



LEUPHANA
UNIVERSITÄT LÜNEBURG

**Angst und Angststörungen
bei Kindern und Jugendlichen
Schulbasierte universelle Angstprävention
bei Kindern im Grundschulalter
mit dem Programm
»*Super Skills for Life*«**

Eine kontrollierte Evaluationsstudie

Dissertation *Dr. phil.*

Fakultät Bildung

Leuphana Universität Lüneburg

Peter Mariusz Mroczek
geb. am 28.08.1975 in Thorn
Diplom-Pädagoge
Kinder- und
Jugendlichenpsychotherapeut

eingereicht am:
31. März 2022

Erstbetreuerin und -gutachterin:

Prof.in Dr. Maria von Salisch
Leuphana Universität Lüneburg

Zweitbetreuer und -gutachter:

Prof. Dr. Gunter Groen
Hochschule für Angewandte
Wissenschaften Hamburg (HAW)

Drittgutachter:

Prof. Dr. Dirk Lehr
Leuphana Universität Lüneburg

Betreuende Forschungseinrichtung:

Leuphana Universität Lüneburg
Universitätsallee 1
21335 Lüneburg
Fakultät Bildung



„Der Natur ist Furcht wohl gemäß, Ehrfurcht aber nicht;
Man fürchtet ein bekanntes oder unbekanntes mächtiges Wesen,
der Starke sucht es zu bekämpfen, der Schwache zu vermeiden,
beide wünschen es loszuwerden und fühlen sich glücklich,
wenn sie es auf kurze Zeit beseitigt haben.“

*Johann Wolfgang von Goethe (1749-1832),
aus: Wilhelm Meisters Wanderjahre, 1821, erw. Form 1829.
2. Buch, 1. Kapitel.*

Gewidmet der Liebe meines Lebens,
meiner Frau Marina
und meinen drei wunderbaren Kindern
Tia, Greta & Jacob.

*Ich weiß um Eure Entbehrungen
und um meinen Verlust.*

Danke. Ich liebe Euch.

Inhaltsverzeichnis

Vorwort 9

1 Einleitung 11

1.1 Wissenschaftliche Bedeutung und Fragestellung des Forschungsvorhabens... 11

1.2 Aufbau und Gliederung des Manuskriptes..... 13

Theoretischer Teil:

Theorie und Forschungsstand zur Angst, zur (klinischen) Angstgenese und zur Prävention von Ängsten und Angststörungen bei Kindern und Jugendlichen

2 Angst und Angststörungen bei Kindern und Jugendlichen..... 15

2.1 Entwicklungsbedingte und entwicklungsphasenspezifische Ängste bei Kindern und Jugendlichen..... 15

2.2 Klinische Angst und Angststörungen bei Kindern und Jugendlichen 20

2.2.1 Definition von klinisch relevanter Angst und Angststörungen bei Kindern und Jugendlichen – Abgrenzung zwischen klinisch unauffälliger und psychopathologisch signifikanter Angst 20

2.2.2 Diagnostische Klassifikation von Angststörungen bei Kindern und Jugendlichen nach ICD-10 und DSM-5 21

 2.2.2.1 *Soziale Angststörung* 23

 2.2.2.1.1 *Störung mit sozialer Ängstlichkeit des Kindesalters* 23

 2.2.2.1.2 *Soziale Phobie* 24

 2.2.2.2 *Generalisierte Angststörung (des Kindesalters)*..... 25

 2.2.2.3 *Phobische Störung des Kindesalters* 25

 2.2.2.4 *Spezifische (isolierte) Phobie* 26

 2.2.2.5 *Emotionale Störung mit Trennungsangst* 26

 2.2.2.6 *Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS)*..... 27

 2.2.2.7 *Panikstörung*..... 28

 2.2.2.8 *Agoraphobie* 28

 2.2.2.9 *Elektiver Mutismus* 29

 2.2.2.10 *Zwangsstörungen als Sonderform von Ängsten bei Kindern und Jugendlichen* 29

2.2.3 Erneuerungen zu Angststörungen in der ICD-11 30

2.2.4 Zusammenfassung..... 33

2.3 Epidemiologie, Komorbidität, Verlauf und psychosoziale Folgen von Angststörungen 34

2.4 Ätiologiemodelle und Psychopathogenese von Angststörungen bei Kindern und Jugendlichen..... 40

2.4.1 Biopsychosoziales Störungsmodell und Diathese-Stress-Modell (Vulnerabilitäts-Stress-Modell)..... 41

2.4.2 Modell der Klassischen Konditionierung..... 44

2.4.3 Zwei-Faktoren-Angstmodell (nach Mowrer)..... 46

2.4.4 Kognitives Modell..... 47

2.4.5	Lernen am Modell (Lernen durch Beobachtung)	48
2.4.6	Integratives Bedingungsmodell der Angst (nach Rapee).....	50
2.4.7	Neurobiologische Aspekte der Angstgenese.....	52
2.5	»Cognitive Behavior Therapy«-Modell (CBT-Modell/Modell der kognitiven Verhaltenstherapie) als psychotherapeutische Behandlungsmethode und Methode zur Angstprävention bei Kindern und Jugendlichen	62
2.6	Zusammenfassung.....	66
3	Angstpräventionsprogramme bei Kindern und Jugendlichen.....	68
3.1	Operationale Klassifikation der Krankheitsprävention – Universelle, selektive und indizierte Prävention	68
3.2	Metaanalysen zu universellen, selektiven und indizierten Angstpräventionsprogrammen bei Kindern und Jugendlichen	71
3.3	Universelle Angstpräventionsprogramme bei Kindern und Jugendlichen	88
3.4	Selektive Angstpräventionsprogramme bei Kindern und Jugendlichen	93
3.5	Indizierte Angstpräventionsprogramme bei Kindern und Jugendlichen.....	97
3.6	Deutschsprachige Programme zur universellen, selektiven und indizierten Prävention von Angststörungen bei Kindern und Jugendlichen.....	102
3.7	Zusammenfassung.....	107
4	Angstpräventionsprogramm »Super Skills for Life«	111
4.1	Präventionsprogramm »Super Skills for Life«	111
4.2	Deskription des Präventionsprogramms.....	111
4.3	Aufbau und Struktur des Programms	114
4.4	Empirische Studienergebnisse zur Evaluation von »Super Skills for Life«	120

Empirischer Teil:

Evaluation des Trainings- und Angstpräventionsprogramms »Super Skills for Life«

5	Methode des Forschungsprojektes.....	159
5.1	Wissenschaftliche Fragestellung und Forschungsvorhaben, Studiendesign, Forschungshypothesen und Auswertungsmethode.....	159
5.1.1	Primärer Outcome: Reduzierung der Angst	162
5.1.2	Sekundärer Outcome: Kompetenzzuwachs sozialer Kompetenz und Abnahme von Verhaltensproblemen.....	163
5.2	Stichprobenbeschreibung	165
5.2.1	Stichprobenbeschreibung Kinder	170
5.2.2	Stichprobenbeschreibung Eltern	172
5.2.3	Stichprobenbeschreibung Lehrkräfte	176
5.2.4	Kovariaten (Familienstand, elterl. Bildungsgrad, Schulklasse).....	177
5.3	Zeitplan und Durchführung des Forschungsprojektes	181
5.4	Messverfahren	186

6	Ergebnisteil – Analyse und Interpretation	203
6.1	Ergebnisse der Kindereinschätzungen (Selbstbericht).....	203
6.2	Ergebnisse der Elternbeurteilungen der Kinder (Elternbericht).....	211
6.3	Ergebnisse der Lehrerbeurteilungen der Kinder (Lehrerbericht).....	217
6.4	Ergebnisse der Studie: Primärer Outcome.....	226
6.5	Ergebnisse der Studie: Sekundärer Outcome	243
6.6	Gesamtzusammenfassung der Ergebnisse in der Kinder-, Eltern- und Lehrerstichprobe (sortiert nach Stichprobe).....	270
6.7	Post hoc-Analysen (Geschlecht) – Primärer Outcome	273
6.8	Post hoc-Analysen (Geschlecht) – Sekundärer Outcome	283
6.9	Gesamtzusammenfassung der Ergebnisse der Post hoc-Analysen in der Kinder-, Eltern- und Lehrerstichprobe (sortiert nach Stichprobe).....	294
7	Fazit und Resümee	296
7.1	Zusammenfassung.....	296
7.2	Beantwortung der Forschungshypothesen und Bewertung der Ergebnisse...	299
7.3	Kritische Reflexion und Limitationen der Evaluationsstudie.....	307
7.4	Weitere Befunde	315
7.5	Konsequenzen der Befunde und Forschungsausblick	317
8	Literaturverzeichnis	323
9	Tabellen- und Abbildungsverzeichnis	354
9.1	Tabellen.....	354
9.2	Abbildungen.....	356
10	Anhänge	358
	Anhang A:	358
10.1	Exkurs: Psychodynamische Modelle.....	358
10.1.1	Neurotische Konfliktmodelle.....	359
10.1.2	Defizitmodelle	363
10.1.3	Objektbeziehungsmodelle.....	364
	Anhang B:	370
	Post hoc-Analysen – Mittelwertetabellen Kinderstichprobe (Geschlecht).....	370
	Post hoc-Analysen – Mittelwertetabellen Elternstichprobe (Geschlecht)	373
	Post hoc-Analysen – Mittelwertetabellen Lehrerstichprobe (Geschlecht).....	376
	Anhang C: Fragebogen Super Skills for Life – Kinderversion	381
	Anhang D: Fragebogen Super Skills for Life – Elternversion	389
	Anhang E: Fragebogen Super Skills for Life – Lehrerversion	395

Vorwort

Die vorliegende Dissertation zum Thema „Angst und Angststörungen bei Kindern und Jugendlichen – Schulbasierte universelle Angstprävention bei Kindern im Grundschulalter mit dem Programm Super Skills for Life – Eine kontrollierte Evaluationsstudie“ entstand vor dem Hintergrund meines eigenen fachlich-psychologischen Interesses am Thema der Angst und der klinischen Angstgenese bei Kindern und Jugendlichen. Dies alles stand im Zusammenhang mit meinem beruflichen Schwerpunkt in der ambulanten Psychotherapie von Angst- und Zwangsstörungen bei Kindern und Jugendlichen und den in dieser Zeit gesammelten Erfahrungen. Im Jahre 2013 erfuhr ich in einem persönlichen Gespräch mit Herrn Prof. Dr. Groen von dem neuen von Frau Prof.in Dr. Essau und Herrn Prof. Dr. Ollendick entwickelten »Super Skills for Life«-Programm, das mir als neues Angstpräventionsprogramm für Kinder, vorrangig einsetzbar im Grundschulalter, vorgestellt wurde. Ich recherchierte im deutschsprachigen Raum ein inhaltliches Defizit zum Thema der Angstprävention bei Kindern und Jugendlichen, sodass mein Forschungsinteresse an einer empirisch gestützten Evaluation an dieser Stelle geweckt wurde.

Diese Forschungsarbeit richtet sich insbesondere an Pädagog*innen, Psycholog*innen, Sozialpädagog*innen und Sozialarbeiter*innen sowie an Psychotherapeut*innen, die mit Kindern und Jugendlichen arbeiten, vorrangig im Bereich der psychologischen Präventionsarbeit. Auch ist diese vorliegende Dissertation an Interessierte zu Themen der Angst und der Angststörungen und ebenfalls zu Fragestellungen der sozialwissenschaftlichen Evaluations- und Präventionsforschung im Kindes- und Jugendalter gerichtet.

Besonders danken möchte ich zunächst meiner Betreuerin, Frau Prof.in Dr. Maria von Salisch (Leuphana Universität Lüneburg), und meinem Betreuer, Herrn Prof. Dr. Gunter Groen (Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg), für Ihre Unterstützung, inhaltliche Rückmeldungen und ihre konstruktive sowie motivierende Kritik, aber auch für ihre Geduld im gesamten Dissertationsprozess. Auch möchte ich Herrn Prof. Dr. Dirk Lehr (Leuphana Universität Lüneburg) für seine Bereitschaft zur Begutachtung meiner Dissertation danken. Den unterschiedlichen studentischen Hilfskräften danke ich ebenfalls

für ihre administrative Unterstützung. Frau Prof.in Dr. Cecilia Essau (Roehampton University London) danke ich für die grundsätzliche Möglichkeit, ihr Programm evaluieren zu dürfen, auch für die Bereitstellung sämtlicher Unterlagen, Materialien und empirischer Vorbefunde und Ergebnisse. Folglich möchte ich allen an der Studie teilgenommenen Schulen danken, der Grundschule Brackel, der Hanseschule Winsen (Luhe), der Grundschule Im Roten Felde (Lüneburg), der Grundschule Reppenstedt und abschließend der Grundschule Luhdorf (Nebenstelle der Schule am Ilmer Barg). Ohne die Bereitschaft der Schulleitungen, der Lehrerkollegien und letztlich der Familien wäre diese Studie nicht zustande gekommen. Für die Unterstützung und Beratung bei der gesamten statistischen Arbeit danke ich insbesondere Herrn Murat Karaman (Dipl.-Statistiker & Master of Science Statistics, Berlin) sehr, der mir im Rahmen des Beratungsprozesses durch seine ruhigen und unaufgeregten Rückmeldungen und Hinweise die Angst und Unsicherheit vor statistischen Analysen und Interpretationen genommen hat und mir in dieser Phase sehr weitergeholfen hat.

Herrn Lars Wirnhier aus Winsen (Luhe) danke ich für seine Hilfe und Unterstützung in den technischen Fragen wie zum Beispiel dem Layout, dem Design oder der Formatierung dieser Dissertation. Frau Marina Mroczek aus Winsen (Luhe) danke ich zudem abschließend für die linguistische Unterstützung im Rahmen der Übersetzung des Programms aus der englischen in die deutsche Sprache. Insbesondere und vor allem persönlich danke ich meiner Familie, meiner Frau Marina und meinen drei wunderbaren Kindern Tia, Greta und Jacob. Ohne eure Liebe, eure Bereitschaft, euch zurückzunehmen, eure motivierende Art, euer Verständnis und eure Geduld hätte ich diese Arbeit nicht fertigstellen können. Auch habe ich durch euch gelernt, dass diese Dissertation, die ich schon seit vielen Jahren so gerne schreiben wollte und die für mich so wichtig war, nicht alles ist. Danke, ich liebe euch!

1 Einleitung

1.1 Wissenschaftliche Bedeutung und Fragestellung des Forschungsvorhabens

Im Kindes- und Jugendalter gehören Angststörungen zu den häufigsten psychischen Störungen (z. B. Pauschardt et al., 2015). Epidemiologische Untersuchungen haben gezeigt, dass Ängste bei Kindern und Jugendlichen, verglichen mit anderen Störungen wie depressiven Störungen, Aufmerksamkeits- und Aktivitätsstörungen (ADHS und ADS) oder Störungen des Sozialverhaltens, mit 10% und mehr die höchste Prävalenz aufweisen (Essau et al., 2012; Esser, 2008; Leigh & Clark, 2018; Walitza & Melfsen, 2016).

Chronische und rezidivierende Angststörungen führen zu mittel- und langfristigen individuellen psychosozialen individuellen und gesellschaftlichen Beeinträchtigungen und Belastungen (z. B. Barrett & Pahl, 2006; Köhl et al., 2010; Pössel et al., 2006). Sie sind mit Defiziten in der Emotionsregulation assoziiert (Loevaas et al., 2018), erhöhen die Entwicklung komorbider psychischer Störungen wie z. B. Depressionen (z. B. Essau et al., 2000; Köhl et al., 2010) und bedingen die zunehmende Inanspruchnahme medizinischer Dienste, die mit entsprechend steigenden Kosten im Gesundheitswesen verbunden ist (z. B. Pössel et al., 2006). Kovacs und Lopez-Duran (2010) beschreiben im juvenilen Entwicklungsalter hohe Angstwerte als Prädiktoren für spätere depressive Symptome. Cummings und Kolleg*innen (2014) sehen im ängstlichen Verhalten depressive Effekte, sodass die signifikante Senkung von Ängsten im präventiven Sinne folglich die Prävalenz späterer Angst- und depressiver Störungen senken könnte (Martinsen et al., 2018). Klinisch relevante Ängste haben neben ihrer hohen Rezidivneigung auch eine zusätzliche Persistenzneigung und zeigen insgesamt eine niedrige Remissionswahrscheinlichkeit (z. B. Köhl et al., 2010). Im Bericht der Weltgesundheitsorganisation (WHO) nehmen Angststörungen im Jahr 2017 weltweit den sechsten Platz, in industriell-wirtschaftlich starken Ländern sogar den vierten Platz ein, gemessen im Kontext der „*Years Lived with Disability*“ (YLD)¹. In diesem gesamtgesellschaftlich-sozialen Kontext und den daraus resultierenden intra- und interindividuellen Folgen bekommen präventive Programme zur Vorbeugung psychischer Störungen, insbesondere zur Prävention von Angststörungen,

¹ WHO Global Health Estimates (http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease)

gegenüber rehabilitativen und therapeutischen Konzepten eine hervorgehobene Bedeutung (Beelmann & Schmitt, 2012).

Trotz dieser hohen klinischen und gesellschaftlichen Relevanz von Angststörungen über die gesamte Lebensspanne existiert im deutschen Sprachraum noch kein spezifisches, schulbasiertes, universelles Angstpräventionsprogramm für Kinder und Jugendliche. Analog hierzu fehlen entsprechende wissenschaftliche Befunde (z. B. Kühl et al., 2010). Eine empirisch abgesicherte Ausnahme hierzu bildet allerdings das australische CBT-orientierte FRIENDS-Programm von Barrett und Kolleg*innen (2003a; 2003b), das für den deutschen Sprachraum als »*FREUNDE für Kinder: Trainingsprogramm zur Prävention von Angst und Depression*« adaptiert ist. Im präventiven Bereich besteht also demnach ein substanzieller Bedarf und eine Lücke, die es im Rahmen dieses Dissertationsvorhabens, zumindest teilweise, zu schließen gilt. Bisher entwickelte und etablierte Ansätze beziehen sich auf den Bereich der indizierten oder selektiven Prävention, d. h. eher mit einer therapeutischen bzw. behandlungsorientierten Fokussierung. Schule als geeigneter Lern- und Erfahrungsort für primäres soziales und emotionales Lernen für Kinder im Grundschulalter ist bislang hinsichtlich Angstprävention wenig berücksichtigt worden, sodass eine schulbasierte Implementierung derartiger Konzepte ausgeblieben ist. Einen Beitrag zur Reduzierung dieses wissenschaftlichen Defizits soll das neu entwickelte Konzept »*Super Skills for Life*« (Essau & Ollendick, 2013) für den deutschsprachigen Raum leisten. Das »*Super Skills for Life*«-Programm ist ein verhaltenstherapeutisch orientiertes Trainingsmanual für Kinder im fortgeschrittenen Grundschulalter. Es zeichnet sich durch unterschiedliche Übungen und Techniken wie beispielsweise Rollenspiele oder Verhaltensaktivierung aus. Es enthält Elemente wie ein Training sozialer Kompetenzen, Video-Feedback mit kognitiver Vorbereitung, ebenfalls zusätzliche kognitive Techniken, Entspannungsübungen und Übungen zur Ressourcenaktivierung. Das Besondere an diesem Programm bezieht sich auf die Implementierung expositionsorientierter Übungen im Zusammenhang mit der Anwendung der Video-Feedbackmethode mit kognitiver Vorbereitung (»*cognitive preparation*«). Das Konzept ist von Frau Prof.in Essau aus London/England und Herrn Prof. Ollendick aus Virginia/USA entwickelt worden.

Erkenntnisleitende und -führende Fragestellung dieses Forschungsvorhabens ist es, im Rahmen einer kontrollierten Evaluationsstudie zu untersuchen, welche angenommenen präventiven Effekte das Super Skills for Life-Programm bei Kindern im Grundschulalter leisten kann, insbesondere im Kontext schulbasierter universeller Angstprävention.

1.2 Aufbau und Gliederung des Manuskriptes

Diese Dissertation gliedert sich in einen *theoretischen* und einen *empirischen Teil* und darin in inhaltlich drei große Abschnitte. Der erste Abschnitt setzt sich ausführlich mit theoretischen Aspekten zu Ängsten und Angststörungen im Kindes- und Jugendalter auseinander. Der zweite Teil fokussiert die Themen Prävention und Evaluation und befasst sich mit Präventionsprogrammen und vorliegenden Evaluationsbefunden. Der dritte Teil stellt differenziert die vorliegende Evaluationsstudie des universellen Präventionsprogramms »Super Skills for Life« und ihre Befunde vor; abschließend folgt eine Zusammenfassung, Bewertung und Diskussion der Ergebnisse und eine Reflexion der Studie.

Im Folgenden werden die einzelnen großen Abschnitte differenzierter erläutert.

Im den Theorieteil beginnenden und einleitenden *ersten* Abschnitt der Dissertation werden neben entwicklungspsychologischen Grundlagen zur Angstgenese bei Kindern und Jugendlichen zunächst die unterschiedlichen Angststörungen nach ICD-10 und DSM-5 mit ihren diagnostischen Leitkriterien vorgestellt und voneinander abgegrenzt. Zusätzlich werden die Diagnostik und Differentialdiagnostik erläutert sowie Aspekte zur Komorbidität, Prävalenz und zum Verlauf von Angststörungen dargestellt. Des Weiteren werden unterschiedliche Ätiologiemodelle zur Psychopathogenese von Angststörungen sowie Risiko-, Vulnerabilitäts- und Resilienzfaktoren im Kontext von Angststörungen vorgestellt.

Im *zweiten* Abschnitt der Dissertation werden die unterschiedlichen Präventionsformen klassifiziert sowie der aktuelle Stand der Wissenschaft und Forschung zur Evaluation von Präventionsprogrammen bei Angststörungen im Kindes- und Jugendalter erläutert und diskutiert. Dabei werden sowohl Metaanalysen als auch im Spezifischen universelle, selektive und indizierte Angstpräventionsprogramme aufgeführt. Dieser zweite inhaltliche Abschnitt stellt gewissermaßen die Vorbereitung für den empirischen Teil des Manuskriptes

dar: die empirische Untersuchung des »*Super Skills for Life*«-Programms. Die Befunde dieser Evaluationsstudie sollen im Kontext anderer Präventionsprogramme und ihrer ermittelten Effekte interpretiert und eingeordnet werden.

Im *dritten* inhaltlichen Abschnitt der Dissertation wird zunächst ausführlich das »*Super Skills for Life*«-Programm inhaltlich und theoretisch vorgestellt. Eingegangen wird dabei auf die einzelnen Komponenten des Programms sowie ihre theoretischen Rückbezüge. Bisherige empirische Studienergebnisse zu »*Super Skills for Life*« werden ebenfalls ausführlich erläutert. Weiter soll im Sinne einer Überleitung aus dem *theoretischen* in den *empirischen Teil* dieser Arbeit die Methode des Forschungsprojektes vorgestellt werden, darin die wissenschaftliche Fragestellung mit den operationalisierten Forschungshypothesen expliziert; zudem werden das gewählte Studiendesign der Evaluationsstudie, die Auswertungsmethode sowie die entsprechenden Rahmenbedingungen der Untersuchung vorgestellt. Im Anschluss daran folgen ausführlich die Darstellung der Studie sowie ihre empirischen Befunde. Die zuvor operationalisierten Forschungshypothesen werden in diesem Kontext überprüft. Die Befunde werden auf die wesentlichen Erkenntnisse und Ergebnisse konzentriert.

Den Abschluss dieser Dissertation bilden eine abschließende Verdichtung und eine Zusammenfassung der wichtigsten Erkenntnisse des Manuskriptes. Die vorliegenden Ergebnisse sowie die daraus sich ableitenden empirischen, aber auch therapeutischen Implikationen, werden diskutiert und bewertet. Neben der Beantwortung der Forschungsfragen erfolgt zudem eine kritische Reflexion, Angaben zu den Limitationen dieser Studie sowie resultierende Konsequenzen der Ergebnisse und ein Forschungsausblick beenden diese Arbeit.

2 Angst und Angststörungen bei Kindern und Jugendlichen

2.1 Entwicklungsbedingte und entwicklungsphasenspezifische Ängste bei Kindern und Jugendlichen

Angst bei Kindern und Jugendlichen tritt als Grundemotion entwicklungsbedingt und phasenspezifisch auf und ist gegenüber den Angststörungen, also den klinisch relevanten Ängsten, differenziert abzugrenzen. Um diese Einschätzung und Differenzierung vornehmen zu können, ist die Kenntnis der für die Entwicklung von Ängsten relevanten Komponenten und Befürchtungen notwendig. Essau (2014, 24), Esser (2008, 243) und Schneider (2004, 10) klassifizieren die Entwicklung des Kindes und Jugendlichen beispielsweise in das frühe Säuglingsalter (0-6 Lebensmonate), das späte Säuglingsalter (6-12 Lebensmonate), das Kleinkindalter (2-4 Lebensjahre), die frühe Kindheit (5-7 Lebensjahre), die „mittlere“ Kindheit (8-11 Lebensjahre) und die Adoleszenz (12-18 Lebensjahre). Entsprechend des jeweiligen Entwicklungsalters des Kindes und Jugendlichen treten für das Alter charakterisierende Ängste und Befürchtungen auf, die auf konkrete Ursachen zurückführbar sind. Beispielsweise treten im Kleinkindalter klassischerweise Ängste vor Phantasiegestalten (also z. B. vor Monstern, Geistern etc.), vor Räubern oder vor der Dunkelheit auf. Diese Entwicklungsphase, die im Kontext kognitiver Entwicklung (nach Piaget, siehe unten) dem präoperationalen Denken zuzuordnen ist, ist u. a. durch die Fähigkeit gekennzeichnet, sich zwar Inhalte vorzustellen zu können, aber noch nicht zwischen Fantasie und Realität differenzieren zu können. Das bedeutet: Alles, was ich sehe, ist real. Sieht also ein Kind beispielsweise bei einem Besuch eines Puppentheaters auf einer Puppenbühne im Rahmen der gespielten Handlung einen „Räuber“, ist dieser „Räuber“ für das Kind in diesem Entwicklungsalter echt und es kann nicht unterscheiden, dass es ein Theaterstück ist und die verwendeten Puppen nicht „echt“ sind und bestimmte Rollen ausfüllen, um eine vorgegebene Geschichte zu erzählen. Folglich kann sich infolge dieser noch nicht ausgebildeten Fähigkeit der kognitiven Differenzierung eine Angst beim Kind ausbilden. Das Kind überträgt diese Angst möglicherweise auf andere Situationen. Dieses Angsterleben muss nicht zwangsläufig klinisch relevant sein oder werden, es tritt erst nur entwicklungsbedingt auf und ist phasenspezifisch. Allerdings kann sich die Angst in der Folgezeit zu einer manifesten Angststörung des Kindesalters entwickeln. In so einem Fall,

wie an diesem Beispiel illustriert, würde es sich um eine Phobische Störung des Kindesalters (nach ICD-10: F93.1, siehe Kapitel 2.2.2.3) handeln.

Die Klassifikation der Entwicklungsstadien und die dazugehörigen Fähigkeiten und kognitiven Leistungen sowie die dem jeweiligen Stadium zugeordneten klassischen Angstthemen sind in der Tabelle 1 dargestellt und erläutert. Die Angstthemen sind zwar charakteristisch für ein bestimmtes jeweiliges Entwicklungsstadium, sie sind aber nicht als statische Episoden und Marker aufzufassen. Auf der individuellen Ebene kann es zu durchaus unterschiedlich bedingten Verschiebungen und Verzögerungen kommen, die Ängste können somit auch in andere Entwicklungsphasen und -stadien übertragen bzw. dort hineingetragen werden. Die Angst vor Fantasiegestalten kann durchaus noch in der Grundschulzeit eine Rolle spielen, begonnen hat sie aber charakteristischerweise im Kindergartenalter.

Tabelle 1:

Klassifikation Entwicklungsstadien und Ängste bei Kindern und Jugendlichen
(Essau, 2014; Esser, 2008; Schneider, 2004)

Alter	Für die Entwicklung von Ängsten relevante Komponenten und Befürchtungen	Ursachen der Angst
Frühes Säuglingsalter (0-6 Monate)	sensorische Fertigkeiten dominieren die Anpassung des Säuglings	starke sensorische Stimuli und Reize, laute Geräusche z. B., Verlust von Zuwendung
Spätes Säuglingsalter (6-12 Monate)	sensomotorische Schemata verursachen und beeinflussen die Objekt-Konstanz/Objektpermanenz	Fremde/Trennung
Kleinkindalter (2-4 Jahre)	Prä-operationales Denken; Fähigkeit, sich etwas vorzustellen, aber Unfähigkeit, zwischen Fantasie und Realität zu unterscheiden	Phantasiegestalten, potentielle Einbrecher, Dunkelheit
Frühe Kindheit (5-7 Jahre)	Konkret-operationales Denken, Fähigkeit, in konkreten logischen Begriffen zu denken	natürliche Katastrophen (z. B. Feuer, Überflutungen, Gewitter), Verletzungen, Tiere, medienbasierte Ängste
„Mittlere“ Kindheit (8-11 Jahre)	Selbstwert konzentriert sich auf schulische und sportliche Leistungen	schlechte/geringe schulische und sportliche Leistungen
Adoleszenz (12-18 Jahre)	Formal-operationales Denken; Fähigkeit, zukünftige Gefahren gedanklich vorwegzunehmen; Selbstwert leitet sich von Beziehungen zu Gleichaltrigen/Peers ab	Zurückweisung/Ablehnung und sozialer Ausschluss durch Gleichaltrige/Peers

Diese Tabelle macht deutlich, wie bedeutsam die Berücksichtigung des Entwicklungsalters eines Kindes oder Jugendlichen ist, um eine fundierte Einschätzung der jeweiligen Angst bzw. des entsprechenden Angstthemas vornehmen zu können und lässt die Dependenz der Angst vom Entwicklungsstadium des Kindes oder Jugendlichen sichtbar werden.

Vor dem Hintergrund des kognitiven Modells nach Jean Piaget (1896 – 1980), einem Schweizer Biologen und Erkenntnistheoretiker, der mit seiner »genetischen Epistemologie« ein umfassendes und grundlegendes Modell der kognitiven Entwicklung bei Kindern und Jugendlichen vorlegte, lassen sich die Angstthemen konkretisieren. Die Kenntnis und Berücksichtigung dieser Stadien und kognitiven Entwicklungsschritte eines Kindes oder

Jugendlichen bildet ebenfalls ergänzend und erweiternd zu der obigen Tabelle 1 die Grundlage für eine fachliche und differenzierte (Angst-)Bewertung. Tabelle 2 beschreibt die jeweiligen kognitiven Phasen mit den erworbenen Fähigkeiten und Voraussetzungen und ordnet die dazugehörigen phasenbezogenen Angstthemen dem jeweiligen kognitiven Stadium zu. Dabei wird die Diversität entwicklungsphasenspezifischer Ängste deutlich. Während im Stadium der sensomotorischen Intelligenz insbesondere wahrnehmungsgebundene und Fremdel- und Trennungsängste dominieren, stehen im Stadium der präoperationalen Intelligenz magische Ängste und aufgrund des Erwerbs der Vorstellungs- und Sprachkompetenz des Kindes und des anschauungsgebundenen Denkens natürliche Ängste im Vordergrund. Diese sind zwar per se bedrohlich, werden aber aus der Sicht des Kindes und aufgrund seines egozentrischen Denkens als subjektiv-unmittelbare Gefahr erlebt und aufgefasst. Im Stadium der konkret-operationalen Intelligenz stehen Wettbewerbs-, Leistungs- und Versagensängste im Mittelpunkt, also Ängste, die vorwiegend mit leistungs- und sozial erwartungsbezogenem Verhalten assoziiert sind. Hingegen dominieren im Stadium der formal-operationalen Intelligenz insbesondere soziale Angstthemen.

Tabelle 2:

*Kognitive Entwicklung nach Jean Piaget & die Angst bei Kindern und Jugendlichen
(modifiziert nach Essau, 2014 und Sodian, 2012)*

Kognitives Stadium	Beschreibung der kognitiven Phase	Angstthema
Stadium der sensomotorischen Intelligenz (ca. 0-2 Jahre)	Erwerb sensomotorischer Koordination, praktische Intelligenz, Objektpermanenz (ohne interne Repräsentation), Symbolspiel.	sensorische Stimuli, fremde Menschen, Trennung
Stadium der präoperationalen Intelligenz (ca. 2-7 Jahre) „anschauliches Denken“	Erwerb Vorstellungs- und Sprechvermögen, Realismus, Animismus, Artifizialismus (zusammenfassend: Egozentrismus). Irreversibilität des Denkens, Denken anschauungsgebunden.	Phantasiegestalten, potentielle Einbrecher, Dunkelheit, natürliche Katastrophen (z. B. Feuer, Überflutungen, Gewitter), Verletzungen, Tiere, medienbasierte Ängste
Stadium der konkret-operationalen Intelligenz (ca. 7-12 Jahre)	Erwerb Fähigkeit zum logischen Denken, Bezug auf konkrete tatsächliche oder vorgestellte, aber nicht hypothetische Sachverhalte, Dezentrierung, Reversibilität, Invarianz, Seriation, Klasseninklusion, Transitivität.	schlechte/geringe schulische und sportliche Leistungen (Leistungs- und Versagensängste)
Stadium der formal-operationalen Intelligenz (ab ca. 12 Jahre)	Erwerb Fähigkeit zum hypothetischen logischen Denken, d. h. die konkreten logischen Operationen der Stufe 3 können auf andere solche Operationen angewendet werden.	Zurückweisung/Ablehnung und sozialer Ausschluss durch Gleichaltrige/Peers (soziale Ängste)

Die in der Tabelle 2 aufgeführten einzelnen Intelligenzstadien sind als individuelle Entwicklungsepisoden und als Wissensrepräsentation im logischen Denken aufzufassen, sie sind als ein grundlegendes Stufenmodell der kognitiven Entwicklung zu interpretieren (z. B. Sodian, 2012). Dies bedeutet, ohne die vorangegangene Entwicklungsstufe kann das nachstehende Stadium nicht erfolgen und entsprechend nicht bewältigt werden. Diese Einteilung der Angstthemen in die kognitiven Stadien ist nicht als starres und rigides Konzept aufzufassen, auf der intraindividuellen Ebene sind sowohl zeitliche als auch inhaltliche Verschiebungen durchaus möglich.

2.2 Klinische Angst und Angststörungen bei Kindern und Jugendlichen

2.2.1 Definition von klinisch relevanter Angst und Angststörungen bei Kindern und Jugendlichen – Abgrenzung zwischen klinisch unauffälliger und psychopathologisch signifikanter Angst

Für die Abgrenzung zwischen klinisch unauffälliger und psychopathologisch signifikanter Angst ist eine differenzierte Einschätzung der individuellen Angstsituation und des beschriebenen Angsterlebens des jeweiligen Kindes und Jugendlichen erforderlich. Folgende definitorische Merkmale diskriminieren zwischen entwicklungspsychologisch bedingter Angst und klinischer Angst im Sinne einer Angststörungsgenese (z. B. Remschmidt, 1992; Walitza & Melfsen, 2016):

- *Dauer und Intensität*: Dauer und Intensität der Angst sind dem Potenzial einer Gefährdung nicht angemessen.
- *Unspezifität und Irrationalität*: Die Angst tritt in harmlosen Situationen oder ohne jegliche wahrnehmbare Bedrohung auf (Prinzip der Unverhältnismäßigkeit der Angstreaktion des Individuums zur jeweiligen Situation mit dem zugehörigen Stimulus).
- *Chronizität und Persistenz*: Angst weist einen überdauernd-konstanten (chronischen), also in diesem Sinne einen persistierenden Charakter auf.
- *Kontrolle & Lebensqualität*: Angst ist dann als psychopathologisch relevant einzuschätzen, wenn das Individuum keine Möglichkeit der Kontrolle, der Erklärung, der Reduzierung oder der Bewältigung (meint also in diesem Zusammenhang das Fehlen von individuellem Copingverhalten) der Angst hat und seine Lebensqualität und die alterstypischen Lebensbezüge folglich erheblich beeinträchtigt werden. Bei Kindern und Jugendlichen ist dieser Aspekt vor dem Hintergrund der altersbezogenen Entwicklungsaufgaben (vgl. hierzu Havighurst, 1972) in besonderer Weise hervorzuheben, da die angstbedingte Nicht-Bewältigung dieser Aufgaben (wie z. B. einen Schulabschluss zu erreichen, eine Ausbildung zu beginnen oder die emotionale und soziale Ablösung vom Elternhaus) zu einer zusätzlichen psychischen Belastung führen kann, die dann wiederum in gewisser Weise einen Nährboden für die Entwicklung komorbider Störungen bilden kann (wie z. B. für die Entwicklung

affektiver Störungen, Suchtstörungen, dissozialer, delinquenter und aggressiver Störungen wie auch Störungen des Sozialverhaltens etc.).

2.2.2 Diagnostische Klassifikation von Angststörungen bei Kindern und Jugendlichen nach ICD-10 und DSM-5

Angststörungen bei Kindern und Jugendlichen gehören in ihrer kategorischen Einteilung gemeinsam mit den affektiven Störungen (u. a. mit den unipolaren depressiven Störungen) und in Abgrenzung zu den externalisierenden Störungen (z. B. Störungen des Sozialverhaltens, Aufmerksamkeits- und Aktivitätsstörungen/ADHS, Störungen der Emotions- und Aggressionsregulation) zu den *internalisierenden* Störungen. Sie sind entwicklungs- und kontextabhängig, entwickeln sich in vorwiegendem Maße sozial-interaktionell und sind im Zusammenhang zum biologisch-chronologischen Alter, der emotionalen Reife des Kindes und Jugendlichen, der kognitiven Entwicklung und in Relation zur Einbettung des Kindes und Jugendlichen in sein psychosoziales Umfeld zu beurteilen (siehe beispielsweise das multiaxiale Klassifikationsschema, Remschmidt et al., 2017). Diagnostisch werden Angststörungen sowohl nach der Internationalen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (»*International Classification of Diseases*«), herausgegeben durch die Weltgesundheitsorganisation (WHO) und gegenwärtig in der zehnten Ausgabe gültig (kurz: ICD-10) (z. B. Remschmidt et al., 2017) als auch nach dem US-amerikanischen Klassifikationssystem »*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*« (in der deutschen Übersetzung: Diagnostischer und statistischer Leitfaden psychischer Störungen), gegenwärtig in der fünften Ausgabe (kurz: DSM-5) gültig, herausgegeben von der Amerikanischen Psychiatrischen Gesellschaft (American Psychiatric Association, kurz: APA) unterschiedlich bei Kindern und Jugendlichen differenziert und entsprechend klassifiziert (APA, 2015; APA, 2013). Aus ökonomischen und Übersichtsgründen wird im Rahmen dieser wissenschaftlichen Arbeit ausschließlich auf die diagnostischen Kriterien nach ICD-10 Bezug genommen. Zwischen der ICD-10 und dem DSM-5 existiert eine hohe Überschneidungsrate, die diagnostischen Hauptkriterien und Charakteristika der einzelnen Angststörungen von ICD zum DSM sind im Wesentlichen identisch, zumindest aber vergleichbar, was im synoptischen Vergleich beider Diagnosesysteme sichtbar wird (Remschmidt et al., 2017). Im Kapitel F9 der ICD-10 sind die Angststörungen klassifiziert, die typischerweise im Kindes- und Jugendalter beginnen

bzw. auftreten, also für diese Altersstufe charakteristisch sind. Angststörungen im F4-Kapitel treten typischerweise im Erwachsenenalter auf, einzelne Störungen wie z. B. spezifische Phobien treten allerdings auch im Kindes- und Jugendalter auf, sind aber für diese Altersgruppe insgesamt weniger charakteristisch.

