

**Peer-Viktimisierung:  
Erfassung belastender sozialer Erfahrungen in Kindheit und  
Jugend und deren Auswirkungen auf Psychopathologie**

**Dissertation**

zur Erlangung des akademischen Grades  
eines Doktors der Naturwissenschaften (Dr. rer. nat.)

vorgelegt von

Dipl.-Psych. Lisa Margareta Sansen

Fakultät für Psychologie und Sportwissenschaften  
der Universität Bielefeld

Bielefeld, Juli 2013

Diese Arbeit wurde gefördert durch ein Stipendium der Christoph-Dornier-Stiftung für Klinische Psychologie und durch ein Promotionsstipendium der Universität Bielefeld.

Hiermit versichere ich, dass ich die vorliegende Synopse selbständig, sowie die für den Kumulus vorliegenden Schriften als Erstautorin verfasst habe. Damit trage ich die inhaltliche und methodische Verantwortung für die aufgeführten Schriften. Die Arbeit hat in der gegenwärtigen oder in einer anderen Fassung keiner anderen Fakultät oder Universität vorgelegen.

Bielefeld, im Juli 2013

---

Lisa Sansen

# GLIEDERUNG

<b>1. EINLEITUNG</b>	1
1.1 Kindesmisshandlung im Kontext der Familie	1
1.2 Peer-Viktimisierung	3
<b>2. THEORETISCHER HINTERGRUND</b>	5
2.1 Der Beitrag von Peer-Viktimisierung bei der Vorhersage von Psychopathologie	5
2.2 Der Einfluss von Peer-Viktimisierung auf die soziale Phobie	6
2.3 Die Bedeutung eines assoziativen Gedächtnisnetzwerkes als Vulnerabilitäts- und Aufrechterhaltungsfaktor der sozialen Phobie	7
2.4 Die skriptgeleitete Imagination als Methode zur Untersuchung des assoziativen Gedächtnisnetzwerkes	10
<b>3. ZUSAMMENFASSUNG UND INTEGRATION DER EIGENEN ARBEITEN</b>	12
3.1. Entwicklung und Evaluation einer Ereignisliste zur Erfassung belastender sozialer Erfahrungen in der Peergroup	12
3.2 Untersuchung des Beitrags von Peer-Viktimisierung bei der Vorhersage von Psychopathologie unter Berücksichtigung von Kindesmisshandlung in der Familie	14
3.3 Das Trauma der Peer-Viktimisierung: Untersuchung der psychophysiologischen und emotionalen Reaktionen auf die Erinnerung an belastende soziale Erfahrungen bei Patienten mit sozialer Phobie	17
<b>4. ZUSAMMENFASSUNG, DISKUSSION UND AUSBLICK</b>	21
<b>5. LITERATUR</b>	34
<b>6. ÜBERSICHT: EINGEREICHTE ARTIKEL UND EIGENER FORSCHUNGSBEITRAG</b>	46

## **1. EINLEITUNG**

Das Bedürfnis nach sozialer Zugehörigkeit, Bindung und Akzeptanz stellt ein grundlegendes menschliches Bedürfnis und, aus evolutionärer Sicht, ein überlebenswichtiges adaptives Motiv dar (Baumeister & Leary, 1995). Es wird daher angenommen, dass eine Bedrohung oder Verletzung der sozialen Integrität verschiedene psychologische und physiologische Alarmsysteme aktiviert, die zum einen als Signalfunktion dienen und zum anderen Mechanismen vermitteln, die auf eine Wiederherstellung und Sicherung der Zugehörigkeit abzielen. So zeigen neurologische Studien, dass Erfahrungen von sozialem Ausschluss zu „sozialem Schmerz“ führen können, welcher auf ähnliche neurale Korrelate von körperlichem Schmerz und Ablehnungserfahrungen zurückgeführt wird (Eisenberger & Lieberman, 2004; Eisenberger, Lieberman & Williams, 2003; MacDonald & Leary, 2005). Eine Bedrohung der sozialen Zugehörigkeit kann kurzfristig zudem zu Traurigkeit, Wut und Schmerzen führen, das Gefühl von Kontrolle und das Selbstwertgefühls verringern (ein Überblick findet sich bei Williams, 2007) und Scham auslösen, die von Veränderungen des Cortisol-Systems begleitet wird. Es wird angenommen, dass diese Reaktionen Unterwerfung und sozialen Rückzug und damit eine Reduktion des sozialen Konfliktes fördern und die soziale Integrität wieder herstellen sollen (Dickerson, Gruenewald & Kemeny, 2004). Langfristig kann eine wiederholte oder länger andauernde Bedrohung oder Frustration des Bedürfnisses nach sozialer Zugehörigkeit mit zahlreichen Problemen im Hinblick auf Emotionen, Kognitionen, Verhalten und die Gesundheit einhergehen (Baumeister & Leary, 2005).

### **1.1 Kindesmisshandlung im Kontext der Familie**

Kindesmisshandlung ist eine prototypische Erfahrung, bei der das Bedürfnis nach Zugehörigkeit, Bindung und Akzeptanz verletzt wird und die bei vielen Betroffenen mit gravierenden kurz- und langfristigen Konsequenzen einhergeht. Unter Kindesmisshandlung werden Verhaltensweisen bzw. das Unterlassen von Verhaltensweisen durch Eltern oder Bezugspersonen

gefasst, die einem Kind potenziellen oder tatsächlichen Schaden oder Leid zufügen oder deren Androhung beinhalten. Es wird unterschieden zwischen körperlichem (z. B. Schläge, Tritte), sexuellem (z. B. versuchter oder tatsächlicher sexueller Kontakt, Konfrontation mit pornographischen Inhalten), psychischem bzw. emotionalem Missbrauch (z. B. beschimpfen, beschuldigen, einschüchtern, ausgrenzen) sowie physischer und emotionaler Vernachlässigung, wobei auch die Erfahrung, einem gewalttätigen Umfeld ausgesetzt zu sein und z. B. Gewalt in einer Partnerbeziehung zu bezeugen, als Kindesmisshandlung angesehen wird (Gilbert et al., 2009; Hamby, Finkelhor, Turner & Ormrod, 2010; Leeb, Paulozzi, Melanson, Simon & Arias, 2008).

Kindesmisshandlung stellt einen gut untersuchten Risikofaktor für die Entstehung von psychischen Problemen, wie unsicherer Bindung, Schwierigkeiten hinsichtlich der Emotionsregulation und schulischen Problemen sowie für psychische Störungen (Afifi, 2012; Cicchetti & Toth, 2005), darunter auch Persönlichkeitsstörungen (Johnson, Cohen, Brown, Smailes & Bernstein, 1999) dar. Während viele Studien vor allem auf die Folgen sexueller und physischer Misshandlung fokussierten (z. B. Danielson, de Arellano, Kilpatrick, Saunders & Resnick, 2005), wurden in den letzten Jahren zahlreiche Studien durchgeführt, die auch die Konsequenzen von emotionalen Misshandlungsformen für die psychische Gesundheit untersucht haben (z. B. Gibb, Chelminski & Zimmerman, 2007; Rodgers et al., 2004; Simon et al., 2009; Wright, Crawford & Castillo, 2009). Diese verdeutlichen, dass emotionaler Missbrauch und emotionale Vernachlässigung ebenso gravierende und langfristige Folgen für die physische und psychische Gesundheit haben können wie körperlicher und sexueller Missbrauch (Egeland, 2009; Glaser, 2002). Emotionale Misshandlungen sind sowohl mit einer erhöhten psychischen und körperlichen Symptombelastung im Erwachsenenalter (Spertus, Yehuda, Wong, Halligan & Seremetis, 2003) als auch mit psychischen Störungen, wie Angst- und affektiven Erkrankungen assoziiert (Gibb et al., 2007; Simon et al., 2009; Wright et al., 2009).

## 1.2 Peer-Viktimisierung

Kinder und Jugendliche, die von Misshandlungen im familiären Kontext, wie physischem, sexuellem und emotionalem Missbrauch oder Vernachlässigung betroffen sind, erleben mit einer hohen Wahrscheinlichkeit auch Viktimisierung durch Gleichaltrige (Bolger & Patterson, 2001; Duncan, 1999; Richmond, Elliott, Pierce, Aspelmeier & Alexander, 2009; Schwartz & Proctor, 2000). Es werden verschiedene Formen der sogenannten Peer-Viktimisierung unterschieden: Unter direkter oder offener Viktimisierung versteht man physische oder verbale Aggressionen, während unter indirekte Viktimisierung Schädigungen des sozialen Rufes fallen sowie Verhaltensweisen, bei denen die soziale Beziehung zu anderen genutzt wird, um Dritten zu schaden, z. B. Ablehnung, Ausschluss oder Ignorieren (Crick & Grotpeter, 1995).

Im Gegensatz zu den Konsequenzen familiärer Misshandlungserfahrungen wurden die Auswirkungen von Viktimisierung, Ausschluss und Ablehnung durch andere Kinder oder Jugendliche lange unterschätzt. Weil Peer-Viktimisierung ehemals als eine normale und daher nicht schädliche Erfahrung angesehen wurde, ist sie auch in der ätiologischen Forschung lange Zeit unzureichend berücksichtigt worden. Studien der letzten Jahre belegen jedoch, dass auch das Erleben von Peer-Viktimisierung zahlreiche kurzfristige negative Folgen hat, wie Einsamkeit, ein geringes Selbstwertgefühl und posttraumatische Symptome, und darüber hinaus mit langfristigen Konsequenzen, wie internalisierenden und externalisierenden Problemen, zusammenhängen kann (Arseneault, Bowes & Shakoor, 2010; ein Überblick findet sich bei Hawker & Boulton, 2000; Storch & Esposito, 2003; Troop-Gordon & Ladd, 2005). Besonders die indirekten Formen der Peer-Viktimisierung scheinen mit internalisierenden psychischen Problemen, wie emotionalen Problemen, Depression, sozialen Ängsten und Suizidalität, einherzugehen (Benjet, Thompson & Gotlib, 2010; Dempsey & Storch, 2008; Prinstein, Boergers & Vernberg, 2001; Siegel, La Greca & Harrison, 2009; van der Wal, de Wit & Hirasing, 2003).

Da die Konsequenzen von familiären Misshandlungsformen vergleichsweise besser untersucht worden sind als die Auswirkungen von Viktimisierung durch Gleichaltrige, diese aber ebenfalls weitreichende Folgen haben können, die bis in das Erwachsenenalter bestehen bleiben können, lag der Fokus der vorliegenden Arbeit auf der Untersuchung von Peer-Viktimisierung und deren Bedeutung im Hinblick auf verschiedene psychopathologische Symptombereiche.

## 2. THEORETISCHER HINTERGRUND

### 2.1 Der Beitrag von Peer-Viktimisierung bei der Vorhersage von Psychopathologie

Während der Zusammenhang von Kindesmisshandlungen (Afifi, 2012) und Peer-Viktimisierung (Hawker & Boulton, 2000) mit einer psychopathologischen Entwicklung gut belegt ist, wurden die beiden Ereignistypen bisher kaum gleichzeitig untersucht, so dass nur wenig über den spezifischen Beitrag jedes einzelnen Ereignistyps hinsichtlich der Entwicklung von Psychopathologie bekannt ist. Die wenigen Studien, die den Erklärungsbeitrag beider Erfahrungstypen gleichzeitig untersucht haben, wurden an studentischen Stichproben mit einem mittleren Alter von 17 bis 18 Jahren, durchgeführt. Gren-Landell, Aho, Andersson und Svedin (2011) fanden, dass Peer-Viktimisierung und Misshandlungserfahrungen voneinander unabhängige Prädiktoren selbstberichteter sozialer Phobie darstellen. Auch bei der Vorhersage depressogener Denkstile, einem Vulnerabilitätsfaktor für die Entstehung von Depressionen, haben Viktimisierungserfahrungen einen zusätzlichen Erklärungswert über elterliche Variablen hinaus (Gibb, Abramson & Alloy, 2004). Hinweise, dass verbale Peer-Viktimisierung auch bei der Vorhersage psychischer Symptombelastung über familiäre Misshandlung hinaus einen Beitrag leistet, stammen von Duncan (1999). In der Studie von Gibb und Kollegen (2004) wurde zudem die Interaktion von familiären und auf die Peergroup bezogenen Faktoren berücksichtigt, stellte aber keinen unabhängigen Prädiktor für depressogenes Denken dar.

Die genannten Studien weisen darauf hin, dass Peer-Viktimisierung unabhängig von Misshandlungserfahrungen in der Familie einen Einfluss auf die Entwicklung psychischer Probleme hat. Allerdings wurde dieser Effekt bisher nur in Studierendenstichproben untersucht, die jedoch nicht die Untersuchung eines breiten Spektrums von psychopathologischen Symptomen erlauben. Daher ist unklar, ob die Ergebnisse der oben genannten Studien auch auf deutlich ältere bzw. psychisch belastetere Personen generalisiert werden können. Zudem ist noch nicht ausreichend geklärt, inwiefern Peer-Viktimisierung und familiäre Misshandlungen inter-



---

agieren und welchen Beitrag das Zusammenspiel der beiden Erfahrungstypen bei der Vorhersage von Psychopathologie leistet.

