



Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg
Hamburg University of Applied Sciences

Zur Prävention Sozialer Angststörungen im Kindes- und Jugendalter

Internationale Präventionsprojekte an Schulen

Bachelorthesis im Studiengang Soziale Arbeit

von Elisa Anders

eingereicht am 05.05.2018

Betreuender Professor:

Herr Prof. Dr. Groen

Zweitprüfer:

Herr Prof. Dr. Suess

Elisa Anders



Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis.....	1
1 Einleitung	1
2 Zur Sozialen Angststörung.....	3
2.1 Klassifizierung von Angststörungen im Kindesalter	6
2.2 Erstauftrittsalter von Angst und Verlauf	8
2.3 Häufigkeit / Morbidität von Angststörungen	9
2.4 Komorbidität.....	12
3 Ursachen und Risikofaktoren von sozialen Ängsten	13
3.1 Biologische Faktoren	14
3.1.1 Genetische Faktoren	14
3.1.2 Verhaltenshemmung.....	15
3.2 Psychische Faktoren.....	16
3.2.1 Soziales Lernen / Soziale Faktoren	16
3.2.2 Konditionierungsprozesse.....	17
3.2.3 Psychodynamisches Modell.....	18
3.3 Multikausales Entwicklungsmodell	19
3.4 Lebensereignisse und die Bewältigung	20
3.5 Kognitives Modell	20
3.6 Behavioristisches Modell.....	21
4 Definition und Abgrenzung des Begriffes „Prävention“	21
4.1 Erweiterung der Definition um den pädagogisch- psychologischen Ansatz ..	22
4.2 Arten der Prävention.....	23
4.3 Bedeutung von Prävention in der pädagogischen Arbeit	24
4.4 Chancen und Risiken der schulischen Prävention	25
4.5 Zur Relevanz von Prävention Sozialer Angststörungen	28
5 Zur Prävention Sozialer Angststörungen im schulischen Kontext.....	28
5.1 Methodik dieser Arbeit	29
5.2 Stand der Forschung / Tabelle.....	32

5.3	Auswertung der Präventionsprogramme.....	35
6	Fazit und Ausblick	43
7	Anhang	48
	Literaturverzeichnis.....	49

Abkürzungsverzeichnis

ECA- Studie:	Epidemiologic Catchment Area Study
ICD:	International Classification of Diseases
DSM:	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
KiGGS-Studie:	Kinder- und Jugendgesundheitssurvey
SDQ- Fragebogen:	Strengths and Difficulties Questionnaire
SBBANZ:	Selbstbeurteilungsbogen für Angst- und Zwangsstörungen
FBBANZ:	Fremdbeurteilungsbogen für Angst- und Zwangsstörungen

1 Einleitung

Im Gegensatz zu Krankheiten wie Depression oder der generalisierten, durch Panikattacken hervorgerufenen Angststörung steht die Soziale Angststörung wenig im Fokus der öffentlichen Auseinandersetzungen und ist kaum bekannt. Ein Grund dafür liegt darin, dass sich Menschen mit Sozialen Angststörungen zurückziehen, Kontakt zu anderen vermeiden und sich selten Hilfe holen, gerade weil der Beginn der Krankheit oft im Kindesalter liegt (vgl. Essau 2003, S. 136; vgl. n. Burke 1991). Sie haben Angst sich zu blamieren oder leiden unter starkem Leistungsdruck, sodass sie soziale Kontakte und Situationen meiden. Aktuell ist das Buch „Rattatam, Mein Herz“, der TAZ Autorin Franziska Seyboldt erschienen, in welchem darauf verwiesen wird, dass jeder sechste Deutsche im Laufe seines Lebens an einer Angststörung leidet und die Krankheit einer internationalen Studie nach sogar häufiger als die Depression auftritt. Trotzdem ist die Krankheit noch ein Tabuthema. In ihrem autobiografischen Bericht beschreibt die Autorin anschaulich das Leben mit ihrer Angststörung. So schreibt sie etwa über eine Erfahrung, als ihr mit zwölf Jahren unerwartet Blut aus den Lymphknoten am Hals abgenommen wurde, sie ohnmächtig wurde und die Angst auftrat:

„[...] die Angst setzte sich rittlings auf die Liege u. schaute sich um [...]. Ihr ging es darum mich zu beschützen [...]. Diese Ärztin ist nichts für dich. [...] Am besten gehst du überhaupt nie wieder zum Arzt. [...] Spürst du die Krep-punterlage unter dir? Jedes Mal, wenn du in Zukunft eine rascheln hörst, wird dir aufs Neue schummrig werden. Jedes Mal, wenn du ein Otoskop auch nur von Weitem siehst, wird dein Herz anfangen zu klopfen. Und dann: bumm!“
(Franziska Seyboldt 2018, S. 5).

Dieses Beispiel beschreibt gut, wie die Angst entstehen kann und bestimmte Verknüpfungen zwischen prägenden Situationen für Kinder und der Angst hergestellt werden. Es wird deutlich, wie Kinder die Angst als Schutz empfinden und so einer bestimmten Situation ausweichen. Das ist beispielhaft für die Soziale Angststörung, welche im zweiten Kapitel definiert wird. Neben der Definition wird das Kapitel die Klassifikationssysteme ICD und DSM vorstellen, welche Krankheiten beschreiben, definieren und klassifizieren. Daraufhin wird das Krankheitsbild der Sozialen Angststörung und die Anzahl der Betroffenen vorgestellt. Wie viele leiden unter dieser Krankheit? Wann tritt es häufig zum ersten Mal auf? Und leiden die Betroffenen an weiteren Krankheiten? Eine Antwort auf diese Fragen zu finden ist wichtig, um herauszufinden wann Präventionsprogramme rechtzeitig ansetzen.

Bedeutend für die Präventionsforschung und -wissenschaft ist auch die Frage nach den Ursachen, warum die Soziale Angststörung entsteht. Biologische, psychologische und kognitive Faktoren werden hier unter anderem in Kapitel drei vorgestellt, aber auch weitere Erklärungsmodelle und wie sich die einmalige Angst zu einer manifestierten Angststörung entwickeln kann.

Im darauffolgenden vierten Kapitel geht es um die Prävention. Was bedeutet Prävention? Welche Arten der Prävention gibt es und wie kann Prävention im sozial- pädagogischen Bereich eingebettet werden? Da Präventionsarbeit häufig im schulischen Kontext stattfindet, werden die Chancen und Risiken der schulischen Prävention beleuchtet und die Relevanz der Prävention Sozialer Angststörungen noch einmal zusammengefasst.

Im fünften Kapitel werden neun globale Präventionsprogramme anhand veröffentlichter Studien vorgestellt. Zuerst wird die Methodik erklärt, nach welcher diese Programme ausgewählt wurden und anschließend werden die Präventionen auf verschiedene Kriterien betrachtet, wie z.B. der (Langzeit-)Effektivität, die Art der Prävention, Besonderheiten, sowie ob die Eltern beteiligt sind und wie es die Effektivität beeinflusst.

Ziel dieser Arbeit ist es den Forschungsstand der Prävention Sozialer Angststörung im internationalen Kontext zu erarbeiten. Daher wird im letzten Kapitel diese Frage nach dem Stand der Forschung zusammengefasst. Kritik und ein Ausblick in zukünftige Präventionsprojekte folgen abschließend.

2 Zur Sozialen Angststörung

Angst ist eine der grundlegenden menschlichen Gefühle; Ebenso wie Freude, Trauer und Wut hat sie Alltagscharakter. Es gibt vielfältige Bemühungen Angst zu verhindern oder zu unterdrücken, da sie durch ihren unangenehmen Charakter eine negative Emotion ist. Ist die Angst sehr nützlich in Gefahrensituationen zur Mobilisierung von Kräften, kann sie uns jedoch im Alltag, besonders wenn das Gefühl dauerhaft, stark und in vielen Lebenssituationen auftritt, blockieren und behindern (vgl. Stein 2012, S. 11).

Das milde oder vorübergehende Ängste etwas Normales sind, ist schon in den ersten Lebensjahren bei jedem Kind erkennbar. Laut In-Albon gibt es kulturunabhängig verschiedene Formen von Angst, die sich im Laufe der Zeit bei Kindern entwickeln. Die „Fremdelangst“ oder „Achtmonatsangst“ tritt zwischen dem siebten und zwölften Monat mit unterschiedlicher Ausprägung auf. Sie klingt von allein wieder ab, ebenso wie die Angstreaktion von Kleinkindern zwischen zwei und vier Jahren auf Dunkelheit, Geräusche und vermeintliche Geister. Die Ängste sollten von Eltern nicht verhindert werden, da sie Teil der normalen Entwicklung sind. Eltern können das Kind jedoch bei der Angstverarbeitung unterstützen und ihm Sicherheit geben. Leidet das Kind jedoch lange unter dem Zustand der Angst und hat starke Beeinträchtigungen, kann von einer krankhaften Angst gesprochen werden. Dies löst häufig familiäre Probleme aus und behindert langfristig die normale Entwicklung. Diese Ängste sind klinisch bedeutsam und behandlungsbedürftig (vgl. In-Albon 2011, S. 16).

Angst stammt aus dem lateinischen und ist von „anxius“ abgeleitet und bedeutet für den Betroffenen sich beeengt zu fühlen und/ oder eine als bedrohlich empfundene Situation nicht kontrollieren zu können. Angst kann in die drei verschiedenen Emotionen - Furcht, Phobie und Panik - unterschieden werden. Die **Furcht** ist von kurzlebiger Natur und zieht meist keine intensiven Reaktionen nach sich, da sie sich unmittelbar auf eine gegenwärtige Gefahr oder bedrohliche Situation bezieht. Die **Phobie** hingegen führt zur Vermeidung der gefürchteten Situation, da starke Angst bei Konfrontation mit der Situation ausgelöst wird. Abgeleitet aus dem Griechischen „phobos“ bedeutet es Furcht oder Schrecken. Der Gefühlszustand bleibt über einen ausgedehnten Zeitraum hinweg bestehen und ist oft der Situation unangemessen, sowie altersunspezifisch (vgl. Essau 2003, S. 17).

In-Albon ergänzt dazu, dass die Phobie gekennzeichnet ist durch eine sofortige Angstreaktion sobald der phobische Reiz auftritt. Krankhaft, ohne Grund und langanhaltend ist die Angst vor einer Situation, einem Gegenstand oder einer Person. Der phobische Reiz kann z.B. ein Hund, eine Spritze oder das Sprechen vor anderen sein (vgl. In-Albon 2011, S. 16).

Die **Panik** beruft sich auf den griechischen Ziegen Gott Pan, der mit einem lauten Schrei Eindringlinge, die seinen Schlaf am Wegesrand störten, überraschte. Zuweilen erschreckte er die Reisenden zu Tode, so intensiv war der Schrei. Das Wort „Panik“ kommt daher aus dem unerwarteten, vernichtendem Gefühl des großen Schreckens und ist eine kurze, plötzliche Periode intensiver Angst (vgl. Essau 2003, S. 17).

Die **Soziale Angst** beschränkt sich nicht auf eine physische Gefahr, sie bezieht sich auf den Kontakt mit Menschen. Laut Hoyer et al. liegt der Grund darin, dass wir von anderen Menschen abhängig sind, weil sie über unseren Erfolg entscheiden. Menschen urteilen übereinander und durch ihre Bewertung bestimmen sie über unseren sozialen Status. Daher lösen ihre Reaktionen, je nach Charakteristik, Hochgefühle oder Kränkung bei uns aus. Ein Beispiel dafür ist etwa die Angst davor einen Vortrag zu halten. Für die meisten ist es eine ungewohnte, schwierige Situation. Mit vermehrter Übung kann die angstausslösende Situation gemeistert und der Vortrag unbeschwert vorgetragen werden. Wird diese soziale Leistungssituation jedoch nur unter großer Angst ertragen oder dauerhaft vermieden, weil starke Angstsymptome auftreten, kann unter gewissen Umständen von einer Sozialen Angststörung gesprochen werden (vgl. Hoyer und Härtling 2017, S. 5). Den Verlauf der sozialen Angst unterteilen Hoyer et al. in Symptom, Syndrom und Störung (Diagnose). Das Symptom ist in diesem Beispiel die Angst oder Furcht während des Vortrages. Als Syndrom wird die langanhaltende Furcht und Vermeidung des Vortrages genannt. Zur Diagnose müssen weitere Kriterien erfüllt sein: Das Syndrom tritt nicht im Rahmen einer Krankheit auf (z.B. einer psychischen Krankheit wie Depression) und ist nicht durch Medikamente ausgelöst. Weiterhin beinhaltet die Diagnose „Soziale Angststörung“, dass das Syndrom das Leben beeinträchtigt und einschränkt (vgl. Hoyer und Härtling 2017, S. 9).

Dass eine Soziale Angststörung vorhanden ist, wenn die Symptome über einen langen Zeitraum bestehen und eine extreme Belastung darstellen, behauptet auch Essau. Wenn **Kinder** sich dem jugendlichen Alter nähern, ist es normal, dass sie sich Gedanken über ihr Äußeres machen und darüber, was andere über sie denken. Diese Episoden gehen vorbei und sind Teil eines normalen Entwicklungsprozesses. Besteht jedoch eine Soziale Angststörung, tritt bei Kindern eine übertriebene oder unangemessene Reaktion wie Weinen, Erstarren oder Anhänglichkeit an vertraute Personen auf (vgl. ebd. 2003, S. 54).

Jugendliche hingegen zeigen Symptome der Panik oder fangen an zu stottern, kauen Nägel, möglicherweise zittert die Stimme. Nach Essau werden folgende Situationen, der Reihenfolge nach, am häufigsten gefürchtet:

- eine Prüfung in der Schule zu absolvieren (auch bei guter Vorbereitung)
- vor anderen zu sprechen
- mit anderen zu sprechen (aus Angst, nichts zu sagen zu haben oder nur Unsinn von sich zu geben)
- in Gegenwart anderer zu essen oder zu trinken
- in Gegenwart anderer zu schreiben
- an einer Veranstaltung oder einem Treffen teilzunehmen oder zu einer Party zu gehen (ebd. 2003, S. 54)

Gerrig ergänzt zur Sozialen Phobie, dass es eine beständige, irrationale Angst ist. Die betroffene Person weiß, dass die Ängste übertrieben und unbegründet sind. Die selbsterfüllende Prophezeiung kann ein Bestandteil dieser Sozialen Angststörung sein, d.h. eine Person fürchtet sich so sehr vor den Blicken oder Bewertungen der anderen, dass ihre Leistungsfähigkeit sinkt und auch gute Erfahrungen für die Person nicht zugänglich sein können.

„Sogar positive soziale Interaktionen führen bei Menschen mit Sozialer Phobie zu Ängstlichkeit; sie fürchten, dass sie damit einen Standard gesetzt haben, dem sie künftig nicht gerecht werden können“ (Gerrig 2015, S. 563/ 564; zit. n. Weeks et al. 2008).

Hippokrates beschrieb erstmals in der Antike das seelische Leiden von krankhafter Schüchternheit und davon den Kontakt zu anderen Menschen zu vermeiden. 1903 gab Janet der Krankheit den Namen *Soziale Phobie*. 1966 wurde der Begriff von Marks und Gelder wieder aufgenommen, als genau beschriebene spezifische Phobie. Die nachfolgenden Revisionen des DSM umfassen auch das Störungskonzept der stark beeinträchtigenden chronischen sozialen Ängste, sowie generalisierente Ängste. Das heißt das Störungsbild wurde seit Marks und Gelders stark erweitert in

seiner Definition und durch den „neuen“ Kenntnisstand, dass die Störung eine die gravierende Beeinträchtigung mit sich bringt wird heute häufig der Begriff der „Sozialen Phobie“ nicht mehr als angemessen betrachtet und der Begriff der „Sozialen Angststörung“ hat sich zunehmend durchgesetzt (vgl. ebd. 2016, S. 1).

2.1 Klassifizierung von Angststörungen im Kindesalter

Um psychische Störungen zu beschreiben und um ein Beschwerdebild in pathologisch und nicht- pathologisch unterteilen zu können, liefern die beiden weltweit wichtigsten Klassifikationssysteme Aufschluss. Das ICD-10 (International Classification of Diseases) und das DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) liefern entscheidende Grundsätze und standardisierte Kriterien für Krankheiten.

Die Unterschiede in beiden Systemen liegen in der Typisierung. Das DSM-IV klassifiziert die Angststörung und als Subtyp der Angststörung, die Zwangsstörung. In der ICD-10 sind Angststörungen in (F40) Phobische Störung und (F41) andere Störungen unterteilt. Subtypen von „andere Störungen“ sind die Panikstörung und die Generalisierte Störung (vgl. Essau 2003, S. 31). Folgend wird erst auf ICD-10, dann auf das DSM-IV eingegangen.

Das **ICD-10** ist weltweit anerkannt und wurde von der WHO erarbeitet, zur Diagnoseklassifikation und Verschlüsselung von Krankheiten. 1968 trat im ICD-8 erstmals die Kategorie der psychischen Störungen auf. Mittlerweile werden im ICD-10 psychische Krankheiten in zehn Hauptgruppen unterteilt (vgl. Leucht et al. 2012, S. 18).

Nach Steinhausen werden sowohl Angststörungen aller Lebensalter, als auch spezielle Angststörungen des Kindesalters in der ICD-10-Klassifikation berücksichtigt. Die Validität von Angststörungen ist als Klasse insgesamt unzweifelhaft, allerdings ist es für spezifische Angststörungen schwieriger. Die Klassifikation von Angststörungen im Kindes- und Jugendalter wird in den klinisch- diagnostischen Leitlinien des ICD-10 in „Emotionale Störungen des Kindesalters“, „Phobische Störungen“, „Sonstige Angststörungen“, sowie „Anpassungsstörungen“ unterteilt (s. Anhang Tabelle I).

Es gibt vier Unterteilungen in F93 „Emotionale Störungen des Kindesalters“:

1. F93.0 spezifiziert „Emotionale Störung mit Trennungsangst des Kindesalters“,
2. F93.1 „Phobische Störung des Kindesalters“,
3. F93.2 „Störung mit sozialer Ängstlichkeit des Kindesalters“ sowie

4. F93.80 „Generalisierte Angststörung des Kindesalters“.

Spezifisch für das Kindesalter ist die Diagnose der ersten drei Unterteilungen von F93, da diese Befunde für Kinder und Jugendliche am häufigsten sind (vgl. Steinhilber 2010, S. 198).