Folgende Auflistung gibt einen Überblick über Angststörungen des Kindes- und Jugendalters (vgl. hierzu z. B. APA, 2015; Remschmidt et al., 2017). Die daran anschließende *Abbildung 1* visualisiert diese Auflistung der gesamten Angststörungen und erläutert diese kurz in ihren wesentlichen Grundzügen:

Kapitel F9 (ICD-10):

- Emotionale Störungen mit Trennungsangst (ICD-10: F93.0; DSM-5: 309.21),
- Phobische Störungen des Kindesalters (ICD-10: F93.1, keine DSM-Entsprechung),
- Störungen mit sozialer Ängstlichkeit des Kindesalters (ICD-10: F93.2, keine DSM-Entsprechung),
- Generalisierte Angststörung des Kindesalters (ICD-10: F93.80, keine DSM-Entsprechung),
- Elektiver Mutismus (ICD-10: F94.0; DSM-5: 312.23).

Kapitel F4 (ICD-10):

- Agoraphobie (mit/ohne Panikstörung) (ICD-10: F40.00/.01; DSM-5: 300.22),
- Soziale Phobien (ICD-10: F40.1; DSM-5: 300.23),
- Spezifische/isolierte Phobien (ICD-10: F40.2; DSM-5: 300.29),
- Panikstörung (ICD-10: F41.0; DSM-5: 300.01),
- Generalisierte Angststörung (ICD-10: F41.1; DSM-5: 300.02),
- Zwangsstörungen (isolierte Zwangsgedanken, isolierte Zwangshandlungen und/oder Zwangsgedanken und Zwangshandlungen gemischt auftretend, ICD-10: F42.0/.1/.2; DSM-5: 300.3),
- Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) (ICD-10: F43.1; DSM-5: 309.81).

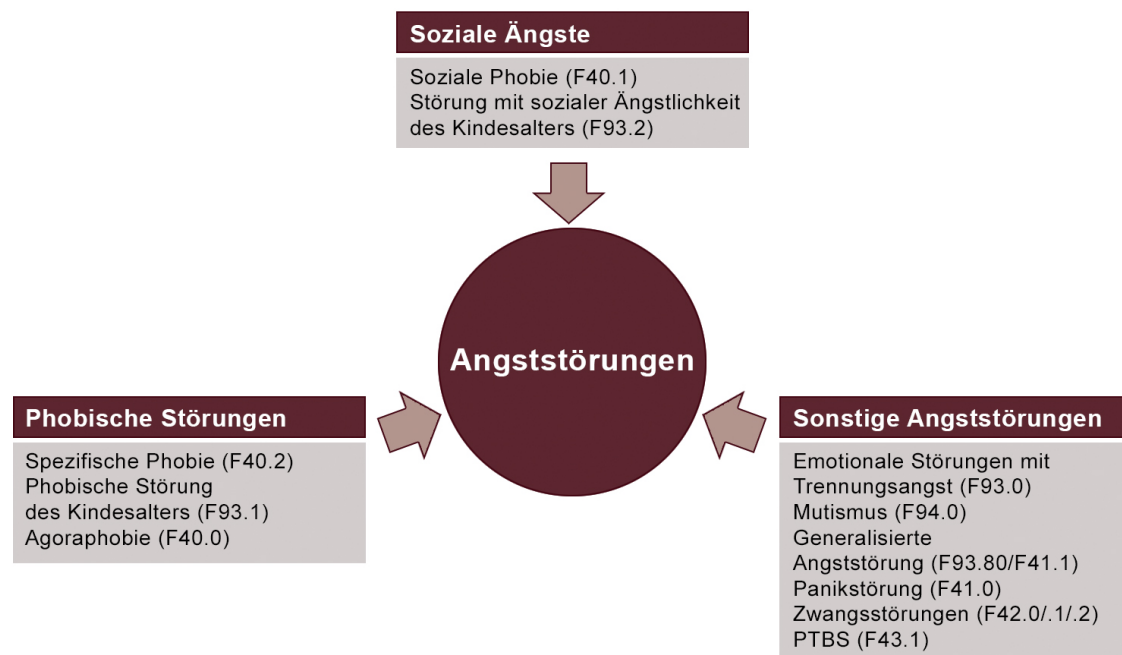


Abbildung 1. Angststörungen nach ICD-10 im Überblick

2.2.2.1 Soziale Angststörung

Die soziale Angststörung lässt sich in zwei Störungskategorien unterteilen. Neben der kindlichen Störung, der Störung mit sozialer Ängstlichkeit des Kindesalters wird in der ICD-10 die soziale Phobie als zweite Form der sozialen Angststörungen beschrieben und klassifiziert, die typischerweise frühestens in der Adoleszenz und später im Erwachsenenalter auftritt (Remschmidt et al., 2017). Nachfolgend werden diese beiden Formen mit Berücksichtigung ihrer Unterschiede dargestellt.

2.2.2.1.1 Störung mit sozialer Ängstlichkeit des Kindesalters

Die Störung mit sozialer Ängstlichkeit des Kindesalters ist der sozialen Phobie (F40.1) sehr ähnlich. Innerhalb dieses Störungsverhaltens zeigen Kinder sozial ängstliches Verhalten, d. h. *„Kinder mit dieser Störung zeigen eine durchgängige oder wiederkehrende Furcht vor Fremden oder meiden diese [...] kann sich hauptsächlich auf Erwachsene, auf Gleichaltrige oder auf beide beziehen [...] Vermeidung oder Furcht vor sozialen Begegnungen erreicht ein Ausmaß, das außerhalb der altersspezifischen üblichen Grenzen*

liegt und von einer bedeutsamen sozialen Beeinträchtigung begleitet ist“ (Remschmidt et al. 2017, 99). Als Folge des sozialängstlichen Verhaltens kommt es bei den betroffenen Kindern zu einer Reduzierung sozialer Beziehungen und allgemein zu einem sozialen Rückzugsverhalten des Kindes, ebenfalls in neuen oder unbekanntem Situationen zum Unglücklichsein, Weinen, Schweigen oder zu einem Rückzugs- oder Fluchtverhalten aus der Situation.

Vor dem sechsten Lebensjahr muss die Angstsymptomatik begonnen haben und muss unter Ausschluss einer generalisierten Angststörung des Kindesalters als zusätzliches Zeitkriterium mindestens vier Wochen andauern.

2.2.2.1.2 Soziale Phobie

Die soziale Phobie ist mit der Störung mit sozialer Ängstlichkeit des Kindesalters (F93.2) assoziiert, beginnt aber oft in der Adoleszenz.

Neben Bewertungsängsten als zentrales symptombezogenes Merkmal und der „*Furcht im Zentrum der Aufmerksamkeit zu stehen oder sich peinlich oder erniedrigend zu verhalten*“ (Remschmidt et al. 2017, 239) und dem damit verbundenen Vermeidungsverhalten im Hinblick auf die angstausslösenden Situationen stehen allerdings die vegetativen Symptome stärker im Vordergrund als bei der Störung mit sozialer Ängstlichkeit des Kindesalters. Die Störung kann zu sozialen Isolierungsprozessen führen (ebd., 238f.).

In der DSM-5 gibt es keine Entsprechung für die Störung mit sozialer Ängstlichkeit des Kindesalters (F93.2). Durch folgende Ergänzungen wurde diesem Aspekt im Hinblick auf Kinder und Jugendliche entsprochen:

In children, the anxiety must occur in peer settings and not just during interactions with adults [...] In children, the fear or anxiety may be expressed by crying, tantrums, freezing, clinging, shrinking, or failing to speak in social situations.

(APA 2013, 118)

Bei der sozialen Phobie werden zusätzlich zwei Subtypen differenziert: Beziehen sich die Angstsymptome auf spezifische und sehr ausgewählte soziale Situationen (z. B. eine Präsentation halten oder im Mittelpunkt eines bestimmten sozialen Geschehens stehen wie beispielsweise bei mündlicher Beteiligung im Schulunterricht), dann handelt es sich um den

diskreten Subtyp der sozialen Phobie. Sind unterschiedliche soziale Situationen betroffen, dann wird vom *generalisierten* Subtyp der sozialen Phobie gesprochen (Pinel et al., 2019).

2.2.2.2 *Generalisierte Angststörung (des Kindesalters)*

Die Generalisierte Angststörung des Kindesalters ist eine Angststörung mit frei flottierenden Ängsten, die nicht paroxysmal auftreten oder ein bestimmtes Angstthema beinhalten. Die Angstsymptome beziehen sich auf verschiedene Ereignisse und/oder Aktivitäten, treten an mindestens der Hälfte der Tage auf und dauern mindestens sechs Monate. Begleitende Symptome (auch vegetative Symptome) sind beispielsweise Ruhelosigkeit, Gefühle, überdreht oder nervös zu sein, Müdigkeit und Erschöpfung, Konzentrationsprobleme, reizbare Stimmung, Muskelverspannungen oder Schlafprobleme. Der Beginn dieser Störung liegt in der Kindheit oder in der Adoleszenz (vor dem 18. Lebensjahr) und führt zu deutlichem Leiden und zu sozialen Beeinträchtigungen im Leben des Kindes oder Jugendlichen (Remschmidt et al., 2017, 101f.).

Die Generalisierte Angststörung ist mit der beschriebenen Generalisierten Angststörung des Kindesalters assoziiert, allerdings steht bei dieser Generalisierten Angststörung die vegetative Stimulierung und Aktivierung der Betroffenen stärker im Vordergrund. Die Betroffenen leiden auch hier über einen Zeitraum von mindestens sechs Monaten unter exzessiven Ängsten, Sorgen und Befürchtungen zu Themen des Alltags sowie unter Anspannung, aufgrund ihres Grübelns unter Schlafstörungen und unter ihrer sozialen Irritabilität (Remschmidt et al., 2017, 243ff.).

2.2.2.3 *Phobische Störung des Kindesalters*

Bei der phobischen Störung handelt es sich um „eine anhaltende oder wiederkehrende Angst (Phobie), die zwar entwicklungsphasenspezifisch ist (oder zum Zeitpunkt des Beginns war), die aber übermäßig ausgeprägt und mit deutlichen sozialen Beeinträchtigungen verbunden ist“ (Remschmidt et al., 2017, 99). Es sind entwicklungsbedingte Ängste wie z. B. Ängste vor Tieren im Vorschulalter, Ängste vor Monstern oder Dieben oder ähnlichem. Diese sind aber derart stark ausgeprägt, dass sie den zu erwartenden altersentsprechenden Angstzustand deutlich übersteigen und zu psychosozialen Einschränkungen wie z. B. dem

Vermeidungsverhalten des Kindes in Bezug auf seinen Kindergartenbesuch führen. Diese phobische Symptomatik muss als zeitliches Kriterium mindestens vier Wochen anhalten, um als störungs- und krankheitswertig aufgefasst zu werden (Remschmidt et al., 2017).

2.2.2.4 Spezifische (isolierte) Phobie

Bei der spezifischen (isolierten) Phobie handelt es sich um einfache phobische Störungen wie beispielsweise Prüfungsängste, Höhenängste, tierbezogene Phobien, Spritzen- und Injektionsphobien, Klaustrophobien etc.

Spezifische und isolierte Phobien bedeuten im Wesentlichen eine „*deutliche Furcht vor einem bestimmten Objekt oder einer bestimmten Situation*“ (Remschmidt et al. 2017, 240).

Diese führen in aller Regel zu einem Vermeidungsverhalten im Hinblick auf die gefürchteten Situationen oder Gedanken.

Phobien können abhängig vom Angststimulus noch zusätzlich in unterschiedliche Unterformen wie den Tier-Typus (z. B. Insekten, Hunde), Naturgewaltentypus (z. B. Sturm, Wasser), Blut-Injektion-Verletzungs-Typus und situativen Typus (z. B. Fahrstuhl, Tunnel) klassifiziert werden (ebd., 241).

2.2.2.5 Emotionale Störung mit Trennungsangst

Bei der Trennungsangst handelt es sich um „eine fokussierte, übermäßig ausgeprägte Angst vor der Trennung von solchen Personen, an die das Kind gebunden ist (üblicherweise Eltern oder andere Familienmitglieder)“ (Remschmidt et al. 2017, 97).

Allen angstausslösenden Situationen gemeinsam ist die Trennung von einer Hauptbezugsperson, die zu unterschiedlichen Symptomen wie z. B. zu einer Abneigungs- oder Verweigerungshaltung des Kindes, die Schule oder andere Orte zu besuchen, führen kann, an denen das Kind eine Trennung von einer Hauptbezugsperson fürchtet bzw. antizipiert. Ebenfalls kann das Kind Verhaltensweisen zeigen wie Schreien, Wutausbrüche, Unglücklichsein, Apathie oder sozialer Rückzug.

Beginn der Trennungsangst als Zeitkriterium muss vor dem sechsten Lebensjahr erfolgen und muss mindestens vier Wochen andauern (ebd., 98). In der DSM-5 ist der Beginn dieser Störung nicht auf die Maßgabe des sechsten Lebensjahres beschränkt:

The fear, anxiety, or avoidance is persistent, lasting at least 4 weeks in children and adolescents and typically 6 months or more in adults.

(APA 2013, 115)

Die Trennungsangst ist in der aktuell gültigen ICD-10 noch eine typischerweise emotionale Störung des Kindesalters, allerdings gewinnt sie für das Erwachsenenalter zunehmend an Bedeutung (Strawn & Dobson, 2017; vgl. auch Kapitel 2.2.3).

2.2.2.6 Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS)

Bei der Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) handelt es sich um eine „verzögerte oder protrahierte Reaktion auf ein belastendes Ereignis oder eine Situation außergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophenartigen Ausmaßes (kurz oder lang anhaltend), die bei fast jedem eine tiefe Verzweiflung hervorrufen würde“ (Remschmidt et al. 2017, 252).

Betroffene erleben posttraumatisch Angstzustände, die mit Nachhallerinnerungen (sog. Flashbacks), lebendigen Erinnerungen, sich wiederholenden Träumen oder mit Vermeidungsverhalten im Hinblick auf das traumatische Thema verbunden sind. Außerdem besteht eine teilweise oder vollständige Unfähigkeit, sich an das traumatische Erlebnis zu erinnern (z. B. durch dissoziative Symptome) und/oder Einschlaf- und Durchschlafstörungen, Reizbarkeit und Wutausbrüche, Konzentrationsprobleme und Hypervigilanz sowie eine allgemein erhöhte Schreckhaftigkeit. Die Symptome treten in der Regel innerhalb von sechs Monaten nach dem traumatischen Ereignis auf, ein späterer Beginn ist aber möglich (ebd., 252ff.). Im DSM-5 ist zusätzlich eine Posttraumatische Belastungsstörung für Kinder im Alter von sechs Jahren oder jünger klassifiziert (APA 2013, 146ff.).

2.2.2.7 Panikstörung

Die Panikstörung ist charakterisiert durch „wiederkehrende schwere Angstattacken (Panik), die sich nicht auf eine spezifische Situation oder besondere Umstände beschränken und deshalb auch nicht vorhersehbar sind“ (Remschmidt et al., 2017, 241).

Charakteristisch für die Panikstörung ist der paroxysmale Beginn mit erhöhtem Herzklopfen, Brustschmerz, Erstickungsgefühlen, Schwindel und Entfremdungsgefühlen (Depersonalisation und/oder Derealisation), gefolgt von der Angst zu sterben, der Angst vor Kontrollverlust oder der Angst, wahnsinnig zu werden.

Die Dauer der Panikattacken beträgt wenige Minuten, manchmal auch länger.

Häufig führen die beschriebenen Panikzustände neben vegetativen Begleitsymptomen zu einem schnellen Verlassen der Situation und zu einem Vermeidungsverhalten in Bezug auf bestimmte sensible Situationen, in denen Panik erlebt wurde. Panikzuständen folgt meist die Angst vor einer neuen Panikattacke (Remschmidt et al., 2017). Panikstörungen zeigen eine hohe Komorbidität zu agoraphobischen und spezifischen phobischen Störungen sowie zu Generalisierten Angststörungen (Johnson et al., 2014).

2.2.2.8 Agoraphobie

Bei der agoraphobischen Angststörung bezieht sich die Symptomatik „nicht nur auf Ängste vor offenen Plätzen, sondern z. B. auch auf Menschenmengen oder die Schwierigkeit, sich wieder sofort und leicht an einen sicheren Platz, im Allgemeinen nach Hause, zurückziehen zu können [...] Gruppe von Phobien, mit der Angst, das eigene Haus zu verlassen, Geschäfte zu betreten, sich in eine Menschenmenge oder auf öffentliche Plätze zu begeben oder alleine in Zügen, Bussen oder Flugzeugen zu reisen“ (Remschmidt et al. 2017, 236). Die Störung ist mit deutlichem Vermeidungsverhalten in Bezug auf die angstbesetzten Situationen verbunden, begleitend treten vegetative Symptome auf. Agoraphobie tritt entweder ohne oder mit Paniksymptomen auf und muss entsprechend klassifiziert werden (ebd., 236ff.).

Im DSM-5 muss bei gleichzeitigem Vorliegen von zusätzlichen Panikattacken eine Panikstörung separat klassifiziert werden (APA 2013, 122).

2.2.2.9 *Elektiver Mutismus*

Bei der mutistischen Symptomatik handelt es sich um eine Störung, die „*durch eine deutliche, emotional bedingte Selektivität des Sprechens charakterisiert*“ (Remschmidt et al. 2017, 103) ist. Die Betroffenen haben eine durchschnittliche Sprachkompetenz entwickelt, zeigen diese auch in bestimmten Situationen, in anderen hingegen nicht. Mutismus ist mit Symptomen wie Sozialangst, sozialem Rückzugsverhalten, Empfindsamkeit oder Widerstand assoziiert. Die Betroffenen sprechen typischerweise zu Hause oder mit engen Freunden, allerdings nicht in anderen sozialen Kontexten, in denen Sprechen erwartet wird (z. B. in der Schule oder im Kindergarten).

Im DSM-5 wird die mutistische Störung synonym als „*selective mutism*“ (APA 2013, 116) bezeichnet.

In der geplanten und bald einzuführenden ICD-11 wird der elektive Mutismus unter den Angststörungen subsumiert sein (vgl. Kapitel 2.2.3), anders als in der aktuellen ICD-10-Fassung², in der gegenwärtig der elektive Mutismus als Störung in der Subkategorie „Störungen sozialer Funktionen mit Beginn in der Kindheit und Jugend“ subsumiert ist.

2.2.2.10 *Zwangsstörungen als Sonderform von Ängsten bei Kindern und Jugendlichen*

Bei den Zwangsstörungen handelt es sich nicht um klassische Angststörungen. Die Zwangsstörungen werden allerdings unter den Angststörungen, die typischerweise erstmalig im Erwachsenenalter auftreten, subsumiert.

Betroffene leiden entweder unter Zwangsgedanken, Zwangshandlungen oder zeitgleich unter beiden, erleben vorangegangene Ängste und Unsicherheiten, die den Zwängen zugrunde liegen und diese bedingen. Diese Ängste können durch Zwänge reduziert werden (Neutralisierung), was wiederum dazu führt, dass sie aufrechterhalten bleiben (Prinzip der negativen Verstärkung) (Remschmidt et al., 2017).

Um eine Zwangsstörung diagnostizieren zu können, müssen die Zwangssymptome laut ICD-10 an den meisten Tagen mindestens zwei Wochen lang auftreten (ebd., 247ff.). Im aktuellen DSM werden die Zwangsstörungen nicht mehr unter der Kategorie der Angststörungen

² Beta-Version ICD-11 (<https://icd.who.int/dev11/l-m/en>)

zusammengefasst, sondern sind unter einer eigenen Kategorie aufgeführt (APA 2013, 129ff.; Walitza, 2014).

2.2.3 Erneuerungen zu Angststörungen in der ICD-11

Ausgehend von dem noch aktuell gültigen Klassifikationssystem der ICD-10 ist für das Jahr 2022 die Einführung der neuen ICD-11 geplant und entsprechend vorgesehen. Innerhalb diesem neuen Klassifikationsschema werden die aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnisfortschritte im Zusammenhang mit Phänomenologie, der Ätiologie, der Früherkennung, Diagnostik und Therapie zusammengefasst. Auch im Bereich der Angststörungen werden einige Erneuerungen eingeführt. Bisherige inhaltliche und sprachliche Defizite, Ungenauigkeiten und Unzulänglichkeiten der ICD-10 zu Angststörungen (First et al., 2015) sollen dabei aufgegriffen und dem aktuellen Stand der Wissenschaft und Forschung angepasst werden. In diesem Unterkapitel soll kurz und zusammenfassend auf die wesentlichen Erneuerungen eingegangen werden.

In der ICD-11 werden Angststörungen zukünftig unter der Kategorie „6B0“ kodiert und zusammengefasst. Die Zwangsstörungen werden unter den „Zwangsspektrumsstörungen“ (unter der Ziffer „6B23“) subsumiert. Zu diesen Spektrumsstörungen wird auch als Erneuerung die „Hypochondrische Störung“ gezählt. In der Kategorie „6C4“ werden zusätzlich „substanzinduzierte Angststörungen“ und in der Kategorie „6E63“ zudem sogenannte „sekundäre Angststörungen“ (engl.: *fear-related disorders*) subsumiert, d. h. also Angststörungen, die im Rahmen anderer Erkrankungen und Störungen auftreten (Vloet & Romanos, 2021). Zudem können mit der ICD-11 einzelne psychische Angstsymptome singulär klassifiziert werden (vgl. Tabelle 3).

Tabelle 3:
 Kodierung des Symptoms „Angst“ in der ICD-11 (ebd., 430)

Kodierung	Angstsymptome
MB23.H	einzelne Panikattacken
MB24.3	Angst („Anxiety“)
MB24.A	Furcht („Fear“)
MB24.H	Sorgen („Worry“)
MB26.7	Paranoide Ängste („Paranoid ideation“)

Zu den Neuerungen spezifischer Angststörungen in der kommenden ICD-11 kann folgendes Ergebnis zusammengefasst werden (für die Zusammenfassung der Neuerungen zu den Angststörungen siehe: Vloet & Romanos, 2021). Die *Trennungsangststörung* wird in die Kategorie der angst- und furchtbezogenen Störungen aufgenommen und kann in der ICD-11 auch im Erwachsenenalter diagnostiziert werden. Der *elektive Mutismus* kann ebenfalls auch im Erwachsenenalter diagnostiziert werden und ist somit keine ausschließliche „Kinderdiagnose“ mehr. Der Terminus der *sozialen Phobie* entfällt und wird in der ICD-11 begrifflich in den Terminus der *sozialen Angststörung* abgeändert, die Diagnose der *Störung mit sozialer Ängstlichkeit des Kindesalters* entfällt somit. Die Angststörung der *Agoraphobie* wird inhaltlich erweitert und somit auf Symptomebene verbreitert. Anstelle der Ängste vor Plätzen und Menschenmengen werden auch Symptome wie Befürchtungen bzgl. spezifischer Konsequenzen sowie Sorgen vor Situationen mit erschwerter Flucht bzw. ohne Hilfe definiert. Bei der *spezifischen (isolierten) Phobie* wird es in der ICD-11 ebenfalls eine inhaltliche Erweiterung geben. Somit wird das Vermeidungsverhalten nicht mehr erforderlich sein, sondern auch das Aushalten bei einem entsprechend starken Angsterleben ist für die Diagnosestellung ausreichend. Abschließend ist im Kontext spezifischer Angststörungen auf die *Generalisierte Angststörung* einzugehen. In der ICD-11 wird als neues Kriterium der Generalisierten Angststörung das Sich-Sorgen-Machen bzgl. konkreter Lebensbereiche wie z. B. Arbeit, Finanzen, Gesundheit oder Familie definiert. Neben den Einschlafstörungen werden auch Durchschlafstörungen und eine ungenügende Schlafqualität (engl. *unsatisfying sleep*) in das Konzept aufgenommen. Zudem wird es bei der Generalisierten Angststörung im Sinne von Komorbiditäten keinen diagnostischen Ausschluss von *Panikstörungen*, *spezifischen Phobien*, *sozialen Angststörungen*, *Zwangsstörungen* und *hypochondrischen Störungen* geben, was in der jetzigen ICD-10 noch möglich war.

Die Tabelle 4 zeigt abschließend in der Übersicht eine vergleichende Darstellung der spezifischen Angststörungen nach ICD-10 und ICD-11.

Tabelle 4:

*Vergleichende Darstellung der Angststörungen nach ICD-10 und ICD-11
(Vloet & Romanos, 2021)*

Code ICD-11	Bezeichnung ICD-11	Code ICD-10	Bezeichnung ICD-10	Code DSM-5	Bezeichnung DSM-5	Inhaltliche Änderungen ICD-10 -> ICD-11
6B05	Trennungsangst	F93.0	Emotionale Störung mit Trennungsangst des Kindesalters	309.21	separation anxiety disorder	jetzt auch für Erwachsene definiert (z. B. wenn Furcht oder Angst vor der Trennung von z. B. Kindern oder Lebenspartner*innen besteht)
6B03	Spezifische Phobien	F40.2	Spezifische (isolierte) Phobien	300.29	specific phobia	„Vermeidung“ nicht mehr notwendig, bereits auch „Aushalten“ bei großer Angst möglich
6B04	Soziale Angststörung	F40.1 F93.2	Soziale Phobie Störung mit sozialer Ängstlichkeit des Kindesalters	300.23	social anxiety disorder	keine konzeptionellen Änderungen entfällt als selbstständige Kategorie
6B02	Agoraphobie	F40.0/ F40.01	Agoraphobie mit/ohne Panikstörungen	300.22	agoraphobia	anstelle Ängste vor Plätzen/Menschenmengen , auch: Befürchtungen bzgl. spezifischer negativer Konsequenzen; neu: Sorgen vor Situationen mit erschwerter Flucht bzw. ohne Hilfe
6B01	Panikstörung	F41.0	Panikstörung (episodische paroxysmale Angst)	300.01	panic disorder	keine konzeptionellen Änderungen
6B00	Generalisierte Angststörung	F41.1	Generalisierte Angststörung	300.02	generalized anxiety disorder	neues Kriterium hinsichtlich Sorgen bzgl. konkreter Bereiche des alltäglichen Lebens (Arbeit, Finanzen, Gesundheit, Familie); neben „Einschlafstörungen“ auch: „Durchschlafstörungen“ und „ungenügende Schlafqualität“; kein Ausschluss von Panikstörungen, spez.

Code ICD-11	Bezeichnung ICD-11	Code ICD-10	Bezeichnung ICD-10	Code DSM-5	Bezeichnung DSM-5	Inhaltliche Änderungen ICD-10 -> ICD-11
						Phobie, sozialer Angststörung, Zwangsstörung bzw. hypochondrischer Störung
6B06	Selektiver Mutismus	F94.0	Elektiver Mutismus	312.23	selective mutism	jetzt auch für Erwachsene definiert
6B0Y	Andere spezifische Angststörungen	F41.8	Sonstige spezifische Angststörungen	300.09	other specified anxiety disorder	keine konzeptionellen Änderungen
6B0Z	Nicht näher bezeichnete Angststörungen	F41.9	Nicht näher bezeichnete Angststörungen	300.00	unspecified anxiety disorder	keine konzeptionellen Änderungen

2.2.4 Zusammenfassung

Ängste und Angststörungen bei Kindern und Jugendlichen müssen inhaltlich voneinander unterschieden und abgegrenzt werden. Entwicklungsbedingte Ängste (vgl. Kapitel 2.1) treten in unterschiedlichen Entwicklungsphasen von Kindern und Jugendlichen mit jeweils unterschiedlich charakteristischen Themen und Motiven auf, zeigen allerdings keine klinische Relevanz. Im Unterschied dazu weisen klinisch signifikante Ängste bestimmte Merkmale auf wie z. B. die Dauer, die Intensität, die Ausprägung und die Chronizität dieser Ängste. Sie beeinträchtigen die psychische Entwicklung von Kindern und Jugendlichen und hemmen das Erreichen und Bewältigen bestimmter Entwicklungsaufgaben (zum Konzept der Entwicklungsaufgaben vgl. beispielsweise Havighurst, 1948/1972 oder das Konzept nach Resch, 1996). Umgekehrt können nicht bewältigte und nicht erfolgreich erreichte Entwicklungsaufgaben neben einer externalisierenden Reaktion der Adoleszenten auch zu internalisierenden Erlebens- und Verhaltensweisen führen, so auch beispielsweise zu psychosomatischen Störungen oder zu emotionalen Störungen wie Angst- und depressiven Störungen (Hurrelmann & Quenzel, 2016).

Angststörungen werden unterschiedlich klassifiziert und müssen entsprechend individuell und differenziert diagnostiziert werden. Im europäischen Raum werden sie nach der ICD-10 kategorisiert, im nordamerikanischen Raum nach dem DSM-5. Für das Jahr 2022 ist die Einführung und das Inkrafttreten der neuen ICD-11 geplant und mit dieser Fortführung der

ICD werden im Zusammenhang mit den Angststörungen Veränderungen definiert (Vloet & Romanos, 2021). Im Kindes- und Jugendalter gehören soziale Angststörungen, phobische Störungen, Trennungsängste und Zwangsstörungen zu den häufigsten Angststörungen. Je nach Ausprägungsgrad, dem sozialen Kontext und der durch die Angststörung bedingten psychosozialen Einschränkungen und dem intraindividuellen Leidensdruck bedarf es einer psychologisch differenzierten klinischen Einschätzung. Zusätzlich ist ein entsprechend unterschiedlicher Umgang mit diesem Formenkreis impliziert.

2.3 Epidemiologie, Komorbidität, Verlauf und psychosoziale Folgen von Angststörungen

Aktuelle Prävalenzen aller psychischer Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen liegen deutlich über 10%. Im Rahmen der durch das Robert Koch-Institut vorgenommenen KiGGS Welle 2-Erhebung sind für den Zeitraum 2014 bis 2017 in der Gesamtprävalenz (Mädchen und Jungen) 16,9% der untersuchten Kinder von ihren Eltern als psychisch auffällig bewertet worden. Jungen zeigten im geschlechtsspezifischen Vergleich eine Prävalenz von 19,1% und Mädchen 14,5% und lagen somit mit mehr als 5% deutlich unter der gemessenen Prävalenz der Jungen (Klipker et al., 2018). Im Vergleich dazu zeigten in den beiden Erhebungszeiträumen 2003 bis 2006 und 2009 bis 2012 (KiGGS Welle 1) insgesamt 20,2% der Kinder und Jugendlichen im Alter von drei bis 17 Jahren aus Elternsicht psychopathologisch grenzwertig auffälliges oder auffälliges Verhalten (Hölling et al., 2014). Die Ergebnisse der KiGGS Welle 1 und der KiGGS Welle 2 bestätigen die epidemiologischen Untersuchungen von Barkmann und Schulte-Markwort (2010). Epidemiologische störungsbezogene Untersuchungen zeigen, dass Angststörungen bei Kindern und Jugendlichen eine hohe, allerdings auch schwankende Prävalenz aufweisen (z. B. Esser, 2008; In-Albon, 2011; Petermann & Essau, 2013; Snyder et al. 2009; Suhr-Dachs & Petermann, 2013; Tomb & Hunter, 2004). Costello et al. (2011) haben im Rahmen einer internationalen umfänglichen Metaanalyse zu Angststörungen bei Kindern und Jugendlichen mit insgesamt 55 Studien über unterschiedliche Altersgruppen, Messzeiträume und Erhebungsländer eine durchschnittliche Prävalenz von 10,2% ermitteln können. Nicht inkludiert waren im Rahmen dieser Metaanalyse Posttraumatische Belastungsstörungen (PTBS) und Zwangsstörungen. Auch

Ihle und Esser ermitteln in ihrer Metaanalyse (2002) ein analoges Ergebnis, hier konnte eine durchschnittliche Prävalenz von Angststörungen bei Kindern und Jugendlichen von 10,4% festgestellt werden, gefolgt von dissozialen Störungen mit 7,5%. Angststörungen mit komorbiden chronisch-somatischen Erkrankungen wie beispielsweise Asthma, Diabetes, Epilepsie oder der juvenilen idiopathischen Arthritis weisen in Relation zur Allgemeinbevölkerung zusätzlich erhöhte Prävalenzen auf. Dies kann vorsichtig als Hinweis interpretiert werden, dass Angst bei Kindern und Jugendlichen mit bestimmten körperlichen Erkrankungen assoziiert zu sein scheint (Cobham et al., 2020). Insbesondere vor dem Hintergrund der aktuellen COVID-19-Pandemie berichtet die im deutschsprachigen Raum durchgeführte repräsentative Copsy-Studie (Ravens-Sieberer et al., 2021) mit insgesamt $N = 1586$ befragten Familien und ihren Kindern im Alter zwischen sieben und 17 Lebensjahren eine signifikante Erhöhung und Zunahme der Angstwerte.

Angststörungen weisen im juvenilen Entwicklungsalter einen frühen Beginn mit einem durchschnittlichen Erstauftretensalter von elf Jahren auf. Die Störung der Trennungsangst stellt die häufigste Angststörung im Vorschulalter dar, in der Adoleszenz kommt es allerdings zu einer deutlichen Zunahme von sozialen und generalisierten Angststörungen (In-Albon, 2011). Angststörungen wie im Speziellen die Panikstörung, Generalisierte Angststörung, Agoraphobie, soziale Phobie und spezifische Phobie zeigen mit einer Zwölf-Monatsprävalenz von ca. 14% und einem weiblich dominierten Vorkommen in dieser Störungsgruppe bei Erwachsenen (Frauen sind zwei- bis dreimal so häufig von Angststörungen betroffen als Männer) eine signifikante Rolle innerhalb des klinischen Klassifikationssystems psychischer Störungen (Craske et al., 2017). Auch Essau (2003; 2014) und Essau et al. (2004) bestätigen in ihren Untersuchungen die höheren geschlechtsspezifischen Prävalenzen von Angststörungen bei Mädchen im Vergleich zu den Jungen, insbesondere bei phobischen Störungen, posttraumatischen Belastungsstörungen und bei Panikstörungen. Das durchschnittliche Alter bei Ersterkrankung an einer Angststörung unter Berücksichtigung von Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen ergab bei einer Meta-Analyse von Lijster et al. (2017) mit insgesamt 24 Studien mit $N = 7443$ untersuchten Patient*innen ein durchschnittliches Alter von 21,3 Lebensjahren (95% CI: 17,46-25,07). Im Hinblick auf spezifische Störungen lag das Ersterkrankungsalter bei der Trennungsangst, der spezifischen Phobie und bei der sozialen Phobie unter 15 Jahren. Hingegen trat die Agoraphobie, die Zwangsstörung, die Posttraumatische Belastungsstörung, die Panikstörung und die Generalisierte Angststörung durchschnittlich zwischen dem 21. und dem 35.

Lebensjahr am häufigsten auf. Hinsichtlich der Geschlechtsunterschiede ergaben sich im Rahmen dieser Meta-Analyse im Ersterkrankungsalter keine signifikanten Unterschiede. Bandelow und Michaelis (2015) weisen in ihren Ausführungen zur Angstepidemiologie darauf hin, dass klinisch diagnostizierte Angststörungen bei Erwachsenen zu den häufigsten psychischen Störungen gehören. So bewegen sich die Zwölf-Monats-Prävalenzen für Angststörungen in einem Bereich zwischen acht bis 21%, bei den Lebenszeitprävalenzen zwischen 14% bis knapp 34% mit einer eindeutigen weiblichen Dominanz. Im US-amerikanischen Raum gehen Schätzungen beispielsweise von ca. 15-20% der Kinder und Jugendlichen aus, die die Kriterien für eine Angststörung des Kindes- und Jugendalters erfüllen (Garber & Weersing, 2010). In der BELLA-Studie, als einer Substudie der deutschen KiGGS-Gesamtstudie zur psychischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen (s. oben), zeigten 10,0% (95% KI: 8,7%-11,6%) der befragten Kinder und Jugendlichen in der Eltern- und Selbsteinschätzung klinisch signifikante Ängste und stellten somit den größten prävalenzbezogenen, störungsspezifischen Anteil gegenüber anderen kindlichen Verhaltensstörungen (Ravens-Sieberer et al., 2007) dar. Jungen und Mädchen waren hierbei gleich verteilt (Jungen: 10,1%/95% KI: 8,4%-12,2% zu Mädchen 10,0%/95% KI: 8,0%-12,3%). In der Altersgruppe zeigten die elf bis 13-Jährigen mit 12,0% (95% KI: 9,3%-15,5%) gegenüber den Sieben- bis Zehnjährigen mit 9,3% (95% KI: 7,4%-11,8%) und den 14- bis 17-Jährigen mit 9,4% (95% KI: 7,3%-11,9%) den größten Anteil an klinisch signifikanten Ängsten. Zudem zeigten die Kinder aus Familien mit einem niedrigen sozioökonomischen Status die größte Prävalenz gegenüber den Kindern aus Familien mit einem mittleren und hohen sozioökonomischen Status (niedriger sozioökonomischer Status: 12,9%/95% KI: 10,2%-16,2%; mittlerer sozioökonomischer Status: 10,1%/95% KI: 8,2%-12,3%; hoher sozioökonomischer Status: 8,0%/95% KI: 5,9%-10,8%) (ebd.). Klasen et al. (2017) verwiesen bei den Angststörungen im Selbstbericht auf eine Prävalenz von 15%. Zusätzlich verwiesen Plass-Christl et al. (2018) im Rahmen der BELLA-Studie darauf ($N = 325$), dass Mädchen mit einem psychisch erkrankten Elternteil im Alter von elf bis 17 Jahren verglichen mit Jungen mit zunehmendem Alter eine Zunahme psychischer Probleme aufwiesen. Somit konnte die Kovariate „psychisch erkranktes Elternteil“ offenbar auf eine zunehmende Vulnerabilität im Hinblick auf die Entwicklung psychischer Symptome hindeuten, die auch einen Einfluss auf die Prävalenz von Angststörungen haben kann. Zusammengefasst lässt sich festhalten, dass ein beträchtlicher Anteil der Kinder und Jugendlichen mindestens einmal von einer klinisch relevanten Angststörung betroffen ist.