## **2.2 Der Einfluss von Peer-Viktimisierung auf die soziale Phobie**

Wiederholte Erfahrungen von Peer-Viktimisierung können mit zahlreichen belastenden Folgen für die Betroffenen einhergehen. Bei der sozialen Phobie handelt es sich um eine der psychischen Störungen, für die der Zusammenhang mit belastenden sozialen Erfahrungen in der Peergroup gut belegt ist (z. B. Harvey, Ehlers & Clark, 2005; Kingery, Erdley, Marshall, Whitaker & Reuter, 2010). Die soziale Phobie ist gekennzeichnet durch eine ausgeprägte und anhaltende Angst vor oder Vermeidung von einer oder mehreren sozialen oder Leistungssituationen, in denen die betroffene Person mit unbekanntem Personen konfrontiert ist oder von anderen Personen beurteilt werden könnte. Die zentrale Befürchtung besteht häufig darin, Verhaltensweisen oder Angstsymptome zu zeigen, die demütigend oder peinlich sein könnten (DSM-IV, Saß, Wittchen, Zaudig & Houben, 2003). Die soziale Phobie ist eine der häufigsten psychischen Störungen, die meist in der späten Kindheit oder Jugend beginnt und mit verschiedenen schweren Funktionseinschränkungen einhergeht (Stein & Kean, 2000; Wittchen, Stein & Kessler, 1999). Es wird angenommen, dass die soziale Phobie auf der Grundlage einer genetischen Vulnerabilität (Kendler, Neale, Kessler, Heath & Eaves, 1992) und hinzukommenden ungünstigen Lernerfahrungen entsteht. Ungünstige Lernerfahrungen umfassen dysfunktionales Erziehungsverhalten der Eltern (Harvey et al., 2005; Lieb, Wittchen, Höfler, Fuetsch, Stein & Merikangas, 2000) sowie belastende soziale Erfahrungen (Kuo, Goldin, Werner, Heimberg & Gross, 2011; Simon et al., 2009), darunter auch negative Erfahrungen mit Gleichaltrigen. Während positive Interaktionen und eine gute Beziehung mit Gleichaltrigen die Entstehung von sozialen Ängsten bei Jugendlichen vorbeugen können (La Greca & Harrison, 2005), scheinen insbesondere die indirekten Formen der Peer-Viktimisierung (De

---

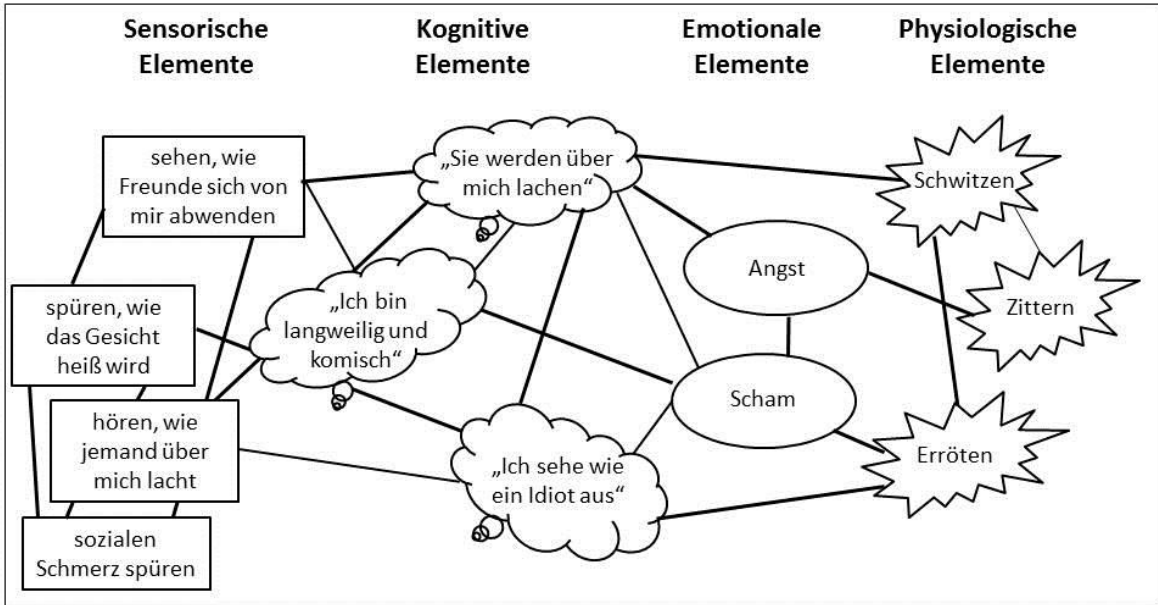
Los Reyes & Prinstein, 2004) mit subklinischen sozialen Ängsten (La Greca & Harrison, 2005; Siegel et al., 2009) und klinisch relevanter sozialer Phobie (Gren-Landell et al., 2011; Marteinsdottir, Svensson, Svedberg, Anderberg & Knorrning, 2007) zusammenzuhängen. Neben Querschnittsstudien, die zeigen, dass Jugendliche mit selbstberichteter sozialer Phobie ein höheres Ausmaß an Peer-Viktimisierung aufweisen als Kontrollpersonen (Gren-Landell et al., 2011; Marteinsdottir et al., 2007), weisen Längsschnittstudien darauf hin, dass indirekte Peer-Viktimisierung sowohl ein Prädiktor als auch eine Folge sozialer Ängste sein kann (La Greca & Harrison, 2005; Siegel et al., 2009).

### **2.3 Die Bedeutung eines assoziativen Gedächtnisnetzwerkes als Vulnerabilitäts- und Aufrechterhaltungsfaktor der sozialen Phobie**

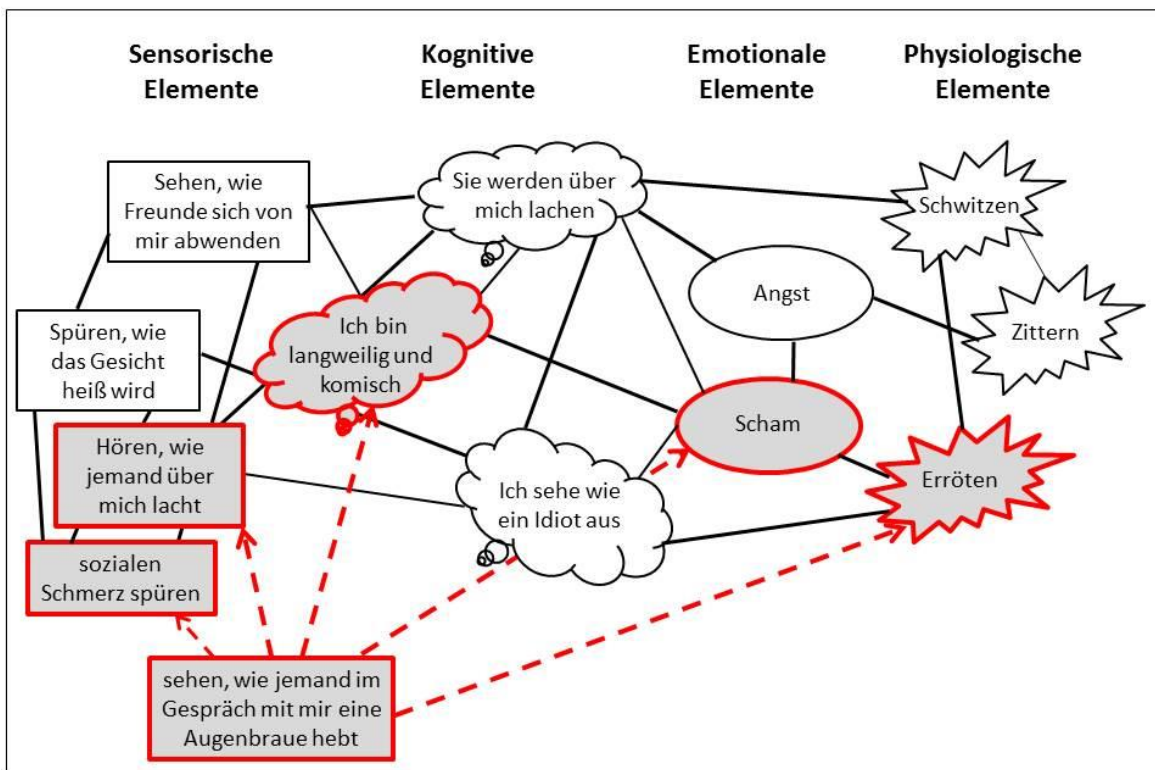
Obwohl der Zusammenhang zwischen belastenden sozialen Erfahrungen in der Peergroup und sozialer Phobie gut belegt ist, sind die Mechanismen, die diesem Zusammenhang zugrunde liegen, noch nicht ausreichend geklärt. Es kann vermutet werden, dass unter anderem Gedächtnisprozesse eine zentrale Rolle bei der Entstehung der Störung spielen. Stützende Hinweise für diese Annahme stammen aus Studien, in denen gefunden wurde, dass viele Patienten mit sozialer Phobie in sozialen oder Leistungssituationen wiederkehrende spontan auftretende Vorstellungsbilder der eigenen Person haben (Hackmann, Clark & McManus, 2000; Hackmann, Surawy & Clark, 1998). Diese Vorstellungsbilder, die neben visuellen Eindrücken auch körperliche und akustische Sinneseindrücke beinhalten können, werden wie aus einer Beobachterperspektive wahrgenommen und sind häufig negativ verzerrt (z. B. das eigene Gesicht wie eine knallrote Tomate sehen, sich klein fühlen, schwitzen, Auslachen hören). Die Autoren fanden, dass Inhalt und Bedeutung der intrusiven Vorstellungsbilder meist auf frühere tatsächlich erlebte negative Ereignisse zurückzuführen sind, die dem Beginn der sozialen Phobie vorangingen. Patienten mit sozialer Phobie ziehen ausgehend von dem negativ ver-

---

zerrten Vorstellungsbild der eigenen Person häufig Rückschlüsse darüber, wie sie auf andere wirken oder was diese über sie denken könnten. Dies führt zum einen zu Angst und damit einhergehenden Symptomen und wird im Sinne emotionaler Beweisführung als Hinweis auf die eigene Unzulänglichkeit oder Inkompetenz bewertet. Zum anderen verhindert das Auftreten der Vorstellungsbilder, dass z. B. positive Reaktionen von Interaktionspartnern in sozialen Situationen bemerkt und angemessen verarbeitet werden. Dies hat zur Folge, dass negative Annahmen über die eigene Person und das eigene Auftreten nicht überprüft und modifiziert werden können (Clark & Wells, 1995; Hackmann et al., 1998). Die Befunde verdeutlichen, dass Erinnerungen an frühere belastende Ereignisse somit nicht nur hinsichtlich der Entstehung der sozialen Phobie eine Rolle spielen, sondern auch zu der Aufrechterhaltung der Störung beitragen und legen nahe, dass bei der sozialen Phobie ähnliche Gedächtnisprozesse eine Rolle spielen, wie sie auch hinsichtlich des Traumagedächtnisses bei der Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) postuliert werden. Theorien zum Traumagedächtnis (Brewin, Dalgleish & Joseph, 1996; Foa & Kozak, 1986) nehmen Bezug auf die „bio-informational theory“ von Lang (1979, 1984). Diese Theorie stützt sich auf die Annahme, dass emotionale Erinnerungen in Form von assoziativen Gedächtnisnetzwerken gespeichert werden, in denen Repräsentationen der Situation und damit zusammenhängender Stimuli, Interpretationen hinsichtlich der Bedeutung der Situation und der Stimuli sowie Repräsentationen der Reaktionen (Verhalten, verbale, emotionale, physiologische und somatische Reaktionen) gespeichert sind. Abbildung 1 zeigt eine für die soziale Phobie adaptierte schematische Darstellung einer beispielhaften Repräsentation von einem assoziativen Gedächtnisnetzwerk. Wird durch einen internen oder externen Reiz (z. B. Gesprächspartner hebt im Gespräch eine Augenbraue) eine ausreichende Anzahl an Repräsentationen im Netzwerk aktiviert, breitet sich die Aktivierung innerhalb des Netzwerkes aus und löst die im Netzwerk gespeicherten Reaktionen aus, die vergleichbar mit den Reaktionen in der tatsächlich erlebten Situation sind (s. Abbildung 2).



**Abbildung 1.** Schematische Darstellung des assoziativen Gedächtnisnetzwerkes modifiziert nach Neuner, Schauer & Elbert, 2009.