Nach Lauth et al. führen folgende Kriterien zur Diagnose „**Soziale Phobie**“ nach der ICD-10- Klassifikation:

- „das Auftreten von Flucht- und Vermeidungsverhalten in phobischen Situationen;
- das Auftreten primärer Angstsymptome, die nicht durch andere auf Symptome wie Wahn- und Zwangsgedanken verursacht sind;
- auf soziale Situationen beschränkte Ängste“ (ebd. 2011, S. 211)

Störungen mit sozialer Ängstlichkeit im Kindesalters sind starke Furcht vor Gleichaltrigen oder fremden Erwachsenen bei meist intakter Beziehung zu vertrauten Personen. Vor dem sechsten Lebensjahr setzt diese Furcht ein (vgl. Lauth et al. 2011, S. 211). Die Vermeidung von sozialen Kontakten zu Fremden, egal ob zu Gleichaltrigen und Erwachsenen, muss laut ICD-10 Klassifikation mindestens 4 Wochen andauern (vgl. Kühl et al. 2010, S. 240).

Im **DSM-IV** gibt es 16 diagnostische Kategorien für psychische Krankheiten. 1952 erschien erstmals das Handbuch der US-amerikanischen Psychiater-Vereinigung, welche damit aus dem ICD-System ausscherten (vgl. Leucht et al. 2012, S. 18). Die Soziale Phobie oder die Soziale Angststörung wird im DSM-5 (der deutschen Übersetzung des DSM-IV) als ständige Angst beschrieben, in allen sozialen Situationen genau überprüft zu werden. Es besteht die Angst, dass das eigene Verhalten zur Demütigung, Scham oder Peinlichkeit führen kann und führt zur Einschränkung vieler sozialer Interaktionen. Essen und Trinken in der Öffentlichkeit, unbekannte Menschen zu treffen oder Leistungen vor anderen zu erbringen zählen zu angstauslösenden Situationen. Wie von Hoyer et al. wird auch hier die Angst vor der Beurteilung durch andere, betont. Ebenso kann jedoch auch Furcht empfunden werden, andere mit der eigenen Verhaltensweise zu blamieren oder zu verletzen. Ein zusätzliches diagnostisches Kriterium der Sozialen Angststörung ist, dass die Angst nicht nur gegenüber Erwachsenen auftritt (vgl. Falkai und Döpfner 2015, S. 256). Im Unterschied zu der Klassifikation des ICD-10 ist ein verbindliches Kriterium der DSM-IV-Diagnose das Auftreten körperlicher Angstzeichen. Nach Kühl et al. sind diese körperlichen Anzeichen nicht ausschlaggebend für Soziale Phobien. Bezug genommen wird auf Erfahrungsberichte von Kindern (vgl. Kühl et al. 2010, S. 240).

Die **Unterscheidung** von „normalen“ oder „pathologischen“ Ängsten ist in der diagnostischen Arbeit eine der schwersten und berücksichtigt das Verhalten, Denken, die körperlichen Funktionen und Emotionen. Dabei interessieren laut Knappe:

- ▶ Art, Ausmaß, Anzahl und Dauer erlebter Angstsymptome,
- ▶ deren Beginn und Verlauf,
- ▶ vorausgehende und nachfolgende Bedingungen
- ▶ und die Rolle somatischer Faktoren (Knappe 2015, S. 33).

Maßgebend für den pathologischen Befund sind Selbst- und Fremdb Berichte, da bisher objektive Marker für Angststörungen fehlen (vgl. ebd. 2015, S.33).

Körperliche Angstsymptome können sich folgendermaßen zeigen. Wenn Kampf- oder Fluchtreaktionen hervorgerufen werden, wird der gesamte Stoffwechsel durch die Angst angeregt. Das sympathische Nervensystem wird aktiviert, sobald Gefahr wahrgenommen wird oder zu erwarten ist. Durch die Aktivierung werden wichtige biochemische und körperliche Prozesse ausgelöst, sodass der Organismus handlungsbereit ist und Adrenalin und Noradrenalin freisetzt. Die Aktionsbereitschaft wird durch die gesteigerte Herzfrequenz, den beschleunigten Blutkreislauf und die erhöhte Sauerstoffabgabe ans Gewebe bereitgestellt. Die erhöhte Sauerstoffabgabe wird durch tieferen, schnelleren Atem ausgelöst und kann Gefühle wie Atemnot, Schmerzen in der Brust und Erstickungsgefühle hervorrufen. Treten Erröten, Schwindelgefühle und Sehstörungen auf, ist dies durch eine geringere Blutzufuhr zum Kopf zu erklären. Der Körper wird durch verstärktes Schwitzen gekühlt und die Pupillen weiten sich, um mehr Licht aufnehmen zu können, wodurch eine getrübbte Sicht und kleine Punkte vor den Augen wahrgenommen werden können. Mundtrockenheit kann durch Abnahme des Speichelflusses entstehen. Eine Verringerung des Verdauungssystems kann Übelkeit hervorrufen. Anspannung, Zittern und Schmerzen können entstehen, da sich die Muskeln zum Kampf anspannen oder zur Flucht vorbereiten (vgl. Essau 2003, S. 15).

2.2 Erstauftrittsalter von Angst und Verlauf

Damit Präventionsprojekte rechtzeitig beginnen, muss herausgefunden werden, wann Angststörungen das erste Mal vermehrt auftreten. In groß angelegten epidemiologischen Studien liefern Erwachsene Anhaltspunkte dafür, dass Angststörungen im Kindes- und Jugendalter ihren Beginn haben (vgl. Essau 2003, S. 136; vgl. n. Burke

1991). Die Phobie ist als früheste Störung verzeichnet, die im Kindesalter auftritt. Im Alter von zwei bis fünf Jahren und nochmals von zehn bis elf Jahren liegt die Wahrscheinlichkeit am höchsten, eine Einfache Phobie zu entwickeln. So liegt in dieser Studie von Essau et al. das mittlere Alter bei Beginn der Störung einer Einfachen Phobie bei 6.7 Jahren. Das Durchschnittsalter der Sozialen Phobie liegt bei 10.8 Jahren. Mehr als dreiviertel der Jugendlichen berichten von einem Störungsbeginn vor dem 14. Lebensjahr (vgl. ebd. 2003, S. 136; vgl. n. Giaconia et al. 1994 u. In- Albon 2011, S. 20; vgl. n. Kim- Cohen et al. 2003; Kessler et al. 2005 sowie Lauth et al 2001, S. 212). So liegt nach Lauth et al.: „(...) die Hauptrisikogruppe für die Entwicklung einer Sozialen Phobie in der Pubertät und im Jugendalter “ (ebd. 2011, S. 212).

2.3 Häufigkeit / Morbidität von Angststörungen

Die **KiGGS-Studie** (Kinder- und Jugendgesundheitssurvey) ist eine Langzeitstudie des Robert-Koch-Institutes, welche die gesundheitliche Lage von 17.641 Kindern und Jugendlichen 2008 in Deutschland veröffentlicht hat. Die gesundheitliche Lage enthält die psychischen Auffälligkeiten der 3 bis 17-Jährigen. Der „Strengths and Difficulties Questionnaire“ (SDQ) Fragebogen wird zur Erfassung der Daten eingesetzt. Die psychische Auffälligkeit wird in vier Problembereiche unterteilt: Ängstlichkeit und Depressivität, aggressiv-dissoziales Verhalten, hyperaktives und unaufmerksames Verhalten, sowie Probleme mit Gleichaltrigen (Peer-Probleme) (vgl. Robert Koch-Institut 2008, S. 22). 2003 – 2006 wurde unter Anwendung deutscher Normwerte in der Basiserhebung ein grenzwertiger bzw. auffälliger Gesamtproblemwert von **psychischen Auffälligkeiten** bei Kindern und Jugendlichen von rund 20,0 % aufgewiesen. Auch von 2009 bis 2012 hat sich das Ergebnis mit 20,2 % nicht signifikant verändert (Robert Koch-Institut 2014, S.1).

Ängstlichkeit und Depressionen sind in der KiGGS Studie zu „emotionalen Problemen“ zusammengefasst und wird als grenzwertig bei 7,2 % und auffällig bei 9,7 % der Kinder und Jugendlichen bezeichnet (vgl. Robert Koch-Institut 2008, S.22). Etwa dieser Wert lässt sich in weiterer Literatur finden. Laut Petermann et al. werden 10 % als Auftretenshäufigkeit für alle Formen der Angststörungen angegeben. Nach Petermann bestätigen Gren-Landell et al. diesen Wert mit einer Prävalenz von 10,6 % in einer schwedischen Stichprobe (vgl. Petermann et al. 2015, S. 23; vgl. n. Gren-Landell et al. 2011).

Mit einem gezielten Blick auf die **Soziale Angststörungen** leiden laut Kühl et al. etwa 1 – 5% aller Kinder und Jugendlichen an einer manifesten Störung. Auffällig durch subklinische Symptome bzw. schüchternes Verhalten sei zudem jedes dritte bis fünfte Kind (vgl. Kühl et al. 2010, S. 242).

Büch et al. berichten von einem Diagnostik-System zur Häufigkeit Sozialer Phobien, in welchem Kinder im **Selbsturteil** ihre Ängste einschätzen. Nachgefragt wurde das Auftreten von Angst- und Zwangsstörungen der Kinder und Jugendlichen zwischen 11 und 17 Jahren im Selbsturteil, sowie das Urteil der Eltern. Von 318 Befragten über den Selbstbeurteilungsbogen für Angst- und Zwangsstörungen (SBBANZ) gaben 5 % an starke oder sehr starke Angst gegenüber Gleichaltrigen zu haben und daher diese Situationen zu vermeiden. Wenig Kontakt zu Gleichaltrigen haben 6,3 % der Befragten. 6,9 % der Kinder und Jugendlichen haben ausgeprägte Ängste gegenüber Erwachsenen. 10,4 % der Befragten berichteten über Sorgen, ob sie sich bei Fremden richtig verhalten. 5,9 % sind verlegen bei fremdem Gleichaltrigen oder Erwachsenen. Unter Leistungsängsten leiden 16,6 % der Kinder und Jugendlichen. Das Ergebnis der Fremdbeurteilungsbögen für Angst- und Zwangsstörungen (FBBANZ) der Eltern lag unter den Werten der Selbsteinschätzung der Kinder und Jugendlichen (vgl. Büch und Döpfner 2012, S. 22). Laut Büch et al. schätzen auch in einer weiteren Fragebogenstudie die Kinder und Jugendlichen von 11 bis 18 Jahren sich ängstlicher ein, als von außen betrachtet vermutet. Eltern beurteilten 6 % bis 8 % der Kinder und Jugendlichen als sozial zurückgezogen. Im Selbsturteil berichteten allerdings „(...) 18,2 % der Jungen und 20,4 % der Mädchen über Probleme im Bereich des sozialen Rückzugs“ (ebd. 2012, S. 22).

Nicht nur in dieser Studie sind **Mädchen häufiger als Jungen** von Angststörungen betroffen. Eine geschlechtsspezifische Betrachtung verschiedener Studien lässt ebenfalls darauf schließen, dass tendenziell mehr Mädchen von emotionalen Problemen wie Angst und Depression betroffen sind. In der KiGGS-Studie sind 17,2 % der Mädchen auffällig oder grenzwertig beeinträchtigt und 15,5 % der Jungen (vgl. Robert Koch-Institut 2008, S.22). Auch nach Beidel und Turner sind Mädchen häufiger von Sozialen Phobien als Jungen betroffen. 3:2 fiel das Verhältnis zu Ungunsten der Mädchen aus (vgl. Büch und Döpfner 2012, S. 20; vgl. n. Beidel & Turner 1998). Nach Essau weisen diverse Studien sogar darauf hin, dass Mädchen zwei- bis vier-

mal höhere Raten als Jungen in Bezug auf Angststörungen aufweisen. Sechsjährige Mädchen haben ein doppelt so hohes Risiko eine Angststörung zu entwickeln als Jungs (vgl. ebd. 2003, S. 123; vgl. n. Canals et al. 1997; Fergusson et al. 1993; Kas-hani / Orvaschel 1990). Gründe dafür können in den biologisch, genetischen Geschlechtsunterschieden liegen oder in den sozialen Rollen von Mädchen und Jungen und den verschiedenen Erlebnissen (vgl. ebd. 2003, S. 123; vgl. n. Lewinsohn et al. 1998). Ein anderer Grund dafür kann darin liegen, dass Jungs ihre Angst nicht offen zugeben. Eine Studie von Mack und Schröder kam zu diesem Ergebnis. Den jungen Probanden wurde Blut entnommen. Anschließend sollten sie einen Fragebogen ausfüllen und angeben, wieviel Angst ihnen diese Prozedur eingeflößt hat. Während der Blutabnahme wurden die Kinder beobachtet. Sie unterschieden sich in ihren Verhaltensweisen kaum. Das Ergebnis der Auswertung der Fragebögen zeigte jedoch einen auffälligen Unterschied zwischen der Einschätzung der Mädchen und Jungen. Das Verhalten und die Angaben der Mädchen lagen eng beieinander, während die Jungs laut Fragebogen viel weniger Angst hatten. Offen bleibt die Frage warum geschlechtsspezifische Unterschiede bezüglich der Häufigkeit und Intensität von in den einzelnen Phobien bzw. Angststörungen vorzufinden sind (vgl. Schneider 2004, S. 64).

Auch der sozioökonomische Status, sowie die Herkunft scheinen soziale Risikofaktoren zu sein. In der KiGGS Studie haben Kinder mit Migrationshintergrund und mit niedrigem Sozialstatus deutlich häufiger emotionale Probleme.

„So liegt der Anteil der Kinder mit grenzwertig auffälligem oder auffälligem SDQ-Gesamtproblemwert bei Kindern aus Familien mit niedrigem Sozialstatus fast dreimal so hoch wie in Familien mit hohem Sozialstatus (23,2% versus 8,1%). Migrantenkinder werden mit 21,3% deutlich häufiger als psychisch auffällig eingeschätzt als Kinder ohne Migrationshintergrund (13,5%)“ (Robert Koch-Institut 2008).

Für die Präventionsarbeit sollten diese Risikofaktoren mitbedacht werden. Eine Auflistung verschiedener Präventionsprojekte wird im Laufe dieser Arbeit folgen. Dort ist zu erkennen, dass es ein Projekt (von 9) auf den sozialen Status Bezug nimmt.

Das Robert-Koch-Institut hat eine dritte bundesweite Datenerhebung im August 2017 abgeschlossen (KiGGS Welle 2). Voraussichtlich wird diese Ende 2018 veröffentlicht.

2.4 Komorbidität

Komorbidität setzt sich zusammen aus „Morbidity“, welches das Auftreten einer Krankheit bezeichnet und „ko-“, was *die Gleichzeitigkeit* bedeutet. (vgl. Gerrig 2015, S. 556).

Psychische Störungen treten häufig nicht isoliert auf, daher spielt die Komorbidität in diesem Krankheitsbereich eine große Rolle (vgl. Hoyer und Härtling 2017, S. 53). Nach Essau liegt die Wahrscheinlichkeit, dass mit einer psychischen Erkrankung eine zweite auftritt, sehr hoch: „Komorbidität scheint eher die Regel als die Ausnahme zu sein“. Unterschiedlichste Studien belegen, dass Kinder mit der Diagnose einer Sozialen Phobie häufig an zusätzlichen Angststörungen leiden (vgl. ebd. 2003, S. 132/133).

Nach Stangier und Fydrich zeigt sich in der ECA- Studie (Epidemiologic Catchment Area Study), dass Personen, welche an einer Sozialen Phobie erkranken zu 69 % die Kriterien erfüllen auf Lebenszeit an einer weiteren psychischen Störung zu erkranken (vgl. Stangier und Fydrich 2002, S. 48; vgl. n. Schneider et al. 1992).

Tabelle 2. Psychische Komorbidität bei Angststörungen; 12- Monats-Prävalenz

Art der Störung	Irgendeine psychische Störung	Depressive Störungen (ICD-10: F32-34)	Somatoforme Störungen (ICD-10: F45)	Zwangsstörungen (ICD-10: F45)	Alkoholabhängigkeit (ICD-10: F10.2)	Essstörungen (ICD-10: F50)
Generalisierte Angststörung	93,6	78,9	48,1	10	5,5%	2,5
Soziale Phobie	87,8	65,3	31,3	11,5	10,3%	0

(Bandelow et al. 2014, S. 45; n. Jacobi et al. 2004)

Aus der Tabelle 2. von Bandelow nach Jacobi ist zu erkennen, dass *irgendeine psychische Störung* die häufigste komorbide Erkrankung der Sozialen Phobie ist. Unter dieser Bezeichnung fallen alle Störungen, welche im ICD- 10 unter F40. und F41. stehen. Dazu gehören alle Arten der *phobischen Störung* und der *sonstigen Angststörungen* (siehe Tabelle I im Anhang). Diese phobischen und sonstigen Angststörungen sind mit 87,8 % die häufigsten komorbiden Krankheiten der Sozialen Phobie (vgl. Bandelow et al. 2015, S. 45; vgl. n. Jacobi 2004).

Darauf folgt mit 65,3 % die depressive Störung. Auch in weiterer Literatur bestätigt sich, dass neben weiteren Angststörungen häufig Depressionen und Substanzmissbrauch vorliegen. Dabei geht häufig die Soziale Angststörung der Depression voraus und besteht teilweise nach einer depressiven Episode weiter. Auch in der Bremer Studie zeigt sich, dass Mädchen häufig an dem Komorbiditätsmuster der Depression und Angststörung erkranken (vgl. Falkai und Döpfner 2015, S. 282; Essau 2007, S.65).

Die dritthäufigste komorbide Störung (mit 31,3%) ist die somatoforme Störung. Diese bezeichnet eine physische Krankheit oder Beschwerden, welche nicht völlig durch medizinische Befunde erklärbar sind. Der negative Stress, der sich durch die Beschwerden ergibt, beeinträchtigt das Alltagsleben des Betroffenen. Zu der Somatoformen Störung gehören z.B. die Krankheitsbilder der Hypochondrie, Somatisierungsstörung und Konversionsstörung (vgl. Gerrig 2015, S. 577).

3 Ursachen und Risikofaktoren von sozialen Ängsten

Die Ursachen und die Risikofaktoren sozialer Ängste sind aus diversen Gründen wichtig. Die Risikofaktoren erhöhen die Möglichkeit, dass sich eine Angststörung entwickeln kann. Die Erforschung dieser könnte dabei helfen, das Risiko daran zu erkranken durch Präventionsmaßnahmen zu senken. Wichtige Informationen bezüglich des optimalen Ansatzes, der Dauer und eines geeigneten Rahmens können erst durch eine Identifizierung von Risikofaktoren gewonnen werden. (vgl. Essau 2003, S. 182).