Besonders wichtig erscheint hier der mediane Beginn, der bei über 75% aller Angststörungen zwischen dem elften und dem 21. Lebensjahr liegt (Wittchen et al., 2003). Kinder und Jugendliche bilden demnach die Hauptrisikogruppe für die Entwicklung von Angststörungen.

Angststörungen treten neben affektiven Störungen (wie z. B. depressiven Störungen) im Vergleich zu externalisierenden und expansiven Störungen (wie z. B. ADHS oder aggressiv-oppositionellen Verhaltensstörungen) häufiger auf (García-Escalera et al., 2019; In-Albon, 2012). Sie chronifizieren häufig und bilden ein erhebliches Risiko für die Entwicklung weiterer psychischer Störungen im Erwachsenenalter (z. B. Brückl et al., 2007; Copeland et al., 2009; Essau, 2003; In-Albon, 2012; In-Albon, 2011; Woodward & Fergusson, 2001). Allerdings ist ihr Verlauf nicht konstant stabil, sondern von der jeweiligen Störungsform abhängig zu beurteilen (z. B. spezifische Phobien, Panikstörungen, Trennungsängste oder soziale Phobien etc.). Bei der klinischen Einschätzung der Persistenz und Prognose einer Angststörung ist die jeweilige Angstform zu berücksichtigen (Pauschardt et al., 2015). Der Störungsbeginn zeigt sich oft früh (s. oben) und ist neben der Chronifizierung oft von Rezidiven begleitet (Cartwright-Hatton et al., 2006). Angststörungen zeigen eine hohe Komorbidität mit depressiven Störungen (Angold et al., 1999; Chavira et al., 2008; Doerfler et al., 2007; Essau et al., 2004; Essau & Petermann, 2001; Essau et al., 2000; Garber & Weersing, 2010; Ihle & Esser, 2002). Diese hohe Komorbidität von Angst und Depression wird bei Kindern und Jugendlichen unterschiedlich angegeben. Angold et al. (1999) führten beispielsweise in einer epidemiologischen Übersicht Werte im Bereich von 17% bis 38,9% auf. Essau und Petermann (2001) beschrieben hingegen stärker auseinanderliegende Werte im Bereich von 17% bis 69%. Die hohe Komorbidität von Angststörungen und depressiven Störungen hat einerseits etwas mit der inhaltlich-diagnostischen Nähe beider Störungsgruppen zu tun, andererseits aber auch mit einer gemeinsamen Ätiologie (familiäres Risiko, negative Affektivität, Defizite in der Informationsverarbeitung, neuronale Strukturen) und negativen und damit unerwünschten Folgen von Ängsten und Angststörungen (wie beispielsweise dem sozialen Rückzugsverhalten), die das Risiko für eine depressive Entwicklung erhöhen (Garber & Weersing, 2010). Ebenfalls treten im Sinne einer weiteren Komorbidität klinisch signifikante Ängste bei Kindern und Jugendlichen mit Lern- und Leistungsstörungen (Lese-Rechtschreibstörungen, Rechenstörungen) unabhängig von Geschlecht und Klassenstufe signifikant häufiger auf ($d = 0,61$; $p = 0,001$) als ohne

diese Teilleistungsstörungen (Nelson & Harwood, 2010). In der Bremer Jugendstudie konnte ebenfalls gezeigt werden, dass Angst- und depressive Störungen die höchste Komorbiditätsrate zueinander aufweisen (Essau, 2003). Ebenfalls zeigen Angststörungen hohe Komorbiditätsraten mit externalisierenden und expansiven Störungen (z. B. Angold et al., 1999; Beidel et al., 2007; Chavira et al., 2008; Doerfler et al., 2007; Marmorstein, 2006; Rao et al., 2007; Steinhausen et al., 1998; Verduin & Kendall, 2003) und Suchtstörungen (Doerfler et al., 2007; Essau et al., 2000; Zimmermann et al., 2003) bei Adoleszenten.

Die Entwicklung einer Angststörung bei Kindern und Jugendlichen ist zudem begünstigt durch gesellschaftlich-soziale Unterschiede (vgl. oben die BELLA-Studie). Diese Unterschiede sind im Rahmen einer empirischen Untersuchung mit dem sozioökonomischen Status operationalisiert worden. Kinder aus Familien mit einem niedrigen sozioökonomischen Status (SES; setzt sich zusammen aus Bildung, Berufsstatus und Einkommen der Eltern) zeigten gegenüber den Kindern aus Familien mit einem hohen sozioökonomischen Status ein 4,5-fach erhöhtes Risiko, eine internalisierende Störung zu entwickeln. Bei den externalisierenden Störungen zeigte sich das Risiko bei Kindern und Jugendlichen aus Familien mit einem niedrigen sozioökonomischen Status gegenüber den Kindern und Jugendlichen aus Familien mit einem hohen sozioökonomischen Status sogar um ein 6,8-faches erhöht (Besser et al., 2019; Klipker et al., 2018). Dieser Befund ist in seiner grundsätzlichen Tendenz durch Ergebnisse der KiGGS-Studie (Kuntz et al., 2018, 25) bestätigt worden:

Kinder und Jugendliche, die in sozial schlechtergestellten Familien aufwachsen, sind häufiger von psychischen Auffälligkeiten betroffen als Gleichaltrige aus sozial bessergestellten Familien. [...] mehr als ein Viertel (26,0%) der Kinder und Jugendlichen mit niedrigem SES dem eingesetzten Screeninginstrument zufolge psychisch auffällig ist, trifft dies aufgrund ein Sechstel (16,1%) der Heranwachsenden aus der mittleren und ein Zehntel (9,7%) derer aus der hohen Statusgruppe zu.

Weiter hieß es dazu (ebd., 26):

Hinsichtlich der psychischen Gesundheit zeichnen sich wiederum stark ausgeprägte soziale Unterschiede ab: Das Risiko für psychische Auffälligkeiten, die mit dem Screeninginstrument des Stärken-und-Schwächen-Fragebogens (SDQ-Gesamtproblemwert) ermittelt wurden, ist bei Kindern und Jugendlichen mit niedrigem SES 3,5-mal höher als für Gleichaltrige mit hohem SES [...].

Angststörungen bei Kindern und Jugendlichen können schwerwiegende individuelle und gesellschaftliche Konsequenzen nach sich ziehen. Auf der individuellen Ebene können sie einen negativen Einfluss auf die Lebensqualität und die soziale Funktions- und Adaptionfähigkeit der Betroffenen haben. Dies kann sich z. B. in der Entwicklung gering ausgeprägter sozialer Kompetenzen und Copingstrategien, in der Reduzierung sozialer Kontakte und Interaktionen, in der Entwicklung eines niedrigen Selbstwertes und in niedrigen schulischen und akademischen Leistungen ausdrücken (Barrett & Pahl, 2006; Hölling et al., 2014, Langley et al., 2004; McLoone et al., 2006; Ollendick et al., 2010; Rapee et al., 2005). Auf der gesellschaftlichen Ebene können Angststörungen ebenfalls negative Auswirkungen haben. Sie können zu Ausbildungsplatzverlusten als Folge krankheitsbedingter Ausfälle, zu einer Reduzierung der (wirtschaftlichen) Produktivität und zu einer extensiven Inanspruchnahme des medizinischen Gesundheitssystems führen (z. B. Klipker et al., 2018; Pössel et al., 2006). Psychisch gesund zu bleiben und nicht an einer Angststörung oder auch einer sonstigen psychischen Störung zu erkranken, bildet also im umgekehrten Sinne eine grundlegende Prämisse für Lebensqualität, Leistungsfähigkeit und -bereitschaft im Kontext gesellschaftlicher Produktivität und sozialer Teilhabe und Integration (z. B. Klipker et al., 2018). In der zusammenfassenden Betrachtung von Angststörungen im Kindes- und Jugendalter und ihren Auswirkungen ist zu konstatieren, dass diese die psychosoziale Entwicklung betroffener Kinder und Jugendlichen erheblich beeinträchtigen können. Allerdings muss der Beeinträchtigungsgrad individuell und differenziert eingeschätzt und beurteilt (z. B. unter Berücksichtigung des Alters, des Geschlechts oder des jeweiligen Angststörungstyps) werden (Pauschardt et al., 2015).

Die momentane therapeutische Versorgung zur Behandlung derartiger Störungen ist als unzureichend einzuschätzen, Therapieverläufe oft aufgrund von Chronifizierungen durch Therapieabbrüche oder nicht ausreichende Effekte problematisch (Essau, 2005; Farrell & Barrett, 2007). In diesem Kontext bekommt Prävention eine hervorgehobene Bedeutung (z. B. In-Albon, 2012). Durch eine frühe und wirksame Prävention können Entwicklungen bei Kindern und Jugendlichen günstig beeinflusst und konstruktiv gelenkt werden (Heinrichs et al., 2013). Dabei hat die Vermittlung von Techniken zur Verbesserung der »*social performance*« und das Erlernen von Strategien zur Reduzierung ängstlichen Verhaltens im Sinne der Förderung protektiver Faktoren bei Kindern und Jugendlichen eine hervorgehobene Bedeutung (Huber et al., 2019; Milligan et al., 2017). Petermann und Petermann (2011) weisen darauf hin, dass Präventionsprogramme für Kinder und Jugendliche entwicklungsorientiert und entwicklungsbegleitend ausgerichtet werden sollen. Sie sollen auf das Alter sowie die Lebenswelt des Kindes bezogen und Entwicklungsübergänge (Transitionen) wie z. B. den Übergang vom Kindergarten in die Schule oder von der Grundschule zur weiterführenden Schule berücksichtigen. Wirksame Prävention von Angststörungen kann die Versorgungssituation insgesamt entlasten, den Druck auf medizinische Dienste mindern (Donovan & Spence, 2000) und sich ebenfalls reduzierend auf komorbide Entwicklungen depressiver Störungen auswirken (Bienvenu & Ginsburg, 2007; Flannery-Schroeder, 2006).

2.4 Ätiologiemodelle und Psychopathogenese von Angststörungen bei Kindern und Jugendlichen

Innerhalb dieses Kapitels wird zunächst als ein allgemeines ätiologisches Modell zur Erklärung von Angststörungen bei Kindern und Jugendlichen das biopsychosoziale Modell vorgestellt und erläutert. Ebenso wird aufgrund der hohen inhaltlichen Dichte und Nähe das Diathese-Stress-Modell (Vulnerabilitäts-Stress-Modell) gemeinsam berücksichtigt. In den weiteren Abschnitten dieses Kapitels folgen klassische Angsterklärungsmodelle, so z. B. das Modell der Klassischen Konditionierung, das Zwei-Faktoren-Modell nach Mowrer oder das Lernen am Modell nach Bandura. Zielsetzung hierbei ist es, ein grundsätzliches analytisches Störungsverständnis hinsichtlich der Pathogenese von Angststörungen bei Kindern und Jugendlichen zu vermitteln. Auch ist die Kenntnis ätiopathogenetischer Prozesse von

Ängsten bedeutsam, um die entsprechenden Wirkmechanismen zu kennen. Daraus können sich Impulse für die konstituierende und konzeptionelle Erarbeitung von präventiven Programmen ergeben. Am Zwei-Faktoren-Modell nach Mowrer (siehe Unterkapitel 2.4.3) kann dieser Aspekt besonders gut sichtbar gemacht werden: Wenn beispielsweise das angstbedingte Vermeidungsverhalten des Kindes oder Jugendlichen als aufrechterhaltende Bedingung (zweiter Faktor im Modell) identifiziert ist, dann kann bei der Konzeptualisierung eines Angstpräventionsprogramms ein mögliches inhaltliches Modul die Exposition im Sinne einer Angstkonfrontationsmethode implementiert werden.

2.4.1 Biopsychosoziales Störungsmodell und Diathese-Stress-Modell (Vulnerabilitäts-Stress-Modell)

Angststörungen bei Kindern und Jugendlichen umfänglich psychoätiologisch zu erklären, setzt einen differenzierten, multikausalen Blick voraus. Durchgesetzt haben sich hierbei insbesondere zwei Ätiologiemodelle, die allerdings aufgrund ihrer inhaltlichen und konzeptionellen Nähe zueinander, gemeinsam erörtert werden sollen.

Das biopsychosoziale Ätiologie- und Störungsmodell geht davon aus, dass sich Angststörungen durch psychologische, (psycho-)soziale und somatische, biologische Faktoren einzeln und bzw. oder in reziproker Wechselwirkung dieser drei Ebenen zueinander entwickeln (z. B. Egger, 2015; Schwenck, 2012). Zu den psychologischen Faktoren gehören u. a. Kognitionen und Emotionen, Bewertungen und Attributionsstile (Zuschreibungsstile, z. B. hohe oder niedrige Erfolgs- und Misserfolgserwartung), im Allgemeinen die Informationsverarbeitung. Zu den (psycho-)sozialen Faktoren werden Aspekte gezählt wie u. a. soziale Schichtzugehörigkeit, Einkommen, Bildungshintergrund und Lebensbedingungen innerhalb der Familie (bei Kindern und Jugendlichen getrennt lebende Elternteile, Patchwork-Familien etc.), sozialer Einfluss von Peers, Kulturabhängigkeit, ethnische Zugehörigkeit und Migration, im Allgemeinen also das soziale Milieu des Individuums sowie die darin erlebten sozialisationsbezogenen Erlebnisse und Erfahrungen (z. B. Belastungen, Traumata, gravierende Lebensveränderungen, kritische Lebensereignisse etc.). Zu den somatischen Faktoren werden organisch-biologische und genetische Aspekte gerechnet, dazu gehören neben konstitutionellen Bedingungen u. a. auch Erkrankungen, Syndrome und Behinderungen, genetische Dispositionen und

Prädispositionen, Neurotransmitterprozesse und das physiologische Erregungsniveau bzw. das jeweilige Temperament des Individuums. Diesen Risiko- und Belastungsfaktoren, die die Entwicklung von Angststörungen ungünstig beeinflussen, stehen Schutzfaktoren gegenüber. Dazu zählen beispielsweise auf der Ebene der personalen protektiven Faktoren positive Temperamentmerkmale, ein hoher Selbstwert oder eine hohe Intelligenz. Auf der Ebene der familiären protektiven Faktoren beispielsweise ein offenes und supportives Familienklima, familiäre Kohäsion oder positive Beziehungsmodelle. Auf der Ebene der extrafamiliären sozialen Ressourcen können es Aspekte sein wie eine allgemeine soziale Unterstützung, konstruktive freundschaftliche Beziehungen oder positive Schulerfahrungen (u. a. Steinhausen, 2002).

Bei dem Diathese-Stress-Modell, auch als Vulnerabilitäts-Stress-Modell bezeichnet, ist die Verbindung zwischen biologischen, psychologischen und sozialen Aspekten ebenfalls repräsentiert (Schwenck, 2012). Allerdings geht dieses Modell im Unterschied zum erstgenannten Konzept von einer Disposition, also von einer Risikofaktorkonstellation für eine Störung oder Erkrankung aus. Unterschieden wird bei dem Begriff der Diathese zwischen biologisch-genetisch, biographisch bedingten und (psycho-) sozialen (Risiko-) Faktoren, die im Kontext von Stressereignissen (z. B. durch Lebensereignisse, gravierende Lebensveränderungen und kritischem Stress) im multifaktoriellen Zusammenwirken die Bedingungsstruktur für die Genese von Angststörungen konstituieren. Zusätzlich beeinflussen psychologische Bedingungen wie beispielsweise Resilienz, Coping und soziale Unterstützung, aber auch entwicklungsbezogene Faktoren wie z. B. Bildung, Impulskontrolle und körperliche und soziale Faktoren als modifizierende Variablen die Genese einer Angststörung. Diese kann in ihrer Manifestation schließlich zu akuten Folgen (z. B. berufliche und Interaktionsprobleme, soziale Einschränkungen, bei Kindern und Jugendlichen zu Schulabsentismus und zum schulischen Drop-out), aber auch zu Langzeitfolgen führen (z. B. Arbeitslosigkeit, soziale Isolation, Frühberentung, bei Kindern und Jugendlichen: Schulabbruch, niedrigere Schulabschlüsse mit entsprechend geringeren beruflichen Ausbildungschancen). Wittchen und Hoyer (2011) fassen den komplexen reziproken Prozess des Diathese-Stress-Modells wie folgt in der nachstehenden *Abbildung 2* zusammen:

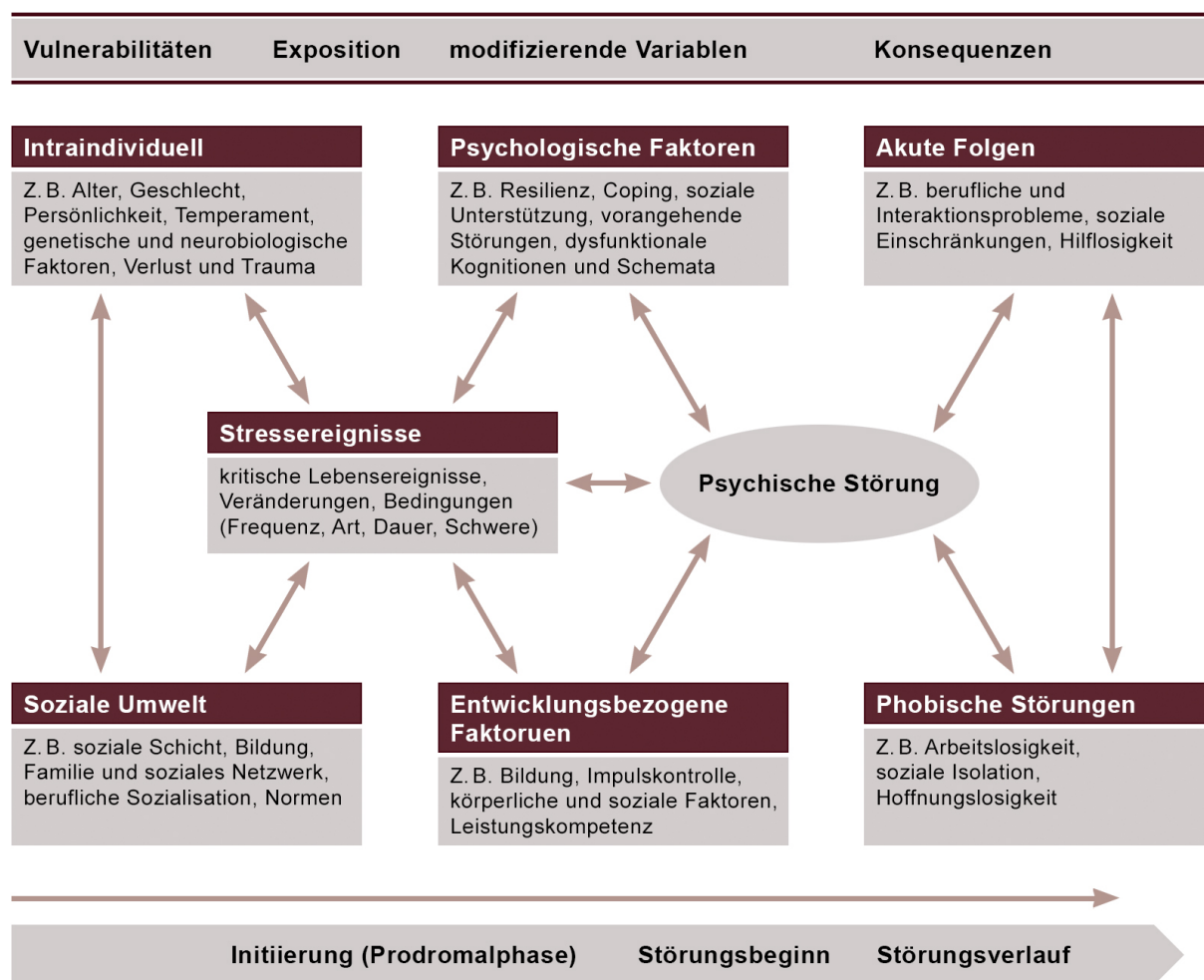


Abbildung 2. Diathese-Stress-Modell (Wittchen & Hoyer, 2011)

In der Ätiologieforschung von Angststörungen rücken aktuell zunehmend epigenetische Befunde in das Zentrum der Aufmerksamkeit, sodass das Diathese-Stress-Modell in der Pathogenese von Angststörungen um den Aspekt der Epigenetik zu erweitern ist. Epigenetische Prozesse wie z. B. die DNA-Methylierung oder die Histonacetylierung spielen dabei aufgrund ihrer Plastizität eine hervorgehobene Bedeutung und können durch Lebensereignisse, Stress aber auch durch die Anwendung und Durchführung psychotherapeutischer Verfahren beeinflusst werden. Damit kann die Epigenetik als Verbindungsstück zwischen Umwelt- und genetischen Faktoren, als Schnittstelle zwischen Adaptation und Maladaptation, letztlich also zwischen Resilienz und Risiko angesiedelt werden (Schiele & Domschke, 2018).

Sowohl das biopsychosoziale Ätiologie- und Störungsmodell als auch das Diathese-Stress-Modell stellen eine sowohl eher allgemeine komplex-deskriptive als auch eine multifaktoriell-analytische Struktur zur Erklärung und zum Verständnis der Entstehung von Angststörungen bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen dar.

2.4.2 Modell der Klassischen Konditionierung

Ein früheres Modell zur Erklärung von Angststörungen ist das lerntheoretische Modell der Klassischen Konditionierung (z. B. Essau, 2014; Rotthaus, 2015). Bei der Klassischen Konditionierung werden neutrale Stimuli (beispielsweise Situationen, Gegenstände, Tiere etc.) mit Angst oder Schmerz verbunden. Voraussetzung für eine derartige Verknüpfung ist das Auftreten mindestens einer oder mehrerer Situationen, in denen die Verbindung zwischen dem Stimulus und der Angst erlernt wird (Essau, 2014, 164):

So wird beispielsweise ein Kind, das jedes Mal einen Schlag bekommt, wenn es nach einem Spielzug greift, dieses Spielzeug möglicherweise fürchten und vermeiden. Die Vermeidung des gefürchteten Objektes verhindert oder reduziert diese Furcht. Das Ausmaß der Furcht wird bestimmt durch die Anzahl, mit der die Verbindung zwischen dem Reiz und der emotionalen Reaktion wiederholt, und die Intensität, mit der die Emotion erlebt wird.

Die nachfolgende Tabelle 5 verdeutlicht am Beispiel einer Prüfungs- und Leistungsangst das Prinzip der Klassischen Konditionierungstheorie:

Tabelle 5:
Beispiel Prüfungs- und Leistungsangst nach Prinzip der Klassischen Konditionierung

Form	Kürzel	Erklärung	Beispiel
unbedingter Stimulus	US (UCS)	Stimulus, der ohne vorangegangenen Lernprozess eine Reaktion beim Individuum auslöst.	In der Schule wird eine Mathearbeit geschrieben.
unbedingte Reaktion	UR (UCR)	Angeborene Reaktion des Individuums, die durch den US ausgelöst wird.	Unbehagen, Angst und Unsicherheitserleben, da Leistung grundsätzlich gefordert wird.
neutraler Stimulus	NS	Stimulus, der keine spezifische Reaktion des Individuums nach sich zieht.	Mathearbeit
bedingter Stimulus	CS	Ursprünglich neutraler Stimulus, der aufgrund einer mehrmaligen Kopplung mit einem US eine erlernte/bedingte Reaktion des Individuums bewirkt.	Durch die Verknüpfung von Klassenarbeit im Fach Mathematik im Sinne einer Leistungsanforderung <u>mit</u> Angsterleben bewirkt aus dem ursprünglich neutralen Stimulus eine erlernte Reaktion des Individuums.
bedingte Reaktion	CR	Erlernte Reaktion des Individuums, die durch den CS ausgelöst wird.	Angstreaktion vor Mathematikarbeiten, <u>Generalisierung</u> : grundsätzliche Angstreaktion vor Leistungsanforderungen.

Anhand dieses Beispiels der Entwicklung einer Prüfungs- und Leistungsangst wird deutlich, wie aus einem unbedingten Stimulus (Mathearbeit) eine bedingte/erlernte Reaktion (grundsätzliche Angstreaktion vor Leistungssituationen) entstehen kann. Hierfür sind zwei Prozesse differenziert voneinander zu unterscheiden, der Prozess der *Generalisierung* und der Prozess der *Diskrimination* (Essau, 2014, 165):

Generalisierung bedeutet der Transfer einer gelernten Reaktion von einem konditionierten Reiz auf ähnliche Reize. So kann z. B. die Angst vor einem bestimmten Hund auf andere Hunderassen übertragen werden. [...] Diskriminierung hingegen bezieht sich auf eine Reaktion auf einen ganz bestimmten Reiz. So fürchtet z. B. eine Person, die von einem Schäferhund angegriffen wurde, möglicherweise nur Hunde dieser Rasse.

Auf der Grundlage des angeführten Beispiels der ätiologischen Entstehung der Angstreaktion im Sinne einer Prüfungs- und Leistungsangst konnte exemplarisch dargestellt werden, wie aus der Angstreaktion vor Klassenarbeiten im Fach Mathematik durch einen Generalisierungsprozess eine grundsätzliche Angstreaktion vor Leistungsanforderungen entstanden ist. Dies ist in diesem Sinne hier kein notwendiger und unabdingbarer Prozess, sondern ist intraindividuell abhängig und wird auf dieser Grundlage durch unterschiedliche Faktoren wie Persönlichkeitsstruktur des Individuums, Temperament, seine Art, Erfahrungen zu bewerten und zu attribuieren und Aspekte der Emotionsregulation beeinflusst.

2.4.3 Zwei-Faktoren-Angstmodell (nach Mowrer)

Ein weiteres Modell zur Erklärung der Entstehung von Angststörungen ist von O. H. Mowrer (1969) beschrieben worden. Im Mowrer'schen Modell steht das Vermeidungslernen als zentraler Mechanismus für den Erwerb und die Aufrechterhaltung von Ängsten bzw. Angststörungen im Mittelpunkt. Ausgehend vom Prinzip der klassischen Konditionierung, bei dem ein neutraler Stimulus aversiv und angstbesetzt bzw. mit einer furchtauslösenden Situation verknüpft wird (siehe Unterkapitel 2.4.2 Modell der Klassischen Konditionierung), führt das daraus resultierende Vermeidungsverhalten des konditionierten Stimulus, also der angstausslösenden Situation, zu einer Aufrechterhaltung und damit auch zur Stabilisierung der Angst. Diese Vermeidung und Aufrechterhaltung der Angst wird als operante oder instrumentelle Konditionierung bezeichnet (z. B. Bodenmann et al., 2019). Das bedeutet, den *ersten Faktor* bildet die klassische Konditionierung (Auslösen und Konditionierung der Angstreaktion) und den *zweiten Faktor* die operante/instrumentelle Konditionierung (Aufrechterhaltung des Angsterlebens durch das Vermeidungslernen und das Prinzip der negativen Verstärkung). Die nachstehende *Abbildung 3* soll das Zwei-Faktoren Modell nach Mowrer kurz visualisieren:

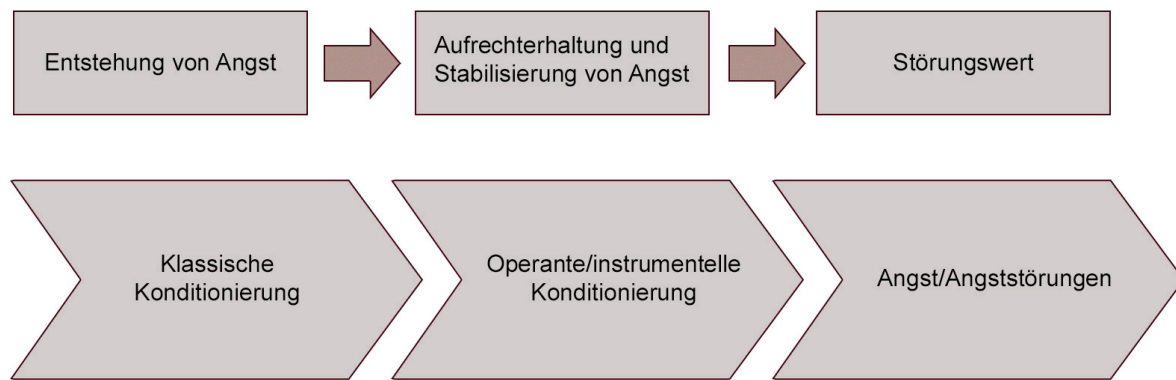


Abbildung 3. Zwei-Faktoren-Modell (nach Mowrer)

2.4.4 Kognitives Modell

Im kognitionspsychologischen Modell (z. B. Essau, 2014; Rotthaus, 2015) entstehen Angst und Angststörungen durch eine kognitive Überbewertung von singular antizipierten Gefahren in zahlreichen und unterschiedlichen sozialen Situationen. Dabei kommt es zu kognitiven Verzerrungen sozialer Situationen wie Fehlinterpretationen oder falschen Kausalattributionen, die wiederum ihrerseits zu einer ängstlichen Stimmung und zu maladaptivem Verhalten bei den betroffenen Individuen führen. Ein Teufelskreis setzt ein, wenn das dazugehörige Verhalten die negativen Kognitionen bestätigt. Die emotionalen Reaktionen sind also von der individuellen (kognitiven) Bedeutsamkeit abhängig, die den Umweltreizen zugeschrieben werden. Zwei Arten dysfunktionaler Kognitionen spielen dabei eine zentrale Rolle (Essau, 2014):

- (a) *automatische Gedanken: treten unmittelbar auf, wenn die Person sich in einer bestimmten Situation befindet oder sich an ein Ereignis erinnert,*
- (b) *Gedanken-Schemata: kognitive Strukturen, bilden die grundlegenden Regeln für die Auswahl, Filterung, Kodierung und Bewertung der Information(en) der Umwelt.*

Exemplarisch soll das grundlegende Prinzip des kognitiven Modells und die im Zentrum stehende Überbewertung und Fixation eines Gedankens anhand eines Beispiels einer Zwangssymptomatik verdeutlicht werden. Dabei wird der Zwang funktionalisiert und neutralisiert die Angst und Erregung des Individuums:

- **Beispiel Zwang bei einem Kind oder Jugendlichen**

- (1) Kognition: „Ich könnte eine(n) Mitschüler*in verletzen; ich könnte mich bei einem/r Mitschüler*in anstecken...“
- (2) Bewertung der Kognition: „Als freundliche(r) Mitschüler*in sollte ich so etwas nicht denken!“; „Es wäre furchtbar, eine Krankheit zu bekommen!“
- (3) Emotionale/physiologische Unruhe: Erregung, Aktivierung, Handlungsbedarf, Angst.
- (4) Neutralisieren/Ritual (= Zwang): Kontrollen, Waschen, gedankliche Rituale -> kurzfristige Beruhigung und Reduzierung des Angsterlebens (negative Verstärkung, da ein als aversiv erlebter Reiz reduziert wird), langfristige Konsequenz: Verstärkung durch selektive Erhöhung der Bedeutsamkeit und Verstärkung der Sensitivität -> Zwangsstörung.

2.4.5 Lernen am Modell (Lernen durch Beobachtung)

Bei dem angstätiologischen Ansatz Lernen am Modell (Lernen durch Beobachtung oder auch soziales Lernen), der auch als sozial-kognitive Lerntheorie nach Bandura (1991, 1976) bezeichnet wird, erlernt ein Individuum im Zusammenhang mit der Angstgenese gewissermaßen durch eine stellvertretende Erfahrung ein bestimmtes Angstsymptom. Folglich kann dieses in der weitergehenden Entwicklung durch das Hinzukommen zusätzlicher Merkmale (u. a. psychosoziale Einschränkung durch das Symptom, Vermeidung angstbesetzter Stimuli, Leidensdruck) in eine Angststörung hineinführen. Das Individuum beobachtet, „*wie ein anderer auf einen Reiz mit Angst oder im Rahmen einer Bedrohung reagiert*“ (Essau, 2014, 167) und adaptiert dann (nach dieser Modellvorstellung) dieses Reaktionsverhalten. Hautzinger et al. (2006, 44) beschreiben diesen Prozess wie folgt:

Unter Modelllernen soll hier die Tatsache verstanden werden, dass eine Person ihr eigenes Verhalten aufgrund der Beobachtung des Verhaltens einer anderen Person (dem Modell) in Richtung dieses beobachteten Verhaltens ändert.

Die nachfolgende *Abbildung 4* verdeutlicht die Verbindung zwischen der Modellperson und dem Beobachter am Beispiel eines erlernten hundephobischen Reaktionsverhaltens:

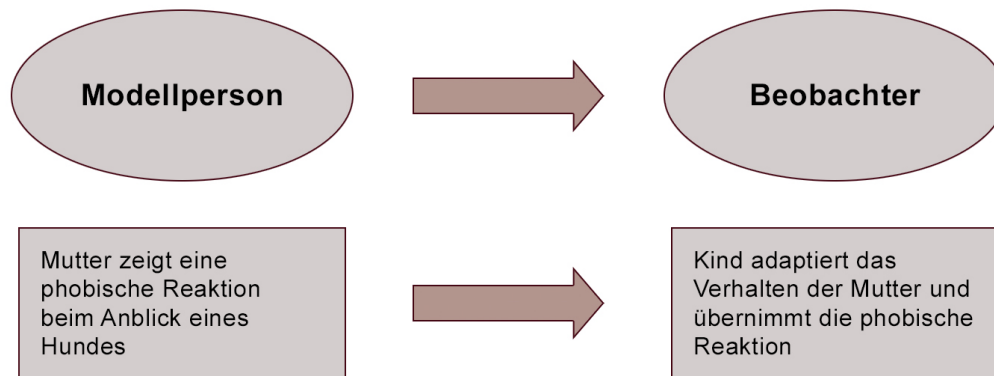


Abbildung 4. Schema des Modelllernens am Beispiel einer Hundephobie

Allerdings ist der Prozess des Modelllernens von unterschiedlichen Faktoren abhängig, z. B. durch charakterisierende Merkmale der Modellperson wie die Frage, ob und inwieweit die Modellperson mit ihrem Verhalten erfolgreich ist sowie Prestige und Kompetenz der Modellperson. Weiterführend sind charakterisierende Merkmale auf der Seite des Beobachters zu nennen wie beispielsweise das emotionale Erregungsniveau und Engagement des Beobachters sowie seine Unklarheit und Zweifel über angemessene und funktionale Verhaltensweisen. Die Beziehung zwischen dem Beobachter und der Modellperson nimmt im Prozess des Modelllernens ebenfalls eine regulierende Wirkung ein (Edelmann & Wittmann, 2019). Weitere Aspekte im Modelllernen können beispielsweise die Wiederholung bestimmter Stimuli oder die Erfolgs- und Misserfolgserwartung durch den Beobachter sein. Dabei spielt das Konzept der Selbstwirksamkeit eine besondere Rolle. Unter Selbstwirksamkeit versteht Bandura die intraindividuelle subjektive Überzeugung, mit dem eigenen Verhalten erfolgreich sein und Problemlagen lösen zu können (Bandura, 1997). Es ist davon auszugehen, dass die Beobachtung erfolgreicher Modellpersonen die eigene Selbstwirksamkeit verstärkt und damit erhöht, dies auch im Kontext von Ängstlichkeit. Der erfolgreiche oder auch dysfunktionale Umgang mit Ängsten durch Modellpersonen beeinflusst den Ausprägungsgrad der Selbstwirksamkeitserwartung im Umgang mit der eigenen Angst bei der beobachtenden Person.

2.4.6 Integratives Bedingungsmodell der Angst (nach Rapee)

Rapee (2001) beschreibt im Rahmen seines integrativen Angstbedingungsmodells zur ätiopsychopathologischen Beschreibung der Genese von Angststörungen, insbesondere Generalisierter Angststörungen, einen Reziprozitätsprozess zwischen Anlage- und Umweltbedingungen eines Kindes und Jugendlichen. Auf der einen Seite befinden sich nach diesem Modell die biologisch prädisponierten Anlagen mit einem ängstlichen Temperament, d. h. folglich mit einer allgemeinen erhöhten Angstsensitivität und -vulnerabilität, zusätzlich mit einer ausgeprägten Emotionalität im Sinne einer erhöhten emotionalen Reaktivitätsbereitschaft, einem vermeidenden und angstabwehrenden Copingstil sowie einer erhöhten physiologischen Erregbarkeit (Arousal). Auf der anderen Seite dieses Modells stehen die umweltbedingten Faktoren, die von einer biographisch bedingten und sozial erlernten kognitiven Tendenz und Neigung des Individuums ausgehen, angstrelevante Stimuli und Kontexte als bedrohlich und gefährlich einzuschätzen, was dann wiederum zu einer Erhöhung des angstbezogenen Vermeidungsverhaltens und folglich zu einer Bestätigung des individuellen Angsterlebens führt.

Zusätzlich spielen Eltern-Kind-Interaktionen als ein weiterer Bestandteil der Umweltbedingungen innerhalb des Modells bei Kindern und Jugendlichen eine bedeutsame Rolle. Protektives Erziehungsverhalten im Sinne elterlicher Kontrolle (Erziehungskontrolle) und ein Überengagement der Eltern verstärkt sich bei Kindern und Jugendlichen mit einem ängstlichen Grundtemperament und führt folglich ebenfalls zu einer Erhöhung der Vermeidungstendenz und des Vermeidungsverhaltens der betroffenen Individuen, was einerseits zu einer aktuellen Reduzierung der Angsthabituation führt, andererseits zu einer weiteren Verstärkung der Angstsensitivität. Dies hat zur Folge, dass dieser Prozess zu einer Störung in der Ausbildung und in der Entwicklung sozialer Fertigkeiten und Fähigkeiten führt, was dann wiederum die Störungsvulnerabilität der Angst erhöht. Dieses führt wiederum infolge sozial rückzüglichen Verhaltens zu einer weiteren Zunahme der Vermeidung neuer Situationen und verstärkt weiterhin die individuelle soziale Unsicherheit im interaktionellen Kontext und erhöht zudem die Angstsensitivität des Kindes und Jugendlichen, woraus dann wiederum eine Zunahme der Vermeidungstendenz und des Vermeidungsverhaltens resultiert.

