Diagnostik zu ermitteln. Somit ist eine (epidemiologische und klinisch-psychologische) Diagnosestellung ausgeschlossen, weshalb auch die Erforschung der Komorbidität an sich nicht möglich ist, jedoch können trotzdem Korrelate einzelner Variablen beim Kind oder auch in der Mutter-Kind-Dyade analysiert werden.

In der Interventionsforschung werden Instrumente benötigt, welche die Personen zuvor als auffällig und unauffällig einstuft und die deren Therapieerfolg auch entsprechend bestätigen können (kategorialer Ansatz). Dies geschieht meistens über Interviews (vgl. oben). Für zusätzliche Fragestellungen (z.B. verzerrte Kognitionen, Ressourcen) sind alle genannten Verfahrensrgruppen (vgl. Tab. 4) ebenfalls hilfreich.

In der *Studie 3* wurde mit einer adaptierten Testbatterie gearbeitet, um den Verlauf einzelner Variablen festzuhalten (vgl. Kap. 5.4). Da in der Präventionsforschung die Wirksamkeit von Interventionen nicht über einen Austritt aus dem Störungsbereich zum Posttreatmentzeitpunkt bestätigt wird, wurden keine Interviews zu diesem Zweck durchgeführt. Durch die dimensionale Abbildung der verschiedenen interessierenden Variablen und deren Subskalen (z.B. *Ängstlichkeit*, *Stressverarbeitung*) können mehr Informationen gewonnen werden, da die Kategorienbildung (vorhanden – nicht vorhanden) immer einer Reduktion gleichkommt (vgl. Plück et al., 2000). Um den Effekt der indizierten Prävention zusätzlich neben den Selbst- und Fremdbeurteilungsverfahren zu untersuchen, wurden Wissenschecks, Tagebuchverfahren und Stundenbögen eingeführt. Ein erster Durchgang des Präventionstrainings wurde auch komplett auf Video aufgenommen (Kinder- und Müttergruppe).

Die einzelnen Erhebungsinstrumente für die Studien werden an den entsprechenden Stellen (Kap. 4.3.9.1.2, 4.3.9.2.2 & 5.4.3.3) vorgestellt.

KAPITEL 3

ÄTIOLOGIE UND BEDINGUNGSANALYSE VON ÄNGSTEN UND ANGSTSTÖRUNGEN

3 ÄTIOLOGIE UND BEDINGUNGSANALYSE VON ÄNGSTEN UND ANGSTSTÖRUNGEN

Eine breite Definition von Präventionsforschung (National Advisory Mental Health Council (NAMHC) Workgroup on Mental Disorders Prevention Research, 2001) zieht zwei Forschungsschwerpunkte mit sich. Zum einen ist dies die Erforschung von Risikofaktoren, was als *ätiologische Forschung* bezeichnet werden kann. Zum anderen ist die Forschung in Bezug auf Beeinträchtigungen und Konsequenzen von psychischen Störungen, Komorbidität und Prävention von Rückfällen angesprochen (Junge & Bittner, 2004). Um erfolgreiche Präventionsforschung zu betreiben, muss diese mit einer *epidemiologischen Forschung* inklusive der Identifikation von Risiko-, protektiven, kompensatorischen und Vulnerabilitätsfaktoren einhergehen (NAMHC, 2001).

Obwohl ätiologisch relevante Faktoren oft durch epidemiologische Studien gewonnen werden, sollen ätiologische Modelle und Theorien zu den Angststörungen in der vorliegenden Arbeit vor dem Kapitel über Ergebnisse epidemiologischer Studien (Kap. 4) berichtet werden. Dies erleichtert das Verständnis bestimmter berichteter Zusammenhänge im Rahmen der Resultate zumeist gross angelegter epidemiologischer Studien, welche weitere Ziele setzen als die reine Berichterstattung von Prävalenzen und Inzidenzen. Die Entwicklungspsychopathologie liefert neben den bekannten Theorien zu den Angststörungen im Erwachsenenalter (klassische Lerntheorien, vgl. Kap. 3.2.2) die Entwicklungsperspektive, welche bei Kindern und Jugendlichen wichtige Aspekte zum Verständnis der Akquisitions- und Performanzbedingungen beiträgt. Die Thematik zum Thema Entwicklung und Aufrechterhaltung einer Angststörung kann genau so wenig von Erwachsenen auf Kinder und Jugendliche übertragen werden wie die Thematik um die Intervention.

Zuerst wird in Kapitel 3.1 über die Einordnung der verschiedenen Disziplinen, deren Gemeinsamkeiten und Unterschiede, Begriffsklärungen sowohl für die Entwicklungspsychopathologie (Kap. 3.1.1) als auch für den Komplex um die Risiko-, protektiven, Vulnerabilitäts- und Resilienzfaktoren (Kap. 3.1.2) berichtet. Der Abschluss des Kapitels 3.1.2 stellen die integrativen Modelle dar, welche versuchen, das Zusammenspiel der letztgenannten Faktoren zu verdeutlichen. In Kapitel 3.2 wird auf Theorien und Modelle speziell zur Ätiologie der Angst und Angststörung eingegangen. Es wird zuerst ein Überblick über Entwicklungspsychopathologiemodelle gegeben, um dann das Grundlagenmodell der vorliegenden Arbeit vorzustellen (Abb. 25 & 26). In Kapitel 3.2.2 wird der Gegenstand der Akquisition von Angststörungen anhand der klassischen Lerntheorien dargestellt, welche sich gut in die Entwicklungspsychopathologie integrieren lassen. Den Abschluss zu den Theorien und Modellen bildet ein integratives heuristisches Störungsmodell für die vorliegende Arbeit (Kap. 3.2.3). In Kapitel 3.3 folgen die konkreten ätiologischen Befunde aus der empirischen Forschung. Den Beginn machen die risikoerhöhenden Faktoren (Kap. 3.3.1), worauf die risikosenkenden Faktoren folgen (Kap. 3.3.2) und in einem dritten Kapitel (Kap. 3.3.3) werden die spezifischen Entwicklungsaspekte berichtet. Diese Einteilung folgt dem heuristischen Schema von Ball und Peters (2007), welche sich am Modell von Scheithauer und Petermann (1999) orientieren (vgl. Kap. 3.1.2, Abb. 17). Die Ergebnisse in Kapitel 3.3 werden in Kapitel 4 ergänzt, in welchem die internationale und nationale Epidemiologie abgehandelt wird (Risiko- und andere Faktoren). In Kapitel 4.4 wird Bilanz aus den epidemiologischen Studien gezogen, wozu auch Berichte zu den verschiedenen empirisch gestützten Parametern gehören.

3.1 Begriffsklärungen, Grundlagen und Einordnung von Disziplinen

3.1.1 Entwicklungspsychopathologie

Die Idee der Entwicklungspsychopathologie ist, abnormale Entwicklungsverläufe und deren vorausgehende Bedingungen und Risiko- und protektive Faktoren (vgl. Kap. 3.1.2 & 3.3) im Kontext von normalen Entwicklungsverläufen zu beschreiben (hier Entwicklung von Ängsten und Angststörungen, vgl. Kap. 3.2.1), um die bestmögliche indizierte Prävention (z.B. vor Ausbruch der Störung bei einer ängstlichen Population, vgl. Kap. 5.2 & 5.3) bereitzustellen. Im vorliegenden Kapitel werden zuerst die Entwicklungspsychologie und die Entwicklungspsychopathologie definiert und deren Aufgaben aufgezeigt. Es wird ausserdem begründet, weshalb die Modelle der Entwicklungspsychopathologie für die vorliegende Arbeit von Bedeutung sind und welchen Forschungszweigen die Entwicklungspsychopathologie zugehörig ist. Es werden daraufhin Annahmen und Gesetzmässigkeiten vorgestellt und Verlaufstypen der Entwicklung unterschieden. Danach werden verschiedene Entwicklungs(psychopathologie)modelle mit und ohne Einbezug von familiären und Umweltfaktoren beschrieben; diese finden anschliessend in einem Gesamtentwicklungsrahmenmodell Eingang. Ausserdem wird im Zusammenhang mit familiären Faktoren ein kurzer Exkurs in die Bindungsforschung eingeschaltet.

Definition, Einordnung und Aufgaben der Entwicklungspsychopathologie

Die Erklärungen zur Entstehung und Aufrechterhaltung von psychischen Störungen, im Speziellen auch von Ängsten respektive von Angststörungen in der Kindheit und Jugend werden oft der Erwachsenenpsychopathologie entlehnt. Dies ist jedoch mit vielen Irrtümern verbunden, da die Erwachsenen und Kinder unterschiedliche physiologische, kognitive und soziale Voraussetzungen mitbringen und damit die Entwicklungsaspekte vergessen gehen. Somit wird nicht nur die Entstehung von Angststörungen missverstanden, sondern auch deren Behandlung nicht korrekt durchgeführt. Die *Entwicklungspsychopathologie* ist eine wissenschaftliche Disziplin, welche vorwiegend die Wechselwirkungen zwischen den biologischen, psychologischen und sozial-kontextabhängigen Aspekten der normalen und abnormalen Entwicklung über die gesamte Lebensspanne erläutert (Cicchetti, 2006; Cicchetti & Toth, 1998; Rutter & Sroufe, 2000). Es wird nicht nur der Verlauf, die Entwicklungsaufgaben, das Alter und Geschlecht, sondern auch die Tatsache berücksichtigt, dass es ein Kontinuum zwischen Normalität und Abnormalität und somit zwischen Gesundheit und Krankheit gibt (vgl. Sroufe, 1990). Die dichotome Einteilung in Störung versus Nicht-Störung, welche in der Forschung oft Grundlage und sehr oft methodisch begründet ist, wird in der Entwicklungspsychopathologie abgelehnt und der Prozess und die Übergänge betont (vgl. Cicchetti, 2006). Es wird nicht mehr nur gefragt, was der Störung vorausging, sondern es wird nach den Faktoren gefragt, welche den abnormen Entwicklungspfad initiiert haben und welche Faktoren dazu führten, dass dieser Pfad aufrechterhalten wurde. Weiter interessiert, wie sich diese Prozesse von anderen Prozessen unterscheiden, welche zu unterschiedlichen Störungsbildern führen (Cicchetti, 2006).

Die Konsequenzen aus dem Entwicklungspfad-Modell (Sroufe, 1997, vgl. weiter unten) sind Vorteile für die Klassifikation, Prävention und Intervention. Die Entwicklungspfade helfen, die Klassifikation als etwas Dynamisches zu betrachten, was Veränderungen über die Zeit zulässt und eine lebenslange Stigmatisierung verhindert. Durch die Identifikation der Pfade können Ansatzpunkte für Präventionsmassnahmen, Hinweise zur Entstehung und den Verlauf

einer Störung und somit Voraussetzungen für präventive Interventionen erkannt werden (F. Petermann et al., 1998). Durch eine Kombination aus spezifischen Risiko- und protektiven Faktoren entwickelt sich eine behaviorale oder emotionale Fehlanpassung respektive Störung, wobei die Organismus- und Kontextvariablen voneinander untrennbar sind (vgl. Sameroff, 1987; Sameroff, 1995, vgl. Abb. 5 & 6)

Die Entwicklungspsychopathologie hat sich in den letzten 30 Jahren entwickelt und stellt einen interdisziplinären Ansatz dar. Vertreter dieser Disziplin (je nach Autor auch als Domäne, Perspektive, Paradigma oder Wissenschaft bezeichnet, vgl. Cummings et al., 2000) versuchen aus unterschiedlichen Blickwinkeln und Forschungsansätzen (z.B. Klinisch Psychologie, Neurowissenschaften, Epidemiologie) ein so weit wie möglich vollständiges Bild der psychopathologischen Entwicklung zu geben (F. Petermann et al., 1998). Das heisst, sie ist mehr als die pathologische Seite der Entwicklungspsychologie. Der *Aufgabenbereich* der Entwicklungspsychopathologie als generelles Rahmenmodell beinhaltet die Beschäftigung mit Ursachen, dem Verlauf und individuellen Mustern von fehlangepasstem Verhalten, aber auch mit der adaptiven Entwicklung (Mash & Dozois, 1996). Dies ungeachtet des Alters, in dem die Störung das erste Mal auftritt. Die Ursachen und die Veränderungen von beobachtbarem Verhalten werden einschliesslich der Komplexität der Faktoren im Hinblick auf die Entwicklung und somit auf dem Hintergrund der Geschichte der Adaptationsleistungen bis zum Untersuchungszeitpunkt betrachtet (Sroufe, 1997; Sroufe & Rutter, 1984). Rutter (1988) hat schon früh auf die Mechanismen und Prozesse der Risikofaktoren aufmerksam gemacht und gefordert, diese nicht nur zu identifizieren, sondern die Zusammenhänge und gegenseitige Beeinflussung über den Zeitverlauf zu berücksichtigen. Dies führt seiner Meinung nach zu den Erklärungsmodellen, die beschreiben, weshalb sich eine Störung entwickeln konnte (vgl. Kap. 3.2.1). F. Petermann und Kollegen (1998) geben die folgenden Grundlagen und Aufgabenbereiche der Entwicklungspsychopathologie an:

- Die Untersuchung des normalen und abweichenden Entwicklungsverlaufs und
 - die Suche nach biologischen, psychischen und sozialen Ursachen,
 - das Erkennen von Risiko- und Schutzfaktoren, Vulnerabilität (Anfälligkeit) und Resilienz (Widerstandsfähigkeit), einschliesslich der pathogen wirkenden Mechanismen und Prozesse sowie
 - die prospektive Betrachtung abweichenden Verhaltens im Einzelfall.
- (S. 19)

Die Entwicklungspsychopathologie als *Makroparadigma* (Achenbach, 1990, vgl. Abb. 3) findet sich sowohl im Forschungszweig, welcher auch die Epidemiologie, den Verlauf, die Ätiologie und das Treatment diverser (Entwicklungs-)Störungen zum Thema hat (vgl. vorliegende Arbeit). Das Training als Aufgabenbereich (*activities*) des Paradigmas wiederum versucht zum einen, das Wissen aus der Entwicklungspsychopathologie umzusetzen und zum anderen praktische Erfahrungen aus der Anwendung von Programmen zu analysieren und bereitzustellen. Die Prävention kümmert sich um die Identifikation von Fällen, was auch die Risikofaktoren-Forschung (z.B. high-risk-studies, McClure, Brennan, Hammen, & Le Brocque, 2001; Werner, 1989) beinhaltet; es werden auch neue Interventionstechniken erforscht und Evaluationsforschung betrieben (vgl. Kazdin, Kraemer, Kessler, Kupfer, & Offord, 1997). Die beiden Bereiche um den Service und das Planning interessieren in dieser Arbeit nur am Rande, insofern es das Thema der Implementierung eines Präventionsprogramms anbelangt (vgl. Kap. 6.3).

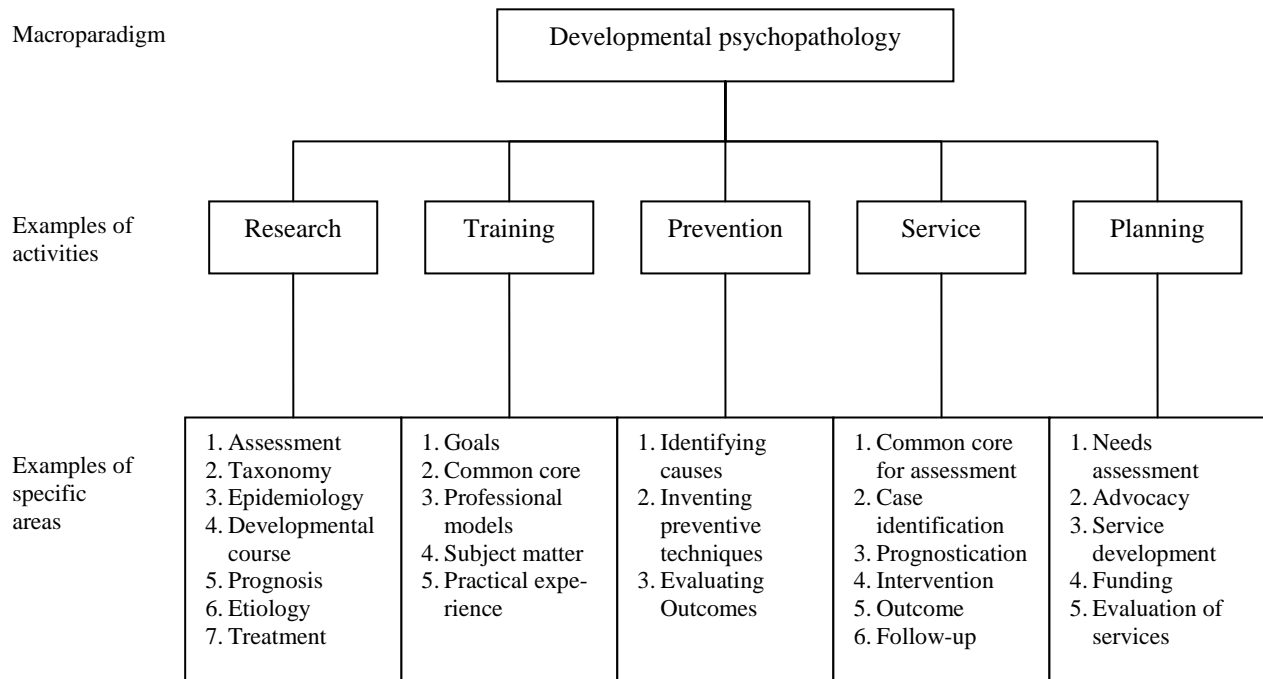


Abbildung 3: Diagram showing potential applications of developmental psychopathology (nach Achenbach, 1990, S. 34)

Annahmen, Gesetzmässigkeiten, Verlaufstypen von Entwicklungen

Ein Entwicklungspfad kann nicht direkt beobachtet und somit auch nicht direkt getestet werden. Die Pfade sind aufgrund der Erfahrung (empirische Befunde) aus verschiedenen Forschungszweigen abgeleitet worden. Mit ihrer Hilfe wird versucht anhand von Modellen oder Metaphern individuelle Entwicklungen zu erläutern. Die systematische Beschreibung von Entwicklungspfaden bringt methodische Vorteile mit sich. Es erleichtert die ätiologische Forschung, weil die verschiedenen Beziehungen und Bedingungen im Entwicklungsverlauf einbezogen werden. Ausserdem bringen diese Modelle Vorschläge mit sich, wie Interventionen gestaltet werden können (Mash & Dozois, 1996). Die Modelle beruhen auf fünf *Annahmen* (Sroufe, 1997): Es wird davon ausgegangen, dass Störungen Abweichungen einer normalen Entwicklung im Zeitverlauf repräsentieren; dass also Störungen Fehlanpassungen sind. So wird die ängstliche Bindung nicht als pathologischer Ausgang angesehen, sondern als Entwicklungsrisiko für eine spätere Störung (vgl. F. Petermann et al., 1998). Die Äquifinalität und Multifinalität sind ebenfalls Hauptannahmen. Die *Multifinalität* besagt, dass der gleiche Pfad zu verschiedenen Ergebnissen führen kann. Die *Äquifinalität* beschreibt den komplementären Grundsatz, dass verschiedene Pfade zum selben Ergebnis führen können (Cicchetti, 2006; Dadds & Roth, 2001; Kazdin et al., 1997; F. Petermann et al., 1998; Vasey & Dadds, 2001a). Auch kann wie im Baummodell (s. unten) dargestellt, an vielen Punkten eine Veränderung geschehen, wobei Sroufe (1997) Wert darauf legt, dass eine Störung kein finaler Zustand ist, und somit eine Umkehr respektive eine positive Veränderung immer möglich bleibt. Jedoch schränken Anpassungsprobleme spätere Veränderungen ein. Das heisst, wenn eine Fehlanpassung kontinuierlich ist, wird ein positiver Ausgang unwahrscheinlicher.

Die *Gesetzmässigkeiten* der Entwicklungspsychopathologie sollen einen Rahmen schaffen, in welchem sowohl die allgemeine Entwicklung für alle Menschen als auch individuelle Entwicklungsverläufe erklärbar sind. Das bereits oben erwähnte Phänomen der dynamischen

Klassifikation kann auch dem Grundsatz der *heterotypischen Kontinuität* zugeordnet werden. Es ist nicht die zeitliche Verhaltensstabilität gemeint, sondern der Umstand, dass Verhalten im Verlauf der Entwicklung verschiedene (beobachtbare) Formen annehmen kann, jedoch bleibt es in seiner grundlegenden Bedeutung und Funktion gleich. Die *homotypische Kontinuität* würde von Verhaltensweisen und Merkmalen ausgehen, welche auf der beobachtbaren Ebene über die Zeit gleich oder sehr ähnlich sind (Cummings et al., 2000). Die Manifestation von Störungen kann sich somit je nach Alter und Entwicklungsstand verändern (Niebank & Petermann, 2000; F. Petermann et al., 1998; vgl. Sroufe, 1997). Ein Beispiel für die Altersspezifität ist die Dunkelangst bei einem 16-Jährigen, welche pathologisch ist, aber nicht bei einem drei Jahre alten Kind (vgl. Kap. 2.1). Die damit zusammenhängende Altersangemessenheit von bestimmten Verhaltensweisen und emotionalen Reaktionen ist schwierig zu operationalisieren, da mehrere Faktoren (z.B. Situation und Kontext) damit zusammenhängen. Die Komorbidität kann ebenfalls der heterotypischen Kontinuität zugeteilt werden. Neben der einfachen, statistisch ermittelten Komorbidität, welche als beobachtete oder Querschnitts-Komorbidität bezeichnet wird, gibt es noch zwei weitere Formen. Die kausale Komorbidität, welche die ursächlichen Zusammenhänge zu beschreiben versucht (z.B. ob es gemeinsame Mechanismen der komorbid auftretenden Störungen gibt). Die entwicklungsbezogene Komorbidität ist die komplexeste Form und geht davon aus, dass die eine Störung der anderen zeitlich, aber auch ursächlich, vorausgeht, das heisst, die erste Störung ist Voraussetzung für die zeitlich spätere Störung (F. Petermann & Kusch, 1993)

Entwicklungspfadmodelle wurden bereits Anfang der 70er Jahre vorgestellt, wobei Bowlby (z.B. 2006b) eine verzweigte Eisenbahnstation als Metapher brauchte und Sroufe (1997) das bekanntere Baumschema benutzt, um zu zeigen, wie die verschiedenen Entwicklungsverläufe aussehen können. Neben einem gesunden, normalen Verlauf, welcher bildlich gesehen in einem dicken, starken Ast mündet, gibt es auch drei Verläufe, welche pathologische Elemente verbildlichen. Zum einen kann eine Entwicklung gut anfangen und durch ein Ereignis negativ verändert werden, zum anderen gibt es eine von Anfang an kontinuierliche Fehlanpassung, welche in einer Störung mündet (Bild: dünner, kranker Ast). Die dritte Möglichkeit ist eine anfängliche Fehlanpassung, welche durch eine positive Veränderung abgelöst wird (Sroufe, 1997). Er geht davon aus, dass die Entwicklungsstufen sich an der normalen Entwicklung orientieren und Störungen davon abhängig sind, in welcher *Schicht* (Baumschema) Veränderungen vonstatten gehen. Zum Beispiel kann eine normative Entwicklungsaufgabe eine bis anhin regelhafte Entwicklung pathologisieren (vgl. F. Petermann et al., 1998). Die Angst entwickelt sich nach Sroufe (z.B. 1997) stufenweise und in den ersten Lebensmonaten ist sie noch nicht differenziert und entspricht eher einem Misstrauen. Mit circa einem halben Jahr kann das Kind erste Furcht- respektive Angstreaktionen zeigen (vgl. Kap. 2.1 & 3.3.3).

Die Hirnentwicklung ist sehr komplex und ist zum Grossteil auf bestimmte sensible (kritische) Phasen ausgerichtet. Das bedeutet, bestimmte Erfahrungen (z.B. gewisse Lernerfahrungen) müssen in einem klar umschriebenen Zeitfenster gemacht werden, weil sie ansonsten nicht mehr gemacht werden können und somit auch die nachfolgende Entwicklung beeinträchtigt sein könnte (Niebank & Petermann, 2000). Ein weiterer Aspekt im Zusammenhang mit der Entwicklung sind die Erfahrungen ausserhalb der sensiblen Phasen. Es gibt vier verschiedene *hypothetische Verlaufstypen* im Zusammenhang mit dem Einfluss, welcher die Erfahrung auf die Entwicklung haben kann (Cicchetti & Tucker, 1994). Zum einen ist dies die (1) Reifung, eine Entwicklungsveränderung, welche ohne Erfahrung passiert. Zum anderen soll die (2) Erhaltung beschreiben, dass das Verhalten schon manifestiert ist und es wieder verschwinden würde, wenn keine entsprechenden Erfahrungen gemacht würden. Die (3) Förderung umschreibt die Beschleunigung des Entwicklungsverlaufes (*Reifungsplan*) durch Er-

fahrung. Bei der (4) Auslösung geht man davon aus, dass keine Entwicklungsveränderung eintritt, wenn keine Erfahrung auftritt. Die soziale Umwelt hat ihrerseits einen Einfluss auf die Art und Intensität der Erfahrungen, die ein Kind macht (vgl. weiter unten). Ein Teil der Prozesse sind sogenannte *Erfahrungs-erwartende* Prozesse (Niebank & Petermann, 2000), welche universelle Lernerfahrungen widerspiegeln, und von allen Kindern durchgelaufen werden. Das heisst, es werden Synapsen aufgebaut, weil „erwartet“ wird, dass bestimmte Umweltreize eintreten (Entwicklungsaufgaben). Demgegenüber gibt es aber auch die individuellen Erfahrungen (kritische Lebensereignisse), welche *Erfahrungs-abhängige* Prozesse initiieren. Das heisst, es werden nur Synapsen gebildet, wenn Bedarf besteht und bestimmte Erfahrungen gemacht werden. Entwicklungspfade versuchen die genannten Bedingungen und Annahmen in einem etwas abstrakteren Schema zu vereinen, wobei sie den Prinzipien der Kontinuität und Diskontinuität folgen (vgl. Äste vom Baummodell, Sroufe, 1997). Diese Kontinuität und Diskontinuität variiert als Funktion sich verändernder Umweltbedingungen und Transaktionen zwischen Kind und Umwelt (Mash & Dozois, 1996).

Modelle der Entwicklungspsychopathologie

Die Erklärungsmodelle aus der Erwachsenenpsychopathologie können einzelne ätiologische Aspekte der Angstentwicklung und –aufrechterhaltung aufzeigen (z.B. operantes Konditionieren, vgl. Kap. 3.2.2), berücksichtigen jedoch nicht die spezifischen Themen der Kinder- und Jugendlichenpsychopathologie (vgl. Vasey & Dadds, 2001a).

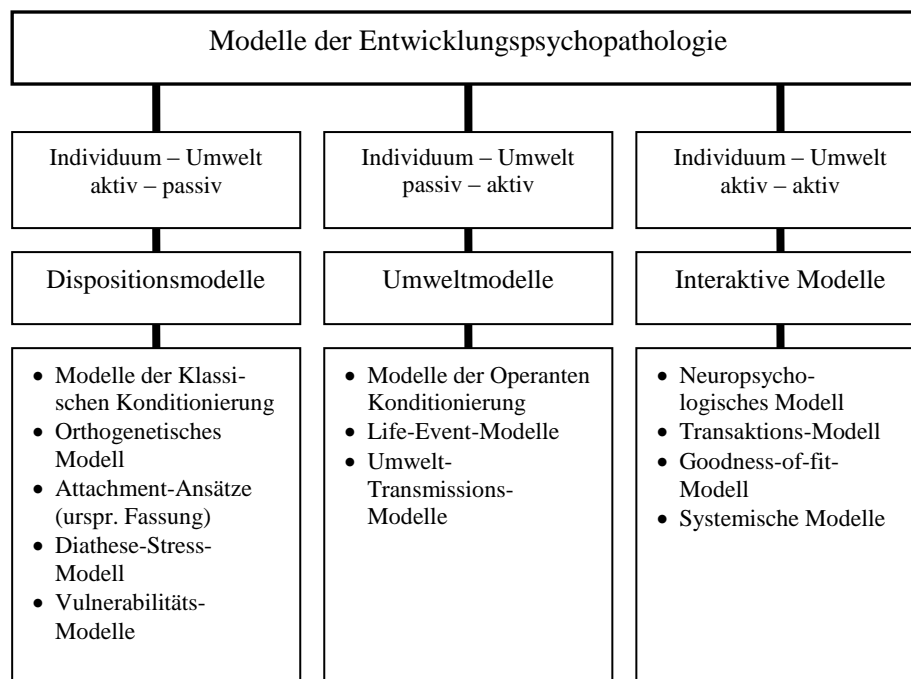


Abbildung 4: Paradigmen der Entwicklungspsychopathologie: Modelle der Entwicklung (nach F. Petermann et al., 1998, S. 43)

Das junge Gebiet der Entwicklungspsychopathologie bietet mehrere Modelle an, welche auf vier verschiedenen Paradigmen beruhen. Der Einteilung nach F. Petermann und Kollegen (1998, vgl. Abb. 4) liegen andere Kriterien zugrunde als Achenbachs (1990) Paradigma (vgl. Abb. 3).

Grundlage für die Einteilung in Abbildung 4 ist die Diskussion um die Interaktionen und Wechselwirkungen zwischen Mensch und Umwelt (F. Petermann et al., 1998). Dass weder die Umwelt noch das Kind aktiv auf die Entwicklung einwirken, kann als veraltete und unbedeutende Annahme angesehen werden, da sie mittlerweile widerlegt ist. Die Varianten, in welchen jeweils mindestens das Kind oder die Umwelt aktiv Einfluss nimmt, kann in Abbildung 4 betrachtet werden. Die *Dispositionsmodelle* betonen die aktive Rolle des Individuums respektive der Anlage des Individuums. Die Umweltaspekte werden nicht gänzlich verneint, nehmen jedoch keine aktive Rolle ein. Der Fokus der Intervention liegt hier in der Veränderung des Erlebens und Verhaltens des Individuums. F. Petermann und Kollegen (1998) geben als Beispiele dieses Paradigmas die Klassische Konditionierung, Attachment-Ansätze (ursprüngliche Fassung), Diathese-Stress-Modelle und Vulnerabilitätsmodelle an (vgl. Kap. 3.2.2). Durch diese Ansätze lassen sich einzelne Störungen bei einer Gruppe von Betroffenen teilweise erklären. Auch die operante Konditionierung und kritische Lebensereignisse (Live-Event-Modelle) können erklären, wie eine Störung entstehen kann oder aufrechterhalten wird. Diese Modelle gehören in die Kategorie *Umweltmodelle* (vgl. Abb. 4), in welcher vor allem der Umgebung eine aktive Rolle zugesprochen wird (z.B. Eltern, Lehrer). Ebenfalls zeigen sie den Fokus der Interventionsansätze auf. Es soll vor allem über die Einwirkung auf die Umwelt eine Verhaltensänderung beim Kind bewirkt werden (vgl. Kap. 3.2.2). Die letzten Jahrzehnte in der Ätiologieforschung haben jedoch vor allem integrative Modelle zutage gefördert, weil meistens ein monokausaler Ansatz nicht ausreichend zeigen kann, wie die Störung entsteht und aufrechterhalten wird (vgl. Kap. 3.2.3). Die *interaktiven* respektive *Transaktionsmodelle*, welche das vierte Paradigma ausmachen, sind sowohl neuropsychologische, Goodness-of-fit- und Systemische Modelle (vgl. Abb. 4). Diese Modelle gehen davon aus, dass das Kind auf die Umwelt wirkt und umgekehrt und dass somit Interventionsmöglichkeiten auf beiden Ebenen denkbar sind und ein Outcome auf einer Ebene auch Auswirkungen auf die andere Ebene und auf die Beziehung Kind-Umwelt hat (vgl. Kap. 3.2.1 und 6.3.6.1). Transaktionsmodelle bilden den Entwicklungsprozess gut ab, sind aber empirisch kaum zu überprüfen, weil sie zu komplex sind (Niebank, Petermann, & Scheithauer, 2000). Das Passungsmodell (Goodness-of-fit) gehört zur Temperamentsforschung und besagt, dass Temperamentsmerkmale ihre Bedeutung erst durch den Kontext (Einstellungen, Erwartungen, Werte) erhalten (Zentner, 2000, vgl. Kap. 2.1).

Ein Beispiel für eines der ersten Transaktionsmodelle ist das von Sameroff (1987), welcher in seinem Transaktionsmodell (Abb. 5) die Wechselwirkung zwischen der Umwelt (im Beispiel die Mutter) und dem Kind in Abhängigkeit der Zeit respektive im Verlauf der Entwicklung betont. In diesem vereinfachten Beispiel führt eine komplexe Interaktion zu einer Sprachverzögerung: Bei der Geburt gab es Komplikationen, die bei der Mutter eine Ängstlichkeit ausgelöst haben. Durch diese Ängstlichkeit hat sich die Mutter unsicher und inadäquat verhalten, was beim Kind zu schwierigen Verhaltensweisen führte (z.B. Schlafprobleme, Fütterungsprobleme). Dieses schwierige Temperament des Kindes (vgl. Kap. 2.1) führte bei der Mutter zu einem Vermeidungsverhalten, weil die gemeinsame Zeit mit dem Kind nicht mehr so viel Freude machte. Durch die eingeschränkte Interaktion mit dem Kind war die normale Sprachentwicklung gestört und führte zu einer Verzögerung (z.B. Rossmann, 2001). Dies ist ein Beispiel für mögliche Verläufe einer Art Kettenreaktion, wobei ein Unterbruch an jeder Stelle möglich wäre (vgl. Sroufe, 1997). Die Realität ist komplexer und jeder in der Abbildung 5 dargestellte Zusammenhang müsste weiter aufgeschlüsselt werden, z.B. mit nomologischem Wissen (Wenn-dann-Gesetzesaussagen, vgl. Perrez, 2005b; Perrez, 2005c; Westmeyer, 2005).

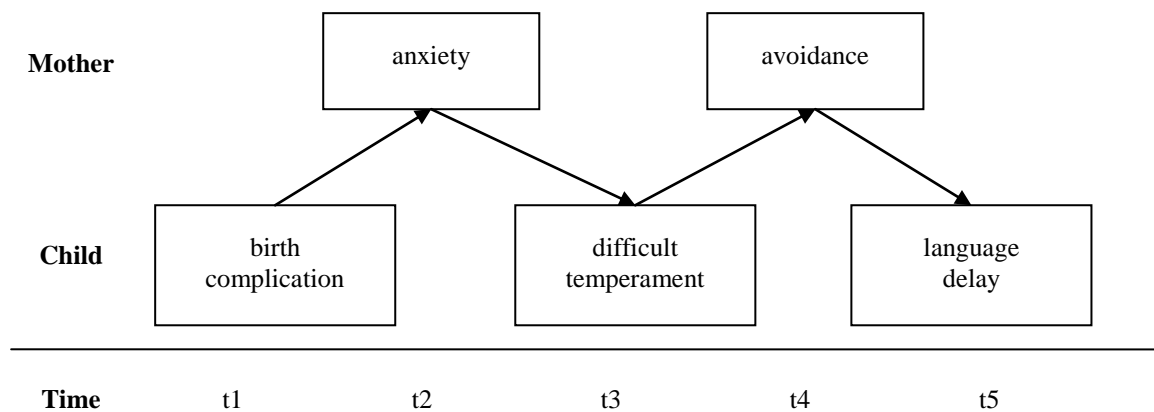


Abbildung 5: Example of transactional process leading to developmental problem (Sameroff, 1987) (nach Sameroff & Fiese, 1990, S. 124)

Das Outcome für das Kind am temporären Ende der Entwicklungskette ist eine komplexe Funktion eines Zusammenspiels von Kind- und Muttervariablen respektive -verhalten (Sameroff & Fiese, 1990). Dies hat Sameroff (1995; Sameroff & Fiese, 1990) in einer späteren Arbeit in Form eines abgeänderten, generellen, jedoch auch komplexeren Modells (vgl. Abb. 6) betont. Das soziale Regulationsmodell ist ein nicht-lineares, zyklisches Modell, in welchem Kind und Umwelt sich gegenseitig beeinflussen, jedoch jeweils auch selbständig eine Entwicklung durchmachen (vgl. Niebank & Petermann, 2000). Es berücksichtigt, dass die Erfahrungen des Kindes nicht allein auf die Umwelt oder auf den Charakter des Kindes bezogen werden können, womit eine Kontinuität der Umweltorganisation betont wird (vgl. F. Petermann et al., 1998). Diese Transaktionsmodelle haben durch ihre Komplexität eine grosse Anziehungskraft, weil sie mehrere Ebenen und Bereiche berücksichtigen: sie sind aber empirisch nur schwer zu überprüfen (vgl. F. Petermann & Kusch, 1993). Störungen im Sinne der Klinischen Psychologie werden in der Entwicklungspsychopathologie als Fehlanpassung gesehen. Eine (Fehl-)Anpassung einer Person an die Umwelt im Sinne von Erwerb von (In-)Kompetenzen, welche aufeinander aufbauen und somit immer komplexer werden. Das bedeutet auch, wie oben erwähnt, dass bei einer kontinuierlichen Fehlanpassung eine Umkehr zu einer positiven Entwicklung immer schwieriger wird (vgl. Sroufe, 1997).

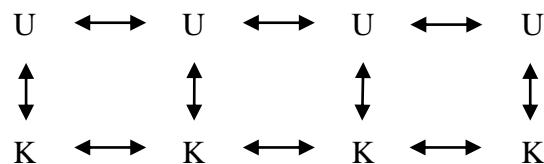


Abbildung 6: Das soziale Regulationsmodell (U=Umwelt, K=Kind, nach Sameroff, 1995)

Dem Individuum wird in seiner Entwicklung eine aktive Rolle zugesprochen. Selbstregulation kommt auf mehreren Ebenen vor, sowohl auf biologischer, kognitiver, emotionaler und sozialer System-Ebene. Es gibt im Laufe des Lebens eine Annäherung zwischen den gegensätzlichen Prozessen der Kanalisation der Entwicklung und der fortwährenden Veränderungen.

Entwicklungsauscomes werden am besten vorausgesagt durch Berücksichtigung von vorausgehenden Erlebnissen und kürzlich nacheinandergeschalteten Adaptationsleistungen. Wichtige Rollen spielen auch die individuelle Entscheidungsmacht und Selbstorganisation. Entwicklungsübergänge und sensible Phasen repräsentieren Zeiträume, in welchen die Entwicklungsprozesse am sensibelsten auf positive oder negative selbstorganisatorische Anstrengungen reagieren (Cicchetti & Tucker, 1994; Kandel & Jessel, 1996; R. A. Thompson, 2001). Im Folgenden werden die bereits eingeführten Rollen der Eltern und der sozialen Umwelt in komplexere Modelle der Entwicklungspsychopathologie eingebaut.

Exkurs: Ansatzpunkte für Interventionen im Zusammenhang mit Sameroffs Modellen und dem Einbezug der Eltern

Die Annahmen von Sameroff (1987; Sameroff & Fiese, 1990) aus den Abbildungen 5 und 6 führen zu einem weiteren Modell (Abb. 7), welches Implikationen für Frühintervention und Prävention aufzeigt. Implizit im Modell enthalten sind die unterschiedlichen Stärken des Einflusses von den Eltern auf ihre Kinder, welche schwächer werden, je älter das Kind wird, respektive je stärker die Kindvariablen werden.

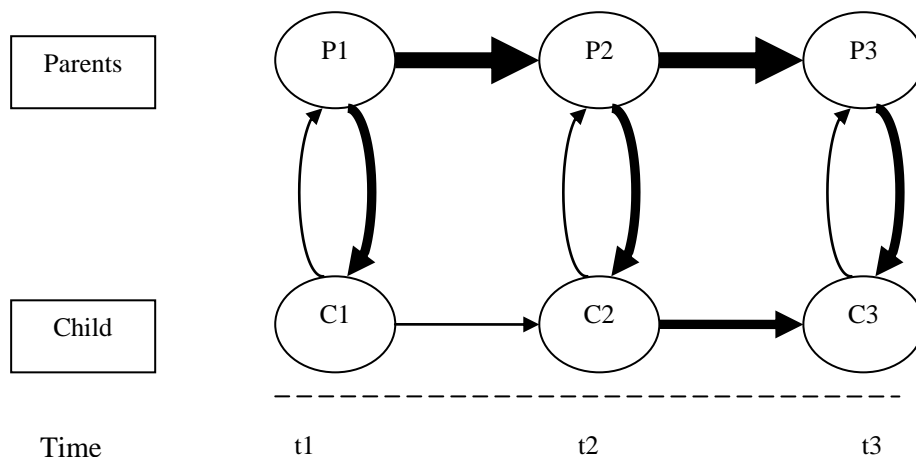


Abbildung 7: Developmental regulation through transactions between parent and child behavior (nach Sameroff & Fiese, 1990, S. 135)

Die Eltern haben einen fortwährenden regulierenden Einfluss auf ihre Kinder (vgl. Abb. 7). Die Pfeile zwischen Eltern und Kind ($P \rightarrow C$) repräsentieren die Veränderungen seitens der Eltern, welche an das Kind gerichtet sind und eventuell eine Veränderung beim Kind nach sich ziehen. Die Eltern machen selbst auch zwischen den Zeitpunkten t1 bis t3 eine Veränderung durch, welche durch Lerneffekte zum jeweils vorherigen Zeitpunkt initiiert werden. Analog kann die horizontale Ebene des Kindes betrachtet werden, wobei man anhand der Dicke der Pfeile erkennt, dass die Autoren dem Einfluss des Kindes über die Zeit mehr Gewicht geben. Dies reflektiert den Zuwachs an Erfahrungen und gelernten skills. Es wird ebenfalls berücksichtigt, dass das Kind einen Einfluss auf seine Eltern respektive das Verhalten der Eltern hat. Dies wird dargestellt durch die Pfeile von den Cs zu den Ps. Eine Abstraktion dieser Eltern-Kind-Interaktion führt zu den Modellen aus den Abbildungen 8 und 9.

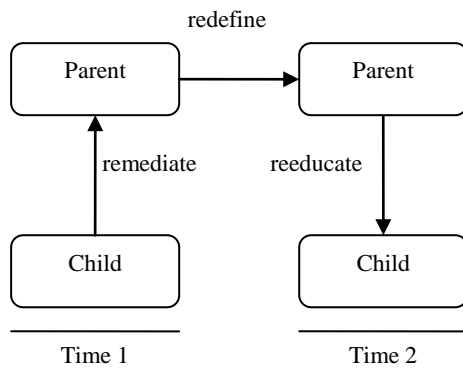


Abbildung 8: Depiction of intervention strategies in terms of child-parent transactions (nach Sameroff & Fiese, 1990, S. 136)

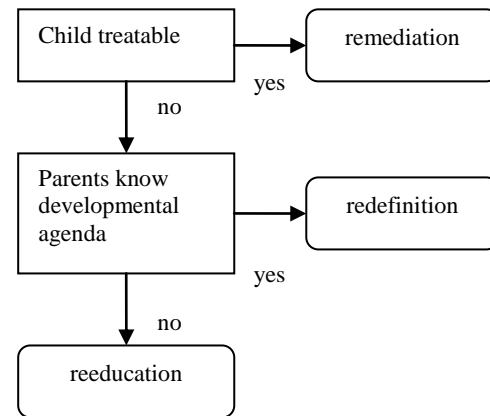


Abbildung 9: Transactional diagnosis decision flowchart (nach Sameroff & Fiese, 1990, S. 143)

Remediation (Übers.: Korrektur, vgl. Abb. 8) beinhaltet Veränderungen des Verhaltens vom Kind gegenüber den Eltern; zum Beispiel durch Veränderung von biologischen Dysregulationen beim Kind. *Redefinition* (Umbenennung) soll die Veränderung der elterlichen Interpretation des Kindverhaltens aufzeigen. Und die *Reeducation* (Umerziehung) gibt die Veränderung des Verhaltens der Eltern gegenüber dem Kind an (vgl. Abb. 8). Dies kann zum Beispiel anhand eines Trainings für die Eltern passieren. Für die Umsetzung in die Praxis hat Sameroff (1987; Sameroff & Fiese, 1990) ein Flussdiagramm entwickelt (Abb. 9), welches die diagnostische Entscheidung für eine der drei Möglichkeiten in Abbildung 8 erleichtert. Das heisst, die Voraussetzungen für eine *Remediation* sind, dass das Kind therapierbar ist, und für eine *Redefinition* müssten die Eltern über die Entwicklungsaufgaben und –normen informiert sein. Ansonsten kommt es zur Auswahl der *Reeducation*.

Umweltfaktoren, Entwicklungspsychopathologiemodelle mit sozialen, familiären und im Spezifischen elterlichen Einflussfaktoren

Die Umweltfaktoren wurden von Bronfenbrenner (1977, 1986) in einem ökologischen Umweltmodell beschrieben, welches vier Systeme beinhaltet. Diese sind aufeinander aufgebaut, wobei die nächste Stufe immer auch die vorhergehende einbezieht (konzentrische, verschachtelte Kreise, vgl. Flammer, 1999). Das Mikrosystem im Zentrum stellt die unmittelbare Umgebung des Kindes dar (Merkmale, soziale Rollen, etc.). Es ist jeweils die Beziehung vom Kind zu einer anderen Person von Bedeutung (z.B. Mutter-Kind, Kind-Geschwister, Kind-Lehrer). Das Mesosystem umfasst die Wechselwirkungen mehrerer Mikrosysteme, welche ebenfalls die unmittelbare Umgebung einbeziehen (z.B. Mikrosystem Familie, Schule, Nachbarschaft). Das Exosystem stellt die Erweiterung durch eine mittelbare Umgebung dar. Das heisst, das Kind ist indirekt von solchen Wechselwirkungen betroffen (z.B. Arbeitswelt der Eltern, Schulbehörde). Das Makrosystem als äusserster Kreis stellt die übergeordneten Bereiche dar, welche sowohl die institutionellen Bereiche der Kultur als auch Ökonomie und das politische und soziale System eines Landes subsumieren, aber auch Ideologien, Normensysteme und Überzeugungen beinhalten. Diese Einteilung wurde von Boyce et al. (1998) ergänzt durch theoretisch begründete Annahmen. Kontexte sind laut den Autoren miteinander verknüpft, ergänzen und verändern sich gegenseitig und sind multidimensional. Weiter verändern sich die Kontexte mit dem Alter infolge der körperlichen und psychischen Entwicklung, sie nehmen an Umfang zu oder verändern sich aufgrund von normativen Entwicklungsaufgaben (z.B. Pubertät). Es kann auch eine Gen-Umwelt-Transaktion stattfinden, insofern, dass sich

genetische Prädispositionen und Kontexte des Kindes gegenseitig beeinflussen (z.B. schwieriges Temperament des Kindes und Erziehungsverhalten der Eltern, vgl. Abb. 6). Wie der Einfluss des Kontextes auf das Kind aussieht, wird durch dessen Beurteilung der Bedeutung des Kontextes bestimmt (z.B. Zentner, 2004).

Die Entwicklung eines Kindes wird stark durch familiäre Faktoren beeinflusst (vgl. Abb. 10). Belsky (1984) sieht nicht nur die Erziehung als Einflussmöglichkeit, sondern setzt diese in ein Prozessmodell ein, welches auch den Einfluss des Kindes auf seine Eltern respektive deren Erziehungsverhalten berücksichtigt (vgl. Kap. 2.1 & 3.3.1).

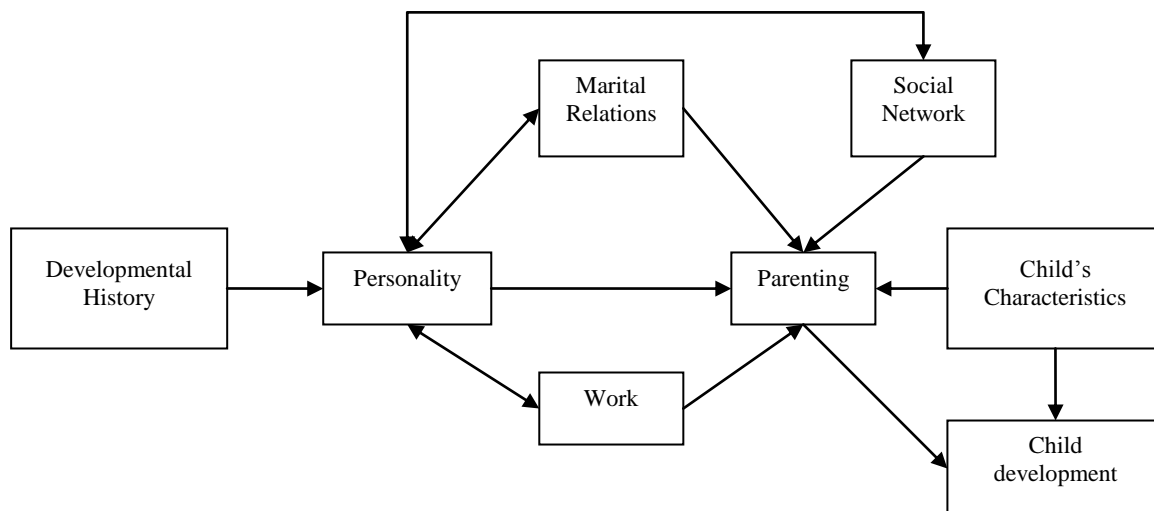


Abbildung 10: A process model of the determinants of parenting (nach Belsky, 1984) (Cummings et al., 2000, S. 154)

Belsky (1984) berücksichtigt ebenfalls die Entwicklungsgeschichte der Eltern, deren daraus resultierende Persönlichkeit, wobei darunter auch Störungen der Eltern fallen (z.B. Depression, Wüthrich, Mattejat, & Remschmidt, 1997), die Ehe der Eltern und deren Arbeitsbedingungen. Diese Bereiche haben einen Einfluss auf die Erziehung, welche sich wiederum auf die Kindesentwicklung auswirkt. Die Ehe und die Arbeitsbedingungen haben ihrerseits eine interaktive Rückwirkung auf die Persönlichkeit der Eltern; das soziale Netzwerk der Familie wird sowohl von der Persönlichkeit der Eltern beeinflusst als auch umgekehrt, wobei das soziale Netzwerk dann wiederum einen Einfluss auf die Erziehung der Kinder hat.

Das Zusammenleben mit einem Elternteil, der unter einer psychischen Störung leidet, kann über mehrere Wege zu einer Belastung und potentiellen psychischen Störung beim Kind führen (Wüthrich et al., 1997). Die direkten Auswirkungen der psychischen Störung betreffen die Eltern-Kind-Beziehung und das Erziehungsverhalten respektive die Erziehungskompetenz (vgl. Kap. 3.3.1). Zusätzlich sind zum Beispiel Familien mit einem depressiven Elternteil mehrfach belastet, da die familiären Beziehungen beeinträchtigt sind, die soziale Unterstützung inadäquat ist und sich die Familien häufig isolieren und die Lebensbedingungen schlechter sind als im Vergleich mit Familien, in welchen die Eltern psychisch gesund sind. Die Auswirkungen auf die Ehe können zusätzliche risikoe erhöhende Faktoren darstellen. Die Potenzierung der Effekte der Belastungsfaktoren führt häufig zu einer psychischen Störung beim Kind.

Wenn angenommen wird, dass die Eltern einen starken Einfluss auf die Entwicklung ihres Kindes haben, dann muss auch berücksichtigt werden, dass die Eltern ihrerseits eine Lerngeschichte haben (vgl. weiter oben), Beziehungen mit anderen Menschen führen und Probleme und Kompetenzen mit in die Beziehung zum Kind bringen. Cummings und Kollegen (2000) haben in einem ersten Rahmenmodell (Abb. 11) versucht, diese verschiedenen Bedingungen miteinzubeziehen. Der Kern ähnelt dem Modell von Belsky (1984, vgl. Abb. 10). Das Erziehungsverhalten wird wechselseitig beeinflusst von der elterlichen Ehe und anderen Subsystemen der Familie und Stress, welcher sich auf die ganze Familie auswirkt. Dies alles steht in Wechselwirkung mit der Eltern-Kind-Anpassung (vgl. Kap. 3.3.1 & 3.3.2, Tab. 7).

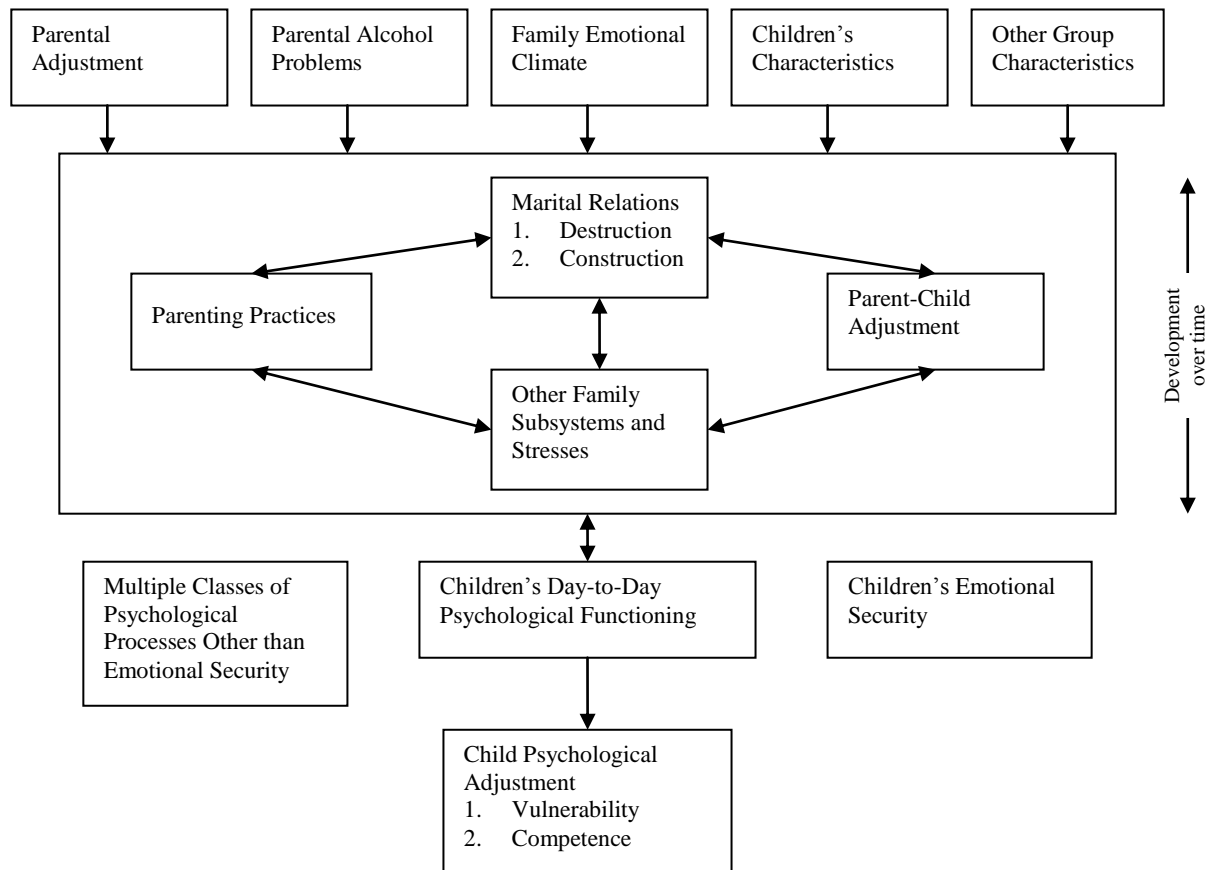


Abbildung 11: A framework for the effects of marital conflict on children (Cummings et al., 2000, S. 259)

Der eingerahmt Komplex in Abbildung 11 ist abhängig von elterlicher Anpassung, elterlicher Alkoholproblematik, familiärem emotionalem Klima, Kindcharakteristiken und anderen Gruppencharakteristiken. Diese elterlichen und familiären und damit zusammenhängenden Bedingungen haben Auswirkungen auf das tägliche psychologische Funktionieren des Kindes, welches wiederum rückwirkend seine Effekte auf die Erziehung, Ehe, Subsysteme und die Eltern-Kind-Anpassung hat. Je nach Ausprägung und Wertung dieses täglichen Funktionierens kann von einer positiven Anpassung (*competence*) oder von einer negativen Anpassung (*vulnerability*) gesprochen werden (vgl. Abb. 11). Die emotionale Sicherheit der Kinder und andere Kategorien von psychologischen Prozessen werden in der Abbildung 11 ebenfalls angedeutet, um zu veranschaulichen, dass das Outcome differenziert betrachtet werden muss, auch wenn noch nicht alle Assoziationen und Kausalitäten geklärt sind.

Was bereits angesprochen und in der empirischen Literatur mehrfach bestätigt wurde (vgl. Kap. 3.3.1), ist die Auswirkung der elterlichen Depression auf ihre Kinder (vgl. Kap. 2.3.1). Neben den genetischen Risikofaktoren werden auch extrafamiliäre Umweltfaktoren von Cummings und Kollegen (2000) genannt, jedoch sind diese nicht direkt mit der elterlichen Depression verbunden (vgl. Abb. 12), da die Ätiologie der Depression bei Erwachsenen zu komplex ist, um vollständig einbezogen zu werden. Jedoch soll klar sein, dass die Genetik und Umweltfaktoren auch hier eine Vorläuferrolle einnehmen (z.B. Hautzinger, 1998; Lenz, 2007; Wüthrich et al., 1997).

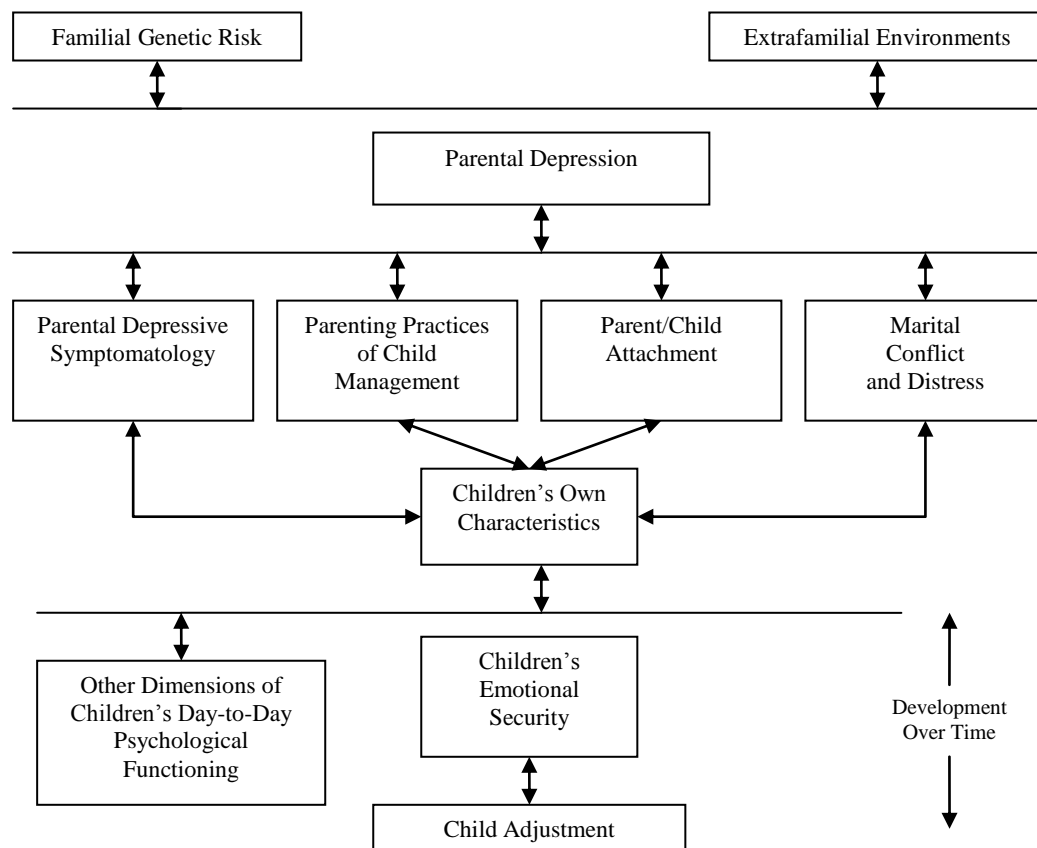


Abbildung 12: A framework for the effects of parental depression on children (nach Cummings et al., 2000, S. 308)

Wie bereits in Abbildung 10 und 11 zu sehen war, hat die Störung eines Elternteils (in Abb. 10 als Persönlichkeit bezeichnet) einen indirekten Einfluss auf die Entwicklung des Kindcharakters und dessen Anpassung und folglich auf die Störungsanfälligkeit. Wie auch in Abbildung 10 zu erkennen, steht neben der Symptomatologie das Erziehungsverhalten mit dem Kindcharakter in Beziehung. Die Eltern-Kind-Bindung und die Konflikte und Stressoren auf Paarebene stehen ebenfalls in Interaktion mit den Kindcharakteristiken. Die emotionale Sicherheit und die kindliche Anpassung (Störungsanfälligkeit) wie auch andere Dimensionen des täglichen psychologischen Funktionierens sind wie auch schon in Abbildung 11 dargestellt, direkte und indirekte Resultate der familiären Prozesse, welche zeitlich gesehen vorausgehen.

Exkurs Bindungsforschung

Die Vertreter der Bindungstheorien (z.B. Ahnert, 2004; Bowlby, 2006a; Ettrich, 2004b) gehen davon aus, dass eine Störung die Folge einer misslungenen Beziehungs- respektive Bindungs-entwicklung ist. Es werden vor allem die Mutter-Kind-Systeme untersucht, wobei angenommen wird, dass die Bindung durch einen wechselseitigen Prozess aufgebaut wird, an welchem mehrere Bedingungen teilhaben. Die Beziehung zu einer engen Bezugsperson hat für das Baby vor allem eine Schutzfunktion. Ist die Mutter (oder andere Bezugsperson) verlässlich, kann das Baby eine sichere Bindung aufbauen und verschiedene Angstzustände mit Hilfe der Mutter bewältigen (vertrauensvolle, zuverlässige Bindung mit positiver Erwartungshaltung). Die Verfügbarkeit und Fürsorglichkeit sind jene Größen, welche die Bindungsmuster ausmachen (Bowlby, 2006a). Wenn ein Kind Trennungserfahrungen und suboptimale Betreuungsbedingungen erlebt, zu früh selbständig sein muss, kann einer der unsicheren Bindungsstile entwickelt werden. Einzelne Trennungserfahrungen sind jedoch nicht ausreichend. Die Deprivationsvarianten, Diskontinuität, qualitativ gestörte und quantitativ ungenügende Interaktion (z.B. Vernachlässigung) werden als direkte Ursachen für psychische Störungen gesehen oder als vulnerabilisierende Bedingungen (vgl. Kap. 3.1.2). Die unsicher-vermeidende Bindung hat für das Kind die Funktion, die Wut gegenüber der Mutter nicht ausdrücken zu müssen (selbständige Emotionsregulation) und sich somit die Anwesenheit der Mutter zu sichern. Diese Kinder wurden zum Beispiel von der Mutter zurückgewiesen, wenn sie ängstlich waren. Die unsicher-ambivalente Bindung ist ein Muster aus Annäherung und Vermeidung, da das Kind es nicht schafft, die emotionale Sicherheit zu erlangen. Dies rührt aus der Erfahrung, dass das Verhalten der Mutter nicht vorhersagbar ist und die Mutter das Kind in der Exploration stark einschränkt. Das desorganisierte Bindungsmuster wird übereinstimmend als pathologisch für die Entwicklung eines Kindes angesehen (vgl. Abb. 5). Die Bindungsperson erzeugt Angst beim Kind, wodurch dem Kind verwehrt ist, eine angemessene emotionale Sicherheit aufzubauen. Die Verhaltensweisen dieser Kinder sind oft unangemessen, unerwartet und bizarr (Ettrich, 2004a). Der Zusammenhang mit Faktoren beim Elternteil (z.B. psychische Störung) und der Bindungsentwicklung über die Interaktion wird diskutiert. Die Signale von Babys werden von Müttern mit einer Störung zum Beispiel nicht korrekt encodiert (Perrez, 2005a). Mütter mit Angst- und depressiven Störungen scheinen häufiger Kleinkinder mit desorganisiertem Bindungsmuster zu haben (vgl. Ettrich, 2004a; Perrez, 2005a).

Gesamtmodell der Entwicklung(spsychopathologie)

Cummings et al. (2000) stellen ein Modell vor, welches sowohl die normale Entwicklung als auch die Entwicklung von Psychopathologie im Verlauf der Lebensdauer abzubilden vermag (vgl. Abb. 13). Sie unterscheiden die individuellen, familiären und die gesellschaftlichen (Umwelt-) Faktoren, welche auf das psychologische Funktionieren im Sinne von Reaktionen und Antwortmustern auf der kognitiven, emotionalen, physiologischen und sozialen Ebene einen Einfluss haben. Sie zeigen auf, dass die Umwelt auf die Familie und auf andere Bezugspersonen rund um das Indexkind herum einen Einfluss hat. Die Familie wiederum hat Einfluss auf die individuellen Faktoren, welche in der Abbildung 13 oben links dargestellt sind. Am Ende des dargestellten Prozesses sieht man den vorläufigen Outcome, welcher eine Anpassung im Sinne von sozialer Kompetenz und von einem psychologischen Funktionieren repräsentiert (normale Entwicklung) oder welcher im Sinne einer pathologischen Entwicklung zu einer Fehlanpassung führt, die sowohl internalisierende als auch externalisierende Probleme beinhalten kann.

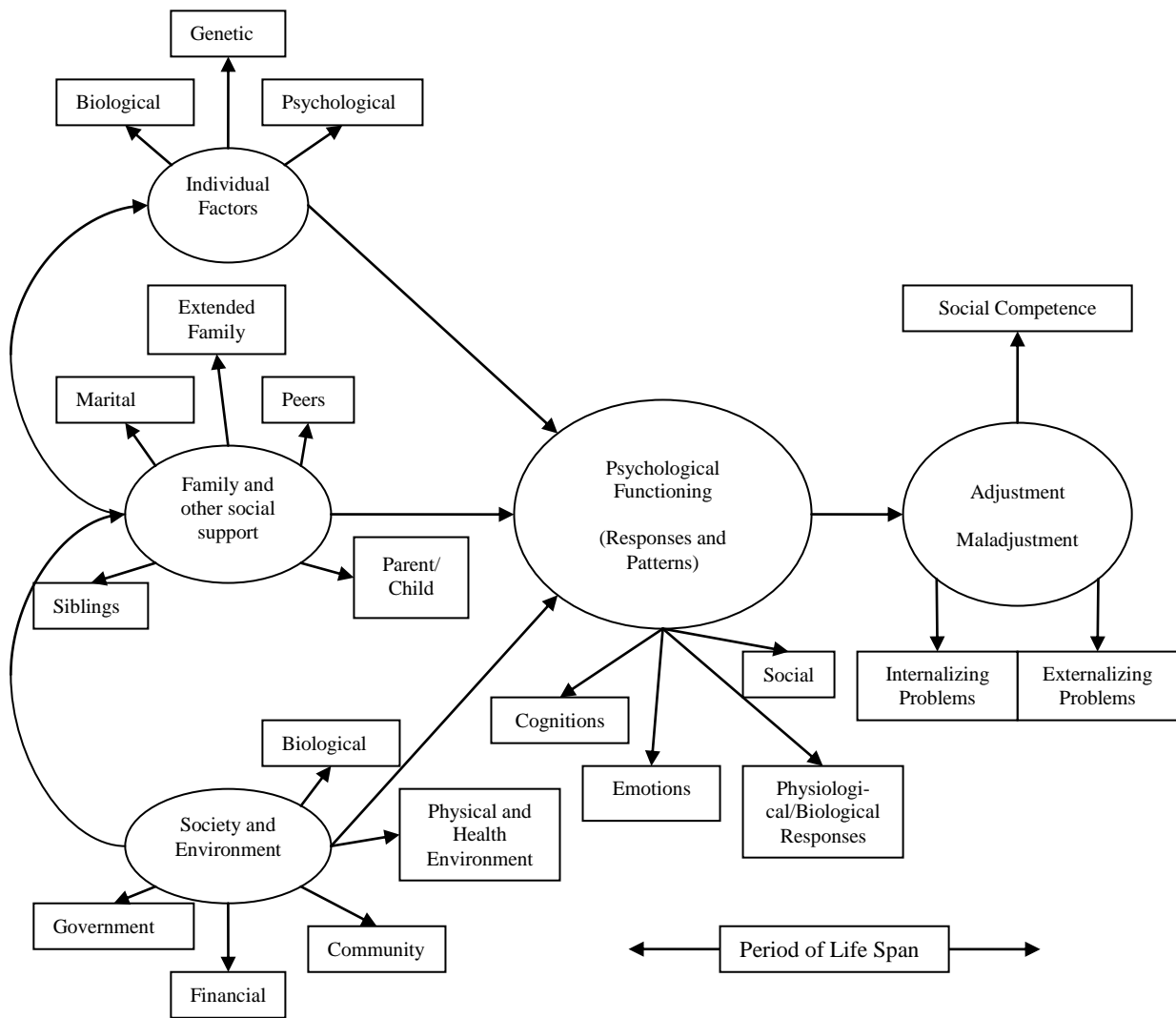


Abbildung 13: A framework for a developmental psychopathology approach to the study of normal development and the development of psychopathology (Cummings, 1999; Cummings et al., 2000, S. 90)

Das Schema in Abbildung 13 kann praktisch jede Entwicklung abbilden, da es allgemein gehalten wird. Es zeigt jedoch gut auf, dass sich ein Problemverhalten oder eine Auffälligkeit über die Zeit entwickelt und multifaktoriell bedingt ist. Das Schema stellt die Sichtweise dar, welche in der vorliegenden Arbeit vertreten wird. Neben der multifaktoriellen Herangehensweise involviert es auch die kognitiv-verhaltenstherapeutische Sichtweise im Bereich des psychologischen Funktionierens auf den Ebenen Kognition, Emotion, Physiologie und biologische Reaktionen (Verhalten) und soziale Aspekte, welche auch in der *Verhaltensgleichung* (SORCK-Heuristik, z.B. Kanfer & Saslow, 1974) getrennt betrachtet werden. Weiter wird der Aspekt der sozialen Kompetenz aufgezeigt, welcher sich durch eine adaptive Entwicklung herausbildet (Idee der Ressourcen und Resilienz, vgl. Kap. 3.1.2). Was dem Modell fehlt, sind mögliche Wechselwirkungen zwischen dem Individuum und der direkten sozialen Umwelt. Das heisst, gewisse Interaktionen (vgl. Abb. 5-7) fehlen in diesem Schema. In Kapitel 3.2.1 wird ein Modell beschrieben, welches sich auf die Entwicklung von Angststörungen bezieht (vgl. Abb. 25), wobei der Aspekt der aufrechterhaltenden Faktoren in einer getrennten Abbildung betrachtet wird (vgl. Abb. 26). In Kapitel 3.2.3 folgt ein heuristisches Modell, welches die unterschiedlichen Disziplinen integriert.

3.1.2 Risiko-, protektive, Vulnerabilitäts-, Resilienz- und kompensatorische Faktoren

Risiko- und protektive Faktoren werden in der Literatur nach unterschiedlichen Kriterien eingeteilt. Einige Kriterien ergänzen sich und führen zu einem komplexen Bild der Zusammenwirkung von Faktoren, welche die Entstehung oder Verhinderung von Störungen begünstigen oder bewirken. Jedoch gibt es einige Definitionen und Konzepte, die sich widersprechen und zu einem verwirrenden Pool an sowohl theoretischen Grundlagen als auch empirischen Resultaten führen. Im vorliegenden Kapitel sollen zuerst die Definitionen und Einteilungen vorgenommen werden, welche in den komplexen, interaktiven Modellen resultieren. In Kapitel 3.3 sollen dann die einzelnen empirischen Befunde kritisch dargestellt werden.

Die Risikofaktoren können in kindbezogene und umweltbezogene Faktoren eingeteilt werden. Weiter gibt es die Unterteilung nach der Veränderbarkeit der Faktoren oder nach dem Outcome. Je nachdem wird der Begriff der Vulnerabilität auch unter die Risikofaktoren subsumiert oder sogar mit ihnen gleichgesetzt (vgl. C. Jacobi & Esser, 2003). Ähnliche Einteilungen gelten auch für die Schutzfaktoren und für die Resilienzfaktoren, welche meist im Bereich des Schutzfaktorenkonzeptes zu suchen sind (vgl. folgende Abschnitte). Mehr oder weniger unabhängig von diesen Einteilungsmöglichkeiten gibt es Resilienzmodelle, welche neben den Risikofaktoren auch die protektiven Faktoren und andere Einflussgrößen zu einem ganzheitlichen Konzept zusammenstellen. Diese einzelnen Ansätze sollen diskutiert werden, um eine Grundlage für die Darstellung der Ätiologiemodelle und die vorausgehenden und aufrechterhaltenden Faktoren von Angststörungen zu bieten. Daraus abgeleitet und in Kombination mit den Ergebnissen der Epidemiologie (vgl. Kap. 4) können die Forderungen an ein Präventionsprogramm (vgl. Kap. 5) zusammengestellt werden.

Risikofaktoren

Ein Risikofaktor ist ein Merkmal, welches eine Krankheit begünstigt, ein Risiko erhöht oder eine normale Entwicklung hemmt (Ball & Peters, 2007; Holtmann & Schmidt, 2004). Er wird als eine Grösse definiert, welche bei jedem Element einer spezifischen Population messbar ist. Dieser Faktor geht dem Outcome, z.B. einer psychischen Störung, voraus. Weiter wird durch diesen Faktor zum Beispiel in der Resilienzforschung die Population in zwei Gruppen geteilt, eine mit hohem Risiko und eine mit niedrigem Risiko (vgl. Kraemer et al., 1997). Somit muss die Wahrscheinlichkeit für den negativen Outcome in der Hoch-Risikogruppe grösser sein. Methodisch gesehen muss ein solcher Faktor unter anderem auch genügend Stärke (potency) haben, damit bei grossen Stichproben nicht jeder Faktor zu einem Risikofaktor wird (vgl. C. Jacobi & Esser, 2003). Die statistischen Grössen hierzu sind z.B. Odds Ratio, Risk Ratio, Relatives Risiko (C. Jacobi & Esser, 2003; Kraemer et al., 1999). Die Wahrscheinlichkeit einer Kausalbeziehung steigt mit der Stärke der Assoziation zwischen dem Risikofaktor und der Zielgrösse beispielsweise dem Odds Ratio (Schneider, 2004b).

Bei kindbezogenen (individuumsspezifischen) Risikofaktoren können weiter biologische (prä-, peri-, postnatale Faktoren, Geschlecht, etc.) und psychologische Faktoren (z.B. Attributionsstil, Coping, etc.) unterschieden werden. Die psychosozialen Faktoren (Umweltfaktoren) sind zum einen die umweltbezogenen Faktoren (z.B. Sozialschicht, Wohnverhältnisse) und zum anderen interaktionsbezogene Faktoren (z.B. Erziehungsverhalten, Gewalt in Familie, Scheidung) (Ihle, Esser, Schmidt, & Blanz, 2002; C. Jacobi & Esser, 2003; Scheithauer & Petermann, 1999).

Eine weitere Einteilung wird auf der Grundlage der Veränderbarkeit der Faktoren getroffen (Kraemer et al., 1997, Abb. 14). Diesem Modell liegen Überlegungen im Zusammenhang mit der Interventionsforschung zugrunde. Drei verschiedene Typen von Risikofaktoren resultieren in drei verschiedenen Strategien. Die erste Gruppe sind jene Risikofaktoren, welche in einer Bevölkerung den Ausbruch einer Störung definieren und liefern somit Strategien für die Prävention. Die zweite Gruppe sind Risikofaktoren für die Remission oder Heilung in der Phase nach Ausbruch der Störung in einer Subpopulation (C. Jacobi & Esser, 2003, schlagen vor dies Persistenz statt Remission und Heilung zu nennen); dies würde die Grundlage für Treatmentstrategien abgeben. Und die Risikofaktoren für einen Rückfall der Subpopulation, welche remittiert waren (3. Gruppe). Dies führt zu Strategien der Aufrechterhaltung von Treatmenteffekten.

Ein Non-Korrelat (vgl. Abb. 14) resultiert, wenn keine Beziehung zwischen dem Erkrankungsbeginn und dem Risikofaktor gefunden werden kann. Ein Korrelat besteht, wenn diese Beziehung gefunden werden kann (Zusammenhang zwischen Faktor und Outcome). Dies kann anhand von Querschnittsstudien (z.B. per Gruppenunterschieden, Case-Control-Studien) erhoben werden. Der nächste Schritt ist der Risikofaktor, welcher die Population in eine Niedrig- und Hochrisikogruppe teilt und dem Erkrankungsbeginn vorausgehen muss (Kraemer et al., 1997). Dies muss anhand einer Längsschnittstudie untersucht werden. Oft wurden Studien mit komplexen Designs (z.B. retrospektive Daten) durchgeführt, um auch ohne echte Längsschnittstudie zu Aussagen über Risikofaktoren zu kommen (z.B. multiple Regression, Strukturgleichungsmodelle im Querschnitt, vgl. Kap. 4.3.7). Wenn die Kraemersche Typologie als Ausgangspunkt genommen wird, sind diese Modelle nicht zulässig. Die festen Marker (Indikatoren für eine Störung, Baumann & Perrez, 2005a) als strukturelle Faktoren (vgl. Ball & Peters, 2007) sind Risikofaktoren, welche sich nicht verändern lassen oder nicht verändert werden können (z.B. Geschlecht, Rasse, Geburtsjahr). Dies kann sowohl in Längs- als auch in Querschnittsstudien untersucht werden. Demgegenüber steht der variable Risikofaktor, welcher Möglichkeiten zu Veränderung aufweist (z.B. Diätverhalten bei Essstörungen). Dies muss anhand von Längsschnittstudien analysiert werden. Ein variabler Marker muss zusätzlich folgende Bedingung erfüllen: die Manipulation des Markers darf das Risiko des Erkrankungsbeginns nicht verringern (z.B. früher Pubertätsbeginn). Dies wird ebenfalls nur in Längsschnittstudien bestätigt (vgl. C. Jacobi & Esser, 2003).

Die variablen Faktoren können auf einer Zeitachse als diskrete Faktoren (Auftreten des Faktors führt zu einer unmittelbaren Veränderung, z.B. durch kritische Lebensereignisse) oder als kontinuierliche Faktoren (Ausmass und Auswirkung können variieren, z.B. Qualität der Eltern-Kind-Beziehung) (Ball & Peters, 2007) respektive als chronische Faktoren (Perrez, 2005b) verstanden werden. Zu ihnen gehören auch distale Faktoren, welche eher undifferenzierte Kategorien sind (z.B. niedriger sozioökonomischer Status), womit meist Moderatorvariablen gemeint sind (z.B. Verhalten der Eltern), welche indirekt auf die psychische Störung wirken. Die proximalen Faktoren sind konkreter beschriebene Faktoren (z.B. bestrafender Erziehungsstil), welche auch direkte Auswirkungen auf das Verhalten des Kindes haben können (Scheithauer, Niebank, & Petermann, 2000). Diese variablen Faktoren (diskret, kontinuierlich, distal und proximal) sind vor allem für die Prävention relevant, da viele dieser Faktoren verändert werden können (vgl. Abb. 14).

Der kausale Risikofaktor kann am meisten aussagen, da er manipulierbar ist und aufgrund dieser Veränderung sich auf die Wahrscheinlichkeit des Erkrankungsbeginns verringert (Veränderung des Risikos). Der Begriff *Ursache* ist vom Konzept der *kausalen* Risikofaktoren abzugrenzen, da mit Ursache gemeint ist, dass hinreichende *und* notwendige Bedingungen

gekennzeichnet sind (Scheithauer et al., 2000). Dies wird anhand von kontrollierten (längsschnittlichen) Interventions- beziehungsweise Präventionsstudien statistisch abgesichert (Cicchetti, 2006; Kraemer et al., 1997; Scheithauer & Petermann, 1999). Trait-Marker sind Merkmale, welche vor dem ersten Auftreten der Störung vorhanden sind. Dadurch kann auch die Vulnerabilität (siehe unten) gemessen werden. State-Marker jedoch sind diejenigen Indikatoren, welche Vorhersagen erlauben und während einer Störungsperiode gemessen werden können (Baumann & Perez, 2005a; C. Jacobi & Esser, 2003; Kraemer et al., 1997). Für methodische Überlegungen diesbezüglich sei auf Kazdin und Kollegen (1997) und Jacobi und Esser (2003) verwiesen.

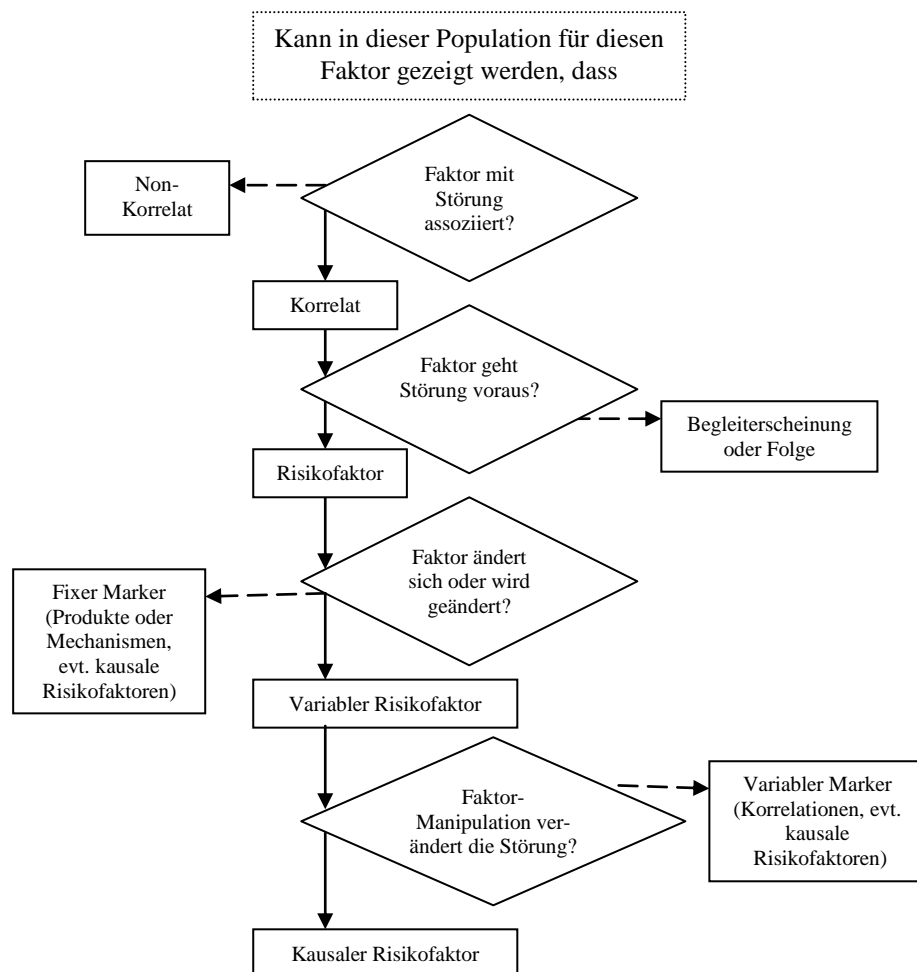


Abbildung 14: Erklärungsprozess des Status von Risikofaktoren in einer Population für eine bestimmte Störung (nach Kraemer et al., 1997, S. 341, Übers. v. Verf., Pfeile durchgezogen=ja, Pfeile gestrichelt=Nein)

Konsequenterweise wird für ein Präventionsprogramm die Stichprobe per fixe Marker ausgesucht. Für das durchzuführende Programm jedoch muss man sich auf die kausalen Risikofaktoren berufen, weil die fixen Marker per Definition nicht verändert werden können, womit kein Effekt zu erwarten wäre (Kraemer et al., 1997). Da die fixen Marker (z.B. Geschlecht, Alter) einfacher und zeitlich vor den Kausalfaktoren zu erheben sind, werden sie oft im Screening eingesetzt. Um kausale Risikofaktoren zu erhalten, müsste neben der geforderten Längsschnittstudie auch die Manipulierbarkeit des Faktors (Reduktion der Wahrscheinlichkeit

des Störungsbeginns) nachgewiesen werden, was ethische Probleme aufwirft. Jacobi und Esser (2003) stellen fest, dass der einzige Weg, einen kausalen Faktor nachzuweisen, über kontrollierte Präventionsstudien laufen muss.

Rutter (1994a) geht der Überlegung nach, dass auch Querschnittsstudien gewisse Aussagen (Annahmen, Anm. der Autorin) über kausale Zusammenhänge zulassen, jedoch grundsätzlich Längsschnittstudien Aussagen zu Kausalitäten machen können. Es besteht sonst das Risiko, dass die gefundenen Faktoren eigentlich Konsequenzen oder Begleiterscheinungen (vgl. Abb. 14) respektive aufrechterhaltende Bedingungen der Störung sind (C. Jacobi & Esser, 2003). Die Diskussion um das Problem, dass in der Präventionsforschung keine kategorialen Einteilungen vorgenommen werden können, sondern at-risk Personen identifiziert werden müssen, wird von Kraemer und Kollegen geführt (1999). Sie fordern neben der statistischen Signifikanz die klinische und (sozial-)politische Signifikanz. Dazu müssen Messungen vorgenommen werden, welche die Risikofaktoren nach ihrer Stärke (potency) und nicht nach Vorhandensein und Anzahl einteilen. Dies kann anhand von Effektstärken passieren, jedoch tritt hier erneut das Problem auf, nach welchen Kriterien die Entscheidung getroffen werden soll.

Weitere Merkmale zur Einteilung von Risikofaktoren kommen aus der klinischen Epidemiologie und der Entwicklungspsychopathologie (Cicchetti, 2006; Kazdin et al., 1997; Rutter, 1994a). Jacobi und Esser (2003) fassen das wie folgt zusammen:

Eine kausale Beziehung zwischen einem Risikofaktor und einer Störung wird danach umso wahrscheinlicher, je stärker die Assoziation ist, im Falle einer Wirkbeziehung, je besser, d.h. je konsistenter die Beziehung experimentell abgesichert wurde und je plausibler sie auf dem Hintergrund bestehenden Wissens erscheint. (S. 262)

Das heisst, sie heben die klinische Bedeutsamkeit eines Faktors hervor und auch dessen Replizierbarkeit. Dann betonen sie ebenfalls die Untersuchung, ob der Faktor spezifisch für eine bestimmte Störung oder unspezifisch ist. Coie und Kollegen (1993) haben grundlegende Risikofaktoren (*generics*) für verschiedene Störungsbilder herausgegeben, welche sie in sieben Cluster einteilen: familiäre Umgebungsbedingungen, emotionale Schwierigkeiten, Probleme in der Schule, ökologischer Kontext, konstitutionelle Handicaps, interpersonale Probleme und Verzögerung in der Entwicklung von Fertigkeiten und Fähigkeiten. Unter dem Titel „Anwendungsbereich“ formulieren Jacobi und Esser (2003) auch die Notwendigkeit der Definition der untersuchten Population, der Entwicklungsphase und der Frage, ob es sich um einen Risikofaktor für das volle Störungsbild oder nur Teile der Störung handelt. Die Frage nach der Art der Beziehung zwischen Risikofaktoren und Erkrankungsbeginn beinhaltet mehrere Aspekte. Zum einen ist die Beziehung komplex, da selten nur ein Risikofaktor verantwortlich ist, und zum anderen sind die Verläufe meist non-linear. Eine generelle Vulnerabilität (unspezifische Risikofaktoren) wird durch eine Zwillingsstudie gestützt, welche aufzeigt, dass einige Faktoren bei einer breiten Palette psychischer Störungen das Störungsrisiko erhöhen (Kendler et al., 1995). Weiter wird bei Jacobi und Esser (2003) die Konditionalität der Faktoren angesprochen, das heisst, das Ausmass und die Intensität von den Einflüssen, welche sich oft auf einem Kontinuum befinden und je nach Pol einen positiven oder negativen Effekt auf das Outcome haben. Wie bereits erwähnt, ist oft ein Faktor allein nicht wirksam, sondern erst in Kombination und in Wechselwirkung mit anderen Faktoren (z.B. kumulativ, vgl. weiter unten). Ausserdem muss beachtet werden, ob andere vorausgehende Faktoren die Assoziation bedingen. Dies wird als Mediatorenmodell (vgl. Kraemer, Stice, Kazdin, Offord, & Kupfer, 2001) beschrieben. Weiter darf der mögliche puffernde Effekt von protektiven Faktoren nicht ausser Acht gelassen werden (vgl. weiter unten). Kraemer und Kollegen (2001) haben aus

diesen und ähnlichen Überlegungen eine Systematik von der Zusammenwirkung von Risikofaktoren vorgestellt, welche im Folgenden kurz beschrieben wird.

Kraemer und Kollegen (2001) haben fünf Möglichkeiten gefunden, wie Risikofaktoren (im Beispiel Risikofaktoren A und B) zusammen auf ein Outcome (im Beispiel O) zusammen wirken respektive interagieren (Abb. 15). Diese fünf Modelle charakterisieren sich durch folgende Merkmale der Risikofaktoren: *Temporalität*, *Interkorrelation* und *Dominanz*.

Das Proxy-Modell zeigt ein Stellvertreter-Modell, in welchem A dominant ist, A und B korrelieren, aber keiner zeitlich dem anderen vorausgeht (Abb. 15). Proxy-Risikofaktoren werden oft als Indikatoren für profitablere Risikofaktorenforschung über Substitutionen oder Aggregationen gebraucht. Das heisst, diese Proxy-Risikofaktoren (z.B. Gewalt in Erziehung) sind oftmals Teil eines globaleren Risikofaktors (z.B. inadäquate Erziehung). Das zweite Modell beschreibt sich überlappende Risikofaktoren. Keiner geht dem anderen zeitlich voraus, sie korrelieren und sie sind co-dominant, das heisst, die stärkste Wirkung wird durch beide Faktoren A und B zusammen erzielt. Das dritte Modell, unabhängige Risikofaktoren, geht ebenfalls von keiner zeitlichen Priorität aus, die Faktoren A und B sind co-dominant, korrelieren jedoch nicht. Das Mediatorenmodell (B als Mediator von A) ist das vierte Modell. Hier geht A dem Faktor B zeitlich voraus, es besteht eine Korrelation zwischen den Faktoren und die Dominanz kann bei A oder B liegen oder auch co-dominant sein. Dieses Modell ist elementar für die Entwicklung von Kausalverläufen. Obwohl alle Kausalfaktoren Risikofaktoren sind, gilt dies im umgekehrten Falle nicht. Das heisst, die Kausalketten setzen sich aus Mediatoren zusammen, aber nicht alle Mediatoren sind letzten Endes Bindungsglieder einer Kausalkette.

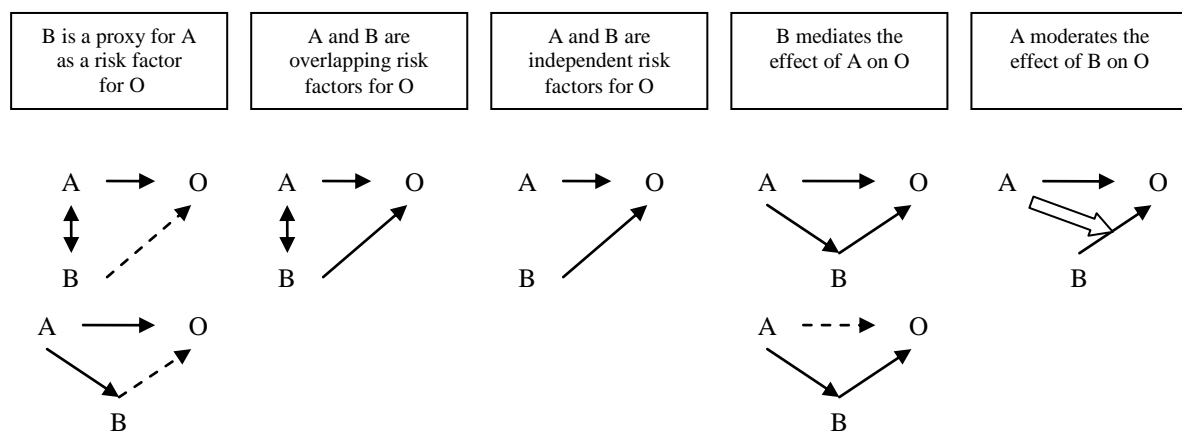


Abbildung 15: Five ways risk factors A and B can work together to affect Outcome O (left to right positioning indicates temporal order. A solid arrow indicates a correlation. A dotted arrow indicates a correlation that weakens or disappears when the other risk factor is considered (nach Kraemer et al., 2001, S. 853, Ergänzung des Blockpfeils durch Verf., eine häufige Version der Darstellung des Mediators; z.B. Perez, Laireiter, & Baumann, 2005)

Das letzte Modell stellt das Moderatorenmodell dar, A als Moderator von B. Der Moderator (A) legt fest, unter welchen Bedingungen eine andere Variable (B) auf das Outcome wirkt. Das bedeutet, dass ein Moderator (A) die Beziehung von B und O beeinflusst, wohingegen der Mediator (B) direkt von einer anderen Variable (A) beeinflusst wird. Im Moderatorenmodell geht A B voraus, sie sind nicht korreliert und sie co-dominieren. Es wird in diesem Zusammenhang oft von Anfälligkeit (*susceptibility*) Resilienz (*resiliency*) und Puffermodell (*buffering factors*) gesprochen (Kraemer et al., 2001). Die Autoren konstatieren, dass die

meisten Präventionsprogramme auf multiplen Risikofaktorenmodellen beruhen, aber eigentlich im Dunkeln tappen, welche Faktoren kausal sind, welches fixe oder variable Marker und welche in proxy sind. Das heisst, sie werfen den meisten Präventionsprogrammen vor, zu viele Faktoren zu integrieren und somit wichtige, starke Moderatoren zu verpassen (vgl. Kap. 5.3).

In einem kumulativen Modell ist die Quantität der risikoerhöhenden Faktoren von Bedeutung, die einzelnen Bedingungen sind austauschbar, was beim additiven Modell nicht der Fall ist, da in diesem Modell jede Bedingung von Bedeutung ist. Die multiplikative Verknüpfung wird dann angenommen, wenn Risikofaktoren nur in Anwesenheit bestimmter Bedingungen (z.B. Vulnerabilitätsfaktoren, vgl. unten) ihre Wirkung entfalten (Scheithauer et al., 2000). Risikofaktoren können jedoch nicht immer direkt mit psychischen Störungen verknüpft gesehen werden, deshalb muss oft eine Vulnerabilität vorhanden sein, damit es zu einer Störung kommt (Niebank & Petermann, 2000; Scheithauer & Petermann, 1999). Mehrere Faktoren haben oft eine stärkere Wirkung als die Summe der Effekte der einzelnen Faktoren, was in der Medizin als Synergismus bezeichnet wird (Beaglehole et al., 1997).

Es existieren auch sogenannte Risikogruppen (Niebank & Petermann, 2000), welche häufig gemeinsam auftretende Risikofaktoren bündeln. Die mütterliche Depression alleine ist kein direkter Risikofaktor, sondern wird oft erst in Verbindung mit einem weiteren Risikofaktor oder anderen Bedingungen störungswirksam (vgl. Lenz, 2007; Spence, Najman, Bor, O'Callaghan, & Williams, 2002; Wüthrich et al., 1997). Oft ist es jedoch so, dass genau solche Familien, in welchen ein Elternteil depressiv erkrankt ist (vgl. Abb. 12), weniger soziale Unterstützung erhalten, mehr Konflikte in der Familie vorkommen und auf der anderen Seite haben häufig Kinder, welche in Armut aufwachsen, ein grösseres Risiko, Eltern mit einer psychischen Störung zu haben. Dieses Phänomen der Häufung beziehungsweise der Bündelung von Faktoren kann auch mit Schutzfaktoren vorkommen (vgl. Scheithauer et al., 2000, vgl. weiter unten).

Vulnerabilität

Im Verlauf der Entwicklung gibt es immer wieder, jedoch vor allem für Kinder und Jugendliche, Phasen erhöhter Vulnerabilität (vgl. Abb. 17), welche die Wahrscheinlichkeit für eine Maladaptation erhöhen. Solche Vulnerabilitätsphasen sind gekennzeichnet durch Entwicklungsübergänge (Transitionen, Ball & Peters, 2007) wie zum Beispiel die Einschulung und die Pubertät (vgl. Scheithauer & Petermann, 1999). Falls dann zusätzlich Risikofaktoren auftreten, steigt das Gesamtrisiko, an einer bestimmten Störung zu erkranken. Jedoch wird das Gesamtrisiko beeinflusst durch eventuell vorhandene protektive und kompensatorische Faktoren (vgl. weiter unten). Die Vulnerabilität, auch Anfälligkeit oder Verletzlichkeit genannt, bestimmt, wie ungünstig die Entwicklung eines Kindes durch Auftreten von Risikofaktoren beeinflusst wird. Eine Vulnerabilität wird auch als Vorläufer für eine Störung angesehen, was dazu führt, dass in der Forschung solche Marker gesucht werden. Zum Beispiel können Risikofaktoren in der frühkindlichen Entwicklung die (sekundäre) Vulnerabilität ausbilden, welche erst im späteren Verlauf zu einer psychischen Störung führt (Scheithauer & Petermann, 1999). Auf der anderen Seite sind vorgeburtliche Einflüsse als primäre Vulnerabilität zu verstehen (Price & Lento, 2001). Die spezifische Vulnerabilität kann von einer unspezifischen unterschieden werden, wobei letztere die Wahrscheinlichkeit für eine Störung generell erhöht und die spezifische die Neigung zu einer bestimmten Störung bezeichnet (über bestimmte dysfunktionale Prozesse).

Die Vulnerabilität wird als Output verstanden, das heisst, nicht als einzelner Risikofaktor, sondern als das Resultat aus ungünstigen Voraussetzungen (z.B. genetische Vorbelastung) oder durch akute Stressepisoden (F. Petermann et al., 1998, sekundäre Vulnerabilität, Ball & Peters, 2007) respektive als Ergebnis des Zusammenwirkens von Risiko- und Schutzfaktoren (vgl. Ball & Peters, 2007, vgl. Resilienzmodelle weiter unten; Rutter, 1990). Vulnerabilität ist nicht Voraussetzung, dass eine Störung entsteht, jedoch wird die Wahrscheinlichkeit für einen Störungsausbruch durch sie beeinflusst. Wenn das Diathese-Stress-Modell zu Hilfe gezogen wird, erkennt man, dass bei geringer Vulnerabilität (Diathese) für einen Ausbruch der Störung um so mehr Stress erlebt werden muss. Das heisst, dass bei untersuchten Risikogruppen nicht alle die gleiche Ausprägung auf dem Faktor Stress und dem Faktor Vulnerabilität aufweisen müssen (Ingram & Price, 2001; Niebank & Petermann, 2000; F. Petermann et al., 1998). Ingram und Price (2001) geben ausserdem an, dass viele Forscher das Konstrukt der Vulnerabilität als Trait-Merkmal einer Person ansehen, wobei die Autoren vorschlagen, von einer Stabilität anstatt von Permanenz zu sprechen, damit eine Variabilität über die Zeit und die Intensität möglich ist. Weiter wird der Vulnerabilität eine endogene und latente Natur zugesprochen. Der Fokus bei diesem Konzept liegt klar in der Person selbst, und externe Faktoren werden den sozialen Risikofaktoren oder Stressoren zugesprochen und resultieren in einer sekundären Vulnerabilität (Ball & Peters, 2007; F. Petermann et al., 1998, vgl. Abb. 17). Die Annahme der latenten Natur der Vulnerabilität ergibt sich aus dem Problem, die Vulnerabilität zu messen. Es wird davon ausgegangen, dass sie einen Prozess darstellt, welcher unabhängig vom Vorhandensein von Symptomen gemessen werden müsste. Im Falle der Diathese wird gefordert, dass diese zeitlich vor der Störung vorhanden sein muss, was wiederum methodische Probleme aufwirft (Ingram & Price, 2001). Ingram und Price (2001) versuchen, das Konzept der Risikofaktoren und der Vulnerabilität in Einklang zu bringen. Sie schreiben den Risikofaktoren keine kausale Rolle zu, obwohl sie einräumen, dass es einzelne Faktoren geben kann, welchen diese Funktion zukommt. Sie räumen ebenfalls ein, dass die Vulnerabilität und die Risikofaktoren miteinander korrelieren und somit in der Entstehung einer Störung miteinander in Wechselwirkung stehen. Die kausale Rolle jedoch sprechen sie der Vulnerabilität zu.

Schutzfaktoren (protektive Faktoren)

Zunächst wurden die Schutzfaktoren als Gegenbegriff für die Risikofaktoren benutzt (vgl. Rutter, 1990). Die Risikofaktoren sind jedoch spezifischer als die Schutzfaktoren und müssen deshalb unterschiedlich definiert werden (Steinhausen & Winkler Metzke, 1997). Im Rahmen von interaktionistischen Modellen wirken Schutzfaktoren risikomindernd und entwicklungsfördernd. Sie sollen nicht wie anfänglich als das Gegenteil von Risikofaktoren verstanden oder definiert werden als Fehlen von Risikofaktoren, sondern unabhängig von den Risikofaktoren operationalisiert werden (Laucht, Esser, & Schmidt, 1997). Es muss eine risikoerhöhende Gefährdung vorliegen, dass ein protektiver Faktor seine Wirksamkeit entfalten kann (*Interaktionseffekt*). Weitere Bedingungen sind der Puffereffekt von solchen Faktoren auf die Wirkung des Risikofaktors auf den Outcome und dass sie zeitlich vor dem Risikofaktor respektive den risikoerhöhenden Bedingungen bestanden haben müssen (Ball & Peters, 2007; C. Jacobi & Esser, 2003; Laucht et al., 1997). Diese Bedingungen werden bei Holtmann und Schmidt (2004) und bei Rutter (1990) auch den Resilienzfaktoren respektive bei Scheithauer und Petermann (1999) den risikomildernden Faktoren zugeschrieben, welche sowohl die Resilienz- als auch die Schutzfaktoren subsumieren (vgl. weiter unten). Laucht und Kollegen (1997) ergänzen die Liste mit der Forderung, dass die protektiven Faktoren (Kompetenzen, die vor Krankheit schützen, Resilienz) von solchen Kompetenzen eines Kindes abzugrenzen sind, welche als Zeichen einer positiven Entwicklung verstanden werden (wäre lediglich die Stabilität des Merkmals). Bettge (2004) beschreibt die Problematik folgendermassen:

Wenn in einer längsschnittlichen Studie als Schutzfaktoren (Einflussgrößen) und Resilienzindikatoren (Zielgrößen) die gleichen Konzepte erfasst werden, wird allein durch die Merkmalsstabilität bereits ein Teil der Varianz in den Zielgrößen aufgeklärt, was zu verzerrten Interpretationen der Bedeutsamkeit protektiver Faktoren führen kann. (S. 32-33)

Luthar (1993) unterscheidet zwei verschiedene methodische Herangehensweisen, um protektive Faktoren zu untersuchen. Zum einen die Suche nach interaktiven respektive puffernden Prozessen gegen die Risikoeinwirkung (*Interaktionseffekt*, *Moderatoreffekt*), und auf der anderen Seite die *Haupteffekt-Modelle* (direkter Effekt des Faktors). Im Ersteren wird davon ausgegangen, dass Hochrisiko-Kinder mit einem bestimmten Merkmal (Schutzfaktor) besser funktionieren als ohne dieses Merkmal; bei der Niedrig-Risikogruppe macht das Vorhandensein oder die Abwesenheit des Merkmals keinen Unterschied. Daraus folgen zwei mögliche Modelle für einen moderierenden Effekt eines Merkmals: protektiv-stabilisierend (Merkmal hilft auch bei Anstieg des Risikos, die Leistung aufrechtzuerhalten) und protektiv-steigernd (die Leistung wird unter höheren Risikobedingungen noch gesteigert). Der Haupteffekt wäre im Sinne von Garnezy, Masten und Tellegen (1984) und Rutter (1987) dann der kompensatorische Faktor (vgl. weiter unten und Abb. 16), bei Luthar (1993) jedoch ist das der *reine* protektive Effekt (vgl. Cummings et al., 2000). Die vierte Variante ist der protektiv-reaktive Effekt, welcher aussagt, dass das Merkmal generell einen Vorteil bringt, aber vor allem wenn der Stresslevel tief ist. Der Autor meint, dass jegliche verbessernde Effekte als protektiv bezeichnet werden sollen, weil in seinen Modellen alle Hochrisikokinder mit dem (protektiven) Merkmal besser funktionieren als solche ohne das Merkmal. Er bezieht sich auch auf die Kauai-Studie (Werner & Smith, 1982, vgl. Kap. 4.2.1.8), in welcher ebenfalls Merkmale als protektive Faktoren bezeichnet wurden, welche lediglich Haupteffekt liefern. Auf der statistischen Ebene resultieren seine Überlegungen in der Aussage, dass die Entscheidung für die Untersuchung eines Haupteffekt- oder interaktiven Modells von der Fragestellung abhängt. Rutter (1990) bezeichnet protektive Mechanismen als jene Prozesse, in welchen eine Variable (Merkmal) direkt den Effekt beeinflusst, wenn das Risiko hoch ist; bei Abwesenheit der Risikovariable gibt es keinen Effekt (vgl. Abb. 16).

Die schematische Darstellung der interaktiven Wirkung eines moderierenden Faktors auf ein Verhalten (z.B. Angststörung) in Abhängigkeit des Stresslevels in Abbildung 16 (Steinhausen & Winkler Metzke, 2001b), zeigt, dass die Risiko- und die kompensatorischen Faktoren unabhängig von einem Stressor eine Wirkung auf ein Verhalten haben. Kompensatorische Faktoren werden oft auch entwicklungsförderliche Bedingungen genannt (vgl. Scheithauer et al., 2000). Diese können anhand signifikanter Haupteffekte in einer Varianzanalyse (vgl. Brosius, 2004) nachgewiesen werden. Im Gegensatz dazu stehen die protektiven und Vulnerabilitätsfaktoren, welche ihre moderierende Wirkung nur bei hohem Stress entfalten können (Rutter, 1987, 1990). Der Nachweis für einen Vulnerabilitäts- oder protektiven Faktor wird aus signifikanten Interaktionseffekten abgeleitet (Brosius, 2004; Steinhausen & Winkler Metzke, 2001b). Diese Methode führt zu potentiellen moderierenden Faktoren, welche in einem Längsschnitt bestätigt werden müssen. Das heisst, in erster Linie werden im Querschnitt methodisch Faktoren ausgeschlossen, welche anhand der beschriebenen statistischen Verfahren keine potentiellen Risiko-, Vulnerabilitäts-, protektive oder kompensatorische Faktoren sein können. Im Längsschnitt werden die potentiellen Faktoren auf ihren kausalen Zusammenhang hin untersucht. Dies kann anhand von Regressions-, Pfad- oder Strukturgleichungsmodellen geschehen (vgl. Bortz & Döring, 2002, vgl. Kap. 4.3.7).

Die Einteilung der Schutzfaktoren lässt sich analog zu den Risikofaktoren vornehmen (C. Jacobi & Esser, 2003): personale Ressourcen (auch als Resilienz bezeichnet) und soziale Ressourcen (Umwelt, z.B. positive Eltern-Kind-Beziehung, höhere soziale Schicht). Scheithauer und Petermann (1999) unterscheiden die personalen Ressourcen explizit in kindbezogene (angeborene und unveränderliche Merkmale, z.B. Geschlecht, hohe Intelligenz) und Resilienz-faktoren (erworbene Kompetenzen, Einstellungen, Bewältigungsverhalten etc.). Eine andere Unterteilung findet sich bei Masten und Reed (2002): Die Schutzfaktoren können Ressourcen auf einer gesamtgesellschaftlichen Ebene sein (Makroebene, z.B. öffentliche Sicherheit, gute Gesundheitsversorgung). Auf der Mesoebene finden sich Ressourcen des sozialen Umfeldes, welches die Familie einbezieht (z.B. Erziehungsstil, Bindung). Die Mikroebene, welche die Ressourcen des Kindes wiedergibt, ist analog zu den kindbezogenen (personalen) Ressourcen zu verstehen (vgl. weiter oben).

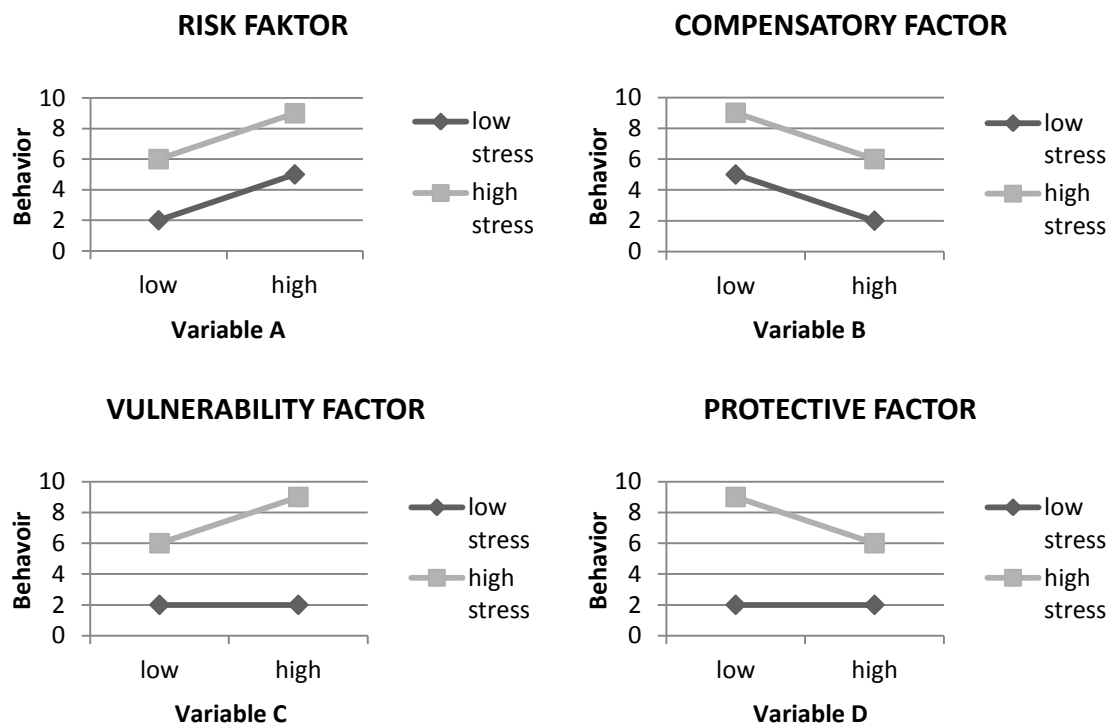


Abbildung 16: Schematisiertes Modell der moderierenden Faktoren in Bezug auf ein Verhalten (nach Steinhausen & Winkler Metzke, 2001b, S. 261)

Die Aussage, dass ein Ausbleiben eines Schutzfaktors einen Risikofaktor darstellen kann, ist zulässig, der Umkehrschluss jedoch nicht: das Ausbleiben eines Risikofaktors an sich ist kein Schutz (Ball & Peters, 2007; Laucht et al., 1997; Scheithauer & Petermann, 1999). Im additiven Modell (vgl. weiter unten, Abb. 19) schlagen Masten und Reed (2002) ein Wirkmodell vor, das eine unabhängige Wirkung von Risiko- und Schutzfaktoren zulässt. In diesem Fall könnten Schutzfaktoren auch unabhängig vom Risiko eine Wirkung auf die psychische Gesundheit haben. Auch Steinhausen und Winkler Metzke (2001b) haben in ihrem Modell der Moderatorfaktoren (vgl. Kap. 4.3.7, Abb. 16) einen solchen Faktor in Anlehnung an Luthar (1993) vorgeschlagen, welchen sie jedoch kompensatorischen Faktor nennen (vgl. Masten, Morison, Pellegrini, & Tellegen, 1990; Rutter, 1987). Der kompensatorische Faktor hat unabhängig von der Stresseinwirkung eine Auswirkung auf das Verhalten (z.B. internalisierende oder externalisierende Auffälligkeiten, vgl. Abb. 19). Die protektive Wirkung wird für die Hochrisikogruppe angenommen, unabhängig davon, ob bei der Niedrigrisikogruppe diese

Funktion ebenfalls vorzufinden ist (Garmezy et al., 1984). Meist handelt es sich um Entwicklungsbedingungen mit unspezifischer Förderung (C. Jacobi & Esser, 2003; vgl. Luthar, 1993), oder es wird Fördermodell genannt (Laucht et al., 1997), welches das Gegenteil von Risikofaktoren (methodisch gesehen: umgedrehtes Vorzeichen) und protektive Faktoren beinhaltet.

Ball und Peters (2007) haben das Modell von Scheithauer und Petermann (1999) leicht abgeändert, um dem Entwicklungsverlauf gerechter zu werden (Abb. 17). Sie stellen auf der Seite der Risikofaktoren (risikoerhöhende Faktoren) die Phasen erhöhter Vulnerabilität, Vulnerabilität (biologische und psychische Faktoren) und die Stressoren (psychosoziale Faktoren) auf eine Ebene. Aus den zwei letztgenannten Bereichen kann eine sekundäre Vulnerabilität (Mediatorebene) entstehen oder sie wirken sich wie die Phasen der erhöhten Vulnerabilität direkt auf das Vorhandensein von Belastungen aus (vgl. Abb. 17). Die Schutzfaktoren sind die risikomildernden Faktoren als Ganzes, wobei die personalen und sozialen Faktoren und die entwicklungsförderlichen Bedingungen auf einer Stufe stehen. Die personalen und sozialen Faktoren wirken sich indirekt als Resilienz und Kompetenz auf das Vorhandensein von Ressourcen aus; die entwicklungsförderlichen Bedingungen können sowohl auf direktem oder indirektem Weg über die Resilienz- und Kompetenz-Ebene als Resultat (Outcome) enden. Aus den Belastungen und den Ressourcen wird dann Bilanz gezogen. Das bedeutet, dass je nach Ausprägung auf diesen zwei Dimensionen ein Ungleichgewicht entsteht, was zu einer eventuellen Fehlanpassung führen kann, oder die Anstrengungen zur Belastungsbewältigung müssen erhöht werden, um ein Gleichgewicht (psychische Gesundheit) zu erhalten.

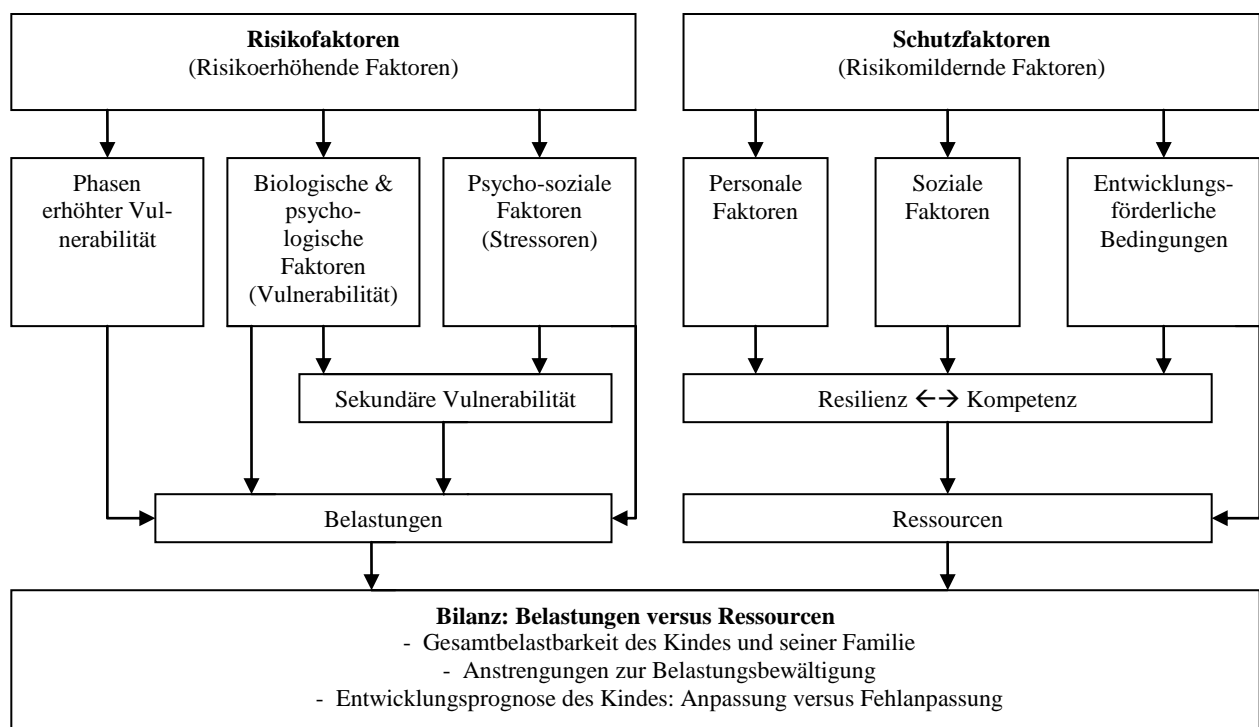


Abbildung 17: Heuristisches Schema zum Zusammenwirken von Risiko- und Schutzfaktoren in der frühkindlichen Entwicklung (nach Ball & Peters, 2007, S. 131, vgl. Scheithauer & Petermann, 1999)

Wie bei den Risikofaktoren ist eine Kumulation von Schutzfaktoren häufig anzutreffen, da sie sich zum Teil auch gegenseitig bedingen (Scheithauer & Petermann, 1999). Ein Kind, welches eine gute Bindung zu seinen Eltern hat, kann aus entwicklungspsychologischer Sicht ein

positives Selbstbild entwickeln. Dies wiederum gilt als Basis für den Aufbau zwischenmenschlicher Beziehungen und die Aufrechterhaltung und Pflege des sozialen Netzwerkes und der Unterstützung (Scheithauer et al., 2000; R. A. Thompson, 2001, vgl. Kap. 3.1.2). Aufgrund der Beobachtungen, die Werner (1993) in ihrer Langzeitstudie (vgl. Kap. 4.2.1.8) machen konnte, stellte sie ein Schutzfaktoren-Modell auf, das eine gewisse Kontinuität der Zusammenwirkung der Faktoren im Verlauf des Lebens aufzeigt. Ein Schutzfaktor führt (z.B. positive Interaktion mit Eltern) dazu, dass sich dieses Kind auch später entsprechend eine positive Umwelt (z.B. positiver Kontakt zu Lehrpersonen und Mitschülern) sucht (aktiver, kausaler Prozess). Dies würde bedeuten, dass der Prozess nicht nur eine Kontinuität aufweist, sondern kausale Zusammenhänge zwischen Kompetenzen und Schutzfaktoren, die aufeinander aufbauen, abbildet.

Protektions- und Vulnerabilitätsprozesse und -mechanismen befinden sich laut Rutter (1990) auf einem Kontinuum, und je nach Perspektive ist ein Faktor dann das eine oder andere. Ausserdem ist es oft nicht möglich, zwischen Ursache oder Ausdruck einer psychischen Störung zu unterscheiden. Dies kann nur anhand einer Längsschnittstudie untersucht werden. Nach Vasey und Dadds (2001a) können Risiko- und protektive Faktoren *transient* (vorübergehend) oder *enduring* (andauernd, dauerhaft) sein. Vulnerabilität ist entweder eine dauerhafte Charakteristik oder sie resultiert aus den Lebensumständen (*life circumstances*), welche eine Fehlanpassung begünstigen. Die dauerhaften Schutzfaktoren sind entweder kompensierend für die Effekte der Risikofaktoren in additiver Form (vgl. Abb. 16) oder wechselwirkend moderierend (auf den Risikoeffekt). Die wichtigste Komponente, die den Faktor verändern kann, ist der Zeitpunkt, zu welchem er auftritt. Die Rollen der Risikofaktoren auf die Fehlanpassung und die Psychopathologie sind sowohl prädisponierend, verursachend, aufrechterhaltend und verstärkend. Die Rolle der protektiven Faktoren ist es, gegen die Entwicklung einer Angststörung in der Kindheit zu schützen oder im Anschluss an den Ausbruch der Störung eine Rückkehr zu einer normalen Entwicklung zu fördern. Die meisten Faktoren spielen mehrere Rollen, sowohl inter- als auch intraindividuell. Je nach Entwicklungsstand und Lerngeschichte können die gleichen Faktoren unterschiedliche Bedeutungen und entsprechend verschiedene Wirkungen haben.

Resilienz

Resilienz wird definiert als Muster guter Adaptationsfähigkeit unter erschwerenden Bedingungen (Masten & Reed, 2002; O'Dougherty Wright & Masten, 2006). Diese Widerstandsfähigkeit gegenüber ungünstigen Entwicklungsbedingungen und Belastungen wird als kompensatorischer und dynamischer Prozess und als Produkt (Output) der Mensch-Umwelt-Interaktion verstanden (Holtmann & Schmidt, 2004; Masten & Reed, 2002). Obwohl später eine gewisse Stabilität vorhanden ist, wird also angenommen, dass diese Kapazität sich im Verlauf der Entwicklung erst ausformen muss und in der frühen Kindheit noch gar nicht ausgeformt ist (F. Petermann et al., 1998), und dass dieses Konstrukt sich im Verlauf der Entwicklung verändern kann (Ball & Peters, 2007). Sturzbecher (2005) nimmt an, dass sowohl die normativen als auch die nicht-normativen Transitionen Resilienz erfordern, da diese Entwicklungsübergänge den Lebenslauf unterbrechen, eine Reorganisation des Lebens auslösen und die Selbst- und Umweltwahrnehmung verändern. Es wird zwischen kindbezogenen Resilienzfaktoren, familiären und sozialen Ressourcen unterschieden.

Die typische Art, Resilienzfaktoren zu untersuchen, sind prospektive Längsschnittstudien, da die Voraussetzung, dass ein Resilienzfaktor vor der Belastung bestanden haben muss, ansonsten nicht korrekt umgesetzt werden kann. Die ersten und bekanntesten Studien in diesem For-

schungszweig sind die Isle-of-White Studies von Rutter und Kollegen (1976, vgl. Kap. 4.2.4.1.1) und die Kauai-Studie von Werner und Smith (1982, vgl. Kap. 4.2.1.8). In Deutschland ist die Mannheimer Risikokinderstudie (Laucht, Esser, & Schmidt, 1998, 2000a; 2000b, vgl. Kap. 4.2.5.7) gestartet worden, nachdem das Konzept aus der internationalen Forschung bekannt wurde.

Die Resilienzforschung bemüht sich, Modelle zu finden, welche erlauben, die Resilienz (und Schutzfaktoren) methodisch korrekt zu untersuchen (vgl. Modelle in Abb. 18, 19 & 21). Resilienzfaktoren können nur durch einen Nachweis von spezifischen Interaktionen von Risiko- und Resilienzfaktoren im Sinne eines Puffereffekts bestätigt werden (Holtmann & Schmidt, 2004; Rutter, 1990).

Oft wird Resilienz mit Invulnerabilität, Kompetenz und protektiven Faktoren gleichgesetzt. Dies ist nicht zulässig, obwohl sie alle eine positive Ausrichtung haben und zu einer psychischen Gesundheit beitragen (Ingram & Price, 2001). Die Autoren würden der Invulnerabilität einen absoluten Schutz vor Psychopathologie zusprechen (keine Variation), welcher der Resilienz nicht zukommt, obwohl diese gegen bestimmte Störungen *widerstandsfähig* macht (vgl. Luthar, 1993; Scheithauer & Petermann, 1999). Ingram und Price (2001) schlagen deshalb vor, die beiden Konzepte Resilienz und Vulnerabilität als verschiedene Pole eines Kontinuums zu sehen.

Eine hohe Intelligenz, Problemlösefertigkeiten, viele Interessen, Bezugspersonen ausserhalb der Familie, vertrauensvolle Bindung mit einem Elternteil (Unterstützung) und ein *einfaches* Temperament in der Kindheit (vgl. Kap. 2.1) sind nach Essau und Petermann (1997) förderliche Aspekte für die Resilienzentwicklung.

Ein Beispiel, wie Resilienz gefördert werden kann, findet sich in den Head Start Programmen für Kinder aus den USA ("Houston Parent-Child Development Center", D. L. Johnson, 2000). Diese wurden bereits 1965 ins Leben gerufen und repräsentieren Vorschulprogramme. In den Bereichen Erziehung, Bildung, Gesundheitsvorsorge und Ernährung werden sozial und finanziell benachteiligten Familien entsprechende Hilfen angeboten, welche bis heute beachtliche Effekte ausgelöst haben (Layzer, Goodson, Bernstein, & Price, 2001; Perrez, 1994, <http://www.nhsa.org/>; vgl. Perrez & Hilti, 2005).

Resilienzmodelle und Modelle zur Darstellung der Zusammenwirkung der Faktoren

Es werden drei verschiedene Ansätze unterschieden und im Folgenden vorgestellt, welche versuchen, die Risiko- und Schutzfaktoren in Bezug auf deren Zusammenwirkung darzustellen und zu beschreiben (variablenbezogene, personenzentrierter und entwicklungspfadbezogener Ansatz, Masten & Reed, 2002). Anschliessend werden Modelle und Überlegungen vorgestellt, welche die familiären Aspekte und Mechanismen einbeziehen.

Der *variablenbezogene Ansatz* untersucht die Faktoren auf deren Outcome und berücksichtigt den zeitlichen Verlauf nicht. Von Garmezy und Kollegen (1984) wurden drei Wirkmodelle beschrieben (Abb. 18). Diese drei Modelle schliessen sich gegenseitig nicht aus, sondern können auch kombiniert vorkommen (vgl. Bettge, 2004; Garmezy et al., 1984).

Das Kompensationsmodell (1. Wirkmodell, Abb. 18) geht davon aus, dass die Risiko- und Schutzfaktoren eine additive beziehungsweise eine kompensatorische Wirkung haben (vgl. Abb. 16). Das bedeutet, dass sich beim Vorhandensein von konstanten Ressourcen Risikofaktoren und Belastungen negativ auf das Outcome (psychische Gesundheit) auswirken. Falls nun ein konstantes Risiko oder Belastungen vorherrschen, wirken sich Schutzfaktoren positiv

auf die Outcomevariable aus. Dieses Modell wurde sehr häufig empirisch überprüft. Methodisch gesehen sind Schutzfaktoren in diesem Modell diejenigen Einflussgrößen, welche eine positive Beziehung zu den Outcomes aufweisen (Egle & Hoffmann, 2000; Egle, Hoffmann, & Steffens, 1997). Im quer- oder längsschnittlichen Bereich wurden dabei im Vorfeld Risikofaktoren festgelegt oder es wurde ein Kontrollgruppendesign gewählt (vgl. Egle et al., 1997; Laucht et al., 1998). Das Schutzfaktorenmodell (2. Modell in Abb. 18) geht von einem Puffereffekt aus, der sich zeigt, wenn die Schutzfaktoren die Wirkung der Risikofaktoren abpuffern oder mildern. Das Schutzfaktorenmodell wurde in der Mannheimer Risikokinderstudie überprüft, wobei die Varianzaufklärung in den Zielgrößen durch die Risikofaktoren beschränkt ist (Laucht et al., 1998; 2000b, vgl. Kap. 4.2.5.7). Das Herausforderungsmodell (Modell 3, Abb. 18) zeigt die kurvlineare Beziehung zwischen Risiko respektive Belastungen und der Outcomevariable (hier Gesundheit). Die Idee hierbei ist, dass Stress als Herausforderung wahrgenommen und somit auch positiven Einfluss ausüben kann (vgl. Herausforderung als positive Aktivierung, Lazarus, 1966; Lazarus & Folkman, 1984). Garmezy und Kollegen (1984) konnten keine Belege für das Herausforderungsmodell finden, wohl aber für das Schutzfaktorenmodell.

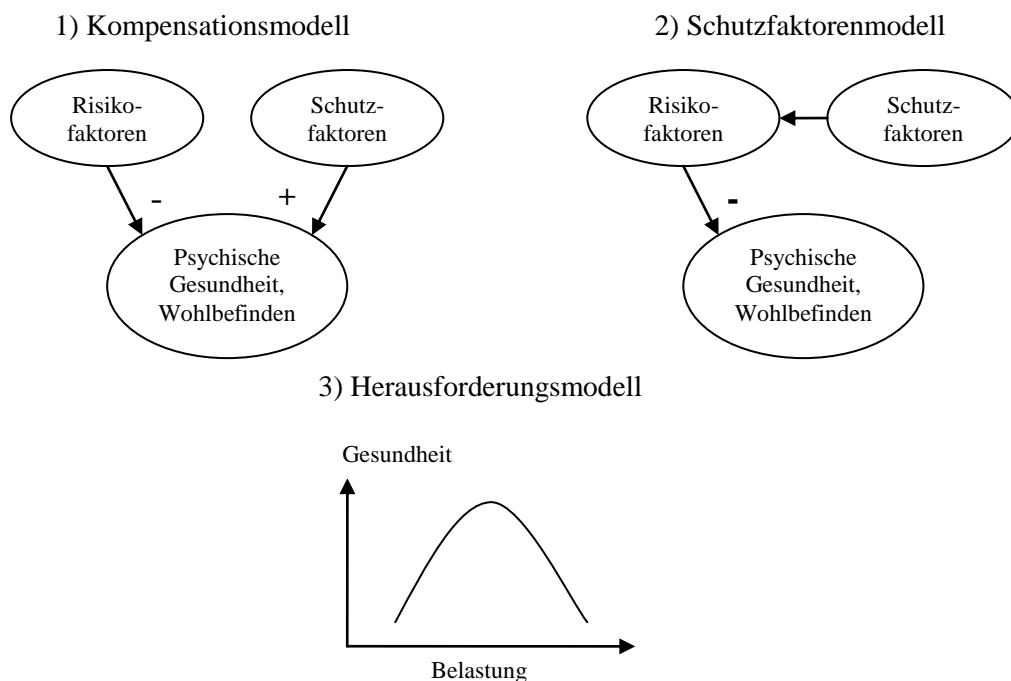


Abbildung 18: Wirkweisen von Risiko- und Schutzfaktoren (nach Bettge, 2004, S. 40, vgl. Garmezy et al., 1984)

Der Klassifikationsansatz in den Modellen von Masten und Reed (2002, Abb. 19) überschneidet sich zum Teil mit dem Ansatz, welchen Garmezy und Kollegen (1984) vorgeschlagen haben. Das additive Modell (Modell 1 in Abb. 19) ist ähnlich dem Kompensationsmodell aus Abbildung 18 (Haupteffekt, vgl. Perez et al., 2005). Die Autorinnen gehen von einer unabhängigen Wirkung der Risiko- und Schutzfaktoren aus. Die Faktoren haben nur bei deren Auftreten eine Wirkung, wenn sie ausbleiben, tritt kein Effekt ein. Masten und Reed (2002) haben noch eine dritte Variable einbezogen, welche als bipolare kontinuierliche Risiko-Schutzfaktoren-Variable bezeichnet werden kann. Die Auswirkung hängt von der Ausprägung der beiden Faktoren ab. Das zweite Wirkmodell ist das interaktive Modell, welches von moderierenden Variablen ausgeht (Modell 2, Abb. 19). Der Risikofaktor kann Schutzfaktoren

aktivieren, welche dann wiederum das Risiko für eine Fehlanpassung reduzieren können. Auf der anderen Seite sind die protektiven Faktoren dargestellt, welche eine Pufferwirkung bei einem oder mehreren Risikofaktoren ausüben können. Die Vulnerabilitätsfaktoren meinen sowohl die kindbezogenen Faktoren als auch die Phasen der erhöhten Vulnerabilität, welche beide zu einer Erhöhung der Wahrscheinlichkeit für eine Fehlanpassung führen. In der Abbildung 19 sind zwei Beispiele für indirekte Modelle (Modell 3, Abb. 19) dargestellt. Der primär-präventive Einfluss auf später auftretende Risikofaktoren verdeutlicht, dass durch eine frühe Intervention eine Wahrscheinlichkeitsreduktion für eine Störung erreicht werden kann (Präventionsmodell, vgl. Perez et al., 2005). Die rechte Seite zeigt, dass auch Schutzfaktoren (Kompetenzen) im Vorfeld durch andere Schutzfaktoren oder auch Risikofaktoren beeinflusst werden. Diese indirekten Modelle fallen unter das Konzept der Mediationsmodelle (vgl. Perez et al., 2005).

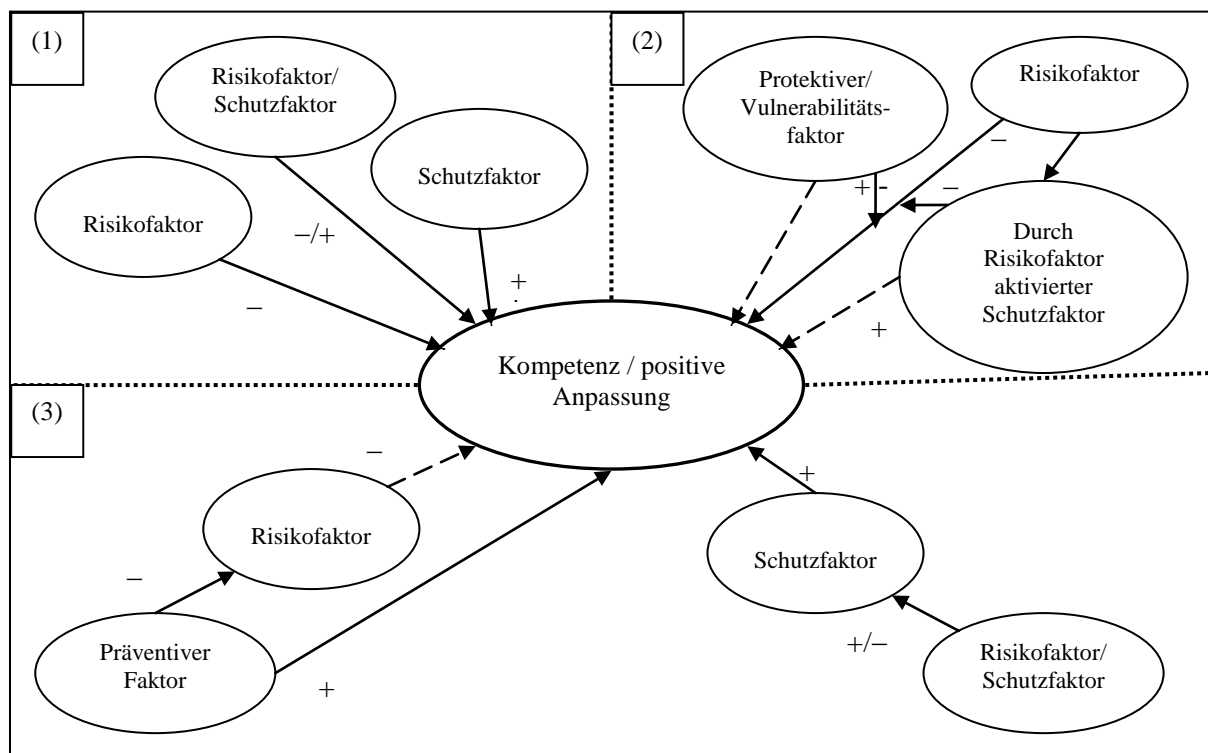


Abbildung 19: Variablenfokussierte Resilienzmodelle, die (1) das additive Modell, (2) das interaktive Modell und (3) Möglichkeiten indirekter Modelle darstellen (nach Masten & Reed, 2002, S. 78, Übers. u. Mod. nach Ball & Peters, 2007, S. 134)

Weiter existiert ein *personenzentrierter Ansatz* zur Resilienz, welcher ebenfalls durch Masten und Reed (2002) vorgestellt wird. In diesem Ansatz werden der zeitliche Aspekt und auch die Veränderungen in der Entwicklung berücksichtigt. Es werden Vergleiche gezogen zwischen Kindern mit unterschiedlichen Outcomes in der Entwicklung hinsichtlich der vorhandenen risikoerhöhenden und -mildernden Faktoren. Es werden drei Herangehensweisen unterschieden. Die Einzelfallstudien tragen dazu bei, resiliente Kinder zu identifizieren und zu beschreiben, diese bilden jedoch kein konzeptuelles Modell ab. Der zweite Ansatz beinhaltet die Identifikation resilienter Kinder durch die Untersuchung von Hochrisikogruppen. Als Beispiel führen Masten und Reed (2002) die Kauai-Studie (z.B. Werner, 2006) an, welche in Kapitel 4.2.1.8 dargestellt wird. Diese Herangehensweise birgt zwei Hauptprobleme. Die resilienten Kinder waren laut Ergebnissen einem geringeren Risiko ausgesetzt, was den Vergleich mit

der Gruppe, welche eine schlechte Entwicklung aufzeigt, erschwert. Andererseits ist die Frage offen, ob es sich um generelle Resilienzfaktoren handelt oder ob diese spezifisch sind und nur unter bestimmten Risikobedingungen auftreten (vgl. Diskussion weiter oben bzgl. der Definition von Schutzfaktoren). Der dritte Ansatz versucht, diesen Überlegungen gerecht zu werden (Masten et al., 1999), indem sie die Kinder nach dem Anpassungsniveau (Funktionsniveau) und nach dem Grad des Risikos (Belastungsniveau) klassifizieren. Nach diesem Modell können Kinder vulnerabel (trotz geringem Risiko schlechte Entwicklung und geringe Anpassung), kompetent (hohes Funktions- und Anpassungsniveau, wurden aber noch nicht herausgefordert, da geringes Risiko), fehlangepasst (ein hohes Risiko führt zu geringem Funktions- und Anpassungsniveau) oder resilient (trotz hohem Belastungsniveau sind diese Kinder gut angepasst und haben gutes Funktionsniveau) sein. Masten und Kollegen (1999) konnten zeigen, dass die personalen und familiären Ressourcen die kompetenten und resilienten Kinder von den fehlangepassten Kindern trennten. Unklar ist, ob die kompetenten Kinder bei einem erhöhten Risiko den gleichen Entwicklungsergebnis zeigen würden wie die resilienten Kinder. Dies weist erneut auf einen Interaktionseffekt der Risiko- und protektiven Faktoren hin (Ball & Peters, 2007; Masten et al., 1999; Masten & Reed, 2002).

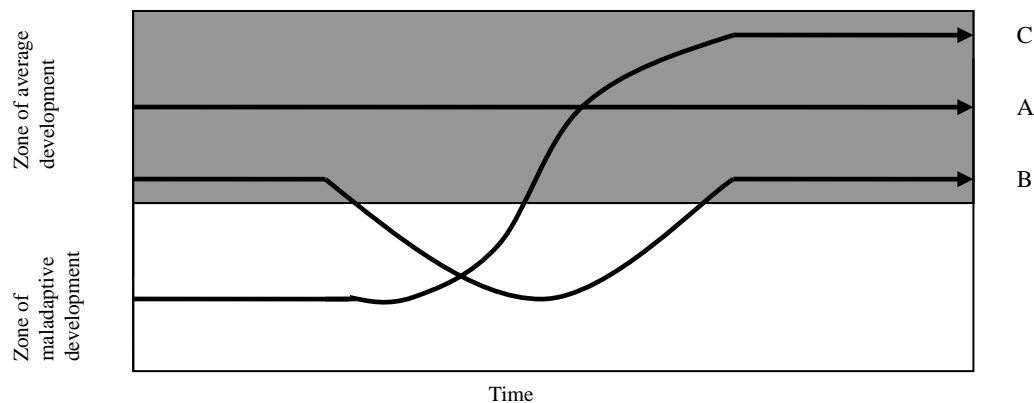


Abbildung 20: Resilient pathways over the life course (nach Masten & Reed, 2002, S. 81)
 Pfad A: Entwicklungsverlauf eines high-risk Kindes, welchem es konstant gut geht; Pfad B: Verlauf eines high-risk Kindes, welchem es zuerst gut geht, dann durch ein kritisches Ereignis abgelenkt wird, sich aber später davon erholt; Pfad C: Muster eines high-risk Kindes, welches belastet ist durch einige Nachteile und sich spät entwickelt (late-bloomer) bedingt durch gute Bedingungen in der Umwelt (Übers. d. Verf.)

Der *Entwicklungspfadbezogene Ansatz* zur Resilienz wird der zusätzlichen Bedingung gerecht, dass die mit der Resilienz verbundenen Variablen keine momentanen Zustände sind, sondern sie charakterisieren eher Erfahrungen und Funktionieren, welche sich über die Zeit entfalten (Masten & Reed, 2002). Wie in Abbildung 20 zu sehen, gibt es drei mögliche resiliente Entwicklungsverläufe. Der Entwicklungsverlauf A beschreibt ein Kind, welches in einer Hochrisiko-Umgebung aufwächst, aber ein gutes Funktions- und Adaptationsniveau hat. Der Entwicklungsverlauf B zeigt ein Kind, das anfänglich trotz schwieriger Bedingungen und hohem Risiko eine gute Entwicklung zeigt, dann einen Einbruch hat (z.B. Trauma erlebt), sich jedoch erholt. Das Kind, welches den Entwicklungsverlauf C durchläuft, hat einen schwierigen Start. Diesem Kind werden dann jedoch Chancen und Gelegenheiten geboten, welche dazu führen, dass das Kind in die Zone der durchschnittlichen Entwicklung (grauer Bereich der Abbildung) wechseln kann. Diese Kinder werden auch *late-boomers* genannt.

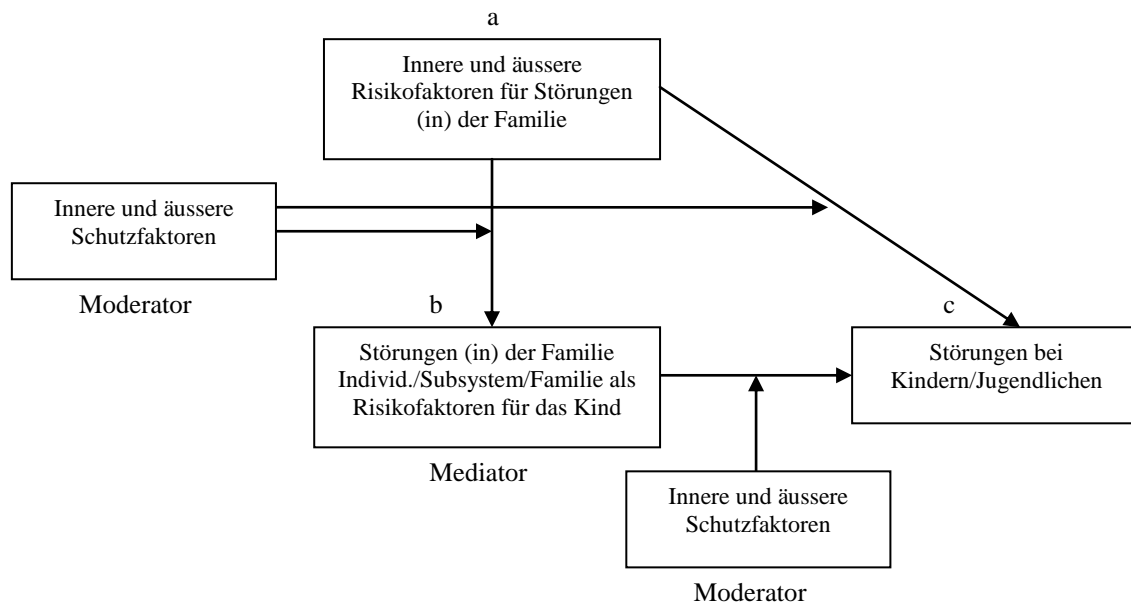


Abbildung 21: Direkte und indirekte Antezedenzen von Störungen bei Kindern und Jugendlichen, (nach Perez, 2005b, S. 194)

Es können zusätzlich *familiäre Bedingungen und Mechanismen* in die Risiko- und Schutzfaktorenkonzepte einbezogen werden. Perez (2005b) macht eine Unterteilung der Faktoren in direkte und indirekte Antezedenzen (vgl. Abb. 21). Dies soll aufzeigen, dass eine Störung beim Kind oder Jugendlichen zum einen durch innere und äussere Risikofaktoren für Störungen in der Familie, welche durch innere und äussere Schutzfaktoren moderiert werden können, bedingt sein kann (direkter a-c-Verlauf). Zum anderen kann sie indirekt (a-b-c-Verlauf, Mediatormodell) durch eine Störung der Familie (ein Individuum oder das System) bedingt sein (auch hier wiederum die Möglichkeit der Moderation durch innere und äussere Schutzfaktoren), wobei diese durch Risikofaktoren für die Familie (a) verursacht ist. Im Mediatormodell ist jedoch zwei Mal die Möglichkeit der Pufferwirkung durch Schutzfaktoren möglich (vgl. Modell 2 in Abb. 19).

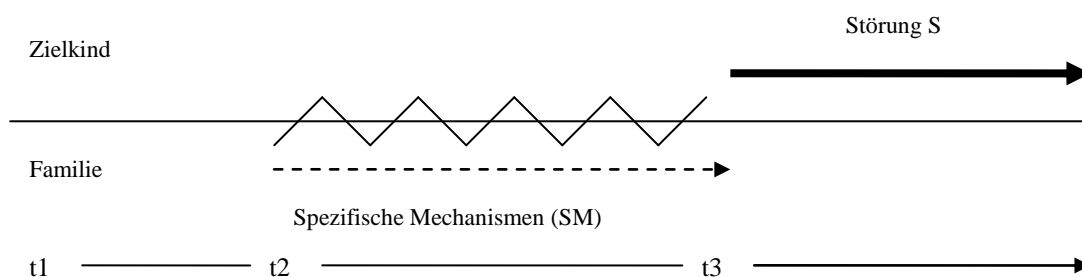


Abbildung 22: Modell spezifischer Mechanismen; Anmerkung: Wenn soziale familiäre Konstellationen und Prozesse die Bedingungen des spezifischen Mechanismus' SM1 realisieren, so führt dies in der Regel zur Störung S1 (nach Perez, 2005b, S. 219)

Rutter (1994b) hat für die familiären Konstellationen ein Modell entwickelt, welches jene spezifischen Mechanismen (SM, vgl. Abb. 22) betont, die seiner Meinung nach zur Störung

führen. Er geht dabei davon aus, dass es Risikoindikatoren gibt, welche Korrelate ohne Erklärungswert (statistisch signifikante Korrelationen) sind und Risikomechanismen, welche einen Erklärungswert für die Entstehung und Aufrechterhaltung der Störung haben (vgl. Perez, 2005b). Die spezifischen Mechanismen in Abbildung 22 sind Lernmechanismen, welche auf der Verhaltenspsychologie respektive den Lerntheorien (z.B. Klassische oder operante Konditionierung, vgl. Bodenmann, Perez, & Schär, 2004) beruhen (vgl. Kap. 3.2.2).

Wirkzusammenhänge im Entwicklungsverlauf respektive in den Übergängen können als Mediatoren oder Moderatoren verstanden werden (Gore & Colten, 1991). Die Wirkzusammenhänge unterscheiden sich bezüglich den Moderatorvariablen und den unabhängigen Variablen (UV). Aus normativen Entwicklungsveränderungen (UV) folgen sekundäre Stressoren (Veränderungen in sozialen Strukturen). Die abhängige Variable (AV, gelungene oder misslungene Anpassung) wird durch eine Reihe von Faktoren moderiert, welche meist Wechselwirkungsprozessen (mit Schutzfaktoren) unterliegt. Wenn nicht-normative Lebensereignisse und psychosoziale Belastungen als UV angenommen werden, folgt gleichfalls eine Restrukturierung der sozialen Strukturen (Rollen, Beziehungen). Die Mediatoren finden sich in beiden Versionen des Modells in den Prozessen der Transitionen und in den Mechanismen risikohöherer Faktoren. Entwicklungsbedingte Veränderungen (sekundäre Stressoren) können ebenfalls die Funktion eines Mediators übernehmen (Scheithauer & Petermann, 1999).

Ein alternatives Erklärungsmodell wird von Ingram und Price (2001) beschrieben und geht von spezifischen Vulnerabilitäten im Sinne des Diathese-Stress-Modells aus. Dieses Modell kann als Schwellenmodell angesehen werden, da je nach Ausprägung der Vulnerabilität bereits ein schwach ausgeprägter Stressor ausreicht, um zu einer Störung zu führen. In diesem Modell haben die Risikofaktoren keinen Erklärungswert und beschreiben keine Mechanismen, sondern sind lediglich deskriptiv im Sinne einer statistischen Korrelation. Menschen können nun eine Vulnerabilität von Geburt an haben (primär) oder im Verlauf der Entwicklung durch zum Beispiel einen Vulnerabilitätsmechanismus in der Familie eine sekundäre Vulnerabilität erwerben (Perez, 2005b, vgl. Abb. 17). Das bedeutet, dass die Familie in zweierlei Hinsicht für die Entwicklung einer Störung beim Kind beitragen kann. Entweder im Sinne des beschriebenen familiären Vulnerabilitätsmechanismus, welcher zur sekundären Vulnerabilität beim Kind führt, oder durch unspezifische oder spezifische Stressoren (z.B. kritische Lebensereignisse). Perez (2005b) kritisiert an diesem Modell, dass der Erwerb der Vulnerabilität von den Autoren nicht ausreichend erklärt wird. Auch an den bottom-up und top-down Studien wird kritisiert, dass sie versuchen, den familiären Beitrag zur Vulnerabilität zu klären, dies jedoch nicht vermögen, weil die involvierten Mechanismen nicht geklärt werden können und der genetische Einfluss nicht herauspartialisiert werden kann (vgl. U. Petermann et al., 2000). Perez (2005b) folgert jedoch aus diesen kritischen Anmerkungen, dass zwar die zugrundeliegenden Mechanismen nicht ausreichend geklärt sind, dies jedoch nicht bedeutet, dass die Familie keinen Einfluss auf die Entwicklung und Aufrechterhaltung von Angststörungen hat.

Kazdin und Kollegen (1997) beschreiben im Zusammenhang mit *komplexen Wechselwirkungsmodellen* von Risikobedingungen folgende Annahmen:

- Eine Risikobedingung kann zu verschiedenen Outcomes führen oder unterschiedliche Risikobedingungen können mit dem gleichen Output verknüpft sein (vgl. Multi- und Äquifinalität, Kap. 3.1.1);

- Die Risikobedingung legt die Wahrscheinlichkeit des Auftretens eines Outcomes fest, womit keine Aussagen zu kausalen Verknüpfungen (notwendige und hinreichende Bedingungen) gemacht werden;
- Die Beziehungen zwischen Outcome und Risikobedingung sind meist nicht-linear, reziprok und bidirektional;
- Das Vorhandensein und der Typus der Wechselwirkungen zwischen den Risiko- und Schutzbedingungen sind von zusätzlichen Faktoren abhängig (z.B. Anzahl Bedingungen, zeitliche Abfolge und Dauer, Entwicklungsstand);
- Möglichkeit, dass eine Risikobedingung Ausdruck für eine andere Risikobedingung ist, welche nicht berücksichtigt wurde.

Die Vielfalt der Einflussfaktoren, deren Komplexität und Wechselwirkungen sind im vorliegenden Kapitel ansatzweise beschrieben worden. Die verschiedenen Autoren sind sich nicht immer einig über die Begrifflichkeiten, was deren Einsatz respektive Analyse nicht erleichtert. Das Hauptmodell, welches für die Darstellung der diversen Faktoren (Kap. 3.3) herangezogen wird, ist das von Ball und Peters (2007, vgl. Abb. 17). Die Komponenten und Begrifflichkeiten des Modells werden ebenfalls teilweise für das integrative, heuristische Modell in Kapitel 3.2.3 übernommen.

3.2 Theorien und Modelle zur Entstehung und Aufrechterhaltung von Angst

Im vorliegenden Kapitel werden die Theorien und Modelle zur Akquisition und Performanz von Ängsten und Angststörungen bei Kindern und Jugendlichen vorgestellt. Dies sind zum einen die entwicklungspsychopathologischen Modelle (Kap. 3.2.1), welche, wie in Kapitel 3.1.1 erläutert, die Entwicklungsperspektive und –aspekte einbeziehen und vor allem Heuristiken anbieten, da sie meist zu komplex sind, um empirisch im Detail zu untersuchen. In Kapitel 3.2.2 werden die Theorien des kognitiv-verhaltenstherapeutischen Ansatzes vorgestellt. Dies sind vor allem die klassischen Lerntheorien und die kognitiven Ansätze. Anschliessend wird in Kapitel 3.2.3 versucht, die in Kapitel 3 vorgestellten Annahmen in einem integrativen Modell zu verbinden.

3.2.1 Entwicklungspsychopathologische Modelle der Angststörungen

Modelle, welche die in der vorliegenden Arbeit relevanten Aspekte beinhalten und die Tatsache berücksichtigen, dass die angesprochene Altersgruppe (8- bis 12-Jährige) sich noch in der Entwicklung befindet, sind Entwicklungspsychopathologiemodelle. Nach der Besprechung der Grundlagen für ein Entwicklungspsychopathologiemodell wird das Hauptmodell von Vasey und Dadds (2001a, vgl. Abb. 25 & 26) vorgestellt und besprochen und durch familiäre Aspekte ergänzt.

In den Entwicklungspfadmodellen wird versucht, sowohl die normale Entwicklung als auch die der Psychopathologie zu integrieren, entweder resultierend in einer erfolgreichen Adaptation oder in einer Maladaptation. Dies ist wesentlich für die Bereitstellung von effektiven Präventionsprogrammen (vgl. Kap. 5.2 & 5.3). Es werden zum Beispiel Kinder untersucht, welche ein Risiko für eine Störung haben, jedoch keine Störung entwickeln, ohne Intervention remittieren, mit oder ohne Intervention zu anderen Störungsbildern führen, und sie werden ver-

glichen mit Kindern, welche kein Risiko in sich tragen und dennoch eine Störung entwickeln. Dies sind Fragestellungen der Epidemiologie, Ätiologie und der Präventionsforschung (vgl. Abb. 1).

Angststörungen entwickeln sich über die Lebensspanne und sind selten gleichbleibend. Ein Entwicklungspsychopathologiemodell kann dieser Tatsache gerecht werden, indem es zuerst die Störungen zu verschiedenen Zeitpunkten im Entwicklungsverlauf beschreibt und dann auch die Variationen in den Prävalenzraten und in den Manifestationen der Angststörungen über das Alter und das Geschlecht zu erklären versucht (Epidemiologie, vgl. Kap. 4 und Klassifikation, vgl. Kap. 2.2). Ausserdem bieten solche Modelle Erklärungsansätze an, wie sich eine Angststörung entwickelt und wie sie aufrechterhalten wird (Ätiologie, vorliegendes Kapitel). Diese Informationen wiederum sind Grundlage für die Entwicklung von Interventions- und Präventionsprogrammen (vgl. D. D. Weiss & Last, 2001, vgl. Kap. 5). Somit ist das *heuristische Entwicklungspsychopathologiemodell* (Vasey & Dadds, 2001a, vgl. Abb. 25 & 26), welches später dargestellt wird, das Verbindungsglied zwischen den einzelnen Hauptthemen der vorliegenden Arbeit. Cicchetti (2006) meint, die Präventionsforschung im Längsschnitt sei das wahre Experiment, um den Entwicklungsverlauf zu modifizieren und somit die Einsicht in die Ätiologie und Pathogenese von Störungen zu haben. Dies im Sinne von der Analyse von Risikoprozessen auf mehreren Ebenen und aus mehreren Nachbardisziplinen (z.B. Neuropsychologie) und der Analyse der normalen Entwicklung, welche zum Verständnis der abnormen Entwicklung beitragen kann und umgekehrt.

Perrez (2005b) verlangt von einer Theorie, die Störungen respektive Störungen von Funktionsbereichen im Kindes- und Jugendalter vorhersagen möchte, dass folgende vier Achsen berücksichtigt werden:

- 1) Typen der Störungsmechanismen;
- 2) Typen der kindlichen Adaptations- und Entwicklungsaufgaben;
- 3) Psychische und organische Vulnerabilitäten (Prädiktoren) und
- 4) Innere Resilienzfaktoren und äussere Schutzfaktoren.

Er betont somit ebenfalls eine Entwicklungsperspektive, welche in der Forschung um die Risiko- und Schutzfaktoren bei Kindern und Jugendlichen berücksichtigt werden muss. Die Entwicklungsaufgaben wirken sich genauso auf die Störungsentwicklung aus wie die moderierenden Schutz- und kompensatorischen Faktoren (Perrez, 2005b). Deshalb schlägt er Ätiologiemodelle vor, welche die oben erwähnten Achsen einbeziehen und verweist auf das multikausale Entwicklungsmodell der Angststörungen im Kindes- und Jugendalter von U. Petermann et al. (2000, vgl. Abb. 23).

Die frühen Merkmale des Kindes (vgl. Kap. 2.1) werden durch biologische Faktoren und durch Elternmerkmale und die Bindungsqualität beeinflusst (Abb. 23). Auf die Entwicklung von Angststörungen durch die Kindsmerkmale bedingt haben Stressfaktoren von ausserhalb der Familie (vgl. Abb. 21) einen moderierenden Effekt. Weitere Moderatorkomplexe sind die psychosozialen Hintergründe, welche sich auf das Erziehungsverhalten auswirken, und spezifische Lernerfahrungen des Kindes selbst. Obwohl die Abbildung 23 von U. Petermann et al. (2000) die verschiedenen Cluster von Risikofaktoren und Bedingungen einbezieht, scheint der Prozess nur in eine Richtung zu verlaufen und berücksichtigt keine Wechselwirkungen zwischen den einzelnen Clustern (z.B. Rückwirkung der Merkmale des Kindes auf die Merkmale der Eltern und Bindungsqualität, vgl. Abb. 5-7). Oder es sind gar keine Verbindungen zwischen den Merkmalen des Kindes und dem Erziehungsverhalten der Eltern abgebildet, obwohl bekannt ist, dass das Kindverhalten und die Erziehung interagieren (z.B. Franiek & Reichle, 2007, vgl. Abb. 10 und Kap. 3.1.1).

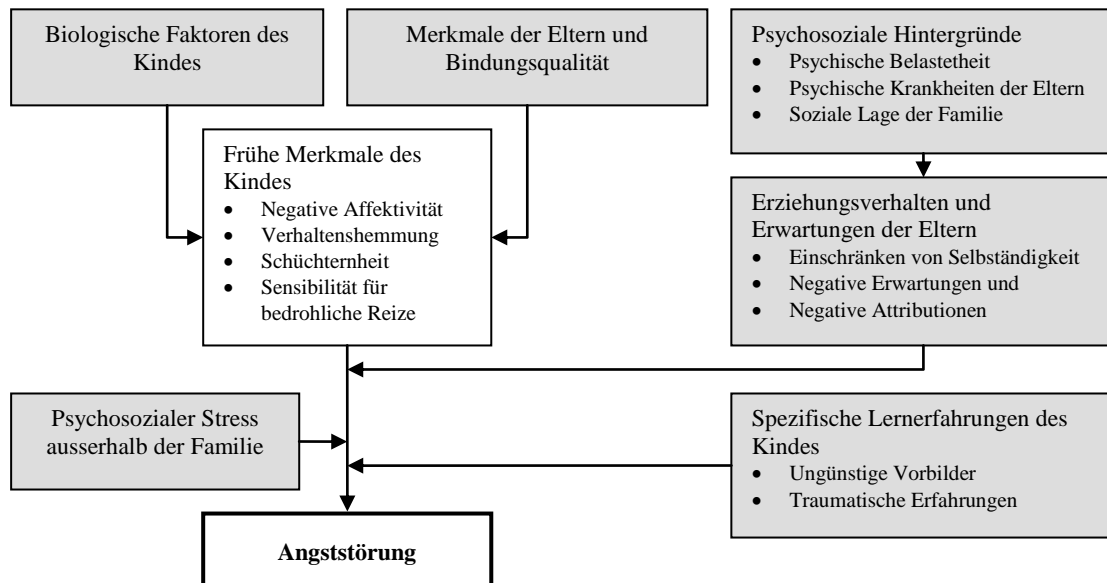


Abbildung 23: Angststörungen im Kindes- und Jugendalter: ein multikausales Entwicklungsmodell (nach U. Petermann et al., 2000, S. 256)

Die Entwicklungspsychopathologie geht davon aus, dass eine Störung (Fehlanpassung) ein vorläufiges Resultat einer komplexen Entwicklung ist. In diesem Zusammenhang sei noch einmal auf die Prinzipien der Multi- und Äquifinalität als Grundlage verwiesen (vgl. Kap. 3.1.1). Alleinige Haupteffekt-Modelle sind laut Vasey und Dadds (2001a) inadäquat, da keines der Modelle alleine alle einzelnen Fälle eines Störungsbildes erklären kann (vgl. Abb. 4, Kap. 3.1.1). Zum Beispiel gilt nicht für alle Menschen, dass ein kritisches Lebensereignis (z.B. Hundebiss) zu einer spezifischen Phobie führt (monokausal). Es gibt Personen, die entwickeln eine Hundephobie ohne Vorliegen eines kritischen Ereignisses, und andere wiederum entwickeln keine Phobie, obwohl sie ein entsprechendes Erlebnis berichten können. Natürlich gibt es auch Menschen, die aufgrund eines kritischen Ereignisses eine Phobie entwickeln und solche, welche ohne entsprechendes Ereignis keine Störung entwickeln. Das heisst, es können für ein Störungsbild mehrere Ursachenmodelle nebeneinander existieren und zum Teil auch interagieren. Ein weiteres Phänomen, welches gegen einen *single pathway* spricht, ist die Tatsache, dass bestimmte Einflüsse und Faktoren von mehreren Störungsbildern und –gruppen geteilt werden (vgl. Sroufe, 1997, vgl. Kap. 3.1.1).

Die Forschung, welche Angststörungen und Depressive Störungen bei Kindern und Jugendlichen untersucht, kommt oft zum Schluss, dass den beiden Störungsbildern entweder eine gemeinsame Ätiologie zugrunde liegt (vgl. Kap. 2.1 & 2.3) oder dass es die gleiche Störung ist, welche sich jedoch im Verlauf der Entwicklung und im Zusammenhang mit anderen Faktoren unterschiedlich manifestiert (Last, Perrin, Hersen, & Kazdin, 1996; Merikangas et al., 2003). Andere zeigen anhand von Untersuchungen zu den Komorbiditätsraten bei Erwachsenen, dass die Unterscheidung der Symptome und Diagnosen kein Artefakt ist (Wittchen, 1991; Wittchen & Vossen, 2000, vgl. Kap. 2.3).

Barlow (2000) geht von einer Idee aus, welche beide genannten Überlegungen kombiniert. Den Depressionen und den Angststörungen liegt die negative Affektivität zugrunde, was sie als zusammenhängend definiert. Welche Störung nun jedoch ausbricht, liegt an den Vulnerabilitäten (vgl. Kap. 3.1.2 & 3.3.1), an der *positiven Affektivität* und den Stressfaktoren. Es besteht nach seinem Modell auch die Möglichkeit, dass sich aus der Generalisierten Angststö-

nung eine Depression entwickelt. Sein Modell der *triple vulnerabilities* (Barlow, 2002, vgl. Abb. 24) geht davon aus, dass eine Synergie zwischen der generalisierten biologischen, der generalisierten psychologischen und der spezifisch-psychologischen Vulnerabilität besteht. Bei der Generalisierten Angststörung und der Depression ist die spezifisch-psychologische Vulnerabilität nicht notwendig. Bei den anderen Angststörungen jedoch differenziert diese Vulnerabilität den Typ der Angststörung (inkl. Zwangsstörungen). Die Abbildung 24 beinhaltet gleichzeitig auch das Konzept des *Diathese-Stress-Modells* (vgl. Kap. 3.1.2), wobei hier die Diathese in drei verschiedene Vulnerabilitäten unterteilt ist.

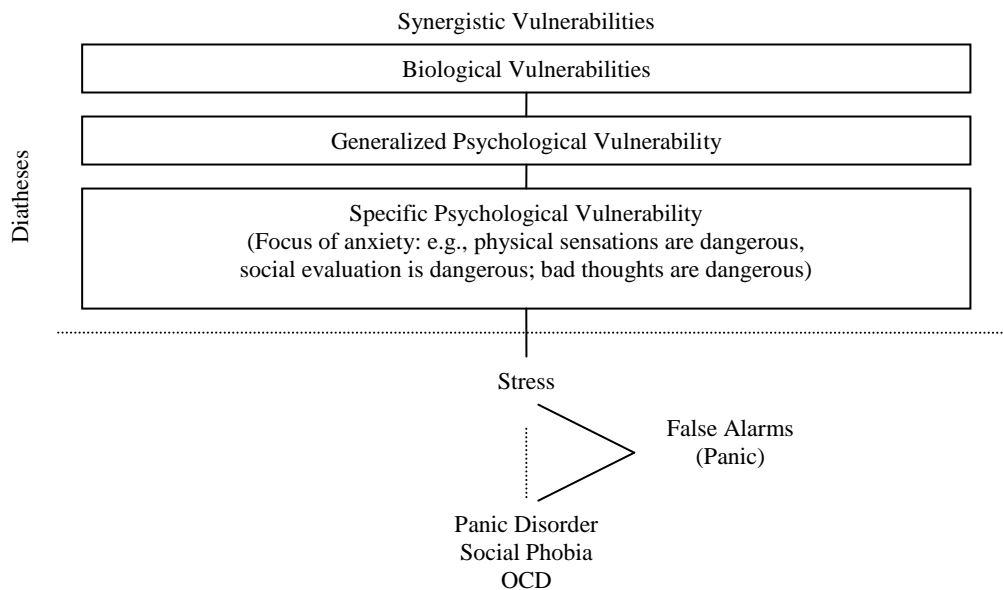


Abbildung 24: Triple Vulnerabilities in the Development of Certain Anxiety Disorders (Barlow, 2002, S. 280); OCD=obsessive-compulsive disorder (Zwangstörung)

Barlows (2000, 2002) Vorschlag eines *dimensionalen Modells* führt zu einem Entwicklungsmodell von Vulnerabilitäten für die Angststörungen und die Depressionen. In der frühen Entwicklung einer Person führt ein unkontrollierbarer Stimulus zu einer niedrig wahrgenommenen Kontrolle. Dies führt dann wiederum zu einer Hemmung, was in einem undifferenzierten somatischen Output endet. In einem späteren Entwicklungsstadium kann nun ein Stimulus fälschlicherweise als unkontrollierbar interpretiert werden, weil im Gedächtnis gespeichert ist, dass man in der frühen Kindheit keine Kontrolle wahrgenommen hat (vgl. Sroufe, 1990). Dies intensiviert die Verhaltenshemmung, welche ebenfalls direkt durch die Hemmung in der frühen Kindheit gestärkt wird. Dies führt dann zu einem negativen Affekt, welcher das in Kapitel 2.1 genannten CRF und Hypothalamus-Hypophysen-System beeinflusst (Barlow, 2000; Chorpita & Barlow, 1998). Diese generalisierte Vulnerabilität wird in der frühen Kindheit durch die Umwelt gefördert, wobei dies einem Mediationsmodell gleichkommt. Später in der Entwicklung operiert diese Vulnerabilität als Verstärker für stressvolle Ereignisse (Moderationsmodell, vgl. Abb. 15 & 21) (vgl. Albano, Chorpita, & Barlow, 1996; Chorpita, 2001). Diese Entwicklungsstruktur ist laut Barlow (2000) konsistent über die Modelle von Angststörungen und Depressionen. Die genetische Beteiligung für die Entwicklung für eine Angststörung schätzt er auf 30-50% (vgl. Kap. 3.3). Chorpita (2001) hat dieses Modell erweitert und geht davon aus, dass mit der Zeit, wenn weitere Ereignisse und deren Interpretation als unkontrollierbar auftreten, eine Stabilität der Kontrollüberzeugung eintritt, welche dann sozusagen ins Erwachsenenalter mitgenommen wird (vgl. Kap. 3.2.2). Die Grundlage für eine niedrige Kon-

trollüberzeugung und damit einen negativen Affekt und daraus resultierend die klinischen Symptome sieht Barlow (2000) in der kontrollierenden Familienumwelt (hohe Effektstärken, Chorpita, 2001). Inkonsistente, aufdringliche und überbehütende, einschränkende Erziehung führt zu einer externalen Kontrollüberzeugung (Chorpita, 2001; Krohne & Hock, 1994), wobei zusätzlich von Belang ist, wie viele Geschwister in einer Familie leben. Das Teilen der Aufmerksamkeit der Eltern wird ebenfalls als einschränkend auf die interne Kontrollüberzeugung angesehen. Dass die Kontrollüberzeugung einen prädikativen Wert im Zusammenhang mit Angststörungen besitzt, konnte mehrfach gezeigt werden (z.B. Weems et al., 2007, vgl. Kap. 3.2.2). Ebenfalls gezeigt wurde der Zusammenhang von Erziehungsstilen und Psychopathologie beim Kind (z.B. Ihle, Jahnke, Heerwagen, & Neuperdt, 2005; Krohne & Hock, 1994, vgl. Kap. 5.4.1.1).

Die Idee von einem *package* (Bündel), das heisst von einer einzigartigen Zusammenstellung von Einflüssen für jede einzelne Störung, ist laut Kazdin und Kagan (1994) Zukunftsmusik. Jede Kategorie einer Angststörung wäre mit einem individuellen Entwicklungspfad gekoppelt und hätte ein valides Konstrukt als Grundlage. Der momentane Stand der Forschung jedoch lässt nur ein allgemeines Psychopathologiemodell zu. Diese Einschränkung gilt nicht nur für die Angststörungen. Die hohen Komorbiditätsraten zwischen verschiedenen Angststörungen sind für einige Forscher das Hauptargument, dass die Kategorien mangelnde Diskriminationsvalidität aufweisen und somit artifizielle Grenzen zwischen den Kategorien reflektieren (vgl. Vasey & Dadds, 2001a, vgl. Kap. 2.3). Spence (1997) vermutet eher eine gemeinsame Ätiologie, welche je nach Entwicklung zu verschiedenen Angststörungen führt (vgl. Kap. 4.4.4).

Die Rolle der Entwicklung in einem Ätiologiemodell für Kinder und Jugendliche bringt noch mehrere Aspekte mit sich, welche beachtet werden müssen. Zum einen ist dies das bereits erwähnte Problem, dass die Klassifikation auf Erfahrungen und Forschung aus der Erwachsenenpsychopathologie beruht. Es ist bekannt, dass einige Kriterien auch für Kinder bestätigt wurden (F. Petermann & Lehmkuhl, 2003; Remschmidt et al., 2001), dass jedoch durch die Erwachseneklassifikation einige Kinder, welche eine Abwandlung der gesetzten Kriterien zeigen, dadurch verpasst werden (in der Praxis weniger das Problem, vgl. Vasey & Dadds, 2001a). Diese Phänomene können auch in den Veränderungen der Klassifikationssysteme (z.B. DSM) über die Auflagen verfolgt werden (American Psychiatric Association, 1968, 1980, 1991; 1994, vgl. Kap. 2.2). Weiter müsste beachtet werden, dass die Prävalenzangaben altersabhängig sind und auch der Zeitpunkt des Ausbruchs der Angststörung Variationen aufweist (vgl. Kap. 4.4.2, Tab. 1). Diese müssten im Zusammenhang mit Geschlechtsunterschieden (vgl. Kap. 4.4.3) in das Entwicklungsmodell einbezogen werden. Der gleiche Risikofaktor kann zum Beispiel für eine bestimmte männliche Altersgruppe eine andere Wirkung haben als für die Mädchen. Ebenfalls von Bedeutung sind die Transformationen von Symptomen respektive Syndromen (Symptomverschiebung, vgl. Perrez & Otto, 1978). Verschiedene Untersuchungen haben gezeigt, dass bestimmte Angststörungen in jungen Jahren in andere Angststörungen oder Depressionen übergehen können (vgl. Schneider, 2004a, vgl. Kap. 2.1). In diesem Zusammenhang muss ebenfalls beachtet werden, dass diese Transmissionen abhängig sind vom Geschlecht und vom Alter beim Ausbruch der Störung (Vasey & Dadds, 2001a). Eine Hypothese ist, dass die Hormone den Geschlechtsunterschied ausmachen, sowohl grundsätzlich als auch im Zusammenhang mit der Pubertät und somit der Entwicklung (vgl. Dadds, Davey, & Field, 2001). In diesem Zusammenhang muss weiter das Entwicklungsniveau beachtet werden. Die Annahme der Multikausalität erklärt, weshalb es ähnliche Resultate zu verschiedenen Zeitpunkten in der Entwicklung eines Kindes gibt und reflektiert die Wirkung von Risiko- und protektiven Faktoren (Vasey & Dadds, 2001a). Verlauf und

Prognose einer Störung variieren ebenfalls in Abhängigkeit des Ausbruchzeitpunkts und der bis dahin erworbenen Kompetenzen (für Depression z.B. Kovacs, Obrosky, & Sherrill, 2003). C. G. Last und Kollegen (1996) haben gezeigt, dass eine vorhergehende Adaptation eine nachfolgende Adaptation hemmt. Dies illustriert das Risiko für einen Rückfall einer Angststörung als auch das Risiko für die Entwicklung einer anderen Angststörung oder einer depressiven Störung (Risiko für eine komorbide Störung).

Je länger sich ein Kind auf einem abweichenden Entwicklungspfad befindet, desto unwahrscheinlicher und schwieriger ist eine Umkehr auf eine normale Bahn (vgl. Sroufe, 1997, vgl. Kap. 3.1.1). Wenn Kinder sich auf dem abweichenden Pfad befinden, können sie keine entwicklungsgerechten Kompetenzen erwerben und der Teufelskreis nimmt seinen Lauf (vgl. Vasey & Dadds, 2001a). Durch das Vermeidungsverhalten können ängstliche Kinder keine Erfahrungen in bestimmten Lebensbereichen sammeln, überbehütende Eltern verstärken diesen Effekt, in dem sie den Kindern bestimmte Erfahrungen verwehren (vgl. Dadds & Roth, 2001, vgl. Kap. 2.1 & 3.1.1), und die verzerrte Informationsverarbeitung und weitere kognitive Elemente tragen sowohl zur Entstehung als auch zur Aufrechterhaltung der Angststörung bei (vgl. Vasey & MacLeod, 2001, vgl. Kap. 3.2.2).

Integratives heuristisches Rahmenmodell für den Entwurf verschiedener Entwicklungspfade, welche in einer Angststörung resultieren

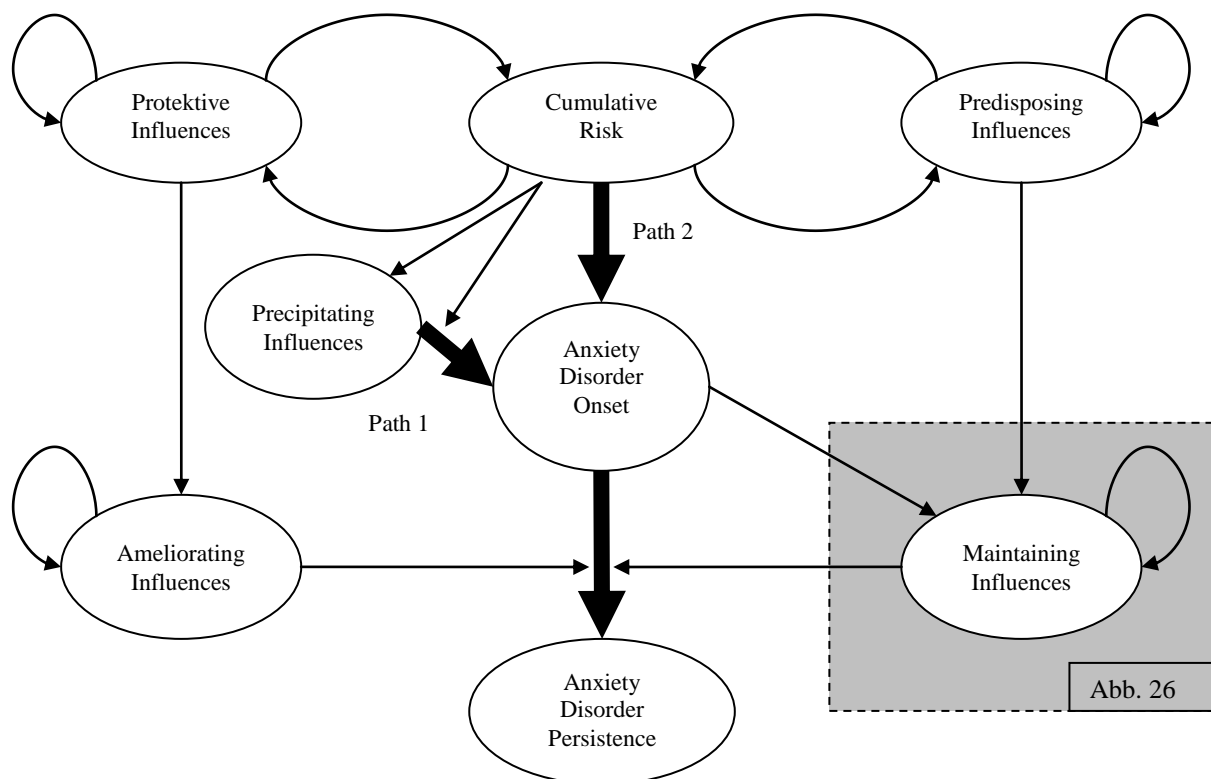


Abbildung 25: Major categories of influences, their transactional relations, and their role in the development, maintenance, and amelioration of anxiety disorders across time (nach Vasey & Dadds, 2001a, S. 13, Beschriftung der Pfeile und Verweis auf Abb. 26 durch Verf.)

Das Modell von Vasey und Dadds (2001a, vgl. Abb. 25) erklärt sowohl die vorausgehenden und aufrechterhaltenden Faktoren auf eine Entwicklung von Angststörungen als auch deren jeweilige Interaktions- und Wechselwirkungsprozesse. Weiter beinhaltet das Modell die pro-

tektiven und kompensatorischen Einflüsse, welche sowohl im Vorfeld als auch nach Ausbruch der Störung wirken können (vgl. Abb. 25). Der Zeitverlauf wird indirekt durch die Wechselwirkungsprozesse dargestellt, welche keine zeitliche Finalität aufweisen. Es sind zwei Hauptpfade erkennbar, wobei der erste Entwicklungspfad (*path 1*) über die auslösenden (*precipitating*) Einflüsse die Angststörung verursacht (Ausbruch). Es sind demnach klare Auslöser zu finden, was im zweiten Pfad (*path 2*) nicht der Fall ist. Hier wird angenommen, dass die Angststörungen sich graduell über Wechselwirkungen prädisponierender, kumulierender Faktoren entwickeln und intensivieren, ohne dass klare Auslöser ersichtlich sind. Die aufrechterhaltenden Faktoren können in einem zweiten Modell (vgl. Abb. 26 und Erläuterungen weiter unten) noch spezifiziert werden.

Die Abbildung 25 kann wichtige Aspekte nicht repräsentieren. Es ist nicht möglich, alle potentiellen Variationen der Risiko- und protektiven Faktoren und die nachfolgenden Entwicklungspfade in Abhängigkeit des Entwicklungsstandes eines Kindes darzustellen. Genauso schwierig bis unmöglich ist es, das Potential der Variation der Symptome und Merkmale, welche mit Angststörungen assoziiert sind, in verschiedenen Entwicklungsstufen darzustellen (Vasey & Dadds, 2001a).

Die Darstellung um das kumulierte Risiko (*cumulative risk*) soll zeigen, dass zwischen den Prädispositionen und den protektiven Einflüssen eine Balance herrscht, welche dynamisch und in Wechselbeziehung ist (dargestellt durch die Pfeile in beide Richtungen). Die Wahrscheinlichkeit des Auftretens oder der Impact des Faktors hängt vom jeweilig entgegengesetzten Faktor ab. Ebenfalls als dynamisch und in Wechselwirkung (*dynamic, transactional relations*) stehend aufzufassen sind die protektiven Faktoren mit sich selbst (*self-recursive arrows*), gleiches gilt für die prädisponierenden Faktoren. Beide ändern sich auch über die Zeit und sind nicht als statisch aufzufassen.

Keiner der in Tabelle 5 aufgelisteten prädisponierenden Faktoren ist notwendig für eine Entwicklung einer Angststörung, jedoch beginnen viele Entwicklungen von ängstlichen Kindern mit einem dieser Faktoren. Die self-recursive arrows in Abbildung 25 verdeutlichen auch, dass sich einzelne Faktoren verstärken respektive die Wahrscheinlichkeit für einen zweiten Faktor dieser Art erhöhen. Entwicklungspfade, in welchen mehrere Faktoren vorkommen, sind häufiger als einzelne, weniger komplexe Pfade. Zum Beispiel werden verhaltensgehemmte Kinder oder Kinder mit einer hohen negativen Affektivität (vgl. Kap. 2.1) sich sowohl selbst weniger bestimmten Situationen aussetzen und Personen, welche sie dazu ermutigen, durch ihre ängstlichen oder auch aggressiven Reaktionen bestrafen (Lonigan & Phillips, 2001; Vasey & Dadds, 2001a). Das heisst, solche Kinder haben auch eher angepasste Eltern, welche das Kind vor vermeintlichen Gefahren schützen. In Tabelle 5 werden wichtige Faktorengruppen aufgelistet, welche für Angststörungen prädisponierend (vgl. Abb. 25) sind oder protektive Wirkung haben. Der potentielle Einfluss der Faktoren wird kurz umschrieben und auf die Autorengruppen und Kapitel verwiesen, in welchen Informationen zu dem Thema gefunden werden.

Ein Kind mit einem verhaltensgehemmten Temperament, das in verschiedenen Situationen Meideverhalten zeigt und in Folge von seinen Eltern überbehütet wird, wäre ein Beispiel für einen aufschaukelnden Wechselwirkungsprozess (Bsp. für elterliche Reaktionen, Tab. 5). Andauernde prädisponierende Faktoren können zu einem späteren Zeitpunkt in der Entwicklung auch zu aufrechterhaltenden (*maintaining*, vgl. Abb. 26) Faktoren werden (z.B. Überbehütung der Eltern). Andauernde protektive Faktoren können auch zu verbessernden (*ameliorating*, vgl. Abb. 25) Faktoren werden (Vasey & Dadds, 2001a, 2001b). Dies zeigt, dass der Entwicklungsaspekt unbedingt einbezogen werden muss.

Tabelle 5: Bedeutendste Faktoren, welche prädisponierend oder protektiv für Angststörungen sind (in Anlehnung an Vasey & Dadds, 2001a)

Faktor	Potentieller Einfluss
Genetische Faktoren	Kindbasierte Zwillingsforschung zeigt ein moderates genetisches Risiko für Angstsymptome, welches auch bei Depressionen häufig ist (vgl. Eley, 2001, vgl. Kap. 3.3.1)
Neurobiologische Faktoren	Erhöhtes Vorkommen von Stresshormonen während einer Konfrontation mit angstausslösendem Stimuli, verstärkt die Erregbarkeit in einem Angstkreislauf und trägt zur erhöhten Anfälligkeit für eine pathologische Angst bei (vgl. Gunnar, 2001, vgl. Kap. 3.3.1)
Temperament	Risiko für Angststörungen (und Depressionen) sind assoziiert mit höheren Levels auf der Dimension des Temperaments des negativen Affekts und Extremformen der Behavior Inhibition (vgl. Lonigan & Phillips, 2001); Für ungehemmte Kinder ist es eher ein protektiver Faktor (vgl. Kap. 2.1 & 3.3)
Emotionsregulation-Skills	Defizitäre und fehlangepasste Emotionsregulation erhöht wahrscheinlich das Risiko für eine Angststörung und adäquate Skills schützen wahrscheinlich vor einem Ausbruch einer Angststörung (vgl. R. A. Thompson, 2001, vgl. Kap. 3.3 & 6.1.1)
Kognitive Verzerrung und Fehler	Die kognitiven Verzerrungen und Fehler finden sich im Vorfeld einer Angststörung und wirken an einer Angstentwicklung mit (vgl. Vasey & MacLeod, 2001, vgl. Kap. 2.1, 3.3.1 & 6.1.1)
Frühe Kontrollerfahrung	Bewältigungserfahrungen, welche Möglichkeiten der Kontrolle über signifikante Umweltdaspekte spiegeln, reduzieren das Risiko für Angststörungen; Limitierte Erfahrungen erhöhen das Risiko für Angststörungen (vgl. Chorpita, 2001, vgl. Kap. 2.1, 3.2.2, 3.3 & 6.2.1)
Elterliche Reaktionen	Modelllernen, Überbehütung, unbeabsichtigte Verstärkung und Ermutigung von ängstlichem Verhalten und Vermeidung sind ängstlichkeitsfördernde Prozesse (vgl. Dadds & Roth, 2001, vgl. Kap. 3.1.1, 3.2.1, 6.1.1 & 6.2.1) Sicherstellung von adäquaten Strukturen und Erwartungen durch die Eltern kann als protektiver Mechanismus aufgefasst werden (vgl. R. A. Thompson, 2001, vgl. Kap. 3.3.2)
Umfang der Erfahrung mit geläufigen konditionierten Stimuli für phobische Angst	Positive Erfahrungen (Sicherheit und Kontrollierbarkeit) mit einem Stimulus können gegen eine spätere (traumatische) Konditionierung immunisieren. Solche Effekte mögen aus latenter Hemmung (vgl. Dadds et al., 2001) oder erhöhter Kontrolle oder erhöhter Selbstwirksamkeit hervorgehen (vgl. Chorpita, 2001, vgl. Kap. 5.4.2.4.2)
Expositions-niveau angstausslösender Stimuli	Stabilisierung und Verstärkung der Ängste von Kindern im Entwicklungsverlauf durch eingeschränkte Exposition mit dem gefürchteten Stimulus. Dies kann durch elterlichen Einfluss geschehen (vgl. Dadds & Roth, 2001) oder durch Präferenz des Kindes selbst (vgl. Kap. 5.4)

Es gibt eine grosse Auswahl an Ereignissen, welche den Ausbruch respektive den Beginn einer Angststörung herbeiführen können. Solche Auslöser sind jedoch nicht notwendig, aber hinreichend, wie man aus der Abbildung 25 entnehmen kann. Deshalb werden zwei Hauptpfade beschrieben. Pfad 1 beschreibt den Einfluss direkter, klarer, auslösender Ereignisse (*precipitating influences*) und der zweite Pfad beschreibt das graduelle Reifen der Angst zur Angststörung über Wechselwirkungsbeziehungen zwischen prädisponierenden Faktoren ohne klare, auslösende Faktoren (Pfeil vom kumulativen Risiko zum Ausbruch der Angststörung).

Pfad 1 (*path 1*, vgl. Abb. 25) beinhaltet den Einfluss direkter und indirekter Umweltereignisse. Der Pfad kann weiter in drei Subpfade unterteilt werden. (1) Episoden von direkten (Klassische Konditionierung) und indirekten (z.B. über Modelllernen oder Informationsverarbeitung: Umbewertung) Konditionierungsreaktionen (vgl. Dadds et al., 2001, vgl. Kap. 3.2.2), (2) operante Konditionierungserfahrungen (vgl. Ollendick, Vasey, & King, 2001) und (3) nichtkontingente Exposition mit dem Stressereignis (Koppelung mit früher Angst oder plötzlichem Verlust von protektiven Faktoren, Vasey & Dadds, 2001a). Der Pfeil vom kumulativen Risiko zu den auslösenden Faktoren beinhaltet die Idee, dass ein Kind, welches dem kumulierten Risiko ausgesetzt ist, mit grösserer Wahrscheinlichkeit auch auslösenden Ereignis-

sen begegnet. Dies trifft vor allem auf dem operanten Konditionierungs-Subpfad zu: Kinder, welche keine normale Entwicklung erleben, weisen eher Kompetenzdefizite auf. Dies führt erneut dazu, dass sie eher Bestrafung erleben und ein Teufelskreis entsteht (Vasey & Dadds, 2001a, vgl. Kap. 3.1.1). Der Pfeil vom kumulativen Risiko zum Pfeil zwischen den auslösenden Ereignissen und dem Ausbruch der Angststörung repräsentiert einen moderierenden Effekt der kumulativen Risikofaktoren. Traumatische Erfahrungen führen nur bei Kindern, welche einem erhöhten Risiko ausgesetzt sind (at-risk children), zu einer Angststörung.

Der zweite Pfad (*path 2*, vgl. Abb. 25), welcher direkt vom kumulativen Risiko zum Ausbruch der Angststörung führt, zeigt, dass durch wiederholte Wechselwirkungen (Erhöhung des Risikos) Angstsymptome generiert werden, welche sich zu einer Angststörung ausformen können.

Der Pfeil, welcher vom Störungsausbruch zu den aufrechterhaltenden Einflüssen geht, soll den Effekt aufzeigen, welchen die Kinder mit Angststörungen auf ihre Umwelt haben. Ängstliche Kinder vermeiden angstausslösende Situationen und provozieren entsprechendes Verhalten ihrer Umwelt (z.B. Überbehütung durch Eltern oder Lehrer, die ein ängstliches Kind nicht herausfordern). Kinder, welche vor solchen Situationen geschützt werden, versagen mit höherer Wahrscheinlichkeit auch in anderen Situationen, da sie die notwendigen Skills nicht aufbauen konnten (kumulativer Effekt; vgl. Kap. 3.1.2).

Die aufrechterhaltenden Einflüsse (*maintaining influences*) und die verbessernden Faktoren (*amelioration influences*) aus der Abbildung 25 können noch weiter aufgeschlüsselt werden. Abbildung 26 zeigt, wie potentielle Einflüsse miteinander über die Zeit in Wechselwirkung stehen und sich zu einem aufrechterhaltenden Einfluss kumulieren.

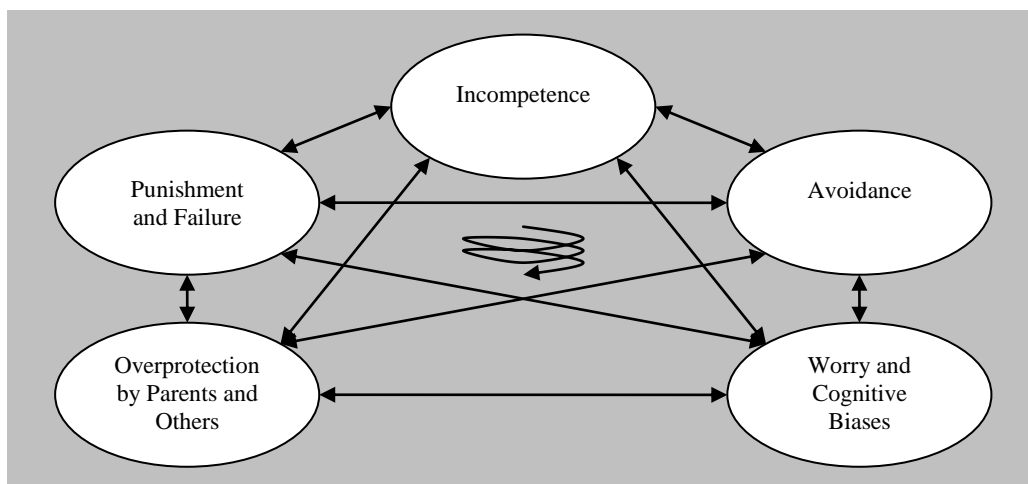


Abbildung 26: Possible contributors to the maintenance of anxiety disorders and potential transactional relations among them across time (nach Vasey & Dadds, 2001a, S. 19, Teil der Abb. 25)

Es sind sowohl Faktoren innerhalb des Kindes als auch Umweltfaktoren beteiligt. Es wird weiter angenommen, dass es anhaltende prädisponierende oder protektive Faktoren sein können oder auch Faktoren, welche sich später im Verlauf entwickelt haben oder von aussen dazugekommen sind. Die Abbildung 26 ist als negative Spirale (*persistence*) dargestellt, wobei auch ein komplementärer Aufschaukelungsprozess mit positiv bewerteten Äquivalenzen eingesetzt werden könnte (*ameliorating influences*, vgl. Abb. 25). Für Vermeidung (*avoidance*)

kann Annäherung eingesetzt werden, Inkompetenz wird zu Kompetenz, verzerrte Kognitionen und Überzeugungen (*worry and cognitive biases*) werden zu adaptativen Kognitionen (z.B. Wirksamkeitserwartung), Bestrafung und Versagen (*punishment and failure*) werden zu Belohnung und Erfolg und Überbehütung (*overprotection by parents and others*) wird zu elterlicher Unterstützung für Annäherung und Bewältigungsverhalten. Die Idee ist, dass diese positiv behaftete Wechselwirkungen zu Kompetenz beim Kind führen. Dieser Prozess wiederum kann zu einer Remission der Angststörung führen. Angenommen, ein Kind befindet sich in der negativen Abwärtsspirale, kann durch eine Veränderung eines dieser Elemente ein Bremsvorgang oder eine Umkehr bewirkt werden (vgl. Kap. 5.3 & 5.4.1.1). Es muss in diesem Zusammenhang beachtet werden, dass auch andere Einflüsse eine intensivierende oder schwächende Wirkung auf den Teufelskreis haben können (z.B. ein Kind, das schlecht habituiert oder Faktoren, welche nur in einer kritischen Periode wirken).

Cummings und Kollegen (2000) betonen ebenfalls die Notwendigkeit komplexer Modelle und Heuristiken, die Verbindung von Moderator- und Mediatormodellen. Sie verbinden die Entwicklungspsychopathologie mit familiären Faktoren (vgl. Abb. 10, 11, 12), wobei sie diese Modelle allgemein halten und von angepassten und fehlangepassten Verläufen ausgehen (vgl. Kap. 3.1.1).

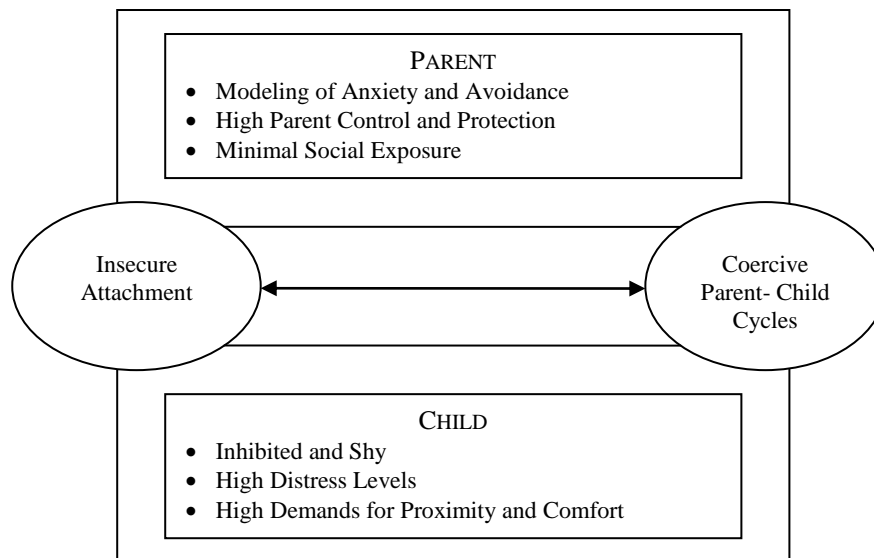


Abbildung 27: The anxious-coercive cycle: A representation of parent-child processes hypothesised to form an escalating path to anxiety problems (nach Dadds & Roth, 2001, S. 298)

Die ziemlich gesicherten Zusammenhänge zwischen Elternvariablen und der Entwicklung von Angststörungen bei Kindern (vgl. Kap. 3.3.1 für empirische Befunde) können in einem Modell zusammengebracht werden, welches auch die Wechselwirkung und den aufschaukelnden Prozess verbildlicht (Abb. 27). Die Komponente des elterlichen Einflusses auf das Kind (vgl. linke Seite der Abb. 26) im Zusammenhang mit der Entwicklung einer Angststörung kann folglich noch differenzierter betrachtet werden. Neben der in Abbildung 26 bereits genannten hohen Kontrolle und Überbehütung wird in der Abbildung 27 ebenfalls das Modelllernen als mögliche Bedingung genannt (vgl. Kap. 3.2.2). Weiter wird dargestellt, dass Eltern ängstlicher Kinder meist eher behütend sind und das Kind nicht exponieren. Auf der Seite des Kindes finden sich neben dem Temperamentsmerkmal Gehemmtheit auch die Schüchternheit und der hohe Stresslevel (schnell gestresst und schwer zu beruhigen, vgl. Kap.

2.1). Ebenfalls fordern ängstliche Kinder mehr Nähe und haben mehr Trostbedarf (Dadds & Roth, 2001). Diese Faktoren wirken auf den Kreislauf und die wechselseitige Verhaltensdetermination zwischen den Eltern und dem Kind (*coercive parent-child cycles*) ein (vgl. Patterson, 1982; Perez, 2005b, vgl. Abb. 7 in Kap. 3.1.1). Ein unsicher gebundenes Kind, welches in einer Umgebung mit den geschilderten Faktoren aufwächst, wird in einen aufschaukelnden Prozess geraten, der wahrscheinlich in eine Angststörung übergeht.

Dieser in Abbildung 27 dargestellte, sich aufschaukelnde Kreislauf beschreibt das sich gegenseitig verstärkende Verhalten von Eltern und Kind. Ein Kind, welches unter dem Einfluss von Stress ständig Rückversicherung und Nähe der Eltern fordert, wird dies von behütenden Eltern auch bekommen. Dies erhöht die Wahrscheinlichkeit, dass das Kind das fordernde Verhalten erneut zeigen wird. Die meisten Eltern versuchen dieses Verhalten nach einer bestimmten Zeit zu unterbinden, was zu Eskalationen führt, in welchen die Eltern oft nachgeben, was wiederum einer Verstärkung des Verhaltens auf beiden Seiten gleichkommt. Das Kind wird beruhigt (positive Verstärkung) und das negative Erleben (Stress und Angst) fällt weg (negative Verstärkung). Auf der anderen Seite werden die Eltern auch belohnt, weil das Kind sein forderndes Verhalten einstellt (negative Verstärkung). Diese sich gegenseitig verstärkenden Prozesse wurden schon von Patterson (1982) beschrieben und sind Teil der Lerntheorien (vgl. Kap. 3.2.2) und der kognitiven Verhaltenstherapie (vgl. Kap. 5.4.1.1). Die Studien, welche die entsprechenden Faktoren und Prozesse untersucht haben, werden neben anderen familiären und Umweltfaktoren in Kapitel 3.3.1 und 3.3.2 dargestellt.

3.2.2 Kognitiv-verhaltenstherapeutische Grundlagen und Modelle der Ätiologie

Obwohl die Rahmenmodelle der Entwicklungspsychopathologie (Kap. 3.2.1) eine gute Grundlage für das Verständnis sowohl der Ätiologie einer Störung als auch für deren Outcome und Interventionsmöglichkeiten sind, braucht es parallel dazu auch problem- respektive störungsspezifische Modelle. Diese Modelle und Ansätze bieten die Grundlage für das Verständnis einer Störung (vgl. Mash & Dozois, 1996). Diese problem- respektive störungsspezifischen Modelle können theoretisch-empirisch untersucht werden und geben das grundlegende Wissen für die komplexeren Modelle, welche wiederum versuchen, diverse störungsspezifischen Modelle zu vereinbaren (vgl. Kap. 3.1.1, 3.2.1 & 3.2.3) und welche deshalb zu komplex sind, als Ganzes in empirischen Studien Untersuchungsgegenstand zu sein. Die störungsspezifischen Modelle sind jedoch andererseits zu spezifisch, um für eine gesamte Störungskategorie (z.B. Klassische Konditionierung, Ätiologiemodell für die Trennungsangst, Geschlechts- oder Altersspezifität) zu gelten (vgl. Kazdin & Kagan, 1994).

Die *klassischen Lerntheorien* und die *kognitiven Modelle* bilden nicht nur die Grundlage vieler Ätiologiemodelle spezifischer Störungen, sondern auch jene für Interventionsbausteine (vgl. Kap. 5.3 & 5.4.1.1). In Kapitel 3.2.3 soll ein integratives heuristisches Modell aufgestellt und erläutert werden, welches die unter Kapitel 3.2 vorgestellten ätiologischen Konzepte bezüglich der Akquisition und Performanz von Angststörungen vereint.

Die *klassische Konditionierung* findet ihren Anfang beim russischen Physiologen Iwan Petrowitsch Pawlow. Er konnte am Beispiel eines Hundes zeigen, dass ein ursprünglich neutraler (nach Lernvorgang: konditionierter; bedingter) Reiz durch Koppelung mit einem unkonditionierten Reiz eine konditionierte Reaktion (Reflex) auslösen kann. Das heisst, durch die Kontiguität (räumliche und zeitliche Nähe) kann eine neue Reiz-Reaktions-Verbindung gelernt werden (Bodenmann et al., 2004; Reinecker, 1999a). Im Bereich der Angststörungen ist

die klassische Konditionierung eine relevante Möglichkeit, eine unbegründete Angstreaktion zu lernen. Das heisst, durch Koppelung eines neutralen mit einem unkonditionierten Stimulus (dessen Bedeutung ist angeborenen) wird oftmals durch einmalige Darbietung eine Phobie erworben. Unkonditionierte Stimuli sind alle möglichen Schmerzreize (z.B. auditiv, visuell), auch physiologische Reize (z.B. Herzrasen, Atemnot), Schreckreize, aber auch positive Reize (z.B. Lächeln, Süssigkeiten). Letztere sind dann für eine Gegenkonditionierung (vgl. weiter unten, Kap. 5.4.1.1) relevant. Ob eine klassische Konditionierung funktioniert, hängt von mehreren Faktoren ab, welche in der Grundlagenliteratur (z. B. Bodenmann et al., 2004; Ehlers, 2000; Merod, 1999; Perrez, 2005a; Perrez & Zbinden, 1996; Reinecker, 1999c) aufgezeigt werden. Neben der Qualität des Stimulus (prepotency), muss auch die Person Bereitschaft (preparedness) für die Konditionierungsprozesse besitzen. Neben der Motivation muss der Mensch weiter eine Konditionierbarkeit (introvertierte mit hohem Neurotizismus, vgl. Kap. 2.1) aufweisen. Durch eine Generalisierung kann nun eine Ausweitung der Angst auf mehrere Reize innerhalb einer Kategorie stattfinden (bei Phobien z.B. Generalisierung von Katzenphobie auf alle Tiere mit Fell). Bodenmann und Kollegen (2004) beschreiben, wie man einer klassisch konditionierten Reaktion entgegenwirken kann. Zum einen durch Löschung (Extinktion), wenn keine erneute Koppelung von konditioniertem und unkonditioniertem Stimulus mehr stattfindet; oder wenn die Kontingenz nicht mehr gegeben ist. Die Spontanremission, also eine Besserung ohne Intervention, ist als Phänomen akzeptiert, jedoch ist unklar, wie hoch die Rate ausfallen würde, da ethische Überlegungen verbieten, die Interventionen nicht durchzuführen. Die bereits erwähnte Gegenkonditionierung koppelt eine alternative (positive) inkompatible Reaktion mit grösserer Potenz an den Stimulus, was zu einer Auflösung der *alten* Koppelung führt. Dies wird meist durch Entspannungsverfahren versucht (vgl. Systematische Desensibilisierung, Kap. 5.4.1.1). Wenn die Bereitschaft zu einer Reaktion nachlässt, wird von Habituation gesprochen, welche erreicht werden kann durch wiederholte Darbietung des Reizes.

Die *Drei-Stadien-Theorie* von Eysenck und Rachman (1971) erklärt die Akquisition einer Phobie wie folgt: Eine unkonditionierte Reaktion wird durch ein traumatisches Erlebnis ausgelöst, was zu einer vorübergehenden Verhaltensdesorganisation führt. Bei einer konditionierten Person persistiert dieser Zustand und führt im zweiten Stadium zur klassischen Konditionierung. Hier ist Löschung im Sinne einer Spontanremission möglich, unter der Voraussetzung, dass keine Verstärkung erfolgt. Durch Verstärkung, erneute oder stellvertretende Konditionierung oder Vermeidung (vgl. 2-Faktoren-Theorie weiter unten), wird die Störung aufrechterhalten. Die Autoren nehmen an, dass nur Menschen mit einer Vulnerabilität durch diesen Prozess eine Störung entwickeln.

Skinner (1997) ist einer der bekanntesten Vertreter der *operanten Konditionierung*. Die operante Konditionierung, auch instrumentelles Lernen genannt, funktioniert über das Belohnungs- und Bestrafungssystem. Die Wahrscheinlichkeit, dass ein Verhalten erneut gezeigt wird, erhöht sich, wenn es belohnt wird. Im Gegensatz zum Reiz-Reaktionslernen der klassischen Konditionierung, wird in der operanten Konditionierung die Verbindung zwischen Reaktion respektive des Verhaltens und der Konsequenz betrachtet. Falls ein vorhergehender Reiz einen Hinweis auf den Wert der Konsequenz (Erwartung einer Belohnung oder Bestrafung) gibt, kann dieser diskriminative Reiz auch verhaltenssteuernd sein. Auch hier ist eine raumzeitliche Nähe (Kontingenz) von Bedeutung (Reinecker, 1999a). Die unmittelbaren Konsequenzen (kurzfristig z.B. positive Verstärkung, vgl. unten) sind wirksamer als langfristige Verstärkung, welche später einsetzt (Neurotisches Paradoxon, vgl. Kap. 2.1). Positive Verstärker können angeboren (primäre: z.B. Lächeln, Süssigkeiten) oder gelernt (sekundär: v. a. materielle Verstärker) sein, wobei neben den sozialen und materiellen Verstärkern je nach

Kontext auch intrinsische Verstärker wirksam sein können: beispielsweise spirituelle, Handlungs- und informative Verstärker. Negative, aversive Verstärker können ebenfalls primär (z.B. Schläge, Schreckreiz) und sekundär (z.B. negative Kritik, schlechtes Zeugnis) sein (Bodenmann et al., 2004). Die Darbietung von positiven Verstärkern wird positive Verstärkung genannt, was zur Erhöhung der Wiederauftretenswahrscheinlichkeit des gezeigten Verhaltens führt (vgl. Tab. 6). Die Darbietung eines negativen Stimulus wird direkte Bestrafung genannt, welche die genannte Wahrscheinlichkeit senkt. Wenn nun ein erwarteter positiver Verstärker entfernt wird, entspricht dies einer indirekten Bestrafung, was ebenfalls eine Senkung der Auftretenswahrscheinlichkeit zur Folge hat. Wenn jedoch ein angedrohter negativer Verstärker entfernt wird, ist dies eine negative Verstärkung, was ebenfalls zu einer Erhöhung der Auftretenswahrscheinlichkeit der gezeigten Reaktion führt. Wenn jemand in einer aversiven Situation durch Flucht den unangenehmen Zustand beendet, verstärkt er sein Fluchtverhalten. Das Gleiche geschieht durch Vermeidung von angstbesetzten oder unangenehmen Situationen; die erwartete unangenehme Konfrontation wird vermieden und somit das Meideverhalten verstärkt.

Tabelle 6: Verstärkungsmatrix (in Anlehnung an Holland & Skinner, 1974)

	<i>Darbietung des Stimulus</i>	<i>Entfernung des Stimulus</i>
<i>Positiver Stimulus</i>	Positive Verstärkung Folge: Reaktion ↑	Indirekte Bestrafung Folge: Reaktion ↓
<i>Aversiver Stimulus</i>	Direkte Bestrafung Folge: Reaktion ↓	Negative Verstärkung Folge: Reaktion ↑

Ebenfalls von Belang ist der Absender, das heisst, ob man von aussen belohnt (Fremdverstärkung) wird oder sich bewusst selbst belohnt (Selbstverstärkung). Wird nun ein gelerntes Verhalten nicht mehr verstärkt, tritt mit der Zeit Löschung (Extinktion) auf (Ehlers, 2000). Auch hier finden sich ähnliche Bedingungen wie bei der klassischen Konditionierung, denn nicht jeder Kontext ist gleich und auch die kognitiven Voraussetzungen und Lernerfahrungen können Unterschiede in der Wirksamkeit der Verstärker ausmachen (Bodenmann et al., 2004). Die verschiedenen Therapiemethoden, welche aus diesen Ansätzen resultieren (z.B. Konfrontationsverfahren, Verstärkerpläne), werden in Kapitel 5.4.1.1 dargestellt.



Abbildung 28: Black Box im Stimulus-Reaktions-Lernen

Die wichtigsten *integrativen Ansätze* finden sich bei Mowrer (1961) und Tolman (1967), welche hier kurz umrissen werden sollen. Es sind die ersten Theorien, welche davon ausgehen, dass zwischen Reiz (Stimulus) und Reaktion dazwischengeschaltete Prozesse ablaufen, welche meist unter dem Begriff *Black Box* bekannt sind (vgl. Abb. 28). Diese Black Box wird je nach Theorie mit emotionalen Reaktionen oder Kognitionen „gefüllt“, welche im Folgenden vorgestellt werden.

Die Idee von Mowrer (1961), die zwischengeschalteten Prozesse zwischen dem Reiz und der Reaktion zu definieren (Abb. 28), führte zur bekannten *Zwei-Faktoren-Theorie*. Er beschrieb die innere verdeckte Reaktion auf einen Stimulus als Klein-R (emotionale Reaktion), welche gekoppelt wird mit Klein-S, der motivationalen Komponente einer Reaktion. Diese führen zur eigentlichen Reaktion, welche in der klassischen Konditionierung beschrieben wird (unwillkürliche Reaktionen). Die Aufrechterhaltung wird nun in seiner Zwei-Faktoren-Theorie durch operante Konditionierung erklärt. Die Vermeidung (Reaktion, willkürliches Verhalten) wird durch den Wegfall einer aversiven Konsequenz negativ verstärkt. Durch die Vermeidung wiederum wird Löschung verhindert, und somit bleibt die emotionale Reaktion Angst bestehen, welche ihrerseits in der nächsten Situation wieder zu Vermeidung führt. Er beschrieb vier konditionierbare Emotionen, welche durch einen konditionierten Stimulus aktiviert werden und auf eine Konsequenz hinweisen (Konditionierung zweiter Ordnung). Hinweis auf Bestrafung führt zur emotionalen Folge Furcht. Wenn die Beendigung einer Bestrafung angezeigt ist, erlebt das Individuum Erleichterung. Beim Hinweis auf Belohnung ist die emotionale Folge dazu Hoffnung, beim Hinweis auf Aussetzung derselben wird Enttäuschung erlebt. Die Theorie hat viele konstruktive Beiträge initiiert, ist aber in einigen Teilen revisionsbedürftig (Bodenmann et al., 2004). Für die Angstforschung ist sie besonders spannend, weil Mowrer (1961) erstmals eine Verbindung zwischen Entstehung und Aufrechterhaltung einer Angststörung geschaffen hat. Dies erklärt jedoch nur einen kleinen Ausschnitt der Angststörungen, weil weder bei allen Angstpatienten eine klassisch konditionierte Angst nachgewiesen werden kann, noch die verdeckten Reaktionen, das heisst, die Black Box, alles erfassen kann (vgl. Perrez, 2005a; Reinecker, 1999a). Die Behandlung von Patienten mit einer Zwangsstörung durch Exposition mit Reaktionsverhinderung wurde ebenfalls durch seine Ausführungen der Aufrechterhaltungskomponente (Vermeidung der Angst durch Verhaltensrituale, Zwänge) initiiert (Bodenmann et al., 2004).

Tolman (1967) brachte einen kognitiven Aspekt in die Verhaltensgleichung mit ein und erklärte, dass jegliches Verhalten zielgerichtet sei. Seine Black Box (Abb. 28) ist gefüllt mit der Kognition *Erwartung*, womit das gezeigte Verhalten absichtsvoll wird. Damit widerspricht er den bisherigen Theorien, dass Verhalten nur gezeigt wird, wenn es verstärkt wird (Verstärkung ist also keine notwendige Bedingung). Er zeigt auch auf, dass Lernen stattfinden kann, ohne dass der Mensch das Verhalten gleich umsetzt, da dafür eine Motivation notwendig ist. Diese resultiert aus der Erwartung, dass das Ziel durch die eigene Kompetenz erreicht werden kann. Diese Erwartungshaltung kann auch aufgrund von Beobachtung aufgebaut werden (latentes Lernen, vgl. Modelllernen weiter unten). Seiner Theorie zufolge werden nicht reine Bewegungsabläufe gelernt, sondern die Wege zum Ziel, was er als molaren Behaviorismus (komplexe Verhaltensmuster werden gelernt) respektive als Zeichenlernen beschrieben hat. Die Weiterentwicklung seiner Überlegungen durch Rotter (1966) und Bandura (1976, vgl. weiter unten) haben zu Grundlagen für Interventionsmethoden geführt, welche neben den behavioristischen Überlegungen klar auch kognitive Elemente einbeziehen (vgl. Bodenmann et al., 2004).

Die kognitive Wende brachte eine Weiterentwicklung der beschriebenen behavioristischen Ansätze mit sich (Kriz, 2001). Die wichtigsten Vertreter der *sozialen Lerntheorien* sind Rotter (1966), Seligman (1995b) und Bandura (1976). Das Verhalten wird durch interne, vermittelnde kognitive Prozesse (Black Box in Abb. 28) moderiert, das heisst, es ist relevant, wie Information aufgenommen und verarbeitet wird. Durch die Annahme, dass das Verhalten zum Grossteil durch die Interaktion des Menschen mit der Umwelt bedingt ist, werden diese Theorien als soziales Lernen verstanden.

Rotter (1966) hat nun in seinen Theorien die Kognition Erwartung mit der Persönlichkeitsdimension *Kontrollüberzeugung* verbunden. Seiner Ansicht nach ist Lernen eine Stärkung oder

Schwächung von Erwartungen. Dies geschieht anhand von Lernerfahrungen (operante Konditionierung), wobei die Erwartungen sowohl spezifisch als auch generalisiert sein können. Das Verhaltenspotential variiert für jede Verhaltensweise und wird bestimmt durch drei Aspekte: der Erwartung eines Verstärkers, dem Wert dieses Verstärkers und der Situation. Neu in dieser Gleichung ist, dass er davon ausgeht, dass eine Attraktivität des Verstärkers (subjektive Valenz) vorhanden sein muss und zusätzlich die Erwartung, dass die Verstärkung durch eigenes Handeln erreichbar ist (Selbstwirksamkeitserwartung). Spezifische Erlebnisse wie Erinnerungen an eine bestimmte Situation und generalisierte Erlebnisse wie zum Beispiel eine pauschale Selbstzuschreibung bestimmen die Erwartung. Bei den generalisierten Erwartungen wird auch von Handlungs-Ergebnis-Erwartung gesprochen, welche durch die Lerngeschichte bestimmt wird. Wenn eine neue, uneindeutige Situation aufkommt, zeigen sich die generalisierten Erwartungen als Kontrollüberzeugungen (*locus of control*). Diese können internal (selbstverursachte Verstärkung und auf Verhalten folgende Ereignisse) oder external (Verstärkung, Bestrafung sind unabhängig vom eigenen Handeln, Schicksal, Zufall) sein, wobei die interne Kontrollüberzeugung dazu führt, dass die Person erwartet, die Umwelt kontrollieren zu können. Somit wurde von Rotter (1966) die Black Box (vgl. Abb. 28) mit den Kognitionen Erwartung und Kontrollüberzeugung gefüllt.

Seligman (1995b) betont in diesem Zusammenhang die Kontrolle über die Verstärkung, welche zum einen objektiv gegeben sein kann (Beobachtung) oder subjektiv angenommen wird. Diese beiden Komponenten variieren unabhängig voneinander, da eine Person eine beobachtbare Kontrolle über ein Ereignis haben kann, subjektiv jedoch das Gegenteil empfindet. Die retrospektive Einschätzung wird *Kausalattribution* genannt und die prospektive Einschätzung bleibt beim Begriff Erwartung. Seligman (1995b) konnte mit seinen Experimenten zur erlernten Hilflosigkeit zeigen, dass die Kontrollerfahrung über das Erlangen von Verstärkern ausschlaggebend für die Auftretenswahrscheinlichkeit eines Verhaltens ist, und nicht wie Skinner (1974) annahm, die Verstärkung alleine. Bei Seligman (1995b) ist die Black Box mit den Kognitionen Erwartung und Kausalattribution gefüllt (vgl. Abb. 28). Neben der direkten Kontrolle existiert auch die indirekte Kontrolle. Dabei werden andere Ressourcen ausserhalb des Organismus genutzt. Bei der sekundären Kontrolle geschieht die Auseinandersetzung auf kognitiver Ebene durch Akzeptieren, Verleugnen oder Umbewerten der Situation. Dieses intrapsychische Coping bringt die unkontrollierbare Situation zumindest kognitiv unter Kontrolle (vgl. Bodenmann et al., 2004). Die *Sicherheitssignal-Hypothese* von Seligman (1995b) ist vor allem im Bereich der Angststörungen relevant. Die *Unvorhersehbarkeit* von Situationen führt zu Angstzuständen. Menschen erleben Ängste, wenn keine Sicherheitssignale vorhanden sind. Seligman (1995b) berichtet, dass sowohl beim Menschen als auch beim Tier gezeigt werden kann, dass diese „vorhersagbare schädigende Bedingungen unvorhersehbaren vorgezogen“ (S. 116) haben. Die Unkontrollierbarkeit und die Unvorhersehbarkeit sind relevante Bedingungen der Hilflosigkeit und somit der Angst, wobei diese beiden Variablen schwer voneinander zu trennen sind. Es kann eine Reduktion der Angst durch reale, potentielle oder sogar fälschlicherweise angenommene Kontrolle über Situationen erreicht werden. Diese Wirkmechanismen finden sich auch im Prinzip der Systematischen Desensibilisierung wieder (Seligman, 1995b).

Die *Kontrollüberzeugungen* sind prospektiv ausgerichtet und die *Kausalattributionen* sind vergangenheitsbezogen, subjektiv, und bezeichnen die hypothetischen kausalen Zusammenhänge und die Ursachen. Aus diesen Überlegungen heraus wurden verschiedene Taxonomien mit unterschiedlichen Dimensionen der Kontrolle entwickelt, die im Folgenden kurz beschrieben werden. Die Dimensionen bei Weiner (1973, 1980) sind Lokation (internal versus external), Kontrolle (kontrollierbar versus unkontrollierbar) und Stabilität (stabil versus variabel). Bei Abramson, Seligman und Teasdale (1978) ist die Dimension Kontrolle durch Spezi-

fität (spezifisch versus global) ersetzt. Im klinischen Kontext ist die Dimension Spezifität relevant, um den Umfang der Defizite zu analysieren. Kontrollüberzeugungen und Kausalattributionen können während der psychischen Entwicklung auf unterschiedliche Weise erworben werden (Perrez, 1989): durch objektive Erfahrungen respektive Kontingenzen (bereits im Säuglingsalter), stellvertretende Erfahrungen (vgl. Modelllernen weiter unten), durch symbolisch (z.B. über Film, Märchen) oder fremdinterpretierte Reaktions-Konsequenz-Zusammenhänge (z.B. durch Eltern und Lehrer vermitteltes Wissen über Kontingenzen, Metaebene). Der Rosenthal-Effekt aus der Experimentalpsychologie zeigt, dass Erwartungen, welche von aussen an eine Person herangetragen werden, ebenfalls einen Effekt auf die Leistungen haben (vgl. Kunz, 2006). In der Kindererziehung sind die von aussen interpretierten Zusammenhänge relevant für den Aufbau von Selbstwirksamkeitserwartung eines Kindes (Bodenmann et al., 2004; Perrez, 1989). Das Reattributionstraining, welches auf der Grundlage der oben erwähnten Theorie der erlernten Hilflosigkeit beruht, wird sowohl im Rahmen der Behandlung von Depressionen als auch bei Angststörungen angewendet. Es wird angenommen, dass depressive und ängstliche Personen dysfunktional respektive unangemessen attribuieren und dadurch Verhaltensdefizite und emotionale Störungen aufweisen (Hautzinger, 1997; Seligman, 1995b). Depressive Patienten beispielsweise zeichnen sich durch einen destruktiven Attributionsstil (internal, stabil, global) bei Misserfolg aus (z.B. Hautzinger, 1998). Das Training beinhaltet eine Umwandlung (Reattribution) der Kausalannahmen, indem sie auf Realitätsgehalt geprüft werden und durch funktionale Attributionen ersetzt werden (J. Beck, 1999; Bodenmann et al., 2004; Hautzinger, 1997). Bei den Angststörungen konnte mehrfach gezeigt werden, dass eine tiefe internale Kontrollüberzeugung (im Schema: unkontrollierbar, external, stabil und global) und ein geringer Selbstwert assoziiert sind, was eine Hilflosigkeit und somit Angst verursacht (vgl. Price & Lento, 2001, vgl. Kap. 2.1).

Bandura (1976) erweitert die Black Box (vgl. Abb. 28) durch die Kognitionen *Selbstwirksamkeits- und Handlungsergebniserwartung*. Im Gegensatz zu Rotter (1966) bezieht er sich auf die Differenzierung von situations- und handlungsspezifischen Erwartungen (vgl. Bodenmann et al., 2004). Sein Verhaltensmodell zeigt, dass ein Verhalten durch diverse Bedingungen bestimmt wird. Ein instrumentelles Verhalten wird sowohl durch ein Repertoire an Verhaltensweisen bestimmt, welches wiederum durch Verhaltensabbilder respektive kognitive Repräsentationen (unter anderem durch Modelllernen erworben) und durch die motorischen Fertigkeiten einer Person mitbestimmt wird (vgl. weiter unten). Auf der anderen Seite ist die Motivation ausschlaggebend. Diese wird bestimmt durch die Erfolgserwartung, Kompetenzerwartung und durch die Überlegung, ob das Ergebnis zufriedenstellend sein wird (antizipierte Selbstbegründigung). Selbstwirksamkeit (self-efficacy) als Meta-Prinzip bezeichnet mehrere Lernprozesse, welche in der Erwartung münden, dass die eigenen Fähigkeiten zur Bewältigung einer Situation ausreichen oder nicht (Reichert, 2005). Die Handlungsergebniserwartung wiederum bezeichnet die Erwartung, dass eine Person durch ihre Handlungen zu einem bestimmten Ergebnis gelangt. Das heisst, die Selbstwirksamkeit bezeichnet das Wissen über die Kompetenzen einer Person und die Handlungsergebniserwartung schätzt ein, ob das entsprechende Verhalten zum Erfolg führt (Reinecker, 1999a).

Eltern, welche selbst ängstlich sind, haben durch ihre Vorbildfunktion viel Einfluss auf das Verhalten ihrer Kinder. Allein durch das Beobachten eines Elternteils kann ein Kind viele Verhaltensweisen, auch Einstellungen und Überzeugungen, lernen und übernehmen (Bandura, 1976). Dies wird dann durch das Verhalten der Eltern meist noch verstärkt (operante Konditionierung). Die Theorie des *Modelllernens* ist sowohl ein Erklärungsmodell für die Aneignung von auffälligem Verhalten als auch eine Grundlage für die Formulierung von Interventionsmethoden (Ehlers, 2000, vgl. Kap. 5.3 & 5.4.1.1). Es gibt neben dem direkten Beobachten auch das stellvertretende Lernen, bei welchem das Kind ein Verhalten durch Beobachtung des

Verhaltens eines anderen Kindes lernt. Wichtig dabei ist vor allem auch die Beobachtung der Konsequenzen, welche das Modellkind erfährt. Es gibt auch die Möglichkeit des stellvertretenden Lernens über Video, (Bilder-)Geschichten oder auch Spielmaterialien wie Puppen. Diese Vorgaben werden symbolische Modelle genannt (Bodenmann et al., 2004; Perez & Zbinden, 1996). Bewältigungsmodelle (*coping model*) sind für Kinder meist besser geeignet als Kompetenzmodelle (*mastery model*), weil dem Kind der Weg vom Umgang mit verschiedenen Lösungsmöglichkeiten geboten wird, und es sieht, dass es auch Fehler machen darf und soll (Perry, 2000). Dem Kind ähnliche Modelle in Alter, Geschlecht und Art sind besser geeignet, weil sie besser akzeptiert werden und sie für das Kind glaubhafter sind. Neben neuem Verhalten, das durch Beobachtungslernen erworben werden kann, ist es auch möglich, bereits vorhandenes Verhalten zu verändern, abzuschwächen, zu löschen oder auch zu verstärken (Bodenmann et al., 2004). Grundsätzlich kann jede Art von Verhalten gelernt werden (vgl. Meichenbaum, 2003), wobei die Komplexität den Erfolg des Lernens einschränken kann. Der Vorgang des Modelllernens nach Bandura (1976) wird in die Phase der Aneignung (Akquisition) und in die Phase der Ausführung (Performanz) eingeteilt. Wenn ein Kind sich ein Verhalten aneignen möchte, muss es zuerst das Verhalten der anderen Person wahrnehmen und Aufmerksamkeitsprozesse leisten (genaues Beobachten). Damit es später in der Phase zwei zu einer Imitation des Verhaltens kommt, muss das Wahrgenommene gemerkt werden (Gedächtnisprozesse), das heisst, es muss kodiert und in die kognitiven Strukturen eingeordnet werden. Um das Verhalten dann wiederzugeben (Performanz) müssen die verschiedenen Verhaltensweisen eingeübt werden, wofür motorische Reproduktionsprozesse notwendig sind. Damit das Verhalten wiederholt wird, muss das Kind motiviert sein. Dafür sind die Verstärkungsprozesse erforderlich, wobei dies in der Erwartungshaltung oder auch in realer direkter Verstärkung passieren kann. Die Intelligenz spielt keine Rolle, da auch geistig retardierte Personen durch Modelllernen neues Verhalten entwickeln können (Perry, 2000). Modelllernen scheint dann von Vorteil, wenn ein Verhalten sehr komplex ist und die Erklärung beziehungsweise die Instruktion zu kompliziert wäre. Beim Meideverhalten einer ängstlichen Person zum Beispiel macht es insofern Sinn über ein Modell in der Therapie „einzusteigen“, als der Lernende sich der Situation nähern kann, ohne sich einer vermeintlichen Bedrohung auszusetzen (Bodenmann et al., 2004).

Informationsverarbeitungsprozesse wurden ab Ende 90er Jahre auch für Kinder und Jugendliche untersucht, nachdem in der Erwachsenenpsychologie erfolgversprechende Ansätze gefunden wurden (vgl. Vasey & MacLeod, 2001). Der Hintergrund ist, dass verschiedene kognitive Verzerrungen und Fehler in einem Paradigma zusammengestellt werden, um deren Beziehungen und Prozesse zu veranschaulichen. Zum Beispiel differenzieren Crick und Doge (1994) in ihrem sozialen Informationsverarbeitungsmodell sechs Stufen: Encoding, interpretation, goal selection, response access or construction, response selection und behavioral enactment. Die Verzerrungen und Fehler entstehen im Verlauf dieses mehrstufigen Informationsverarbeitungsprozesses. Vasey und McLeod (2001) fassen zusammen, dass ängstliche Kinder in mehrdeutigen Situationen vor allem die bedrohlichen Interpretationen vorziehen, eine selektive Präferenz für unangepasste, inadäquate Copingstrategien haben, die Wahrscheinlichkeit überschätzen, dass sie ein gefährliches Ereignis in der Zukunft erleben werden, und sie zeigen zudem ein verstärktes Gedächtnis für bedrohliche Informationen und zeigen eine Aufmerksamkeitsverzerrung hin zu gefährlichen Stimuli. Bögels und Zigterman (2000) ergänzen die Liste der kognitiven Verzerrungen mit der Unterschätzung der eigenen Copingfertigkeiten der ängstlichen Kinder in (vermeintlich) gefährlichen Situationen.

Alfano, Beidel und Turner (2002) diskutieren das Problem der verschiedenen Definitionen der Kognition. Einmal wird unter Kognition (cognition) das Produkt (Merkmal, Inhalt resp. tatsächliche Gedanken) verstanden. Auf der anderen Seite kann es als kognitive Struktur

(Schema) verstanden werden, was die Autoren folglich kognitiven Prozess nennen. Das Problem der Begrifflichkeiten führt zum nächsten Problem, jenes der Diagnostik, welches eine direkte Auswirkung auf die Vergleichbarkeit der berichteten Daten hat. Die Idee, die dysfunktionalen Kognitionen durch Interventionen zu ändern (vgl. Kap. 5.4.1.1) resultiert aus der Annahme, dass Kognitionen am kausalen Mechanismus beteiligt sind. Jedoch ist aufgrund der Forschung unklar, ob den Kognitionen eine spezifische Rolle in der Ätiologie und Aufrechterhaltung von Angststörungen zukommt (Alfano et al., 2002). Die dysfunktionalen Kognitionen wurden als Begleiterscheinung bestätigt, könnten jedoch auch als Folge der Störung betrachtet werden. Barlow und Kollegen (Barlow, 2002; Chorpita & Barlow, 1998) haben die Kognitionen wiederum eher als Moderatoren der Angstentwicklung angesehen (vgl. Kap. 2.1). Sie nehmen an, dass frühe Erfahrungen mit Kontrollverlusten einen kognitiven Stil fördern, welcher geprägt ist durch häufigeres Gefühl von Hilflosigkeit. Die kognitive Vulnerabilität ist somit als Moderator definiert, insofern bestimmte Umwelteinflüsse durch spezifische kognitive Attributionsstile modifiziert werden können. Weiter müssen die kognitive Reife des Kindes in das Konzept einbezogen werden, da sich die Entwicklung stark auf die Angstintensität und die Art der Bewältigung der Ängste und anderer emotionaler Zustände auswirkt (vgl. Weems et al., 2007). Die familiären Einflüsse auf die kognitive Entwicklung, die Informationsverarbeitung und Einstellungen und Erwartungen müssen ebenfalls berücksichtigt werden. Obwohl die meisten Angststörungen- Interventionsprogramme bei Kindern und Jugendlichen kognitive Strategien involvieren (vgl. Kap. 5.3 & 5.4.1.1), sind die zugrundeliegenden Mechanismen nicht eindeutig. Es bleibt die Frage, ob die kognitiven Strategien die Veränderungen in den kognitiven Prozessen ausmachen oder ob die Verhaltensänderung die kognitiven Merkmale und Mechanismen verändert (Alfano et al., 2002). Hirsch und Clark (2004) kommen in ihrem Review zum Schluss, dass die verzerrte Informationsverarbeitung bei der Sozialen Phobie neben dem Vermeidungsverhalten die Störung aufrechterhält. Bögels und Mansell (2004) wiederum zeigen in ihrem Review, dass Aufmerksamkeitsprozesse für die Aufrechterhaltung der Sozialen Phobie verantwortlich sind: die Hypervigilanz und die erhöhte Selbstaufmerksamkeit (vgl. Musa, Lépine, Clark, Mansell, & Ehlers, 2003, vgl. Kap. 3.3.1). Diese Diskussion zeigt, dass unklar bleibt, ob kognitive Verzerrungen Ursache oder Folge (Begleiterscheinung) einer Angststörung sind.

3.2.3 Heuristisches integratives Störungsmodell

Das Ziel im vorliegenden Kapitel ist es, ein Rahmenmodell zu entwerfen, welches sowohl die spezifischen Bedingungen (Akquisition und Performanz) für die Angststörungen bei Kindern und Jugendlichen beinhaltet (Kap. 3.3), die Faktoren und Prozesse auf familiärer Ebene einbezieht (Kap. 3.1.2 & 3.2.1) als auch die Erklärungsansätze aus den klassischen und sozialen Lerntheorien und den kognitiven Modellen integriert (vgl. Kap. 3.2.2).

Die Abbildung 29 zeigt das Rahmenmodell, welches versucht, verschiedene in Kapitel 3 vorgestellte Konzepte und Heuristiken (z.T. empirisch fundiert und z.T. hypothetisch-theoretische Konstrukte) zu integrieren und Hauptanliegen der Verfasserin der vorliegenden Arbeit (Abb. 1) miteinzubeziehen. Die Hauptmodelle von Vasey und Dadds (2001a, Abb. 25 & 26) bilden die Grundlage und werden ergänzt durch das multikausale Erklärungsmodell von U. Petermann und Kollegen (2000, vgl. Abb. 23). Viele Bereiche und Wechselwirkungsprozesse können nur angedeutet werden, weshalb bei Bedarf auf die einzelnen Modelle aus den Kapiteln 3.1.1 und 3.2.1 zurückgegriffen werden muss: die komplexen familiären Zusammenhänge, die Beziehung und Interaktion zwischen Eltern und Kind, Merkmale der Eltern, soziales Umfeld und auch biologisch-genetische Bedingungen können hier nur angedeu-

tet werden. Die klassischen Lerntheorien und die kognitiven Ansätze sind ebenfalls nur angedeutet als die Störung verursachende, aufrechterhaltende und verbessernde Einflüsse (Kap. 3.2.2). Die empirischen Befunde zu den einzelnen Faktoren, Bedingungen und Prozessen werden in Kapitel 3.3 dargestellt. Das Modell (Abb. 29) soll jedoch vor allem die zurzeit bekannten respektive hypothetischen Zusammenhänge in Bezug auf die Entwicklung und Aufrechterhaltung einer Angststörung darstellen. Hypothetisch deswegen, weil sich verschiedene Zusammenhänge, auch wenn sie sich einmal bewährt haben, wieder in Diskussion geraten können und somit nie als abschliessend gesichert (verifiziert) angesehen werden dürfen.

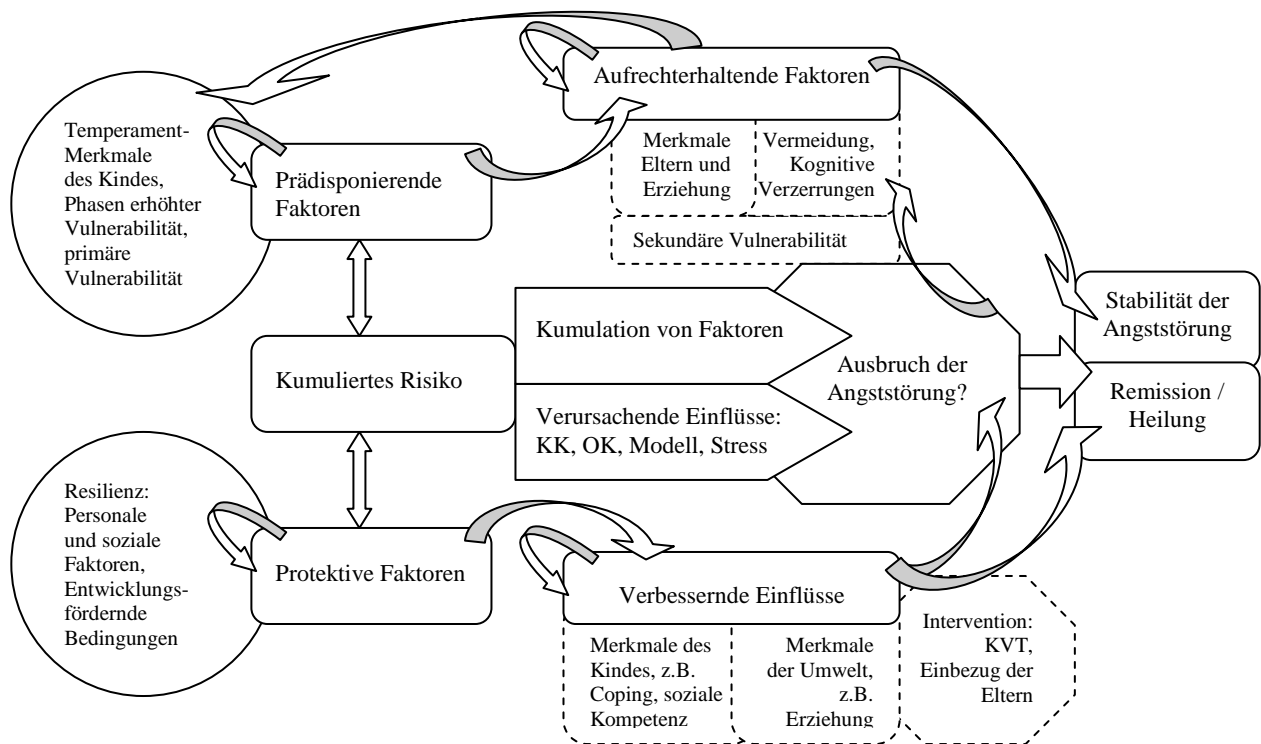


Abbildung 29: Integratives heuristisches Rahmenmodell für Angststörungen bei Kindern und Jugendlichen (KK=Klassische Konditionierung, OK=Operante Konditionierung, KVT=kognitiv-verhaltenstherapeutische Therapie/Treatment)

In den *Studien 1 und 2* der Verfasserin dieser Arbeit werden vor allem verbessernde und aufrechterhaltende Faktoren respektive Bedingungen geprüft. Das heisst, es werden Korrelate (vgl. Kap. 3.1.2, Abb. 14) rund um das Thema Ängstlichkeit beim Kind, Muttermerkmale, Erziehung, Stressverarbeitung, Vermeidung, kognitive Verzerrungen vor dem Ausbruch der Störung, untersucht. Die *Studie 3* setzt als indizierte Prävention im Bereich des kumulierten Risikos im Zusammenhang mit den prädisponierenden Faktoren an. Die Idee ist, bei einem Kind mit ersten Anzeichen einer Angststörung (z.B. Merkmale des Kindes: Schüchtern, Verhaltenshemmung, negative Affektivität) bereits Interventionsschritte einzuleiten. Diese sollen die protektive Seite (in Abb. 29 untere Ebene) und die verbessernden Einflüsse stärken. Das heisst, die *Studie 3* setzt vor Ausbruch der Störung an und versucht, sowohl den Aufschaukelungsprozess der (kumulierten) Faktoren zu bremsen oder zu unterbrechen als auch die auslösenden, verursachenden Einflüsse zu vermeiden oder ihnen entgegenzuwirken (durch das Training mit den Müttern wird bspw. Verstärkung von erwünschtem Verhalten gefördert und Modelllernen genutzt).

3.3 Empirische Befunde zum Themengebiet Angststörungen und Ängstlichkeit bei Kindern und Jugendlichen

Aufgrund der vielfältigen Theorien und Modellen zur Ätiologie der Angststörungen gibt es ebenfalls eine Fülle an empirischen Befunden, welche sich zum Teil entsprechen, widersprechen oder auch ergänzen. Grundsätzlich muss eine Einteilung in prädisponierende Faktoren (Vulnerabilität), auslösende und aufrechterhaltende Bedingungen vorgenommen werden (Margraf & Schneider, 2003, vgl. Kap. 3.1.2). In Kapitel 4.4.5 werden die hier dargestellten Befunde ergänzt um Risiko- und protektive Faktoren respektive Korrelate von Angststörungen, welche im Rahmen von epidemiologischen Studien gefunden wurden.

Im Folgenden sollen die Befunde aus der empirischen Forschung zu den ätiologischen Faktoren der Angststörungen bei Kindern und Jugendlichen dargestellt werden. Die Einteilung des Kapitels 3.3 geschieht anhand der Abbildung 17 von Ball und Peters (2007, Kap. 3.1.2). Die risikoerhöhenden Faktoren (Risikofaktoren, Kap. 3.3.1) subsumieren die Phasen erhöhter Vulnerabilität (separat in Kap. 3.3.3), biologische und psychologische Faktoren (Vulnerabilität) und psychosoziale Faktoren, wobei aus der letzten Gruppe und der Vulnerabilität eine sekundäre Vulnerabilität entstehen kann. Alle Faktoren zusammen führen zu einer (aufgerechneten) Belastung, welche in die sogenannte Bilanz eingeht. Das heisst, die Gesamtbelastung wird mit den Anstrengungen zur Bewältigung (Ressourcen) auf die Waage gelegt, um eine Entwicklungsprognose abgeben zu können. Auf der Seite der risikosenkenden Faktoren (Schutzfaktoren, Kap. 3.3.2) finden sich die personalen und sozialen Faktoren und die entwicklungsförderlichen Bedingungen, wobei letztere in Kapitel 3.3.3 kurz beschrieben werden, da sie sich speziell auf die Entwicklungsaspekte beziehen. Diese drei Gruppen können zu einer Resilienz führen oder Kompetenzen zur Belastungsbewältigung bereitstellen. Das Kapitel 3.3.3 schliesslich zeigt neben den genannten entwicklungsförderlichen Bedingungen spezifische Entwicklungsaspekte auf (risikoerhöhende und –senkende Bedingungen), zum Beispiel die Phasen erhöhter Vulnerabilität, Entwicklungsaufgaben, Temperamentsfaktoren.

3.3.1 Risikoerhöhende Faktoren

Das Department of Mental Health Bloomberg School of Public Health an der Johns Hopkins University und das Department of Society, Human Development and Health & Epidemiology der Harvard School of Public Health haben ein *Review über Risikofaktoren* für psychische Störungen in allen Altersgruppen herausgegeben (Eaton et al., 2004). Nachdem für die Generalisierte Angststörung (GAS) und die Soziale Phobie nur diejenigen Studien selektiert wurden, welche strengen Ein- und Ausschlusskriterien standhielten, wurden insgesamt 8 Studien als Grundlage für das Review ausgewählt. Sowohl die diagnostischen Kriterien mussten erfüllt sein als auch verschiedene methodische Kriterien (z.B. prospektive Studie; jedoch machen Autoren keine genauen Angaben). Die resultierenden Risikofaktoren bei der Generalisierten Angststörung in der deutschen EDSP-Studie (Wittchen, Kessler, Pfister, & Lieb, 2000, vgl. Kap. 4.2.5.10) sind das Geschlecht ($OR=1.9$, Konfidenzintervall: 95%), schlechte Schulleistungen ($OR=2.7$), frühe Trennungserfahrung ($OR=2.4$), elterlicher Alkoholmissbrauch ($OR=2.4$) und elterliche Depression ($OR=2.2$). Die Amerikanische Studie um die Forschergruppe Johnson et al. (2000) hatte das Ziel, zu zeigen, dass Zigarettenkonsum bei Jugendlichen mit einem erhöhten Risiko für Angststörungen zusammenhängen. Dies konnte in dieser prospektiven Längsschnittstudie an einer Bevölkerungsstichprobe gezeigt werden, wobei die Odds Ratio für alle bis auf die Soziale Angst ($OR=0.44$) hoch ausfielen: Generalisierte Angst-

störung ($OR=5.53$), Agoraphobie ($OR=6.79$) und Panikstörung ($OR=15.58$). Interviewt wurden 688 Jugendliche (51% weiblich) aus dem Staat New York zum ersten Mal mit durchschnittlich 16 Jahren in den 80er Jahren und das zweite Mal Anfang der 90er Jahre mit durchschnittlich 22 Jahren.

Für die Soziale Phobie wurden von Eaton et al. (2004) sechs Studien für ein Review zu den Risikofaktoren gefunden (Beitchman et al., 2001; Hayward, Killen, Kraemer, & Taylor, 1998; Lieb, Wittchen et al., 2000; Neufeld, Swartz, Benvenu, Eaton, & Cai, 1999; Pine, Cohen, Gurley, Brook, & Ma, 1998; Wells, Tien, Garrison, & Eaton, 1994). Die Risikofaktoren finden sich in den Bereichen Verhaltenshemmung (Ängstlichkeit, $OR=1.3-1.6$; Soziale Vermeidung, $OR=1.3-1.7$), Familiäres Funktionieren (emotionale Wärme, $OR=0.8$; Überbehütung, $OR=1.6$; Ablehnung, $OR=1.4$), Elterliche Diagnose (Soziale Phobie und Alkoholismus, beide $OR=5$; Depression und Angststörung, beide $OR=3.4$), körperliche Symptomatik (z.B. Nervosität, $OR=2.08$; Kopfschmerzen, $OR=2.06$), frühere Störungen (z.B. Dysthymia, $OR=3.3$, Sprachstörungen, $OR=2.79$; Störung mit Überängstlichkeit, $OR=6.92$), Geschlecht und Alter, Bildung und Zivilstand (z.B. verheiratet, $OR=1$; nie verheiratet, $OR=3.3$), Sozialstatus, Rasse und Einkommen (z.B. Sozialer Status, $OR=1.02$).

Hier wurde nur ein Auszug geboten; weitere Störungsbilder (z.B. Agoraphobie, Depressionen im Kindes- und Jugendalter, Autismus, Suizid) siehe Eaton und Kollegen (2004, <http://apps1.jhsph.edu/weaton/MDRF/main.html>).

Biologische Faktoren

Zu den biologischen Faktoren gehören sowohl neurophysiologische als auch –psychologische, genetische Einflüsse und hormonelle Prozesse. Häufig führen medizinische Studien wie Zwillings- und Adoptionsstudien zu (potentiellen) Risikofaktoren.

Die genetische Risikoforschung beschäftigt sich mit der Identifikation genetischer Marker (vgl. Kap. 3.1.2), um damit diejenigen Gene zu finden, welche einen pathologischen Entwicklungsausgang wahrscheinlicher machen. Im Gegensatz zu den physischen, zum Teil auch neuronalen Erkrankungen kann bei den psychischen Störungen davon ausgegangen werden, dass ein genetischer Marker nicht ausreichend ist, um eine psychische Störung zu verursachen, sondern dass es ein Zusammenwirken von mehreren Genen ist, und den Umweltfaktoren (vgl. weiter unten) eine Schlüsselrolle zukommt (F. Petermann et al., 1998). Dies im Sinne einer spezifischen Interaktion von Genen und Umweltfaktoren und deren Wirkung auf die Verhaltenshemmung (Fox et al., 2005; Lichtenstein & Annas, 2000).

Die familiäre Häufung konnte in mehreren Studien nachgewiesen werden (vgl. Bögels & Ziglerman, 2000; Eley, 2001; Lock, 2003, vgl. Kap. 2.1). U. Petermann (1999) bezieht sich auf Zwillingsstudien, durch welche gezeigt wurden, dass eineiige Zwillinge sich ähnlicher sind als zweieiige – und zwar hinsichtlich sozialer Interaktionen. Die Forschung kann jedoch keinen Beleg dafür liefern, dass dies ein rein hereditärer Faktor ist. Die Forscher vermuten, dass ein interaktionaler Effekt zwischen den Genen und dem Modelllernen besteht. U. Petermann et al. (2000) berichten von einer Erblichkeitsschätzung von 59%. Die Arbeitsgruppe um Kendler (Kendler, Neal, Kessler, Heath, & Eaves, 1992) hat anhand von 2'000 weiblichen Zwillingen die Erblichkeit einer Vulnerabilität für die soziale Angststörung, die Agoraphobie und Tierphobie auf 50% geschätzt. Die Prävalenz dieser Angststörungen lag auf der Grundlage von Interviews bei 11.5% und die Konkordanzrate entsprach 24.4% bei den monozygoten Zwillingen und 15.3% bei den dizygoten Zwillingen. In einer Familienstudie wurden Verwandte ersten Grades von sozial phobischen Personen mit einer Kontrollgruppe verglichen.

Es zeigte sich ein erhöhtes Risiko bei verwandten Personen von Sozialphobikern (16% gegenüber der Kontrollgruppe mit 5%). Gleichzeitig konnten Fyer, Mannuzza, Chapman, Liebowitz und Klein (1993) zeigen, dass es eine spezifische Weitergabe ist, da diese Gruppenunterschiede nur bei der Sozialen Phobie und nicht bei anderen Angststörungen gefunden wurde.

In der Bremer Jugendstudie (vgl. Kap. 4.2.5.4) berichten 34% der Jugendlichen, dass ihre Eltern ebenfalls Symptome von Angst aufweisen. Diese Subgruppe berichtet ausserdem, dass Komorbiditäten mit Depressionen und Alkohol- und Drogenproblemen bestehen (z.B. Essau, Conradt, & Petermann, 2000). Obwohl dies methodisch gesehen keine genetischen Marker zu Tage fördert, unterstreicht die Studie die familiäre Häufung von Angststörungen. Auch retrospektive Studien an einer erwachsenen Stichprobe mit Angststörungen zeigen, dass häufiger ein ängstliches Modell zu Hause vorhanden war, und die Eltern auch mit entsprechenden Erziehungspraktiken (z.B. hohe Kontrolle, Überbehütung, Zurückweisung, vgl. weiter unten) die Ängstlichkeitsentwicklung gefördert haben (Essau, 2003; Lieb, Wittchen et al., 2000). Schneider (2004b) fasst die Ergebnisse zur familiären Häufung von Angststörungen dahingehend zusammen, dass spezifische Transmissionen vor allem bei der Panikstörung und der Sozialen Phobie gefunden werden.

Eine etwas andere Einteilung der biologischen Faktoren ist die einer zeitlichen Gliederung in prä-, peri- und postnatale Faktoren (Niebank & Petermann, 2000; F. Petermann et al., 1998, vgl. Kap. 3.1.2). Obwohl diese Einordnung nicht ausschliesslich auf biologischen Faktoren beruht, soll sie hier kurz erwähnt werden, da meist – vor allem in der prä- und perinatalen Phase – biologische und genetische Ursachen und Einflussfaktoren genannt werden (ohne Anspruch auf Vollständigkeit): Pränatale Faktoren können neben genetischen Ursachen auch Infektionen bei der Mutter sein, toxische Einflüsse, Unfälle, Störungen des Kreislaufs sowohl bei der Mutter als auch beim Fötus. Perinatale Faktoren sind ebenfalls biologischer Natur und können die Sauerstoffzufuhr (Mangel) betreffen oder Hirnblutungen, Nabelschnurumschlingung, Früh- oder verzögerte Geburt sein. Postnatale Faktoren biologischer Natur sind Atem-, Ernährungs-, Saug- oder Schluckstörungen, Krampfanfälle, Schädel-Hirn-Traumata oder Hirnentzündungen (Heimann, 1997; Siebenthal & Largo, 1996). Diese Faktoren können auch einen Einfluss auf die Entwicklung einer Angststörung haben, jedoch eher indirekt über (sekundäre) Vulnerabilitäten oder als komorbide Störung.

Mädchen haben grundsätzlich ein erhöhtes Risiko für internalisierende und speziell für Angststörungen. Die Rate ist laut Schneider (2004b) zwei bis vier Mal höher für Mädchen als für Jungen (vgl. Kap. 4.4.3). Diskutiert werden hormonell-bedingte Unterschiede, Geschlechtsrollensozialisation und spezifische Erziehungspraktiken. Weitere Möglichkeiten zur Erklärung der Unterschiede sind in messtheoretischen Fehlern zu suchen. Ebenfalls berichtet wird über die Möglichkeit, dass Jungen weniger über ihre inneren Zustände Auskunft geben können oder wollen (vgl. Kap. 4.4.3).

Weiterhin von Interesse in der biologischen Angstforschung bei Kindern sind die physiologischen Komponenten der Angst beziehungsweise der Unsicherheit. Es wurde beispielsweise bei gehemmten Kindern eine „erhöhte sympathische Aktivität sowohl im Ruhezustand als auch in Situationen kognitiver Aktivität und bei Stresseinfluss“ (U. Petermann, 1999, S. 195) gefunden. Diese Merkmale der Angst gehören in die Kategorie der Korrelate und Begleitscheinungen (Kap. 3.1.2, Abb. 14) oder der aufrechterhaltenden Faktoren, obwohl die Hemmung zur Kategorie der Risikofaktoren gezählt wird (vgl. Kap. 3.3.3).

Sartory (2004) gibt einen kurzen, aktuellen Überblick zu neurobiologischen Faktoren und biologischen Faktoren für die relevantesten Angststörungen. Für eine ausführliche Beschreibung genetischer Syndrome in der Entwicklungspsychologie kann Sarimski (2003) herangezogen werden. Für Risiken in der frühkindlichen Entwicklung ist das Herausgeberwerk von F. Petermann, Niebank und Scheithauer erschöpfend (2000), und für neuropsychologische Syndrome das Herausgeberwerk von Heubrock und Petermann (2000).

Wie in Kapitel 2.1 definiert, ist das Temperament zum Teil biologisch respektive genetisch bedingt, jedoch ist der Ausdruck des Temperaments emotionaler und behavioraler Natur und vor allem auf die frühkindliche Entwicklung fokussiert und wird oft auch unter psychischen Faktoren diskutiert. Deshalb soll dieser Aspekt separat unter Kapitel 3.3.3 berichtet werden.

Psychische Faktoren

Allgemeine personale Risikofaktoren für Störungen in der Kindheit werden von Heinrichs, Sassmann, Hahlweg und Perrez (2002) genannt: Verzögerter Fertigkeitenerwerb (z.B. soziale Kompetenzen), schwierige Emotionsregulierung, schwieriges Temperament (vgl. Kap. 3.3.3) und spezifische Vulnerabilitäten. Weiter sind in diesem Bereich die kognitiven Faktoren und die soziale Informationsverarbeitung zu nennen, welche zur Entwicklung, vor allem aber zur Aufrechterhaltung einer Angststörung beitragen (Kühl, 2005; Lock, 2003).

Wichtig ist, wie Kinder die sozialen Situationen und Informationen wahrnehmen und interpretieren. In diesem Zusammenhang müssen irrationales Denken und Erwartungen, eine erhöhte Selbstaufmerksamkeit, die Unkontrollierbarkeit und Vorhersagbarkeit von Ereignissen in Betracht gezogen werden (U. Petermann, 1999). Nicht bei allen Angststörungen können intensive Sorgen und Befürchtungen nachgewiesen werden. Bei Kindern mit Trennungsangst jedoch zeigt sich, dass sie sich oft übermässig Sorgen machen (J. S. March, 1995; Schneider & In-Albon, 2004). Es ist noch unklar, ob die irrationalen Gedanken Folge oder Ursache von negativer Erwartung sind (Alfano et al., 2002; Emmelkamp & Scholing, 1997).

Ängstliche und aggressive, oppositionelle Kinder haben die Tendenz, mehrdeutige Situationen als gefährlich respektive bedrohlich zu bewerten. In der Reaktion unterscheiden sich die beiden Gruppen jedoch hinsichtlich behavioraler Reaktionen, ängstliche Kinder tendieren zu Vermeidungsverhalten und oppositionelle Kinder zu aggressiven Lösungen (Barrett, Rapee, Dadds, & Ryan, 1996, vgl. weiter unten). Bögels und Zigterman (2000) haben in ihrer Studie versucht, die verschiedenen Angststörungen (Trennungsangst, Soziale Phobie und Generalisierte Angststörung) anhand der dysfunktionalen Kognitionen zu unterscheiden. Die Resultate zeigten erneut, dass ängstliche Kinder mehr dysfunktionale Kognitionen im Zusammenhang mit Trennungsangst, Sozialer Phobie und Generalisierter Angststörung zeigten als die Kontrollgruppen. Wenn die ängstlichen Kinder Antworten auf offene Fragen geben sollen, unterscheiden sich die Kinder nicht in der Einschätzung der Gefahr, sondern die ängstlichen Kinder unterschätzten ihre Kompetenzen. Mehrdeutige Situationen wurden von den ängstlichen Kindern öfters negativ interpretiert als von den Kindern mit externalisierenden Auffälligkeiten und jenen ohne Auffälligkeiten. Die Anzahl der positiven Interpretationen unterscheidet sich nicht in den drei Gruppen. Bei geschlossenen Fragen haben die ängstlichen Kinder die Situationen als gefährlicher eingeschätzt und schreiben sich weniger Einflussmöglichkeiten in der Situation zu (externale Kontrollüberzeugung, vgl. Kap. 3.2.2). Die Autoren schliessen die Diskussion mit der Annahme, dass Kinder weniger die Gefahr in Situationen überschätzen als die eigenen Kompetenzen unterschätzen. Die Autoren konnten keine Unterschiede in den dysfunktionalen Kognitionen zwischen den Angstgruppen (Störungsbilder) finden, führen dies

jedoch auf die kleine Stichprobe zurück (je 15 Kinder in Angst-, externalisierende und Kontrollgruppe). Kendall und Treadwell (1996) berichten, dass die negativen, jedoch nicht die positiven Kognitionen signifikant mit der Angst assoziiert waren. Die Idee des nicht-negativ-Denkens, welche von Kendall vorgeschlagen wurde, zielt darauf, dass die Reduktion der Häufigkeit der negativen Gedanken angegangen wird und nicht ein Training für positives Denken für ängstliche Kinder durchgeführt wird.

Eine andere Studie versuchte herauszufinden, ob sich ängstliche und depressive Kinder unterscheiden, wenn sie eine mehrdeutige Situation für sich oder für jemand anderen interpretieren müssen. Wenn die Kinder im Selbsturteil höhere Depressionswerte angaben, war dies ein Prädiktor für eine erhöhte Anzahl von negativen Interpretationen für einen selbst, aber nicht für die andere Person. Angstsymptome im Elternurteil sagten eine erhöhte Anzahl von negativen Interpretationen für die andere Person voraus und nicht für sich selbst (Kindurteil, Dineen & Hadwin, 2004). Das heisst, die Selbst- und Fremdinterpretation und das Selbst- und Fremdurteil haben einen Zusammenhang mit der verzerrten Wahrnehmung und Informationsverarbeitung.

Muris, Rapee, Meesters, Schouten und Geers (2003) haben Kinder auf die Frage hin untersucht, ob eine generelle Angst (Angststörung und chronische Angst) von einer Zustandsangst (state anxiety, gemessen vor dem diagnostischen Interview) hinsichtlich der verzerrten Wahrnehmung von Gefahren und einer tieferen Schwelle unterschieden werden kann. Beide Angsttypen konnten einen unabhängigen Varianzanteil aufklären, wobei der Beitrag der generellen Angst etwas grösser war als der für die Zustandsangst. Eine andere Studie um Muris (Muris, Hovee, Meesters, & Mayer, 2004) zeigt, dass Kinder im Allgemeinen die Tendenz haben, physische Angstsymptome (bezogen auf eine fiktive, neutrale Geschichte) mit Furcht zu verbinden. Zitternde Hände, schneller Herzschlag und Atemschwierigkeiten waren die drei Symptome, welche am häufigsten der Furcht zugeordnet wurden. Sie fanden ein Entwicklungsmuster, in welchem Kinder im Alter von 7 Jahren die höchsten Zuschreibungsraten zur Furcht zeigten (vgl. Kap. 2.1, Tab. 1). Erwachsene mit einer Sozialen Phobie zeigen eine Aufmerksamkeitsverzerrung hin zu sozial-gefährlichen Worten. Personen ohne Angststörung zeigen eine Vermeidung von solchen Worten respektive die Aufmerksamkeit ging weg von den Begriffen (Musa et al., 2003). Bei einem Stroop-Test haben ängstliche Kinder langsamer geantwortet, wenn sie neutrale Begriffe nach Farben benennen mussten und waren schneller beim Nennen von Spinnen-bezogenen (angstbezogenen) Begriffen (Martin, Horder, & Jones, 1992). Vasey, Daleiden, Williams und Brown (1995) konnten dies anhand ihrer Studie ebenfalls zeigen, was darauf hindeutet, dass auch ängstliche Kinder die Aufmerksamkeit hin zu angstbeetzten Worten lenken. Die Interpretation von mehrdeutigen Situationen als bedrohlich und gefährlich (vgl. weiter oben) unterstützt diese Befunde bezüglich der Aufmerksamkeitsverzerrung ebenfalls (z.B. Barrett, Rapee et al., 1996; Bögels & Zigterman, 2000).

Kinder mit starker Prüfungsangst zeigen höhere Raten von kognitiven Verzerrungen, wie Personalisieren, Übergeneralisieren, Katastrophisieren und selektive Abstraktion. Ausserdem berichten diese Kinder vermehrt über negative selbstbewertende Gedanken (z.B. ich bin zu dumm für diesen Test) und über Gedanken, die nichts mit der Aufgabe zu tun haben (King, Meitz, Tinney, & Ollendick, 1995; vgl. Lock, 2003).

Die Angstsensitivität zählt ebenfalls zu den kognitiven Faktoren, welche als Risikofaktoren für Angststörungen diskutiert werden (Zvolensky & Schmidt, 2007). Sie wird definiert als die Furcht vor angstbezogenen Körperempfindungen, welche dadurch entstehen, dass die Person überzeugt ist, die Empfindung hätte schädliche persönliche Konsequenzen (McNally, 2002;

Reiss et al., 2001). Weems und Kollegen (2007) konnten in einer Studie mit Jugendlichen sowohl den eindeutigen spezifischen Zusammenhang von Angstsensitivität, negativen kognitiven Überzeugungen und Angstsymptomen zeigen als auch, dass einzelne kognitive Skalen (*Interpretations-* und *Beurteilungsfehler*) prädiktiven Wert für eine Angststörungsentwicklung haben (über Alters- und Geschlechtseffekte hinaus). Angstsensitivität erklärte jedoch unabhängig von anderen kognitiven Verzerrungen einen Teil der Varianz auf. Katastrophisieren und Personalisieren hatten die stärksten Korrelationen mit Angstsensitivität und Angstsymptomen. Übergeneralisieren auf der anderen Seite zeigte eine starke Korrelation mit der *trait*-Angst. Selbige und selektive Abstraktion zusammen waren starke Prädiktoren für eine Depression. Das Einjahres-Follow-up hat bestätigen können, dass der Angstsensitivitätswert und kognitive Fehler spätere Angstsymptome voraussagen konnten. Kinder mit einer hohen Angstsensitivität berichten von mehreren, öfters auftretenden und stärkeren Sorgen als eine Kontrollgruppe (Silverman, La Greca, & Wasserstein, 1995). Kinder, welche sich oft und über vieles Sorgen machen, sorgen sich demzufolge auch über ihre Angstsymptome.

Scher und Stein (2003) haben in einer Studentenpopulation retrospektiv das Erziehungsverhalten der Eltern in deren Kindheit befragt und die Angstsensitivität erhoben. Ein ablehnender, feindseliger und bedrohender Erziehungsstil konnte 7% der Varianz in Bezug auf die Angstsensitivität erklären. Das bedrohende Verhalten der Eltern hatte vor allem einen Zusammenhang mit Angst vor öffentlichem Beobachtetwerden und ablehnend und feindselig empfundene Eltern konnten in den Zusammenhang mit der Angst, die Kontrolle zu verlieren, gebracht werden. Walsh, Stewart, McLaughlin und Comeau (2004) konnten in ihrer Studie zum Childhood Anxiety Sensitivity Index (CASI) zeigen, dass es einen Geschlechtsunterschied auf den drei Faktoren des CASI gibt. Die Mädchen hatten höhere Werte auf dem globalen Faktor und jenem, welcher die Sorgen bezüglich der physischen Symptome zusammenfasst. Die Jungen hatten relativ gesehen höhere Werte auf der Skala zu den Sorgen, welche sich auf soziale und Kontrollaspekte bezieht. Lock (2003) fasst in ihrem Review zusammen, dass die Angstsensitivität ein Risikofaktor für die Panikstörung ist und weniger ausgeprägt auch für andere Angststörungen und Depressionen.

Die Überzeugung, keine sozialen Fertigkeiten zu besitzen, ist oft auch von Aussenstehenden zu beobachten, da diese Kinder aufgrund der erhöhten Selbstaufmerksamkeit in ihrer sozialen Flexibilität eingeschränkt sind (Chansky & Kendall, 1997). Dies ist gekoppelt mit negativen, irrationalen Gedanken, was wiederum dazu führt, dass die Aufmerksamkeit für die situationalen Faktoren reduziert und die Flexibilität in der sozialen Interaktion eingeschränkt ist. Dies kann den Eindruck vermitteln, dass das Kind keine sozialen Kompetenzen hat, obwohl es – in für das Kind gewohnter Umgebung – adäquate soziale Kompetenzen besitzt. Cartwright-Hatton, Tschernitz und Gomersall (2005) fanden den Kompetenzunterschied nur in der Selbsteinschätzung (ängstliche Kinder schätzen sich weniger sozial kompetent ein) und nicht in der Fremdeinschätzung von unabhängigen Beobachtern (klinische und subklinische Gruppe). Dies zeigt, dass für Aussenstehende das Kind nicht sozial inkompetent wirken muss, das Kind subjektiv jedoch davon überzeugt ist, nervös auszusehen und Fehler zu machen. Für die Intervention schlagen die Autoren vor, die verzerrte Wahrnehmung und Interpretation des eigenen Verhaltens anzugehen statt ein soziales Fertigkeitstraining durchzuführen (vgl. Kap. 5.3 & 5.4.1.1). Falls jedoch ein Kind früh in seiner Entwicklung von einem ängstlichen Modell lernt, für sein Vermeidungsverhalten belohnt wird und stark zurückgezogen ist oder isoliert wird, kann es nicht die gleichen sozialen Kompetenzen erlernen und üben wie Kinder, welche eine angepasste Entwicklung durchlaufen haben. In diesem Fall besteht ein Defizit in sozialen Kompetenzen, welche durch ein Training aufgebaut werden können (z.B. N. Beck, Cäsar, & Leonhardt, 2006).

Kortlander, Kendall und Panichelli-Mindel (1997) haben die mütterlichen Erwartungen bezüglich der Copingfertigkeiten ihrer ängstlichen Kinder untersucht (vgl. Kunz, 2006). Es war nicht die Wahrnehmung von Gefahr, welche die Mütter von ängstlichen Kindern von den anderen Müttern unterschied, sondern die Erwartung bezüglich der Copingfertigkeiten der Kinder. Die Mütter ängstlicher Kinder erwarteten, dass ihre Kinder sich mehr aus der Fassung bringen lassen, weniger fähig sind, sich selbst zu beruhigen und sich wohl zu fühlen. Sie glaubten weniger daran, dass die Kinder die Fähigkeiten haben, das Verhalten zu zeigen, um die Aufgabe zu erfüllen. Diese Erwartungshaltung führt dazu, dass die Mütter einen überbehütenden Erziehungsstil praktizieren und somit den Kindern dazu verhelfen, die Angststörung aufrechtzuerhalten (vgl. soziale Faktoren weiter unten).

Soziale Faktoren

Grundlegende gesellschaftliche Risikofaktoren, welche nicht nur für die Angststörungen gelten, sind Armut, Arbeitslosigkeit, schlechte Bedingungen der Wohnsituation und schwierige Schulverhältnisse, Rassendiskrimination und Migration oder Flucht. Auf der familiären Ebene finden sich ein niedriger sozioökonomischer Status, Gewalt, Merkmale der Eltern und deren Erziehungsverhalten, kritische Lebensereignisse und geringe Einbindung in ein soziales Netz (Heinrichs et al., 2002; Perez, Hilti, Abt, Aragon, & Cina, 2004). In der Kauai-Studie (Werner, 1993; Werner & Smith, 1982) konnten folgende sozialen Risikofaktoren in einer Längsschnittstudie gesichert werden (Egle et al., 1997, bezeichnen die Faktoren als gesichert): längere Trennung von der Bezugsperson (im ersten Lebensjahr), Geburt eines Geschwisters in den ersten zwei Lebensjahren, psychische oder körperliche Erkrankung der Eltern, Auffälligkeiten bei Geschwistern, väterliche Abwesenheit, Verlust der Arbeit bei den Eltern, Umzüge und Schulwechsel, Wiederverheiratung, Todesfälle, ausserfamiliäre Unterbringung.

Barlow (2002) beschreibt limitierte Kontrollerfahrungen in der frühen Kindheit über Aspekte aus dem Umfeld als ausschlaggebend bezüglich der Entwicklung einer Angststörung (vgl. Chorpita & Barlow, 1998, vgl. Kap. 2.1). Kontrolle wird definiert als das Ausmass an Vertrautheit, Vorhersagbarkeit und Einfluss über die Ereignisse oder die Erfolge respektive den Ausgang des Lebens (Zvolensky, Lejuez, & Eifert, 2000). Dass die Unkontrollierbarkeit ein verursachender Faktor im Angsterleben ist, konnte mehrfach gezeigt werden (Barlow, 2000, 2002; A. T. Beck & Emery, 1985; Chorpita, 2001; vgl. Koch, 2003, vgl. Kap. 2.1). Die wiederholte Erfahrung von geringer Kontrolle und Unvorhersehbarkeit kann zu chronischer Angst respektive zur Aufrechterhaltung von Angstsymptomen führen (Chorpita & Barlow, 1998) und Gefühle der Hilflosigkeit verursachen (Albano et al., 1996). Sroufe (1990) hat dieses Phänomen anhand von Mutter-Kleinkind-Interaktionen untersucht. Solche Kinder, welche zu einem gewissen Grad Kontrolle über ihre Pflege hatten (Kontrollüberzeugung), und deren Mütter adäquat auf Hinweise ihrer Säuglinge reagierten, zeigten weniger ärgerlichen und desorganisierten Affekt (Chorpita & Barlow, 1998; Lock, 2003).

Ein Erleben eines unkontrollierbaren traumatischen oder stressinduzierenden Ereignisses, wie Erdbeben, Blitzeinschläge und Feuer kann bei Kindern Angststörungen verursachen. Es werden auch Trennung oder Scheidung der Eltern, Todesfälle und grosse Konflikte genannt, welche das Risiko für eine Angststörung erhöhen (Donovan & Spence, 2000; Filipp, 1995b; Koch, 2003). Der Typus des Stressors hat eventuell Einfluss auf die Art der Störung, zum Beispiel, ob das Kind eine Bedrohung (Angst) oder einen Verlust (Trauer, Depression) erlebt (vgl. Lazarus & Folkman, 1984, vgl. 2.1). Wobei erneut betont werden soll, dass nicht jedes Kind, welches ein traumatisches Ereignis erlebt, eine Störung entwickelt (vgl. Kap. 3.2.2).

In der Life-Event-Forschung werden vor allem die Veränderungen in der Umwelt untersucht, welche bei einem Individuum zu einem pathologischen Prozess führen können. Diskutiert werden kritische Lebensereignisse (major events), Alltagsstressoren (daily hassles), chronische Belastungen, unerwartete oder erwartete Ereignisse, positiv erwünschte und negative unerwünschte und kontrollierbare und unkontrollierbare Ereignisse (Filipp, 1995a, 1995b; Lazarus & Folkman, 1984; Perrez et al., 2005). Neben einem grossen Ereignis, welches eine Belastungsreaktion auslösen kann, reicht auch eine Anhäufung (Kumulation) von kleineren Ereignissen aus, um emotionale und physiologische Symptome zu begünstigen oder sogar eine Störung auszulösen. Die entwicklungspsychologische Perspektive (vgl. Kap. 3.1.1) bezieht neben der pathologischen Auswirkung auch die Notwendigkeit ein, dass gewisse Ereignisse (normative Entwicklungsaufgaben) für bestimmte Entwicklungs(fort)schritte erforderlich sind (vgl. Kap. 3.3.3). Diese Sichtweise ist an den transaktionalen Stresskonzepten von Lazarus und Kollegen (Lazarus, 1966; Lazarus & Folkman, 1984) orientiert, in welchen kognitive Prozesse bestimmen, ob ein Ereignis als belastend erlebt respektive bewertet wird (vgl. Perrez et al., 2005, vgl. Kap. 2.1).

Die Bremer Jugendstudie (Essau et al., 2000, vgl. Kap. 4.2.5.4) hat eine Häufung von kritischen Lebensereignissen (psychosoziale Faktoren) und Bedingungen im Zusammenhang mit Angststörungen gefunden, welche den schulischen, familiären, Freizeit-, Partner-Bereich betrafen und auch Todesfälle, Gesundheitsaspekte und gesetzliche Vorfälle beinhalteten (vgl. Koch, 2003). Ausserdem wurde festgestellt, dass diese Jugendlichen vermehrt ungünstige Copingstrategien (personale Faktoren) einsetzten verglichen mit Jugendlichen, welche keine psychische Störung aufwiesen. Essau (2003) konstatiert, dass diese Ereignisse allein keine Angststörung hervorzurufen vermögen, dass sie aber in Kombination mit einer Vulnerabilität einen Ausbruch fördern können (vgl. Abb. 25 & 29). In Bezug auf die Entwicklung einer Sozialen Phobie zeigt Magee (1999) einen Zusammenhang mit sexuellen Übergriffen auf Mädchen und verbaler Aggressionen gegenüber dem Kind und auch zwischen den Eltern auf. Die Spezifische Phobie und Agoraphobie konnten durch diese Faktoren nicht vorhergesagt werden. Das bedeutet, dass kritische Lebensereignisse zur Entwicklung einer Angststörung beitragen können, jedoch weder hinreichend noch notwendig sind (vgl. Kühl, 2005).

Das Erziehungsverhalten der Eltern und die damit verbundene Bindungsqualität sind Einflussfaktoren auf die Ausbildung und Aufrechterhaltung von Angststörungen bei Kindern (Bowlby, 2006a; Dadds & Roth, 2001; Krohne & Hock, 1994; Noser, 2006; Price & Lento, 2001; Tinguely-Zosso, 2006). Dass Angststörungen in Familien gehäuft auftreten, gilt als ziemlich gesicherter Befund (vgl. weiter oben), jedoch haben diese Studien (vgl. Eley, 2001) gleichzeitig gezeigt, dass die Umwelt einen Einfluss auf die Störungsentwicklung hat und zudem die Transmission zwischen Eltern und Kind nicht spezifisch ist. Dadds und Roth (2001) berichten von verschiedenen familiären Aspekten, prädisponierenden Faktoren und Prozessen: die in Kapitel 2.1 zum Teil berichteten Temperamentsfaktoren (Biederman et al., 1995; Zentner, 2000), das Verhaltenshemmsystem und der damit zusammenhängende Bindungsstil (Zentner, 2004). Sicher gebundene Kleinkinder zeigen mehr Copingkompetenzen als unsicher gebundenen Kleinkinder (Patterson, 1982). In einer kleinen Studie mit Mutter-Kind-Dyaden konnte gezeigt werden, dass in der Risikogruppe (Mütter mit einer psychischen Störung) vermehrt mütterliche Kritik (Tadel) mit kindlicher Verhaltenshemmung einherging. Ebenfalls konnte gezeigt werden, dass Überinvolviertheit (overinvolvement) mit höherem Auftreten von Trennungsangst einherging (Magana et al., 1986). Dadds und Roth (2001) führen noch mehr Studien an, welche die Variable Tadel und Überinvolviertheit als Korrelate bestätigen, jedoch konnten noch keine Kausalitäten gesichert werden. Mütterliche Kontrolle hängt stark mit Angst beim Kind zusammen und mütterliche Zurückweisung mit Depression beim Kind. El-

tern von ängstlichen Kindern gestatten oft weniger psychologische Autonomie und die ängstlichen Kinder berichten, dass die Eltern weniger akzeptierend sind (Siqueland, Kendall, & Steinberg, 1996). Chorpita, Brown und Barlow (1998) betonen dabei die Wahrnehmung des Kindes über die Kontrolle der Eltern. Überbehütung forciert beim Kind den Eindruck, dass kontinuierlich Gefahren bestehen, und sie behindert die Lernerfahrung beim Kind. Das heisst, diese Kinder können keine Copingmechanismen entwickeln und werden gehindert, eine optimistische und realistische Sicht und Bewertung der Welt zu entwickeln (Barrett, Dadds, & Rapee, 1996). Direkte Beobachtung von sozialen Lernprozessen unterstützen diese Resultate (Krohne, 1990; Krohne & Hock, 1994). Die elterliche übermässige Kontrolle verhindert eine altersentsprechende adäquate Entwicklung von Problemlösestrategien. Das subjektive Kontrollgefühl (Kontrollüberzeugung, vgl. Kap. 2.1) ist gefährdet, wenn Kinder unkontrollierbare und unvorhersehbare Umwelteinflüsse (auch die Inkonsistenz in der Erziehung, Krohne & Hock, 1994) erleben oder wenn die Eltern einen überkontrollierenden Erziehungsstil pflegen. Dies führt zu Hilflosigkeit und somit zu einer Angst oder zu einer Depression über die Hoffnungslosigkeit (Chorpita, 2001; Chorpita & Barlow, 1998; Seligman, 1995b, vgl. Kap. 3.1.2). Eine Inkonsistenz führt dazu, dass ein Kind zu wenig Sicherheitssignale bekommt, was wiederum die Unkontrollierbarkeitswahrnehmung und die Angst erhöht (vgl. Kap. 3.2.2).

Ängstliche Eltern arbeiten signifikant weniger produktiv mit ihren Kindern (task in der Studie) und sind zurückgezogener und unbeteiligter in Interaktionen, unterscheiden sich aber nicht von nichtängstlichen Eltern in Bezug auf die Variable allgemeine Kontrolle (Woodruff-Borden, Morrow, Bourland, & Cambron, 2002, vgl. Tab. 7). Die Studie zeigt, dass ängstliche Eltern weniger Unterstützung bieten, da sie entweder keine effektiven Copingstrategien besitzen und somit keine als (Bewältigungs-)Modell vorgeben können oder dass sie die Kompetenzen zwar besitzen, sie jedoch in der konkreten Situation nicht zeigen können, da alle ihre Ressourcen auf die eigene Bewältigung der Situation konzentriert sind. Barrett, Rapee, Dadds und Ryan (1996) bezeichnen das innerhalb der Familie stattfindende Verstärken von ängstlichen Verhaltensweisen und das Zeigen von viel Verständnis für ihre Kinder aufgrund eigener Angsterfahrungen als *FEAR-Effekt (Family Enhancement of Avoidant Responses)*. Die Kinder und Eltern mussten mehrdeutige Situationen interpretieren und einen Handlungsplan entwerfen. Danach wurden die Kinder und Eltern gebeten, eine gemeinsame Lösung zu finden. Ängstliche Kinder interpretieren mehrdeutige Situationen als bedrohlich und entsprechend ist der Handlungsvorschlag vermeidender Natur. Nach der Diskussion in der Familie entschieden sich noch mehr ängstliche Kinder für eine vermeidende Strategie. Cobham, Dadds und Spence (1998) auf der anderen Seite fanden, dass elterliche Interaktion das prosoziale und Annäherungsverhalten erhöht und verstärkt. Der Hauptunterschied dieser zwei Studien war die Experimentalaufgabe. Wenn die Kinder den Vortrag halten mussten, waren die Eltern eine Hilfe für die Kinder. Eine weitere Studie (Shortt, Barrett, Dadds, & Fox, 2001) versuchte zwischen den Aufgaben (tasks) zu differenzieren. Die mütterliche Angst wurde als Variable einbezogen und den Treatmentkontext berücksichtigt. Ängstliche Kinder haben die Tendenz, mehrdeutige Situationen als bedrohlicher zu interpretieren als nicht-ängstliche Kontrollkinder. Sie haben ebenfalls die Tendenz, mit Vermeidung zu reagieren, was sich, wie in der Studie um Barrett (Barrett, Rapee et al., 1996) bereits gezeigte wurde, nach einer Diskussion mit den Eltern noch verstärkte (bei 22% der ängstlichen Kinder). Im Kontext einer diagnostischen Abklärung zeigte sich der FEAR-Effekt. In der Bedingung, in welcher der Familie im Vorfeld ein Treatment angeboten wurde, zeigte sich dieser Effekt nicht. Anscheinend verstärken Eltern von ängstlichen Kindern das ängstliche Verhalten unbeabsichtigt. Das heisst, sie schenken dem Kind keine Aufmerksamkeit bei mutigem, explorativem Verhalten und wenden sich ihm zu, wenn es sich ängstlich verhält (Dadds, Barrett, Rapee, & Ryan, 1996, vgl. Kap. 3.2.2).