Laut Petermann et al. werden nach Beidel und Turner (1998, 1999) verschiedene Ursachen der Entwicklung einer kindlichen Angststörung in der Literatur diskutiert. Biologische, vor allem genetische Aspekte scheinen auf einen kleineren Teil der Kinder zuzutreffen, im Gegensatz zu den psychologischen Merkmalen. Für die Mehrheit spielen psychologische Faktoren eine entscheidende Rolle, da eine Entstehung zum Beispiel mit ungünstigen Lernsituationen und familiären-Interaktionsprozessen in Zusammenhang stehen. Aber auch soziale Faktoren wie hohe Erwartungen oder eine psychische Erkrankung der Eltern sind von Bedeutung. Die biologischen, psychischen und sozialen Faktoren sind in ihrer Wechselwirkung komplex. Mit einem multikausalen Entwicklungsmodell (s. Kapitel 3.3 Multikausales Entwicklungsmodell) kann

dies erläutert werden (vgl. Petermann et al. 2015, S. 47; n. Beidel und Turner 1998, 1999).

3.1 Biologische Faktoren

Biologische Faktoren sind nach der Meinung vieler Forscher die zentrale Ursache für Angststörungen. Die Theorie der **Bereitschaftshypothese** etwa behauptet, dass bestimmte Ängste evolutionär bedingt sind. Auf Gefahrenquellen reagierten unsere Vorfahren schnell und automatisch, da dies die Überlebenschance erhöhte. Dies ist ein möglicher Grund, warum es z.B. häufiger Spinnenphobien gibt, als eine Phobie vor Elektrizität (vgl. Gerrig 2015, S. 562; n. Öhmann & Mineka 2001). Eine Erklärung, warum es z.B. Ängste vor Aufzügen, dem Autofahren oder großen Plätzen gibt, liefert dieser Ansatz nicht. Denn diese Objekte hatten evolutionär gesehen keinen bedrohlichen Charakter (vgl. ebd. 2015, S. 566).

Einen Beweis dafür, dass Angststörungen auch biologische Ursachen haben, wurde mit dem Potenzial bestimmter **Substanzen** belegt. Diese Substanzen (z.B. das GABA- oder das Serotoninniveau) können Symptome der Angst dämpfen oder auch hervorgerufen, wenn eine Störung im Wechsel der Stoffe vorliegt. Durch Medikamente, welche das GABA- oder Serotoninniveau beeinflussen, werden erfolgreich Angstzustände behandelt (vgl. ebd. 2015, S. 566).

3.1.1 Genetische Faktoren

Im Rahmen der Virginia Adult Twin Study of Psychiatry and Substance Use untersuchte 2005 eine Forschungsgruppe die **Erblichkeit** von Angststörungen. Die Gruppe von Hettema et al. fand Erblichkeitsschätzer zwischen 6-12 % für die verschiedenen Angststörungen. Mit hingegen nur 1% bildet die Soziale Phobie eine Ausnahme (vgl. Petermann et al. 2015, S. 48; n. Hettema et al. 2005). Für soziale Ängstlichkeit liegt die Erblichkeit bei 4-25% (vgl. ebd. 2015, S. 48; n. Knappe et al. 2010). Bis jetzt gibt es keine eindeutigen Ergebnisse zur Lokalisierung von Genorten, welche für die Entstehung sozialer Ängste zuständig sind (vgl. ebd. 2015, S. 48; n. Murray et al. 2009).

Auch nach In-Albon ist die Angststörung tendenziell nicht vererblich. Zwillings- und Adoptionsstudien wurden durchgeführt, um genetischen Fragestellungen, sowie Umwelteinflüssen differenziert nachgehen zu können. Ergebnissen von Zwillingsstudien zufolge, kann mehr von einer Empfindlichkeit für Depression und Angst ausge-

gangen werden, als von einer störungsspezifischen genetischen Vermittlung (vgl. ebd. 2011, S. 61; n. Barlow 2002, Gregory & Eley 2007).

Liegt allerdings bei einem **Elternteil eine Soziale Angststörung** vor, steigt das Risiko für das Kind soziale Ängste zu entwickeln um die zwei- bis dreifache Wahrscheinlichkeit. Ebenso steigt diese, wenn die Eltern an einer Depression, einer anderen Angststörung oder an einer schweren Alkoholkonsumstörung leiden. Fraglich ist, warum verschiedene Krankheiten der Eltern bei Kindern Soziale Angststörungen auslösen kann. Hoyer et al. schreibt dazu:

„Dass das Risiko bei allen genannten Störungen ähnlich stark ansteigt, lässt vermuten, dass die Übertragung einer Sozialen Angst auf das Kind ein eher unspezifischer Vorgang ist. Es scheint bestimmte, allen genannten psychischen Störungen *gemeinsame* Risikofaktoren zu geben, die das Entstehen einer Sozialen Angststörung begünstigen“ (Hoyer und Härtling 2017, 52/ 53).

Zusätzlich sollte die stetige Wechselwirkung zwischen Umwelt und Anlage im Auge behalten werden. Unterschiedliche Persönlichkeitszüge lassen Menschen verschiedene Lebensentscheidungen treffen, welche mögliche zukünftige Traumata oder Angststörungen erhöhen oder vermindern können (vgl. Gerrig 2015, S. 563; n. Stein et al. 2002).

3.1.2 Verhaltenshemmung

Die Verhaltenshemmung („behavioral inhibition“) wurde überwiegend von der Arbeitsgruppe von Jerome Kagan analysiert, woraus das Konzept der Verhaltenshemmung entstanden ist. Gehemmtes Verhalten zeigt sich ab dem neunten Monat und ist bei Kleinkindern in neuen Situationen durch zurückhaltendes Benehmen kennzeichnend (vgl. Petermann et al. 2015, S. 48; n. Degnan et al. 2010). Nach Essau äußert sich die Verhaltenshemmung bei Kleinkindern eher durch Reizbarkeit, Säuglinge zeigen sich schüchtern und furchtsam, Schulkinder sind introvertiert und vorsichtig. Charakteristisch für die Verhaltenshemmung ist der soziale Rückzug und Verweigerung gegenüber fremden Menschen, Dingen und Umgebungen (vgl. ebd. 2003, S. 188).

In mehrfachen Studien konnte ein Zusammenhang von Verhaltenshemmung im frühen Kindesalter und der Entwicklung von Angststörung, vor allem der Sozialen Phobie, im Kindes- und Jugendalter aufgezeigt werden (vgl. Petermann et al. 2015, S. 48; n. Clauss & Urbano Blackford 2012; Pahl et al. 2012; Wichstrom et al. 2013 und

Essau 2003, S. 189; n. Biedermann et al. 1990). Etwa die Hälfte aller Kinder welche Verhaltenshemmungen zeigen, entwickeln eine Angststörung. So zeigte sich laut Petermann & Petermann nach Caspi et al. (2003), „(...) dass in einer Längsschnittstudie gehemmte Dreijährige im späteren Alter von 26 Jahren zurückgezogen leben, weniger lebensfroh sind und überkontrolliert handeln (ebd. 2015, S. 48; n. Caspi et al. 2003).“

Laut Petermann et al. wird vermutet, dass bei zurückhaltenden, ängstlichen Personen die schnelle, erhöhte sympathische Aktivität durch eine niedrige Erregungsschwelle im limbischen System (im Hypothalamus) ausgelöst wird (vgl. ebd. 2015, S. 54; n. Petermann & Suhr-Dachs 2013). In unkontrollierbaren, unvorhersehbaren Situationen erhöht sich diese sympathische Aktivität besonders schnell. Daher scheint als Ausgangspunkt das Temperamentsmerkmal „verhaltensgehemmt“ für die Entwicklung von Angststörungen, insbesondere bei sozialen Angststörungen ausschlaggebend zu sein (vgl. ebd. 2015, S. 54; n. Essex et al. 2010, Hirshfeld-Becker et al. 2007, Muris et al. 2011).

3.2 Psychische Faktoren

Zur Entstehung von Ängsten und sozialer Unsicherheit können psychische Faktoren, wie kognitive und emotionale Aspekte, beitragen. Diese Faktoren werden durch sozial-kognitives Lernen und verschiedene Konditionierungsprozesse geprägt (vgl. Petermann et al. 2015, S. 49). Folgend werden einige Inhalte des sozialen Lernens, sowie ausgewählte soziale Faktoren und der Konditionierungsprozess beschrieben.

3.2.1 Soziales Lernen / Soziale Faktoren

Das soziale Lernen beinhaltet nach Petermann et al. das „**Modellernen**“ nach Banduras (1997) und „**die fehlende Gelegenheit zum sozialen Lernen**“ nach Rubin und Schmidt. Ängstliches und unsicheres Verhalten von nahestehenden Personen, wie z.B. der Mutter, wird vom Kind durch Beobachtung übernommen und nachgeahmt (vgl. ebd. 2015, S. 49; n. Banduras 1997).

Ein weiterer Grund für die Entwicklung von Ängsten kann die **fehlende Gelegenheit zum sozialen Lernen** sein. Versuchen die Bezugspersonen das Kind vor allen Problemen zu schützen, so können die Fertigkeiten nicht entwickelt werden, Probleme in sozialen Interaktionen zu lösen (ebd. 2015, S. 49; n. Rubin et al. 2009; Schmidt 2013).

Die sozialen Faktoren bilden sich unter anderem aus der psychischen Gesundheit und der elterlichen Vorbildwirkung, welche im Folgenden beschrieben werden. Die **psychische Gesundheit** einer Mutter stellt für die positive Entwicklung eines Kindes einen generellen Schutzfaktor dar. Das Gefühl der Mutter, sich in der Erziehung kompetent zu fühlen, geht mit einem geringeren Risiko einher, dass das Kind eine Angststörung entwickelt (vgl. ebd. 2015, S. 51; n. Bernstein et al. 1996). In einer Studie ist belegt, dass unterschiedliche Stressbelastungen von Müttern soziale Ängste im Kindesalter begünstigen (vgl. ebd. 2015, S. 51; n. Essex et al. 2010).

Die **elterliche Vorbildwirkung** bedeutet somit, dass der Interaktionsstil der Eltern das Vermeidungsverhalten des Kindes beeinflusst. Insbesondere wenn es nicht nur geduldet, sondern positiv bestärkt wird (vgl. ebd. 2015, S. 51; McLeod et al. 2007; Schmidt 2013).

3.2.2 Konditionierungsprozesse

In den Konditionierungsprozessen spielen beispielsweise das klassische Konditionieren, ein Mangel an positiver Verstärkung, sowie der Verstärkerentzug und die Bestrafung eine Rolle. Der **Mangel an positiver Verstärkung** bedeutet, dass angemessenes Verhalten im Alltag nicht anerkannt wird oder Bemühungen im sozialen Verhalten nicht bekräftigt werden. Sozial kompetentes Verhalten beinhaltet viele Bedingungen im Alltag, welche als selbstverständlich angesehen werden. Ein differenziertes Verhaltensrepertoire kann nur durch die schrittweise Annäherung an sozial kompetentes Verhalten sowie die entsprechende Bekräftigung aufgebaut werden (vgl. ebd. 2015, S. 49; vgl. n. Alden & Taylor 2004).

Verstärkerentzug und Bestrafung. Wird eine Situation vom Kind als bestrafend empfunden, wird kommand jenes sozial kompetentes Verhalten oder Bemühungen, sowie soziale Gegebenheiten vermieden. Zeigt zum Beispiel eine Mutter Eifersucht, wenn ihr Kind mit einem anderen spielt, werden Handlungsfreiräume, befriedigende Sozialkontakte und Erfolgserlebnisse untersagt. In diesem Fall liegt ein Verstärkerentzug (eine Strafe) vor.

Eine erhebliche Rolle spielt der Prozess der **klassischen Konditionierung** beim Erwerb von sozialen Ängsten. Emotionen wie Wut, Schuld und Scham oder Angst können mit einer sozialen Situation oder einer Person verbunden sein, wenn negati-

ve Konsequenzen oder bedrohliche Erfahrungen gemacht werden (vgl. ebd. 2015, S. 49; vgl. n. Feiereis et al. 2009; Petermann & Petermann 2015a).

Die Wahrnehmung und soziale Informationsverarbeitung ist bei ängstlichen und sozial unsicheren Kindern verzerrt. Meist werden die sozialen Informationen als bedrohlich wahrgenommen. Ängstliche Personen richten ihre Aufmerksamkeit überwiegend auf negative Ereignisse. Nicht-ängstliche Personen richten Ihren Fokus eher und schneller auf neutrale und positive Reize (vgl. ebd. 2015, S. 50; vgl. Cederlund & Öst, 2011). Sozial unsichere Kinder nehmen sich nicht als selbstwirksam wahr. Dies resultiert aus der Erwartung sich selbst und Ergebnisse nur eingeschränkt beeinflussen zu können. Folgen daraus können passives und initiativloses Verhalten sein und die Verhinderung zum Aufbau des Selbstvertrauens (vgl. Petermann et al. 2015, S. 50).

Die **erhöhte Selbstaufmerksamkeit** bezieht sich auf negative Gedanken und Überzeugungen sowie nicht kontrollierbare physische Reaktionen, z.B. Erröten oder zitternden Hände. Dies lenkt von äußeren Anforderungen ab und schränkt die soziale Flexibilität ein, wodurch der Eindruck entsteht, dass die ängstliche Person über keine soziale Fertigkeit verfügt. Die hohe Selbstaufmerksamkeit bewirkt bei sozial unsicheren Kindern häufig vermehrte Selbstgespräche, verträumtes Verhalten und starkes Grübeln darüber, was andere von ihnen denken (vgl. Petermann et al. 2015, S. 50; n. Melfsen et al. 2000).

3.2.3 Psychodynamisches Modell

Das Modell der Psychodynamik basiert darauf, dass Symptome den Betroffenen vor psychischem Schmerz schützen soll. Psychische Konflikte oder Ängste liegen Symptomen der Angststörungen zu Grunde. Eine Panikattacke ist demnach ein Konflikt aus dem Unterbewussten, welcher ins Bewusstsein dringt. Gerrig et al. zeigt an Hand eines Beispiels von einem Kind auf, wie ein Objekt beziehungsweise eine Situation einen Konflikt symbolisieren können. Unterdrückt dieses Kind unterbewusst den widersprüchlichen Wunsch, seinen schwierigen Familienverhältnissen zu entkommen, könnte eine Brücke ein Symbol des Weges für das Kind werden. Diese Brücke steht für den Weg, den das Kind gehen müsste, um von seiner Familie und seinem zu Hause in eine andere Welt zu gehen. Der unbewusste Konflikt wird ins Bewusstsein gerufen bei dem Anblick einer Brücke. Angst und Furcht werden ausgelöst und

die Person versucht Brücken zu meiden, um frei von Ängsten zu bleiben, welche die Kindheitserinnerungen auslösen (vgl. Gerrig 2015, S. 563).

3.3 Multikausales Entwicklungsmodell

In den vorherigen Kapiteln sind biologische, psychische und soziale Risikofaktoren aufgezeigt worden. Unklar ist noch, wie diese zusammenwirken und sich zur Angststörung entwickeln können. Ein Beispiel hat das psychodynamische Modell geliefert. Weitere Beispiele dafür zeigen das **kognitive Modell der sozialen Angst** von Clark und Wells (1995) sowie die **erlernte Hilflosigkeit** von Seligman (2010).

Zentrale Punkte des **kognitiven Modells der sozialen Angst** sind die im Kapitel der Konditionierungsprozesse (3.2.2) beschriebene erhöhte Selbstaufmerksamkeit, die eigene verzerrte Bewertung, das Sicherheitsverhalten, sowie körperliche und kognitive Angstsymptome. Die verzerrte Bewertung und Überzeugung der eigenen Person bleibt durch die erhöhte Selbstaufmerksamkeit und der subjektiv wahrgenommenen negativen Bedrohung aufrechterhalten. Beeinflusst werden diese Wahrnehmungen durch das Sicherheitsverhalten, welches letztlich ein Vermeidungsverhalten darstellt. Das Angsterleben wird dadurch gestärkt, ebenso durch die körperlichen und kognitiven Angstsymptome (vgl. ebd. 2015, S. 52; Clark & Wells 1995).

Nach Petermann et. al. geht das **Modell von Seligman** davon aus, dass wiederkehrende, nicht-kontrollierbare Ereignisse Hilflosigkeit auslösen können. Kann man beim Eintreten, dem Verlauf oder dem Ausgang des Ereignisses nichts ändern, unabhängig vom eigenen Bemühen, wird dies als unkontrollierbar empfunden. Reaktionsunabhängig führt das Handlungsergebnis zu einer unkontrollierbaren Situation, welche bei häufiger Erfahrung sich in motivationalen, kognitiven und emotionalen Störungen äußern kann. Langfristig kann dies zur Entstehung von Angst und Depression beitragen. Reagieren Eltern mit unterschiedlichen Konsequenzen auf das gleiche Verhalten eines Kindes, vermitteln diese Unkontrollierbarkeit für das Kind, z.B. wenn ängstliches Verhalten einmal akzeptiert wird und einmal nicht. Diese Unkontrollierbarkeits-erfahrungen bestätigen die verzerrte Wahrnehmung und erschweren es zusätzlich, den Zusammenhang zwischen dem eigenen Verhalten und dem damit erzielten Ergebnis zu erkennen (vgl. ebd. 2015, S. 53).

3.4 Lebensereignisse und die Bewältigung

Zahlreiche Studien weisen darauf hin, dass stressige, aufreibende Ereignisse im Leben ein Kriterium sein können, Soziale Angststörungen zu entwickeln (vgl. Aune und Stiles 2009, S. 870; n. Chartier, Walker & Stein 2001; Magee 1999; Martinsdottir et al. 2007 und Essau 2003; n. Bernstein et al. 1989). Die Ergebnisse einer weiteren Studie zeigten, dass die häufigsten Auslöser dafür Ereignisse wie Auseinandersetzungen mit Eltern, Schwierigkeiten mit einem Geschwisterkind, Probleme mit Klassenkameraden und/oder auch schlechte Schulnoten sind. Auch körperliche und/oder sexuelle Misshandlung, der Verlust oder die Beendigung einer Freundschaft kamen in erhöhtem Ausmaß der Befragung nach kritischen Lebensereignissen vor (vgl. Essau 2003, S. 196; n. Bernstein et al. 1989).