**Abbildung 2.** Schematische Darstellung der Aktivierung des assoziativen Gedächtnisnetzwerkes modifiziert nach Neuner et al., 2009.

Obwohl Peer-Viktimisierung nicht als typisches Trauma einzuordnen ist, das im Zusammenhang mit posttraumatischem Stress steht, kann sie aus verschiedenen Gründen dennoch als eine Art traumatischen Ereignisses angesehen werden, das zu der Bildung eines assoziativen Gedächtnisnetzwerkes beitragen kann: Sie wird als bedrohlich und gefährlich erlebt, kann zu intrusiven Erinnerungen, Gefühlen von Hilflosigkeit, Hypervigilanz in sozialen Situationen und zu Angst führen (Carney, 2008; Storch & Esposito, 2003). Vor allem sozialer Ausschluss stellt zudem einen Prädiktor für Intrusionen und Vermeidungsverhalten dar (Mynard, Joseph & Alexander, 2000).

Die dargestellten Befunde zusammenfassend kann angenommen werden, dass wiederholte Erfahrungen von Ausschluss, Ablehnung und Erniedrigung in der Peergroup durch assoziative Lernprozesse zu einer Verknüpfung sozialer Reize mit einer negativen Bedeutung und negativen affektiven, physiologischen und körperlichen Reaktionen führen können und die Entstehung eines assoziativen Gedächtnisnetzwerkes begünstigen, welches nicht nur zu der Entwicklung der sozialen Phobie beitragen, sondern auch einen aufrechterhaltenden Faktor der Störung darstellen könnte.

#### **2.4 Die skriptgeleitete Imagination als Methode zur Untersuchung des assoziativen Gedächtnisnetzwerkes**

Das assoziative Gedächtnisnetzwerk bei der sozialen Phobie ist bereits in einigen Studien untersucht worden, wobei häufig die Methode der skriptgeleiteten Vorstellung eingesetzt wurde (z. B. Cuthbert et al., 2003; Lang, Levin, Miller & Kozak, 1983; Lang & McTeague, 2009; Orr et al., 1998). Bei diesem Verfahren wird die Vorstellung bzw. Erinnerung einer emotionalen Situation genutzt, um eine Aktivierung des assoziativen Gedächtnisnetzwerkes und darin gespeicherter verbaler, behavioraler und psychophysiologischer Reaktionen auszulösen, die dann sowohl über Selbstberichtsmaße als auch über psychophysiologische Messun-

gen erfasst werden können. Die Ergebnisse verschiedener Studien deuten darauf hin, dass Patienten mit sozialer Phobie bei der Vorstellung oder Erinnerung Angst besetzter sozialer Situationen eine erhöhte Reaktivität hinsichtlich Herzrate und Hautleitfähigkeit aufweisen (Cook, Melamed, Cuthbert, McNeil & Lang, 1988; Cuthbert et al., 2003; McTeague et al., 2009), während in anderen Studien keine eindeutigen Effekte auf psychophysiologische Maße gefunden wurden (Lang et al., 1983). In der bisherigen Forschung zu der Reaktivität von Patienten mit sozialer Phobie während der Vorstellung belastender sozialer Situationen wurden zur Symptomprovokation hauptsächlich Skripte genutzt, die für Sozialphobiker typische angstauslösende Situationen beschreiben, wie z. B. soziale Leistungssituationen, Vorbereitung und Halten einer Rede oder soziale Interaktionen mit einer unbekanntem oder autoritären Person. Beschreibungen von belastenden sozialen Situationen, wie Ausschluss, Ablehnung oder Demütigung, die bedeutsam hinsichtlich der Entstehung der Angststörung sein könnten, wurden unseres Wissens nach hingegen bisher nicht für Skripte verwendet. Daher ist bislang unklar, ob derartige belastende soziale Erfahrungen auch als Teil eines assoziativen Netzwerkes im Gedächtnis gespeichert sind, welches die Entstehung und Aufrechterhaltung einer sozialphobischen Symptomatik begünstigen könnte.

---

### **3. ZUSAMMENFASSUNG UND INTEGRATION DER EIGENEN ARBEITEN**

Die vorliegende Arbeit hatte zum Ziel, die Bedeutung von Peer-Viktimisierung im Hinblick auf die Entstehung von Psychopathologie zu untersuchen und zu einem besseren Verständnis für die Mechanismen, die dem Zusammenhang von Peer-Viktimisierung und Psychopathologie zugrunde liegen, beizutragen. Zum einen sollte der Frage nachgegangen werden, ob Peer-Viktimisierung unter Berücksichtigung von familiären Misshandlungserfahrungen einen eigenen Erklärungsbeitrag bei der Vorhersage von Psychopathologie leistet. Zum anderen wurde am Beispiel der sozialen Phobie untersucht, ob ein assoziatives Gedächtnisnetzwerk den Zusammenhang zwischen Peer-Viktimisierung und Psychopathologie vermitteln könnte.

#### **3.1. MANUSKRIFT I:**

##### **Entwicklung und Evaluation einer Ereignisliste zur Erfassung belastender sozialer Erfahrungen in der Peergroup**

Für die Untersuchung der genannten Fragestellungen war die Erfassung von Misshandlungserfahrungen in der Familie sowie von Viktimisierung durch Gleichaltrige erforderlich. Zur Erfassung von Missbrauch und Vernachlässigung im familiären Umfeld liegen verschiedene Messinstrumente vor, wobei in der vorliegenden Arbeit der Childhood Trauma Questionnaire (CTQ nach Bernstein & Fink, 1998) eingesetzt wurde. Die Items des Fragebogens lassen sich fünf Skalen (emotionaler Missbrauch, emotionale Vernachlässigung, körperlicher Missbrauch, körperliche Vernachlässigung und sexueller Missbrauch) zuordnen. Für die retrospektive Erhebung belastender sozialer Erfahrungen mit Gleichaltrigen lagen jedoch international und vor allem auch im deutschsprachigen Raum kaum geeignete Instrumente vor. Bestehende Skalen wie die Peer Victimization Scale von Mynard und Joseph (2000) oder der Social Experience Questionnaire von Crick und Grotpeter (1996) beziehen sich auf die pro-

---

spektive Erfassung von Viktimisierung im Kindes- und Jugendalter und sind nicht für die retrospektive Erhebung derartiger Ereignisse bei Erwachsenen geeignet.

Das Ziel der ersten Studie bestand daher darin, eine Ereignisliste zu entwickeln und zu evaluieren, mit der belastende Sozialerfahrungen in der Peergroup retrospektiv erfasst werden können. Der im Rahmen dieser Studie entwickelte *Fragebogen zu belastenden Sozialerfahrungen (FBS)* wurde nach inhaltlichen Überlegungen erstellt. Es wurden 22 Items generiert, die negative soziale Situationen mit Gleichaltrigen beschreiben. Für die Beantwortung der Items wurde ein binäres Antwortformat (erlebt/ nicht erlebt) gewählt. Zum weiteren Informationsgewinn wurde eine Differenzierung in die Skala Kindheit *FBS-K* (6-12 Jahre) und die Skala Jugend *FBS-J* (13-18 Jahre) vorgenommen, für die gesondert angegeben werden soll, ob das betreffende Ereignis in dieser Zeitspanne aufgetreten ist oder nicht.

Die Überprüfung der Gütekriterien der Ereignisliste erfolgte unter der Berücksichtigung des Ansatzes des Causal Indicator Models (Cleary, 1981; Netland, 2001, 2005), so dass von der Berechnung der internen Konsistenz, Paralleltestreliabilität und von Faktorenanalysen abgesehen wurde. Die psychometrischen Eigenschaften wurden an einer Stichprobe ( $N = 995$ ) überprüft, die mittels einer Onlinestudie zu zwei Zeitpunkten (Intervall durchschnittlich 20 Monate) befragt wurde. Der Link zu der Umfrage wurde in verschiedenen Internetforen der Universität Bielefeld und auf Internetportalen, die sich mit psychischen Störungen beschäftigen (z. B. [schuechterne.org](http://schuechterne.org), [panik-attacken.de](http://panik-attacken.de)) veröffentlicht. Ziel war es, sowohl Personen ohne soziale Ängste als auch Personen mit einem klinisch relevanten Ausmaß sozialer Ängste zu befragen, um eine große Varianz hinsichtlich sozialer Ängstlichkeit sowie Peer-Viktimisierung zu erhalten. Die Stichprobe war hinsichtlich psychischer Symptomatik und sozialer Ängstlichkeit im Vergleich zur Normalbevölkerung überdurchschnittlich belastet. Die Reliabilität des *FBS*, die über die Erfassung der Stabilität der Angaben über den Zeitraum von ca. 20 Monaten eingeschätzt wurde, konnte als zufriedenstellend eingeschätzt werden. Die



---

Konstruktvalidität des *FBS* wurde durch die positiven Zusammenhänge des *FBS* mit verschiedenen Symptombereichen (z. B. Unsicherheit im Sozialkontakt, Soziale Interaktionsangst) bestätigt. Signifikant höhere *FBS*-Werte der hoch Sozialängstlichen verglichen mit den niedrig Sozialängstlichen wurden als Hinweise auf diskriminative Validität gewertet. Darüber hinaus wurde gefunden, dass das Alter der Probanden bzw. die vergangene Zeitspanne seit den Ereignissen keinen Einfluss auf die Stabilität der Beantwortung des *FBS* hatte.

Die Ergebnisse der Studie liefern erste Hinweise darauf, dass es sich bei dem *FBS* um ein Verfahren mit zufriedenstellender Reliabilität und Validität handelt, mit dem belastende soziale Erfahrungen mit Gleichaltrigen im deutschen Sprachraum ökonomisch erfasst werden können. Die Daten sprechen insgesamt dafür, dass der Gesamtwert des *FBS* belastende soziale Erfahrungen in der Peergroup besser abbilden kann als die einzelnen Unterskalen. Für die ätiologische Forschung mit dem *FBS* wird daher die Nutzung des Gesamtwertes empfohlen. Die Unterteilung in die Skalen Kindheit und Jugend soll aber aus inhaltlichen Gründen und für die therapeutische Arbeit beibehalten werden.

### **3.2 MANUSKRIFT II:**

#### **Untersuchung des Beitrags von Peer-Viktimisierung bei der Vorhersage von Psychopathologie unter Berücksichtigung von Kindesmisshandlung in der Familie**

Die zweite Studie hatte zum Ziel, den Beitrag von Peer-Viktimisierung bei der Vorhersage von Psychopathologie zu untersuchen. Es wurde angenommen, dass retrospektive Angaben von Peer-Viktimisierung über Berichte von Kindesmisshandlung hinaus das Ausmaß verschiedener psychopathologischer Symptome vorhersagen. Da kaum Befunde hinsichtlich des Einflusses der Interaktion von familiärer Misshandlung und Peer-Viktimisierung auf Psychopathologie vorliegen, sollte zudem überprüft werden, ob die Interaktion einen weiteren zusätzlichen Erklärungsbeitrag leistet.

---

Für die Studie wurden drei verschiedene Stichproben mit unterschiedlichem Ausmaß an Symptombelastung (erfasst über das Brief Symptom Inventory, BSI, Franke, 2000) untersucht. Die erste, eine klinische Stichprobe, umfasste  $N = 168$  Patienten, die in psychiatrischen Krankenhäusern, Tageskliniken und einer psychotherapeutischen Ambulanz rekrutiert wurden. Die zweite Stichprobe ( $N = 995$ ) bestand aus Erwachsenen, die über verschiedene Internetforen rekrutiert wurden und die Umfrage als Onlinestudie bearbeitet haben (vgl. Manuskript 1). Beide Stichproben wiesen ein überdurchschnittliches Ausmaß an Misshandlungserfahrungen in der Kindheit auf und waren überdurchschnittlich durch psychische Symptome belastet (Wingenfeld et al., 2010; Franke, 2000). Die dritte nicht klinisch bedeutsam beeinträchtigte Stichprobe setzte sich aus  $N = 272$  Studierenden von acht deutschen Universitäten zusammen. Die Studierenden wurden über Aushänge in den Universitäten sowie Internetforen und soziale Netzwerke im Internet über die Studie informiert und konnten über einen Internetlink an der Onlinestudie teilnehmen.

Zur Überprüfung des Beitrags, den familiäre Misshandlung, Peer-Viktimisierung und die Interaktion der beiden Misshandlungsformen hinsichtlich der Vorhersage von Psychopathologie leisten, wurden separate hierarchische Regressionsanalysen für die drei Stichproben durchgeführt. Als abhängige Variable wurden ein Gesamtschwereindex für psychische Symptombelastung sowie verschiedene Symptomdimensionen verwendet (Somatisierung, Zwanghaftigkeit, Unsicherheit im Sozialkontakt, Depressivität, Ängstlichkeit, Aggressivität, phobische Angst, paranoides Denken und Psychotizismus).