Crawford und Manassis (2001) haben in ihrer Studie zeigen können, dass familiäre Faktoren mit dem Treatmentoutcome korreliert sind. Kindeinschätzungen der familiären Dysfunktion und Frustration konnten die klinische Einschätzung (Therapeut) der Therapieergebnisse voraussagen. Elterneinschätzung über die familiäre Dysfunktion und Stress auf Elternebene (durch die Mutter berichtet) konnte das Therapieergebnis in der Muttereinschätzung voraussagen. Die familiäre Dysfunktion hängt mit einem weniger guten Treatmentoutcome bei Kindern mit Angststörungen zusammen. Eltern von Kindern mit Angststörungen berichten höhere Angstwerte als die Kinder selbst (Krain & Kendall, 2000), was in anderen Studien oft umgekehrt ist (vgl. U. Petermann, 1999; Steinhausen & Winkler Metzke, 2002). Es wurden in der Studie von Krain und Kendall (2000) keine signifikanten Zusammenhänge zwischen der Elterneinschätzung der Angst des Kindes und der Angst der Eltern gefunden. Jedoch erwies sich der BDI-Wert (Depressionswert, vgl. Hautzinger, Bailer, Worall, & Keller, 1995) als Prädiktor für die Elterneinschätzung der Angst beim Kind (Angst der Eltern kontrolliert). Muris, Steerneman, Merckelbach und Meesters (1996) wiederum fanden starke Assoziationen zwischen Trait-Angst beim Kind und Trait-Angst bei der Mutter und beim Vater (Eltern- und Kindversion des STAI, vgl. Laux et al., 1981). Die Angst, welche anhand des FSSC (fearfulness, vgl. Muris, Merckelbach, Ollendick et al., 2002) eingeschätzt wurde, hatte nur in der Mutter- und Kindversion einen Zusammenhang. In dieser Studie konnte auch die Rolle des Modelllerns in der Angstentwicklung (vgl. Kap. 3.2.2) dargestellt werden. Kinder von Müttern, welche ihre Ängste offen ausdrücken, hatten auch höhere Werte auf dem FSSC als Kinder von Müttern, welche ihren Angstausdruck kontrollieren. Die Überbehütung (Einschätzung des Kindes) konnte in einer Studie von Bögels, van Oosten, Muris und Smulders (2001) als Prädiktor für eine Sozialphobie beim Kind bestätigt werden. Die familiäre Geselligkeit (sociability, eingeschätzt durch Kind und Mutter) konnte ebenfalls die Sozialphobie beim Kind voraussagen. In dieser Studie zeigte sich auch die mütterliche Soziale Angst als Prädiktor für die Soziale Angst beim Kind. Ein Extremgruppenvergleich zeigte zusätzliche Erziehungspraktiken als zusammenhängend mit der Sozialphobie beim Kind: elterliche Ablehnung, geringe emotionale Wärme und erneut die mangelnde familiäre Geselligkeit. Der Vergleich mit der Kontrollgruppe zeigte jedoch, dass diese Befunde nicht erlauben, von einem spezifischen Entwicklungspfad zu sprechen, da diese Variablen auch mit der klinischen Kontrollgruppe Zusammenhänge aufwiesen. In einer anderen Studie konnte ebenfalls ein signifikanter Zusammenhang zwischen der mütterlichen Angststörung und einer Angststörung beim Jugendlichen gefunden werden (McClure et al., 2001). Dies galt nicht für die väterliche Angststörung. Diese Studie konnte keinen Zusammenhang zwischen der wahrgenommenen Erziehung und der Angststörung beim Jugendlichen finden.

Turner, Beidel, Roberson-Nay und Tervo (2003) haben in einer Beobachtungsstudie keine offen beobachtbaren Restriktionen von ängstlichen Eltern gegenüber den Kindern zeigen können, jedoch ist im Bericht dieser Eltern deutlich geworden, dass sie höhere Stresslevels in der Spielsituation empfinden. Das emotionale Klima von Familien mit ängstlichen Eltern hat sich signifikant von Familien unterschieden, in welchen die Eltern nicht ängstlich sind. Die Autoren diskutieren die Entwicklung von Ängstlichkeit über soziales Lernen und den Transfer von Informationen. Angstfördernde Kognition bei den Müttern kann das ängstliche Verhalten der Kinder aufrechterhalten (Kortlander et al., 1997). Ollendick und King (1991b) berichten, dass ein Grossteil der Kinder ihre Ängste dem Informationstransfer (89%) und der elterlichen Modellvorgabe (56%) zuordnen. Spence und Kollegen (2002) konnten ebenfalls zeigen, dass mütterliche Angststörung und Depression (gezeigt im frühen Kindesalter) eine Angst- oder depressive Störung beim Kind mit 14 Jahren vorhersagte (Armut und Ehequalität kontrolliert, vgl. Tab. 7). Armut, unglückliche Ehe, Trennung der Eltern in den ersten 5 Lebensjahren des Kindes zogen ebenfalls eine kleine, aber signifikante Erhöhung des Risikos für eine Angst- oder depressive Störung im Jugendalter nach sich. Ein stabiler alleinerziehender

Status wurde nicht als Risikofaktor bestätigt. Es konnte bis auf eine Ausnahme kein Geschlechtsunterschied bezüglich aller Risikofaktoren gefunden werden; die Mädchen erlebten eine grössere Auswirkung der Armut als Jungen. Sozial ängstliche Kinder waren in der Studie von Melfsen, Osterlow und Florin (2000) im Vergleich zu nicht ängstlichen Kindern im Säuglingsalter bereits ruhiger und anschnittsamer. Die Angewöhnung an den Kindergarten war schwieriger, und sie zeigten Hinweise auf eine erhöhte Selbstaufmerksamkeit (mehr Selbstgespräche und grüblerischer, vgl. Kap. 3.3.3). Die Mütter dieser sozial ängstlichen Kinder sind durch einen Mangel im emotionalen Ausdruck aufgefallen. Die Autoren sprechen diesem Mangel eine Doppelfunktion zu: die Verhinderung der Weitergabe von Ängsten (vgl. Kap. 3.2.2), jedoch auch wenig emotionale und soziale Unterstützung, wenn die Kinder die Ängste ausdrücken.

Elterliche Sozialphobie korrelierte in der prospektiven Längsschnittstudie (Bevölkerungsstudie, EDSP-Studie) hoch mit der Sozialphobie der Jugendlichen ($OR=4.7$; Konfidenzintervall: 95%). Ebenfalls korrelierten andere Angststörungen ($OR=3.5$), Depression ($OR=3.6$) und Alkoholmissbrauch ($OR=3.0$) mit der Sozialphobie der Jugendlichen (Lieb, Wittchen et al., 2000). Erziehungsstile, von den Jugendlichen eingeschätzt, haben ebenfalls einen Zusammenhang mit der Sozialphobie der Jugendlichen: Überbehütung ($OR=1.4$) und Ablehnung ($OR=1.4$). Familiäres Funktionieren (family functioning) wurde von den Eltern eingeschätzt und wies keinen Zusammenhang mit jugendlicher Sozialphobie auf. Die Studie, aus welcher diese Resultate stammen, wird in Kapitel 4.2.5.10 berichtet. Kinder von rigiden Familien, in welchen die Ehequalität niedrig ist, sind einem höheren Risiko ausgesetzt, eine Soziale Phobie zu entwickeln und mehr Ängste zu haben (Peleg-Popko & Dar, 2001, vgl. Tab. 7). Der familiäre Zusammenhalt (Kohäsion) war in der Studie negativ korreliert mit der Ehequalität und positiv korreliert mit der Sozialphobie bei den Kindern. Ehequalität und familiäre Anpassungsfähigkeit haben einen starken Zusammenhang mit den Ängsten der Kinder aufgewiesen.

Die Tabelle 7 gibt einen Überblick über die berichteten Risikofaktoren für die Entwicklung von Störungen in der Familie (und somit indirekt für die Kinder und Jugendlichen) und für Kinder und Jugendliche im Speziellen (direkte Wirkung, vgl. Abb. 21). Perez (2005b) zählt diese Faktoren zu denen, welche empirisch erhärtet werden konnten. Gleichzeitig weist er auf die Grenzen bezüglich des Vorhersage- und Erklärungswertes hin. Diese wurden zum Teil in Kapitel 3.1.1 diskutiert und werden ebenfalls in die Diskussion der Resultate der Studien der vorliegenden Arbeit einbezogen (vgl. Kap. 6).

Für internalisierende Störungen sind laut Perez (2005b) vor allem die Mechanismen der klassischen Konditionierung (Traumatisierung), Aktivitätsverlust, Hilflosigkeit, Demoralisierung (Verstärker- und Kontrollverlust) und mangel- oder fehlerhafte Modelle verantwortlich (vgl. Kap. 3.2.2). Diese Mechanismen finden sich vermutlich vor allem in Familien, welche einen psychisch kranken Elternteil haben und durch kritische Lebens- beziehungsweise Familienergebnisse Traumata und Kontrollverlust erlebt haben (z.B. Migration oder Verlust eines Elternteils, Elternkonflikte, Gewalt, vgl. Tab. 7). Die Scheidung der Eltern hat vor allem in den ersten fünf Lebensjahren des Kindes eine Auswirkung auf das Risiko für eine Störung (Scheithauer & Petermann, 1999). Wobei eine Scheidung per se noch kein Risikofaktor darstellt. Falls durch eine Trennung oder Scheidung negative Beziehungserfahrungen wegfallen, kann dies auch ein risikosenkender Faktor sein (Perez, 2005a).

Tabelle 7: Zusammenfassung der Risikofaktoren beziehungsweise Stressoren (nach Perrez, 2005b, S. 225)

1. Risikofaktoren für die Entwicklung von Störungen (in) der Familie
Äussere Risikofaktoren für die Entwicklung von Störungen (in) der Familie <ul style="list-style-type: none"> – Materielle Not und Armut – Wohnortswechsel, Migration und Flucht – Arbeitslosigkeit – Chronisch belastende Sozialbeziehungen Innere Risikofaktoren für die Entwicklung von Störungen (in) der Familie <ul style="list-style-type: none"> – Chronische Krankheiten oder Behinderungen eines Elternteils oder eines Kindes – Scheidung als kritisches Lebens- respektive Familienereignis – Tod eines Elternteils – Zu frühes generatives Verhalten – Eingeschränkte individuelle und soziale Bewältigungskompetenzen
2. Störungen (in) der Familie als Risikofaktoren für die Entwicklung von Störungen bei Kindern und Jugendlichen
Psychische Störungen bei einzelnen Mitgliedern der Familie als Risikofaktor Risikofaktoren von Subsystemen der Familie <ul style="list-style-type: none"> – Störungen in Bezug auf das Elternpaar: Gestörte Kommunikation/Interaktion – Störungen in Bezug auf das Subsystem „Mutter/Vater-Kind“ (Dysfunktionaler Erziehungsstil als Risikofaktor, Gewaltanwendung von Eltern gegen Kinder, Bindungsprobleme) Störungen des Systems Familie als Risikofaktoren <ul style="list-style-type: none"> – „Disengaged“ Familien – Rigide Familien – Pathogene Familien

Schüchterne, zurückgezogene (sozial-vermeidende) Kinder haben gleich viele und gleich stabile Freundschaften wie Kinder, welche nicht schüchtern sind (Einschätzung durch Kinder, Lehrer und Beobachtung). Die Freunde sind jedoch ebenfalls öfters zurückgezogen und werden auch häufiger schikaniert als die Freunde der Kinder aus der Kontrollgruppe. Sie berichten zudem über qualitativ schlechtere Freundschaften (Rubin, Wojslawowicz, Rose-Krasnor, Booth-LaForce, & Burgess, 2006). Wenn ein enger Freund in einer stressreichen Situation anwesend ist, wird dem Ereignis weniger emotionaler Wert zugeschrieben als wenn die Situation mit einem fremden Gleichaltrigen erlebt wird (Burgess, Wojslawowicz, Rubin, Rose-Krasnor, & Booth-LaForce, 2006). Das heisst, die Anwesenheit eines Freundes mässigt die Reaktionen auf emotionaler, attributionaler und auf der Coping-Ebene.

3.3.2 Risikosenkende Faktoren

Tabelle 8 zeigt die generellen protektiven Faktoren nach Laucht und Kollegen (1997), welche zum Teil auch für Angststörungen übernommen werden können (vgl. weiter unten). Die Einteilung erfolgt in personale und soziale Ressourcen, wobei die Autoren im Text deutlich machen, dass sie die personalen Ressourcen und die Resilienz (Widerstandsfähigkeit) als Äquivalent sehen. Scheithauer und Petermann (1999) übernehmen die Faktoren, nennen die personalen Ressourcen jedoch „Kindbezogene sowie Resilienzfaktoren“ (S. 10), sehen die Faktoren Geschlecht, Geburtenfolge, Temperament und Intelligenz als kindbezogene Faktoren an und bezeichnen die Restlichen aus Tabelle 8 als Resilienzfaktoren. Heinrichs und Kollegen (2002)

ergänzen die familiären Schutzfaktoren durch die Anteilnahme (Interesse) der Eltern am Kind und dessen Leben und durch Wärme, weiter betonen sie die konsistente Erziehung. Ausserdem geben sie die Adaptabilität der Familie und das Zusammengehörigkeitsgefühl (Kohäsion) als Faktoren an. Gesellschaftlich sehen sie ein gerechtes Einkommen, hohe Bildungsqualität und neben der sozialen Unterstützung ein anregendes soziales Netzwerk als risikosenkende Faktoren an.

Tabelle 8: Protektive Faktoren (nach Laucht et al., 1997, S. 263)

<i>1 Personale Ressourcen</i>
Weibliches Geschlecht (in der Kindheit)
Erstgeborenes Kind
Positives Temperament (flexibel, aktiv, offen)
Positives Selbstwertgefühl (Selbstwirksamkeit)
Intelligenz (> Durchschnitt)
Positives Sozialverhalten (sozial attraktiv)
Aktive Stressbewältigung
<i>2 Soziale Ressourcen</i>
<i>Familie</i>
Stabile emotionale Beziehung zu einer Bezugsperson
Offenes, unterstützendes Erziehungsklima
Familiärer Zusammenhalt
Modelle positiver Bewältigung
<i>Umfeld</i>
Soziale Unterstützung
Positive Freundschaftsbeziehungen
Positive Schulerfahrungen

Die Schutzfaktoren werden bei F. Petermann und Kollegen (1998) getrennt für Mädchen und Jungen nach dem Alter beschrieben. So ist für 1- bis 2-jährige Mädchen das umgängliche Temperament ein Schutzfaktor (vgl. Kap. 3.3.3) und für Jungen im gleichen Alter sind es soziale Ressourcen (höheres Bildungsniveau und positive Interaktion der Mutter und eine familiäre Stabilität). In der mittleren Kindheit (2-10 Jahre) sind es für die Mädchen nonverbale und allgemeine Problemlösefertigkeiten und die Modellvorgabe der Mutter als eine Frau mit Schulabschluss und Berufstätigkeit. Bei den Jungen in dem Alter sind die Einflüsse eine emotionale Unterstützung in der Familie, Anzahl Geschwister (vgl. Walker, 2006) und wie viele erwachsene Personen der Junge noch ausserhalb der Kernfamilie kennt. In der späten Jugend (ohne Altersangaben der Autoren) sind es für die Mädchen respektive weiblichen Jugendlichen eine hohe Selbstachtung, eine interne Kontrollüberzeugung und Bildungsziele, die realistisch sind. Bei den männlichen Jugendlichen ist es wichtig, dass sie einen Lehrer als Mentor und Rollenvorbild haben und Verantwortung im Familienalltag übertragen bekommen.

Personale Faktoren

Wenn man die Temperamentsfaktoren als personale Faktoren auffasst, gehört ein einfaches Temperament zu einem risikomildernden Faktor (Egle & Hoffmann, 2000; Laucht et al., 1997). Weiter wird ein positives Selbstkonzept (abhängig von Rückmeldungen) und Selbstwertgefühl (positive Einstellung zu sich), welche in Abhängigkeit der Entwicklung der Eltern-Kind-Beziehung und –Interaktion gesehen werden und sich positiv auf Schule und Gesund-

heit auswirken (Flammer & Alsaker, 2002), als risikosenkende Faktoren gesehen. Kognitive Fähigkeiten (durchschnittliche Intelligenz), insbesondere die Problemlösefertigkeiten, gute kommunikative Fähigkeiten und interne Kontrollüberzeugung wurden unter anderem in der Kauai-Studie (Werner, 1993, vgl. 4.2.1.8; Werner & Smith, 1982) als Schutzfaktoren identifiziert (vgl. Garnezy et al., 1984). Die intellektuellen Fähigkeiten hatten in einer anderen Studie im Zusammenhang mit Elternverhalten nicht nur einen Fördereffekt auf die Kompetenzen, sondern auch einen puffernden auf das antisoziale Kindverhalten (Masten et al., 1999).

Bewältigungskompetenzen (Copingfertigkeiten) werden als Faktoren definiert, welche die Auswirkungen von risikoerhöhenden Faktoren abpuffern können (vgl. Lock, 2003, vgl. Tab. 8). Lazarus und Folkman (1984) definieren coping als sich ständig ändernde Bemühungen, spezifische externale Anforderungen zu bewältigen, welche ermüdend sind oder die Ressourcen überschreiten. Die Anstrengungen können problemfokussiert sein (Fokus auf Problemveränderung) oder emotionsfokussiert (Emotionsregulation). Band und Weisz (1988) berichten davon, dass 96% der Kinder in ihrer Stichprobe (73 Kinder von 6-12 Jahren) angeben, dass sie versuchen, die angstausslösende Situation zu bewältigen. Sie versuchen vor allem Konflikte mit Peers, schlechte Noten und Trennung von einem Freund zu bewältigen. Es konnten auch Altersunterschiede gefunden werden: Die jüngeren Kinder (6-9 Jahre) versuchten eher verhaltensbezogenes Coping einzusetzen, und ältere Kinder versuchten dies vermehrt durch kognitive Copingstrategien (vgl. Käch, 2007; Maun, 2005; Rechenmacher, 2005). Die Unkontrollierbarkeit (vgl. Kap. 2.1) führt zu anderen Copingstrategien als wenn eine Möglichkeit zur Situationskontrolle wahrgenommen wird (Hampel, Petermann, & Dickow, 2001). In Studien mit Erwachsenen wurde mehrfach gezeigt, dass emotionsfokussierte und vermeidende Strategien mit einem höheren Angstlevel als Reaktion auf ein kritisches Lebensereignis einhergehen (Donovan & Spence, 2000). Erste Ergebnisse zeigen dies auch für Kinder und Jugendliche (z.B. Sandler, Tein, & West, 1994). Vermeidungsverhalten war assoziiert mit mehr Angst- und Depressionssymptomen. Eine bessere Anpassung und weniger internalisierende Symptome waren mit problemlösendem Coping (proaktiv) korreliert (vgl. Compas, Connor-Smith, Saltzman, Harding Thomsen, & Wadsworth, 2001). Als Reaktion auf einen sozialen Stressor werden bei jüngeren Kindern und älteren Mädchen mehr emotionsfokussierte Strategien gefunden. Mit dem Alter nehmen diese zu, während die problemfokussierten Strategien abnehmen (Lock, 2003; Rechenmacher, 2005). Problemlösende Strategien und Annäherungsverhalten erhöhen die psychosoziale Anpassung und reduzieren internalisierende Symptome. Dies konnte in der Studie um Compas und Kollegen (2001) an 450 Jugendlichen im Alter von 14-16 Jahren gezeigt werden.

Die emotionale Autonomie in der Adoleszenz wird als personale Ressource diskutiert (Bettge, 2004). Es ist jedoch unklar, ob dies grundsätzlich eine positive Auswirkung auf die Entwicklung der Jugendlichen hat oder ob diese dadurch (z.B. über mehr Verantwortung) auch mehr Stress empfinden (bei Mädchen) oder vermehrt dissoziales Verhalten zeigen (Jungen).

Die Anpassungsfähigkeit an eine neue Situation und eine Flexibilität bezüglich der damit zusammenhängenden Bedingungen haben eine positive Wirkung auf die psychische Gesundheit. Ein weiterer risikosenkender Faktor ist die Kontaktfreudigkeit und die emotionale Ausgeglichenheit, Selbstregulation und Impulskontrolle (vgl. Temperament, Egle & Hoffmann, 2000; Egle et al., 1997, vgl. Kap. 3.3.3).

Der Kohärenzsinn oder das Kohärenzgefühl (Antonovsky, 1997) ist ebenfalls im Zusammenhang mit risikosenkenden Faktoren zu besprechen. Das Kohärenzgefühl beschreibt eine Wahrnehmung von einer strukturierten, inneren und äusseren Welt. Diese Grundorientierung

besteht aus einer Verstehbarkeit (die externen und internen Reize werden strukturiert, vorhersehbar und erklärbar wahrgenommen), einer Handhabbarkeit (Vertrauen, die nötigen Ressourcen bereit zu haben, vgl. Selbstwirksamkeitserwartung, Kap. 3.2.2) und einer Sinnhaftigkeit (Glaube, dass das Leben sinnvoll ist und sich ein Engagement lohnt). Der Kohärenzsinn kann auch als Bewältigungsressource angesehen werden, da er sozusagen hilft, andere bereits vorhandene Ressourcen (personale, familiäre und soziale) einzusetzen oder zu beschaffen (Mediator). Antonovsky (1997) schreibt dem Kohärenzsinn auch eine direkte gesundheitsfördernde Funktion zu. Das Kohärenzgefühl und eine niedrige Ausprägung von Ängstlichkeit und Depressivität korrelieren miteinander (Duetz, Abel, Siegenthaler, & Niemann, 2002).

Eine optimistische Person, das heisst eine zuversichtliche Person sieht, dass sich verschiedene Dinge positiv entwickeln (Bettge, 2004). Die generalisierte Ergebniserwartung (Optimismus, Schwarzer, 1992) ist unabhängig von der eigenen Handlung (vgl. Selbstwirksamkeit), und der Einfluss auf die körperliche und psychische Gesundheit und das Wohlbefinden konnte bestätigt werden. Ebenfalls kann eine optimistische Haltung günstige Copingfertigkeiten (z.B. Problemlösen, soziale Unterstützung suchen) fördern (Egle et al., 1997; Schwarzer, 1992).

Die Selbstwirksamkeitserwartung, welche sich aus der Ergebniserwartung und der Kompetenzerwartung zusammensetzt (vgl. Kap. 3.2.2), ist positiv korreliert mit niedrigen Angst-, Depressions- und Hilflosigkeitswerten. Ausserdem ist sie assoziiert mit einem hohen Selbstwert und dem Optimismus (Bettge, 2004; Schwarzer, 1992, 1998).

Soziale Faktoren

Als protektive Faktoren haben sich ein höherer Bildungs- und sozioökonomischer Status der Eltern erwiesen; ebenfalls risikosenkend sind günstige familiäre Lebensverhältnisse, intellektuelle Fähigkeiten der Mutter und das elterliche Wohlbefinden. Auch als schützend haben sich liebevolle Beziehungen gezeigt, sowohl zu Familienmitgliedern oder dem Partner und Freunden. Weiter waren unterstützende Systeme (Schule, Arbeit oder Kirche) protektiv (Laucht et al., 1998; Masten & Reed, 2002; Werner, 1993; Werner & Smith, 1982).

Die in Tabelle 8 genannten sozialen Faktoren, welche generell protektiv aber auch in Bezug auf internalisierende Auffälligkeiten wirken, beinhalten bei den jüngeren Kindern vor allem die familiäre emotionale Unterstützung und eine autoritative Erziehung (vgl. Steinberg, Darling, Fletcher, Brown, & Dornbusch, 1995; Steinhausen & Winkler Metzke, 2002, Kap. 4.3.7). Eine Studie mit über 4'000 Jugendlichen konnte zeigen, dass ein autoritativer Erziehungsstil (vgl. Tab. 27) am wenigsten mit internalisierenden und externalisierenden Problemen zusammenhing (Lamborn, Mounts, Steinberg, & Dornbusch, 1991). Der autoritative Erziehungsstil wirkt sich auf die sozialen Kompetenzen der Kinder und Jugendlichen und auf deren schulische Leistungen aus. Ebenfalls sind in dieser Art erzogene Kinder weniger häufig verhaltensauffällig. Diese Effekte können vom Vorschulalter bis ins frühe Erwachsenenalter gefunden werden, gelten für beide Geschlechter, sind unabhängig vom ethnischen Hintergrund und dem sozioökonomischen Status (Darling, 1999).

Die wahrgenommene (subjektive) soziale Unterstützung hat einen grösseren Einfluss als die objektiven Kriterien der Dimensionen Freiwilligkeit, Dauerhaftigkeit, Machtgefälle und Inhalt der Unterstützung (Bettge, 2004). Sie wirkt direkt auf die körperliche und psychische Gesundheit und ist eine wichtige Bewältigungsressource (z.B. Schwarzer, 1999). Die elterliche und soziale Unterstützung konnte auch in einer Schweizer Stichprobe als wichtige Ressource bestätigt werden, wobei die soziale Unterstützung für Mädchen relevanter scheint als für Jungen (Reitzle, Winkler Metzke, & Steinhausen, 2001; Winkler Metzke & Steinhausen, 1999a; 1999b, vgl. Kap. 4.3.7).

Ebenfalls einen grossen Einfluss haben die Interaktion mit Gleichaltrigen und die daraus resultierende Unterstützung. Spence (2001) schreibt diesen Variablen einen potentiellen protektiven Einfluss gegen internalisierende Probleme zu, und Parker, Rubin, Erath, Wojslawowicz und Buskirk (2006) beschreiben ihn als einen Hauptfaktor für die gesunde Entwicklung eines Kindes. Wenn man bedenkt, dass Kinder und Jugendliche ungefähr sechs Stunden täglich in der Schule verbringen, ist das Potential des Einflusses der Gleichaltrigen enorm. Dieser wirkt sich wiederum auf die Familie und andere Gesellschaftskreise, die soziale Kompetenz und auch auf die Entwicklung von Störungen aus (Parker et al., 2006). Die Beziehung zu Gleichaltrigen ändert sich im Verlauf der Entwicklung und nimmt immer mehr an Relevanz zu (vgl. Grob & Jaschinski, 2003; Käch, 2007).

Die soziale Kompetenz ist sowohl ein personaler Faktor als auch ein sozialer Faktor respektive kann als Ressource zwischen diesen Dimensionen angesiedelt werden (Bettge, 2004; vgl. Steinmann, 2003). Sie wird unter anderem erworben durch Modelllernen (Bandura, 1976), und die soziale Informationsverarbeitung spielt eine wichtige Rolle in der Interpretation von sozialen Reizen und den darauf folgenden sozialen Verhaltensweisen (N. Beck et al., 2006; Crick & Dodge, 1994, vgl. Kap. 3.3.1).

3.3.3 Spezifische Entwicklungsfaktoren

Die Variablen, welche einen Einfluss auf die Entwicklung von Angststörungen haben, sind wenig Selbstsicherheit, Passivität, Schüchternheit, ängstlich vermeidendes und gehemmtes Verhalten (Kagan, Reznick, & Gibbons, 1989; U. Petermann, 1999). Die Verhaltenshemmung wird mit dem verhaltensinhibitorischen System (U. Petermann et al., 2000, vgl. Kap. 2.1) in Verbindung gebracht. Die Fähigkeit zur Emotionsregulation (emotionale Reaktivität und Regulationsfähigkeit) scheint ebenfalls ein Temperamentsmerkmal zu sein und ist gleichzeitig Voraussetzung für sozial kompetentes Verhalten. Das heisst, Kinder mit einer niedrigen Emotionsregulationsfähigkeit können sich sehr schlecht selbst beruhigen, sind ängstlich und zurückhaltend (Price & Lento, 2001; Rubin, Coplan, Fox, & Calkins, 1995).

Verhaltenshemmung ist im Selbsturteil stark assoziiert mit Symptomen der Angst- und der depressiven Störung im Kindes und Jugendalter. Die Elterneinschätzung konnte nicht so starke Assoziationen hervorbringen, da auch die Übereinstimmung zwischen den beiden Urteilen eher schwach war. Jedoch konnten die Daten von Muris, Meesters und Spinder (2003) zeigen, dass eine höhere Verhaltenshemmung, sowohl im Selbst- wie auch im Fremdurteil, mit mehr Symptomen der Angst- und depressiven Störungen einherging. Biedermann und Kollegen (1995) konnten zeigen, dass Kinder mit Verhaltenshemmung ein deutlich höheres Risiko aufweisen (18-22%), eine Angststörung zu entwickeln (0% bei Kindern ohne Verhaltenshemmung). Hayward und Kollegen (1998) haben eine nicht-klinische Stichprobe auf Verhaltenshemmung und spätere Entwicklung einer Angststörung untersucht. Die in der Kindheit als verhaltensgehemmt eingestuften Jugendlichen (retrospektive Einschätzung) hatten ein ein- bis fünfmal höheres Risiko, eine Soziale Phobie zu entwickeln.

Bei 200 Studenten wurde der Zusammenhang zwischen Schüchternheit und Sozialer Phobie untersucht (Heiser, Turner, & Beidel, 2003). Die Soziale Phobie war in der schüchternen Gruppe höher vertreten, jedoch zeigte sich auch, dass von den schüchternen Personen nur 18% sozial phobisch waren. Eine stärkere Schüchternheit war positiv korreliert mit der Sozialen Phobie, jedoch halten die Autoren fest, dass die Soziale Phobie nicht als schwere Schüchternheit bezeichnet werden darf. Die Soziale Phobie war ebenfalls mit einer höheren Introver-

tiertheit und Neurotizismus korreliert, jedoch war keiner der Faktoren alleine ausreichend, um die schüchternen Personen mit und ohne Soziale Phobie zu differenzieren.

Rapee und Kollegen haben in einer Studie zeigen können, dass Mütter ängstlicher Kinder signifikant höhere Schlafprobleme, Weinen und Aktivität beim Kind berichten als Mütter von nicht-ängstlichen Kindern (vgl. Rapee, 2002). Diese Resultate sind laut Rapee ähnlich derer von Kagan und Snidman (1999), welche weiter unten berichtet werden. Das heisst, das Risiko für ein gehemmtes Temperament wird erhöht, wenn eine frühe Tendenz für eine höhere Erregbarkeit und Emotionalität festgestellt wird.

Kagan (z.B. 1989) hat aufgrund seiner Studienergebnisse (zwei Pole eines Kontinuums: inhibited und uninhibited) den Begriff Temperament eingeführt, welcher seine Annahme reflektiert, dass diese Verhaltenscluster relativ stabil sind und eine biologische Basis haben (Rubin, Burgess, & Hastings, 2002, vgl. Kap. 2.1). Kagan beobachtete jedoch auch einen gewissen Einfluss seitens der Umwelt auf diese biologischen Tendenzen. Er führt auch die Unterscheidung hoch-reaktiv (gehemmt) und niedrig-reaktiv (Reaktivitätsskala) ein. Etwa 20% der gesund geborener Kinder haben ein gehemmtes Temperament, welches sie dazu disponiert, hoch-reaktiv auf neue, ungewohnte Situationen als Baby und als Kleinkinder ängstlich und vermeidend auf Unbekanntes (Objekte und Personen) zu reagieren. Im Jugendalter zeigen von dieser Gruppe circa ein Drittel schwere Symptome einer Sozialen Angst. Ausserdem können diese Befunde im Jugendalter auch physiologisch gestützt werden, wobei Kagan und Snidman (Kagan & Snidman, 1999) betonen, dass das Temperament ein Vulnerabilitätsmerkmal respektive ein Risikofaktor (Biederman et al., 1995) ist und nicht grundsätzlich bei jedem Kind eine künftige Angststörung festlegt. Die Formulierung, dass das Temperament die Wahrscheinlichkeit für ein angstfreies und spontanes Profil einschränkt, und nicht einen ängstlichen und introvertierten Phänotyp verursacht und festlegt, ist der Versuch, sowohl die Vererbbarkeitsannahme des Temperaments, die Umwelteinflüsse und die Vorhersagekraft durch den Risikofaktor gehemmtes Temperament unter einen Hut zu bringen (Biederman et al., 1995; Kagan & Snidman, 1999).

Die hohe Reaktivität beim Säugling, welche sich auf Darbietung harmloser Stimuli durch Unruhe und Angespanntheit zeigt, ist hoch assoziiert mit der Ängstlichkeit im Vor- und im Schulalter (Kagan et al., 1999). Die Kinder mit hohen Werten auf der Reaktivitätsskala waren im Kleinkind- und Vorschulalter deutlich schüchterner, und 45% der Kinder aus der hoch-reaktiven Säuglingsgruppe und nur 15% der niedrig-reaktiven Gruppe zeigten im Schulalter Angstsymptome. Die Wechselwirkung mit der Umwelt geschieht dabei vor allem im sogenannten reaktiven Muster. Das heisst, Kinder mit unterschiedlichem Temperament nehmen ihre Umwelt verschieden wahr und reagieren entsprechend. Die hoch-reaktiven Kinder nehmen ihre Umwelt als gefährlich wahr (vgl. Kap. 3.3.1). Dies führt zu einem Interaktionsgeflecht (Kap. 3.1.1) mit der Umwelt und mögliche Auffälligkeiten und Störungen können die Folge sein. Die eher einfachen direkten Zusammenhänge können der empirischen Überprüfung nicht standhalten, weshalb Zentner (2000) den Vorschlag macht, die Vermittlungsglieder zwischen Temperamentsmerkmalen und psychischen Störungen zu untersuchen. Ein wichtiges Glied ist die Eltern-Kind-Interaktion (vgl. Kap. 3.1.1 & Abb. 5). Der Autor versteht die Wechselwirkung respektive Interaktion als Effekt einer Moderatorvariablen auf den Zusammenhang zwischen dem kindlichen Temperament und der psychischen Störung des Kindes. Es scheint, dass der mütterliche Erziehungsstil zwischen den hoch-reaktiven Säuglingen unterscheidet, welche Angstsymptome entwickeln und welche trotz des Temperaments keine Symptome entwickeln (Resilienzfaktor, vgl. Kap. 3.1.2). Ein strenger Erziehungsstil (klare Regeln und wenig Zuwendung bei Schreien und Wimmern) erwies sich als protektiver Faktor (puffernd). Bei den niedrig-reaktiven Säuglingen konnte der Erziehungsstil auf dieser Ebene keine Unterschiede im Verlauf machen, die Mehrzahl der Säuglinge war mit 2 Jahren nicht

ängstlich und zeigte normales Explorationsverhalten (Zentner, 2000). Lerntheoretisch gesehen haben die strengen Mütter unerwünschtes Verhalten ignoriert und gelöscht (keine Verstärkung) und haben durch gesetzte Regeln den Rahmen für eine normative kindliche Entwicklung geliefert (vgl. Kap. 3.2.2). Eine Studie zeigt, dass das Temperamentsmerkmal Irritierbarkeit (negative Emotionalität) im Neugeborenenalter einen unsicheren Bindungsstil im Alter von einem Jahr voraussagen kann (vgl. Kap. 3.1.1). Diese Verbindung konnte bei einem Teil der Kinder durch Intervention mit der Mutter (Einfühlungs-Trainings) aufgehoben werden. Bei zwei Drittel der Gruppe mit Intervention konnte ein Jahr später eine sichere Bindung festgestellt werden. Dies zeigt, dass bei einem Teil der Kinder, welche mit einem irritierbaren Temperament zur Welt kamen, der Erziehungsstil einen puffernden Effekt hat (van den Boom, 1994; Zentner, 2004).

In der Dunedin Multidisciplinary Health and Development Study (Kap. 4.2.2.1) konnten über 800 Kinder zu verschiedenen Zeitpunkten in ihrem Entwicklungsverlauf untersucht werden, und es fanden sich drei Hauptfaktoren des Temperaments, welche über die Altersgruppen und Geschlechter weg konsistent blieben (vgl. Kap. 2.1). Kontrollverlust (lack of control), welcher die Unfähigkeit beinhaltet, Impulsivität zu kontrollieren, und Mangel an Ausdauer und Sensitivität für Herausforderungen. Annäherung (approach) als zweiter Faktor meint die Bereitschaft zur Exploration neuer Stimuli. Die Schwerfälligkeit (sluggishness) ist zusammengesetzt aus Verhalten, das durch Passivität und Rückzug von neuem gekennzeichnet ist; es enthält ebenfalls schüchternes, furchtsames Verhalten und eine reduzierte Verbalisierung (Lonigan et al., 1994). Für die Kinder konnte eine mittlere Stabilität dieser drei Faktoren von 3 bis 9 Jahren festgestellt werden. Jedoch war nur das Temperament im Alter von 5 Jahren durchwegs mit der Angst assoziiert. Für Jungen war dieser Zusammenhang vor allem für Kontrollverlust und gehemmte Annäherung zu zeigen, welche sich gleichzeitig als unabhängige Prädiktoren für die Angst erwiesen. Für Mädchen waren es vor allem der Kontrollverlust und die Schwerfälligkeit, die den Zusammenhang aufwiesen und auch als Prädiktoren für die Angst aufgedeckt wurden. Lonigan und Phillips (2001) schreiben dem negativen Affekt eine kausale Rolle in der Entwicklung und der Aufrechterhaltung von Angstsymptomen zu (vgl. Chambers et al., 2004, vgl. Kap. 2.1, Abb. 2). Der Faktor angestrenzte (bemühte) Kontrolle (effortful control), welcher als selbst-regulierender trait angesehen wird und mit einer Zwangskomponente verbunden ist, wird als kausal in der Entwicklung internalisierender Symptome bei Kindern angesehen.

Kinder mit Eltern, welche eine Panikstörung haben, sind eher verhaltensgehemmt als Kinder der Kontrollgruppen (vgl. Kap. 2.1). Dieser Zusammenhang gilt auch in die andere Richtung: Eltern von gehemmten Kindern erhalten signifikant öfters Diagnosen einer Angststörung. Diese Raten waren besonders hoch bei Kindern, welche durchgehend als gehemmt klassifiziert wurden und bei Eltern, welche mehr durch Angstsymptome betroffen waren. Ein drei-Jahres-Follow-up zeigt, dass mehr Angststörungen in jener Kindergruppe diagnostiziert wurden, welche in der Baselineerhebung verhaltensgehemmt waren (Biederman et al., 1995). Diese Kinder litten auch eher an einer oder mehreren komorbiden Störungen. Das grösste Risiko scheint sich bei dieser Studie zusammenzusetzen aus einer stabilen Verhaltenshemmung und Eltern, welche eine derzeitige Angststörung haben.

Zusammengefasst heisst dies, dass das kindliche Temperament, Eltern-Kind-Bindung respektive –Beziehung, elterliche Überzeugungen und Verhalten eine grosse Rolle in der Entwicklung und Aufrechterhaltung oder Verbesserung von sozialem Rückzugsverhalten und introvertiertem, ängstlichem Verhalten beim Kind spielen (Burgess, Rubin, Chea, & Nelson, 2001).

In der Forschung, welche sich mit Störungen des Kindes- und Jugendalters beschäftigt, muss auch die *normale Entwicklung* berücksichtigt werden. Diese beinhaltet auch die *Entwicklungsaufgaben*, welchen jeder Mensch im Verlauf seines Lebens gegenübersteht (Grob & Jaschinski, 2003; Havighurst, 1972). Neben den Entwicklungsaufgaben, welche aus den bekannten biologischen Faktoren resultieren, wie die Reifungsprozesse (z.B. Pubertät), sind Aufgaben im Bereich Bildung und Beruf aus den gesellschaftlichen Erwartungen und die individuellen, zum Beispiel beruflichen Zielsetzungen zu sehen (Grob & Jaschinski, 2003; F. Petermann et al., 1998). Die Operationalisierung der erfolgreichen Bewältigung von Entwicklungsaufgaben ist jedoch schwierig, da sowohl die Aufgaben variieren als auch das Zeitfenster, in welchem diese auftreten (sowohl bei normativen als auch nicht-normativen); auch die Messung der *erfolgreichen* Bewältigung fällt sehr unterschiedlich aus und ist objektiv kaum messbar. In der Resilienzforschung wird daher meist auf positive Selbst- und Fremdeinschätzungen zurückgegriffen oder es wird die Abwesenheit von Störungen und Risikoverhalten als Grundlage herangezogen (Masten & Reed, 2002). Bewältigte Entwicklungsaufgaben können neue Ressourcen darstellen, welche für spätere Ereignisse oder Entwicklungsaufgaben als Copingstrategie zur Verfügung stehen (F. Petermann et al., 1998; Scheithauer et al., 2000). Die Entwicklungsübergänge (Transitionen) sind im Jugendalter häufiger, da grosse Veränderungen vorgegeben sind: die Pubertät und der Eintritt in eine weiterführende Schule sind zwei Beispiele, welche zu einer Phase erhöhter Vulnerabilität beitragen. Oftmals lassen sich in dieser Phase auch mehr Probleme feststellen als bei jüngeren Kindern (vgl. Kap. 4.2-4.3). Es gibt auch Ansätze, in welchen den Entwicklungsübergängen an sich keine Bedrohung zugesprochen wird, sondern welche erst in Kombination mit anderen Ereignissen respektive mit anderen Entwicklungsaufgaben zu einer Belastung werden. Petersen, Kennedy und Sullivan (1991) konnten bei Mädchen einen stärkeren Anstieg von depressiven und somit emotionalen Symptomen als bei Jungen feststellen. Sie geben die Doppelbelastung bei Mädchen als Begründung an, weil diese gleichzeitig mit dem Schulübertritt auch mit der Pubertät umgehen lernen müssen. Innerhalb der Mädchengruppe konnte dies bestätigt werden, da Mädchen, welche deutlich später in die Pubertät kamen, weniger emotionale Probleme aufwiesen. Mädchen sind in ihrer Identitätsentwicklung stärker von Gleichaltrigenbeziehungen abhängig als Jungen (Scheithauer & Petermann, 1999; Winkler Metzke & Steinhausen, 1999b). Dies bedeutet gleichzeitig, dass sie grosse soziale Ressourcen zur Verfügung stehen haben, aber auch ein damit zusammenhängendes vergrössertes Potential an Problemen, da auch zwischenmenschliche Konflikte in die Kategorie von Stressoren gehören (vgl. S. Cohen & Wills, 1985; Hurrelmann, Klocke, Melzer, & Ravens-Sieberer, 2003a; Steinhausen, 2005, vgl. Kap. 4.2.5.2 & 4.3.7). Das Einsetzen der Pubertät ist wie erwähnt ein Meilenstein der Entwicklung und birgt viele Risiken, wobei dies stark geschlechtsabhängig ist. Das zu frühe Einsetzen der Pubertät bei Mädchen führt zu einem erhöhten Störungsrisiko; im Gegensatz dazu ist ein zu spätes Eintreten der Pubertät bei Jungen problematisch (Grob & Jaschinski, 2003; vgl. F. Petermann et al., 1998).

Entwicklungsförderliche Bedingungen sind abhängig vom Alter des Kindes und dem Kontext, in welchem sie auftreten. Wenn in der Entwicklung eines Kindes optimale Bedingungen herrschen, kann ein Entwicklungspfad respektive –verlauf eingeschlagen werden, welcher eine kontinuierliche Anpassung wiedergibt. Das heisst, Beispiele für eine entwicklungsförderliche Bedingung wären den Kapiteln 3.1.1 und 3.3.2 zu entnehmen: beispielsweise ebnet eine sichere Bindung zur Mutter die Exploration in neuartigen Situationen, wodurch sich eine hohe Selbstwirksamkeit beim Kind entwickeln kann. Dies wiederum gilt als Schutz vor einer Angststörungsentwicklung. Eine durchschnittliche Intelligenz und intellektuelle Fähigkeiten haben einen Fördereffekt, welcher auch in Wechselwirkung mit familiären Faktoren steht

(vgl. Kap. 3.3.2). Die Idee bei den entwicklungsförderlichen Bedingungen ist, dass sie sowohl protektiv als auch kompensierend wirken können (vgl. Kap. 3.1.2, Abb. 16). Sie tragen dazu bei, dass in den kritischen Phasen (erhöhte Vulnerabilität, Entwicklungsaufgaben) die Balance (vgl. Abb. 17) gewährleistet ist und nicht die risikoerhöhenden Faktoren mehr Gewicht bekommen.

KAPITEL 4

EPIDEMIOLOGIE VON ÄNGSTEN BEI KINDERN UND JUGENDLICHEN

4 EPIDEMIOLOGIE VON ÄNGSTEN BEI KINDERN UND JUGENDLICHEN

Das Ziel des vorliegenden Kapitels ist, die Frage nach Häufigkeit, Verteilung und Korrelaten der Ängste und Angststörungen bei Kindern und Jugendlichen zu beantworten und somit die Relevanz für Präventionsstudien zu erbringen. Eine breite Definition von Präventionsforschung (von Elm et al., 2007a) zieht zwei Forschungsschwerpunkte mit sich: Zum einen ist dies die Erforschung von Risikofaktoren, welche als *ätiologische Forschung* bezeichnet werden kann. Zum anderen ist die Forschung in Bezug auf Beeinträchtigungen und Konsequenzen von psychischen Störungen, Komorbidität und Prävention von Rückfällen (von Elm et al., 2007a). Um erfolgreiche Präventionsforschung zu betreiben, muss diese mit einer epidemiologischen Forschung inklusive der Identifikation von Risiko-, protektiven, kompensatorischen und Vulnerabilitätsfaktoren einhergehen (NAMHC, 2001).

Es interessieren Geschlechts- und Altersunterschiede, Komorbiditäten, Verläufe, Alter zu Beginn der Störung, Kulturunterschiede und konkrete Risiko- und Schutzfaktoren. Um Antworten auf diese Fragen zu erhalten, werden im Folgenden die wichtigsten und bekanntesten epidemiologischen Studien zu Ängsten und Angststörungen bei Kindern und Jugendlichen vorgestellt. Ausserdem wird der erste Teil der empirischen Arbeit (*Studien 1 und 2*) der Verfasserin der vorliegenden Dissertation in die nationalen Studien zur Epidemiologie eingefügt (Kap. 4.3.9).

Die Vorgehensweise bei der Suche zu Studien im Bereich der Epidemiologie war hauptsächlich eine Literaturrecherche sowohl anhand der gängigen Portale (z.B. PsychLit, Psynindex) als auch anhand der Referenzen in einschlägigen Werken und Artikeln respektive Reviews und Meta-Analysen. Die Studien wurden anhand der berichteten Fragen bearbeitet, wobei die STROBE-Kriterien (z.B. Angaben zur Stichprobe und zu Methoden) zur Vorgehensweise beim Berichten von epidemiologischen Studien konsultiert wurden (vgl. STROBE, von Elm et al., 2007b). Nach den Ergebnissen werden dann auch die Grenzen und kritischen Aspekte der jeweiligen Studien diskutiert. Der Überblick über epidemiologische Studien von Ängsten bei Kindern und Jugendlichen der vorliegenden Arbeit ist methodisch gesehen kein Review, da er nicht nur den aktuellen Forschungsstand aufarbeitet und diskutiert, sondern auch Studien involviert, welche in einem strukturierten Review ausgeschlossen würden. Dies ist begründet durch das Interesse an bekannten Langzeitstudien aus den 70er Jahren, welche vor allem Ergebnisse im Bereich der Risiko- und Schutzfaktoren bereithalten. Ausserdem werden vor allem im nationalen Bereich auch Surveys zitiert, welche bekanntlich keine Störungsbilder untersuchen. Da jedoch die vorliegende Arbeit eine indizierte Prävention beinhaltet, helfen Gesundheitsstudien dabei, einen Überblick über den Gesundheitszustand von Kindern und Jugendlichen zu geben. Einzelne Studien, welche Eingang in anderen Überblicksartikeln gefunden haben, werden in dieser Arbeit nicht berichtet, weil dies die Arbeit sprengen würde. An entsprechenden Stellen werden jedoch Verweise auf andere Studien oder Überblicksarbeiten gemacht.

In Bezug auf die nationalen Studien und die Projekte der Verfasserin (*Studien 1 und 2*) sollen die genannten Fragestellungen detaillierter bearbeitet werden (vgl. Kap. 4.3.9). In Bezug auf die eigenen Daten wird die Häufigkeit von Ängsten (Syndromen) und deren Verteilung anhand der Selbsteinschätzung der Kinder und der Fremdeinschätzung der Mütter analysiert. Es wird nach Zusammenhängen mit den Variablen Alter, Geschlecht, soziodemographischen Variablen, familiären und sozialen Ressourcen und Persönlichkeitsvariablen gesucht. Es interessieren auch Zusammenhänge mit Copingstrategien und Erziehungsstilen. Weiter wird der Verlauf emotionaler Probleme und Verhaltensauffälligkeiten anhand von retrospektiven Daten betrachtet. Eine letzte Ebene beinhaltet Variablen der Mutter im Zusammenhang mit der

Ängstlichkeit beim Kind (Ängstlichkeit, Persönlichkeitseigenschaften). Zur Beantwortung der Fragestellungen werden Verfahren aus der deskriptiven und der Inferenzstatistik (Korrelationen, t-Tests, hierarchische Regression) verwendet.

In Tabelle 9 können die verschiedenen Ebenen des vorliegenden Kapitels betrachtet werden. Die Haupteinteilungsebene ist die Unterscheidung von internationalen und nationalen Studien. Eine weitere Gliederung wird anhand von der untersuchten Gruppe vorgenommen (Kinder und Jugendliche vs. Erwachsene). Auch dargestellt sind die zusätzlichen Kapitel, welche einen Überblick, Begrifflichkeiten oder Zusammenfassungen zum Inhalt haben. Grössere Subkapitel schliessen mit einer eigenen kurzen Zusammenfassung (international, national, USA, Deutschland, Schweiz), grössere Zusammenfassungen folgen in den Kapiteln 4.4.1-4.4.7.

Tabelle 9: Überblick über das Kapitel 4 *Epidemiologie von Ängsten bei Kindern und Jugendlichen*

Kapitelnamen und Inhalte (hierarchisch)				Kapitelnummer
Überblick und Begriffe [4.1]	Grundlagen, Begriffe und Funktionen			4.1.1
	Überblick	Überblick über internationale und nationale Studien	Allg. Überblick	4.1.2
			WHO-WMH-Studien	4.1.2.1
			ICPE-Studien	4.1.2.2
Internationale Studien [4.2]	Amerika	Allgemeiner Überblick		4.2.1.1
		Studien USA		4.2.1.2-4.2.1.5
		Studien Kanada		4.2.1.6-4.2.1.7
		Studie Hawaii		4.2.1.8
		Studien Südamerika		4.2.1.9
		Studien Erwachsene		4.2.1.10-4.2.1.11
		Zusammenfassung Amerika		4.2.1.12
	Neuseeland, Australien	Neuseeland		4.2.2.1
		Australien	Kinder	4.2.2.2
			Erwachsene	4.2.2.3
	Asien	China		4.2.3.1
		China, Japan, Korea		4.2.3.2
	Nordeuropa und Skandinavien	Grossbritannien	Kinder	4.2.4.1.1-4.2.4.1.2
			Erwachsene	4.2.4.1.3
		Niederlande	Kinder	4.2.4.2.1
			Erwachsene	4.2.4.2.2
		Dänemark		4.2.4.3
		Schweden		4.2.4.4
		Deutschland	Allgemeiner Überblick	
	Studien Kinder		4.2.5.2-4.2.5.10	
	Studien Erwachsene		4.2.5.11-4.2.5.13	
	Zusammenfassung Deutschland		4.2.5.14	
	Zusammenfassung internationale Studien			4.2.6
	Nationale Studien [4.3]	Allgemeiner Überblick		
Surveys und Statistiken			4.3.2-4.3.6	
Epidemiologische Studien		Kinder	4.3.7	
		Erwachsene	4.3.8	
<i>Epidemiologische Studien der Autorin</i>		<i>Studie 1</i>	4.3.9.1	
		<i>Studie 2</i>	4.3.9.2	
Zusammenfassung nationale Studien			4.3.10	
Bilanzierung der internationalen und nationalen Studien [4.4]	Zusammenfassung Häufigkeit			4.4.1
	Zusammenfassung Verlauf			4.4.2
	Zusammenfassung Geschlecht			4.4.3
	Zusammenfassung Komorbidität			4.4.4
	Zusammenfassung Risiko und protektive Faktoren			4.4.5
	Zusammenfassung Versorgungsebene			4.4.6
	Vergleich internationaler und nationaler Studien			4.4.7

Bevor auf die Ergebnisse der epidemiologischen Studien im internationalen und nationalen Bereich (Kap. 4.2-4.3) eingegangen wird, sollen einige grundlegende Aspekte und einige Begriffe der Epidemiologie geklärt werden (Kap. 4.1). Die Darstellung von Studien aus dem Erwachsenenbereich hat zwei wichtige Gründe: zum einen sind dies die international bekannten, am häufigsten zitierten Studien, welche eine grosse Tragweite im gesamten Bereich der Epidemiologie psychischer Störungen haben. Zum anderen ist für die Epidemiologie des Kindes- und Jugendalters auch das Erwachsenenalter zu berücksichtigen, denn so können in Betracht aller Altersklassen auch (Rück-) Schlüsse auf die Entwicklung und den Verlauf gezogen werden (vgl. Costello, Egger, & Angold, 2005a; Costello, Foley, & Angold, 2006). Weiter können aufgrund dieser über die ganze Lebensspanne berücksichtigten Daten Informationen geliefert werden, welche für die Prävention und Therapie von Bedeutung sind. Barrett, Webster und Turner (2003b) schreiben den grossangelegten epidemiologischen Studien an Erwachsenen (z.B. ECA, Kap. 4.2.1.11 & NCS-(R), Kap. 4.2.1.10) die „aussagekräftigsten Ergebnisse“ (S. 9) auch für Kinder und Jugendliche zu.

Es werden jeweils zuerst die Studien berichtet, welche sich spezifisch auf Störungen im Kindes- und Jugendalter und im Besondern auf Ängste und Angststörungen im Kindes- und Jugendalter beziehen. Sie werden anschliessend (falls vorhanden) ergänzt durch Studien aus dem Erwachsenenalter (vgl. Tab. 9). Das Kapitel internationale Studien (4.2) beginnt mit dem Kontinent Amerika (4.2.1), welches neben den US-Amerikanischen, Kanadischen auch eine Studie aus Hawaii (4.2.1.8) und zwei aus Puerto Rico (4.2.1.9) beinhaltet (vgl. Tab. 9). Anschliessend werden die Neuseeländische und Australische Studien berichtet (4.2.2), gefolgt von Asiatischen (4.2.3), Nordeuropäischen und Skandinavischen Länder (4.2.4) und Deutschland (4.2.5). Das Kapitel 4.3 beinhaltet die Studien aus der Schweiz und auch die eigenen Studien 1 und 2 und deren Resultate (4.3.9).

In Kapitel 4.4 wird Bilanz aus allen epidemiologischen Studien aus dem Kapitel 4 gezogen, und die Fragestellungen werden beantwortet: Das Kapitel 4.4.1 befasst sich zusammenfassend mit der Häufigkeit über die internationalen und nationalen epidemiologischen Studien; Kapitel 4.4.2 fasst die Studien zum Verlauf der Angststörungen zusammen und beschreibt zusätzlich zwei Studien speziell zu dieser Fragestellung, Kapitel 4.4.3 widmet sich den Geschlechtsunterschieden und Kapitel 4.4.4 der Komorbidität. Kapitel 4.4.5 fasst die Korrelate, Risiko- und protektiven Faktoren, welche im Rahmen der epidemiologischen Forschung gefunden wurden, zusammen. Die Versorgungsebene in Bezug auf die Angststörungen wird in Kapitel 4.4.6 zusammengefasst. In Kapitel 4.4.7 sollen die internationalen und nationalen Studien direkt verglichen werden.

4.1 Überblick über und Begriffe der Epidemiologie

4.1.1 Begriffsklärungen, Grundlagen und Funktionen in der Epidemiologie

Die Epidemiologie hat folgende Anwendungsfelder: Sie kann die Kausalität der Gesundheit und Krankheit darstellen, weiter kann sie den Krankheitsverlauf, inklusive den subklinischen Veränderungen und den Störungen bis zur Genesung oder Chronifizierung (in der Medizin bis zum Tod) verfolgen. Sie kann den Gesundheitszustand von Populationen darstellen und einen Zeit- beziehungsweise Entwicklungsverlauf (Perioden-, Alters und Kohorteneffekte) untersuchen. Und mit ihr können auch Interventionsmassnahmen bewertet werden, da Erhebungen in unterschiedlichen Versorgungsbereichen erfolgen (Beaglehole et al., 1997). Daraus können auch Informationen zu den Inanspruchnahmedaten von Gesundheitsdiensten gewonnen wer-

den. Die Klassifikationssysteme und die klinisch-diagnostischen Instrumente können evaluiert und verbessert werden (Häfner & Weyerer, 1990; Lieb, 2005). Der Entwicklungsverlauf ist vor allem für die Interventionsforschung mit Kindern und Jugendlichen von Bedeutung, welche in der vorliegenden Arbeit zentral ist (vgl. Kap. 3.1.1, 3.2.1 & 5). Somit kann die Epidemiologie die Grundlage sowohl für die Begründung einer frühen Intervention als auch über deren Art liefern. Zudem werden die diagnostischen Instrumente und die damit zusammenhängenden Klassifikationen laufend evaluiert und angepasst (vgl. Kap. 2.2 & 2.3).

Die Kausalität in der Epidemiologie beinhaltet die Ursachenzuschreibung bei Krankheiten und das Aufzeigen von Beeinflussungsmöglichkeiten. Dies ist der Beitrag der Epidemiologie an die Prävention, Gesundheitsförderung und auch an die Therapie. Die Ursachenkonzepte werden nicht einheitlich gebraucht, jedoch besteht Übereinstimmung darin, dass die Ursache der Krankheit vorausgehen muss und als hinreichend bezeichnet wird, wenn bei ihrem Auftreten immer eine Krankheit folgt, und als notwendig, wenn ohne sie kein Krankheitsausbruch stattfindet (Beaglehole et al., 1997). Präventionsmassnahmen können auch schon durchgeführt werden, bevor alle Komponenten der hinreichenden Ursache (meist ein Bündel an Faktoren) identifiziert sind. Die Epidemiologie unterscheidet vier Typen von *Kausalfaktoren* (vgl. Kap. 3.1.2). Die prädisponierenden Faktoren (1), welche die Vulnerabilität erhöhen, und die ermöglichenden Faktoren (2), die eine Krankheitsentwicklung oder die Erhaltung der Gesundheit fördern können. Diese Faktoren werden in der Ätiologie unter die risikoerhöhenden oder –senkenden und die entwicklungsförderlichen Faktoren gezählt (vgl. Abb. 17). Beschleunigende Faktoren (3) subsumieren die Exposition mit einem Krankheitserreger oder Schadstoff, und die verstärkenden Faktoren (4) können einen vorhandenen Zustand noch verschlimmern (aufrechterhaltende Faktoren). Die Autoren kritisieren, dass oft Faktoren als Risikofaktoren bezeichnet werden, welche nur mit dem Risiko assoziiert sind und nicht eine hinreichende Krankheitsursache beschreiben. In der Medizin ist denn auch die Forderung nach klaren Krankheitsursachen gerechtfertigt, da das Krankheitsbild und die Faktoren zum Teil auch monokausal bedingt sind und die Assoziation deutlicher ist. Das Flussdiagramm von Kraemer und Kollegen (1997, Abb. 14, Kap. 3.1.2) wird von Beaglehole (1997) noch ergänzt durch die Kausalitätskriterien der Konsistenz (Ergebnisse von anderen Studien übereinstimmend), Stärke des Zusammenhangs (Ursache-Wirkung, relatives Risiko) und Dosis-Wirkungs-Beziehung (erhöhte Exposition führt zu stärkerer Wirkung).

Die Typen von epidemiologischen Studien gehen von simplen *beobachtenden* bis zu *experimentellen* Studien, auch *Interventionsstudien* genannt, welche komplexere Zusammenhänge verdeutlichen können. Die letztgenannten Studien unterscheiden sich auch anhand der Population, welche analysiert wird: es sind dies sowohl Patienten (ohne oder mit Behandlung) als auch gesunde Menschen und ganze Bevölkerungsgruppen, welche schliesslich als Vergleichsgruppe herangezogen werden können (vgl. Abb. 30). Bei den beobachtenden Studien werden ganze Populationen untersucht oder auch Individuen, welche in Querschnittsstudien, Fall-Kontroll-Studien und Kohortenstudien untersucht werden (Beaglehole et al., 1997). Die Untersuchung einer Hochrisikogruppe ist in der Epidemiologie eine wichtige Möglichkeit, um beispielsweise Aussagen zur Resilienz machen zu können (z.B. Kauai-Study, Kap. 4.2.1.8, vgl. Kap. 3.1.2). Die Abstufung in Abbildung 30 zeigt, dass die Spezifität von aussen nach innen zunimmt und somit auch die in diesem Zusammenhang einzusetzende Intervention (von universeller Prävention zur spezifischen Therapie, F. Jacobi, 2006). In den *Studien 1 und 2* (Kap. 4.3.9) der vorliegenden Arbeit werden Teile der Gesamtbevölkerung angesprochen, und die *Studie 3* (Kap. 5.4) entspricht der Klinischen Forschung aus der Abbildung 30.

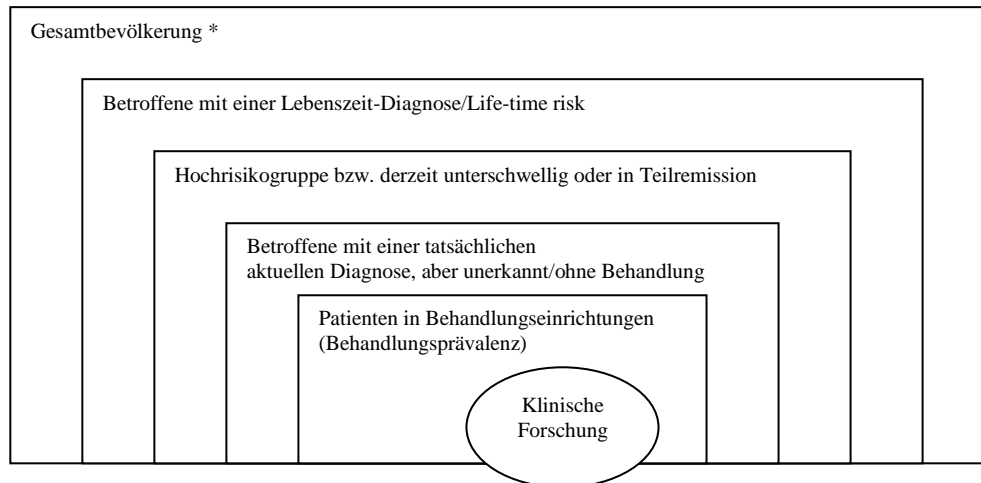


Abbildung 30: Forschung an unterschiedlichen Stichproben zur Einschätzung des Ausmaßes der psychischen Gesundheit und Krankheit (nach F. Jacobi, 2006) (*=Die Epidemiologie kann das Bild zur Verbreitung von Gesundheitsstörungen aus (nicht-repräsentativen) klinischen Studien vervollständigen)

Die Wahrscheinlichkeit, an einer bestimmten Störung zu erkranken, ergibt sich laut Röhrle (1992) aus dem Verhältnis der dispositionellen Vulnerabilitäten, den Risiken und den Schutzfaktoren. Diese Annahmen stehen in Zusammenhang mit dem Diathese-Stress-Modell (vgl. Kap. 3.1.2, Badura, 1990; Baumann & Perrez, 2005a; Ingram & Price, 2001). Diathese steht für die Vulnerabilität eines Menschen, welche in diesem Modell mit einem Auslöser und den aufrechterhaltenden Bedingungen interagiert (Schneider, 2004b). Wittchen und Perkonig (1996) gehen nun davon aus, dass das Verhältnis zwischen den genannten verschiedenen Faktoren die Relevanz für Prävention ausmacht. Nachdem Risikofaktoren entdeckt sind, kann präventiv eingegriffen und der Ausbruch der Störung verhindert beziehungsweise die Intensität der Störung vermindert werden.

Um in der Epidemiologie psychischer Störungen vergleichbare Antworten zu kriegen, muss eine *Falldefinition* vorliegen, welche sich aus diagnostisch fassbaren Störungsmerkmalen zusammensetzt. Dies wird durch die Klassifikationssysteme ICD-10 (Forschungskriterien, Weltgesundheitsorganisation, 2000) und vor allem durch das DSM-IV(-TR) (American Psychiatric Association, 1996, 2003) gewährleistet (vgl. Kap. 2.2). Die Methode, um einen Fall zu erkennen, welcher die Merkmale erfüllt, wird *Fallidentifikation* genannt (Lieb, 2005; Lieb, Schreier, & Müller, 2003; vgl. Wittchen & Perkonig, 1996). Die strukturierten beziehungsweise standardisierten Interviews im Rahmen der genannten Klassifikationssysteme sind dafür am besten geeignet, da diese die Kriterien der jeweiligen Störungsbilder direkt erfassen (vgl. Lieb et al., 2003, vgl. Kap. 2.3 & 4.1.2.1).

Bei einer somatischen Krankheit werden in der medizinischen Epidemiologie die in Tabelle 10 zusammengefassten Informationen als relevant aufgefasst (Beaglehole et al., 1997). Die meisten dieser Punkte können für die psychologische Epidemiologie übernommen werden. Sie sollen zum Grossteil in den jeweiligen Kapiteln dieser Arbeit diskutiert werden. Zum einen wird auf der individuellen Ebene in der Entwicklungspsychopathologie (vgl. Kap. 3.1.1) die altersabhängige Entwicklung einer Störung verfolgt, zum anderen sind die frühen Indikatoren von Bedeutung, um eine Störung so früh als möglich zu erkennen oder eventuell sogar zu verhindern. Dies gilt sowohl für die Forschung als auch für die klinische Praxis. Die sozia-

len Auswirkungen einer Störung werden im Zusammenhang mit familiären Aspekten behandelt (vgl. Kap. 3.1.1, 3.2.1 & 3.3). Wenn ganze Bevölkerungsgruppen untersucht werden, können zeitliche Tendenzen (Trends) untersucht werden, was in den Kapiteln 4.2 und 4.3 berichtet wird. Es werden zudem Faktoren wie Geschlecht, ethnische Gruppe, soziale Status und Beruf einbezogen, um ein unterschiedliches Auftretensmuster in der Bevölkerung respektive in verschiedenen Populationen zu erkennen (vgl. Kap. 4.4.3). Im Zusammenhang mit Präventionsmöglichkeiten wird untersucht, welche Massnahmen gegen bestimmte oder auch allgemeine Risikofaktoren wirken (vgl. Kap. 5.3 & 5.4.1.1). Auf einer höheren gesellschaftlichen Ebene soll ausserdem Einfluss auf die Gesundheitspolitik genommen werden.

Tabelle 10: Die wichtigsten epidemiologischen Informationen über eine Krankheit (nach Beaglehole et al., 1997, S. 202)

Krankheitsverlauf beim Individuum	Altersabhängige Entwicklung (Kohortenstudien)
	Frühe Indikatoren (für das Screening)
	Einfluss verschiedener Behandlungen
	Heilungschancen
	Pflegebedürftigkeit
	Soziale Auswirkungen
Ätiologie	Spezifische Kausalfaktoren
	Andere Risikofaktoren
Entwicklung in der Bevölkerungsgruppe	Zeitliche Tendenzen
	Altersabhängige Variationen (Querschnittsstudien)
Unterschiedliches Auftreten	Geschlecht
	Ethnische Gruppe
	Gesellschaftsklasse
	Beruf
	Geographisches Gebiet
Präventionsmöglichkeiten	Spezifische Massnahmen gegen Kausalfaktoren
	Allgemeine Massnahmen gegen andere Risikofaktoren
	Einfluss des medizinischen Dienstes
	Einfluss der Gesundheitspolitik

Die *Klinische Epidemiologie*, welche sich bemüht, die epidemiologischen wissenschaftlichen Prinzipien und Verfahren in die Praxis umzusetzen, hat einige Anliegen formuliert. Sie hat sich der Aufgabe verschrieben, die Normalität und Abnormalität zu definieren, die diagnostischen Tests auf ihre Genauigkeit zu prüfen, den Verlauf und die Prognose einer Krankheit zu beschreiben, die Effektivität einer Behandlung zu bestimmen und auch die Prävention in der Praxis zu fördern (Beaglehole et al., 1997).

Das Begriffspaar *Normalität* und *Abnormalität* (pathologisch) von Beaglehole und Kollegen (1997) beinhaltet die Diskussion um den Grenzwert, welcher oft willkürlich gesetzt wird (± 2 Standardabweichungen in der Normalverteilungsannahme). Das heisst, es werden jene in der Population als „normal“ bezeichnet, welche in einen bestimmten Bereich der Verteilung fallen (95%, 5% wären dann die Abnormalität). Diese Einteilung ist willkürlich und führt zu verschiedenen Problemen: beispielsweise wird versucht, die Anzahl an falsch-positiven und falsch-negativen Fällen durch ein Gleichgewicht zwischen der Sensitivität und Spezifität der Erhebungsmethode zu reduzieren. Damit klinisch-diagnostische Testverfahren (vgl. Kap. 3.2) auf die Funktionalität im Sinne der Einteilung „krank-gesund“ getestet werden können, müsste eigentlich ein perfekter Test für diese bestimmte Störung vorliegen, um einen Vergleich anzustreben. Es existieren jedoch keine perfekten Tests, welche diese Voraussetzungen erfüllen. Damit trotzdem zwischen abnormal und normal unterschieden werden kann, werden Kri-

terien genutzt, welche in randomisierten kontrollierten Studien gefunden wurden (z.B. Kosten-Nutzen-Frage, vgl. Kap. 5.3 & 5.4.1.1). Die Wirksamkeit einer Behandlung und die Prognose wiederum können eigentlich nur dann bestimmt werden, wenn der Verlauf der unbehandelten Krankheit bekannt ist, was natürlich ethische Probleme mit sich bringt und auch praktische, da meist keine vollständigen Verläufe berichtet werden können. Dadurch, dass die Wirksamkeit an sich nicht in allen Fällen offensichtlich ist, wurden Wirkgrößen eingeführt, welche sich auf das Credo beziehen, dass eine Intervention mehr Nutzen als Schaden bringen sollte. Die Effizienz (cost-effectiveness) beschreibt die Kosten-Nutzen-Analyse einer Intervention und die Effectiveness umschreibt die Wirksamkeit unter Praxisbedingungen respektive den Nutzen für den Patienten im Alltag (Baumann & Reinecker-Hecht, 2005; Beaglehole et al., 1997).

“Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity” (World Health Organization, 2007, S. 1). Diese Definition wurde von der Weltgesundheitsorganisation bereits 1948 herausgegeben und schliesst neben der organisch-körperlichen Gesundheit auch das psychosoziale Wohlbefinden mit ein (Baumann & Perrez, 2005b). Ausserdem verdeutlicht sie die Entwicklung zur Gesundheitsförderung hin, indem sie den Zielzustand positiv formuliert (Klein-Hessling, 2006; Lohaus, 1998). Die Definition schränkt neben dem fortschrittlichen Einbeziehen des psychischen Wohlbefindens jedoch auch ein, indem sie von einem Zustand ausgeht und den Prozess, eine (individuelle) graduelle Verbesserung, ausklammert. Beispielsweise kann jemand intraindividuell grosse Fortschritte in einem Bereich machen, im Vergleich mit der Norm bleibt er jedoch auffällig. Diese Person würde ungerechtfertigterweise als nicht gesund bezeichnet werden (Klein-Hessling, 2006). Ein weiteres Problem ist die Unterschlagung der objektiven Befunde der Gesundheit (Klein-Hessling, 2006). Perrez (2002) beschreibt die objektive Gesundheitsdefinition als das Funktionieren der organisch-biologischen und psychischen Leistungssysteme (z.B. Wahrnehmung). Auf einer komplexeren Ebene (Störungsebene) gibt es eine Reihe von möglichen Definitionen der psychischen Gesundheit. Eine bezieht sich auf die Copingkompetenzen, eine andere auf die emotionale Intelligenz. Weitere Definitionen finden sich in der Persönlichkeitsforschung (vgl. interne Kontrollüberzeugung oder Kohärenzsinn, vgl. Kap. 3.3.1 & 3.3.2). Diese Definition existiert parallel zur subjektiven Gesundheitsdefinition, welche auch die Möglichkeiten einbezieht, dass man sich subjektiv gesund fühlt, objektiv jedoch krank ist und ebenso der umgekehrte Fall einer objektiv gesunden Person, welche sich jedoch krank fühlt (Baumann & Perrez, 2005b). Hurrelmann (1990) hat in einer modifizierten Definition versucht, diese Schwachpunkte auszumerzen:

Gesundheit ist ein Zustand des objektiven und subjektiven Befindens einer Person, der gegeben ist, wenn diese Person sich in den physischen, psychischen und sozialen Bereichen ihrer Entwicklung im Einklang mit den eigenen Möglichkeiten und Zielvorstellungen und den jeweils gegebenen äusseren Lebensbedingungen befindet. (S. 62)

Ein solcher Prozesscharakter wurde bereits durch die *Ottawa-Charta* von 1986 eingeführt. Die Leitfrage der Charta ist nun, wie sich Gesundheit herstellen lässt, was die ehemalige Krankheitsorientierung in den Hintergrund rücken lässt (Altgeld & Kolip, 2004; Weltgesundheitsorganisation, 1986). Die Sichtweise von Antonovsky (1987, 1997), dass ein Mensch ständig zwischen den Polen von Gesundheit und Krankheit (als Kontinuum) wechselt und dies in verschiedenen Abstufungen, ist Grundlage für viele Theorien, welche die Gesundheit in den Mittelpunkt stellen. Die Frage, was einen Menschen trotz der Belastungen (tägliche Stressoren und kritische Lebensereignisse) und Risiken gesund hält, ist zentral in der Saluto-

genese und fokussiert auf die gesundheitsförderlichen, protektiven Faktoren (vgl. Kap. 3.3.2). Der Gesundheitsbegriff ist jedoch nach den Ausführungen von Weitkunat (2004) in der Wissenschaft und sprachanalytisch gesehen unnütz und hat keinen „Realwert“ (S. 101), da der Begriff nicht die gleiche Klarheit mit sich bringt wie der Begriff Krankheit. Nach Meinung des Autors orientieren sich sowohl die epidemiologische als auch die präventive Forschung an der Störung respektive deren Abwendung oder Linderung. Die Erhöhung der Gesundheitschancen sei in entwickelten Ländern kein Thema, sondern nur die Krankheitsrisiken, welche es zu identifizieren und zu verändern gilt.

Tabelle 11: Epidemiologische Parameter und Parameter aus Teilgebieten (nach Ajdacic-Gross & Graf, 2003, S. 32)

	Krankheits- Charakterisierung	Epidemiologische Beschreibung	Interne Vergleichbarkeit	Externe Vergleichbarkeit
Auftretens- parameter	Diagnosen Syndrome Symptome Subformen Mischformen DifferentialDX ^a	Inzidenz Prävalenz Punktprävalenz Lebenszeit- prävalenz Komorbidität		
Verlaufs- parameter	Prodromalstadien Onset-Alter Progredienz Chronifizierung Recurrence Letalität	Beeinträchtigungs- grad Behinderungsgrad Mortalität	Lebensqualität (z.B. bei versch. Therapieformen)	QALYs YLLs YLDs DALYs
Versorgung	Versorgungsbedarf Finanzierungsbedarf Ressourcen- verfügbarkeit	Ressourcen Dienstleistungen Nutzung	Leistungsparameter Kosten-Nutzen (z.B. bei versch. Therapieformen)	Bedarfszahlen etc. Nutzungsmuster Direkte/indirekte Kosten

Anmerkungen: ^a=Differentialdiagnose; QALY=Quality-adjusted life years, „definiert als ein Jahr mit unverminderter Lebensqualität, wobei die Auswirkungen gesundheitlicher Beeinträchtigungen quantifiziert werden im Sinne von Lebensqualitätsminderungen“ (Ajdacic-Gross & Graf, 2003, S. 107); DALY=Disability-adjusted life years; YLL=years of life lost; YLD=years of life lived with disability;

In Bezug auf die Interventionsstudie der Autorin der vorliegenden Arbeit wird von der Definition der Gesundheit von Hurrelmann (1990) ausgegangen. Es wird angenommen, dass die Erhöhung und Stärkung von Kompetenzen im Rahmen einer Prävention dazu führen, dass durch diese zusätzlichen Resilienz- und protektiven Faktoren die Wahrscheinlichkeit für den Ausbruch einer psychischen Störung reduziert oder die Symptomatik abgeschwächt werden kann. Kinder, welche aufgrund bestimmter individueller oder familiärer, umgebungsbezogener Umstände keine adäquaten Kompetenzen aufbauen konnten, müssen durch solche Gesundheitsförderungen in ihrer Entwicklung gestärkt werden. Im Interventionsmanual der *Studie 3* der Autorin (Kap. 5.4.1.2) werden entsprechend Elemente der universellen Prävention respektive der Gesundheitsförderung eingebaut.

Die bekanntesten epidemiologischen Parameter sind die *Prävalenz* und die *Inzidenz* (vgl. Tab. 11). Die Prävalenz bezeichnet die Anzahl von Krankheitsfällen (Zielgrösse Krankheit) in einer definierten (Risiko-)Population zu einem bestimmten Zeitpunkt (Punkt-Prävalenz) respektive in einer definierten Zeitspanne (z.B. 6-Monats-Prävalenz). Wird die wahre Prävalenz erhoben, wird eine Aussage zur Häufigkeit in der Allgemeinbevölkerung gemacht, die administrative Prävalenz bezeichnet diejenige Erhebung, welche in der Praxis (Behandlungsein-

richtungen) durchgeführt wird. Die Lebenszeitprävalenz bezeichnet jenen Anteil an Personen (definierte Population), welche bis zum Erhebungszeitpunkt mindestens einmal an der definierten Störung erkrankt waren. Die Inzidenz beschreibt die Anzahl an Neuerkrankungen in einer definierten Population und Zeit. Das Interesse an diesem Parameter geht dahin, dass eine Risikopopulation, in welcher bis anhin noch keine Störung ausgebrochen ist, während eines bestimmten Zeitraums beobachtet wird, um zu sehen, wie viele Personen erstmalig eine Störung entwickeln. Ebenfalls nach gleichen Kriterien wie bei der Prävalenz ist zwischen wahrer und administrativer Inzidenz zu unterscheiden (Beaglehole et al., 1997; Lieb, 2005, vgl. Tab. 11).

Epidemiologische Parameter haben einen grossen Nutzen und können zum Beispiel helfen, verschiedene Störungen in einer definierten Population zu vergleichen und Gesundheitsförderprogramme zu lancieren. Da jedoch viele Faktoren einen Einfluss auf die Prävalenz haben, kann keine Aussage zur Krankheitsursache gegeben werden. Die Rate erhöhende Faktoren sind beispielsweise eine längere Krankheitsdauer, Zunahme der Inzidenz, Zuwanderung von erkrankten Personen und bessere diagnostische Möglichkeiten. Senkende Faktoren sind analog die kürzere Krankheitsdauer, eine hohe Letalitätsrate, Abnahme der Inzidenz und eine höhere Heilungsrate (Beaglehole et al., 1997). Der Versuch, die Leidensdimension einzubeziehen, hat zu den DALYs (*Disability-adjusted life years*, vgl. Tab. 11) geführt, welche die WHO propagiert. Diese sind ein Mass für den Burden of Disease (Bedeutung der Krankheit auf gesamtgesellschaftlicher Ebene) und sollen den Vergleich über die Grenzen der einzelnen Störungskategorien ermöglichen (vgl. Murray & Lopez, 1996, vgl. Kap. 4.2.1 & 4.4).

Die Tabelle 11 zeigt, dass die epidemiologischen Parameter nach ihren Funktionen unterteilt werden können. Innerhalb der einzelnen Störungsbilder gibt es verschiedene Charakterisierungs- und Beschreibungsmöglichkeiten, welche von den Auftretens- über die Verlaufsparemeter zur Versorgungsebene führen. Prodromalstadien, Onset-Alter, Chronifizierung und auch die anderen Verlaufsparemeter (vgl. Baumann & Perrez, 2005a) sind in der Entwicklungspsychopathologie (vgl. Kap. 3.1.1 & 3.1.2) speziell relevant und helfen, eine Störungsentwicklung zu verstehen und entsprechend Strategien zu entwickeln. Die Interventionen reichen von präventiven über die therapeutischen bis hin zu den rückfallprophylaktischen Massnahmen. Ohne die Angaben zum Verlauf einer Störung kann es passieren, dass zu spät interveniert wird oder ein potentiell vorhersagbarer Rückfall verpasst wird. Die Idee der vielen Parameter ist, dass der Vergleich nicht nur über die Störungsbilder hinweg in einer bestimmten Population möglich ist, sondern auch ein internationaler Vergleich sinnvoll durchgeführt werden kann (Ajdacic-Gross & Graf, 2003). In der klinischen Praxis beispielsweise sind der Leidensdruck respektive die Beeinträchtigung (Kriterium im DSM, vgl. Kap. 2.2) durch die Störung für das Individuum bezüglich der Vergabe einer Diagnose relevant. Mit den Massen QALY (*Quality-adjusted life years*, ein Jahr mit unverminderter Lebensqualität), DALY, YLL (*years of life lost*) und YLD (*years of life lived with disability*, vgl. Tab. 11) werden Masse eingeführt, durch welche versucht wird, die Einschränkungen und das Leiden, das durch die Störung verursacht wird, in Zahlen respektive in Raten festzuhalten, um einen Vergleich zu ermöglichen (Ajdacic-Gross & Graf, 2003).

Das oben angesprochene Problem der Vergleichbarkeit wird zusätzlich dadurch erschwert, dass auch bei den *einfacheren* Parametern schon grosse Variationen zu finden sind. Das heisst, innerhalb einer Störungsgruppe kann die Punkt- oder Periodenprävalenz schon stark variieren. Die Variation in den epidemiologischen Studien kann verursacht sein durch Unterschiede in der Erhebungstechnologie, den verwendeten Verfahren, der Stichprobenzusammenstellung und –grösse, Erfassungszeiträume, den Studiendesigns, den Diagnosekriterien, Informationsquellen und der Vorgehensweise in Bezug auf die Gewichtung (Groen, Scheithauer, Essau, & Petermann, 1997; F. Petermann et al., 1998).

4.1.2 Überblick über die wichtigsten internationalen und nationalen Studien

Im vorliegenden Kapitel wird zuerst ein Überblick anhand einer Tabelle über alle epidemiologischen Studien der vorliegenden Arbeit, welche Prävalenzen von Angststörungen zum Gegenstand haben, vorgestellt (Tab. 12).

Tabelle 12: Überblick über die Studien mit Prävalenzen von Angststörungen (Oberkategorie) (Reihenfolge: Alter ansteigend)

<i>Studienname und Erstautor</i>	<i>Land</i>	<i>Jahr</i>	<i>Stichprobe</i>	<i>Alter</i>	<i>Kapitel</i>
Canino (2004)	Puerto Rico	1999-2000	1'886	4-17	4.2.1.9
BCAMHS99 (Ford, 2003)	Grossbritannien	1999	10'438	5-15	4.2.4.1.2
QCMHS (Breton, 1999)	Kanada	1992	2'400	6-14	4.2.1.7
ZAPPS (Steinhausen, 2006)	Schweiz	1994-2005	1'110	6-16	4.3.7
ZESCAP (Steinhausen, 1998)	Schweiz	1994	1'964	7-16	4.3.7
DKAS (Federer, 2000)	Deutschland	1996-1997	826	8	4.2.5.9
Mannheimer Kurpfalz (Ihle, 2000)	Deutschland	1978-1996	1'444	8-25	4.2.5.7
GSMS (Costello, 2003)	USA	1993-2000	4'500	9-16	4.2.1.2
BJS (Essau, 1998)	Deutschland	1996-1997	1'935	12-17	4.2.5.4
Verhulst (1997)	Niederlande	1993	780	13-18	4.2.4.2.1
Oregon (Lewinsohn, 1993)	USA	1987-1989	1'710	14-18	4.2.1.4
GO! (Manz, 2000)	Deutschland	1993	1'081	14-18	4.2.5.8
EDSP (Wittchen, 2000)	Deutschland	1994-	3'021	14-17 14-24	4.2.5.10
NCS (Kessler, 1994)	USA	1990-1992	8'098	15-54	4.1.2.1
National Psychiatric Morbidity Survey (Jenkins, 1997)	Grossbritannien	1993-1994	10'108	16-64	4.2.4.1.3
NCS-R (Kessler, 2005)	USA	2001-2003	9'282	>18	4.1.2.10
ECA (Regier, 1993)	USA	1978-1985	20'291	>18	4.1.2.11
Australian National Mental Health Survey (Andrews, 2001)	Australien	1997	10'641	>18	4.2.2.3
ESEMeD (Alonso, 2004)	Deutschland	2002-2003	3'555	>18	4.2.5.12
MFS (Wittchen, 1992)	Deutschland	80er Jahre	483	18-55	4.2.5.13
NEMESIS (Bijl, 1998)	Niederlande	1966-1999	7'076	18-64	4.2.4.2.2
GHS-MHS/BGS98 (F. Jacobi, 2002)	Deutschland	1998-1999	4'181	18-65	4.2.5.11
Basler (Wacker, 1992)	Schweiz	1989-1991	470	18-65	4.3.8
DMHDS (Newman, 1996)	Neuseeland	1972-	1'661	21	4.2.2.1
Zurich Study (Angst, 1985)	Schweiz	1978-1999	6'293	22-23	4.3.8

Anschliessend werden anhand von zwei Abbildungen die zeitliche Einteilung der in Kapitel 4 vorgestellten epidemiologischen Studien und Surveys dargestellt (Abb. 31 & 32). Ebenfalls im vorliegenden Kapitel (als Unterkapitel) zu finden sind die grossangelegten Studien der World Health Organization (WHO, <http://www.hcp.med.harvard.edu/wmh/>, Kap. 4.1.2.1, vgl. Abb. 33) und des International Consortium in Psychiatric Epidemiology (ICPE, <http://www.hcp.med.harvard.edu/icpe/>, Kap. 4.1.2.2, vgl. Abb. 34), welche auch Studien aus anderen Ländern involvieren, die Organisation und Leitung liegt jedoch jeweils in den USA. Die dazugehörigen Studien werden in den Kapiteln der entsprechenden Länder dargestellt.

Die Tabelle 12 zeigt in der Reihenfolge der untersuchten Altersabschnitte (ansteigend) die Studien mit den relevanten Angaben zu Studienjahr, Stichprobe, Altersbereich, Klassifikationssystem, Kapitelnummer der vorliegenden Arbeit, in welchem die ausführlicheren Angaben nachzulesen sind. Die Prävalenzangaben zur Oberkategorie der Angststörungen finden sich in

Kapitel 4.4.1 in der entsprechenden Tabelle 74. Die Prävalenzangaben zu den einzelnen Störungsbildern (z.B. Phobien) finden sich in den Tabellen 22, 23 und 73. Ausserdem werden eingangs in den jeweiligen Kapiteln zu den Studien aus Amerika, Neuseeland und Australien, Asien, Nordeuropa und Skandinavien, Deutschland und der Schweiz zusammenfassend Überblicke über Studie, Autor, Jahr, Stichprobe, Altersabschnitt und Zweck der Studie gegeben.

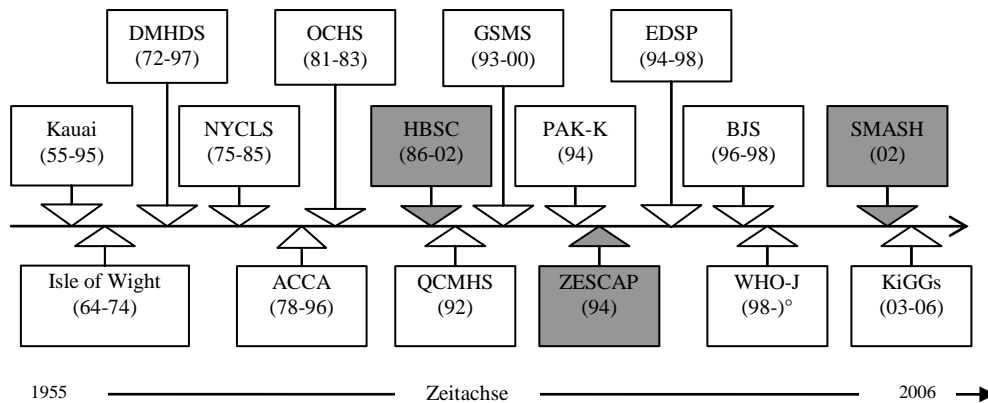


Abbildung 31: die wichtigsten Studien zur Epidemiologie von psychischen Störungen im Kindes- und Jugendalter, inkl. wichtiger Surveys (in Klammer die Jahresangaben; graue Boxen=Schweizer Studien; °=noch laufende Studie; DMHDS=Dunedin Multidisciplinary Health and Development Study; NYCLS=New York Child Longitudinal Study; ACCA=Mannheimer Kurpfalzstudie; OCHS=Ontario Child Health Study; HBSC=Health Behaviour in School-aged Children; QCMHS=Quebec Child Mental Health Survey; GSMS=Great Smoky Mountain Study; PAK-K=PAK-Kid-Studie; ZESCAP=Zürcher Epidemiologie Studie zur Kinder- und Adoleszenten Psychopathologie; EDSP=Early Developmental Stages of Psychopathology; BJS=Bremer Jugendstudie; WHO-J=WHO-Jugendgesundheitssurvey; SMASH=Swiss Multicenter Adolescent Survey on Health 2002; KiGGs=Kinder- und Jugendgesundheitssurvey)

Die wichtigsten Studien zur Epidemiologie respektive Erhebungen zu gesundheitsrelevanten Aspekten (Surveys) werden in Abbildung 31 und 32 auf einer Zeitachse dargestellt (in Klammer das Durchführungsjahr). Die Abbildung 31 zeigt alle relevanten Studien, welche die Verteilung von Störungen und Auffälligkeiten im Kindes- und Jugendalter zum Inhalt haben. Die einzelnen Studien werden in den Unterkapiteln des internationalen Kapitels zur Epidemiologie (Kap. 4.2) und in Kapitel 4.3 zur nationalen Epidemiologie berichtet. Die Kapitel werden auch durch kleinere, weniger bekannte Studien ergänzt, welche relevante Beiträge zu den Fragestellungen der vorliegenden Arbeit liefern können.

In Abbildung 32 werden die relevantesten Studien im Bereich Epidemiologie und Gesundheitssurveys international (vgl. Kap. 4.2) und national (Kap. 4.3) im Erwachsenenbereich auf der Zeitachse dargestellt. Diese subsumieren zum Teil Studien, welche separat berichtet werden. So zum Beispiel ist die World Health Organization World Mental Health Survey Initiative (WHO-WMH) ein Bündel aus verschiedenen Studien (vgl. Abb. 33 in Kap. 4.1.2.1) wie die National Comorbidity Survey - Replication (NCS-R, Kap. 4.2.1.10) und der European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD, Kap. 4.2.5.12). Die ICPE subsumiert ebenfalls verschiedene Studien (vgl. Abb. 34 in Kap. 4.1.2.2): die Early Development Stages of Psychopathology (EDSP, Kap. 4.2.5.10), die jedoch zum Kinder- und Jugendbe-

reich (Abb. 31) gehört. Weiter beinhaltet sie die Mental Health Supplement to German National Health Interview and Examination Survey (GHS-MHS) ebenfalls als BSG98 (Kap. 4.2.5.11) bezeichnet. Die Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS, Kap. 4.2.4.2.2) gehört ebenfalls der ICPE an.

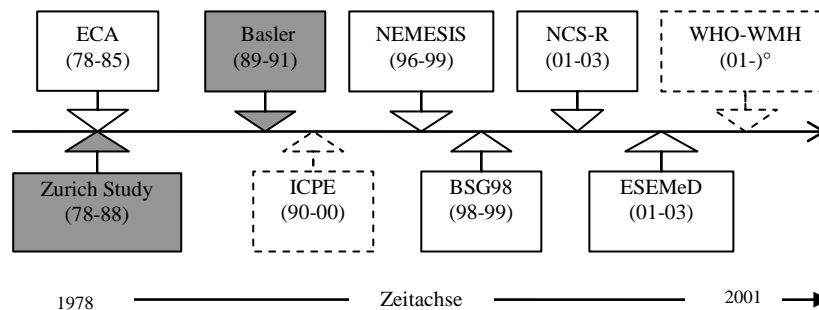


Abbildung 32: die wichtigsten Studien zur Epidemiologie von psychischen Störungen im Erwachsenenalter, inkl. wichtiger Surveys (in Klammer die Jahresangaben; ^o=noch laufende Studie; graue Boxen=Schweizer Studien; gestrichelte Boxen=übergeordnete Studien; ECA=Epidemiologic Catchment Area Study; ICPE=International Consortium in Psychiatric Epidemiology; NEMESIS=Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study; BSG98=Bundesgesundheitsurvey 1998; NCS-R=National Comorbidity Survey-Replication; WHO-WMH=World Health Organization World Mental Health Survey Initiative; ESEMeD=The European Study of the Epidemiology of Mental Disorders)

Die Angaben zur Häufigkeit von Angststörungen schwanken, da unter anderem verschiedene Klassifikationssysteme (vgl. Kap. 2.2) und verschiedene Erhebungsmethoden (vgl. Kap. 2.3) verwendet wurden. Ältere Studien machen folgende Angaben zur Häufigkeit und Verteilung von Angststörungen: in den 70er Jahren gab es für das Erwachsenenalter nach ICD-8 eine Prävalenzschätzung von 1.8% für Angstneurosen und je 0.3% für Phobien und für Zwangneurosen (vgl. Dilling & Weyerer, 1984; Wittchen & Perkonig, 1996). Nach DSM-I wurde die Punktprevalenz für Angststörungen auf 4.6% geschätzt (Wittchen & Perkonig, 1996). Wenn die diversen Befunde für DSM-III (American Psychiatric Association, 1980) und DSM-III-R (American Psychiatric Association, 1991) auf der Grundlage nach diagnostischen Interviews zusammengefasst werden, ergibt sich folgendes Bild: „Es zeigt sich, dass Angststörungen mit Lebenszeitprävalenzraten zwischen 9.2% und 25.1% (Median: 14.5%) zu den häufigsten psychischen Erkrankungen zählen. Die Sechs-Monats Prävalenzraten schwanken zwischen 6.5% und 14.9% (Median: 7.2%)“ (Wittchen & Perkonig, 1996, S. 83). Diese Schwankungen hängen neben den erwähnten Gründen mit den Altersgruppen und den ausgesuchten Subgruppen von Angststörungen zusammen.

Im Überblick (Kap. 4) der vorliegenden Dissertation können nicht alle Studien zur Epidemiologie von Angststörungen besprochen werden. Die Kriterien zum Einschluss von Studien sind nicht streng gesetzt, weil bestimmte Studien, die für die Autorin von Interesse sind, durch das Raster gefallen wären (z.B. Mängel der Messinstrumente in den Isle of Wight Studies). Einen Überblick über epidemiologische Studien im Bereich Angststörungen bei Kindern und Jugendlichen aus den 80er Jahren geben Brandenburg, Friedman und Silver (1990, inkl. andere Störungsbilder), aus den späten 80er und frühen 90er Jahren geben Costello und Angold

(1995), aus den 90er Jahren Essau und Kollegen (Essau, 2003; Essau et al., 2004) und aus den späten 80er Jahren bis Anfang des 21. Jahrhunderts Costello, Egger Angold (2005b). Barlow (2002), Michael und Margraf (2004) und Lieb und Kollegen (2003) geben einen Überblick über Angststörungen bei Erwachsenen, zum Teil inklusive Jugendalter. Ihle und Esser (2002) geben einen Überblick über Prävalenzen psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter von den 70er bis Ende 90er Jahre. Kuschel (2001) fasst die internationalen epidemiologischen Studien zu psychischen Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen getrennt nach dimensionalen und kategorialen Diagnosen zusammen.

4.1.2.1 World Health Organization (WHO) World Mental Health (WMH) Survey Initiative

Die von der WHO lancierte Studie zum Burden of Disease (Murray & Lopez, 1996) hat die psychischen Störungen (inkl. Suchtstörungen) als die am meisten belastenden Störungen respektive Krankheiten identifiziert. Um jedoch einen weltweiten Vergleich starten zu können, müssen die verschiedenen Studien zur Prävalenz und anderen epidemiologischen Parametern anhand der gleichen Instrumente durchgeführt und anhand der gleichen Klassifikationssysteme eingeteilt werden (<http://www.hcp.med.harvard.edu/wmh/index.php>).

Die Studien, welche zusammengefasst zur World Health Organization (WHO) World Mental Health (WMH) Survey Initiative gehören (Demyttenaere et al., 2004), wurden seit 2001 durchgeführt, dauern noch an oder werden erst gestartet (vgl. Abb. 32). Es sind viele Länder beteiligt, wie man in Abbildung 33 erkennen kann. Die zwei Studien, welche in der vorliegenden Arbeit vorgestellt werden, sind die European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD, Kap. 4.2.5.12), welche sechs europäische Länder integriert, wobei speziell die Daten aus Deutschland berichtet werden (Alonso et al., 2004) und die National Comorbidity Survey Replication (NCS-R) aus den USA (Kessler, Berglund et al., 2005; Kessler, Demler et al., 2005, vgl. Kap. 4.2.1.10).

Der Zweck der Studien ist die länderübergreifende Beschreibung der 12-Monats- und Lebenszeitprävalenzen, der Intensität und des Treatments von Angst-, affektiven, Impulskontroll- und Suchtstörungen in 31 Ländern an erwachsenen Personen über 18 Jahre. Zwischen 2001 und 2003 wurde die Erhebung in 14 Ländern organisiert (Stand 2004). Es interessiert ausserdem, wie sich die Störungsbilder in weniger entwickelten Ländern zeigen, dazu wurde die Studie auch in China, Kolumbien, Libanon, Mexiko, Nigeria und in der Ukraine durchgeführt. Die restlichen Studien wurden in den USA, Belgien, Frankreich, Deutschland, Italien, Holland, Spanien und Japan durchgeführt. Es werden in der Abbildung 33 auch noch zusätzliche Länder aufgeführt, in welchen die Untersuchung noch geplant ist, jedoch noch nicht gestartet wurde. Auf der Homepage (http://www.hcp.med.harvard.edu/wmh/national_sample.php) kann verfolgt werden, ob ein Land involviert ist, in welchem die Studie bereits abgeschlossen und wie gross die Stichprobe ist. Im Jahr 2004 waren es insgesamt 60'463 Personen, welche an der Gesamtstudie teilgenommen haben, davon gingen 21'424 an die ESEMeD und 9'282 an die NCS-R; die kleinste Teilnehmerrate mit 1'663 Personen hatte Japan.

Das diagnostische Instrument war und ist in allen Studien das gleiche, damit auch interkulturelle Vergleiche sinnvoll durchgeführt werden können. Das Interview ist die WMH Version des WHO Composite International Diagnostic Interview (WMH-CIDI), welches ein hochstrukturiertes (standardisiertes, vgl. Kap. 2.3) Interview zur Diagnosestellung, Einschätzung

der Schwere der Störung und Treatmentfragen (u.a. Inanspruchnahme) eingesetzt wird (Kessler, Abelson et al., 2004; Kessler & Üstün, 2004). Es beinhaltet ausserdem Module zu Funktionen, Risikofaktoren und soziodemographischen Aspekten. An einem ersten Teil der Erhebung (bezogen auf Instrumente) haben alle Personen teilgenommen, an einem zweiten Teil nur etwas weniger als die Hälfte der Kandidaten (25'828, Grundlage für folgende Ausführungen). Die Prävalenzen werden auf die Lebenszeit und auf 12 Monate erfragt. Die Stichproben aus den verschiedenen Ländern unterschieden sich stark in der Altersstruktur und im Ausbildungsstatus (Demyttenaere et al., 2004).

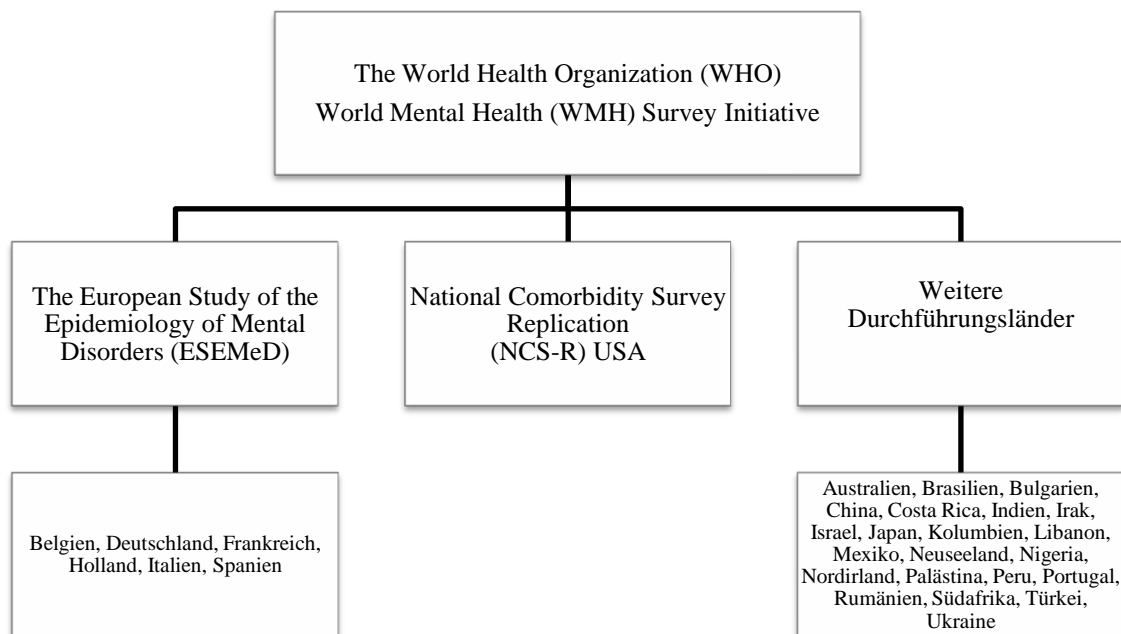


Abbildung 33: Übersicht über die Studien im Rahmen der World Health Organization (WHO) World Mental Health (WMH) Survey Initiative (vgl. Demyttenaere et al., 2004, vgl. http://www.hcp.med.harvard.edu/wmh/national_sample.php)

Die 12-Monats-Prävalenz von irgendeiner DSM-IV Störung (American Psychiatric Association, 1996) variierte von 4.3% (Shanghai) zu 26.4% in den USA. In der ESEMeD hat Frankreich mit 18.4% die höchste Rate und Italien mit 8.2% die Niedrigste, Deutschland mit 9.1% die Zweitniedrigste. Für die Angststörungen finden sich die höchsten Werte ebenfalls in den USA (18.2%). An zweiter Stelle liegt Frankreich mit 12.0%. Die niedrigste Rate hat wiederum Shanghai mit 2.4%. Deutschland mit 6.2% rangiert somit im Mittelfeld (vgl. Kap. 4.2.5.12). Die Rate für Angststörungen fiel in fast allen Ländern höher aus als für andere Störungsbilder. In den USA beispielsweise war die Rate für Angststörungen doppelt so hoch wie für affektive Störungen, drei Mal so hoch wie für Impulskontrollstörung und 4.5 Mal so hoch wie Suchtstörungen. Die Ukraine hatte die höchste Rate an Suchtstörungen (6.4%) und rangierte im Vergleich dazu irgendeine Störung zu haben, auf dem zweiten Platz. Es ist auch das einzige Land, in welchem nicht die Angststörungen am häufigsten sind (7.1%), sondern die affektiven Störungen (9.1%).

Es konnte ein grosser Unterschied zwischen den Ländern in Bezug auf die Inanspruchnahme von Expertenhilfe festgestellt werden, wobei die Personen aus weniger entwickelten Ländern deutlich weniger in Behandlung waren als Personen aus entwickelten Ländern. Gleichzeitig konnte jedoch auch ein Zusammenhang zwischen der Schwere einer Störung und der Wahr-

scheinlichkeit einer Behandlung festgestellt werden, dahingehend dass überall auf der Welt die Personen mit schwereren Störungen eher in Behandlung sind als jene mit milden Formen. Jedoch gibt es *non-cases* (Fälle ohne Störung oder mit subklinischen Kriterien), welche in Behandlung sind und in diesen Studien einen Grossteil der Behandelten ausmachten. Auf der anderen Seite kann in entwickelten Ländern ein Grossteil der Leute mit einer schweren Störung ausgemacht werden, welche kein Treatment erhalten (35.5-50.3%); in weniger entwickelten Ländern sind dies 76.3 bis 85.4%.

Die Aussagekraft der Hauptstudie ist eingeschränkt, da eine grosse Variation in der Rücklaufquote vorhanden ist (von 45.9% in Frankreich bis 87.7% in Kolumbien). Ausserdem waren zum Teil methodische Probleme zu konstatieren (z.B. Durchführung, Datamissings), welchen jedoch begegnet wurde (vgl. Demyttenaere et al., 2004). Gewisse Störungsbilder wie die Schizophrenie und andere Psychosen wurden aus mehreren Gründen nicht erhoben, was die Aussagekraft bezüglich einer generellen Prävalenzrate für irgendeine Störung einschränkt. Der WMH-CIDI wurde zudem für westliche Länder entwickelt und vermag nicht, alle kulturellen Besonderheiten einzubeziehen.

4.1.2.2 International Consortium in Psychiatric Epidemiology (ICPE)

Im Jahr 1998 wurde die International Consortium in Psychiatric Epidemiology (ICPE) von der WHO gegründet, welche die Daten, die aus den Studien zwischen 1990 und 1999 mit dem CIDI hervorgingen, bearbeitet haben (Bijl et al., 2003; Kessler, 2000). Aus dem ICPE heraus wurde dann die WMH2000 gegründet (WHO-WMH), an welcher nun 31 Länder teilnehmen (vgl. Kap. 4.1.2.1; Abb. 33).

Der Zweck der Arbeitsgemeinschaft ist ähnlich wie der von der WHO-WMH-Survey Initiative (vgl. Kap. 4.1.2.1). Es sollen international vergleichbare Prävalenzraten und Korrelate von psychischen Störungen erhoben werden. Weiter sollen Prävalenzen behandelter und unbehandelter Personen mit einer psychischen Störung verglichen werden. Zur Vergleichbarkeit in der ICPE werden Personen ab 18 Jahren eingeschlossen, obwohl in einzelnen Studien jüngere Stichproben vorhanden sind (z.B. EDSP: 14-25 Jahre, vgl. Kap. 4.2.5.10). Das Erhebungsinstrument ist ebenfalls das CIDI in einer früheren Version und die Diagnosen werden mit den Klassifikationssystemen DSM-III-R und DSM-IV vergeben (Andrade et al., 2000; Bijl et al., 2003).

Es werden 14 Länder zur ICPE gezählt, wobei auf der Homepage (<http://www.hcp.med.harvard.edu/icpe/studies.php#I.5>) weitere Länder genannt werden, mit welchen die Autoren in Kontakt waren (z.T. mehrere Studien pro Land). Diese Studien wurden zum Teil schon durchgeführt, zählen jedoch zur WHO-WMH-Survey Initiative (vgl. Kap. 4.1.2.1), welche als Weiterentwicklung der ICPE verstanden werden kann. Die Studiendesigns wurden noch besser angeglichen, um den interkulturellen Vergleich vorzunehmen. Das ICPE wurde gegründet, nachdem bereits einzelne Studien angelaufen waren, was zu Einschränkungen in der Vergleichbarkeit führte. Abbildung 34 zeigt ein paar bekannte internationale Studien aus den 90er Jahren, welche zum Grossteil beschrieben werden. Andere Studien und Länder werden nicht aufgeführt, können auf der genannten Homepage oder bei Andrade und Kollegen (2000) nachgelesen werden.

In den folgenden Ausführungen sind die Länder Brasilien, Kanada, Deutschland (EDSP), Mexiko, Holland, Türkei und die USA (NCS) enthalten (Andrade et al., 2000, vgl. Tab. 13). Die USA mit der NCS-R (Weiterentwicklung der NCS) wird an anderer Stelle eingehender behandelt (Kap. 4.2.1.10), die Deutsche Studie EDSP wird in Kapitel 4.2.5.10 beschrieben,

die zweite Deutsche Studie GHS-MHS respektive BSG98 wird in Kapitel 4.2.5.11, die Holländische Studie NEMESIS in Kapitel 4.2.4.2.2 und die Kanadische Ontario Child Health Study (OCHS) als eine Vorgängerstudie der MHS-OHS mit Kindern (vgl. Abb. 34) in Kapitel 4.2.1.6 referiert.

Die Stichprobe für alle sieben Studien von 29'644 Personen setzt sich zusammen aus einer Bevölkerungsstichprobe, welche mit dem CIDI respektive sprachlich und zum Teil inhaltlich leicht angepassten Versionen interviewt wurden. Die Stichprobengrößen variieren von 1'464 bis 7'076 Personen.

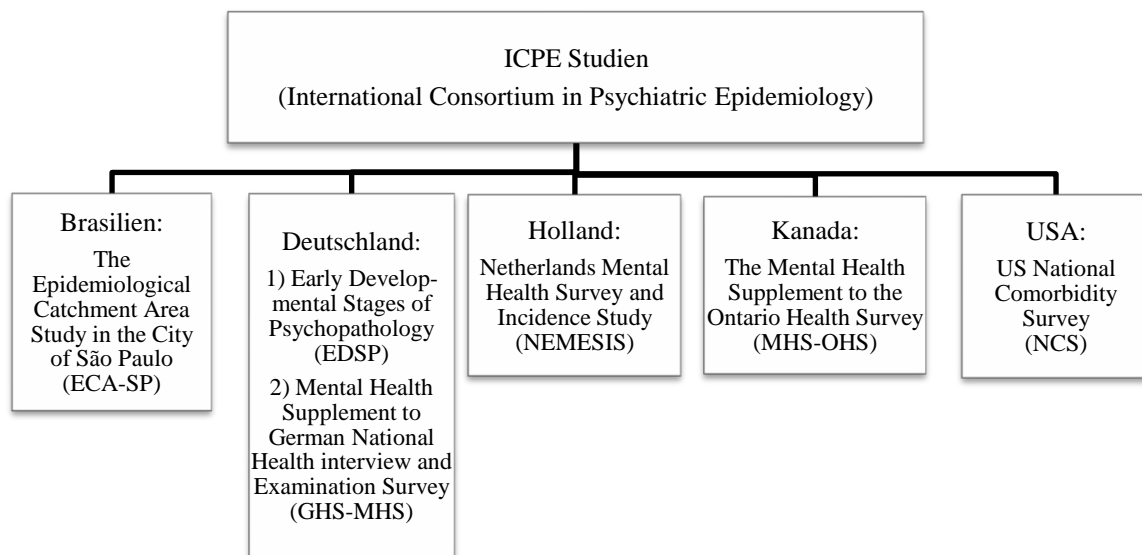


Abbildung 34: Auswahl an Studien im Rahmen des International Consortium in Psychiatric Epidemiology (für weitere Studien resp. Länder vgl. Alonso et al., 2004; Andrade et al., 2000; Bijl et al., 2003)

Die Lebenszeitprävalenzrate für irgendeine Störung variiert stark zwischen den Ländern (vgl. Tab. 13), wobei die höchste Rate auf die USA fällt (48.6%, vgl. Kap. 4.1.2.1) und die niedrigsten Raten mit 12.2% in der Türkei und in Mexiko mit 20.2% gefunden wurden. Holland (40.9%) und Deutschland (38.4%) und etwas weniger mit 37.5% Kanada und mit 36.3% Brasilien waren in etwa gleich hoch. Die Angststörungen gesamthaft (Panikstörung, Agoraphobie, Einfache und Soziale Phobie, GAS) machten bei fast allen Ländern einen Drittel der Gesamt-Lebenszeitprävalenz aus (Ausnahme: Deutschland: 9.8% und Mexiko: 5.6%).

Durch den Vergleich der 12-Monats- und Lebenszeitprävalenzen kann die Chronizität der Störungen eingeschätzt werden (Andrade et al., 2000). Die Autoren berichten, dass in allen 21 Vergleichen die Stabilitätsrate über 33% und bei allen ausser sechs Vergleichen sogar über 50% ausfiel. Sie schliessen daraus, dass psychische Störungen oft chronisch sind und für Angststörungen speziell (in allen sieben Ländern). Auch die Raten der 1-Monats-Prävalenz zeigen dieses Bild. Fünf der sieben Länder zeigen die höchsten Raten für Angststörungen.

Die Komorbidität für Angststörungen kann durch die Informationen in Tabelle 13 ebenfalls eingeschätzt werden. In den USA sind komorbide Störungen auf die Lebenszeit geschätzt häufiger als reine Störungen (≥ 2 Störungen: 27.4% und 1 Störung: 21.3%). Umgerechnet macht dies 56.3% der Lebenszeitdiagnosen aus, welche in den USA komorbid sind. In den anderen sechs Ländern sind einzelne Störungen häufiger als komorbide Fälle, dies sowohl in

der Lebenszeiteinschätzung wie auch in der 1- und 12-Monats-Prävalenzschätzung (hier auch für die USA, vgl. Kap. 4.4.4).

Tabelle 13: Prävalenzraten der ICPE-Studien anhand des DSM-III-R und DSM-IV (Deutschland) (in Prozenten) (nach Andrade et al., 2000, Modif. u. Übers. v. Verf.)

		<i>Brasilien</i> (ECA-SP)	<i>Kanada</i> (MHS-OHS)	<i>Deutsch- land</i> (EDSP)	<i>Mexiko</i> (EPM)	<i>Holland</i> (NEMESIS)	<i>Türkei</i>	<i>USA</i> (NCS)
		N=1'464 DSM-III-R	N=6'261 DSM-III-R	N=1'626 DSM-IV	N=1'7341 DSM-III-R	N=7'076 DSM-III-R	N=6'095 DSM-III-R	N=5'388 DSM-III-R
Lebens- zeit	Irgendeine Störung [°]	36.3	37.5	38.4	20.2	40.9	12.2	48.6
	Angst- störungen*	17.4	21.3	9.8	5.6	20.1	7.4	25.0
	1 Störung	21.2	21.2	25.5	14.8	23.0	7.9	21.3
	2 Störungen	8.8	9.3	8.1	4.0	9.3	3.0	13.1
	≥3 Störungen	6.3	7.0	4.8	1.4	8.6	1.3	14.3
12- Monats- Präva- lenz	Irgendeine Störung [°]	22.4	19.9	24.4	12.6	23.0	8.4	29.1
	Angst- störungen*	10.9	12.4	7.1	4.0	12.7	5.8	17.0
	1 Störung	15.3	13.1	17.6	9.8	15.2	5.7	16.7
	2 Störungen	4.3	4.5	4.3	1.9	4.4	1.8	6.6
	≥3 Störungen	2.8	2.4	2.5	0.9	3.4	0.8	5.7
1- Monats- Präva- lenz	Irgendeine Störung [°]	17.2	10.4	10.9	6.7	16.3	7.4	17.1
	Angst- störungen*	8.7	6.2	2.7	2.3	9.8	5.0	10.3
	1 Störung	11.8	7.3	8.8	5.7	11.5	5.1	11.1
	2 Störungen	3.6	1.9	1.5	0.8	2.7	1.7	3.7
	≥3 Störungen	1.9	1.1	0.6	1.2	2.1	0.7	2.3

Anmerkungen: °=irgendeine Angst-, affektive oder Substanzbezogene Störung; *=Panikstörung, Agoraphobie, Einfache Phobie, Soziale Phobie, Generalisierte Angststörung; ECA-SP=The Epidemiological Catchment Area Study in the city of São Paulo; MHS-OHS=The Mental Health Supplement to the Ontario Health Survey; EDSP=Early Development Stages of Psychopathology Study; EPM=Epidemiology of Psychiatric Comorbidity Project; NEMESIS= Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study; NCS=US National Comorbidity Survey

Die Verteilung des Alters bei Beginn der Störung ist in allen Ländern in etwa gleich, wobei für die Angststörung der früheste Beginn mit einem Median von 15 Jahren gefunden wurde (Range: 12 Jahre in Kanada bis 18 Jahre in Holland). Die Analyse der soziodemographischen Korrelate ergab, dass es eine monotypische umgekehrte Beziehung zwischen dem Alter und der Prävalenzeinschätzung über alle Länder mit Ausnahme von Mexiko und der Türkei gab. Das heisst, je jünger die Kinder, desto höher waren die Odds Ratios (Deutschland kann nicht einbezogen werden, weil die Stichprobe in Bezug auf das Alter zu wenig streut: 13-25 Jahre). Frauen haben signifikant höhere 12-Monats-Prävalenzraten als Männer in drei Ländern (Holland, Türkei und USA), und in den anderen vier Ländern waren die Unterschiede nicht signifikant (Ausnahme: in Mexiko in der Tendenz). Diese Unterschiede beziehen die Autoren vor allem auf das Resultat, dass im Störungsvergleich die Frauen höhere Raten in der Kategorie der Angststörungen zeigten. Das Komorbiditätsmuster in Funktion der bildenden Erziehung

zeigt, dass die höheren Prävalenzraten mit einem tieferen Niveau der Ausbildung zusammenhängen (Ausnahme Deutschland: kein signifikantes Ergebnis). Diese Beziehung galt nicht für die Assoziation von einer hohen Bildung mit einer tieferen Prävalenzrate. Verheiratete Personen zeigten in allen Ländern in den 12-Monats-Komorbiditätsraten tiefere Werte, und Arbeitslose zeigten in allen Ländern mit der Türkei als Ausnahme höhere Raten in der 12-Monats-Komorbidität.

Andrade und Kollegen (2000) diskutieren den Alterseffekt in Bezug auf einen möglichen Artefakt, sie meinen, es hätte ein Anstieg der Lebenszeitprävalenzen über Generationen (Kohorteneffekt) stattfinden können. Sie zeigen auf, dass die jüngeren Kohorten höhere Werte auf den verschiedenen Störungsgruppen zeigen (vgl. Kap. 4.4.2 & 4.4.3), und dass dies auch ein kulturübergreifendes Phänomen (vgl. Kap. 4.4.7) ist (für Deutschland konnten jedoch die Daten wiederum nicht analysiert werden).

Für Kanada und die USA konnten auch Analysen zum Alter beim Erstkontakt mit einem Therapeuten (treatment contact) analysiert werden. Die verzögerte Einsetzung bis zum ersten Treatment waren mehrere Jahre (Ausnahme: Panikstörung). Bei der Generalisierten Angststörung konnte bei 40% der Menschen eine Hilfesuche im ersten Jahr festgestellt werden; bei den restlichen 60% konnte es bis zu 10 Jahre dauern, bis sie Hilfe suchten. Der Zusammenhang mit Hilfesuche und Alter beim Eintreten der Störung war signifikant negativ korreliert. Dieses Resultat ist relevant, da es zeigt, dass frühe Störungen, welche auch stabiler und schwerwiegender sind als später einsetzende Störungen, die längste Verzögerung in Bezug auf die Treatmentsuche haben (Andrade et al., 2000; Bijl et al., 2003).

In Holland, Kanada und den USA konnten auch Muster in Bezug auf die 12-Monats-Inanspruchnahmerate eines Treatments (irgendeine Hilfe) analysiert werden. In den USA und in Kanada konnten circa ein Fünftel der Personen angeben, dass sie in den letzten 12 Monaten ein Treatment erfahren haben, in Holland waren dies circa ein Drittel (31.7%). In einer anderen Stichprobensammensetzung aus den ICPE-Studien (Bijl et al., 2003) konnte zusätzlich gezeigt werden, dass in den USA zum Zeitpunkt der NCS-Studie (1990-1992) nur 37.1% der schweren Fälle ein Treatment bekommen haben. In den anderen vier Ländern (Holland, Kanada, Chile, Deutschland) erhielt zwischen einem Drittel und der Hälfte der Stichproben (im Falle von schweren Fällen) kein Treatment.

Diese Resultate der ICPE müssen mit Vorsicht interpretiert werden, da die verschiedenen Länder auch unterschiedliche Versionen des CIDI durchführt haben und zum Teil auf retrospektiven Daten der Teilnehmer basieren (Gedächtniseffekte, vgl. Kap. 2.3 & 6.2). Die Autoren diskutieren weiter die möglichen verzerrten Effekte durch soziale Erwünschtheit respektive schambehafteten Themen, welche zusätzlich zwischen den verschiedenen Kulturen variieren können (Andrade et al., 2000). Trotz dieser Einschränkungen entsprechen die Raten zum Grossteil jenen aus anderen Studien (vgl. Tab. 22 & 23 in Kap. 4.2.6), welche zeigen, dass psychische Störungen sehr häufig sind, oft früh im Leben eines Menschen auftreten, oft chronisch sind und eine hohe Belastung für den Menschen darstellen.

4.2 Epidemiologische Daten aus dem internationalen Bereich

Das vorliegende Kapitel bündelt nach Kontinenten und Ländern geordnet ausgewählte Studien aus dem internationalen Bereich. Die hier jeweils ausführlicher berichteten Daten werden in Kapitel 4.2.6 zusammenfassend dargestellt (vgl. Tab. 22 & 23) und in Kapitel 4.4.7 im

Vergleich mit nationalen Daten diskutiert, welche separat in Kapitel 4.3 (vgl. Tab. 73) berichtet werden. Zum Teil werden auch ältere Studien und Studien mit Erwachsenen berichtet. Die Studien älteren Datums sind meist sehr bekannt, weil sie entweder die ersten Studien ihrer Art sind oder einen spezifischen Bereich untersucht haben. Studien an der erwachsenen Bevölkerung sind zum Teil Langzeitstudien und somit relevant für den Verlaufsaspekt von Störungen, im Speziellen der Angststörungen; oft haben sie einen retrospektiven Aspekt mit enthalten, welcher Rückschlüsse auf die Entwicklung von Angststörungen und komorbiden Störungen zulässt. Es werden auch Studien berichtet, welche keine klassischen epidemiologischen Studien sind (bzgl. Prävalenzangaben, deskriptive Epidemiologie, vgl. Kap. 4.1.1); beispielsweise die Risikokinderstudien (vgl. Kap. 4.2.1.8, 4.2.2.1 & 4.2.5.7), welche vor allem über den Langzeitverlauf, Risiko- und Schutzfaktoren berichten und das Bild und Verständnis einer Störungsgruppe durch die analytische Epidemiologie vervollständigen können (vgl. Tab. 10).

4.2.1 Amerika

Hier werden epidemiologische Studien und Surveys berichtet, welche auf dem Kontinent Amerika zu lokalisieren sind, inklusive der bekannten Kauai (Hawaii-Insel) Studie, welche eine gesamte Grundpopulation von der Geburt bis ins Erwachsenenalter verfolgt hat und den Fokus auf die high-risk-Kinder setzt, somit vor allem Risiko- und Schutzfaktoren und die Resilienz untersucht. Nach einigen einführenden Überlegungen und der Vorstellung der Studien in der Tabelle 14 in Bezug auf die USA (Kap. 4.2.1.1) werden die einzelnen Studien berichtet, wobei die Kapitel 4.2.1.2 bis und mit 4.2.1.9 Kinder und Jugendliche untersuchen und die Kapitel 4.2.1.10 und 4.2.1.11 Studien an Erwachsenen vorstellen. In Kapitel 4.2.1.12 wird abschliessend für die Amerikanischen Studien eine Zusammenfassung gegeben.

4.2.1.1 Allgemeine Angaben

Nordamerika (USA und Kanada) haben viele Studien zu epidemiologischen Fragestellungen durchgeführt und sind auch an einigen der längsten Langzeitstudien beteiligt (z.B. New York Child Longitudinal Study, Kap. 4.2.1.3). Weitere interessante Studien gibt es aus dem Gebiet der Great Smoky Mountains, welche eine Jugendlichenstichprobe zur Grundlage hat (Kap. 4.2.1.2). In Oregon wurde eine Studie über Depressionen bei Jugendlichen durchgeführt, jedoch gab es durch die Analyse der Komorbiditäten spannende Resultate für die Angstforschung (Kap. 4.2.1.4). In Boston wurde ein Projekt durchgeführt, welches Kinder von Eltern mit affektiven Störungen untersucht und sich vor allem auf den Verlauf von Angststörungen und deren Bedingungen konzentriert (Kap. 4.2.1.5). Die Kanadier haben in Ontario (Kap. 4.2.1.6) und in Quebec (Kap. 4.2.1.7) jeweils Studien mit Kindern und Jugendlichen zu allgemeinen Fragestellungen der Epidemiologie durchgeführt.

Zusätzlich werden zwei Studien aus Puerto Rico vorgestellt, welches politisch gesehen ebenfalls zu Amerika gehört; die ältere Studie aus dem Jahr 1985 wird oft in Überblicksartikeln zitiert (Kap. 4.2.1.9). Die NCS-R beinhaltet in der Amerikanischen Version Erwachsene (Kap. 4.2.1.10) genauso wie die ECA (Kap. 4.2.1.11), welche als Teile der ICPE beziehungsweise WHO-WMH (vgl. Kap. 4.1.2.1 & 4.1.2.2) vorgestellt werden. Sie liefern wertvolle Aussagen zum Verlauf und zu Korrelaten von Angststörungen.

Tabelle 14: Überblick über Amerikanische Studien zur Epidemiologie psychischer Störungen

Kap./ Abb./ Tab.	Studienname, Staat/Land und Autoren	Jahr und Studien- dauer	Alter (in Jahren)	Stichprobe (N)	Zweck der Studie
4.2.1.2	<i>Great Smoky Mountains Study (GSMS) of Youth</i> , North Carolina/USA (z.B. Costello, Angold, Burns, Erkanli et al., 1996)	1993-2000	9-16	4'500 (Screening) 1'015 1'420	3-Monats-Prävalenzraten; Verlauf; Korrelate; Analyse der Versorgungssituation; Ethnische Vergleiche
4.2.1.3	<i>New York Child Longitudinal Study</i> , USA (Velez, Johnson, & Cohen, 1989) Weiterführende Analysen in Bezug auf die Jugendlichen (P. Cohen et al., 1993)	1975, 1983, 1985	1-18 10-20	976 (1975, Basis) 776 (1983 und 1985) 734	Prävalenz, Risiko- und Schutzfaktoren, Langzeitverlauf; Alters- und Geschlechtseffekte: Effekte der Entwicklung, Stabilität, Komorbidität
4.2.1.4	<i>Oregon Adolescent Depression Project</i> , Oregon, USA (Lewinsohn, Hops, Roberts, Seeley, & Andrews, 1993)	1987-1989	14-19	1'710 1'508 (Welle 2)	Prävalenz und Inzidenz in High School Studenten; Beurteilerübereinstimmungen
4.2.1.5	Boston, USA (Keller et al., 1992)	80er	6-19	275	Selektiv: Kinder von Eltern mit affektiven Störungen; Häufigkeit, Verlauf und Chronizität der Angststörung
4.2.1.6	<i>Ontario Child Health Study (OCHS)</i> , Ontario, Kanada (z.B. Offord et al., 1987)	1981-1983	4-16	2'679 (aus 1'869 Familien)	6-Monats-Prävalenz; Inanspruchnahmeraten und -güte der Versorgung
4.2.1.7	<i>Quebec Child Mental Health Survey</i> , Kanada (QCHHS)	1992	6-14	2'400	6-Monats-Prävalenz, Komorbidität, Korrelate
4.2.1.8	<i>Kauai-Study</i> (z.B. Werner, 1993)	1955-1995	0-40	698	High-risk-Studie, Risikofaktoren, Protektive Faktoren, Resilienz, Langzeitverlauf
4.2.1.9	Puerto Rico, USA (Bird et al., 1988) Puerto Rico, USA (Canino et al., 2004)	1985-1986 1999-2000	4-16 4-17	777 (Screening) 386 (Interview) 1'886	Prävalenz, Komorbidität, Demographische Korrelate Prävalenz, Korrelate, Versorgungssituation, Inanspruchnahme, Beeinträchtigungsauswirkung
4.1.2.1 Abb. 33 Tab. 13	<i>National Comorbidity Survey (NCS)</i> (Canino et al., 2004)	1990-1992	15-54	8'098	Prävalenzraten; Ernsthaftigkeit resp. Auswirkungen psychischer Störungen, die nicht behandelt werden; Komorbidität; Verlauf und Korrelate der psychischen Störungen; Inanspruchnahmedaten; NCS=Teil der ICPE und NCS-R=Teil der WHO-WMH Survey
4.2.1.10 4.1.2.2 Abb. 34	<i>National Comorbidity Survey - Replication (NCS-R)</i> , USA (z.B. Kessler, Tat Chiu et al., 2005);	2001-2003	>18	9'282 (USA) alle 14 Länder: 60'463 (WHO-WMH)	
4.2.1.11	<i>Epidemiologic Catchment Area (ECA) Study</i> , USA (z.B. Regier, Farmer et al., 1993)	1978-1985	> 18	20'291 (Welle 1; bereinigt=18'571) 15'849 (Welle 2)	1-Monats-Punktprävalenz, „prospective“ 1-Jahres-Prävalenz, Korrelate, Inanspruchnahmedaten
4.1.2.2 Abb. 34 Tab. 13	<i>The Mental Health Supplement to the Ontario Health Survey (MHS-OHS)</i> , Kanada Teil der ICPE (z.B. Andrade et al., 2000)	1990-1991 1990-1996 (ICPE)	> 18 ^a	6'261 (MHS-OHS) 29'644 (IPCE der ersten 7 Studien)	Internationale Vergleiche von Prävalenzen psychischer Störungen und deren Korrelate;

Anmerkungen: ^a=die Deutsche Studie EDSD (vgl. Tab. 13) untersuchte auch Jugendliche zw. 14 und 18 Jahren, welche hier nicht involviert sind, vgl. Kap. 4.2.5.10

In der Tabelle 14 werden die genannten Studien überblicksartig anhand der Angaben zu Jahr, Dauer und Zweck der Studie, den Altersangaben der Teilnehmer und der Stichprobengrösse beschrieben. Damit der Leser sich schnell zurechtfinden kann, werden die Kapitelnummern und jeweiligen Verweise zusätzlich zum Studiennamen, dem Studienort und wichtigsten Quellen genannt.

Die Nordamerikaner sind sicherlich Pioniere von grossangelegten Studien zur Epidemiologie von psychischen Störungen. Jedoch ist aufgrund der Grösse des Kontinents respektive der USA mitzubedenken, dass eine Repräsentativität alleine schon dadurch erschwert ist, dass viele Kulturen vertreten sind, die Staaten zum Teil Grössenordnungen wiedergeben, welche in Europäischen Ländern nicht vorhanden sind. Es wird entsprechend auch in den einzelnen Kapiteln ersichtlich, dass die meisten Studien auf eine Region begrenzt sind. Die NCS und die ECA (vgl. Kap. 4.1.2.2) sind die grössten Studien, welche zusätzlich an übergeordnete internationale Studien angeschlossen sind, was die Vergleichbarkeit ermöglicht, obwohl die genannten Einschränkungen auch hier gelten müssen.

4.2.1.2 The Great Smoky Mountains Study of Youth (GSMS)

Im südöstlichen Appalacheengebiet in North Carolina wurden 11 Bezirke ausgewählt, in welchen anhand eines mehrstufigen, überlappenden Kohortendesigns 4'500 Kindern aus einer Gesamtpopulation von 11'758 Kindern im Alter von 9, 11 und 13 Jahren einem initialen Screening unterzogen wurden (Costello, Angold, Burns, Erkanli et al., 1996; Costello, Angold, Burns, Stangl et al., 1996). Für den Längsschnitt (1993-2000), wurde eine Teilstichprobe gezogen, welche jedes Jahr erneut interviewt wurde (9-16 Jahre, 1'015 in Costello, Angold, Burns, Stangl et al., 1996; 9-13 Jahre, 1'420 in Costello, Mustillo, Erkanli, Keeler, & Angold, 2003). Eine parallele Studie, welche den gleichen Altersbereich abdeckt, basiert auf einer Stichprobe von Amerikanischen Ureinwohnern (Indianern) in der gleichen Region (323, Costello, Farmer, Angold, Burns, & Erkanli, 1997). Weiter wurden Vergleiche zwischen 9- bis 17-jährigen afroamerikanischen (African American, 541) und kaukasischen Kindern (Caucasian, 379) durchgeführt (Costello, Keeler, & Angold, 2001). Weiter wurden 1'071 Kinder (9-16 Jahre) aus der Basisstichprobe (und 346 Kinder der Amerikanischen Ureinwohner) auf die Prävalenz von Serious Emotional Disturbance (SED) untersucht und mit weiteren vier Studien verglichen (Costello, Messer, Bird, Cohen, & Reinherz, 1998). SED ist definiert als psychiatrische Diagnose mit einer signifikanten funktionalen Beeinträchtigung. Beeinträchtigung wird verstanden als entweder domänenspezifisch (Beeinträchtigung in einem oder mehreren von drei Funktionsbereichen) oder global (im Falle der schlimmsten 10%).

Das Screening besteht aus dem externalisierenden Teil der CBCL, wobei der Teil zum Substanzmissbrauch erweitert wurde. Es wurde nur die Elternversion benutzt, weil die Eltern im externalisierenden Bereich die beste Vorhersage für die meisten Typen der psychischen Störungen und der Inanspruchnahme von Hilfe vorhersagen können (Costello, Angold, Burns, Stangl et al., 1996). Problematischerweise können durch das Kürzen jedoch keine Symptome der Angst-, Depressions- und anderen Störungen, welche nicht der externalisierenden Gruppe angehören, erhoben werden. Die Autoren gehen davon aus, dass trotzdem Kinder mit emotionalen Problemen erreicht werden. Zum einen, weil Eltern schlecht über das Innenleben der Kinder berichten und zum anderen Berichte zu Verhaltensauffälligkeiten auch dazu führen, emotionale Probleme zu entdecken. Es wurden anschliessend an die durch das Screening identifizierten Kinder sieben Konstrukte erfasst (Längsschnitt). Dieser Teil wird durch ein Interview (Child and Adolescent Psychiatric Assessment, CAPA) abgedeckt, welches in der

Welle 1 DSM-III-R-Diagnosen erlaubt und in den folgenden Wellen zusätzlich DSM-IV-Diagnosen. Das erste Konstrukt beinhaltet das Risiko für eine psychische Störung, das Funktionsniveau und die Inanspruchnahme von Hilfe aus dem Gesundheitssektor. Das zweite Konstrukt analysiert die Nutzung der Hilfen, den Zugang und die Barrieren. Ausserdem werden Informationen zu familiären Ressourcen erhoben (3. Konstrukt) und zum vierten werden das familiäre Funktionieren, psychiatrische Symptome und die familiäre Belastung erhoben. Weiter interessiert die physische Gesundheit und Entwicklung des Kindes (5). Das sechste Konstrukt befasst sich mit der Not und kritischen Lebensereignissen der Familien. Unabhängig vom Interview werden als letztes Konstrukt noch die gesellschaftlichen Ressourcen untersucht. Die trainierten Interviewer sind jeweils in den entsprechenden Regionen rekrutiert worden und haben mindestens Bachelor-Ausbildung. Pro ausgewähltem Haushalt wurden die Kinder und Eltern in ihrem Zuhause von je einem Interviewer befragt. Die Belohnung für die Teilnahme waren 10 Dollar pro Kopf. Die Familien wurden alle drei Monate telefonisch kontaktiert, um zu erfahren, ob sich in der Familienstruktur etwas geändert hat oder ein Dienst im Gesundheitssektor in Anspruch genommen wurde. Diese Familien wurden während vier Jahren jährlich mit den genannten Instrumenten befragt.

Die 3-Monats-Prävalenzrate für 1'015 Kinder (9-13 resp. -16 Jahre) der 1. Welle (CAPA, DSM-III-R-Diagnosen) für irgendeine Störung liegt bei 20.3% (weiblich: 15.5%, männlich: 24.9%). Für die Angststörungen konnte eine Prävalenz von 5.7% (w: 7.0%, m: 4.7%) berechnet werden. Für die Trennungsangst wurde eine Rate von 3.5% (w: 4.3%, m: 2.7%), für die Störung mit Überängstlichkeit 1.4% (w: 1.9%, m: 0.9%), die Generalisierte Angststörung 1.7% (w: 2.4%, m: 0.9%), Einfache Phobie 0.3% (w: 0.4%, m: 0.1%) und die Soziale Phobie 0.6% (w: 0.8%, m: 0.3%) angegeben (Costello, Angold, Burns, Stangl et al., 1996). Von den 307 Kindern, welche eine Störung aufwiesen, kamen 100 komorbide Fälle vor. Die Komorbiditäten waren vor allem für die emotionalen Störungen (Angst- und depressive Störungen) häufig. Jungen waren einem höheren Risiko ausgesetzt als Mädchen (bezogen auf irgendeine Störung), was vor allem die Kategorie der Verhaltensstörungen und Enuresis ausmacht. Die Komorbidität von emotionalen und Verhaltensstörungen war bei den Jungen mehr als drei Mal so häufig als bei Mädchen. Die Raten der Trennungsangst, Tics und Enuresis sind zwischen dem Alter von 9 und 11 signifikant gefallen. Die Kinder aus den ärmsten Familien sind für alle Störungsgruppen am meisten gefährdet mit Ausnahme der Ticstörungen und die Komorbiditätsrate ist drei Mal höher als bei den anderen Gruppen. In Bezug auf den Unterschied Stadt-Land unterscheiden sich die Raten nicht signifikant, wenn die Armut in die Analysen einbezogen wurde.

Diese Ausführungen werden durch folgende Aspekte in ihrer Aussagekraft eingeschränkt. Die Informationen beziehen sich nur auf Kinder im Alter von 9, 11 und 13 Jahren. Die Stichprobe besteht vor allem aus Kindern aus einem ländlichen Südstaat der USA und ist vor allem kaukasischer Herkunft. Ausserdem wurden die Informationen nur vom Kind und einem Elternteil bezogen. Die Angaben beziehen sich nur auf die drei Monate vor dem Interview und das vorgeschaltete Screening beinhaltet nur die externalisierenden Probleme. Diese letzte Kritik wurde durch eine screen-low group von 260 Kindern etwas geschwächt und die Autoren glauben, dass so die Verzerrung verhindert werden konnte. Die anderen Kritikpunkte wurden bei den nachfolgenden Untersuchungen umgesetzt; so wurden auch Lehrer befragt (3 Lehrer pro Kind), es wurden bestimmte Stichproben gezogen, um Unterschiede in der Ethnizität (Amerikanische Ureinwohner-, afroamerikanische und kaukasische Kinder) zu finden, und die Altersgruppen wurden durch die jährlichen Erhebungen ergänzt.

Die Ergebnisse der längsschnittlichen Erhebung (4 Jahre) an 1'420 Kindern im Alter von 9-13 Jahren in der 1. Welle werden im Folgenden berichtet. Die statistische Methode, welche die 3-Monats-Prävalenzraten für eine mehrstufige Rekrutierung eingesetzt wurde, erlaubt ein To-

tal von 6'674 Kindern zu untersuchen (Costello et al., 2003). Irgendeine Störung nach DSM-IV wurde bei 13.3% gefunden (w: 10.6%, m: 15.8%). In Bezug auf das Alter war die Rate mit 19.5% (9- bis 10-Jährige) jener aus der oben berichteten Analyse zu den DSM-III-Raten anhand von 1'015 Kindern (20.3%) ähnlich. Die Raten nehmen ab bis zum Alter von 12 Jahren (8.3%) und wieder zu mit 13 Jahren (12.7%) und 15 Jahren (14.2%), und mit 16 Jahren sind es 12.7%. Irgendeine Angststörung fand sich bei 2.4% (w: 2.9%, m: 2.0%). Die höchsten Raten fanden sich im Alter von 9-10 (4.6%) und mit 15 Jahren (2.8%). Auch hier fanden sich eine Abnahme zwischen dem Alter von 9 und 12 Jahren und auch wieder eine Zunahme mit 13 Jahren. Im Alter von 16 Jahren war noch eine Rate von 1.6% zu verzeichnen. Die geschätzte kumulierte Prävalenz für irgendeine Störung mit 16 Jahren wurde aufgrund der neuen Fälle in den 4 Wellen auf 36.7% (w: 31.0%, m: 42.3%) berechnet. Für irgendeine Angststörung macht diese Schätzung 9.9% aus (w: 12.1%, m: 7.7%). In dieser Berechnung sind die Fälle, welche vor der Erhebung eine Störung hatten, nicht berücksichtigt. Der Bezugsrahmen sind die vier Jahre. Die Komorbiditäten verhalten sich ähnlich wie im Falle der DSM-III-R-Analysen. Die Komorbiditäten zwischen Angststörungen und Depressionen sind am häufigsten (in beiden Richtungen), und die Depressive Störung ist ebenfalls hoch komorbid mit der Störung mit oppositionellem Trotzverhalten. Kinder mit einer psychiatrischen Vorgeschichte haben ein drei Mal höheres Risiko, in einer späteren Welle eine Diagnose zu erhalten als Kinder ohne Vorgeschichte. Dieser Zusammenhang war geschlechtsunabhängig stark vertreten, wobei das Risiko für Mädchen grösser ist. Die homotypische Kontinuität galt für alle Störungskategorien mit Ausnahme der Spezifischen Phobie. Die Vorhersage aus früheren Episoden ist für Mädchen signifikanter bei Depressionen, Generalisierter Angststörung, Sozialer und Spezifischer Phobie. Obwohl die Mädchen eine geringere Prävalenzrate aufweisen als die Jungen, sind ihre Diagnosen stabiler im Sinne der homogenen Kontinuität. Die Autoren fanden eine starke heterotypische Kontinuität von Depression zu Angststörung, welche wenig beeinträchtigt wurde durch die simultane Komorbidität (im Modell beachtet). Der umgekehrte Fall gilt ebenfalls, jedoch nicht in der gleichen Stärke. Angststörungen konnten spätere Substanzmissbrauchsstörungen vorhersagen. Die heterotype Kontinuität ist viel häufiger bei den Mädchen gefunden worden. Die jeweilige Vorhersage von Angststörungen und Depressionen untereinander hat bei separaten Analysen nur noch bei den Mädchen einen signifikanten Effekt ergeben.

Trotz des überlappenden Kohorten-Designs, welches drei Alterskohorten beinhaltet und Alter x Kohorten Vergleiche erlaubt, muss beachtet werden, dass die Kinder in späteren Wellen im Mittelwert älter waren und dass sie an die Studie und Messinstrumente gewohnt sind. Ausserdem müssen Kohortenunterschiede und Ausfälle aus den Gruppen mit bedacht werden. Die Kohortenunterschiede waren jedoch nicht signifikant und die Drop-outs entsprechen keinem Muster.

Amerikanische Ureinwohner machen circa 3% der Kinder und Jugendlichen in den 11 Bezirken North Carolinas aus. Die Stichprobe, welche untersucht werden konnte, macht 323 Kinder aus und wird mit 933 kaukasischen Kindern aus den gleichen Gebieten verglichen (Costello et al., 1997). Das CAPA wurde mit den Kindern und Eltern durchgeführt. Bei den Kindern Amerikanischer Ureinwohner hatten 16.7% irgendeine Störung (w: 15.9%, m: 17.4%) in den letzten 3 Monaten vor dem Interview (CAPA, DSM-III-R), und bei den kaukasischen Kindern waren dies 19.4% (w: 14.3%, m: 24.0%). Bei den Angststörungen waren es 5.3% (w: 6.0%, m: 4.7%) für die Kinder Amerikanischer Ureinwohner und 5.6% für die kaukasischen Kinder (w: 6.7%, m: 1.2%). Die Raten für die kaukasischen Kinder sind bis auf die Ausnahme der Substanzmissbrauchsstörung höher als bei den Kindern Amerikanischer Ureinwohner (9.0% vs. 3.8%). Die Armut, familiäre Notlage (z.B. Arbeitslosigkeit, Sozialhilfe), familiäres Fehlverhalten (z.B. Gewalt, Substanzmissbrauch, Kriminalität) war bei den Kindern Ameri-

kanischer Ureinwohner und deren Familien häufiger vertreten als bei den kaukasischen Familien, jedoch waren die familiäre Vorgeschichte einer psychischen Störung höher bei den kaukasischen Familien (Ausnahme Substanzmissbrauch). Die Inanspruchnahme von Gesundheitsdiensten für das Kind, welches eine psychische Störung hat, war für beide Gruppen mit der psychiatrischen Vorgeschichte der Familie verbunden, jedoch nur bei den kaukasischen Familien zusätzlich mit Armut und familiärem Fehlverhalten. Obwohl die Schwelle für Kinder Amerikanischer Ureinwohner niedriger ist, nehmen sie die Gesundheitssysteme weniger in Anspruch. Costello und Kollegen (1997) weisen darauf hin, dass die Armut und Kriminalität in verschiedenen Kulturen auch verschiedene ätiologische Bedeutungen haben kann.

Für die Vergleiche zwischen afroamerikanischen und kaukasischen Kindern und Jugendlichen wurden 9- bis 17-Jährige und deren Eltern von vier Bezirken mit dem strukturierten Interview befragt (541 afroamerikanische und 379 kaukasische Kinder und Jugendliche). Die 3-Monats-Prävalenzrate von DSM-IV-Diagnosen für die afroamerikanischen Kinder und Jugendlichen war 19.4%, im Vergleich zu 20.8% bei den kaukasischen Kindern und Jugendlichen (Costello et al., 2001). Für die Angststörungen waren die Raten von 4.7% bei den Afroamerikanern ebenfalls niedriger als bei den Kaukasiern mit 6.7%. Die Armutskriterien treffen auf 18% der kaukasischen Bevölkerung zu und auf 52% der afroamerikanischen Bevölkerung. Die Anzahl der Risikofaktoren war zwischen den Gruppen gleich verteilt, aber die Assoziation zwischen Armut und Psychopathologie war bei den kaukasischen Kindern und Jugendlichen stärker. Die Mediatoren dieser Assoziation für beide Gruppen waren familiäre Vorgeschichte von psychischen Störungen, ungünstige Erziehung, Instabilität in der Wohnsituation. Weitere Risikofaktoren für beide Gruppen waren Mangel an Zuwendung der Eltern, häufiger Umziehen, lockere Supervision durch die Eltern und harte Bestrafung. Für afroamerikanische Kinder sind ein alleinerziehender Elternteil, Pflegeheim, Fürsorge, Arbeitslosigkeit und Mangel an Ausbildung Risikofaktoren. Bei den kaukasischen Kindern war es speziell der Mangel an Wärme, welcher einen Risikofaktor darstellt.

Die Analysen der Serious Emotional Disturbances (SED) ergaben im Falle einer globalen Beeinträchtigung eine Einschätzung von 5.4% (Range: 4.3-7.4%) und mit einer domänenspezifischen Beeinträchtigung 7.7% (Range 5.5-16.9%). Dies gilt für die sieben Datensätze, welche Costello und Kollegen (Costello et al., 1998) erneut analysiert haben. Für die Angststörungen konnte ein Median SED (globale Beeinträchtigung) von 1.9% berechnet werden. Die domänenspezifische Beeinträchtigung im Falle der Angststörungen ergibt eine Rate von 4.5%. Die Raten sind für Jungen im Falle irgendeiner Störung etwas höher als für Mädchen, es gab jedoch keine ethnischen Unterschiede. Die Armut hat in dieser Analyse das Risiko verdoppelt. Nur eins aus vier SED-Kindern ist in Behandlung. Diese Analysen sind insofern limitiert, als die Definition von Serious Emotional Disturbed nicht für alle Autorengruppen gleich ausfällt.

4.2.1.3 New York Child Longitudinal Study (NYCLS)

In zwei Bezirken vom ländlichen Teil des Staates New York wurde 1975 eine Studie gestartet, welche das Ziel hat, Prävalenzangaben zu psychischen Störungen und Risikofaktoren bei Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen zu machen: New York Child Longitudinal Study (NYCLS). Im Jahre 1975 wurden die Mütter zu folgenden Bereichen befragt: Verhalten, Probleme, Familie, Lebenssituation, Erziehung, Schwangerschaft und Gesundheit des Kindes. Es konnten 976 Mütter von Kindern im Alter zwischen 1 und 10 Jahren, respektive 86% der in Frage kommenden Population, erreicht und befragt werden (Velez et al., 1989). Zum ersten Follow-up-Zeitpunkt im Jahr 1983 wurden auch die Kinder befragt (DISC, Müt-

ter: DISC-P), da diese in der Zwischenzeit zwischen 9 und 18 Jahren alt waren. Einen weiteren Follow-up-Zeitpunkt wählten die Autoren 1985, zu welchem ebenfalls sowohl die Kinder als auch die Mütter interviewt wurden. Die Stichproben der beiden Follow-up-Zeitpunkte bestehen aus den gleichen 776 Kindern (84% der Baseline), wobei zum Teil nachrekrutiert wurde und nicht alle 776 Kinder an beiden Follow-up-Zeitpunkten teilnahmen. Jedoch beschreiben P. Cohen und Kollegen (1993) detailliert die Ausfälle und das Nachrekrutieren und gehen davon aus, dass die Repräsentativität durch die kleinen Ausgleiche nicht reduziert ist. Die Langzeitanalyse der Risikofaktoren basiert auf zwei Analysen: Die Analyse zwischen Baseline (1975) und erstem Follow-up (1983), und die zweite zwischen den Follow-up-Zeitpunkten (1983 und 1985). Die Diagnosen basieren auf den DSM-III-R-Kriterien.

Für die internalisierenden Störungen wurden die Störung mit Überängstlichkeit, Störung mit Trennungsangst und die Major Depression erhoben. Die Prävalenzraten zum Zeitpunkt des ersten Follow-ups waren für die Überängstlichkeit 19.1% im Alter von 9 bis 12 Jahren und 12.7% im Alter von 13 bis 18 Jahren. Zum Zeitpunkt des zweiten Follow-ups waren dies für die Altersgruppe 11 bis 14 Jahre noch 9.7% und für die Altersgruppe 15- bis 20-Jährige noch 8.6%. In den jeweils älteren Gruppen waren signifikant mehr Mädchen betroffen als Jungen. Für die Trennungsangst konnte auch eine Abnahme der Prävalenz über das Alter festgestellt werden. Zum ersten Follow-up waren bei den 9- bis 12-Jährigen 25.6% betroffen und bei den 13- bis 18-Jährigen 6.8%. Zum zweiten Follow-up waren in der Gruppe der 11- bis 14-Jährigen 15.3% betroffen und in der ältesten Gruppe (15-20 Jahre) 4.4% (keine Geschlechtseffekte, Velez et al., 1989). Eine andere Altersaufteilung ergab eine noch stärkere Reduktion der Raten mit dem Alter und ermöglicht einen direkten Vergleich für die Geschlechter (P. Cohen et al., 1993). Die Mädchen zeigen über alle Altersgruppen hinweg hohe Prävalenzen für die Störung mit Überängstlichkeit, und bei den Jungen ist die grosse Reduktion mit dem Alter von 14-16 Jahren zu verzeichnen (vgl. Tab. 15). Die Odds Ratio für den Geschlechtseffekt ist bei 0.51 signifikant und bezüglich des Alters (zwischen den jüngsten und den mittleren Altersgruppen) ist er signifikant mit 0.92. Zwischen der mittleren und der ältesten Altersgruppe ergaben sich keine Alterseffekte mehr. Bei der Störung mit Trennungsangst ist für beide Geschlechter die Angabe am höchsten für das Alter von 10-13 Jahren (kein Geschlechtseffekt). Wie aus Tabelle 15 ersichtlich wird, ist der Sprung zwischen den Jüngsten und der mittleren Altersgruppe am grössten (signifikanter Odds ratio mit 0.74).

Tabelle 15: Prävalenzraten (Prozentangaben) der Störungen mit Überängstlichkeit und Trennungsangst aus der New York Child Longitudinal Study (modifiziert nach P. Cohen et al., 1993)

<i>Alter</i>	<i>Störung mit Überängstlichkeit</i>		<i>Störung mit Trennungsangst</i>	
	<i>Mädchen</i>	<i>Jungen</i>	<i>Mädchen</i>	<i>Jungen</i>
10-13	15.4	12.8	13.1	11.4
14-16	14.1	5.3	4.6	1.2
17-20	13.8	5.4	1.8	2.7

Die Komorbiditätsanalyse zeigt, dass circa ein Drittel der Kinder mehr als eine Diagnose erhalten haben (P. Cohen et al., 1993). Bei den emotionalen Störungen haben 17% zwei emotionale Störungen und 2% haben alle drei emotionalen Störungen (die Angststörungen aus Tab. 13 und der Major Depression). Bei 43% der depressiven Fälle konnte zusätzlich eine Angststörung festgestellt werden, und bei 26% mit einer externalisierenden Störung wurde zusätzlich eine Angststörung vergeben; im umgekehrten Fall waren es 36% der Fälle mit Angststörungen, welche zusätzlich eine externalisierende Störung (ADHD, Verhaltensstörung, Oppo-

sitionelles Trotzverhalten) hatten. Die Altersgruppen haben sich bezüglich der Komorbiditätsmuster nicht signifikant unterschieden.

Bei Jungen wurde in der Altersgruppe unter 15 Jahren 25% öfters irgendeine Diagnose vergeben als bei Mädchen. Jedoch wechselt dies, nicht so stark, nach dem Alter von 15 Jahren zu Ungunsten der Mädchen. In der jüngeren Gruppe (10-13 Jahre) waren die emotionalen Störungen für Mädchen und Jungen ungefähr gleich häufig, ab einem Alter von 14 Jahren ist die Rate für Mädchen 2.5 Mal so hoch wie für Jungen.

Die Stabilität der Störung der Überängstlichkeit bei den Mädchen über die Altersgruppen hinweg könnte laut den Autoren darauf hinweisen, dass diese Störung nicht wesentlich durch biologische und soziale Wechsel in der Pubertät begründet ist. Der Rückgang mit dem Alter bei den Jungen hingegen ist wahrscheinlich begründet durch einen Zuwachs an Kompetenzen, Selbstkontrolle und sozialer Reife und eventuell durch das Festlegen der sozialen Rolle (P. Cohen et al., 1993). Der grosse Rückgang bei der Störung mit Trennungsangst für beide Geschlechter zeigt eine sich vergrößernde Unabhängigkeit von den Eltern während der Entwicklung.

Die Analyse der Risikofaktoren im 8-Jahres-Intervall (zwischen 1975 und 1983) haben für die internalisierenden Störungsbilder (Major Depression ausgenommen, weil Power zu klein) folgende Odds Ratios geliefert: Ein tiefer sozioökonomischer Status ist mit einem OR von 1.55 ein Risikofaktor für die Störung mit Überängstlichkeit und mit 4.45 für die Störung mit Trennungsangst. Für die Störung mit Überängstlichkeit konnte zusätzlich nur noch der Faktor Schwangerschaftsprobleme ($OR=1.63$) gefunden werden, welcher jedoch für keine weitere Störung Faktor war. Für die Störung mit Trennungsangst waren die folgenden einzelnen sozioökonomischen Faktoren ebenfalls signifikante Risikofaktoren: tiefes Einkommen ($OR=2.23$), niedrige mütterliche Bildung (3.71) und niedrige väterliche Bildung (3.65). Weiter wurde ein signifikanter Faktor in der nicht-kaukasischen Ethnizität ($OR=2.87$) gefunden. Familiäre Strukturen (nicht verheiratet, geschieden) ergaben keine signifikanten Odds Ratios für die internalisierenden Störungen. In einer weiterführenden Analyse blieb die elterliche Bildung ein signifikanter Faktor, wenn das niedrige Einkommen ebenfalls in das Regressionsmodell einbezogen wurde. Generell gesehen sind die Faktoren, welche im frühen und mittleren Kindesalter (1-10 Jahre) gemessen werden, vor allem mit externalisierenden Störungen assoziiert (hier nicht im Detail aufgeführt). Eine niedrige Bildung der Mutter war ein genereller langfristiger Risikofaktor für Psychopathologie in der Kindheit und in der Adoleszenz.

Für die Risikofaktorenanalyse des 2-Jahres-Intervalls (Risikofaktoren erhoben in 1983 und auf Zielvariablen 1985 untersucht) wurden ähnliche Zusammenhänge entdeckt. Es wurden zusätzliche Risikofaktoren einbezogen, zum Beispiel das Alter/Geschlecht, welches für die Störung mit Trennungsangst mit einem Odds Ratio von 0.77 signifikant war und Geschlecht/Alter, welches mit 0.70 für die Störung mit Überängstlichkeit einen Zusammenhang aufwies. Der tiefe sozioökonomische Status war wiederum signifikant mit der Störung mit Trennungsangst assoziiert ($OR=5.41$). Bei den elterlichen Charakteristiken findet sich eine Verbindung mit der Soziopathie ($OR=1.52$) und der Störung mit Trennungsangst; und bei der Störung mit Überängstlichkeit mit emotionalen Problemen des Vaters ($OR=2.33$) und der Mutter ($OR=2.32$) und beiden zusammen ($OR=5.35$). Wenn ein Kind eine Klasse wiederholt hat oder zum zweiten Follow-up (1983) ein Treatment hatte ($OR=2.29$) oder mehr als sieben kritische Lebensereignisse seit dem Zeitpunkt des ersten Follow-ups erlebt hat ($OR=1.67$) ist dies assoziiert ($OR=1.93$) mit Störung mit Überängstlichkeit zum Zeitpunkt des zweiten Follow-ups.

Was eventuell zu verzerrten Resultaten geführt hat, ist die Nachrekrutierung, auch wenn die Autoren angeben, dass dies keine Auswirkung auf die Repräsentativität hatte. Eine weitere

Einschränkung ist, dass es nur drei emotionale Störungen gab, welche nicht alle Angststörungen und auch nicht alle anderen emotionalen Störungsbilder abdeckt. Weiterhin beachtet werden muss, dass die ältere Version des DSM auch bezüglich der Kriterien Mängel aufwies (vgl. Kap. 3.2).

4.2.1.4 Oregon Adolescent Depression Project

Wie der Titel „Oregon Adolescent Depression Project“ (Lewinsohn et al., 1993) schon andeutet, ist der ursprüngliche Zweck der Studie aus den USA vor allem die Prävalenz und Inzidenz von Depressiven Störungen, jedoch auch von anderen DSM-III-R-Störungen in High-School Studenten (14-18 Jahre). Die Basisstichprobe besteht aus 1'710 Studenten und zum 1-Jahres-Follow-up waren es noch 1'508 Personen (15-19 Jahre). Die Basisstichprobe wiederum wurde in drei Kohortenetappen in den Jahren 1987, 1988 und 1989 rekrutiert. Die Schüler füllten sowohl ein Screening als auch einen Fragebogen aus und wurden interviewt. Die Eltern erhielten per Briefpost einen Fragebogen. Wenn die Schüler zum zweiten Termin ebenfalls erschienen und ein weiteres Interview und die Fragebogen noch einmal ausfüllten, bekamen sie 25 US-Dollar und 5 US-Dollar wurden der Schule gespendet. Weil die Autoren in der ersten Kohorte (1987) noch die Voraussetzung der Teilnahme der Eltern im Interviewverfahren mit im Prozedere hatten, war die Ablehnungsrate mit 48% ziemlich hoch und konnte durch Wegnahme der Voraussetzung auf 38% in der zweiten Kohorte und auf 32% in der dritten Kohorte gesenkt werden. Die Schüler wurden zum ersten Zeitpunkt mit dem semistrukturierten Interview K-SADS und einer mündlichen Hamilton Rating Scale for Depression (HAMD, <http://healthnet.umassmed.edu/mhealth/HAMD.pdf>) befragt. Ausserdem wurden von ihnen der BDI (Hautzinger et al., 1995) und eine spezifische epidemiologische Depressionsskala (vgl. <http://www.chcr.brown.edu/pcoc/cesdscale.pdf>) ausgefüllt. Zum Follow-up-Zeitpunkt haben die Schüler Fragen aus dem Longitudinal Interval Follow-up Evaluation (LIFE) Interview (semistrukturiert) von Shapiro und Keller beantwortet (vgl. Keller et al., 1987). Weiter wurde erneut die HAMD mündlich abgefragt und die Achse V (GAF, Global Assessment of Functioning Scale) des DSM-III-R (American Psychiatric Association, 1991) eingeschätzt.

Für die Punkt- und Lebenszeitprävalenzen ergaben sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den Zeitpunkten Baseline und Follow-up, obwohl für die Angststörungen bei der Punktprävalenz eine deutlich geringere Rate zum zweiten Zeitpunkt gefunden wurde (3.2% vs. 1.3%) und bei der Lebenszeitprävalenz eine Erhöhung (8.8% vs. 9.2%). Es werden hier die Raten für die Baseline berichtet. An irgendeiner Angststörung zu erkranken ist mit 3.2% Punktprävalenz (Frauen: 4.7%, Männer: 1.47%, signifikanter Unterschied) und 8.8% Lebenszeitprävalenz (Frauen: 11.7%, Männer: 5.6%, signifikanter Unterschied) relativ gering (vgl. Kap. 4.2.6). An irgendeiner Störung zu erkranken war bei der Punktprävalenz für Frauen mit 11.2% höher als für Männer mit 7.8% (gesamt: 9.6%) und bei der Lebenszeitprävalenz (37.0%) war das Risiko für Frauen ebenfalls grösser mit 42% als für Männer mit 31.6% (signifikante Unterschiede). Im Bereich der Punktprävalenz war die Einfache Phobie die häufigste mit 1.4% (Frauen: 2.0%, Männer: 0.7%, signifikanter Unterschied) und im Bereich der Lebenszeitprävalenz war es die Trennungsangst mit 4.2% (Frauen: 5.8%, Männer: 2.4%, signifikanter Unterschied). Zweithäufigste Angststörung war die Soziale Phobie (0.9%), gefolgt von der Störung mit Überängstlichkeit (0.5%). Die Lebenszeitprävalenzen für die einzelnen Angststörungen haben die gleiche Reihenfolge, jedoch sind sie um eine Stelle verschoben, da hier die Störung mit Trennungsangst die häufigste ist. Die zweithäufigste Störung auf das Leben hochgerechnet ist die Einfache Phobie (2.0%), gefolgt wiederum von der Sozialen Phobie (1.5%), die vierthäufigste wiederum die Störung mit Überängstlichkeit (1.3%). Die

Angststörungen waren zum Zeitpunkt der Baseline (Punktprävalenz) am häufigsten im Vergleich mit anderen Störungsgruppen, auf die Lebenszeit sind sie die zweithäufigsten Störungsbilder in dieser Studie. Von jenen, die eine Lebenszeitdiagnose (37.0%) haben, berichten 31.0% davon, eine andere psychische Störung gehabt zu haben; von jenen, welche eine Lebenszeitdiagnose einer unipolaren Depression hatten, berichten 42.0% von einer anderen Störung; bei den Angststörungen waren dies 61%. Von jenen, welche eine aktuelle Depression zeigen, berichten sogar 66% davon, schon mal eine andere Störung gehabt zu haben. Die Inzidenzrate liegt bezogen auf das Jahr zwischen den zwei Erhebungszeitpunkten bei 0.6% für die Angststörungen im Gesamten (Frauen: 0.9%, Männer: 0.3%). Die Rate für einen Rückfall liegt bei 1.2%, wobei dies nur Frauen betroffen hat (1.8%). Wenn jemand bereits eine Episode irgendeiner Störung hatte, ist das ein Risikofaktor für eine weitere Störung im Verlauf ($OR=1.74$).

Kritisiert werden kann, dass die Rate der Nichtresponder bei der ersten Kohorte gross war und die Erhebungs- und Durchführungsstrategie geändert wurde. Jedoch geben Lewinsohn und Kollegen (1993) an, dass die Unterschiede in den Kohorten gering sind, was den Verzerrungseffekt gering halten sollte. Ebenfalls meinen sie, dass die Drop-out Rate zwischen den zwei Zeitpunkten mit 12% vertretbar ist. Die Stichprobe wurde in verschiedenen Bezirken von Oregon in unterschiedlichen Schulen gezogen, und es wurden ebenfalls die ländlichen und städtischen Gebiete gleich verteilt. Trotz allem ist die Generalisierung sehr eingeschränkt, da die Schulen aufgrund der Erreichbarkeit ausgesucht wurden. Dadurch, dass zwei verschiedene Interviewverfahren benutzt wurden, ist der Vergleich zwischen den beiden Zeitpunkten mit Vorsicht zu interpretieren, obwohl die Unterschiede nicht signifikant waren. Weiter wurde nur die Information des Jugendlichen in die Diagnosenfindung einbezogen, was für einige Störungsbilder die Aussagekraft einschränkt. Die Informationen zu den Lebenszeitdiagnosen sind retrospektiver Art und können somit immer verzerrt sein.

4.2.1.5 Boston

Die Studie aus Boston, welche von Keller und Kollegen (1992) in den 80er Jahren durchgeführt wurde, basiert auf einer Gruppe von Kindern mit Eltern, die eine affektive Störung haben. Diese 275 Kinder wurden über verschiedene Wege rekrutiert (z.B. Eltern, welche an einer Depressions-Studie teilnahmen). Das heisst, diese Kinder repräsentieren einen Ausschnitt aus einer Risikogruppe (vgl. Abb. 30). Bezüglich der Psychopathologie der Kinder wurden sowohl die Kinder als auch die Eltern mit der jeweiligen Version des Interviews Diagnostic Interview of Children and Adolescents (DICA, vgl. Reich, 2000) befragt.

Bei 14% der Kinder konnte eine Angststörung in der Vergangenheit diagnostiziert werden. Von dieser Gruppe hatten 85% die Störung mit Überängstlichkeit nach DSM-III (Keller et al., 1992). Zwei dieser Kinder hatten zusätzlich eine Störung mit Trennungsangst und zwei weitere Kinder hatten zusätzlich die Störung mit Kontaktvermeidung (vgl. Kap. 2.2). Das mittlere Alter zu Beginn der Störung mit Überängstlichkeit lag bei 10 Jahren und jene für Störung mit Trennungsangst bei 8 Jahren. Durchschnittlich dauert eine Angststörung 4 Jahre, wobei bei 46% der Kinder 8 Jahre nach dem Ausbruch der Störung immer noch die Kriterien erfüllt sind. Bei 31% der Kinder, die eine Angststörung in der Vorgeschichte hatten, jedoch remittiert waren, finden sich später erneut Episoden einer Angststörung. Von den Kindern mit einer Störung haben 76% keine Behandlung erfahren, 13% erhielten individuelle Beratungen, 5% Familienberatungen und weitere 5% wurden abgeklärt, jedoch nicht behandelt. Bei 37% konnte eine affektive Störung in der Vergangenheit festgestellt werden. Bei 29% der Kinder mit Angststörung wurde eine zusätzliche phobische Störung diagnostiziert. 29% der Eltern

dieser Kinder haben sich scheiden lassen und davon lebten zwei Drittel bei einem allein erziehenden Elternteil. Die Analysen in Bezug auf die Assoziation zwischen Angststörung beim Kind und der Vorgeschichte einer affektiven Störung bei mindestens einem Elternteil zeigte keine signifikanten Ergebnisse.

Diese Studie hat eine limitierte Aussagekraft, da die Stichprobe in ihren Eigenschaften sehr konkret (Eltern mit affektiver Störung in der Vorgeschichte) und auch sehr gering im Umfang ist. Weiter ist nur ein einziger Messzeitpunkt vorhanden, die Datenerhebung ist zwar durch sogenannte blinde Beurteiler abgesichert, aber durch eine einzige Methode eingeschränkt. Obwohl die Studie sich auf Eltern mit affektiven Störungen bezieht, können keine schlüssigen Aussagen auf die ätiologischen Fragestellungen bezüglich dieses Aspekts gemacht werden. Zum einen aufgrund der verwendeten diagnostischen Verfahren und dem Querschnittsdesign, aber auch, weil die Suche nach Eltern respektive Familien mit einer Vorgeschichte von affektiven Störungen gesucht wurde (keine Kontroll- resp. Vergleichsgruppe). Trotz dieser Mängel können die Autoren der Studie zeigen, dass für die meisten dieser Kinder ein stabiler Verlauf der Angststörungen, vor allem der Störung mit Überängstlichkeit, vorzufinden ist (Keller et al., 1992, vgl. Kap. 4.4.2). Ausserdem stimmen die Häufigkeitsangaben mit jenen von anderen Studien relativ gut überein (vgl. Kap. 4.2.6 & 4.4).

4.2.1.6 Ontario Child Health Study (OCHS)

Im Jahr 1980 hat die Ministry of Community and Social Services (MCSS) of the Province of Ontario den Auftrag vergeben, die Prävalenz von emotionalen und behavioralen Störungen bei 4- bis 16-Jährigen zu schätzen. Ausserdem soll analysiert werden, wie gut die Gesundheitsversorgung im Bereich psychischer Störungen ist.

Die Ontario Child Health Study (OCHS) wurde in den Jahren 1981-1983 durchgeführt (Boyle et al., 1987). Es konnten 1'869 Kinder respektive Familien für die Studie erreicht werden (Kinder aus den Geburtsjahren 1966-1979; 91% Ausschöpfung). Es wurden unter anderem die CBCL, ein Family Assessment Device (FAD, Byles, Byrne, Boyle, & Offord, 1988) und klinische Interviews eingesetzt, um Informationen über den Gesundheitsstatus und Konsequenzen (gemeint: Inanspruchnahme von Hilfen aus dem Gesundheitssektor und Konsequenzen aus der psychischen Störung, z.B. soziale Isolation) zu gewinnen. Wenn das Kind bereits zur Schule ging, wurden auch die Lehrer gebeten, Checklisten auszufüllen. Die Angaben basieren auf den DSM-III-Kriterien.

Es kann die 6-Monats-Prävalenz für Verhaltensauffälligkeiten, Hyperaktivität, emotionale Störung und Somatisierung betrachtet werden. Die Prävalenz für eine oder mehrere dieser Störungen betrug 18.1%, wobei für die städtische Stichprobe die Prävalenzraten höher ausfielen als für die ländliche Region. Die emotionalen Störungen haben bei den Jungen eine Rate von 7.9% und bei den Mädchen 11.9% ergeben (Jungen 4-11: 10.2%, 12-16: 4.9% und Mädchen 4-11: 10.7%, 12-16: 13.6%). Das bedeutet, dass bei den Mädchen eine Zunahme mit dem Alter in emotionalen Störungen festzustellen ist und bei den Jungen eine starke Abnahme (Offord et al., 1987).

Die Analyse ergab, dass Kinder mit einer psychischen Störung im Gegensatz zu Kindern ohne Störung vier Mal häufiger Hilfe aus dem Gesundheits- oder sozialen Sektor erhalten haben. Jedoch haben fünf aus sechs der Kinder keine spezifische Hilfe erhalten. Offord und Kollegen (1987) diskutieren, dass dies an einem Wahrnehmungsproblem der Eltern liegen könnte, dass Eltern vielleicht auch nicht bereit sind, die Gesundheitseinrichtungen zu nutzen, oder diese nicht erreichen können.

4.2.1.7 Quebec Child Mental Health Survey (QCMHS)

Die Quebec Child Mental Health Survey (QCMHS) wurde im Jahr 1992 mit einer repräsentativen Stichprobe aus 2'400 Kindern durchgeführt. Die 6- bis 14-Jährigen wurden auf der Grundlage der DSM-III-R-Kriterien diagnostiziert. Bei den 6- bis 11-Jährigen wurden Daten vom Kind, den Eltern und den Lehrern eingeholt, bei den 12- bis 14-Jährigen von den Kindern und den Eltern (Breton et al., 1999). Die Interviews (DISC, vgl. Kap. 4.3.7) wurden von trainierten Personen aus einer Quebec Survey Forschungsfirma durchgeführt. Die Interviews und der Fragebogen für Kinder im Alter von 6-11 Jahren wurden in Englisch und Französisch ausgegeben.

Die 6-Monats-Prävalenzrate für irgendeine Störung ergab 19.9% in der Elterneinschätzung und 15.8% im Kindurteil. Die Kategorie der Raten für eine oder mehrere Angststörungen lag bei der Elterneinschätzung bei 14.7% und auf der Grundlage des Kindurteils bei 9.1%. Wenn das Elternurteil noch um die Kriterien der Einschränkung als Voraussetzung für eine Diagnose ergänzt wird, fällt die Rate auf 4.8%. Bei den Angststörungen variieren die Raten (für eine oder mehrere Angststörungen) zwischen 5.8% (Kindurteil 9- bis 11-Jährige) und 17.5% (Elternurteil 6- bis 8-Jährige). Die Trennungsangst war in der Kindeinschätzung mit 2.6% höher als in der Elterneinschätzung (1.6%), wobei die jüngste Kohorte (6-8 Jahre) die höchste Rate mit 4.9% verzeichnete (Kindurteil, signifikanter Alterseffekt). Die Einfache Phobie war mit 11.5% (Elternurteil) am häufigsten (Kindurteil: 4.9%). Spannenderweise ergibt die Elterneinschätzung bei den 6- bis 8-Jährigen eine Rate von 14.6% (Kinder: 3.2%) und bei den 12- bis 14-Jährigen ist die Rate im Kindurteil auf 10.2% angestiegen (Elternurteil: 7.5%, signifikanter Alterseffekt). Bei der Störung mit Überängstlichkeit respektive der Generalisierten Angststörung ist das Bild weniger eindeutig. Das Kindurteil gibt eine Prävalenz von 3.1% und die der Eltern 3.8%, wobei bei diesem Störungsbild schon die Schwere der Symptomatik einbezogen ist, denn wenn das Kriterium der Einschränkung einbezogen wird, fällt die Rate nicht so deutlich wie bei den anderen Störungsbildern (2.8%). Die höchste Rate findet sich bei den 12- bis 14-Jährigen im Elternurteil mit 5.5% (mit Einschränkungskriterium: 4.4%).

Die logistischen Regressionsmodelle haben gezeigt, dass zum einen Mädchen die höheren Raten in den Angststörungen haben (Ausnahme: jüngste Gruppe) und zum anderen, dass jüngere Jungen höhere Raten haben als 9- bis 11-Jährige, und dass ältere Mädchen die höheren Raten haben als jüngere Mädchen (vor allem durch die Rate der Einfachen Phobie zu erklären). Die Unterscheidung städtische und ländliche Region ergibt keinen signifikanten Effekt im Regressionsmodell.

Die 6-Monats-Prävalenz für eine oder mehrere Störungen kann noch differenzierter betrachtet werden. Wenn eine Kombination aus Kind- und Elternurteil zur Grundlage genommen wird, steigen die Raten um mindestens 10% an, im Falle der Kinder aus allen Altersgruppen steigt die Rate auf 32.4% an. Die logistischen Regressionsmodelle ergaben wiederum Alters-Geschlechtseffekte, Jugendliche Mädchen (12-14 Jahre) haben höhere Raten in der Kategorie eine oder mehrere psychische Störungen als Jungen im gleichen Alter und Mädchen, die jünger als 12 Jahre sind. Jüngere Jungen haben höhere Raten als jugendliche Jungen. Im Elternurteilmodell finden sich gegenteilige Interaktionen, jüngere Kinder zeigen höhere Prävalenzen als Kinder ab 9 Jahren.

Die Aussagen der Studie sind limitiert aufgrund der unterschiedlichen Instrumente, auch wenn alle auf dem DSM-III-R beruhen. Ausserdem wurden nicht alle Störungen erhoben (z.B. Enuresis, Soziale Phobie). Die Diagnosen, welche durch eine Survey-Erhebung vergeben werden können, sind grundsätzlich nicht mit klinisch relevanten Diagnosen gleichzusetzen. Deshalb wird in den grossangelegten Studien versucht, mit zusätzlichen Skalen (z.B.

Beeinträchtigung) einzuschätzen, ob das durch die Kriterien beschriebene Syndrom auch eine klinisch relevante Störung darstellt. Die Resultate bezüglich der Beurteilerübereinstimmung sind teilweise überraschend, da meistens davon ausgegangen wird, dass die Kinder besser über innere Befindlichkeiten Auskunft geben können als deren Eltern und deren Raten somit höher ausfallen müssten (z.B. Andereggen, 2003, vgl. Kap. 2.2 & 2.3).

4.2.1.8 Kauai-Study

Die Kauai-Studie, welche eine Geburtenkohorte (698 Babys) des Jahres 1955 für 40 Jahre auf einer Hawaii-Insel verfolgte, ist die erste grossangelegte Längsschnittstudie von Risikokindern (vgl. Abb. 30) und gilt als Klassiker der Resilienzforschung (Werner, 1989, 1993, 2006). Werner (2006) nennt weitere neun Studien aus den USA, welche in diese Kategorie fallen, zwei Britische Studien, zwei Studien aus Neuseeland (DMHDS, vgl. Kap. 4.2.2.1) und je eine Australische, Dänische, Schwedische und Deutsche Studie (Mannheimer Risikokinderstudie, vgl. Kap. 4.2.5.7). Das heisst, in diesem Kapitel wird über Risiko- und protektive Faktoren und spezifische Resilienzfaktoren berichtet, die Prozesse, welche dazu beitragen, dass ein Kind als resilient bezeichnet wird, den Verlauf einer ganzen Geburtenkohorte und die Konsequenzen aus Komplikationen und Problemen im Kleinkind- und Kindesalter (Ressourcenorientierung, analytische Epidemiologie). Die deskriptive Epidemiologie (vgl. Kap. 4.1.1) spielt in den Risikokinderstudien eine Nebenrolle, weil der Fokus auf die Resilienz und die protektiven Faktoren gelegt wird.

Die Studie beginnt bereits mit Untersuchungen in der pränatalen Periode. Es werden im Langzeitverlauf biologische und psychosoziale Faktoren, Lebensereignisse und protektive Faktoren in den Lebensjahren 1, 2, 10, 18, 32 und 40 erhoben (Werner, 2006). Krankenschwestern haben die zukünftigen Mütter in der pränatalen Periode interviewt, Mediziner haben die Mütter ebenfalls pränatal, während der Geburt und kurz nach der Geburt begleitet. Nach der Geburt, mit 1 Jahr und mit 10 Jahren wurden die Mütter und Kinder von Krankenschwestern und Sozialarbeitern interviewt. Es wurde zusätzlich die elterliche Interaktion und jene mit Geschwistern in deren Zuhause beobachtet. Kinderärzte und Psychologen haben die Kinder unabhängig voneinander mit 2 und 10 Jahren untersucht, sowohl hinsichtlich physischer, intellektueller und sozialer Entwicklung als auch bezüglich physischer Behinderungen und Verhaltens- und Lernproblemen. Es wurden auch Informationen in Bezug auf eheliche, intellektuelle und emotionale Aspekte der Familie und deren Umfeld, inklusive kritischen Lebensereignissen gesammelt. Zum Zeitpunkt des Schulalters wurden auch Lehrerurteile einbezogen, welche sich vor allem auf die schulischen Leistungen und das Verhalten in der Klasse respektive im Schulumfeld bezog. Es wurden auch schulbezogene Tests durchgeführt, welche Talent, Leistung und Persönlichkeitstests beinhalteten (mit 10 und 18 Jahren). Zum Zeitpunkt mit 18 und 32 Jahren wurden die Teilnehmer interviewt, um deren persönliche Perspektiven und Einstellungen zu eruieren (Werner, 1989).

Die meisten Kinder der Kohorte wurden ohne Komplikationen geboren und sind in einer unterstützenden familiären Umgebung aufgewachsen. Ein Drittel der Kinder muss jedoch als Risikokinder bezeichnet werden (232), da sie diversen prä-, peri- und postnatalen Faktoren ausgesetzt waren (z.B. Armut, zerrüttete Familien, Alkoholismus oder psychische Störung eines Elternteils). Zwei aus drei dieser Risikokinder (kumulierte Risikofaktoren vor dem Alter von 2 Jahren) haben ein schweres Lernproblem oder Verhaltensauffälligkeiten mit 10 Jahren entwickelt oder sind im Alter von 18 Jahren bereits als delinquent aufgefallen oder hatten psychische Probleme oder Schwangerschaften im Jugendalter (22% der Gesamtkohorte). Die restlichen Kinder (ein Drittel der Risikokinder, 78 Kinder) entwickelten sich in kompetente,

selbstbewusste, soziale junge Erwachsene. Diese resilienten Kinder machen 10% der Gesamtkohorte aus.

Diese resilienten Kinder zeichnen sich schon im Babyalter durch bestimmte Faktoren aus. Sie haben ein einfaches Temperament, welches positive Aufmerksamkeit von Familienmitgliedern hervorruft, im Alter von einem Jahr sind die Kinder öfters als sehr aktiv beschrieben und die Mädchen als liebevoll und anschmiegsam, die Jungen als gutmütig, freundlich und mit einfachem Umgang. Sie hatten weniger Ess- und Schlafprobleme als jene Risikokinder, welche später Probleme entwickelt haben. Als Kleinkinder (20 Monate) zeichnen sie sich aus als wach und autonom, haben die Tendenz, neue Situationen zu erkunden und haben eine positive soziale Orientierung, was vor allem für Mädchen zutrifft, welche vor allem in Kommunikation, Fortbewegung und Selbsthilfe-skills fortgeschritten waren. Im Primarschulalter berichten Lehrer, dass die resilienten Kinder besser mit deren Klassenkameraden auskommen, bessere Lesefertigkeiten haben und logischer denken können. Auch wenn sie nicht besonders begabt waren, haben sie ihr Potential effektiv ausnutzen können. Sie zeichnen sich aus durch viele Interessen und ein grosses Engagement in Tätigkeiten und Hobbys. Dies liefert Trost in Notlagen und gibt einen Grund für ein stolzes Gefühl. Zum Zeitpunkt des Abschlusses der High-School haben die resilienten Jugendlichen ein positives Selbstkonzept und eine interne Kontrollüberzeugung entwickelt. Ihre Einstellung zum Leben ist gekennzeichnet durch Fürsorglichkeit, Verantwortlichkeit und durch eine Leistungsorientierung. Die Mädchen waren zusätzlich durchsetzungsfähiger und unabhängiger. Die Jugendlichen sind eher in Familien aufgewachsen, in welchen es vier oder weniger Kinder gab, in welchen der Abstand zwischen den Kindern mindestens zwei Jahre betrug, wenige haben eine Erfahrung mit längerer Trennung im ersten Lebensjahr von der primären Bezugsperson gehabt und alle hatten die Möglichkeit mit einer Bezugsperson, von welcher sie viel positive Zuwendung und Aufmerksamkeit erhalten haben, eine enge Bindung aufzubauen. Diese Bezugsperson kann auch ein Nicht-Elternteil sein (z.B. Grosseltern, Nachbarn, regelmässiger Babysitter), wobei die positive Identifikation relevant ist. Ausserdem hat die mütterliche Arbeitstätigkeit und das Kümmern um jüngere Geschwister dazu beigetragen, dass Autonomie und ein Gefühl der Verantwortlichkeit bei Mädchen entwickelt wurde (v.a. wenn der Vater abwesend war). Resiliente Jungen und männliche Jugendliche waren vor allem Erstgeborene, welche die Aufmerksamkeit der Eltern nicht mit Geschwistern teilen mussten. Ausserdem hatten diese Jungen ein männliches Modell in der Familie (Vaterfigur kann auch jemand anderes als der leibliche Vater sein). Weiter waren Strukturen, Regeln und zugeteilte Pflichten als Teil einer Routine wichtig. Die resilienten Jugendlichen haben auch ausserhalb der Familie eine Unterstützung gefunden und haben mindestens einen engsten Freund oder eine engste Freundin. Das soziale Netzwerk hilft in Krisenzeiten und hat eine Beratungsfunktion inne; oft haben diese Jugendlichen auch einen Lehrer als Vertrauensperson angegeben. Diese Jugendlichen nahmen auch an ausserschulischen Aktivitäten teil, wobei es hauptsächlich kollegiale, förderliche Vereine waren. Aus all diesen Faktoren haben die Jugendlichen es geschafft, trotz einer Not (kumulative Risikofaktoren) ihrem Leben einen Sinn abzuverlangen, zu glauben und die Kontrolle über ihr Schicksal selbst in die Hand zu nehmen (Werner, 1989).

Das Follow-up in den Jahren 1985-1986, in welchem die Personen der Kohorte 30 Jahre alt waren, hatte zum Ziel, sowohl die im Jugendalter adaptiven Entwicklungen (Resiliente und Unauffällige) als auch die Fehlanpassungen im weiteren Verlauf zu beobachten. Für das Follow-up konnten noch knapp 80% der ursprünglichen Kohorte aufgefunden werden (545). Es wurden eine Checkliste von kritischen Lebensereignissen vorgelegt, die Rotterskalen zum Locus of Control, der EAS Temperament Survey für Erwachsene (vgl. Werner, 1989), und es wurde ein strukturiertes Interview durchgeführt, in welchem ebenfalls die subjektive Wahrnehmung der Hauptstressoren und der Unterstützung im Erwachsenenalter abgefragt wurde

(Schule, Arbeitsplatz, Beziehungen, Ehe, Kinder, Eltern, Verwandte, Geschwister und Freunde). Ausserdem wurde der Gesundheitszustand geprüft, die Zufriedenheit und das Wohlbefinden zum aktuellen Zeitpunkt befragt. Weiter konnte die Autorin mit ihren Kollegen die Straf- und andere Register einsehen, in welchen neben Informationen zur Kriminalität auch familiäre Informationen (z.B. Scheidungen, Sozialhilfe und Missbrauch und Misshandlungen) genannt sind. Zusätzlich haben sie Zugang zu den Gesundheitsregistern bekommen, in welchen von allen im Jahre 1955 geborenen Kindern und deren Eltern notiert ist, ob sie eine stationäre oder ambulante Behandlung wegen psychischer Probleme erfahren haben. Das heisst, von allen 698 Babys gibt es diese registrierten Informationen zum Follow-up-Zeitpunkt und weitere Informationen gibt es für 86% der resilienten Personen, 90% von den Schwangeren im Jugendalter, 75% der Kinder von Alkoholikern und von 80% der Individuen, welche ein psychisches Problem im Alter von 18 Jahren hatten.

Bei den kritischen Lebensereignissen haben vor allem Ereignisse im Säuglings- und Kleinkindalter einen signifikanten Einfluss auf eine delinquente Entwicklung oder für unwiderrufliche Ehebrüche im Alter von 30 Jahren (bei 50% der Fälle). Mit einem negativen Effekt hängen folgende Faktoren zusammen: der Altersabstand zwischen den Geschwistern, von einer Mutter grossgezogen, welche zum Zeitpunkt der Geburt nicht verheiratet war, einen Vater zu haben, der im Säuglings- und Kleinkindalter dauernd abwesend ist, anhaltende Störungen im Familienleben und Trennung von der Mutter im ersten Lebensjahr (inkl. Arbeitslosigkeit, Krankheit eines Elternteils) und zuletzt eine Mutter, welche im ersten Lebensjahr des Kindes ausser Haus arbeitet und die nicht durch eine andere zuverlässige Bezugsperson ersetzt wird. Diese Zusammenhänge betreffen vor allem die männlichen Personen dieser Kohorte. Für die weiblichen Personen waren vor allem die Schwangerschaft im Jugendalter, Eheprobleme, Probleme in der Beziehung zum Vater und finanzielle Probleme im Jugendalter signifikante Faktoren für die Erhöhung der Wahrscheinlichkeit, mit 30 geschieden zu sein. Für die Männer war es vor allem die Abwesenheit des Vaters, der Tod der Mutter oder anderen engen Bezugspersonen vor dem Alter von 10 Jahren. Diese hier genannten kritischen Lebensereignisse stehen weiter in Bezug zu einer chronischen Armut.

Die Daten von 62 resilienten Individuen (80% der 78) konnten im Alter von 30 Jahren erhoben werden. Sie sind alle in Armut aufgewachsen und haben bisher mit Erfolg verschiedene kritische Lebensereignisse bewältigt und haben Risikofaktoren getrotzt. Da diese Frauen und Männer stark leistungsorientiert sind, haben sie mit wenigen Ausnahmen gute Schulabschlüsse machen können, und bis auf vier Personen haben alle eine Vollzeitbeschäftigung. Drei von vier sind mit ihrem Arbeitsleben zufrieden. Das heisst, diesen Risikokindern ist es mindestens so gut wenn nicht besser ergangen wie der Vergleichsgruppe aus derselben Geburtskohorte, die wenigen bis keinen Risikofaktoren ausgesetzt waren. Die meisten der resilienten Personen setzen die Priorität auf die Karriere und den Erfolg im Beruf, gefolgt von Selbsterfüllung und etwas weniger häufig auf die traditionelleren Ziele einer glücklichen Ehe und Kinderbetreuung. Die Ehe bei resilienten Frauen besteht doppelt so häufig wie bei Männern (85% vs. 40%) und in der Gruppe der Verheirateten haben 75% der Frauen Kinder und nur 35% der Männer. In dieser Gruppe berichten mehr Männer als Frauen (53% vs. 31%) von einer belastenden Trennung von einer Langzeitbeziehung zwischen 18 und 30 Jahren. Die resilienten Personen, welche auch Eltern sind, geben als primäres Ziel für ihre Kinder die Aneignung von persönlichen Kompetenzen und Tüchtigkeit an. Mehr Mütter erwarten höhere Leistungen und Erfolge der Kinder und fördern die frühe Unabhängigkeit. Im Gegensatz dazu geben mehr Väter als Mütter an, die Möglichkeit, sich um das Kind zu kümmern, sei der positivste Aspekt des Elternseins (71% vs. 21%), und sie tolerieren die Abhängigkeit der Kinder mehr (71% vs. 19%). Die Quelle der Sorgen für die resilienten Erwachsenen sind vor allem die Familienmitglieder, die Gesundheit der Partner oder Verwandter und Scheidungen in der Familie. Sorgen bezüg-

lich der Arbeit wurde vermehrt von Männern berichtet und bei Frauen überwiegen die Sorgen in Bezug auf ihre Kinder. Im Alter von 30 Jahren berichten diese Erwachsenen mehr Gesundheitsprobleme als jene aus der Kontrollgruppe (46% vs. 15%); 55.6% berichten über stressbezogene Körpersymptome (z.B. Rückenschmerzen, Schwindel, Übergewicht) und bei 40% der Frauen werden vor allem Gesundheitsprobleme im Zusammenhang mit Schwangerschaft und Geburt (z.B. Schwangerschaftsabbrüche, Vergiftungen, Migräne) berichtet. Die Mehrheit der resilienten Erwachsenen gibt an, dass die Ressourcen für die Bewältigung von schwierigen Lebenssituationen die persönlichen Kompetenzen und die Entschlossenheit darstellen. Sie haben auch höhere Werte auf den Rotterskalen der internalen Kontrollüberzeugung als die Kinder, welche nicht resilient waren. Ausserdem sind die Unterstützung von Partnern und der Glaube wichtig. Erneut zeigt sich, dass für Frauen die soziale Unterstützung relevanter ist als für die Männer, welche sich mehr auf ihre eigenen Ressourcen verlassen (vgl. Kap. 4.3.7). Die Lebenszufriedenheit ist bei den resilienten Erwachsenen ebenfalls gross; drei von vier bezeichnen sich selbst als glücklich oder zufrieden mit dem derzeitigen Leben. Sie bezeichnen sich sogar als glücklicher als jene, welche im Kindesalter ein niedriges Risiko hatten (44% vs. 10%). Es scheint, dass jene, welche in der Kindheit und Jugend erfolgreich Bewältigungsstrategien eingesetzt haben, dies auch im Erwachsenenalter tun.

Es gab ausserdem positive Wechsel im Entwicklungsverlauf. Das heisst, es gab Risikokinder, welche im Jugendalter Probleme entwickelt haben und im späteren Leben einen positiven Entwicklungsweg einschlagen konnten. Für jene Mädchen beispielsweise, welche jung schwanger wurden, konnten zwei Entwicklungswege ausgemacht werden. Jene, welche später geschieden waren, finanzielle Probleme hatten oder in Armut lebten. Und solche, die eine stabile Beziehung bis Ende 20 aufbauen und die finanzielle Situation verbessern konnten. Die jungen Frauen, welche ihre Situation verbessern konnten, hatten in ihrer Kindheit eine weniger ängstliche respektive sicherere Beziehung zur Bezugsperson und ein Gefühl der Sicherheit, Teil der Familie zu sein. Sie nahmen sich Mütter zum Vorbild, welche eine feste Arbeit haben. Weiter waren sie kontaktfreudiger, hatten eine interne Kontrollüberzeugung, waren fürsorglicher, verantwortungsvoller und hatten flexiblere Einstellungen als jene jungen Mütter, welche ihre Situation nicht verbessern konnten.

Werner (1989) fasst die protektiven Faktoren zu drei Typen zusammen. Die dispositionellen Merkmale (z.B. Aktivitätslevel, Geselligkeit, durchschnittliche Intelligenz, Kompetenzen, interne Kontrollüberzeugung), emotionale Bindung innerhalb der Familie (Unterstützung) und externes (soziales) Netzwerk (z.B. Schule, Arbeit, Vereine). Die protektiven Faktoren sind laut Autorin eher genereller Natur und weniger spezifisch als die Risikofaktoren (vgl. Kap. 3.1.2). Je mehr Nachteile und negative Lebensereignisse Kinder und Jugendliche in ihrer Entwicklung erleben, um so mehr protektive Faktoren müssen als Gegengewicht vorhanden sein, damit eine positive, normale Entwicklung möglich ist. Das heisst, es muss in jeder kritischen Entwicklungsphase oder beim Auftreten von kritischen Lebensereignissen erneut eine Balance zwischen risikoe erhöhenden und -senkenden Faktoren gefunden werden. Die Wirkung der protektiven Faktoren ist laut Werner sowohl direkt als auch indirekt als Kettenreaktionen, welche einander begünstigen können, zu verstehen (vgl. Kap. 3.1.2 & 3.2.1). Die verschiedenen Eigenschaften der Resilienz wurden in einer Gruppe von verschiedenen ethnischen und kulturellen Hintergründen und unterschiedlichen sozioökonomischen Schichten untersucht, es wurden jedoch keine signifikanten Unterschiede hervorgebracht. Bezüglich des Geschlechtsunterschiedes kann ergänzt werden, dass in der ersten Phase der Entwicklung die Jungen vulnerabler sind als die Mädchen, wobei dieser Trend sich im Jugendlichenalter umkehrt, und im Alter von 30 Jahren konnte ein Ausgleich des Risikos bei den Geschlechtern festgestellt werden. Werner schlägt vor, die Intervention so zu konzipieren, dass entweder

eine Reduktion der Stressoren und Risikofaktoren erreicht wird oder dass die protektiven Faktoren in ihrer Anzahl erhöht werden.

Wie bereits in Kapitel 3.1.2 erwähnt ist die Resilienz kein statisches Phänomen und verändert sich im Verlauf der Entwicklung. Somit können auch verschiedene Einflussfaktoren in den verschiedenen Lebensabschnitten festgestellt werden. Eine positive Aufmerksamkeit der Familie und auch von Fremden stellt im Säuglingsalter einen Resilienzfaktor dar, welcher zu einem positiven Temperament führt, was dann wiederum weniger Distress bei den Eltern auslöst (vgl. Kap. 3.1.1, Abb. 5 & 11). Es bestanden signifikante positive Korrelationen zwischen dem elterlichen Bildungsstand und den schulischen Kompetenzen des 10-jährigen Kindes und besseren Problemlösefertigkeiten, besseren Lesekompetenzen, sie waren gesünder und hatten weniger krankheitsbedingte Absenzen (Werner, 1993).

In Kapitel 3.1.2 wurden verschiedene Resilienzmodelle dargestellt. Aus der entwicklungspsychopathologischen Sicht sind die verschiedenen Mechanismen aufeinander aufgebaut und verstärken sich (kausale Zusammenhänge). Werner (1993) hat die Ergebnisse in einen möglichen Entwicklungsverlauf gestellt und geht dabei von verschiedenen Lebensabschnitten aus, welche sie koppelt mit der sozialen Umwelt. Ein günstiges Temperament in der Kernfamilie (Disposition) fördert die positive Interaktion sowohl in der Familie als auch später in der Schule. Wenn die Kinder mit 10 Jahren gute schulische Kompetenzen aufweisen, die durch die vorhergehenden positiven Erfahrungen ermöglicht wurden, geht das auch einher mit sozialer Unterstützung durch Lehrer, Mitschüler und anderen Familienmitgliedern, was mit 18 Jahren zu einem Gefühl der Selbstwirksamkeit führte. Kompetente Eltern (höherer Bildungsstand) interagierten positiver mit ihren Kindern und zeigten mehr emotionale Unterstützung.

Obwohl die prospektiven, grossangelegten Längsschnittstudien viele Mängel der sonstigen Studien (Querschnitt oder auf retrospektiven Daten basierende Längsschnitte) aufheben können, ist nach wie vor kritisch anzumerken, dass auch in prospektiven Studien die Resilienzfaktoren nicht direkt gemessen werden können. Diese werden aus den Konstrukten der Risikofaktoren und der positiven Adaptation abgeleitet (Werner, 2006). Das heisst, die prospektiven Studien untersuchen eine Kohorte aus einem bestimmten Jahrgang, und diese Ergebnisse sind nicht unbedingt auf andere Generationen übertragbar. Meist untersuchen sie auch nur eine eingeschränkte Zahl an Fragestellungen. Diese Studien bringen einen enormen Aufwand mit sich und haben durch die Messwiederholungen den Nachteil, dass die Teilnehmer sich an die Untersuchungssituation gewöhnen, die Messinstrumente kennen und somit eine gewisse Verzerrung vorkommen kann. Weitere Aspekte sind die ethischen Aspekte. Wenn man Fehlanspassungen über die Zeit beobachten möchte, muss man sich mit der Frage befassen, ob man wissentlich eine Behandlung vorenthält (vgl. Baumann & Perrez, 2005a).

4.2.1.9 Puerto Rico Study

Hier sollen zwei Studien aus Puerto Rico berichtet werden. Die erste Studie ist ein Bevölkerungssurvey (Teilstichprobe: 4-16 Jahre) mit Prävalenzschätzungen aus den Jahren 1985-1986 auf der Basis vom DSM-III (Bird et al., 1988). Die zweite Studie berichtet über Raten anhand von DSM-IV-Störungen von einer repräsentativen Kinder- und Jugendlichenpopulation (4-17 Jahre) aus Puerto Rico in den Jahren 1999-2000 (Canino et al., 2004).

Das Bevölkerungssurvey war ursprünglich ein Survey für die Erwachsenenpopulation, jedoch wurden aus diesen gewonnenen Haushalten (2'064 Haushalte) die Stichprobe für die hier be-

richtete Studie gezogen (843 Kinder und Jugendliche), welche aufgrund der Volkszählung aus dem Jahr 1980 als repräsentativ bezeichnet werden kann (Bird et al., 1988). Im ersten Schritt wurden 777 Eltern dieser Kinder und Jugendlichen (92.2% Antwortrate) anhand der CBCL in deren Zuhause mündlich interviewt. Zusätzlich wurden demographische Daten, die Familienstruktur und Fragen zu spezifischen Risikofaktoren erhoben. Der Zeitrahmen bezüglich der Symptome wurde auf die vergangenen sechs Monate gelegt. Bei Kindern zwischen 6 und 16 Jahren wurde mit den Lehrern eine spezielle Version der CBCL ebenfalls mündlich durchgeführt. Es konnten alle ausser vier Lehrern in dieser Altersgruppe erreicht werden. Von den 777 Kindern wurde eine zufällige Teilstichprobe von 20% gezogen, welche mit ihren Eltern an einem zweiten Schritt teilnahmen, und zusätzlich wurden jene Kinder und Jugendlichen ausgewählt, welche den Cut-off in der CBCL erreicht respektive überschritten hatten. Diese 386 Kinder und Jugendlichen und deren Eltern wurden anhand einer spanischen Version des DISC von Kinderpsychiatern interviewt, welche auch die Diagnosen stellten. Zusätzlich wurde das Funktionsniveau der Kinder und Jugendlichen eingeschätzt (Children's Global Assessment Scale, CGAS).

Die Übereinstimmung der Eltern- und Lehrerbeurteilungen war mit 32.5% Unstimmigkeit zwischen den Ratern nicht hoch. Im Elternurteil sind die 6- bis 16-Jährigen mit 37.8% über dem Cut-off-Wert und bei den Lehrern sind es 23.3%. Auf der Grundlage der 777 Kinder und Jugendlichen Kinder ist die gewichtete 6-Monats-Prävalenz von Unangepasstheit als Ganzes bei 45.3% (entweder von den Eltern oder den Lehrern als auffällig beurteilt); auf der Grundlage der Interviews durch die Psychiater sind es bei den 386 Kindern und Jugendlichen der zweiten Stufe 49.5% (DISC). Wenn zusätzlich zur DISC-Diagnose eine Funktionseinschränkung verlangt wird, schrumpft die Rate auf 17.9%, und wenn nach der Schwere der Störung gefragt wird, werden 15.8% als moderat bis schwer beurteilt. Die gewichtete Prävalenz der Störung mit Trennungsangst liegt bei 4.7% und für die Einfache Phobie bei 2.6% (DSM-III und Funktionseinschränkung). Im Vergleich sind die Störungen Oppositionelles Trotzverhalten mit 9.9% und die Aufmerksamkeitsdefizitstörung mit 9.5% öfter von den Eltern und Lehrern genannt worden. Die Depression und Dysthymia sind mit 5.9% ebenfalls häufiger als die einzelnen Angststörungen. Für die Störung mit Trennungsangst war die mittlere Altersgruppe (6- bis 11-Jährige) signifikant häufiger betroffen als die älteren Jugendlichen und die jüngeren Kinder; es gab keinen Geschlechtsunterschied und für diese und für die Phobien konnte die Tendenz festgestellt werden, dass Kinder und Jugendliche aus einer tieferen sozialen Schicht häufiger betroffen sind. Die Komorbiditätsraten (gewichtet) für Angststörungen waren im Vergleich zu den anderen Störungsbildern eher niedrig: mit affektiven Störungen (16.6%), mit Verhaltensauffälligkeiten und oppositionellem Trotzverhalten (39.2%) und Aufmerksamkeitsdefizitstörung (21.2%). Dass jedoch eine Angststörung als komorbide Störung für affektive (31.8%), Verhaltensauffälligkeiten (34.7%) oder ADS (22.6%) auftritt, ist wahrscheinlicher.

Die hohen CBCL-Raten erklären die Autoren dadurch, dass sowohl kulturelle Aspekte, die Übersetzung der CBCL in die Spanische Sprache und somit deren Umsetzung und auch die Tatsache, dass die CBCL eigentlich ein Selbstbeurteilungsfragebogen ist, verantwortlich sein können. Weiter ist sicher kritisch, dass die Normgruppe der CBCL aus Baltimore stammt. Sie schliessen der Diskussion um die Verzerrungsmöglichkeiten an, dass ebenfalls denkbar ist, dass die Raten tatsächlich höher sind. Natürlich müssen auch die in Kapitel 2.2 bereits diskutierten Mängel von älteren DSM-Versionen mit bedacht werden. Die Kriterien waren in früheren Ausgaben weniger genau und hatten das Kriterium bezüglich der Beeinträchtigung und Leidensverursachung nicht standardgemäss enthalten.

Die *zweite Studie*, welche in den Jahren 1999-2000 von Canino und Kollegen (2004) durchgeführt wurde, basiert auf den Kriterien des DSM-IV und kann mindestens die in diesem Zusammenhang stehenden Mängel der Studie von Bird und Kollegen (1988) aus den Jahren 1985-1986 ausgleichen. Diese aktuellere Studie untersuchte weiter den Beeinträchtigungsstatus, demographische Korrelate und Inanspruchnahme von Angeboten im Gesundheitssektor. Es wurden 1'886 Kinder und Jugendliche zwischen 4 und 17 Jahren untersucht (90.1% Antwortrate, gewichtet an der Volkszählung 2000). Es wurden Interviews mit den Kindern oder Jugendlichen (ab 11 Jahren) und deren Eltern (Diagnostic Interview Schedule for Children, version IV, DISC-IV) durchgeführt. Die PIC-GAS (Laienversion des CGAS) und die Service Assessment for Children and Adolescents (SACA) wurden nur durch die Eltern eingeschätzt. Der Bezugsrahmen der berichteten Prävalenzraten ist das vorhergehende Jahr (Angaben: alle gewichtet).

Wenn die diagnostischen Kriterien vom Kinder- oder Elternurteil genommen werden, ohne Einbezug einer klinischen Signifikanz (Beeinträchtigung und Leiden), dann ist die 1-Jahres-Prävalenzrate für irgendeine Störung 19.8%. Für irgendeine Angststörung liegt die Rate bei 9.5%, für Soziale Phobie bei 2.8%, für Störung mit Trennungsangst bei 5.7% und für Generalisierte Angststörung bei 2.4%. Wenn die klinische Signifikanz einbezogen wird, liegen die Raten niedriger: irgendeine Störung bei 16.4%, irgendeine Angststörung bei 6.9%, Soziale Phobie bei 2.5%, Störung mit Trennungsangst bei 3.1%, Generalisierte Angststörung bei 2.2%. Wenn die PIC-GAS-Einschätzung einbezogen wird, senken sich die Raten noch einmal um circa die Hälfte (58%).

Mädchen haben ein höheres Risiko für emotionale Störungen, und die Häufigkeit der Angststörungen nimmt mit dem Alter zu ($OR=1.7$), bei der Sozialen Phobie ist die Odds Ratio sogar auf 2.4, wobei die Depressiven Störungen mit $OR=5.2$ die stärkste Zunahme mit dem Alter hat (Major Depression, $OR=4.6$). Es gab keine Zusammenhänge mit der elterlichen Bildung oder dem Einkommen mit irgendeinem der Störungsbilder. Kinder von Eltern, welche nicht verheiratet sind (inkl. geschieden, verwitwet), haben ein höheres Risiko für eine der Störungen ($OR=1.4$), insbesondere für Major Depression ($OR=2.4$); irgendeine Angststörung ($OR=1.3$). Kinder aus den Städten haben im Vergleich zu Kindern aus ländlichen Gegenden eine höhere Wahrscheinlichkeit, irgendeine Störung zu entwickeln ($OR=1.9$), für Angststörungen ist die Rate gleich hoch.

Diejenigen Kinder, welche die grösste Beeinträchtigung haben, sind verglichen mit Kindern, welche zwar Symptome haben, aber keine klinisch signifikante Beeinträchtigung, am häufigsten in Behandlung. Jedoch bekommt nur die Hälfte dieser Kinder (49.6%) eine Behandlung, wobei die Angebote der Schule am häufigsten genutzt werden (33.3%).

Die Studien von den Autorengruppen um Bird (1988) und Canino (2004) haben generell ähnliche Prävalenzraten gebracht, wobei beachtet werden muss, dass der Bezugsrahmen der ersten Studie sechs Monate beträgt und bei der zweiten Studie ein Jahr. In beiden Studien waren jedoch die Vergleiche zwischen den Störungsbildern in Bezug auf deren Vorkommen ähnlich. Aufmerksamkeits-Hyperaktivitätsstörung und Oppositionelles Trotzverhalten waren in dieser Altersgruppe doppelt so häufig wie Major Depression, Störung mit Trennungsangst, Soziale Phobie, Generalisierte Angststörung und Verhaltensstörung. Weiter muss beachtet werden, dass verschiedene Instrumente, Klassifikationssysteme, Rater und eine unterschiedliche Grundlage der Beurteilerkombinationen benutzt wurden.

4.2.1.10 National Comorbidity Survey – Replication (NCS-R)

Die National Comorbidity Survey Replication (NCS-R) Studie hat mehrere Ziele: die Lebenszeit- und 12-Monats-Prävalenz von DSM-IV Störungen, das Alter zu Beginn einer Störung, Schwere der Störungen und Komorbiditäten. Es gibt zwei grossangelegte ältere Studien (NCS, ECA, vgl. weiter unten), welche diese Fragen beantworten können, jedoch mit den zum damaligen Zeitpunkt aktuellen DSM-Versionen. Dadurch, dass das DSM-IV strengere Kriterien (Beeinträchtigung und Leiden verursachend, vgl. Kap. 2.2) vorweist, interessiert die Autoren, ob sich die Störungen auch unter strengeren Kriterien ähnlich verteilen (Kessler, Berglund et al., 2005; Kessler, Demler et al., 2005).

Die Epidemiologic Catchment Area (ECA) Studie (Regier, Farmer et al., 1993; Regier, Narrow et al., 1993) wurde 1978 als erste grosse Epidemiologische Studie in den USA durchgeführt (vgl. Kap. 4.1.1.11). Sie war Vorbild für die National Comorbidity Survey (NCS, Kessler et al., 1994) und somit auch für die NCS-R (Replication, Kessler, Berglund et al., 2004; Kessler & Merikangas, 2004) 24 Jahre danach (2002-2003). Die NCS (1990-1992) sollte Mängel der ECA ausbessern und ihre Ergebnisse bestätigen, ergänzen oder gegebenenfalls korrigieren (vgl. Ajdacic-Gross & Graf, 2003). Wesentliche Neuerung war auch der jeweilige Wechsel vom DSM-III über das DSM-III-R zum DSM-IV (American Psychiatric Association, 1980, 1991, 1994; Kessler & Merikangas, 2004).

Wie in Kapitel 4.2.1 berichtet wurde, gehören die Studie NCS und Nachfolger der ECA der International Consortium in Psychiatric Epidemiology (ICPE) der WHO an, welche alle das Erhebungsinstrument Composite International Diagnostic Interview (CIDI, Kessler & Üstün, 2004) oder eine Abwandlung davon verwenden. Die NCS-R wurde der WHO-WMH unterstellt, welche die Weiterentwicklung der ICPE und die neue Hauptorganisation der WHO ist.

Die NCS-R Studie wurde in den Jahren 2001 bis 2003 in den USA durchgeführt und ist ein national repräsentatives Haushaltssurvey, in welchem die Interviews (WMH-CIDI) als persönliche Befragungen durchgeführt wurden. Es nahmen 9'282 Personen über 18 Jahren teil und davon haben 5'692 zusätzliche Fragen beantwortet (z.B. Risikofaktoren, Konsequenzen, vgl. Kap. 4.1.2.1).

Die Angststörungen als Störungsbereich haben mit einer Lebenszeitprävalenz von 28.8% die höchste Rate erreicht. Die Spezifische Phobie mit 12.5% und die Soziale Phobie mit 12.1% waren die häufigsten Angststörungen, im Vergleich zur Major Depression (16.6%) und zum Alkoholmissbrauch (13.2%) etwas geringer. Die Generalisierte Angststörung war mit 5.7% vertreten und die Störung mit Trennungsangst mit 5.2%, wobei ab der Altersgruppe von 45 Jahren keine Fälle mehr gefunden wurden. Bei allen Störungen mit Ausnahme der Impulsivitätsstörungen konnte ein Anstieg von der Altersgruppe 18-29 zu den 30- bis 44-Jährigen festgestellt werden. Anschliessend nahm die Störungshäufigkeit jedoch wieder ab (Gruppe 45-59) und war in der Gruppe der über 60-Jährigen am niedrigsten (Kessler, Berglund et al., 2005). Für den Beginn von Angststörungen wurde ein Median von 11 Jahren ermittelt, wobei die Angaben zum Onset für Angststörungen im Vergleich mit anderen Störungsgruppen am stärksten schwankten (von 6 bis 21 Jahren). Dies erklärt sich dadurch, dass die verschiedenen Angststörungen unterschiedliche Altersbeginne aufweisen: die Spezifische Phobie und Trennungsangst ist mit durchschnittlich 7 Jahren am frühesten, die Soziale Phobie folgt mit einem Median von 13 Jahren und bei anderen Angststörungen liegt der Onset im Alter zwischen 19 und 31 Jahren.

Die Autoren haben anhand einer bestimmten Methode (Lebenszeitprävalenz und age of onset Verteilung, vgl. Kessler, Berglund et al., 2005) ein Lebenszeitrisko für eine Störung auf das Alter von 75 Jahren hochgerechnet. Es zeigt klar, dass die Raten (Lebenszeitprävalenzen) höher ausfallen; für Angststörungen sind es 9% mehr (zusätzlich zur Lebenszeitprävalenzrate) und für affektive Störungen 34%, 2% für Impulskontrollstörungen und 12% für Substanzmissbrauchsstörungen. Die grössten Erhöhungen der Raten waren erklärbar durch diejenigen Störungen, welche einen späteren Beginn in der Verteilung der age of onset zeigten. Die Prävalenzraten für jüngere Kohorten sind höher (Interkohorteneffekt, Start 1970), was einen Trend wiedergibt, dass es eine leichte Zunahme von Störungen über die Generationen gibt.

Die 12-Monats-Prävalenz war ebenfalls für die Angststörung am höchsten mit 18.1%; danach die affektiven Störungen mit 9.5%, Impulskontrollstörungen mit 8.9% und substanzbezogenen Störungen mit 3.8%. Die Spezifische Phobie hatte auch hier die höchste Rate mit 8.7%, gefolgt von der Sozialen Phobie (6.8%) und der Major Depression (6.7%). Die Generalisierte Angststörung ist mit 3.1% und die Trennungsangst mit 0.9% vertreten. Aus allen Fällen mit einer Diagnose (Gesamt-Rate: 26.2%) waren 22.3% erheblich (serious) und 37.3% moderat und 40.4% mild. Bezogen auf eine Störung, waren die Angststörungen am meisten in den milden Störungen vertreten (22.8%) und die affektiven Störungen hatten die höchste Zahl an erheblichen Störungen. Bei 55% konnte nur eine Störung festgestellt werden, bei 22% waren es zwei Diagnosen und bei 23% waren es drei oder mehr Diagnosen.

Die Korrelate mit soziodemographischen Variablen (12-Monats-Prävalenz) ergab, dass (reine) internalisierende Störungen vor allem mit folgenden Attributen korrelierten: Geschlecht (Frauen), Zivilstand (unverheiratet), tiefer sozioökonomischer Status (Kessler, Tat Chiu et al., 2005). Komorbide internalisierende Störungen waren zusätzlich mit Trennung und Scheidung assoziiert. Komorbid mit externalisierenden Störungen brachte folgende Korrelate zutage: jung sein, männlich, verheiratet und in nicht-ländlicher Gegend lebend. Diejenigen ohne Störung waren männliche nicht-hispanische Dunkelhäutige oder lateinamerikanischer Herkunft, waren verheiratet, hatten einen College Abschluss und ein hohes Einkommen und lebten in einer ländlichen Gegend.

Die Autoren schränken die Aussagekraft ihrer Studie durch folgende Aussagen ein. Menschen mit einer Vorgeschichte mit psychischen Störungen sind weniger bereit, an einer solchen Befragung teilzunehmen, was die Repräsentativität der Stichprobe einschränkt (Kessler, Berglund et al., 2005; Kessler, Tat Chiu et al., 2005). Dieses Argument gilt jedoch für alle Surveys und muss durch die Gewichtung und durch Analysen und Vergleiche mit Inanspruchnahmedaten ausgeglichen werden (vgl. Kessler, Berglund et al., 2004). Ausserdem sind Fragen zur psychischen Gesundheit und auffälligem Verhalten mit Scham behaftet, was auf eine gewisse Unterschätzung der Häufigkeiten schliessen lässt. Das hochgerechnete Risiko geht von der Annahme aus, dass Risikobedingungen konstant sind, was die Autoren selbst als inkorrekt bezeichnen. Der vierte Grund für eine Einschränkung der Aussagekraft ist wiederum genereller Natur, da die Daten zum Altersbeginn der Störung auf Erinnerung der Teilnehmer beruhen und somit verzerrt sein können. Trotz diesen Einschränkungen sind die 12-Monats- und Lebenszeitprävalenzen ähnlich den Raten aus anderen (z.B. Demyttenaere et al., 2004) und früheren Studien (Kessler, Demler et al., 2005; Regier, Farmer et al., 1993).

Der direkte Vergleich mit der NCS Studie aus den Jahren 1990 bis 1992 (Kessler et al., 1994) zeigt, dass trotz dem Wechsel von der DSM-III-R zur DSM-IV Version die Raten der Gesamtskala der Angststörungen und auch die Unterkategorien bis auf kleine Abweichungen gleich geblieben sind (vgl. Tab. 22 & 23 in Kap. 4.2.6). Die Lebenszeitprävalenz für Angststörungen war auch 10 Jahre vorher mit 28.7% sehr hoch (in der NCS-R: 28.8%). Wenn man

bedenkt, dass die Kriterien strenger geworden sind, bedeutet das eher eine leichte Zunahme. In der NCS-R Studie war die 12-Monats-Prävalenz für die Gesamtskala 18.1%, früher waren es 19.3% (17.2%, andere Teilstichprobe in Tab. 22). Für die Unterkategorien können die Tabellen 22 und 23 konsultiert werden. Obwohl die Übereinstimmung gross scheint (auch mit der ECA, vgl. Kap. 4.2.1.11), muss beachtet werden, dass neben der Auflage des Klassifikationssystems sich die Rekrutierung und die Stichprobe unterschieden und auch die Erhebungsinstrumente nicht identisch waren. Trotz allem ist erstaunlich, wie ähnlich die Resultate sind; auch im Vergleich mit den häufigsten Störungsbildern Spezifische und Soziale Phobie und Major Depression. Sowohl die Rangfolge innerhalb stimmt als auch im Vergleich mit externalisierenden und Suchtstörungen. Die Raten sind im Vergleich mit anderen Ländern innerhalb der WHO-WMH-Studie (vgl. Kap. 4.1.2.1) sehr hoch, jedoch wie eben geschildert innerhalb der USA konsistent. Die Komorbiditätsraten sind sehr hoch und finden sich innerhalb der Störungskategorien, aber vor allem auch zwischen Angststörungen und depressiven Störungen; letztere Verbindung war oft stärker (anhand der Odds Ratios) als innerhalb der Kategorie.

Kessler und Kollegen (Kessler, Demler et al., 2005) haben die Stichproben des NCS und NCS-R angepasst auf den Altersbereich (eingeschränkt auf 18-54) und haben die Teilstichproben mit den face-to-face Interviews zur Grundlage genommen (NCS: 5'388; NCS-R: 4'319). Die Gesamtprävalenz hat sich nicht verändert von 29.4% auf 30.5% (nicht-signifikante Veränderung). Jedoch hat sich der Faktor Treatment geändert. In der NCS haben 20.3% der Personen mit einer Störung eine Therapie erhalten, 11-12 Jahre später waren es 32.9% ($p < 0.001$). Auch in dieser Analyse zeigt sich, dass von der Gesamtpopulation 12.2% eine Therapie erhielten, davon jedoch nur circa die Hälfte die Kriterien für ein volles Störungsbild erfüllten (Kessler, Demler et al., 2005). Es gab keine statistisch signifikanten Interaktionen zwischen dem Zeitfaktor und soziodemographischen Charakteristiken in Bezug auf die Vorhersage der Prävalenz. Die Autoren nehmen an, dass zeitgeschichtliche Faktoren zur Erklärung beitragen können, weshalb es keinen Unterschied in der Prävalenz gibt, jedoch eine Zunahme in der Höhe der Therapiekonsultationen festzustellen ist. Folgerichtig müssten die Raten eigentlich tiefer liegen, da mehr Menschen von einer Intervention profitieren. Da dies nicht so ist, weisen die Autoren auf mögliche Erklärungen hin. Zum einen auf die wirtschaftliche Rezession und zum anderen auf den Terroranschlag vom 11. September 2001 in New York. Diese beiden Ereignisse waren für die USA sehr traumatisierend und könnten eine Erklärung liefern, dass keine Abnahme in den Prävalenzraten vonstatten ging. Eine weitere mögliche Erklärung ist die wachsende Sensibilisierung und Enttabuisierung (Dissimulation) bezüglich der psychischen Störungen und dem breiteren Angebot an Gesundheitsdiensten. Neben den bereits geschilderten Mängeln, ist dieser Vergleich bezüglich der Therapiekonsultation eingeschränkt, da die Güte und Angemessenheit des Treatments nicht gemessen wurde.

4.2.1.11 Epidemiologic Catchment Area (ECA) Study

Die Epidemiologic Catchment Area (ECA) Study in den USA aus den Jahren 1978-1985 hat zum ersten Mal mit einer grossen, repräsentativen Stichprobe ein standardisiertes Interview durchgeführt, welches zu reliablen und validen Diagnosen führte: das Diagnostic Interview Schedule (DIS, vgl. <http://epi.wustl.edu/DIS/dishisto.htm>). Die Weiterentwicklung des Instrumentes durch die WHO führte zum Composite International Diagnostic Interview (CIDI), welche wiederum durch die World Mental Health 2000 (WMH2000) zum WMH-CIDI wurde (Kessler & Üstün, 2004).

Die ECA ist sozusagen Vorläuferin der ICPE- (vgl. Kap. 4.1.2.2) und späteren WHO-WMH-Entwicklung (vgl. Kap. 4.1.2.1); in diesen Studien ist die Hauptgemeinsamkeit das diagnostische Instrument und somit wurde eine bisher am besten basierte Vergleichbarkeit geschaffen.

Die ECA wurde von der National Institute of Mental Health (NIMH) initiiert und hat die Basis des DSM-III (American Psychiatric Association, 1980). Die Gesamtstichprobe betrug 20'291 Personen über 18 Jahren, welche zum Zeitpunkt der Welle 1 (1980) interviewt wurden. Für die 1-Monats-Prävalenzen (Welle 1, vgl. Tab. 14) standen Daten von 18'571 Personen zur Verfügung, welche aus fünf verschiedenen Gebieten der USA kommen. In der zweiten Welle konnten noch 15'849 Personen erneut interviewt werden (78.1%).

Die Lebenszeitprävalenz wird für Angststörungen gesamt auf 14.6% geschätzt, wobei die Spezifische Phobie 10.0% und die Soziale Phobie 2.8% ausmachen. Die 12-Monats-Prävalenz für die Angststörungen liegt bei 12.6% und für die Phobien bei 10.9% (Regier, Narrow et al., 1993). Die Punktprävalenz (1 Monat) der Angststörungen machte 7.3% aus, wobei die Spezifische Phobie 5.1% und die Soziale Phobie 1.3% ausmachen (Regier, Farmer et al., 1993). Die 6-Monats-Prävalenz ist etwas höher mit 8.9% für irgendeine Angststörung und 6.4% für die Spezifische Phobie und 1.5% für die Soziale Phobie (Regier, Narrow, & Rae, 1990). Die neuen Fälle (inkl. Rezidive) zwischen den Wellen 1 und 2 konnten auf 5.3% für die Angststörungen (4.7% für Phobien) festgemacht werden (Regier, Narrow et al., 1993).

Die Korrelate, welche in der NCS-R Studie (vgl. Kap. 4.2.1.10) berichtet wurden, konnten bereits in den 70er und 80er Jahren gefunden werden (Basis Welle 1). Frauen haben ein höheres Risiko, an einer Angststörung zu erkranken. Ein niedriger sozioökonomischer Status und getrennt oder geschieden zu sein sind ebenfalls Faktoren, welche mit einer Angststörung assoziiert sind (Regier, Farmer et al., 1993). Die Gruppe der Angststörungen war für die Frauen doppelt so hoch in der Punktprävalenz (9.7%, Männer: 4.7%). Geschiedene hatten ebenfalls eine höhere Rate (11.2%) als andere Zivilstände (7.0%). Ältere Menschen (>65) hatten tiefere Raten von Angststörungen als jüngere Menschen (Altersgruppe: 18-24, vgl. Kap. 4.2.1.10).

Die 1-Jahres-Prävalenzrate für irgendeine Störung lag in der zweiten Welle bei 28.1% (12.3% neue Fälle zwischen Welle 1 und 2). In dieser Zeitspanne haben nur 14.7% der Population eine Behandlung bekommen, wobei mehr als die Hälfte davon alle Kriterien erfüllten. Die Daten der zweiten Welle und retrospektive Analysen der Inanspruchnahme von Behandlungsangeboten haben zeigen können, dass wenige Personen die Gesundheitsdienste beanspruchten (Regier, Narrow et al., 1993).

Aufgrund des Querschnittsdesigns in der Welle 1 können keine kausalen Schlüsse bezüglich der Korrelate der psychischen Störungen gezogen werden. Dies gilt für alle Studien, welche dieses Design wählen. Ausserdem ist bei der ECA-Studie die damals aktuelle Version des DSM die Basis für die Diagnosen, in dieser Version ist die klinische Signifikanz nicht explizit als Kriterium vorhanden.

4.2.1.12 Zusammenfassung der Amerikanischen Studien zur Epidemiologie

Amerikanische Studien haben im Bereich der psychischen Störungen und speziell auch im Bereich der Angststörungen sehr hohe Prävalenzraten (vgl. Tab. 13, 22 & 23, Kap. 4.2.6 & 4.4.1). Vor allem grossangelegte Studien, welche von einer übergeordneten Organisation (z.B. ICPE, WHO, Kap. 4.1.2) geleitet werden, scheinen höhere Raten zu haben (z.B. NCS, NCS-R). Das Risiko, in den USA einmal im Leben an einer Angststörung zu erkranken, wenn man zwischen 15 und 54 Jahre alt ist, ist 24.9% hoch (vgl. NCS, Tab. 22) und sogar etwas höher

mit 28.8%, wenn man über 18 Jahre alt ist (NCS-R, Kap. 4.2.1.10). Die ebenfalls in den USA durchgeführte Studie ECA gibt für den Altersbereich ab 18 Jahren eine Lebenszeitprävalenz von 14.6% an, basiert jedoch auf der DSM-III-Version (Kap. 4.2.1.11). Die bekannte Oregon-Studie von Lewinson und Kollegen (1993) hat eine Lebenszeitprävalenz von 8.8% für die Jugendlichen zwischen 14 und 18 Jahren für irgendeine Angststörung und eine Punktprävalenz von 3.2%. Ebenfalls eher niedrige Raten hat die GSMS (vgl. Kap. 4.2.1.2) mit 5.7% Periodenprävalenz (3 Monate) für die Altersgruppe von 9-13 Jahren; anhand des DSM-IV ist diese Rate auf 2.4% gefallen (Altersbereich: 9-16 Jahre). Die NYCLS (Kap. 4.2.1.3) hat keine Angaben zum Gesamtbereich der Angststörungen gemacht, jedoch die Störung mit Überängstlichkeit und die Störung mit Trennungsangst untersucht. Die Raten für diese beiden Störungsbilder sind im Alter von 10-13 Jahren sehr hoch (zw. 11.4 und 15.4%, vgl. Tab. 15) und sinken im Alter von 17-20 Jahren auf geringere Häufigkeiten für die Trennungsangst (1.8-2.7%) und für die Jungen auch für die Störung mit Überängstlichkeit (5.4%), bleibt jedoch für Mädchen hoch mit 13.8%. Die Kanadischen Studien, welche in Kapitel 4.2.1 berichtet wurden, haben in der Periodenprävalenz (6 Monate) irgendeiner Angststörung eine Rate von 14.7% im Elternurteil und 9.1% im Kind- respektive Jugendlichenurteil (Altersbereich 6-14 Jahre, QCMS, Tab. 22). Die OCHS gibt für den gleichen Bezugsrahmen im Alter von 4-16 Jahren für emotionale Störungen 7.9% Risiko für Jungen und 11.9% für Mädchen an (Kap. 4.2.1.6). Puerto Rico, die neuere Studie der beiden, welche Südamerika vertritt, liegt mit der 1-Jahres-Prävalenz von 9.2% im Vergleich zu anderen internationalen Studien auf der Grundlage des DSM-IV eher im unteren Bereich (4-17 Jahre, vgl. Kap. 4.2.1.9, vgl. Tab. 22, Kap. 4.2.6 & 4.4).

Sowohl mit dem *Alter* (intraindividuell) als auch in Bezug auf die *Zeitumstände* (Perioden- und Alterseffekte) nehmen die Prävalenzraten von Angststörungen eher zu. Neben dem direkten Vergleich der Studien mit Kindern respektive Jugendlichen und Erwachsenen, zeigt auch der Studienvergleich innerhalb des Altersbereichs von 4-18 Jahren eine Zunahme auf beiden Ebenen (vgl. Tab. 22). Viele Angststörungen treten das erste Mal in der Kindheit oder Jugend auf (vgl. Kap. 4.2.1.5), sind jedoch noch wenig stabil und nehmen an Intensität und Häufigkeit mit dem Alter zu. Die Ausnahmen sind die Störung mit Trennungsangst und zum Teil auch die Störung mit Überängstlichkeit des DSM-III-(R), welche mit zunehmendem Alter abnehmen. Der Verlauf von Angststörungen wird weiter in Kapitel 4.4.2 erläutert. Die NYCLS (Kap. 4.2.1.3) zeigt eine Persistenzrate bei Angststörungen von 23% und die OCHS (vgl. Kap. 4.2.1.6) von 30% (vgl. Ihle & Esser, 2002).

In der GSMS-Studie (vgl. Kap. 4.2.1.2) wurden zusätzliche Untersuchungen zum Vergleich verschiedener Ethnizitäten gemacht. Die kaukasischen Kinder hatten im Vergleich zu Amerikanischen Ureinwohnern und afroamerikanischen Kindern höhere Raten an Angststörungen.

Die *Beurteilerübereinstimmung* in der QCMHS zwischen den Eltern und dem Kind oder Jugendlichen war gering (14.7 vs. 9.1%), in der Subkategorie der Störung mit Überängstlichkeit war die Einschätzung jedoch fast gleich (vgl. Kap. 4.2.1.7). Diese geringe Beurteilerübereinstimmung kann in vielen Studien gezeigt werden und führt zum Gebot, unterschiedliche Quellen in der Diagnostik einzubeziehen und zu vergleichen (vgl. Kap. 2.3).

Die *Geschlechtsunterschiede* in Bezug auf die Angststörungen in den einzelnen Amerikanischen Studien deuten auf einen Vorteil (geringes Risiko) der Jungen hin, welcher sich jedoch erst mit dem Alter herausbildet (vgl. Kap. 4.4.3). Die *Komorbiditätsraten* für Angststörungen untereinander und mit anderen Störungskategorien sind hoch, insbesondere für Depressionen. Dies gilt in beide Richtungen: die Angststörung als primäre und sekundäre Diagnose. Durchschnittlich gesehen sind diese Raten circa 30-40%, wobei die höheren Raten für die Komorbiditäten innerhalb der internalisierenden Störungskategorie ausfallen (vgl. Kap. 4.4.4).

Die Zusammenfassung für die Korrelate, Risiko- und protektiven Faktoren im Rahmen der epidemiologischen Studien wird in Kapitel 4.2.6 zusammen mit den restlichen internationalen Ergebnissen berichtet. In Kapitel 4.4 werden alle Ergebnisse auf internationaler und nationaler Ebene zusammengeführt.

4.2.2 Neuseeland und Australien

Die Tabelle 16 gibt einen Überblick über die epidemiologischen Studien in Neuseeland und Australien, wobei die Dunedin Multidisciplinary Health and Development Study (Kap. 4.2.2.1) eine der ersten und wichtigsten Studien im Hinblick auf mehrere epidemiologische Fragestellungen war und ist. Die Australischen Studien, welche hier vorgestellt werden, sind zum einen eine Pilotstudie des Western Australian Child Health Surveys und die WACHS selbst (WACHS, Kap. 4.2.2.2), und ein Gesundheitssurvey an der erwachsenen Bevölkerung Australiens aus den 90er Jahren (Kap. 4.2.2.3, vgl. Tab. 16).

Tabelle 16: Überblick über Studien zur Epidemiologie psychischer Störungen in Neuseeland und Australien

Kapitel-Nr.	Studienname, Land und Autoren	Jahr und Studien-dauer	Alter (in Jahren)	Stichprobe (N)	Zweck der Studie
4.2.2.1	<i>Dunedin Multidisciplinary Health and Development Study</i> (DMHDS), Dunedin, Neuseeland (Silva, 1990)	1972-	Geburt, 3, 5, 7, 9, 11, 13, 15, 18, 21, 24, 32	1'661 (Geburt) 1'037 (3 Jahre) 991 (5) 954 (7) 955 (9) 925 (11) 850 (13) 976 (15) 1'008 (18) 992 (21)	Prävalenzraten, Komorbidität, Klinische Signifikanz und Inzidenz- Veränderung über die Wellen, Risikofaktoren, protektive Faktoren, familiäre Variablen, Verlauf, Basis: DSM-III
	Weiterführende Studie (Anderson, Williams, McGee, & Silva, 1987; Newman et al., 1996)		11, 13, 15, 18, 21	792 ^a 750 (934) ^b 744 (890) 389 (939-957)	Zusätzlich: Neuerkrankung, Verlauf, Basis: DSM-III-R
4.2.2.2	<i>Western Australian Child Health Survey</i> , Pilotstudie, Australien (WACHS) (Garton et al., 1995)	1992	4-16	321	Prävalenzen, Güte der CBCL als Screening
	WACHS, Australien (z.B. Zubrick et al., 1997)	1993	4-16	2'737 aus 1'462 Familien	Prävalenz von Symptomen, Syndromen, Inanspruchnahmedaten, Korrelate und potentielle Risikofaktoren
4.2.2.3	<i>Australian National Mental Health Survey</i> , Australien (Andrews, Henderson, & Hall, 2001)	1997	> 18	10'641	Prävalenzraten, Komorbidität, Beeinträchtigung, Versorgungssituation, Korrelate

Anmerkungen: ^a=letzten 4 Erhebungswellen, wobei die Grössen der Stichproben jeweils abhängig von den Fragestellungen sind und deshalb von den oberhalb angegebenen abweichen; ^b=vor der Klammer: die Längsschnitt-Stichprobe und in Klammer die Gesamtstichprobe der jeweiligen Erhebungswelle

Auch die Studien aus Neuseeland und Australien werden in Kapitel 4.2.6 und 4.4 diskutiert. Im Jahre 2003 wurde eine neue Langzeitstudie Growing up in Australia: The Longitudinal

Study of Australian Children initiiert, welche mehrere Erhebungswellen beinhaltet, wobei die erste interessante Analyse noch aussteht, da diese erst in circa zwei bis drei Jahren veröffentlicht werden wird (<http://www.aifs.gov.au/growingup/home.html>). Die Studie ist vergleichbar mit den in Kapitel 4.2.1 berichteten Risikokinderstudien, welche ebenfalls Geburtenkohorten über eine lange Zeit verfolgt haben.

4.2.2.1 Dunedin Multidisciplinary Health and Development Study (DMHDS)

Die Dunedin Multidisciplinary Health and Development Study (DMHDS, Anderson et al., 1987; Newman et al., 1996; Silva, 1990) ist wie die Kauai-Studie (vgl. Kap. 4.2.1.8) und eine zweite Neuseeländische Studie (Christchurch Health and Development Study, Goodwin, Ferguson, & Horwood, 2004a) eine grossangelegte Längsschnittstudie mit einer Geburtenkohorte. Diese stammt aus den Geburtsjahren April 1972 bis März 1973 aus einer relativ kleinen Stadt, Dunedin, in Neuseeland (Population ca. 110'000). In diesem Zeitrahmen wurden 1'661 Babys geboren und aus dieser Population konnten 1'139 Babys beziehungsweise deren Eltern erreicht werden, im Alter von 3 Jahren wurden noch 1'037 Kinder respektive deren Eltern befragt. In der Tabelle 16 können die verschiedenen Stichprobengrößen nachgesehen werden, es fehlen die Angaben zu den Jahren 1996-1997, in welchen die 24- bis 26-Jährigen (1980) und in den Jahren 2003-2005 die 32-Jährigen (1972) erneut befragt wurden (Silva, 1990, <http://dunedinstudy.otago.ac.nz/>). Die Studie dauert noch an und die einzelnen Aspekte psychischer und physischer Gesundheit können auf der genannten Homepage eingesehen werden. An den jeweiligen Stellen wird die Referenzstichprobengröße angegeben. Die verschiedenen Stichproben sind trotz Ausfällen (Todesfälle, Wegzug, Verweigerung, etc.) repräsentativ für das Geburtsjahr in Dunedin; mit Ausnahme der Gruppe der alleinerziehenden Mütter, welche unterrepräsentiert sind. Die Babys wurden körperlich untersucht und die Mütter in Bezug auf die pränatale Phase und demographische Daten befragt. Zum Zeitpunkt, als die Kinder 3 Jahre alt waren, wurden neben den bereits genannten Faktoren auch Daten über die Erziehung, Entwicklung, Bindung und verschiedene medizinische Informationen erfragt. Es werden in jeder Phase mehr Informationen in Bezug zu körperlichen, kognitiven, emotionalen und sozialen Entwicklung, über die Familie, soziale Netzwerke, Schule abgefragt, im Alter von 11 Jahren werden sogar Haarproben analysiert. Die verschiedenen Phasen sind ebenfalls in Tabelle 16 zu sehen. Die ersten klinisch-psychologischen Informationen, welche eine Diagnose zulassen, wurden im Alter von 11 Jahren mit dem DISC-C erhoben. Von insgesamt 124 Autoren wurden 328 Artikel und Beiträge (Stand Juli 1989) veröffentlicht (Silva, 1990), im Internet ist ein Dokument aus dem Jahr 2007 (Juli) publiziert, das alle 1'013 Publikationen inklusive Abstracts auflistet (<http://dunedinstudy.otago.ac.nz/>). Silva (1990) listet in einer Tabelle neben den Publikationen auch die Inhalte der verschiedenen Assessments aller Messzeitpunkte auf, welche ebenfalls im Internet (inkl. Angaben ab dem Jahr 1990) zugänglich sind (Silva, 1990, <http://dunedinstudy.otago.ac.nz/>).

Die Analysen der DSM-III-Störungen der 11-Jährigen basieren auf dem DISC-C Interview (Kindversion) und den Rutterskalen für Eltern und Lehrer; die Eltern und Lehrer wurden nicht interviewt (Anderson et al., 1987). Es konnten bei 98.7% der 792 Kinder Daten von allen drei Quellen gewonnen werden. Bei 139 Kindern, welche keine Intelligenzminderung hatten, wurden eine oder mehrere Störungen diagnostiziert, was eine 1-Jahres-Prävalenz für irgendeine Störung von 17.6% ausmacht. Die Jungen haben ein 1.7 Mal höheres Risiko, dass eine Störung diagnostiziert wird. Aufmerksamkeitsdefizitstörung war die häufigste Störung (6.7%), gefolgt von der Oppositionellen Störung (5.7%) und der Störung mit Trennungsangst (3.5%). Die Störung mit Überängstlichkeit (2.9%) und die Einfache Phobie mit 2.4% waren im mittle-

ren Feld und die Soziale Phobie war mit 0.9% am seltensten. Für alle bis auf die Störung mit Überängstlichkeit war das Risiko für die Mädchen höher. Die Übereinstimmung war bei den Angststörungen weniger hoch und diese wurden oft nur von einer Quelle angegeben, da die Ängste sehr situativ sind und daher Eltern und Lehrern weniger bekannt. Wenn vorausgesetzt wird, dass alle drei Quellen die Symptome angeben müssen, um in die Auswertung zu gelangen, macht die Gesamtprävalenz nur noch 7.3% aus. In 45% der Fälle war nur eine Störung vorhanden. Das heisst, in 55% der Fälle waren komorbide Störungen anzutreffen, welche in den meisten Fällen in der Kategorie Depression und Dysthymia zu finden sind. Sie untersuchten ebenfalls den Verlauf von drei Hauptkategorien (Hyperaktivität, Aggressivität und Ängstlichkeit) anhand der Werte auf den Rutterskalen (5, 7, 9 und 11 Jahre). Es gab sowohl für die Kombination aus mehreren Störungen und vor allem für die Ängstlichkeit einen Anstieg im Alter von 9 und 11 Jahren, wobei diese Kategorie weniger stabil über die Zeit war. Die emotionalen Probleme scheinen also entweder einen späteren Start zu haben oder sie sind Folgeprobleme aus den externalisierenden Auffälligkeiten.

Anderson und Kollegen (1987) kritisieren an dieser Studie (zum Zeitpunkt der Phase 11) vor allem den Nachteil, dass sie nur mit den Kindern das standardisierte Interview durchgeführt haben. Sie fanden keine Fälle zur Kategorie der Störung mit Kontaktvermeidung, obwohl diese im DISC-C enthalten ist.

Die Analysen zur Stichprobe der 21-Jährigen (992) aus den Jahren 1993-1994 basieren auf einer modifizierten Version des DIS, welche DSM-III-R-Kriterien liefert (Newman et al., 1996). Es wurden zusätzlich die klinische Signifikanz und die Beeinträchtigung auf unterschiedliche Art erhoben (z.B. funktionale Beeinträchtigung, Inanspruchnahme von Gesundheitsdiensten). Die 1-Jahres-Prävalenz für irgendeine Störung beträgt 40.4%. Die häufigste Störung in diesem Alter ist die Major Depression mit 16.8%, gefolgt von Suchtstörungen (Substanzen, 19.4%) und der Sozialen Phobie mit 9.7%. Alle Angststörungen zusammen machen 31.5% aus, die Generalisierte Angststörung lag bei 1.9% und die Einfache Phobie bei 8.4%. Bei allen Angststörungen waren die Frauen häufiger betroffen als die Männer, bis zu 3.9 Mal mehr bei den Einfachen Phobien. Es waren insgesamt 47.3% der Fälle komorbid, 20.9% wiesen zwei Störungen auf und 26.4% zeigten mehr als zwei Störungen. Die Komorbidität war am höchsten für die Generalisierte Angststörung (100%), da in dieser Gruppe keine Person eine reine Generalisierte Angststörung aufwies (analog für Panikstörung). Die Gruppe der Angststörung hat Komorbiditäten zwischen 70 und 100%, was sie zur Gruppe mit den meisten Fällen macht, bei welchen mehr als eine Störung festgestellt wird. Innerhalb sind es 37.9% aller Angststörungsfälle, welche mehr als eine Angststörung hatten. Die meisten der Personen (97.9%), welche an einer Störung litten, gaben auch an, dass sie eine Behinderung durch die Störung im Alltag oder im Arbeitsleben erfahren, und 70.3% gaben eine signifikante Beeinträchtigung in ihrer Funktionalität an. Es haben aus dieser Gruppe auch mehr professionelle Hilfe gesucht als aus der Gruppe, welche keine Störung zu verzeichnen hat (25.1% vs. 7.7%). Personen mit Angststörungen hatten die niedrigste Rate von strafrechtlichen Verurteilungen, obwohl psychisch gestörte Menschen öfters delinquent werden und Verurteilungen erfahren (22% vs. 8%). Es geben nur 2.0% an, einen Suizidversuch unternommen zu haben, was jedoch daran liegen kann, dass dieses Thema stark tabuisiert ist. Die Anzahl Diagnosen hängt mit der Beeinträchtigung zusammen. Eine höhere Anzahl Diagnosen ist assoziiert mit einer höheren Beeinträchtigung.

Der längsschnittliche Vergleich zeigt, dass die Raten (irgendeine Störung) mit 11 Jahren (18%) etwas höher sind als mit 13 Jahren (vor allem für die Jungen), und sie steigen im Alter von 15 Jahren wieder etwas an und sind für die Mädchen höher als mit 11 Jahren. Der grösste Sprung (fast Verdoppelung) passiert zwischen dem Alter von 15 und 18 Jahren, wobei der Anstieg wiederum für die jungen Frauen stärker ist (41% mit 18 Jahren). Zwischen dem Alter

von 18 und 21 scheinen die Raten ziemlich stabil zu sein und nehmen für die jungen Frauen leicht ab, sind aber immer noch etwas höher als für die jungen Männer (Newman et al., 1996). In Bezug auf diese Analysen muss jedoch bemerkt werden, dass im Alter von 11, 13 und 15 Jahren das DISC-C (DSM-III) benutzt wurde und für die Altersgruppen 18 und 21 Jahre das DIS für DSM-III-R-Diagnosen. Die Autoren geben jedoch an, dass sie bestimmte Anpassungen für die Studie gemacht haben, womit ein direkter Vergleich anscheinend möglich ist.

Es wurden zusätzliche Analysen durchgeführt, um zu erkennen, wie viele Fälle chronisch waren und wie viele neue Fälle mit 21 Jahren dazugekommen sind. Die Neuerkrankungsrate der Fälle mit dem Onset im Erwachsenenalter ist 10.6%. Wenn nur die diagnostizierten Fälle zum Zeitpunkt als Basis genommen werden, sind es im Gesamtbereich 26.2% aller Fälle, die neu dazukommen und entsprechend 73.8%, welche bereits zu einem früheren Zeitpunkt eine Störung diagnostiziert bekommen haben. Die Störungskategorien, welche die höchste Neuerkrankungsrate hat, sind diese der affektiven Störungen (27.9%) und jene der Substanzstörungen (21.9%). Newman und Kollegen (1996) geben aufgrund ihrer Analysen über diese Verläufe ein kumuliertes Risiko in der Dunedin-Stichprobe von 64.3% an, eine Psychopathologie zu entwickeln. Für jene, welche im Erwachsenenalter eine Störung entwickelt haben, sind die Beeinträchtigungen und das Leiden etwas geringer als für diejenigen Fälle, welche bereits im Kindesalter aufgetreten sind. Sie kritisieren die Zuverlässigkeit der Neuerkrankungsraten, da diese wahrscheinlich eine Überschätzung darstellen. Zum einen, weil vor dem 11. Lebensjahr keine Diagnosen gestellt wurden und es wurden mehrere Jahre „ausgelassen“, weil jeweils nur ein Jahr vor dem Erhebungszeitpunkt der Rahmen für die Symptomabfrage war.

Von Interesse war weiter, ob die Fälle mit Angststörungen im Alter von 21 Jahren bereits in der Adoleszenz eine Störung gezeigt haben. Bei 19.5% konnte keine Vorgeschichte einer Störung festgestellt werden, bei 61.5% war eine Angststörung im Vorfeld diagnostiziert und in 18.9% der Fälle waren es andere Störungen im Vorfeld. Dies zeigt, dass die Angststörungen eine homotypische Kontinuität aufweisen (vgl. Kap. 3.1.1).

Bestimmte Störungen wurden jedoch nicht erfasst, so auch die Achse-II-Störungen, welche die Persönlichkeitsstörungen und die geistige Behinderung respektive spezifische Entwicklungsstörungen beinhalten (American Psychiatric Association, 1980, 1991, 1996). Diese Studie ist eine der ersten, welche nicht nur verschiedene Faktoren im Langzeitverlauf einer Geburtskohorte untersucht (vgl. Kauai, Kap. 4.2.1.8), sondern auch Prävalenzangaben über mehrere Jahre untersucht hat (ab dem 11. Lebensjahr). Es könnten auch frühere Untersuchungen dieser Kinder einbezogen werden, da diese bereits zum Zeitpunkt der Geburt registriert wurden. Dies wird hier jedoch nicht berichtet, kann aber auf der Homepage von der Dunedin Multidisciplinary Health and Development Research Unit (<http://dunedinstudy.otago.ac.nz/>) nachgelesen werden. Die Autoren verweisen auf die Dringlichkeit von primären Präventionsprogrammen, da auch diese Studie hervorgebracht hat, dass viele Störungen im Kindesalter beginnen oder ihren Ursprung haben. Die sekundäre und tertiäre Prävention muss einbezogen werden, wenn diese Fälle aufgrund hoher Komorbiditätsraten eine stärkere Beeinträchtigung aufweisen und länger anhaltend, das heisst, auch stabiler sind (Newman et al., 1996).

Der Vergleich der Prävalenzraten mit der Christchurch Health and Development Study (CHDS, DSM-III-R und DSM-IV, Informanten: Kind und Eltern, $N=961$) zeigt, dass die Raten der CHDS etwas niedriger sind. Für den Zeitraum von 16-18 Jahren sind es 17.1% für eine Angststörung und 12.9% für den Zeitraum von 18-21 Jahren, verglichen mit 22.0% für die 18-Jährigen und 17.7% mit 21 Jahren in der Dunedin-Studie. Jedoch beziehen sich diese Angaben der CHDS auf die Grundlage des DSM-IV, welches strengere Kriterien beinhaltet und der Befragungszeitraum ist wie oben dargestellt verschieden (2- resp. 3-Jahres-Prävalenzraten). Es zeigen sich jedoch in beiden Studien ähnliche Raten und ein Rückgang

der Angststörungen zwischen dem Alter von 16 und 21 Jahren (Goodwin, Fergusson, & Horwood, 2004b).

4.2.2.2 Western Australian Child Health Survey (WACHS)

Zuerst werden kurz die Daten der Pilotstudie des Western Australian Child Health Survey (WACHS) vorgestellt, welche 1992 durchgeführt wurde (Garton et al., 1995). Anschliessend werden die wichtigsten Ergebnisse der eigentlichen WACHS, welche 1993 durchgeführt wurde, zusammenfassend dargestellt (Silburn et al., 1996; Zubrick et al., 1995; Zubrick et al., 1997). Die WACHS wurde mit dem Ziel durchgeführt, die OCHS (Offord et al., 1987) aus Kanada zu replizieren (vgl. Kap. 4.2.1.6). Aktuell wird eine weiterentwickelte Version des WACHS durchgeführt und soll Ende des Jahres 2009 abgeschlossen werden (http://www.ichr.uwa.edu.au/cds/research/study_plan).

In der Pilotstudie (Garton et al., 1995) konnten 321 Kinder und Jugendliche (4- bis 16-Jährige) in einem ersten Schritt mit der CBCL, dem YSR und dem TRF untersucht werden. Es sind bei einem Cut-off anhand des 95sten Perzentils 19.3% der Kinder und Jugendlichen mit einem identifizierbaren Syndrom auf einem der Beurteilungsbögen gefunden worden. Anschliessend wurden Interviews mit 20 von diesen identifizierten Kindern und Jugendlichen und 20 von einer Kontrollgruppe (ohne Symptome) durchgeführt. Es wurden das Semistructured Clinical Interview for Children (SCIC) und das Diagnostic Interview for Children and Adolescents – Revised (DICA-R, Eltern) eingesetzt. Die Eltern und die Jugendlichen (ab 12 Jahren) haben zum zweiten Zeitpunkt (ca. 6 Monate nach dem Screening) noch einmal die CBCL und die YSR ausgefüllt (Fragebogen online: <http://www.ichr.uwa.edu.au/cds/resources>). Die Ergebnisse der Messungen der CBCL und YSR-Werte zu zwei Zeitpunkten ergaben hohe Korrelationen ($r=.87$, $p<0.001$ und $r=.76$, $p<0.001$). Es konnte auch eine signifikante Assoziation zwischen dem Wert der CBCL und YSR und den anhand der Interviews gestellten Diagnosen gefunden werden. Die 6-Monats-Prävalenzrate für psychische Probleme liegt bei 20.8% (klinische Einschätzung). Vergleiche der Identifikation der Fälle in der Screeningphase mit den klinischen Diagnosen ergaben eine Sensitivität von 0.86 und eine Spezifität von 0.72 der CBCL und einen positiven prädiktiven Wert von 0.65. Es konnten diesbezüglich keine Geschlechtsunterschiede festgestellt werden.

Diese Pilotstudie zeigt auf, dass die Instrumente CBCL, YSR und TRF Screenings sind, welche ziemlich zuverlässig eine Diagnose anhand von klinischen Verfahren vorhersagen können. Das heisst, eine Einteilung von auffällig und unauffällig im Vorfeld (erste Phase einer Studie) ist durch solche Instrumente relativ verlässlich durchführbar (Garton et al., 1995). Trotzdem betonen die Autoren, dass es wichtig ist, sowohl Selbstbeurteilungsinstrumente und Interviews einzusetzen als auch verschiedene Quellen zu befragen.

Der *eigentliche Survey* fand im Jahr 1993 im Westen Australiens statt und hatte folgende Ziele: Zum einen möchte die Studie die Prävalenz und Verteilung von psychischen Problemen und physischen Krankheiten bei Kindern und Jugendlichen im Alter von 4 bis 16 Jahren untersuchen. Es sollen auch Risikofaktoren und Marker untersucht werden, um Risikokinder zu identifizieren. Weiter interessiert die Inanspruchnahme von gesundheitlichen Diensten (Zubrick et al., 1995). Es wurden 1'776 Haushalte ausgesucht (randomisiert), wobei sich davon 82% zur Teilnahme entschlossen (1'462) haben. In diesen Haushalten konnten 2'737 Kinder und Jugendliche untersucht werden. Ausgeschlossen waren die Gruppe der Aborigines (separate Studie) und die Kinder, welche alleine oder in Heimen leben. Es wurden die erste

Bezugsperson befragt, die Jugendlichen ab 12 Jahren und die Direktoren und Lehrer (96%). Ein halbes Jahr nach dem Survey wurde eine randomisierte Stichprobe aus der Basisstichprobe gezogen (260 Familien), welche von einem Experten zu Hause besucht wurde und welcher ein strukturiertes Interview durchgeführt hat (DSM-III-R-Kriterien). Die Instrumente des Surveys aus dem Jahr 1993 sind online zugänglich (<http://www.ichr.uwa.edu.au/cds/resources>). Es wurde neben der CBCL, dem YSR und Fragebogen für die Lehrer ein Interview zu soziodemographischen Daten, familiärer Gesundheit und anderen Aspekten durchgeführt. Die Prävalenzraten basieren auf den Screeninginstrumenten.

Auf der Grundlage der CBCL (bezogen auf die letzten 6 Monate) konnten 17.7% der Kinder und Jugendlichen mit einem psychischen Problem (Cut-off-Wert der Normgruppe) identifiziert werden; 16.0% der 4- bis 11-Jährigen und 20.6% der 12- bis 16-Jährigen waren betroffen. Die Jungen und männlichen Jugendlichen waren häufiger von psychischen Problemen betroffen (20.0%) als die Mädchen und weiblichen Jugendlichen (15.4%). Es konnte ein Zusammenhang gefunden werden zwischen der physischen und psychischen Gesundheit. Kinder und Jugendliche, welche eine mässige bis schlechte Gesundheit hatten (Einschätzung der Eltern), waren auch häufiger von psychischen Problemen betroffen (fast doppelt so häufig als alle Kinder im Vergleich). Die Aufteilung der Anzahl der Probleme bei den betroffenen Kindern und Jugendlichen sieht wie folgt aus: 22.2% hatten ein Problem, 20.7% zwei, 22.1% drei und 10.2% vier Probleme. Mehr als vier Probleme wurden bei 14.6% der Betroffenen gefunden, wobei 10.0% keine spezifischen Probleme hatten, sondern durch den Gesamtscore in diese Gruppe fielen. Die Skala *Angst/Depressivität* der CBCL war bei 3.6% der Kinder und Jugendlichen über dem Cut-off-Wert; 4.7% für Jungen und 2.6% für Mädchen, wobei die ältere Gruppe mit 4.8% mehr betroffen war als die jüngere Gruppe mit 3.0%. Ein *Sozialer Rückzug* fand sich bei 2.6% und *Somatische Beschwerden* bei 5.0%. Die häufigsten Probleme waren die Delinquenz (9.5%), Zwanghafte Gedanken (8.6%) und Aufmerksamkeitsprobleme (6.3%). Die Jungen und männlichen Jugendlichen waren auf allen Skalen mehr betroffen als die Mädchen und weiblichen Jugendlichen. Beim Altersvergleich waren die älteren Kinder respektive Jugendlichen mehr betroffen als die Jüngeren, mit Ausnahme der Delinquenz. Bei 42.0% wurde das Problem als belastend für die Person selbst eingestuft, bei 38.3% für andere Personen. Bei 28.1% wurden die Probleme als einschränkend eingeschätzt, in dem Sinne, dass diese Kinder ihre altersgerechten Kompetenzen aufgrund der Probleme nicht zeigen können. Und für 36.7% werden die Probleme so stark eingeschätzt, dass sie Hilfe benötigen würden. Die Selbsteinschätzung der Jugendlichen ab 12 Jahren zeigt, dass 21% ein psychisches Problem haben, davon sind 23% von mehr als einem Problem betroffen und 9% meinen, sie brauchen professionelle Hilfe. Normale Anspannung, keinen Stress oder Druck berichteten 32% der Jugendlichen. Von etwas mehr Stress berichten 21% der Jugendlichen, ziemlichen Stress haben laut deren Aussagen 18% und 8% der Jugendlichen geben an, sehr viel Stress zu haben („almost more than they could take“, Zubrick et al., 1995, S. 40). Von denen, welche einen hohen Stresslevel erlebten, hatten 36% auch psychische Probleme. Die Erwartungen der Eltern an die Kinder hatten keine Auswirkung auf die psychische Gesundheit im Zusammenhang mit dem Stresslevel. Wenn ein Jugendlicher seine Kompetenzen niedriger einstuft, ist er auch häufiger von grösserem Stress betroffen (35%, vgl. mit 16% jener, welche sich kompetent einstufen).

Von den 12- bis 14-Jährigen haben 11.5% manchmal bis oft Suizidgedanken (10.3% Jungen und 12.8% Mädchen) und bei den 15- bis 16-Jährigen waren es 23.5% (29.1% weibliche und 16.7% männliche Jugendliche). Von den Eltern berichten nur 3% davon, dass ihre Kinder Suizidgedanken haben. Es konnte ein Zusammenhang zwischen Suizidgedanken und psychischen Problemen gefunden werden, wobei diese Assoziation in der Einschätzung der Jugendlichen (vgl. mit Elterneinschätzung) stärker zutage kam (Zubrick et al., 1995).

Eltern von Kindern zwischen 4 und 11 Jahren berichten zu 21%, dass sie ihre Kinder täglich bestrafen oder disziplinieren müssen (36% sagen 1-2 Mal die Woche), bei den älteren Kindern und Jugendlichen waren dies nur noch 5%. Die Disziplinarmaßnahmen der Eltern variieren von Reden, Schreien, ins Zimmer schicken bis zu schlagen mit einem Objekt. Die Häufigkeitsverteilung entspricht dieser Aufzählung, die strengeren und körperlichen Strafen wurden seltener benutzt, wobei immer noch erschreckend oft. Bei den 4- bis 11-Jährigen wurde vor allem häufig geredet (73.1%), manchmal geschrien (44.5%), manchmal Privilegien weggenommen (45.5%) und manchmal (40.4%) bis häufig (18.6%) in das Zimmer geschickt. Mit der Hand wurde selten (54.6%), manchmal (26.7%) und häufig (2.6%) geschlagen. Jemanden schütteln oder schubsen war bei 72.7% der Eltern nie vorgekommen, bei 24.4% selten und bei 2.5% manchmal. Die schwerwiegendste körperliche Bestrafung, das Schlagen mit einem Objekt, kam bei 72.5% nie vor, bei 23.4% selten und bei 3.8% manchmal (0.2% häufig). Bei den 12- bis 16-Jährigen war die Verteilung ähnlich, wobei wie erwähnt, die Strafen weniger häufig wurden und die Kategorie nie höhere Prozentwerte enthält (Silburn et al., 1996). Fast alle Eltern (99%) geben an, dass sie ihr Kind auch mit Lob belohnen, wobei die jüngeren Kinder häufiger mit Privilegien beschenkt, mit Aktivitäten und speziellen Dingen belohnt werden als die älteren Jugendlichen; gelobt wurden sie jedoch gleich häufig. Der Erziehungsstil, welcher als autoritär bezeichnet werden kann (Silburn et al., 1996), ist am häufigsten (29%) mit psychischen Probleme beim Kind verbunden. Gefolgt vom inkonsistenten Erziehungsstil (24%) und dem neutralen (19%) und dem unterstützenden Erziehungsstil (12%).

Bei 13% der primären Bezugsperson und 4% der sekundären Bezugsperson konnte festgestellt werden, dass sie bereits professionelle Hilfe für ein psychisches Problem erhalten hatten. Alleinerziehende hatten dabei ein höheres Risiko als Eltern, welche sich die Erziehung teilen (27% vs. 9%). Wenn nun die Eltern eine Vorgeschichte eines psychischen Problems angegeben haben (anhand der Inanspruchnahme von Gesundheitsdiensten), hat dies einen Zusammenhang mit der Gesundheit des Kindes, sowohl physischer als auch psychischer Natur: wenn ein oder beide Elternteile ein psychisches Problem haben oder hatten, ist bei 28.7% der Kinder ein Gesundheitsproblem vorhanden (vs. 17.9% wenn Eltern keine psychische Vorgeschichte haben) und mit 27.6% im Speziellen ein psychisches Problem (vs. 16.1%). Ähnliches gilt für die Vorgeschichte von irgendeinem Gesundheitsproblem der Eltern, wobei hier die Rate für eine psychische Störung beim Kind mit 20.4% etwas geringer ausfällt. Das Risiko für Eltern und auch die Kinder, eine psychische Störung zu haben, ist doppelt so hoch in zerrütteten Familien ($OR=1.7$). Die Odds Ratios für ein psychisches Problem beim Kind im Zusammenhang mit den Kernvariablen in der Familie sind 3.3 bei autoritärem und 2.2 beim inkonsistenten Erziehungsstil, 2.4 bei Stief- oder Patchworkfamilien und 2.5 bei Alleinerziehenden (Silburn et al., 1996).

Schüler mit einem niedrigen Gesundheitslevel waren häufiger von schulischen Problemen betroffen (27% vs. 17%, $OR=2:1$). Für psychische Probleme ist diese Rate noch höher (42% vs. 13%, $OR=5:1$). Von der ganzen Schülerpopulation haben 19% schulische Probleme. Wenn eine Ängstlichkeit oder Depressivität (CBCL-Skala) vorliegt, steigt die Rate auf 34% an (Vorhersage von schlechten Schulleistungen: $OR=0.5$), bei Aufmerksamkeitsstörungen auf 60% (Vorhersage: $OR=4.0$). Das Selbstbewusstsein und auch die Selbstwirksamkeit zeigten einen Zusammenhang mit den akademischen Kompetenzen, in dem Sinne, dass ein tieferer Selbstwert und eine tiefere Selbstwirksamkeit auch mit tieferen Kompetenzen und Leistungen in der Schule einhergingen (Zubrick et al., 1997).

Die Analysen der WACHS zeigen, dass in Australien, wie in den meisten anderen Ländern (vgl. Kap. 4.2.6 & 4.4), viele Kinder und Jugendlichen von psychischen Problemen betroffen sind und die Versorgung dieser Betroffenen nicht zufriedenstellend ist. Weiter wurde auch in der Australischen Studie gezeigt, dass Zusammenhänge mit familiären und schulischen Prob-

lemen bestehen, zum Teil wurden diese Korrelate in Längsschnittstudien auch als Risikofaktoren bestätigt (vgl. Kap. 3.3.1 & 4.4.5). Die CBCL und der YSR als Grundlage für Prävalenzraten zu nehmen ist schwierig, da sich nicht alle Skalen als zufriedenstellend in ihrer Zuverlässigkeit gezeigt haben. Jedoch haben die Autoren nie von psychischen Störungen, sondern nur von psychischen Problemen (mental health problems) gesprochen.

4.2.2.3 Australian National Mental Health Survey

Das Australian National Mental Health Survey (Andrews et al., 2001) wurde 1997 in ganz Australien durchgeführt. Mit einer Antwortrate von 78.1% konnten von ursprünglich 13'624 in Frage kommenden Haushalten 10'641 Erwachsenen (ab 18 Jahren) befragt werden. Grundlage für die ICD-10- und DSM-IV-Diagnosen respektive Prävalenzangaben ist das CIDI (vgl. Kap. 4.1.2.1). Weiter wurde der Mini-Mental State Examination (MMSE, kognitive Beeinträchtigung) und ein Kurzinterview zu Behinderungen im Alltag und Beruf durchgeführt.

Die ICD-10-Prävalenzrate für die letzten 12 Monate liegt für irgendeine Störung bei 22.7% und für einen Monat bei 13.9%, entsprechend für das DSM-IV wurden die Raten 20.3% und 13.2% (inkl. Persönlichkeitsstörungen, Psychosen, kognitive Behinderungen und Erschöpfungssyndrom) gefunden. Wenn nur die CIDI-Diagnosen Kategorien genommen werden, sind die Raten jeweils um ca. 4% geringer. Bei den Angststörungen kann eine 12-Monats-Prävalenz von 9.5% (ICD-10) respektive 5.6% (DSM-IV) und eine 1-Monats-Prävalenz von 5.5% im ICD-10 und 3.8% im DSM-IV abgeleitet werden. Die Autoren haben verglichen, ob das Kriterium der klinischen Signifikanz (Beeinträchtigung und Leiden verursachend) im DSM-IV einen Unterschied auf die Prävalenzrate ausmacht. Sie finden eine generelle Erhöhung um 0.9%, wenn das Kriterium entfernt wird.

Bei 21% der Erwachsenen konnte mindestens eine Störung festgestellt werden (CIDI, ICD-10), davon berichten 13.2% von einer Störung, 4.4% von zwei und 3.8% von drei oder mehr Störungen. Die Chronizität konnte anhand der 1- und 12-Monats-Zeiträume bestimmt werden; 59% der Fälle, welche in den letzten 12 Monaten eine Störung hatten, identifizieren sich als aktuell betroffen; 80% beim Erschöpfungssyndrom, 82% bei den Persönlichkeitsstörungen und 58% bei den Angststörungen. Die Einschränkung und Behinderung im Alltag und Beruf ist für die Personen mit einer Angststörung im Vergleich mit anderen Störungen mit 31% im mittleren Feld. Nur 35% berichten, dass sie eine Behandlung aufgrund ihrer psychischen Probleme erfahren respektive aufgesucht haben. Von den komorbiden Fällen sind es 65%, welche einen Experten aufsuchen.

Frauen haben höhere Raten in der Kategorie der internalisierenden Störungen, in der Gesamtprävalenz werden keine Geschlechtsunterschiede signifikant. Die älteren Personen aus der Stichprobe haben weniger hohe Raten als die Jüngeren. Jene Personen, welche verheiratet sind, haben niedrigere Werte als jene, welche nie verheiratet waren, getrennt, geschieden oder verwitwet sind. Migration hat keine signifikante Assoziation mit Angst- oder depressiven Störungen aufgezeigt, konnte jedoch einen Zusammenhang mit einer niedrigeren Rate in der Substanzabhängigkeit zeigen. Stadt-Land-Unterschiede konnten nicht festgestellt werden, jedoch haben jene mit weniger hohen Ausbildungsabschlüssen und Arbeitslose höhere Raten.

Die Gründe für die Unterschiede zwischen den Raten der ICD-10 und DSM-IV sind vor allem bei den Angststörungen in den Ausschlusskriterien des DSM-IV zu sehen, weiter jedoch auch im zusätzlichen Kriterium der klinischen Signifikanz, welches aber nur knapp 1% auf den Unterschied der Raten ausmacht. Die Kritik am Survey bezieht sich auf ein grundsätzliches Argument, welches auch für andere Studien stimmt. Die Frage, wie genau und zuverlässig

psychische Störungen erhoben werden können, die Frage nach der Verständlichkeit der Frage, der Durchführung von strukturierten oder standardisierten Interviews (vgl. Kap. 2.3) und auch der Dauer der Interviews respektive der Länge der Fragebogen (Andrews et al., 2001). Alle diese Faktoren haben alleine schon eine Auswirkung auf die Raten, welche vorgestellt wurden, wie man alleine an den unterschiedlichen Auslegungen der Kriterien anhand der klassifikationsabhängigen Diagnosen sehen kann.

4.2.3 Asien

Es werden zwei Studien aus dem Asiatischen Bereich vorgestellt, welche beide älteren Datums sind und Messinstrumente benutzen, welche sich nicht unbedingt zur Beantwortung von der Verteilung von psychischen Störungen eignen.

Tabelle 17: Überblick über Asiatische Studien zur Epidemiologie psychischer Störungen

<i>Kapitel-Nr.</i>	<i>Studienname, Land und Autoren</i>	<i>Jahr und Studiendauer</i>	<i>Alter (in Jahren)</i>	<i>Stichprobe (N)</i>	<i>Zweck der Studie</i>
4.2.3.1	China (Liu et al., 1999)	90er Jahre	6-11	2'940	Prävalenzen, Risikofaktoren; Vergleich mit anderen CBCL-Studien aus anderen Ländern
4.2.3.2	<i>Cross-National Prevalence Study of Children</i> , Japan, China, Korea (Matsuura et al., 1993)	1986	6-12	2'638 (Japan) 2'432 (China) 1'975 (Korea)	Prävalenzraten; Vergleich zwischen Asiatischen Ländern;

Anmerkungen: CBCL=Child Behaviour Check-List (Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Check-list, 1998b)

Die Instrumente, welche hier benutzt wurden, sind geeignet, bestimmte Skalen oder Symptombereiche auf ihre Häufigkeit hin zu analysieren und Korrelate zu bestimmen. Die Autoren geben dennoch an, auch Prävalenzen von Syndromen und Risikofaktoren zu bestimmen (Tab. 17). Dies ist, wie wir in Kapitel 3.1.2 gesehen haben, nicht legitim, da diese Erhebungen Querschnittsanalysen sind und auch keine epidemiologischen Diagnosen zulassen. Jedoch sind es Erhebungen, welche als Vorläuferstudien von in den anderen Kapiteln berichteten grossen epidemiologischen Studien gelten können. Sie zeigen eine Verteilung von Symptomen und Symptombereichen, die in der vorliegenden Arbeit interessieren, und die Studie in Kapitel 4.2.3.2 vergleicht zusätzlich drei Asiatische Länder. In Kapitel 4.2.6 werden die Studien den restlichen internationalen Analysen gegenübergestellt (vgl. Kap. 4.4).

4.2.3.1 China

In den 90er Jahren wurde in China eine Studie zu Verhaltens- und emotionalen Problemen durchgeführt mit dem Ziel, Aussagen zur Prävalenz diverser Probleme von 6- bis 11-Jährigen Kindern zu machen (Liu et al., 1999). Die 2'940 Kinder aus einer Provinz in China wurden über die Eltern eingeschätzt. Diese hatten die Chinesische Version der CBCL und einen strukturierten Fragebogen zu interessierenden Korrelaten (familiäres Umfeld, elterliche Charakteristiken, prä-, peri- und postnatale Faktoren, Entwicklungsaufgaben und Meilensteine und soziale Kompetenz) auszufüllen. Die Autoren geben an, den Cut-off nach Achenbach (≥ 35 ,

vgl. Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist, 1998b) beim 90sten Perzentil anzusetzen.

Der Mittelwert für den Gesamtscore der CBCL war 16.1, für Jungen höher (17.2) als für Mädchen (15.0). Die daraus resultierende Prävalenzrate liegt bei 10.4% für Verhaltensprobleme; 12.5% für Jungen und 14.2% für Mädchen. Obwohl die letzten Angaben auf die Verhaltensprobleme bezogen sind, geht die Verfasserin der vorliegenden Arbeit davon aus, dass es sich um die Gesamtprävalenz für alle Problembereiche der CBCL handelt und eher ein Definitions- respektive Übersetzungsproblem beinhaltet. Weiter wird von einer 6-Monats-Prävalenz ausgegangen, da sich die CBCL auf die Zeitspanne der letzten 6 Monate bezieht. Die Mittelwerte für internalisierende Probleme sind für Mädchen höher als für Jungen (4.0 vs. 3.9, n.s. Geschlechtsunterschied) und für externalisierende Probleme sind die Werte für Jungen höher (6.5) als für Mädchen (4.8, n.s.). Die Skala *Angst/Depressivität* zeigt ebenfalls keinen signifikanten Geschlechtsunterschied (1.4 für Jungen und 1.5 für Mädchen). *Sozialer Rückzug* war für beide Geschlechter gleich mit einem Mittelwert von 1.6, und die *Sozialen Probleme* waren für Jungen etwas höher als für Mädchen (1.8 vs. 1.7, n.s.).

Die Autoren fanden Zusammenhänge zwischen dem Problemverhalten und einer Reihe von familiären Faktoren (alle bezogen auf die Eltern): niedrigere Ausbildung, physische und psychische Störungen, Introversion, schlechte Ehe, negative Reaktion auf Fehlverhalten des Kindes. Die Trennung und Scheidung der Eltern hatte den höchsten Zusammenhang mit Verhaltensproblemen beim Kind (adjusted $OR=15.9$) und etwas weniger deutlich mit internalisierenden Auffälligkeiten. Pränatale Faktoren wie Infektion, Komplikationen und psychischer Stress hatten signifikante Odds Ratios mit den Verhaltensproblemen. Ebenfalls konnte ein Zusammenhang gefunden werden mit dem Einsetzen der Sauberkeit; falls das Kind erst nach dem 4. Lebensjahr sauber wurde, hing das mit Verhaltensproblemen zusammen ($OR=1.8$). Ausserdem konnten Zusammenhänge gefunden werden mit physischen Krankheiten vor dem 3. Lebensjahr: hohes Fieber ($OR=2.3$), Mangelernährung ($OR=4.9$), Hirnverletzung und schwere Krankheiten ($OR=2.6$).

In Bezug auf die internalisierenden Auffälligkeiten respektive Störungen konnte eine Zunahme der internalisierenden Symptome mit dem Alter aufgezeigt werden; das Gleiche gilt für somatische Beschwerden. In Bezug auf den Gesamtscore und die Gesamtprävalenz ergaben sich keine Alterseffekte.

Liu und Kollegen (1999) betonen die Einschränkung dieser Resultate, weil sie sich auf eine bestimmte Region in China beziehen und die CBCL ebenfalls nur limitiert Aussagen zu psychischen Störungen und deren Häufigkeit und Verteilung machen kann, obwohl sie sehr weit verbreitet ist und sich entsprechend für Vergleiche eignet. Weiter wird im Artikel nicht klar, auf welche Symptome respektive Problembereich sie sich beziehen. Deshalb sind die berichteten Daten mit Vorsicht zu interpretieren.

Ein internationaler Vergleich von 12 Kulturen (Crijnen, Achenbach, & Verhulst, 1997), an welchem auch China teilgenommen hat, zeigt, dass der Mittelwert für die gleiche Altersgruppe für die Gesamtprobleme bei 4.4 liegt, was deutlich unter den Angaben von Liu und Kollegen (1999) ist. Ebenfalls viel niedriger ist der Mittelwert für die externalisierenden Probleme ausgefallen (1.0); für die internalisierenden Probleme gab es keine Resultate aus China für die 6- bis 11-Jährigen.

4.2.3.2 Cross-National Prevalence Study

Im Jahr 1986 wurde eine Cross-National Prevalence Study in Japan (Tokyo), China (Beijing) und Korea (Seoul) durchgeführt (Matsuura et al., 1993), welche Kinder mit emotionalen und Verhaltensproblemen untersucht. Diese Studie wurde in Zusammenarbeit mit der WHO durchgeführt. Die Eltern und Lehrer der insgesamt 7'045 Kinder (Japan: 2'638, China: 2'432, Korea: 1'975) im Alter von 6-12 Jahren wurden anhand der Rutter Skalen befragt (Rutter & Graham, 1966, vgl. Kap. 4.2.4.1.1). Diese können in eine antisoziale, eine neurotische Skala (besorgt, unglücklich und ängstlich) und eine Restskala eingeteilt werden.

Die Verteilung der Mittelwerte zeigt, dass die Jungen aus China die höchsten Werte auf der antisozialen Skala verzeichnen, gefolgt von den Koreanern. Die Japanischen Kinder waren am meisten angepasst, den höchsten Wert verzeichneten Jungen auf dem Item „ungehorsam“. Die Mädchen hatten insgesamt viel niedrigere Werte, wobei die Mädchen aus Korea höhere Werte hatten als die Mädchen aus China. Auch hier waren die Japanischen Mädchen am meisten angepasst. Die höchsten Werte auf der neurotischen Skala wurden in Korea verzeichnet und zwar für die Mädchen (Ausnahme das Item „ängstlich“, welches bei Jungen höher ausfiel), wobei der Geschlechtseffekt nicht signifikant ist. Die Japanischen Jungen hatten höhere Werte als Mädchen und auch als die Kinder aus China, wobei deren Mädchen höhere Werte hatten als Japanische Mädchen. Die Prävalenzangaben für die neurotische Skala zeigen, dass in allen drei Ländern die Eltern höhere Werte angeben als die Lehrer. In Korea waren die Werte am höchsten (Eltern: 8.3%, Lehrer: 3.8%), gefolgt von Japan mit 3.7% bei den Eltern und 0.5% im Lehrerurteil, welcher etwas niedriger ausfiel als in China (0.6%), jedoch schätzten in China die Eltern die Kinder auf dieser Skala höher ein (1.6%). In Bezug auf Korrelate von psychischen Auffälligkeiten im Allgemeinen zeigt sich sowohl das Geschlecht als signifikanter Faktor; und im Zusammenhang mit den antisozialen Problemen speziell die Schulleistungen. Die restlichen Zusammenhänge beziehen sich auf das antisoziale, deviante Verhalten der Kinder und soll hier nicht ausgeführt werden.

Die in Kapitel 4.2.3.1 berichteten Einschränkungen gelten auch für diese Studie, wobei noch anzumerken ist, dass die Rutter Skalen veraltet sind und nicht mehr alle Items in der Klinischen Psychologie relevant sind (z.B. Fragen zu Nägelkauen, Daumenlutschen, vgl. Kap. 4.2.4.1.1).

4.2.4 Nordeuropäische und Skandinavische Länder

Das vorliegende Kapitel beinhaltet Studien aus Grossbritannien (4.2.4.1) mit den berühmten Isle of Wight Studies aus dem Jahr 1965 von Rutter und Kollegen (z.B. Rutter et al., 1976, Kap. 4.2.4.1.1), die erste Studie, die eine ganze Geburtskohorte auf eine ganze Palette von Fragestellungen hin untersuchte (vgl. Tab. 18) und eine Teilstichprobe auch über eine längere Zeit verfolgte.

Weiter werden die zwei Britischen Bevölkerungssurveys aus den 90er Jahren vorgestellt; die erste (Kap. 4.2.4.1.2) untersucht eine Stichprobe mit Kindern und Jugendlichen, und die zweite (Kap. 4.2.4.1.3) mit Erwachsenen. Anschliessend werden zwei Niederländische Studien vorgestellt, die erste untersucht Jugendliche (Kap. 4.2.4.2.1); und die zweite ist die NEMESIS, welche eine erwachsene Population zur Grundlage hat und der IPCE angehört (vgl. Kap. 4.1.2.2).