Chronisch schwierige Lebensumstände stellen für Kinder und Jugendliche häufig starke Belastungen dar. Eine nach Essau beschriebene Studie von Brown et al. belegt, dass im Falle einer Trennung der Eltern von Kindern, nicht der Verlust eines Elternteils das Risiko einer psychischen Erkrankung erhöht, sondern der Verlust der elterlichen Zuwendung. Auch Mobbing ist Studien zufolge ein Ursprung der Sozialen Angststörung (vgl. Aune und Stiles 2009, S. 870; vgl. n. Gladstone, Parker & Malhi 2006; Kumpulainen 2008).

3.5 Kognitives Modell

Im kognitiven Modell stehen die Wahrnehmung und die Einstellung der erkrankten Person im Vordergrund. Durch die verzerrte Einschätzung wird eine gefährlich Situation überschätzt oder die Fähigkeiten der eigenen Person zur erfolgreichen Bewältigung unterschätzt. Durch negative Gedanken und entmutigenden Vorstellungen zur Situation, können so bei einer Sozialen Phobie die Ängste vor einem Vortrag noch größer werden. Ein bereits ähnlich beschriebener Kreislauf (siehe Kapitel 2. „Zur Sozialen Angststörung“) kann sich einstellen: Furcht vor einer Situation, weshalb sich die Gefühle und die Wahrnehmung der Angst steigern und dadurch die anfängliche Furcht bestätigt wird (vgl. Gerrig 2015, S. 564; n. Beck & Emery 1985).

Angstsensibilität nennen Psychologen den kognitiven Ansatz, welcher durch Eigenbeurteilung erfasst wird. Eine hohe Angstsensibilität besteht und kann schädliche Auswirkungen haben, wenn körperliche Symptome wie Herzklopfen mit der Angst an

einem Herzanfall verbunden werden und zu Sorgen führen. Körperliche Erregungen werden somit schnell in ängstlicher Weise interpretiert.

Weitere Forschungsergebnisse zeigen auf, dass die **Aufrechterhaltung** der Angst eine Rolle bei ängstlichen Patienten spielt. Der bedrohliche Reiz wird durch kognitive Verzerrung hervorgehoben und die Aufmerksamkeit liegt auf Aspekten, die helfen die Angst aufmerksam zu halten. Positive soziale Interaktionen werden vernachlässigt und die Betroffenen wenden sich eher bedrohlichen sozialen Informationen / Situationen zu (vgl. Gerrig 2015, S. 568).

3.6 Behavioristisches Modell

Das behavioristische Modell bezieht sich auf den Ansatz der Symptome, welche bei Angststörungen ausgelöst werden. Die angstreduzierende Wirkung verstärkt die Angst oder konditioniert sie. Ein Beispiel dafür ist ein Mann, welcher bei Berührung von Müll denkt, er werde verseucht. Häufiges Händewaschen verringert die Furcht und wirkt dadurch als Verstärker der Angst. Ein ehemals neutrales Objekt oder eine neutrale Situation wird mit einer angstausslösenden Situation besetzt. In diesem Beispiel könnte der Mann von jemandem gehört haben, der krank geworden ist, nachdem er Müll angefasst hat. Die Phobie wird durch das Vermeiden der Situation und der Angst reduzierenden Wirkung durch die Zwangshandlung aufrechterhalten (vgl. Gerrig 2015, S. 567). Dieser theoretische Ansatz beschreibt den Kreislauf, der entsteht, wenn eine Angst sich manifestiert hat und ein Symptom zur Reduktion gefunden wurde.

4 Definition und Abgrenzung des Begriffes „Prävention“

Betrachtet man den Begriff Prävention, so stammt es von dem französischen Wort *prévention*, welches wiederum vom spätlateinischen Wort *praevenire* abgeleitet wird. Es bedeutet so viel wie „zuvorkommen, verhüten, vorbeugen“ (vgl. Bibliographisches Institut Mannheim 2017). Präventive Maßnahmen bezeichnen somit vorbeugende Schritte, um unerwünschten Ereignissen vorzusorgen oder unangenehme Entwicklungen zu vermeiden (vgl. Hennemann et al. 2015, S. 54).

In der internationalen Fachliteratur werden die Begriffe „Gesundheitsförderung“ und „Krankheitsprävention“ unterschieden. Der Begriff Krankheitsprävention wird häufig

als „Prävention“ abgekürzt und stammt aus der Sozialmedizin. Das Ziel der Prävention liegt nach Hurrelmann:

„(...) in der Vermeidung des Auftretens von Krankheiten (...) und der entscheidende Ansatz (...) dabei ist, die Auslösefaktoren von Krankheiten zurückzudrängen oder ganz auszuschalten“ (Hurrelmann et al. 2010, S. 13; zit. n. Raczynski und Di Clemente 2000).

Entscheidend jünger ist der Begriff der „Gesundheitsförderung“. Er entwickelte sich aus den gesundheitspolitischen Debatten der Weltgesundheitsorganisation (WHO) durch bevölkerungsmedizinische, ökonomische, politische, kulturelle und soziale Impulse. Der Fokus dieses Begriffes liegt auf der Verbesserung der Lebensbedingungen und nicht auf der gezielten Vermeidung von Krankheitsursachen. Die Gesundheit soll bekräftigt werden, sodass eine Lebensentfaltung möglich ist. Hurrelmann schreibt dazu:

„Im Unterschied zur Krankheitsprävention (...) geht es bei der Gesundheitsförderung um eine Promotionsstrategie, bei der Menschen durch die Verbesserung ihrer Lebensbedingungen eine Stärkung der gesundheitlichen Entfaltungsmöglichkeiten erfahren sollen“ (ebd. 2007, S. 11).

Beide Arten verbindet die Form der Intervention, das gezielte Eingreifen von öffentlichen oder professionellen AkteurenInnen. Der Unterschied liegt in der Logik der Interventionsformen. Die Kenntnis der Entstehung bzw. Dynamik des Krankheitsverlaufes (Pathogenese) ist die Voraussetzung der Krankheitsprävention, wohingegen die Gesundheitsförderung die Kenntnis der Erhaltung der Gesundheit (Salutogenese) voraussetzt. Gemeinsam haben beide Interventionsformen, dass das Ziel in der Gesundheitsgewinnung liegt, sowohl für den Einzelnen, wie auch für die Gesellschaft (vgl. Hurrelmann et al. 2014, S. 14).

4.1 Erweiterung der Definition um den pädagogisch- psychologischen Ansatz

Eine Betrachtung der pädagogischen Komponente ist von Nöten, da sich diese Auseinandersetzung auf Präventionsmaßnahmen für Kinder und Jugendliche bezieht. Zusätzlich muss der psychologische Ansatz beleuchtet werden, da Angststörungen Erkrankungen im psychologischen Bereich sind.

Der Ansatz der **psychologischen** Prävention sollte sowohl in der Theorie, als auch in der Empirie begründet sein, und somit einen übergeordneten systematischen Ansatz haben. Das Ziel dieser Präventionsart ist es, die Probleme und Ursachen für

psychologische Erkrankungen dauerhaft zu verhindern. Um dieses Ziel zu erreichen, braucht es psychologische Mittel, um Kompetenzen zu fördern, Risiken abzuwenden und vorhandene seelische Probleme an einer negativen Weiterentwicklung hindern zu können (vgl. Beelmann und Raabe 2007, S. 131; vgl. n. Brandtstädter & Eye 1982; Coie et al.1993, sowie Perrez 1998).

In Anlehnung an diese Definition ergänzt Hennemann den **pädagogischen** Aspekt in der Präventionsarbeit mit Kindern und Jugendlichen. So sollen die Risiken und Folgen einer belasteten sozial-emotionalen Entwicklung vermieden, gelindert oder bewältigt werden. Um dieses Ziel zu erreichen, sollen die Kinder und Jugendlichen mit Hilfe erzieherischer Mittel und dem Einwirken von ErzieherInnen in schulischen und außerschulischen pädagogischen Settings gestärkt werden (Hennemann et al. 2015, S. 54). Die Aufteilung Hennemanns in *schulische* und *außerschulische* Settings lässt auf eine hohe Bedeutung des schulischen Kontextes in der Präventionsarbeit schließen. Diese Relevanz wird im Kapitel 4.4 (Chancen und Risiken der schulischen Prävention) betrachtet.

4.2 Arten der Prävention

Es bestehen mehrere Ordnungssysteme für die psychologischen Präventions- und Interventionsmaßnahmen. Beelmann und Raabe beschreiben ein älteres Modell von **Caplan** (1964) in welchem zwischen **primärer** Prävention (Maßnahmen werden eingeleitet bevor psychische Probleme auftreten), **sekundärer** Prävention (psychische Probleme werden mit therapeutischer Intervention versucht zu mildern oder gänzlich aufzuheben) und **tertiärer** Prävention (unerwünschte Folgen von psychischen Problemen werden versucht zu vermeiden oder abzuschwächen) unterschieden wird. Diese Einteilung ist kritisch zu betrachten, da der Präventionsbegriff sehr weit gefasst ist und auch therapeutische und rehabilitative Konzepte einschließt (Beelmann und Raabe 2007, 2007, S. 131).

Eine Klassifikation von Prävention kann auch gemäß der Zielgruppe stattfinden. Im Gegensatz zu dem vorherigen Ordnungssystem konzentriert sich dieses auf Maßnahmen, die vor dem Auftreten eines Problems ansetzen (Beelmann und Raabe 2007, S. 131). Nach **Gordon** (1983) können anhand der Zielgruppe die präventiven Interventionen in **universelle**, **selektive** und **indizierte Prävention** unterschieden werden. Die universelle Prävention richtet sich an die Allgemeinbevölkerung, welche

die Vorteile der breiten Anwendbarkeit und der geringen Stigmatisierung bietet. Die selektive Prävention richtet sich an Individuen oder Subgruppen, welche ein erhöhtes Risiko dafür aufweisen, aufgrund ihrer Biologie oder ihres sozialen Umfeldes (z.B. Kinder in sozial benachteiligten Wohngebieten), eine psychische Störung zu entwickeln. Die indizierte Prävention ist für Personen, die psychopathologische Auffälligkeiten oder biologische Marker einer Störung aufweisen und bei denen somit die Wahrscheinlichkeit für das Auftreten einer Krankheit erhöht ist. Selektive und indizierte Prävention bergen das Risiko, Personen zu stigmatisieren, zudem ist es sehr aufwändig, die Personen zu identifizieren (In-Albon 2011, S. 168).

Die Klassifikation nach Gardon (1989), ist auch für die pädagogisch-psychologische Prävention von Interesse und wird im folgenden Kapitel betrachtet.

4.3 Bedeutung von Prävention in der pädagogischen Arbeit

Mehrheitlich manifestieren sich Angststörungen erstmalig im Kindesalter. Wird Prävention daher früh angewandt, hat sie den Vorteil, dass psychischen Störungen im Jugend- und Erwachsenenalter vorgebeugt werden können (In-Albon 2011, S. 168). Hennemann et al. (2015) beschreibt sechs zentrale Gründe für den Einsatz von Prävention zur Vermeidung bzw. Milderung psychosozialer Belastungen oder psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter:

- Kinder und Jugendliche mit psychischen Störungen weisen eine hohe Prävalenzrate aus
- in der Kindheit können psychosoziale Belastungsfaktoren lebenslange Folgewirkungen mit sich bringen
- es besteht die Gefahr von Zusatzkrankheiten, die durch die psychische Störung entstanden ist (Komorbidität)
- Familien von Kindern mit psychischen Problemen nehmen kaum Hilfe in Anspruch
- wird die Psychotherapie zu spät in Anspruch genommen, ist die Wirksamkeit eingeschränkt
- Psychische Störungen erzeugen hohe volkswirtschaftliche Kosten (vgl. Hennemann et al. 2015, S. 53)

Auf die Bedeutung von Präventionsarbeit im schulischen Kontext wird im nächsten Kapitel Bezug genommen.

4.4 Chancen und Risiken der schulischen Prävention

Psychische, soziale und gesundheitliche Probleme unter Heranwachsenden sind weit verbreitet und können Anzeichen langfristiger Entwicklungsstörungen sein. So werden Probleme, welche Kinder und Jugendliche haben, häufig als Ausdruck einer „momentanen Fehlanpassung“ oder als „normaler Entwicklungsübergang“ verstanden. Mit der Fokussierung von Präventionsmaßnahmen bei Kindern und Jugendlichen entwickelte sich die Schule zum zentralen Ausgangsort für präventive Maßnahmen. So werden 70 bis 90 % aller wissenschaftlicher Präventivprogramme im schulischen Rahmen durchgeführt (vgl. Gasteiger-Klicpera et al. 2008, S. 442; n. Duralk und Wells 1997, 1998).

Einige Vorteile und Gründe warum so viele Präventionsprogramme im schulischen Setting stattfinden, sind folgende:

- aufgrund der Schulpflicht gibt es keine andere Einrichtung, in welcher Kinder und Jugendliche so wahrscheinlich zu erreichen sind
- die Voraussetzungen von Schulräumen sowie Lern- und Lehrmaterial sind günstig
- Programme können von LehrerInnen/ausgebildeten PädagogenInnen durchgeführt werden
- durch die gleichaltrige Gruppe ist soziales Lernen besonders effektiv
- gezielte Prävention ist möglich, durch Zielgruppen welche bereits die Schule besuchen und Auffälligkeiten aufweisen (vgl. Gasteiger-Klicpera et al. 2008, S. 442)

Hennemann et al. ergänzen, dass dem Bildungsauftrag der Schule die Prävention von Gefühls- und Verhaltensstörungen und sozialem Lernen zugeschrieben ist. Die einzelnen Bundesländer haben diesen Bildungsauftrag in den Richt- und Lehrplänen festgehalten. Vor allem die Fächer Sprache, Religion, Kunst und Sport verankern das soziale und emotionale Lernen (vgl. ebd. 2015, S. 72).

Die Prävention im schulischen Setting bietet einerseits Chancen, andererseits birgt sie auch Risiken. Die Umsetzung der Präventionsziele kann mit den schulischen Bil-

dungsaufträgen konfliktieren bzw. mit dem konkreten Einhalten der Lehrpläne und den Interessen der involvierten Personen, sodass z.B. höhere Arbeitsbelastungen für LehrerInnen entstehen. Ob eine Implementation gelingt und die Präventionsmaßnahme somit wirksam eingebracht werden kann, hängt unter anderem von der Kooperationsbereitschaft und dem persönlichen Engagement der Lehrkräfte ab. Daher sollten bei der Planung und Umsetzung von Präventionsmaßnahmen extraprogrammatische Faktoren wie Interessenkonflikte zwischen beteiligten Personen berücksichtigt werden (vgl. Gasteiger-Klicpera et al. 2008, S. 443).

Auch Karing et al. betont in einer Studie, dass für eine optimale Umsetzung von Präventionsprogrammen alle Faktoren des Implementationsparameters entscheidend sind. Es geht um **1. konzepttreue Durchführung**, **2. die Charakteristika der Administratoren** (z.B. die Motivation der Lehrkräfte) und um **3. die Kontextbedingungen**, (Zeit und finanzielle Mittel). An dieser empirischen Erhebung nahmen 164 Schulen sowie 106 Lehrkräfte und pädagogische Fachkräfte teil.

Ob eine **konzepttreue Durchführung** auf eine höhere Wirksamkeit von Präventionsprogrammen schließen lässt, ist fraglich. Merkmale der Zielgruppe (z.B. Geschlecht) und Merkmale des Programmes (Vermittlung der Kernkompetenz der Maßnahme) scheinen hier eine wichtige Rolle zu spielen. Wurde die Kernkompetenz der Präventionsmaßnahme vermittelt, ergaben sich auch bei geringerer Konzepttreue (60 – 80%) signifikante Effekte. In Anbetracht dessen, dass 76% aller Schulen Veränderungen an Präventionsmaßnahmen vornehmen, um die Präventionscurricula an die Schule anzupassen, ist dies ein wichtiges Ergebnis (vgl. ebd. 2015, S. 229).

Wichtig ist auch die Einstellung der Lehrkräfte zu der Präventionsmaßnahme. Unter den **Charakteristika der Administratoren** betont Karing et al. die Abhängigkeit der Wirksamkeit von Präventionsmaßnahmen von der Implementation von Präventionsprogrammen. Engagement, eine hohe Durchführungsmotivation, sowie eine positive Einstellung für das Programm seitens des Administrators seien entscheidende Einflussgrößen. Ebenso ist die Vertrautheit mit der Maßnahme und die fachliche Kompetenz der durchführenden Person wichtig. Aus diesen Bedingungen lässt sich möglicherweise erschließen, warum ProgrammentwicklerInnen von Präventionsmaßnahmen bei eigener Durchführung eine höhere Wirksamkeit aufweisen. Im Gegensatz zu anderen Durchführenden (z.B. LehrerInnen) weisen sie vermutlich höheres

Engagement und Motivation auf, was zu einer gewissenhafteren Implementation und somit zu einem höheren Wirkungsgrad führt (vgl. ebd. 2015, S. 229).

Unter den **Kontextbedingungen** werden Ressourcen wie Zeit, Räume, Material, finanzielle Mittel und die Unterstützungssysteme zur Programmdurchführung verstanden. Das es zum Einsatz eines Präventionsprogrammes an Schulen kommt, liegt zu 95 % an der Eigeninitiative der Lehrkräfte und den pädagogischen Fachkräften. Obwohl staatliche Behörden (z.B. das Kultusministerium) eine wesentliche Informationsquelle für Präventionsmaßnahmen darstellen, spielen sie kaum eine Rolle für die Initiative des Programmeinsatzes.

Die Fachkräfte der Schulen geben in einer Studie von Karing et al. an, dass es häufig an Zeit oder an zur Verfügung stehenden finanziellen Mitteln mangelt. Dies liegt nicht an der Finanzausstattung der Schulen, sondern eher an einer unspezifischen Förderung der Maßnahmen.

Materielle und personelle Ressourcen sind nach Angaben der Fachkräfte ausreichend vorhanden. Für die Bereitstellung der Ressourcen sorgen vor allem die Schulen (39 %), externe Projektträger (30 %), die Eltern (24 %) und die staatlichen Behörden wie Schulamt, Schulträger, Kultusministerium (17 %). Sehr gut schätzen die schulischen Fachkräfte die Unterstützung der Schulleitung und die der KollegenInnen bei der Umsetzung/Durchführung der Projekte ein.