Dieser Prozess beschreibt umfänglich einen in sich geschlossenen Kreislauf, der es Kindern und Jugendlichen schwer macht, aus diesem Kreislauf herauszutreten und somit auch die

Angstgenese zu unterbrechen. Als zusätzliche angstaktivierende und -verstärkende Umweltfaktoren sind im Rahmen dieses Konstruktes ängstliches Modellverhalten durch relevante Beziehungs- und Bindungspersonen im Sinne des Lernprinzips am Modell bzw. des Lernens durch Beobachtung nach Bandura (1991, 1976; vgl. hierzu Kapitel 2.4.5) zu nennen, zudem biographische belastende Lebensereignisse (Life-Events) wie beispielsweise Monotraumatisierungen oder kumulative Traumata, die störungswertige Ängste bei Kindern und Jugendlichen auslösen, mindestens aber verstärken können. Die nachfolgende *Abbildung 5* fasst das integrative Bedingungsmodell zur Darstellung der klinischen Angstgenese, insbesondere der Generalisierten Angststörungen, grafisch zusammen.

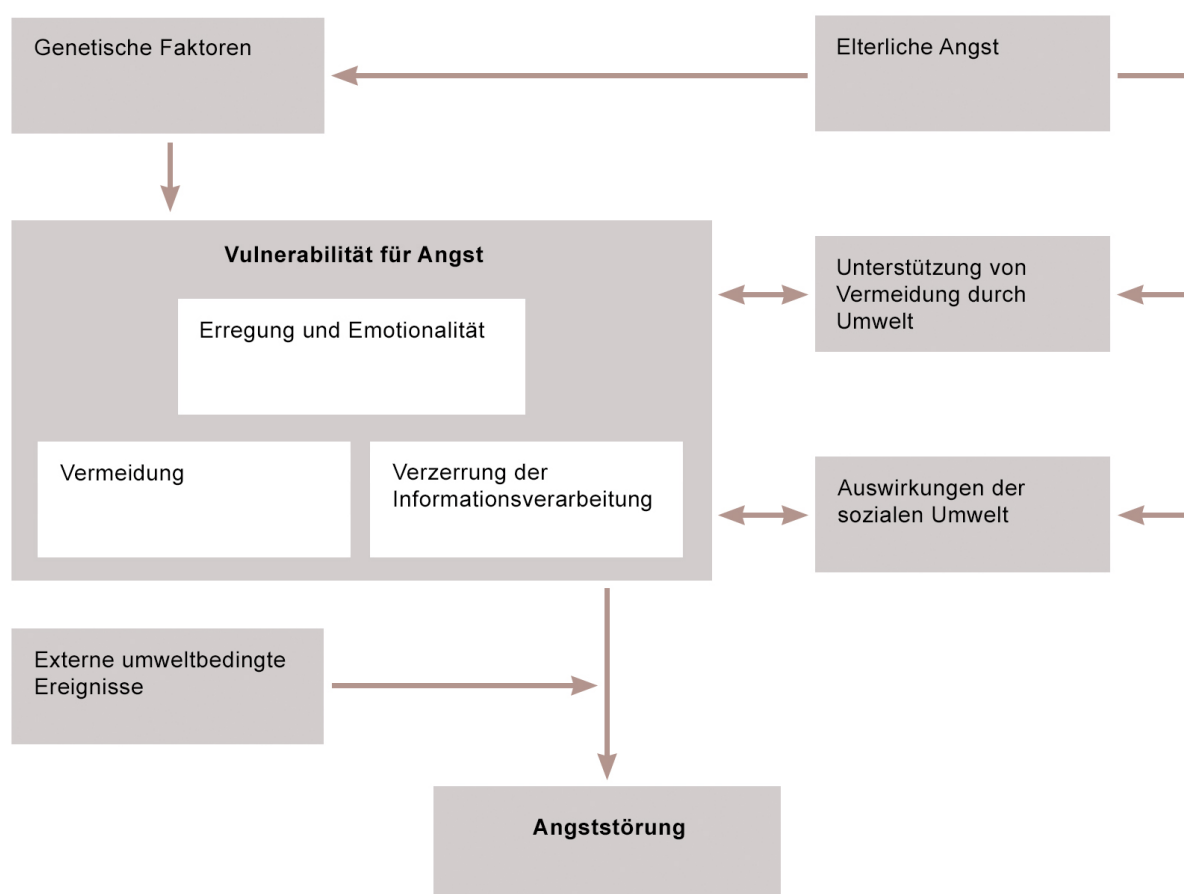


Abbildung 5. Integratives Bedingungsmodell der Angst nach Rapee (2001)

2.4.7 Neurobiologische Aspekte der Angstgenese

Angst hat als Grundemotion eine sozial-adaptive Funktion, dies unter der Prämisse der Freisetzung konstruktiver Copingprozesse. Versagen diese oder reichen sie nicht aus, dann können sich daraus entsprechende Angststörungen entwickeln. Angst führt dann zu einer Aktivierung und Ausrichtung der Aufmerksamkeit auf den angstauslösenden Stimulus, entsprechend werden kontextuelle Gedächtnisinhalte hinsichtlich des Angststimulus angelegt. Es folgen assoziative Lernprozesse und Veränderungen kognitiver Prozesse mit der Idee einer Änderung des zukünftigen Verhaltens in kontextähnlichen oder analogen Situationen (Sartory, 2004). Angststörungen weisen neben einer angenommenen genetischen Disposition bei einer Varianz von 30% bis 40% auch eine erhöhte genetische Prädisposition bei Mädchen relativ zu Jungen auf (z. B. Thapar & McGuffin, 1997). Allerdings ist bislang kein eindeutiger Zusammenhang zwischen bestimmten Genen und klinischen Angststörungen belegt (Dias et al., 2013), wenngleich es Hinweise gibt, dass das Neuropeptid-S-Rezeptorgen (Domschke et al., 2011), eine allelische Variation des GLRB-Gens (Deckert et al., 2017) und epigenetische Effekte (Schiele et al., 2018; Ziegler et al., 2016) eine signifikante Rolle bei der Angstgenese spielen. Zusätzlich kann im organisch-biologischen Zusammenhang bezüglich des erhöhten Auftretens von Angststörungen bei Mädchen bzw. Frauen davon ausgegangen werden, dass eine Fluktuation der Östrogen- und Progesteron-Spiegel, insbesondere während der Zyklen, aber auch im grundsätzlichen weiblichen Entwicklungsprozess und deren Interaktion mit bestimmten Neurotransmittersystemen wie z. B. dem Serotoninsystem oder mit spezifischen kognitiven Strukturen zu einer Erschwerung der intrapsychischen Emotionsregulation führt bzw. führen kann. Dies würde die Vulnerabilität für das Auftreten von Angststörungen bei Mädchen bzw. Frauen erhöhen (Li & Graham, 2017). Zusätzlich scheinen ängstliche Persönlichkeitsmerkmale als Prädiktoren genetisch prädisponiert und mit dem serotoninergen und dopaminergen System assoziiert zu sein (z. B. Lesch, 2001). Ängstliche Kinder und Jugendliche zeigen ein verstärktes noradrenerges sympathisches Erregungsniveau, was wiederum mit einem leichten Ansprechen auf Konditionierungsprozesse assoziiert ist (Kagan et al., 1988). Infolgedessen wird eine konstitutionell erniedrigte Erregungsschwelle im limbisch-hypothalamischen System angenommen, die zu einer erhöhten Noradrenalin-Aktivität und folglich zu einer Funktionsstörung in der Stressregulation führt. In diesem Kontext ist davon auszugehen,

dass ängstliche Kinder Situationen selektiv wahrnehmen und als Folge eine Sensitivität in der Attribution negativer Ereignisse und Situationen entwickeln, sodass eine selektive Reizwahrnehmung und Reizverarbeitung anzunehmen ist (Becker & Rinck, 2000). Dies kann sich stressinduzierend auswirken und sich zudem in Form von Erwartungsängsten ausdrücken. Im Kontext der erhöhten Sensitivität von Angstkonditionierungsprozessen ist auf das biologistisch-evolutionär bedingte »*Preparedness*«-Konzept (»*Konzept der Prädisposition*«) hinzuweisen, wonach ein biologisch-evolutionär vorbereitetes Lernen das Auslösen bestimmter Angstreaktionen und auch partiell Angststörungen, insbesondere phobischer Störungen, erhöht. Der Mensch ist im Sinne dieser Annahme sozusagen biologisch prädisponiert, auf bestimmte Stimuli eher mit Angst zu reagieren als auf andere Reize. Phylogenetisch war es für den Menschen erforderlich, sich vor spezifischen Reizen wie z. B. gefährlichen Spinnen oder Schlangen zu fürchten und entsprechend diese zu meiden, um das eigene Überleben zu sichern. Dieses Angstmodell geht auf Seligman (1971) zurück. Es erklärt zudem entgegen grundsätzlichen lerntheoretischen Grundannahmen die erleichterte angstbezogene Konditionierbarkeit von beispielsweise Kindern und Jugendlichen auf Tiere gegenüber sachbezogenen Objekten wie z. B. Einrichtungsgegenständen oder technischen Geräten (Pauschardt et al., 2015). Das bedeutet im Sinne dieses Modells, dass Kinder und Jugendliche mit phylogenetisch bedingten Ängsten nicht auf eine tatsächlich vorliegende Bedrohungs- und Gefahrensituation reagieren, sondern auf die kognitiv-antizipierte Erwartung. Diese Erwartung kann demnach nicht an eine entsprechende objektive Auftretenswahrscheinlichkeit einer antizipierten Gefahrensituation angepasst und moduliert werden. In diesem Zusammenhang wird dann auch von einer sogenannten »*Kovariationsverzerrung*« (»*covariation bias*«) oder auch von einer »*illusionären Korrelation*« gesprochen (Wiemer & Pauli, 2016).

Bei der Entstehung emotionaler, verhaltensbezogener und autonomer Reaktionen auf einen Angststimulus spielen mehrere Hirnareale eine bedeutende Rolle (zusammengefasst in: Sartory, 2004): Das *limbische System* und darin die *Amygdala*, der *Hippocampus*, die *Frontallappen* sowie der *Hypothalamus* sind in diesem Zusammenhang zu nennen. Die *Amygdala* und der *Hippocampus* sind für das kognitive und emotionale Erlernen einer Angst inklusive ihrer Aufrechterhaltung und Extinktion zuständig, der *Hippocampus* insbesondere für das Erlernen deklarativer Gedächtnisinhalte und die *Frontallappen* für übergeordnete exekutive Funktionen wie z. B. evaluieren, planen und koordinieren. Dabei liefern die

beiden Hirnhemisphären unterschiedliche Beiträge bei der Entstehung emotionaler Reaktionen. Diese präfrontalen Frontallappen stehen also für das bewusste Verstehen, die Planungen, das Treffen von Entscheidungen und weisen eine direkte Verbindung zum limbischen System auf. Sie stehen in einem reziproken Verhältnis zum *Locus coeruleus* und zeigen dadurch ein beidseitiges Veränderungs- und Beeinflussungspotential. Bei einem Angstanstieg führt dies zu einer Abnahme der Durchblutung in den Frontallappen. Diese Minderdurchblutung führt dann in der Angstsituation zu einer Abnahme kognitiver Leistungsfähigkeit und exekutiver Funktionen. Beim Erleben extremer Angst kann dies zur handlungs- und verhaltensbezogenen Funktionsunfähigkeit des Individuums führen. Zusammengefasst lässt sich also an dieser Stelle festhalten, dass die hier aufgeführten unterschiedlichen Hirnsysteme unterschiedliche Beiträge bei der Ausbildung von Angstreaktionen auf unterschiedliche interne und externe Stimuli liefern. Diese können letztlich zu unterschiedlichen Angststörungen bei Kindern und Jugendlichen führen. Im Zusammenhang mit involvierten Hirnstrukturen ist noch auf die Aktivität im *Locus coeruleus* hinzuweisen. Dieser reguliert über das verstärkte Noradrenalin die Vigilanz und Aufmerksamkeit und spielt bei der Informations- und Reizverarbeitung eine wichtige Rolle.

Auf der Prozessebene lässt sich eine Angstreaktion wie folgt deskriptiv zusammenfassen (ebd.): Die Wahrnehmung eines phobischen Reizes (Angststimulus) wird an den Thalamus weitergegeben und von dort an den sensorischen Kortex und den Hippocampus weitergeleitet. Vom Thalamus, dem sensorischen Kortex und dem Hippocampus aus wird die Information zum *Nucleus laterale* der Amygdala (Mandelkern) projiziert, von dort aus zum *Nucleus centralis* der Amygdala. Von der Amygdala aus wird die Information zum *zentralen Höhlengrau*, zum Hypothalamus und zum *Bed Nucleus* der Stria terminalis weitergeleitet. Im Hypothalamus wird eine entsprechende vegetative Reaktion vorbereitet, es kommt zur Ausschüttung von Adrenalin, Noradrenalin, Kortisol und Kortison. Es kommt anschließend zu einer sympathischen Erregung. Durch die Aktivierung im *Bed Nucleus* der Stria terminalis wird eine hormonelle Reaktion ausgelöst und durch das *zentrale Höhlengrau* wird ein Angstverhalten als Reaktion auf den zuvor wahrgenommenen Stimulus ausgelöst (vgl. hierzu das Schaubild *Abbildung 6*).

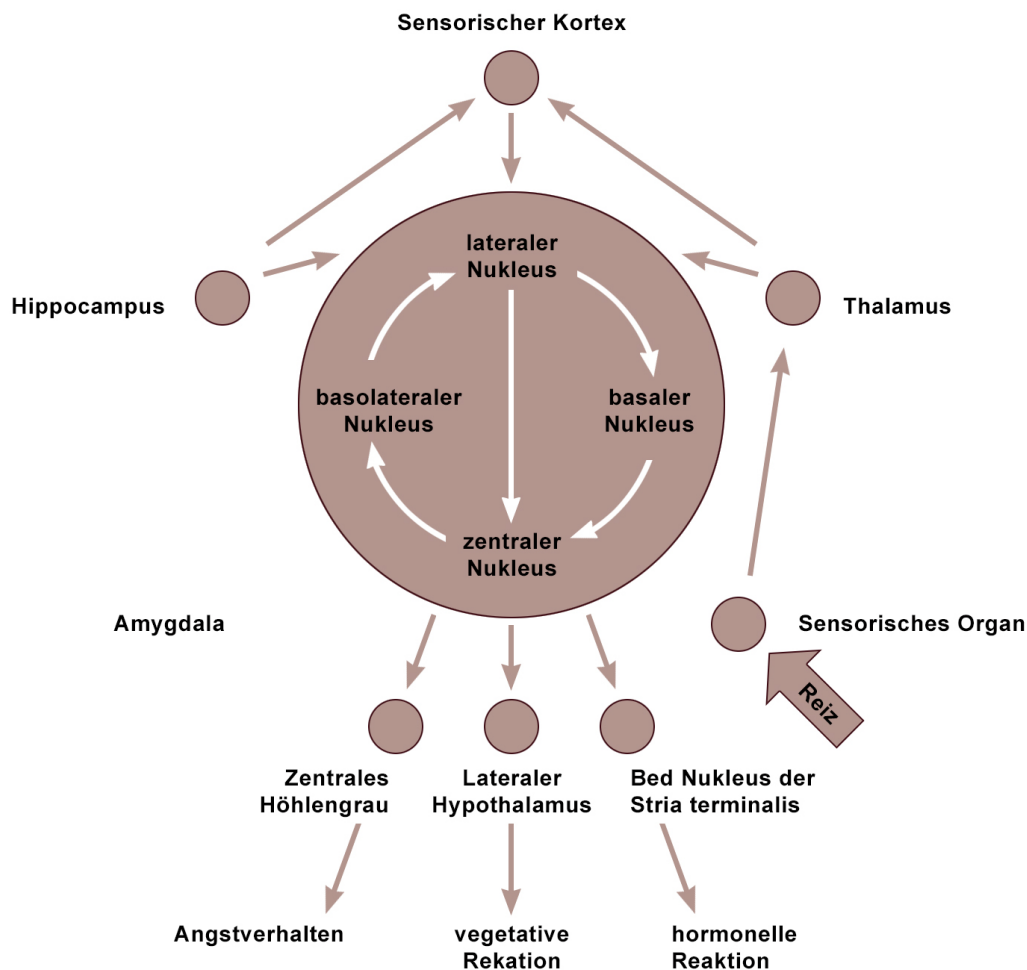


Abbildung 6. Neurobiologischer Prozess bei einer Angstreaktion (LeDoux, 1995, zit n. Sartory, 2004, 20)

Die Amygdala stellt auf der Grundlage dieser Ausführungen insgesamt die wichtigste und zentralste Hirnregion für die Angstgenese dar. Sie ist bedeutsam für das Erlernen, die Aufrechterhaltung und den Ausdruck von Angst. Nachfolgend soll das Schaubild die wichtigsten Hirnregionen zur Neurobiologie der Angst schematisch darstellen (Abbildung 7):

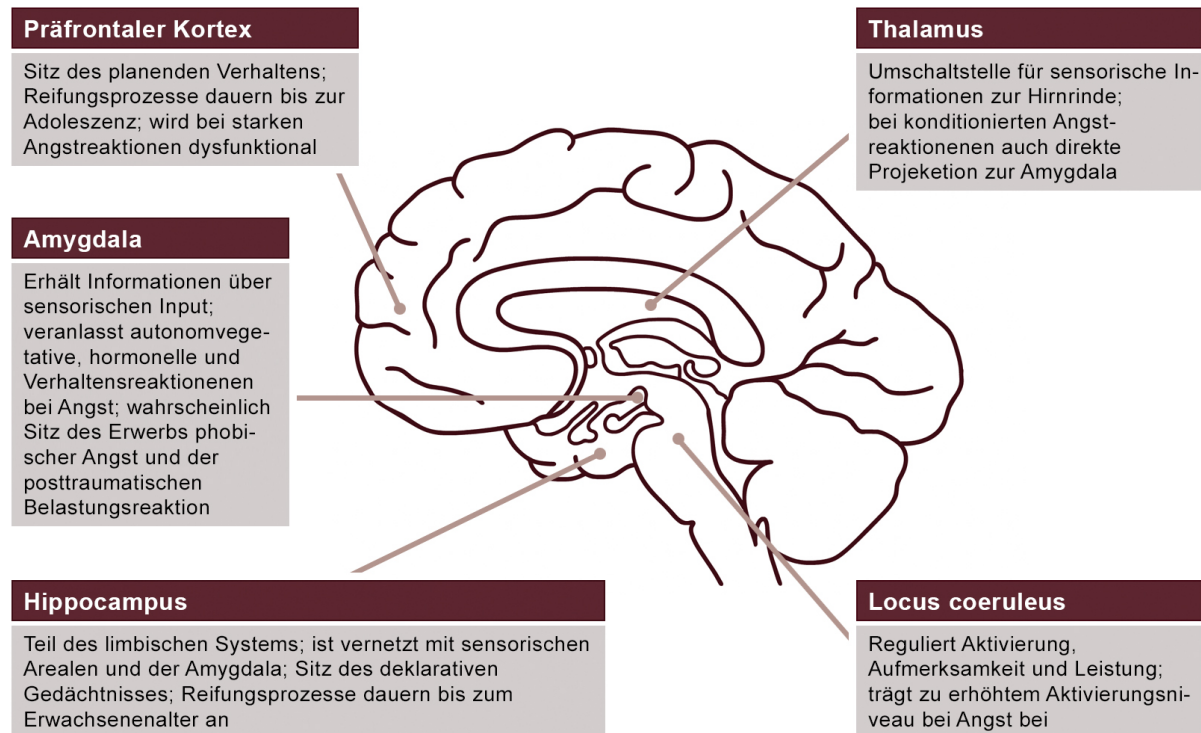


Abbildung 7. Darstellung relevanter Hirnregionen bei der Angstreaktion (Sartory, 2004, 22)

Hinsichtlich störungsgruppenspezifischer neurobiologischer Erklärungsansätze ist bei den phobischen Störungen allgemein von einer Überaktivität der Amygdala auszugehen. Infolge einer Hypoaktivität des GABAergen Systems kommt es zu einer Aktivierung des Hypothalamus und des Hirnstamms, was letztlich zu einer vegetativen Angststimulation führt. Wahrscheinlich sind weitere Transmittersysteme beteiligt wie vor allem Serotonin (5-HT) (Köhler, 2019). Zusätzlich ist aber davon auszugehen, dass im Kontext der biologischen Angstätiologie von einer temperamentsbedingten Gehemmtheit (»behavioral inhibition«) auszugehen ist, die als Risikofaktor für das Auftreten späterer phobischer Störungen wie beispielsweise der sozialen Phobie aufgefasst wird (Blanz, 2005). Bei den phobischen Störungen kommt es zu einer verstärkten Herzratenreaktion, einer Erhöhung der Aufmerksamkeitsleistung (zur Fokussierung auf das angstbesetzte Objekt bzw. die angstbesetzte Situation), der Potenzierung einer Schreckreaktion und folglich zu einer starken vegetativen Reaktion (Sartory, 2004). Bei der Generalisierten Angststörung ist ebenfalls von einer Überaktivität und von einer Hyperreagibilität der Amygdala auszugehen, zusätzlich von einer Minderaktivität im präfrontalen Kortex und im anteriorer Gyrus cinguli. Zusätzlich ist von einer Minderaktivität des GABA_A-Rezeptors und gleichzeitig von einer übermäßigen Aktivität des glutamatergen Systems auszugehen. Ebenfalls scheint auch hier das serotonerge System an der Entstehung der Generalisierten Angststörung eine bedeutende

Rolle zu spielen (Köhler, 2019). Zusätzlich konnte bei Generalisierten Angststörungen bei Kindern und Jugendlichen ein vergrößertes Amygdala-Volumen in Relation zur Kontrollgruppe belegt werden (De Bellis et al., 2000).

Bei den Panikstörungen wird von einer Stimulierung des noradrenergen und des glutamatergen Systems und von einer Aktivierung des Locus coeruleus ausgegangen, zusätzlich von einer Hypoaktivität im serotonergen System (Köhler, 2019). Ein Modell zur neurobiologischen Genese von Panikstörungen ist das Modell nach Gorman (Gorman et al., 2000). Dieses Modell geht von der Aktivierung eines sogenannten »Fear network« aus. Dieses Fear network besteht aus mehreren Hirnarealen, es integriert die Amygdala und den Locus coeruleus und involviert den Hippocampus, den Hypothalamus und den medialen präfrontalen Kortex. Im Falle von Panikstörungen ist die Aktivierungsschwelle für dieses Netzwerk herabgesetzt, sodass es infolge der Überaktivität dieser limbischen Strukturen zu Panikattacken kommen kann. Pine und Kolleg*innen (2000) konnten im Rahmen ihrer Untersuchung feststellen, dass Kinder und Jugendliche mit bestimmten Angststörungen eine CO₂-Hypersensitivität aufwiesen. Insbesondere bei Kindern und Jugendlichen mit einer Trennungsangststörung, geringer bei Generalisierten Angststörungen und bei sozialen Phobien, war diese Hypersensitivität nicht mehr nachweisbar. Diese CO₂-Hypersensitivität ist assoziiert mit Panikstörungen, wie sie beispielsweise bei Erwachsenen auftreten. Daraus ergab sich die Schlussfolgerung der Autor*innen, dass bestimmte Angststörungen des Kindes- und Jugendalters wie z. B. die Trennungsangst und Panikstörungen einen pathophysiologisch analogen, zumindest aber ähnlichen Prozess durchlaufen müssen. Bei den Zwangsstörungen wird von der sogenannten »Basalganglienhypothese« und von der »Serotoninhypothese« ausgegangen (Köhler, 2019). Bei der Basalganglienhypothese (Burgière et al., 2015) ist die Annahme, dass der Funktionsbereich, der den orbitofrontalen Kortex, Teile der Thalamuskern, den vorderen Gyrus cinguli und die Basalganglien verbindet, übermäßig aktiviert ist, diese Veränderungen insbesondere bei den Basalganglien im Nucleus caudatus auftreten. Köhler (2019, 218) fasst in diesem Zusammenhang die wesentlich beteiligten Hirnstrukturen wie folgt zusammen:

Die in ihrer Aktivität bei Zwangspatienten möglicherweise veränderten Strukturen Orbitofrontalregion, Gyrus cinguli und Caudatum bilden einen Teil eines neuroanatomischen Funktionskreises mit exzitatorischen glutamatergen und inhibitorischen GABAergen Neuronen, der zudem Globus pallidus und Thalamusteile umfasst.

Im Kontext der Serotoninhypothese wird eine Funktionsstörung im serotonergen System vermutet, in diesem Sinne eine Hypersensitivität im Bereich der Serotoninbindungsstellen. Allerdings bleibt die Art der Störung im Sinne einer beispielsweise anzunehmenden Hypo- oder Hyperaktivität unklar. Eine Verbindung zwischen dem Modell der Basalganglien- und Serotoninhypothese lässt sich dadurch herstellen, dass an den aktivierten Hirnarealen serotonerge Neuronen enden. Erkrankungen der Basalganglien wie z. B. Encephalitis lethargica Economo oder Chorea minor (Sydenham) sind zudem mit Zwangsstörungen assoziiert; ebenfalls können Infektionen oder Schädel-Hirn-Traumata einen kleinen, tendenziell aber eher atypischen und nicht repräsentativen Anteil der Zwangsgenese bilden (Köhler, 2019). Zusammengefasst lässt sich für den Abschnitt der Zwangsstörungen konstatieren, dass auf neurobiologischer Ebene eine überhöhte Aktivität im orbitofrontalen lateralen Bereich der Frontallappen und des vorderen Cingulums angenommen wird. Eine entsprechende psychotherapeutische Behandlung führt im Falle eines Erfolges zu einer Normalisierung dieser aktivierten Hirnareale (Sartory, 2004).

Bei der Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) ist im Allgemeinen von einer psychophysiologischen Überreaktivität auszugehen. Steudte und Kolleg*innen (2013) und Steudte-Schmiedgen und Kolleg*innen (2015) konnten in ihren Untersuchungen gut belegen, dass einer erniedrigte Kortisolkonzentration das Risiko und die Disposition für die Genese einer Posttraumatischen Störung signifikant erhöhten. Hirnorganisch sind neben dem Hypothalamus auch der Locus coeruleus der Amygdala beteiligt sowie zusätzlich auf der Ebene der Transmittersysteme eine Hyperrezeptorsensibilität insbesondere im noradrenergen und dopaminergen System (Köhler, 2019). Zusammenfassend lässt sich für den posttraumatischen Ansatz konstatieren, dass Kinder und Jugendliche mit einer PTBS eine weitreichende neuronale Furchtstruktur aufweisen, die ein intrusives Wiedererleben, ausgeprägte psychovegetative Reaktionen sowie eine erhöhte Schreckhaftigkeit und Vigilanz aufweisen (Sartory, 2004).

In der störungsspezifischen zusammenfassenden Betrachtung dieser neurobiologischer Erklärungsansätze der wichtigsten Angststörungen bei Kindern und Jugendlichen lassen sich vorwiegend folgende Aspekte festhalten (zusammengefasst nach Köhler, 2019): Nach Auswertung und Interpretation der verwendeten Fachliteratur sind keine einheitlichen und konsensualen Befunde zur ätiologischen Biogenese von Angststörungen zu konstatieren. Unstrittig ist eine familiäre Häufung bei allen Angststörungen und die Bedeutung genetischer Einflüsse, insbesondere bei Panikstörungen. Bei den phobischen Störungen wird von einer übermäßigen Aktivität der Amygdala sowie von einer Störung im GABAergen System ausgegangen, die Rolle des Serotonins bleibt in diesem Zusammenhang eher unklar und ist uneindeutig. Die Panikstörungen zeigen eine paroxysmale noradrenerge Überaktivität im Locus coeruleus und eine Funktionsstörung des serotonergen Systems. Zusätzlich ist bei den Panikstörungen im besonderen Maße auf die signifikante Bedeutung genetischer Impulse hinzuweisen. Die die Panikattacken begleitenden vegetativen Symptome werden zudem durch entsprechende dysfunktionale Erwartungshaltungen, Selbstbeobachtungen und Selbstverstärkungsmechanismen intensiviert. Bei den Generalisierten Angststörungen ist auf die Bedeutung des GABAergen Systems und auf die Rolle der Benzodiazepinrezeptoren hinzuweisen, in diesen Kontext in einem verstärkenden Effekt der GABAergen Hemmung durch den Wirkmechanismus der Benzodiazepine. Auf der Transmitterebene wird dem serotonergen System eine wesentliche Rolle zugeschrieben, wenngleich dieser Befund nicht ganz eindeutig ist. Bei den Zwangsstörungen spielt die Basalganglienhypothese, speziell der Nucleus caudatus und die Serotoninhypothese im Sinne eines Serotoninmangels eine tragende Rolle. Bei den Basalganglien (Nuclei basales), die in ihrer Funktionalität für motorische, kognitive und affektive Prozesse zuständig sind, wird von einer Überaktivität ausgegangen. Infektiöse Erkrankungen und Schädel-Hirn-Traumata können ebenfalls eine Rolle bei der Zwangsgenese spielen, sind aber bei den neurobiologisch-ätiologischen Ansätzen keinesfalls repräsentativ. Bei den Posttraumatischen Belastungsstörungen ist von einem erniedrigten Plasmakortisolspiegel sowie von einer Überaktivität im Locus coeruleus der Amygdala auszugehen, zusätzlich von Störungen im noradrenergen und dopaminergen Neurotransmittersystem.

Abschließend für dieses Kapitel der neurobiologischen Aspekte der Angst soll die Ebene der Neurotransmittersysteme im Kontext signifikanter Relevanz für die Angstgenese bei Kindern und Jugendlichen angesprochen und behandelt werden. Dabei sollen folgende Systeme berücksichtigt werden (zusammengefasst nach: Sartory, 2004):

- Noradrenerges System,
- Serotonerges System,
- Dopaminerges System,
- Benzodiazepin-GABA-System und
- Glutamate.

Noradrenerges System

Das noradrenerge System ist eng mit der Aktivität im Locus coeruleus und dem sympathisch-vegetativen System assoziiert. Der Locus coeruleus projiziert über den gesamten Bereich der Hirnrinde, den Hippocampus, den Thalamus, das Mittelhirn, den Hirnstamm, das Zerebellum und das Rückenmark. Eine Aktivierung des noradrenergen Systems führt zu einer intraindividuellen Erhöhung der Aufmerksamkeitsleistung, einer Hyperaktivität zu einer Desorganisation. Diese Desorganisation ist beispielsweise verhaltensbezogen-phänomenologisch bei starken Angstzuständen zu beobachten. Darüber hinaus besteht eine reziproke Verbindung zum serotonergen System, sodass hier von miteinander interagierenden Systemen auszugehen ist. Das noradrenerge System weist somit eine erhöhte unspezifische Aktivität als auch eine Verbesserung in der Stimulusverarbeitung auf.

Serotonerges System

Die Rolle des serotonergen Systems ist bei Angstreaktionen unklar und nicht eindeutig geklärt. Im Nucleus Raphé im Hirnstamm wird Serotonin hergestellt und von dort an das nigrostriatale System, das limbische System und die gesamte Großhirnrinde weitergeleitet. Das Serotonin hat einen hemmenden Effekt auf die Noradrenalinproduktion des Locus coeruleus sowie auf das Aktivitätsniveau anderer Neurotransmittersysteme. Es zeigt ein Korrelat im Kontext von Schlafregulation, der Herabsenkung von Schmerztoleranzen und weist im Hinblick auf depressive Symptome wie suizidales Erleben und Verhalten bei einer erniedrigten Serotoninkonzentration einen Zusammenhang auf.

Dopaminerges System

Auch im Zusammenhang mit dem dopaminergen System ist die Rolle des Dopamins bei Angstreaktionen eher unklar. Dopamin wird in der Substantia nigra im Mittelhirn (Mesencephalon) hergestellt und zu den Basalganglien weitergeführt. Es führt zu einer Erhöhung der Aktivität des dopaminergen Systems im Frontallappen im Falle von Stress und Belastung, allerdings ohne klinische Relevanz zu Ängsten. Eher signifikant ist das dopaminerge System im Kontext von Motivation relevant und scheint mit Lernprozessen (wie beispielsweise mit dem Erlernen von Bewältigungsverhalten) einherzugehen.

Benzodiazepin-GABA-System

Das Benzodiazepin-GABA-System (γ -Aminobuttersäure) gehört zu den wichtigsten inhibitorischen Neurotransmittern im Zentralen Nervensystem, durch Benzodiazepine kann der Effekt dieses Transmitters verstärkt werden. Die Rezeptoren dieses Neurotransmitters lassen sich im Großhirn und im Rückenmark finden. Unterteilt werden die GABA-Rezeptoren in zwei Hauptgruppen: *ionotrope* Rezeptoren und *metabotrope* Rezeptoren. Den ionotropen Rezeptoren werden insbesondere GABA_A-Rezeptoren und den metabotropen Rezeptoren die GABA_B-Rezeptoren zugeordnet. GABA weist in seiner Funktionalität einen hemmenden Einfluss auf Nervenzellen und auch auf andere Neurotransmittersysteme auf. Im Zusammenhang mit der Entstehung klinisch relevanter phobischer Störungen wird eine GABAerge Minderaktivität, also eine Hypoaktivität, im limbischen System, insbesondere in der Amygdala, angenommen. Bei den Generalisierten Angststörungen beispielsweise wird ebenfalls von einer Beteiligung von GABA, GABA_A-Rezeptoren und den dem GABA_A-Rezeptorkomplex angegliederten Benzodiazepinrezeptoren ausgegangen (Köhler, 2019). Nuss (2015, 165) fasst die Bedeutung des GABA-Systems für die Angstgenese wie folgt zusammen:

The brain circuits in the amygdala are thought to comprise inhibitory networks of γ -aminobutyric acid-ergic (GABAergic) interneurons and this neurotransmitter thus plays a key role in the modulation of anxiety responses both in the normal and pathological state. [...] the GABA_A receptor may represent mechanisms whereby the level of neuronal inhibition is downregulated in pathological anxiety states.

Glutamate

Glutamate sind der wichtigste erregende und aktivierende Neurotransmitter im Zentralen Nervensystem. Sie sind am konditionierten Erwerb sowie auch an der Extinktion von Angstreaktionen beteiligt. Bei Angstzuständen weisen sie in der Amygdala und im Hippocampus eine hohe Konzentration auf. Sie kommen in der Hirnrinde als auch in kortikofugalen Projektionen vom Neokortex bis zu subkortikalen Strukturen vor. Im Zusammenhang mit der Konditionierung und der Löschung von Angst ist der Einfluss der Glutamate auf den NMDA-Rezeptor assoziiert. Glutamat führt zu einer Öffnung des NMDA-Rezeptors und bewirkt über eine Langzeitpotenzierung (LTP) eine axonale und dendritische Aussprossung und folglich eine Intensivierung synaptischer Strukturen, die ätiologisch für assoziatives Lernen, den Erwerb neuronaler Netzwerke und folglich auch für das Erlernen einer Angstreaktion herangezogen wird.

Zusammengefasst und abschließend für den Bereich der Neurotransmitter und ihrer Bedeutung für Angstprozesse lässt sich ein uneinheitlicher Befund konstatieren. Das noradrenerge System führt im Zusammenhang mit Ängsten zu einer Zunahme in der unspezifischen Aktivierung und zusätzlich zu einer Verbesserung in der Verarbeitung von Reizen, während die Bedeutung des serotonergen Systems für Angstreaktionen eher unklar ist. Hingegen ist das dopaminerge System mit Lernprozessen zur Angstbewältigung assoziiert. Das GABAerge System weist inhibitorische Effekte auf andere Neurotransmittersysteme auf und Glutamat als wichtigster aktivierender und erregender Neurotransmitter im Zentralen Nervensystem spielt bei der Konditionierung von Angstreaktionen eine signifikante Rolle (ebd.).

2.5 »Cognitive Behavior Therapy«-Modell (CBT-Modell/Modell der kognitiven Verhaltenstherapie) als psychotherapeutische Behandlungsmethode und Methode zur Angstprävention bei Kindern und Jugendlichen

Das »Cognitive Behavior Therapy«-Modell (CBT; im deutschsprachigen Raum als *kognitive Verhaltenstherapie* bezeichnet, kurz *KVT*) ist ein psychotherapeutisches Verfahren innerhalb der Verhaltenstherapie. Es dient hauptsächlich der Regulation und letztlich der Reduzierung von intrapsychischem Distress und maladaptivem Verhalten durch die

Beeinflussung und Veränderung kognitiver Prozess. Diesem liegt die wesentliche Grundannahme zugrunde, dass Affekte und Verhalten durch Kognitionen beeinflusst werden können. Im Umkehrschluss bedeutet die Veränderung dieser Kognitionen ebenso eine Veränderung in den Affekten und im Verhalten. Das CBT-Modell fokussiert also eine Reziprozität zwischen Kognition, Emotion und Verhalten. Es versucht unter Zuhilfenahme des *kognitiven Modells* zu erklären, wie aus Kindheitserfahrungen hervorgegangene Grundüberzeugungen und kognitive Schemata durch aktuelle Ereignisse und Situationen aktiviert werden, diese zu bestimmten Kognitionen führen und folglich bestimmte emotionale, somatische und Verhaltensreaktionen ausgelöst werden können. Das CBT-Modell basiert also auf der Grundannahme, dass Emotionen und Verhaltensweisen von Menschen durch situationsbezogene Kognitionen beeinflusst, teilweise auch ausgelöst werden können. Somit können Kognitionen die Wahrnehmung und Interpretation einer Situation und daraus folglich das Verhalten eines Menschen steuern, mindestens aber beeinflussen (Clark et al., 2014; Stallard, 2015). Das Programm *Super Skills for Life* ist ein CBT-orientiertes Modell. Wesentliche Aspekte der CBT wie beispielsweise die Differenzierung funktionaler zu dysfunktionalen Kognitionen oder die Herstellung einer Wechselwirkung von Kognition, Emotion und Verhalten sind im Programm implementiert (vgl. Kapitel 4). Folglich hat das CBT-Modell aufgrund seiner inhaltlichen programmbezogenen Integration im Rahmen dieses Forschungsprojektes eine hervorgehobene Bedeutung und ist entsprechend Gegenstand der Untersuchung. Perini und Rapee (2014, 97) charakterisieren und beschreiben CBT bzw. das Modell der kognitiven Therapie wie folgt:

Cognitive behavior therapy is a structured, present-focused and time-limited psychotherapy that emphasizes the role of cognitions and behaviors in the development and maintenance of psychological difficulties. It is based on the cognitive model, which highlights the interaction between a person`s cognitive processes, his/her emotional experience and his/her behavioral response.