Tabelle 18: Überblick über Nordeuropäische und Skandinavische Studien zur Epidemiologie psychischer Störungen

Kapitel-Nr.	Studienname, Land und Autoren	Jahr und Studiendauer	Alter (in Jahren)	Stichprobe (N)	Zweck der Studie
4.2.4.1.1	<i>Isle of Wight Studies</i> , Isle of Wight, Grossbritannien, GB (Rutter et al., 1976)	1964-1974	9-15	2'193 (Basis) 284 (2. Stufe) 138 (3. Stufe) 1'689 (London)	Prävalenzen, Komorbiditäten und Verlaufsbeschreibungen; Intellektuelle und erzieherische Retardierung; Physische Störungen; Behinderungen; Lese-Rechtschreib-Probleme; Vergleich mit einer Londoner Stichprobe; EEG-Analysen;
4.2.4.1.2	<i>The British Child and Adolescent Mental Health Survey 1999</i> (BCAMHS99) GB (Ford, Goodman, & Meltzer, 2003)	1999	5-15	10'438	Prävalenz, Komorbidität; Beurteilerübereinstimmungen; Korrelate
4.2.4.1.3	<i>The National Psychiatric Morbidity Surveys of Great Britain</i> , GB (z.B. Jenkins, Lewis et al., 1997)	1993-1994	16-64	10'108	1-Wochen-Prävalenzen, individuelle Symptome, Syndrome, ICD-Störungen; Korrelate, Vergleiche; Inanspruchnahmedaten
4.2.4.2.1	Niederlande (F. Verhulst, van der Ende, Ferdinand, & Kasius, 1997)	1993	13-18	780	6-Monats-Prävalenz, Komorbidität, Geschlechts- und Altersunterschiede
4.2.4.2.2	<i>Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study</i> (NEMESIS), Niederlande (de Graaf, Bijl, ten Have, Beekman, & Vollebergh, 2004) - Teil der ICPE	1996 1997 1999	18-64	7'076 (Basis) 5'618 (Welle 1) 4'796 (Welle 2)	Prävalenzen, 3-Jahres-Inzidenz; Risikofaktoren komorbide und reine psychischer Störungen; Persönlichkeitseigenschaften
4.1.2.2 Abb. 34 Tab. 13					
4.2.4.3	Dänemark (Bilenberg, Petersen, Hoerder, & Gillberg, 2005)	1999	8-9	621 (Basis)	Prävalenzen; prädiktive Wert der CBCL;
4.2.4.4	Schweden (Lichtenstein & Annas, 2000)	1994	8-9	1'106 (Zwillingspaare)	Zwillingsstudie; Prävalenzen für Angststörungen; Analyse der genetischen und umweltbedingten Anteile

Anmerkungen: CBCL=Child Behavior Check-List (Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist, 1998b); EEG= Elektroenzephalograph

Aus den Ländern Dänemark (Kap. 4.2.4.3) und Schweden (Kap. 4.2.4.4) wird jeweils über eine Studie berichtet, welche Kinder untersuchten (vgl. Tab. 18). In Kapitel 4.2.6 und 4.4 werden die hier berichteten Ergebnisse zusammenfassend berichtet.

4.2.4.1 Grossbritannien

4.2.4.1.1 Isle of Wight Studies

Die Isle of Wight Studies begannen 1964-1965 mit einer Reihe von epidemiologischen Untersuchungen zu den Bildungs-, psychiatrischen und körperlichen Störungen bei 9- bis 11-jährigen Kindern. Die Grundpopulation bestand aus den Kindern der Geburtskohorten September 1953 bis August 1955 (Ausnahme: Kinder aus Privatschulen) auf der Isle of Wight. Im Jahr 1965 füllten 99.8% Lehrer dieser Population den Verhaltensfragebogen (Rutter Skalen, vgl. weiter unten) aus und 88.5% der Eltern (Rutter & Graham, 1966). Die ganze Popula-

tion bestand aus 2'193 Kindern, wobei davon 13% intensiver untersucht wurden (284 Kinder). Die Vergleichspopulation aus dem Zentrum von London bestand aus 1'689 Kindern (Rutter, Cox, Tulpin, Berger, & Yule, 1975). Die Grundlage für die Diagnosen war das ICD-9.

Die Gruppe auffälliger Kinder aus den Jahren 1964-1965 wurden erneut 1968-1969 im Alter von 14-15 Jahren untersucht. Ausserdem wurde zusätzlich eine neue Querschnittsstichprobe von 14- bis 15-Jährigen gezogen. Die zweite Entwicklung enthält eine neue Untersuchung von 5- bis 7-jährigen Kindern. Ein drittes Vorhaben bezieht sich auf eine Vorstudie in Bezug auf Prävention und Therapie von Lese- und Rechtschreibschwierigkeiten (Rutter et al., 1976). Im Jahr 1964 wurden die 9- bis 11-jährigen Kinder zu Themen der intellektuellen und Bildungsverzögerungen untersucht, und ein Jahr später wurden die gleichen Kinder (10-12 Jahre) zu psychiatrischen Störungen und körperlichen Behinderungen untersucht. Die auffälligen Kinder aus einem ersten Screening (13%) Kinder einer Kontrollgruppe aus der Grundpopulation wurden eingehender untersucht.

Es wurden verschiedene Erhebungsinstrumente für unterschiedliche Fragestellungen verwendet, zum Beispiel die Wechsler Scale of Preschool and Primary Scale of Intelligence, die sogenannten Rutter Skalen, welche speziell für diese Studie noch einmal adaptiert wurden, um auch 5-Jährige in die Studie einbeziehen zu können (Rutter et al., 1976). Es gibt eine Lehrer- und eine Elternversion. Sie differenzieren zwischen neurotischen und antisozialen Störungen (Rutter & Graham, 1966). Ausserdem wurden neben den Screenings auch Interviews durch klinische Rater durchgeführt und Fragebogen zum Verhalten der Kinder eingesetzt.

Bei 6.3% der 10- bis 12-jährigen Kinder konnte eine psychiatrische Diagnose vergeben werden. Die Rate für eine schwere Störung lag bei 2.2%. Ein Drittel dieser Kinder brauchen laut Rutter und Graham (1966) nur Beratung, ein weiterer Drittel eventuell Treatment und ein verbleibender Drittel sicher Treatment. Zum Zeitpunkt der Ersterhebung 1965 waren gerade mal 0.7% in Behandlung. Emotionale und Verhaltensstörungen (antisozial) waren die häufigsten Auffälligkeiten, beide mit fast den gleichen Häufigkeiten (Rutter et al., 1976). Die Mädchen hatten höhere Werte bei den emotionalen Störungen, und die Jungen hatten höhere Werte in der Kategorie der Verhaltensstörungen. Die meisten psychiatrischen Störungen dauerten schon mindestens drei Jahre an, als sie zum Zeitpunkt der Studie erhoben wurden. „Neurotic symptoms, antisocial delinquent behaviour, poor concentration and poor peer relationships were the individual items of behaviour most strongly associated with psychiatric disorder; nail-biting and thumb-sucking the ones least so“ (Rutter et al., 1976, S. 314). Verhaltensabweichung hing mit einem niedrigeren Intelligenzquotienten zusammen, schwacher Leseleistung und mit grossen Familien, jedoch nicht unbedingt mit niedrigem sozialen Status. Kinder mit einer psychiatrischen Störung kamen im Vergleich zur Kontrollgruppe häufiger aus zerrütteten Familien, Kinder mit emotionalen Störungen kamen eher aus kleineren Familien und antisoziale Kinder aus grösseren Familien. Nur eins von 10 Kindern mit einer psychiatrischen Störung war in Behandlung eines Experten.

Es konnte eine Assoziation zwischen Leseschwierigkeiten und psychiatrischen Störungen des Typs Verhaltensstörungen festgestellt werden. Rutter und Kollegen (1976) diskutieren die eventuellen Mechanismen und kommen zum Schluss, dass es nicht möglich ist zu bestimmen, ob die eine Auffälligkeit die andere bedingt und vorhersagt oder ob sie einem gemeinsamen ursächlichen Faktor zugrunde liegen.

Aus der gesamten Population der 10- und 11-Jährigen aus dem Jahr 1965 haben circa 7% eine psychiatrische Diagnose erhalten (6.0% Lehrer- und 7.1% Elternurteil). In den Jahren 1968 und 1969 wurden die gleichen Kinder im Alter von 14-15 Jahren erneut untersucht. Den Kindern mit einer Verhaltensstörung erging es am schlechtesten, denn drei Viertel von ihnen zeigten vier Jahre später immer noch die gleichen Symptome. Nur ein kleiner Teil der Kinder

mit einer Verhaltensstörung zeigten zum zweiten Messzeitpunkt eine emotionale Störung. Diejenigen Kinder, welche 1965 eine emotionale Störung hatten, entwickelten in dieser Stichprobe nie Probleme im antisozialen Bereich. Ausserdem waren die emotionalen Störungsbilder ziemlich konstant; circa die Hälfte zeigte vier Jahre später noch Probleme. In den Analysen konnten keine Geschlechtsunterschiede aufgefunden werden. Die Diagnosen im Alter von 10 Jahren konnten am besten die Persistenz der Störung vorhersagen. Weder der Intelligenzquotient noch die Leseleistungen konnten einen Varianzbeitrag leisten. Familiäre Probleme waren eher bei jenen Familien vorzufinden, in welchen das Kind eine persistente Störung aufwies. In der Gruppe mit Kindern, welche keine persistente Störung hatten, waren 8.7% in Behandlung und bei den Kindern mit einer persistenten Störung waren es 32.8%.

Es konnten sechs psychosoziale Risikofaktoren gefunden werden, welche mit Störungen im Alter von 10 Jahren assoziiert waren. Ein geringer sozialer Status der Familie, schwere Eheprobleme oder Kriminalität der Eltern, beengte Wohnverhältnisse und eine grosse Familie, psychische Störung der Mutter und ein häufiger Kontakt zu Gesundheits- und Jugendämtern waren mit Störungen verbunden (Rutter, 1987, 1989; Rutter et al., 1976).

Für die Analyse der Prävalenzen aus den Jahren 1968 und 1969 wurden alle 14- bis 15-jährigen Kinder der Isle of Wight durch die Aussagen der Eltern und Lehrer geprüft. Die Screen-Positiven und die Kinder respektive Jugendlichen, welche im Jahr 1964 auffällig waren und eine persistente Störung zeigten, wurden einem Interview zugeteilt. Eine Kontrollgruppe bestand aus 200 Kindern, welche mit den gleichen Instrumenten befragt wurden. Sowohl die Eltern, Lehrer und auch die Jugendlichen wurden von einem *blinden* Interviewer befragt (Rutter et al., 1976).

Bei den 14- bis 15-jährigen Kindern, welche sowohl im Screening als auch im Interview auffällig waren, zeigten 7.7% eine einschränkende psychiatrische Störung. Die Jungen hatten eine zwei Mal höhere Störungswahrscheinlichkeit als die Mädchen, was an der hohen Rate der Verhaltensstörungen liegt. Die emotionalen Störungen waren in beiden Geschlechtern gleich verteilt. Wenn diejenigen Kinder einbezogen werden, welche bei der Selektion verpasst wurden, steigt die Prävalenzangabe auf 21% an. Diejenigen Kinder, welche verpasst wurden, waren zum Grossteil Mädchen mit emotionalen Störungen, und meistens waren sie nur auf der Basis des Selbsturteils auffällig, weshalb sie nicht einbezogen wurden. Obwohl die subjektive Einschätzung von Leiden und Beeinträchtigung relevant ist, meinen die Autoren, dass es nicht klar ist, inwieweit die Einschätzung der Jugendlichen klinische Relevanz besitzt. Betrachtet man die Verteilung der Störungskategorien in den zwei Altersklassen, stellt man eine Erhöhung der Rate der Depressionen mit dem Alter fest. Im Alter von 10 Jahren waren es nur drei Kinder mit einer Depressiven Störung, und mit 14 Jahren waren es bereits neun Kinder plus zusätzliche 26 Kinder respektive Jugendliche, welche eine affektive Störung mit Angst- und depressiven Inhalten hatten. Ausserdem waren im Alter von 14 Jahren 15 Fälle von Schulverweigerung vorhanden, im Gegensatz zu keinem Fall in 1964. Drei Fünftel der Fälle im Alter von 14 Jahren waren neu entwickelte Störungen. Dies bedeutet, zwei Fünftel waren bereits mit 10 Jahren auffällig. Bei den neuen Fällen waren die Geschlechter gleich verteilt. Ausserdem zeigten die Kinder mit einer persistierenden Störung Lese- und arithmetische Schwierigkeiten. Und zusätzlich waren auch die familiären Probleme mit den anhaltenden Störungsfällen häufiger als in denjenigen Fällen, welche erst im Jugendlichenalter aufgetreten sind. Ein Drittel der persistierenden Fälle wurde in die Obhut von lokalen Diensten gegeben, bei den neuen Fällen waren dies lediglich 8.3%, und zwei Fünftel der anhaltend Auffälligen lebten nicht mit deren biologischen Eltern zusammen, verglichen mit einem Viertel aus der anderen Gruppe. Fast die Hälfte der 14- bis 15-Jährigen berichtet über merkbare emotionale

Not oder Depression, assoziiert mit Traurigkeit und dem Bedürfnis, von allem (z.B. Belastung) fliehen zu können. Ein Fünftel hatte Selbstwertprobleme und meint, sie seien weniger wertvoll als andere und bei einem von 12 Jugendlichen sind auch suizidale Gefühle aufgetreten. Die Autoren meinen, dass dieser innerliche Aufruhr mit den Entwicklungsaufgaben der Jugendlichen zusammenhängt, da nur ein kleiner Teil eine klinische Depression entwickelte. Ausserdem konnte anhand der Beurteilerübereinstimmung festgestellt werden, dass dieser innere Aufruhr von den Eltern und Lehrer selten bemerkt wird (Rutter et al., 1976).

Der Vergleich mit der Stichprobe im Zentrum von *London* zeigt, dass die 10-jährigen Kinder aus London in allen Bereichen doppelt so auffällig waren (Verhaltensabweichungen, psychiatrischen Störungen, spezifische Leseschwierigkeiten). Nach einer eingehenden Analyse von Störvariablen (inkl. Ausschluss von Immigranten) blieben die Resultate gleich. Diejenigen Kinder, welche aus London weggezogen sind, haben keine Veränderung in ihrem Verhalten gezeigt, was die Vermutung nahe legt, dass das Leben in der Stadt London eine Prädisposition für verschiedene Störungsformen mit sich bringt. Der Vergleich der Raten in den Regionen unter der Bedingung von familiären Nachteilen (familiäres Zerwürfnis, elterliches Fehlverhalten und soziale Benachteiligung) brachte keine Unterschiede (beide Regionen ca. 25%). Das heisst, die beiden Regionen unterschieden sich nur leicht, aber nicht signifikant. Die Stadt London hat jedoch grundsätzlich höhere Raten an benachteiligten Familien (57.3% vs. 19.8%), was die höheren Prävalenzraten zum Teil erklären könnte. Schlechte Schulbedingungen fanden sich häufiger in London, jedoch konnten diese Bedingungen erneut keine Prävalenzunterschiede direkt erklären. Die Autoren schliessen, dass die Bedingungen in der Grundpopulation in London sowohl in Bezug auf familiäre als auch auf schulische Bereiche schlechter sind und entsprechend die Raten doppelt so hoch ausfallen (Rutter et al., 1975; Rutter et al., 1976).

In der Untersuchung der 14- bis 15-Jährigen wurden auch Fragen zu deren Leben auf der Isle of Wight gestellt. Bei den Mädchen waren zu diesem Zeitpunkt bereits 93% in der Pubertät und bei den Jungen erst 22%, was sich entsprechend auf die heterosexuelle Freundschaft auswirkte: 60% der Mädchen hatten bereits einen Freund, bei den Jungen waren es 38%. Zwei Mal mehr Jungen hatten eine bezahlte Arbeit, bekamen aber kein Taschengeld. In Bezug auf die Hilfe im Haushalt waren es zwei Mal mehr Mädchen, welche aushelfen. Circa die Hälfte der Jugendlichen war in einem Verein, jedoch spielten nur circa ein Viertel der Jungen einen Teamsport, und bei den Mädchen waren dies fast keine. Mehr als ein Viertel der Jugendlichen rauchte. Die meisten Jugendlichen berichten, dass sie gut mit ihren Eltern auskommen und jene berichten das Gleiche über ihre Beziehung zu den Jungen und Mädchen. Bei Jugendlichen mit einer psychischen Störung war die Rate derer höher, welche aus einer *broken-home*-Familie kommen, ausserdem waren mehr in Behandlung, hatten mehr zerstrittene Familien und die Mütter waren öfters selbst von einer psychischen Störung betroffen. Diese Jugendlichen zeigten auch mehr Distanz zu den Eltern und Rückzugsverhalten und die Eltern berichteten mehr über schwierige Freunde, nächtliches Weggehen und Rauchen. Die Untersuchungen mit dem Elektroenzephalographen (EEG) förderten keine Unterschiede zwischen Kindern und Jugendlichen mit oder ohne psychische Störung oder mit oder ohne Leseschwierigkeiten zutage (Rutter et al., 1976).

Die Isle of Wight Studien waren nach der Kauai-Studie (vgl. Kap. 4.2.1.8) die ersten ihrer Art in diesem Umfang und mit diesen Fragestellungen. Es wurde eine gesamte Population von 10- bis 12-Jährigen einer Insel genommen, welche anhand vieler verschiedener Fragestellungen (von Leseschwierigkeiten, neurologische Fragestellungen, über psychische Störungen und Korrelaten hin zu den familiären Verhältnissen) über zwei Messzeitpunkte untersucht wurden. Ausserdem wurde ein Vergleich mit einer Stichprobe aus London vorgenommen, um auf eventuelle regionale oder prädisponierende Faktoren aufmerksam zu machen. Die Studie

weist sicher Mängel auf, da die verschiedenen Disziplinen der Psychologie noch nicht so weit fortgeschritten und fundiert waren (z.B. Messinstrumente, statistische Methoden), jedoch sind die Daten und Zusammenhänge öfters repliziert worden, auch wenn die Prävalenzraten auf der Isle of Wight sehr niedrig waren.

4.2.4.1.2 The British Child and Adolescent Mental Health Survey 1999 (BCAMHS99)

Das British Child and Adolescent Mental Health Survey (BCAMHS99) wurde 1999 auf der Grundlage des DSM-IV durchgeführt (Ford et al., 2003). Das strukturierte Interview Development and Well-Being Assessment (DAWBA, Bezugsrahmen: 4 Wochen) wurde in einem Ein-Phasen-Design eingesetzt und die Antworten der Kinder wortgetreu erfasst und von Klinikern geprüft und mit den jeweiligen Eltern- und Lehrerinterviews (Lehrer erhielten kürzeres DAWBA) verglichen und kombiniert (Goodman, Ford, Richards, Gatward, & Meltzer, 2000, www.dawba.com). Von den in einem Zufallsverfahren ausgewählten repräsentativen 12'529 Kindern (5- bis 15-Jährige) konnten von über 10'438 Kindern Informationen gewonnen werden. Bei 10'405 gibt es Informationen aus den Elterninterviews (99.7%), bei 4'115 der 11- bis 15-Jährigen (90.9%) konnte ein Interview durchgeführt werden und bei 8'382 (80.3%) gab es einen Lehrerbericht. Bei 2% konnten die Familien nicht erreicht werden, und 15% verweigerten die Teilnahme.

Bei 983 Kindern, welche eine gewichtete Prävalenz von 9.5% ausmachen, konnte mindestens eine DSM-IV-Diagnose ausgemacht werden (Ford et al., 2003), wovon 2.1% eine Nicht Näher Bezeichnete Störung hatten. Jungen und männliche Jugendliche hatten eine Gesamtprävalenz von 11.6% und Mädchen und weibliche Jugendliche 7.4%, wobei die Prävalenz mit den Jahren ansteigt (beide Geschlechter zusammen): bei 5- bis 7-Jährigen: 7.8%, 8-10: 8.6%, 11-12: 9.6%, 13-15: 12.2%. Die Kategorie der Angststörungen war die zweithäufigste (3.8%) nach den externalisierenden Störungen (5.9%). Bei Angststörungen hatten die Mädchen einen höheren Wert (4.0%) als die Jungen (3.5%), aber auch hier nahm die Rate mit dem Alter signifikant zu (5- bis 12-Jährige: 3.0-3.9% und 13- bis 15-Jährige: 5.0%). Die Trennungsangst war die häufigste Angststörung (1.2%), gefolgt von der Spezifischen Phobie (1.0%) und der Sozialen Phobie (0.3%). Diese drei Störungsbilder haben entweder mit dem Alter abgenommen (Trennungsangst) oder sind stabil geblieben (Phobien). Die hohe Rate von 5.0% für irgendeine Angststörung mit 13-15 Jahren machen die Posttraumatische Belastungsstörung, Zwangsstörungen, Generalisierte Angststörungen, Panikstörung und Agoraphobie aus (signifikanter Alterseffekt). Die Angststörungen NNB haben ebenfalls eine hohe Rate (unabhängig von Alter und Geschlecht: 0.9%), wobei diese Kategorie mit dem Alter signifikant zunimmt und bei Mädchen häufiger ist als bei Jungen.

Bei 22% der Kinder mit einer Diagnose konnte eine zweite Störung festgestellt werden, 5% hatten drei Störungen, 2% hatten vier und 0.4% hatten fünf Störungen. Kinder mit einer depressiven Störung hatten die grösste Wahrscheinlichkeit, eine komorbide Diagnose zu bekommen (66%), und die Kinder mit externalisierenden Störungsbildern waren am wenigsten von der Komorbidität betroffen. Bei den Angststörungen waren es 27% mit einer komorbiden Depression oder externalisierenden Störung. Gleichzeitig konnte festgestellt werden, dass im Falle einer Angststörung öfters noch weitere Angststörungen komorbid sind; 15% der 391 Kinder mit einer Angststörung hatten zwei Angststörungen (57 Kinder), 4% hatten drei und 0.5% hatten vier Angststörungen. Die Trennungsangst kam häufig mit Generalisierter Angststörung (15 Fälle, 4%), mit Spezifischer Phobie (12 Fälle, 3%) und mit Sozialer Phobie (12 Fälle) vor.

Die zusätzlichen Lehrerinterviews konnten bei den externalisierenden Störungsbildern oft zur Entscheidung für die Vergabe einer Diagnose helfen, was dazu führte, dass die Rate höher war, wenn die Lehrerurteile einbezogen wurden. Bei den emotionalen Störungen wurden jedoch keine Unterschiede bemerkbar, wenn das Lehrerurteil einbezogen wurde.

Die eher niedrigeren Raten erklären sich Ford und Kollegen (2003) dadurch, dass sie die DSM-IV-Kriterien (Beeinträchtigung und Leiden verursachend) als Grundlage für das DAWBA und die klinische Entscheidung genommen haben (vgl. F. Verhulst et al., 1997). Ausserdem waren 20% der Lehrerurteile nicht vorhanden, welche die Rate um circa 0.4% erhöhen würden (Ford et al., 2003). Zusätzlich muss beachtet werden, dass die Altersrange nur bis 15 Jahre reicht, was die Raten ebenfalls senkt, da viele Störungsbilder in der Jugend ihren Beginn finden (z.B. Bird et al., 1988). Weiter hat dieser Survey nicht alle Störungen eingeschlossen (z.B. Somatisierungs-, Substanzmissbrauchsstörungen).

4.2.4.1.3 The National Psychiatric Morbidity Survey of Great Britain

Das erste National Psychiatric Morbidity Survey of Great Britain wurde 1993-1994 durchgeführt (Jenkins, Bebbington et al., 1997). Es wurden vier verschiedene Stichprobentypen gezogen. Zum einen wurden 10'108 Personen über einen privaten Haushaltssurvey erreicht (eine Person pro Haushalt), 1'192 Personen über Institutionen (Krankenhäuser und Altersheime), eine Zusatzstichprobe mit bekannten Psychosen in 350 Haushalten und 1'116 Obdachlose (über Herbergen, Schlafplätze, Tageszentren). Die Stichproben setzen sich zusammen aus 16- bis 64-Jährigen Briten mit der Ausnahme der Highlands und der schottischen Inseln. Die Fragestellungen umfassen neben der Prävalenz für individuelle Symptome, generelle Kategorien über einer Schwelle und für ICD-10-Diagnosen auch bestimmte Korrelate (v.a. zw. Neurotischen Störungen und Nikotin, Alkohol und Drogenmissbrauch und –abhängigkeit). Weiter sollen die sozialen Beeinträchtigungen im Zusammenhang mit psychischen Störungen und die Inanspruchnahme von sozialen und gesundheitlichen Einrichtungen untersucht werden. Ausserdem werden Assoziationen zwischen psychischen Störungen und kritischen Lebensereignissen, sozialer Unterstützung und sozioökonomischen Bedingungen analysiert.

Die Stichprobe des Haushaltssamples wurde mit folgenden Erhebungsmethoden untersucht: Für die neurotischen Störungen (Kapitel F4 ohne die somatoformen und dissoziativen Störungen und Depressive Störungen, F32.00 bis F32.3, ICD-10) werden anhand des standardisierten Clinical Interview Schedule Revised (CIS-R) von Lewis, Pelosi, Araya und Dunn (1992) Diagnosen vergeben. Jenkins und Kollegen (1997) diskutieren die Vor- und Nachteile der verschiedenen Interviews. Das CIDI (vgl. Kap. 4.1.2.1) hat in einer normalen Bevölkerung zwischen dem Urteil eines Laien-Interviewers und eines Klinikers wenig Übereinstimmung. Ausserdem ist es ein langes Interview, ermüdend und schwerfällig respektive unhandlich. Das in dieser Studie verwendete CIS-R ist für Laieninterviewer geeignet, fragt nur neurotische Störungen ab, der Zeitaspekt bezieht sich auf die vergangene Woche, und es wird zusätzlich gefragt, wann die Symptome beginnen. Das CIS-R erfasst auch subklinische Bereiche der neurotischen Störungen und durch dies wird die Vergleichbarkeit mit zukünftigen und anderen Studien verbessert, da die Angaben nicht von den aktuellen diagnostischen Kriterien abhängen. Die Psychotischen Symptome wurden anhand eines dafür entwickelten Fragebogens gescreent und anhand eines klinischen Assessments vertieft. Der Alkohol- und Drogenmissbrauch und die –abhängigkeit wurden anhand eines Fragebogens erhoben, welcher zum Teil durch die Interviewer abgefragt wurde. Die sozialen Aspekte werden anhand eines weiteren Fragebogens erhoben, wobei die Themen die kritischen Lebensereignisse, soziale Unterstützung und Einschränkung, tägliche Aktivitäten, Ausbildung und Beruf beinhalteten. In einem

letzten Teil wurden die Teilnehmer zu ihrer Inanspruchnahme von sozialen Diensten befragt. Jene, welche die Schwelle im DIS-R überschritten, und jene welche unter einer Psychose leiden, wurden vertieft dazu befragt und erhielten Fragen bezüglich langanhaltender Krankheit, Medikation und Treatment. Die anderen Stichproben wurden mit für die entsprechenden Besonderheiten adaptierten Erhebungsinstrumenten untersucht.

Im Folgenden werden die Ergebnisse zur Haushaltssurveystichprobe (10'108) berichtet, welche nicht alle Fragestellungen beantworten kann. Insgesamt haben 16% der Personen eine neurotische Störung nach IDC-10 (CIS-R: Cut-off Wert 12) für den Zeitraum von einer Woche (Jenkins, Lewis et al., 1997). Frauen haben eine höhere Rate mit 19.5% als Männer (12.3%) und die höchsten Raten wurden von den 25- bis 54-Jährigen erzielt, gefolgt von den 16- bis 24-Jährigen. Die 55- bis 64-Jährigen hatten die niedrigste Rate. Einen Grossteil (7.7%) der Prävalenzrate für irgendeine neurotische Störung machen die Nicht Näher Spezifizierten Neurotischen Störungen aus (gemischte Kategorie aus Angst und Depressiven Symptomen); Frauen mit einer Rate von 9.9% und Männer mit einer Rate von 5.4%. Zweithöchste Störungskategorie waren die Alkoholabhängigkeiten mit 4.7%, gefolgt von der Generalisierten Angststörung mit 3.1% (Frauen: 3.4% und Männer: 2.8%). Die Drogenabhängigkeiten machten die vierte Kategorie mit 2.2% aus, knapp gefolgt von den Depressiven Episoden mit 2.1% (Frauen: 2.5%, Männer: 1.7%). Alle Phobien zusammen machten nur 1.1% aus, wobei die Frauen mit 1.4% höher als die Männer mit 0.7% lagen. Wenn die zugrundegelegte Hierarchie zur Entscheidung für eine einzige primäre Diagnose ignoriert wird, erhöhen sich die Prävalenzraten: Generalisierte Angststörung: 4.5%, Depressive Episode: 2.3%, alle Phobien: 1.8%.

Die häufigsten der 14 neurotischen Symptome des CIS-R waren die Müdigkeit, Schlafprobleme, Irritiertheit, Sorgen, Depression, depressive Ideen, Angst und Zwangsgedanken. Die Frauen haben wiederum auf allen Symptomen höhere Werte als Männer. Die restlichen Symptome (Konzentrationsverlust, somatische Symptome, Zwangsverhalten, Phobien, Sorgen um die physische Gesundheit, Panik) waren deutlich weniger häufig vertreten. Die geschiedenen, getrennten und verwitweten Personen hatten die höheren Prävalenzraten als die verheirateten und auch die ledigen Personen ($OR=0.84-1.97$). Die Alleinerziehenden wiederum hatten höhere Raten, Singles hatten die zweithöchste Rate, gefolgt von den Paaren mit Kindern und Paaren ohne Kinder. Die niedrigsten Raten hatten jene, welche noch in ihrem Elternhaus lebten. Ein niedriger sozialer Status hatte einen Zusammenhang mit höheren Prävalenzen. Arbeitslose wiederum hatten die höheren Raten, gefolgt von den nicht aktiv Erwerbstätigen und den Teilzeitarbeitenden. Die niedrigste Rate in dieser Kategorie wurde bei den Vollzeit Erwerbstätigen gefunden. Personen aus ländlichen Gebieten hatten niedrigere Raten als jene aus Städten.

Die Studie bietet einen nationalen Überblick über sogenannte neurotische Störungen nach ICD-10 auf einer Basis von der 1-Wochen-Prävalenz in Grossbritannien (ohne die schottischen Inseln und die Highlands). Das Problem dieser Studie ist jedoch genau in dieser Einschränkung zu sehen. Obwohl sie Angaben zu subklinischen Symptomen machen können und mit der dimensional Vorgehensweise nicht auf ein Klassifikationssystem beschränkt sind, geben die Autoren (Jenkins, Bebbington et al., 1997; Jenkins, Lewis et al., 1997) nur Auskunft über eine eingeschränkte Auswahl an Störungsbildern und limitieren diese zusätzlich auf eine 1-Wochen-Prävalenz.

4.2.4.2 Niederlande

4.2.4.2.1 Nationale Studie in den Niederlanden

In Holland wurde 1993 eine Studie zur 6-Monats-Prävalenz von DSM-III-R-Diagnosen bei Jugendlichen (13- bis 18-Jährige) durchgeführt (F. Verhulst et al., 1997). Nach einem Screening anhand der CBCL, TRS und YSR wurde ein Interview für Kinder respektive Jugendliche (DISC-C) und für deren Eltern (DISC-P) durchgeführt (vgl. Kap. 4.3.7). Von 780 Jugendlichen und deren Eltern konnten neben dem Screening (CBCL) auch die Interviews durchgeführt werden. Bei 566 Jugendlichen stehen alle drei Screeningformen zur Verfügung.

Die 6-Monats-Prävalenzraten auf der Basis des Interviews waren für die Elternversion für irgendeine Störung 21.8% und für die Jugendlichenversion 21.5%. Bei einer Kombination aus der Eltern- und Jugendlichenversion ergibt es eine Prävalenz von 35.5%, wenn jedoch die Überschneidung (Eltern- und Jugendlichenurteil) angesehen wird, schrumpft die Rate auf 4.0%. Dies bedeutet, dass die Übereinstimmung bezüglich der Einschätzung der Symptome ziemlich gering ausfällt, jedoch hatten diese 4.0% die schwersten Beeinträchtigungen. Die Angststörungen (irgendeine) waren in der Kombination mit 23.5% relativ hoch, im Elternurteil 16.5%, im Jugendlichenurteil 10.5% und in der Übereinstimmungsprävalenz 1.9%. Die einzelnen Angststörungen können wie folgt angegeben werden: die Einfache Phobie ist mit 12.7% in der Kombination die häufigste, im Elternurteil sind die Raten höher (9.2% vs. 4.5%), die Soziale Phobie mit 9.2% ist die zweithäufigste (Eltern: 6.3%, Jugendliche: 3.7%), Trennungsangst mit 1.8% (Eltern: 0.6%, Jugendliche: 1.4%), Störung mit Überängstlichkeit mit 3.1% (Eltern: 1.5%, Jugendliche: 1.8%) und Generalisierte Angststörung mit 1.3% (Eltern: 0.7%, Jugendliche: 0.6%). Im Vergleich (Kombinationsrate) zu irgendeiner affektiven Störung mit 7.2% oder Verhaltensstörung mit 6.0%, Störung des Sozialverhaltens mit 7.9% oder einer Substanzmissbrauchsstörung mit 3.5%, sind die Angststörungen mit Abstand die häufigsten in dieser holländischen Stichprobe.

Die Mädchen hatten höhere Raten in der Kategorie Einfache Phobien (beide Urteile) und in den Sozialen Phobien (Jugendlichenurteil). Jungen hatten in der eigenen Einschätzung häufiger folgende Diagnosen: Manische Störung, Verhaltensstörung, Störung des Sozialverhaltens und Substanzmissbrauch. Auch im Elternurteil sind diese Störungskategorien (Ausnahme Manie) den Jungen häufiger zugeteilt worden, und zusätzlich haben die männlichen Jugendlichen auch häufiger Ticstörungen. Das Alter hat keine zusätzlichen Unterschiede hervorgebracht. Ein Grossteil der Jugendlichen hatte nur eine Diagnose, und wenn eine Komorbidität vorhanden war, dann war diese assoziiert mit einer höheren Einschränkung. Die häufigsten komorbiden Störungen waren die Kombination aus Angststörungen und depressiven Störungen.

Die Kombination von zwei verschiedenen Urteilen kann auf der Ebene der Symptome oder auf einem diagnostischen Level geschehen. Die Puerto Rico Studie (Bird et al., 1988, vgl. Kap. 4.2.1.9) hat die Symptomebene gewählt und bei Uneinigkeit der beiden Beurteiler einen klinischen Experten entscheiden lassen, was zu einer Gesamtprävalenz von 49.5% führt. Verhulst und Kollegen (1997) meinen, dass die Entscheidung, welches Urteil nun korrekt ist, nicht auf einer validierten Basis geschehen kann und haben sich gegen dieses Vorgehen entschieden und rechnen jeden Jugendlichen in die Prävalenz ein, welcher entweder im Eltern- oder im Jugendlichenurteil eine Diagnose erhält. Zwischen der CBCL und dem DISC konnten hohe Konvergenzen festgestellt werden.

4.2.4.2.2 Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS)

Die Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS) ist Teil der in Kapitel 4.1.2.2 berichteten ICPE-Gemeinschaft. Die initiale Stichprobe im Jahr 1996 bestand aus 7'076 Personen ab dem Alter von 18 Jahren (Antwortrate: 69.7%), zu den Follow-up-Zeitpunkten (1 Jahr später) waren es noch 5'618 und weitere zwei Jahre später 4'796 Personen (de Graaf et al., 2004). Neben dem CIDI (vgl. Kap. 4.1.2.1) wurden soziodemographische und somatische Faktoren erhoben, personale und soziale Vulnerabilitätsfaktoren (Neurotizismus, Kontrollüberzeugung, Selbstwert, Kindheitstrauma, elterliche Psychopathologie), kritische Lebensereignisse, anhaltende Schwierigkeiten (Belastungen) und funktionale Einschränkung.

Angststörungen von 18-64-Jährigen in Bezug auf einen Monat finden sich bei 9.8% der Stichprobe. Die 1-Jahres-Prävalenz ist mit 12.7% höher und auf die Lebenszeit hochgerechnet sind 20.1% der holländischen Stichprobe betroffen (vgl. Tab. 13, Kap. 4.1.2.2). Im vorliegenden Kapitel werden die Analysen aus der Längsschnittstudie präsentiert.

Es wurden zum Zeitpunkt der Baseline jene Personen zu einer Teilstichprobe zusammengekommen, welche bis dahin keine Störung aufwiesen. Zum Zeitpunkt der dritten Erhebung (3 Jahre später) wurde die Inzidenzrate von reinen und komorbiden Störungen analysiert. Von jenen Personen, welche als *at risk* (bis anhin ohne Störung) bezeichnet wurden, entwickelten 10.8% eine Störung, und von diesen waren 16.1% komorbid. Insgesamt haben 89.2% der *at risk* Stichprobe keine Störung entwickelt, 3.1% eine affektive Störung, 2.6% eine Suchtstörung und 3.4% eine Angststörung. Bei den komorbiden Störungen war die Kombination aus affektiven und Angststörungen mit 1.3% am häufigsten. Die Frauen haben höhere Raten in den affektiven (3.9% vs. 2.2%) und Angststörungen (4.6% vs. 2.0%) und die Männer mehr suchbezogenen Störungen (4.3%) als Frauen (1.1%).

Die Analysen zu den bivariaten Risikofaktoren für die anfallenden reinen und komorbiden Störungen ergaben folgende Zusammenhänge (de Graaf et al., 2004): Frauen zeigten eine höhere Wahrscheinlichkeit für eine affektive oder Angststörung; eine niedrigere Ausbildung und eine ländliche Gegend waren assoziiert mit Angststörungen. Neurotizismus, Kontrollüberzeugung und Selbstwert waren mit den Angst-, affektiven und komorbiden Störungen assoziiert. Die Angststörungen und die komorbiden Störungen waren zusätzlich mit dem Faktor psychiatrische Vorgeschichte der Eltern verbunden. Die Kindheitstraumata waren mit den affektiven und den komorbiden Störungen verknüpft. Die negativen Lebensereignisse und andauernde Belastungen waren mit den affektiven, Angst- und komorbiden Störungen assoziiert, und die funktionalen Einschränkungen waren vor allem mit den affektiven und den komorbiden Störungen verknüpft. Die Einschätzung der generellen Gesundheit und der generellen Wahrnehmung der Gesundheit (Teile der funktionalen Einschränkungsskala) waren ebenfalls mit den Angststörungen verbunden. Die substanzbezogenen Störungen hatten weniger Assoziationen und waren verbunden mit dem Geschlecht, dem Alter, mit dem Faktor mit dem Partner zusammenlebend und andauernde Belastungen. Folgende Faktoren konnten eine reine Angststörung voraussagen: weibliches Geschlecht ($OR=1.90$; 95%), ländliche Gegend ($OR=0.58$), Neurotizismus ($OR=0.93$) und negative Lebensereignisse ($OR=1.87$). Die Komorbidität wurde vorhergesagt durch Neurotizismus ($OR=0.89$), negative Lebensereignisse ($OR=5.67$) und anhaltende Belastungen zum zweiten Messzeitpunkt ($OR=1.97$) und zum dritten Messzeitpunkt ($OR=2.92$). Ein höherer Neurotizismuswert, negative Lebensereignisse und anhaltende Schwierigkeiten zum zweiten Messzeitpunkt und tiefere Lebensfreude signalisieren eher eine komorbide Störung als eine reine Angststörung.

Die Aussagekraft der Studie ist limitiert, weil die Daten auf dem Selbsturteil der Personen beruhen, und ein Teil davon auf retrospektiven Aussagen beruht. Die negativen Lebensereig-

nisse wurden nur zum zweiten und dritten Messzeitpunkt erhoben, was deren kausalen Aus-sagewert einschränkt. Dadurch, dass die komorbiden Fälle nicht ausreichend waren, konnten keine Unterschiede zwischen den verschiedenen Kombinationen von Störungen gemacht werden, was deren Interpretierbarkeit begrenzt (de Graaf et al., 2004).

4.2.4.3 Dänemark

Nach Bilenberg, Petersen, Hoerder und Gillberg (2005) gibt es in Dänemark keine Studien, welche die Prävalenzraten psychischer Störungen für Kinder aus Durchschnittsschulen angeben. Die von ihnen initiierte Studie im Jahr 1999 untersucht 621 Kinder im Alter von 8-9 Jahren. Eingesetzt werden die CBCL als Screening, und bei Screen-Positiven zusätzlich ein Interview mit Kind und Eltern, Koordinationstests, Intelligenztest. Falls die Familien die CBCL nicht zurückgeschickt haben, wurden die Lehrer anhand eines modifizierten kurzen Interviews befragt.

Die Autoren schliessen, dass die CBCL sich als eine effektive Screening-Methode erwiesen hat (vgl. Kap. 4.2.2.2) und dass das Kurzinterview mit den Lehrern ein valides Assessment der psychiatrischen Diagnosen der Kinder der Non-responder ist. Die Übereinstimmung zwischen den CBCL-Screening-Ergebnissen mit dem Fallstatus im klinischen Assessment ist zufriedenstellend (prädiktiver Wert: 0.25 und korrekte Klassifikationsrate: 0.72). Bei den Lehrerinterviews konnte sogar eine korrekte Klassifikationsrate von 0.87 erzielt werden.

Die Prävalenzangabe für irgendeine Störung auf der Basis des DSM-IV liegt bei 10.1%, wobei keine genaueren Angaben zu unterschiedlichen Störungsbildern gemacht werden (Bilenberg et al., 2005). Die Rate basiert auf einem gewichteten Durchschnitt der Subgruppen (Lehrerurteil, Screen-Positive und Screen-Negative). Die Autoren beschreiben, dass 36% der Kinder Screen-positiv waren. Aus dieser Subgruppe konnten 14% nicht weiter befragt werden, weil sie entweder weggezogen sind oder sich geweigert haben. Es gab noch weitere Ausfälle, welche die Aussagekraft dieser wenigen Angaben noch weiter einschränken.

Dadurch, dass diese Studie nach Bilenberg und Kollegen (2005) die erste in dieser Art ist, können auch keine Vergleiche angestellt werden. Sie haben jedoch ein Screening als Basis genommen, welches internationale Gültigkeit hat (vgl. Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist, 1998b). Trotzdem bleibt die Frage, ob in Dänemark die Symptome und Syndrome ähnlich geartet sind wie in den Ländern, in welchen Normdaten für die CBCL bereit stehen. Die Prävalenzangaben beziehen sich jedoch auf ein klinisches Interview, was die Zuverlässigkeit erhöhen sollte. Jedoch besteht die Möglichkeit, dass falsch-negative Fälle verloren gegangen sind, weil die CBCL-Items eventuell nicht sensitiv genug sind. Die Repräsentativität ist laut Angaben der Autoren genügend bis gut, obwohl sie nur einen kleinen Ausschnitt aus dem Altersabschnitt befragt haben und auch nur Durchschnittsschulen besucht haben.

4.2.4.4 Schweden

Lichtenstein und Annas (2000) haben in Schweden die Erblichkeit und Prävalenz von Ängsten und Spezifischen Phobien in der Kindheit untersucht. Dazu haben sie 1'106 Zwillingsspaare im Alter von 8-9 Jahren anhand einer Elterneinschätzung untersucht (Ausschöpfungsrate: 75%). Im Jahr 1994 wurden Eltern von Zwillingen, welche in den Jahren 1985 und 1986 ge-

boren wurden, kontaktiert und sollten die CBCL ausfüllen. Es wurden auch Fragebogen zu den Spezifischen Phobien vorgelegt, welche das Vermeidungsverhalten, den Vergleich der Zwillinge und Kontrollverlust beinhalteten, ausserdem noch ein Fragebogen zur Intensität der Ängste, bezogen auf die Inhalte der Phobien.

Bei 7.3% der Jungen und 10.0% der Mädchen konnte eine Spezifische Phobie festgestellt werden (signifikanter Geschlechtsunterschied, für beide Gruppen: 8.6%). Die situationalen Phobien sind am höchsten ausgefallen (Jungen: 6.1%, Mädchen: 6.3%). Bei Mädchen machen die Tierphobien noch 3.5% aus (Jungen: 1.0%, signifikanter Geschlechtsunterschied). Die Angst vor physischer Verletzung ist wiederum bei den Mädchen höher (2.3%) als bei den Jungen (1.2%). Bezüglich der Intensität haben sich alle verschiedenen Ängste (Phobien) bei Mädchen als signifikant intensiver erwiesen. Monozygote Zwillinge stimmen in den Inhalten der Spezifischen Phobien mehr überein als dizygote Zwillinge. Die Autoren konnten einen moderaten genetischen Effekt auf die Spezifischen Phobien und die Ängste (Intensität) feststellen. Gleichzeitig gab es einen starken Effekt des geteilten (und ungeteilten) Umwelteinflusses auf Phobien und Ängste. Das heisst, sowohl eine Prädisposition als auch Traumata, stellvertretendes Lernen und negative Informationsvermittlung tragen zur Ätiologie von Spezifischen Phobien und Ängsten der Kinder bei. Die genetischen Einflüsse scheinen vor allem zum spezifischen Einfluss der verschiedenen Ängste beizutragen, hatten aber auch einen Einfluss auf die generelle Anfälligkeit. Die geteilten Umwelteinflüsse wirken vor allem auf die gemeinsamen Angstdimensionen (generelle Anfälligkeit für Ängstlichkeit), und die nicht-geteilten Umwelteinflüsse waren angstspezifisch, vermutlich aufgrund von traumatischer Expositionen von spezifischen Objekten respektive Situationen.

Obwohl die Autoren versucht haben, sich an die strengen DSM-IV-Kriterien zu halten, wurde die Voraussetzung, dass eine Dauer von mindestens 6 Monaten bei einer Spezifischen Phobie vorhanden sein muss, nicht eingehalten respektive nicht erfragt. Die Prävalenzangaben sind natürlich vor allem auf die Population von Zwillingen zu beziehen, sind jedoch ähnlich den Ergebnissen von anderen internationalen Studien zu Prävalenzen von Spezifischen Phobien (vgl. Kap. 4.2.6 & 4.4).

4.2.5 Deutschland

Deutsche Forscher haben in den vergangenen 30 Jahren viele Studien zur Epidemiologie von psychischen Störungen hervorgebracht. Diese Studien werden in den folgenden Kapiteln 4.2.5.2-4.2.5.13 zum Teil relativ ausführlich beschrieben, da Deutschland mit der Schweiz einige Gemeinsamkeiten aufweist und kulturell näher ist als beispielsweise die USA oder skandinavische Länder. Es werden neben klassischen epidemiologischen Studien vor allem Surveys berichtet (vgl. Tab. 19), welche ebenfalls relevante Ergebnisse zur Epidemiologie und deren Parametern liefern. Es wird auch von zwei grossangelegten Längsschnittstudien aus Mannheim (Kap. 4.2.5.7) berichtet, wobei eine davon eine Risikokinderstudie ist. Weiter werden Studien zum Übergang ins Erwachsenenalter (EDSP, Kap. 4.2.5.10) und von reinen Erwachsenenstudien (Kap. 4.2.5.11-4.2.5.13) berichtet, welche – wie in anderen Kapiteln schon erwähnt – wichtige retrospektive Informationen zum Onset und zum Verlauf der Angststörungen liefern.

4.2.5.1 Allgemeine Angaben

Die Ausführungen aus Kapitel 4.2.1.1 gelten zum Teil auch hier. Deutschland kann ebenso wenig wie die USA und die meisten Länder von einer wirklichen Repräsentativität sprechen, weil viele Kulturen nicht abgedeckt werden können. Nur schon die Sprachbarriere hindert viele zufällig ausgesuchte Probanden, an der Studie teilzunehmen. Eine weitere Spezialität im vorliegenden Kapitel ist die einstige Aufteilung in Westdeutschland und die ehemalige DDR. Es wird in einigen Studien direkt Bezug auf den Vergleich zwischen Ost- und Westdeutschland genommen (vgl. Kap. 4.2.5.3, 4.2.5.7 & 4.2.5.9).

Tabelle 19: Überblick über Deutsche Studien zur Epidemiologie psychischer Störungen

Kapitel-Nr.	Studienname und Autoren	Jahr und Studiendauer	Alter (in Jahren)	Stichprobe (N)	Zweck der Studie
4.2.5.2 vgl. 4.3.6	<i>WHO-Jugendgesundheits-survey</i> (z.B. Hurrelmann, Klocke, Melzer, & Ravens-Sieberger, 2003b) <i>Teil der Health Behaviour in School-aged Children</i> (HSBC, Currie, Hurrelmann, Settertobulte, Smith, & Todd, 2000)	seit 1994 Mitglied (D), 2001-2002: Durchführung seit 1982 (HBSC)	11-16	23'111 (Screening, D) 5'650 (für Deutschland-Survey, internat. Vgl.)	Gesundheitliche Lage, Gesundheitsverhalten im Übergang von Kindheit in die Jugend
4.2.5.3	<i>Bielefelder Jugendgesundheits-survey</i> (z.B. Kolip, Nordlohne, & Hurrelmann, 1995)	1993	13–17	2'330	Subjektiver Gesundheitszustand, Einstellungen und Verhaltensweisen zur Gesundheit, Alltagsbelastungen
4.2.5.4	<i>Bremer Jugendstudie</i> (BJS, z.B. Essau, Karpinski, Petermann, & Conradt, 1998)	1996-1997	12–17	1'935	Lebenszeit- und 12-Monats-Prävalenz, Risikofaktoren, psychosoziale Beeinträchtigung
4.2.5.5	<i>Psychische Auffälligkeiten und Kompetenzen von Kindern und Jugendlichen in Deutschland</i> (PAK-Kid-Studie, z.B. Plück et al., 2000)	1994	4–18 4-10 11-18	2'897 Haushalte 1'030 (Elternurteil der 4-10-Jährigen) 1'757 (Eltern- und Selbsturteil)	Prävalenz, Alter-, Geschlechts- und Beurteiler-effekte, Psychische Auffälligkeiten, psychosoziale Kompetenzen; Normierung der CBCL
4.2.5.6	<i>Kinder- und Jugendgesundheits-survey</i> (KIGGS) (z.B. Hölling, Erhart, Ravens-Sieberger, & Schlack, 2007) Bella-Studie (Modul Psychische Gesundheit) (z.B. Hölling et al., 2007)	2003-2006	0–17 7-17	17'641 2'863	Bundesweiter, repräsentativer, umfassender Gesundheitszustand Kinder und Jugendlicher; Bella-Studie: psychische Störungen, Risiko- und Schutzfaktoren, Lebensqualität, Versorgungssituation
4.2.5.7	<i>Mannheimer Kurpfalzerhebung</i> (=ACCA) (z.B. Esser, Ihle, Schmidt, & Blanz, 2000b)	1978–1996 ^a	8, 13, 18, 25	Geburtsjahrgang in Mannheim: 1'444 (1970) 1978: 399 (216) ^b 1983: 356 (191) ^b 1988: 340 (181) ^b 1995/96: 321 (174) ^b	Prospektive Längsschnittstudie, Prävalenz, Inzidenz, Verlauf, Risiko- und Schutzfaktoren

Fortsetzung Tabelle 19

	<i>Mannheimer Risikokinderstudie</i> (Laucht et al., 2000b)	1986-1998	0;3, 2, 4;6, 8, 11	1986/88: 384 1998: 364	Risikokinder, Entwicklung, Risiko- und Schutzfaktoren, Mechanismen, Verläufe
4.2.5.8	<i>Gesundheit und Optimismus (GO!)</i> ^c (Manz, Junge, & Margraf, 2000)	1993	14-18	1'081 581 (Interview)	Prävalenzraten von Angst und Depression an Dresdner Mittelschulen und Gymnasien
4.2.5.9	<i>Dresdner Kinder-Angst-Studie (DKAS)</i> (Federer, Schneider, Margraf, & Herrle, 2000b)	1996-1997	8	826 (Screening)	Erforschung von Panikstörung und Agoraphobie und Häufigkeit von Angststörungen bei Achtjährigen
4.2.5.9	Angstsyndrome in Ost- und Westdeutschland (Margraf & Poldrack, 2000)	1994	Alle Altersklassen	2'948	Repräsentative Bevölkerungserhebung: Prävalenzen von Angstsyndromen, Behandlung
4.2.5.10 4.1.2.2 Abb. 34 Tab. 13	<i>Early Developmental Stages of Psychopathology (EDSP)</i> (z.B. Wittchen, Lieb, Pfister, & Schuster, 2000) Teil der ICPE	Ab 1994 3 Wellen in 5 Jahren	14-24	3'021 bei Baseline	Prävalenz, Risikofaktoren, Komorbidität und Verlauf psychischer Störungen
4.2.5.11 4.1.2.2 Abb.34	Bundesgesundheitsurvey 1998 (BGS98) – Zusatz: Psychische Gesundheit/ <i>German National Health Interview and Examination Survey (GHS) – Mental Health Supplement (MHS)</i> (z.B. F. Jacobi, Wittchen et al., 2004) Teil der ICPE	1998-1999	18-65	4'181	Punkt-, Perioden- und Lebenszeitprävalenzen, Komorbidität, Korrelate
4.2.5.12 4.1.2.1 Abb. 33	<i>The European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD)</i> Teil der WHO-WHM (Alonso et al., 2004)	2002-2003	>18	3'555	Punkt-, Perioden- und Lebenszeitprävalenz
4.2.5.13	<i>Munich Follow-up Study (MFS)</i> (Wittchen, Essau, Zerssen, Krieg, & Zaudig, 1992)	80er Jahre	18-55	483	Lebenszeit-, 6-Monats- und Punktprävalenz ; prospektive Längsstudie (7 Jahre)

Anmerkungen: ^a=Erhebungswellen alle 5 Jahre; ^b=Klammer: Zufallsstichprobe ohne Screeningstichprobe; ^c=Teiluntersuchung in Dresden (im Rahmen einer Evaluation und Implementierung eines Präventionsprogramms);

Wie aus der Tabelle 19 zu entnehmen ist, werden zuerst Studien vorgestellt, welche den Kinder- und Jugendbereich abdecken (Kap. 4.2.5.2-4.2.5.10). Der WHO-Jugendgesundheitsurvey (Kap. 4.2.5.2) ist Teil der Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) Studie, welche auch in der Schweiz durchgeführt wurde (vgl. Kap. 4.3.6). Der Bielefelder Jugendgesundheitsurvey gibt einen allgemeinen Einblick zum Gesundheitszustand der Deutschen Jugendlichen Anfang der 90er Jahre (Kap. 4.2.5.3) und die Bremer Jugendstudie (Kap. 4.2.5.4) ist eine der klassischen epidemiologischen Studien aus Deutschland. Die Studie PAK-Kid (Kap. 4.2.5.5) beschreibt vor allem Auffälligkeiten aus verschiedenen Bereichen, deckt einen grossen Altersbereich ab und zieht explizit die Kompetenzen mit ein. Die KiGGs (Kap. 4.2.5.6) ist einer der grössten aktuellen Surveys und wurde an 167 Studienorten durchgeführt und beinhaltet Module zur körperlichen und psychischen Gesundheit. Die Mannheimer Längsschnitte (Kap. 4.2.5.7) sind eigentlich zwei Studien (Kurpfalz und Risikokinderstudie), welche jedoch von der gleichen Arbeitsgruppe durchgeführt wurden. Es sind Längsschnittstudien von Geburtskohorten, welche ebenfalls zu den klassischen epidemiologischen

Studien gehören. Im genannten Kapitel wird zusätzlich die Rostocker Längsschnittstudie erwähnt, welche sich aufgrund des gleichen Jahrgangs in der Geburtenkohorte im Alter von 25 Jahren vergleichen lässt. Die epidemiologischen Analysen zur Präventionsstudie GO! (Kap. 4.2.5.8) ergänzen die Analysen um einige relevante Aspekte; dies unter anderem deshalb, da die vorliegende Arbeit sich ebenfalls dieser Kombination von Teilgebieten der Klinischen Psychologie widmet (vgl. Abb. 1). Das Kapitel 4.2.5.9 beinhaltet zwei Studien, welche zum einen den Ost-West-Vergleich zum Thema haben und zum anderen die Panikstörungen. Letztere wird hinsichtlich der Panikattacken analysiert, da wenige im Kindesalter oder frühen Jugendalter bereits Panikstörungen ausgebildet haben. Anschliessend werden diese Studien mit denen aus dem Erwachsenenabschnitt ergänzt. In diesem Bereich findet sich der bekannte Bundesgesundheitsurvey aus dem Jahr 1998 (Kap. 4.2.5.11), welcher wie auch die EDSP (Kap. 4.2.5.10) Teil der ICPE (Kap. 4.1.2.2, Abb. 34) ist. Die ESEMeD (Kap. 4.2.5.12) wiederum ist Teil der WHO-WHM (Kap. 4.1.2.1, Abb. 33). Die letzte Studie ist die Munich Follow-up Study (Kap. 4.2.5.13), welche zwar älteren Datums ist, aber oft zitiert wird und die Teilnehmer über sieben Jahre begleitet hat. Kapitel 4.2.5.14 fasst die Ergebnisse der Deutschen Studien zusammen.

4.2.5.2 WHO-Jugendgesundheitsurvey

Das Deutsche Jugendgesundheitsurvey (WHO-Jugendgesundheitsurvey) ist Teil des Health Behaviour in School-Aged Children-Projektes (HBSC, Currie et al., 2000; Currie et al., 2004), welches in den Jahren 2001 und 2002 durchgeführt worden ist (Hurrelmann et al., 2003a). Die Schweiz beteiligte sich ebenfalls in den Jahren 1986-2002 (Schmid, Kuntsche, Kuendig, & Delgrande, 2004, vgl. Kap. 4.3.6).

Zum Stand im Jahr 2003 sind 36 Länder aus Europa und Nordamerika Teil des HSBC-Projektes. Die Weltgesundheitsorganisation koordiniert und fördert solche Forschungsvorhaben, weil durch eine gemeinsame Planung und Gestaltung gewährleistet wird, dass die Daten (interkulturell) vergleichbar sind. Ziel der Studien ist es, die Gesundheit von Jugendlichen zu untersuchen, deren körperlichen, sozialen und psychischen Zustand zu analysieren und daraus internationale Konventionen für eine allgemeine und spezifische Gesundheitsförderung bereitzustellen. Es sollen Jugendliche im Alter von 11, 13 und 15 Jahren in einem vierjährigen Turnus anhand speziell dafür entwickelter Screenings befragt werden (vgl. Kap. 4.3.6). Die Mindestanzahl pro Altersgruppe soll 1'500 Personen ausmachen; damit soll eine internationale Vergleichbarkeit und auch Repräsentativität möglich sein (Hurrelmann et al., 2003a). Im Jahr 2002 waren dies insgesamt 200'000 Jugendliche, welche zu ihrem Gesundheitszustand befragt wurden. In Deutschland haben für das Screening 23'111 Jugendliche teilgenommen; für den Deutschland-Survey wurden davon jedoch nur 5'650 untersucht (Hurrelmann et al., 2003a).

Circa 80% der Jugendlichen berichten über eine gute psychische Gesundheit. Das bedeutet gleichzeitig, dass 20% der Jugendlichen Beeinträchtigungen und Beschwerden angeben, welche sowohl psychosomatischer (z.B. Kopf-, Rückenschmerzen, Schlafstörungen, Müdigkeit) als auch psychischer Natur (z.B. Gereiztheit, Ängstlichkeit, Nervosität und allgemeines Unwohlsein) sein können (vgl. Scheidt, Overpeck, Wyatt, & Aszmann, 2000). Der Grossteil der Jugendlichen meint, eine durchschnittliche Selbstwirksamkeit zu besitzen, jedoch sind nur 20% der Jugendlichen zur Angabe bereit, von einer hohen Selbstwirksamkeit zu sprechen. Männliche Jugendliche, jüngere Schüler und Jugendliche aus höheren sozialen Schichten berichten auch über ein durchschnittlich höheres psychisches Wohlbefinden als Mädchen, ältere Jugendliche und Jugendliche aus der unteren sozialen Schicht. Bei 6% der Jugendlichen

konnten psychische Auffälligkeiten gefunden werden, 12.8% waren grenzwertig. Die psychische Auffälligkeit beinhaltet emotionale Probleme, Hyperaktivität, Verhaltensprobleme und Probleme im Umgang mit Gleichaltrigen. Körperliche Gesundheitsaspekte scheinen keinen grossen Einfluss auf die psychischen Auffälligkeiten zu haben. Konsistent mit der Literatur (vgl. Kap. 4.4.3) konnten auch hier Geschlechtsunterschiede hinsichtlich der Häufigkeit von internalisierenden und externalisierenden Auffälligkeiten gefunden werden. Mädchen zeigen tendenziell höhere Raten bei internalisierenden Auffälligkeiten und Jungen bei externalisierenden Problemen. Jedoch sind in diesen Analysen die depressiven Störungen im Schulalter häufiger bei Jungen. Dies ändert sich erst mit zunehmendem Alter (Hurrelmann et al., 2003a, 2003b).

Von den Gleichaltrigen akzeptiert und gemocht fühlen sich 90% der Befragten, schulisches Wohlbefinden ist jedoch unzureichend ausgeprägt. Ältere Schüler, solche, die nicht ins Gymnasium gehen und Schüler aus niedrigen sozialen Schichten berichten von einer geringen Zufriedenheit und von Problemen in der Schule (z.B. Leistungsanforderung). Die meisten geben an, dass sie mit ihren Eltern gut klarkommen und im Sinne einer normalen familiären Entwicklung auch Streit haben.

Wenn das Wohlbefinden in der Familie gering ist, geht das mit einem verringerten schulischen und peerbezogenen Wohlbefinden einher. Dies zeigt, dass die verschiedenen Bereiche von Jugendlichen zusammenhängen und sich beeinflussen. Die unterschiedlichen Gesundheitsbereiche hängen mit den psychischen Auffälligkeiten zusammen, sowohl mit körperlichen und psychosozialen Bereichen als auch in den einzelnen Bereichen selbst (Hurrelmann et al., 2003a).

Jugendliche berichten über diverse kritische Lebensereignisse, wobei diese unterschiedliche Gewichtungungen haben: der Tod eines Angehörigen oder die Trennung vom Partner wird als sehr belastend erlebt. Die Probleme in der Schule als auch jene mit den Eltern sind anscheinend durchschnittlich weniger belastend (Hurrelmann et al., 2003a).

Hurrelmann und Kollegen (2003a) schliessen daraus, dass die Förderung der psychischen und physischen Gesundheit möglichst früh einsetzen und auch umfassend sein muss, da sich die Probleme meistens nicht auf ein einzelnes Risikoverhalten beziehen. Die Förderungen sollen sowohl allgemeine Lebenskompetenzen beinhalten als auch spezifische Bereiche abdecken. Diese sollen auch Jugendlichen zugänglich gemacht werden, welche benachteiligt sind. Die Geschlechtsunterschiede sollen in die Entwicklung von Programmen einbezogen werden. Eine Möglichkeit zur Verbesserung der gesundheitlichen Lage sehen die Autoren in der Gesundheitsförderung und Prävention im schulischen Setting.

4.2.5.3 Bielefelder Jugendgesundheitssurvey

Die Gesundheitsberichterstattung in Deutschland war Anfang der 90er Jahre schlecht, weshalb der Bielefelder Jugendgesundheitssurvey 1993 durchgeführt wurde (Kolip, Nordlohne et al., 1995). Die Jugendlichen wurden zur subjektiven Einschätzung ihres Gesundheitsstatus befragt. Der Survey befasst sich mit 12- bis 16-jährigen Jugendlichen. Es wurden sowohl standardisierte Interviews und Fragebogen vorgelegt (Bezug: letzten 12 Monate). Es konnte eine repräsentative Stichprobe von 2'392 Schülern aus Ost- und Westdeutschland gewonnen werden.

Bezogen auf den generellen Gesundheitszustand unterschieden sich die ost- und westdeutschen Jugendlichen nicht voneinander; fast die Hälfte (49.6%) schätzen ihn als gut ein, 19.6%

als sehr gut, 25.9% als zufriedenstellend und 4.9% als weniger gut bis schlecht (23.7% Jungen, 15.8% Mädchen, signifikanter Unterschied). Bezogen auf psychosomatische Beschwerden (18 Symptome, vierstufiges Rating) konnten lediglich 28.3% der Jugendlichen berichten, dass sie beschwerdefrei waren. Es sind circa drei Viertel der Befragten, welche eine oder mehrere Beschwerden angegeben haben; 23.8% zeigen drei bis fünf Beschwerden, 18.4% sechs bis zehn und 4.2% mehr als zehn Beschwerden. Die Autoren haben diese Beschwerdenliste in drei Skalen zusammengefasst (Faktorenanalyse). Die Skala *Vegetative Beschwerden* subsumiert Nervosität/Unruhe, Konzentrationsschwierigkeiten, Schlafstörungen, Alpträume, Schweissausbrüche, Hände zittern und starkes Herzklopfen. Die Skala *Physiologische Beschwerden* beinhaltet Kopfschmerzen, Schwindelgefühl, Übelkeit, Magenbeschwerden, Durchfall/Verstopfung und Appetitlosigkeit. Die dritte Skala *Bereichsspezifische Beschwerden* fasst die Kreuz-/Rückenschmerzen, Nacken-/Schulterschmerzen, Schmerzen im Beckenraum, Schmerzen in der Brust und Atembeschwerden zusammen. Bezüglich der physiologischen Beschwerden gibt es einen signifikanten Unterschied zwischen ost- und westdeutschen Jugendlichen, die Ostdeutschen geben seltener Beschwerden aus dieser Kategorie an. Die Nervosität/Unruhe wurde nach den Kopfschmerzen (39.9% Ost; 39.2% West) am häufigsten genannt (30.5%; 30.2%). Die emotionale Belastung wurde anhand von einer Liste mit 17 Gefühlen erhoben. Auch diese konnten zu drei Skalen zusammengefasst werden (*Anomische Gefühle*: hilflos, überflüssig, einsam, Sinnlosigkeit, Angst, Neid, Schuldgefühle, benachteiligt; *Überforderung*: erschöpft, überfordert, gestresst, überlastet, müde; *Aggression*: wütend, aggressiv, gereizt, Zorn/Ärger). Die westdeutschen Jugendlichen geben signifikant häufiger an, sich aggressiv zu fühlen, während die ostdeutschen Jugendlichen signifikant höhere Werte auf der Skala *Überforderung* haben. Bezüglich der einzelnen Gefühle (resp. Konstrukte) wird in der Kategorie der *anomischen Gefühle* am häufigsten die Benachteiligung genannt (29.3%; 31.0%), am zweithäufigsten die Angst (27.4%; 26.4%). Aber auch Einsamkeitsgefühle (25.0%; 25.8%) und Hilflosigkeit (19.4%; 20.9%) wurden häufig genannt. Etwas über die Hälfte aller Jugendlichen geben an, dass sie sich ab und zu überfordert fühlen. Auch auf der Skala der *Aggression* finden sich hohe Werte (wütend: 50.2%; 55.5% und gereizt: 38.4%; 48.4%).

Es scheint, als ob die Jugendlichen gewisse Belastungen und Beschwerden als „zum Alltag gehörig“ betrachten, da die Angaben zur Einschätzung des allgemeinen gesundheitlichen Befindens besser ausfällt als in den einzelnen Skalen respektive Items (Kolip, Nordlohne et al., 1995). Die ost- und westdeutschen Jugendlichen unterscheiden sich nicht wesentlich, jedoch zeigt sich, dass westdeutsche Jugendliche höhere Werte in Bezug auf die subjektiven Belastungen und Beschwerden angeben. Die Autoren erklären dies durch „ungünstigere Bedingungen in der sozialen und der ökologischen Umwelt ...: geringere soziale Sicherheiten bei hohen Leistungs- und Prestigeerwartungen, stärkere Belastung durch anspruchsvolle und hektische Leistungs- und Sozialanforderungen, höhere Belastung von Luft, Wasser und Nahrungsmitteln“ (Kolip, Nordlohne et al., 1995, S. 45).

Sicherlich sind die Untersuchungsmethoden im Jahre 1993 etwas eingeschränkt gewesen, die Güte der Skalen zur emotionalen Belastung ist fraglich und gewisse Begrifflichkeiten sind nicht (mehr) gebräuchlich. Ausserdem muss beim Vergleich zwischen Ost- und Westdeutschland einbezogen werden, dass zum heutigen Zeitpunkt die Unterschiede wahrscheinlich noch geringer geworden sind, da die gegenseitige Anpassung nun bereits knapp 20 Jahre andauert. Es ist natürlich auch möglich, dass sich die Tendenzen umgedreht haben. In Kapitel 4.2.5.9 wird eine weitere Studie aufgeführt, welche ebenfalls einen Ost-West-Vergleich tätigt. Jedoch ist diese Studie aus dem Jahr 1994, das heisst, der Ausgangspunkt ist ähnlich, aber die Prävalenzangaben in jener Studie unterscheiden sich stark zwischen den alten und neuen Bundesländern in Deutschland.

4.2.5.4 Bremer Jugendstudie (BJS)

Die Bremer Jugendstudie (BJS), eine grossangelegte längsschnittliche prospektive Studie aus den Jahren 1996-1998 hatte unter anderem zum Ziel, aufzuzeigen, wie häufig psychische Störungen sind, wie der Verlauf (vgl. Kap. 4.4.2) und der (temporäre) Ausgang von Störungen und Angststörungen bei Jugendlichen sind und welche Korrelate mit psychischen Störungen zusammenhängen (Essau et al., 2000; Essau, Conradt, & Petermann, 2002; Essau et al., 1998). Die Stichprobe wurde aus 36 Schulen in Bremen (D) rekrutiert und besteht aus Jugendlichen im Alter von 12-17 Jahren. Insgesamt nahmen zum ersten Zeitpunkt (T1) 1'035 Jugendliche (421 männlich, 614 weiblich, Durchschnittsalter: 14.3 Jahre) an der Studie teil. Aus verschiedenen Gründen sind zum Zeitpunkt T2 (15 Monate später) nur noch 566 Jugendliche (195 männlich, 328 weiblich, Durchschnittsalter: 15.2 Jahre) beteiligt. Es wurde ein standardisiertes Interviewverfahren (Computer-Assisted Personal Interview, CAPI, des M-CIDI, Münchner Version des Composite International Diagnostic Interview) zur Diagnosestellung (DSM-IV) eingesetzt. Weiter wurden Fragebogen verwendet, um die Bindung zu den Eltern und den Gleichaltrigen festzustellen, und um die Kontrollüberzeugung, die wahrgenommenen Kompetenzen und die kritischen Lebensereignisse einzuschätzen; der SCL-90-R (vgl. Franke, 2002) wurde eingesetzt, um den Schweregrad der Symptome der vorausgegangenen sieben Tage einzuschätzen; die Eltern wurden ebenfalls per Fragebogen zu sich und den Jugendlichen befragt (Essau et al., 1998).

Die Lebenszeitprävalenz für irgendeine Störung lag bei 41.9%, und die häufigste Störungsgruppe war jene der Angststörungen (18.6%); für die Mädchen ist das Risiko für eine Angststörung etwas weniger als doppelt so gross (Mädchen: 21.8%, Jungen: 13.8%, signif., Essau et al., 2000; Essau et al., 1998). Im Vergleich sind die Depressiven Störungen mit einer Lebenszeitprävalenz von 17.9% (71.4% in dieser Störungsgruppe waren weiblich) die zweithäufigste Störungsgruppe. Die häufigste Angststörung war die Phobie NNB mit 11.9%, gefolgt von der Agoraphobie ohne Panikstörung (4.1%) und der Spezifischen Phobie mit 3.5%; die Rate der Sozialen Phobie war 1.6% und jene der Generalisierten Angststörung 0.4%. Die Lebenszeitprävalenzen für irgendeine Angststörung steigen mit dem Alter (12- bis 13-Jährige: 14.7%; 14-15: 19.7%; 16-17: 22.0%), dies galt vor allem für die Phobien und die Posttraumatische Belastungsstörung (Essau et al., 2000).

Es wurden neben der Sozialen Phobie auch die sozialen Ängste (nicht klinisch signifikant) erhoben (Bericht von mind. 3 Ängsten in sozialen Situationen), welche eine Prävalenz von 47.2% erreichten (Mädchen: 50.8%, Jungen: 42.0%, Essau, Conradt, & Petermann, 1999). Die jüngste Altersgruppe (12-13 Jahre) hatte die niedrigste Rate an sozialen Ängsten mit 40.0%, gefolgt von der ältesten Gruppe (16-17 Jahre) mit 46.9%. Am häufigsten waren die sozialen Ängste für die mittlere Altersgruppe (14-15 Jahre) mit 55.4%. Die Leistungssituationen waren am häufigsten gefürchtet (31.1%), gefolgt vom Reden in der Öffentlichkeit (19.7%) und Unterhaltungen in sozialen Situationen (9.2%). Die Gedanken und Gefühle, welche dabei auftreten, sind vor allem „sich verwirrt fühlen“ (62.6%), „Gedanke, dass etwas Peinliches passieren könnte“ (39.1%), „rot werden“ (38.9%), „als dumm oder schwach zu gelten“ (31.5%) und „sich schämen“ (27.0%). Die Betroffenen berichten zu 61.6% bei den Jungen und 65.5% bei den Mädchen davon, dass sie solche Situationen schon gemieden haben. Die Frage danach, ob dieses Verhalten als übertrieben oder unangemessen erlebt wird, bejahen 38.9% der männlichen Jugendlichen und 47.3% der weiblichen Jugendlichen. Bei der Frage, ob das Vermeidungsverhalten schon mehrere Monate oder Jahre anhält, werden 26.6% männliche und 31.2% weibliche Antworten mit Ja beantwortet.

In Bezug auf die gesamte Bandbreite der Störungen traten bei 62% der Jugendlichen Einzelstörungen auf. 29% der Jugendlichen berichten von zwei Störungen und 8.6% von drei oder mehr Störungen. Die Komorbidität innerhalb der Angststörungen ist sehr häufig, dies vor allem für Mädchen. Jedoch ist beim Vorliegen einer Angststörung das Risiko für eine komorbide Depression mit 30.2%, für eine Somatoforme Störung mit 26.6% und für eine Substanzmissbrauchsstörung mit 11.5% auch hoch (Essau et al., 2000). Für die meisten Störungen ist die Auftretenswahrscheinlichkeit zwischen dem 14. und 15. Lebensjahr angestiegen; in diesem Alter beginnen auch die Geschlechtsunterschiede signifikant zu werden. Dies ist für die Angststörungen weniger deutlich, der Höhepunkt der Auftretenshäufigkeit bei den Mädchen liegt bei 15 und 17 Jahren und bei den Jungen genau dazwischen (Essau et al., 1998).

Bei 22.6% der Jugendlichen, welche eine Angstdiagnose nach DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994) zum Zeitpunkt T1 erfüllten, litten auch zum Zeitpunkt T2 unter einer Angststörung; 17.7% dieser Jugendlichen (mit einer Angststörung zum Zeitpunkt T1) erfüllten die Kriterien für eine Depression; bei 24.4% liess sich eine Somatoforme Störung feststellen und bei 6.5% eine Suchtstörung. Bei 41.9% konnte keine Diagnose mehr vergeben werden. Die Faktoren, welche einen Teil der Varianz für eine Beibehaltung einer Angststörung aufklären konnten (Vorhersage der Persistenz), waren höheres Alter, Vorhandensein von somatoformen Symptomen, Substanzmissbrauch oder eine hohe Anzahl von kritischen Lebensereignissen. Die Autoren vermuten jedoch aufgrund eigener Literaturanalyse, dass diese Persistenz auch damit zusammenhängen könnte, dass ein Elternteil eine psychische Störung hat (Essau, Conradt et al., 2002, vgl. Kap. 3.1.1 & 3.3.1). Ausserdem wurde in dieser Studie festgestellt, dass die chronischen Angstpatienten in mehreren Lebensbereichen (z.B. interpersonale Beziehungen, Schule, Freizeit) höher beeinträchtigt sind als jene, welche nur beim ersten oder nur beim zweiten Messzeitpunkt eine Angststörung hatten. Es gab unter den Jugendlichen mit einer Angststörung nur wenige, die professionelle Hilfe aufsuchten.

Mädchen haben auch in dieser Studie ein zwei- bis dreimal so hohes Risiko, an einer Depression zu erkranken. Ausserdem konnte festgestellt werden, dass unter chronischen Belastungen (kritische Lebensereignisse) die Kinder und Jugendlichen vermehrt mehrfache depressive Episoden angaben. Bei circa 30% wird die Depression chronisch und ist hoch komorbid mit Angststörungen (Essau et al., 1998). Bei Jugendlichen, welche komorbide Angststörungen hatten, war es wahrscheinlicher, dass die Störung anhaltend ist verglichen mit Jugendlichen mit reinen Angststörungen (68.4% vs. 31.6%, Essau, Conradt et al., 2002). Wenn die Komorbidität mit einer Depression festgestellt wurde, war die Persistenz zum Follow-up-Zeitpunkt noch höher (75.0% vs. 25.0%).

Die Suche nach professioneller Hilfe konnte nur bei 18.2% der Betroffenen festgestellt werden. Fast die Hälfte der Fälle mit Posttraumatischer Belastungsstörung hat Hilfe aufgesucht, fast ein Drittel jener mit einer Diagnose einer Zwangsstörung und ein Viertel jener mit einer Generalisierten Angststörung. Die Phobien waren jene Angststörungen, wegen welcher die wenigsten in Behandlung waren, jedoch immer noch mit Raten von 13.9% bis 23.5%. Von fünf Fällen mit Panikstörung war nur eine Person in Behandlung (Essau et al., 2000).

Eine Einschränkung der Studie ist in den Drop-outs zwischen den zwei Messzeitpunkten zu sehen (ca. 50%). Die Analysen, welche den Verlauf einbeziehen, müssen dies einbeziehen, da ein Grossteil (138 Jugendliche) eine zweite Befragung abgelehnt hat. Essau und Kollegen (2002) beschreiben die Stichproben jedoch als nicht unterschiedlich in Bezug auf Geschlecht, Alter und sozioökonomischen Standpunkt. Jedoch ist unklar, weshalb diese Jugendlichen eine weitere Teilnahme verweigert haben. Eine weitere Grenze bezieht sich auf den untersuchten Altersabschnitt und die Begrenzung auf die Stadt Bremen.

4.2.5.5 Psychische Auffälligkeiten und Kompetenzen von Kindern und Jugendlichen in Deutschland (PAK-Kid)

Die Studie zu Psychischen Auffälligkeiten und Kompetenzen von Kindern und Jugendlichen in Deutschland (PAK-Kid) aus dem Jahr 1994 ist eine bundesweite, repräsentative Untersuchung zu den Themen der Prävalenz psychischer Auffälligkeiten, deren Korrelate, Komorbiditäten, Behandlungsbedingungen und Kompetenzen der Kinder und Jugendlichen (Döpfner et al., 1997; Lehmkuhl et al., 1998; Plück et al., 2000). Ausserdem wird die Child Behaviour Checklist (CBCL, Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist, 1998b) anhand dieser Stichprobe normiert (Bezugsrahmen der Probleme: 6 Monate, Döpfner et al., 1997). Es konnten insgesamt 2'856 Elternurteile von 4- bis 18-jährigen Kindern und Jugendlichen erhoben werden. Von 1'798 Jugendlichen lagen auch Selbsturteile vor (11- bis 18-Jährige). Für die 4- bis 10-Jährigen Kinder konnten Analysen von 1'030 Elternurteilen durchgeführt werden und für 1'757 Jugendliche lagen auch die korrespondierenden Elternurteile vor. Es wurden die CBCL und der Youth Self Report (YSR, Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist, 1998c) eingesetzt. Unter den internalisierenden Symptomen verstehen die Autoren Ängste, Depressive Symptome, Sozialer Rückzug und körperliche Beschwerden. Die Stichprobe ist bundesweit (Deutschland) repräsentativ und fand im Rahmen einer Umfrage zu mehreren Themen in deutschen Privathaushalten statt. Die Repräsentativität wurde anhand soziodemographischer Daten beziehungsweise Merkmalen überprüft (Döpfner et al., 1997; vgl. Plück et al., 2000). Die Fragebogen für die Jugendlichen und Eltern unterscheiden sich geringfügig, weshalb im Sinne der beurteilerübergreifenden Skalenbildung (*cross informant scales*) nur jene Items in die Analyse eingehen, welche in beiden Fragebogen vorhanden sind (Döpfner et al., 1997).

Die Eltern gaben bei 12.5% der 4- bis 10-jährigen Jungen und 8.6% bei den Mädchen im gleichen Altersabschnitt Auffälligkeiten im internalisierenden Bereich an. Im Altersabschnitt der 11- bis 18-Jährigen sind die Raten höher und die Mädchen respektive weiblichen Jugendlichen mehr betroffen: in der Elterneinschätzung waren es 13.0% bei den Jungen und 13.8% bei den Mädchen, und in der Selbsteinschätzung waren es 24.9% der Jungen und 27.9% der Mädchen. Die Eltern- und Selbsturteile bei den Jugendlichen korrelierten erstaunlich hoch (mittlere Korrelation, $r=.50$), was bei vielen anderen Studien (vgl. Kap. 2.3) nicht der Fall ist (unter $r=.50$ entspricht nach Cohen (1988) bestenfalls einer geringen bis mittleren Korrelation). Die Zunahme der Raten mit dem Alter (im Elternurteil) entsprechen einem geringen Effekt, und im Alter von 11-18 Jahren (im Selbsturteil) ist der Geschlechtseffekt ebenfalls gering (Plück et al., 2000). Die durchschnittliche gemeinsame Varianz der beiden Beurteiler liegt bei circa 16%; die Jugendlichenurteile sind signifikant höher ausgefallen als die der Eltern. Trotz der Erhöhung der Übereinstimmung der CBCL und des YSR anhand der beurteilerübergreifenden Skalenbildung muss berücksichtigt werden, dass im YSR die interne Konsistenz der Skalen *Sozialer Rückzug* (und im YSR und der CBCL auch die Skala *Schizoid/Zwanghaft*) nicht hinreichend ist, was zum einen die Interpretationen einschränkt und zum anderen den Vergleich zwischen Eltern- und Jugendlichen-Einschätzung erschwert (Döpfner et al., 1997; vgl. Steinhäuser, Winkler Metzke, & Kannenberg, 1996). „Divergente Einschätzungen sind, wie diese Studie zeigt, kein Hinweis auf pathologische Strukturen in der Familie, sondern eher der Normalfall“ (Plück et al., 2000, S. 139).

Die Mädchen haben laut ihren Eltern vermehrt Auffälligkeiten im Bereich *Körperliche Beschwerden*. Im Jugendalter ist der Unterschied zwischen den Geschlechtern nicht mehr vorhanden, jedoch nimmt die Häufigkeit laut der Eltern bezogen auf die Symptomatik zu (*Sozialer Rückzug*: 8.3%; *Körperliche Beschwerden*: 5.8%; *Angst/Depressivität*: 13.5%). So auch im

Selbsturteil, welches noch höher ausfällt (durchschnittlich: *Sozialer Rückzug*: 19%) und zusätzlich einen Geschlechtseffekt zeigt: Mädchen haben höhere Werte vor allem auf der Skala *Körperliche Beschwerden* (15.2% vs. Jungen: 9.5%). Die Alterseffekte (Altersspanne von 4-11 verglichen mit den Jugendlichen von 11-18 Jahren) sind nach Cohen's (1988) Konvention geringe Effekte und müssen daher mit Vorsicht interpretiert werden. Es gab keine signifikanten Alterseffekte innerhalb der Gruppe der 11- bis 18-Jährigen (Plück et al., 2000).

Die Komorbiditätsrate für die 4- bis 18-Jährigen im Elternurteil für gleichzeitig vorliegende externalisierende bei vorliegenden internalisierenden Auffälligkeiten liegt mit rund 47% höher als im Selbsturteil (44.4%). Wenn eine Auffälligkeit auf der Skala *Angst/Depressivität* vorliegt, ist die Rate für eine Komorbidität mit der Skala *Sozialer Rückzug* circa 45% (Elternurteil, Selbsturteil ca. 38%); für eine Komorbidität mit der Skala *Körperliche Beschwerden* findet sich im Selbsturteil eine Rate von circa 39%. Die Komorbiditätsraten mit externalisierenden Syndromen waren etwas niedriger mit durchschnittlich circa 22% (Plück et al., 2000).

Die verschiedenen Befunde sind weitgehend übereinstimmend mit anderen Studien, welche ebenfalls diese Instrumente eingesetzt haben (z.B. Kap. 4.2.1.6) und auch mit anderen, welche Interviews zur Befragung einsetzten. Verhulst und Kollegen haben sowohl die CBCL als auch ein standardisiertes Interview (DISC) eingesetzt und konnten hohe Konvergenzen feststellen; in der genannten Studie beispielsweise haben die weiblichen Jugendlichen höhere Werte auf den internalisierenden Skalen als die Jungen. Im Rahmen von Studien, wie der PAK-Kid, welche nur die CBCL und den YSR zur Grundlage haben, kann jedoch nur von psychischen Auffälligkeiten gesprochen werden. Ausserdem ist eines der grössten Probleme der Achenbachskalen, dass die Ängstlichkeit und Depressivität auf einer Skala zusammengefasst werden. Obwohl angenommen wird, dass sich die Symptome dieser beiden Problembereiche zum Teil überschneiden (vgl. Kap. 2.1), ist es für eine Untersuchung von Prävalenzen und Komorbiditäten (vgl. Kap. 4.4.4) hinderlich. Döpfner und Kollegen (1997) fassen diese Diskussion wie folgt zusammen:

Trotz erheblicher Unterschiede im methodischen Zugang lassen sich somit insgesamt deutliche Übereinstimmungen hinsichtlich der Alters-, Geschlechts- und Beurteilereffekte zwischen epidemiologischen Studien auf der Basis von strukturierten diagnostischen Eltern- und/oder Kinder- und Jugendlicheninterviews einerseits, die Diagnosen auf der Grundlage von operationalisierten Klassifikationssystemen (ICD oder DSM) liefern, und Studien mit ausschliesslich empirisch gewonnenen Skalen andererseits nachweisen. (S.231)

Anhand der Teilstichprobe von 1'030 Kindern im Alter von 4-10 Jahren und einer Klinikstichprobe von 330 Kindern im gleichen Alter wurden neben der Analyse der Häufigkeiten in Abhängigkeit von drei verschiedenen Modellen geprüft und auch das relative Risiko ermittelt (Lehmkuhl et al., 1998).

Bei 10.1% der Jungen findet sich eines der Symptome der Skala *Angst/Depressivität* in ausgeprägter Form (Antwortformat: genau resp. häufig zutreffend); für die Mädchen ist diese Rate mit 4.5% tiefer. Wenn jedoch zwei oder mehrere Symptome vorliegen müssen, ist die Rate insgesamt niedriger, jedoch für Mädchen höher als für Jungen (4.1% vs. 2.4%). Die Angaben zum relativen Risiko zeigen, dass das Risiko für Kinder aus der Klinikstichprobe bei fast allen Items der Skala *Angst/Depressivität* um das Zweifache erhöht ist. Diejenigen Items, für welche dieses Risiko erhöht ist, bilden die Grundlage für die nachfolgenden Analysen (67 von 120 Items). Die Gesamtprävalenzen dieser Stichprobe anhand der verschiedenen Modelle unterscheiden sich sehr stark. Im Diskriminationsmodell (Gesamtprävalenz wird anhand des Items, das die grössten Unterschiede in der Verteilung aufweist, berechnet) sind es 22.8% der Fälle mit zwei auffälligen Items und 15.2% mit mindestens drei Items. Der kriterienbezogene

Ansatz (Items, welche bei Vorhandensein als eindeutig behandlungsbedürftig eingestuft werden) liefert eine Gesamtprävalenz von 13.1%. Der normorientierte Ansatz wiederum bringt eine Gesamtprävalenzrate von 28.3% hervor (Gesamtauffälligkeitswert bei >85. Perzentil oder einzelne Skalen beim 95. Perzentil). Wenn alle Kriterien der Modelle zusammengekommen werden, sind 8.5% der Kinder auffällig. Die weiteren Analysen zeigen, dass die Überschneidung der Einteilung in auffällig und unauffällig nicht sehr hoch ist. Dieser Exkurs in die Methodik der Schätzung von Prävalenzen anhand von drei Modellen zeigt auf, dass die Herangehensweise einen Teil der Erklärung für die Höhe der Prävalenzen ausmacht und mit bedacht werden muss.

4.2.5.6 Kinder- und Jugendgesundheitssurvey (KiGGS)

Der Kinder- und Jugendgesundheitssurvey (KiGGS) ist ein umfangreicher Survey, welcher sich in den Jahren 2003 bis 2006 um die Belange der physischen und psychischen Gesundheit kümmerte und vom Robert Koch-Institut durchgeführt wurde (Hempel et al., 2006; Hölling et al., 2007; Kurth, 2004). In der Gesamtstudie KiGGS wurden Kinder und Jugendlichen von 0-17 Jahren von 167 Studienorten in Deutschland einbezogen. Insgesamt konnten 17'641 Kinder und Jugendliche und deren Eltern erreicht werden. Die verschiedenen Module befassen sich mit den Themen körperliche und psychische Gesundheit, soziales Umfeld und Lebensbedingungen (auch Umwelt-survey), Gesundheitsverhalten, Motorik und Gesundheitsversorgung (Kurth et al., 2002). Zur Erhebung dieser Informationen wurden verschiedene Instrumente eingesetzt (z.B. medizinische Untersuchungen, Fragebogen, Interviews, Laboranalysen). Die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen wurde anhand einer Teilstichprobe von 2'863 Familien mit Kindern und Jugendlichen zwischen 7 und 17 Jahren in der so genannten Bella-Studie (Modul Psychische Gesundheit) ermittelt. Im KiGGS wurden die psychischen Auffälligkeiten der Kinder und Jugendlichen mit Hilfe des SDQs in der Eltern- und Kinderrespektive Jugendlichenversion (Selbsturteil ab 11 Jahren, Goodman, 1999) ermittelt. In der BELLA-Studie wurde dies durch das *Impact-Supplement* erweitert. Dies beinhaltet die Einschätzung der subjektiven Beeinträchtigung durch die angegebenen Auffälligkeiten. Wenn die Eltern von einer psychischen Störung berichten, entsprechende Skalenwerte im SDQ erreicht werden und die Beeinträchtigung vorhanden ist, wurde dies im Sinne von einer *wahrscheinlichen psychischen Auffälligkeit* gewertet. Ein Algorithmus half, diese Einteilung in wahrscheinlich, möglich oder unwahrscheinlich vorzunehmen. Für die Prävalenzbestimmung ist die psychometrische Qualität des SDQ jedoch nicht ausreichend, weshalb zusätzlich spezifische Instrumente eingesetzt wurden. Für die Ängste wurde der SCARED (Essau, Muris, & Ederer, 2002) im Eltern- und Selbsturteil eingesetzt. Auch die CBCL wurde eingesetzt, jedoch vor allem zur Erfassung von externalisierenden Auffälligkeiten. Für die Risiko- und Schutzfaktoren dienten die soziodemographischen Angaben der Familie, (familien-)anamnestische Daten und spezifische Fragen (z.B. Erziehungsstil, soziale Unterstützung, vgl. auch Tab. 20). Und es wurde ausserdem ein Instrument zur differenzierten Einschätzung der Lebensqualität eingesetzt (Hölling et al., 2007).

Bei 21.8% wurden Hinweise auf psychische Auffälligkeiten ermittelt. Davon sind 9.7% sehr wahrscheinlich psychisch auffällig (mit dem Algorithmus), weitere 12.2% berichteten über Hinweise (mögliche psychische Auffälligkeiten, Hölling et al., 2007; Ravens-Sieberer, Wille, Bettge, & Erhart, 2006). Es findet sich ein leichter Anstieg der Wahrscheinlichkeiten mit dem Alter und für Jungen besteht ein etwas erhöhtes Risiko gegenüber den Mädchen. Die Auftretenshäufigkeiten der spezifischen Auffälligkeiten sind am höchsten für die Ängste (10.0%, kein Geschlechtsunterschied, am höchsten für 11- bis 13-Jährige), gefolgt von den Störungen

des Sozialverhaltens (7.6%), den Depressionen (5.4%) und der Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitätsstörung mit 2.2% (Hölling et al., 2007).

Ein niedriger sozioökonomischer Status ist assoziiert mit mehr Auffälligkeiten, wenn die weniger strengen Vorgaben bezüglich Diagnosen genommen werden, bei der strengeren Vorgabe reduzieren sich diese Differenzen im sozialen Gradient. Weiter besteht ein Zusammenhang mit verschiedenen familienbezogenen Risikofaktoren (Odds Ratios), welche in Tabelle 20 zu sehen sind (vgl. Hölling et al., 2007). Die Kumulation von Risikofaktoren (vgl. Kap. 3.1.2) führt zu einem starken Anstieg der Wahrscheinlichkeit, an einer psychischen Störung zu erkranken. Demgegenüber sind soziale, familiäre und personale Ressourcen häufiger bei Kindern vorzufinden, welche keine Auffälligkeiten zeigen (Kurth, 2006; Ravens-Sieberer et al., 2006). Durch diese psychischen Probleme sind die Kinder und Jugendlichen stark in ihrer Lebensqualität beeinträchtigt, was sich auch in der spezifischen Befragung derselben zeigt (Cohens $d=0.74$).

Kinder, welche sich ernst genommen und verstanden fühlen und welche mit der Familie etwas unternehmen, sind deutlich weniger von psychischen Auffälligkeiten betroffen (vgl. Erhart, Hölling, Bettge, Ravens-Sieberer, & Schlack, 2007). Ein weiteres Resultat der Bella-Studie zeigt, dass knapp weniger als die Hälfte der Kinder mit psychischen Problemen sich in Behandlung befindet (Ravens-Sieberer et al., 2006). Dies zeigt erneut, dass mehr Aufklärung und universelle, selektive und indizierte Prävention betrieben werden sollte (vgl. Kap. 5.2).

Tabelle 20: Risikofaktoren für psychische Auffälligkeiten in der Bella-Studie des KiGGS (in Anlehnung an Ravens-Sieberer et al., 2006)

<i>Risikofaktor</i>	<i>Odds-Ratio</i>
Familienkonflikte	4.97***
Psychische Erkrankung der Eltern	2.42***
Konflikte in der Familie	2.81***
Unzufriedenheit in der Partnerschaft	2.75***
Alleinerziehend/Heim	2.09**
Chronische Schwierigkeiten	1.73***

Anmerkungen: *** $p<.001$; ** $p<.01$

Eine Untersuchung bezüglich (potentieller) Risiko- und Schutzfaktoren anhand einer Teilstichprobe des KiGGS an 7'557 Kinder und Jugendlichen im Alter von 11-17 Jahren brachte die folgenden Ergebnisse hervor: Von dieser Gruppe berichten 79.8% über ausreichende personale Ressourcen, bei 8.9% fanden sich Defizite (grenzwertig), und bei 11.2% zeigten sich deutliche Defizite (auffällig). Die Defizite finden sich häufiger bei Mädchen als bei Jungen, jedoch sind keine Unterschiede in den beiden Altersgruppen (11-13 und 14-17 Jahre) zu finden. Bezüglich sozialer Ressourcen können 78.2% auf ein ausreichendes Netz zurückgreifen, 12.0% fühlen sich nicht genug sozial unterstützt und bei 9.7% sind deutliche Defizite vorzufinden. Hierbei sind vor allem die Jungen und die jüngere Altersgruppe betroffen. Der familiäre Zusammenhalt ist bei 79.4% unauffällig, bei 8,9% grenzwertig und bei 11.7% sind deutliche Defizite zu bemerken. In diesem Bereich sind die älteren weiblichen Jugendlichen stärker betroffen. Auch in dieser Teilstichprobe ist der sozioökonomische Status relevant; solche mit niedrigem Status weisen mit 13.8% häufiger Defizite in den personalen Ressourcen auf als jene mit einem höheren Status. Ebenfalls beeinträchtigt in dieser Gruppe sind die soziale Unterstützung (12.7%) und der familiäre Zusammenhalt (13.5%).

Dieser Survey ist eine Querschnittsstudie, was deren Aussagekraft bezüglich der Risiko- und Schutzfaktoren einschränkt, welche nur in einem Längsschnitt wirklich ermittelt werden können (vgl. Kap. 3.1.2). Ausserdem werden anhand des SDQ und einer Einschätzung der Beeinträchtigung und mit Fragebogenverfahren Auffälligkeiten in ihrer Häufigkeit eingeschätzt. Diese Raten können nicht direkt mit Angaben aus Studien verglichen werden, welche ein klinisches (standardisiertes oder strukturiertes) Interview durchgeführt haben. Jedoch gibt die Studie einen breiten und tiefen Einblick in die körperliche und psychische Gesundheit der Deutschen Kinder und Jugendlichen am Anfang des 21. Jahrhunderts und integriert weitere Module, welche alle zusammen einen der umfassendsten Surveys in Europa ausmachen. Nachteilig ist, dass die Studie nur in Deutsch durchgeführt wurde, was die Repräsentativität bezüglich des Migrationshintergrundes mindert.

4.2.5.7 Mannheimer Längsschnittstudien

Die Mannheimer Längsschnittstudien sind zum einen die Mannheimer Kurpfalzstudie (Start der Untersuchung: 1978) und zum anderen die Mannheimer Risikokinderstudie (Start der Untersuchung: 1986). Sie haben ähnliche Fragestellungen und vor allem Ziele und unterscheiden sich hauptsächlich in den untersuchten Altersabschnitten und den Messinstrumenten. Die Stichprobe der Kurpfalzerhebung beinhaltet Kinder vom Geburtsjahrgang 1970 (1'444 Kinder), welche mit 8, 13, 18 und 25 Jahren untersucht und befragt wurden, wobei für die Prävalenzangaben 216 Kindern im Alter von 8 Jahren und 191 Kindern im Alter von 13 Jahren aus der Grundstichprobe herangezogen wurden. Ansonsten basieren die Berechnungen auf einer Anfangsstichprobe von 362 Kindern, welche je nach Fragestellung und Durchführungsjahr variiert (Esser, Ihle, Schmidt, & Blanz, 2000a; Esser & Schmidt, 1987). Die Instrumente, welche in der Kurpfalzstudie eingesetzt wurden, sind das Mannheimer Adoleszenten- und Elterninterview (später die Erwachsenen-Version) und das CIDI als standardisiertes Interview zur Diagnose nach ICD-10 (ab dem Alter von 18 Jahren, davor: ICD-9; es konnten nachträglich alle Syndrome in ICD-10-Diagnosen umgewandelt werden) und DSM-III-R. Zusätzlich wurden Fragebogen und Tests eingesetzt, welche in dieses Interviewsetting integriert wurden (Esser et al., 2000a). Die Mannheimer Risikokinderstudie beginnt bereits bei der Geburt der Kinder (Jahrgang 1986), anschliessend mit 3 Monaten, 2, 4;6, 8 und 11 Jahren und zum Zeitpunkt der Geburt konnten 384 Babys untersucht werden und zum Zeitpunkt mit 11 Jahren konnten noch 94.8% der Basisstichprobe (364 Kinder) respektive deren Familien erreicht werden (Laucht et al., 2000a, 2000b). Die Autoren haben neben der organischen, neurologischen und motorischen Untersuchung, Interviews und Fragebogen eingesetzt: diese erfassen psychosoziale Risiken (u.a. Merkmale der Eltern und Familie), psychische Auffälligkeiten des Kindes (anhand der ICD-10) und die Erziehung und die frühe Mutter-Kind-Beziehung. Letzteres wurde vor allem anhand von Verhaltensbeobachtungen vorgenommen. Die Psychopathologie wurde anhand des Mannheimer Elterninterviews (MEI) erhoben und das Temperament des Kindes durch Verhaltensbeurteilung. Im Vor- und Schulalter wurden zusätzlich die CBCL und der TRF für Lehrer abgegeben und ab dem Alter von 8 Jahren wurden auch die Kinder befragt, sowohl mit dem Mannheimer Kinderinterview (MEIK) als auch mit dem SAIC und dem DIKJ (2000b).

Zuerst werden die Prävalenzangaben, der Verlauf, Komorbidität, Geschlechtsunterschiede und Risiko- und Schutzfaktoren der Mannheimer Kurpfalzstudie dargestellt (Esser et al., 2000a, 2000b; Esser & Schmidt, 1987; Esser et al., 1992; Ihle, Esser, Schmidt, & Blanz, 2000; Ihle et al., 2002). In einem zweiten Teil des vorliegenden Kapitels werden die Daten zur Mannheimer Risikokinderstudie berichtet, welche sich vor allem auf Fragen zur Ätiologie

von psychischen Störungen beziehen, jedoch ebenso den Verlauf und die Häufigkeit der psychischen Auffälligkeiten darstellen (Laucht et al., 2000a, 2000b). Anschliessend wird ein kurzer Vergleich mit der Rostocker Längsschnittstudie (ROLS, Meyer-Probst & Reis, 1999, <http://www.rols.med.uni-rostock.de/>) gezogen, welche wie die Kurpfalzerhebung eine Geburtenkohorte aus dem Jahr 1970 mittlerweile seit 37 Jahren begleitet (294 Kinder, die aktuelle Untersuchung zum Alter von 37 und 38 Jahren läuft noch). Die Untersuchungen zum 25. Lebensjahr konnten von den Autorenteams verglichen werden, da diese die gleichen Jahrgänge untersuchen (vgl. Homepage).

Mannheimer Kurpfalzstudie

Die Prävalenzangaben der Feldstichprobe (216 Kinder) aus dem Jahr 1978 wurden anhand des ICD-9 vorgenommen (Esser & Schmidt, 1987). Mässig kinderpsychiatrisch auffällig (deutliche Symptome mit Beeinträchtigung, Behandlung wünschenswert) waren insgesamt 12.0% (männlich: 13.9%; weiblich: 10.2%) und ausgeprägt auffällig (starke Symptome mit deutlicher Beeinträchtigung, Behandlung nachdrücklich empfohlen) waren 4.2% (m: 8.3%; w: 0.0%). Die Neurose und kindheitsspezifische emotionale Störung war bei den 8-Jährigen mit 6% die häufigste Diagnose (m: 7.4%; w: 4.6%). Einzelne Symptome werden bei Esser und Schmidt (1987) ebenfalls berichtet (1987), wobei Nägelkauen, Geschwisterrivalität und Bauchschmerzen die häufigsten mässigen Symptome waren (>20% der Prävalenzstichprobe). Pathologische Ängste waren bei 19.4% mässig und bei 13.4% stark ausgeprägt. Schulphobisches Verhalten fand sich stark ausgeprägt bei 1.4%, Schuleschwänzen bei 2.8% und Kontaktstörungen bei 1.1%. Zwänge fanden sich erstaunlich oft: mässig bei 4.6% und stark ausgeprägt bei 2.8%.

Von dieser Teilstichprobe konnten 191 mit 13 Jahren erneut befragt werden, was zu folgenden Prävalenzen und Stabilitätswerten führt: Irgendeine psychiatrische Auffälligkeit wurde als mässig bei 11.0% und ausgeprägt bei 5.2% gefunden. Dies auf der Grundlage der Informationen der Eltern ohne das Jugendlicheninterview. Wenn dieses einbezogen wird, ist der Prozentsatz für mässig auffällig höher mit 13.1% und niedriger für starke Auffälligkeiten mit 4.7%. Die Verteilung ist bezüglich der Neurosen und kindheitsspezifischer emotionaler Störungen fast gleich geblieben, stieg für Jungen leicht an und reduzierte sich für die Mädchen (5.8%, m: 8.0%; w: 3.0%). Pathologische Ängste fanden sich mässig ausgeprägt bei 20.3% und stark ausgeprägt bei 6.8% (kein Geschlechtsunterschied). Freiflottierende Ängste waren bei 5.1% der Kinder mässig und bei 1.7% stark ausgeprägt. Die Kontaktstörungen haben deutlich zugenommen und finden sich mässig bei 28.2% der 13-Jährigen und bei 6.2% stark ausgeprägt. Das Schulphobische Verhalten ist für die mässige Ausprägung mit 5.6% und mit 0.6% stark ausgeprägt vertreten. Diagnosenunabhängig machen Neuerkrankte und Stabilitätsauffällige je circa 50% aus; das heisst, die Gesamtprävalenzrate ist zwar ähnlich hoch geblieben, hat sich jedoch bezogen auf die Diagnose und die Zusammensetzung bezüglich chronischen und neuerkrankten Fällen deutlich verschieden verteilt: die externalisierenden Störungen haben zugenommen und die emotionalen, internalisierenden und entwicklungsabhängigen Auffälligkeiten abgenommen. Die neurotischen kindspezifischen Störungen haben eine günstige Prognose, nur ein Sechstel blieb auffällig in der gleichen Kategorie, bei 10% wurde drei Jahre später mit 13 Jahren eine dissoziale Störung festgestellt, weitere 75% wurden unauffällig. Im Alter von 13 Jahren wurde festgestellt, dass die widrigen Familienverhältnisse immer noch Risikofaktoren darstellen, die Teilleistungsschwächen jedoch nur im Zusammenhang mit den familiären Faktoren einen Effekt aufweisen. In diesen Analysen war die Anzahl der kritischen Lebensereignisse ein guter Prädiktor für psychiatrische Auffälligkeiten; ebenfalls einen Vorhersagewert besass die Tatsache, mit 8 Jahren eine psychiatrische Auffälligkeit zu

haben. Für die Neuerkrankungen mit 13 Jahren waren die Teilleistungsschwächen mit 8 Jahren und eine hohe Anzahl von kritischen Lebensereignissen mit 8 und 13 Jahren ausschlaggebend (Esser & Schmidt, 1987).

Die Stabilität bezüglich der Auffälligkeiten zwischen 13 und 18 Jahren war ebenfalls 50% und 25% dieser Kinder wiesen eine Störung von einer Dauer von mindestens 10 Jahren auf (4% aller untersuchten Kinder, Esser et al., 1992). Dies konnte noch bei 181 der ursprünglich 216 Kinder grossen Feldstichprobe untersucht werden. Die ausgeprägten Auffälligkeiten sind bei den 18-Jährigen mit 3.9% und die mässigen Auffälligkeiten mit 12.1% im Altersvergleich am tiefsten. Bei den 8- und 13-Jährigen waren es jeweils circa doppelt so viele Jungen, welche auffällig waren, mit 18 Jahren sind es nun mehr Mädchen als Jungen, wobei der Vergleich weniger deutlich ausfällt (m: 14.8%; w: 17.2%). Bei den emotionalen Störungen sind in dem Alter doppelt so viele weibliche als männliche Jugendliche betroffen (gesamt: 7.2%; m: 5.0%; w: 10.0%). Die Prognose der emotionalen Störungen wird ungünstiger mit dem Alter. Für die Hälfte, welche mit 13 Jahren eine emotionale Störung aufweisen, bleibt diese Diagnose bis zum Alter von 18 Jahren erhalten. Diese Prognose ist signifikant ungünstiger für Mädchen. Zusammengefasst bedeutet dies, dass bei einem Drittel der Kinder einmal eine Störung zwischen dem 9. und 19. Lebensjahr festgestellt werden kann (Esser et al., 1992). Die bei Rutter und Kollegen (1976) gefundenen Prävalenzen aus der Londoner Stichprobe sind höher und jene für die Kinder aus der Isle of Wight Stichprobe sind niedriger als jene der Mannheimer Kurpfalzstichprobe (vgl. Kap. 4.2.4.1.1).

Mit 25 Jahren konnten noch 174 der ursprünglichen Stichprobe befragt werden (Ihle et al., 2000). Die 6-Monats-Prävalenzrate ist mit 18.4% (m: 20.2%; w: 16.7%, n.s.) etwas höher als mit 18 Jahren (16.0%). Introversive Störungen (affektive, neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen) machen 9.2% der Stichprobe aus, wobei die Frauen mit 13.4% deutlich häufiger betroffen sind als die Männer (4.7%). Angststörungen mit 25 Jahren konnten bei 2.3% festgestellt werden (m: 1.2%; w: 3.3%). Die Prävalenzangaben zu den einzelnen Störungsbildern wurden für die Altersbereiche 8- und 13-Jährige neu in ICD-10-Diagnosen umgewandelt. Bei den 8- und auch bei den 13-Jährigen sind es gesamt 4% der Stichprobe, welche eine Angststörung aufweisen (jeweils m: 6.0%; w: 2.2%), bei den 18-Jährigen sind es 5.1% (m: 3.6%; w: 6.6%), das heisst, die Geschlechtsverteilung ändert sich zwischen dem Kindes- und Jugendalter. Ebenfalls wurden Lebenszeitprävalenzen berechnet; für Kinder bis 13 Jahre ist die Rate für Angststörungen 6.9% (m: 9.4%; w: 4.4%), für bis zu 18-Jährige bereits 12.1% (m: 13.1%; w: 11.1%) und für bis zu 25-Jährige erneut etwas höher mit 14.4% (m: 13.1%; w: 15.6%). Auch hier findet ein Wechsel mit dem Alter in der Geschlechtsverteilung zu Ungunsten der Mädchen statt. Die Komorbiditätsrate ist mit 45% ähnlich hoch wie in anderen Studien (bzgl. 18-25 Jahre, vgl. Kap. 4.4.4). Die höchsten Raten ergeben sich für Angststörungen und Substanzmissbrauchsstörungen. Bei 80% der Personen mit einer Angststörung konnte eine zusätzliche Störung gefunden werden, wobei diese hauptsächlich ebenfalls der introversiven Kategorie angehörten. Die Funktionsbeeinträchtigungen in dieser Kategorie bezogen sich vor allem auf Freunde und Beruf.

Der Verlauf der psychischen Störungen zwischen dem Alter von 8 und 25 Jahren wurde an der Gesamtstichprobe von 399 Kindern im Alter von 8 Jahren untersucht (mit 25 Jahren noch 80.5%: 321 Erwachsene). Die Stabilität der psychischen Störungen war jeweils circa 50%, wobei die Rate zwischen 18 und 25 Jahren mit 56% am höchsten war (Esser et al., 2000a). Bei 60.3% konnte bei keinem der Messzeitpunkte eine Störung festgestellt werden, 19.4% waren nur zu einem Messzeitpunkt auffällig, 2.3% waren über 17 Jahre auffällig und 8% waren bei drei der vier Zeitpunkte auffällig. Die Autoren schliessen daraus, dass 10% der Kinder

und Jugendlichen eine chronische psychische Störung aufweisen. Das Rückfallrisiko erhöht sich mit dem Alter in Abhängigkeit vom Ausbruch der Störung. Wenn ein Kind zwischen 8 und 13 Jahren gesundet, ist die Risikowahrscheinlichkeit im Vergleich zu stabil Gesunden nicht erhöht; dies ändert sich jedoch mit dem Alter: im Jugendalter Gesundete hatten ein erhöhtes Risiko, im Erwachsenenalter erneut an einer Störung zu erkranken. Jedoch zeigen Neuerkrankte im Alter von 18 und 25 Jahren eine weniger hohe Stabilität. Die Differenzierung der Verläufe nach Diagnosen konnte aufgrund der relativ kleinen Stichprobe nicht durchgeführt werden (Esser et al., 2000a).

Anhand der gleichen Stichprobe (321) wurden Risikofaktoren prospektiv auf deren Bedeutung hinsichtlich externalisierender und internalisierender Störungen und deren Verläufen untersucht (Ihle et al., 2002). Es wurden 16 verschiedene Risikofaktoren überprüft, wobei diese über die verschiedenen Altersabschnitte verteilt untersucht wurden (z.B. retrospektiv biologische: Schwangerschafts- und Geburtskomplikationen; prospektiv mit 8 und 13 Jahren: widrige familiäre Bedingungen, mit 8-25 Jahren: kritische Lebensereignisse). Daraus wurden Summenwerte (kumulatives Risiko) gebildet, welche mit fünf Verlaufstypen (stabil gesund bis Gruppe, welche zu 3 von 4 Messzeitpunkten eine Störung aufweist) in Beziehung gesetzt wurden. Die multiplen Regressionsanalysen zum Vorhersagewert von Risikofaktoren für die Störungen ergaben deutlichere Ergebnisse für externalisierende Störungen. Die erklärte Varianz für die Vorhersage von externalisierenden Störungen betrug 32.1% und für internalisierende 20.0% bei dimensionaler Betrachtungsweise (kategorial: 17.8% vs. 11.3%). Risikofaktoren, welche vor dem 8. Lebensjahr auftreten, können die internalisierenden Störungen nicht voraussagen (0% Varianz). Jedoch können einzelne Faktoren im Jugendalter und später zwischen dem 18. und 25. Lebensjahr die internalisierenden Störungen vorhersagen (Ihle et al., 2002). In Bezug auf die Verlaufstypen kann ein deutlicher Zusammenhang zwischen dem kumulierten Risiko und dem chronischen Verlauf festgestellt werden. Die Autoren schliessen aus ihren Analysen, dass psychische Störungen stark geschlechtsabhängig sind. Auch die Dunedin Study (vgl. Kap. 4.2.2.1) und die EDSP (vgl. Kap. 4.2.5.10) konnten diesen Zusammenhang mit dem Geschlecht zeigen, obwohl die EDSP höhere Prävalenzraten zeigte (wie auch die Bremer Jugendstudie, vgl. Kap. 4.2.5.4). Die Geschlechtsunterschiede waren in der Kurpfalzstudie bis zum Erwachsenenalter nicht signifikant und haben sich für die internalisierenden Störungen umgedreht, zu Ungunsten der Mädchen respektive der jungen Frauen.

Die Untersuchung ist europaweit einzigartig, da die Prävalenzen und der Verlauf von psychischen Störungen über einen langen Zeitraum prospektiv verfolgt werden konnten. Weitere Stärken der Studie sind die Repräsentativität, geringe Drop-out-Rate und die Durchführung von klinischen Interviews. Weiter konnten sowohl dimensionale als auch kategoriale Diagnosen gestellt werden, was die Erfassung von einer breiten Palette von Risikofaktoren erlaubte und die Umwandlung von ICD-9- zu ICD-10-Diagnosen erleichterte (Ihle et al., 2002). Jedoch ist die Stichprobe relativ klein und auf ein bestimmtes Gebiet in Deutschland beschränkt (Ihle et al., 2000). Die ICD-10 führt ausserdem zu etwas höheren Gesamtprävalenzraten als die DSM-IV, was bei Vergleichen mit anderen Studien beachtet werden muss (vgl. Kap. 4.2.6 & 4.4.7).

Mannheimer Risikokinderstudie

Die zweite prospektive Langzeitstudie aus Mannheim fokussiert vor allem auf entwicklungspsychopathologische Aspekte, die Ermittlung von Risiko- und Schutzfaktoren, welche sich über einen 11-jährigen Verlauf verfolgen lassen, und der Verteilung der Häufigkeit von externalisierenden und internalisierenden Störungen. Die Stichprobe wurde anhand eines zweifaktoriellen Designs eingeteilt. Das heisst, sowohl das organische wie auch das psychosoziale

Risiko wurden abgestuft in schweres, leichtes und kein Risiko. In jeder dieser neun Zellen sind zwischen 36 und 46 Kinder. Somit können eine Hochrisikogruppe (in beiden Risikobereichen schwere Ausprägung) mit beispielsweise jenen Kindern verglichen werden, welche nur in einem Bereich eine hohe Ausprägung oder gar kein Risiko haben. Die grosse Palette an Risikofaktoren, welche in den unterschiedlichen Entwicklungsphasen anhand der verschiedenen Quellen untersucht wurde, ist weiter oben ausschnittsweise angegeben und können bei Laucht und Kollegen (2000b) nachgesehen werden.

Bis zum Alter von 8 Jahren sind die externalisierenden Störungen häufiger, wenn die klinisch relevanten Fälle als Grundlage hergenommen werden (z.B. mit 4;6 Jahren: 14.4% externalisierende Fälle vs. 5% internalisierende Fälle). Im Alter von 2 und 4;6 Jahren stimmt dies auch im Hinblick auf die Fälle mit subklinischen Ausprägungen (z.B. gesamt externalisierend: 30.4% vs. internalisierend: 16.3%); mit 8 Jahren jedoch sind die subklinischen internalisierenden Auffälligkeiten zusammen mit den klinischen Fällen häufiger vertreten als die externalisierenden klinischen und subklinischen Fälle (gesamt: internalisierende: 21.6%, externalisierende: 20.1%). Bei den internalisierenden Auffälligkeiten dominieren die kindlichen Ängste (phobische Ängste mit 4;6 Jahren: 10.0% und mit 8 Jahren: 27.6%; Trennungsängste: 4;6 Jahre: 7.8%; 8 Jahre: 26.3%). Im Kindergartenalter waren auch soziale Ängste deutlich (19.7%) und später mit 8 Jahren die depressiven Auffälligkeiten (16.0%). Der Verlauf von internalisierenden Störungen ist wie in der Kurpfalzstudie bereits dargestellt nicht geradlinig und zeigt viele Wechsel auf. Bei früh im Verlauf festgestellten emotionalen Problemen kann eine Persistenz von 31% berichtet werden und circa die Hälfte derjenigen, welche als 2-Jährige auffällig waren, ist mit 8 Jahren unauffällig. Und bei denen, welche mit 8 Jahren internalisierende Auffälligkeiten verzeichnen, sind nur 20% persistente Fälle, die restlichen sind neu aufgetretene Störungen (inkl. jenen mit Wechsel von externalisierenden zu internalisierenden Störungen: 20.8%). Als Frühindikator für Trennungsangst erwiesen sich folgende Faktoren als relevant: frühe Trennungsängste, Bauchschmerzen und spezielle Auffälligkeiten in der Temperatur bei 2-Jährigen. Es konnten dadurch 71.4% korrekt prognostiziert werden. Die frühe Mutter-Kind-Interaktion zeigte einen signifikanten Haupteffekt für Störungen mit 8 Jahren. Wenn die Mutter wenig lächelte, angespannt und nervös wirkte und freudloser war, hatten die Kinder mit 8 Jahren häufiger internalisierende Auffälligkeiten (signifikante Interaktion). Ebenfalls vermehrt internalisierende Probleme hatten jene Schulkinder, auf welche die Mütter im Säuglingsalter wenig kontingent reagiert haben (Reaktivität der Mutter auf positive Stimmung).

Die organischen Risikofaktoren wirken sich sowohl kurz- als auch mittelfristig aus. Dies lässt sich vor allem auf der Ebene der kognitiven Funktionen nachweisen; als Entwicklungsrückstand im Vorschulalter und als schulische Defizite im Schulalter (10-20% Varianzaufklärung im Alter von 8 Jahren, Laucht et al., 2000b). Die Auswirkungen auf die sozial-emotionale Entwicklung, welche mit 2 Jahren noch gefunden wurden, lassen sich zu späteren Messzeitpunkten nicht mehr nachweisen. Die psychosozialen Risiken haben sowohl auf die kognitiven Funktionen als auch auf die sozial-emotionale Entwicklung eine Auswirkung. Im Alter von 8 Jahren haben diejenigen Kinder, welche eine schwere psychosoziale Belastung vorweisen, höhere Raten an psychischen Auffälligkeiten (41.5%) als Kinder, welche keine Risiken aufweisen. Es gibt einen signifikanten Zusammenhang zwischen der Belastung durch psychosoziale Risikofaktoren und der kognitiven und sozial-emotionalen Entwicklung. Dieser Zusammenhang verstärkt sich für den Fall von multipler Risikobelastung (Hochrisikokinder). Es wurden Haupteffekte, jedoch keine Interaktionen gefunden, das heisst, das Risiko addiert sich auf. Die Wirkung der multiplen Risiken auf die Symptomsumme wird mit dem Alter deutlicher. Dies lässt sich vor allem auf die psychosozialen Risikofaktoren zurückführen. Die organischen Risikofaktoren verlieren ihre Wirkung auf die kognitive und sozial-emotionale Ent-

wicklung mit dem Alter und die psychosozialen Risikofaktoren nehmen an Wirkung zu. Die Prognose eines Entwicklungsergebnisses ist somit abhängig vom untersuchten Bereich der Risikofaktoren, der Funktion als Zielgrösse und dem Zeitpunkt, an welchem die Faktoren erhoben wurden. Die von Laucht und Kollegen (2000b) berichteten Befunde sprechen für die Annahmen der Entwicklungspsychopathologen, dass sich eine Vulnerabilität negativ auf deren sozial-emotionale und kognitive Entwicklung auswirken kann (vgl. Kap. 3.2.1). Auch in dieser Studie fanden sich Kinder, welche trotz hoher Belastungen bereits bei der Geburt und in der frühen Kindheit keine Störungen entwickeln (vgl. resiliente Kinder der Kauai Study, Kap. 4.2.1.8). Das heisst, wie im Modell in Kapitel 3.2.3 müssen für die Analyse individueller Fälle mehrere Ebenen einbezogen werden, um sowohl die Zusammenhänge zu beschreiben als auch eine Prognose abgeben zu können.

Vergleich mit der Rostocker Längsschnittstudie (ROLS)

Durch die zwei Kohorten aus dem Jahre 1970 können im Längsschnitt Vergleiche zwischen Ost- (Rostock) und Westdeutschland (Mannheim) gezogen werden. Die Rostocker sind etwas weniger auffällig als die Mannheimer Kinder mit der Ausnahme der emotionalen Störungen, welche bei jungen Männern aus Rostock häufiger auftreten (Meyer-Probst & Reis, 1999). Im Gegensatz zur Mannheimer Stichprobe spielt in Rostock das Geschlecht keine Rolle. Nicht nur die Prävalenzen sind in Rostock niedriger, auch der Verlauf der Störungen ist günstiger als in Mannheim (Inzidenzen sind etwa gleich hoch). Die Autoren erklären dies durch die staatlichen Fördermassnahmen im Osten und beispielsweise der Unterstützung alleinerziehender Mütter (Puffereffekte).

Weitere Ergebnisse der ROLS werden im Folgenden kurz zusammengefasst (Meyer-Probst & Reis, 1999) und können zum Teil ebenfalls auf der Homepage eingesehen werden (www.rols.med.uni-rostock.de). Bestimmte Risikofaktoren haben ihre Wirkungen nur in Kombination mit anderen gezeigt, weshalb monokausale Auswertungen und Interpretationen nicht legitim sind. Wie in der Studie der Mannheimer Risikokinder sind auch in der ROLS die biologischen Risikofolgen vor allem kurz- und mittelfristiger Natur und nehmen mit dem Alter ab, und die Auswirkungen psychosozialer Risikofaktoren nehmen zu. Die psychosozialen und biologischen Faktoren sind jedoch ebenfalls miteinander verbunden und wirken zusammen. Die günstigen psychosozialen Faktoren haben eine verminderte Wirkung auf den Effekt der biologischen Faktoren, die ungünstigen verstärken diese. Die kognitive Entwicklung hängt direkt von der Anzahl der Risikofaktoren zusammen (Kumulation). Die Analysen der ROLS Daten zeigen, dass es keinen direkten Pfad gibt vom Schulerfolg zur psychischen Gesundheit. Jedoch ist die subjektive Bewertung der Leistung selbstwerterhöhend oder – erniedrigend. Bei einem Schulversagen treten vor allem aggressive Reaktionsmuster auf. Die Selbstbeschreibung von Jugendlichen als nervös und erregbar, emotional verunsichert und aggressiv hängt mit der familiären Bindung und dem Zuspruch zusammen, welchen sie vermittelt bekommen. Die Ängstlichkeit und ein Erleben von Benachteiligung haben einen Zusammenhang mit einer mangelnden sozialen Einbindung im schulischen Kontext. Die Persönlichkeitsentwicklung wird vom Familienklima (Wärme, Ablehnung u.a.) beeinflusst; dieser Einfluss kann schon mit 2 Jahren aufgezeigt werden und hält bis 25 Jahre an. Die Scheidungsfolgen waren in dieser Studie nicht auf die Scheidung per se zurückzuführen, sondern aus den daraus resultierenden Streitigkeiten zwischen den Eltern. Ausserdem ist im Zusammenhang mit negativen Auswirkungen der Zeitpunkt der Scheidung relevant. Wenn ein Kind zwischen 10 und 14 Jahre alt ist, hat dies kurz- und mittelfristige (mit 20 Jahren) Auswirkungen auf das Selbstwertgefühl. Bei späteren Scheidungen (nach dem 14. Lebensjahr) sind keine starken Zusammenhänge mehr auffindbar. Es konnte, ähnlich wie in der Mannheimer Risikokinder-

studie, gezeigt werden, dass Risikokinder mit perinatalen Risiken bis zum Schulalter die Entwicklungsverzögerungen ausgleichen können. Andauernde Einflüsse von sozialen Risiken hingegen haben einen langfristig bedeutsamen Prognosewert.

Meyer-Probst und Reis (1999) schlussfolgern aus ihren Analysen, dass verschiedene Interaktionen von Faktoren im Entwicklungsalter vonstattengehen, die negativen Auswirkungen kompensiert werden können und monokausale Zusammenhänge, welche gradlinig laufen, nicht der Realität entsprechen. Risikofaktoren wirken sich als differenzielle, Ketten bildende, zirkuläre Risikofaktoren auf den Entwicklungsverlauf aus.

4.2.5.8 Gesundheit und Optimismus (GO!)

Im Zusammenhang mit dem primärpräventiven Programm für Jugendliche „Gesundheit und Optimismus“ (GO!, Junge et al., 2002) wurde in den 90er Jahren eine Untersuchung der Verteilung und Häufigkeit von Angststörungen und Depressionen von Mittelschülern und Gymnasiasten in Dresden (Alter: 14-19 Jahre) durchgeführt (Manz et al., 2000). Es wurden ganze Schulen zufällig ausgewählt und dann ganze Klassenstufen einbezogen (Klumpenauswahl). Es konnten insgesamt 627 Gymnasiasten untersucht werden (325 vom Programm und 302 als Kontrollgruppe) und 662 Mittelschüler. Die Stichprobe ist repräsentativ für die 9. und 10. Klassenstufe in Dresden. Die Messinstrumente für die Prävalenzen waren zum einen der YSR, das Beck Angstinventar (BAI, A. T. Beck, Epstein, Brown, & Steer, 1988) und das BDI (Hautzinger et al., 1995). Bei 581 Gymnasiasten wurde das Kinder-DIPS (vgl. Unnewehr et al., 1998) zusätzlich eingesetzt. Das heisst, für einen Teil der Stichprobe können auch Diagnosen nach dem DSM-IV gestellt werden, und ein Vergleich zwischen den Fragebogen und dem strukturierten Interview (vgl. Kap. 2.2) ist möglich. Weiter wurde eine Aufteilung bei den Fragebogen in Klinische Fälle und Risikofälle und beim Kinder-DIPS in Klinische Diagnosen und Subklinische Diagnosen vorgenommen. Das heisst, es wurde im Vorfeld bestimmt, welche Cut-offs oder wie viele Kriterien gelten müssen.

Tabelle 21: Prävalenzraten von verschiedenen Angststörungen, affektiven Störungen und dem Gesamtbereich der psychischen Störungen bei Gymnasiasten in Dresden (modifiziert nach Manz et al., 2000, in Prozent)

DSM-IV-Diagnosen	Klinische Diagnosen		Subklinische Diagnosen	
	<i>Punktprävalenz</i>	<i>Lebenszeitprävalenz</i>	<i>Punktprävalenz</i>	<i>Lebenszeitprävalenz</i>
Alle Angststörungen	14.8 (8.9/18.9)	16.4 (11.0/20.1)	8.1 (4.2/10.8)	10.0 (6.3/12.5)
Trennungsangst	0.3 (-/0.6)	1.4 (0.4/2.0)	0.2 (0.4/-)	0.7 (0.8/0.6)
Soziale Phobie	4.6 (2.1/6.4)	5.0 (2.5/6.7)	2.8 (2.5/2.9)	3.1 (3.0/2.9)
Spezifische Phobie	9.0 (5.9/11.0)	9.6 (7.6/10.8)	3.4 (0.8/ 5.2)	3.6 (1.3/5.2)
GAS	1.4 (0.4/2.0)	1.4 (0.4/2.0)	1.0 (-/1.7)	1.2 (-/1.7)
Alle affektiven Störungen	2.1 (0.4/3.2)	6.2 (3.8/7.8)	0.3 (-/0.6)	2.6 (0.8/3.8)
Alle Störungen	19.5 (12.7/24.1)	23.4 (16.5/28.2)	10.7 (6.4/13.7)	14.7 (10.2/17.7)

Anmerkungen: vor Klammer: gesamt für Jungen und Mädchen und in Klammer: männlich/weiblich; - =keine Fälle; GAS=Generalisierte Angststörung

Aus dem kombinierten Kriterium BAI und BDI sind 6.6% der Jungen sogenannte Klinische Fälle und 22.3% Risikofälle und bei den Mädchen 20.5% Klinische und 32.1% Risikofälle. Im YSR auf der Gesamtskala sind bei den Jungen zwischen 18.2 und 21.2% Risikofälle und bei den Mädchen zwischen 20.7 und 26.6%, für die Klinischen Fälle sind die Raten bei den Jungen zwischen 17.7 und 19.7% und bei den Mädchen 29.3 und 33.2% (der Range ergibt

sich aus den beiden Schultypen und der Kontrollgruppe). Anhand des Kinder-DIPS konnten 19.5% Klinische Diagnosen und 10.7% Subklinische Diagnosen gefunden werden (komorbiditätsbereinigt, bezogen auf die letzten 7 Tage, vgl. Tab. 21). Die Lebenszeitprävalenz war für die Klinischen Diagnosen 23.4% und für die Subklinischen Diagnosen 14.7%. Für die Angststörungen (gesamt) in Bezug auf die letzten sieben Tage waren dies 14.8% für die Mädchen und Jungen zusammen, auf die Lebenszeit berechnet etwas höher mit 16.4%; auch hier wiederum die Raten für die Subklinischen Diagnosen etwas geringer mit 10.7% für die Punkt- und 10.0% für die Lebenszeitprävalenz. Die Mädchen hatten sowohl in der Punkt- und der Lebenszeitprävalenz höhere Raten als auch in Bezug auf die Diagnose (vgl. Tab. 21). Dies gilt auch für die einzelnen Angststörungen mit Ausnahme der Trennungsangst im Bereich der Subklinischen Diagnosen, in welchem die Jungen vermehrt betroffen waren (Vergleich per Augenschein). Auch im Bereich der Affektiven Störungen sind die Mädchen häufiger betroffen, in Bezug auf den Vergleich zu den Angststörungen ist diese Störungskategorie jedoch weniger häufig vertreten (vgl. Tab. 21).

Die Resultate, welche die Fragebogen zur Grundlagen haben, unterscheiden sich nicht zwischen den Schultypen. Daraus schliessen Manz und Kollegen (2000), dass die sozioökonomischen Faktoren keine Unterschiede in der Häufigkeit der Angststörungen ausmachen. Die per Fragebogen ermittelten Prävalenzraten konnten anhand der Gymnasiasten-Stichprobe (Kinder-DISP) bestätigt werden und sind auch vergleichbar mit den Resultaten der Bremer Jugendstudie (Essau et al., 1998, vgl. 4.2.5.4). In der GO!-Studie machen die Einfachen und Sozialen Phobien den überwiegenden Teil der hohen Punkt-Prävalenzrate der Angststörungen aus (13.6%). Diese erklären sich die Autoren dadurch, dass für diese beiden Störungskategorien die Kriterien auch im DSM-IV nicht schwer zu erreichen sind (im Gegensatz zu affektiven Störungen). Diese Jugendlichen und auch jene aus den Kategorien der Risikofälle und der subklinischen Diagnosen müssen so früh als möglich behandelt werden, da dies auch eine gesundheitspolitische Relevanz besitzt (vgl. Kap. 5.2 & 5.4.5).

4.2.5.9 Epidemiologische Studien zu spezifischen Bereichen

Angstsyndrome in Ost- und Westdeutschland

Margraf und Poldrack (2000) berichten anhand einer repräsentativen Stichprobe aus dem Jahre 1994 (alle Altersklassen) über Angstsyndrome in Ost- und Westdeutschland. In Westdeutschland konnten 1'939 und in Ostdeutschland 1'009 standardisierte Interviews durchgeführt werden (2'948 Personen). Ausserdem wurden das Beck Angst-Inventar (BAI) eingesetzt, welches jedoch keine Diagnose nach ICD oder DSM zulässt (vgl. Kap. 2.2 & 2.3). Für die Bestimmung der Prävalenzraten wurde ein Fallkriterium festgelegt (DSM-III-R). Insgesamt konnte eine Punktprävalenzrate (7 Tage) für irgendeine psychische Störung von 8.8% für Gesamtdeutschland festgestellt werden (11.0% für Frauen und 6.4% für Männer, alle Angaben gewichtet). Bei den unter 20-Jährigen und den über 65-Jährigen war die Rate mit 13.5% respektive 13.4% am höchsten. Die 36- bis 45-Jährigen hatten die zweithöchste Rate mit 10.3%, die anderen Altersgruppen lagen alle zwischen 6.0 und 7.0%. Die Verheirateten hatten mit 7.9% die niedrigsten Raten und die Verwitweten die Höchste mit 12.9%, die Geschiedenen und Getrennten hatten ebenfalls eine hohe Prävalenz mit 12.1% und die Ledigen waren im Mittelfeld mit 8.9%. Zwischen Ost- und Westdeutschland gab es zum Teil erhebliche Unterschiede. Die Ostdeutschen hatten eine mehr als doppelt so hohe Rate (16.3%) als die Westdeutschen. Vor allem die ostdeutschen Frauen waren mit einer Rate von 20.3% sehr hoch

(Männer: 11.7%), im Vergleich zu 8.8% bei den westdeutschen Frauen und Männern mit 5.1%. Die Altersgruppe der unter 20-Jährigen war ebenfalls im Vergleich zwischen Ost- und Westdeutschland jene Altersgruppe, die am häufigsten (Ost: 28.5%) oder am zweithäufigsten (West: 9.2%, Altersgruppe über 65 Jahre: 12.3%) betroffen war. Die signifikanten Odds Ratios der einzelnen soziodemographischen Gruppen (bezogen auf Gesamtstichprobe): Ost-West-Vergleich: $OR=2.56$, Geschlecht: $OR=2.46$, Altersgruppe bis 20 Jahre: $OR=2.46$ und über 65 Jahre: $OR=2.43$, Verwitwet: $OR=1.72$, alle, die nicht Vollzeit arbeiten: $OR=2.19-2.88$ (Teilzeit, Azubi, arbeitslos, Rentner), ohne Schulabschluss: $OR=4.10$, in Wohnorten lebend unter 2'000 Einwohner: $OR=3.06$ (Referenzen für OR siehe Margraf & Poldrack, 2000).

Von den Personen, welche im BAI mindestens ein Angstsymptom ankreuzen (48.3%) geben 66.5% an, noch nicht wegen der Angstsymptome in Behandlung gewesen zu sein; 12.5% waren zum Zeitpunkt der Befragung in Behandlung. Bei 81.7% der behandelten Personen war es der Haus- respektive Allgemeinarzt und nur 5.8% wurden von Psychiatern oder Nervenärzten und 2.8% von Psychologen behandelt. Entsprechend werden 89.1% dieser Gruppe medikamentös behandelt, immerhin bei 74.7% fanden auch Beratungsgespräche statt, 9.6% waren in einer Klinik und 16.5% gaben an, eine Psychotherapie erhalten zu haben, wobei die effektivsten Methoden (Verhaltenstherapie) kaum angewandt wurden und somit der Therapieerfolg in der Kategorie Psychotherapie langfristig am schlechtesten abschnitt (vgl. mit Medikamenten und alternativen Behandlungsmethoden). Kurz- und mittelfristig war die Psychotherapie jedoch die effektivste Methode.

Margraf und Poldrack (2000) erklären die Unterschiede zwischen Ost- und Westdeutschland durch die veränderten Lebensbedingungen im Osten. Sie meinen, dass die Menschen aus dem Osten zum Zeitpunkt der Untersuchung bestimmte Bereiche ihres Lebens als weniger kontrollierbar und vorhersagbar empfanden, was zu Angstsymptomen führen kann (vgl. Kap. 3.2.2). Ein überraschendes Ergebnis war, dass Personen aus kleineren Orten auch höhere Prävalenzen hatten und dass Hausfrauen und Arbeitslose im Vergleich zu anderen Personen, welche ebenfalls nicht berufstätig sind, kein erhöhtes Risiko hatten. Die Autoren verweisen darauf, dass unter anderem dadurch gezeigt wird, dass die eindimensionale Betrachtungsweise zu eingeschränkt ist.

Dresdner Kinder-Angst-Studie (DKAS)

In der Dresdner Kinder-Angst-Studie wurden 8-Jährige der zweiten Grundschulklasse (Jahrgänge 1996 und 1997) und deren Eltern und Lehrer befragt (Federer, Schneider, Margraf, & Herrle, 2000a; Federer et al., 2000b). Die Studie hat vor allem die Panikstörung und Agoraphobie im Zusammenhang mit verschiedenen Variablen (z.B. Angstsensitivität) zum Untersuchungsgegenstand, jedoch werden auch Prävalenzangaben von anderen Angststörungen und auch Häufigkeiten subklinischer Ausprägungen berichtet. Es konnten 826 Kinder persönlich befragt werden, und die Eltern und Lehrer (97.5%) füllten Fragebogen aus. Die Kinder wurden mit dem Kinder-Angst-Heft (KAH, speziell für die DKAS entwickelt), welches Angstsituationen als Zeichnungen präsentiert, befragt. Der Elternfragebogen ist zusammengesetzt aus verschiedenen Skalen (z.B. Skalen der CBCL). Bei 230 Kindern wurden aufgrund des Screenings noch Einzeluntersuchungen für die Diagnosestellung durchgeführt. Auf der Grundlage des strukturierten Interviews Kinder-DIPS (Unnewehr et al., 1998) wurden DSM-IV-Diagnosen gestellt. Weiter wurden Instrumente zur Erfassung der Angstsensitivität, kognitive Krankheitskonzepte und Körperbeschwerden vorgelegt (Federer et al., 2000a). Die subklinischen Diagnosen wurden anhand von speziell dafür entwickelten Kriterien (*Fast-Diagnosen*) vergeben (Federer et al., 2000a).

Bei 9.5% der 8-Jährigen (gewichtet) konnte eine klinische Angstdiagnose festgestellt werden, 11.6% waren Mädchen und 7.5% Jungen. Bei 33.6% (39.6% Mädchen, 25.9% Jungen) konnten subklinische Auffälligkeiten diagnostiziert werden. Die häufigste klinische Angstdiagnose und auch subklinische Auffälligkeit war die Spezifische Phobie (5.2% resp. 27.4%), gefolgt von der Trennungsangst (2.8% resp. 11.1%). Die Generalisierte Angststörung war in beiden Kategorien mit 1.4% vertreten. Die Soziale Phobie war vor allem subklinisch häufig mit 9.4% (klinische Diagnose: 0.4%). Die Agoraphobie war nur subklinisch mit 8.5% vertreten (kein klinischer Fall). Es gab keine Vergabe einer Panikstörung, obwohl Panikattacken erlebt wurden, beispielsweise in spezifischen Situationen (21.4%) und eine Spezifische Phobie in Bezug auf agoraphobische Situationen konnte bei 2.5% der Kinder beobachtet werden (keine klinischen Diagnosen einer Agoraphobie, Federer et al., 2000a). Die Situationen, welche am häufigsten mit einem Panikanfall (klinische und nicht-klinisch) assoziiert waren, waren Tiere, Trennungssituationen, Dunkelheit, Traum und Geister (Federer et al., 2000b).

Dadurch, dass die subklinischen Kriterien leicht erfüllt waren, ist die Prävalenz von Kindern, welche Angstsymptome erleben, mit 42.1% recht hoch. Zusätzlich muss beachtet werden, dass im Alter von 8 Jahren die Kinder häufig Ängste erleben (vgl. Kap. 2.1), jedoch sind die genannten Situationen, in welchen Panikanfälle erlebt werden, nicht mehr typisch für diese Altersgruppe (vgl. Tab. 1).

4.2.5.10 Early Developmental Stages of Psychopathology (EDSP)

Die Early Developmental Stages of Psychopathology (EDSP) Studie ist Teil der IPCE-Studie (vgl. Kap. 4.1.2.2) und basiert auf einem prospektiv-longitudinalen Design. Sie wurde in den Jahren 1994 bis 1998 durchgeführt (Register aus 1994, Baseline 1995) und hat zwei Follow-up-Messzeitpunkte. Das Hauptinstrument ist das standardisierte Interviewverfahren M-CIDI (Münchener CIDI), welches eine Adaptation des WMH-CIDI (vgl. Kap. 4.2.1.1) darstellt und auf den DSM-IV-Kriterien beruht (Lieb, Pfister, Mastaler, & Wittchen, 2000; Lieb, Wittchen et al., 2000; Wittchen, Lieb et al., 2000). Die Stichprobe zum ersten Messzeitpunkt bestand aus 3'021 Jugendlichen und jungen Erwachsenen im Alter von 14-24 Jahren. Einige der im Folgenden vorgestellten Resultate basieren auf einer Teilstichprobe aus 1'877 Jugendlichen im Alter von 14-17 Jahren, wobei zum Zeitpunkt des ersten Follow-ups (19 Monate später) eine Stichprobe von 1'228 Jugendlichen zur Verfügung stand, und in der Untersuchung bezüglich den sozialen respektive familiären Faktoren waren es 1'047 Jugendliche und deren Eltern. Die Prävalenzangaben für die Lebenszeit- und die 1-Jahres-Prävalenzen finden sich auch in Tabelle 22 des Kapitels 4.2.6.

Aus der Teilstichprobe der jungen Erwachsenen (1'626) im Alter von 18 bis 25 Jahren wurden die Lebenszeit-, 12-Monats- und 1-Monats-Prävalenzen berechnet (vgl. Tab. 13 in Kap. 4.1.2.2). Für diesen Altersabschnitt lag die Wahrscheinlichkeit, einmal im Leben an irgendeiner psychischen Störung zu erkranken, bei 38.4% (Andrade et al., 2000). Für die Angststörungen war sie mit 9.8% eher im unteren Bereich (vgl. Tab. 13 & 22). Die 12-Monats-Prävalenz lag bei 24.4% für irgendeine Störung und für Angststörungen bei 7.1% und die 1-Monats-Prävalenz war mit 10.9% für irgendeine Störung und mit 2.7% für Angststörungen sehr tief (Andrade et al., 2000). Die Altersgruppe der Jugendlichen (14-17 Jahre, Wittchen, Lieb et al., 2000) zeigt eine Lebenszeitprävalenz zum Zeitpunkt Baseline von 33.3% für irgendeine Störung (irgendeine Angststörung: 21.3%), wovon ein Grossteil (24.0%; irgendeine Angststörung: 14.5%) die Kriterien in den letzten 12 Monaten erfüllte (12-Monats-Prävalenz zum Baselinezeitpunkt, T0, Stabilität 72% für irgendeine Störung und 68% für irgendeine Angststörung). Zum ersten Follow-up-Zeitpunkt (T1) war die 12-Monats-Prävalenz für ir-

gendeine Störung auf 31.4% (irgendeine Angststörung: 10.4%) angestiegen und die Inzidenzrate betrug 25.2% (Angststörungen: 8.0%), wobei die Follow-up-Stabilität etwas kleiner ist (63%, Angststörungen: 38%). Die Erklärung von Wittchen, Lieb und Kollegen (2000) für das Resultat bezüglich der Angststörungen (Rückgang Rate der 12-Monats-Prävalenz von Zeitpunkt T0 zu T1 und geringe Stabilität, v.a. zum Zeitpunkt T1) ist im Zusammenhang mit dem Zeitpunkt des Ausbruchs der Angststörungen zu sehen. Das durchschnittliche Alter zum Zeitpunkt des Ausbruchs liegt im Kindes- respektive frühen Jugendalter (vgl. Kap. 4.4.2) und bringt deshalb weniger Neuerkrankungen zum Zeitpunkt T1 mit sich. Die kumulierte Lebenszeitinzidenz für irgendeine Störung beträgt 50.1% und für irgendeine Angststörung 27.7% (19 Monate).

Die Verlaufsanalysen (bedingte Wahrscheinlichkeiten) ergaben, dass 53.2% der Jugendlichen ohne Symptome zum Zeitpunkt T0 auch noch zum Follow-up-Zeitpunkt keine Symptome aufwiesen, 19.0% haben zu einem Zustand mit einigen Symptomen (symptomatic) gewechselt, 17.3% zu unter-schwellig (subthreshold) und 10.5% haben die Kriterien für eine Diagnose erfüllt (threshold). Ein Teil jener, welche zum Zeitpunkt T0 ein paar Symptome für eine Störung aufwiesen, konnten sich erholen und zeigen keine Symptome mehr (35%), 26.6% blieben in derselben Kategorie, 24.7% verschlimmerten sich in die Kategorie der Unterschwelligen. Und bei 13.7% konnte eine DSM-IV-Diagnose festgestellt werden. Von den Jugendlichen mit unterschwelligen Symptomen waren zum Zeitpunkt T1 25.6% in die Kategorie mit dem vollen Störungsbild gewechselt, 26.3% blieben in der gleichen Kategorie, 20.8% schafften es in die Kategorie mit weniger Symptomen und 27.3% erreichten es, keine Symptome mehr zu zeigen. Die zweitstabilste Kategorie ist jene mit einer DSM-IV-Diagnose (35.7%); 26.2% rutschten in die unterschwellige Kategorie, 21.4% hatten nur noch wenige Symptome und 16.7% sogar keine mehr. Bei den Angststörungen waren 19.7% stabile DSM-IV-Störungen und die Wechsel in eine höhere Kategorie (z.B. von symptomatisch in unterschwellig) war nicht so häufig wie bei den Depressionen. Jedoch konnte festgestellt werden, dass beim Vorhandensein einer unterschwelligen und DSM-IV-Diagnose das Risiko für eine Depression zum Follow-up-Zeitpunkt steigt (15.2% resp. 13.5%). Trotz der weniger eindeutigen Ergebnisse der Angststörungen steigt die geschätzte Wahrscheinlichkeit für Störungen zum Follow-up-Zeitpunkt in der Funktion des Baseline-Zustandes: je mehr Symptome zum Ausgangszeitpunkt vorhanden waren, um so wahrscheinlicher ist ein Eintreten in die Diagnosekategorie (Wittchen, Lieb et al., 2000). Jugendliche, welche keine oder nur wenig Symptome einer Angststörung zum Zeitpunkt T0 aufwiesen, haben auch ein geringes Risiko, 19 Monate später an einer anderen Störung zu erkranken. Panikstörung und Spezifische Phobien waren die stabilsten Angststörungen und die Agoraphobie und die Soziale Phobie waren wenig stabil. Von den Jugendlichen, welche komplett remittiert waren (Depressive Symptome zu T0), haben 70.7% keine andere Diagnose erfüllt, 10.4% hatten zum Zeitpunkt T1 jedoch eine Angststörung entwickelt und 16.4% eine andere Störung (v.a. somatoforme Störungen) und bei 2.6% wurden sogar multiple Diagnosen gestellt. Wenn ein Jugendlicher zum Zeitpunkt T0 eine Angststörung hatte und zum Zeitpunkt T1 keine Symptome einer Angststörung mehr aufweist, dann ist sein Risiko, dass er auch keine andere Störung hat bei 87.3%, dass er eine reine Depression hat bei 6.0%, eine andere reine Störung bei 5.8% und dass er eine komorbide Störung von Depression und einer oder mehreren anderen Störungen hat bei 0.9%.

Die Analysen basieren auf den Aussagen der Jugendlichen, welche vor allem in Bezug auf die retrospektiven Angaben verzerrt sein können. Der Altersbereich ist auf einen relativen engen Abschnitt begrenzt, weshalb keine Generalisierungen möglich sind, ausserdem basieren die Analysen auf einem eher oberflächlichen Informationsgehalt. Weiter wurden auch keine Einflüsse von komorbiden Störungen und des Geschlechts zum Baselinezeitpunkt vorgenommen. Trotzdem können einige Hauptaussagen getroffen werden: Es waren nur circa 15% der unter-

suchten Stichprobe während beiden Zeitpunkten frei von jeglichen klinischen Symptomen. Die Wahrscheinlichkeit, frei von Symptomen zu bleiben, lag bei 53.2%, und frei von einer Störung bei 89.5%. Die Fluktuationen des diagnostischen Status, der Schwere der Störung in Bezug auf die Remissionsraten und den Wechsel von einer Störungskategorie in eine andere waren sehr hoch. Dies wurde schon von Vollrath und Angst (1989) in der Zurich Study festgestellt (vgl. Kap. 4.3.8). Angststörungen waren nicht stabiler als Depressive Störungen, was die Autoren überrascht (Wittchen, Lieb et al., 2000). Sie führen dies auf den hohen Anteil der Spezifischen Phobien und den Phobien NNB zurück, welche anscheinend in diesem Alter noch einen natürlichen Verlauf, inklusive einer Remission, aufweisen (vgl. Kap. 2.1 & 3.2.1). Die als schwerere Störungsbilder angesehene Panikstörung und Generalisierte Angststörung waren ganz im Sinne dieser Hypothese auch stabiler und weniger günstig im Verlauf. Die Analyse der Wechsel ergab, dass oft von einer Störungskategorie zu einer anderen gewechselt wird, vor allem zwischen den Angst- und Depressiven Störungen. Die Remission einer dieser beiden Störungen bedeutet für einen Drittel der Stichprobe nicht, dass eine komplette Remission stattgefunden hat. Die Autoren bemerken, dass es wichtig ist, die Gruppe der Angststörungen nicht als homogene Gruppe zu betrachten, da die Merkmale zu unterschiedlich sind und auch die Verläufe sich nicht entsprechen (vgl. Kap. 4.4.2).

4.2.5.11 Bundesgesundheitsurvey 1998 (BGS98), Mental Health Supplement to German National Health Interview and Examination Survey (GHS-MHS)

Das Mental Health Supplement to German National Health Interview and Examination Survey (GHS-MHS) zu Deutsch das Zusatzsurvey über psychische Störungen des Bundes-Gesundheitssurveys aus dem Jahr 1998 (BGS98) ist Teil des ICPE-Consortiums (vgl. Kap. 4.1.2.2, Abb. 34). Es ist die erste Studie in ganz Deutschland, welche sowohl psychische als auch physische Störungen in der gleichen Stichprobe erhoben hat.

Die repräsentative Stichprobenbasis zählt 4'181 Erwachsene zwischen 18 und 65 Jahren, eine Teilstichprobe von 18- bis 54-Jährigen von 3'219 wurde für die ICPE-Analysen gezogen (vgl. Abb. 34, Tab. 19). In einem Zwei-Stufen-Verfahren (Screening und Interview) wurde die Teilstichprobe des Gesamtdatensatzes des BSG98 mit dem Münchner Composite International Diagnostic Interview (DIA-X-M-CIDI, vgl. Kap. 4.2.5.10) untersucht (Ausschöpfungsrate: 87.6%), eine Version des CIDI (vgl. Kap. 4.1.2.1) mit der DSM-IV-Grundlage (F. Jacobi et al., 2002; Wittchen & Jacobi, 2002).

Auf der Grundlage der Stichprobe des Zusatzsurveys (4'181) konnte eine 12-Monats-Prävalenz von 31.1% für irgendeine Störung berechnet werden (15.1 Millionen Deutsche im Jahr 1998); 25.3% bei den Männern und 37.0% bei den Frauen (F. Jacobi, Klose, & Wittchen, 2004). Gesamt hatten 14.5% irgendeine Angststörung (inkl. Zwangsstörung, ohne Belastungsstörungen), was 7 Millionen Deutsche betrifft; die Frauen hatten eine mehr als doppelt so hohe Rate (19.8% zu 9.2%). Bei den Angststörungen waren die Phobien mit 7.6%, Soziale Phobie mit 2.0%, die Generalisierte Angststörung mit 1.5% und die Panikstörung und die Agoraphobie mit 4.3% dabei. Die Verteilung in den Alterskohorten war ziemlich stabil, auch wenn bei den Männern eher eine Zunahme mit dem Alter stattfand (vor allem für die 35- bis 49-Jährigen, sowohl für irgendeine psychische als auch für irgendeine Angststörung). Für die Frauen blieben die Raten bei den Angststörungen auf dem gleichen Niveau, bei den psychischen Störungen (gesamt) gibt es eine U-Verteilung (höhere Raten für die 18- bis 34- und für die 50- bis 65-Jährigen). Bei 52% aller Untersuchten war es eine reine Störung und bei 48% konnte mehr als eine Störung festgestellt werden, wobei die Frauen grundsätzlich höhere Raten zeigen, mit Ausnahme der Suchterkrankungen.

Die Behandlungsquoten für das Jahr 1998 in Deutschland sind bei irgendeiner psychischen Störung mit 36.4% niedrig, da zusätzlich jener Anteil mit einer adäquaten Therapie von Wittchen und Jacobi (2002) auf 10% geschätzt wird. Für die Angststörungen (inkl. Zwangsstörungen) konnte eine Behandlungsquote von 43.6% gefunden werden, die höchsten innerhalb der Kategorie für die Panikstörung und die Generalisierte Angststörung mit zusammen 67.4%, für Phobische Störungen waren es nur noch 41.8%. Der Vergleich von drei Gruppen bezüglich der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen zeigt, dass die Personen, welche nie eine psychische Störung hatten, die tiefsten Werte haben, gefolgt von Personen, welche früher eine oder mehrere Störungen hatten, jedoch remittiert sind, und die grösste Rate zeigten die Personen mit einer aktuellen psychischen Störung (für die letzten 12 Monate). Bei der gesamten Gruppe der Auffälligen konnten auch Einschränkungen in der Arbeitsproduktivität erkannt werden, was auf eine Notwendigkeit zur frühen Behandlung hinweist. Wie an anderer Stelle gezeigt wird (vgl. Kap. 5.3), würde ein ökonomisches Vorgehen die Prävention von psychischen Störungen bereits im Kindes- und Jugendalter sein (F. Jacobi, Wittchen et al., 2004; Wittchen & Jacobi, 2002).

Die Lebenszeitprävalenz für irgendeine Störung macht 42.6% aus, was international vergleichbar ist (48.9% für Frauen, 36.8% für Männer, F. Jacobi, Wittchen et al., 2004, vgl. Kap. 4.1.2.2). Bei der Panikstörung wurde eine Lebenszeitprävalenz von 3.9% ermittelt. Wittchen und Jacobi (2004) meinen, dass durch die vorliegende Altersspanne davon ausgegangen werden kann, dass die Lebenszeitprävalenz ähnlich geartet ist wie die ermittelte 12-Monats-Prävalenz (aufgrund methodischer Probleme konnten ausser bei der Panikstörung keine Lebenszeitprävalenzen errechnet werden). Sie fanden bei circa einem Drittel der Angstpatienten, dass diese unter einer weiteren Angststörung litten, und bei fast der Hälfte der Betroffenen wurde entweder eine affektive Störung, eine Suchtstörung oder eine somatoforme Störung gefunden (vgl. Kap. 4.4.4). Die Punktprävalenz (4 Wochen Zeitspanne) konnte auf 19.8% für irgendeine affektive, somatoforme oder Angststörung und 9% für die Angststörungen (Frauen: 12.7%, Männer: 5.25%, $OR=2.64$, F. Jacobi, Wittchen et al., 2004) respektive 17.2% für irgendeine Störung (inkl. Psychotische, Ess- und andere Suchtstörungen, Wittchen, Müller, Pfister, Winter, & Schmidtkunz, 1999) berechnet werden.

Für alle Störungsbilder zusammen konnte ein Median-Alter vom Onset der Störung von 20 Jahren für die Lebenszeit geschätzt werden; über 75% beginnen vor dem 30. Lebensjahr (F. Jacobi, Wittchen et al., 2004). Für die Angststörungen kann bei den Spezifischen und Sozialen Phobien, der Agoraphobie und der Angststörung NNB ein Alter unter 30 festgestellt werden, die Panikstörung und die Generalisierte Angststörung haben einen mittleren Beginn nach dem 30. Lebensjahr (Wittchen & Jacobi, 2004).

Für irgendeine psychische Störung werden folgende Korrelate berichtet: Weiblich (Ausnahme Suchtstörung), nicht verheiratet sein, tiefer sozialer Status, schlechter somatischer Gesundheitszustand. Für die Angststörungen konnten zusätzlich die Korrelate geschieden, getrennt oder verwitwet, pensioniert, Arbeitslosigkeit und mittlere soziale Schicht gefunden werden. Hingegen gab es keine Alterseffekte (F. Jacobi, Wittchen et al., 2004).

Die Ergebnisse der Vergleichsländer, deren Interpretation und die Grenzen der Studien können in Kapitel 4.1.2.2 nachgelesen werden, da diese auf alle ICPE-Studien zutrifft. Die Daten zum Störungsbeginn respektive Erstauftreten wurden retrospektiv erhoben, weshalb gewisse Einschränkungen in der Interpretierbarkeit anzunehmen sind.

4.2.5.12 The European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD)

Die ESEMeD ist Teil der WHO-WMH, welche in Kapitel 4.1.2.1 beschrieben wurde (Abb. 33). Die ESEMeD wiederum wurde in sechs europäischen Ländern in den Jahren 2001-2003 durchgeführt (Belgien, Frankreich, Deutschland, Italien, Niederlande, Spanien). Aus den insgesamt 21'425 Personen der ESEMeD waren 3'555 aus Deutschland mit einer Rücklaufquote von 57.8% im unteren Mittelfeld (> 18 Jahre, Alonso et al., 2004).

In der Gesamtstudie (ESEMeD) konnte eine Lebenszeitprävalenz für irgendeine Störung von 25.0% berechnet werden, wobei die Frauen mit 28.1% höher lagen als die Männer mit 21.6%. Die 12-Monats-Prävalenzrate (Periodenprävalenz) lag bei 9.6% (irgendeine Störung, Frauen: 12.0%, Männer: 7.1%). Die Angststörungen gehören sowohl in der Lebenszeitprävalenz mit 13.6% (Frauen: 17.5%, Männer: 9.5%) als auch in der Periodenprävalenz mit 6.4% (Frauen: 8.7%, Männer: 3.8%) zu den häufigsten Störungen. Im Lebenszeitprävalenz-Vergleich waren die affektiven Störungen mit 14% höher, jedoch nicht in der Periodenprävalenz (4.2% für affektive Störungen). Die Spezifische Phobie ist die häufigste Angststörung mit 7.7% für die Lebenszeit (LZ, Frauen: 10.3%, Männer: 4.9%) und 3.5% Periodenprävalenz (PP, Frauen: 5%, Männer: 1.9%). Die Soziale Phobie (LZ: 2.4%, PP: 1.2%) und die Generalisierte Angststörung (LZ: 2.8%, PP: 1.0) waren vergleichsweise weniger häufig.

Frauen waren in den Angst- und affektiven Störungsbildern fast doppelt so häufig betroffen und die jüngere Altersgruppe (18-24 Jahre) hatte signifikant höhere Raten. Nicht verheiratete Personen waren öfter von einer Störung betroffen und auch jene, welche schon einmal verheiratet waren, waren im Vergleich zu verheirateten Personen häufiger betroffen. Arbeitslose Personen waren ebenfalls häufiger betroffen, im Besondern hatten sie ein höheres Risiko für affektive und Alkoholstörungen. Eine höhere Ausbildung war mit tieferen Raten von affektiven Störungen verbunden, jedoch waren in dieser Gruppe die Alkoholstörungen stärker vertreten.

Wenn die repräsentative Population der sechs Länder auf 212'000'000 Personen geschätzt wird, dann machen die Prävalenzraten folgende absolute Zahlen aus: im Jahr vor der Erhebung (12-Monats-Prävalenz) hatten mehr als 12 Millionen Personen unter einer Angststörung zu leiden. Auf die Lebenszeit umgerechnet macht dies 26 Millionen Bürger (Alonso et al., 2004).

4.2.5.13 Munich Follow-up Study (MFS)

Die Munich Follow-up Study (Wittchen et al., 1992), eine prospektive sieben-Jahres-Langzeitstudie, wurde in den 80er Jahren durchgeführt. Es haben 483 erwachsene Personen im Alter von 18-55 Jahren an der Studie teilgenommen. Das Diagnostic Interview Schedule (DIS; DSM-III) war Erhebungsinstrument.

Die Angststörungen waren die häufigsten Störungen mit einer Lebenszeitprävalenz von 13.9%, gefolgt von den Substanzstörungen (13.5%) und den affektiven Störungen mit 12.9%. Mit 8.0% waren die Spezifische und Soziale Phobie am häufigsten, gefolgt von der Agoraphobie (5.5%), der Panikstörung (2.4%) und den Zwangsstörungen (2.3%). Die 6-Monats-Prävalenzen für die Angststörungen beliefen sich auf 8.1%, wiederum mit den Phobien am höchsten vertreten (4.1%) gefolgt von den Agoraphobien (3.6%) und der Generalisierten Angststörung (1.8%). Auch bei der Punktprävalenz (alle Angststörungen: 7.2%) waren die Phobien die häufigsten mit 3.7%, und die Agoraphobie war wiederum die zweithäufigste

(2.9%). Die Panikstörung hatte noch eine Auftretenshäufigkeit von 1.0%. Die Frauen hatten ein doppelt so hohes Risiko, eine Angststörung zu entwickeln (18.1% vs. 9.1%). Bei 69% der Stichprobe mit einer Diagnose konnten mindestens zwei Störungen festgestellt werden, wobei die häufigste Komorbidität zwischen Angst- und affektiven Störungen gefunden wurde. Die Einfache und Soziale Phobie begann bei den meisten in der Kindheit oder in der frühen Adoleszenz und die Agoraphobie und Panikstörung hatten einen eher späteren Störungsbeginn. Bei einem Grossteil der komorbiden Fälle von Angst- und depressiven Störungen war die Depression im Verlauf klar nach der Angststörung angesiedelt (Wittchen et al., 1992, vgl. Kap. 4.4.4).

Es fanden sich sehr niedrige spontane Remissionsraten für Angststörungen (>20%). Meistens war der Verlauf mild-persistent, das heisst, es gab auch Phasen ohne Symptome. Bei Panikstörungen (51%) und bei Zwangsstörungen (39%) konnte jedoch auch eine progressive Verschlechterung festgestellt werden.

Die Ergebnisse sind nicht direkt mit jenen der neueren Studien vergleichbar, weil die Diagnosen anhand der DSM-III-Kriterien vergeben wurden (vgl. Kap. 2.2). Jedoch basieren die Diagnosen auf einem standardisierten Interview, welches auch in der ECA (vgl. Kap. 4.2.1.11) verwendet wurde. Eingeschränkte Vergleiche sind also möglich, obwohl zusätzlich die Stichprobengrösse sehr gering ist und nur auf die Münchner Bevölkerung bezogen, was die Generalisierbarkeit enorm einschränkt.

4.2.5.14 Zusammenfassung der Deutschen Studien im Bereich Epidemiologie

Im Schwerpunktbericht der Gesundheitsberichterstattung des Bundes (D) – Gesundheit von Kindern und Jugendlichen (Schubert, Horch, Kahl, Meyer, & Reiter, 2004; vgl. Wittchen & Perkonig, 1996) wird neben der allgemeinen gesundheitlichen Lage auch über psychiatrische beziehungsweise psychische Symptome berichtet. Die Diskussion schliesst auch ein, dass keine Vergleiche zu den Häufigkeiten von vor 10-20 Jahren möglich sind, da sich die Methoden der Datenerhebung und –auswertung verändert haben, ebenso die Klassifikationssysteme und Erhebungsmethoden. Ausserdem diskutieren die Autoren, dass erschwerend hinzukommt, dass bei Kindern und auch bei Jugendlichen Entwicklungsaufgaben und andere Bedingungen einbezogen werden müssen (Effekte der Entwicklung, vgl. Kap. 3.1.1). Der Schwerpunktbericht involviert die folgenden Studien: Bielefelder Jugendgesundheitssurvey von Kolip, Hurlmann & Schnabel (1995, Kap. 4.2.5.3), den Deutschen Teil der WHO-Studie (z.B. Currie et al., 2000, Kap. 4.2.5.2), die PAK-Kid-Studie von Döpfner und Kollegen (1997, Kap. 4.2.5.5), die Bremer Jugendstudie (Essau et al., 1998, Kap. 4.2.5.4) und die EDSP-Studie (Lieb, Pfister et al., 2000, Kap. 4.2.5.10) als Teil der weltweit angelegten ICPE Studien (vgl. Abb. 34 und Tab. 13, Kap. 4.1.2.2).

Schubert und Kollegen (2004) folgern aus ihren Analysen der Prävalenzdaten, dass die Lebenszeitprävalenzen deutlich höher sind als die Punkt- beziehungsweise Periodenprävalenzen. Fast ein Drittel der Jugendlichen (14- bis 17-Jährige) zeigt einmal im Entwicklungsverlauf deutliche Zeichen einer psychischen Störung. Der Verlauf variiert in Bezug auf die Kategorie der Störungen. Die Autoren fassen zusammen, dass beispielsweise die Ängste, dissoziale Verhaltensweisen und Aggressivität chronisch sind, in dem Sinne, dass sie – einmal festgestellt – auch später wieder beobachtet werden können. Bei anderen Störungen kann man davon ausgehen, dass sie zwar im Kindesalter noch gehäuft feststellbar sind, im Jugendalter jedoch in der Häufigkeit zurückgehen (z.B. Enuresis, Sprachstörungen, Hyperaktivität). Die

dritte Gruppe beinhaltet Störungen, welche meist erst im Jugendalter auftreten, wie zum Beispiel die Depression, Zwangssyndrome, Psychosen, Anorexia Nervosa.

Die Lebenszeitprävalenz für Angststörungen in der BJS (vgl. Kap. 4.2.5.4) anhand vom DSM-IV bei Jugendlichen im Alter von 12-17 Jahren beträgt 18.6%, wobei 11.9% den NNB zugesprochen werden müssen. In der Mannheimer Kurpfalzstudie (vgl. Kap. 4.2.5.7) nehmen die Lebenszeitprävalenzen mit dem Alter zu (mit 13 Jahren: 6.9% und mit 25 Jahren: 14.4%), die Periodenprävalenz (6 Monate) blieb ähnlich hoch bis auf die Altersgruppe von 25, in welcher die Rate auf die Hälfte verkleinert ist. In der EDSP Studie (vgl. 4.2.5.10) jedoch haben die 14- bis 24-Jährigen eine niedrigere Lebenszeitprävalenz (14.4%) als die jüngeren 14- bis 17-Jährigen (21.3%). Die 1-Jahres-Prävalenzraten der EDSP Studie und der BJS liegen nahe beieinander (14.5% vs. 11.3%). Sie untersuchen jedoch auch den gleichen Altersbereich anhand der gleichen DSM-Version. Die Lebenszeitprävalenz des GO!-Projekts mit 16.4% (vgl. Kap. 4.2.5.8) ist ähnlich hoch wie die der BJS und der EDSP; sie hat jedoch ebenfalls eine hohe Punktprävalenz mit 14.8% (vgl. Tab. 22). Bei den Deutschen Studien kann nicht, wie in Kapitel 4.2.1.12 zu den USA berichtet, von einer Zunahme im Erwachsenenalter gesprochen werden. Die Lebenszeitprävalenzraten der Erwachsenen in Deutschland liegen jedoch im Bereich der internationalen Resultate; zum Beispiel in der Münchner Follow-up-Studie (13.9%, vgl. Kap. 4.2.5.13) und in der ESEMeD (13.6%, vgl. Kap. 4.2.5.12).

Eine *Persistenz* der Angststörungen in der BJS war bei 22.6% der Jugendlichen gegeben, es gab jedoch auch Jugendliche, welche im *Verlauf* eine andere Störung entwickelt haben (z.B. 17.7% eine Depression, 24.4% eine Somatoforme Störung, 6.5% Suchtstörung). In der Mannheimer Kurpfalzstudie war eine Stabilität für alle Störungen über alle Vergleiche von 8-25 Jahren mit 50% gegeben, wobei Wechsel zwischen Störungskategorien ebenfalls sehr häufig waren; die Stabilität nimmt mit dem Alter zu, wobei jene, welche neu erkranken, eine weniger hohe Stabilität aufweisen als jene, die die Störung aus dem Jugendalter mitbringen. Die Autoren der Mannheimer Kurpfalzerhebung schliessen aus ihren Analysen, dass circa 10% der Störungen von Kindern und Jugendlichen chronisch sind (Esser et al., 2000a). Leider konnten diese Verlaufsanalysen nicht für separate Störungskategorien analysiert werden, da die Stichprobe dafür zu klein war. In der Mannheimer Risikokinderstudie wiederum, welche eine jüngere Kohorte untersuchte, konnte für internalisierende Auffälligkeiten eine Persistenz von 31% berichtet werden, früh einsetzende Auffälligkeiten sind sechs Jahre später erneut feststellbar, wobei circa die Hälfte der untersuchten Kinder in der gleichen Zeitspanne diagnosefrei wurden (vgl. Kap. 4.2.5.7). In der EDSP-Verlaufsanalyse zeigten sich die Angststörungen mit 19.7% stabil; je mehr Symptome zum Ausgangszeitpunkt vorhanden sind, desto wahrscheinlicher wird ein Eintreten in die Diagnosekategorie (vgl. Kap. 4.2.5.10). Wenn die Analysen der Erwachsenenstudien auf den gesamten Lebenslauf übertragen wird, kann davon ausgegangen werden, dass die Stabilität der Angststörungen mit dem Alter zunimmt. Die MFS hat entsprechend bei den Angststörungen eine spontane Remissionsrate von unter 20% gefunden (vgl. Kap. 4.2.5.13).

Die *Geschlechtsunterschiede* sind weniger deutlich im Kindesalter und stabilisieren sich im Jugend- und jungen Erwachsenenalter zu Ungunsten der Mädchen, wobei die Raten im Erwachsenenalter durchschnittlich zwei- bis dreifach so hoch sind wie für Jungen (vgl. Kap. 4.4.3).

Die *Komorbiditätsraten* für Angststörungen in Deutschland (beide Richtungen: Angststörung als primäre oder sekundäre Störung, vgl. Kap. 2.3) sind ähnlich hoch wie internationale Studien berichten (20-40%, vgl. Kap. 4.4.4) und zeigen ausserdem, dass komorbide Fälle häufiger chronisch sind (z.B. BJS).

In Kapitel 4.2.6 werden zusammen mit den restlichen internationalen Studien aus Kapitel 4.2 die Korrelate der Angststörungen und die Risiko- und protektiven Faktoren berichtet. Die Diskussion aller epidemiologischen Studien findet sich in Kapitel 4.4.

4.2.6 Zusammenfassung internationaler Studien im Bereich Epidemiologie

Ihle und Esser (2002) gehen von einer Gesamtprävalenzrate psychischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen von durchschnittlich 15-25% aus, wenn der Bezugsrahmen zwischen 3 und 12 Monaten ist. Die dazugehörigen Persistenzraten bewegen sich zwischen 40 und 60%. Die meisten internationalen Studien gehen von einer Periodenprävalenz bei Angststörungen von circa 10-20% aus (vgl. Essau, 2003; Ihle & Esser, 2002). Wenn man jedoch das DSM-IV-TR- (APA, 2003) Kriterium der klinischen Signifikanz hinzufügt (dass das Kind beziehungsweise der Jugendliche in seinem Alltag beziehungsweise in seiner Funktion eingeschränkt sein muss, um eine Diagnose zu rechtfertigen), sinkt die Prävalenz auf circa 3-4% (vgl. F. Verhulst et al., 1997), bei anderen Autoren finden sich eher Prävalenzen zwischen 5 und 10% (Essau, 2003; Ihle & Esser, 2002).

Eine der ersten grossangelegten Längsschnittstudien war die New York Child Longitudinal Study (P. Cohen et al., 1993), welche in Kapitel 4.2.1.3 beschrieben wurde. Ihre Ergebnisse in Bezug auf ein generelles Bild der Störungen im Zusammenhang mit Alter und Geschlecht stimmen mit anderen ebenfalls frühen Studien überein (vgl. Tab. 22). Bird und Kollegen (1988) berichten aus Puerto Rico ähnliche Prävalenzen (vgl. Kap. 4.2.1.9), ebenso Offord und Kollegen (1987) aus Ontario (vgl. Kap. 4.2.1.6), Rutter und Kollegen (1975) aus Grossbritannien (Isle of Wight, vgl. Kap. 4.2.4.1.1) und Verhulst und Kollegen (1985) aus den Niederlanden (vgl. Kap. 4.2.4.2.1). In den 80er Jahren wurden Prävalenzen für psychische Störungen zwischen 14 und 20% berichtet, welche Fälle repräsentieren, die von moderat bis schwerwiegend waren (im Falle von Auffälligkeiten: Range von 5-26%, Brandenburg et al., 1990). Diese von Brandenburg und Kollegen berichteten Studien (Überblicksarbeit) haben vor allem die CBCL, Rutter Skalen, DISC oder das CAS zur Grundlage gehabt und Stichproben im Altersbereich von 4-19 Jahren. Jedoch gab es auch Unterschiede zu verzeichnen. In Neuseeland (Anderson et al., 1987) waren alle Störungen bis auf die Störung mit Trennungsangst häufiger bei Jungen. Im Falle der neurotischen respektive emotionalen Störungen hatten die 10- und 11-jährigen Jungen auf der Isle of Wight, den Niederlanden (F. Verhulst et al., 1997) und in Neuseeland (DMHDS) höhere Raten als die Mädchen. Jedoch zeigten die Studien aus Ontario und Puerto Rico, dass die Raten in der gleichen Altersgruppe höher sind für Mädchen (vgl. P. Cohen et al., 1993). Die Diskussion zum Thema Verlauf und Geschlechtsunterschiede bei Ängsten und Angststörungen wird weiter unten und an anderer Stelle vertieft (Kap. 4.4.2 & 4.4.3).

Tabelle 22 listet die Prävalenzangaben von Angststörungen der berichteten internationalen Studien im Kindes- und Jugendalter auf (zum Teil nur eine Auswahl; ohne Schweiz, Kap. 4.3.10). Je nach Vorhandensein die Punkt- oder Periodenprävalenzen, die 1-Jahres-Prävalenzen und die Lebenszeitprävalenzraten. Die folgenden Studien werden nicht in der Tabelle 22 aufgeführt, da sie entweder methodisch zu ungenau sind, nur ein Screening beinhalten (Surveys) und entsprechend nur Häufigkeiten zu Symptomen oder Skalen, jedoch nicht Diagnosen, angeben: NYCLS (Kap. 4.2.1.3), Boston (Kap. 4.2.1.5), OCHS (Kap. 4.2.1.6), Kauai (Kap. 4.2.1.8), WACHS (Kap. 4.2.2.2), Isle of Wight (Kap. 4.2.4.1.1), beide Asiatischen Studien (Kap. 4.2.3), Skandinavischen Studien (Kap. 4.2.4.3 & 4.2.4.4), WHO- (Kap.

4.2.5.2), Bielefelder Jugendgesundheitssurvey (Kap. 4.2.5.3), PAK-Kid (Kap. 4.2.5.5) und KiGGs (Kap. 4.2.5.6). Die Ergebnisse dieser Studien werden in der Zusammenfassung weiter unten eingebaut. Die Tabelle 23 fasst die gleichen Parameter für die Erwachsenenstudien im internationalen Überblick (ohne Schweiz, Kap. 4.3.10) zusammen.

Tabelle 22: Prävalenzen von Angststörungen bei Kindern und Jugendlichen – Überblick über die internationalen Studien (%-Angaben, Reihenfolge: DSM-/ICD-Version und Studienjahr)

Studie	Kriterien Störung (Auswahl)	Alter	Punkt (*) 1-Monat (Δ) 3-Monate (~) 6-Monate (°)	1-Jahr	Lebenszeit
DMHDS (Anderson et al., 1987; Newman et al., 1996)	DSM-III Einfache Phobie Soziale Phobie Trennungsangst Überängstlichkeit	11		2.4 0.9 3.5 2.9	
	DSM-III-R Angststörungen ^a Einfache Phobie Soziale Phobie GAS	21		31.5 8.4 9.7 1.9	
Oregon (Lewinsohn et al., 1993)	DSM-III-R Angststörungen ^a Spezifische Phobie Soziale Phobie Trennungsangst Überängstlichkeit	14-18	3.2* 1.4* 0.9* 0.2* 0.5*		8.8 2.2 1.5 4.2 1.3
NCS (Kessler et al., 1994)	DSM-III-R Angststörungen ^a Spezifische Phobie Soziale Phobie GAS	15-54		17.2 8.8 7.9 3.1	24.9 11.3 13.3 5.1
Niederlande (F. Verhulst et al., 1997)	DSM-III-R Angststörungen ^a Spezifische Phobie Soziale Phobie GAS Trennungsangst	13-18	23.5° 12.7° 9.2° 1.3° 1.8°		
QCMHS (Breton et al., 1999)	DSM-III-R Angststörungen ^a Einfache Phobie Trennungsangst Überängstlichkeit	6-14	14.7/9.1°§ 11.5/4.9°§ 1.6/2.6°§ 3.8/3.1°§		
Mannheimer Kur- pfalz (Ihle et al., 2000)	ICD-10 Angststörungen ^a Angststörungen ^a Angststörungen ^a Angststörungen ^a	8 13 18 25	4.0° 4.0° 5.1° 2.3°		6.9 12.1 14.4
Puerto Rico (Bird et al., 1988; Canino et al., 2004)	DSM-III Trennungsangst Einfache Phobie	4-16	4.7° 2.6°		
	DSM-IV Angststörungen ^a Soziale Phobie Trennungsangst GAS	4-17		9.5/6.9‡ 2.8/2.5‡ 5.7/3.1‡ 2.4/2.2‡	

Fortsetzung Tabelle 22

GSMS (Costello, Angold, Burns, Erkanli et al., 1996; Costello et al., 2003)	DSM-III-R Angststörungen ^a <i>Spezifische Phobie</i> <i>Soziale Phobie</i> <i>Trennungsangst</i> <i>Überängstlichkeit</i> GAS	9-13	5.7~ 0.3~ 0.6~ 3.5~ 1.4~ 1.7~		
	DSM-IV Angststörungen ^a	9-16	2.4~		9.9
BJS (Essau et al., 1998)	DSM-IV Angststörungen ^a <i>Spezifische Phobie</i> <i>Soziale Phobie</i> GAS NNB <i>Agoraphobie ohne Panik</i>	12-17		11.3 2.7 1.4 0.2	18.6 3.5 1.6 0.4 11.9 4.1
	DSM-IV Angststörungen ^a <i>Spezifische Phobie</i> <i>Soziale Phobie</i> GAS	14-24		9.3 1.8 2.6 0.5	14.4 2.3 3.5 0.8
EDSP (Wittchen, Lieb et al., 2000; Wittchen, Nelson, & Lachner, 1998)	Angststörungen ^a	14-17		14.5	21.3
DKAS (Federer et al., 2000a)	DSM-IV Angststörungen ^a <i>Spezifische Phobie</i> <i>Soziale Phobie</i> <i>Trennungsangst</i> GAS	8	9.5* 5.2* 0.4* 2.8* 1.4*		
	DSM-IV Angststörungen ^a <i>Spezifische Phobie</i> <i>Soziale Phobie</i> <i>Trennungsangst</i> GAS	14-19	14.8* 9.0* 4.6* 0.3* 1.4*		16.4 9.0 5.0 1.4 1.4
BCAMHS99 (Ford et al., 2003)	DSM-IV Angststörungen ^a <i>Spezifische Phobie</i> <i>Soziale Phobie</i> <i>Trennungsangst</i> GAS	5-7	3.8Δ 1.0Δ 0.3Δ 1.2Δ		
	Angststörungen ^a	13-15	5.0Δ		

Anmerkungen: GAS=Generalisierte Angststörung; ^a=Angststörungen gesamt (welche Angststörungen hängt von der Studie ab); §=Elternurteil/Kind- resp. Jugendlichenurteil; ‡=ohne klinische Signifikanz/klinische Signifikanz

Die Angaben zu den Angststörungen bei *Kindern und Jugendlichen* variieren wie aus Tabelle 22 ersichtlich zwischen den Studien (Ländern), den DSM-Versionen, den Altersbereichen und ebenfalls entsprechend dem Bezugsrahmen. Dass ein Kind oder ein Jugendlicher 1-2 Wochen im Vorfeld einer Untersuchung an einer Angststörung litt, liegt zwischen 3.2 und 14.8%. Wenn der Bezugsrahmen 1-4 Monate ist, liegt die Rate zwischen 2.4 und 5%, bei einem Bezugsrahmen von 3-6 Monaten steigt die Rate auf bis zu 23.5%. Die 1-Jahres-Prävalenz für irgendeine Angststörung liegt zwischen 9.3 und 31.5%, wobei die 31.5% eher die Ausnahme ist und durchschnittlich circa 15% gefunden werden. Die Lebenszeitprävalenzrate wiederum liegt beim Ignorieren der 31.5% aus der DMHDS höher bei Raten zwischen 6.9 und 24.9%. Dadurch, dass die Gesamtprävalenzen für irgendeine Angststörung in jeder Studie eine andere Liste mit Angststörungen subsumiert (in Tab. 22 nicht immer alle angegeben), ist auch dieser Vergleich schwierig. Jedoch bestätigt sich auch hier, zumindest in der Tendenz, dass mit Zu-

nahme der Bezugsdauer auch die Prävalenzrate steigt und dass mit zunehmendem Alter die Prävalenz- und auch die Stabilitätsrate steigt (letztere nicht in Tab. 22 enthalten).

Tabelle 23: Prävalenzen von Angststörungen bei Erwachsenen – Überblick über die internationalen Studien (%-Angaben, Reihenfolge: DSM-/ICD-Version und Studienjahr)

<i>Studie</i>	<i>Kriterien Störung (Auswahl)</i>	<i>Alter</i>	<i>Punkt (*) 1-Monat (Δ) 6-Monate (*)</i>	<i>1-Jahr</i>	<i>Lebenszeit</i>
ECA (Regier, Farmer et al., 1993; Regier et al., 1990)	DSM-III Angststörungen ^a <i>Einfache Phobie</i> <i>Soziale Phobie</i>	>18	7.3*, 8.9° 5.1*, 6.4° 1.3*, 1.5°	12.6 10.9 (Phobia)	14.6 10.0 2.8
MFS (Wittchen et al., 1992)	DSM-III Angststörungen ^a <i>Phobien gesamt</i> <i>Agoraphobie</i> <i>Panikstörung</i> <i>GAS</i>	18-55	7.2*, 8.1° 3.7*, 4.1° 2.9*, 3.6° 1.0* 1.8°		13.9 8.0 5.5 2.4
NEMESIS (Bijl, Ravelli, & van Zessen, 1998)	DSM-III-R Angststörungen ^a <i>Spezifische Phobie</i> <i>Soziale Phobie</i>	18-64		12.7	19.3 10.1 7.8
National Psychiatric Morbidity Survey of Great Britain (Jenkins, Lewis et al., 1997)	ICD-10 Neurotische Störung <i>NNB</i> <i>GAS</i> <i>Phobien gesamt</i>	16-64	16.0* 7.7* 3.1* 1.1*		
Australian National Mental Health (Andrews et al., 2001)	DSM-IV/ICD-10 Angststörungen ^a	>18	3.8/5.5Δ§	5.6/9.5§	
GHS-MHS/BSG98 (F. Jacobi et al., 2002)	DSM-IV Angststörungen ^a <i>Spezifische Phobie</i> <i>Soziale Phobie</i> <i>GAS</i> <i>Panik und</i> <i>Agoraphobie</i>	18-65	9.0Δ	14.5 7.6 2.0 1.5 4.3	<i>Panikstörung:</i> 3.9
ESEMeD (Alonso et al., 2004)	DSM-IV Angststörungen ^a <i>Spezifische Phobie</i> <i>Soziale Phobie</i> <i>GAS</i>	>18		6.4 3.5 1.2 1.0	13.6 7.7 2.4 2.8
NCS-R (Kessler, Berglund et al., 2005; Kessler, Tat Chiu et al., 2005)	DSM-IV Angststörungen ^a <i>Spezifische Phobie</i> <i>Soziale Phobie</i> <i>GAS</i> <i>Trennungsangst</i>	>18		18.1 8.7 6.8 3.1 0.9	28.8 12.5 12.1 5.7 5.2

Anmerkungen: GAS=Generalisierte Angststörung; ^a=Angststörungen gesamt; §=DSM-IV-Rate/ICD-10-Rate

Die Spezifische Phobie ist bis auf zwei Ausnahmen die häufigste Angststörung im Bereich der Punktprevalenzen (zw. 1.4 und 9.0%, Ausnahmen: Trennungsangst). Im Vergleich der 1-Jahres-Prävalenzen sind im jüngeren Alter die Trennungsängste sehr häufig, gefolgt von den Sozialen Phobien und den Spezifischen Phobien (vgl. Tab. 22). Die Lebenszeitprävalenzraten zeigen, dass das Risiko für eine Trennungsangst, Soziale Phobie und auch für eine Spezifische Phobie sehr hoch ist.

Die *Erwachsenenstudien* (vgl. Tab. 23) zeigen ebenfalls deutlich, dass mit Erweiterung des Bezugsrahmens und mit neueren Versionen des DSM die Prävalenzangaben steigen. Punktprävalenzen für irgendeine Angststörung finden sich zwischen 7.2 und 16.0%, die Periodenprävalenzraten auf einen Monat bezogen liegen zwischen 3.8 und 9.0% und auf sechs Monate bezogen auf 8.1 bis 8.9%. Die 1-Jahres-Prävalenz variiert zwischen 5.6 und 18.1% und die Lebenszeitprävalenz zwischen 13.6 und 28.8%. Für einen Vergleich der Angststörungen auf den Ebenen einzelner Störungen und der Punkt- respektive Periodenprävalenzen, sind zu wenige Angaben vorhanden, obwohl sich die Häufigkeitsverteilung insofern auch im Erwachsenenalter wiederholt, als dass die Spezifischen und Sozialen Phobien häufiger sind als andere Angststörungen (vgl. Tab. 23). Dies lässt sich auch an der 1-Jahres-Prävalenz ablesen, welche diese beiden Störungsbilder als am häufigsten wiedergeben. In der GHS-MHS (Kap. 4.2.5.11) jedoch sind die Panikstörung und Agoraphobie höher als die genannten Phobien. Im Vergleich zu den Studien aus der Kindheit und Jugend (Tab. 22) sind die Trennungsängste seltener bis nicht mehr vorhanden. Das Bild wiederholt sich in Bezug auf die Lebenszeitprävalenzen.

Es scheint, dass die Prävalenzraten mit der Zeit durchschnittlich höher werden (Alters- und Kohorteneffekte), obwohl die Kriterien im DSM und im ICD strenger wurden. Jedoch muss beachtet werden, dass neben der Änderung der Kriterien sich die Studien unter anderem bezüglich des Studiendesigns, der Stichprobenzusammensetzung und der Erhebungsmethode unterscheiden. Weiter ist schwierig, die Studien direkt zu vergleichen, da diese verschiedene Altersgruppen respektive –spannen untersucht haben. Auch der Bezugsrahmen ist verschieden, vor allem im Bereich Punkt- und Periodenprävalenz, in welchem die Angaben von einer Woche bis zu sechs Monaten variieren können. Neben diesen methodischen Problemen muss sicherlich auch beachtet werden, dass Studien aus den 80er Jahren bis zum aktuellen Zeitpunkt, das heisst aus mehreren Generationen, in der Tabelle 22 und 23 dargestellt werden. In diesen knapp 30 Jahren haben sich viele Faktoren verändert, welche einen Einfluss auf die Gesellschaft und die Individuen haben (z.B. Medien, Internet, vgl. Kap. 6.2).

Verlaufsanalysen

Der Verlauf der Angststörungen im Gesamten ist eher chronisch, wobei die Intensität im Vergleich zu anderen Störungsbildern auf die Dauer eher moderat ausfällt. Die Amerikanischen Studien berichten über Persistenzraten von circa 50% bei irgendeiner Störung und Angststörungen zwischen 20 und 30%. Dies gilt auch für Deutsche Studien, welche zum Teil noch höhere Raten (Kurpfalzerhebung) gefunden haben (48%, zw. 13 und 18 Jahren, Kap. 4.2.5.7).

Die Daten der DMHDS aus Australien (Kap. 4.2.2.1) zeigen, dass in 61.5% von Angststörungsfällen im Alter von 21 bereits in der Vorgeschichte eine Angststörung vorhanden war, bei 18.9% war es eine andere Störung und bei 19.5% gibt es in der Anamnese keine Störung. In den Isle of Wight Studies (Kap. 4.2.4.1.1) ist die Persistenz bezüglich irgendeiner psychischen Störung 60% (vgl. Ihle & Esser, 2002). Ebenfalls zeigten die Kinder und Jugendlichen aus dieser Studie eine 50% Persistenz in emotionalen Problemen (4 Jahre). In der Boston Studie (Kap. 4.2.1.5) war bei 46% der Kinder die Angststörung chronisch (8 Jahre), und durchschnittliche dauerte eine Angststörung vier Jahre. Ausserdem waren 31% der remittierten Fälle rückfällig. Auch im British Child and Adolescent Mental Health Survey 1999 (Kap. 4.2.4.1.2) haben die Angststörungen mit dem Alter zugenommen, wobei eine deutliche Stabilität bei den Phobien gezeigt werden konnte. Die China-Studie (Kap. 4.2.3.1) zeigte wie auch andere internationale Studien einen Alterseffekt in Richtung Zunahme der Prävalenzraten mit dem Alter (internalisierende Störungen). Dies konnte auch in der DMHDS gezeigt werden,

wobei die Raten für Kinder mit 11 Jahren höher ausfallen als für Kinder mit 13 Jahren; mit 15 Jahren steigt das Risiko an und macht den grössten Sprung (Verdoppelung) zwischen dem Alter von 15 und 18 Jahren. Die WACHS (Kap. 4.2.2.2) zeigte ebenfalls höhere Raten für die 12- bis 16-Jährigen im Vergleich zu den 4- bis 11-Jährigen. Die BJS hat die Zunahme mit dem Alter bei Angststörungen ebenfalls zeigen können, jedoch hatte die mittlere Altersgruppe (14-15 Jahre) die höchste Rate. Die ältesten Jugendlichen aus der Stichprobe (16- bis 17-Jährige) hatten jedoch eine höhere Rate als die 12- bis 13-Jährigen. Die Persistenz in dieser Studie für Angststörungen war 22.6%; 17.7% haben zum zweiten Messzeitpunkt eine Depression, 24.4% eine Somatoforme Störung, 6.5% eine Suchtstörung entwickelt und 41.9% waren remittiert. Auch in der PAK-Kid sind die Raten für die älteren Kinder und Jugendlichen höher (vgl. Kap. 4.2.5.5). Die Mannheimer Kurpfalzstudie zeigte, dass die neurotischen Störungen für jüngere Kinder eine günstigere Prognose haben als externalisierende Störungen (Zeitpunkt: 13 Jahre). Dies ändert sich jedoch mit dem Alter; so bleibt die Diagnose einer emotionalen Störung für die Hälfte der 13-Jährigen bis zum Alter von 18 Jahren erhalten. Aus den Analysen bis zum Alter von 25 Jahren schliessen die Autoren der Mannheimer Kurpfalz, dass 10% der Kinder und Jugendlichen eine chronische psychische Störung aufweisen. Die Mannheimer Risikokinderstudie (Kap. 4.2.5.7) zeigte eine Persistenz von 31% für die emotionalen Probleme im frühen Kindesalter; bei Kindern, welche mit 8 Jahren eine internalisierende Auffälligkeit zeigten, sind 20% persistente Fälle. In der EDSP (Kap. 4.2.5.10) waren die Angststörungen mit 19.7% stabil (19 Monate). Je mehr Symptome zum ersten Messzeitpunkt vorhanden waren, um so wahrscheinlicher war ein Eintreten in die Diagnosekategorie. Die stabilsten Angststörungen waren die Panikstörung und die Spezifische Phobie; Agoraphobie und die Soziale Phobie waren im Vergleich weniger stabil.

Bei den Erwachsenen ab 18 Jahren kann ein Peak in der Häufigkeit der Angststörungen im Alter von 30-44 Jahren festgestellt werden (NCS-R, Kap. 4.21.10). Der Beginn von Angststörungen wurde retrospektiv erfragt und hat einen Median von 11 Jahren ergeben (Range: 6-21 Jahre); die Spezifische Phobie und die Trennungsangst sind mit durchschnittlich 7 Jahren am frühesten, gefolgt von der Sozialen Phobie (Median 13 Jahre). In der ECA (Kap. 4.2.1.11) hatte die älteste Gruppe (>65 Jahre) niedrigere Angststörungsraten als die jüngste Gruppe (18-24 Jahre). In der Australian National Mental Health Survey (Kap. 4.2.2.2) sind 58% der Angststörungsfälle über ein Jahr persistent gewesen. Wie in der NCS-R wurden auch in der National Psychiatric Morbidity Survey of Great Britain (Kap. 4.2.4.1.3) für die mittlere Altersgruppe (25-54 Jahre) die höchsten Raten von neurotischen Störungen gefunden, gefolgt von den jüngsten Personen in der Stichprobe (16-24 Jahre); die niedrigste Rate hatten die 55-bis 64-Jährigen. In der GHS-MHS (Kap. 4.2.5.11) war die Verteilung in den Alterskohorten stabil; bei den Männern gab es eine Zunahme an Angst- und anderen Störungen, bei den Frauen blieb die Rate der Angststörungen beständig. Der Beginn einer psychischen Störung lag beim Median-Alter von 20 Jahren, für Angststörungen unter dem 30. Lebensjahr (gerechnet auf die Lebenszeit). Die jüngere Altersgruppe (18-24 Jahre) in der ESEMeD (Kap. 4.2.5.12) war häufiger von Angst- und affektiven Störungsbildern betroffen. Die Einfache und Soziale Phobie haben in der MFS (Kap. 4.2.5.13) in der Kindheit oder frühen Adoleszenz begonnen, die Agoraphobie und Panikstörung zeigten einen eher späteren Störungsbeginn. Der Verlauf ist meistens mild-persistent, und es wurden auch Phasen festgestellt, in welchen keine Symptome vorhanden waren. Für die Angststörungen waren die spontanen Remissionsraten sehr niedrig mit unter 20%.

Komorbiditäten

Die Komorbiditäten psychischer Störungen finden sich zwischen 8 und 50% (Angold, Costello, & Erkanli, 1999), zum Teil auch etwas darüber mit circa 60% (Ihle & Esser, 2002). In der DMHDS waren 47.3% aller Fälle komorbid, für die Angststörungen lag die Rate zwischen 70 und 100% (21-Jährige). In der NYCLS waren 19% der Fälle mit emotionalen Störungen komorbid. In der British Child and Adolescent Mental Health Survey 1999 war die allgemeine Komorbiditätsrate mit 22% nicht hoch, wobei die Kinder mit einer Angststörung häufig (27%) eine zweite Störung aufgewiesen haben; 15% waren komorbid mit einer anderen Angststörung. Durchschnittlich finden sich in den USA Komorbiditätsraten zwischen 30 und 40% und in Deutschland zwischen 20 und 40% (vgl. Kap. 4.4.4). Zum Beispiel war in der BJS die Wahrscheinlichkeit einer zweiten Störung beim Vorliegen einer Angststörung mit 30.2% für Depressionen, 26.6% für Somatoforme Störungen und 11.5% für Substanzstörungen hoch. In der Puerto Rico Studie (Kap. 4.2.1.9) ist die Wahrscheinlichkeit, zusätzlich an einer Angststörung zu erkranken beim Vorhandensein einer anderen Diagnose grösser als im umgekehrten Fall. In der PAK-Kid Studie sind die Komorbiditätsraten für internalisierende Auffälligkeiten hoch mit 47% im Eltern- und 44.4% im Selbsturteil. In der Mannheimer Kurpfalzstudie sind 80% der Angststörungen komorbid mit einer anderen Störung (hauptsächlich aus der internalisierenden Störungsgruppe), obwohl die Komorbiditätsrate für die gesamte Palette der Störungen international vergleichbar 45% betrug.

Die Komorbiditätsraten der Erwachsenen in der Australian National Mental Health Survey lagen bei 13.2% für eine Störung, bei 4.4% für zwei und bei 3.8% für drei oder mehr Störungen. In der NEMESIS (Kap. 4.2.4.2.2) war die Komorbiditätsrate der at risk Stichprobe 16.1% (aus den 10.8% at risk Personen). In der GHS-MHS wurde bei 48% der betroffenen Personen (irgendeine psychische Störung) mehr als eine Störung gefunden. In der MFS wurden für 69% der Personen mit einer Störung komorbide Störungen festgestellt. Die häufigste Kombination waren Angst- und affektive Störungen, wobei im Verlauf die Angststörungen zum Grossteil vor den affektiven Störungen auftraten.

Geschlechtsunterschiede

Grundsätzlich sind die Mädchen und weiblichen Jugendlichen mehr von Angststörungen respektive internalisierenden Störungen betroffen als Jungen und männliche Jugendliche (z.B. GSMS, 2. Puerto Rico Studie, BJS, WHO-Jugendgesundheitssurvey, GO!, DKAS). Dieser Unterschied wird deutlicher und stabiler mit dem Alter. In jüngeren Jahren waren die Geschlechtsunterschiede zum Teil nicht vorhanden, nicht signifikant oder auch umgekehrt, das heisst, höher für Jungen (z.B. Mannheimer Kurpfalz, OCHS). Es gab auch Studien, welche ein grundsätzliches Übergewicht (Oberkategorie Angststörung) der Mädchen in Bezug auf die Häufigkeit der Angststörungen feststellten, jedoch einzelne Angststörungen für Jungen überwogen. Die Störung mit Überängstlichkeit war zum Beispiel in der DMHDS häufiger bei den 11-jährigen Jungen zu finden. Als die Stichprobe 21 Jahre alt war, waren in allen Angststörungen die Frauen häufiger betroffen. In der WACHS Studie waren die Jungen häufiger von Ängstlichkeit und Depressivität betroffen (CBCL-Skala). In den Isle of Wight Studies waren in der jüngeren Altersgruppe mehr Mädchen von emotionalen Problemen betroffen, im Alter von 14-15 Jahren war jedoch kein Geschlechtsunterschied mehr zu erkennen. Rutter und Kollegen (1976) gehen davon aus, dass viele Mädchen verpasst wurden, welche subklinische Ausprägungen auf der Skala der emotionalen Probleme zeigten respektive nur im Selbsturteil auffällig waren. In China (Kap. 4.2.3.1) zeigten die Kinder auf der Skala *Angst/Depressivität* (CBCL) keinen Geschlechtsunterschied, auf der Gesamtskala *Internalisierende Störungen* jedoch waren die Mädchen stärker betroffen. In der Cross-National Prevalence Study (Kap.

4.2.3.2) konnten für Koreaner ebenfalls auf der Skala *Neurotische Symptome* (Rutter Skala) keine Geschlechtseffekte gefunden werden, jedoch waren die Japanischen Jungen mehr betroffen und in China waren es die Mädchen, welche höhere Prävalenzen hatten als Mädchen aus Japan. In der KiGGs (Kap. 4.2.5.6) konnten zwar für die Gesamtskala der psychischen Auffälligkeiten höhere Werte für Jungen gefunden werden, bezüglich der Ängste wurden jedoch keine Geschlechtsunterschiede mehr gefunden.

Im Australian National Mental Health Survey (ab 18 Jahren) konnten bezüglich der Gesamtprävalenz keine Geschlechtsunterschiede gefunden werden, bei den internalisierenden Störungen jedoch hatten die Frauen ein signifikant höheres Risiko als die Männer. Ebenfalls höhere Raten von neurotischen Störungen für Frauen wurden in der National Psychiatric Morbidity Survey of Great Britain gefunden. In der GHS-MHS (Kap. 4.2.5.11) hatten die Frauen eine mehr als doppelt so hohe Prävalenzrate für Angststörungen als die Männer; dies galt auch in der ESEMeD Studie. In der MFS waren ebenfalls die Frauen doppelt so häufig von Angststörungen betroffen.

Risiko- und Schutzfaktoren

Die in Kapitel 3.3.1 berichteten Risikofaktoren und die in Kapitel 3.3.2 berichteten protektiven Faktoren konnten zum Grossteil auch in den epidemiologischen Studien untermauert werden. So ist die Verhaltenshemmung als Temperamentsmerkmal ein Risikofaktor für die Entwicklung einer Angststörung, ebenso sind kritische Lebensereignisse und ungünstige Erziehungsstile Faktoren, welche das Risiko für eine Angststörung erhöhen (Lieb et al., 2003; Michael & Margraf, 2004). Der sozioökonomische Status konnte in der NYCLS als Risikofaktor für emotionale Störungen gefunden werden ($OR=4.45$ für Trennungsangst, 1.55 für Störung mit Überängstlichkeit). Die Schwangerschaftsprobleme der Mutter zeigten einen Zusammenhang mit der Überängstlichkeit und die Bildung der Mutter war ein genereller Faktor für die Psychopathologie beim Kind. In einer zweiten Analyse waren zusätzlich emotionale Probleme der Eltern mit Überängstlichkeit beim Kind assoziiert ($OR=5.53$). Wenn das Kind zum ersten Messzeitpunkt eine Störung aufwies, eine Schulklasse wiederholt hatte oder zum zweiten Messzeitpunkt ein Treatment bekam war dies assoziiert mit der Überängstlichkeit ($OR=2.29$). Der Risikofaktor, zu einem früheren Zeitpunkt bereits eine Störung gehabt zu haben, wurde auch in der Oregon Studie bestätigt. In der Boston Studie zeigte sich, dass bei 29% der Kinder mit einer Angststörung die Eltern geschieden sind, und aus dieser Gruppe leben zwei Drittel bei einem Elternteil. In der zweiten Puerto Rico Studie konnten keine Zusammenhänge zwischen elterlicher Bildung und Einkommen und psychischen Störungen gefunden werden. Jedoch haben Kinder von Eltern, welche nicht (mehr) verheiratet sind, und Kinder aus städtischen Gebieten ein höheres Risiko, eine Störung zu entwickeln. Dabei ist das Risiko für irgendeine Störung gleich hoch wie für die Angststörungen ($OR=1.9$).

Die Kauai-Studie (Kap. 4.2.1.8) konnte eine Geburtenkohorte für 40 Jahre in ihrem Verlauf beobachten. Resiliente Kinder zeichneten sich durch Eigenschaften und Faktoren auf den Dimensionen dispositionelle Merkmale, emotionale Bindung innerhalb der Familie und externes soziales Netzwerk aus. Die einzelnen Faktoren, welche in Kapitel 4.2.1.8 genannt werden, müssen jedoch in einem Kontext gesehen werden. Sie wirken aufeinander und verstärken sich im Entwicklungsverlauf. Ausserdem wirken die Faktoren nicht in jedem Alter gleich, weshalb das Wissen der Entwicklungspsychopathologie relevant ist (vgl. Kap. 3.1.1 & 3.2.1). Die aus den resilienten Kindern gewachsenen 30-Jährigen geben an, dass vor allem die Ressourcen im Bereich Coping, die persönlichen Kompetenzen, die Entschlossenheit und interne Kontrollüberzeugung wichtig sind für die Gesundheit (subjektiv und objektiv, vgl. Kap. 4.1.1). Die

Gruppen mit verschiedenen sozioökonomischen, ethnischen und kulturellen Hintergründen haben sich bezüglich der Resilienzfaktoren nicht voneinander unterschieden.

Ein geringer sozialer Status, schwere Eheprobleme oder Kriminalität der Eltern, schwierige Wohnverhältnisse, viele Familienmitglieder und eine psychische Störung der Mutter waren mit Störungen der Kinder im Alter von 10 Jahren auf der Isle of Wight verbunden (Kap. 4.2.4.1.1). Weiter konnte anhand der 14- bis 15-jährigen Stichprobe festgestellt werden, dass familiäre Probleme und persistente Probleme miteinander assoziiert sind. Ausserdem konnte ein Vergleich mit der Londoner Stichprobe zeigen, dass nicht nur die Rate von psychischen Störungen in London höher ist, sondern dass dies auch eine kausale Ursache (Stadt-Land-Vergleich) zu haben scheint. Das Leben in der Stadt London bringt eine Prädisposition für verschiedene Störungsbilder mit sich (vgl. Rutter et al., 1975).

In Deutschland konnte in der WHO-Jugendgesundheitssurvey (Kap. 4.2.5.2) für Schüler aus tieferen sozialen Schichten, tieferen Schulniveaus und für ältere Schüler weniger Zufriedenheit und mehr Probleme in der Schule gefunden werden. Auch die KiGGs fand eine Assoziation zwischen tieferem sozioökonomischen Status und psychischen Auffälligkeiten. Eine Kumulation hat zu einem Anstieg der Wahrscheinlichkeit für Auffälligkeiten geführt. In dieser Studie zeigten sich ebenfalls folgende Risikofaktoren als signifikant (Tab. 20): Familienkonflikte ($OR=4.97$), psychische Erkrankung der Eltern ($OR=2.42$), Konflikte in der Familie ($OR=2.81$), Unzufriedenheit in Partnerschaft der Eltern ($OR=2.75$), alleinerziehender Elternteil oder im Heim lebend ($OR=2.09$) und Chronische Schwierigkeiten ($OR=1.73$). Widrige Familienverhältnisse, Teilleistungsschwächen (z.T. nur in Zusammenhang mit widrigen Familienbedingungen), Anzahl der kritischen Lebensereignisse und eine psychische Auffälligkeit in der Eigenanamnese waren Risikofaktoren für psychische Störungen in der jüngeren Stichprobe der Mannheimer Kurpfalzstudie (8- und 13-Jährige). In dieser Studie konnten externalisierende Störungen besser vorhergesagt werden; Risikofaktoren, welche vor dem 8. Lebensjahr erhoben wurden, konnten internalisierende Störungen nicht vorhersagen (0% Varianz). Spätere erhobene Faktoren (ab dem Jugendalter) haben jedoch eine gewisse Vorhersagekraft zeigen können. In der Mannheimer Risikokinderstudie waren Frühindikatoren für Trennungsängste Bauchschmerzen und früh gezeigte Ängste bei Trennungen von der Bezugsperson. Die Mutter-Kind-Interaktion (emotionale Interaktion, Reaktivität) konnte ebenfalls internalisierende Auffälligkeiten vorhersagen. Organische Risikofaktoren haben vor allem eine kurzfristige Auswirkung, die psychosozialen Risiken (z.B. Elternmerkmale) wiederum zeigen vor allem langfristige Wirkungen auf die kognitive und sozial-emotionale Entwicklung. Der Zusammenhang verstärkt sich, wenn eine multiple Risikobelastung vorliegt (Addition des Risikos). Diese Zusammenhänge konnten in der ROLS (Kap. 4.2.5.7) Grossteils bestätigt werden. Sie zeigen unter anderem, dass die Risikofaktoren miteinander in Beziehung stehen. Der Risikofaktor Scheidung der Eltern hat vor allem im Alter zwischen 10 und 14 Jahren eine langfristige Auswirkung auf die Jugendlichen, und es ist nicht die Scheidung per se, welche ein Risikofaktor ist, sondern die Bedingungen, welche zur Scheidung führen (z.B. Konflikte).

In Schweden wurde eine Zwillingsstudie zum Thema der Erbllichkeit und Prävalenz von Ängsten und Spezifischen Phobien durchgeführt (Kap. 4.2.4.4). Es wurde ein moderater genetischer Effekt auf Ängste und Phobien festgestellt und gleichzeitig auch ein starker Effekt der Umwelteinflüsse auf die Ängste, wobei dieser im Falle eines ungeteilten Einflusses vor allem angstspezifisch ist.

Für die Erwachsenen mit Angststörungen zeigen sich Korrelate mit dem Zivilstand, wobei Allein-Lebende, Geschiedene oder Verwitwete höhere Raten haben als Verheiratete oder solche, die nie verheiratet waren, jedoch nicht alleine leben. Der Verlust einer Partnerschaft kann

auch als Risikofaktor angesehen werden. Weiter die Arbeitslosigkeit, geringere Bildung, finanziell schlechte Lage, niedrige soziale Schicht (Lieb et al., 2003). Diese Faktoren zeigten sich auch im Ost-West-Deutschland-Vergleich von Margraf und Poldrack (2000, Kap. 4.2.5.9). In der NCS und NCS-R konnten ebenfalls der Zivilstand und der sozioökonomische Status als Faktor bestätigt werden, zusätzlich zu den genannten auch das Geschlecht (Frauen). In der Australian National Mental Health Survey wurde ebenfalls für Frauen, jüngere Gruppen und nicht verheiratete, getrennte, geschiedene und verwitwete Personen ein erhöhtes Risiko gefunden. Die Migration zeigte keine Assoziation mit einer Angststörung. In der National Psychiatric Morbidity Survey of Great Britain wurde ebenfalls der Zivilstand als Korrelat mit psychischen Störungen bestätigt, weiter auch höhere Raten für die Alleinerziehenden und die Singles, Personen mit niedrigem sozialen Status, Arbeitslose und Teilzeitarbeitende und in der Stadt lebende Personen. Die NEMESIS hat ebenfalls das Geschlecht Frau, niedrige Ausbildung und im Gegensatz zu den anderen Studien eine ländliche Gegend als Risikofaktoren vorgefunden. Weiter waren hohe Neurotizismuswerte, geringe Kontrollüberzeugung und ein tiefer Selbstwert mit Angst-, affektiven und komorbiden Störungen assoziiert. Ebenfalls ist die Familienanamnese wichtig (Vorgeschichte einer psychiatrischen Störung bei einem Elternteil). Weitere Faktoren, welche mit einer Angststörung assoziiert waren, sind: negative Lebensereignisse, andauernde Belastungen, Einschätzung der generellen Gesundheit (vgl. Kap. 4.2.5.3) und die generelle Wahrnehmung der Gesundheit. Neben den oben schon genannten Korrelaten (Geschlecht, Zivilstand, sozialer Status) wurde in der GHS-MHS auch ein schlechter somatischer Gesundheitszustand genannt. Speziell für die Angststörungen wurden die Faktoren Geschiedene, Getrennte, Verwitwete, Pensionierte, Arbeitslose, mittlere soziale Schicht gefunden. In der ESEMeD konnte ebenfalls eine Assoziation von Angststörungen und dem Zivilstand, Arbeitslosen und Personen mit einer geringeren Schulbildung gefunden werden.

Versorgungssituation

Die Versorgung von Personen mit psychischen Störungen ist zum Teil gravierend schlecht. In ihrem Überblick geben Eaton und Kollegen (2004) eine Inanspruchnahmerate von Behandlungsangeboten von 15.4 bis 22.8% an. In der WHO-WMH (Kap. 4.1.2.1) konnten keine grossen Unterschiede zwischen den Ländern bezüglich der Inanspruchnahmerate gefunden werden, bis auf den Unterschied zwischen weniger und entwickelten Ländern (in entwickelten Ländern höhere Raten). Über alle Substudien der WHO-WMH konnte jedoch festgestellt werden, dass mit der Schwere der Störung auch eine höhere Rate an Behandlungen einhergeht. Es sind jedoch immer noch 35.5 bis 50.3% der schweren Fälle in entwickelten Ländern, welche keine Intervention erfahren (76.3-85.4% in weniger entwickelten Ländern). Ausserdem sind die Inanspruchnahmeraten für sogenannte non-cases immer noch hoch. Oft verzögert sich der Erstkontakt mit einem Therapeuten auf mehrere Jahre (bis zu 10 Jahre bei 60% der GAS-Patienten) nach Ausbruch der Störung. In diesem Zusammenhang zeigte sich auch, dass früh einsetzende Störungen die längste Wartezeit hatten, obwohl sie meistens die schwersten und stabilsten Fälle sind. In vielen Ländern ist die Rate von Personen mit psychischer Störung, welche ein Treatment erhalten, zwischen einem Drittel und der Hälfte der Personen. In der GSMS Studie war die Inanspruchnahme von Gesundheitsdiensten für kaukasische Kinder und ihre Familien höher als für Kinder Amerikanischer Ureinwohner, obwohl für Letzere die (objektive) Schwelle deutlich niedriger ist. In Boston (Kap. 4.2.1.5) haben 76% der Kinder mit einer psychischen Störung keine Behandlung erfahren, 13% erhielten individuelle und 5% Familienberatungen. In der OCHS erhalten zwar, wie oben erwähnt, Kinder mit einer Störung vier Mal häufiger eine Behandlung als Kinder ohne Symptome, trotzdem erhalten fünf von sechs Kindern keine spezifische Hilfe. In der zweiten Puerto Rico Studie

verhält es sich genauso wie in der OCHS, jedoch ist die Rate der Kinder, welche eine Behandlung bekommen, etwas höher (49.6%). Aus dieser behandelten Gruppe benutzen die Kinder meist das Angebot an der Schule (33.3%). In der NCS-R Studie im Vergleich mit der 10-12 Jahre früheren NCS konnte eine Gegenüberstellung der Inanspruchnahmerate vorgenommen werden, welche sich über die Jahre signifikant verbessert hat (20.3% vs. 32.9%). In der NCS-R zeigte sich auch, dass von den 12.2% der behandelten Personen aus der Gesamtpopulation nur die Hälfte eine klinische Diagnose erhalten. Die ECA zeigt für den gleichen Zusammenhang eine Rate von 14.7% und in dieser Referenzstichprobe erfüllen mehr als die Hälfte alle notwendigen Kriterien für eine klinische Diagnose. In Australien (WACHS) schätzen 9% der Jugendlichen mit einem psychischen Problem (21%) die gesundheitliche Lage so ein, dass sie Hilfe benötigen würden (Elterneinschätzung: 36.7%). Obwohl diese Einschätzung in einem Survey vorgenommen wurde und nicht den klinischen Alltag wiedergibt, meinen die Autoren der WACHS (Zubrick et al., 1995), dass die Versorgung der Betroffenen in Australien nicht zufriedenstellend ist. Im Australian National Mental Health Survey sind es dann auch nur 35% der Erwachsenen, welche angeben, in einer Behandlung aufgrund der psychischen Probleme zu sein. Von den komorbiden Fällen sind es immerhin fast doppelt so viele (65%). Zum Zeitpunkt der Ersterhebung im Jahr 1965 der Isle of Wight Studies waren nur 0.9% der Kinder, welche laut den Autoren um Rutter eine Intervention bräuchten, in Behandlung. Spätere Analysen der Jugendlichen (14-15 Jahre) zeigten, dass 8.7% der Kinder ohne persistente Störung und von den persistenten Fällen 32.8% in Behandlung waren. In der BJS nahmen nur 18.2% der Betroffenen professionelle Hilfe in Anspruch. Die selteneren und schwereren Angststörungen respektive neurotischen Störungen (PTBS, GAS, Zwangsstörung) waren häufiger Grund für eine Behandlung (zw. 25 und 50%) als Phobien (13.9%). In der KiGGs war etwas weniger als die Hälfte der Kinder mit psychischen Problemen bei einem Experten in Behandlung. Margraf und Poldrack (2000) haben neben ihren Ost-West-Deutschland-Vergleichen auch die Versorgungssituation analysiert. Psychisch Auffällige waren zu 12.5% in Behandlung, davon sind 81.7% bei ihrem Hausarzt, 5.8% bei einem Psychiater und 2.8% beim Psychologen; 89.1% wurden medikamentös behandelt und 16.5% geben an, Psychotherapie erhalten zu haben. Die GHS-MHS zeigt gleichfalls, dass die Behandlungsquoten zu tief sind (36.4%), eine adäquate Therapie erhalten gerade mal 10%. Für Angststörungen war die Quote relativ hoch mit 43.6%, wobei die Panikstörung und die Generalisierte Angststörung zusammen 67.4% der Behandelten ausmachen und die Phobien 41.8%. Ausserdem konnte bestätigt werden, dass eine höhere Anzahl von im Verlauf früheren psychischen Störungen mit einer höheren Belastungsrate einhergeht.

4.3 Epidemiologische Daten aus der Schweiz

Die Frage, was Kinder und Jugendliche aus der Schweiz von Kindern und Jugendlichen aus anderen Ländern unterscheidet – im Hinblick auf die Entwicklung von psychischen Problemen und deren Bewältigung – ist vielschichtig und nicht abschliessend beantwortbar. Neben den genetischen Einflüssen, welche sich über viele Generationen entwickelt haben, sind auch biologische respektive umweltökologische Einflüsse zu verzeichnen, welche ebenfalls einen Effekt auf die Entwicklung haben können. Die in der vorliegenden Arbeit überwiegend interessierenden Faktoren finden sich jedoch in der sozialen Umwelt. Die Schweiz bietet Familien und deren Kindern im internationalen Vergleich durchschnittlich mehr Wohlstand, bessere Wohnverhältnisse, weniger Arbeitslosigkeit, höherer sozialer und sozioökonomischer Status, bessere gesundheitliche Dienstleistungen, höheres Bildungsniveau, weniger Kriminalität und ein kleineres Land. Diese Auswahl an Faktoren sagt auf den ersten Blick aus, dass die

Schweizer Kinder und Jugendlichen eigentlich gesünder sein müssten als Kinder und Jugendliche aus anderen Ländern. Jedoch stellt sich die Frage, ob das wirklich der Fall ist und falls ja, ob dies auch die Faktoren sind, welche den Unterschied ausmachen. Die in der Arbeit untersuchten Variablen sind vielmehr in der Familie (z.B. Erziehungsverhalten, Bindung) und in der kognitiven Entwicklung der Kinder (z.B. interne Kontrollüberzeugung, Coping) zu finden. Ob diese direkt oder indirekt von den oben erwähnten Faktoren beeinflusst werden oder sogar daraus resultieren, kann nur auf einer theoretischen Ebene in Kapitel 4.4 diskutiert werden.

4.3.1 Allgemeine Angaben

In der Schweiz gibt es laut Rüesch und Manzoni (2003) keine aktuellen epidemiologischen Studien, welche vergleichbar sind mit international bekannten Längsschnittstudien (z.B. GSMS, Costello, Angold, Burns, Stangl et al., 1996; EDSP, Lieb, Pfister et al., 2000; ECA, Narrow, Rae, Robins, & Regier, 2002). Der Autorin sind neben den in Kapitel 4.3.7 berichteten ZESCAP und ZAPPS auch keine weiteren aktuellen Studien zur Epidemiologie psychischer Störungen bekannt (Stand 2008), weshalb zuerst von Studien des Bundesamtes für Statistik berichtet wird (Populationssurveys; Kap. 4.3.2-4.3.6), welche zumindest Angaben bereitstellen, die sich auf die eher allgemeine psychische Gesundheit in der Schweizer Bevölkerung beziehen.

Tabelle 24: Überblick über Schweizer Statistiken und Schweizer Gesundheitsbefragungen

Kapitel-Nr.	Studienname und Autoren	Jahr und Studiendauer	Alter (in Jahren)	Stichprobe (N)	Zweck der Studie
4.3.2	Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB) (z.B. Calmonte, Galati-Petrecca, Lieberherr, Neuhaus, & Kahlmeier, 2005)	1992/1993, 1997, 2002, 2007	> 15 15-24	15'288 (92/93) 13'003 (1997) 19'706 (2002) 1'701	Gesamtschweizerische, repräsentative Gesundheitsbefragung zur körperlichen und psychischen Gesundheit;
4.3.3.	Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (z.B. Schweizerisches Gesundheitsobservatorium, 2001) ^a	Seit 1999	Alle Altersklassen	div. Datensätze	Keine eigenen Datenerhebungen, Koordination und Analysen diverser Datensätze aus der Schweiz; somatische und psychische Gesundheit resp. Krankheit, deren Indikatoren, Häufigkeiten, Behandlung und Versorgung
4.3.4	Fragen der Nationalen Gesundheitspolitik in Bezug zur psychischen Gesundheit ^a (z.B. Nationale Gesundheitspolitik Schweiz (NGP), 2004b; Rüesch & Manzoni, 2003)	1997-1999 1999-2003 (SHP)	> 11	13'003 ^b 6'335 (Panel) ^c	Keine eigenen Datenerhebungen, Analysen diverser Datensätze aus der Schweiz;
4.3.5	Swiss Multicenter Adolescent Survey on Health 2002 (SMASH) (z.B. Narring et al., 2004)	2002	16-20	7'428	Gesundheit und Lebensstil Jugendlicher in der Schweiz; Vergleiche mit SMASH 1992;
4.3.6 vgl. 4.2.5.2	Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) (z.B. Currie et al., 2000), 36 Länder	1985	11-15	140'250	Analyse der Entwicklung des Gesundheitsverhaltens bei Schülern in verschiedenen Ländern über 17 Jahre resp. 5 Erhebungszeitpunkte (Kohortenstudie)

Fortsetzung Tabelle 24

	Schweiz (Schmid et al., 2004)	1986-2002 (4-Jahres- Intervall)	11-16	10'115 (2002) 23'071 ^d 1'661 (1986) 2'523 (1990) 8'176 (1994) 5'082 (1998) 5'629 (2002)	
	Zürich (Wydler, 2002)	1994, 1998	12-13 14-15	1'705 1'044 (1994) 661 (1998) 4'156 (1998) ^e	Zusätzliche Trendanalysen zwischen Jahren 1994 und 1998

Anmerkungen: ^a=Berichte mit Daten aus div. Studien; ^b=SGB 1997; ^c=Panelstichprobe des Schweizer Haushaltspanel 1999-2003; ^d=Längsschnitt; ^e=Vergleichsstichprobe der ganzen Deutschschweiz 1998; SHP=Schweizer Haushaltspanel

Tabelle 25: Überblick über Schweizer Studien zur Epidemiologie psychischer Störungen

Kap./ Tab.	Studienname und Autoren	Jahr und Studien- dauer	Alter (in Jahren)	Stichprobe (N)	Zweck der Studie
4.3.7 Tab. 26	<i>Zurich Epidemiological Study of Child and Adolescent Psychopathology</i> (ZESCAP) (z.B. Steinhausen, Winkler Metzke, Meier, & Kannenberg, 1998)	1994	6-17	1'964 399 (2. Stufe)	Punktprävalenz psychischer Störungen
4.3.7 Tab. 26	<i>Zurich Adolescent Psychopathology Study</i> (ZAPPS) (z.B. Steinhausen, 2006a)	1994-2005	10-28	T1: 1'110 T4: ca. 610 ^a	Prävalenzen, Verlauf, Korrelate und Stabilität ausgewählter psychischer Störungen; Risiko- und Schutzfaktoren resp. -mechanismen und Effekte der Entwicklung;
4.3.8	<i>The Zurich Study</i> (z.B. Ernst & Angst, 1997)	1978-1999	18-20 20-40 (T1-T6)	6'293 (Screening 1978) ^b 4'547 (Screening) ^c 591 (Panel, T1) ^d 424 (T6)	Prospektive Längsschnittstudie; Lebenszeit-, 12-, 6- und Punktprävalenz; Strukturelle und emotionale Aspekte von Kindheits- und Erwachsenenpsychopathologie
4.3.8	Basler Studie (Wacker et al., 1992)	1989-1991	18-65	470	Prävalenzen zu Angststörungen und Depressionen; Lebenszeitprävalenzen

Anmerkungen: T=Messzeitpunkt; ^a=diese Analysen sind noch nicht veröffentlicht zum Zeitpunkt des Abfassens der Vorliegenden Arbeit; ^b=Angst und Dobler-Mikola (1985); ^c=Ernst und Angst (1997); ^d=Panelstichprobe=Längsschnittuntersuchung mit derselben Stichprobe, wobei 47% der T1-Stichprobe an allen 6 Messzeitpunkten (1979, 1981, 1986, 1988, 1993, 1999) teilgenommen haben (Ajdacic-Gross & Graf, 2003)

Eine gute Zusammenfassung zur psychiatrischen Epidemiologie in der Schweiz zum Zeitpunkt des Jahres 2003 findet sich bei Ajdacic-Gross und Graf (2003); die Autoren berichten ebenfalls von Bevölkerungssurveys aus Mangel an klassischen epidemiologischen Studien. Diese Art Studien lassen jedoch keine epidemiologischen Diagnosen zu. Die grossangelegten Populationssurveys haben zwar sehr grosse Stichproben, weisen jedoch wenig Tiefe in den themenspezifischen Fragen auf. Die Autoren deuten auf die Schwierigkeiten hin, einen Brückenschlag zwischen den Symptomanangaben (Surveys) und den Diagnosen aus epidemiologi-

schen Studien zu vollziehen. Die Populationssurveys sind also in epidemiologischer Sicht nur begrenzt aussagekräftig (vgl. Kap. 4.1.1).

Anschliessend an die Surveys wird detailliert auf die Zürcher Epidemiologie Studie von Steinhausen und Kollegen respektive deren Nachfolgestudie zur Psychopathologie der Adoleszenten im Grossraum Zürich eingegangen (Kap. 4.3.7). Den Abschluss des Kapitels 4.3 sollen zwei Studien bilden, welche die Epidemiologie psychischer Störungen im Erwachsenenalter zum Inhalt haben und die einzigen in der Schweiz durchgeführten Studien zur Epidemiologie darstellen; sie sind jedoch aus den 70er und Anfang der 90er Jahre (Kap. 4.3.8).

In Kapitel 4.3 sollen zum einen zusätzliche Daten zur Beantwortung der in Kapitel 4 formulierten Fragestellungen gefunden werden (Prävalenzraten, Risiko- und Schutzfaktoren, usw.). Zum anderen wird in Kapitel 4.3.9 eine eigene Studie (Studien 1 und 2, vgl. Abb. 1) unter anderem in Hinblick auf die genannten Fragestellungen untersucht. Zusätzliche Fragestellungen beinhalten Variablen der Erziehung, Persönlichkeitseigenschaften und eine retrospektive Einschätzung der Emotionalität durch die Mütter (Kap. 4.3.9.1). Obwohl die Stichproben nicht repräsentativ für die Schweiz sind, können bestimmte Zusammenhänge vermutet und mit anderen Ergebnissen, national und international, verglichen werden (Kap. 4.4.1 - 4.4.7).

4.3.2 Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB2002)

Die Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB) wurde bisher vier Mal in Abständen von jeweils 5 Jahren durchgeführt (vgl. Tab. 24). Hier werden vorwiegend die Resultate des Jahres 2002 (SGB2002) berichtet, weil die Analysen der Untersuchung des Jahres 2007 zum Zeitpunkt des Abfassens der vorliegenden Arbeit noch laufen und das Jahr 1997 in Kapitel 4.3.4 im Zusammenhang mit anderen Statistiken respektive Berichten besprochen wird.

Die SGB hat zum Ziel, detailliert gesundheitliche Fakten und deren Entwicklung zu erfassen und zu berichten und in Zusammenhang mit anderen Daten aus der Schweiz und im Vergleich mit internationalen Studien zu bringen (BfS, Bundesamt für Statistik, 2003). Die Schweizerische Gesundheitspolitik (vgl. Nationale Gesundheitspolitik Schweiz (NGP), 2004a) soll eine Handlungsgrundlage erhalten, welche sowohl Angaben zur körperlichen als auch psychischen Gesundheit und Krankheit in der Schweiz enthält. Weiterhin von Bedeutung sind Ressourcen, sowohl auf der Institutionsseite als auch auf der individuellen Seite. Dies alles soll zu einer Gesundheitsförderung und auch zu Präventionsarbeit führen, welche allen Menschen in der Schweiz zu Gute kommt (vgl. Kap. 5). Die SGB respektive das Bundesamt für Statistik hält sich an die von der Weltgesundheitsorganisation herausgegebenen Definitionen von Gesundheit, welche nicht nur die Abwesenheit einer Krankheit beinhalten, sondern auch ein körperliches, psychisches und soziales Wohlbefinden (vgl. Kap. 4.1.1, Baumann & Perrez, 2005b; Bundesamt für Statistik, 2003). Weiter definieren Calmonte, Galati-Petrecchia, Lieberherr, Neuhaus und Kahlmeier (2005) die psychische Gesundheit als ein „persönliches Wohlbefinden, Selbstbewusstsein, Lebenszufriedenheit, Fähigkeit, den Alltag zu bewältigen und einer Arbeit nachgehen zu können, sowie zu gesellschaftlicher Partizipation in der Lage zu sein“ (S. 23).

An der Studie im Jahr 2002 haben insgesamt 19'316 Personen teilgenommen; 10'797 Frauen und 8'909 Männer ab dem Alter von 15 Jahren. Die Erhebung wurde mit einem Telefoninterview und einer anschliessenden schriftlichen Befragung (Subsample) durchgeführt. Es wur-

den Befragungen in Deutsch, Französisch und Italienisch durchgeführt (Calmonte et al., 2005; vgl. König et al., 2005). Für ältere Menschen wurden auch persönliche Interviews (Privat-haushalte) durchgeführt (vgl. Ajdacic-Gross & Graf, 2003).

Da Menschen relativ gut in der Lage sind, ihre allgemeine Gesundheit einzuschätzen (Ajdacic-Gross & Graf, 2003), kann im SGB die Frage direkt gestellt werden „Wie geht es Ihnen zur Zeit gesundheitlich?“ (Bundesamt für Statistik, 2003, S. 4). Dabei berichten 84% der Frauen und 88% der Männer, dass sie sich gesundheitlich gut oder sehr gut fühlen, wobei diese Einschätzung mit dem Alter abnimmt. Bei Jugendlichen zwischen 15 und 24 Jahren sind es noch knapp über 90%, im hohen Alter über 75 sind es nur noch zwischen 60 und 70 Prozent. Diese Zahlen bedeuten auch, dass 18% der Frauen und 14% der Männer ein gesundheitliches, psychisches oder körperliches Problem haben, welches sie im Alltag einschränkt (Bundesamt für Statistik, 2003). Wenn man die psychischen und körperlichen Gesundheitsprobleme unterscheidet, sieht das Bild so aus, dass mit höherem Alter die körperlichen Probleme zunehmen, die psychischen jedoch abnehmen.

Die psychische Ausgeglichenheit wurde mit 4 Items erhoben und ergab, dass diese sich mit steigendem Alter ebenfalls verbessert. Bei den Jugendlichen zwischen 15 und 24 Jahren waren es nur 41%, welche sich als emotional entspannt und ausgeglichen einschätzten. Dies könnte durch die Schwierigkeiten in dieser Lebensphase erklärt werden, da die Jugendlichen ihren Platz in der Gesellschaft in Bezug auf die persönliche und berufliche Identität suchen müssen (Calmonte et al., 2005; vgl. Grob & Jaschinski, 2003). Wenn die Werte über die Jahre analysiert werden, zeigt sich zwischen den Jahren 1992 und 2002 ein deutlicher Anstieg der psychischen Ausgeglichenheit unabhängig von Alter und Geschlecht (Schuler & Meyer, 2006).

Die Befragung enthielt auch drei Fragen zu psychischen Krankheiten: ob eine längeranhaltende psychische Gesundheitsproblematik vorliegt, die Person schon einen Arzt wegen psychischen Problemen konsultiert hat oder direkt, ob sie sich wegen einer Depression behandeln lassen hat (Calmonte et al., 2005). Bei den Männern waren es 2.5% und bei den Frauen 4.0%, welche angaben, länger als ein Jahr an einer psychisch bedingten Störung gelitten zu haben. Nur 2.9% der Männer und 6% der Frauen geben an, dass sie wegen psychischen Problemen in Behandlung waren. Zu je einem Drittel werden die Behandlungen von Ärzten, Psychologen respektive Psychotherapeuten und Psychiatern durchgeführt. Laut Schuler und Meyer (2006) müssen die Zahlen der SGB2002 so hochgerechnet werden: rund ein Viertel der Schweizer leidet unter einer psychischen Störung, welche den Schweregrad einer Diagnose aufweist. Davon werden nur 5% professionell behandelt. Dabei sind vor allem junge Männer unterversorgt (15- bis 34-Jährige) und Menschen über 65 Jahre. Das Problem scheint jedoch auch in der Wahrnehmung und im Erkennen von psychischen Ursachen zu liegen. Das bedeutet, dass diese Gruppen trotz objektiven psychischen Beschwerden nicht erkennen, dass die Ursachen psychologischer Natur sind. Ein Teil der Unterversorgten müsste dringend behandelt werden, da sonst die Suizidalität, Chronifizierung, Komorbidität und auch andere Raten zunehmen. Zwischen 30 und 50% der Menschen mit einem psychischen Problem gehen zu ihrem Hausarzt. Da jedoch von diesem oft nicht erkannt wird, wo die Ursache der Symptome liegt, wird fehldiagnostiziert und entsprechend fehlbehandelt (Schuler & Meyer, 2006).

Obwohl Frauen ein besseres soziales Netz zu haben scheinen als noch vor 10 Jahren, ist der Anteil der Frauen, welche sich einsam fühlen, im hohen Alter etwas mehr als doppelt so hoch wie im jungen Erwachsenenalter (knapp 8%). Die Lebenserwartung der Frauen ist höher, aber es sind durchschnittlich auch mehr Frauen als Männer, welche sich einsam fühlen und eine Vertrauensperson vermissen. Das heisst, für Frauen hat dieser psychosoziale Aspekt mehr Bedeutung (vgl. Kap. 4.3.7). Insgesamt geben rund 5% der befragten Personen an, dass sie

keine Vertrauensbeziehung haben. Trotzdem sind es nur zwei Fünftel dieser Personen, welche dies auch bewusst als Mangel erleben respektive eine Vertrauensperson vermissen. Dieser Mangel scheint im Zusammenhang mit der psychischen Ausgeglichenheit und dem psychischen Wohlbefinden zu stehen (Calmonte et al., 2005).

Neben der bereits erwähnten Kontrollüberzeugung hat auch die Einstellung gegenüber der eigenen Gesundheit und folglich das Gesundheitsverhalten mit dem Risiko einer Einbusse des Gesundheitszustandes zu tun. Das heisst, wer zu optimistisch in Bezug auf seine eigene Gesundheit ist (kein Risiko sehen, dass ein Unfall passieren oder eine ernsthafte Krankheit aufkommen könnte), verhält sich risikofreudiger und vernachlässigt Schutzmassnahmen. Diese Menschen sind nicht gut durch präventive Massnahmen erreichbar (vgl. Kap. 5.3 & 5.4.5). In Zahlen sind dies 12% der Bevölkerung in der Schweiz, welche sich nicht um die eigene Gesundheit kümmern, wobei die Männer und jungen Menschen durchschnittlich höhere Werte auf dieser Skala aufweisen. Auf der gegenüberliegenden Seite der Dimension befinden sich die Menschen, welche sich zu viele Gedanken und Ängste um ihre Gesundheit machen. Calmonte und Kollegen (2005) nennen dies „präventives Dilemma“ (S. 37).

Wenn die Jugendlichen separat betrachtet werden, so zeigt sich, dass sie zwar körperlich gesünder sind respektive dies so angeben, jedoch häufiger als Erwachsene von psychischer Unausgeglichenheit und niedrigem psychischen Wohlbefinden berichten (circa ein Drittel). Sie geben an, dass sie eine geringere Kontrollüberzeugung haben (26%) und circa 42% fühlen sich manchmal einsam (2% häufig). Die Stichprobe ist repräsentativ für Jugendliche zwischen 15 und 24 Jahren in der Schweiz (N=1'701, Calmonte et al., 2005). Der Tabak- und Cannabis-Konsum, nicht aber der Alkoholkonsum scheint in Zusammenhang mit psychosozialen Belastungen auch gehäuft aufzutreten.

Im Bielefelder Jugendgesundheitsurvey (Kap. 4.2.5.3) wurde festgestellt, dass die Antwort auf eine allgemein formulierte Gesundheitsfrage nicht die tatsächliche Gesundheit der befragten Person wiedergibt. Die objektive Analyse der Antworten auf der Ebene der einzelnen Symptome hätte in den meisten Fällen eine andere Gesundheitseinschätzung ergeben. Das heisst, die im vorliegenden Kapitel geäusserte Annahme der Autoren, dass man sich auf die Einschätzung der Menschen bezüglich der eigenen generellen Gesundheit verlassen kann, ist nicht unbedingt haltbar (vgl. Kap. 4.3.5). Weitere Einschränkungen der Studie sind das limitierte Altersspektrum auf Jugendliche und Erwachsene über 15 Jahren und die grosse Bandbreite an Gesundheitsfragen, welche die Tiefe vermissen lässt. Es können keine Aussagen zu klinischen Diagnosen gemacht werden. Jedoch zeigt der Survey auf, dass circa 25% der Schweizer unter einer psychischen Störung leiden, die psychischen Probleme mit dem Alter abnehmen und sich nur 5% der betroffenen Personen von einem Experten behandeln lassen.

4.3.3 Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (GO)

Das Schweizerische Gesundheitswesen wurde durch die Gründung einer nationalen Koordinationsstelle, die dem Bundesamt für Statistik zugehörig ist, verbessert und erweitert. Somit können auf nationaler Ebene anhand diverser Gesundheitsdaten Auswertungen und ganzschweizerische Aussagen gemacht werden. Die Nationale Gesundheitspolitik (NGP) hat ein Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (GO) aufgebaut, welches bei der Gründung 1999 folgende allgemeine Ziele formuliert hat: die Koordination der Gesundheitspolitik mit wissenschaftlichen Beiträgen, unter anderem zur Förderung von rationalen und koordinierten Entscheidungen in der Gesundheitspolitik. Ausserdem soll das Gesundheitswesen evaluiert

und verbessert werden, so zum Beispiel soll die Versorgungssituation wirksamer und zweckmässiger gestaltet werden. Das dritte Hauptziel ist die Partizipation der Bevölkerung, welches darauf abzielt, dass die Bevölkerung besser informiert wird und auch an Diskussionen um die Gesundheitsfragen und –politik beteiligt wird (Schweizerisches Gesundheitsobservatorium, 2001). Das GO führt selbst keine Studien zur Erhebung von Daten durch, sondern bearbeitet vorhandene Daten, verknüpft, analysiert, evaluiert und präsentiert sie der Bevölkerung auf eine benutzerfreundliche Art. Eine der vielfältigen Verwendungen dieser Analysen entspricht der Planung und Evaluation von Präventionsmassnahmen oder grundsätzlichen Versorgungsleistungen in der Schweiz.

Neben der Leistung des Monitorings, welches unter anderem eine kontinuierliche Beschreibung der Schweizerischen Gesundheitssituation beinhaltet (Rüesch & Manzoni, 2003), sind auch Themenschwerpunkte gesetzt, wobei einer der Schwerpunkte die psychische Gesundheit darstellt (Nationale Gesundheitspolitik Schweiz (NGP), 2004a, 2004b; Schweizerisches Gesundheitsobservatorium, 2006a). Ausserdem sollen auch internationale Vergleiche gezogen werden, um Anregungen für das Schweizer Versorgungssystem zu gewinnen (Schweizerisches Gesundheitsobservatorium, 2001).

Zusammengefasst schätzen Ajdacic-Gross und Graf im Jahr 2003 die epidemiologischen Parameter psychischer Störungen wie folgt ein:

Auf Zeiträume von 12 Monaten umgerechnet leiden gegenwärtig etwa 10-20% der Menschen an einer ernsthaften psychischen Störung, etwa 1-2% erkranken im selben Zeitraum neu. In absoluten Zahlen ausgedrückt umfasst die jährliche Prävalenz 800'000-1'500'000 Menschen, die jährliche Inzidenz 80'000-150'000 Menschen in der Schweiz. (S. 6)

Die gesamtschweizerische stationäre Hospitalisierungsrate in psychiatrischen Kliniken im Jahr 2004 ist für Männer und für Frauen 7 pro 1'000 Einwohner (0.7%, Schweizerisches Gesundheitsobservatorium, 2006b). Die Unterschiede zwischen den Kantonen sind sehr hoch, was einerseits auch auf die Verteilung der psychiatrischen Kliniken zurückzuführen ist, jedoch auch andere Gründe haben kann (Variation von 1 bis 18 pro 1'000 Einwohner, 0.1-1.8%). Wenn man die Verteilung häufiger Haupt-F-Diagnosen (psychische Störungen in der ICD-10, Weltgesundheitsorganisation, 2005) in psychiatrischen und somatischen Kliniken vergleicht, ist auffällig, dass das Kapitel F4 (Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen) den Grossteil in somatischen Kliniken (22.9%, Medizinische Statistik, 2004, vgl. Kap. 4.3.4) und in psychiatrischen Kliniken eher weniger (12.7%) ausmacht (Schweizerisches Gesundheitsobservatorium, 2006a). Dies obwohl über alle Störungen hinweg gesehen von den Haupt-F-Diagnosen 75% auf psychiatrische und 25% auf somatische Institutionen verteilt sind. In den somatischen Kliniken machen diese Zahl vor allem die Frauen aus (15.5%), wobei bei Männern die alkoholbedingten Störungen (F10) dominieren. Dies zeigt, dass die Neurosen (u.a. Angststörungen) häufig durch die somatischen Symptome zu einer Hospitalisierung führen und nicht die psychischen Aspekte Grund für eine Einweisung sind (Schweizerisches Gesundheitsobservatorium, 2006a).

Der Gesundheitszustand der Schweizer im Vergleich mit 15 EU-Ländern, Island und Norwegen führt zu folgenden Aussagen (Schweizerisches Gesundheitsobservatorium, 2003): die Schweiz hat die höchste Lebenserwartung zu verzeichnen, wobei gleichzeitig die Schweizer Bevölkerung einen hohen Anteil an Beeinträchtigungen im psychischen Wohlbefinden und eine der höchsten Suizidraten aufweist (vgl. Ajdacic-Gross & Graf, 2003). Die grundsätzlich hohe Lebenserwartung ist sicherlich auf den Wohlstand, die gute medizinische Versorgung und viele andere Faktoren zurückzuführen. Die psychische Beeinträchtigung und die hohe Suizidrate haben wahrscheinlich ähnliche Ursachen wie die hohe Lebenserwartung, da keine

existentiellen Themen vom psychischen Zustand ablenken. Diese Diskussion soll jedoch hier nicht vertieft werden.

Innerhalb der Schweizer Stichprobe konnte gezeigt werden, dass das psychische Wohlbefinden mit dem Alter zunimmt. Das beeinträchtigte Wohlbefinden von rund 30% bei den 15- bis 34-jährigen Schweizern sinkt auf unter 20% bei den über 64-Jährigen. Von den 15- bis 34-Jährigen gehen 3-4% im Laufe eines Jahres in Behandlung. Bei 15- bis 20-Jährigen Jugendlichen geben fast die Hälfte der Mädchen und circa ein Drittel der Jungen an, dass sie wegen Nervosität und Stress Hilfe bräuchten. Die zweithäufigste Angabe ist die Depressivität (Schweizerisches Gesundheitsobservatorium, 2003). Wenn man dies mit 28 anderen Ländern vergleicht (vgl. HBSC-Studie; Kap. 4.3.6), sind die Mädchen auf dem 5. Platz, da 51% der 15-jährigen Mädchen angeben, sie fühlen sich mindestens einmal in der Woche niedergeschlagen (Vergleich: Jungen: 22%) (Currie et al., 2000, vgl. Kap. 4.3.7).

Das GO beansprucht nicht, Daten zu sammeln und entsprechend die Kontrolle über Rekrutierung, Durchführung und sonstige Aspekte in der Methode zu haben. Das heisst, obwohl die Grundlage zum Vergleichen der Daten gebracht wird, bleibt die Frage der Güte der Vergleiche offen. Die Analysen der GO sind jedoch sinnvoll, da sie auch unter dem Deckmantel der Koordination der gesamtschweizerischen Gesundheitspolitik agieren und die Förderung verschiedener Bereiche im Gesundheitswesen vorantreiben.

4.3.4 Statistiken der Schweiz

Ein Bericht über die psychische Gesundheit in der Schweiz (Rüesch & Manzoni, 2003) versucht, verschiedene Datensätze zur psychischen Gesundheit, Krankheit, Bedingungen, Folgen und Inanspruchnahme von Behandlungen zu interpretieren und Schlussfolgerungen für die Schweiz zu liefern (SGBs, Schweizer Haushaltspanels). Diese werden hier neben medizinischen Statistiken und Hospitalisierungs- und Inzidenzraten verschiedener Institutionen berichtet, um eine Einschätzung der Lage zu bekommen.

Schweizerischen Gesundheitsbefragung (SGB97)

Aus der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 1997 (SGB97) wie auch aus der SGB2002 (Kap. 4.3.2) geht hervor, dass das psychische Wohlbefinden mit dem Alter zunimmt. Dies hat unter anderem mit der Kontrollüberzeugung zu tun, welche ebenfalls mit dem Alter ansteigt. Hier findet sich auch ein Geschlechtsunterschied, welcher zugunsten der Männer ausfällt, welche jeweils höhere Werte als die Frauen aufweisen. Insgesamt sind 33% der Männer und 37% der Frauen von leichten psychischen Beschwerden betroffen. Wobei die leichten psychischen Beschwerden unter anderem Nervosität, Pessimismus und Schlafstörungen beinhalten. Energielosigkeit ist eines der häufigsten Symptome sowohl bei den Männern als auch den Frauen, direkt gefolgt von Nervosität und Spannungen. Je jünger die befragten Personen, desto häufiger wurden diese Symptome angegeben. Die Häufigkeit leichter Beschwerden war in der Altersgruppe 15-24 Jahre mit 44% für Frauen und 39% für die Männer am höchsten. Wenn die Alltagsbeeinträchtigung respektive die Dauer der psychischen Probleme einbezogen werden, sinkt der Prozentsatz auf 2.4 bei Frauen und 1.7 bei Männern. Wobei hier mit zunehmendem Alter auch die Häufigkeit von chronischem Leiden zunimmt. Circa 5% der Frauen und 3% der Männer sind wegen eines psychischen Problems in Behandlung, wobei bei den Frauen die Altersgruppe 35-49 Jahre am stärksten vertreten ist und bei den Männern die

Gruppe der 15- bis 34-Jährigen. Konkret geben die Personen vor allem einen Nervenzusammenbruch oder eine Depression als Grund für eine Konsultation an (Antwortmöglichkeiten vorgegeben). Der Häufigkeitsvergleich zwischen der Kontrollüberzeugung und psychischen Problemen ergab bei der deskriptiven Analyse, dass ein tiefes Kontrollniveau mit der Behandlungshäufigkeit zusammenhängt (vgl. Rüesch & Manzoni, 2003).

Medizinische Statistiken

Die Hospitalisierungsrate aus der Medizinischen Statistik des Jahres 1998 (vgl. Rüesch & Manzoni, 2003) nimmt im Allgemeinen mit zunehmendem Alter ab (bezogen auf die Erwachsenen). Im Jahr 1998 wurden 28'127 neue Eintritte (geschätzte Inzidenz) verzeichnet, insgesamt sind 58'858 Personen mit psychischen Störungen in stationärer Behandlung verzeichnet worden (unabhängig von der Institution). Frauen werden durchschnittlich 10 Jahre später als die Männer eingewiesen. Im Jahr 2004 wurden insgesamt 60'953 Fälle in den psychiatrischen Kliniken der ganzen Schweiz verzeichnet (unabhängig von der Herkunft der Personen; Teilnahmequote der Kliniken bei 100%; Bevölkerung Jahresmitte bei 7'389'626 Personen). Circa 45% davon gehen auf Notfälle zurück und 50% auf geplante Aufenthalte (Bundesamt für Statistik, 2005). Pro 1'000 Einwohner sind 8.25 Fälle (0.8%) im Jahre 2004 zu verzeichnen; dabei ist das Geschlecht gleich verteilt und in der Altersvergleichstabelle zeigt sich, dass Personen zwischen 15 und 49 Jahren am häufigsten vertreten sind, mit einem Peak der 30- bis 39-Jährigen (12 Fälle pro 1'000 Einwohner, 1.2%). Auch hier findet sich der Unterschied, dass Männer durchschnittlich früher hospitalisiert werden als Frauen (rund 10 Jahre Differenz). Bei Kindern im Alter von 10- bis 14-Jahren ist pro 1'000 Einwohnern mit einem Fall zu rechnen (0.1%), Diese Rate steigt um das 7-Fache im Alter von 15-19 Jahren (0.7%). Bezüglich der häufigsten Diagnosen nach ICD-10 (Weltgesundheitsorganisation, 2005) in psychiatrischen Kliniken sind die affektiven Störungen geschlechtsunabhängig am häufigsten vertreten (25.4%), bei Frauen ist dies die häufigste (30.5%) und bei Männern die zweithäufigste (20.1%) Ursache für einen Aufenthalt. Schizophrenie respektive Psychosen sind insgesamt am zweithäufigsten (21.1%), wobei dieser Störungsbereich für Männer der häufigste (23.3%) ist und für Frauen der zweithäufigste (19.1%) ist. Die Neurotischen Störungen (F4) fallen geringer aus. Bei den Kindern zwischen 0 und 14 Jahren ist dieser Bereich der zweithäufigste (16.3%), wobei die Mädchen mit 22% stark betroffen und die Jungen mit 10.1% etwas weniger betroffen sind. In den anderen Altersbereichen ist diese Störungskategorie für eine Hospitalisierung vergleichsweise geringfügig ausschlaggebend. Bei einer Analyse der Mehrfachdiagnosen in der Altersgruppe 0-14 Jahre (geschlechtsunabhängig) sind die Neurotischen Störungen am dritthäufigsten als Erstdiagnose verzeichnet (rund 11%).

Schweizer Haushaltspanel (SHP)

Ein länger andauerndes psychisches oder physisches Problem wird im Schweizer Haushaltspanel 1999 (SHP1999) von 20.6% der befragten Personen bejaht. In Behandlung wegen eines psychischen Problems sind 5% der Befragten. Die Frage nach innerer Unruhe, Angst und nach Sorgen beantworten 42% der Menschen für die vergangenen 12 Monate positiv (Ajdacic-Gross & Graf, 2003).

Aus dem SHP1999-2003 (Rüesch & Manzoni, 2003; vgl. Zimmermann & Wernli, 2006) geht hervor, dass sich die Menschen sehr (emotional) unterstützt fühlen, falls sie psychische Probleme haben. Am meisten kann dabei der Partner oder die Kinder über 15 Jahre (Familie) helfen. Im Hinblick auf Arbeitsbelastung respektive -stress (SGB97) sind die Männer deutlich stärker belastet (Ausnahme des Items „Menschen pflegen“). So wird in der Analyse deutlich,

dass bei Männern ein signifikanter Zusammenhang zwischen der Arbeitsbelastung und leichten psychischen Beschwerden besteht. Es findet sich ausserdem ein Zusammenhang zwischen Beeinträchtigung, Leistungs- und Arbeitsfähigkeit und psychischen Problemen: Männer und Frauen mit starken psychischen Problemen sind häufiger erwerbslos. Die Inanspruchnahmerate von Behandlungen in der Schweiz von Personen, welche explizit aufgrund psychischer Probleme zum Arzt oder Psychologen gehen, ist sehr gering: von allen Befragten tun dies nur 5% der Frauen und 3% der Männer (SGB97). Von den Personen mit psychischen Problemen, welche länger als 12 Monate andauern, gehen rund 90% zu einem Arzt, dabei ist der Konsultationsgrund „Behandlung wegen psychischer Probleme“ viel geringer: nur 35.3% der Männer und 40.7% der Frauen. Jüngere Personen (zwischen 15 und 35 Jahren) und mehr Männer als Frauen suchen aufgrund psychischer Probleme eine Fachperson (Psychologe oder Psychiater) auf. Bei den Kindern geht man davon aus, dass circa 20% unter psychischen Belastungen leiden und bei mindestens einem Viertel dieser Kinder bestünde Behandlungsbedarf. Jedoch erhält nur eine Minderheit eine fachgerechte Behandlung (Käppler et al., 2006; Käppler & Mohler, 2006; Steinhausen & Winkler Metzke, 2002).

Der *Bericht der Nationalen Gesundheitspolitik Schweiz* (Nationale Gesundheitspolitik Schweiz (NGP), 2004a, 2004b) zeigt eine Schätzung der 1-Jahres-Prävalenz von allen Angststörungen von 7-17% und eine Lebenszeitprävalenz von 13-27%, was im Vergleich mit anderen Störungsbildern die häufigste psychische Störungsgruppe ausmacht (Ajdacic-Gross & Graf, 2003, vgl. Kap. 4.2.6 & 4.4.7). Ajdacic-Gross und Graf (2003) berichten neben einer Lebenszeitdiagnose bei Angst-, affektiven und Substanzstörungen im Erwachsenenbereich von je 25% auch von einer 50%-igen Lebenszeitkomorbidität. Sie geben an, dass für die hohe Lebenszeitkomorbidität das Onset-Alter relevant ist. Jüngeres Alter geht mit einer erhöhten Komorbidität einher (vgl. Ernst & Angst, 1997, vgl. Kap. 4.4.4). Die Schlussfolgerungen von Rüesch und Manzoni (2003) sind, dass keine validen klinisch-epidemiologischen Daten zur psychischen Gesundheit in der Schweiz vorliegen, dass Frauen ihr psychisches Wohlbefinden schlechter einschätzen, Männer über 50 Jahre und junge Menschen zwischen 15 und 24 Jahren Risikogruppen sind, Suizid die zweithäufigste Todesursache bei jungen Menschen ist, und dass die Schweizer mit psychischen Problemen unterversorgt sind, sowohl in Bezug auf die Behandlung als auch in Bezug auf die Informationen. Zusammenfassende Analysen zur Schweizerischen Gesundheitsbefragung 1992/1993 und 1997 und zum Schweizer Haushaltspanel 1999 und 2000 finden sich im Arbeitsdokument von Ajdacic-Gross und Graf (2003), welches ein Überblick über die Schweizerische psychiatrische Epidemiologie gibt.

Kinder- und Jugendpsychiatrischer Dienst des Kantons Zürich, 2002, ausgewählte Stationen

Im Jahr 2002 finden sich für den Kanton Zürich folgende Angaben zur Inzidenz psychischer Störungen (klinische Stichproben): Die Altersgruppen 6- bis 9-Jährige, 10- bis 13-Jährige und ab 14-Jährige sind etwa gleich verteilt, bei den Geschlechtern haben wir mehr Jungen, circa doppelt so viele im Alter von 6- bis 13-Jahren und etwa gleich viel ab dem Alter von 14 Jahren. Aus einer klinischen Stichprobe (1'227 erfasste Fälle) der Poliklinik und der Regionalstellen (ambulant) sind 0.6% Phobien, 1.1% Andere Angststörungen, 0.7% Zwangsstörungen, 20.7% Anpassungsstörungen, Somatoforme Störungen 0.8% und Emotionale Störungen 11.3% (Vgl. Hyperkinetische Störungen: 14.9%, Organische bzw. Hirnfunktionsstörungen: 8.5%, Tiefgreifende Entwicklungsstörungen: 1.3%, Essstörungen: 1.0%, Enuresis: 2.1%). Bei der Jugendlichenstation (N=80) sind 1.3% Phobien zu verzeichnen, 2.5% Andere Angststörungen, 6.3% Zwangsstörungen und 5% Anpassungsstörungen und 2.5% Emotionale Störungen (vgl. Schizophrenie: 16.3%, Affektive Störungen: 17.5%, Persönlichkeitsstörungen:

16.3%). In der Kinderstation Brüschalde sind aus 19 erfassten Fällen je 5.3% Andere Angststörungen, Zwangsstörungen und Emotionale Störungen (Vgl. Hyperkinetische Störungen: 31.6%, Störung sozialer Funktion: 15.8%, Kombinierte Störung der Emotionen und des Sozialverhaltens: 21.1%). In der Tagesklinik für Kinder ($N=20$) sind 15% Emotionale Störungen zu verzeichnen, jedoch keine Angststörungen (Vgl. 50% Hyperkinetische Störungen). In der Tagesklinik für Jugendliche ($N=27$) sind 7.4% Andere Angststörungen, 3.7% Zwangsstörungen und 7.4% Anpassungsstörungen (Vgl. Hyperkinetische Störungen: 29.6%, Affektive Störungen: 25.9%, Schizophrenien: 14.8%, Kinder- und Jugendpsychiatrischer Dienst des Kantons Zürich, 2002).

Kinder- und Jugendpsychiatrie, 2004, Kanton Freiburg (CH)

In der Kinder- und Jugendpsychiatrie Freiburg gab es für das Jahr 2004 aus dem Vorjahr 2003 210 persistente Fälle und 558 neue Fälle. Folgende Angaben betreffen die neuen Fälle: es waren 115 Fälle zwischen Null und 5 Jahren, 203 waren zwischen 6 und 12 Jahren, 199 zwischen 13 und 16 Jahren und 37 zwischen 17 und 18 Jahren und 4 Fälle waren über 18. Insgesamt waren es 38 Mädchen und 320 Jungen. Es waren nur 62 Fälle deutschsprachig, 485 waren französischsprachig und 11 Kinder und Jugendliche sprachen eine andere Sprache. Die Mutter war bei 358 der Fälle die Initiatorin, der Vater meldete bei 62 Kindern und Jugendlichen an und bei 10 Fällen waren es die Jugendlichen selbst und bei 128 Fällen waren es Drittpersonen. Die Diagnosen haben sich wie folgt verteilt (zusammengefasst; Mehrfachdiagnosen möglich): Verhaltens- und Emotionale Störungen mit 155 Fällen, Depressive Störungen und Angstzustände mit 129 Fällen. Anpassungs- und neurotische Störungen mit 155 Fällen. Es gab 5 Selbstmordversuche. Es liessen sich 787 psychosoziale Störungen oder abnorme psychosoziale Zustände zählen, was bedeutet, dass bei vielen Fällen mehrere solche Störungen und Zustände anzutreffen sind (Direktion für Gesundheit und Soziales, 2005).

Die Problematik der hier berichteten Prävalenz- und Inzidenzraten aus diversen Berichten liegt in der Vergleichbarkeit von Raten aus Bevölkerungsstichproben und klinischen Stichproben (vgl. Kap. 4.2.5.5). Wie anzunehmen unterscheiden sich die administrative Prävalenz (Lieb, 2005, vgl. Kap. 4.1.1) und die Prävalenz und Inzidenz aus Untersuchungen anhand von Bevölkerungsstichproben (vgl. Abb. 30). Die häufigsten Störungen in der Gesamtbevölkerung sind nicht die gleichen wie in einer psychiatrischen Klinik. Dies hängt mit dem Schweregrad und dem Beeinträchtigungslevel zusammen, welche mit der Störung einhergehen. Die Angststörungen sind häufiger moderate Störungen, weshalb sie seltener in einer stationären Abteilung vorgefunden werden (vgl. medizinische Statistik), dafür häufiger in ambulanten Settings und vor allem in Populationssurveys und epidemiologischen Studien an einer repräsentativen Stichprobe der Gesamtbevölkerung.

4.3.5 Swiss Multicenter Adolescent Survey on Health 2002 (SMASH)

Die erstmals 1992/1993 durchgeführte, ganzschweizerische Studie zur Gesundheit und dem Lebensstil von Jugendlichen im Alter von 16 bis 20 Jahren wurde 2002 (Narring et al., 2003, 2004) wiederholt. Im gleichen Jahr wurden auch die alle fünf Jahre stattfindende Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB2002, Calmonte et al., 2005, vgl. Kap. 4.3.2) und die HBSC-Befragung (Schmid et al., 2004, vgl. Kap. 4.3.7) durchgeführt. Die Groupe de Recherche sur la Santé des Adolescents des Instituts für Sozial- und Präventivmedizin der Universi-

tät Lausanne (IUMSP), das Institut für Psychologie der Universität Bern und das Ufficio di Promozione e di Valutazione Sanitaria (Sezione Sanitaria) des Kantons Tessin führten diese Studie gemeinsam durch. Der epidemiologische Ansatz, welcher neben dem sozialwissenschaftlichen Ansatz einen Schwerpunkt der Studie beinhaltet, soll die Prävalenz von Verhaltensweisen und deren Entwicklung aufzeigen. Die gewichtete Stichprobe besteht aus 7'428 Jugendlichen (3'384 Mädchen und 4'044 Jungen) aus allen Sprachregionen der Schweiz. Die Stichprobe ist jedoch nur repräsentativ für 16- bis 20-Jährige, welche eine Mittel- (*Schüler*) oder Berufsschule (*Lehrlinge*) besuchen. Dem gegenüber stehen 20% der gesamten Bevölkerung in diesem Alter, welche vom Bildungssystem ausgeschlossen sind. Die Studie basiert auf einem Fragebogen mit 93 Items, welcher in der Schule in Obhut speziell trainierter Helfer ausgefüllt wurde (Narring et al., 2004).

Obwohl die Einschätzung der eigenen Gesundheit gut ausfällt (nur circa 6% der Befragten geben eine schlechte Gesundheit an), sind die detaillierten Angaben dazu widersprüchlich (vgl. 4.2.5.3 & 4.3.2). Bei den Mädchen fanden sich 34.4% und bei den Jungen 18.9% aller Jugendlichen, welche sich deprimiert fühlten und sich deshalb professionelle Hilfe gewünscht hätten (Jeannin et al., 2005; Narring et al., 2003, 2004). Bei 47.7% der Mädchen und 28.5% der Jungen fanden sich Symptome von Stress. Probleme im Gefühlsleben berichten 32.8% der Mädchen und 22.4% der Jungen. Kopfschmerzen waren sehr häufig (37.4% der Mädchen und 15.9% der Jungen), und Bauchschmerzen waren für die Mädchen aufgrund ihrer Menstruation auch bei 30% (Vergleich: 9.7% der Jungen) (Jeannin et al., 2005). Bezogen auf das Körperbild und entsprechend auf die Zufriedenheit mit sich und seinem Äusseren waren 40% der Mädchen und 18% der Jungen unzufrieden. Diese Unzufriedenheit hat in den letzten 10 Jahren zugenommen. Circa 10% der Mädchen und 5% der Jungen sind depressiv verstimmt, wobei die Lehrlinge deutlich häufiger betroffen sind als die Schüler (8 Items, wobei im Text ausdrücklich auf den Unterschied zur klinischen Depression hingewiesen wird). Bei einem Fünftel der Befragten waren Selbstmordgedanken schon einmal ein Thema, wobei 5% der Mädchen und 3% der Jungen auch gehandelt hätten, wenn die Gelegenheit zu diesem Zeitpunkt vorhanden gewesen wäre. Wenn direkt nach Selbstmordversuch gefragt wird, dann geben 8% der Mädchen und 3% der Jungen an, einmal einen Selbstmordversuch unternommen zu haben. Aus dieser Gruppe, welche bereits einen Versucht gemacht haben, geben 43% der Lehrlinge und auch 30% der Schüler an, sogar mehrfach Suizidversuche durchgeführt zu haben. Nur 10% dieser Jugendlichen wurden deshalb hospitalisiert und noch geringer ist die Zahl (1.5% Mädchen und 0.4% der Jungen), welche deswegen mit einem Experten in Kontakt kamen (Narring et al., 2003). Die Schweiz hat im Vergleich mit anderen Ländern (vgl. Kap. 4.3.2, Kap. 4.4) eine der höchsten Selbstmordraten unter den 15- bis 44-Jährigen (Ajdacic-Gross & Graf, 2003; Rüesch & Manzoni, 2003).

Die Beziehungsqualität zwischen Jugendlichen und deren Eltern ist sehr hoch. Die Jugendlichen geben zu 90% an, dass sie glauben, von ihren Eltern so akzeptiert zu werden, wie sie sind. Die gleiche Prozentzahl steht für das gegenseitige Vertrauen. Jedoch erzählen nur 64% der Mädchen und 54% der Jungen ihren Eltern von Problemen und Schwierigkeiten. Ebenfalls niedriger sei das Verständnis (allg.) der Eltern (78% bei den Mädchen und 82% bei den Jungen). Bei immerhin 83% der Mädchen und 80% der Jungen merken die Eltern, dass sie traurig sind. Bezüglich Gesundheitsfragen gehen durchschnittlich 85% der Jugendlichen zu ihren Eltern, wobei eine leichte Abnahme mit zunehmendem Alter feststellbar ist; vor allem die männlichen Lehrlinge zeigen einen deutlichen Abfall mit zunehmendem Alter. Tendenziell gehen eher Schüler als Lehrlinge mit Gesundheitsfragen zu ihren Eltern (Narring et al., 2004). Zum Zeitpunkt der Studie hätten, nach eigenen Angaben, 17% der Mädchen und 12% der Jungen Unterstützung zur Problembewältigung in der Familie gebraucht (z.B. Streit der Eltern, innerfamiliäre Gewalt). Es gab 4.4% der weiblichen Lehrlinge und 2.2% der Schüle-

rinnen und 9.7% der männlichen Lehrlinge und 7.9% der männlichen Schüler, welche berichten, dass sie keine gleichaltrige Bezugsperson haben; 18.6% der Mädchen und 24.9% der Jungen gaben an, niemanden zu haben, mit dem sie über psychische Probleme sprechen können.

Über 80% aller gefragten Jugendlichen berichten, dass sie sich in der Klasse wohl fühlen, über 70% berichten, dass die Lehrer Vertrauen zu ihnen haben und etwas geringer fiel der Prozentsatz in Bezug auf genügend Anerkennung von den Lehrern aus. Jedoch sagen knapp über (Lehrlinge) oder unter (Schüler) der Hälfte der Jugendlichen, dass die Lehrer sich nicht genügend um Probleme der Schüler kümmern. Die Lehrkräfte am Arbeitsplatz der Lehrlinge bekamen durchweg bessere Noten von den Schülern. Jedoch haben Lehrlinge einen relativ hohen Zeitdruck. Circa 55% der Lehrlinge geben an, dass sie ein hohes Arbeitsaufkommen haben und davon geben 20% an, dass sie dadurch häufig unter grossem Zeitdruck stehen (Narring et al., 2004).

Bei 5.6% der Mädchen und bei 1.6% der Jungen wurden rezeptpflichtige Medikamente gegen Nervosität und Angst verschrieben, bei den nicht-ärztlich verschriebenen Medikamenten waren dies 7.7% bei den Mädchen und 1.1% bei den Jungen. 8.2% bei den Mädchen und 4.7% bei den Jungen gaben an, einen Psychologen oder Psychiater aufgesucht zu haben. Diese Angaben sind höher als für Sozialarbeiter (Durchschnitt: 2.8%) und Familienberatungsstelle (6.5% bei Mädchen und 1.9% bei Jungen). Wenn die Verteilung in Bezug auf Fachperson und Symptome berücksichtigt wird, dann gehen wegen Nervosität oder Depressivität je gleich viele zu einem Arzt und zu einem Psychologen (Geschlechtsunterschied: Mädchen 3 Mal mehr).

Die Stichprobe der SMASH ist repräsentativ für den Altersbereich der Jugendlichen von 16-20 Jahren aus allen Sprachregionen der Schweiz, ist jedoch beschränkt auf Jugendliche aus den Mittel- und Berufsschulen und somit nicht repräsentativ für alle Schultypen. Die Ergebnisse beziehen sich ausserdem auf eine Befragung, welche keine klinischen Diagnosen zulässt. Es können jedoch Aussagen zu Problemen in Gesundheit, Suizidalität, Beziehung zu Eltern und ähnlichen Bereichen gemacht werden.

4.3.6 Health Behaviour in School-Aged Children (HBSC)

Die Schweiz ist seit 1986 in der internationalen Jugendgesundheitsstudie, Health Behaviour in School-Aged Children (HBSC), dabei, welche unter der Schirmherrschaft von der WHO-Europa koordiniert wird (<http://www.euro.who.int/>). Alle vier Jahre werden neue Erhebungen durchgeführt, wobei zum einen versucht wird, Entwicklungstrends und Altersentwicklungen im Gesundheitsverhalten festzuhalten und zum anderen auch jedes vierte Jahr eine Querschnittsanalyse durchzuführen (grössere Stichprobe). Zu jedem Zeitpunkt sind auch Vergleiche mit den anderen 26 europäischen (vgl. Kap. 4.2.5.2 für Deutschland) respektive 36 internationalen Ländern möglich (Schmid et al., 2004). Schüler im Alter von 11 bis 16 Jahren (Altersspanne in der Schweizer Gesamtstichprobe) werden in der Schule anhand anonymer Fragebogen befragt. In Kapitel 4.2.5.2 haben wir gesehen, dass für den internationalen Vergleich nur die 11-, 13- und 15-Jährigen relevant sind. Im vorliegenden Kapitel werden jedoch die HBSC-passenden Daten zur Hand genommen (Schmid et al., 2004). Die Stichproben aller Länder sind gewichtet und somit repräsentativ für die angegebenen Altersgruppen (vgl. Currie et al., 2000; Schmid et al., 2004). In der Schweiz gab es im Jahr 2002 eine Teilnahmequote von 85.5%. Die Verlässlichkeit der Angaben aus der Selbstbeschreibung ist laut Schmid und

Kollegen (2004) hoch, da sie zeigen konnten, dass die persönliche Sicht plausibel und auch konsistent wiedergegeben wird.

Im Bereich Wohlbefinden wird erhoben, wie die allgemeine Gesundheit ist, ob die Jugendlichen mit dem Körperbild zufrieden sind und ob sie mehrere Gesundheitsbeeinträchtigungen (wiederkehrende, mindestens wöchentlich) haben. Daneben sind vor allem Bereiche der körperlichen Gesundheit und des allgemeinen Gesundheitsverhaltens ausserhalb des psychischen Wohlbefindens gefragt worden (z.B. Verletzungen, Suchtmittelkonsum).

Der Anteil Jugendlicher, welche ihre Gesundheit als nur einigermaßen gut oder schlecht bezeichnen, hat etwas abgenommen. Das heisst, das allgemeine Gesundheitsempfinden, unabhängig vom Alter und vom Geschlecht, hat sich über die 16 Jahre etwas verbessert (Periodeneffekt). Bei den 13- und 15-jährigen Schülerinnen ist der Anteil von den eher unzufriedenen etwas höher als bei den Schülern und bei den 11-Jährigen unabhängig vom Geschlecht (signifikanter Unterschied). Es kann jedoch kein Zeittrend festgestellt werden, da die Jahre 1994 und 1998 bezüglich dieser Fragestellung fehlen (Schmid et al., 2004). Im Vergleich zu anderen Ländern ist die Schweizer Jugend sehr zufrieden mit ihrer Gesundheit. In Russland, Lettland, der Ukraine und Litauen geben bis zu 30% der Jugendlichen an, mit ihrer Gesundheit nur einigermaßen zufrieden zu sein oder gar nicht, diese Länderunterschiede nehmen mit dem Alter der Stichprobe noch zu.

Innerhalb der Schweiz zeigt sich, dass vor allem die Mädchen respektive die weiblichen Jugendlichen über wiederkehrende, mindestens wöchentliche Gesundheitsbeeinträchtigungen berichten. Im Alter von 11 Jahren ist der Geschlechtsunterschied noch nicht signifikant, auch wenn die Mädchen höhere Werte aufweisen, der Unterschied wird jedoch mit zunehmendem Alter grösser und signifikant (fast 2:1). Es findet sich kein signifikanter Trend über die Jahre 1994, 1998 und 2002, nur ein leichtes Ansteigen (nicht kontrollierte Einflüsse). Jedoch zeigt sich, dass in der Schweiz lebende ausländische Jugendliche häufiger über Beschwerden berichten als Schweizer Jugendliche. Ebenfalls findet sich ein Unterschied bezüglich der Sprachregion: die deutschsprachigen Schweizer haben auf der Skala der Gesundheitsbeeinträchtigungen niedrigere Werte als ihre Kollegen in der französisch- und italienischsprachigen Schweiz. Der Vergleich mit den anderen europäischen Ländern zeigt, dass die Schweizer über weniger Beeinträchtigungen berichten. Die höchsten Werte kommen aus Italien, Griechenland und bei den 11-Jährigen zusätzlich aus Spanien.

Im europäischen Vergleich können grosse Unterschiede in den diversen Gesundheitsbereichen festgestellt werden. Der subjektive Gesundheitszustand ist in den östlich-europäischen Ländern am schlechtesten, wohingegen der schädliche Alkoholkonsum in den skandinavischen Ländern am höchsten ist. Die Schweizer Jugendlichen sind dafür im Cannabiskonsum an der Spitze. Die in der vorliegenden Arbeit interessierenden psychischen Störungen sind jedoch in allen Ländern neben den Tabakkonsum-Problemen und der ungesunden Ernährung problematisch (Schmid et al., 2004).

Die *Zürcher Teilstichprobe* der HBSC-Studie wurde von Wydler (2002) separat analysiert und soll hier kurz wiedergegeben werden, damit diese Daten mit den anderen Zürcher Daten (vgl. Kap. 4.3.7 & 4.3.8) verglichen werden können (Kap. 4.3.10). Insgesamt können 1'705 Jugendliche zwischen 12 und 15 Jahren aus den Jahren 1994 und 1998 untersucht werden. Der Autor teilt diese Jugendlichen in 4 Gruppen ein: 12- bis 13-jährige weibliche und männliche Jugendliche und 14- bis 15-jährige männliche und weibliche Jugendliche. Im Bereich positive emotionale Befindlichkeit kann bei 95% aller Jugendlichen ein ziemlicher bis meist glücklicher Zustand vorgefunden werden. Die Gruppe der älteren weiblichen Jugendlichen jedoch ist am niedrigsten mit 85%. Ebenfalls wurde die negative emotionale Befindlichkeit

untersucht. Sie beinhaltet die Neigung zu Depressivität, zu Angst und auch die Überforderung im Hinblick auf den Alltag respektive den im Alltag auftretenden Anforderungen. Die Mädchen und innerhalb dieser Gruppe die älteren Jugendlichen sind entsprechend der Skala *Positive emotionale Befindlichkeit* häufiger traurig, müde, nervös und gereizt. Ausserdem hat sich diese Situation von 1994 zu 1998 noch verschlechtert. Bei der Aktivierung von Bezugspersonen verlieren die Eltern den Platz an Peers, je älter die Jugendlichen sind. Ausserdem fällt es den meisten Jugendlichen leichter, mit der Mutter über Probleme zu sprechen, wobei es den Mädchen zudem schwerer fällt, sich gegenüber dem Vater zu öffnen als den Jungen. Im Schweizer Vergleich fällt auf, dass es den Zürcher Mädchen schwerer fällt, einen Zugang zu Vater und Mutter zu finden als den übrigen Deutschschweizern. Bei Jugendlichen mit ausländischem Pass ist oft der Bruder eine enge Bezugsperson für die Jungen und die Schwester für die Mädchen. Einsamkeitsgefühle finden sich vor allem bei den Mädchen. Bei zwei Dritteln der Mädchen finden sich manchmal bis oft Einsamkeitsgefühle, bei den Jungen sind es unter 50%, unabhängig vom Alter.

In der HBSC werden nur die Selbsturteile zur Grundlage genommen, was einer Einschränkung an Aussagekraft gleichkommt (vgl. Kap. 2.3). Die Studie wurde in 36 Ländern an Kindern und Jugendlichen im gleichen Altersbereich (11-15 Jahre) durchgeführt, was eine gute Basis für einen internationalen Vergleich ist. Jedoch sind die direkten Vergleiche (Interpretationen) von Prävalenzen oder anderen Parametern problematisch, da immer auch andere Bedingungen (z.B. Religion, Kultur, sozioökonomischer Status) einbezogen werden müssen. Ausserdem wurden im Bericht oft Gebiete und nicht einzelne Länder zum Vergleich herangezogen (z.B. europäische Länder); dies kann grundsätzlich zu interessanten Vergleichen führen, jedoch bleiben auf diese Weise die konkreten Aussagen zu einzelnen Ländern respektive Völkern offen. Alles in allem können jedoch die HBSC, wie auch die in den Kapiteln 4.3.2 bis 4.3.5 genannten Surveys, Aussagen zur generellen und auch psychischen Gesundheit machen und potentielle Korrelate beschreiben.

4.3.7 Zürcher Epidemiologiestudie zur Kinder- und Adoleszenten Psychopathologie (ZESCAP) und Zürcher Adoleszenten-Psychologie- und Psychopathologie-Studie (ZAPPS)

Die Zürcher Adoleszenten-Psychologie und Psychopathologie-Studie (ZAPPS) hat mittlerweile vier Erhebungswellen durchgeführt (1994, 1997, 2000/2001 und 2004/2005) und die aktuellen Analysen laufen zum momentanen Zeitpunkt noch. Die ZAPPS basiert auf einer anderen Studie (resp. deren Teilstichprobe) aus dem Jahr 1994, der ZESKAP (Zürcher Epidemiologiestudie für Kinder- und Adoleszentenpsychopathologie). Steinhausen und Mitarbeiter (Steinhausen, 1999, 2004, 2005; Steinhausen & Winkler Metzke, 1997, 2001a, 2001b, 2001c, 2002; Steinhausen, Winkler Metzke, Meier, & Kannenberg, 1997) haben in der Längsschnittstudie diverse Untersuchungen zur Epidemiologie von psychischen Störungen bei Kindern und Jugendlichen (Häufigkeit, Verlauf und begleitende Umstände) und zur Entwicklungspsychopathologie (Risiko-, kompensatorische, Vulnerabilitäts- und protektive Faktoren) durchgeführt. Es können zusätzlich Aussagen zu Perioden-, Alters- und Kohorteneffekten gemacht werden. Die diversen Bereiche, welche in diesem Zusammenhang analysiert werden, sind zusammengefasst die Folgenden:

- Familienklima und Erziehungsverhalten
- Soziales Netzwerk

- Bewältigung von Stress im Zusammenhang mit dem Familienklima
- Coping in verschiedenen Lebensbereichen
- Kritische Lebensereignisse, daily hassles
- Selbstwert und Selbstaufmerksamkeit
- Internalisierende und externalisierende Störungen und Auffälligkeiten

Es soll zunächst für beide Studien separat erläutert werden, wie die Stichproben zusammengesetzt sind, welche Datenquellen jeweils zur Verfügung stehen und wie die verschiedenen Messzeitpunkte (Erhebungswellen) miteinander gekoppelt werden (vgl. Tab. 26). Anschließend werden die Resultate der Querschnitts- und Längsschnittsuntersuchungen vorgestellt, welche ergänzende Angaben zur Methodik enthalten. Abschliessend wird eine Zusammenfassung zur ZESCAP und der ZAPPS gegeben.

Die theoretische Basis der Studie bildet unter anderem die von Rutter (1987, 1990) vorgeschlagene Einteilung der verschiedenen Begriffe der psychosozialen Variablen wie zum Beispiel der Risikofaktoren (vgl. Kap. 3.1.2). Aufgrund dieser Basis erlauben sich die Autoren der ZAPPS (z.B. Winkler Metzke & Steinhausen, 1999a, 1999b), auch in Querschnittsanalysen eingeschränkte Aussagen zu den Risiko-, Protektions- und Vulnerabilitätsfaktoren zu machen. Die Autoren räumen ein, dass anhand der gewählten statistischen Verfahren (Modellanalyse, hierarchische dreifaktorielle Varianzanalyse) zwar Aussagen zu Zusammenhängen und potentiellen Richtungen (Korrelate, vgl. Kap. 3.1, Abb. 14) möglich sind, jedoch die Kausalität (kausale Richtung) noch im Längsschnitt geklärt werden muss. In späteren Analysen der Autoren (vgl. weiter unten) konnten einige querschnittliche Aussagen zu Richtungszusammenhängen bestätigt werden. Wegen der von den Autoren bereits in den Querschnittsanalysen angenommenen kausalen Zusammenhänge werden die Faktoren als potentielle Faktoren bezeichnet.

Zürcher Epidemiologiestudie für Kinder- und Adoleszentenpsychopathologie (ZESKAP)
(*The Zurich Epidemiological Study of Child and Adolescent Psychopathology, ZESCAP*)

Im Jahr 1994 wurde von Steinhausen und Mitarbeitern (Steinhausen & Winkler Metzke, 2001c; Steinhausen et al., 1997; 1998, vgl. Steinhausen & Winkler Metzke, 2002) die übergeordnete epidemiologische Kinder- und Adoleszentenpsychopathologiestudie an 1'964 Familien mit Kindern aus insgesamt 158 Zürcher Schulen durchgeführt. Diese Stichprobe ist repräsentativ für folgende Bereiche: Bezirke des Kantons Zürich, Stadt-Land, Schultypen, Klassenstufen und Geschlecht (Steinhausen, 2004; Steinhausen & Winkler Metzke, 2001c). Der Altersbereich liegt zwischen 6 und 17 Jahren (1. bis 10. Schuljahr). Den Eltern wurde ein Fragebogen zu Verhaltensauffälligkeiten (CBCL) vorgelegt und die Lehrer beantworteten eine Kurzform von einem ähnlichen Fragebogen. Eine Subgruppe von 399 Eltern wurde mit einem diagnostischen Interview nach Merkmalen und Verhalten ihrer Kinder und Jugendlichen befragt. Die Grundlage für dieses Interview (DISC-P, Parent, Elternversion) waren die DSM-III-R-Kriterien beziehungsweise –diagnosen (DISC-R, Diagnostic Interview Schedule for Children, Revised Version, Shaffer et al., 1993); für die Diagnosen ab dem Jahr 2000 wurden DSM-IV-Kriterien benutzt. Die Schüler, welche in der 5. Klasse oder höher waren (ab 10 bzw. 11 Jahren), wurden gebeten, den Selbstbeurteilungsbogen YSR auszufüllen. Es konnten so insgesamt 1'093 Schüler (82 Klassen) erreicht werden (vgl. Tab. 26).