Fast ein Drittel der befragten Schulen führte in den zwei zurückliegenden Schuljahren kein Präventionsprogramm durch. 83 % davon sehen Bedarf in der Durchführung von Präventionsprogrammen, insbesondere für Aggressivität und Gewalt (58 %), sowie sozialer Kompetenz und Stressmanagement (je 27 %). Ausschlaggebend, warum keine Maßnahme eingeführt wurde, seien der finanzielle und der personelle Aspekt. So müssten kostenfreie Programme und speziell ausgebildetes Personal bereitgestellt werden, sowie der Aufwand für die Durchführung verringert werden. Weiterhin wurde mehr Wissen über das Ziel und die Durchführung der Programme (33 %) und die Möglichkeit der Einführung solcher Programme aufgrund des Lehrplanes (27 %) gewünscht (vgl. ebd. 2015, S. 232).

Ein Problem stellt die geringe **systematische Bestandsaufnahme** von schulischen Präventionsprojekten dar, welche die Voraussetzungen und Schwierigkeiten bei der

Einführung von Projekten aufführen. Karing schreibt dazu nach Beelmann und Schwedes:

„Obwohl die Schule als zentrale Bildungsinstitution ein wichtiges Setting bei der Umsetzung von Präventionsmaßnahmen darstellt, gibt es bislang nur wenige systematische Bestandsaufnahmen zu schulischen Präventionsaktivitäten, sowie den Bedingungen und Herausforderungen bei der Implementation dieser Maßnahmen.“ (Karing et al. 2015, S. 229; n. Beelmann 2008; Schwedes 2009)

4.5 Zur Relevanz von Prävention Sozialer Angststörungen

Kühl et al. schreibt, dass neben der „(...) Behandlung bereits manifester Angststörungen vielfach die Notwendigkeit betont wird, präventiv der Entwicklung von Ängsten entgegenzuwirken“ (ebd. 2010, S. 241).

Dafür spricht ein hoher Anteil an Kindern mit Beeinträchtigungen in der sozialen, kognitiven und emotionalen Entwicklung. Ebenso langes Verharren (Persistenz) der Probleme über viele Jahre hinweg (vgl. ebd. 2010, S. 241). Wie im Kapitel 2.4 beschrieben, besteht zusätzlich die Gefahr einer komorbiden Störung, wie etwa einer Depression oder der Ausbildung einer Substanzstörung. Für die Betroffenen können einschneidende Schädigungen verhindert oder verringert werden und das Gesundheitssystem könnte Geld sparen, wenn frühzeitige Maßnahmen durchgeführt werden. Weiterhin spricht dafür, dass Kinder mit bestehenden psychischen Problemen gar nicht oder erst spät therapeutische Behandlung zukommt. Laut Kühl et al. weist eine Studie von Nauta darauf hin, dass der Therapieerfolg umso mehr verringert wird, je länger die Angstproblematik bereits vorhanden ist (vgl. Kühl et al. 2010, S. 241; n. Nauta 2005).

5 Zur Prävention Sozialer Angststörungen im schulischen Kontext

Fast alle der vorgestellten Präventionsprogramme in der Tabelle basieren auf der kognitiven Verhaltenstherapie (KVT), einer Form der Psychotherapie, weshalb diese folgend beschrieben wird.

„Kognitiv“ steht für die Wahrnehmung und Gedanken. Die Verhaltenstherapie konzentriert sich auf das Handeln der betroffenen Person. Zusammengefasst wurde es von Willson und Branch unter dem knappen Motto: „Sie denken, wie Sie fühlen“ (ebd. 2007, S. 27). Das Handeln des Menschen steht häufig in Zusammenhang mit seiner Gefühlslage, daher wird das Verhalten in der KVT betrachtet. Ebenso kann sich un-

bewusst das Handeln auf die Verfassung auswirken, d.h. eine Handlungsweise kann negative oder positive Gefühle verstärken. Der Kern der KVT ist die Wechselwirkung zwischen Gefühlen, Gedanken und Verhaltensweisen. Denken und Handeln wird in dieser Therapieform genau untersucht um Emotionen zu überwinden und das Verhalten zum betreffenden Problem zu analysieren. Das Ziel liegt in der langfristigen Hilfe. Mit der Anwendung bestimmter Techniken werden KlientInnen befähigt, ihre eigeneN TherapeutInnen zu sein. Diese Komponente trägt dazu bei, dass die kognitive Verhaltenstherapie im Gegensatz zu anderen psychotherapeutischen Ansätzen oder Medikamentösen Behandlungen ohne KVT erfolgreich ist und weniger Rückfälle verzeichnet werden, (vgl. Willson und Branch 2007, S. 27). In den folgenden Präventionsprogrammen wird Kindern mit dieser Therapieform geholfen, mit Angstgefühlen umzugehen. Fähigkeiten, wie zum Beispiel, das Stoppen negativer Gedanken oder Selbstgespräche positiv zu führen, sollen vermittelt werden. Auch physiologische Elemente, wie Gruppenaktivitäten, Rollenspiele oder Sportübungen sollen Kinder Bewältigungsstrategien für Angstzustände im Alltag vermitteln. Dieses Therapieverfahren findet sich in zahlreichen Quellen wieder und wurde durch diverse Studien als wissenschaftlich „erfolgreich“ belegt (vgl. Hoyer und Härtling 2017, S. 107; vgl. n. Leichsen et al. 2013; vgl. Lauth et al. 2011, S. 219; n. Mancini et al. 2005). Bei PatientInnen, welche das Therapieprogramm beenden, liegt die Erfolgsquote nach Hoyer und Härtling bei ca. 50-75 % (vgl. ebd. 2017, S. 107). Die Zufriedenheitsraten betragen 90 % und wesentliche Verbesserungen, sowie die Teilhabe an sozialen Lebensbereichen konnten erzielt werden. Das bedeutet, dass das Gefühl, dass die Therapie etwas gebracht habe, vorhanden ist. Wirklich störungsfrei bzw. gesund sind jedoch nur ein Drittel der PatientInnen nach der Therapie. Es finden sich Hinweise, dass nach einem längeren Zeitraum die Zahl der gesunden Patienten steigt. Dies ist allerdings auch von der Schwere der Angststörung abhängig. Je manifestierter und schwerer die Störung ist, umso langwieriger ist der Heilungsprozess. Diese Betroffenen müssen sich häufig über das Präventionsprogramm hinaus um einen Abbau der Angststörung bemühen (vgl. Hoyer und Härtling 2017, 107 u. 108).

5.1 Methodik dieser Arbeit

Im Folgenden werden anhand einer Tabelle neun Präventionsprojekte Sozialer Angststörungen an Schulen vorgestellt. Gewählt wurden diese Präventionsprogramme aufgrund folgender Methodik.

Alle Präventionsprojekte wurden anhand veröffentlichter Studien aufgenommen, welche mindestens ein Follow-up oder Post-Test Ergebnis vorliegen haben. Die Programme haben das Ziel präventiv auf Soziale Angststörungen zu wirken und nicht z.B. auf die häufige Komorbiditätskrankheit „Depression“. Ein weiteres Kriterium war die Internationalität der Projekte; Alle Programme kommen aus verschiedenen Ländern und die zugrundeliegenden Studien wurden auf Englisch veröffentlicht. Zusätzlich wurde ein Fokus auf die Aktualität der Programme gelegt. Die älteste Studie von 2001 kommt von Barrett und Turner. *Friends for children* wurde gewählt, da dies weltweit am häufigsten als Angstpräventionsprogramm eingesetzt wird. Weiterhin ergab sich aus der Recherche, dass es nicht viele universelle Präventionsprogramme gibt. Ein Grund dafür ist, dass der Fokus lange auf der Entwicklung von Programmen zur Behandlung der Angststörungen lag. Ein weiterer möglicher Grund dafür könnte darin liegen, dass universelle Präventionsprogramme keinen ausreichenden individuellen Fokus bieten könnten (vgl. Aune und Stiles 2009, S.868). *Taming Worry Dragons* grenzt sich von den anderen Programmen ab, da die Studie als einziges Projekt keinen signifikanten Effekt verzeichnen kann. Eine Betrachtung, warum das möglicherweise so ist und wie sich das Projekt von den anderen unterscheidet folgt anschließend. Das Projekt aus Chile *Improving physical fitness and emotional well-being in adolescents of low socioeconomic status* basiert als einziges Projekt nicht auf der kognitiven Verhaltenstherapie und bietet somit einen Ausblick auf andere mögliche Präventionsansätze. *Norwegian Universal Preventive Program for Social Anxiety* (NUPP-SA) ist das einzige Programm aus der skandinavischen Region mit einer großen Interventionsgruppe. *Super skills for life* ist gewählt worden, da es ein universelles, sowie ein selektives Präventionsprojekt ist und ein Forschungsprojekt dazu in Deutschland durchgeführt wird (vgl. Mroczek 2016). *Cool little Kids Online* kommt aus Australien. Es ist eines der ersten durchgeführten Onlineprogramme für Eltern von 3- bis 6-jährigen Kindern, welche das Temperamentsmerkmal der „Verhaltenshemmung“ aufweisen. *Being brave* ist ein Programm aus Amerika. Es wird in dieser Arbeit vorgeschellt, da die Präventionsdauer mit 20 Sitzungen über 6 Monate einen längeren Zeitraum als die anderen Programme beinhaltet. *The skills for social and academic success program* beinhaltet ein Probetraining für die Kinder, die neuen Fähigkeiten direkt an FreundInnen zu erlernen bzw. auszuprobieren. *Get lost Mr. Scary* stellt mit den 2015 veröffentlichten Zahlen ebenfalls ein sehr aktuelles Pro-

gramm dar. Die Kontrollgruppe wurde nach ca. 3 Wochen ebenfalls der Intervention unterzogen.

5.2 Stand der Forschung / Tabelle

Ar t	Programm / Autoren	Zeitspanne	Al- ter	Anzahl Teil- nehmerInnen (N)	Gruppen	Follow -up	Effekt	Intervention / Beson- derheiten	Programmleiter
Universelle Prävention	Barrett & Turner 2001 - Friends for children (Australien)	10 Treffen; wöchentl. à 70 min. + 1 Treffen n. 2 u. 3 Monaten	10 - 12	489; 291 w; 293 m	IG (L) N=263 IG (P)N= 188 KG N = 137	Post- Test	Größerer signifi- kanter Effekt bei Durchführung von P als bei L	Vergleich von Effekt- unterschied durch ProgrammleiterInnen L / P	1- tägige Schulung für LehrerInnen und PsychologInnen
	Miller et al. 2010- Taming Wor- ry Dragons (Nordameri- ka)	8 Wochen in üblicher Schulzeit	7 - 12	116; 58 w; 58 m	IG (N= 73) KG (N= 43)	Post- Test	Keinen signifi- kanten Effekt erzielt; weder über Selbst- noch über Eltern- fragebogen	-	5 L + ein(e) Bera- tungslehrerIn; 1 Tag von AutorIn des Programmes ge- schult
	Bonhauser et al. 2005 – Improving physical fit- ness and emotional well-being in adolescents of low socioecono- mic status (Chile)	30 Treffen; 3x Woche à 90 min. / insg. 10 Wo- chen	~ 15 (9. Kl.)	198; 102 w.; 96 m.	IG (N= 98) KG (N=100)	Post- Test	Signifikanter Ef- fekt zw. IG und KG vorhanden	- Fokus auf Verbes- serung körperlicher Fitness - SchülerInnen ent- scheiden über Art der Sportübungen - in Stadtteil Santi- agos mit niedrigem sozioökonomischen Status	LehrerInnen

	Aune und Stiles 2009 – Norwegian Universal Preventive Program for Social Anxiety (NUPP-SA) (Norwegen)	6 Treffen à 45 min.	11 - 15	1439; 747 w.; 692 m.	IG (N= 801) KG (N=638) IG & KG in verschiedenen Stadtteilen	12 Monate	Zeiteffekt bei IG signifikant größer als bei KG Präventiv- und Behandlungseffekt vorhanden	- Bezieht ganzes Umfeld mit ein (L., KinderärztInnen, Eltern, PädagogenInnen) - Unterteilung in auffällige Anzeichen (<i>syndromal</i>) & leichte Anzeichen von Angststörungen (<i>subsyndromal</i>)	LehrerInnen
	Essau et al. 2014 – Super skills for life (England)	8 Treffen; wöchentl. à 45 min. nach der Schule	8 - 10	61; 18 w.; 43 m.	Angststörungen (N= 51) Keine Kontrollgruppe	6 Monate	Signifikante Effekte nach 6 Monaten	3x Videofeedback à 2 min. Vermittlung in kleinen Gruppen (6 - 8 Kinder)	spezialisierte KinderpsychologInnen mit 1-tägigem Workshop
Selektive	Morgan et al. 2017 – Cool little Kids online (Australien)	6 Treffen; 8 interaktive Module für Onlinezugang	3 - 6	433; 228 w.; 205 m.	IG (N=215) KG (N=218)	3 u. 6 Monate	Signifikanter Rückgang der Angstsymptome zw. KG und IG (besonders nach 6 Monaten)	- Strategien für Eltern mit schüchternem Kind umzugehen - Onlineprogramm für Eltern	geschulte PsychologInnen
Indizierte	Hirshfeld-Becker et al. 2010 – Being Brave	20 Treffen; über 6 Monate; 6 Elterntermine	4 - 7	64; 34 w.; 30 m.	IG (N=34) KG (N = 30)	24 Monate	Rückgang der Angstsymptome auch bei KG lt. Elternreport	Fokus auf Animationen, Rätsel, Puzzles und interaktive Spiele	nicht erwähnt

(USA)	;13 Eltern-Kind-Treffen								
Masia-Warner et al. 2005 – The skills for social and academic success program (SASS) (USA)	12 Treffen; 1x Woche à 40 min.; insg. 14 Sitzungen	7 - 14	35; 26 w.; 9 m.	IG ohne Eltern (N=19) IG mit Eltern (N=17) KG (N=14)	9 Monate	Kinder erfüllten nicht mehr die Kriterien der Sozialen Phobie. Kein Unterschied zw. Gruppe mit & ohne Eltern	Elternteraining, FreundInnen in therapeutischen Prozess integriert KlassenkameradIn wird gewählt, an welcher die neuen Fähigkeiten "geübt" werden	Therapeut-Innen / Psycholog-Innen geschult auf SASS	
Ruocco et al. 2016 – Get lost Mr. Scary (Australien)	7 Treffen; 1x Woche; à 60 min.	5 - 7	134; 69 w.; 65 m.	IG (N=73) KG (N=61) *Kontrollgruppe erhält Intervention nach 12 - 14 Wartewochen	12 Monate	signifikanter Effekt vorhanden	Spielbasierter Ansatz über den KVT-Elemente vermittelt werden sollen	2 geschulte ModeratorInnen; davon eine mit KVT-Wissen & Pädagogischen Kenntnissen	

IG = Interventionsgruppe
KG= Kontrollgruppe

w= weiblich
m= männlich

L = LehrerInnen
P= PsychologInnen

5.3 Auswertung der Präventionsprogramme

Die Auswertung der Programme findet anhand der Tabelle im vorherigen Kapitel statt. Betrachtet werden die Projekte nach der Präventionsart (universell, selektiv und indiziert) und dem inhaltlichen Aufbau (z.B. KVT). Weiterhin folgt eine Betrachtung, ob ein Follow-up durchgeführt wurde, welchen Effekt das Programm erzielt hat und inwiefern es als valide betrachtet werden kann, auch aufgrund der methodischen Grenzen der psychologischen Forschung. Die Teilnehmeranzahl der Projekte wird beleuchtet, ebenso wie das Geschlechterverhältnis der Teilnehmenden. Daraufhin werde ich betrachten, ob die Eltern involviert wurden und welche Forschungsergebnisse dazu vorliegen. Ein letzter Punkt ist der zeitliche Rahmen eines Projektes und das Alter der TeilnehmerInnen.

Inhaltlich sind die Programme in der ersten Spalte nach der **Art der Prävention** gegliedert und in *universell*, *selektiv* und *indiziert* unterteilt. Vier der in der Tabelle aufgeführten Präventionsprogramme sind universelle Präventionsprojekte (Barrett et al. 2001; Miller et al. 2010; Bonhauser et al. 2005; Aune und Stiles 2009). Aune und Stiles haben einige Chancen, die universelle Präventionsprojekte bieten, zusammengefasst. So bietet ein schulisches und universelles Präventionsprojekt Möglichkeiten, welche durch andere Methoden nicht erreichbar sind. Die hohe Komorbiditätsrate und der Zusammenhang von Angststörungen, welche Depressionen oft vorangehen, hat eine große Auswirkung auf Präventionsprogramme. So hat die universelle Prävention Sozialer Angststörungen die Chance Problemen wie Depressionen, Substanzmittelmissbrauch und Selbstmordversuchen vorzubeugen (vgl. ebd. 2009, S. 868; vgl. n. Lecrubier 1998). Dagegen birgt die universelle Prävention das Risiko nicht gezielt und individuell bei vorliegenden Störungen oder Risikofaktoren wirken zu können. Im Gegensatz zur selektiven Prävention, welche SchülerInnen mit Risikofaktoren der Sozialen Angststörung auswählt (Essau et al. 2014; Morgan et al. 2017). Daher hat die selektive Präventionsart nach Offord durch frühe Anzeichen von Risikofaktoren das Potential, die Probleme rechtzeitig anzugehen und mögliche weitere Beeinträchtigungen damit reduzieren zu können. Ein zweiter möglicher Vorteil der selektiven Präventionsart ist es, effizient(er) sein zu können, da die verfügbaren Ressourcen sich nur an Kinder mit Risikofaktoren richten. Beides hängt davon ab, dass ausschließlich Kinder mit erhöhtem Risiko identifiziert werden (vgl. ebd. 2000,

S. 837). Nach Offord birgt die selektive Prävention eine Reihe von Risiken, wie etwa die Stigmatisierung und Zuweisung, z.B. wenn Kinder Angstsymptome zugeschrieben werden und sie diese nicht haben. Weiterhin birgt das Screeningverfahren, nach dem die Risikogruppe ausgewählt wird, einige Hürden, da es teuer und aufwendig ist. Bei Befragung der Personen, welche in einem Bevölkerungs-Screening nicht als Personen mit Risikofaktoren eingestuft wurden, ist bei persönlichen Befragungen festgestellt worden, dass diese dennoch ein sehr hohes Risiko aufwiesen (vgl. Offord 2000, S. 837; zit. n. Rose, 1985; Rutter, Tizard, & Whitmore, 1970).

Drei der vorgestellten Präventionsprogramme basieren auf der indizierten Präventionsart (Hirshfeld-Becker et al. 2010; Masia-Warner et al. 2005; Ruocco et al. 2016), bei den SchülerInnen liegen somit Soziale Angststörungen vor. Die indizierte Prävention birgt ähnliche Chancen und Risiken wie die selektive Prävention.