Die Ergebnisse zeigten ein konsistentes Muster in allen drei Stichproben: Misshandlungserfahrungen in der Familie erklärten einen signifikanten Anteil der Varianz von Psychopathologie, Peer-Viktimisierung leistete aber jeweils einen zusätzlichen signifikanten Erklärungsbeitrag über familiäre Misshandlung hinaus. Dieses Ergebnis ließ sich sowohl für den Gesamtschwereindex als auch für die einzelnen Symptomdimensionen finden. Peer-

---

Viktimisierung wurde zudem konsistent als Prädiktor der verschiedenen Symptomdimensionen gefunden, während die weiteren Prädiktoren (emotionaler, körperlicher, sexueller Missbrauch und emotionale Vernachlässigung) in Abhängigkeit von der untersuchten Stichprobe und der Symptomdimension variierten. Die Interaktion von Misshandlungserfahrungen und Peer-Viktimisierung erklärte hingegen in den verschiedenen Modellen keinen oder nur einen geringen Varianzanteil der Gesamtvarianz.

Der Befund, dass Peer-Viktimisierung einen zusätzlichen Varianzanteil von Psychopathologie über Misshandlungserfahrungen hinaus erklärte, ist konsistent mit früheren Untersuchungen an Studierendenstichproben (z. B. Gren-Landell et al., 2011). Die vorliegende Studie erweitert die früheren Befunde jedoch in zweierlei Hinsicht. Zum einen liefert sie Hinweise darauf, dass Peer-Viktimisierung nicht nur hinsichtlich allgemeiner Symptombelastung oder spezifischer Symptomdimensionen einen inkrementellen Varianzanteil erklärt, sondern bei der Vorhersage eines breiten Spektrums von Symptomen einen bedeutsamen Erklärungsbeitrag leistet. Zum anderen zeigten die Ergebnisse, dass der Einfluss von Peer-Viktimisierung auch in einer klinischen Stichprobe zu finden war, die im Vergleich zu den Studierendenstichproben deutlich älter war und deren Viktimisierungserfahrungen zeitlich länger zurücklagen. Die Interaktion von Peer-Viktimisierung und familiären Misshandlungserfahrungen leistete keinen zusätzlichen Erklärungsbeitrag, was allerdings konsistent mit dem Befund von Gibb und Kollegen (2004) war, die auch in einer Studierendenstichprobe keine Hinweise auf einen inkrementellen Erklärungsbeitrag der Interaktion fanden. Insgesamt deuten die Ergebnisse der Studie darauf hin, dass Peer-Viktimisierung einen bedeutsamen, von Kindesmisshandlung unabhängigen, unspezifischen Risikofaktor für die Entstehung von Psychopathologie darstellt.

### **3.3 MANUSKRIFT III:**

#### **Das Trauma der Peer-Viktimisierung: Psychophysiologische und emotionale Reaktionen auf die Erinnerung an belastende soziale Erfahrungen bei Patienten mit sozialer Phobie**

Ausgehend von dem empirisch gut belegten Zusammenhang zwischen Peer-Viktimisierung und sozialer Phobie verfolgte die dritte Studie die Frage, ob dieser Zusammenhang durch ein assoziatives Gedächtnisnetzwerk vermittelt sein könnte. Zur Beantwortung der Fragestellung wurden Besonderheiten der Gedächtnisrepräsentation von belastenden sozialen Erfahrungen bei sozialphobischen und gesunden Personen untersucht. Für die Untersuchung des Gedächtnisnetzwerkes wurde wie in anderen Studien (Cuthbert et al., 2003; Lang & McTeague, 2009; Pitman, Orr, Forgue, de Jong & Clairborn, 1987) die skriptgeleitete Vorstellung genutzt (Lang et al., 1983). Anders als in den meisten Studien wurden in der vorliegenden Studie jedoch Skripte verwendet, die belastende soziale Erfahrungen (z. B. Zurückweisung, Ausschluss, Erniedrigung, ausgelacht oder ignoriert werden) beschrieben, welche ätiologisch bedeutsame Ereignisse bezüglich der sozialen Phobie darstellen könnten. Die Reaktionen der Probanden auf die Vorstellung der Skripte wurden mittels psychophysiologischer Maße (Herzrate und Hautleitfähigkeit) sowie Selbstberichte über ausgelöste Gefühle erhoben.

Um Reaktionen, die durch das persönliche assoziative Gedächtnisnetzwerk bedingt sind, von Reaktionen, die durch die Vorstellung von belastenden Situation generell bedingt sind, zu isolieren, wurden die Reaktionen auf die Erinnerung an eine persönliche belastende soziale Situation verglichen mit den Reaktionen auf die Vorstellung einer standardisierten negativen sozialen Situation. Um sicherzugehen, dass eine verstärkte Reaktivität nicht ausschließlich auf die negative Valenz der Skripte zurückführbar ist, wurden ebenfalls persönliche und standardisierte Skripte eingesetzt, die belastende nicht soziale Situationen beschrieben. Es wurde angenommen, dass Sozialphobiker mit einem hohen Ausmaß an Peer-Viktimisierung sich

---

aufgrund von traumaähnlichen Gedächtnisprozessen bezüglich beider sozialer Skripte in ihren psychophysiologischen und selbstberichteten emotionalen Reaktionen von Sozialphobikern ohne Peer-Viktimisierung in der Vorgeschichte sowie von Gesunden unterscheiden würden, wobei ein größerer Kontrast bei dem persönlichen Erinnerungsskript als bei dem Standardskript angenommen wurde.

Die untersuchte Stichprobe bestand aus  $N = 80$  Probanden ( $n = 39$  mit sozialer Phobie), die über Aushänge in der Universität Bielefeld und deren angegliederte psychotherapeutische Ambulanz rekrutiert wurden. Die Untersuchung bestand aus zwei Teilen. Beim ersten Termin wurde zunächst ein klinisches Interview durchgeführt. Probanden, die die Kriterien für eine soziale Phobie erfüllten bzw. die Kriterien keiner psychischen Störung erfüllten, wurden in die Untersuchung aufgenommen, füllten Fragebögen zu belastenden Erfahrungen in Familie und Peergroup sowie zu diversen psychischen Symptombereichen aus und schilderten verschiedene persönlich erlebte Ereignisse, die für die Erstellung der persönlichen Skripte genutzt wurden. Auf der Grundlage des klinischen Interviews und des *FBS* wurden die Probanden in vier Gruppen eingeteilt (soziale Phobie/psychisch gesund x geringes/hohes Ausmaß an Peer-Viktimisierung). Beim zweiten Termin fand die skriptgeleitete Vorstellung statt, bei der den Probanden die persönlichen und standardisierten Skripte über Kopfhörer dargeboten wurden. Während der Vorstellung wurden Herzrate und Hautleitfähigkeit abgeleitet und die Probanden gaben Auskunft über die Art und Intensität der ausgelösten Gefühle.

Bezogen auf die Hautleitfähigkeit zeigte ein geplanter Kontrast, dass die Subgruppe der Sozialphobiker mit einem hohen Ausmaß an Peer-Viktimisierung eine signifikant stärkere Reaktion auf die Erinnerung an die persönliche belastende soziale Erfahrung als die anderen Gruppen aufwies, während sich die Reaktionen auf das standardisierte negative soziale Skript nicht unterschieden. Was die Herzrate betrifft, unterschied sich die Reaktion der Subgruppe der Sozialphobiker mit Peer-Viktimisierung auf die sozialen Skripte nicht von den übrigen

---

drei Gruppen. Allerdings zeigte sich ein signifikanter Interaktionseffekt von Diagnose mit Skript dahingehend, dass die Probanden mit sozialer Phobie stärkere Reaktionen bei der Erinnerung an die persönliche belastende Situation aufwiesen als die gesunden Probanden, während sie bei der Vorstellung der standardisierten Situation geringere Reaktionen der Herzrate zeigten als die Gesunden. Bezogen auf die nicht sozialen Skripte zeigten sich keine Effekte von Diagnose, Peer-Viktimisierung oder Skript auf die psychophysiologischen Maße. Die selbstberichteten emotionalen Reaktionen zeigten im Vergleich zu den psychophysiologischen Reaktionen ein heterogenes Muster. So war beispielsweise bezogen auf Angst und Scham ein Haupteffekt von Peer-Viktimisierung zu finden mit einem höheren Ausmaß von Angst und Scham bei Probanden mit Peer-Viktimisierungserfahrungen, während ein geplanter Kontrast bezogen auf Schuld ein geringeres Ausmaß bei den Sozialphobikern mit Peer-Viktimisierung als bei den übrigen drei Gruppen zeigte.

Die Ergebnisse zeigten, wie erwartet, dass die Subgruppe der Sozialphobiker mit Peer-Viktimisierung anhand ihrer psychophysiologischen Reaktionen von den übrigen drei Gruppen abgegrenzt werden konnte. Dies deutet darauf hin, dass vor allem erhöhte psychophysiologische Reaktionen auf die Erinnerung an belastende soziale Erfahrungen von der Diagnose einer sozialen Phobie und dem Ausmaß erlebter Peer-Viktimisierung abhängig zu sein scheinen. Eine erhöhte Hautleitfähigkeitsreaktion auf die Vorstellung einer angstausslösenden Situation ist konsistent mit Befunden von McTeague et al. (2009). Die Ergebnisse der Herzrate waren hingegen weniger eindeutig zu interpretieren, wiesen aber darauf hin, dass die erhöhte Herzratenreaktion nicht von früheren Viktimisierungserfahrungen, sondern eher von der Diagnose einer sozialen Phobie abzuhängen schien. Die heterogenen Befunde zu den selbstberichteten Emotionen deuteten insgesamt darauf hin, dass die Intensität berichteter Emotionen mehr von früheren belastenden Erfahrungen mit Peers als von der Diagnose einer sozialen Phobie abhing. Zusammengefasst weisen die Ergebnisse darauf hin, dass bei Patienten mit

sozialer Phobie, die viel Peer-Viktimisierung erlebt haben, ein assoziatives Gedächtnisnetzwerk vorliegen könnte, das eine erhöhte Vulnerabilität für die Entstehung und die Aufrechterhaltung der sozialen Phobie mit bedingen könnte.

#### 4. ZUSAMMENFASSUNG, DISKUSSION UND AUSBLICK

Das Ziel der vorliegenden Arbeit bestand darin, den Zusammenhang von belastenden sozialen Erfahrungen in der Peergroup, einer Misshandlungsform, die in der ätiologischen Forschung im Vergleich zu anderen Misshandlungsformen bisher eher vernachlässigt worden ist, und dem Vorliegen von Psychopathologie zu untersuchen. Da im deutschen Sprachraum kein Instrument zur retrospektiven Erhebung von Peer-Viktimisierung verfügbar war, bestand das erste Ziel der Arbeit darin, eine Ereignisliste für die Erfassung von belastenden Erfahrungen mit Gleichaltrigen zu entwickeln (Manuskript 1). Im zweiten Schritt (Manuskript 2) wurde der Frage nachgegangen, welchen Beitrag Peer-Viktimisierung unter der Berücksichtigung von familiären Misshandlungsformen bei der Vorhersage von Psychopathologie leistet. Die dritte Studie (Manuskript 3) befasste sich mit der Frage, welche Mechanismen dem Zusammenhang von belastenden sozialen Erfahrungen, wie Peer-Viktimisierung, und Psychopathologie zugrunde liegen könnten. Ausgehend von Gedächtnismodellen zur Entstehung und Aufrechterhaltung der PTBS nach traumatischen Ereignissen (Foa & Kozak, 1986; Lang, 1979, 1984) wurde angenommen, dass auch subtraumatische belastende soziale Erfahrungen zu der Entstehung eines assoziativen Gedächtnisnetzwerkes führen können, welches zu der Entstehung und Aufrechterhaltung von Psychopathologie beitragen kann. Um diese Annahme zu überprüfen, wurden am Beispiel der sozialen Phobie, für die der Zusammenhang mit Peer-Viktimisierung gut belegt ist, Besonderheiten der Gedächtnisrepräsentationen von belastenden sozialen Erfahrungen untersucht.

Die Ergebnisse der ersten Evaluation des *Fragebogen zu belastenden Sozialerfahrungen in der Peergroup (FBS)* (Manuskript 1) zeigten, dass die Ereignisliste zufriedenstellende psychometrische Kennwerte aufweist. Auch eine nachfolgende Studie zur Evaluation des *FBS*, die an einer deutlich geringer belasteten Stichprobe von Studierenden durchgeführt wurde (Ellerbrake, 2012), weist auf gute psychometrische Kennwerte (Konstruktvalidität, Test-



Retest-Reliabilität und inkrementelle Validität) hin, so dass der Einsatz des *FBS* neben bereits etablierten Fragebögen zur Erfassung anderer belastender Lebenserfahrungen sowohl in der Praxis als auch in der Forschung empfohlen werden kann.