Tabelle 26: Zürcher Epidemiologie-Studie des Kindes- und Jugendalters (z.B. Steinhausen, 2005)

Studienjahr	Stichprobe (N)	Alter (in Jahren); Geschlecht	Verwendete Instrumente	Zweck	Bemerkungen
<i>The Zurich Epidemiological Study of Child and Adolescent Psychopathology (ZESCAP)</i>					
1994	1'964	6-17 ♀: 949 ♂: 1'015	SÖS; CBCL; YSR (> 11 Jahre; 1'093); DISC-P (399)	Prävalenz psychischer Störungen, inkl. Indikatoren	1'188=Basis für ZAPPS ^a Altersklassen: 6-11 Jahre: 1'060 12-17 Jahre: 904
<i>Zurich Adolescent-Psychopathology-Study (ZAPPS)</i>					
1994 (EW 1)	1'188 (Basis aus ZESCAP)	10-17	SÖS; CBCL; YSR; ADS; CC; PPB; LES; SRC; PSES; SN; CFB-J; FACES; EDE-S; Substanzmissbrauch	Häufigkeit und Korrelate ausgewählter psychischer Störungen; Erste Analysen in Richtung Risiko- und Schutzfaktoren	div. Quotenstichproben für unterschiedliche Fragestellungen
	Quotenstichproben 1'110 (a)	(a): ♀: 529 ♂: 581			
	1'089 (b)	(b): ♀: 523 ♂: 566			
	877 (c)	(c): ♀: 425 ♂: 452			
1997 (EW 2)	1'510 844 (aus EW 1) 666 (neu)	13-20	SÖS; CBCL; YSR; ADS; CC; PPB; LES; SRC; PSES; SN; CFB-J; FACES; EDE-S; Substanzmissbrauch; CGAS	Häufigkeit, Verlauf und Korrelate ausgewählter psychischer Störungen; Risiko- und Schutzfaktoren resp. –mechanismen; Effekte der Entwicklung, Stabilität von psychischen Auffälligkeiten; Perioden- und Kohorteneffekte	
	1'089 691 (EW 1) 398 (EW 2)	15-19	CBCL; YSR; EDE-S; Substanzmissbrauch; CGAS	Screening in Bezug auf die anschliessend durchgeführten Interviews (DISC)	

Fortsetzung Tabelle 26

	203	15-19 ♀: 121 ♂: 82	DISC (Jugendliche)	Prävalenzraten	Risiko- und Kontrollgruppe
2000/2001 (EW 3)	973 620 (aus EW 1) 353 (neu)	16-24	SÖS; YABCL; YASR Angepasst an Alter: ADS; CC; PPB; LES; SRC; PSES; SN; CFB-J; FACES; EDE- S; Substanzmissbrauch Zusätzlich: Ausbildungs- Berufs- und Wohnsituation, Freundes- kreis, Partnerschaft, Sexualität, Saisonale Befindlichkeitsschwan- kungen	Häufigkeit, Verlauf und Korrelate ausge- wählter psychischer Störungen; Risiko- und Schutzfaktoren resp. –mechanismen; Effekte der Entwicklung, Stabilität von psychischen Auffälligkeiten	620 waren in allen 3 EW, wobei die Stichprobengrösse je nach Fragestellung schwankt
2002/2003	554 (RG) 501 (aus EW 3) 53 (neu resp. aus EW 1 und 2 nachrekrui- tiert) 300 (KG aus EW 3)	18-25	DIAX (CIDI)	Suizidrisiko; saisonale Depression	Risiko- und Kontrollgruppe
2004/2005	1'264 632 (I) 632 (aus EW 3)	19-26	YASR; ADS; LES; ICD-10-Diagnosen	Prädiktoren interna- lisierender und externalisierender Störungen	Inanspruchnahme- population des KJPD Zürich (erhoben parallel über die Jahre 1994-2005) vgl. mit parallelisierter Repräsen- tativstichprobe aus dem ZAPPS
	944 472 (I) 472 (aus EW 1)		CBCL; ICD-10-Diagnosen	Prädiktive Aussa- gekraft des CBCL und diskriminative Gültigkeit auf klini- sche Diagnosen	
	50 (RG der EW 3)		DIAX	Sprechhemmung im Verlauf und im Zu- sammenhang mit psychischen Auffällig- keiten	

Fortsetzung Tabelle 26

2005 (EW 4)	Angepeilte 610 (an allen EW teilgenommen)	17-28	SÖS Angepasst an Alter: YABCL; YASR; ADS; CC; PPB; LES; SRC; PSES; SN; CFB-J; FACES; EDE-S; Substanzmissbrauch Zusätzlich: Ausbildungs- Berufs- und Wohnsituation, Freundes- kreis, Partnerschaft, Sexualität, Saisonale Befindlichkeitsschwan- kungen	Häufigkeit, Verlauf und Korrelate ausge- wählter psychischer Störungen; Risiko- und Schutzfaktoren resp. -mechanismen	Analysen in Arbeit
	103 (RG aus EW 4)		Alle Instrumente inkl.: Sexualität; Geschlechtsidentität; UGDS	Geschlechtsidentitätsstörungen	Risikogruppe Nachbefragung

Anmerkungen: EW=Erhebungswelle; SÖS=Sozioökonomischer Status; CBCL=Child Behavior Checklist; YSR=Youth Self Report; ADS=Allgemeine Depressionsskala ; CC=Coping Capacities; CASQ=German Coping Across Situations Questionnaires; LES=Life Event Scale; ZLEL=Zürcher Lebensereignis-Liste; PPB=Perceived Parental Behavior; ZKE=Zürcher Kurzfragebogen zum Erziehungsverhalten; SRC=Self-Related Cognitions (Selbstwertgefühl, Selbst-aufmerksamkeit); PSES=Perceived School Environment Scales (Qualität der Schulischen Umwelt); SN=Social Network; CFB-J=Coping-Fragebogen für Ju-gendliche; FACES=Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scales (Familienklima); EDE-S=Eating Disorder Examination; CGAS=Children's Global Assessment Scale; DISC(-P)=Diagnostic Interview Schedule for Children – (Parent Version); DIAX=DIAX-Version des CIDI=Composite International Diagnostic Interview; YABCL=Young Adolescent Behavior Checklist; YASR=Young Adolescent Self Report; UGDS=Utrecht Gender Dysphoria Scale); RG=Risikogruppe; KG=Kontrollgruppe; I=Inanspruchnahmepopulation; ^a=Auswertbare Teilstichprobe des ZESCAP N=1'100; ^b=Angaben liegen nicht vor;

Für die Analysen der Elternangaben in der CBCL wurden die 1'015 Jungen und 949 Mädchen in zwei Altersgruppen eingeteilt: die 6- bis 11-Jährigen (1'069 Kinder) und die 12- bis 17-Jährigen (904 Jugendliche). Als Verfahren wurden univariate (ANOVA) und multivariate Varianzanalysen (MANOVA) und Kovarianzanalysen (ANCOVA) oder multivariate Kovarianzanalysen (MANCOVA) eingesetzt. Das Einteilungskriterium für die Stufen eines Stressors für die Querschnittsanalyse der potentiellen Risiko-, kompensatorischen, Vulnerabilitäts- und protektiven Faktoren ist die Belastung durch die Lebensereignisse (Messinstrument, vgl. weiter unten) in gering, mittel und hoch (Winkler Metzke & Steinhausen, 1999a, 1999b) oder in tief und hoch (Steinhausen & Winkler Metzke, 2001b), je nach Fragestellung und statistischem Modell.

Für weitere Analysen (Konvergenz zwischen CBCL- und DISC-Diagnosen) auf einer störungsbezogenen Ebene konnten nur 375 Kinder beziehungsweise Jugendliche herangezogen werden; ausserdem waren nur 4 Gruppen analysierbar: die Kinder ohne eine Störung, Kinder mit einer Angststörung, Kinder mit einer Aufmerksamkeits-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) und Kinder mit einer kombinierten Störung aus Angststörungen und ADHS. Die CBCL kann diese 4 Gruppen hoch signifikant differenzieren. Daraus schliessen Steinhausen et al. (1997), dass die CBCL für weitere Analysen im Bereich Epidemiologie psychischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen herangezogen werden kann.

Zürcher Adoleszenten-Psychologie und Psychopathologie-Studie (ZAPPS)
(*Zurich Adolescent-Psychopathology-Study, ZAPPS*)

Aus der oben erwähnten Kohorte der ZESCAP-Studie von 1'964 Kindern und Jugendlichen wurde eine Teilstichprobe von 1'188 Jugendlichen im Alter von 10 bis 17 Jahren in der ersten Erhebungswelle von 1994 übernommen. Die verschiedenen Fragestellungen wurden anhand diverser Quotenstichproben untersucht, wie man aus Tabelle 26 entnehmen kann. Ausserdem wurden in jeder neuen Erhebungswelle Drop-outs verzeichnet und neue Jugendliche aufgenommen, zum Beispiel für den Periodeneffekt (Steinhausen, 2004) und um die externe Validität sichern zu können. Weiter wurde fortwährend (über alle Erhebungszeitpunkte hinweg) eine zusätzliche klinische Stichprobe aus dem Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienst in Zürich (Steinhausen, 2004) angeschlossen. Die Befragung der Jugendlichen wurde in den Klassenverbänden durchgeführt. Befragt wurden sie neben dem bereits erwähnten YSR anhand von Fragebogen zu Essstörungen, Depression, Substanzkonsum, (kritischen) Lebensereignissen, Copingstrategien, selbstbezogenen Kognitionen (Selbstwert und Selbstaufmerksamkeit), Erziehungsverhalten der Eltern, Familienklima, Schulbezogene Themen und sozialem Netzwerk (Steinhausen, 2004, vgl. Tab. 26).

In der zweiten Erhebungswelle (1997) konnten insgesamt 1'510 Jugendliche im Alter von 13 bis 20 Jahren und deren Eltern befragt werden (N=844 aus der ersten Erhebungswelle, 70%, N=666 neu, Steinhausen, 2004, vgl. Tab. 26). Sowohl die Eltern als auch die Jugendlichen, welche zu diesem Zeitpunkt nicht mehr zur Schule gingen, wurden erneut per Briefpost befragt. Diejenigen, welche noch zur Schule gingen, wurden im Klassenverband befragt. Die Erhebungsinstrumente sind mit einer Ausnahme (CGAS, vgl. Tab. 26) gleich wie in der ersten Erhebungswelle.

In der dritten Erhebungswelle (2000/2001) wurden 973 (74.4%, N=620 aus der 1994-Kohorte, Steinhausen, 2004) Jugendliche beziehungsweise junge Erwachsene und deren Eltern befragt. Das Instrument YSR wurde durch den Young Adult Self Report (YASR, Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist, 1998d) und die CBCL durch den Elternfragebogen über das Verhalten junger Erwachsener (YABCL, Arbeitsgruppe Deutsche Child

Behavior Checklist, 1998a) ersetzt. Neu aufgenommene Bereiche: Ausbildung, Berufs- und Wohnsituation, Freunde, Partnerschaft und Sexualität, saisonale Befindlichkeitsschwankungen und ein Morgen- und Abendtypfragebogen (Steinhausen, 2004). Die anderen Instrumente aus den ersten beiden Erhebungswellen wurden für die Altersgruppen adaptiert (vgl. Tab. 26).

In jeder Erhebungswelle wurden anschliessend an ein Screening Risikogruppen und jeweils eine Kontrollgruppe per Interview in Bezug auf psychische Störungen untersucht. In den Jahren 1994 und 1997 führte das Interview DISC (Shaffer et al., 1993) zu DSM-III-R-Diagnosen und in den Erhebungswellen 2000/2001 und 2004/2005 das DIAX zu ICD-10- beziehungsweise DSM-IV-Diagnosen (DIAX, Composite International Diagnostic Interview, DIAX-Version des CIDI, Kessler, Abelson et al., 2004). In der dritten Erhebungswelle waren dies 501 Interviews.

In den Forschungsjahren 2002/2003 wurden noch weitere Interviews durchgeführt. Wenn Jugendliche in den Erhebungswellen 1994 und 1997 einer Risikogruppe zugehörig und nicht bereits zur Teilstichprobe gehörten, wurden diese direkt eingeladen. Insgesamt 53 Jugendliche wurden zusätzlich interviewt, was mit den 501 aus der dritten Erhebungswelle Total 554 Jugendliche macht, welche für die Erstellung von DSM-IV-Diagnosen zur Verfügung standen (Steinhausen, 2004). Zum Teil wurden Jugendliche nachrekrutiert, weil sich die Risikogruppen teilweise überschneiden (Steinhausen, 2006b).

Für die Longitudinal-Analysen können 610 Kinder beziehungsweise Jugendliche untersucht werden, da diese zu allen 3 Erhebungswellen bereit waren, die diversen Fragebogen auszufüllen (Steinhausen, 2005). Die Nachbefragung respektive deren Auswertungen (4. Welle, Jahr 2005) dieser Probanden dauert zum Zeitpunkt des Verfassens der vorliegenden Doktorarbeit noch an (vgl. Steinhausen, 2006b).

Die Studie möchte Antworten auf epidemiologische Fragen geben können, soll jedoch auch entwicklungspsychopathologische Aspekte aufzeigen. Die Entwicklungspsychopathologie „fragt nach der Kontinuität und Diskontinuität des Verhältnisses von Adaptation und Dekompensation der Lebensbewältigung in einer längsschnittlichen Betrachtungsweise“ (Steinhausen & Winkler Metzke, 1997, S. 257, vgl. Kap. 3.1.1). Pathologische Verläufe können erst auf dem Hintergrund von normalen Entwicklungsverläufen (normative Verläufe) gesehen werden. Das Adaptationspotential (Handlungs- und Eingriffsmöglichkeiten) in kritischen Lebensphasen bestimmt nun über das Risiko eines Kindes beziehungsweise Jugendlichen für psychische Störungen (vgl. Kap. 3.1.1). Kindspezifische Störungen finden ihre Fortsetzung im Jugendalter, vor allem emotionale Störungen. Jedoch gibt es auch Angststörungen (z.B. bestimmte Spezifische Phobien), die sich erst im Jugendalter manifestieren (vgl. Kap. 4.4.2).

Das Risikokonzept, welches die Autoren vorschlagen, ist interaktiv (z.B. Steinhausen & Winkler Metzke, 1997). Die Risikofaktoren sind im Sinnes dieses Konzeptes spezifischer als die protektiven Faktoren, welche sie in den folgenden Bereichen suchen: Disposition, familiäres Milieu, ausserfamiliäre soziale Umwelt. Den Selbstwert sehen sie sowohl als Outcome (elterliche Erziehung und Bindung) als auch Antezedens für psychische Störungen. Die Selbstaufmerksamkeit sei zum einen dispositionell und zum anderen aktuell (variierend). Im Kontextbereich geben sie folgende Bereiche als relevant für die psychische Gesundheit von Jugendlichen an: sozioökonomischer Status, Erziehung, affektive Qualität der Eltern-Kind-Beziehung (protektiv: autoritative Erziehung) (vgl. Steinhausen & Winkler Metzke, 2002, vgl. Kap. 3.3.1).

In der Schule sollen vor allem eine liberale, aufgeschlossene und entwicklungsfördernde Umgebung für Protektion sorgen (vgl. Kap. 4.3.5). Im Rahmen des selbst gewählten sozialen

Netzwerkes stellte sich mit zunehmendem Alter auch die Entwicklungsaufgabe, Freunde zu gewinnen. Diese haben als Faktoren einen Einfluss auf den bereits angesprochenen Selbstwert. Ausserdem sind andere Jugendliche ein Verhaltensmodell, was wiederum einen Risikofaktor darstellen kann (z.B. im Bereich Suchtmittelkonsum) (Steinhausen & Winkler Metzke, 1997).

Ergebnisse aus der ZESCAP-Studie

Die Jungen weisen auf allen Skalen grössere Werte auf, mit Ausnahme der *Somatischen Beschwerden*, auf dieser Skala haben die Mädchen aus der Gruppe der 12- bis 17-Jährigen die höchsten Werte. Ältere Kinder in der Gruppe der 6- bis 11-Jährigen hatten höhere Werte auf den Skalen *Soziale Probleme*, *Aufmerksamkeitsprobleme* und *Delinquentes Verhalten*. Diese Effekte werden jedoch als klein eingestuft (Steinhausen et al., 1997).

Anhand der aus den Interviews (vgl. Tab. 26) gewonnenen Daten kann eine gewichtete 6-Monats-Gesamtprävalenz für irgendeine Störung in der Altersgruppe 6-17 Jahre von 22.5% berechnet werden (N=379, Steinhausen et al., 1998). Beim Screening in der 1. Stufe anhand der CBCL, wurden die Cut-off-Werte beim 90sten (Aufmerksamkeitsproblematik) beziehungsweise 95sten (*Angst-/Depressivitätsskala*) Perzentil angelegt (CBCL und YSR). Es wurden Faktorenanalysen durchgeführt und bei der Skala *Angst-/Depressivität* konnten zwei Faktoren herauspartialisiert werden: ein genereller Faktor und ein bipolarer dysthymischer versus Unsicherheitsfaktor. Diese neuen Faktoren (für restlichen Faktoren siehe Steinhausen et al., 1998) wurden jedoch nicht für die Einteilung in auffällig und unauffällig herangezogen, was die Resultate verfälscht hätte. Die 379 Elterninterviews setzen sich zusammen aus 305 Screen-positiv (auf der CBCL oberhalb des Cut-offs) und 74 Screen-negativ Dyaden (letzte als Kontrollgruppe). Dank den Lehrerbeurteilungen konnten die Drop-outs ebenfalls analysiert werden. Es zeigt sich, dass die Drop-outs höhere Werte auf der Skala *Verhaltensprobleme* hatten. Für die Analyse der Prävalenzraten wurden folgende Gewichtungen vorgenommen: Das Verhältnis von Screen-positives, der Schultyp und die Schulstufe, das Verhältnis von Stadt und Land.

Für Angststörungen konnte eine Prävalenz von 11.4% berechnet werden. Diese setzt sich zusammen aus 5.5% bei den Screen-positiven (SP) und 5.9% aus der Kontrollgruppe (KG). Eine Spezifische Phobie (Einfache Phobie nach DSM-III-R) hatten 5.8% der Kinder und Jugendlichen (SP: 2.6% und KG: 3.2%); Soziale Phobie war mit 4.7% vertreten (SP: 1.7% und KG: 3.0%); Störung mit Überängstlichkeit mit 2.1% (keine KG). Bei den anderen Störungsgruppen sind Tics stark vertreten mit 6.0% (SP: 2.1% und KG: 4.0%), ebenso die ADHS mit 5.3% (SP: 4.1% und KG: 1.1%). Dadurch, dass die Kontrollgruppe ein starkes Gewicht für die Gesamtprävalenzraten der einzelnen Störungsgruppen bekommt, musste der Frage nach Sensitivität und Spezifität der Screeninginstrumente (CBCL standard und alternativ und YSR standard und alternativ) nachgegangen werden (vgl. Kraemer et al., 1999). Anhand von multi-screen stepwise procedures konnte für einzelne Störungsgruppen herausgefunden werden, dass bei einer Erhöhung der Sensitivität über die einzelnen Instrumente (Beginn: CBCL Standard) eine Reduktion der Spezifität einhergeht, das heisst, die Wahrscheinlichkeit für Falsch-positive erhöhte sich. Die Sensitivität für ADHS, Zwangsstörung und affektive Störungen ist am höchsten, während die für die Angststörungen am niedrigsten ist. Das bedeutet, dass einige Störungen (unter anderem die Phobien) nicht gut gescreent worden sind, was in den Spezifitätswerten erkennbar ist, welche sich verkleinern (das heisst auch mehr Falsch-positive). Das bedeutet auch, dass anhand des CBCL-Standard nicht alle Fälle erkannt werden können und durch zusätzliche Instrumente auch zusätzliche Fälle hinzukommen (Steinhausen et al., 1997, 1998). Geschlechtsunterschiede konnten auch festgestellt werden, wobei Jungen mehr

Störungen aufweisen (28.5%) als Mädchen (15.6%; $p=0.02$), wobei dies auf der Ebene der einzelnen Störungsbilder nicht mehr so auffällig ist. Mädchen hatten zum Beispiel auf der Skala *Generalisierte Angststörungen* einen signifikant höheren Wert als Jungen (0.9% vs. 0.3%).

Für eventuelle Alterseffekte wurden drei Gruppen gebildet: 6- bis 9-Jährige, 10- bis 13-Jährige und 14- bis 17-Jährige. Auf der Ebene Gesamtprävalenz waren die Effekte am deutlichsten, wobei die jüngsten Kinder die grösste Prävalenzrate (31.3%) hatten (die mittlere Altersgruppe mit 25.4% und die älteste Gruppe mit 12.8%). Bei den affektiven Störungen verhält es sich genau umgekehrt. In Bezug auf den sozioökonomischen Status konnte nur bei der Störung mit Überängstlichkeit ein signifikantes Resultat erzielt werden (4.3% der Unterschicht und 1.2% der Mittelschicht). Stadt-Land-Unterschiede fanden sich nur auf der Ebene der einzelnen Störungen, wobei für die Störung mit Überängstlichkeit, Vermeidungsstörung und Störung mit oppositionellem Trotzverhalten jeweils höhere Prävalenzangaben für Land-Kinder gefunden wurden. Zusätzlich wurde noch eine Regressionsanalyse durchgeführt, damit confounding Effekte ausgeschlossen werden können. Es konnten keine signifikanten Interaktionen zwischen Geschlecht, Alter, sozioökonomischem Status, Stadt-Land oder Nationalität gefunden werden. Einzig das männliche Geschlecht mit einem Odds Ratio von 0.59 ($p=0.02$) und dem jüngeren Alter mit einem Odds Ratio von 0.85 ($p=0.000$) konnten vorhersagen, ob eine Person im strukturierten Interview eine positive Diagnose bekam (Steinhausen et al., 1997, 1998).

Bei 12.5% der Kinder und Jugendlichen konnte mindestens eine komorbide Störung gefunden werden. Bei 8.8% war es nur eine Störung zusätzlich, bei 2% waren es zwei komorbide Störungen und bei 1.8% waren es drei oder mehr komorbide Störungen. Die Angststörungen sind am häufigsten vertreten, sowohl als primäre Störung mit einer komorbiden Störung als auch als sekundäre Störung. Die Autoren geben an, dass die Prävalenzraten für einige Störungen (z.B. affektive Störungen) wahrscheinlich zu klein ausfallen, da mit den Jugendlichen kein Interview durchgeführt wurde. In der ZAPPS konnten die Autoren dann auch zeigen (vgl. weiter unten), dass die Jugendlichen in der Selbsteinschätzung oft signifikant höhere Werte auf mehreren Skalen angeben als ihre Eltern (vgl. Kap. 2.3).

Querschnittergebnisse aus der ZAPP-Studie

Im Folgenden werden die einzelnen Abschnitte thematisch getrennt berichtet (z.B. Bewältigung, Erziehungsvariablen), wobei jeweils einführend zur Stichprobe und den Messinstrumenten eine kurze Zusammenfassung gegeben wird.

Die 10- bis 17-Jährigen ($N=1'110$) wurden anhand des YSR, *belastenden Lebensereignissen* durch die Zürcher Lebensereignis-Liste (ZLEL, Steinhausen & Winkler Metzke, 2001a), *Bewältigungsfertigkeiten* inspiriert durch den Coping Across Situations Questionnaire (CASQ, Seiffge-Krenke, 1989) und zu *selbstbezogenen Kognitionen* (Selbstwertgefühl und Selbstaufmerksamkeit) befragt (Seiffge-Krenke, 1989). Mit Hilfe von Modellanalysen soll geprüft werden, welche Variablen als potentielle Risikofaktoren wirksam werden; weiter soll untersucht werden, ob sich spezifische potentielle Protektions- oder Vulnerabilitätsfaktoren unter Stressbedingungen im Sinne von Wechselwirkungsprozessen herauskristallisieren. Die Fragen wurden anhand der dreifaktoriellen Varianzanalyse getestet. Die Covariate Alter wurde einbezogen, damit der eventuelle Einfluss kontrolliert werden kann. In Bezug auf die internalisierenden Störungen ergab das Alter als Covariate (MANCOVA) keinen signifikanten Effekt.

Bei den externalisierenden Störungen zeigte sich, dass ältere Jugendliche signifikant höhere Werte aufweisen.

Es wurden drei Gruppen im Zusammenhang mit Belastung durch Lebensereignisse gebildet (hoch, mittel und niedrig belastet). Diese wurden durch den ZLEL (Steinhausen & Winkler Metzke, 2001a), welcher 36 Items enthält und von den Autoren entwickelt wurde, zusammengestellt. Dieser Fragebogen wurde an einer Teilstichprobe des ZESCAP ($N=1'188$) geprüft und die Reliabilität wurde anschliessend an eine Hauptkomponentenanalyse als gut beurteilt (Cronbach Alpha .74 für Jungen und .77 für Mädchen). Die Faktoren sind von resultierenden sechs Faktoren auf vier reduziert worden, da die Varimax-Rotation recht heterogene Resultate lieferte: Schule, Familie, Freundschaften und Krankheit/Unfall/Verlust. Mädchen geben mehr Lebensereignisse an, berichten auch, dass sie einen höheren Belastungswert haben und der Altersvergleich zeigt, dass die jüngeren Kinder weniger Lebensereignisse angeben als die älteren Kinder beziehungsweise Jugendlichen. Städtische Jugendliche haben etwas höhere Werte auf den Skalen als ländliche Jugendliche, es konnte auch ein Nationalitätseffekt gefunden werden, in dem Sinne, dass die ausländischen Jugendlichen mehr kritische Lebensereignisse berichten als die Schweizer Jugendlichen. Nicht nur der Belastungswert (Qualität der Lebensereignisse) korreliert mit den psychischen Problemen, sondern auch die Anzahl erfahrener Lebensereignisse. Die Anzahl kritischer Lebensereignisse war auch in anderen berichteten Studien ein Korrelat, Risikofaktor und Prädiktor für psychische Probleme (vgl. Kap. 4.2.1.3, 4.2.5.4 & 4.2.5.7). Die Autoren diskutieren dieses ihrer Meinung nach zur Literatur zum Teil widersprüchliche Ergebnis als möglichen methodischen Fehlschluss: Es wurden von ihnen objektiv sehr belastende Lebensereignisse für den Fragebogen ausgesucht (Winkler Metzke & Steinhausen, 1999a).

Die Bewältigungsstrategien können unterteilt werden in Annäherungs- und Vermeidungsverhalten, wobei Ersteres noch in aktive Bewältigungsstrategien und internale Bewältigungsformen eingeteilt werden kann (Winkler Metzke & Steinhausen, 2002). Geschlechts-, Alters- und Nationalitätenunterschiede sowie der Zusammenhang mit der psychischen Befindlichkeit wurde anhand einer weiteren Teilstichprobe der ZESCAP ($N=1'110$) untersucht. Die Faktoren- und Itemanalysen ergaben, unabhängig vom Alter (10- bis 17-jährig), eine 2-Faktorenlösung (aktive Bewältigung und problemmeidendes Verhalten). Die Reliabilitätsanalysen wurden für Alter und Geschlecht getrennt durchgeführt und die Cronbach's Alpha sind zwischen .64 und .73 zu situieren, was als mittelmässig angesehen werden kann (vgl. Bortz & Döring, 2002). Aufgrund multivariater Varianzanalysen konnten folgende Ergebnisse zu Alter, Geschlecht und Nationalität gefunden werden: Die Mädchen weisen auf der Skala *Aktive Bewältigung* höhere Werte auf als die Jungen (unter Nutzung sozialer Ressourcen), wobei die Jungen auf der Skala *Problemmeidendes Verhalten* höhere Werte erzielten. Mit zunehmendem Alter nimmt das problemmeidende Verhalten ab. Bei der Skala *Aktive Bewältigungsstrategien* konnten keine Alterseffekte nachgewiesen werden. Kinder aus ausländischen Familien hatten auf der Skala *Problemmeidendes Verhalten* höhere Werte (Winkler Metzke & Steinhausen, 2002).

Die Autoren konnten weiter einen deutlichen Zusammenhang zwischen der Belastung durch Lebensereignisse und internalisierenden und externalisierenden Störungen für beide Geschlechter (etwas deutlicher für Mädchen) feststellen (Winkler Metzke & Steinhausen, 1999a). Neben den Haupteffekten konnte auch eine Interaktion in Bezug auf die Belastung durch Lebensereignisse gefunden werden: Mädchen, welche hoch belastet sind, haben entsprechend höhere Werte auf der Skala *Internalisierende Störungen*. Dieser Interaktionseffekt konnte im Allgemeinen weder auf mittleren und geringeren Ausprägung der Belastung noch bei der Jungengruppe gefunden werden. Die Variable *Aktive Bewältigungsstrategien* korreliert nur bei Mädchen negativ mit der Skala *Internalisierende Störungen*. Weder mit der ex-

ternalisierenden Störung bei Mädchen noch bei Jungen überhaupt ergab es eine signifikante Korrelation. Wohingegen die Variable problemmeidendes Verhalten geschlechtsunabhängig mit internalisierenden und externalisierenden Störungen signifikant korreliert. Die aktiven Bewältigungsstrategien haben einen signifikanten Haupteffekt auf die internalisierenden Störungen (Effektstärke 1%) – unabhängig von der Belastung durch Lebensereignisse. Die Analyse der Interaktion erster Ordnung ergab, dass die Werte auf der Skala *Internalisierende Störungen* in der Gruppe mit hoch ausgeprägten Belastungswerten stark sinken, wenn die Skala *Aktive Bewältigungsstrategien* hoch ausgeprägt ist (Winkler Metzke & Steinhausen, 1999a). Die Interaktion zweiter Ordnung ergab, dass dieser Wechselwirkungsprozess (Effektstärke 1.2%) nur auf Mädchen in Bezug auf die internalisierenden Störungen zutrifft – bei Jungen konnte kein signifikanter Effekt gefunden werden. Ebenfalls einen unabhängigen Effekt konnte das problemmeidende Verhalten aufzeigen. Das heisst, das problemmeidende Verhalten hat einen Effekt auf die internalisierenden (Effektstärke 1.9%) und externalisierenden Störungen (Effektstärke 2.3%). Interaktionseffekte liessen sich ebenfalls zeigen: bei hoch belasteten Jugendlichen fanden sich vermehrt solche, welche hohe Werte auf der Skala *Problemmeidendes Verhalten* zeigen als auch hohe Werte beziehungsweise eine Zunahme auf der Skala *Internalisierende Störungen* (Effektstärke 1.3%).

In Bezug auf selbstbezogene Kognitionen (Selbstwert und Selbstaufmerksamkeit) konnten folgende Zusammenhänge gezeigt werden: Sowohl Mädchen als auch Jungen weisen hohe Zusammenhänge der selbstbezogenen Kognitionen und internalisierenden wie externalisierenden Störungen auf. Bei Mädchen korreliert verglichen mit den Jungen der Selbstwert höher mit internalisierenden Störungen und die Selbstaufmerksamkeit höher mit externalisierenden Störungen. Unabhängig von der Belastung durch Lebensereignisse kann jeweils ein Effekt von Selbstwert und Selbstaufmerksamkeit auf die Skalen *Internalisierende* (Selbstwert: 13.1%; Selbstaufmerksamkeit: 4.9%) und *Externalisierende Störungen* (Selbstwert: 4.9%; Selbstaufmerksamkeit: 5.2%) gefunden werden. Es konnten jedoch keine Interaktionseffekte gefunden werden.

Die Autoren verweisen darauf, dass andere Studien (keine Quellenangaben) gezeigt haben, dass sowohl die Anzahl der Lebensereignisse als auch die Valenz der Lebensereignisse einen signifikanten Einfluss auf die berichteten Variablen haben. Ebenfalls konnten vor allem bei Mädchen und in Bezug auf internalisierende Störungen Zusammenhänge gefunden werden.

Der potentielle protektive Effekt aktiver Bewältigungsstrategien auf psychisches Befinden konnte vor allem für Mädchen gezeigt werden, wenn der Parameter internalisierende Störungen einbezogen wird (Interaktion zweiter Ordnung). Für Mädchen ist soziale Unterstützung eine wichtigere Ressource als für Jungen (vgl. Kap. 4.3.2). Ebenfalls konnte mit der Studie für beide Geschlechter gezeigt werden, dass problemmeidendes Verhalten ein potentieller Vulnerabilitätsfaktor für internalisierende Störungen und nicht nur ein potentieller Risikofaktor ist (Winkler Metzke & Steinhausen, 1999a). Es kann jedoch durch diese ersten Analysen noch keine endgültige Antwort gegeben werden, ob nun die ineffektiven Bewältigungsstrategien, die erhöhte Selbstaufmerksamkeit, der niedrige Selbstwert Ursachen oder Folgen der psychischen Störungen sind (vgl. Kap. 3.1.2). Durch eine Längsschnittanalyse können diese Resultate zum Teil bestätigt werden (vgl. weiter unten).

Anhand der gleichen Stichprobe ($N=1'110$, vgl. Tab. 26) wurden die Bedeutung des *elterlichen Erziehungsverhaltens*, die Rolle der *schulischen Umwelt* und des *sozialen Netzwerkes* in Bezug zur Entwicklung von psychischen Störungen gesetzt (Winkler Metzke & Steinhausen, 1999b). Die Hypothesen der Autoren waren, dass ein Mangel an Wärme und Unterstützung und die Ablehnung und der psychische Druck durch die Eltern die wichtigsten pathogeneti-

schen Quellen sind. Andererseits sollte die autoritative Erziehung (Akzeptanz, Wärme und Unterstützung bei gleichzeitiger Einforderung der Einhaltung von Grundregeln) einen positiven Effekt auf den Selbstwert der Kinder als auch auf deren schulische Erfolge haben. Weiter nehmen die Autoren an, dass die Akzeptanz durch Gleichaltrige ebenso selbstwerterhöhend wirkt und dass die sozialen Netzwerke als eine Art Puffer wirken. Die *buffering hypothesis* wurde von S. Cohen und Wills (1985) beschrieben und besagt, dass sich gerade in Krisensituationen die Qualität und auch der Umfang von sozialen Netzwerken günstig auswirken.

Beim Fragebogen zur Schulischen Umwelt konnten in einer Faktorenanalyse fünf Faktoren gefunden werden (Konkurrenz zwischen den Schülern; Anerkennung durch Gleichaltrige; Kontrolle durch die Lehrperson; Mitbestimmungsmöglichkeiten; Leistungsdruck). Das Soziale Netzwerk kann in Grösse und Effizienz getrennt werden (Winkler Metzke & Steinhausen, 1999b).

Der Zürcher Kurzfragebogen zum Erziehungsverhalten (ZKE, Reitzle et al., 2001) besteht aus 32 Items, welche von den Kindern und Jugendlichen beantwortet werden. Die Sichtweise der Kinder, welche nicht der Realität des Erziehungsverhaltens der Eltern entsprechen muss, ist genauso wichtig wie das eigentliche Erziehungsverhalten. Denn die subjektive Wahrnehmung von bestimmten Verhaltensweisen der Eltern ist ausschlaggebend für das Wohlbefinden der Kinder und Jugendlichen (vgl. Kap. 3.2.1, 4.3.9.1 & 6.3.5). Theoretisch und empirisch fundiert wurde der Fragebogen durch zwei Dimensionen aus dem Ansatz von Baumrind (vgl. Baumrind, 1967, 1991), die auf Einhaltung der Regeln bedachte Eltern (demandingness) und die Zugänglichkeit beziehungsweise Aufgeschlossenheit der Eltern (responsiveness, vgl. Tab. 27); und auf einer zweiten Dimension der psychologische Druck beziehungsweise Kontrolle (psychological autonomy granting) von den Autoren Steinberg, Darling, Fletcher, Brown und Dornbusch (1995). Die Faktorenanalyse der Items des ZKE hat drei Faktoren hervorgebracht: Akzeptanz (Wärme und Unterstützung), Ablehnung (psychischer Druck) und Kontrolle (Regeln) (Reitzle et al., 2001; Winkler Metzke & Steinhausen, 1999b). Eine ähnliche Einteilung haben Krohne und Hock (1994) vorgenommen. Auf dieser Grundlage haben die Autoren auch das Erziehungsstil-Inventar (ESI) entwickelt (Krohne & Pulsack, 1995, vgl. Kap. 4.3.9.1.2).

Tabelle 27: Prototypische Erziehungsstile nach Baumrind (1991)

		<i>Zugänglichkeit und Aufgeschlossenheit der Eltern^b</i>	
		<i>Niedrig</i>	<i>Hoch</i>
<i>Forderung und Kontrolle der Einhaltung von Regeln durch Eltern^a</i>	<i>Niedrig</i>	Unengagiert ^c	Permissiv
	<i>Hoch</i>	Autoritär	Autoritativ

Anmerkungen: ^a=demanding; ^b=responsive; ^c=rejecting-neglecting (Baumrind, 1991), indifferent (Grob & Jaschinski, 2003) oder vernachlässigend, ignoring (Krohne & Hock, 1994)

Die Erziehungsstil-Typen (vgl. Tab. 27) konnten anhand der gewonnenen Daten mit Clustereanalysen bestätigt werden (Teilstichprobe der ZAPPS $N=877$, Reitzle et al., 2001), sowohl für die mütterliche als auch väterliche Erziehung. Mit einem Drittel der Stichprobe ist das Cluster autoritative Erziehung am besten besetzt, circa ein Viertel fällt auf das Muster permissiven Erziehungsstils. Die emotionale Distanzskala (unengagierter Erziehungsstil) ist mit circa einem Fünftel besetzt und die fordernde Kontrolle (autoritärer Erziehungsstil) mit noch

einmal einen Fünftel der Eltern. Die Zuordnungsübereinstimmung beträgt 66%. Für eine positivere Entwicklung der Kinder sind die Erziehungsstile autoritativ und permissiv geeigneter. Unengagierte und autoritäre Eltern haben eher Kinder mit negativeren Entwicklungsergebnissen.

Der autoritäre Erziehungsstil (fordernde Kontrolle) geht fast durchgängig mit höherer Symptombelastung respektive einem niedrigeren Selbstwert einher. Demgegenüber sind die Copingstrategien bei einem unengagierten Erziehungsstil (emotionaler Distanz) geringer ausgeprägt (Reitzle et al., 2001). Müttern werden insgesamt höhere Werte auf den diversen Skalen des ZKE zugeschrieben, was wahrscheinlich damit zusammenhängt, dass sie mehr in der Frage der Erziehung involviert sind. Das heisst, sie werden auch unterstützender wahrgenommen, vor allem bei jüngeren Kindern und bei Mädchen (Reitzle et al., 2001). Dies stimmt auch mit den Ergebnissen von Krohne und Mitarbeitern überein (Krohne & Hock, 1994; Krohne & Pulsack, 1995). Wenn nun die elterliche Unterstützung hoch ist, korrespondiert dies mit gelungener Anpassung, geringerer Symptombelastung, aktiven Bewältigungsstrategien und höherem Selbstwertgefühl. Bei psychologischem Druck seitens der Eltern, findet man jedoch vor allem höhere Symptombelastung und einen niedrigen Selbstwert, ebenso vermeidende Bewältigungsstrategien, was dann zu internalisierenden Störungen und vor allem zu externalisierenden Störungen führen kann (Reitzle et al., 2001).

Bei den Mädchen korrelierte die Variable Wärme/Unterstützung negativ mit den Skalen *Internalisierende* und *Externalisierende Störungen* (Winkler Metzke & Steinhausen, 1999b). Die Autoren sprechen von einem protektiven Effekt (potentieller kompensatorischer Faktor) in Bezug auf die internalisierenden Störungen, wobei sie den Mädchen zusprechen, die sozialen Ressourcen besser nutzen zu können. Ebenfalls nur bei den Mädchen konnte ein Zusammenhang zwischen den externalisierenden Störungen und der Variable Regeln/Kontrolle gefunden werden, wobei diese Variable mit der Skala der *Internalisierenden Störungen* für beide Geschlechter korrelierte, wenn auch nur schwach. Bei der dritten Variablen des elterlichen Erziehungsverhaltens, Ablehnung/psychischer Druck, konnte ebenfalls für Mädchen und Jungen ein signifikanter Zusammenhang mit den beiden Störungsskalen gefunden werden (potentieller Risikofaktor). Bei hoher Belastung durch Lebensereignisse und gleichzeitiger Zunahme an Wärme und Unterstützung sinken die Werte auf der Skala *Internalisierende Störungen* (Effektstärke 1.4%); bei gleichzeitiger Zunahme an Ablehnung und psychischem Druck jedoch nehmen auch die Werte auf der internalisierenden Skala zu (Effektstärke 1%). Die Zunahme auf der Skala *Externalisierende Störungen* kann bei hoher Belastung und Zunahme der Ablehnung nur bei Mädchen gefunden werden (Interaktion zweiter Ordnung, Effektstärke 1%). Daraus wird geschlossen, dass die Ablehnung durch die Eltern für beide Geschlechter einen potentiellen Vulnerabilitätsfaktor darstellt. Bei hoch Belasteten nimmt die Skala der *Internalisierenden Störungen* ab, wenn die Werte auf der Skala *Kontrolle/Regeln* zunehmen. Wenn jedoch eine wenig bis mittlere Belastung vorherrscht, kann bei einer Zunahme von Regeln und Kontrolle mit einer Zunahme an internalisierenden Störungen gerechnet werden. Das heisst, wenn Kinder und Jugendliche hoch belastet sind durch kritische Lebensereignisse, dann wirkt ein Elternhaus mit Regeln und Kontrolle möglicherweise protektiv im Sinne von sinkenden Werten auf der Skala *Internalisierenden Störungen*. Jedoch muss beachtet werden, dass bei nicht belasteten Mädchen und Jungen genau der gegenteilige Effekt eintritt (Rutter, 1990, vgl. Kap. 3.1.2). Für die Längsschnittanalysen (Kausalität) dieser gefundenen Zusammenhänge der moderierenden Faktoren wird auf die Ergebnisse weiter unten verwiesen (Winkler Metzke & Steinhausen, 1999b).

Anhand derselben Daten schreiben die Autoren der Variable Anerkennung durch Gleichaltrige einen potentiell kompensatorischen Effekt zu (bei internalisierenden Störungen, bei externalisierenden Störungen ist es ein potentieller Vulnerabilitätsfaktor); die Konkurrenz und der

Leistungsdruck in der Schule sind potentielle Risikofaktoren für die Entstehung einer Störung. Bei den Jungen liess sich feststellen, dass der Leistungsdruck einem potentiellen Vulnerabilitätsfaktor im Zusammenhang mit dem Entstehen von externalisierenden Störungen gleichkommt (Winkler Metzke & Steinhausen, 1999b).

Das soziale Netzwerk ist insofern ein protektiver Faktor in Bezug auf die internalisierenden Störungen, als dass nicht die Grösse des Netzwerkes, sondern die Qualität einen Effekt hat. Das heisst, die buffering hypothesis nach S. Cohen und Wills (1985) kann nach Winkler Metzke und Steinhausen wie folgt abgeändert werden: die Qualität des sozialen Netzwerkes hat einen protektiven Effekt – besonders auf die Jugendlichen, welche in einer Krisensituation sind (Winkler Metzke & Steinhausen, 1999b). Das Ressourcen-Modell besagt, dass elterliche Unterstützung mit der psychischen Gesundheit in direktem Zusammenhang steht und in indirekter Weise über aktive Bewältigungsstrategien (indirekt: über Informationsvermittlung werden die Strategien gefördert) wirkt.

Zusammenfassung aus den Querschnittsanalysen der ZAPP-Studie

Ein potentieller Risikofaktor sowohl für Mädchen als auch für Jungen ist das problemmeidende Verhalten (vgl. Tab. 28). Ebenso wurde die erhöhte Selbstaufmerksamkeit als relevanter potentieller Risikofaktor erkannt. Das problemmeidende Verhalten resultiert in einer potentiellen Vulnerabilität für internalisierende Störungen. Auf der Seite der potentiellen kompensatorischen Faktoren kann – unabhängig vom Geschlecht – ein erhöhter Selbstwert gefunden werden. Für die Mädchen ist ein Einsetzen von aktiven Bewältigungsstrategien im Zusammenhang mit internalisierenden Störungen wahrscheinlich ein Protektionsfaktor. Es konnte weiter ein allgemeiner (unabhängig von der Störungskategorie) potentieller kompensatorischer Faktor für beide Geschlechter gefunden werden: die Wärme und Unterstützung der Eltern wirkt potentiell puffernd (vgl. Tab. 28). Die Anerkennung durch Gleichaltrige ist nur im Zusammenhang mit internalisierenden Störungen ein potentieller protektiver Faktor, im Zusammenhang mit externalisierenden Störungen ist es ein potentiell kompensatorischer Faktor (vgl. Tab. 28). Allgemeine potentielle Risikofaktoren waren die wahrgenommene Ablehnung und der psychische Druck durch die Eltern, Konkurrenzverhalten zwischen den Mitschülern, Leistungsdruck und Kontrolle durch die Lehrpersonen. Spezifisch für internalisierende Störungen, jedoch unabhängig vom Geschlecht, konnten die Ablehnung durch die Eltern als potentieller Vulnerabilitätsfaktor und die Wärme und Unterstützung durch die Eltern, ebenso wie Regeln und Kontrolle der Eltern und Anerkennung durch Gleichaltrige als potentielle protektive Faktoren gefunden werden. Für die Mädchen und Jungen ist im Zusammenhang mit internalisierenden Störungen der Leistungsstress ein potentieller Risikofaktor, für Jungen ist der Leistungsdruck ebenfalls ein potentieller Vulnerabilitätsfaktor (Steinhausen, 2004; Winkler Metzke & Steinhausen, 1999a, 1999b).

Ein spannendes Beispiel aus der Tabelle 28 ist der Leistungsstress (performance stress at school), welcher aufzeigt, dass die Aufteilung der verschiedenen moderierenden Faktoren keineswegs ein Artefakt ist. Externalisierendes Verhalten von Jungen in der Schule steigt nur dann an, wenn eine Belastung durch ein Lebensereignis mit Leistungsstress interagiert. Für internalisierende Auffälligkeiten bei den Mädchen und den Jungen ist jedoch der Leistungsstress unabhängig von einem Lebensereignis ein potentieller Risikofaktor.

Tabelle 28: Die Verteilung von (potentiellen) Risiko-, kompensatorischen, Vulnerabilitäts- und protektiven Faktoren von internalisierenden und externalisierenden Auffälligkeiten in der ZAPPS (nach Steinhausen, 2006a, S. 10)

	<i>Risk</i>	<i>Compensatory</i>	<i>Vulnerability</i>	<i>Protective</i>
Active coping strategies				I
Avoidant behaviour	I/E			
Self-esteem		I/E		
Self-awareness	I/E			
Parental emotional warmth		I/E		
Rejection by parents	I/E			
Controlling parents				
Peer acceptance		E		I
Competition among classmates	I/E			
Controlling teachers	I/E			
Performance stress at school	I		E(m)	
Possibilities to participate at school				

Anmerkung: I=Internalizing; E=Externalizing; m=males only

Längsschnittergebnisse aus der ZAPP-Studie

Zwischen den Jahren 1994 und 1997 konnte ein Rückgang von Angststörungen in der 6-Monats-Prävalenz festgestellt werden (Kohorteneffekt). Dem gegenüber jedoch haben die Substanzmissbrauchsstörungen in ihrer Häufigkeit zugenommen. Neu haben im Jahr 1997 auch die Jugendlichen ein Interview mitgemacht, womit auch Störungen auf der Grundlage von deren Aussagen vergeben werden konnten. Dadurch ist ein Vergleich zwischen Eltern- und Jugendlichenurteil möglich. Im Jugendlichenurteil finden sich 8.1% Angststörungen (1997), im Elternurteil nur 3.1% (Ähnliches gilt für die affektiven Störungen und die Suchstörungen). Wenn die Gesamtprävalenz zu Rate gezogen wird, sieht man, dass die Jugendlichen (20%) mehr als doppelt so hohe Prävalenzen haben als die Eltern dies angeben (8.3%, Steinhausen & Winkler Metzke, 2002). Der Vergleich weist darauf hin, dass die Eltern diese Probleme und Auffälligkeiten nicht wahrnehmen. Es zeigt sich auf der Ebene der Auffälligkeiten (nicht Interviewdiagnosen), dass nur circa 3% der Eltern in ihrer Einschätzung zur psychischen Gesundheit mit den Jugendlichen übereinstimmen (2% bei internalen Problemen), auf Störungsebene sind es 5% Übereinstimmung. Die Eltern geben an, dass die Jugendlichen 1994 im Vergleich mit 1997 sowohl weniger externalisierende als auch internalisierende Auffälligkeiten haben. Bei den Jugendlichenurteilen sieht das Bild genau umgekehrt aus. Der Vergleich auf dieser Ebene ergibt wiederum eine doppelt so hohe Einschätzung der Jugendlichen (Steinhausen, 1999). Die Kontinuität (Stabilität) internalisierender Auffälligkeiten zwischen den Jahren 1994 und 1997 war anhand des Jugendlichenurteils mit 45% höher als die der Eltern mit 36%. Auf der Ebene der externalisierenden Probleme ist das Bild noch deutlicher: die Jugendlichen haben eine Kontinuität von 43% und die Eltern nur 18% (Steinhausen & Winkler Metzke, 2002).

Es wurden zwischen den Jahren 1994 und 1997 bis auf die Zunahme von Nikotin- und Hashischkonsum keine Periodeneffekte gefunden. Das heisst, der Kohortenvergleich ergab, dass sich keine Veränderungen in Bezug auf die interessierenden Variablen (z.B. internalisierende Störungen bzw. Auffälligkeiten) von 1994 auf 1997 ergeben haben (Steinhausen, 2004).

Die belastenden Lebensereignisse haben laut dem Selbsturteil der Jugendlichen von 1994 und 1997 eine hohe Kontinuität. Sie werden über die Altersjahre hinweg jedoch auch häufiger und zum Teil belastender. Sie nehmen in allen Bereichen zu (Familie, Schule, Liebesbeziehung, Freundschaften, andere Ereignisse), und im zwischenmenschlichen Bereich werden sie zudem belastender erlebt. Die Schule erhält weniger Gewicht, da diese Probleme durchgehend weni-

ger belastend empfunden werden (Steinhausen & Winkler Metzke, 2002). Ebenfalls konnte eine deutliche Korrelation zwischen kritischen Ereignissen, Alltagsstressoren und psychischen Auffälligkeiten festgestellt werden. Diese Zusammenhänge weisen eine hohe Kontinuität auf und nehmen mit dem Alter noch zu (Steinhausen & Winkler Metzke, 2002; Winkler Metzke & Steinhausen, 2002).

In Bezug auf die Erziehung der Eltern konnte in einer längsschnittlichen Analyse nur bei den Mädchen ein Effekt gefunden werden. Wenn Mädchen über die Zeit hinweg eine mangelnde Zuneigung und Wärme erfahren, führt dies vermehrt zu internalisierenden Problemen. Dies zeigt sich vor allem in sozialem Rückzug und in körperlichen Beschwerden. Ein erlebter psychischer Druck durch die Eltern führt über die Zeit zu externalisierenden Problemen (Steinhausen & Winkler Metzke, 2002).

Die Strukturgleichungsmodelle zeigen nicht nur den starken direkten querschnittlichen, sondern auch den längsschnittlichen Zusammenhang zwischen hohen Symptomwerten psychischer Probleme und der erlebten Konkurrenz in der Schule, der Lehrerkontrolle und dem Leistungsdruck. Moderierende Einflüsse waren zum einen querschnittlich die Bewältigungsstrategien und bei älteren Jugendlichen auch längsschnittlich die selbstbezogenen Kognitionen (Steinhausen, 2002).

Steinhausen (2004) hat aus einer longitudinalen Clusteranalyse vier longitudinale Typen des Bewältigungsverhaltens gezogen (über die Wellen 1994, 1997, 2001). Ein konstant hohes aktives Bewältigungsverhalten und ein tiefes problemmeidendes Verhalten (1) finden sich bei 38% der Jugendlichen. Ein aktives Bewältigungsverhalten, welches konstant tief ist (2) bei 22%, ein problemmeidendes Verhalten, welches konstant hoch ist (3), bei 18% und bei 22% gab es im Verlauf eine Annäherung an den Mittelwert der Stichprobe auf den Bewältigungskomponenten (4). Diese Typen wiederum können mit dem YSR in Zusammenhang gebracht werden. Typen (2) und (3) gingen mit hohen Werten auf der Skala *Sozialer Rückzug* einher. Und der Typus (2) mit höheren Werten auf der Skala *Angst/Depressivität*. Der Typus (3) ist mit Delinquenz assoziiert. Bei den Jugendlichen aus dem Typus (1) können gute Copingstrategien festgestellt werden, und sie haben – wie auch der Typus (4) – gut funktionierende soziale Netzwerke. Der Typus (1) erlebt mehr Akzeptanz der Eltern als die Typen (2) und (3) (vgl. Winkler Metzke & Steinhausen, 2002).

Anhand der klinischen Stichprobe wurde im Jahr 2002 das Suizidrisiko (Gedanken und Handlungen) analysiert. Dieses suizidale Risikoverhalten war mit 43% stabil vom ersten Zeitpunkt, 1994, zum Jahr 1997 und mit 18% zum dritten Erhebungszeitpunkt im Jahr 2001. Zu allen drei Erhebungszeitpunkten hatten die Jugendlichen mit dem Risiko höhere Werte auf verschiedenen Skalen (*Emotionale und Verhaltensprobleme, Kritische Lebensereignisse, Niedrigen Selbstwert, Problemmeidende Strategien*). Das Suizidrisiko konnte psychische Diagnosen prädictieren: substanzinduzierte, depressive und posttraumatische Belastungsstörungen (Steinhausen, 2002). Unabhängig davon, in welchem Alter die Suizidgedanken erhoben werden, sie hängen immer zusammen mit höheren Beeinträchtigungen und mehr psychischen Problemen. Je jünger ein Kind mit Suizidalität ist, um so höher und stabiler ist das Risiko für psychische Probleme (Steinhausen & Winkler Metzke, 2004).

Die Annahme bezüglich der Relevanz des sozioökonomischen Status für die Entstehung von psychischen Auffälligkeiten konnte anhand der Analysen im Jahr 2005 bestätigt werden (Steinhausen, 2005). Im jungen Erwachsenenalter zeigen sich Zusammenhänge der externalisierenden Auffälligkeiten und den Gesamtauffälligkeitswerten insofern, als dass mit einem zunehmenden sozioökonomischen Status die externalisierenden Probleme und der Gesamtauffälligkeitswert abnahmen. Ebenfalls weisen das Geschlecht und das Alter in diesem Zusammenhang gewisse Effekte auf. Das Selbsturteil der Mädchen mit Beginn der Adoleszenz zeigt

höhere Werte auf der Skala der *Internalisierenden Auffälligkeiten* als bei den gleichaltrigen Jungen; diese wiederum hatten höhere Werte auf der Skala *Externalisierende Auffälligkeiten* (dies jedoch sowohl im Selbst- als auch im Fremdurteil).

Anhand der Längsschnittstichprobe ($N=593$, vgl. Tab. 26) konnten Aussagen zu funktionalen Körpersymptomen (funktional-somatic symptoms) über die Zeit gemacht werden. Diese Angaben werden aus dem YSR oder dem YASR (altersabhängig) gezogen, wobei nur die Abstufung „trifft immer zu“ gezählt wurde. Ausserdem wurden nur diejenigen Fälle einbezogen, welche sich auf der Somatisierungsskala generell über dem 90sten Perzentil befanden. Die Häufigkeiten sind im Vergleich zu anderen Studien (z.B. Kap. 4.3.5) relativ niedrig mit 7% für alle Symptome (Kopf- oder Bauchschmerzen, Schwindel, Übermüdung, allgemeine Schmerzen, Übelkeit, Augen- oder Hautprobleme, Erbrechen), wobei die weiblichen Jugendlichen beziehungsweise Erwachsenen tendenziell häufiger unter somatischen Problemen leiden. Kopfschmerzen und Hautprobleme sind in den beiden ersten Wellen am häufigsten aufgetreten, in der dritten Welle (junges Erwachsenenalter) ist jedoch die Übermüdung am häufigsten genannt worden. Die Stabilität ist über die Zeit relativ hoch, wobei die Stabilitätswerte steigen, je höher sich der Jugendliche auf der Gesamtskala befindet. Zwischen Erhebungswelle 2 und 3 ist die Stabilität mit 39-40% am höchsten (28-29% zw. Welle 1 und 2). Steinhausen (2006a) berichtet zudem, dass sich anhand einiger dieser somatischen Symptome (Welle 2) psychische Störungen (Welle 3) voraussagen lassen. Für junge Männer sind dies phobische Störungen und die Posttraumatische Belastungsstörung, für Frauen sind das somatoforme Störungen und einige Angststörungen, wobei der Autor keine näheren Angaben macht.

Analysen zur Komorbidität und diversen Korrelaten psychischer Störungen wurden sowohl im Quer- als auch im Längsschnitt untersucht (Steinhausen, 2006b). Für ein Kind oder einen Jugendlichen mit psychischer Auffälligkeit besteht eine mit 8% erhöhte Wahrscheinlichkeit, auch eine andere Störung oder zusätzliche Symptome zu haben. Die Raten, welche anhand der Selbstauskünfte berechnet wurden, sind etwas höher als jene, welche über die Auskunft der Eltern bestimmt wurden. Am häufigsten ist die Kombination *Sozialer Rückzug* und *Angst/Depressivität*, gefolgt von der Kombination *Sozialer Rückzug* und *Soziale Probleme* (Selbstauskunft). Verbunden mit der Komorbidität sind belastende Lebensereignisse, Problemvermeidung, niedriger Selbstwert und die Wahrnehmung von ablehnenden Eltern. Bezüglich des Alters konnte die höchste Komorbiditätsrate im Alter von 14-17 Jahren gefunden werden. Bezüglich der Häufigkeit konnte kein Geschlechtsunterschied gefunden werden, jedoch in Bezug zu den spezifischen Symptomen respektive den Syndromen. Bei weiblichen Jugendlichen ist die Kombination *Sozialer Rückzug* und *Angst/Depressivität* am häufigsten und bei den männlichen Jugendlichen die Aufmerksamkeitsproblematik und aggressives Verhalten.

Die Häufigkeit von Schulverweigerern geht mit dem Alter der Jugendlichen deutlich zurück. Beim Schulschwänzen ist der Trend in umgekehrte Richtung festzustellen (Steinhausen, 2006b). Die Querschnittsanalyse bezüglich eines Zusammenhangs dieser beiden Phänomene mit Störungsgruppen zeigt, dass Schulverweigerer eher internalisierende Auffälligkeiten zeigen (sie bekamen weniger Anerkennung durch Peers) und Schulschwänzen eher mit externalisierenden Symptomen zusammenhängt (geringeres Zusammengehörigkeitsgefühl in der Familie). Beide Gruppen zeigten sich im Vergleich mit der Kontrollgruppe in der mittleren Adoleszenz (durchschnittlich 17 Jahre) deutlich auffälliger in Bezug auf psychische Einflussgrößen. Längsschnittlich konnten einige Prädiktoren für die beiden Risikogruppen Schulverweigerer und –schwänzer bestimmt werden. Bei den Schulverweigerern konnte die Skala *Angst/Depressivität* das Schulverweigern voraussagen. Bei den Schulschwänzern waren es die

Anzahl an belastenden schulischen Lebensereignissen, niedriger Selbstwert und regelbrechendes Verhalten. Das Schulschwänzen wiederum ist ein signifikanter Prädiktor für die Suchtstörung oder für Phobien im jungen Erwachsenenalter.

Querschnittlich ging ein konstant tiefer Selbstwert mit sehr hohen Werten auf der internalisierenden Skala einher. Längsschnittlich zeigte sich, dass beim Vorliegen einer psychischen Störung fast immer auch ein niedriger Selbstwert zu verzeichnen ist, vor allem in Bezug auf depressive, Angst-, Substanz- und somatoforme Störungen (Steinhausen, 2006b). Ein konstanter Wert auf der Selbstwertskala hatte prädiktiven Wert für die Sekundärskalen der Fremdbeurteilungsfragebogen CBCL/YABCL und der Selbstbeurteilungsfragebogen YSR/YASR.

Zusammenfassung der ZESCAP und ZAPPS

Die ZESCAP basiert auf einer geschichteten randomisierten Stichprobe, welche repräsentativ für den Kanton Zürich ist (bzgl. Geschlecht, Bezirke, Schultypen, -klassen), und gewichtete Prävalenzen liefert. Jedoch sind ausländische Kinder und Jugendliche nicht repräsentativ vertreten, was einen kulturellen Vergleich verunmöglicht. In der zweiten Stufe des diagnostischen Prozesses wurden nur Interviews mit den Eltern durchgeführt, was kein kongruentes Vorgehen ist, da in der ersten Stufe sowohl Eltern als auch die Kinder respektive Jugendlichen befragt wurden (vgl. 4.2.1.2). Die sehr kurzen Lehrerscreenings konnten keine differenzierten zusätzlichen Informationen liefern; wenn die Lehrerurteile einbezogen worden sind, hat dies lediglich die Rate der ADHS erhöht. Es wurde eine Gesamtprävalenz (6 Monate) von 22.5% für irgendeine psychische Störung festgestellt, 11.4% für Angststörungen. Das Geschlecht, das Alter und die Wohnsituation waren signifikante Korrelate und eine Komorbidität wurde bei 12.5% der Fälle bestimmt.

Die ZAPPS ist eine sehr komplexe, vielschichtige prospektive Längsschnittstudie, welche sich neben klassischen epidemiologischen Fragestellungen (Prävalenz, Verlauf) vor allem auf Risiko-, protektive, Vulnerabilitäts- und kompensatorische Faktoren konzentriert (vgl. Abb. 16). Der kompensatorische Faktor ist eine Variable, welche einen positiven Effekt auf die Zielvariable (z.B. internalisierende Auffälligkeiten) hat, unabhängig von einer Stresseinwirkung. Dieser Faktor wird selten genannt und muss im Gesamtzusammenhang betrachtet werden. In der ZAPPS sind der Selbstwert und die Akzeptanz durch die Eltern für einen kompensatorischen Effekt bezüglich internalisierender Störungen signifikant geworden. Die Aussage von Steinhausen und Winkler Metzke (2001b), dass kompensatorische Faktoren lediglich das Gegenteil von Risikofaktoren sind, müsste in anderen Studien erneut thematisiert und untersucht werden; im Zusammenhang mit der Akzeptanz durch die Eltern und den Selbstwert konnte diese Aussage gestützt werden. Ein Grossteil der berichteten Ergebnisse beruht auf Querschnittsdaten, welche den Richtungszusammenhang einschränken. Die Komplexität der Studie führt zu Verwirrungen, da die Stichprobengrösse und -zusammensetzung sich fortwährend ändert. Jedoch betonen die Autoren, dass die Teilstichproben nach wie vor repräsentativ sind. Einige im Querschnitt untersuchte Faktoren konnten als mögliche Risiko-, protektive, Vulnerabilitäts- und kompensatorische Faktoren bestätigt werden (vgl. Kap. 4.3.10). Im Längsschnitt wurde ein Rückgang der 6-Monats-Prävalenzrate für Angststörungen festgestellt (von 11.4% (1994) auf 8.1% (1997)). Die Elterneinschätzung lag deutlich darunter mit 3.1%. Die Komorbidität sank ebenfalls auf 8%. Die folgenden Faktoren (vgl. Tab. 28) aus den querschnittlichen Ergebnissen konnten im Längsschnitt bestätigt werden: mangelnde Zuneigung und Wärme der Eltern führt zu internalisierenden Problemen, wobei im Längsschnitt nur für Mädchen ein Effekt gefunden wurde. Konkurrenz in der Schule, hohe Lehrerkontrolle und der Leistungsdruck haben einen längsschnittlichen Zusammenhang mit psychischen Problemen. Die Bewältigungsstrategien sind querschnittlich moderierende Faktoren, die selbstbezo-

genen Kognitionen haben sich auch in Längsschnittanalysen bewährt. Der sozioökonomische Status wurde als Risikofaktor bestätigt; Effekte der Geschlechts- und Altersvariable wurden auf bestimmten Skalen ebenfalls bestätigt. Im Längsschnitt konnte weiter ein niedriger Selbstwert mit erhöhten psychischen Problemen in kausalen Zusammenhang gebracht werden. Die Skala *Angst/Depressivität* konnte das Problemverhalten Schulverweigerung vorhersagen, das Schuleschwänzen ist andererseits ein guter Prädiktor für Suchstörungen und Phobien im jungen Erwachsenenalter. Kritische Lebensereignisse, Alltagsstressoren und psychische Probleme sind stark assoziiert; diese Zusammenhänge sind sehr stabil und nehmen mit dem Alter zu.

Ausserdem wurden die Erziehungsstiltypen bestätigt; für eine positive Entwicklung der Kinder sind vor allem der autoritative und auch der permissive Erziehungsstil geeignet. Ein autoritärer Stil ist mit höherer Symptombelastung und niedrigerem Selbstwert assoziiert, ein unengagierter Erziehungsstil hängt mit geringen Copingkompetenzen zusammen. Vermeidende Bewältigungsstrategien und daraus resultierende internalisierende Auffälligkeiten finden sich vor allem im Falle von hohem psychischem Druck seitens der Eltern.

4.3.8 The Zurich Study und die Basler Studie

Zurich Study

Die bekannte Zürcher Studie, eine prospektive Längsschnittstudie, begann 1978 mit einem Screening. Männer des Jahrgangs 1959 mussten sich anlässlich der militärischen Eintrittsmusterung (Kanton Zürich) dem Screening anhand der Symptom Check Liste SCL-90-R (vgl. Franke, 2002) unterziehen. Für die weibliche Stichprobe wurden im Kanton Zürich wohnhafte Frauen mit Jahrgang 1958 ebenfalls dem Screening unterzogen. Aus dieser relativ grossen Stichprobe ($N=4'547$) ergab sich die Panelstichprobe ($N=591$), welche anhand eines von Angst entwickelten psychopathologischen strukturierten Interview (SPIKE, vgl. Angst & Dobler-Mikola, 1985; Angst & Vollrath, 1991) erstmals im Jahr 1979 untersucht wurde. Die Panelstichprobe ist anhand der Geschlechter geschichtet. Der Zweck dieser Studie ist zum einen, die Epidemiologie psychischer Störungen im Kanton Zürich mit einer eingeschränkten, aber möglichen Generalisierung auf die ganze Schweiz zu beschreiben und zum anderen auch andere gesundheitsrelevanten Faktoren zu finden und zu analysieren (Ajdacic-Gross & Graf, 2003; Ernst & Angst, 1997). Die Panelstichprobe wurde sechs Mal zwischen den Jahren 1979 und 1999 (vgl. Tab. 25) untersucht, das heisst, die Teilnehmer der Langzeitstudie waren zu Beginn zwischen 20 und 21 Jahren und am Ende zwischen 40 und 41 Jahren alt. Die Diagnosen beziehen sich auf die dritte Version des DSM, in späteren Analysen jedoch auch auf die DSM-III-R-Version.

Nachfolgende Ergebnisse beziehen sich auf das Jahr 1981, in welchem die Panelstichprobe zum zweiten Mal interviewt wurde ($N=456$) und die Teilnehmer zwischen 22 und 23 Jahren alt waren, wobei sie im Zwischenjahr 1980 noch Fragebogen ausgefüllt haben ($N=504$). Von den 456 Personen wiesen 150 Angstsymptome auf (33%). Wenn jedoch die Kriterien Vermeidungsverhalten und Beeinträchtigung einbezogen werden, können nur noch 76 Fälle verzeichnet werden (17%). Davon sind 20 Fälle komorbid mit Depressionssymptomen (Angst & Dobler-Mikola, 1985). Die 1-Jahres-Prävalenz von Angstsyndromen (anhand der Messinstrumente gebündelte Angstsymptome) beträgt 35.2%, bei Angstsyndromen mit sozialer Beeinträchtigung und Vermeidungsverhalten 15.5%. Die Generalisierten Ängste (5.2%) und die Einfachen Phobien (3.7%) sind am häufigsten; die Soziale Phobie folgt mit 1.1%. Die 1-Jahres-Prävalenz von Angststörungen, wenn die Überschneidung zu depressiver Symptomatik

zugelassen wird, beträgt 8.9% und ohne die Überschneidung 6.4%. Die Punktprävalenzen von Angststörungen sind 5.5% (ohne) und 7.2% mit Überschneidungen zu depressiven Symptomen. Zusätzliche Analysen ergaben, dass Angstsyndrome einhergehen mit depressiven Zuständen, Erschöpfung, Herzrasen, Schlafproblemen, Kreislauf, Bauch- und Rückenbeschwerden, Appetit- und sexueller Beeinträchtigung. Die betroffenen Personen machen sich über ihre Ängste Sorgen, fehlen häufiger bei der Arbeit oder fühlen sich in ihrer Arbeitsleistungseffizienz beeinträchtigt. Nur ein Fünftel sucht professionelle Hilfe für ihre psychischen Probleme, jedoch diskutieren 86% dieser Personen ihre Probleme mit Angehörigen, Partnern oder Freunden. Nur 5% suchen Hilfe bei Bekannten und 14% sprechen mit niemandem über ihre Probleme (Angst & Dobler-Mikola, 1985).

Die folgenden Angaben beziehen sich auf die Panelstichprobe aus dem Jahr 1988, als sie das dritte Mal interviewt wurden. Personen mit Trennungserfahrungen (circa 16%) in der Kindheit geben an, nervöser, niedergeschlagener, labiler und weniger kontaktfreudig zu sein (Tendenzen, keine signifikanten Ergebnisse). Wann die Trennung stattfand, schien keinen Einfluss auf die Stärke dieser Symptome zu haben, wobei das Subsample der jüngeren Kinder mit erlebter Trennung von der Mutter sehr klein war (Ernst & Angst, 1997). Es fanden sich zwischen Trennungserfahrungen und späteren psychischen Problemen keine signifikanten Zusammenhänge, gemessen anhand des SCL-90-R (vgl. Franke, 2002). Das heisst, die Trennung an sich führt nicht zu späteren psychischen Problemen. Die berichteten Familienbelastungen (z.B. schwerer Streit zwischen Eltern, zwischen Eltern und Kindern, Missbrauch) hängen jedoch mit höheren Werten auf den FPI-Skalen (vgl. Fahrenberg, Hampel, & Selg, 2001) *Neurotizismus*, *Labilität*, *Depressivität* und mit niedrigeren Werten auf der Skala *Resilienz* zusammen. Ebenfalls hoch korrelieren die Familienbelastungen mit dem Gesamtscore des SCL-90-R. Emotionale und Schulprobleme in der Kindheit sind ebenfalls assoziiert mit den berichteten Familienbelastungen, den Skalen des FPI und dem Gesamtscore des SCL-90-R. In diesem Zusammenhang wurden auch Assoziationen zwischen emotionalen Problemen in der Kindheit und den Langzeitdiagnosen Depression und Angststörung gefunden. Diese Langzeitdiagnosen respektive deren Symptome konnten während 10 Jahren immer wieder bestätigt werden. Verhaltensprobleme in der Kindheit können keine Langzeitdiagnosen voraussagen. Jedoch sind Verhaltensprobleme und eine spätere Depression miteinander assoziiert, diese Verbindung wurde mit Angststörungen nicht gefunden. Angst und Vollrath (1991) geben an, dass die Angststörungen, welche bereits in der Kindheit auftreten, ein Leben lang anhalten.

Die Lebenszeitprävalenzen der Angststörungen aus der Zürcher Kohortenstudie (Analyse aus der 20-jährigen Längsschnittstudie) können mit circa 25% als eine der häufigsten Störungen bezeichnet werden (Ajdacic-Gross & Graf, 2003; in der Übersicht von Lieb et al., 2003, sind es 15.5%, 19-20-Jährige), wobei die Einfache Phobie mit 11%, die Agoraphobie mit 8%, die Soziale Phobie mit 7% und die Generalisierte Angststörung mit 6% höher waren als die Zwangsstörungen (4%) und die reine Panikstörung (3.5%). Die affektiven Störungen sind mit 24% ebenfalls sehr hoch (Ajdacic-Gross & Graf, 2003). Komorbide Angst- und depressive Störungen scheinen chronisch zu sein. Personen, welche eine Angststörung hatten, zeigten die Tendenz, eine Depression oder eine komorbide Angststörung und Depression zu entwickeln. Im Gegensatz dazu waren Fälle, welche eine reine Depression hatten, auch ohne komorbides Muster stabil (Merikangas et al., 2003). Angststörungen können also eher einen nachfolgenden Störungsbeginn von Depressionen vorhersagen als der umgekehrte Fall. Die Schätzungen der Autoren zeigen auch, dass die Stabilität der Angststörungen im Entwicklungsverlauf abnimmt, was wiederum auf einen entwicklungsspezifischen Ausdruck der Störung hindeutet.

Die Zurich Study ist eine prospektive Längsschnittstudie, welche eine Stichprobe untersucht, die für die Schweiz zwar nicht repräsentativ ist, jedoch trotz ihrer geringen Grösse eine gute Grundlage zur Einschätzung der Lage im Kanton Zürich bietet. Die Aussagen sind ausserdem

limitiert, speziell im Verlauf, da verschiedene Klassifikationssysteme als Grundlage für Diagnosen benutzt worden sind. Die Autoren untersuchten neben der Häufigkeitsverteilung der psychischen Störungen auch mögliche Korrelate und versuchen, ein ganzheitliches Bild und den Verlauf der psychischen und physischen Gesundheit der Kohorte aus den 50er Jahren zu bieten. Aufgrund der Verlaufsanalysen zwischen den Angst- und depressiven Störungen schliessen die Autoren, dass den beiden Störungsbildern eine gemeinsame Ätiologie zugrunde liegt (vgl. Kap. 3.2.1). Sie bezeichnen den Begriff Komorbidität ausserdem als Fehlbezeichnung (Merikangas et al., 2003), deshalb, weil der Angststörung und Depression eine gemeinsame Vulnerabilität zugrunde liegt und der Ausdruck somit entwicklungsspezifisch ist.

Basler Studie

Die Basler Studie (Wacker et al., 1992) wurde von 1989 bis 1991 durchgeführt. Es haben 209 Männer und 261 Frauen (18- bis 65-Jährige) aus Basel-Stadt an der Untersuchung teilgenommen (vgl. Tab. 25), wobei mehr als die Hälfte der Personen verheiratet war und circa ein Drittel ohne Partner lebte. Es gab insgesamt 47.8% der angefragten Personen, die sich weigerten, an der Studie teilzunehmen. Die Stichprobe wurde weder gescreent noch geschichtet, jedoch haben die Autoren trotzdem Aussagen zu Lebenszeitprävalenzen von Angststörungen (Phobien, Generalisierte Angststörung und Panik) und Depressionen gemacht. Sie begründen dies durch die einigermaßen gleichmässige Verteilung von Geschlecht, Alter und Familienstatus, was einer repräsentativen Stichprobe in der Stadt Basel gleichkäme. Die Stichprobe wurde anhand des Composite International Diagnostic Interview (CIDI, vgl. Kessler & Üstün, 2004) befragt.

Da diese Befragung Ende der 80er Jahre stattfand, können auch Unterschiede zwischen den DSM-III-R- und den ICD-10-Diagnosen gemacht werden (American Psychiatric Association, 1991; vgl. Weltgesundheitsorganisation, 1997). Unabhängig vom Klassifikationssystem sind die beiden Störungsbilder sehr hoch vertreten. Mit dem DSM-III-R ergaben sich 28.7% von Lebenszeitfällen bei Angststörungen und anhand der ICD-10 waren es 23%. Umgekehrt war es im Zusammenhang mit den affektiven Störungen, welche anhand der ICD-10 höher waren (25.7%) als mit dem DSM-III-R (19.4%). Die Soziale Phobie war mit 16% am höchsten vertreten, gefolgt von der Agoraphobie ohne Anamnese einer Panikstörung (10.8%), die Einfache Phobie war mit 4.5% schon an dritter Stelle (DSM-III-R-Diagnosen). Anhand der ICD-10 gab es eine leicht andere Verteilung, wobei die Soziale Phobie auch hier an erster Stelle steht (9.6%) und die Generalisierte Angststörung (9.2%) an zweiter Stelle, die Spezifische (Einfache) Phobie folgt auf dem dritten Platz mit 4.7%. Die Unterschiede, welche in den Höhen der Prävalenzraten abhängig von den Klassifikationssystemen zu finden sind, werden von Wacker und Kollegen (1992) diskutiert. In den auf das DSM-III-R folgenden Auflagen IV (American Psychiatric Association, 1994) und IV-TR (Textrevision, APA, 2003) konnten dank ähnlicher Studien einige Verbesserungen (u.a. klinische Signifikanz, Anzahl an Symptomen) durchgeführt werden.

Die Basler Studie ist eine der wenigen epidemiologischen Studien in der Schweiz und untersucht eine Erwachsenstichprobe, die relativ klein, nicht geschichtet und nicht repräsentativ ist. Viele Personen haben sich geweigert, teilzunehmen, was die Repräsentativität weiter einschränkt. Es wurde auch kein Screening durchgeführt, dafür das CIDI, welches zuverlässige Diagnosen liefert (vgl. Kap. 2.3). Es wurde eine Lebenszeitprävalenz für Angststörungen von 28.7% berechnet, was im internationalen Vergleich (vgl. Kap. 4.2.6) sehr hoch ist; die Lebenszeitprävalenz der NCS-R (28.8%) ist gleich hoch, basiert jedoch auf dem DSM-IV.

4.3.9 Epidemiologische Daten von zwei Studien an der Universität Freiburg (CH)

Im Vorfeld der eigentlichen Interventionsstudie (*Studie 3* – Pilotstudie Prävention), welche in Kapitel 5.4 beschrieben wird, wurden zwei epidemiologische Studien durchgeführt (Kap. 4.3.9.1 & 4.3.9.2). Der Zweck dieser Studien war, Daten zur Beantwortung interessierender Fragestellungen aus dem epidemiologischen und ätiologischen Forschungsbereich zu gewinnen (z.B. Verteilung psychischer Auffälligkeiten, Korrelate von Ängsten). Diese Daten dienten ausserdem mehreren Lizentiatsarbeiten: Beurteilereffekte bei Mutter-Kind-Dyaden (Andereggen, 2003), Risiko- und Schutzfaktoren im Rahmen der Resilienzforschung (Steinmann, 2003), Kritische Lebensereignisse im Zusammenhang mit Ängstlichkeit beim Kind (Koch, 2003), Stressbewältigung von Kindern (Rechenmacher, 2005), Extraversion der Mutter und Erziehung (Noser, 2006), Erziehungsstil und Ängstlichkeit beim Kind (Tinguely-Zosso, 2006), Prosoziales Verhalten in Bezug zu Geschwistervariablen und Erziehungsverhalten (Walker, 2006), Stressbewältigung, Emotionsregulation und Umgang mit Gleichaltrigen (Käch, 2007).

Kapitel 4.3.9.1 widmet sich der *Studie 1*, welche eine Stichprobe von 79 Kindern und 71 Müttern umfasst, die anhand von einer grossen Fragebogenbatterie befragt wurden. *Studie 2* beinhaltet 340 Kinder, welche zwei Fragebogen ausgefüllt haben und wird in Kapitel 4.3.9.2 dargestellt. Die Ergebnisse der Hypothesenprüfungen werden ergänzt durch deskriptive Ergebnisse. Spezifische Ergebnisse der *Studien 1 und 2* werden zusätzlich in den Kapiteln 4.3.10 und 4.4 angefügt, um ein einheitliches Bild der epidemiologischen Ergebnisse im nationalen und internationalen Bereich zu erhalten. Die Diskussion zu den Ergebnissen mit der Methodenkritik und Interpretation wird jeweils am Ende der Kapitel 4.3.9.1.4 und 4.3.9.2.4 angefügt. In Kapitel 6.2 werden einzelne Aspekte der Diskussion erneut aufgegriffen und im grösseren Zusammenhang diskutiert.

4.3.9.1 *Studie 1* – Epidemiologische Studie zur Ängstlichkeit bei Kindern

4.3.9.1.1 *Studie 1*: Fragestellungen

Wie im Überblick über die epidemiologischen Studien (Kap. 4) aufgezeigt werden konnte, sind Angststörungen sehr häufig und persistenter, je früher sie im Entwicklungsverlauf auftreten (Kap. 4.4.2). Es werden anhand der Stichprobe der *Studie 1* die Häufigkeiten und Verteilungen von Ängstlichkeit (Kindeinschätzung) und emotionalen Problemen der Kinder (Muttereinschätzung) untersucht. Diese Variablen werden jeweils auch im Hinblick auf Alters- und Geschlechtsunterschiede analysiert. Weiter werden Zusammenhänge mit soziodemographischen Variablen und familiären und sozialen Ressourcen untersucht. Ausserdem interessieren Zusammenhänge zwischen Ängstlichkeit respektive emotionalen Problemen mit Variablen aus dem Bereich Bewältigungsverhalten, Erziehung, Persönlichkeitsvariablen der Mutter und der Ängstlichkeit der Mutter. Es interessiert auch, ob in einer retrospektiven Einschätzung der Mutter schon Anzeichen für spätere emotionale Probleme vorhanden waren. Im Folgenden werden die Forschungshypothesen theoretisch-empirisch fundiert und hergeleitet.

- Fragestellung 1.1:* a) Wie häufig ist *Ängstlichkeit*, wie verteilt sie sich über b) Alter und c) Geschlecht? (H1.1a-H1c)
- d) Wie häufig sind *Emotionale Probleme*, wie verteilen sie sich über e) Alter und f) Geschlecht und g) wie hängen retrospektiv eingeschätzte mit aktuellen Emotionalen Problemen zusammen? (H1.1d-g)

Es wird angenommen, dass Ängstlichkeit (H1.1a) und emotionale Probleme (H1.1d) häufig vorkommen und sich die Raten zwischen 10 und 20% befinden (H1.1a/H1.1d)¹. Die Punktprävalenzraten für Angststörungen und zum Teil auch Angstsyndromen aus internationalen und nationalen Studien befinden sich in einem Range zwischen 5 und 15% (z.B. National Psychiatric Morbidity Survey, Jenkins, Lewis et al., 1997; GO!, Manz et al., 2000). Die Raten für eine Ängstlichkeit respektive für einzelne Symptome einer Angststörung liegen jedoch höher als für die Störungen per se, weil keine klinische Relevanz vorausgesetzt ist und im Besondern auch, wenn eine Mischskala aus Angst und depressiven Symptomen zur Grundlage genommen wird (z.B. Plück et al., 2000; Steinhausen, 2006b; Zubrick et al., 1997, vgl. Kap. 2.3, 4.2.2.2, 4.2.5.5 & 4.3.7).

In Bezug auf die Altersunterschiede wird generell in den meisten Studien berichtet, dass mit dem Alter ein Anstieg von Prävalenzen im Bereich internalisierender Störungen zu verzeichnen ist, vor allem bei den Mädchen (z.B. OCHS, Offord et al., 1987; PAK-Kid, Plück et al., 2000). In Bezug auf die Phase in der Kindheit und frühen Adoleszenz werden jedoch auch viele Schwankungen beschrieben, weshalb die Altersfrage ungerichtet gestellt wird und die Interaktion zwischen Geschlecht und Alter einbezogen wird (H1.1b/H1.1e). Im Bereich der Geschlechtsunterschiede fallen die Raten in den Studien zum Thema Ängste und Angststörungen häufig zu Ungunsten der Mädchen aus (z.B. Isle of Wight Studies, Rutter et al., 1976). Es gibt jedoch auch Studien, welche aufzeigen, dass gerade bei jüngeren Kindern auch Jungen häufiger unter Angstsymptomen leiden (z.B. Mannheimer Kurpfalzstudie, Ihle et al., 2000) oder generell höhere Raten haben als Mädchen (z.B. WACHS, Zubrick et al., 1997). In den vorliegenden Stichproben wird jedoch aufgrund des gesetzten Altersrangs von 8 bis 14 Jahren davon ausgegangen, dass mehr Mädchen von diesen Problemen betroffen sind als Jungen (H1.1c/H1.1f). Es wird weiter davon ausgegangen, dass der Einfluss des Geschlechts durch das Alter moderiert wird; jüngere Jungen und ältere Mädchen haben höhere Werte auf den Kriterien *Ängstlichkeit Kind* und *Emotionale Probleme* als ältere Jungen und jüngere Mädchen (H1.1b/H1.1e; vgl. Kap. 4.2.1.6, 4.2.2.2, 4.2.4.1.1, 4.2.5.5, 4.2.5.7 & 4.4.3).

Es konnte in einigen Studien gezeigt werden, dass ältere Kinder und Jugendliche, welche unter Ängsten oder emotionalen Problemen leiden, schon im früheren Kindesalter Symptome der Angst (H1.1g.1) oder Verhaltensauffälligkeiten (H1.1g.2) gezeigt haben (z.B. KiGGS, Hölling et al., 2007, vgl. Kap. 4.2.5.6 & 4.4.2). Anhand von retrospektiven Daten soll dieser positive Zusammenhang bestätigt werden.

¹In Klammer wird immer zuerst die Hypothese für das Kriterium *Ängstlichkeit Kind* und an zweiter Stelle für das Kriterium *Emotionale Probleme* genannt.

- Fragestellung 1.2:* a) Wie hängen soziodemographische Variablen und b) familiäre und c) soziale Ressourcen mit *Ängstlichkeit* zusammen?
- d) Wie hängen soziodemographische Variablen und e) familiäre und f) soziale Ressourcen mit *Emotionalen Problemen* zusammen?

In vielen Studien wurde gezeigt, dass ängstliche Kinder eher auf dem Land leben (z.B. ZESCAP, Winkler Metzke & Steinhausen, 1999a). Andere Studien wiederum zeigten genau das Gegenteil (z.B. in Puerto Rico, Canino et al., 2004). Diese Frage ist aus der Literatur nicht abschliessend beantwortbar und soll in der vorliegenden *Studie 1* erneut untersucht werden, wobei die Frage ungerichtet gestellt wird (H1.2a.1/H1.2d.1). In einer Schweizer Studie (z.B. HBSC, Schmid et al., 2004) konnte gezeigt werden, dass ausländische Kinder und Jugendliche häufiger über Beschwerden berichten (vgl. Kap. 4.2.1.9, 4.3.6 & 4.2.6). Dies soll in der *Studie 1* ebenfalls geklärt werden, wobei ebenfalls davon ausgegangen wird, dass ausländische Kinder und Jugendliche höhere Werte auf den Kriterien *Ängstlichkeit Kind* und *Emotionale Probleme* haben (H1.2a.2/H1.2d.2).

Oft werden auch über Zusammenhänge der Bildung und der Arbeitstätigkeit der Eltern mit Ängstlichkeits- und Angstwerten der Kinder berichtet. In der NYLCLS (z.B. NYCLS, P. Cohen et al., 1993) wurde ein Zusammenhang mit niedriger Schulbildung der Mutter und des Vaters und Angststörungen festgestellt (für Mütter auch in Isle of Wight Studies, Rutter et al., 1976). In Puerto Rico (Canino et al., 2004) wurde jedoch kein Zusammenhang gefunden (vgl. Kap. 3.3.1, 4.2.1.3, 4.2.1.9, 4.2.4.1.1 & 4.2.6). Die Hypothese wird ungerichtet gestellt, das heisst, es wird von einer Assoziation zwischen der Bildung (H1.2a.3/H1.2d.3) respektive der Arbeitstätigkeit der Eltern (H1.2a.4/H1.2d.4) mit Ängstlichkeitswerten und der Höhe der Emotionalen Probleme ausgegangen.

Unverheiratete Mütter haben in verschiedenen Studien (z.B. in Puerto Rico, Canino et al., 2004; Kauai Study, Werner, 1989) vermehrt ängstliche Kinder respektive Kinder mit Angststörungen als Mütter, welche verheiratet sind. Dieser Zusammenhang konnte jedoch beispielsweise in der NYCLS (J. Cohen, 1988) nicht festgestellt werden (vgl. Kap. 4.2.1.3, 4.2.1.8 & 4.2.1.9). Die ungerichtete Hypothese hierzu lautet, dass ein Zusammenhang zwischen dem Familienstand der Mutter und der Ängstlichkeit des Kindes respektive den Emotionalen Problemen gefunden werden kann (H1.2a.5/H1.2d.5).

In der Deutschen Studie KiGGS (Hölling et al., 2007) wurde berichtet, dass Unternehmungen (z.B. Ausflüge) mit den Eltern über das Konzept des familiären Zusammenhalts protektive Faktoren darstellen. Es wird davon ausgegangen, dass, je mehr Ausflüge gemacht werden, die Ängstlichkeit und emotionalen Probleme um so weniger sind (H1.2b/H1.2e).

Freunde und Peers sind ebenfalls wichtig für die soziale und emotionale Entwicklung der Kinder und Jugendlichen (z.B. ZAPPS, Steinhausen, 2006a) und werden in der vorliegenden Studie nur als Anzahl Freunde erfasst (Kap. 3.3.2, 4.2.5.6 & 4.3.7). Obwohl angenommen wird, dass die Qualität der Freundschaften mehr Aussagekraft besitzt, wird untersucht, ob die Anzahl Freunde ebenfalls eine Auswirkung auf Ängstlichkeitswerte hat, insofern, dass, je mehr Freunde ein Kind hat, um so weniger ängstlich ist es respektive um so weniger emotionale Probleme es hat (H1.2c/H1.2f).

Fragestellung 1.3: Wie hängt Erziehung mit Ängstlichkeit zusammen? (H1.3a-e/H1.3k)

Wie hängt Erziehung mit *Emotionalen Problemen* zusammen? (H1.3f-j/H1.3l)

Der Zusammenhang zwischen Ängstlichkeit beim Kind und bestimmten Erziehungsstilen wurde in der Literatur mehrfach aufgezeigt (GSMS, Costello et al., 2003; Dunedin, Newman et al., 1996), wobei vor allem ein inkonsistentes Erziehungsverhalten zu Ängsten und Unsicherheiten beim Kind führen kann (z.B. WACHS, Zubrick et al., 1997). Einschränkende und überbehütende Erziehung führt über eine damit zusammenhängende externe Kontrollüberzeugung zu emotionalen Problemen (Chorpita, 2001). Wärme und Unterstützung durch die Eltern wiederum hatten unabhängig von der Störungskategorie eine puffernde Wirkung in der ZAPP-Studie (Winkler Metzke & Steinhausen, 1999b, vgl. Kap. 3.1.1, 3.2.1, 3.3, 4.2.1.2, 4.2.2.1, 4.2.2.2 & 4.3.7).

Es wird entsprechend angenommen, dass grundsätzlich die vom Kind subjektiv wahrgenommene ungünstige Erziehung positiv mit der Ängstlichkeit und den emotionalen Problemen zusammenhängt (H1.3a/H1.3f) und im Falle der günstigen Erziehung wird eine negative Assoziation angenommen (H1.3b/H1.3g). Weiter wird davon ausgegangen, dass Soziale Unterstützung (H1.3c.1/H1.3h.1) und Lob (H1.3c.2/H1.3h.2) die Wirkung einer ungünstigen Erziehung, insbesondere der Inkonsistenz, moderieren. Es wird davon ausgegangen, dass die Moderatorvariablen den Zusammenhang abschwächen.

Weiter wird davon ausgegangen, dass eine hohe Resignation (H1.3d.1/H1.3i.1) und eine niedrige Problemlösende Bewältigungsstrategie (H1.3d.2/H1.3i.2) im Sinne einer internalen Kontrollüberzeugung einen moderierenden Effekt (verstärkend) auf den positiven Zusammenhang von Einschränkung und Ängstlichkeit respektive emotionalen Problemen haben. Die Problemlösenden Bewältigungsstrategien (Situationskontrolle, Positive Selbstinstruktion und Soziale Unterstützung, vgl. weiter unten) enthalten als Komponenten eine aktive Stressbewältigung und eine Kontrollkomponente. Wenn davon ausgegangen wird, dass eine aktive Bewältigung (problemlösend) eine hohe externe Kontrollüberzeugung mit beinhaltet, kann diese Annahme in ein Regressionsmodell einbezogen werden. Ebenfalls, jedoch in positiver Richtung, ist die Resignation eine Variable, welche auf eine interne Kontrollüberzeugung hinweist.

Wie die Eltern erziehen hat auch mit deren Persönlichkeit und eventuellen psychischen Problemen zu tun (z.B. Cummings et al., 2000). Ängstliche Mütter haben zum Beispiel die Tendenz zur Überbehütung, einschränkendem und tadelndem Verhalten (z.B. Krohne & Hock, 1994; Vasey & Dadds, 2001a), weshalb die Variable *Ängstlichkeit Mutter* als moderierende Variable zwischen den Kriterien Ängstlichkeit beim Kind und emotionalen Problemen und den Prädiktoren Inkonsistenz (H1.3e.1/H1.3j.1), Einschränkung (H1.3e.2/H1.3j.2) und Tadel (H1.3e.3/H1.3j.3) einbezogen wird (vgl. Kap. 3.1.1, 3.2.1 & 3.3.1). Es wird davon ausgegangen, dass die Moderatorvariable *Ängstlichkeit Mutter* den Zusammenhang zwischen einem ungünstigen Erziehungsstil und der Ängstlichkeit und Emotionalen Problemen beim Kind verstärkt.

Weitere Hypothesen beziehen sich auf das von der Mutter eingeschätzte Erziehungsverhalten. Es wird angenommen, dass sich bestimmte Zusammenhänge zwischen den Kriterien Ängstlichkeit und Emotionale Probleme und den Prädiktoren aus dem Erziehungsstil-Inventar auch in der Mutterversion zeigen. Entsprechend wird angenommen, dass die *Ängstlichkeit Mutter* einen moderierenden Effekt auf den Zusammenhang der Kriterien (*Ängstlichkeit Kind* und

Emotionale Probleme) und einer ungünstigen Erziehung (H1.3k.1/H1.3l.1) - *Inkonsistenz* (H1.3k.2/H1.3l.2), *Tadels* (H1.3k.3/H1.3l.3) und *Einschränkung* (H1.3k.4/H1.3l.4) - hat.

Fragestellung 1.4: Wie hängen Bewältigungsstrategien mit *Ängstlichkeit* zusammen? (H1.4a-c)

Wie hängen Bewältigungsstrategien mit *Emotionalen Problemen* zusammen? (H1.4d-f)

Ängstliche Kinder vermeiden jene Situationen und Objekte, welche ihnen Angst machen. Vermeidung als Bewältigungsstrategie für stressauslösende Situationen ist im Falle einer nicht real existierenden Gefahr eine ungünstige Strategie. Ängstliche Kinder respektive Kinder mit emotionalen Problemen zeigen Defizite in der Stressbewältigung (z.B. Barlow, 2002; Laucht et al., 1997; Winkler Metzke & Steinhausen, 2002). In der Kauai-Study (Werner, 1993) konnten positive Zusammenhänge zwischen günstigen Bewältigungsstrategien und einer günstigen Entwicklung und einer allgemeinen Resilienz gefunden werden. In der ZAPPS (Winkler Metzke & Steinhausen, 1999a) wurden negative Korrelationen zwischen einer aktiven Bewältigungsstrategie und internalisierenden Auffälligkeiten gefunden. Ausserdem wurde in der ZAPPS festgestellt, dass Unterschiede zwischen den Geschlechtern und zwischen den Kindern mit der Schweizer und einer anderen Staatsbürgerschaft vorkommen. Altersunterschiede wurden in dieser Studie keine gefunden. Da in der Stressforschung jedoch oft von Altersunterschieden in der Art der Stressverarbeitung gefunden wird (Compas et al., 2001) werden Geschlecht, Alter und Staatsbürgerschaft als Kontroll- respektive Moderatorvariablen einbezogen. Eine adäquate Emotionsregulation und eine Problemlöseorientierung sind protektive Faktoren im Zusammenhang mit dem Ausbruch einer Angststörung (z.B. Chorpita, 2001; Krohne & Hock, 1994). Negative Strategien wie gedankliche Weiterbeschäftigung und Resignation verhelfen dem Kind oder Jugendlichen nicht zu einer Lösung und sind somit stressfördernd und nicht stresslösend (vgl. Kap. 2.1, 3.1.2, 3.2.1, 3.3.1, 3.3.2, 4.2.1.8, 4.3.7).

Es wird angenommen, dass generell die ungünstigen Strategien der Stressverarbeitung positiv (H1.4a/H1.4d) und entsprechend die günstigen Stressverarbeitungsstrategien negativ (H1.4b/H1.4e) mit der Ängstlichkeit und den emotionalen Problemen zusammenhängen. Die günstigen Strategien werden separat als emotionsregulierende und problemlösende Bewältigungsstrategien in die Analysen einbezogen. Ausserdem wird angenommen, dass der positive Zusammenhang zwischen *Passiver Vermeidung* und Ängstlichkeit respektive den emotionalen Problemen durch Geschlecht und Alter moderiert wird. Die Staatsbürgerschaft wird als Kontrollvariable eingegeben (H1.4c/H1.4f).

Fragestellung 1.5: Wie hängen Persönlichkeitseigenschaften der Mutter mit *Ängstlichkeit* des Kindes zusammen? (H1.5a-e)

Wie hängen Persönlichkeitseigenschaften der Mutter mit *Emotionalen Problemen* des Kindes zusammen? (H1.5f-j)

Es wurden oft Zusammenhänge zwischen der Ängstlichkeit beim Kind oder emotionalen Problemen und der Ängstlichkeit und Depressionen bei der Mutter festgestellt (z.B. NYCLS, Liu et al., 1999; Velez et al., 1989). Durch welche Prozesse die Persönlichkeitseigenschaften der Mutter die Ängstlichkeit respektive emotionale Probleme des Kindes beeinflusst (z.B.

Genetik, Erziehung), ist noch nicht vollkommen geklärt (z.B. Cummings et al., 2000). Andere Persönlichkeitsvariablen der Mutter wie Lebenszufriedenheit, Gehemmtheit und Beanspruchung enthalten einzelne Aspekte, welche mit der Ängstlichkeit des Kindes zusammenhängen könnten (vgl. Kap. 2.1, 3.1.1, 3.3.1, 4.2.1.3, 4.2.3.1). Die Lebenszufriedenheit beinhaltet beispielsweise den Aspekt der Depressivität (Fahrenberg et al., 2001). Aufgrund der in Kapitel 3.1 und 3.3 berichteten Zusammenhänge zwischen der Depression der Mutter und einer Angststörung beim Kind wird auch in der *Studie 1* von einem negativen Zusammenhang zwischen Lebenszufriedenheit der Mutter und Ängstlichkeit respektive emotionalen Problemen beim Kind ausgegangen (H1.5a/H1.5f). Die gleiche Überlegung gilt für die Beanspruchung; jedoch wird in Bezug auf diese Variable ein positiver Zusammenhang vorhergesagt (H1.5b/H1.5g). Angststörungen beinhalten den Aspekt der Gehemmtheit (Asendorpf, 1996; U. Petermann, 1999), und deshalb wird angenommen, dass ein positiver Zusammenhang zwischen der Gehemmtheit der Mutter und der Ängstlichkeit respektive den emotionalen Problemen beim Kind besteht (H1.5c/H1.5h). Die Emotionalität enthält ebenfalls Aspekte von Ängstlichkeit und sich Sorgen machen; die Variable Extraversion mit tiefer Ausprägung wiederum beschreibt eine Zurückhaltung und Introversion, welche ebenfalls auf Personen mit Ängstlichkeit zutrifft. Es wird entsprechend davon ausgegangen, dass ein positiver Zusammenhang zwischen der Emotionalität der Mutter (H1.5d/H1.5i) respektive ein negativer Zusammenhang zwischen der Extraversion der Mutter (H1.5e/H1.5j) und der Ängstlichkeit respektive den emotionalen Problemen des Kindes bestehen.

Die Ängstlichkeit der Mutter wird als Kontrollvariable zur Analyse des Zusammenhangs zwischen der Variable Gehemmtheit der Mutter und der Ängstlichkeit respektive den emotionalen Problemen beim Kind einbezogen. Desweiteren wird das Alter der Mutter als Kontrollvariable einbezogen, da sowohl von Unterschieden in der Persönlichkeits- oder Angstentwicklung bei der Mutter ausgegangen wird als auch davon, dass jüngere und ältere Mütter aufgrund des Erfahrungshintergrundes unterschiedlich erziehen (vgl. Kap. 3.3).

4.3.9.1.2 Studie 1: Methode

*Datenerhebung*²

Die Stichprobe der *Studie 1* besteht aus 79 Kindern zwischen 8 und 14 Jahren und 71 Müttern und wurde im März und April des Jahres 2003 erhoben. Die Studie wurde mit dem Ziel gestartet, 80 Mutter-Kind-Dyaden mit Kindern zwischen 9 und 11 Jahren zu rekrutieren. Diese Auswahl der Altersgruppe hatte den Hintergrund, dass erstens die Kinder der Stichprobe der *Studie 3* (Kap. 5.4) ebenfalls in diesem Altersbereich sein sollen (homogene Präventionsgruppen), weil zweitens so junge Kinder wie möglich gesucht wurden (vgl. Kap. 5.3) und drittens gleichzeitig jedoch die Lese- und Schreibkompetenz vorhanden sein muss (Diagnostik und Intervention). Ausserdem sollte der Altersbereich nicht zu stark variieren, da gerade in diesen Altersabschnitten vor allem Veränderungen in der kognitiven Entwicklung vor sich gehen (vgl. Kap. 2.1, 3.2 & 6.1.2) und ein eventueller Alterseffekt konfundiert mit Entwicklungsaspekten in Grenzen gehalten werden sollte. Die Eingrenzung der Erhebung auf Mutter-Kind-Dyaden (Ausklammerung der Väter und anderen Familienmitgliedern) lässt sich ebenfalls auf

² An dieser Stelle bedanke ich mich bei meinem Team der *Studie 1* (Fabienne Andereggen, Raphaela Koch, Carolin Rechenmacher und Melanie Steinmann), welche im Rahmen ihrer Lizentiatsarbeiten bei der Planung und Vorbereitung der Studie, der Durchführung der Diagnostikabende und der Erhebung der Daten geholfen haben. Sie haben ausserdem mitgewirkt an der Fragebogenbatterie und haben die Daten eingegeben.

die Interventionsstudie (vgl. Kap. 5.4) zurückführen (u.a. Kapazitätsmangel). Damit ein Vergleich möglich bleibt, wurden daher die Väter nicht eingeladen, an der Studie teilzunehmen, auch wenn davon ausgegangen wird, dass damit wertvolle Informationen verloren gehen.

Da die Kapazitäten für eine Zufallsstichprobe nicht vorhanden waren, wurde eine anfallende Stichprobe über den Weg der Schulbehörden und Lehrer gewählt (vgl. Huber, 1995). Es wurden in drei Kantonen der Schweiz (Freiburg, Luzern, Wallis) die Schulbehörden respektive die Erziehungsdirektion um deren Einverständnis für eine wissenschaftliche Fragebogenuntersuchung gebeten. Bei einer Zusage wurden den Schuldirektoren und Lehrern von zuvor telefonisch angefragten Schulen Informationsbriefe zugesandt (31 Briefe). Gleichzeitig wurden die Lehrer gebeten, in ihren Schulklassen anonyme Schreiben an die Kinder auszuteilen, welche sie ihren Eltern nach Hause bringen sollten (662 Elternbriefe). Darin enthalten waren ein Informationsbrief über die Studie (keine konkreten Hinweise auf die Fragestellungen), ein Antworttalon und ein frankierter und adressierter Briefumschlag (Niederschwelligkeit). Dieser Talon erlaubte dem Team, die Mütter per Anruf zu kontaktieren, Fragen zu beantworten (standardisiert) und die mündliche Zusage für einen Diagnostikabend in einem den Kindern bekannten Schulhaus des Kantons einzuholen. Auf diesem Weg konnten 79 Anmeldungen (Mutter-Kind-Dyaden) eingeholt werden, was einer Rücklaufquote von 11.9% entspricht.

Es wurde der Altersbereich von 9 bis 11 Jahren betont, jedoch kamen an den Abenden auch ältere und jünger Kinder mit den Müttern mit und das Team wollte diesen Kindern die Teilnahme nicht verwehren (vgl. Tab. 29). Da 15 Dyaden trotz Anmeldung nicht gekommen waren, wurden diese später erneut kontaktiert. Ausserdem hatten fünf Mütter mit zwei Kindern am Diagnostikabend teilgenommen. Es wurde im Mai 2003 eine kleine Nachrekrutierung durchgeführt, durch welche weitere 11 Dyaden (drei Mütter mit zwei Kindern und fünf Mütter mit einem Kind) gewonnen wurden (erneut kontaktierte Mütter und direkte Anfragen neuer Dyaden). Diese füllten die Fragebogen zu Hause aus und bekamen zusätzliche Instruktionen zugeschickt. Aus diesen insgesamt 80 Dyaden musste eine Dyade aufgrund der Nichtverwertbarkeit der Selbsteinschätzung des Kindes ausgeschlossen werden. Es resultierten 79 verwertbare Mutter-Kind-Dyaden, wobei insgesamt acht Mütter mit zwei Kindern teilgenommen hatten. Diese Mütter füllten nur einen Teil der Fragebogen doppelt aus, jenen, der sich auf das Kind, die Erziehung und kritische Lebensereignisse bezog. Deshalb können die meisten Analysen mit 79 Einschätzungen bezüglich Variablen der Kinder durchgeführt werden. Die Annahme hierbei ist, dass die Mütter ihre zwei Kinder sowohl auf Variablen bezüglich Stärken und Schwächen verschieden einschätzen als auch in Bezug auf die eigene Erziehung, welche für Geschwister oft unterschiedlich ausfällt (z.B. Frick, 2004). Den zweiten Fragebogen für das zweite Kind (willkürlich, welches das erste und das zweite Kind ist) füllten die fünf Mütter, welche am Diagnostikabend teilgenommen haben, wie auch die drei zusätzlich rekrutierten Mütter, zu Hause aus. Die Fragen zu ihrer Person (z.B. Ängstlichkeits- und Persönlichkeitsskalen, vgl. weiter unten) mussten diese Mütter nicht doppelt beantworten. Die Antworten der Mütter auf den Skalen dieser Fragebogen wurden für Analysen der Dyaden kopiert. Das heisst, diese Mütter gehen doppelt in die Statistik ein, ausser die Analysen beziehen sich nur auf die Mütter ($N=71$).

Die Entscheidung, von acht Müttern die Einschätzung von zwei Kindern in die Analysen einzubeziehen, hätte bei perfekter Ähnlichkeit eine mögliche Überschätzung der Freiheitsgrade zur Folge ($df=78$ statt $df=70$). Da jedoch zum einen nicht von perfekter Ähnlichkeit ausgegangen werden kann und zum anderen die betroffene Reduktion der Freiheitsgrade keinen Effekt auf den t-Wert hat (Bereich zwischen $df=60$ und 120), wird auf eine Korrektur der Freiheitsgrade verzichtet und davon ausgegangen, dass die Signifikanz nicht eingeschränkt ist (Bortz, 1993).

An den vier Diagnostikabenden war der Ablauf im Kern immer gleich. Die Mütter und Kinder wurden durch die Autorin der vorliegenden Arbeit und das Team in den Schulräumen der jeweiligen Kantone begrüsst und erhielten eine kurze Information bezüglich des Tätigkeitsfelds des Teams und eine standardisierte Instruktion zum Ausfüllen der Fragebogen. Anschliessend füllten die Kinder und Mütter in separaten Räumen die Fragebogenbatterie aus; die durchschnittliche Dauer betrug 45-50 Minuten, sowohl für die Kinder und als auch die Mütter. Die Kinder wurden für die Teilnahme direkt belohnt (Spielzeit mit Testleiterinnen und kleine Belohnung zum Mitnehmen). Den Müttern wurde neben einem kleinen Apéro ein Vortrag geboten (je nach Interesse „Ängstlichkeit und Erziehung“ oder „Regelüberschreitung und Erziehung“), welcher einmal von Professor Dr. Meinrad Perez und der Autorin der vorliegenden Arbeit und drei Mal von der Autorin vorgetragen wurden. Die Funktionen des Vortrages waren zum einen die Belohnung für die Teilnahme der Mütter am Projekt und zum anderen die Werbung für die *Studie 3*, welche ebenfalls kurz erwähnt wurde. Die Mütter hatten zudem auf den letzten beiden Seiten der Fragebogenbatterie die Gelegenheit, sich eine schriftliche Rückmeldung der Resultate zu wünschen (oder auch eine professionelle Beratung) und eine Erlaubniserklärung für eine erneute Kontaktaufnahme für *Studie 3* zu unterschreiben.

Stichprobenbeschreibung

Die Kinder der *Studie 1* waren durchschnittlich 10 Jahre alt ($SD=1.15$, Range: 8-14, vgl. Tab. 29), wobei der Grossteil (81.1%) der Kinder auf die gesuchte Altersgruppe zwischen 9 und 11 Jahren fällt. Die Tabelle 29 zeigt auch, dass 53.2% Jungen und entsprechend 46.8% Mädchen an der Studie teilgenommen hatten.

Tabelle 29: Altersgruppen und Geschlecht der Kinder aus der *Studie 1* ($N=79$)

		Geschlecht				Gruppen-Total	
		männlich		weiblich		N	%
		N	%	N	%		
Alter des Kindes	8 Jahre	1	1.3	2	2.5	3	3.8
	9 Jahre	13	16.5	14	17.7	27	34.2
	10 Jahre	13	16.5	12	15.2	25	31.6
	11 Jahre	9	11.4	7	8.9	16	20.3
	12 Jahre	4	5.1	2	2.5	6	7.6
	13 Jahre	1	1.3			1	1.3
	14 Jahre	1	1.3			1	1.3
Gruppen-Total		42	53.2	37	46.8	79	100.0

Die meisten Kinder gingen zum Zeitpunkt der Erhebung in die dritte Klasse der Primarschule (41.8%), 30.4% in die vierte Klasse, 21.5% in die fünfte Klasse. Ein Kind ging bereits in die sechste Klasse und eins in die Sekundarschule; drei Kinder (3.8%) gingen in die zweite Primarklasse.

Die Mütter der *Studie 1* waren zum Grossteil zwischen 36 und 40 Jahren (46.5%) oder zwischen 41 und 45 Jahren (36.6%, $M=40.37$, $SD=3.75$). Die Väter waren zwischen 32 und 52 Jahre alt ($M=42.79$, $SD=4.38$). Es hatten 90.1% der Mütter und 94.4% der Väter Deutsch als Muttersprache angegeben und entsprechend waren auch 91.5% der Mütter und 97.2% der Väter Schweizer Staatsbürger. Von den Müttern gaben 50.0% an, einen Job zu haben, 45.7%

gaben an, Hausfrau zu sein, und 4.3% waren in Ausbildung. Eine Mutter gab an, Single zu sein (1.4%), 4.2% hatten einen Lebenspartner und 84.5% waren verheiratet. Bei 88.7% der Kinder war der Vater auch der Ehemann der Mutter, bei 4.2% war der Lebenspartner der Vater und bei 7.0% war es der geschiedene Mann; 95.8% der Mütter gaben an, dass alle ihre Kinder vom gleichen Vater waren. Die Akademiker sind in der *Studie 1* überrepräsentiert mit 44.9% bei den Müttern und 42.9% bei den Vätern; in der Volkszählung finden sich 16.8% der Personen auf der Stufe Universität, Hochschule (7.2%) und höhere Fachschule (9.2%) zusammen; somit sind die Eltern mit einem akademischen Abschluss überrepräsentiert (Bundesamt für Statistik, 2000). Den Abschluss „Lehre“ geben 50.7% der Mütter und 57.1% der Mütter für die Väter an. Es hatten mehr Dyaden vom Land als von der Stadt an der *Studie 1* teilgenommen (80.3% vs. 19.7%).

Messinstrumente

Im Folgenden wird die Fragebogenbatterie für die Kinder und Mütter der *Studie 1* beschrieben. Die beiden Fragebogenbatterien können in der vollen Länge im Anhang eingesehen werden.

Zum Teil wurden sprachliche Änderungen, eine Anpassung an die schweizerdeutsche Sprache, vorgenommen (vgl. Tab. 30), da einzelne Items für jüngere Kinder nicht verständlich waren (Verständnistest wurde im Vorfeld mit der ganzen Fragebogenbatterie durchgeführt). In der Tabelle 30 wird eine Übersicht über alle Fragebogen unterteilt in die Mutter- und Kindversion gegeben. Anschliessend werden die einzelnen Fragebogen und die neu gebildeten Skalen beschrieben. Die Mittelwerte und Standardabweichungen der Stichprobe der *Studie 1* werden im Abschnitt zu den deskriptiven Ergebnissen berichtet.

Tabelle 30: Fragebogenbatterien der *Studie 1*

Konzept	Fragebogen		Bemerkung
	<i>Kind</i>	<i>Mutter</i>	
Soziodemographische Angaben	Neu (kurz)	Neu (ausführlich)	-
Kompetenzen	Teile des YSR	Teile des CBCL	Kürzungen und Adaptationen (v.a. Kindversion)
Stärken und Schwächen im Erleben und Verhalten	SDQ-Deu-Selbst	SDQ-Deu-Eltern4-16	Sprachliche Adaptation; Mutterversion: Zusatz mit retrospektiven Fragen
Ängstlichkeit	KAT-II (Form A)	STAI	Trait-Versionen; beim KAT-II sprachliche Anpassung
Erziehung	ESI-M	ESI-MV	Sprachliche Adaptationen; ohne Skala <i>Strafintensität</i> ; Mutterversion: neuentwickelter Fragebogen
Stressverarbeitung	SVF-KJ	-	Nur eine Situation
Persönlichkeit	-	FPI-R	Gekürzt (10 statt 12 Skalen)
Kritische Lebensereignisse	KLE-K	KLE-M	Fragebogen aus Lizentiatsarbeit

Anmerkungen: YSR=Youth Self Report (Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist, 1998c); CBCL=Child Behavior Check List (Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist, 1998b); SDQ-Deu-Selbst=Strengths and Difficulties Questionnaires Deutsche Version, in der Version Selbst=Selbsteinschätzung und Eltern4-16=Elterneinschätzung der 4- bis 16-Jährigen (Goodman, 1997b); KAT-II=Kinder Angst Test (Form A, Thurner & Tewes, 2000); STAI=State Trait Angstinventar (Laux et al., 1981); ESI-M=Kindeinschätzung über das Erziehungsverhalten der Mutter (Krohne & Pulsack, 1995); ESI-MV=Mutterversion (Selbsteinschätzung der Mutter, Anderegg & Hilti, 2003); SVF-KJ=Stressverarbeitungsfragebogen für Kinder und Jugendliche Hampel et al., 2001); FPI-R=Freiburger Persönlichkeitsinventar Revidiert (Fahrenberg et al., 2001); KLE-K und KLE-M Kritische Lebensereignisse in Kind (K) und Mutterversion (M, Koch & Hilti, 2003)

Die Testbatterien enthielten schriftliche Instruktionen, sowohl für die ganze Testbatterie als auch für alle einzelnen Fragebogen. Die mündliche Instruktion wurde ebenfalls schriftlich vorgefertigt und in Dialekt vorgetragen.

Weil komplexe Merkmale erfasst werden, können die Konsistenzen grundsätzlich nicht allzu hoch ausfallen (F. Petermann & Macha, 2005). Dies gilt für alle Kategorien, welche eine Sammlung von Symptomen abbilden oder mehrere Facetten eines Merkmals vereinen. Da jedoch in den meisten Studien das Cronbach's Alpha zur Einschätzung der Reliabilität (Zuverlässigkeit) der Skalen berechnet wird, wird dies in der vorliegenden Arbeit ebenfalls als Parameter für die Entscheidung für oder gegen eine Skala genutzt.

Soziodemographische Angaben, Kompetenzen (Kindeinschätzung, KE)

In der *Studie 1* wurden die Kinder zu folgenden Bereichen befragt: Alter, Geschlecht, Klasse, Freizeitbeschäftigungen, Freunde, Bezugspersonen, gemeinsame Freizeitaktivitäten und Problem- und Ressourcenbeschreibung (z.T. aus dem YSR, Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist, 1998c). Es können lediglich Summenwerte in Bezug auf Häufigkeiten von sozialen Aktivitäten, Freundschaften, Pflichten und Freizeitaktivitäten mit Eltern gebildet werden. Da diese jedoch unterschiedliche Ratingskalen haben und auch inhaltlich nicht in einer Gesamtskala zusammengefasst werden können, werden die Skalen vor allem zur Beschreibung der Stichprobe herangezogen.

Code:

HALLO! - DANKE, DASS DU BEI UNS MITMACHST!

 Wir möchten gerne einige Dinge über dich erfahren:

In welche Schule gehst Du?

In welche Klasse gehst du? ☐ 5. Klasse
☐ 6. Klasse

Wann hast du Geburtstag?
Geburtsjahr:

Bist du ein ☐ Junge oder ein ☐ Mädchen?

Was ist Deine Muttersprache?

HAST DU NOCH FRAGEN?
Dann frag doch am besten jetzt,
dann stören wir später die anderen nicht.



Abbildung 35: Titelblatt der Fragebogenbatterie der *Studie 2* (soziodemographische Angaben)

Soziodemographische Angaben, Kompetenzen (Muttereinschätzung, ME)

Die Mütter wurden zu ihrer eigenen Person und dem Vater des Kindes befragt (Alter, Konfession, Familienstand, Staatsangehörigkeit, Ausbildung und Tätigkeit und Wohnverhältnisse). Ausserdem waren Fragen zu Personen, welche zusätzlich zur Kernfamilie im Haushalt wohnen, anderen potentiellen Bezugspersonen (Kinderfrau) und zu Geschwistern (Anzahl, Geburtsrang, Vaterschaft) enthalten. Im Weiteren wurden Fragen zum Indexkind gestellt (Geburtsdatum, Geschlecht, Bezugspersonen, gemeinsame Freizeitaktivitäten). Weiter wurden die Kompetenzskalen des Child Behavior Checklist (CBCL, Arbeitsgruppe Deutsche Child Be-

havior Checklist, 1998b) übernommen und nur leicht adaptiert; die Einstiegsfragen bezüglich Name, soziodemographischen Daten wurden nicht erneut erhoben und die Frage nach Sonderschulen wurde weggelassen. Ausserdem wurden die Schulfächer den Schweizer Verhältnissen angepasst. Somit könnten die Kompetenzskalen, welche sich aus den drei Subskalen *Aktivitäten*, *Soziale Kompetenzen* und *Schule* zusammensetzen, grundsätzlich berechnet werden. Die verschiedenen Bereiche der Kompetenzskalen werden von den Müttern weiter auf Häufigkeit und Qualität im Vergleich mit Gleichaltrigen eingeschätzt. Da jedoch die internen Konsistenzen der Skalen eingeschränkt ($\alpha=.50-.70$) oder unbefriedigend sind ($\alpha<.50$), werden diese nur zur Beschreibung der Stichprobe genutzt.

Fragebogen zu Stärken und Schwächen im Erleben und Verhalten des Kindes, SDQ-Deu (ME, KE)

Der Strengths and Difficulties Questionnaires (SDQ) existiert in über 60 Sprachversionen und wurde in der Deutschen Fassung 1999 (SDQ-Deu) von Goodman herausgegeben (www.sdqinfo.com). Es existieren Versionen für die Elterneinschätzung bei Kindern zwischen 3 und 4 Jahren, bei Kindern und Jugendlichen zwischen 4 und 16 Jahren, eine Selbsteinschätzung für Kinder und Jugendliche zwischen 11 und 16 Jahren und eine Lehrerversion für Kinder und Jugendliche zwischen 4 und 16 Jahren. Die Follow-up-Versionen existieren für alle genannten Bögen mit Ausnahme der Elternversion für Kinder zwischen 3 und 4 Jahren. Der Fragebogen beinhaltet fünf Skalen, welche jeweils aus fünf Items bestehen, die zu einfach Summenscores addiert werden. Die vier pathologisch orientierten Skalen *Emotionale Probleme*, *Hyperaktivität*, *Verhaltensprobleme (Verhaltensauffälligkeiten)* und *Verhaltensprobleme mit Gleichaltrigen (Probleme mit Gleichaltrigen)* können zu einem *Gesamtproblemwert* zusammengefasst werden (Skalennamen in Klammer aus Woerner, Becker, Friedrich et al., 2002). Obwohl der Fragebogen sehr kurz ist, sind die Korrelationen mit den entsprechenden CBCL-Skalen hoch respektive sehr hoch (zw. $r=.64$ und $r=.83$, $p\leq.001$, vgl. Kap. 2.3). Speziell interessieren die Korrelationen zwischen den Gesamtproblemwerten der beiden Fragebogen, welche hoch signifikant mit .83 korrelieren (Klasen et al., 2000); die Skalen *Internalisierende Störungen* und *Angst/Depressivität* korrelieren ebenfalls hoch signifikant mit der Skala *Emotionale Probleme* ($r=.76$ resp. $r=.72$, $p\leq.001$). Die Skalen differenzieren in der klinischen Gruppe gut zwischen klinischen Störungsbildern (Klasen et al., 2000; Woerner, Becker, & Rothenberger, 2002). Die fünfte Skala des SDQ-Deu ist auf die Verhaltenskompetenzen gerichtet und misst das *Prosoziale Verhalten*. Die Skala *Emotionale Probleme* fasst sowohl ängstliches als auch depressives Verhalten zusammen (vgl. Kap. 2.1 & 2.3). Die anderen drei pathologischen Skalen sind dem Bereich der externalisierenden Auffälligkeiten zugehörig. Die Ratingskala ist dreistufig von „nicht zutreffend“ (0), „teilweise zutreffend“ (1) bis „eindeutig zutreffend“ (2). Für die SDQ-Deu-Version aus dem Jahr 1999 sind Cut-Off-Werte für die Elterneinschätzung aus Deutschland ($N=930$, Woerner, Becker, Friedrich et al., 2002) und für die Lehrer- und Selbstfragebogen sind die Normen aus England (Selbsturteil: $N=8'208$, Klasen et al., 2000) vorhanden. Der Vergleich führt zur Einteilung in „auffällig“, „grenzwertig“ und „unauffällig“.

Es wurde eine sprachlich adaptierte Version des SDQ-Deu-Selbst benutzt. Der SDQ-Deu in der Kindversion (KE) wurde auf folgenden Items sprachlich adaptiert: Items 12 und 14.

Die internen Konsistenzen der SDQ-Deu-Skalen aus der Deutschen Stichprobe (Elternversion für Kinder im Alter von 6-16 Jahren) lagen zwischen .58 und .76 (eingeschränkt bis befriedigend); der Gesamtproblemwert erreichte eine gute interne Konsistenz von .82 (Klasen et al., 2000). Die Kriteriumsvalidität wurde von Klasen, Woerner Rothenberger und Goodman (2003) anhand des korrelativen Zusammenhangs mit den CBCL-Skalen geprüft (vgl. weiter

unten) und die diskriminante Validität anhand eines Vergleichs von einer Klinik- und einer Feldstichprobe (vgl. Faktorenanalyse weiter unten). Die Validitäten sind in den Analysen der Autoren sehr gut ausgefallen. Jedoch müssen in der vorliegenden Arbeit einige Einschränkungen vorgenommen werden, da nicht alle Skalen respektive deren Items in den Faktorenanalysen unabhängig voneinander sind (vgl. weiter unten).

SDQ-Deu (KE)

In der Stichprobe der *Studie 1* sind die internen Konsistenzen der Skalen der SDQ-Deu-Version der Kinderversion ungenügend (zw. Cronbach's $\alpha=.30$ und $\alpha=.57$, Tab. 31) mit Ausnahme der Gesamtskala (Cronbach's Alpha .71), unter der Bedingung, dass Werte bereits ab .70 als genügend angesehen werden. Auch die Faktorenanalyse zeigt, dass die Items nicht ausschliesslich auf den ihnen zugedachten (aus dem Original) Faktoren laden. Dieser Umstand führt zur Entscheidung, entweder die Skala *Gesamtproblemwert* als Variable zu nehmen oder mit der Mutterversion weitere Analysen durchzuführen.

Tabelle 31: Interne Konsistenzen der Skalen im adaptierten Strengths and Difficulties Questionnaires, Deutsch (SDQ-Deu, ME, KE, inkl. retrospektive Einschätzung) in der Stichprobe der *Studie 1* (N=79)

<i>SDQ-Deu-Skalen</i>	<i>Cronbach's Alpha</i>
Gesamtproblemwert ME	.83
Prosoziales Verhalten ME	.76
Hyperaktivität ME	.80
Emotionale Probleme ME	.82
Verhaltensauffälligkeiten gesamt ME	.72
Gesamtproblemwert KE	.71
Gesamtproblemwert - Verhalten mit 5 Jahren ME*	.86
Emotionale Probleme mit 5 Jahren ME*	.82
Externalisierende Auffälligkeiten mit 5 Jahren ME*	.81

Anmerkungen: ME=Muttereinschätzung; KE=Kindeinschätzung; *=zweistufige Antwortskala (max. Wert bei Gesamtskala: 20, bei Emotionalität: 5)

SDQ-Deu (ME)

In der SDQ-Deu-Muttereinschätzung (ME) sind die Cronbach's Alphas bis auf zwei Skalen gut (vgl. Tab. 31); der *Gesamtproblemwert* hat eine interne Konsistenz von .83, die Skala *Emotionale Probleme* hat einen Alpha-Wert von .81, welcher nach Brosius (2004) auf eine hinreichend zuverlässige Skala hinweist. Die Skala *Hyperaktivität* weist mit einem Cronbach's Alpha von .80 eine ausreichende interne Konsistenz auf. Die Skala *Prosoziales Verhalten* ist mit einem Wert von .76 befriedigend. Die Skala *Verhaltensprobleme* mit einem Wert von .58 und die Skala *Verhaltensprobleme mit Gleichaltrigen* mit einem Alpha von .66 sind eingeschränkt zuverlässig. Die interne Konsistenz erhöht sich beim Zusammenlegen der inhaltlich nahen Skalen *Verhaltensprobleme* und *Verhaltensprobleme mit Gleichaltrigen* auf einen Wert von .72. Obwohl die Faktorenanalyse von Woerner und Kollegen (2002) die fünf-faktorielle Lösung von Goodman (1997a) bestätigt, müsste in der vorliegenden Arbeit in der Mutterversion eine neue Skala, *Verhaltensauffälligkeiten gesamt*, zur Grundlage der Analysen im Zusammenhang mit der *Studie 1* genommen werden. Diese Entscheidung wurde durch eine Faktorenanalyse bestätigt.

Zum Vergleich waren die internen Konsistenzen des SDQ-Deu im Elternurteil in der KiGGs (vgl. Kap. 4.2.5.6) eher tief: *Gesamtproblemwert* hat ein Cronbach's Alpha von .80, *Emotionale Probleme* mit 0.65, *Verhaltensprobleme* mit .53, *Verhaltensprobleme mit Gleichaltrigen* .77, *Hyperaktivität* mit .59 und die Skala *Prosoziales Verhalten* mit .64 (Hölling et al., 2007).

Retrospektive Erfassung der Stärken und Schwächen (SDQ-Deu mit 5 Jahren, ME)

Die Elternversion des SDQ-Deu der *Studie 1* wurde um einen retrospektiven Aspekt erweitert. Zu allen 25 Items wurde ergänzend die Frage gestellt, ob das beschriebene Verhalten bereits im Alter von 5 Jahren zu beobachten war. Diese Frage konnte mit „ja“ (1) oder „nein“ (0) beantwortet werden. Auch diese Items können als Summenscores zu den genannten fünf Skalen zusammengefasst werden.

Die zusätzlichen Skalen, welche das Verhalten der Kinder mit 5 Jahren erfragen, zeigen ebenfalls bis auf zwei Ausnahmen zuverlässige interne Konsistenzen (vgl. Tab. 31); die Skala *Gesamtproblemwert mit 5 Jahren* hat eine interne Konsistenz von .86, die Skala *Emotionale Probleme mit 5 Jahren* einen Wert von .82, und die Skala *Verhaltensprobleme mit 5 Jahren* ist zuverlässiger als die Skala, welche sich auf die aktuellen Verhaltensprobleme bezieht (Cronbach's α = .72, vgl. Tab. 31). Die anderen drei Skalen hatten Werte zwischen .62 und .63, welche knapp nicht mehr als ausreichend zuverlässig gelten. Aufgrund dieser internen Konsistenzen wurde eine neue Skala gebildet: *Externalisierende Auffälligkeiten mit 5 Jahren* (zusammengesetzt aus den Skalen *Verhaltensprobleme mit Gleichaltrigen mit 5 Jahren*, *Verhaltensprobleme mit 5 Jahren* und *Hyperaktivität mit 5 Jahren*), welche eine interne Konsistenz von .81 erreicht und somit im Folgenden anstelle der einzelnen Skalen verwendet wurde.

Aufgrund der berichteten internen Konsistenzen (des SDQ-Deu als Ganzes) werden folgende Skalen respektive Variablen des SDQ-Deu für die Berechnungen herangezogen (vgl. Tab. 31): Eltern- respektive Mutterversion in der *Studie 1* sowohl die Standardskalen (Skalen *Gesamtproblemwert*, *Prosoziales Verhalten*, *Emotionale Probleme*, *Verhaltensauffälligkeiten gesamt* und *Externalisierende Auffälligkeiten*) als auch retrospektive Version (*Gesamtproblemwert*, *Emotionale Probleme* und *Externalisierende Auffälligkeiten*) und die Skala *Gesamtproblemwert* im Kindesurteil. Grundlage für die Einteilung der Originalversion in auffällig, unauffällig und grenzwertig sind die Deutschen Normen für die Elternversion (Version 1999, Woerner, Becker, Friedrich et al., 2002) und englische Normen für die Selbsteinschätzung, welche auch hier Anwendung finden. Damit auch die subklinischen Auffälligkeiten einbezogen werden können, da dies eine Begleitstudie zur Prävention von Angststörungen ist, wurden die Fälle, welche laut Normen grenzwertig sind, einbezogen.

Ängstlichkeit des Kindes, Kinder-Angst-Test-II (KAT-II, KE)

Der Kinder-Angst-Test (KAT-II) wurde von Thurner und Tewes (2000) für Kinder und Jugendliche ab 9 Jahren entwickelt und kommt in der *Studie 1* zum Einsatz. Die Selbstbeurteilungsbögen sind in den Versionen Trait-Angst (Form A), State-Angst (Form P: erwartete Zustandsangst) und erinnerte Angstintensität (Form R) vorhanden. In der *Studie 1* wurde die Form A verwendet. Diese umfasst 20 Items (z.B. „Ich habe oft Angst.“), welche mit „ja“ (1) oder „nein“ (0) beantwortet werden können. Die ersten beiden Items sind zur Einstimmung gedacht (1: „Manche Kinder haben weniger Angst vor Tieren als ich.“, 2: „Manchmal fühle ich mich auch dann alleine, wenn andere Menschen um mich sind.“) und gehen nicht in die Bewertung mit ein. Die Items 14, 17 20 wurden sprachlich an das Schweizerdeutsche ange-

passt; jedoch nicht die Angaben wie beispielsweise „meist“, „immer“. Die Einteilung in verschiedene Angstbereiche (z.B. Existenz- oder Leistungsängste) wurde in der vorliegenden Arbeit nicht durchgeführt, da in der Originalversion keine reliablen Skalen gebildet werden konnten (Thurner & Tewes, 2000). Somit resultiert als Summenwert die Skala respektive Variable *Ängstlichkeit Kind*.

Anhand der Eichstichprobe ($N=2'037$) konnte ein Cronbach's Alpha von .81 und eine Retestreliabilität von $r_{re}=.80$ ($N=151$) in der Form A berechnet werden (Thurner & Tewes, 2000). In der *Studie 1* ist die interne Konsistenz mit 18 Items gut: Cronbach's Alpha $\alpha=.81$ ($N=78$). Wenn alle 20 Items involviert würden, sinkt die interne Konsistenz auf .79 ($N=79$). Jedoch zeigt die Analyse der Trennschärfe, dass das Weglassen des Items 1, welches im KAT-II normalerweise nur als Einstimmungssitem gilt, das Cronbach's Alpha auf .81 (abgerundet) erhöht, was eine Bestätigung der standardisierten Form und deren Auswertung ist. Das zweite Einstimmungssitem differenziert nicht weiter. Das Item, welches nach Kopfschmerzen fragt (Itemnr. 3), zeigt sich in der Analyse der Trennschärfe ebenfalls als kritisch; das Weglassen würde den Cronbach's Alphawert um .05 erhöhen (in beiden Skalenversionen: mit 18 oder 20 Items). In den vorliegenden Studien wird das Original mit den genannten sprachlichen Adaptationen benutzt.

Die konvergenten und divergenten (diskriminanten) Validitäten (Konstruktvaliditäten) wurden anhand von Teilstichproben analysiert und ergaben theoriekonforme Ergebnisse (Thurner & Tewes, 2000). Die höchsten Korrelationen konnten mit Neurotizismus und Extraversion berechnet werden (konvergent, vgl. Hoyer & Margraf, 2003).

Obwohl für die Form A (Trait) Centilwerte vorliegen, wird in der vorliegenden Arbeit mit den Rohwerten gerechnet. Wenn von einem Centilwert ab 8 bis 9 für auffällige Bereiche ausgegangen wird, kann für Jungen und Mädchen separat mit einem Prozentrangwert von $>92.3\%$ und einem Rohwert von >10 für Jungen und 91.4% mit einem Rohwert von >11 für Mädchen gerechnet werden (Thurner & Tewes, 2000).

Ängstlichkeit der Mutter, State-Trait-Angstinventar (STAI, ME)

Für die Mütter der *Studie 1* ($N=71$) wird das State-Trait-Angstinventar (STAI) von Laux und Kollegen (Laux et al., 1981) eingesetzt. Wie auch im KAT-II gibt es eine Trait- (Items 21-40) und eine State-Version (Items 1-20), wobei in der *Studie 1* die Eigenschaftsangst interessiert. Diese Items werden ab sofort als Items 1-20 bezeichnet und resultieren in der Skala respektive Variablen *Ängstlichkeit Mutter* (Summenwert). Die Items werden anhand einer vierstufigen Ratingskala („fast nie“ (1), „manchmal“ (2), „oft“ (3) und „fast immer“ (4)) beantwortet. Das Item 14 wurde grammatikalisch korrigiert, ansonsten wurden alle Items direkt übernommen. Es wird zum Beispiel das Statement „Mir fehlt es an Selbstvertrauen.“ zur Einschätzung vorgegeben. Die interne Konsistenz der Trait-Version des STAI ist in der Stichprobe der *Studie 1* mit .84 ($N=71$) gut. In der Eichstichprobe wurden eine interne Konsistenz von .90 und eine Retestreliabilität zwischen .77 und .90 gefunden. Der Summenwert zwischen 20 und 80 Rohwertpunkten kann anhand der Normtabellen ($N=2'385$) in vergleichbare Prozentränge (PR), Stanine- und t-Werte umgewandelt werden. Grundsätzlich kann keine Grenze zwischen „normaler“ und „neurotischer“ Angst angegeben werden. Für den Altersbereich der 30- bis 59-Jährigen Frauen ($N=748$), in welchen die Mütter der *Studie 1* fallen, können für den Rohwert von 50 einen Staninewert von 8 und ein Prozentrang von 89 angegeben werden. Der Erwartungs(roh)wert für den genannten Altersbereich für die Eichstichprobe ist 36.85. Es werden wiederum die Rohwerte zur Grundlage der statistischen Analysen genommen, obwohl Normwerte vorhanden sind. Die konvergente und divergente Validität ist ausreichend geprüft

worden und es kann davon ausgegangen werden, dass der Fragebogen gültig ist und das misst, was er vorgibt, zu messen.

Erziehung der Mutter, Erziehungsstil-Inventar Kindversion (ESI-M, KE)

Das Erziehungsstil-Inventar (ESI) basiert auf dem Zweiprozess-Modell der elterlichen Erziehungswirkung (Krohne & Pulsack, 1995) und geht davon aus, dass die Erziehung unter anderem eine Auswirkung auf die Entwicklung der Ängstlichkeit beim Kind hat (Krohne & Hock, 1994, vgl. Kap. 3.1.1 & 3.3). Das ESI ist ein Fragebogen für Kinder, um deren subjektive Sicht der Erziehung der Eltern, separate Mutter- (ESI-M) und Vaterversion (ESI-V), zu erheben. Ein erster Teil erfasst die Skalen *Unterstützung*, *Einschränkung*, *Lob*, *Tadel* und *Inkonsistenz*. Jede Skala umfasst 12 Items, welche auf einer vierstufigen Ratingskala in ihrer Häufigkeit eingeschätzt werden („nie oder sehr selten“ (1), „manchmal“ (2), „oft“ (3) und „immer oder fast immer“ (4)). Ein zweiter Teil des ESI beinhaltet die Strafintensität, welche in etwas anderer Form dargeboten wird (Multiple Choice). Da diese letzte Skala jedoch in der Testbatterie der *Studie 1* nicht zum Einsatz kam, wird diese hier nicht weiter beschrieben. Es wurden alle Items der Kindversion des ESI bis auf folgende Ausnahmen sprachlich angepasst: Items 12-14, 16, 18, 20, 21, 25-27, 30, 31, 36-38, 40, 41, 46, 49, 52, 55.

Tabelle 32: Interne Konsistenzen der adaptierten Skalen des ESI in der Mütter- und Kindversion der Stichprobe der *Studie 1* (N=79)

<i>ESI-Skalen</i>	<i>Cronbach's Alpha</i>
Unterstützung MV	.73
Einschränkung MV	.48
Tadel MV	.81
Lob MV	.83
Inkonsistenz MV	.66
Günstige Erziehung MV	.81
Ungünstige Erziehung MV	.82
Unterstützung KV	.87
Einschränkung KV	.64
Tadel KV	.85
Lob KV	.89
Inkonsistenz KV	.78
Günstige Erziehung KV	.92
Ungünstige Erziehung KV	.91

Anmerkungen: MV=Mutterversion; KV=Kindversion

Auf den Erziehungsskalen *Unterstützung* und *Lob* entsprechen hohe Werte einem günstigen Erziehungsstil; umgekehrt verhält es sich mit den Stilen *Einschränkung*, *Tadel* und *Inkonsistenz*. Es wird Qualität und Quantität gleichermassen gemessen. Lob und Tadel geben die Frequenz an positiven und negativen Rückmeldungen der Eltern wieder (ergebnisorientiert). Die Eindeutigkeit und Vorhersehbarkeit des Verhaltens der Eltern wird anhand der Skala *Inkonsistenz* gemessen. Die *Unterstützung* schafft förderliche Voraussetzungen für die Entwicklung und für das Problemlöseverhalten. Ein Erziehungsstil hingegen, welcher durch *Ein-*

schränkung gekennzeichnet ist, gibt fertige Lösungen vor und zeugt von vielen Normen und Regeln. Die beiden letztgenannten Stile sind durchführungsorientiert.

FRAGEBOGEN ZUM UMGANG MIT IHREM KIND		ESI			
<p>ANLEITUNG: Im folgenden Fragebogen finden Sie eine Reihe von Aussagen, die Ihr eigenes Erziehungsverhalten betreffen. Bitte lesen Sie jede Aussage durch und wählen Sie aus den vier Antworten diejenige aus, die angibt, wie Sie sich dem Kind gegenüber verhalten. Kreuzen Sie bitte bei jeder Aussage ein Kästchen an. Es gibt keine richtigen oder falschen Antworten.</p>					
	nie oder sehr selten	manchmal	oft	immer oder fast immer	
1. Ich zeige meinem Kind, wie die Dinge funktionieren, die es benutzen will					
2. Wenn mein Kind alleine zu Hause bleiben muss, zähle ich ihm alles auf, was es nicht tun darf					
3. Ich werde ärgerlich, wenn sich mein Kind bei einer Sache dumm anstellt					
4. Ich verspreche meinem Kind eine Belohnung und vergesse diese dann wieder					
5. Ich werde ärgerlich, wenn mein Kind mir widerspricht					
6. Ich habe Verständnis dafür, wenn mein Kind eine andere Meinung hat als ich					
7. Wenn mein Kind mir hilft und dabei etwas falsch macht, schicke ich es weg					
8. Ich freue mich, wenn mein Kind freiwillig für die Schule übt					
9. Ich schimpfe mit meinem Kind, ohne dass es weiss wofür					
10. Ich rege mich auf, wenn mein Kind etwas Dummes sagt					
11. Ich bestimme, was mein Kind isst					
12. Ich freue mich, wenn mein Kind zu anderen Leuten höflich ist					
13. Mein Kind kann in seinem Alter noch gar nicht mitreden					
14. Wenn es um eine wichtige Entscheidung geht (z.B. Ferien), höre ich mir auch die Meinung des Kindes an					
15. Wenn ich mit meinem Kind herumschmeichele und es mich neckt, dann passiert es, dass aus Spass plötzlich Ernst wird					
16. Ich höre mir die Meinung meines Kindes genauso wie die eines Erwachsenen an					
17. Ich werde ärgerlich, wenn mein Kind sein Zimmer unordentlich zurücklässt					
18. Ich schimpfe, wenn mein Kind es gar nicht erwartet					
19. Ich werde ärgerlich, wenn mein Kind seine Pflichten nicht erfüllt					
20. Ich sage meinem Kind, dass es zwei „linke Hände“ hat (ungeschickt ist)					

Abbildung 36: Ausschnitt aus der Selbsteinschätzungsform des Erziehungsstil-Inventars für die Mutter (vgl. Andereggen, 2003, ganze Fragebogen, siehe Anhang)

Die interne Konsistenz der Skala *Unterstützung* in der *Studie 1* in der Kindversion liegt bei .87, jene der Skala *Einschränkung* bei .64, jene der Skala *Lob* bei .89, jene der Skala *Tadel* bei .85 und jene der Skala *Inkonsistenz* bei .78; das heisst, bis auf die Skala *Einschränkung* befriedigende bis gute interne Konsistenzen. Die Faktorenanalyse zeigt, dass die Skalen sich zum Teil etwas überschneiden (vgl. auch Krohne & Pulsack, 1995). Vier Items laden z.B. sowohl auf der Skala *Unterstützung* als auch auf der Skala *Lob*. Auch die Skalen *Tadel*, *Inkonsistenz* und *Einschränkung* laden hoch auf einem gemeinsamen Faktor. Deshalb wird eine zweifaktorielle Lösung vorgeschlagen, welche eine genaue Zuordnung der Items auf zwei Faktoren respektive Skalen zulässt: *Günstige Erziehung* (Skalen *Lob* und *Unterstützung*, Cronbach's Alpha: .92) und *Ungünstige Erziehung* (Skalen *Tadel*, *Inkonsistenz*, *Einschränkung*, Cronbach's Alpha: .91).

Die faktorielle Validität wurde von Krohne und Hock (1995) als zufriedenstellend bewertet, obwohl die Skala *Einschränkung* und *Inkonsistenz* anhand der Eichstichprobe miteinander korrelieren. Jedoch ist die prognostische Validität der Skalen gegeben, weshalb sie die Dimensionen als bestätigt ansehen. Inkonsistenz weist eine enge Beziehung zur kindlichen Ängstlichkeit auf und die Einschränkung zu Kompetenzdefiziten. Die Übereinstimmung der Mutter- und Kindeinschätzung im Bereich der ungünstigen Erziehung ist gut ($r=.32$, $p=.004$), die Übereinstimmung im Bereich der günstigen Erziehung ist etwas geringer mit $r=.26$ ($p=.021$).

Mütterversion des Erziehungsstil-Inventars (ESI-MV, ME)

Im Rahmen der *Studie 1* wurde eine Lizentiatsarbeit verfasst, welche die Beurteilerübereinstimmung zwischen Mutter- und Kindeinschätzungen zum Thema hatte (Anderegg, 2003). Der Fragebogen zur Erziehung in der Version für die Selbsteinschätzung der Mütter wurde von Anderegg (2003) erstellt und existiert in dieser Form nicht in der Literatur (im Folgenden als Mutterversion oder Version der Mutter bezeichnet, ESI-MV). Die Skalen, Items und Ratingskala entsprechen jenen der Kind-Version in einer sprachlich dafür adaptierten Version (vgl. Abb. 36 & Anhang). Die internen Konsistenzen befinden sich zwischen den Werten .48 und .83 (vgl. Tab. 32). Auch in dieser Version ist die Skala *Einschränkung* unbefriedigend konsistent (.48) und die Skala *Inkonsistenz* eingeschränkt (.66). Die Mittelwerte und Standardabweichungen werden im Abschnitt zu den deskriptiven Ergebnissen dargestellt (Tab. 36). Die Faktorenanalyse zeigte auch in der Mutterversion, dass eine konsequente Zuordnung der Items zu den Einzelskalen nicht möglich ist. Ausserdem zeigen die konstruierten Skalen *Günstige Erziehung* respektive *Ungünstige Erziehung* höhere interne Konsistenzen ($\alpha=.81$ resp. $\alpha=.82$). Auch hier sollen die einzelnen Skalen nur für Zusatzanalysen herangezogen werden.

Stressverarbeitungsfragebogen für Kinder und Jugendliche (SVF-KJ, KE)

Der Stressverarbeitungsfragebogen für Kinder und Jugendliche (SVF-KJ) zwischen 8 und 13 Jahren wurde aus der Erwachsenenversion SVF (Janke, Erdmann, & Kallus, 1985) entwickelt (Hampel et al., 2001) und kam in der *Studie 1* in einer gekürzten Version zum Einsatz. Der Selbstbeurteilungsfragebogen involviert mehrere Dimensionen der dispositionellen Stressverarbeitung sowie eine Zeit- und Situationskonstante und orientiert sich am Stresskonzept von Lazarus (z.B. 1966). Die insgesamt neun Bewältigungsstrategien (Skalen) werden durch jeweils vier Items repräsentiert, welche anhand einer fünfstufigen Likert-Skala eingeschätzt werden müssen („auf keinen Fall“ (0), „eher nein“ (1), „vielleicht“ (2), „eher ja“ (3), „auf jeden Fall“ (4)). Diese neun Skalen können in *Ungünstige Stressverarbeitung* (stressvermehrend) (Skalen *Vermeidung*, *Gedankliche Weiterbeschäftigung*, *Resignation*, *Aggression*) oder in *Günstige Stressverarbeitung* (stressreduzierend) zusammengefasst werden. Die günstigen Strategien wiederum werden weiter eingeteilt in emotionsregulierende Strategien: Skalen *Bagatellisierung* und *Ablenkung/Erholung* und in problemlösende Strategien: Skalen *Situationskontrolle*, *Positive Selbstinstruktion*, *Soziales Unterstützungsbedürfnis*. In der *Studie 1* wurden die drei Items 7, 26 und 29 sprachlich adaptiert.

Unkontrollierbare Situationen können zu zwei günstigen Strategien führen, welche emotionsregulierend und somit unter die günstigen Bewältigungsstrategien fallen (hohe Skalenwerte): Strategien der Skala (1) *Bagatellisierung* (defensive Strategie, z.B. „...sag ich mir: Alles halb so wild!“) und der Skala (2) *Ablenkung/Erholung* (selbstbezogen, interne Ressource, ge-

mischt aktiv-passiv; z.B. „...spiele ich etwas!“). Aktive Strategien, welche sich vor allem auf kontrollierbare Situationen beziehen (hohe Skalenwerte), beinhalten die Skalen (3) *Situationskontrolle*, welche durch den Fokus auf die Umwelt problemorientierend wird; (4) *Positive Selbstinstruktion*, welche den Fokus nach innen hat (selbstbezogen), jedoch ebenfalls problemorientiert ist (dadurch, dass die Überzeugung einer Situationskontrolle vorhanden ist); (5) *Soziales Unterstützungsbedürfnis*, welches ebenfalls eine aktive Haltung und den Glauben an die Kontrolle der Situation wiedergibt (sie wird problemorientiert, dadurch, dass die Suche spezifisch ist, z.B. spezifische Informationssuche). Hohe Werte auf den Skalen der ungünstigen Bewältigungsstrategien zeigen folgende Interpretationen der Skalen auf: die Skala (6) *Passive Vermeidung* beschreibt das vermeidende Verhalten in Situationen, in welchen dies unnötig ist (in bestimmten Situationen kann ein Vermeidungsverhalten auch eine günstige Strategie sein); die Skala (7) *Gedankliche Weiterbeschäftigung* stellt die kognitive Ebene des SVF-KJ dar, welche in diesem Falle ungünstig ist, da die gedanklichen Perseverationen nicht kontrollierbar sind; die Skala (8) *Resignation* spiegelt inhaltlich die Gegenseite der Positiven Selbstkontrolle dar (in Korrelations- und Faktorenanalysen bestätigt), die Idee, das Problem nicht kontrollieren zu können; und zuletzt beschreibt die Skala (9) *Aggression* eine ärgerliche, wütende Reaktion auf Belastungssituationen.

Fragen zum Umgang mit Stress		SVF-KJ
<p>Hier geht es darum, wie du mit Situationen umgehst, die dich stressen. Für jeden Menschen gibt es stressige Situationen und solche, die ihn weniger belasten.</p>		
<p>Hier sind ein paar Beispiele von Situationen. Kreuze das Kästchen mit den Sätzen an, welche für dich schlimmer sind. Damit du dich entscheiden kannst, lies zuerst alle Sätze. Dann versuche dir vorzustellen, in welcher Situation du dich am wenigsten gut fühlst:</p>		
<input type="checkbox"/>	<p>◆ Ich habe einen Streit mit meinem Freund oder meiner Freundin.</p> <p>◆ Andere Kinder reden schlecht über mich.</p>	
<input type="checkbox"/>	<p>◆ Ich muss eine schwierige Prüfung schreiben.</p> <p>◆ Ich habe zu viele Hausaufgaben.</p>	
<p>Stell dir vor, dass diese Situation, die du oben ausgesucht hast, passieren wird.</p> <p>Kreuz bitte an, wie du in dieser Situation reagierst.</p>		

Abbildung 37: Titelblatt des Fragebogens zur Stressverarbeitung bei Kindern und Jugendlichen aus der *Studie 1* - Situationsauswahl

Dadurch, dass alle genannten Strategien doppelt beantwortet werden, einmal in Bezug auf schulischen und einmal in Bezug auf sozialen Stress, kann in der Originalversion eine situationsspezifische und situationsübergreifende Einschätzung der Stressverarbeitung gegeben werden. Aufgrund der bereits umfassenden Fragebogenbatterie der *Studie 1* wurden die insgesamt 72 Items auf die Hälfte gekürzt, indem nicht beide Situationen erfragt wurden, sondern eingangs dem Kind die Auswahl zwischen zwei Themenbündeln gegeben wurde (vgl. Abb. 35). Durch die Reduktion und Einschränkung auf eine Situation sind die Aussagemöglichkeiten ebenfalls reduziert; ausserdem können keine Normvergleiche vorgenommen werden.

Die einzelnen Skalen weisen in der Eichstichprobe interne Konsistenzen zwischen .62 und .89 auf, wobei die Cronbach's Alphas für die situationsübergreifenden Skalen höher ausfielen ($N=1'223$). Die Sekundärskala *Günstige Stressverarbeitung* hat eine interne Konsistenz von .86, die *Emotionsregulierende Bewältigung* .75, die *Problemlösende Bewältigung* .88 und die *Ungünstige Stressverarbeitung* hat ebenfalls ein Cronbach's Alpha von .88 (Analysen bezogen auf 72 Items, Hampel et al., 2001) (Analysen bezogen auf 72 Items).

In der Stichprobe der *Studie 1* liegen die internen Konsistenzen der einzelnen Skalen zwischen .54 und .79 (vgl. Tab. 33, Analysen bezogen auf 36 Items), das heisst, die Zuverlässigkeit ist auf den Subskalen wie auch in der Normstichprobe eingeschränkt bis befriedigend. Die höchste interne Konsistenz hatte die Skala *Soziales Unterstützungsbedürfnis* (.79), die niedrigste die Skala *Vermeidung* (.54). Die Sekundärtests respektive –skalen sind zuverlässiger; die *Günstige Stressverarbeitung* erreicht ein Cronbach's Alpha von .80 und die *Ungünstige Stressverarbeitung* .82; die Skala *Emotionsregulierende Bewältigung* erreicht einen Wert von .73 und die *Problemlösende Bewältigung* .82. Wenn die Grenze der Zuverlässigkeit bei einem Cronbach's Alpha von .70 angenommen wird, sieht man aus der Tabelle 33, dass vier Skalen zuverlässig sind, drei Skalen knapp zuverlässig (zw. $\alpha=.60$ und $\alpha=.70$) und die Skalen *Passive Vermeidung* ($\alpha=.54$) und *Aggression* ($\alpha=.59$) sind unzuverlässig.

Tabelle 33: Interne Konsistenzen der Skalen des adaptierten SVF-KJ anhand der Stichprobe der *Studie 1* ($N=79$)

<i>SVF-KJ-Skalen</i>	<i>Cronbach's Alpha</i>
Ablenkung	.67
Passive Vermeidung	.54
Situationskontrolle	.66
Bagatellisierung	.68
Resignation	.77
Aggression	.59
Soziale Unterstützung	.79
Positive Selbstinstruktion	.70
Gedankliche Weiterbeschäftigung	.70
Sekundärskala Günstige Stressverarbeitung	.80
Emotionsregulierende Bewältigungsstrategien	.73
Problemlösende Bewältigungsstrategien	.82
Sekundärskala Ungünstige Stressverarbeitung	.82

Die Faktorenanalysen zeigen, dass die Einteilung in günstige und ungünstige Stressverarbeitung und in emotionsregulierende und problemlösende Strategien gerechtfertigt ist. Die Items der Skalen *Soziale Unterstützung*, *Gedankliche Weiterbeschäftigung*, *Bagatellisierung* und *Ablenkung* lassen sich am besten einem abgrenzbaren Faktor zuweisen. Auf dem Faktor *Resignation* laden ebenfalls negativ Items der *Situationskontrolle* und der *Positiven Selbstinstruktion*. Die Items der restlichen Skalen lassen sich nicht zuverlässig zuordnen. Es wird entsprechend diesen Ergebnissen vorzugsweise mit den übergeordneten Skalen (Sekundärtests) gerechnet respektive mit den hier genannten Skalen (vgl. Tab 33).

Die situationsübergreifenden Skalen konnten eine Retestreliabilität von $r_{Re}=.67$ bis $r_{Re}=.74$ erreichen ($N_{Re}=872$), was befriedigend und somit zuverlässig ist. Die kriterienbezogene Validität spricht für eine Änderungssensitivität des Fragebogens. Der Fragebogen eignet sich also für mehrfache Befragungen. Korrelationsstudien mit verwandten Dimensionen aus der Persönlichkeitspsychologie deuten zudem an, dass die Dimensionen der dispositionellen Bewältigungsstrategien eigenständige Konstrukte sind (moderate diskriminante Validität). Ausserdem zeigen die Untersuchungen eine hinreichende diskriminante Validität gegenüber der Ängstlichkeit auf.

Persönlichkeitseigenschaften, Freiburger Persönlichkeitsinventar (FPI-R, ME)

Der in der *Studie 1* für die Mütter ($N=71$) eingesetzte Persönlichkeitsfragebogen ist eine gekürzte Version des revidierten Freiburger Persönlichkeitsinventars (FPI-R) von Fahrenberg und Kollegen (2001). Die Originalversion enthält 12 Skalen, welche aus 137 Items zusammengestellt werden. Die Skalen, welche in der *Studie 1* erhoben wurden, sind *Lebenszufriedenheit*, *Gehemmtheit*, *Erregbarkeit*, *Aggressivität*, *Beanspruchung*, *Körperliche Beschwerden*, *Gesundheitssorgen*, *Offenheit*, *Extraversion* und *Emotionalität*. Nicht erhoben wurden die Skalen *Soziale Orientierung* und *Leistungsorientierung*. Jedes Item wird mit „stimmt“ (1) oder „stimmt nicht“ (0) bewertet. Alle Skalen setzen sich aus 12 Items zusammen bis auf die Skalen *Emotionalität* und *Extraversion*, welche 14 Items subsumieren, die zum Teil auch in anderen Skalen in die Summe eingehen. Sprachliche Adaptationen wurden bei den Items 6, 59, 88 und 114 vorgenommen, welche sich jedoch nicht auf Einschätzung von Häufigkeiten (z.B. „nie“ oder „immer“) beziehen.

Tabelle 34: Interne Konsistenzen der Skalen des adaptierten FPI-R der Stichprobe aus der *Studie 1* ($N=71$)

<i>Skala im FPI-R</i>	<i>Cronbach's Alpha</i>
Lebenszufriedenheit	.71
Gehemmtheit	.78
Erregbarkeit	.75
Aggressivität	.67
Beanspruchung	.86
Körperliche Beschwerden	.56
Gesundheitssorgen	.66
Offenheit	.70
Extraversion	.77
Emotionalität	.77

Die internen Konsistenzen der einzelnen Skalen hängen unter anderem von der Offenheit der Personen ab (vgl. Skala *Offenheit*), weisen jedoch Werte zwischen .64 und .82 auf. Die internen Konsistenzen der Skalen anhand der Stichprobe aus der *Studie 1* resultierten zwischen den Werten .55 und .85 (vgl. Tab. 34). Die Mittelwerte und Standardabweichungen der Stichprobe der Mütter aus der *Studie 1* sind der Tabelle 38 im Abschnitt zu den deskriptiven Ergebnissen zu entnehmen. Die konvergenten, diskriminanten und prognostischen Validitäten sind etwas eingeschränkt, da zum Teil einzelne Skalen interkorrelieren und einzelne Skalen mit mehreren Skalen aus anderen Fragebogen korrelieren respektive mehrere Skalen des FPI-R mit anderen Skalen, beispielsweise einer Neurotizismusskala, korrelieren.

Die Skala *Lebenszufriedenheit* beschreibt mit hohen Skalenwerten eine Person, welche in wichtigen Lebensbereichen zufrieden ist, allgemein eher eine gute Laune hat und zuversichtlich ist. Niedrigere Skalenwerte bezeichnen eine bedrückte, unzufriedene Person, welche eine negative Lebenseinstellung hat. Die Skala *Gehemmtheit* beschreibt den Kontakt in sozialen Situationen. Eine Person mit hohen Skalenwerten ist gehemmt, unsicher im Kontakt und zurückhaltend im Kontaktaufbau. Auf der Gegenseite des Kontinuums wird eine Person beschrieben, die ungezwungen und selbstsicher im sozialen Kontakt ist. Die Skala *Erregbarkeit* gibt die Empfindlichkeit und Unbeherrschtheit in schwierigen Situationen (hohe Skalenwerte) oder die Gelassenheit und ruhige Art in schwierigen Situationen wieder (niedrige Werte). Die Skala *Aggressivität* bezeichnet mit hohen Werten eine Tendenz, aggressives und reaktives Verhalten zu zeigen und durchsetzungsfähig zu sein. Niedrigere Werte zeichnen eine Person aus, welche eher kontrolliert und zurückhaltend reagiert. Die Skala *Beanspruchung* gibt einen hohen Stresslevel im Bereich hoher Skalenwerte wieder, Personen an diesem Pol des Kontinuums fühlen sich angespannt und überfordert. Wenig beanspruchte oder überforderte und belastbare Personen haben niedrige Werte auf dieser Skala. Auf der Skala *Körperliche Beschwerden* werden anhand hoher Skalenwerte viele psychosomatische Symptome und anhand niedriger Skalenwerte weniger Beschwerden repräsentiert. Die Skala *Gesundheitssorgen* spiegelt die zukunftsorientierte Sorge und Furcht vor Erkrankungen und zeigt die Tendenz auf, sich zu schonen und gesundheitsbewusst zu leben. Personen mit weniger hohen Werten zeigen ein eher unbekümmertes Gesundheitsverhalten und wenig Sorgen. Die Skala *Offenheit* kann das Zugeben von kleinen Fehlern aufzeigen (hohe Werte), Personen also, welche kleine Schwächen und alltägliche Normverletzungen zugeben können. Niedrige Werte haben Personen, welche verschlossen sind, ein sozial erwünschtes Verhalten zeigen und an sozialen Normen orientiert sind. Die Skala *Extraversion* beschreibt anhand hoher Skalenwerte eine Person, welche impulsiv, unternehmungslustig, gesellig und extravertiert ist. Auf der anderen Seite des Kontinuums befinden sich Personen, welche sich selbst als introvertiert, ernst, überlegt und zurückhaltend im Umgang beschreiben. Die Skala *Emotionalität* beschreibt anhand hoher Werte eine emotional labile Person, welche empfindlich reagiert, ängstlich ist und auch viele Sorgen und körperliche Beschwerden angibt. Die Personen, welche niedrige Skalenwerte erhalten, sind emotional stabiler, sind zufriedener mit ihrem Leben, selbstbewusster und gelassener.

Missings

Für die statistischen Analysen bestimmter Daten ist es sinnvoll, Missings durch die Methode Zeitreihen-Mittelwerte zu ersetzen. Wenn einzelne Items zu Skalen zusammengefasst werden und der Skala mit einem fehlenden Item kein Aussagewert mehr zukommt, kann das fehlende Item durch den Durchschnitt der gültigen Werte der entsprechenden Variable ersetzt werden (Brosius, 2004). Diese Methode wurde für alle Items eingesetzt, aus welchen sich die im vorliegenden Kapitel vorgestellten, sinnvollen Skalen bilden lassen. Ansonsten wurde auf den Ersatz von Missings verzichtet, da dies grundsätzlich den Wahrheitsgehalt der Resultate verzerrt.

Eingesetzte statistische Verfahren

Die im Folgenden beschriebenen statistischen Verfahren werden mit Hilfe des SPSS 14 durchgeführt (vgl. Brosius, 2004). Für die deskriptiven Analysen aus dem Fragebogenkomplex 1 werden Kreuztabellen verwendet, für statistische Zusammenhänge werden Korrelationen nach Pearson oder Partialkorrelationen durchgeführt. Es werden für einfache Analysen von Geschlechtsunterschieden T-Tests für unabhängige Stichproben durchgeführt. Wenn eine

der Voraussetzungen der intervallskalierten Daten, die der Normalverteilung und Varianzhomogenität verletzt sind, wird der Mann-Whitney U-Test durchgeführt, ebenfalls ein Verfahren für Gruppenunterschiede unabhängiger Stichproben. Der T-Test wird jedoch als robust gegenüber Verletzungen der Normalverteilung angesehen, weshalb im Falle von intervallskalierten Daten sich für den T-Test entschieden wird. Weiter werden anhand der SPSS-Berechnungen jeweils zwei Teststatistiken ausgegeben: eine für den Fall ungleicher und eine für den Fall gleicher Varianzen. Für den Vergleich von Mutter- und Kind-Einschätzungen derselben Variablen wird der T-Test für gepaarte Stichproben verwendet (Brosius, 2004; Bühl & Zöfel, 2002). Für den Vergleich von mehr als zwei unabhängigen Stichproben wird die einfaktorielle Varianzanalyse (ANOVA) eingesetzt (Voraussetzungen: Homogene Gruppen und zufällige Zuordnung von Untersuchungseinheiten).

Zur Beantwortung der Fragestellungen 1.2 bis 1.5 kommen hierarchische Regressionsanalysen zum Einsatz. Es werden jeweils eingangs die Korrelationen nach Pearson zwischen dem Kriterium (AV) und den Prädiktoren (UVs) berichtet (Ausnahme *Fragestellung 1.1*), sowie relevante Interkorrelationen zwischen den Prädiktorvariablen (Problem der Multikollinearität, Aiken & West, 1991; J. Cohen, Cohen, West, & Aiken, 2003). Aufgrund dieser und den theoretischen Analysen werden Modelle anhand der hierarchischen multiplen Regression (mehrere UVs, Enter-Methode) auf deren Signifikanz geprüft. Für alle Fragestellungen werden die Analysen jeweils für zwei verschiedene Kriterien berechnet: die Ängstlichkeit (KAT-II) und die emotionalen Probleme anhand des SDQ-Deu. Wenn die Prädiktoren nicht intervallskaliert sind (Voraussetzung), werden sie als Dummy-Variablen in die Modelle eingebaut (Brosius, 2004). Diese sind zum Teil aus inhaltlichen Gründen gebildet worden, zum Teil wurden sie aufgrund der schlechten Verteilung gebündelt: Geschlecht (0=Jungen, 1=Mädchen), Anzahl Freunde (0=keinen Freund, 1=mehr als einen Freund), Familienstand (0=verheiratet, verlobt, Lebenspartner, 1=geschieden, getrennt, verwitwet, Single), Staatsangehörigkeit (0=Schweizer, 1=andere Länder), Beschäftigung (Tätigkeit) der Mutter (0=Job, 1=Hausfrau), Ausbildung der Mutter und des Vaters (0=Lehre und keine Ausbildung, 1=akademisch), Stadt-Land (1=Land), Ausflüge mit der Mutter und mit dem Vater (0=regelmässig bis täglich, 1=selten) und Dauer respektive Häufigkeit mit Vater zusammen (0=täglich/fast täglich, 1=selten). Moderationseffekte werden mittels Interaktionsterm getestet und aufgrund der Multikollinearität werden die entsprechenden Variablen (im Falle von Interaktionen) am Mittelwert zentriert (Baltes-Götz, 2006; J. Cohen et al., 2003).

Die Multikollinearität wird anhand des Toleranztests ($>.01$ akzeptabel) und der Konditionsindextabelle in Augenschein genommen (Werte bis 10 akzeptabel), weil eine Interkorrelation die Berechnungen unzuverlässiger macht und die Interpretation der Regressionsmodelle erschwert (Brosius, 2004). Es werden die Residuen auf deren Verteilung (Normalverteilung: Histogramm) und auf die Homoskedastizität (Scatterplot) geprüft. Die Prüfung der Beziehung zwischen der abhängigen und den unabhängigen Variablen auf Linearität kann anhand von Residuenplots geprüft werden. Die Durbin-Watson-Statistik prüft die Autokorrelation der Residuen, wird jedoch vor allem bei Zeitreihendaten überprüft (Werte zwischen 1.5-2.5 akzeptabel).

4.3.9.1.3 Studie 1: Ergebnisse

Deskriptive Ergebnisse

Bevor auf die Ergebnisse der *Fragestellungen 1.1-1-5* eingegangen wird, werden deskriptive Ergebnisse berichtet, welche zum Verständnis der Ergebnisse relevant sind. Deskriptive Zu-

sammenhänge und Unterschiede in den Häufigkeiten oder Verteilungen werden teilweise zusätzlich auf deren statistische Signifikanz geprüft.

Erweiterte Stichprobenbeschreibung

Anhand der Antworten aus dem *soziodemographischen Teil* der Fragebogenbatterie der *Studie I* kann gefolgert werden, dass 13.9% der Mütter glaubten, die einzige Bezugsperson ihrer Kinder zu sein. Es glaubte jedoch nur ein Kind, keine Bezugsperson neben der Mutter zu haben und 20.3% gaben an, eine weitere Bezugsperson zu haben, 25.3% zwei und 53.2% drei oder mehr Bezugspersonen an ihrer Seite zu wissen (jeweils neben der Mutter als Bezugsperson). In Bezug auf die Frage, wie viel Zeit Kind und Mutter respektive Vater verbringen, wurde unter anderem die Frage gestellt, wie oft das Kind einen Ausflug mit Mutter oder Vater unternimmt. Regelmässige Ausflüge wurden häufiger mit den Müttern als den Vätern unternommen (68.4% vs. 50.6%, vgl. *Fragestellung 1.2*); dies galt auch in der Muttereinschätzung (84.8% vs. 70.9%), wobei man erkennt, dass die Mütter eine andere Wahrnehmung in Bezug auf die Frequenz hatten. Selten einen Ausflug mit der Mutter unternahmen in der Selbsteinschätzung 29.1% und mit dem Vater 44.3% (Muttereinschätzung: 13.9% vs. 27.8%).

Fragebogen zu Stärken und Schwächen (SDQ-Deu, ME, KE und retrospektive Einschätzung)

In Tabelle 35 sind die Mittelwerte, Standardabweichungen und Minimal- und Maximalwerte der Skalen des *SDQ-Deu in der Mutter- und Kindeinschätzung* und ebenfalls die retrospektive Erhebung der emotionalen Probleme mit 5 Jahren in der Muttereinschätzung enthalten.

Tabelle 35: Mittelwerte, Standardabweichungen, Minimal- und Maximalwerte der Skalen im adaptierten Strengths and Difficulties Questionnaires, Deutsch (SDQ-Deu) in der Stichprobe der *Studie I* (N=79)

<i>SDQ-Deu-Skalen</i>	<i>Min.</i>	<i>Max.</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
Gesamtproblemwert ME	0	31	9.28	6.23
Prosoziales Verhalten ME	3	10	8.03	2.03
Hyperaktivität ME	0	9	2.77	2.48
Emotionale Probleme ME	0	10	2.75	2.67
Verhaltensauffälligkeiten gesamt ME	0	16	3.77	3.06
Gesamtproblemwert KE	2	22	11.02	4.80
Gesamtproblemwert - Verhalten mit 5 Jahren ME*	0	17	6.33	4.79
Emotionale Probleme mit 5 Jahren ME*	0	5	1.92	1.81
Externalisierende Auffälligkeiten mit 5 Jahren ME*	0	12	4.44	3.41

Anmerkungen: ME=Muttereinschätzung; KE=Kindeinschätzung; *=zwei- statt dreistufige Antwortskala (max. Wert bei Gesamtskala: 20, bei Emotionalität: 5)

Ein erster Vergleich der Mittelwerte aus der Tabelle 35 in der Mutter- und Kindeinschätzung (aktuelle Erhebung) in der *Studie I* zeigt, dass die Kinder sich signifikant auffälliger einschätzen als die Mütter (Mittelwert Gesamtproblemwert: 11.02 vs. 9.28, T-Test bei gepaarten Stichproben signifikant auf $\alpha=5\%$, $M=1.73$, $SD=6.68$, $t=2.306$, $df=78$, $p=.024$, $r=.289$, $p=.010$).

Gesamtproblemwert im SDQ-Deu (Normvergleich)

Insgesamt sind verglichen mit der Deutschen Norm (Woerner, Becker, Friedrich et al., 2002) 16.5% der Kinder auffällig, 10.1% Jungen und 6.3% der Mädchen auf der *Gesamtskala* des SDQ-Deu (Muttereinschätzung). Der Altersvergleich zeigt, dass die Kinder (geschlechtsunabhängig) im Alter von 10 bis 11 Jahren am auffälligsten sind (Altersrange: 8-14 Jahre). Eine einfaktorielle ANOVA zeigt aber keinen signifikanten F-Wert ($F=1.790$, $p=.174$, $Eta^2=0.045$, inkl. post hoc Tests Bonferroni und Scheffé). Die Selbsteinschätzung der Kinder (Englische Norm) zeigt höhere Werte für die Jungen (8.9% Jungen und 6.3% Mädchen), jedoch sind bei den Mädchen die 9-Jährigen etwas auffälliger. Dieser Unterschied ist jedoch ebenfalls nicht signifikant. Diese kurzen Angaben zeigen, dass die Stichprobe der *Studie 1* im Vergleich mit internationalen und nationalen Studien (vgl. Kap. 4.2.6 & 4.3.10) eher weniger auffällig ist.

Ängstlichkeit anhand des KAT-II (KE)

Der Mittelwert aus der Stichprobe der *Studie 1* liegt mit 4.94 ($SD=3.81$; Items 2-20) im Vergleich zur Eichstichprobe im ähnlichen Bereich (Turner & Tewes, 2000) und entspricht einem Centilwert von 5-6 und einem Prozentrang von circa 60%. Die Rohwertverteilung bei den Autoren ist nach Alter und Geschlecht getrennt und liegt für den Altersrange von 9 bis 12 Jahren für beide Geschlechter zusammen zwischen einem Mittelwert von 4.57 und 5.12 ($SD=3.53-4.16$).

Zusammenhang zwischen Ängstlichkeit (KE) und emotionalen Problemen (ME)

Die beiden Variablen Ängstlichkeit Kind des KAT-II und emotionale Probleme des SDQ-Deu (Muttereinschätzung) als Kriterien der hierarchischen Regressionen korrelieren schwach, aber signifikant und positiv miteinander ($r=.323$, $p=.002$, einseitige Prüfung, Partialkorrelation, Kontrolle von Geschlecht und Alter). Je höher ein Wert auf der Variable Ängstlichkeit Kind des KAT-II, desto höher ist auch der Wert auf der Variable emotionale Probleme des SDQ-Deu.

Ängstlichkeit der Mutter (STAI, ME)

In der Stichprobe der *Studie 1* ($N=71$) resultiert ein Mittelwert von 34.94 und einer Standardabweichung von 7.06. Dies würde einen auffälligen Bereich ab einem Rohwert von 48 ergeben (Stanine: 7 und PR: 86).

Erziehungsstile (KV, MV)

In Tabelle 36 werden die Werte der deskriptiven Statistik zu den Skalen respektive Variablen des Erziehungsstil-Inventars (ESI) in der Kind- (KV) und Muttereinschätzung (MV) dargestellt. Die Minimal- und Maximalwerte der neugebildeten Gesamtskalen (auch auf Ebene der Einzelskalen) aus der Tabelle 36 zeigen auf den ersten Blick, wie unterschiedlich die Selbst- und Fremdeinschätzung der günstigen und ungünstigen Erziehung sind.

Mütter schätzen ihre eigene günstige Erziehung mit mindestens einem Rohwert von 63 ein, die Einschätzung der Kinder jedoch geht bis auf ein Minimum von 32 herunter. Die Einschätzung der ungünstigen Erziehung zeigt auch einen Unterschied in der Hinsicht, dass Kinder den Müttern etwas höhere Werte auf diesen Variablen zusprechen (vgl. Tab. 36), der Unterschied ist jedoch nicht so stark wie auf den günstigen Skalen (vgl. Tinguely-Zosso, 2006).

Diese Annahmen wurden anhand des T-Tests für gepaarte Stichproben getestet (für Korrelationen, vgl. Kap. 4.3.9.1.2). Die Unterschiede zwischen Kind- und Muttereinschätzungen wurden jedoch nur auf einer der übergeordneten Skalen, der *Günstigen Erziehung*, hoch signifikant ($M=6.23$, $SD=12.46$, $t=4.52$, $df=78$, $p=.000$, $r=.263$, $p=.019$). Auf der übergeordneten Skala *Ungünstige Erziehung* wurde der Unterschied nicht signifikant; wenn die einzelnen Skalen des ungünstigen Erziehungsverhaltens verglichen werden, so wurde ein Unterschied signifikant: der Kind-Mutter-Unterschied auf der Skala *Inkonsistenz* ist hoch signifikant ($M=2.62$, $SD=4.80$, $t=4.853$, $df=78$, $p=.000$, $r=.241$, $p=.001$).

Tabelle 36: Mittelwerte, Standardabweichungen, Minimal- und Maximalwerte auf den adaptierten Skalen des ESI in der Mütter- und Kindversion der Stichprobe der *Studie 1* ($N=79$)

<i>ESI-Skalen</i>	<i>Min.</i>	<i>Max.</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
Unterstützung MV	27	48	39.42	4.48
Einschränkung MV	12	28	18.37	2.98
Tadel MV	15	39	27.05	5.27
Lob MV	29	48	42.65	4.82
Inkonsistenz MV	12	24	16.08	2.96
Günstige Erziehung MV	63	96	82.06	7.44
Ungünstige Erziehung MV	43	85	61.49	9.07
Unterstützung KV	15	48	36.29	6.56
Einschränkung KV	11	30	17.48	3.78
Tadel KV	12	43	26.30	6.80
Lob KV	17	48	39.81	6.73
Inkonsistenz KV	12	29	18.75	4.51
Günstige Erziehung KV	32	96	76.10	12.02
Ungünstige Erziehung KV	36	95	62.53	13.23

Anmerkungen: MV=Mutterversion; KV=Kindversion

Stressverarbeitung (SVF-KJ, KE)

In der Tabelle 37 können die Maximal- und Minimalwerte der Skalen des Stressverarbeitungsfragebogens für Kinder und Jugendliche und ebenfalls die Mittelwerte und Standardabweichungen nachgesehen werden.

Der erste Vergleich der Mittelwerte der einzelnen Skalen der Stressverarbeitung fällt zu Gunsten der günstigen Strategien aus, welche höhere Mittelwerte erreichen, beispielsweise die Skala *Soziale Unterstützung* ($M=9.81$, $SD=3.15$) und die *Positive Selbstinstruktion* ($M=10.46$, $SD=2.88$). Dies findet sich auch auf den Sekundärskalen wieder: *Günstige Stressverarbeitung* mit einem Mittelwert von 9.26 ($SD=1.93$) und die *Ungünstige Stressverarbeitung* mit einem Mittelwert von 6.47 ($SD=2.30$). Vor allem die problemlösenden Strategien scheinen von den Kindern oft gewählt zu werden ($M=10.11$, $SD=2.29$). Maximal- und Minimalwerte haben in diesem Fall keine Aussagekraft, weil die Skalengrößen (Anzahl Items) unterschiedlich sind.

Tabelle 37: Mittelwerte, Standardabweichungen, Minimal- und Maximalwert auf den Skalen des adaptierten SVF-KJ anhand der Stichprobe der *Studie 1* (N=79)

<i>SVF-KJ-Skalen</i>	<i>Min.</i>	<i>Max.</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
Ablenkung	0	16	8.67	3.54
Passive Vermeidung	0	13	7.01	3.24
Situationskontrolle	4	16	10.08	2.84
Bagatellisierung	0	16	7.28	3.14
Resignation	0	15	5.25	3.36
Aggression	0	11	5.34	2.77
Soziale Unterstützung	2	16	9.81	3.15
Positive Selbstinstruktion	3	16	10.46	2.88
Gedankliche Weiterbeschäftigung	1	15	8.27	3.02
Sekundärskala Günstige Stressverarbeitung [°]	2.20	15.80	9.26	1.93
Emotionsregulierende Bewältigungsstrategien [°]	0	16.00	7.98	2.75
Problemlösende Bewältigungsstrategien [°]	3.67	15.67	10.11	2.29
Sekundärskala Ungünstige Stressverarbeitung [°]	1.25	12.00	6.47	2.30

Anmerkungen: [°]=basieren auf unterschiedlicher Anzahl der Skalen

Tabelle 38: Mittelwerte (Rohwerte), Standardabweichungen, Minimal- und Maximalwert der Skalen des adaptierten FPI-R der Stichprobe aus der *Studie 1* (N=71)

<i>Skala im FPI-R</i>	<i>Min.</i>	<i>Max.</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
Lebenszufriedenheit	2	12	9.23	2.25
Gehemmtheit	1	11	5.39	2.58
Erregbarkeit	0	12	6.10	2.91
Aggressivität	0	8	3.14	2.25
Beanspruchung	0	11	5.14	3.18
Körperliche Beschwerden	0	8	2.54	1.98
Gesundheitssorgen	0	9	4.94	2.33
Offenheit	0	11	5.35	2.70
Extraversion	1	14	6.45	3.36
Emotionalität	0	13	4.52	3.15

Persönlichkeitsstile (FPI-M, ME)

In der Tabelle 38 sind die Werte zur deskriptiven Analyse der Skalen des Fragebogens zu den Persönlichkeitseigenschaften der Mütter dargestellt. Eine erste Betrachtung zeigt, dass die Mütter durchschnittlich eine hohe Lebenszufriedenheit aufweisen, wenig Gesundheitssorgen angeben und eine eher geringe Aggressivität zeigen.

Ergebnisse zur Überprüfung der Hypothesen

Im Folgenden werden die Hypothesen im Einzelnen geprüft und in der Reihenfolge anhand der Fragestellungen aus Kapitel 4.3.9.1.1 dargestellt.

Fragestellung 1.1: a) Wie häufig ist Ängstlichkeit, wie verteilt sie sich über b) Alter und c) Geschlecht?

d) Wie häufig sind Emotionale Probleme, wie verteilen sie sich über e) Alter und f) Geschlecht und g) wie hängen retrospektiv eingeschätzte mit aktuellen emotionalen Problemen zusammen?

Zusammenhang von Geschlecht, Alter und deren Interaktion mit der Ängstlichkeit

Vor der Beantwortung der Hypothesen H1.1a-c wird der Zusammenhang von Ängstlichkeit mit Alter und Geschlecht betrachtet. Geschlecht, Alter und der Interaktionsterm Geschlecht*Alter werden nacheinander in die hierarchische Regressionsanalyse (Tab. 39) eingegeben.

Tabelle 39: Ergebnisse der hierarchischen Regressionsanalyse zum Zusammenhang von Alter, Geschlecht und deren Interaktion mit der Ängstlichkeit beim Kind (KAT-II, H1.1b & H1.1c)

	<i>Variable</i>	<i>B</i>	<i>SE B</i>	<i>β</i>	<i>ΔR²</i>
Schritt 1	(Konstante)	5.452	.618		.004
	<i>Geschlecht</i> ^o	-.506	.903	-.064	
Schritt 2	(Konstante)	5.377	.625		.010
	<i>Geschlecht</i> ^o	-.364	.918	-.046	
	<i>Alter</i> [§]	.353	.399	.102	
Schritt 3	(Konstante)	5.347	.631		.003
	<i>Geschlecht</i> ^o	-.382	.924	-.048	
	<i>Alter</i> [§]	.419	.500	.142	
	<i>Interaktion Geschlecht* Alter</i> [§]	-.389	.840	-.067	

Anmerkungen: ^o=Dummy-Variable (0=Jungen, 1=Mädchen); [§]=zentriert am Mittelwert (10)

Die Variablen Geschlecht, Alter und deren Interaktionsterm können keine Varianz auf die Variable Ängstlichkeit beim Kind klären. Das heisst, Geschlecht und Alter haben keinen Haupteffekt auf die Ängstlichkeit des Kindes und es wird auch kein Interaktionseffekt entdeckt.

H1.1a-c) Häufigkeiten und Verteilung der Ängstlichkeit über Geschlecht und Alter anhand der Norm

Wie die hierarchische Regressionsanalyse zeigt (Tab. 39), hängt die Höhe der Ängstlichkeit nicht mit Alter und Geschlecht zusammen. Bezüglich des Geschlechtes zeigt die Tabelle 40, dass ein Junge mehr als bei den Mädchen von einem auffälligen Ängstlichkeitswert betroffen ist. Die Tabelle 40 gibt Auskunft über die Häufigkeit und Verteilung der Ängstlichkeit (Altersabstufungen: 8-9 Jahre, 10-11 Jahre und 12-14 Jahre). Um zwischen auffälligen und un-

auffälligen Werten zu unterscheiden, wurde anhand der Centilwerte (vgl. Kap. 4.3.9.1.2) separat für die Jungen (>10) und Mädchen (>11) der Cut-off-Wert berechnet. Die Kinder im Alter zwischen 12 und 14 Jahren wurden hier ebenfalls dargestellt, obwohl nur acht Kinder in diese Kategorie fallen. Insgesamt sind 13.9% der Kinder auffällig, 14.3% der Jungen und 13.5% der Mädchen. Bei den Mädchen sind es vor allem die 8-9-Jährigen (8.1% aller Mädchen) und bei den Jungen sind es vor allem die 10-11-Jährigen (7.1% aller Jungen), welche einen auffälligen Wert haben. Jedoch ist dieser Unterschied nicht statistisch signifikant.

Tabelle 40: Häufigkeit und Verteilung der Ängstlichkeit des Kindes anhand des KAT-II über Geschlecht und Alter der Kinder in der *Studie 1* (N=79)

		KAT-II Ängstlichkeit		Total (N)
		unauffällig	auffällig	
Männlich	Alter des Kindes	8-9	2	14
		10-11	3	22
		12-14	1	6
	Total	36	6	42
Weiblich	Alter des Kindes	8-9	3	16
		10-11	2	19
		12-14	0	2
	Total	32	5	37

Die Hypothese H1.1a kann als bestätigt angenommen werden, da die Ängstlichkeitsrate mit 13.9% im vermuteten Range von 10-20% liegt. Die Hypothesen H1.1b und H1.1c können jedoch nicht bestätigt werden, da weder ein Geschlechts- noch ein Altersunterschied gefunden wurde.

Zusammenhang von Alter, Geschlecht und deren Interaktion mit emotionalen Problemen des Kindes (ME)

Erneut werden im Vorfeld der Hypothesen H1.1d-f der Zusammenhang der emotionalen Probleme mit Alter und Geschlecht geprüft.

Tabelle 41: Ergebnisse der hierarchischen Regressionsanalyse zum Zusammenhang von Alter, Geschlecht und deren Interaktion mit den emotionalen Problemen beim Kind (SDQ-D, H1.1e/H1.1f)

	Variable	B	SE B	β	ΔR^2
Schritt 1	(Konstante)	2.381	.411		.022
	Geschlecht [°]	.795	.600	.149	
Schritt 2	(Konstante)	2.380	.417		.000
	Geschlecht [°]	.796	.613	.150	
	Alter [§]	.003	.267	.001	
Schritt 3	(Konstante)	2.475	.408		.064*
	Geschlecht [°]	.853	.598	.160	
	Alter [§]	-.437	.323	-.189	
	Interaktion Geschlecht [°] * Alter [§]	1.242	.543	.317*	

Anmerkungen: [°]=Dummy-Variable (0=Jungen, 1=Mädchen); [§]=zentriert am Mittelwert (10); *= $p < .05$

In Tabelle 41 werden die Schritte der hierarchischen Regressionsanalyse im Zusammenhang mit Alter, Geschlecht und deren Interaktion mit emotionalen Problemen des Kindes dargestellt. Die Interaktion zwischen dem Geschlecht und dem Alter wird in der hierarchischen Regression signifikant und klärt 6.4% der Varianz auf (Schritt 3). Das Geschlecht und das Alter alleine können keine zusätzliche signifikante Varianz aufklären (vgl. Delta R^2). Um diesen Interaktionseffekt besser interpretieren zu können, wird die Interaktion zwischen Geschlecht und Alter und deren Einfluss auf die Variable emotionale Probleme in der Abbildung 38 dargestellt.

Wie man in Abbildung 38 erkennen kann, ist der Zusammenhang zwischen Alter und emotionalen Problemen bei Mädchen deutlich stärker verglichen mit Jungen. Bei Jungen hingegen gibt es keinen statistischen Zusammenhang zwischen dem Alter und den berichteten emotionalen Problemen. Das heisst, nur bei Mädchen lässt sich der Zusammenhang finden, dass mit dem steigenden Alter mehr emotionale Probleme berichtet werden.

Dieser Interaktionseffekt wird für die nachfolgenden Analysen (*Fragestellungen 1.2-1.5*) in die Schritte der hierarchischen Regressionsanalysen (im Falle der Kriteriumsvariable emotionale Probleme in der Muttereinschätzung) als Kontrollvariable einbezogen, um diesen Einfluss zu kontrollieren.

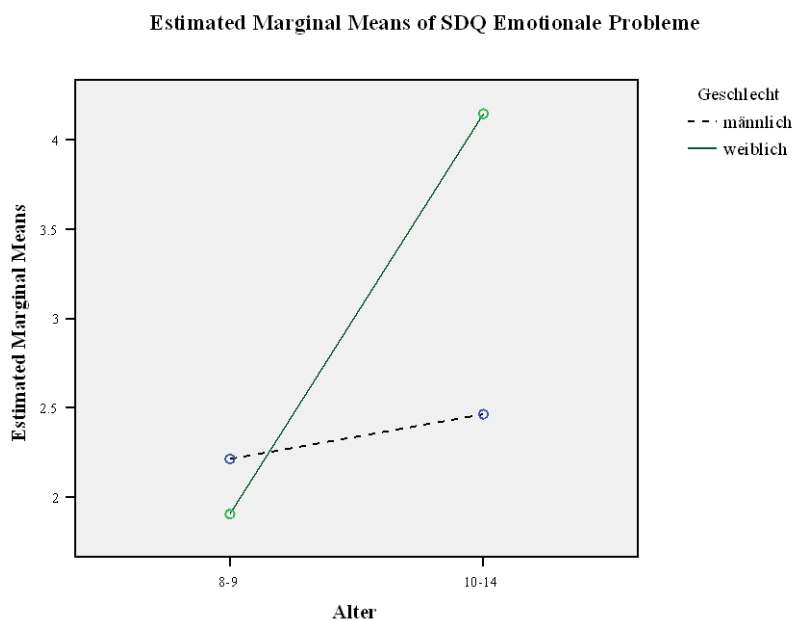


Abbildung 38: Interaktionseffekt von Alter und Geschlecht auf das berichtete Ausmass der emotionalen Probleme (Skala 0-10; H1.1e & H1.1f)

H1.1d-f) Häufigkeit und Verteilung von emotionalen Problemen (ME) verglichen mit einer Deutschen Normstichprobe

Die Häufigkeit und Verteilung von emotionalen Problemen im SDQ-Deu in der *Studie I*, zeigt verglichen mit einer Deutschen Normstichprobe (Woerner, Becker, Friedrich et al., 2002) eine etwas andere Verteilung (Tab. 42) als die Ängstlichkeit (vgl. Tab. 40). Es werden 25.3% auffällig auf der Variable emotionale Probleme, davon 10.1% Jungen und 15.2% Mädchen. Die Mütter schätzen sowohl bei den Jungen als auch den Mädchen die 10- und 11-Jährigen als ängstlicher ein als die im Vergleich jüngere und ältere Gruppe (vgl. Tab. 42). Fast die Hälfte der 10- bis 11-jährigen Mädchen (47.4%) ist auffällig, im Vergleich dazu sind

es weniger Jungen innerhalb dieser Altersgruppe (31.8% der 10- bis 11-jährigen Jungen). Unabhängig vom Alter sind es ebenfalls mehr Mädchen als Jungen, welche als auffällig eingeschätzt werden (innerhalb des Geschlechts: 19% aller Jungen und 32.4% aller Mädchen).

Der T-Test für unabhängige Stichproben anhand der Mütterereinschätzung der Variable emotionale Probleme ergab keinen signifikanten Geschlechtsunterschied ($t=-1.558$, $p=.124$, $df=68$). Das heisst, dass das Ausmass der durch die Mütter berichteten emotionalen Probleme unabhängig vom Geschlecht des Kindes ist.

Die Hypothese H1.1d wird nicht bestätigt, da die Häufigkeit der emotionalen Probleme mit 25.3% deutlich über dem angenommenen Range von 10-20% zu liegen kommt. Obwohl der T-Test für unabhängige Stichproben in der Mütterereinschätzung keinen signifikanten Geschlechtsunterschied zeigte, werden die Hypothesen H1.1e und H1.1f als bestätigt angenommen, da eine Interaktion aus Geschlecht und Alter einen Zusammenhang mit der Variable emotionale Probleme aufweist, insofern, dass es für Mädchen der Effekt zwischen Alter und Ausmass der emotionalen Probleme stärker ist.

Tabelle 42: Häufigkeiten und Verteilung der emotionalen Probleme über das Geschlecht und Alter im SDQ-Deu in der *Studie 1* (Mütterereinschätzung, Grundlage: Deutsche Normen, $N=79$; H1.1d-f)

<i>Alter des Kindes * SDQ-Deu emotionale Probleme * Geschlecht Crosstabulation</i>						
Geschlecht		SDQ emotionale Probleme				Total
				unauffällig	auffällig	
männlich	Alter des Kindes	8-9 Jahre	Count	13	1	14
			% within Alter	92.9%	7.1%	100.0%
	10-11 Jahre		Count	15	7	22
			% within Alter	68.2%	31.8%	100.0%
	12-14 Jahre		Count	6	0	6
			% within Alter	100.0%	.0%	100.0%
	Total		Count	34	8	42
			% within Alter	81.0%	19.0%	100.0%
weiblich	Alter des Kindes	8-9 Jahre	Count	13	3	16
			% within Alter	81.3%	18.8%	100.0%
	10-11 Jahre		Count	10	9	19
			% within Alter	52.6%	47.4%	100.0%
	12-14 Jahre		Count	2	0	2
			% within Alter	100.0%	.0%	100.0%
	Total		Count	25	12	37
			% within Alter	67.6%	32.4%	100.0%

H1.1g) Zusammenhang retrospektiv eingeschätzter emotionaler Probleme (H1.1g.1), externalisierender Auffälligkeiten (H1.1g.2) und Gesamtproblemwert mit aktuellen emotionalen Problemen

In Tabelle 43 sind die Korrelationskoeffizienten zwischen den Kriterien Ängstlichkeit des Kindes und den emotionalen Problemen und den Prädiktoren emotionale Probleme mit 5 Jahren, externalisierende Auffälligkeiten mit 5 Jahren und Gesamtproblemwert mit 5 Jahren dargestellt. Die Ängstlichkeit weist keine signifikanten Korrelationen mit den Prädiktoren auf und wird entsprechend nicht weiter verfolgt. Die emotionalen Probleme jedoch korrelieren hoch mit den retrospektiven Einschätzungen von emotionalen Problemen (vgl. Tab. 43). Das bedeutet, je mehr die Mutter im Nachhinein ihr Kind als auffällig im emotionalen Bereich mit

5 Jahren sieht, desto höher fällt die Einschätzung im Bereich der emotionalen Probleme im Alter zwischen 8 und 14 Jahren aus. Der gleiche Zusammenhang gilt für die Prädiktoren externalisierende Auffälligkeiten und Gesamtproblemwert mit 5 Jahren, wobei der Gesamtproblemwert die emotionalen Probleme und die externalisierenden Auffälligkeiten beinhaltet. Entsprechend werden nur die separaten Skalen in die Regressionsanalyse einbezogen.

Tabelle 43: Korrelationen nach Pearson zwischen den Kriterien und Prädiktoren des retrospektiven Teils aus der *Studie 1*, Hypothese H1.1g (N=79)

	<i>SDQ-Deu Emotionale Probleme[°]</i>	<i>KAT-II Ängstlichkeit Kind[°]</i>	<i>SDQ-Deu retrospektiv</i>		
			<i>Emotionale Probleme</i>	<i>Externalisierende Auffälligkeiten</i>	<i>Gesamtproblemwert</i>
SDQ-Deu Emotionale Probleme [°]	1	.331**	.414**	.349**	.400**
KAT-II Ängstlichkeit Kind [°]		1	.043	.078	.071
SDQ-Deu Emotionale Probleme retrospektiv			1	.695**	.846**
Externalisierende Auffälligkeiten retrospektiv				1	.962**
SDQ-Deu Gesamtproblemwert retrospektiv					1

Anmerkungen: [°]=Kriterien, **= $p < .01$

Tabelle 44: Ergebnisse der hierarchischen Regressionsanalyse zum Zusammenhang der retrospektiven Einschätzung von emotionalen Problemen mit den emotionalen Problemen beim Kind (SDQ-Deu, H1.1g)

	<i>Variable</i>	<i>B</i>	<i>SE B</i>	<i>β</i>	<i>ΔR²</i>
Schritt 1	(Konstante)	2.475	.408		.086
	<i>Geschlecht[°]</i>	.853	.597	.160	
	<i>Alter[§]</i>	-.437	.323	-.186	
	<i>Interaktion Geschlecht[°] * Alter[§]</i>	1.242	.543	.317*	
Schritt 2	(Konstante)	1.324	.474		.159***
	<i>Geschlecht[°]</i>	.855	.547	.161	
	<i>Alter[§]</i>	-.343	.297	-.148	
	<i>Interaktion Geschlecht[°] * Alter[§]</i>	1.117	.498	.285*	
	<i>Emotionale Probleme (5 Jahre)</i>	.592	.150	.400***	
Schritt 3	(Konstante)	1.038	.537		.013
	<i>Geschlecht[°]</i>	.947	.552	.178	
	<i>Alter[§]</i>	-.346	.296	-.149	
	<i>Interaktion Geschlecht[°] * Alter[§]</i>	1.1230	.497	.289*	
	<i>Emotionale Probleme (5 Jahre)</i>	.428	.209	.289*	
	<i>Externalisierende Probleme (5 Jahre)</i>	.127	.113	.159	

Anmerkungen: [°]=Dummy-Variable (0=Jungen, 1=Mädchen); [§]=zentriert am Mittelwert (10); *= $p < .05$; ***= $p < .001$

Die Tabelle 44 zeigt die hierarchische Regressionsanalyse zur Frage des Zusammenhangs der retrospektiven Einschätzung der emotionalen Probleme und externalisierenden Auffälligkeiten mit 5 Jahren mit der aktuellen Einschätzung der emotionalen Probleme. Geschlecht, Alter

und Interaktion Geschlecht*Alter werden als Kontrollvariablen in einem ersten Schritt (Schritt 1) eingegeben (vgl. Hypothese H1.1f). Es zeigt sich, dass die Kontrollvariable Interaktion von Alter und Geschlecht signifikant ist (vgl. Abb. 38), jedoch können die Kontrollvariablen insgesamt im Schritt 1 keine Varianz signifikant aufklären (vgl. Tab. 44). Der Schritt 2 wird signifikant und die emotionalen Probleme in der retrospektiven Einschätzung klären 15.6% Varianz auf. Die Variable externalisierende Auffälligkeiten mit 5 Jahren kann keine zusätzliche Varianz aufklären (Schritt 3). Das bedeutet, dass es keinen Zusammenhang gibt zwischen retrospektiv eingeschätzten Verhaltensauffälligkeiten (z.B. Streit mit anderen Kindern) und den emotionalen Problemen zum Zeitpunkt der Datenerhebung.

Die Hypothese H1.1g.1 kann als bestätigt angesehen werden, insofern, dass bereits mit 5 Jahren retrospektiv festgestellte emotionale Probleme positiv mit emotionalen Problemen im Alter von 8-14 Jahren (aktuell) zusammenhängen. Die Hypothese H1.1g.2, welche besagt, dass dieser Zusammenhang auch für externalisierende Auffälligkeiten mit 5 Jahren als Prädiktor gilt, kann nicht bestätigt werden.

Abschliessend können die Ergebnisse zur *Fragestellung 1.1* so zusammengefasst werden, dass in Bezug auf emotionale Probleme Mädchen höhere Werte haben als Jungen (H1.1f), wenn die Einschätzung durch die Mutter erfolgt (Interaktionseffekt von Alter und Geschlecht). Älteren Mädchen (ab 10 Jahren) werden höhere Werte zugesprochen als den Jungen. Das Alter hat jedoch unabhängig vom Geschlecht keinen Einfluss auf die Höhe der emotionalen Probleme (H1.1e). In Bezug auf die Ängstlichkeit (Selbsteinschätzung) sind keine signifikanten Geschlechts- oder Altersunterschiede vorhanden (H1.1b/H1.1c).

Es waren 25.3% der Kinder in der Stichprobe der *Studie 1* auffällig auf der Variable emotionale Probleme, davon waren 10.1% Jungen und 15.2% Mädchen, und die auffälligste Altersgruppe waren die 10- bis 11-Jährigen (unabhängig vom Geschlecht, H1.1d). Aus der gleichen Stichprobe, jedoch in der Selbsteinschätzung, wurden 13.9% der Kinder auffällig auf der Variable Ängstlichkeit Kind (H1.1a).

Die retrospektiv erfassten emotionalen Probleme im Alter von 5 Jahren hängen mit den emotionalen Problemen im Alter zwischen 8 und 14 Jahren zusammen. Je höhere Werte Kindern auf den emotionalen Problemen zugesprochen werden, wenn sie 5 Jahre alt sind, um so höher sind die emotionalen Probleme im Alter von 8 bis 14 Jahren (H1.1g.1). Externalisierende Auffälligkeiten (retrospektiv eingeschätzt) können keine zusätzliche Varianz aufklären. Dieser Art Zusammenhang konnte für die Ängstlichkeit beim Kind nicht gefunden werden.

Fragestellung 1.2:a) Wie hängen soziodemographische Variablen und b) familiäre und c) soziale Ressourcen mit Ängstlichkeit zusammen?

d) Wie hängen soziodemographische Variablen und e) familiäre und f) soziale Ressourcen mit Emotionalen Problemen zusammen?

Aus der *Studie 1* sind, wie aus der Tabelle 45 ersichtlich, nur zwei soziodemographische respektive YSR-Variablen (familiäre und soziale Ressourcen, Kindeinschätzung) mit der Ängstlichkeit signifikant assoziiert: die Staatsangehörigkeit und die Häufigkeit der Ausflüge mit dem Vater.

Inhaltlich bedeutet dies, dass ein Kind ohne Schweizer Staatsbürgerschaft signifikant ängstlicher ist als ein Kind mit Schweizer Pass, und wenn ein Kind selten Ausflüge mit seinem Vater unternimmt, geht dies ebenfalls mit erhöhter Ängstlichkeit einher. Es gibt keine Korrelationen zwischen den Prädiktoren und dem zweiten Kriterium, den emotionalen Problemen. Das Item respektive die Variable „Tätigkeit Vaters“ kann nicht einbezogen werden, weil 70 von 71 Vätern einer regulären Tätigkeit nachgehen und eine Antwort fehlt.

Tabelle 45: Korrelationen nach Pearson zwischen den Kriterien und Prädiktoren (Dummy-Variablen) der Fragestellung 1.2 aus der Studie 1 ($N=79$)

<i>Soziodemographische und Variablen aus dem YSR</i>	<i>Ängstlichkeit Kind (KAT-II)</i>	<i>Emotionale Probleme (SDQ-D, ME)</i>
Anzahl Freunde KE	-.195	-.136
Familienstand ME	.024	.142
Staatsangehörigkeit ME	.322**	-.018
Tätigkeit Mutter ME	.219	-.127
Ausbildung Mutter ME	-.094	-.095
Ausbildung Vater ME	-.001	-.062
Stadt-Land ME	-.076	-.177
Ausflüge mit Mutter KE	.127	.175
Ausflüge mit Vater KE	.241*	.040
Frequenz mit Vater zusammen KE	-.133	-.087

Anmerkungen: KE=Kindeinschätzung (YSR), ME=Muttereinschätzung (Soziodemographische Daten), $*=p<.05$; $**=p<.01$

Nicht aus Tabelle 45 ersichtlich sind vier Interkorrelationen zwischen den einzelnen Prädiktoren (soziodemographische und YSR-Variablen). Es wurde ein signifikanter negativer Zusammenhang zwischen der akademischen Ausbildung des Vaters und der Tätigkeit als Hausfrau bei der Mutter gefunden ($r=-.304$, $p=.007$). Weiter konnte eine negative Assoziation zwischen der akademischen Ausbildung der Mutter und dem Leben auf dem Lande ($r=-.254$, $p=.026$) gefunden werden. Die akademische Ausbildung vom Vater und der Mutter hängen ebenfalls signifikant zusammen ($r=.333$, $p=.003$). Die Häufigkeit von Ausflügen mit Mutter und Vater sind ebenfalls signifikant (positiv) assoziiert mit $r=.438$ ($p=.000$), wie auch die Frequenz des Zusammenseins mit dem Vaters (seltener), mit dem Familienstand (geschieden, getrennt, verwitwet, Single) positiv korreliert ist ($r=.350$, $p=.002$).

H1.2a.2) Zusammenhang der Staatsbürgerschaft und Ängstlichkeit

Um zu erkennen, ob die Staatsbürgerschaft einen Einfluss auf das Ausmass der Ängstlichkeit hat, wird eine Regression mit Kontrollvariablen Ausbildung der Eltern gerechnet (Tab. 45).

Die Schritte 1 und 2 der hierarchischen Regression (vgl. Tab. 46) zeigen, dass die Kontrollvariablen Ausbildung der Eltern keine Varianz signifikant aufklären können. Wie im Schritt 3 der Tabelle 46 zu sehen, ist der Zusammenhang zwischen der Staatsbürgerschaft und der Ängstlichkeit des Kindes signifikant und die Varianzaufklärung beträgt 11.9%. Kinder mit einer Staatsbürgerschaft ausserhalb der Schweiz weisen höhere Werte auf der Variable Ängstlichkeit Kind des KAT-II auf ($B=4.849$).

Tabelle 46: Ergebnisse der hierarchischen Regressionsanalyse zum Zusammenhang der Staatsbürgerschaft mit der Ängstlichkeit beim Kind (KAT-II, H1.2a.2)

	<i>Variable</i>	<i>B</i>	<i>SE B</i>	<i>β</i>	<i>ΔR²</i>
Schritt 1	(Konstante)	5.289	.656		.000
	<i>Ausbildung Vater</i> §	-.123	.987	-.015	
Schritt 2	(Konstante)	5.380	.729		.001
	<i>Ausbildung Vater</i> §	-.005	1.073	-.001	
	<i>Ausbildung Mutter</i> §	-.312	1.069	-.039	
Schritt 3	(Konstante)	4.821	.716		.119**
	<i>Ausbildung Vater</i> §	.120	1.016	.015	
	<i>Ausbildung Mutter</i> §	-.147	1.013	-.018	
	<i>Staatsbürgerschaft</i> °	4.855	1.652	.346**	

Anmerkungen: §=Dummy-Variable (0=Lehre und keine Ausbildung, 1=akademisch), °=Dummy-Variable (0=Schweiz, 1=andere Länder); **= $p < .01$

Die Hypothese H1.2a.2 kann bestätigt werden; es besteht ein Zusammenhang zwischen der Staatsbürgerschaft und der Ängstlichkeit beim Kind. Die positive Richtung des Zusammenhangs zeigt, dass Kinder mit ausländischer Staatsangehörigkeit höhere Ängstlichkeitswerte aufweisen als Kinder mit Schweizer Staatsbürgerschaft.

H1.2b) Zusammenhang des familiären Zusammenhalts und Ängstlichkeit

Um den Einfluss des Familienzusammenhaltes in der Kindeinschätzung auf die Ängstlichkeit zu testen, wurde die Variable Ausflüge Vater (als ein Aspekt des Familienzusammenhaltes) als Schritt 3 in die hierarchische Regressionsanalyse einbezogen (signifikante Korrelation, vgl. Tab. 47). Die Variablen Ausflüge Mutter, welche mit der Variable Ausflüge Vater interkorreliert, und die Variable Frequenz mit Vater zusammen, welche einen Aspekt des Zusammenlebens mit dem Vater erfasst, werden in den ersten beiden Schritten als Kontrollvariablen eingegeben. Die Kontrollvariablen und der Prädiktor Ausflüge Vater können keine Varianz aufklären.

Tabelle 47: Ergebnisse der hierarchischen Regressionsanalyse zum Zusammenhang des Familienzusammenhaltes (Häufigkeit von gemeinsamen Ausflügen) mit der Ängstlichkeit beim Kind (KAT-II, H1.2b)

	<i>Variable</i>	<i>B</i>	<i>SE B</i>	<i>β</i>	<i>ΔR²</i>
Schritt 1	(Konstante)	4.837	.566		.026
	<i>Ausflüge Mutter</i> °	1.391	1.017	.162	
Schritt 2	(Konstante)	4.941	.594		.005
	<i>Ausflüge Mutter</i> °	1.402	1.021	.164	
	<i>Frequenz mit Vater zusammen</i> §	-.853	1.420	-.072	
Schritt 3	(Konstante)	4.444	.652		.042
	<i>Ausflüge Mutter</i> °	.511	1.130	.060	
	<i>Frequenz mit Vater zusammen</i> §	-.1079	1.405	-.091	
	<i>Ausflüge Vater</i> °	1.837	1.058	.230	

Anmerkungen: °=Dummy-Variable (0=regelmässig bis oft, 1=selten); §=Dummy-Variable (0=täglich/fast täglich, 1=selten bis häufig)

Die Hypothese H1.2b, welche den negativen Zusammenhang zwischen der Anzahl der Ausflüge mit dem Vater und der Höhe der Ängstlichkeit annimmt, konnte nicht bestätigt werden. Ohne die Kontrollvariablen Ausflüge Mutter und Frequenz mit Vater zusammen wurde eine signifikante Korrelation (Tab. 45) zwischen der Ängstlichkeit und der Anzahl Ausflüge mit dem Vater gefunden. Das Einfügen der Kontrollvariablen in das Regressionsmodell führte dazu, dass der Zusammenhang nicht mehr signifikant wurde respektive die Variable Anzahl Ausflüge mit dem Vater nicht signifikant Varianz aufklären kann.

Andere soziodemographische Faktoren (Stadt-Land, Ausbildung Mutter und Vater, Familienstand) und Variablen aus dem YSR (Anzahl Freunde und Bezugspersonen) haben keine signifikanten Korrelationen mit den Kriterien aufgewiesen (vgl. Tab. 45), wobei das Kriterium emotionale Probleme mit keinem Prädiktor korrelierte. Es konnten zu diesen Variablen ebenfalls keine signifikanten Resultate mehr anhand von hierarchischen Regressionsanalysen gefunden werden. Entsprechend werden alle anderen Hypothesen des *Fragestellungsblocks 1.2* nicht mehr dargestellt.

Folgende Ausführungen beziehen sich auf die nicht signifikanten Ergebnisse der Korrelationsanalysen und jene für die Regressionsanalysen mit den Kontrollvariablen Geschlecht, Alter und deren Interaktionsterm im Zusammenhang mit dem Kriterium emotionale Probleme und wechselnde Kontrollvariablen für das Kriterium Ängstlichkeit Kind. Es besteht kein signifikanter Zusammenhang zwischen den Kriterien Ängstlichkeit und emotionale Probleme mit der Stadt-Land-Variable (H1.2a.1/H1.2d.1), auch nicht, wenn die Kontrollvariablen Geschlecht, Alter und deren Interaktionsterm respektive Ausbildung der Eltern für das Kriterium Ängstlichkeit Kind eingegeben werden. Weiter besteht kein signifikanter Zusammenhang zwischen dem Kriterium emotionale Probleme und der Staatsbürgerschaft (H1.2d.2). Es wurde weder für die Ängstlichkeit noch die emotionalen Probleme ein signifikanter Zusammenhang mit der Schulbildung (H1.2a.3/H1.2d.3) oder mit der Tätigkeit (H1.2a.4/H1.2d.4) gefunden (Kontrollvariablen für die Regression mit Ängstlichkeit: Ausbildung Eltern). Ebenfalls nicht signifikant wurden die Zusammenhänge zwischen beiden Kriterien und des Familienstandes der Mutter (H1.2a.5/H1.2d.5; Kontrollvariablen für Ängstlichkeit: Ausbildung, Tätigkeit). Obwohl die positive Korrelation zwischen der Variable, welche die Anzahl der Ausflüge mit dem Vater beinhaltet, und der Ängstlichkeit beim Kind signifikant ausgefallen ist, konnte diese Assoziation in der hierarchischen Regressionsanalyse mit den Kontrollvariablen zur Ausbildung der Eltern nicht bestätigt werden (H1.2b/H1.2e). Weiter konnte kein Zusammenhang zwischen der Anzahl Freunde des Kindes und den Kriterien gefunden werden (H1.2c/H1.2f; Kontrollvariable Ausbildung der Eltern beim Kriterium Ängstlichkeit).

Die Ergebnisse zur *Fragestellung 1.2* lassen sich wie folgt zusammenfassen: Die Staatsangehörigkeit hat einen Einfluss auf die Höhe der Ängstlichkeit vom Kind (H1.2a.2) dergestalt, dass ein Kind mit einer Nicht-Schweizer Staatsbürgerschaft höhere Werte auf der Ängstlichkeitsskala hat. In der hierarchischen Regressionsanalyse mit den Kontrollvariablen Ausbildung der Eltern konnte die Staatsbürgerschaft 11.9% Varianz aufklären. Obwohl zwischen der Häufigkeit von Ausflügen mit dem Vater und der Ängstlichkeit eine signifikante Assoziation gefunden wurde, kann diese Variable in der hierarchischen Regressionsanalyse (mit den Kontrollvariablen: Anzahl Ausflüge mit Mutter und der Häufigkeit des Zusammenseins mit Vater) keine Varianz aufklären (H1.2b). Andere soziodemographischen Variablen und soziale und familiäre Ressourcen weisen keine Zusammenhänge mit den Kriterien Ängstlichkeit und emotionale Probleme auf.

Fragestellung 1.3: Wie hängt Erziehung mit Ängstlichkeit zusammen? (H1.3a-e/H1.3k)

Wie hängt Erziehung mit Emotionalen Problemen zusammen? (H1.3f-j/H1.3l)

Einschätzung des Erziehungsstils durch die Kinder (H1.3a-j)

In Tabelle 48 sind die Korrelationen zwischen den Kriterien und Prädiktoren für den ersten Teil der *Fragestellung 1.3* (Kindeinschätzung: H1.3a-j) aufgelistet. Man kann erkennen, dass lediglich signifikante Korrelationen mit der Variable Ängstlichkeit Kind und den ESI-M-Variablen (Kindeinschätzung) vorhanden sind. Ebenfalls auffällig ist, dass diese signifikanten Korrelationen sich auf die negativen Skalen des ESI-M beziehen und entsprechend auch nur die (übergeordnete) Variable ungünstige Erziehung mit der Ängstlichkeit signifikant korreliert.

Es wurden ebenfalls signifikante Interkorrelationen zwischen den Prädiktoren gefunden. Zum einen für die Unterstützung mit der Variable Lob ($r=.637$, $p=.000$). Zum anderen korreliert die Variable Einschränkung mit der Variable Tadel ($r=.566$, $p=.000$) und stark mit der Variable Inkonsistenz ($r=.633$, $p=.000$). Ebenfalls interkorrelieren die Skalen Tadel und Inkonsistenz stark mit $r=.711$ ($p=.000$). Die Variable Inkonsistenz korreliert mit der Variable günstige Erziehung ($r=-.253$, $p=.025$).

Tabelle 48: Korrelationen nach Pearson zwischen den Kriterien und Prädiktoren (Kindeinschätzung) des ersten Teils der *Fragestellung 1.3* (H1.3a-j) aus der *Studie 1* ($N=79$)

ESI-M	Ängstlichkeit Kind (KAT-II)	Emotionale Probleme (SDQ-D, ME)
Unterstützung	-.059	-.045
Lob	-.130	-.065
Einschränkung	.247*	.082
Tadel	.364**	.028
Inkonsistenz	.315**	.183
Günstige Erziehung	-.105	-.061
Ungünstige Erziehung	.365**	.100

Anmerkungen: ESI-M=Kindereinschätzung des Erziehungsstils von Müttern; ME= Muttereinschätzung, *= $p<.05$, **= $p<.01$

Die Variablen Resignation, problemorientierte Bewältigungsstrategien und Ängstlichkeit Mutter, welche als Moderatoren in die hierarchische Regressionsanalyse eingegeben werden, korrelieren nicht mit den Kriterien jedoch untereinander und mit Prädiktoren: der Moderator problemorientierte Bewältigungsstrategie korreliert positiv mit der Variable Unterstützung ($r=.271$, $p=.015$) und der günstigen Erziehung ($r=.265$, $p=.018$), die Ängstlichkeit Mutter korreliert positiv mit der Variable Tadel ($r=.253$, $p=.024$) und die problemorientierte Bewältigungsstrategie korreliert hochsignifikant negativ mit der Variable Resignation ($r=-.543$, $p=.000$).

H1.3a) Zusammenhang einer ungünstigen Erziehung (KE) mit Ängstlichkeit (KE), moderiert durch zwei günstige Erziehungsstildimensionen (Lob, H1.3c.1 und Unterstützung, H1.3c.2)

Die hierarchische Regressionsanalyse zum Zusammenhang zwischen einer ungünstigen Erziehung (Prädiktor) und der Ängstlichkeit beim Kind (H1.3a) wird in Tabelle 49 dargestellt. Die günstigen Erziehungsstildimensionen Lob und Unterstützung werden in den Schritten 2

und 3 eingegeben (H1.3c.1/H1.3c.2). Obwohl alle Schritte in der hierarchischen Regression signifikant sind, kann nur der Prädiktor ungünstige Erziehung in einem ersten Schritt signifikant Varianz aufklären (13.3%), die Variablen Lob und Unterstützung können in den Schritten 2 und 3 keine zusätzliche Varianz aufklären (vgl. Tab. 49).

In separaten hierarchischen Regressionsanalysen (aus Platzgründen nicht dargestellt) wurden die Moderationseffekte (puffernder Effekt des Zusammenhangs durch die Variablen Lob und Unterstützung) getestet, wobei diese beiden nicht signifikant wurden (ungünstige Erziehung*Unterstützung: $\Delta R^2=.001$, $\beta=-.027$, $p>.05$; ungünstige Erziehung*Lob: $\Delta R^2=.001$, $\beta=.049$, $p>.05$). Das heisst, die günstigen Erziehungsstile Lob und Unterstützung können den Effekt der ungünstigen Erziehung auf die Ängstlichkeit des Kindes nicht puffern.

Tabelle 49: Ergebnisse der hierarchischen Regressionsanalyse zum Zusammenhang des ungünstigen Erziehungsstils (Kindeinschätzung) mit der Ängstlichkeit beim Kind (KAT-II) moderiert durch Lob und Unterstützung (alle Variablen zentriert am Mittelwert, H1.3a, H1.3c.1-2; Regressionen zu den Moderationseffekten nicht tabellarisch dargestellt)

	<i>Variable</i>	<i>B</i>	<i>SE B</i>	β	ΔR^2
Schritt 1	(Konstante)	5.215	.420		.133**
	<i>Ungünstige Erziehung</i>	.110	.032	.365**	
Schritt 2	(Konstante)	5.215	.420		.013
	<i>Ungünstige Erziehung</i>	.108	.032	.360	
	<i>Lob</i>	-.068	.063	-.115	
Schritt 3	(Konstante)	5.215	.418		.019
	<i>Ungünstige Erziehung</i>	.121	.033	.401**	
	<i>Lob</i>	-.138	.082	-.233	
	<i>Unterstützung</i>	.115	.087	.189	

Anmerkungen: **= $p<.01$;

Die Hypothese H1.3a, welche eine signifikante positive Assoziation zwischen einem ungünstigen Erziehungsstil und der Ängstlichkeit annimmt, kann bestätigt werden. Je ungünstiger die Erziehung, um so höher ist die Ängstlichkeit beim Kind. Die Hypothesen H1.3c.1 und H1.3c.2, welche die Moderation (Puffereffekt) dieses Zusammenhangs durch zwei positive Erziehungsstildimensionen (Lob und Unterstützung) angenommen haben, können nicht bestätigt werden.

H1.3c.1/H1.3c.2) Zusammenhang des Erziehungsstils Inkonsistenz (KE) mit Ängstlichkeit (KE), moderiert durch günstige Erziehung

Die hierarchische Regressionsanalyse in Tabelle 50 zeigt im ersten Schritt den Prädiktor Inkonsistenz in Bezug auf die Ängstlichkeit Kind und in den Schritten 2 und 3 die Moderatoren Lob und Unterstützung. Im ersten Schritt kann die Variable Inkonsistenz signifikant Varianz aufklären (9.9%). In separaten hierarchischen Regressionsanalysen (nicht tabellarisch dargestellt) wurde die Interaktionsterme auf Signifikanz getestet, wobei die beiden günstigen Erziehungsstile Lob und Unterstützung den Effekt der Variable Inkonsistenz auf die Variable Ängstlichkeit nicht puffern können (Inkonsistenz*Unterstützung: $\Delta R^2=.000$, $\beta=-.024$, $p>.05$; Inkonsistenz*Lob: $\Delta R^2=.003$, $\beta=-.073$, $p>.05$).

Tabelle 50: Ergebnisse der hierarchischen Regressionsanalyse zum Zusammenhang der Inkonsistenz (Kindeinschätzung) mit der Ängstlichkeit beim Kind (KAT-II) moderiert durch Lob und Unterstützung (alle Variablen zentriert am Mittelwert, H1.3c.1-2; Regressionen zu den Moderationseffekten nicht tabellarisch dargestellt)

	<i>Variable</i>	<i>B</i>	<i>SE B</i>	β	ΔR^2
Schritt 1	(Konstante)	5.216	.428		.099**
	<i>Inkonsistenz</i>	.278	.096	.315**	
Schritt 2	(Konstante)	5.216	.429		.008
	<i>Inkonsistenz</i>	.268	.097	.303**	
	<i>Lob</i>	-.055	.065	-.092	
Schritt 3	(Konstante)	5.216	.427		.019
	<i>Inkonsistenz</i>	.311	.102	.352**	
	<i>Lob</i>	-.123	.084	-.208	
	<i>Unterstützung</i>	.116	.090	.191	

Anmerkungen: **= $p < .01$

Die Hypothesen H1.3c.1 und H1.3c.2 können nicht bestätigt werden. Die Erziehungsstil-Variable Inkonsistenz zeigt einen signifikanten positiven Haupteffekt auf die Variable Ängstlichkeit des Kindes (9.9% Varianzaufklärung), wird jedoch nicht, wie in den Hypothesen vermutet, durch positives Erziehungsverhalten (Lob und Unterstützung) gepuffert.

H1.3e.1) Zusammenhang des Erziehungsstils Inkonsistenz (KE) mit Ängstlichkeit (KE), moderiert durch die Ängstlichkeit der Mutter

Im ersten Schritt der hierarchischen Regressionsanalyse in Tabelle 51 wird wiederum die Variable Inkonsistenz eingegeben und anschliessend die Variablen Ängstlichkeit Mutter und der Interaktionsterm Inkonsistenz*Ängstlichkeit Mutter. Die Inkonsistenz klärt im ersten Schritt mit 9.9% signifikant Varianz auf. Der Interaktionsterm kann keine zusätzliche Varianz aufklären, das heisst, es gibt keine Verstärkung des Erziehungsstils Inkonsistenz durch die Ängstlichkeit der Mutter.

Tabelle 51: Ergebnisse der hierarchischen Regressionsanalyse zum Zusammenhang des Erziehungsstils Inkonsistenz (Kindeinschätzung) mit der Ängstlichkeit beim Kind (KAT-II) moderiert durch die Ängstlichkeit der Mutter (alle Variablen zentriert am Mittelwert, H1.3e.1)

	<i>Variable</i>	<i>B</i>	<i>SE B</i>	β	ΔR^2
Schritt 1	(Konstante)	5.216	.428		.099**
	<i>Inkonsistenz</i>	.278	.096	.315**	
Schritt 2	(Konstante)	5.231	.427		.017
	<i>Inkonsistenz</i>	.256	.097	.289*	
	<i>Ängstlichkeit Mutter</i>	.075	.063	.132	
Schritt 3	(Konstante)	5.198	.438		.002
	<i>Inkonsistenz</i>	.265	.101	.300*	
	<i>Ängstlichkeit Mutter</i>	.073	.063	.129	
	<i>Inkonsistenz*Ängstlichkeit Mutter</i>	.005	.014	.044	

Anmerkungen: *= $p < .05$; **= $p < .01$

Die Hypothese H1.3e.1 kann nicht bestätigt werden, denn der signifikante positive Zusammenhang zwischen der Inkonsistenz und der Ängstlichkeit beim Kind wird nicht durch die Ängstlichkeit der Mutter verstärkt.

H1.3e.2) Zusammenhang des Erziehungsstils Einschränkung (KE) mit der Ängstlichkeit (KE), moderiert durch die Ängstlichkeit der Mutter

Die Variable Einschränkung wird als erster Schritt in die hierarchische Regression eingegeben und anschliessend die Variable Ängstlichkeit Mutter und deren Interaktionsterm Einschränkung*Ängstlichkeit Mutter, da angenommen wird, dass die Ängstlichkeit der Mutter den Zusammenhang zwischen der Einschränkung und der Ängstlichkeit des Kindes verstärkt. Der erste Schritt klärt signifikant Varianz auf (6.1%, Tab. 52). Der Interaktionsterm kann keine zusätzliche Varianz aufklären.

Tabelle 52: Ergebnisse der hierarchischen Regressionsanalyse zum Zusammenhang des Erziehungsstils Einschränkung (Kindeinschätzung) mit der Ängstlichkeit beim Kind (KAT-II) moderiert durch die Ängstlichkeit der Mutter (alle Variablen zentriert am Mittelwert, H1.3e.2)

	<i>Variable</i>	<i>B</i>	<i>SE B</i>	<i>β</i>	<i>ΔR²</i>
Schritt 1	(Konstante)	5.215	.437		.061*
	<i>Einschränkung</i>	.261	.117	.247*	
Schritt 2	(Konstante)	5.234	.433		.030
	<i>Einschränkung</i>	.250	.116	.237*	
	<i>Ängstlichkeit Mutter</i>	.099	.062	.174	
Schritt 3	(Konstante)	5.263	.443		.001
	<i>Einschränkung</i>	.252	.116	.238*	
	<i>Ängstlichkeit Mutter</i>	.099	.063	.175	
	<i>Einschränkung*Ängstlichkeit Mutter</i>	-.005	.014	-.038	

Anmerkungen: *= $p < .05$

Die Hypothese H1.3e.2 kann somit nicht bestätigt werden, denn der signifikante positive Zusammenhang zwischen dem ungünstigen Erziehungsstil Einschränkung und der Ängstlichkeit des Kindes (Varianzaufklärung von 6.1%) wird nicht durch die Ängstlichkeit der Mutter verstärkt.

H1.3e.3) Zusammenhang des Erziehungsstils Tadel (KE) mit der Ängstlichkeit (KE), moderiert durch die Ängstlichkeit der Mutter

Die hierarchische Regression aus Tabelle 53 enthält als ersten Schritt die ungünstige Erziehungsvariable Tadel und anschliessend an den zweiten Schritt mit der Variable Ängstlichkeit Mutter den Interaktionsterm Tadel*Ängstlichkeit Mutter. Ein tadelnder Erziehungsstil zeigt ebenfalls einen signifikanten Zusammenhang mit der Ängstlichkeit des Kindes (vgl. Tab. 53) und klärt im ersten Schritt signifikant 13.2% Varianz auf. Dieser Zusammenhang wird jedoch nicht verstärkt durch die Variable Ängstlichkeit Mutter, denn der Interaktionsterm kann keine zusätzliche Varianz aufklären. Das bedeutet, dass Tadel als Erziehungsstil signifikant mit mehr Ängstlichkeit des Kindes assoziiert ist und dieser Zusammenhang nicht durch Ängstlichkeit der Mutter verstärkt wird.

Die Hypothese H1.3e.3 kann somit nicht bestätigt werden, weil der signifikante positive Zusammenhang zwischen der Variable Tadel und Ängstlichkeit des Kindes (13.2% Varianzaufklärung) nicht durch die Variable Ängstlichkeit Mutter verstärkt wird.

Tabelle 53: Ergebnisse der hierarchischen Regressionsanalyse zum Zusammenhang des Erziehungsstils Tadel (Kindeinschätzung) mit der Ängstlichkeit beim Kind (KAT-II) moderiert durch die Ängstlichkeit der Mutter (alle Variablen zentriert am Mittelwert, H1.3e.3)

	<i>Variable</i>	<i>B</i>	<i>SE B</i>	<i>β</i>	<i>ΔR²</i>
Schritt 1	(Konstante)	5.214	.420		.132**
	<i>Tadel</i>	.213	.062	.364**	
Schritt 2	(Konstante)	5.226	.421		.010
	<i>Tadel</i>	.198	.064	.338**	
	<i>Ängstlichkeit Mutter</i>	.058	.062	.102	
Schritt 3	(Konstante)	5.224	.431		.000
	<i>Tadel</i>	.198	.065	.338**	
	<i>Ängstlichkeit Mutter</i>	.058	.063	.102	
	<i>Tadel*Ängstlichkeit Mutter</i>	.000	.013	.003	

Anmerkungen: **= $p < .01$

H1.3d.1/H1.3d.2) Zusammenhang zwischen der Erziehungsvariable Einschränkung (KE) und Ängstlichkeit (KE), moderiert durch die negative Bewältigungsvariable Resignation und die positive übergeordnete Variable problemlösende Bewältigung

In der hierarchischen Regression in Tabelle 54 wird als erster Schritt die Erziehungsvariable Einschränkung eingegeben. Die Erziehungsvariable Einschränkung ist der einzige signifikante Prädiktor in Bezug auf die Ängstlichkeit beim Kind. In den weiteren Analysen zu den beiden Moderationseffekten, welche jeweils im dritten Schritt als Interaktionsterm eingegeben wurde, konnte keine zusätzliche Varianz aufgeklärt werden (Einschränkung*Resignation: $\Delta R^2 = .002$, $\beta = -.054$, $p > .05$; Einschränkung* Problemlösestrategien: $\Delta R^2 = .000$, $\beta = -.004$, $p > .05$).

Tabelle 54: Haupteffekte der hierarchischen Regressionsanalyse zum Zusammenhang der Einschränkung (Kindeinschätzung) mit der Ängstlichkeit beim Kind (KAT-II) moderiert durch Resignation, Problemlösestrategien und deren Interaktion (alle Variablen zentriert am Mittelwert, H1.3d.1-2; Regressionen zu den Moderationseffekten nicht tabellarisch dargestellt)

	<i>Variable</i>	<i>B</i>	<i>SE B</i>	<i>β</i>	<i>ΔR²</i>
Schritt 1	(Konstante)	5.215	.437		.061*
	<i>Einschränkung</i>	.261	.117	.247*	
Schritt 2	(Konstante)	5.215	.440		.002
	<i>Einschränkung</i>	2.54	.119	.240*	
	<i>Resignation</i>	.051	.133	.043	
Schritt 3	(Konstante)	5.214	.442		.004
	<i>Einschränkung</i>	.257	.119	.244*	
	<i>Resignation</i>	.097	.158	.082	
	<i>Problemlösestrategien</i>	.126	.213	.072	

Anmerkungen: *= $p < .05$

Die Hypothesen H1.3d.1 und H1.3d.2 können nicht bestätigt werden, weil der signifikante positive Zusammenhang zwischen Einschränkung und Ängstlichkeit Kind nicht durch die Variablen Resignation und problemlösende Bewältigung (Problemlösestrategien) moderiert wird. Das heisst, die Variable problemlösende Bewältigung kann den Zusammenhang zwi-

schen Einschränkung und Ängstlichkeit beim Kind nicht puffern und die Variable Resignation verstärkt diesen Zusammenhang nicht.

Einschätzung des Erziehungsstils durch die Mütter (H1.3k/H1.3l)

Die Korrelationen der Kriterien Ängstlichkeit Kind und emotionale Probleme mit den Skalen des ESI-ME (Muttereinschätzung) sind in Tabelle 55 wiedergegeben.

Tabelle 55: Korrelationen nach Pearson zwischen den Kriterien und Prädiktoren (Muttereinschätzung) der Fragestellung 1.3 (H1.3k/H1.3l) aus der Studie 1 (N=79)

<i>ESI-ME</i>	<i>Ängstlichkeit Kind (KAT-II)</i>	<i>Emotionale Probleme (SDQ-D, ME)</i>
Unterstützung	-.052	-.243*
Lob	.244**	.157
Einschränkung	.218	.319**
Tadel	.093	.229*
Inkonsistenz	.029	.144
Günstige Erziehung	.127	-.044
Ungünstige Erziehung	.135	.285*

Anmerkungen: ESI-ME=Selbsteinschätzung des Erziehungsstils der Müttern; *= $p < .05$, **= $p < .01$

Die Variablen Einschränkung und Inkonsistenz sind nicht hinreichend intern konsistent ($\alpha = .48$ resp. $\alpha = .66$), werden jedoch einbezogen, weil sie einen Teil der übergeordneten Skala *Ungünstige Erziehung* darstellen ($\alpha = .82$, vgl. Tab. 32). Signifikant korrelieren die Variable Emotionale Probleme mit den Variablen Unterstützung, Einschränkung, Tadel und der Variable ungünstige Erziehung. Die Ängstlichkeit des Kindes korreliert signifikant mit der Variable Lob, wobei hier die Richtung des Zusammenhanges überrascht. Je höher die Einschätzung der Mutter auf der Variable Lob ist (je lobender sich Mutter wahrnimmt), desto ängstlicher schätzt das Kind sich ein.

Auch in der Muttereinschätzung wurden Interkorrelationen zwischen den Prädiktoren gefunden. Zwischen der Variable Unterstützung und allen anderen Variablen: Lob ($r = .218$, $p = .012$), Tadel ($r = -.231$, $p = .041$), Inkonsistenz ($r = -.233$, $p = .039$), Einschränkung ($r = -.259$, $p = .021$). Weiter wurden Interkorrelationen zwischen Tadel und Inkonsistenz ($r = .527$, $p = .000$) und zwischen Tadel und Einschränkung ($r = .442$, $p = .000$) gefunden. Die Inkonsistenz und die Einschränkung hängen ebenfalls mit einem Koeffizienten von .369 ($p = .001$) zusammen. Die Ängstlichkeit Mutter korreliert nicht mit den Kriterien.

H1.3l.1) Zusammenhang eines ungünstigen Erziehungsstils (ME) mit den emotionalen Problemen (ME)

Wie in der Tabelle 56 dargestellt, werden die Kontrollvariablen Geschlecht, Alter und der Interaktionsterm Geschlecht*Alter in einem ersten Schritt in die hierarchische Regressionsanalyse eingegeben. Anschliessend werden im Schritt 2 die ungünstige Erziehung ME (Muttereinschätzung) und anschliessend der Interaktionsterm Ängstlichkeit Mutter und ungünstige Erziehung ME eingegeben. Die Kontrollvariablen können insgesamt nicht signifikant Varianz aufklären (Schritt 1), jedoch wird der Interaktionsterm Geschlecht*Alter, wie bereits in Tabelle 41 gezeigt, signifikant. Im zweiten Schritt klärt die ungünstige Erziehung 8.4% Varianz auf, der Interaktionsterm ungünstige Erziehung ME*Ängstlichkeit Mutter kann keine zusätzliche Varianz aufklären. Das bedeutet, dass je ungünstiger die Erziehung durch die Mutter

selbst eingeschätzt, desto mehr emotionale Probleme werden dem Kind durch die Mutter zugesprochen. Dieser Zusammenhang wird jedoch nicht durch die Ängstlichkeit der Mutter verstärkt.

Tabelle 56: Ergebnisse der hierarchischen Regressionsanalyse zum Zusammenhang eines ungünstigen Erziehungsstils (Muttereinschätzung) mit den emotionalen Problemen beim Kind (SDQ-Deu) moderiert durch die Ängstlichkeit der Mutter (Kontrollvariablen: Geschlecht, Alter, Geschlecht*Alter, H1.3l.1)

	<i>Variable</i>	<i>B</i>	<i>SE B</i>	<i>β</i>	<i>ΔR²</i>
Schritt 1	(Konstante)	2.475	.408		.086
	<i>Geschlecht</i>	.853	.597	.160	
	<i>Alter</i>	-.437	.323	-.189	
	<i>Geschlecht*Alter</i> [°]	1.242	.543	.317*	
Schritt 2	(Konstante)	2.176	.406		.084**
	<i>Geschlecht</i>	1.396	.606	.262*	
	<i>Alter</i>	-.270	.316	-.117	
	<i>Geschlecht*Alter</i> [°]	.787	.547	.201	
Schritt 3	<i>Ungünstige Erziehung ME</i>	.095	.035	.322**	.002
	(Konstante)	2.172	.409		
	<i>Geschlecht</i>	1.416	.612	.266*	
	<i>Alter</i>	-.287	.320	-.124	
	<i>Geschlecht*Alter</i> [°]	.804	.551	.205*	
	<i>Ungünstige Erziehung ME</i>	.090	.037	.304*	
Schritt 4	<i>Ängstlichkeit Mutter</i>	.019	.044	.050	.013
	(Konstante)	2.083	.417		
	<i>Geschlecht</i>	1.384	.612	.260*	
	<i>Alter</i>	-.271	.320	-.117	
	<i>Geschlecht*Alter</i> [°]	.795	.551	.203	
	<i>Ungünstige Erziehung ME</i>	.087	.037	.295*	
	<i>Ängstlichkeit Mutter</i>	.015	.044	.039	
	<i>Ungünstige Erziehung ME*Ängstlichkeit Mutter</i>	.004	.004	.114	

Anmerkungen: °=Geschlecht als Dummy-Variable (0=Jungen, 1=Mädchen) und Alter zentriert am Mittelwert (10); *= $p < .05$; **= $p < .01$

Die Hypothese H1.3l.1 kann nicht bestätigt werden, weil der signifikante positive Zusammenhang zwischen einer ungünstigen Erziehung *ME* (Muttereinschätzung) und den emotionalen Problemen beim Kind (Muttereinschätzung, Varianzaufklärung mit 8.4%) nicht durch die Ängstlichkeit Mutter verstärkt wird.

H1.3l.3) Zusammenhang des Tadels (*ME*) mit den emotionalen Problemen (*ME*)

Die Tabelle 57 zeigt die hierarchische Regressionsanalyse zum Zusammenhang von Tadel *ME* in der Muttereinschätzung mit den emotionalen Problemen beim Kind (*ME*) moderiert durch die Ängstlichkeit der Mutter. Im ersten Schritt werden die Kontrollvariablen analog zu Hypothese H1.3l.3 eingegeben. Anschliessend werden im Schritt 2 die ungünstige Erziehungsvariable Tadel *ME* und im nächsten Schritt der Interaktionsterm Tadel *ME*Ängstlichkeit Mutter* angefügt. Die Kontrollvariablen klären wie bereits in Hypothese H1.3l.1 gezeigt, insgesamt nicht signifikant Varianz auf. Im Schritt 2 klärt der Tadel *ME* 5.1% der Varianz signifikant auf. Je tadelnder sich die Mutter selbst einschätzt, um so höher

schätzt sie die emotionalen Probleme beim Kind ein. Dieser Zusammenhang wird nicht durch die Ängstlichkeit der Mutter verstärkt.

Tabelle 57: Ergebnisse der hierarchischen Regressionsanalyse zum Zusammenhang von Tadel (Muttereinschätzung) mit den emotionalen Problemen beim Kind (SDQ-Deu) moderiert durch die Ängstlichkeit der Mutter (Kontrollvariablen: Geschlecht, Alter, Geschlecht*Alter, H1.3l.3)

	<i>Variable</i>	<i>B</i>	<i>SE B</i>	<i>β</i>	<i>ΔR²</i>
Schritt 1	(Konstante)	2.475	.408		.086
	<i>Geschlecht</i>	.853	.597	.160	
	<i>Alter</i>	-.437	.323	-.189	
	<i>Geschlecht*Alter</i> ^o	1.242	.543	.317*	
Schritt 2	(Konstante)	2.218	.418		.051*
	<i>Geschlecht</i>	1.314	.625	.247*	
	<i>Alter</i>	-.279	.325	-.121	
	<i>Geschlecht*Alter</i> ^o	.827	.567	.211	
Schritt 3	<i>Tadel ME</i>	.130	.062	.257*	.008
	(Konstante)	2.202	.419		
	<i>Geschlecht</i>	1.369	.629	.257*	
	<i>Alter</i>	-.309	.328	-.133	
	<i>Geschlecht*Alter</i> ^o	.849	.569	.217	
Schritt 4	<i>Tadel ME</i>	.118	.064	.232	.004
	<i>Ängstlichkeit Mutter</i>	.037	.044	.097	
	(Konstante)	2.163	.426		
	<i>Geschlecht</i>	1.349	.633	.253*	
	<i>Alter</i>	-.249	.330	-.126	
	<i>Geschlecht*Alter</i> ^o	.828	.573	.212	
	<i>Tadel ME</i>	.123	.065	.242	
	<i>Ängstlichkeit Mutter</i>	.033	.044	.086	
	<i>Tadel ME* Ängstlichkeit Mutter</i>	.005	.007	.068	

Anmerkungen: ^o=Geschlecht als Dummy-Variable (0=Jungen, 1=Mädchen) und Alter zentriert am Mittelwert (10); *= $p < .05$

Die Hypothese H1.3l.3 kann nicht bestätigt werden, weil der signifikante positive Zusammenhang zwischen dem Erziehungsstil Tadel ME und emotionalen Problemen beim Kind (ME, Varianzaufklärung mit 5.1%) nicht durch die Variable Ängstlichkeit Mutter verstärkt wird.

H1.3l.4) Zusammenhang der Einschränkung (ME) mit den emotionalen Problemen (ME)

In Tabelle 58 ist die hierarchische Regressionsanalyse zum Zusammenhang von Einschränkung (ME) mit den emotionalen Problemen beim Kind (ME) moderiert durch die Ängstlichkeit der Mutter dargestellt. In einem ersten Schritt werden wiederum die Kontrollvariablen gemeinsam eingegeben (vgl. H1.3l.1), anschliessend die Variable Einschränkung ME und der Interaktionsterm Einschränkung ME*Ängstlichkeit Mutter. Der Erziehungsstil Einschränkung ME klärt signifikant Varianz auf (11.6%). Der Interaktionsterm kann keine zusätzliche Varianz signifikant aufklären. Je einschränkender sich die Mutter selbst einschätzt, um so mehr emotionale Probleme spricht sie dem Kind zu. Dieser Zusammenhang wird wiederum nicht durch die Ängstlichkeit der Mutter verstärkt.

Tabelle 58: Ergebnisse der hierarchischen Regressionsanalyse zum Zusammenhang Einschränkung (Muttereinschätzung) mit den emotionalen Problemen beim Kind (SDQ-Deu) moderiert durch die Ängstlichkeit der Mutter (Kontrollvariablen: Geschlecht, Alter, Geschlecht*Alter, H1.3l.4)

	<i>Variable</i>	<i>B</i>	<i>SE B</i>	<i>β</i>	<i>ΔR²</i>
Schritt 1	(Konstante)	2.475	.408		.086
	<i>Geschlecht</i>	.853	.597	.160	
	<i>Alter</i>	-.437	.323	-.189	
	<i>Geschlecht*Alter</i> [°]	1.242	.543	.317*	
Schritt 2	(Konstante)	2.266	.389		.116**
	<i>Geschlecht</i>	1.269	.576	.238*	
	<i>Alter</i>	-.356	.305	-.154	
	<i>Geschlecht*Alter</i> [°]	1.102	.512	.281*	
	<i>Einschränkung ME</i>	.315	.096	.351*	
Schritt 3	(Konstante)	2.236	.391		.008
	<i>Geschlecht</i>	1.348	.584	.253*	
	<i>Alter</i>	-.373	.308	-.161	
	<i>Geschlecht*Alter</i> [°]	1.091	.513	.279*	
	<i>Einschränkung ME</i>	.302	.097	.337*	
	<i>Ängstlichkeit Mutter</i>	.036	.041	.093	
Schritt 4	(Konstante)	2.157	.396		.015
	<i>Geschlecht</i>	1.395	.584	.262*	
	<i>Alter</i>	-.387	.305	-.167	
	<i>Geschlecht*Alter</i> [°]	1.093	.512	.279*	
	<i>Einschränkung ME</i>	1.093	.098	.319*	
	<i>Ängstlichkeit Mutter</i>	.286	.042	.073	
	<i>Einschränkung ME*Ängstlichkeit Mutter</i>	.014	.012	.127	

Anmerkungen: °=Geschlecht als Dummy-Variable (0=Jungen, 1=Mädchen) und Alter zentriert am Mittelwert (10); *= $p < .05$; **= $p < .01$

Die Hypothese H1.3l.4 kann nicht bestätigt werden, weil der signifikante Zusammenhang zwischen dem Erziehungsstil Einschränkung ME und den emotionalen Problemen beim Kind (ME, Varianzaufklärung von 11.6%) nicht durch die Variable Ängstlichkeit Mutter verstärkt wird.

H1.3k.5) Zusammenhang der Skala Lob (ME) mit der Ängstlichkeit (KE)

Die Hypothese in Bezug auf einen günstigen Erziehungsstil Lob (ME) wurde nachträglich aufgestellt, weil die Korrelation zwischen dieser Variable und der Ängstlichkeit Kind (KE) signifikant ist (vgl. Tab. 48). Jedoch erstaunt die Richtung des Zusammenhangs: je mehr sich die Mutter lobend wahrnimmt und einschätzt, desto grösser ist die Ängstlichkeit in der Wahrnehmung und Einschätzung des Kindes. Analog zu den Moderationshypothesen H1.3l.1-H1.3l.4 wird angenommen, dass dieser Zusammenhang durch die Ängstlichkeit Mutter verstärkt wird (H1.3k.5, ungerichtet).

Es werden keine Kontrollvariablen eingegeben, weil die Hypothese H1.1b gezeigt hat, dass Alter, Geschlecht und der Interaktionsterm aus Alter und Geschlecht keine Varianz signifikant aufklären können. In einem ersten Schritt wird die Variable Lob ME eingegeben, anschliessend die Ängstlichkeit Mutter und dann der Interaktionsterm Lob ME*Ängstlichkeit Mutter. Im ersten Schritt wird die Varianzaufklärung für Lob ME mit 5.9% signifikant. Der Interaktionsterm kann keine zusätzliche Varianz aufklären. Je lobender sich die Mutter selbst einschätzt, um so höher ist die Ängstlichkeit in der Kindeinschätzung. Dieser Zusammenhang wird nicht durch die Ängstlichkeit der Mutter verstärkt.

Tabelle 59: Ergebnisse der hierarchischen Regressionsanalyse zum Zusammenhang des Erziehungsstils Lob ME (Muttereinschätzung) mit der Ängstlichkeit beim Kind (KAT-II) moderiert durch Ängstlichkeit Mutter (alle Variablen zentriert am Mittelwert, H1.3k.5)

	<i>Variable</i>	<i>B</i>	<i>SE B</i>	<i>β</i>	<i>ΔR²</i>
Schritt 1	(Konstante)	5.216	.438		.059*
	<i>Lob ME</i>	.202	.092	.244*	
Schritt 2	(Konstante)	5.238	.431		.041
	<i>Lob ME</i>	.212	.090	.256*	
	<i>Ängstlichkeit Mutter</i>	.116	.062	.203	
Schritt 3	(Konstante)	5.242	.435		.000
	<i>Lob ME</i>	.210	.093	.253*	
	<i>Ängstlichkeit Mutter</i>	.113	.067	.198	
	<i>Lob ME* Ängstlichkeit Mutter</i>	.002	.016	.015	

Anmerkungen: **= $p < .01$

Hypothese H1.3k.5 kann nicht angenommen werden, weil der signifikante positive Zusammenhang zwischen dem günstigen Erziehungsstil Lob in der Muttereinschätzung mit der Ängstlichkeit des Kindes (KE, 5.9% Varianzaufklärung) nicht durch die Ängstlichkeit Mutter verstärkt wird.

H1.3l.5) Zusammenhang Skala Unterstützung (ME) und emotionale Probleme (ME)

Ebenfalls eine nachgestellte Hypothese beinhaltet den Zusammenhang zwischen der Variable Unterstützung ME und den emotionalen Problemen beim Kind (ME). In der Korrelationsmatrix (Tab. 48) kann man erkennen, dass - wie erwartet - Unterstützung ME signifikant negativ mit dem Kriterium emotionale Probleme assoziiert ist. Dies führte nachträglich zur Hypothese H1.3l.5, welche besagt, dass dieser negative Zusammenhang durch die Ängstlichkeit Mutter moderiert respektive verstärkt wird.

Es werden in der hierarchischen Regressionsanalyse in einem ersten Schritt die Kontrollvariablen Geschlecht, Alter und deren Interaktionsterm eingegeben. Anschliessend der Prädiktor Unterstützung ME und daraufhin der Interaktionsterm von Unterstützung ME und Ängstlichkeit Mutter.

Wie die Tabelle 60 zeigt, können die Kontrollvariablen insgesamt keine Varianz signifikant klären. Die Variable Unterstützung ME klärt 5.8% Varianz auf. Darüber hinaus kann der Interaktionsterm Unterstützung ME*Ängstlichkeit Mutter zusätzlich 8.9% Varianz aufklären.

Die Hypothese H1.3l.5, welche von einer Moderation des Zusammenhangs zwischen Unterstützung ME und Emotionalen Problemen beim Kind ausgeht, kann bestätigt werden. Der signifikante negative Zusammenhang wird durch die Moderatorvariable Ängstlichkeit Mutter moderiert respektive verstärkt (vgl. Abb. 39). Das heisst, dass (laut Aussagen der Mütter) nur bei ängstlichen Müttern ein Zusammenhang zwischen Unterstützung und emotionalen Problemen besteht. Das heisst, nur bei Müttern, die sich selbst als ängstlich einschätzen, führt Unterstützung dazu, dass weniger emotionale Probleme des Kindes berichtet werden (beide Male Einschätzung der Mütter). Schätzt sich die Mutter hingegen nicht als ängstlich ein, macht es für das berichtete Ausmass an emotionalen Problemen keinen Unterschied, ob die Mutter das Kind unterstützt oder nicht (wiederrum Muttereinschätzung).

Tabelle 60: Ergebnisse der hierarchischen Regressionsanalyse zum Zusammenhang der günstigen Erziehungsvariable Unterstützung ME (Muttereinschätzung) mit den emotionalen Problemen beim Kind (SDQ-Deu) moderiert durch die Ängstlichkeit der Mutter (Kontrollvariablen: Geschlecht, Alter, Geschlecht*Alter, alle Variablen zentriert am Mittelwert, H1.3l.5)

	<i>Variable</i>	<i>B</i>	<i>SE B</i>	<i>β</i>	<i>ΔR²</i>
Schritt 1	(Konstante)	2.475	.408		.086
	<i>Geschlecht</i>	.853	.597	.160	
	<i>Alter</i>	-.437	.323	-.189	
	<i>Geschlecht*Alter</i> ^o	1.242	.543	.317*	
Schritt 2	(Konstante)	2.516	.385		.058*
	<i>Geschlecht</i>	.772	.583	.145	
	<i>Alter</i>	-.478	.315	-.207	
	<i>Geschlecht*Alter</i> ^o	1.268	.529	.324*	
	<i>Unterstützung ME</i>	-.144	.064	-.242*	
Schritt 3	(Konstante)	2.482	.403		.004
	<i>Geschlecht</i>	.854	.600	.160	
	<i>Alter</i>	-.485	.317	-.210	
	<i>Geschlecht*Alter</i> ^o	1.253	.532	.320*	
	<i>Unterstützung ME</i>	-.130	.068	-.219	
Schritt 4	<i>Ängstlichkeit Mutter</i>	.027	.045	.072	.089**
	(Konstante)	2.230	.394		
	<i>Geschlecht</i>	.914	.573	.172	
	<i>Alter</i>	-.506	.302	-.219	
	<i>Geschlecht*Alter</i> ^o	1.232	.507	.319*	
	<i>Unterstützung ME</i>	-.137	.065	-.230*	
	<i>Ängstlichkeit Mutter</i>	.013	.043	.035	
	<i>Unterstützung ME *</i> <i>Ängstlichkeit Mutter</i>	-.023	.008	-.301**	

Anmerkungen: ^o=Geschlecht als Dummy-Variable (0=Jungen, 1=Mädchen) und Alter zentriert am Mittelwert (10); *= $p < .05$; **= $p < .01$

Estimated Marginal Means of SDQ Emotionale Probleme

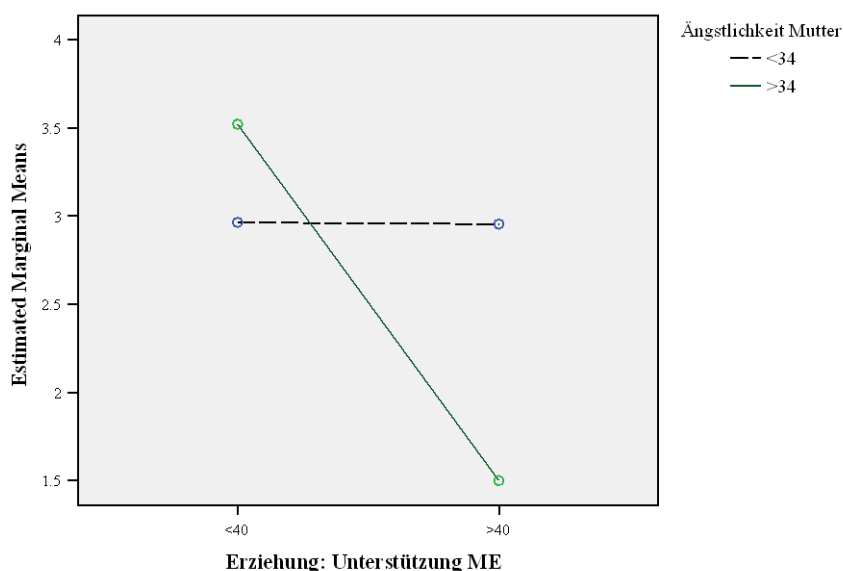


Abbildung 39: Interaktionseffekt vom Erziehungsstil Unterstützung ME und der Ängstlichkeit der Mutter (ME) auf die emotionalen Probleme beim Kind (ME; Skala 0-10; H1.3l.5)

Zusammenfassend kann für die *Fragestellung 1.3* festgehalten werden, dass ein ungünstiger Erziehungsstil in der Muttereinschätzung (bestehend aus Inkonsistenz, Tadel und Einschränkung) mit emotionalen Problemen beim Kind in der Muttereinschätzung positiv zusammenhängt (8.4% Varianzaufklärung durch die ungünstige Erziehung ME, vgl. H1.3l.1). Wenn die einzelnen Skalen betrachtet werden, korrelieren nur die Skalen Tadel ME und Einschränkung ME signifikant mit den emotionalen Problemen des Kindes. Wenn das Erziehungsverhalten von den Kindern eingeschätzt wird, hat ein ungünstiger Erziehungsstil insgesamt einen signifikant positiven Zusammenhang mit der Ängstlichkeit Kind (H1.3a). In diesem Fall werden alle Einzelskalen (Inkonsistenz, Tadel und Einschränkung) ebenfalls signifikant.

Die im Vorfeld aufgestellten Moderatorenhypothesen wurden alle nicht bestätigt. Die Variable Ängstlichkeit Mutter konnte keinen der Zusammenhänge moderieren respektive verstärken, nicht die Zusammenhänge zwischen den ungünstigen Erziehungsstilen in der Kindeinschätzung und der Ängstlichkeit (H1.3e.1-H1.3e.3), und nicht die Zusammenhänge zwischen den ungünstigen Erziehungsstilen und den emotionalen Problemen des Kindes in der Muttereinschätzung (H1.3l.1, H1.3l.3, H1.3l.4).

Die Moderationen des Zusammenhangs ungünstige Erziehung in der Kindeinschätzung mit der Ängstlichkeit beim Kind durch die Variablen des SVF-KJ Resignation und problemlösende Bewältigung konnten auch nicht bestätigt werden (H1.3d.1/H1.3d.2). Das bedeutet, dass weder die Resignation einen verstärkenden noch die problemlösende Bewältigung einen puffernden Effekt auf den Zusammenhang zwischen der ungünstigen Erziehung und der Ängstlichkeit des Kindes - beides in der Kindeinschätzung - hat.

In der Kindeinschätzung der Erziehung wurden nur Korrelationen mit dem Kriterium Ängstlichkeit, welches ebenfalls in der Kindereinschätzung vorliegt, signifikant. Die Hypothesen H1.3f-H1.3j (Kriterium emotionale Probleme) wurden ebenfalls in hierarchischen Regressionen getestet und nicht signifikant. In der Mutterversion der Erziehungsstil-Einschätzung ist der Fall umgekehrt: es werden, mit einer Ausnahme (Lob, vgl. unten), nur Korrelationen mit der Variable emotionale Probleme signifikant, welche ebenfalls von der Mutter eingeschätzt werden. Die Hypothesen H1.3k.1-H1.3k.4 (Kriterium Ängstlichkeit) wurden ebenfalls in hierarchischen Regressionen getestet und keine lieferte signifikante Ergebnisse. Die Korrelationen mit den günstigen Erziehungsskalen wurden in der Kindereinschätzung nicht signifikant (H1.3b/H1.3g) und in der Muttereinschätzung wurde die Korrelation der Skala Unterstützung mit der Ängstlichkeit signifikant und die Variable Lob mit der Variable emotionale Probleme.

Die günstige Erziehungsvariable Unterstützung korreliert signifikant in erwarteter Richtung mit dem Kriterium emotionale Probleme und wird zusätzlich moderiert durch die Ängstlichkeit Mutter. Je höher die Ängstlichkeitswerte der Mutter und je höher die eigene wahrgenommene Unterstützung dem Kind gegenüber, desto geringer sind die emotionalen Probleme, welche die Mutter dem Kind zuschreibt (H1.3l.5). Das bedeutet, dass nur bei ängstlichen Müttern ein Unterschied auf die emotionalen Probleme beim Kind durch die Variable Unterstützung gefunden wird. Nur bei Kindern von ängstlichen Müttern führt mehr Unterstützung zu weniger emotionalen Problemen.

Die günstige Erziehungsvariable Lob korreliert in unerwarteter Richtung signifikant mit dem Kriterium Ängstlichkeit Kind. Die Moderation durch die Ängstlichkeit der Mutter wurde jedoch nicht signifikant. Das heisst, je lobender die Mutter sich selbst wahrnimmt, um so ängstlicher schätzt sich das Kind selbst ein. Dieser Zusammenhang wird nicht durch die Ängstlichkeit der Mutter verstärkt.

Fragestellung 1.4: Wie hängen Bewältigungsstrategien mit Ängstlichkeit zusammen? (H1.4a-c)

Wie hängen Bewältigungsstrategien mit Emotionalen Problemen zusammen? (H1.4d-f)

In Bezug auf die *Fragestellung 1.4* wurde nur eine signifikante Korrelation zwischen einem Kriterium und den Prädiktoren gefunden. Die Variable passive Vermeidung korreliert positiv mit den emotionalen Problemen in der Muttereinschätzung ($r=.311$, $p=.005$). Die Variable passive Vermeidung wird trotz ungenügendem Cronbach's Alpha in die Analysen einbezogen. Die Kontrollvariable Staatsangehörigkeit korreliert mit der Variable Ängstlichkeit mit $r=.322$ ($p=.004$), wie bereits bei *Fragestellung 1.2* festgestellt (vgl. Tab. 45).

Es gibt einige signifikante Interkorrelationen bei den Prädiktoren. Die Variable Ablenkung korreliert mit folgenden Variablen: Bagatellisierung ($r=.358$, $p=.001$), Suche nach Unterstützung ($r=.289$, $p=0.10$), gedankliche Weiterbeschäftigung ($r=-.287$, $p=0.10$). Die Variable passive Vermeidung korreliert mit allen Variablen ausser mit Bagatellisierung und Ablenkung (Situationskontrolle: $r=-.403$, $p=.000$, Resignation: $r=.606$, $p=.000$, Aggression: $r=.413$, $p=.000$, Suche nach Unterstützung: $r=-.230$, $p=.041$, positive Selbstinstruktion: $r=-.473$, $p=.000$, gedankliche Weiterbeschäftigung: $r=.300$, $p=.007$). Die Situationskontrolle korreliert mit Resignation ($r=-.389$, $p=.000$), Suche nach Unterstützung ($r=.427$, $p=.000$), positive Selbstinstruktion ($r=.431$, $p=.000$). Die Variable Bagatellisierung korreliert nur mit der gedanklichen Weiterbeschäftigung ($r=-.325$, $p=.003$). Die Variable Resignation korreliert wie auch die passive Vermeidung mit allen Variablen ausser jenen der emotionsfokussierten Bewältigung (Ablenkung und Bagatellisierung): Aggression: $r=.375$, $p=.001$, Suche nach Unterstützung: $r=-.262$, $p=.020$, positive Selbstinstruktion: $r=-.631$, $p=.000$, gedankliche Weiterbeschäftigung: $r=.273$, $p=.015$. Aggression korreliert ebenfalls mit der gedanklichen Weiterbeschäftigung ($r=.426$, $p=.000$), die Suche nach Unterstützung mit der positiven Selbstinstruktion ($r=.326$, $p=.001$) und die positive Selbstinstruktion mit der gedanklichen Weiterbeschäftigung ($r=-.235$, $p=.037$).

H1.4f) Zusammenhang der Passiven Vermeidung mit emotionalen Problemen moderiert durch Alter und Geschlecht

In der Tabelle 61 ist die hierarchische Regressionsanalyse mit dem Kriterium emotionale Probleme und dem Prädiktor passive Vermeidung dargestellt. In einem ersten Schritt werden die Kontrollvariablen Staatsbürgerschaft, Geschlecht und Alter eingegeben. Im Schritt 2 wird der Prädiktor passive Vermeidung eingefügt. Der Prädiktor passive Vermeidung kann 10.3% Varianz aufklären.

In separaten hierarchischen Regressionsanalysen wurden die Moderationseffekte getestet. Der Interaktionsterm passive Vermeidung*Geschlecht konnte keine zusätzliche Varianz aufklären ($\Delta R^2=.006$, $\beta=.115$, $p>.05$). Der Interaktionsterm passive Vermeidung*Alter konnte jedoch zusätzlich 6.5% Varianz signifikant aufklären ($\Delta R^2=.065$, $\beta=-.266$, $p=.018$). Dieser Zusammenhang wird zur Veranschaulichung in Abbildung 40 dargestellt.

Tabelle 61: Ergebnisse der hierarchischen Regressionsanalyse zum Zusammenhang der passiven Vermeidung (Kindeinschätzung) mit den emotionalen Problemen (SDQ-Deu) kontrolliert durch die Staatsangehörigkeit und moderiert durch Geschlecht und Alter (alle Variablen zentriert am Mittelwert, H1.4f; Regressionen zu den Moderationseffekten nicht tabellarisch dargestellt)

	<i>Variable</i>	<i>B</i>	<i>SE B</i>	<i>β</i>	<i>ΔR²</i>
Schritt 1	(Konstante)	2.404	.428		.021
	<i>Staatsangehörigkeit</i> §	-.280	1.146	-.028	
	<i>Geschlecht</i> °	.751	.618	.141	
	<i>Alter</i> °	-.015	.269	-.006	
Schritt 2	(Konstante)	2.425	.408		.103**
	<i>Staatsangehörigkeit</i> §	-.230	1.091	-.023	
	<i>Geschlecht</i> °	.707	.589	.133	
	<i>Alter</i> °	-.208	.264	-.090	
	<i>Passive Vermeidung</i>	.274	.093	.332**	

Anmerkungen: §=Staatsangehörigkeit als Dummy-Variable (0=Schweizer, 1=andere Staatsbürgerschaft); °=Geschlecht als Dummy-Variable (0=Jungen, 1=Mädchen) und Alter zentriert am Mittelwert (10); **= $p < .01$

Wie in Abbildung 40 dargestellt, moderiert das Alter den Zusammenhang zwischen passiver Vermeidung (Kindeinschätzung) und emotionalen Problemen beim Kind in der Müttereneinschätzung. Bei älteren Kindern besteht ein positiver Zusammenhang zwischen der passiven Vermeidung und den emotionalen Problemen. Das heisst, je mehr vermieden wird, desto höher sind die emotionalen Probleme. Bei jüngeren Kindern nimmt der Zusammenhang eher ab. Das bedeutet, dass höhere passive Vermeidung zu geringeren emotionalen Problemen führt.

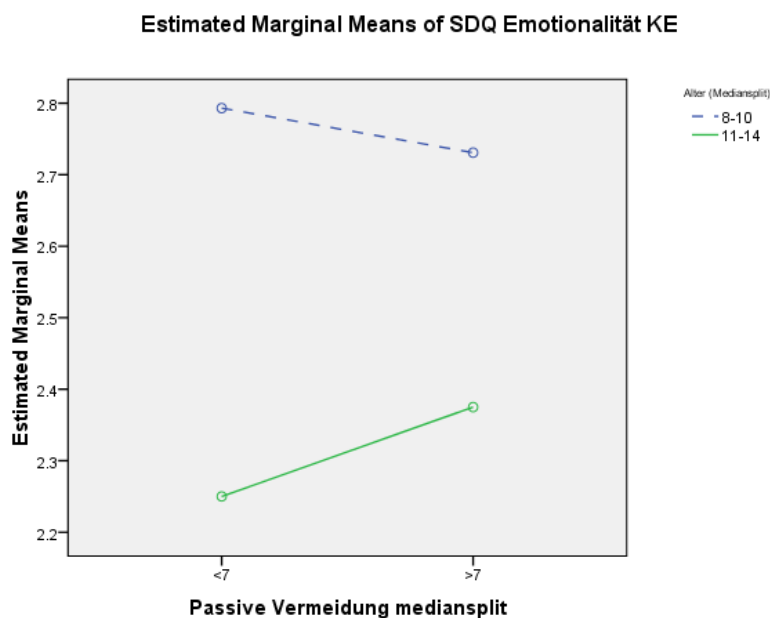


Abbildung 40: Interaktionseffekt von passiver Vermeidung und Alter auf emotionale Probleme beim Kind (Skala 0-10; ME, H1.4f)

Die Hypothese H1.4f kann somit nur teilweise bestätigt werden. Der signifikante positive Zusammenhang zwischen passiver Vermeidung als ungünstige Bewältigung und emotionalen Problemen wird moderiert durch das Alter des Kindes (vgl. Abb. 40). Jüngere Kinder haben

höhere Werte auf der Skala emotionale Probleme, unabhängig von der Höhe der passiven Vermeidung als Strategie. Es wird ausserdem deutlich, dass ältere Kinder, welche sich selbst auf der Variable passive Vermeidung höher einstufen (Mediansplit) höhere Werte auf der Variable emotionale Probleme aufweisen.

Der zweite Teil der Hypothese H1.4f, welche besagt, dass das Geschlecht den Zusammenhang zwischen passiver Vermeidung und emotionalen Problemen moderiert, kann nicht bestätigt werden.

Die Ergebnisse zur *Fragestellung 1.4* können wie folgt zusammengefasst werden. Die Variable passive Vermeidung kann einen Teil der Varianz für die emotionalen Probleme beim Kind aufklären (10.3%). Darüber hinaus klärt der Interaktionseffekt von passiver Vermeidung und Alter zusätzlich 6.5% Varianz auf: bei älteren Kindern ist eine höhere passive Vermeidung assoziiert mit höheren Werten auf der Skala emotionale Probleme. Dieser Zusammenhang gilt für jüngere Kinder nicht. Diese haben fast unabhängig von der Variable passive Vermeidung höhere Werte auf der Skala *emotionale Probleme*.

Die restlichen Hypothesen aus der Fragestellung 1.4, dass ungünstige Strategien positiv (H1.4a/H1.4d) und günstige Strategien negativ (H1.4b/H1.4e) mit der Ängstlichkeit respektive den emotionalen Problemen zusammenhängen, konnten nicht bestätigt werden. Auch konnte der Zusammenhang der passiven Vermeidung mit Ängstlichkeit (H1.4c), moderiert durch Alter und Geschlecht, nicht bestätigt werden. Die entsprechenden Regressionsanalysen haben ebenfalls keine signifikanten Effekte aufzeigen können.

Fragestellung 1.5: Wie hängen Persönlichkeitseigenschaften der Mutter mit Ängstlichkeit des Kindes zusammen? (H1.5a-e)

Wie hängen Persönlichkeitseigenschaften der Mutter mit Emotionalen Problemen des Kindes zusammen? (H1.5f-j)

Auch für die *Fragestellung 1.5* konnte lediglich eine signifikante Korrelation zwischen dem Kriterium Ängstlichkeit Kind und einem Prädiktor gefunden werden: die Lebenszufriedenheit aus dem FPI-R korreliert schwach, aber knapp signifikant und in erwarteter Richtung negativ mit der Ängstlichkeit beim Kind ($r = -.227$, $p = .044$). Das heisst, ein ängstliches Kind (Selbsteinschätzung durch das Kind) hat eine weniger lebenszufriedene Mutter (Selbsteinschätzung durch die Mutter).

Die Kontrollvariable Ängstlichkeit Mutter korreliert mit der Lebenszufriedenheit ($r = -.641$, $p = .000$), mit der Variable Beanspruchung ($r = .601$, $p = .000$) und mit der Emotionalität ($r = .690$, $p = .000$). Das heisst, dass eine ängstliche Mutter weniger lebenszufrieden ist, emotional instabiler und beanspruchter ist.

Interkorrelationen der Prädiktorvariablen finden sich für folgende Variablenpaare: Die Variable Lebenszufriedenheit korreliert mit den Skalen Beanspruchung ($r = -.384$, $p = .000$) und Emotionalität ($r = -.568$, $p = .000$). Die Variable Gehemmtheit korreliert lediglich negativ mit der Variable Extraversion ($r = .731$, $p = .000$) und die Variable Beanspruchung korreliert zusätzlich mit der Variable Emotionalität ($r = .709$, $p = .000$).

H1.5a) Zusammenhang von Lebenszufriedenheit der Mutter mit der Ängstlichkeit beim Kind

Wie in Tabelle 62 dargestellt, wurde im ersten Schritt in der hierarchischen Regressionsanalyse das Alter und die Ängstlichkeit Mutter als Kontrollvariablen eingegeben. In Schritt 2 wurde der Prädiktor Lebenszufriedenheit angefügt. Die beiden Kontrollvariablen in den ersten beiden Schritten und auch der Prädiktor können keine Varianz aufklären.

Tabelle 62: Ergebnisse der hierarchischen Regressionsanalyse zum Zusammenhang der Lebenszufriedenheit (Muttereinschätzung) mit der Ängstlichkeit beim Kind (KAT-II) (Kontrollvariablen: Alter und Ängstlichkeit der Mutter; alle Variablen zentriert am Mittelwert, H1.5a)

	<i>Variable</i>	<i>B</i>	<i>SE B</i>	<i>β</i>	<i>ΔR²</i>
Schritt 1	(Konstante)	4.956	.426		.037
	<i>Alter Mutter</i>	-.068	.118	-.065	
	<i>Ängstlichkeit Mutter</i>	.101	.061	.186	
Schritt 2	(Konstante)	4.951	.425		.019
	<i>Alter Mutter</i>	-.079	.118	-.076	
	<i>Ängstlichkeit Mutter</i>	.039	.079	.072	
	<i>Lebenszufriedenheit</i>	-.312	.255	-.179	

Die Hypothese H1.5a zum Zusammenhang der Lebenszufriedenheit der Mutter mit der Ängstlichkeit beim Kind kann nicht bestätigt werden.

Die Ergebnisse zur *Fragestellung 1.5* können entsprechend so zusammengefasst werden, dass Persönlichkeitsvariablen der Mutter keine signifikante Assoziation mit den emotionalen Problemen aufweisen (H1.5f-H1.5j). Ebenfalls bis auf eine Ausnahme sind die Korrelationen und die entsprechenden Regressionsanalysen zwischen den Persönlichkeitsvariablen und der Ängstlichkeit nicht signifikant (H1.5b-H1.5e). Die Lebenszufriedenheit weist eine schwache Korrelation mit der Ängstlichkeit beim Kind auf, kann jedoch in der hierarchischen Regressionsanalyse nach der Eingabe der Kontrollvariablen Alter und Ängstlichkeit Mutter keine zusätzliche Varianz signifikant aufklären (H1.5a). Das heisst, ängstliche Kinder haben eine lebensunzufriedene Mutter, wobei dieser Zusammenhang nach Kontrolle der Ängstlichkeit der Mutter und deren Alter nicht mehr signifikant bleibt.

4.3.9.1.4 Studie 1: Diskussion

Die *Studie 1* wollte anhand einer Schweizer Stichprobe aus Kindern und Müttern aufzeigen, wie häufig die Ängstlichkeit und die emotionalen Probleme sind, wie diese sich über Geschlecht, Alter und soziodemographische Variablen verteilen und mit welchen Faktoren aus dem Bereich der Erziehung, Bewältigungsstrategien und Persönlichkeitsvariablen sie zusammenhängen. Die epidemiologische *Studie 1* war der *Studie 3* (Pilotstudie zur Prävention) zeitlich vorausgegangen und hatte erste Erfahrungen mit Mutter-Kind-Dyaden geliefert und ausserdem zum Ziel, die Fragebogenbatterie an einer Stichprobe zu benutzen, welche dem Altersrange der *Studie 3* entspricht.

Im Folgenden wird eine Zusammenfassung der wichtigsten Ergebnisse der *Studie 1* gegeben, und die Fragestellungen werden beantwortet. Anschliessend folgt eine kritische Analyse der Schwächen der Studie. In Kapitel 6.2 werden neben der Diskussion der internationalen und

nationalen epidemiologischen Studien die *Studien 1 und 2* integrativ diskutiert; das schliesst auch ein Resümee über das ganze Kapitel 4 mit ein. Der Grund für die Trennung der Diskussion ist, dass in Kapitel 6 eine Integration der beiden Schwerpunkte stattfinden soll (vgl. Abb. 1), welche die relevantesten Ergebnisse sowohl aus dem Kapitel zur Epidemiologie (Kap. 4) als auch zur Prävention (Kap. 5) einschliesst.

Beantwortung der Fragestellungen

Fragestellung 1.1: a) Wie häufig ist Ängstlichkeit, wie verteilt sie sich über b) Alter und c) Geschlecht?

d) Wie häufig sind Emotionale Probleme, wie verteilen sie sich über e) Alter und f) Geschlecht und g) wie hängen retrospektiv eingeschätzte mit aktuellen emotionalen Problemen zusammen?

Die Fragestellung 1.1 kann wie folgt beantwortet werden: 13.9% der Kinder aus der Stichprobe der *Studie 1* waren in der Selbsteinschätzung ängstlich, und 25.3% der Kinder wurden durch ihre Mütter auf der Variable emotionale Probleme als auffällig eingeschätzt. Die Rate der Ängstlichkeit lag im angenommenen Range von 10-20%, welche aus der Literaturrecherche resultierte. Die Rate der emotionalen Probleme lag oberhalb des erwarteten Ranges.

Auf den Skalen *Ängstlichkeit* und *emotionale Probleme* gab es weder einen Geschlechts- noch einen Altersunterschied. Es gab jedoch, wie erwartet, auf der Skala *emotionale Probleme* einen Interaktionseffekt: das Geschlecht moderierte den Zusammenhang zwischen dem Alter und den emotionalen Problemen. Das heisst, für Mädchen nahmen die emotionalen Probleme mit dem Alter zu. Obwohl davon ausgegangen wurde, dass die Mädchen höhere Werte auf der Ängstlichkeitsskala und in emotionalen Problemen haben, unabhängig vom Alter, konnte dies als Ganzes nicht bestätigt werden. Dass mit dem Alter der Mädchen und Jungen die Ängstlichkeit und die emotionalen Probleme zunahmen, konnte ebenfalls nicht als Ganzes, sondern nur für Mädchen auf der Skala *emotionale Probleme* bestätigt werden.

Die Annahme, dass retrospektiv eingeschätzte frühere emotionale Probleme einen signifikanten positiven Zusammenhang mit den zum Zeitpunkt der Studiendurchführung eingeschätzten emotionalen Problemen haben, konnte bestätigt werden, auch wenn einschränkend erwähnt werden muss, dass gegebenenfalls für einen Teil der Varianzaufklärung auch ein common rater effect (vgl. Methodenkritik) verantwortlich gewesen sein könnte.

Insgesamt zeigte sich also, dass Ängstlichkeit und emotionale Probleme häufige psychische Probleme bei Kindern sind. Für die emotionalen Probleme zeigte sich dies vor allem bei älteren Mädchen.

Häufigkeit und Verteilung der Ängstlichkeit (H1.1a-c)

Wenn die Norm des KAT-II (vgl. Kap. 4.3.9.1.2, Turner & Tewes, 2000) zur Einteilung in auffällig und unauffällig herangezogen wurden, verteilte sich die Variable *Ängstlichkeit* Kind wie folgt: Es waren insgesamt 13.9% der Kinder auffällig. Dies war zwar im erwarteten Range, aber eher an der unteren Grenze, zumal die Ängstlichkeit ohne Beeinträchtigungscharakter erhoben wurde. Entgegen der Erwartungen, waren innerhalb der Geschlechtsgruppen 13.5% der Mädchen und 14.3% der Jungen auffällig. Jüngere Mädchen (8-9 Jahre) hatten höhere Werte als ihre älteren Altersgenossinnen. Bei den Jungen war die auffälligste Altersgruppe

die der 10- bis 11-Jährigen. Auf dieser Grundlage konnte weder davon ausgegangen werden, dass ein Altersunterschied besteht, noch, dass dieser nicht besteht. Obwohl die Frage nach Altersunterschieden ungerichtet gestellt wurde, war dieses Resultat überraschend.

Dass die Jungen im Alter von 8 bis 11 Jahren höhere Ängstlichkeitswerte hatten als ältere Jungen (12-14 Jahre), zeigte sich unter anderem auch in der Mannheimer Kurpfalzstudie (vgl. Kap. 4.2.5.7 & 4.4.3). Entgegen den Erwartungen gab es in Bezug auf die Ängstlichkeit keinen Moderationseffekt durch das Alter. Jedoch hatten innerhalb der Stichprobe und des jüngeren Altersabschnitts die jüngeren Mädchen deskriptiv etwas höhere Werte auf der Skala Ängstlichkeit als die Buben, was der Erwartung widerspricht (vgl. OCHS, PAK-Kid, Kap. 4.2.1.6 & 4.2.5.5). Die erhöhten Werte von Mädchen auf internalisierenden Skalen zeigen sich in anderen Studien erst ab einem Alter von circa 13 Jahren (vgl. Kap. 4.4.3).

Häufigkeit und Verteilung der emotionalen Probleme (H1.1d-f)

In Bezug auf die emotionalen Probleme wurden 25.3% der Kinder durch die Mütter auffällig eingeschätzt (vgl. Deutsche Norm, inkl. grenzwertig). Woerner und Kollegen (2002) definieren die Verteilung der Werte so, dass 10% der Normstichprobe in den auffälligen Bereich und weitere 10% in den grenzwertigen Bereich fallen. Obwohl deskriptiv gesehen die Mädchen erwartungsgemäss auffälliger waren als die Jungen (15.2% vs. 10.1%), wurde der Geschlechtsunterschied nicht signifikant. Bezüglich der Altersunterschiede war, unabhängig vom Geschlecht, die Altersgruppe der 10- bis 11-Jährigen am auffälligsten.

Der Interaktionseffekt Geschlecht*Alter wurde in der hierarchischen Regressionsanalyse signifikant. Dies bedeutet, dass das Alter den Zusammenhang zwischen Geschlecht und Höhe der emotionalen Probleme moderierte. Es gab nur für Mädchen einen Zusammenhang zwischen Alter und emotionalen Problemen: Entsprechend den Erwartungen, waren ältere Mädchen auffälliger als jüngere Mädchen und Jungen.

Inhaltlich gesehen enthielt die Variable emotionale Probleme jedoch eine Mischung aus Angst- und Depressiven Symptomen (vgl. Kap. 2.1, vgl. Konstruktvalidität in Methodenkritik). In dieser Einschätzung spielten ausserdem auch potentielle Wahrnehmungsverzerrungen eine Rolle, welche durch Erwartungen bezüglich alters- und geschlechtsadäquatem Verhalten geprägt wurden (vgl. Kap. 2.1-2.3). Möglich ist auch, dass dritte Variablen (z.B. Persönlichkeit der Mutter, vgl. Kap. 3.1.2) einen moderierenden Einfluss auf die Resultate hatten.