Fast alle Präventionsprogramme in der Tabelle basieren **inhaltlich** auf der kognitiven Verhaltenstherapie (Barrett et al. 2001; Miller et al. 2010; Aune et al. 2009; Essau et al. 2014; Morgan et al. 2017; Hirshfeld-Becker et al. 2010; Masia-Warner et al. 2005; Ruocco et al. 2016). Da es eine umfassende Therapierart ist und die Erfolgsquote wie bereits beschrieben bei 50 bis 75 % liegt (vgl. Hoyer und Härtling 2017, S. 107), wird die kognitiv-behaviorale Therapie am häufigsten angewandt (vgl. Stangier et al. 2016, S. 311).

Eine Ausnahme bildet das Programm von Bonhauser et al., da die Grundlage des Projektes auf Sport basiert. Durch speziell für Jugendliche konzipierte physische Aktivitäten werden Angst und Depressionen reduziert (vgl. Bonhauser et al. 2005, S. 113). Nach meiner Recherche ist dieser Sportansatz zur Prävention Sozialer Angststörungen im Kindes- und Jugendalter international einzigartig. Es gibt Veröffentlichungen, welche die Reduktion von Angstzuständen durch Sport belegen. Wie zum Beispiel eine Metaanalyse von Wipfli et al., welche nach der Betrachtung von 49 Studien zu der Feststellung kommen, dass Bewegung Angst reduzieren kann. Sogar besser als andere Entspannungsmethoden, wie z.B. beim Yoga (vgl. Banzer 2017, S. 329). Das genannte Projekt von Bonhauser 2005 aus Chile hat ebenso gezeigt, dass Sport präventiv gegen Angststörungen wirken kann; Ein signifikanter Effekt wurde erzielt. In der Präventionsgruppe sind weniger Angststörungen zu verzeich-

nen, als in der Kontrollgruppe. Ein **Post-Test** wurde (9 Wochen) nach der Prävention gemacht, es gibt jedoch keine Langzeitergebnisse.

Fraglich ist, inwiefern diese Daten ohne langfristiges **Follow-up** als wissenschaftlich fundiert und verallgemeinernd betrachtet werden können. Nach Beelmann sind die Daten kritisch zu sehen, da sie keine langfristigen und nennenswerten Forschungsergebnisse darstellen und somit keine allgemeinen Versorgungsprinzipien daraus abgeleitet werden können (vgl. ebd. 2006, S. 158). Somit liefern alle Präventionsprojekte aus Tabelle 3 nach Beelmann keine langfristigen Daten zur Präventionsforschung. Drei der neun Programme haben einmalig im Post-Test etwa 9 Wochen nach der Präventionsmaßnahme erneut Daten zur Angstsymptomatik erhoben (Barrett et al. 2001; Miller et al. 2010; Bonhauser et al. 2005); Zwei Programme nach 6 Monaten (Essau et al. 2014; Morgan et al. 2017); Ein Projekt hat nach 9 Monaten erneut Daten erhoben (Masia-Warner et al. 2005) und zwei weitere Programme nach 12 Monaten (Ruocco et al. 2016; Aune und Stiles 2009). Das längste follow-up ist nach 24 Monaten (Hirshfeld-Becker et al. 2010).

Auch in einer Metastudie von Pössel et al. fällt auf, dass kaum follow-ups, die mehr als 1 Jahr nach den universellen Präventionsprogrammen durchgeführt wurden, für Kinder und Jugendliche vorliegen. 10 universelle Präventionsprogramme internalisierender Angststörungen wurden auf Kosten und Effektivität geprüft. Als viel zu kurz beschreiben sie den Zeitraum und dass Studien in Zukunft mehr follow-up Daten enthalten sollten. Die Kosten lagen im Schnitt bei 10,- bis 16,50 Euro pro teilnehmenden Jugendlichen, was nach Pössel im Verhältnis zu dem möglichen Leid und den Kosten, welche im Krankheitsfall entstehen, für ein effektives Präventionsprojekt sehr gering ist (vgl. Pössel et al. 2006, S. 209).

Ein zusätzlicher Aspekt, der bei diesen Ergebnissen im Posttest zu bedenken ist, ist dass die Effektstärke gering sein kann. In vielfachen Studien wurden direkt nach einer Prävention keine oder geringere signifikante Effekte erzielt, als im Follow-up nach z.B. einem Jahr. Nach Brezinka kann „(...) der eigentliche Effekt einer Präventivintervention erst nach mehreren Jahren follow-up eingeschätzt werden“ (ebd. 2003, S.80). So könnte dies ein Grund dafür sein, warum ein Projekt, welches keinen signifikanten **Effekt** erreichen konnte, die Daten nach der Präventivmaßnahme ausschließlich im Post-Test erhoben hat (Miller et al. 2010).

Trotz dessen, dass in der Studie keine signifikanten Effekte erzielt wurden, gibt Miller an, dass zumindest Kinder mit auffälligem ängstlichem Verhalten in der Selbstbeurteilung von einem Rückgang der Angstsymptome berichteten (vgl. Miller et al. 2010, S. 436).

Wirft man einen Blick auf die Effekte der anderen Präventionsprogramme in Tabelle 3 wird sichtbar, dass die anderen aufgeführten Programme signifikante Effekte aufweisen (Barrett & Turner 2001; Bonhauser et al. 2005; Essau et al. 2014; Aune & Stiles 2009; Morgan et al. 2017; Hirshfeld-Becker et al. 2010; Masia- Warner et al. 2005, Ruocco et al. 2016). Um festzustellen, wie hoch die einzelnen Effekte des Projektes sind, wurde im Laufe des Erstellens dieser Arbeit *d* nach *Cohens* berechnet. Ein direkter Vergleich ist jedoch nicht möglich, da die Datenerhebung durch verschiedene Fragebögen stattfindet, wie zum Beispiel den Multidimensional Anxiety Scale for Children (MASC) bei *Taming Worry Dragons* oder der Revised Children's Manifest Anxiety Scale (RCMAS; Reynolds & Richmond, 1979) im *Queensland* Projekt. Zusätzlich weichen die Methodologien der einzelnen Projekte voneinander ab und Ziel dieser Arbeit ist es, den Forschungsstand der Präventivmaßnahmen auf Soziale Angststörungen zu erarbeiten und nicht, eine Metaanalyse aufzustellen. Trotz dessen liegt ein Interesse darauf herauszufinden, ob die Programme einen Effekt erzielen. Daher wurde die Spalte *Effekte* eingefügt, welche darstellt, ob *signifikante* Effekte erzielt worden. Denn die **Signifikanz** steht für einen direkten Zusammenhang von zwei Variablen. Die Wahrscheinlichkeit, dass ein Irrtum vorliegt, ist auf einem max. 0,5 % Niveau festgelegt, d.h. „(...) die angenommene Hypothese trifft auch auf die Grundgesamtheit zu (...)“ (Statista GmbH 2016).

Die **Validität eines Ergebnisses** muss aus verschiedenen Gesichtspunkten kritisch betrachtet werden. Methodische Verfahren und Datenerhebungen in der Psychologie weisen Grenzen auf, da der Anspruch, die Realität in Befunden widerzuspiegeln, schwer zu erfüllen ist. In der Psychologie spricht man daher von der kritischen Realität, also „(...) von einer abgeschwächten Form des Realismus (...)“ (Westermann 2017, S.64).

Dass die Validität von Effektangaben kritisch zu betrachten ist, hat Beelmann 2006 beleuchtet. Mittlere Effektstärken können durch Selektionseffekte beeinflusst oder

verzerrt sein. Auch die methodische Charakteristika können einen Einfluss auf die Effektgröße haben (vgl. Beelmann 2006, S. 157).

Ein weiterer Grund für die **Ergebnisverzerrung** kann der Erwartungseffekt und/oder der Placeboeffekt sein. Der **Erwartungseffekt** tritt auf, wenn der/die ProjektleiterIn auf subtile Weise den ProbandInnen mitteilt, welches Ergebnis er/sie erwartet und somit der gewünschte Effekt hervorgerufen wird. In diesem Fall werden die Testergebnisse durch die Erwartungen der ProjektleiterInnen verändert und nicht durch das Präventionsprogramm (vgl. Westermann 2017, S. 328).

Der **Placeboeffekt** bedeutet, dass sich ein Gesundheitszustand verbessert, ohne dass eine Behandlung durch Medikamente oder eine Präventionsmaßnahme durchgeführt wurde. Das Ergebnis einer Studie verbessert sich durch die Überzeugung, eine Verbesserung zu spüren und der Erwartung, das sich in Handeln und Fühlen verändert hat. Hinzu kommt der **Hawthorne-Effekt**, welcher bedeutet, dass TeilnehmerInnen einer Testgruppe sich möglicherweise anders verhalten, wenn sie wissen, dass sie unter Beobachtung stehen, weil sie es als besonders empfinden für eine Studie gewählt worden zu sein (vgl. ebd. 2017, S. 328). Ein Beispiel für diesen Effekt könnte das Projekt „Being Brave“ von Hirshfeld-Becker sein. Auch die Kontrollgruppe, welche an keiner Präventionsmaßnahme teilgenommen hat, hat in dem Follow-up Ergebnis signifikante Rückgänge von Angstsymptomen zu verzeichnen.

Ein weiterer möglicher Grund für eine Ergebnisverzerrung, ist der häufig dokumentierte Zusammenhang zwischen der **Anzahl der TeilnehmerInnen** (Stichprobengröße) und der Effektstärke (vgl. Beelmann 2006, S. 157; vgl. n. Beelmann & Boger 2005; Farrington & Welsh 2003; Lösel & Beelmann 2003; Tobler et al. 2000; Wilson et al. 2003). In diesen ausgewählten Präventionsprojekten variiert die Anzahl der TeilnehmerInnen stark. 35 TeilnehmerInnen hat das Projekt mit der geringsten Anzahl an Kinder und Jugendlichen (Masia- Warner et al. 2005). Vier Projekte haben zwischen 60 und 200 (Essau et al. 2014; Hirshfeld- Becker et al. 2010; Miller et al. 2010; Bonhauser et al. 2005) und zwei haben über 400 TeilnehmerInnen (Barrett et al. 2001; Morgan et al. 2017). Auffällig viele SchülerInnen hat das norwegische Projekt mit 1.748 Kinder und Jugendlichen. Zwei verschiedene Schulen aus zwei Bezirken wurden in Präventions- und Kontrollgruppe aufgeteilt, da keine Beeinflussung untereinander eintreten sollte.

Doch wie groß ist der optimale Stichprobenumfang? Er muss nach Bandelow nicht immer möglichst groß sein, um eine Teststärke aufweisen zu können. Der optimale Stichprobenumfang ergibt sich aus der *Teststärke (Power)*, der *Irrtumswahrscheinlichkeit (α)*, sowie dem relevanten *Effekt (d)* (vgl. ebd. 2015, S. 35; vgl. n. Cohen 1988; Cohen 1962). Wird eine geringe Effektstärke erwartet, müssen umso mehr Probanden gewählt werden. Bandelow schreibt dazu: „Wenn α und β konstant bleiben, gilt: je geringer die zu erwartende Effektstärke, desto höher muss die Probandenzahl sein, um einen Unterschied nachzuweisen“ (ebd. 2015, S. 36).

Ein Blick in die Tabelle auf die Anzahl der Teilnehmer zeigt, dass Präventions- und Kontrollgruppen von 14 bis 801 Personen vorliegen. Welche Bedeutung hat die **Gruppengröße** der Präventionsvermittlung auf das Programm? Poessel et al. kommen in einer Metastudie von 2006 zu dem Schluss, dass die Größe der Gruppe eine Auswirkung auf den Effekt hat. Je kleiner die Gruppengröße, desto größere Effekte wurden in ihren ausgewerteten Studien erzielt (vgl. ebd. 2006, S. 208; n. Pössel et al. 2004b; Shochet et al. 2001).

Mit Ausnahme von einem Projekt (Essau et al. 2014) haben alle aufgelisteten Projekte eine **Kontrollgruppe**. Laut Bandelow wäre eine relativ kleine Stichprobengröße von etwa 30 Personen nötig, um einen großen Effektunterschied aufzeigen zu können, wenn es eine Wartelistengruppe gibt. Denn in einer Wartelistengruppe werden sehr geringe Effekte erzielt (vgl. ebd. 2015, S. 36).

In dem Kapitel „Häufigkeit von Angststörungen“ wurde festgestellt, dass **Mädchen häufiger als Jungen** von Sozialen Angststörungen betroffen sind. Wie wirkt sich diese Erkenntnis auf die Projektumsetzung der Präventionsprogramme aus? Eines der vorgestellten Projekte hat den gleichen Anteil von weiblichen und männlichen Teilnehmern (Miller et al. 2010). Sechs Programme haben mehr weibliche als männliche Probanden (Bonhauser et al. 2005; Aune und Stiles 2009.; Morgan et al. 2017; Hirshfeld-Becker et al. 2010; Masia-Warner et al. 2005; Ruocco et al. 2016) und zwei Studien mehr Jungen als Mädchen (Barrett et al. 2001; Essau et al. 2014). In einem Programm (Barrett et al. 2001) berichten sowohl im Pretest als auch im Posttest mehr Mädchen als Jungen von Angstsymptomen.

Eine veröffentlichte Studie von Luby überprüft die Wirkung eines Vorschulpräventionsprogrammes an Eltern von Kindern mit dem hohen Risiko einer internalisierenden

Störung. Nach 11 Jahren wurde der Langzeiteffekt gemessen, ob ein kurzes Aufklärungsprogramm für Eltern von Kindern mit dem Temperamentsmerkmal der „Verhaltenshemmung“ einen Effekt aufweist. Zum Zeitpunkt des Follow-up nach 11 Jahren wurden keine signifikanten Unterschiede zwischen der Interventions- und der Kontrollgruppe in der Anzahl der Angst- und Depressionserkrankungen festgestellt. Auffällig ist jedoch, dass die jugendlichen Mädchen der Interventionsgruppe weniger internalisierende Störungen, weniger Angstsymptome und weniger Beeinträchtigungen von Ängsten im Alltag, als die jugendlichen Jungen in Kontroll- und Interventionsgruppe sowie die Mädchen in der Kontrollgruppe, aufweisen (vgl. Luby 2013, S. 105). Die Studie kann ein Hinweis dafür sein, dass frühzeitige Präventionsprogramme bei Mädchen im Langzeiteffekt eine stärkere Wirkung aufweisen, als bei Jungen.

Insgesamt scheint ein früherer Beginn der Prävention zu einem höheren Therapieerfolg zu führen. In einer von Brezinka veröffentlichten Evaluationsstudie über Präventivinterventionen bei Kindern mit Verhaltensstörungen wird ersichtlich, dass Präventionsprogramme erfolgreicher sind, **je jünger** die Teilnehmer sind und **je länger** die Intervention angesetzt ist. Begannen die Interventionen im Vorschulalter und vor dem zehnten Lebensjahr wiesen sie einen größeren Effekt auf (vgl. Brezinka 2003, S. 80; vgl. n. Hawkins et al. 1999; Webster-Stratton et al. 1998; Webster-Stratton et al. 2001). Drei Präventionsprogramme aus der Tabelle 3 setzen vor dem zehnten Lebensjahr an (Essau et al. 2014; Morgan et al. 2017; Hirshfeld-Becker et al. 2010; Roucco et al. 2015) bzw. haben eine Altersspanne über das 10. Lebensjahr hinaus (Miller et al. 2010; Masia-Warner et al. 2005). Drei beginnen nach dem 10. Lebensjahr (Barrett et al. 2001; Bonhauser et al. 2005; Aune und Stiles 2009).

Ob das **Einbeziehen von Eltern** zu einer erfolgreicheren Effektstärke bzw. Wirksamkeit führt, ist in der Präventionsforschung umstritten. Eimecke et al. haben 2010 eine Studie durchgeführt, um herauszufinden, wie wirksam Elternt raining in der Präventionsarbeit mit Kindern ist. Auf modifizierter Grundlage des FRIENDS Programmes wurden 70 Kinder in zwei Gruppen aufgeteilt, in einen „Präventionskurs“ und einen „Präventionskurs + Elternt raining“. Die Ergebnisse zeigen, dass das Elternt raining keinen bedeutsamen Effekt auf die Veränderung internalisierter Symptome zeigt. Auch hier fehlen jedoch langjährige Follow-ups, um aussagekräftige Ergebnisse zu erzielen. Ein positiver Effekt ist jedoch der Umgang der Eltern mit ihren Kindern. Viele hatten nach dem Programm das Gefühl kompetenter mit ihnen umgehen

zu können (vgl. ebd. 2010, S. 193). Aber auch das Alter des Kindes kann eine Auswirkung auf die Effektgröße sein, wenn es um das Elterntraining geht. Schneider & Schlup schreiben dazu: „Der Einbezug der Eltern trägt insbesondere bei jüngeren Kindern zu einer Verbesserung des Therapieerfolgs der Kinder bei“ (ebd. 2005, S. 404; zit. n. Chambless u. Ollendick 2001, Silverman u. Berman 2001).

Die Anzahl der Treffen des Präventionsprogrammes variiert von 6 (Morgan et al. 2017; Aune und Stiles 2009) bis zu 30 Treffen (Bonhauser et al. 2005). Bedacht werden muss, dass ein Programm mit 6 Sitzungen ein Onlineprogramm ist (Morgan et al. 2017). Die Programme unterscheiden sich stark im zeitlichen Rahmen. Einige Projekte führen wenige Treffen über einen kurzen Zeitraum durch (z.B. Aune und Stiles 2009), während einige Programme intensiver sind (z.B. Bonhauser et al. 2005). Nach Brezinka führen intensivere Programme, welche über einen länger Zeitraum andauern, mit mehreren, teilweise individuellen Sitzungen, zu größerer Effektivität (vgl. ebd. 2003, S. 80; zit. n. Lochmann et al. 1993; Prinz et al. 1994; Sanders, Markie Dadds et al. 2000). Das Projekt *Being Brave* hat den längsten Zeitraum, mit 20 Treffen über 6 Monate und mit 34 TeilnehmerInnen in der Interventionsgruppe auch eine kleine Gruppengröße. Es hat in der Kontroll- und Interventionsgruppe im follow-up nach 24 Monaten einen signifikanten Effekt erzielt

Im Kapitel 4.4 „Chancen und Risiken der schulischen Prävention“ dieser Arbeit, ist bereits auf die Bedeutung der Charakteristika des Administrators eingegangen worden. Hier wurde unter anderem festgehalten, dass sich bei größerer Konzepttreue und bei größerer Motivation des Durchführenden bedeutendere Effekte gezeigt haben.