In den bisher durchgeführten Studien wurde mit dem *FBS* erfasst, ob ein Ereignis in der Kindheit und/oder Jugend erlebt worden ist, die Häufigkeit oder Schwere der Ereignisse wurden hingegen nicht abgefragt. Dieses Vorgehen hat den Nachteil, dass keine Aussagen über die Bedeutung einzelner Ereignisse getroffen werden können und keine individuelle Gewichtung der Ereignisse vorgenommen werden kann. Da das Ziel der vorliegenden Studie aber nicht war, die Folgen einzelner mittels *FBS* erfasster Ereignisse zu überprüfen, sondern in der Untersuchung der pathologischen Auswirkungen einer Kumulation aversiver sozialer Erfahrungen, unabhängig von deren objektiver oder subjektiver Schwere, bestand, wurde von einer Gruppierung oder Gewichtung der Items abgesehen, zumal bislang keine Befunde zu den Auswirkungen der mit dem *FBS* erfassten einzelnen Erlebnisse vorliegen, die eine Gewichtung erlauben würden. Darüber hinaus ließe sich eine Intervallskalierung der Häufigkeitsangabe, die für die Bildung eines Skalenwertes notwendig wäre, nicht konsequent verwenden, da eine Restkategorie notwendig wäre (z. B. „so oft, dass ich es nicht zählen kann“), die nicht auf Intervallebene ausgewertet werden könnte. Der Vorteil des Verzichtes auf ein subjektives Maß für Häufigkeit oder Schweregrad liegt darin begründet, dass mögliche Verzerrungen auf ein minimales Ausmaß reduziert werden. Dennoch wäre es hilfreich, in zukünftigen Studien die Auswirkungen der einzelnen erfassten Erlebnisse mit einem zusätzlichen Belastungsrating zu untersuchen, um auf dieser Grundlage weiterführende Überlegungen zu der Nützlichkeit einer Gewichtung der einzelnen Items anstellen zu können.

Bei der retrospektiven Erfassung von aversiven Erfahrungen in Kindheit und Jugend ist generell zu beachten, dass Verzerrungen durch Erinnerungsdefizite oder Einflüsse von Stimmung und Psychopathologie, die die Validität und Reliabilität der Erfassung gefährden, nicht

komplett auszuschließen sind. Allerdings scheint der Einfluss solcher Verzerrungen gering zu sein, so dass nicht von vornherein von einem Einsatz retrospektiver Messinstrumente abgesehen werden muss (Brewin, Andrews & Gotlib, 1993; Hardt & Rutter, 2004). Im Hinblick auf Erinnerungsdefizite liefert die erste Evaluationsstudie (Manuskript 1) Hinweise darauf, dass Erinnerungsdefizite bedingt durch das Alter der Befragten bzw. die vergangene Zeitspanne seit den belastenden Ereignissen die Stabilität der Angaben auf dem *FBS* nicht entscheidend beeinflussen. Bezüglich des Einflusses von Stimmung und Psychopathologie fand Ellerbrake (2012), die neben den oben genannten Maßen überprüfte, ob das Ausmaß depressiver Symptomatik einen Einfluss auf die Erinnerung an Peer-Viktimisierung hat, dass die Beantwortung des *FBS* je nach Item gar nicht oder nur in sehr geringem Maße durch Schwankungen depressiver Symptomatik beeinflusst war. Allerdings war die Schwere der depressiven Symptomatik mit einem Mittelwert von  $M = 9,60$  ( $SD = 8,27$ ) in der Studierendenstichprobe nicht als klinisch bedeutsam einzuordnen (Hautzinger, Keller & Kühner, 2006). Während die beiden Evaluationsstudien dafür sprechen, dass die Beantwortung des *FBS* weder durch Erinnerungsdefizite bedingt durch das Alter noch durch Schwankungen einer gering ausgeprägten depressiven Symptomatik stark beeinflusst wird, ist weiterhin nicht ausreichend geklärt, inwiefern sich eine klinische relevante Symptomatik auf die Erinnerung an belastende Sozialerfahrungen mit Peers auswirkt. Es gibt allerdings Hinweise, dass eine hohe Stabilität von retrospektiven Angaben zu Kindesmisshandlung in der Familie selbst nach einer traumafokussierten Therapie vorliegt, die mit einer deutlichen Symptomverbesserung einhergeht (Paivio, 2001). Daher kann davon ausgegangen werden, dass auch eine klinisch relevante Symptomatik bzw. die Veränderung einer klinisch relevanten Symptomatik keinen bedeutsamen Einfluss auf die Erinnerung und die Angabe belastender sozialer Erfahrungen in der Peergroup hat. Es bedarf jedoch weiterer Untersuchungen, um den Einfluss von Psychopathologie auf retrospektive Angaben zu Peer-Viktimisierung mittels des *FBS* klären zu können.

Eine weitere offen gebliebene Frage bezieht sich auf Normwerte für den *FBS*. Im Rahmen der beiden durchgeführten Evaluationsstudien konnten bisher keine Normwerte ermittelt werden, da es sich bei beiden untersuchten Stichproben nicht um repräsentative Personengruppen handelte und die Erhebung über eine Onlinebefragung erfolgte. Zukünftige Validierungsstudien an repräsentativen Stichproben, die die Bestimmung von Normwerten erlauben, sind daher wünschenswert.

In der zweiten Studie (Manuskript 2) wurde mithilfe der Ereignisliste *FBS* der Erklärungsbeitrag von Peer-Viktimisierung unter der Berücksichtigung von familiären Misshandlungserfahrungen bei der Vorhersage verschiedener psychopathologischer Symptombereiche untersucht. Die Ergebnisse der Studie weisen darauf hin, dass Peer-Viktimisierung über familiäre Misshandlung hinaus einen zusätzlichen Erklärungsbeitrag bei der Vorhersage allgemeiner Symptombelastung und verschiedener Symptomdimensionen leistete und einen stärkeren Prädiktor für Psychopathologie darstellte als sexuelle, körperliche und emotionale Misshandlung im Kontext der Familie. Die Befunde der Studie verdeutlichen, dass Peer-Viktimisierung einen unspezifischen, von familiärer Misshandlung unabhängigen Risikofaktor für ein breites Spektrum psychischer Symptomatik darstellt und somit in der ätiologischen Forschung berücksichtigt werden muss.

Bei der Interpretation der Ergebnisse muss jedoch beachtet werden, dass in der vorliegenden Studie belastende Erfahrungen, die das Risiko für die Entstehung von Psychopathologie erhöhen, nicht umfassend erhoben wurden. Neben Misshandlungs- und Ablehnungserfahrungen in Familie und Peergroup können weitere aversive Erfahrungen einen Einfluss auf die Entstehung von Psychopathologie haben, wie z. B. das Zeugen von Gewalt oder Unfällen, Tod einer nahestehenden Person oder schwere Krankheiten. Daher kann mit der vorliegenden Studie ausschließlich eine Aussage über den Beitrag von Peer-Viktimisierung unter der Be-

---

rücksichtigung von familiärer Misshandlung gemacht werden, nicht aber über den generellen Erklärungsbeitrag von Peer-Viktimisierung hinsichtlich der Vorhersage von Psychopathologie.

Eine weitere Limitation der Studie besteht darin, dass ausschließlich Erfahrungen erfasst wurden, die das Risiko für die Entwicklung von Psychopathologie erhöhen. Es kann jedoch angenommen werden, dass auch protektive Faktoren, wie soziale Unterstützung durch Eltern und Peers, eine Rolle bei der Entstehung von Psychopathologie spielen, indem sie negativen Effekten von belastenden Erfahrungen entgegenwirken und eine ungünstige Entwicklung verhindern. Somit bleibt unklar, welchen Einfluss belastende Erfahrungen in der Peergroup unter der Berücksichtigung des Einflusses von Schutzfaktoren haben und welche Bedeutung die Interaktion der Risiko- und Schutzfaktoren hinsichtlich der Entstehung von Psychopathologie hat.

Zudem lässt die Studie aufgrund ihres Querschnittsdesigns keine eindeutigen kausalen Schlussfolgerungen über den Zusammenhang zwischen belastenden Erfahrungen in der Peergroup mit Psychopathologie zu. Neben der Möglichkeit, dass wiederholte Erfahrungen von Peer-Viktimisierung zu der Entstehung von Psychopathologie beitragen ist auch denkbar, dass psychische Auffälligkeiten oder Störungen im Kindes- und Jugendalter die Wahrscheinlichkeit erhöhen, Opfer von Peer-Viktimisierung zu werden. Die Forschungslage zu der Richtung der Kausalität von Peer-Viktimisierung und Fehlanpassungen ist nicht eindeutig. Einige Studien weisen darauf hin, dass psychische Auffälligkeiten das Erleben von Peer-Viktimisierung vorhersagen (z. B. Egan & Perry, 1998), während andere Studien zeigen, dass Peer-Viktimisierung zu einer Fehlanpassung führt (z. B. Kochenderfer & Ladd, 1996). Neben Studien, die Belege für eine eindeutige Richtung der Kausalität liefern, liegen auch Studien vor, die eine wechselseitige Beeinflussung von psychischen Auffälligkeiten und Peer-Viktimisierung nahelegen (Hodges & Perry, 1999).

Um die aufgeworfenen Fragen nach dem Einfluss und der Interaktion von Risiko- und Schutzfaktoren in Peergroup und Familie sowie der Kausalität von Peer-Viktimisierung und Psychopathologie angemessen klären zu können, wären Längsschnittstudien notwendig, die über viele Jahre von der Kindheit bis zum Erwachsenenalter ein breites Spektrum von belastenden und positiven Erfahrungen sowie verschiedene psychopathologische Symptome und Störungen erheben.

Während die zweite Studie den Zusammenhang von Peer-Viktimisierung mit einem breiten Spektrum psychischer Symptome untersuchte, fokussierte die dritte Studie (Manuskript 3) auf eine spezifische psychische Störung, die soziale Phobie. Sozialphobische Befürchtungen beziehen sich insbesondere auf Erfahrungen, wie sie im Rahmen von Peer-Viktimisierung auftreten können, z. B. Erniedrigung, Demütigung, Zurückweisung und Ablehnung durch andere Personen. Der zentrale Befund der Studie besteht darin, dass sich die Patienten mit sozialer Phobie und einem hohen Ausmaß an Peer-Viktimisierung hinsichtlich ihrer psychophysiologischen Reaktionen auf die Erinnerung an eine persönliche belastende soziale Erfahrung von Sozialphobikern ohne Peer-Viktimisierung und Gesunden mit und ohne Peer-Viktimisierung unterschieden. Er lieferte Hinweise darauf, dass bei dieser Subgruppe veränderte Gedächtnisrepräsentationen von belastenden sozialen Erfahrungen vorliegen könnten.

Eine Schwierigkeit bei der Interpretation der Daten ergab sich durch das unterschiedliche Ergebnismuster der psychophysiologischen Reaktionen und selbstberichteten Emotionen. Eine mangelnde Konvergenz von psychophysiologischen und subjektiv berichteten emotionalen Reaktionen wird allerdings häufig gefunden (ein Überblick findet sich bei Cacioppo, Berntson, Larson, Poehlmann & Ito, 2000), auch in Studien zu sozialer Phobie (ein Überblick findet sich bei Lang & Cuthbert, 1984; Mauss, Wilhelm & Gross, 2004), und auf die relative Unabhängigkeit der beiden Komponenten zurückgeführt (Lang et al., 1983; Lang, Greenwald,

Bradley & Hamm, 1993). Die Divergenz der emotionalen und psychophysiologischen Reaktionen kann daher nicht als Widerspruch zu der Annahme eines assoziativen Gedächtnisnetzwerkes gesehen werden, zumal die Intensität berichteter Gefühle (z. B. von Wut und Scham) während der Erinnerung an persönliche belastende soziale Erfahrungen stärker von früherer Peer-Viktimisierung als von der Diagnose einer sozialen Phobie abhing. Ausgehend von der Annahme, dass die psychophysiologische Reaktivität enger mit der Symptomatik einer PTBS zusammenhängt als emotionale Selbstberichte (Orr, Pitman, Lasko & Herz, 1993; Carson et al., 2000) wurde vielmehr angenommen, dass auch bei Patienten mit sozialer Phobie vor allem psychophysiologische Reaktionen Hinweise auf Unterschiede der Gedächtnisstruktur liefern könnten. Allerdings zeigte sich auch innerhalb der Ebene psychophysiologischer Reaktionen nur eine geringe Konvergenz von Herzrate und Hautleitfähigkeit dahingehend, dass sich hinsichtlich der Hautleitfähigkeitsreaktion die Subgruppe der Sozialphobiker mit belastenden Erfahrungen von den Sozialphobikern ohne belastende Erfahrungen und den Gesunden unterschied, sich bezogen auf die Herzrate hingegen ein Unterschied zwischen den Patienten mit sozialer Phobie und den Gesunden zeigte. Da aber angenommen wird, dass verschiedene psychophysiologische Maße unterschiedliche Aspekte des autonomen Nervensystems widerspiegeln (Fowles, 1980, 1988; Mauss & Robinson, 2009), wurde auch dieser Befund nicht als gegen die Netzwerkhypothese sprechendes Ergebnis gewertet.