Diese Definition verdeutlicht und verweist auf den Zusammenhang und die Verbindung zwischen Kognitionen, Emotionen und dem Verhalten eines Menschen. Es markiert den Einfluss des kognitiven Selbsterlebens im Hinblick auf Emotionen und die daraus resultierende Verhaltensentwicklung. Gleichzeitig macht es deutlich, dass der kognitive

Aspekt im Sinne der Bewertung nach dem verhaltenstherapeutischen Verständnis ursächlich für die Genese internalisierender psychischer Störungen wie Angststörungen und affektiven Störungen aufgefasst wird (siehe Ätiopathogenese von Angststörungen, Kapitel 2.4).

Die kognitive Verhaltenstherapie hat sich insbesondere in der Behandlung internalisierender Störungen als wirksam erwiesen (z. B. Butler et al., 2006; Fava et al., 2004; Hofmann et al., 2012; Kircher et al., 2013). Auch in der verhaltenstherapeutisch orientierten Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie gilt das CBT-Modell als ein evidenzbasierter Ansatz zur Behandlung von Ängsten und Depressionen (zur theoretischen Fundierung und Evidenzbasierung des CBT-Modells siehe z. B. Sbrulati et al., 2014 oder isoliert bei Angststörungen von Kindern und Jugendlichen eine Zusammenstellung von Kennedy et al., 2019). Auch eine Metaanalyse von In-Albon und Schneider (2007) verweist auf die Evidenzbasierung der CBT-Methode im Kontext von Angststörungen bei Kindern und Jugendlichen. Inkludiert waren im Rahmen dieser Untersuchung insgesamt 24 klinische Studien mit einem RCT-Design. Alle aufgenommenen Therapiestudien erfüllten die strengen CONSORT³-Kriterien. Die durchschnittlichen Prä-Post-Effektstärken (Cohens *d*) des Treatments mit der CBT-Methode befanden sich in einem Bereich zwischen 0,83 (95% CI: 0,42-1,25) bis 1,00 (95% CI: 0,80-1,21), in Relation lagen die Prä-Post-Effektstärken der Wartelistenkontrollgruppe bei 0,13 (95% CI: 0,03-0,24) und in der Aufmerksamkeit-Placebo-Kontrollgruppe bei 0,58 (95% CI: -1,6-1,3). Die gesamte durchschnittliche Effektstärke der Kontrollbedingung lag bei 0,66 (95% CI: 0,36-0,96). In der zusammenfassenden Betrachtung und Interpretation dieser Metaanalyse und ihrer Ergebnisse zur Evidenzbasierung konnte sich der CBT-Ansatz zur psychotherapeutischen Behandlung von Ängsten bei Kindern und Jugendlichen als ein deutlich wirksames Therapieverfahren erweisen.

Zusammengesetzt besteht das CBT-Modell, aus unterschiedlichen Techniken und Methoden. Dazu gehören z. B. Gedankenprotokolle, die Gedankenstopp-Technik, unterschiedliche Methoden der kognitiven Umstrukturierung, Stressbewältigungstraining und Stressimpfungstraining, metakognitive Therapie, Imagination etc. (eine ausführliche Auflistung und differenzierte Beschreibung der kognitiven Techniken im kinder- und

³ CONSORT: *Consolidated Standards of Reporting Trials* = gemeinsame Anforderungen bei der Berichterstattung klinischer Studien (vgl. Altman et al., 2001)

jugendpsychotherapeutischen Bereich findet sich u. a. bei Petermann, 2019). Je nach Bedarf, störungsbezogener Symptomatik und Entwicklungsstand des betroffenen Kindes oder Jugendlichen, können diese Techniken unterschiedlich in der Behandlung eingesetzt werden (ebd.).

Die CBT-Methode hat sich nicht nur in der Behandlung, sondern auch in der psychologischen Prävention von Ängsten bei Kindern und Jugendlichen am Besten bewährt (z. B. Garber & Weersing, 2010; Kendall et al., 2012; Voderholzer & Hohagen, 2018). Auf der Grundlage dieser Feststellung ist die überwiegende Implementierung CBT-orientierter Treatment- und Präventionsprogramme als Methode der ersten Wahl in Relation zu anderen Konzepten (wie z. B. zur Interpersonellen Therapie, kurz: *IPT*) relativ unumstritten und findet sich folglich in zahlreichen Konzepten und Modellen wieder. Ergänzend und erweiternd ist hier noch kurz die achtsamkeitsbasierte kognitive Methode zur kurativen Behandlung und Prävention von Ängsten bei Kindern und Adoleszenten (*MBCT-C*; Wright et al., 2019) aufzuführen, die zwar in ihrer Charakteristik nicht als Methode definiert, allerdings durchaus auch als ein weiterer wirksamer Ansatz beschrieben ist.

Abschließend für dieses Unterkapitel zum CBT-Modell als Präventions- und Behandlungsmethode bei Ängsten fasst Wells (2019, 33f.) die Funktionalität und Nützlichkeit von CBT im Kontext von Angstzuständen wie folgt zusammen:

1. *It helps you to explore and rationalize previous events that have created a sense of fear and make sense of them.*
2. *It helps you identify valuable coping techniques that work for you.*
3. *It encourages you to think differently and assess the worst-case scenario in a rational way, and the probability of that actually happening.*
4. *It gives you focus and challenges you to achieve your progress goals.*
5. *It prepares and helps you face the situations that stir-up feelings of anxiousness.*
6. *Because its goal orientated, it keeps you motivated because you can monitor your progress.*

Auf der Grundlage dieser Ausführungen nach Wells (2019) wird das Potential der Anwendung der CBT-Methode bei Ängsten sichtbar: CBT erlaubt es, frühere Ereignisse rückblickend zu evaluieren und zu reflektieren und in diesem Sinne zu bewerten, wirksame Copingskills zu erkennen, anders als in gewohnten Denkmustern über soziale Situationen zu denken. Es impliziert einen motivationalen Aspekt und führt zu einer kognitiven Konfrontation mit den jeweiligen Ängsten und erlaubt Kontrolle und Monitoring von inhaltlichen Fortschritten in der Bewältigung von Ängsten.

2.6 Zusammenfassung

Angststörungen bei Kindern und Jugendlichen weisen unter allen klinischen psychischen Störungen die höchste Prävalenz auf. Sie verlaufen oft chronisch, sind häufig von Rezidiven begleitet und zeigen eine hohe Komorbidität zu depressiven Störungen. Die Genese von Angststörungen ist durch die soziale Schichtzugehörigkeit beeinflusst. Das bedeutet, Kinder und Jugendliche aus einer sozialen Schicht mit einem geringeren sozioökonomischen Status weisen ein stärkeres Erkrankungsrisiko gegenüber Kindern und Jugendlichen aus einer Schicht mit einem höheren sozioökonomischen Status auf (vgl. BELLA-Studie, Kapitel 2.3). Angststörungen führen bei Kindern und Jugendlichen zu einer geringeren sozialen Funktions- und Adaptationsfähigkeit, zu niedrigeren schulischen und akademischen Leistungen, zu krankheitsbedingten Ausfällen (beispielsweise zu schulischen Abbrüchen, Ausbildungsabbrüchen oder Arbeitsplatzverlusten, zu Schulabsentismus), zu einer Reduzierung der wirtschaftlichen Produktivität und zu einer extensiven Inanspruchnahme medizinischer Leistungen. Im Gesamten führen sie zu einer Gefährdung der sozialen Teilhabe und Integrationsfähigkeit.

Im Kontext der Ätiologievorstellungen zu Angststörungen sind neben allgemeinen Modellen zur Erklärung der Genese psychischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen wie dem biopsychosozialen Erklärungsmodell oder dem Diathese-Stress-Modell, insbesondere spezifische Angstmodelle anzuführen. Hierbei sind das Modell der Klassischen Konditionierung, das Zwei-Faktoren-Modell nach Mowrer und das Modelllernen (Lernen durch Beobachtung) als wesentliche und markante Modelle zur Ätiopathogenese von Ängsten aufzuführen. Das Zwei-Faktoren-Modell nach Mowrer verbindet dabei als einziges Angstmodell die Prinzipien der klassischen und der operanten Konditionierung miteinander,

d. h. also die Entstehung einer Angstreaktion einerseits und durch entstehendes Angst-Vermeidungsverhalten andererseits die Aufrechterhaltung und Stabilisierung der Angst. Die kognitive Therapie (CBT) gilt in der Therapie und Prävention von Ängsten und Angststörungen bei Kindern und Jugendlichen als Modell der ersten Wahl und ist gegenüber anderen Konzepten überlegen.

Im Zusammenhang mit der (klinischen) Angstgenese bei Kindern und Jugendlichen ist im Anhang A (Kapitel 10.1) dieser Dissertation im Sinne eines inhaltlichen Exkurses auf den Abschnitt der psychodynamischen Konzepte hinzuweisen. Dieser stellt selektiv eine Auswahl neurotischer Konflikt-, Defizit- und Objektbeziehungsmodelle vor und versteht sich vor dem thematischen Hintergrund und der wissenschaftlichen Fragestellung dieser Dissertation als ätiologische Ergänzung und Erweiterung der bereits behandelten Konzeptionen, gewissermaßen also als ein „über den Tellerrand hinaus schauen“.

3 Angstpräventionsprogramme bei Kindern und Jugendlichen

3.1 Operationale Klassifikation der Krankheitsprävention – Universelle, selektive und indizierte Prävention

Zur Prävention somatischer und psychischer sowie psychosomatischer Erkrankungen und Störungen ist in den 1980er Jahren die zu der Zeit geltende Einteilung der Präventionsformen in die *primäre*, die *sekundäre* und die *tertiäre* Prävention durch die Neuaufteilung in die *universale/universelle*, die *selektive* und die *indizierte* Prävention ersetzt worden (Klosterkötter & Maier, 2017). Die Klassifikation nach Gordon (1983, 108) beschreibt die universale/universelle Präventionsform wie folgt:

Preventive measures – those which should be applied to persons not motivated by current suffering – can be operationally classified on the basis of the population groups among which they are optimally used. The most generally applicable type, which we shall call universal, is a measure that is desirable for everybody. In this category fall all those measures which can be advocated confidently for the general public and which, in many cases, can be applied without professional advice or assistance.

Das bedeutet, die universale/universelle Prävention ist an die Gesamtbevölkerung gerichtet, sie kann sich aber auch an bestimmte Bevölkerungsgruppen richten. Sie bezieht sich in der Gesamtheit gleichermaßen an Populationen, bei denen kein erhöhtes oder über dem Durchschnittswert liegendes Erkrankungsrisiko erkennbar oder anzunehmen ist und sie kann ohne professionelle Anleitung und/oder Unterstützung erfolgen (Klosterkötter & Maier, 2017).

Die selektive Prävention beschreibt Gordon (1983, 108) charakterisierend wie folgt:

[...] only when the individual is a member of a subgroup of the population distinguished by age, sex, occupation, or other obvious characteristic whose risk of becoming ill is above average. These measures we shall call selective.

Die selektive Prävention richtet sich also an Menschen- und Personengruppen, die zwar noch nicht erkrankt sind, auch noch keine beginnenden klinischen Anzeichen einer Erkrankung oder Störung aufweisen, hingegen aber als Risikogruppe mit einem erhöhten Erkrankungsrisiko angesehen werden. So gelten beispielsweise Kinder und Jugendliche mit psychisch erkrankten Elternteilen oder mit einem psychisch erkrankten Elternteil als Hochrisikogruppe. Sie weisen in Relation zur Allgemeinbevölkerung ein deutlich erhöhtes Risiko für das Auftreten psychiatrischer Störungen auf (Wiegand-Grefe & Petermann, 2016).

Die indizierte Prävention wird von Gordon (1983, 108) wie folgt charakterisiert:

The third class of prevention measures, which we propose to term indicated, [...] are found to manifest a risk factor, condition, or abnormality that identifies them, individually, as being at sufficiently high risk to require the preventive intervention.

Bei der indizierten Form der Krankheitsprävention ist also davon auszugehen, dass erste klinische Anzeichen und/oder Normabweichungen vorliegen, dass es aber noch nicht zu einem Symptomausbruch im Sinne einer krankheitswertigen Störung gekommen ist, somit die beobachteten und berichteten Auffälligkeiten eher als Prodromalsymptome zur Risikoidentifikation und -bewertung zu interpretieren und einzuordnen sind.

Nach Klosterkötter und Maier (2017) ist orientierend am Modell nach Gordon (1983, 1987) die universale/universelle und selektive Prävention im alten Schema der Primärprävention zuzuordnen, da die betroffenen Individuen sich in einem prämorbidem Stadium befinden. Die indizierte Prävention wäre demnach am ehesten der Sekundärprävention zuzuordnen, wenngleich ohne die Feststellung einer krankheitswertigen Störung. Das bedeutet, bleibt ein morbides, also diagnostiziertes, Stadium aus, wäre die indizierte Präventionsform auch eher, analog zur universalen/universellen und selektiven Form, der alten primären Präventionskategorie zuzuordnen.

Die Weltgesundheitsorganisation/WHO (2004, 17, nach Mrazek & Haggerty, 1994) definiert und fasst das Präventionskonzept Gordons wie folgt zusammen:

***Universal prevention** is defined as those interventions that are targeted at the general public or to a whole population group that has not been identified on the basis of increased risk. **Selective prevention** targets individuals or subgroups of the*

population whose risk of developing a mental disorder is significantly higher than average, as evidenced by biological, psychological or social risk factors. **Indicated prevention** targets high-risk people who are identified as having minimal but detectable signs or symptoms foreshadowing mental disorder or biological markers indicating predisposition for mental disorder but who do not meet diagnostic criteria for disorder at that time.

Abbildung 8 veranschaulicht zum Abschluss dieser Ausführungen des Präventionsmodells die beschriebene operationale Klassifikation der Krankheitsprävention und visualisiert zusammenfassend die wesentlichen Kernaspekte des Modells. Zusätzlich und ergänzend werden ressourcenorientierte Aspekte wie Resilienz und Kompetenz, Empowerment oder ein supportives soziales Umfeld dem ursprünglichen und gegenwärtigen präventiven Modell gegenübergestellt (Klosterkötter & Maier, 2017, 24):

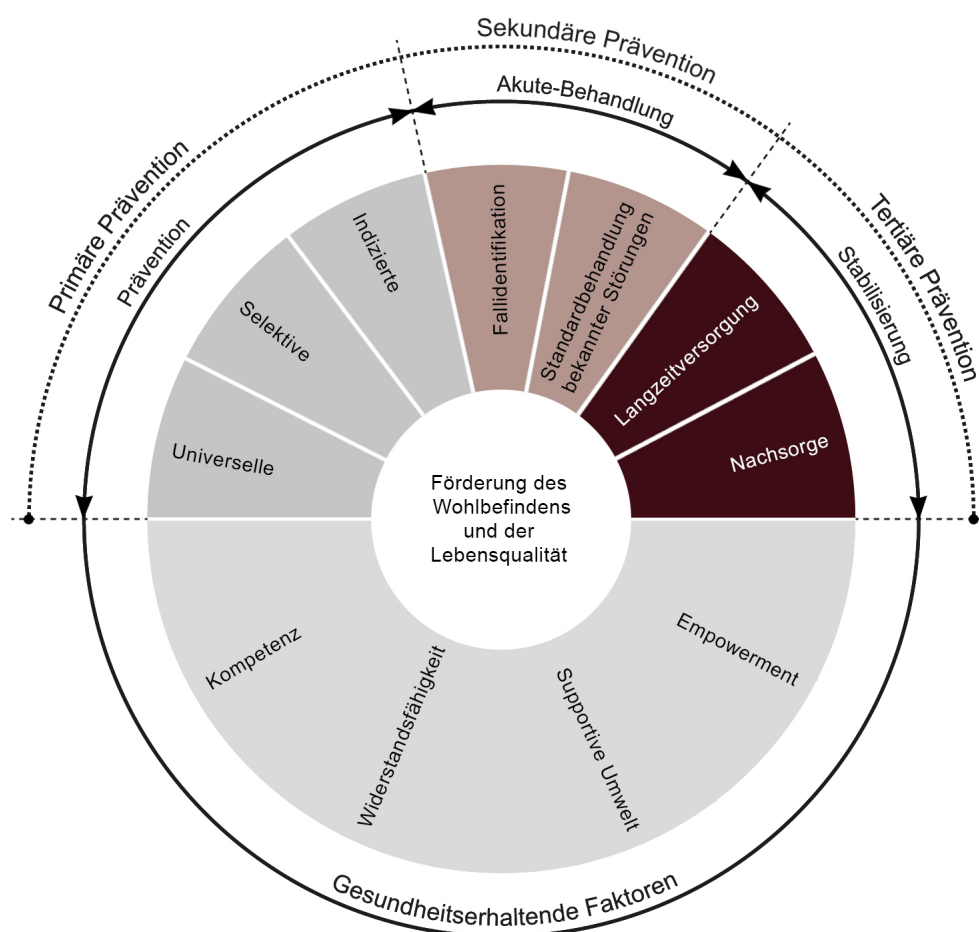


Abbildung 8. Modell zu Präventions- und Interventionsstrategien und Maßnahmen zur Förderung der psychischen Gesundheit (Klosterkötter & Maier, 2017, 24)

Angstspezifische Präventionsprogramme bei Kindern und Jugendlichen sind zahlreich untersucht worden. Eine Wirksamkeit der Programme konnte mit unterschiedlichen Effekten belegt werden. Im Folgenden sollen die wichtigsten Befunde sowohl auf metaanalytischer als auch auf programmspezifischer Ebene vor dem Hintergrund der Einteilung von Präventionskonzepten in universelle, selektive und indizierte Präventionsangebote aufgeführt und bewertet werden.

3.2 Metaanalysen zu universellen, selektiven und indizierten Angstpräventionsprogrammen bei Kindern und Jugendlichen

In diesem Kapitel werden verschiedene internationale Metaanalysen zu Einzelevaluationsstudien von Angstpräventionskonzepten, aber auch angrenzend zu Konzepten der Depressionsprävention des Kindes- und Jugendalters vorgestellt und Befunde entsprechend zusammengefasst. Diese Metaanalysen sind ausgesucht worden, da sie als Übersichtsarbeiten in der Literaturrecherche die Ergebnisse der wichtigsten Evaluationsstudien zu entsprechenden Präventionsprogrammen bei Kindern und Jugendlichen innerhalb der letzten ca. zehn Jahre beschreiben. Sie bilden als Referenzwerte eine Grundlage, um die Ergebnisse der hier vorgenommenen Evaluationsstudie des »Super Skills for Life«-Programms (Essau & Ollendick, 2013) beurteilen und im Kontext internationaler Evaluationsforschung einordnen zu können. Bei der Darstellung der in dieser Arbeit zitierten Metaanalysen können partiell Überlappungen und Überschneidungen in den berücksichtigten Einzelstudien und in den jeweiligen evaluierten Programmen zu den Unterkapiteln 3.3, 3.4, 3.5 und 3.6 nicht ausgeschlossen werden und sind entsprechend zu implizieren, dies allerdings insgesamt in eher geringer Häufigkeit. Exemplarisch ist hier im besonderen Maße beispielsweise die Evaluation des »FRIENDS«-Programms (Barrett et al., 2003a; 2003b) zu nennen, das in zahlreichen Metaanalysen beschrieben und untersucht worden ist. Auch Konzepte wie das »Aussie Optimism Program« [AOP]⁴, »Penn Prevention

⁴ www.healthsciences.curtin.edu.au

Program« [PPP]⁵, das »Penn Resiliency Program« [PRP]⁶, das Programm »Norwegian Universal Preventive Program for Social Anxiety« [NUPP-SA]⁷ oder das »GO!«-Programm [Gesundheit und Optimismus]⁸ sind in mehreren der ausgewählten Metaanalysen aufgeführt und evaluiert worden⁹. In deutlich überwiegender Anzahl sind CBT-geführte Programme miteinander verglichen worden. Die nachstehende Übersichtstabelle (vgl. Tabelle 6) fasst die in diesem Kapitel behandelten Metaanalysen wesentlich zusammen. Im Anschluss an die Übersichtstabelle folgen Ausführungen und eine zusammenfassende Darstellung und Beurteilung der Ergebnisse.

⁵ vgl. Jaycox et al., 1994

⁶ Das »Penn Resiliency Program« [PRP] ist ein resilienzgestütztes Depressionspräventionsprogramm für die frühe Adoleszenz (Gillham et al., 2008).

⁷ vgl. Aune & Stiles, 2009

⁸ vgl. Junge et al. (2002)

⁹ Auf weiterführende inhaltliche Darstellungen der hier genannten Programme wird an dieser Stelle des Manuskriptes verzichtet. Diese werden im weiteren Textverlauf des Manuskriptes beschrieben.

Tabelle 6:

Übersichtstabelle Metaanalysen Angst und Depression bei Kindern und Jugendlichen

Autor*innen (Jahr) der Metaanalysen	Anzahl der Einzelstudien/ Programme/ Forschungsberichte	Ausrichtung der untersuchten Einzelstudien*	Zusammenfassung der Ergebnisse
Ahlen et al. (2015)	60 Einzelstudien (19 Angst, 26 Depression, 15 Angst & Depression gemischt)	universell, Angst und Depression	universelle Angstprävention effektiv, aber nicht nachhaltig (Follow-Up)
Johnstone et al. (2018)	14 Einzelstudien	universell, schulbasiert, Angst und Depression	keine signifikanten Effekte, »FRIENDS«-Programm kleine Effekte -> Post, Langzeit-Follow-Up
Werner- Seidler et al. (2017)	81 Einzelstudien (24 Ängste, 40 Depression, 17 Ängste & Depression gemischt)	universell, selektiv & indiziert, schulbasiert, Angst und Depression	kleine Effekte
Stockings et al. (2016)	146 Einzelstudien	universell, selektiv & indiziert, Angst und Depression	Effekte größer, wenn Angst und Depression transdiagnostisch betrachtet; universelle, selektive und indizierte Programme senken das Relative Risiko für einen Beginn einer Angststörung oder reduzieren Angst.
Fisak et al. (2011)	30 Einzelstudien	universell & selektiv, Angst	kleine Effekte, im Sechs-Monat- Follow-Up auch, im Zwölf-Monats- Follow-Up deutlich kleiner.
Teubert und Pinquart (2011)	65 Einzelstudien	universell, selektiv & indiziert, Angst und Depression	selektive und indizierte Angstprogramme effektiver als universelle, positive Auswirkungen auf Selbstvertrauen und soziale Kompetenz.
Neil und Christensen (2009)	27 Einzelstudien (20 schulbasiert zur Angstprävention)	universell, selektiv & indiziert, Angst	indizierte und universelle Programme -> kleine bis mittelgradige Reduzierungen, im Post-Test universelle Programme effektiver, indizierte Programme im Follow-Up effektiver.
Corrieri et al. (2013)	28 Einzelstudien	universell, selektiv & indiziert, schulbasiert, Angst & Depression	geringer Wirksamkeitsumfang mit kontinuierlich abnehmendem Effekt, universelle Programme ggü. selektiven/indizierten Programmen - > geringere Effektstärken.
Durlak et al. (2011)	213 (Programme; <i>SEL- Programme</i>)	schulbasierte universelle soziale Kompetenztrainings	leichtgradige bis mittelgradige Effektstärken

Autor*innen (Jahr) der Metaanalysen	Anzahl der Einzelstudien/ Programme/ Forschungsberichte	Ausrichtung der untersuchten Einzelstudien*	Zusammenfassung der Ergebnisse
Sklad et al. (2012)	75 Einzelstudien	soziale Kompetenztrainings	niedrige bis mittelgradige Effektstärken
Goldberg et al. (2018)	45 Einzelstudien	soziale Kompetenztrainings	geringe Effektstärken
Garber et al. (2016)	29 Einzelstudien Prävention Angst (14) & Depression (15); 27 Behandlung Angst (18) & Depression (9)	Präventions- und Behandlungsprogramme	Angstprävention -> sign. Effekte auf Angst, Angstbehandlung -> sign. Effekte auf Angst; durchschnittliche Effektstärken bei Behandlung größer als bei Prävention
García-Escalera et al. (2016)	48 Einzelstudien (nur fünf Studien zu Kindern und Jugendlichen)	transdiagnostische Ansätze, Angst und Depression	leichte bis mittelgradige Effektstärken
Beelmann et al. (2014)	146 Forschungsberichte mit 173 Interventions-Kontrollgruppen-Vergleichen	Forschungsberichte der Wirksamkeitsforschung zur Prävention und Gesundheitsförderung bei Kindern und Jugendlichen, überwiegend universell ausgerichtet	niedrige bis mittelgradige Effektstärken, selektive und indizierte Programme gegenüber den universellen mit größeren Effektstärken

Anmerkungen. * universelle, selektive und/oder indizierte Einzelstudien, Angstprävention und/oder Depressionsprävention

Ahlen und Kolleg*innen (2015) untersuchten in ihrer Metaanalyse Studien zu universellen Präventionsprogrammen für Ängste und Depressionen bei Kindern und Jugendlichen. Insgesamt 19 Studien berichteten Ergebnisse zu Angstsymptomen, 26 Studien zu depressiven Symptomen und 15 Studien referierten Ergebnisse zu Angst- und depressiven Symptomen gemischt. Es nahmen $N = 21439$ Kinder und Jugendliche teil, davon waren 52% Mädchen, das durchschnittliche Lebensalter lag bei $M = 12,77$ Jahren ($SD = 1,58$), das jeweilige Alter der Proband*innen lag zwischen dem sechsten und dem 18. Lebensjahr. Die ausgesuchten Studien zeigten ein randomisiert-kontrolliertes Design (RCT-Design) oder ein Cluster-randomisiert-kontrolliertes Studiendesign (C-RCT-Design) und waren kognitiv-behavioral (CBT) oder interpersonell-psychotherapeutisch (IPT) ausgerichtet. Folgende Ergebnisse konnten Ahlen und Kolleg*innen (2015) bei den Evaluationen der Angstpräventionsprogramme herausstellen: Im Prä-Test zeigten sich keine signifikanten Unterschiede zwischen der Interventions- und Kontrollgruppe ($n = 9635$, $g = 0,03$, $95\%CI: -0,02$ bis $0,09$, $p = 0,19$). Im Post-Test zeigte die Interventionsgruppe im Vergleich zur Kontrollgruppe signifikant niedrigere Angstwerte, allerdings ist die Effektstärke als klein

einzuschätzen ($n = 9242$, $g = 0,13$, $95\%CI: 0,01$ bis $0,26$, $p = 0,03$). In den Follow-Up-Analysen zeigte sich, dass keine signifikanten Differenzen zwischen der Interventions- und Kontrollgruppe aufzufinden waren, allenfalls auf einem 10%-Signifikanzniveau als Trend ($n = 5797$, $g = 0,14$, $95\%CI: -0,02$ bis $0,31$, $p = 0,08$). In den moderierenden Analysen zeigten sich keine signifikanten Unterschiede im Hinblick auf die präventive Zielorientierung und -ausrichtung, weder bei Programmen, die vorrangig angstpräventiv ausgerichtet waren, noch bei Programmen, die auf die Depressionsprävention bezogen waren, ebenfalls auch nicht bei Programmen, die sowohl auf die Angst- als auch auf die Depressionsprävention fokussierten. Auch zeigten sich innerhalb der moderierenden Analysen keine signifikanten Unterschiede in der Fragestellung der durchführenden Personen: Es war hinsichtlich des Outcomes unerheblich, ob die schulischen Mitarbeiter*innen (z. B. Lehrkräfte) die Programme mit den Kindern durchführten oder professionelle Mitarbeiter*innen aus dem Gesundheitsbereich (z. B. Psycholog*innen). Auch zeigten sich keine signifikanten Unterschiede zwischen der Interventions- und Kontrollgruppe hinsichtlich des prozentualen Anteils der Mädchen im Vergleich zu den teilnehmenden Jungen ($\beta = -0,01$, $k = 18$, $p = 0,19$), nicht hinsichtlich des Alters ($\beta = 0,02$, $k = 13$, $p = 0,42$) und ebenfalls nicht im Zusammenhang mit der Unterschiedlichkeit der Durchführungslänge der jeweiligen Programme ($\beta = 0,00$, $k = 18$, $p = 0,20$). In der zusammenfassenden Betrachtung bewerteten Ahlen und Kolleg*innen (2015) die Ergebnisse dieser Metaanalyse zur universellen Angst- und Depressionsprävention wie folgt: Die untersuchten universellen Präventionsprogramme mit einem RCT-Design und C-RCT-Design zeigten in der Post-Erhebung niedrigere Angst- und Depressionswerte und niedrigere Depressionswerte im Follow-Up-Test, relativ zur Kontrollgruppe und nach der Korrektur des Clustering-Effektes in den C-RCT-geführten Studien. In den Angstpräventionsprogrammen zeigten sich im Follow-Up hingegen keine signifikanten Unterschiede in den Angstsymptomen zwischen der Interventions- und Kontrollgruppe. Dieser Befund wurde als Hinweis dafür gewertet, dass universelle Angstpräventionsprogramme unmittelbar nach der Intervention Effekte aufweisen, diese dann aber in der Langzeiterhebung nicht mehr aufrechterhalten werden konnten.

In der Metaanalyse von Johnstone et al. (2018) sind insgesamt $N = 14$ Evaluationsstudien zu universellen, schulbasierten Präventionsprogrammen zu Ängsten und Depressionen im Kindesalter (sechs bis 13 Jahre alt) in einem randomisiert-kontrollierten Studiendesign im Hinblick auf ihre Wirksamkeit untersucht und bewertet worden. Dies erfolgte auch unter

Berücksichtigung moderierender Variablen wie (a) *Programmtypus*, (b) *primäre Zielsetzung des Programms* und (c) *Länge des Programms (Anzahl der Gruppensitzungen)*, von denen angenommen wurde, dass diese einen Einfluss auf mögliche Effekte des jeweiligen Programms haben könnten. In der gesamten Metaanalyse waren insgesamt $N = 5970$ teilnehmende Kinder inkludiert, davon $n = 3249$ Kinder in der Interventionsbedingung und $n = 2721$ Kinder in der Kontrollbedingung. Die Programme orientierten sich an Prinzipien der CBT (»FRIENDS«-Programm¹⁰, »Aussie Optimism Program« [AOP]¹¹ und »Penn Prevention Program« [PPP]¹²). Es wurden neben dem Post-Test noch die Messzeitpunkte für den kurzzeitigen Follow-Up (sechs bis elf Monate nach der Intervention) und dem langzeitigen Follow-Up (zwölf bis 54 Monate nach der Intervention) erhoben. Folgende Ergebnisse wurden im Review festgestellt: Im Post-Test wurden im Gruppenvergleich (Interventions- zur Kontrollgruppe) für die Ausprägung von Angstsymptomen Effektstärken in einem Bereich von -0,260 bis 0,653 ermittelt, mit einer geringen und nicht signifikanten Gesamteffektstärke von $g = 0,094$ (95% CI: -0,074 bis 0,263, $p = 0,273$). Die Effektstärken im Kurzzeit-Follow-Up lagen in einem Bereich von -0,032 bis 0,467. Die Gesamteffektstärke hierbei konnte ebenfalls als klein und auch als nicht signifikant bewertet werden ($g = 0,125$, 95% CI: -0,028 bis 0,278, $p = 0,109$). Im Langzeit-Follow-Up befanden sich die Effektstärken in einem Bereich von -0,166 bis 0,688 mit einer ebenfalls nicht signifikanten kleinen Gesamteffektstärke ($g = 0,182$, 95% CI: -0,049 bis 0,413, $p = 0,123$).

Die Betrachtung der moderierenden Variablen im Zusammenhang mit einer angenommenen Einflussnahme zeigten im Rahmen dieses Review folgende zusätzliche Ergebnisse: Im Kontext der moderierenden Variable *Programmtypus* konnte ein signifikanter Effekt bei der Angstprävention gefunden werden ($Q_{between}(1) = 12,95$, $p < 0,001$). Innerhalb der Studien zum »FRIENDS«-Programm konnten zum Post-Zeitpunkt signifikant niedrigere Angstwerte

¹⁰ Auf weiterführende Erläuterungen zum »FRIENDS«-Programm wird an dieser Stelle verzichtet, da im Verlauf des Manuskriptes wiederholt auf das Programm eingegangen wird.

¹¹ »Aussie Optimism Program« [AOP] ist ein australisches, evidenzbasiertes, gesundheitsunterstützendes Programm für Kinder zum Aufbau Kompetenzen und ist auf den Prinzipien Seligmans Modells der erlernten Hilflosigkeit und den Prinzipien der Positiven Psychologie aufgebaut (www.healthsciences.curtin.edu.au).

¹² »Penn Prevention Program« [PPP] ist ein schulbasiertes Programm zur Depressionsprävention bei Kindern im Alter von zehn bis 13 Jahren (Jaycox et al., 1994).

relativ zur Kontrollbedingung mit kleinen Effektstärken gemessen werden ($g = 0,253$, $Z = 2,46$, $p = 0,014$). Studien zum »AOP«-Programm wiesen kleine, aber ebenfalls signifikante Effektstärken, allerdings in der entgegengesetzten Richtung, auf ($g = -0,165$, $Z = -3,059$, $p = 0,002$). Im Kurzzeit-Follow-Up konnten im Hinblick auf den Programmtypus als moderierende Variable keine signifikanten Effekte gefunden werden ($Q_{between}(1) = 2,09$, $p = 0,148$), hingegen aber beim Langzeit-Follow-Up ($Q_{between}(1) = 6,57$, $p = 0,010$). Studien zum »FRIENDS«-Programm zeigten eine signifikante Reduzierung der Angstwerte im Langzeit-Follow-Up ($g = 0,377$, $Z = 2,25$, $p = 0,024$), hingegen Studien zum »AOP«-Programm im Langzeit-Follow-Up nicht ($g = -0,068$, $Z = -1,451$, $p = 0,147$). Im Kontext der moderierenden Variable *primäre Zielsetzung des Programms* konnten bei den Ängsten weder im Post-Test ($Q_{between}(2) = 3,88$, $p = 0,143$), noch im Kurzzeit-Follow-Up ($Q_{between}(1) = 0,70$, $p = 0,404$) und auch nicht im Langzeit-Follow-Up ($Q_{between}(2) = 3,38$, $p = 0,185$) signifikante Effekte gefunden werden. Mit diesem Ergebnis konnte diese Variable als moderierende Variable bei den Ängsten ausgeschlossen werden. Bei der dritten moderierenden Variable, der *Länge des Programms (Anzahl der Gruppensitzungen)*, konnten bei den Ängsten keine signifikanten Effekte in der Post-Erhebung gefunden werden ($Q = 2,97$, $df = 1$, $p = 0,085$), auch nicht im Kurzzeit-Follow-Up ($Q = 0,26$, $df = 1$, $p = 0,609$). Hingegen konnten signifikante Effekte im Langzeit-Follow-Up ermittelt werden ($Q = 8,93$, $df = 1$, $p = 0,003$). Das bedeutet: Mit der zunehmenden Anzahl der Gruppensitzungen nahm auch die Effektstärke auf einem signifikanten Niveau zu.

In der zusammenfassenden und verdichtenden Betrachtung der Metaanalyse von Johnstone et al. (2018) kann konstatiert werden, dass im Rahmen der universellen Angstprävention die teilnehmenden Kinder in der Interventionsbedingung verglichen mit der Kontrollbedingung zu keinem Zeitpunkt signifikante Veränderungen in den Angstwerten aufwiesen. Anders ausgedrückt: Es konnten im Rahmen dieses Review zur universellen Angstprävention keine Auswirkungen der inkludierten Studien auf die Angstwerte der an der Intervention partizipierenden Kinder im Vergleich zur Kontrollbedingung dokumentiert werden. Erklärt wurde dieser Befund mit der Beobachtung, dass Kinder grundsätzlich in Relation zu Adoleszenten niedrigere Angstwerte aufweisen, was dann dazu führt, dass insgesamt bei zeitbezogenen Verlaufs- und Interaktionsmessungen weniger Möglichkeiten für Veränderungsprozesse bleiben, was dann die Herausbildung von Interventionseffekten deutlich erschwert (Lawrence et al., 2015). Lediglich das »FRIENDS«-Programm zeigte am Post-Zeitpunkt und im Langzeit-Follow-Up signifikante Veränderungen der Angstwerte mit

kleinen Effektstärken und konnte somit im Rahmen dieser Untersuchung als wirksam bei der universellen Angstprävention identifiziert werden. Auf die Darstellung der Ergebnisse zum »Penn Prevention Program« (Jaycox et al., 1994) wird an dieser Stelle verzichtet, da es sich bei diesem Programm ausschließlich um ein Konzept zur Depressionsprävention handelt.

Ein systematisches Review und eine Metaanalyse von Werner-Seidler et al. (2017) evaluierte schulbasierte randomisiert-kontrollierte Untersuchungen psychologischer Präventionsprogramme für Depressionen und Ängste bei Kindern und Jugendlichen. Insgesamt sind 81 Studien mit $N = 31794$ Schülerinnen und Schülern involviert worden, davon waren $n = 16848$ Teilnehmer der Präventionsprogramme und $n = 14946$ Teilnehmer in den Kontrollgruppenbedingungen. Von den insgesamt 81 Studien waren 40 Studien zur Depressionsprävention ($n = 15844$), 24 Studien dienten der Angstprävention ($n = 8580$) und 17 Studien waren auf die Prävention von Ängsten und Depressionen gemischt bezogen ($n = 7370$). Von den 24 Angstpräventionsprogrammen waren 62,5% universell ausgerichtet, 25% indiziert, 8,25% selektiv und 4,25% selektiv/indiziert gemischt. Von den gemischten Studien zur Angst- und Depressionsprävention waren 71% universell, 24% indiziert und 5% selektiv. Etwas über ein Fünftel der in diesem Review untersuchten Studien ($n = 17$) richtete sich an Kinder mit einem durchschnittlichen Alter von weniger als zehn Jahren. Ein Großteil dieser Studien (elf von 17 Studien) untersuchte gezielte Angstpräventionsprogramme, vier Studien bezogen sich auf gemischte Angst- und Depressionsprogramme und zwei Studien fokussierten Depressionspräventionsprogramme. Insgesamt 84% der evaluierten Programme arbeiteten mit dem CBT-Modell. Über die Hälfte der Programme (58%) involvierten keine Elternarbeit. Kleine Effekte konnten im Rahmen dieser Erhebung bei dem Post-Test für sowohl Depressionen ($n = 74$, $g = 0,23$, 95%CI: 0,19-0,28) als auch für Ängste ($n = 49$, $g = 0,20$, 95%CI: 0,14-0,25) ermittelt werden. Ebenfalls konnten nach einem Zwölf-Monats-Follow-Up kleine Effekte nachgewiesen werden, auch hier bei Depressionen ($n = 14$, $g = 0,11$, 95%CI: 0,04-0,18) und auch bei den Ängsten ($n = 5$, $g = 0,13$, 95%CI: 0,04-0,22). Die Effektstärken bei den Ängsten waren sowohl bei den universellen als auch bei den gezielten Programmen (selektive und indizierte Programme zusammengefasst) miteinander vergleichbar. Extern-durchgeführte Präventionsprogramme bei Depressionen zeigten gegenüber den schulintern durchgeführten Programmen eine Überlegenheit, allerdings bestätigte sich dies nicht bei den Ängsten (Werner-Seidler et al., 2017).