Aus der Tabelle ist dem weltweit am häufigsten eingesetztem Programm *Friends for children* zu entnehmen, dass die SchülerInnen drei unterschiedlichen Interventionsbedingungen zugeordnet wurden; Durch eine LehrerInnen-Gruppe, PsychologInnen-Gruppe und eine Kontrollgruppe konnte ein Vergleich stattfinden, ob die/der ProgrammleiterIn und die Prävention einen Einfluss auf die Jugendlichen darstellen. Die Ergebnisse zeigen, dass die Kinder aus der Gruppe der PsychologInnen einen größeren, signifikanten Rückgang der Angstsymptome aufweisen, als die Kinder aus der LehrerInnen-Gruppe und die TeilnehmerInnen der Kontrollgruppe den geringsten Rückgang der Angstsymptome aufweisen.

Friends for children ist das einzige Projekt in der Tabelle, welches diesen Vergleich der Interventionsleitung darstellt. Weiterhin interessant bei der Betrachtung der Präventionsprogramme sind die **Besonderheiten** eines jeden Projektes. Außergewöhnlich ist das *Cool little Kids Online* Programm von Morgan et al. durch den Zugang zu den Eltern über das Internet. Neue Chancen und Risiken erschließen sich für die Präventionsforschung aus dieser Studie. Wöchentlich wurde den Eltern ein neues Online-Modul freigeschaltet, sodass die Module von den Eltern in eigener Geschwindigkeit und zum eigenen erwählten Zeitpunkt behandelt werden konnten. Dies offeriert zum einen zeitliche Flexibilität, sowie die Selbstbestimmung des Tempos, in welchem das nächste Modul behandelt wird. Die Niedrigschwelligkeit führt zu einer hohen Teilnahme in diesem Studiendurchlauf, da das Programm von zu Hause übers Internet absolviert werden kann. Morgan et al. berichten von einem relativ geringen Studienabbruch; 86,4 % der TeilnehmerInnen haben mindestens zweimalig die Daten ausgefüllt (vgl. ebd. 2017, 420). Weiterhin sind als Besonderheiten der bereits beschriebene Sportansatz in der Präventionsforschung (Bonhauser et al.), der Vergleich einer Prävention durch verschiedene Gruppenleiter (Barrett & Turner), sowie die norwegische Studie durch die große Teilnehmeranzahl, da zwei Bezirke plus das gesamte Umfeld einbezogen wurden, zu nennen. Eine weitere Besonderheit in der Intervention ist im Super Skills for Life (SSL) Projekt, dass kurze Videoaufnahmen der Kinder vor und nach der Präventionsmaßnahme eine Reflektion, sowie einen Vergleich der Angstsymptome bieten.

6 Fazit und Ausblick

Diese Arbeit befasst sich mit dem aktuellen Forschungsstand der Prävention Sozialer Angststörungen und stellt neun Präventionsprojekte vor, um einen Ausschnitt der aktuellen Forschung aufzuzeigen. Daher werden im letzten Kapitel zuerst die Begrifflichkeit Soziale Angststörung und Prävention erfasst, danach wird der aktuelle Forschungsstand resümiert. Abschließend erfolgt eine kritische Betrachtung zum Stand der Wissenschaft und ein Ausblick in zukünftige Projekte.

Im zweiten und dritten Kapitel dieser Arbeit wurde festgestellt, dass die Soziale Angststörung Angst über einen langen Zeitraum in sozialen Situationen bedeutet. Dies können zum Beispiel Leistungssituationen, wie Vorträge oder Prüfungen sein. Oder die Angst davor, sich zu blamieren beim Essen oder reden. Für den Betroffene-

nen ist es eine einschränkende und schwere Erkrankung, da es den Alltag stark belastet. Symptome wie Zittern, Erröten oder Schwindelgefühle bis hin zur Atemnot können auftreten. Jedes dritte bis fünfte Kind zeigt subklinische Symptome und 1 – 5 % aller Kinder leiden an einer manifestierten Sozialen Angststörung, wobei Mädchen häufiger als Jungen von der Krankheit betroffen sind. Komorbiditätskrankheiten, wie weitere Angststörungen und Depressionen sind eher die Regel, als die Ausnahme. Um der Entstehung dieser und weiterer möglicher Komorbiditätskrankheiten entgegenzuwirken, versucht die Forschung Gründe und Risikofaktoren zur Entstehung der Sozialen Angststörung zu ermitteln. In der Literatur zeigen sich diverse mögliche Ursachen, wie biologische Faktoren (z.B. die Verhaltenshemmung), psychologische (z.B. die elterliche Vorbildwirkung, Konditionierungsprozesse), das psychodynamische Modell oder das multikausale Entwicklungsmodell. Auch nicht zu bewältigende Lebensereignisse, wie der Verlust eines Elternteiles oder Freundes können zu einer Sozialen Angststörung führen. Das kognitive und das behavioristische Modell zeigen, wie eine Spirale entsteht und sich die Angststörung manifestieren kann.

Das vierte Kapitel definiert u.a., dass Präventionsprogramme einen systematischen, übergeordneten Ansatz haben müssen, sowie den pädagogischen Ansatz, belastende Entwicklungen im sozial-emotionalen Bereich vorzubeugen. Fakten, welche für den präventiven Ansatz sprechen, sind unter anderem die hohe Anzahl der Kinder und Jugendlichen, die von Sozialen Angststörungen betroffen sind oder subklinische Symptome zeigen. Selten nehmen Betroffene und/oder die Familien Hilfen an, obwohl psychosoziale Belastungen lebenslange Beeinträchtigung mit sich ziehen können. Die Komorbiditätsrate ist außerordentlich hoch, ebenso die Persistenz und die Prävalenz der Sozialen Angststörung. Auch in der KiGGS Welle legen die hohen Zahlen der emotionalen Probleme der Kinder die Wichtigkeit dar. Das Robert-Koch-Institut schreibt dazu:

„Die hohen Prävalenzen funktioneller Beeinträchtigungen und psychosozialer Belastungen betroffener Kinder und ihrer Familien infolge emotionaler und verhaltensbedingter Auffälligkeiten, die in der KiGGS Welle 1 gefunden wurden, sowie die hohen individuellen, sozialen und ökonomischen Kosten, die psychische Störungen verursachen, verdeutlichen die hohe Public-Health-Relevanz des Themas (Robert Koch-Institut 2008, S. 818, zit. n. Patel et al. 2007, Sobocki et al. 2006; Wittchen et al. 2011).“

Als Setting der Präventionsarbeit bietet sich die Schule an, da es Chancen der Ressourcennutzung bietet, weshalb 70 bis 90 % aller wissenschaftlichen Präventions-

programme im schulischen Rahmen durchgeführt werden. Problematisch ist jedoch die geringe systematische Bestandsaufnahme darüber, welche Herausforderungen und Bedingungen bei der Implementation eines Programmes in Schulen auftreten, sowie allgemeine Informationen zu den Präventionsaktivitäten. Kritisch betrachtet werden muss auch die Einbettung der Präventionsarbeit auf politischer Ebene. Obwohl z.B. die KiGGS Studie des Robert-Koch-Institutes alarmierende Zahlen über den psychischen Gesundheitszustand im Kindes- und Jugendalter veröffentlicht, geben LehrerInnen in Studien an, dass seitens der Politik wenig Hilfen zur Implementation eines Programmes zur Verfügung stehen (vgl. Karing et al. 2015, S. 231). Der Lehrplan und somit die fehlende Zeit, sowie die Finanzierung stellen Hürden zur Umsetzung eines Programmes dar.

Im Forschungsbereich werden viele Präventionsprojekte durch Studien veröffentlicht und vervielfältigt. Daraus lassen sich Rückschlüsse auf die Projektumsetzung ziehen, z.B. dass eine kleine Gruppengröße (vgl. Pössel et al. 2006, S.208) und ein längerer, intensiver Zeitraum sich positiv auf den Rückgang der Angstsymptome auswirken können (vgl. Brezinka 2003, S. 80).

Die hier aufgeführten Präventionsprogramme lassen feststellen, dass die Anzahl der TeilnehmerInnen, die Dauer und Zeitraum, das Alter und die Gruppengröße stark variieren. Auffällig ist, dass acht der neun Präventionsstudien einen signifikanten Effekt zu verzeichnen haben, was eher zufällig ist und nicht auf alle Präventionsprojekte projiziert werden kann, wie sich aus der Recherche einiger Metaanalysen ergibt. Auch die Validität von Studienergebnissen allgemein ist fraglich, da es Grenzen bei der Erfassung von (Angst-)Gefühlen gibt. In einer Studie von Büch, welche Selbst- und Fremdbeurteilungsbogen einsetzte, zeigt sich, dass Eltern die Ängste der Kinder häufig unterschätzen. Eine weitere Studie fand ein ähnliches Ergebnis heraus (vgl. Büch und Döpfner 2012, S. 22).

Ob Eltern in die Präventionsstudie involviert sind oder nicht, ist sehr unterschiedlich. In dieser Tabelle befindet sich nur ein Programm, welches den direkten Vergleich zwischen Interventionsgruppe mit und ohne Eltern durchgeführt hat (SASS). Im Follow-up nach 9 Monaten ist kein Unterschied zwischen beiden Interventionsgruppen erkennbar (Masia-Warner et al. 2005). Das Programm *Cool little Kids Online* involviert ebenfalls die Eltern von Kindern mit auffällig schüchternem Verhalten. Es hat

nach 3 und 6 Monaten einen signifikanten Effekt im Rückgang der Symptome bei den Kindern zu verzeichnen (vgl. Morgan et al. 2017). Nach Beelmann sind diese nicht langfristig genug, um allgemeine Versorgungsprinzipien daraus herleiten zu können (vgl. ebd. 2006, S. 158).

Ein Blick auf die Besonderheiten in der Durchführung der Interventionen zeigt, dass sich einige Projekte stark im inhaltlichen Vorgehen abgrenzen, wie zum Beispiel das Projekt von Bonhauser et al. aus Chile. Es basiert auf Sportübungen und ist damit einzigartig, da viele Präventionsprogramme auf der kognitiven Verhaltenstherapie basieren. Das Projekt von Morgan et al. wird online durchgeführt, wodurch es Flexibilität, einen niedrighschwelligem Zugang und Schonung von Ressourcen bietet. Diese beiden Ansätze können für zukünftige Projekte möglicherweise von Bedeutung sein, da sie neue Chancen und Möglichkeiten für Präventionsprogramme an Schulen eröffnen.

Derzeit findet im deutschsprachigen Raum eine Evaluationsstudie statt, welche die Wirksamkeit von Super Skills for Life (SSL) prüft und ggf. Ergänzungen für die Präventionsarbeit an Schulen erschließen wird. Ziel der Dissertation von Dipl.-Päd. Peter Mroczek ist es, empirisch festzustellen, ob und wie weit sich positive Effekte nach dem Präventionsprogramm mit einem 6-Monats-Follow-up einstellen. Da vorher keine Selektion der Kinder stattfindet, ist es eine universelle Prävention (vgl. Mroczek 2016, S.1). In Tabelle 3 befindet sich das Projekt *Super Skills for Life* von Essau et al. unter der selektiven Präventionsart. Somit bietet das Manual von SSL Raum für die universelle und selektive Prävention.

Weiterhin lässt sich im Hinblick auf die Zukunft für Präventionsprogramme eine Fokussierung auf soziale Risikofaktoren wünschen. Denn in der KiGGS Studie sind Kinder mit einem niedrigen sozioökonomischen Status (23,2 % versus 8,1 %) und Kinder mit Migrationshintergrund der Familie fast dreimal so häufig von psychischen Auffälligkeiten betroffen (13,5 % versus 21,3 %). Voraussichtlich Ende 2018 werden die Ergebnisse der KiGGS Welle 2 veröffentlicht und weitere Aussagen über den psychischen Gesundheitszustand der Kinder- und Jugendlichen können getroffen werden. Im internationalen Bereich hat eines der vorgestellten Präventionsprojekte die sozialen Risikofaktoren berücksichtigt. Das Programm aus Chile hat gezielt an einer Schule mit einem niedrigen sozioökonomischen Status die Studie durchgeführt.

Es hat einen signifikanten Effekt verzeichnen können. Aber auch wenn Präventionsprojekte ausschließlich anhand der Effektivität oder der Wirtschaftlichkeit gemessen werden und ein Präventionsprojekt wenig oder keinen signifikanten Effekt erzielt, sollte überdacht werden, ob die Prävention nicht trotzdem ein besserer Ansatz ist, als die Behandlung einer bestehenden Krankheit. Aune und Stiles schreiben dazu:

„Ein (...) Präventionsprogramm muss nicht sehr erfolgreich sein, damit es eine gute soziale Investition ist. Wenn Programme bei einem von zehn Kindern, die sonst eine Soziale Angststörung entwickeln würden, Probleme verhindern können, können sie so vielen Kindern und Jugendlichen mit einer Sozialen Angststörung helfen, wie sie von allen bestehenden Kanälen für psychische Gesundheit bedient werden“ (Aune und Stiles 2009, S. 873; zit. n. Durlak 1997).

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass Präventionsprogramme Sozialer Angststörungen im internationale Kontext überwiegend auf kognitiver Verhaltenstherapie basieren und in Schulen stattfinden. Die Gruppengröße, Projektdauer und das Alter variieren stark, ebenso der Einbezug der Eltern. Studien, wie die KiGGS-Welle in Deutschland belegen, dass es Bedarf gibt und daher frühe Prävention über einen langen Zeitraum von Nöten ist.

7 Anhang

Klassifikation der Angststörung in der ICD-10.	
Emotionale Störungen des Kindesalters	
F93.0	Emotionale Störung mit Trennungsangst des Kindesalters
F93.1	Phobische Störung des Kindesalters
F93.2	Störung mit Sozialer Ängstlichkeit des Kindesalters
F93.80	Generalisierte Angststörung des Kindesalters
Phobische Störungen	
F40.0	Agoraphobie
F40.1	Soziale Phobien
F40.2	Spezifische (isolierte) Phobien
F40.8	Sonstige phobische Störungen
F40.9	Nicht näher bezeichnete phobische Störungen
Sonstige Angststörungen	
F41.0	Panikstörung (episodisch paroxysmale Angst)
F41.1	Generalisierte Angststörung
F41.2	Angst und depressive Störung, gemischt
F41.3	Sonstige gemischte Angststörungen
F41.8	Sonstige näher bezeichnete Angststörungen
F41.9	Nicht näher bezeichnete Angststörung
Anpassungsstörungen	
F43.22	Angst und depressive Angst gemischt
Vgl. Steinhausen 2010, S. 189;	

Literaturverzeichnis

Aune, Tore; Stiles, Tore C. (2009): Universal-based prevention of syndromal and subsyndromal social anxiety. A randomized controlled study. In: *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 77 (5), S. 867–879. DOI: 10.1037/a0015813.

Bandelow, Borwin; Wiltink, Jörg; Beutel, Manfred; Rudolf, Sebastian; Lichte, Thomas (Hg.) (2015): S3-Leitlinie Angststörungen. Heidelberg: Springer. Online verfügbar unter http://ebooks.ciando.com/book/index.cfm/bok_id/1863470.

Banzer, Winfried (Hg.) (2017): Körperliche Aktivität und Gesundheit. Präventive und therapeutische Ansätze der Bewegungs- und Sportmedizin. Berlin, Heidelberg, s.l.: Springer Berlin Heidelberg. Online verfügbar unter <http://dx.doi.org/10.1007/978-3-662-50335-5>.

Barlow, David H. (2004): Anxiety and its disorders. The nature and treatment of anxiety and panic. 2. ed., paperback ed. New York, NY: Guilford Press.

Barrett, Paula; Turner, Cynthia (2001): Prevention of anxiety symptoms in primary school children. Preliminary results from a universal school-based trial. In: *British Journal of Clinical Psychology* 40 (4), S. 399–410. DOI: 10.1348/014466501163887.

Beelmann, Andreas (2006): Wirksamkeit von Präventionsmaßnahmen bei Kindern und Jugendlichen. In: *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie* 35 (2), S. 151–162. DOI: 10.1026/1616-3443.35.2.151.

Beelmann, Andreas; Raabe, Tobias (Hg.) (2007): Dissoziales Verhalten von Kindern und Jugendlichen. Erscheinungsformen, Entwicklung, Prävention und Intervention. Göttingen: Hogrefe (Klinische Kinderpsychologie, 10).

Beidel, Deborah C.; Turner, Samuel M. (2007): Shy children, phobic adults. Nature and treatment of social anxiety disorder. 2. ed. Washington DC: American Psychological Assoc.

Bibliographisches Institut Mannheim (2017): Duden - die deutsche Rechtschreibung. Auf der Grundlage der aktuellen amtlichen Rechtschreibregeln. Unter Mitarbeit von Kathrin Kunkel-Razum. Berlin (Der Duden). Online verfügbar unter <https://www.duden.de/node/764185/revisions/1663922/view>.

- Bonhauer, Marco; Fernandez, Gonzalo; Püschel, Klaus; Yañez, Fernando; Montero, Joaquín; Thompson, Beti; Coronado, Gloria (2005): Improving physical fitness and emotional well-being in adolescents of low socioeconomic status in Chile. Results of a school-based controlled trial. In: *Health promotion international* 20 (2), S. 113–122. DOI: 10.1093/heapro/dah603.
- Brezinka, Veronika (2003): Zur Evaluation von Präventivinterventionen für Kinder mit Verhaltensstörungen. In: *Kindheit und Entwicklung* 12 (2), S. 71–83. DOI: 10.1026//0942-5403.12.2.71.
- Büch, Hendrik; Döpfner, Manfred (2012): Soziale Ängste. Göttingen, Wien u.a.: Hogrefe (Therapieprogramm für Kinder und Jugendliche mit Angst- und Zwangsstörungen (THAZ), 2).
- Dadds, Mark R.; Holland, Denise E.; Laurens, Kristin R.; Mullins, Miranda; Barrett, Paula M.; Spence, Susan H. (1999): Early intervention and prevention of anxiety disorders in children. Results at 2-year follow-up. In: *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 67 (1), S. 145–150. DOI: 10.1037/0022-006X.67.1.145.
- Eimecke, Sylvia; Pauschardt, Jan; Mattejat, Fritz (2010): Wie wirksam ist ein begleitendes Elterntaining in der Prävention von Angst und Depression bei Kindern? In: *Verhaltenstherapie* 20 (3), S. 193–200. DOI: 10.1159/000319534.
- Essau, Cecilia (2007): Depression bei Kindern und Jugendlichen. Psychologisches Grundlagenwissen ; mit 41 Tabellen und 139 Übungsfragen. 2., überarb. Aufl. München, Stuttgart: Reinhardt; UTB (UTB für Wissenschaft Uni-Taschenbücher Psychologie, Medizin, 2294). Online verfügbar unter <http://www.utb-studi-e-book.de/9783838522944>.
- Essau, Cecilia A. (2003): Angst bei Kindern und Jugendlichen. München u.a.: Reinhardt (UTB, 2398).
- Essau, Cecilia A.; Olaya, Beatriz; Sasagawa, Satoko; Pithia, Jayshree; Bray, Diane; Ollendick, Thomas H. (2014): Integrating video-feedback and cognitive preparation, social skills training and behavioural activation in a cognitive behavioural therapy in the treatment of childhood anxiety. In: *Journal of affective disorders* 167, S. 261–267. DOI: 10.1016/j.jad.2014.05.056.