Auch wenn die Mechanismen, die dem Zusammenhang von Peer-Viktimisierung und sozialer Phobie zugrunde liegen, noch weitestgehend unverstanden sind, weisen die Befunde der Studie insgesamt darauf hin, dass, vergleichbar mit der Entwicklung einer PTBS nach einem traumatischen Ereignis (Orr, 1994), ein Subtyp der sozialen Phobie im wiederholten Erleben von ungünstigen sozialen Erfahrungen begründet zu sein scheint. Es kann angenommen werden, dass die negativen Erfahrungen, dem Konditionierungsprinzip und assoziativen Lernprozessen folgend (Mineka & Zinbarg, 1995; Mineka & Zinbarg, 2006; Stemberger, Turner, Bei-

del & Calhoun, 1995), zu einer Verknüpfung sozialer Reize mit einer negativen Bedeutung und negativen affektiven, physiologischen und körperlichen Reaktionen in Form eines assoziativen Gedächtnisnetzwerkes geführt haben (Cuthbert et al., 2003; Lissek et al., 2008). Ein zentrales Merkmal des Netzwerkes bei der sozialen Phobie im Vergleich zu Furchtnetzwerken bei anderen Ängsten besteht demnach darin, dass sich die Angst nicht auf eine körperliche, sondern eine interpersonelle Bedrohung und die Bedeutungsebene auf Ablehnung, Zurückweisung und Ausschluss bezieht (Huppert & Foa, 2004).

Auch hinsichtlich der dritten Studie muss neben dem Erkenntnisgewinn auf wichtige Limitationen hingewiesen werden. Obwohl eine beträchtliche Anzahl an Probanden untersucht worden ist und signifikante Gruppenunterschiede gefunden wurden, war die untersuchte Stichprobe im Hinblick auf die Unterteilung in vier Subgruppen möglicherweise immer noch zu klein, um große Effekte finden zu können. Wie schon bezüglich Studie 2 diskutiert wurde, betrifft eine weitere Limitation auch bei dieser Studie das Querschnittsdesign der Studie, das keine eindeutige Aussage über die Kausalität von belastenden Erfahrungen, die Entstehung eines Gedächtnisnetzwerkes und die Entwicklung von Psychopathologie zulässt.

Vor allem prospektive Studien an größeren Stichprobe könnten ermöglichen, einen Einblick in die Entstehung und Verfestigung des Gedächtnisnetzwerkes in Abhängigkeit von belastenden sozialen Erfahrungen bzw. Psychopathologie zu erlangen, wobei größere Stichproben die gezielte Untersuchung von Subgruppen mit unterschiedlichen Typen von Misshandlungserfahrungen bzw. unterschiedlichen Diagnosen erlauben würden. Neben der Erforschung von Risikofaktoren wäre es auch in diesem Zusammenhang wichtig, in zukünftigen Forschungsarbeiten persönliche Resilienzfaktoren zu untersuchen, die der Entwicklung eines assoziativen Gedächtnisnetzwerkes vorbeugen können.

Zusammengefasst besteht ein wichtiger Beitrag der vorliegenden Arbeit darin, dass mit dem *FBS* ein Instrument zur Verfügung gestellt wurde, das es im deutschen Sprachraum ermöglicht, Viktimisierung durch Gleichaltrige, die in Kindheit und Jugend erlebt wurde, retrospektiv zu erfassen. Daneben besteht der Erkenntnisgewinn der Arbeit darin, dass Peer-Viktimisierung einen von familiärer Misshandlung unabhängigen Risikofaktor im Hinblick auf viele verschiedene psychische Symptombereiche darzustellen scheint und somit keine zweitrangige harmlosere Form der Misshandlung im Vergleich zu sexueller, körperlicher oder emotionaler Misshandlung im familiären Kontext ist. Schließlich liefern die Befunde der Arbeit Hinweise darauf, dass das für die Entstehung und Aufrechterhaltung der PTBS angenommene assoziative Gedächtnisnetzwerk in ähnlicher Form auch hinsichtlich der Entwicklung und Aufrechterhaltung des Subtyps der sozialen Phobie mit vielen belastenden sozialen Erfahrungen in der Vorgeschichte einen zentralen Mechanismus darstellen könnte.

Im Einklang mit Baumeister und Leary (2005) deuten die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit darauf hin, dass wiederholte negative Erfahrungen, die das grundlegende Bedürfnis nach sozialer Zugehörigkeit bedrohen, wie die in dieser Arbeit untersuchte Peer-Viktimisierung, zu langfristigen Veränderungen und Beeinträchtigungen im Hinblick auf Emotionen, Kognitionen, Verhalten, Physiologie und die Gesundheit führen können. Auch der Befund, dass belastende soziale und emotionale Erfahrungen im Kontext der Familie und der Peergroup mit mindestens ebenso gravierenden Folgen assoziiert sein können wie körperliche und sexuelle Misshandlung, ist konsistent mit den Ergebnissen einer Vielzahl von Studien aus den letzten Jahren (z. B. Egeland, 2009; Prinstein et al., 2001; Rodgers et al., 2004; Siegel et al., 2009; Simon et al., 2009) und verdeutlicht, dass neben traumatischen Erfahrungen im Sinne der Trauma-Definitionen von ICD-10 (Weltgesundheitsorganisation, 2010) und DSM-IV (Saß et



al., 2003) auch subtraumatische belastende soziale Erfahrungen einen bedeutsamen Risikofaktor für die Entwicklung von Psychopathologie darstellen.

In dieser Arbeit wurde der Fokus auf den Zusammenhang von belastenden sozialen Erfahrungen mit der sozialen Phobie und dessen zugrundeliegende Mechanismen gelegt. Allerdings darf die Bedeutung von veränderten Gedächtnisrepräsentationen belastender sozialer Erfahrungen nicht als spezifisch bezüglich der sozialen Phobie verstanden werden. Die Entstehung eines assoziativen Gedächtnisnetzwerkes muss vielmehr als vermittelnder Faktor zwischen negativen sozialen Erfahrungen und verschiedenen psychischen Störungen angesehen werden. Nicht nur hinsichtlich der Entstehung und Aufrechterhaltung der PTBS wird die Bedeutsamkeit assoziativer Gedächtnisprozesse postuliert (Foa & Kozak, 1986), auch bei der Depression wird Erinnerungen an belastende Erfahrungen eine wichtige Bedeutung bei der Entstehung der Störung zugeschrieben. Beck (2008) und Beevers (2005) schlagen beispielsweise Modelle der kognitiven Vulnerabilität für Depression vor, in denen sie annehmen, dass frühe ungünstige Erfahrungen zu veränderten Repräsentationen dieser Ereignisse im autobiographischen Gedächtnis führen, die zu der Entstehung dysfunktionaler Grundannahmen beitragen können. Diese Erinnerungen an frühe negative Erfahrungen und die dysfunktionalen Überzeugungen können durch weitere belastende Erfahrungen, die im Laufe des Lebens auftreten, erneut aktiviert werden und automatische Informationsverarbeitungsprozesse in Gang setzen, die mit Verzerrungen hinsichtlich Wahrnehmung, Interpretation und Aufmerksamkeit einhergehen und die Entwicklung depressiver Symptome begünstigen können. Die Bedeutung von Erinnerungen an frühere belastende Ereignisse im Rahmen der Depression wird durch Studien bestätigt, die bei Patienten mit wiederkehrenden depressiven Episoden intrusive und spontan auftretende Erinnerungsbilder von belastenden Lebensereignissen wie Krankheit, Tod einer na-

hestehenden Person, aber auch interpersonellen Problemen, fanden (z. B. Patel et al., 2007; Reynolds & Brewin, 1999).

Die Befunde der vorliegenden Arbeit gehen mit verschiedenen Implikationen einher. Ausgehend von dem engen Zusammenhang von belastenden sozialen und emotionalen Erfahrungen mit Psychopathologie erscheint es zum einen sinnvoll und notwendig, den Traumabegriff nicht ausschließlich auf Extremereignisse zu beziehen, wie sie in den gängigen Klassifikationssystemen ICD-10 (Weltgesundheitsorganisation, 2010) und DSM-IV (Saß et al., 2003) definiert werden, sondern den Begriff auf aversive soziale und emotionale Ereignisse auszuweiten, die als Einzelereignis folgenlos sein, aber bei wiederholtem Auftreten ebenfalls weitreichende negative Konsequenzen haben können. Zwar beinhaltet das DSM-V (APA, 2013) Veränderungen hinsichtlich der Definition eines traumatischen Ereignisses dahingehend, dass das A2-Kriterium (subjektive Reaktion auf das traumatische Ereignis) entfernt wurde und im A1-Kriterium expliziter formuliert wurde, wie ein traumatisches Ereignis erlebt worden ist (z. B. direktes Erleben des traumatischen Ereignisses, Bezeugen des traumatischen Ereignisses, Erfahren, dass eine enge Bezugsperson das traumatische Ereignis erlebt hat), der Schwerpunkt wird jedoch weiterhin auf Ereignisse gelegt, bei denen Tod, Verletzung oder sexuelle Gewalt erlebt, bezeugt oder angedroht wird.

Zum anderen legen die Ergebnisse der Arbeit eine Unterteilung der sozialen Phobie hinsichtlich ihrer Ätiologie in einen Subtypen mit belastenden sozialen Erfahrungen und einen ohne belastende soziale Erfahrungen nahe, wie es beispielsweise auch für Depressionen diskutiert wird (Heim, Newport, Mletzko, Miller & Nemeroff, 2008; Heim, Plotsky & Nemeroff, 2004). Diese Unterteilung hätte nicht nur Implikationen für die Diagnostik der sozialen Phobie sondern auch für deren Behandlung. Wenn wiederkehrende Erinnerungen an belastende soziale Erfahrungen, wie Peer-Viktimisierung, tatsächlich einen zentralen Vulnerabilitäts- und

---

Aufrechterhaltungsfaktor der sozialen Phobie darstellen, so sollten diese Erinnerungen im Rahmen einer psychotherapeutischen Behandlung bearbeitet und modifiziert werden. Das verdeutlicht, dass klassische kognitiv-verhaltenstherapeutische Behandlungsansätze (z. B. Clark & Wells, 1995) einer Erweiterung bedürfen, um den Subtypen der sozialen Phobie mit belastenden Sozialerfahrungen noch besser behandeln zu können. Erste Befunde zu Behandlungsprogrammen, die an belastenden sozialen Erinnerungen von Patienten mit sozialer Phobie ansetzten (Nilsson, Lundh & Viborg, 2012; Wild & Clark, 2011), zeigten, dass eine Veränderung der Gedächtnisrepräsentation belastender Ereignisse durch Rescripting-Techniken sowohl das Auftreten der intrusiven Bilder als auch die sozialphobische Symptomatik reduzieren konnte (Nilsson et al., 2012). Neben den Rescripting-Techniken, die die Modifikation einzelner Erinnerungsbilder, die mit dem Beginn der sozialen Phobie in Verbindung gebracht werden (Hackman et al., 2000), zum Ziel haben, werden weitere Behandlungsansätze zur Modifikation der Furchtstruktur, wie Expositionstherapie in vivo und in sensu vorgeschlagen (Huppert & Foa, 2004). Geht man von der Traumaperspektive, die in der vorliegenden Arbeit auf die soziale Phobie übertragen wurde, und den Ergebnissen der Arbeit aus, erscheinen zusätzlich zu den genannten Ansätzen biographisch orientierte Behandlungsansätze, die auch zur Behandlung der PTBS eingesetzt werden, wie die Narrative Expositionstherapie (Neuner et al., 2009) indiziert. Diese könnten vor allem bei der Behandlung von Personen, die zahlreichen verschiedenen Typen von belastenden Sozialerfahrungen ausgesetzt waren und demnach eine Vielzahl von Stimulus-, Bedeutungs- und Reaktionsrepräsentationen im assoziativen Gedächtnisnetzwerk aufweisen, von Bedeutung sein. Das Ziel einer solchen Behandlung bestünde nicht nur in der Konfrontation mit den Erinnerungen, einem bewussten Wiedererleben und Erzählen der belastenden Situationen und aller dazugehöriger Gefühle, Empfindungen und Gedanken zur Elaboration und Modifikation der Gedächtnisstruktur, sondern auch in der Verortung von aktuellen Gefühls-, Gedanken- und Verhaltensmustern in den autobiographi-

---

schen Kontext. Dies würde vermutlich nicht nur die Häufigkeit und Intensität spontan wiederkehrender intrusiver Erinnerungen verringern, sondern auch die Fähigkeit zur Diskrimination zwischen früheren Situationen bzw. damaligem Erleben und heutigen Situationen verbessern. Es wäre daher wünschenswert, im Rahmen zukünftiger Forschungsarbeiten ein Programm für die Behandlung des Subtyps der sozialen Phobie mit belastenden Sozialerfahrungen zu entwickeln, das neben bisher berücksichtigten Komponenten, wie z. B. dem Abbau von Sicherheits- und Vermeidungsverhalten, einem Aufmerksamkeitstraining und kognitiven Techniken auch die Modifikation von Gedächtnisrepräsentationen belastender sozialer Erfahrungen, z. B. mittels narrativer Exposition, beinhaltet. Zudem wäre anschließend die Evaluation des biographisch orientierten Vorgehens bei der Behandlung dieses Subtyps der sozialen Phobie im Vergleich zu einer rein symptomorientierten Behandlung notwendig.