Ein weiteres Review zur Evaluation universeller, selektiver und indizierter Präventionsprogramme von Depressionen und Ängsten bei Kindern und Jugendlichen im Alter von fünf bis 18 Jahren publizierten Stockings et al. (2016). Insgesamt wurden 146 Studien herangezogen. Dabei wurde auf der Störungsebene (Vermeidung des Störungsbegins einer depressiven und einer Angststörung) das Relative Risiko (*Risk Ratio*, RR) und auf der Symptomebene Cohens *d* als Effektstärke berechnet. Von den insgesamt 146 inkludierten Studien bezogen sich 54 ($n = 30159$) auf die universelle Prävention (also für Kinder ohne identifizierbares Risiko; 30 Studien fokussierten insbesondere die Depressionsprävention, $n = 16142$, zwölf Studien die Angstprävention, $n = 5719$ und zwölf Studien Depressionen und Ängste gemischt, $n = 8298$). Im Zusammenhang mit der selektiven Prävention sind 45 Studien einbezogen worden ($n = 6485$, Kinder mit identifizierten Risikofaktoren für die Entwicklung von internalisierenden Störungen); 32 Studien ($n = 4041$) waren davon auf Depressionen bezogen, sieben auf Ängste ($n = 652$) und sechs Studien ($n = 1937$) auf Depressionen und Ängste gemischt. Für die indizierte Prävention (Kinder mit minimaler begonnener identifizierter Symptomatik ohne das Vorhandensein einer klinischen Diagnose) sind im Gesamten 47 Studien ($n = 9283$) einbezogen worden; davon waren 31 Studien auf die Depression bei Kindern und Jugendlichen ($n = 5666$) ausgerichtet, sieben Studien auf Ängste ($n = 1617$) und neun Studien konzentrierten sich auf beide Störungen ($n = 2000$). Das durchschnittliche Alter der teilnehmenden Kinder und Jugendlichen war 12,6 Jahre und 53,7% davon waren weibliche Teilnehmerinnen. Die überwiegende Anzahl der durchgeführten Präventionsprogramme war CBT-orientiert, $n = 113$ der Studien bezogen sich auf Programme, die im schulischen Setting durchgeführt wurden, $n = 14$ im klinischen Kontext, $n = 8$ in sonstigen Settings (z. B. in Gefängnissen) und $n = 4$ im häuslichen Umfeld. Einige Studien ($n = 7$) waren im Hinblick auf das Durchführungssetting nicht beschrieben.

Im Rahmen der Analysen zu den universellen Angstpräventionsprogrammen sind sieben Studien ($n = 4623$) untersucht worden. Das Relative Risiko für den Beginn einer Angststörung sank bei den teilnehmenden Kindern und Jugendlichen in der Post-Erhebung (RR 0,25, 95%CI: 0,01-0,65), allerdings konnte dies zu einem späteren Zeitpunkt nicht mehr gemessen werden. Hinsichtlich der Entwicklung einer internalisierenden Störung (also Angst und Depression gemeinsam) konnte das Relative Risiko durch die Teilnahme an den jeweiligen Präventionsprogrammen ebenfalls reduziert werden (RR 0,47, 95%CI: 0,37-0,60), dies in der Post-Messung nach ca. sechs bis neun Monaten. Dieser Effekt verschwand

allerdings in der Zwölf-Monats-Einschätzung. Auf der Symptomebene sind bei den universellen Angstpräventionsprogrammen 24 Angstpräventionsstudien ($n = 14017$) untersucht und bewertet worden. Signifikante Effektstärken im Sinne von Reduktionen der Angstwerte wurden im Post-Test erhoben ($d = -0,16$, 95%CI: -0,27 bis -0,06), ebenfalls im Sechs- bis Neun-Monats-Follow-Up ($d = -0,12$, 95%CI: -0,24 bis -0,01). Diese Effektstärken konnten in der Follow-Up-Messung nach zwölf Monaten nicht mehr beobachtet werden. In der kombinierten Betrachtung internalisierender Störungen (auch hier die Prävention der Angst und Depression zusammengefasst) konnten signifikante Effektstärken in der Post-Erhebung gemessen werden ($d = -0,15$, 95%CI: -0,21 bis -0,08), bis zum Zwölf-Monats-Follow-Up ($d = -0,13$, 95%CI: -0,25 bis -0,01), allerdings waren am Zwölf-Monats-Follow-Up-Test die erhobenen Werte nicht mehr länger signifikant.

Bei den selektiven Präventionsprogrammen wurde bei den Ängsten lediglich eine Studie ($n = 146$) herangezogen. Im Hinblick auf die Prävention des Beginns von Angststörungen sind innerhalb dieser Studie Effekte identifiziert worden ($RR\ 0,80$, 95%CI: 0,60-1,07). Auf der symptomatischen Ebene sind neun Studien ($n = 2275$) evaluiert worden. Eine signifikante Reduktion der Angstwerte konnte im Rahmen des Ein- bis Drei-Monats-Post-Tests ermittelt werden ($d = -0,69$, 95%CI: -1,08 bis -0,30), dies allerdings auch nur auf der Grundlage einer Studie und konnte an jedem weiteren Follow-Up-Messzeitpunkt nicht mehr bestätigt werden. Signifikante Effektstärken konnten auch hier in der zusammengefassten Darstellung internalisierender Störungen (Angst & Depression) nur am Post-Zeitpunkt festgestellt werden ($d = -0,20$, 95%CI: -0,35 bis -0,05).

Im Bereich der indizierten Prävention ist ebenfalls nur eine Studie ($n = 128$) im Hinblick auf die Prävention eines Störungsbeginns bei Kindern und Jugendlichen bewertet worden. Es zeigte sich eine signifikante Abnahme des Relativen Risikos in der Entwicklung einer Angststörung im Zwölf-Monats-Follow-Up ($RR\ 0,31$, 95%CI: 0,10-0,98). Das Relative Risiko war insgesamt bei den internalisierenden Störungen im Sechs- bis Neun-Monats-Post-Test reduziert ($RR\ 0,48$, 95%CI: 0,29-0,78), auch im 18-Monats-Follow-Up.

Symptomatisch wurden bei der indizierten Angstprävention im Gesamten 17 Studien ($n = 3659$) involviert. Zu keinem Zeitpunkt konnten signifikante Effekte identifiziert werden. Signifikante Reduktionen für internalisierende Störungen (Angst & Depression) sind im Post-Test festgestellt werden ($d = -0,26$, 95%CI: -0,39 bis -0,13), im Sechs- bis Neun-Follow-Up-Zeitpunkt ebenfalls ($d = -0,23$, 95%CI: -0,36 bis -0,11). Nach zwölf Monaten waren diese Effekte nicht mehr evident.

Es zeigte sich in der zusammenfassenden Betrachtung und Bewertung dieses Review, dass sich Prävention wirksamer erwies, wenn internalisierende Störungen gemeinsam fokussiert und bewertet wurden (also die Depression und die Angst gemeinsam im Sinne einer transdiagnostischen Betrachtung). Dieses Review belegte zudem, dass universelle, selektive und indizierte präventive Interventionen das Relative Risiko für einen Beginn einer Angststörung oder entsprechende Angstsymptome reduzierten.

Im Rahmen einer Metaanalyse von Fisak et al. (2011) sind 30 Evaluationsstudien zu unterschiedlichen Präventionsprogrammen mit unterschiedlichen inhaltlichen Schwerpunkten (überwiegend mit CBT-Programmen), allerdings mit dem Fokus auf die Angstprävention bei Kindern und Jugendlichen, länderübergreifend untersucht und miteinander verglichen worden. Der Zeitraum der veröffentlichten Evaluationen belief sich auf die Jahre 1978 bis 2010, wobei sich die überwiegende Anzahl der Studien auf die Jahre 2000 bis 2010 bezog. Im Gesamten ergaben sich keine signifikanten Unterschiede in den Effektgrößen zwischen universellen und selektiven Präventionsprogrammen ($Q_{between}(1) = 1,56, p = 0,21$). Der gewichtete Mittelwert der Effektstärken für die untersuchten universellen Angstpräventionsprogramme betrug $d = 0,17$ ($Z = 6,42, p < 0,001$), für die selektiven Programme $d = 0,26$ ($Z = 4,24, p < 0,001$). Auch waren die gemessenen Effektgrößen insgesamt als sehr gering einzuschätzen (mittlere Effektstärke: $d = 0,18$, $95\%CI: 0,23$ bis $0,13$; im Prä-Post-Vergleich). Hinsichtlich der Nachhaltigkeit der gemessenen Effektgrößen konnten diese im Sechs-Monats-Follow-Up weitestgehend aufrechterhalten bleiben ($d = 0,23$, $95\%CI: 0,30$ bis $0,15$, $Z = 6,10, p < 0,001$), beim Zwölf-Monats-Follow-Up waren die Effekte erheblich kleiner ($d = 0,05$, $95\%CI: 0,14$ bis $-0,04$, $Z = 1,13, p = 0,26$), sodass unklar blieb, wie sich die untersuchten Programme in den Langzeitauswirkungen zeigen würden. Keinen moderierenden Einfluss auf die Effektgrößen hatte das Alter der teilnehmenden Kinder und Jugendlichen, auch nicht das Geschlecht und ebenfalls nicht der Rater*innen der Fragebögen (Selbstreport gegenüber der Elterneinschätzung). Allerdings zeigten sich signifikante Unterschiede in der Fragestellung, wer die Programme durchgeführt hat ($Q_{between}(1) = 6,44, p < 0,01$). Die fachlich-professionell angeleiteten und durchgeführten Programme ($d = 0,31, Z = 7,71, p < 0,001$) waren gegenüber den nicht-fachlich durchgeführten Programmen ($d = 0,05, Z = 1,24, p = 0,21$) deutlich überlegen. Zusammenfassend zeigte diese Metaanalyse hinsichtlich der Prävention von Angststörungen und zur Reduzierung der Inzidenz sowohl im universellen

als auch im selektiven Präventionssetting kleine Effekte. Die in der Metaanalyse von Fisak et al. (2011) untersuchten Studien hinsichtlich gemessener Effekte sind vergleichbar mit Metaanalysen zur Prävention anderer Störungen wie z. B. Essstörungen und depressiven Störungen (Fingeret et al., 2006; Horowitz & Garber, 2006; Jane-Llopis et al., 2003; Stice et al., 2009) oder zur Prävention von Substanzabusus (Gottfredson & Wilson, 2003). In der Metaanalyse von Horowitz & Garber (2006) zur Prävention von Depressionen beispielsweise ist eine mittlere Effektstärke von $d = 0,16$ (Prä-Post-Vergleich) bei insgesamt 30 integrierten Studien ermittelt worden, was ebenfalls als kleine Effektstärke zu interpretieren ist. Analog hierzu zeigte sich das Ergebnis der Metaanalyse von Stice et al. (2009), in der bei insgesamt 47 inkludierten Studien zur Prävention von depressiven Störungen bei Kindern und Jugendlichen fast identische Effektstärken (mittlere Effektstärke: $d = 0,15$, in der Post-Erhebung) ermittelt wurden.

In einer weiteren Metaanalyse von Teubert und Piquart (2011) wurden 65 Studien zur Angstprävention bei Kindern und Jugendlichen untersucht. Es zeigten sich kleine, aber signifikante Effekte im Post-Test und in der Follow-Up-Untersuchung. Indizierte und selektive Programme wiesen im Post-Test größere Effekte auf als universelle. Auch affektive Störungen waren Bestandteil der untersuchten Studien. Signifikante Effekte für Angst konnten im Post-Test und im Follow-Up bei Kindern und Jugendlichen festgestellt werden, für soziale Kompetenz konnten nur im Post-Test signifikante Effekte gefunden werden. Der überwiegende Anteil der evaluierten Programme war erfolgreich. Verglichen mit der Kontrollgruppe zeigten die Proband*innen im Post-Test und im Follow-Up weniger Angstsymptome.

Insgesamt zeigte diese Metaanalyse, dass Programme zur Angstprävention bei Kindern und Jugendlichen im Hinblick auf die Entwicklung von Angst- und depressiven Symptomen sowie auf Selbstvertrauen und soziale Kompetenz positive Auswirkungen haben können.

Einen weiteren Wirksamkeitsnachweis von Präventionsprogrammen liefert mit insgesamt 27 randomisiert-kontrollierten Studien die Metaanalyse von Neil und Christensen (2009), in der 20 schulbasierte, überwiegend CBT-geführte Präventions- und Frühinterventionsprogramme für Angststörungen bei Kindern und Jugendlichen zwischen 1989 bis 2007 untersucht wurden. Insgesamt berichteten 21 der 27 untersuchten Studien von signifikanten Verbesserungen im Post-Test, im Follow-Up-Test oder zu beiden

Messzeitpunkten. Die gemessenen Effektstärken befanden sich in einer Range von $ES = 0,11$ bis $1,37$. Sechs Programme scorten Effektstärken im Bereich $ES = -0,24$ bis $0,38$, allerdings waren diese Werte nicht signifikant. Siebzehn der 21 signifikanten Studien zeigten signifikante Effekte am Post-Zeitpunkt ($ES = 0,11$ bis $1,37$), die restlichen vier zum Follow-Up-Zeitpunkt ($ES = 0,22$ bis $0,81$). Insgesamt 13 Studien sammelten Follow-Up-Werte, acht von ihnen berichteten signifikante Effekte ($ES = 0,19$ bis $1,03$), die verbliebenen fünf wiesen keine signifikanten Effekte auf ($ES = -0,24$ bis $0,38$). Von den acht untersuchten indizierten Programmen konnten bei vier am Post-Zeitpunkt signifikante Effekte im Sinne der Reduktion der Angst gemessen werden ($ES = 0,20$ bis $0,76$), sechs der acht indizierten Programme untersuchten den Follow-Up-Zeitpunkt und fünf davon zeigten signifikante Effekte ($ES = 0,19$ bis $1,03$), nur ein Programm zeigte keine signifikanten Unterschiede ($ES = -0,10$). Zwei der acht indizierten Programme zeigten sowohl am Post- als auch am Follow-Up-Messzeitpunkt signifikante Effekte. Bei den universellen Programmen konnten von insgesamt 16 Programmen bei elf Programmen signifikante Effekte relativ zur Kontrollbedingung am Post-Zeitpunkt ($ES = 0,31$ bis $1,37$) erhoben werden, bei fünf Studien gab es keine signifikanten Veränderungen ($ES = -0,21$ bis $0,28$). Lediglich sechs der 16 Studien involvierten eine Follow-Up-Untersuchung. Drei von diesen berichteten signifikante Effekte ($ES = 0,22$ bis $0,70$), zwei von den insgesamt 16 untersuchten Studien zu universellen Programmen berichteten sowohl zum Post-Test als auch am Follow-Up signifikante Effekte. Bei den selektiven Programmen sind insgesamt drei Studien inkludiert worden. Zum Post-Zeitpunkt zeigten sich signifikante Effektstärken bei zwei Programmen, im Follow-Up wurden keine signifikanten Effekte mehr gefunden. Keinen moderierenden Einfluss zeigte im Rahmen dieser Metaanalyse die inhaltliche Ausrichtung der Intervention (CBT-Programme gegenüber anderen Inhalten) und die Frage nach dem Durchführenden des Programms (Lehrkräfte gegenüber Anderen). In der zusammenfassenden Betrachtung dieser Metaanalyse lässt sich insgesamt konstatieren: Indizierte und universelle Präventionskonzepte zeigten positive Auswirkungen mit kleinen bis mittelgradigen Reduzierungen im Hinblick auf Ängste in der Post- und Follow-Up-Untersuchung. Im Post-Test zeigten hingegen universelle Programme verglichen mit indizierten und selektiven Programmen größere Effekte, indizierte Programme erreichten in der Follow-Up-Untersuchung aber größere Effekte.

Corrieri et al. (2013) untersuchte im Rahmen einer Metaanalyse anhand von 28 Studien mit einem RCT-Design im Zeitraum von 2000 bis 2011 die Wirksamkeit schulbasierter Programme zur Angst- und Depressionsprävention. Die Ausrichtung der analysierten Programme war sowohl universell als auch selektiv und indiziert und orientierte sich im Schwerpunkt an CBT-Konzepten. Für den Bereich der Angstprävention sind insgesamt 15 Studien berücksichtigt worden, zwölf davon waren universell ausgerichtet, acht indiziert. Allerdings sind mehrfach die universellen Programme zusätzlich mit selektivem oder indiziertem Bezug durchgeführt worden. Im überwiegenden Maße wurde hierbei das FRIENDS-Programm von Barrett et al. (2003a; 2003b) untersucht. In der Post-Erhebung zeigten sich Effektstärken in einer Range von $d = 0,19$ bis $d = -0,67$ (negativer Wert bedeutet in dieser Metaanalyse, dass der durchschnittliche Wert in der Interventionsgruppe niedriger war als in der Kontrollgruppe) mit einer durchschnittlichen Effektstärke von $d = -0,29$, was insgesamt als niedrige Effektstärke einzuschätzen ist. An den Follow-Up-Zeitpunkten zeigten sich entweder keine oder als marginal einzuschätzende Effektstärken (short-term-follow-up: $d = 0$ bis $-0,25$, durchschnittlich: $d = -0,10$; long-term-follow-up: $d = 0,17$ bis $-0,42$, durchschnittlich: $d = -0,05$ /universell: $d = 0,15$, indiziert: $d = -0,42$). In der zusammenfassenden Betrachtung dieser Metaanalyse von Corrieri et al. (2013) zeigte sich, dass sich die Interventionen am Post-Zeitpunkt lediglich in einem geringen Umfang als wirksam erwiesen haben, mit einem kontinuierlich abnehmenden Effekt, der nur für ein indiziertes Angstpräventionsprogramm am Follow-Up-Zeitpunkt stabil blieb. Die universellen Programme wiesen gegenüber den selektiven und indizierten Programmen geringere Effektstärken auf und waren diesen somit unterlegen.

Ergänzend und erweiternd zu den beschriebenen Angstpräventionsprogrammen bei Kindern und Jugendlichen und den bislang vorgestellten Metaanalysen soll an dieser Stelle auf die Prävention durch allgemeine soziale Kompetenztrainings eingegangen werden. Effektstärken schulbasierter Präventions- und Interventionskonzepte zur Stärkung psychischer Gesundheit, zur Vorbeugung psychischer Belastungsfaktoren, zur Reduzierung von Mobbing und zum Aufbau prosozialen und sozial erwünschten Verhaltens bei Kindern und Jugendlichen sind bei universellen Methoden als gering bis mittelgradig einzuschätzen. Diese Effektstärken steigen bei selektiven und indizierten Methoden (Schulte-Körne, 2016). Erklärbar werden diese beobachteten Unterschiede zwischen den Effektstärken der universellen, selektiven und indizierten Programme möglicherweise durch die

unterschiedlichen Motivationen der jeweiligen Teilnehmer, die je nach durch Symptome ausgelöstem Stress oder durch jeweilige entsprechende Erkrankungsrisiken unterschiedlich ausgeprägt sind und infolge von Leidensdruck möglicherweise eine unterschiedliche Anstrengungs- und Veränderungsbereitschaft und -motivation auslösen und bedingen (Rasing et al., 2018; Stice et al., 2009). Allerdings zeigte auch kontrastierend zu den tendenziell eher kleinen Effektstärken universeller Programme eine Vielzahl an universellen Präventionskonzepten zur Vorbeugung sozialer und emotionaler Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen signifikant positive Effekte. In einer Metaanalyse von Durlak et al. (2011) wurden 213 schulbasierte universelle Programme zur Förderung sozialer und emotionaler Kompetenzen untersucht und bewertet. Diese sogenannten SEL-Programme (*social and emotional learning programs*) zeigten eine signifikante Zunahme sozialer und emotionaler Fähigkeiten und zusätzlich eine schulbezogene Leistungssteigerung. Gefördert wurden dabei Aspekte wie Selbstwert, Fähigkeiten zur Selbstregulation, soziale Bewusstheit, Skills zum Aufbau und zur Gestaltung sozialer Kontakte und Beziehungen (*relationship skills*) und der Aufbau sowie die Förderung verantwortungsbewusster Handlungen und Entscheidungen (*responsible decision making*). Signifikante Effekte im sozio-emotionalen Kontext konnten durchschnittlich hierbei im Bereich von mittelgradigen Effektstärken ermittelt werden ($d = 0,57$). Effekte im leichtgradigen Bereich konnten durchschnittlich im prosozialen Verhalten ($d = 0,24$), im emotionalen Stress ($d = 0,24$) und in den schulisch-akademischen Leistungen ($d = 0,27$) beobachtet werden. Im Kontext dieser Metaanalyse beschrieben Durlak et al. (2011) zusätzlich allgemeine Wirkindikatoren für den didaktischen Aufbau und die inhaltliche Strukturierung wirksamer Präventionsprogramme und fassten diese unter dem Akronym *SAFE* (*sequenced, active, focused, explicit*) zusammen. Präventionsprogramme, die diesen Kriterien entsprachen, erreichten im Outcome Effektstärken von $d = 0,24$ (Outcome attitudes und Outcome conduct problems) bis $d = 0,69$ (Outcome Relationship Skills), Effektstärken von $d = 0,28$ erreichte der Outcome social behavior, emotional distress und academic performance. Eine weitere Metaanalyse schulbasierter universeller sozial-emotionaler Trainingsprogramme wurde von Sklad et al. (2012) vorgelegt. Sie impliziert insgesamt in einem Zeitraum von 1995 bis 2008 75 Evaluationsstudien und bezieht sich im Wesentlichen auf die Evaluation der Wirksamkeit von Programmen zur Förderung emotional-sozialer Fähigkeiten, eines positiven Selbstkonzeptes, prosozialen Verhaltens, schulischer Leistungen und der Reduzierung dissozialer Verhaltensweisen sowie dem Abbau psychischer Verhaltensauffälligkeiten und -

störungen. Die ermittelten durchschnittlichen Effektstärken im Post-Test für den Aufbau sozial-emotionaler Kompetenzen sind als mittelgradig einzuschätzen ($ES = 0,70$), in den Follow-Up-Untersuchungen zeigten sich hingegen keine Effekte mehr ($ES = 0,07$), in den restlichen Bereichen wurden im Post-Test durchschnittlich niedrige Effekte gemessen ($ES = 0,46$ bis $ES = -0,43$), im Follow-Up konnten im Durchschnitt die im Post-Test beschriebenen Effektstärken nicht mehr beobachtet werden ($ES = 0,26$ bis $-0,20$). In der Metaanalyse von Goldberg et al. (2018), die im Besonderen Präventionsprogramme zur Förderung und Verbesserung sozialer und emotionaler Entwicklung bei Kindern und Jugendlichen evaluiert, sind insgesamt 45 Studien mit überwiegend RCT-Design inkludiert. Im Post-Test wurden signifikante, wenngleich geringe Effekte festgestellt worden. Die sozial-emotionale Entwicklung zeigte eine Effektstärke von $d = 0,220$ ($n = 27, p = 0,002$), die Verhaltensentwicklung ein $d = 0,134$ ($n = 39, p = 0,000$) und im Kontext internalisierender Symptome wurde eine Effektstärke von $d = 0,109$ ($n = 10, p = 0,003$) gemessen. Signifikante Auswirkungen auf die schulische Leistungsfähigkeit zeigten die Programme hingegen nicht. Allerdings konnte im Outcome dieser Metaanalyse ergänzend konstatiert werden, dass die Effektstärken größer ausfielen, wenn die Programme das soziale Umfeld der teilnehmenden Adoleszenten involvierten. Eine weitere Metanalyse von Garber et al. (2016) dokumentiert die gemessene Wirksamkeit von sowohl Präventions- als auch Behandlungs- bzw. Psychotherapieprogrammen. Berücksichtigt wurden dabei Studien mit einem RCT-Design. Bei den Präventionsprogrammen sind insgesamt $n = 14$ bei den Ängsten und $n = 15$ Studien bei den depressiven Symptomen involviert worden, bei den Behandlungsprogrammen $n = 18$ bei den Ängsten und $n = 9$ bei den depressiven Symptomen. Inhaltlich waren die Programme überwiegend CBT-orientiert, weniger aus dem Kontext interpersoneller Psychotherapie (IPT) und bindungsbasierter Familientherapie (ABFT). Bei der Prävention zeigten Angstpräventionsprogramme einen signifikanten Einfluss auf Angstsymptome, hingegen aber nicht auf depressive Symptome. Effektstärken waren in diesem Kontext bei den Ängsten signifikant größer, relativ zu den depressiven Symptomen. Universelle Angstpräventionsprogramme waren sowohl bei Ängsten als auch bei depressiven Symptomen wirksam, wohingegen dieses bei den selektiv ausgerichteten Programmen zur Angstprävention nicht der Fall war. Bei den Angstbehandlungsprogrammen konnten signifikante Effekte sowohl auf die Angst als auch auf die Depressivität beobachtet werden, obwohl hier mehr auf die Angst als auch die Depression. Bei den Depressionsbehandlungsprogrammen konnten ebenfalls signifikante Effekte sowohl auf die

Depressivität als auch auf die Ängstlichkeit gemessen werden, allerdings auch hier stärkere Effekte auf die Depression relativ zur Angst. Im Gesamtfazit dieses Review von Garber et al. (2016) waren die durchschnittlichen Effektstärken bei den Behandlungsprogrammen größer als bei den Präventionsprogrammen, bei Angstpräventions- und Angstbehandlungsprogrammen auf die Ängstlichkeit und bei Depressionspräventions- und Depressionsbehandlungsprogrammen auf die Depressivität. Crossover-Effekte bei angstfokussierten Programmen auf depressive Symptome und bei depressionsfokussierten Programmen auf die Angst waren bei den Behandlungsprogrammen größer als bei der Prävention, allerdings waren diese Effekte nicht signifikant.

Die angenommene Wirksamkeit transdiagnostischer CBT-orientierter Ansätze für Ängste und Depressionen bei Kindern und Jugendlichen ist im Rahmen einer Metaanalyse von García-Escalera et al. (2016) untersucht worden. Insgesamt wurden hierfür 48 Studien mit $N = 6291$ Proband*innen überprüft. Von diesen 48 Studien erfüllten 21 Studien die Kriterien für das RCT-Design, 27 Studien waren hingegen ohne Kontrollbedingung; 43 Studien zeigten Stichproben für Erwachsene und fünf Studien für Kinder und Adoleszente. Die recht wenigen Evaluationsstudien für Kinder und Jugendliche zeigten sowohl bei Ängsten ($g = 0,45$) als auch bei Depressionen ($g = 0,50$) leicht- bis mittelgradige Effektstärken. Keine signifikanten Unterschiede zeigten sich hingegen bei transdiagnostischen Ansätzen mit CBT-Ausrichtung in Relation zu störungsspezifischen Ansätzen. Die Autor*innen bewerteten in diesem Zusammenhang die transdiagnostische Methode bei Ängsten und Depressionen als mindestens gleichwertig in seiner Wirksamkeit zu den störungsbezogenen Interventionen. In dieser Metaanalyse inkludiert war auch das *Super Skills for Life*-Programm von Essau und Ollendick (2013). In der Selbsteinschätzung durch die Kinder (also im SCAS-Fragebogen) ohne Kontrollbedingung konnte das *Super Skills for Life*-Programm eine geringe, nicht signifikante Effektstärke am Post-Zeitpunkt aufweisen ($g = 0,276$; $SE: 0,146$; $p = 0,059$). Insgesamt haben von den fünf inkludierten Studien im Prä-Post-Vergleich lediglich zwei Studien im Selbstreport signifikante Effektstärken im leichten bis mittelgradigen Bereich ohne Kontrollbedingung ergeben, die übrigen zeigten nicht signifikante Ergebnisse (García-Escalera et al., 2016, 164).

Im deutschsprachigen Raum wurden von Beelmann et al. (2014) insgesamt 146 Forschungsberichte mit 173 Interventions-Kontrollgruppen-Vergleichen metaanalytisch untersucht. Die evaluierten Programme waren überwiegend universell ausgerichtet. Auf den jeweiligen Subskalen konnten niedrige ($d = 0,32$) bis mittlere Effektstärken ($d = 0,55$) ermittelt werden. Die selektiven und indizierten Programme ($d = 0,47$ & $d = 0,41$) zeigten gegenüber den universell ausgerichteten Konzepten ($d = 0,21$) größere Effektstärken. Knapp mittlere Effektstärken von $d = 0,20$ erreichten Präventionsprogrammen im schulischen Setting. Insgesamt zeigte die metaanalytische Untersuchung von Beelmann et al. (2014) bei selektiven und indizierten Programmen gegenüber universellen Präventionskonzepten durchschnittlich höhere mittlere Effektstärken (siehe auch Beelmann, 2006).

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass bei einer Großzahl untersuchter Präventionsprogramme im universellen, selektiven und indizierten Präventionsbereich des Kindes- und Jugendalters mindestens kleine Effektgrößen ermittelt werden konnten, wenngleich Differenzen und erhebliche Schwankungen in den jeweiligen Resultaten erkennbar waren. Auch Programme, die ursprünglich nicht primär zur Angstprävention bei Adoleszenten entwickelt wurden, konnten positive Auswirkungen auf die Reduzierung internalisierender Probleme erzielen (z. B. Williford et al., 2012). Ebenfalls ist zu konstatieren, dass in den zitierten Metaanalysen die universellen Programme im Hinblick auf die gemessenen signifikanten Effekte und Effektstärken gegenüber den selektiven und indizierten Programmen grundsätzlich unterlegen waren, somit also insgesamt niedrigere Effektwerte aufwiesen.

3.3 Universelle Angstpräventionsprogramme bei Kindern und Jugendlichen

Durch die im Unterkapitel 3.2 vorgestellten Metaanalysen ist deutlich geworden, dass eine Vielzahl unterschiedlicher Präventionsprogramme hinsichtlich ihrer Wirksamkeit untersucht wurden. Die in diesem Unterkapitel vorgestellten Befunde zu universellen Angstpräventionsprogrammen bei Kindern und Jugendlichen implizieren teilweise Überschneidungen und Überlappungen zu spezifischen metaanalytischen Evaluationsergebnissen auf (wie beispielsweise zu Evaluationen des »*FRIENDS*«-Konzeptes

oder des »Norwegian Universal Preventive Program for Social Anxiety«¹³). Auf diesen Aspekt ist bereits im Unterkapitel 3.2 hingewiesen worden.

Das wohl insgesamt am häufigsten evaluierte Programm ist das australische kognitiv-basierte, universelle Präventionskonzept »FRIENDS« (deutschsprachige Adaptation: »FREUNDE«) von Barrett und Kolleg*innen (2003a; 2003b) für Angst- und depressive Störungen bei Kindern, welches in verschiedenen Ländern und unterschiedlichen kulturellen Kontexten untersucht wurde. Es orientiert sich am »COPING KOALA«-Programm (Barrett et al., 1996; Dadds et al., 1997), das im weiteren Textverlauf dieser Dissertation beschrieben wird (vgl. Kapitel 3.5). Eine hinreichende Wirksamkeit im Hinblick auf die Reduzierung von Angst- und depressiven Symptomen konnte beim »FRIENDS«-Programm kulturübergreifend in zahlreichen Evaluationsstudien, auch im Kontext schulbasierter Präventionsarbeit, nachgewiesen werden (Ahlen et al., 2012; Barrett & Pahl, 2006; Barrett et al., 2005; Barrett & Turner, 2001; Casale et al., 2014; Liddle & Macmillan, 2010; Lock & Barrett, 2003; Lowry-Webster et al., 2003; Lowry-Webster et al., 2001; Mostert & Loxton, 2008; Skryabina et al., 2016a; Stallard et al., 2014; Stallard, 2013; Stallard et al., 2007). Auch in einer Evaluation im deutschsprachigen Raum (Essau et al., 2012) konnte die Effektivität des »FRIENDS«-Programms empirisch belegt werden. In einer großen Stichprobe (über 600 Kinder aus 14 Schulen) zeigten die teilnehmenden Kinder im Rahmen des Zwölf-Monats-Follow-Up eine signifikante Reduktion von Angst- und depressiven Symptomen und niedriger ausgeprägter Perfektionismus-Raten, verglichen mit der Kontrollgruppe. Ein schulbasiertes Kurzprogramm, das auf den Inhalten des »FRIENDS«-Programms basiert, ist im Rahmen einer Evaluation bei insgesamt $N = 613$ Kindern und Jugendlichen im Alter von elf bis 17 Jahren bei einem RCT-Design mit mehreren Kontrollgruppen im Kontext selektiver Prävention untersucht worden (Balle & Tortella-Feliu, 2010). In den Ergebnissen ist sowohl in der Experimentalbedingung als auch in einer Kontrollbedingung (Wartelistenkontrollgruppe) im Post-Test eine signifikante Reduktion der Angstsensitivität (AS) und in den Angst- und depressiven Symptomen festgestellt worden, allerdings nicht in der sonstigen Kontrollgruppe. Im Post-Test konnten zwischen dieser Interventions- und Kontrollgruppe keine signifikanten Effekte bei den Angst- und depressiven Symptomen gemessen werden, allerdings blieben signifikante Unterschiede in der Angstsensitivität, wobei die Kontrollgruppe eine niedrigere Angstsensitivität relativ zur

¹³ vgl. Aune & Stiles, 2009

Interventions- und Wartelistenkontrollgruppe aufwies. Die Unterschiede zwischen der Interventions- und Wartelistenkontrollgruppe waren in der Post-Untersuchung für Angstsensitivität und Angstsymptome minimal. Im Sechs-Monats-Follow-Up zeigte sich nur noch eine Abnahme der Werte für Angstsensitivität. Insgesamt wurden die Veränderungen der Angstwerte weniger als ein Ergebnis des Programmes interpretiert, also gruppenunabhängig, sondern zeitgebunden (siehe hierzu vertiefend und weiterführend: Kapitel 3.4). Neben den beschriebenen quantitativen Analysen erhielt das »*FRIENDS*«-Programm im Kontext einer qualitativen Studie als Teil einer großen RCT-geführten Studie ($N = 1362$) von Kindern ($n = 115$), ihren Eltern ($n = 20$) und den Lehrkräften ($n = 47$) insgesamt ein positives Feedback in der Wahrnehmung und Bewertung des Programms und erfuhr eine entsprechend hierzu hohe soziale Akzeptanz (Skryabina et al., 2016b). Eimecke et al. (2010) untersuchten im Kontext der Evaluationen des modifizierten »*FRIENDS*«-Programms zusätzlich die Wirksamkeit eines begleitenden Elterstrainings. Dieses beschränkte sich auf den Bereich der indizierten Prävention von Ängsten und depressiven Symptomen bei Kindern im Alter von acht bis zwölf Jahren. Insgesamt wurden $n = 70$ Kinder den beiden Gruppen 'Präventionskurs' und 'Präventionskurs + Elterstraining' randomisiert zugeordnet. In der Post-Untersuchung konnten keine signifikanten Effekte im Sinne einer Veränderung introversiver Symptome (Symptomreduktion) beobachtet werden. Unabhängig von der jeweiligen Gruppenzugehörigkeit der Kinder (Präventionskurs als singuläre Intervention oder der Präventionskurs zusammen mit dem Elterstraining) profitierten die Kinder von Eltern mit einer höheren psychopathologischen Belastung stärker als die Kinder von weniger psychisch belasteten Elternteilen. Insgesamt wurde im Rahmen dieser Untersuchung von Eimecke et al. (2010) das Präventionsprogramm selbst als wirksam beschrieben, das begleitende Elterstraining selbst zeigte hingegen keinen Einfluss auf die introversiven Symptome.

Vor dem Hintergrund und unter Berücksichtigung der überwiegenden Dominanz der empirischen Belege für die Effektivität und Wirksamkeit des »*FRIENDS*«-Programms ist an dieser Stelle einschränkend die Studie von Ahlen et al. (2017) zur universellen Angst- und Depressionsprävention bei Kindern anzuführen. In einem cluster-randomisierten Studiendesign mit einer Wartelistenkontrollgruppe und einem gesamten Sample von $N = 695$ Kindern im Alter von acht bis elf Jahren (Interventionsgruppe $n = 353$, Kontrollgruppe $n = 342$) aus insgesamt 17 schwedischen Schulen mit drei Messzeitpunkten (Prä-, Post- und Zwölf-Monats-Follow-Up) konnten in der zusammenfassenden Gesamtinterpretation der

Analysen innerhalb dieser Studie nicht hinreichend signifikante Gruppe * Zeit-Interaktionen zwischen der Interventions- und der Kontrollgruppe gefunden werden. Die zu überprüfende und angenommene Wirksamkeit des »*FRIENDS*«-Programms konnte somit im Kontext universeller Angst- und Depressionsprävention bei Kindern im Rahmen dieser Untersuchung nicht ausreichend belegt werden. Dieser Befund steht kontrastierend zu den vorangeführten Ergebnissen des »*FRIENDS*«-Programms, in denen in überwiegender Form signifikante Effekte des Programms auf die Genese internalisierender Verhaltensauffälligkeiten bei Adoleszenten gefunden werden konnten. Auch im Sinne einer Nachhaltigkeitsüberprüfung konnten im Rahmen eines durchgeführten Drei-Jahres-Follow-Up (Ahlen et al., 2019) der ursprünglichen Evaluationsstudie von Ahlen et al. (2017) keine signifikanten Interaktionseffekte gefunden werden, bis auf einen geringen Effekt in einer Elterneinschätzung. Dieser Gesamtbefund der Follow-Up-Untersuchung wurde von Ahlen und Kolleg*innen (2019) als Beleg für die fehlende nachhaltige Wirksamkeit des »*FRIENDS*«-Programms im Zusammenhang mit universeller Prävention von Ängsten und Depressionen im Kindes- und Jugendalter interpretiert und steht analog in der Reihe weiterer Follow-Up-Studien universeller schulbasierter Prävention internalisierender Störungen, in denen signifikante Langzeiteffekte unterschiedlicher Präventionsprogramme ebenfalls nicht in einem ausreichenden Maße belegt werden konnten (Barrett et al., 2006; Gillham et al., 2007; Johnstone et al., 2014; Spence et al., 2005).