Essex, Marilyn J.; Klein, Marjorie H.; Slattery, Marcia J.; Goldsmith, H. Hill; Kalin, Ned H. (2010): Early risk factors and developmental pathways to chronic high inhibition and social anxiety disorder in adolescence. In: *The American journal of psychiatry* 167 (1), S. 40–46. DOI: 10.1176/appi.ajp.2009.07010051.

Falkai, Peter; Döpfner, Manfred (Hg.) (2015): Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen– DSM-5®. American Psychiatric Association. Göttingen: Hogrefe. Online verfügbar unter http://sub-hh.ciando.com/book/?bok_id=1792418.

Franziska Seyboldt (2018): Rattatatam, mein Herz: Vom Leben mit der Angst. Hg. v. Kiepenheuer & Witsch.

Gasteiger-Klicpera, Barbara; Borchert, Johann; Goetze, Herbert (Hg.) (2008): Sonderpädagogik der sozialen und emotionalen Entwicklung. Göttingen: Hogrefe (Handbuch Sonderpädagogik, / Hrsg. der Reihe: Johann Borchert und Herbert Goetze ; Bd. 3). Online verfügbar unter http://sub-hh.ciando.com/book/?bok_id=15318.

Gerrig, Richard J. (2015): Psychologie. Unter Mitarbeit von Andreas Klatt, Tobias Dörfler und Jeanette Roos. 20., aktualisierte Auflage. Hallbergmoos: Pearson (Always learning). Online verfügbar unter <http://lib.myilibrary.com?id=651020>.

Gren-Landell, Malin; Aho, Nikolas; Andersson, Gerhard; Svedin, Carl Goran (2011): Social anxiety disorder and victimization in a community sample of adolescents. In: *Journal of adolescence* 34 (3), S. 569–577. DOI: 10.1016/j.adolescence.2010.03.007.

Heimberg, Richard G. (Hg.) (1995): Social phobia. Diagnosis, assessment, and treatment. New York: Guilford Press. Online verfügbar unter <http://www.loc.gov/catdir/bios/guilford051/95034091.html>.

Hennemann, Thomas; Hövel, Dennis; Casale, Gino; Hagen, Tobias; Fitting-Dahlmann, Klaus (2015): Schulische Prävention im Bereich Verhalten. 1. Aufl. Stuttgart: Kohlhammer (Fördern lernen, 19).

Hettema, John M.; Prescott, Carol A.; Myers, John M.; Neale, Michael C.; Kendler, Kenneth S. (2005): The structure of genetic and environmental risk factors for anxiety disorders in men and women. In: *Archives of general psychiatry* 62 (2), S. 182–189. DOI: 10.1001/archpsyc.62.2.182.

Hirshfeld-Becker, Dina R.; Biederman, Joseph; Henin, Aude; Faraone, Stephen V.; Davis, Stephanie; Harrington, Kara; Rosenbaum, Jerrold F. (2007): Behavioral inhibition in preschool children at risk is a specific predictor of middle childhood social anxiety. A five-year follow-up. In: *Journal of developmental and behavioral pediatrics : JDBP* 28 (3), S. 225–233. DOI: 10.1097/01.DBP.0000268559.34463.d0.

Hirshfeld-Becker, Dina R.; Masek, Bruce; Henin, Aude; Blakely, Lauren Raezer; Pollock-Wurman, Rachel A.; McQuade, Julia et al. (2010): Cognitive behavioral therapy for 4- to 7-year-old children with anxiety disorders. A randomized clinical trial. In: *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 78 (4), S. 498–510. DOI: 10.1037/a0019055.

Hölling, H.; Schlack, R.; Petermann, F.; Ravens-Sieberer, U.; Mauz, E. (2014): Psychische Auffälligkeiten und psychosoziale Beeinträchtigungen bei Kindern und Jugendlichen im Alter von 3 bis 17 Jahren in Deutschland - Prävalenz und zeitliche Trends zu 2 Erhebungszeitpunkten (2003-2006 und 2009-2012). Ergebnisse der KiGGS-Studie - Erste Folgebefragung (KiGGS Welle 1). In: *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz* 57 (7), S. 807–819. DOI: 10.1007/s00103-014-1979-3.

Hoyer, Jürgen; Härtling, Samia (2017): Soziale Angst verstehen und verändern. Berlin, Heidelberg, s.l.: Springer Berlin Heidelberg.

Hurrelmann, Klaus; Klotz, Theodor; Haisch, Jochen (Hg.) (2007): Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung. 2., überarb. u. erw. Aufl. Bern u.a.: Huber (Lehrbuch Gesundheitswissenschaften).

Hurrelmann, Klaus; Klotz, Theodor; Haisch, Jochen (2010): Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung. 3. Aufl. s.l.: Verlag Hans Huber. Online verfügbar unter http://haw-hamburg.ciando.com/shop/book/index.cfm/fuseaction/show_book/bok_id/67584.

Hurrelmann, Klaus; Klotz, Theodor; Haisch, Jochen (Hg.) (2014): Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung. 4., vollständig überarbeitete Auflage. Bern: Verlag Hans Huber. Online verfügbar unter <http://elibrary.hogrefe.de/9783456953199/A>.

In-Albon, Tina (2011): Kinder und Jugendliche mit Angststörungen. Erscheinungsbilder, Diagnostik, Behandlung, Prävention. 1. Aufl. Stuttgart: Kohlhammer (Klinische

Psychologie Kindes- u. Jugendalter). Online verfügbar unter <http://gbv.ebib.com/patron/FullRecord.aspx?p=1561796>.

Jacobi, F.; Wittchen, H-U; Holting, C.; Höfler, M.; Pfister, H.; Müller, N.; Lieb, R. (2004): Prevalence, co-morbidity and correlates of mental disorders in the general population. Results from the German Health Interview and Examination Survey (GHS). In: *Psychological medicine* 34 (4), S. 597–611. DOI: 10.1017/S0033291703001399.

Karing, Constance; Haase, Astrid; Beelmann, Andreas (2015): Herausforderungen von Präventionsarbeit an Grundschulen. In: *Präv Gesundheitsf* 10 (3), S. 229–234. DOI: 10.1007/s11553-015-0494-1.

Kashani, J. H.; Orvaschel, H. (1990): A community study of anxiety in children and adolescents. In: *The American journal of psychiatry* 147 (3), S. 313–318. DOI: 10.1176/ajp.147.3.313.

Knappe, Susanne (2015): Klinische Diagnostik bei Angststörungen. In: *PiD - Psychotherapie im Dialog* 16 (02), S. 32–35. DOI: 10.1055/s-0041-101048.

Kühl, Sigrid; Bender, Caroline; Kley, Hanna; Krämer, Martina; Tuschen-Caffier, Brunna (2010): Prävention sozialer Angststörungen im Kindes- und Jugendalter. Notwendig oder überflüssig? In: *Verhaltenstherapie* 20 (4), S. 239–246. DOI: 10.1159/000321928.

Lauth, Gerhard W.; Linderkamp, Friedrich; Schneider, Silvia; Brack, Udo (2011): Verhaltenstherapie mit Kindern und Jugendlichen. Praxishandbuch ; mit Online-Materialien. 3., neu ausgestattete Aufl. Weinheim, Basel: Beltz.

Leichsenring, Falk; Salzer, Simone; Beutel, Manfred E.; Herpertz, Stephan; Hiller, Wolfgang; Hoyer, Juergen et al. (2013): Psychodynamic therapy and cognitive-behavioral therapy in social anxiety disorder. A multicenter randomized controlled trial. In: *The American journal of psychiatry* 170 (7), S. 759–767. DOI: 10.1176/appi.ajp.2013.12081125.

Leucht, Stefan; Förstl, Hans; Bäuml, Josef (2012): Kurzlehrbuch Psychiatrie und Psychotherapie [+ campus.thieme.de]. Stuttgart: Thieme.

Luby, Joan L. (2013): Limited evidence that a brief education programme for parents of high-risk preschool children may reduce risk of internalising disorders in adoles-

cence in girls but not boys. In: *Evidence-based mental health* 16 (4), S. 105. DOI: 10.1136/eb-2013-101515.

Mancini, Catherine; van Ameringen, Michael; Bennett, Mark; Patterson, Beth; Watson, Chris (2005): Emerging treatments for child and adolescent social phobia. A review. In: *Journal of child and adolescent psychopharmacology* 15 (4), S. 589–607. DOI: 10.1089/cap.2005.15.589.

Masia-Warner, Carrie; Klein, Rachel G.; Dent, Heather C.; Fisher, Paige H.; Alvir, Jose; Albano, Anne Marie; Guardino, Mary (2005): School-based intervention for adolescents with social anxiety disorder. Results of a controlled study. In: *Journal of abnormal child psychology* 33 (6), S. 707–722. DOI: 10.1007/s10802-005-7649-z.

Miller, Lynn D.; Short, Christina; Garland, E. Jane; Clark, Sandra (2010): The ABCs of CBT (Cognitive Behavior Therapy). Evidence-Based Approaches to Child Anxiety in Public School Settings. In: *Journal of Counseling & Development* 88 (4), S. 432–439. DOI: 10.1002/j.1556-6678.2010.tb00043.x.

Morgan, Amy J.; Rapee, Ronald M.; Salim, Agus; Goharpey, Nahal; Tamir, Elli; McLellan, Lauren F.; Bayer, Jordana K. (2017): Internet-Delivered Parenting Program for Prevention and Early Intervention of Anxiety Problems in Young Children. Randomized Controlled Trial. In: *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 56 (5), 417-425.e1. DOI: 10.1016/j.jaac.2017.02.010.

Mroczek, Peter (2016): "Super Skills for Life" - Ein Prgramm zur Angstprävention und Förderung von Resilienz in der Grundschule. Dipl.- Päd. Peter Mroczek, Kinder- und Jugendlichepsychotherapeut. CCKids - Forschungs- und Promotionskolloquium 25.10.2016.

Murray, L.; Creswell, C.; Cooper, P. J. (2009): The development of anxiety disorders in childhood. An integrative review. In: *Psychological medicine* 39 (9), S. 1413–1423. DOI: 10.1017/S0033291709005157.

Nauta, Maaike Heleen (2005): Anxiety disorders in children and adolescents. Assessment, cognitive behavioural therapy, and predictors of treatment outcome. [S.l.: s.n.].

Offord, David R. (2000): Selection of levels of prevention. In: *Addictive Behaviors* 25 (6), S. 833–842. DOI: 10.1016/S0306-4603(00)00132-5.

Paluska, S. A.; Schwenk, T. L. (2000): Physical activity and mental health. Current concepts. In: *Sports medicine (Auckland, N.Z.)* 29 (3), S. 167–180.

Patel, Vikram; Flisher, Alan J.; Hetrick, Sarah; McGorry, Patrick (2007): Mental health of young people. A global public-health challenge. In: *Lancet (London, England)* 369 (9569), S. 1302–1313. DOI: 10.1016/S0140-6736(07)60368-7.

Petermann, Franz (Hg.) (2013): Lehrbuch der Klinischen Kinderpsychologie. Trennungsangst. 7., überarb. und erw. Aufl. Göttingen, Wien u.a.: Hogrefe.

Petermann, Ulrike; Petermann, Franz; Laakmann, Mirjam (2015): Training mit sozial unsicheren Kindern. Behandlung von sozialer Angst, Trennungsangst und generalisierter Angst ; mit Arbeitsmaterial. 11., überarb. und erw. Aufl. Weinheim: Beltz (Materialien für die klinische Praxis).

Pössel, Patrick; Schneider, Silvia; Seemann, Simone (2006): Effekte und Kosten universaler Prävention von Internalisierungsstörungen bei Kindern und Jugendlichen. In: *Verhaltenstherapie* 16 (3), S. 201–210. DOI: 10.1159/000094918.

Raczynski, J.M./ DiClemente, R.J. (2000): Handbook of Health Promotion and Disease Prevention: Springer Verlag.

Ranta, Klaus; La Greca, Annette M.; Garcia-Lopez, Luis-Joaquin; Marttunen, Mauri (Hg.) (2015): Social Anxiety and Phobia in Adolescents. Cham: Springer International Publishing.

Robert Koch-Institut (2008): Psychische Auffälligkeiten und psychosoziale Beeinträchtigungen bei Kindern und Jugendlichen im Alter von 3 bis 17 Jahren in Deutschland- Prävalenz und zeitliche Trends zu 2 Erhebungspunkten. Ergebnisse der KiGGS-Studie- Erste Folgebefragung. Hg. v. Robert Koch-Institut, Bundeszentrale für Gesundheitliche Aufklärung. Berlin, zuletzt geprüft am 03.05.2017.

Robert Koch-Institut (2014): KiGGS Welle 1 - Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland – Erste Folgebefragung 2009 – 2012. Psychische Auffälligkeiten. Hg. v. Robert-Koch-Institut. Berlin. Online verfügbar unter [http://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDown-](http://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDown-loadsF/KiGGS_W1/kiggs1_fakten_psych_auffaelligkeiten.pdf?__blob=publicationFile)

[loadsF/KiGGS_W1/kiggs1_fakten_psych_auffaelligkeiten.pdf?__blob=publicationFile.](http://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDown-loadsF/KiGGS_W1/kiggs1_fakten_psych_auffaelligkeiten.pdf?__blob=publicationFile)

Ruocco, Sylvia; Gordon, Jocelyne; McLean, Louise A. (2016): Effectiveness of a school-based early intervention CBT group programme for children with anxiety aged 5–7 years. In: *Advances in School Mental Health Promotion* 9 (1), S. 29–49. DOI: 10.1080/1754730X.2015.1110495.

Schmidt, Louis A. (Hg.) (1999): Extreme fear, shyness, and social phobia. Origins, biological mechanisms, and clinical outcomes. New York NY u.a.: Oxford Univ. Press (Series in affective science).

Schneider, Silvia (2004): Angststörungen bei Kindern und Jugendlichen. Grundlagen und Behandlung. Berlin, Heidelberg: Springer. Online verfügbar unter <http://dx.doi.org/10.1007/978-3-642-18499-4>.

Schneider, Silvia; Schlup, Barbara (2005): Angststörungen bei Kindern und Jugendlichen. In: *PiD - Psychotherapie im Dialog* 6 (04), S. 403–407. DOI: 10.1055/s-2005-915269.

Schwedes, Christian (2009): Präventionsarbeit an Schulen in Deutschland. Handlungsfelder und räumliche Implikationen. Frankfurt am Main: Inst. für Humangeographie (Forum Humangeographie, 4).

Sobocki, Patrik; Jönsson, Bengt; Angst, Jules; Rehnberg, Clas (2006): Cost of depression in Europe. In: *The journal of mental health policy and economics* 9 (2), S. 87–98.

Stangier, Ulrich; Clark, David M.; Ginzburg, Denise M.; Ehlers, Anke (2016): Soziale Angststörung. 2., überarbeitete und erweiterte Auflage. Göttingen: Hogrefe (Fort-schritte der Psychotherapie, Band 28). Online verfügbar unter <http://elibrary.hogrefe.de/9783840927195>.

Stangier, Ulrich; Fydrich, Thomas (Hg.) (2002): Soziale Phobie und soziale Angststörung. Psychologische Grundlagen, Diagnostik und Therapie. Göttingen: Hogrefe. Online verfügbar unter <http://www.socialnet.de/rezensionen/isbn.php?isbn=978-3-8017-1463-5>.

Statista GmbH (2016): Statistik-Lexikon: Definition Signifikanz. Hg. v. Statista GmbH. Hamburg. Online verfügbar unter <https://de.statista.com/statistik/lexikon/definition/122/signifikanz/>, zuletzt aktualisiert am 03.11.2016.

Stein, Roland (2012): Förderung bei Ängstlichkeit und Angststörungen. Stuttgart: Kohlhammer (Fördern lernen, 5).

Steinhausen, Hans-Christoph (2010): Psychische Störungen bei Kindern und Jugendlichen. Lehrbuch der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie ; mit 73 Tabellen sowie 75 aktuellen Fragebögen und Skalen ; [mit dem Plus im Web]. 7., neu bearb. und erw. Aufl. München: Elsevier Urban & Fischer.

Stephens, A.; Butler, N. (1996): Sports participation and emotional wellbeing in adolescents. In: *Lancet (London, England)* 347 (9018), S. 1789–1792.

Weeks, Justin W.; Heimberg, Richard G.; Rodebaugh, Thomas L.; Norton, Peter J. (2008): Exploring the relationship between fear of positive evaluation and social anxiety. In: *Journal of Anxiety Disorders* 22 (3), S. 386–400. DOI: 10.1016/j.janxdis.2007.04.009.

Westermann, Rainer (2017): Methoden psychologischer Forschung und Evaluation. Grundlagen, Gütekriterien und Anwendungen. 1. Auflage. Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer (Kohlhammer Standards Psychologie). Online verfügbar unter http://www.kohlhammer.de/wms/instances/KOB/appDE/nav_product.php?product=978-3-17-024182-4.

Willson, Rob; Branch, Rhena (2007): Kognitive Verhaltenstherapie für Dummies. [der leichte und erfolgreiche Weg zum inneren Frieden]. 1. Aufl. Weinheim: Wiley-VCH-Verl. Online verfügbar unter http://deposit.ddb.de/cgi-bin/dokserv?id=2804017&prov=M&dok_var=1&dok_ext=htm.

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 co-morbidity. In: *Psychological medicine* 29 (2), S. 309–323. DOI: 10.1017/S0033291798008174.

Eidesstattliche Erklärung

Ich versichere, dass ich die vorliegende Arbeit ohne fremde Hilfe selbstständig verfasst und nur die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt habe. Wörtlich oder dem Sinn nach aus anderen Werken entnommene Stellen sind in allen Fällen unter Angabe der Quelle kenntlich gemacht.

Ort, Datum

Unterschrift