Vergleich mit internationalen Studien der Ergebnisse der Hypothese H1.1a-f

Wenn davon ausgegangen wird, dass Ängstlichkeit häufiger vorkommt als Angststörungen (letztere setzen eine klinische Relevanz voraus), waren die Raten in der Stichprobe der *Studie I* eher niedrig (vgl. Kap. 4.4.1). Die Ergebnisse für die emotionalen Probleme entsprachen eher der erwarteten Höhe, wobei dies auf einen Beurteilereffekt respektive eine Methodenverzerrung zurückführbar sein könnte (vgl. weiter unten, „common rater effect“). Obwohl in der ZAPPS (Kap. 4.3.7) die Mütter respektive Eltern ihre Kinder unauffälliger einschätzten als die Kinder und Jugendlichen sich selbst, könnte aufgrund des Forschungshintergrundes (Art der Rekrutierung) eine Selektion stattgefunden haben. Diese Annahme beinhaltet, dass die Mütter, welche sich für die *Studie I* angemeldet haben, vor allem Mütter waren, welche entweder von einer tatsächlichen Auffälligkeit beim Kind ausgingen oder selbst Hilfe benötigten und dadurch ihre Kinder auffälliger einschätzten als diese tatsächlich waren respektive als diese sich selbst einschätzten.

Zusammenhang der retrospektiv eingeschätzten Auffälligkeiten mit den aktuellen emotionalen Problemen (H1.1g)

Die Hypothese, dass retrospektiv eingeschätzte emotionale Probleme mit 5 Jahren mit den emotionalen Problemen zu einem aktuellen Zeitpunkt (Altersrange: 8-14 Jahre) zusammenhängen, konnte bestätigt werden. Je mehr emotionale Probleme die Mutter ihrem Kind mit 5 Jahren retrospektiv zusprach, um so höher waren die emotionalen Probleme zum Zeitpunkt ihrer Einschätzung der Kinder im Alter von 8-14 Jahren. Für ältere Mädchen war von folgenden Zusammenhängen auszugehen: je höher die Werte auf der retrospektiven Skala, desto höher sind die Werte auf der Variable emotionale Probleme zum Messzeitpunkt. Dieses Ergebnis bestätigte die Annahmen, welche eingangs des Kapitels 4.3.9.1.1 formuliert wurden: Frühere emotionale Probleme (retrospektiv erhoben) sind assoziiert mit den emotionalen Problemen zum Messzeitpunkt. Dies kann ein Hinweis auf die Persistenz von Ängsten sein und dafür, dass viele Ängste sich nicht über die Zeit ohne Intervention „auswachsen“. Ebenfalls eine Erklärung für diesen Zusammenhang wäre, dass die Mütter eine verzerrte Wahrnehmung und Erinnerung durch die aktuelle Symptomatik haben (z.B. Simulation oder Disimulation, Gedächtniseffekt).

Zusätzlich konnte für die Variable emotionale Probleme ein Alters- und Geschlechts-Interaktionseffekt (ältere Mädchen haben höhere Werte als jüngere Mädchen und Jungen) nachgewiesen werden, welcher ebenfalls unter der *Fragestellung 1.1* formuliert wurde (H1.1b/H1.1c). Dieses signifikante Ergebnis könnte auch durch eine gemeinsam Methodenvarianz erklärt werden, da für das Kriterium und die Prädiktorvariable die Mutter auf der gleichen Seite der Fragebogenbatterie und somit zeitnah befragt wurde und die Idee der Befragung transparent war (common rater effect und Primingeffekt, vgl. common method variance, Methodenkritik).

Auch wenn einzelne andere Studien ebenfalls eine Assoziation von früh eingetretenen Verhaltensauffälligkeiten (externalisierende Auffälligkeiten) mit aktuellen emotionalen Problemen gefunden haben (z.B. KiGGS, Hölling et al., 2007, Kap. 4.2.5.6, vgl. Kap. 4.4), konnte dies in der *Studie 1* nicht bestätigt werden.

Zusätzliche Analysen

Im Abschnitt zu den deskriptiven Ergebnissen zeigte sich bereits, dass die Kinder sich auf der *Gesamtproblemwert*-Skala des SDQ-Deu signifikant auffälliger einschätzten als ihre Mütter. Dies scheint auf den ersten Blick erstaunlich. Jedoch ist aus der Literatur bekannt (vgl. Kap. 2.3), dass Kinder beispielsweise besser über ihre innere Befindlichkeit Auskunft geben können und Mütter respektive Eltern besser über deren externalisierendes Verhalten (z.B. Schneider et al., 1999). Verglichen mit dem Gesamtproblemwert (SDQ-Deu) der Norm aus Deutschland (Woerner, Becker, Friedrich et al., 2002) waren die Kinder, geschlechtsunabhängig, im Alter von 10 bis 11 Jahren am auffälligsten. Jedoch wurde der Effekt nicht signifikant. Auch der Geschlechtsunterschied, welcher deskriptiv gesehen zu Ungunsten der Mädchen ausfiel, wurde nicht signifikant; das bedeutet, dass es keinen Geschlechtsunterschied in Hinblick auf den Gesamtproblemwert gibt.

Die signifikante Korrelation zwischen den Hauptvariablen Ängstlichkeit Kind und emotionalen Problemen (Muttereinschätzung) zeigte, trotz der unterschiedlichen Beurteiler, zum einen, dass diese beiden Fragebogen verwandte Konzepte erhoben haben und zum anderen bestätigte sie die Reliabilitäten der Skalen. Somit können die beiden Variablen auch im Hinblick auf die Prävention von Ängstlichkeit in der *Studie 3* (vgl. Kap. 5.4.3) genutzt werden, da sie ähnliche

Konzepte erheben, auch wenn die SDQ-Deu-Skala *emotionale Probleme* eine Mischskala aus Ängstlichkeit und Depressivität darstellt.

Für die Hypothese H1.1a-c wurde der KAT-II-Fragebogen zur Grundlage genommen, welcher bereits durch Turner und Tewes (2000) evaluiert wurde. Wie bereits in Kapitel 4.3.9.1.2 berichtet wurde, konnten in der Originalversion keine reliablen Subskalen gebildet werden, weshalb es nur einen Gesamtwert gibt, welcher einer generellen Ängstlichkeit entspricht. Dies hat Vor- und Nachteile; zum einen ergab die Skala hohe Reliabilitätswerte, welche auch in der *Studie 1* repliziert werden konnten, und zum anderen war eine tiefere Interpretation der Ängstlichkeit in Sinne einer Differenzierung in verschiedene inhaltliche Ängste oder auch in die Angistaspekte (z.B. körperliche und kognitive Korrelate der Angst) nicht mehr möglich. Dies führte dazu, dass die Analysen eingeschränkt sind. Eine weitere kleine Einschränkung der Aussagekraft könnte sich dadurch ergeben haben, dass drei Items sprachlich dem Schweizerdeutsch angepasst wurden, wobei die interne Konsistenz aufzeigte, dass die Übersetzung keine Reliabilitätseinbußen brachte. Auch die Retestreliabilität in der Eichstichprobe war befriedigend. Durch die sprachliche Anpassung konnte ausserdem vermieden werden, dass die Kinder das Item verschieden verstanden haben. Die Analysen zur Konstruktvalidität wurden von den Autoren anhand von Vergleichen mit den Neurotizismus- und Extraversionsvariablen durchgeführt und ergaben theoriekonforme Ergebnisse.

Für die Hypothesen H1.1d-g wurde der SDQ-Deu von Goodman (1997b) in seiner Originalversion herangezogen, und es wurden in der Kinderversion lediglich zwei Items sprachlich adaptiert (vgl. KAT-II oben). Die Originalversion zeigte für die Gesamtskala in der Kinderversion eine gute interne Konsistenz, die Subskalen waren teilweise nicht genügend reliabel. Klasen und Kollegen (2003) schreiben dem SDQ-Deu-Selbst jedoch gute Validitäten zu. In der *Studie 1* konnten bis auf die Ausnahme der Gesamtskala in der Selbsteinschätzung keine genügenden internen Konsistenzen für die Skalen gefunden werden, da die Items in der Faktorenanalyse teilweise auf mehreren Skalen luden. Entsprechend wurde nur der Gesamtproblemwert in der Kinderversion für Analysen herangezogen. Die Originalversion des SDQ-Deu in der Muttereinschätzung lieferte befriedigend bis gute Reliabilitäten. Bis auf die Skalen *Verhaltensprobleme* und *Verhaltensprobleme mit Gleichaltrigen* resultierten auch ausreichende bis gute Reliabilitäten. Beim Zusammenfügen dieser beiden Skalen zu der Skala *Verhaltensauffälligkeiten gesamt* ergab sich ebenfalls eine befriedigende interne Konsistenz. Auch die retrospektive Einschätzung führte zu ausreichenden internen Konsistenzen, weshalb die Skalen *Gesamtproblemwert*, *Emotionale Probleme* und *Externalisierende Auffälligkeiten mit 5 Jahren* auch in die Analysen einfließen. Die niedrigen Cronbach's Alphas in der Selbsteinschätzung der Kinder führte zur Entscheidung, vor allem mit der Muttereinschätzung der SDQ-Deu-Skalen Analysen durchzuführen, was den direkten Vergleich mit der Ängstlichkeit anhand der KAT-II-Skala erschwerte, weil so zwei Fragebogen mit verschiedenen Quellen verglichen wurden.

Fragestellung 1.2: a) Wie hängen soziodemographische Variablen und b) familiäre und c) soziale Ressourcen mit Ängstlichkeit zusammen?

d) Wie hängen soziodemographische Variablen und e) familiäre und f) soziale Ressourcen mit Emotionalen Problemen zusammen?

Die Fragestellung 1.2 kann wie folgt beantwortet werden: Es konnte nur eine einzelne Hypothese dieses Blocks bestätigt werden, nämlich, dass ausländische Kinder in der Schweiz ver-

mehrt über Ängstlichkeit berichten. Insgesamt konnte also nicht gezeigt werden, dass soziodemographische Variablen und familiäre und soziale Ressourcen mit der Ängstlichkeit und den emotionalen Problemen beim Kind zusammenhängen.

Die Prädiktoren (soziodemographische Variablen des YSR, Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist, 1993) korrelierten mit zwei Ausnahmen nicht mit den Kriterien Ängstlichkeit und emotionale Probleme. Die statistische Power für Korrelationen und hierarchische Regressionen mit zwei Prädiktoren war ausreichend und somit musste bei einem Grossteil der Hypothesen die Nullhypothese beibehalten werden. Dies bedeutet, dass keine Zusammenhänge zwischen der Ängstlichkeit oder emotionalen Problemen mit jeweils der Stadt-Land-Variable, der Schulbildung der Eltern, dem Familienstand der Mutter oder der Tätigkeit der Eltern bestehen. Anhand der Pearson Korrelation wurden zwei Korrelationen mit dem Kriterium Ängstlichkeit signifikant: Staatsbürgerschaft (H1.2a.2) und Häufigkeit der Ausflüge mit dem Vater (H1.2b).

Der Unterschied zwischen Stadt-Land in Bezug auf die Ängstlichkeit respektive die emotionalen Probleme wurde nicht gefunden. Es wurde angenommen, dass ein Unterschied besteht, jedoch war unklar in welche Richtung, weil die Studien widersprüchliche Resultate gebracht haben. In Puerto Rico (Canino et al., 2004) wurde gezeigt, dass die ängstlichen Kinder eher in der Stadt leben. Die Schweizer Studie ZESCAP (Winkler Metzke & Steinhausen, 1999a) fand erhöhte Werte bei auf dem Land lebenden Kindern, was jedoch daran liegen könnte, dass die Schweiz keine grossen Unterschiede zwischen Stadt und Land mit sich bringt. Die Stichprobe der *Studie 1* setzte sich aus eher ländlichen Familien zusammen. Wahrscheinlich war die Stichprobe zu homogen in Bezug auf diese Variable. Die Variablen Bildung und Tätigkeit der Eltern wurden ebenfalls in Zusammenhang mit der Ängstlichkeit respektive den emotionalen Problemen gestellt (vgl. Belsky, 1984; Werner, 1993). Auch hier wurden keine signifikanten Korrelationen gefunden, weil auch hier die Unterschiede in der Schweiz weniger deutlich sein können wie in London oder New York. Die Eltern haben sich zwar bezüglich der Bildung unterschieden, jedoch mit geringem Range und mit einer Überrepräsentiertheit der Akademiker. Der Familienstand der Mutter wiederum differenzierte zu wenig. Es waren zu viele Mütter verheiratet, um den postulierten Zusammenhang zwischen unverheirateten Müttern und Ängstlichkeit beim Kind aufzuzeigen.

Ängstlichkeit und Staatsbürgerschaft (H1.2a.2)

Der in anderen Studien gefundene Zusammenhang, dass ausländische Kinder häufiger über Probleme berichten, wurde bestätigt. Kinder mit einem anderen kulturellen Hintergrund haben zusätzlich zu den schon ansonsten zu meisternden Entwicklungsaufgaben und Anpassungsleistungen die Aufgabe, sich an andere Sitten und Bräuche anzupassen, eine neue Sprache zu lernen und sich zu integrieren. Meistens müssen sie (je nach Generation) zu Hause mit ihrer Familie und in der Schule und Freizeit sehr unterschiedliche Rollen erfüllen, was die Identitätsfindung erschwert (z.B. Grob & Jaschinski, 2003; Örter, 1995). Dies kann zu Unsicherheiten und emotionalen Problemen führen, welche oft auch in emotionalen und Verhaltensproblemen resultieren (vgl. Hypothese H1.1g). Das Resultat entspricht auch dem aus der Literatur vermuteten Zusammenhang (z.B. HBSC, Schmid et al., 2004; Kap. 4.3.6). Weiter ist davon auszugehen, dass Kinder aus einem Kriegsgebiet und Kinder aus einem westlichen Industriestaat verschiedene Probleme haben.

Ängstlichkeit und Familiärer Zusammenhalt (H1.2b)

Die Frequenz der Ausflüge mit dem Vater in der Kindeinschätzung korrelierte signifikant negativ mit der Ängstlichkeit des Kindes (Kindeinschätzung). Das heisst, je weniger Ausflüge mit dem Vater unternommen werden, um so ängstlicher schätzt sich das Kind ein. Da beides vom Kind eingeschätzt wurde, kann ein common rater effect (vgl. Methodenkritik) nicht ausgeschlossen werden.

Im Kinder- und Jugendgesundheitssurvey (z.B. Hempel et al., 2006) wurde gezeigt, dass Kinder, welche öfter etwas mit ihren Eltern unternehmen, weniger psychisch auffällig sind. Die Hypothese H1.2b beinhaltet diesen Zusammenhang. Der Prädiktor wird jedoch durch andere Faktoren beeinflusst, welche nicht erhoben worden sind (z.B. Art und weitere Teilnehmer des Ausflugs). Die Variable Anzahl Ausflüge mit der Mutter wurde als Kontrollvariable eingeführt, damit kontrolliert werden konnte, ob in der Familie grundsätzlich viele Ausflüge gemacht werden oder nicht. Die zweite Kontrollvariable, welche die Frequenz des Zusammenseins mit dem Vater beinhaltet, sollte kontrollieren, ob die Anzahl väterlicher Ausflüge damit zusammenhängen, ob er zu Hause lebt oder nicht oder ob er eventuell auswärts arbeitet und beispielsweise nur am Wochenende zu Hause ist und für die Kinder Zeit hat. Diese letzten Aspekte der Variable wurden in dieser Form nicht explizit erhoben, jedoch sind die meisten Mütter mit den Vätern der Kinder verheiratet. Der Einbezug dieser Kontrollvariablen (Frequenz des Zusammenseins mit dem Vater) führte dazu, dass der Zusammenhang zwischen Ängstlichkeit des Kindes und der Anzahl der Ausflüge mit dem Vater in der hierarchischen Regressionsgleichung nicht mehr signifikant wurde. Der Zusammenhang zwischen der Ängstlichkeit und einem Einzelaspekt des familiären Zusammenhaltes konnte in der vorliegenden Studie nicht bestätigt werden.

Fragestellung 1.3: Wie hängt Erziehung mit Ängstlichkeit zusammen? (H1.3a-e/H1.3k)

Wie hängt Erziehung mit Emotionalen Problemen zusammen? (H1.3f-j/H1.3l)

Die Fragestellung 1.3 kann wie folgt beantwortet werden: Die Höhe der Ängstlichkeit in der Kindeinschätzung hängt stark mit der Höhe der ungünstigen Erziehung in der Kindeinschätzung zusammen. Gleichzeitig günstig wahrgenommene Aspekte der Erziehung puffern diesen Zusammenhang nicht. Wenn die Mütter die Kinder in Bezug auf die emotionalen Probleme und sich selbst in Bezug auf das Erziehungsverhalten einschätzten, zeigte sich ebenfalls ein klarer Zusammenhang: je ungünstiger die Erziehung, desto höher die emotionalen Probleme. Die Ängstlichkeit der Mutter verstärkte diesen Zusammenhang nicht. Bei genauerem Betrachten der einzelnen Erziehungsskalen ergab sich jedoch der folgende Zusammenhang: die Höhe der Ängstlichkeit der Mutter moderierte den Zusammenhang der Variable Unterstützung mit der Variable emotionale Probleme (beides in der Müttereinschätzung). Das heisst, nur im Falle einer ängstlichen Mutter hatte die Höhe der Unterstützung einen Zusammenhang mit der Höhe der emotionalen Probleme; bei nicht ängstlichen bestand kein Zusammenhang. Ein unerwartetes Ergebnis war, dass, je ängstlicher ein Kind sich wahrnahm, desto lobender sich die Mutter einschätzte.

Somit kann insgesamt davon ausgegangen werden, dass eine ungünstige Erziehung einen Einfluss auf die Ängstlichkeit und die emotionalen Probleme hat. Aufgrund des statistischen Verfahrens kann jedoch nicht von einer Kausalität in eine Richtung ausgegangen werden. Es könnte auch sein, dass die Höhe der Ängstlichkeit und der emotionalen Probleme beim Kind einen Einfluss auf die Erziehung ausübt. Die Autorin geht davon aus, dass mit grosser Wahr-

scheinlichkeit eine Art Interaktion zwischen den beiden Variablen (Kind- und Mutterebene) passiert; dass folglich beide Ursache-Wirkungs-Richtungen simultan möglich sind. Wie bereits in Kapitel 3.1.1 anhand der sozialen Regulationsmodelle aufgezeigt wurde, besteht immer ein Austausch zwischen Kind und Umwelt (z.B. Verstärkungsprozesse). Das bedeutet, dass beispielsweise ein ängstliches Kind bei der Mutter ein einschränkendes Erziehungsverhalten auslösen könnte, weil die Mutter davon ausgeht, dass das ängstliche Kind die Situation nicht alleine bewältigen kann. Wenn ein Kind jedoch erlebt, dass die Mutter in ihrem Verhalten nicht vorhersagbar ist (Inkonsistenz), dann resultiert daraus eine Unsicherheit und Ängstlichkeit. Der oben genannte Zusammenhang dieser Variablen wäre folgerichtig in beide Richtungen kausal erklärbar.

Die Zuverlässigkeit der übergeordneten Skala *ungünstige Erziehung* lässt den Schluss zwar zu, dass sie mit der Ängstlichkeit und der Skala *emotionale Probleme* zusammen hängt, aber die Verzerrung aufgrund gemeinsamer Methodenvarianz, vor allem im Sinne eines common rater effects, muss bedacht werden. Für diese Verzerrung spricht auch, dass jeweils nur dann die Ergebnisse signifikant werden, wenn die Quelle die gleiche ist. Das heisst, wenn das Kind (oder die Mutter) sowohl das Kriterium als auch die Prädiktoren einschätzt, kann eine Verzerrung durch Eigenschaften der Quelle nicht ausgeschlossen werden. Das kann bedeuten, dass das Kind beim Ausfüllen beider Fragebogen gleich gelaunt war und dass die Antworten alle der sozialen Erwünschtheit unterliegen oder nicht. Das heisst, der common rater effect könnte hier eine entscheidende Rolle gespielt haben. Ob der Kontext, in welchen die Items eingebettet waren, offensichtlich war, kann nicht abschliessend geklärt werden, aber dass der Kontext der Untersuchung (measurement context effect, vgl. Methodenkritik) klar war, muss als gegeben angenommen werden.

Zusammenhang der Ängstlichkeit Kind (KE) mit der Erziehung in der Kindeinschätzung

Es fanden sich lediglich Korrelationen zwischen vom Kind eingeschätzten ungünstigen Erziehungsstilen (übergeordnete und einzelne Skalen) und der Ängstlichkeit Kind, welche bis auf die Korrelation mit der Variable Einschränkung alle hoch signifikant wurden. Für die günstigen Skalen (übergeordnet und Subskalen) fanden sich keine signifikanten Korrelationen. Das heisst, in den Augen des Kindes hängt seine eigene Ängstlichkeit mit der ungünstigen Erziehung der Mutter zusammen, aber nicht mit der günstigen.

Die Ergebnisse der Hypothese H1.3a zeigten, dass die Erziehung ungünstiger war, je höher die Ängstlichkeit vom Kind eingeschätzt wurde. Dieser Zusammenhang wurde nicht durch die positiven Erziehungsstildimensionen Lob und Unterstützung gepuffert. Sowohl die Variable Inkonsistenz als auch die Variable Einschränkung und Tadel klärten jeweils signifikant Varianz auf, wurden jedoch weder durch die günstigen Erziehungsstile oder die positive übergeordnete Variable problemlösende Bewältigung gepuffert noch durch die Ängstlichkeit der Mutter oder durch die negative Bewältigungsvariable Resignation verstärkt. Da Tadel eine ergebnisorientierte Erziehungsmethode ist, könnte auf der Grundlage der SORCK-Heuristik (vgl. Kap. 3.1.1 & 5.4.1.1) davon ausgegangen werden, dass die Kinder aufgrund einer negativen Konsequenz (direkte Bestrafung) Ängstlichkeit lernen. Da jedoch auch bekannt ist, dass ein Bestrafungslernen an viele Bedingungen geknüpft ist (Bodenmann et al., 2004), wird eher davon ausgegangen, dass zu diesem Bestrafungslernen zusätzliche Prozesse dazukommen. Inkonsistenz wiederum ist bekannt als möglicher Auslöser von Unsicherheit, da für das Kind unklar ist, wie die Mutter auf ein Verhalten reagiert, was zu Ängstlichkeit führen kann. Das Kind meint, dass es die Reaktion der Mutter nicht durch das eigene Verhalten steuern kann (vgl. locus of control, Kap. 3.2.2). Einschränkung im Sinne von Krohne und Hock (1994) fasst einen Stil zusammen, welcher durch Regeln und Normen gekennzeichnet ist und den

Kindern die fertigen Lösungen vorgibt. Dies führt zu einer Unsicherheit in Bezug auf die eigenen Kompetenzen und schränkt die Autonomieentwicklung ein (vgl. Kap. 3.2.1; z.B. Dadds & Roth, 2001). Durch die vorliegenden Analysen kann nicht geklärt werden, wie viel Anteil beispielsweise die Vulnerabilität auf die Entwicklung der Ängstlichkeit im Zusammenhang mit einer ungünstigen Erziehung hat. Es wird davon ausgegangen, dass die ungünstige Erziehung auch zu anderen psychischen Problemen beim Kind führen kann, wenn die Disposition beim Kind externalisierender Natur ist (schwieriges Temperament). Es wird jedoch auch davon ausgegangen, dass ängstliche Kinder ängstliche Mütter haben (vgl. Kap. 3.1.1), welche dann aller Wahrscheinlichkeit nach auch die Vulnerabilität (ängstliches Temperament) weitergeben.

Obwohl in der Literatur den günstigen Erziehungsvariablen eine puffernde Wirkung zugesprochen wird (z.B. ZAPPS, Winkler Metzke & Steinhausen, 1999b; Laucht et al., 1997), konnte dies in der *Studie 1* nicht repliziert werden. In der ZAPPS wurde die Skala *Akzeptanz* aus den Konstrukten Wärme und Unterstützung operationalisiert (Reitzle et al., 2001) und in der *Studie 1* ist die Skala *Unterstützung* als förderliche Voraussetzung schaffende Umgebung definiert (Krohne & Pulsack, 1995). Die Skala *Lob*, welche positive Rückmeldungen gegenüber dem Kind beinhaltet, wurde in der ZAPPS nicht untersucht. Ein Grund für das nicht Finden von einem puffernden Effekt könnte die Operationalisierung der Skalen *Unterstützung* und *Lob* sein. Die Dimension Unterstützung, welche die Problemlösefertigkeiten der Kinder fördern soll, könnte im Extrem auch als Einschränkung (miss)verstanden werden (z.B. „Meine Mutter zeigt mir, wie Dinge funktionieren, mit denen ich umgehen möchte“, Krohne & Pulsack, 1995). Da die Einschätzung des Kindes sehr subjektiv ist, könnte auch ein Aspekt der Überbehütung in der Dimension Unterstützung mit enthalten sein. Das heisst, eine unbewusste Verstärkung des ängstlichen Verhaltens durch die Mutter (vgl. Dadds et al., 1996; FEAR-Effekt, Rapee et al., 1996). Ausserdem könnte der Nicht-Effekt aufgrund einer Wahrnehmungsverzerrung beim Kind zustande gekommen sein (vgl. Barlow, 1998): Angenommen ein Kind nimmt bei sich eine Ängstlichkeit und bei der Mutter eine ungünstige Erziehung wahr, so stellt sich die Frage, ob in seiner Wahrnehmung Platz ist für die gleichzeitige Wahrnehmung von günstiger Erziehung. Das heisst, die Einschätzung ist in eine Richtung – in dem Falle die ungünstige – verzerrt, auch wenn die Autoren davon ausgehen, dass die Dimensionen unabhängig voneinander variieren. Entsprechend könnte ein puffernder Effekt, auch wenn es ihn noch gäbe, aufgrund der verzerrten Wahrnehmung durch das Kind nicht gefunden werden.

Dadurch, dass sowohl die Kriteriums- als auch die Prädiktorvariable durch das Kind eingeschätzt wurde, muss die Frage gestellt werden, ob nicht für einen Teil der Varianzaufklärung auch die Verzerrung durch die gemeinsame Methodenvarianz verantwortlich sein kann. Obwohl die Zeitnähe der verschiedenen Fragebogen (measurement context effect) und die Beurteilereffekte zumindest teilweise vorhanden sind, darf davon ausgegangen werden, dass im Falle der Kinder weniger gravierende Verzerrungen auftreten, da diese sich weniger Gedanken über zugrundeliegende Konzepte machen als Erwachsene (vgl. Methodenkritik).

Zusammenhang der emotionalen Probleme (ME) mit der Erziehung in der Müttereeinschätzung

Eingangs wurde von einem Zusammenhang zwischen ungünstigen Erziehungsstilen und der Ängstlichkeit respektive den emotionalen Problemen beim Kind ausgegangen (Kap. 4.3.9.1.1), und die günstigen Strategien wurden als potentielle Moderatoren eingesetzt. Als festgestellt wurde, dass die Variable Unterstützung negativ mit den emotionalen Probleme korrelierte (Kap. 4.3.9.1.3), wurde nachträglich die Hypothese aufgestellt, dass eine weniger

unterstützende Erziehung zu vermehrten emotionalen Problemen führt, und dass dieser Zusammenhang verstärkt wird, wenn die Mütter ängstlich sind.

Bis auf die Variable Inkonsistenz korrelierten die ungünstigen Erziehungsstilvariablen (übergeordnet und die Subskalen Einschränkung, Tadel) signifikant positiv mit den emotionalen Problemen – beide Skalen durch die Mutter eingeschätzt. Die Moderatorvariable Ängstlichkeit Mutter verstärkte den Zusammenhang zwischen den ungünstigen Erziehungsstilvariablen und den emotionalen Problemen nicht.

Die Variable Unterstützung korrelierte in erwarteter, negativer Richtung signifikant mit den emotionalen Problemen. Je mehr die Mütter von sich annahmen, dass sie ihre Kinder unterstützen, desto weniger emotionale Probleme nahmen sie bei ihren Kindern wahr. Dieser Zusammenhang wurde durch die Variable Ängstlichkeit Mutter moderiert. Eine ängstliche Mutter, welche sich wenig unterstützend wahrnimmt, schätzt die emotionalen Probleme bei ihrem Kind auch höher ein; und wenn eine ängstlichere Mutter sich selbst als sehr unterstützend wahrnimmt, schreibt sie auch dem Kind weniger emotionale Probleme zu. Diesen Zusammenhang gab es für nicht ängstliche Mütter nicht. Das heisst, die Höhe der Ängstlichkeit der Mutter reguliert den Zusammenhang der Variable Unterstützung mit den von der Mutter eingeschätzten emotionalen Problemen. Es stellt sich hier die Frage, ob eine ängstliche Mutter grundsätzlich weniger unterstützend sein kann, weil sie weniger Kraft hat. Zusätzlich ist der Moderatoreffekt auch aus dem common rater effect zu erklären. Eine ängstliche Mutter schätzt ihre Erziehung weniger unterstützend ein und erwartet daraus eventuell einen negativen Effekt auf den emotionalen Zustand beim Kind. Es wird davon ausgegangen, dass die gefundene Interaktion auf die Wahrnehmungsverzerrung (common rater effect) bei der Mutter zurückzuführen ist.

Die Variablen Ängstlichkeit Mutter und emotionale Probleme beim Kind korrelierten nicht miteinander, obwohl in der Literatur davon ausgegangen wird, dass ängstliche Mütter auch ängstliche Kinder haben (vgl. Kap. 3.3.1, z.B. Barrett et al., 1996). Es stellte sich ausserdem die Frage, ob ein hoher Grad an Unterstützung gegebenenfalls mit einer Überbehütung zusammenhängt. Es konnte beispielsweise gezeigt werden, dass Überbehütung das gehemmte Temperament verstärkt respektive, dass diese zwei Variablen sich gegenseitig verstärken (Vgl. Kap. 2.1). Es wurde ferner angenommen, dass ängstliche Mütter eine verzerrte Wahrnehmung haben könnten (vgl. Kap. 3.2.1). Gegebenenfalls überschätzten sie den Grad der Emotionalität ihrer Kinder oder nahmen ihr eigenes Erziehungsverhalten verzerrt wahr. Um diese Frage beantworten zu können, müssten die Variablen besser operationalisiert werden. Zum einen müsste klar unterschieden werden zwischen einer günstigen Art von Unterstützung, welche nicht kontrollierend und einschränkend ist (z.B. prompting), und einer Überbehütung, welche dazu führt, dass die Kinder annehmen, dass überall Gefahren lauern und die Mütter sie in ihrer Lernerfahrung einschränken (Barrett, Dadds et al., 1996). Ausserdem muss mitberücksichtigt werden, dass ängstliche Mütter weniger produktiv mit ihren Kindern arbeiten, zurückgezogener sind und sich entweder weniger Kompetenzen zuschreiben oder einen tatsächlichen Mangel an Copingfertigkeiten aufweisen und somit auch weniger Unterstützung anbieten als nicht ängstliche Mütter (Woodruff-Borden et al., 2002).

Einige ungünstige Erziehungsstile in der Selbsteinschätzung der Mutter zeigten einen Zusammenhang auf mit den emotionalen Problemen des Kindes, ebenfalls durch die Mutter eingeschätzt, was als Bestätigung der in der Literatur gefundenen Ergebnisse aufgefasst werden kann. Dadurch, dass die Einschätzung beider Variablen durch die Mutter stattfand, muss von einem common rater effect ausgegangen werden. Das heisst, eine allgemeine Tendenz zu einer negativeren Einschätzung im Allgemeinen. Eine negative Wahrnehmung der eigenen Er-

ziehung könnte für die Mutter eine Erklärung liefern, weshalb sie beim eigenen Kind emotionale Probleme feststellt. Da Menschen wissen wollen, weshalb es jemandem nicht gut geht, hinterfragen sie oft sich selbst und ihren Einfluss auf das Gegenüber.

Zusammenhang der emotionalen Probleme (ME) mit der Erziehung in der Kindeinschätzung

Es konnten keine signifikanten Zusammenhänge zwischen der Erziehung in der Kindeinschätzung und der Variable emotionale Probleme in der Mütterereinschätzung gefunden werden. Weil die Power für Korrelationen jedoch gross genug war, mussten die Nullhypothesen beibehalten und davon ausgegangen werden, dass keine Zusammenhänge zwischen den emotionalen Problemen in der Mütterereinschätzung und Erziehungsvariablen in der Kindeinschätzung vorlagen. Die Diskussion zu diesem Teil findet sich nach dem nächsten Themenabschnitt.

Zusammenhang der Ängstlichkeit Kind (KE) mit der Erziehung in der Mütterereinschätzung

Bis auf eine Ausnahme konnten keine signifikanten Korrelationen zwischen der Ängstlichkeit beim Kind und den Erziehungsstilen, von der Mutter selbst eingeschätzt, gefunden werden.

Zwischen der Variable Lob als günstige Erziehungsvariable (ME) und der Ängstlichkeit beim Kind wurde eine positive Korrelation gefunden, welche nicht erwartet wurde. Je lobender die Mutter sich selbst wahrnimmt, um so ängstlicher nimmt sich das Kind selbst wahr (Varianzaufklärung: 5.9%). Die Variable Ängstlichkeit Mutter konnte in diesem Zusammenhang keine zusätzliche Varianz aufklären.

Bei genauerem Betrachten könnte dies wie folgt erklärt werden: Ein Kind, welches von der Mutter stark für erwünschtes Verhalten gelobt wird und ein ängstliches Temperament mit einer perfektionistischen Tendenz aufweist, könnte unter einer Erwartungsangst leiden, dass es, ohne dieses „perfekte“ Verhalten zu zeigen, nicht mehr gelobt wird (vgl. Kap. 2.1, Barlow, 2000).

Weil in diesen beiden Abschnitten nicht mit einer common method variance zu rechnen ist, da die Kriteriums- und Prädiktorvariable durch verschiedene Personen eingeschätzt werden, muss davon ausgegangen werden, dass keine Verzerrung durch die Beurteiler stattfand. Die Frage ist, ob die weiter oben gefundenen Zusammenhänge zwischen ungünstiger Erziehung und Ängstlichkeit und emotionalen Probleme nur auf die common method variance zurückführbar sind. Obwohl die Literatur einen klaren Zusammenhang findet, wurden in der vorliegenden Studie diese Zusammenhänge nur dann gefunden, wenn die Person, welche die Kriteriums- und Prädiktorvariable einschätzt, die gleiche ist. Die Skalen des ESI-M und ESI-MV waren teilweise nicht zuverlässig, was einen Teil der nicht gefundenen Effekte erklären könnte (vgl. unten). Die Idee der Fragestellung war grundsätzlich jene, dass die Kinder das Erziehungsverhalten der Mutter so einschätzen, dass deren subjektive Wahrnehmung wiedergegeben wurde. Weiter ist aus der Literatur bekannt, dass die Kinder ihre emotionalen Zustände besser einschätzen können als Aussenstehende (Kazdin, 2004; Schneider et al., 1999). Insofern sind die Angaben aus dem Abschnitt, in welchem die Kinder sowohl ihre eigene Ängstlichkeit einschätzen als auch das Erziehungsverhalten ihrer Mutter, trotz des common rater effects valider.

Für die Analysen in Fragestellung 1.3 wurden sowohl die bereits in Fragestellung 1.1 diskutierten Fragebogen KAT-II und SDQ-Deu eingesetzt, wie auch das Erziehungsstils-Inventar von Krohne und Pulsack (1995) in der Originalversion (Fremdeinschätzung durch das Kind, ESI-M) und in der durch die Autorin mitentwickelten Version für die Selbsteinschätzung der Mütter (ESI-MV). Das ESI-M wurde für die Schweizer Kinder sprachlich angepasst. Die internen Konsistenzen der Skalen waren bis auf die Subskala *Einschränkung* alle in einem zuverlässigen Bereich, obwohl in der Faktorenanalyse teilweise einzelne Items auf mehreren Skalen luden. Aufgrund dieser Analysen wurden für mehrere Analysen zwei übergeordnete Skalen gebildet, welche höhere interne Konsistenzen erreichten und im Falle der Faktorenanalyse sich auch eindeutig zuordnen liessen: *günstige* und *ungünstige Erziehung*. Die faktorielle und prognostische Validität ist laut Krohne und Hock (1995) zufriedenstellend. Für die Mutterversion zeigte sich ein ähnliches Bild. Die neu konstruierten Items und daraus resultierenden Skalen waren nur teilweise reliabel, weshalb auch hier vor allem mit den übergeordneten Skalen (vgl. Kindversion) gerechnet wurde. Jene Analysen, welche mit den Skalen *Einschränkung* (in beiden Versionen) und Inkonsistenz in der Mutterversion durchgeführt wurden, müssen unter Vorbehalt interpretiert werden, da ihre niedrige Reliabilität auf eine schlechte Zuverlässigkeit hinweist und somit auch in Frage gestellt werden muss, ob die Testung valide ist (vgl. Methodenkritik).

Eine weitere Skala, welche in die statistischen Analysen einging, ist die *Ängstlichkeit Mutter*, welche durch den Fragebogen STAI von Laux und Kollegen (1981) erfasst wurde. Es wurde lediglich ein Item grammatikalisch korrigiert, ansonsten wurde die Originalversion direkt übernommen. Die interne Konsistenz war sowohl anhand der Eichstichprobe als auch anhand der Stichprobe der *Studie 1* zufriedenstellend. Auch die Retestreliabilität in der Eichstichprobe war befriedigend und die konvergente und divergente Validität war ausreichend geprüft worden.

Zwei Skalen aus dem SVF-KJ (Hampel et al., 2001), *Resignation* und die übergeordnete Skala *Problemlösende Bewältigung* wurden ebenfalls als Moderatorvariablen für die statistischen Analysen in der Fragestellung 1.3 eingesetzt. Die restlichen Hypothesen waren in Bezug auf die Stressverarbeitungsstrategien in der Fragestellung 1.4 enthalten. Der SVF-KJ wurde von zwei getrennt befragten Situationen auf eine Situation gekürzt. Ausserdem wurden drei Items sprachlich angepasst. Die Kürzung führte dazu, dass keine Normvergleiche durchführbar sind und dass die Aussagemöglichkeiten eingeschränkt sind, da nur für eine Situation die Stressverarbeitungsstrategien vorliegen. Die Eichstichprobe lieferte genügend bis gute interne Konsistenzen. In der *Studie 1* erhielten vor allem die übergeordneten Skalen zufriedenstellende Konsistenzen. Fünf von acht Skalen hatten Konsistenzen unter .70, die Skala *Passive Vermeidung* erreichte die niedrigste Zuverlässigkeit und Analysen anhand dieser Skala müssen unter Vorbehalt interpretiert werden. Die Faktorenanalysen zeigten, dass die Einteilung in die übergeordneten Skalen *günstige*, *ungünstige* und *emotionsregulierende* und *problemlösende* Bewältigungsstrategien zulässig ist. Die Retestreliabilität in der Eichstichprobe und die diskriminante Validität sind zufriedenstellend.

Auch anhand der ESI-Skalen konnten in der deskriptiven Analyse Beurteilerübereinstimmungen analysiert werden - wie schon in der Fragestellung 1.1 anhand des SDQ-Deu. Auch hier war auffällig, wie verschieden die Einschätzungen waren. Die Mütter schätzten sich auf allen Skalen so ein, dass sie günstiger erzogen als ihnen das die Kinder zuschrieben. Ebenfalls glaubten sie, weniger ungünstige Stile anzuwenden als die Kinder meinen. Der T-Test für gepaarte Stichproben zeigte einen signifikanten Unterschied in der Einschätzung des günsti-

gen Erziehungsstils und der Inkonsistenz. Die soziale Erwünschtheit spielte in diesem Zusammenhang sicherlich eine Rolle (Bortz & Döring, 2002; Huber, 1995).

Fragestellung 1.4: Wie hängen Bewältigungsstrategien mit Ängstlichkeit zusammen? (H1.4a-c)

Wie hängen Bewältigungsstrategien mit Emotionalen Problemen zusammen? (H1.4d-f)

Die Fragestellung 1.4 kann wie folgt beantwortet werden: Die ungünstige Strategie der passiven Vermeidung hing wie erwartet positiv mit den emotionalen Problemen zusammen und wurde durch das höhere Alter moderiert. Passiv vermeidende ältere Kinder hatten höhere Werte auf der Variable emotionale Probleme. Für jüngere Kinder galt dieser Zusammenhang nicht; diese hatten unabhängig von der Höhe der passiven Vermeidung höhere Werte auf der Skala passive Vermeidung. Die Kontrollvariable Staatsangehörigkeit konnte nicht wie in der ZAPPS (Winkler Metzke & Steinhausen, 1999a) zwischen Schweizer Kindern und Kindern mit einer anderen Staatsbürgerschaft differenzieren. Dass andere Bewältigungsstrategien mit der Ängstlichkeit und emotionalen Problemen zusammenhängen, konnte nicht bestätigt werden.

Aus den deskriptiven Ergebnissen zu schliessen, war die Stressverarbeitung in dieser Stichprobe gut, da die günstigen Strategien über die Stichprobe hinweg durchschnittlich höhere Mittelwerte erhielten als ungünstig eingestufte Strategien. Auf der Ebene der einzelnen Skalen waren die Variablen gedankliche Weiterbeschäftigung (ungünstig) und die Ablenkung (emotionsregulierend) im Vergleich zwischen den Skalen etwas höher.

Die Analysen zur *Fragestellung 1.4* zeigten lediglich eine signifikante Korrelation auf: die passive Vermeidung und die emotionalen Probleme in der Muttereinschätzung. Die restlichen günstigen und ungünstigen Bewältigungsstrategien hingen nicht mit der Ängstlichkeit oder den emotionalen Problemen beim Kind in der Muttereinschätzung zusammen. Es stellt sich hier die Frage, ob die Konstrukte der günstigen und ungünstigen Bewältigungsstrategien gut operationalisiert waren (Konstruktvalidität). Ausserdem muss beachtet werden, dass davon ausgegangen wurde, dass die Konstrukte Stress und Ängstlichkeit sich teilweise überschneiden. Die Kinder haben im Fragebogen SVF-KJ eine Situation ausgesucht, welche sie stresst – schulisch oder sozial – wobei diese Situation nur implizit Ängste verursachen können. Eventuell hätte die Instruktion spezifischer auf eine angstauslösende Situation bezogen sein müssen. Somit wird zwar davon ausgegangen, dass die Vorstellung einer stressauslösenden Situation Anspannung verursacht, diese jedoch nicht gleichgesetzt ist mit der Anspannung in einer angstauslösenden Situation. Die Reliabilitäten der einzelnen Skalen waren auch etwas eingeschränkt, wobei die internen Konsistenzen der übergeordneten Skalen den Konventionen entsprachen. Insgesamt wird also davon ausgegangen, dass die verringerte Konstruktvalidität verantwortlich für die nicht gefundenen Effekte in dieser Fragestellung verantwortlich ist.

Zusammenhang der ungünstigen Bewältigungsstrategie passive Vermeidung mit emotionalen Problemen beim Kind, eingeschätzt durch die Mutter

Wie erwartet hing das Vermeidungsverhalten mit emotionalen Problemen zusammen (z. B. Winkler Metzke & Steinhausen, 2002), wobei dies durch das Alter moderiert wurde. Die Abbildung 40 (Kap. 4.3.9.1.3) konnte aufzeigen, dass ältere Kinder, welche sich stärker passiv vermeidend wahrnahmen, höhere Werte auf der Variable emotionale Probleme durch ihre Mütter eingeschätzt erhalten haben. Weiter wird darin ersichtlich, dass jüngere Kinder unabhängig von der Ausprägung auf der Variable passive Vermeidung von den Müttern als vermehrt durch emotionale Probleme belastet wahrgenommen werden. Dass der Unterschied erst im höheren Alter der Kinder auftritt, macht Sinn, da durch wiederholte Vermeidung nicht gelernt werden kann, dass die Situation nicht so schlimm ist wie erwartet (negative Verstärkung). Das Resultat widerspricht jedoch jenem aus der ZESCAP Studie (Winkler Metzke & Steinhausen, 2002; vgl. Kap. 4.3.7): In dieser Studie nahm das problemmeidende Verhalten mit dem Alter ab. Die *Studie 1* hatte das Alter als Moderator eingesetzt; das heisst, die Zunahme der Vermeidung passiert unter der Bedingung von erhöhten emotionalen Problemwerten. Das Vermeidungsverhalten wird also verstärkt, da das Nichtaufsuchen von angstausslösenden Situationen zu Erleichterung führt, weil die Angst nicht auftritt (vgl. Kap. 3.2.2). Dass die emotionalen Probleme und die Ängstlichkeit durch fortschreitendes Alter auch stärker und stabiler werden, kann aus den Studien zu den Verläufen der Angststörungen geschlossen werden (vgl. Kap. 4.2.1.12).

Fragestellung 1.5: Wie hängen Persönlichkeitseigenschaften der Mutter mit Ängstlichkeit des Kindes zusammen? (H1.5a-e)

Wie hängen Persönlichkeitseigenschaften der Mutter mit Emotionalen Problemen des Kindes zusammen? (H1.5f-j)

Die Fragestellung 1.5 kann wie folgt beantwortet werden: Die Annahmen, welche unter der Fragestellung 1.5 gemacht wurden, konnten nicht bestätigt werden, obwohl die Lebenszufriedenheit der Mutter signifikant negativ mit der Ängstlichkeit des Kindes korrelierte. Der Zusammenhang wurde nicht signifikant, nachdem die Kontrollvariablen Ängstlichkeit der Mutter und Alter der Mutter in das Regressionsmodell eingefügt wurden.

Der Persönlichkeitsfragebogen für die Mütter ergab in den deskriptiven Analysen, dass die Mütter in der Stichprobe der *Studie 1* eher lebenszufrieden waren, wenig Gesundheitssorgen angeben und wenig aggressiv waren. Diese Beschreibung resultierte jedoch lediglich aus dem Vergleich der Mittelwerte innerhalb der Stichprobe der *Studie 1* und basiert nicht auf dem Vergleich mit Normen aus einer Eichstichprobe.

Die Persönlichkeitsvariablen der Mütter wiesen bis auf eine Ausnahme keine signifikanten Korrelationen auf. Neben den methodischen Mängeln, welche für diese Ergebnisse verantwortlich sein könnten (vgl. unten), bleibt die Frage offen, ob die Persönlichkeitseigenschaften einen direkten Einfluss auf die Konstrukte emotionale Probleme und Ängstlichkeit beim Kind haben. Die Literatur hierzu ist nicht einheitlich (Noser, 2006). Krain und Kendall (2000) fanden keinen Zusammenhang zwischen der von den Eltern eingeschätzten Angst beim Kind und der Ängstlichkeit der Eltern. Die NYCL Studie (vgl. Kap. 4.2.1.3) und Velez und Kollegen (1989) fanden einen Zusammenhang der Ängstlichkeit beim Kind und der Ängstlichkeit und

Depression bei der Mutter. Belsky (1984) wiederum zeigt in seinem Modell auf, dass sich die Persönlichkeit auf die Entwicklung des Kindes auswirkt, wobei in seinem Modell die Persönlichkeit sich über die Erziehung auswirkt (vgl. Fragestellung 1.3, in welcher die Ängstlichkeit der Mutter als Moderator eingesetzt wurde). Falls Zusammenhänge gefunden wurden, dann waren diese eher indirekter Natur, beispielsweise über die Erziehung (vgl. *Fragestellung 1.3*), oder die Hypothesen betrafen nur Teilaspekte der Skalen (z.B. depressiver Aspekt der Variable Lebenszufriedenheit). Letzteres wurde auch in der vorliegenden Arbeit angenommen, da die Literatur darauf hinweist, dass Mütter, welche unter einer Depression leiden, ihre Kinder pathologischer wahrnehmen als nicht depressive Mütter (z.B. Kap. 3.3.1; z.B. Dadds und Roth, 2001; Magana et al., 1986). Da jedoch die Variable Lebenszufriedenheit von einem Persönlichkeitskonstrukt ausgeht, welches unter anderem einen Aspekt der Depressivität beinhaltet und nicht das klinische Vollbild einer Depression, erklärte sich auch der oben erwähnte nur schwache Zusammenhang.

Methodenkritik

Statistische Validität: Die statistische Validität kann laut Cook und Campbell (1979) als ein spezieller Aspekt der internen Validität (vgl. weiter unten) gesehen werden, welcher hier jedoch separat diskutiert werden soll, da sie grossen Einfluss auf die Gültigkeit der Testung hat. Die statistische Validität kann durch mehrere Begebenheiten eingeschränkt sein.

Zum einen wird die statistische Validität durch eine geringe **Teststärke** (Power), welche abhängig ist von der Effektstärke und der Stichprobengrösse, geschwächt. Ausgehend von mittleren Effekten, welche in der vorliegenden Studie erwartet wurden (J. Cohen, 1988, 1992), einem Alpha-Niveau von .05 und der gegebenen Stichprobengrösse konnte die Power post hoc für jeden statistischen Test bestimmt werden (G*Power3, Faul, Erdfelder, Lang, & Buchner, 2007). Angestrebt wurden Powerwerte grösser als .80, wobei die Stichprobe der *Studie 1* für bestimmte Analysen zu klein war und somit die Power bestimmter statistischer Verfahren verlor (Bortz & Döring, 2002; Rosenthal & Rosnow, 1991). Für einen mittleren Effekt von $d=0.50$ bei einem T-Test für unabhängige Stichproben, der Gruppengrössen $N_1=42$ und $N_2=37$ (*Studie 1*) konnte erwartet werden, dass mit 71%iger Wahrscheinlichkeit der wahre Unterschied der Population entdeckt wurde (einseitiges Fehlerrisiko von 5%). Für eine Power von .80 müsste die Stichprobe insgesamt 102 Fälle beinhalten und auf beide Gruppen gleichmässig verteilt sein. Dieses Verfahren wurde für die Signifikanzprüfung von Geschlechtsunterschieden eingesetzt. Für T-Test mit abhängigen Stichproben ($N=79$) war bei einem erwarteten mittleren Effekt von .50 die Power $1-\beta=.99$. Für einfaktorielle Varianzanalysen mit einem N von 79 und drei Gruppen mit den voreingegebenen Parametern und einem mittleren Effekt von $\eta^2=.25$ ergab die Power .48, bei vier Gruppen sank sie auf .42. Diese war nicht ausreichend, womit die Durchführung einer ANOVA in der *Studie 1* problematisch wurde. Um eine Power von .80 zu erreichen, müssten für drei Gruppen 159 Fälle und für vier Gruppen 180 Fälle vorhanden sein. Aufgrund dieser Überlegungen wurden für Unterschiedshypothesen vor allem T-Tests durchgeführt und nur in zwei Ausnahmen Varianzanalysen. Für Korrelationen nach Pearson wurde ein Effekt von $r=.30$ erwartet, welcher in Kombination mit einer Stichprobe von $N=79$ und dem $\alpha=5\%$ zu einer zufriedenstellenden Teststärke von 86% führte. Die Power für lineare und multiple (hierarchische) Regressionsanalysen war bei einer Stichprobengrösse von $N=79$ und zwei Prädiktoren 87%, bei drei Prädiktoren waren es noch 81% und bei vier reduzierte sich die Power auf 77%, bei fünf auf 73%, bei 6 auf 69% und bei sieben auf 65%. Damit eine Power von .80 erreicht werden kann, wenn man mit vier oder mehr Prädiktoren rechnet, müsste die Stichprobe circa 100 Fälle enthalten, damit man bei

sechs UVs noch eine Power von .80 erreichen kann. Bei Interaktionen ist grundsätzlich die Power geringer, weshalb das Signifikanzniveau auf 10% erhöht wird, wenn Interaktionen in der Regression involviert sind (Aguinis, 1995). Die meisten Regressionsanalysen, welche durchgeführt wurden, hatten drei oder vier Prädiktoren.

Die statistische Validität verliert auch durch Verletzungen der **Voraussetzungen von statistischen Verfahren** (vgl. Kap. 4.3.9.1.2). Im Bereich der Analysen der *Studie 1* wurde davon ausgegangen, dass die Tests, welche eingesetzt wurden, gegenüber gewissen Verletzungen robust sind (vgl. Brosius, 2004). Bei den T-Tests ist Intervallskalenniveau gefordert, wobei bei bestimmten Variablen nicht immer klar zwischen Ordinalskalen- und Intervallskalenniveau entschieden werden kann. Es wurden teilweise auch nur grenzwertig als intervallskalierte Variablen interpretierbare Skalen in die Analysen einbezogen. Weiter wird Normalverteilung der Werte vorausgesetzt. Der T-Test reagiert jedoch laut Brosius (2004) gegenüber einer Verletzung dieser Voraussetzung sehr robust. Die Varianzhomogenität im Falle des T-Tests für unabhängige Stichproben ist keine notwendige Voraussetzung. Jedoch wird bei Verletzung der Varianzhomogenität aus den zwei resultierenden Teststatistiken jene ausgewählt, in welcher die Varianzen ungleich sind. Im Falle von einfaktorieller Varianzanalysen wird Intervallskalenniveau, Normalverteilung der Daten und Varianzgleichheit gefordert. Analog zum T-Test wurden auch hier teilweise Skalen einbezogen, welche nur grenzwertig intervallskaliert sind. Bei den Korrelationsanalysen sind die Voraussetzungen Intervallskalierung und Normalverteilung angegeben, wobei hier bei Verletzung einer dieser Voraussetzungen alternative Verfahren (Spearman oder Kendalls Tau) zur Verfügung stehen. Die Regel ist, dass auch bei der linearen und multiplen Regressionsanalyse die Daten intervallskaliert sind. Die Ausnahme sind sogenannte Dummy-Variablen, welche als erklärende Variablen in das Regressionsmodell aufgenommen werden dürfen. Die Normalverteilungsannahme der Merkmale und der Residuen sind Voraussetzung bei der Regressionsanalyse, was anhand der Histogramme geprüft wurde. Die Residuen hingen nicht mit den Werten des Kriteriums zusammen, sie sind also homoskedastisch. Die Linearität zwischen Kriterium und Prädiktoren wurde geprüft, indem die Residuenplots betrachtet wurden. Wenn die unabhängigen Variablen (Prädiktoren) untereinander stark zusammenhängen, spricht man von Multikollinearität. Dies erhöht den Standardfehler der Schätzer für die Regressionskoeffizienten. In den Fällen, in welchen dies auftrat, wurden die am Mittelwert zentrierten Variablen in das Regressionsmodell eingegeben.

Eine weitere Einschränkung der statistischen Validität resultiert daraus, dass durch multiple Testung in der gleichen Stichprobe eine **Alphafehler-Kumulierung** stattfindet (Cook & Campbell, 1979). Wenn die Hypothese aufgeteilt ist in mehrere statistische Hypothesen respektive Signifikanztests und nur eine davon statistisch signifikant sein muss, um die Gesamthypothese als bestätigt anzusehen („oder“-Verknüpfung, „weiches Kriterium“, Jain, 2007) ergibt sich eine Alphafehler-Kumulierung bereits bei der Entscheidung bezüglich der Gültigkeit von einzelnen Hypothesen. Das heisst, die Wahrscheinlichkeit, die Nullhypothese fälschlicherweise anzunehmen, steigt. In diesem Fall kann durch die Bonferroni-Korrektur oder die Bonferroni-Holm-Prozedur eine Alpha-Adjustierung vorgenommen werden (Brosius, 2004), was jedoch zu einer Einbusse an Teststärke führt. Falls die einzelnen Subhypothesen alle signifikant sein müssen („und“-Verknüpfung), tritt jedoch keine Alpha-Fehler-Kumulierung auf. In der *Studie 1* gab es keine Verletzung der „und“-Regel respektive keine Alphafehler-Kumulierung.

Objektivität und Reliabilität: Die Fehlervarianz wird vergrößert, wenn die Messung unreliabel ist, Faktoren des Settings zufällig sind oder die Stichprobe zufällig heterogen ist. Damit die Messung reliabel sein kann, müssen Durchführungs-, Auswertungs- und Interpretationsobjektivität weitestgehend gegeben sein.

Die **Durchführungsobjektivität** zeigt sich in der folgenden Beschreibung: Die *Studie 1* war eine kontrollierte Feldstichprobe, da die Mutter-Kind-Dyaden sich in einem gewohnten Umfeld befanden, was zum einen die Schwelle zur Teilnahme heruntersetzte und zum anderen einen Teil der Störvariablen, welche in Laborsituationen auftreten können, zum Grossteil vermeiden liess. Jedoch gibt es eine Reihe Störvariablen, welche in einer kontrollierten Feldstudie auftreten können. Die Störvariablen, welche vor allem bei den Kindern mitberücksichtigt werden müssen, sind individuelle Variablen wie Müdigkeit, Ablenkbarkeit und Unsicherheit (gekoppelt mit situativen Bedingungen, u.a. alle Kinder in einem Raum). Deshalb war es wichtig, dass die Kinder die Räumlichkeiten kannten, kurze Pausen machen durften und gepflegt wurden. Dies wurde, so gut die Situation es zuließ, kontrolliert (Struktur, Pause, Belohnung, u.a.); bis auf eine Ausnahme wurden die Abende an den Tagen mit schulfreien Nachmittagen durchgeführt. Die Kinder haben normalerweise ab circa acht Jahren die erforderlichen Lese- und Schreibkompetenzen, um an einer Fragebogenstudie teilzunehmen. Jedoch ist der Erwerb dieser Kompetenz ein Prozess, welcher interindividuellen Schwankungen unterworfen ist. Es konnte somit nicht vollständig kontrolliert werden, ob alle Kinder die Fragen korrekt verstanden hatten. Sie wurden angehalten, sich per Handzeichen zu melden, falls sie eine Erläuterung für eine nicht verstandene Frage respektive einen Begriff benötigten. Da dies wiederum mit einer möglichen sozialen Ängstlichkeit (Exponieren in Gruppe) zusammenhängt, konnte jedoch nicht darauf vertraut werden. Die Variablen, welche in jeder Befragung relevant sind, können als Störvariablen der sozialen Situation verstanden werden (Huber, 1995). Jede Befragung, auch die schriftliche, ist eine soziale Situation, welche mit Erwartungen, Befürchtungen, Hoffnungen und definierten Rollen einhergeht. Dies kann eine Reaktivität oder auch Reaktanz beim Befragten auslösen, Bewertungsängste oder auch soziale Erwünschtheit im Speziellen (themaabhängig). Das Thema Erziehung war in dieser Studie beispielsweise doppelt heikel. Zum einen sahen sich die Kinder gezwungen, ihre Mütter in ihrem Verhalten ihnen gegenüber kritisch einzuschätzen. Zum andern war es auch für Mütter schwierig, sich im Vergleich mit anderen Müttern zu sehen und einzuschätzen, da dieses Thema emotional geladen ist. Die Anonymität und die klaren (standardisierten) und vorsichtigen Instruktionen (u.a. „es gibt keine falschen Antworten“) sollten dem etwas entgegensetzen. Ausserdem war in der Fragebogenbatterie für die Mütter eine Skala enthalten, welche im Zusammenhang mit der sozialen Erwünschtheit diskutiert werden könnte (vgl. Skala *Offenheit* im FPI-R). Diese reinen Einschätzungen von Anzahl oder Häufigkeit werden durch Wahrnehmungs- und Gedächtniseffekte verzerrt (z.B. Beaglehole et al., 1997; Huber, 1995). Ausserdem wird davon ausgegangen, dass die Kinder die Tendenz haben, sich besser darzustellen und die Mütter, aufgrund eines eventuellen Hilfeappells, die Tendenz zeigen, mehr oder stärkere Probleme anzugeben. Diese Mutmassungen über die Gründe sind nur einige mögliche naheliegende Motive (vgl. Anderegg, 2003).

Die Testleiterinnen könnten ebenfalls einen Effekt auf die Teilnehmer des Diagnostikabends gehabt haben (z.B. Versuchsleiter-Erwartungseffekt). Es ist unter anderem relevant, ob diese den Teilnehmern sympathisch waren und wie sie den Diagnostikabend durchführten. Das heisst, individuelle Variablen (z.B. Müdigkeit, Gereiztheit) der Testleiterinnen können ebenfalls einen Einfluss auf die Testsituation haben. Diese konnten zum Teil nicht kontrolliert werden (z.B. Sympathie, Sprachverständnis wegen div. Dialekte), einige wurden aber durch einen im Vorfeld geplanten und strukturierten Ablauf eingegrenzt, so dass jeder im Team der *Studie 1* eine definierte Rolle hatte und eine Sicherheit und Professionalität ausstrahlte. Aus-

serdem wurde im Vorfeld über mögliche schwierige Situationen mit der Kinder- respektive Müttergruppe gesprochen (u.a. Fragen zur Testbatterie, Äußerungen). Trotz dieser Vorbereitung konnte nicht verhindert werden, dass auf ähnliche Fragen verschieden geantwortet wurde oder dass unvorhersehbare Situationen vorkamen. Testleiter haben eventuell auch bestimmte Erwartungen an die Untersuchung (Rosenthal-Effekt), wodurch sie unbeabsichtigt einen Einfluss auf die Untersuchung haben können.

Die **Auswertungsobjektivität** ist dadurch gegeben, dass die Zuordnung von den Antworten zu den Werten im Auswertungsprogramm im Vorfeld durch die Konstruktion der Fragebogen gegeben war. Die Kreuze, welche durch die Kinder und Mütter zwischen zwei Antwortstufen gegeben wurden, hatten jedoch die Auswerter vor die Schwierigkeit gestellt, eine Auswahl zu treffen. Dies wurde jedoch durch die bei der Durchführung konkrete Instruktion, dies nicht zu tun respektive sich für das eine oder andere zu entscheiden, vermieden. Wenn die Kinder und Mütter die Fragebogen abgaben, wurde kurz kontrolliert, ob alle Fragen beantwortet wurden und gegebenenfalls auf ausgelassene Elemente hingewiesen. Falls es doch vorkam, wurde jedoch für alle die gleiche Regel, wie mit missings umgegangen wird, eingehalten (vgl. Kap. 4.3.9.1.2).

Die Zuteilung der Kinder in die Kategorie „auffällig“ und „unauffällig“ ist in der Forschung statistisch oder inhaltlich geregelt. Jedoch resultieren aus solchen Einteilungen falsch-positive und falsch-negative Fälle. Der Cut-Off birgt auch einen willkürlichen Aspekt. In der *Studie 1* wurde die Einteilung anhand der den jeweiligen Fragebogen zugrundeliegenden Normen (z.B. Deutsche und Englische Norm beim SDQ-Deu, vgl. Kap. 4.3.9.1.2) durchgeführt. Das heisst, es werden Schweizer Kinder mit Kindern aus Deutschland und England verglichen, da keine Schweizer Normen zur Verfügung standen. Weil auch subklinische Kinder erfasst werden sollten, wurde der Grenzwertbereich ebenfalls einbezogen. Dies führte zu erhöhten Werten, welche streng genommen nicht mehr mit den Raten aus Studien zu den Störungen mit Krankheitswert verglichen werden dürfen. In der *Studie 3* (Kap. 5.4) wurden jedoch Kinder für eine indizierte Prävention angesprochen, welche auffallen durch subklinische Symptome, weshalb diese Vorgehensweise gewählt wurde. Mit der strengeren Setzung des Cut-off-Werts würden genau die Kinder, welche bereits einzelne Anzeichen einer Angststörung aufweisen, nicht erfasst werden. Für die Einteilung auffällig-unauffällig der Variable emotionalen Probleme in der Muttereinschätzung wurden die Deutschen Normen zugezogen, weil diese den Altersbereich abdecken (6-16 Jahre) und in der Eichstichprobe circa 10% als auffällig einstufen. In der Selbsteinschätzung der Kinder wurde die Englische Norm konsultiert, welche jedoch offiziell für 11- bis 15-Jährige ist. Die 8- bis 10-jährigen Kinder wurden jedoch trotzdem mit diesem Altersbereich verglichen, weil keine alternativen Normen vorhanden waren. Somit sind zwar Vergleiche mit anderen Studien möglich, jedoch müssen in der Selbsteinschätzung des SDQ-Deu die Resultate mit Vorsicht interpretiert werden.

Die **Interpretationsobjektivität** wurde gewährleistet, da nur eine Person bestimmt hat, welche Werte auffällig oder unauffällig waren respektive wo der Cut-off gesetzt wird. Bei den meisten Fragebogen waren durch die Normen anhand der Eichstichproben die Interpretationen auch vorgeben. Die Skala *emotionale Probleme* des SDQ-Deu und auch die Skala *Angst/Depressivität* des CBCL (Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist, 1993) bringen das gleiche Problem mit sich: wenn nicht auf Itemebene analysiert wird, bleibt unklar, ob ein auffälliges Ergebnis nun die Ängstlichkeit oder die Depressivität meint. Wie in Kapitel 2.3 und 3.2 bereits geschildert, gehen einige Autoren davon aus, dass die depressiven und Angststörungen eine Gemeinsamkeit haben (z.B. gemeinsame Vulnerabilität, negativer

Affekt). Dies rechtfertigt eine gemeinsame Skala, speziell im Kindes- und Jugendalter, jedoch vereinfacht dies nicht die Interpretation der erhöhten Werte auf den genannten Skalen.

Die **Reliabilität**, Messgenauigkeit des Tests, zeigt, inwieweit das Testergebnis frei von Messfehlern ist. Untersucht wurde bei allen Fragebogen, ob die Skalen genügend hohe interne Konsistenzen aufweisen (Cronbach's Alpha), wobei Werte über .80 als gut angesehen werden. In einzelnen Fällen können auch Werte zwischen .70 und .80 als noch ausreichend angesehen werden (Brosius, 2004). Wenn in der vorliegenden Studie eine Skala eine zu geringe interne Konsistenz aufgewiesen hat, wurde sie nicht oder nur unter Vorbehalt in die Signifikanztestung einbezogen. Ein weiteres wichtiges Mass im Zusammenhang mit der Reliabilität ist das Konfidenzintervall, welches den Standardmessfehler integriert. Es wird ein Intervall angegeben, in welchem mit einer Wahrscheinlichkeit von 95% oder 99% der tatsächliche Wert liegt.

Interne Validität: Die interne Validität beinhaltet verschiedene Aspekte, welche im Folgenden kurz erläutert und in Zusammenhang mit *Studie 1* gebracht werden sollen. Die Validität gibt an, ob der Test auch tatsächlich das misst, was er zu messen angibt (Gültigkeit). Dafür müssen die Objektivität und Reliabilität (Genauigkeit) gegeben sein. Es ist jedoch kein Test in allen Situationen für alle Fragestellungen gleich valide. Die inhaltliche Validität, die sogenannte Augenscheinvalidität, gibt an, ob das Testverfahren offensichtlich plausibel ist. Dies beruht oft auf den Expertenurteilen und kann nicht durch eine statistische Masszahl ausgedrückt werden. Bei der Kriteriumsvalidität wird anhand von Vergleichen mit korrespondierenden Tests geprüft, ob diese übereinstimmen (Korrelationen). Die **Konstruktvalidität** gibt die Güte der Operationalisierung der Variablen wieder. Damit müssen Zusammenhänge mit angenommenen Aussenmerkmalen bestehen (konvergente Validität) und keine Zusammenhänge, wo keine vermutet werden (diskriminante Validität). Die Idee der Konstruktvalidität ist wie bei der externen Validität (vgl. unten) die Generalisierung, jedoch nicht auf andere Gruppen oder Situationen, sondern auf das Konzept des Programms respektive Testverfahrens. In der *Studie 1* wurden fast ausschliesslich Fragebogenverfahren verwendet, welche bereits durch deren Autoren evaluiert worden sind, und sie wurden auch ausschliesslich in den Bereichen eingesetzt, für welche sie entwickelt wurden. Das heisst, die Kriteriums- und Konstruktvaliditäten waren durch die Autoren der Tests gegeben. Die Augenscheinvalidität konnte durch die theoretisch-empirischen Überlegungen im Vorfeld ebenfalls als gegeben angesehen werden. Die interne Validität kann jedoch durch folgende Faktoren und Prozesse beeinträchtigt sein (Cook & Campbell, 1979), welche in der *Studie 1* auch teilweise beobachtet worden sind: Reifungsprozesse (Aufmerksamkeit lässt nach, Hunger, Müdigkeit, vgl. Durchführungsobjektivität), das Testinstrument selbst hat einen Einfluss auf die untersuchte Person (vgl. Hawthorne-Effekt, Hypothesenraten, externe Validität). Die Nachlässigkeit der Beobachter oder Veränderungen im Testinstrument, Regression zur Mitte (vor allem, wenn Personen nach Extremwerten ausgesucht wurden) und Ungewissheit über die Richtung des Effekts in Korrelationsstudien waren in der *Studie 1* kein Problem. Viele Faktoren, welche die Autoren nennen, sind auf Treatmentstudien ausgerichtet (vgl. Kap. 5.4.5) und werden hier nicht ausgeführt. Die Konstruktvalidität ist laut den Autoren eingeschränkt, wenn die Konstrukte im Vorfeld nicht durchdacht sind, lediglich durch eine einzelne Operationalisierung oder durch eine einzelne Methode operationalisiert wurden, wenn die Operationalisierung erraten wird, soziale Erwünschtheit auftritt oder Erwartungen des Versuchsleiters einen Effekt auf die Untersuchungssituation haben. Der selbst entwickelte Fragebogen, der ESI-MV in der Selbsteinschätzung durch die Mütter unterliegt dem Thema „Veränderung im Testinstrument“, und

die Operationalisierung war nur durch eine Methode evaluiert worden, nämlich durch die Analyse der Zusammenhänge zwischen der Kind- und Muttereinschätzung: die übergeordneten Skalen *ungünstige* und *günstige Erziehung* korrelierten jeweils zwischen der Kinder- und Muttereinschätzung, dies bis auf die Skalen *Tadel* und *Lob* auch auf der Ebene der einzelnen Skalen. Die restlichen Abänderungen an den Fragebogen waren vor allem sprachlicher Natur, wobei die Mengen- oder Zeitangaben belassen wurden, wodurch die Bedeutung des Items gleich blieb. Weiter wurden Kürzungen vorgenommen. Im Falle des FPI-R, in welchem ganze Skalen weggelassen wurden und keine Gesamtskala gebildet wurde (Ausnahme Emotionalität und Extraversion, welche jedoch nicht in die Analysen eingingen), war die Kürzung keine Abschwächung der internen respektive Konstruktvalidität. Im Falle des SVF-KJ sieht es ähnlich aus, weil nicht die Aussagen innerhalb eines Bereichs, sondern nur die Bandbreite an Aussagen (zwei verschiedene Situationen und situationsübergreifende Stressbewältigungsstrategien), eingeschränkt war.

Ein weiteres spezielles Problem wird unter dem Titel **common method variance** abgehandelt und wurde an den entsprechenden Stellen in der Diskussion der Fragestellungen bereits angedeutet. Eine Methodenverzerrung (common method bias) beinhaltet, dass die Messergebnisse verzerrt sind, weil die gleiche Quelle (z.B. Mutter) zum gleichen Zeitpunkt für die unabhängige (UV, Prädiktor) und abhängige Variable (AV, Kriterium) befragt wird. Verschiedene Ursachen können dazu führen (Podsakoff, MacKenzie, Lee, & Podsakoff, 2003):

- Common rater effects: Verzerrung verursacht durch Eigenschaften der Quelle (z.B. soziale Erwünschtheit, Gemütszustand, Annahmen der befragten Person zu den Zusammenhängen der verschiedenen Fragebogen),
- Item characteristic effect: Verzerrung verursacht durch Charakteristik der Items (z.B. durch negative Formulierung, Skalenformate, suggestive Fragen),
- Item context effects: Verzerrung verursacht durch den Kontext, in welchem die Items eingebettet sind (z.B. Primingeffekte, negative Umschreibung des Kontextes der Frage, Skalenlänge, Gruppierung der Items) und
- Measurement context effects: Verzerrung verursacht durch den Kontext der Untersuchung (z.B. gleichzeitige Erhebung von UV und AV, am gleichen Ort durch das gleiche Medium).

Der common rater effect war vermutlich der häufigste in der *Studie 1*, da oft die Mütter respektive Kinder die Kriteriums- und Prädiktorvariablen eingeschätzt hatten. Somit musste immer damit gerechnet werden, dass den beiden Variablen eine gemeinsame Methodenverzerrung zugrunde lag, wie beispielsweise die soziale Erwünschtheit oder die Stimmung am Tag der Messung. Mütter hatten wahrscheinlich häufiger auch vermutet, welche Konzepte hinter den Fragebogen standen und hatten somit Teile der Fragestellungen geahnt. Bei den Kindern wurde nicht davon ausgegangen, dass sie solche Zusammenhänge erkennen können. Da die Skalenformate abgewechselt wurden, die Fragebogen wenige negative oder suggestive Formulierungen enthielten, wird angenommen, dass der item characteristic effect eher gering ist. In Bezug auf die item context effects wird davon ausgegangen, dass es wahrscheinlich tatsächlich vereinzelte Verzerrungen gab. Der Primingeffekt fand sicherlich bei den Müttern statt, welche nacheinander das aktuelle und das Verhalten der Kinder mit 5 Jahren retrospektiv einschätzen mussten. Die Items der Fragebogen waren so wenig wie möglich gruppiert und die Skalenlänge wurde variiert und – so weit möglich – kurz gehalten. Dass das Kriterium und der Prädiktor am gleichen Tag und gleichen Ort mit dem gleichen Medium erfasst wurde, führt zum measurement context effect, welcher jedoch bei allen Fragebogenuntersuchungen im Querschnittsdesign stattfindet.

Podsakoff und Kollegen (2003) geben diverse Möglichkeiten an, diese Methodenverzerrungen im Vorfeld zu umgehen. Falls sie jedoch auftreten, müssen die Schlussfolgerungen aus den Ergebnissen diese Verzerrung thematisieren. In den meisten von den Autoren vorgegebenen Vorgehensweisen wird angemerkt, dass es keine statistischen Verfahren gibt, welche die Ursache für die Methodenvarianz zu Tage fördern. Die Idee wäre zum Beispiel zu wissen, welche Ursachen zu Grunde liegen und diese dann als Kontrollvariable einzufügen oder gewisse Variablen herauszupartialisieren. Das Problem hierbei ist, dass unmöglich alle Ursachen bekannt sein können. Alle Modelle zur Identifikation der Ursache der Verzerrung haben Nachteile und sind in der Umsetzung für die vorliegende Studie zu komplex.

Da in Bezug auf die Mütterereinschätzung davon ausgegangen wurde, dass zum Beispiel depressive Mütter ihre Kinder stärker durch Ängstlichkeit und emotionale Belastungen beeinträchtigt sehen, wird eine Verzerrung anderer Art erwartet. Das heisst, wie in Kapitel 3.3.1 beschrieben, wird davon ausgegangen, dass eine depressive oder ängstliche Mutter ihr Kind eher als ängstlich und emotional belastet einschätzt und wahrscheinlich auch sich selbst. Hier stellt sich also die Frage, ob es nun eine common method bias ist, im engeren Sinne ein common rater effect, oder ob es – in diesem Kontext – der Realität entspricht: dass wir alle subjektive Einschätzungen haben und dies sich auch im Alltag, in der Wahrnehmung des Gegenübers und somit in der Reaktion darauf, das heisst, in der Erziehung, niederschlägt.

Obwohl einige Punkte im Bereich der internen Validität (inkl. statistische Validität) einschränkend auf die Güte der Messung wirken, kann davon ausgegangen werden, dass der Grossteil der gefundenen Resultate gültig ist. Die Interpretationen wurden jedoch jeweils ergänzt durch diese Verletzungen der internen Validität.

Externe Validität: Die externe Validität, welche anzeigt, wie gut die Resultate auf andere Personengruppen, Settings, Situationen und Zeiten generalisierbar sind, ist eingeschränkt, wenn die Umgebungsbedingungen sich zu stark von der realen Umgebung der Testpersonen unterscheiden (experimentelle Reaktivität). Dies wurde im Zusammenhang mit der Durchführungsobjektivität bereits angesprochen: in der *Studie 1* wurde darauf geachtet, dass die Kinder und Mütter in einer ihnen bekannten Umgebung waren. Es war jedoch nicht möglich, den Rest des Settings lebensnah zu gestalten, da Fragebogen ausfüllen nicht dem Alltag entspricht. Auch wird die externe Validität eingeschränkt, wenn die instrumentelle Validität beeinträchtigt ist. Das heisst, dass das Messinstrument nicht erfasst, was es eigentlich sollte (mangelnde Konstruktvalidität). Wie bereits weiter oben beschrieben, ist die Konstruktvalidität nicht weiter eingeschränkt, da vor allem bekannte und evaluierte Fragebogen dazu eingesetzt wurden, wofür sie konstruiert wurden. Wenn die Stichprobe nicht repräsentativ ist (durch z.B. Randomisierung erreicht), dann können die Ergebnisse nicht auf Grundgesamtheiten verallgemeinert werden (Stichprobenfehler). Die Stichprobe der *Studie 1* war weder auf nationaler noch kantonaler Ebene repräsentativ. Es konnte auch keine Repräsentativität auf der Alters-, Geschlechts- und sozioökonomischen Variablen gewährleistet werden. Die Aussagen, welche durch eine anfallende Stichprobe gemacht werden können, sind begrenzt. Die Stichprobe der *Studie 1* war für mehrere Hypothesen nicht gross genug (z.B. Varianzanalysen) und führt zu methodischen Problemen. Der Hawthorne-Effekt wiederum tritt auf, wenn das Verhalten verändert wird, alleine dadurch, dass die Personen an einer Untersuchung teilnehmen (Cook & Campbell, 1979; Bortz & Döring, 2002, vgl. interne Validität). Durch die Befragung in der Untersuchungssituation kann schon die Einstellung zu einem Thema ändern. Dieser Effekt kann eigentlich nicht vermieden werden, ausser Personen werden ohne deren Wissen beobachtet, was wiederum ethische Fragen aufwerfen würde.

Die externe Validität wurde bereits beeinträchtigt durch die Verletzungen der internen Validität. Die Ergebnisse dürfen nicht über die Stichprobe der *Studie 1* hinaus generalisiert werden, da zusätzlich viele Bedingungen der externen Validität verletzt wurden.

4.3.9.2 *Studie 2* –Epidemiologische Studie zu emotionalen Problemen und Persönlichkeitsfaktoren

4.3.9.2.1 *Studie 2*: Fragestellungen

Fragestellung 2.1: a) Wie häufig sind *Emotionale Probleme* und wie verteilen sie sich über b) Alter und c) Geschlecht und d) Sprache?

Die Fragestellung 2.1 entspricht inhaltlich weitgehend der *Fragestellung 1.1* der *Studie 1* aus Kapitel 4.3.9.1.1, in welcher die Häufigkeit und Verteilung von Ängstlichkeit und emotionalen Probleme thematisiert wird. Die theoretisch-empirische Fundierungen dieser Fragestellungen sind analog zu verstehen. Es wird analog zur *Studie 1* (*Fragestellung 1.1*, Kap. 4.3.9.1.1) angenommen, dass in *Studie 2* die emotionalen Probleme relativ häufig vorkommen und sich die Raten zwischen 10 und 20% befinden (H2.1a). Die Altershypothese wird erneut ungerichtet gestellt (H2.1b); ausserdem wird angenommen, dass Mädchen häufiger von emotionalen Problemen betroffen sind (H2.1c). Es wird – wie bereits in Fragestellung 1.2d.2 in der *Studie 1* - angenommen, dass die Kinder mit einer anderen Sprache als der Deutschen höhere Werte auf der Skala *emotionale Probleme* erreichen.

Fragestellung 2.2: Wie hängen Persönlichkeitsvariablen mit *Emotionalen Problemen* zusammen?

Die Ängstlichkeit wird als relativ stabiles Trait verstanden, welches sich unter anderem über die Vulnerabilität auf die Entwicklung einer Angststörung auswirken kann (z.B. Spielberger, 1966; Zentner, 2000). Sie ist auch assoziiert mit der Zustandsangst, mit emotionalen Problemen (inkl. Depressiven Symptomen) und mit Temperamentsmerkmalen respektive Persönlichkeitsdimensionen (z.B. Barlow, 2002; Clark & Watson, 1991; Eysenck & Rachman, 1971). In den Erwachsenenstudien NEMESIS (Bijl et al., 1998) und der Zurich Study (Angst & Vollrath, 1991) konnten Zusammenhänge zwischen Angststörungen und dem Neurotizismus als Persönlichkeitseigenschaft festgestellt werden. Die Studie aus China (Liu et al., 1999) konnte dies auch für Kinder feststellen (vgl. Kap. 2.1, 2.3, 3.3.1, 3.3.3, 4.2.3.1, 4.2.4.2.2, 4.3.8).

Es wird davon ausgegangen, dass ein negativer Zusammenhang zwischen emotionalen Problemen mit verwandten Phänomenen auf Persönlichkeitsdimensionen (positiv ausgerichtete Skalen) aufgezeigt werden kann. Je niedriger die Persönlichkeitseigenschaften Gewissenhaftigkeit (H2.2a), Verträglichkeit (H2.2b), Offenheit für Erfahrungen (H2.2c), Emotionale Stabilität (H2.2d) und Extraversion (H2.2e) ausgeprägt sind, desto mehr emotionale Probleme berichten die Kinder. Ausserdem wird von einem Interaktionseffekt der Dimensionen Emotionale Stabilität und Extraversion auf die emotionalen Probleme ausgegangen (H2.2f), da diese beiden Skalen zusammenhängen (z.B. Fahrenberg et al., 2001; Lang, Lüdtke, & Asendorpf, 2001).

4.3.9.2.2 Studie 2: Methode

*Datenerhebung*³

Die Stichprobe der *Studie 2* besteht aus 340 Kindern im Alter von 10 bis 14 Jahren. Die Studie wurde im September 2004 mit dem Ziel durchgeführt, Daten über Verhaltensstärken und -schwächen und Persönlichkeitsvariablen von einer grossen Stichprobe von 11- bis 12-jährigen Kindern zu erhalten (vgl. Petzold, 2004).

Tabelle 63: Altersverteilung der Stichprobe in der *Studie 2* (N=340)

		<i>Geschlecht</i>				<i>Gruppen-Total</i>	
		männlich		weiblich		N	%
		N	%	N	%		
<i>Alter in Jahren</i>	10	17	5.0	14	4.1	31	9.1
	11	59	17.4	60	17.6	119	35.0
	12	77	22.6	76	22.4	153	45.0
	13	21	6.2	14	4.1	35	10.3
	14	1	0.3	1	0.3	2	0.6
<i>Gruppen-Total</i>		175	51.5	165	48.5	340	100.0

Es konnten fünf Schulhäuser des Kantons Luzern für die Fragebogenstudie gewonnen werden. Um die Schwelle für die Teilnahme herunterzusetzen, wurde die Befragung in den Schulen durchgeführt. Sechs Kinder machten keine Angaben zum Alter und drei Kinder keine zum Geschlecht, weshalb diese ausgeschlossen wurden. Es resultierten Angaben zu 340 Kindern.

Tabelle 64: Sprache der Kinder in der *Studie 2* (N=340, Reihenfolge: Häufigkeit sinkend)

		N	%
<i>Sprache</i>	Deutsch	226	66.5
	Serbisch	19	5.6
	Albanisch	18	5.3
	Italienisch	16	4.7
	Kroatisch	12	3.5
	Tamilisch	10	2.9
	Spanisch	9	2.6
	Portugiesisch	7	2.1
	andere	23	6.8
<i>Total</i>		340	100.0

Anmerkungen: andere=Bengalisch, Bosnisch, Englisch, Französisch, Holländisch, Marokkanisch, Mazedonisch, Persisch, Russisch, Thailändisch, Türkisch, Vietnamesisch

³ Frau Claudia Petzold möchte ich danken für die Mitarbeit in der Planung der *Studie 2* und für die selbständige Erhebung der grossen Stichprobe.

Die Kinder und Jugendlichen aus der *Studie 2* waren im Mittel 11.58 ($SD=0.82$; Jungen: 11.6, $SD=0.84$; Mädchen: 11.56, $SD=0.79$) Jahre alt (vgl. Tab. 63). Die Verteilung des Geschlechts über die Altersstufen war relativ gleichbleibend; die angestrebte Altersspanne von 11- bis 12-Jährigen war mit 35.0% respektive 45.0% am häufigsten vertreten.

Die Kinder aus der *Studie 2* hatten unterschiedliche kulturelle Hintergründe, wie man über die Angaben zu den Muttersprachen aus der Tabelle 64 schliessen kann. Die Zeile „andere“ Sprache beinhaltet verschiedene Muttersprachen, welche selten vorkamen (≤ 3) und verschiedene Regionen (z.B. Europa, Asien, Afrika) vertreten (vgl. Anmerkungen Tab. 64).

Messinstrumente

Im Folgenden werden die Fragebogen der *Studie 2* beschrieben, beginnend mit den soziodemographischen Angaben. Der Fragebogen SDQ-Deu wurde bereits in Kapitel 4.3.9.1.2 beschrieben. An dieser Stelle werden die Unterschiede hervorgehoben, und die internen Konsistenzen anhand der Stichprobe der *Studie 2* werden ergänzt. Zuletzt wird der Fragebogen zur Erfassung von Persönlichkeitseigenschaften beschrieben. Die Fragebogenbatterie kann im Anhang eingesehen werden.

Soziodemographische Variablen

In der *Studie 2* wurden die Kinder nach ihrer Schule, Klassenstufe, Geburtstag und -jahr, Geschlecht und Muttersprache gefragt.

Fragebogen zu Stärken und Schwächen im Erleben und Verhalten des Kindes, SDQ-Deu

Der Fragebogen, welcher aus der Kindversion der *Studie 1* übernommen wurde, beinhaltet zusätzliche sprachliche Adaptationen respektive Ergänzungen: Items 4, 5, 18 und 19 haben einen zusätzlichen Begriff aus dem Schweizerdeutschen in der Klammer.

Die Cronbach's Alphas in der Selbsteinschätzung der Kinder sind wie schon in der *Studie 1* (Kap. 4.3.9.1.2) ungenügend bis auf jene der Gesamtskala, welche eine interne Konsistenz von .74 aufweist, die je nach Konvention als ausreichend zuverlässig gilt (vgl. Brosius, 2004). Die Skala *Emotionale Probleme* hat den zweithöchsten Wert mit .65, die Skala *Hyperaktivität* misst am zuverlässigsten (Cronbach's $\alpha=.66$) und die Skala *Prosoziales Verhalten* zeigt eine interne Konsistenz von .61. Die Skalen *Verhaltensprobleme* und *Verhaltensprobleme mit Gleichaltrigen* weisen wie auch in der Stichprobe der Vorstudie auf eine schlechte, unbefriedigende interne Konsistenz hin (Cronbach's Alpha: .41 resp. $\alpha=.50$).

Aufgrund der Faktorenanalyse wird davon ausgegangen, dass die Verhaltensprobleme und Verhaltensprobleme mit Gleichaltrigen zu wenig differenzieren. Sie werden daher zur Skala *Verhaltensauffälligkeiten gesamt* zusammengefügt (Cronbach's Alpha: .60). Wenn diese Skala noch um die Skala *Hyperaktivität* zu einer Skala *externalisierende Auffälligkeiten* erweitert wird, steigt die interne Konsistenz auf .66 an. Dies ist nicht höher, als die Skala *Hyperaktivität* alleine erreicht, jedoch wird die Gesamtskala zur Grundlage genommen.

Persönlichkeitseigenschaften, Fragen zu deinen persönlichen Eigenschaften (adaptierte Big Five/ Big 5)

In der *Studie 2* kam ein Persönlichkeitsinventar zum Einsatz (Petzold, 2004), welches die Big Five Dimensionen zur Grundlage hat (Lang et al., 2001). Die Kurzversion (30 Items, vgl.

Abb. 41) des eigentlich für Jugendliche und Erwachsene konzipierten Big Five Inventory wurde vom Institute of Family and Child Care Studies, University of Nijmegen, zur Übersetzung zur Verfügung gestellt (Vorlagen: Englische, Holländische und eine Deutsche Version). Da die deutschsprachige Übersetzung mangelhaft war, hat Petzold (2004) die Übersetzung und die Items gegengeprüft und angepasst. Skala *Emotional Stability* (*Emotionale Stabilität*) ist im Big Five (vgl. Lang et al., 2001; Markey, Markey, & Tinsley, 2003) die Skala *Neuroticism* (*Neurotizismus*), respektive die Emotionale Instabilität, und die Skala *Resourcefulness* (*Einfallsreichtum*) ist im Big Five die Skala *Openness* (*Offenheit für Erfahrung*). Die Skalen, die in beiden Versionen vorkommen, sind die Skalen *Extraversion*, *Conscientiousness* (*Gewissenhaftigkeit*) und *Agreeableness* (*Verträglichkeit*). Asendorpf (1996) vergleicht die Big Five-Skalen *Neurotizismus* und *Extraversion* mit den Dimensionen von Eysenck (vgl. Kap. 2.1), wobei dieser über den dimensional Ansatz ebenfalls viele Schnittstellen schafft. Beispielsweise zeichnen sich die Störungen Angststörungen und Depressive Störungen durch eine Instabilität und eine Introversion aus (vgl. Persönlichkeits-Kreis von Eysenck in Zimbardo & Gerrig, 2004, S. 606).

FRAGEBOGEN ZU DEINEN PERSÖNLICHEN EIGENSCHAFTEN					
<p>Nachfolgend sind 30 Wörter oder Wortpaare aufgelistet, mit denen sich Personen beschreiben lassen - sogenannte Eigenschaften von Menschen. Einige schwierigere Wörter sind in Klammern erklärt. Bitte kreuze in jeder Zeile an, wie stark die entsprechende Eigenschaft auf Dich zutrifft: gar nicht, wenig, ziemlich oder sehr. Wie siehst Du Dich selber im Vergleich zu anderen Personen? Versuche eine ehrliche Antwort zu geben, selbst wenn Dir die eine oder andere Eigenschaft nicht sehr positiv vorkommt. Es gibt keine richtigen oder falschen Antworten. Es ist nur wichtig, wie Du Dich selber einschätzt. Wenn Du ein Wort nicht verstehst, dann kreuze bitte das erste Kästchen an – „Wort nicht bekannt“.</p>					
	Wort nicht bekannt	trifft gar nicht auf mich zu	Trifft ein wenig auf mich zu	trifft ziemlich auf mich zu	trifft sehr auf mich zu
1. nett					
2. fantasievoll					
3. reizbar					
4. schludrig („schluffig“)					
5. zurückhaltend					
6. neugierig forschend (wissbegierig)					
7. nervös					
8. sorgfältig					
9. still					
10. hilfsbereit					
11. verletzlich, empfindlich					
12. chaotisch					
13. verschlossen					
14. vielseitig					
15. freundlich					
16. gründlich (genau)					
17. gesprächig					
18. erfindersch					
19. kooperativ (Teamgeist haben)					
20. besorgt, beunruhigt					
21. schüchtern					
22. lieb					
23. künstlerisch					
24. ängstlich					
25. ordentlich					
26. zurückgezogen					
27. systematisch (planvoll vorgehend)					
28. sympathisch					
29. angespannt, aufgeregt					
30. kreativ					
<p>Ich habe die vorangegangenen Fragen/Wörter verstanden:</p> <p><input type="checkbox"/> nicht alle <input type="checkbox"/> fast alle <input type="checkbox"/> alle</p>					

Abbildung 41: Fragebogen zu deinen persönlichen Eigenschaften (in Anlehnung an die Kurzversion des Big Five Inventory) (Petzold, 2004)

Die vorgegebenen Eigenschaften respektive Eigenschaftsbegriffe (vgl. Abb. 41) werden in der *Studie 2* auf einer vierstufigen Antwortskala eingeschätzt: „trifft gar nicht auf mich zu“ (1), „trifft ein wenig auf mich zu“ (2), „trifft ziemlich auf mich zu“ (3) und „trifft sehr auf mich zu“ (4). In der Holländischen Version wird auf einer siebenstufigen Ratingskala eingeschätzt,

wie zutreffend der Begriff (Adjektiv) für die Person ist. In der *Studie 2* gab es zusätzlich eine Spalte, in welcher die Kinder angeben können, ob ihnen das „Wort nicht bekannt“ ist (vgl. Abb. 41), was das Auslassen eines Items rechtfertigen würde. Es wurden zusätzliche sprachliche Anpassungen ans Schweizerdeutsche vorgenommen (z.B. Item 4 in Klammer „Schluffig“). Es wurden verschiedene Sprach- und Wörterbücher für Synonyme zu Rate gezogen und resultiert sind Anpassungen auf folgenden Items: Items 1, 4, 6, 11, 12 (umgepolt), 17, 18, 19, 22 und 29; bei drei Items sind lediglich Ergänzungen durchgeführt worden: Items: 16, 20 und 27.

Die Items der Skala *Emotionale Stabilität* in der vorliegenden Kurzform des Big Five sind im Fragebogen negativ ausgerichtet (vgl. Items: 3, 7, 11, 20, 24, 29, Abb. 41). Jemand mit niedrigen Werten auf dieser Skala erscheint reizbar, nervös, empfindlich/verletzlich, besorgt/beunruhigt, ängstlich und angespannt/aufgeregt, das heisst emotional instabil. Das entspräche Eysencks *Instabilität* auf der Dimension Neurotizismus. Eine Person mit niedrigen Werten auf der Skala *Extraversion* wird als zurückhaltend, still, verschlossen, wenig gesprächig, schüchtern und zurückgezogen erlebt. Die Items dieser Skala werden bis auf ein Item (Nr. 17) ebenfalls negativ gepolt präsentiert und erhoben (Introversion).

Mehrere Gründe sprechen für eine Überprüfung der Skalen anhand einer Faktorenanalyse. Es wurden die Items zum Teil sprachlich korrigiert oder ergänzt, die Ratingskala ist im Vergleich zum Original verschieden und die Altersgruppe ist mit einem Alter zwischen 10 und 14 Jahren jünger als die Stichproben, anhand welcher die Big Five Fragebogen eingesetzt und evaluiert wurden (z.B. Lang et al., 2001). Ausserdem sind die Reliabilitäten der Skalen *Extraversion* mit .61 und der Skala *Emotionale Stabilität* mit .69 nicht befriedigend (Tab. 65).

Die Faktorenanalyse wurde mit den nicht umcodierten Items (vgl. Abb. 41) und mit einer voreingestellten Anzahl Faktoren durchgeführt (Tab. 66). Die Eigenwerte und der Screeplot rechtfertigen jedoch eine Extraktion von drei bis vier Faktoren (Eigenwerte des vierten Faktors: 1.69, des fünften Faktors: 1.26, des sechsten Faktors: 1.21). Eine nachgeschaltete Faktorenanalyse mit einer vorgegebenen Vier-Faktorenlösung hat keinen Unterschied in der Verteilung der Restkategorien gegeben.

Die Skalen respektive Dimensionen *Gewissenhaftigkeit*, *Verträglichkeit* und *Offenheit für Erfahrung* konnten fast vollständig bestätigt werden. Auf der Skala *Gewissenhaftigkeit* (Faktor 2, vgl. Tab. 66) hat das Item „still“ (BF9) zusätzlich hoch geladen (.595) und ebenfalls das Item „reizbar“ (BF3: -.418), welche in der Originalversion der Skala *Extraversion* respektive *Emotionale Stabilität* angehören würden. Ausserdem lädt das Item „systematisch (planvoll vorgehen)“ (BF27) nur mit .158 auf dem Faktor 2 und mit .565 in der Restkategorie (Faktor 5). Dieses Item müsste für spätere Analysen ausgeschlossen werden. Die auf fünf Items reduzierte Skala würde eine leicht erhöhte interne Konsistenz mit .75 (zuvor .70) erreichen. Es wurde die ursprüngliche Zusammensetzung beibehalten. Die Skala *Offenheit für Erfahrung* wurde als Faktor (Nr. 1) bestätigt und erreicht eine interne Konsistenz von .81. Der Faktor 4, die Skala *Verträglichkeit*, konnte bestätigt werden, wobei das Item „kooperativ (Teamgeist haben)“ nur mit dem zweithöchsten Koeffizienten auf dem Faktor 4 lädt (BF19: .339). Da jedoch, wie aus Tabelle 66 zu erkennen, das Item 19 in eine Restkategorie fallen würde, wird das Item auch mit einer etwas zu tiefen Ladung zur Skala *Verträglichkeit* dazu genommen. Die Reliabilitätsanalyse (Faktor 5) bestätigt diese Entscheidung, da die interne Konsistenz sich nur um .025 erhöhen würde, wenn das Item 19 weggelassen wird (Skala hat ein Cronbach's Alpha von .76, vgl. Tab. 65).

Tabelle 65: Interne Konsistenzen auf den Skalen des adaptierten „Big Five“ anhand der Stichprobe aus der Studie 2 ($N=340$); inkl. Items der Skalen und Polung

Adaptierte Big-Five-Dimensionen mit Items	Cronbach's Alpha
<i>Verträglichkeit (Agreeableness):</i> freundlich, nett, lieb, hilfsbereit, sympathisch, kooperativ	.76
<i>Offenheit für Erfahrung (Resourcefulness):</i> kreativ, künstlerisch, fantasievoll, erfinderisch, neugierig forschend/wissbegierig, vielseitig	.81
<i>Gewissenhaftigkeit (Conscientiousness):</i> ordentlich, sorgfältig, gründlich, schludrig (-), chaotisch (-), systematisch	.70
<i>Emotionale Stabilität (Emotional Stability):</i> reizbar (-), nervös (-), ängstlich (-), verletzlich/empfindlich (-), besorgt/beunruhigt (-), angespannt/aufgeregt (-)	.69
<i>Extraversion:</i> Zurückhaltend (-), still (-), verschlossen (-), gesprächig, schüchtern (-), zurückgezogen (-)	.61

Anmerkungen: (-)=Negativ gepolte Items

Die Items der Originalskalen *Extraversion* und der *Emotionalen Stabilität* laden fast alle hoch auf dem Faktor 3 (Ausnahmen: Items 3, 9, 17). Das Item 17 müsste aufgrund sehr niedriger Negativladung (-.153) ausgeschlossen werden; die Items 3 und 9 müssten ebenfalls wegfallen, da sie zum einen tief auf der Zielskala laden (vgl. Tab. 66, Abb. 41) und zum anderen inhaltlich nicht der Skala *Gelassenheit* zugeordnet werden können. Das Item 7 („nervös“) lädt nicht nur auf dem Faktor 3 (BF7: .523), sondern auch negativ auf der Skala *Gewissenhaftigkeit* (-.437, Faktor 2). Es könnte aufgrund der Faktorenstruktur eine neue Skala gebildet werden, welche eine Mischung aus *Neurotizismus (Emotionale Instabilität)* und *Introversion* wiedergibt. Dies lässt sich jedoch aus der langjährigen Forschung der Persönlichkeitsdimensionen nicht durchführen, weil die theoretische Grundlage dazu fehlt. Diese neue Skala hätte zwar eine interne Konsistenz von .76, liesse sich jedoch nur schwer interpretieren. Eine Korrelation (nach Pearson) zwischen den Skalen *Extraversion* und *Emotionale Stabilität* in der ursprünglichen Fassung ergibt eine positive mittlere Korrelation von $r=.347$ ($p=.000$, Partialkorrelation mit Kontrollvariablen Geschlecht und Alter: $r=.345$, $p=.000$). Dies führt zur Annahme, dass diese beiden Dimensionen zusammenhängen, jedoch messen sie nicht das gleiche Konstrukt.

Aufgrund der theoretischen Überlegungen werden die Skalen so belassen wie sie aus der Englischen und Holländischen Form übernommen wurden. Um die Interpretierbarkeit der Ergebnisse zu erleichtern, werden in der Tabelle 65 auch die Items der Skalen zusammenfassend dargestellt (inkl. Polung).

Tabelle 66: Faktorenanalyse: Rotierte Komponentenmatrix der Big Five Items aus der Studie 2 (die Itemnummern entsprechen den Items aus dem Fragebogen in Abb. 41)

	<i>Komponente</i>				
	1	2	3	4	5
BF30	.757				
BF23	.745				
BF2	.688				
BF18	.679				
BF6	.620				
BF14	.515				
BF25		.728			
BF8		.717			
BF16		.636			
BF9		.595	.223		
BF4		-.565			
BF12		-.564			
BF3		-.418	.173		
BF24			.708		
BF21			.619		
BF26			.618		
BF20			.602		
BF11			.557		
BF13			.544		
BF7		-.437	.523		
BF29			.506		
BF5			.478		
BF15				.793	
BF1				.756	
BF22				.743	
BF10				.651	
BF28				.570	
BF27	.341	.158			.565
BF19				.339	.466
BF17	.256		.153	.353	.435

Anmerkungen: Extraction Method: Principal Component Analysis; Rotation Method: Varimax with Kaiser Normalization; a Rotation converged in 8 iterations; ergänzt durch ausgewählte tiefe Ladungen, welche im Text erwähnt werden; Bezeichnungen für die Faktoren

Aufgrund der sprachlichen Adaptation einiger Begriffe der Kurzform des Big 5 wurden die Kinder bei jedem Begriff gefragt, ob das Wort unbekannt ist („Wort nicht bekannt“). Wenn nun die Kinder eingeteilt werden in Kinder mit Muttersprache Deutsch und Kinder mit einer anderen Muttersprache (dichotome Variable), können diese zwei Gruppen bezüglich eventueller Verständnisprobleme verglichen werden (Anzahl „Wörter nicht bekannt“). Der Mittelwertsvergleich des Items „Wörter nicht verstanden“ der Kinder mit Deutscher Muttersprache und solchen mit anderer Muttersprache ergab anhand des T-Tests für unabhängige Stichproben einen signifikanten Unterschied mit einer mittleren Differenz von -2.31 ($df=145.14$, $t=-6.76$, $p<.001$). Der Mittelwert für „Wörter nicht bekannt“ für deutschsprachige Kinder lag bei .97 ($SD=1.86$, $N=227$) und für Kinder mit einer anderen Muttersprache bei 3.29 ($SD=3.38$, $N=112$). Das bedeutet, dass Kinder einer anderen Muttersprache im Durchschnitt 2.31 mehr Wörter nicht verstanden haben als Kinder mit Deutscher Muttersprache. Infolge dieses signifikanten Unterschiedes in Bezug auf die Muttersprache, wird eine Dummy-Variable

(0=Deutsche Muttersprache; 1=andere Sprache) als Kontrollvariable in die Regressionsanalysen einbezogen.

Missings und eingesetzte statistische Verfahren

Die Missings wurden gleich behandelt wie in der *Studie 1* (vgl. Kap. 4.3.9.1.2). Ebenso sind die statistischen Verfahren und damit zusammenhängende Bedingungen und Voraussetzungen die gleichen wie in der *Studie 1*. Das heisst, zur Beantwortung der Fragestellungen 2.1 und 2.2 kommen erneut hierarchische Regressionsanalysen zum Einsatz.

4.3.9.2.3 *Studie 2: Ergebnisse*

Deskriptive Ergebnisse

Validitätscheck: Verständnis der Fragen und Begriffe der gesamten Fragebogenbatterie

Das Item „Ich habe die vorangehenden Fragen/Wörter verstanden“ (auf SDQ-Deu und adaptierte Big 5 bezogen) erbrachte folgende Verteilung (dreistufig): „alle Fragen/Wörter verstanden“ bei 2.4% der Kinder, „fast alle“ von 56.0% und 41.1% meinten „nicht alle“.

Kinder mit Deutscher und Kinder mit anderer Muttersprache wurden in Bezug auf die Frage zum Verständnis der Fragen und Begriffe in der gesamten Fragebogenbatterie der *Studie 2* verglichen. Der Mann Whitney Test (U-Test) für unabhängige Stichproben mit Rangreihen ergab für das Item „Fragen/Wörter verstanden“ einen signifikanten Unterschied zwischen den zwei Gruppen (Mean Rank Gruppe mit Deutscher Muttersprache: 187.04, $N=225$, andere Muttersprache: 130.92, $N=111$, Mann Whitney U: 8'316.50. $Z=-5.73$, $p<.001$). Im Mittelwert unterscheiden sich die beiden Gruppen insofern, dass die Kinder mit Deutscher Muttersprache die Fragen etwas besser verstanden haben ($M=2.49$ Deutsch, $M=2.14$ andere Muttersprache).

Deskriptive Daten zum SDQ-Deu

Die Tabelle 67 zeigt neben den Mittelwerten und Standardabweichungen auch die Maximal- und Minimalwerte des SDQ-Deu anhand der Stichprobe der *Studie 2* auf. Die Emotionalen Probleme sind in der Gruppe im Mittel weniger hoch ($M=2.34$, $SD=2.04$) als der Mittelwert der Skala *Verhaltensauffälligkeiten gesamt* ($M=4.14$, $SD=2.64$).

Tabelle 67: Mittelwerte, Standardabweichungen, Minimal- und Maximalwerte der Skalen im adaptierten Strengths and Difficulties Questionnaires, Deutsch (SDQ-Deu) in der Stichprobe der *Studie 2* ($N=340$)

<i>SDQ-Deu-Skalen</i>	<i>Min.</i>	<i>Max.</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
Gesamtproblemwert	0	29	10.13	4.93
Emotionale Probleme	0	9	2.34	2.04
Prosoziales Verhalten	1	10	8.18	1.61
Verhaltensauffälligkeiten gesamt*	0	16	4.14	2.64
Externalisierende Auffälligkeiten	0	23	7.75	3.71

Anmerkung: *=aus den Subskalen *Verhaltensauffälligkeiten* und *Verhaltensauffälligkeiten mit Gleichaltrigen* zusammengesetzt (vgl. Kap. 4.3.9.1.2).

Deskriptive Daten zum adaptieren Big 5

Die deskriptiven Analysen des adaptierten Big 5 werden in Tabelle 68 dargestellt. Den höchsten Mittelwert ($M=20.04$, $SD=2.81$; Skala 1=“trifft überhaupt nicht zu“ bis 4=“trifft sehr zu“) erreicht die Skala *Verträglichkeit*. Die Skala *Gewissenhaftigkeit* hat den tiefsten Mittelwert mit 17.47 ($SD=3.23$). Es zeigt sich, dass Kinder mit der Deutschen Muttersprache sich höhere Werte auf den Skalen Verträglichkeit, Offenheit für Erfahrungen und Extraversion des Big 5 zusprechen (Spearman's rho: Verträglichkeit: $r=-.121$, $p=.026$; Offenheit für Erfahrungen: $r=-.190$, $p=.000$; Extraversion: $r=-.172$, $p=.001$).

Tabelle 68: Mittelwerte, Standardabweichungen, Minimal- und Maximalwerte auf den Skalen des adaptierten „Big Five“ anhand der Stichprobe aus der Studie 2 ($N=340$)

Adaptierte Big-Five-Dimensionen	Min.	Max.	<i>M</i>	<i>SD</i>
Verträglichkeit (<i>Agreeableness</i>)	6	24	20.04	2.81
Offenheit für Erfahrung (<i>Resourcefulness</i>)	6	24	17.75	3.70
Gewissenhaftigkeit (<i>Conscientiousness</i>)	6	24	17.47	3.23
Emotionale Stabilität (<i>Emotional Stability</i>)	7	24	18.08	3.25
Extraversion	6	24	18.08	3.00

Gesamtproblemwert im SDQ-Deu (Norm aus GB)

Obwohl die Normen für Kinder und Jugendlichen ab 11 Jahren gelten (vgl. Kap. 4.3.9.1.2), werden sie zum Vergleich herangezogen. Insgesamt sind 13.8% der Kinder auffällig. In der Studie 2 fanden sich mehr auffällige Mädchen im Selbsturteil des SDQ-Deu auf der *Gesamtskala* als Jungen (Jungen 6.5% und Mädchen 7.4%). Es wurde kein statistisch signifikanter Geschlechtsunterschied gefunden ($t=-0.278$, $df=338$, $p=.781$). Ebenso wurde kein signifikanter Unterschied zwischen den beiden Altersstufen 10-11 Jahre und 12-14 Jahre gefunden ($t=0.633$, $df=338$, $p=.527$). Die Frage, ob es Altersunterschiede gibt, wenn das Alter nicht zu zwei Gruppen zusammenfasst wird, ergibt in einer ANOVA ebenfalls kein signifikantes Ergebnis ($F=0.705$, $p=.589$).

Überprüfung der Hypothesen

Fragestellung 2.1: a) Wie häufig sind Emotionale Probleme und wie verteilen sie sich über b) Alter und c) Geschlecht?

H2.1b/H2.1c) Einfluss des Geschlechts, Alters und der Interaktion auf die emotionalen Probleme

Vor der Beantwortung der Hypothese H2.1a wird der Zusammenhang von emotionalen Problemen mit Alter und Geschlecht betrachtet. Wie die hierarchische Regressionsanalyse (Tab. 69) zeigt, hängen die emotionalen Probleme mit dem Geschlecht (H2.1c), aber nicht mit Alter (H2.1b) oder einer Interaktion dieser Variablen zusammen.

Im ersten Schritt wird die Kontrollvariable Sprache eingegeben, welche 2.4% Varianz aufklären kann. Im zweiten Schritt wird das Geschlecht eingegeben, gefolgt vom Alter als Schritt 3

und dem Interaktionsterm dieser Variablen im Schritt 4. Das Geschlecht kann weitere 2.9% Varianz signifikant aufklären (Tab. 69). Die Variable Alter und der Interaktionsterm können keine zusätzliche Varianz signifikant aufklären.

Tabelle 69: Ergebnisse der hierarchischen Regressionsanalyse zum Zusammenhang von Alter, Geschlecht und deren Interaktion mit den emotionalen Problemen beim Kind (SDQ-D, H2.1b-c)

	<i>Variable</i>	<i>B</i>	<i>SE B</i>	<i>β</i>	<i>ΔR²</i>
Schritt 1	(Konstante)	2.123	.134		.024**
	<i>Sprache</i> [^]	.672	.233	.155**	
Schritt 2	(Konstante)	1.791	.167		.029**
	<i>Sprache</i> [^]	.647	.230	.149**	
	<i>Geschlecht</i> [°]	.701	.216	.172**	
Schritt 3	(Konstante)	1.740	.178		.002
	<i>Sprache</i> [^]	.666	.231	.154**	
	<i>Geschlecht</i> [°]	.696	.217	.171**	
	<i>Alter</i> [§]	-.112	.133	-.045	
Schritt 4	(Konstante)	1.704	.183		.002
	<i>Sprache</i> [^]	.658	.232	.152**	
	<i>Geschlecht</i> [°]	.787	.244	.193**	
	<i>Alter</i>	-.210	.179	-.084	
	<i>Interaktion Geschlecht*Alter</i>	.216	.267	.063	

Anmerkungen: °=Dummy-Variable (0=Jungen, 1=Mädchen); ^=Dummy-Variable (0=Deutsche Muttersprache, 1=andere Sprache); §=zentriert am Mittelwert (12); **= $p < .01$;

Wie in der Hypothese H2.1c angenommen, haben Mädchen höhere Werte auf der Variable emotionale Probleme als die Jungen, womit die Hypothese bestätigt ist. Die Hypothese H2.1b, welche davon ausgegangen ist, dass das Alter einen Teil der Varianz aufklären kann, wird nicht bestätigt. Weiter zeigt die signifikante Varianzaufklärung der Kontrollvariable Sprache, dass Kinder mit einer anderen Muttersprache als die Deutsche höhere Werte auf der Skala *emotionale Probleme* haben als Kinder mit Deutscher Muttersprache. Auch der T-Test für unabhängige Stichproben zur Frage nach unterschiedlich hohen Ausprägungen der Skala *emotionale Probleme* in Abhängigkeit der Muttersprache (siehe H2.1d) ergab, dass Kinder mit einer anderen Sprache als die Deutsche signifikant höhere Werte auf der Skala erreichen ($t = -2.988$, $p = .003$, $df = 338$).

In weiteren Analysen bezüglich des Kriteriums *emotionale Probleme* werden das Geschlecht und die Sprache als Kontrollvariable einbezogen.

H2.1a-H2.1d) Häufigkeiten und Verteilung der Ängstlichkeit über Geschlecht, Alter und Muttersprache anhand der GB-Norm

Bezüglich der emotionalen Probleme zeigt sich, dass die Mädchen mehr betroffen sind (5.3%) als die Jungen (4.1%). Insgesamt sind 9.4% der Kinder zwischen 10 und 14 Jahren betroffen.

Auf der Variable emotionale Probleme kann ein signifikanter Geschlechtsunterschied gefunden werden, wobei die Mädchen höhere Werte aufweisen als die Jungen ($t = -3.299$, $p = .001$, vgl. Tab. 70). Für die Altersstufen (10-11 Jahre und 12-14 Jahre) konnte in einem T-Test für

unabhängige Stichproben kein signifikanter Mittelwertsunterschied gefunden werden ($t=0.715, p=.475$).

Tabelle 70: Häufigkeiten und Verteilung der emotionalen Probleme im SDQ-Deu in der Studie 2 (englische Norm)

<i>Alter in Stufen * SDQ emotionale Probleme Norm GB * Geschlecht Crosstabulation</i>						
Geschlecht		SDQ emotionale Probleme				Total
				unauffällig	auffällig	
männlich	Alter in Stufen	10-11 Jahre	Count	69	7	76
			% of Total	39.4%	4.0%	43.4%
		12-14 Jahre	Count	92	7	99
			% of Total	52.6%	4.0%	56.6%
	Total		Count	161	14	175
			% of Total	92.0%	8.0%	100.0%
weiblich	Alter in Stufen	10-11 Jahre	Count	66	8	74
			% of Total	40.0%	4.8%	44.8%
		12-14 Jahre	Count	81	10	91
			% of Total	49.1%	6.1%	55.2%
	Total		Count	147	18	165
			% of Total	89.1%	10.9%	100.0%

Zusammenfassend kann auf der Grundlage der Einteilung anhand der GB-Norm die Hypothese H2.1a nicht bestätigt werden, da insgesamt 9.4% der Kinder auf der Variable emotionale Probleme auffällig sind, was nicht in den Range von 10-20% fällt, welcher postuliert wurde. Die Hypothese H2.1c kann jedoch bestätigt werden, welche besagt, dass Mädchen signifikant höhere Werte auf der genannten Skala haben. Die Hypothese H2.1b kann nicht bestätigt werden, da das Alter keinen Zusammenhang mit den emotionalen Problemen aufweist. Es zeigt sich jedoch, dass Kinder mit einer anderen Muttersprache als der Deutschen mehr emotionale Probleme angeben als Kinder mit der Deutschen Muttersprache.

Fragestellung 2.2: Wie hängen Persönlichkeitsvariablen mit Emotionalen Problemen zusammen?

Die Tabelle 71 zeigt die Korrelationen zwischen den Persönlichkeitsmerkmalen als Prädiktoren und den emotionalen Problemen als Kriterium auf. Der Prädiktor emotionale Stabilität zeigt eine im Verhältnis mit den anderen Prädiktoren hohe Korrelation mit $r=-.538$ ($p=.000$) in erwarteter Richtung. Ein introvertiertes, zurückhaltendes Kind zeigt auch mehr emotionale Probleme (Extraversion: $r=-.237$, $p=.000$). Ein unordentliches, eher sorgloses Kind zeigt ebenfalls mehr emotionale Probleme als ein gewissenhaftes und ordentliches Kind, wobei diese Assoziation schwach signifikant und auch der Zusammenhang sehr schwach ist (Gewissenhaftigkeit: $r=-.122$, $p=.025$). Die Korrelationen zwischen emotionalen Problemen und den Variablen Verträglichkeit und Offenheit für Erfahrung wurden nicht signifikant.

Zwischen den Persönlichkeitsvariablen ergaben sich ebenfalls signifikante Interkorrelationen (vgl. Tab. 71). Die signifikanten Interkorrelationen entsprechen in ihrer Richtung den erwarteten Werten, da alle Persönlichkeitsdimensionen positiv ausgerichtet sind. Auch wenn nicht alle Prädiktoren mit dem Kriterium signifikant korrelieren, werden alle in die hierarchische Regressionsanalyse einbezogen, weil die genannten Interkorrelationen zwischen den Persön-

lichkeitsdimensionen gefunden wurden. In der Faktorenanalyse (vgl. Kap. 4.3.9.2.2) konnte weiter aufgezeigt werden, dass die Skalen *Extraversion* und *Emotionale Stabilität* mit einigen Items auf einem gemeinsamen Faktor laden. Ausserdem kann man in der Korrelationsmatrix erkennen, dass sie signifikant interkorrelieren. Deshalb wird in der hierarchischen Regressionsanalyse eine Interaktion dieser beiden Variablen mit in das Modell einbezogen.

Tabelle 71: Korrelationen nach Pearson zwischen dem Kriterium und den Prädiktoren und den Interkorrelationen der Prädiktoren der *Fragestellung 1.2* aus der *Studie 2* ($N=340$)

<i>Adaptierte Big 5</i>	<i>Emotionale Probleme (SDQ-D)</i>	<i>Adaptierte Big 5</i>				
		<i>Verträglichkeit</i>	<i>Offenheit für Erfahrung</i>	<i>Gewissenhaftigkeit</i>	<i>Emotionale Stabilität</i>	<i>Extraversion</i>
<i>Verträglichkeit</i>	.016	1	.492**	.230**	-.060	.197**
<i>Offenheit für Erfahrung</i>	-.049		1	.164**	-.090	.202**
<i>Gewissenhaftigkeit</i>	-.122*			1	.220**	-.045
<i>Emotionale Stabilität</i>	-.536**				1	.347**
<i>Extraversion</i>	-.237**					1

Anmerkungen: *= $p<.05$, **= $p<.01$

H2.2a-H2.2f) Zusammenhänge zwischen den einzelnen Persönlichkeitsdimensionen und den emotionalen Problemen

In der Tabelle 72 wird die hierarchische Regressionsanalyse zum Zusammenhang zwischen den Variablen emotionale Probleme und Persönlichkeitsvariablen dargestellt. Im ersten Schritt wurden die Kontrollvariablen Geschlecht und Sprache eingegeben (vgl. H2.1). Anschliessend wurden im zweiten Schritt die einzelnen Persönlichkeitsdimensionen in folgender Reihenfolge eingegeben: emotionale Stabilität, Extraversion, Gewissenhaftigkeit, Offenheit für Erfahrungen, Verträglichkeit.

Tabelle 72: Ergebnisse der hierarchischen Regressionsanalyse zum Zusammenhang Persönlichkeitsdimensionen des adaptierten Big 5[§] mit dem Kriterium emotionale Probleme (SDQ-D, H2.2a-f)

	<i>Variable</i>	<i>B</i>	<i>SE B</i>	β	ΔR^2
Schritt 1	(Konstante)	1.791	.167		.053***
	<i>Geschlecht</i> [°]	.701	.216	.172**	
	<i>Sprache</i> [^]	.647	.230	.149**	
Schritt 2	(Konstante)	1.869	.144		.283***
	<i>Geschlecht</i> [°]	.711	.188	.174***	
	<i>Sprache</i> [^]	.396	.201	.091*	
	<i>Emotionale Stabilität</i>	-.321	.032	-.510***	
	<i>Extraversion</i>	-.023	.035	-.034	
	<i>Gewissenhaftigkeit</i>	-.029	.032	-.045	
	<i>Offenheit für Erfahrungen</i>	-.045	.029	-.081	
	<i>Verträglichkeit</i>	0.17	.039	.024	

Anmerkungen: °=Dummy-Variable (0=Jungen, 1=Mädchen); ^=Dummy-Variable (0=Deutsche Muttersprache, 1=andere Sprache); §=zentriert am Mittelwert; *= $p<.05$, **= $p<.01$; ***= $p<.001$

Die Kontrollvariablen Sprache und Geschlecht klären im ersten Schritt signifikant 5.3% Varianz auf. Zusätzlich können die Variablen des Big 5 insgesamt 28.3% Varianz aufklären. Beim Betrachten der Beta-Werte in der Tabelle 72 erkennt man, dass lediglich die Skala *emotionale Stabilität* diese Varianzaufklärung ausmacht.

Zur Hypothese H2.2f, Interaktionsterm emotionale Stabilität*Extraversion, wurde eine separate Regressionsanalyse (nicht tabellarisch dargestellt) durchgeführt (Kontrollvariablen Sprache und Geschlecht). Wie schon in Tabelle 72 gezeigt wurde, ist die emotionale Stabilität der einzige signifikante Prädiktor. Der Interaktionsterm konnte keine zusätzliche Varianz aufklären (für emotionale Stabilität*Extraversion: $\Delta R^2 = .000$, $\beta = -.021$, $p > .05$).

Die Hypothese H2.2 kann als Ganzes nicht bestätigt werden. Lediglich die Hypothese H2.2d, welche einen Zusammenhang zwischen den Skalen *emotionale Probleme* und *emotionale Stabilität* postulierte, ist signifikant. Je unstabiler (reizbarer, nervöser, ängstlicher, angespannter, besorgter, empfindlicher) sich die Kinder einschätzen, um so mehr emotionale Probleme schreiben sie sich zu. Die anderen Persönlichkeitsdimensionen Gewissenhaftigkeit (H2.2a), Verträglichkeit (H2.2b), Offenheit für Erfahrungen (H2.2c) und Extraversion (H2.2e) sowie der Interaktionsterm emotionale Stabilität*Extraversion (H2.2f) können nicht als Prädiktoren im Zusammenhang mit den emotionalen Problemen bestätigt werden. Das heisst, die Persönlichkeit als Ganzes wirkt sich nicht direkt auf die Höhe der emotionalen Probleme aus.

4.3.9.2.4 Studie 2: Diskussion

Die *Studie 2* sollte ergänzend zur *Studie 1* weitere Daten zur Häufigkeit von emotionalen Problemen bei Kindern liefern; wiederum in einem ähnlichen Altersrange wie in der *Studie 3* und mit der Frage nach Geschlechts- und Altersunterschieden. Ausserdem interessierten in dieser Stichprobe Zusammenhänge mit Persönlichkeitseigenschaften.

Nach einer Zusammenfassung der wichtigsten Ergebnisse der *Studie 2* wird die Methodenkritik zu jener aus *Studie 1* (vgl. Kap. 4.3.9.1.4), welche hier auch zum Grossteil gilt, ergänzt.

Beantwortung der Fragestellungen

Fragestellung 2.1: Wie häufig sind Emotionale Probleme und wie verteilen sie sich über Alter und Geschlecht?

Die Fragestellung 2.1 kann wie folgt beantwortet werden: In der Stichprobe der *Studie 2* im internationalen Vergleich erhielten weniger Kinder und Jugendliche im Alter von 10-14 Jahren einen auffälligen Wert auf der Skala *emotionale Probleme*. Im Vergleich mit der britischen Norm wurde der Geschlechtsunterschied signifikant mit einer Teststärke von 99% und einer Effektstärke von 0.36. Trotz der Einschränkungen der Signifikanzprüfung wegen der hohen Autokorrelation der Residuen in der Regressionsgleichung (vgl. Methodenkritik) kann ausgesagt werden, dass in der *Studie 2* mehr Mädchen von emotionalen Problemen betroffen waren. Ausserdem vergaben sich die Kinder mit einer anderen Muttersprache als der Deutschen mehr emotionale Probleme als Kinder mit der Deutschen Muttersprache.

Für die Fragestellung 2.1 wurde der SDQ-Deu (Goodman, 1997b), welcher bereits in der *Studie 1* vorgestellt wurde, als Grundlage zur Beantwortung der Fragen genommen. Die interne Konsistenz der Skala *emotionale Probleme* war mit .65 schwach. Das heisst, die Zuverlässigkeit des Tests in der Stichprobe der *Studie 2* ist leicht eingeschränkt. Da der SDQ-Deu in vielen Studien eingesetzt wurde, so auch in der *Studie 1*, und in diesen Analysen die Skala jeweils höhere interne Konsistenzen erhalten hat, wird davon ausgegangen, dass die Messung trotzdem reliabel ist und die interne Validität nicht zu stark leidet.

Im Abschnitt zu den deskriptiven Ergebnissen konnte der deskriptive Vergleich mit der Britischen Norm zeigen, dass signifikant mehr Mädchen im Selbsturteil auf der SDQ-Deu-Skala *emotionale Probleme* auffällig waren. Es fanden sich keine Altersunterschiede in inferenzstatistischer Prüfung. Ein deskriptiver Vergleich mit der *Studie 1* zeigte, dass die Kindereinschätzungen der *Studie 1* und der *Studie 2* sich nur leicht unterschieden (Mittelwert Gesamtproblempunkt: 11.01 ± 4.83 vs. 10.13 ± 4.93).

Die Resultate aus der *Studie 2* sind im internationalen und nationalen deskriptiven Vergleich niedriger, zeigen jedoch die aus der Literatur bekannte Geschlechtsverteilung (vgl. Kap. 4.4.3). Dadurch, dass in der *Studie 2* die Kinder und Jugendlichen eine Selbsteinschätzung gegeben haben, erklärt sich auch ein Teil des Geschlechtervergleichs. Mädchen sind eher bereit, über internalisierende Probleme zu berichten als Jungen (vgl. Kap. 4.4.3; vgl. Essau, 2003).

Dass Kinder mit einer ausländischen Staatsbürgerschaft höhere Ängstlichkeitswerte und emotionale Probleme aufwiesen, wurde bereits in *Studie 1* und auch in anderen Studien (z.B. Kap. 4.3.7) gezeigt. Die *Studie 2* konnte – eingeteilt anhand der Muttersprache – zeigen, dass die Kinder mit einer fremden Sprache (alles ausser Deutsch), sich höhere Werte auf der Skala *emotionale Probleme* zuschrieben (vgl. Kap. 4.3.9.1.4). Dies kann daran liegen, dass die Kinder mit einer fremden Muttersprache vermehrt Schwierigkeiten haben, sich in die Schweizer Kultur einzuleben. Auch leiden viele Kinder, deren Eltern aus dem Ausland kommen, unter der Ausgrenzung und mehr kritischen Lebensereignissen (vgl. Winkler Metzke & Steinhäusen, 1999a; Kap. 4.3.7). Problematisch hierbei ist, dass Schweizer Kinder mit italienischer Sprache in die Kategorie „andere Muttersprache“ gefallen sind. Französischsprachige Kinder hatten keine an der Studie teilgenommen. Ausserdem muss berücksichtigt werden, dass zum Beispiel Kinder aus Deutschland in die Kategorie Muttersprache Deutsch fallen und sich eventuell trotzdem als Ausländer in der Schweiz fühlen. Die dritte Möglichkeit beinhaltet noch Kinder, welche zwei Muttersprachen haben. Je nachdem, für welche Muttersprache sie sich auf dem Fragebogen entschieden haben, kann dies das Resultat natürlich verzerren.

Die Einschränkungen, welche sich durch die Mischskala *emotionale Probleme* (Angst- und Depressive Symptome) im Bereich der Konstruktvalidität ergaben, wurden bereits in Kapitel 4.3.9.1.4 diskutiert.

Fragestellung 2.2: Wie hängen Persönlichkeitsvariablen mit Emotionalen Problemen zusammen?

Die Fragestellung 2.2 kann wie folgt beantwortet werden: Die emotionale Stabilität stellte sich als einziger Prädiktor bezüglich der Höhe der emotionalen Probleme heraus. Es waren jedoch einige Einschränkungen in der statistischen und inhaltlichen Validität zu verzeichnen, weshalb der Zusammenhang der Kriteriums- und Prädiktorvariablen nur unter Vorbehalt berichtet wurde. Da die Konstrukte der Skalen sich augenscheinlich ähnlich sind, wird davon ausgegangen, dass tatsächlich ein linearer Zusammenhang besteht. Insgesamt konnte nicht

bestätigt werden, dass alle vermuteten Persönlichkeitsdimensionen mit den emotionalen Problemen zusammenhängen.

Für diese Fragestellung wurde ein eigener Fragebogen, zusammengestellt aus der Kurzversion des Big Five Inventory von Lang und Kollegen (2001), eingesetzt. Weil die Items sprachlich angepasst oder teilweise durch einen zusätzlich schweizerdeutsch geprägten Begriff auch ergänzt wurden, und weil die Stichprobe viel jünger war als für die Zielgruppe in der Originalversion, wurde eine Faktorenanalyse durchgeführt, welche im Nachhinein aufzeigen sollte, dass die Skalenbildung wie im Original zuverlässig ist. Die drei Skalen *Gewissenhaftigkeit*, *Verträglichkeit* und *Offenheit für Erfahrungen* konnten bestätigt werden (faktorielle Validität). Die Zuteilung der Items zu den Skalen *Emotionale Stabilität* und *Extraversion* war weniger deutlich, was sich dann auch in der internen Konsistenz dieser Skalen (zw. $\alpha=.61$ und $.69$) und anhand der Interkorrelation der Dimensionen zeigte (Multikollinearität, vgl. Methodenkritik). Aufgrund theoretischer Überlegungen wurden die Skalen jedoch so belassen und nicht für die statistische Prüfung verändert (Augenschein- und Konstruktvalidität, vgl. Methodenkritik).

Die Mittelwerte der Persönlichkeitsvariablen in der deskriptiven Analyse des adaptierten Big 5 zeigten, dass die Kinder sich als sehr verträglich, emotional stabil und extrovertiert ansahen. Etwas weniger hoch fielen die Mittelwerte für die Gewissenhaftigkeit und Offenheit für Erfahrungen aus. Dieser Vergleich basierte nur auf den Daten der Stichprobe aus der *Studie 2* und nicht auf einem Vergleich mit anderen Stichproben. Die Mittelwerte des gesamten Fragebogens, speziell bei der Variable Verträglichkeit, fielen sehr hoch aus, was eventuell mit einer Art sozialen Erwünschtheit zusammenhängt. Ausserdem zeigte sich, dass Kinder mit der Deutschen Muttersprache sich höhere Werte auf den Skalen Verträglichkeit, Offenheit für Erfahrungen und Extraversion des Big 5 zusprachen; ähnlich wie bereits in Fragestellung 2.1, in welcher gezeigt wurde, dass Kinder mit ausländischer Sprache sich vermehrt emotionale Probleme zusprachen.

Neben dem Geschlecht, welches – wie bereits unter Fragestellung 2.1 gesehen – auf die Variable emotionale Probleme Varianz aufklären konnte, brachte die Variable emotionale Stabilität zusätzliche Varianzaufklärung mit sich. Je emotional instabiler (reizbarer, nervöser, ängstlicher, angespannter, besorgter, empfindlicher) sich das Kind einschätzte, desto mehr emotionale Probleme wurden in der Selbsteinschätzung angegeben.

Somit konnte zumindest der Zusammenhang zwischen der emotionalen Stabilität (in der Literatur oft Neurotizismus genannt) und den emotionalen Problemen (stellvertretend für subklinische Angststörungssymptome), welcher in der Literatur beschrieben wird, bestätigt werden. Angst und Vollrath (1991) berichteten dies auch für eine Erwachsenenstichprobe. In China (Liu et al., 1999) wurde dies auch für Kinder bestätigt. In der *Studie 2* gab es erneut Hinweise darauf, dass die Persönlichkeitsdimension der emotionalen Instabilität und die emotionalen Probleme, welche auch die Ängstlichkeit eines Kindes mit beinhaltet, zusammenhängen. Das bedeutet, dass die Ängstlichkeit und die emotionalen Probleme tatsächlich mit einem stabilen Trait zusammenhängen. In Kapitel 3.2.1 wurde aufgezeigt, dass die Entwicklung von Angststörungen ein Zusammenspiel mehrere Faktoren ist, jedoch vor allem auch das Temperament mit involviert. Wenn nun die Persönlichkeitsdimension emotionale Stabilität als Teil des Temperaments verstanden wird, könnte dies durch die Hypothese H2.2d bestätigt angesehen werden. Das Teilergebnis mit der Skala *Emotionale Stabilität* könnte auch als konvergente

Validität aufgefasst werden. Augenscheinlich sind sich die Kriteriums- und Prädiktorvariable sehr ähnlich. Die Skala *emotionale Instabilität* enthält folgende Begriffe respektive Items: Reizbarkeit, Nervosität, Ängstlichkeit, Anspannung, Besorgnis und Empfindlichkeit. In der SDQ-Deu-Skala *emotionale Probleme* sind es folgende drei Items: Sorge, Ängste und Nervosität (Selbstvertrauen verlieren). Die Korrelation war sehr stark zwischen dem Kriterium und dem Prädiktor; die Varianzaufklärung des Prädiktors emotionale Stabilität auf die emotionalen Probleme war entsprechend hoch. Die Vorhersagekraft durch die Persönlichkeitseigenschaft der emotionalen Stabilität auf die Skala emotionale Probleme ist hoch. Wenn ein Kind emotional stabil ist, das heisst wenig empfindlich, wenig nervös und wenig angespannt, dann ist die Wahrscheinlichkeit gering, dass es hohe Werte auf der Skala emotionale Probleme aufweist. Es muss jedoch berücksichtigt werden, dass die Kinder beide Skalen selbst einschätzten (common method variance, vgl. Methodenkritik) und deshalb das Resultat durch beispielsweise die Verfassung oder soziale Erwünschtheit verzerrt respektive die Korrelation übertrieben gross ist.

Obwohl erwartet wurde, dass auch die anderen Persönlichkeitsdimensionen mit den emotionalen Problemen zusammenhängen, konnten diese Prädiktoren keine Varianz aufklären. In der Korrelationsmatrix wurde jedoch gezeigt, dass die Skala *Gewissenhaftigkeit* mit der Skala *emotionale Probleme* signifikant negativ korrelierte. Die Skala beinhaltet die Items Ordentlichkeit, Sorgfältigkeit, Gründlichkeit, systematisch sein und die negativ gepolten Items schludrig und chaotisch sein. Gegebenenfalls spricht dieser signifikante Zusammenhang die in der Literatur berichtete perfektionistische Tendenz von ängstlichen Menschen an (vgl. Kap. 5.3.3). Das heisst, wenn alles durchdacht ist, geregelt und geprüft, lässt die Angst nach. Dies ist eine mögliche Art der Vermeidung: man stellt sich nicht der Gefahr, dass etwas nicht sorgfältig, gründlich oder systematisch gemacht ist. Da jedoch nach dem Einfügen der Kontrollvariablen Geschlecht und Sprache dieser Zusammenhang in der Regressionsgleichung nicht mehr signifikant wurde, muss dieser Zusammenhang als nicht bestätigt angesehen werden. Dies könnte daran liegen, dass der lineare Zusammenhang zwischen den Variablen nicht gegeben war (vgl. Methodenkritik).

Die Skala *Extraversion* zeigte in der Korrelationsmatrix ebenfalls eine signifikante negative Korrelation mit der Skala *emotionale Probleme*. Das heisst, je extravertierter sich ein Kind einschätzt, um so niedriger schätzt es sich in Bezug auf die emotionalen Probleme ein. Dies macht Sinn, da ein extravertiertes Kind sich als gesprächig, nicht schüchtern, nicht zurückgezogen, nicht verschlossen, nicht zurückhaltend und nicht still beschreibt. So wie bereits bei der Skala Gewissenhaftigkeit, wurde auch hier in der Regressionsgleichung der Zusammenhang nicht mehr signifikant, wenn für Geschlecht und Sprache kontrolliert wurde. Dies könnte wie bereits in Bezug auf die Gewissenhaftigkeit berichtet wurde, mit der nicht gegebenen Linearität zusammenhängen.

Was ebenfalls erstaunt, ist das nicht signifikante Resultat im Zusammenhang mit der Skala Offen für neue Erfahrungen. Es wurde erwartet, dass ein Kind, welches neugierig forschend ist/wissbegierig und erfinderisch, sich weniger emotionale Probleme zuspricht. Jedoch war diese Skala zu wenig spezifisch auf soziale Situationen bezogen. Es wurde davon ausgegangen, dass Kinder, welche emotionale Probleme haben und somit sich selbst auch als ängstlich bezeichnen, weniger explorieren. Da jedoch diese Annahme vor allem auf soziale Situationen bezogen ist, wurde der Zusammenhang nicht signifikant. Die Items im Big 5 beziehen sich vor allem auf einen nicht sozialen Kontext.

Es wurde auch erwartet, dass Kinder, welche sich emotionale Probleme zusprechen und sich dadurch sozusagen auch als ängstlich bezeichnen, sich damit auch als verträglicher einschätzen. Ängstliche Kinder fallen oft nicht auf und werden oft als umgänglich und sympathisch

beschrieben (vgl. Kap. 5.1). Die Aussage, dass ängstliche Kinder umgängliche Kinder sind, basiert jedoch auf Fremdeinschätzungen. Kinder werden die erlebte Ängstlichkeit, welche zu Vermeidung, Zurückhaltung und Rückzug führt (vgl. Kap. 2.1), was vermeintlich als umgänglich beobachtet wird, nicht als angenehm und sympathisch nett, lieb und freundlich ansehen. Ausserdem handelte es sich hierbei jedoch in beiden Fragebogen um Selbsteinschätzungen, was zu einer common method variance führte (vgl. Methodenkritik).

Methodenkritik

Damit keine Wiederholungen passieren, werden in diesem Abschnitt oft Verweise auf das Kapitel 4.3.9.1.4 gemacht, in welchem die Grundsatzdiskussion zu den verschiedenen Validitäten bereits stattgefunden hat (siehe Methodenkritik). Hier sollen vor allem konkrete Ergänzungen in Bezug auf die *Studie 2* gemacht werden.

Statistische Validität: Bei der *Studie 2* sind die Gruppen mit $N_1=165$ und $N_2=175$ grösser als bei der *Studie 1*, womit für einen T-Test für unabhängige Stichproben eine **Power** von .99 resultiert, wenn ein mittlerer Effekt von $d=.50$ erwartet wird (bei $\alpha=5\%$). Die Gesamtgruppengrösse mit $N=340$ ist für Varianzanalysen bei drei Gruppen, ausgehend von einem mittleren Effekt von $\eta^2=.25$, ebenfalls ausreichend für eine Power von .98. Für Korrelationen nach Pearson wird ein Effekt von $r=.30$ erwartet, welcher in Kombination mit einer Stichprobe von $N=340$ und dem $\alpha=5\%$ zu einer Power von 99% führt. Die Power bei linearen und multiplen Regressionen mit einer Stichprobe von $N=340$ sind bei einem erwarteten mittleren Effekt von $f^2=.15$ bei 99% für Anzahl Prädiktoren von eins bis sieben.

Bezüglich der **Voraussetzungen der statistischen Verfahren** sind in Bezug auf den T-Test für unabhängige Stichproben alle erfüllt. Bezüglich der hierarchischen Regressionsanalyse mussten die Big-5-Skalen wegen der Multikollinearität am Mittelwert zentriert werden. Weiter waren bei beiden Fragestellungen Autokorrelationen der Residuen vorzufinden. Deshalb musste von einem systematischen Zusammenhang ausgegangen werden, welcher besagt, dass der geschätzte Standardfehler kleiner als der wahre Standardfehler ist und somit die Ergebnisse der Signifikanztests nicht mehr zuverlässig sind (vgl. Brosius, 2004). Dies kann davon herühren, dass relevante erklärende Variablen nicht im Modell aufgenommen wurden oder Messfehler bei der Datenerhebung aufgetreten sind. Die Autokorrelation der Residuen ist jedoch vor allem mit Zeitreihendaten im Modell relevant. Trotzdem muss davon ausgegangen werden, dass das Resultat verzerrt ist. Dies bedeutet, dass die Standardfehler höher sind als ausgewiesen, was zur Folge hatte, dass die am Mittelwert zentrierten Variablen in das Regressionsmodell eingegeben wurden. Ebenfalls zeigte sich bei der Fragestellung 2.2, dass die Linearität nur bei zwei der fünf Prädiktoren gegeben ist (emotionale Stabilität und Gewissenhaftigkeit).

Objektivität und Reliabilität: Für die Analyse der **Durchführungsobjektivität** wurden zusätzliche Items eingeführt, welche nach der Verständlichkeit der Fragen und Begriffe fragten. Die Fragen im SDQ-Deu und die Begriffe im Big 5 waren für circa die Hälfte der Kinder verständlich. Die Missings konnten, wie im Methodenteil (vgl. weiter oben) beschrieben, durch die Zeitreihen-Mittelwert-Methode ersetzt werden. Aufgrund dieser Vorgehensweise muss mit einer bestimmten Verzerrung gerechnet werden. Ausserdem kann man an der Verteilung

des Verständnisses sehen, dass trotz sprachlicher Adaptationen nicht alle Begriffe und Fragen verstanden worden sind, was zum einen die Instrumente in Frage stellt und zum anderen auch die Ergebnisse verfälscht, welche berichtet wurden. Die inferenzstatistische Überprüfung der Verständnisschwierigkeiten in Beziehung mit dem muttersprachlichen Hintergrund zeigt, dass Kinder mit deutscher Muttersprache die Fragen und Wörter besser verstanden haben als Kinder mit einer anderen Muttersprache. Die Sprache wurde entsprechend als Kontrollvariable in die Berechnungen einbezogen. Die Datenerhebung wurde ansonsten standardisiert und durch eine einzelne Person durchgeführt, was die Varianz in Testleiter-Störvariablen senkte. Das heisst, die Testleiterin gab immer die gleichen Einführungen, Instruktionen und Antworten auf allfällige Fragen der Kinder. Nicht ausgeschlossen werden kann, dass auch die Testleiterin an verschiedenen Tagen beispielsweise nicht immer gleich geduldig war. Andere Störvariablen bei den Kindern können in Kapitel 4.3.9.1.4 zur *Studie 1* nachgelesen werden, da diese grösstenteils auch bei den Kindern aus der *Studie 2* gelten (z.B. Ermüdung, Ablenkbarkeit, Unsicherheit). Die Kinder waren jedoch - im Gegensatz zu jenen aus *Studie 1* - in ihrem gewohnten Umfeld des Klassenzimmers, auf ihren Stühlen und mit ihren gewohnten Tischnachbarn. Ausserdem waren die jüngsten Teilnehmer 10 Jahre alt; dadurch konnte die Lese- und Rechtschreibkompetenz vorausgesetzt werden.

In Bezug auf die **Auswertungs-** und **Interpretationsobjektivität** und **Reliabilität** gelten die gleichen Diskussionspunkte wie in der *Studie 1* (Kap. 4.3.9.1.4).

Interne Validität: Die Basisdefinitionen sind die gleichen wie in Kapitel 4.3.9.1.4. Der SDQ-Deu-Fragebogen wurde nur sprachlich angepasst, ansonsten entspricht er der Originalversion. Das heisst, wie in der *Studie 1* kann davon ausgegangen werden, dass die Konstruktvalidität nicht eingeschränkt war. Der Big-5 hingegen wurde anhand zweier Vorlagen entwickelt, was immer die Gefahr mit sich brachte, dass das Konstrukt nicht valide operationalisiert wurde. Die Faktorenanalyse (faktorielle Validität) und die Reliabilitätsanalysen zeigten jedoch, dass das Konstrukt der Persönlichkeitsdimensionen gut anhand der Skalen operationalisiert wurde.

Die *Studie 2* basiert lediglich auf Selbsteinschätzungen der Kinder, weshalb davon ausgegangen wird, dass eine Methodenverzerrung im Sinne von einer **common method variance** nicht auszuschliessen ist. Die Kriteriums- und Prädiktorvariablen sind durch die gleiche Quelle eingeschätzt worden, was dazu führt, dass versteckte, nicht im Modell aufgenommene erklärende Variablen für den Effekt verantwortlich sein können. Dies ist wahrscheinlich auch der Grund, weshalb zwar ein signifikantes Regressionsmodell in der Fragestellung 2.2 resultierte, aber die Residuen untereinander korrelierten und die Linearität nicht in jedem Fall gegeben war.

Externe Validität: Da die interne Validität eingeschränkt und die Stichprobe trotz ihrer Grösse nicht repräsentativ für alle Kinder dieser Altersgruppe ist, muss die externe Validität als stark eingeschränkt angesehen werden. Die externe Validität ist weiter eingeschränkt dadurch, dass die Kinder etwas machen mussten, was sie nicht gewohnt waren und bei ihnen Annahmen über die Untersuchung hervorruft (Hawthorne-Effekt): Fragebogen ausfüllen. Das bedeutet, die Ergebnisse können nicht auf eine Grundpopulation verallgemeinert werden, sondern gelten nur für die Stichprobe der *Studie 2*.

4.3.10 Zusammenfassung der Schweizer Studien zur Epidemiologie von Ängsten bei Kindern

In der Schweiz wurden bisher nur wenige epidemiologische Studien durchgeführt und die einzigen Studien, welche ein Design haben, das sich mit internationalen Studien vergleichen lässt, sind die Studien aus dem Kanton Zürich (Kap. 4.3.7, vgl. Tab. 25 & Tab. 73).

Die aktuellen Prävalenzen von Angststörungen (Punktprävalenzen) im Allgemeinen wurden nur in der Zurich Study (22- bis 23-Jährige) erhoben und sind mit 7.2% ähnlich hoch wie in internationalen Studien (vgl. Kap. 4.2.6). Für die Phobien wurde mit Überschneidungen mit Depressionen sowohl für die 3-Monats- als auch für die 6-Monatsprävalenz eine Rate von 1.9% gefunden (exkl. Überschneidung: 1.2%). In der ZESCAP lag der Prozentsatz für die 6-Monatsprävalenz für irgendeine Angststörung im Alter von 6 bis 16 Jahren etwas höher mit 11.4% (Elterneinschätzung), wobei die Rate innerhalb von 3 Jahren (ZAPPS) auf 8.1% sank (Kind- resp. Jugendlichenurteil); in der Elterneinschätzung sogar auf 3.1% (Kap. 4.3.7). Die 1-Jahresprävalenzraten wurden nur in der Zurich Study erhoben und sind mit 15.6% relativ hoch (Prävalenz der Syndrome inkl. Beeinträchtigungskriterium).

Tabelle 73: Prävalenzen von Angststörungen – Überblick über die Schweizer Studien (%-Angaben; Reihenfolge: DSM-/ICD-Version und Studienjahr)

Studie	Kriterien Störung	Alter	Punkt (*) 3-Monat (~) 6-Monat (°)	1-Jahr	Lebenszeit
Zurich Study (Angst & Dobler- Mikola, 1985)	DSM-III Angststörungen ^a <i>Spezifische Phobie</i> <i>Soziale Phobie</i> <i>GAS</i>	22-23; 19-20 [†]	7.2/5.5* [‡] 8.0/5.9~ [‡] 1.9/1.2*~ [‡] \$	15.6 8.9/6.4 [‡] 3.7 1.1 5.2	15.5 [†] ; 25Δ 11.8 [†] 5.3 [†] 2.9 [†]
Basler Studie (Wacker et al., 1992)	DSM-III-R/ICD-10# Angststörungen ^a <i>Einfache Phobie</i> <i>Soziale Phobie</i> <i>GAS</i>	18-65			28.7/23.0# 4.5/4.7# 16.0/9.6# -/9.2#
ZESCAP (Steinhausen et al., 1998)	DSM-III-R Angststörungen ^a <i>Einfache Phobie</i> <i>Soziale Phobie</i> <i>GAS</i> <i>Störung mit</i> <i>Überängstlichkeit</i>	7-16	11.4° 5.8° 4.7° 0.6° 2.1°		
ZAPPS (Steinhausen & Winkler Metzke, 2002)	DSM-III-R Angststörungen ^a	6-16	8.1/3.1°§		

Anmerkungen: GAS=Generalisierte Angststörung; ^a=Angststörungen gesamt; \$=Phobien gesamt; [‡]=inkl. Überschneidung mit Depression/exkl. Überschneidung mit Depression; [†]=Lieb et al. (2003); Δ=Ajdacic-Gross und Graf (2003, keine Altersangaben); # =DSM-III-R/ICD-10 §=Jugendlichenurteil/ Elternurteil

Wenn Überschneidungen mit Depressionen zugelassen werden, ist die Prävalenz für klinische Angststörungsdiagnosen 8.9%, ohne die Überschneidung erreicht der Prävalenzwert noch 6.4% (vgl. Zurich Study). Für die Spezifische Phobie ist die 1-Jahres-Prävalenz 3.7%, für die Soziale Phobie 1.1%, weniger als die Punkt- respektive Periodenprävalenzen. Die Generali-

sierte Angststörung ist mit 5.2% relativ hoch (vgl. Tab. 73). Die Lebenszeitprävalenzen für irgendeine Angststörung ist mit 15.5% (Zurich Study) in einem Bereich, der international vergleichbar ist. Die 25%, von welchen Ajdacic-Gross und Graf (2003) berichten, bezieht sich wahrscheinlich auf den Längsschnitt, in welchem die Personen zwischen 20 und 40 Jahren rangieren. Höhere Angaben zur Lebenszeitprävalenz macht die Basler Studie mit 28.7% (DSM-III-R) respektive 23.0% (ICD-10; Altersspanne von 18 bis 65 Jahre). Ebenfalls hoch fällt die Rate nach DSM-III-R für Soziale Phobie aus (16.0%), für die ICD-Diagnose sind es 9.6%. Weiter sehr hoch ist die Generalisierte Angststörung mit 9.2% (ICD-10) vertreten. Die Einfache Phobie hat im Vergleich eher weniger mit 4.5 respektive 4.7%.

Auch in den Surveys können bestimmte Aussagen zu Häufigkeiten von psychischen Problemen gemacht werden. Die SGB2002 zeigt auf, dass 18% der Frauen und 14% der Männer über ein alltagseinschränkendes gesundheitliches (psychisches oder physisches) Problem berichten. Rund ein Viertel der Schweizer leidet an psychischen Problemen, welche den klinischen Schweregrad erreichen. Das Schweizerische Gesundheitsobservatorium (GO) hat in einer erneuten Analyse berechnet, dass im Jahr 2003 auf den Zeitraum von einem Jahr zwischen 10 und 20% an einer ernsthaften (klinischen) Störung leiden (800'000-1'500'000 Schweizer); Neuerkrankte finden sich zwischen 1-2% (80'000-150'000 Schweizer). Die Nationale Gesundheitspolitik (NGP, Kap. 4.3.4) schätzt, dass die 1-Jahres-Prävalenz irgendeiner Angststörung zwischen 7 und 17% liegt. Die Schätzung von Ajdacic-Gross und Graf (2003) für eine Lebenszeitprävalenz von Angst-, depressiven und Substanzstörungen liegt bei circa 25%.

In den eigenen *Studien 1 und 2* der Autorin zu epidemiologischen Fragestellungen konnten folgende Raten zur Ängstlichkeit und zu emotionalen Problemen (keine klinischen Diagnosen) gefunden werden: Die Ängstlichkeit für Mädchen und Jungen ist mit einer Rate von 13.9% ähnlich hoch wie in anderen Studien, in welchen auch subklinische Symptome in einem bestimmten Ausmass in die Analysen eingehen. Die Rate für die emotionalen Probleme ist in der *Studie 1* mit 25.3% etwas höher als in anderen Studien und etwa gleich hoch wie in *Studie 2* mit 9.4%.

Verlauf

Kinder zwischen 6 und 11 Jahren aus der ZESCAP Studie (Kap. 4.3.7) weisen höhere Werte auf den Skalen *Somatische Beschwerden*, *Soziale Probleme* und *Aufmerksamkeitsprobleme* auf als Jugendliche (CBCL). Diese Effekte finden sich auch auf der Störungsebene: für die jüngsten Kinder (6-9 Jahre) fanden sich 31.3% für irgendeine Störung, für die 10- bis 13-Jährigen 25.4% und die 14- bis 17-Jährigen 12.8%. Die internalisierenden Auffälligkeiten haben eine hohe Kontinuität über drei Jahre zeigen können, wobei die Rate im Selbsturteil der Jugendlichen höher ausfiel (45%) als im Elternurteil (36%). Dies, obwohl in der gleichen Zeit die Rate der Angststörungen zurückgegangen ist (11.4% auf 8.1% im Selbsturteil und 3.1% im Elternurteil). Die Autoren der Zurich Study (Angst & Vollrath, 1991) folgern aus ihren Analysen, dass Angststörungen, welche bereits in der Kindheit auftreten, ein Leben lang anhalten.

Die kritischen Lebensereignisse und die Alltagsbelastungen nehmen mit dem Alter an Häufigkeit, Intensität und Belastung zu und weisen zudem eine hohe Stabilität auf (ZAPPS). Die Stabilitätswerte steigen mit Zunahme auf der Skala *Gesamtprobleme* (YSR), wobei die Stabilität Werte bis zu 40% erreicht. Schulverweigern geht mit dem Alter deutlich zurück, dafür steigen die Werte des Schuleschwänzens.

Die psychischen Probleme scheinen laut der SGB2002 mit dem Alter abzunehmen, und die physischen Probleme nehmen gegenläufig mit dem Alter zu. Dies geht auch einher mit der psychischen Ausgeglichenheit, welche mit dem Alter zunimmt; beschrieben als emotionale Entspannung und Ausgeglichenheit, welche sich durch die Identitätsfindung stabilisiert. Ausserdem konnte ein Periodeneffekt gefunden werden zwischen 1992 und 2002, dahingehend, dass die Menschen Anfang des 21. Jahrhunderts ausgeglichener waren. Die HBSC zeigt ebenfalls auf, dass die Gesundheit der Jugendlichen im Selbsturteil besser geworden ist. In der GO-Analyse konnte ebenfalls ein Anstieg vom psychischen Wohlbefinden mit dem Alter festgestellt werden. Wenn die Personen direkt gefragt werden, ob sie ein länger andauerndes psychisches oder physisches Problem haben (SHP1999), bejahen dies 20.6%.

In der *Studie 1* der Autorin dieser Arbeit konnte gezeigt werden, dass eine retrospektive Fremdeinschätzung der emotionalen Probleme der Kinder assoziiert ist mit der aktuellen Einschätzung der emotionalen Probleme. Die Mütter schätzen ihre Kinder retrospektiv im Alter von 5 Jahren ein und zum Zeitpunkt der Durchführung der Studie, als diese Kinder zwischen 8 und 14 Jahre alt sind. Es zeigt sich, dass 15.9% Varianz der aktuellen emotionalen Problematik durch diese retrospektive Einschätzung erklärt werden kann. Auch wenn der methodische Zugang zur Verlaufsfrage nicht optimal ist, zeigt dieses Resultat, dass bereits ein Teil der Kinder, welche später emotionale Probleme aufweisen, schon mit 5 Jahren auffällig waren.

Komorbidität

Bei insgesamt 12.5% der von einer Störung betroffenen Kinder aus der ZESCAP konnte eine komorbide Störung gefunden werden, wobei die Angststörungen als häufigste komorbide und auch als häufigste primäre Störung mit komorbiden Störungen war. Im Längsschnitt (ZAPPS) war die Rate etwas geringer mit 8%. In der Zurich Study waren 26% der klinischen Fälle komorbid mit Depressionen. Ajdacic-Gross und Graf (2003) geben für den Bereich der Angststörungen, affektiven und Substanzstörungen eine Lebenszeitkomorbidität von 50% an.

Geschlecht

Die Jungen haben in der ZESCAP bis auf die Ausnahme der Skala der *Somatischen Beschwerden* (CBCL) höhere Werte als die Mädchen. Auch auf der Ebene der klinischen Diagnosen waren die Jungen signifikant auffälliger (28.5% vs. 15.6%), wobei der Unterschied in den einzelnen Störungsbildern nicht mehr so gross war. In der älteren Stichprobe (Jugendliche und junge Erwachsene) haben die Frauen höhere Werte auf den Syndromskalen (z.B. *Somatische Beschwerden*, YASR) erhalten. Auch in den diversen Surveys (Kap. 4.3.2 bis 4.3.6) sind die Mädchen häufiger von psychischen Gesundheits- und vor allem emotionalen Problemen betroffen, wobei das männliche Geschlecht deutlich häufiger in Statistiken psychiatrischer Kliniken vertreten ist. In der Zürcher Teilstichprobe des HBSC wurde ebenfalls für ältere Mädchen und weibliche Jugendliche eine höhere Rate an negativer emotionaler Befindlichkeit festgestellt. Sie sind häufiger traurig, müde, nervös und gereizt. Es muss hier angemerkt werden, dass die eingesetzten Instrumente in der HBSC und der ZESCAP unterschiedlich waren und somit nicht direkt vergleichbar.

In den *Studien 1 und 2* der Autorin ist die Geschlechterfrage nicht eindeutig beantwortbar. Die Ängstlichkeit in der *Studie 1* ist gleich häufig für Jungen und Mädchen, und bei den emotionalen Problemen sind die Mädchen vermehrt betroffen. Der Geschlechtsunterschied ist wie in anderen internationalen Studien (Kap. 4.2.6) vor allem ab der Pubertät beobachtbar. Das heisst, es gibt einen Interaktionseffekt von Alter und Geschlecht auf die emotionalen Probleme.

me. In der *Studie 2* sind es fast doppelt so viele Mädchen als Jungen, welche von emotionalen Problemen betroffen sind.

Risiko- und Schutzfaktoren und Korrelate

Der niedrige sozioökonomische Status konnte auch in der ZESCAP als Korrelat für die Störung mit Überängstlichkeit gefunden werden. Die Kinder aus ländlichen Umgebungen haben höhere Werte auf der gleichen Diagnosekategorie erhalten. Ein jüngeres Alter und das männliche Geschlecht konnten Störungen anhand des Interviews vorhersagen ($OR=0.85$). In der ZAPPS konnte gezeigt werden, dass im Gegensatz zur ZESCAP die Kinder aus den Städten höhere Werte haben. Ausländische Kinder hatten auf der Skala *Problemmeidendes Verhalten* höhere Werte als Schweizer Kinder, wobei das problemmeidende Verhalten als potentieller Risikofaktor für Störungen gilt und im Längsschnitt (ZAPPS) für internalisierende Störungen bestätigt worden ist. Die aktiven Bewältigungsstrategien bestätigen sich ebenfalls im Längsschnitt als protektive Faktoren.

Der niedrige sozioökonomische Status als Risikofaktor konnte im Längsschnitt (ZAPPS) bestätigt werden. Weitere Risikofaktoren sind belastende Lebensereignisse, mangelnde Zuneigung und Wärme für Mädchen für internalisierende Probleme, erlebter psychischer Druck durch die Eltern mit internalisierenden Problemen. Weiter fanden sich in der Schule die erlebte Konkurrenz, die Kontrolle durch die Lehrer und der Leistungsdruck als Faktoren, welche im Vorfeld einer Störung gefunden wurden; in diesem Zusammenhang sind Bewältigungsstrategien querschnittlich moderierende Faktoren und längsschnittlich haben bei älteren Jugendlichen die selbstbezogenen Kognitionen (Selbstwert und Selbstaufmerksamkeit) einen moderierenden Effekt gezeigt. Die Skala *Angst/Depressivität* konnte längsschnittlich das Schulverweigern vorhersagen, das Schuleschwänzen wiederum war ein signifikanter Prädiktor für Phobien und Suchtstörungen im jungen Erwachsenenalter. Das Suizidrisiko ist mit 43% sehr stabil und zeigt einen grossen Zusammenhang mit psychischen Störungen auf, wobei das Risiko sogar bestimmte Störungsbilder vorhersagen konnte. Die Annahme in der Zurich Study, dass frühe Trennungserlebnisse zu späteren psychischen Problemen führen, konnte nicht bestätigt werden. Jedoch haben Familienbelastungen zu höheren Werten auf den FPI-Skalen *Neurotizismus* (vgl. Kap. 2.1), *Labilität* und *Depressivität* geführt. Die Familienbelastungen waren ausserdem mit emotionalen und Schulproblemen assoziiert.

In der SGB2002 wurde festgestellt, dass ein Zusammenhang zwischen psychischer Unausgeglichenheit und niedrigerem psychischen Wohlbefinden mit einem empfundenen Mangel an psychosozialer Unterstützung (Vertrauensbeziehung) besteht. Für Frauen ist das soziale Netz wichtiger als für Männer.

In der SMASH wurden 16- bis 20-Jährige nach deprimierten Zuständen gefragt. 34.4% der Mädchen und 18.9% der Jungen gaben an, dies zu erleben und sich deshalb Hilfe zu wünschen. Stresszustände wurden bei 47.7% der Mädchen und 28.5% der Jungen gefunden.

Die Ergebnisse der *Studie 1* der Autorin zeigen, dass ausländische Kinder und Jugendliche höhere Werte auf der Ängstlichkeitsskala aufweisen. Ausserdem konnte gezeigt werden, dass ein ungünstiger Erziehungsstil (zusammengesetzt aus Inkonsistenz, Einschränkung, Tadel) einen Zusammenhang mit Ängstlichkeit und emotionalen Problemen beim Kind aufweist. Ängstliche Mütter haben in der *Studie 1* die Tendenz, ihre Unterstützung mit den emotionalen Problemen des Kindes in Verbindung zu bringen. Ängstliche Mütter, welche sich selbst als unterstützend wahrnehmen, schätzen bei ihren Kindern die emotionalen Probleme geringer ein als Mütter, welche weniger ängstlich sind. Ältere Kinder, welche passiv vermeiden, haben

höhere Werte auf der Variable emotionale Probleme als jüngere Kinder und Kinder, welche weniger passiv vermeiden.

Versorgungssituation

In der Zurich Study suchten nur 20% der Betroffenen professionelle Hilfe auf, aber immerhin sprechen 86% mit Angehörigen. Die SGB2002 berichtet, dass nur 5% von Personen, welche eine psychische Störung angeben, eine professionelle Behandlung aufsuchen. Vor allem die jüngeren Männer (15- bis 34-Jährigen) und die Personen über 65 Jahre sind unterversorgt. Von jenen, welche sich wegen psychischer Probleme in Behandlung begeben, lassen sich zwischen 30 und 50% von ihrem Hausarzt beraten. Viele Jugendliche gehen mit Gesundheitsfragen zu ihren Eltern; in der SMASH haben 17% der Mädchen und 12% der Jungen angegeben, dass sie Unterstützung zur Problembewältigung von ihren Eltern gebraucht haben. Erschreckend ist das Resultat, dass 18.6% der befragten weiblichen Jugendlichen und 24.9% der männlichen Jugendlichen niemanden hätten, mit dem sie über Probleme sprechen können. Auch beunruhigend ist, dass nur 10% jener Jugendlichen, welche einen Suizidversuch unternommen haben, hospitalisiert worden sind (Expertenkontakt zwischen 0.4 und 1.5%); dies ist vor allem im Zusammenhang mit der hohen Rate an mehrfachem Suizidversuch (30-43%, Selbstangaben) erschreckend.

Im Jahr 2004 wurden 0.7% der Männer und Frauen in der Schweiz in psychiatrischen Kliniken behandelt, wobei die Rate zwischen den Kantonen stark schwankt (0.1-1.8%). Wenn eine Person eine Angststörung oder eine andere Neurotische-, Belastungs- oder Somatoforme Störung aufweist, ist die Wahrscheinlichkeit, in einer somatischen Klinik behandelt zu werden (22.9%) grösser als in einer Psychiatrie (12.7%). Am häufigsten ist die Altersgruppe der 30- bis 39-Jährigen vertreten (Bundesamt für Statistik, 2005). Bei den Kindern und Jugendlichen ist mit einer Zunahme (7-fach) zwischen den Altersbereichen 10- bis 14-Jährige und 15- bis 19-Jährige zu rechnen. Für Kinder zwischen 0 und 14 Jahren sind neurotische Störungen die zweithäufigste Kategorie, wobei die Mädchen doppelt so häufig betroffen sind. Im KJPD des Kantons Zürich sind die Altersgruppen ziemlich gleich verteilt und die Jungen sind circa doppelt so häufig in psychiatrischer Behandlung. Die Angststörungen sind im Verhältnis zu anderen Störungsbildern wenig vertreten, was mit grosser Wahrscheinlichkeit mit dem Schweregrad und der Beeinträchtigung zusammenhängt. Die Raten sind in der Poliklinik und in den Regionalstellen im Verhältnis höher als in der Tagesklinik und im stationären Bereich, in welchem die schwerwiegenderen Störungen wie Psychosen, Affektive und Persönlichkeitsstörungen häufiger vorkommen (vgl. Kap. 4.3.4). Die Anmeldung im KJPD des Kantons Freiburg liegt meistens in den Händen der Mutter, selten melden sich Jugendliche selbst an, aber bei einem Fünftel sind es Drittpersonen (z.B. Lehrer), welche die Kinder und Jugendlichen anmelden.

4.4 Bilanz aus den epidemiologischen Studien und Beantwortung der Fragestellungen

Das Kapitel 4.4 führt die internationalen Studien aus Kapitel 4.2 und die nationalen Studien aus Kapitel 4.3, inklusive der *Studien 1 und 2* der Verfasserin dieser Arbeit zusammen. Das Kapitel ist aufgeteilt in Zusammenfassungen zu den Häufigkeiten von Angststörungen (Kap. 4.4.1), deren Verlauf (Kap. 4.4.2), den Geschlechtsunterschieden (Kap. 4.4.3), den Komorbiditäten (Kap. 4.4.4), den Risiko- und protektiven Faktoren (Kap. 4.4.5), der Versorgungssituation (Kap. 4.4.6) und in Kapitel 4.4.7 wird ein Vergleich zwischen den nationalen und internationalen Studien gegeben.

Wie bereits in der Einleitung (Kap. 1) berichtet, leidet laut der Hochrechnung von Ajdacic-Gross und Graf (2003) jede zweite Person in der Schweiz einmal im Leben an einer psychischen Störung, welche behandlungsbedürftig ist. Die Lebenszeitprävalenz von Angststörungen beträgt bei den Erwachsenen in der Schweiz circa 25% (vgl. Kap. 4.3.8). Die gleiche Rate fällt auf die affektiven Störungen und die Suchtstörungen ab. Insgesamt kann bei diesen Lebenszeitdiagnosen von einer Lebenszeitkomorbidität von 50% ausgegangen werden. Der Global Burden of Disease, welcher die Bedeutung der Erkrankung auf einer gesamtgesellschaftlichen Ebene anzugeben versucht, ist bei körperlichen Krankheiten deutlicher. Bei den psychischen Störungen wird indes klar, dass nicht die Mortalität, sondern das Ausmass der Beeinträchtigung herangezogen werden muss. Das heisst, die psychischen Störungen sind nur für 1% der Todesfälle verantwortlich (z.B. Suizid), aber sie tragen zu 12% (2000) zu den Beeinträchtigungen bei (Ajdacic-Gross & Graf, 2003).

Vor dem Hintergrund der hohen Prävalenzraten erscheint es als eine wichtige gesundheitspolitische Aufgabe, den Menschen handlungsrelevantes Wissen zu vermitteln, um mit psychischen Erkrankungen umgehen zu können. Letzteres ist eine Grundvoraussetzung, damit Früherkennung und mit der Zeit hoffentlich auch die Prävention psychischer Störungen zum Tragen kommen (Ajdacic-Gross & Graf, 2003, S. 7).

In der Global Burden of Disease and Injuries Series haben Murray und Lopez (1996) anhand eines neuen Gesundheitsindikators (vgl. Abb. 11 in Kap. 4.1.1) berechnet, dass Panikstörungen und Zwangsstörungen 1.9% der totalen DALY (*disability adjusted life years*) in Industrieländern ausmachen. Das ist mehr als bei Brustkrebs, HIV, Schizophrenie oder Diabetes. Das Ziel ist, die Belastung der Bevölkerung durch Krankheit und Verletzung zu erheben. Die DALYs sollen eine Masseinheit des Gesundheitszustandes für die Studie darstellen, damit Vergleiche angestellt werden können; gemeint damit sind die durch Behinderung oder Arbeitsunfähigkeit belasteten Lebensjahre. $DALY = YLL + YLD$ (Lebensjahre durch frühzeitigen Tod verloren + Lebensjahre mit Behinderung gelebt, vgl. Kap. 4.1.1).

Über die Lebensspanne betrachtet, scheidet etwa jeder 100. Mensch infolge Suizids aus dem Leben, jeder zehnte begeht einen oder mehrere Suizidversuch(e). Gemessen an verlorenen Lebensjahren gehörten deshalb Suizide (und mit ihnen die psychischen Krankheiten) neben Krebserkrankungen und Herz-Kreislaufkrankheiten zu den wichtigsten Todesursachen (Ajdacic-Gross & Graf, 2003, S. 6).

Zu ähnlichen Schlussfolgerungen gelangen Rüesch und Manzoni (2003): Die zweithäufigste Todesursache bei jungen Menschen (15- bis 25-Jährigen) ist der Suizid, das heisst, 20-25% der Todesfälle bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen gehen zulasten des Suizids, welcher oft mit psychischen Problemen und Störungen in Zusammenhang steht. Ein Europäischer Vergleich (WHO-Region: 15 EU-Länder und Island und Norwegen) zeigt, dass die Schweiz die höchste Suizidrate hat, wobei die Männer zwischen 15 und 44 Jahren die höchste Suizidrate ausmachen (Schweizerisches Gesundheitsobservatorium, 2003). Im Jahr 1996 wurden in der Schweiz geschätzt, dass zwischen 8'000 und 15'000 Suizidversuche stattgefunden haben (Rüesch & Manzoni, 2003). Suizidgedanken haben sogar gegen 50% der Bevölkerung, wobei diese Angabe nur ungefähr ist, weil die Dunkelziffer schwer schätzbar ist (Ajdacic-Gross & Graf, 2003).

Methodische Probleme in der Epidemiologie psychischer Störungen sind zum einen sicherlich die zum Teil eingeschränkte Antwortbereitschaft der Menschen, speziell im psychologischen Bereich (Intimität, Tabuisierung). Dabei müssen auch die verschiedenen kulturellen Hintergründe beachtet werden (Ajdacic-Gross & Graf, 2003; Barlow, 2002). Zum anderen ändert sich je nach Alter und sozio-kulturellem Hintergrund auch die Selbstwahrnehmung. Die Frage ist auch, woher die sozialen und individuellen Normen stammen respektive mit welcher Gruppe Vergleiche gezogen werden, um eine Einschätzung abzugeben. Für die Interpretation epidemiologischer Daten ist es wichtig zu beachten, ob ein retrospektives oder prospektives Design gewählt worden ist (Ajdacic-Gross & Graf, 2003). In den retrospektiv durchgeführten Studien muss beachtet werden, dass die realen Häufigkeiten tendenziell unterschätzt werden (in prospektiven Studien sind die Raten meist höher).

Obwohl epidemiologische Studien viele Vorteile haben (z.B. hohe Generalisierbarkeit bei Bevölkerungsstichproben), gibt es auch Nachteile. Die Kinder, welche durch solche Studien nicht erreicht werden, haben meist soziale Kompetenzdefizite, kommen aus Familien, in welchen Eltern psychische Störungen aufweisen. Kindern (und deren Familien), welche nicht erreicht werden konnten oder sich weigerten, an der Studie teilzunehmen, werden eine grosse Anzahl an Symptomen durch anderen Quellen (z.B. Lehrern als einzige Datenquelle) zugesprochen (Essau et al., 2001).

Es ist ferner fraglich, ob jüngere Kinder zum einen die Fragen eines strukturierten Interviews oder auch von Selbsturteilsverfahren verstehen und zum anderen, ob vor allem bei den Interviews nicht die Zeitspanne der Konzentration überschritten wird und somit die Aussagen der Kinder nicht mehr valide sind (vgl. Kap. 2.2). Vor allem die Fragen zur Dauer der Symptome, deren Häufigkeit und zu Zeitspannen diverser erfragter Aspekte. Das Verständnis von bestimmten Emotionen, Kognitionen und Verhaltensweisen verändert sich im Verlauf der Zeit. Diese Variationen und die sogenannte normale Entwicklung mit ihren Entwicklungsaufgaben müssen berücksichtigt und abgewogen werden, damit die Aussagen der Kinder interpretierbar und vergleichbar werden (vgl. Kessler, 2000). Kinder können zum Teil gewisse Symptome nicht wahrnehmen, leugnen diese oder haben das Wissen nicht. Dies kann jedoch ebenfalls auf Seiten der Eltern festgestellt werden, welche oft die innerpsychischen Symptome nicht wahrnehmen können, sie leugnen oder es nicht besser wissen. Die Eltern haben meist auch eine andere Schwelle für Positiv-Antworten als das Kind oder ein Lehrer, daher sollten verschiedene Quellen berücksichtigt werden und auch Messwiederholungen durchgeführt werden, wenn diese indiziert sind (vgl. Essau et al., 2001). Die Autoren fordern ein Instrument, welches verschiedenen Kriterien genügt: Es soll kurz sein, einfach anzuwenden (geringes Training für Testleiter), verständlich, Subtypen von Angststörungen und assoziierten Merkmale erfassen, sensitiv und spezifisch sein, nicht auf Symptome beschränkt sein, sondern auch psychologische Funktionen einbeziehen.

Schwierig zu differenzieren sind auch die Alterseffekte (Interaktion von Alter und Periode), Periodeneffekte (Zeitumstände in einer bestimmten Periode, welche meist die ganze Gesellschaft betreffen, unabhängig vom Alter) oder Kohorteneffekte (Gruppe, welche die gleichen Erfahrungen in der gleichen Zeitperiode machen, meist Geburtskohorten). Der Verlauf und entsprechend das Resultat einer Entwicklung zu beobachten und zu messen ist eine Herausforderung, welche jedoch mit prospektiven Längsschnittstudien am ehesten gemeistert werden kann (Essau et al., 2001, vgl. Kap. 4.1.1 & 4.4.2).

Solche und andere Probleme im Zusammenhang mit der Berichterstattung wurden von der Initiative Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE, Vandenbroucke et al., 2007; von Elm et al., 2007a, 2007b) in einem Workshop mit verschie-

denen Experten aufgegriffen. Es resultierten Checklisten mit Empfehlungen zur Berichterstattung für drei Hauptstudiendesigns: Kohorten-, Fallkontroll- und Querschnittsstudien im Bereich der Epidemiologie. Aus den insgesamt 22 Items des Statements sind 18 für alle drei Designs gleich. Die restlichen vier Items sind spezifisch für eine bestimmte Studienart. Die Hauptkategorien sind Titel und Abstract, Einleitung, Methoden (z.B. Setting, Variablen, Stichprobengrösse), Resultate (z.B. deskriptive Daten), Diskussion (z.B. Grenzen, Interpretationen) und andere Informationen (z.B. Finanzierung). Diese Richtlinien sind relevant, um zu gewährleisten, dass in Zeitschriften oder anderen Quellen veröffentlichte Resultate korrekt auf ihre Stärken und Schwächen und auf die Generalisierbarkeit hin betrachtet werden können.

Kessler (2000) berichtet überblicksartig über die Fortschritte der epidemiologischen Forschung und auch über deren Mängel. Dimensionale Diagnostik soll in Zukunft favorisiert werden, damit der klinische Experte das Erreichen des Grenzwertes innerhalb der diagnostischen Kategorien anhand der gerade aktuellen Version der Klassifikationssysteme bestimmen kann. In den Surveys sind die Angaben zu den psychischen Störungen laut Kessler (2000) oft auch fehlerhaft, da die Menschen aus Scham ihre psychischen Probleme nicht angeben. Für Kinder und Jugendliche gibt es zwei Probleme, welche so im Erwachsenenbereich nicht vorhanden sind. Die Störungen, welche zuerst in der Kindheit auftreten, sind weniger kristallisiert, was deshalb herausfordernd für die diagnostische Abklärung ist. Weiter ist es unmöglich, direkte Interviews mit jungen Kindern zu führen. So sind die epidemiologischen Forscher darauf angewiesen, Angaben von Eltern und Lehrern zu verwerten. Dies wiederum ist problematisch, da die Beurteilereinschätzungen voneinander abweichen; auch dann, wenn ältere Kinder ebenfalls interviewt werden. Wenn die „oder-Regel“ bei diversen Quellen benutzt wird, sind die Prävalenzraten oft höher, als sie in Wirklichkeit wären. Es muss ausserdem berücksichtigt werden, dass die Kinder und Jugendlichen noch in der Entwicklung sind und vor allem in der Pubertät emotionale Turbulenzen erleben und die Prävalenzen dadurch verfälschen. Die Entwicklungspsycho(patho)logie liefert relevantes Wissen in Bezug auf die normalen und die pathologischen Entwicklungsverläufe von Kindern und Jugendlichen. Wenn ein Weg gefunden würde, wie man diese in die epidemiologischen Studien einfliessen lassen könnte, würden viele Überschätzungen der Raten vermieden. Um wirklich von Störungsbildern zu sprechen, müssten die psychischen Auffälligkeiten, welche im Kindes- und Jugendalter festgestellt werden, in einem Langzeitverlauf bestätigt werden. Kessler (2000) schlussfolgert, dass es Langzeitstudien geben muss, damit die Prävalenzen der psychischen Störungen im Kindes- und Jugendbereich inklusive der Parameter korrekt wiedergegeben werden können.

4.4.1 Häufigkeit von Angststörungen

Im vorliegenden Kapitel wird ein Überblick über die Häufigkeiten von Angststörungen anhand einer Tabelle gegeben. Es werden überwiegend die epidemiologischen Studien berichtet, welche in den Kapiteln 4.2 und 4.3 beschrieben wurden. Die Surveys und solche Studien, welche keine Störungsbilder, sondern nur Symptome oder Syndrome berichtet haben, werden hier nicht dargestellt. Die Tabelle 74 ist eng an jene aus dem Kapitel 4.1.2 (Tab. 12) angelehnt. Sie entspricht ihr von der Struktur und Reihenfolge der Studien, gibt jedoch zusätzlich die Prävalenzangaben zur Oberkategorie der Angststörungen. Ausserdem wird auch die Unterscheidung zwischen Punkt-, Perioden-, Jahres- und Lebenszeitprävalenz gemacht. Auch wenn die Studien die verschiedenen Angststörungen unterschieden haben, werden in dieser Tabelle nur die Angaben zur Oberkategorie gemacht, um den Überblick zu gewährleisten.

Tabelle 74: Überblick über die Prävalenzen von Angststörungen (Oberkategorie) in Prozenten (Reihenfolge: Alter ansteigend)

Studienname und Erstautor	Land	Jahr	Stichprobe	Alter	Klassifikation	Punktprävalenz	Periodenprävalenz ^a	Jahresprävalenz	Lebenszeitprävalenz	Kapitel
Canino (2004)	Puerto Rico	1999-2000	1'886	4-17	DSM-IV			6.9		4.2.1.9
BCAMHS99 (Ford, 2003)	Grossbritannien	1999	10'438	5-7 13-15	DSM-IV		3.8 (1) 5.0 (1)			4.2.4.1.2
QCMHS (Breton, 1999)	Kanada	1992	2'400	6-14	DSM-III-R		14.7 (6) ^o , 9.1 (6)*			4.2.1.7
ZAPPS (Steinhausen, 2006)	Schweiz	1994-2005	1'110	6-16	DSM-III-R		3.1 (6) ^o , 8.1 (6)*			4.3.7
ZESCAP (Steinhausen, 1998)	Schweiz	1994	1'964	7-16	DSM-III-R		11.4 (6)			4.3.7
DKAS (Federer, 2000)	Deutschland	1996-1997	826	8	DSM-IV	9.5				4.2.5.9
Mannheimer Kurpfalz (Ihle, 2000)	Deutschland	1978-1996	1'444	8-13 18 25	ICD-10		4.0 (6) 5.1 (6) 2.3 (6)		6.9 12.1 14.4	4.2.5.7
GSMS (Costello, 2003)	USA	1993-2000	4'500	9-16	DSM-III-R DSM-IV		5.7 (3) 2.4 (3)		9.9	4.2.1.2
BJS (Essau, 1998)	Deutschland	1996-1997	1'935	12-17	DSM-IV			11.3	18.6	4.2.5.4
Verhulst (1997)	Niederlande	1993	780	13-18	DSM-III-R		23.5 (6)			4.2.4.2.1
Oregon (Lewinsohn, 1993)	USA	1987-1989	1'710	14-18	DSM-III-R	3.2			8.8	4.2.1.4
GO! (Manz, 2000)	Deutschland	1993	1'081	14-18	DSM-IV	14.8			16.4	4.2.5.8
EDSP (Wittchen, 2000)	Deutschland	1994-	3'021	14-17 14-24	DSM-IV			14.5 9.3	21.3 14.4	4.25.10
NCS (Kessler, 1994)	USA	1990-1992	8'098	15-54	DSM-III-R				24.9	4.1.2.1
National Psychiatric Morbidity Survey (Jenkins, 1997)	Grossbritannien	1993-1994	10'108	16-64	ICD-10	16.0				4.2.4.1.3
NCS-R (Kessler, 2005)	USA	2001-2003	9'282	>18	DSM-IV			18.1	28.8	4.1.2.10
ECA (Regier, 1993)	USA	1978-1985	20'291	>18	DSM-III	7.3	8.9 (6)	12.6	14.6	4.1.2.11
Australian National Mental Health Survey (Andrews, 2001)	Australien	1997	10'641	>18	DSM-IV ICD-10		3.8 (1) 5.5 (1)	5.6 9.5		4.2.2.3
ESEMeD (Alonso, 2004)	Deutschland	2002-2003	3'555	>18	DSM-IV			6.4	13.6	4.2.5.12
MFS (Wittchen, 1992)	Deutschland	80er Jahre	483	18-55	DSM-III	7.2	8.1 (6)		13.9	4.2.5.13
NEMESIS (Bijl, 1998)	Niederlande	1966-1999	7'076	18-64	DSM-III-R			12.7	19.3	4.2.4.2.2
GHS-MHS/BGS98 (F. Jacobi, 2002)	Deutschland	1998-1999	4'181	18-65	DSM-IV		9.0 (1)	14.5		4.2.5.11
Basler (Wacker, 1992)	Schweiz	1989-1991	470	18-65	DSM-III-R ICD-10				28.7 23.0	4.3.8
DMHDS (Newman, 1996)	Neuseeland	1972-	1'661	21	DSM-III-R			31.5		4.2.2.1
Zurich Study (Angst, 1985)	Schweiz	1978-1999	6'293	22-23	DSM-III	7.2		15.6	25.0	4.3.8

Anmerkungen: ^o=Elternurteil; *=Kindurteil/Jugendlichenurteil, ^a=Anzahl Monate in Klammer;

Die Tabelle 74 zeigt, dass im Jugendalter die Punkt- und Periodenprävalenzen im Vergleich zu den anderen Altersgruppen relativ hoch sind respektive oft gleich hoch wie bei den Erwachsenen. Jedoch finden sich über die verschiedenen Intervalle der Prävalenzen keine einheitlichen Muster. Es lässt sich kein Muster bezüglich der Klassifikationssysteme erkennen, obwohl beim Wechsel beim DSM-III-R auf DSM-IV (APA, 1991; 2005) die Schwelle für das Erfüllen der Störungskategorie erhöht wurde und somit weniger hohe Prävalenzraten zu erwarten wären (vgl. Kap. 2.2). Auch in Bezug auf die ICD-10 (WHO, 2005) sind keine Muster zu erkennen, wobei nur drei Studien die IDC-10 als Klassifikationsschema herangezogen haben. In der Studie von Wacker (1992) erkennt man, dass die ICD-10 im direkten Vergleich mit dem DSM-III-R eine etwas geringere Lebenszeitprävalenz hervorbringt. Im Nationalen Psychiatric Morbidity Survey (Jenkins, 1997) jedoch ist die Punktprävalenz mit 16.0% sehr hoch. Dass die Lebenszeitprävalenz steigt, wenn die untersuchte Population älter wird (>18 Jahre), ist neben der tatsächlichen Zunahme auch teilweise statistisch bedingt (vgl. Kap. 4.1.1).

Die Zusammenfassung zeigt, dass für Kinder und Jugendliche das Risiko, in ihrem Leben an einer Angststörung zu erkranken, hoch ist. Die Studien zeigen, dass auf das Leben hochgerechnet circa 10-25% der Menschen eine Angststörung entwickeln. Angststörung bedeutet zum Grossteil auch Beeinträchtigung und Leiden (Ausnahme: nicht relevante Phobien, die nicht einschränkend sind). Die Gesamt-Lebenszeitprävalenz für alle psychischen Störungen zusammen beträgt laut Wittchen und Perkonig (1996) über 65%.

Die Spezifischen und Sozialen Phobien sind die häufigsten Subkategorien der Angststörungen. Lebenszeitprävalenzraten reichen von 1.5% bis 16.0% für die Soziale Phobie und 2.2% bis 11.3% für die Spezifische Phobie. Für konkretere Aussagen bezüglich der einzelnen Störungen müssen die detaillierteren Tabellen konsultiert werden (Tab. 22, 23 & 73).

Studien mit einem kurzen Assessment und einem einzigen Messzeitpunkt haben kleinere Prävalenzraten. Nicht überraschend ist, dass Punktprävalenzen im Vergleich zu anderen Zeitintervallen die niedrigsten Raten haben, Periodenprävalenzen meist mittlere und Lebenszeitprävalenzen die höchsten Raten (Costello et al., 2005b). Dass die Lebenszeitprävalenzen höher ausfallen als die Punkt- und Periodenprävalenzen liegt in der Sache selbst begründet und wurde bis auf wenige Ausnahmen in allen Studien vorgefunden. Dies lässt darauf schliessen, dass die Angststörungen zum Teil auch remittierende Verläufe haben (Lieb et al., 2003). Im Überblicksartikel von Costello und Kollegen (2005b) sind die Störung mit Überängstlichkeit (DSM-III-R) und die entsprechende Generalisierte Angststörung (DSM-IV) die häufigsten Angststörungen, wenn das Kriterium der Beeinträchtigung einbezogen wird, ansonsten sind die Einfachen (Spezifischen) Phobien die häufigsten.

4.4.2 Verlauf von Ängsten und Angststörungen

Ihle und Esser (2002) geben in ihrem Überblick zur Epidemiologie psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter für emotionale Störungen die niedrigsten Persistenzraten an. Sie zitieren die Ergebnisse der Mannheimer Kurpfalzstudie (Esser et al., 2000a; Ihle et al., 2000, vgl. Kap. 4.2.5.7), welche jedoch auch aufzeigt, dass mit dem Alter auch die Persistenz emotionaler Störungen zunimmt (8-13 Jahre: 29%; 8-25: 24%; 13-18: 48%; 13-25: 39%). Ausserdem führen Ihle und Esser (2002) die NYCLS (P. Cohen et al., 1993; Velez et al., 1989, vgl. Kap. 4.2.1.3) auf, welche die niedrigste Rate mit 23% Persistenz hat (Altersrange: 9-18; 11-20 Jahre), und die OCHS (Offord et al., 1987, vgl. Kap. 4.2.1.6) mit einer für emotionale Störun-

gen mittlere Persistenzrate mit 30% (Altersrange 4-12; 8-16 Jahre). Die Raten sind für die Mädchen und Frauen höher als für Jungen und Männer (vgl. Kap. 4.4.3).

Für Angststörungen fand Wittchen (1991) eine niedrige spontane Remissionsrate (> 20%) und bei Panikstörungen und Zwangsstörungen sogar eine progressive Verschlechterung und Chronifizierung bei einem Grossteil der Fälle (zw. 39 und 51%). Der Mittelwert für die Dauer einer Panikstörung liegt bei circa sieben Jahren, für Phobien bei bis zu 15 Jahren (vgl. Narrow et al., 2002). Eine Langzeitstudie aus Neuseeland, die Christchurch Health and Development Study (CHDS, unselektierte Geburtsstichprobe von 1'265 Kindern aus den 70er Jahren), konnte zeigen, dass ein ängstlich-verschlossenes Verhalten im Alter von 8 Jahren mit erhöhten Raten von Angststörungen und Depressionen im Jugend- und jungen Erwachsenenalter (16-21 Jahre) assoziiert war (Goodwin et al., 2004b, vgl. Kap. 4.2.2.1).

Keller et al. (1992, vgl. Kap. 4.2.1.5) und P. Cohen et al. (1993) berichten von einem stabilen Verlauf der Angststörungen, wohingegen Last, Perrin, Hersen und Kazdin (1996) keinen signifikanten stabilen Verlauf nachweisen konnten. Keller und Mitarbeiter (1992) berichten, dass die durchschnittliche Dauer einer Angststörung zum Zeitpunkt des Interviews bereits bei vier Jahren lag. Bei 46% dieser Kinder konnte nach acht Jahren immer noch eine Angststörung festgestellt werden und bei 31% derjenigen, welche nicht durchgehend an einer Angststörung litten, wurde eine andere Episode bis zum Follow-up-Zeitpunkt festgestellt. Last und Mitarbeiter (1996) konnten aber bei 81.7% der Kinder keine Angststörung zum Follow-up-Zeitpunkt mehr feststellen. Circa ein Drittel der Kinder entwickelten jedoch bis zum 3-4-Jahres-Follow-up eine andere psychische Störung (vgl. Kap. 2.2 & 4.4.4). Bei P. Cohen und Mitarbeitern (1993) konnte bei einem 2.5-Jahre-Follow-up noch bei 47% eine Diagnose Störung mit Überängstlichkeit gestellt werden. Jedoch muss nach Essau und Mitarbeitern (2002) grundsätzlich vorsichtig mit solchen Ergebnissen umgegangen werden, weil diverse Bedingungen in den unterschiedlichen Studien anders geartet sind (vgl. Kap. 2). In einer Übersicht von Schubert und Mitarbeitern (2004) wird auch gefolgert, dass Angststörungen häufig chronisch sind, früh in der Kindheit und Jugend (je nach Störungsbild) ihren Beginn nehmen und in den höheren Altersgruppen häufiger werden. Auch in der *Studie 1* der Autorin (vgl. Kap. 4.3.9.1) konnte ein Zusammenhang mit retrospektiv eingeschätzten emotionalen Probleme und aktuellen Problemen gezeigt werden, was darauf hindeutet, dass ein Teil jener von der Mutter eingeschätzten Probleme persistent ist.

Der Verlauf von bestimmten Störungsbildern und somit deren Prävalenzen hängt deshalb unter anderem mit Altersaspekten zusammen. Beispielsweise nimmt mit zunehmendem Alter (ab circa 10. Lebensjahr) und damit einhergehendem Autonomiestreben die Häufigkeit von Störung mit Trennungsangst ab (P. Cohen et al., 1993). Ebenfalls nimmt bei Jungen die Störung mit Überängstlichkeit (resp. GAS, vgl. Kap. 2.2) zwischen 10 und 20 Jahren kontinuierlich ab. Aufgrund der Datenlage meinen P. Cohen und Kollegen (1993), dass die Pubertät die Störung nicht beeinflusst, da die Raten bei den Mädchen gleich bleiben. Sie vermuten eher eine stärkere Selbstkontrolle und andere Fertigkeiten bei den Jungen, welche diesbezüglich auch häufiger soziale Anerkennung erfahren als Mädchen (vgl. Kap. 4.4.3). Dass die Pubertät eine grosse Wirkung auf die Entwicklung eines Kindes respektive Jugendlichen hat, bleibt unumstritten. Im Zusammenhang mit Panikattacken wird diskutiert, ob diese mit der zunehmenden sexuellen Reife gehäuft auftreten. Die Attacken treten normalerweise erstmals um das 13. Lebensjahr auf, in welchem bei den meisten angehenden Jugendlichen die Geschlechtshormone stärker produziert werden. Wenn jedoch im klinischen Sektor Jugendliche mit Panikstörungen untersucht werden, finden sich die ersten Panikattacken zwischen dem 5. und 11. Lebensjahr (z.B. Bradley & Hood, 1993). In der Kauai-Studie (vgl. Kap. 4.2.1.8)

konnte Werner (1989) zeigen, dass die Jungen in der ersten Phase der Entwicklung vulnerabler sind als die Mädchen, im Jugendalter jedoch dreht sich dieses Verhältnis um und gleicht sich im Erwachsenenalter aus.

Costello und Kollegen (2005b) haben den Median aus allen untersuchten Studien für den Onset der einzelnen Angststörungen dargestellt. Die Generalisierte Angststörung ist diejenige mit dem frühesten Beginn (Median: 6 Jahre), gefolgt von der Spezifischen Phobie (6.5 Jahre), Sozialen Phobie (7 Jahre), Störung mit Trennungsangst (8.5 Jahre), Agoraphobie (9 Jahre), Zwangsstörung (10.5 Jahre), Störung mit Überängstlichkeit (11 Jahre) und Panikstörung (13.5 Jahre). Im Überblick von Michael und Margraf (2004) wird generell davon ausgegangen, dass die Angststörungen früh im Leben eines Menschen beginnen (zw. 10 und 25 Jahren). Jedoch sind bei den Autoren die Spezifische und Soziale Phobie die frühesten, die Generalisierte Angststörung beginnt anhand ihrer Analysen normalerweise zwischen dem 25. und 30. Lebensjahr. Die Basis dieser Analysen sind jedoch Studien mit erwachsenen Stichproben, welche sich entweder retrospektiv an den Beginn der Störung erinnern oder zum Teil Stichproben mit Jugendlichen und jungen Erwachsenen. Ausserdem sind bei Costello und Kollegen (2005b) ein Teil der Studien aus dem Vorschulalter und keine aus dem Erwachsenenalter ab 18 Jahren. Bei Lieb und Kollegen (Lieb et al., 2003) ist die Erstmanifestation von Angststörungen in der Kindheit (ab dem 5. Lebensjahr) zu suchen. Das höchste Risiko, an einer solchen Störung zu erkranken, hat ein Mensch laut den Autoren zwischen 10 und 25 Jahren. Aufgrund ihrer Analysen sind es nur 10 bis 20%, welche eine Angststörung nach dem 35. Lebensjahr entwickeln. Bei 25% entwickelt sich die Störung bereits vor dem 8. Lebensjahr. Auch bei ihrem Überblick ist der Beginn der Generalisierten Angststörung erst in der Pubertät oder im frühen Erwachsenenalter anzusiedeln und die Spezifischen und Sozialen Phobien sind die frühesten.

Phobien sind nach Barlow (2002) nicht nur langanhaltend, sondern in milden Formen lebenslänglich. Im Vergleich mit Depressionen, welche meistens während einer Episode (durchschnittlich 9 Monate) andauern, sind Angststörungen vorwiegend chronisch (vgl. Wittchen & Vossen, 2000) und bleiben in leichter Form bestehen, unter Umständen auch wenn sie erfolgreich behandelt wurden. Deshalb sind die Interventionen auch auf den Aufbau von Kompetenzen im Umgang mit Ängsten ausgerichtet, um diesem Verlauf ein Gegengewicht zu geben (vgl. Schutzfaktoren, Kap. 3.3.2 und Therapieelemente, Kap. 5.3 & 5.4.1.1).

In einer schulbasierten Längsschnittstudie von Gullone und Kollegen (2001) wurde erstmals versucht, bei Kindern über drei Jahren die Stabilität der normalen Angst zu untersuchen. Die Autoren gehen davon aus, dass sich die selbstberichtete Angst mit zunehmendem Alter reduziert. Weiter nehmen sie an, dass trotz eines Rückgangs ein Zusammenhang zwischen dem Beginn und der Follow-up-Angst besteht und dass Mädchen höhere Levels auf der Angstskala angeben. Es wurden 68 Kinder nach einem Intervall von 3 Jahren erneut mit dem RCMAS (Revised Children's Manifest Anxiety Scale von Reynolds & Richmond, 1985) untersucht (Baseline: 362 Kinder zwischen 7 und 18 Jahren). Die damit erhobene manifeste Angst enthält allgemeine Symptome auf drei Skalen: *Physiologische Angst*, *Sorgen und Überempfindlichkeit* und *Soziale Bedenken*. Es wurde eine signifikante Abnahme der allgemeinen Angst über die drei Jahre festgestellt, wobei dieser Rückgang sich zwischen den Geschlechtern und den Altersgruppen unterscheidet. Der Rückgang war grösser für Mädchen und für die jüngeren Kinder (10- bis 14-Jährige) als für Jungen und für die ältere Gruppe (15- bis 18-Jährige), wobei die Mädchen zu Beginn höhere Werte hatten als die Jungen. Das heisst, für ältere Kinder und Jugendliche ist die Angst stabiler, wobei sie gleichzeitig niedrigere Werte haben als

jüngere Kinder. Gullone (2000) vermutet, dass Jungen und ältere Kinder und Jugendliche wahrscheinlich weniger bereit sind, die Ängste zuzugeben, dass aber trotzdem ein Geschlechts- und Altersunterschied vorhanden ist. Obwohl also Veränderungen über die Zeit festgestellt wurden, haben die Autoren eine signifikante Kontinuität der Angst bestätigen können (Gullone et al., 2001). Der Ausgangswert (Baseline) war mit Ausnahme der physiologischen Angst ein besserer Prädiktor der entsprechenden Follow-up-Angst als das Alter. Das Geschlecht war in dieser Studie für keine Skala ein signifikanter Prädiktor (vgl. Kap. 4.4.3). Die Annahmen der Autoren konnten somit bestätigt werden, auch wenn die Grösse der Stichprobe nicht ausreichend war, alle Analysen durchzuführen und nur ein Instrument verwendet wurde. Trotz dieser Einschränkungen kann die Aussage gemacht werden, dass für Kinder und Jugendliche die (normale) Angst verglichen mit Erwachsenen eher vorübergehend ist, sich jedoch nicht grundsätzlich „auswächst“, sondern je nach Bedingungen auch eine gewisse Stabilität aufweist. Die Prädiktoren für die Follow-up-Angst konnten nur einen kleinen Teil der Varianz aufklären (13-17%). Dies verweist auf andere Faktoren, welche wahrscheinlich einen grösseren Einfluss auf den Verlauf haben (z.B. Erziehung durch die Eltern).

Die erste Studie, welche anhand verschiedener Messmethoden versucht hat, die Stabilität der Angststörungen bei Kindern über sechs Monate zu untersuchen, ist von Beidel, Fink und Turner (1996) aufgrund folgender Überlegungen gestartet worden: Ängste bei Kindern sind oft vorübergehend, was die Frage aufwirft, ob die Kosten-Nutzen-Rechnungen bezüglich Interventionen stimmen und ob es ethisch vertretbar ist, wenn Interventionen bei Kindern durchgeführt werden, bei denen sich die Angststörungen auswachsen könnten (d.h. Entwicklungsängste oder vorübergehende Ängste). Wenn Studienresultate auf unstabilen Merkmalen basieren, könnte dies zu falsch-positiven Fällen führen und somit die Messung und das potentielle Treatmentresultat verdrehen und die Placeboantworten beeinflussen. Es wurden 150 Kinder mit halbstrukturierten Interviews und Selbstbeurteilungsverfahren befragt, und es wurden psychophysiologische Messungen durchgeführt und Elternberichte eingeholt. Die Studie basiert auf dem DSM-III-R (American Psychiatric Association, 1991), wobei die Autoren betonen, dass die Daten bezüglich der Stabilität sich im Hinblick auf die neuere DSM-IV-Version nicht unbedingt verändern. Es sei anzumerken, dass zwei von ihnen benutzte Störungskategorien im DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994) nicht mehr existieren respektive einer anderen Störung zugeteilt wurden (vgl. Kap. 2.2). Bei 62% der Kinder konnte eine stabile, sozial-bewertende Angststörung (Soziale Phobie und Störung mit Überängstlichkeit) gefunden werden - dies sowohl in Bezug auf die Kernsymptome als auch auf den Schweregrad. Bei einer zweiten Gruppe (21%) verändert sich das Bild bezüglich der Schwere der Symptomatik von ‚Kriterien einer Diagnose erfüllt‘, zu ‚knapp unterhalb des Grenzwertes‘. Solche Schwankungen stimmen mit anderen Berichten überein, welche aufzeigen, dass die ängstliche Symptomatologie sich verändert (vgl. Kap. 4.2.5.10). Die dritte Gruppe (17%) fasst die Kinder zusammen, welche sozial-bewertende Sorgen in den sechs Monaten ablegen konnten. Die Begründung für die Unterschiede in den Gruppen sehen die Autoren darin, dass die Entwicklung des Kindes und seiner Umwelt und Stressoren einen Einfluss auf das Kind und somit auf seine Pathologie haben und auch methodische Fehler nicht ausgeschlossen werden können. Eine andere Kritik beinhaltet die Dauer des Intervalls. Kann anhand von sechs Monaten auf die Stabilität eines Störungsbildes geschlossen werden? Die Stabilität ist grösser, wenn die Eltern die Symptomatologie einschätzen. Spannend ist jedoch, dass der Inhalt der von der Mutter berichteten Ängste der Kinder nur bei 10% gleich bleibt. Das heisst, es findet ein Wechsel statt, wovor sich das Kind ängstigt und worüber es sich sorgt (Silverman & Nelles, 1989). Die Interpretation ist, dass die Mütter die Tendenz des Kindes zu einer Ängstlichkeit wahrnehmen, was jedoch nicht gleichbedeutend mit der Stabilität einer spezifischen Angst

beim Kind ist (D. C. Beidel et al., 1996). Die psychophysiologische Messung war am wenigsten stabil, was jedoch auf die physische Reifung, den Wechsel in Umweltfaktoren oder auch auf eine Habituation an die spezifischen Aufgaben zurückführbar sein könnte. Die Autoren diskutieren weiter, ob es sinnvoll ist, eine objektiv gemessene Angst als Indikator für eine Intervention zu nehmen. Es gibt Kinder, welche die (objektiven) Kriterien für eine Angststörung nicht erfüllen und dennoch beeinträchtigt sind und unter Symptomen leiden.

Die Textrevision des DSM-IV (APA, 2003) macht für die in der vorliegenden Arbeit wichtigsten Störungsbilder folgende Angaben zu den Verläufen: Die Spezifische Phobie scheint eine bimodale Verteilung für das Alter bezüglich des Beginns der Störung aufzuweisen. Einen ersten Gipfel in der Kindheit und einen zweiten im jungen Erwachsenenalter (Mitte Zwanzig). Spezifische Phobien werden unabhängig vom Alter entweder durch Traumata, unerwartete Panikattacken, beobachtete Traumata oder durch Instruktion ausgelöst. Wenn im Jugendalter eine Spezifische Phobie diagnostiziert wird, ist die Wahrscheinlichkeit erhöht, dass sie anhält oder in eine inhaltlich veränderte Spezifische Phobie übergeht, wobei nur circa 20% remittieren. Bei der Sozialen Phobie ist der typische Beginn im Alter von 15 Jahren oder zum Teil schon in der frühen Kindheit. Entweder ist der Verlauf schleichend oder es werden konkrete Erlebnisse berichtet, welche belastend und peinlich waren. Eine Soziale Phobie hält unbehandelt meistens das ganze Leben an. Bei der Generalisierten Angststörung ist ebenfalls von einem chronischen Verlauf auszugehen, der oft Schwankungen aufweist und sich häufig in Belastungssituationen verschlechtert. Die meisten Personen mit einer Generalisierten Angststörung berichten, dass sie schon immer ängstlich und nervös waren; festzumachen ist der Beginn aber häufig in der Kindheit oder Adoleszenz. Jedoch gibt es auch Fälle, welche den Ausbruch der Störung nach dem 20. Lebensjahr erleben. Bei der Störung mit Trennungsangst liegt der Beginn zwischen dem Vorschulalter und dem 18. Lebensjahr (Beginn vor dem 6. Lebensjahr, MAS, Remschmidt et al., 2001). Meist ist ein kritisches Lebensereignis der Auslöser und der Verlauf zeichnet sich durch Phasen der Verschlimmerung und auch Remissionen aus. Die Störung kann über mehrere Jahre anhalten, wobei die Prävalenzen vom Kindes- bis ins Jugendalter abnehmen.

Zusammengefasst kann festgehalten werden, dass der Verlauf von Ängsten und Angststörungen oft chronisch ist, auch wenn sie vor allem im Kindes- und Jugendalter Schwankungen in der Intensität aufweisen und auch zum Teil inhaltlichen Wechseln unterworfen sind. Die meisten Angststörungen haben ihren Beginn in der Kindheit oder Jugend und die Prävalenzraten nehmen mit zunehmendem Alter ebenfalls zu bis auf jene Ängste, welche auf das Kindesalter beschränkt sind (z.B. Störung mit Trennungsangst); ausserdem stabilisieren sich die Angststörungen im Jugend- und im jungen Erwachsenenalter.

4.4.3 Geschlechtsunterschiede bei Angststörungen

Aufgrund der aktuellen Datenlage scheinen die Mädchen, weiblichen Jugendlichen und die Frauen über alle Studien hinweg häufiger von Angststörungen betroffen zu sein als die männliche Population (Costello et al., 2005b; Lieb et al., 2003; Michael & Margraf, 2004). Dieser Vergleich ist abhängig von den konkreten Störungsbildern und auch von der untersuchten Population respektive Stichprobe, da in klinischen Settings die Geschlechtsunterschiede kleiner bis nicht mehr vorhanden sind.

Mädchen und weibliche Jugendliche haben zwei- bis dreimal (Ihle & Esser, 2002) oder viermal (Essau, 2003) höhere Prävalenzraten im Bereich der Angststörungen. Diese schiefe Verteilung kann schon früh beobachtet werden, da schon 6-jährige Mädchen ein doppelt so hohes Risiko aufweisen (Essau, 2003). Sowohl in der BJS (Essau et al., 2000, Kap. 4.2.5.4), der GO! (Manz et al., 2000, Kap. 4.2.5.8), der QCMHS (Breton et al., 1999, Kap. 4.2.1.7), der GSMS (Costello, Angold, Burns, Stangl et al., 1996, Kap. 4.2.1.2) als auch bei Verhulst und Kollegen in den Niederlanden (1997, Kap. 4.2.4.2.1) konnte für Mädchen und weibliche Jugendliche eine höhere Rate für internalisierende Auffälligkeiten gefunden werden. In der Mannheimer Risikokinderstudie jedoch fanden Esser und Kollegen (2000a) bei 8- und 13-Jährigen eine Verteilung zu Ungunsten der Jungen, welche sich ab dem Jugendalter umdreht (vgl. Kap. 4.2.5.7). Es konnte in mehreren Studien gezeigt werden (z.B. OCHS, PAK-Kid), dass Jungen im Kindesalter häufig höhere Raten aufweisen als Mädchen, welche jedoch mit zunehmendem Alter zurückgehen. Weiter zeigen sich oft stabile oder mit dem Alter zunehmende Raten bei Mädchen. In Bezug auf die Gesamtprävalenzen für irgendeine Störung im Kindesalter (bis zum 13. Lebensjahr) sind in fast allen Studien für Jungen höhere Raten gefunden worden (Ihle & Esser, 2002).

Erklärt werden diese Abweichungen in der Häufigkeitsverteilung durch genetisch und biologisch bedingte Unterschiede zwischen Mädchen und Jungen oder durch die unterschiedlichen (sozialen) Rollen, welche im Verlauf der Sozialisation immer stärker geschlechtsspezifisch werden (Essau, 2003). Möglich wäre auch eine Kombination dieser beiden Ansätze. Ebenfalls betrachtet werden die geschlechtsspezifisch unterschiedlichen Bewältigungsmöglichkeiten und der Erziehungsstil, welcher einer mehrerer möglicher Einflussfaktoren für diese grossen Unterschiede in den Prävalenzen sein könnte (vgl. Kap. 3.2.1 & 3.3.1). Essau (2003) meint, dass die Unterschiede eventuell auf eine verzerrte Wahrnehmung der Bezugspersonen zurückzuführen seien. Das heisst, ängstliches zurückgezogenes Verhalten bei Mädchen wird als weniger auffällig als bei Jungen erlebt und öfters auch verstärkt (vgl. Grob & Jaschinski, 2003; Schneider, 2004b). Spannenderweise werden im klinischen Sektor kleinere bis keine Unterschiede zwischen den Geschlechtern gefunden.

Barlow (2002) erklärt sich die Geschlechtsunterschiede in den Prävalenzen und anderen Faktoren in diesem Zusammenhang mit der höheren, generalisierten psychologischen Vulnerabilität, saliente Ereignisse als unvorhersagbar und unkontrollierbar zu erleben. Diese wurden wie in Kapitel 3.1.2 besprochen in der frühen Kindheit entwickelt und durch Erlebnisse und Lernerfahrungen in der Kindheit gefestigt und bleiben bis ins Erwachsenenalter als niedrige Kontrollüberzeugung und Verhaltenshemmung erhalten. Dies wiederum begünstigt eine Entwicklung respektive einen Ausbruch einer Angststörung oder einer Depression. Verschiedene Autoren diskutieren ähnliche Annahmen, welche jeweils die früher einsetzende Pubertät der Mädchen in Kombination mit anderen Entwicklungsaufgaben thematisieren. Diese Mehrfachbelastung führt zu einer Vulnerabilität für emotionale Störungen (z.B. Grob & Jaschinski, 2003; Petersen et al., 1991).

Zusammengefasst kann davon ausgegangen werden, dass grundsätzlich das weibliche Geschlecht ein Risikofaktor für die Ausbildung einer Angststörung ist (Schneider, 2004b, vgl. *Studien 1 und 2* der Autorin). Im Kleinkind- und Kindesalter sind die Raten der Jungen und Mädchen noch ausgeglichen und zum Teil sogar höher bei den Jungen. Spätestens nach dem Übergang ins Jugendalter haben die Mädchen höhere Raten, welche zum Teil zwei- bis vierfach höher liegen als jene der Jungen; dies ist auch auf den Rückgang der Raten auf Seiten der Jungen zurückzuführen. Die Hypothesen bezüglich der Ursachen der Geschlechtsunterschiede sind entweder biologischer Natur (z.B. Hormone) oder psychosozialer Natur (z.B. Geschlechterrollen).

4.4.4 Komorbidität bei Angststörungen

Die Angststörungen sind bei 8- bis 18-Jährigen häufig als sekundäre Störungen mit Depressionen als Hauptdiagnose vorzufinden (38.9%, Meta-Analyse von Angold et al., 1999). Ebenfalls häufig findet sich die sekundäre Angststörung bei dissozialen (19.2%) und hyperkinetischen Störungen (17.2%). Wenn eine Angststörung vorliegt, ist die Wahrscheinlichkeit, zusätzlich an einer Depression zu erkranken, bei 17.0%, an einer dissozialen Störung zu erkranken bei 19.4%, für die hyperkinetische Störung ist dieses Risiko relativ gering (4.7%). In der Dunedin Study (vgl. Kap. 4.2.2.1) sind die Komorbiditätsraten für Angststörungen zwischen 70 und 100% (Newman et al., 1996). In der Bremer Jugendstudie wurde beim Vorliegen einer Angststörung ein Risiko für eine komorbide Depression mit 30.2% gefunden, für eine Somaforme Störung mit 26.6% und für eine Substanzmissbrauchsstörung mit 11.5% (Essau et al., 1998).

Die hohen Komorbiditätsraten im Bereich der Angststörungen und Depressionen haben zu einer Grundsatzdiskussion rund um das Konzept der Komorbidität geführt. Es wird beispielsweise diskutiert, ob die Komorbidität Resultat ist von einer artifiziellen Aufteilung von Syndromen. Das heisst, dass die hohen Raten die überlappenden diagnostischen Kriterien reflektieren (vgl. Essau et al., 2001; Vasey & Dadds, 2001a). Andere Autoren gehen davon aus, dass die hohe Rate die Konsequenz der gleichen zugrundeliegenden Risikofaktoren darstellt (z.B. negativer Affekt, vgl. Kap. 2.1 & 3.2.1). Eine weitere Überlegung beinhaltet die Möglichkeit, dass die eine Störung „nur“ Vorläufer der anderen Störung ist, im Sinne einer frühen Manifestation, oder dass die eine Störung die Schwelle für eine zweite Störung senkt (vgl. Essau, 2002; 2003). Zeitlich gesehen gehen die Angststörungen den komorbiden Affektiven Störungen meistens voraus (ca. zwei Drittel, Lieb, 2005). Dies wurde auch in der Bremer Jugendstudie gefunden: wenn die Jugendlichen sowohl eine Angst- als auch eine depressive Störung hatten, ging zu 72% die Angststörung der Depression voraus (12% umgekehrt, 16% im gleichen Jahr, Essau et al., 2000). Dies konnte ebenfalls im Oregon Adolescent Depression Project (Alonso et al., 2004, vgl. Kap. 4.2.1.4) gezeigt werden, bei welchem 85% der Fälle zuerst die Angststörung aufzeigten. Das heisst, die sekundären Angststörungen als komorbide Störung zu einer Depressiven Hauptdiagnose sind seltener (15.4%). Dies steht im Gegensatz zur Meta-Analyse von Angold und Kollegen (1999), welche die Angststörung vor allem als häufige sekundäre Störung gefunden haben (vgl. weiter oben).

Barlow (2000) meint, dass ein einheitliches Konstrukt für die ehemaligen neurotischen Störungen (gemeint sind Angst- und depressive Störungen) notwendig ist. Er belegt dies durch die hohen Komorbiditätsraten und auch durch die Überschneidungen in den erfolgreichen Therapietechniken (vgl. Kap. 5.3 & 5.4.1.1). Weiter führt er als Argument auf, dass meistens durch die Therapie der Primärdiagnose die sekundären Störungen remittieren. Und trotzdem differieren die verschiedenen Störungsbilder in einzelnen Aspekten voneinander. Er und seine Kollegen (Barlow, 2000; Zinbarg et al., 2006) schlagen vor, negative Affektivität als höher eingestuftem Faktor in einem hierarchischen Modell der Angst- und affektiven Störungen zu sehen. Tiefer eingestufte Faktoren differenzieren dann zwischen den einzelnen Störungsbildern (vgl. Kap. 3.2.1). In einem Strukturmodell zeigt Barlow (2000) auf, dass Depression und Angststörung mehr gemeinsam haben, als dass sie sich unterscheiden. Sein Vorschlag wäre, sich von der kategorialen Diagnostik (z.B. APA, 2003) abzuwenden und die genannten Störungsbilder in einem dimensional Modell mit dem Mittelpunkt der negativen Affektivität zu sehen. Resultierend aus diesen Überlegungen folgt der Vorschlag, die Angststörungen und andere emotionale Störungen als Folge von Interaktionen dreier Vulnerabilitäten zu sehen (triple vulnerabilities, vgl. Kap. 3.2.1, Abb. 24).

Da die Komorbidität eher die Regel als die Ausnahme darstellt, hat Sroufe (1997) versucht, das Phänomen anders als üblich zu verstehen. Er meint, dass in Anbetracht des medizinischen Modells, eine Annahme zweier verschiedener medizinischer Störungsbilder nebeneinander nachzuvollziehen ist, jedoch für psychische Störungen auch die alternative Erklärung, nämlich ein Mangel an Kategorien, möglich ist. Das heisst, dass im kategorialen System für bestimmte Symptomkombinationen keine Diagnoseschlüssel existieren und somit zwei Störungen klassifiziert werden müssten (vgl. Kap. 2.2). Er stellt somit die kategoriale Klassifikation in Frage. Krohne und Hock (2007) glauben, dass eine Erweiterung der einzelnen Störungskategorien zu einer Häufung an komorbiden Störungen führen würde und somit das Risiko von *Scheinkomorbiditäten* erhöht wäre (vgl. Kap. 2.3).

Angststörungen sind häufig mit Substanzstörungen (Missbrauch und Abhängigkeiten) komorbid. Diese beiden Störungskategorien werden als separate Störungsbilder gesehen (Doppeldiagnosen) und nicht als Störungen mit gemeinsamer Ätiologie (Moggi, 2007a). Circa ein Drittel aller erwachsenen Personen (32%), welche in ihrem Leben einmal eine Alkoholabhängigkeit entwickelt haben, erfüllen zusätzlich die Kriterien für irgendeine Angststörung (Lieb & Isensee, 2007). Dieser Zusammenhang kann bereits im jüngeren Alter (14- bis 24-Jährigen) ermittelt werden (EDSP, vgl. Lieb & Isensee, 2007; Wittchen, Lieb et al., 2000), wobei die Odds Ratios für die 12-Monats-Komorbiditäten zwischen 1.7 (Spezifische Phobie) und 5.8 (Panik) lagen (Lieb & Isensee, 2007).

Zusammengefasst wird davon ausgegangen, dass grundsätzlich circa jede zweite Person, welche irgendeine psychische Störung hat, mindestens eine zweite komorbide Störung aufweist. Bei den Angststörungen sind die Raten ähnlich, jedoch zum Teil auch erheblich geringer. Die Studien unterscheiden sich auch bezüglich der Richtung der Komorbidität. Manchmal sind Raten für eine sekundäre Angststörung grösser als jene, in welcher die Angststörung als Hauptdiagnose zusätzliche komorbide Störungsbilder hat. Es kann jedoch davon ausgegangen werden, dass die Komorbiditätsraten hoch sind, dass dies gleichzeitig auch die Belastung erhöht, Einschränkungen in der Funktionalität mit sich bringt und die Entwicklung bei Kindern und Jugendlichen zusätzlich hindert oder verlangsamt (vgl. Essau et al., 2004). Die Kinder und Jugendlichen mit komorbiden Störungsbildern sind häufiger von schweren Störungen, Belastungen und Einschränkungen betroffen, weisen mehr Risikofaktoren im Vorfeld auf und nehmen mehr psychosoziale Dienste in Anspruch. Die Komorbiditäten sind auch für die Intervention und für die Prognose von Bedeutung. Zum einen sind Interventionen mit komorbiden Störungen schwieriger zu planen und zum anderen haben sie oft eine ungünstigere Prognose. Jedoch sind speziell im Falle der Komorbidität zwischen Angststörungen und Depressionen die Interventionsansätze sehr ähnlich (Barlow, 2002, 2004). Ausserdem haben sekundäre Störungen oft die Tendenz, anschliessend an die Intervention der primären Störung von alleine zu remittieren.

4.4.5 Risiko- und protektive Faktoren bei Angststörungen

Die in Kapitel 4.2.6 und 4.3.10 berichteten Ergebnisse zu Risiko- und protektiven Faktoren der Angststörung sollen hier kurz zusammengefasst werden.

Risikofaktoren und Vulnerabilität:

Der sozioökonomische Status wurde in mehreren Studien als Korrelat oder Risikofaktor für die Störung mit Überängstlichkeit und die Trennungsangst gefunden (z.B. NYCLS, Velez et

al., 1989; Kap. 4.2.1.3 und ZESCAP/ZAPPS, Steinhausen & Winkler Metzke, 2002; Kap. 4.3.7). Migration zeigte in der NCS-R (Kap. 4.2.1.10) keine Assoziation. Die ZESCAP und die eigene *Studie 1* (Kap. 4.3.9.1) zeigten, dass ausländische Jugendliche mehr ungünstige Bewältigungsstrategien einsetzen und sich höhere Werte im Bereich der internalisierenden Störungen zuschreiben. Familiäre Faktoren wie emotionale respektive psychische Probleme der Eltern, Scheidung oder Eheprobleme, Erziehungsstile, schwierige Wohnverhältnisse, allein erziehender Elternteil haben sich ebenfalls als Korrelat und Risikofaktor herausgestellt (z.B. Isle of Wight, Rutter, 1989; Kap. 4.2.4.1.1, KiGGs, Erhart et al., 2007; Kap. 4.2.5.6, ZAPPS, *Studie 1*). In der Mannheimer Risikokinderstudie (Esser et al., 1995; Kap. 4.2.5.7) konnte die Mutter-Kind-Interaktion spätere internalisierende Auffälligkeiten vorhersagen.

Kritische Lebensereignisse sind ebenfalls mehrfach als signifikante Risikofaktoren resultiert (z.B. KiGGs, ZAPPS).

Schulprobleme (z.B. Wiederholung der Klasse, NYCLS), Konkurrenz in der Schule, Kontrolle durch die Lehrer und der Leistungsdruck (ZAPPS) erwiesen sich ebenfalls als Korrelate im Vorfeld einer psychischen Störung. Höhere Werte im Bereich der Angst und Depression konnte in der ZAPPS das Schulverweigern vorhersagen, das Schuleschwänzen wiederum war ein signifikanter Prädiktor für Phobien und Suchtstörungen.

Die Unterscheidung Stadt-Land hat widersprüchlich Resultate gebracht: in Puerto Rico (Canino et al., 2004; Kap. 4.2.1.9) und in London (kausaler Faktor, Isle of Wight) ist das Risiko für eine psychische Erkrankung in der Stadt höher als auf dem Land. In Holland (NEMESIS, de Graaf et al., 2004; Kap. 4.2.4.2.2) und in Zürich sind in der ZESCAP (nicht in der ZAPPS) mehr psychische Erkrankungen in ländlichen Regionen zu verzeichnen.

Die Verhaltenshemmung als Temperamentsmerkmal und Schwangerschaftsprobleme haben sich ebenfalls als Risikofaktor erwiesen (z.B. Lieb et al., 2003; NYCLS). Moderate genetische Effekte auf Ängste und Phobien konnten in der Zwillingsstudie aus Schweden festgestellt werden (Lichtenstein und Annas, 2000; Kap. 4.2.4.4).

Protektive Faktoren und Resilienz:

Resiliente Kinder zeichnen sich in der Kauai-Studie (Werner, 2006; Kap. 4.2.1.8) durch starke emotionale Bindung innerhalb der Familie im Sinne von Unterstützung und durch ein externes soziales Netzwerk ausserhalb der Familie aus. Weitere Resilienzfaktoren sind Geselligkeit, durchschnittliche Intelligenz. In der Studie zeigte sich deutlich, dass die einzelnen Faktoren nicht unabhängig voneinander gesehen werden können. Weitere Faktoren, welche sich als vorteilhaft erwiesen haben: günstiges Coping, persönliche Kompetenzen, Entschlossenheit und interne Kontrollüberzeugung. Aktive Bewältigungsstrategien bestätigten sich in der ZAPPS (Kap. 4.3.7) im Längsschnitt als protektive Faktoren. Der sozioökonomische Status war in der Kauai-Studie kein Schutzfaktor; ethnische und kulturelle Zugehörigkeiten erwiesen sich ebenfalls nicht als Resilienzfaktoren. Das sich akzeptiert fühlen von Gleichaltrigen ist im Zusammenhang mit internalisierenden Störungen auch ein protektiver Faktor. Als kompensatorischer Faktor, unabhängig von der Störung, stellte sich der Selbstwert heraus und die empfundene elterliche emotionale Wärme (ZAPPS).

4.4.6 Versorgungssituation im Bereich der Angststörungen

Die Versorgung der Menschen mit psychischen Störungen ist weltweit problematisch. Obwohl es Unterschiede gibt zwischen den einzelnen Ländern, wohl aufgrund des Wohlstandes, der Mentalität, der Religion, des Versorgungsnetzes und dem Zugang zu den Themen über Medien oder andere Quellen, ist international gesehen eine Unterversorgung vorrangig. Die Inanspruchnahmeraten sind sehr gering. Sie sind etwas besser für die weiter entwickelten Länder (vgl. Eaton et al., 2004), jedoch sind immer noch ein Drittel bis die Hälfte der schweren Fälle nicht in Behandlung (Kohn, Saxena, Levav, & Saraceno, 2004). Der Erstkontakt ist ebenfalls so weit verzögert, dass viele psychische Probleme und Störungen bereits chronifiziert sind. Im Falle der Generalisierten Angststörung dauert es bis zu 10 Jahren in 60% der Fälle. Augenfällig ist auch, dass 81.9% der Menschen, welche unter einer psychischen Störung leiden, von ihrem Hausarzt und nicht von einer Fachperson behandelt werden (Margraf & Poldrack, 2000). Im Falle von Kindern sind die Inanspruchnahmeraten nicht besser. Jedoch sind laut Kessler (z.B. Kessler, Berglund et al., 2005) die Raten über die letzten Jahre etwas höher geworden. Kinder gehen häufig den Weg über die Schule, um an eine Art von Behandlung zu gelangen.

In der Schweiz suchen nur 20% der Betroffenen professionelle Hilfe, wobei diese Angaben aus dem Jahr 1997 stammen. In der Untersuchung SGB2002 (Calmonte et al., 2005) jedoch sind es nur 5% der Personen, welche eine Fachperson aufsuchen. In der Schweiz sind es zwischen 30 und 50%, welche sich von ihrem Hausarzt beraten lassen. Die Kinder und Jugendlichen gehen zu ihren Eltern oder zu ihren Peers; 18% der befragten weiblichen Jugendlichen und 24.9% der männlichen Jugendlichen geben an, mit niemandem über ihr Problem sprechen zu können.

4.4.7 Vergleich der internationalen und nationalen Studien zur Epidemiologie

Im Vergleich mit verschiedenen Ländern (15 EU-Länder, Island, Norwegen) haben die Schweizer eine höhere Lebenserwartung (Kap. 4.3.3), wobei sie gleichzeitig einen hohen Anteil an psychischer Beeinträchtigung erleben und eine der höchsten Suizidraten aufweisen. In Bezug auf die Niedergeschlagenheit zum Beispiel sind im internationalen Vergleich die Schweizer Mädchen auf dem 5. Platz, da die Hälfte der befragten 15-Jährigen angibt, sich mindestens einmal in der Woche niedergeschlagen zu fühlen. In der HBSC wiederum haben die Schweizer Jugendlichen mehr Zufriedenheit mit ihrer Gesundheit angegeben als viele Jugendliche aus den 36 Vergleichsländern. In Russland, Lettland, der Ukraine und in Litauen haben die Jugendlichen deutlich geringere Raten an Zufriedenheit. Ausserdem berichten ausländische Jugendliche, die in der Schweiz leben, häufiger über Beschwerden; verglichen mit französisch- und italienischsprachigen Schweizer Jugendlichen sind die deutschsprachigen Jugendlichen deutlich gesünder im Selbsturteil. Die Länder, in welchen über die erhöhten Beeinträchtigungen berichtet werden, sind Italien, Griechenland und Spanien (Schweizerisches Gesundheitsobservatorium, 2003). In der *Studie 1* (Kap. 4.3.9.1) zeigte sich ebenfalls, dass die ausländischen Kinder ängstlicher sind als die Kinder aus Familien mit Schweizer Staatsbürgerschaft.

Die Periodenprävalenzen für Angststörungen für Kinder und Jugendliche in den Epidemiologiestudien aus der Schweiz sind etwas höher als in den anderen Ländern, mit Ausnahme der Niederlande (Verhulst, 1997; vgl. Tab. 74). Auch die Lebenszeitprävalenzen für Erwachsene im Bereich der Angststörungen sind mit einer Ausnahme (USA) höher als die der Vergleichs-

länder. Der Verlauf und die Persistenz der Angststörungen sind international vergleichbar. Es wurden diesbezüglich keine kulturellen Unterschiede gefunden. Auch in der *Studie 1* konnte ein Hinweis auf Persistenz von emotionalen Problemen gefunden werden (vgl. Kap. 4.3.9.1.3). Auch in Bezug auf die Geschlechtsunterschiede konnten keine kulturellen Unterschiede entdeckt werden. Die *Studien 1 und 2* der Autorin zeigten ebenfalls höhere Raten an Ängstlichkeit und emotionalen Problemen bei den Mädchen als bei den Jungen (vgl. Kap. 4.3.9). Auch die Komorbiditätsraten sind, soweit dies im nationalen Rahmen eruierbar war, ähnlich hoch, wobei die internationalen Studien leicht höhere Raten aufzeigen als die Schweizer Studien. In diesem Zusammenhang wurde keine Untersuchung in den *Studien 1-3* durchgeführt.

Familiäre Faktoren, Erziehungsstil und schwierige Wohnverhältnisse haben sich in den internationalen und nationalen Studien als Korrelate und Risikofaktoren für Angststörungen herausgestellt. Auch die Schulprobleme sind international und national gesehen mit Angst und Depression verbunden. Die Stadt-Land-Frage zeigte einen kulturellen Unterschied. In der Schweiz scheinen mehr Jugendliche vom Land von psychischen Problemen beeinträchtigt. In London und Puerto Rico, deutlich grössere Städte, sind vor allem Jugendliche aus der Stadt von psychischen Problemen betroffen. Hier stellt sich die Frage, wie vergleichbar eine kleine Stadt wie Zürich mit Puerto Rico ist. Bewältigungsstrategien scheinen sich national und international als protektive Faktoren zu präsentieren.

Zur Versorgungssituation im Bereich der psychischen, speziell der Angststörungen, wurde in Kapitel 4.4.6 berichtet, dass in entwickelten Ländern, so auch in der Schweiz, die Versorgung etwas besser ist als in weniger entwickelten Ländern. Trotzdem ist in allen Kulturen eine Unterversorgung anzutreffen, welche überall mit ähnlichen Begründungen einhergeht, z.B. der Scham oder einem nicht ausreichend ausgebauten Gesundheitsnetz. In bestimmten Kulturkreisen jedoch ist die Psychiatrie noch deutlich verpönter und tabuisierter als z.B. in der Schweiz, was die Inanspruchnahmerate natürlich drastisch senkt.

Die eingangs des Kapitels 4.3 aufgestellte Behauptung, dass die Schweizer Kinder und Jugendlichen eigentlich gesünder sein müssten als Kinder aus anderen Ländern, ist somit nur teilweise korrekt. Ausländische Kinder und Jugendliche, die in der Schweiz leben, haben laut den berichteten Studien höhere Ängstlichkeitsraten, jedoch sind die in der Schweiz erhobenen Ängstlichkeitsraten im internationalen Vergleich höher, so auch die Raten an Niedergeschlagenheit und die Suizidraten. Es scheint, dass es nicht per se protektiv ist, in der Schweiz zu leben, sondern dass es konkrete (Umwelt-)Faktoren sind, welche nicht nur auf eine Nation bezogen sind.

KAPITEL 5

PRÄVENTION VON ANGSTSTÖRUNGEN BEI KINDERN UND JUGENDLICHEN

5 PRÄVENTION VON ANGSTSTÖRUNGEN BEI KINDERN UND JUGENDLICHEN

5.1 Einführende Überlegungen

Es gibt verschiedene Gründe, weshalb Prävention im Bereich der Angststörungen wünschenswerter ist als Therapie (Donovan & Spence, 2000). Zum einen ist es oft so, dass ängstliche Kinder bei Eltern und Lehrern „übersehen“ respektive deren Probleme nicht wahrgenommen werden, weil sie nicht negativ auffallen. Somit wird oft zu spät Hilfe gesucht. Die Angststörungen gelten als häufigste psychische Störung im Vergleich, auch wenn im Bereich der Inanspruchnahme andere Konsultationsgründe häufiger genannt werden. Durch Präventionsprogramme könnten chronische Verläufe oder sekundäre Störungen (z.B. Depressionen, vgl. Kap. 4.4.4) vermieden werden. Ausserdem können Schulleistungsprobleme und Beziehungsprobleme mit Gleichaltrigen umgangen werden. Weiter wurde gezeigt, dass Therapien bei 30-40% der Kinder mit Angststörungen nicht wirken. Die Kosten, welche chronische Störungen mit sich bringen, sowohl finanziell als auch persönlich, schulisch und sozial, sind gross. Personen, welche eine Angststörung haben, verlassen die Schule früher, heiraten früher, bleiben hinter den Erwartungen zurück und sind weniger aktiv in ihrem Berufsleben. Ökonomisch gesehen sind nicht nur die Therapien teuer, sondern auch die Kosten, welche bei Arbeitslosigkeit, Absenzen bei der Arbeit, Hospitalisation und für Medikamente anfallen (vgl. Kap. 4).

Die in Kapitel 4 aufgezeigten internationalen und nationalen Zahlen zum Vorkommen von Ängsten, Angststörungen, den Verläufen und komorbiden Störungen bei Ängsten, legen den Schluss nahe, dass früh eingegriffen werden sollte. Ob nun bereits universelle Programme in der Schule sinnvoll sind oder selektive Programme für betroffene Kinder, wird im vorliegenden Kapitel 5 diskutiert.

Das Kapitel 5 ist gegliedert in einen theoretischen ersten Teil mit der Definition der Prävention und deren Funktion (Kap. 5.2) und in einen Teil mit der empirischen Interventions- respektive Präventionsforschung (Kap. 5.3), welche noch mal aufgespalten ist in die Grundlagen der Interventionsforschung (Kap. 5.3.1), Meta-Analysen und Reviews (Kap. 5.3.2) und einzelne Interventionsprogramme (Kap. 5.3.3). In Kapitel 5.4.1.2 wird die Interventionsstudie, *Studie 3*, der Autorin vorgestellt. Zuerst werden jedoch die theoretischen Hintergründe zum Präventionsprogramm vorgestellt (Kap. 5.4.1.1). Die Fragestellungen (Kap. 5.4.2) leiten den empirischen Teil der Arbeit ein, gefolgt von den Methoden (Kap. 5.4.3) und den Ergebnissen und der Diskussion (Kap. 5.4.4 & 5.4.5).

5.2 Begriffe der Prävention, deren Einteilung, Abgrenzung und Funktion

Prävention setzt per definitionem vor dem Ausbruch einer Störung an und beinhaltet Massnahmen zur Verhinderung der Störung (Perrez & Hilti, 2005). Im Gegensatz zur Therapie, welche bei bereits vorhandener Störung ansetzt und somit die Prävalenzrate senken soll, ist das Ziel der *Prävention*, die Inzidenzrate zu senken (vgl. Kap. 4.1.1). Caplan (1964) hat den Begriff Prävention auf einer Zeitachse als Kontinuum gesehen und *primäre* (Massnahme setzt vor der Auftreten der Störung ein), *sekundäre* (während) und *tertiäre* Prävention (nach) definiert, welche der Prävention, Therapie und Rehabilitation entsprechen (Perrez & Hilti, 2005). Die Einteilung von Caplan wird noch von verschiedenen Autoren verwendet, ist jedoch auf-

grund der gewählten Begrifflichkeiten verwirrend, weshalb die Definitionen von Perez und Hilti (2005) zur Grundlage genommen werden.

Im Gegensatz zu *unspezifischen* Programmen setzen *spezifische* Präventionsprogramme meistens am Symptom, respektive an dessen Verhinderung an und orientieren sich grösstenteils am bio-psycho-sozialen Krankheitsmodell, welches verschiedene Datenebenen einbezieht (Baumann & Perez, 2005b). Dies unterscheidet sich vom medizinischen Krankheitsmodell, welches davon ausgeht, dass die Störung innerhalb einer Person lokalisiert ist. Das Konzept der *Salutogenese* (Antonovsky, 1987, 1997) wiederum beinhaltet einen ressourcenorientierten Ansatz (vgl. Bettge, 2004). Es werden die Faktoren und Bedingungen untersucht, welche die Gesundheit schützen und zur Widerstandsfähigkeit beitragen. Krankheit und Gesundheit sind in diesem Konzept zwei gegenüberliegende Pole eines Kontinuums (Altgeld & Kolip, 2004). Die Stressoren wirken sich erst dann negativ aus, wenn ihre Wahrnehmung, Bewertung und Verarbeitung negativ ausfällt (vgl. Lazarus, 1966; Perez et al., 2005). Der Fokus liegt auf der Erforschung von Gesundheitsfaktoren. Der Kohärenzsinn ist die zentrale Kompetenz und mobilisiert die Ressourcen und bestimmt die Stresswahrnehmung, entweder als belastend oder bei hohem Kohärenzsinn als nicht belastend (Bettge, 2004; Sturzbecher, 2005). Das Gefühl der Verstehbarkeit, der Bewältigbarkeit und der Bedeutsamkeit sind zentrale Grundhaltungen, welche Antonovsky (1997) als erforderlich beschreibt, um die Welt sinnvoll zu erleben.

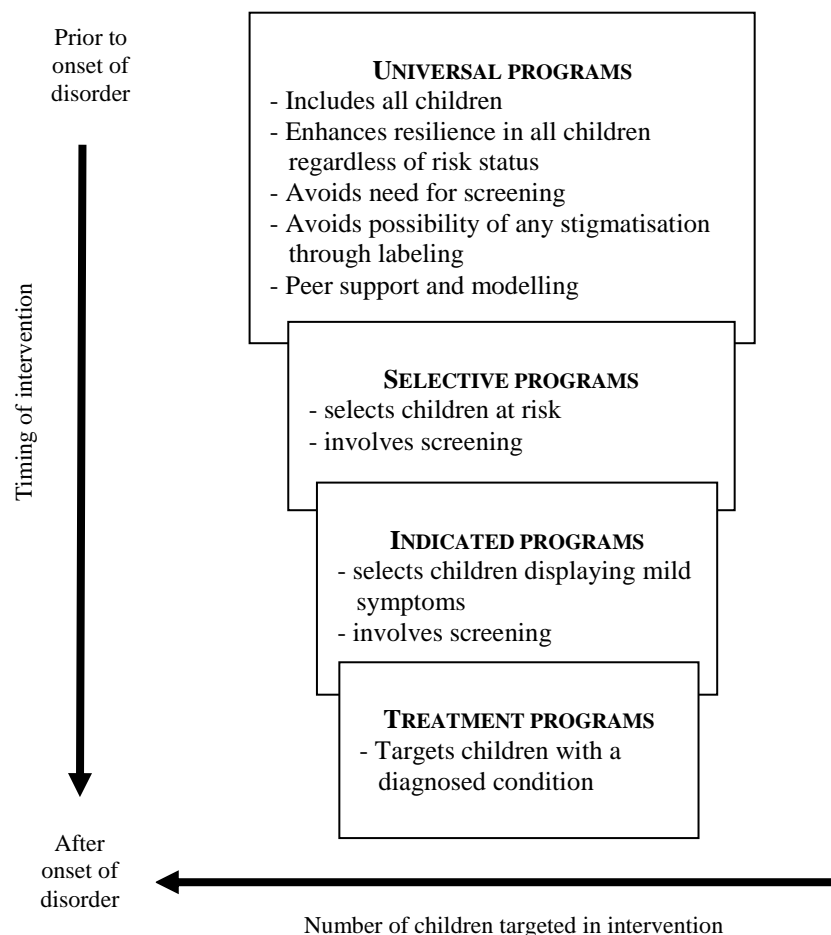


Abbildung 42: The intervention continuum: Prevention and treatment of internalising disorders (in Anlehnung an Lowry-Webster, Barrett, & Dadds, 2001, S. 38)

Die *positive Psychologie* (z.B. M. C. Roberts, Brown, Johnson, & Reinke, 2005; Seligman, 2005) versucht ebenfalls, die Person auf der Ebene von persönlichen Traits und der Verfügbarkeit von positiven Umweltfaktoren zu stärken. Sie geht weg vom Konzept des medizinischen, aber auch vom bio-psycho-sozialen Krankheitsmodells, welche uns laut Seligman (2005) der Prävention, das heisst, der Verhinderung von ernsthaften Störungen nicht näher gebracht haben. Er vermutet eher, dass Präventions- und Therapieprogramme davon profitieren, dass der Therapeut bestimmte positive Verhaltensweisen zeigt und dass bestimmte positive Techniken und Prozesse zur Veränderung beitragen. Er spekuliert, dass deshalb wohl auch so wenig Spezifität in der Psychotherapieforschung gefunden wurde (vgl. Lambert & Barley, 2002).

Die *Gesundheitsförderung* ist von der Idee her ähnlich, da sie ebenfalls auf die Förderung von Kompetenzen ausgerichtet ist (vgl. Hurrelmann, Klotz, & Haisch, 2004; vgl. Kap. 4.1.1, Lohaus, Jerusalem, & Klein-Hessling, 2006). Sie wird verstanden als Stärkung der personeninternen protektiven Faktoren (vgl. Abb. 29) und der Förderung gesundheitsunterstützender Umwelten, welche die Widerstandskraft (vgl. Resilienz, Kap. 3.1.2) gegenüber Risikofaktoren verbessern (Coie et al., 1993; Perez & Hilti, 2005). Es gibt, vor allem in der Umsetzung der Programme, Überschneidungen zwischen der Prävention und der Gesundheitsförderung, wobei die Zielbeschreibung verschieden ausfällt. Die Gesundheitsförderung respektive ressourcenorientierte Ansätze sind unspezifischer (höhere Ebene), da sie nicht auf die Verhinderung einer speziellen Störung ausgerichtet sind.

Es kann weiter zwischen der Prävention nach Zielgruppen unterschieden werden (vgl. Abb. 42). Wenn die Gesamtbevölkerung beziehungsweise ganze Gruppen aus dieser angesprochen sind, wird von *universeller* Prävention gesprochen. *Selektive* Prävention spricht die Gruppe Menschen an, welche bekannten Risikofaktoren ausgesetzt ist. Die *indizierte* Prävention, zu welcher auch die *Studie 3* gehört (vgl. Kap. 5.4), ist an Menschen mit ersten Zeichen oder (subklinischen) Symptomen einer Störung gerichtet - das Vollbild einer Störung ist jedoch noch nicht erreicht. Durch indizierte Präventionsmassnahmen wird versucht, die Störungsmerkmale abzubauen und parallel auch Schutzfaktoren aufzubauen (Munoz, Mrazek, & Haggerty, 1996; Perez & Hilti, 2005). Dozois (2004) ergänzt diese Unterscheidung mit dem neuen Begriff „*reindicated*“. Gemeint ist, dass die Zielgruppe Personen sind, welche schon eine Störung hatten, zum Zeitpunkt der Untersuchung symptomfrei sind, jedoch das Risiko tragen, einen Rückfall zu erleiden.

Die *Studie 3* lässt sich weiter als eine spezifische Prävention bezeichnen, welche die Verhinderung einer speziellen Störungskategorie zum Ziel hat. Da jedoch die Verhinderung von Angststörungen im Allgemeinen angegangen wird, ist die Prävention weniger spezifisch als in anderen Programmen, die sich nur mit einer Störung, zum Beispiel Sozialer Phobie, befassen. Die *unspezifische* Prävention hat zum Ziel, das allgemeine Krankheitsrisiko zu senken. Dies wird in der *Studie 3* ebenfalls mit berücksichtigt, indem die Kinder Kompetenzen erwerben, welche sich nicht nur auf die Angststörungen beziehen (vgl. Kap. 5.4); ausserdem werden durch das simultane Mütterprogramm ebenfalls Erziehungskompetenzen gefördert oder aufgebaut. Dies kann ebenfalls zu den unspezifischen Programmen gezählt werden (vgl. Kap. 5.2). Somit sind in *Studie 3* Anteile spezifischer und unspezifischer Programme kombiniert.

Die *Studie 3* vereint die bio-psycho-soziale Sichtweise (welche vor allem im Zusammenhang mit dem Verständnis der Entstehung und Aufrechterhaltung der Angststörungen und in einzelnen Therapieelementen zu finden ist; vgl. Kap. 5.4.1.1) mit dem ressourcenorientierten

Ansatz (Salutogenese) und der Gesundheitsförderung, da ein Grossteil des Programms auf den Aufbau von (tw. unspezifischen) Kompetenzen zielt.

Die Orientierung auf den Aufbau von Ressourcen und Kompetenzen bringt auch mit sich, dass der Ansatz der dimensional Diagnostik zur Grundlage für die Veränderungsmessung herangezogen wird (vgl. Kap. 2.3). Es wird entsprechend dem Programm, welches sowohl die Reduktion von unerwünschtem Verhalten und Erleben als auch den Aufbau von erwünschtem Verhalten und Emotionsregulation anstrebt (vgl. Kap. 5.4.1), beides im Zeitverlauf vor allem dimensional evaluiert (vgl. Kap. 5.4.2). Dies lässt im Gegensatz zur kategorialen Diagnostik zu, dass auch kleine Veränderungen messbar sind (vgl. Stieglitz & Baumann, 2001).

Die Präventionsprogramme lassen sich weiter nach dem Interventionsort unterscheiden. *Familienbasiert* sind sie, wenn die Trainings in der natürlichen Umgebung des familiären Haushaltes durchgeführt werden, oder *schulbasiert* in der Schule oder in einem Gemeindezentrum, welches dann *centerbased* genannt wird. Ausserdem kann anhand der Adressaten des Programms differenziert werden: entweder sind es *kindzentrierte* Ansätze, welche vor allem das Kind in den Mittelpunkt stellen, oder es sind reine Elternprogramme, welche sozusagen über die Wirkung auf *Elternebene* eine Verhaltens- oder Symptomänderung beim Kind erzielen wollen. Weiter gibt es natürlich Mischformen, in welchen sowohl die Kinder als auch Eltern oder die Familien, teilweise sogar weitere Bezugspersonen oder Lehrpersonen ein Treatment erhalten (Heinrichs et al., 2002). Die *Studie 3* kombiniert einen kind- und elternzentrierten Ansatz und wurde zum Grossteil sowohl im Setting in der Klinik (Behandlungszentrum an der Universität) als auch über die Hausaufgaben zu Hause im Alltag durchgeführt.

5.3 Einschlägige empirische Interventions- und Präventionsforschung

In den weiter unten folgenden Kapiteln 5.3.2 und 5.3.3 werden einige bekannte Meta-Analysen und Reviews zu Interventions- respektive Präventionsprogrammen im Kindes- und Jugendalter und Studien zu ausgewählten Interventions- beziehungsweise Präventionsprogrammen vorgestellt. Diese Darstellung ist keinesfalls abschliessend zu verstehen, da die Verfasserin dieser Arbeit keine expliziten Ein- oder Ausschlusskriterien benutzt hat. Es wird jedoch auf die einschlägigen und auf die für die vorliegende Arbeit relevanten Arbeiten eingegangen. In Kapitel 5.3.1 werden zuerst die Grundlagen zur Interventions- und Präventionsforschung thematisiert. Es interessieren die Bedingungen und Schwierigkeiten, welche mit der Präventionsforschung zusammenhängen.

5.3.1 Grundlagen der Interventions- und Präventionsforschung

Im Folgenden sollen einige grundlegenden Voraussetzungen und Charakteristika der Präventionsforschung dargestellt und von der Interventionsforschung abgegrenzt werden. Diese stellen jedoch lediglich Ansätze dar, da in der vorliegenden Arbeit nicht ausführlich auf diese Thematik eingegangen werden kann.

Präventionsprogramme sind nach Nation und Kollegen (2003) und nach Röhle (2004) dann erfolgreich, wenn sie folgende Charakteristika aufweisen (vgl. Perrez & Hilti, 2005):

- Es soll ein breit abgestütztes und ursachenorientiertes Programm sein (z.B. aufrechterhaltende Einflussfaktoren auf Eltern- oder Familienebene)

- Verschiedene Interventionsmethoden werden eingesetzt (einsichtsorientierte und skill-orientierte Methoden)
- ausreichende Interventionsintensität (Dauer, booster sessions)
- Programme sind theorie- und empiriegeleitet (theoretisch begründet und empirisch fundiert, vgl. weiter unten)
- Beziehungsfördernd (Stärkung von Beziehungen, Aufbau von Unterstützung)
- Intervention setzt rechtzeitig ein
- Kulturell angepasst
- Strukturiert (manualisierte Form)
- Evaluation (klares Evaluationskonzept)
- Trainer sind qualifiziert
- Strukturelle Verankerung (Programm ist idealerweise in die Versorgung implementiert)

Heinrichs und Kollegen (2002) ergänzen diese Liste durch die Anforderung, dass Präventionsprogramme kostengünstig, durch die Teilnehmer akzeptiert, stabile Effekte erzielen und gut erreichbar sein sollten. Rapee (2002) diskutiert in seinem Review, ob es möglich ist, die Entwicklung einer Angststörung durch (frühe) selektive Intervention zu verhindern. Er zeigt die verschiedenen Risikofaktoren (vgl. Kap. 3.3) auf, welche sehr wahrscheinlich ursächlich sind und die Störung aufrechterhalten respektive deren Entwicklung fördern. Seine Annahme ist, dass ein Teil dieser Faktoren veränderbar ist und in den Interventionsprogrammen direkt oder indirekt angegangen werden sollte: Temperament, elterlicher Ausdruck von Angst, überprotektives Elternverhalten, ängstliches Modell (vgl. Mutterprogramm, Studie 3, Kap.5.4.1.2). Die genannten Risikofaktoren sind jedoch in dieser Phase sehr ungenau und wie bereits in Kapitel 3 dargestellt, entwickeln zum Beispiel viele verhaltensgehemmte Kinder keine Angststörung (Kagan & Snidman, 1999).

Jeffery (1997) gibt drei Kriterien vor, welche für eine optimale Voraussetzung von (personenbezogener) *Intervention* erfüllt sein müssen: eine Verhaltensänderung ist von grossem (1) und unmittelbarem (2) Nutzen und der Aufwand für diese Veränderung ist bescheiden (3). Die Idee ist entsprechend, ein Programm zu entwerfen, welches ökonomisch in der Durchführung ist und unmittelbar eine Wirkung zeigt respektive sofort messbar ist. Jeffery (1997) gibt keine konkreten Angaben zur Dauer eines Programms, spricht damit jedoch das Thema „Kosten-Nutzen-Analyse“ an, welches auch bei Baumann und Reinecker-Hecht (2005) besprochen wird.

Ramey und Ramey (1998) haben sechs Grundsätze für die Entwicklung von *Präventionsprogrammen* herausgegeben, welche für einen langanhaltenden Effekt stehen und den Kriterien von Jeffery (1997) teilweise widersprechen:

1. Interventionen, welche früher einsetzen und länger andauern, sind mit grösserer Wahrscheinlichkeit effektiv;
2. Intensivere Programme (Frequenz der Kontakte oder der Teilnahmeintensität) sind eher effektiv, vor allem wenn diese regelmässig stattfinden und zu Ende geführt werden (die Autoren sprechen von mehrmals die Woche über zwei bis drei Jahre);
3. Im Bereich soziale und kognitive Kompetenzen muss direkt mit den Kindern gearbeitet werden;
4. Die effektivsten Programme sind die umfangreichsten und die vielfältigsten Programme, welche soziale, kognitive und Gesundheitskomponenten beinhalten, sowohl für die Kinder als auch für deren Familien (Zweigenerationenprogramme);

5. Ungeachtet der Güte des Programms gibt es individuelle Unterschiede, wie gut ein Programm wirkt und wer davon profitieren kann;
6. Der eingangs positive Effekt eines Kindtrainings verringert sich in Abwesenheit von sozialer Unterstützung.

Ramey und Ramey (1998) gehen im Gegensatz zu Jeffery (1997) klar davon aus, dass ein langes, sehr intensives Programm einen stabileren Effekt hervorbringt. Erstaunlicherweise ist bei den *Interventionsprogrammen*, bei welchen von Patienten mit grösserem Leidensdruck, grösserer Beeinträchtigung, stärkeren und mehr Symptomen auszugehen ist, von weniger Aufwand respektive kürzerer Dauer die Rede (Jeffery, 1997) und bei den Präventionsprogrammen wird laut Ramey und Ramey (1998) von zwei bis drei Jahren ausgegangen. Rapee (2002) empfiehlt, kurze, günstige und akzeptierte (selektive) Programme durchzuführen, obwohl auch er davon ausgeht, dass länger dauernde und intensivere wahrscheinlich grössere Effekte erzielen. Die Punkte drei bis sechs der Kriterien von Ramey und Ramey (1998) können direkt auf das Präventionsprogramm der Autorin bezogen werden, wie in Kapitel 5.4.1 berichtet wird: Es werden soziale und kognitive Kompetenzen direkt mit den Kindern eingeübt; das Training ist umfangreich und vielseitig (u.a. kognitive und soziale Elemente, Verhaltensübungen, simultanes Mutterprogramm); individuelle Unterschiede können durch kleinere Gruppengrössen teilweise aufgefangen werden und die soziale Unterstützung ist mit einem simultanen Programm gut abgedeckt. Aufgrund der Ressourcen und Möglichkeiten der Autorin wurde eine intensive (wöchentlich; regelmässig), jedoch kurze Programmdauer von acht Wochen gewählt (Punkt 1 und 2). Ausserdem wurde das Alter entsprechend dem ersten Teil des ersten Punktes von Ramey und Ramey (1998) gewählt: junge Kinder im lese- und schreibfähigen Alter.

Die *Verhaltensänderungshierarchie* von Maccoby und Solomon (1981) hat Merkmale der Adressaten zum Inhalt. Die Adressaten unterscheiden sich auf dem Merkmal Veränderungsresistenz. Das Problembewusstsein als Ziel ist am einfachsten zu verändern. Dies geschieht durch Aufklärung, durch Vermittlung von Informationen (Psychoedukation). Das nächsthöhere Ziel, welches etwas schwieriger zu ändern ist, wäre die Motivation. Dies kann anhand von Beratungen und überzeugender Kommunikation geschehen. Das Ziel von sozialer Verstärkung erreicht man anhand von Gruppendiskussionen, ausserdem kann durch Verhaltenstrainings das Ziel von vermehrter Verhaltensförderung erreicht werden. Diese beiden Ziele sind jedoch schon schwieriger zu erreichen. Am schwierigsten zu verändern ist, wenn die Umgebung kontrolliert werden soll. Dazu zählen zum Beispiel auch Gesetze. Für die Arbeit mit ängstlichen Personen im präventiven Bereich heisst dies in der Verhaltensänderungshierarchie, dass jemand ohne Leidensdruck weniger Motivation aufbringen wird als jemand mit hohem Leidensdruck, starken einschränkenden Ängsten und Phobien. Weil die Kinder in *Studie 3* über die Mütter angemeldet werden, ist weniger klar, ob die Verhaltensänderungsmotivation bei den Kindern so stark wie bei den Müttern vorhanden ist. Das indizierte Präventionsprogramm zielt direkt auf das Verhaltenstraining ab, ist jedoch mit Informationsvermittlung, Aufklärung und Beratung angereichert (vgl. Kap. 5.4.1).

Die *methodischen Probleme* der Präventionsforschung sind zum einen, dass der erwartete Effekt nicht direkt in der Postmessung erhoben werden kann, sondern erst einige Monate später, wenn nicht sogar viel später (Heinrichs et al., 2002). Oft verwirren die Ergebnisse der Post- und Follow-up-Messungen, weil gegebenenfalls ein kleiner Effekt in der Postmessung gefunden werden kann, welcher dann erst im Verlauf deutlicher wird (Dadds et al., 1999). Durch den geringeren oder nicht vorhandenen Leidensdruck ist die Rekrutierung erschwert

und oft fallen noch mehr Drop-outs an als in Therapieprogrammen. Manz (2001a) geht davon aus, dass in der indizierten Präventionsforschung grössere Effekte nachgewiesen werden, da im Gegensatz zur universellen Prävention ein grösserer Leidensdruck (subklinische Symptome) und somit eine grössere Motivation vorhanden ist (vgl. Kap. 5.3.3). Das heisst, dass der zu erwartende Effekt grösser ist als wenn keine (subklinischen) Symptome vorhanden sind, da die Werte zwischen Prä- und Postmessung stärker variieren können.

Laut Manz und Kollegen (2000) muss in (primären, universellen) Präventionsprogrammen mit bedacht werden, dass schon einige Personen aus der Zielpopulation an einer Störung erkrankt sind. Dies erfordert neben einer soliden Diagnostik auch therapeutische Elemente im Programm. Durch die Diagnostik können auch jene Teilnehmer identifiziert werden, welche durch die Trainingsinhalte labilisiert werden. Dadurch ist ein Auffangen dieser Kandidaten möglich. Das heisst, neben dem Aspekt, dass durch primärpräventive Programme Gesunde und Risikopersonen erreicht werden, muss auch berücksichtigt sein, dass bereits von einer Störung Betroffene am Programm teilnehmen könnten. Im epidemiologischen Teil ihrer Studie haben die Autoren sowohl eine hohe Rate an klinischen Fällen und Diagnosen und viele Risikofälle respektive subklinische Diagnosen identifizieren können (vgl. Kap. 4.2.5.8).

Empirisch begründete (evidenzbasierte) Programme können wie folgt nach ihrer Wirksamkeit eingeteilt werden (Chambless & Ollendick, 2001; Ollendick & King, 2004): 1) *empirisch gut bewährte* Programme: wenn das Treatment in mindestens zwei durchgeführten Kontrollgruppenstudien im Vergleich zu medikamentöser, Placebo- oder Alternativbehandlung überlegen ist oder eine grössere Zahl von experimentellen Einzelfallstudien vorliegt (Therapiemanual, spezifische Patientengruppe, zwei unabhängige Forschergruppen), 2) *vermutlich effektive* Programme: Treatment ist in zwei Studien gegenüber einer nicht behandelten Kontrollgruppe (z.B. Warteliste) überlegen oder Studie nach Kontrollgruppendesign (siehe Punkt 1) liegt vor oder 3) *möglicherweise wirksame (experimentelle)* Programme: diese Kategorie steht für Therapien, welche noch nicht evaluiert worden sind, aber vielversprechend sind.

Trotz diesen Anforderungen bleibt in vielen Studien unklar, welche einzelnen Therapieelemente den Therapieeffekt ausmachen (Prins & Ollendick, 2003). Beispielsweise werden oft keine spezifischen Messinstrumente eingesetzt, welche Veränderungen im Coping und im kognitiven Bereich (z.B. verzerrte Einstellungen) messen würden. Diese beiden Bereiche werden jedoch meist von den Studien als zentrale Elemente dargestellt, welche benötigt werden, um eine Angstreduktion zu erzielen. Prins und Ollendick (2003) zeigen auf, dass nur einzelne Studien die Kognitionen und Copingstrategien direkt gemessen haben: Flannery-Schroeder und Kendall (2000) messen zum Beispiel die Copingstrategien, drei weitere Studien messen beide Bereiche (Kendall, 1994; Kendall et al., 1997; Mendlowitz et al., 1999). Auch in der Studie 3 der Autorin werden die Copingstrategien der Kinder erfasst (vgl. Kap. 5.4.3.3). Jedoch hat nur eine Studie den Mechanismus untersucht, welcher zwischen den Kognitionen und der Psychopathologie respektive dem Outcome wirkt (Treadwell & Kendall, 1996). Die negativen Selbstüberzeugungen (nicht aber die positiven) und das Verhältnis von positiven und negativen Selbstüberzeugungen sagen signifikant Verbesserungen auf Outcomevariablen voraus. Auch konnten die Autoren zeigen, dass die negativen Selbstüberzeugungen und ebenfalls das Verhältnis zwischen negativen und positiven Überzeugungen die Angststörung voraussagt.

Aufgrund dieser und anderer Einschränkungen der Therapiestudien schlägt Kazdin (2002) vor, dass in zukünftigen Studien das Augenmerk auf die Prozesse und Mechanismen der Veränderung und auf die Moderatoren des Treatmentoutcomes gelegt werden. Sein Vorschlag

eines Forschungsplans beinhaltet, dass die Mechanismen, auf welche Art therapeutische Veränderungen stattfinden, verstanden werden sollten, und dass die Entwicklungspsychopathologie für die Therapie beansprucht werden sollte (vgl. Kap. 3.1.1). Weiter sollte die Spannweite der Fragen, welche die Therapieforschung führt und jene, welche die Outcomevariablen definiert, erweitert werden. Döpfner und Lehmkuhl (2002) formulieren folgenden Satz dazu: „Unter welchen Bedingungen ... haben welche Behandlungen oder Behandlungskombinationen ... welche Effekte ... auf welche Funktionsbereiche des Kindes ..., für wie lange ..., in welchem Ausmass ... und warum“ (S. 185; vgl. Paul, 1967). Daraus resultieren gewisse methodische Probleme, welche hier nur kurz angedeutet werden (Bögels & Siqueland, 2006; Chambless & Ollendick, 2001; Kazdin, 2002): das Problem der Stichprobengewinnung (z.B. Selektion durch Werbung für Studie) und den daraus folgenden Differenzen zwischen der Effektivität (efficacy) und der klinischen Effizienz (effectiveness), das heisst, der Übertragung der Wirksamkeit unter Idealbedingungen auf die klinische Routine. Die zum Teil negativen und sehr geringen Effektstärken können unter anderem auf letztgenanntes Problem zurückgeführt werden (Beelmann & Schneider, 2003; Ollendick & King, 2004). Die bereits genannten Erfolgskriterien sollten mehr variiert werden: nicht nur auf die Symptomatik bezogen, sondern auch auf Kompetenzen und andere Faktoren. Auch die Erfolgsmasse sollten weiter differenziert werden: multimodale und multimethodale Therapiekontrolle, Verwendung von mehreren Messmethoden durch mehrere Quellen in verschiedenen Lebensbereichen. Feldner, Zvolensky und Schmidt (2004) machen darauf aufmerksam, dass viele der Präventionsprogramme nur Abwandlungen von Therapieprogrammen sind, anstatt aus den bekannten Risikofaktoren ein Programm zu entwickeln (vgl. Donovan & Spence, 2000). Ausserdem kritisieren sie, dass die meisten Programme allgemeiner Natur sind und sich zum Beispiel nicht auf die Generalisierte Angststörung oder Störung mit Trennungsangst, also eine spezifische Angststörung, beziehen und oft nur eine Adressaten- und Altersgruppe haben (z.B. universelle Programme sind v.a. an die Schüler gerichtet). Weiter besprechen sie den Mangel an Studien, welche kulturelle, ethnologische Faktoren einbeziehen. Sie ergänzen die Liste damit, dass oft keine Kosten-Nutzen-Analyse durchgeführt wird und diesbezüglich maximal Annahmen geäussert werden.

5.3.2 Meta-Analysen und Reviews

Meta-Analyse zur indizierten Prävention (Durlak & Wells, 1998)

Eine Meta-Analyse zur indizierten Prävention im Bereich Kinder und Jugendliche bis 19 Jahre wurde von Durlak und Wells (1998) ein Jahr nach ihrer Meta-Analyse zur primären Prävention (Durlak & Wells, 1997b) veröffentlicht (vgl. unten). Sie untersuchten die Ergebnisse von 130 Studien zur indizierten Prävention zwischen den Jahren 1960 und 1991. Die Autoren nennen diese Art von Intervention auch sekundäre Prävention: We „evaluated the Outcomes of 130 indicated preventive interventions (secondary prevention) mental health programs for children and adolescents that seek to identify early signs of maladjustment and to intervene before full-blown disorders develop“ (Durlak & Wells, 1998, S. 775). Das Ziel ist umschrieben mit Problemreduzierung und Kompetenzerweiterung. Somit ist im Vergleich mit den Definitionen nach Perez und Hilti (2005) die indizierte Prävention gemeint, welche Personen mit Zeichen oder einzelnen (subklinischen) Symptomen anspricht. Das Ziel der tertiären Prävention bei Durlak und Wells (1998) ist die Reduktion der Dauer und die Auswirkung einer bereits manifestierten Störung. Diese Interventionsart wird in der vorliegenden Arbeit als Therapie bezeichnet (vgl. Perez & Hilti, 2005). Diese Definitionen unterscheiden sich von denen, welche in der vorliegenden Arbeit und bei anderen Autoren (vgl. Kap. 5.2) benutzt

werden. Ebenfalls entspricht sie nicht der Definition nach Caplan (Caplan, 1964, vgl. 5.2). Im Folgenden wird in Bezug auf diese Meta-Analyse von indizierter Prävention gesprochen. Es werden frühe Zeichen der Fehlanpassung gesucht und vor der Ausbildung des vollständigen (bestimmten) Störungsbildes interveniert. Die indizierte Prävention ist dementsprechend ein proaktiver Ansatz, um Kindern zu helfen, bevor sie gravierende Probleme ausbilden können.

Die Autoren berichten, dass die meisten Studien in diesem Bereich traditionelle klinische Techniken für ihre Zwecke adaptieren, wie dies auch in der *Studie 3* der vorliegenden Arbeit der Fall ist (vgl. Kap. 5.4). Deshalb vermuten sie, dass vor allem zwei Moderatoren die Wirksamkeit beeinflussen: der Treatmenttyp und die Probleme des Kindes. Sie gehen davon aus, dass analog zu Resultaten der Therapieforschung die behavioralen Therapieformen innerhalb der Prävention bessere Effekte erzielen als nonbehaviorale (vgl. In-Albon & Schneider, 2007; Weisz, Jensen Doss, & Hawley, 2005; Weisz, Weiss, Alicke, & Klotz, 1987; Weisz, Weiss, Han, Granger, & Morton, 1995). Weiter nehmen sie an, dass Kinder mit internalisierenden Problemen besser auf die Intervention ansprechen als Kinder mit externalisierenden Problemen (intrinsische Motivation). Sie analysieren die Daten anhand des metaanalytischen Verfahrens von Hedges und Olkin (1985). Die Einschlusskriterien für die publizierten Studien durch eine Kombination einer Computer- und Manualsuche waren die folgenden: definitions-konforme Studien, Kinder und Jugendliche unter 19 Jahren, Treatment muss sich direkt an Kinder oder Jugendliche respektive deren Verhalten und sozialem Funktionieren richten; und sie schlossen alle Studien aus, welche Effekte von Medikamenten, schulbezogene Förderung und Jugendlichengewalt beinhalteten; 22 der 130 Studien sind zwar unpublizierte Dissertationen, genügen jedoch den restlichen Kriterien.

Die interessierenden Variablen sind die Folgenden: Basisdaten wie Jahr und Art der Publikation, Studiendesign (Kontrollgruppentyp und Screeningmethode, usw.), Merkmale der Population, der Therapeuten, des Treatments und der Erfolgsmessung. Eine Zusatzeinteilung beinhaltete das Alter und die damit zusammenhängende sozial-kognitive Entwicklung der Kinder. Sie teilten die Kinder in vor-operatorisches Denken (bis 7 Jahre), konkret-operatorisches Denken (7 bis 11 Jahre) und formal-operatorisches Denken (ab 11 Jahre) ein (Grenze normalerweise bei 10 Jahre, vgl. Grob & Jaschinski, 2003; Montada, 1995). Diese Einteilung hat zum Zweck, der Hypothese nachgehen zu können, dass nicht alle Altersgruppen gleich von einer indizierten Prävention profitieren.

Die meisten Interventionen waren schulbasiert (93.4%), der typische Teilnehmer stammte aus der Grundschule ($M=10.56$ Jahre) und nur 29% waren Jugendliche über 13 Jahre. Zwei Drittel der Studien hatten weniger als 80 Teilnehmer und nur in 21% der Studien waren über 100 Teilnehmer. Für 30% war die Schwere der Symptome gemässigt schwer, wobei immer noch im subklinischen Bereich; für 43.8% waren die Symptome mild und 26.2% konnten es nicht einschätzen. Obwohl der ethnische Hintergrund bei 70% der Studien nicht angegeben wurde, gab es in 15.4% der Studien eine Mehrheit mit nicht-kaukasischen Kindern (not White). Mehr als zwei Drittel waren Gruppenprogramme (68.8%; Individual: 22.3%) und bestanden aus weniger als 10 Sitzungen (51.5%); bei 10% der Studien konnten mehr als 30 Sessionen gezählt werden. Bei den meisten konnte nur eine grobe Beschreibung der Interventionstechnik erfahren werden (68.5%), bei 14.6% war die Basis jedoch manualisiert und bei 16.9% wurde die Hauptmethode spezifiziert. Die Reliabilität der Screeningmethoden war bei 33.8% unbekannt (z.T. auch abgeänderte Instrumente), bei 37.7% wurden reliable Messinstrumente benutzt und bei 14.6% wurden Schulberichte zur Einteilungsgrundlage herangezogen (z.B. Eintrag wegen Disziplinarproblemen). Bei 29.2% waren die präsentierten Probleme internalisierender Natur, bei 7.7% externalisierend, bei 27.7% war es eine Kombination aus verschiedenen Symptomen, 18.5% berichteten über schlechte Schulleistungen und bei 16.1% waren es schlechte Gleichaltrigenbeziehungen. Bei 40.8% der Studien sind nonbehaviorale Treatment-

methoden eingesetzt worden, kognitiv-behavioral bei 23.8% und behavioral bei 35.3%. Randomisierte Zuteilung wurde bei 70.6% gefunden, 90.9% hatten multiple Wirksamkeitsmessung und bei 26.9% wurden auch Follow-up Daten gesammelt.

Die Effektstärken reichen von -0.28 bis 2.05, wobei nur sieben Effekte negativ waren. Die Autoren diskutieren die negativen Effekte dahingehend, dass sie diese als in unerheblichem Ausmass interpretieren und sie auf Wahrnehmungsunterschiede der verschiedenen Quellen (z.B. Lehrer und Eltern) hinweisen. Sie meinen, dass vermehrt auf die Nebenwirkungen von Programmen (z.B. Labeling) geachtet werden sollte (Durlak & Wells, 1998).

Treatmenttyp und Probleme des Kindes sind signifikante Moderatoren des Outcomes, wobei der Treatmenttyp bessere Daten im Modell lieferte. Die Effekte waren für jüngere (bis 7 Jahre: $ES=0.63$) und ältere (ab 11 Jahre: $ES=0.43$) grösser als für die mittlere Gruppe (7 bis 11 Jahre: $ES=0.28$). Reliable Messinstrumente lieferten grössere Effekte ($ES=0.52$) als jene mit unbekannten Reliabilitäten ($ES=0.30$) und jene mit den Schulberichten ($ES=0.25$). Jene, welche eine Mischung aus verschiedenen Ansätzen benutzten, erreichten eine Effektstärke von 0.48. Spannenderweise erreichten jene Studien höhere Effekte, welche nur eine Messung durchführten ($ES=0.57$), als jene, welche eine multiple Messung vornahmen ($ES=0.41$). Behaviorale und kognitiv-behaviorale Treatments hatten konform mit der Hypothese höhere Effekte erreicht ($ES=0.51$ und $ES=0.53$) als nonbehaviorale Treatments ($ES=0.27$). Entgegen den Erwartungen haben Programme, welche internalisierende Probleme angingen, eine Effektstärke von 0.49 und Treatments von externalisierenden Problemen 0.72. Die gemischten Treatments (internalisierend und externalisierend) erreichten einen Effekt von 0.38, diejenigen mit schlechten Schulleistungen 0.26 und diejenigen mit schlechten Gleichaltrigenbeziehungen 0.30. Keine Moderatoren-Effektstärken wurden gefunden für: Geschlecht, Alter (als kontinuierliche Variable), ethnischer Status, Charakteristiken (Rahmenbedingungen) des Treatments wie z.B. die Anzahl der Sitzungen, individueller versus Gruppenmodus, Erfahrungslevel des Therapeuten und Merkmale des Designs (Ausnahme: Anzahl der Wirkungsmessungen). Im Follow-up konnten alle Treatmenttypen ihre Effektstärken halten, wobei die verschiedenen Typen nicht verglichen werden dürfen, da die Follow-up-Zeitpunkte sich unterschieden (kognitiv-behavioral: post $ES=0.80$ und Follow-up $ES=0.83$; behavioral: post $ES=0.51$ und Follow-up $ES=0.44$; nonbehavioral: post $ES=0.09$ und Follow-up $ES=0.11$).

Der Treatmentvergleich ergab folgende Ergebnisse, wobei neben der Problemreduktion als Outcomemessung auch die Zunahme von Kompetenzen (z.B. soziale und Bewältigungsfertigkeiten, Selbstwert) als Wirkvariable und der gemessene Anpassungsbereich (beobachtbares Verhalten, Persönlichkeit, akademische, soziometrische und kognitive Daten) einbezogen wurden: Kognitiv-behaviorale Interventionen waren effektiver im Problemreduzieren ($ES=0.84$) als behaviorale ($ES=0.46$), welche wiederum effektiver waren als die nonbehavioralen ($ES=0.20$). Im Bereich der Erhöhung der Kompetenzen waren behaviorale Treatments signifikant effektiver ($ES=0.45$) als nonbehaviorale Treatments ($ES=0.23$). Die kognitiv-behavioralen Treatments waren nicht signifikant unterschiedlich von den beiden anderen Gruppen ($ES=0.36$). Die grundsätzlich grössten Veränderungen auf der Treatmentvergleichsebene passierten auf den Dimensionen Verhalten und Persönlichkeit und etwas weniger im Bereich der Kognitionen (vgl. Abb. 43). Eine Einschränkung dieses Vergleichs findet sich in der Tatsache, dass nicht alle Studien diese fünf Dimensionen untersucht haben. Man kann erkennen, dass die kognitiv-behavioralen Treatments sehr gut abschneiden, einzige Ausnahme ist der akademische Bereich, in welchem die nonbehavioralen Treatments am besten abschnitten. Die behavioralen Treatments schnitten immer gut ab, jedoch waren sie in keinem Bereich die Effektivsten, obwohl sie in drei von fünf Bereichen besser als die nonbehavioralen Treatments abschnitten.

Im Bereich der klinischen Signifikanz der Outcomes übertreffen die behavioralen und die kognitiv-behavioralen Treatments die Kontrollgruppen um 69.4% respektive 70.2%. Das bedeutet, dass die indizierte Prävention (vor allem die behavioralen und kognitiv-behavioralen Treatments) positive Effekte in den statistischen und praktischen (klinischen) Bereichen produzieren, welche auch über die Zeit anhalten (Follow-up) und sowohl eine Reduktion von Problemen als auch einen Aufbau von Kompetenzen beinhalten.

Der Vergleich mit Therapiestudien (vgl. weiter unten) zeigt, dass die indizierten Präventionsprogramme in Bezug auf ihre Effektivität ähnlich gute Resultate zeigen. Eine Meta-Analyse über soziale, erzieherische und psychologische Treatments, welche circa 9'400 Studien analysiert, ergab einen mittleren Effekt von 0.47 (Lipsey & Wilson, 1993). Der gewichtete mittlere Effekt über 110 Wirksamkeitsstudien in der Kinderpsychotherapie in der Meta-Analyse von Weisz et al. (1995) ist 0.48 (vgl. weiter unten).

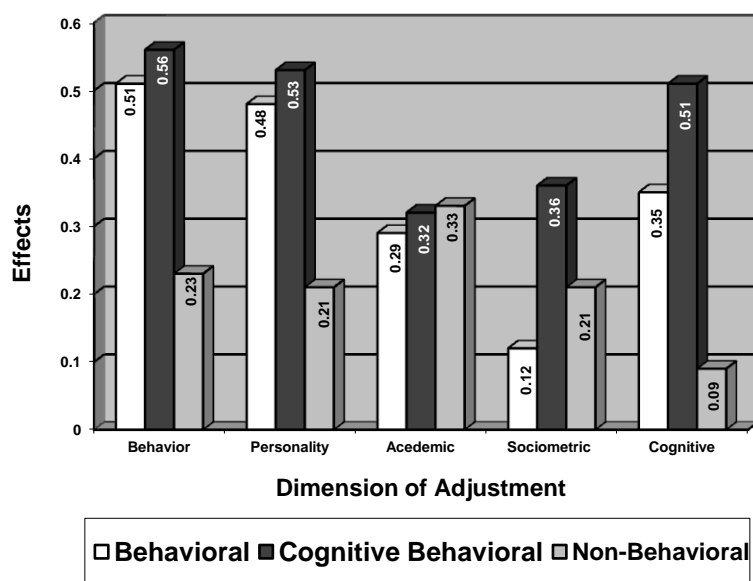


Abbildung 43: Effects for treatments on different dimensions of adjustment (nach Durlak & Wells, 1998, S. 789)

Durlak und Wells (1998) schliessen ihre Meta-Analyse mit der Diskussion um Themen, welche ihnen besonders relevant erscheinen. Sie fordern, dass die Operationalisierung der Treatments besser und für andere Forscher offengelegt wird. Dadurch würde nicht nur die Qualität der Studie und die Treatmentintegrität gesteigert, sondern auch die Replikation vereinfacht oder erst ermöglicht. Da die Qualität des Treatments einen Einfluss auf die Wirksamkeit eines Programms hat, müsste die Operationalisierung offengelegt werden, um zu prüfen, welche Elemente zum Erfolg und welche zum Misserfolg beitragen. Das kognitive Entwicklungsniveau ist ein signifikanter Prädiktor des Outcomes. Dies konnten schon andere Studien zeigen, welche den Zusammenhang zwischen dem Entwicklungsstatus und der Ansprechbarkeit auf eine Intervention untersuchten (z.B. Kazdin, 1993a). Dass die Kinder zwischen 7 und 11 Jahren am wenigsten von einem Programm profitieren, kann auch an der Einteilung in vor-, konkret- und formaloperatorisches Denken liegen. Jedoch zeigen Studien (z.B. Crick & Dodge, 1994), dass ein Zusammenhang zwischen der sozialen Anpassung eines Kindes mit der sozialen Informationsverarbeitung (Enkodierung und Interpretation von sozialen Reizen, die Evaluation und Selektion von Reaktionen, ebenfalls altersabhängig) besteht. Neben diesem Zu-

sammenhang, welcher weiter differenziert werden sollte, sind Variablen wie Geschlecht, Schulleistungen, Familienmerkmale oder spezifische Aspekte des präsentierten Problems von Interesse. Eine vorsichtige (sensitive) Diagnostik ist wichtig, weil in der indizierten Prävention die subklinischen Symptome von Interesse und somit auch schwieriger zu entdecken sind. Bezüglich Forschungsdesigns sollten randomisierte Stichproben, standardisierte Wirksamkeitsmessung, Follow-up und Kontrollgruppen zum Standard gehören. Ausserdem sollten mehrere verschiedene Messinstrumente zum Einsatz kommen, um zu klären, wie die behavioralen Techniken (inkl. Verstärkung und Modelllernen) zu Veränderungen auf der Dimension der Kognitionen führen konnten, die vergleichbar sind mit dem Effekt, welche die kognitiv-behavioralen Treatments erreicht haben.

Die hohe Effektstärke von 0.72 für die externalisierenden Syndrome ist unerwartet und entspricht nicht der eingangs gestellten Hypothese, dass Kinder mit internalisierenden Störungen besser auf eine Intervention ansprechen. Durlak und Wells (1998) geben an, dass die voll ausgebildeten externalisierenden Störungsbilder sehr hartnäckig sind und mit diesem Resultat gezeigt wird, dass eine frühe Intervention um so wichtiger ist. Eine alternative Erklärung für diesen unerwarteten Effekt ist natürlich auch, dass die Stichprobengewinnung selektiv war.

Meta-Analyse zur primären (universellen) Prävention (Durlak & Wells, 1997a)

Durlak und Wells (1997a) haben 177 primärpräventive Programme bis Ende 1991 in ihrer Meta-Analyse untersucht (Alter bis 18 Jahre), wobei der Grossteil der kontrollierten Outcomestudien nach 1980 herausgekommen sind. Die Autoren beschreiben die Schwierigkeit bei universellen Programmen, da demonstriert werden muss, dass eine Störung nicht eintritt. Ausserdem müsse die kognitiv-emotionale Entwicklung einbezogen werden, was zur nächsten Schwierigkeit führe, da die „normale“ Entwicklung definiert werden muss. Da jedoch das Wissen um die normale und psychopathologische Entwicklung noch beschränkt ist, können nur Annahmen gemacht werden. Eine weitere Möglichkeit besteht darin, die Risikofaktoren und Faktoren, welche mit einer pathologischen Entwicklung einhergehen, zu reduzieren. Weiter können protektive und kompensatorische Faktoren aufgebaut werden.

Von den 177 Studien, welche den Einschlusskriterien entsprochen haben (u.a. Einbezug einer Kontrollbedingung), fanden 129 (72.9%) im Schulsetting statt, gefolgt von somatischen Krankenhäusern oder Zahnkliniken (14.9%), nur 4 Studien (2.2%) fanden im Homesetting statt. Bei 48% wurde die Nation der Teilnehmer nicht genannt, kaukasisch waren 25.4% und 17.5% waren nicht-kaukasisch. In 53.2% der Fälle war die Beschreibung der Intervention breit und vage und in 17.5% waren die Hauptkomponenten beschrieben, in 29.3% der Fälle waren Manuale verfügbar und bei 64% waren die Interventionsziele nur allgemein gehalten. Durchgeführt wurden die Interventionen vor allem von Professionellen aus dem Gesundheitssektor (29.9%), Lehrer oder Eltern (20.9%), fortgeschrittenen Studenten (13%) und von einer Kombination (19.2%). Das Design der meisten Studien war randomisiert (61%), hatten Placebo-Kontrollen (22.6%), 25.4% hatten Follow-up-Daten, 89.9% hatten multiple Outcome-Instrumente und bei 33.9% waren Instrumente mit Normen verfügbar.