Im Kontext einer norwegischen schulbasierten Evaluationsstudie mit einem RCT-Design des universell ausgerichteten Programms »*Norwegian Universal Preventive Program for Social Anxiety*« (*NUPP-SA*) ist bei einer Stichprobe der Interventionsgruppe von $n = 801$ und der Kontrollbedingung von $n = 638$ die Effektivität des Programms untersucht und bewertet worden (Aune & Stiles, 2009). Bei dieser Intervention ist zusätzlich neben den Kindern auch das soziale Umfeld des Kindes involviert worden (Lehrkräfte, Schulmitarbeiter*innen, Eltern, Sozialarbeiter*innen, Pädiater*innen etc.). Im Ergebnis zeigten sich in der Interventionsgruppe signifikante Effekte in der Reduktion sozialer Ängste. Im Zwölf-Monats-Follow-Up entwickelten die Kinder der Interventionsgruppe zusätzlich signifikant weniger Symptome einer sozialen Angststörung. Insbesondere der Follow-Up-Effekt ist von den Autor*innen als Präventionseffekt des Programms interpretiert worden.

Das Programm »*Emotion Detectives Prevention Program (EDPP)*«, ein universelles CBT-orientiertes Programm zur Prävention von Ängsten und Depressionen im Kindes- und Jugendalter, ist von Ehrenreich-May und Bilek (2011) in einem non-randomisierten Design ohne Kontrollgruppe in einem Camp-Setting bei einem Stichprobenumfang von $N = 40$ Kindern in einem Alter von sieben bis zehn Jahren im Hinblick auf seine Wirksamkeit evaluiert worden. Im Selbstreport zu Ängsten berichteten die Kinder in der Post-Untersuchung eine signifikante Abnahme der Angstsymptome ($M = 22,7$, $t(38) = 2,11$, $p < 0,05$, $d = 0,26$), der Bericht der Eltern ergab keine signifikanten Effekte. Sowohl im Selbstreport als auch in der Einschätzung durch die Eltern sind bei den depressiven Symptomen ebenfalls keine signifikanten Effekte gemessen worden. Kinder, die am Prä-Zeitpunkt die klinischen Cut-off-Kriterien erfüllten, wiesen keine Unterschiede in Bezug auf die von den Kindern und ihren Eltern berichtete Angst und Depressivität auf. Im Kontext der Anwendung von Emotionsregulationsstrategien konnten keine signifikanten Effekte ermittelt werden.

Das australische Programm »*REACH for RESILIENCE*« ist ebenfalls ein universelles Konzept, das sich, kontrastierend zu den in diesem Unterkapitel aufgeführten schulbezogenen Programmen und Evaluationsergebnissen, an Kinder im Vorschulalter zwischen dem dritten und dem sechsten Lebensjahr richtet. Von Dadds und Roth (2008) ist dieses Konzept bei einer Gesamtstichprobe von $N = 734$ Kindern und ihren Eltern aus 25 Vorschulen in Brisbane/Australien evaluiert worden. Über einen Zeitraum von 14 Monaten fanden vier Erhebungszeitpunkte mit einem diagnostischen Interview als Follow-Up statt. Das Training richtete sich vorrangig an die jeweiligen Elternteile, in sechs Sessionen lernten die teilnehmenden Eltern, wie sie eine positive Erwartungshaltung und soziale Kompetenz bei ihren eigenen Kindern fördern und unterstützen konnten. Die Eltern bewerteten das Programm positiv und haben es gut angenommen, besonders die Eltern mit einem hohen Stresspegel, die im Laufe des Treatments überrepräsentiert waren. Im Ergebnis konnte in der Wahrnehmung und Bewertung durch die Vorschullehrkräfte/-erzieher*innen eine signifikante Reduzierung der internalisierenden als auch externalisierenden Verhaltensprobleme beobachtet werden. Insbesondere vor dem Hintergrund der angstspezifischen Prävention konnte bei Kindern mit erhöhten Skalenwerten für Schüchternheit und Verschlossenheit vor der Intervention nach drei Monaten eine

Risikoreduktion für Verslossenheit gemessen werden. Diese beschriebenen Effekte sind der Teilnahme der Eltern und ihrer Kinder am Programm zugeschrieben worden.

Abschließend für dieses Kapitel der universellen Angstpräventionsprogramme bei Kindern und Jugendlichen ist auf eine japanische Studie von Urao et al. (2018) hinzuweisen. Das CBT-orientierte Angstpräventionsprogramm »*Journey of the Brave*« ist an insgesamt $N = 72$ Kindern mit einer Interventions- ($n = 41$) und Kontrollgruppe ($n = 31$) evaluiert worden. Im Rahmen eines universell ausgerichteten, quasi-experimentellen Studiendesigns haben Kinder im Alter von zehn bis zwölf Lebensjahren über insgesamt drei Messzeitpunkte (Prä-, Post- und Drei-Monats-Follow-Up-Test) an dieser kontrollierten Evaluationsstudie teilgenommen. Gerechnet wurde mit der Methode Mixed effect Model Repeat Measurement (MMRM). Folgender Befund konnte in dieser kleinen Stichprobe erhoben werden: In der SCAS-Auswertung zeigten sich in der Interventionsgruppe relativ zur Kontrollgruppe signifikante Effekte im Prä-Post-Vergleich ($-5,321$, 95%CI: $-10,12$ bis $-0,523$, $p < 0,05$) und in der Follow-Up-Analyse ($-7,104$, 95%CI: $-11,90$ bis $-2,306$, $p < 0,01$). Auch in der SDQ-Auswertung zeigten sich im Vergleich der beiden Gruppen signifikante Effekte, im Prä-Post-Vergleich ($-1,975$, 95%CI: $-3,989$ bis $0,038$, $p < 0,1$) und auch in der Follow-Up-Analyse ($-3,284$, 95%CI: $-5,297$ bis $-1,270$, $p < 0,01$). Diese Ergebnisse sind von den durchführenden Autor*innen als ein ausreichender Wirksamkeitsnachweis des CBT-geführten Trainings »*Journey of the Brave*« im Rahmen dieser kontrollierten Evaluationsstudie bewertet worden.

3.4 Selektive Angstpräventionsprogramme bei Kindern und Jugendlichen

Das Angstpräventionsprogramm »*Coping with Stress*« als CBT-orientiertes Konzept zur Prävention von Ängsten und Depressionen bei Adoleszenten ist in einem RCT-Design und im Rahmen selektiver Prävention mit einer Treatment- und Kontrollgruppe (Treatmentgruppe: $n = 25$, aktive Kontrollgruppe »*Let's Talk*«: $n = 21$) und zusätzlich einem Drei-Monats- und Sechs-Monats-Follow-Up untersucht worden (Dobson et al., 2010). Es zeigten sich im Wesentlichen zusammengefasst lediglich Zeiteffekte, aber keine signifikanten Gruppeneffekte oder auch keine signifikanten Interaktionseffekte (Gruppe * Zeit), sodass eine Wirksamkeit dieses Programms nicht hinreichend belegt werden konnte.

Aus dem europäischen Raum ist im Rahmen einer randomisiert-kontrollierten Untersuchung ein CBT-orientiertes Angst- und Depressionspräventionsprogramm für adoleszente Mädchen mit einem erhöhten familiären Risiko (d. h. Mädchen mit Elternteilen, die an einer depressiven Störung oder an einer Angststörung erkrankt waren) unter dem Namen »EEN SPRONG VOORUIT« im Hinblick auf seine Wirksamkeit mit einem Stichprobenumfang von $N = 142$ (davon waren $n = 69$ Mädchen in der Interventionsgruppe und $n = 73$ Mädchen in der Kontrollgruppe) analysiert worden (Rasing et al., 2018). Zu mehreren Zeitpunkten innerhalb der Durchführung des Programms und zusätzlich im Sechs-Monats-Follow-Up und Zwölf-Monats-Follow-Up (also zu insgesamt sechs Zeitpunkten) sind entsprechende Messungen durchgeführt worden. Für Depressionen konnten keine signifikanten Effekte ermittelt werden. Die Effektstärke in der Interventionsgruppe von der Baselinemessung zum Zwölf-Monats-Follow-Up war gering (Cohens $d = 0,35$), in Relation dazu zeigte sich kaum eine Effektstärke in der Kontrollgruppe (Cohens $d = 0,18$). Zwischen der Interventions- und Kontrollgruppe konnte bei den depressiven Symptomen am Zwölf-Monats-Follow-Up keine Effektstärke gemessen werden (Cohens $d = 0,16$). Äquivalent zu den depressiven Symptomen konnten bei den Angstsymptomen zu keinem Messzeitpunkt signifikante Effekte festgestellt werden. Die Effektstärke in der Interventionsgruppe von der Baselineerhebung zum Zwölf-Monats-Follow-Up ergab eine mittlere Effektstärke (Cohens $d = 0,58$), in der Kontrollgruppe allerdings ebenfalls eine mittlere Effektstärke (Cohens $d = 0,52$). Zwischen der Interventions- und Kontrollgruppe konnte bei den Angstsymptomen am Zwölf-Monats-Follow-Up keine Effektstärke (Cohens $d = 0,05$) beobachtet werden. In der Gesamtbewertung des Programms und seiner angenommenen und mit dieser Studie überprüften Wirksamkeit haben die Autor*innen konstatiert, dass das Konzept keine ausreichende Effektivität in der Interventionsgruppe im Vergleich zur Kontrollgruppe gezeigt hat und die untersuchten Mädchen offensichtlich nicht ausreichend von ihrer Teilnahme am Programm profitiert haben bzw. profitieren konnten (ebd., 8f.).

Das im Kontrast zu den schulbezogenen Ansätzen und den jeweiligen Evaluationsergebnissen stehende selektiv ausgerichtete Angstpräventionsprogramm »Cool Little Kids« ist ein evidenzbasiertes und inhaltlich ebenfalls auf den Prinzipien der kognitiven Verhaltenstherapie (CBT) basiertes Frühinterventionsprogramm für Kinder im Vorschulalter, das gegen Angstsymptome und emotionalen Stress aufklärt. Es ist ein Programm, das sich in erster Linie an Eltern wendet, deren Kinder etwas schüchterner,

ängstlicher, unsicherer und sozial gehemmter sind als ihre Gleichaltrigen, somit diese Verhaltensmerkmale als Risikomerkmale für die klinische Angstgenese bei diesen Kindern angenommen werden. Das Programm soll die Entwicklung einer übermäßigen Angst im Sinne einer psychopathologisch relevanten Ausprägung verringern und das Selbstvertrauen und das Selbstwerterleben der Kinder stärken. Es ist von Rapee und Kolleg*innen (2010a, Therapeuten- und Elternmanual) entwickelt worden. Im Rahmen von insgesamt sechs Gruppensitzungen werden Aspekte wie Erziehungsverhalten, Inhalte aus dem Bereich der kognitiven Umstrukturierung und Elemente aus der In-vivo-Exposition bearbeitet. Eine signifikante Wirksamkeit des Programms konnten Rapee et al. (2005; 2010b) in einem randomisiert-kontrollierten Studiendesign mit $N = 146$ ($n = 73$ Proband*innen in der Interventionsgruppe und $n = 73$ Proband*innen in der Kontrollgruppe; im Follow-Up befanden sich in der Interventionsgruppe noch $n = 65$ Proband*innen und in der Kontrollgruppe $n = 56$) drei- bis fünfjährigen Kindern belegen. So erhielten 50,8% Kinder der Interventionsgruppe innerhalb eines Zwölf-Monats-Zeitraums die Diagnose einer Angststörung, gegenüber den Kindern der Kontrollgruppe mit 63,5%. Auch im Sinne der Nachhaltigkeit des Effektes konnte auch im Zwei-Jahres-Follow-Up ein signifikanter Effekt gemessen werden: 39,5% der Interventionsgruppe wiesen eine Angststörungsdiagnose auf, dies gegenüber 68,8% in der Kontrollgruppe. In einem weiteren Follow-Up mit einer Stichprobe von $n = 103$ Proband*innen zeigte sich bei den Mädchen ein nachhaltig signifikanter Effekt: In der Interventionsgruppe erfüllten insgesamt 38,7% die diagnostischen Kriterien für eine Angststörung, hingegen in der Kontrollgruppe 61,3%. Die Jungen wiesen im geschlechtlichen Vergleich bei diesem Follow-Up deutlich geringere Differenzen zwischen der Interventions- und Kontrollbedingung auf (Rapee, 2013). Kennedy et al. (2009) evaluierten ebenfalls das Programm an einer Stichprobe von insgesamt $N = 71$ Kindern (Interventionsgruppe: $n = 35$, Kontrollgruppe: $n = 36$) im Alter von drei bis vier Jahren, die durch ihr gehemmtes Verhalten und ein Elternteil mit einer Angststörung als Kinder mit höher ausgeprägten Risikomerkmale identifiziert wurden. Nach sechs Monaten konnte im Sinne einer Wirksamkeit des Programms eine signifikante Reduktion des gehemmten Verhaltens der Kinder sowie eine Verringerung des Auftretens einer Angststörung festgestellt werden. So konnte bei 46,7% der teilnehmenden Proband*innen in der Interventionsgruppe keine Angststörung gegenüber 6,7% der Proband*innen in der Kontrollbedingung erzielt werden. Auch onlinebasierte Wirksamkeitsbefunde des

Programms (»Cool Little Kids Online«) liegen vor und belegen entsprechende Effekte (Morgan et al., 2016).

Die Gesamtheit dieser Studien belegt kontrastierend zu den schulbezogenen Präventionsprogrammen und entsprechenden Evaluationsbefunden hinreichend die Wirksamkeit des Programms bei jungen Kindern im Kontext selektiver Angstprävention. Es ist offenbar gut dazu geeignet, die Inzidenzrate von Angststörungen im Vorschulalter signifikant zu reduzieren.

Das familienbasierte und ebenfalls CBT-orientierte Programm »Coping and Promoting Strength (CAPS)« wurde innerhalb einer Evaluation mit einer kleinen Stichprobe von $N = 40$ Kindern zwischen dem siebten und dem zwölften Lebensjahr (das durchschnittliche Alter betrug $M = 8,94$ Lebensjahren, 45% der Probandengruppe waren Mädchen), deren Eltern die diagnostischen Kriterien für eine Angststörung aufwiesen und infolgedessen als Risikokinder bewertet wurden, im Hinblick auf seine Wirksamkeit untersucht (Ginsburg, 2009). Randomisierend zugewiesen wurden die Kinder in eine Interventionsgruppe mit $n = 20$ Kindern und eine Wartelistenkontrollgruppe mit ebenfalls $n = 20$ Kindern. Diese selektiv ausgerichtete Angstprävention führte im Endresultat dazu, dass bei insgesamt $n = 20$ Kindern der Interventionsgruppe die Entwicklung einer Angststörung innerhalb des nächsten Jahres vollständig vermieden bzw. verhindert werden konnte. Hingegen entwickelten in der Kontrollgruppe 30% der Kinder nach einem Jahr (Ein-Jahres-Follow-Up) eine Angststörung (generalisierte Angststörung: $n = 5$, soziale Phobie: $n = 1$). Auch konnte in der Interventionsgruppe verglichen mit der Kontrollgruppe die Ängstlichkeit der teilnehmenden Kinder reduziert werden. Die elterliche Zufriedenheit mit dem Training war insgesamt hoch. Die Autor*innen der Studie bewerteten das Studienergebnis positiv. Durch das »CAPS«-Programm konnte also auf einem signifikanten Niveau die Inzidenzrate von Angststörungen bei Kindern im Grundschulalter gesenkt werden.

Abschließend für den präventiven Teilbereich der selektiven Angstprävention soll auf die spanische Evaluationsstudie von Balle und Tortella-Feliu (2010) eingegangen werden. Aus einem Sample von $N = 613$ Kindern und Jugendlichen im Alter zwischen elf und 17 Jahren (61% davon waren weiblich) sind $n = 47$ Kinder und Jugendliche der Interventionsgruppe, $n = 45$ einer Wartelistenkontrollgruppe und $n = 53$ einer normalen Kontrollgruppe randomisiert zugeordnet worden. Das schulbasierte Kurzzeitprogramm basiert im

Wesentlichen auf den Prinzipien des »FRIENDS«-Programms. Die Proband*innen sind aufgrund einer hohen Angstsensitivität (> 80. Perzentile, *CASI: »Childhood Anxiety Sensitivity Index«*¹⁴) als Risikogruppe bewertet worden, die diagnostischen Kriterien für eine Angststörung waren allerdings nicht erfüllt. Die Intervention enthält insgesamt sechs Sitzungen mit inhaltlichen Elementen aus dem Bereich der Psychoedukation, Emotionsregulation und graduierten Angstexposition. Nach der Intervention, also in der Post-Messung, zeigte sich eine signifikante Abnahme der Angstsensitivitätswerte sowohl in der Interventions- als auch in der Wartelistenkontrollgruppe. Nach sechs Monaten traten nur noch partielle Unterschiede zwischen den Versuchsgruppen auf. In der Interventionsgruppe zeigte sich allerdings eine signifikant geringere Angstsensitivität ($p < 0,05$), die sich auf einem vergleichbaren Niveau mit den Angstsensitivitätswerten der normalen Kontrollgruppe befand. Kritisch und einschränkend für diesen ermittelten Effekt führten die Autor*innen weiter aus, dass infolge einer parallelen Abnahme der Angstsensitivitätswerte in der Wartelistenkontrollgruppe relativ zur Interventionsgruppe dies als ein Hinweis interpretiert werden kann, dass der Rückgang der Angstwerte größtenteils zeitabhängig erfolgt ist und somit die Veränderung der Werte nicht unmittelbar auf die durchgeführte Intervention zurückführbar ist.

Abschließend ist zu konstatieren, dass weitere kontrollierte Evaluationsstudien notwendig und erforderlich bleiben, um die Wirksamkeit und Effektivität selektiver Angstpräventionsprogramme belegen, bewertet und diskutieren zu können.

3.5 Indizierte Angstpräventionsprogramme bei Kindern und Jugendlichen

Im Rahmen einer indizierten Präventionsforschung zu Ängsten und Depressionen bei Kindern und Jugendlichen wurde das »FRIENDS«-Programm von Kösters et al. (2015) als ein schulbasiertes Programm für Kinder mit bereits eingesetzten Angst- und depressiven Symptomen untersucht. Als Grundlage für die evaluative Einschätzung wurden Selbstberichte und Beurteilungen der jeweiligen Lehrkräfte herangezogen. In einem quasi-experimentellen Studiendesign wurde bei einem Stichprobenumfang von $n = 339$ Kindern in

¹⁴ zum *CASI: »Childhood Anxiety Sensitivity Index«* siehe z. B. Adornetto et al., 2008; Silverman et al., 1991.

der Interventionsgruppe und $n = 157$ Kindern in der Kontrollgruppe (also mit einer Gesamtstichprobe von $N = 496$) in einem Alter von acht bis 13 Jahren über insgesamt vier Mess- und Erhebungszeitpunkte (Prä-, Post-, Sechs-Monats-Follow-Up und Zwölf-Monats-Follow-Up) das »FRIENDS«-Programm im Hinblick auf eine angenommene und zugleich zu überprüfende Wirksamkeit an insgesamt 25 Schulen in den Niederlanden evaluiert. Folgender Studienbefund konnte in diesem Zusammenhang im Wesentlichen erhoben werden: Die an der Studie teilgenommenen Kinder der Interventionsgruppe zeigten unmittelbar nach der Intervention eine signifikante Reduzierung der Angst- und Depressionswerte, relativ zu Kindern in der Kontrollgruppe. Dieses Ergebnis konnte über die gesamten Erhebungszeitpunkte der Studie hinweg aufrechterhalten bleiben. Über diese vier Messzeitpunkte konnten zudem kleine bis später mittlere Effektstärken gemessen werden. In der Interventionsgruppe zeigten Mädchen im Vergleich zu den Jungen in den Messzeitpunkten Sechs- und Zwölf-Monats-Follow-Up in der Selbsteinschätzung eine signifikant stärkere Abnahme der Ängste. Die gemessenen Effekte sind von den Autor*innen als Wirksamkeitsnachweis des Programms im Kontext indizierter Angst- und Depressionsprävention bei Kindern interpretiert worden.

Eine kleine iranische Studie zur indizierten Angst- und Depressionsprävention bei Kindern belegte zudem die Wirksamkeit des »FRIENDS«-Programms: Moharreri und Heydari Yazdi (2017) untersuchten bei einem RCT-Design mit einer Prä-, Post- und Drei-Monats-Follow-Up-Erhebung und einer kleinen Stichprobe von $n = 18$ Kindern in der Interventions- und $n = 17$ Kindern in der Kontrollgruppe die Effektivität des Programms. Die insgesamt $N = 35$ an der Studie teilnehmenden Proband*innen wiesen leicht-milde und moderate Symptome der Angst und Depression auf, die aus 248 männlichen zehnjährigen Schülern gescreent wurden. In der Postuntersuchung als auch im Drei-Monats-Follow-Up zeigten sich in den Angst- und Depressionswerten signifikante Veränderungen im Sinne einer Reduktion beider Gruppen ($p < 0,001$), zusätzlich auf den Skalen der *Hyperaktivität* ($p = 0,039$), der *Verhaltensprobleme mit Gleichaltrigen* ($p = 0,011$) und auf der Skala der *elterlichen Depression* ($p = 0,015$). Das *SDQ*-Rating erfolgte über die Eltern. Die Effektstärken der jeweiligen Angstwerte veränderten sich entsprechend der signifikanten Unterschiede von trivialen bis zu großen Effektstärken. Die Ergebnisse dieser Studie beurteilten die Autor*innen als positiv und interpretierten diesen Befund als eine ausreichend wirksame Effektivität des Programms im Kontext indizierter schulbasierter Angst- und Depressionsprävention bei Kindern im Grundschulalter.

Neben dem »*FRIENDS*«-Programm ist das US-amerikanische Angstpräventionsprogramm »*COPING CAT*« (Kendall & Hedtke, 2006) mitaufzuführen, das CBT-basiert ist und für sieben bis 13-jährige Adoleszente mit Trennungsängsten, sozialen Ängsten, generalisierten Ängsten und verwandten Ängsten inhaltlich ausgerichtet, also in diesem Sinne indiziert präventiv konzeptualisiert ist (Kendall et al., 2017). Die empirische Evidenz des Programms konnte in zwei US-amerikanischen Studien mit einem RCT-Studiendesign (Kendall, 1994; Kendall et al., 1997), zusätzlich auch innerhalb einer Evaluationsstudie in Norwegen (Villabø et al., 2018) und in Australien (Barrett et al., 1996) erfolgreich überprüft werden. Eine weitere RCT-Evaluationsstudie von van Starrenburg et al. (2017) bei ängstlichen Proband*innen mit insgesamt $N = 141$ (davon $n = 66$ Adoleszente in der Interventionsgruppe und $n = 75$ Adoleszente in der Kontrollgruppe) Kindern im Alter von sieben bis 13 Jahren belegte zudem die Wirksamkeit des Programms. Am Drei-Monats-Follow-Up wurde in der Selbsteinschätzung eine mittlere Effektstärke von $d = 0,66$ ermittelt. In der Interventionsgruppe berichteten am Prä-Zeitpunkt 67% der Kinder und Jugendlichen erhöhte Angstwerte, in der Kontrollbedingung 85%. Nach der Intervention mit dem *COPING CAT*-Programm berichteten am Drei-Monats-Follow-Up noch 38% der teilnehmenden Proband*innen aus der Interventionsgruppe und 59% aus der Kontrollgruppe erhöhte Angstwerte. In der mütterlichen Einschätzung konnte ebenfalls ein signifikanter Effekt vom Prä-Zeitpunkt zur Follow-Up-Messung festgestellt werden.

Als indiziertes Angstpräventionsprogramm ist zudem das australische Programm *COPING KOALA* (Barrett et al., 1996; Dadds et al., 1997) als modifiziertes Konzept des *COPING CAT*-Programms zu nennen, das ebenfalls als CBT-orientiert ausgerichtet ist. Die teilnehmenden Kinder erlernen Angstbewältigungsstrategien; insbesondere geht es dabei um das Erlernen von Entspannungstechniken, dem Kennenlernen von Techniken aus der kognitiven Verhaltenstherapie wie z. B. das Identifizieren funktionaler und dysfunktionaler Kognitionen, Selbstmanagementstrategien und dem Durchführen von In-vivo-Expositionen. Das Programm ist für Kinder im Grundschulalter und der Adoleszenz entwickelt. Als indiziertes Angstpräventionsprogramm kann es bei Kindern und Jugendlichen mit leichtem Auffälligkeitsverhalten als frühe Interventionsmaßnahme oder auch bei Kindern und Jugendlichen mit einer Angststörung, dann tendenziell mit einem psychotherapeutischen Fokus, eingesetzt werden. Das Programm konnte im Post-Test und im Sechs-Monats-Follow-Up im Rahmen einer Evaluationsstudie bei einer Stichprobe von $N = 128$

teilnehmenden Proband*innen im Alter von sieben bis 14 Lebensjahren von Dadds et al. (1997) in Relation zur Kontrollbedingung und unter Einbezug der Eltern als wirksam getestet werden. Im Zwölf-Monats-Follow-Up zeigten sich keine signifikanten Unterschiede zwischen der Interventions- und Kontrollgruppe, allerdings traten diese interessanterweise in einer weiteren Messung im 24-Monats-Follow-Up wieder auf: In der Interventionsgruppe erfüllten relativ zur Kontrollgruppe erheblich weniger Kinder die diagnostischen Kriterien für eine Angststörung. Zusätzlich berichteten die Eltern der Kinder aus der Interventionsgruppe im Vergleich zu den Kindern der Kontrollbedingung ein geringeres Vermeidungsverhalten (Dadds et al., 1999). Im Rahmen einer durchgeführten Replikationsstudie konnte nach erfolgter identischer Intervention unabhängig von Durchführenden (also z. B. von Lehrkräften oder psychologischem Personal) nach zwei oder nach vier Jahren allerdings kein Effekt gefunden werden (Hunt et al., 2009). Die Ergebnisse von Dadds et al. (1997; 1999) sind von den Autor*innen als ein vielversprechender Ansatz in der indizierten Angstprävention bei Kindern und Jugendlichen trotz der schwankenden und dadurch unterschiedlichen Ergebnisse interpretiert und bewertet worden.

Ein weiteres Präventionsprogramm für Jugendliche aus dem nord- und mittelamerikanischen Raum ist das Konzept *FAMILIAS UNIDAS* von Hilda Pantin und Guillermo Prado¹⁵, das ursprünglich als familienfokussiertes Programm zur Prävention von Substanzmittelmissbrauch und sexuellem Risikoverhalten (u. a. zur Vorbeugung von HIV-Infektionen) bei hispanoamerikanischen Adoleszenten und ihren Familien entwickelt wurde und zusätzlich unerwartet als positiven Nebeneffekt eine Reduktion internalisierender Verhaltensauffälligkeiten aufwies. In einer Evaluationsstudie des Programms zur indizierten Präventionsevaluation internalisierender Symptome von Brincks et al. (2018) konnte konstatiert werden, dass bei einer Gruppendifferenzierung und -zugehörigkeit der Jugendlichen in drei Gruppen (Adoleszente mit wenigen, durchschnittlichen und zahlreichen internalisierenden Verhaltensauffälligkeiten) abhängig von der jeweiligen Gruppenzugehörigkeit die teilnehmenden Jugendlichen im Hinblick auf die Entwicklung internalisierender Symptomatiken unterschiedlich stark vom *FAMILIAS UNIDAS*-Konzept profitierten bzw. unterschiedliche Effekte gemessen wurden. Die Gruppe der Adoleszenten

¹⁵ www.familias-unidas.info

mit „*high internalizing symptom levels*“, die im Sample ca. 13% ausmachten, profitierten von ihrer Teilnahme gegenüber den anderen beiden Gruppen am stärksten (ebd., 56f.).

Ein transdiagnostischer Behandlungsansatz für emotionale Störungen bei Kindern und Jugendlichen ist als adaptiver schulbasierter Präventionsansatz für Adoleszente (»*Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders: UP-A*«) von García-Escalera et al. (2019) für Ängste und Depressionen im Hinblick auf seine Wirksamkeit und Evidenzbasierung evaluiert worden. Aufgrund der emotionalen Problematiken der teilnehmenden Proband*innen ist bei diesem Projekt von indizierter Angst- und Depressionsprävention auszugehen. Das Programm für Adoleszente (*UP-A*) ist für Jugendliche im Alter von 13 bis 17 Jahren ausgelegt, das Programm für Kinder (*UP-C*) für das Altersspektrum sieben bis zwölf Lebensjahre. Insgesamt nahmen $N = 28$ Jugendliche in einem Durchschnittsalter von 14,67 Jahren an dieser Evaluationsstudie teil. Die Adoleszenten zeigten im Endresultat im Post-Test in Relation zur Prä-Erhebung eine Abnahme ihrer Angst- und Depressionssymptome. Bei den Ängsten insbesondere konnte eine signifikante Abnahme der sozialen Ängste, der generalisierten Angst und der Angstgesamtwerte auf einem signifikanten Niveau gemessen werden. Die Autor*innen werteten diesen Befund als einen Hinweis für einen möglichen Wirksamkeitsnachweis des Programms »*Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders – UP-A*« bei ängstlichen und depressiven Jugendlichen.

Ein anderes inhaltlich CBT-geführtes, transdiagnostisches Programm mit inkludierter Elternarbeit mit dem Namen »*EMOTION, Coping Kids Managing Anxiety and Depression*« (Martinsen et al., 2014) ist im Rahmen einer norwegischen indizierten schulbasierten Angst- und Depressionsstudie von Martinsen und Kolleg*innen (2018) in einem RCT-Design evaluiert worden. Mit einer gesamten Stichprobe von $N = 873$ Kindern im Alter von acht bis zwölf Jahren aus insgesamt 36 Schulen Norwegens (Interventionsgruppe: $n = 434$ Kinder aus 18 Schulen und $n = 439$ Kinder aus ebenfalls 18 Schulen in der Kontrollgruppe) und einer Prä-Post-Erhebung konnte folgender Befund erhoben werden: In der Selbsteinschätzung durch die Kinder konnte eine signifikante Reduzierung der Angst- und Depressionswerte ermittelt werden, in der Fremdeinschätzung durch die jeweiligen Elternteile konnten ebenfalls signifikante Reduzierungen der Depressionswerte festgestellt werden. Hingegen konnten keine signifikanten Effekte auf den Skalen für die Angstwerte

der Kinder beobachtet werden. Dieses Ergebnis wurde von Martinsen et al. (2018) dennoch positiv interpretiert und im klinischen Sinne als Hinweis aufgenommen, dass transdiagnostische Programme für internalisierende Symptome wie beispielsweise das eben angeführte Präventionsprogramm »*EMOTION, Coping Kids Managing Anxiety and Depression*« einen störungspräventiven Nutzen bei Kindern mit präerhöhten Angst- und Depressionswerten entwickeln kann.

3.6 Deutschsprachige Programme zur universellen, selektiven und indizierten Prävention von Angststörungen bei Kindern und Jugendlichen

Deutschsprachige etablierte, sowohl universell-basierte (Hillenbrand & Hens, 2010; Hillenbrand et al., 2009; Hinsch & Pfingsten, 2007) als auch indizierte und selektive (Ahrens-Eipper et al., 2009; Petermann & Petermann, 2006; Tuschen-Caffier et al., 2009) verhaltenstherapeutisch orientierte Präventionsprogramme für Kinder und Jugendliche sind zahlreich untersucht worden. Im Kontext dieser Evaluationen konnte die Wirksamkeit dieser Konzepte im Hinblick auf die intendierten Zielsetzungen insgesamt nachgewiesen werden. Es zeigten sich gute, mindestens aber ausreichende Effekte, auch die Follow-Up-Tests zeigten im Sinne der Nachhaltigkeit dieser Programme entsprechende Effekte (Gagel, 2007; Hennemann et al., 2011; Hens, 2009; Hillenbrand & Schell, 2010; Kühl, 2005; Lübben & Pfingsten, 2005; Melfsen et al., 2003; Ortbandt & Petermann, 2009; Pfingsten, 2009; Schell, 2011; Tuschen-Caffier et al., 2010). Im Unterschied zum »*Super Skills for Life*«-Programm, das schulbasiert, universell-präventiv und mit der deutlichen Fokussierung auf altersbezogene Angstthemen bei Kindern in dieser kontrollierten Evaluationsstudie ausgerichtet war, gehen die hier genannten Konzepte und Evaluationen überwiegend von einer bereits einsetzenden klinischen oder subklinischen Symptomatik aus und sind entsprechend selektiv-therapeutisch bzw. auch indiziert ausgerichtet. Das bedeutet, sie orientieren sich in der Vermittlung und im Training der Inhalte an den Schwierigkeiten und einer bereits begonnenen Symptomatik der Kinder. Das Programm von Hinsch und Pfingsten (2007) bildet hier eine Ausnahme, es handelt sich um ein allgemeines soziales Kompetenztraining für Jugendliche. Ebenfalls sind die Trainingsmodule „*Lubo aus dem All! - Vorschulalter*“ (Hillenbrand et al., 2009) und „*Lubo aus dem All! - 1. und 2. Klasse*“ (Hillenbrand & Hens, 2010) als allgemeine Verhaltenstrainings für Kinder im Vorschulalter

und für Schulanfänger aufzufassen und unterscheiden sich in diesem Sinne von den indizierten und selektiv-therapeutischen Programmen. Das Programm „*Lubo aus dem All! - Vorschulalter*“ (Hillenbrand et al., 2009) ist für das Alter von vier bis sechs Jahren konzipiert und enthält Elemente zur Ressourcenfokussierung, zum Aufbau und zur Unterstützung sozialer und emotionaler Skills im Kindergarten, zur Bewältigung anstehender Entwicklungsaufgaben und zur Förderung gelingender Transitionsprozesse in die Schule (Reicher & Jauk, 2012). Belege aus einer RCT-Untersuchung weisen kurz- und langfristige Effekte auf (Hillenbrand & Schell, 2010; Schell, 2011). Wirksamkeitsnachweise zum Trainingsmodul „*Lubo aus dem All! - 1. und 2. Klasse*“ liegen ebenso vor. In einem kontrollierten Prä-Post-Design mit einem Sechs-Monats-Follow-Up konnten positive Effekte im Bereich der sozialen und emotionalen Entwicklung ermittelt werden (Hennemann et al., 2011; Hens, 2009). Signifikante Verbesserungen konnten in diesem Zusammenhang nach der Intervention und im Follow-Up bei den Trainingsgruppenkindern gegenüber den Kindern der Kontrollbedingung im sozialen Problemlösen und der allgemeinen sozialen Anpassungsfähigkeit erzielt werden. Auch Hövel et al. (2016) berichteten im Kontext indizierter Prävention bei Kindern mit einem sonderpädagogischen Förderbedarf in den Bereichen der Lern- und Entwicklungsstörungen ebenso von signifikanten Effekten des Programms in der sozialen und emotionalen Kompetenz im Sinne einer Zunahme prosozialen Handlungswissens und einem Rückgang sozial unangemessener Handlungsmöglichkeiten in Problemsituationen.

Ein weiteres sozioemotionales Kompetenztraining für das Grundschulalter ist das »*Programm zur Förderung Alternativer Denkstrategien – PFADE*« (Jünger & Eisner, 2009; Jünger, 2010). Es ist die Adaptation des nordamerikanischen Programms *PATHS* (»*Promoting Alternative Thinking Strategies*«; Greenberg et al., 1995) und unterstützt die Reduzierung externalisierenden aggressiven und non-aggressiven Verhaltens sowie internalisierenden Problemverhaltens und des (späteren) Substanzmissbrauchs. Innerhalb internalisierenden Verhaltens sind Verhaltensmuster wie Traurigkeit, Depressivität, Ängstlichkeit sowie sozialer Rückzug, Nervosität, Bedrücktheit und Niedergeschlagenheit subsumiert. Inhaltlich wird dabei an Themen wie beispielsweise Emotionsregulation, Selbstwerterleben, Selbstkontrolle, sozialen Problemlösestrategien oder am Umgang mit Freundschaften, Beziehungen und Konflikten gearbeitet. Mehrere Wirksamkeitsevaluationen in den USA, den Niederlanden und der Schweiz konnten signifikant positive Effekte

aufweisen (Jünger & Eisner, 2009). Beispielsweise zeigten sich positive Effekte in den Aufmerksamkeitsdefiziten, in nicht-aggressiven Verhaltensproblemen, im oppositionellen Verhalten sowie im Kontext von Aggression und Gewalt.

Ergänzend und hierzu erweiternd sollen an dieser Stelle weitere allgemeine Förderprogramme für Kinder und Jugendliche zum Auf- und Ausbau von Resilienz im Sinne der Stärkung sozioemotionaler Kompetenz angeführt werden. Die Förderung und Unterstützung sozialer und emotionaler Kompetenzen ist ein zentraler Bestandteil der kindlichen Entwicklung. Die frühe Förderung sozial-emotionaler Fertigkeiten im präventiven Sinne zeigt kurz- und längerfristige positive Auswirkungen auf unterschiedliche Lebenskontexte bei Kindern wie Sozialverhalten, Lernmotivation, schulische Entwicklung und physische wie auch psychische Gesundheit. Insbesondere Risikokinder profitieren gut von der Teilnahme an entsprechenden Förderprogrammen (Wiedebusch & Petermann, 2011). Das Zentrum für Klinische Psychologie und Rehabilitation der Universität Bremen unter der Leitung von Prof. Dr. Franz Petermann (1953-2019) hat mehrere entwicklungsorientierte verhaltenstherapeutisch ausgerichtete universell-präventive und schulbasierte Programme für Kinder und Jugendliche systematisch entwickelt und evaluiert (zum Überblick vgl. Heinrichs et al., 2013; Reicher & Jauk, 2012). Diese setzen bereits im frühen Kindesalter an (Kindergartenalter) und bauen modulhaft bis ins Jugendlichenalter soziale und emotionale Kompetenzen zur Prävention psychischer Störungen aufeinander auf. Alle Konzepte können interdisziplinär durch Erzieher*innen im Kindergarten oder Lehrer*innen in der Schule, sowohl in Gruppen als auch im Einzelkontakt, durchgeführt werden, sind pädagogisch und therapeutisch einsetzbar und entsprechend ihrer Ausrichtung und Zielgruppe methodisch, didaktisch und inhaltlich aufeinander und auf das Alter und den Entwicklungsstand der Kinder und Jugendlichen abgestimmt (vgl. Petermann, 2012). Im Folgenden sollen diese kurz skizziert und entsprechende Evaluationen dargestellt werden.