Insgesamt weisen die Ausführungen darauf hin, dass bei der Betrachtung und Behandlung psychischer Störungen eine Verschiebung der Perspektive weg von einer rein symptomorientierten und störungsspezifischen Sichtweise hin zu einer ätiologisch orientierten Perspektive lohnenswert zu sein scheint. Vor allem im Hinblick auf die Behandlung von Störungen, bei deren Entstehung wiederholte aversive soziale Erfahrungen in der Vorgeschichte eine zentrale Rolle spielen, könnte ein diagnoseübergreifendes therapeutisches Vorgehen, das neben symptomorientierten Methoden auch die Bearbeitung von Erinnerungen an diese Ereignisse beinhaltet, neue Möglichkeiten eröffnen, die den Betroffenen möglicherweise eher gerecht werden als ein rein symptomorientiertes Vorgehen.

---

## 5. LITERATUR

- Afifi, T. O. (2012). The relationship between child maltreatment and Axis I mental disorders: A summary of the published literature from 2006 to 2010. *Open Journal of Psychiatry*, 2, 21-32.
- APA (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5). 5. Ausgabe. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Arseneault, L., Bowes, L. & Shakoor, S. (2010). Bullying victimization in youths and mental health problems: “Much ado about nothing”?. *Psychological Medicine*, 29, 1–13.
- Baumeister, R. F. & Leary, M. R. (1995). The need to belong: Desire for interpersonal attachments as a fundamental human motivation. *Psychological Bulletin*, 117 (3), 497-529.
- Beck, A. T. (2000). The evolution of the cognitive model of depression and its neurobiological correlates. *American Journal of Psychiatry*, 165, 969-977.
- Beevers, C. G. (2005). Cognitive vulnerability to depression: A dual process model. *Clinical Psychology Review*, 25 (7), 975-1002.
- Benjet, C., Thompson, R. J. & Gotlib, I. H. (2010). 5-HTTLPR moderates the effect of relational peer victimization on depressive symptoms in adolescent girls. *Journal of Child Psychology & Psychiatry*, 51 (2), 173- 179.
- Bernstein, D. P. & Fink, L. (1998). *Childhood Trauma Questionnaire: A retrospective self-report questionnaire and manual*. San Antonio: The Psychological Corporation.
- Bolger, K. E. & Patterson, C. J. (2001). Developmental pathways from child maltreatment to peer rejection. *Child Development*, 72, 549–568.
- Brewin, C. R., Andrews, B. & Gotlib, I. H. (1993). Psychopathology and early experience: A reappraisal of retrospective reports. *Psychological Bulletin*, 113 (1), 82-98.
- Brewin, C. R., Dalgleish, T. & Joseph, S. (1996). A dual representation theory of post-traumatic stress disorder. *Psychological Review*, 103 (4), 670–686.

- 
- Cacioppo, J. T., Berntson, G. G., Larsen, J. T., Poehlmann, K. M. & Ito, T. A. (2000). The psychophysiology of emotion. In R. Lewis & J. M. Haviland-Jones (Hrsg.). *The Handbook of Emotion* (pp. 173–191). Guilford Press.
- Carney, J. (2008). Perceptions of bullying and associated trauma during adolescence. *Professional School Counseling, 11* (3), 179-188.
- Carson, M. A., Paulus, L. A., Lasko, N. B., Metzger, L. J., Wolfe, J., Orr, S. P. & Pitman, R. K. (2000). Psychophysiologic assessment of posttraumatic stress disorder in vietnam nurse veterans who witnessed injury and death. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 68*, 890–897.
- Cicchetti, D. & Toth, S. L. (2005). Child maltreatment. *Annual Review of Clinical Psychology, 5*, 409–438.
- Clark, D. M. & Wells, A. (1995). A cognitive model of social phobia. In R. G. Heimberg, M. R. Liebowitz, D. A. Hope & F. R. Schneier (Hrsg.). *Social Phobia: Diagnosis, Assessment, and Treatment* (pp. 69-93). New York: Guilford.
- Cleary, P. J. (1981). Problems of internal consistency and scaling in life event schedules. *Journal of Psychosomatic Research, 25* (4), 309-320.
- Cook, E. W., Melamed, B. G., Cuthbert, B. N., McNeil, D. W. & Lang, P. J. (1988). Emotional imagery and the differential diagnosis of anxiety. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 5*, 734–740.
- Crick, N. R. & Grotpeter, J. K. (1995). Relational aggression, gender, and social-psychological adjustment. *Child Development, 66*, 710–722.
- Crick, N. R. & Grotpeter, J. K. (1996). Children's treatment by peers: Victims of relational and overt aggression. *Development and Psychopathology, 8*, 367-380.

- 
- Cuthbert, B. N., Lang, P. J., Strauss, C., Drobles, D., Patrick, C. J. & Bradley, M. M. (2003). The psychophysiology of anxiety disorder: Fear memory imagery. *Psychophysiology*, *40*, 407-422.
- Danielson, C. K., De Arellano, M. A., Kilpatrick, D. G., Saunders, B. E. & Resnick, H. S. (2005). Child maltreatment in depressed adolescents: Differences in symptomatology based on history of abuse. *Child Maltreatment*, *10*, 37-48.
- De Los Reyes, A. & Prinstein, M. J. (2004). Applying depression-distortion hypotheses to the assessment of peer victimization in adolescents. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, *33* (2), 325-335.
- Dempsey, A. G. & Storch, E. A. (2008). Relational victimization: The association between recalled adolescent social experiences and emotional adjustment in early adulthood. *Psychology in the Schools*, *45*, 310-322.
- Dickerson, S. S. , Gruenewald, T. L. & Kemeny, M. E. (2004). When the social self is threatened: Shame, Physiology, and health. *Journal of Personality*, *72* (6), 1191-1216.
- Duncan, R. D. (1999). Maltreatment by parents and peers: The relationship between child abuse, bully victimization, and psychological distress. *Child Maltreatment*, *4*, 45–55.
- Egan, S.K. & Perry, D. G. (1998). Does low self-regard invite victimization? *Developmental Psychology*, *34*, 299– 309.
- Egeland, B. (2009). Taking stock: Childhood emotional maltreatment and developmental psychopathology. *Child Abuse and Neglect*, *33* (1), 22–26.
- Eisenberger, N. I. & Lieberman, M. D. (2004). Why rejection hurts: a common neural alarm system for physical and social pain. *Trends in Cognitive Sciences*, *8* (7), 294-300.
- Eisenberger, N. I., Lieberman, M. D. & Williams, K. D. (2003). Does rejection hurt? An fMRI study of social exclusion. *Science*, *302*, 290–292.

- 
- Ellerbrake, N. (2012). *Evaluation des Fragebogens zur Erfassung belastender Sozialerfahrungen in der Peergroup*. Unveröffentlichte Diplomarbeit, Universität Bielefeld.
- Foa, E. B. & Kozak, M. J. (1986). Emotional processing of fear: Exposure to corrective information. *Psychological Bulletin*, 99, 20-35.
- Fowles, D. C. (1980). The three arousal model: Implications of Gray's two-factor learning theory for heart rate, electrodermal activity, and psychopathy. *Psychophysiology*, 17, 87-104.
- Fowles, D. C. (1988). Psychophysiology and Psychopathology: A Motivational Approach. *Psychophysiology*, 25 (4), 373-391.
- Franke, G. H. (2000). *Brief Symptom Inventory (BSI)*. Göttingen: Beltz.
- Gibb, B. E., Abramson, L. Y. & Alloy, L. B. (2004). Emotional maltreatment from parents, verbal peer victimization, and cognitive vulnerability to depression. *Cognitive Therapy and Research*, 28 (1), 1–21.
- Gibb, B. E., Chelminski, I. & Zimmerman, M. (2007). Childhood emotional, physical, and sexual abuse, and diagnoses of depressive and anxiety disorders in adult psychiatric outpatients. *Depression and Anxiety*, 24, 256-263.
- Gilbert, R., Widom, C. S., Browne, K., Fergusson, D., Webb, E. & Janson, S. (2009). Burden and consequences of child maltreatment in high-income countries. *Lancet*, 373, 68-81.
- Glaser, D. (2002). Emotional abuse and neglect (psychological maltreatment): A conceptual framework. *Child Abuse and Neglect*, 26, 697–714.
- Gren-Landell, M., Aho, N., Andersson, G. & Svedin, C.G. (2011). Social anxiety disorder and victimization in a community sample of adolescents. *Journal of Adolescence*, 34, 569-577.
- Hackmann, A., Clark D. M. & McManus, F. (2000). Recurrent images and early memories in social phobia. *Behavior Research and Therapy*, 38 (6), 601-610.



- 
- Hackmann, A., Surawy, C. & Clark, D. M. (1998). Seeing yourself through others' eyes: A study of spontaneously occurring images in social phobia. *Behavioral and Cognitive Psychotherapy*, 26 (1), 3-12.
- Hamby, S. L., Finkelhor, D., Turner, H. A. & Ormrod, R. (2010). The overlap of witnessing partner violence with child maltreatment and other victimizations in a nationally representative survey of youth. *Child Abuse and Neglect*, 34, 734-741.
- Hardt, J. & Rutter, M. (2004). Validity of adult retrospective reports of adverse childhood experiences: Review of the evidence. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 45 (2), 260-273.
- Harvey, A. G., Ehlers, A. & Clark, D. M. (2005). Learning history in social phobia. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 33, 257-271.
- Hautzinger, M., Keller, F. & Kühner, C. (2006). *Das Beck Depressionsinventar II. Deutsche Bearbeitung und Handbuch zum BDI II*. Frankfurt a. M.: Harcourt Test Services.
- Hawker, D. S. J & Boulton, M. J. (2000). Twenty years' research on peer victimization and psychosocial maladjustment: A meta-analytic review of cross-sectional studies. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 41 (4), 441-455.
- Heim, C., Newport, D. J., Mletzko, T., Miller, A. H. & Nemeroff, C. B. (2008). The link between childhood trauma and depression: Insight from HPA axis studies in humans. *Psychoneuroendocrinology*, 33, 693-710.
- Heim, C., Plotsky, P. M. & Nemeroff, C. B. (2004). Importance of studying the contributions of early adverse experience to neurobiological findings in depression. *Neuropsychopharmacology*, 29, 641-648.
- Hodges, E. V. E. & Perry, D. G. (1999). Personal and interpersonal antecedents and consequences of victimization by peers. *Journal of Personality and Social Psychology*, 76, 677-685.

- 
- Huppert, J. D. & Foa, E. B. (2004). Maintenance mechanisms in social anxiety: An integration of cognitive biases and emotional processing theory. In J. Yiend (Hrsg.). *Cognition, emotion and psychopathology: Theoretical, empirical and clinical directions* (pp. 213–231). New York: Cambridge University Press.
- Johnson, J. G., Cohen, P., Brown, J., Smailes, E. M. & Bernstein, D. P. (1999). Childhood maltreatment increases risk for personality disorders during early adulthood. *Archives of General Psychiatry*, *56*, 600- 606.
- Kendler, K. S., Neale, M. C., Kessler, R. C., Heath, A. C. & Eaves, L. J. (1992). The genetic epidemiology of phobias in women: the interrelationship of agoraphobia, social phobia, situational phobia, and simple phobia. *Archives of General Psychiatry*, *49*, 273–281.
- Kingery, J. N., Erdley, C. A., Marshall, K. C., Whitaker, K. G. & Reuter, T. R. (2010). Peer Experiences of Anxious and Socially Withdrawn youth: An integrative review of the developmental and clinical literature. *Clinical Child and Family Psychological Review*, *13*, 91-128.
- Klinitzke, G., Romppel, M., Häuser, W., Brähler, E. & Glaesmer, H. (2012). Die deutsche Version des Childhood Trauma Questionnaire (CTQ) – psychometrische Eigenschaften in einer bevölkerungsrepräsentativen Stichprobe. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, *62*, 47-51.
- Kochenderfer, B. J. & Ladd, G. W. (1996). Peer victimization: Cause or consequence of school maladjustment? *Child Development*, *67*, 1305–1317.
- Kuo, J. R., Goldin, P. R., Werner, K., Heimberg, R. G. & Gross, J. J. (2011). Childhood trauma and current psychological functioning in adults with social anxiety disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, *25* (4), 467-473.