Die mittleren Effektstärken für Umfeldzentrierte Präventionsprogramme lagen bei schulbasierten Programmen bei 0.35 und für Elterntrainings bei 0.16. Für Programme, welche sich auf Übergänge im Leben beziehen, konnten höhere Effektstärken erreicht werden: Scheidung (0.36), Schuleintritt oder -übertritt (0.39), Erstmutterschaft (0.87), Medizinische Behandlungen (0.46). Personenzentrierte Programme haben im Bereich der Emotionsedukation für Kinder im Alter von 2-7 Jahren eine Effektstärke von 0.70, bei 7-11-Jährigen 0.24 und bei Kindern über 11 Jahren 0.33. Bei Programmen im Gebiet Problemlösestrategien für den zwischenmenschlichen Bereich konnten bei den 2-7-Jährigen eine Effektstärke von 0.93 erreicht

werden und bei Kindern im Alter von 7-11 Jahren 0.36 (für den Altersabschnitt über 11 Jahre gab es keine Studien). Für andere Programme, welche kindzentriert waren, jedoch keiner bestimmten Kategorie zuzuordnen sind, können die behavioralen Ansätze mit 0.49 und die nichtbehavioralen Ansätze mit 0.25 abschneiden. Wenn die Einteilungskriterien geändert werden, zeigt sich, dass oft höhere Effektstärken erreicht werden, wenn die Outcomemessung sich auf den Kompetenzaufbau bezieht. Dies vor allem bei den schulbasierten Programmen (0.57), den Problemlösestrategien im zwischenmenschlichen Bereich (1.11).

Bezüglich der Stabilität der Effekte haben die Autoren herausgefunden, dass bei den internalisierenden Problemen eine Erhöhung der Effektstärke vom Post- zum Follow-up-Zeitpunkt stattfindet (von 0.32 auf 0.40) im Gegensatz zu einem Abfall bei den externalisierenden Schwierigkeiten (von 0.30 auf 0.25). Beim soziometrischen Status konnte ebenfalls eine Erhöhung von 0.07 auf 0.43 festgestellt werden. Die Effektstärken der kognitiven Prozesse nahmen ab (von 0.55 auf 0.43) und die physiologischen Messungen blieben fast stabil (0.69 auf 0.62).

Der Vergleich der Interventionsgruppen zu den Kontrollgruppen wurde von den Autoren ebenfalls untersucht. Es zeigte sich ohne Ausnahme, dass die Interventionsgruppen in allen genannten Typen von Programmen stärkere Erfolgsraten erzielten. Dies galt vor allem für die Programme für die Kinder im Alter von 2-7 Jahren und für behaviorale Programme.

Von den 177 Studien zeigten nur 9 negative Effekte, wobei diese vernachlässigbar gering waren. Durlak und Wells (1997a) schlussfolgern aus den grösstenteils positiven Effekten, dass primäre (universelle) Präventionsprogramme wirksam sind. Sie empfehlen, vermehrt randomisierte Studien zu machen, Drop-outs zu vermindern, multiple Outcome-Messungen durchzuführen, mehrere Follow-up-Erhebungen zu machen, Entwicklungs- und Risikofaktoren einzubeziehen, saubere Operationalisierungen durchzuführen und Ziele konkret zu beschreiben. Weiter machen sie darauf aufmerksam, dass gewisse Interventionselemente im Einzelnen nicht so gut abschneiden wie in einem kombinierten Programm (z.B. CBT). Dies könnte jedoch auch darauf zurückführbar sein, dass die Kinder im primärpräventiven Bereich weniger Leidensdruck und weniger Übungsgrundlage haben als Kinder mit einer bereits ausgebrochenen psychischen Störung. Die Elternprogramme haben schlecht abgeschnitten, was die Autoren auf die Rekrutierungsprobleme und den nicht vorhandenen interpersonellen Leidensdruck beziehen. Sie gehen davon aus, dass die Elternprogramme wirksam sind, wenn sie in Kombination mit kindzentrierten Programmen angewendet werden (vgl. Kap. 5.4.1.1).

Review zur familienbasierten Therapie bei Angststörungen im Kindesalter (Ginsburg & Schlossberg, 2002)

Bei 50-80% der Kinder mit Angststörungen, welche ein kognitiv-behaviorales Programm (kontrollierte Studien) durchlaufen haben, das zwischen 10 und 16 Wochen dauert, konnten die Symptome reduziert werden (Barrett, Dadds et al., 1996; Cobham et al., 1998; Silverman et al., 1999). Weil jedoch nicht alle Kinder durch solche Programme symptomfrei werden, wurden neue Studien durchgeführt, welche die kognitiv-verhaltenstherapeutischen Methoden in ein familienbasiertes Modell eingebettet haben. Diese Modelle werden wie folgt definiert: Die Eltern werden in spezifischen Strategien zur Reduktion der Ängstlichkeit beim Kind unterrichtet. Ginsburg und Schlossberg (2002) argumentieren, dass anhand der Literatur, welche Familienstudien in Bezug auf Angststörungen, ätiologische Modelle für Angststörungen, Erziehungsstilforschung und Wirksamkeitsstudien im Bereich der familienbasierten Therapie beinhalten, gezeigt werden kann, dass der Einbezug der Eltern im vorliegenden Bereich die Wirksamkeit erhöht. Da bereits in Kapitel 3 über Einflüsse der Eltern auf die Entstehung und

Aufrechterhaltung einer Angststörung bei ihrem Kind ausführlich berichtet wurde, werden hier kurz die wichtigsten theoretischen Hintergründe zusammengefasst.

Die Familienstudien zeigen, dass Kinder von ängstlichen Eltern ein fünffach höheres Risiko haben, eine Angststörung zu entwickeln (D.C. Beidel & Turner, 1997). In Bottom-up-Studien können bei bis zu 80% der Kinder mit Angststörungen Eltern mit Angststörungen gefunden werden (z.B. Last, Hersen, Kazdin, Francis, & Grubb, 1987). Heuristische Modelle, welche die Ätiologie der Angststörungen inklusive den Umweltstressoren der Familie darstellen (z.B. Chorpita & Barlow, 1998), zeigen auf, dass es verschiedene Zusammenhänge zwischen der Entwicklung einer Angststörung beim Kind und elterlicher Persönlichkeit, Bewältigungsfertigkeiten der Eltern, elterlichem Verhalten, Modelllernen und dem Erziehungsstil gibt. Wie in Kapitel 3.2 bereits aufgezeigt wurde, sind diese Annahmen nicht alle vollständig empirisch überprüft, liefern jedoch ein gutes mögliches Erklärungsmodell. In Bezug auf die familiären Faktoren konnten bereits in mehreren Studien folgende als zusammenhängend mit einer Angststörung belegt werden: Ein übermässig kontrollierender Stil (z.B. Siqueland et al., 1996), Überfürsorge (z.B. Leib et al., 2000), Modelllernen und Verstärkung vom Vermeidungsverhalten (z.B. Muris et al., 1996), negative Überzeugungen und Erwartungen (z.B. Kortlander et al., 1997), Ablehnung und fehlende respektive geringe emotionale Wärme (z.B. Dumas, LaFrenier, & Serketich, 1995), Konflikte und Erziehungsstile (z.B. Ginsburg & Schlossberg, 2002; Stark et al., 1993).

Ginsburg und Schlossberg (2002) fanden sieben kontrollierte Studien (Wartelisten-Kontrollgruppen und div. Designs) mit familienbasiertem Therapieprogramm für Kinder mit Angststörungen (vgl. Tab. 75 & 76 weiter unten). Die erste Studie dieser Art (kontrollierte CBT oder Familientherapie) wurde von Barrett 1998 durchgeführt. Es wurden bei sechs der sieben Studien verschiedene Angststörungen zugelassen, das Alter lag bei allen zwischen 6 und 16 Jahren, die Elternsitzungen lagen zwischen 4 bis 12 Sitzungen und waren alle in ein Programm für Kinder eingebettet, das 10 bis 12 Sitzungen dauerte. Die Elternsitzungen fanden mit einer Ausnahme alle in Elterngruppen oder in Gruppen zusammen mit den Kindern statt, wobei die Intensitätsgrade stark variierten: von 4 separaten Sitzungen mit einem grundlegenden familiären Skillstraining (Shortt, Barrett, & Fox, 2001) oder mit spezifischen Angstmanagement-Inhalten (Cobham et al., 1998) bis zu Versionen, in welchen die Eltern jeweils einen Teil der Sitzung mit den Kindern zusammen über die gesamte Trainingsspanne mitgestalteten (Barrett, 1998; Mendlowitz et al., 1999; Silverman et al., 1999; Spence, Donovan, & Brechman-Toussaint, 2000), in welchen die Eltern psychoedukative Elemente, Modelllernen, Verstärkungslernen und Prompting lernten. In jenem Programm, welches im individuellen Setting durchgeführt wurde, haben die Eltern jeweils am Schluss der Sitzung teilgenommen und Angstmanagement-Elemente gelernt (Barrett, Dadds et al., 1996). Die Kindprogramme basieren alle auf dem von Flannery-Schroeder und Kendall (1996) entwickelten Coping Cat und dessen australischer Version Coping Koala (ist nie veröffentlicht worden, vgl. Lowry-Webster et al., 2001) und der veröffentlichten Version FRIENDS der gleichen Autoren (Barrett, Lowry-Webster, & Turner, 2000) oder dem Coping Cat respektive Coping Koala sehr ähnlichen Programmen (Mendlowitz et al., 1999; Silverman et al., 1999; Spence et al., 2000).

Es zeigt sich, dass familienbasierte kognitiv-verhaltenstherapeutische Programme entweder gleich wirksam oder sogar wirksamer sind als Programme, welche nur das Kind einbeziehen. Bei 60-90% der Kinder, welche eine familienbasierte Therapie erhalten haben, konnte zur Postmessung keine Diagnose mehr gestellt werden. Bei Kindern, deren Eltern auch eine Angststörung aufwiesen, sind die familienbasierten kognitiv-verhaltenstherapeutischen Therapien am wirksamsten (Cobham et al., 1998). Mendlowitz und Kollegen (1999) konnten zeigen, dass der Einbezug der Eltern in einem parallelen Programm einen verstärkenden Effekt

auf den Gebrauch der Bewältigungsstrategien hatte. Barrett und Kollegen (2001) konnten im 6-Jahres-Follow-up aufzeigen, dass die Bedingungen mit oder ohne Einbezug der Eltern sich über diese Zeit des Follow-ups angleichen, obwohl zum Zeitpunkt der Postmessung die familienbasierte Therapie deutlich wirksamer war (Barrett, Dadds et al., 1996).

Diese Studien konnten jedoch nicht zeigen, ob sich die Eltern in Bezug auf ihre Erziehungsstile, ihre Persönlichkeit, dem Bewältigungsverhalten oder sonstigen Faktoren über den Verlauf des Trainings geändert haben.

Die Autoren empfehlen folgende Inhalte bei einem familienbasierten kognitiv-verhaltenstherapeutischen Programm: direkte Integration der Eltern in die Gruppe, wöchentliche Sitzungen (10-16 Sitzungen), Hausaufgaben und problemorientierte, auf die aktuelle Situation bezogene Sitzungsinhalte. Psychoedukation, Verstärkungslernen, kognitive Umstrukturierung, Eltern-Kind-Beziehung, Ängste der Eltern erkennen und reduzieren und Rückfallprophylaxe sollten Themen des familienbasierten Programms sein (Ginsburg & Schlossberg, 2002).

Meta-Analyse: Therapie von Angststörungen bei Kindern (In-Albon & Schneider, 2007)

Die Autorinnen untersuchten 24 Studien, welche bis im März 2005 datiert sind (In-Albon & Schneider, 2007). Es sind alle Studien, welche den CONSORT (consolidated standards of reporting trials) Kriterien entsprechen, in der aktiven Bedingung waren alle kognitiv-verhaltenstherapeutisch orientiert. Es zeigte sich, dass kognitiv-verhaltenstherapeutische Therapien (KVT) wirksam sind (prä-post-Effektstärke: $d=0.86$) verglichen mit Wartelistebedingungen ($d=0.13$) und Kontrollgruppenbedingung ($d=0.22$). Gewisse Studien zeigten einen anhaltenden Effekt bis zu 12 Monaten ($d=1.36$) und in drei Studien konnten stabile Effekte bis zu sechs Jahren gezeigt werden: Barrett und Kollegen (2001): 6-Jahres-Follow-up mit $d=0.82$, Kendall und Southam-Gerow (1996): 3.4-Jahres-Follow up mit $d=0.61$ und Kendall, Safford, Flannery-Schroeder und Webb (2004): 7.4-Jahres-Follow-up mit $d=1.13$ in der Kindeinschätzung und $d=1.54$ in der Elterneinschätzung. Ebenfalls konnten in der KVT-Bedingung depressive Symptome reduziert werden ($d=0.70$), im Vergleich zur Warteliste-Bedingung ($d=0.20$). Gruppen- oder individuelle Programme waren praktisch gleich wirksam ($d=0.61$ vs. $d=0.52$). Programme ohne Eltern und Programme mit Einbezug der Eltern waren ebenfalls nicht signifikant voneinander verschieden ($d=0.53$ vs. $d=0.63$). Weiter haben die Autorinnen den Anteil derjenigen Kinder berechnet, welche zum Postzeitpunkt keine Diagnose mehr erhielten. Es zeigte sich ein signifikanter Unterschied zwischen der Treatment und der Wartelistenkontrollgruppe (68.9% vs. 12.9%), welcher sich bei der Treatmentgruppe zum Follow-up-Zeitpunkt noch erhöhte: 72%. Individuelle Therapie und Gruppentherapie haben ähnliche Raten (72.1% vs. 66.0%). Der Vergleich zwischen kindzentrierter Therapie und familienorientierter Therapie fällt ebenfalls ähnlich aus (64.1% vs. 76.9%). Die Autorinnen machen in der Diskussion darauf aufmerksam, dass eventuell jüngere Kinder mehr von einer familienorientierten Therapie profitieren können (vgl. Abb. 44 in Kap. 5.4.1.1) als ältere Kinder.

Wirksamkeit von Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen (Weisz et al., 2005; Weisz et al., 1987; Weisz et al., 1995)

Weisz und Kollegen (2005) berichten, dass sie aus einem Pool von 3'000 Studien zwischen den Jahren 1962 und 2005 lediglich 236 Studien gefunden haben, welche eine methodologische Grundlage zur Analyse vorwiesen. Diese Studien testeten 383 Treatments und beinhalten 427 Kontrollgruppen-Vergleiche. Studien zu Angststörungen waren zwischen 1967 und 2002

publiziert, 43% davon in den 90er Jahren oder später. Die meisten Studien stammen aus den USA (58%) und ein Drittel stammt aus Australien, Kanada, Israel, Holland und Grossbritannien (36%). Die Quelle für die Symptome waren vor allem die Kinder und Jugendlichen selbst (76%) und andere Beobachter (71%), Eltern waren nur zu 28% befragt worden. Im Bereich der Angststörungen wurden vor allem lerntheoretisch-basierte Methoden verwendet (90%), welche folgende Subkategorien beinhalten: CBT (43%), Reaktions-Ansatz (25%), Modelllernen (13%), operante Methoden (3%) und Studien, welche mehrere Methoden vereinten (13%). Im Vergleich zu diesen lerntheoretischen Ansätzen waren die einsichtsbasierten Methoden wenig vertreten (7%), wobei bei den Angststörungen nur die Gesprächstherapie eingesetzt wurde; weder Studien mit psychodynamischen noch gestalttherapeutischen Ansätzen wurden gefunden. Elternzentrierte Therapien wurden nur auf der Basis von lerntheoretischem Ansatz gefunden (1.2%) und familienfokussierte Therapien ebenfalls auf lerntheoretischer Ebene (2.4%). Weiter wurden Studien gefunden, welche Kind und Eltern (4.8%), Kind und Familie (3.6%) und Kind, Eltern und Familie (3.6%) involvierten. Die mittlere Anzahl Sitzungen bei Angststörungen war 9, mittlere Anzahl Wochen 6.6, mittlere Anzahl Stunden lag bei 9.9 und mittlere Länge einer Sitzung in Minuten bei 53. Die meisten waren individuelle (45%) oder in der Gruppe (45%), bei 6% waren es individuell und Gruppe gemischt und bei weiteren 6% wurde das Format nicht angegeben. Die absolute Mehrheit (97%) hat den Jugendlichen in die Sitzungen involviert, bei 17% waren die Eltern und bei 14% die Familie involviert; bei 4.8% waren auch Lehrer einbezogen. Bei 64% der Studien wurden auch Hausaufgaben vergeben. Insgesamt wurden bei 26% der Studien zum Prätreatmentzeitpunkt Trainings für Therapeuten und Trainer durchgeführt, bei 24% wurde Supervision durchgeführt und bei 47% gab es ein standardisiertes Manual, bei 35% ein strukturiertes Treatment. Die mittlere Stichprobengrösse der Treatmentgruppe lag bei 18.23 und bei der Kontrollgruppe 16.78. Wartelistenkontrollgruppen waren der häufigste Kontrollgruppentyp (64%), Placebo (39%) und Standardbehandlung (4.8%) waren weniger häufig vertreten. Der gewichtete mittlere Effekt der Wirksamkeitsstudien lag bei 0.48 (Weisz et al., 1995).

Weisz und Kollegen (Weisz et al., 1987; Weisz et al., 1995) haben zwei weitere Meta-Analysen zur Wirksamkeit von Psychotherapien mit Kinder und Jugendlichen durchgeführt. In der Meta-Analyse von 1987 sind 108 Outcomestudien von Kindern und Jugendlichen von 4 bis 18 Jahren untersucht worden. Sie zeigen, dass die Therapiegruppen sich nach dem Treatment besser anpassen als jene, welche keine Therapie erhalten haben; speziell behaviorale Therapien haben besser abgeschnitten. Für jüngere Kinder war die Wirkung grösser als für Jugendliche, speziell wenn die Therapeuten nicht Psychologen, sondern Eltern, Lehrer oder fortgeschrittene Studenten waren. Wenn jedoch überkontrollierte Probleme (z.B. Phobien, Schüchternheit) therapiert wurden, waren die professionellen Therapeuten erfolgreicher. In der Meta-Analyse von 1995 mit neuen Studien (150) sind wiederum die behavioralen Therapien wirksamer als nichtbehaviorale Therapien. Bei weiblichen Jugendlichen konnte eine bessere Wirkung erzielt werden als in anderen Alters-Geschlechtsgruppen. Wiederum konnten Lehrer, Eltern und Studenten grössere Effekte erzielen – auch hier wiederum mit der Einschränkung, dass professionelle Therapeuten bei Angststörungen und Depressionen grössere Effekte erzielten. Auch fanden die Autoren einen stärkeren Effekt, wenn das Programm störungsorientiert war.

Children's Mental Health Policy Research Program: Angstprävention und –intervention im Kindes- und Jugendalter (Waddell, Godderis, Hua, McEwan, & Wong, 2004)

Der Review-Artikel überschaut die Jahre 1991-2003 nach systematischen Ein- und Ausschlusskriterien (in englischsprachigen Journals), und es resultieren sieben Präventionsartikel und 26 Interventionsartikel, welche alle zeigen, dass die KVT die wirksamste Therapie- respektive Präventionsart ist (vgl. Tab. 75 & 76).

Tabelle 75: Evidenzbasierte Präventionsprogramme für Angststörungen im Kindes- und Jugendalter (Waddell et al., 2004, übers. & adapt. durch Verf.)

Programm	Stichprobe	Beschreibung	Hauptergebnisse
<i>Universelle Prävention</i>			
FRIENDS (Australien) (Lowry-Webster et al., 2001)*	10-13 Jahre 47% Jungen Städtische Schüler	Kind-, Familien- und Schulintervention für 10 Wochen, wöchentliche KVT-Sessionen durch Lehrer, 3 Eltern-Sessionen	Verbesserung in Angst- und Depressions-symptomatik, bessere Resultate, falls Kinder im Prätest stärkere Symptome hatten; Effekte halten bis 1-Jahr-Follow-up
STEP (USA) (Ferner et al., 1993)	11-12 Jahre Geschlecht: nicht beschrieben Schüler aus allen Gebieten	Schulintervention für 2 Jahre, Schulumgebung umorganisiert für sichere, stabile Unterstützung, Lehrer als Ressource für Kinder und Eltern	Verbesserung in Angst- und depressiven Symptomen und in antisozialem Verhalten; Follow-up
Cognitive-Behavioral Stress Management (USA) (Hains, 1992)	15-16 Jahre 100% männliche kaukasische Jugendliche Städtische Schüler, 96%	Jugendlichenintervention (ohne Angabe zur Dauer), kognitive Umstrukturierung oder Angstmanagement, schulbasierte Gruppensession folgte dem individuellen Training	Verbesserung in Angst- und depressiver Symptomatik; Effekte halten bis 11-Wochen-Follow-up
<i>Selektive Prävention</i>			
Penn Prevention (USA) (C. Roberts, Kane, Thomson, Bishop, & Hart, 2003)	11-13 Jahre 50% Mädchen ländliche, kaukasische Kinder mit erhöhter Depressivität	12 Wochen kindzentrierte Intervention, wöchentliche schulbasierte KVT-Gruppensitzungen	Verbesserung in der Angstsymptomatik; anhaltender Effekt bei 6-Monats-Follow-up
Queensland (Australien) (Dadds et al., 1999; Dadds, Spence, Holland, Barrett, & Laurens, 1997)	7-14 Jahre 27% Jungen Mehrheitlich kaukasische (70%) Kinder mit erhöhter Ängstlichkeit	Kind- und Familienintervention für 10 Wochen, wöchentlich 1-2 Stunden KVT-Sitzungen, Eltern: 3 Managementtrainings-Sitzungen	Verbesserung in der Angstsymptomatik; anhaltender Effekt bei 2-Jahres-Follow-up

Anmerkungen: *=dieses Programm wird in Kapitel 5.3.3 detaillierter beschrieben;

Die meisten Präventionen wurden im Schulsetting durchgeführt, entweder als universeller oder zielorientierter Ansatz. Für spezifische Phobien war der Therapieansatz der graduierten Exposition am wirksamsten. Öst, Svensson, Hellstrom und Lindwall (2001) haben bei 60 Kindern und Jugendlichen von 7-17 Jahren mit einer spezifischen Phobie eine 1-Sitzungstherapie (mit oder ohne Beisein eines Elternteils) durchgeführt und mit einer Warteliste-Kontrollgruppe verglichen. Die Therapie dauerte 3 Stunden an einem Tag und die Kinder wurden dem angstausslösenden Stimulus ausgesetzt. Entweder haben die Eltern oder der Therapeut Unterstützung geboten. In beiden Therapiebedingungen konnten Effekte nachgewiesen werden. Die Effekte zeigten sich auch noch nach einem Jahr.

In Bezug auf medikamentöse Behandlungen bei Angststörungen gab es nur wenige Artikel. Diese zeigten, dass durch eine SSRI-Medikation Angstsymptome reduzieren können, jedoch wurden ernste Nebenwirkungen festgestellt.

Tabelle 76: Kognitiv-verhaltenstherapeutische Therapieprogramme für Angststörungen im Kindes- und Jugendalter (Waddell et al., 2004, übers. & adapt. durch Verf.)

Programm*	Stichprobe	Beschreibung	Hauptergebnisse
Individuelle CBT (USA) (Kendall, 1994; Kendall et al., 1997; Kendall & Southam-Gerow, 1996)	9-13 Jahre 57% Jungen Kinder mit Generalisierter Angststörung, Störung mit Trennungsangst, Sozialer Phobie, 82% kaukasisch	Kindzentrierte Intervention über 16 Wochen, Exposition, Verstärkungstechniken, kognitive Strategien, Entspannungstraining, wöchentliche Sitzungen (Coping Cat)	Verbesserung in der Angstsymptomatik; anhaltender Effekt bei 3-Jahres-Follow-up
Individuelle CBT mit Familieneinbezug (Australien, Kanada, Holland, USA) (Barrett, Dadds et al., 1996; Barrett, Duffy et al., 2001; Nauta, Scholing, Emmelkamp, & Minderaa, 2001, 2003)	5-18 Jahre 42% Jungen Kinder mit Generalisierter Angststörung, Störung mit Trennungsangst, Sozialer Phobie, Panikstörung, PTSD, 91% kaukasisch	Kind- und elternzentrierte Intervention über 10-20 Wochen, individuelle CBT mit Kind, Familienelementen für Eltern alleine oder mit Kind, Verhaltensmanagement, Kommunikation, wöchentliche Sitzungen (30-90Min.) (Australische Adaptation des Coping Cats: Coping Koala und die holländische Version)	Verbesserung in der Angstsymptomatik; Familieneinbezug ergab bessere Effekte als reine kindzentrierte Intervention; anhaltender Effekt bei 6-Jahres-Follow-up, jedoch sind die Bedingungen mit oder ohne Familieneinbezug im Follow-up gleich wirksam
Gruppen CBT (USA) (Flannery-Schroeder, Coudhury, & Kendall, 2005; Flannery-Schroeder & Kendall, 2000)*	8-16 Jahre 32% Mädchen Kinder mit Generalisierter Angststörung, Störung mit Trennungsangst, Sozialer Phobie, PTSD, div. Ethnien	Kindzentrierte Intervention über 10-18 Wochen, adaptierte Techniken von der individuellen CBT (s. oben), Gruppen von 5-8 Kinder, wöchentliche 90-Minuten-Sitzungen (Coping Cat)	Verbesserung in der Angstsymptomatik; anhaltender Effekt bei 6-Monats und 1-Jahres-Follow-up, keine Unterschiede ob individuelles oder Gruppensetting
Gruppen CBT mit Familieneinbezug (Australien und Kanada) (Barrett, 1998; Cobham et al., 1998; Mendlowitz et al., 1999; Shortt, Barrett, & Fox, 2001; Spence et al., 2000)	6-14 Jahre 51% Jungen 85% kaukasisch oder englisch-sprechend, Kinder mit irgendeiner Angststörung (Ausnahme PTSD)	Kind- und Elternzentrierte Intervention über 10-14 Wochen, adaptierte Techniken vom individuellen CBT (s. oben) mit Familieneinbezug im Gruppenformat, eine der Studien fokussiert auf die Behandlung der elterlichen Angststörung, wöchentliche 30-120-Minuten-Sitzungen (FRIENDS)	Verbesserung in der Angstsymptomatik; Familieneinbezug hat größere Effekte gebracht als individuelle CBT; anhaltender Effekt bei 1-Jahres-Follow-up

Anmerkungen: °=Alle hier genannten Programme werden in Kapitel 5.3.3 detaillierter vorgestellt;

*=die 1-Jahres-Follow-up-Studie wurde durch die Verfasserin angefügt;

Es zeigte sich im Review weiter, dass die KVT (vgl. CBT in Tab. 76) sowohl im individuellen als auch im Gruppensetting und entweder mit oder ohne elterliche Mitwirkung gleich wirksam ist.

Waddell und Kollegen (2004) diskutieren diese Ergebnisse dahingehend, dass die Studien nur in den USA, Australien und Kanada durchgeführt wurden und meistens nur kaukasische Kinder und Jugendliche einbezogen haben. Dazu muss ergänzt werden, dass im Review entsprechend nur englischsprachige Studien zitiert wurden. Wie die einzelnen Meta-Analysen und Reviews im vorliegenden und in Kapitel 5.3.3 zeigen, gibt es einige Studien und Präventionsrespektive Interventionsprogramme für Kinder und Jugendliche mit Angststörungen, welche hier nicht genannt wurden. Die Autoren des Reviews machen weiter darauf aufmerksam, dass

keine komorbiden Störungen erhoben worden sind, welche die Effekte noch vermindert haben könnten.

Für ein ausführliches evidence-based medicine review im Bereich der kognitiv-verhaltenstherapeutischen *Therapie* von Angststörungen und Depressionen im Kindes- und Jugendalter wird auf Compton et al. (2004) verwiesen. Das Fazit des Reviews von Waddell et al. (2004) entspricht den in diesem Hauptkapitel 5.3 berichteten Ergebnissen, dass KVT bei der Behandlung von Angststörungen die Wahl sein sollte. Die Autoren machen darauf aufmerksam, dass die KVT weiterhin mit anderen Treatments verglichen werden sollte und dass die Therapiekomponenten differenzierter analysiert werden sollten.

Australian school-based prevention and early intervention programs for anxiety and depression: a systematic review (Neil & Christensen, 2007)

Neil und Christensen (2007) haben in ihrem Review 24 Studien gefunden, welche sich auf neun australische Präventionsprogramme beziehen, wobei sie auch Programme einbezogen haben, welche zum einen präventiv auf eine Depressionsentwicklung wirken und zum anderen die Resilienz bei Kindern stärken. Von den sechs indizierten Studien haben sich fünf auf Angst bezogen und vier dieser fünf haben kurzfristige und langfristige Reduktionen von Angstsymptomen erreichen können. Effektstärken zwischen den Gruppen konnten bei zwei der vier Studien extrahiert werden: 0.24 bis 0.57. Von insgesamt 17 universellen Präventionsstudien waren 10 auf Angst bezogen. Von diesen 10 Studien bezogen sich wiederum sechs auf das FRIENDS-program und berichteten eine direkte Reduktion auf die Angstsymptomatik in der Postmessung oder spätestens beim Follow-up ($d=0.23-0.83$, $n=5$). Die restlichen vier Studien fanden keine Angstreduktion. Die stärkste Bewährung konnte für das FRIENDS-program gefunden werden. Auch Neil und Christensen (2007) fanden bei sechs von neun Studien, dass die Durchführung der universellen Programme auch in der Bedingung mit den Lehrern effektiv war.

Das FRIENDS-program und das Penn Prevention Program wurden bereits in Tabelle 75 aufgeführt und die deutsche Entsprechung des FRIENDS-program, das FREUNDE-Programm, wird zusätzlich in Kapitel 5.3.3 behandelt. Die Studien, welche sich explizit auf depressive Störungsentwicklungen beziehen, werden hier nicht genannt. Neu in der Liste und explizit auf Kinder mit ängstlicher Symptomatik bezogen ist das Cool Kids, ein indiziertes Präventionsprogramm für Kinder (vgl. Kap. 5.3.3) im Alter zwischen 9 und 10 Jahren, die ökonomisch benachteiligt sind (Mifsud & Rapee, 2005). Es haben 50 Kinder an der randomisierten Kontrollgruppenstudie (Warteliste) teilgenommen. Zum Follow-up-Zeitpunkt konnte eine Effektstärke von 0.57 festgestellt werden. Das schulbasierte Programm dauert 8 Wochen im Gruppensetting mit 2 Gruppensitzungen für die Eltern. Das Programm wird in Kapitel 5.3.3 detaillierter beschrieben.

5.3.3 Einzelne Präventions- und Interventionsprogramme

Im Folgenden sollen die relevanten internationalen *Präventionsprogramme* vorgestellt werden. Einzelne *Interventionsprogramme* werden ebenfalls erwähnt, da diese entweder mit einem anderen (Präventions-)Programm verlinkt sind oder spezielle Inhalte vorweisen, welche für die vorliegende Arbeit relevant sind. Es werden nur Programme für Kinder und Jugendliche und deren Familien vorgestellt. Elterntrainings, welche von Kinder- oder Jugendlichen-

programmen unabhängig sind (z.B. Triple P, Sanders et al., 1999), werden nicht im Einzelnen vorgestellt. In Kapitel 5.4.1.1 werden jedoch einzelne Komponenten der elterlichen Unterstützung und Erziehung thematisiert.

Gesundheit und Optimismus (GO!) für Jugendliche (Junge et al., 2002)

Das Programm *Gesundheit und Optimismus (GO!) für Jugendliche* (Junge et al., 2002) ist ein kognitiv-verhaltenstherapeutisches (primäres) Präventionsprogramm für Jugendliche (14- bis 18-Jährige), welches in Gruppen durchgeführt gegen die Entstehung von Ängsten und Depressionen vorgeht und soziale Kompetenzen einübt. In acht Einheiten werden über Psychoedukation und weiteren Methoden der kognitiven Verhaltenstherapie (z.B. Rollenspiele, Selbsterfahrungsübungen) verschiedene Inhalte zum Thema Angst und Depression vermittelt. Weiter werden soziale Kompetenzen vermittelt und Stressbewältigung und allgemeine Bewältigungsfertigkeiten eingeübt.

Das Design ist quasiexperimentell, die Schüler wurden als ganze Klassen der Treatment (N=309) oder der Kontrollgruppe (N=303) zufällig zugeordnet. Alle Schüler haben zu mindestens drei Messzeitpunkten (prä, post, Katamnesen) die Fragebogenbatterie ausgefüllt und das Interview mitgemacht und die Treatmentgruppe erhielt ein achtwöchiges Programm. Neben dem Interview, Mini-DIPS (Margraf, 1994), wurden Fragebogen eingesetzt, der YSR (Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist, 1993a) und störungsspezifische Instrumente (Ängste und Depression), und ein Wissensquiz (Bittner, 1998, zitiert durch Junge et al., 20002) durchgeführt. Es soll eine Reduktion der Symptomatik, auch im Follow-up-Verlauf, aufgezeigt werden können. Zusätzlich ist vor allem im präventiven Bereich die Beeinflussung von potentiellen Risikofaktoren (proximale Faktoren) relevant (vgl. Kap. 3.1.2). Neben diesen Effekten wurde auch der Wissenserwerb getestet (vgl. Kap. 2.3), welcher als Grundvoraussetzung für eine Verhaltensänderung gesehen wird (vgl. Verhaltensänderungshierarchie von Maccoby & Solomon, 1981, Kap. 5.3.1).

Die Evaluation des Programms ergab einen signifikanten Wissenszuwachs (Prä-Post: $d=1.74$, Prä-6Mon.: $d=0.79$). Ebenfalls nahmen die dysfunktionalen, verzerrten Kognitionen ab und im Bereich der sozialen Kompetenzen konnte ein Anstieg verbucht werden. Diese Effekte konnten jedoch in dieser Deutlichkeit nur im an die Intervention folgenden halben Jahr gezeigt werden. Die Nachuntersuchung nach 15 Monaten zeigte eine deutliche Abnahme der Effekte (Junge et al., 2001; Manz, 2001b; Manz et al., 2001). Dies spricht dafür, dass Auffrischungssitzungen durchgeführt werden und dass Bezugspersonen stärker einbezogen werden sollten, damit im Alltag eine Unterstützung vorhanden ist und damit eine Stabilisierung der Effekte ermöglicht wird.

FRIENDS for life / FREUNDE für Kinder (Barrett, Dadds et al., 1996; Barrett, Duffy et al., 2001; Barrett et al., 2000; Barrett et al., 2003b) – Coping Cat (Kendall, 1994; Kendall, Flannery-Schroeder, Safford, & Webb, 2004) und Coping Koala (Barrett, Dadds et al., 1996; Dadds et al., 1999)

Das FRIENDS for life program, dessen Vorläufer Coping Koala war, wurde 1996 ins Leben gerufen, inspiriert durch das Coping Cat Therapieprogramm von Kendall und Mitarbeitern (Kendall, 1994), und wurde 1999 modifiziert und in FRIENDS for children respektive for adolescents umbenannt. FRIENDS ist eine kognitiv-verhaltenstherapeutische Intervention, die auf kognitive, physiologische und Verhaltensprozesse ausgerichtet ist. Das Programm wurde ursprünglich so gestaltet, dass es sowohl als Therapie als auch als schulbasierte Prävention funktioniert. In der Schule kann das Programm für Primarschüler (zw. 10 und 12 Jahren) und

Sekundarschüler (15-16-Jährige) eingesetzt werden. FRIENDS ist ein evidence-based program, das bis zu 80% der teilnehmenden Kinder hilft, die Angstsymptomatik zu reduzieren oder ganz zu verlieren. Es konnte auch ein Langzeiteffekt von 6 Jahren nachgewiesen werden (s. unten).

Bevor auf die einzelnen Studien zum FRIENDS-program eingegangen wird, soll kurz das Coping Cat (und Coping Koala) vorgestellt werden, welches den Grundstein für viele Programme und Trainings gelegt hat, inklusive dem Manual der Verfasserin dieser Arbeit (vgl. Kap. 5.4.1.2).

Das *Coping Cat*, ein kognitiv-verhaltenstherapeutisches *Interventionsprogramm*, wurde 1990 von Kendall und Mitarbeitern (Flannery-Schroeder & Kendall, 1996; Kendall, 1992a, 1992b) ins Leben gerufen, welches als individuelles, Gruppen- und Familienprogramm existiert. Auch gibt es zwei Versionen für verschiedene Altersgruppen. Das Coping Cat für Kinder im Alter von 8-13 Jahren und das *C.A.T. Project* für Jugendliche im Alter von 14-17 Jahren. Der einzige Unterschied ist der Gebrauch von altersadäquaten Bildern und Beispielen. Das Programm dauert 16-20 Wochen und gliedert sich in zwei Phasen. Die erste ist die Informationsvermittlung und -verarbeitung und die zweite dient der Übung und der Exposition. Das Programm fokussiert auf vier Hauptkomponenten, welche miteinander verknüpft sind. Erstens sollen die Kinder lernen, die ängstlichen Gefühle und die physiologischen Reaktionen auf Angstinhalte zu erkennen. Zweitens sollen sie die Gefühle in einer angstausslösenden Situation zuteilen und bewältigen lernen. Drittens sollen die Kinder einen Copingplan entwickeln (4-Schritte-Plan, FEAR-Akronym, vgl. Kap. 5.4.1.2), welcher ihnen in einer solchen Situation hilft (z.B. Veränderung der ängstlichen Selbstverbalisationen). Viertens sollen die Kinder lernen, ihre Versuche, Übungen und Verhaltensweisen zu evaluieren und entsprechend sich selbst zu belohnen. Anhand des Arbeitshefts (Coping Cat Workbook) und des Hausaufgabenhefts (Coping Cat Notebook) können die Kinder neue Strategien lernen und einüben (Kendall, 1992a, 1992b).

Die erste Evaluation des Coping Cat wurde von Kendall 1994 durchgeführt. Es haben 47 mehrheitlich (78%) kaukasische Kinder zwischen 9 und 13 Jahren teilgenommen, wobei 27 davon in einer Wartelistenbedingung (8 Wochen) waren. Die Kinder hatten verschiedene Angstdiagnosen in der Prämessung. Es wurden sowohl die Kinder und Jugendlichen als auch die Eltern und Lehrer zu den kritischen Bereichen befragt. Zusätzlich wurden Verhaltensbeobachtungen durchgeführt. Der Zustand der behandelten Gruppe verbesserte sich deutlich direkt nach der Intervention und hielt auch 1 und 3.5 Jahre danach noch an (Kendall, 1994; Kendall & Southam-Gerow, 1996). Eine zweite Studie von Kendall und Mitarbeitern (Kendall et al., 1997) konnte ebenfalls die Wirksamkeit des Programms zeigen: 71% der 94 Kinder mit einer initialen Angststörung erfüllten zum Zeitpunkt nach der Intervention die Diagnose nicht mehr (gleichen Informationsquellen). Auch in dieser Studie konnte die Wirksamkeit 1 Jahr und 7.4 Jahre nach Programmende noch gezeigt werden (Kendall, Flannery-Schroeder et al., 2004).

Eine weitere Langzeitstudie verglich die Gruppenbedingung mit individuellem Treatment und einer Wartekontrollgruppe. 37 Kinder im Alter von 8-14 Jahren wurden randomisiert den drei Bedingungen zugeteilt. Die Postmessung zeigte für beide Treatmentgruppen eine signifikante Reduktion der Angstsymptomatik im Vergleich zur Wartelistekontrollgruppe (n.s. Unterschied zw. Treatmentgruppen). Beim 1-Jahres-Follow-up wurden bei 81% der individuellen Bedingung und 77% der Gruppenbedingung keine Angststörung mehr diagnostiziert (Flannery-Schroeder et al., 2005; Flannery-Schroeder & Kendall, 2000).

Duda-Kirchhof und Döpfner (2000) haben in Anlehnung an das Coping Cat Programm eine *Intervention* für den deutschen Sprachraum entwickelt. Die therapeutischen Inhalte decken sich weitgehend mit jenen aus dem Coping Cat (16 Sitzungen). Aus dem FEAR-Plan wurde ein deutschsprachiger 5-Stufen Plan „FESTE“. Die Autoren diskutieren nach der Analyse der Literatur und der eigenen Durchführung des Programms, dass es noch weiter ausgebaut und ergänzt werden muss, um einer breiteren Altersgruppe zu dienen und den verschiedenen Angststörungen Rechnung zu tragen. Die Autoren haben auf dieser Grundlage ein Programmpaket erschaffen (thaz, tw. noch in Arbeit), welches an die Grundlagen vom Coping Cat angelehnt ist, aber den verschiedenen Störungen gerecht wird (z.B. Suhr-Dachs & Döpfner, 2005).

Die australische Version des Coping Cat, das *Coping Koala*, ist ein *Therapieprogramm* für Kindergruppen, welches in 10 Wochen die gleichen Inhalte vermittelt (Barrett, Dadds et al., 1996; Dadds et al., 1997). In der dritten, sechsten und neunten Woche werden zusätzlich Elternsitzungen durchgeführt. Die Eltern erwerben Fertigkeiten im Umgang mit verschiedenen Problemsituationen (z.B. ängstliches Verhalten des Kindes, Verstärkungslernen), sie erfahren, was die Kinder lernen und wie sie sie unterstützen können und auch wie sie diese Kompetenzen für die eigenen Ängste einsetzen können. Barrett, Dadds et al. (1996) haben die Wirkung des Programms in zwei Bedingungen getestet: mit und ohne Elternarbeit. Wie in Kapitel 5.3.2 aufgezeigt wurde, hat die Stichprobe inklusive Elternarbeit in der Postmessung besser abgeschnitten (95.6% diagnosefrei) als die Stichprobe ohne Elternarbeit (70.3%). In einer weiteren Studie, welche die CBT-Gruppentherapie mit oder ohne Elternarbeit untersucht hat und mit einer Warteliste verglichen, haben die Autoren festgestellt, dass zwar nach der Intervention die Gruppe mit Elternarbeit besser abgeschnitten hat, dieser Effekt jedoch nicht anhält und längerfristig die Wirkung des Programms unabhängig von der Elternbeteiligung wirksam ist (Barrett, 1998; Barrett, Duffy et al., 2001).

Dadds und Kollegen (1997) auch bekannt unter „The Queensland Early Intervention and Prevention of Anxiety project“ haben aus dem *Coping Koala* Therapieprogramm ein *Präventionsprogramm (early intervention school-based program)* kreiert. Es wurden 1‘787 Kinder im Alter von 7-14 Jahren auf Angstsymptome gescreent (Selbst- und Lehrereinschätzung). Daraus resultierten 128 Kinder mit einzelnen Angstsymptomen, welche an dem 10-Wochen schulbasierten, *indizierten* Präventionsprogramm teilnahmen oder in eine Monitoringgruppe (Kontrollgruppe) eingeteilt wurden. Die Eltern haben ebenfalls ein Treatment erhalten (3 Sitzungen wie in der Therapiebedingung). Die Postmessung ergab für beide Gruppen eine positive Entwicklung, wobei im 6-Monats-Follow-up nur die Interventionsgruppe diesen Effekt halten konnte (Reduktion von Ängstlichkeit und Prävention einer solchen Entwicklung). Nach 12 Monaten haben sich die beiden Gruppen wieder angenähert, jedoch hatte nach weiteren 12 Monaten die Interventionsgruppe wieder weniger Kinder mit Angstsymptomen als die Kontrollgruppe. Die Stärke der Symptome, weibliches Geschlecht und elterliche Angst waren Prädiktoren für ein schlechtes Abschneiden in den Post- respektive Follow-up-Messungen in Bezug auf Veränderung der Symptomatik, wobei nur die Stärke der Symptome eine Art Chronizität vorhersagen kann (2-Jahres-Follow-up).

Die Evaluation des *FRIENDS for life* kann wie die Vorläufer als sehr wirksam zur *Prävention* (oder Therapie) von Angststörungen angesehen werden. Gleichzeitig hilft das FRIENDS-programm auch gegen eine depressive Entwicklung (Barrett et al., 2000; Barrett, Webster, & Turner, 2003a; Barrett et al., 2003b). Das Programm ist aufgebaut in 10 Sitzungen für die Kindergruppe, vier Sitzungen mit den Eltern und zwei Auffrischsitzungen mit den Kindern. Das theoretische Modell gleicht stark dem bereits beim Coping Cat und Coping Koala be-

schrieben: Die drei Komponenten (physiologische, kognitive und behaviorale), welche bei der Entwicklung und Aufrechterhaltung und auch bei der Erfahrung der Angst zusammenwirken, werden im Programm integriert. Das Programm wird im Bericht der WHO als wirksame Prävention eingestuft (World Health Organization, 2004), sowohl als universelle, selektive als auch als indizierte Prävention (vgl. Tab. 75 & 76).

Die verschiedenen Arbeitsgruppen rund um Paula Barrett haben das FRIENDS-programm (*Therapie*) evaluiert. Shortt, Barrett und Fox (2001) haben 71 Kinder im Alter von 6-10 Jahren mit verschiedenen Angststörungen zufällig auf die Interventions- oder Wartekontrollgruppe verteilt. Bei 69% der Kinder der Interventionsgruppe konnte keine Diagnose zum Postmessungszeitpunkt gestellt werden im Vergleich zu 6% der Wartekontrollgruppe. Ein Jahr später waren immer noch 68% der Interventionsgruppenkinder diagnosefrei. Die Kinder und Eltern haben eine hohe Zufriedenheit mit dem Programm angegeben.

Das FRIENDS-programm wurde ebenfalls in Sinne einer *universellen* Prävention auf Schulbasis durchgeführt. Die Arbeitsgruppen um Barrett und Lowry-Webster (Barrett, Farrell, Ollendick, & Dadds, 2006; Lowry-Webster et al., 2001; Lowry-Webster, Barrett, & Lock, 2003) haben eine Langzeitstudie mit 594 Kindern im Alter von 10-13 Jahren durchgeführt, in welcher die Kinder entweder einer Interventionsgruppe (pro Klasse, während einer regulären Unterrichtsstunde durch Lehrer vermittelt) oder einer Kontrollgruppe zugeteilt wurden. Das Ziel der Prävention ist die Verhinderung einer Entwicklung von Angst- oder depressiven Symptomen. Unabhängig davon, ob die Kinder vor der Intervention Angstsymptome zeigten oder nicht, hatten die Kinder in der Interventionsgruppe nach dem Treatment weniger Angstsymptome als die Kontrollgruppe. Bezüglich der depressiven Symptomatologie hat nur die Gruppe mit eingangs starken Angstsymptomen beim Posttest eine Verbesserung gezeigt. Nach 1 Jahr konnte der Effekt erhalten bleiben. Bei 85% der Kinder, welche in der Interventionsgruppe klinische Angst- und Depressionswerte hatten, waren nach dem Treatment im Gegensatz zu 31.2% aus der Kontrollgruppe diagnosefrei. Auch nach 2- respektive 3 Jahren konnten die Effekte gehalten werden. Die Autoren um Barrett (2006) haben einen signifikanten Zeit x Interventionsgruppe x Geschlechtseffekt auf die Angststörung gefunden: Mädchen respektive mittlerweile weibliche Jugendliche aus der Interventionsgruppe zeigten im Vergleich zur Kontrollgruppe weniger Angstsymptome zum 1- und 2-Jahres-Follow-up, jedoch nicht mehr beim 3-Jahres-Follow-up.

Weiter haben Barrett und Turner (2001) eine Studie mit 489 Kinder im Alter von 10-12 Jahren mit 2 *Interventionsbedingungen* (schulbasierte) und einer Kontrollgruppe mit normalem Unterricht durchgeführt. In einer Bedingung haben Psychologen das FRIENDS for children durchgeführt in der zweiten Bedingung die Lehrpersonen. In beiden Interventionsbedingungen waren die Anzahl Symptome zum Postmesszeitpunkt geringer als in der Vergleichsgruppe.

FRIENDS for life wurde auch in anderen Ländern und Kulturen durchgeführt: Holland, Deutschland, Belgien, Portugal, ehemaliges Jugoslawien, China und die USA (vgl. Barrett, Sonderegger, & Sonderegger, 2001; Shortt, Barrett, & Fox, 2001). Es konnte ebenfalls im Prä-Post-Vergleich gezeigt werden, dass das Programm die Angstsymptomatik im Vergleich zu einer Wartekontrollgruppe reduziert.

Das FRIENDS for life wurde von Essau und Conradt auf Deutsch in *FREUNDE für Kinder* (Barrett et al., 2003a, 2003b) übersetzt und durch die Autorin Essau und Conradt (2007) evaluiert. Es wurden 638 Kinder im Alter von 9-12 Jahren zu einer *Präventions-* oder Kontroll-

gruppe klassenweise zugeordnet. Es wurden Fragebogen ausgefüllt zu Angst, Depressivität, Perfektionismus, psychosoziale Beeinträchtigung, Coping-Stil und zu sozialen Kompetenzen. Die Kinder aus der Präventionsgruppe zeigten im Vergleich zur Kontrollgruppe direkt nach dem Training einen signifikanten Rückgang von Angst- und depressiven Symptomen. Auch im Bereich der psychosozialen Beeinträchtigungen zeigten sich Verbesserungen in der Interventionsgruppe. Auch konnten Unterschiede in den Gruppen hinsichtlich des selbstorientierten Perfektionismus festgestellt werden, welcher sich in der Interventionsgruppe reduzierte, nicht jedoch auf der Skala des sozial-orientierten Perfektionismus. Auch bei der deutschen Studie zeigte sich, dass Kinder mit einer klinischen Angst im Vorfeld am stärksten hinsichtlich der Veränderung der Angst- und Depressionssymptome von der Intervention profitieren. Dies galt auch für den Bereich der familiären Beziehungen, häusliche Aktivitäten, soziale Kompetenzen. Essau (2007) geht davon aus, dass dies dadurch erklärt werden könnte, dass Kinder mit klinischer Ausprägung auf der Angstskala mehr Möglichkeit haben, grosse Veränderungen zu zeigen, dass sie ausserdem wahrscheinlich stärker durch einen grösseren Leidensdruck motiviert sind und dass sie mehr Gelegenheiten zum Üben oder Zeigen ihrer Fertigkeiten haben.

Cool kids und Helping your anxious child (Rapee, Spence, Cobham, & Wignall, 2000; Rapee, Wignall, Hudson, & Schniering, 2000)

Die Gruppe um Rapee (Rapee, Abbott, & Lyneham, 2006; Rapee, Spence et al., 2000; Rapee, Wignall et al., 2000) hat verschiedene Programme entwickelt, welche die Ängste von Kindern und Jugendlichen angehen. Sie beziehen sich auf verschiedene Altersbereiche für unterschiedliche Gruppen (z.B. für ländliche Gegenden, Schulversion, Kinder unter Stress, www.emotionalhealthclinic.com.au). Das *cool kids program* ist für Kinder zwischen 7 und 13 Jahren konzipiert und wird in Gruppen mit 5 bis 7 Familien (mind. 1 Elternteil) durchgeführt. Das Standardprogramm dauert 11 Wochen und besteht aus neun Sitzungen à 2 Stunden. Die letzten beiden Sitzungen sind nicht mehr wöchentlich, um zusätzlich Übungen im Alltag durchführen zu können und das Ausschleichen des Trainings zu ermöglichen. Die Familien sind in den jeweiligen Sitzungen zuerst alle zusammen (Kinder und Eltern), dann werden Kinder und Eltern jeweils separat in deren Gruppen betreut, um am Ende erneut in die Gesamtgruppe zu kommen. In der Phase, in der die Kinder- respektive Elterngruppen alleine betreut werden, ist die jeweils andere Gruppe auf sich alleine gestellt und kann sich so kennenlernen. Lyneham und Rapee (2004) machen den Vorschlag, die Gruppen simultan zu halten, wenn zwei Therapeuten zur Verfügung stehen. Sie teilen die Gruppen ein nach deren Alter und nicht nach Angstdiagnose. Somit sind die Materialien besser angepasst und die Kinder profitieren von einer Normalisierung, weil sie von verschiedenen Ängsten hören. Kurz zusammengefasst beinhaltet das Programm folgende Inhalte und Techniken: Beziehungsaufbau und Regeln für die Gruppe, kognitive Umstrukturierung, Detektivbogen, Hausaufgaben, Selbstverstärkung, Angsthierarchie, Fertigkeitentrainings (Soziale Kompetenzen, Stressbewältigung, Coping mit Bullying, etc.), Konfrontationsvorbereitung, Rückfallprophylaxe. Bei den Eltern sind es folgende Inhalte und Techniken: Beziehungsaufbau und Erwartungsklärung, kognitive Umstrukturierung, elterlicher Umgang mit unangemessenen kindlichen Verhaltensweisen, Detektivgedanken, Erziehungsstrategien, Modelllernen, Einfluss elterlicher Angst, Checkliste, falls das Kind Angst zeigt, Unterstützungsmöglichkeit bei der Planung von Expositionsübungen, Belohnungs- und Angstmanagement.

Das Programm wurde als *indizierte* Prävention für ängstliche Kinder im Alter zwischen 9 und 10 Jahren anhand einer randomisierten Kontrollgruppenstudie (Warteliste) mit 50 ökonomisch benachteiligten Kindern evaluiert (Mifsud & Rapee, 2005). Zum Follow-up-Zeitpunkt

konnte eine Effektstärke von 0.57 festgestellt werden. Das schulbasierte Programm dauert 8 Wochen im Gruppensetting mit 2 Gruppensitzungen für die Eltern und erreichte eine Reduktion der Angst im Vergleich zu einer Kontrollgruppe.

Rapee (2003) stellte in einer zusätzlichen Studie anhand des cool kids Programms die Frage, ob komorbide Störungen einen Einfluss auf das Outcome haben. Er proklamiert, dass oft die Übertragung von Forschungsergebnissen auf den klinischen Alltag schwierig ist und nicht zu den gleichguten Resultaten führt. Er verglich das Outcome von einer Gruppe mit und einer Gruppe ohne komorbide Störungen. Weder direkt nach dem Treatment noch nach 1 Jahr konnte ein Unterschied im Outcome festgestellt werden. Einzig in der Fremdbeurteilung durch die Eltern zum Follow-up-Zeitpunkt wurden leichte Unterschiede zu Ungunsten der Gruppe mit komorbider Störung festgestellt.

Das Buch *Helping your anxious child* ist der Ratgeber für Eltern mit ängstlichen Kindern und ist das Pendant zum cool kids program (Rapee, Spence et al., 2000). Rapee und Kollegen (2006) haben in einer Studie untersucht, ob die Bibliotherapie für Eltern von Kindern mit Angststörungen funktioniert. Sie haben 267 klinisch ängstliche Kinder im Alter zwischen 6 und 12 Jahren in der Studie randomisiert auf eine Treatment-, eine Wartekontroll- und die Bibliotherapiegruppe aufgeteilt. Die Bibliotherapiegruppe konnte im Vergleich zur Wartekontrollgruppe profitieren, jedoch nicht so stark wie die Standardtreatmentgruppe. 15% der Kinder in der Bibliotherapie waren zum Postzeitpunkt diagnosefrei und auch nach 12 und 24 Wochen. Rapee und Kollegen (2006) machen darauf aufmerksam, dass trotz dieser vielversprechenden Resultate davon ausgegangen wird, dass eine Bibliotherapie ergänzend eingesetzt werden und nicht ein Interventionsprogramm mit einem ausgebildeten Therapeuten oder Trainer ersetzen kann.

Thienemann, Moore und Tompkins (2006) haben in einer *Pilotstudie* untersucht, ob eine Therapie (aus dem cool kids – program), die *nur mit den Eltern* durchgeführt wird, ähnlich effektiv ist, wie wenn die Kinder einbezogen werden. Somit wurden 24 Kinder zwischen 7 und 16 Jahren mit einer Angststörung indirekt therapiert. Dies ist eine unkontrollierte Pilotstudie und soll erste Einschätzungen geben. Die Kinder zeigten signifikante Verbesserungen, sowohl in der Fremdbeurteilung der Eltern als auch in jener der Therapeuten. 25% der Kinder waren diagnosefrei und die gemittelte Anzahl Angstdiagnosen fiel von 3.4 auf 1.5 herunter. Die Intervention hatte einen starken Effekt auf die Intensität der Störung und die Beeinträchtigung durch diese, auf die elterlichen Einstellungen und auf Verhaltensprobleme des Kindes. Kinder mit Eltern, die eine Angststörung hatten, berichteten über eine grössere Verbesserung als Kinder mit Eltern, welche keine Angststörung hatten.

Internet-based cognitive-behavioral therapy intervention for child anxiety disorder – BRAVE (S. March, Spence, & Donovan, 2009; Spence, Holmes, March, & Lipp, 2006)

In Australien wurde ein kognitiv-verhaltenstherapeutisches Therapieprogramm für Kinder und Jugendliche mit Angststörungen entwickelt, welches auf den gleichen Techniken und Methoden basiert wie die Programme Coping Cat und FRIENDS (vgl. oben) und für einen Internetgebrauch angepasst wurde. Es existiert ein BRAVE-Programm (Standard off-line), ein BRAVE-ONLINE Programm und dies jeweils für Kinder (8-12 Jahre) und für Jugendliche (13-17 Jahre; <http://brave.psy.uq.edu.au>). Die Autoren des BRAVE-Therapieprogramms (Spence et al., 2006) haben zuerst das BRAVE-Standardprogramm mit einer Kombination aus einer off- und online-Version mit einer Wartekontrollgruppe in einer Studie mit insgesamt 72 Kindern im Alter von 7 bis 14 Jahren verglichen. Beide Treatmentgruppen konnten ver-

gleichsweise profitieren und diese Effekte konnten auch noch ein Jahr später nachgewiesen werden. In einer späteren Studie konnten die Autoren um March (2009) das BRAVE-ONLINE-Programm mit einer Wartekontrollgruppe vergleichen. Familien von 73 Kindern mit einer Angststörung, im Alter von 7-12 Jahren, wurden zufällig auf die Gruppen verteilt. Zum Postmesszeitpunkt konnten die Kinder der Treatmentgruppe im Vergleich zur Kontrollgruppe eine kleine, aber signifikante Verbesserung der Symptomatik und eine Verbesserung auf der Skala zur Erfassung des allgemeinen Funktionsniveaus verzeichnen. Diese Verbesserungen wurden über die sechs Monate Follow-up noch verstärkt, so dass zu diesem Zeitpunkt bei 75% der Kinder der Treatmentgruppe keine Diagnose mehr gestellt werden konnte. Die online-Intervention ist auf 10-Wochen mit jeweils einer Stunde für die Kinder und sechs wöchentliche 60-Minuten-Sitzungen für die Eltern ausgerichtet. Das Angstmanagementtraining der Kinder beinhaltet das Erkennen der physiologischen Symptome der Angst, Entspannungsstrategien, kognitive Strategien, Selbstverbalisation, kognitive Umstrukturierung, graduierte Exposition, Problemlösetechniken und Selbstverstärkung bei mutigem Verhalten. Das Elternprogramm beinhaltet Psychoedukation und Informationen zu Kontingenzmanagement, Entspannungstraining, kognitive Umstrukturierung, graduierte Exposition und Problemlösetechniken. Die Darstellung der Homepage ist ansprechend und in jeder Sitzung werden ca. 20-30 Webpages aktiviert. Jede Sitzung beginnt und endet mit einem Quiz, das hilft, die Inhalte der letzten Sitzung noch einmal abzurufen. Während des Programms können per Email Fragen an den Therapeuten gestellt werden. Ausserdem erhalten die Teilnehmer einen Ordner mit nützlichen Adressen, Namen, Entspannungs-CD-Rom, Handouts zu den Sitzungen, Hilfestellung zur Benutzung der Homepage. Nach Beendigung einer Sitzung wird die nächste Sitzung für 7 Tage aufgeschaltet. Die Teilnehmer haben zusätzlich die Möglichkeit für zwei Telefonkontakte.

Family cognitive-behavioral therapy (Bögels & Siqueland, 2006)

Aufgrund der unbefriedigenden Befunde aus der Literatur, dass nicht allen Kindern und Jugendlichen mit Angststörungen geholfen werden kann und 20-50% der behandelten Kinder, auch bei Einbezug der Eltern, immer noch eine Störung haben, ist von Bögels und Siqueland (2006) ein Familien-Programm auf kognitiv-verhaltenstherapeutischer Grundlage zusammengestellt worden. Sie beziehen Überlegungen mit ein, welche sie aus der Literaturrecherche gewonnen haben und sich darauf beziehen, warum der Einfluss der Eltern unterschätzt wurde.

Die Familien bei Barrett et al. (1996) und Cobham et al. (1998) wurden durch Werbung von Familien, die an die Universität kommen, angelockt (vgl. weiter oben, FRIENDS-program). Es wurde nicht mit eingerechnet, dass dies eventuell Familien sind, welche grössere Probleme mit sich bringen. Zweitens wurde in den Studien von Barrett (1998), Spence et al. (2000) und Mendlowitz et al. (1999) die Intervention in Gruppen durchgeführt, womit nicht auf die speziellen Bedürfnisse der einzelnen Familien eingegangen werden konnte. Drittens haben die meisten Studien keine älteren Adoleszenten einbezogen, bei welchen gegebenenfalls eine angepasste Version eines Elterntrainings angebracht wäre (z.B. Autonomieentwicklung). Viertens wurden keine familiären Variablen (z.B. dysfunktionale elterliche Gedanken, Erziehung, familiäre Prozesse und elterliche Psychopathologie) mit bedacht. Fünftens gehen Bögels und Siqueland (2006) davon aus, dass grössere Effekte erzielt werden könnten, wenn weniger individuelle CBT und mehr Familienintervention durchgeführt würde. Sechstens haben mit einer Ausnahme, die Studie von Howard und Kendall (1996), die Geschwister nicht an den Trainings und Therapien mitgemacht.

Aufgrund dieser Überlegungen haben Bögels und Siqueland (2006) aus 24 Familien, welche an sie verwiesen wurden, 17 ausgewählt. Die Kinder waren 8-17 Jahre alt. Neun dieser 17

Kinder hatten bereits eine erfolglose Therapie hinter sich, acht bekamen Psychotherapie und ein Kind Medikamente. Sechs Kinder kamen aus Familien mit geschiedenen Eltern. Alle Väter, inklusive Stiefväter und drei der sechs geschiedenen Väter machten mit im Treatment. Das Treatment beginnt mit einer Sitzung, in welcher die ganze Familie anwesend ist, einschliesslich der Geschwister, und ein Beziehungsaufbau gestaltet, das Störungsverständnis bearbeitet und das Therapierational erklärt wird. Die Therapie besteht aus drei Phasen. Die erste Phase beinhaltet ein Skillstraining, welches an das Indexkind und die Eltern gerichtet ist: beispielsweise Identifizieren und Verändern von negativen Überzeugungen, Exposition in vivo, Selbstverstärkung, Modelllernen. In der zweiten Phase werden dysfunktionale Überzeugungen zwischen Kind und Eltern, welche eventuell den Veränderungsprozess blockieren, besprochen. Drei Sitzungen werden mit den Eltern alleine durchgeführt, um zu klären, ob die Eltern störende Überzeugungen bezüglich der Kinder haben, wie sie erziehen und wie ihre eigenen Ängste in das Störungsmodell passen. Eine Einzelsitzung mit dem Kind beinhaltet die Modifikation der dysfunktionalen Gedanken bezüglich der Kommunikation mit den Eltern. Die dritte Phase beinhaltet die Kommunikation und das Problemlösen in Bezug auf das Kind zwischen den Eheleuten. Auch wird dies in Bezug auf die ganze Familie in einer Sitzung, in welcher die gesamte Familie anwesend ist, angeschaut. Die letzte Sitzung gilt der Evaluation.

In der Wartelistenphase (alle Teilnehmer) fand keine diagnostische Veränderung statt. Der Prä-Post-Vergleich zeigte eine signifikante Reduktion der Angstsymptomatik und der internalisierenden Symptome. Die dysfunktionalen Überzeugungen der Kinder haben sich vermindert, mehrdeutige Situationen wurden positiver bewertet und sie berichteten über vermehrten Gebrauch von Copingstrategien. Zu beiden Follow-up-Zeitpunkten (3 Monate und 1 Jahr) konnten die Ergebnisse gehalten und sogar noch verbessert werden. Zum Zeitpunkt der Post-Messung waren 41% diagnosefrei, 57% beim 3-Monats-Follow-up und 71% beim 1-Jahres-Follow-up. Die Väter berichteten über eine Reduktion der eigenen Ängste, dies konnte bei den Müttern nicht festgestellt werden. Ausserdem konnte eine grosse Verbesserung in Bezug auf die elterlichen dysfunktionalen Überzeugungen über die Angststörung des Kindes und über die Rolle der Eltern verzeichnet werden. Weniger starke Effekte sind in Familienvariablen und Erziehung gefunden worden. Obwohl die Stichprobe sehr klein war und keine Kontrollgruppe existierte, kann empfohlen werden, dass die Väter in die Behandlung einbezogen werden und dass keine lange Intervention beim Kind und auch auf das gesamte Programm bezogen notwendig sind. Ein grosser Teil der Intervention hat sich auf die Eltern und die Familie bezogen und führte trotzdem zu starken Veränderungen beim Kind. Ausserdem konnte über die zwei Follow-up-Daten gezeigt werden, dass auch nach Beendigung des Treatments die Wirkung sich noch entfaltet (Bögels & Siqueland, 2006).

Training sozialer Kompetenzen (Spence et al., 2000)

Ein Programm von Spence et al. (2000), das speziell für Kinder mit sozialer Angst entwickelt wurde, ist ebenfalls kognitiv-verhaltenstherapeutisch orientiert und integriert Trainingselemente, die auf soziale Kompetenzen, positive Selbstinstruktion, kognitive Herausforderungen, Entspannung, soziales Problemlösen und stufenweise Konfrontation mit verschiedenen sozialen Situationen ausgerichtet sind. Das 12-Wochenprogramm (exkl. 2 Boostersessions) benutzt Techniken wie Modelllernen, Rollenspiele, Verstärkung, Anregungen und Hausaufgaben. Spence und Mitarbeiter (2000) haben diese Intervention in einer Gruppe mit und in einer zweiten Interventionsgruppe ohne Eltern durchgeführt und mit einer Wartekontrollgruppe verglichen. Die 50 Kinder der Studie waren im Alter von 7-14 Jahren. Unter der Bedingung des Einbezugs der Eltern konnten diese während des ganzen Trainings an kurzen Sitzungen

teilnehmen, in welchen sie die Gelegenheit hatten, ihre Kinder durch den Einwegspiegel zu beobachten. Signifikant weniger Kinder aus den Interventionsgruppen hatten zum Postzeitpunkt noch eine Diagnose der Sozialen Phobie und zeigten eine Verbesserung hinsichtlich der sozialen Kompetenzen. Diese Effekte sind bis zum Follow-up bestehen geblieben. Trotz der tendenziellen Überlegenheit der Interventionsgruppe mit Eltern war der Effekt nicht statistisch signifikant.

5.4 Studie 3 – Pilotstudie zur Prävention

In den Jahren 2004 und 2005 wurde das indizierte Präventionstraining „Der Zauberlehrling“ der Autorin dieser Arbeit mit jeweils simultan vier Kinder- und Müttergruppen durchgeführt. Im Rahmen dieser Studie wurden drei Lizentiatsarbeiten verfasst, welche sich ebenfalls direkt oder indirekt mit dem Interventionsprogramm befassen: Wirksamkeitsaspekte des Programms, verteilungsfreie und explorative Analyse (Coninx, 2007), Multikasuistische Studie zu den antizipatorischen und normativen Erwartungen der Mütter (Kunz, 2006) und eine multiple Einzelfallanalyse zu Coping, Wahrnehmung, Emotionen und Körperempfindungen von ängstlichen Kindern über den Verlauf des Trainings (Mauron, 2005).

Das Hauptanliegen der *Studie 3* ist, das durch die Autorin der vorliegenden Arbeit in den Jahren 2003 und 2004 neu entwickelte Programm anhand einer Schweizer Stichprobe zu evaluieren (formative und summative Evaluation, Mittag & Jerusalem, 1997; Perrez & Hilti, 2005). Die einzelnen Komponenten der Manuale sind durch schon existierende, teilweise evaluierte Programme respektive Trainingselemente neu zusammengestellt und auf die Zielgruppe hin zugeschnitten worden. Für das Herleiten der einzelnen Elemente und den theoretisch-empirischen Hintergrund siehe Kapitel 5.4.1.1. Die Idee war, ein kurzes, auf die wichtigsten Trainingselemente reduziertes Programm zu entwerfen. Kurze kostengünstige Programme sind niederschwelliger und speziell im präventiven Bereich sinnvoll (vgl. Kap. 5.3.1). Weil davon ausgegangen wird, dass für ein primärpräventives Programm die Rekrutierung ausserhalb der schulbasierten Intervention schwierig ist, wurde auf die Idee der indizierten Prävention zurückgegriffen. Es wird davon ausgegangen, dass es die Mütter respektive Eltern sind, welche die Kinder anmelden und entsprechend motiviert für eine Intervention sind. Dies war einer der Gründe für ein simultanes Mütterprogramm. In diesem Zusammenhang geht es darum, dass im Bereich der Prävention (auch in der indizierten), die Kinder nicht gleich motiviert sind, als wenn sie einen Leidensdruck im Rahmen einer Angststörung aufweisen; somit wird damit gerechnet, dass die Intervention, vor allem die Übungen, nicht alleine durch das Kind getragen werden können. Durch diese Vorüberlegungen wuchs das Mutterprogramm von einzelnen Sitzungen zwischendurch zu einem parallelen Programm, in welchem die Mütter zu Experten ihrer Angst und der Angst ihrer Kinder geschult werden.

Das Programm versucht die vorgegebenen Voraussetzungen, welche in Kapitel 5.3.1 dargestellt wurden, zu vereinen: ein kurzes, aber intensives und kostengünstiges, niederschwelliges Programm für junge Kinder und deren Mütter, welche in sozialen und kognitiven Kompetenzen auf vielfältige Art geschult werden (vgl. Ramey & Ramey, 1998). Das Programm muss theorie- und empiriegeleitet sein (ursachengeleitet), jedoch vor allem auf die aufrechterhaltenden Faktoren von Kind und Familie fokussieren (Einbezug der Mütter, vgl. Durlak & Wells, 1997a; Ginsburg & Schlossberg, 2002), die Beziehung fördernd und manualisiert sein und durch qualifizierte Trainer durchgeführt werden (Supervision der Lizentianden). Es soll eine Balance aus spezifischen auf die zu verhindernde Störung bezogenen Elemente und unspezifischen, gesundheitsfördernden, ressourcenorientierten Einheiten aufweisen. Die Evaluation soll neben einer Prä- und Postmessung auch ein Follow-up beinhalten, damit aufgezeigt

werden kann, dass – speziell im präventiven Bereich – längerfristig ein Schutz (Kompetenzerwerb) aufgebaut werden kann und sich keine Störung entwickelt. Idealerweise soll eine Kontrollgruppe (Warteliste) eingesetzt werden, um aufzuzeigen, dass die Veränderungen nicht spontan erfolgt sind (protektive Relevanz, vgl. Durlak & Wells, 1997a).

In der hier dargestellten Evaluation werden auch Faktoren untersucht, welche nicht Inhalt in der berichteten Forschungsliteratur aus Kapitel 5.3 waren (z.B. Veränderung von Copingfertigkeiten über den Verlauf des Trainings). In diesem Zusammenhang ist eine dimensionale Diagnostik, wie von der Autorin eingesetzt, ausschlaggebend, da auch kleine Veränderungen erfasst und nachgewiesen werden können (vgl. Kap. 2.3). Es sind auch neue Fragebogen entwickelt worden, welche unter anderem hypothesengenerierend eingesetzt werden (Pilotstudie). Es soll aufgezeigt werden, dass auch im schwierigen Altersbereich von 9-11 Jahren ein Training wirken kann (vgl. Kap. 5.3.2; vgl. Crick & Dodge, 1994; Kazdin, 1993). Ausserdem soll, wie von Ginsburg und Schlossberg (2002) bemängelt, aufgezeigt werden, ob und auf welchen Faktoren die Eltern sich über das Training verändern. Entsprechend wurden grosse Fragebogenbatterien eingesetzt, welche Selbst- und Fremdeinschätzungen beinhalten (Erziehungs- und Persönlichkeitsvariablen, vgl. Kap. 5.4.3.3).

Die Autorin möchte durch die *Studie 3* aufzeigen, dass der Einbezug der Mütter elementar ist, weil dadurch die präventive Wirkung sich auf längere Sicht hin erst entfalten kann. Das Kindprogramm bietet die Grundlage für die weiterführende Arbeit zu Hause mit der Mutter. Die Kinder lernen das Handwerk, bekommen Psychoedukation und erste Erfahrungen im Bereich der Exposition und Übungen in der Gruppe im geschützten Rahmen. Die Mütter erhalten ebenfalls Psychoedukation, welche ihnen helfen soll, ihren Kinder zu helfen, sich in alltäglichen Situationen zu exponieren, die Kinder zu unterstützen, sich selbst zu helfen. Weiter wurde auch ein Wissenscheck bei den Kindern und Müttern durchgeführt (vgl. Kap. 5.4.3.3), um zu sehen, ob ein Wissenszuwachs stattfindet und fünf Monate anhält, welcher elementar für die Übungen im Alltag ist (post- und Follow-up-Messung; vgl. Junge et al., 2002).

5.4.1 Kognitiv-verhaltenstherapeutisches Präventionsprogramm der *Studie 3*

Nach der Beschreibung der theoretischen Überlegungen zu den Therapieelementen, des Settings und der Adressaten in Kapitel 5.4.1.1 wird das indizierte Präventionsprogramm „Der Zauberlehrling“ in Kapitel 5.4.1.2 zusammengefasst vorgestellt. Im Anhang sind die verschiedenen Materialien für die *Studie 3* zu finden.

5.4.1.1 Theoretisch-empirischer Hintergrund der einzelnen Treatmentelemente der *Studie 3*

Evidenzbasierte Interventionen bei Angststörungen im Kindes und Jugendalter

Im Gegensatz zu Lambert und Barley (2001, vgl. Kap. 5.1) folgern Grawe, Donati und Bernauer (2001) aus ihren Vergleichen, dass die Ergebnislage eindeutig ist: Die „kognitiv-behaviorale Therapie ist im Durchschnitt hochsignifikant wirksamer als psychoanalytische Therapie und Gesprächspsychotherapie“ (S. 670). Die Meta-Analyse zu den Ergebnissen deutschsprachiger Effektivitätsforschung (Zeitraum 1952-1997) ist weniger optimistisch und zeigt auf, dass nur ein mittlerer Effekt von $d=0.54$ bei 47 Behandlungs-Kontrollgruppen-Vergleichen, unabhängig von der Therapieform, gefunden werden konnte (Beelmann &

Schneider, 2003). Tendenziell sprechen die Autoren den verhaltenstherapeutischen Massnahmen, im Speziellen den familienbezogenen Therapien, zwar eine Überlegenheit zu, jedoch konnten sie nicht zeigen, dass die KVT hochsignifikant wirksamer ist (vgl. Kap. 5.3). Im Bereich der Angststörungen konnten aber die verhaltensmodifikatorischen Techniken als ausreichend evaluiert beurteilt werden. Döpfner und Lehmkuhl (2002) zeigen in ihrer Übersicht zur Wirksamkeit von Kindertherapie, dass eine grundsätzliche Wirksamkeit im Bereich Therapie mit Kindern und Jugendlichen vorliegt, dass die Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen ähnlich wirkungsvoll ist wie mit Erwachsenen, dass die kognitiv-behaviorale Verfahren mittlere bis starke Effekt hervorrufen (zw. $d=0.76$ bis 0.91) und nicht-behavioralen fast nur schwache Effekte, unter $d=0.50$. Ausserdem stabilisieren sich die Effekte über die Zeit. Die Effekte werden deutlicher (bis doppelt so hoch), wenn der Fokus auf das Hauptproblem und – ziel gerichtet ist.

In der Behandlung von Phobien sind die Methoden des teilnehmenden Modelllerns und der Verstärkung von Annäherung an den gefürchteten Reiz (operantes Vorgehen, vgl. weiter unten) empirisch gut bewährt (Döpfner & Lehmkuhl, 2002), wobei deutlich wird, dass in beiden Methoden die Exposition mit enthalten ist (vgl. weiter unten, Tab. 78). Ollendick und King (2003) spezifizieren diese Exposition als graduierte, in Chambless und Ollendick (2001) ist es forcierte Reizkonfrontation. Als vermutlich effektiv werden bei Ollendick und King (2003) im Bereich der Phobien folgende Treatments angesehen: in sensu und in vivo Desensibilisierung, Modelllernen live oder über Film und KVT. Nach Chambless und Ollendick (2001) sind psychodynamische Psychotherapien im Bereich der Angststörungen möglicherweise wirksam, wurden jedoch bis anhin noch nicht angemessen evaluiert (vgl. Kap. 5.3.1, evidenzbasierte Interventionen).

Bei der Behandlung von Angststörungen im Allgemeinen sind keine gut bewährten Programme aufgeführt, aber die kognitiv-verhaltenstherapeutischen Programme sind als vermutlich effektiv eingestuft worden, mit oder ohne familiären Einbezug (Döpfner & Lehmkuhl, 2002; Ollendick & King, 2003). Die Programme bestehen aus den bereits teilweise unter Kapitel 5.3 vorgestellten kognitiven und psychoedukativen Komponenten und der Expositionsbehandlung (siehe weiter unten). Zusätzlich zu den genannten Treatments ist nach Kazdin (2004) die systematische Desensibilisierung ein evidence-based Treatment für Angststörungen. Auch Kazdin (2004) setzt die kognitive Verhaltenstherapie als evidence-based bei Angststörungen im Kindesalter auf die Liste. Er zeigt anhand des Coping Cat Programms von Flannery-Schroeder und Kendall (1996, vgl. Kap. 5.3.3) die Kernkomponenten auf, welche zur Wirkung beitragen (Kendall, Chu, Pimentel, & Choudhury, 2000; Kendall & Treadwell, 1996): Im Bereich der Kognitionen sind die Strukturen (Gedächtnis, Weg des Erlebens der Information), Inhalt (andauernde Selbst-Statements), Prozesse (Verarbeitung und Interpretation von Erfahrungen) und Produkte (resultierende Einstellungen) gemeint. Die kognitiven Verzerrungen spielen in diesen Programmen eine zentrale Rolle, welche speziell darauf hindeuten, dass der Informationsprozess fehlgeleitet ist und somit zu einem wahrnehmungsverzerrten Bild von sich oder der Umwelt führten. Die Therapie nun führt dazu, dass das Kind neue Fertigkeiten entwickeln kann, neue Erfahrungen sammelt, in welchen es die dysfunktionalen und neuen adaptiven Überzeugungen ausprobieren kann (Kazdin, 2004). In empirisch validierten Behandlungsprogrammen sind die zentralen Ziele konkret: die Veränderung der Bewertung von Angstauslösern und -symptomen, der Abbau des Vermeidungsverhaltens, der Aufbau sozial kompetenten Verhaltens und die Veränderungen der Eltern-Kind-Interaktion (Schneider & Döpfner, 2004). Die neuen Strategien werden durch Modelllernen und Verstärkungslernen angeeignet. Die in 16 bis 20 Sitzungen durchgeführte Therapie beinhaltet Techniken wie Modelllernen, Rollenspiele, in vivo Exposition, Entspannungstechniken und Ver-

stärkungslernen (vgl. weiter unten). Ausserdem werden die Kinder angehalten, diese Übungen auch zu Hause und in der Schule durchzuführen (Transfer in den Alltag). Schneider und Döpfner (2004) führen weitere Interventionselemente an, welche in diese Kategorie gehören: Psychoedukation, soziales Kompetenztraining respektive Selbstsicherheitstraining und ein Elterntaining (vgl. Tab. 77).

Tabelle 77: Altersbezogener Einsatz kognitiv-verhaltenstherapeutischer Techniken zur Behandlung der Angststörung des Kindes oder Jugendlichen getrennt für Eltern und Kind (nach Schneider, 2004a, S. 15)

<i>Alter</i>	<i>Mögliche Angststörung</i>	<i>Psychotherapeutische Arbeit mit Eltern</i>	<i>Psychotherapeutische Arbeit mit Kind</i>
2-5 Jahre	Trennungsangst Spezifische Phobien Posttraumatische Belastungsstörung	Psychoedukation Erstellung einer Angsthierarchie Vermittlung des Konfrontationsrational Operante Techniken	Gestufte Konfrontation Aufbau von Sicherheitssignalen
6-11 Jahre	Trennungsangst Spezifische Phobien Soziale Phobie Generalisierte Angststörung Zwangsstörung Posttraumatische Belastungsstörung	Psychoedukation Vermittlung des spezifischen Therapierational Operante Techniken	Psychoedukation Einfache Erklärungsmodelle Erstellen einer Angsthierarchie Gestufte Konfrontation Einfache kognitive Interventionen Entspannungstraining Rollenspiele
12-18 Jahre	Trennungsangst Spezifische Phobien Soziale Phobie Generalisierte Angststörung Panikstörung/Agoraphobie Zwangsstörung Posttraumatische Belastungsstörung	Psychoedukation Vermittlung des spezifischen Therapierational	Psychoedukation Kognitiv-verhaltenstherapeutisches Erklärungsmodell Graduierte Konfrontation oder Reizüberflutung Sokratischer Dialog Entspannungstraining Rollenspiele

Empirisch validierte Elterntainings, welche zur Intervention bei Angststörungen eingesetzt werden, enthalten folgende Elemente: das Bearbeiten der dysfunktionalen Gedanken auf Elternebene, Abbau von inadäquatem Elternverhalten in den für das Kind angstausslösenden Situationen, Abbau von Überbehütung der Eltern und Hilfestellungen zur Förderung der Autonomie des Kindes und gegebenenfalls eine Behandlung der Ängstlichkeit der Eltern (Schneider & Döpfner, 2004). Ausserdem wird am Ende der Behandlung auch auf die Rückfallprophylaxe eingegangen. Es werden Themen und Kernelemente zusammengefasst, ein Worst-Case-Szenario besprochen und darauf hingewiesen, dass Entwicklungsaufgaben und kritische Lebensereignisse die Störung erneut auslösen können (Schneider & Döpfner, 2004). Wie an anderer Stelle (Kap. 5.3.3) bereits dargestellt, sind die Ergebnisse in den randomisierten Studien mit Kontrollgruppendesign überzeugend und lang anhaltend (z.B. Kendall, Flannery-Schroeder et al., 1997; 2004) und konnten zudem von einer zweiten Gruppe repliziert werden (z.B. Barrett, 1998; Barrett, Duffy et al., 2001).

In Tabelle 77 werden die verschiedenen KVT-Techniken nach Altersabschnitten dargestellt, welche zum Einsatz kommen bei Kindern und Jugendlichen mit Angststörungen (inkl. Arbeit

mit Eltern). Einzelne Komponenten der KVT, Techniken respektive Methoden werden weiter unten ausführlicher behandelt, da diese nicht alle in den unter Kapitel 5.3.2 und 5.3.3 vorgestellten Studien beschrieben worden sind. Ausserdem sind in der Interventionsforschung in den letzten Jahrzehnten vor allem komplette, komplexe KVT-Programme evaluiert worden und nicht einzelne Elemente oder Techniken. Zuerst wird jedoch auf den theoretisch-empirischen Hintergrund bezüglich Rahmenbedingungen und Setting der KVT eingegangen.

Setting, Rahmenbedingungen und Aufbau

In Kapitel 5.3 konnte mehrfach gezeigt werden, dass kognitive Verhaltenstherapieprogramme bei Angststörungen im Kindesalter im *Gruppensetting* sehr wirksam sind. In einer Studie von Flannery-Schroeder, Coudhury und Kendall (2005) wurde gezeigt, dass *individuelle* kognitive Verhaltenstherapie zum Postmesszeitpunkt leicht wirksamer ist (nicht signifikant) als die Gruppenversion (81% vs. 77.8% hatten keine primäre Angststörung mehr). Nach einem Jahr jedoch hatte sich diese Verhältnis zu Gunsten der Gruppe umgekehrt (66.7% in der Gruppe vs. 56.3% individuelle KVT, n.s.). Die Meta-Analyse von In-Albon und Schneider (2007, vgl. Kap. 5.3.2) zeigt ebenfalls keine Überlegenheit der individuellen oder Gruppenbedingung. Die Autoren der diversen Gruppentherapien gehen davon aus, dass neben der offensichtlichen Kosten- und Zeiteffektivität auch andere Vorteile, wie Lerneffekte über die Interaktion zwischen den Gruppenmitgliedern, zum Tragen kommen: Beziehung zu anderen Kindern mit Ängsten (Normalisierung), Modelllernen durch andere Kinder, positive Verstärkung durch andere Kinder, direkte Umsetzung von Übungen, im Speziellen von Expositionsübungen im sozialen Bereich (Barrett, 1998; Flannery-Schroeder et al., 2005; Shortt, Barrett, & Fox, 2001). Individuelle Programme haben den Vorteil, dass die Kinder auf ihre spezifischen Bedürfnisse hin vertieft therapiert werden können (Ausnahme soziale Ängste). Ambulante behaviorale Verfahren haben eine deutlich grössere Effektstärke als stationäre Behandlungen ($d=.80$ vs. $d=.44$; Schneider & Döpfner, 2004).

In mehreren Programmen für Kinder und Jugendliche (z.B. Go!, FREUNDE, Coping Cat) wird ein *Vertrag* vorgelegt, welcher in der Gruppe besprochen wird. Der Vertrag beinhaltet, dass die Kinder versprechen, zu jedem Termin zu erscheinen, die allgemeinen Gruppenregeln zu befolgen (z.B. andere aussprechen lassen), an den Übungen mitzumachen, Schweigepflicht gegenüber Dritten, Erlaubnis, die Sitzungen auf Video aufzunehmen (siehe Anhang).

Flannery-Schroeder und Kendall (1996) schlagen vor, *geschlechtsspezifische* Gruppen zu bilden. Sie gehen davon aus, dass das Alter von 9 bis 11 Jahren mit sich bringt, dass die Kinder empfindlicher gegenüber Enthüllungen sind. Die Autorin der *Studie 3* geht jedoch davon aus, dass die Kinder im Verlauf des Programms davon profitieren können, dass es auch gegengeschlechtliche Teilnehmer mit Ängsten gibt. Im Alltag sind die Kinder ebenfalls nicht nach Geschlecht voneinander getrennt. Weiter gibt es pragmatische Gründe, welche für eine gemischte Gruppe sprechen: Aufgrund der limitierten Anzahl an Trainern und der Probleme mit der Rekrutierung von ängstlichen Kindern mit ihren Müttern, mussten sinnvolle Gruppen zusammengestellt werden. Flannery-Schroeder und Kendall (1996) schlagen vor, mit drei bis fünf Kindern zu arbeiten und empfehlen, ab fünf Kindern einen Co-Therapeuten einzubeziehen. Falls Kinder unterschiedlichen Alters und mit unterschiedlichen Fähigkeiten (kognitive, emotionale und soziale) in der Gruppe sind, soll dies genutzt werden: Die älteren, reiferen Kinder können den jüngeren Modell sein oder direkt Hilfestellung geben. An sich ist zu vermeiden, dass allzu grosse Unterschiede zwischen den kognitiven Fähigkeiten vorhanden sind. Kinder im Alter von 9 bis 11 Jahren sind aus der Schule gewohnt, ungefähr 50-60 Minuten am Stück konzentriert und ruhig zu sein, obwohl oftmals Kinder in dem Alter nur zwischen 20 und 30 Minuten konzentriert arbeiten können (Falk-Frühbrodt, 2010). Damit die Kinder

sowohl keine Konzentrationsschwierigkeiten als auch Interessensverlust bekommen, soll das Programm abwechslungsreich gestaltet sein (z.B. Lesen, Schreiben, Übungen, Bewegungsaufgaben) und Spielzeiten beinhalten. Dies wurde in der *Studie 3* entsprechend umgesetzt. Besprechung der Hausaufgaben, Bearbeitung der neuen Aufgaben, Übungen und Spielzeit führten zu einer Dauer von 120 Minuten pro Sitzung. Die Abstände zwischen den Sitzungen sollten nicht zu gross sein, weil die Kinder ansonsten das bereits Besprochene vergessen. Jedoch müssen einige Tage zwischen den Sitzungen eingeplant sein, damit die Kinder ihre gelernten Bewältigungsstrategien im Alltag üben können. Idealerweise sollte das Training einmal in der Woche stattfinden

Die Handhabung von *Absenzen* sollte nach Autorin der *Studie 3* nicht zu einem grossen Aufwand für Kind, Eltern oder Therapeut führen. Vorgeschlagen wird, dass derjenige, welcher eine Sitzung verpasst hat, vor der nächsten Sitzung etwas früher kommt, um die Inhalte nachzuholen. Die Übungen werden so zwar verpasst, jedoch ist dies eine ökonomische Möglichkeit für die Gesamtgruppe, die dazu führt, dass während den Sitzungen alle das gleiche Wissen haben. Die Autorin schlägt ebenfalls vor, im Therapeutenmanual zu kennzeichnen, welche Elemente *obligatorisch* sind und welche Übungen *fakultativ*. Dies soll helfen, einen Kompromiss zwischen der Manualisierung (siehe weiter unten) und der Flexibilität von Therapieprogrammen zu finden. Für unerfahrene Trainer ist dies eine zusätzliche Hilfestellung, wenn die Zeit während den Sitzungen knapp wird. Die Autorin hat neben den prioritären Inhalten der Sitzungen viel Wert auf Pausen und Belohnungsspielen am Ende der Sitzungen gelegt.

Für den *Einbezug der Eltern* empfehlen Schneider und Döpfner (2004), dass die Eltern dann in die Behandlung einbezogen werden sollten, wenn diese selbst an klinisch relevanter Ängstlichkeit leiden, die zur Aufrechterhaltung der Angststörung beim Kind beiträgt; und in jedem Fall auch bei Kindern bis zu ihrem sechsten Lebensjahr. Mit zunehmendem Alter kann der Einbezug der Eltern immer weiter eingeschränkt werden (vgl. Abb. 44). Falls Eltern keine klinisch relevante Ängstlichkeit zeigen und keine anderen relevanten Bedingungen, welche die Angststörung beim Kind aufrechterhalten, vorhanden sind, reicht eine Aufklärung über die Problematik und Hinweise auf den Umgang mit der Angst. Diesem abgestuften Einbezug widersprechen Bodden et al. (2008), die in einer Studie Kind- vs. Familien-CBT miteinander verglichen haben. Fast doppelt so viele Kinder aus der individuellen CBT waren symptomfrei. Bei Eltern mit Angststörungen sind beide Versionen des CBT weniger wirksam als wenn die Eltern keine Störung haben. In bestimmten Bereichen zeigten die Resultate, dass individuelle CBT effektiver war, wenn die Eltern eine Angststörung haben und die Familientherapie effektiver, wenn die Eltern keine Angststörung haben. Hier stellt sich die Frage, ob die Art der psychischen Störung, deren Intensität und eventuelle soziale oder andersartige Probleme die widersprüchlichen Resultate ausmachen. Kendall und Flannery-Schroeder (1998) sprechen von einem möglichen „treatment spill-over“-Effekt. Das bedeutet, dass durch die Behandlung des Indexpatienten auch Auswirkungen auf die Familie erfolgen und sich bestimmte bis anhin pathologisierende Mechanismen und Prozesse regulieren und verändern können. Empirische Belege in Bezug auf die Diskussion, ob der Effekt bei Einbezug der Eltern respektive Familie höher ist, siehe Kapitel 5.3.2 und 5.3.3

In der Abbildung 44 kann man erkennen, dass Schneider (2004a) eine Art kontinuierlichen Übergang zwischen den Therapieanteilen von Eltern und Kind vorschlägt. In Bezug auf das Schulalter wird empfohlen, die Intervention zu gleichen Teilen auf die Eltern und Kinder zu verteilen, wie dies in der *Studie 3* der Autorin durchgeführt wurde.

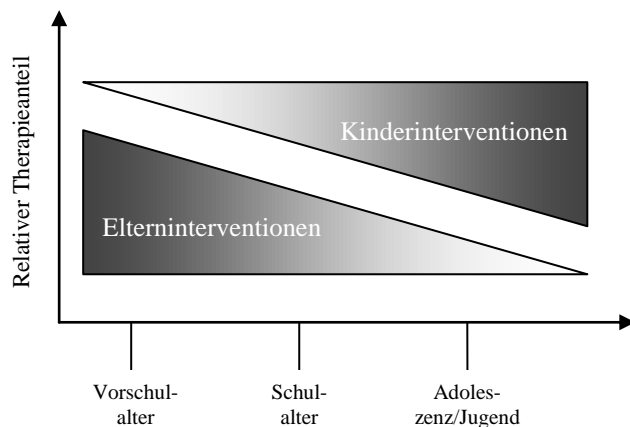


Abbildung 44: Angstbehandlung bei Kindern und Jugendlichen: relativer Anteil von eltern- bzw. kindbezogener Intervention in Abhängigkeit von der kognitiven Entwicklung des Kindes (nach Schneider, 2004a, S. 15)

In den meisten Untersuchungen (vgl. Kap. 5.3) wurden die Eltern, vor allem von jüngeren Kindern, wenn auch nur für einzelne Sitzungen oder Informationsabende für Elterngruppen, einbezogen. Teilweise wurde darauf hingewiesen, dass der Einbezug beider Elternteile Schwierigkeiten mit sich bringt, da die Verfügbarkeit und teilweise die Erreichbarkeit der Väter nicht gegeben war (z.B. durch Scheidung). Väter werden in der *Studie 3* der Autorin der vorliegenden Arbeit aufgrund pragmatischer Aspekte nicht angesprochen. Zum einen, weil dies die Gruppen zu gross machen würde und dies ein räumliches und auch gruppendynamisches Problem (bis zu 10 Elternteile für einen Therapeuten) mit sich gebracht hätte; zum anderen ist es in der heutigen Gesellschaft immer noch oft so, dass die Hauptrolle in der Erziehung die Mütter übernehmen, weil sie mehr Zeit mit den Kindern verbringen. Damit wird nicht ausgesagt, dass Väter keinen Einfluss auf ihre Kinder haben und nicht auch den Platz der Mütter in der Gruppe hätten übernehmen können. Weitere Ausführungen in Bezug auf das Training mit den Eltern respektive Müttern finden sich weiter unten (Begleitende Elterntrainings).

Kognitiv-verhaltenstherapeutische Interventionen überzeugen durch ihre Strukturiertheit und Operationalisierung der einzelnen Techniken und Elemente. Sie werden meistens in *manualisierter Form* angeboten und durchgeführt (vgl. Kap. 5.3.3), was mehrere Gründe hat. Zum einen soll die Durchführbarkeit erleichtert werden, da die einzelnen Schritte, die Reihenfolge und die Materialien klar sind, womit die Umsetzung somit auch für Dritte nachvollziehbar wird. Durch die Manualisierung ist zum anderen eine Evaluation des Programms möglich, weil die Vergleichbarkeit gegeben ist, auch wenn verschiedene Therapeuten das Programm durchführen (z.B. Baumann & Reinecker-Hecht, 2005). Die Manuale und somit die Programme sollten jedoch gleichzeitig eine gewisse Art von Flexibilität mit sich bringen und sich den Individuen, den Gruppen, den Familien respektive deren Bedürfnisse anpassen können (Barrett, 1998; Shortt, Barrett, & Fox, 2001). Hilfreich für eine grobe Struktur sind Lernziele, welche über die Sitzungen hinweg erreicht werden sollten. Die Autorin der *Studie 3* hat dies ähnlich wie Kendall (1992) anhand eines Akronymes umgesetzt. Die einzelnen Schritte, welche gelernt werden und aufeinander aufbauen, sind in den Buchstaben des Zauberlehrling-Namens (HEDI) enthalten (siehe Kap. 5.4.1.2).

Hausaufgaben in kognitiv-verhaltenstherapeutischen Programmen gehören mittlerweile zur Tagesordnung und sind kaum mehr wegzudenken (Helbig & Fehm, 2005). Dies aus mehreren Gründen: Die Kinder können das Gelernte in ihrem natürlichen Umfeld austesten und üben und der Therapeut kann prüfen, ob der Lerninhalt verstanden wurde, wenn das Kind bei bestimmten Übungen nicht mehr durch ihn begleitet wird (Hudson & Kendall, 2002). Helbig und Fehm (2004) haben eine Studie mit 77 kognitiv-verhaltenstherapeutischen Erwachsenen-therapeuten durchgeführt, welche Daten zu insgesamt 149 Patienten beitragen konnten. Die Analysen zeigen, dass es regelmässig Probleme während der Vergabe des Auftrags und der Aufgabendurchführung gab (u.a. Verständnisprobleme, Aufwand, Selbstzweifel). Weiter konnten die Autorinnen zeigen, dass die compliance bezüglich Hausaufgaben positiv mit der Patientenmotivation und mit dem Therapieoutcome im späteren Verlauf zusammenhing. Es zeigte sich, dass der Aufgabentyp und die Bedingungen der Hausaufgabe (z.B. Aufwand) nicht mit der Compliance zusammenhängen, mit der Ausnahme, wenn die Intervalle zwischen den Sitzungen zu gross waren. Die Compliance korrelierte vor allem mit Eigenschaften der Patienten: Patientinnen und jüngere Patienten und Patientinnen haben sich mehr compliant mit den Hausaufgaben gezeigt als Männer und vor allem ältere Patienten und Patientinnen. Bei männlichen Therapeuten war die Compliance etwas tiefer als bei weiblichen. Das Therapeutenverhalten und das Anbieten von Notizblättern für die Hausaufgabenenerledigung wiederum hingen mit einer höheren Compliance zusammen.

Lerntheoretisch begründete Verfahren

Die Behandlungsmethoden, welche unter anderem aus der *klassischen Konditionierung* heraus entstanden sind, können unter dem Begriff der *Reizkonfrontation* subsumiert werden. Gemeint ist die Konfrontation mit dem angstausslösenden (ungefährlichen) Stimulus mit Verhinderung des Vermeidungs- und Fluchtverhaltens (vgl. Kap. 3.2.2, Tab. 78). Diese Verfahren gehören den *Techniken der Stimuluskontrolle* an (Reinecker & Lakatos-Witt, 2005). Hand (2000) bemängelt, dass in den Publikationen oft nicht beschrieben wird, „ob und in welcher Form dem Patienten dann Hilfestellung für die Bewältigung dieser provozierten Reaktionsanteile [kognitiven, emotionalen, physiologischen und motorischen Reaktionsanteile] gegeben wird“ (S.165). In Angstbewältigungstrainings (vgl. weiter unten) werden explizit Bewältigungsskills eingesetzt, welche kognitive Anteile haben.

Die Unterteilung der verschiedenen Konfrontationsverfahren passiert durch die Lokalität, in vivo (real) oder in sensu (Vorstellungsebene), und durch die Darbietungsart des Stimulus in graduiert (in Stufen), nicht graduiert oder massiert (max. Intensität und Schwierigkeit). Diese Kombinationen ergeben die Therapieverfahren der Reizkonfrontation, (systematische) Desensibilisierung in vivo oder in sensu, Flooding (Exposition) und Implosionstherapie (vgl. Tab. 78). Die Wirkmechanismen respektive Erklärungsansätze sind hier die Löschung, Habituation und Gegenkonditionierung, aber auch der Aufbau von Selbstwirksamkeitserwartung und kognitive Theorien (Bodenmann et al., 2004; vgl. Fiegenbaum & Tuschen, 2000; Reinecker & Lakatos-Witt, 2005, vgl. Kap. 3.2.2). In der Behandlung von Angststörungen bei Kindern und Jugendlichen kommen mehrere Autoren zum Schluss, dass die Konfrontation ein zentraler Bestandteil ist (z.B. Chambless & Ollendick, 2001). Öst und Kollegen (2001) konnten sogar zeigen, dass eine Intervention mit hauptsächlich konfrontativen Elementen an nur einem Tag zur Verbesserung der Symptomatik führte (vgl. Kap. 5.3.2). Bei graduierter Exposition ist es problematisch, dass gegebenenfalls ein Motivationsproblem entsteht, weil die Erwartungsangst nicht schnell genug abgebaut werden kann. Das massierte Vorgehen hat den Vorteil, dass die Wirkung schnell eintritt und meist langfristig ist. Bei jüngeren Kindern und deren Eltern muss jedoch bedacht werden, dass dieses Vorgehen überfordern kann. Schneider

(1999) empfiehlt daher, dass bei Kindern bis zum 10. Lebensjahr graduiertes Vorgehen gewählt wird und bei älteren Kindern und Jugendlichen, wenn möglich, massiert. In Tabelle 5 des Kapitels 3.2.1 wurde beschrieben, dass die Ängste von Kindern im Entwicklungsverlauf durch eingeschränkte Exposition mit dem gefürchteten Stimulus stabilisiert und verstärkt wird. Dies entweder durch den Einfluss über die Eltern oder durch die Eigeninitiative des Kindes (Vasey & Dadds, 2001a; vgl. Dadds & Roth, 2001). Dies spricht erneut für einen Einbezug der Eltern in den Interventionsprozess.

Tabelle 78: Verfahren der Angsttherapie / Reizkonfrontationsverfahren (in Anlehnung an Reinecker & Lakatos-Witt, 2005)

	<i>in vivo</i>	<i>in sensu</i>
Abgestufte Reizkonfrontation	Desensibilisierung in vivo (Reizkonfrontation)	(systematische) Desensibilisierung
Nicht abgestufte Reizkonfrontation	Exposition	-
Massierte Reizkonfrontation	Flooding (Exposition)	Implosion

Anmerkung: die in Klammer angegebenen Begriffe sind aus Bodenmann et al. (2004) entlehnt;

Bezüglich des Aufbaus von erwünschtem Verhalten eignet sich die *operante Konditionierung* (vgl. Kap. 3.2.2), welche unterschiedlich umgesetzt werden kann (*Techniken der Konsequenzkontrolle, Kontingenzmanagement*). Eine Möglichkeit ist, mit dem kontinuierlichen Verstärkerplan zu beginnen, welcher dann später in einen intermittierenden Plan übergeht und somit die Möglichkeit des Ausschleichens gibt (Ehlers, 2000). Bei der Intervallverstärkung sind der Zeitpunkt respektive das Intervall zwischen den Verstärkern wichtig. Im Gegensatz dazu ist bei der Quotenverstärkung das gezeigte Verhalten wichtig respektive ausschlaggebend für die Darbietung eines Verstärkers. Beide Formen werden noch einmal in fixe (Regelmässigkeit) oder variable (durchschnittliche Werte) Verstärkung eingeteilt (Bodenmann et al., 2004). Eine zufällige Verstärkung wird vor allem im Zusammenhang mit der Erziehung besprochen und als ungünstig angesehen, da oft ein unerwünschtes Verhalten ungewollt verstärkt wird. Die Prinzipien der operanten Konditionierung finden sich in vielen ätiologischen (z.B. Modelllernen und Aufrechterhaltung durch Vermeidung) und therapeutischen Modellen und Verfahren (z.B. Shaping, Token economies, Bodenmann et al., 2004) wieder. Speziell im erzieherischen Kontext wird das Prinzip der operanten Konditionierung neben anderen Strategien umgesetzt (Perrez, Minsel, & Wimmer, 1985; vgl. M. R. Sanders, Markie-Dadds, & Turner, 1999). Auch in Therapie- und Präventionsprogrammen, welche die Eltern einbeziehen (vgl. Kap. 5.3), wird dies den Eltern nahe gebracht. Ebenfalls basieren die therapeutische Gesprächsführung und die Motivierung über Spiele und andere positiven Verstärker während den Sitzungen auf operanter Konditionierung (z.B. soziale Verstärker: Lächeln, Nicken). In den KVT-Programmen zur Therapie und Prävention von Angststörungen bei Kindern und Jugendlichen sind meist Elemente enthalten, welche dem Kind aufzeigen, wie es sich selbst belohnen und verstärken kann. Ausserdem sind in jenen Programmen, in welchen zusätzliche Sitzungen für Eltern und Familien angeboten werden, ebenfalls Informationen zum Verstärkungslernen enthalten. Zum einen, wie sie das erwünschte (mutige) Verhalten des Kindes verstärken können, und zum anderen werden Möglichkeiten aufgezeigt, wie die Verstärkung des Vermeidungsverhaltens in ungefährlichen Situationen (unerwünschtes Verhalten) umgangen werden kann.

Bandura, Grusec und Menlove (1967) zeigten bei Kleinkindern, dass diese durch alleiniges Beobachten von nicht-ängstlichem Umgang mit Hunden die Angst vor Hunden verlieren konnten (enthemmender Effekt). In den Jahren danach zeigte sich, dass die Kombination von

Modelllernen mit Konfrontationselementen (aktiver Teilnahme in der Situation) die deutlicheren und stabileren Effekte zeigte (Schneider, 1999). Das Modell wird zuerst in der Aneignungsphase beobachtet und die Verhaltenskette gemerkt (Aufmerksamkeits- und Gedächtnisprozesse) und in einer zweiten, der Durchführungsphase, wird das Verhalten umgesetzt (motorische Reproduktionsprozesse und Verstärkungs- und Motivationsprozesse). Das Modelllernen funktioniert unter bestimmten Bedingungen: positive Konsequenzen für das Modell, akzeptiertes und nicht perfektes Modell (Bewältigungsmodell). Es kann sowohl neues Verhalten gelernt werden (neue Skills) oder bereits vorhandenes Verhalten verstärkt oder gelöscht respektive geschwächt werden. Im Falle einer Angstreaktion kann durch das Modell vorgeführt werden, dass die befürchtete Konsequenz (Katastrophe) nicht eintritt (Perry, 2000). Neben der Möglichkeit des direkten Beobachtens einer Live-Situation gibt es auch die Varianten über Video, Bildergeschichten oder Puppen. Die Methoden des Modelllernens sind zum einen den Lerntheorien und zum anderen kognitiven Methoden zuzuordnen, wobei als übergeordnete Theorie die soziale Lerntheorie zu sehen ist (Reinecker, 1999b). Kinder imitieren erwünschtes Verhalten, wenn eine Belohnung folgt und können auch im Falle eines Bewältigungsmodells lernen, sich an die angstbesetzte Situation oder das Objekt anzunähern. In diesem Sinne wird auch im Training der Verfasserin dieser Arbeit vorgegangen. Die Mütter lernen ihre eigenen Ängste kennen und lernen, den Kindern durch Überwindung in nicht gefährlichen Situationen den Umgang mit Ängsten zu zeigen (Bewältigungsmodell).

Die *Entspannungsverfahren* werden normalerweise in Kombination mit einem Gesamtpaket an Therapieelementen eingesetzt (z.B. Kendall et al, 1997). Sie helfen zum einen, physiologische Vorgänge besser zu erkennen und zum anderen, sich in der angstausslösenden Situation zu entspannen, was einer Art Gegenkonditionierung entspricht (s. oben). Das heisst, in einem entspannten Zustand kann man nicht so schnell ängstlich-angespannt werden. Wie in Kapitel 5.4.1.2 dargestellt, wird das imaginative Verfahren der Kapitän-Nemo-Geschichten von U. Petermann (2001) angewandt. Die Mütter lernen die Progressive Muskelrelaxation nach Jacobson kennen (z.B. Hofmann, 2003). Die Überprüfung der Effektivität der Entspannungstrainings sieht Linden (2000) als problematisch an, weil der Effekt nicht durch Fragebogen oder Interviews eingeschätzt werden kann. Die Objektivierung des Effekts müsste durch z.B. Messung der Hauttemperatur, der peripheren Durchblutung und EEG-Messungen erfolgen. Er beschreibt jedoch, dass die Entspannungsmethoden auf der Ebene der subjektiven Beschreibung Effekte zeigen, sie jedoch in der Regel, z.B. im Rahmen der systematischen Desensibilisierung (vgl. oben), nicht notwendig, aber hilfreich sind.

Die Kinder lernen in KVT-Programmen, selbständig *Situations- und Verhaltensanalysen* aufzustellen. Sie lernen die verschiedenen Gefühle kennen und sie den Körperempfindungen zuzuordnen. Viele ängstliche Kinder haben Mühe, ihre *Körperempfindungen* korrekt zuzuordnen. Es kann vorkommen, dass ein Kind eine nicht angstinduzierte Körperempfindung kognitiv der Angst zuordnet respektive die neutrale Situation als gefährlich bewertet und somit für weitere Situationen fälschlich koppelt. Durch diese Fehlinterpretation kann es in Zukunft zu Situationen kommen, in welchen das Kind unbegründet Angst erfährt und diese Reaktion verstärkt. Anschliessend wird bearbeitet, welche Situationen objektiv Angst auslösen sollen oder nicht und wie die Gedanken und die physiologischen Reaktionen die Gefühle und anschliessend das Verhalten bestimmen (SORCK-Heuristik, Kanfer & Saslow, 1974; vgl. Kap. 3.1.1). Entsprechend werden die Kinder befähigt, ihre Gefühle über die Zuordnung der Körperempfindungen zu erkennen (Buchstabe „H“ des Akronym: „Habe ich Angst?, vgl. Kap. 5.4.1.2) und zu verändern. Sie lernen, dass die bewertenden Gedanken nicht hilfreich

sind („E“ des Akronym: „Erwarte ich etwas Schlimmes?“), und es werden alternative, günstige Gedanken und hilfreiche Handlungen aufgebaut („D“ des Akronym: „Dinge, die helfen!“). Die Selbstbewertung und -belohnung als Verstärker (Konsequenzen in der SORCK-Heuristik) schliessen die Übungen ab („I“ des Akronym: „Ich schaff's! Und dann belohn ich mich!“).

Bezüglich dem Einsatz von *kognitiven Verfahren* im Bereich der Angststörungen bei Kindern und Jugendlichen sei auf die Studie von Treadwell und Kendall (1996) verwiesen, welche zeigt, dass die Arbeit an den negativen Selbstüberzeugungen eine Verbesserung in der Angstsymptomatik mit sich bringt (vgl. Kap. 5.3.1).

Die Arbeit mit respektive an den Kognitionen gehört zu den Methoden der *kognitiven Umstrukturierung*. Die Idee beim kognitiven Neubenennen (Reattribuieren) ist, dass der Patient den Realitätsgrad der Kognitionen (v.a. der automatischen Gedanken) prüft und durch ein umbenennen und reattribuieren die gefühlte Verantwortung reduziert und Alternativerklärungen sucht (Hautzinger, 2000a). Das Testen auf Realität hin wird auch im Programm der Verfasserin dieser Arbeit anhand des Detektiv-Denkens durchgeführt (Rapee, Spence et al., 2000). Dabei geht es darum, dass die Situation genau beschrieben wird, die Beweise für und gegen die Angst gesucht werden, um im letzten Schritt alternative Gedanken und Handlungen zu nennen, welche anstatt der (unbegründet) angstbesetzten eingesetzt werden können. Dadurch, dass die Informationen oft verzerrt, einseitig und absolutistisch sind, müssen in einer logischen Analyse, oft geleitet durch den Therapeuten, die Fakten geprüft werden. Bezugspersonen können ihrerseits bei Kindern helfen, Fakten zu sammeln. Das Finden von alternativen Erklärungen ist Teil des Problemlöseprozesses (Liebeck, 2000), wobei hierbei zuerst ohne Bewertung Lösungen gesammelt werden, um diese in einem weiteren Schritt zu beurteilen und auf Gültigkeit respektive (individuelle) Umsetzbarkeit zu prüfen.

Bei Angstpatienten ist es auch wichtig, die Idee, dass eine Katastrophe passiert, zu verwerfen (vgl. Tab. 5). Dies passiert anhand der Methode der sogenannten *Entkatastrophisieren* (Hautzinger, 2000a). Dadurch, dass Angstpatienten bei den Katastrophegedanken hängen bleiben und nicht weiterdenken, bleiben sie bei diesem sehr negativen und in ihren Augen gefährlichen Gedanken hängen, welchen sie nicht hinterfragen. Dies führt zur Angst, dass sie für immer in diesen Gedanken mit dieser Angst hängenbleiben. Die Methode beruht nun darin, dass den Patienten geholfen wird, die Gedanken respektive die Vorstellung weiterzudenken, um zu erkennen, dass die Katastrophe – falls sie eintreffen sollte – nur von kurzer Dauer ist und meist nicht in dieser Intensität eintritt (z.B. Angst vor einer Blamage). Dieser Aspekt wird beim Detektiv-Denken ebenfalls geprüft, da zum einen nachgefragt wird, ob in der Vergangenheit bereits so eine Katastrophe passiert ist und zum anderen, was danach passiert ist. Das Kind wird gezwungen, weiterzudenken und zu erkennen, dass die Wahrscheinlichkeit, dass es passiert, klein ist und zum zweiten auch, dass die Katastrophe nicht in dem befürchteten Ausmass passieren würde und nicht „das Ende der Welt“ bedeutet.

Im Bereich der Angst gehören *Selbstverbalisation* und das *Angstbewältigungstraining* als spezifisches Beispiel zu den häufigsten Techniken. Es sollen die Selbstgespräche, die sogenannten inneren Monologe, die handlungssteuernden Gedanken verändert werden (Fliegel, 2000). Die Idee ist, dass durch die Veränderung der Selbstinstruktion, sich die Problembewältigung ändert und sich im weiteren Verlauf durch Übung auch die Einstellung (Grundannahme, Selbstüberzeugung) ändert. Die *Selbstinstruktionstechnik* für Kinder nach Meichenbaum ist ebenfalls in einigen Studien nachgewiesen worden (Breuninger, 2000; vgl. Meichenbaum, 2003). Das Angstbewältigungstraining kombiniert die Selbstverbalisation mit der Reizkonfrontation (vgl. Tab. 78, Angstbewältigungstraining gehört zu den Techniken der Stimulus-

kontrolle). Die aufkommende Angst in der Konfrontationsübung wird durch positive, bewältigende Selbstverbalisation angegangen. Möglich ist auch, ein Entspannungsverfahren einzusetzen, welches über die Gedanken gesteuert wird. Letzteres wird dann unter die Technik der Systematischen Desensibilisierung (vgl. weiter oben) subsumiert. Der Vorgang im Training der Verfasserin ähnelt dem Vorgehen des Angstbewältigungstrainings. Die Angst muss früh erkannt werden (z.B. durch die eigenen Gedanken oder Körperempfindungen). Die Identifikation ist ein erster Schritt in Richtung Kontrolle über die Angst. Weiter werden Strategien zum Umgang mit der Angst gelernt (kognitive, handlungsorientierte Strategien und Entspannung). Diese werden direkt eingesetzt, damit keine Vermeidung einsetzt, sodass der Patient in der Situation verweilt und sich aktiv der Angst stellt und sich mit ihr auseinandersetzt (Fliegel, 2000).

Trainings sozialer Kompetenzen (vgl. Spence et al., 2000; Kap. 5.3.3) dienen sowohl dem Aufbau und der Förderung konkreter Fertigkeiten im verbalen und nonverbalen Bereich als auch dem damit einhergehenden Effekt auf die Selbstsicherheit und die Selbstwirksamkeit durch die positiven Reaktionen aus der Umwelt sonstigen positiv verstärkenden Konsequenzen (Hinsch & Pfingsten, 2002; Ullrich & Muynck, 2002). Um diese Kompetenzen einzuüben sind neben der Psychoedukation tatsächliche Übungen nötig, welche graduiert eingeführt werden können (Pfingsten, 2000). Nach einer Übung im geschützten Rahmen mit vorgegebenen Verhaltensweisen kann der Schwierigkeitsgrad erhöht werden bis zu den im Rahmen der Hausaufgaben durchgeführten Expositionen mit fremden Menschen. Im geschützten Rahmen können die Übungen anhand von Rollenspielen, Videos und via Modelllernen über den Therapeuten durchgeführt werden (U. Petermann, 1999). Eine Meta-Analyse über die Wirkung der Trainings sozialer Kompetenzen bei Kindern hat bedeutsame Effekte in mittlerer Ausprägung ergeben (Beelmann, Pfingsten, & Lösel, 1994). Dies sind wahrscheinlich spezifische Effekte, da sie sich auch im Vergleich mit Kontrollgruppen gezeigt haben. Eine Studie von Hinsch und Pfingsten (2002) zeigte, dass die Effekte der Anwendung des Gruppentrainings Sozialer Kompetenzen (GSK) bei Jugendlichen nicht nur kurzfristig waren, sondern die konstruktiven Veränderungen bei einem Grossteil auch anhielten.

Der *Therapeut* setzt seine Person als Informationsquelle, Modell und Verstärker ein. Durch seine Person und seine bewussten Einsätze von Techniken (z.B. motivierende Gesprächsführung, Loben, Bewältigungsmodell) können Trainingsinhalte plastischer vermittelt und deren Effekte verstärkt werden. In einigen Studien konnte gezeigt werden, dass die Beziehung vom Patienten zum Therapeuten einen grossen Effekt auf die Verbesserung der Befindlichkeit der Patienten hat (vgl. Kap. 5.3; Lambert & Barley, 2002). Bei Kindern im Alter von 9 bis 11 Jahren ist sicherlich zusätzlich hilfreich, wenn der Therapeut gerne mit Kindern arbeitet und beispielsweise in der Belohnungsspielzeit mitmacht.

Begleitende Elterntrainings

Es gibt wenige Programme für Kinder und Jugendliche mit Angststörungen, welche simultan durch komplexe Elterntrainings ergänzt werden (z.B. Rapee, Spence et al., 2000; Mendlowitz et al., 1999; vgl. Kap. 5.3.3). Die meisten Programme begnügen sich mit Psychoedukation und einigen Skills zur Unterstützung der Kinder in deren Angstbewältigung. Wie in Tabelle 77 aufgezeigt wird, ist Psychoedukation neben operanten Techniken ein sehr wichtiger Aspekt der Elternarbeit. Weiter sollen die Eltern in das Therapierational eingeführt werden.

Zusätzlich zu diesen Basiselementen haben folgende Überlegungen zum komplexen Mütterprogramm der Autorin geführt: Die Kinder können in einem indizierten Präventionsprogramm mit lediglich acht Sitzungen nicht alles lernen. Zum einen ist der Leidensdruck weniger hoch als in einer Therapie, was dazu führt, dass bestimmte Übungen zum einen weniger ernst genommen werden und zum anderen die Kinder oft auch keine Beispiele extremer Angst haben, anhand welcher die Konfrontationsübungen erklärt werden könnten. Die Kinder lernen mit dem Therapeuten die Basis, auf welcher dann die Mütter zu Hause aufbauen können. Die Idee von einem intensiven Mutterprogramm war, dass die Mütter zu sogenannten Co-Trainern (Mediatoren, vgl. Kap. 3.1.2) angeleitet werden. Ausserdem wird, wie in Kapitel 3.2 und 3.3 darauf eingegangen wurde, davon ausgegangen, dass ängstliche Kinder auch vermehrt ängstliche Mütter haben. Durch ihre eigenen Ängste ist die Wahrscheinlichkeit erhöht, dass die Mütter eine ätiologische und aufrechterhaltende Funktion in Bezug auf die Ängste der Kinder haben. Darauf aufgebaut geht es bei den Müttern dann darum, dass sie zum einen ihre eigenen Ängste beobachten, protokollieren und gegebenenfalls ihre Verhaltensweisen adaptieren. Sie werden auch angehalten, sich zu veranschaulichen, welche Auswirkung ihr Modell auf die Ängste der Kinder, aber auch auf mutiges Verhalten der Kinder haben kann. Entsprechend werden die Mütter in das Konzept des Selbstsicherheitstrainings nach Hinsch und Pfingsten (2002) eingeführt. Sie machen dazu Übungen, welche ihnen zum einen helfen, nachzuvollziehen, wie es den Kindern bei den Übungen geht; zum anderen ist es die Grundlage für eine weitere Sitzung, in welcher die Mütter lernen, wie sie die Kinder anleiten können, selbstbewusstes, mutiges Verhalten in sozialen Situationen zu zeigen. Sie lernen ebenfalls, wie sie mutiges Verhalten verstärken können, und wie sie vermeiden können, dass sie ängstliches Verhalten verstärken. Weiter lernen die Mütter, wie sie eine Angsthierarchie mit den Kindern aufbauen, sie diese Konfrontationsübungen mit einem Belohnungsmenü koppeln und wie sie die Übungen vorbereiten und durchführen können.

Die Inhalte des Mütterprogramms sind durch verschiedene Elterntrainings inspiriert worden (Bandura, 1976; Bodenmann et al., 2004; Penthin, 2001; Perrez et al., 1985): Themen wie positive und negative Verstärkung, Modelllernen und andere erzieherische Tools. Psychoedukation (z.B. normale Entwicklungsängste, Ätiologie) wurde aus verschiedenen Büchern zum Thema Angststörungen im Kindes- und Jugendalter entnommen (Ollendick & King, 1991a; Schneider, 2004d). Die Sitzung zu den Kognitionen ist aus mehreren Elementen zusammengesetzt. Die Mütter lernen die Selbstinstruktionsmethode nach Meichenbaum (2003) kennen. Sie erkennen die Macht der Gedanken und lernen einfache Möglichkeiten der kognitiven Umstrukturierung kennen (Detektivbogen nach Rapee et al., 2000). Es werden ihnen somit Möglichkeiten in die Hand gegeben, auf ängstliche Äusserungen der Kinder zu reagieren. Die Übungselemente zur Konfrontation im Bereich der sozialen Ängste ist mehrheitlich dem Ratgeber von Rapee et al. (2000) entnommen. Das Training und auch der Ratgeber von Rapee sowie die Evaluation dieser Programme sind in Kapitel 5.3.3 bereits beschrieben worden. Die Mütter lernen die Verhaltensanalyse (SORCK-Heuristik, Kanfer & Saslow, 1974, vgl. Kap. 3.1.1) kennen, wodurch sie erkennen, dass auf mehreren Ebenen Möglichkeiten der Intervention auf Kindebene bestehen: Die Situations-Variable liefert eine konkrete Beschreibung, was zur Angst führte - gegebenenfalls Veränderung der Situation; Erhöhung der sozialen Kompetenzen, Lerngeschichte durch Modelllernen (Organismus-Variable); Erkennen und Benennen der Emotionen, kognitive Umbewertung, Konfrontation, Entspannungstechnik (Reaktions-Variable) und das Verstärkungslernen und der zweite Aspekt der Konfrontationsübungen auf der Konsequenzen-Variable. Durch dieses Programm werden einige der prädisponierenden und protektiven Faktoren, welche in Tabelle 5 (Kap. 3.2.1) von Vasey und Dadds (2001a) aufgezeigt werden, bearbeitet. Da das vorliegende Programm ein indiziert-präventives ist, macht es Sinn, Faktoren wie beispielsweise (ängstliches) Modelllernen, Überbehütung, unbe-

absichtigtes Verstärken von ängstlichem Verhalten, limitierte Exposition mit einem Training frühzeitig anzugehen.

Wie bei den Studien zu den Interventionsprogrammen für Kinder und Jugendliche in Kapitel 5.3 gezeigt, sind die Elterntrainings meist ganzheitlich und nicht in einzelnen Trainingselementen evaluiert worden. Es gibt nur wenige Elterntrainings, welche als evidence-based oder als empfehlenswert theoretisch und empirisch fundiert gelten (Perrez et al., 2004). Triple P ist laut den Autoren selbst ein evidence-based Programm (M.R. Sanders, Mazzucchelli, & Studman, 2004, <http://www10.triplep.net/?pid=59>). Die Arbeitsgruppe um Perrez (2004) hat neben dem gut etablierten Programm Triple P weitere Programme kritisch betrachtet und bei folgenden Programmen ebenfalls Evidenz gefunden, dass diese empfehlenswert sind: „Starke Kinder brauchen starke Eltern“, ein Elternkurs des Deutschen Kinderschutzbundes (Honkanen-Schoberth, 2003); „Was Eltern wissen sollten“ (Perrez et al., 1985). Bereits evaluierte Programme mit neuen Medien wären die auf CD-Rom erhältliche Programme: „Parenting Wisely“ (Gordon, Gyls, & Segal, 1997) in mehreren Sprachen und die mittlerweile auch auf DVD erhältlichen Programme für verschiedene Altersgruppen von Schneewind (Schneewind, 2003) und das online-Elterntraining von Hänggi (2007). Für einen breiten, jedoch auch fundierten Überblick über Elterntrainings als präventive Massnahme siehe Weiss, Röhrle und Ronshausen (S. Weiss, Röhrle, & Ronshausen, 2007).

5.4.1.2 Struktur und Inhalt des kognitiv-verhaltenstherapeutischen indizierten Präventionsprogramms der *Studie 3*

Das indizierte Präventionsprogramm für ängstliche Kinder und deren Mütter ist kognitiv-verhaltenstherapeutisch ausgerichtet und wird in der Gruppe als simultanes Kinder- und Mutterprogramm durchgeführt. Der Titel des Programms lautet „Der Zauberlehrling“. Es enthält präventive und therapeutische Elemente (vgl. Kap. 5.4.1.1) und ist aufgeteilt in 8 Sitzungen à 2 Stunden (inkl. Pausen). Im Kindprogramm sind die verschiedenen Elemente der Sitzungen explizit als obligatorisch oder fakultativ bezeichnet, damit im Falle einer Zeitnot die Entscheidung klar für ein therapierelevantes Element gefällt werden kann. Die angesprochene Altersgruppe sind Kinder zwischen 9 und 11 Jahren und deren Mütter.

Das Kindtraining ist in psychoedukative und in Übungsblöcke eingeteilt, welche aufeinander aufbauen. Die Konfrontationsübungen werden nur in einer Sitzung explizit durchgeführt, da in präventiven Programmen das Problem besteht, dass kein ausreichender Leidensdruck vorhanden ist und die Konfrontationsübungen somit nicht korrekt durchgeführt werden können. Der Zauberlehrling namens „HEDI“ führt durch das Programm. Der Name ist gleichzeitig ein Akronym, welches für einen 4-Stufen-Plan steht. Dieser ist dem Coping Cat Programm aus dem Amerikanischen entlehnt und wurde in die Deutsche Sprache adaptiert (Flannery-Schroeder & Kendall, 1996; Kendall, 2000a). Dieses Programm war gleichzeitig auch Inspiration für die Hauptkomponenten des Programms⁴. HEDI steht für die Schritte „Hab ich Angst?“, „Erwarte ich etwas Schlimmes?“, „Dinge, die mir helfen!“ und „Ich schaff’s! und dann belohn ich mich!“. Die theoretisch-empirischen Grundlagen des Trainings finden sich in Kapitel 5.4.1.1.

⁴ An dieser Stelle möchte ich mich bei den Personen bedanken, welche zum einen bei der Übersetzung aus dem Englischen mitgearbeitet haben und zum anderen an der daraus entstandenen ersten Version des Kindprogramms „Meisterkatze HEDI“ (unveröffentlichtes Manuskript) mitgewirkt haben (Hilti, 2003). Einzelne Elemente der „Meisterkatze HEDI“ waren Vorlage für den „Zauberlehrling“ (Kindtraining). Danke an Karin Wörthwein, Fabienne Anderegg, Raphaela Küng (Koch), Carolin Rechenmacher und Melanie Steinmann.

Die Materialien für das Training sind zusammengesetzt aus zwei Therapeutenmanualen (eine Kinder- und eine Mütterversion, vgl. Anhang), einer Übersicht über die Mütterversion, aus zwei Arbeitsheften (Mutter- und Kindversion) und einem Notizheft für die Hausaufgaben der Kinder (vgl. Anhang). Die Arbeitshefte der Kinder werden nach jeder Stunde vom Therapeuten zurückbehalten. Die Kinder bekommen dafür ein Heftmäppchen, in welchem sie die jeweiligen Hausaufgabenblätter (KIK-Aufgaben, siehe unten) einordnen können. So gibt es auch die Möglichkeit, Zusatzblätter einzuordnen, welche während den Sitzungen ausgeteilt werden können. Die Mütter bekommen die Arbeitshefte mit nach Hause, weil darin sowohl Zusatzinformationen zu den Sitzungen enthalten sind als auch die Übungsblätter für die Hausaufgaben.

Die Rolle des Therapeuten ist die des Trainers, Vorbilds und Ansprechpartners. Er erklärt die psychoedukativen Komponenten und bringt gegebenenfalls persönliche Ängste als Beispiele, damit die Kinder das Vertrauen gewinnen können. Er führt ebenfalls anhand von Beispielen ein Bewältigungsmodell vor und ist Ansprechpartner für die Sorgen und Ängste, welche die Kinder mitbringen oder welche sich während des Programms entwickeln. In den Therapeutenmanualen sind in der Einleitung und teilweise bei einzelnen Elementen angegeben, wie sich der Therapeut verhalten sollte respektive welche Therapeutenvariablen für dieses Training relevant sind (vgl. Anhang).

Aufbau und Inhalt des Kindtrainings

(Bookmark: „Therapeutenmanual für die Gruppenintervention mit Kindern“)

In der *ersten Sitzung* mit den Kindern wird viel Zeit für die Herstellung einer tragfähigen Beziehung zwischen den Kindern und dem Therapeuten respektive Trainer aufgewendet. Es werden beziehungsfördernde Spiele gespielt, der Zauberlehrling („HEDI“) wird vorgestellt, Regeln werden erläutert, Erwartungen und Ziele der Kinder geklärt, Fotos gemacht (für das Zertifikat in Sitzung 8) und ein erstes psychoedukatives Element eingeführt: Die Kinder lernen den Zusammenhang zwischen Gedanken und Gefühlen kennen. Ebenfalls werden die KIK-Aufgaben vorgestellt („Kuck, ich kann’s!“-Aufgaben=Hausaufgaben), welche jeweils am Ende der Sitzungen verteilt werden und eingangs der Sitzungen besprochen werden. Die erste KIK-Aufgabe wird bereits in der ersten Sitzung verteilt. Die Kinder sollen eine Situation beschreiben (Situation, Gedanken und Gefühle), in welcher sie sich gut gefühlt haben. Den Abschluss der ersten Sitzung gestalten die Kinder selbst, indem sie Spiele in der Gruppe aussuchen dürfen und ausserdem bekommen alle Kinder eine kleine Belohnung zur Motivationsförderung.

Die Sitzungen 2 bis 7 sind im Aufbau gleich und beginnen mit der Begrüssung, den Besprechungen der KIK-Aufgaben, gefolgt von wechselnden psychoedukativen Elementen und Übungen und schliessen mit den neuen KIK-Aufgaben und dem Spiel als Belohnung ab.

Der Inhalt der *zweiten Sitzung* widmet sich den Gefühlen des Menschen. Nach einem zusätzlichen Spiel eingangs der Sitzung um die Gruppenkohäsion zu fördern, werden Übungen zu den Emotionen durchgeführt (Arbeitsmaterialien: Arbeitsblätter, Rollenspiele, Puppen, Zeichnungen). Die Hierarchiebildung wird bereits eingeführt, damit die Kinder fortwährend Situationen und Objekte sammeln können, welche unbegründet Angst auslösen oder nervös machen. Durch die Beispiele und den Austausch verschiedener Ängste und Sorgen werden Normalisation, Akzeptanz, Toleranz und Respekt demonstriert und gefördert. Die neue KIK-Aufgabe besteht darin, zwei Situationen zu beschreiben, eine angstausslösende und eine neutrale respektive eine Situation, die Freude ausgelöst hat.

Die *dritte Sitzung* beinhaltet die physische Komponente von Angst. Die Übungen (Arbeitsmaterialien analog zu Sitzung 1) sollen den Kindern zeigen, dass der Körper auf Situationen mit verschiedenen Körperempfindungen reagiert, welche nicht immer eindeutig einer Emotion zugeordnet werden können. Die Kinder lernen den ersten Schritt des 4-Stufen-Plans „H“: „Hab ich Angst?“. Aufgrund körperlicher Anzeichen sollen Kinder wahrnehmen und erkennen, dass sie Angst haben und anhand einer selbstgebastelten Schätzskala einstufen können, wie stark diese Angst ist. Darum handelt es sich auch in der dritten KIK-Aufgabe; die Kinder sollen für eine bestimmte Zeit lang ihre Körperreaktionen beobachten und protokollieren.

Die *vierte Sitzung* soll helfen, eine Normalisierung der Angsterfahrungen zu erreichen. Durch Angstbeispiele des Therapeuten von sich und vom Zauberlehrling HEDI wird neben der Normalisierung erreicht, dass die Kinder erkennen, dass die Angstbewältigung erlernbar ist. Das psychoedukative Element sind die Gedanken und die Selbstverbalisation. Es werden wiederum mit verschiedenen Arbeitsmaterialien Übungen durchgeführt und der zweite Schritt des 4-Stufen-Plans „E“: „Erwarte ich etwas Schlimmes?“ wird eingeführt. Dieser soll dem Kind aufzeigen, dass negative Gedanken zu Gefühlen der Angst oder auch anderen negativ geladenen Gefühlen (z.B. Wut, Neid) führen. Es wird auch eingeübt, wie man alternative Gedanken finden und einsetzen kann. Die KIK-Aufgaben sind zum ersten, Situationen festzuhalten, in welchen solche Gedanken auftreten, zum zweiten, sich alternative Gedanken dazu zu überlegen und drittens mit der Mutter die Kapitän-Nemo-Geschichten (U. Petermann, 2001) kennen zu lernen (vgl. Muttertraining, weiter unten).

Die *fünfte Sitzung* widmet sich dem dritten Schritt im 4-Stufen-Plan: „D“: „Dinge, die mir helfen!“. Zusätzlich zu den bereits gelernten Strategien lernen die Kinder individuelle Strategien kennen, welche bei der Angstbewältigung helfen. Die Umsetzung ist angelehnt an das Problemösen und wird mit den Kindern durch die bereits genannten Arbeitsmaterialien eingeübt. Es wird eine HEDI-Karte gebastelt, welche – noch ohne das „I“ – für die verschiedenen Aufgaben eine Hilfestellung ist. Es werden zusätzlich (unkontrollierbare) Situationen angesprochen, welche meistens nicht durch diese Alternativen gelöst werden können (z.B. Zahnarztbesuch für Wurzelbehandlung). Dadurch wird den Kindern aufgezeigt, dass es zum Teil auch notwendig sein kann, dass die Situation als solches akzeptiert wird und die Einstellung zur Situation geändert werden muss. Die KIK-Aufgabe beinhaltet das Protokollieren von angstausslösenden Situationen und dem Anwenden des dritten Schrittes.

Die *sechste Sitzung* umfasst nun alle vier Schritte des 4-Stufen-Plans: der vierte Schritt „I“: „Ich schaff's! und dann belohn ich mich!“ wird eingeführt. Die Kinder lernen das Konzept der Selbstbewertung und Selbstbelohnung kennen. Ausserdem lernen die Kinder, dass nicht nur perfekte Ergebnisse eine Belohnung verdient haben, sondern schon der Versuch an sich belohnt werden soll. Ein selbsterfundener Superheld soll ihnen in Zukunft beistehen, wenn sie die Ängste bewältigen. Dies ist neben der Protokollierung von angstausslösenden Situationen mit dem 4-Schritte-Plan die KIK-Aufgabe.

Die *siebte Sitzung* bringt keine neuen psychoedukativen Elemente, sondern beinhaltet reines Üben der Strategien mit Situationen in sensu und in vivo. Die Konfrontationen in der Gruppe und das gemeinsame Besprechen helfen erneut, eine Normalisation und Gruppenkohäsion zu erreichen. Die HEDI-Karten und die Superhelden, sowie verschiedene Skalen zur Einschätzung der Angst, der Körperreaktionen und der Selbstbelohnung werden in den Übungen eingesetzt. Die KIK-Aufgaben beinhalten die Einübung der Strategien an realen Situationen aus dem Alltag und die Protokollierung der Erfahrungen. Weiter werden die Kinder aufgefordert, sich zu überlegen, wie sie Werbung für das Training machen könnten und werden gebeten, entsprechend Materialien für die nächste Sitzung vorzubereiten.

Die *achte Sitzung* ist der Rückfallprophylaxe, der Wiederholung und der Belohnung gewidmet. Die Kinder drehen einen Werbespot, tragen ihre Ideen vor (z.B. Gedichte, Geschichten) oder zeigen selbstgebastelte Plakate. Die werden den Müttern anschliessend am Fest, welches als grosses Ereignis in der Gruppe gefeiert wird, gezeigt. Die Zertifikate (mit dem Foto als Zauberlehrling verkleidet) werden ausgeteilt, und es wird Raum für die Verabschiedung gelassen. Die Werbung hat zum einen den Effekt, dass eine Zusammenfassung der Trainingsinhalte durch die Kinder selbst gegeben wird und zum anderen ist es eine weitere Konfrontationsübung.

Aufbau und Inhalt des Muttertrainings

(Bookmark: „Therapeutenmanual für die Gruppenintervention mit Müttern“)

In der *ersten Sitzung* wird am Anfang der Begrüssung, Vorstellung und dem Austausch viel Aufmerksamkeit gewidmet, damit eine vertraute Atmosphäre entstehen kann. Aufbauend auf den Erfahrungsberichten der Mütter werden die verschiedenen Themen rund um die normale und pathologische Angst diskutiert und erläutert. Den Müttern wird „Der Zauberlehrling“ und der Ablauf der Sitzung der Kinder vorgestellt. Das erste Lernelement beinhaltet die positive Verstärkung, zufälliges Belohnen von unerwünschtem Verhalten, Wahrnehmung und Selbst- und Fremdbeobachtung. Die Hausaufgabe ist entsprechend dem Inhalt des Lernelements ausgewählt: bewusste positive Verstärkung einsetzen, sich selbst beobachten und protokollieren. Es wird die Hausaufgabe für das Kind vorgestellt, mit der Bitte, dem Kind nur im Notfall zu helfen, es jedoch an die Hausaufgabe zu erinnern. Nach der Zusammenfassung wird die Progressive Muskelrelaxation (PMR) vorgestellt und das erste Mal durchgeführt. Die Mütter sollen auch noch Raum für einen Austausch untereinander bekommen.

Die Sitzungen 2 bis 7 der Mütter sind jeweils gleich strukturiert und haben folgenden Aufbau: Begrüssung, Hausaufgabenbesprechung, kurze Repetition des Lernelements der vorhergehenden Sitzung, Vorstellung des Ablaufs der aktuellen Sitzung der Mütter und der Kinder, wechselnde Lernelemente, Hausaufgabenverteilung für die Mütter und Erläuterung der Hausaufgaben für die Kinder, Zusammenfassung und Entspannungsmöglichkeit oder Austausch zwischen den Müttern.

Die *zweite Sitzung* beinhaltet das Lernelement Modelllernen. Die Mütter lernen die Arten, Bedingungen und die technische Seite des Modelllernens kennen. Sie sollen anhand eigener Beispiele erkennen, dass die Kinder ihnen – falls sie Ängste haben – Angstreaktionen, Vermeidungs- und Fluchtreaktionen abschauen. Ebenso werden die Mütter erkennen, dass sie die Lernerfahrungen über das Modelllernen steuern können, indem sie ihre eigenen Ängste erkennen und somit ihre Reaktionen steuern können (vgl. Kap. 5.4.1.1). Die Hausaufgabe beinhaltet erneut das Lernelement: Selbstbeobachtung von Situationen mit Modelllerncharakter.

Die *dritte Sitzung* widmet sich dem Lernelement zum Thema physiologische Komponenten von Angst und Anspannung. Die Mütter sollen erkennen, dass Angst durch Fehlinterpretationen von Körperempfindungen und fehlerhaften Attributionen bezüglich der Zuordnung von Körperempfindungen zu verschiedenen Emotionen bedingt sein kann. Ausserdem werden die Grundlagen zur Idee der Gegenkonditionierung erläutert. Weiter werden den Müttern in dieser Stunde die Kapitän-Nemo-Geschichten (U. Petermann, 2001) vorgestellt. Es ist ein imaginatives Entspannungsverfahren, vermittelt über teilweise aufeinander aufbauende Unterwasserweltgeschichten mit autogenen Trainingselementen, welches sie zu Hause mit den Kindern anwenden und einüben sollen. Neben dieser ersten Hausaufgabe für Mutter und Kind gemeinsam, sollen die Mütter wiederum das Hauptlernelement zu Hause umsetzen und sich selbst in Situationen beobachten, in welchen Körperempfindungen auftreten, welche mit Angst gekoppelt werden könnten.

Die *vierte Sitzung* beinhaltet das Lernelement Kognitionen der Angst – Selbstverbalisation. Die Mütter lernen die kognitive Komponente der Angst kennen, den Ablauf von Situation, Gedanken und Reaktion respektive Emotion (Teil der Verhaltensanalyse). Anhand von Beispielen wird die Unterscheidung von günstiger und ungünstiger Selbstverbalisation vorgestellt und die problemorientierte Selbstverbalisation anhand des sogenannten Detektiv-Denken-Bogens eingeübt (Anleitung zur kognitiven Umstrukturierung). Die Hausaufgabe schliesst an das Lernelement an und beinhaltet die Selbstbeobachtung von Gedanken und darauffolgenden Gefühlen und Verhaltensweisen.

Die *fünfte Sitzung* beinhaltete ein kurzes Assertiveness-Training für die Mütter. Es werden die sozialen Kompetenzen, die verschiedenen Typen von sozialen Kompetenzen und die Ursachen von Defiziten oder der Inkompetenz in diesem Bereich vorgestellt. Anhand eines kurzen Diskriminationstrainings werden die Typen und die Skills kennengelernt respektive eingeübt, diese zu unterscheiden. Speziell in diesem Abschnitt, jedoch auch generell, wird deutlich gemacht, dass dies nur ein kurzer Ausschnitt aus einem gesamten Trainingsprogramm über mehrere Einheiten ist (Hinsch & Pfingsten, 2002). Die Hausaufgabe beinhaltet das Einüben von sozialen Kompetenzen, in welchen die Mutter bei sich ein Defizit feststellt. Diese Übung soll protokolliert werden.

Die *sechste Sitzung* widmet sich dem Lernelement Konfrontation mit dem angstausslösenden Objekt und die Mütter werden zu „Co-Trainerinnen“ ausgebildet. Sie lernen, dass ein Teil einer erfolgreichen Therapie von Angststörungen die Exposition ist. Sie sollen erkennen, dass das Vermeidungsverhalten oder die Flucht aus einer angstausslösenden Situation mitverantwortlich für die Aufrechterhaltung einer Angststörung ist. Sie lernen ausserdem verschiedene Strategien aus Elterntrainings kennen, welche hauptsächlich kognitiv-verhaltenstherapeutisch orientiert sind (z.B. Prompting, Ignorieren, vgl. Kap. 5.4.1.1). Sie werden weiter durch Beispiele an die Konfrontation beziehungsweise an die Realitäts-Testung herangeführt: Edukation, Angsthierarchie, Vorbereitung der Konfrontation, Motivation und Belohnung und Durchführung. Als Hausaufgabe sollen die Mütter mit dem Kind zuerst das Thema Konfrontation besprechen, Situationen sammeln und die erste Übung vorbereiten. Die Idee einer „Co-Trainerin“ soll nicht dazu verleiten, dass die Mütter folglich als Expertinnen angesehen werden. Es wird ihnen vermittelt, dass es vor allem darum geht, dass die Kinder nicht überbehütet werden sondern ermutigt werden sollen. Bei genügender Motivation seitens der Kinder und Mütter und genügend Sicherheit in Bezug auf die Übung, sollen diese auch durchgeführt werden.

Die *siebte Sitzung* ist dem zweiten Teil des Realitäts-Testens (Konfrontation) gewidmet und enthält das Lernelement Selbstsicherheitstraining für das Kind. Zuerst wird das Thema Assertiveness-Training (Sitzung 5) kurz wiederholt und die sechste Sitzung mit den verschiedenen Strategien zur Unterstützung der Kinder aufgefrischt. Es werden die Vorbereitungen zum Realitäts-Testen (Hausaufgabe der Mütter aus der Sitzung 6) besprochen und korrigierend eingegriffen. Es wird besprochen, was Selbstsicherheit und anderen soziale Kompetenzen beim Kind beinhaltet (z.B. Blickkontakt) und wie diese mit dem Kind eingeübt werden können. Die Hausaufgabe bezieht sich auf den Inhalt des Lernelements: das Sammeln von vorhandenen Kompetenzen und Defiziten beim Kind anhand einer vorgegebenen Liste. Ausserdem werden wiederum mit dem Kind zusammen Situationen ausgesucht, welche geübt werden sollen.

Die *achte Sitzung* ist der Rückfallprophylaxe und dem Abschluss des Trainings gewidmet, welche auch eine kleine Feier für die Mütter und Kinder gemeinsam beinhaltet. Es werden noch einmal alle Lernelemente zusammenfassend wiederholt und die Selbstwirksamkeit der Mütter gefördert. Weiter wird betont, dass die Mütter nun die Übungen zu Hause als Co-

Trainerinnen weiterführen müssen, damit bereits erreichte Erfolge gefestigt und neue Kompetenzen und Erfolge dazu kommen können.

5.4.2 Fragestellungen der *Studie 3*

Der Wirksamkeitsnachweis des indizierten Präventionsprogramms „Der Zauberlehrling“ ist das Hauptanliegen der *Studie 3* (Längsschnitt: summative Evaluation, Fragestellung 3.3). Die Wirkung wird mit der Wartelistekontrollgruppe verglichen. Das heisst, es wird kontrolliert, ob in der non-Treatmentphase eine Veränderung stattfindet (Fragestellung 3.3). Ausserdem interessiert der Einfluss des Müttertrainings auf die Kinder und deren Entwicklung (Quer- und Längsschnitt). Wenn angenommen wird, dass die Erziehung sich durch das Programm ändert, sowie die eigene Wahrnehmung von Persönlichkeitseigenschaften und Ängstlichkeit der Mutter (Fragestellung 3.2), könnte man von einem Einfluss des Mutterprogramms auf die Variablen des Kindes ausgehen. Die protektive Relevanz (Fokus auf Ressourcen) soll ebenfalls im Längsschnitt nachgewiesen werden (Fragestellung 3.3). Durch diverse Fragebogenelemente werden anhand der Post- und Follow-up-Messung Fragen zur consumer satisfaction (Fragestellung 3.4) und auch zur Wirksamkeit (direkte Befragung, Fragestellung 3.3) gestellt. Weiter werden Fragen zur Treatmentintegrität und zur Prozessforschung gestellt (formative Evaluation, Fragestellung 3.5), da diese Arbeit ebenfalls neue Fragestellungen für zukünftige Interventionsprojekte liefern soll. Zusätzlich werden im Vergleich mit den *Studien 1 und 2* dieser Arbeit (vgl. Kap. 4.3.9) Fragen zu Stärke und Häufigkeit von Ängstlichkeit und emotionalen Problemen gestellt (Fragestellung 3.1) und ebenfalls zu weiteren wichtigen Variablenclustern (Stressbewältigung, Erziehung, Persönlichkeitsvariablen der Mutter; Fragestellung 3.2). Zum Schluss wird anhand einer multiplen Kasuistik versucht, dem Programm und seinen Zauberlehrlingen ein Gesicht zu geben und neue Forschungsfragen zu generieren (Fragestellung 3.6).

Bevor die Ergebnisse zu den Fragestellungen respektive Hypothesen dargestellt werden, wird die Stichprobe der *Studie 3* näher vorgestellt und Zusammenhänge von Variablen mit den Stichproben aus der *Studie 1 und 2* verglichen. Die einzelnen Ergebnisse, welche in Kapitel 5.4.4 berichtet werden, sind gebündelt nach den Themen der Fragestellungen respektive nach den diagnostischen Verfahren, welche in der *Studie 3* eingesetzt wurden. Es werden neben hypothesenprüfenden Analysen auch einzelne Annahmen nur deskriptiv überprüft, um für die vorliegende Stichprobe Aussagen machen zu können. Damit die Themen in sich geschlossen bleiben und damit die durch deskriptive und jene durch signifikanzprüfende Analysen überprüften Hypothesen unterscheidbar sind, wird bei jenen, welche mit interferenzstatistischen Verfahren geprüft werden von Hypothesen (H) gesprochen und bei jenen, welche graphisch und mit deskriptiver Statistik analysiert werden von *deskriptiven* Hypothesen (dH) gesprochen. Am Ende des Kapitels 5.4.4 wird eine Zusammenfassung der signifikanten Ergebnisse nach Konstrukten gegeben. Dies soll die Diskussion in Kapitel 5.4.5 vorbereiten.

Fragestellung 3.1: Die **Ängstlichkeit** (a1) und **Emotionalen Probleme** (b1) bei der Interventionsgruppe aus der *Studie 3* zum Zeitpunkt der Prämessung sind im Vergleich mit jenen der *Studie 1 und 2* höher. Ältere Kinder haben höhere Werte (a/b2) und Mädchen haben höhere Werte (a/b3).

Es wird angenommen, dass die Ängstlichkeit und die emotionalen Probleme in der *Studie 3* zum Zeitpunkt der Ersterhebung in ihrem Mittelwert grösser sind als in den *Studien 1 und 2*, da explizit ängstliche Kinder rekrutiert wurden (H3.1.a/b1). Dies gilt vor allem in den Mütterurteilen, obwohl in der Literatur häufig davon berichtet wird (z.B. ZAPPS, Kap. 4.3.7 & 2.3), dass Eltern die internalisierenden Störungen in deren Häufigkeiten unterschätzen. Aufgrund der Stichprobenerhebung und der Tatsache, dass die Mütter die Kinder und sich selbst für ein Programm wegen der Ängstlichkeit angemeldet haben, wird davon ausgegangen, dass beide das Kind in der Ängstlichkeit und in den emotionalen Problemen höher einschätzen als in den berichteten epidemiologischen Non-Treatment-Studien. Es wird weiter davon ausgegangen, dass die Mädchen höhere Werte auf den Skalen als die Jungen erreichen (H3.1.a/b3, vgl. Rutter et al., 1976), und in Bezug auf die Altersverteilung wird angenommen, dass es Schwankungen gibt, jedoch der Trend in Richtung Erhöhung der Werte mit dem Alter geht (H3.1.a/b2; vgl. Kap. 4.4.3 & *Fragestellung 1.1*; vgl. Plück et al., 2000).

Diese Fragestellung soll aufzeigen, dass in der Stichprobe aus der *Studie 3* tatsächlich Kinder rekrutiert wurden, welche ängstlicher sind als die Norm. Dadurch wird die Grundlage geschaffen, dass auch indiziert-präventive Effekte durch das Programm gewonnen werden können.

Fragestellung 3.2: Einzelne **Parameter** der Erziehung (H3.2a), der Stressverarbeitung (H3.2b), der Ängstlichkeit der Mutter (H3.2c) und der Persönlichkeit der Mutter (H3.2d) sind in der *Studie 3* höher respektive tiefer als jene aus der Vergleichsstichprobe der *Studie 1*.

Es wird davon ausgegangen, dass nicht nur die Ängstlichkeit und die emotionalen Probleme der Kinder aus der Stichprobe der *Studie 3* als jene der Stichprobe aus der *Studie 1* höher sind (vgl. Fragestellung 3.1), sondern auch andere Skalenwerte: Die Hypothese H3.2a besagt, dass die durch die ängstlichen Kinder wahrgenommene Erziehung weniger günstig ist (Lob und Unterstützung sind geringer) und die ungünstigen Strategien wie Einschränkung, Inkonsistenz und Tadel im Vergleich zur *Studie 1* höher ausfallen (z.B. Chorpita, 2001; Dunedin, Newman et al., 1996). Auch wird davon ausgegangen, dass die ängstlichen Kinder in ihrer Selbsteinschätzung weniger günstige Stressverarbeitung aufweisen als die Kinder aus der Vergleichsstichprobe (z.B. Barlow, 2002; Winkler Metzke & Steinhausen, 2002). Sie haben geringere Werte auf den Subskalen der emotionsregulierenden und problemlösenden Copingstrategien und höhere Werte auf den ungünstigen Strategien (Skalen *Passive Vermeidung* und *Gedankliche Weiterbeschäftigung*, H3.2b). In der Selbsteinschätzung der Mütter werden zum einen höhere Ängstlichkeitswerte (H3.2c; vgl. z.B. Liu et al., 1999) und zum anderen höhere Werte auf der Skala *Beanspruchung, Gehemmtheit* und *Gesundheitssorgen* und weniger Lebenszufriedenheit erwartet (H3.2d; vgl. z.B. Cummings et al., 2000) als dies in der Stichprobe der *Studie 1* gefunden wurde.

Die Relevanz für diese Fragestellung ergibt sich ebenfalls, wie in der Fragestellung 3.1 beschrieben, aus der Idee, dass die Stichprobe der *Studie 3* auffälliger ist, nicht nur in den Ängstlichkeitswerten, sondern auch in den Bereichen von Coping, Erziehung und Persönlichkeit der Mutter.

Fragestellung 3.3: Es wird davon ausgegangen, dass das indizierte Präventionsprogramm „Der Zauberlehrling“ **wirksam** ist. Es wird angenommen, dass sich einzelne Variablen in der Zeit zwischen Prä- und Postmessung in ihren Mittelwerten ändern (weniger Ängstlichkeit, tieferer emotionaler und Gesamtproblemwert, höhere günstige und weniger ungünstige Bewältigungsstrategien, höhere günstige und weniger ungünstige Erziehungsvariablen, weniger Ängstlichkeit der Mütter, H3.3a). Auch wird von einer nachhaltigen Wirkung respektive Stabilität des Effekts ausgegangen (H3.3b). Weiter soll durch einen Vergleich anhand der gleichen Variablen innerhalb der Wartelistekontrollgruppe aufgezeigt werden (erste Prä- und zweite Prämessung), dass dieser Effekt spezifisch auf das Programm zurückzuführen ist (H3.3c). Auch soll die Wirksamkeit indirekt über den Wissenszuwachs (Prä-, Post- und Follow-up-Messung; H3.3d) sowohl bei Kindern als auch bei den Müttern dargestellt werden können. Es wird erwartet, dass eine direkte Befragung zur Wirkung (zwei Versionen: Post- und Follow-up-Messung) anhand der subjektiven Einschätzungen in Bezug auf den Trainingseffekt bei Kindern und Müttern ebenfalls eine Wirkung des Trainings aufzeigt (dH3.3e). Es interessiert auch, ob eine Veränderung der Erwartungen der Mütter an das Training über den Verlauf entsteht (dH3.3f).

Es wird angenommen (H3.3a), dass die Ängstlichkeit und die emotionalen Probleme sich zwischen der Prä- und Postmessung auf den dimensional Verfahren verringern (vgl. Kap. 2.3). Ebenfalls soll sich eine Erhöhung der günstigen und eine Verringerung der ungünstigen Bewältigungsstrategien abzeichnen (z.B. Durlak & Wells, 1998; Mendlowitz et al., 1999). Weiter wird erwartet, dass durch das parallele Mütterprogramm sich die Ängstlichkeit der Mütter ebenfalls reduzieren wird und die Kinder das Erziehungsverhalten der Mütter zwischen Prä- und Postmessung dahingehend einschätzen werden, dass sie vermehrt günstige und weniger ungünstige Erziehung wahrnehmen. Es wird davon ausgegangen, dass diese genannten Veränderungen auch im Vergleich zwischen Prä- respektive Post- und Follow-up-Zeitpunkt zu finden sein werden, was einem Hinweis auf Nachhaltigkeit und der Stabilität der Wirksamkeit gleichkommt oder einer Verstärkung der Wirkung (H3.3b). Dies aufgrund des Interventionseffekts (vgl. Durlak & Wells, 1998; In-Albon & Schneider, 2007) als auch wegen dem verzögerten Einsetzen der präventiven Wirkung in Präventionsprogrammen (vgl. Dadds et al., 1999; Heinrichs et al., 2002). Durch den Vergleich anhand der Wartelistekontrollgruppe (Chambless & Ollendick, 2001; Ollendick & King, 2004) soll aufgezeigt werden, dass der Effekt, der in *Studie 3* gefunden wird (vgl. H3.3a/b), nicht auch ohne Intervention (non-Treatment) resultiert wäre (Spontanremission). Das heisst, es wird erwartet, dass in Wartelistekontrollgruppe keine Veränderungen auf den Variablen während der non-Treatmentphase passieren. Ausserdem kann die protektive Relevanz geprüft werden, indem die Wartelistekontrollgruppe keine Veränderungen im non-Treatment-Intervall in Bezug auf Ressourcen (günstige Bewältigungsstrategien) aufweist (H3.3c). Die anhand der Wissenschecks bei Kindern und Müttern ermittelten Noten und Punkte zum Prä-, Post- und Follow-up-Zeitpunkt können aufzeigen, ob ein auf die Inhalte des Trainings zugeschnittener Wissenszuwachs vonstattenging und über die Zeit von 5 Monaten anhält (H3.3d, vgl. Junge et al., 2002).

Durch direkte Befragung der subjektiven Einschätzung der Wirksamkeit des Trainings soll ein wichtiger Aspekt des Therapieeffekts gemessen werden: Die subjektive Einschätzung entspricht dem Empfinden eines stattgefundenen Effekts auf den für das Subjekt relevanten Aspekten (dH3.3e). Dieser zum Teil indirekt mit erhobene Vorher-Nachher-Vergleich, welche

die Person zum Zeitpunkt der Postmessung retrospektiv leistet, ist relevant für die Einschätzung der Wirksamkeit, weil für die einzelnen Teilnehmer am Programm dieser subjektiver Eindruck viel wichtiger ist als der objektiv bestimmbare Unterschied (vgl. consumer satisfaction; Fragestellung 3.4; vgl. Stieglitz & Baumann, 2001). Sowohl die Kinder als auch die Mütter beantworten Fragen in Bezug auf durchgeführte Übungen und der Güte einzelner Ergebnis- und Prozessqualitätsitems. Es wird weiter in der Prä- und Postmessung eruiert, wie die Erwartungen der Mütter an das Programm sind und ob sich diese durch das Training verändern (dH3.3f).

Fragestellung 3.4: Die Zufriedenheit, **consumer satisfaction**, der Kinder und Mütter mit dem Programm und den damit zusammenhängenden Bedingungen ist elementar für die Wirkung einer Intervention. Die Annahme ist, dass sich diese über die Prozessqualität ausdrücken wird, welche über eine direkte Befragung zum Postzeitpunkt erhoben wird (dH3.4a). Auch wird davon ausgegangen, dass die Zufriedenheit mit der Erfüllung der Erwartungen an das Training zusammenhängen (H3.4b). Es interessieren weiter Zusammenhänge zwischen den Zufriedenheitsvariablen nach dem Training und soziodemographischen Variablen, der Ängstlichkeit bei Kindern und Müttern, negativen Bewältigungsfertigkeiten der Kinder und Persönlichkeitsvariablen der Mütter (H3.4c).

Als erster Teil dieser Fragestellung soll erhoben werden, wie zufrieden die Kinder und Mütter mit dem Programm und damit einhergehenden Aspekten sind (dH3.4a; vgl. Baumann & Reinecker-Hecht, 2005): Es werden Aspekte der Prozessqualität (Beziehung zum Trainer, Rahmenbedingungen, Material und Setting) erfasst (vgl. Matzejat & Remschmid, 1998). Ausserdem wird sowohl beim Kind als auch bei der Mutter direkt nach der Zufriedenheit gefragt (Seligman, 1995a). Es wird davon ausgegangen, dass die Erwartungshaltung der Mütter in Bezug auf das Training einen Einfluss hat auf verschiedene Bereiche des Trainings und dessen Wirkung auf Kind und Mutter (vgl. Fragestellung 3.3: H3.3f). Es soll untersucht werden, ob die Zufriedenheit und die Erfüllung der Erwartungen zum Postzeitpunkt zusammenhängen. Das heisst, wenn eine Mutter am Schluss des Trainings subjektiv das Gefühl hat, ihre Erwartungen seien erfüllt worden, wird sie zufriedener mit dem Training und anderen Bereichen sein (H3.4b). Es wird erwartet, dass die Zufriedenheit mit einigen Variablen der Kinder und Mütter zusammenhängen: Es wird davon ausgegangen, dass die Ängstlichkeit und die emotionalen Probleme (Kind und Mutter) negativ, ungünstige Bewältigungsfertigkeiten (Resignation, passive Vermeidung) negativ und Persönlichkeitsvariablen der Mutter (Lebenszufriedenheit, Gehemmtheit, Offenheit und Beanspruchung) bis auf die Lebenszufriedenheit und Offenheit zum Postzeitpunkt negativ mit der Zufriedenheit korrelieren (H3.4c). Bei den soziodemographischen Variablen Geschlecht und Alter wird ungerichtet geprüft.

Fragestellung 3.5: Im Rahmen der **Prozessforschung** sollen Analysen in Bezug auf angenommene Veränderungen diverser Variablen im Verlauf des Trainings auf der Grundlage der täglichen Einschätzungen (diaries), Stundenbögen und Protokollen der Sitzungen durchgeführt werden. Es wird angenommen, dass die regelmässige Hausaufgabendurchführung (Teil des Commitments, per Protokollbögen ermittelt) mit der Wirkung des Trainings zusammenhängt. Es wird auch erwartet, dass die Durchführung der verschiedenen Übungen ebenfalls mit der Trainingswirksamkeit zusammenhängt (H3.5a). Die Ängstlichkeit und mit der Ängstlichkeit vermutlich

zusammenhängende Variablen werden über diaries im Verlauf graphisch dargestellt, um einen potentiellen Effekt des Trainings abzubilden (dH3.5b). Die Stundenbögen liefern eine Art Kontrollmöglichkeit bezüglich der anhand der diaries ermittelten Durchschnittswerte (ad H3.5b). Anhand der Stundenbögen wird auch eruiert, wie das Training auf die Mütter wirkt (dimensional). Es soll anhand der Stundenbögen aufgezeigt werden, welche Sitzungen subjektiv als hilfreich, anregend und fordernd empfunden wurden (dH3.5c). Die Treatmentintegrität kann anhand von standardisierten Sitzungsprotokollen deskriptiv geprüft werden, so dass Aussagen für zukünftige Projekte möglich sind. Zusätzlich soll die Qualitätseinschätzung zum Trainingsmaterial, durch die Mütter eingeschätzt, beschrieben werden (H3.5d). Anhand der Sitzungsprotokolle soll geprüft werden, ob es Unterschiede gibt in der Durchführung durch einzelne Trainer oder ob bestimmte Sitzungen anfälliger für Schwierigkeiten sind (H3.5e).

Die regelmässige Hausaufgabendurchführung ist sowohl Teil des Commitments als auch Prädiktor für die Effektivität des Treatments (Helbig & Fehm, 2005). Dies soll anhand der Protokollbögen, welche durch die Trainer nach dem Training jeweils ausgefüllt wurden, analysiert werden, um für weitere Interventionsstudien die Grundlage zu schaffen. Es wird davon ausgegangen, dass ein negativer Zusammenhang zwischen der Anzahl nicht durchgeführter Hausaufgaben und dem Trainingserfolg besteht. Weiter werden die gleichen Analysen für Übungen wie Entspannungsmethoden, allgemein die Häufigkeit der Durchführung von Übungen zu Hause (z.B. Realitätstesten) durchgeführt (H3.5a). Die diaries, welche in der *Studie 3* zum Einsatz kommen, werden von der Mutter zu einem fixen Zeitpunkt täglich über 3-4 relevante Aspekte der Ängstlichkeit und mit der Ängstlichkeit zusammenhängende Variablen (Bedrücktheit, sozialer Kontakt, Selbständigkeit und Bewältigung im Alltag) ausgefüllt, um den über retrospektiv gewonnene Informationen Verzerrungseffekt des Gedächtnisses zu umgehen (vgl. Reinecker-Hecht & Baumann, 2005). Es interessiert der Verlauf dieser Variablen über die Dauer des Trainings (inkl. Baseline von einer Woche, dH3.5b). Dieser Verlauf kann Hinweise auf die Wirksamkeit des Trainings geben. Zum einen, da die Ängstlichkeit täglich über den Tag gemittelt erfasst wird und zum anderen, da die restlichen Items der diaries sich an den Fragebogen zu Erwartungen der Mütter gegenüber dem Training (vgl. Fragestellung 3.4: H3.4b) anlehnen.

Die Stundenbögen, welche jeweils am Ende der Sitzungen durch die Mütter ausgefüllt werden, erfassen zum einen die Ängstlichkeitsfrequenz der Kinder über die vergangene Woche und zum anderen die Stärke der Ängstlichkeit gemittelt über die Woche. Dies kann zum Vergleich mit der in H3.5b formulierten Frage herangezogen werden, ob die Erinnerung an die Ängstlichkeit der Kinder im Durchschnitt retrospektiv erfasst gleich hoch ist wie in den täglichen Einschätzungen, welche ebenfalls gemittelt werden. Die deskriptive Hypothese dH3.5c untersucht die Frage nach der subjektiven Einschätzung der Nützlichkeit der Inhalte und der Darstellungsform des Trainings (fordernd, anregend). Dies kann im Rahmen des Pilotprojektes in Verbindung mit Variablen der direkten Wirksamkeitsbefragung (vgl. H3.3e) genutzt werden, um Verbesserungen in der Durchführung zu erzielen. Um das Interventionsprogramm zu optimieren, werden die Protokollbögen auf diverse Aspekte hin ausgewertet (dH3.5d): durchgeführte und ausgelassene Elemente, Einhalten der Zeit, Schwierigkeiten (Kinder- und Mutterversion). Die Hypothese H3.5e prüft, ob die Trainer verschieden mit den Schwierigkeiten und Zeitlimiten des Trainings umgehen. Ausserdem soll geklärt werden, ob bestimmte Sitzungen mehr Schwierigkeiten und Zeitengpässe mit sich bringen.

Fragestellung 3.6: Anhand einer konzentrierten (auszugsweisen) multiplen Kasuistik sollen beispielhaft Verläufe beschrieben werden, welche zum einen mehr Einblick in das Training geben und zum anderen die Wirkvariablen und anderen Fragestellungen 3.1 bis 3.5 fassbarer machen sollen.

Es werden exemplarisch 2 Kinder und deren Mütter (je 1 Dyade aus Treatmentgruppe und aus Wartelistekontrollgruppe) kurz anhand von ausgewählten soziodemographischen Variablen charakterisiert (Alter, Geschlecht, Klasse, Hobbies etc.), um anschliessend die Kinder und Mütter in Bezug auf deren Kernvariablen der Arbeit zu beschreiben (z.B. Ängstlichkeit, Bewältigungsstrategien). Anschliessend wird anhand der Stundenbögen, diaries und den Sitzungsprotokollen der Trainingsverlauf geschildert. Zum Schluss werden potentielle Wirkvariablen dargestellt und darüber diskutiert, welche möglichen (kausalen) Zusammenhänge vorhanden sein könnten. Daraus resultieren Forschungshypothesen für zukünftige Interventionsprojekte.

5.4.3 Methode der Studie 3

Die Evaluation eines Präventionsprogramms bringt diverse Probleme mit sich, weil in der Wirkungsanalyse eher mit wenigen Veränderungen entsprechend der geringeren Wirkung zu rechnen ist. Ausserdem sind diese erhofften Verbesserungen schwer nachzuweisen, weil im Prozess viele Störvariablen auftreten können und vor allem in längeren Follow-up-Verläufen auch alternative Erklärungen für die Wirkungen herangezogen werden können (Mittag & Jerusalem, 1997). Diese Störfaktoren können beispielsweise Reifungsprozesse, kritische Lebensereignisse, Drop-outs (programmexterne Störfaktoren) oder Durchführungs- oder Design-Effekte (programminterne Störfaktoren) sein. Damit der Ausschluss von unerwünschten Neben- oder Wechselwirkungen mit anderen Faktoren bestmöglich erfolgen kann, muss ein geeignetes Studiendesign gewählt werden (mehrere Messzeitpunkte, Kontrollgruppendesign).

Die Idee einer Wirkungsanalyse beinhaltet die Bestimmung der Nettowirkung, das heisst, die Störvariablen müssten bereits von der Bruttowirkung abgezogen sein. Eine Möglichkeit diesbezüglich stellt neben dem geeigneten Studiendesign auch die Gewährleistung der Homogenität der Vergleichsstichproben zum Prämesszeitpunkt dar. Dies kann anhand von echten oder Quasiexperimenten untersucht und gesichert werden. Ein weiterer Aspekt der Nützlichkeitsanalyse ist, neben der Wirkungsanalyse (impact assessment), auch die Kosten-Effizienz-Analyse (efficiency assessment) zu betrachten. Dieser Aspekt beinhaltet unter anderem die monetäre Ebene des Programms, aber auch den subjektiven Nutzen. Beide Aspekte sind schwer zu erheben und nur im Vergleich mit bereits evaluierten Programmen tatsächlich zu interpretieren (Mittag & Jerusalem, 1997).

Bei Baumann und Reinecker-Hecht (2005) sind die Effektivität (Wirksamkeit, efficacy) und Effizienz (Kosten-Nutzen-Analyse, cost-effectiveness) getrennt aufzufinden. Mit der Patientenzufriedenheit (consumer satisfaction), der Praxisbewährung (effectiveness) und der ethischen Angemessenheit zusammen bilden sie die *Evaluationskriterien* für die Interventionsforschung. Bei den Autoren gehört zur Effektivität die statistische Signifikanz der Veränderung, die klinische Bedeutsamkeit, wie viel Prozent der Patienten sich in Hinblick auf die Symptomatologie (bedeutsame Veränderungen) gebessert haben, das Wirkungsspektrum, die Dauerhaftigkeit (Katamnese) und die negativen Effekte.

5.4.3.1 Studiendesign

Die Versuchsplanung der *Studie 3* wurde anhand der Evaluationskriterien, welche in der Einleitung des Kapitels 5.4.3 beschrieben wurden, entworfen. Das heisst, es soll eine Kontrollgruppe eingesetzt werden, damit die interne Validität der Studie verbessert wird. Aus ethischen Überlegungen wird eine Wartelistenkontrollgruppe (WLKG) statt einer Kontrollgruppe ohne Intervention eingesetzt. Weiter wird neben den Prä-Post-Messzeitpunkten ein Follow-up-Zeitpunkt nach 5 Monaten eingeführt, um die Dauerhaftigkeit zu prüfen. Die Frage nach statistischer und klinischer Signifikanz, den möglichen negativen Effekten und der Prozentsatz jener, die sich gebessert haben, werden ebenfalls in die statistische Auswertung und die Interpretation der Ergebnisse (vgl. Kap. 5.4.4 & 5.4.5) integriert. Die Kosten-Nutzen-Analyse wird nur oberflächlich im Sinne der eingesetzten monetären Einheiten beschreibbar sein. Die Patientenzufriedenheit wird direkt und indirekt ermittelt und die Praxisbewährung kann nicht direkt beantwortet werden, da die *Studie 3*, vorwiegend unter Laborbedingungen und in zu kleinem Rahmen stattfand.

Um eine Evaluation einer Intervention durchzuführen, bedarf es Langzeit- respektive Verlaufsuntersuchungen. Die Definition ist nicht immer einheitlich, vor allem in Bezug auf die Studiendauer und der Anzahl der Messzeitpunkte. Das Minimum beträgt laut Grabe und Mayer (2001) sechs Monate und zwei Messzeitpunkte, um von einer Langzeitstudie sprechen zu können, was die vorliegende *Studie 3* erfüllt. Prospektiv ist eine Studie, wenn zum Indexzeitpunkt (Rekrutierung) die erste Erhebung stattfindet, retrospektiv ist sie, wenn nach Ende des zu beurteilenden Verlaufs die (einzige) Erhebung stattfindet (vgl. direkte Veränderungsmessung, weiter unten). In der *Studie 3* wurden diese beiden Forschungsansätze verbunden, indem sowohl 3-4 Messzeitpunkte eingesetzt wurden, welche vor und nach der Intervention stattfanden, als auch einzelne Fragen, welche nur nach der Intervention gestellt wurden (vgl. Kap. 5.4.3.3).

In Tabelle 79 ist das Design (Versuchsplan) der *Studie 3* dargestellt. Es wurde ursprünglich eine experimentelle Anordnung, eine Kontrollgruppenanordnung mit Vor- und Nachuntersuchungen (Prä-Post-Kontrollgruppenplan, Perez & Patry, 1982), angestrebt, welche im Sinne von Campell und Stanley (1963) mit randomisierten Stichproben realisiert werden sollte. Da jedoch weder die Mittel noch die Gruppengrösse für eine Randomisierung vorhanden waren, wurde auf die Randomisierung verzichtet, wodurch die Studie ein quasiexperimentelles Design erhält (anfallende Stichprobe).

Damit den Mängeln des Versuchsplans entgegengehalten werden kann, wurden folgende Adaptationen vorgenommen: Neben der Follow-up-Messung wurde für die WLKG ein zeitlicher Match an die Intervalle der Therapiegruppe vorgenommen (in Tab. 79 hervorgehoben). Das heisst, anstelle der Intervention (T), welche 8 Wochen dauert, haben die Dyaden aus der WLKG für ebenfalls acht Wochen keine Intervention (non-T) erhalten. Damit ein Vergleich zwischen den Gruppen möglich ist, musste eine zusätzliche Messung für die WLKG ($O_{1.2}$) nach der non-T-Phase durchgeführt werden. Nach der zusätzlichen Messung für die WLKG erhielten diese dann ebenfalls das Standardtraining, was dazu führt, dass die WLKG ebenfalls als Experimentalgruppe in bestimmte Analysen eingehen kann (vgl. Kap. 5.4.4). Anschliessend an die Stichprobenbeschreibung wird die tatsächliche Durchführung der Studie kurz beschrieben (Kap. 5.4.3.2).

Tabelle 79: Durchführungsdesign

Therapiegruppe								
		Prämessung	1 Woche	Intervention	1 Woche	Postmessung	5 Monate	Follow-up
		O ₁		T		O ₂		O ₃
				8 Wochen				
Wartelistekontrollgruppe								
1. Prämessung	Keine Intervention	2. Prämessung	1 Woche	Intervention	1 Woche	Postmessung	5 Monate	Follow-up
O ₁	Non-T	O _{1.2}		T		O ₂		O ₃
	8 Wochen			8 Wochen				

Anmerkungen: T=Treatment; non-T=keine Intervention; O=Observation (Einsatz der Testbatterien) und im Index der Zeitpunkt der Messung, wobei die O_{1.2} die zweite Prämessung der WLKG=Wartelistekontrollgruppe darstellt;

In der *Studie 3* wird ebenfalls eine Prozessforschung durchgeführt, welche den Interventionsprozess einbezieht. Bei Mittag und Jerusalem (1997) würde dies unter die Kategorie Evaluation der Programmdurchführung (während der Durchführung, Begleit- resp. Prozessevaluation) fallen. Es sind laut Baumann und Reinecker-Hecht (2005) verschiedene Varianten zu finden, wobei in der vorliegenden Arbeit die Einheit zwischen den Stunden und die Therapiesitzung selbst als Einheit untersucht wird. Die täglichen Einschätzungen (diaries) werden die Zeit zwischen den Sitzungen abdecken und die Stundenbögen und Sitzungsprotokolle (vgl. Kap. 5.4.3.3) werden die einzelnen Sitzungen beinhalten. Somit kann die *Studie 3* als kombinierte *Prozess-Erfolgsforschung* angesehen werden. Die Begleitevaluation soll mögliche Fehlentwicklungen während des Programms aufdecken, um allenfalls den Prozess zu korrigieren. Das heisst, die Umsetzung des Manuals wird kontrolliert. Laut Mittag und Jerusalem (1997) ist diese Kontrolle (Supervision; Qualitätssicherung) anhand verschiedener Methoden umsetzbar. In der *Studie 3* wurden folgende Formen umgesetzt: halbstrukturierte Sitzungsprotokolle mit geschlossenen und offenen Fragen (vgl. Kap. 5.4.3.3), freie Berichte der Trainer, direktes Befragen und Coachen der Trainer, Aufzeichnung per Video und DVD und live-Beobachtung von Sitzungen durch die Verfasserin dieser Arbeit.

Erhebungstechnologie

In Bezug auf die Erhebungstechnologie gibt es vier Formen der Veränderungsmessung: die direkte und die indirekte Veränderungsmessung, die Beurteilung der Therapiezielverwirklichung und die Statusbeurteilung bezüglich des Erreichens bestimmter Kriterien (Reinecker-Hecht & Baumann, 2005).

Die direkte Veränderungsmessung in der Psychotherapieforschung wird zum Zeitpunkt nach der Intervention eingesetzt, indem unter Zuhilfenahme von Komparativaussagen (z.B. besser, häufiger, schlechter) eine subjektive Einschätzung der Veränderung zwischen den Zeitpunkten vorher und nachher erfragt wird. Diese subjektiv erlebte Veränderung hat viel Aussagekraft, weil der intraindividuelle Vergleich zwischen den beiden Zeitpunkten der „Eigenart des menschlichen Urteilsprozesses in Relationen wahrzunehmen und zu quantifizieren am besten entspricht“ (Deneke, 1982, zitiert nach Stieglitz & Baumann, 2001, S. 30). Die Vorteile der direkten Veränderungsmessung sind wie bei Stieglitz und Baumann (2001) zu entnehmen, dass unter anderem das Reliabilitäts-Validitäts-Dilemmas umgehen werden kann, keine Regression zur Mitte stattfindet, es ökonomischer ist, Vergleiche sind einfacher zu ziehen. Die Autoren berichten auch, dass die direkte und indirekte Veränderungsmessung nicht konvergieren und folgern, dass diese beiden Verfahren beide relevante Informationen liefern und

sich ergänzen sollten. In der *Studie 3* wird ebenfalls direkt nach der Wirkung des Trainings gefragt, jedoch zum Grossteil nicht in Komparativform. Im Fragebogen zur Beurteilung des Trainings (FBT, Hilti & Kunz, 2004a, vgl. Kap. 5.4.3.3) wird vier Mal direkt nach einer Verbesserung respektive Verschlechterung gefragt, was der hier genannten direkten Veränderungsmessung entspricht. Bei den Kindern wird im Bogen Fragen zum Training (Hilti, 2004) auch direkt danach gefragt, ob es *nicht mehr so viel* Angst hat *wie vorher*. Weiter wird bei den Müttern auf einer 11-stufigen Skala direkt nach der Wirkung gefragt (z.B. Wie gut hat das Training bei Ihrem Kind gewirkt?). Dies beinhaltet zwar keine explizit erfragte Veränderung, lässt jedoch auf die subjektive Meinung bezüglich der Wirkung einer Vorher-Nachher-Veränderung schliessen.

Die indirekte Veränderungsmessung beinhaltet alle Verfahren, welche Diffenzen zwischen zwei Statusbeurteilungen bilden (Reinecker-Hecht & Baumann, 2005; Stieglitz & Baumann, 2001). Das heisst, die Veränderung wird über die Erhebungen zu den Prä- und Postmesszeitpunkten mit den gleichen Fragebogen gemessen. Die meisten Fragestellungen der *Studie 3* in Bezug auf die Wirksamkeit des Präventionstrainings basieren auf dieser Art der Veränderungsmessung. Die dimensionalen Verfahren, die eingesetzt werden, sind sensibler als kategoriale (vgl. Kap. 2.3) und haben den Vorteil, dass sie Informationen über die Stärke einer Störung oder über die subklinischen Ausprägungen geben können (Döpfner et al., 2000). Somit können auch geringe Veränderungen auf Skalen erfasst werden, um einen Effekt aufzeigen zu können.

Bei der Therapiezielverwirklichung geht es darum, dass ein Zielzustand und –bereich anhand eines Ausgangszustandes definiert wird. Für die Einschätzung der Zielzustände wird meist eine inhaltliche Abstufung formuliert (Reinecker-Hecht & Baumann, 2005). Berücksichtigt werden sollte der Forschungsstand und die individuelle Situation und eingeschätzt wird auf einer Skala mit positiven und negativen Stufen (da auch Verschlechterungen möglich sind). Der Fragebogen zu Erwartungen gegenüber dem Training (*Studie 3*, vgl. Kap. 5.4.3.3) beinhaltet verschiedene Formulierungen von Zielen, welche im Bereich der Angstprävention geäussert werden können. Durch die Prä- und Postmessung kann bestimmt werden, welche Erwartungen (Ziele) vorhanden sind und ob diese Ziele erreicht wurden. Es wurden jedoch keine negativen Stufen (Verschlechterung) einbezogen. In diesem Fragebogen können auch eigene Erwartungen notiert werden, diese sind jedoch nicht direkt in der Postmessung wieder erfragt. Das bedeutet, dass diese Person sich erinnern müsste, welche Erwartung sie noch hatte, um dieses individuelle Ziel zu evaluieren.

Die Beurteilung des Status nach der Interventionsphase beinhaltet die Einschätzung, ob Ziele und Kriterien erreicht wurden. Es wird mit dem Normbereich eines Fragebogens respektive diagnostischen Instruments oder mit einer klinischen Vergleichsgruppe verglichen. Dieser Bereich ist in der *Studie 3* nur eingeschränkt vorhanden, da in der Präventionsforschung weniger von einem Wechsel vom Störungsbereich in den Normalbereich erwartet wird.

5.4.3.2 Datenerhebung und Stichprobenbeschreibung

*Datenerhebung*⁵

Für die *Studie 3* wurden ängstliche Kinder gesucht, welche noch kein Vollbild einer Angststörung zeigen. An den Abenden der *Studie 1* aus dem Jahr 2003 (vgl. Kap. 4.3.9.1.1), welche im Kanton Fribourg stattfanden, wurde die Erlaubnis bei den Müttern eingeholt, sie für die *Studie 3* kontaktieren zu dürfen. Weiter wurden für einen ersten Teil der Rekrutierung im Sommer und Herbst 2004 Flyer (Einladung zum Informationsabend) an Schulpsychologen im Raum Fribourg, an die Erziehungsberatungsstellen im Raum Bern und an diverse Institutionen (z.B. Familieninstitut, Kinder- und Jugendpsychiatrischer Dienst) verschickt. An der Universität Fribourg wurde dann der Informationsabend zum Thema Ängstliche Kinder durchgeführt. Ausserdem wurden Zeitungs- und Radiointerviews im Raum Fribourg und Bern gegeben. Aus dieser ersten Phase konnte die Herbstgruppe 2004 gewonnen werden.

Der zweite Teil der Rekrutierung wurde ebenfalls durch Flyer gestartet, wobei zusätzliche Lokaltäten (z.B. Einkaufshäuser) und Institutionen (z.B. Quartiertreffs, Horte) gezielt angefragt wurden. Den Schulen und deren Schulleitern wurden Informationsbriefe zugesandt mit der Bitte, die Flyer über die Lehrpersonen an die Kinder und Mütter zu verteilen. Weiter wurden Berichte und Inserate in Zeitungen im Raum Fribourg und Bern gedruckt und es wurden zwei weitere Informationsabende in Bern und Fribourg durchgeführt. Ausserdem gab es zu diesem Zeitpunkt schon eine Art Mund-zu-Mund-Propaganda. Diese zweite Phase führte zu den zwei Frühlingsgruppen 2005 (eine Berner- und eine Fribourger-Gruppe) und der Wartelistekontrollgruppe, welche im Herbst 2005 in Fribourg durchgeführt wurde.

Es wurde die Idee umgesetzt, ein Depot für das Training zu verlangen. Der Unkostenbeitrag für die Materialien (Arbeitshefte, Getränke, Snacks, Raummiete) wurde von einer verlangten Summe von 300 CHF abgezogen. Das Depot ist in einer Doppelfunktion motivierend für die Dyaden: Zum einen bekommen sie zum Postmessungs- und Follow-up-Zeitpunkt Geld zurück, wenn sie regelmässig am Training teilnehmen und zum anderen bedeutet es in der heutigen Gesellschaft, dass im Gegensatz zu gratis angebotenen die kostenpflichtigen Angebote auch kompetentere Angebote wahrgenommen werden.

Die verschiedenen Messungen wurden bei allen Gruppen gleich durchgeführt und dauerten inklusive Instruktionen und Hilfestellungen maximal 80 Minuten. Die angemeldeten Dyaden wurden in Kinder- und Müttergruppen in separaten Räumen betreut, so dass die Teilnehmer jeweils die Fragebogenbatterie (Messinstrumente, siehe Kap. 5.4.3.3) in ihrer Geschwindigkeit ausfüllen konnten. Die Kinder wurden für das Ausfüllen mit einem Präsent belohnt. Die erste Auswertung zeigte, dass keins der Kinder unter einer gravierenden psychischen (komorbiden) Störung litt, weshalb alle Kinder eingeschlossen wurden. Aufgrund der eher kleinen Gruppengrössen und aus ethischen Überlegungen wurde beschlossen, die Kinder, welche unter starken Ängsten leiden, nicht auszuschliessen.

Stichprobenbeschreibung

Die Gesamtstichprobe des Interventionsprojektes setzte sich aus 17 Mutter-Kind-Dyaden zusammen. Von den 17 Kindern waren 10 Mädchen und 7 Jungen (vgl. Tab. 80), wobei die Ver-

⁵ An dieser Stelle möchte ich mich beim Team der *Studie 3* bedanken, welche sowohl bei der Rekrutierung, der Planung und Durchführung der Informationsabenden, der Datenerhebung und -eingabe, als Trainer im „Zauberlehrling“ und bei vielem mehr geholfen haben (alphabetisch): Salome Coninx, Susanne Käch, Lorenz Kunz, Fabienne Mauron, Andreas Noser, Susanne Tinguely-Zosso, Helen Walker.

teilung über die Gruppen nicht gleich war (Herbst 2004: 4 Mädchen, 1 Junge; Frühling 2005 Bern: 3 Jungen, Fribourg: 3 Mädchen und 2 Jungen; Herbst 2005: drei Mädchen und 1 Junge). Zum Zeitpunkt der Prämessung waren acht Kinder 9 Jahre (47.1%), fünf 10, drei 11 und eines bereits 12 Jahre alt ($M=9.8$, $SD=0.95$). Die Mütter waren zwischen 32 und 46 Jahre alt ($M=40.0$, $SD=3.9$).

Tabelle 80: Alter- und Geschlechtsverteilung der Kinder aus der Studie 3

<i>Alter des Kindes * Geschlecht Crosstabulation</i>				
		Geschlecht		Total
		männlich	weiblich	
Alter des Kindes	9 Jahre	2	6	8
	10 Jahre	3	2	5
	11 Jahre	1	2	3
	12 Jahre	1	0	1
Total		7	10	17

Die meisten Kinder waren nach eigener Einschätzung mittelmässig bis gut (65%) in der Schule. Ein Grossteil (88%) der Stichprobe hat die Schweizer Staatsbürgerschaft, wobei die Muttersprache für 94% Deutsch respektive Schweizerdeutsch ist. Eine Mutter hatte Spanisch als Muttersprache angegeben und ihr Sohn ist zweisprachig. Eins der Kinder war zum Zeitpunkt der Prämessung Einzelkind, 58.8% hatten ein Geschwister, 17.6% zwei und weitere 17.6% hatten drei Geschwister; 70.6% waren das erste Kind, 17.6% das zweite und 11.8% das dritte Kind. Die Kinder gaben zu 41.2% an, zwei bis drei Freunde zu haben, 58.8% gaben, an vier oder mehr zu haben. Die Mütter schätzten dies etwas verschieden von den Kindern ein: einen Freund: 17.6%, zwei bis drei: 64.7%, vier oder mehr: 17.6%. Zugehörigkeit zu einem Verein fand sich bei 35.3%, bei zwei Vereinen bei 23.5% und 41.2% der Kinder gehörten keinem Verein an. Alle Kinder machten mindestens einmal in der Woche Sport (20%); bei 53.3% waren es sogar zweimal, bei 13.3% dreimal und bei weiteren 13.3% mehr als dreimal.

Von den Müttern hatten 23.5% eine akademische Ausbildung, 64.7% eine Lehre und 11.8% etwas anderes; 82.4% der Stichprobe wohnten auf dem Land und 17.6% in der Stadt (Einschätzung der Mütter); 40% der Stichprobe ist katholisch und 60% reformiert. Von den 17 Müttern waren zum Präzeitpunkt 76.5% verheiratet, 11.8% wiederverheiratet und 11.8% mit einem Lebenspartner zusammen. Bei den Wiederverheirateten war nur in einer Familie der neue Mann nicht der Vater des Kindes (Stiefvater). Bei zwei Kindern war der Vater von der Mutter geschieden und sie hatte einen neuen Lebenspartner. Die Hälfte der Mütter hatte einen Vollzeitjob und die andere Hälfte einen Teilzeitjob.

Die 17 Familien haben laut Mütteraussagen zwischen keinem und sechs kritischen Lebensereignissen innerhalb der letzten 6 Monate erlebt ($M=1.20$, $SD=1.52$). Die Belastung, welche die Mütter hierzu angeben, befindet sich zwischen ziemlich (2) und sehr (3) mit $M=2.55$. Die Kinder selbst geben durchschnittlich 5.70 (M , $SD=2.23$) Sorgenthemen an. Die Mütter haben durchschnittlich 3.76 (M , $SD=1.15$, Min. 0, Max. 5) aus möglichen 7 Erwartungsbereichen in Bezug auf das Kind vor dem Training angegeben (aus dem Fragebogen zu Erwartungen gegenüber dem Training; Coninx & Hilti, 2004, vgl. Kap. 5.4.3.3). Die Mütter haben ebenfalls durchschnittlich 3.12 (M , $SD=1.54$, Min. 0, Max. 6) aus möglichen 7 Problembereichen für ihr Kind angeführt. Das heisst, wenn die Mütter ein Problem in einem bestimmten Bereich

(z.B. Kind soll weniger klammern und selbstbewusster sein, vgl. Tab. 85) sehen, haben sie auch die Erwartung, dass das Kind dieses Problem durch das Training ablegen kann.

Durchführung

Aufgrund von Ferienunterbrüchen dauerten die Trainings zum Teil länger als 8 Wochen. Zudem fehlten einzelne Dyaden oder auch nur das Kind oder die Mutter einer Dyade entschuldigt (keine unentschuldigten Abwesenheiten). Es folgte eine knappe Beschreibung des zeitlichen Ablaufs der Trainings der verschiedenen Interventionsgruppen (z.B. Angaben zu den Intervallen zw. den Sitzungen), An- und Abwesenheiten und weitere relevante Informationen zur Durchführung.

Herbstgruppe 2004 (Fribourg): Die Sitzungen fanden immer an einem Freitag um 17:00 Uhr statt und wurden von 2 Wochen Herbsturlaub unterbrochen. Die Prämessung war eine Woche vor Beginn und die Postmessung eine Woche nach Ende des Trainings, die Follow-up-Messung war 21 Wochen nach der Postmessung. Es fehlten zu keiner Zeit Kinder oder Mütter.

Frühlingsgruppe 2005 (Fribourg): Die Sitzungen, die Prä- und die Postmessung waren ohne Unterbruch wöchentlich, wobei es nicht möglich war, die Sitzungen immer am gleichen Wochentag durchzuführen. Zwei Mal waren es Dienstage, vier Mal Mittwoch und je ein Donnerstag und ein Samstag. Zudem füllten 2 Dyaden ihre Fragebogen zum Postzeitpunkt und ein Kind zum Präzeitpunkt zu Hause aus, wodurch auch nicht kontrolliert werden kann, welcher Wochentag dies jeweils war. Bis auf die Ausnahme der letzten Sitzung, welche an einem Samstagnachmittag stattfand, waren alle Sitzungen um 17:00 Uhr. Es waren wiederum 21 Wochen zwischen der Post- und der Follow-up-Messung. In der zweiten Sitzung fehlten zwei Mütter und ein Kind und in der 5. Sitzung eine Mutter. Die verpassten Inhalte wurden jeweils kurz vor der nächsten Sitzung nachgeholt.

Frühlingsgruppe 2005 (Bern): Auch bei dieser Frühlingsgruppe waren die Sitzungen und die Post-Messung ohne Unterbruch wöchentlich. Hier war es bis auf zwei Ausnahmen möglich, am Montag um 17:00 Uhr das Training anzusetzen. Einmal fand das Training an einem Mittwoch statt und die Postmessung war an einem Dienstag angesetzt und eine Dyade füllte zum Postmessungszeitpunkt ihre Fragebogen zu Hause aus. Die Prämessung fand innerhalb von 2 Wochen vor dem Trainingsstart statt. Zwischen dem Post- und Follow-up-Zeitpunkt waren es 20 Wochen. In der zweiten Sitzung fehlte eine Mutter, wobei diese kurz vor der dritten Sitzung noch den Inhalt der verpassten Sitzung zusammengefasst erklärt bekam. In der siebten Sitzung fehlten je ein Kind und eine Mutter. Die Inhalte wurden nicht nachgeholt, da dies aus Zeitgründen nicht möglich war.

Herbstgruppe 2005 (Fribourg, WLKG): Die erste Prämessung war in der gleichen Woche wie die Postmessung der Frühlingsgruppen 2005 (Ausnahme: 1 Dyade aufgrund organisatorischer Gründe 10 Wochen früher). Weitere 9 Wochen später (gleiches Intervall wie die Interventionsgruppe, vgl. Tab. 79) wurde die Prämessung (zum Teil gekürzt) wiederholt. Sowohl die Prä-, die Sitzungen als auch die Postmessung waren in wöchentlichem Abstand möglich, und es waren alles Donnerstage. In dieser Gruppe waren 22 Wochen zwischen der Post- und Follow-up-Messung. In der vierten Sitzung fehlte eine Mutter, welche jedoch vor der folgenden Sitzung den Inhalt kurz nachholen konnte.

5.4.3.3 Messinstrumente und eingesetzte statistische Verfahren

Messinstrumente

Ein Teil der Fragebogenbatterien für die *Studie 3* war gleich zu *Studie 1*. Im Folgenden werden die Unterschiede in den Fragebogen zu jenen aus der *Studie 1* und die neuen Fragebogen beschrieben. In den Tabellen 81 und 82 können die Übersichten über alle Fragebogen für Kinder und Mütter, welche in der *Studie 3* zum Einsatz kamen, eingesehen werden. Es wurden aufgrund inhaltlicher und ökonomischen Gründen nicht alle Fragebogen über alle vier Messzeitpunkte eingesetzt, weshalb die Tabellen 81 und 82 anhand der Häkchen aufzeigen, zu welchem Zeitpunkt welche Fragebogen eingesetzt wurden.

Tabelle 81: Messinstrumente der Kinder aus der *Studie 3* (4 Messzeitpunkte)

Konzept und Fragebogen	Prämessung (Alle)	Prämessung 2 (WLKG)	Postmessung	Follow-up-Messung	Vergleich zu Studie 1
Soziodemographische Angaben	√				Analog
Kompetenzen (Teile des YSR)	√	√	√	√	Adaptiert
Stärken und Schwächen im Erleben und Verhalten (SDQ-Deu-Selbst)	√	√	√	√	Analog
Stressverarbeitung (SVF-KJ)	√	√	√	√	Analog
Ängstlichkeit (KAT-II, Form A)	√	√	√	√	Analog
Erziehung (ESI-M)	√	√	√	√	Analog
Sorgen (Fragen zu verschiedenen Themen) ^Δ	√		√	√	Neu
Wissenscheck (Was weißt du schon über Ängste?) [°]	√		√	√	Neu
Evaluation und Zufriedenheit (Fragen zum Training)*			√		Neu

Anmerkungen: Alle=alle Teilnehmer des Programms, inkl. WLKG; WLKG= Wartelistekontrollgruppe; YSR=Youth Self Report (Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist, 1998c); SDQ-Deu-Selbst=Strengths and Difficulties Questionnaires Deutsche Version, in der Version Selbst=Selbsteinschätzung (Goodman, 1997b); SVF-KJ=Stressverarbeitungsfragebogen für Kinder und Jugendliche (Hampel et al., 2001); KAT-II=Kinder Angst Test (Form A, Thurner & Tewes, 2000); ESI-M=Kindeinschätzung über das Erziehungsverhalten der Mutter (Krohne & Pulsack, 1995); ^Δ(Mauron & Hilti, 2004); [°]=Wissenscheck in zwei Versionen: vor und nach dem Training (Hilti & Kunz, 2004b); *(Hilti, 2004a);

Es wurden neben der Fragebogenbatterie für die 3-4 Messzeitpunkte (O₁-O₃, vgl. Tab. 79) zusätzliche Messinstrumente eingesetzt, welche während der Trainingsphase ausgefüllt wurden. Ausserdem wurde die erste Interventionsgruppe komplett auf *Video* aufgenommen (Mutter- und Kindtraining). Für diese und die anderen drei Gruppen existieren ausgefüllte *Sitzungsprotokolle* (vgl. Anhang) und (freie) unstandardisierte Berichte von den Trainern. Ausserdem wurden *Stundenbögen* eingesetzt, welche die Mütter jeweils nach dem Training ausfüllten (vgl. Matthejat & Remschmidt, 1998, vgl. Anhang). Die *täglichen Einschätzungen (diaries)* mussten die Mütter zu Hause ausfüllen (vgl. Anhang). Die Beschreibung der zusätzlichen Instrumente wird an die Darstellung der Fragebogen aus den Tabellen 81 und 82 angehängt.

Tabelle 82: Messinstrumente der Mütter aus der *Studie 3* (4 Messzeitpunkte)

Konzept und Fragebogen	Prämes- sung (Alle)	Prämes- sung 2 (WLKG)	Post- messung	Follow-up- Messung	Vergleich zu Studie 1
Soziodemographische Angaben [°]	✓	✓	✓	✓	Adaptiert
Kompetenzen (Teile des CBCL)	✓		✓	✓	Analog
Stärken und Schwächen im Erleben und Verhalten (SDQ-Deu-Eltern4-16)	✓	✓	✓	✓	Adaptiert
Persönlichkeitseigenschaften (FPI-R)	✓		✓	✓	Adaptiert
Ängstlichkeit (der Mutter) (STAI)	✓	✓	✓	✓	Analog
Kritische Lebensereignisse (Fragen zu Ereignissen)*	✓	✓	✓	✓	Neu
Fragen zu Erwartungen gegenüber dem Kind ^x	✓		✓	✓	Neu
Fragen zu Erwartungen gegenüber Trai- ningsprogramm ^Δ	✓		✓	✓	Neu
Wissenscheck (Wissen über Angst und andere Themen) [§]	✓		✓	✓	Neu
Fragebogen zur Beurteilung des Trainings (Version Postmessung) [~]			✓		Neu
Fragebogen zur Beurteilung des Trainings (Version Follow-up-Messung) [~]				✓	Neu

Anmerkungen: Alle=alle Teilnehmer des Programms, inkl. WLKG; WLKG= Wartelistekontrollgruppe; [°]=für WLKG, Post- und Follow-up-Messung gekürzt; CBCL=Child Behavior Check List (Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist, 1998b); SDQ-Deu-Eltern4-16=Strengths and Difficulties Questionnaires Deutsche Version, Elterneinschätzung 4- bis 16-Jähriger (Goodman, 1997b); FPI-R=Freiburger Persönlichkeitsinventar Revidiert (Fahrenberg et al., 2001); STAI=State Trait Angstinventar (Laux et al., 1981); *(Hilti & Perrez, 2004a); ^x=wird für die Berechnungen nicht verwendet und nicht beschrieben (Kunz & Hilti, 2004); ^Δ=Post- und Follow-up-Erhebung: abgeändert in „Erwartungserfüllung“ (Coninx & Hilti, 2004); [§](Hilti & Kunz, 2004c); [~](Hilti & Kunz, 2004a);

Die Fragebogen, bei welchen in den Tabellen 81 und 82 „analog“ vermerkt sind, werden in diesem Kapitel nicht erneut beschrieben, und es wird auf Kapitel 4.3.9.1.2 verwiesen. Beim Vermerk „adaptiert“ wird nur der Unterschied zu *Studie 1* beschrieben und wiederum auf Kapitel 4.3.9.1.2 verwiesen. Die Fragebogen, welche „neu“ in *Studie 3* zum Einsatz kommen, werden in diesem Abschnitt erstmals dargestellt. Zum Thema Diagnostik im Allgemeinen siehe Kapitel 2.3.

Die Reliabilitäten der Skalen wurden auch anhand der Stichprobe aus der *Studie 3* berechnet ($N=17$). Falls nicht anders vermerkt, sind die internen Konsistenzen für die Skalen der Fragebogen, welche bereits für *Studie 1* in Kapitel 4.3.9.1.2 berichtet wurden, nicht signifikant verschieden.

Fragebogen der Kindergruppe (vgl. Anhang)

Kompetenzen des Kindes, Selbsteinschätzung (Teile des Youth Self Reports, YSR) (Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist, 1993a)

Zusätzlich zu den Fragen, welche in der *Studie 1* (Titel „Soziodemographische Daten“) gestellt wurden (vgl. Kap. 4.3.9.1.2), sollten die Kinder Fragen zu Sportarten, Hobbies, Pflichten im Haushalt, soziale Kompetenzen und zur Schule und zu den Schulleistungen beantworten.

Stärken und Schwächen im Erleben und Verhalten des Kindes, Selbsteinschätzung (Strengths and Difficulties Questionnaires (SDQ-Deu – Kindversion) (Goodman, 1997b)

Die Skala *Emotionale Probleme* erreicht eine interne Konsistenz von .69. Die Skala *Gesamtproblemewert* erreicht eine interne Konsistenz von .70 ($N=17$). Im Gegensatz zur *Studie 1* (vgl. Kap. 4.3.9.1.2) können die beiden Skalen für Berechnungen herangezogen werden, wenn man davon ausgeht, dass ein Wert ab .70 als genügend angesehen wird. Somit ist die Skala *Emotionale Probleme*, welche am meisten interessiert, knapp für Analysen zugelassen.

Stressverarbeitungsfragebogen für Kinder und Jugendliche (SVF-KJ) – Reliabilitäten (Hampel et al., 2001)

Tabelle 83: Interne Konsistenzen der Skalen des adaptierten SVF-KJ anhand der Stichprobe der *Studie 3* ($N=17$)

<i>SVF-KJ-Skalen</i>	<i>Cronbach's Alpha</i>
Günstige Stressverarbeitung	.85
Emotionsregulierende Bewältigungsstrategien	.59
Problemlösende Bewältigungsstrategien	.89
Ungünstige Stressverarbeitung	.88

Die internen Konsistenzen für die übergeordneten Skalen des SVF-KJ sind in der *Studie 3* mit Werten zwischen .59 und .88 verschieden von jenen aus der *Studie 1* in Kapitel 4.3.9.1.2, weshalb sie in Tabelle 83 kurz berichtet werden. Die interne Konsistenz für die Skala Emotionsregulierende Bewältigungsstrategien ist mit .59 in einem unbefriedigenden Bereich.

Ängstlichkeit des Kindes (Kinder-Angst-Test, KAT-II, Form A) – Reliabilitäten (Turner & Tewes, 2000)

Die interne Konsistenz für diesen Fragebogen (Gesamtskala mit 18 Items, vgl. Kap. 4.3.9.1.2) bei $N=17$ Kindern ist bei $\alpha=.63$.

Erziehung (Erziehungsstil-Inventar, ESI-M, Fremdeinschätzung) – Reliabilitäten
(Krohne & Pulsack, 1995)

Die Reliabilitäten für die übergeordneten Skalen fallen im Bereich der *ungünstigen Erziehung* verschieden zur *Studie 1* aus: $\alpha=.59$. Die internen Konsistenzen der einzelnen ungünstigen Erziehungsstilvariablen erreichen Werte zwischen .56 und .58. Die Skala *günstige Erziehung* hat wie in *Studie 1* erneut eine hohe interne Konsistenz erreichen können: $\alpha=.92$ (vgl. Kap. 4.3.9.1.2).

Sorgen des Kindes (Fragen zu verschiedenen Themen)
(Mauron & Hilti, 2004)

Die Kinder wurden zu verschiedenen typischen Themen befragt, ob diese und falls ja, wie oft sie Sorgen bereiten. Die neun vorgegebenen Themen waren: zu schwierige Hausaufgaben, zu viele Hausaufgaben, Versagen im Sport, Versagen im Spiel, Auslachen durch andere Kinder, Ablehnung durch andere Kinder, Krankheit und Unfall bei sich oder in der Familie. Zusätzlich zu den vorgegebenen Items hatten die Kinder noch zwei leere Felder, in welchen sie weitere Sorgen beschreiben und beurteilen konnten.

Dieser Fragebogen wurde für die *Studie 3* entwickelt und bisher nicht evaluiert (Mauron & Hilti, 2004). Die Idee der Sammlung von Sorgen war, dass neben Ängstlichkeit (vgl. KAT-II, Kap. 4.3.9.1.2) auch Sorgen zu Anspannung führen können (vgl. Generalisierte Angststörung, Kap. 2.2). Aus der Stressforschung (vgl. Kap. 3.3.1) ist bekannt, dass die sogenannten daily hassles in kumulierter Form Stress und Anspannung auslösen. Anhand dieser für Kinder in diesem Alter typischen Sorgenthemen, sollten diese Alltagsstressoren abgedeckt werden.

Es kann ein quantitativer Summenwert *Anzahl Sorgen* berechnet werden (max. Anzahl vorgegebene Sorgen: 9). Weiter wurde nach der Auftretenshäufigkeit gefragt („oft“= 2 Punkte, „manchmal“=1 und „nie“= 0 Punkte). Somit ist der maximal erreichbare Punktwert für die neun vorgegebenen Items 22. Das Cronbach's Alpha für die vorgegebenen Sorgenbereiche ergibt einen Wert von $\alpha=.82$.

Wissenscheck (Versionen vor und nach dem Training)
(Hilti & Kunz, 2004b)

Der Wissenscheck wurde speziell für die *Studie 3* entwickelt und lässt eine quantitative Analyse zu (vgl. Kap. 2.3). Es wurden Schulnoten vergeben, welche sowohl einen interindividuellen als auch einen intraindividuellen Vergleich (Prä-Post- und Follow-up) zulässt. Die Grenze für eine genügende Leistung (Note 4) liegt bei 60% korrekt beantworteter Fragen. Der Notenschlüssel musste für die Prä- und Post-Version des Wissenschecks angepasst werden, da die Anzahl der Fragen variierten: In der Prä-Version sind es acht Fragen, welche sich auf ein Alltagswissen über Ängste und Emotionen beziehen (u.a. Emotionserkennung, Körperempfindungen, Verhalten und Coping). In der Post- und Follow-up-Version sind es 10 Fragen, wobei zwei sich konkret auf das Training beziehen: Es werden die beiden Akronyme HEDI und KIK-Aufgaben abgefragt.

Fragen zum Training (Evaluation)
(Hilti, 2004a)

Eine Woche nach dem Training wurden den Kindern Aussagen zum Training vorgelegt, welche sie dahingehend einschätzen sollten, ob die Aussage „stimmt“ (2), „ein wenig stimmt“ (1)

oder „nicht stimmt“ (0). Inhaltlich bezogen sich die Aussagen darauf, ob es ihnen Spass gemacht hat; sie etwas lernen konnten; die Trainerin nett war; sie wissen, was bei Angst zu tun ist; sie nicht mehr so viel Angst haben wie vorher; das Arbeitsheft gut fanden; einem Freund das Programm weiterempfehlen; die Gruppe toll fanden. Ausserdem durften sie einschätzen, ob sie die vielen Fragen gerne beantwortet haben und ob sie die Hausaufgaben „doof“ fanden.

Der Hintergrund für die Konstruktion dieses Fragebogens war, dass nicht nur die Mütter die Wirksamkeit des Trainings und die Zufriedenheit mit Training und Trainer einschätzen sollten (vgl. weiter unten), sondern auch die Kinder selbst. Da in der Literatur kein Fragebogen dieser Art für Kinder existiert und die Jugendlichenversion (vgl. FBB, Mattejat & Remschmidt, 1998, vgl. weiter unten) zu lang ist, wurden einige prägnante Fragen ausgesucht. Die interne Konsistenz der Summe der Gesamtskala liegt bei .81. Der Fragebogen wird jedoch nur deskriptiv oder für einzelne interferenzstatistische Basisanalysen herangezogen werden.

Fragebogen der Müttergruppe (vgl. Anhang)

Soziodemographische Angaben

Die soziodemographischen Fragen für die Prä-Erhebung wurden aus *Studie 1* (Kap. 4.3.9.1.2) übernommen und für alle anderen Messzeitpunkte auf solche Inhalte gekürzt, die sich im Zeitraum über die 4 Messzeitpunkte ändern könnten: Anzahl der Bezugspersonen und die Häufigkeit, mit welcher das Kind mit verschiedenen Bezugspersonen zusammen ist.

Stärken und Schwächen im Erleben und Verhalten des Kindes, Fremdeinschätzung (Strengths and Difficulties Questionnaires (SDQ-Deu) – Elternversion) (Goodman, 1997b)

Zusätzlich zu den in Kapitel 4.3.9.1.2 beschriebenen Items wurden drei weitere eingeführt: „Hat oft oder macht Probleme beim Essen“, „Hat schlechten unruhigen Schlaf“ und „Hat Probleme beim Stuhlgang oder nässt sein“. Diese Items ergeben mit dem bereits bestehenden Item Nummer 3 („Klagt häufig über Kopfschmerzen, Bauchschmerzen oder Übelkeit“) die Skala *Somatisierung* (FamWork research project, 2003).

Tabelle 84: Interne Konsistenzen der Skalen im adaptierten Strengths and Difficulties Questionnaires, Deutsch (SDQ-Deu) in der Stichprobe der *Studie 3* ($N=17$)

<i>SDQ-Deu-Skalen</i>	<i>Cronbach's Alpha</i>
Gesamtproblemwert	.83
Emotionale Probleme	.55
Prosoziales Verhalten	.86
Verhaltensauffälligkeiten gesamt	.76
Externalisierende Auffälligkeiten	.81
Somatisierung	.45

Die interne Konsistenz für diese neue Skala erreicht einen Wert von $\alpha=.45$. Die restlichen internen Konsistenzen können der Tabelle 84 entnommen werden und sind mit Ausnahme dieser und der Skala *Emotionale Probleme* in einem zufriedenstellenden Bereich.

Ängstlichkeit der Mutter (State-Trait-Angstinventar, STAI) – Reliabilität
(Laux et al., 1981)

Die interne Konsistenz der Skala *Ängstlichkeit Mutter* kann im Vergleich zu den Analysen aus der *Studie 1* anhand der Stichprobe der *Studie 3* auf einen Wert von $\alpha=.91$ erhöht werden (vgl. Reliabilitäten aus Kap. 4.3.9.1.2).

Persönlichkeitseigenschaften (Freiburger Persönlichkeits-Inventar, FPI-R)
(Fahrenberg et al., 2001)

Das Freiburger Persönlichkeits-Inventar wurde im Vergleich zur *Studie 1* um die Skala *Aggression* gekürzt, weil die Skala für die Fragestellungen der *Studie 3* nicht relevant ist. Die Reliabilitäten sind im gleichen Rahmen geblieben (zw. $\alpha=.50$ und $.80$, vgl. Kap. 4.3.9.1.2).

Kritische Lebensereignisse (Fragen zu Ereignissen)
(Hilti & Perrez, 2004a)

Die Fragen zu Lebensereignissen bezogen auf das vergangene halbe Jahr wurden aus Projekten des Lehrstuhls für Klinische Psychologie der Universität Fribourg zusammengetragen. Zuerst mussten die Mütter einschätzen, ob sie respektive ihr Kind oder ihre Familie ein Ereignis erlebt haben („ja“ oder „nein“) und anschliessend, wie stark sie das aktuell noch belastet („gar nicht“ (0), „ein wenig“ (1), „ziemlich“ (2) und „sehr“ (3)). Folgende Ereignisse wurden befragt: schwere Konflikte in der Familie; folgenschwere Veränderungen für die Familie: getrennt nach Arbeitsplatz, Schule des Kindes, Zu- oder Wegzug eines Familienmitgliedes; finanzielle Belastungen; schwere Krankheiten in der Familie oder bei Angehörigen; eine schwere Belastung in der Familie: offene Nachfrage nach der Art der Belastung. Eine letzte Frage bezog sich auf das ganze vergangene Jahr: Todesfall in der Familie oder bei Angehörigen. Die Ereignisse wurden nach der gängigen Literatur im Bereich Ätiologie von Angststörungen ausgesucht. Es wurde überlegt, welche kritischen Lebensereignisse (vgl. Kap. 3.1.1 & 3.1.2) traumatisieren und zu Ängsten, Sorgen und im weiteren Verlauf zu einer Angststörung führen können.

Es kann sowohl die Anzahl an Lebensereignissen nach Kategorien (z.B. Trennung, Verluste) berechnet werden als auch die Intensität an Belastung, welche die Mutter zum Zeitpunkt der Studie erlebte. Die interne Konsistenz für den Summenwert der Anzahl an Lebensereignissen ist bei $.66$ etwas unter der geforderten Mindestgrenze.

Fragebogen zu Erwartungen gegenüber dem Training (Prä- und Postmessung)
(Coninx & Hilti, 2004)

Dieser Fragebogen besteht aus zwei Teilen. Er fragt nach Erwartungen gegenüber dem Training in Bezug auf das Kind und als zweites in Bezug auf die Mutter. Ausserdem existiert er in zwei leicht unterschiedlichen Versionen für die Prä- und die Postmessung. Es sind die gleichen Items zu beiden Zeitpunkten (vgl. Tab. 85), jedoch interessiert in der Postmessung vor allem, ob die Erwartungen durch das Training erfüllt worden sind (Coninx, 2007). Zum einen wird davon ausgegangen, dass Erwartungen auf der Ebene der Mutter Auswirkungen auf die

Kinder (z.B. in der Unterstützung, vgl. Kap. 3.3.1) und auf das Training haben (z.B. durch Beiträge der Mütter im Training, vgl. Kap. 3.2.2) und zum anderen wird davon ausgegangen, dass Erwartungen sich unter anderem durch die Wissensaneignung ändern. Ausserdem kann durch die Auswertung der Postversion und durch einen Prä-Post-Vergleich die Wirksamkeit des respektive Zufriedenheit mit dem Training zusätzlich evaluiert werden und in den Vergleich mit den anderen Evaluationsinstrumenten gesetzt werden (vgl. Tab. 82).

Die Erwartungen an das Training in Bezug auf das Kind stehen in direktem Zusammenhang mit den Fragen aus den *täglichen Einschätzungen (diaries)*, vgl. unten).

Tabelle 85: Items aus dem Fragebogen *Fragen zu Erwartungen gegenüber dem Trainingsprogramm*

In Bezug auf das Kind	Ich wünsche mir, dass mein Kind durch das Training aktiver mit Gleichaltrigen zusammen ist.
	Ich wünsche mir, dass mein Kind weniger bedrückt ist.
	Ich erhoffe mir durch das Programm, dass mein Kind weniger über Bauch- oder Kopfschmerzen (oder andere körperliche Beschwerden) klagt.
	Ich wünsche mir, dass mein Kind in neuen Situationen sich nicht so sehr an mich klammert und mehr Selbstvertrauen zeigt.
	Ich möchte, dass mein Kind besser schlafen kann.
	Ich wünsche mir, dass mein Kind weniger gehänselt wird.
	Ich wünsche mir, dass mein Kind mehr mit mir spricht.
In Bezug auf die Mutter	Ich erhoffe mir mehr Geduld und Verständnis dafür, weshalb sich mein Kind ängstlicher verhält als andere Gleichaltrige.
	Ich erwarte Hilfsmittel und Tipps im Umgang mit den Sorgen um mein Kind. Z.B. Was kann ich tun damit es wieder lieber zur Schule geht?
	Ich erhoffe mir weniger Hilfslosigkeit im Umgang mit den Problemen meines Kindes.
	Ich wünsche mir Austausch mit ebenfalls betroffenen Müttern
	Ich hoffe, dass ich selbst weniger unsicher oder ängstlich bin.

In der Prämessung wird bei jedem Item gefragt, ob die Erwartung zutrifft („ja“, „eher ja“, „eher nein“ und „nein“) und ob das Kind oder die Mutter ein Problem damit haben. Letzteres wird gefragt, weil es möglich ist, die Erwartung zu haben, ohne dass das Kind oder die Mutter selbst ein Problem respektive Schwierigkeiten damit hätte. In der Postmessung wird gefragt, ob die Mutter die Erwartung hatte und falls ja, ob sie sich erfüllt hat (gleiches Antwortrating wie in der Prämessung). Zusätzlich konnten sowohl in der Prä- als auch Postmessung noch Erwartungen notiert werden, welche nicht vorgegeben worden sind.

Wissenscheck (Wissen über die Angst und andere Themen) (Hilti & Kunz, 2004c)

Analog zum Wissenscheck für die Kinder wurden auch die Mütter gebeten, einen Test zum Wissen über die Angst und verwandten Phänomenen auszufüllen. Auch bei den Müttern wurden Noten vergeben, wobei eine genügende Note (4) mit 60% korrekt beantworteter Fragen erreicht werden konnte. Dies lässt sowohl einen Vergleich zwischen den Müttern zu als auch im Zeitverlauf (intraindividuell), wobei zwischen der Prä- und Postmessung eine Frage entfallen ist. Dies ist jedoch unerheblich, da der Notenschlüssel angepasst wurde.

Beispiele für Aussagen und Fragen (Antworten vorgegeben, z.T. Multiple Choice): „Menschen mit Angststörungen müssen geschont werden.“; „Man kann nie zu viel loben, wenn jemand das erwünschte Verhalten zeigt.“ „Welche Eigenschaften muss ein Modell (Vorbild) haben, und was muss passieren, damit der Beobachter das Verhalten imitiert? (Mehrfachantworten)“; „Vor den Gedanken kommen die Gefühle auf“; „Man kann an Panik sterben“. Beispiele für offen gestellte Fragen, welche jedoch nicht in die Notengebung eingeflossen sind:

„Warum ist jemand mit Angst angespannt?“, „Was kann man selbst tun, damit man keine Angst mehr hat?“. Für den gesamten Fragenkatalog, siehe Anhang.

Fragebogen zur Beurteilung des Trainings (FBT, Post- und separate Follow-up-Version)
(Hilti & Kunz, 2004a)

Post-Fragebogen

Um verschiedene Evaluationskriterien prüfen zu können, wurde der Fragebogen zur Beurteilung der Behandlung (FBB, Mattejat & Remschmidt, 1998) für die Zwecke eines Training adaptiert und ergänzt.

Zuerst wird die Originalversion des FBB von Mattejat und Remschmidt (1998) kurz beschrieben, welcher zur Therapieevaluation und Qualitätssicherung im Bereich der psychologischen und psychiatrischen Behandlungen mit Kindern, Jugendlichen und deren Familien konzipiert wurde (vgl. Kap. 2.3). Er besteht aus drei Versionen: für den Therapeuten (FBB-T, 26 Items), für den Patienten (FBB-P, 20 Items) und für die Eltern (FBB-E, 21 Items). Für alle drei Bögen können neben einem Gesamtwert verschiedene Skalen unterschieden werden, welche sich auf zwei Qualitätsaspekte beziehen: *Ergebnisqualität* und *Prozessqualität* der Behandlung. In der Patientenversion FBB-P können drei Skalen gebildet werden: *Erfolg der Behandlung* (Ergebnisqualität), *Beziehung zum Therapeuten* und *Rahmenbedingungen der Behandlung* (beide Prozessqualität) und eine *Gesamtskala*. In der Elternversion FBB-E kann ebenfalls neben einer *Gesamtskala* der *Erfolg der Behandlung* (Ergebnisqualität) als eine erste und *Verlauf der Behandlung* (Prozessqualität) als eine zweite Skala berechnet werden. Die Skalen des Originals weisen hohe interne Konsistenzen auf. Die Skalen zur Prozessqualität waren auch über die Zeit zuverlässig (Retestreliabilität). Die Skala *Beurteilung des Erfolges* hat eine geringere Retestreliabilität.

Im *Fragebogen zur Beurteilung des Trainings* (Version für die vorliegende Arbeit, im Folgenden: FBT) wird eine Mischung aus dem FBB-P und FBB-E gewählt, da die Mütter sowohl über das Training der Kinder als auch über ihr eigenes Training ein Urteil abgeben sollen. Die Items sind sprachlich und auch an die Bedingungen des Trainings angepasst und zum Teil durch Zusätze ergänzt worden: Die Items 1, 8, 20 und 21 des FBB-P wurden zweifach gestellt: einmal bezugnehmend auf das Kind (b) und einmal auf die Mutter selbst (a, vgl. Tab. 86). Die Items 3, 4, 14, 16, 18, 19 und 20 der Originalversion der FBB-E wurden fallengelassen (Skala *Verlauf des Trainings* gekürzt, vgl. Tab. 86) und mehrere Items wurden neu gebildet (Items 24-36 der FBT-Version, vgl. Anhang). Bei den Items 12a, 20a, 20b und 22 des FBT wurde bei Zustimmung zu den Aussagen noch eine offene Frage gestellt, z.B. Nr. 22: „Welches Verhalten?“ hat sich im Verlauf des Trainings positiv verändert.

Die verschiedenen Aussagen können von den Patienten respektive Eltern auf einer fünfstufigen Ratingskala beantwortet werden: „überhaupt nicht“ (0), „kaum/selten“ (1), „teilweise/manchmal“ (2), „überwiegend/meistens“ (3), „ganz genau/immer“ (4).

Für die vorliegende Arbeit werden folgende Skalen gebildet (vgl. Tab. 86): *Erfolg des Trainings*, *Beziehung zum Trainer*, *Verlauf des Trainings*, *Rahmenbedingungen* und *Material und Setting*. Es wurden zusätzlich vier Fragen zum eingesetzten Arbeitsheft der Mütter gestellt (Items A-D). Die Ratingskala entspricht jener aus dem FBT, weshalb diese Items in die Berechnung der Skala *Material und Setting* eingehen.

Eine Faktorenanalyse zur Überprüfung der Skalenstruktur lässt sich aufgrund der geringen Anzahl zur Verfügung stehender ausgefüllter Fragebogen (N=17, einmalige Messung: Postzeitpunkt) nicht sinnvoll durchführen. Die Einteilung der Items auf die Skalen (Ausnahme Skala *Material und Setting*) entspricht weitgehend jener aus Mattejat und Remschmidt (1998).

Die zusätzlichen Items wurden inhaltlich zugeordnet (vgl. Tab. 86). Aufgrund der Stichprobengrösse werden vor allem deskriptive Analysen mit diesem Fragebogen durchgeführt.

Tabelle 86: Skalen des Fragebogens zur Beurteilung des Trainings (FBT, vgl. Mattejat & Remschmidt, 1998)

<i>Qualitätsaspekt</i>	<i>Skala</i>	<i>Zugehörige Items aus FBT[§]</i>	<i>Cronbach's Alpha[*]</i>
<i>Ergebnisqualität</i>	Erfolg des Training	1a, 1b, 3, 6, 18, 20a, 20b, 21a, 21b, 22, 27, 34, 35	.88
<i>Prozessqualität</i>	Beziehung zum Trainer	2, 7, 8a, 8b, 9, 11, 15, 19, 25b, 28, 32	.91
	Verlauf des Trainings [^]	2, 7, 8a, 8b, 9, 11, 14, 15, 18, 19, 23	.87
	Rahmenbedingungen	4, 5, 10, 12, 13, 14, 16, 17, 25a	.60*
	Material und Setting	24, 26, 29, 30, 31, 33, 36, A, B, C, D [°]	.59

Anmerkungen: [§]=kursive Items sind hinzugefügte Items; ^{*}=internen Konsistenzen auf der Grundlage aller – inkl. neuer Items berechnet, N=17; [^]=4 gestrichene Items; ^{*}=ohne die Items 13 und 17, weil nur bei N=4 Videoaufnahmen gemacht wurden; [°]=A-D sind zusätzliche Fragen zum Arbeitsheft des Trainings, welche die gleiche Skalierung haben;

Wie aus Tabelle 86 zu lesen ist, sind die Reliabilitäten bis auf zwei Ausnahmen ($\alpha=.59$ und $\alpha=.60$) sehr gut, mit internen Konsistenzen von $\alpha=.87$ -.89. Die Skala *Rahmenbedingungen* (ohne die Items zu den Videoaufnahmen) erhält eine interne Konsistenz von $\alpha=.60$. Das zusätzliche Item 25a kann den Wert von .54 auf .60 erhöhen, weshalb das zusätzliche Item für die weiteren Analysen behalten wird.

Tabelle 87: Übersicht zur Interpretation der ermittelten Mittelwerte über die einzelnen Skalen (in Anlehnung an Mattejat & Remschmidt, 1998, S.12)

<i>FBT-Skalen</i>	<i>Wertebereich</i>				
	0 - 0.50	0.51 - 1.50	1.51 - 2.50	2.51 - 3.50	3.51 - 4.0
<i>Ergebnisqualität</i> (Behandlungserfolg)	völlig erfolglos (keine Fortschritte)	überwiegend erfolglos (geringe Fortschritte)	teilweise erfolgreich (mässige Fortschritte)	überwiegend erfolgreich (deutliche Fortschritte)	Vollständig erfolgreich (sehr gute Fortschritte)
<i>Prozessqualität</i> (Behandlungsverlauf)*	völlig unzufrieden	überwiegend unzufrieden	teilweise zufrieden	überwiegend zufrieden	vollständig zufrieden
<i>Gesamtbeurteilung</i> (Benotung der Therapie)	schlecht	unzureichend	mässig	gut	sehr gut

Anmerkungen: ^{*}=zusätzlich für die Skalen *Beziehung zum Trainer* und *Material und Setting*

In Tabelle 87 findet sich eine Klassifikation, wie die Mittelwerte über eine Skala für einzelne Personen interpretiert werden können. Die fünf Stufen entsprechen der fünf-stufigen Ratingskala des Fragebogens.

Um differenziertere Aussagen zum Erfolg des Trainings machen zu können, wurden ausserdem zusätzliche Fragen zum Training an den FBT angefügt. Es wurden Fragen zu den Entspannungstechniken gestellt: Wie oft die Familien die Kapitän-Nemo-Geschichten (U. Petermann, 2001) und die Progressive Muskelrelaxation (Hofmann, 2003) durchgeführt haben (8-stufige Antwortskala: von keinem Mal pro Woche bis täglich). Weiter wurde auf einer 11-stufigen Antwortskala (0-100% in 10-er Schritten) erfragt, wie die Mütter insgesamt mit dem Training zufrieden waren. Anhand der gleichen Ratingskala sollten die Mütter noch einschät-

zen, wie gut das Training bei ihnen selbst und separat beim Kind gewirkt hat. Zusätzlich hatten die Mütter noch Platz, um die drei offenen Fragen zum Training zu beantworten. Sie sollten beschreiben, was sie förderlich fanden, was sie weniger gut fanden und was sie sonst noch in Bezug zum Training sagen möchten.

Follow-up

Im Follow-up-Fragebogen, welcher durchschnittlich 21 Wochen nach dem Training abgegeben wurde, interessierte vor allem, welche Übungen gemacht wurden und wie die Wirkung der einzelnen Elemente eingeschätzt wurden. Zuerst wurde wie bei der *Postmessung* danach gefragt, wie das Training bei der Mutter und separat beim Kind gewirkt hat.

Anschliessend wurden die Mütter gebeten, einzelne Trainingselemente zu beurteilen. Sie sollten angeben, ob sie die Übungen zur bewussten Selbst- und Fremdbeobachtung gemacht haben, bewusst Modell waren, positiv verstärkt haben, die Entspannungsübung für sich und das Kind gemacht haben, die Selbstsicherheitsübungen für sich und das Kind und das Realitätstesten (Exposition) durchgeführt hatten. Auf einer 5-stufigen Antwortskala von weniger als 1x/Woche bis täglich konnte die Häufigkeit eingeschätzt werden. In einem nächsten Schritt sollten sie noch eine Hierarchieliste machen, beginnend mit der für ihr Kind effektivsten Übung. Zur sogenannten Realitätstestung (Expositionsübungen) wurde, falls sie es durchgeführt haben, nach der Nützlichkeit der Hilfsmittel respektive Materialien gefragt. Sie sollten angeben, wiederum falls sie es eingesetzt hatten, wie nützlich das Hilfsmittel war (4-stufig: „sehr nützlich“ bis „gar nicht nützlich“). Die im Muttertraining eingeführten Tools „Leiter“ (Hierarchiebildungs-Tool), Belohnung, Loben, Detektiv-Denken (kognitive Umstrukturierung) und mögliche selbsteingeführte Mittel wurden abgefragt.

Tägliche Einschätzungen (diaries) (Hilti & Perrez, 2004c)

Tagebuchtechniken sind in der Psychologie nicht mehr wegzudenken (Seemann, 1997; Thiele et al., 2002; Wilhelm & Perrez, 2001, 2008), um dem Prozess von Interventionen gerecht zu werden. Sie können sowohl als diagnostisches als auch therapeutisches Arbeitsmittel eingesetzt werden (vgl. Kap. 2.3). Neben den sogenannt offenen Tagebüchern (unstrukturiert), gibt es die standardisierten Tagebücher, welche den bekannten Fragebogen ähnlich sind (konkrete Fragestellung mit vorgegeben Ratings). Es gibt die Papier-Bleistift-Technik, wie sie auch in der vorliegenden Arbeit benutzt wurde, und die computerunterstützte Selbstbeobachtung (z.B. mit Palm-Computer mit Touchscreen, Wilhelm & Perrez, 2001). Seltener wird auch die Fremdbeobachtung eingesetzt, die entweder als alleinige (wie in der vorliegenden Arbeit) oder in Kombination mit einer Selbstbeobachtung eingesetzt werden kann (z.B. für Paarebene, Perrez, Scheobi, & Wilhelm, 2000). Die Vorteile der Tagebuchtechniken finden sich in der Wahrnehmungsgenauigkeit und in der distanzierenden, strukturierenden Funktion. Therapeutisch kann die Technik Zugang zu bestimmten pathologischen Verhaltensmustern gewähren, welche im Rahmen der Verhaltensanalyse analysiert werden können (Seemann, 1997, vgl. Kap. 3.1.1). Die Verzerrungseffekte in Bezug auf Gedächtnis und Verarbeitung, welche man bei den Fragebogenverfahren antrifft und nur schwer bis gar nicht kontrollieren kann, werden durch diese Technik verringert (Bolger, Davis, & Rafaeli, 2003; Reinecker-Hecht & Baumann, 2005). In der computerunterstützten Selbstbeobachtung gäbe es noch eine Reihe weiterer Vorteile, welche hier jedoch nicht weiter ausgeführt werden sollen (Wilhelm & Perrez, 2001). Nachteile bei den Tagebuchtechniken sind einerseits die Reaktanz, weil der Aufwand in dieser Art Felddiagnostik höher ausfällt und die Fragen mehrfach wiederholt werden. Antworttendenzen können andererseits im Bereich dieser Erhebungsmethode weniger kontrolliert werden. Eines der grösseren Probleme, welche jedoch in der Weiterentwicklung bis

auf ein Minimum reduziert werden konnte, sind die technischen Probleme und die Probleme bei der Gerätebedienung (Perrez et al., 2000; Wilhelm & Perrez, 2008; Wittchen & Jacobi, 2004). Der Aufzeichnungsauslöser ist im Fall der diaries in der vorliegenden Arbeit ein gesetzter Zeitpunkt am Abend (zeitgeberbezogener Auslöser, Thiele et al., 2002). Es handelt sich ausserdem um die Einschätzung bestimmter Verhaltensweisen oder Zustände des Kindes über den ganzen Tag gemittelt, was einem Intervalltagebuch gleichkommt. Wie die weiter oben beschriebenen FBB-Bögen (vgl. Mattejat & Remschmidt, 1998) und die unten beschriebenen Stundenbogen gehören auch die Tagebuchtechniken zur Prozessforschung (Seemann, 1997).

Für die ersten 5 Dyaden aus dem Jahr 2004 wurden die Inhalte der diaries an die Antworten aus dem Fragebogen zu Erwartungen gegenüber dem Training (vgl. oben) angepasst. Für die Auswahl der Items siehe Tabelle 85 im Bereich *in Bezug auf das Kind*. Es resultierten die Fragen in Tabelle 88. Das erste Item („Wie ängstlich/selbstunsicher war Ihr Kind heute?") wurde bei allen fünf Kindern der Gruppe 2004 als Standard genommen.

Aufgrund der Erfahrungen mit der Gruppe aus dem Jahr 2004 wurde der Bogen modifiziert und als einheitliche, ökonomischere Version mit 4 angepassten Fragen (Fragen 4 und 5 wurden zusammengefügt, vgl. Anmerkung der Tab. 88) für die restlichen Gruppen eingesetzt (diese Version befindet sich auch im Anhang).

Das Antwortrating für diese Fragen ist eine 10-stufige Skala von „sehr schlecht“ (1) bis „sehr gut“ (10), wobei 6 Stufen wörtlich beschrieben sind (3=„schlecht“, 5=„eher weniger gut“, 6=„eher gut“, 8=„gut“) und 4 Stufen werden nur durch Zahlen repräsentiert (2, 4, 7, 9).

Tabelle 88: Items der Tagebuchtechnik *Tägliche Einschätzungen* (diaries)

<i>Fragestellung für die tägliche Einschätzung:</i>		<i>Kind (Gruppe 2004)</i>					<i>Kinder Gruppen 2005</i>
		1	2	3	4	5	
1	Wie ängstlich / selbstunsicher war Ihr Kind heute?	√	√	√	√	√	√
2	Wie bedrückt war Ihr Kind heute?		√	√			√
3	Wie aktiv war Ihr Kind heute mit Gleichaltrigen zusammen?	√		√	√	√	√
4	Wie selbständig war Ihr Kind heute mit neuen Sachen oder Sachen, für die es sonst Sie als Bezugsperson braucht?	√			√	√	
5	Wie konnte Ihr Kind heute alltägliche Dinge bewältigen?		√				√*

Anmerkungen: *=Satz lautet: „Wie *gut* konnte Ihr Kind heute alltägliche Dinge *selbständig* bewältigen“ (als Kombination aus den Items 4 und 5)

Damit zumindest teilweise kontrolliert werden konnte, ob die Mütter die diaries täglich ausfüllten oder erst am letzten Tag vor der nächsten Trainingssitzung, wurde ihnen ein adressiertes und frankiertes Couvert mitgegeben, in welches für 4 von 7 Tagen die täglichen Einschätzungen gesteckt und an das Team am Lehrstuhl für Klinische Psychologie der Universität Fribourg geschickt werden sollten. Die restlichen Bögen sollten die Mütter zur nächsten Sitzung mitbringen. Organisatorische Gründe führten dazu, dass dieses Vorgehen (Kontrolle durch Rücksendung per Post) nur in der Gruppe aus dem Jahr 2004 umgesetzt werden konnte. Die Durchführung der Hausaufgaben kann auch als Teil des Commitments angesehen werden und ist ein Prädiktor für die Treatmenteffektivität (Helbig & Fehm, 2005). In *Studie 3* wurden diese für die Kinder explizit in den Sitzungsprotokollen abgefragt (siehe unten) und für die Trainer der Mütter gab es ebenfalls die Möglichkeit, das Ausbleiben zu protokollieren.

Stundenbogen

(Hilti & Perrez, 2004b)

Der Einsatz der Stundenbogen, welche nach jeder Sitzung von den Müttern ausgefüllt wurden, verfolgte zwei Ziele. Zum einen sollten die Mütter die Häufigkeit der Ängstlichkeit ihres Kindes über die vergangene Woche einschätzen und zusätzlich den Schweregrad der Ängstlichkeit des Kindes angeben (10-stufige Skala von „überhaupt nicht“ bis „sehr stark“). Dies kann zum Vergleich zu den diaries (vgl. oben) und zur Kontrolle des Items bezüglich der Ängstlichkeit benutzt werden (erfragt wird der Durchschnitt über die Woche). Zum anderen sollten die Mütter Fragen zu ihrem Training beantworten. Es interessierten drei Bereiche: Konnte die Sitzung Anregungen und Ideen vermitteln; hat sie geholfen, bestimmte Zusammenhänge besser zu verstehen; war die Sitzung beanspruchend oder fordernd. Diese drei Aussagen können anhand einer 6-stufigen Ratingskala eingeschätzt werden: „trifft vollkommen zu“ bis „trifft überhaupt nicht zu“.

Die Angaben in den Stundenbogen können sowohl zur Psychotherapieprozessforschung benutzt werden als auch in die Prozess-Outcome-Forschung integriert werden (vgl. Mattejat & Remschmidt, 1998; Tschacher & Endtner, 2007). Die Autorin der vorliegenden Arbeit hat in Zusammenarbeit mit Perrez (2004b) den Stundenbogen auf drei relevante Items gekürzt und um ein viertes störungsspezifisches Item (vgl. oben) ergänzt. Zusätzlich zur Prozessforschung können diese Items Hinweise auf die Qualität und Verständlichkeit des Manuals geben respektive als Ergänzung zu den Variablen *Beziehung zum Trainer* und *Rahmenbedingungen* des FBT (vgl. oben) gesehen werden. Im Vergleich zu den Therapiesitzungsbogen von Tschacher und Endtner (2007), welche als Weiterentwicklung der „Berner Stundenbögen“ von Grawe (z.B. Regli & Grawe, 2000, zitiert nach Tschacher & Endtner, 2007) zu sehen sind, können keine Skalen ausgewertet werden, was die Aussagekraft der Stundenbogen des vorliegenden Projektes stark einschränkt.

Sitzungsprotokolle (Kindergruppen- und Müttergruppenversion)

(Hilti, 2004b)

Nach jeder Sitzung wurde für beide Gruppen (Kinder und Mütter) ein Protokoll durch die Trainer ausgefüllt. Der Zweck der Protokolle liegt in der Überprüfung der Treatmentintegrität. Wenn die Wirkung eines Treatments überprüft werden soll, müssen die Interventionen manualisiert sein (vgl. Hahlweg, 1995). Damit dies überprüft werden kann, sollten die verschiedenen Trainer und Therapeuten nach der Durchführung angeben, welche Elemente durchgeführt und welche ausgelassen wurden, bei welchen es länger als vorgegeben gedauert hat, Schwierigkeiten gab und Ähnliches. Abweichungen können so systematisch dokumentiert werden, und falls es Gruppenunterschiede gibt, können die Protokolle Hinweise auf mögliche Gründe dafür geben. Die Kindergruppen- und Müttergruppenversion ist gleich aufgebaut. Zuerst mussten Angaben zu den durchgeführten Elementen gemacht werden: ob der Inhalt verständlich gemacht werden konnte, ob die Zeit eingehalten wurde und ob Schwierigkeiten bei der Durchführung der Elemente festgestellt wurden – falls ja, mussten Kapitel und Art der Schwierigkeit angegeben werden (z.B. Gruppendynamik, Unklarheit in Bezug auf das Manual). Anschliessend wurde nach ausgelassenen Elementen gefragt. Es sollen die Kapitelnummer und die Begründung für das Auslassen angegeben werden. Weiter, ob es obligatorische oder fakultative Elemente waren (vgl. Kap. 5.4.1.2). Es gibt einen Protokollpunkt, der Kommentare zu eventuellen Störvariablen und Beobachtungen während der Sitzung (z.B. Verhaltensänderung bei einem Kind) zulässt. In der Kinderversion fragt ein dritter Teil nach jenen Kindern, welche die Hausaufgaben nicht gemacht haben.

Zusätzlich können für alle Gruppen aus dem Jahr 2005 Aussagen der Kinder oder Mütter berichtet werden, welche sich auf Ereignisse ausserhalb des Trainings beziehen (z.B. wenn ein Kind etwas Mutiges gemacht hat). Der letzte Punkt im Protokoll bezieht sich auf die Angaben zu den Ängsten der Kinder. Es können mündliche Aussagen notiert werden oder die Angst-Arbeitsblätter für eine Sammlung der Ängste der Kinder kopiert werden.

Missings

Aufgrund der direkten Betreuung der Teilnehmer der *Studie 3* in kleinen Gruppen gab es nur eine kleine Anzahl Missings. Diese wurden direkt bei der Dateneingabe ersetzt durch eine individuelle Variante der Methode der Zeitreihen-Mittelwerte (vgl. Brosius, 2004): Die Missings wurden durch den individuellen Mittelwert auf der entsprechenden Skala ersetzt und nicht durch den Mittelwert der gesamten Skala über die gesamte Stichprobe.

Eingesetzte statistische Verfahren

Die im Folgenden dargestellten statistischen Verfahren werden mit Hilfe des Datenanalyseprogramms SPSS in der Version 16 (vgl. Brosius, 2004) durchgeführt.

So wie bereits in den *Studie 1 und 2* werden auch für die *Studie 3* für die erweiterte Stichprobenbeschreibung und die Verteilung bestimmter nominaler oder auch höher skalierten Daten deskriptive und explorative Analysen durchgeführt. Neben der Beschreibung von Mittelwerten, Standardabweichungen werden Häufigkeitsverteilungen per Tabellen oder Graphiken dargestellt. Statistische Zusammenhänge werden mit Korrelation nach Pearson oder Spearman's Rho (bei ordinalskalierten Daten) bestimmt. Für Hypothesen im Bereich der Geschlechtsunterschiede wird der T-Test für unabhängige Stichproben eingesetzt, falls die Voraussetzungen erfüllt sind, ansonsten wird der Mann-Whitney U-Test angewandt (für Voraussetzungen vgl. Kap. 4.3.9.1.2). Für den Vergleich von mehr als zwei unabhängigen Stichproben wird die einfaktorielle Varianzanalyse (ANOVA) eingesetzt (Voraussetzungen: Homogene Gruppen und zufällige Zuordnung von Untersuchungseinheiten).

Für die Prä-Post-Analysen wird der T-Test für gepaarte Stichproben verwendet (Bortz, 1993; Brosius, 2004). Für die Vergleiche zwischen den Stichproben aus den verschiedenen *Studien 1-3*, werden bei der *Studie 3* die Prämessungen herangezogen, das heisst, bevor das Training durchgeführt wurde (bei der WLKG die 1. Prämessung, vgl. Tab. 79, 81 & 82). In den Analysen zur Wirksamkeit (Fragestellung 3.3) werden für die Prä-Post-Vergleiche die Daten der WLKG ebenfalls herangezogen. Um einen angemessenen Vergleich durchzuführen, werden von der WLKG die Daten der 2. Prämessung (kurz vor der Intervention, vgl. Tab. 79) herangezogen und zu den restlichen 14 Dyaden dazu genommen. Für den Vergleich zwischen Interventionsgruppe und WLKG wird dann der Vergleich der beiden Prämessungen der WLKG als Ausgangspunkt genommen. Dies, um zu überprüfen, ob auch ohne Intervention eine Veränderung auf bestimmten Variablen stattfindet. Zuerst werden jedoch die WLKG (erste Prämessung) mit der Interventionsgruppe in bestimmten Variablen verglichen, um eine gewisse Vergleichbarkeitsbasis (Homogenität der Gruppe) zu gewährleisten. Da die Wartelistekontrollgruppe zu klein ist, kann keine echte Kontrollgruppenanordnung umgesetzt werden. Da die WLKG in die Prä-Post-Follow-up-Vergleichsmessung einbezogen wurde, kann sie nicht direkt als Kontrollvergleichsgruppe herangezogen werden.

Viele Annahmen und Teile der Fragestellungen können aufgrund des geringen Stichprobenumfanges nur deskriptiv ausgewertet werden. Vor allem die WLKG mit $N=4$ ist zu klein, um beispielsweise eine Varianzanalyse mit Messwiederholung machen zu können (Brosius,

2004). Entsprechend wird der robuste T-Test für gepaarte Stichproben verwendet. Um so viel wie möglich aus den Daten herauszuholen, werden oft Graphiken zu Hilfe genommen, um die Wirkung des Trainings für die zugrundeliegende Stichprobe darstellen zu können, ohne damit Aussagen zu einer Grundgesamtheit machen zu wollen und ohne dafür statistische Signifikanzen angeben zu können.

5.4.4 Ergebnisse der *Studie 3*

Zu Beginn wird die *Studie 3* mit den *Studien 1 und 2* verglichen (vgl. Kap. 4.3.9). Die Idee dieser vorangehenden epidemiologischen Studien war, herauszufinden, wie sich die Ängstlichkeit in der Kindheit im Primarschulalter verteilt und mit welchen Variablen sie in Verbindung steht. Ausserdem dient dieser Vergleich als Grundlage weiterer Analysen.

Daran anschliessend werden die Ergebnisse der Fragstellungen berichtet und dargestellt. Nach den Kasuistiken wird eine Zusammenfassung der Ergebnisse nach Konstrukten berichtet.

Deskriptiver Vergleich zwischen den Stichproben der Studien 1-3

Die Kinder der Stichproben der *Studien 1 und 3* sind im Durchschnitt gleich alt (*Studie 1*: $M=10.00$ ($SD=1.15$, Range: 8-12 Jahre) und in *Studie 3*: $M=9.82$ ($SD=0.95$, Range: 9-12 Jahre)); die Kinder in der *Studie 2* sind zum Zeitpunkt der Messung bereits durchschnittlich 11.58 Jahre alt ($SD=0.82$, Range: 10-14). In den *Studien 1 und 2* waren die Geschlechter fast gleich verteilt (*Studie 1*: Jungen: 53.2%; *Studie 2*: 51.5%) und in der *Studie 3* waren die Mädchen mit 58.8% leicht überrepräsentiert (Jungen: 41.2%).

Die Mütter der *Studie 1* waren zwischen 36 und 40 Jahre alt ($M=40.37$, $SD=3.75$) und in *Studie 3* sind sie zwischen 32 und 46 Jahre ($M=40.00$, $SD=3.90$). Deutschsprachig sind 90.1% der Mütter in der Stichprobe 1, 94% in der Stichprobe 3 und 66.5% der Kinder aus *Studie 2* hatten Deutsch als Muttersprache; 44.9% der Mütter aus der *Studie 1* sind Akademiker, in der *Studie 3* sind es 23.5%. In der Stichprobe 1 sind 84.5% verheiratet, 1.4% Single, 4.2% haben einen Lebenspartner, verglichen mit der *Studie 3*: 76.5% verheiratet, 11.8% wiederverheiratet und 11.8% mit einem Lebenspartner zusammen. Auf dem Land wohnen in der *Studie 1* 80.3% und in der *Studie 3* 82.4%.

Zusammenfassend sind die Kinder aus der *Studie 3* somit durchschnittlich etwas jünger als jene aus den *Studien 1 und 2* und im Verhältnis sind die Mädchen überrepräsentiert. In der *Studie 3* haben mehr Mütter Deutsch als Muttersprache, es sind mehr Akademikerinnen und im Vergleich sind mehr Mütter verheiratet.

Korrelationen zwischen den verschiedenen Variablen in der Studie 3 und Vergleich mit Studien 1 und 2

Im Gegensatz zur *Studie 1* (vgl. Kap. 4.3.9.1.3) korrelieren die Variablen KAT-II-Ängstlichkeit des Kindes nicht signifikant mit der Müttereinschätzung auf der Skala SDQ-Deu Emotionale Probleme. Die Selbsteinschätzung der SDQ-Deu-Skala Emotionale Probleme korreliert signifikant mit der Ängstlichkeit des Kindes: $r=.563^*$ (vgl. Tab. 89). Die Selbst- und Fremdeinschätzung des Screenings SDQ-Deu auf den Gesamtproblemwert bezogen kor-

relieren ebenfalls signifikant ($r=.576^*$), wodurch davon ausgegangen werden kann, dass sich Kinder und Mütter in den Grundzügen einig sind, dass Probleme vorhanden sind.

Wie schon in der *Studie 1* korrelieren die ESI-Skalen *Lob* und *Unterstützung* signifikant miteinander ($r=.544^*$) und sie korrelieren, wie ebenfalls schon in *Studie 1* gezeigt, nicht mit den Skalen *Ängstlichkeit des Kindes* und *Emotionale Probleme* (ME). Erstaunlicherweise korreliert die Skala *Tadel* signifikant positiv mit der Skala *Lob* ($r=.641^{**}$). Eine günstige Erziehung hängt nach diesen Ergebnissen nicht mit der Ängstlichkeit beim Kind zusammen. In der Stichprobe der *Studie 3* ist anscheinend eine günstige Rückmeldung (Lob) gekoppelt mit einer ungünstigen Rückmeldung (Tadel). Das heisst, die Mütter geben entweder häufig oder selten Rückmeldung – unabhängig von der Qualität.

Die Selbsteinschätzung auf der Skala des SDQ-Deu *Emotionale Probleme* korreliert positiv mit der ESI-Skala *Tadel* ($r=.488^*$). Das heisst, die häufige ungünstige Rückmeldung, hängt mit höher eingeschätzten emotionalen Problemen zusammen. Die SDQ-Deu-Skala *Gesamtwert* korreliert positiv mit der SVF-KJ-Gesamtskala *ungünstige Stressbewältigung* ($r=.563^*$). Diese Befunde konnten so nicht in der *Studie 1* gezeigt werden.

Tabelle 89: Korrelationen nach Spearman's Rho einzelner Variablen in der Prämessung aus der *Studie 3* ($N=17$)

	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	(13)
(1) SDQ-Deu Emot. Probleme KE	1.00	.563*	.563*	.377	.239	-.178	.083	.393	.488*	.282	.169	-.198	.098
(2) SDQ-Deu Gesamtwert KE		1.00	.427	.466	.576*	.341	.107	.219	.226	.132	.563*	-.160	-.262
(3) KAT-II (Kinder) Ängstlichkeit			1.00	.367	.216	-.228	-.152	.213	-.320	.118	.024	-.024	.176
(4) SDQ-Deu Emot. Probleme ME				1.00	.799**	.000	-.252	-.075	.019	-.123	.438	.124	.009
(5) SDQ-Deu Gesamtwert ME					1.00	.413	-.381	-.201	-.002	-.194	.294	.101	-.390
(6) STAI (Mütter) Ängstlichkeit						1.00	-.176	-.272	.096	-.270	.317	.317	-.924**
(7) ESI Unterstützung							1.00	.544*	.114	.844**	.064	-.156	.270
(8) ESI Lob								1.00	.641**	.590*	-.078	.045	.210
(9) ESI Tadel									1.00	.190	.096	.305	-.241
(10) SVF-KJ günstige Bewält.										1.00	-.151	-.182	.246
(11) SVF-KJ ungünstige Bewält.											1.00	.271	-.256
(12) FPI Erregbarkeit												1.00	-.488
(13) FPI Lebenszufriedenheit													1.00

Anmerkungen: $*=p<.05$; $**=p<.01$; zweiseitige Testung; ME=Muttereinschätzung; KE= Kindeinschätzung;

Wie bereits in der *Studie 1* gezeigt wurde, hängt auch in *Studie 3* die *Ängstlichkeit der Mutter* (STAI) nicht signifikant mit der *Ängstlichkeit des Kindes* (KAT-II) und der Selbsteinschätzung auf der SDQ-Deu-Skala *Emotionale Probleme* zusammen.

Die Variable Alter korreliert mit keiner Skala (ESI, SVF-KJ, KAT-II, SDQ-Deu, KE/ME, vgl. Tab. 89) aus der *Studie 3*. Es fanden sich auch keine Geschlechtsunterschiede in Bezug auf die genannten Skalen. Dies kann als Bestätigung der Ergebnisse aus der *Studie 1* gesehen werden (vgl. Kap. 4.3.9.1.3, Fragestellung 1.1).

Nicht in Tabelle 89 aufgeführt sind die folgenden signifikanten Korrelationen (*= $p < .05$; **= $p < .01$): Die Skala *Problemlösende Bewältigung* hängt signifikant mit der ESI-Skala *Unterstützung* zusammen ($r = .847^{**}$) und die FPI-Skala *Körperliche Beschwerden* mit der Ängstlichkeit der Mutter (STAI: $r = .670^{**}$), der *Lebenszufriedenheit* (FPI: $r = -.576^{*}$) und mit *Gehemmtheit* (FPI: $r = .490^{*}$). Die FPI-Skala *Offenheit* korreliert signifikant mit dem SDQ-Deu-Gesamtproblemwert in der Kindeinschätzung mit $r = .604$ ($p < .05$) und auch mit weiteren Skalen: *Ängstlichkeit Mutter* (STAI, $r = .543^{*}$), *Problemlösende Bewältigung*: ($r = -.490^{*}$), *Lebenszufriedenheit* ($r = -.619^{**}$) und mit der Skala *Körperliche Beschwerden* ($r = .533^{*}$). Die *Extraversion* im FPI korreliert signifikant mit der Ängstlichkeit Mutter (STAI: $r = -.592^{*}$); der *Lebenszufriedenheit* ($r = .517^{*}$) und der *Gehemmtheit* ($r = -.728^{**}$). Die FPI-Skala *Emotionalität* hängt signifikant negativ mit der ESI-Skala *Unterstützung* (KE: $r = -.543^{*}$) und positiv mit den FPI-Skalen *Gehemmtheit* ($r = .719^{**}$) und *Beanspruchung* (FPI: $r = .633^{*}$) zusammen.

Aus diesen Analysen wird deutlich, dass die Kinder und Mütter aus der *Studie 3* sich einig sind, dass emotionale und andere Probleme vorhanden sind. Auch wird deutlich, dass Gesamtprobleme mit einer ungünstigen Stressbewältigung zusammenhängen. Die Kinder, welche sich höhere Werte auf den emotionalen Problemen zusprechen, sprechen den Müttern auch eine ungünstigere Erziehung zu. Es können keine Alters- oder Geschlechtszusammenhänge mit Variablen aus dieser Studie gefunden werden. Die Ängstlichkeit der Mutter oder Variablen der Persönlichkeit der Mutter hängen nicht mit der Ängstlichkeit oder mit emotionalen Problemen in der Kinder- oder Mütterwahrnehmung zusammen. Die Selbsteinschätzung der Mutter in Bezug auf ihre Ängstlichkeit und Persönlichkeit hängt mit durch das Kind eingeschätzten Variablen der eigenen Stressverarbeitung und der Erziehung zusammen. Vor allem die Unterstützung durch die Mutter hängt hochsignifikant mit der Art der Stressbewältigung (problemlösend) zusammen. Ausserdem hängt die Unterstützung signifikant negativ mit der Emotionalität der Mutter zusammen.

*Fragestellung 3.1: Die **Ängstlichkeit** (a1) und **emotionalen Probleme** (b1) bei der Interventionsgruppe aus der Studie 3 zum Zeitpunkt der Prämessung sind im Vergleich mit jenen der Studie 1 und 2 höher. Ältere Kinder haben höhere Werte (a/b2) und Mädchen haben höhere Werte (a/b3).*

Der deskriptive Vergleich mit den Stichproben aus den *Studien 1 und 2* zeigt, dass die Stichprobe aus der Interventionsstudie (*Studie 3*) deutlich stärker beeinträchtigt ist, sowohl auf der Ebene der Gesamtprobleme (vgl. Tab. 90) als auch auf der Ebene der emotionalen Probleme, dies sowohl in der Kinder- als auch in der Mütterereinschätzung. Wie vermutet schätzen die Mütter ihre Kinder im Bereich der emotionalen Probleme höher ein als diese sich selbst.

Die einfaktorielle Varianzanalyse (ANOVA) liefert zwei signifikante Ergebnisse in Bezug auf unterschiedliche Mittelwerte der emotionalen Probleme und der Gesamtproblemwert in der Selbsteinschätzung der Kinder in den drei Studien (vgl. Tab. 91).

Der Post-Hoc-Mehrfachvergleich anhand des Student-Newman-Keuls-Tests ($\alpha = 5\%$) zeigt in Bezug auf die emotionalen Probleme, dass sich die Stichprobe der *Studie 3* signifikant von den anderen beiden Stichproben (*Studien 1 und 2*) unterscheidet. Das heisst, dass die Kinder in *Studie 3* signifikant mehr emotionale Probleme berichten. Die Kinder aus den *Studien 1 und 2* berichten ein ähnliches Ausmass an emotionalen Problemen. In Bezug auf den Gesamt-

problemwert zeigt der Post-Hoc-Test, dass sich die Mittelwerte der Stichproben der *Studie 2 und 3* signifikant voneinander unterscheiden. Die Stichprobe der *Studie 1* unterscheidet sich jedoch nicht signifikant von den Stichproben der *Studie 2 oder 3*. Das bedeutet, dass die Kinder der *Studie 3* sich signifikant mehr Gesamtprobleme zusprechen als Kinder aus der *Studie 2*. Die Stichprobe der *Studie 1* unterscheidet sich nicht von den anderen beiden Stichproben hinsichtlich des Ausmasses an Gesamtproblemen.

Tabelle 90: Mittelwerte, Standardabweichungen, Minimal- und Maximalwerte der Skalen im adaptierten Strengths and Difficulties Questionnaires, Deutsch (SDQ-Deu) in der Stichprobe der *Studie 3* ($N=17$) zum Zeitpunkt Prämessung, verglichen mit den Stichproben der *Studien 1* ($N=79$) und *2* ($N=340$)

SDQ-Deu-Skalen	<i>Studie 3</i>				<i>Studie 1</i> ~	<i>Studie 2</i> ^
	<i>Min.</i>	<i>Max.</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>M</i>
Gesamtproblemwert ME*	5	29	14.53	6.33	9.28	-
Prosoziales Verhalten ME	2	10	7.35	2.57	8.03	-
Hyperaktivität ME	0	8	3.53	2.40	2.77	-
Emotionale Probleme ME°	1	9	5.59	2.03	2.75	-
Verhaltensauffälligkeiten ME	0	6	2.59	2.06	-	-
Somatisierung ME°	5	6	2.29	1.83	-	-
Emotionale Probleme KE	0	8	4.00	2.32	2.63	2.34
Gesamtproblemwert KE	4	27	13.29	5.07	11.02	10.13

Anmerkungen: ME=Muttereinschätzung; KE=Kindeinschätzung; *=ohne Skala Somatisierung; °=Trotz der niedrigen internen Konsistenz hier angegeben (vgl. Tab. 84); ~ (vgl. Kap.4.3.9.1.3); ^ (vgl. Kap. 4.3.9.2);

Tabelle 91: Einfaktorielle Varianzanalyse (ANOVA) zu den Gruppenunterschieden auf zwei SDQ-Deu-Skalen in der Selbsteinschätzung der Kinder in den *Studien 1, 2 und 3*

ANOVA						
		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Emotionale Probleme KE	Between Groups	43.389	2	21.694	5.326	.005
	Within Groups	1763.813	433	4.073		
	Total	1807.202	435			
Gesamtproblemwert KE	Between Groups	164.432	2	82.216	3.469	.032
	Within Groups	10261.006	433	23.697		
	Total	10425.438	435			

Anmerkungen: KE=Kindeinschätzung;

Erwartungsgemäss unterscheiden sich die Kinder der Interventionsgruppe aus der *Studie 3* signifikant von den Normalstichproben. Sie schreiben sich selbst mehr emotionale und Gesamtprobleme zu als die Kinder in den Stichproben der *Studien 1 und 2*.

Die Muttereinschätzung über die Gesamt- und emotionalen Probleme ihrer Kinder unterscheiden sich signifikant zwischen den *Studien 1 und 3* (vgl. Tab. 92). Die Mütter aus der *Studie 3* geben im Vergleich zur *Studie 1* demnach bei ihren Kindern signifikant mehr Gesamt- und auch emotionale Probleme an. Ausserdem wird der direkte Vergleich zwischen der

Mutter- und Kindeinschätzung signifikant ($t=-3.700$, $df=16$, $p=.002$): die Mütter sprechen ihren Kindern signifikant mehr emotionale Probleme zu als die Kinder sich selbst.

Tabelle 92: Mittelwertsunterschiede über die SDQ-Deu-Skalen *Emotionale Probleme* und *Gesamtproblemwert* in Müttereneinschätzung der Stichproben der *Studien 1 und 3*

SDQ-Deu-Skalen	Studie 1 (N=79)		Studie 3 (N=17)		t°	df	p	Cohens' d
	M	SD	M	SD				
Gesamtproblemwert ME*	9.22	6.25	14.94	6.23	-3.430	94	.001	-0.92
Emotionale Probleme ME	2.73	2.67	5.88	2.32	-4.502	94	.000	-1.26

Anmerkungen: ME=Müttereneinschätzung; *=ohne Skala Somatisierung; $^{\circ}$ =zweiseitige Prüfung mit dem T-Test für unabhängige Stichproben (Annahme gleicher Varianzen); Cohens' d =Effektgrößen nach Cohen bei signifikantem T-Test (1988);

Weil die Interventionsgruppe auf den SDQ-Deu-Skalen deutlich beeinträchtigt ist und die Effekte im Mütterurteil stark sind, wird die Hypothese H3.1.b1 als bestätigt angenommen. Das heisst, die emotionalen Probleme bei der Interventionsgruppe aus der *Studie 3* sind zum Zeitpunkt der Prämessung im Vergleich zu jenen aus der *Studie 1 und 2* signifikant höher.

Der Vergleich der durchschnittlichen Ängstlichkeit des Kindes auf der Skala des KAT-II zwischen der *Studie 1 und 3* wird im T-Test für unabhängige Stichproben auf dem α -Niveau von 5% (zweiseitige Testung) knapp signifikant ($t=-2.081$; $df=94$; $p=.04$). Der Mittelwert aus der *Studie 1* liegt wie erwartet mit 4.94 ($SD=3.81$) signifikant unter jenem aus der *Studie 3* mit 7.06 ($SD=3.85$). Somit kann auch die Hypothese H3.1.a1 als bestätigt angenommen werden, dass die Kinder sich selbst in der *Studie 3* deutlich ängstlicher einschätzen als die Vergleichsstichprobe aus der *Studie 1*.

Die Hypothese H3.1.a/b2, welche davon ausgeht, dass es Altersunterschiede auf den Variablen der Ängstlichkeit des Kindes und den emotionalen Problemen gibt, kann nicht bestätigt werden. Die Korrelation nach Pearson zeigte weder beim KAT-II noch beim SDQ-Deu-Emotionale Probleme (weder bei der Mutter- noch Kindeinschätzung) eine signifikante Korrelation.

Die Hypothese H3.1.a/b3, welche besagt, dass die Mädchen ängstlicher sind als die Jungen, muss ebenfalls zurückgewiesen werden, da der T-Test für unabhängige Stichproben weder auf der Skala *Ängstlichkeit Kind* des KAT-II (Jungen: $M=6.14$, $SD=4.4$; Mädchen: $M=7.7$, $SD=3.50$), noch auf der SDQ-Deu-Skala *Emotionale Probleme* in der Kinder- (Jungen: $M=3.71$, $SD=2.43$; Mädchen: $M=4.00$, $SD=2.26$) und der Müttereneinschätzung (Jungen: $M=5.00$, $SD=2.65$; Mädchen: $M=6.50$, $SD=1.96$) zu einem signifikanten Geschlechtsunterschied führte.

*Fragestellung 3.2: Einzelne **Parameter** der Erziehung (H3.2a), der Stressverarbeitung (H3.2b), der Ängstlichkeit der Mutter (H3.2c) und der Persönlichkeit der Mutter (H3.2d) sind in der Studie 3 höher respektive tiefer als jene aus der Vergleichsstichprobe der Studie 1.*

Im Folgenden wird anhand von einzelnen Skalen dargestellt, wie sich die Stichproben der zwei Studien der vorliegenden Arbeit unterscheiden. Zum einen werden zuerst die Mittelwerte und Standardabweichungen von einzelnen Skalen tabellarisch dargestellt und zum anderen werden die Mittelwertsunterschiede zwischen den Stichproben statistisch auf deren Signifikanz überprüft.

Wie erwartet zeigt sich die Erziehung der Mütter aus der Sicht der Kinder aus der Stichprobe der *Studie 1* günstiger als jene der *Studie 3*, in welcher ängstliche Kinder teilnahmen (Tab. 93). Zwei Skalen und die Gesamtskala der ungünstigen Erziehung fielen bei der Stichprobe der *Studie 3* höher aus als in der *Studie 1*. Auch wenn sich die verschiedenen Mittelwerte auf den ersten Blick deutlich unterscheiden, werden nur drei Mittelwertsunterschiede zwischen den beiden Stichproben auf den einzelnen Skalen signifikant (T-Test für unabhängige Stichproben): Die Stichproben unterscheiden sich auf der Skala *Einschränkung* voneinander, was bedeutet, dass die Mütter der *Studie 3* signifikant einschränkender von den Kindern wahrgenommen werden wie die Mütter der *Studie 1*. Ebenso, jedoch weniger deutlich unterscheiden sich die Stichproben auf der Skala *Inkonsistenz* signifikant voneinander. Das heisst wiederum, dass die Kinder der *Studie 3* ihre Mütter signifikant inkonsistenter in der Erziehung einschätzen als die Mütter der *Studie 1* eingeschätzt werden. Auf der Gesamtskala *ungünstige Erziehung* wird der Mittelwertsunterschied zwischen den beiden Stichproben signifikant. Das heisst, insgesamt werden die Mütter der *Studie 3* signifikant als ungünstiger erziehend von ihren Kindern wahrgenommen als jene aus der *Studie 1*. Für die zwei Subskalen der ungünstigen Erziehung können mittlere bis starke Effekte berechnet werden, für die Gesamtskala *ungünstige Erziehung*, welche zusätzlich noch die Subskala *Tadel* einbezieht, einen knapp mittleren Effekt.

Tabelle 93: Mittelwertsunterschiede auf den adaptierten Skalen des ESI in der Kindversion der Stichprobe der *Studie 3* (N=17) zum Zeitpunkt Prämessung und der Stichprobe aus der *Studie 1* (N=79)

ESI-Skalen	<i>Studie 3</i>		<i>Studie 1</i>		t^{\sim}	df	p	Cohens' d
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>				
Unterstützung	33.59	6.57	36.06	6.59	1.405	94	.163	-
Lob	37.12	6.35	39.81	6.73	1.434	94	.155	-
Einschränkung	20.53	3.28	17.46	3.81	-3.085	94	.003	0.85
Tadel	25.47	4.27	26.18	6.89	.406	94	.686	-
Inkonsistenz	21.18	3.40	18.68	4.49	-2.156	94	.034	0.63
Günstige Erziehung ^o	70.71	11.17	75.75	12.08	1.580	94	.117	-
Ungünstige Erziehung*	67.18	6.59	62.32	13.28	-2.221	48.603	.031	0.46

Anmerkungen: ^o=setzt sich aus 2 Unterskalen zusammen; *=setzt sich aus 3 Unterskalen zusammen; \sim =zweiseitige Prüfung mit dem T-Test für unabhängige Stichproben; Cohens' d =Effektgrössen nach Cohen bei signifikantem T-Test (1988);

Somit wird die Hypothese H3.2a teilweise bestätigt: in der Interventionsstichprobe schätzen die Kinder ihre Mütter signifikant als ungünstiger erziehend ein, wobei vor allem die Skalen *Einschränkung* und *Inkonsistenz* sich in den Stichproben signifikant unterscheiden.

In Tabelle 94 können die Mittelwerte und Standardabweichungen für den Stressverarbeitungsfragebogen für Kinder und Jugendliche (Hampel et al., 2001) der beiden Stichproben aus den *Studien 1 und 3* direkt verglichen werden.

Auf den Subskalen werden lediglich zwei Mittelwertsunterschiede zwischen den Stichproben 1 und 3 signifikant: die Skala *Soziale Unterstützung* und die Skala *Positive Selbstinstruktion*. Das heisst, die Kinder in der *Studie 3* können nach ihrer eigenen Einschätzung signifikant weniger gut soziale Unterstützung einfordern und sich weniger gut positiv selbst instruieren als Kinder aus der *Studie 1*.

Tabelle 94: Mittelwertsunterschiede auf den Skalen des adaptierten SVF-KJ anhand der Stichprobe der *Studie 3* ($N=17$) zum Zeitpunkt Prämessung und der Stichprobe der *Studie 1* ($N=79$)

SVF-KJ-Skalen	Studie 3		Studie 1		t^{\sim}	df	p	Cohens' d
	M	SD	M	SD				
Bagatellisierung	7.12	3.82	1.405	94	.140	94	.889	-
Ablenkung	8.71	2.69	8.65	3.55	-.066	94	.948	-
Positive Selbstinstruktion	8.82	3.72	10.46	2.88	2.009	94	.047	0.49
Situationskontrolle	8.53	3.89	9.99	2.93	1.751	94	.083	-
Soziale Unterstützung	7.88	3.88	9.77	3.13	2.163	94	.033	0.54
Passive Vermeidung	8.06	4.35	6.99	3.25	-1.157	94	.250	-
Gedankliche Weiterbeschäftigung	9.35	4.43	8.24	3.02	-.987	19.327	.336	-
Resignation	5.88	3.64	5.24	3.37	-.703	94	.484	-
Aggression	4.94	2.90	5.32	2.76	.504	94	.616	-
Emotionsregulierende Bewältigungsstrategien ^o	7.91	2.65	7.94	2.75	.043	94	.966	-
Problemlösende Bewältigungsstrategien ^o	8.41	3.63	10.07	2.31	1.809	18.879	.086	-
Sekundärskala Günstige Stressverarbeitung ^o	8.21	2.61	9.22	1.94	1.824	94	.071	-
Sekundärskala Ungünstige Stressverarbeitung ^o	7.06	3.12	6.45	2.31	-.930	94	.355	-

Anmerkungen: ^o=basieren auf unterschiedlicher Anzahl der Skalen respektive Items; \sim =zweiseitige Prüfung mit dem T-Test für unabhängige Stichproben; Cohens' d =Effektgrößen nach Cohen bei signifikantem T-Test (1988);

Die Hypothese H3.2b, welche erwartet, dass die Kinder aus der *Studie 3* höhere ungünstige und niedrigere günstige Bewältigungsstrategien aufweisen als Kinder aus der *Studie 1*, kann nicht als Ganzes bestätigt werden. Kinder aus der *Studie 3* konnten jedoch signifikant weniger soziale Unterstützung holen und positiv selbst instruieren als Kinder aus der *Studie 1*.

Die Hypothese H3.2c, welche davon ausgeht, dass Mütter der *Studie 3* ängstlicher sind als jene aus der *Studie 1*, muss verworfen werden, da die Mittelwertsunterschiede nicht signifikant wurden.

Tabelle 95: Mittelwerte (Rohwerte), Standardabweichungen der Skalen des adaptierten FPI-R anhand der Stichprobe der *Studie 3* ($N=17$) zum Zeitpunkt Prämessung, verglichen mit der Stichprobe der *Studie 1* ($N=71$)

Skala im FPI-R	Studie 3		Studie 1	
	M	SD	M	SD
Lebenszufriedenheit	7.53	3.18	9.15	2.25
Gehemmtheit	6.59	3.37	5.38	2.58
Erregbarkeit	5.59	2.87	6.08	2.92
Beanspruchung	7.00	3.45	5.11	3.19
Körperliche Beschwerden	3.06	2.59	2.54	1.98
Gesundheitssorgen	4.71	2.49	4.94	2.33
Offenheit	2.18	1.88	5.35	2.70
Extraversion	5.41	2.53	6.41	3.38
Emotionalität	5.53	2.96	4.52	3.15

In Tabelle 95 finden sich die Mittelwertsvergleiche der Skalen des FPI-R der Mütter aus den Stichproben der *Studien 1 und 3*. Obwohl alle Skalenunterschiede in die erwartete Richtung gehen, wird nur ein Mittelwertsunterschied statistisch signifikant: die Skala *Beanspruchung* ($t=-2.155$; $df=86$; $p=0.034$; $d=-0.57$). Dies bedeutet, dass die Mütter der *Studie 3* sich signifikant beanspruchter fühlen als Mütter aus der *Studie 1*.

Die Hypothese H3.2d kann nicht bestätigt werden, obwohl die Mütter aus der *Studie 3* signifikant beanspruchter sind als Mütter aus der *Studie 1*.

Fragestellung 3.3: Es wird davon ausgegangen, dass das indizierte Präventionsprogramm „Der Zauberlehrling“ **wirksam** ist. Es wird angenommen, dass sich einzelne Variablen in der Zeit zwischen Prä- und Postmessung in ihren Mittelwerten ändern (weniger Ängstlichkeit, tieferer emotionaler und Gesamtproblemwert, höhere günstige und weniger ungünstige Bewältigungsstrategien, höhere günstige und weniger ungünstige Erziehungsvariablen, weniger Ängstlichkeit der Mütter, H3.3a). Auch wird von einer nachhaltigen Wirkung respektive Stabilität des Effekts ausgegangen (H3.3b). Weiter soll durch einen Vergleich anhand der gleichen Variablen innerhalb der Wartelistekontrollgruppe aufgezeigt werden (erste Prä- und zweite Prämessung), dass dieser Effekt spezifisch auf das Programm zurückzuführen ist (H3.3c). Auch soll die Wirksamkeit indirekt über den Wissenszuwachs (Prä-, Post- und Follow-up-Messung; H3.3d) sowohl bei Kindern als auch bei den Müttern dargestellt werden können. Es wird erwartet, dass eine direkte Befragung zur Wirkung (zwei Versionen: Post- und Follow-up-Messung) anhand der subjektiven Einschätzungen in Bezug auf den Trainingseffekt bei Kindern und Müttern ebenfalls eine Wirkung des Trainings aufzeigt (dH3.3e). Es interessiert auch, ob eine Veränderung der Erwartungen der Mütter an das Training über den Verlauf entsteht (dH3.3f).

Indirekte Veränderungsmessung (H3.3a): In Tabelle 96 können die Mittelwerte und Standardabweichungen sowie die Ergebnisse der T-Tests für abhängige Stichproben zwischen der Prä- und Postmessung der Stichprobe aus der *Studie 3* eingesehen werden. Die Ergebnisse zeigen, dass eine Veränderung in erwünschter Richtung stattfindet.

Wenn in der Tabelle 96 der zweite Block der SDQ-Deu-Skalen angeschaut wird, lässt sich erkennen, dass die Mittelwertsunterschiede in der Müttereinschätzung hochsignifikant werden: Die Kinder werden nach dem Training (Postmessung) deutlich weniger hoch auf dem Gesamtproblemwert und auch im Bereich der emotionalen Probleme eingeschätzt (mittlerer und starker Effekt: $d=0.66$ resp. $d=1.16$). Die Mittelwertsunterschiede in der Kindereinschätzung auf den SDQ-Deu-Skalen werden ebenfalls signifikant (mittlere Effekte: beide $d=0.67$), das bedeutet, dass die Kinder sich selbst in der Postmessung signifikant weniger emotionale und Gesamtprobleme zusprechen als in der Prämessung.

Tabelle 96: Ausgewählte Mittelwertsunterschiede über die Skalen KAT-II, SDQ-Deu, ESI, SVF-KJ, STAI im Zeitverlauf der Prä-Postmessung der *Studie 3* ($N=17$, inkl. WLKG in der 2. Prämessung)

KAT-II	Prämessung		Postmessung		t°	df	p	Cohens'd
	M	SD	M	SD				
Ängstlichkeit Kind	6.35	3.06	4.59	3.06	1.815	16	.088	-
SDQ-Deu-Skalen	Prämessung		Postmessung		t°	df	p	Cohens'd
	M	SD	M	SD				
Gesamtproblemwert KE	13.29	5.07	9.82	5.23	3.482	16	.003	0.67
Emotionale Probleme KE	4.00	2.32	2.59	1.87	2.601	16	.019	0.67
Gesamtproblemwert ME~	14.53	6.33	10.35	6.27	5.276	16	.000	0.66
Emotionale Probleme ME	5.59	2.03	3.06	2.30	5.375	16	.000	1.16
ESI	Prämessung		Postmessung		t°	df	p	Cohens'd
	M	SD	M	SD				
Günstige Erziehung	69.94	12.08	74.94	11.35	-2.273	16	.037	-0.43
Ungünstige Erziehung	66.12	6.90	61.88	5.98	2.107	16	.051	-
SVF-KJ	Prämessung		Postmessung		t°	df	p	Cohens'd
	M	SD	M	SD				
Günstige Strategien	42.47	11.76	50.65	12.93	-2.659	16	.017	-0.66
Ungünstige Strategien	25.29	10.49	23.41	12.36	0.611	16	.550	-
Emotionsbewältigend	16.00	4.70	19.24	4.71	-3.206	16	.006	-0.69
Problemlösend	26.47	9.33	31.41	8.97	-1.956	16	.068	-
STAI	Prämessung		Postmessung		t°	df	p	Cohens'd
	M	SD	M	SD				
Ängstlichkeit Mutter	37.06	9.29	35.88	9.04	0.898	16	.382	-

Anmerkungen: ME=Müttereinschätzung; KE=Kindeinschätzung; ~=ohne Skala Somatisierung; $^{\circ}$ =zweiseitige Prüfung mit dem T-Test für abhängige Stichproben; Cohens'd=Effektgrößen nach Cohen (1988);

Im Bereich Erziehung wird der Mittelwertsunterschied auf der Skala Günstige Erziehung signifikant zwischen Prä- und Postmessung: Die Erziehung der Mütter wird nach dem Training

von den Kindern signifikant günstiger wahrgenommen ($d=-0.43$). Obwohl der Vergleich auf der Skala ungünstige Erziehung knapp nicht signifikant wird, zeigt sich die Tendenz, dass die Mütter weniger ungünstig erziehend wahrgenommen werden. Im Bereich der Bewältigungsstrategien scheint es, dass die Kinder sich nach dem Training signifikant mehr günstige Strategien zusprechen ($d=-0.66$); wie man in Tabelle 96 sehen kann, vor allem im Bereich der emotionsregulierenden Strategien. Die problemlösenden Strategien nehmen in dieser Zeit ebenfalls in der Tendenz zu, jedoch nicht statistisch signifikant.

Die *Ängstlichkeit der Mutter* auf der Gesamtskala des STAI zeigt im Mittelwertsvergleich zwischen Prä- und Postmessung keine statistisch signifikante Abnahme (vgl. Tab. 96).

Insgesamt kann die Hypothese H3.3a als teilweise bestätigt angesehen werden. Es sind einige relevante Prä-Post-Mittelwertsunterschiede signifikant geworden und in der Tendenz sind alle Ergebnisse hypothesenkonform. Das heisst, es lässt sich aus den Ergebnissen der Tabelle 96 für die Hypothese H3.3.a schliessen, dass das Präventionsprogramm „Der Zauberlehrling“ auf die Ängste der Kinder reduzierend wirkt, sie weniger emotionale und allgemeine Probleme im Verhaltensbereich aufweisen, die Erziehung der Mütter günstiger wird und in der Tendenz auch deren Ängstlichkeit abnimmt.

Nachhaltige Wirkung und Stabilität des Trainingseffekts (H3.3b): Die Hypothese H3.3b beinhaltet die Testung der Mittelwertsunterschiede zwischen den Zeitpunkten Prä und Follow-up (nachhaltige Wirkung) respektive die Stabilität der zum Post-Zeitpunkt erhobenen Werte (keine Veränderung zwischen dem Post- und Follow-up-Zeitpunkt).

Die Ängstlichkeit der Kinder auf der Skala des KAT-II nimmt über die 5 Monate Follow-up ab, was dazu führt, dass der Mittelwertsunterschied zwischen Prä- respektive Post- und Follow-up-Messung signifikant wird ($d=0.99$ resp. $d=0.42$, vgl. Tab. 97). Da kein signifikanter Prä-Post-Mittelwertsunterschied gefunden wurde, wird durch den Prä-Follow-up-Vergleich nicht die Stabilität eines Effekts betrachtet, sondern die verzögerte Wirkung des Trainings, welche in den fünf Monaten nach dem Training einsetzte.

Im Bereich des SDQ-Deu in der Mütterereinschätzung nimmt über diese 5 Monate der Gesamtproblemwert noch einmal deutlich ab ($d=0.99$ Prä-Follow-up; $d=0.66$ Prä-Post, vgl. Tab. 96). Die anderen Mittelwertsunterschiede der Skalen des SDQ-Deu aus der Tabelle 97 bleiben im gleichen Bereich, woraus resultiert, dass die Mittelwertsunterschiede zwischen Prä- und Follow-up-Messung signifikant bleiben. Es resultierten keine signifikanten Mittelwertsunterschiede zwischen dem Post- und Follow-up-Zeitpunkt jener Skalen, welche im Prä-Post-Vergleich signifikant wurden. Das heisst, die gefunden Effekte des Trainings zum Post-Zeitpunkt sind während fünf Monaten nach Trainingsende stabil.

Im Bereich der Erziehung werden die Mütter von ihren Kindern nach 5 Monaten noch einmal deutlich günstiger erziehend wahrgenommen ($d=-0.64$ Prä-Follow-up; $d=-0.43$ Prä-Post, vgl. Tab. 96). Die ungünstige Erziehung nimmt in ihrem Mittelwert zwar noch ein wenig ab, jedoch wird die Standardabweichung grösser, weshalb der T-Test für abhängige Stichproben keine signifikanten Werte liefert. Der T-Test zur Stabilität des Effekts der vermehrten Wahrnehmung von günstiger Erziehung (Post-Follow-up-Vergleich) wird nicht signifikant. Das bedeutet, dass der Effekt, welcher zum Post-Zeitpunkt gemessen werden konnte, stabil geblieben ist.

Bei den Bewältigungsstrategien wird zwischen der Prä- und Follow-up-Messung und auch zwischen der Post- und Follow-up-Messung kein Mittelwertsunterschied signifikant. Das

heisst, die im Prä-Post-Vergleich gefundenen Mittelwertsunterschiede bei den günstigen Strategien respektive den emotionsbewältigenden Strategien sind stabil über die fünf Monate. Weil die Mittelwertsunterschiede zwischen Post- und Follow-up-Zeitpunkt jedoch ebenfalls nicht signifikant geworden sind, heisst dies auch, dass die Mittelwerte der günstigen respektive emotionsbewältigenden Strategien kleiner geworden sind.

Tabelle 97: Ausgewählte Mittelwertsunterschiede über die Skalen KAT-II, SDQ-Deu, SVF-KJ, ESI, STAI im Zeitverlauf der Prä-Post-Follow-up-Messungen der Studie 3 ($N=17$, inkl. WLKG in der 2. Prämessung)

KAT-II	Prämessung		Follow-up		t°	df	p	Cohens'd
	M	SD	M	SD				
Ängstlichkeit Kind	6.35	3.06	3.29	3.14	2.861	16	.011	0.99
KAT-II	Postmessung		Follow-up		t°	df	p	Cohens'd
	M	SD	M	SD				
Ängstlichkeit Kind	4.59	3.06	3.29	3.14	2.139	16	.048	0.42
SDQ-Deu-Skalen	Prämessung		Follow-up		t°	df	p	Cohens'd
	M	SD	M	SD				
Gesamtproblemwert KE	13.29	5.07	9.71	5.40	2.483	16	.025	0.69
Emotionale Probleme KE	4.00	2.32	2.47	2.21	2.130	16	.049	0.68
Gesamtproblemwert ME [~]	14.53	6.33	8.94	4.85	4.496	16	.000	0.99
Emotionale Probleme ME	5.59	2.03	3.00	2.52	4.497	16	.000	1.13
ESI	Prämessung		Follow-up		t°	df	p	Cohens'd
	M	SD	M	SD				
Günstige Erziehung	69.94	12.08	76.76	8.79	-3.113	16	.007	-0.64
Ungünstige Erziehung	66.12	6.90	63.82	8.03	.956	16	.353	-
SVF-KJ	Prämessung		Follow-up		t°	df	p	Cohens'd
	M	SD	M	SD				
Günstige Strategien	42.47	11.76	48.65	15.46	-1.844	16	.084	-
Ungünstige Strategien	25.29	10.49	24.35	9.88	0.352	16	.729	-
Emotionsbewältigend	16.00	4.70	17.94	6.51	-1.511	16	.150	-
Problemlösend	26.47	9.33	30.71	9.90	-1.634	16	.122	-
STAI	Prämessung		Follow-up		t°	df	p	Cohens'd
	M	SD	M	SD				
Ängstlichkeit Mutter	37.06	9.29	30.71	7.74	3.218	16	.005	0.74
STAI	Postmessung		Follow-up		t°	df	p	Cohens'd
	M	SD	M	SD				
Ängstlichkeit Mutter	35.88	9.04	30.71	7.74	2.647	16	.018	0.61

Anmerkungen: ME=Muttereinschätzung; KE=Kindeinschätzung; [~]=ohne Skala Somatisierung; [°]=zweiseitige Prüfung mit dem T-Test für abhängige Stichproben; Cohens'd=Effektgrössen nach Cohen (1988);

Die Ängstlichkeit der Mutter im STAI wird im Prä-Follow-up-Vergleich der Mittelwerte über die Stichprobe 3 signifikant ($d=0.74$). Auch der Mittelwertsunterschied zwischen dem Post- und Follow-up-Zeitpunkt wird signifikant, jedoch in erwünschter Richtung. Das heisst, im Verlauf der 5 Monate ist die Ängstlichkeit der Mütter weiter zurück gegangen und der Unter-

schied zur Prämessung wird nun im Gegensatz zum Prä-Post-Vergleich signifikant (Verstärkung des Effekts, vgl. Tab. 96 & 97).

Die Ergebnisse aus dem Prä-Follow-up-Vergleich der Mittelwerte über die verschiedenen Skalen zeigt, dass die Ängstlichkeit der Kinder und Mütter weiter reduziert wird, wie auch die günstige Erziehung noch erhöht wird. Auch können die Effekte im Bereich der emotionalen Probleme und der Gesamtprobleme als stabil verzeichnet werden. Die positiven Effekt im Bereich der emotionsbewältigenden Strategien und allgemein den günstigen Strategien bei den Kindern ist zwar statistisch gesehen stabil, aber sie verlieren an Effekt über die fünf Monate. Somit kann die Hypothese H3.3b zum Teil bestätigt werden, dass es nachhaltige Effekte über die Dauer von 5 Monaten gibt.

Vergleiche mit der Wartelistekontrollgruppe (H3.3c): Die Hypothese H3.3c beinhaltet die Frage nach der spezifischen Wirkung. Das bedeutet, dass der Effekt dann auf das Programm zurückführbar ist, wenn auf den Variablen kein Unterschied zwischen den zwei Prämesszeitpunkten der WLKG zu finden sind. Zuerst werden die Stichproben der vier Gruppen (drei Interventionsgruppen, $N=13$, und die Wartelistekontrollgruppe, $N=4$) verglichen, um zu sehen, ob sie über die Gruppen hinweg homogen sind und somit auch ein Vergleich mit der Wartelistekontrollgruppe möglich ist (vgl. Kap. 5.4.3.2).

Die Geschlechtsverteilung war über die Gruppen nicht gleich (vgl. Kap. 5.4.3.2), jedoch war die WLKG (Fribourg Herbst 2005) mit einem Jungen und drei Mädchen ca. der Schnitt, da das Verhältnis Jungen:Mädchen 7:10 war. Das durchschnittliche Alter ist ebenfalls nicht deutlich von den anderen Gruppen unterschiedlich, jedoch sind die Kinder in der WLKG zum Zeitpunkt der Prämessung ein wenig jünger als die der anderen Gruppen. Der einzige zweisprachig Junge und seine Mutter, welche Spanisch als Muttersprache angab, war in der WLKG. In Bezug auf die Variablen Ausbildung der Mütter, Familienstand und Wohnverhältnisse war die WLKG den drei anderen Gruppen ähnlich. In der WLKG hatte alle Kinder nur ein Geschwister und niemand war Einzelkind.

Es sind keine Mittelwertsunterschiede auf ausgewählten Skalen des KAT-II, SDQ-Deu, ESI, SVF-KJ und STAI zum Zeitpunkt der Prämessung zwischen der Interventionsgruppe ($N=13$) und der WLKG ($N=4$, 2. Prämessung) statistisch signifikant. Das bedeutet, dass die beiden Stichproben verglichen werden können.

Für die WLKG ergeben sich die in Tabelle 98 dargestellten Veränderungen zwischen den beiden Prämessungen, das heisst, zwischen der 1. Prämessung vor und der 2. Prämessung nach der non-Treatmentphase (vgl. Tab. 79). Es sind keine Mittelwertsunterschiede signifikant, was den Schluss zulässt, dass keine Spontanremission stattfindet. Die Skala *Ungünstige Strategien* des SVF-KJ zeigt eine Tendenz dahingehend, dass die ungünstigen Strategien sich verringern. Wie in Tabelle 98 zu erkennen ist, ist der Mittelwert der 1. Prämessung auf dieser Skala sehr hoch.

Die T-Tests für unabhängige Stichproben zwischen den Interventionsgruppen ($N=13$) und der WLKG ($N=4$) in der Postmessung ergaben mehrere signifikante Unterschiede. Das heisst, die

Veränderung auf einzelnen Skalen, gemessen direkt nach der Intervention, unterscheiden sich in den beiden Gruppen. Die Mittelwertsunterschiede der SDQ-Deu-Skalen *Emotionale Probleme* und *Gesamtproblemwert* wurden beide, sowohl in der Selbst- als auch in der Fremdeinschätzung, signifikant (vgl. Tab. 99). Ebenfalls wurde der Mittelwertsunterschied zwischen den Gruppen in Bezug auf die ungünstigen Bewältigungsstrategien signifikant. Das heisst, dass die Kinder der Interventionsgruppe nach dem Training deutlich weniger belastet sind und weniger ungünstige Bewältigungsstrategien einsetzen als die WLKG nach deren Trainingsphase.

Tabelle 98: Ausgewählte Mittelwertsunterschiede über die Skalen KAT-II, SDQ-Deu, ESI, SVF-KJ, STAI im Zeitverlauf der 1. und 2. Prämessungen der WLKG der Studie 3 (N=4; Veränderung über die non-Treatmentphase)

KAT-II	1. Prämessung		2. Prämessung		t°	df	p
	M	SD	M	SD			
Ängstlichkeit Kind	5.75	5.50	5.25	2.63	.322	3	.769
SDQ-Deu-Skalen	1. Prämessung		2. Prämessung		t°	df	p
	M	SD	M	SD			
Gesamtproblemwert KE	14.25	5.12	16.00	7.57	-.835	3	.465
Emotionale Probleme KE	4.00	2.16	4.5	2.38	-.522	3	.638
Gesamtproblemwert ME [~]	18.75	6.60	17.00	8.04	.571	3	.608
Emotionale Probleme ME	7.50	2.52	6.25	1.89	1.464	3	.239
ESI	1. Prämessung		2. Prämessung		t°	df	p
	M	SD	M	SD			
Günstige Erziehung	66.00	10.46	62.75	13.05	1.722	3	.184
Ungünstige Erziehung	69.00	7.44	64.50	8.89	.954	3	.410
SVF-KJ	1. Prämessung		2. Prämessung		t°	df	p
	M	SD	M	SD			
Günstige Strategien	30.00	14.21	36.00	13.19	-1.558	3	.217
Ungünstige Strategien	40.75	11.24	28.25	11.95	3.101	3	.053
Emotionsbewältigend	13.50	6.76	14.25	4.27	-.217	3	.842
Problemlösend	16.50	12.56	21.75	9.14	1.953	3	.146
STAI	1. Prämessung		2. Prämessung		t°	df	p
	M	SD	M	SD			
Ängstlichkeit Mutter	43.50	12.77	39.25	11.62	2.965	3	.099

Anmerkungen: ME=Muttereinschätzung; KE=Kindeinschätzung; [~]=ohne Skala Somatisierung; [°]=zweiseitige Prüfung mit dem T-Test für abhängige Stichproben;

Wenn die WLKG alleine für einen Prä-Post- und einen Prä-Follow-up-Vergleich herangezogen wird, finden sich folgende Ergebnisse. Es zeigt sich kein signifikanter Mittelwertsvergleich in der WLKG. Das heisst, über die Treatmentphase gab es keine Veränderung auf Ängstlichkeit des Kindes, emotionalen oder Gesamtproblemen, Bewältigungsstrategien, wahrgenommene Erziehung, Ängstlichkeit der Mutter. Im Prä-Follow-up-Vergleich werden zwei Mittelwertsvergleiche signifikant: der Mittelwertsvergleich auf der Skala *Ängstlichkeit der Mutter* wird signifikant ($t=6.20$, $df=3$, $p=.008$). Das heisst, die Ängstlichkeit der Mütter nimmt über den gesamten Zeitraum von vor dem Training bis fünf Monate zum Follow-up-

Zeitpunkt signifikant ab (Prä: $M=39.25$, $SD=11.62$; Follow-up: $M=23.75$, $SD=6.65$). Der einzige Mittelwertsvergleich der Kinder, welcher signifikant wird, ist der Gesamtproblemwert in der Fremdeinschätzung ($t=6.481$, $df=3$, $p=.007$). Die Kinder werden zum Zeitpunkt des Follow-ups im Vergleich mit der Prämessung vor der Intervention durch ihre Mütter signifikant weniger durch Gesamtprobleme belastet wahrgenommen (Prä: $M=17.00$, $SD=8.04$; Follow-up: $M=10.00$, $SD=6.88$).

Tabelle 99: Ausgewählte Mittelwertsunterschiede über die Skalen SDQ-Deu, SVF-KJ der Postmessung zwischen der Interventions- ($N=13$) und Wartelistekontrollgruppe ($N=4$)

SDQ-Deu-Skalen	Interventionsgruppe		WLKG		t°	df	p	Cohens'd
	M	SD	M	SD				
Gesamtproblemwert KE	8.46	4.93	14.25	3.86	-2.139	15	.049	-1.31
Emotionale Probleme KE	2.15	1.91	4.00	0.82	-2.762	12.635	.017	-1.26
Gesamtproblemwert ME [~]	8.69	5.02	15.75	7.63	-2.188	15	.045	-1.09
Emotionale Probleme ME	2.23	1.64	5.75	2.22	-3.475	15	.003	-1.80
SVF-KJ	Interventionsgruppe		WLKG		t°	df	p	Cohens'd
	M	SD	M	SD				
Ungünstige Strategien	20.54	12.69	32.75	4.27	-2.966	14.565	.010	-1.29

Anmerkungen: ME=Muttereinschätzung; KE=Kindeinschätzung; [~]=ohne Skala Somatisierung; [°]=zweiseitige Prüfung mit dem T-Test für unabhängige Stichproben;

Somit ist die Hypothese H3.3c bestätigt, welche besagt, dass ohne Intervention keine Veränderungen stattfindet (keine Spontanremission zwischen den beiden Prämessungen der WLKG in Bezug auf die Zielvariablen Ängstlichkeit, emotionale und Gesamtprobleme des Kindes und Ängstlichkeit der Mutter). Dadurch, dass in der WLKG während der non-Treatmentphase keine signifikanten Erhöhungen auf den Skalen der günstigen Bewältigungsstrategien (emotionsbewältigend und problemlösend) stattgefunden haben, kann im Zusammenhang mit den Ergebnissen der Hypothese H3.3a aber auch geschlussfolgert werden, dass das Training eine protektive Relevanz mit sich bringt, da nur durch das Training günstige Strategien aufgebaut werden. Die Hypothese 3.3c zeigt wie schon die Hypothesen 3.3a+b, dass das Training wirkt. Die Ergebnisse zeigen jedoch auch, dass die WLKG sich von den Interventionsgruppen dahingehend unterscheidet, dass sie zwischen der zweiten Prämessung vor der Intervention und der Postmessung keine signifikanten Veränderungen auf den Zielvariablen angeben. Formal gibt es keinen Effekt des Trainings für die WLKG zum Postzeitpunkt. Erst zum Follow-up-Zeitpunkt hin werden die Gesamtprobleme in der Fremdwahrnehmung und die Ängstlichkeit der Mutter signifikant geringer. Im Zusammenhang mit der Hypothese H3.3b kann gefolgert werden, dass es einen Trainingseffekt gibt und auch, dass es ohne Treatment keine Spontanremission gibt, jedoch sind Unterschiede in den Gruppen in Bezug auf die Veränderungen festzustellen.

Wissenszuwachs über das Training (H3.3d): Hypothese H3.3d geht davon aus, dass über das Training hinweg Wissen angeeignet wird, welches durch einen Wissenscheck zu den drei Hauptmesszeitpunkten Prä-Post- und Follow-up nachgewiesen werden kann.

Wie man aus der Tabelle 100 erkennen kann, haben die Kinder über das Training bis zur Postmessung etwas lernen können, da sich die beiden Mittelwerte der Noten im Wissenscheck

signifikant voneinander unterscheiden (vgl. Tab. 100), jedoch hält dieser Effekt nicht bis zur Follow-up-Messung an, bei welcher die Kinder im Schnitt weniger gute Noten erhalten. Entsprechend wird der Post-Follow-up-Vergleich signifikant. Dies zeigt sich auch in der Punktzahl des Wissenschecks: signifikante Unterschiede sowohl in der Prä-Post-Messung als auch jene zwischen Prä-Follow-up. Ebenfalls wird wieder der Post-Follow-up-Vergleich signifikant, was bedeutet, dass die Kinder signifikant an Wissen abgebaut haben zwischen der Post und Follow-up-Messung. In der Tabelle 101 können die Minimal- und Maximal- Noten und – Punktwerte eingesehen werden, welche sich zu Gunsten der Kinder über die 3 Messzeitpunkte weiter erhöhen. Das bedeutet, dass die Kinder über den Verlauf des Trainings signifikant Wissen aneignen können. Jedoch ist dies – zumindest auf der Grundlage der Noten – nicht dauerhaft.

Tabelle 100: Mittelwertsunterschiede im Wissenstest (Noten und Punktzahl) über die 3 Messzeitpunkte Prä, Post und Follow-up der Studie 3 ($N=17$)

Note°	Prämessung		Postmessung		t°	df	p	Cohens'd
	M	SD	M	SD				
Kinder	4.71	0.66	5.41	0.75	-3.986	16	.001	-0.99
Mütter	4.41	0.59	4.97	0.57	-3.271	16	.005	-0.94
Note°	Prämessung		Follow-up-Messung		t°	df	p	Cohens'd
	M	SD	M	SD				
Kinder	4.71	0.66	5.00	0.66	-1.370	16	.189	-
Mütter	4.41	0.59	5.09	0.40	-4.770	16	.000	-1.34
Note°	Postmessung		Follow-up-Messung		t°	df	p	Cohens'd
	M	SD	M	SD				
Kinder	5.41	0.75	5.00	0.66	2.640	16	.018	0.58
Mütter	4.97	0.57	5.09	0.40	-1.461	16	.163	-
Punktzahl*	Prämessung		Postmessung		t°	df	p	Cohens'd
	M	SD	M	SD				
Kinder	12.41	2.32	20.06	2.86	-11.616	16	.000	-3.07
Mütter	16.12	2.23	18.29	2.49	-2.966	16	.009	-0.90
Punktzahl*	Prämessung		Follow-up-Messung		t°	df	p	Cohens'd
	M	SD	M	SD				
Kinder	12.41	2.32	18.53	2.76	-7.744	16	.000	-2.40
Mütter	16.12	2.23	18.76	1.68	-4.711	16	.000	-1.34
Punktzahl*	Postmessung		Follow-up-Messung		t°	df	p	Cohens'd
	M	SD	M	SD				
Kinder	20.06	2.86	18.53	2.76	2.598	16	.019	0.54
Mütter	18.29	2.49	18.76	1.68	-1.255	16	.227	-

Anmerkungen: °=es wurde jeweils 60% benötigt für die Note 4.0 (genügend), entsprechend ist die Anzahl Fragen nicht relevant; *=Wissenscheck für Kinder: 8 Fragen in der Prämessung und 10 Fragen in der Postmessung; Wissenscheck Mütter: 14 Fragen gingen in die Benotung ein (22 Punkten); °=zweiseitige Prüfung mit dem T-Test für abhängige Stichproben; Cohens' d=Effektgrößen nach Cohen (1988);

Bei den Müttern zeigt sich ebenfalls, dass sie Wissen durch die Trainingssitzungen erwerben, da beide Vergleiche, sowohl über die Prä-Post- als auch über die Prä-Follow-up-Messungen sich sowohl in den Noten als auch in den Punkten niederschlagen (vgl. Tab. 101). Das bedeutet, dass bei den Müttern das dazugelernte Wissen dauerhaft ist. Dies wird durch die nicht-signifikanten Mittelwertsvergleiche zwischen der Post- und Follow-up-Messung deutlich. Dies heisst, dass das Wissen der Mütter sich zwischen dem Zeitpunkt nach dem Training und 5 Monate später nicht mehr verändert.

Tabelle 101: Mindest- und Maximalwert bei Noten und Punktzahl des Wissenstests über die 3 Messzeitpunkte Prä, Post und Follow-up der *Studie 3* (N=17)

Wissenstest	Note		Punktzahl	
	Min.	Max.	Min.	Max.
<i>Prämessung</i>				
Kinder	3.5	6.0	8	16
Mütter	3.0	5.5	11	20
<i>Postmessung</i>				
Kinder	4.0	6.0	14	23
Mütter	3.5	5.5	11	21
<i>Follow-up</i>				
Kinder	4.0	6.0	13	23
Mütter	4.0	5.5	15	21

Somit kann die Hypothese H3.3d, welche besagt, dass die Kinder und Mütter durch das Programm Wissen über Ängste erwerben, bestätigt werden. Weiter konnte gezeigt werden, dass dieser Effekt bei den Müttern über 5 Monate stabil war.

Direkte Wirksamkeitserfassung (dH3.3e): Die deskriptive Hypothese dH3.3e beinhaltet die direkte Befragung der Wirkung des Trainings.

Die Kinder haben einen Fragebogen mit 10 Items (Fragen zum Training, vgl. Kap. 5.4.3.3) ausgefüllt, wobei ein Item eine direkte Veränderungsmessung beinhaltet: „Ich habe nicht mehr so viel Angst wie vorher.“ In Abbildung 45 wird deutlich, dass 82.4% der Kinder nach dem Training zum Postmessungszeitpunkt zustimmen, dass sie weniger Angst haben als vor dem Training. Bei 11.8% stimmt es ein wenig und bei 5.9% (1 Kind) stimmt es nicht.

Die Kinder haben ebenfalls einschätzen müssen, ob sie nach dem Training wissen, was sie tun können, falls sie wieder Angst haben werden und 94.1% der Kinder (16 aus 17) stimmen dem vollkommen zu.

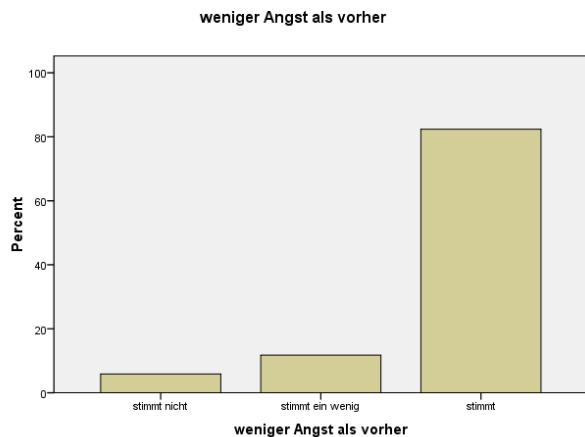


Abbildung 45: Item Angstreduktion (weniger Angst als vor dem Training) aus dem Fragebogen „Fragen zum Training“ (Kindeinschätzung)

Auch die Mütter haben die Wirkung direkt auf diversen Items und Skalen in der Post- und Follow-up-Messung eingeschätzt. In der Abbildung 46 sieht man, wie sie die Wirkung des Trainings in Bezug auf sich selbst einschätzen (Müttertraining) und in Abbildung 47 für die Kinder im Kindtraining. Die Einschätzung erfolgte auf einer Skala von 0% (keine Wirkung) bis zu 100% (volle Wirkung); 41.2% der Mütter haben bei sich eine 80% Wirkung festgestellt, 17.6% der Mütter stellten eine 60%-ige Wirkung fest und 5.9% eine 100%-ige.



Abbildung 46: Trainingswirkung auf die Mutter selbst (Muttereinschätzung)



Abbildung 47: Trainingswirkung auf das Kind (Muttereinschätzung)

In der Abbildung 47 erkennt man die Wirkung auf die Kinder, welche deutlich weniger deutlich ausfällt als die Wirkung, welche die Mütter bei sich selbst feststellen: Für die je 23.5% der Kinder werden 80% respektive 90% Wirkung festgestellt, bei 11.8% sind es entweder 50, 60 oder 70% Wirkung, bei je 5.9% (1 Kind) werden nur Wirkungen von 20 und 30% festgestellt und einmal 100%-ige Wirkung.

Der Erfolg wird ebenfalls anhand einer Skala des Fragebogens zur Beurteilung des Trainings (FFB-P, Mütterereinschätzung, vgl. Kap. 5.4.3.3) gemessen. Wie in Abbildung 48 über die einzelnen Dyaden aufgezeigt wird, geben die meisten Mütter (12 aus 17) an, das Training überwiegend als einen Erfolg zu erleben.

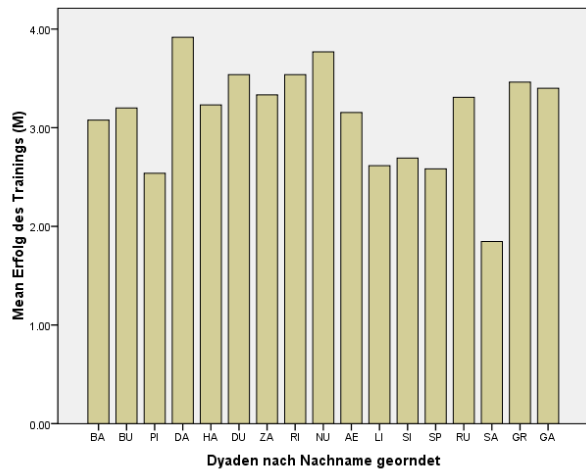


Abbildung 48: Erfolg des Trainings geordnet nach den 17 Dyaden anhand des Fragebogens zur Beurteilung des Trainings FBT in der Mütterereinschätzung (0-0.50=völlig erfolglos, 0.51-1.50=überwiegend erfolglos, 1.51-2.50=teilweise erfolgreich, 2.51-3.50=überwiegend erfolgreich, 3.51-4.0=vollständig erfolgreich)

Im Fragebogen zur Beurteilung des Trainings in der Postmessung (vgl. Kap. 5.4.3.3) gibt es vier Items, welche eine direkte Veränderungsmessung beinhalten: „Meine Probleme haben sich im Verlaufe des Trainings gebessert“ (Item 20a) oder „...verschlechtert“ (21a) und „Die Probleme meines Kindes haben sich im Verlaufe des Trainings gebessert“ (20b) oder „...verschlechtert“ (21b). In Abbildung 49 erkennt man, dass die Probleme sich teilweise bis ganz gebessert haben (5 Missings).



Abbildung 49: Direkte Veränderungsmessung (Besserung der Probleme der Mutter selbst)



Abbildung 50: Direkte Veränderungsmessung (Besserung der Probleme des Kindes in der Mütterereinschätzung)

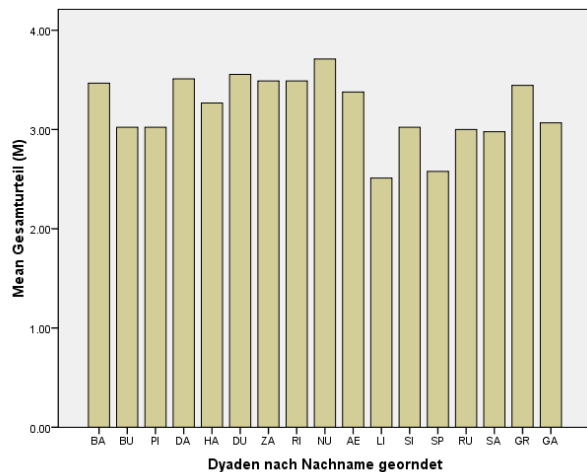


Abbildung 51: Gesamturteil über das Training geordnet nach den 17 Dyaden anhand des Fragebogens zur Beurteilung des Trainings FBT in der Mütterereinschätzung (0-0.50=schlecht, 0.51-1.50=unzureichend, 1.51-2.50=mässig, 2.51-3.50=gut, 3.51-4.0=sehr gut)

In Abbildung 50 sieht man, dass ebenfalls die meisten Probleme der Kinder wenigstens teilweise über den Verlauf des Trainings gebessert haben. Der Grossteil der Kinder (35.3%) hat sich überwiegend gebessert (1 Missing). Es meinen 82.4% der Mütter, dass sich ihre Probleme niemals verschlechtert haben und bei 11.8% nur selten. In Bezug auf die Probleme des Kindes habe sich bei 64.7% niemals etwas verschlechtert, 23.5% kaum und bei 5.9% manchmal/teilweise.

In Abbildung 51 wird über die Dyaden geordnet das Gesamturteil, welches über den FFB-P in der Mütterereinschätzung erfasst wird, dargestellt. Es zeigt sich kein Unterschied zwischen der WLKG und der Interventionsgruppe in Bezug auf das Gesamturteil. Die Mütterereinschätzung über das gesamte Training (Benotung) fällt gut aus mit Werten zwischen 2.5 und 3.5 (gut).

In den einzelnen Skalen zum FBT erreichen alle 17 Dyaden im Durchschnitt einen Mittelwert von ca. 3, was ausformuliert bedeutet, dass die Mütter den Erfolg des Trainings überwiegend erfolgreich ($M=3.13$, $SD=.52$), die Beziehung zum Trainer vollständig zufriedenstellend ($M=3.70$, $SD=.39$), den Verlauf des Trainings vollständig zufriedenstellend ($M=3.69$, $SD=.36$), die Rahmenbedingungen überwiegend zufriedenstellend ($M=3.34$, $SD=.43$), das Material und Setting überwiegend zufriedenstellend ($M=3.04$, $SD=.39$) und das Gesamturteil als gut ($M=3.21$, $SD=.34$) beurteilten.

In der Follow-up-Messung wurden die Mütter erneut befragt, wie sie die Wirkung des Trainings für sich selbst einschätzen (Abb. 52). Im Vergleich mit der in der Postmessung direkt erfragten Wirkung (Abb. 46) ergibt sich eine kleine, aber signifikante Verschlechterung ($t=2.166$, $df=16$, $p=.046$) von 10% (Post: $M=76.47$, $SD=11.15$, Follow-up: $M=66.47$, $SD=20.60$).

Im Bereich der Wirkung für das Kind ist die Verteilung über den Verlauf der fünf Monate laut der Müttereneinschätzung ähnlich geblieben. Der T-Test für abhängige Stichproben zum Mittelwertsvergleich zwischen der Post- und Follow-up-Messung wird nicht signifikant.

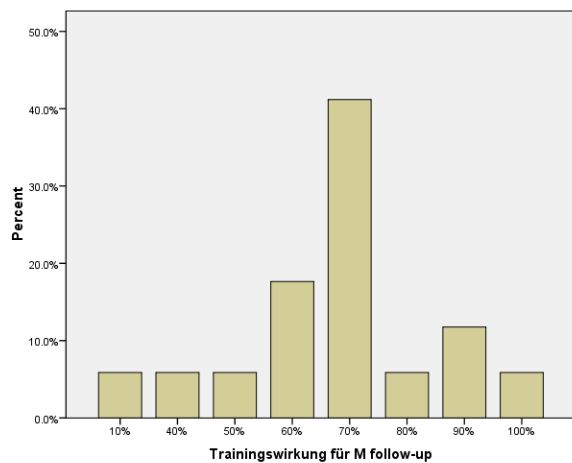


Abbildung 52: Trainingswirkung für die Mütter (Müttereneinschätzung) im Follow-up

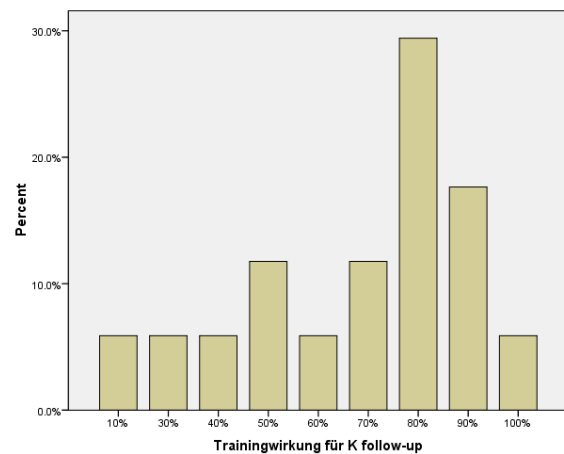


Abbildung 53: Trainingswirkung für die Kinder (Müttereneinschätzung) im Follow-up

In Bezug auf die deskriptive Hypothese dH3.3e kann somit bestätigend ausgesagt werden, dass das Training anhand der Aussagen der Mütter und Kinder eine Wirkung in erwünschter Richtung zeigt. Die meisten Mütter und Kindern haben das Training als sinnvoll und hilfreich eingeschätzt und das auch noch nach fünf Monaten.

Erwartungshaltung der Mütter dem Kind und dem Training gegenüber (dH3.3f): Die deskriptive Hypothese dH3.3f beinhaltet die Verteilung der Erwartungen, welche die Mütter an das Training (in Bezug auf sich und ihr Kind) hatten und wie sie diese in der Postmessung als erfüllt anschauen.

In der Tabelle 102 sind Prä- und Postmessung der Erwartungen an das Trainingsprogramm in Bezug auf die Erwartungen dem Kind gegenüber dargestellt. Man kann zum einen herauslesen, welche Erwartungen oft im Zusammenhang mit Ängstlichkeit beim Kind stehen. Zum anderen sind im vorderen Teil die deskriptiven Ergebnisse in der Prämessung zusammengefasst: ob ein Problem in Bezug auf dieses Verhalten oder den Zustand vorhanden ist oder nicht und ob die Mütter unabhängig davon die Erwartung respektive das Ziel haben, dies zu verändern. Im rechten Teil der Tabelle 102 finden sich die deskriptiven Ergebnisse zur Postmessung: zum einen, ob die Erwartung vorhanden war (ist nicht gleichbedeutend mit den in der Prämessung erhobenen Daten) und zum zweiten, ob die Erwartung, die an das Training gestellt wurde, erfüllt werden konnte.

Tabelle 102: Erwartungen an das Training in Bezug auf das Kind: Vorhandensein von Problemen im Zusammenhang mit Ängstlichkeit, Vorhandensein der Erwartungen (Prämessung) und in der Postmessung deren Vorhandensein und Erfüllung (in %)

<i>Erwartungen in Bezug auf Kind</i>	<i>Prämessung</i>						<i>Postmessung</i>					
	<i>Problem vorhanden?°</i>		<i>Trifft Erwartung zu?°</i>				<i>War Erwartung vorhanden?°</i>		<i>Erwartung Erfüllt? °</i>			
	Ja	Nein	Ja	Eher ja	Eher nein	Nein	Ja	Nein	Ja	Eher ja	Eher nein	Nein
Aktiver mit Gleichaltrigen	47.1	52.9	47.1	17.6	35.3	0	52.9	47.1	33.3	33.3	22.2	11.1
Weniger bedrückt	70.6	29.4	35.3	41.2	11.8	11.8	70.6	29.4	50.0	41.7	0	8.3
Weniger Schmerzen	35.3	64.7	17.6	17.6	35.3	29.4	41.2	58.8	0	66.7	33.3	0
Weniger Klammern	76.5	23.5	52.9	35.3	0	11.8	82.4	17.6	30.8	61.5	7.7	0
Besser schlafen	35.3	64.7	17.6	23.5	11.8	47.1	52.9	47.1	0	50.0	37.5	12.5
Weniger gehänselt	35.3	64.7	11.8	23.5	35.3	2.4	29.4	70.6	20.0	40.0	20.0	20.0
Mehr mit Mutter reden	11.8	88.2	35.3	23.5	0	41.2	41.2	58.8	28.6	57.1	14.3	0

Anmerkungen: ° = valid percent;

Wie man aus der Tabelle 102 erkennen kann, sind quantitativ viele Erwartungen an das Training in Bezug auf das Kind und dessen Probleme vorhanden. Auch stimmt, dass, nur weil ein Problem vorhanden ist, das noch nicht gleichbedeutend ist damit, dass man eine Erwartung respektive einen Veränderungswunsch diesbezüglich hat, weshalb die getrennte Befragung berechtigt ist. Ausserdem scheint es so, dass auch noch über den Verlauf des Trainings Erwartungen aufgebaut werden, weil in der Postmessung bis auf zwei Ausnahmen mehr Erwartungen als vorhanden angegeben wurden. In den Spalten der Erwartungserfüllung wird deutlich, dass für über die Hälfte der Mütter die Erwartung eher ja oder mit ja erfüllt wurden. Die einzige Ausnahme bildet das Thema besser schlafen, welches auch fast 50% „eher nicht“ oder „nicht“ erfüllt wurde, wobei auch nur ca. die Hälfte der Mütter eine Erwartung hatte. Die deutlichste Erwartungserfüllung resultiert mit 50% ja und 41.7% eher ja ist für das Thema weniger bedrückt sein.

Tabelle 103 bezieht sich auf die Erwartungen, welche die Mutter an sich selbst in Bezug auf das Training hatte. Auch bei der Erwartungshaltung in Bezug auf sich selbst sind die Probleme zum Grossteil vorhanden (Ausnahme scheint der Austausch mit anderen zu sein); und auch die Erwartungshaltung in Bezug auf das Training ist gegeben. Über den Verlauf des Trainings steigen die Erwartungen auch in Bezug auf sich selbst an. Auch hier wird deutlich, dass der Grossteil der Erwartungen erfüllt werden konnte: Am deutlichsten trifft dies auf das Thema mehr Geduld und Verständnis haben und Hilfsmittel und Tipps im Umgang mit den Ängsten der Kinder zu.

Tabelle 103: Erwartungen an das Training in Bezug auf sich selbst: Vorhandensein von Problemen im Zusammenhang mit Ängstlichkeit, Vorhandensein der Erwartungen und in der Postmessung deren Vorhandensein und Erfüllung (in %)

<i>Erwartungen in Bezug auf Mutter</i>	<i>Prämessung</i>						<i>Postmessung</i>					
	<i>Problem vorhanden?°</i>		<i>Trifft Erwartung zu?°</i>				<i>War Erwar- tung vorhan- den?°</i>		<i>Erwartung Erfüllt? °</i>			
	Ja	Nein	Ja	Eher ja	Eher nein	Nein	Ja	nein	Ja	Eher ja	Eher nein	Nein
Mehr Geduld und Verständnis	70.6	29.4	41.2	47.1	11.8	0	88.2	11.8	33.3	60.0	6.7	0
Hilfsmittel und Tipps im Umgang *	76.5	23.5	58.8	23.5	17.6	0	88.2	11.8	46.7	40.4	13.3	0
Weniger Hilflosigkeit	47.1	52.9	17.6	52.9	23.5	5.9	88.2	11.8	33.3	46.7	20.0	0
Austausch mit anderen	6.7°	93.3°	43.8°	31.2°	25.0°	0°	76.5	23.5	53.8	23.1	23.1	0
Selbst weniger unsicher und ängstlich	41.2	58.8	11.8	35.3	17.6	35.3	47.1	52.9	25.0	50.0	25.0	0

Anmerkungen: °= valid percent; *= z.B. „Was kann ich tun, damit es [das Kind] wieder lieber zur Schule geht“? Fragebogen zu Erwartungen gegenüber dem Training (Coninx & Hilti, 2004), siehe Anhang;

Die deskriptive Hypothese dH3.3f zeigt, dass die Erwartungen sich im Verlauf des Trainings verändern. Zum einen dahingehend, dass zuerst während des Trainings noch zusätzlich Erwartungen aufgebaut werden und zum anderen in der Zielerreichung, der Erwartungserfüllung, welche grösstenteils erreicht wurde. Somit ist die Hypothese, welche besagt, dass es Veränderungen während des Trainings in Bezug auf Erwartungen dem Kind und dem Training gegenüber gibt, bestätigt.

*Fragestellung 3.4: Die Zufriedenheit, **consumer satisfaction**, der Kinder und Mütter mit dem Programm und den damit zusammenhängenden Bedingungen ist elementar für die Wirkung einer Intervention. Die Annahme ist, dass sich diese über die Prozessqualität ausdrücken wird, welche über eine direkte Befragung zum Postzeitpunkt erhoben wird (dH3.4a). Auch wird davon ausgegangen, dass die Zufriedenheit mit der Erfüllung der Erwartungen an das Training zusammenhängen (H3.4b). Es interessieren weiter Zusammenhänge zwischen den Zufriedenheitsvariablen nach dem Training und soziodemographischen Variablen, der Ängstlichkeit bei Kindern und Müttern, negativen Bewältigungsfertigkeiten der Kinder und Persönlichkeitsvariablen der Mütter (H3.4c).*

Consumer satisfaction (dH3.4a): Die direkte Befragung der Mütter nach deren Zufriedenheit (dH3.4a) ergibt ein positives Bild. In Abbildung 54 sieht man, dass 47.1% der Mütter zu 90% mit dem Training zufrieden sind, 41.2% zu 80%. Nur eine Person (5.9%) ist zu lediglich 60% zufrieden, eine Person zu 100%. Abbildung 55 zeigt das Item Zufriedenheit, welches weniger abgestuft ist (0=überhaupt nicht/niemals, 1=kaum/selten, 2=teilweise/manchmal,

3=überwiegend/meistens, 4=ganz genau/immer), was dazu führt, dass 52.9% ganz genau/immer zufrieden waren. Ebenfalls 52.9% würden ganz genau/immer das Training Freunden weiterempfehlen und 47.1% überwiegend/meistens.

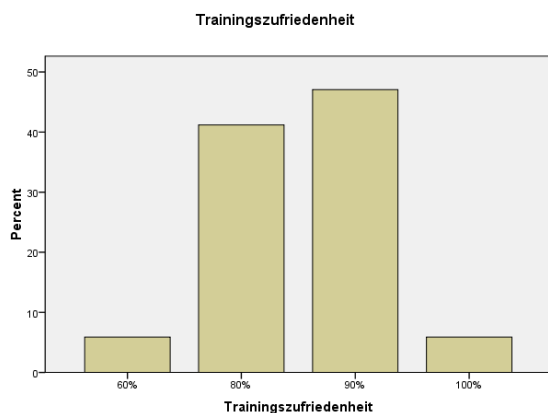


Abbildung 54: Trainingszufriedenheit der Mütter (0-100%)

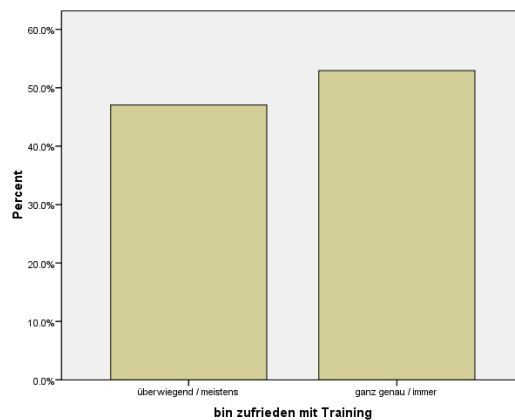


Abbildung 55: Zufriedenheitsitem 18 aus dem FBT

Die Trainingszufriedenheit der Kinder wird über den Spassfaktor indirekt gemessen. Es wird die Frage danach gestellt, ob die Gruppe gefallen hat und ob das Training einem Freund weiter empfehlen würde (Fragen zum Training, vgl. Kap. 5.4.3.3). 88.2% der Kinder meinen, das Training hat vollkommen Spass gemacht, 2 Kinder (11.8%) meinen, dass dieses Aussage ein wenig stimmt; 94.1% fanden die Gruppe toll und nur eine Person (5.9%) nur ein wenig; das Training weiterempfehlen würden 47.1% ganz, 29.4% ein wenig und 23.5% gar nicht.

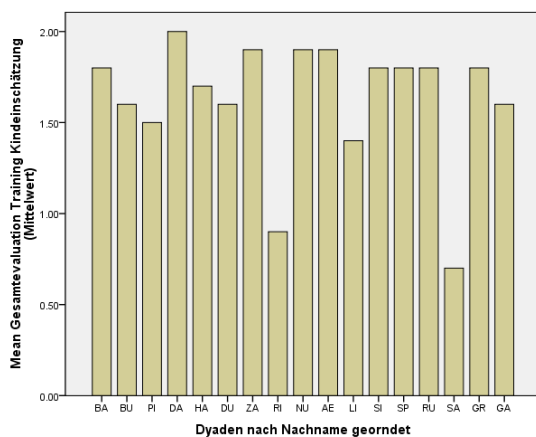


Abbildung 56: Gesamtevaluation des Trainings (Kindeinschätzung) im Mittelwert (0=stimmt nicht; 1=stimmt ein wenig, 2=stimmt)

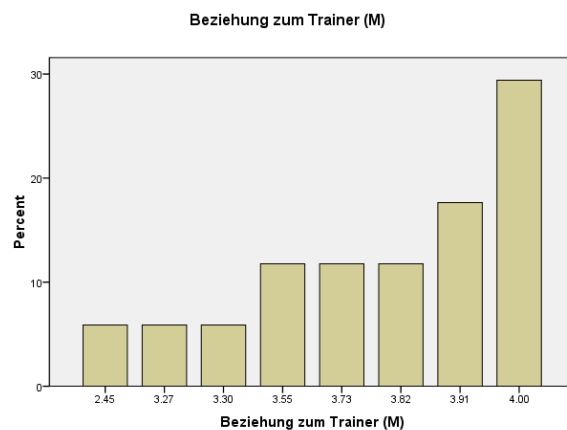


Abbildung 57: Beziehung der Mutter zum Trainer (FBT; 0-1.50=völlig unzufrieden, 1.51-2.50=überwiegend unzufrieden, 2.51-3.50=überwiegend zufrieden, 3.51-4.0=vollständig zufrieden).

Im Fragebogen Fragen zum Training in der Kindeinschätzung kann ein Summenwert der Items respektive dessen Mittelwert gebildet werden. In Abbildung 56 werden für alle 17 Kinder der Studie 3 die Gesamtevaluation, Einschätzung der Wirkung und Zufriedenheit über das

Gesamttraining, dargestellt. 15 von 17 Kinder geben ihr Urteil über das Gesamttraining mit mindestens „stimmt ein wenig“ ab, 13 davon sogar noch mehr.

In der Abbildung 57 sieht man, dass die Mütter überwiegend bis vollständig zufrieden waren mit der Beziehung zum Trainer (Teil der Prozessqualität, vgl. FBT, Kap. 5.4.3.3). In den Abbildungen 58 und 59 erkennt man, dass sie auch mit den Rahmenbedingungen, den Materialien und dem Setting zufrieden waren.

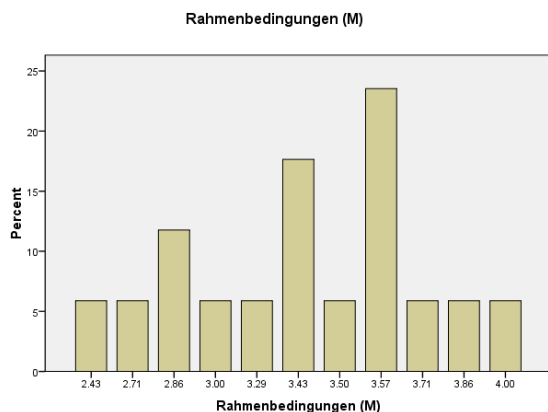


Abbildung 58: Rahmenbedingungen des Trainings (FBT; 0=überhaupt nicht/niemals, 1=kaum/selten, 2=teilweise/manchmal, 3=überwiegend/meistens, 4=ganz genau/immer)

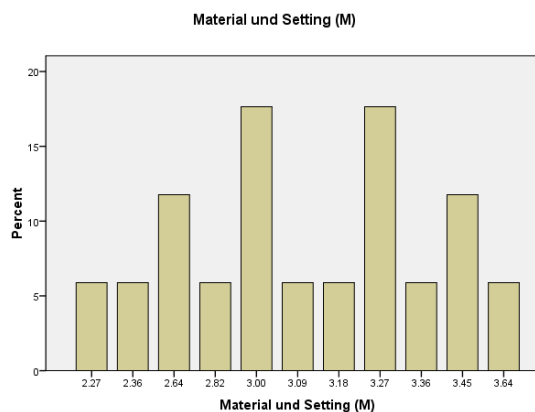


Abbildung 59: Material und Setting des Trainings (FBT; 0=überhaupt nicht/niemals, 1=kaum/selten, 2=teilweise/manchmal, 3=überwiegend/meistens, 4=ganz genau/immer)

Die deskriptive Hypothese dH3.4a kann bestätigt werden, da die Teilnehmer des Trainings sowohl zum Grossteil direkt angeben, mit dem Training überwiegend bis sehr zufrieden zu sein, als auch indirekt über die Prozessqualitätsskalen des FBT.

Zusammenhang zwischen Zufriedenheit und Erfüllung der Erwartung (H3.4b): Die Hypothese H3.4b beinhaltet den Zusammenhang Zufriedenheit mit der Erwartungshaltung respektive deren Erfüllung zum Zeitpunkt der Postmessung (Tab. 104).

Tabelle 104: Korrelationen zwischen Erwartungserfüllung in Bezug auf das Training und Variablen der Trainingswirkung und mit der Zufriedenheit mit dem Training (alles in der Müttereinschätzung)

	<i>Erwartungserfüllung auf Mutter bezogen</i>	<i>Erwartungserfüllung auf Kind bezogen</i>
Trainingszufriedenheit (0-100%)	.519*	
Einzelitem Zufriedenheit (FBT)	.765**	
Trainingserfolg (FBT)	.756**	.543*
Gesamturteil (FBT)	.571*	.650**

Anmerkungen: *= $p < .05$; **= $p < .01$

Die Erwartungserfüllung auf die Mutter selbst bezogen korreliert signifikant positiv mit der Trainingszufriedenheit, sowohl auf der Skala von 0-100%, als auch mit dem Einzelitem des FBT („ich bin zufrieden mit dem Training“). Die Zufriedenheit auf dem Einzelitem hängt signifikant positiv mit dem Item „Training Freunden empfehlen“ zusammen ($r = .765$, $p = .001$, $N = 16$). Die Erwartungserfüllung auf Aspekte des Kindes bezogen hängt signifikant mit dem

Erfolg des Trainings zusammen. Dieser Zusammenhang gilt auch für die Erwartungserfüllung auf Aspekte der Mutter bezogen. Das Gesamturteil und die Erwartungserfüllungen hängen ebenfalls signifikant positiv zusammen.

Die Erwartungen der Mütter und deren Erfüllung im Verlauf des Trainings hängen wie erwartet mit der Zufriedenheit der Mütter nach dem Training und auch mit einigen Skalen der Erfolgsmessung zusammen. Somit kann die Hypothese H3.4b zumindest zum Grossteil bestätigt werden, welche besagt, dass die Mütter, welche ihre Erwartungen als erfüllt betrachten, auch zufriedener mit dem Training sind und einen grösseren Erfolg sehen.

Zusammenhänge von Zufriedenheit und ausgewählten Variablen (H3.4c): Zusammenhänge der Zufriedenheit der Mütter mit einzelnen Skalenwerten aus der Postmessung, dem Alter und Geschlechtsunterschiede, werden unter der Hypothese H3.4c subsumiert. Das Alter hat keinen signifikanten Zusammenhang mit der Zufriedenheit der Mutter mit dem Training gezeigt. Es zeigten sich auch keine signifikanten Geschlechtsunterschiede (bei den Kindern) auf der Skala Zufriedenheit mit dem Training der Mutter.

Die Trainingszufriedenheit anhand der Einschätzung auf einer Skala von 0-100% korreliert signifikant positiv mit dem Trainingserfolg und der Lebenszufriedenheit der Mütter (vgl. Tab. 105). Signifikant negativ korreliert die Trainingszufriedenheit mit der durch die Kinder eingeschätzten Skalen Aggression und Resignation. Das Gesamturteil des Trainings (Gesamtskala des FBT, Müttereinschätzung) hängt signifikant negativ mit den Skalen emotionale Probleme, Ängstlichkeit des Kindes, ungünstigen Bewältigungsstrategien und Aggression zusammen (alle in der Kindereinschätzung).

Da das Gesamturteil des Trainings auch Elemente der Zufriedenheit beinhaltet (vgl. Tab. 86 in Kap. 5.4.3.3), kann somit ein Zusammenhang zwischen der Ängstlichkeit des Kindes respektive den emotionalen Problemen des Kindes mit der Zufriedenheit mit dem Training postuliert werden.

Tabelle 105: Korrelationen zwischen einzelnen Wirksamkeitsvariablen und Zielvariablen des Trainings (Ängstlichkeit, Emotionale Probleme, Bewältigungsfertigkeiten, Lebenszufriedenheit)

	<i>Trainingszufriedenheit (0-100%), ME</i>	<i>Gesamturteil des Trainings (FBT), ME</i>
Trainingserfolg (FBT) ME	.718**	
SDQ-Deu emot. Probleme KE°		-.580*
KAT-II Ängstlichkeit KE°		-.641**
SVF-KJ ungünstige Bewältigung KE°		-.541*
Resignation (SVF-KJ) KE°	-.515*	
Aggression (SVF-KJ) KE°	-.635**	-.614**
FPI Lebenszufriedenheit ME°	.655*	

Anmerkungen: *= $p < .05$; **= $p < .01$; zweiseitige Testung; ME=Müttereinschätzung; KE= Kindeinschätzung; °=Postmessung

Somit kann ein Teil der Hypothese H3.4c bestätigt werden: Die Ängstlichkeit des Kindes, emotionale Probleme und die Gesamtskala *Ungünstige Bewältigungsstrategien* sowie zwei der Subskalen (*Aggression* und *Resignation*) hängen negativ mit dem Gesamturteil und der damit zusammenhängenden Trainingszufriedenheit zusammen. Die Lebenszufriedenheit der Mutter hängt positiv mit der Zufriedenheit mit dem Training zusammen.

Fragestellung 3.5: *Im Rahmen der **Prozessforschung** sollen Analysen in Bezug auf angenommene Veränderungen diverser Variablen im Verlauf des Trainings auf der Grundlage der täglichen Einschätzungen (diaries), Stundenbögen und Protokollen der Sitzungen durchgeführt werden. Es wird angenommen, dass die regelmässige Hausaufgabendurchführung (Teil des Commitments, per Protokollbögen ermittelt) mit der Wirkung des Trainings zusammenhängt. Es wird auch erwartet, dass die Durchführung der verschiedenen Übungen ebenfalls mit der Trainingswirksamkeit zusammenhängt (H3.5a). Die Ängstlichkeit und mit der Ängstlichkeit vermutlich zusammenhängende Variablen werden über diaries im Verlauf graphisch dargestellt, um einen potentiellen Effekt des Trainings abzubilden (dH3.5b). Die Stundenbögen liefern eine Art Kontrollmöglichkeit bezüglich der anhand der diaries ermittelten Durchschnittswerte (ad H3.5b). Anhand der Stundenbögen wird auch eruiert, wie das Training auf die Mütter wirkt (dimensional). Es soll anhand der Stundenbögen aufgezeigt werden, welche Sitzungen subjektiv als hilfreich, anregend und fordernd empfunden wurden (dH3.5c). Die Treatmentintegrität kann anhand von standardisierten Sitzungsprotokollen deskriptiv geprüft werden, so dass Aussagen für zukünftige Projekte möglich sind. Zusätzlich soll die Qualitätseinschätzung zum Trainingsmaterial, durch die Mütter eingeschätzt, beschrieben werden (H3.5d). Anhand der Sitzungsprotokolle soll geprüft werden, ob es Unterschiede gibt in der Durchführung durch einzelne Trainer oder ob bestimmte Sitzungen anfälliger für Schwierigkeiten sind (H3.5e).*

Hausaufgabendurchführung (H3.5a): In der Hypothese H3.5a wird davon ausgegangen, dass das Erledigen der Hausaufgaben positiv mit dem Trainingserfolg zusammenhängt.

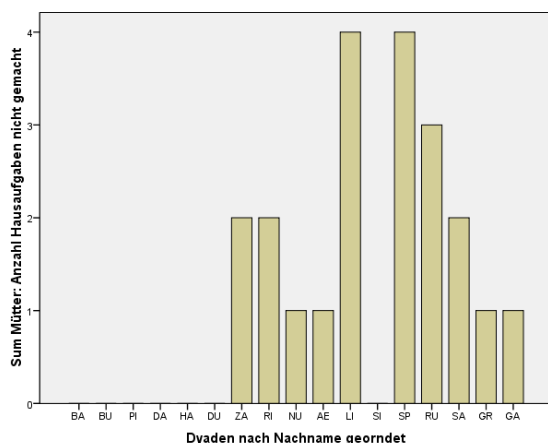


Abbildung 60: Anzahl nicht gemachter Hausaufgaben der Mütter

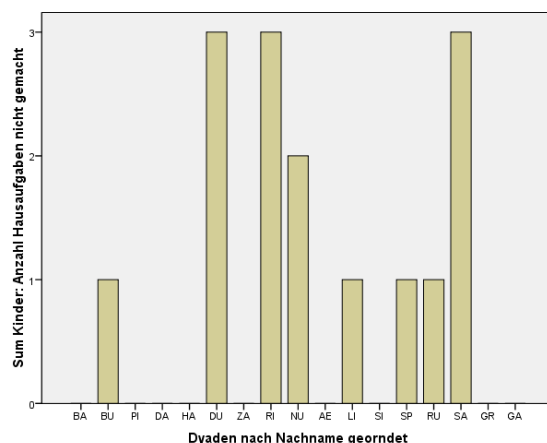


Abbildung 61: Anzahl nicht gemachter Hausaufgaben der Kinder

Insgesamt sind in der Müttergruppe 21 Mal die Hausaufgaben nicht gemacht worden, wobei pro Mutter maximal 4 missings vorhanden sind (vgl. Abb. 60). Bei den Kindern sind es 15 vergessene respektive nicht gemachte Hausaufgaben (Abb. 61).

Bei sechs Dyaden (RI, NU, LI, SP, RU, SA) sieht man, dass jeweils Mutter *und* Kind die Hausaufgaben nicht gemacht haben. Drei von diesen sechs Müttern der Dyaden haben auch den Erfolg deutlich schlechter eingeschätzt als die restliche Gruppe (vgl. Fragestellung 3.3). Um zu sehen, ob dies einen systematischen Zusammenhang hat, werden die Korrelationen zwischen der Anzahl gemachter Hausaufgaben mit den Wirkvariablen angeschaut.

Tabelle 106: Korrelationen zwischen der Hausaufgabendurchführung und Erfolgsvariablen aus dem FBT

	<i>Anzahl nicht gemachter Hausaufgaben (Mütter)</i>	<i>Anzahl nicht gemachter Hausaufgaben (Kinder)</i>	<i>Entspannungsübung – Häufigkeit der Durchführung</i>
Gesamturteil	-.585*	-.677** (°)	.580*
Trainingserfolg			.617**
Beziehung zum Trainer	-.572*		.559*
Verlauf des Trainings	-.512*		.641**
Rahmenbedingungen	-.556*		.618**
Material und Setting			.562*

Anmerkungen: *= $p < .05$; **= $p < .01$; °=Gesamturteil durch Kinder eingeschätzt, alle anderen FBT-Skalen sind Mütterereinschätzung; Anzahl nicht gemachter Hausaufgaben durch Trainer eingeschätzt; Häufigkeit der Durchführung der Entspannungsübungen=Mütterereinschätzung;

Für die Müttergruppe werden folgende Zusammenhänge mit der Variable *Anzahl Hausaufgaben nicht gemacht* gefunden (vgl. Tab. 106): negative Zusammenhänge mit der Beziehung zum Trainer, mit Verlauf des Trainings, mit den Rahmenbedingungen und im Gesamturteil des FBT. Das bedeutet, dass Mütter, welcher die Hausaufgaben weniger oft durchgeführt haben, auch angaben, weniger zufrieden mit dem Trainer, dem Verlauf und den Rahmenbedingungen zu sein, wodurch auch das Gesamturteil des Trainings signifikant schlechter ausfällt. In der Kindergruppe gab es nur eine signifikante negative Korrelation mit der *Anzahl Hausaufgaben nicht gemacht*: die Gesamtevaluation durch die Kinder selbst eingeschätzt. Das heisst, je weniger oft die Kinder die Hausaufgaben durchgeführt haben, desto schlechter fällt die Gesamtevaluation des Trainings durch das Kind aus.

Die Mütter haben die eigenen Entspannungsübungen häufig durchgeführt: 35.3% durchschnittlich zwei Mal pro Woche, 41.2% einmal pro Woche, eine Person drei Mal und drei Personen (17.6%) kein Mal. Mit den Kindern haben die Mütter die Entspannung noch etwas häufiger durchgeführt: 11.8% drei Mal, 64.7% zwei Mal, 17.6% einmal und eine Person nie (5.9%).

Die Durchführung der Entspannungsübungen mit dem Kind hängt nicht signifikant mit der Trainingswirkung zusammen. Jedoch hängt die Häufigkeit der Durchführung der Entspannungsübung für die Mutter selbst signifikant positiv mit dem Gesamturteil zum Training zusammen und auch mit dem Erfolg des Trainings, mit der Beziehung zum Trainer, mit dem Verlauf des Trainings, den Rahmenbedingungen und dem Material und Setting.

Auch im Follow-up hängt die Durchführung der Entspannung mit der Trainingswirkung zusammen. Ein T-Test für unabhängige Stichproben zeigt, dass die Trainingswirkung für das Kind und auch für die Mutter höher ist (beides durch die Mütter eingeschätzt), wenn die Entspannung durchgeführt wurde (Trainingswirkung Mutter: $t = -2.753$, $df = 15$, $p = .015$, $N = 17$; Trainingswirkung Kind: $t = -2.624$, $df = 10.27$, $p = .025$, $N = 17$).

Obwohl die positive Bekräftigung (Verstärkung) als nützlichste Übung eingeschätzt wurde (von 64.7%) und auch von 23.5% der Mütter als zweitwichtigstes Übungselement beurteilt

wird, hängt sie nicht signifikant mit dem Trainingserfolg zusammen. Am zweithäufigsten wurde das Modelllernen als sehr wichtig angegeben (bei 47.1%). Obwohl in der Literatur (vgl. Kap. 5.4.1.1) das Realitätstesten (Konfrontationsverfahren) als wirksamste Therapieform angesehen wird, gibt nur eine Mutter das Realitätstesten als wichtigste Übung an und eine weitere Mutter als zweitwichtigste Übung.

Zusammengefasst kann die Hypothese H3.5a bestätigt werden, dass der Erfolg des Trainings mit dem Durchführen der Hausaufgaben und den Entspannungsübungen zu Hause, als Teil des Commitments, zusammenhängt. Dass das Durchführen von anderen Übungen mit dem Trainingserfolg zusammenhängt, konnte nicht bestätigt werden.

Verlauf der Ängstlichkeit über den Trainingsverlauf (dH3.5b): In der deskriptiven Hypothese dH3.5b soll dargestellt werden wie sich die Ängstlichkeit im Mittel anhand der diaries eingeschätzt über den Verlauf des Trainings entwickelt. Weiter werden auch andere Variablen, welche im Zusammenhang mit der Ängstlichkeit vermutet werden (und in Hypothese H3.3f als vorhandene Erwartungen der Mütter bestätigt wurden), über den Verlauf untersucht.

In der Abbildung 63 ist die gemittelte Ängstlichkeit über die 8 Wochen des Trainings (ohne die Ferienwochen) und der Baseline (Baseline war 1 Woche vor Interventionsstart für $N=12$) dargestellt.

Zwischen der Baseline und der ersten Woche gab es noch einmal einen Anstieg der Ängstlichkeit, welche anschliessend bis zur Woche 7 bis auf die Ausnahme der Woche 3 abnimmt, um danach wieder anzusteigen. Sie erreicht jedoch nicht mehr den Mittelwert, welche sie in der ersten Woche erreicht hat. Insgesamt scheint die Ängstlichkeit nicht sehr hoch, was daran liegt, dass einige der Kinder von ihren Müttern als eher weniger ängstlich eingeschätzt werden, da ihre Ängste teilweise nicht täglich auftraten (vgl. Kap 5.4.5). In der Verteilung der Nennungen der diversen Ängstlichkeitsstufen in Abbildung 62 sieht man die Linksverteilung, welche zeigt, dass die häufigsten Nennungen jene von 1-3 (überhaupt nicht bis kaum) sind.

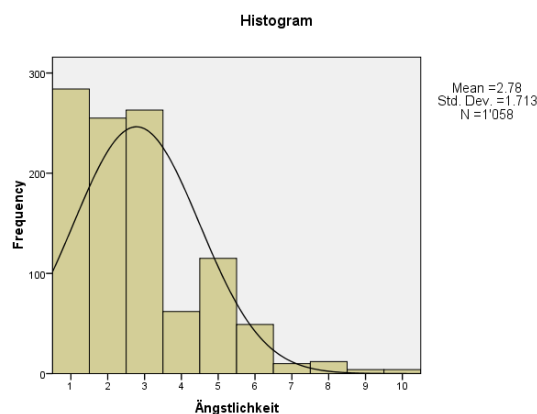


Abbildung 62: Häufigkeitsverteilung der Nennung der Ängstlichkeit von 1-10 (1=überhaupt nicht, 10=sehr stark)

In der Abbildung 64 wird die Einschätzung in Bezug auf die Bedrücktheit der Kinder dargestellt. Auch diese nimmt zu Beginn in der Baseleine bis zur Woche 3 zu und ist insgesamt

etwas höher als die Ängstlichkeit, nimmt dann zur Woche 7 hin ab und steigt wieder leicht an, erreicht jedoch nicht mehr den Ausgangswert.

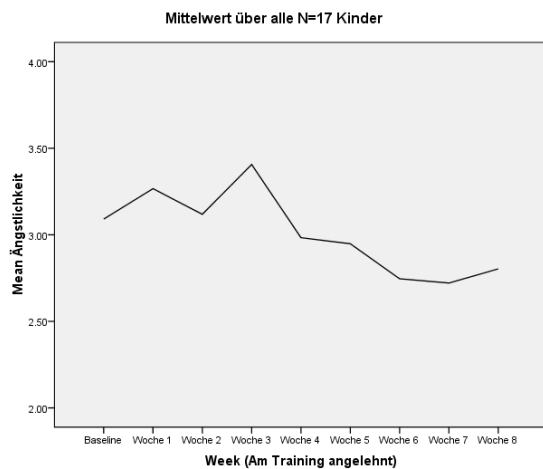


Abbildung 63: gemittelte Ängstlichkeit der Kinder über 8 Wochen (inkl. Baseline, Skala: 1-10, 1=überhaupt nicht, 10=sehr stark)

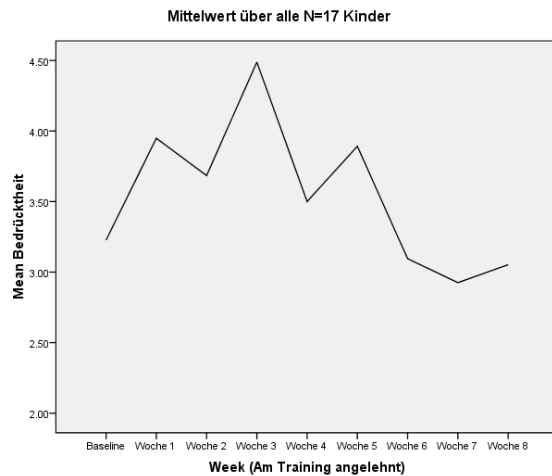


Abbildung 64: gemittelte Bedrücktheit der Kinder über 8 Wochen (inkl. Baseline, Skala 1-10: 1=überhaupt nicht, 10=sehr stark)

Die positive Variable Aktivität mit Gleichaltrigen nimmt von der Baseline zur ersten Woche stark zu (Abb. 65), um in der Woche 5 abzufallen und direkt danach steil anzusteigen und dann bis zur Woche 8 stabil zu bleiben. Die Bewältigung von alltäglichen Dingen ist in Abbildung 66 dargestellt. Sie zeigt einen leichten, jedoch stetigen Anstieg über die 8 Wochen Training.

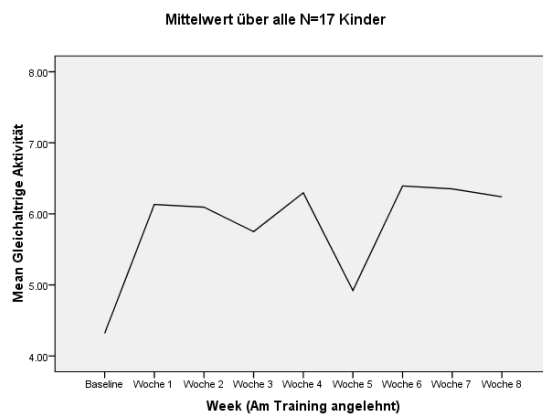


Abbildung 65: gemittelte Aktivität mit Gleichaltrigen über 8 Wochen (inkl. Baseline, Skala 1-10: 1=überhaupt nicht, 10=sehr stark)

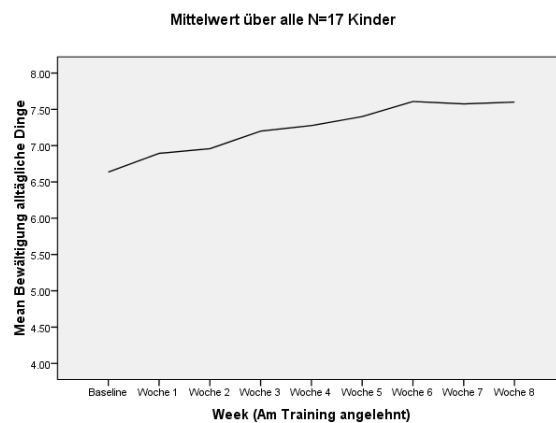


Abbildung 66: gemittelte Bewältigung alltäglicher Dinge über 8 Wochen (inkl. Baseline, Skala 1-10: 1=überhaupt nicht, 10=sehr stark)

In Abbildung 67 ist ein ideales Beispiel eines Kindes über den Verlauf des Trainings mit 8 Wochen über alle 4 diaries-Variablen aufgezeigt. Die gemittelten Werte der Ängstlichkeit zeigen, dass diese um ca. 1.5 Punktwerte zwischen Baseline und Woche 8 abnehmen. Parallel dazu nimmt auch die Bedrücktheit um gleich viele Punkte ab. Im oberen Teil der Abbildung 67 sieht man, dass das Kind bereits zu Beginn des Trainings alltägliche Dinge gut bewältigen

konnte, sich aber über das Training in den Augen der Mutter noch verbessert. Auch in Bezug auf die Aktivität mit Gleichaltrigen scheint das Kind noch etwas mehr zu unternehmen.

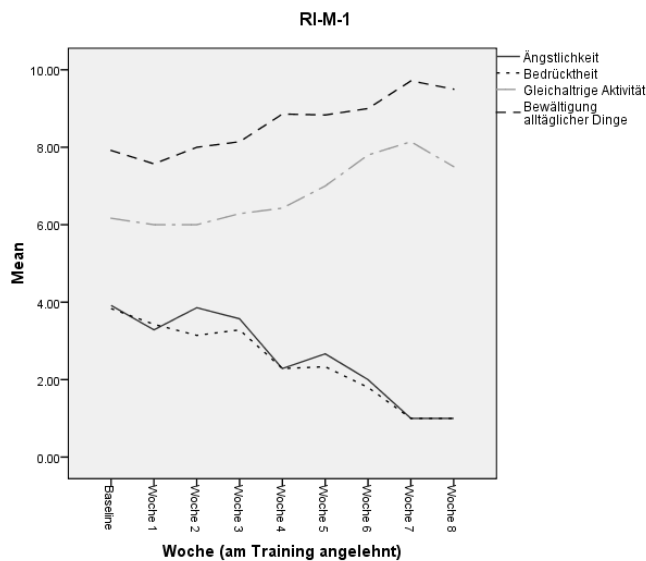


Abbildung 67: Beispiel eines Verlaufs über 8 Wochen (Muttereinschätzung): Ängstlichkeit, Bedrücktheit, Aktivität mit Gleichaltrigen und Bewältigung alltäglicher Dinge (Skala 1-10: 1=überhaupt nicht, 10=sehr stark)

Die Abbildung 68 zeigt, dass auch im Stundenbogen (jeweils nach dem Training durch die Mütter ausgefüllt, vgl. Kap. 5.4.3.3) die Ängstlichkeit gemittelt (offene Frage: Wie häufig war Ihr Kind seit der letzten Sitzung ängstlich?) über alle Kinder im Verlauf der Wochen abnimmt: von durchschnittlich fünf Mal bis durchschnittlich knapp eineinhalb Mal ($N=8$). In der Abbildung 69 erkennt man den Schweregrad der Ängstlichkeit der Kinder gemittelt über alle Kinder im Verlauf des Trainings (eingeschätzt zum Zeitpunkt der Sitzung für die zu dem Zeitpunkt aktuelle Ängstlichkeit). Auch hier ist eine deutliche Reduktion des Schweregrades feststellbar (Skala 1-10: 1=überhaupt nicht bis 10=sehr stark, $N=8$).

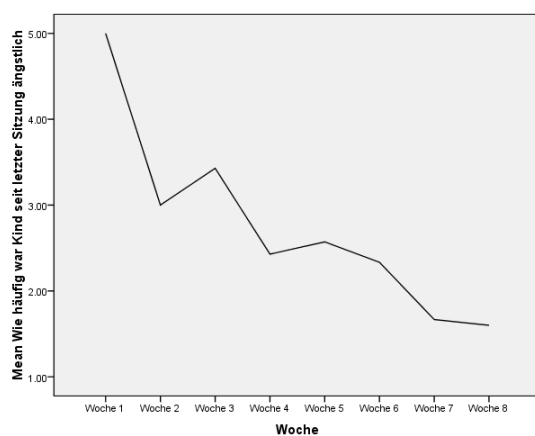


Abbildung 68: Häufigkeit der Ängstlichkeit über die vergangene Woche (gemittelt, $N=8$)

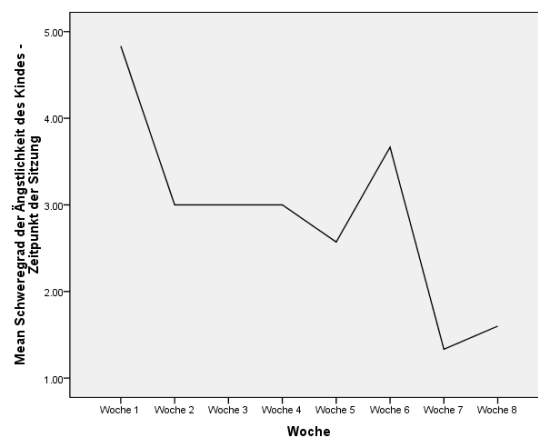


Abbildung 69: Schweregrad der Ängstlichkeit zum Zeitpunkt der Sitzung (gemittelt, $N=8$, Skala 1-10, überhaupt nicht bis sehr stark)

Die deskriptive Hypothese dH3.5b sollte die Verläufe über die Wochen gemittelt und über alle 17 Kinder zusammen darstellen und somit Hinweise auf die Wirksamkeit des Trainings geben. Es zeigt sich, dass im Präventionsbereich tatsächlich die Schwierigkeit besteht, dass die Ausgangswerte nicht so pathologisch sind wie in der Therapieforschung. Die kleineren Veränderungen, welche in diesem Bereich stattfinden, sind schwieriger zu entdecken. Insgesamt zeigen jedoch die deskriptiven Verläufe über die Ängstlichkeit und damit zusammenhängende Variablen (Bedrücktheit, Aktivität mit Gleichaltrigen, Bewältigung alltäglicher Dinge), dass das Training eine Wirkung hat. Die Baselines ($N=12$) sind so geartete, dass bei allen schon vor dem Training eine Veränderung stattgefunden hat. Mit dem Vergleich der Ergebnisse im Stundenbogen, kann erkannt werden, dass die retrospektiven Angaben und die Einschätzung zu einem fixen Zeitpunkt in der Woche ähnliche Verläufe aufzeigen wie die täglichen Einschätzungen, welche auf die Woche aggregiert werden. Sie sind in ihrer Ausprägung jedoch deutlicher, basieren jedoch auf der Hälfte der Stichprobe.

Nützlichkeit des Trainings (dH3.5c): Die deskriptive Hypothese dH3.5c fragt nach der Einschätzung der Nützlichkeit des Trainings in Bezug auf Inhalte und Darstellungsform. Der Stundenbogen (vgl. Kap. 5.4.3.3 und Hypothese 3.5b) fragt danach, (1) ob die Sitzung Anregungen und Ideen gegeben hat, (2) ob sie geholfen hat, bestimmte Dinge besser zu verstehen und (3) wie fordernd und beanspruchend die Sitzungen wahrgenommen wurden.

In den Abbildungen 70 und 71 erkennt man, dass die Mütter die Sitzungen als sehr zutreffend anregend und nützlich wahrnahmen. In der Abbildung 72 sieht man, dass sie sie aber auch als fordernd und beanspruchend eingeschätzt haben (eher zutreffend=3).

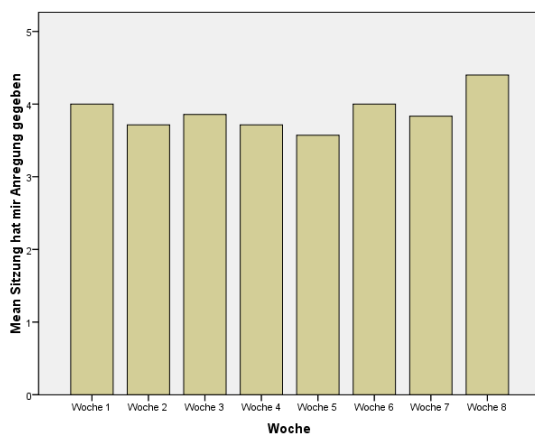


Abbildung 70: Mittelwert zur Frage, ob Sitzung regungen oder Ideen gab ($N=8$, 0=trifft haupt nicht zu bis 5=trifft vollkommen zu) kommen zu)

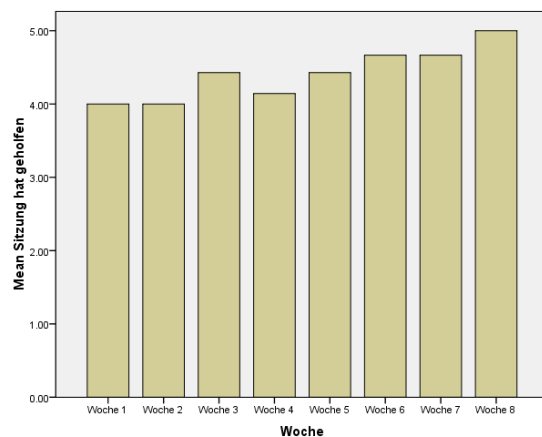


Abbildung 71: Mittelwert zur Nützlichkeit Ander Sitzungen über die 8 Sitzungen ($N=8$, über- 0=trifft überhaupt nicht zu bis 5=trifft voll-

Die deskriptive Hypothese dH3.5c, welche die Nützlichkeit und Beanspruchung untersuchen sollte, zeigt, dass obwohl die Sitzungen als fordernd und beanspruchend wahrgenommen werden, sie auch als sehr nützlich und hilfreich empfunden werden.

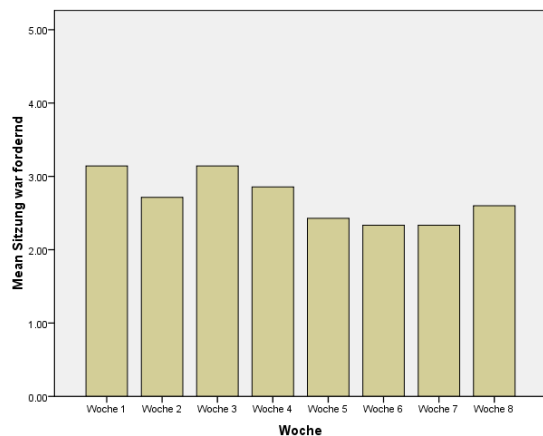


Abbildung 72: Mittelwert zur Frage, ob Sitzung fordernd oder beanspruchend war $N=8$, 0=trifft überhaupt nicht zu bis 5=trifft vollkommen zu)

Wie bereits innerhalb des Fragestellungsblocks 3.3 (dH3.3e) gezeigt wurde, kann auch hier von einer Bestätigung des Programms hinsichtlich einer subjektiv empfundenen Wirksamkeit ausgegangen werden.

Treatmentintegrität/Durchführbarkeit des Trainings (H3.5d): Die Hypothese H3.5d, welche eine Analyse zur Optimierung des Programms hinsichtlich dessen Durchführung beinhaltet, wird im Folgenden beschrieben. In Tabelle 107 werden die Mittelwerte und Standardabweichungen für die quantifizierbaren Elemente des Sitzungsprotokolls aufgeführt, welche durch die acht Trainer nach jeder Sitzung ausgefüllt wurden. Wenn die Mittelwerte herangezogen werden, kann man davon ausgehen, dass die Inhalte gut verständlich gemacht werden konnten und meistens die Zeit der Sitzung und der Elemente eingehalten wurde. Die Häufigkeiten zeigen ebenfalls, dass in 87.5% der Sitzungen der Inhalt vermittelt werden konnte, in 10.9% der Fälle teilweise. Bei der Zeiteinhaltung war dies, wenn die Häufigkeiten der Tabelle 107 betrachtet werden, nicht immer möglich: In 14.1% (25.0% bei einzelnen Elementen) der Fälle war dies nur teilweise möglich und in 14.1% (6.2% bei einzelnen Elementen) der Fälle nicht.

Dadurch, dass die Schwierigkeiten und Kommentare zu den einzelnen Kapiteln des Programms „Der Zauberlehrling“ in den offenen Teilen der Sitzungsprotokolle nicht im Detail hier beschrieben werden können, hat die Autorin die Nennungen der schwierigen Kapitel und die ausgelassenen Elemente gezählt. In der Tabelle 107 zeigt sich, dass durchschnittlich 1.16 Angaben pro Sitzung bezüglich Schwierigkeiten in Kapiteln gemacht wurden (z.B. Alternative Gedanken finden, Gruppendynamik, zu viel Theorie). Die Verteilung zeigt jedoch, dass in 32.8% der Sitzungen keine Schwierigkeiten aufgetreten sind, 32.8% der Zeit ein Problem, zwei Probleme in 23.4% der Fälle und in nur 3.1% der Sitzungen gab es 4 Probleme. Die Anzahl ausgelassener Elemente ist ähnlich verteilt: Durchschnittlich gab es 1.39 ausgelassene Elemente pro Sitzung. Die Häufigkeitsverteilung ist ähnlich wie bei den schwierigen Kapiteln (vgl. Tab. 107), wobei hier deutlich öfters (12.5%) vier Elemente ausgelassen wurden.

Tabelle 107: Deskriptive Analyse der Sitzungsprotokolle ($N=64$, 8 Wochen * 8 Gruppen; Abstufung: 0=nein, 1=teilweise, 2=ja; Häufigkeiten in %)

Sitzungsprotokoll			Häufigkeiten (%)				
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>Ja</i>	<i>Teilweise</i>	<i>Nein</i>		
Konnte Programminhalt verständlich gemacht werden	1.86	.39	87.5	10.9	1.6		
Konnte Gesamtzeit eingehalten werden	1.58	.73	71.9	14.1	14.1		
Konnte Zeit einzelner Elemente eingehalten werden	1.62	.60	68.8	25.0	6.2		
			0x	1x	2x	3x	4x
Anzahl schwieriger Kapitel (<i>Min</i> :0, <i>Max</i> : 4)	1.16	1.07	32.8	32.8	23.4	7.8	3.1
Anzahl ausgelassener Elemente (<i>Min</i> :0, <i>Max</i> : 4)	1.39	1.35	32.8	28.1	18.8	7.8	12.5

Die Anzahl schwieriger Kapitel korreliert signifikant negativ mit dem Verständlichmachen der Inhalte ($r=-.367$, $p=.003$). Das bedeutet, dass jene Kapitel, welche durch die Trainer als schwierig deklariert wurden (z.B. in Gruppendynamik), auch Schwierigkeiten im Erläutern des Lerninhaltes mit sich brachten. Das Verständlichmachen des Inhalts korreliert signifikant positiv mit dem Einhalten der Zeit einzelner Elemente ($r=.516$, $p=.000$) und signifikant negativ mit der Anzahl ausgelassener Elemente ($r=-.338$, $p=.006$). Das heisst, je besser ein Lerninhalt erklärbar wahrgenommen wurde, um so besser konnte die Zeit eingehalten werden und um so weniger wurden Elemente ausgelassen. Die Anzahl ausgelassener Elemente korreliert signifikant negativ mit der Einhaltung der Zeit einzelner Elemente ($r=-.427$, $p=.000$). Je mehr Elemente ausgelassen wurden, um so schwieriger war die Einhaltung der Zeit in Bezug auf einzelne Elemente.

Der T-Test für unabhängige Stichproben zeigt keine Unterschiede zwischen der Kinder- und Müttergruppe hinsichtlich der Fragen danach, ob Inhalt verständlich gemacht werden konnte und ob die Zeiten im Gesamten und in Bezug auf die einzelnen Elemente eingehalten werden konnten. Es zeigen sich jedoch Unterschiede hinsichtlich der Anzahl schwieriger und ausgelassener Elemente: Anzahl schwieriger Elemente (Kindprogramm: $M=1.44$, $SD=1.50$, Mutterprogramm: $M=.88$, $SD=1.04$, $t=2.158$, $df=62$, $p=.035$, $N=32$) und Anzahl ausgelassener Elemente (Kindprogramm: $M=1.88$, $SD=1.36$, Mutterprogramm: $M=.91$, $SD=1.17$, $t=3.048$, $df=62$, $p=.003$, $N=32$). Das bedeutet, dass im Mutterprogramm, für die Trainer subjektiv wahrgenommen, weniger schwierige Elemente enthalten sind und auch weniger Elemente ausgelassen wurden.

Die Qualität des Trainings äussert sich auch über die Einschätzung der Güte des Materials. Im Postfragebogen (Einschätzung der Mütter) wird erhoben, wie hilfreich das Arbeitsheft empfunden wurde. Für 64.7% ist es immer hilfreich gewesen, für 23.5% meistens und für 11.8% manchmal/teilweise. Verständlich war es für 76.5%, überwiegend für 17.6% und für 5.9% (1 Person) teilweise. Die Beschreibung im Heft zu knapp fanden 23.5% teilweise/manchmal, 17.6% kaum und niemals 58.8%. Dass es zu viele Hausaufgaben gab, fanden 5.9%, teilweise 47.1% und selten 41.2%, niemals lediglich eine Person (5.9%). Dies kann auch im Vergleich mit Hypothese H3.5a angeschaut werden, welche zeigt, dass die Hausaufgabendurchführung als Teil des Commitments verstanden werden kann und mit dem Trainingserfolg zusammenhängt (Fragestellung 3.3).

Die deskriptive Hypothese dH3.5d zeigt, dass die Durchführung des Programms alles in allem gut funktioniert hat, dass der Grossteil der Trainingsinhalte (87.5%) verständlich gemacht werden konnte und in ca. 70% der Sitzungen auch die Zeit eingehalten werden konnte. In zwei Drittel der Sitzungen gab es zwischen einer und vier Schwierigkeiten und ausgelassene Elemente, wobei in einem Drittel dieser Fälle nur eine Schwierigkeit auftrat.

Durchführungsobjektivität (H3.5e): Die Sitzungsprotokolle (vgl. H3.5d) liefern zudem den Namen des Trainers und die Sitzungsnummer. Anhand dieser Angaben soll geprüft werden, ob es Unterschiede in der Durchführung des Trainings (Durchführungsobjektivität) auf der Ebene der Testleiter gibt und ob bestimmte Sitzungen vermehrt zu Schwierigkeiten führten (getrennt nach Kinder- und Müttergruppen, H3.5e). Insgesamt gibt es acht Trainer, sechs Frauen und zwei Männer, welche jeweils in acht Sitzungen das Programm „Der Zauberlehrling“ durchführten. Beide Männer und zwei Frauen haben die Müttergruppen durchgeführt und in den Kindergruppen waren nur weibliche Trainerinnen.

Tabelle 108: Einfaktorielle Varianzanalysen (ANOVA) zur Frage nach der Durchführungsobjektivität in der Kindergruppe

ANOVA						
		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Konnte Programminhalt verständlich gemacht werden	Between Groups	.344	3	.115	.828	.490
	Within Groups	3.875	28	.138		
	Total	4.219	31			
Konnte die Zeit gesamthaft eingehalten werden	Between Groups	3.250	3	1.083	1.811	.168
	Within Groups	16.750	28	.598		
	Total	20.000	31			
Konnte die Zeit einzelner Elemente eingehalten werden	Between Groups	3.625	3	1.208	4.101	.016
	Within Groups	8.250	28	.295		
	Total	11.875	31			
Anzahl schwieriger Kapitel	Between Groups	5.125	3	1.708	1.664	.197
	Within Groups	28.750	28	1.027		
	Total	33.875	31			
Anzahl ausgelassener Elemente	Between Groups	18.250	3	6.083	4.340	.012
	Within Groups	39.250	28	1.402		
	Total	57.500	31			

Die einfaktorielle Varianzanalyse für die Durchführungsobjektivität auf Ebene der Trainer in der Kindergruppe ergibt, dass es mindestens einen Unterschied in den Mittelwerten zwischen den Trainern in Bezug auf die ausgelassenen Elemente und in Bezug auf die Einhaltung der Zeit einzelner Elemente gibt (vgl. Tab. 108). In Bezug auf das Verständlichmachen der Inhalte, der Anzahl schwieriger Kapitel und dem Einhalten der Gesamtzeit der Sitzungen gab es keine Unterschiede zwischen den Trainern.

Der Post-Hoc-Test (Student-Newman-Keuls-Prozedur, S-N-K) liefert zwei Subgruppen für die Einhaltung der Zeit einzelner Elemente. Eine Trainerin hatte in ihrer Wahrnehmung signifikant mehr Schwierigkeiten die Zeit einzelner Elemente einzuhalten als eine weitere Trainerin. Eine dritte Trainerin hatte signifikant weniger Elemente ausgelassen angegeben als zwei Kolleginnen. Eine Trainerin hatte sowohl Schwierigkeiten in der Einhaltung der Zeit angegeben als auch damit, alle Elemente durchzuführen.

In der Müttergruppe liefern die einfaktoriellen Varianzanalysen in Bezug auf Trainerunterschiede ebenfalls zwei signifikante Ergebnisse, wobei statt der Einhaltung der Zeit einzelner Elemente in der Gesamtzeit Mittelwertsunterschiede zwischen den Trainern zu finden sind (vgl. Tab. 109). Analog zur Kindergruppe, fanden sich auch hier Mittelwertsunterschiede zwischen den Trainern in Bezug auf die Anzahl ausgelassener Elemente.

Tabelle 109: Einfaktorielle Varianzanalysen (ANOVA) zur Frage nach der Durchführungsobjektivität in der Müttergruppe

		ANOVA				
		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Konnte Programminhalt verständlich gemacht werden	Between Groups	.250	3	.083	.444	.723
	Within Groups	5.250	28	.188		
	Total	5.500	31			
Konnte die Zeit gesamthaft eingehalten werden	Between Groups	3.594	3	1.198	3.485	.029
	Within Groups	9.625	28	.344		
	Total	13.219	31			
Konnte die Zeit einzelner Elemente eingehalten werden	Between Groups	.625	3	.208	.569	.640
	Within Groups	10.250	28	.366		
	Total	10.875	31			
Anzahl schwieriger Kapitel	Between Groups	5.000	3	1.667	1.637	.203
	Within Groups	28.500	28	1.018		
	Total	33.500	31			
Anzahl ausgelassener Elemente	Between Groups	10.344	3	3.448	2.982	.048
	Within Groups	32.375	28	1.156		
	Total	42.719	31			

Der Post-Hoc-Test (S-N-K) zeigt, dass es (unabhängig vom Geschlecht der Trainer) in beiden signifikanten Bereichen je zwei Subgruppen gab. Ein Trainer hatte in seiner Wahrnehmung signifikant mehr Probleme mit der Einhaltung der Gesamtzeit als zwei seiner Kollegen (Mann und Frau). In Bezug auf die Anzahl durchgeführter Elemente hat eine Trainerin signifikant weniger ausgelassene Elemente angegeben als ein Kollege.

Die einfaktorielle Varianzanalyse für die Frage nach den Unterschieden in Bezug auf die acht Sitzungen in der Kindergruppe ergab, dass es mindestens eine Sitzung gab, welche sich im Mittel von den anderen Sitzungen in Bezug auf die Einhaltung der Gesamtzeit und in Bezug auf die Anzahl ausgelassener Elemente unterscheidet (vgl. Tab. 110).

Der Post-Hoc-Test (S-N-K) für die Anzahl ausgelassener Elemente in der Kindergruppe ergab zwei Subgruppen. Die 5. und 6. Sitzung haben zu signifikant mehr Auslassungen geführt als die 8. Sitzung. Obwohl der F-Wert in Bezug auf die Einhaltung der Gesamtzeit signifikant wurde, liefert die S-N-K-Prozedur nur eine Subgruppe. Das heisst, die Gesamtzeit konnte in allen Sitzungen gleich gut eingehalten werden.

Tabelle 110: Einfaktorielle Varianzanalysen (ANOVA) zur Frage nach Unterschieden zwischen den Sitzungen 1-8 der Kindergruppe

		ANOVA				
		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Konnte Programminhalt verständlich gemacht werden	Between Groups	.969	7	.138	1.022	.441
	Within Groups	3.250	24	.135		
	Total	4.219	31			
Konnte die Zeit gesamthaft eingehalten werden	Between Groups	9.500	7	1.357	3.102	.018
	Within Groups	10.500	24	.438		
	Total	20.000	31			
Konnte die Zeit einzelner Elemente eingehalten werden	Between Groups	2.875	7	.411	1.095	.397
	Within Groups	9.000	24	.375		
	Total	11.875	31			
Anzahl schwieriger Kapitel	Between Groups	8.875	7	1.268	1.217	.332
	Within Groups	25.000	24	1.042		
	Total	33.875	31			
Anzahl ausgelassener Elemente	Between Groups	28.000	7	4.000	3.254	.014
	Within Groups	29.500	24	1.229		
	Total	57.500	31			

In Tabelle 111 ist die einfaktorielle Varianzanalyse für die Müttergruppe in Bezug auf Mittelwertsunterschiede zwischen den Sitzungen dargestellt. Es wurde nur der Bereich Einhaltung der Zeit einzelner Elemente signifikant.

Im Post-Hoc-Test (S-N-K) für den Bereich der Einhaltung der Zeit einzelner Elemente werden zwei Gruppen ausgegeben. Die 5. Sitzung unterscheidet sich signifikant von allen anderen Sitzungen: Die Trainer gaben zu dieser Sitzung an, am wenigsten gut die Zeit einzelner Elemente eingehalten zu haben.

Tabelle 111: Einfaktorielle Varianzanalysen (ANOVA) zur Frage nach Unterschieden zwischen den Sitzungen 1-8 der Müttergruppe

		ANOVA				
		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Konnte Programminhalt verständlich gemacht werden	Between Groups	1.500	7	.214	1.286	.299
	Within Groups	4.000	24	.167		
	Total	5.500	31			
Konnte die Zeit gesamthaft eingehalten werden	Between Groups	2.969	7	.424	.993	.460
	Within Groups	10.250	24	.427		
	Total	13.219	31			
Konnte die Zeit einzelner Elemente eingehalten werden	Between Groups	5.875	7	.839	4.029	.005
	Within Groups	5.000	24	.208		
	Total	10.875	31			
Anzahl schwieriger Kapitel	Between Groups	5.500	7	.786	.673	.692
	Within Groups	28.000	24	1.167		
	Total	33.500	31			
Anzahl ausgelassener Elemente	Between Groups	16.469	7	2.353	2.151	.077
	Within Groups	26.250	24	1.094		
	Total	42.719	31			

Die Hypothese H3.5e kann wie folgt beantwortet werden: Die Durchführungsobjektivität, gemessen an Unterschieden zwischen den Trainern und den Sitzungen in Bezug auf Verständlichmachen der Inhalte, Schwierigkeiten in den Sitzungen, Zeiteinhalten und Auslassungen von Elementen, ist eingeschränkt. Die Vermittlung der Inhalte war über alle Trainer und Sit-

zungen hinweg unproblematisch. Es zeigten sich in beiden Gruppen (Kinder und Mütter), dass einzelne Trainer sich signifikant von den anderen unterscheiden, sowohl in Hinblick auf die Einhaltung der Zeit als auch auf die Schwierigkeit mit Kapiteln und Auslassungen von Elementen. Da nicht immer der gleiche Trainer signifikante Ergebnisse erzielte, muss davon ausgegangen werden, dass die Durchführung anhand des Manuals nicht objektiv genug machbar ist. In Bezug auf die einzelnen Sitzungen hat sich ein einheitliches Muster gezeigt: In der Kindergruppe sind in den Sitzungen 5 und 6 signifikant mehr Auslassungen gemacht worden als in den restlichen Sitzungen. In der Müttergruppe war es die Sitzung 5, welche signifikant häufiger zu Schwierigkeiten mit dem Einhalten der Zeit führte. Das bedeutet, dass „Der Zauberberlehrerling“ vor allem in Hinblick auf die Durchführungszeit und auf bestimmte Durchführungsangaben hin optimiert werden müsste.

Fragestellung 3.6: Anhand einer konzentrierten (auszugsweisen) multiplen Kasuistik sollen beispielhaft Verläufe beschrieben werden, welche zum einen mehr Einblick in das Training geben und zum anderen die Wirkvariablen und anderen Fragestellungen 3.1 bis 3.5 fassbarer machen sollen.

Einzelfallanalyse „Daniela“ (Interventionsgruppe)⁶

Daniela ist 9 Jahre alt, besucht die 3. Klasse, hat einen jüngeren Bruder und wohnt mit beiden Eltern zusammen. Sie ist in einer Jugendgruppe, fährt gerne Fahrrad und liest oft und gerne. Ihre Mutter beschreibt, dass Daniela gut mit Gleichaltrigen auskommt. Die Schulleistungen sind gut.

Die Mutter macht sich Sorgen, weil Daniela vor verschiedenen Dingen und Situationen Angst hat. Zum Zeitpunkt der Prämessung geht Daniela nicht alleine in das Parterre des Hauses (Schlafzimmer im 1. Stock), ins Bad oder in den Keller, wenn niemand von der Familie zu Hause ist. Sie hat Angst vor Einbrechern und vor Hagelwetter. Wenn sie konfrontiert wird, weint sie und versucht zu flüchten oder zu vermeiden. Diese Angst besteht, seit sie 5 Jahre alt ist. Ausserdem hat Daniela Angst vor Hunden.

Daniela geht während des Trainings nicht alleine zur Toilette und die Türe zum Sitzungszimmer muss offen bleiben, während sie draussen ist.

Daniela hat in der Prämessung einen Ängstlichkeitswert im KAT-II von 12, was im Vergleich mit der Norm auffällig ist (>91.4% PR, Thurner & Tewes, 2000). Im SDQ-Deu auf der Skala *Emotionale Probleme* ist sie weder in der Selbst- noch Fremdeinschätzung auffällig. Sie hat vor dem Training leicht Mühe, sich abzulenken, wenn sie die Situation nicht kontrollieren kann, weiter scheint sie Schwierigkeiten zu haben, sich soziale Unterstützung zu holen. Laut ihrer Selbsteinschätzung braucht sie keine negativen Strategien, um mit Problemen umgehen zu können. Sie hat jedoch einen extremen Wert im Bereich passiver Vermeidung, dergestalt, dass sie sich in ihrer Wahrnehmung immer der belastenden Situation aussetzt. Die Mutter unterstützt und lobt laut der Aussage von Daniela wenig, hat einen leicht erhöhten Wert im Bereich der Einschränkung und der Inkonsistenz, das heisst, weniger günstiges Erziehungsverhalten. Die Mutter hat keinen auffälligen Ängstlichkeitswert. Die Mutter hat einen sehr hohen Wert auf der Skala *Lebenszufriedenheit* (FPI-R: Stanine: 9), ebenso auf der Skala *Gehemmtheit* (9), einen tiefen Wert auf der Skala *Erregbarkeit* (3); ausserdem beschreibt sie sich als sehr beansprucht (8), jedoch mit wenig Gesundheitssorgen (3) und körperlichen Beschwerden (2). Sie scheint introvertiert, zurückhaltend zu sein (Extraversion: 3) und durch-

⁶ Namen und solche Information, welche auf das Kind und die Familie schliessen liessen, wurden geändert.

schnittlich emotional stabil und ängstlich (Emotionalität: 6). Vor dem Training erreicht Daniela im Wissenscheck eine Note von 4 und die Mutter eine Note von 4.5.

Daniela machte im Training gut mit, sie wirkte auf die Trainerin offen und spontan. Sie konnte gut über sich Auskunft geben und kam allgemein gut an bei den anderen Kindern. Sie hatte ab und zu Schwierigkeiten, den Trainingsinhalten zu folgen und hatte Mühe, Gefühle, Gedanken und Körperreaktionen zu unterscheiden (Hauptthema der Sitzungen 2, 3 und 4). Es gibt keine Einträge von ihr oder ihrer Mutter in den Sitzungsprotokollen und sie haben beide immer die Hausaufgaben gemacht.

Die Resultate zum FBT (vgl. Kap. 5.4.3.3 & Fragestellung 3.3 & 3.4) können wie folgt zusammengefasst werden (Maximalwert jeweils 4): Die Mutter schätzt den Erfolg des Trainings im FBT sehr hoch ein (3.91), ebenso den Verlauf (3.91), die Rahmenbedingungen (3.75), das Material und Setting (3.00) und das Gesamturteil fällt mit 3.51 sehr hoch aus. Die Trainingszufriedenheit auf einer Skala von 0-100% fällt bei der Mutter mit 90% Zufriedenheit sehr hoch aus. Sie fand den Austausch sehr förderlich und hilfreich. Die Wirkung für sich und für Daniela schätzt sie mit jeweils 100% auf dem Maximalwert ein, sowohl in der Post- als auch in der Follow-up-Messung. Daniela selbst schätzt das Training in der Gesamtwirkung und in Bezug auf die Zufriedenheit mit dem höchsten Wert ein (Mittelwert: 2).

In der Abbildung 73 werden die aggregierten Daten der diaries dargestellt, welche in Danielas Fall inhaltlich an die Erwartungen der Mütter im Fragebogen zu den Erwartungen gegenüber dem Training gematched sind (vgl. Kap. 5.4.3.3). Danielas Ängstlichkeit geht von einem Wert von 6 in der ersten Woche auf einen Wert von ca. 2 zum Ende des Trainings herunter (durchgezogene Linie). Im Stundenbogen zeigte sich auch eine Veränderung der Ängstlichkeit, sowohl die Häufigkeit als auch der Schweregrad (vgl. Abb. 74). Die Bedrücktheit (Abb. 73, gestrichelte hellgraue Linie) nimmt ebenfalls über den Verlauf des Trainings ab und die Bewältigung alltäglicher Dinge (gepunktete Linie) nimmt leicht zu.

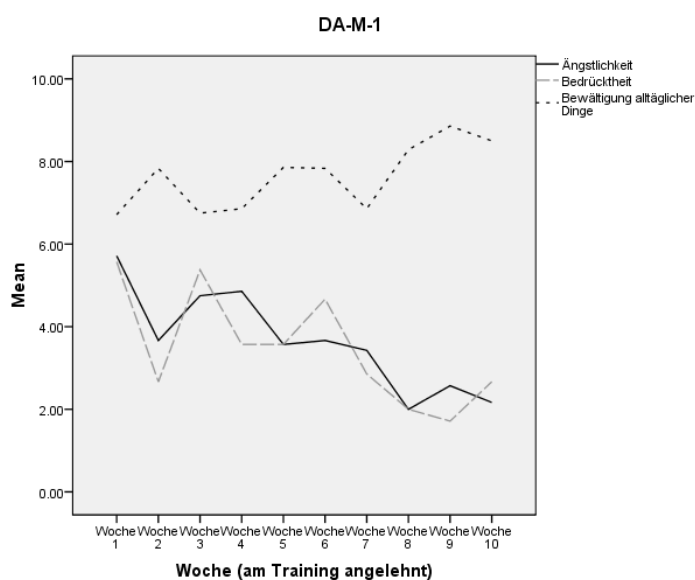


Abbildung 73: Tägliche Einschätzung von Danielas Mutter über den Zeitraum von 10 Wochen gemittelt (inkl. Urlaub: Woche 6 & 7; Skala 1-10: 1=überhaupt nicht, 10=sehr stark)

Die Mutter hatte Erwartungen an das Training in Bezug auf sich selbst, welche sich alle über den Verlauf des Trainings erfüllt haben. Sie erwartete mehr Verständnis für ihr Kind und dessen Problem, mehr Hilfsmittel, weniger Hilflosigkeit und Austausch mit den Müttern. Alle diese Erwartungen wurden vollkommen erfüllt. Die Mutter gibt lediglich eine Erwartung an, welche sie an das Training in Bezug auf ihr Kind hat: Es soll weniger bedrückt sein. Wie die Abbildung 73 zeigt, konnte dies erreicht werden.

Daniela kann sich im Wissenscheck im Gegensatz zu ihrer Mutter nicht verbessern. Sie bleibt auf der Note 4. Ihre Mutter hingegen verbessert sich zum Postzeitpunkt hin auf eine 5.5 und beim Follow-up fällt sie auf eine 5 zurück.

Die indirekte Veränderungsmessung zeigt, dass Daniela im KAT-II vom Prämessungswert von 12 auf 3 zum Postzeitpunkt (Normalbereich) fällt und im Follow-up diesen Wert halten kann. Obwohl sie in der Selbst- und Fremdeinschätzung der Emotionalen Probleme des SDQ-Deu nicht auffällig war, reduzieren sich die Werte noch einmal um 2-4 Punktwerte und halten auch bis zum Follow-up. Daniela lernt, sich in unkontrollierbaren Situationen abzulenken, aktiv soziale Unterstützung zu suchen und im Normalbereich sich belastenden Situationen auszusetzen. Diese positiven Veränderungen halten auch in der Follow-up-Messung. Die Mutter wird von Daniela etwas weniger einschränkend und weniger inkonsistent erziehend eingeschätzt, was auch 5 Monate später noch hält. Jedoch empfindet sie nach wie vor, dass die Mutter sie zu wenig lobt und unterstützt, auch noch nach 5 Monaten. Die Ängstlichkeit der Mutter bleibt unauffällig, obwohl der Rohwert etwas hoch geht. Die Werte im FPI-R gleichen sich der Norm an: Die Mutter ist immer noch lebensfroh, jedoch weniger gehemmt, weniger beansprucht, offener, extrovertierter und weniger emotional. Dies hält auch noch 5 Monate später an.

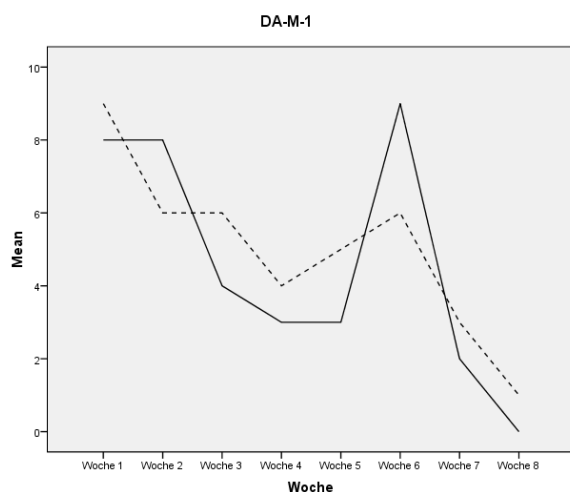


Abbildung 74: Stundenbogen von Danielas Mutter über die 8 Sitzungen (gepunktete Linie: Schweregrad: 1=Überhaupt nicht bis 10=sehr stark, durchgezogene Linie= durchschnittliche Häufigkeit)

Daniela und ihre Mutter haben das Training von Anfang an genutzt, haben die Übungen und Hausaufgaben durchgeführt, nie gefehlt, was dazu führte, dass auch das Training in ihrem

subjektiven Empfinden wirken konnte und die Mutter und mit dem Training und allen Rahmenbedingungen Tochter zufrieden waren.

Einzelfallanalyse „Ines“ (Wartelistekontrollgruppe)

Ines ist 9 Jahre alt, geht in die dritte Klasse, wohnt mit ihren Eltern (beide Akademiker) zu Hause in der Stadt, hat eine ältere Schwester, klettert, schwimmt und liest gerne. Laut ihren eigenen Angaben hat sie vier oder mehr Freunde. Die Mutter ist 46 Jahre alt. Die Mutter erzählt, dass Ines seit dem Kindergarteneintritt einfach anders sei als andere Kinder, ihr Selbstwert sei seither stark gesunken. Sie sei dadurch auch immer ängstlicher geworden, hätte sich zurückgezogen und den Kontakt mit anderen Kindern verweigert. Zu Hause sei sie dafür immer aggressiver geworden. Die Kindergärtnerinnen hätten dann auch berichtet, dass Ines zum einen sehr clever sei, zum anderen sich auch regressiv verhalte und auf dem Boden herumkrieche wie ein Kleinkind. Ines schlafe schlecht, habe oft Alpträume und berichtet der Trainerin, dass es einfacher sei, sich schlechte Situationen vorzustellen, weil sie davon mehr kenne. Die Mutter selbst berichtet von einer chronischen körperlichen Erkrankung, welche sich verschlimmert.

Ines schreibt sich im KAT-II in der ersten Prämessung auf der Ängstlichkeit einen Wert von 14 zu, welcher sich im auffälligen Bereich befindet (>91.4% PR). Nach dem 8-wöchigen Intervall ohne Intervention erreicht sie einen Wert von 9, welcher im Vergleich mit der Norm grenzwertig, jedoch noch unterhalb des auffälligen Bereiches liegt. Sie erreicht auch im SDQ-Deu in der ersten Prämessung einen auffälligen Wert von 6 auf der Skala *emotionale Probleme* und in der zweiten Prämessung erreicht sie einen Skalenwert von 8. Die Mutter schätzt sie im Bereich der emotionalen Probleme etwas höher mit 10 in der ersten und 9 in der zweiten Prämessung ein. Ines kann in beiden Messungen vor dem Training nicht gut bagatellisieren, kann sich aber durchschnittlich gut ablenken, sie kann sich auch nicht gut selbst Mut zusprechen und sich selbst instruieren. In der ersten Prämessung kann sie sich gar keine Hilfe holen und schaffte es ohne Intervention in der zweiten Messung in den Normbereich. Ines vermeidet auffällig stark vor dem Training und schafft es in der zweiten Messung in den Normbereich. Im Bereich der gedanklichen Weiterbeschäftigung ist und bleibt sie vor dem Training im auffälligen Bereich, so auch im Bereich der aggressiven Reaktion und Resignation. Vor dem Training schreibt Ines ihrer Mutter wenig Unterstützung und Lob zu (in der ersten Prämessung im Lob noch höher als in der zweiten). In der ersten Prämessung schreibt sie ihrer Mutter normale Einschränkung zu, welche jedoch in der zweiten Prämessung in den auffälligen Bereich wandert. Das gleiche Bild zeigt sich auf der Skala *Inkonsistenz*. Die Mutter schreibt sich im STAI einen Wert von 58 zu, welcher in der zweiten Prämessung auf 53 heruntergeht (beide im auffälligen Bereich). Vom FPI-R gibt es nur eine Prämessung (erste): Die Mutter von Ines ist hoch unzufrieden mit einer negativen Lebenseinstellung (Stanine 2), gehemmt, unsicher (7), stark erregbar empfindlich (8), durchschnittlich beansprucht, durchschnittlich besorgt um Gesundheit, eher introvertiert (4) und etwas ängstlich, empfindlich (Emotionalität 6). Im Wissenstest erreicht Ines eine Note von 5.5 und die Mutter eine 5.

Ines und die Mutter sind in der ersten Sitzung zu spät gekommen. Ines hat drei Mal und die Mutter zwei Mal die Hausaufgaben teilweise wegen Verständnisproblemen und teilweise aus Zeitgründen nicht gemacht. Die Mutter hat durchschnittlich einmal in der Woche mit Ines die Entspannung und zweimal für sich selbst gemacht. Die Trainerin berichtet, dass Ines oft aufgedreht, unkonzentriert und impulsiv ist, sich teilweise inadäquat verhält und in bestimmten Situationen dann jedoch ängstlich zurückhaltend ist. Die Trainerin der Muttergruppe berichtet, dass die Mutter von Ines teilweise die Idee der Übung nicht versteht, merkwürdige Fragen stellt und von Situationen berichtet, welche nicht mit dem Training oder der Tochter zu tun

haben. Auch Ines selbst scheint öfters Aufgaben nicht zu verstehen und sich dann an die Beispiele der Trainerin zu halten. Die Trainerin muss viel Zeit aufwenden, um die Hausaufgaben und Übungen mit Ines durchzusprechen. In der 1:1-Betreuung kann Ines jedoch die Aufgaben in den Grundzügen bewältigen. Die Trainerin nimmt an, dass es zum einen die Unkonzentriertheit und Impulsivität (Art wie sie an Aufgaben geht) ist, welche Ines Schwierigkeiten bereiten, zum anderen sei es aber gegebenenfalls auch eine intellektuelle Überforderung. Die Trainerin setzt deshalb kreativ Puppen und andere Materialien ein, welche Ines helfen, die Zusammenhänge zu verstehen. Die Trainerin von Ines beschreibt, dass diese nicht gut mit Lob umgehen kann und eine sehr enge, konsequente Betreuung respektive Führung benötigt.

Die Resultate zum FBT (vgl. Kap. 5.4.3.3 & Fragestellung 3.3 & 3.4) können wie folgt zusammengefasst werden (jeweils Minimalwert: 0, Maximalwert 4): Den Erfolg schätzt die Mutter eher als gering ein (1.85), die Beziehung zum Trainer mit 3.82, den Verlauf mit 3.57 und das Material mit 3.27 eher hoch. Der Gesamtwert im FBT erreicht einen Wert von 2.98, was einem überwiegend positiven Bild entspricht. Die Trainingszufriedenheit ist entsprechend auf 60% (aus 100%). Die Mutter fand den theoretischen Hintergrund förderlich. Die Wirkung des Trainings (direkte Befragung) für sich schätzt die Mutter mit 70% ein, für Ines mit 20%. In der Follow-up-Messung 5 Monate später sind diese beiden Werte auf je 10% gesunken. Ines selbst schätzt die Wirkung des Trainings auf 0.75 ein (Max. 2).

Abbildung 75 zeigt die aggregierten Daten der diaries von Ines, welche die Mutter über 11 Wochen ausgefüllt hat (inkl. Urlaubswochen). Es zeigt sich, im Gegensatz zu Danielas Profil (vgl. Abb. 74), dass Ines im Verlauf des Trainings weder weniger ängstlich wird (durchgezogene dunkle Linie), noch weniger bedrückt (durchgezogene hellgraue Linie). Sie wird auch nicht aktiver in sozialen Situationen (gestrichelte Linie) und kann die alltäglichen Dinge über den ganzen Zeitraum im normalen Bereich durchführen (gepunktete Linie), sich jedoch nicht noch steigern.

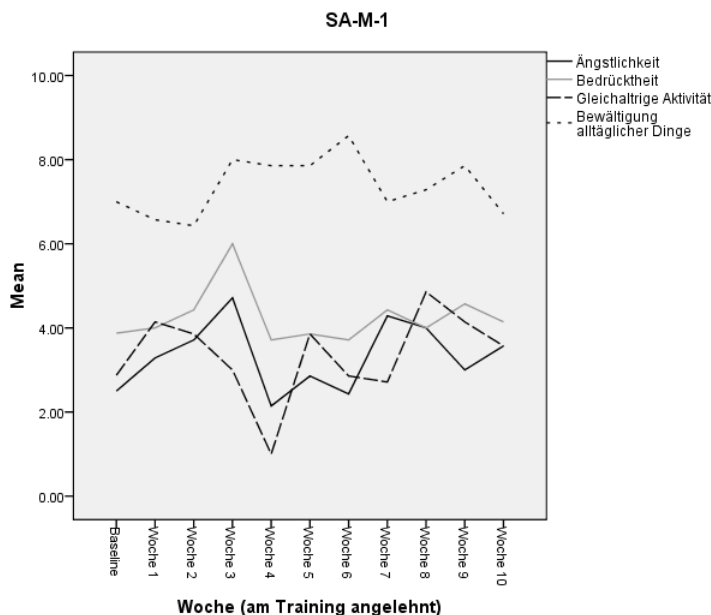


Abbildung 75: Tägliche Einschätzung von Danielas Mutter über den Zeitraum von 10 Wochen gemittelt (inkl. Urlaub: Woche 5 und 7; Skala 1-10: 1=überhaupt nicht, 10=sehr stark)

Die Mutter hatte zu Beginn des Trainings bis auf zwei Ausnahmen alle Erwartungen gegenüber dem Training in Bezug auf das Kind (Ausnahmen: weniger Schmerzen und mehr mit Mutter sprechen) als für sich bestätigt angegeben und Ines hat laut der Einschätzung der Mutter auch in allen Bereichen Probleme. Zum Zeitpunkt der Postmessung zeigt sich, dass die Mutter retrospektiv gesehen doch alle Erwartungen hatte. Es hat sich nach ihrer Aussage jedoch nur der Schlaf verbessert. Ines würde aber auch mehr mit der Mutter sprechen als vor dem Training. In Bezug auf sich selbst hatte sie viele Erwartungen, bis auf jene, dass sie sich nicht mehr Verständnis erhofft und auch nicht weniger Ängstlichkeit bei sich selbst wünscht, sieht aber, dass sie überall Probleme hat bis auf den Bereich Austausch mit anderen Müttern. Zum Postzeitpunkt hat die Mutter wieder alle Erwartungen aufgebaut; die Erwartungserfüllung wurde nur im Austausch mit anderen Müttern und in der Unsicherheit respektive Ängstlichkeit bei sich selbst erreicht.

Im Wissenscheck, in welchem Kind und Mutter schon in der Prämessung hohe Noten erzielt haben, kann sich die Mutter auf eine 5.5 steigern und bis zur Follow-up-Messung halten und Ines verliert zur Postmessung (5) und noch einmal zum Follow-up (4).

Die indirekte Veränderungsmessung zeigt trotz der von den beiden eingeschätzten geringen Wirkung des Trainings, dass Ines weniger ängstlich wurde (KAT-II: Postzeitpunkt: 2, Follow-up: 4). Im SDQ-Deu wiederum zeigt sich, dass sie bei sich zwar selbst tatsächlich weniger emotionale Probleme sieht, die Mutter jedoch nicht (Post- und Follow-up: 9). Obwohl Ines zum Zeitpunkt der Postmessung besser bagatellisieren kann, hält dieser Effekt nicht bis zum Follow-up. Sie ist auch nach wie vor resigniert und aggressiv in schwierigen Situationen; sie kann sich auch nicht selbst positiv instruieren, hat jedoch keine Mühe mehr, sich aktiv Hilfe zu suchen, ausserdem grübelt sie nicht mehr so lange wie vorher und vermeidet nicht mehr so stark. Ines nimmt ihre Mutter als günstiger erziehend war. Obwohl sie sie nach wie vor nicht lobend erlebt (hält bis zum Follow-up), empfindet sie sie als konsistenter, weniger einschränkend und unterstützender (verstärken sich alle noch bis zum Follow-up). Die Mutter selbst schätzt sich zum Postzeitpunkt nicht weniger ängstlich ein (STAI), erreicht jedoch im Follow-up einen durchschnittlichen Ängstlichkeitswert. Im Bereich der FPI-R-Persönlichkeitsskalen gab es keine Veränderung über die drei Messzeitpunkte.

Anhand der verschiedenen Aussagen aus den Sitzungsprotokollen, den Fragebogen und den diaries wird deutlich, dass die Einstellung zum Training von Ines und der Mutter ambivalent war. Sie hatten beide Mühe mit verschiedenen Inhalten, haben Hausaufgaben und Übungen teilweise nicht gemacht. Obwohl die Wirksamkeit in der direkten Befragung als eher mässig bis klein eingeschätzt wird, haben sich die Ängstlichkeitswerte von Ines und ihrer Mutter verringert, Ines hat einige Strategien gelernt und die Erziehung der Mutter wird von ihr günstiger eingeschätzt. Die Frage, welche offen bleibt, ist, ob die Mutter zu hohe Erwartungen hatte und somit der Referenzpunkt (Wirkung des Trainings) ausserhalb der Reichweite war oder ob die Wirkung im Vergleich zu den anderen Teilnehmern tatsächlich geringer war. Im Zusammenhang mit den beobachteten Verständnisproblemen stellt sich auch die Frage, ob eine Intelligenztestung respektive Testung der kognitiven exekutiven Funktionen im Vorfeld sinnvoll wäre oder ob das Training hinsichtlich der Inhalte und der Durchführungsart überarbeitet werden müssten.

Zusammenfassung der Ergebnisse nach inhaltlichen Schwerpunkten:***Studienvergleich, Wirkung des Trainings, consumer satisfaction, Hausaufgaben und Übungen, Treatmentintegrität und Durchführungsobjektivität***

Im Folgenden sollen die signifikanten und relevanten deskriptiven Ergebnisse nach Schwerpunkten (z.B. Effekt des Trainings auf die Ängstlichkeit, Zufriedenheit der Teilnehmer) sortiert vorgestellt werden. In der Diskussion (Kap. 5.4.5) werden die Ergebnisse auch nach diesem Schema interpretiert. Es werden entweder direkt im Text oder in den Tabellen jeweils Verweise auf die entsprechenden Hypothesen gegeben.

Studienvergleich: Der Vergleich der Kinder aus den drei Studien zeigt deutlich, dass die Stichprobe aus der *Studie 3* mehr betroffen ist von Ängstlichkeit, emotionalen Problemen und Gesamtproblemen. Die Mütter schätzten ihre Kinder signifikant belasteter in Bezug auf emotionale Probleme ein als die Kinder selbst (H3.1.a/b1). Es gab in *Studie 3* keine Alters- oder Geschlechtsunterschiede diesbezüglich (H3.1.a/b2/3). Weiter wird auch deutlich, dass die Kinder aus der *Studie 3* ihre Mütter einschränkender und inkonsistenter, das heisst ungünstiger erziehend wahrnehmen (H3.2a). In Bezug auf Stressverarbeitungsstrategien werden die Unterschiede weniger deutlich. Die Kinder aus der *Studie 1* können jedoch besser soziale Unterstützung einfordern und sich positiver selbstinstruieren (H3.2b).

In Bezug auf Unterschiede in Müttervariablen konnten keine signifikanten Ergebnisse gefunden werden. Die Mütter der *Studie 3* sind nicht ängstlicher (H3.2c) oder weniger zufrieden mit ihrem Leben oder gehemmter, erregter oder mit mehr körperlichen Beschwerden oder Gesundheitssorgen. Der einzige Unterschied zu den Müttern der *Studie 1* war, dass die Mütter aus der Interventionsgruppe sich signifikant beanspruchter einschätzten (H3.2d).

Trainingswirkung bei den Kindern: Die Ergebnisdarstellung zur Frage der Wirksamkeit des Trainings „Der Zauberlehrling“ (Tab. 112) wird unterteilt in Ergebnisse in Reduktion unerwünschtem Erleben und Verhalten (Störungsorientierung, Reduktion der Symptomatik) und Erhöhung von erwünschtem Erleben und Verhalten (Ressourcenorientierung).

Im Bereich der *Reduktion von unerwünschtem Erleben und Verhalten* zeigt es sich, dass insgesamt eine positive Wirkung des Programms auf das Zielverhalten beim Kind (vgl. Tab. 112) verzeichnet werden kann. Die Ängstlichkeit beim Kind nimmt zwar in der indirekten Veränderungsmessung zum Postzeitpunkt nicht ab, jedoch ist der Effekt verzögert im Follow-up messbar. Auch findet sich keine Spontanremission im Vergleich mit der Wartelistekontrollgruppe (keine Spontanremission in der non-Treatment-Phase). Wenn die Teilnehmer anhand der täglichen Einschätzungen und auch in den Stundenbögen (welche nach Häufigkeit und Stärke der Angst über den Verlauf des Trainings fragen) direkt nach einer Veränderung gefragt werden, kann eine Angstreduktion verzeichnet werden. Die Ängstlichkeit zum Postzeitpunkt hängt signifikant negativ mit dem Gesamturteil des Trainings in der Müttereeinschätzung zusammen (H3.4c). Das heisst, je weniger ängstlich ein Kind zum Zeitpunkt nach dem Training ist, um so besser fällt das Urteil der Mutter über das Training aus.

In der indirekten Veränderung sowohl zum Post- als auch Follow-up-Zeitpunkt und auch im Vergleich mit der WLKG nehmen die emotionalen Probleme und auch gesamthaft die Probleme der Kinder ab. Dies ist sowohl in der Selbst- als auch in der Fremdeinschätzung zu finden. Die Kinder werden durch die Mütter in den diaries (deskriptiv) über den Trainingsverlauf hin tendenziell weniger bedrückt beschrieben. In den Fragebogen zu den Erwartungen an das

Training (nicht in Tab. 112, dH3.3f) geben die Mütter an, dass die Erwartung, dass das Kind nach dem Training weniger bedrückt ist, mit 50% als erfüllt und zu 41.7% als eher erfüllt an. Je weniger emotionale Probleme die Kinder zum Postzeitpunkt angeben, um so besser fällt das Gesamturteil der Mütter über das Training aus (H3.4c).

Tabelle 112: Wirkung des Trainings auf Zielvariablen beim Kind

	<i>Indirekte Veränderungs- messung (Prä- Postmessung)</i>	<i>Indirekte Veränderungs- messung (Fol- low-up)</i>	<i>Vergleich mit WLKG</i>	<i>Direkte Veränderungs- messung</i>	<i>Diaries</i>	<i>Stunden- bögen</i>
Hypothesen	H3.3a	H3.3b	H3.3c	dH3.3e	dH3.5b	dH3.5b+c
<i>Wirkung des Trainings auf Reduktion von unerwünschtem Erleben und Verhalten</i>						
Ängstlichkeit KE	-	++	++	(+)	(+)*	(+)*
Emotionale Probleme KE	++	++	++			
Emotionale Probleme ME	++	++	++			
Gesamtprobleme KE	++	++	++			
Gesamtprobleme ME	++	++	++			
Bedrücktheit ME					(+)	
Ungünstige Bewältigungsstrategien KE	-	-	+			
Gesamteinschätzung KE				(+) ^o		
Gesamteinschätzung ME				(+) ^o		(+)
<i>Wirkung des Trainings auf Erhöhung von erwünschtem Verhalten und Ressourcen</i>						
Günstige Bewältigungsstrategien KE	++	+	++	(+)		
Wissen über Angst KE ~	++	-				
Aktivitäten mit Gleichaltrigen ME					(+)	
Selbstständigkeit ME					(+)	

Anmerkungen: ++ =signifikantes Ergebnis; += Tendenz ($p < .06$); (+)= Deskriptives Ergebnis; -= kein signifikantes Ergebnis, Tendenz oder deskriptives Ergebnis; leere Zelle= keine Messung; KE=Kindeinschätzung; ME=Muttereinschätzung; *=Muttereinschätzung, ^o=inkl. Follow-up; ~=Hypothese H3.3d;

Die ungünstigen Stressbewältigungsstrategien konnten weder bis zum Post- noch zum Follow-up-Zeitpunkt abgebaut werden. Im Vergleich mit der WLKG zeigt sich, dass diese sogar

eine nur knapp nicht signifikante Spontanremission in der non-Treatment-Phase aufzeigten. Die ungünstige Stressbewältigung hängt jedoch signifikant mit der Gesamtbeurteilung des Trainings in der Müttereinschätzung zusammen (H3.4c). Das heisst, je geringer die ungünstige Stressbewältigung aus Sicht der Kinder zum Postzeitpunkt ist, um so besser ist die Bewertung des Trainings aus Sicht der Mütter. Die Trainingszufriedenheit aus Müttersicht fällt besser aus, wenn die Resignation und Aggression in der Kindereinschätzung des Stressverarbeitungsfragebogens geringer ausfällt (H3.4c).

Die Gesamteinschätzung in Bezug auf die Wirkung des Trainings wird in der direkten Veränderungsmessung sowohl in der Kind- als auch aus Muttersicht als gut bis sehr gut eingeschätzt (in der Post- und Follow-up-Messung).

In Bezug zur *Erhöhung von erwünschtem Verhalten und Ressourcen* (untere Teil der Tab. 112) wird deutlich, dass die Kinder günstige Bewältigungsstrategien bis zum Postzeitpunkt erlernen, diese neuen Strategien jedoch zur Follow-up-Messung nicht mehr zeigen (indirekte Veränderungsmessungen). Im Vergleich mit der WLKG jedoch zeigt sich, dass der Erwerb sich nur durch das Training ereignet und nicht spontan erlernt wird. Das entspricht der protektiven Relevanz des Trainings. In der direkten Veränderungsmessung geben die Kinder an, dass sie zum Post-Zeitpunkt besser wissen, wie sie die Angst bewältigen können.

Die Kinder haben auch Wissen über den Trainingsverlauf bis zum Postzeitpunkt angeeignet. Im Post-Follow-up-Vergleich haben die Noten und auch die Punktzahl wieder signifikant abgenommen. Das heisst, der Wissenszuwachs bei den Kindern ist nicht stabil.

Die Häufigkeit der Aktivitäten mit Gleichaltrigen ist laut den täglichen Einschätzungen der Mütter über den Verlauf des Trainings leicht gestiegen. Laut dem Fragebogen zu den Erwartungen an das Training sind zu 33.3% die Erwartungen erfüllt, dass die Kinder aktiver mit Gleichaltrigen sind und zu 33.3% eher erfüllt (dH3.3f). Die Selbständigkeit in der Erledigung alltäglicher Dinge hat in der Einschätzung der Mütter (diaries) nur eine leichte Veränderung über den Verlauf des Trainings erfahren. Die Mütter geben im Fragebogen zu den Erwartungen an das Training jedoch zu 30.8% an, dass die Erwartung, dass das Kind weniger klammert erfüllt und zu 61.5% eher erfüllt ist.

Trainingswirkung bei den Müttern: In diesem zweiten Hauptteil werden die Auswirkungen des Trainings auf die Zielvariablen der Mütter berichtet (vgl. Tab. 113). Im Bereich der *Reduktion von unerwünschtem Erleben und Verhalten* zeigen sich folgende Resultate. Eine Idee für ein paralleles Mutterprogramm war, dass die Mütter selbst ebenfalls an ihren Ängsten arbeiten. Wie in Tabelle 113 ersichtlich können die Mütter nach dem Training noch von keiner signifikanten Reduktion profitieren. Jedoch zeigt sich im Verlauf der anschliessenden fünf Monate, dass die Mütter ihre Ängste reduzieren können. Im Vergleich mit der WLKG kann auch gezeigt werden, dass in der non-Treatment-Phase keine Spontanremission stattfindet. Im Fragebogen zu den Erwartungen an das Training zeigte sich zum Postzeitpunkt bereits, dass 50% angaben, selbst weniger unsicher und ängstlich geworden zu sein, bei weiteren 25% vollkommen erfüllt und bei 25% war die Antwort eher nicht erfüllt (dH3.3f).

In der Wahrnehmung der Kinder haben die Mütter nach dem Training in der Tendenz eine weniger ungünstige Erziehung gezeigt. In der WLKG konnte dies ohne Treatmenteinwirkung nicht gezeigt werden. Dieses positive Ergebnis konnte sich jedoch nicht bis zum Follow-up halten. Das heisst, es gibt im Bereich der Reduktion von ungünstigem Erziehungsverhalten keine Nachhaltigkeit.

Tabelle 113: Wirkung des Trainings auf Zielvariablen bei der Mutter

	<i>Indirekte Veränderungs- messung (Prä- Postmessung)</i>	<i>Indirekte Veränderungs- messung (Fol- low-up)</i>	<i>Vergleich mit WLKG</i>	<i>Direkte Veränderungs- messung</i>	<i>Stundenbögen</i>
Hypothesen	H3.3a	H3.3b	H3.3c	dH3.3e	dH3.5b+c
<i>Wirkung des Trainings auf Reduktion von unerwünschtem Erleben und Verhalten</i>					
Ängstlichkeit ME	-	++	++		
Ungünstige Erziehung KE	+	-	++		
Gesamteinschätzung ME				(+) [°]	(+)
<i>Wirkung des Trainings auf Erhöhung von erwünschtem Verhalten und Ressourcen</i>					
Günstige Erziehung KE	++	++	++		
Wissen über Angst ME ~	++	++			

Anmerkungen: ++ =signifikantes Ergebnis; (+)= Deskriptives Ergebnis; -= kein signifikantes Ergebnis oder Tendenz; leere Zelle= keine Messung; [°]=inkl. Follow-up; ~=Hypothese H3.3d;

Die Mütter geben eine positive Gesamteinschätzung zum Training in Bezug auf sich selbst ab, sowohl zum Post- als auch zum Follow-up-Zeitpunkt. Dies zeigt sich auch in den Stundenbögen, in welchen sie in jeder Sitzung angaben, wie nützlich, hilfreich und anspruchsvoll die Inhalte waren. Je zufriedener die Mütter mit dem Training waren, um so höher wird der Trainingserfolg eingeschätzt (H3.4c). Im Fragebogen zu den Erwartungen an das Training zeigte sich ebenfalls, dass die Mütter ihre Erwartungen an das Training erfüllt bekamen (dH3.3f). Sie geben in der Postmessung an, dass die Erwartungen zu 46.7% erfüllt waren, dass sie Hilfsmittel und Tipps im Umgang mit der Angst bekommen haben, zu 40.4% war diese Erwartung eher erfüllt. Weniger hilflos fühlten sich 33.3% und bei 46.7% war diese Erwartung eher erfüllt.

Bezüglich der *Erhöhung von erwünschtem Verhalten und Ressourcen* fallen die Ergebnisse durchweg positiv aus. Die Mütter konnten aus Sicht der Kinder ihr günstiges Erziehungsverhalten erhöhen zum Postzeitpunkt hin erhöhen und stabil halten bis zum Follow-up-Zeitpunkt nach 5 Monaten. Im Vergleich mit der WLKG sieht man, dass diese Veränderung nur durch den Einsatz des Trainings stattfindet. Im Bereich der Aneignung von Wissen konnte sowohl zum Postzeitpunkt nachgewiesen werden, dass sie Wissen angehäuften, und zum Follow-up-Zeitpunkt, dass sie dieses Wissen stabil halten konnten.

Trainingswirkung, Consumer satisfaction und Erwartungen: Die deskriptive Auswertung der Befragung nach der Zufriedenheit der Trainingsteilnehmer zeigt, dass die Mütter und Kinder insgesamt zufrieden bis sehr zufrieden mit dem Training, den Trainern, den Materialien und dem Verlauf sind. Dies zeigt sich sowohl in der direkten Befragung der Mütter als auch der Kinder und indirekt über die Variablen des Trainingserfolges im FBT (dH3.4a). In den Stundenbögen wurden die Mütter gebeten, jeweils auch einzuschätzen, ob die Sitzungen Anregungen und Ideen gaben, nützlich und fordernd waren. Aus dieser deskriptiven Analyse

lässt sich ebenfalls indirekt schliessen, dass die Mütter zufrieden waren mit dem Angebot (dH3.5c).

Die Erfüllung der Erwartungen der Mütter in Bezug auf sich selbst hängt signifikant positiv mit der Zufriedenheit und den Variablen des Trainingserfolges zusammen. Die Erfüllung der Erwartungen der Mütter in Bezug auf das Kind hängt signifikant positiv mit dem Trainingserfolg zusammen (H3.4b).

Die Trainingszufriedenheit hängt signifikant positiv mit dem Trainingserfolg zusammen (beides im Mütterurteil in der Postmessung). Weiter hängt die Variable Lebenszufriedenheit der Mutter signifikant positiv mit der Trainingszufriedenheit zusammen. Von den Kindern eingeschätzt hängen die Subskalen Aggression und Resignation signifikant negativ mit der Trainingszufriedenheit zusammen. Indirekt kann auch eine Zufriedenheit erschlossen werden, wenn das Gesamturteil über das Training betrachtet wird, welches ebenfalls Aspekte der Zufriedenheit vereint. Das Gesamturteil hängt signifikant negativ mit der Ängstlichkeit, den emotionalen Problemen und den ungünstigen Stressbewältigungsstrategien (alle in der Kindereinschätzung) zusammen (H3.4c). Je weniger ängstlich und je weniger emotionale und sonstige Probleme die Kinder haben, um so höher respektive besser fällt das Gesamturteil aus.

Trainingswirkung, Hausaufgaben und Übungen: Das regelmässige Durchführen von Hausaufgaben und Entspannungsübungen hängt signifikant positiv mit dem Trainingserfolg zusammen. Das Gesamturteil, die Beziehung zum Trainer, der Verlauf des Trainings und die Rahmenbedingungen des Trainings (alle aus Sicht der Mütter) korrelieren signifikant mit der häufigen Durchführung der Hausaufgaben. Das Gesamturteil aus der Sicht der Kinder fällt besser aus, wenn die Hausaufgaben häufiger gemacht werden. Das häufige Durchführen der Entspannungsübungen der Mutter für sich selbst hängt signifikant mit allen Skalen des FBT zusammen: Gesamturteil, Trainingserfolg, Beziehung zum Trainer, Verlauf des Trainings, Rahmenbedingungen, Material und Setting. Im Follow-up wird die Trainingswirkung durch die Mütter auch höher eingeschätzt (sowohl in Bezug auf das Kind als auch in Bezug zu sich selbst), wenn die Entspannungsübungen durchgeführt wurden (H3.5a). Je regelmässiger die Hausaufgaben und die Entspannungsmethoden durchgeführt wurden, um so grösser wird der Trainingserfolg eingeschätzt. Andere Übungen haben keinen Zusammenhang mit dem Trainingserfolg gezeigt.

Treatmentintegrität und Durchführungsobjektivität: Der Inhalt der Sitzungen konnte ohne Probleme vermittelt werden (Einschätzung der Trainer in den Sitzungsprotokollen). Anhand der deskriptiven Auswertung der Zeiteinhaltung, sowohl im Hinblick auf die ganze Sitzung als auch auf einzelne Elemente, Anzahl schwieriger Kapitel und Anzahl ausgelassener Elemente kann gefolgert werden, dass das Programm teilweise Schwierigkeiten im Einhalten der Zeit mit sich brachte und in einzelnen Kapitel auch Schwierigkeiten mit der Umsetzung vorhanden waren. Das Mutterprogramm scheint im Gegensatz zum Kindprogramm im Mittel weniger schwierige Elemente zu enthalten, ausserdem mussten weniger Elemente ausgelassen werden (H3.5d). Die einzelnen Bereiche der Treatmentintegrität hängen stark untereinander zusammen: Je verständlicher ein Element für den Trainer war, um so besser konnte er die Zeit einhalten und um so weniger schwierige und ausgelassene Elemente gab es laut den Aussagen der Trainer.

Die Mütter schätzten die Materialien zum Postzeitpunkt ein und fanden es zum Grossteil hilfreich, verständlich und ausführlich genug. Die meisten meinten, dass teilweise oder selten zu viele Hausaufgaben gab (H3.5d).

Die Durchführungsobjektivität wird anhand der Vergleiche unter den Trainern und zwischen den Sitzungen angeschaut (H3.5e). Sie ist eingeschränkt, da es Unterschiede in der Durchführung zwischen den Trainern und zwischen den Sitzungen gab. Einzelne Trainer haben sich von den anderen in Hinblick auf das Einhalten der Zeit und in Bezug auf die schwierigen Elemente und ausgelassenen Elemente unterschieden. Jedoch zeigte sich kein Muster, weshalb nicht davon ausgegangen wird, dass es an bestimmten Trainern gelegen hat. Es gab jedoch ein klares Muster bei den einzelnen Sitzungen mit Schwierigkeiten. Beim Kindprogramm waren es die Sitzungen 5 und 6, welche Schwierigkeiten bereitet haben und beim Mutterprogramm die Sitzung 5.

5.4.5 Diskussion der Ergebnisse der *Studie 3*

Die *Studie 3* hatte zum Ziel, das indizierte Präventionsprogramm „Der Zauberlehrling“ anhand einer Schweizer Stichprobe zu evaluieren. Es interessierten Veränderungen auf dimensional diagnostischen Verfahren (symptom- und ressourcenorientiert) über den Verlauf des Trainings und 5 Monate später. Ausserdem sollte durch eine Wartelistekontrollgruppe aufgezeigt werden, dass die Effekte spezifisch auf das Training zurückführbar waren. Der Wissenszuwachs stellte eine andere Möglichkeit dar zu zeigen, ob das Training eine psychoedukative Wirkung hatte. Eine weitere Möglichkeit zu zeigen, dass – mindestens auf der subjektiven Ebene – eine Wirkung eintraf, war die direkte Befragung zum Postzeitpunkt und die Betrachtung der Erwartungserfüllung über das Programm. Es wurde zusätzlich graphisch dargestellt, dass die verschiedenen Variablen sich über den Trainingsverlauf veränderten. Ebenfalls sehr relevant für den Erfolg eines Trainings ist die Zufriedenheit der Teilnehmer. Entsprechend wurde die Zufriedenheit direkt zum Postzeitpunkt erfragt, und es wurden zusätzliche Analysen durchgeführt, um Hinweise auf Prädiktoren für die Zufriedenheit zu finden. Zusätzliche Analysen betrafen die Prozessforschung: Es interessierte, ob die Durchführung der Hausaufgaben als Teil des Commitments mit der Trainingswirkung zusammenhing. Die Treatmentintegrität und Durchführungsobjektivität waren ebenfalls Teil der Untersuchung. Zum Schluss wurden zwei Einzelfälle vorgestellt, um der Fülle an Daten exemplarisch ein Gesicht zu geben.

Warum noch eine weitere Evaluationsstudie?

Das Besondere an der *Studie 3* ist das simultane Gruppentraining für die Mütter. Die Verfasserin dieser Arbeit weiss nur von zwei Autorengruppen, welche ein vergleichbares Programm evaluiert haben. Wie in Kapitel 5.3.3 berichtet, ist dies zum einen das *Therapieprogramm FRIENDS for children* (z.B. Mendlowitz et al., 1999; Shortt et al., 2001) respektive dessen indizierte Version, welche durch Dadds und Kollegen (1997) als *Coping Koala* evaluiert wurde und das *Cool kids* von Rapee und Kollegen, welches ebenfalls als eine indizierte Prävention evaluiert wurde (z.B. Mifsud & Rapee, 2005). Im Deutschen Sprachraum ist der Autorin keine Studie bekannt, welche ein indiziertes Programm in einem simultanen Setting desselben Störungsbildes für die gleiche Altersgruppe evaluiert hat. Weiter als sehr positiv zu bewerten ist, dass es während des Trainings keine Drop-outs gab und dass selten ein Kind oder eine Mutter gefehlt hat (vgl. Kap. 5.4.3.2). Durch die Vorgehensweise einer Bezahlung eines Depots gab es keine Dyaden, welche eine Messung ausgelassen haben. Die Kombination aus den verschiedenen Erhebungsmethoden, welche ermöglichte, auf mehreren Ebenen eine Wirkung des Programms aufzuzeigen (indirekte und direkte Veränderungsmessung, Vergleich mit WLKG, Wissenscheck, diaries, Stundenbögen), ist ein weiteres Plus der *Studie 3*. Ausserdem

gab es für einige Variablen zwei Quellen: das Kind und die Mutter. Die dimensionale Diagnostik erlaubte es, auch kleinere Veränderungen über den Therapieverlauf festzuhalten – auch auf Dimensionen, welche in der Forschung oft vernachlässigt werden: beispielsweise die Copingstrategien der Kinder und das Erziehungsverhalten der Mütter in Zusammenhang mit der Ängstlichkeit der Kinder. Für die Treatmentintegrität wurden ausserdem eine Mutter- und die parallele Kindergruppe über alle Sitzungen hinweg auf Video aufgenommen. Damit überhaupt eine Motivation für ein aufwendiges Training aufgebracht werden kann, muss ein gewisser Leidensdruck vorhanden sein (vgl. Verhaltensänderungshierarchie, Maccoby & Solomon, 1981, vgl. Kap. 5.3.1). Eine indizierte Prävention wird dieser Forderung gerecht. Sie spricht eine Population an, in welcher die Menschen bereits einzelne Symptome aufweisen (vgl. Manz, 2001a). Die universelle Prävention konnte oft nicht den Wirknachweis bringen, da die Follow-ups sehr lange sein müssten und die Menschen weniger profitierten, da die Inhalte der Programme zu unspezifisch waren (vgl. Kap. 5.3). Ausserdem können bestimmte notwendige Übungen im Bereich der Intervention von Angststörungen nicht durchgeführt werden, wenn keine Beispiele aufgrund der fehlenden Symptomatik in der universellen Prävention vorhanden sind. Das heisst, Konfrontationsübungen und Einsetzen von neuen Skills können nur auf der Grundlage von Symptomen angewandt werden. Für die Motivation und die Umsetzung muss der Nutzen offensichtlich und auch der Leidensdruck vorhanden sein (vgl. Essau, 2007). Einige der in Kapitel 5.3 besprochenen Interventionsprogramme, speziell auch die Präventionsprogramme, sind sehr lange und zu unspezifisch. Die Autorin dieser Arbeit hat aufgrund der Vorgaben von Ramey und Ramey (1998) und Jeffery (1997; vgl. Kap. 5.3.1) versucht, ein Programm zu entwerfen, das sowohl kurz als auch spezifisch ist, sowohl auf die Symptomreduktion als auch auf die Ressourcenerhöhung zielt und eine wichtige Bezugsperson als Unterstützung einbezieht. Weiter wurden die Kriterien der Autoren Nation und Kollegen (2003) und Röhrle (2004) versucht umzusetzen: Das Training ist breit abgestützt und ursachenorientiert, es werden verschiedene Interventionsmethoden eingesetzt, das Programm ist theorie- und empiriegeleitet, beziehungsfördernd, setzt früh ein und ist strukturiert. Die Forderungen nach kultureller Angepasstheit, der Qualifikation der Trainer und dem Evaluationskonzept sind zum Grossteil erfüllt. Auch ist das Training kostengünstig, durch die Teilnehmer akzeptiert und gut erreichbar gewesen (vgl. Heinrichs et al., 2002).

Das Studiendesign musste, wie in Kapitel 5.4.3.1 berichtet, aus verschiedenen organisatorischen Gründen in ein quasiexperimentelles Design mit anfallender Stichprobe angepasst werden. Aufgrund der Rekrutierungsprobleme resultierte eine kleine Stichprobengrösse, welche den Trainern nicht randomisiert zugeteilt wurden. Das heisst, die Experimental- und Wartelistekontrollgruppe waren nicht homogen, weshalb nicht ausgeschlossen werden kann, dass andere Variablen (z.B. Geschlecht, komorbide Störung) auf die Zielvariable wirken. Anhand der *Studie 3* können jedoch erste Ergebnisse diskutiert werden. Aufgrund der genannten Einschränkungen müssen die Resultate jedoch als hypothesengenerierend verstanden werden. Das heisst, anschliessend an diese Pilotstudie müsste das Design optimiert werden, und die Hypothesen müssten anhand einer grösseren Stichprobe erneut getestet werden (vgl. Kap. 6.3).

Im Folgenden werden die in Kapitel 5.4.4 berichteten Ergebnisse diskutiert und interpretiert, so dass für eine zukünftige Forschung im Gebiet der Präventionsforschung neue Ideen entwickelt werden können. Das vorliegende Kapitel gliedert sich nach den inhaltlichen Schwerpunkten, welche in der Zusammenfassung am Ende des Kapitels 5.4.4 als Strukturierungsdiensten (vgl. Tab. 112 & 113). Das Hauptaugenmerk liegt auf der *Wirksamkeit des Trainings* in den Augen der teilnehmenden Kinder und Mütter. Weiter von Interesse ist die *Zufriedenheit der Teilnehmer* mit dem Programm und den Trainern und womit diese zusammenhängt, ob die *Durchführung von Hausaufgaben oder Übungen* einen Zusammenhang mit der Trai-

ningswirkung aufweist und wie das *Programm optimiert* werden könnte. Anschliessend an die inhaltliche Diskussion werden die Methoden gesamthaft kritisch beleuchtet. Ein Grossteil der eingesetzten diagnostischen Verfahren ist bereits in der *Studie 1* eingesetzt worden und wird hier nicht mehr im Detail beschrieben. Die Diskussion zur Konstruktvalidität der folgenden Fragebogen findet sich in Kapitel 4.3.9.1.2: KAT-II (Turner & Tewes, 2000), SDQ-Deu (Kinder- und Mütterversion; Goodman, 1997b), SVF-KJ (Hampel et al., 2001), ESI-M (Krohne & Pulsack, 1995), STAI (Laux et al., 1981), FPI-R (Fahrenberg et al., 2001). In den folgenden Texten werden jedoch die für diese Stichprobe geltenden Reliabilitäten und Besonderheiten wiedergegeben.

Studienvergleich:

Ängstlichkeit und emotionale Probleme: Die Stichprobe der *Studie 3* war signifikant beeinträchtigt als die Kinder aus den *Studien 1 und 2*. Um dies zu verdeutlichen und um zu zeigen, dass somit eine indizierte Prävention gerechtfertigt war, wurden eingangs des Ergebnisteils (Kap. 5.4.4) die Stichproben verglichen, und in den Fragestellungen 3.1 und 3.2 wurden die Hauptvariablen innerhalb der drei Studien einander gegenübergestellt. Damit von einem Effekt in der *indizierten* Prävention gesprochen werden kann, muss die Stichprobe zum Zeitpunkt vor der Intervention einzelne Symptome einer Störungskategorie aufweisen, damit im Prä-Post-Vergleich signifikante Effekte resultieren können (vgl. Kap. 2.2, 2.3 & 5.3.1). Dies ist nicht wie in Therapiestudien in einer kategorialen Diagnostik möglich, da die Kinder zum Prämesszeitpunkt keine Störung aufweisen, sondern lediglich einzelne Symptome; somit wurde anhand von dimensional Verfahren ein potentieller Rückgang an Symptomausprägungen respektive Erhöhung von Ressourcen auf dimensional Skalen gemessen. Die Stichproben der *Studien 1 und 2* waren per definitionem Normalstichproben. Deshalb erscheint es richtig, dass die Mittelwerte dieser beiden Gruppen sich nicht signifikant unterschieden haben. Die Stichprobe aus der *Studie 3* zeigte sich signifikant belasteter im dem Sinne, als die Werte auf den interessierenden Zielvariablen Ängstlichkeit (KAT-II, Turner & Tewes, 2000) und emotionale Probleme (SDQ-Deu, Goodman, 1997b) erhöht waren. Im Vergleich zu einer Stichprobe ohne Achse-I-Störung (Woerner, Becker & Rothenberger, 2002) waren die Kinder der *Studien 1 und 2* gleich unauffällig in den Mittelwerten (inkl. *SD*). Die Kinder aus der *Studie 3* waren auf der Zielvariablen emotionale Probleme im Mütterurteil im Vergleich mit der Stichprobe mit einer Achse-I-Störung (durch Eltern eingeschätzt) beeinträchtigt (Woerner, Becker & Rothenberger, 2002). Kendall und Flannery-Schroeder (1998) fanden bei den Eltern eine Überzeichnung der Probleme der Kinder. Dies könnte mit der Rekrutierung zusammenhängen, da die Mütter ihre Kinder für das Programm angemeldet haben. Es kann sein, dass die Eltern mehr Probleme angeben, um deren Leidensdruck deutlich abzubilden. Ohne einen Leidensdruck gäbe es keine Motivation an einem indizierten Präventionsprogramm teilzunehmen, da es auch mit Aufwand verbunden ist. Deswegen ist die Gefahr von falsch-positiven Fällen erhöht. Der Vergleich in Bezug auf die Variable Ängstlichkeit zeigte eine ähnliche Richtung: Der Mittelwert des KAT-II war bei der Stichprobe der *Studie 1* genau im Bereich der Eichstichprobe (vgl. Kap. 5.4.4) und der Mittelwert der Stichprobe der *Studie 3* ist deutlich erhöht. Das bedeutet, dass die indirekte Veränderungsmessung in der *Studie 3* sich nicht dem gleichen Problem stellen muss wie die universellen Präventionsstudien, welche bereits vor der Intervention keine Symptome antreffen. Im Gegensatz zu diesen Studien hatte die *Studie 3* bereits im Vorfeld Chancen, eine Veränderung vom Prä- zum Postzeitpunkt nachzuweisen. Dass keine Alters- und Geschlechtsunterschiede wie in der Literatur (z.B. Rutter et al., 1976; Plück et al., 2000) auf den Skalen *Ängstlichkeit Kind* und *emotionale Probleme* gefunden wurden, kann auf die geringe Teststärke bei zu kleiner Stichprobe zurückzuführen sein.

Erziehungsverhalten: Um eine Grundlage zu haben für eine direkte Veränderungsmessung, musste die Interventionsstichprobe aus der *Studie 3* deutlich belasteter sein und dies nicht nur auf den oben erwähnten Variablen Ängstlichkeit und emotionale Probleme. Sie mussten auch auf den anderen Variablen, welche sich über das Training verändern sollten, wie beispielsweise das Erziehungsverhalten der Mütter, die Bewältigungsfertigkeiten der Kinder, die Ängstlichkeit und Persönlichkeitseigenschaften der Mütter belasteter respektive auffälliger sein (vgl. Fragestellung 3.3, die Wirkung des Trainings auf dimensionale Variablen; Chorpita & Barlow, 1998; Kap. 5.3.2). Es war auch im Bereich des Erziehungsverhaltens ein signifikanter Unterschied zu ermitteln, in dem Sinne, dass im Gegensatz zu *Studie 1* die Kinder aus der *Studie 3* ihre Mütter als ungünstiger erziehend wahrgenommen haben. Auch hier war im Vorfeld bereits ein Potential zur Veränderung über das Training ermittelt. Die Werte auf den Skalen *Einschränkung* und *Inkonsistenz* waren signifikant höher in der *Studie 3* als in der ersten Studie, wobei diese Skalen geringe Reliabilitäten aufweisen. Es scheint, als ob ängstliche Kinder ihre Mütter inkonsistenter und einschränkender erziehend wahrnehmen als nicht ängstliche Kinder. Krohne und Pulsack (1995) berichten, dass die Skalen *Lob* und *Tadel* (rückmeldende Erziehungsverhalten) nicht miteinander korrelieren. In der *Studie 3* korrelieren sie jedoch signifikant positiv miteinander. Dies könnte auf die common method variance zurückführbar sein, da beide Skalen von der gleichen Person eingeschätzt wurden und somit auf gleichen Eigenschaften der Person beruhen. Die auf den Kompetenzaufbau bezogenen Variablen Unterstützung und Einschränkung korrelieren nicht miteinander, was die operationale Unabhängigkeit der beiden Skalen bestätigt. In der Originalversion von Krohne und Pulsack (1995) wurden Zusammenhänge gefunden zwischen der Ängstlichkeit und den Variablen Einschränkung, Tadel und Inkonsistenz (vgl. Dunedin, Newman et al., 1996). Dies konnte in der vorliegenden Studie nicht bestätigt werden. Jedoch zeigte sich ebenfalls kein signifikanter Zusammenhang zwischen Ängstlichkeit und günstiger Erziehung (hohe Reliabilität). Die geringe Teststärke könnte für die nicht signifikant gewordenen Korrelationen verantwortlich sein.

Bewältigungsstrategien: Im Bereich der Bewältigungsfertigkeiten waren zwei einzelne Skalen unterschiedlich: Kinder aus der *Studie 3* konnten weniger gut soziale Unterstützung einfordern und sich weniger gut positiv selbst instruieren als Kinder aus der *Studie 1* (vgl. Barlow, 2002). Im Bereich der Stressbewältigungsstrategien konnte also im Vorfeld keine deutliche Grundlage für eine Veränderung über das Training gegeben werden, da die Kinder aus *Studie 3* sich im Ganzen nicht signifikant von der Stichprobe der *Studie 1* unterschieden. Hier könnte eine Art Boden- respektive Deckeneffekt eine Rolle spielen. Die beeinträchtigten Kinder aus der *Studie 3* scheinen sich nicht von jenen aus der ersten Studie hinsichtlich des Umgangs mit stressreichen Situationen, welche Angst auslösen könnten, zu unterscheiden – gegebenenfalls ist dies also ein Artefakt, weil der Fragebogen in den Bereich neben dem Normalbereich nicht genug differenziert. Dies könnte auch darauf zurückzuführen sein, dass die Stichprobe mit $N=17$ zu klein war, um die notwendige Varianz im Bereich der Bewältigungsfertigkeiten abzubilden (geringe Power). Da viele Kinder kognitiv wissen, was sie in einer stressreichen Situation tun sollen, jedoch oft nicht entsprechend handeln, könnte auch das Ergebnis verzerrt sein und nicht den Handlungskompetenzen entsprechen. Kinder im Alter von 7 bis 11 Jahren können noch nicht so abstrakt denken, als dass sie hypothetisch die Beispiele im Alltag ohne Anleitung umsetzen (vgl. Lohaus, 1998). Die Power, den wahren Unterschied zu entdecken, war auch zu klein. Ausserdem konnte nach der Bonferroni-Korrektur kein signifikantes Einzelergebnis gefunden werden, und auch anhand der Mischform (umgekehrte Alpha-Adjustierung, Jain, 2007) wurde die Hypothese nicht bestätigt (vgl. Methodenkritik). Jedoch bezog sich diese Veränderungshypothese vor allem auf eine Erhöhung von Ressourcen (Erhöhung von erwünschtem Verhalten und Ressourcen, vgl. unten). Da vor allem der Vergleich Prä-Post innerhalb der Stichprobe der *Studie 3* interessierte, welcher auch

auf einer Grundlage mit durchschnittlichen Werten im SVF-KJ durchgeführt werden kann, wurde die Hypothese beibehalten.

Beurteilerübereinstimmung: Die initiale Annahme, dass vor allem die Mütter ihren Kindern höhere Werte auf der Skala *emotionale Probleme* zusprechen als die Kinder selbst (H3.1.b1), wurde in der *Studie 3* bestätigt. In der *Studie 1* konnte kein signifikanter Beurteilerunterschied gefunden werden, wobei die Skala *emotionale Probleme* in der Kindereinschätzung unzuverlässig war. Der Unterschied in der *Studie 3* wurde darauf zurückgeführt, dass die Mütter die Kinder für das Programm anmeldeten und somit das Beurteilerproblem, welches aus der Literatur in Bezug auf die internalisierenden Probleme bekannt ist (Kinder können besser über internalisierende Probleme Auskunft geben, vgl. Kap. 2.3; Schneider et al., 1999; Steinhilber, 1999), nicht zutraf. Was auch einen Einfluss auf dieses Ergebnis gehabt haben könnte, ist die Annahme, dass ängstliche Mütter von ängstlichen Kindern auch ihren Kindern mehr emotionale Probleme und Ängstlichkeit zugesprochen haben als nichtängstliche Mütter. Es wird davon ausgegangen, dass bei Personen mit Angststörungen auch kognitive Verzerrungen mit einhergehen (vgl. Vasey & MacLeod, 2001). Entsprechend war die Annahme, dass ängstliche Mütter bestimmtes, vom Kind gezeigtes Verhalten als Ängstlichkeit interpretieren, auch wenn das Kind dies nicht so empfindet – eine Art Projektion eigener ängstlicher Gedanken und Empfindungen auf das Kind. Da jedoch die Mütter in der *Studie 3* nicht ängstlicher waren als jene aus der *Studie 1* (vgl. unten), muss dieses Argument verworfen werden. Somit kann nicht abschliessend geklärt werden, weshalb der Mittelwert der Mütter signifikant höher war als jener der Kinder.

Ängstlichkeit und Persönlichkeit der Mutter: Die Hypothese, dass die Mütter der *Studie 3* ängstlicher waren als jene aus der *Studie 1* konnte nicht bestätigt werden. Ebenso wenig wie die Persönlichkeitseigenschaften der Mütter bis auf die Ausnahme der Skala *Beanspruchung* (vgl. Cummings et al., 2000; Liu et al., 1999). Dieses letzte Ergebnis spricht mit dem Ergebnis zusammen, dass die Kinder der *Studie 3* deutlich beeinträchtigt sind, dafür, dass die Kinder aus *Studie 3* vielleicht ihre Mütter auch mehr in Anspruch nehmen als die Kinder aus der *Studie 1*. Ob jedoch die Beanspruchung wirklich auf die Kinder und deren Verhalten bezogen ist oder auf andere familiäre oder persönliche Bedingungen (z.B. Eheprobleme), kann nicht abschliessend beantwortet werden. Der Persönlichkeitsfragebogen für die Mütter fokussiert nicht auf das Thema Mutter-sein, was den direkten Bezug erschwert. Dass die anderen Variablen sich nicht zwischen den beiden Studien unterscheiden, kann auch – wie bei den anderen nicht-signifikanten Resultaten weiter oben – auf die geringe Power und teilweise nicht zufriedenstellend reliable Skalen zurückführbar sein. Eine andere Erklärung wäre, dass die Persönlichkeit der Mütter nicht oder zumindest nicht direkt mit den Konstrukten Ängstlichkeit und emotionale Probleme der Kinder zusammenhängt (vgl. Fragestellung 1.5, Kap. 4.3.9.1.4). Demzufolge dürfte auch kein Unterschied zwischen den Müttergruppen aus den beiden Studien zu erwarten sein.

Sorgen und kritische Lebensereignisse: Der Fragebogen zu den Sorgen der Kinder (Mauron & Hilti, 2004) und der Fragebogen zu den kritischen Lebensereignissen (Hilti & Perrez, 2004a) wurden nur zur Beschreibung der Stichprobe eingesetzt, da beide Fragebogen im Vorfeld nicht evaluiert worden sind. Der Sorgenfragebogen ergab für den Summenwert eine zufriedenstellende interne Konsistenz. Es zeigten sich keine Zusammenhänge mit den Variablen Ängstlichkeit und emotionale Probleme, weshalb keine weiterführenden Analysen durchgeführt wurden. Der Fragebogen zu den Sorgen der Kinder wurde aus inhaltlichen Überlegungen zusammengestellt und nicht anhand von Faktorenanalyse oder anderen Verfahren geprüft,

weshalb seine Aussagekraft über einen schlichten Summenwert hinaus fraglich blieb. Seine Themen sind sicherlich auf Kinder in dem Alter bezogen und wurden auch alle mindestens einmal als zutreffend angekreuzt. Die Idee der Differenzierung der Sorgen, welche im Allgemeinen auch durch die Fragebogen KAT-II und SDQ-Deu abgedeckt werden, musste folglich wieder verworfen werden. Der Fragebogen zu den kritischen Lebensereignissen wurde erstellt, da in der Literatur auf den Zusammenhang von kritischen Ereignissen mit erhöhten Ängstlichkeitswerten und auch emotionalen Problemen hingewiesen wird (Kap. 3.1). Die interne Konsistenz des Gesamtsummenwertes ist nicht zufriedenstellend und somit ist auch die Zuverlässigkeit der Aussagen anhand dieses Instrumentes eingeschränkt. Es zeigten sich auch hier keine Zusammenhänge mit den Variablen Ängstlichkeit und emotionale Probleme. Es wurden keine weiteren Analysen durchgeführt, auch wenn – wie mehrfach in der Literatur gezeigt wurde – davon ausgegangen wird, dass kritische Lebensereignisse sich auf die Höhe von Ängstlichkeit und emotionale Probleme auswirken.

Keine Effekte: In den zusätzlichen Analysen, in welchen die Zusammenhänge der verschiedenen Variablen der *Studie 3* betrachtet wurden, konnten einige zu erwartende Zusammenhänge nicht gefunden werden. Beispielsweise wäre zu erwarten gewesen, dass die Ängstlichkeit des Kindes mit den emotionalen Problemen in der Müttereinschätzung korreliert. In der *Studie 1* (vgl. Kap. 4.3.9.1.3) wurde ebenfalls keine signifikante Korrelation gefunden. Dies könnte daran liegen, dass das Konstrukt der emotionalen Probleme eine Mischung aus Ängstlichkeit und depressiven Symptomen ist (vgl. Kap. 2.3). Das Resultat – zumindest in der *Studie 3* – verwundert jedoch trotzdem, da ja die Mütter die Kinder für ein Präventionsprogramm im Bereich Ängstlichkeit angemeldet haben. Wie jedoch bereits erwähnt, ist die nicht vorhandene Beurteilerübereinstimmung eventuell auf eine kognitive Verzerrung bei den Müttern zurückführbar. Oder die Kinder zeigten zu Beginn in der Prämessung Dissimulationstendenzen, welche sich erst durch das Training legten. Dies würde auch erklären, weshalb der Effekt auf der Skala *Ängstlichkeit Kind* erst zum Follow-up-Zeitpunkt signifikant wurde. Weiter wurde davon ausgegangen, dass die Ängstlichkeit der Mutter mit der Ängstlichkeit oder den emotionalen Problemen des Kindes zusammenhängt, was jedoch in der *Studie 3* nicht bestätigt werden konnte. Diese Annahme hing mit der Annahme weiter oben zusammen, dass ängstliche Mütter den Kindern mehr ängstliche Symptome zusprechen als die Kinder selbst. Kinder, welchen durch Modelllernen oder durch positive Verstärkung bei ängstlichem Verhalten gezeigt wird, dass die Welt in den Augen der Mutter gefährlich ist, müssten entsprechend der Literatur (vgl. Kap. 3.2) auch Ängste entwickeln. Da die Mütter der *Studie 3* jedoch nicht signifikant ängstlicher waren als jene aus der *Studie 1* und somit nur die Kinder ängstlicher und durch mehr emotionale Probleme belastet, konnte dieser Zusammenhang nicht signifikant werden. Die geringe Power für die Korrelationen könnte jedoch ebenfalls für diese nicht signifikanten Resultate verantwortlich sein.

Trainingswirkung bei den Kindern:

Eine der Hauptfragestellungen war, die Wirkung des Trainings zu evaluieren respektive Hinweise auf die Wirkung zu finden (Pilotstudie). Es interessierte vor allem die Wirkung auf die Ängstlichkeit und den damit verbundenen Faktoren. Eine Trainingswirkung kann auf zweierlei Wegen erreicht werden: Zum einen durch die Reduktion von unerwünschtem Erleben und Verhalten und zum anderen durch Erhöhung von erwünschtem Verhalten und dem Erwerben von Ressourcen (protektive Faktoren, Kap. 3). In Kapitel 5.2 wurde aufgezeigt, dass es verschiedene Modelle gibt, wie Intervention aufgebaut werden kann. Die Therapie fokussiert dabei meist auf die Symptome, das heisst auf die Reduktion von unerwünschtem Erleben und

Verhalten. Wie in Kapitel 5.2. diskutiert, kommt in der primären Prävention und Gesundheitsförderung vor allem der ressourcenorientierte Ansatz zum Tragen, da noch keine Symptome vorhanden sind und maximal die Risikofaktoren bekannt sind. In der *indizierten* Prävention wird – nicht nur in der vorliegenden Arbeit (vgl. Kap. 5.3) – oft eine Kombination gewählt, da sowohl einzelne Symptome vorhanden sind, welche durch das Training reduziert werden sollten, als auch ein Aufbau von Kompetenzen und erwünschtem Verhalten angestrebt wird, damit der optimale Umgang mit den bereits vorhandenen oder zukünftigen Ängsten gelernt wird.

Wie im Ergebnisteil in Kapitel 5.4.4 beschrieben wurde, zeigte das Training „Der Zauberlehrling“ im Bereich der **Reduktion von unerwünschtem Erleben und Verhalten** eine Wirkung auf relevante Variablen der Kinder.

Ängstlichkeitsreduktion und Reduktion der emotionalen Probleme: Die Skala *Ängstlichkeit* beim Kind nahm über den Verlauf des Trainings hin ab, wurde jedoch erst zum Follow-up-Zeitpunkt signifikant (indirekte Veränderungsmessung). Dies ist jedoch eine Verzögerung, welche in (primären) Präventionsstudien erwartet werden muss (z.B. Dadds et al., 1999; Heinrichs et al., 2002; vgl. Kap. 5.3.1). Das nicht signifikante Resultat zwischen Prä- und Postmessung könnte auch darauf zurückführbar sein, dass die Power zu gering war, um den wahren Unterschied zu entdecken oder dass die Ausgangswerte zu wenig hoch waren, um einen Effekt zu erzielen. Der letztgenannte Grund könnte darauf zurückzuführen sein, dass die Kinder durch die Mütter angemeldet wurden und gegebenenfalls nicht dieselbe Einschätzung bezüglich ihrer Ängstlichkeit haben. Oder sie haben erst durch das Programm erlernt, was ihre Gefühle und Gedanken bedeuten, was wiederum dazu führen könnte, dass bei einigen Kindern eine Sensibilisierung durch das Programm stattgefunden hat. Auf der Zielvariablen *emotionale Probleme* und auf der *Gesamtskala* SDQ-Deu nahmen die Probleme bereits zwischen Prä- und Postmessung signifikant ab und blieben stabil, sowohl in der Kinder- als auch in der Müttereinschätzung. Der Unterschied zwischen den Skalen *Ängstlichkeit* und *emotionale Probleme* kann unter anderem auf die Messinstrumente (KAT-II, SDQ-Deu) zurückgeführt werden, welche sich zwar in einzelnen Items überschneiden und signifikant korrelieren, aber als Gesamtskalen unterschiedliche Konstrukte messen. Das heisst, dass die Kinder vor der Intervention eventuell mehr Zugang zu den emotionalen Problemen haben als zu Ängstlichkeit. Möglicherweise waren auch die Items im KAT-II (Turner & Tewes, 2000) zu konkret gestellt. Ausserdem fehlte im KAT-II die Möglichkeit „ein wenig“ anzukreuzen. Durch die dichotome Antwortskala sind eventuell die Kinder vermehrt forciert worden, „nein“ anzukreuzen (vgl. Diskussion zur Dissimulationstendenz). Eine weitere Erklärung besteht darin, dass ein Kind, welches Strategien im Umgang mit der Angst lernt und dadurch mehr Selbstwirksamkeit erlebt, auch weniger hilflos oder bedrückt ist. Wenn angenommen wird, dass die Skala *emotionale Probleme* diese depressiven Symptome mit abbildet, macht es Sinn, dass die Post- und die Follow-up-Werte der Skala *emotionale Probleme* geringer sind. Es würde jedoch nicht erklären, warum sich die Ängstlichkeitswerte zum Postzeitpunkt nicht signifikant vom Präzeitpunkt unterscheiden. Dazu müsste auf die anderen Erklärungen zurückgegriffen werden. Die Konstruktvaliditäten zu den Fragebogen KAT-II und SDQ-Deu (Goodman, 1997b) wurden bereits in Kapitel 4.3.9.1.4 diskutiert. Für die Stichprobe der *Studie 3* wurden folgende interne Konsistenzen gefunden: Die Skala des KAT-II war etwas unter dem noch als zuverlässig geltenden Cronbach's Alpha und die Skala *emotionale Probleme* in der Müttereinschätzung erreichte einen guten Wert; in der Müttereinschätzung wurde die Skala jedoch unzuverlässig, was die Reliabilität des gefundenen Effekts erheblich einschränkt. Da jedoch die Selbsteinschätzungen der Kinder auf der gleichen Skala und anhand des KAT-II in die gleiche Richtung zeigten, kann davon ausgegangen werden, dass das Resultat trotz der niedri-

gen internen Konsistenz in dieser Stichprobe auf eine Veränderung der Höhe der emotionalen Probleme hindeutet. Methodisch gesehen finden sich in diesem Bereich keine weiteren Verzerrungen. Da in der indizierten Präventionsforschung davon ausgegangen wird, dass bereits in der Postmessung ein kleiner Effekt auftreten kann, welcher sich dann im Verlauf im Vergleich mit einer Kontrollgruppe noch deutlicher zeigen kann (nachhaltiger Effekt), sprechen die vorliegenden Resultate dafür, dass es tatsächlich eine Wirkung gibt und dies erste Hinweise sind auf eine indizierte präventive Wirkung.

Der *Vergleich mit der WLKG*, welche keine Veränderungen zwischen den zwei Prämesszeitpunkten ohne Intervention aufwies, führte zur Bestätigung der Annahme, dass die Trainingswirkung auf die Ängstlichkeit und die emotionalen Probleme nicht ohne Intervention stattgefunden hätte. Obwohl gezeigt werden konnte, dass der Effekt der Ängstlichkeit nach 5 Monaten signifikant wird und bei den emotionalen Problemen der bereits zum Postzeitpunkt gefundene Effekt 5 Monate anhielt, ist nicht klar, ob diese Effekte auch weitere Monate oder Jahre angehalten oder sich gar verstärkt hätten. Ausserdem kann der langfristige Effekt nicht mit einer WLKG verglichen werden, da diese nach 8 Wochen auch das Training erhalten haben. Die Aussagen in Bezug auf eine protektive Relevanz in diesem Zusammenhang ist stark eingeschränkt, weil dafür eine viel längere Follow-up-Zeit notwendig wäre (vgl. Durlak & Wells, 1997a;b). Melfsen, Osterlow, Beyer und Florin (2003) fanden jedoch auch erst im Follow-up einen Effekt auf die Angstbewältigung.

Die Veränderung im Bereich der Ängstlichkeit wurde auch durch andere Messmethoden bestärkt. Die Kinder gaben in der direkten Veränderungsmessung an, dass sie nach dem Training weniger Angst hatten als vor dem Training. Weiter wurde die Ängstlichkeit von den Müttern über die gesamte Trainingszeit täglich eingeschätzt (*diaries*) und auch je einmal wöchentlich im Durchschnitt (*Stundenbögen*: Häufigkeit und Schweregrad). Es kann aus der deskriptiven Analyse geschlossen werden, dass die Ängstlichkeit langsam aber stetig über den Verlauf des Trainings abnimmt - sowohl in der Häufigkeit als auch im Schweregrad. In den täglichen Einschätzungen nahm die Ängstlichkeit in den letzten zwei Wochen wieder leicht zu, dies spiegelte sich jedoch nicht in der Frage nach der Häufigkeit in den Stundenbögen; dort zeigte sich lediglich eine Abflachung. In der Intensität gab es ebenfalls von Woche 7 auf 8 eine leichte Zunahme. Methodisch gesehen muss darauf hingewiesen werden, dass die täglichen Einschätzungen auf 8 Wochen reduziert waren, weil die Ferienunterbrüche herausgestrichen wurden. In den Stundenbögen wurden in jeder Woche mittlere Angstwerte über die Woche erfragt. Deshalb ist der direkte Vergleich etwas verzerrt. Jedoch kann in der Darstellung anhand der beiden Verfahren eine Abflachung respektive Erhöhung der Ängstlichkeit in Häufigkeit oder Intensität verzeichnet werden. Die Kurven der Wochen 1-6 in den täglichen Einschätzungen ähneln der Kurve des Stundenbogens bezüglich der Häufigkeit der Ängstlichkeit. In den anderen Wochen ist dieser Vergleich nicht deutlich. Es wäre spannend zu untersuchen, ob nun die auf die Woche aggregierten täglichen Einschätzungen der Ängstlichkeit akkurater sind als die punktuelle Einschätzung des gleichen Items am Ende der Sitzung. In diesem Zusammenhang interessieren Verzerrungseffekte, welche zu einer Über- oder Unterschätzung der Ängstlichkeit in der Fremdwahrnehmung führten. Die Annahme in der Diaries-Forschung ist, dass es akkurater ist, wenn die Personen diese Einschätzung sofort und nicht im Nachhinein machen (Gedächtnisverzerrung; vgl. Kap. 5.4.3.3). Auf der anderen Seite kann eine direkte Einschätzung nach einer angstbesetzten Situation auch zu einer Überschätzung führen, da die Situation und die Angstreaktion noch nicht durch kognitive Prozesse relativiert wurden. Für eine weitere methodische Diskussion diesbezüglich siehe weiter unten und im Abschnitt zur Methodenkritik.

Wo der Grund liegen mag, dass die Kinder gegen Ende des Trainings wieder etwas ängstlicher eingeschätzt werden, kann nur vermutet werden. Das Ergebnis könnte durch die Tages-

verfassung der Kinder zustande gekommen sein, durch einen Sensitivitätsanstieg bei den Müttern, durch die Tatsache, dass das Training zu Ende ging oder durch Effekte, welche vom Trainer ausgingen. Auch möglich wäre, dass die Inhalte des Trainings zum Schluss aus Konfrontationsübungen bestanden und die Kinder diese Ängstlichkeit in den Alltag transferiert haben. Auch möglich wäre, dass die Kinder bereits so mutig wurden, dass sie sich in Situationen getraut haben, die dann doch noch bestimmte Ängste ausgelöst haben. Weiter kann nicht ausgeschlossen werden, dass bestimmte Ereignisse in der Schule oder in anderen Bereichen stattgefunden haben, welche diese Abflachung oder sogar leichte Erhöhung gegen Ende des Trainings ausgelöst haben. Auch darf nicht vergessen gehen, dass die Familie nicht nur aus Mutter und Kind besteht. Es gibt auch noch die Möglichkeit, dass ein ängstlicher Vater zu Hause einen Einfluss auf die Interaktion zwischen Mutter und Tochter hatte oder auch direkt über ein ängstliches Modell, welches zusätzlich das ängstliche Verhalten des Kindes noch verstärkt. Auch könnten ängstliche oder auch aggressive Geschwister mit dieser Entwicklung zu tun haben. Wenn natürlich beispielsweise ein Geschwister aggressives Verhalten zeigt, ist die Ängstlichkeitsreduktion beim Kind, welches im Training war, schwieriger. Die Baselines waren alle nicht stabil über eine Woche. Dies kann nun aufzeigen, dass die Variablen auch ohne Training schon variierten oder dass alleine durch die Tatsache, dass eine Anmeldung und ein erstes Ausfüllen der Fragebogen (Prämessung) stattfand, bereits eine Sensibilisierung möglich war, welche eine Dissimulation nach sich zog. Oder es fand schon ein Beziehungsaufbau bei der ersten Messung statt, welcher, ohne bereits Interventionselemente eingesetzt zu haben, Wirkung zeigte (vgl. Lambert & Barley, 2002). Da nicht jeder einzelne Wert beobachtet wurde und die Werte über die Trainingswochen über alle 17 Kinder gemittelt wurden, wird von einem Trend in die Richtung des leichten Rückgangs der Ängstlichkeit, der Bedrücktheit und der leichten Erhöhung im Bereich der Aktivität mit Gleichaltrigen und Selbständigkeit im Bereich der alltäglichen Dinge ausgegangen.

Die Ängstlichkeit zeigte einen signifikanten negativen Zusammenhang mit dem positiven Gesamturteil über das Training in der Mütterereinschätzung. Die Mütter haben ihre Kinder zum Training angemeldet in der Hoffnung, dass die Ängstlichkeit der Kinder sich über das Training reduziert. Das Training wird entsprechend dann als wirksam durch die Mütter eingeschätzt, wenn die Ängstlichkeit der Kinder nachlässt. Da die Einschätzung der Ängstlichkeit in diesem Zusammenhang durch die Kinder passierte, kann eine gemeinsame Methodenvarianz ausgeschlossen werden. Was nicht ausgeschlossen werden kann ist die Möglichkeit, dass der Zusammenhang auch im umgekehrten Sinne verstanden werden kann: dass die positive Einstellung der Mütter zum Training eine Veränderung beim Kind hervorgebracht hat. Wie bereits mehrfach diskutiert, haben die Mütter eine bestimmte Rolle in der Ätiologie von Ängsten und deren Aufrechterhaltung. Die positive Einstellung und eine Veränderung in der Selbstwirksamkeit bei der Mutter könnte dazu geführt haben, dass die Mütter günstige Bewältigungsmodelle waren und mutiges Verhalten nicht nur gelobt haben, sondern auch (unbewusst) Situationen kreiert haben, in welchen die Kinder sich mit ihren neuen Bewältigungsmöglichkeiten beweisen konnten. Die Mütter hatten in der Follow-up-Evaluation die Konfrontationsübungen nicht als die wichtigste Übung eingeschätzt, aber das Modelllernen wurde bei knapp der Hälfte der Mütter als wichtigste Strategie angesehen. Mit Abstand die meist genannte, für sich und das Kind nützlichste Strategie war die positive Verstärkung. Solche positiven Erfahrungen begünstigen erneutes mutiges Verhalten, was dazu führt, dass der Übungseffekt greifen kann und die Kinder durch vermehrtes Aufsuchen von früher angstausslösenden Situationen immer mehr an ängstlichem Erleben und Verhalten verlieren. Diesen Effekt könnten auch Reaktionen aus dem weiteren Umfeld noch verstärkt haben. Ein Kind, dass von seinen Freunden oder der Familie für mutiges Verhalten noch zusätzlich verstärkt wird, erfährt neben der sozialen Verstärkung auch eine weitere Motivation, sich selbst angstauslösenden Situationen auszusetzen.

Die Variable emotionale Probleme beinhaltet Items zum Thema Ängstlichkeit und zum Thema Bedrücktheit, Niedergeschlagenheit und häufiges Weinen, was in die Kategorie der Depression passt (vgl. Kap. 2.3 & 4.3.9.1.2). Dieses Ergebnis kann verglichen werden mit dem Item Bedrücktheit in den *täglichen Einschätzungen*, welche im Verlauf zuerst etwas abnahm und dann ab der Woche 6 wieder leicht zugenommen hatte. Dieser Verlauf ähnelt jenem der Ängstlichkeit, weshalb hier von den gleichen Erklärungsmöglichkeiten ausgegangen wird. Die Erwartungsbögen haben gezeigt, dass die Mütter nicht nur die Abnahme der emotionalen Probleme über den Verlauf des Trainings sehen, sondern damit auch die Erwartung als erfüllt einschätzen, dass die Kinder zum Zeitpunkt nach dem Training weniger bedrückt sind (91.7% sehen es als (eher) erfüllt an). Auch hier findet sich der direkte Zusammenhang, dass das Gesamturteil des Trainings zum Postzeitpunkt besser ausfällt, wenn die emotionalen Probleme geringer sind, was erwartungskonform ist. Damit keine Methodenverzerrung durch die gleiche Quelle passiert, wurde dieser Vergleich für die emotionalen Probleme anhand der Kindereinschätzung angeschaut, welche auch reliabler ist als die Müttereinschätzung. Da jedoch der Fragebogen zu den Erwartungen und deren Erfüllung nicht an einer grösseren Stichprobe evaluiert wurde, muss damit gerechnet werden, dass Verzerrungen stattgefunden haben könnten. Der Fragebogen, welcher zur Beurteilung des Trainings zugezogen wurde, ist zum Grossteil dem Original angelehnt (vgl. unten). Auch in diesem Zusammenhang ist die Konstruktvalidität leicht eingeschränkt, da keine Evaluation im Vorfeld der *Studie 3* stattgefunden hat, obwohl einzelne Items sprachlich verändert und zusätzliche Items eingesetzt worden sind. Die internen Konsistenzen sind bis auf zwei Ausnahmen, welche leicht unter den erhofften Cronbach's Alphas liegen, gut. Diese weniger zuverlässigen internen Konsistenzen beziehen sich auf Rahmenbedingungen, Material und Setting. Die internen Konsistenzen, welche sich auf den Erfolg des Trainings, den Verlauf des Trainings und die Beziehung zum Trainer beziehen, sind hoch.

Reduktion der ungünstigen Bewältigungsstrategien: Die ungünstigen Stressbewältigungsstrategien (SVF-KJ, Hampel et al., 2001) konnten nicht wie bei Prins und Ollendick (2003) oder bei Treadwell und Kendall (1996) durch ein Training abgebaut werden; auch nicht verzögert bis zur Follow-up-Sitzung (vgl. Kap. 5.3.1). Jedoch zeigte sich bei der Diskussion zu den Studienvergleichen bereits, dass sich die Kinder im Vorfeld der *Studie 3* nur in ganz kleinen Bereichen von jenen aus *Studie 1* unterschieden. Somit konnte nicht bereits im Vorfeld von einer potentiellen Prä-Post-Veränderung ausgegangen werden. Auch in der WLKG konnten in der non-Treatment-Phase keine ungünstigen Strategien signifikant abgebaut werden (in der Tendenz jedoch schon). Da die WLKG nur aus vier Kindern bestand, wurde das Ergebnis durch einzelne extreme Werte verzerrt (vgl. Fall Ines). Die ungünstigen Strategien wurden im Programm angesprochen oder zumindest indirekt bearbeitet (gedankliche Weiterbeschäftigung, passive Vermeidung, Aggression, Resignation). Da jedoch das Interventionsprogramm mit acht Sitzungen nicht die Tiefe erreichen kann wie andere Stresspräventionsprogramme, wird davon ausgegangen, dass es auch am Programm gelegen haben könnte (Limitationen in Bezug auf das Interventionsprogramm, vgl. weiter unten). Wie bereits in Kapitel 5.2 aufgezeigt, fokussierte das Training jedoch vor allem auch auf den Aufbau von günstigen Strategien. Das bedeutet natürlich nicht gleichzeitig einen Abbau von ungünstigen Strategien, wie die Resultate der *Studie 3* zeigen. Weiter könnte der Fragebogen SVF-KJ nicht jene Konstrukte erfasst haben, welche die Autorin mit „Der Zauberlehrling“ ansprechen wollte. Bis auf eine Skala waren die internen Konsistenzen in einem sehr guten Bereich, was zumindest die Zuverlässigkeit der Skalen zeigte. Jene übergeordnete Skala mit unbefriedigenden Konsistenzen wurde nicht in die Analysen einbezogen. Wie bereits bei den Erziehungsstilen wurde auf die geringe Power verwiesen, welche auch in diesem Zusammenhang zu beachten ist. Die Beurteilung des Trainings hing mit der ungünstigen Stressbewältigung zusammen. Die positive Bewertung des Trainings durch die Mutter war grösser, je niedriger die ungünstigen Stress-

bewältigungsstrategien in der Kindeinschätzung ausfielen. Das heisst entweder, dass die Kinder – trotz nicht signifikantem Effekt – ungünstige Stressbewältigung abgebaut haben oder dass die Bewertung des Trainings nur zufällig mit grundsätzlich niedrigen ungünstigen Strategien zusammenhing. Da die Veränderung der ungünstigen Strategien über das Training nicht signifikant wurde, muss von der zweiten Erklärung ausgegangen werden. Die Korrelation muss also als Querschnittsergebnis betrachtet werden, welches unabhängig vom Training auftritt. Die Trainingszufriedenheit aus Müttersicht (vgl. weiter unten) fiel ebenso höher aus, je geringer die Resignation und die Aggression durch die Kinder eingeschätzt wurden. Kinder, welche unsicher sind im Umgang mit ihrer Angst, fühlen sich resigniert und werden möglicherweise aggressiv, weil keine alternativen Strategien zur Verfügung stehen. Ob die Mutter weniger Resignation und Aggression beobachtet und deshalb die Trainingszufriedenheit höher einschätzt oder ob ein anderer Zusammenhang denkbar ist, kann nicht abschliessend geklärt werden. Eventuell könnte die Wirkung auf den Abbau von ungünstiger Stressbewältigung auch erst viel später sichtbar werden, da diese Strategien sehr viel mit Gewöhnung und Verstärkung zu tun haben und selten schnell abgebaut werden können. Wie weiter oben beschrieben, braucht der positive Verstärkerkreislauf Zeit. Da die Kinder die Konfrontationsübungen, in welchen sie die Bewältigungsstrategien einsetzen konnten, erst am Schluss machten und auch die Mütter diese Übung erst in den letzten 3 Sitzungen kennenlernten, war die Postmessung dafür eventuell zu früh. Die Mütter haben laut der Hierarchie, welche sie zum Follow-up-Zeitpunkt aufstellten, die Konfrontation nicht als relevanteste Übung eingeschätzt. Das kann mit einer Berührungsangst zu tun haben, weil diese Art von Übung viel Mut, Stärke und Aufwand von den Müttern abverlangt. Vielleicht wurde auch im Training zu wenig herausgestrichen, wie wichtig solche Übungen im Alltag sind. In der primärpräventiven Forschung zeigen sich die Effekte jedoch erst nach vielen Monaten, teilweise sogar erst nach Jahren (vgl. Kap. 5.2 und 5.3.1). In der *Studie 3* fanden sich auch keine Effekte bis zum Follow-up-Zeitpunkt. Dies könnte jedoch darauf zurückzuführen sein, dass die Kinder und Mütter keine Boostersessions bekamen, somit nicht an die Übungen erinnert wurden oder dass sie insgesamt doch zu wenig Leidensdruck hatten, um die Übungen auch in Abwesenheit von starker Angst durchzuführen.

Direkte Wirkungsbefragung: Wie Kapitel 5.4.4 zeigte, schätzten die Mütter und Kinder das Training als gut bis sehr gut ein; sowohl in der Post- als auch Follow-up-Messung. Dies wurde anhand von konkreten Fragen erhoben, welche als eine Art von direkter Veränderungsmessung angesehen werden können. Da jedoch keine konkrete Veränderung erfragt wurde, gilt dieser Bezug nur limitiert. Die direkte Frage nach der Wirkung war jedoch genau so subjektiv wie die direkte Frage nach einer Veränderung. Weil auch das Gesamturteil, welches die Mütter über das Training abgaben (vgl. unten), und die Frage nach der Besserung der Probleme der Kinder gut ausfielen, kann davon ausgegangen werden, dass zumindest aus der subjektiven Sicht eine Wirkung durch das Programm „Der Zauberlehrling“ erzielt werden konnte. Nachteile der direkten Veränderungsmessung müssen auch berücksichtigt werden. Die Teilnehmer der Studie erinnern sich vielleicht nicht gut an die Zeit vor dem Training und nehmen dies mit dem neu gelernten Wissen verzerrt wahr. Eventuell hat sich auch das Bezugssystem geändert. Da das Training jedoch nicht so lange gedauert hat, ist im Prä-Post-Vergleich nicht von einer Veränderung des Bezugssystems auszugehen. Ausserdem muss damit gerechnet werden, dass eine Art Erwünschtheit eintritt: sowohl sozial gegenüber dem Trainer als auch sich und dem Kind gegenüber, da ein bestimmter Aufwand für das Training gemacht wurde. Auch ist nicht klar, welches die Referenzwerte sind, da auch diese subjektiv sind; deshalb sind auch Vergleiche erschwert. Da dies alles jedoch subjektiv bleibt, kann davon ausgegangen werden, dass es zuverlässige Vergleiche sind (vgl. Stieglitz & Baumann, 2001).

Wie bereits zu Beginn erwähnt, werden auch *Erhöhungen auf Skalen mit erwünschtem Verhalten und Ressourcen* angestrebt.

Erhöhung der günstigen Bewältigungsstrategien: Obwohl die Erhöhung der günstigen Bewältigungsstrategien nur in der Treatment-Bedingung signifikant wurde (vgl. WLKG), konnte der Effekt, welcher bis zum Postzeitpunkt gefunden wurde, nicht bis zum Follow-up-Zeitpunkt gehalten werden. Wenn die Mittelwerte deskriptiv verglichen werden, nehmen die dazu gelernten Strategien wieder etwas ab. Der Effekt in Bezug auf die kognitiven Prozesse nahm bei Durlak und Wells (1997a) in der Meta-Analyse zu den universellen Präventionsprogrammen zum Follow-up-Zeitpunkt auch ab. Dies kann darauf zurückzuführen sein, dass die Kinder nach dem Training nicht weitergeübt haben; entweder durch mangelnde Gelegenheiten (zu wenig hohe Ängste), Wiederholung oder handlungsrelevantes Wissen, respektive, weil sie sich nicht erinnert haben. Es kann auch sein, dass zum Postzeitpunkt lediglich eine Art Wunschdenken mitgespielt hat, da die Kinder sich ein bestimmtes Wissen angeeignet haben (vgl. Wissenscheck). Zum Postzeitpunkt gaben die Kinder in der direkten Befragung an, dass sie nach dem Training besser wussten, was sie gegen die Angst unternehmen mussten. Das bedeutet, sie wussten, wie sie sich verhalten müssten, konnten es dann aber vielleicht im Alltag nicht umsetzen und haben es wieder verlernt. Eventuell konnten die Kinder auch zu wenig anhand des Trainings lernen, wie sie sich in einer konkreten Situation verhalten müssten. Das heisst, wie bereits oben erwähnt, ist das Programm eventuell doch zu knapp gehalten, da vor allem in Bezug auf Strategien mehr Übungen nötig wären. Eine weitere Überlegung ist, dass die Mütter die Übungen nicht durchgeführt haben – aus Mangel an Zeit oder auch Wissen. Gegebenenfalls wurde zu viel von den Müttern erwartet. Die Idee war, dass die Mütter zu Hause mit den Kindern die Konfrontationsübungen vorbereiten und durchführen. In der Zeit während des Trainings hatten die Mütter eventuell noch mehr Selbstvertrauen, Selbstwirksamkeits- und Handlungsergebniserwartung, weil die Übungen in den Sitzungen vorbesprochen werden konnten. Diese Annahme wird gestützt durch die deskriptive Auswertung, dass nur eine Mutter die Konfrontationsübung als wichtigste und eine zweite Mutter diese als zweiwichtigste Übung ansah.

Erweiterung des Wissens: Dass der Wissenszuwachs (im Sinne der günstigen Bewältigungsstrategien) nicht stabil war, zeigten auch die Wissenschecks. Zuerst schafften es die Kinder bis zum Postzeitpunkt, bessere Noten zu erreichen, konnten diese dann aber bis zum Follow-up nicht halten. Im Programm von Junge und Kollegen (2002) wurde ein Effekt zum Postzeitpunkt gezeigt, welcher sich bis zum Follow-up-Zeitpunkt ebenfalls verringerte (vgl. Kap. 5.3.3). Dies spricht dafür, dass die Kinder ihr Wissen – so lange nicht aktiv geübt wird – wieder vergessen. Damit die Kinder länger vom positiven Effekt profitieren können, müssten Boostersessions eingeführt werden (vgl. Manz, 2001b) oder die Mütter deutlicher angewiesen werden, diese Übungen mit ihren Kinder zu Hause durchzuführen (vgl. oben). In diesem Zusammenhang fand sich erneut die Schwierigkeit, dass im präventiven Bereich von keiner Pathologie ausgegangen wird, was die Grundlage für die Übungen immens erschwert (vgl. Kap. 5.3 & 5.4.1). Der Wissenscheck ist ein selbstentwickeltes Instrument, welches nicht an einer grossen Stichprobe evaluiert und nicht auf die Gütekriterien hin getestet wurde, weil die richtigen Antworten ausgezählt und Noten vergeben wurden. Es stellt sich jedoch die Frage, ob die relevantesten Fragen zu diesem Thema gestellt wurden und ob diese wirklich das Wissen der Kinder und Mütter spiegeln. Entsprechend stellt sich trotzdem die Frage, ob dieser Wissenscheck auch tatsächlich valide genug ist, um in Bezug auf die Wissensaneignung Aussagen machen zu können, zumal die Power mit einer solch kleinen Stichprobe auch zu klein ist, um den wahren Effekt zu finden. Da jedoch der gleiche Test zu drei Zeitpunkten eingesetzt wurde, kann zumindest für die Stichprobe intraindividuell ein Vergleich gezogen werden. Weil der Wissenscheck zum Zeitpunkt der zweiten Prämessung der WLKG nicht eingesetzt

wurde, kann kein Vergleich zu einer non-Treatmentphase gezogen werden. Das heisst, der Zuwachs an Wissen vom Prä- zum Postzeitpunkt könnte auch auf andere Variablen zurückführbar sein. Beispielsweise gibt es alleine durch das Ausfüllen der Fragebogen schon eine Sensibilisierung für das Thema. Das heisst, die Kinder und Mütter könnten sich zwischen den Messzeitpunkten Wissen ausserhalb vom Training aneignen, beispielsweise dadurch, dass sie auf bestimmte Angstthemen getriggert wurden. Da jedoch das Wissen bis zum Follow-up-Zeitpunkt wieder leicht abnahm, kann eine solche Erklärung praktisch ausgeschlossen werden. Ausserdem wird durch die Wiederholung der Fragen Reaktivität hervorgerufen. Natürlich ist die Möglichkeit gegeben, dass der Effekt zwischen der Prä- und Postmessung tatsächlich da ist, was bedeuten würde, dass die Kinder vom Training profitieren und ihr Wissen im Wissenscheck umsetzen können. Dass sie das Wissen nicht stabil halten können, zeigt auf, dass es dringend Boostersessions braucht, welche Wiederholungen im Bereich Wissensvermittlung und auch konkrete Übungen beinhalten.

Erwartungserfüllung: Die Kinder steigerten laut den täglichen Einschätzungen der Mütter die Aktivität mit Gleichaltrigen ein wenig, was sich auch im Fragebogen zur Erwartungserfüllung (Postzeitpunkte) zeigte: die Kinder erfüllten zu 66.6% diese Erwartung (eher). Auch die Selbständigkeit im Erledigen von alltäglichen Dingen war laut den täglichen Einschätzungen der Mütter gut. Da sie jedoch schon zu Beginn hoch war, konnte deskriptiv keine wirkliche Steigerung über das Training ermittelt werden, obwohl die Erwartungen vorhanden waren. Die Mütter gaben zu 92.3% an, dass die Erwartung, dass die Kinder weniger klammern, (eher) erfüllt sei. Bei ängstlichen Kindern wird davon ausgegangen, dass sie sozial eher zurückgezogen sind, weil sie Situationen, welche Angst auslösen könnten, eher vermeiden (vgl. Kap. 2.1). Ängstliche Kinder haben oft Mühe, alltägliche Dinge selbständig zu regeln und klammern sich häufig an die Mutter oder an eine andere Bezugsperson. Dies passiert ebenfalls aus dem erwähnten automatischen Verhalten der Vermeidung oder der Tendenz der Flucht aus einer beängstigenden Situation heraus. Unsichere Kinder vermeiden es, etwas auszuprobieren, wenn sie nicht ganz sicher sein können, dass sie die Situation bewältigen können. Fehler machen und Versagensängste sind stark assoziiert mit Angst (vgl. Kap. 3.2.1). Die Kinder haben über das Training, wie oben berichtet, ihre Ängstlichkeit und emotionalen Probleme abbauen können. Dies hat auch dazu geführt, dass sie weniger bedrückt sind, sich weniger hilflos erleben. Durch die sich aufschaukelnde Wirkung von positiven Erfahrungen und der Tatsache, dass keine schlimmen Konsequenzen in den angstausslösenden Situationen passieren, konnte schrittweise diese Passivität und Unselbständigkeit abgebaut werden.

Besprechung der eingesetzten Fragebogen: Zusätzlich zu den in Kapitel 4.3.9.1.2 beschriebenen diagnostischen Verfahren wurden für die Wirksamkeitsmessung tägliche Einschätzungen (diaries, Hilti & Perrez, 2004c), Stundenbögen (Hilti & Perrez, 2004b), der Fragebogen zur Beurteilung des Trainings (FBT, Hilti & Kunz, 2004a), Fragen zu Training (Kinderversion, Hilti, 2004a), Fragen zu Erwartungen (Hilti & Coninx, 2004) und Wissenschecks (Hilti & Kunz, 2004b & 2004c) eingesetzt (vgl. Anhang).

Die *Wissenschecks* wurden speziell für die *Studie 3* entwickelt. Sie setzen sich aus Fragen zum Thema Angst und Trainingsinhalten zusammen. Sie bilden sozusagen Stichproben aus dem Wissen ab, welches die Teilnehmer vor dem Training und nach dem Training hätten haben können. Die Maximalnote, die von den Kindern erreicht wurde, war eine 6.0 und bei den Müttern eine 5.5. Für eine genügende Note 4.0 mussten 60% der Fragen korrekt beantwortet werden. Ob die Auswahl der Fragen dem Thema gerecht wurde, kann nicht abschliessend beantwortet werden. Die Abänderung einzelner Fragen für die Prä- und Post- respektive Follow-up-Messung musste durchgeführt werden, weil die Fragen zum Training zuvor nicht hät-

ten beantwortet werden können. Da der Notenschlüssel angepasst wurde, hatte die Erweiterung der Fragen keine Auswirkung auf die Vergleichsmöglichkeit. Das bedeutet jedoch auch, dass es keine saubere indirekte Veränderungsmessung war, da die Anzahl der Fragen variierte.

Die *Fragen zum Training* für die Kinder (Evaluationsfragebogen), welche eine Trainingsevaluation und Zufriedenheitsmessung involvierten, wurden ebenfalls speziell für diese Studie entwickelt, da keine altersadäquate Version in der Literatur gefunden wurde. Der Fragebogen wurde nicht im Vorfeld evaluiert, jedoch liegt die interne Konsistenz bei guten .81. Es wurden vor allem deskriptive Analysen durchgeführt und nur korrelative Zusammenhänge inferenzstatistisch geprüft, wobei diese unter Vorbehalt interpretiert werden müssen, weil der Fragebogen im Bereich der Operationalisierung keinen empirischen Hintergrund hat. Der *Fragebogen zur Beurteilung des Trainings* für die Mütter wurde dem Original von Matthejat & Remschmidt (1998) entnommen und für die Studie angepasst: Die Items wurden sprachlich und zum Teil inhaltlich angepasst und durch weitere Fragen zum Training ergänzt. Die Hauptskalen, welche bereits im Original vorhanden sind und nur um wenige Items ergänzt wurden, erreichten hohe interne Konsistenzen auch in der Stichprobe der Studie 3. Die Rahmenbedingungen und Material und Setting erreichten geringere Reliabilitäten. Die Rahmenbedingungen hatten schon in der Originalversion eine schlechtere Retestreliabilität und die neu gebildete Skala *Material und Setting* war aufgrund des Zusammenfügens diverser Items unzuverlässig. Ein Teil der Postzeitpunkt-Fragebogenversion und die Follow-up-Version waren durch die Autorin selbst zusammengestellt worden. Das Interesse lag auf der direkten Einschätzung der Wirkung auf einer Prozentskala und auf den Angaben zur Zufriedenheit. Es gab auch Fragen zu den Übungen, ob und wie oft sie durchgeführt wurden; neben der Wirksamkeitsbeurteilung und der Zufriedenheit entsprach dies auch einer Möglichkeit der Evaluation der Zusammenstellung der Inhalte des Trainings und der Übungen. Diese Fragen wurden mehrheitlich direkt gestellt und nicht anhand von Skalen ausgewertet, was dazu führte, dass keine Berechnung der internen Konsistenz möglich war.

Der *Fragebogen zu Erwartungen* wurde ebenfalls für diese Studie entworfen. Die Annahme war, dass durch die Überlegung, am Training teilzunehmen, auch Erwartungen geweckt werden – an das Training, sowohl in Bezug auf das Kind als auch auf sich selbst. Diese Erwartungen wurden dann auch in die Liste der täglichen Einschätzungen (diaries, vgl. unten) aufgenommen, weil erwartet wurde, dass über die Zeit des Trainings eine Veränderung diesbezüglich stattfinden würde. Diese Erwartungen wiederum basierten auf der Literatur der Angstforschung, wobei sie nur eine kleine Auswahl wiedergaben. Dies schränkte natürlich auch die Aussagekraft ein, weil damit gerechnet werden musste, dass eventuell wichtige Erwartungen nicht erfasst wurden. Da jedoch auch offen nach zusätzlichen Erwartungen gefragt wurde, konnte im Nachhinein festgestellt werden, dass es nur wenige zusätzliche Erwartungen gab (z.B. alleine einschlafen, mit Freundin telefonieren). Es gab vor allem Erwartungen, welche nicht mit der Angst zusammenhängen (z.B. Jacke aufhängen, Zimmer aufräumen). Auch konnte man die Zufriedenheit indirekt messen, da davon ausgegangen wird, dass Menschen zielorientiert sind und somit bei Erwartungserfüllung auch Zufriedenheit verspüren. Es kann in diesem Fragebogen nicht ausgewertet werden, ob er zuverlässig ist. Auch ist die Konstruktvalidität fraglich, da nicht geprüft wurde, ob die Operationalisierung stimmig ist. Auch hier wurden die Items ausgesucht, welche der Autorin und dem Team sinnvoll erschienen (Augenscheinvalidität).

Die *täglichen Einschätzungen* wurden auf dem Hintergrund der Tagebuchtechnik kreiert (Kap. 5.4.3.3). Die diaries bringen viele Vorteile mit sich, falls diese auch zu dem Zeitpunkt ausgefüllt werden, zu dem das Ereignis stattfindet oder zumindest täglich zum gleichen Zeitpunkt. Dies konnte nur indirekt kontrolliert werden. Die erste Gruppe erhielt einen frankierten

und adressierten Umschlag (Niederschwelligkeit) und sollte die ersten 3-4 Bögen bereits Mitte der Woche verschicken und die restlichen in die Sitzung mitbringen. Dieses Vorgehen brachte viel Aufwand mit sich, jedoch keine Erhöhung des Commitments. Die Mütter meinten, dass es ihnen nicht geholfen habe, daran zu denken, weshalb es auch in den drei anderen Gruppen nicht mehr eingesetzt wurde. Die Auswahl der durch die diaries erfassten Items basierte auf dem Fragebogen zu den Erwartungen (vgl. oben). Seemann (1997) fügt an, dass die Registrierung von erwünschtem Verhalten öfter zu Verbesserung führt als die Aufzeichnung von negativ formulierten Aussagen oder aversiven Ereignissen und Verhalten. Die diaries in der vorliegenden Arbeit entsprachen diesem Vorgehen nur teilweise. Dies begründet sich jedoch in der Thematik, welche der *Studie 3* zugrunde lag. Die Frage, wie oft das Kind mutig war, entspricht nicht der Umkehrung von Ängstlichkeit und Unsicherheit, weshalb die Frage nach der Ängstlichkeit direkt gestellt blieb. Ebenso konnte bei der Frage danach, wie bedrückt das Kind war, nicht eine Umkehr in „fröhlich“, „heiter“ oder gar „befreit“ gemacht werden. Dass das Training bei zwei der vier Gruppen von 2 Ferienwochen unterbrochen war, kann natürlich zu einer Verzerrung führen, weil die Intervalle zum Üben nicht gleich waren. Es wurden die Wochen, in welchen das Training stattfand, für das Aggregieren der Daten herangezogen, das heisst, die Ferienwochen wurden nicht einbezogen. Nur für die Einzelfallanalyse von Ines wurden auch die Ferienwochen einbezogen, da die Mutter auch für diese zwei Wochen diaries ausgefüllt hatte.

Die *Stundenbögen* für die Mütter nach den Sitzungen waren sehr knapp gehalten. Dadurch konnten auch keine Skalen gebildet und Gütekriterien ausgewertet werden. Das Item zur Beanspruchung wurde auch nicht von allen Müttern verstanden, was dessen Aussagekraft stark einschränkte. Die Fragen zur Häufigkeit und Stärke der Ängstlichkeit der Kinder stellte eine Art Kontrolle der diaries dar. So könnte im Falle gleicher Intervalle verglichen werden, ob nun die gemittelten Werte der diaries zur Ängstlichkeit sich auch in einer ökonomischeren Variante der Stundenbögen abbilden liesse. In der deskriptiven Analyse zeigte sich, dass die aggregierten Daten der diaries und die Darstellung der Häufigkeit der Angst und der Schweregrad anhand der Stundenbögen, erhoben über die 8 Wochen, alle drei auf einen Rückgang der Angst hinwiesen.

Wirksamkeit, Effektstärke: Die *Effektstärken* der Wirksamkeitsmessung fanden sich in einem mittleren bis sehr grossen Bereich, ähnlich wie in der Meta-Analyse von Durlak und Wells zur indizierten Prävention (1998), in deren universellen Prävention (1997a; vgl. Kap. 5.3.2) und auch in der Meta-Analyse von In-Albon und Schneider (2007), was für die praktische Signifikanz der Ergebnisse spricht. Je grösser und repräsentativer die Stichprobe ist, desto vertrauenswürdiger sind die Effektstärken. Dies würde folgerichtig bedeuten, dass die Effektstärken der vorliegenden Untersuchung nicht komplett vertrauenswürdig sind. Um eine Effektstärke zu erhalten, welche mehr Aussagekraft für eine Population hat, müsste die Standardabweichung der Zielpopulation bekannt sein, um diese als Streuung in die Formel einzubeziehen (B. Thompson, 2002). Die klinische Signifikanz beinhaltet jedoch oft dichotome Entscheidungen, nämlich, ob die Intervention gewirkt hat. Entsprechend verliert die Effektstärke an Kraft. Für die klinische Praxis ist relevant, ob das Individuum von der Intervention profitieren kann. Die Frage hierzu wäre, wie vielen von den Kindern und Müttern in der *Studie 3* geholfen werden konnte (vgl. Kazdin, 1999). Da die klinische Signifikanz nicht von der Effektstärke abhängt, respektive die praktische Signifikanz nicht gegeben sein muss, um klinisch signifikant zu sein, könnte bei den Kindern und Müttern ermittelt werden, wie viele für sich das Training als wirksam erlebt haben. Die Gesamtevaluation aus Kindersicht zeigt, dass 14 von 17 Kindern (82.4%) das Training zum Grossteil als nützlich und wirksam erlebt haben. Ebenfalls 82.4% der Kinder sagen nach dem Training, dass sie weniger Angst haben. Bei

den Müttern waren 16 aus 17 (94.1%) zu 80% oder mehr zufrieden. Im Gesamturteil und in Bezug auf den Erfolg gab es die gleiche Verteilung: 16 von 17 Müttern glauben, dass das Training gut bis sehr gut war und überwiegend bis vollständig erfolgreich. In den diaries und im Fragebogen zu den Erwartungen wurden alltagsnahe Variablen abgefragt, welche die Relevanz für den Alltag abbilden können (vgl. oben): Aktivität mit Gleichaltrigen, Selbständigkeit im Alltag. Es zeigte sich, dass die Umsetzung grösstenteils möglich war und bereits zum Postzeitpunkt einiges umgesetzt wurde.

Trainingswirkung bei den Müttern:

Da davon ausgegangen wird, dass die Mütter viel Einfluss auf die Kinder in Bezug auf die Ängstlichkeit, deren Bewältigung und auch auf andere Variablen haben, musste auch die Wirkung des Trainings auf die Mütter erhoben und analysiert werden. Auch bei den Müttern wird unterschieden zwischen Reduktion von unerwünschtem Erleben und Verhalten und der Erhöhung von erwünschtem Verhalten und Ressourcen.

Reduktion von unerwünschtem Erleben und Verhalten:

Die **Ängstlichkeit** der Mutter selbst unterschied sich zum Postzeitpunkt noch nicht signifikant vom Präzeitpunkt. Jedoch hat sich zum Follow-up-Zeitpunkt gezeigt, dass der Unterschied zwischen Prä- und Follow-up-Messzeitpunkt signifikant wurde. Das heisst, die Mütter hatten zum Zeitpunkt 5 Monate nach dem Training signifikant weniger Angst. Auch konnte gezeigt werden, dass in der Non-Treatmentphase der WLKG keine Spontanremission erfolgte, was für den spezifischen Effekt des Trainings spricht. Gegebenenfalls ist dieser Effekt interaktiv zu verstehen: Da die Kinder vom Training profitiert haben und deren Ängstlichkeit zurück ging, konnten auch die Mütter entspannen. Auch möglich ist, dass die Kinder als gute Vorbilder fungierten und die Mütter durch das mutige Verhalten der Kindern animiert wurden, sich ihrer eigenen Angst zu stellen (Modelllernen). Da dies ein Prozess ist, konnte der Effekt zum Postzeitpunkt noch nicht gefunden werden und musste zuerst reifen. Auch möglich ist, dass die Mütter durch das angeeignete Wissen über die Zeit nach dem Training versucht haben, an ihren Ängsten zu arbeiten, um ein gutes Modell für die Kinder zu sein – unabhängig vom mutigen Modell der Kinder. Die deskriptive Auswertung zeigte auch, dass von knapp der Hälfte der Mütter das Modelllernen als die relevanteste Übung angesehen wurde. Der Original-STAI (Laux et al., 1981) ist evaluiert und hat in der vorliegenden Stichprobe eine interne Konsistenz von .91, was dieses Resultat zuverlässig macht. Auch im Bereich der Erwartungserfüllung zeigte sich, dass 75% der Mütter zum Postzeitpunkt eher bis vollkommen sicherer und weniger ängstlich waren. Ähnlich wie im Bereich der Ängstlichkeit der Kinder könnte auch hier argumentiert werden, dass die Power, einen wahren Unterschied zu entdecken, im ersten Vergleich nach dem Treatment gering war.

Die **ungünstige Erziehung** konnten die Mütter laut der Einschätzung der Kinder bis zum Postzeitpunkt in der Tendenz reduzieren, jedoch nicht bis zum Follow-up halten. Dass dieser erste positive Effekt nur auf das Training zurückzuführen ist, zeigte sich im Vergleich mit der WLKG. Die Mütter aus der *Studie 3* wurden zudem deutlich ungünstiger erziehend wahrgenommen als jene aus der *Studie 1*. Dies bildet die Grundlage, um überhaupt eine Veränderung im Sinne eines Effekts aufzeigen zu können. Die ungünstige Erziehungsskala hat jedoch eine schlechte interne Konsistenz, weshalb die Reliabilität und somit die interne Validität stark eingeschränkt ist. Warum der Effekt trotzdem nicht bis zum Follow-up-Zeitpunkt gehalten wurde, bleibt offen. Die Power zum Aufdecken eines wahren Unterschiedes war jedoch gering. Es stellt sich natürlich die Frage, ob nicht auch die Erziehungsstile zu stabil sind, um sie

anhand eines kurzen Trainings zu verändern (vgl. Krohne & Hock, 1995). Weiter könnte es auch sein, dass die Kinder eine Art Sensibilisierung durch den Fragebogen erfahren haben und dadurch ihre Mütter auch kritischer betrachteten als vor dem Training. Speziell in der Erziehung, welche auf einer Interaktion mit dem Kind beruht, müsste im Programm mehr Übung einfließen (vgl. Kritik am Programm). Obwohl der ESI-M unter anderem im Bereich der Angststörungen evaluiert wurde (vgl. Krohne & Hock, 1995), wirkt sich Erziehung nicht nur in Bezug auf mutiges oder ängstliches Verhalten aus. Die Kinder erleben Erziehung in vielen Bereichen ihres Alltags. Entsprechend kann sich ein bestimmter Teil, welcher sich auf die Veränderung im Bereich der Unterstützung der Bewältigung der Ängste bezieht, verändert haben und andere Bereiche sind stabil geblieben. Das würde auch die nur in der Tendenz gefundenen Ergebnisse unterstützen. Wie bereits im Bereich der Bewältigungsstrategien der Kinder beschrieben wurde, hat eventuell für einen anhaltenden Effekt die Übung, respektive im Bereich der Erziehung, die kritische Selbstbeobachtung der Mütter nach dem Training gefehlt. Da Erziehungsverhalten starken Gewohnheitscharakter hat, das heisst, stabil ist, war das Training zu wenig lange und die damit aufgebaute Motivation zu schwach, um dauerhaft einen Erfolg zu verzeichnen. Weil bei diesem Teil die Kinder die Quellen waren, könnte das Verschwinden des Effekts jedoch auch auf einen Faktor seitens der Kinder zurückführbar sein (z.B. deren Wahrnehmung oder Wunschenken).

Die **Gesamteinschätzung** des Trainings zum Post- und Follow-up-Zeitpunkt in Bezug auf sich selbst fiel gut aus. Sowohl in der direkten Befragung, welche zu beiden Zeitpunkten gestellt wurde, als auch in jenen, die zum Postzeitpunkt nach der Verbesserung der Probleme bei sich selbst fragten, oder nach dem Gesamturteil im FBT. Auch in den Stundenbögen haben die Mütter dem Training zugesprochen, nützlich und hilfreich zu sein. Dass der Trainingserfolg direkt mit der Zufriedenheit mit dem Training zusammenhängt, verwundert nicht. Da es in diesem Bereich vor allem um subjektive Einschätzungen ging, kann der common rater effect, speziell jener der sozialen Erwünschtheit, nicht ausgeklammert werden. Auch im Erwartungsbogen zeigte sich, dass die Erwartungen (weniger hilflos, Hilfsmittel und Tipps) zum Grossteil erfüllt wurden. Da diesbezüglich kein Vergleich mit der WLKG durchgeführt wurde, kann nicht ausgeschlossen werden, dass dieser Effekt nicht durch andere Einflüsse erreicht wurde.

Die **Erhöhung von erwünschtem Verhalten und Ressourcen** fiel positiv aus. Nach der Einschätzung der Kinder konnten die Mütter **günstige Erziehungsverhaltensweisen** aufbauen und steigern und dies auch über die 5 Monate Follow-up halten (vgl. Ginsburg & Schlossberg, 2002). Im Vergleich zur WLKG konnte gezeigt werden, dass dieses Verhalten ohne Training nicht aufgebaut worden wäre. Da im Programm sehr auf das Thema positive Verstärkung (Loben) und Unterstützung eingegangen wurde, auch durch Übungen, kann in diesem Zusammenhang davon ausgegangen werden, dass das Training der Mütter ausreichend auf die günstige Erziehung eingeht. Diese übergeordnete Skala hat eine hohe interne Konsistenz, was die Resultate zuverlässig macht. Es scheint einfacher zu sein, günstiges Erziehungsverhalten aufzubauen und zu halten, als ungünstiges zu reduzieren (vgl. oben). Auch scheint es nicht so zu sein, dass durch mehr günstiges Verhalten das ungünstige Erziehungsverhalten weniger Raum hat. Warum das ungünstige Erziehungsverhalten nicht persistent abgebaut werden konnte, wurde weiter oben diskutiert. Es muss weiter beachtet werden, dass dies die subjektive Wahrnehmung der Kinder spiegelt. Auch hier könnte zum einen eine Sensibilisierung durch das Training oder eine Art Erwünschtheit mit im Spiel sein. Da jedoch die verschiedenen Übungen darauf abgezielt haben, dass die Mütter vermehrt auf Selbstverständlichkeiten achten, mutiges Verhalten loben und ihre Kinder im Problemlöseprozess unterstützen, machte dieses Ergebnis zumindest inhaltlich Sinn. Die positive Verstärkung (Lob) wurde von den meisten Müttern auch als nützlichste Übung angegeben.

Im Gegensatz zu den Kindern konnten die Mütter sich das über das Training angeeignete **Wissen** über Angst zum Postzeitpunkt bis zum Follow-up-Zeitpunkt halten. Psychoedukation über die Angst zeigte bereits in anderen Studien schon erste Wirkungen auf die Reduktion der Angst, unabhängig von anderen Übungen (Junge et al., 2001; Maccoby & Solomon, 1981). Der Lerneffekt würde die restlichen Resultate stützen, da auch das günstige Erziehungsverhalten im Training durch Psychoedukation erlernt wurde.

Trainingswirkung, Consumer satisfaction und Erwartungen:

Consumer satisfaction: Die direkte Befragung der Teilnehmer zur Zufriedenheit mit dem Training zum Postzeitpunkt brachte hervor, dass sowohl die Kinder als auch die Mütter zufrieden bis sehr zufrieden waren. Da die Befragung nicht anonym war, muss natürlich hinterfragt werden, ob die Teilnehmer sozial erwünscht geantwortet haben. Es könnte jedoch auch sein, dass die Teilnehmer sich die Wirkung und die Zufriedenheit schönreden, da sie Zeit und Aufwand investiert haben und einfach daran glauben wollen (vgl. Seligman, 1995a). Die Befragung der Mütter über den Fragebogen zur Beurteilung des Trainings (FBT, Hilti & Kunz, 2004a) involvierte ebenfalls eine direkte Frage nach der Zufriedenheit mit dem Training. Auch die Analyse zu dieser Frage zeigte deutlich, dass alle Mütter überwiegend bis sehr zufrieden waren. Anhand des FBT konnte auch gezeigt werden, dass die meisten Mütter mit dem Trainer, dem Material, dem Setting und den Rahmenbedingungen zufrieden waren. Die Mütter konnten nach jeder Sitzung evaluieren, ob ihnen die Sitzung Anregungen und Ideen gab, ob sie nützlich oder fordernd war (Stundenbögen). Diese Analysen unterstützen ebenfalls die Aussagen zur Zufriedenheit. Die Autorin misst dem Trainer als Variable viel Bedeutung zu. Alleine die positive Einstellung des Trainers, dessen kommunikative Fähigkeiten und die Tatsache, dass die Mütter durch die Trainingsteilnahme den ersten Schritt getan haben, bringt schon viel Veränderung auf den Zielvariablen und vor allem im Wohlbefinden mit sich (vgl. Lambert & Barley, 2002). Diese Zuversicht des Trainers kann auch dazu beitragen, dass die Mütter und Kinder zufrieden sind.

Erwartungserfüllung: In diesem Zusammenhang war auch spannend, dass die meisten Mütter ihre Erwartungen an das Kind, an sich und an das Training als im Grossen und Ganzen erfüllt ansahen. Die Erwartungserfüllung hing signifikant mit der auf zwei Wegen erhobenen Zufriedenheit zusammen. Je mehr die Erwartungen an das Kind durch das Training erfüllt wurden, desto grösser war der Trainingserfolg. Dies kann verglichen werden mit der Zielerreichung, welche in der Therapie relevant ist (vgl. weiter unten). Dieses Resultat macht Sinn, auch wenn beachtet werden muss, dass eine Methodenverzerrung entstand, und zwar dadurch, dass die Mutter für beide Variablen Quelle war. Wie in Kapitel 4.3.9.4 diskutiert könnte dies ein common rater effect sein, weil die Mütter grösstenteils aufgrund des Wunsches an die Wirkung und aufgrund der sozialen Erwünschtheit eine positive Evaluation abgaben. Da jedoch auch Variablen des Kindes mit der durch die Mutter eingeschätzten Zufriedenheit zusammenhängen, kann ein Teil dieses common rater effects widerlegt werden. Je höher die Ängstlichkeit, emotionalen Probleme, ungünstigen Bewältigungsstrategien durch das Kind eingeschätzt wurden, desto tiefer die Zufriedenheit der Mutter respektive das Gesamturteil über das Training, welches die Zufriedenheit der Mütter involviert. Da keine Drop-outs über das ganze Training in allen Gruppen vorkam, kann auch – unter Vorbehalt – angenommen werden, dass die Teilnehmer zufrieden waren.

Für die weiterführende Forschung wäre es spannend, ein Design zu entwickeln, welches Vorhersagen in Bezug auf die Zufriedenheit der Trainingsteilnehmer zulässt. Die Autorin behauptet, dass schon in der Prämessung und während des Trainings Hinweise darauf zu finden wa-

ren, welche Dyaden speziell gut vom Training profitieren würden und entsprechend auch zufriedener waren als andere. Spannenderweise waren diese Eigenschaften vor allem bei den Müttern beobachtbar. Neben dem Commitment der Teilnehmer, welches in Fragestellung 3.5 betrachtet wurde, waren auch Ausbildung, Intelligenz und sozialer Status wichtige Aspekte. Die Interaktion mit den Trainern lieferte diese Eindrücke, sie wurden nicht weiter analysiert. Eine weiterführende Diskussion zu diesen Überlegungen findet sich in Kapitel 6.3 und 6.4.

Ausreisser: Zwei Kinder waren im Durchschnitt deutlich unzufriedener als der Rest der Gruppen (vgl. Abb. 56). Sie waren nicht in der gleichen Gruppe, unterschieden sich jedoch klar in Bezug auf die klinische Einschätzung der Intelligenz, wobei der Junge deutlich überdurchschnittlich intelligent war und das Mädchen grosse Probleme im Verständnis und der Aufnahmefähigkeit hatte (vgl. Einzelfall „Ines“). Wie viel Einfluss dabei die Mütter, beispielsweise mit ihrer Meinung, hatten, ist nicht klar. Im Falle von Ines hatte die Mutter den Erfolg des Trainings deutlich schlechter als die anderen Mütter eingeschätzt (vgl. Abb. 48). Die Mutter von Ines gab eine Zufriedenheit von 60% an, der tiefste vergebene Wert aller Mütter. Ausserdem schätzte sie zum Postzeitpunkt die Trainingswirkung auf die Tochter auf 20% und für sich auf 70% ein, zum Follow-up nur noch auf je 10%. Die Einschätzung der Mutter des Jungen war ähnlich wie jene der anderen Mütter. Sie war mit 90% sehr zufrieden mit dem Training, die Trainingswirkung für das Kind schätzte sie mit 90% zum Post- und mit 70% zum Follow-up ein und für sich mit zuerst 90% und zum Follow-up noch mit 60%, obwohl der Junge deutlich unzufrieden war und das Training nicht weiterempfehlen würde. Beide Mütter waren verheiratet, Ines Mutter war älter mit akademischem Hintergrund, in einer Stadt lebend, die Mutter des Jungen gab an, eine Lehre gemacht zu haben und auf dem Land zu leben. Ines hatte ein älteres Geschwister, der Junge drei Geschwister, wobei er der Älteste war. Ines war 9 Jahre, der Junge 11 Jahre alt; beide waren Schweizer. Die auffälligsten Unterschiede waren das Alter und die klinische Einschätzung der Intelligenz. In Bezug auf das Alter und Geschlecht wurden jedoch keine Zusammenhänge mit der Zufriedenheit gefunden. Mögliche andere Erklärungen könnten die Gruppenzusammenstellungen sein, in welchen die beiden waren. Eventuell hatte die Zusammensetzung für den Jungen nicht gepasst; der Junge war einer der älteren Teilnehmer und war zusammen in der Gruppe mit der jüngsten Teilnehmerin. Das heisst, es war an sich kein Alterseffekt in Bezug auf die Zufriedenheit vorhanden, sondern in Bezug auf die Dynamik und den Inhalt der Ängste.

Konsequenzen: Obwohl davon ausgegangen werden müsste, dass die Mütter, welche sich für ein solches Programm anmelden, konkrete Erwartungen haben, sind die Vorstellungen in Bezug auf ein kognitiv-verhaltenstherapeutisches Training nicht klar, weil dies den meisten unbekannt war. Wenn davon ausgegangen wird, dass die Erwartungshaltung der Mütter einen Einfluss auf die Wirkung einer Intervention und damit auch auf die Zufriedenheit hat, dann müsste mehr mit den Erwartungen der Mütter gearbeitet werden. Eine Therapie funktioniert besser, wenn Ziele formuliert werden (vgl. Durlak & Wells, 1997). Aufgrund der Erfahrungen mit den Dyaden der *Studie 3* wird klar, dass die Zielbeschreibung (Erwartungserfüllung) zu Beginn der Intervention geklärt werden muss, auch wenn das Programm bereits manualisiert ist – speziell, da die Zufriedenheit mit dem Training mit der Erwartungserfüllung zusammenhängt. Die offene Frage in der Fragebogenbatterie, welche zur Formulierung weiterer Ziele (Erwartungen) der Mütter anregte, blieb bis auf Ausnahmen leer. Es wurden die vorgegebenen Erwartungen übernommen, was möglicherweise eine Identifizierung erschwerte. Bei den Kindern wurden nur mündliche Beispiele des Trainers vorgegeben. Sie mussten selbständig Ziele formulieren, welche sie durch das Training erreichen wollten. Durch die Manualisierung

ist die Integration von frei formulierten Zielen und Erwartungen etwas erschwert. Im Rahmen der Hausaufgaben und Übungen jedoch können diese angegangen werden. Aber auch hier fiel es den Müttern oft schwer, da sie in der indizierten Präventionsarbeit vielfach einen Mangel an Beispielen hatten, oder es war ihnen zu unangenehm, sich vor der Gruppe und dem Trainer zu exponieren.

Keine Effekte: Warum die Korrelationen zwischen der Erwartungserfüllung auf das Kind bezogen und der Zufriedenheit der Mutter nicht signifikant wurden, kann an der Konstruktvalidität der selbst konstruierten Fragebogen liegen oder daran, dass die Teststärke für Korrelationen mit einer kleinen Stichprobe sehr gering war. Da die Zufriedenheit der Mütter mit dem Trainingserfolg hoch signifikant zusammenhängt und signifikante Korrelationen zwischen der Erwartungserfüllung auf das Kind bezogen und dem Erfolg und dem Gesamturteil gefunden wurde, erstaunt es, dass keine signifikanten Zusammenhänge mit der Zufriedenheit entdeckt wurden. Die gleiche methodische Begründung gilt auch für die Zusammenhänge der Zufriedenheit mit anderen Variablen, wie emotionale Probleme in der Kindeinschätzung, der Ängstlichkeit, ungünstigen Bewältigungsstrategien. Diese nicht gefundenen Effekte hängen möglicherweise damit zusammen, dass die Zufriedenheit sehr subjektiv ist. Jemand kann sehr zufrieden sein, wenn er einzelne kleine Erfolge erreicht hat und kann gleichzeitig in der Wirksamkeitseinschätzung – auch in der direkten – eine andere, eventuell realistischere Einschätzung zur Erwartungserfüllung respektive Zielerreichung geben. Vielleicht waren die Ziele zu hoch gesteckt oder zu mannigfaltig, als dass sie alle hätten erfüllt werden können. Trotzdem kann jemand mit dem Programm zufrieden sein. Im Training wurde auch thematisiert, dass das Versuchen und sein Bestes geben verstärkt wird und nicht nur das Zielerreichen.

Trainingswirkung, Hausaufgaben und Übungen:

Die Annahme, dass die Durchführung der Übungen mit der Trainingswirkung zusammenhängt, konnte bestätigt werden (vgl. Helbig & Fehm, 2005). Es wurde davon ausgegangen, dass die **Hausaufgabendurchführung** Teil des Commitments ist. Insgesamt wurden die Hausaufgaben von den meisten Dyaden regelmässig durchgeführt. Der Zusammenhang mit Wirkvariablen zeigte sich vor allem bei den Müttern. Da in der kognitiven Verhaltenstherapie angenommen wird, dass die Übung elementar ist für eine Veränderung im Erleben und Verhalten, ist dieses Resultat sinnvoll (z.B. Hand, 2000). Je mehr die Strategien zu Hause und im Alltag geübt werden, um so deutlicher zeigt sich ein Effekt. Die Mütter mussten in den Hausaufgaben meistens lernen, sich und ihre Kinder zu beobachten, was ein erster Schritt in Richtung einer Veränderung darstellt (Hautzinger, 2000b). Ausserdem sollten sie bereits ihren Umgang mit der Ängstlichkeit oder mutigem Verhalten des Kindes ausprobieren. Weitere Übungen bestanden darin, dass sie ihre Kinder mit den angstausslösenden Situationen konfrontieren (Rapee, Spence et al., 2000). Diese Übungen wurden sowohl mit den Trainern als auch mit den Kindern vorbesprochen und führten somit zu vielen Erfolgserlebnissen, auch wenn die Konfrontationsübungen zum Follow-up-Zeitpunkt durch die Mütter als weniger hilfreich eingeschätzt wurden. Diese Erfolgserlebnisse via Übungen können zu einer positiven Verstärkerspirale führen, da die Erinnerung an bereits erlebte Erfolge die Kraft und Motivation für eine erneute Exposition bringen. Zudem wurden alle Schritte mit selbst ausgesuchten Belohnungen gekoppelt (vgl. Ehlers, 2000; Schneider, 1999). Wenn von der Mischform bei der Alphafehlerkumulation ausgegangen wird, hängt das Durchführen der Hausaufgaben mit dem Gesamturteil und somit mit der Trainingswirkung signifikant zusammen (4 aus 6, vgl. Methodenkritik). Die Korrelation als Verfahren für diese Hypothesen zeigte eine geringe Power,

was der Hauptgrund sein könnte, dass einzelne statistische Hypothesen nicht signifikant wurden.

Die **Entspannungsübungen** werden als Teil der Hausaufgaben gesehen, wobei dies im Training weniger explizit formuliert wurde. Die Häufigkeit der Durchführung dieser Übungen hängt signifikant mit allen Faktoren des Trainingserfolges zusammen. Das macht insofern Sinn, als dass die Entspannungsübungen freiwillig waren und deren Durchführung somit das Commitment deutlicher zeigten als die obligatorischen Hausaufgaben. Dieser Zusammenhang bleibt auch bis zum Follow-up bestehen. Das heisst, es kann von einer „und“-Verknüpfung ausgegangen werden, und somit gibt es keine Alphafehlerkumulierung (vgl. Methodenkritik weiter unten). Das Problem, welches hier auftritt, ist die gemeinsame Methodenvarianz, da sowohl die Frage nach den Übungen als auch die nach den Erfolgskriterien durch die Mütter eingeschätzt wurde. Da sich jedoch den Müttern der Zusammenhang kaum erschliessen konnte, bleibt der common rater effect im Sinne des Gemütszustandes oder der sozialen Erwünschtheit.

Die Frage, die auch noch offen bleibt, ist, wie die Kausalität zu interpretieren ist. Ist das Durchführen der Übungen verantwortlich für den Trainingserfolg oder ist die Beziehung zum Trainer, die Rahmenbedingungen und andere Faktoren des Gesamturteils über das Training verantwortlich dafür, dass die Mütter ihre Übungen gemacht haben? Es sind beide Annahmen möglich, die Autorin geht sogar von einer Kombination aus, in dem Sinne, dass dies ein sich aufschaukelnder Verstärkerprozess sein könnte. Wenn die Hausaufgaben beim ersten Mal noch aus der Pflicht heraus gemacht werden oder weil einem der Trainer sympathisch ist, kann dies durch das Feedback und durch die Lernerfahrungen, welche in einer Verhaltensänderung bei sich und beim Kind resultieren, beim zweiten Mal bereits aus dem sich andeutenden Trainingserfolg heraus motiviert sein. Durch die Interaktion mit dem Trainer und den anderen Müttern und der Wirkung, welche die Übung zu Hause mit sich bringt, wird eine positive Wirkspirale in Gang gesetzt.

Treatmentintegrität, Durchführungsobjektivität und „Der Zauberlehrling“:

Treatmentintegrität: Insgesamt zeigte sich eine gute Treatmentintegrität, wobei das Kindprogramm mehr Probleme mit sich brachte als das Mutterprogramm. Es waren mehr Angaben von den Trainern zu ausgelassenen oder schwierigen Elementen beim Kindprogramm gemacht worden. Ein Grund könnte sein, dass das Verständlichmachen der Inhalte signifikant mit dem Einhalten der Zeit korrelierte. Es könnte aber auch daran liegen, dass das Kindprogramm von einem Therapieprogramm mit ursprünglich 16 Sitzungen auf 8 Sitzungen gekürzt (vgl. Kap. 5.3.3 & 5.4.1.2) und dass das Mutterprogramm durch die Autorin selbst zusammengestellt wurde und abgeschlossene Lernelemente enthält. Da diese Angaben jedoch nur auf den Sitzungsprotokollen der Trainer basieren, ist die Frage nach der Güte der Analyse berechtigt.

Die Materialien des Trainings wurden durch die Mütter grossteils als hilfreich, verständlich und ausführlich genug eingeschätzt. Im Zusammenhang mit dem Arbeitsheft meinten die meisten Mütter, dass es teilweise oder selten zu viele Hausaufgaben gab. Auch hier kann nicht ausgeschlossen werden, dass die Mütter sozial erwünscht geantwortet haben. Da jedoch die Antworten der 17 Mütter sich rechtsschief auf die verschiedenen Items verteilten und nicht nur die höchste Punktzahl gegeben wurde, kann davon ausgegangen werden, dass nicht alle Mütter sozial erwünscht geantwortet haben.

Durchführungsobjektivität: Die Durchführungsobjektivität war teilweise eingeschränkt. Es zeigten sich zwar Unterschiede in den einfaktoriellen Varianzanalysen; bei genauer Analyse

jedoch konnte kein Muster in Bezug auf einzelne Trainer erkannt werden. Bei den Sitzungen dagegen zeigte sich, dass es beim Kindprogramm die Sitzungen 5 und 6 waren, welche am meisten Schwierigkeiten mit sich brachten; beim Mütterprogramm war es die 5. Sitzung. Die Sitzungen 5 und 6 des Kindtrainings waren zum einen der Entwicklung von Strategien im Umgang mit der Angst und zum anderen der Selbstbewertung und –belohnung gewidmet. Dies schienen den Trainern die schwierigsten Sitzungen in Hinblick auf das Einhalten der Zeit gewesen zu sein. Eventuell lag das vor allem an den Trainern, weil der Inhalt schwierig zu vermitteln war. Falls ein Trainer Unsicherheiten hat im Bezug auf die Vermittlung eines Inhaltes, wird auch das Zeiteinhalten schwierig (vgl. oben). Bei der Müttergruppe war dies die Sitzung 5, welche sich dem Thema Selbstsicherheitstraining für die Mütter widmete. In den Stundenbögen gaben die Mütter an, dass die erste, dritte und vierte Sitzung diejenigen waren, welche am meisten herausgefordert und beansprucht haben, wobei die Abstände der Mittelwerte (deskriptiv) nicht gross sind zwischen den Sitzungen. Die erste Sitzung ist die Kennenlernsitzung, in welcher sich die Teilnehmerinnen noch nicht kennen und das Lernelement positive Verstärkung beinhaltet. Die dritte Sitzung behandelt die somatische Ebene der Angst und die vierte Sitzung das Selbstgespräch. Alle drei Sitzungen haben mit einer Art Selbstöffnung zu tun. In der ersten ist das Kennenlernen und sich der Gruppe öffnen schwierig, in der dritten Sitzung geht es um die eigene Entspannung und Beobachtung der eigenen Körperempfindungen. In der vierten Sitzung mit den kognitiven Anteilen der Angst müssen die Mütter auch über ihre eigenen automatischen Gedanken sprechen. Am meisten Anregungen und am meisten Nutzen gaben laut den Müttern die letzte Sitzung mit der Rückfallprophylaxe und dem Werbespot (deskriptiv). Obwohl eine Alphafehlerkumulierung nicht gänzlich ausgeschlossen werden kann, wird von keiner ausgegangen, da die Hypothese offen formuliert und kein grosser Zusammenhang erwartet wurde (max. Mischform wurde erwartet, vgl. Methodenkritik). Es galt lediglich herauszufinden, ob es ein bestimmtes Muster in Bezug auf die Trainer und Sitzungen gab, um das Programm seriös zu überarbeiten. Die Power für die einfaktoriellen Varianzanalysen war sehr gering. Dies könnte ein methodischer Grund sein, dass nur einzelne statistische Hypothesen signifikant wurden (vgl. Methodenkritik).

Verfahren Sitzungsprotokolle: Für bestimmte Fragen in diesem Abschnitt wurden die Sitzungsprotokolle (Hilti, 2004b) ausgewertet. Diese Protokolle wurden erstellt, um den Trainern die Möglichkeit zu geben, Mängel des Trainings oder auch Schwierigkeiten (inhaltlich und zeitlich) zu notieren. Diese konnten auch zur Analyse der Treatmentintegrität und Durchführungsobjektivität herangezogen werden (vgl. oben). Die Fragen in den Sitzungsprotokollen wurden für die erste Gruppe zusammengestellt und für die weiteren drei Gruppen noch um einige Teile erweitert. Die Autorin hatte hierzu keine Vorlage zur Hand, weshalb kein Vergleich zu einem anderen Instrument gezogen werden kann. Die Auszählungen der Anzahl Schwierigkeiten und Hausaufgabendurchführungen der Kinder und Mütter wurden als quantitative Skalen in die Analysen einbezogen. Trotz der Aufforderung der Autorin, diese Sitzungsprotokolle gründlich und gewissenhaft auszufüllen, kann nicht garantiert werden, dass alles protokolliert wurde. Ausserdem muss bei einigen Kategorien des Protokolls im Nachhinein überlegt werden, wie die einzelnen Abschnitte verstanden wurden. Beispielsweise ist nicht genauer definiert worden, was mit „schwierige Elemente“ gemeint ist, und die schriftlichen Ausführungen der Trainer waren oft eher knapp gehalten. Da die mündlichen Ausführungen in der Supervision lediglich durch eine Person, der Autorin, gehört und diskutiert wurden, kann davon ausgegangen werden, dass zumindest in den Grundzügen die gleiche Definition zu Grunde lag. Trotzdem müsste für eine weitere Untersuchung dieses Instrument überarbeitet und mit Beispielen versehen werden.

Trainingsmanual: Das *Training „Der Zauberlehrling“* selbst muss auch einer kritischen Analyse unterzogen werden. Anhand der Sitzungsprotokolle und anderer Überlegungen während der Vorbereitung und Durchführung der Studie kann jedoch davon ausgegangen werden, dass das Training objektiv durchführbar ist und auf gute Resonanz, sowohl bei den Trainern als auch den Kindern und Müttern, gestossen ist. Es muss jedoch diskutiert werden, ob die einzelnen Sitzungen des Kindtrainings nicht zu lang sind, da vor allem in den Sitzungsprotokollen für das Kindtraining öfters von ausgelassenen Elementen und Zeitnot gesprochen wurde. Obwohl 120 Minuten pro Sitzung schon sehr viel sind, reichte es trotzdem nicht immer, alle Elemente umzusetzen, und so litt oft das Belohnungsspiel darunter, welches neben dem Auflockern auch zur Motivation der Kinder beitragen sollte. Möglicherweise war die Reduktion von 16 auf 8 Sitzungen zu schwierig, weil versucht wurde, die Lerninhalte beizubehalten. Auch wenn vor allem der Übungsteil (Konfrontationen) weggestrichen wurde, da in der Prävention von weniger Leidensdruck und somit von weniger Übungsmöglichkeit ausgegangen wird, ist das Programm „Der Zauberlehrling“ eventuell zu überfüllt geworden.

Ramey und Ramey (1998) geben vor, dass Präventionsprogramme länger dauern und sogar mehrmals pro Woche stattfinden sollten. Die Autorin geht aber davon aus, dass in diesem Falle die Teilnehmerrate geringer, das Commitment nicht so hoch und die Drop-out-Rate grösser wäre. Es waren 8 Sitzungen und 3-4 Messzeitpunkte schon herausfordernd genug in Bezug auf die Drop-out-Rate. Eine Möglichkeit, Effekte des Trainings stabil zu halten, wäre die Einführung von Boostersessions. Die Auffrischung hätte sicherlich dazu beitragen können, dass die Effekte in den Bereichen Bewältigungsstrategien und in den Wissenschecks nicht nachgelassen hätten (vgl. oben). Ausserdem hätten sie es ermöglicht, gewisse Teile des Trainings nachzuschalten und somit die Zeitnot in den einzelnen Sitzungen aufzuheben. Neben den eigentlichen Inhalten der Boostersessions hätte dies auch zur Folge gehabt, dass die Mütter und Kinder eine Motivation zum Üben gehabt hätten, weil sie sich dann erneut dem Trainer hätten stellen müssen.

Vielleicht waren jedoch auch die Trainer mit einigen Inhalten überfordert, da diese noch keine ausgebildeten Psychologen und Therapeuten waren. Jedoch konnten sie sich freier auf die Manuale einlassen als vielleicht ein erfahrener Psychotherapeut, welcher bereits sehr intuitiv handelt. In zwei der Meta-Analysen von Weisz und Kollegen (1987; 1995) wurde gezeigt, dass ein grösserer Effekt erreicht werden kann, wenn das Training jüngerer Kinder durch Lehrer oder andere nicht-professionelle Trainer durchgeführt wird (vgl. Barrett & Turner, 2001); im Vergleich für die Phobien und Angststörungen schnitten die professionellen Therapeuten besser ab. Ein weiterer Aspekt stellt der Altersrange dar, welcher diskutiert werden muss. Ramey und Ramey (1998) empfehlen Programme, welche in Bezug auf das Alter so früh wie möglich einsetzen. Auf der anderen Seite zeigen Durlak und Wells (1998), dass die 7- bis 11-Jährigen am wenigsten profitierten. Zum einen war die Voraussetzung für das Training, dass die Kinder bereits fliessend Lesen und Schreiben konnten. Dies wird circa ab dem 8. Lebensjahr erwartet. Zum anderen war relevant, dass innerhalb der Treatmentgruppe keine zu grosse Altersspanne war, weil die Kinder sich sowohl im Hinblick auf die Gruppendynamik nicht zu sehr unterscheiden sollten als auch eine Stichprobenhomogenität gegeben sein sollte. Der erste Grund beschreibt ein Problem, welches in der Gruppenintervention auf der Durchführungsebene passieren kann. Kinder in verschiedenen Altersgruppen haben nicht nur verschiedene Ängste, sondern auch verschiedene Interessen, und die exekutiven kognitiven Funktionen unterscheiden sich noch stark (Übergang der konkret-operationalen in die formal-operationale Phase mit 11 bis 12 Jahren, Lohaus, 1998). Dies führt neben möglichen Problemen in der Gruppe zu einem Problem in der Auswertung der Daten, da die Stichprobe zu heterogen ist. Die 8-jährigen Kinder unterscheiden sich beispielsweise stark von 11- bis 12-Jährigen in Bezug auf die Informationsverarbeitung und das Verständnis für Zusammenhänge (vgl. Einzel-

fall-Diskussion im Abschnitt der consumer satisfaction). Trotz alledem konnte die *Studie 3* aufzeigen, dass auch die Altersgruppe der 8- bis 12-Jährigen von einem indizierten Präventionsprogramm profitieren kann.

Zu Beginn der Sitzungen waren jeweils Wiederholungen einzelner Elemente eingeplant. Damit wurde versucht, eine kurze Auffrischung der Lernelemente umzusetzen, damit auch allfälligen Verständnisschwierigkeiten und offenen Fragen entgegengewirkt werden konnte. Die Inhalte des Programms „Der Zauberlehrling“ entsprechen den gängigen Interventionsprogrammen, welche in Kapitel 5.3 vorgestellt wurden. Auch sind die wichtigsten kognitiv-verhaltenstherapeutischen Techniken vertreten (vgl. Kap. 5.4.1.). Das **Programm der Kinder** orientiert sich vor allem am ursprünglichen Programm von Kendall und Mitarbeitern (Coping Cat, z.B. Kendall, 1994). Das bedeutet, es wurden keine zusätzlichen Lernelemente oder Übungen eingeplant. Der grösste Unterschied bezog sich indes auf die Anzahl der Übungen. Kendall geht davon aus, dass für die Intervention im Angststörungsbereich vor allem die Konfrontationsübungen relevant sind. Jedoch konnte in der *Studie 3* nicht darauf aufgebaut werden, weil die Kinder im subklinischen Bereich weniger Leidensdruck haben. Dies wäre jedoch notwendig, um Expositionsübungen durchzuführen. Speziell im Alter der konkret-operationalen Phase (7 bis 11 Jahre, Lohaus, 1998) müssten eigentlich Übungen durchgeführt werden, welche das Kind an seinen eigenen Alltag erinnern, damit der Transfer in das natürliche Setting gewährleistet werden kann. Da dies nicht der Fall war, wird auch die Generalisierung des Effekts, welcher eventuell im geschützten Setting des Trainings vorhanden war, in den Alltag erschwert (eingeschränkte externe Validität, vgl. Methodenkritik).

Das **Mutterprogramm** wiederum setzt sich aus verschiedenen kognitiv-verhaltenstherapeutischen Techniken zusammen, welche in diversen Erziehungsprogrammen vorkommen (z.B. Perez et al., 1985, Rapee, Spence et al., 2000). Die Idee des Programms der *Studie 3* war eine Mischung aus Psychoedukation in Bezug auf Angststörungen und dem Umgang mit Ängsten, Training zum Coach und der Idee, dass Mütter durch ihre Erziehung und ihr Modell starken Einfluss auf die Ängste ihrer Kinder haben. In Bezug auf beide Programme kann natürlich nicht davon ausgegangen werden, dass nicht auch relevante Techniken oder Inhalte vergessen gingen.

Wie in Kapitel 5.4.1.1 gezeigt, sind die einzelnen eingeführten Elemente und Techniken des kognitiv-verhaltenstherapeutischen Kind- respektive Mutterprogramms durch theoretisch-empirische Befunde belegt. Die Tabelle 77 zeigt denn auch schon die meisten Techniken in Bezug sowohl auf das Kind selbst als auch auf die Eltern (Schneider, 2004a). Die Autorin ergänzt, dass im Vorschulalter die beiden Anteile der Eltern- und Kindprogramme ungefähr gleich gross sein sollten. Obwohl das individuelle und das Gruppensetting gleiche Effekte verzeichneten, sprechen einige pragmatische Überlegungen deutlich für das Gruppensetting (z.B. In-Albon & Schneider, 2007; Shortt, Barrett & Fox, 2001; vgl. Kap. 5.4.1.1).

Multiple Kasuistik:

Um sowohl die Stichprobe der *Studie 3* persönlicher und auch den Verlauf des Trainings anhand konkreter Beispiele deutlicher zu machen, wurden zwei Kinder und deren Mütter in der Fragestellung 3.6 als Einzelfälle dargestellt.

Beide Kinder waren 9 Jahre alt, gingen in die dritte Klasse, hatten je ein Geschwister, die Eltern waren verheiratet, aber ihre störungsspezifische Anamnese war verschieden. Daniela schien mehrere spezifische Phobien zu haben und eventuell eine Tendenz zur Agoraphobie. Ines wiederum wurde sozial ängstlich in Kombination mit aggressiven Tendenzen im häuslichen Setting beschrieben.

Beide Kinder und Mütter profitierten vom Training, wenn die indirekte Veränderungsmessung herangezogen wurde. Beide hatten tiefere Ängstlichkeitswerte; sie gelangten vom auffälligen Bereich in den unauffälligen. Danielas Mutter schätzte auch in den diaries eine Abnahme der Ängstlichkeit ein. Dies konnte bei Ines nicht beobachtet werden. Beide Mädchen nahmen Teile der Muttererziehung als günstiger wahr und beide konnten im Bereich der Bewältigungsfertigkeiten günstiger mit Problemen umgehen, wobei dies bei Ines nicht bis zum Postzeitpunkt anhielt. Die Ängstlichkeit der Mutter von Ines reduzierte sich bis zum Follow-up, die Mutter von Daniela hatte sich bereits vor dem Training als nicht ängstlich eingeschätzt. Im Wissenscheck hatten sich beide Kinder auf die Dauer nicht zusätzlich Wissen angeeignet. Ines hatte zuerst eine gute Note, war aber zum Follow-up-Zeitpunkt 1.5 Noten unter der Prämessung; Daniela wiederum konnte sich gar nicht verbessern und blieb auf einer knapp genügenden Note. Die Mütter hatten sich beide zum Postzeitpunkt verbessert, verloren jedoch auch beide bis zum Follow-up wieder eine halbe Note. Die Mutter von Daniela sah alle Erwartungen zum Postzeitpunkt als erfüllt an; die Mutter von Ines jedoch nicht, was sich auch in deren direkter Befragung zu Wirkung und Zufriedenheit spiegelte. Im Vergleich zur Mutter von Daniela und zu Daniela selbst, welche praktisch in allen Wirkfragen und Zufriedenheitsfragen die volle Punktzahl gaben, hatten Ines und ihre Mutter eine differenziertere Einschätzung, welche wahrscheinlich auch der Realität entsprach. Sie waren beide weniger zufrieden und hatten beide für sich, respektive die Mutter für das Kind, eine weniger gute Wirkungseinschätzung angegeben. Dies zeigte sich auch in der Supervision mit den Traineeinnen, in welchen deutlich wurde, dass auch in den Übungen und Hausaufgabenbesprechungen Ines weniger profitieren konnte. Sie hatten auch die Hausaufgaben öfter nicht gemacht; Daniela und ihre Mutter jedoch immer.

Spannenderweise hatten sich bei Ines bereits zwischen den beiden Präzeitpunkten ohne Intervention gewisse Skalenwerte verändert. Ihre Ängstlichkeit nahm bereits ab, sie schätzte ihre Mutter in der Erziehung zur zweiten Prämessung ungünstiger ein, sie vermied weniger zum zweiten Messzeitpunkt und konnte vermehrt aktiv soziale Unterstützung holen. Auf der Variable emotionale Probleme nahm der Punktwert jedoch zu. Ines und ihre Mutter waren Teilnehmerinnen der WLKG, welche nur aus vier Dyaden bestand. Da Ines sich schon zwischen der ersten und zweiten Prämessung aus unerklärlichen Gründen stark veränderte, kann auch nicht glaubhaft von einer Wirkung des Trainings ausgegangen werden, auch wenn diese sich abzeichnete. Möglicherweise wurde bei Ines eine starke Reaktivität festgestellt. Oder die Einschätzung variiert so stark, weil sie in der ersten Prämessung ohne die Items zu verstehen, aufgrund der Impulsivität wahllos angekreuzt hat. Weil die WLKG und auch die gesamte Stichprobe klein waren, haben diese Werte von Ines und ihrer Mutter Auswirkungen auf die Mittelwerte der Gesamtstichprobe.

Die Beobachtungen von Ines in den Sitzungen zeigten, dass eine Abklärung im Hinblick auf eine hyperkinetische Störung notwendig gewesen wäre. Sie war teilweise unruhig, impulsiv und unaufmerksam und brauchte entsprechend mehr Einzelbetreuung, was im Programm nicht eingeplant ist. In diesem Zusammenhang müsste wohl für eine weitere Studie mit dem „Der Zauberlehrling“ eingangs auch ein Screening oder sogar eine tiefergehende Diagnostik durchgeführt werden, damit komorbide Störungen entdeckt und folglich als Ausschlusskriterium gelten könnten, auch wenn Rapee (2003) für beide Bedingungen (mit und ohne komorbide Störung) den gleichen Effekt erhielt. Toren und Mitarbeiter (2000) fanden heraus, dass bei komorbid auftretender Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitätsstörung die Wahrscheinlichkeit steigt, dass im Langzeitverlauf die Angststörungen noch vorhanden sind. Ausserdem war die Gruppendynamik mit Ines anders, weil die Gruppenregeln öfter wiederholt werden mussten und sie viel mehr Betreuung bei den Hausaufgabenbesprechungen und Übungen brauchte.

Methodenkritik

Die gefundenen Effekte der *Studie 3* müssen hinsichtlich alternativer Erklärungen und Fehlern in Methode und Messung untersucht werden. Die Methodenkritik in Kapitel 4.3.9.1.4 berichtete bereits über viele Mängel, welche in Querschnitt- respektive Fragebogenstudien vorkommen können. Hier werden vor allem Ergänzungen zu Längsschnitt- respektive Interventionsstudien gemacht. Es wird zudem die Teststärke der Verfahren geprüft, was der Grundlage für die Diskussion der nicht gefundenen Effekte dient.

Therapieforschung: Laut Cook und Campbell (1979) müssen für Rückschlüsse auf kausale Effekte in der Therapieforschung drei Bedingungen erfüllt sein:

- Covariation: Veränderungen in der vermuteten Ursache müssen mit der Veränderung in dem vermuteten Effekt zusammenhängen. Das heisst, wenn das Treatment geändert, entfernt oder neu angefügt wird, müsste eine Veränderung in den Outcomevariablen beobachtet werden können.
- Temporal Precedence: Die vermutete Ursache muss vor dem vermuteten Effekt auftreten.
- No Plausible Alternative Explanations: Die vermutete Ursache muss die einzige logische Erklärung für eine Veränderung in den Outcomevariablen sein. Falls andere Faktoren vorhanden sind, welche für diese Veränderungen verantwortlich sein könnten, kann man sich nicht sicher sein, dass der vermutete Ursache-Effekt-Zusammenhang korrekt ist.

Die dritte Bedingung birgt die meisten Probleme, da zu viele mögliche alternative Erklärungen versteckt sein können. Um der Gefährdung der (internen) Validitätseinschränkung zu begegnen, werden von den Autoren fünf Wege beschrieben, welche nicht konkurrierend sind, sondern auch gleichzeitig gegangen werden können. Neben dem simplen Argumentieren, dass eine Gefährdung in der Studie nicht sinnvoll ist oder nicht vorkommt, kann auch die Gefährdung gemessen werden. Hierbei muss aber genügend Wissen um die verschiedenen Bedrohungen vorhanden sein. Die dritte Variante ist, ein gutes Design zu entwickeln, welches sowohl Kontrollgruppen hat, verschiedene Treatmentgruppen oder –bedingungen als auch mehrere Messzeitpunkte. Der vierte Weg führt über statistische Analysen, zum Beispiel Kovarianzanalysen. Die fünfte Möglichkeit, der Gefährdung zu begegnen, ist laut den Autoren die Ausschaltung bestimmter Alternativerklärungen auf irgendeine präventive Art, wie beispielsweise der Demoralisierung der Kontrollgruppe entgegenzuwirken. Die Demoralisierung könnte sogar dazu führen, dass das Treatment noch effektiver abschneidet als es in Wirklichkeit abschneiden würde.

In der *Studie 3* wurde der zeitliche Ablauf (2. Bedingung von Cook & Campbell, 1979) eingehalten, indem das Design entsprechend eine Prä- und Postmessung involvierte, was auch bedeutet, dass das Treatment zeitlich vor der Outcomemessung stattfand. Eine Präventionsstudie sollte ausserdem eine lange Vorlaufs- (lead time) und Laufzeit haben, damit auch eine normale Entwicklung beobachtet werden kann, was in *Studie 3* nicht umgesetzt werden konnte. In der Präventionsforschung muss beobachtet werden können, dass die Teilnehmer des Programms in einem langen Follow-up nicht in einen Störungsbereich eintreten. Gleichzeitig kann dies zu einem Problem führen, das sich length (time) bias nennt. Diese Verzerrung bezieht sich auf die Bezugszeit. Es werden anhand eines Screenings vor allem jene erkrankten Personen gefunden, welche eine günstige Prognose haben. Diese Umschreibung kommt aus

der Medizin (Beaglehole et al., 1997) und bezieht sich auf die Problematik, welchen Effekt die Wahl der Intervalle zwischen den Messzeitpunkten hat.

Die Idee, dass das Treatment bestimmte Variablen beim Kind und der Mutter veränderte und diese Variablen sich in der WLKG ohne Treatment eben nicht veränderten, zeigt, dass die erste Bedingung von Cook und Campbell (1979) erfüllt war. Es bleibt die dritte Bedingung respektive Problematik der alternativen Erklärungsmöglichkeiten, welche auch in der weiteren Diskussion immer wieder angesprochen wird. Es wurde ebenfalls in der Prämessung erhoben, ob die Kinder wegen psychischer oder schulischer Probleme in Behandlung waren oder ob sie Medikamente einnahmen (kein Kind nahm Medikamente), was ebenfalls einen Effekt auf das Outcome gehabt hätte. Es wurde jedoch unterlassen, dies erneut zu fragen, was dazu führt, dass nicht wirklich ausgeschlossen werden kann, dass in den 8-10 Wochen des Trainings und anschliessend während den 5 Monaten zusätzliche Behandlungen angefangen wurden. In der *Studie 3* wurde versucht, weitere alternative Erklärungen, welche sowohl plausibel als auch wahrscheinlich waren, mitzubedenken (vgl. Diskussion der Fragestellungen oben). Dies ist jedoch nie vollumfänglich möglich, weswegen die diversen beschriebenen Möglichkeiten, der Gefährdung der Validität zu begegnen, nun anhand der folgenden Ausführungen beschrieben werden sollen.

Im Bereich der Interventionsforschung müssen verschiedene Themen diskutiert werden, welche einen Einfluss auf die Güte respektive Zuverlässigkeit des Outcomes haben und die praktische Signifikanz widerspiegeln. Neben den Punkten, welche bereits im Rahmen der Querschnittstudie diskutiert wurden (vgl. Kap. 4.3.9.1.4), müssen Bedingungen der Längsschnittforschung betrachtet werden. Nach Kazdin (1994) müssen dabei einige Fragen in der **Planung einer Psychotherapiestudie** beantwortet werden. Neben den Charakteristiken der Stichprobe, welche in den Abschnitten zu den Validitäten diskutiert werden, muss das Design einigen Kriterien standhalten. Das Studiendesign der *Studie 3* war ein Kompromiss, da aus ethischen Gründen keine Kontrollgruppe ohne Intervention gebildet wurde. Ausserdem war die Zuteilung zu Treatment- und Wartelistekontrollgruppe nicht randomisiert (vgl. externe Validität). Die Behandlung der beiden Gruppen war indes bis auf die Wartezeit der WLKG gleich (vgl. Durchführungsobjektivität). In Bezug auf das Vorgehen, Treatment und Trainer wurden bereits in Kapitel 5.4.3 viele Fragen beantwortet: Beispielsweise wurden die Trainer alle aus dem Forschungskolloquium rekrutiert und von der Autorin geschult und supervidiert. Der erste Durchgang wurde auf Video aufgenommen; alle Gruppen wurden durch Sitzungsprotokolle auf deren Durchführbarkeit (Schwierigkeiten und ausgelassene Elemente etc.) evaluiert. Das Material war für alle Gruppen das gleiche (Arbeits- und Notizhefte, Zauberstäbe usw.), und die Abfolge des Trainings, dessen Elemente und auch der Messzeitpunkt war vorgegeben. Im Folgenden finden sich auch Antworten in Bezug auf die Fragen im Rahmen der Datenerhebung und -analyse (statistische und interne Validität).

Statistische Validität: Ausgehend von mittleren Effekten, einem α -Niveau von 5% und der gegebenen Stichprobengrösse (je nach Fragestellung variieren diese), kann die **Power** post hoc für jeden Test bestimmt werden. Um zu erfahren, wie gross die Stichprobe für eine bestimmte Power (.80) bei einer gegebenen Effektstärke ist, kann ein a priori Test mit dem Programm G*Power 3.1.2 (Faul et al, 2007) berechnet werden. Wie schon in den *Studien 1 und 2* werden Powerwerte von .80 oder grösser angestrebt. Je kleiner die Stichprobe, desto mehr verliert die Power bestimmter statistischer Verfahren und somit die Wahrscheinlichkeit, den wahren Zusammenhang oder Gruppenunterschied zu entdecken (Bortz & Döring, 2002). Das

heisst, die Interpretationen bei Ergebnissen mit einer Power von weniger als 80% sind problematisch und führen zu Einschränkungen der Aussagekraft und Generalisierbarkeit.

Für die Korrelationen nach Pearson und Spearmans Rho wird mit einem Effekt von $r=.30$ gerechnet. Bei einer Stichprobe von $N=17$ mit einem $\alpha=5\%$ resultiert eine Power von 22%, was deutlich zu wenig ist. Für eine Power von 80% müsste eine Stichprobengrösse von $N=84$ vorhanden sein.

Für Vergleiche zwischen Stichproben der *Studien 1, 2 und 3* wird für einen mittleren Effekt von $d=0.5$ bei einem T-Test für unabhängige Stichproben, den Gruppengrössen $N_1=79$ und $N_2=17$ (*Studie 1 und 3*) bei einem $\alpha=5\%$ (einseitige Testung) eine Power von 58% erreicht. Das bedeutet, dass der wahre Unterschied nur mit einer Wahrscheinlichkeit von 58% entdeckt wird. Für den Vergleich der Stichproben aus den *Studien 1 und 2* resultiert eine Power von 99% ($N_1=70$ und $N_2=340$) und beim Vergleich zwischen *Studie 2 und 3* ($N_1=340$ und $N_2=17$) wird eine Power von 64% berechnet. Für eine Power von 80% wäre eine Gruppengrösse von je $N=64$ ideal.

Für einen T-Test für abhängige Stichproben mit einem $N=17$ und einem erwarteten Effekt von $d=0.5$ bei einer Fehlerwahrscheinlichkeit von 5% (einseitige Testung) kann maximal eine Power von 63% erreicht werden. Für eine Power von 81% müsste die Stichprobe aus $N=27$ Personen bestehen.

Für eine ANOVA bei einem N von 436 und drei Gruppen (Vergleich *Studie 1-3*) kann bei einem Alpha von 5% und einem erwarteten Effekt von 0.25 eine Power von 99% post hoc errechnet werden. Wenn ein mittlerer Effekt von 0.25 bei $\alpha=5\%$ erwartet wird, kann bei $N=32$ und vier Gruppen eine Power von 17% erwartet werden. Bei gleichen Bedingungen und 8 Gruppen ist eine Power von 11% zu erwarten; für eine Power von 80% müsste die Gruppe total 240 Personen beinhalten.

Aufgrund der teilweise geringen Power können bestimmte Effekte, welche erwartet wurden, nicht gefunden werden. Dies wurde an den entsprechenden Stellen in der Diskussion auch angemerkt.

Die **Voraussetzungen von statistischen Verfahren** kann zum Grossteil dem Kapitel 4.3.9.1.4 entnommen werden. In Bezug auf die Verfahren zu Mittelwertsunterschieden (T-Test für abhängige und unabhängige Stichproben, ANOVA) und Zusammenhangshypothesen (Korrelationen) gelten die gleichen Annahmen wie in *Studie 1*. In Bezug auf die indirekte Veränderungsmessung wäre das Verfahren Varianzanalyse mit Messwiederholung ideal. Jedoch sind die Voraussetzungen nicht erfüllt, da die Stichprobe deutlich zu klein war und die Intervalle zwischen den Messzeitpunkten nicht gleich waren. Entsprechend wurden mehrere T-Tests für abhängige Stichproben eingesetzt, was zu einer Alphafehlerkumulation führen kann (vgl. unten).

Die **Alphafehler-Kumulierung** (vgl. Kap. 4.3.9.1.4) ist für die einzelne Hypothesenprüfung mit mehreren Subtests dann ein Problem, wenn eine „oder“-Verbindung der Signifikanztests in der (psychologischen) Hypothese formuliert wurde („weiches Kriterium“). In der Bedingung der „und“-Verbindung ist die Alphafehler-Kumulierung kein Problem („strenges Kriterium“: Alle statistischen Tests müssen signifikant sein, um die inhaltliche Hypothese als gültig zu akzeptieren). Falls *eine* der (Sub-)Hypothesen als gestützt gelten muss („oder“-Verbindung), damit die Gesamthypothese bestätigt wird, und eine Alpha-Adjustierung vorgenommen wird (vgl. Bonferroni-Korrektur unten), dann sinkt der Alpha-Fehler, was dann wiederum zu einer Reduktion der Teststärke führt. Aus inhaltlichen Überlegungen könnte man sich jedoch auch auf eine Mischform zwischen „und-“ und „oder-“ Verknüpfung einigen,

welche dann lediglich einen Teil der Signifikanztests als bestätigt fordert. Jain (2007) gibt ein Beispiel aus der Therapieforschung, in welchem der Therapieerfolg auf verschiedenen Ebenen gezeigt werden kann, wobei bereits von einem Erfolg gesprochen werden kann, wenn drei aus fünf Hypothesen signifikant werden. Es bleibt dann jedoch die Frage, wie streng die Entscheidung sein soll. Jain (2007) argumentiert, dass bei strengem Kriterium der β -Fehler steigt und der Hypothesentest weniger fair wird. Ausserdem zeigt sie auf, dass der α -Fehler sich bei der „und“-Verknüpfung über einen Multiplikationsterm verändert. Beispielsweise würde bei zwei von zwei Signifikanztests mit einem $\alpha=5\%$ die Wahrscheinlichkeit auf .0025 sinken. Dadurch sinkt jedoch auch die Teststärke und der Hypothesentest ist zwar strenger, aber nicht fairer. Somit ist das Nachweisen einer Hypothese unwahrscheinlicher. Entsprechend argumentiert die Autorin, dass die Rechnung umgekehrt werden kann, damit für alle Hypothesen ein 5%-Alpha-Niveau, ein Kompromiss aus streng und fair, möglich ist. Bei bis zu sieben Signifikanztests pro Hypothese gilt laut Jain (2007), dass zwei signifikante aus bis zu sieben Signifikanztests vorhanden sein müssen ($\alpha=.041$), um gleich streng zu testen wie mit einem Signifikanztest pro (Gesamt-)Hypothese ($\alpha=.05$). Bei drei signifikanten aus insgesamt fünf getesteten Hypothesen ist die Mischform mit $\alpha=.0011$ sogar strenger als das 5%-Alpha-Niveau, wenn nur ein Signifikanztest durchgeführt würde. In diesem Fall wäre die Bonferroni-Korrektur ($\alpha=.01$ bei $n=5$ für die einzelnen Tests, siehe unten) weniger streng als die Mischform. Bei über sieben Tests (max. 16 durchgeführte Tests) genügen drei signifikante Ergebnisse, um das Alphaniveau auf 5% zu begrenzen (vgl. Binomialtabelle). Eine andere Möglichkeit, der Alphafehlerkumulierung zu begegnen, ist die Bonferroni-Korrektur. Sie wurde bei den kritischen Hypothesen durchgeführt. Bei fünf Hypothesen führte die Bonferroni-Korrektur zu einer Ablehnung der Hypothesen. Aus inhaltlichen Überlegungen konnte jedoch auf die Mischform zurückgegriffen werden und alle Hypothesen - mit einer Ausnahme (bei den Resultaten direkt vermerkt) - konnten so bestätigt werden.

Das **Aggregieren von Daten**, das dazu dient, Daten zu verdichten, welche für bestimmte Analysen zu umfangreich sind, wurde bei den Daten zu den täglichen Einschätzungen und den Sitzungsprotokollen der *Studie 3* angewandt. Die Konsolidierung führt zu reliableren und valideren Daten, auch wenn ein gewisser Datenverlust entsteht. Alleine durch das Matching der Trainingswochen gingen Daten von mehreren Ferienwochen, in welchen zwei der vier Gruppen auch diaries ausgefüllt hatten, verloren. Jedoch musste die Vergleichbarkeit der Gruppen gewährleistet werden, weshalb die Kürzung legitimiert ist. Nur zwei aus vier Gruppen hatten Urlaubsunterbrechungen, und jene Gruppen mit zwei Wochen Urlaub hatten in den Intervallen nicht übereingestimmt. Das heisst, die beiden Gruppen (mit und ohne Urlaubsunterbrüche) können nicht dahingehend verglichen werden, ob ein Unterschied in der Wirkung zu verzeichnen wäre, falls Kinder mit Urlaubsunterbrechung mehr Zeit zum Üben haben. Auch möglich wäre ein gegenteiliger Effekt, nämlich, dass die Kinder mit dem Urlaub zwischen den Sitzungen Inhalte vergessen hatten und somit eher benachteiligt waren.

Eine Verzerrung der Messung im Zusammenhang mit der **Klassifikation** kann die interne Validität ebenfalls stark einschränken: Die Frage, ab wann eine Störungskategorie erfüllt ist und ab wann jemand nicht mehr die Kriterien erfüllt und in der Psychotherapieevaluation als Erfolg verzeichnet wird. Jedoch finden sich für die dimensionale Diagnostik im Vergleich mit der kategorialen Diagnostik höhere Übereinstimmungen, da wahrscheinlich in der kategorialen Diagnostik die Grenzbereiche unscharf sind. Die erinnerungsbedingte Verzerrung ist eine besonders wichtige messungsbedingte Verzerrung, welche durch die Erinnerungsfähigkeit der Versuchspersonen bedingt ist. Dies wurde in der vorliegenden Studie versucht einzuschränken, indem die Referenzzeitspannen in den Fragebogen in die letzten Wochen vor der Messung gelegt wurden; oder im Bereich der diaries täglich und im Bereich der Stundenbögen

wöchentlich. Ausnahmen waren die kritischen Lebensereignisse, an welche sich die Mütter bis zu einem Jahr zurück erinnern mussten.

Objektivität und Reliabilität: Das Thema *Objektivität und Reliabilität im Zusammenhang mit Fragebogenerhebungen* wurde bereits im Rahmen der *Studie 1* diskutiert (vgl. Kap. 4.3.9.1.4). Ein Hauptunterschied besteht darin, dass in der *Studie 3* Messwiederholungen durchgeführt wurden, was zu folgenden Schwierigkeiten führen kann: Zum einen muss die **Retestreliabilität** untersucht werden. Das Problem bei Messwiederholungen ist, dass ein gewisser Lerneffekt eintreten könnte (v.a. beim Wissenscheck). Die Fragebogen, welche auf der klassischen Testtheorie beruhen, bringen das Problem mit sich, dass sie oft nur für einen Zeitpunkt evaluiert worden sind (Testkennwerte, Trennschärfe, Faktorenanalyse usw.). Die klassische Testtheorie geht davon aus, dass das Merkmal, welches gemessen wird, stabil ist. Insofern ist es ein Widerspruch, die Retestreliabilität zu fordern, wenn die Veränderung auf einer Variable interessiert. Die probabilistischen Ansätze (Rost, 2004) sind konzeptuell gesehen stringenter für die Veränderungsmessung, finden sich in der klinischen Praxis jedoch selten. Der Autor schliesst, dass die beobachteten Werte die Funktion einer latenten Variable sind und geht weg von der einfachen Annahme, dass der Testwert sich nur aus dem wahren Merkmalsanteil und einem zufälligen Messfehleranteil zusammensetzt. Rost äusserte, dass die beiden Testtheorie-Modelle meist zu sehr ähnlichen Ergebnissen kommen. Der probabilistische Ansatz wäre zwar passender, jedoch sehr aufwendig und nur bei circa 10% der bereits existierenden psychologischen Tests aufzufinden.

Die **Messwiederholung** könnte einen Sensitivitätsanstieg nach sich ziehen, welcher dazu führen würde, dass die Mütter bestimmte Verhaltensweisen bei sich und beim Kind erst durch die erste Erhebung erkennen und somit in der zweiten Erhebung - ob mit oder Intervention - besser einschätzen können. Die Angaben zur Retestreliabilität wurden bei den meisten Fragebogen, welche in ihrer Originalfassung eingesetzt wurden, bereits angegeben. Die Retestreliabilität beim Wissenscheck war bei den Müttern $r_{RE}=.556$ ($p=.018$; $N=17$) und bei den Kindern nicht signifikant ($r_{RE}=.107$; $p>.05$ $N=17$). Bei den anderen Fragebogen gab es keine Wiederholung im Sinne eines Retests (z.B. den Evaluationsbögen, Stundenbögen und diaries). Die Reaktanz der Personen muss ebenfalls vermutet werden, da sie die Fragebogenbatterie grösstenteils drei bis vier Mal ausfüllten. Die soziale Erwünschtheit könnte eine starke Rolle gespielt haben, da die Mütter und Kinder die Testleiter respektive die Trainer kannten. Auch könnten sie für sich selbst erwünscht geantwortet haben, in dem Sinne, dass sie eine Wirkung des Trainings erhofften oder zu Beginn (vor dem Training) eine Übertreibung der Symptomatik wiedergaben, damit die Einschlusskriterien erfüllt waren (Dissimulations- oder Simulationstendenzen).

Durchführungs- und Auswertungsobjektivität: Die Fragebogenerhebungen fanden an der Universität oder in gemieteten Räumlichkeiten statt und waren somit nicht das natürliche Umfeld der Dyaden. Damit die Störvariablen wie Ablenkbarkeit und Müdigkeit kontrolliert werden konnten, wurde neben Pausen auch an Verpflegung gedacht. Das Training und die Messzeitpunkte wurden auf die Zeit nach der Schule gelegt, was einerseits den Vorteil hatte, dass die Kinder keinen Unterricht verpassten, andererseits auch den Nachteil mit sich brachte, dass die Kinder bereits einen langen Schultag hinter sich hatten. Da die Befragung nicht anonym war, gab es sicherlich im Hinblick auf Offenheit eine gewisse Einschränkung, obwohl betont wurde, dass es weder Richtig noch Falsch gibt. Bezüglich der Auswertungsobjektivität wurde folgende Vorgehensweise gewählt: Da die Stichprobe klein war, wurden für ausgelassene oder für Zwischenkreuze der Zeitreihenmittelwert der Skala berechnet und anhand dieses Masses entweder eine Entscheidung getroffen, welche Antwort die Person am ehesten geben

würde, oder das missing wurde mit dem Durchschnittswert (auf- oder abgerundet) ersetzt. Andere Störvariablen im Bereich der Durchführungs-, der Auswertungs- und Interpretationsobjektivität und der Reliabilität bei Fragebogenerhebungen, siehe Kapitel 4.3.9.1.4.

Im Rahmen der **Durchführungsobjektivität des Trainings** werden folgende Überlegungen gemacht: Da die Durchführung der Intervention per se schon eine soziale Situation ist, können Sympathieeffekte für die Trainer und Trainerinnen nicht ausgeschlossen werden. Ob es für einzelne Mütter schwieriger war, mit Männern als Trainer zu arbeiten, bleibt offen, da die Ergebnisse nicht eindeutig für einen positiven oder negativen Effekt sprechen. Ausserdem muss mitberücksichtigt werden, dass die Trainer, obwohl sie alle gleich geschult und supervidiert wurden, verschiedene Stärken und Schwächen aufweisen. Zum Beispiel die Sicherheit beim Erklären von Lerninhalten, respektive im Umgang mit Kindern oder Müttern, die eigene Stimmung und Tagesverfassung. Trotz der detaillierten Vorgabe im Manual (vgl. Anhang) ist die Instruktion der Umsetzung der Lerninhalte nicht wörtlich vorgegeben und birgt ein Potential für Variation und Schwierigkeiten.

Weiter ist in der sozialen Situation des Trainings nicht auszuschliessen, dass auch einzelne Kinder oder Mütter dem Trainer nicht sympathisch sein können. Das heisst, es ist auch im umgekehrten Fall eine soziale Situation, in welcher auch die Trainer menschlich reagieren können und eventuell ein Kind oder eine Mutter sympathischer oder schwieriger erleben und entsprechend reagieren. Obwohl ein standardisiertes Manual vieles vorgibt, zum Beispiel wie man bestimmte Fragen beantworten kann, welche Übung wann und wie durchgeführt wird, kann das Manual nicht vorgeben, wie der Trainer beispielsweise mit einer verbalen Attacke umgehen oder wie er auf eine Gruppe von Kindern reagieren soll, welche gemeinsam Unsinn macht. Es gibt aber auch die Störung innerhalb der Kinder- respektive Müttergruppen. Die Kinder können sich beispielsweise gegenseitig stark beeinflussen, haben eventuell Angst vor der Bewertung der anderen Kinder, dass sie Aussenseiter sind und nicht dazu gehören. Obwohl die Kinder einen Vertrag unterschreiben und durch die Mütter und Trainer gefragt werden, ob sie am Programm teilnehmen möchten, ist die Freiwilligkeit eingeschränkt, da die treibende Kraft die Mütter sind, welche angemeldet und entschieden haben. Speziell ängstliche Kinder sind oft zurückhaltend mit Kritik oder Widerworten und haben in sozialen Situationen mit fremden Kindern und Erwachsenen Schwierigkeiten, sich auszudrücken, ihre Meinung zu sagen oder auch nachzufragen, wenn sie etwas nicht verstanden haben. Auch für die Mütter gilt, dass eine Selbstöffnung nicht einfach ist, speziell, wenn ein Trainer anwesend ist und die Übungen gegebenenfalls Unzulänglichkeiten vor anderen Müttern aufdecken.

Für Kinder, Mütter gleichfalls wie für die Trainer war der Müdigkeitsfaktor (vgl. interne Validität) gegeben, da die Sitzungen jeweils 120 Minuten dauerten. Die Aufmerksamkeitsspanne ist gerade bei Kindern sehr limitiert, weshalb auf Abwechslung von Theorie und Spiel respektive Übung geachtet wurde. Jedoch kann nicht ausgeschlossen werden, dass die Konzentration und Aufnahmefähigkeit aller Teilnehmer im Verlauf der Sitzungen nachgelassen haben.