- 
- La Greca, A. M. & Harrison, H. M. (2005). Adolescent peer relations, friendship, and romantic relationships: Do they predict social anxiety and depression? *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 34 (1), 49-61.
- Lang, P. J. (1979). A bio-informational theory of emotional imagery. *Psychophysiology*, 16, 495–512.
- Lang, P. J. (1984). Cognition in emotion: Concept and action. In C. E. Izard, J. Kagan & R. B. Zajonc (Hrsg.), *Emotions, cognition, and behavior* (pp.192-226). Cambridge, England: Cambridge University Press.
- Lang, P. J. & Cuthbert, B. N. (1984). Affective information processing and the assessment of anxiety. *Journal of Behavioral Assessment*, 6, 376-395.
- Lang, P. J., Greenwald, M. K., Bradley, M. M. & Hamm, A. O. (1993). Looking at pictures: evaluative, facial, visceral, and behavioral responses. *Psychophysiology*, 30 (3), 261-273.
- Lang, P. J., Levin, D. N., Miller, G. A. & Kozak, M. J. (1983). Fear behavior, fear imagery, and the psychophysiology of emotion: The problem of affective-response integration. *Journal of Abnormal Psychology*, 92, 276–306.
- Lang, P. J. & McTeague, L. M. (2009). The anxiety disorder spectrum: Fear imagery, physiological reactivity, and differential diagnosis. *Anxiety, Stress, and Coping*, 22 (1), 5-25.
- Leeb, R.T., Paulozzi, L., Melanson, C., Simon, T. & Arias, I. (2008). *Child maltreatment surveillance: Uniform definitions for public health and recommended data elements*. Atlanta: Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Injury Prevention and Control.
- 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 (9), 859–866.

- 
- Lissek, S., Levenson, J., Biggs, A. L., Johnson, L. L., Ameli, R., Pine, D. S. & Grillon, C. (2008). Elevated fear conditioning to social relevant unconditioned stimuli in social anxiety disorder. *American Journal of Psychiatry*, *165* (1), 124-132.
- MacDonald, G. & Leary, M. (2005). Why does social exclusion hurt? The relationship between social and physical pain. *Psychological Bulletin*, *131*, 202–223.
- Marteinsdottir, I., Svensson, A., Svedberg, M., Anderberg, U. M. & von Knorring, L. (2007). The role of life events in social phobia. *Nordic Journal of Psychiatry*, *61* (3), 207–212.
- Mauss, I. B. & Robinson, M. D. (2009). Measures of emotion: A review. *Cognition and Emotion*, *23* (2), 209-237.
- Mauss, I. B., Wilhelm, F. H. & Gross, J. H. (2004). Is there less to social anxiety than meets the eye? Emotion experience, expression, and bodily responding. *Cognition and Emotion*, *18* (5), 631-662.
- McTeague, L. M., Lang, P. J., Laplante, M.-C., Cuthbert, B. N., Strauss, C. C. & Bradley, M. M. (2009). Fearful imagery in social phobia: Generalization, comorbidity, and physiological reactivity. *Biological Psychiatry*, *65* (5), 374-382.
- Mineka, S. & Zinbarg, R. (1995). Conditioning and ethological models of social phobia. In R. G. Heimberg (Hrsg.). *Social Phobia: Diagnosis, Assessment, and Treatment* (pp. 134-162). New York: Guilford.
- Mineka, S. & Zinbarg, R. (2006). A contemporary learning theory perspective on the etiology of anxiety disorders: It's not what you thought it was. *American Psychologist*, *61*, 10–26.
- Mynard, H. & Joseph, S. (2000). Development of the multidimensional peer-victimization scale. *Aggressive Behavior*, *26* (2), 169-178.
- Mynard, H., Joseph, S. & Alexander, J. (2000). Peer victimization and posttraumatic stress in adolescents. *Personality and Individual Differences*, *29*, 815-821.

- 
- Netland, M. (2001). Assessment of exposure to political violence and other potentially traumatizing events. A critical review. *Journal of Traumatic Stress, 14* (2), 311-326.
- Netland, M. (2005). Event-list construction and treatment of exposure data in research on political violence. *Journal of Traumatic Stress, 18* (5), 507-517.
- Neuner, F., Schauer, M. & Elbert, T. (2009). Narrative Exposition. In A. Maercker (Hrsg.), *Posttraumatische Belastungsstörungen* (pp. 301 – 318). Heidelberg: Springer.
- Nilsson, J. E. , Lundh, L. G. & Viborg, G. (2012). Imagery rescripting of early memories in social anxiety disorder: An experimental study. *Behaviour Research and Therapy, 50* (6), 387-392.
- Orr, S.P. (1994). An overview of psychophysiological studies of PTSD. *PTSD Research Quarterly, 5*, 1–7.
- Orr, S. P., Lasko, N. B., Metzger, L. J., Berry, N. J., Ahern, C. E. & Pitman, R. K. (1998). Psychophysiologic assessment of women with post-traumatic stress disorder resulting from childhood sexual abuse. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 66*, 906 –913.
- Orr, S. P., Pitman, R. K., Lasko, N. B. & Herz, L. R. (1993). Psychophysiological Assessment of posttraumatic stress disorder imagery in world war II and Korean combat veterans. *Journal of Abnormal Psychology, 102* (1), 152-159.
- Paivio, S. C. (2001). Stability of retrospective self-reports of child abuse and neglect before and after therapy for child abuse issues. *Child Abuse and Neglect, 25* (8), 1053-1068.
- Patel, T., Brewin, C. R., Wheatley, J., Wells, A., Fisher, P. & Myers, S. (2007). Intrusive images and memories in major depression. *Behaviour Research and Therapy, 45* (11), 273-2580.
- Pitman, R. K., Orr, S. P., Foa, D. F., de Jong, J. B. & Clairborn, J. M. (1987). Psychophysiologic assessment of posttraumatic stress disorder imagery in Vietnam combat veterans. *Archives of General Psychiatry, 44*, 970-975.

- 
- Prinstein, M. J., Boergers, J. & Vernberg, E. M. (2001). Overt and relational aggression in adolescents: Social-psychological adjustment of aggressors and victims. *Journal of Clinical Child Psychology, 30*, 479–491.
- Reynolds, M. & Brewin, C. R. (1999). Intrusive memories in depression and posttraumatic stress disorder. *Behaviour Research and Therapy, 37* (3), 201-215.
- Richmond, J., Elliot, A., Pierce, T., Aspelmeier, J. & Alexander, A. (2009). Polyvictimization, childhood victimization, and psychological distress in college women. *Child Maltreatment, 14*, 127–147.
- Rodgers, C. S., Lang, A. J., Laffaye, C., Satz, L. E., Dresselhaus, T. R. & Stein, M. B. (2004). The impact of individual forms of childhood maltreatment on health behavior. *Child Abuse and Neglect, 28* (5), 575-586.
- Saß, H., Wittchen, H-U., Zaudig, M. & Houben, I. (Hrsg.) (2003). *Diagnostisches und Statistisches Manual psychischer Störungen - Textrevision (DSM-IV-TR)*. Göttingen: Hogrefe.
- Schwartz, D. & Proctor, L. J. (2000). Community violence exposure and children's social adjustment in the school peer group: The mediating roles of emotion regulation and social cognition. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 68* (4), 670-683.
- Siegel, R. S., La Greca, A. M. & Harrison, H. M. (2009). Peer victimization and social anxiety in adolescents: Prospective and reciprocal relationship. *Journal of Youth and Adolescence, 38* (8), 1096-1109.
- Simon, N. M., Herlands, N. N., Marks, E. H., Mancini, C., Letamendi, A., Li, Z., Pollack, M. H., Van Ameringen, M. & Stein, M. B. (2009). Childhood maltreatment linked to greater symptom severity and poorer quality of life and function in social anxiety disorder. *Depression and Anxiety, 26* (11), 1027-1032.

- 
- Spertus, I. L., Yehuda, R., Wong, C. M., Halligan, S. & Seremetis, S. V. (2003). Childhood emotional abuse and neglect as predictors of psychological and physical symptoms in women presenting to a primary care practice. *Child Abuse and Neglect*, 27, 1247-1258.
- Stein, M. B. & Kean, Y. M. (2000). Disability and quality of life in social phobia: Epidemiologic findings. *American Journal of Psychiatry*, 157 (10), 1606-1613.
- Stemberger, R. T., Turner, S. M., Beidel, D. C. & Calhoun, K. S. (1995). Social Phobia: An analysis of possible developmental factors. *Journal of Abnormal Psychology*, 104 (3), 526-531.
- Storch, E. A. & Esposito, L. E. (2003). Peer victimization and posttraumatic stress among children. *Child Study Journal*, 33, 91 – 98.
- Troop-Gordon, W. & Ladd, G. W. (2005). Trajectories of peer victimization and perceptions of the self and schoolmates: Precursors to internalizing and externalizing problems. *Child Development*, 76, 1072–1091.
- van der Wal, M. F., de Wit, C. A. & Hirasing, R.A. (2003). Psychosocial health among young victims and offenders of direct and indirect bullying. *Pediatrics*, 111 (6), 1312-1317.
- Weltgesundheitsorganisation (2010). *Taschenführer zur ICD-10-Klassifikation psychischer Störungen* (5. Aufl.). Bern: Huber: Dilling, H. & Freyberger, H. J. (Hrsg.). S. 173-175.
- Wild, J. & Clark, D. M. (2011). Imagery rescripting of early traumatic memories in social phobia. *Cognitive and Behavioral Practice*, 18, 433-443.
- Williams, K. D. (2007). Ostracism. *Annual Review of Psychology*, 58, 425-452.
- Wingenfeld, K., Spitzer, C., Mensebach, C., Grabe, H. J., Hill, A., Gast, U., Schlosser, N., Höpp, H., Beblo, T., & Driessen, M. (2010). Die deutsche Version des Childhood Trauma Questionnaire (CTQ): Erste Befunde zu den psychometrischen Kennwerten. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 60 (11), 442-450.

- Wittchen, H.-U., Stein, M. B. & Kessler, R. C. (1999). Social fears and social phobia in a community sample of adolescents and young adults: prevalence, risk factors and comorbidity. *Psychological Medicine*, 29, 309-323.
- Wright, M. O., Crawford, E. & Del Castillo, D. (2009). Childhood emotional maltreatment and later psychological distress among college students: The mediating role of maladaptive schemas. *Child Abuse and Neglect*, 33, 59–68.



---

## **6. ÜBERSICHT: EINGEREICHTE ARTIKEL UND EIGENER FORSCHUNGS- BEITRAG**

### **MANUSKRIFT I:**

#### **Entwicklung und Evaluation des Fragebogens zu belastenden Sozialerfahrungen in der Peergroup (FBS)**

Lisa Sansen, Benjamin Iffland, Claudia Catani & Frank Neuner

Veröffentlicht 2013 in *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 42 (1),34-44

Ich war beteiligt an der Konzeptualisierung der Studie und an der Datenerhebung, ich habe die statistischen Analysen durchgeführt, die Ergebnisse interpretiert und das Manuskript als Erstautorin verfasst.

### **MANUSKRIFT II:**

#### **Peer victimization predicts psychological symptoms beyond the effects of child mal- treatment**

Lisa M. Sansen, Benjamin Iffland & Frank Neuner

Eingereicht 2013 bei *Psychiatry Research*

Ich war beteiligt an der Konzeptualisierung der Studie, an der Datenerhebung und der Betreuung der Diplomanden, die die Datenerhebung durchgeführt haben, habe die statistischen Analysen durchgeführt, die Ergebnisse interpretiert und das Manuskript als Erstautorin verfasst.

**MANUSKRIFT III:****The trauma of peer victimization: Psychophysiological and emotional characteristics of memory imagery in subjects with social anxiety disorder**

Lisa M. Sansen, Benjamin Iffland & Frank Neuner

Eingereicht 2013 bei *Psychophysiology*

Ich war beteiligt an der Konzeptualisierung der Studie, an der Datenerhebung inkl. klinischem Interview und der Betreuung der Diplomanden, die die Datenerhebung durchgeführt haben, ich habe die psychophysiologicalen Daten aufbereitet, die statistischen Analysen durchgeführt, die Ergebnisse interpretiert und das Manuskript als Erstautorin verfasst.