Das Programm „Der Zauberlehrling“ ist so aufgebaut, dass die Kinder oft lesen und sich auch Notizen machen müssen. Dies erfordert die Lese- und Rechtschreibkompetenz, welche mit circa acht Jahren erworben wird. Jedoch ist dies, wie schon in Kapitel 4.3.9.1.4 beschrieben, interindividuellen Schwankungen unterworfen, weshalb auch ursprünglich das Training für 9- bis 11-jährige Kinder geplant war. Es wird zwar darauf geachtet, dass alle das Gelesene verstanden haben und dass die Hausaufgaben bereits in der Stunde vorbesprochen werden, aber es kann nicht ausgeschlossen werden, dass Kinder bestimmte Worte, Sätze oder gar ganze Übungen nicht verstanden haben.

Interne Validität: Viele Aspekte der internen Validität (u.a. Definitionen oder allgemeine Aspekte zu Fragebogenstudien) wurden bereits im epidemiologischen Kapitel 4.3.9.1.4 beschrieben, weshalb auf die Wiederholung von Definitionen verzichtet werden soll, wobei die *Studie 1* eine Querschnittsstudie ist. Deshalb werden hier vor allem Ergänzungen in Bezug auf Längsschnittstudien und Interventionsstudien gemacht.

Die interne Validität ist hoch, wenn die Veränderung der AV eindeutig auf eine Variation auf der UV zurückführbar ist. Die interne Validität wird durch verschiedene Faktoren gefährdet: Durch Ereignisse, welche in der Zwischenzeit passierten und welche einen Einfluss auf die zu untersuchende Person haben, die nicht erwartet wurden. Je nach Intervall zwischen den verschiedenen Messungen, speziell bei Kindern, können Reifungsprozesse einsetzen. Hierzu gehören jedoch laut den Autoren Cook & Campbell (1979) auch kurzfristige Reifungsprozesse wie Müdigkeit, Hunger und ähnliches (vgl. Durchführungsobjektivität). In der *Studie 3* war bei zwei der vier Gruppen das Training durch zwei Ferienwochen unterbrochen. Insofern waren die Intervalle zwischen den Sitzungen nicht gleich, was verschiedene Reifungsprozesse zur Folge haben könnte. Weiter kann durch mehrmaliges Testen (oder auch mehrere Fragebogen in einer Batterie) Reaktivität verursacht sein, das heisst, das Testen an sich hat schon einen Effekt. Die Autoren fügen hier auch Lernprozesse oder die Sensibilisierungsprozesse durch mehrmaliges Befragen und Regression zur Mitte (statistisches Artefakt, vor allem, wenn Personen nach Extremwerten ausgesucht wurden) an. Die Studien zur Epidemiologie haben gezeigt, dass die Ängste und Ängstlichkeit relativ stabil über die Zeit sind (vgl. Kap. 4.4.2), weshalb nicht von einer grossen Veränderung durch Reifung im Sinne der Weiterentwicklung ausgegangen wird. Jedoch kann nicht ausgeschlossen werden, dass die Kinder und Mütter etwas erlebt haben, durch die wiederholte Befragung sensibilisiert wurden und mit Reaktivität oder sogar Reaktanz reagierten.

Das Hauptthema in Bezug auf die Validität bei **Vergleichen zwischen zwei Stichproben** ist die Verzerrung durch Selektion. Alle Bedrohungen, welche bereits in Kapitel 4.3.9.1.4 genannt wurden, können auch darauf bezogen werden: Beispielsweise die Reifung, welche bei den beiden Gruppen verschieden ausgeprägt sein kann und somit eine alternative Erklärung für das Resultat liefert. Der Bezug ist immer auf den Unterschied der Gruppen zwischen dem Prä- und Postmesszeitpunkt gelegt: Bedrohung durch Ereignisse, Priming durch die Messung, Beurteilereffekt, Mortalität, verschiedene Regressions-Raten. Die Hauptfrage, welche hier gestellt werden muss: Wie ähnlich sind sich die Gruppen, welche verglichen werden? Bis auf das Treatment müssten sich beide Gruppen sehr ähnlich sein, damit die kausale Wirkung des Trainings auf das Training selbst zurückgeführt werden kann. In Bezug auf den Vergleich zwischen den *Studien 1-3* waren einige Übereinstimmungen zu finden; aber alleine die Tatsache, dass es verschiedene Schweizer Städte und Unterschiede im Altersrange gab, wird ausreichen, um diese Voraussetzung als nicht vollständig gegeben ansehen zu müssen. Innerhalb der *Studie 3* wurden Interventions- und WLKG miteinander verglichen. Auch hier kann nicht von einer ähnlichen Verteilung von Eigenschaften ausgegangen werden. Die Unterschiede waren im Bereich des Alters, der Sprache, der Verteilung von Geschlecht und anderer Variablen zu finden. Jedoch waren, wie in Kapitel 5.4.4 beschrieben, die Hauptvariablen sehr ähnlich verteilt (vgl. Fragestellung 3.1 & 3.2). Weiter gibt es noch die Bedrohung durch *Soziale Interaktion*, welche erstens beinhaltet, dass Treatment- und Kontrollgruppe voneinander lernen können (Diffusion des Treatments), zweitens, dass eine kompensatorische Angleichung der Behandlungen stattfindet (aus dem Ungerechtigkeitsempfinden des Untersuchers heraus), drittens, die Kontrollgruppe selbständig versucht zu kompensieren (z.B. selbst eine alternative Therapie aufsucht), viertens, eine Demoralisierung der Kontrollgruppe stattfindet oder sogar einen Wettstreit verursacht (Bortz & Döring, 2002; vgl. Cook & Campbell, 1979). Jedoch hatten die verschiedenen Gruppen keinen Kontakt zu- oder untereinander. Entsprechend kön-

nen die sozialen Faktoren, welche zwischen den Gruppen spielen könnten, ausgeschlossen werden.

Ein Forschungsdesign ohne Kontrollgruppe verschlechtert die interne Validität, weil ohne einen Vergleich nur eine beschränkte Aussage zur spezifischen Wirkung eines Training gemacht werden kann (Baumann & Reineckerhecht, 2005; Bortz & Döring, 2002). Die ideale Vorgehensweise für einen Kontrollgruppenplan wäre die **Randomisierung**. Falls keine Randomisierung stattfindet, ist die interne Validität durch den Selektionsprozess gefährdet (vgl. externe Validität, unten). Aufgrund praktischer und ethischer Bedenken wurde ein Design mit Warteliste für die Kontrollgruppe durchgeführt, wobei es aus pragmatischen Gründen nicht möglich war, die Zuteilung randomisiert durchzuführen, was die interne Validität der *Studie 3* einschränkte. Aufgrund der nicht durchführbaren Randomisierung, wurde in der vorliegenden prospektiven Längsschnittstudie ein *quasiexperimentelles Design* umgesetzt. Dafür spricht jedoch auch die Praxiserfahrung, dass die Patienten zum Grossteil selbständig entscheiden, wann sie in eine Therapie gehen und zu welcher Art Therapie. Ebenfalls sind die Bedingungen individuell (z.B. Störung, Komorbidität, Dauer) und ein perfekt randomisiertes Experiment ist folgerichtig nicht repräsentativ für die Praxis. Wie schon Seligman (1995a) in der consumer report study beschrieb, wählen die Patienten in der Praxis ohne Forschungshintergrund ihren Behandler und die Behandlungsform selbständig aus. Meist sind sie auch mehrfach belastet (komorbide Störungen) und die Bewältigung der Probleme steht an erster Stelle. Die Interventionen werden dem Prozess angepasst, das heisst, sie sind selbstkorrigierend. Die Beendigung der Intervention geschieht – im Idealfall – durch beidseitiges Einverständnis, wenn eine deutliche Verbesserung des Wohlbefindens und der Symptomatik eingetreten ist (vgl. Akeret, 2006; Vorwort).

Die WLKG wurde doppelt in die Analysen eingebaut, da die Stichprobengrösse zu klein war und somit auch die Power für das Auffinden eines tatsächlichen Effekts. Das bedeutet, dass das ursprünglich angestrebte quasiexperimentelle Design mit einer Experimental- und einer Kontrollgruppe, welche parallel laufen, durch eine spezielle Version dieses Designs ersetzt werden musste (vgl. Abb. 79; Kap. 5.4.3.1). Normalerweise bekommt die WLKG nach der Prä-Post-Follow-up-Messung das Training nach Abschluss der Studie (vgl. Baumann & Reinecker-Hecht, 2005). In der vorliegenden Arbeit wurde die WLKG zu einem Teil der Experimentalgruppe, nachdem sie diesen Prä-Post-Vergleich ohne Intervention abgeschlossen hatten.

Die **Konstruktvalidität** gibt den Grad an, zu welchem berechtigterweise Folgerungen von der empirischen Operationalisierung in der Studie zu den theoretischen Konstrukten, auf welchen die Operationalisierung basiert, getätigt werden können. Dies kann sowohl in Bezug auf die Fragebogen sein als auch auf das Treatment. Bei den selbstkonstruierten Fragebogen ist die Konstruktvalidität eingeschränkt, da sie nicht im Vorfeld an einer grossen Stichprobe evaluiert worden sind. Die Fragebogen wurden nur durch eine einzelne Methode operationalisiert. Sie wurden aufgrund der Erwartungen der Autorin und ihren Mitarbeitern aus der *Studie 3* erstellt. Der theoretisch-empirische Hintergrund war nur teilweise gegeben und für bestimmte Fragebogen lagen keine Vergleiche vor. Die Reliabilitäten wurden in Kapitel 5.4.3.3 genannt, falls sie erhoben werden konnten. Insgesamt ist die interne Validität folglich eingeschränkt, wenn Hypothesen auf der Grundlage der eigenen Fragebogen getestet wurden. Die Konstruktvalidität wird bei Interventionsstudien zusätzlich eingeschränkt durch Carry over Effekte, wenn eine Interaktion durch verschiedene Treatments nacheinander beeinflusst wird, durch Sensitivierung, wenn vor dem Treatment bereits mindestens eine Messung stattfand, wenn ein Konstrukt mehrere Intensitätsstufen oder das Treatment Nebenwirkungen hat und dadurch die Generalisierbarkeit eingeschränkt ist (Cook & Campbell, 1979). Es gab in der *Studie 3* mindestens den Carry over Effekt durch Sensitivierung, als die Dyaden die Fragebo-

genbatterie vor der Trainingsphase ausfüllen mussten; bei der WLKG sogar zwei Mal. In Bezug auf das Treatment wird auch ein Programmelement das nächste beeinflussen. Da dies teilweise jedoch sogar erwünscht ist, muss differenziert werden zwischen den erwünschten und unerwünschten Effekten. Nicht erwünscht wäre jedoch, wenn die Dyaden noch an einem anderen (externen) Programm teilgenommen hätten, denn dann wäre der Schluss auf die Wirkung des Programms verfälscht.

Ein besonderes Problem im Zusammenhang mit der Konstruktvalidität ist die gemeinsame Methodenvarianz (**common method variance**). Wie bereits in Kapitel 4.3.9.1.4 beschrieben, gibt es eine Verzerrung, wenn zum gleichen Zeitpunkt die gleiche Person sowohl Daten für die AV als auch für die UV liefert. Teilweise konnte dies in der *Studie 3* nicht vermieden werden, weshalb in solchen Fällen davon ausgegangen werden muss, dass eine Verzerrung der Messergebnisse anzutreffen und somit die Aussagekraft der Resultate eingeschränkt ist. Das methodische Problem wurde bereits an den entsprechenden Stellen in der Diskussion hervorgehoben. In den Prä-Post-Follow-up-Vergleichen ist dies jedoch kein Problem, da der Zeitpunkt variiert und davon ausgegangen wird, dass der genannte Effekt nicht über die Zeit auftritt. In den Korrelationen zu unterschiedlichen Variablen der *Studie 3* in Tabelle 89 wurden teilweise Kriterium und Prädiktor durch die gleiche Person eingeschätzt, was deren Aussagekraft etwas mindert. Aufgrund inhaltlicher Überlegungen und Resultate von bekannten Studien in diesem Bereich kann jedoch davon ausgegangen werden, dass die signifikanten Korrelationen in der Population vorkommen. Die Hypothese H3.4b und Teile der Hypothese H3.4c, welche Zusammenhänge der Zufriedenheit der Mütter mit Erfolgskriterien und anderen Variablen zum Inhalt hatten, müssen unter Vorbehalt interpretiert werden, da in diesen Analysen die Mütter die Einschätzungen zum gleichen Zeitpunkt vorgenommen haben. Ebenso in der Hypothese H3.5a, wobei hier nur der Teil betroffen ist, welcher die Entspannungsübungen einbezog, weil die Durchführung der Hausaufgaben durch die Trainer ausgezählt wurde.

Externe Validität: Die externe Validität setzt unter anderem voraus, dass die interne Validität gegeben ist. In der *Studie 3* sind einige Einschränkungen der internen Validität gefunden worden, was somit die Generalisierbarkeit der Ergebnisse auf andere Stichproben einschränkt (vgl. Ausführungen Kap. 4.3.9.1.4). Die Repräsentativität ist auf keiner Ebene gegeben, da keine Randomisierung stattfinden konnte. Im Absatz zur statistischen Validität, der Objektivität und Reliabilität wurden weitere Einschränkungen erläutert. Im Folgenden sollen noch zusätzliche Überlegungen zur externen Validität im Falle von Interventionsforschung angestellt werden.

Verwechslung (**confounding**) ist ein Fehler, der durch die Stichprobenselektion stattfinden kann. "Es kommt zu Verwechslungen, wenn die Wirkungen zweier Expositionen oder Risikofaktoren nicht unterschieden werden und daher fälschlicherweise gefolgert wird, dass die Wirkung auf der einen Variable beruht und nicht auf der anderen" (Beaglehole et al., 1997, S. 77). Häufige confounder sind Alter und Geschlecht und sozialer Status. Die Wahrscheinlichkeit für eine Verwechslung kann durch Randomisierung, Restriktion oder Matching im Vorfeld einer Studie gesenkt oder ausgeschaltet werden; nach der Untersuchung kann durch eine Schichtung (Stratifikation) oder eine statistische Modellierung eine Säuberung der Ergebnisse stattfinden. Eine **Verzerrung durch Selektion** tritt auch auf, wenn Personen sich freiwillig für eine Studie melden. Die Motivation zur Teilnahme kann sein, dass sie einen bestimmten Leidensdruck spüren, dass im Falle von untersuchten Kindern - wie in *Studie 3* - die Eltern sich für eine Mitarbeit entscheiden. Die Personen, welche freiwillig teilnehmen, weisen ande-

re Charakteristiken auf als jene, welche nicht an der Studie teilnehmen wollen (Beaglehole et al., 1997).

Die Stichprobe der *Studie 3* setzt sich aus 17 Kindern und deren Mütter zusammen. Die Rekrutierung erwies sich als schwierig, da zum einen Kinder gesucht wurden, welche bereits ängstlich sind und auch unter dieser Ängstlichkeit leiden (Motivation, Leidensdruck), und zum anderen durften diese Kinder noch keine Angststörung im Sinne einer diagnostizierbaren psychischen Störung aufweisen. Dieser Umstand (Selektion) führte dazu, dass erste methodische Mängel bereits in der Rekrutierungsphase auftraten. Es wurde eine Stichprobe von 40 Mutter-Kind-Dyaden angestrebt, wobei die Kinder im Alter zwischen 9 und 11 Jahren sein sollten. Aufgrund der gesuchten Dyadenanzahl sind die Ein- und Ausschlusskriterien weniger streng gehandhabt worden. Es wurde ausserdem eingangs kein Screening gemacht, und es wurden aufgrund des genannten Arguments der Stichprobengrösse, aber auch aufgrund ethischer Bedenken, keine Dyaden ausgeschlossen. Zum einen führte dies dazu, dass die Kindergruppe sehr heterogen im Bereich der Ängste (hinsichtlich der Tendenz zu bestimmten Angststörungen, vgl. Kap. 2.2) und der Angststärke waren; zum anderen führte dies auch dazu, dass ein Mädchen, welches zum Zeitpunkt der Prämessung knapp 9 Jahre alt war und ein 12-jähriger Junge auch in die Gruppe aufgenommen wurden (vgl. Fallbeispiele im Abschnitt consumer satisfaction). Die Stichprobenauswahl war auf mehreren Ebenen keine zufällige, da die Teilnahme freiwillig, die Störungskategorie eingeschränkt und die Region und die Deutsche Sprache vorgegeben waren. Es resultierte eine anfallende Stichprobe mit bewusst ausgewählten Dyaden ($N=17$). Die angestrebte Randomisierung auf gleich grosse Interventions- und (Wartelisten-)Kontrollgruppen konnte ebenfalls nicht durchgeführt werden, da nicht genug Anmeldungen vorlagen und die Rekrutierung in zwei Phasen verlief. Die resultierende Wartelistenkontrollegruppe von 4 Dyaden wurde im zweiten Durchgang rekrutiert und war bereits während des Rekrutierungsvorganges als WLKG bestimmt, da die anderen Gruppen nach Regionen zusammengestellt und bereits durch zeitliche Kriterien festgelegt waren.

Die **Trainer** wiederum wurden durch die Teilnahme am Lizentiandenkolloquium und nach deren Interessen für die Kinder- oder Müttergruppen eingeteilt, ausserdem waren die weiblichen Trainerinnen überrepräsentiert (3:1). Somit sind mehrere selektive Effekte bereits vor Trainingsstart aufgetreten. Das bedeutet, dass ein Teil der Störvariablen nicht durch die Randomisierung respektive Zufallsvariation ausgeschaltet werden konnte. Diese Ausführungen zeigen, dass die externe Validität stark eingeschränkt ist, wodurch die Ergebnisse, welche für die Stichprobe der *Studie 3* gültig sind, nicht ohne weiteres auf andere Gruppen von Personen generalisiert werden können. Da jedoch die Ergebnisse die Resultate aus anderen Studien aus der internationalen Forschung (z.B. Mifsud & Rapee, 2005; Forschergruppe um Barrett, Kendall, Dadds, vgl. Kap. 5.3.3) unterstützen, und da auch das Training an mehreren Orten zu verschiedenen Zeiten durchgeführt wurde, kann zumindest gehofft werden, dass auch andere Kindergruppen in einem ähnlichen Setting vom Training „Der Zauberlehrling“ profitieren würden.

Weitere Überlegungen zum Nutzen, zu zukünftiger Forschung und der Implementierung von indizierten Präventionsprogrammen im Angststörungsbereich folgen in Kapitel 6.3 und 6.4.

KAPITEL 6

DISKUSSION

6 DISKUSSION

Die Hauptdiskussion wird die in der Einleitung angesprochenen vier Schwerpunkte behandeln und diese zu einem Ganzen integrieren. Die ersten beiden Schwerpunkte befassten sich mit dem Thema Epidemiologie von Ängsten und Angststörungen bei Kindern und Jugendlichen. Der Schwerpunkt 1 beinhaltet den Überblick über die internationale Forschung zur Epidemiologie (Kap. 4.2) und wurde in Kapitel 6.2 kurz zusammengefasst und diskutiert. Der Schwerpunkt 2 beschäftigte sich mit der nationalen Forschung und zwei eigenen Studien, welche an der Universität Fribourg durchgeführt wurden (Kap. 4.3). Gedanken dazu finden sich ebenfalls in Kapitel 6.2. Der Schwerpunkt 3 befasste sich mit der internationalen Interventionsforschung, speziell im Bereich der Prävention von Angststörungen bei Kindern und Jugendlichen (Kap. 6.3.1). Im Schwerpunkt 4, welcher in Kapitel 6.3.2 wiederzufinden ist, wurde die Hauptstudie 3 vorgestellt, welche die Evaluation des eigenen indizierten Präventionsprogramms „Der Zauberlehrling“ beinhaltet. In Kapitel 6.1 werden die ätiologischen Modelle zusammengefasst und in den Kontext der ganzen Arbeit gestellt. Diese Grundlagen zum Themenbereich Angststörungen bei Kindern und Jugendlichen verbinden die beiden Hauptbereiche Epidemiologie und Prävention von Angststörungen (vgl. Abb. 1, Kap. 1). Kapitel 6.4 fasst dann die verschiedenen Schwerpunkte zusammen und gibt den Ausblick.

6.1 Diskussion der ätiologischen Modelle

Cummings und Kollegen (2000) diskutieren das methodisch-statistische Problem in Bezug auf Evaluationsstudien, welche Gruppen von Menschen untersuchen. Sie meinen, dass jeder Mensch einen individuellen Entwicklungsverlauf mit bestimmten Merkmalen, Ereignissen, Anpassungen und Fehlanpassungen aufweist. Entsprechend sei unmöglich, dass Gruppenuntersuchungen sinnvolle Aussagen über den Entwicklungsverlauf machen können, welche dann auf einen „durchschnittlichen“ Menschen angewendet werden können. Je komplexer ein Modell zur Ätiologie von Angststörungen ist, desto vielfältiger sind dann auch die Möglichkeiten per Intervention und auch Prävention anzusetzen. Dabei wird jedoch die Reichweite geringer, da die Effekte weniger gross sein können (Ajdacic-Gross & Graf, 2003). Bereits Skinner (1973) sagte in seinem Werk „Wissenschaft und menschliches Verhalten“, dass es informativer sei, „einen einzigen Organismus 1000 Stunden zu untersuchen als 1000 Organismen für je eine Stunde“ (Stieglitz, Baumann, & Perrez, 2007, S. 22). Diese Überlegung zeigt die Gratwanderung, welche oft zwischen Qualität und Quantität zu meistern ist. In der Interventionsforschung gibt es selten sehr grosse Stichproben, wobei für sinnvolle inferenzstatistische Prüfungen eine bestimmte Stichprobengrösse Voraussetzung ist. Auch anhand von multipler Kasusistik, welche mehrfach repliziert wird, können relevante Aussagen zu Therapie gemacht werden. Dieser Diskurs über Gruppenuntersuchungen und Beobachtungen individueller Verläufe führt zur Frage, welcher Weg nun zu den klinisch relevanten Aussagen führt, die der praktisch arbeitende Therapeut am besten nutzen kann. Zu Beginn müssen jedoch, wie im nächsten Abschnitt gezeigt wird, Antworten über Entwicklungsverläufe gefunden werden, welche zu Angststörungen führen können.

Entwicklungsmodelle: Um die Entwicklung einer psychischen Störung verstehen zu lernen, muss sowohl die gesunde, normale Entwicklung von Kindern beobachtet werden als auch die pathologische. Die Autoren aus der Entwicklungspsychopathologie (z.B. Cicchetti, 2006;

Rutter & Sroufe, 2000) betonen, dass es keine dichotome Einteilung zwischen Störung und Nicht-Störung, respektive Krankheit und Gesundheit gibt. Es interessieren die ursächlichen, auslösenden und aufrechterhaltenden Faktoren, sowohl auf biologischer, psychologischer als auch sozialer Ebene. Die Entwicklungspfad-Modelle (z.B. Sroufe, 1997) führen zu einem dynamischen Verständnis von Störungsbildern in der Kindheit und Jugend und helfen besonders im präventiven Bereich, die Risiko- und protektiven Faktoren zu identifizieren. Eine ängstliche Bindung wird beispielsweise als Entwicklungsrisiko für eine spätere Störung angesehen und nicht als pathologischer Ausgang (F. Petermann et al., 1998). Die Entwicklungspfade werden nicht als rigide Wege angesehen, sondern es sind an vielen Punkten Möglichkeiten zur Veränderungen und somit Intervention gegeben. Die Komorbidität wird ebenfalls nicht als separater Pfad angesehen, sondern dynamisch in das Modell integriert und kann sowohl ursächlich als auch begleitend angesehen werden. Dies spricht in der Interventionsforschung auch für die Integration der Fälle mit komorbiden Störungen, was auch in der Praxis häufig anzutreffen ist. Die *Studie 3* hatte keine Ausschlusskriterien angewandt, was dazu führte, dass die Stichprobe heterogen in Bezug auf die verschiedenen Ängste und eventuelle komorbiden Störungen war (vgl. Kap. 5.4. & 6.3.2).

Entwicklungspfade: In die Entwicklungspsychopathologiemodelle werden auch erfahrungserwartende Prozesse einbezogen, welche alle Menschen durchlaufen (z.B. Pubertät). Die erfahrungsabhängigen Prozesse werden nicht von allen Individuen erlebt und haben verschiedene Auswirkungen. Zum Beispiel interessieren die besonderen Fälle, welche trotz traumatischer Erlebnisse keine Störung entwickeln und sich resilient zeigen. Werner (1993) ermittelte anhand ihrer Kauai-Studie, dass kognitive Fähigkeiten, Problemlösefähigkeiten, gute kommunikative Fähigkeiten und die interne Kontrollüberzeugung zu den resilienten Faktoren zählen. Diese genannten Faktoren wurden in der *Studie 3* in das Interventionsprogramm eingebaut, um die Ressourcen der Kinder zu stärken. Sie wurden auch in der *Studie 1* teilweise in Zusammenhang mit der Ängstlichkeit und den emotionalen Problemen von Kindern untersucht. Beispielsweise war Inhalt einer Fragestellung, inwieweit die ungünstigen Bewältigungsstrategien mit der Ängstlichkeit zusammenhängen und im günstigen Fall einen puffernden Effekt haben. Hierzu wurden jedoch keine signifikanten Korrelationen gefunden. Andererseits gibt es für die Angststörungen auch Vulnerabilitäten, welche im Rahmen der Interventionsforschung relevant sind; beispielsweise die Verhaltenshemmung, ängstliches Temperament und negativer Affekt (vgl. Abschnitt Risikofaktoren). Die genannten Vulnerabilitätsfaktoren sind in der Intervention schwieriger anzugehen, da sie stabiler sind und sich auf eine generelle Anfälligkeit beziehen, welche als Resultat aus ungünstigen Voraussetzungen verstanden wird. Somit sind diese eher indirekt über Entspannungstraining, Psychoedukation oder über Übungen anzugehen, welche im Sinne der Verhaltenstherapie auf die grundlegenden Einstellungen und Stile Auswirkungen haben können (z.B. Reinecker & Lakatos-Witt, 2005). In der *Studie 2* wurden die Persönlichkeitsfaktoren dahingehend untersucht, ob sie Korrelate der emotionalen Probleme sein könnten. Die Dimension emotionale Stabilität hat sich über die Kontrollvariablen Geschlecht und Sprache hinaus als Korrelat der emotionalen Probleme herausgestellt: Je unstabiler, reizbarer, empfindlicher sich ein Kind einschätzt, desto höher schätzt es auch die emotionalen Probleme bei sich ein (vgl. Kap. 4.3.9.2.4 & 6.2).

Individuum-Umwelt-Interaktion: Die Modelle, welche in Kapitel 3.1.1 vorgestellt wurden, zeigen, dass immer eine Interaktion zwischen Individuum und Umwelt vorhanden ist. Die Transaktionsmodelle (z.B. Sameroff, 1987) wurden weiter entwickelt zu den sozialen Regulationsmodellen, welche neben diesen interaktiven Einflüssen auch davon ausgehen, dass so-

wohl das Individuum (z.B. Kind) als auch die Umwelt mit ihren Vertretern (z.B. Mutter) jeweils eigenständige Entwicklungen durchlaufen. Anhand dieser Modelle kann auch gut aufgezeigt werden, weshalb in der *Studie 3* ein Vorgehen gewählt wurde, welches sowohl am Individuum als auch an der Umwelt ansetzt. Die sozialen und familiären Einflussfaktoren auf diese Entwicklungsmodelle wurden ebenfalls aufgeführt, um zu zeigen, wie komplex das Zusammenspiel der verschiedenen Ebenen des ökologischen Umweltmodells ist (z.B. Bronfenbrenner, 1977, 1986). Das heisst, eine vollumfängliche Intervention würde auch mit sich bringen müssen, dass das Makrosystem (u.a. Gesellschaft, Kultur und deren Normen und Überzeugungen) einbezogen würde. Im Mesosystem werden die verschiedenen Mikrosysteme, also auch die Familie mit ihren Beziehungen untereinander, einbezogen. Das bedeutet: Eine Mutter nimmt Einfluss auf die Entwicklung des Kindes über ihre eigene Konstellation an Persönlichkeit, Erziehungsverhalten, Partnerbeziehung und Psychopathologie. Dieses Mikrosystem wiederum wird beeinflusst durch die sie umgebenden Meso- und Makrosysteme. In diesem Sinne wäre eine Intervention in einem familiären Kontext elementar zur Behandlung der sowohl ursächlichen, auslösenden wie auch aufrechterhaltenden Faktoren. Unabhängig davon, ob die Interventionselemente kognitiv-verhaltenstherapeutisch sind, muss die Familie mit Geschwistern, oder wie in *Studie 3* mindestens ein Elternteil, in die Behandlung einbezogen werden.

Taxonomie: Die Abhandlung über Risiko-, Vulnerabilitäts-, protektive und Resilienzfaktoren hat gezeigt, dass alleine schon die Taxonomie dieser Begriffe eine Philosophie für sich ist (vgl. Kap. 3.1.2). Grundsätzlich kann zwischen Faktoren unterschieden werden, welche das Risiko für eine Störung erhöhen respektive verstärken und solchen, welche es senken respektive vermindern (vgl. Ball & Peters, 2007). Anhand des Modells von Kraemer und Kollegen (1997) können die verschiedenen Stufen der Risikofaktoren in einer Art Entscheidungsbaum dargestellt werden. Die Idee ist, den Erklärungsprozess darzustellen, von einem non-Korrelat zu kausalen Risikofaktoren (Aussagekraft der Faktoren steigend). Kausale Risikofaktoren sind mit der Störung assoziiert, gehen der Störung voraus, verändern sich und können manipuliert werden. Der Begriff Ursache ist von diesem Konzept abzugrenzen, denn mit Ursache sind hinreichende *und* notwendige Bedingungen gekennzeichnet (Scheithauer et al., 2000).

Idealerweise würden für Präventionsprogramme die Stichproben anhand von fixen Markern ausgesucht, welche sich nicht ändern oder verändern lassen (Kontrolle der Variablen). Für das Programm müssten jedoch die kausalen Risikofaktoren herangezogen werden, da durch die Manipulation derselben eine Änderung der Störung erreicht werden kann. Fixe Marker sind über ein Screening einfacher und zeitlich vor den Kausalfaktoren zu erheben. Kausale Risikofaktoren zu erforschen ist jedoch wegen deren Manipulation mit ethischen Bedenken verbunden. Jacobi und Esser (2003) empfehlen kontrollierte Präventionsstudien dafür einzusetzen (im Längsschnitt). Die *Studie 3* ist eine quasiexperimentelle Studie mit einem Wartelistenkontrollgruppenplan, wodurch die ethischen Bedenken ausgeblendet werden können. Risikofaktoren können über eine Kumulation zu einem Störungsausbruch führen, können durch Mediatoren- und Moderatorenmodelle beeinflusst sein; beispielsweise können protektive Faktoren den Effekt puffern (Kraemer et al., 2001). Es gibt auch Risikofaktoren, welche nur unter der Bedingung einer vorhandenen Vulnerabilität ihre Wirkung entfalten (Scheithauer et al., 2000). Weiter muss bedacht werden, dass oft ganze Bündel von Risiko- und Vulnerabilitätsfaktoren vorhanden sind, welche sich gegenseitig bedingen. Risikofaktoren wiederum können bei Betroffenen sekundäre Vulnerabilitäten ausbilden, und Entwicklungsübergänge können auch als Vulnerabilitätsphasen angesehen werden. Die Vulnerabilität wird als Resultat (Output) aus ungünstigen Voraussetzungen verstanden, und sie erhöht die Wahrscheinlichkeit für einen Störungsausbruch, ist jedoch nicht gleichzusetzen mit der Voraussetzung für eine Störung

(vgl. Diathese-Stress-Modell: Bei geringer Vulnerabilität muss mehr Stress erlebt werden, um zum Störungsausbruch zu führen als bei hoher Vulnerabilität; Ingram & Price, 2001).

Risikofaktoren: Häufig genannte Risikofaktoren, welche im Zusammenhang mit Angststörungen gefunden wurden, sind das weibliche Geschlecht, elterliche Depression oder Angststörung, Verhaltenshemmung, Überbehütung, sozialer und sozioökonomischer Status, Ausländerstatus, Armut, Eheprobleme oder Trennung der Eltern (Eaton et al., 2004; Muris et al., 1996; Spence et al., 2002, Winkler Metzke & Steinhausen, 1999a,b). Ebenfalls wird die familiäre Häufung diskutiert, welche als Zusammenspiel von hereditären Faktoren und der familiären Umwelt (u.a. Erziehungsstil, elterliche Psychopathologie) diskutiert wird (z.B. Kendler, et al., 1992). Familiäre Probleme wie psychische Störung der Eltern, Scheidung, Eheprobleme, Erziehungsstil, schwierige Wohnverhältnisse werden ebenfalls genannt (z.B. Lieb et al., 2003; Winkler Metzke & Steinhausen, 1999a,b; Rutter, 1989). Weiter werden die soziale Informationsverarbeitung und Aufmerksamkeitsverzerrung (z.B. Bewertung der Situation als gefährlich), verzögerter Fertigkeitenerwerb, erhöhte Selbstaufmerksamkeit und dysfunktionale Kognitionen angeführt (Lock, 2003; Bögels & Zigterman, 2000). Kinder mit Ängsten tendieren zu kognitiven Verzerrungen wie Personalisieren, Übergeneralisieren, Katastrophisieren und zu einer selektiven Abstraktion (King et al., 1995). Die Angstsensitivität wird ebenfalls zu den kognitiven Faktoren im Zusammenhang mit Angststörungen gezählt (Zvolensky & Schmidt, 2007). Unkontrollierbarkeit als Erfahrung früh im Leben, kritische Lebensereignisse, chronische Belastungen und daily hassles können ebenfalls zu einer Angststörungsentwicklung beitragen, wobei die Bewertung der Ereignisse ausschlaggebend ist (z.B. Lazarus & Folkman, 1984; Perez et al., 2005; vgl. Kap. 4.3.9.2.1 & 5.4.3.3). Inkonsistente Erziehung, übermässige Kontrolle und Überinvolviertheit wurden ebenfalls als risikoerhöhende Faktoren gefunden (Bowlby, 2006a; Magana et al., 1986). Ängstliche Eltern verstärken das ängstliche Verhalten der Kinder und beachten das Kind nicht, wenn es sich mutig und explorativ zeigt (FEAR-Effekt, Barrett et al., 1996). Höhere Erregbarkeit, Irritierbarkeit und negative Emotionalität im Säuglings- respektive frühen Kindesalter wurden ebenfalls abgeleitet (Rapee, 2002; Kagan & Snidman, 1999). Dieses Temperamentsmerkmal kann einen unsicheren Bindungsstil vorhersagen (Zentner, 2000). Kontrollverlust (lack of control), Annäherung und Schwerfälligkeit wurden als Temperamentsfaktoren von Lonigan und Kollegen (1994) im Zusammenhang mit der Entwicklung von Ängstlichkeit entdeckt. Der negative Affekt wird auch in vielen Studien als kausaler Risikofaktor diskutiert (z.B. Chambers et al., 2004). Bei Mädchen ist eine zu früh einsetzende Pubertät und bei Jungen eine spät einsetzende Pubertät ein Störungsrisiko (Grob & Jaschinski, 2003). Schulprobleme, Konkurrenz, Leistungsdruck wurden ebenfalls mit Angststörungen in Verbindung gebracht (z.B. Winkler Metzke & Steinhausen, 1999b). In vielen Studien wurde nicht ersichtlich, ob die genannten Risikofaktoren kausale oder variable Faktoren oder fixe Marker sind. Das Konzept eines Risikofaktors, unabhängig von seiner kausalen Wirkung, gilt jedoch laut Kraemer und Kollegen (1997) bereits, wenn er zeitlich vor der Störung aufgetreten ist, was in den meisten Studien gewährleistet ist.

In der *Studie 1* wurden einige dieser Variablen auf Zusammenhänge mit Ängstlichkeit und emotionalen Problemen getestet. Zum einen waren dies Geschlecht, Alter, Staatsbürgerschaft, der soziale Status, Familienstand, familiärer Zusammenhalt (am Beispiel der Frequenz von Ausflügen mit dem Vater), Ängstlichkeit der Mutter, ungünstige Erziehung (Einschränkung, Inkonsistenz, Tadel) und ungünstige Bewältigungsstrategien. Es zeigte sich, dass tatsächlich im Falle von emotionalen Problemen ältere Mädchen höhere Werte haben als jüngere Mädchen und Jungen. Ausserdem wurde bestätigt, dass ausländische Kinder höhere Ängstlichkeitswerte haben als Kinder mit Schweizer Staatsbürgerschaft. Der soziale Status (Ausbildung der Eltern), Familienstand und der familiäre Zusammenhalt hatten keinen Einfluss auf die

Ängstlichkeit oder die emotionalen Probleme. Ungünstige Erziehung hatte sich in der *Studie 1* als Haupteffekt auf die Ängstlichkeitshöhe oder Anzahl an emotionalen Problemen erwiesen, wenn die Kinder sowohl die Ängstlichkeit als auch die Erziehung einschätzten oder die Mütter die emotionalen Probleme und die Erziehung selbst einschätzten. Die ungünstigen Bewältigungsstrategien zeigten nur im Falle von passiver Vermeidung, moderiert durch das Alter, einen Zusammenhang mit den emotionalen Problemen. Nur bei älteren Kindern zeigte sich der positive Zusammenhang zwischen der Höhe der passiven Vermeidung und der Höhe der emotionalen Probleme. In der *Studie 2* wurden zudem die Persönlichkeitsvariablen auf deren Zusammenhang mit den emotionalen Problemen geprüft. Die emotionale Stabilität hing negativ mit den emotionalen Problemen zusammen. In der *Studie 3* wurde das Wissen um die Risikofaktoren für das Trainingsprogramm genutzt. Die Mütter lernten über Psychoedukation und Übungen, ihre Kinder günstig zu erziehen und somit günstig zu unterstützen. Sie lernten als erstes, mutiges Verhalten zu loben und ängstliches (unnötiges) Verhalten zu ignorieren. Ausserdem wurden sie angehalten, Bewältigungsmodell zu sein. Ihre eigenen Ängste wurden thematisiert, und sie lernten, ihre eigenen sozialen Kompetenzen zu optimieren und in einem zweiten Schritt jene der Kinder durch gezielte Übungen zu verbessern. Die Kinder lernten, dass die ungünstige Informationsverarbeitung respektive die kognitiven Verzerrungen nicht gegeben sind, sondern durch Übungen verändert werden können. Die Annäherung an soziale oder andere Situationen, welche Angst auslösen, wurde durch die Konfrontationsübungen sowohl auf Kind- als auch auf Mutterebene eingeübt (zu den Ergebnissen, s. Kap. 6.3.2).

Protektive Faktoren: Schutzfaktoren sind nicht (nur) als das Fehlen von Risikofaktoren zu verstehen, sondern sie wirken risikosenkend und entwicklungsfördernd. Damit jedoch ein protektiver Faktor seine Wirkung entfalten kann, muss eine risikoerhöhende Gefährdung vorliegen (Interaktionseffekt; z.B. Laucht et al., 1997). Die protektiven Faktoren müssen zeitlich vor dem Risikofaktor vorliegen und dessen Effekt abpuffern. Wenn im statistischen Sinne ein Haupteffekt vorliegt, wird dieser kompensatorischer Faktor genannt und bei einem Interaktionseffekt sprechen wird von Moderatoreffekten. Letzterer bedeutet, dass nur bei Vorliegen einer Hoch-Risikogruppe ein puffernder Effekt vorliegen kann. Bei einer Niedrig-Risikogruppe macht das Vorhandensein oder nicht-Vorhandensein von Schutzfaktoren keinen Unterschied (Luthar, 1993). Somit haben kompensatorische und Risikofaktoren einen Effekt auf ein Erleben und Verhalten unabhängig vom Stresslevel. Im Gegensatz dazu haben die protektiven und Vulnerabilitätsfaktoren nur dann einen Effekt, wenn der Stress hoch ist (Steinhausen & Winkler Metzke, 2001b). Diese Faktoren müssen in einer Langzeitstudie bestätigt werden. Resilienz wird verstanden als ein Muster aus guter Adaptationsfähigkeit, Widerstandsfähigkeit unter erschwerten Bedingungen (Masten & Reed, 2002). Diese Fähigkeit zu erlangen ist laut F. Petermann und Kollegen (1998) ein Prozess, welcher noch nicht mit der Geburt gegeben ist. Diese Konzepte müssen ergänzt werden durch familiäre Bedingungen und Mechanismen, welche sowohl als Schutzfaktoren und Risikofaktoren im Sinne von Mediatoren und Moderatoren wirken können (Perrez, 2005b). Das heisst, die Familie kann über familiäre Vulnerabilitätsmechanismen zu einer sekundären Vulnerabilität beim Kind oder über (un-)spezifische Stressoren zur Störungsentwicklung beim Kind beitragen. Dies spricht um so mehr für einen Einbezug der Eltern bei Präventionsprogrammen.

Eine Familie mit Eltern, welche am Leben des Kindes Anteil nehmen, durch Wärme und konsistente Erziehung das Kind begleiten und unterstützen (Heinrichs et al., 2002), schützt ihre Kinder vor der Entwicklung von psychischen Störungen und im Speziellen Angststörungen. Ein autoritativer Erziehungsstil und wahrgenommene subjektive soziale Unterstützung sind ebenfalls als protektive Faktoren zu sehen (z.B. Steinberg et al., 1995; Bettge, 2004). Ein strenger Erziehungsstil kann puffernd wirken, wenn ein Kind ein hoch-reaktives Verhalten

zeigt (Zentner, 2000). Laucht und Kollegen (1997) geben auch an, dass positives Temperament, Selbstwertgefühl und Sozialverhalten, interne Kontrollüberzeugung, aktive Stressbewältigung, Freundschaften und positive Schulerfahrungen schützend wirken können. Auch werden die kognitiven Fähigkeiten (durchschnittliche Intelligenz) und gute kommunikative Fähigkeiten genannt. Weitere Faktoren, welche als allgemeine Ressourcen diskutiert werden (vgl. Resilienz oben): Anpassungsfähigkeit und Flexibilität, Kontaktfreudigkeit, emotionale Ausgeglichenheit, Kohärenzsinn (Egle et al., 1997; Antonovsky, 1997). Selbstwirksamkeits- und Ergebniserwartung und Zuversichtlichkeit werden ebenfalls von Schwarzer (1992) und Bettge (2004) genannt. Ein höherer Bildungs- und sozioökonomischer Status der Eltern, günstige familiäre Lebensverhältnisse, intellektuelle Fähigkeiten der Mutter und das elterliche Wohlbefinden sind ebenfalls protektive Faktoren (Laucht et al., 1998; Masten & Reed, 2002).

In der *Studie 1* wurden die intellektuellen Fähigkeiten der Mütter über deren Schulbildung erfasst; weiter wurde die günstige Erziehung (Lob und Unterstützung) in Zusammenhang mit der Ängstlichkeit als puffernder Moderator eingesetzt. Diese Faktoren konnten den Zusammenhang zwischen ungünstiger Erziehung und Ängstlichkeit jedoch nicht puffern. Die Anzahl Freunde (Kontaktfreudigkeit) wurde ebenfalls erfasst, erwies sich jedoch nicht als protektiver Faktor. Weiter war die Idee, dass günstige Bewältigungsstrategien einen protektiven Wert haben. Auch diese Variablen konnten keinen moderierenden puffernden Effekt ausüben. Die *Studie 2* hatte keine expliziten protektiven oder ressourcenfördernden Faktoren eingeschlossen, wobei einzelne Persönlichkeitsvariablen als solche verstanden, respektive als mit ihnen verbunden gesehen werden können (z.B. Offenheit für neue Erfahrungen). Wie bereits bei den Risikofaktoren erwähnt, wurden in der *Studie 3* einige Faktoren mit in das Training einbezogen: die protektiven, risikosenkenden Faktoren wie günstige Erziehung (Lob und Unterstützung) als Lernelement im Muttertraining und aktive Stressbewältigung im Kindtraining. Über die Übungen wurde ebenfalls an der Selbstwirksamkeits- und Ergebniserwartung gearbeitet, da dem Kind durch die Hausaufgaben die Chance auf ein positives Feedback gegeben war. Das Training hatte auch dazu beigetragen, dass die Kinder neue Freundschaften schließen konnten. Ausserdem konnten sie von der Gruppendynamik profitieren und viele Übungen direkt in der Gruppe durchführen. Wie in Kapitel 5.2 berichtet, ist „Der Zauberlehrling“ ein Programm, welches versucht sowohl die Symptom- als auch die Ressourcenorientierung zu integrieren und somit die Kompetenzen der Kinder zu stärken.

Multikausalität der Ätiologiemodelle: Viele Autoren sind sich einig, dass das Entwicklungsmodell für Angststörungen multikausal sein und die Entwicklungspsychopathologie mit einbeziehen muss (z.B. U. Petermann et al., 2000; Perez, 2005b). Neben den biologischen Faktoren, müssen die Merkmale der Eltern, deren Beziehung mit dem Kind, das Erziehungsverhalten, die Erwartungen der Eltern und die Familie als Ganzes einbezogen werden. Weiter sind die psychosozialen Hintergründe und die Lernerfahrungen des Kindes von Bedeutung. Vasey und Dadds (2001a) ergänzen die Einheiten der Modelle mit interaktiven, rückwirkenden Pfeilen, wodurch alle Faktoren miteinander und auch mit sich selbst in Interaktion stehen (vgl. Sameroff, 1995). Barlow (2000) beschreibt einen Weg über verschiedene Stufen der Vulnerabilität, in welchen die genetische Komponente ebenfalls berücksichtigt wird. Das heuristische Modell von Vasey und Dadds (2001a) bezieht neben den protektiven, prädisponierenden, verbessernden und aufrechterhaltenden Faktoren auch den Aspekt des kumulativen Risikos mit ein. Zwei Hauptpfade führen zur Angststörung. Einer führt direkt über das kumulative Risiko, wobei hier die prädisponierenden Faktoren auch eine Rolle spielen; und der andere führt über auslösende Bedingungen. Der aufrechterhaltende Mechanismus wird von den Autoren noch weiter ausgeführt, wobei hier alle Faktoren miteinander interagieren (negative Spirale): Inkompetenz, Vermeidung, Sorge und kognitive Verzerrung, Bestrafung und Versagen,

Überbehütung durch Eltern oder andere (es gibt auch eine positive Spirale). Dadds und Roth (2001) haben den Anteil der Eltern-Kind-Interaktion noch weiter differenziert. Der ängstlich-aufschaukelnde Kreislauf, welcher über eine unsichere Bindung zwischen Eltern und Kind und deren wechselseitigen Verhaltensdetermination beschrieben wird. Aufgrund des grossen Einflusses der Familie auf die Ausbildung und Aufrechterhaltung einer Angststörung beim Kind ist es erneut offensichtlich, dass die Familie oder mindestens die Eltern auf irgendeine Art in ein Präventionsprogramm einbezogen werden müssen. Die Ausführungen zeigen jedoch ebenfalls, dass ein direktes Trainieren mit den Kindern von Bedeutung ist und dies in einem Zusammenspiel von zwei simultanen Programmen am effektivsten umgesetzt werden kann.

Lerntheorien und kognitiv-verhaltenstherapeutische Grundlagen: Die kognitiv-verhaltenstherapeutischen Grundlagen, welche in Kapitel 3.2.2 besprochen wurden, beinhalten vor allem die lerntheoretischen Ätiologiemodelle der Angststörungen. Über die verschiedenen Phasen im Zeitverlauf der letzten 110 Jahre wurden die Ansätze der klassischen und operanten Konditionierung immer weiter ausgebaut und die Black Box durch soziale und kognitive Elemente erweitert. Die sozialen Lerntheoretiker (Rotter, 1966, Seligman, 1995; Bandura, 1976) erweiterten diese Theorien und zeigten viele Aspekte auf, welche mit den ursächlichen und aufrechterhaltenden Bedingungen der Angststörungen zusammenhängen. Zum Beispiel die Kontrollüberzeugungen, welche bei ängstlichen und depressiven Menschen weniger stark ausgeprägt sind (vgl. Chorpita, 2001; Barlow, 2002; Vasey & MacLeod, 2001). Wenn jemand etwas als unkontrollierbar und unvorhersehbar erlebt (Kausalattribution), dann führt dies zu Angst und Hilflosigkeit zusammen (Seligman, 1995b).

Die verschiedenen kognitiven Verzerrungen wurden im Training der *Studie 3* ebenfalls angegangen, indem den Kindern durch Übungen aufgezeigt wurde, dass sie durch alternative Selbstinstruktionen oder andere kognitive Strategien und Übungen Kontrolle über ihre Gefühle und somit über Handlungen und Konsequenzen haben. Das Modelllernen resultierte aus den sozialen Lerntheorien, welche aufzeigten, dass Menschen auch über Beobachtung und Imitation lernen können. Dabei müssen diverse Bedingungen (z.B. Aufmerksamkeitsprozesse und Motivation) erfüllt sein. Kinder können sowohl erwünschtes als auch unerwünschtes Verhalten lernen, was in Bezug auf Interventionsprogramme relevant ist. In der *Studie 3* lernen die Mütter auch, dass sie als Modell für ihre Kinder fungieren können. Die Informationsverarbeitungsprozesse wurden Ende der 1990er Jahre auch für Kinder und Jugendliche untersucht (vgl. Vasey & MacLeod, 2001). Ängstliche Kinder ziehen die bedrohliche Interpretation der Situation vor, erleben selektive Präferenzen für ungünstige Copingstrategien und überschätzen die Wahrscheinlichkeit, dass in der Zukunft eine gefährliche Situation auftritt. Das Gedächtnis und die Aufmerksamkeit sind ebenfalls verzerrt, so dass ein Favorisieren für bedrohliche respektive gefährliche Stimuli resultiert. Ob nun die Kognitionen ursächlich oder als Folge an aufrechterhaltenden Prozessen beteiligt sind, konnte in Kapitel 3.2 nicht abschliessend behandelt werden. Die meisten Interventionsprogramme im Bereich der Angststörungen gehen klar davon aus, dass die Kognitionen mindestens an den aufrechterhaltenden Prozessen beteiligt sind, da die meisten Programme, wie in Kapitel 5.3 gezeigt, kognitive Elemente eingebaut haben – so auch die *Studie 3*.

6.2 Diskussion der Epidemiologiestudien

Im vorliegenden Kapitel werden die internationalen und nationalen Studien zur Epidemiologie von Angststörungen zusammenfassend erläutert. Die Ergebnisse der *Studien 1 und 2* werden dem Inhalt entsprechend in diese Diskussion eingebaut (Ausnahme: Risiko- und protektive Faktoren, vgl. Kap. 6.1). Die detaillierten Diskussionen der Ergebnisse dieser Studien, inklusive deren Einschränkungen, finden sich in den Kapiteln 4.3.9.1.4 und 4.3.9.2.4.

Häufigkeit: Angststörungen im Kindes- und Jugendalter sind sehr häufig. Auf die Lebenszeit hochgerechnet werden circa 10-25% der Menschen einmal von einer Angststörung betroffen sein. Die häufigsten Störungsbilder innerhalb dieser Kategorie sind die Soziale und die Spezifische Phobie. Wenn das Kriterium der Beeinträchtigung ausser Acht gelassen wird, dann sind die Generalisierte Angststörung und die Störung mit Überängstlichkeit (DSM-III-R) die häufigsten. In der Schweiz sind 11.4% der 6-17-Jährigen von einer Angststörung betroffen (6-Monats-Prävalenz, ZESCAP, Steinhausen et al., 1998). Aus der gleichen Stichprobe waren 5.3% der Kinder und Jugendlichen von einer Aufmerksamkeits-/Hyperaktivitätsstörung und 0.7% von einer Affektiven Störung betroffen. Eine Ängstlichkeit im Sinne eines Traits ist noch mehr verbreitet, da die Schwelle für diese Kategorie tiefer ist und nicht als psychische Störung (Beeinträchtigung und Leiden verursachend) verstanden wird. Die Ängstlichkeit ist jedoch, wie in Kapitel 3.3.1 berichtet, ein risikoerhöhender Faktor für die Entwicklung einer Angststörung. Es gibt mehrere mögliche Entwicklungspfade, welche zu einer Angststörung führen (vgl. Kap. 3.2.1). Wenn eine ängstliche Person beispielsweise ein bestimmtes Erlebnis hat oder ein das ängstliche Verhalten verstärkendes Umfeld (z.B. die Eltern), kann sich dies im Verlauf zu einer Angststörung entwickeln (vgl. Kap. 6.1).

In den *Studien 1-3* wurden Stichproben auf deren Ängstlichkeit und emotionale Probleme hin untersucht. Die emotionalen Probleme beinhalten auch einige Aspekte der Depression respektive des negativen Affekts, welcher nach einigen Autoren (z.B. Barlow, 2000; Kap. 3.2.1) die Überschneidung zwischen Angst- und depressiven Störungen repräsentiert. Der negative Affekt wird meist als Vulnerabilität betrachtet; das heisst, bei Kindern, welche diese Vulnerabilität haben, würde das Auftreten von bestimmten Risikofaktoren die Wahrscheinlichkeit für einen Ausbruch einer Angststörung erhöhen. Die Ängstlichkeit in den Stichproben war unterschiedlich stark und häufig, da die Rekrutierung sich auf verschiedene Fragestellungen bezog. Bei den Normalstichproben wurde erwartet, dass die Raten sich im Range zwischen 10% und 20% befinden. In der *Studie 1* war die Ängstlichkeitsrate mit 13.9% (vgl. Deutsche Norm) im vermuteten Range. Die Rate der emotionalen Probleme mit 25.3% (vgl. Deutsche Norm) lag in dieser Stichprobe deutlich über dem erwarteten Range und am oberen Rand der Hochrechnung auf die Lebenszeit (vgl. oben). In der *Studie 2* wurde eine Rate von emotionalen Problemen von 9.4% (vgl. Britische Norm) gefunden, was knapp unterhalb des erwarteten Ranges liegt. In der *Studie 3* wurde im Gegensatz zu den *Studien 1 und 2*, welche Normalstichproben aus der Schweiz untersuchten, explizit eine Stichprobe mit hohen Ängstlichkeitswerten gesucht, welche auch hohe Werte im Bereich der emotionalen Probleme hat. Im Vergleich mit den Stichproben aus den *Studien 1 und 2* waren die Kinder aus *Studie 3* signifikant ängstlicher und hatten mehr emotionale Probleme.

Geschlechts- und Altersunterschiede, Verlauf: In den berichteten epidemiologischen internationalen Studien zeigte sich ebenfalls, dass Mädchen und junge Frauen häufiger durch Angststörungen beeinträchtigt sind (vgl. Kap. 6.1). Einzig im Bereich der Primarschulkinder gibt es Studien, welche auch davon berichten, dass Jungen mehr betroffen sind als Mädchen (z.B. Werner, 1989). Der Grossteil der Studien berichtete, dass Angststörungen chronisch

sind, früh in der Kindheit und Jugend ihren Ursprung nehmen, auch wenn sie im Kindes- und Jugendbereich Schwankungen unterworfen sind (z.B. Schubert et al., 2004; Michael & Margraf, 2004; Barlow, 2002; Wittchen & Vossen, 2000) und teilweise noch zwischen den Kategorien (Angstsinhalte) wechseln (z.B. Silverman & Nelles, 1989). Last und Mitarbeiter (1996) konnten zwar keinen stabilen Verlauf nachweisen, jedoch stellten sie häufig Übergänge in andere Störungskategorien fest. Die *Studie 1* konnte ebenfalls anhand von retrospektiven Angaben der Mütter zeigen, dass es einen Zusammenhang zwischen emotionalen Problemen im Alter von 5 Jahren und den emotionalen Problemen im Alter zwischen 8 und 14 Jahren gibt. Dies kann als Hinweis auf Persistenz von emotionalen Problemen interpretiert werden. In der *Studie 1* konnten keine Alters- und Geschlechtsunterschiede in Bezug auf die Ängstlichkeit gefunden werden, wie dies die internationalen Studien zeigten. Der Geschlechtsunterschied in Bezug auf die emotionalen Probleme wurde erst in Zusammenhang mit dem Alter signifikant: Ältere Mädchen zeigen erhöhte Werte. In der *Studie 2* hatten die Mädchen signifikant höhere Werte als die Jungen; Alterseffekte wurden keine gefunden.

Komorbidität: Angststörungen treten häufig als komorbide, meist sekundäre, Störung auf, teilweise jedoch auch als primäre Störung, welche eine weitere, meist depressive, Störung nach sich zieht (z.B. Angold et al., 1999; Essau et al., 1998; Newman et al., 1996). Verschiedene Autoren diskutieren nun die zugrundeliegenden Erklärungsmodelle für die erhöhte Komorbidität zwischen den Angst- und depressiven Störungen (z.B. Essau et al., 2001; Vasey & Dadds, 2001a; Barlow, 2000). Einige Autoren gehen von gemeinsamen Risikofaktoren oder einer gemeinsamen Pathologie aus; andere von einer Art Entwicklungspfad, wobei die erste Störung die Schwelle für die zweite Störung senkt. Oft gingen die Angststörungen auch den depressiven Störungen voraus (z.B. Lieb, 2005; Essau et al., 2000; Alonso et al., 2004). Auch wird diskutiert, ob die Aufteilung der Symptome in zwei Störungskategorien eine artifizielle Aufteilung ist.

Versorgungssituation: Die Versorgungssituation ist sowohl in der Schweiz als auch im internationalen Vergleich sehr schlecht. Laut Kohn und Kollegen (2004, WHO) sind ein Drittel bis die Hälfte der schweren Fälle mit psychischen Störungen nicht in Behandlung. Viele Personen lassen sich vom Hausarzt und nicht von einer Fachperson beraten (international: 81.9%, Schweiz: 30-50%). Die weiter entwickelten, vor allem westlichen Länder haben eine etwas bessere Versorgung der psychisch erkrankten Personen. Auch werden Kinder etwas besser versorgt, da andere Institutionen, wie beispielsweise die Schule, bereits früher eingreifen oder auch die Eltern schneller reagieren.

Schweiz im Vergleich: Im internationalen Vergleich zeigte sich, dass die Schweiz in vielen Bereichen (Häufigkeit, Verlauf, Korrelate und Komorbidität) anderen Ländern gleicht. Trotz der Ähnlichkeiten im Bereich der Korrelate (inkl. Geschlecht) und im Verlauf der Angststörungen zeigte sich vor allem, dass die Schweizer Kinder und Jugendlichen höhere Periodenprävalenzraten für Angststörungen haben. Im Erwachsenenbereich war die Lebenszeitprävalenz höher als in Vergleichsländern. Obwohl also die Schweizer insgesamt eine höhere Lebenserwartung haben als Menschen aus anderen Ländern, erleben sie gleichzeitig viel Beeinträchtigung durch psychische Störungen und haben zudem eine der höchsten Suizidrate. Ausländische Jugendliche, welche in der Schweiz leben, berichten häufiger über Beschwerden als Schweizer Jugendliche. In der *Studie 1* konnte letzteres ebenfalls in Bezug auf die Ängstlichkeit und die emotionalen Probleme bestätigt werden. Das Leben in der Schweiz ist also nicht per se protektiv. Dieser Abschnitt zeigt, dass die Ätiologie von psychischen Störungen grund-

sätzlich multikausal zu verstehen ist. Eine Wohlstandsgesellschaft, wie sie in der Schweiz vorzufinden ist, führt noch lange nicht zu einer gesunden Kindheit und Jugend. Wie bereits weiter oben in Kapitel 6.1 aufgezeigt, gehören viele anderen Bedingungen zur Angststörungsentwicklung dazu, wie beispielsweise die familiären Faktoren, genetische respektive biologische Faktoren, das schulische Umfeld und kritische Lebensereignisse. Beim Bielefelder Jugendgesundheitsurvey (Kolip, Nordlohne et al., 1995) zeigte sich, dass die Detailanalyse der Befragung wichtig ist. Die Deutschen Jugendlichen scheinen gewisse Belastungen und Beschwerden als normal und zum Alltag zugehörig zu betrachten. Dies schliessen die Autoren aus der Tatsache, dass in der allgemein formulierten Frage zum gesundheitlichen Befinden die Antworten besser ausgefallen sind als zu den einzelnen Items bezüglich der Beschwerden und Probleme (vgl. Kap. 4.2.5.3). Eine allgemeine Einschätzung des Gesundheitszustandes oder der Zufriedenheit scheint im nicht klinischen Fall nicht die Realität in Bezug auf die einzelnen Beschwerden wiederzugeben.

Diese Darstellung der epidemiologischen Ergebnisse aus der internationalen und nationalen Forschung (Schwerpunkte 1 und 2) zeigt, dass es sehr wichtig ist, Prävention früh anzubieten und durchzuführen – auch beziehungsweise vor allem im Bereich der Angststörungen. Die Ängste beginnen früh im Leben und entwickeln sich weiter, werden oft zu chronischen Störungen und beeinträchtigen in der Folge das Leben der betroffenen Person. Entsprechend ist elementar, dass adäquate Programme für alle Altersgruppen angeboten werden, auch weil sich die Ängste, wie gezeigt, inhaltlich verändern können. Aktivierung von Ressourcen und speziell der Aufbau von günstigen Bewältigungsstrategien scheinen entscheidend zu sein, wenn im präventiven Bereich gearbeitet wird.

6.3 Diskussion der Präventionsforschung

Vor 12 Jahren haben sich Kendall und Flannery-Schroeder (1998) folgende Gedanken zu methodologischen Belangen in der Therapieforschung bei Angststörungen von Kindern und Jugendlichen gemacht (vgl. Essau et al., 2001). Sie überlegten sich die möglichen Probleme und die möglichen Gegenmassnahmen. Viele dieser Strategien wurden und werden bereits umgesetzt, so auch in *Studie 3*, sollen jedoch hier zusammenfassend noch einmal dargestellt werden. Die standardisierten Manuale sollen auf ihre Treatmentintegrität untersucht werden, jedoch auch berücksichtigen, dass es individuelle Anpassungen braucht. Mit der WLKG muss es genügend Kontakt geben, um Drop-outs zu vermeiden. Die mit Medikamenten behandelten Patienten sollen von den Studien ausgeschlossen werden, weil dies einen Impact auf die abhängige Variable hat. Aufgrund der sozialen Erwünschtheit bei den Kindern und Jugendlichen und der Problematik mit der Einsicht in internalisierende Probleme aus Sicht der Eltern sollen multimethodale Assessments eingesetzt werden. Um zu validen Aussagen zu gelangen, sollen verschiedene diagnostische Verfahren verwendet werden. Anhand eines diagnostischen Interviews sollen komorbide Störungen identifiziert werden. Es sollen Prä- und Postdaten erhoben werden. Mit den Prädaten kann gegebenenfalls auch etwas über potentielle Drop-outs erfahren werden. Weiter sollen auch die Einstellungen und andere Variablen der Eltern und das familiäre Funktionieren erfasst werden, um dadurch unter anderem auch Aussagen über den Effekt des Treatments auf die Familie machen zu können. Neben der statistischen Signifikanz soll auch die klinische Signifikanz respektive Relevanz erhoben und eingeschätzt werden.

6.3.1 Diskussion der internationalen und nationalen Präventionsforschung

Meta-Analysen und Reviews: Aufgrund der in Kapitel 5.3 dargestellten Studien konnte aufgezeigt werden, dass vor allem kognitiv-verhaltenstherapeutische Therapie- respektive Präventionsprogramme bei Kindern und Jugendlichen, welche unter Angststörungen oder subklinischen Ausprägungen davon leiden, wirksam sind. Der Treatmenttyp hatte sich in der Meta-Analyse von Durlak und Wells (1998) über indizierte Prävention als signifikanter Moderator des Outcomes herausgestellt. Kognitiv-verhaltenstherapeutische Interventionen waren unter anderem effektiver im Problemlösen als reine verhaltenstherapeutische oder Interventionen aus anderen Richtungen. In Bezug auf die klinische Signifikanz hatten die kognitiv-verhaltenstherapeutischen Interventionen ebenfalls deutlich positiver abgeschnitten als andere Treatmenttypen. Insgesamt zeigte die Meta-Analyse, dass kognitiv-verhaltenstherapeutische Treatments nachhaltig sind und Symptome signifikant reduzieren und Kompetenzen signifikant erhöhen. Die Meta-Analyse zu den universellen Präventionsprogrammen der gleichen Autoren (1997a) zeigte, dass einzelne Interventionselemente weniger gut wirken als die kombinierten kognitiv-verhaltenstherapeutischen Programme. Jedoch ergänzten sie ihre Ausführungen mit dem Vermerk, dass die universellen Programme vermehrt Schwierigkeiten mit dem Nachweis eines Effekts haben, da der Leidensdruck und somit die intrinsische Motivation weniger gross sind als im Bereich der Therapieforschung. Diese Resultate konnten auch bei In-Albon und Schneider (2007) bestätigt werden, welche zusätzlich aufgezeigten, dass Gruppen oder individuelle Programme mit oder ohne Einbezug der Eltern gleich wirksam sind. Auch im Review von Ginsburg und Schlossberg (2002) fanden sich Ergebnisse, welche die Wirksamkeit von kognitiv-verhaltenstherapeutischen Programmen untermauern. Der Einbezug der Eltern führte in den Studien dieses Reviews zu einer Erhöhung der Wirksamkeit. Jüngere Kinder profitierten laut Weisz und Kollegen (1987, 1995, 2005) am meisten. Im Bereich der Angststörungen hatten professionelle Therapeuten grössere Effekte erzielen können als für das Treatment geschulte Eltern und Lehrer. Auch beim Review-Artikel von Waddell und Kollegen (2004) schnitten die kognitiv-verhaltenstherapeutischen Programme am besten ab – sowohl im Bereich der universellen und spezifischen Prävention als auch bei den Therapieprogrammen. Auch diese Übersichtsarbeit zeigte, dass das Gruppen- oder individuelle Setting mit oder ohne Einbezug der Eltern zu gleich guten Ergebnissen führte. Das Review der Australier Neil und Christensen (2007) zeigte ebenfalls auf, dass die kognitiv-verhaltenstherapeutischen Programme wirksam zu einer Angstsymptomreduktion führen.

Einzelne kognitiv-verhaltenstherapeutische Programme: Das primär-präventive Programm Gesundheit und Optimismus (GO!, Junge et al., 2001, 2002) zeigte nach der Durchführung des kognitiv-verhaltenstherapeutischen Programms einen deutlichen Wissenszuwachs zum Postzeitpunkt, welcher sich jedoch zum Follow-up-Zeitpunkt hin (15 Monate) wieder reduzierte. Alle kognitiv-verhaltenstherapeutischen Programme, welche sich aus dem Coping Cat (Flannery-Schroeder & Kendall, 1996; Kendall, 1992a,b) entwickelt haben, sowohl im Bereich der universellen, indizierten, selektiven Prävention als auch im Therapiebereich, zeigten eine gute Wirksamkeit im Bezug auf die Angststörungen (Barrett, Duffy et al., 2001; Dadds et al., 1997; Barrett et al., 2003b; Shortt et al., 2001, Barrett & Turner, 2001). Diese Programme waren sowohl im Einzel- als auch im Gruppensetting erfolgreich. Der Einbezug der Eltern wird von den Autoren empfohlen, wobei längerfristig keine signifikanten Unterschiede im Outcome deutlich wurden (Barrett, 1998). Weibliches Geschlecht und elterliche Angst waren Prädiktoren für schlechteres Outcome (Dadds et al., 1997). Die Studie 3 zeigte ebenfalls, dass der Einsatz eines kognitiv-verhaltenstherapeutischen Programms, das durch

das Coping Cat inspiriert wurde, auch im indizierten Präventionsbereich mit ängstlichen Kindern und deren Müttern wirksam war (vgl. Kap. 6.3.2). Das cool kids program von Rapee und Mitarbeitern (2000, 2006) ist ebenfalls kognitiv-verhaltenstherapeutisch und zeigte ähnliche Befunde wie die bereits erwähnten Programme. In der Evaluation der indizierten Prävention anhand des cool kids program fanden Mifsud und Rapee (2005) ebenfalls einen mittleren Effekt. Rapee (2003) stellte fest, dass komorbide Störungen keinen Einfluss auf das Outcome haben. Weiter konnte er feststellen, dass eine Bibliotherapie ergänzend eingesetzt werden kann, da diese im Vergleich zu einer Kontrolle eine Wirksamkeit (geringer als das reguläre Programm) zeigte (Rapee, Spence et al., 2000). In einer Pilotstudie konnten Thienemann und Kollegen (2006) erste Befunde abgeben, dass das cool kids program auch nur für die Eltern eingesetzt wirksam ist. Ein online-Programm (BRAVE, S. March et al., 2009) zeigte, dass im Internet aufgeschaltete kognitiv-verhaltenstherapeutischen Programmelemente ebenfalls wirksam und die Effekte anhaltend sein können. Bögels und Siqueland (2006) haben ein familienbasiertes kognitiv-verhaltenstherapeutisches Programm entworfen, welches neben den Eltern auch die Geschwister einbezieht. Die Wirksamkeit bestätigt dieses Vorgehen. Die Erziehung und andere Familienvariablen wurden jedoch wenig bis gar nicht durch den Einsatz des Programms verändert. In der *Studie 3* konnte zumindest die günstige Erziehung der Mütter durch das Programm verstärkt werden (vgl. Kap. 6.3.2).

Evaluationskriterien: Paul (1967) beschreibt, um was es in der Psychotherapieforschung geht: „*What treatment, by whom, is most effective for this individual with that specific problem, under which set of circumstances?*” (S. 111). Kazdin (1993b) ergänzt diese Ausführung mit dem Kommentar, dass keine einzelne Interventionsstudie alle diese Fragen beantworten kann. Er zeigt auf, dass verschiedene Evaluationsstrategien Teile dieser Frage(n) beantworten können. Ihn interessieren neben dem Wirknachweis des Treatmentpaketes unter anderem auch die Mechanismen, die Therapeutenvariable und auch der Einfluss der Familie. Seine Erläuterungen führen zu immer komplexeren Studiendesigns, welche mehrere Gruppen untereinander vergleichen (vgl. Kap. 5.4.5). Ausserdem interessieren weitere wichtige Evaluationskriterien (Baumann & Reinecker-Hecht, 2005), welche über die Effektivität respektive Wirksamkeit (efficacy: statistische und klinische Signifikanz, Prozentsatz an gebesserten Patienten, Wirkungsspektrum, Stabilität der Wirksamkeit und Nebenwirkungen) hinausgehen. Die Effizienz (cost-effectiveness), welche untersucht, wie viel Aufwand für die Zielerreichung nötig war. Auch interessiert die Zufriedenheit der Patienten (consumer satisfaction) und die Praxisbewährung (effectiveness). Die ethische Angemessenheit des Programms und der Studie muss ebenfalls analysiert werden. Oft werden, wie Kazdin (1993b) aufzeigt, nur einzelne Aspekte dieser Evaluationskriterien in einer Studie untersucht. In der *Studie 3* (vgl. Kap. 6.3.2) wird vor allem die Effektivität des Programms, die Patientenzufriedenheit und die ethische Angemessenheit betrachtet und nur marginal die Kosten-Nutzen-Analyse.

Der Schwerpunkt 3 beinhaltet den **Überblick über die Interventionsforschung** im Bereich der Angststörungen. Die kognitiv-verhaltenstherapeutischen Programme haben in fast allen Studien als die wirksamsten Programme, sowohl im universellen, indizierten respektive selektiven Bereich und im Therapiebereich abgeschnitten (vgl. Grawe et al., 2001; Waddell et al., 2004). Das FRIENDS for life program wird von der WHO (2004) als wirksame Prävention eingestuft – sowohl als universelle, selektive und indizierte Prävention. Döpfner und Lehmkuhl (2002) und Ollendick und King (2003) schreiben den kognitiv-verhaltenstherapeutischen Programmen im Bereich der Angststörungen eine *vermutlich effektive Wirkung* zu, sowohl mit oder ohne familiären Einbezug. Kazdin (2002) wiederum setzt die kognitive Verhaltensthera-

pie bei Angststörungen auf die Liste der *evidence-based Programme* im Kindesalter. Insgesamt konnte die Überlegenheit des Einbezuges der Eltern nicht überzeugend bestätigt werden, obwohl in einzelnen Studien durch den Elterneinbezug eine Verstärkung oder Stabilisierung der Wirkung stattfand. Das Gruppensetting zeigte keine deutliche Überlegenheit im Bezug auf die Wirkung, jedoch in Bezug auf die Kosten-Nutzen-Analyse, da im Gruppensetting Kosten und Zeit gespart werden können (z.B. Shortt, Barrett & Fox, 2001).

6.3.2 Diskussion und Integration der Studie 3 – Pilotstudie zur Prävention

Das Kindprogramm „Der Zauberlehrling“ wurde inspiriert durch das Coping Cat Programm (Flannery-Schroeder & Kendall, 1996). Die Ideen für das Training der Mütter wurden aus verschiedenen Programmen entnommen (Hinsch & Pfingsten, 2002; Penthin, 2001; Perez et al., 1985; Rapee, Spence et al., 2000; Sanders et al., 1999), wobei diese spezielle Zusammenstellung der Elemente neu ist. Die Evaluation zeigte, dass die Interventionselemente in der untersuchten Stichprobe im Paket und in der Kombination des Kind- und Mutterprogramms wirksam sind und zu einer Symptomreduktion und einer leichten Erhöhung von Ressourcen führen (vgl. Durlak & Wells, 1997a). Die Effekte konnten zum Grossteil auch im Follow-up noch gefunden werden und waren spezifisch auf das Training zurückzuführen, da die Wartelistekontrollgruppe ohne Training keine entsprechenden Veränderungen erzielte. Die Kinder und Mütter waren mit dem Programm und den Trainern zufrieden und würden es weiterempfehlen. Somit konnte ein Beitrag zur Übertragbarkeit der kognitiv-verhaltenstherapeutisch indizierten Programme für Angststörungen in die Deutschsprachige Schweiz erbracht werden (Schwerpunkt 4). In der internationalen Forschung gibt es, laut Nachforschung der Autorin, nur zwei kognitiv-verhaltenstherapeutische Programme, welche im indizierten Präventionsbereich der Angststörungen im gleichen Altersbereich mit einem Teileinbezug der Eltern arbeiten: Dadds und Kollegen (1997) mit dem Coping Koala (aus dem Coping Cat entwickelt; Flannery-Schroeder & Kendall, 1996) und das cool kids von Mifsud und Rapee (2005).

Aus den Überlegungen heraus, dass viele Kinder und später Jugendliche und Erwachsene von Angststörungen betroffen sind und viele Einschränkungen durch diese psychische Störung erleben müssen, entstand das indizierte Präventionsprogramm für ängstliche Kinder und deren Mütter. Die Idee war, so früh wie möglich in den Prozess einer Angststörungsentwicklung einzugreifen, da aus der Epidemiologie bekannt ist, dass die Angststörungen früh im Kindesalter beginnen und häufig einen chronischen Verlauf nehmen – sich also nicht „auswachsen“. Weiter ist bekannt, dass häufig im Verlauf komorbide Störungen, vor allem Depressionen, auftreten. Obwohl universelle Präventionen mehr Kinder erreichen würden, beispielsweise über einen Zugang über die Schulklassen, wurde die indizierte Präventionsart gewählt. Aus der Forschungsliteratur ist ersichtlich, dass der Nachweis eines stabilen Effekts in der universellen Prävention sehr schwierig ist. An sich müssten langfristige Studien anhand eines Kontrollgruppendesigns durchgeführt werden, um zu beweisen, dass jene, welche eine Intervention bekamen, im Verlauf ihrer Entwicklung nicht in eine Störungskategorie übertreten. Die in Kapitel 5.3 vorgestellten Studien zur universellen Prävention haben zwar einen Effekt zum Postzeitpunkt gefunden, jedoch gab es bei einer Studie von Felner und Kollegen (1993) keine Follow-up-Messung und bei Hains (1992) nach nur knapp 3 Monaten. Lowry-Webster (2001) hat die Wirkung des FRIENDS for life program nach einem Jahr noch einmal getestet und hat festgestellt, dass dieser stabil war. Bei Präventionsstudien müssen jedoch per definitionem die Inzidenzraten gesenkt werden, was anhand einer so kurzen Follow-up-Dauer nicht geprüft werden kann. Auch wenn die indizierte Prävention die Inzidenzrate senken möchte und eben-

falls eine lange Follow-up-Zeit eingeplant werden müsste, kann sie im Gegensatz zu universellen Programmen immerhin auf einen Prä-Post-Effekt hoffen, da die Teilnehmer zum Präzeitpunkt unter einzelnen respektive subklinischen Symptomen leiden (vgl. Manz, 2001a).

Die Mütter wurden aus mehreren Gründen an ein paralleles Programm gebunden. Einerseits entstand dies aus der Überlegung, dass speziell im präventiven Bereich die Kinder noch wenig Einsicht in den Krankheitswert ihrer Ängstlichkeit haben. Dies spiegelt sich auch im Anmeldevorgang, welcher über die Mütter ablief. Andererseits ist bekannt, dass die Erziehung und andere Umfeldvariablen einen starken Einfluss auf die Entstehung und Aufrechterhaltung der Angststörungen haben (z.B. Dadds & Roth, 2001). Weiter hatte dies pragmatische Gründe, da die Mütter sowieso vor Ort waren, um die Kinder hin zu bringen. Warum die Väter nicht in das Programm involviert waren, hatte ebenfalls pragmatische Gründe. Zum einen wurde das Programm zu einer Tageszeit angeboten, wo die Väter oft noch arbeiten, und zudem verbringen sie im Durchschnitt immer noch weniger Zeit zu Hause als die Mütter. Ausserdem waren die Räumlichkeiten für eine grössere Gruppe nicht gegeben. Der Ausschluss von Vätern hat jedoch auch dazu geführt, dass ein Teil des Einflusses auf die Ängstlichkeit des Kindes ausgeschlossen wurde. Dies kann natürlich auch einen (negativen) Effekt auf die Wirksamkeit des Programms haben. Möglicherweise schwächt das Verhalten des Vaters die Wirksamkeit des neu erlernten Umgangs der Mutter mit dem ängstlichen Verhalten des Kindes oder sein Verhalten (z.B. als ängstliches Modell) wirkt direkt auf das Kind. Es kann jedoch auch nicht ausgeschlossen werden, dass es verstärkende Effekte gab, weil die Väter sich ebenfalls die Unterlagen anschauten und somit an der Umsetzung teilnahmen. Durch die Interventionen, welche Mutter und Kind erfuhren, könnte zu Hause auch eine Art „treatment spill-over“-Effekt stattgefunden haben (Kendall & Flannery-Schroeder, 1998). Das heisst, dass mögliche negative Wirkspiralen in einer Familie, welche ängstlichkeitsfördernd wirken, durch die Behandlung am Kind (und der Mutter) aufgelöst werden können und der positive Effekt auch auf die restlichen Familienmitglieder überspringen kann.

Da keine Drop-outs zu verzeichnen waren, die Wirkvariablen anhand mehreren Erhebungsmethoden und durch Mutter und Kind erhoben wurden und neben der Symptomreduktion auch die Erhöhung und Verstärkung von Ressourcen anvisiert wurde, kann die gefundene Wirkung des Programms „Der Zauberlehrling“ auch als gesichert gelten – zumindest für diese Stichprobe. Die externe Validität ist unter anderem durch die Stichprobenrekrutierung und durch das Studiendesign ohne Randomisierung gering, was die Generalisierung auf andere Stichproben einschränkt. Obwohl eine Wartelistekontrollgruppe (nicht randomisiert) eingesetzt wurde, können kausale Schlüsse nur unter Vorbehalt gezogen werden. Für konkrete Aussagen in Bezug auf die spezifische Wirkung des Programms müsste die Studie mehr als 5 Monate lang dauern und die Kontrollgruppe müsste ohne Behandlung mitlaufen. Für eine objektive Evaluation hätte das Programm der Autorin von einem externen unabhängigen Forschungsteam evaluiert werden müssen. Aufgrund anderer Ergebnisse aus der internationalen Forschung zu Programmen, welche dem „Der Zauberlehrling“ sehr ähnlich sind, kann jedoch trotzdem davon ausgegangen werden, dass die Intervention auch bei anderen ängstlichen Kindern und Müttern einen Effekt hätte. Das Programm fiel laut den Kriterien von Chambless und Ollendick (2001; vgl. Kap. 5.3.1) in die Kategorie *möglicherweise wirksames (experimentelles) Programm*, obwohl es bereits im vorliegenden Pilotprojekt evaluiert wurde. Das heisst, es ist vielversprechend, müsste jedoch in einem grösseren Rahmen - am besten durch zwei unabhängige Forschergruppen - erneut evaluiert werden. Um in die Kategorie *vermutlich effektive Programme* zu gelangen, müsste es in zwei Kontrollgruppendedesign-Studien gegenüber der unbehandelten Kontrollgruppe überlegen sein. Unter diesen gegebenen Voraussetzungen kann die vorliegende Studie als Replikation der Reihe um Kendall, Barrett, Dadds und

weitere Forscher (vgl. Kap. 5.3) gesehen werden, welche alle das gleiche Programm respektive dessen Elemente (Coping Cat, Flannery-Schroeder & Kendall, 1996) als Grundlage hatten.

Neben der Psychoedukation im Mütter- und auch Kindprogramm waren bei den Müttern auch operante Techniken eingeplant (vgl. Kap. 5.4.1.1). Vielfach ist dies die Hauptintervention in der Elternarbeit in anderen Programmen. Im Training „Der Zauberlehrling“ gibt es für die Mütter zusätzliche Einheiten: Modelllernen, kognitive Interventionen (u.a. Selbstverbalisation), Entspannungstraining, Selbstsicherheitstrainingselemente für sich und das Kind, Konfrontationsübungs-Vorbereitung und Rückfallprophylaxe (vgl. Kap. 5.4.1.2). Das Kindprogramm enthält zum einen die Elemente aus Tabelle 77 (Kap. 5.4.1.1.), welche sich teilweise mit jenen aus der Müttergruppe überschneiden: einfach kognitive Interventionen (Selbstverbalisation), Angsthierarchie, gestufte Konfrontation, Entspannung und Rollenspiele. Weiter lernen sie die Wahrnehmung von Gefühlen als erste Intervention. Sie erlernen Bewältigungsstrategien für angstausslösende Situationen. Später lernen die Kinder sich selbst einzuschätzen und zu belohnen. Auch bei den Kindern ist die letzte Stunde der Rückfallprophylaxe gewidmet.

Die Evaluation des Programms „Der Zauberlehrling“ zeigte, dass nicht nur die Mädchen, welche häufiger von Angststörungen betroffen sind, sondern auch die Jungen profitieren konnten. Auch konnte im Gegensatz zu Durlak und Wells (1998) bei der Altersgruppe der 8- bis 12-Jährigen die Intervention Erfolg zeigen. Neben den teilweise grossen Effekten in der indirekten Veränderungsmessung konnte auch durch direkte Wirksamkeitsfragen die Effektivität des Programms bestätigt werden. Die detaillierte Diskussion zu den Ergebnissen, inklusive der Überlegungen zu alternativen Erklärungen, findet sich in Kapitel 5.4.5. Die Kinder der *Studie 3* hatten auf allen interessierenden Variablen höhere Werte als die Kinder aus der *Studie 1* und sie waren auch im Vergleich mit den Eichstichproben der Originalfragebogen zur Ängstlichkeit und den emotionalen Problemen erhöht. Insofern konnte davon ausgegangen werden, dass ein Nachweis eines Effekts möglich war.

Die Kinder waren zum Zeitpunkt der Postmessung weniger mit emotionalen Problemen belastet, hatten vermehrt günstigere Bewältigungsstrategien eingesetzt und ihre Mütter günstiger erziehend eingeschätzt. Zum Follow-up waren die Kinder weniger ängstlich, hatten noch weniger hohe Werte auf der Variable emotionale Probleme, die Mütter wurden zusätzlich günstiger erziehend wahrgenommen, die Erhöhung der günstigen Bewältigungsstrategien war jedoch nicht stabil geblieben. Im Vergleich mit der WLKG konnte aufgezeigt werden, dass keine dieser genannten Veränderungen ohne Intervention stattgefunden hätte. Die einzige Ausnahme waren die günstigen Bewältigungsstrategien: Der Unterschied zwischen den zwei Prämesszeitpunkten wurde in der Tendenz signifikant. Dies könnte jedoch auf einzelne Kinder aus der WLKG, welche nur aus vier Kindern bestand, zurückgeführt werden. Die Kinder konnten sich zwar Wissen aneignen, dieses aber nicht halten, wie schon Junge und Kollegen (2002) zeigten. Für die Variablen der Mütter, welche über den Verlauf des Trainings verfolgt wurden, kann berichtet werden, dass deren eigene Ängstlichkeit zum Follow-up-Zeitpunkt signifikant nachgelassen hatte. Der Vergleich mit der WLKG zeigte, dass der Effekt spezifisch auf das Training bezogen war. Die Mütter konnten im Gegensatz zu den Kindern die Wissenssteigerung zum Follow-up-Zeitpunkt beibehalten. In der direkten Wirksamkeitsbefragung und in der Protokollierung anhand der diaries und Stundenbögen wurde sowohl aus Sicht der Mütter als auch der Kinder selbst klar, dass der Grossteil der Teilnehmer vom Programm profitieren konnte, die Ängste weniger häufig und weniger schwerwiegend wurden. Die Mütter bestätigten dies auch im Fragebogen zu den Erwartungserfüllungen. Ihre Vorstellungen der Ziele des Programms sahen sie überwiegend als erfüllt an. Entsprechend stellte die

Zufriedenheit mit dem Training, den Trainern, dem Material und den Rahmenbedingungen dar. Die Zufriedenheit hing stark mit der Erwartungserfüllung, dem Trainingserfolg und über das Gesamturteil, welches Teile der Zufriedenheit beinhaltet, auch mit dem Rückgang der emotionalen Probleme und der Ängstlichkeit der Kinder zusammen. Die regelmässige Durchführung der Hausaufgaben und Entspannungsübungen hing mit den meisten Erfolgskriterien des Trainings zusammen, womit die Aussage von Helbig und Fehm (2005) bekräftigt werden konnte, dass das Commitment ein Prädiktor für die Effektivität des Trainings ist.

Das Training hat zusätzlich zu den guten Resultaten in Bezug auf die Wirkvariablen eine gute Treatmentintegrität und Durchführbarkeit bewiesen. Dies bestätigt die Idee der Manualisierung, wobei die Analysen und die multiple Kasuistik auch gezeigt haben, dass eine gewisse Flexibilität nötig ist, da die Gruppen jeweils aus Individuen bestehen, welche alle unterschiedliche kognitive Niveaus und auch im Bereich der emotionalen und sozialen Entwicklung verschiedene Stufen erreicht haben. Dies wurde wie erwähnt vor allem in den Einzelfallanalysen deutlich.

Beim Einzelfall „Ines“ gingen die Meinungen in Bezug auf die Wirkung auseinander: Ines selbst schätzte die Wirkung als gering ein, die Mutter jedoch als gut. In den Supervisionssitzungen mit den Trainern wurde auch deutlich, weshalb die Wirkung für Ines und ihre Mutter eingeschränkt sein könnte. Zum einen waren komorbide Symptome vorhanden, welche jedoch nicht diagnostisch abgestützt waren (vgl. Einzelfall Ines mit vermutlicher ADHS). Zum anderen war nicht immer klar, inwiefern Ines und ihre Mutter die Inhalte verstanden hatten. Dies könnte auch der Grund gewesen sein, dass die Hausaufgaben von beiden selten durchgeführt wurden. Da diese Dyade Teil der WLKG war und diese aus nur 4 Dyaden bestand, könnten auch alle Resultate in diesem Zusammenhang leicht verfälscht sein. Ines war in Bezug auf viele Bedingungen kein „typischer“ Fall eines ängstlichen Mädchens. Dies führt auch direkt zu den Überlegungen, was in Bezug auf die Rekrutierung der Stichprobe beachtet werden sollte. Zum einen sollten die Interventions- und Wartelistekontrollgruppen homogener sein, das heisst, gleich verteilt sein, keine komorbiden Störungen, haben und eine Testung der Grundintelligenz sollte eingeplant werden (vgl. weiter unten). Auf der anderen Seite hat Daniela (zweite Einzelfall) sehr gut vom Training profitieren können, auch wenn sie im Wissenscheck keine Steigerung über die drei Messzeitpunkte erreichen konnte. Dies spricht für eine differenzierte Erhebung der Intelligenz, falls diese als Basis für den Einschluss oder Ausschluss aus dem Training zur Hand gezogen würde oder falls diese, je nach Ausprägung, in die Auswertung als Korrelat, Risiko- oder Schutzfaktor der Angst einbezogen wird (vgl. Laucht et al., 1997).

In Kapitel 5.4.5 wurden bereits ausführlich *alternative Erklärungen* zu den gefundenen Haupteffekten diskutiert, weshalb hier nur die wichtigsten zusammengefasst werden. Es wurden unter anderem selbstkonstruierte Fragebogen eingesetzt, welche nicht im Vorfeld evaluiert wurden. Die verschiedenen Gütekriterien waren unter anderem dadurch teilweise eingeschränkt. Zusätzlich gab es bei einigen Analysen eine Verzerrung durch gemeinsame Methodenvarianz (common method variance). Hier wäre zu überlegen, ob nicht zusätzliche Rater von Nutzen wären; neben beispielsweise Lehrpersonen könnten auch unabhängige Interviewer eine klinische Einschätzung liefern. Dies hätte gegebenenfalls auch zu anderen Einschätzungen in Bezug auf die Zufriedenheit und direkte Wirksamkeitseinschätzung geführt, da die soziale Erwünschtheit etwas geringer zum Tragen gekommen wäre. Auch könnte überlegt werden, zusätzlich die Methode der Verhaltensbeobachtung einzuführen. Viele Einschränkungen ergaben sich durch die Messwiederholungen, welche dazu führen können, dass eine Sensibilisierung, Reaktanz oder Reaktivität stattfindet. Es konnte auch nicht ausgeschlossen

werden, dass andere Ereignisse respektive Variablen (z.B. in der Familie oder Schule) das Ergebnis mediiieren. Auch haben nicht alle Gruppen die gleichen Intervalle zwischen den Sitzungen gehabt, was die korrekte statistische Analyse anhand einer Varianzanalyse mit Messwiederholung behindert hatte. Hier müsste in einem weiteren Durchgang darauf geachtet werden, dass keine Ferienwochen den Ablauf stören und ein fixer Wochentag vorgegeben ist.

Es wurden auch Überlegungen hinsichtlich weiteren Aspekten des Programms gemacht: beispielsweise ob es zu kurz oder zu lang ist oder zu intensiv. Es wurde den Kindern und Müttern viel abverlangt, da sie in 8 Sitzungen zu je 120 Minuten vieles neu erlernen oder umlernen mussten. Die Aufmerksamkeitsspanne bei Kindern ist in diesem Alter circa 30-40 Minuten (ca. eine Schulstunde), was deutlich überschritten wurde. Diesem Aspekt wurde jedoch dadurch Rechnung getragen, dass die Übungen sich in ihrer Art ständig abwechselten und auch Pausen und Spiele eingefügt wurden. Den sogenannten Reifungsprozessen von Müdigkeit und Hunger (Cook & Campbell, 1979) wurde durch die genannten Strategien und Versorgung mit Getränken und Snacks entgegengehalten. Die Übungen respektive Hausaufgaben waren in jeweils einer Woche durchzuführen und zu dokumentieren. Dies war neben den jeweils 2 Stunden Training und Anfahrtsweg viel Aufwand für die Mütter und Kinder. Einige der gefundenen Effekte haben nicht bis zum Follow-up gehalten, was entweder mit der mangelnden Übung nach dem Trainingsende zu tun haben könnte oder damit, dass die Erläuterungen der einzelnen Elemente zu kurz kamen. Dies zeigte sich auch in der Befragung der Trainer anhand der Sitzungsprotokolle: Oft mussten Elemente ausgelassen werden, da die Zeit zu knapp war. Da die kognitive Verhaltenstherapie vor allem von Psychoedukation und Übungen lebt (vgl. Kap. 5.4.1.1), waren die Sitzungen eventuell zu überfüllt. Es wurde auch überlegt, ob die Reihenfolge der Durchführung der Elemente einen Einfluss auf die Höhe des Effekts hatte. Die Reihenfolge wurde angelegt an die international anerkannten Programme (z.B. Barrett et al., 2000; Flannery-Schroeder, 1996), was jedoch nicht bedeutet, dass dies die optimale Reihenfolge ist. Dadurch, dass das ganze Paket evaluiert und nicht einzelne Elemente miteinander verglichen wurden, kann nicht beantwortet werden, was ausschlaggebend für die Effektivität war (vgl. unten). Die Mütter gaben an, dass vor allem die positive Verstärkung und das Modelllernen sehr nützliche Strategien sind. Dies ist insofern nachvollziehbar, da diese im Alltag relativ einfach umzusetzen sind. Im Gegensatz dazu stehen die Konfrontationsübungen, welche sehr aufwendig sind und auch eine gewisse Portion Mut voraussetzen. Das Mütterprogramm wurde durch die Verfasserin dieser Arbeit zusammengestellt und vor allem in Bezug auf die Reihenfolge an das Kindprogramm angelehnt. Da in den Sitzungsprotokollen diesbezüglich von den Trainern keine Kritik aufgetreten ist – auch nicht von den Müttern via Fragebogen – wird angenommen, dass die Reihenfolge nicht unlogisch erschien.

Die genannten Aspekte bezogen sich auf einige methodische Überlegungen. Was die Wirksamkeit ebenfalls beeinflusst haben könnte, sind Variablen der Teilnehmer, welche nicht erhoben worden sind. Wie bereits erwähnt, wurde keine vollumfängliche Diagnostik gemacht, wodurch keine komorbiden Störungen ausgeschlossen werden konnten. Problematisch war ausserdem, dass das Programm für alle Typen ängstlicher Kinder zugelassen war. Somit konnten keine Unterschiede gezogen werden zwischen den Kategorien der Ängste, welche sich bereits im subklinischen Bereich zeigten. Das Kennenlernen der unterschiedlichen Ängste war zwar für die Normalisierung in der Gruppe wichtig, stellte sich jedoch auch für die Gruppendynamik und Beispielsuche als erschwerend heraus. Persönlichkeitsmerkmale beim Kind konnten ebenfalls nicht daraufhin geprüft werden, ob diese zu einem Ausschluss geführt hätten oder nicht. Die Sprache wurde nicht explizit als Ausschlusskriterium angesehen, sodass eine Mutter mit spanischer Muttersprache und ein Kind mit einer expressiven Sprachstörung aufgrund einer angeborenen körperlichen Anomalie einbezogen worden sind. Weiter wurden

keine Tests eingesetzt, welche die Intelligenz und andere exekutive Funktionen differenziert erhoben hätten. Auch bei den Müttern wurden keine solchen Tests eingeführt. Dadurch dass das Programm sehr sprachlich orientiert ist, müsste dies zumindest in Betracht gezogen werden. Die Annahme beinhaltet, dass durchschnittlich intelligente Mütter mit einer fundierten Ausbildung aus der Mittelschicht am besten vom Programm profitieren können und am zufriedensten sind. Die Stichprobe ist deutlich zu klein und diesbezüglich zu homogen, um erste Analysen durchzuführen. Ausserdem sind dies Beobachtungen, welche die Autorin während des Trainings gemacht hat. Eine durchschnittliche Intelligenz wird bei einem Programm, das stark auf psychoedukativen Elementen beruht, vorausgesetzt. Die Mütter müssen viele Zusammenhänge verstehen lernen und flexibel die neuen Informationen in ihren Erziehungsalltag einbringen. Dies ist eine Leistung, welche sowohl eine bestimmte Auffassungsgabe als auch Zeit beansprucht. Das Programm eignet sich folgerichtig nicht für Mütter, welche viel arbeiten müssen und wenig Zeit für ihre Kinder haben. Eine andere Konsequenz wäre, dass das Programm zu kompakt und fordernd ist und somit abgeändert werden müsste. Das heisst, es sollten möglicherweise weniger psychoedukative und sprachliche dafür mehr übende Elemente einbezogen werden.

Wie müsste eine Studie geplant werden, um neben der statistischen Relevanz und den Effektstärken auch die protektive klinische Relevanz in der Präventionsforschung zeigen zu können?

Um tatsächlich die Veränderung auf Skalen in der indirekten Veränderungsmessung auf das Training zurückzuführen, müssten die Stichproben der Treatment- und der Wartelistekontrollgruppe grösser und homogen sein (vgl. Durlak & Wells, 1997). Neben der Randomisierung, der Alters- und Geschlechtsverteilung müssten auch weitere Variablen miteinbezogen werden, wie Intelligenz und exekutive kognitive Funktionen. Die störungsspezifische Anamnese müsste ebenfalls daraufhin betrachtet werden, ob im Vorlauf bereits ein ängstliches Temperament, andere Traits oder Auffälligkeiten vorhanden waren (vgl. z.B. Kap. 3.2). Auch müssten familiäre Faktoren und Variablen der Mutter näher beachtet werden, weil das Umfeld eine wichtige Funktion in der Genese der Angststörungen hat (vgl. Kap. 3.2). Durch die Randomisierung könnten viele Störvariablen kontrolliert werden, jedoch wäre es auch spannend herauszufinden, ob, und falls ja wie, diese verschiedenen Faktoren mit der Entwicklung der Ängstlichkeit und der Angststörungen zusammenhängen. Dafür müsste eine prospektive Längsschnittstudie über mehrere Jahre geplant werden, in welcher diese Variablen durch kategoriale und dimensionale multimodale Diagnostik (Datenebenen, Datenquellen, Verfahren, Konstrukte; Reinecker-Hecht & Baumann, 2005) wiederholt erhoben werden (vgl. Beelmann & Schneider, 2003; Ollendick & King, 2004). Die interessierenden Konstrukte müssten anhand der Fragebogen gut abgedeckt werden. Um wirklich von einer protektiven präventiven Relevanz sprechen zu können, müsste im Langzeitverlauf die Inzidenzrate der Angststörungen gesenkt werden (vgl. Abb. 1; Kap. 4.1.1 & 5.2). Damit der Trainingseffekt auf das Training bezogen werden könnte, müsste eine Kontrollgruppe ohne Treatment für die gesamte Zeitspanne mitverfolgt werden, was jedoch aus ethischen Gründen nicht möglich ist. Weiter wäre spannend, falls genügend grosse Stichproben vorhanden wären, jede Gruppe einer anderen Variation von Therapieelementen in unterschiedlichen Reihenfolgen zufällig zuzuordnen. Das heisst, im Gegensatz zur bisherigen Forschung (vgl. Kap. 5.3), welche vor allem ganze Pakete an Techniken und Elementen evaluiert hat, wäre es spannend, den Fokus auf die einzelnen Elemente zu setzen: beispielsweise auf die Technik der Selbstverbalisation (vgl. Prins & Ollendick, 2003). Durlak und Wells (1997a) zeigten in ihrer Meta-Analyse jedoch wie bereits erwähnt, dass die Kombination von kognitiv-verhaltenstherapeutischen Techniken im Paket bessere Outcomedaten liefert als solche, welche nur einzelne Techniken respektive

Elemente einsetzen. Jedoch hatten auch diese Studien jeweils ihre Mängel, weshalb die Autorin nach wie vor davon ausgeht, dass bei optimaler Planung, auch differenzierteres Wissen über die verschiedenen Techniken und Methoden zu generieren wäre.

Weiter müsste in der *Studie 3* auch der Einbezug der Mütter verglichen werden mit einer Gruppe ohne Einbezug der Mütter (vgl. Döpfner & Lehmkuhl, 2002). Korrekterweise müsste auch getestet werden, ob der Einbezug der Väter (Bögels & Siqueland, 2006) oder der Geschwister einen Unterschied ausmachen würde, und ob eine Intervention nur auf Elternebene ohne Kinder einen ebenso grossen Effekt hätte (vgl. Thienemann et al., 2006). Im Review von Ginsburg und Schlossberg (2002; Kap. 5.3.2) wurde gezeigt, dass der Einbezug der Eltern in Kindprogrammen in einigen Studien die Wirksamkeit erhöht (vgl. In-Albon & Schneider, 2007). Waddell und Kollegen (2004) zeigten in ihrem Review-Artikel, dass die kognitive Verhaltenstherapie unabhängig von den Bedingungen Einbezug der Eltern und individuelles versus Gruppensetting wirksam ist (vgl. Barrett, 1998). Kazdin (2002) schlägt vor, dass der Fokus auf die Mechanismen und Prozesse der Veränderungen und auf Moderatoren des Outcomes gelegt wird (vgl. Kap. 5.3.1). Weiter müsste beachtet werden, dass der Therapeut respektive der Trainer bereits durch seine Rolle Einfluss auf die Teilnehmer des Programms haben kann (Lambert & Barley, 2002). Dies könnte ebenfalls systematisch genutzt werden. Ausserdem soll die Entwicklungspsychopathologie (Kap. 3.1.1 & 3.2.1) für die Therapie Grundlage werden. Es sollen die bekannten Risikofaktoren dazu führen, dass nicht nur die Therapieprogramme in Präventionsprogramme umgewandelt werden (Zvolensky & Schmidt, 2007), sondern aus der Ätiologie- und Entwicklungspsychopathologieforschung die Ergebnisse in die Entwicklung eines Präventionsprogramms einbezogen werden (vgl. Durlak & Wells, 1997). Da die *Studie 3* eine indizierte Prävention war, musste ein Teil den Programmen der Therapieforschung entlehnt werden, da die subklinischen Symptome angegangen werden mussten (Reduktion des unerwünschten Erlebens und Verhaltens).

6.4 Zusammenfassung und Ausblick

Die *Studie 3* wollte zeigen, dass durch ein kognitiv-verhaltenstherapeutisches indiziertes Präventionsprogramm mit Kindern und deren Müttern in einem simultanen Programm die Ängstlichkeit – bei den Kindern und Müttern – gesenkt wird. Das Kapitel Epidemiologie (Kap. 4, inkl. *Studien 1 und 2*) hatte klar darauf hingewiesen, dass die Ängste und Angststörungen häufig und stabil sind, sich zum Teil mit dem Alter sogar verstärken und sich nicht – wie früher angenommen – auswachsen (vgl. Wittchen & Vossen, 2000). Das Kapitel 3 über die Ätiologie hatte deutlich gezeigt, dass die Eltern einen grossen Einfluss auf die Entwicklung und Stabilisierung von Angststörungen bei Kindern haben; für die Interventionsstudien sind jedoch vor allem die aufrechterhaltenden Faktoren von Bedeutung (vgl. Dadds & Roth, 2001). Das Programm „Der Zauberlehrling“ in der *Studie 3* konnte die Ängstlichkeit und die emotionalen Probleme beim Kind senken (vgl. Kap. 5.4). Ob damit auch die Inzidenzrate von Angststörungen gesenkt werden konnte, kann nicht abschliessend beantwortet werden, weil dafür die Studie nicht genug Messwiederholungen über genügend Jahre geplant hatte. Weiter hat das Programm erreichen können, dass auch die Mütter ihre Ängste senken konnten und dass sie in den Augen der Kinder günstigeres Erziehungsverhalten gelernt haben. Dass das Training die Erhöhung von günstigen Stressbewältigungsstrategien beim Kind ermöglicht, konnte ebenfalls aufgezeigt werden, auch wenn der Effekt nicht von Dauer war.

Wie in der Einleitung berichtet wurde, leidet jede zweite Person in der Schweiz einmal im Leben an einer psychischen behandlungsbedürftigen Störung (Ajdacic-Gross & Graf, 2003). Auch zeigte Meili (2007), dass das Angstniveau bei einem Kind im Durchschnitt in den USA höher ist als in den 50er Jahren. Wie bereits erwähnt, ist der Verlauf chronisch, und oft verkomplizieren komorbide Störungen die Entwicklung. All dies sind Gründe, um frühzeitig in die Störungsentwicklung einzugreifen.

Kinder, welche Angstsymptome im subklinischen oder klinischen Bereich zeigen, leiden meistens darunter, da sie in verschiedenen Settings eingeschränkt sind. Beispielsweise getrauen sich sozial ängstliche Kinder oft nicht, neue Freunde zu finden und sind sozial sehr zurückgezogen und einsam. Prüfungsängstliche Kinder können ihr Leistungspotential nicht zeigen und sind frustriert, enttäuscht und können deswegen oft auch nicht die gewünschte akademische Laufbahn einschlagen. Kinder mit einer generalisierten Angst sind über den ganzen Tag hinweg angespannt und erschöpft, weil sie ständig über potentielle Gefahren grübeln müssen. Dies sind nur einige Beispiele, wie Kinder unter Angststörungen leiden können. Ausnahmen mögen die Spezifischen Phobien sein, welche je nach Inhalt der Phobie nicht einschränkend sind (z.B. Koalabärphobie in Europa). Die Mütter der *Studie 3* gaben zudem an, dass sie sich wünschten, dass die Kinder weniger bedrückt, aktiver mit Gleichaltrigen zusammen und selbständiger in alltäglichen Dingen seien. Wie eingangs des Kapitels 5.1 bereits geschildert wurde, gibt es längerfristig neben dem individuellen Leiden weitere Nachteile, an einer Angststörung zu erkranken. Menschen mit diesen psychiatrischen Diagnosen gehen früher von der Schule ab, haben später mehr Arbeitsabsenzen oder keine Arbeit und die Kosten für Hospitalisation und Medikation sind sehr hoch. Wie in den verschiedenen Entwicklungspsychopathologiemodellen gezeigt wurde (Kap. 3.2.1) können die Verläufe unterschiedlich aussehen: Je nachdem ob eine Vulnerabilität vorliegt, ein Kind sich als resilient erweist und wie das Zusammenspiel von Risikofaktoren und protektiven Faktoren läuft. Dies spricht alles für ein frühes Eingreifen, um aus dem pathologischen Entwicklungsverlauf einen normgerechten zu machen.

Die multiple Kasuistik spiegelt die Diskussion des Vorworts in Bezug auf die Frage wider, wie die Wirkung einer Therapie operationalisiert wird (Akeret, 2006). Die Einschätzung der Trainingswirkung und die Zufriedenheit mit dem Training sind vor allem subjektiv und können oft nicht in objektivierbaren Grössen gemessen werden. Im direkten Kontakt zu den Kindern und Müttern waren die Feedbacks zum Training und dessen Impacts durchwegs gut. Dies kann natürlich auch mit der sozialen Erwünschtheit und der Höflichkeit der Teilnehmer zusammenhängen. Jedoch haben bekanntlich die positive Einstellung und die reine Teilnahme an einem Training bereits erhebliche Auswirkungen auf das Wohlbefinden von Menschen (vgl. Lambert & Barley, 2002).

Die vorliegende Arbeit konnte zeigen, dass das Programm für die Stichprobe der *Studie 3* in Bezug auf die Senkung von Ängstlichkeit und damit einhergehenden Korrelaten wirksam war. Dadurch dass über verschiedene Erhebungsmethoden die Wirksamkeit gezeigt werden konnte und auch keine Drop-outs zu verzeichnen waren, werden die Schwächen der Studie (u.a. kleine Stichprobe, keine Randomisierung) teilweise ausgeglichen. Da die Studie auch als eine Replikation von internationalen Evaluationsstudien im Schweizerdeutschen Bereich angesehen werden kann, geht die Autorin davon aus, dass die Wirkung auch bei anderen Gruppen von Kindern und deren Mütter gefunden werden könnte.

Das parallele Mutterprogramm hat, zumindest in den Augen der Mütter, mit vielen Anregungen und Ideen geholfen, das Kind zu unterstützen. Die Vorbereitung wurde im Kindtraining durch den Trainer geliefert, und die Mütter haben zu Hause anhand ihrer Hausaufgaben und dem neu erworbenen Wissen noch zusätzlich Effekte verstärken können. Die Mütter haben in der Hierarchieerstellung der nützlichsten Tools des Programms klar die positive Verstärkung und das Modelllernen im Umgang mit Angst respektive mit mutigem Verhalten gewählt. Die Kinder schätzten am Ende des Trainings und im Follow-up nach 5 Monaten ihre Mütter jedenfalls günstiger erziehend ein. Ob der Effekt bezüglich der Variablen beim Kind durch das simultane Muttertraining noch verstärkt oder stabilisiert wurde, kann aufgrund des gewählten Studiendesigns nicht beantwortet werden. Die Mütter selbst haben sich über den Verlauf nach dem Training bis zum Follow-up-Zeitpunkt weniger ängstlich wahrgenommen. Dies könnte ein Hinweis darauf sein, dass zu Hause eine Art aufschaukelnde Interaktion zwischen den Kindern und Müttern stattfand, da bei beiden die Ängstlichkeit stabil abnahm. Dies wiederum spricht stark dafür, dass die Mütter oder Eltern in ein paralleles Programm einbezogen werden.

Die Idee, dass das günstige Bewältigungsverhalten dauerhaft aufgebaut werden kann, konnte durch die *Studie 3* nicht bestätigt werden. Die Kinder hatten zwar aus den Inhalten des Trainings lernen können, hatten direkt nach dem Training in ihren Augen die Angst günstiger bewältigt und konnten dies auch im Wissenscheck zum Postzeitpunkt zeigen; jedoch verlor sich dieses Wissen in den folgenden 5 Monaten wieder. Da dessen ungeachtet sich alle Kinder bereits vor dem Training in Bezug auf die Stressbewältigung nicht von einer Normalstichprobe unterschieden, muss dies nicht direkt als negatives Resultat gewertet werden. Es zeigt jedoch, dass in diesem Bereich weiterhin geforscht werden muss und zwar in Richtung der Erhaltung des Effekts.

Für die zukünftige Forschung wäre der Autorin wichtig, dass die einzelnen Therapieelemente auf deren Wirkung hin getestet werden. Falls sich einzelne Elemente als nicht wirksam erweisen würden, könnten die Programme gekürzt werden und wären im Sinne der Kosten-Nutzen-Analyse ökonomischer. Möglicherweise würde sich auch herausstellen, dass die Reihenfolge der einzelnen Programmelemente von Relevanz ist. Dies könnte Folgen für die gesamte internationale Forschung haben, da die meisten kognitiv-verhaltenstherapeutischen Programme sich vor allem an einem Programm, dem Coping Cat Programm (Kendall, 2000b), orientieren; andere Programme waren jedoch inhaltlich ebenfalls sehr klar diesem Vorgehen verpflichtet. Eine Studie von Öst und Kollegen (2001) zeigte, dass eine Intervention in nur einer einzigen Sitzung à 3 Stunden einen stabilen Effekt (1-Jahres-Follow-up) erbrachte. Dieses Vorgehen wurde an 60 Kindern und Jugendlichen mit einer spezifischen Phobie getestet und nicht wie in der vorliegenden Studie, oder auch in anderen Studien, mit Kindern, welche andere Arten von Angststörungen aufzeigen. Die Studie von Öst und Kollegen (2001) könnte trotzdem Vorbild sein für die zukünftige Forschung, um auch kürzere Programme zu testen, da beispielsweise Chambless und Ollendick (2001) sowieso davon ausgehen, dass Expositionsverfahren die zentralsten Bausteine einer Angststörungstherapie sind.

Da die Erreichbarkeit von Kindern und Müttern im Zusammenhang mit einer Prävention sehr schwierig ist, wäre zu überlegen, ob ein internetbasiertes Programm gegebenenfalls niederschwelliger wäre und die gleichen Effekte hervorbringen würde. Das BRAVE-Programm konnte jedenfalls erste Effekte dieser Art aufzeigen (S. March et al., 2009; Spence et al., 2006, vgl. Kap. 5.3.3). In diesem Fall kämen jedoch die Nachteile der universellen Prävention (vgl. Kap. 5.3.1), wie zum Beispiel die Schwierigkeit des Nachweises eines Effekts, wieder

zum Tragen. Die individuelle Beratung, welche im Rahmen eines Gruppenprogramms trotz Manualisierung möglich ist, kann ausserdem durch ein online-Programm praktisch nicht gewährleistet werden. Speziell in der indizierten Prävention wäre diese direkte Beratung jedoch wichtig. Ausserdem könnte anhand dieses Zugangs der simultane Einsatz von einem Mutter- und Kindprogramm nicht umgesetzt werden. Jedoch könnte eine Kombination zwischen dem konventionellen (centerbased) und dem Internetzugang überlegt werden. Dadurch hätten Mutter und Kind zu Hause die Möglichkeit, die Übungen interaktiv zu gestalten (vgl. Hänggi, 2007; Perrez & Hilti, 2005).

LITERATURVERZEICHNIS

LITERATURVERZEICHNIS

Abramson, L. Y., Seligman, M. E. P., & Teasdale, J. O. (1978). Learned helplessness in humans: Critics and reformulation. *Journal of Abnormal Psychology*, 87, 49-74.

Achenbach, T. M. (1987). Child/adolescent behavioral and emotional problems: Implications of cross-informant correlations for situational specificity. *Psychological Bulletin*, 101(2), 213-232.

Achenbach, T. M. (1990). What is "developmental" about developmental psychopathology? In J. Rolf, A. S. Masten, D. Cicchetti, K. H. Nuechterlein & S. Weintraub (Eds.), *Risk and protective factors in the development of psychopathology* (pp. 29-48). Cambridge: University Press.

Aguinis, H. (1995). Statistical power problems with moderated multiple regression in management research. *Journal of Management*, 21(6), 1141-1158.

Ahnert, L. (Hrsg.). (2004). *Frühe Bindung. Entstehung und Entwicklung*. München: Reinhardt.

Aiken, L. S., & West, S. G. (1991). *Multiple regression: Testing and interpreting interactions*. Thousand Oaks: Sage.

Ajdacic-Gross, V., & Graf, M. (2003). *Bestandesaufnahme und Daten zur psychiatrischen Epidemiologie in der Schweiz*. Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.

Albano, A. M., Chorpita, B. F., & Barlow, D. H. (1996). Childhood anxiety disorders. In E. J. Mash & R. A. Barkley (Eds.), *Child psychopathology* (pp. 196-241). New York: The Guilford Press.

Alfano, C. A., Beidel, D. C., & Turner, S. M. (2002). Cognition in childhood anxiety: Conceptual, methodological, and developmental issues. *Clinical Psychology Review*, 22, 1209-1238.

Alonso, J., Angermeyer, M. C., Bernet, S., Bruffaerts, R., Brugha, T. S., Bryson, H., et al. (2004). Prevalence of mental disorders in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Health (ESEMeD) project. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 109(suppl. 420), 21-27.

Altgeld, T., & Kolip, P. (2004). Konzepte und Strategien der Gesundheitsförderung. In K. Hurrelmann, M. L. Klotz & J. Haisch (Hrsg.), *Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung* (S. 41-51). Bern: Huber.

American Psychiatric Association. (1968). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-II)* (3rd ed.). Washington, D. C.: Author.

American Psychiatric Association. (1980). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-III)* (3rd ed.). Washington, D.C.: Author.

American Psychiatric Association. (1991). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-III-R)* (H.-U. Wittchen & Mitarbeiter, Trans. 3rd ed.). Weinheim: Beltz.

American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders - DSM-IV* (4th ed.). Washington, DC: Author.

American Psychiatric Association. (1996). *Diagnostisches und Statistisches Manual psychischer Störungen - DSM-IV* (H. Sass, H.-U. Wittchen & M. Zaudig, 4. Aufl.). Göttingen: Hogrefe.

American Psychiatric Association. (2003). *Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen. Textrevision. DSM-IV-TR* (H. Sass, H.-U. Wittchen, M. Zaudig & I. Houben, 4. Aufl.). Göttingen: Hogrefe.

Andereggen, F. (2003). *Beurteilereffekte bei Mutter-Kind-Dyaden. Kindverhalten aus mütterlicher und kindlicher Perspektive*. Unveröffentlichte Lizentiatsarbeit, Universität Fribourg, Fribourg.

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(1), 69-76.

Andrade, L., Caraveo-Anduaga, J. J., Berglund, P., Bijl, R., Kessler, R. C., Emler, O., et al. (2000). Cross-national comparison of the prevalences and correlates of mental disorders. *Bulletin of the World Health Organization*, 78(4), 413-426.

Andrews, G., Henderson, S., & Hall, W. (2001). Prevalence, comorbidity, disability and service utilisation. *British Journal of Psychiatry*, 178, 145-153.

Angold, A., Costello, E. J., & Erkanli, A. (1999). Comorbidity. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 40(1), 57-87.

Angst, J., & Dobler-Mikola, A. (1985). The Zurich Study. V. Anxiety and phobia in young adults. *European Archives of Psychiatry and Neurological Sciences*, 235, 171-178.

Angst, J., & Vollrath, M. (1991). The natural history of anxiety disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 84(446-452).

Antonovsky, A. (1987). *Unraveling the mystery of health. How people manage stress and stay well*. San Francisco: Jossey-Bass.

Antonovsky, A. (1997). *Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit* (A. Franke, Übers.). Tübingen: dgvt.

Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist. (1993a). *Fragebogen für Jugendliche; deutsche Bearbeitung der Youth Self Report Form der Child Behavior Checklist (YSR)*. Köln: Arbeitsgruppe Kinder-, Jugend- und Familiendiagnostik.

Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist. (1993b). *Lehrerfragebogen über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen; deutsche Bearbeitung der Teacher's Report Form der Child Behavior Checklist (TRF). Einführung und Anleitung zur Handauswertung, bearbeitet*

von M. Döpfner & P. Melchers. Köln: Arbeitsgruppe Kinder-, Jugend- und Familiendiagnostik (KJFD).

Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist. (1998a). *Elternfragebogen über das Verhalten junger Erwachsener (YABCL)*. Köln: Arbeitsgruppe Kinder-, Jugend- und Familiendiagnostik (KJFD).

Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist. (1998b). *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 et al.* Köln: Arbeitsgruppe Kinder-, Jugend- und Familiendiagnostik (KJFD).

Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist. (1998c). *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 et al.* Köln: Arbeitsgruppe Kinder-, Jugend- und Familiendiagnostik (KJFD).

Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist. (1998d). *Fragebogen für junge Erwachsene (YASR)*. Köln: Arbeitsgruppe Kinder-, Jugend- und Familiendiagnostik (KJFD).

Asendorpf, J. B. (1996). *Psychologie der Persönlichkeit. Grundlagen*. Berlin: Springer.

Badura, B. (1990). Gesundheitswissenschaften und öffentliche Gesundheitsförderung (Public Health). In R. Schwarzer (Ed.), *Gesundheitspsychologie. Ein Lehrbuch* (S. 51-62). Göttingen: Hogrefe.

Ball, J., & Peters, S. (2007). Stressbezogene Risiko- und Schutzfaktoren. In I. Seiffge-Krenke & A. Lohaus (Eds.), *Stress und Stressbewältigung im Kindes- und Jugendalter* (S. 126-143). Göttingen: Hogrefe.

Baltes-Götz, B. (2006). *Moderatoranalyse per multipler Regression mit SPSS*. Unveröffentlichtes Skript, Universitäts-Rechenzentrum Trier, Trier.

Band, E. B., & Weisz, J. R. (1988). How to feel better when it feels bald: Children's perspectives on coping with everyday stress. *Developmental Psychology*, 24, 247-253.

Bandura, A. (1976). *Lernen am Modell: Ansätze zu einer sozial-kognitiven Lerntheorie*. Stuttgart: Klett.

Bandura, A., Grusec, J. E., & Menloe, F. L. (1967). Vicarious extinction of avoidance behavior. *Journal of Personality and Social Psychology*, 13, 173-199.

Barlow, D. H. (2000). Unraveling the mysteries of anxiety and its disorders from the perspective of emotion theory. *American Psychologist*, 55, 1245-1263.

Barlow, D. H. (2002). *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic* (2nd ed.). New York: Guilford Press.

Barlow, D. H. (2004). Psychological Treatments. *American Psychologist*, 59(9), 869-878.

- Barrett, P. M. (1998). Evaluation of cognitive-behavioral group treatments for childhood anxiety disorders. *Journal of Clinical Child Psychology*, 27(4), 459-468.
- Barrett, P. M., Dadds, M. R., & Rapee, R. M. (1996). Family treatment of childhood anxiety: A controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 333-342.
- Barrett, P. M., Duffy, A. L., Dadds, M. R., & Rapee, R. M. (2001). Cognitive-behavioral treatment of anxiety disorders in children: Long-term (6-year) follow-up. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69(1), 135-141.
- Barrett, P. M., Farrell, L. J., Ollendick, T. H., & Dadds, M. R. (2006). Long-term outcomes of an Australian universal prevention trial of anxiety and depression symptoms in children and youth: an evaluation of the FRIENDS program. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 35(3), 403-411.
- Barrett, P. M., Lowry-Webster, H., & Turner, C. (2000). *FRIENDS program for children: Group leaders manual*. Brisbane: Australian Academic Press.
- Barrett, P. M., Rapee, R. M., Dadds, M. R., & Ryan, S. M. (1996). Family enhancement of cognitive style in anxious and aggressive children. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 24, 187-203.
- Barrett, P. M., Sonderegger, R., & Sonderegger, N. L. (2001). Evaluation of an anxiety-prevention and positive-coping program (FRIENDS) for children and adolescents of non-english-speaking background. *Behaviour Change*, 18(78-91).
- Barrett, P. M., & Turner, C. (2001). Prevention of anxiety symptoms in primary school children: Preliminary results from a universal school-based trial. *British Journal of Clinical Psychology*, 40, 399-410.
- Barrett, P. M., Webster, H., & Turner, C. (2003a). *FREUNDE für Kinder. Arbeitsbuch für Kinder* (C. A. Essau & J. Conradt, Übers.). München: Ernst Reinhardt Verlag.
- Barrett, P. M., Webster, H., & Turner, C. (2003b). *FREUNDE für Kinder. Gruppenleitermanual. Trainingsprogramm zur Prävention von Angst und Depression* (C. A. Essau & J. Conradt, Übers.). München: Ernst Reinhardt Verlag.
- Baumann, U., & Perrez, M. (2005a). Ätiologie/Bedingungsanalyse: Methodische Gesichtspunkte. In M. Perrez & U. Baumann (Hrsg.), *Lehrbuch Klinische Psychologie - Psychotherapie* (3. vollständig überarbeitete Aufl., S. 173-187). Bern: Huber.
- Baumann, U., & Perrez, M. (2005b). Grundbegriffe - Einleitung. In M. Perrez & U. Baumann (Hrsg.), *Lehrbuch Klinische Psychologie - Psychotherapie* (3., vollständig überarbeitete Aufl., S. 31-51). Bern: Huber.
- Baumann, U., & Reinecker-Hecht, C. (2005). Methodik der klinisch-psychologischen Interventionsforschung. In M. Perrez & U. Baumann (Hrsg.), *Lehrbuch der Klinischen Psychologie - Psychotherapie* (3. vollständig überarb. Aufl., S. 378-397). Bern: Hans Huber.
- Baumann, U., & Stieglitz, R. D. (2005). Klassifikation. In M. Perrez & U. Baumann (Hrsg.), *Lehrbuch Klinische Psychologie - Psychotherapie* (3. vollständig überarbeitete Aufl., S. 109-127). Bern: Huber.

- Baumrind, D. (1967). Child care practices anteceding three patterns of preschool behavior. *Genetic Psychology Monographs*, 75, 43-88.
- Baumrind, D. (1991). Parenting styles and adolescent development. In R. M. Lerner, A. C. Petersen & J. Brooks-Gunn (Eds.), *Encyclopedia of adolescence* (Vol. 2, pp. 746-758). New York: Garland Publishing.
- Beaglehole, R., Bonita, R., & Kjellström, T. (1997). *Einführung in die Epidemiologie*. Bern: Hans Huber.
- Beck, A. T., & Emery, G. (1985). *Anxiety disorders and phobias: A cognitive perspective*. New York: Basic Books.
- Beck, A. T., Epstein, N., Brown, G., & Steer, R. A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 891-893.
- Beck, J. (1999). *Praxis der Kognitiven Therapie*. Weinheim: Beltz.
- Beck, N., Cäsar, S., & Leonhardt, B. (2006). *Training sozialer Fertigkeiten mit Kindern im Alter von 8 bis 12 Jahren. TSF (8-12)*. Tübingen: dgvt.
- Beelmann, A., Pfingsten, U., & Lösel, F. (1994). Effects of training social competence in children: A meta-analysis of recent evaluation studies. *Journal of Clinical Child Psychology*, 23(3), 260-271.
- Beelmann, A., & Schneider, N. (2003). Wirksamkeit von Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen. Eine Übersicht und Meta-Analyse zum Bestand und zu Ergebnissen der deutschsprachigen Effektivitätsforschung. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 32(2), 129-143.
- Beidel, D. C., Fink, C. M., & Turner, S. M. (1996). Stability of anxious symptomatology in children. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 24(3), 257-269.
- Beidel, D. C., & Turner, S. M. (1997). At risk for anxiety: I. Psychopathology in the offspring of anxious parents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 918-924.
- Beitchman, J. H., Wilson, B., Johnson, C. J., Atkinson, L., Young, A., Adlaf, F., et al. (2001). Fourteen-year follow-up of speech/language-impaired and control children: Psychiatric outcome. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40(1), 75-82.
- Belsky, J. (1984). The determinants of parenting: A process model. *Child Development*, 55, 83-96.
- Bettge, S. (2004). *Schutzfaktoren für die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen. Charakterisierung, Klassifizierung und Operationalisierung. Dissertation*. Berlin: Wirtschaft und Management - Institut für Gesundheitswissenschaften der Technischen Universität Berlin.
- Beuke, C. J., Fischer, R., & McDowall, J. (2003). Anxiety and depression: Why and how to measure their separate effects. *Clinical Psychology Review*, 23, 831-848.

- Biederman, J., Rosenbaum, J. F., Chaloff, J., & Kagan, J. (1995). Behavioral inhibition as a risk factor. In J. S. March (Ed.), *Anxiety disorders in children and adolescents* (pp. 61-81). New York: Guilford.
- Bijl, R. V., de Graaf, R., Hiripi, E., Kessler, R. C., Kohn, R., Offord, D. R., et al. (2003). The prevalence of treated and untreated mental disorders in five countries. The work of an international consortium finds sizable populations whose mental conditions are not being treated. *Health Affairs*, 22(3), 122-133.
- Bijl, R. V., Ravelli, A., & van Zessen, G. (1998). Prevalence of psychiatric disorder in the general population: Results of the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 33, 587-595.
- Bilenberg, N., Petersen, D. J., Hoerder, K., & Gillberg, C. (2005). The prevalence of child-psychiatric disorders among 8-9-year-old children in Danish mainstream schools. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 111, 59-67.
- Birbaumer, N., & Schmidt, R. F. (1991). *Biologische Psychologie* (2. korrigierte Aufl.). Berlin: Springer.
- Bird, H. R., Canino, G., Rubio-Stipec, M., Gould, M. S., Rbera, J., Sesman, M., et al. (1988). Estimates of the prevalence of childhood maladjustment in a community survey in Puerto Rico. The use of combined measures. *Archives of General Psychiatry*, 45(12), 1120-1126.
- Bodden, D. H. M., Bögels, S. M., Nauta, M. H., De Haan, E., Ringrose, J. M., Appelboom, C. M., et al. (2008). Child versus family cognitive-behavioral therapy in clinical anxious youth: an efficacy and partial effectiveness study. 47, 12(1384-1394).
- Bodenmann, G., Perrez, M., & Schär, M. (2004). *Klassische Lerntheorien. Grundlagen und Anwendungen in Erziehung und Psychotherapie*. Bern: Huber.
- Bögels, S. M., & Mansell, W. (2004). Attention processes in the maintenance and treatment of social phobia: hypervigilance, avoidance and self-focused attention. *Clinical Psychology Review*, 24(7), 827-856.
- Bögels, S. M., & Siqueland, L. (2006). Family cognitive behavioral therapy for children and adolescents with clinical anxiety disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 45(2), 134-141.
- Bögels, S. M., van Oosten, A., Muris, P., & Smulders, D. (2001). Familial correlates of social anxiety in children and adolescents. *Behaviour Research and Therapy*, 39, 273-287.
- 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(2), 205-211.
- Bolger, N., Davis, A., & Rafaeli, E. (2003). Diary methods: Capturing life as it is lived. *Annual Review of Psychology*, 54, 579-616.
- Bortz, J. (1993). *Statistik für Sozialwissenschaftler* (4. vollständig überarb. Aufl.). Berlin: Springer.

- Bortz, J., & Döring, N. (2002). *Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaftler* (3. überarb. Aufl.). Berlin: Springer.
- Bowlby, J. (2006a). *Bindung* (Vol. 1). München: Reinhardt.
- Bowlby, J. (2006b). *Trennung. Angst und Zorn* (Vol. 2). München: Reinhardt.
- Boyce, W. T., Frank, E., Jensen, P. S., Kessler, R. C., Nelson, C. A., Steinberg, L., et al. (1998). Social context in developmental psychopathology: Recommendations for future research from the MacArthur Network on Psychopathology and Development. *Development and Psychopathology*, 10, 143-164.
- Boyle, M. H., Offord, D. R., Hofmann, H. G., Catlin, G. P., Byles, J. A., Cadman, D. T., et al. (1987). Ontario Child Health Study. I. Methodology. *Archives of General Psychiatry*, 44(9), 826-831.
- Bradley, S., & Hood, J. (1993). Psychiatrically referred adolescents with panic attacks: Presenting symptoms, stressors and comorbidity. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 32, 826-829.
- Brandenburg, N. A., Friedman, R. M., & Silver, S. E. (1990). The epidemiology of childhood psychiatric disorders: Prevalence findings from recent studies. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 29(1), 76-83.
- Breton, J.-J., Bergeron, L., Valla, J.-P., Berthiaume, C., Gaudet, N., Lambert, J., et al. (1999). Quebec Child Mental Health Survey: Prevalence of DSM-III-R mental health disorders. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 40(3), 375-384.
- Breuninger, H. (2000). Selbstinstruktion bei Kindern und Jugendlichen. In M. Linden & M. Hautzinger (Hrsg.), *Verhaltenstherapiemanual. Techniken, Einzelverfahren und Behandlungsanleitungen* (4. überarb. und erweiterte Aufl., S. 295-299). Berlin: Springer.
- Bronfenbrenner, U. (1977). Towards an experimental ecology of human development. *American Psychologist*, 32, 513-531.
- Bronfenbrenner, U. (1986). Ecology of the family as a context for human development: Research perspectives. *Developmental Psychology*, 22, 723-742.
- Brosius, F. (2004). *SPSS 12*. Bonn: mitp.
- Bühl, A., & Zöfel, P. (2002). *SPSS 11. Einführung in die moderne Datenanalyse unter Windows* (8. überarb. und erweiterte Aufl.). München: Pearson Education Deutschland GmbH.
- Bundesamt für Statistik. (2000). *Schweizerische Volkszählung 2000*. Retrieved May, 30th, 2008, from http://www.portal-stat.admin.ch/pus/docs/PUS_3.1_d.pdf
- Bundesamt für Statistik. (2003). *Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002. Erste Ergebnisse* (Broschüre). Neuchâtel: Autor.
- Bundesamt für Statistik. (2005). *Tabellen der Gesundheitsstatistik. Medizinische Statistik 2004* (Bericht). Neuchâtel: Autor.

- Burgess, K. B., Rubin, K. H., Chea, C., & Nelson, L. (2001). Socially withdrawn children: Parenting and parent-child relationships. In W. R. Crozier & L. E. Alden (Eds.), *The self, shyness and social anxiety: A handbook of concepts, research, and interventions* (pp. 137-158). New York: Wiley.
- Burgess, K. B., Wojslawowicz, J. C., Rubin, K. H., Rose-Krasnor, L., & Booth-LaForce, C. (2006). Social information processing and coping styles of shy/withdrawn and aggressive children: Does friendship matter? *Child Development*, 77(2), 371-383.
- Byles, J., Byrne, C., Boyle, M. H., & Offord, D. R. (1988). Ontario Child Health Study: Reliability and validity of the general functioning subscale of the McMaster Family Assessment Device. *Family Process*, 27, 97-104.
- Calmonte, R., Galati-Petrecca, M., Lieberherr, R., Neuhaus, M., & Kahlmeier, S. (2005). *Gesundheit und Gesundheitsverhalten in der Schweiz 1992-2002. Schweizerische Gesundheitsbefragung*. Neuchâtel: Bundesamt für Statistik.
- Campbell, D. T., & Standley, J. C. (1963). Experimental and quasi-experimental designs for research on teaching. In N. L. Gage (Ed.), *Handbook of research on teaching* (Deutsch in : Ingenkamp, K. H. (Hrsg.) (1973). *Strategien der Unterrichtsforschung*. Weinheim: Beltz.). Chicago: Rand McNally.
- Canino, G., Shrout, P. E., Rubio-Stipec, M., Bird, H. R., Bravo, H., Ramirez, R., et al. (2004). The DSM-IV rates of child and adolescent disorders in Puerto Rico. Prevalence, correlates, service use, and the effects of impairment. *Archives of General Psychiatry*, 61, 85-93.
- Caplan, G. (1964). *Principles of preventive psychiatry*. New York: Basic Books.
- Carr, A. (1999). *The handbook of child and adolescent clinical psychology*. London: Routledge.
- Cartwright-Hatton, S., Tschernitz, N., & Gomersall, H. (2005). Social anxiety in children: social skills deficit, or cognitive distortion? *Behaviour Research and Therapy*, 43(1), 131-141.
- Chambers, J. A., Power, K. G., & Durham, R. C. (2004). The relationship between trait vulnerability and anxiety and depressive diagnoses at long-term follow-up of Generalized Anxiety Disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 18(5), 587-607.
- Chambless, D. L., & Ollendick, T. H. (2001). Empirically supported psychological interventions: Controversies and evidence. *Annual Review of Psychology*, 52, 685-716.
- Chansky, T. E., & Kendall, P. C. (1997). Social expectancies and self-perception in anxiety-disordered children. *Journal of Anxiety Disorders*, 11, 347-363.
- Chorpita, B. F. (2001). Control and the development of negative emotion. In M. W. Vasey & M. R. Dadds (Eds.), *The developmental psychopathology of anxiety* (pp. 112-142). New York: Oxford University Press.
- Chorpita, B. F., & Barlow, D. H. (1998). The development of anxiety: The role of control in the early environment. *Psychological Bulletin*, 124(1), 3-21.

- Chorpita, B. F., Brown, T. A., & Barlow, D. H. (1998). Perceived control as a mediator of family environment in etiological models of childhood anxiety. *Behavior Therapy*, 29, 457-476.
- Cicchetti, D. (2006). Development and psychopathology. In D. Cicchetti & D. J. Cohen (Eds.), *Developmental psychopathology* (2 ed., pp. 1-23). New York: Wiley.
- Cicchetti, D., & Toth, S. L. (1998). The development of depression in children and adolescents. *American Psychologist*, 53(2), 221-241.
- Cicchetti, D., & Tucker, D. (1994). Development and self-regulatory structures of the mind. *Development and Psychopathology*, 6, 533-549.
- Clark, L. A., & Watson, D. (1991). Tripartite model of anxiety and depression: Psychometric evidence and taxonomic implications. *Journal of Abnormal Psychology*, 100, 316-336.
- Cobham, V. E., Dadds, M. R., & Spence, S. H. (1998). The role of parental anxiety in the treatment of childhood anxiety. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66(6), 893-905.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd. ed.). New York: Academic Press.
- Cohen, J. (1992). A power primer. *Psychological Bulletin*, 112(1), 155-159.
- Cohen, J., Cohen, P., West, S. G., & Aiken, L. S. (2003). *Applied multiple regression / correlation analysis for the behavioral sciences* (3rd ed.). New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Cohen, P., Cohen, J., Kasen, S., Velez, C. N., Hartmark, C., Johnson, J., et al. (1993). An epidemiological study of disorders in late childhood and adolescence - I. Age- and gender-specific prevalence. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 34(6), 851-867.
- Cohen, S., & Wills, T. A. (1985). Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin*, 98, 310-357.
- Coie, J. D., Watt, N. F., West, S. G., Hawkins, J. D., Asarnow, J. R., Markman, H. J., et al. (1993). The science of prevention. A conceptual framework and some directions for a national research program. *American Psychologist*, 48(10), 1013-1022.
- Compas, B. E., Connor-Smith, J. K., Saltzman, H., Harding Thomsen, A., & Wadsworth, M. E. (2001). Coping with stress during childhood and adolescence: Problems, progress, and potential in theory and research. *Psychological Bulletin*, 127(1), 87-127.
- Compton, S. N., March, J. S., Brent, D., Albano, A. M., Weersing, R., & Curry, J. (2004). Cognitive-behavioral psychotherapy for anxiety and depressive disorders in children and adolescents: An evidence-based medicine review. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 43(8), 930-959.
- Coninx, S. (2007). *Wirksamkeitsaspekte eines indizierten Präventionsprogramms für ängstliche Kinder und ihre Mütter. Eine verteilungsfreie und explorative Analyse*. Unveröffentlichte Lizentiatsarbeit, Universität Fribourg, Fribourg.

- Coninx, S., & Hilti, N. (2004). *Fragebogen zu Erwartungen gegenüber dem Trainingsprogramm*. Unveröffentlichtes Skript, Fribourg.
- Cook, T. D., & Campbell, D. T. (1979). *Quasi-experimentation: Design and analysis issues for field settings*. Chicago: Rand McNally.
- Costello, E. J., & Angold, A. (1995). Epidemiology. In J. S. March (Ed.), *Anxiety disorders in children and adolescents* (pp. 109-124). New York: Guilford.
- Costello, E. J., Angold, A., Burns, B. J., Erkanli, A., Stangl, D., & Tweed, D. L. (1996). The Great Smoky Mountains Study of Youth. Functional impairment and serious emotional disturbance. *Archives of General Psychiatry*, 53(12), 1137-1143.
- Costello, E. J., Angold, A., Burns, B. J., Stangl, D., Tweed, D. L., Erkanli, A., et al. (1996). The Great Smoky Mountains Study of Youth. Goals, design, methods, and the prevalence of DSM-III-R disorders. *Archives of General Psychiatry*, 53, 1129-1136.
- Costello, E. J., Egger, H., & Angold, A. (2005a). 10-year research update review: The epidemiology of child and adolescent psychiatric disorders: I. Methods and Public Health burden. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 44(10), 972-986.
- Costello, E. J., Egger, H., & Angold, A. (2005b). The developmental epidemiology of anxiety disorders: phenomenology, prevalence, and comorbidity. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 14, 631-648.
- Costello, E. J., Farmer, M. E., Angold, A., Burns, B. J., & Erkanli, A. (1997). Psychiatric disorders among American Indian and white youth in Appalachia: The Great Smoky Mountain Study. *American Journal of Public Health*, 87(5), 827-832.
- Costello, E. J., Foley, D. L., & Angold, A. (2006). 10-year research update review: The epidemiology of child and adolescent psychiatric disorders: II. Developmental epidemiology. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 45(1), 8-25.
- Costello, E. J., Keeler, G. P., & Angold, A. (2001). Poverty, race/ethnicity, and psychiatric disorder: A study of rural children. *American Journal of Public Health*, 91(9), 1494-1498.
- Costello, E. J., Messer, S. C., Bird, H. R., Cohen, P., & Reinherz, H. Z. (1998). The prevalence of serious emotional disturbance: A re-analysis of community studies. *Journal of Child and Family Studies*, 7(4), 411-432.
- Costello, E. J., Mustillo, S., Erkanli, A., Keeler, G., & Angold, A. (2003). Prevalence and development of psychiatric disorders in childhood and adolescence. *Archives of General Psychiatry*, 60, 837-844.
- Crawford, A. M., & Manassis, K. (2001). Familial predictors of treatment outcome in childhood anxiety disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40(10), 1182-1189.
- Crick, N. R., & Dodge, K. A. (1994). A review and reformulation of social information-processing mechanisms in children's social adjustment. *Psychological Bulletin*, 115, 74-101.

- Crijnen, A. A. M., Achenbach, T. M., & Verhulst, F. C. (1997). Comparison of problems reported by parents of children in 12 cultures: Total problems, externalizing, and internalizing. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36(9), 1269-1277.
- Cummings, E. M. (1999). Some considerations on integrating psychology and health from a life-span perspective. In T. L. Whitman, T. V. Merluzzi & R. D. White (Eds.), *Life-span perspectives on health and illness* (pp. 277-294). Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Cummings, E. M., Davies, P. T., & Campbell, S. B. (2000). *Developmental psychopathology and family process. Theory, research, and clinical implications*. New York: Guilford press.
- Currie, C., Hurrelmann, K., Settertobulte, W., Smith, R., & Todd, J. (Eds.). (2000). *Health and health behaviour among young people. Health Behaviour in School-aged Children: A WHO cross-national study (HBSC). International report*. Copenhagen: WHO.
- Currie, C., Roberts, C., Morgan, A., Smith, R., Settertobulte, W., Samdal, O., et al. (2004). *Young people's health in context: International report from the HBSC 2001/02 survey*. Retrieved April, 23d, 2008, from <http://www.hbsc.org/publications/reports.html>
- Dadds, M. R., Barrett, P. M., Rapee, R. M., & Ryan, S. M. (1996). Family process and child psychopathology: An observational analysis of the FEAR effect. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 24, 715-735.
- Dadds, M. R., Davey, G. C. L., & Field, A. P. (2001). Developmental aspects of conditioning processes in anxiety disorders. In M. W. Vasey & M. R. Dadds (Eds.), *The developmental psychopathology of anxiety* (pp. 205-230). New York: Oxford University Press.
- Dadds, M. R., Holland, D. E., Laurens, K. R., Mullins, M., Barrett, P. M., & Spence, S. H. (1999). Early intervention and prevention of anxiety disorders in children: Results at 2-year follow-up. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 145-150.
- Dadds, M. R., & Roth, J. H. (2001). Family processes in the development of anxiety problems. In M. W. Vasey & M. R. Dadds (Eds.), *The developmental psychopathology of anxiety* (pp. 278-303). New York: Oxford University Press.
- Dadds, M. R., Spence, S. H., Holland, D. E., Barrett, P. M., & Laurens, K. R. (1997). Prevention and early intervention for anxiety disorders: A controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65, 627-635.
- Darling, N. (1999). *Parenting style and its correlates*. Retrieved February, 27, 2008, from <http://www.ericdigests.org/1999-4/parenting.htm>
- de Graaf, R., Bijl, R. V., ten Have, M., Beekman, A. T. F., & Vollebergh, W. A. M. (2004). Rapid onset of comorbidity of common mental disorders: findings from the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 109, 55-63.
- Demyttenaere, K., Bruffaerts, R., J., P.-V., Gasquet, I., Kovess, V., Lepine, J. P., et al. (2004). Prevalence, severity, and unmet need for treatment of mental disorders in the World Health Organization World Mental Health Survey. *Journal of the American Medical Association*, 291(21), 2581-2590.

- Dilling, H., & Weyerer, S. (1984). Prevalence of mental disorders in the small-town-rural region of Traunstein (upper Bavaria). *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 69, 60-79.
- Dineen, K. A., & Hadwin, J. A. (2004). Anxious and depressiv symptoms and children's judgements of their own and others' interpretation of ambiguous social scenarios. *Journal of Anxiety Disorders*, 18, 499-513.
- Direktion für Gesundheit und Soziales. (2005). *Rechenschaftsbericht des Staatsrates für das Jahr 2004*. Freiburg, CH: Autor.
- Donovan, C. L., & Spence, S. H. (2000). Prevention of childhood anxiety disorders. *Clinical Psychology Review*, 20(4), 509-531.
- Döpfner, M., & Lehmkuhl, G. (1998). *DISYPS-KJ. Diagnostik-System für psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter nach ICD-10 und DSM-IV*. Bern: Hans Huber.
- Döpfner, M., & Lehmkuhl, G. (2002). Die Wirksamkeit von Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie. *Psychologische Rundschau*, 53(4), 184-193.
- Döpfner, M., Lehmkuhl, G., Petermann, F., & Scheithauer, H. (2000). Diagnostik psychischer Störungen. In F. Petermann (Hrsg.), *Lehrbuch der Klinischen Kinderpsychologie und -psychotherapie* (4. vollständig überarb. und erweiterte Aufl., S. 96-130). Bern: Hogrefe.
- Döpfner, M., Plück, J., Berner, W., Fegert, J. M., Huss, M., Lenz, K., et al. (1997). Psychische Auffälligkeiten von Kindern und Jugendlichen in Deutschland - Ergebnisse einer repräsentativen Studie: Methodik, Alters- und Geschlechts- und Beurteilereffekte. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie*, 25, 218-233.
- Dozois, D. J. A. (2004). Prevention of anxiety psychopathology: Conceptual, methodological, and practical issues. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 11(4), 425-429.
- Duda-Kirchhof, K., & Döpfner, M. (2000). Therapieprogramm für Kinder und Jugendliche mit Angststörungen - Behandlungskonzept und Behandlungseffekt. *Kindheit und Entwicklung*, 9, 161-170.
- Duetz, M., Abel, T., Siegenthaler, F., & Niemann, S. (2002). Zur Operationalisierung des Gesundheitsbegriffs in empirischen Studien zum Kohärenzgefühl. In H. Wydler, P. Kolip & T. Abel (Hrsg.), *Salutogenese und Kohärenzgefühl. Grundlagen, Empirie und Praxis eines gesundheitswissenschaftlichen Konzepts* (2. Aufl., S. 85-98). Weinheim: Juventa.
- Dumas, J. E., LaFrenier, P. J., & Serketich, W. J. (1995). "Balance of Power": A transactional analysis of control in mother-child dyads involving socially competent, aggressiv, and anxious children. *Journal of Abnormal Psychology*, 104(1), 104-113.
- Durlak, J. A., & Wells, A. M. (1997a). Primary prevention mental health programs for children and adolescents: A meta-analytic review. *American Journal of Community Psychology*, 25(2), 115-152.
- Durlak, J. A., & Wells, A. M. (1997b). Primary Prevention mental health programs: The future is exciting. *American Journal of Community Psychology*, 25(2), 233-243.

- Durlak, J. A., & Wells, A. M. (1998). Evaluation of indicated preventive intervention (secondary prevention) mental health programs for children and adolescents. *American Journal of Community Psychology*, 26(5), 775-802.
- Eaton, W., Buka, S., Addington, A. M., Bass, J., Brown, S., Cherkertzian, S., et al. (2004). *Risk factors for major mental disorders: A review of the epidemiologic literature*. Retrieved August 3, 2006, from <http://apps1.jhsph.edu/weaton/MDRF/main.html>
- Egle, U. T., & Hoffmann, S. O. (2000). Pathogene und protektive Entwicklungsfaktoren in Kindheit und Jugend. In U. T. Egle, S. O. Hoffmann & P. Joraschky (Hrsg.), *Sexueller Missbrauch, Misshandlung, Vernachlässigung* (2. Aufl., S. 3-22). Stuttgart: Schattauer.
- Egle, U. T., Hoffmann, S. O., & Steffens, M. (1997). Psychosoziale Risiko- und Schutzfaktoren in Kindheit und Jugend als Prädisposition für psychische Störungen im Erwachsenenalter. *Nervenarzt*, 68, 683-695.
- Ehlers, A. (2000). Psychologische Grundlagen der Verhaltenstherapie. In J. Margraf (Hrsg.), *Lehrbuch der Verhaltenstherapie - Grundlagen, Diagnostik, Verfahren und Rahmenbedingungen* (2. vollständig überarb. und erweiterte Aufl., Vol. 1, S. 69-87). Berlin: Springer.
- Eley, T. C. (2001). Contributions of behavioral genetics research: Quantifying genetic, shared environmental and nonshared environmental influences. In M. W. Vasey & M. R. Dadds (Eds.), *The developmental psychopathology of anxiety* (pp. 45-59). New York: Oxford University Press.
- Emmelkamp, P. M. G., & Scholing, A. (1997). Anxiety disorders. In C. A. Essau & F. Petermann (Eds.), *Developmental Psychopathology* (pp. 219-263). London: Harwood.
- Erhart, M., Hölling, H., Bettge, S., Ravens-Sieberer, U., & Schlack, R. (2007). Der Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS): Risiken und Ressourcen für die psychische Entwicklung von Kindern und Jugendlichen. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 50, 800-809.
- Ernst, C., & Angst, J. (1997). The Zurich Study SSIV. Structural and emotional aspects of childhood and later psychopathology. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 247, 81-86.
- Essau, C. A. (2002). *Depression bei Kindern und Jugendlichen*. München: Ernst Reinhardt.
- Essau, C. A. (2003). *Angst bei Kindern und Jugendlichen*. München: Ernst Reinhardt.
- Essau, C. A., & Barrett, P. (2001). Developmental issues in the assessment of anxiety. In C. A. Essau & F. Petermann (Eds.), *Anxiety disorders in children and adolescents. Epidemiology, risk factors and treatment* (pp. 75-110). Hove, East Sussex: Brunner-Routledge.
- Essau, C. A., & Conradt, J. (2007). FREUNDE: Ein Programm zur Vorbeugung von Angst und Depression. In B. Röhrle (Hrsg.), *Prävention und Gesundheitsförderung Bd. III für Kinder und Jugendliche* (S. 713-730). Tübingen: dgvt.
- 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.

- Essau, C. A., Conradt, J., & Petermann, F. (2000). Frequency, comorbidity, and psychological impairment of anxiety disorders in German adolescents. *Journal of Anxiety Disorders*, 14, 263-279.
- Essau, C. A., Conradt, J., & Petermann, F. (2002). Course and outcome of anxiety disorders in adolescents. *Journal of Anxiety Disorders*, 16, 67-81.
- Essau, C. A., Conradt, J., & Reiss, B. (2004). Klassifikation, Epidemiologie und diagnostisches Vorgehen. In S. Schneider (Hrsg.), *Angststörungen bei Kindern und Jugendlichen. Grundlagen und Behandlung* (S. 79-102). Berlin: Springer.
- Essau, C. A., Karpinski, N. A., Petermann, F., & Conradt, J. (1998). Häufigkeit und Komorbidität psychischer Störungen bei Jugendlichen: Ergebnisse der Bremer Jugendstudie. *Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie*, 46, 105-124.
- Essau, C. A., Muris, P., & Ederer, E. M. (2002). Reliability and validity of the Spence Children's Anxiety Scale and the Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders in German children. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 33, 1-18.
- Essau, C. A., & Petermann, F. (1997). Introduction and general issues. In C. A. Essau & F. Petermann (Eds.), *Developmental psychopathology* (pp. 1-18). London: Harwood.
- Essau, C. A., Petermann, F., Reiss, B., & Steinmeyer, M. (2001). Progress and unresolved issues. In C. A. Essau & F. Petermann (Eds.), *Anxiety disorders in children and adolescents. Epidemiology, risk factors and treatment* (pp. 323-342). Hove, East Sussex: Brunner-Routledge.
- Esser, G., Ihle, W., Schmidt, M. H., & Blanz, B. (2000a). Der Verlauf psychischer Störungen vom Kindes- zum Erwachsenenalter. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 29(4), 276-283.
- Esser, G., Ihle, W., Schmidt, M. H., & Blanz, B. (2000b). Die Kurpfalzerhebung - Ziele, Methoden und bisherige Ergebnisse. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 29(4), 233-245.
- Esser, G., & Schmidt, M. H. (1987). Epidemiologie und Verlauf kinderpsychiatrischer Störungen im Schulalter - Ergebnisse einer Längsschnittstudie. *Nerveheilkunde*, 6, 27-35.
- Esser, G., Schmidt, M. H., Blanz, B., Fätkenheuer, B., Fritz, A., Koppe, T., et al. (1992). Prävalenz und Verlauf psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter. Ergebnisse einer prospektiven epidemiologischen Längsschnittstudie von 8-18 Jahren. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie*, 20, 232-242.
- Ettrich, K. U. (2004a). Erkenntnisse und Methoden der Bindungsforschung. In K. U. Ettrich (Hrsg.), *Bindungsentwicklung und Bindungsstörung* (S. 3-17). Stuttgart: Thieme.
- Ettrich, K. U. (Hrsg.). (2004b). *Bindungsentwicklung und Bindungsstörung*. Stuttgart: Thieme.
- Eysenck, H. J., & Rachman, S. (1971). *Neurosen - Ursachen und Heilmethoden*. Berlin: Deutscher Verlag der Wissenschaften.

- Fahrenberg, J., Hampel, R., & Selg, H. (2001). *Das Freiburger Persönlichkeitsinventar. Revidierte Fassung FPI-R* (7. überarbeitete und neu normierte Aufl.). Göttingen: Hogrefe.
- Falk-Frühbrodt, C. (2010, 22.02.2010). *Konzentrationsstraining mit Kindern*, from http://www.iflw.de/wissen/konzentrationsstraining_mit_kindern.htm
- FamWork research project. (2003). *EU-Project "Family Life and Professional Work: Conflict and Synergies": Documentation of the questionnaire*. Unpublished manuscript, Munich.
- Faul, F., Erdfelder, E., Lang, A.-G., & Buchner, A. (2007). G*Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behaviour Research Methods*, 39(2), 175-191.
- Federer, M., Schneider, S., Margraf, J., & Herrle, J. (2000a). Angstsensitivität und Angststörungen bei Achtjährigen. *Kindheit und Entwicklung*, 9(241-250).
- Federer, M., Schneider, S., Margraf, J., & Herrle, J. (2000b). Wie erleben Achtjährige Panikfälle? *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 29(3), 195-203.
- Feldner, M., Zvolensky, M. J., & Schmidt, N. B. (2004). Prevention of anxiety psychopathology: A critical review of the empirical literature. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 11(4), 405-424.
- Felner, R. D., Brand, S., Adan, A. M., Mulhall, P. F., Flowers, N., Sartain, B., et al. (1993). Restructuring the ecology of the school as an approach to prevention during school transitions: longitudinal follow-ups and extensions of the School Transitional Environment Project (STEP). *Prevention in Human Services*, 10, 103-136.
- Fiegenbaum, W., & Tuschen, B. (2000). Reizkonfrontation. In J. Margraf (Hrsg.), *Lehrbuch der Verhaltenstherapie - Grundlagen, Diagnostik, Verfahren und Rahmenbedingungen* (2. vollständig überarb. und erweiterte Aufl., Vol. 1, S. 413-425). Berlin: Springer.
- Filipp, S.-H. (1995a). Ein allgemeines Modell für die Analyse kritischer Lebensereignisse. In S.-H. Philipp (Hrsg.), *Kritische Lebensereignisse* (3. Aufl., S. 3-52). Weinheim: Beltz.
- Filipp, S.-H. (1995b). Lebensereignisforschung - eine Bilanz. In S.-H. Philipp (Hrsg.), *Kritische Lebensereignisse* (3. Aufl., S. 293-326). Weinheim: Beltz.
- Flammer, A. (1999). *Entwicklungstheorien. Psychologische Theorien der menschlichen Entwicklung* (2. Aufl.). Bern: Hans Huber.
- Flammer, A., & Alsaker, F. (2002). *Entwicklungspsychologie der Adoleszenz: Die Erschließung innerer und äußerer Welten im Jugendalter*. Bern: Huber.
- Flannery-Schroeder, E. C., Coudhury, M. S., & Kendall, P. C. (2005). Group and individual cognitive-behavioral treatments for youth with anxiety disorders: 1-year follow-up. *Cognitive Therapy and Research*, 29(2), 253-259.
- Flannery-Schroeder, E. C., & Kendall, P. C. (1996). *Cognitive-behavioral therapy for anxious children: Therapist manual for group treatment*. Ardmore, PA (USA): Workbook Publishing.

- Flannery-Schroeder, E. C., & Kendall, P. C. (2000). Group and individual cognitive-behavioral treatments for youth with anxiety disorders: a randomized clinical trial. *Cognitive Therapy and Research*, 24, 251-278.
- Fliegel, S. (2000). Selbstverbalisation und Angstbewältigung. In M. Linden & M. Hautzinger (Hrsg.), *Verhaltenstherapiemanual. Techniken, Einzelverfahren und Behandlungsanleitungen* (4. überarb. und erweiterte Aufl., S. 305-309). Berlin: Springer.
- Ford, T., Goodman, R., & Meltzer, H. (2003). The British Child and Adolescent Mental Health Survey 1999: The prevalence of DSM-IV disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 42(10), 1203-1211.
- Fox, N. A., Nichols, K. E., Henderson, H. A., Rubin, K. H., Schmidt, L., Hamer, D., et al. (2005). Evidence for a gene environment interaction in predicting behavioral inhibition in middle childhood. *Psychological Science*, 16, 921-926.
- Franiek, S., & Reichle, B. (2007). Elterliches Erziehungsverhalten und Sozialverhalten im Grundschulalter. *Kindheit und Entwicklung*, 16(4), 240-249.
- Franke, G. H. (2002). *SCL-90-R. Symptom-Checkliste von L.R. Derogatis - Deutsche Version. Manual* (2. vollständig überarbeitete und neu normierte Aufl.). Göttingen: Beltz.
- Freyberger, H. J., Stieglitz, R. D., & Wittchen, H.-U. (2001). Klassifikation. In R. D. Stieglitz, U. Baumann & H. J. Freyberger (Aufl.), *Psychodiagnostik in Klinischer Psychologie, Psychiatrie, Psychotherapie* (2. überarbeitete und erweiterte Aufl., S. 50-64). Stuttgart: Thieme.
- Frick, J. (2004). *Ich mag dich - du nervst mich. Geschwister und ihre Bedeutung für das Leben*. Bern: Huber.
- Fyer, A. J., Mannuzza, S., Chapman, T. F., Liebowitz, M. R., & Klein, D. F. (1993). A direct interview family study of social phobia. *Archives of General Psychiatry*, 50, 286-293.
- Garmezy, N., Masten, A. S., & Tellegen, A. (1984). The study of stress and competence in children: A building block for developmental psychopathology. *Child Development*, 55, 97-111.
- Garton, A. F., Zubrick, S. R., & Silburn, S. R. (1995). The Western Australian child health survey: A pilot study. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 29, 48-57.
- Ginsburg, G. S., & Schlossberg, M. C. (2002). Family-based treatment of childhood anxiety disorders. *International Review of Psychiatry*, 14(143-154).
- Goodman, R. (1997a). The Strengths and Difficulties Questionnaire: A research note. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 38, 581-586.
- Goodman, R. (1997b). *Strengths and Difficulties Questionnaires - Deutsche Version. SDQ-Deu*, 2003, from www.sdqinfo.com
- Goodman, R. (1999). *Strengths and Difficulties Questionnaires - Deutsche Version. SDQ-Deu*, 2003, from www.sdqinfo.com

- Goodman, R., Ford, T., Richards, H., Gatward, R., & Meltzer, H. (2000). The Development and Well-Being Assessment: Description and initial validation of an integrated assessment of child and adolescent psychopathology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 41, 645-655.
- Goodwin, R. D., Fergusson, D. M., & Horwood, L. J. (2004a). Association between anxiety disorders and substance use disorders among young persons: results of a 21-year longitudinal study. *Journal of Psychiatric Research*, 38, 295-304.
- Goodwin, R. D., Fergusson, D. M., & Horwood, L. J. (2004b). Early anxious/withdrawn behaviours predict later internalising disorders. *Jou45*, 4(874-883).
- Gordon, D., Gylys, J., & Segal, D. (1997). *Parenting Wisely. Program workbook*. Athens, Ohio (USA): Family Works, Inc.
- Gore, S., & Colten, M. E. (1991). Introduction: Adolescent stress, social relationships, and mental health. In M. E. Colten & S. Gore (Eds.), *Adolescent stress: Causes and consequences* (pp. 1-14). New York: de Gruyter.
- Grabe, H. J., & Maier, W. (2001). Diagnostik bei Langzeitbeobachtungen. In R. D. Stieglitz, U. Baumann & H. J. Freyberger (Hrsg.), *Psychodiagnostik in Klinischer Psychologie, Psychiatrie, Psychotherapie* (S. 327-338). Stuttgart: Thieme.
- Grawe, K., Donati, R., & Bernauer, F. (2001). *Psychotherapie im Wandel* (5. Aufl.). Göttingen: Hogrefe.
- Grob, A., & Jaschinski, U. (2003). *Erwachsen werden. Entwicklungspsychologie des Jugendalters*. Weinheim: Beltz.
- Groen, G., & Petermann, F. (1998). Depression. In F. Petermann, M. Kusch & K. Niebank (Hrsg.), *Entwicklungspsychopathologie. Ein Lehrbuch* (S. 327-362). Weinheim: Beltz.
- Groen, G., Scheithauer, H., Essau, C. A., & Petermann, F. (1997). Epidemiologie depressiver Störungen im Kindes und Jugendalter. Eine kritische Übersicht. *Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie*, 45, 115-144.
- Gullone, E. (2000). The development of normal fear: A century of research. *Clinical Psychology Review*, 20(4), 429-451.
- Gullone, E., King, N. J., & Ollendick, T. H. (2001). Self-reported anxiety in children and adolescents: A three-year follow-up study. *The Journal of Genetic Psychology*, 162(1), 5-19.
- Gunnar, M. R. (2001). The role of glucocorticoids in anxiety disorders: A critical analysis. In M. W. Vasey & M. R. Dadds (Eds.), *The developmental psychopathology of anxiety* (pp. 143-159). New York: Oxford University Press.
- Häfner, H., & Weyerer, S. (1990). Epidemiologie. In U. Baumann & M. Perrez (Hrsg.), *Lehrbuch Klinische Psychologie. Band 1: Grundlagen, Diagnostik, Ätiologie* (S. 38-48). Bern: Huber.
- Hahlweg, K. (1995). Zur Förderung und Verbreitung psychologischer Verfahren. Ein APA-Bericht. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 24, 275-284.

- Hains, A. A. (1992). Comparison of cognitive-behavioral stress management techniques with adolescent boys. *Journal of Consulting and Development*, 70, 600-605.
- Hampel, P., Petermann, F., & Dickow, B. (2001). *Stressverarbeitungsfragebogen von Janke und Erdmann angepasst für Kinder und Jugendliche (SVF-KJ)*. Göttingen: Hogrefe.
- Hand, I. (2000). Expositionsbehandlung. In M. Linden & M. Hautzinger (Hrsg.), *Verhaltenstherapiemanual. Techniken, Einzelverfahren und Behandlungsanleitung* (4. überarb. und ergänzte Aufl., S. 164-174). Berlin: Springer.
- Hänggi, Y. (2007). Online-Prävention am Beispiel des Online-Elterntrainings zur Bewältigung von Familienstress. In B. Röhrle (Hrsg.), *Prävention und Gesundheitsförderung Bd. III für Kinder und Jugendliche* (S. 245-256). Tübingen: dgvt.
- Härter, M. (2001). Diagnostik in epidemiologischen Untersuchungen. In R. D. Stieglitz, U. Baumann & H. J. Freyberger (Hrsg.), *Psychodiagnostik in Klinischer Psychologie, Psychiatrie, Psychotherapie* (2. überarbeitete und erweiterte Aufl., S. 339-350). Stuttgart: Thieme.
- Hautzinger, M. (1997). *Kognitive Verhaltenstherapie bei Depressionen. Behandlungsanleitungen und Materialien* (4. überarbeitete und ergänzte Aufl.). Weinheim: Beltz.
- Hautzinger, M. (1998). *Depression* (Vol. 4: Fortschritte der Psychotherapie). Göttingen: Hogrefe.
- Hautzinger, M. (2000a). Kognitives Neubenennen (Reattribuieren). In M. Linden & M. Hautzinger (Hrsg.), *Verhaltenstherapiemanual. Techniken, Einzelverfahren und Behandlungsanleitungen* (4. überarb. und erweiterte Aufl., S. 227-232). Berlin: Springer.
- Hautzinger, M. (2000b). Selbstbeobachtung. In M. Linden & M. Hautzinger (Hrsg.), *Verhaltenstherapiemanual. Techniken, Einzelverfahren und Behandlungsanleitungen* (Vol. 4. überarb. und erweiterte Aufl., S. 209-294). Berlin: Springer.
- Hautzinger, M., Bailer, M., Worall, H., & Keller, F. (1995). *Beck-Depressions-Inventar (BDI)* (2. überarbeitete Aufl.). Bern: Huber.
- Havighurst, R. J. (1972). *Developmental tasks and education* (3rd ed.). New York: Longman.
- Hayward, C., Killen, J. D., Kraemer, H. C., & Taylor, C. B. (1998). Linking self-reported childhood behavioral inhibition to adolescent social phobia. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 37(12), 1308-1316.
- Hedges, L. V., & Olkin, I. (1985). *Statistical methods for meta-analysis*. Orlando, FL: Academic Press.
- Heimann, K. (1997). Neurogene Ursachen von Verhaltensstörungen. *Kindheit und Entwicklung*, 6, 206-211.
- Heinrichs, N., Sassmann, H., Hahlweg, K., & Perrez, M. (2002). Prävention kindlicher Verhaltensstörungen. *Psychologische Rundschau*, 53(4), 170-183.
- Heiser, N. A., Turner, S. M., & Beidel, D. C. (2003). Shyness: Relationship to social phobia and other psychiatric disorders. *Behaviour Research and Therapy*, 41, 209-221.

- Helbig, S., & Fehm, L. (2004). Problems with homework in CBT: rare exception or rather frequent? *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 32(3), 291-301.
- Helbig, S., & Fehm, L. (2005). Der Einsatz von Hausaufgaben in der Psychotherapie. Empfehlungen und ihre empirische Fundierung. *Psychotherapeut*, 50, 122-128.
- Hempel, U., Bergmann, E., Erhart, M., Hölling, H., Kahl, H., Kamtsiuris, P., et al. (2006). *Erste Ergebnisse der KiGGS-Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland*. Retrieved April, 21st, 2008, from http://www.kiggs.de/experten/downloads/dokumente/kiggs_elternbroschuere.pdf
- Heubrock, D., & Petermann, F. (2000). *Lehrbuch der Klinischen Kinderneuropsychologie. Grundlagen, Syndrome, Diagnostik und Intervention*. Göttingen: Hogrefe.
- Hiller, W., Zaudig, M., & Mombour, W. (1997). *Internationale Diagnosen Checklisten für DSM-IV (IDCL für DSM-IV)*. Bern: Huber.
- Hilti, N. (2003). *Meisterkatze HEDI*. Unveröffentlichte Manuale und Hefte, Universität Fribourg, Fribourg.
- Hilti, N. (2004a). *Fragebogen zum Training*. Unveröffentlichtes Skript, Fribourg.
- Hilti, N. (2004b). *Sitzungsprotokolle*. Unveröffentlichtes Skript, Fribourg.
- Hilti, N., & Kunz, L. (2004a). Fragebogen zur Beurteilung des Trainings (in Post- und Follow-up-Versionen). Unveröffentlichtes Skript, Fribourg: Universität Fribourg: Departement für Psychologie.
- Hilti, N., & Kunz, L. (2004b). *Was weißt du schon über Ängste? - Was weißt du nach dem Training über Ängste?* Unveröffentlichtes Skript, Fribourg.
- Hilti, N., & Kunz, L. (2004c). *Wissen über die Angst und andere Themen (Wissenscheck)*. Unveröffentlichtes Skript, Fribourg.
- Hilti, N., & Perrez, M. (2004a). *Fragen zu Ereignissen*. Unveröffentlichtes Skript, Fribourg.
- Hilti, N., & Perrez, M. (2004b). *Stundenbogen*. Unveröffentlichtes Skript, Fribourg.
- Hilti, N., & Perrez, M. (2004c). *Tägliche Einschätzungen*. Unveröffentlichtes Skript, Fribourg.
- Hirsch, R., & Pfingsten, U. (2002). *Gruppentraining sozialer Kompetenzen (GSK)*. Weinheim: Beltz.
- Hirsch, C. R., & Clark, D. M. (2004). Information-processing bias in social phobia. *Clinical Psychology Review*, 24(7), 799-825.
- Hofmann, E. (2003). *Progressive Muskelentspannung. Ein Trainingsprogramm* (2. korrigierte und ergänzte Aufl.). Göttingen: Hogrefe.
- Holland, J. G., & Skinner, B. F. (1974). *Analyse des Verhaltens* (2. überarbeitete Aufl.). München: Urban und Schwarzenberg.

- Hölling, H., Erhart, M., Ravens-Sieberer, U., & Schlack, R. (2007). Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen. Erste Ergebnisse aus dem Kinder- und Jugendgesundheitssurvey (KiGGS). *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 50, 784-793.
- Holtmann, M., & Schmidt, M. H. (2004). Resilienz im Kindes- und Jugendalter. *Kindheit und Entwicklung*, 13(4), 195-200.
- Honkanen-Schoberth, P. (2003). *Elternkurse: "Starke Kinder brauchen starke Eltern". Der Elternkurs des Deutschen Kinderschutzbundes*: Ravensburger Ratgeber im Urania Verlag.
- Howard, B. L., & Kendall, P. C. (1996). Cognitive-behavioral family therapy for anxiety-disordered children: A multiple-baseline evaluation. *Cognitive Therapy and Research*, 20, 423-444.
- Howells, J. G., & Loickorish, J. R. (2003). *Familien-Beziehungs-Test (FBT)* (6. Aufl.). München: Reinhardt.
- Hoyer, J., & Margraf, J. (Eds.). (2003). *Angstdiagnostik. Grundlagen und Testverfahren*. Berlin: Springer.
- Huber, O. (1995). *Das Psychologische Experiment. Eine Einführung* (2. Aufl.). Bern: Hans Huber.
- Hudson, J. L., & Kendall, P. C. (2002). Showing you can do it: Homework in therapy for children and adolescents with anxiety disorders. *Journal of Clinical Psychology*, 58(5), 525-534.
- Hurrelmann, K. (1990). *Familienstress, Schulstress, Freizeitstress. Gesundheitsförderung für Kinder und Jugendliche*. Weinheim: Beltz.
- Hurrelmann, K., Klocke, A., Melzer, W., & Ravens-Sieberer, U. (2003a). *WHO-Jugendgesundheitssurvey - Konzept und ausgewählte Ergebnisse für die Bundesrepublik Deutschland*. Retrieved August 3, 2006, from http://www.hbsc-germany.de/pdf/artikel_hurrelmann_klocke_melzer_urs.pdf
- Hurrelmann, K., Klocke, A., Melzer, W., & Ravens-Sieberer, U. (Hrsg.). (2003b). *Jugendgesundheitssurvey. Internationale Vergleichsstudie im Auftrag der Weltgesundheitsorganisation WHO*. Weinheim: Juventa.
- Hurrelmann, K., Klotz, T., & Haisch, J. (Hrsg.). (2004). *Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung*. Bern: Huber.
- Ihle, W., & Esser, G. (2002). Epidemiologie psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter: Prävalenz, Verlauf, Komorbidität und Geschlechtsunterschiede. *Psychologische Rundschau*, 53(4), 159-169.
- Ihle, W., Esser, G., Schmidt, M. H., & Blanz, B. (2000). Prävalenz, Komorbidität und Geschlechtsunterschiede psychischer Störungen vom Grundschul- bis ins frühe Erwachsenenalter. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 29(4), 263-275.

- Ihle, W., Esser, G., Schmidt, M. H., & Blanz, B. (2002). Die Bedeutung von Risikofaktoren des Kindes- und Jugendalters für psychische Störungen von der Kindheit bis ins frühe Erwachsenenalter. *Kindheit und Entwicklung*, 11(4), 201-211.
- Ihle, W., Jahnke, D., Heerwagen, A., & Neuperdt, C. (2005). Depression, Angst und Essstörungssymptomatik und erinnertes elterliches Erziehungsverhalten. *Kindheit und Entwicklung*, 14(1), 30-38.
- In-Albon, T., & Schneider, S. (2007). Psychotherapy of childhood anxiety disorders: A meta-analysis. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 76, 15-24.
- Ingram, R. E., & Price, C. (2001). The role of vulnerability in understanding psychopathology. In R. E. Ingram & C. Price (Eds.), *Vulnerability to psychopathology. Risk across the lifespan* (pp. 3-19). New York: Guilford.
- Jacobi, C., & Esser, G. (2003). Zur Einteilung von Risikofaktoren bei psychischen Störungen. Überblicksarbeit. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 32(4), 257-266.
- Jacobi, F. (2006). *Nationale und internationale Befunde zur Arbeitsunfähigkeit bei psychischen Störungen* (powerpoint an Tagung "Mangelware Arbeit", Düsseldorf): Institut für Klinische Psychologie und Psychotherapie, AG Epidemiologie und Gesundheitsberichtserstattung, Dresden.
- Jacobi, F., Klose, M., & Wittchen, H.-U. (2004). Psychische Störungen in der deutschen Allgemeinbevölkerung: Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen und Ausfalltage. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 8, 736-744.
- Jacobi, F., Wittchen, H.-U., Höltling, C., Höfler, M., Pfister, H., Müller, N., et al. (2004). Prevalence, co-morbidity and correlates of mental disorders in the general population: results from the German Health Interviews and Examination Survey (GHS). *Psychological Medicine*, 34, 597-611.
- Jacobi, F., Wittchen, H.-U., Höltling, C., Sommer, S., Lieb, R., Höfler, M., et al. (2002). Estimating the prevalence of mental and somatic disorders in the community: aims and methods of the German National Health Interview and Examination Survey. *International Journal of Methods in Psychiatry Research*, 11(1), 1-18.
- Janke, W., Erdmann, G., & Kallus, K. W. (1985). *Stressverarbeitungsfragebogen (SVF)*. Göttingen: Hogrefe.
- Jeannin, A., Narring, F., Tschumper, A., Inderwildi Bonivento, L., Addor, V., Bütikofer, A., et al. (2005). Self-reported health needs and use of primary health care services by adolescents enrolled in post-mandatory schools or vocational training programmes in Switzerland. *Swiss Medical Weekly*, 135, 11-18.
- Jeffery, R. W. (1997). Risikoverhalten und Gesundheit: Individuelle und populationsbezogene Perspektive. In R. Weitkunat, J. Haisch & M. Kessler (Hrsg.), *Public Health und Gesundheitspsychologie. Konzepte, Methoden, Prävention, Versorgung, Politik* (S. 126-137). Bern: Huber.

- Jenkins, R., Bebbington, P., Brugha, T., Farrell, M., Gill, B., Lewis, G., et al. (1997). The national psychiatric morbidity surveys of Great Britain - strategy and methods. *Psychological Medicine*, 27, 765-774.
- Jenkins, R., Lewis, G., Bebbington, P., Brugha, T., Farrell, M., Gill, B., et al. (1997). The national psychiatric morbidity surveys of Great Britain - initial findings from the household survey. *Psychological Medicine*, 27, 775-789.
- Johnson, D. L. (2000). Das "Houston Parent-Child Development Center" (Programm für sozioökonomisch-benachteiligte Familien). In F. Petermann, K. Niebank & H. Scheithauer (Hrsg.), *Risiken in der frühkindlichen Entwicklung. Entwicklungspsychopathologie der ersten Lebensjahre* (S. 368-369). Göttingen: Hogrefe.
- Johnson, J. G., Cohen, P., Pine, D. S., Klein, D. F., Kasen, S., & Brooks, J. S. (2000). Association between cigarette smoking and anxiety disorders during adolescence and early adulthood. *Journal of the American Medical Association*, 284(18), 2348-2351.
- Junge, J., & Bittner, A. (2004). Prävention von Angststörungen im Kindes- und Jugendalter. In S. Schneider (Hrsg.), *Angststörungen bei Kindern und Jugendlichen. Grundlagen und Behandlung* (S. 390-415). Berlin: Springer.
- Junge, J., Manz, R., Neumer, S., & Margraf, J. (2001). GO! - "Gesundheit und Optimismus!". Ein Programm zur primären Prävention von Angst und Depression bei Jugendlichen. In R. Manz (Hrsg.), *Psychologische Programme für die Praxis* (Vol. III: Prävention und Gesundheitsförderung. Aus der Reihe: Fortschritte der Gemeindepsychologie und Gesundheitsförderung (Bd. 9), S. 41-76). Tübingen: DGVT.
- Junge, J., Neumer, S., Manz, R., & Margraf, J. (2002). *Gesundheit und Optimismus - GO. Trainingsprogramm für Jugendliche*. Weinheim: Beltz.
- Käch, S. (2007). *Die Rolle von Stressbewältigung, Emotionsregulation und sozialer Kompetenz im kindlichen Umgang mit Gleichaltrigen*. Unveröffentlichte Lizentiatsarbeit, Universität Fribourg, Fribourg.
- Kagan, J., Reznick, J. S., & Gibbons, J. (1989). Inhibited and uninhibited types of children. *Child Development*, 60(4-6), 838-845.
- Kagan, J., & Snidman, N. (1999). Early childhood predictors of adult anxiety disorders. *Biological Psychiatry*, 46, 1536-1541.
- Kagan, J., Snidman, N., Zentner, M. R., & Peterson, E. (1999). Infant temperament and anxious symptoms in school age children. *Development and Psychopathology*, 11, 209-224.
- Kandel, E., & Jessel, T. M. (1996). Sensorische Erfahrung und die Entstehung visueller Schaltkreise. In E. Kandel, J. H. Schwartz & T. M. Jessel (Hrsg.), *Neurowissenschaften* (S. 477-493). Heidelberg: Spektrum.
- Kandel, E., & Kupfermann, I. (1996). Emotionale Zustände. In E. R. Kandel, J. H. Schwartz & T. M. Jessel (Hrsg.), *Neurowissenschaften. Eine Einführung* (S. 607-624). Heidelberg: Spektrum.

- Kanfer, F. H., & Saslow, G. (1974). Verhaltenstheoretische Diagnostik. In D. Schulte (Hrsg.), *Diagnostik in der Verhaltenstherapie* (S. 24-59). München: Urban und Schwarzenberg.
- Käppler, C., Gonçalves, M., Gianella, D., Peng, A., Zehnder, S., Höfler, S., et al. (2006). *Concepts of mental health and help seeking behavior among families in Switzerland. The AMHC – Study Access to Mental Health Care in children* (pdf). Zürich: Department of Child and Adolescent Psychiatry.
- Käppler, C., & Mohler, B. (2006). Psychische Gesundheit und Zugang zur öffentlichen Versorgung: Die Sicht von Kindern, Jugendlichen und ihren Familien. In H. C. Steinhausen (Hrsg.), *Zentrum für Kinder- und Jugendpsychiatrie Universität Zürich. Wissenschaftlicher Bericht 2006* (S. 37-40). Zürich: Zentrum für Kinder- und Jugendpsychiatrie Universität Zürich.
- Kazdin, A. E. (1993a). Psychotherapy for children and adolescents: Current progress and future research directions. *American Psychologist*, 48, 644-657.
- Kazdin, A. E. (1993b). Research issues in child psychotherapy. In T. R. Kratochwill & R. J. Morris (Eds.), *Handbook of psychotherapy with children and adolescents* (pp. 541-565). Boston: Allyn and Bacon.
- Kazdin, A. E. (1994). Methodology, design and evaluation in psychotherapy research. In A. E. Bergin & S. L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (4 ed., pp. 19-71). New York: John Wiley & Sons.
- Kazdin, A. E. (1999). The meanings and measurement of clinical significance. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 332-339.
- Kazdin, A. E. (2002). The state of child and adolescent psychotherapy research. *Child and Adolescent Mental Health*, 7(2), 53-59.
- Kazdin, A. E. (2004). Psychotherapy for children and adolescents. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (pp. 543-589). New York: John Wiley & Sons.
- Kazdin, A. E., & Kagan, J. (1994). Models of dysfunction in developmental psychopathology. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 1, 35-52.
- Kazdin, A. E., Kraemer, H. C., Kessler, R. C., Kupfer, D. J., & Offord, D. R. (1997). Contribution of risk-factor research to developmental psychopathology. *Clinical Psychology Review*, 17(4), 375-406.
- Keller, M. B., Lavori, P. W., Friedman, B., Nielsen, E., Endicott, J., McDonald-Scott, P., et al. (1987). The Longitudinal Interval Follow-up Evaluation. A comprehensive method for assessing outcome in prospective longitudinal studies. *Archives of General Psychiatry*, 44(6), 540-548.
- Keller, M. B., Lavori, P. W., Wunder, J., Beardslee, W. R., Schwartz, C. E., & Roth, J. (1992). Chronic course of anxiety disorders in children and adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 31, 595-599.

- Kendall, P. C. (1992a). *Coping Cat notebook. Family Edition. Parent Version*. Ardmore, PA (USA): Workbook Publishing.
- Kendall, P. C. (1992b). *Coping Cat workbook*. Ardmore, PA (USA): Workbook Publishing.
- Kendall, P. C. (1994). Treating anxiety disorders in children: Results of a randomized clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62, 100-110.
- Kendall, P. C. (2000a). *Cognitive-behavioral therapy for anxious children: Therapist manual* (2 ed.). Ardmore, PA (USA): Workbook Publishing.
- Kendall, P. C. (2000b). Guiding theory for therapy with children and adolescents. In P. C. Kendall (Ed.), *Child and adolescent therapy* (2 ed., pp. 3-27). New York: The Guilford Press.
- Kendall, P. C., Chu, B. C., Pimentel, S. S., & Choudhury, M. (2000). Treating anxiety disorders in youth. In P. C. Kendall (Ed.), *Child and adolescent therapy* (2 ed., pp. 235-287). New York: The Guilford Press.
- Kendall, P. C., & Flannery-Schroeder, E. C. (1998). Methodological issues in treatment research for anxiety disorders in youth. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 26, 27-38.
- Kendall, P. C., Flannery-Schroeder, E. C., Panichelli-Mindel, S. M., Southam-Gerow, M. A., Henin, A., & Warman, M. J. (1997). Therapy for youths with anxiety disorders: A second randomized clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65, 366-380.
- Kendall, P. C., Flannery-Schroeder, E. C., Safford, S., & Webb, A. (2004). Child anxiety treatment: Outcomes in adolescence and impact on substance use and depression at 7.4-year follow-up. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72(2), 276-287.
- Kendall, P. C., Safford, S., Flannery-Schroeder, E. C., & Webb, A. (2004). Child anxiety treatment: outcomes in adolescence and impact on substance abuse and depression at 7.4 year follow-up. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72, 276-287.
- Kendall, P. C., & Southam-Gerow, M. A. (1996). Long-term follow-up of a cognitive-behavioral therapy for anxiety-disordered youth. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 724-730.
- Kendall, P. C., & Treadwell, R. H. (1996). Cognitive-behavioral treatment for childhood anxiety disorders. In E. D. Hibbs & P. S. Jensen (Eds.), *Psychological treatments for child and adolescent disorders. Empirically based strategies for clinical practice* (pp. 23-41). Washington, DC: American Psychological Association.
- Kendler, K. S., Neal, J. A., Kessler, R. C., Heath, A. C., & Eaves, L. J. (1992). The genetic epidemiology of phobias in women: The interrelationship of agoraphobia, social phobia, situational phobia, and simple phobia. *Archives of General Psychiatry*, 49, 273-281.
- Kendler, K. S., Walters, E. E., Neal, M. C., Kessler, R. C., Heath, A. C., & Eaves, L. J. (1995). The structure of the genetic and environmental risk factors for six major psychiatric disorders in women. *Archives of General Psychiatry*, 52, 374-383.
- Kessler, R. C. (2000). Psychiatric epidemiology: selected recent advances and future directions. *Bulletin of the World Health Organization*, 78(4), 464-474.

- Kessler, R. C., Abelson, J., Demler, O., Escobar, J. O., Gibbon, M., Guyer, M. E., et al. (2004). Clinical calibration of DSM-IV diagnoses in the World Mental Health (WMH) version of the World Health Organization (WHO) Composite International Diagnostic Interview (WMH-CIDI). *International Journal of Methods in Psychiatry Research*, 13(2), 122-139.
- Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K. R., & Walters, E. E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 62(593-602).
- Kessler, R. C., Berglund, P., Tat Chiu, W., Demler, O., Heeringa, S., Hiripi, E., et al. (2004). The US National Comorbidity Survey Replication (NCS-R): design and field procedures. *International Journal of Methods in Psychiatry Research*, 13(2), 69-92.
- Kessler, R. C., Demler, O., Frank, R. G., Olfson, P., Pincus, H. A., Walters, E. E., et al. (2005). Prevalence and treatment of mental disorders, 1990 to 2003. *The New England Journal of Medicine*, 352(24), 2515-2523.
- Kessler, R. C., Gruber, M., Hettema, J. M., Hwang, I., Sampson, N., & Yonkers, K. A. (2007). Co-morbid major depression and generalized anxiety disorders in the National Comorbidity Survey follow-up. *Psychological Medicine*, 30, 1-10.
- Kessler, R. C., McGonagle, K. A., Zhao, S., Nelson, C. B., Hughes, M., Eshleman, S., et al. (1994). Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States: Results from the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 51(1), 8-19.
- Kessler, R. C., & Merikangas, K. R. (2004). The National Comorbidity Survey Replication (NCS-R): background and aims. *International Journal of Methods in Psychiatry Research*, 13(2), 60-68.
- Kessler, R. C., Tat Chiu, W., Demler, O., & Walters, E. E. (2005). Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 62, 617-627.
- Kessler, R. C., & Üstün, T. B. (2004). The World Mental Health (WMH) Survey initiative version of the World Health Organization (WHO) Composite International Diagnostic Interview (CIDI). *International Journal of Methods in Psychiatry Research*, 13(2), 93-121.
- Kinder- und Jugendpsychiatrischer Dienst des Kantons Zürich. (2002). *Statistiken und Jahresrechnung 2002*. Unveröffentlichtes Skript, Zürich.
- King, N. J., Meitz, A., Tinney, L., & Ollendick, T. H. (1995). Psychopathology and cognition in adolescents experiencing severe test anxiety. *Journal of Clinical Child Psychology*, 24, 49-54.
- Klasen, H., Woerner, W., Rothenberger, A., & Goodman, R. (2003). Die deutsche Fassung des Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ-Deu). Übersicht und Bewertung erster Validierungs- und Normierungsbefunde. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 7, 491-502.

- Klasen, H., Woerner, W., Wolke, D., Meyer, R., Overmeyer, S., Kaschnitz, W., et al. (2000). Comparing the German versions of the Strengths and Difficulties Questionnaires (SDQ-Deu) and the Child Behavior Checklist. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 9, 271-276.
- Klein-Hessling, J. (2006). Gesundheit im Kindes- und Jugendalter: Symptomatik, gesundheitsförderliches und gesundheitsriskantes Verhalten. In A. Lohaus, M. Jerusalem & J. Klein-Hessling (Hrsg.), *Gesundheitsförderung im Kindes- und Jugendalter* (S. 13-30). Göttingen: Hogrefe.
- Koch, R. (2003). *Kritische Lebensereignisse und Ängstlichkeit bei Kindern. Die Auswirkung der Kumulation negativer kritischer Lebensereignisse, bzw. deren Merkmale auf die Ängstlichkeit von Schulkindern*. Unveröffentlichte Lizentiatsarbeit, Universität Fribourg, Fribourg.
- Kohn, R., Saxena, S., Levav, I., & Saraceno, B. (2004). The treatment gap in mental health care. *Bulletin of the World Health Organization*, 82(11), 858-866.
- Kolip, P., Hurrelmann, K., & Schnabel, P.-E. (1995). Gesundheitliche Lage und Präventionsfelder im Kindes- und Jugendalter. In P.-. Kolip, K. Hurrelmann & P.-E. Schnabel (Hrsg.), *Jugend und Gesundheit. Interventionsfelder und Präventionsbereiche* (S. 7-21). Weinheim: Juventa.
- Kolip, P., Nordlohne, E., & Hurrelmann, K. (1995). Der Jugendgesundheitssurvey 1993. In P. Kolip, K. Hurrelmann & P.-E. Schnabel (Hrsg.), *Jugend und Gesundheit. Interventionsfelder und Präventionsbereiche* (S. 25-48). Weinheim: Juventa.
- König, C., Lamprecht, M., Stamm, H., Bühlmann, M., Sager, F., Roth, M., et al. (2005). *Gesundheit im Kanton Basel-Landschaft. Ergebnisse aus der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 2002* (Bericht). Neuchâtel: Volkswirtschafts- und Sanitätsdirektion des Kantons Basel-Landschaft in Zusammenarbeit mit dem Schweizerischen Gesundheitsobservatorium.
- Kortlander, E., Kendall, P. C., & Panichelli-Mindel, S. M. (1997). Maternal expectations and attributions about coping in anxious children. *Journal of Anxiety Disorders*, 11, 297-315.
- Kovacs, M., Obrosky, D. S., & Sherrill, J. (2003). Developmental changes in the phenomenology of depression in girls compared to boys from childhood onward. *Journal of Affective Disorders*, 74, 33-48.
- Kraemer, H. C., Kazdin, A. E., Offord, D. R., Kessler, R. C., Jensen, P. S., & Kupfer, D. J. (1997). Coming to terms with the terms of risk. *Archives of General Psychiatry*, 54, 337-343.
- Kraemer, H. C., Kazdin, A. E., Offord, D. R., Kessler, R. C., Jensen, P. S., & Kupfer, D. J. (1999). Measuring the potency of risk factors for clinical or policy significance. *Psychological Methods*, 4(3), 257-271.
- Kraemer, H. C., Stice, E., Kazdin, A. E., Offord, D. R., & Kupfer, D. J. (2001). How do risk factors work together? Mediators, moderators, and independent, overlapping, and proxy risk factors. *American Journal of Psychiatry*, 158(6), 848-856.
- Krain, A. L., & Kendall, P. C. (2000). The role of parental emotional distress in parent report of child anxiety. *Journal of Clinical Child Psychology*, 29(3), 328-335.

- Kriz, J. (2001). *Grundkonzepte der Psychotherapie* (5. vollständig überarbeitete Aufl.). Weinheim: Beltz.
- Krohne, H. W. (1990). Parental childrearing and anxiety development. In K. Hurrelmann & F. Lösel (Hrsg.), *Health hazards in adolescence* (S. 115-130). Berlin: Walter de Gruyter.
- Krohne, H. W., & Hock, M. (1994). *Elterliche Erziehung und Angstentwicklung des Kindes. Untersuchungen über die Entwicklungsbedingungen von Ängstlichkeit und Angstbewältigung*. Bern: Hans Huber.
- Krohne, H. W., & Hock, M. (2007). *Psychologische Diagnostik. Grundlagen und Anwendungsfelder*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Krohne, H. W., & Pulsack, A. (1995). *Das Erziehungsstil-Inventar. Manual* (2. verbesserte Aufl.). Göttingen: Beltz.
- Kühl, S. (2005). *Indizierte Prävention von sozialen Ängsten. Entwicklung und Evaluation eines Gruppenprogramms für Kinder und Jugendliche*, from <http://bieson.ub.uni-bielefeld.de/volltexte/2006/863/pdf/Dissertation.pdf>
- Kunz, L. (2006). *Antizipatorische und normative Erwartungen von Müttern hinsichtlich ihrer ängstlichen Kinder im Kontext eines indizierten Präventionsprogramms. Eine multikasuistische Studie*. Unveröffentlichte Lizentiatsarbeit, Universität Fribourg, Fribourg.
- Kurth, B.-M. (2004). *Kurzbeschreibung. KiGGS. Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland*. Retrieved April, 21st, 2008, from http://www.kiggs.de/medien/downloads/texte/dokumente/kiggs_zusammenfassung.pdf
- Kurth, B.-M. (2006). *Symposium zur Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Erste Ergebnisse* (Tagungsbericht). Berlin: Robert Koch-Institut.
- Kurth, B.-M., Bergmann, K. E., Hölling, H., Kahl, H., Kamtsiuris, P., & Thfeld, W. (2002). Der bundesweite Kinder- und Jugendgesundheitsurvey - Das Gesamtkonzept. *Das Gesundheitswesen*, 64 (Sonderheft 1), 3-11.
- Kuschel, A. (2001). *Psychische Auffälligkeiten bei Braunschweiger Kindergartenkinder*. Retrieved März 3, 2006, from <http://www.biblio.tu-bs.de/ediss/data/20010813a/20010813a.pdf>
- Lambert, M. J., & Barley, D. E. (2002). Research summary on the therapeutic relationship and psychotherapy outcome. In J. C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patients* (pp. 17-32). New York: Oxford University Press.
- Lamborn, S. D., Mounts, N. S., Steinberg, L., & Dornbusch, S. M. (1991). Patterns of competence and adjustment among adolescents from authoritative, authoritarian, indulgent, and neglectful families. *Child Development*, 62(5), 1049-1065.
- Lang, F. R., Lüdtke, O., & Asendorpf, J. B. (2001). Testgüte und psychometrische Äquivalenz der deutschen Version des Big Five Inventory (BFI) bei jungen, mittelalten und alten Erwachsenen. *Diagnostica*, 47(3), 111-121.

- Last, C. G., Hersen, M., Kazdin, A. E., Francis, G., & Grubb, H. J. (1987). Psychiatric illness in the mothers of anxious children. *American Journal of Psychiatry*, 144, 1580-1583.
- Last, C. G., Perrin, S., Hersen, M., & Kazdin, A. E. (1996). A prospective study of childhood anxiety disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35, 1502-1510.
- Laucht, M., Esser, G., & Schmidt, M. H. (1997). Wovor schützen Schutzfaktoren? Anmerkungen zu einem populären Konzept der modernen Gesundheitsforschung. *Zeitschrift für Entwicklungspsychologie und Pädagogische Psychologie*, 29(3), 260-270.
- Laucht, M., Esser, G., & Schmidt, M. H. (1998). Risiko- und Schutzfaktoren der frühkindlichen Entwicklung: Empirische Befunde. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 26(1), 6-20.
- Laucht, M., Esser, G., & Schmidt, M. H. (2000a). Externalisierende und internalisierende Störungen in der Kindheit: Untersuchungen zur Entwicklungspsychopathologie. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 29(4), 284-292.
- Laucht, M., Esser, G., & Schmidt, M. H. (2000b). Längsschnittforschung zur Entwicklungs-epidemiologie psychischer Störungen: Zielsetzung, Konzeption und zentrale Befunde der Mannheimer Risikokinderstudie. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 29(4), 246-262.
- Laux, L., Glanzmann, P., Schaffner, P., & Spielberger, C. D. (1981). *State-Trait-Angstinventar. Theoretische Grundlagen und Handanweisung. STAI*. Weinheim: Beltz.
- Layzer, J. I., Goodson, B. D., Bernstein, L., & Price, C. (2001). *National evaluation of family support programs. Final Report. Volume A: The Meta-Analysis*. Cambridge, MA: Abt Associates Inc.
- Lazarus, R. S. (1966). *Psychological stress and the coping process*. New York: McGraw Hill.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer.
- Lehmkuhl, G., Döpfner, M., Plück, J., Berner, W., Fegert, J. M., Huss, M., et al. (1998). Häufigkeit psychischer Auffälligkeiten und somatischer Beschwerden bei vier- bis zehnjährigen Kindern in Deutschland im Urteil der Eltern - ein Vergleich normorientierter und kriterienorientierter Modelle. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie*, 26, 83-96.
- Leib, R., Wittchen, H., Hofler, M., Fuetsch, M., Stein, M., & Merikangas, K. (2000). Parental psychopathology, parenting styles, and the risk of social phobia in offspring: a prospective, longitudinal community study. *Archives of General Psychiatry*, 48, 928-934.
- Lenz, A. (2007). Kinder psychisch kranker Eltern - Ein Überblick über Forschungsstand und Präventionsprogramme. In B. Röhrle (Hrsg.), *Prävention und Gesundheitsförderung Bd. III für Kinder und Jugendliche* (S. 519-553). Tübingen: dgvt.
- Lewinsohn, P. M., Hops, H., Roberts, R. E., Seeley, J. R., & Andrews, J. A. (1993). Adolescent psychopathology: I. Prevalence and incidence of depression and other DSM-III-R disorders in high school students. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 102, 133-144.

- Lewis, G., Pelosi, A. J., Araya, R., & Dunn, G. (1992). Measuring psychiatric disorder in the community: A standardized assessment for use by lay interviewers. *Psychological Medicine*, 22, 465-486.
- Lichtenstein, P., & Annas, P. (2000). Heritability and prevalence of specific fears and phobias in childhood. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 41(7), 927-937.
- Lieb, R. (2005). Epidemiologie. In M. Perrez & U. Baumann (Hrsg.), *Lehrbuch Klinische Psychologie - Psychotherapie* (3. vollständig überarbeitete Aufl., S. 149-169). Bern: Huber.
- Lieb, R., & Isensee, B. (2007). Häufigkeit und zeitliche Muster von Komorbidität. In F. Mogg (Hrsg.), *Doppeldiagnosen. Komorbidität psychischer Störungen und Sucht* (2. vollständig überarbeitete und erweiterte Aufl., S. 27-58). Bern: Huber.
- Lieb, R., Pfister, H., Mastaler, M., & Wittchen, H.-U. (2000). Somatoform syndromes and disorders in a representative population sample of adolescents and young adults: prevalence, comorbidity and impairments. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 101, 194-208.
- Lieb, R., Schreier, A., & Müller, N. (2003). Epidemiologie von Angststörungen. *Psychotherapie in Psychiatrie, Psychotherapeutischer Medizin und Klinischer Psychologie*, 8(1), 86-102.
- Lieb, R., & Wittchen, H.-U. (2005). Angststörungen: Ätiologie/Bedingungsanalyse. In M. Perrez & U. Baumann (Hrsg.), *Lehrbuch Klinische Psychologie - Psychotherapie* (3. vollständig überarbeitete Aufl., S. 905-924). Bern: Huber.
- Lieb, R., Wittchen, H.-U., Höfler, M., Fuetsch, M., Stein, M. B., & Merikangas, K. R. (2000). Parental psychopathology, parenting styles, and the risk of social phobia in offspring. A prospective-longitudinal community study. *Archives of General Psychiatry*, 57, 859-866.
- Liebeck, H. (2000). Problemlösetraining. In M. Linden & M. Hautzinger (Hrsg.), *Verhaltenstherapiemanual. Techniken, Einzelverfahren und Behandlungsanleitungen* (4. überarb. und erweiterte Aufl., S. 275-281). Heidelberg: Springer.
- Linden, M. (2000). Entspannungstrainings. In M. Linden & M. Hautzinger (Hrsg.), *Verhaltenstherapiemanual* (4., überarb. und erweit. Aufl., S. 160-163). Berlin: Springer.
- Lipsey, M. W., & Wilson, D. B. (1993). The efficacy of psychological, educational, and behavioral treatment. Confirmation from meta-analysis. *American Psychologist*, 48(12), 1181-1209.
- Liu, X., Kurita, H., Guo, C., Miyake, Y., Ze, J., & Coao, H. (1999). Prevalence and risk factors of behavioral and emotional problems among Chinese children aged 6 through 11 years. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38(6), 708-715.
- Lock, S. (2003). *A developmental approach to the prevention of anxiety disorders during childhood*. Unpublished Dissertation, Griffith University, Brisbane, Australia.
- Lohaus, A. (1998). Begriffe von Gesundheit und Krankheit bei Kindern. In H. Keller (Hrsg.), *Lehrbuch der Entwicklungspsychologie* (S. 599-614). Bern: Hans Huber.

- Lohaus, A., Jerusalem, M., & Klein-Hessling, J. (Hrsg.). (2006). *Gesundheitsförderung im Kindes- und Jugendalter*. Göttingen: Hogrefe.
- Lonigan, C. J., Carey, M. P., & Finch, A. J. J. (1994). Anxiety and depression in children and adolescents: Negative affectivity and the utility in self-reports. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62, 1000-1008.
- Lonigan, C. J., & Phillips, B. M. (2001). Temperamental influences on the development of anxiety disorders. In M. W. Vasey & M. R. Dadds (Eds.), *The developmental psychopathology of anxiety* (pp. 60-91). New York: Oxford University Press.
- Lowry-Webster, H., Barrett, P. M., & Dadds, M. R. (2001). A universal prevention trial of anxiety and depressive symptomatology in childhood: preliminary data from an Australian study. *Behaviour Change*, 18(1), 36-50.
- Lowry-Webster, H., Barrett, P. M., & Lock, S. (2003). A universal prevention trial of anxiety symptomatology during childhood: results at one-year follow-up. *Behaviour Change*, 20(1), 25-43.
- Luthar, S. S. (1993). Annotation: Methodological and conceptual issues in research on childhood resilience. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 34(4), 441-453.
- Lyneham, H. J., & Rapee, R. M. (2004). Generalisierte Angststörung. In S. Schneider (Hrsg.), *Angststörungen bei Kindern und Jugendlichen. Grundlagen und Behandlungen* (S. 198-236). Berlin: Springer.
- Maccoby, N., & Solomon, D. S. (1981). Heart disease prevention. Community studies. In R. E. Rice & W. J. Paisley (Eds.), *Public communications campaigns* (pp. 10.15-125). Beverly Hills: Sage.
- Magana, A. B., Goldstein, M. J., Karno, M., Kiklowitz, D. J., Jenkins, J. M., & Falloon, I. R. H. (1986). A brief method for assessing expressed emotions in relatives of psychiatric patients. *Psychiatry Research*, 17, 203-212.
- Magee, W. J. (1999). Effects of negative life experiences on phobia onset. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 34, 343-351.
- Manz, R. (2001a). Möglichkeiten der primären Prävention von Angst und Depression: Ergebnisse im internationalen Vergleich. In R. Manz (Hrsg.), *Psychologische Programme für die Praxis* (Vol. 3: Psychologische Programme aus der Praxis. Aus der Reihe: Fortschritte der Gemeindepsychologie und Gesundheitsförderung (Bd. 9), S. 107-126). Tübingen: DGVT.
- Manz, R. (2001b). *Primäre Prävention psychischer Störungen. Verhaltensprävention von Angst und Depression bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen. Habilitationsschrift zur Erlangung des akademischen Grades Dr. phil. rer. nat. habil.* Dresden: Technische Universität, Deutschland.
- Manz, R., Junge, J., & Margraf, J. (2000). Angst und Depression bei Schülern. Eine Untersuchung an Dresdner Mittelschulen und Gymnasien. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 28(4), 263-273.

- Manz, R., Junge, J., & Margraf, J. (2001). Prävention von Angst und Depression bei Jugendlichen. Ergebnisse einer Follow-up-Untersuchung nach 6 Monaten. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*, 9(4), 168-179.
- March, J. S. (Ed.). (1995). *Anxiety disorders in children and adolescents*. New York: Guilford.
- March, S., Spence, S. H., & Donovan, C. L. (2009). The efficacy of an internet-based cognitive-behavioral therapy intervention for child anxiety disorders. *Journal of Pediatric Psychology*, 34, 474-487.
- Margraf, J. (1994). *Mini-DIPS. Diagnostisches Kurz-Interview bei psychischen Störungen. Interviewleitfaden*. Berlin: Springer.
- Margraf, J., & Poldrack, A. (2000). Angstsyndrome in Ost- und Westdeutschland: Eine repräsentative Bevölkerungserhebung. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 29(3), 157-169.
- Margraf, J., & Schneider, S. (2000). Diagnostik psychischer Störungen mit strukturierten Interviews. In J. Margraf (Hrsg.), *Lehrbuch der Verhaltenstherapie - Grundlagen, Diagnostik, Verfahren und Rahmenbedingungen* (2. vollständig überarb. und erweiterte Aufl., Vol. 1, S. 267-290). Berlin: Springer.
- Margraf, J., & Schneider, S. (2003). Angst und Angststörungen. In J. Hoyer & J. Margraf (Hrsg.), *Angstdiagnostik. Grundlagen und Testverfahren* (S. 3-30). Berlin: Springer.
- Markey, C. N., Markey, P. M., & Tinsley, B. J. (2003). Personality, puberty, and preadolescent girls' risky behaviors: Examining the predictive value of the Five-Factor Model of personality. *Journal of Research in Personality*, 37, 405-419.
- Martin, M., Horder, P., & Jones, G. V. (1992). Integral bias in naming of phobia-related words. *Cognition and Emotion*, 6, 479-486.
- Mash, E. J., & Dozois, D. J. A. (1996). Child psychopathology: A developmental-systems perspective. In E. J. Mash & R. A. Barkley (Eds.), *Child Psychopathology* (pp. 3-60). New York: The Guilford Press.
- Masten, A. S. (1991). Developmental psychopathology and the adolescent. In R. M. Lerner, A. C. Petersen & J. Brooks-Gunn (Eds.), *Encyclopedia of adolescence* (Vol. 1, pp. 221-227). New York: Garland Publishing.
- Masten, A. S., Hubbard, J. J., Gest, S. D., Tellegen, A., Garmezy, N., & Ramirez, M. (1999). Competence in the context of adversity: Pathways to resilience and maladaptation from childhood to late adolescence. *Development and Psychopathology*, 11, 143-169.
- Masten, A. S., Morison, P., Pellegrini, D., & Tellegen, A. (1990). Competence under stress: Risk and protective factors. In J. Rolf, A. S. Masten, D. Cicchetti, K. H. Nuechterlein & S. Weintraub (Eds.), *Risk and protective factors in the development of psychopathology* (pp. 236-256). Cambridge: University Press.

- Masten, A. S., & Reed, M.-G. J. (2002). Resilience in development. In C. R. Snyder & S. J. Lopez (Eds.), *Handbook of positive psychology* (pp. 74-88). New York: Oxford University Press.
- Matsuura, M., Okubo, Y., Kojima, T., Takahashi, R., Wang, Y.-F., Shen, Y.-C., et al. (1993). A cross-national prevalence study of children with emotional and behavioural problems - A WHO collaborative study in the Western Pacific Region. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 34(3), 307-315.
- Mattejat, F., & Remschmidt, H. (1998). *Fragebögen zur Beurteilung der Behandlung (FBB). Handanweisung*. Göttingen: Hogrefe.
- Mauron, F. (2005). *Eine multiple Einzelfallanalyse zu Copingstrategien, der Wahrnehmung und dem Verständnis von Emotionen und Körperreaktionen von ängstlichen Kindern im Verlauf eines kognitiv-behavioralen Präventionstrainings*. Unveröffentlichte Lizentiatsarbeit, Universität Fribourg, Fribourg.
- Mauron, F., & Hilti, N. (2004). *Fragen zu verschiedenen Themen*. Unveröffentlichtes Skript, Fribourg.
- McClure, E. B., Brennan, P. A., Hammen, C., & Le Brocq, R. M. (2001). Parental anxiety disorders, child anxiety disorders, and the perceived parent-child relationship in an Australian high-risk sample. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 29(1), 1-10.
- McNally, R. J. (2002). Anxiety sensitivity and panic disorder. *Biological Psychiatry*, 52, 938-946.
- Meichenbaum, D. (2003). *Intervention bei Stress. Anwendung und Wirkung des Stressimpfungstrainings* (2. Aufl.). Bern: Huber.
- Meili, E. (2007, September). Todesangst im Delikatessladen. *Horizonte, Schweizerische Nationalfonds zur Förderung der wissenschaftlichen Forschung*, Zitat von Margraf, J.
- Melfsen, S., Osterlow, J., Beyer, J., & Florin, I. (2003). Evaluation eines kognitiv-behavioralen Trainings für sozial ängstliche Kinder. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 32(3), 191-199.
- Melfsen, S., Osterlow, J., & Florin, I. (2000). Vorläufer- und Begleitsymptome der sozialen Angst und sozialen Phobie aus der retrospektiven Sicht von Müttern. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 29(4), 43-51.
- Mendlowitz, S. L., Manassis, K., Bradley, S., Scapillato, D., Miezitis, S., & Shaw, B. (1999). Cognitive-behavioral group treatments in childhood anxiety disorders: The role of parental involvement. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38(10), 1223-1229.
- Merikangas, K. R., Zhang, H., Avenevoli, S., Acharyya, S., Neuenschwander, M., & Angst, J. (2003). Longitudinal trajectories of depression and anxiety in a prospective community study. *Archives of General Psychiatry*, 60, 993-1000.

- Merod, R. (1999). Lerntheoretische Grundlagen der Verhaltenstherapie bei Kindern und Jugendlichen. In B. Röhrle (Hrsg.), *Lehrbuch der Verhaltenstherapie mit Kindern und Jugendlichen. Band I: Grundlagen* (S. 19-50). Tübingen: dgvt.
- Meyer-Probst, B., & Reis, O. (1999). Von der Geburt bis 25. Rostocker Längsschnittstudie (ROLS). *Kindheit und Entwicklung*, 8(1), 59-68.
- Meyer, W.-U., Schützwohl, A., & Reisenzein, R. (1993). *Einführung in die Emotionspsychologie. Band I*. Bern: Huber.
- Meyer, W.-U., Schützwohl, A., & Reisenzein, R. (1999). *Einführung in die Emotionspsychologie. Evolutionspsychologische Emotionstheorien. Band II* (2. korrigierte Aufl.). Bern: Huber.
- Michael, T., & Margraf, J. (2004). *Epidemiology of anxiety disorders*. Retrieved August 9, 2006, from www.medicinepublishing.co.uk/resources/sample_pages/psyt.3.4.2.pdf
- Mifsud, C., & Rapee, R. M. (2005). Early intervention for childhood anxiety in a school setting: outcomes for an economically disadvantaged population. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 44, 996-1004.
- Mittag, W., & Jerusalem, M. (1997). Evaluation von Präventionsprogrammen. In R. Schwarzer (Ed.), *Gesundheitspsychologie - Ein Lehrbuch* (2. überarbeitete und erweiterte Aufl., S. 595-611). Göttingen: Hogrefe.
- Moggi, F. (2007a). Problemstellung Doppeldiagnose - eine artifizielle oder reale Komorbidität? In F. Moggi (Hrsg.), *Doppeldiagnosen. Komorbidität psychischer Störungen und Sucht* (2. vollständig überarbeitete und erweiterte Aufl., S. 15-26). Bern: Huber.
- Moggi, F. (Hrsg.). (2007b). *Doppeldiagnosen. Komorbidität psychischer Störungen und Sucht* (2. vollständig überarbeitete und erweiterte Aufl.). Bern: Huber.
- Montada, L. (1995). Die geistige Entwicklung aus der Sicht Jean Piagets. In R. Örter & L. Montada (Hrsg.), *Entwicklungspsychologie* (3. vollständig überarbeitete Aufl., S. 518-560). Weinheim: Beltz.
- Mowrer, O. H. (1961). *Learning theory and behavior*. New York: J. Wiley.
- Munoz, R. F., Mrazek, P. J., & Haggerty, R. J. (1996). Institute of medicine report on prevention of mental disorders. *American Psychologist*, 51, 1116-1122.
- Muris, P., Hovee, I., Meesters, C., & Mayer, B. (2004). Children's perception and interpretation of anxiety-related physical symptoms. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 35(3), 233-244.
- Muris, P., Meesters, C., Mayer, B., Bogie, N., Luijten, M., Geebelen, E., et al. (2003). The Koala Fear Questionnaire: A standardized self-report scale for assessing fears and fearfulness in pre-school and primary school children. *Behaviour Research and Therapy*, 41, 597-617.
- Muris, P., Meesters, C., & Spinder, M. (2003). Relationship between child- and parent-reported behavioral inhibition and symptoms of anxiety and depression in normal adolescents. *Personality and Individual Differences*, 34, 759-771.

- Muris, P., Merckelbach, H., Gadet, B., & Moulaert, V. (2000). Fears, worry, and scary dreams in 4- to 12-year-old children: Their content, development pattern, and origins. *Journal of Clinical Child Psychology*, 29, 43-52.
- Muris, P., Merckelbach, H., & Luijten, M. (2002). The connection between cognitive development and specific fears and worries in normal children and children with below-average intellectual abilities: A preliminary study. *Behaviour Research and Therapy*, 40, 37-56.
- Muris, P., Merckelbach, H., Ollendick, T. H., King, N. J., Meesters, C., & van Kessel, C. (2002). What is the Revised Fear Survey Schedule for Children measuring? *Behaviour Research and Therapy*, 40, 1317-1326.
- Muris, P., Rapee, R. M., Meesters, C., Schouten, E., & Geers, M. (2003). Threat perception abnormalities in children: The role of anxiety disorders symptoms, chronic anxiety, and state anxiety. *Journal of Anxiety Disorders*, 17, 271-287.
- Muris, P., Steerneman, P., Merckelbach, H., & Meesters, C. (1996). Shorter communications. The role of parental fearfulness and modeling in children's fear. *Behaviour Research and Therapy*, 34, 265-268.
- Murray, C. J. L., & Lopez, A. D. (1996). *The Global Burden of Disease: A comprehensive assessment of mortality and disability from disease injuries and risk factors in 1990 and projected to 2020*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Musa, C., Lépine, J.-P., Clark, D. M., Mansell, W., & Ehlers, A. (2003). Selective attention in social phobia and the moderating effect of concurrent depressive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 41, 1043-1054.
- Narring, F., Tschumper, A., Inderwildi Bonivento, L., Jeannin, A., Addor, V., Bütikofer, A., et al. (2003). *Gesundheit und Lebensstil 16- bis 20-Jaeriger in der Schweiz (2002). SMASH 2002. Swiss Multicenter Adolsencent Study on Health 2002* (Bericht). Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive.
- Narring, F., Tschumper, A., Inderwildi Bonivento, L., Jeannin, A., Addor, V., Bütikofer, A., et al. (2004). *Gesundheit und Lebensstil 16- bis 20-Jaeriger in der Schweiz (2002). SMASH 2002. Swiss Multicenter Adolescent Survey on Health 2002* (Hauptbericht). Lausanne: Institut universitaire de médecine social et préventive, 2004, raisons de santé 95b.
- Narrow, W. E., Rae, D. S., Robins, L. N., & Regier, D. A. (2002). Revised prevalence estimates of mental disorders in the United States. Using a clinical significance criterion to reconcile 2 surveys' estimates. *Archives of General Psychiatry*, 59, 115-123.
- Nation, M., Crusto, C., Wandersman, A., Kumpfer, K. L., Seybolt, D., Morrissey-Kane, E., et al. (2003). What works in prevention. Principles of effective prevention programs. *American Psychologist*, 58(6/7), 449-457.
- National Advisory Mental Health Council (NAMHC) Workgroup on Mental Disorders Prevention Research. (2001). Priorities for prevention research at NIHM [on-line]. *Prevention & Treatment*, 4(Article 17), abgerufen 2004 unter <http://journals.apa.org/prevention/volume2004/pre0040017a.html>.

- Nationale Gesundheitspolitik Schweiz (NGP). (2004a). *Psychische Gesundheit. Entwurf zur Stellungnahme bis Mitte Mai 2004. Nationale Strategie zum Schutz, zur Förderung, Erhaltung und Wiederherstellung der psychischen Gesundheit der Bevölkerung in der Schweiz* (Bericht). o.O.: Autor.
- Nationale Gesundheitspolitik Schweiz (NGP). (2004b). *Psychische Gesundheit. Strategieentwurf zum Schutz, zur Förderung, Erhaltung und Wiederherstellung der psychischen Gesundheit der Bevölkerung in der Schweiz* (Bericht). Bern: Bundesamt für Gesundheit.
- Nauta, M. H. (2005). *Anxiety disorders in children and adolescents: Assessment, cognitive behavioural therapy, and predictors of treatment outcome*, Dissertation, from <http://dissertations.ub.rug.nl/faculties/ppsw/2005/m.h.nauta/>
- Nauta, M. H., Scholing, A., Emmelkamp, P. M. G., & Minderaa, R. B. (2001). Cognitive-behavioural therapy for anxiety disordered children in a clinical setting: Does additional cognitive parent training enhance treatment effectiveness? *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 8, 330-340.
- Nauta, M. H., Scholing, A., Emmelkamp, P. M. G., & Minderaa, R. B. (2003). Cognitive-behavioural therapy for children with anxiety disorders in a clinical setting: No additional effect of a cognitive parent training. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 32(11), 1270-1278.
- Neil, A. L., & Christensen, H. (2007). Australian school-based prevention and early intervention programs for anxiety and depression: A systematic review. *The Medical Journal of Australia*, 186(6), 305-308.
- Neufeld, K. J., Swartz, K. L., Benvenu, O. J., Eaton, W. W., & Cai, G. (1999). Incidence of DIS/DSM-IV social phobia in adults. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 100(3), 186-192.
- Newman, D. L., Moffitt, T. E., Caspi, A., Magdol, L., Silva, P. A., & Stanton, W. R. (1996). Psychiatric Disorder in a birth cohort of young adults: Prevalence, comorbidity, clinical significance, and new case incidence from ages 11 to 21. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(3), 552-562.
- Niebank, K., & Petermann, F. (2000). Grundlagen und Ergebnisse der Entwicklungspsychopathologie. In F. Petermann (Hrsg.), *Lehrbuch der Klinischen Kinderpsychologie und -psychotherapie* (4. vollständig überarb. und erweiterte Aufl., S. 57-94). Bern: Hogrefe.
- Niebank, K., Petermann, F., & Scheithauer, H. (2000). Grundzüge der Entwicklungspsychopathologie. In F. Petermann, K. Niebank & H. Scheithauer (Hrsg.), *Risiken der frühkindlichen Entwicklung. Entwicklungspsychopathologie* (S. 41-64). Göttingen: Hogrefe.
- Noser, A. (2006). *Extraversion und Erziehung. Extravertierte Mütter und ihr Erziehungsstil: Einschätzung aus ihrer eigenen und ihrer Kinder Sicht*. Unveröffentlichte Lizentiatsarbeit, Universität Fribourg, Fribourg.
- O'Dougherty Wright, M., & Masten, A. S. (2006). Resilience processes in development. In S. Goldstein & R. B. Brooks (Eds.), *Handbook of resilience in children* (pp. 17-37). New York: Springer.

- Offord, D. R., Boyle, M. H., Szatmari, P., Rae-Grant, N. I., Links, P. S., Cadman, D. T., et al. (1987). Ontario Child Health Study. II. Six-month prevalence of disorders and rates of service utilization. *Archives of General Psychiatry*, 44(9), 832-836.
- Ollendick, T. H., & King, N. J. (1991a). Fears and phobias of childhood. In M. Herbert (Ed.), *Clinical child psychopathology: Social learning development and behaviour* (pp. 309-329). New York: The Guilford Press.
- Ollendick, T. H., & King, N. J. (1991b). Origins of childhood fears: An evaluation of Rachman's theory of fear acquisition. *Behaviour Research and Therapy*, 29(117-123).
- Ollendick, T. H., & King, N. J. (2004). Empirically supported treatments for children and adolescents: Advances toward evidence-based practice. In P. M. Barrett & T. H. Ollendick (Eds.), *Handbook of interventions that work with children and adolescents: Prevention and treatment* (pp. 3-25). New York: John Wiley & Sons.
- Ollendick, T. H., Vasey, M. W., & King, N. J. (2001). Operant conditioning influences in childhood anxiety. In M. W. Vasey & M. R. Dadds (Eds.), *The developmental psychopathology of anxiety* (pp. 231-252). New York: Oxford University Press.
- Örter, R. (1995). Kultur, Ökologie und Entwicklung. In R. Örter & L. Montada (Hrsg.), *Entwicklungspsychologie* (3. vollständig überarbeitete Aufl., S. 84-127). Weinheim: Beltz.
- Öst, L.-G., Svensson, L., Hellström, K., & Lindwall, R. (2001). One-session treatment of specific phobias in youth: A randomized clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69(5), 814-824.
- Parker, J. G., Rubin, K. H., Erath, S. A., Wojslawowicz, J. C., & Buskirk, A. A. (2006). Peer relationships, child development, and adjustment: A developmental psychopathology perspective. In D. Cicchetti & D. J. Cohen (Eds.), *Developmental psychopathology* (2. ed., pp. 419-493). New York: Wiley.
- Patterson, G. R. (1982). *Coercive family process*. Eugene, OR: Castilia.
- Paul, G. L. (1967). Outcome research in psychotherapy. *Journal of Consulting Psychology*, 31, 109-118.
- Peleg-Popko, O., & Dar, R. (2001). Marital quality, family patterns, and children's fears and social anxiety. *Contemporary Family Therapy*, 23(4), 465-487.
- Penthin, R. (2001). ... *Eltern sein dagegen sehr. Konzepte und Arbeitsmaterialien zur pädagogischen Elternschulung*. Weinheim: Juventa.
- Perrez, M. (1989). Diagnostik von Kontingenzerfahrungen in der frühen Kindheit. In G. Krampen (Hrsg.), *Diagnostik von Attributionen und Kontrollüberzeugungen* (S. 172-185). Göttingen: Hogrefe.
- Perrez, M. (1994). Optimierung und Prävention im erzieherischen Bereich. In K. A. Schneewind (Hrsg.), *Psychologie der Erziehung und Sozialisation. Aus der Reihe: Enzyklopädie der Psychologie (Sonderdruck)*. Bern: Hogrefe.

- Perrez, M. (2002). Von den Nöten, wie Gesundheit zu definieren sei. *Verhaltenstherapie und Psychosoziale Praxis*, 2, 261-272.
- Perrez, M. (2005a). Psychologische Faktoren: Sozialisation und Verhaltensanpassung. In M. Perrez & U. Baumann (Hrsg.), *Lehrbuch Klinische Psychologie - Psychotherapie* (3. vollständig überarbeitete Aufl., S. 240-271). Bern: Huber.
- Perrez, M. (2005b). Stressoren in der Familie und Familie als Stressor im Vorfeld der Entwicklung von Störungen bei Kindern und Jugendlichen. In P. F. Schlottke, R. K. Silbereisen, S. Schneider & G. W. Lauth (Hrsg.), *Störungen im Kindes- und Jugendalter - Grundlagen und Störungen im Entwicklungsverlauf. Sonderdruck aus Enzyklopädie der Psychologie. Themengebiet. Serie II Klinische Psychologie. Band 5* (S. 193-246). Göttingen: Hogrefe.
- Perrez, M. (2005c). Wissenschaftstheoretische Grundlagen: Klinisch-psychologische Intervention. In M. Perrez & U. Baumann (Hrsg.), *Lehrbuch Klinische Psychologie - Psychotherapie* (3. vollständig überarbeitete Aufl., S. 68-88). Bern: Huber.
- Perrez, M. (2006). *Methodische und theoretische Probleme von Klassifikationssystemen psychischer Störungen* (e-learning-psychopathology). Fribourg: PTO: <http://www.pto.uzh.ch/index.html>.
- Perrez, M. (2007). Komorbidität - die Herausforderung der Ätiologie- und Psychotherapieforschung der Gegenwart. In F. Moggi (Hrsg.), *Doppeldiagnosen. Komorbidität psychischer Störungen und Sucht* (2. vollständig überarbeitete und erweiterte Aufl., S. 1-4). Bern: Huber.
- Perrez, M., & Hilti, N. (2005). Prävention. In M. Perrez & U. Baumann (Hrsg.), *Lehrbuch Klinische Psychologie - Psychotherapie* (3. vollständig überarbeitete Aufl., S. 398-427). Bern: Huber.
- Perrez, M., Hilti, N., Abt, U., Aragon, M., & Cina, A. (2004). *Verbesserung der Eltern-Kind-Beziehung* (Forschungsbericht No. Nr. 161). Fribourg (CH): Departement für Psychologie, Universität Fribourg.
- Perrez, M., Laireiter, A.-R., & Baumann, U. (2005). Psychologische Faktoren: Stress und Coping. In M. Perrez & U. Baumann (Hrsg.), *Lehrbuch Klinische Psychologie - Psychotherapie* (3. vollständig überarbeitete Aufl., S. 272-304). Bern: Huber.
- Perrez, M., Minsel, B., & Wimmer, H. (1985). *Was Eltern wissen sollten. Eine psychologische Schule für Eltern, Lehrer und Erzieher*. Salzburg: Otto Müller.
- Perrez, M., & Otto, J. (Hrsg.). (1978). *Symptomverschiebung: Eine Kontroverse zwischen Psychoanalyse und Verhaltenstherapie: Ein Reader*. Salzburg: Müller.
- Perrez, M., & Patry, J.-L. (1982). Nomologisches Wissen, technologisches Wissen, Tatsachenwissen - drei Ziele sozialwissenschaftlicher Forschung. In J.-L. Patry (Hrsg.), *Feldforschung Methoden und Probleme sozialwissenschaftlicher Forschung unter natürlichen Bedingungen* (S. 45-66, Sonderdruck). Bern: Huber.
- Perrez, M., Scheobi, D., & Wilhelm, P. (2000). How to assess social regulation of stress and emotions in daily family life? A computer-assisted family self-monitoring system (FASEM-C). *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 7, 326-339.

- Perrez, M., & Zbinden, M. (1996). Lernen. In A. Ehlers & K. Hahlweg (Hrsg.), *Enzyklopädie der Psychologie. Themenbereich D: Praxisgebiete* (Vol. 1: Grundlagen der Klinischen Psychologie, S. 301-349). Göttingen: Hogrefe.
- Perry, M. (2000). Modelldarbietung. In M. Linden & M. Hautzinger (Hrsg.), *Verhaltenstherapiemanual. Techniken, Einzelverfahren und Behandlungsanleitungen* (4. überarbeitete und erweiterte Aufl., S. 264-269). Heidelberg: Springer.
- Petermann, F., & Kusch, M. (1993). Entwicklungspsychopathologie von Verhaltensstörungen im Kindes- und Jugendalter. In F. Petermann & U. Petermann (Hrsg.), *Angst und Aggression bei Kindern und Jugendlichen. Ursachen, Förderung und Therapie* (Vol. 31-54). München: Quintessenz.
- Petermann, F., Kusch, M., & Niebank, K. (1998). *Entwicklungspsychopathologie. Ein Lehrbuch*. Weinheim: Beltz.
- Petermann, F., & Lehmkuhl, G. (2003). Klassifikation psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter nach DSM-IV. Eine Einführung (H. Sass, H.-U. Wittchen, M. Zaudig & I. Houben, Trans.). In American Psychiatric Association (Hrsg.), *Diagnostische und Statistische Manual Psychischer Störungen. Textrevision. DSM-IV-TR* (4 Aufl., S. 53-69). Göttingen: Hogrefe.
- Petermann, F., & Macha, T. (2005). *Psychologische Tests für Kinderärzte*. Göttingen: Hogrefe.
- Petermann, F., Niebank, K., & Scheithauer, H. (Hrsg.). (2000). *Risiken in der frühkindlichen Entwicklung. Entwicklungspsychopathologie der ersten Lebensjahre*. Göttingen: Hogrefe.
- Petermann, U. (1999). Angststörungen. In H. C. Steinhausen & M. vonAster (Hrsg.), *Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin bei Kindern und Jugendlichen* (2. überarb. und erweiterte Aufl., S. 188-213). Weinheim: Beltz.
- Petermann, U. (2001). *Die Kapitän-Nemo-Geschichten. Geschichten gegen Angst und Stress*. Freiburg im Breisgau: Herder Spektrum.
- Petermann, U., Essau, C. A., & Petermann, F. (2000). Angststörungen. In F. Petermann (Hrsg.), *Lehrbuch der Klinischen Kinderpsychologie und -psychotherapie* (4. vollständig überarb. und erweiterte Aufl., S. 228-270). Bern: Hogrefe.
- Petersen, A. C., Kennedy, R. E., & Sullivan, P. (1991). Coping with adolescence. In M. E. Colten & S. Gore (Hrsg.), *Adolescent stress. Causes and consequences* (S. 93-110). New York: DeGruyter.
- Petzold, C. (2004). *Fragebogen zu deinen persönlichen Eigenschaften*. Unveröffentlichtes Skript, Universität Fribourg, Fribourg.
- Pfingsten, U. (2000). Training sozialer Kompetenzen. In J. Margraf (Hrsg.), *Lehrbuch der Verhaltenstherapie. Band 1. Grundlagen, Diagnostik, Verfahren und Rahmenbedingungen* (2., vollständig überarbeitete und erweiterte Aufl., S. 473-481). Heidelberg: Springer.

- Pine, D. S., Cohen, P., Gurley, D., Brook, J., & Ma, Y. (1998). The risk for early-adulthood anxiety and depressive disorders in adolescents with anxiety and depressive disorders. *Archives of General Psychiatry*, 55(1), 56-64.
- Plück, J., Döpfner, M., & Lehmkuhl, G. (2000). Internalisierende Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland - Ergebnisse der PAK-KID-Studie. *Kindheit und Entwicklung*, 9(3), 133-142.
- Podsakoff, P. M., MacKenzie, S. B., Lee, J.-Y., & Podsakoff, N. P. (2003). Common method biases in behavioral research: A critical review of the literature and recommended remedies. *Journal of Applied Psychology*, 88(5), 879-903.
- Price, C., & Lento, J. (2001). The nature of child and adolescent vulnerability: History and definitions. In R. E. Ingram & C. Price (Eds.), *Vulnerability to psychopathology. Risk across the lifespan* (pp. 20-38). New York: Guilford.
- Prins, P. J. M., & Ollendick, T. H. (2003). Cognitive change and enhanced coping: Missing mediational links in cognitive behavior therapy with anxiety-disordered children. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 6(2), 87-105.
- Ramey, C. T., & Ramey, S. L. (1998). Early intervention and early experience. *American Psychologist*, 53, 109-120.
- Rapee, R. M. (2002). The development and modification of temperamental risk for anxiety disorders: Prevention of a lifetime of anxiety? *Society of Biological Psychiatry*, 52, 947-957.
- Rapee, R. M. (2003). The influence of comorbidity on treatment outcome for children and adolescents with anxiety disorders. *Behaviour Research and Therapy*, 41, 105-112.
- Rapee, R. M., Abbott, M. J., & Lyneham, H. J. (2006). Bibliotherapy for children with anxiety disorders using written materials for parents: A randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74(3), 436-444.
- Rapee, R. M., Spence, S. H., Cobham, V., & Wignall, M. (2000). *Helping your anxious child. A step-by-step guide for parents*. Oakland: Hew Harbinger Publications.
- Rapee, R. M., Wignall, A., Hudson, J. L., & Schniering, C. A. (2000). *Treating anxious children and adolescents: an evidence-based approach*. Oakland: New Harbinger Publications, Inc.
- Ravens-Sieberer, U., Hölling, H., Bettge, S., & Wiethker, A. (2002). Erfassung von psychischer Gesundheit und Lebensqualität im Kinder- und Jugendgesundheitsurvey. *Das Gesundheitswesen*, 64(Sonderheft 1), 30-35.
- Ravens-Sieberer, U., Wille, N., Bettge, S., & Erhart, M. (2006). *Modul Psychische Gesundheit (Bella-Studie)*. Retrieved September 25, 2006, from www.kiggs.de
- Rechenmacher, C. (2005). *Stressbewältigung von Kindern. Eine Fragebogenstudie zu den Einflussfaktoren Alter, Geschlecht, Kompetenz und Verhaltensauffälligkeit*. Unveröffentlichte Diplomarbeit, Otto-Friedrich-Universität Bamberg, Bamberg und Departement für Klinische Psychologie, Universität Fribourg (CH).

- Regier, D. A., Farmer, M. E., Rae, D. S., Myers, J. K., Kramer, M., Robins, L. N., et al. (1993). One-month prevalence of mental disorders in the United States and sociodemographic characteristics: the Epidemiologic Catchment Area study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 88(35-47).
- Regier, D. A., Narrow, W. E., & Rae, D. S. (1990). The epidemiology of anxiety disorders: The Epidemiologic Catchment Area (ECA) experience. *Journal of Psychiatric Research*, 24(Suppl. 2), 3-14.
- Regier, D. A., Narrow, W. E., Rae, D. S., Manderscheid, R. W., Locke, B. Z., & Goodwin, F. K. (1993). The de facto US mental and addictive disorders service system. Epidemiologic Catchment Area prospective 1-year prevalence rates of disorders and services. *Archives of General Psychiatry*, 50, 85-94.
- Reich, W. (2000). Diagnostic interview for children and adolescents (DICA). *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39(1), 59-66.
- Reichert, M. (2005). Ansatzpunkt Therapeut-Patient-Beziehung: Gesprächstherapeutisch orientierte Psychotherapie. In M. Perrez & U. Baumann (Hrsg.), *Lehrbuch Klinische Psychologie - Psychotherapie* (3. vollständig überarbeitete Aufl., S. 476-498). Bern: Huber.
- Reinecker-Hecht, C., & Baumann, U. (2005). Klinisch-psychologische Diagnostik: Allgemeine Gesichtspunkte. In M. Perrez & U. Baumann (Eds.), *Lehrbuch Klinische Psychologie - Psychotherapie* (3. vollständig überarbeitete Aufl., S. 128-146). Bern: Huber.
- Reinecker, H. (1999a). Grundlagen verhaltenstherapeutischer Methoden. In H. Reinecker (Hrsg.), *Lehrbuch der Verhaltenstherapie* (S. 87-146). Tübingen: dgvt.
- Reinecker, H. (1999b). Methoden der Verhaltenstherapie. In H. Reinecker (Hrsg.), *Lehrbuch der Verhaltenstherapie* (S. 232-239). Tübingen: dgvt.
- Reinecker, H. (Ed.). (1999c). *Lehrbuch der Verhaltenstherapie*. Tübingen: DGVT.
- Reinecker, H., & Lakatos-Witt, A. (2005). Ansatzpunkt Erleben, Verhalten: Verhaltenstherapeutisch orientierte Psychotherapie. In M. Perrez & U. Baumann (Hrsg.), *Lehrbuch der Klinischen Psychologie - Psychotherapie* (3. vollständig überarb. Aufl., S. 499-520). Bern: Hans Huber.
- Reisenzein, R., Meyer, W.-U., & Schützwohl, A. (2003). *Einführung in die Emotionspsychologie. Kognitive Emotionstheorien. Band III*. Bern: Huber.
- Reiss, S., Silverman, W. K., & Weems, C. F. (2001). Anxiety sensitivity. In M. W. Vasey & M. R. Dadds (Eds.), *The developmental psychopathology of anxiety* (pp. 92-111). New York: Oxford University Press.
- Reitzle, M., Winkler Metzke, C., & Steinhausen, H. C. (2001). Eltern und Kinder: Der Zürcher Kurzfragebogen zum Erziehungsverhalten (ZKE). *Diagnostica*, 47(4), 196-207.
- Remschmidt, H., Schmidt, M., & Poustka, F. (Hrsg.). (2001). *Multiaxiales Klassifikationschema für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters nach ICD-10 der WHO* (4. vollständig überarb. und erweiterte Aufl.). Bern: Hans Huber.

- Richters, J. E. (1992). Depressed mothers as informants about their children: A critical review of the evidence for distortion. *Psychological Bulletin*, 112, 485-499.
- Roberts, C., Kane, R., Thomson, H., Bishop, B., & Hart, B. (2003). The prevention of depressive symptoms in rural school children: A randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71(3), 622-628.
- Roberts, M. C., Brown, K. J., Johnson, J., & Reinke, J. (2005). Positive psychology for children. Development, prevention, and promotion. In C. R. Snyder & S. J. Lopez (Eds.), *Handbook of positive psychology* (pp. 663-675). New York: Oxford University Press.
- Röhrle, B. (1992). Prävention psychischer Störungen. In R. H. E. Bastine (Hrsg.), *Klinische Psychologie. Bd. 2: Klinische Psychodiagnostik, Prävention, Gesundheitspsychologie, Psychotherapie, Psychosoziale Intervention* (S. 85-122). Stuttgart: Kohlhammer.
- Röhrle, B. (2004). Ergebnisse und Trends in der Präventionsforschung, *Paper. Symposium Klinische Psychologie psychotherapie Familie und Mediation*. Heidelberg, (11.12.2004).
- Rosenthal, R., & Rosnow, R. L. (1991). *Essentials of behavioral research. Methods and data analysis* (2nd ed.). New York: McGraw-Hill.
- Rossmann, P. (2001). *Einführung in die Entwicklungspsychologie des Kindes- und Jugendalters* (Nachdruck der 3. Aufl.). Bern: Hans Huber.
- Rost, J. (2004). *Testtheorie und Testkonstruktion* (2. Aufl.). Bern: Huber.
- Rotter, B. J. (1966). General expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychological Monographs*, 80, 1-28.
- Rubin, K. H., Burgess, K. B., & Hastings, P. D. (2002). Stability and social-behavioral consequences of toddlers' inhibited temperament and parenting behaviors. *Child Development*, 73(2), 483-495.
- Rubin, K. H., Coplan, R. J., Fox, N. A., & Calkins, S. D. (1995). Emotionality, emotion regulation, and preschooler's social adaption. *Development and Psychopathology*, 7, 49-62.
- Rubin, K. H., Wojslawowicz, J. C., Rose-Krasnor, L., Booth-LaForce, C., & Burgess, K. B. (2006). The best friendships of shy/withdrawn children: Prevalence, stability, and relationship quality. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 34(2), 143-157.
- Rüesch, P., & Manzoni, P. (2003). *Psychische Gesundheit in der Schweiz. Monitoring* (Bericht). Zollikofen: Schweizerische Gesundheitsobservatorium.
- Rutter, M. (1987). Psychological resilience and protective mechanisms. *American Journal of Orthopsychiatry*, 57(3), 316-331.
- Rutter, M. (1988). Epidemiological approaches to developmental psychopathology. *Archives of General Psychiatry*, 45, 486-495.
- Rutter, M. (1989). Isle of Wight revisited: Twenty-five years of child psychiatric epidemiology. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 28, 633-653.

- Rutter, M. (1990). Psychological resilience and protective mechanisms. In J. Rolf, A. S. Masten, D. Cicchetti, K. H. Nuechterlein & S. Weintraub (Eds.), *Risk and protective factors in the development of psychopathology* (pp. 181-214). Cambridge: University Press.
- Rutter, M. (1994a). Beyond longitudinal data: Causes, consequences, changes, and continuity. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62(5), 928-940.
- Rutter, M. (1994b). Family discord and conduct disorder: Cause, consequence, or correlate? *Journal of Family Psychology*, 8, 170-186.
- Rutter, M., Cox, A., Tulpin, C., Berger, M., & Yule, W. (1975). Attainment and adjustment in two geographical areas: I - The prevalence of psychiatric disorder. *British Journal of Psychiatry*, 126, 493-509.
- Rutter, M., & Graham, P. (1966). Psychiatric disorder in 10- and 11-year-old children. *Proceedings of the Royal Society of Medicine*, 59(4), 382-387.
- Rutter, M., & Sroufe, L. A. (2000). Developmental psychopathology: Concepts and challenges. *Development and Psychopathology*, 12, 265-296.
- Rutter, M., Tizard, J. R., Yule, W., Graham, P., & Whitmore, K. (1976). Research report: Isle of Wight Studies 1964-1974. *Psychological Medicine*, 6, 313-332.
- Sameroff, A. J. (1987). The social context of development. In N. Eisenberg (Ed.), *Contemporary topics in developmental psychology* (pp. 273-291). New York: Wiley.
- Sameroff, A. J. (1995). General systems theories and developmental psychopathology. In D. Cicchetti & D. J. Cohen (Eds.), *Developmental psychopathology. Vol. 1 Theory and methods* (pp. 659-695). New York: Wiley.
- Sameroff, A. J., & Fiese, B. H. (1990). Transactional regulation and intervention. In S. J. Meisels & J. P. Shonkoff (Eds.), *Handbook of early childhood intervention* (pp. 119-149). New York: Cambridge University Press.
- Sanders, M. R., Markie-Dadds, C., & Turner, K. M. T. (1999). *Positive Erziehung. Triple P. Positives Erziehungsprogramm* (Christoph-Dornier-Stiftung für Klinische Psychologie Institut Braunschweig, Übers.). Münster: PAG Institut für Psychologie, Verlag für Psychotherapie.
- Sanders, M. R., Mazzucchelli, T. G., & Studman, L. (2004). Stepping Stones Triple P - An evidence-based positive parenting program for families with a child who has a disability: Its theoretical basis and development. *Journal of Intellectual and Developmental Disability*, 29(3), 265-283.
- Sandler, I., Tein, J., & West, S. (1994). Coping stress, and the psychological symptoms of divorce. A cross sectional and longitudinal study. *Child Development*, 65, 1744-1763.
- Sarimski, K. (2003). *Entwicklungspsychologie genetischer Syndrome* (3. vollständig überarbeitete und erweiterte Aufl.). Göttingen: Hogrefe.
- Sartory, G. (2004). Biologische Grundlagen. In S. Schneider (Hrsg.), *Angststörungen bei Kindern und Jugendlichen. Grundlagen und Behandlung* (S. 17-39). Berlin: Springer.

Schachter, S., & Singer, J. (1962). Cognitive, social and physiological determinants of emotional state. *Psychological Review*, 69, 379-397.

Scheidt, P., Overpeck, M. D., Wyatt, W., & Aszmann, A. (2000). Adolescents' general health and wellbeing. In C. Currie, K. Hurrelmann, W. Settertobulte, R. Smith & J. Todd (Eds.), *Health and health behaviour among young people. Health Behaviour in School-aged Children: a WHO cross-national study (HBSC). International report* (pp. 24-38). Copenhagen: WHO.

Scheithauer, H., Niebank, K., & Petermann, F. (2000). Biopsychosoziale Risiken in der frühkindlichen Entwicklung: Das Risiko- und Schutzfaktorenkonzept aus entwicklungspsychopathologischer Sicht. In F. Petermann, K. Niebank & H. Scheithauer (Hrsg.), *Risiken der frühkindlichen Entwicklung. Entwicklungspsychopathologie* (S. 65-97). Göttingen: Hogrefe.

Scheithauer, H., & Petermann, F. (1999). Zur Wirkungsweise von Risiko- und Schutzfaktoren in der Entwicklung von Kindern und Jugendlichen. *Kindheit und Entwicklung*, 8(1), 3-14.

Scher, C. D., & Stein, M. B. (2003). Developmental antecedents of anxiety sensitivity. *Journal of Anxiety Disorders*, 17, 253-269.

Schmid, H., Kuntsche, E., Kuendig, H., & Delgrande, J. M. (2004). *HBSC: Bericht zur Schweiz im internationalen Vergleich online*. Retrieved August 9, 2006, from www.sfa-isp.ch/index.php?IDcat=34&IDarticle=1001&IDcat34visible=1&lan..

Schneewind, K. A. (2003). *Freiheit in Grenzen. Eine interaktive CD-ROM zur Stärkung elterlicher Erziehungskompetenzen für Eltern mit Kindern zwischen 6 und 12 Jahren*, from <http://www.freiheit-in-grenzen.org>

Schneider, S. (1999). Kognitive Verhaltenstherapie bei Angststörungen im Kindesalter. *Kindheit und Entwicklung*, 8, 226-233.

Schneider, S. (2004a). Entwicklungspsychopathologische Grundlagen. In S. Schneider (Hrsg.), *Angststörungen bei Kindern und Jugendlichen. Grundlagen und Behandlung* (S. 3-16). Berlin: Springer.

Schneider, S. (2004b). Risikofaktoren für die Entwicklung von Angststörungen. In S. Schneider (Hrsg.), *Angststörungen bei Kindern und Jugendlichen. Grundlagen und Behandlung* (S. 55-77). Berlin: Springer.

Schneider, S. (2004c). Spezifische Phobien. In S. Schneider (Hrsg.), *Angststörungen bei Kindern und Jugendlichen. Grundlagen und Behandlungen* (S. 134-164). Berlin: Springer.

Schneider, S. (Hrsg.). (2004d). *Angststörungen bei Kindern und Jugendlichen. Grundlagen und Behandlungen*. Berlin: Springer.

Schneider, S., & Döpfner, M. (2004). Leitlinien zur Diagnostik und Psychotherapie von Angst- und Phobischen Störungen im Kindes- und Jugendalter: Ein evidenzbasierter Diskussionsvorschlag. *Kindheit und Entwicklung*, 13(2), 80-96.

Schneider, S., Florin, I., & Fiegenbaum, W. (1999). Phobien. In H. C. Steinhausen & M. von Aster (Hrsg.), *Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin bei Kindern und Jugendlichen* (2. überarb. und erweiterte Aufl., S. 216-242). Weinheim: Beltz.

- Schneider, S., & In-Albon, T. (2004). Störung mit Trennungsangst. In S. Schneider (Hrsg.), *Angststörungen bei Kindern und Jugendlichen. Grundlagen und Behandlungen* (S. 107-131). Berlin: Springer.
- Schubert, I., Horch, K., Kahl, H., Meyer, C., & Reiter, S. (2004). *Schwerpunktbericht der Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gesundheit von Kindern und Jugendlichen*. Berlin: Robert Koch-Institut.
- Schuler, D., & Meyer, P. C. (2006). Psychische Gesundheit/Krankheit: die Versorgungslage in der Schweiz. *Managed Care*, 1, 6-8.
- Schwarzer, R. (1992). *Psychologie des Gesundheitsverhaltens*. Göttingen: Hogrefe.
- Schwarzer, R. (1998). *General perceived self-efficacy in 14 cultures*. Retrieved February 21st, 2008, from <http://www.userpage.fu-berlin.de/~health/world14.htm>
- Schwarzer, R. (1999). *Modeling health behavior change: The health action process approach (HAPA)*. Retrieved February, 27, 2008, from <http://www.userpage.fu-berlin.de/~health/hapa.htm>
- Schweizerisches Gesundheitsobservatorium. (2001). *Konzept und Geschäftsplan des Schweizerischen Gesundheitsobservatorium* (Bericht). Neuchâtel: Autor.
- Schweizerisches Gesundheitsobservatorium. (2003). *Panorama Gesundheit. Die Schweiz im europäischen Vergleich* (Bericht der WHO Europe, obsan, NGS). Neuchâtel: Autor.
- Schweizerisches Gesundheitsobservatorium. (2006a). *Anzahl und Verteilung häufiger Haupt-F-Diagnosen in psychiatrischen und somatischen Institutionen*. Retrieved January 25, 2007, from www.obsan.ch/monitoring/statistiken/d/index.htm
- Schweizerisches Gesundheitsobservatorium. (2006b). *Hospitalisationsrate in psychiatrischen Kliniken pro 1000 Einwohner*. Retrieved January 24, 2007, from www.obsan.ch/monitoring/statistiken/d/index.htm
- Seemann, H. (1997). Tagebuchverfahren - Eine Einführung. In G. Wilz & E. Brähler (Hrsg.), *Tagebücher in Therapie und Forschung. Ein anwendungsorientierter Leitfaden* (S. 13-33). Göttingen: Hogrefe.
- Seiffge-Krenke, I. (1989). Bewältigung alltäglicher Problemsituationen: Ein Coping-Fragebogen für Jugendliche. *Zeitschrift für Differentielle und Diagnostische Psychologie*, 10, 201-220.
- Seligman, M. E. P. (1995a). The effectiveness of psychotherapy: The Consumer Reports Study. *American Psychologist*, 50, 965-974.
- Seligman, M. E. P. (1995b). *Erlernte Hilflosigkeit. Neue Konzepte und Anwendungen* (5. Aufl.). Weinheim: Beltz.
- Seligman, M. E. P. (2005). Positive psychology, positive prevention, and positive therapy. In C. R. Snyder & S. J. Lopez (Eds.), *Handbook of positive psychology* (pp. 3-9). New York: Oxford University Press.

- Shaffer, D. M., Fisher, P.-S., Cohen, P., Piacentini, J., Davies, M., Conners, C. K., et al. (1993). The Diagnostic Interview Schedule for Children. Revised version (DISC-R): I. Preparation, field testing, interrater reliability, and acceptability. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 32, 643-650.
- Shortt, A. L., Barrett, P. M., Dadds, M. M., & Fox, T. L. (2001). The influence of family and experimental context on cognition in anxious children. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 29(6), 585-598.
- Shortt, A. L., Barrett, P. M., & Fox, T. L. (2001). Evaluating the FRIENDS program: A cognitive-behavioral group treatment for anxious children and their parents. *Journal of Clinical Child Psychology*, 30(4), 525-535.
- Siebenthal, K. v., & Largo, R. H. (1996). Frühkindliche Risikofaktoren: Ihre Auswirkungen und Bedeutung für die spätere Entwicklung. *Kindheit und Entwicklung*, 5, 36-44.
- Silburn, S. R., Zubrick, S. R., Garton, A., Gurrin, L., Burton, P., Dalby, R., et al. (1996). *Western Australian Child Health Survey: Family and community health*. Perth, Western Australia: Australian Bureau of Statistics and the TVW Telethon Institute for Child Health Research.
- Silva, P. A. (1990). The Dunedin Multidisciplinary Health and Development Study: A 15 year longitudinal study. *Paediatric and Perinatal Epidemiology*, 4, 76-107.
- Silverman, W. K., Kurtines, W. M., Ginsburg, G. S., Weems, C. F., White Lumpkin, P., & Hicks Carmichael, D. (1999). Treating anxiety disorders in children with group cognitive-behavioral therapy: A randomized clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67(6), 995-1003.
- Silverman, W. K., La Greca, A. M., & Wasserstein, S. (1995). What do children worry about? Worries and their relation to anxiety. *Child Development*, 66(761-686).
- Silverman, W. K., & Nelles, W. B. (1989). An examination of the stability of mothers' ratings of child fearfulness. *Journal of Anxiety Disorders*, 3, 1-5.
- Siqueland, L., Kendall, P. C., & Steinberg, L. (1996). Anxiety in children: Perceived family environments and observed family interactions. *Journal of Clinical Child Psychology*, 25, 225-237.
- Skinner, B. F. (1973). *Wissenschaft und menschliches Verhalten*. München: Kindler.
- Skinner, B. F. (1974). *Die Funktion der Verstärkung in der Verhaltenswissenschaft*. München: Kindler.
- Spence, S. H. (1997). Structure of anxiety symptoms among children: A confirmatory factor-analytic study. *Journal of Abnormal Psychology*, 106, 280-297.
- Spence, S. H. (2001). Prevention strategies. In M. W. Vasey & M. R. Dadds (Eds.), *The developmental psychopathology of anxiety* (pp. 325-351). New York: Oxford University Press.
- Spence, S. H., Donovan, C., & Brechman-Toussaint, M. (2000). The treatment of childhood social phobia: The effectiveness of a social skills training-based, cognitive-behavioural inter-

vention, with and without parental involvement. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 41(6), 713-726.

Spence, S. H., Holmes, J. M., March, S., & Lipp, O. V. (2006). The Feasibility and Outcome of Clinic Plus Internet Delivery of Cognitive-Behavior Therapy for Childhood Anxiety. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74(3), 614-621.

Spence, S. H., Najman, J. M., Bor, W., O'Callaghan, M. J., & Williams, G. M. (2002). Maternal anxiety and depression, poverty and marital relationship factors during early childhood as predictors of anxiety and depressive symptoms in adolescence. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 43(4), 457-469.

Spielberger, C. D. (1966). Theory and research on anxiety. In C. D. Spielberger (Ed.), *Anxiety and behavior*. New York: Academic Press.

Sroufe, L. A. (1990). Considering normal and abnormal together: The essence of developmental psychopathology. *Development and Psychopathology*, 2, 335-347.

Sroufe, L. A. (1997). Psychopathology as an outcome of development. *Development and Psychopathology*, 9, 251-268.

Sroufe, L. A., & Rutter, M. (1984). The domain of developmental psychopathology. *Child Development*, 55(17-29).

Stark, K. D., Humphrey, L. L., Laurent, J., Livingston, R., & Christopher, J. (1993). Cognitive, behavioral, and family factors in the differentiation of depressive and anxiety disorders during childhood. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61(5), 878-886.

Steinberg, L., Darling, N. E., Fletcher, A. C., Brown, B. B., & Dornbusch, S. M. (1995). Authoritative parenting and adolescent adjustment: An ecological journey. In P. Moen, G. H. J. Elder & K. Lüscher (Eds.), *Examining lives in context. Perspectives on the ecology of human development* (pp. 423-466). Washington, D.C.: APA.

Steinhausen, H. C. (1999). *Jugendliche im Kanton Zürich: Ausgewählte Ergebnisse der zweiten Umfrage des Zentrums für Kinder- und Jugendpsychiatrie der Universität Zürich*. Universität Zürich: Autor.

Steinhausen, H. C. (2002). Seelische Gesundheit und psychiatrische Störungen im Jugendalter. Eine epidemiologische und entwicklungspsychopathologische Studie. In H. C. Steinhausen (Hrsg.), *Zentrum für Kinder- und Jugendpsychiatrie Universität Zürich. Wissenschaftlicher Bericht 2002* (S. 24-30). Zürich: Autor.

Steinhausen, H. C. (2004). Seelische Gesundheit und psychiatrische Störungen im Jugendalter. Eine epidemiologische und entwicklungspsychopathologische Studie. In H. C. Steinhausen (Hrsg.), *Zentrum für Kinder- und Jugendpsychiatrie Universität Zürich. Wissenschaftlicher Bericht 2004* (S. 23-30). Zürich: Autor.

Steinhausen, H. C. (2005). Seelische Gesundheit und psychiatrische Störungen im Jugendalter. Eine epidemiologische und entwicklungspsychopathologische Studie. In H. C. Steinhausen (Hrsg.), *Zentrum für Kinder- und Jugendpsychiatrie Universität Zürich. Wissenschaftlicher Bericht 2005* (S. 28-36). Zürich: Autor.

Steinhausen, H. C. (2006a). Developmental psychopathology in adolescence: findings from a Swiss study - the NAPE Lecture 2005. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 113, 6-12.

Steinhausen, H. C. (2006b). Seelische Gesundheit und psychiatrische Störungen im Jugendalter. Eine epidemiologische und entwicklungspsychopathologische Studie. In H. C. Steinhausen (Hrsg.), *Zentrum für Kinder- und Jugendpsychiatrie Universität Zürich. Wissenschaftlicher Bericht 2006* (S. 28-36). Zürich: Autor.

Steinhausen, H. C., & Winkler Metzke, C. (1997). Die Züricher Längsschnittstudie zur Entwicklungspsychologie und -psychopathologie im Jugendalter. *Zeitschrift für Sozialisationsforschung und Erziehungssoziologie*, 17(3), 256-269.

Steinhausen, H. C., & Winkler Metzke, C. (2001a). Die Zürcher Lebensereignis-Liste (ZLEL): Ergebnisse einer Schweizer epidemiologischen Untersuchung. *Kindheit und Entwicklung*, 10(1), 47-55.

Steinhausen, H. C., & Winkler Metzke, C. (2001b). Risk, compensatory, vulnerability, and protective factors influencing mental health in adolescence. *Journal of Youth and Adolescence*, 30(3), 259-280.

Steinhausen, H. C., & Winkler Metzke, C. (2001c). Seelische Gesundheit und psychische Störungen im Jugendalter. *ZNS Journal*, 14-22.

Steinhausen, H. C., & Winkler Metzke, C. (2002). Seelische Gesundheit und psychische Probleme im Jugendalter: Verbreitung und Bedingungsfaktoren. In Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich. Im Auftrag der Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich. (Hrsg.), *Die Gesundheit Jugendlicher im Kanton Zürich*. Zürich: Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich.

Steinhausen, H. C., & Winkler Metzke, C. (2004). The impact of suicidal ideation in preadolescence, adolescence, and young adulthood on psychosocial functioning and psychopathology in young adulthood. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 110, 438-445.

Steinhausen, H. C., Winkler Metzke, C., & Kannenberg, R. (1996). *Handbuch: Elternfragebogen über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen. Züricher Ergebnisse zur deutschen Fassung der Child Behavior Checklist (CBCL)*. Zürich: Psychiatrische Universitäts-Poliklinik für Kinder und Jugendliche Zürich.

Steinhausen, H. C., Winkler Metzke, C., Meier, M., & Kannenberg, R. (1997). Behavioral and emotional problems reported by parents for ages 6 to 17 in a Swiss epidemiological study. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 6, 136-141.

Steinhausen, H. C., Winkler Metzke, C., Meier, M., & Kannenberg, R. (1998). Prevalence of child and adolescent psychiatric disorders: The Zürich Epidemiological Study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 98, 262-271.

Steinmann, M. (2003). *Ängstlichkeit bei Kindern: Risiko- und Schutzfaktoren im Rahmen der Resilienzforschung. Eine Querschnittstudie*. Unveröffentlichte Lizentiatsarbeit, Universität Fribourg, Fribourg.

- Stieglitz, R.-D., & Baumann, U. (2001). Veränderungsmessung. In R. D. Stieglitz, U. Baumann & H. J. Freyberger (Hrsg.), *Psychodiagnostik in Klinischer Psychologie, Psychiatrie, Psychotherapie* (2. überarbeitete und erweiterte Aufl., S. 21-38). Stuttgart: Thieme.
- Stieglitz, R.-D., Baumann, U., & Freyberger, H. J. (Hrsg.). (2001). *Psychodiagnostik in Klinischer Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie* (2. überarbeitete und erweiterte Aufl.). Stuttgart: Thieme.
- Stieglitz, R.-D., Baumann, U., & Perrez, M. (2007). Falldarstellungen in Klinischer Psychologie und Psychotherapie. In R.-D. Stieglitz, U. Baumann & M. Perrez (Hrsg.), *Fallbuch zur Klinischen Psychologie und Psychotherapie* (S. 21-29). Bern: Huber.
- Sturzbecher, D. (2005, 29.-30. November). *Kinder und Jugendliche stärken - Anregungen aus der Resilienzforschung*. Paper presented at the Jahrestagung der Fachkräfte für die Kommunale Jugendarbeit in Rheinland-Pfalz, Cochem.
- Suhr-Dachs, L., & Döpfner, M. (2005). *Leistungsängste. Therapieprogramm für Kinder und Jugendliche mit Angst- und Zwangsstörungen (THAZ)* (Vol. 1). Göttingen: Hogrefe.
- Thiele, C., Laireiter, A.-R., & Baumann, U. (2002). Deutschsprachige Tagebuchverfahren in Klinischer Psychologie und Psychotherapie. Ein Überblick. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 31(3), 178-193.
- Thienemann, M., Moore, P., & Tompkins, K. (2006). A parent-only group intervention for children with anxiety disorders: Pilot study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 45(1), 37-46.
- Thomas, A., & Chess, S. (1977). *Temperament and development*. New York: Brunner/Mazel.
- Thompson, B. (2002). "Statistical", "Practical", and "Clinical": How many kinds of significance do counselors need to consider? *Journal of Counseling & Development*, 80, 64-71.
- Thompson, R. A. (2001). Childhood anxiety disorders from the perspective of emotion regulation and attachment. In M. W. Vasey & M. R. Dadds (Eds.), *The developmental psychopathology of anxiety* (pp. 160-182). New York: Oxford University Press.
- Turner, F., & Tewes, U. (2000). *Kinder-Angst-Test. KAT-II*. Bern: Hogrefe.
- Tinguely-Zosso, S. (2006). *Erziehungsstil und Ängstlichkeit: Die Rolle des vom Kind wahrgenommenen mütterlichen Erziehungsstils im Zusammenhang mit der Ängstlichkeit beim Kind*. Unveröffentlichte Lizentiatsarbeit, Universität Fribourg, Fribourg.
- Tolman, E. C. (1967). *Purposive behavior in animals and men* (2nd ed.). New York: Appleton-Entury-Crofts.
- Toren, P., Wolmer, L., Rosental, B., Eldar, S., Koren, S., Lask, M., et al. (2000). Case series: Brief parent-child group therapy for childhood anxiety disorders using a manual-based cognitive-behavioral technique. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39(10), 1309-1312.

- Treadwell, K. R. H., & Kendall, P. C. (1996). Self-talk in youth with anxiety disorders: States of mind, content specificity, and treatment outcome. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 941-950.
- Treutler, C. M., & Epkins, C. (2003). Are discrepancies among child, mother, and father reports on children's behavior related to parents' psychological symptoms and aspects of parent-child relationships? *Journal of Abnormal Child Psychology*, 31(1), 13-27.
- Tschacher, W., & Endtner, K. (2007). Therapiesitzungsbogen für Patienten und Therapeuten, *Forschungsberichte der Abteilung für Psychotherapie*. Universitäre Psychiatrische Dienste Bern.
- Turner, S. M., Beidel, D. C., Robertson-Nay, R., & Tervo, K. (2003). Parenting behaviors in parents with anxiety disorders. *Behaviour Research and Therapy*, 41, 541-554.
- Turowsky, J., & Barlow, D. H. (2000). Generalisiertes Angstsyndrom. In J. Margraf (Hrsg.), *Lehrbuch der Verhaltenstherapie, Band 2* (2. vollständig überarbeitete und erweiterte Aufl., S. 87-106). Springer: Berlin.
- Ullrich, R., & Muynck, R. d. (2002). *ATP, Anleitung für den Therapeuten. Einübung von Selbstvertrauen und sozialer Kompetenz* (2. Aufl.). München: Pfeiffer bei Klett-Cotta.
- Unnewehr, S., Schneider, S., & Margraf, J. (Hrsg.). (1998). *Kinder-DIPS. Diagnostisches Interview bei psychischen Störungen im Kindes- und Jugendalter* (2. korrigierte Aufl.). Berlin: Springer.
- van den Boom, D. (1994). The influence of temperament and mothering on attachment and exploration: An experimental manipulation of sensitive responsiveness among lower-class mothers and irritable infants. *Child Development*, 65, 1457-1477.
- Vandenbroucke, J. P., von Elm, E., Altman, D. G., Gøtzsche, P. C., Mulrow, C. D., Pocock, S. J., et al. (2007). Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE). Explanation and elaboration. *Epidemiology*, 18(6), 805-835.
- Vasey, M. W., & Dadds, M. R. (2001a). An introduction to the developmental psychopathology of anxiety. In M. W. Vasey & M. R. Dadds (Eds.), *The developmental psychopathology of anxiety* (pp. 3-26). New York: Oxford University Press.
- Vasey, M. W., & Dadds, M. R. (Eds.). (2001b). *The developmental psychopathology of anxiety*. New York: Oxford University Press.
- Vasey, M. W., Daleiden, E. L., Williams, L. L., & Brown, L. M. (1995). Biased attention in childhood anxiety disorders: A preliminary study. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 23, 267-279.
- Vasey, M. W., & MacLeod, C. (2001). Information-processing factors in childhood anxiety: A review and developmental perspective. In M. W. Vasey & M. R. Dadds (Eds.), *The developmental psychopathology of anxiety* (pp. 253-277). New York: Oxford University Press.
- Velez, C. N., Johnson, J., & Cohen, P. (1989). A longitudinal analysis of selected risk factors for childhood psychopathology. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 28, 861-864.

- Verhulst, F., van der Ende, J., Ferdinand, R. F., & Kasius, M. C. (1997). The prevalence of DSM-III-R diagnoses in a national sample of Dutch adolescents. *Archives of General Psychiatry*, 54(4), 329-336.
- Verhulst, F. C., Berden, G. F. M. G., & Sanders-Woudstra, J. A. R. (1985). Mental health in Dutch children: (II) the prevalence of psychiatric disorder and relationship between measures. *Acta Psychiatrica Scandinavica (Suppl. No. 324)*, 72, 1-45.
- Vollrath, M., & Angst, J. (1989). Outcome of panic and depression in a seven year followup: Results of the Zurich study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 80, 591-596.
- von Elm, E., Altman, D. G., Egger, M., Pocock, S. J., Gøtzsche, P. C., & Vandenbroucke, J. P. (2007a). The Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE) statement. Guidelines for reporting observational studies. *Epidemiology*, 18(6), 800-804.
- von Elm, E., Altman, D. G., Egger, M., Pocock, S. J., Gøtzsche, P. C., & Vandenbroucke, J. P. (2007b). The Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE) statement: Guidelines for reporting observational studies. *Bulletin of the World Health Organization*, 85, 867-872.
- Wacker, H. R., Mülleijans, R., Klein, H. K., & Battegay, R. (1992). Identification of cases of anxiety disorders and affective disorders in the community according to ICD-10 and DSM-III-R by using the Composite International Diagnostic Interview (CIDI). *International Journal of Methods in Psychiatry Research*, 2, 91-100.
- Waddell, C., Godderis, R., Hua, J., McEwan, K., & Wong, W. (2004). *Preventing and treating anxiety disorders in children and youth. A research report prepared for the British Columbia Ministry of Children and Family Development (Volume 1, Report 1)*. Vancouver: The University of British Columbia: Children's Mental Health Policy Research Program.
- Walker, H. (2006). *Das prosoziale Verhalten des Kindes in Abhängigkeit mit Geschwistervariablen und dem Erziehungsverhalten der Mutter*. Unveröffentlichte Lizentiatsarbeit, Universität Fribourg, Fribourg.
- Walsh, T. M., Stewart, S. H., McLaughlin, E., & Comeau, N. (2004). Gender differences in Childhood Anxiety Sensitivity Index (CASI) dimensions. *Journal of Anxiety Disorders*, 18(5), 695-706.
- Weems, C. F., Costa, N. M., Watts, S. E., Taylor, L. K., & Cannon, M. F. (2007). Cognitive errors, anxiety sensitivity, and anxiety control beliefs. Their unique and specific associations with childhood anxiety symptoms. *Behavior Modification*, 31(2), 174-201.
- Weiner, B. (1973). *Theories of motivation: From mechanism to cognition* (2nd ed.). Chicago: Rand McNally.
- Weiner, B. (1980). *Human motivation*. New York: Holt Rinehart and Winston.
- Weiss, D. D., & Last, C. G. (2001). Developmental variations in the prevalence and manifestation of anxiety disorders. In M. W. Vasey & M. R. Dadds (Eds.), *The developmental psychopathology of anxiety* (pp. 27-42). New York: Oxford University Press.

- Weiss, S., Röhrle, B., & Ronshausen, D. (2007). Elterntraining als präventive Massnahme - Eine Übersicht. In B. Röhrle (Hrsg.), *Prävention und Gesundheitsförderung Bd. III für Kinder und Jugendliche* (S. 173-228). Tübingen: dgvt.
- Weisz, J. R., Jensen Doss, A., & Hawley, K. M. (2005). Youth psychotherapy outcome research: A review and critique of the evidence base. *Annual Review of Psychology*, 56, 337-363.
- Weisz, J. R., Weiss, B., Alicke, M. D., & Klotz, M. L. (1987). Effectiveness of psychotherapy with children and adolescents: A meta-analyses for clinicians. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55(542-549).
- Weisz, J. R., Weiss, B., Han, S. S., Granger, D. A., & Morton, T. (1995). Effects of psychotherapy with children and adolsecents revisited: A meta-analysis of treatment outcome studies. *Psychological Bulletin*, 117(3), 450-468.
- Weitkunat, R. (2004). New Public Helath. *Prävention*, 04, 99-104.
- Wells, J. C., Tien, A. Y., Garrison, R., & Eaton, W. W. (1994). Risk factors for the incidence of social phobia as determined by the Diagnostic Interview Schedule in a population-based study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 90(2), 84-90.
- Weltgesundheitsorganisation. (1986). *Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung*. Retrieved August 4, 2006, from www.dngfk.de/files/19/1986_Ottawa-Charta.pdf
- Weltgesundheitsorganisation. (1997). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10, Kapitel V (F). Klinisch-diagnostische Leitlinien* (H. Dilling, W. Mombour & M. Schmidt, Übers., unveränderter Nachdruck, 2. korrigierte und bearbeitete Aufl.). Bern: Hans Huber.
- Weltgesundheitsorganisation. (2000). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10, Kapitel V (F). Diagnostische Kriterien für Forschung und Praxis* (H. Dilling, W. Mombour, M. Schmidt & E. Schulte-Markwort, Übers., 2. korrigierte und ergänzte Aufl.). Bern: Hans Huber.
- Weltgesundheitsorganisation. (2005). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10, Kapitel V (F). Klinisch-diagnostische Leitlinien* (H. Dilling, W. Mombour & M. H. Schmidt, Übers., 5. durchgesehene und ergänzte Aufl.). Bern: Göttingen.
- Werner, E. E. (1989). High-risk children in young adulthood: A longitudinal study from birth to 32 years. *American Journal of Orthopsychiatry*, 59(1), 72-81.
- Werner, E. E. (1993). Risk, resilience, and recovery: Perspectives from the Kauai Longitudinal Study. *Development and Psychopathology*, 5, 503-515.
- Werner, E. E. (2006). What can we lern about resilience from large-scale longitudinal studies? In S. Goldstein & R. B. Brooks (Eds.), *Handbook of resilience in children* (pp. 91-105). New York: Springer.
- Werner, E. E., & Smith, R. S. (1982). *Vulnerable but invincible. A longitudinal study of resilient children and youth*. New York: McGraw.

- Westmeyer, H. (2005). Wissenschaftstheoretische Grundlagen: Klassifikation, Ätiologie und Diagnostik. In M. Perrez & U. Baumann (Hrsg.), *Lehrbuch Klinische Psychologie - Psychotherapie* (3. vollständig überarbeitete Aufl., S. 54-67). Bern: Huber.
- WHO. (2000). Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10, Kapitel V (F). Diagnostische Kriterien für Forschung und Praxis. In H. Dilling, W. Mombour, M. Schmidt & E. Schulte-Markwort (Hrsg.), (2. korrigierte und ergänzte Aufl.). Bern: Hans Huber.
- WHO. (2005). Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10, Kapitel V (F). Klinisch-diagnostische Leitlinien. In H. Dilling, W. Mombour & M. H. Schmidt (Hrsg.), (5. durchgesehene und ergänzte Aufl.). Bern: Göttingen.
- Wilhelm, P., & Perrez, M. (2001). Felddiagnostik. In R.-D. Stieglitz, U. Baumann & H. J. Freyberger (Hrsg.), *Psychodiagnostik in Klinischer Psychologie, Psychiatrie, Psychotherapie* (2., überarbeitete und erweiterte Aufl., S. 169-182). Stuttgart: Thieme.
- Wilhelm, P., & Perrez, M. (2008). Ambulantes Assessment in der Klinischen Psychologie und Psychiatrie. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie*, 56(3), 169-179.
- Winkler Metzke, C., & Steinhausen, H. C. (1999a). Risiko-, Protektions- und Vulnerabilitätsfaktoren für seelische Gesundheit und psychische Störungen im Jugendalter. I: Die Bedeutung von Bewältigungsfertigkeiten und selbstbezogenen Kognitionen. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 28(1), 45-53.
- Winkler Metzke, C., & Steinhausen, H. C. (1999b). Risiko-, Protektions- und Vulnerabilitätsfaktoren für seelische Gesundheit und psychische Störungen im Jugendalter. II: Die Bedeutung von elterlichem Erziehungsverhalten, schulischer Umwelt und sozialem Netzwerk. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 28(2), 95-104.
- Winkler Metzke, C., & Steinhausen, H. C. (2002). Bewältigungsstrategien im Jugendalter. *Zeitschrift für Entwicklungspsychologie und Pädagogische Psychologie*, 34(4), 216-226.
- Wittchen, H.-U. (1991). Der Langzeitverlauf unbehandelter Angststörungen: Wie häufig sind Spontanremissionen? *Verhaltenstherapie*, 1(4), 273-282.
- Wittchen, H.-U., Essau, C. A., Zerssen, D. v., Krieg, J.-C., & Zaudig, M. (1992). Lifetime and six-month prevalence of mental disorders in the Munich follow-up study. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 241(4), 247-258.
- Wittchen, H.-U., & Jacobi, F. (2002). Die Versorgungssituation psychischer Störungen in Deutschland. Eine klinisch-epidemiologische Abschätzung anhand des Bundes-Gesundheitssurveys 1998. *Psychotherapeutenjournal*, 0/2002, 6-15.
- Wittchen, H.-U., & Jacobi, F. (2004). *Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Heft 21: Angststörungen*. Berlin: Robert Koch-Institut. Statistisches Bundesamt (D).
- Wittchen, H.-U., Kessler, R. C., Pfister, H., & Lieb, M. (2000). Why do people with anxiety disorders become depressed? A prospective-longitudinal community study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 102(Suppl 406), 14-23.

- Wittchen, H.-U., Lieb, R., Pfister, H., & Schuster, P. (2000). The waxing and waning of mental disorders: Evaluating the stability of syndromes of mental disorders in the population. *Comprehensive Psychiatry*, 41(2, suppl. 1), 122-132.
- Wittchen, H.-U., Müller, N., Pfister, H., Winter, S., & Schmidtke, B. (1999). Affektive, somatoforme und Angststörungen in Deutschland - Erste Ergebnisse des bundesweiten Zusatzsurveys "Psychische Störungen". *Gesundheitswesen*, 61(Sonderheft 2), 216-222.
- Wittchen, H.-U., Nelson, C. B., & Lachner, G. (1998). Prevalence of mental disorders and psychosocial impairments in adolescents and young adults. *Psychological Medicine*, 28, 109-126.
- Wittchen, H.-U., & Perkonig, A. (1996). Epidemiologie psychischer Störungen. Grundlagen, Häufigkeit, Risikofaktoren und Konsequenzen. In A. Ehlers & K. Hahlweg (Hrsg.), *Enzyklopädie der Psychologie, Themenbereich D: Praxisgebiete. Bd. 1: Grundlagen der Klinischen Psychologie* (S. 69-144). Göttingen: Hogrefe.
- Wittchen, H.-U., & von Zerssen, D. (1987). *Verläufe behandelter und unbehandelter Depressionen und Angststörungen. - Eine klinisch-psychiatrische und epidemiologische Verlaufsstudie*. Berlin: Springer.
- Wittchen, H.-U., & Vossen, A. (2000). Komorbiditätsstrukturen bei Angststörungen - Häufigkeit und mögliche Implikationen. In J. Margraf (Hrsg.), *Lehrbuch der Verhaltenstherapie - Grundlagen, Diagnostik, Verfahren und Rahmenbedingungen* (2. vollständig überarb. und erweiterte Aufl., Vol. 1, S. 329-345). Berlin: Springer.
- Woerner, W., Becker, A., Friedrich, C., Klasen, H., Goodman, R., & Rothenberger, A. (2002). Normierung und Evaluation der deutschen Elternversion des Strengths and Difficulties Questionnaires (SDQ): Ergebnisse einer repräsentativen Felderhebung. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 30, 105-112.
- Woerner, W., Becker, A., & Rothenberger, A. (2002, 03.-06. April). *Validierung des deutschen Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ). Zusammenhänge mit CBCL/TRF-Befunden und kinderpsychiatrischen Diagnosen*. Paper präsentiert am 27. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, Berlin.
- Woodruff-Borden, J., Morrow, C., Bourland, S., & Cambron, S. (2002). The behavior of anxious parents: Examining mechanisms of transmission of anxiety from parent to child. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 31(3), 364-374.
- World Health Organization. (2004). *Prevention of mental disorders: Effective interventions and policy options*. Retrieved August, 6th, 2007, from www.who.int/entity/mental_health/evidence/en/prevention_of_mental_disorders_sr.pdf
- World Health Organization. (2007). *Mental health: strengthening mental health promotion*, from <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs220/en/>
- Wüthrich, C., Mattejat, F., & Remschmidt, H. (1997). Kinder depressiver Eltern. *Kindheit und Entwicklung*, 6, 141-146.
- Wyder, H. (2002). Gesundheit und Wohlbefinden Jugendlicher im Kanton Zürich. In Institution für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich. Im Auftrag der Gesundheitsdi-

reaktion des Kantons Zürich. (Hrsg.), *Die Gesundheit Jugendlicher im Kanton Zürich* (S. 15-40). Zürich: Institutaion für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich.

Zentner, M. (2000). Das Temperament als Risikofaktor in der frühkindlichen Entwicklung. In F. Petermann, K. Niebank & H. Scheithauer (Hrsg.), *Risiken in der frühkindlichen Entwicklung. Entwicklungspsychopathologie der ersten Lebensjahre* (S. 257-281). Göttingen: Hogrefe.

Zentner, M. (2004). Der Einfluss des Temperaments auf das Bindungsverhalten. In L. Ahnert (Hrsg.), *Frühe Bindung. Entstehung und Entwicklung* (S. 175-197). München: Reinhardt.

Zimbardo, P. G., & Gerrig, R. J. (2004). *Psychologie* (16. Aufl.). München: Pearson Studium.

Zimmermann, E., & Wernli, B. (2006). *Swiss Household Panel 2004-2007. Scientific Report 2005* (Wissenschaftlicher Bericht). Neuchâtel: Leben in der Schweiz.

Zinbarg, R. E., Craske, M. G., & Barlow, D. H. (2006). *Mastery of your anxiety and worry: Therapist guide (Treatments that work)* (2. ed.). New York: Oxford University Press.

Zubrick, S. R., Silburn, S. R., Garton, A., Burton, P., Dalby, R., Carlton, J., et al. (1995). *Western Australian Child Health Survey: Developing health and well-being in the nineties*. Perth, Western Australia: Australian Bureau of Statistics and the Institute for Child Health Research.

Zubrick, S. R., Silburn, S. R., Gurrin, L., Teoh, H., Shepherd, C., Carlton, J., et al. (1997). *Western Australian Child Health Survey: Education, health and competence*. Perth, Western Australia: Australian Bureau of Statistics and the TVW Telethon Institute for Child Health Research.

Zvolensky, M. J., Lejuez, C. W., & Eifert, G. H. (2000). Prediction and control: Operational definitions for the experimental analysis of anxiety. *Behaviour Research and Therapy*, 38, 653-663.

Zvolensky, M. J., & Schmidt, N. B. (2007). Introduction to anxiety sensitivity. Recent findings and new directions. *Behavior Modification*, 31(2), 139-144.

ANHANG

LEBENS LAUF

EHRENWÖRTLICHE ERKLÄRUNG

LEBENS LAUF

NADINE HILTI

Geburtsdatum 11. März 1975
Nationalitäten Schweiz (Diepoldsau, SG) und Liechtenstein (Schaan, FL)

AUS- UND WEITERBILDUNG

Seit 11/2002 Akademie für Verhaltenstherapie im Kindes und Jugendalter an den Universitäten Basel, Fribourg und Zürich (www.avkj.ch)
▪ Postgraduale Weiterbildung in kognitiver Verhaltenstherapie mit Schwerpunkt Kinder und Jugendliche

03/2002 - 03/2011 Universität Fribourg, Departement für Psychologie, Lehrstuhl für Klinische Psychologie (<http://www.unifr.ch/psycho/Klinisch/>)
▪ Doktoratsstudium (Doktorvater: Professor Dr. M. Perrez, Lehrstuhlinhaber)

10/1995 - 10/2001 Universität Fribourg, Departement für Psychologie
▪ Lizentiat in Klinischer Psychologie; Nebenfächer: Allgemeiner Psychologie und Neurobiologie

08/1987 - 05/1995 Gymnasium in Vaduz (FL): Wirtschaftsmatura (Typus E)

BERUFLICHE TÄTIGKEITEN

Seit 09/2008 Psychologin im Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienst des Kantons Zürich (KJPD), Poliklinik (www.kjpd.zh.ch)

03/2004 – 06/2008 Psychologin an der Psychologischen Beratungsstelle des Departements für Psychologie (PBDP) der Universität Fribourg

02/2003 – 08/2007 Diplomassistentin an der Universität Fribourg, Departement für Psychologie, Lehrstuhl für Klinische Psychologie

10/1999 – 07/2001 Wissenschaftliche Mitarbeiterin des Universitären Psychiatrischen Dienstes (UPD) Bern, Klinische Forschung der Abteilung Kinder- und Jugendpsychiatrie

PRAKTIKA WÄHREND DEM STUDIUM

07/1999 – 09/1999 Kantonale Psychiatrische Klinik, Pfäfers (SG)

08/1998 – 10/1998 West Virginia University, Department of Psychology in Morgantown, WV (USA)

Zürich, im Dezember 2011

EHRENWÖRTLICHE ERKLÄRUNG

Ich erkläre ehrenwörtlich, dass ich meine Dissertation selbständig und ohne unzulässige fremde Hilfe verfasst habe und sie noch keiner anderen Fakultät vorgelegt habe.

Im Dezember 2011

Nadine Hilti