Für Schulanfänger entwickelten Petermann et al. (2013a) ein Verhaltenstraining für die ersten und zweiten Grundschulklassen zur Förderung sozialer Fähigkeiten. Der Fokus dieser Intervention liegt auf der Entwicklung sozialer Problemlösefertigkeiten. Gerken et al. (2002) konnten im Rahmen einer Prä-Post- und Follow-Up-Untersuchung mit Kontrollgruppe eine signifikante Reduktion aggressiver, unaufmerksamer und ängstlicher Verhaltensweisen feststellen. Im Sechs-Monats-Follow-Up konnte dieser Befund bestätigt werden. Weitere

Evaluationsergebnisse konnten die Wirksamkeit des Programms für Schulanfänger zudem belegen (Natzke & Petermann, 2009; Petermann & Natzke, 2008).

Ein weiteres schulbasiertes Training für Kinder im Grundschulalter zur Unterstützung und Förderung sozial-emotionaler Kompetenzen (Petermann et al., 2013b) wurde in einem quasi-experimentellen Studiendesign durch von Marees und Petermann (2009) anhand von $N = 85$ Kindern (Interventionsgruppe: $n = 58$, Kontrollgruppe: $n = 27$) aus insgesamt fünf Klassen evaluiert. Inhaltlich ging es um die Vermittlung und das Einüben emotionaler Kompetenzen (z. B. Gefühlswahrnehmung, Diskrimination von Emotionen etc.) und sozialer Fähigkeiten (z. B. Problemlöseverhalten bei Konflikten, Selbstbehauptung etc.). In der Bewertung der Lehrkräfte zeigten sich im Prä-Post-Vergleich und Ein-Jahres-Follow-Up bei den behandelten Kindern eine signifikante Zunahme an sozialen Kompetenzen sowie eine signifikante Reduktion sozial-emotionaler Symptome (z. B. die Verringerung aggressiver und oppositioneller Verhaltensweisen). In der Bewertung der Kinder konnten diese Veränderungen allerdings nicht gemessen werden.

Im Aufbautraining für soziale Kompetenzen mit Jugendlichen (Petermann & Petermann, 2010) mit dem Schwerpunkt sozio-emotionale Kompetenzen wurde ein entwicklungsorientierter Behandlungsrahmen auf die anstehende Ausbildungs-, Arbeits- und Berufswelt fokussiert. Im Rahmen einer klein geführten Evaluation konnten signifikante Verbesserungen in der Interventionsgruppe festgestellt werden (Roos & Petermann, 2005). In einer weiteren Untersuchung mit einem quasi-experimentellen Prä-Post-Studiendesign konnte ebenfalls eine zufriedenstellende Effektivität des Programms ermittelt werden, auch im Sechs-Monats-Follow-Up. Gemessen wurde hierbei mit dem *Strength and Difficulties Questionnaire (SDQ)*, die Effektstärken variierten zwischen $d = 0,46$ und $d = 0,86$ (Koglin et al., 2010).

Der Vollständigkeit halber soll noch auf das Verhaltenstraining für den Kindergartenbereich von Koglin und Petermann (2013) hingewiesen werden. Dieses Förder- und Präventionsprogramm ist auf den Aspekt sozial-kognitiver Informationsverarbeitungsprozesse und auf die Förderung sozialer und emotionaler Kompetenzen bezogen. Die Wirksamkeit dieses Programms konnte ebenfalls belegt werden (Koglin & Petermann, 2011; Wadepohl et al., 2011). Hierzu ergänzend kann als sozio-

emotionales Training für Kinder im Vorschulalter (Kinder im Alter zwischen drei bis fünf Lebensjahren) das Programm *Strengthening Early Emotional Development (SEED)* angeführt werden, dass im Rahmen einer kleinen Stichprobe ($N = 16$) und indizierter Prävention zu drei Messzeitpunkten (Prä- und Post-Test sowie ein Drei-Monats-Follow-Up) ohne Referenzgruppe evaluiert wurde (Fox et al., 2012). Signifikante Effekte (z. B. im Angsterleben der Kinder und im Emotionswissen als Tool für soziale Kompetenz) konnten sowohl im Post-Test als auch im Follow-Up gefunden werden. Allerdings ist aufgrund der sehr kleinen Stichprobe und vor dem Hintergrund der Abstinenz einer Kontrollbedingung die empirische Evidenz dieser Untersuchung als fraglich zu beurteilen.

Ein weiteres universelles Präventionskonzept für den schulischen Bereich ist das *Sozialtraining in der Schule* von Petermann, Jugert, Tänzer und Verbeek, welches mittlerweile in der dritten Auflage vorliegt (2012). Es ist ein verhaltenstherapeutisch ausgerichtetes soziales Kompetenztraining für die Klassen drei bis sechs aller Schulformen und beinhaltet Aspekte wie z. B. Fremd- und Selbstwahrnehmung, Kommunikations- und Kooperationsverhalten oder die Reflexion eigener Verhaltensweisen. Im Rahmen einer kontrollierten Evaluationsstudie mit $n = 22$ zehn- bis elfjährigen Kindern einer Klasse eines österreichischen Bundesgymnasiums, die mit $n = 21$ Kindern einer zweiten Klasse als Kontrollgruppe verglichen wurden, zeigten sich signifikante Veränderungen im Sinne einer Reduzierung aggressiven Verhaltens, von Angstsymptomen und der Abnahme von Schulunlust. Allerdings waren bei der Prüfungsangst und bei den Selbstwirksamkeitserwartungen keine Interventionseffekte messbar (Riffert, 2000). Das »GO!«-Programm (»Gesundheit und Optimismus«) von Junge et al. (2002) als schulisches Präventionsprogramm gegen Ängste und Depressionen bei Jugendlichen dient vorrangig der universalen und selektiven Prävention. Es basiert auf verhaltenstherapeutischen Grundlagen wie beispielsweise der Selbstkonfrontation, dem Aufbau positiver Aktivitäten, dem Erlernen von Problemlösefähigkeiten und Entspannungsverfahren. Mehrere Evaluationsstudien zeigten heterogene Befunde. In einer ersten Evaluation mit Kontrollgruppendedesign ($N = 702$) zeigten sich kurz- bis mittelfristig positive Effekte im Hinblick auf dysfunktionale Kognitionen, Vermeidungsverhalten, soziale Probleme und soziale Kompetenz. Jedoch konnten im 15-Monats-Follow-Up keine signifikanten Effekte mehr gemessen werden. Spezifisch auf die Aspekte von Angst und Depression konnten keine signifikanten Effekte beobachtet werden (Junge et al., 2007; Manz et al., 2001; Neumer et al., 2001). Weitere

Untersuchungen belegten aber positive Effekte auf Aspekte wie Angst und Stresserleben bei den Jugendlichen ($n = 100$), weniger auf depressive Symptome (Reicher et al., 2007) oder bei einer anderen Untersuchung ($n = 31$) signifikante positive Effekte im Sechs-Monats-Follow-Up auf Bereiche der sozialen Kompetenz, des Wissenszuwachses, des Selbstwertes und der depressiven Symptome. Allerdings konnten keine signifikanten Veränderungen in den dysfunktionalen Kognitionen, in der Lebenszufriedenheit, im Vermeidungsverhalten und in dem Angsterleben der Jugendlichen gemessen werden (Junge et al., 2007). Eine Metaanalyse belegte zusätzlich die Wirksamkeit dieses Programms im Hinblick auf die Wissenserhöhung bezüglich der Störungsform und beschrieb positive Effekte auf die Angstsymptomatik (Casale et al., 2014).

Im vorliegenden Forschungsbefund zum gegenwärtigen Stand der Wissenschaft und Forschung im Bereich der Angstprävention bei Kindern und Jugendlichen wird einerseits deutlich, dass vielversprechende Programme zur Prävention hinsichtlich selektiver Indikationen durchaus bestehen. Andererseits ist bzgl. universeller schulbasierter spezifischer Angstprävention im deutschen Sprachraum durch einen offensichtlichen Mangel an universell fokussierten Angstprogrammen eine wissenschaftliche Versorgungs- und Forschungslücke zu konstatieren. Dieses Defizit soll im Rahmen der vorgelegten Untersuchung zur empirischen Evidenz des Angstpräventionsprogramms »Super Skills for Life« (Essau & Ollendick, 2013), welches neben der Integration kognitiver Techniken auch zusätzlich In-vivo Exposition unter partieller Hinzuziehung der Videofeedbackmethode bereithält, zumindest teilweise geschlossen werden.

3.7 Zusammenfassung

In der Präventionspsychologie wird zwischen universeller/universalen, selektiver und indizierter Prävention differenziert (Klosterkötter & Maier, 2017). Universelle/universale Prävention ist ungerichtet, unselektiv und bezieht sich in aller Regel auf eine Gesamtheit einer Population, die kein signifikant erhöhtes Erkrankungsrisiko aufweist (ebd.). Selektive Prävention bezieht sich innerhalb einer Population auf eine Risikogruppe, die zwar noch keine klinisch signifikanten Symptome aufweist, allerdings durch ein oder mehrere Merkmale in Relation zur Allgemeinbevölkerung ein erhöhtes Erkrankungsrisiko aufweist

(z. B. bei Kindern und Jugendlichen mit einem psychisch erkrankten Elternteil) (Wiegand-Grefe & Petermann, 2016). In der indizierten Prävention sind erste klinische Anzeichen und Normabweichungen innerhalb einer Population erkennbar, allerdings reichen diese noch nicht für eine klinisch signifikante Symptomatik im Sinne einer entsprechenden Störungs- und Krankheitswertigkeit aus (Gordon, 1983). Die betroffenen Kinder und Jugendliche befinden sich also in einem prämorbidem Stadium.

Vorteile der universellen/universalen Präventionsprogramme liegen sicherlich in der breiten Ansprache und dem Erreichen von allgemeinen Populationen, können allerdings auch recht unspezifisch sein und somit eine gewisse inhaltliche Ungenauigkeit aufweisen. Insbesondere in einer breiten und gleichmäßig verteilten Streuung von Risiken einer Gesamtbevölkerung sind universelle/universale Programme sinnhaft. Selektive Präventionsprogramme erlauben aufgrund ihrer Spezifität eine zielgruppengerechte Umsetzung bei Risikogruppen, sind also zielgerichteter, weisen allerdings für die Gesamtbevölkerung einen geringen Effekt auf. Analog kann dieser Aspekt auch auf den Bereich indizierter Prävention transferiert werden, also auf Personengruppen mit entsprechendem Risikoverhalten oder mit ersten Problemanzeichen.¹⁶

Im Rahmen dieser empirisch angelegten Evaluationsstudie sind Metaanalysen zur kinder- und jugendpsychologischen Angstprävention universelle/universale, selektive und indizierte Angstpräventionsprogramme bei Kindern und Jugendlichen untersucht und im Hinblick auf ihre Effektivität beurteilt worden. Zusammenfassend lässt sich folgender Befund konstatieren: In den im Rahmen dieser Dissertationsschrift angeführten und zitierten Metaanalysen zeigte sich im Gesamteindruck ein heterogenes und somit uneindeutiges Ergebnis, was die Frage nach der empirischen Evidenz dieser Programme aufwirft. Eindeutig zeigten sich die selektiven und indizierten Angstprogramme gegenüber den universellen/universalen Programmen im Kontext überprüfter signifikanter Effekte und Effektstärken überlegen. Überwiegend wiesen diese Metaanalysen partiell signifikante Effekte auf, vielfach mit leichten bis maximal mittelgradigen Effektstärken, teilweise aber auch ohne nachgewiesene Effekte, inkludiert in diesem Zusammenhang auch fehlende Langzeiteffekte.

¹⁶ zu Vor- und Nachteilen *universeller/universalen, selektiver und indizierter* Prävention vgl.:

<https://www.infodrog.ch/de/wissen/praeventionslexikon/praevention.html>

Bei der universellen Angstprävention bei Kindern und Jugendlichen ist das universelle Präventionsprogramm »*FRIENDS*« von Barrett und Kolleg*innen (2003a; 2003b) zur Angst- und Depressionsprophylaxe das am häufigsten untersuchte Programm mit einer überwiegend hinreichend belegten Wirksamkeit, die in zahlreichen, kulturübergreifenden Evaluationsstudien dokumentiert ist zu nennen. Auch weitere universelle Programme zeigten in überwiegender Form signifikante Effekte, allerdings muss für den universellen Rahmen einschränkend konstatiert werden, dass die herangeführten Evaluationsstudien durchgeführt wurden, ebenfalls teilweise mit einem kleinen Stichprobenumfang, was die kritische Frage nach der Repräsentativität und Aussagefähigkeit der ermittelten Ergebnisse aufwirft. Bei den selektiven Angstpräventionsprogrammen von Kindern und Jugendlichen zeigte sich ebenfalls ein heterogenes Bild mit unterschiedlichen Wirksamkeitsbelegen. Einige Programme konnten im Rahmen ihrer empirischen Evaluation im Hinblick auf ihre Effektivität hinreichend belegt werden, andere wiederum blieben einen Wirksamkeitsnachweis schuldig.

Bei den indizierten Angstpräventionsprogrammen von Kindern und Jugendlichen konnten in der Gesamtzusammenfassung nahezu alle in dieser Dissertation angeführten und untersuchten Programme im Kontext ihrer Effektivität hinreichend belegt und empirisch abgesichert werden. Allerdings muss auch hier einschränkend angeführt werden, dass die zitierten Studien teilweise kleine Stichproben aufwiesen, was auch hier die Frage der repräsentativen Aussagekraft und -fähigkeit der Ergebnisse im Sinne empirischer Evidenz aufwirft.

Bei den deutschsprachigen universellen, selektiven und indizierten Präventionsprogrammen für Kinder und Jugendliche ist zu konstatieren, dass diese weitgehend in zahlreichen Untersuchungen empirisch abgesichert wurden, wenngleich die Ergebnisse auch hier als heterogen zu beurteilen sind. Die angeführten Programme mit einer universellen inhaltlichen Fokussierung sind konzeptionell mehrheitlich allgemeine soziale Kompetenzprogramme und -trainings, weniger angstspezifisch. Ihre untersuchten Effekte im Hinblick auf die angenommene empirische Evidenz sind ebenfalls entsprechend belegt und dokumentiert.

Abschließend ist festzustellen, dass in Deutschland trotz zahlreicher Programme mit zielgruppenspezifischen Ausrichtungen und Fokussierungen allerdings ein Versorgungs- und Forschungsdefizit im Zusammenhang mit schulbasierten universellen Angst-

präventionsprogrammen für das Kindes- und Jugendalter festzustellen ist. Mit der Vorlage dieser Dissertation soll diese Forschungslücke zumindest partiell geschlossen werden. Der überwiegende Anteil der in dieser Arbeit zitierten und untersuchten Programme sind störungsgruppenunspezifisch. Diese sind in ihrer charakterisierenden Beschreibung eher als Programme zur Förderung und Unterstützung sozialer Kompetenz bei Kindern und Jugendlichen aufzufassen, weisen somit einen sehr schwachen Angstbezug auf. Das in dieser Dissertation im Kontext empirischer Evidenz untersuchte CBT-geführte »*Super Skills for Life*«-Programm (Essau & Ollendick, 2013) weist in der theoretischen Fundierung vor dem Hintergrund der expositionsbasierten Übungen eben diese Angstfokussierung konsequent deutlicher auf und kann somit als Möglichkeit herangezogen werden, dieses oben beschriebene Defizit zumindest anteilig zu reduzieren.

4 Angstpräventionsprogramm »*Super Skills for Life*«

4.1 Präventionsprogramm »*Super Skills for Life*«

Im Rahmen dieses Kapitels wird das zu evaluierende Programm »*Super Skills for Life*« (Essau & Ollendick, 2013) als universelles Präventionskonzept in seiner Grundsätzlichkeit als verhaltensbezogenes und -orientiertes Förderprogramm einerseits zum Abbau von Ängsten im Grundschulalter, andererseits zum Aufbau sozialer Kompetenzen vorgestellt und beschrieben. Neben der allgemeinen und themenspezifischen Beschreibung des Programms werden die im Konzept angewandten Methoden vorgestellt und erläutert. Zusätzlich und abschließend für dieses Kapitel werden die bisherigen empirischen Evaluationen von »*Super Skills for Life*« berichtet.

4.2 Deskription des Präventionsprogramms

Das Programm »*Super Skills for Life*« (Essau & Ollendick, 2013) ist ein kognitiv basiertes, verhaltenstherapeutisch orientiertes und ausgerichtetes Konzept. Es orientiert sich in seinen Grundzügen an den wesentlichen und charakteristischen Merkmalen des Modells der »Cognitive Behavior Therapy« (CBT¹⁷), also an der Programmatik der sich in den 1960er Jahren entwickelten und etablierten kognitiven Verhaltenstherapie (KVT), die sich aus dem Kognitivismus heraus und in der inhaltlichen Abgrenzung zur behavioristischen Psychologie begründete und auf die Herausbildung intraindividuelle Introspektion und auf die kognitive Modifikation dysfunktionaler, also selbstwertschädigender Grundannahmen und Kognitionen setzt. Wesentliche Vertreter der kognitiven Verhaltenstherapie sind der US-amerikanische Psychotherapeut Albert Ellis (1913-2007) und seine »Rational-Emotive-Therapie« (RET) bzw. die »Rational-Emotive-Verhaltenstherapie« (REVT), Aaron T. Beck (geb. 1921), ein US-amerikanischer Psychiater und Psychotherapeut und sein Modell der »kognitiven Triade« und der »Denkfehler« sowie Donald Meichenbaum (geb. 1940), ein US-amerikanischer Psychotherapeut und sein Modell des »Stressimpfungstrainings« und der

¹⁷ Zur Evidenzbasierung der CBT-Methode siehe das Kapitel 2.5 in diesem Manuskript.

»Selbstinstruktionen« (Kriz, 2014). »*Super Skills for Life*« basiert also auf den Grundzügen der kognitiven Verhaltenstherapie, ist also in diesem Sinne ein CBT-fundiertes Modell. Es ist ein Resilienzaufbauprogramm und fokussiert im Besonderen auf das Wahrnehmen und Erkennen eigener und fremder Emotionen, die Auseinandersetzung mit funktionalen und dysfunktionalen Kognitionen, die Förderung sozio-emotionaler Kompetenzen und das Einüben von Selbstmanagementstrategien wie z. B. Copingverfahren im Umgang mit Konflikten oder das Erlernen von Entspannungstechniken. Das Programm ist in acht Themenbereiche untergliedert, orientiert sich an operanten Verfahren (wie bspw. dem Einsatz von Verstärkern im Sinne eines Verstärker- und Belohnungssystems) und ist bei Kindern im Grundschulalter grundsätzlich anwendbar.

Im besonderen Maße unterscheidet sich das Programm von den sonstigen Programmen durch die Videofeedbackmethode und einer hierzu vorangegangenen kognitiven Vorbereitung. Es integriert in mehreren Sitzungen methodisch den Gebrauch von Videoaufzeichnungen, die zu einer visualisierten Rückmeldung des eigenen Verhaltens in einer Gruppe führen. Auf dieser Ebene können weitere Reflexionsprozesse im Gruppentraining angebahnt und angestoßen werden. Die Kinder werden zudem zu Beginn und am Ende des Trainings im Rahmen der Videofeedbackmethode aufgenommen, um trainingsbedingte phänomenologische Unterschiede im Auftreten der Kinder einzuschätzen und zu visualisieren (siehe Kapitel 4.3 in diesem Manuskript). Auch während des Trainings werden bspw. im Rahmen von vorbereiteten und im Anschluss daran reflektierten Rollenspielen (soziale Kompetenzen) Videoaufzeichnungen als Feedbacktechnik erstellt und für den Trainingsprozess eingesetzt.

Im »*Super Skills for Life*«-Programm kommen unterschiedliche Methoden zum Einsatz. Dabei bilden insbesondere verhaltenstherapeutische Methoden den Schwerpunkt. Die nachfolgende Auflistung stellt eine Zusammenfassung der wichtigsten Methoden des Trainings dar:

- *Kognitive Verhaltenstherapie* (KVT/CBT) (Identifikation von funktionalen vs. dysfunktionalen Kognitionen, beispielhafte Erarbeitung von funktionalen „realistischeren“ Kognitionen),

- *Verhaltensanalyse* (Kognitionen -> Emotionen -> Verhalten), Verstehen von Verhalten (im Sinne von: Wie entsteht Verhalten? Wie beeinflusst unser Verhalten das Verhalten anderer Menschen? Wie kann ich mein eigenes Verhalten und Erleben für mich verstehbar machen und wo kann ich Veränderungen initiieren?),
- *Soziales Kompetenz- und Skillstraining* (Rollenspiele, Kontaktaufnahme und Kontaktgestaltung, Umgang mit Konflikten/Konfliktmanagement, Erlernen von Problemlösungsstrategien, Verhaltensbeobachtung und Verhaltensbewertung, Videofeedback),
- *Emotionsbasierte Techniken* (Erkennen und Wahrnehmen von Emotionen bei sich selbst und bei anderen Menschen, Emotionsdiskrimination, Emotionen ausdrücken, Körpersprache, Mimik & Gestik, Emotionen verstehen/Theory of Mind),
- *Expositionstraining in vivo* (Konfrontationstraining durch die Videofeedbacktechnik im Rahmen von bspw. kleinen Präsentationen und Rollenspielen),
- *Operante Verfahren, im Programm: Verstärker- und Belohnungssystem* (im Hinblick auf die Teilnahme und das Erledigen von Trainingsaufgaben),
- *Ressourcenaktivierung*: Utilisation von intraindividuellen Ressourcen für den Trainingsprozess,
- *Psychoedukation* (durch bspw. verhaltensanalytische Aspekte zur Erklärung des Aufbaus und der Aufrechterhaltung von Verhalten),
- Erlernen von *Entspannungsverfahren* (Progressive Muskelrelaxation/PMR, Atemtechnik, Visualisierung/Imagination),
- *Trainings-Hausaufgaben* (zur Vertiefung und zum Transfer des Erlernten im häuslichen Umfeld).

Weiterführende Erläuterungen zur Definition, Anwendungsindikation und zur Evidenzbasierung dieser verhaltenstherapeutischen Methoden finden sich exemplarisch bei Petermann (2019) und Linden & Hautzinger (2015).

4.3 Aufbau und Struktur des Programms

Der Aufbau und die Struktur des »Super Skills for Life«-Programms ist für insgesamt acht Themenbereiche (sogenannte »sessions«) ausgelegt, die nachfolgend beschrieben werden

Session 1: Einführung – Es erfolgt eine einführende Session in das Thema „Emotionen“, insbesondere in die Grundemotion Angst. Es werden die Gruppenregeln für das Training unter Partizipation der Gruppenteilnehmer festgelegt. Das Thema des Selbstwertes, die Definition, Beispiele für unterschiedliches Selbstwelterleben und vor dem Hintergrund eigener Erfahrungen wird innerhalb dieses Themas behandelt. Zusätzlich wird der über den gesamten Trainingsdurchlauf eingesetzte Verstärkerplan und das Belohnungssystem als operante Methode zur Verhaltensverstärkung vorgestellt. Es erfolgt eine Selbstpräsentation unter Zuhilfenahme der Videofeedbacktechnik vor der Gruppe als erste In vivo-Expositionsübung.

Session 2: Beim zweiten Thema geht es um *Emotionen*, die bei Menschen, ausgelöst durch unterschiedliche Situationen und Reaktionen anderer Menschen, entstehen können. Dabei geht es im Besonderen um Fragestellungen wie: Welche Emotionen sind den Gruppenteilnehmern bekannt? In welchen Situationen treten welche Gefühle auf? Es geht also um Gefühle wahrnehmen lernen, Gefühle bei sich und bei anderen erkennen können, um die Mimik und die Gestik als auch um die Körpersprache sowie um ihre soziale Bedeutung im Kontakt- und Interaktionsverhalten. Abbildung 9. Arbeitsblatt »Super Skills for Life«, Session 2: *Gefühle erkennen* zeigt einen Auszug zum Thema Gefühle erkennen und wahrnehmen.

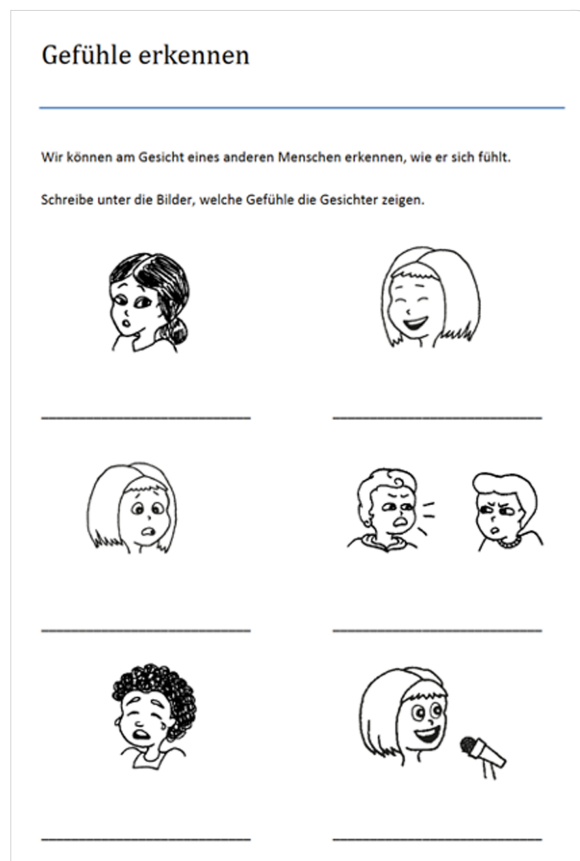


Abbildung 9. Arbeitsblatt »Super Skills for Life«, Session 2: Gefühle erkennen

Session 3: Beim dritten Thema geht es um *Kognitionen*. Es wird zunächst zwischen funktionalen und dysfunktionalen Kognitionen diskriminiert (also zwischen hilfreichen und nicht-hilfreichen Gedanken). Im weiteren Verlauf geht es um die Sensibilisierung und das Erlernen eines angemessenen Umgangs mit den eigenen Kognitionen. Diese Session basiert im Wesentlichen auf den Methoden der kognitiven Verhaltenstherapie (KVT). Abbildung 10. Arbeitsblatt »Super Skills for Life«, Session 3: *Funktionale und dysfunktionale Kognitionen* zeigt einen Auszug aus dem Themenabschnitt *Kognitionen*, in dem anhand eines Beispiels die Differenzierung zwischen funktionalen und dysfunktionalen Kognitionen erklärt wird.

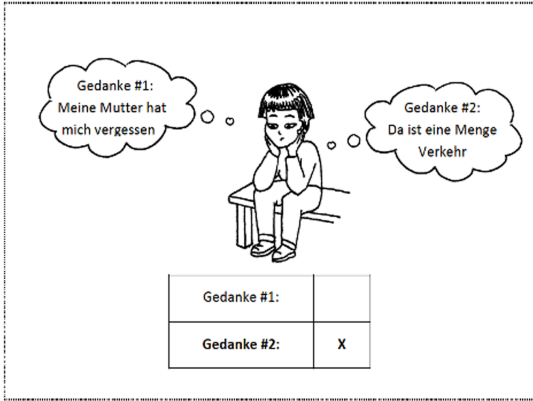
Hilfreiche und nichthilfreiche Gedanken

Situation: Anwar wartet auf dem Spielplatz auf seine Mutter. Sie ist etwa 30 Minuten zu spät.

Unten sind zwei Gedankenblasen.

- Eine Gedankenblase ist HILFREICH, um Anwar die Situation bewältigen zu lassen.
- Eine Gedankenblase enthält Gedanken, die Anwar ängstlich machen.

Das Kreuz in der Box zeigt, wie Anwars Gedankenblase 2 besser hilft, die Situation zu bewältigen.



Gedanke #1:	
Gedanke #2:	X

Abbildung 10. Arbeitsblatt »Super Skills for Life«, Session 3: Funktionale und dysfunktionale Kognitionen

Session 4: In dieser Session geht es um die Erarbeitung des Zusammenhangs und die Herstellung der *Verbindung von Kognitionen, Emotionen und Verhalten*. Es werden verhaltensanalytische Aspekte aus dem Bereich der kognitiven Verhaltenstherapie herausgearbeitet. Dabei geht es darum, die teilnehmenden Kinder dafür zu sensibilisieren, dass Verhalten durch kognitive und emotionale Prozesse gesteuert und beeinflusst wird. In mehreren Übungen werden Beispiele für förderliches und hemmendes Verhalten im Sinne der Entstehung angenehmer und unangenehmer Emotionen erarbeitet und besprochen. Darüber hinaus erfolgt zum Abschluss dieses Themas eine kurze Sequenz zu Körpersignalen und ihrer Entstehung. Abbildung 11. *Arbeitsblatt »Super Skills for Life«, Session 4: Körpersignale* zeigt hierzu ein Arbeitsblatt, das unterschiedliche Körpersignale zeigt und die teilnehmenden Kinder angehalten werden, diejenigen Körpersignale anzukreuzen, die die Kinder wahrnehmen, wenn sie aufgeregt oder nervös sind.

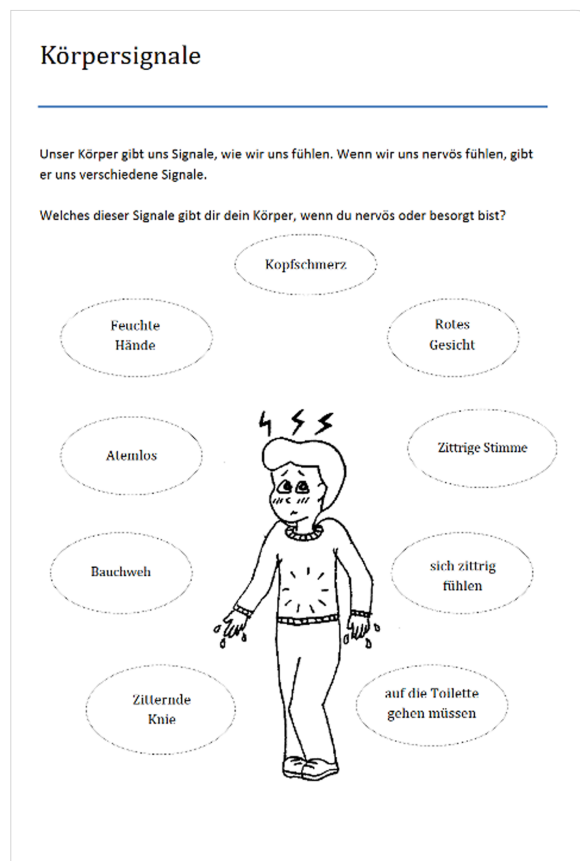


Abbildung 11. Arbeitsblatt »Super Skills for Life«, Session 4: Körpersignale

Session 5: Innerhalb dieser fünften Session geht es um das Thema *Entspannung*. Nach einer kurzen theoretischen Einführung in das Thema, u. a. mit den Fragen wozu Entspannung gut ist, welche positiven Auswirkungen Entspannung hat und welche Entspannungsstrategien die Kinder selbst bereits kennen und anwenden, werden unterschiedliche Entspannungsverfahren vorgestellt und mit den teilnehmenden Kindern zu Trainingszwecken durchgeführt. Dazu gehören Verfahren wie beispielsweise Atemtechniken, Visualisierungsübungen, die Progressive Muskelrelaxation (PMR) nach Jacobson (z. B. Reeker-Lange et al., 2018) und Humor als entspannendes Element. Abbildung 12. Arbeitsblatt »Super Skills for Life«, Session 5: Entspannungsübungen zeigt aus diesem fünften Thema eine Zusammenstellung der im »Super Skills for Life«-Programm verwendeten Entspannungsverfahren.

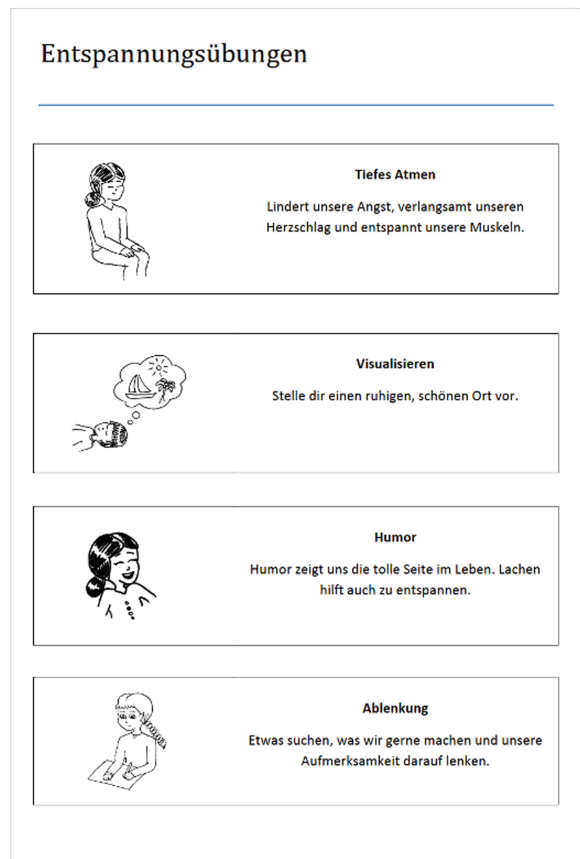


Abbildung 12. Arbeitsblatt »Super Skills for Life«, Session 5: Entspannungsübungen

Session 6: In dieser sechsten Lektion geht es um die Vermittlung und das Einüben sozialer Fähigkeiten. Es ist ein kurz angesetztes soziales *Skillstraining*, in dem Inhalte zum freundlichen und unfreundlichen Verhalten, sozial erwünschten in Abgrenzung zum sozial unerwünschten Verhalten und zum altersangemessenen Gruppenverhalten vermittelt werden. Als Methoden werden hierbei unterschiedliche Rollenspiele und die Technik des Videofeeds eingesetzt. Die nachstehende Abbildung 13. Arbeitsblatt »Super Skills for Life«, Session 6: Gruppengespräche (Rollenspiele mit Videofeedback) zeigt eine Übung aus dem Training sozialer Skills mit Rollenspielen und dem Einsatz der Videofeedback-Methode.



Abbildung 13. Arbeitsblatt »Super Skills for Life«, Session 6: Gruppengespräche (Rollenspiele mit Videofeedback)

Session 7: In der siebten und vorletzten Einheit lautet das Thema *Problem-Lösungsschritte*. Im Sinne eines Problemlöse- und Konfliktmanagements geht es in diesem Abschnitt um das Üben und das Erlernen angemessener Umgangsstrategien in und mit Konflikten bzw. mit Problemen und schwierigen Situationen. Auf der methodischen Ebene werden auch hier entsprechend Rollenspiele eingesetzt. *Abbildung 14. Arbeitsblatt »Super Skills for Life«, Session 7: Problem-Lösungsschritte* verdeutlicht exemplarisch, wie modulhaft ein Problemlösetraining im »Super Skills for Life«-Programm durchgeführt werden kann. Diese aufgeführten drei Schritte werden nicht nur auf theoretischer Ebene besprochen und bearbeitet, sondern werden weiterführend im Programm an praktischen Beispielen geübt und ausprobiert.

Sitzung 7: Problem – Lösungs – Schritte

Die Art, wie wir uns anderen Menschen gegenüber verhalten, kann zu unterschiedlichen Ergebnissen führen.



Bei sozialen Problemen ist es wichtig, drei Schritte zu beachten:

Schritt 1: Sage was dein Problem ist.

Dieser Schritt beinhaltet die Aufmerksamkeit auf unsere Gefühle und die der anderen. Um das zu machen, müssen wir zuerst **INNEHALTEN** und **NACHDENKEN**.

Schritt 2: Denke an eine positive Lösung.

Bedenke bei deinem Problem alle Möglichkeiten und wähle dann eine Lösung für das Problem aus.

Schritt 3: Versuche die beste Lösung.

Nutze deine sozialen Fähigkeiten für die gewählte Lösung. Hat die Lösung geholfen? Wenn nicht, finde heraus, warum es nicht half.

Hat deine Lösung nicht funktioniert, gehe zurück zu **SCHRITT 2** und versuche die nächst beste Lösung. Denke daran, es immer wieder zu versuchen, bis du die Lösung gefunden hast, die wirklich funktioniert.

Abbildung 14. Arbeitsblatt »Super Skills for Life«, Session 7: Problem-Lösungs-Schritte

Session 8: Im achten und für das Training letzten Abschnitt geht es um einen *Abschluss*. Dabei geht es um eine Zusammenfassung der wesentlichen Inhalte, um eine Wiederholung des Gelernten und um die Auswertung des Verstärkerplans sowie des Videofeedbacks. Im Videofeedback erfolgt neben der Selbstpräsentation auch eine Rückmeldung zum Trainingsverlauf. Es wird abschließend eine Angstgeschichte vorgelesen und besprochen sowie eine Teilnahmeurkunde an die teilnehmenden Kinder ausgehändigt. Anschließend erfolgt der Abschied aus der Gruppe und dem Training.

4.4 Empirische Studienergebnisse zur Evaluation von »Super Skills for Life«

Im englischsprachigen Raum ist das »Super Skills for Life«-Programm erstmalig von Essau et al. (2014) evaluiert worden. An dieser Studie zur indizierten Angstprävention nahmen $N = 61$ Grundschulkindern im Alter von acht bis zehn Jahren teil. Ungefähr zwei Drittel der Kinder waren Jungen ($n = 43, 70,49\%$), ein Drittel Mädchen ($n = 18, 29,51\%$).

Der Mittelwert des Alters der teilnehmenden Kinder betrug $M = 8,84$, $SD = 0,73$. Die Kinder stammten aus insgesamt vier Grundschulen in London, kamen aus unterschiedlichen kulturellen Hintergründen und mit einem insgesamt niedrigen sozioökonomischen Status. Die Auswahl erfolgte über die Lehrer, die Kinder zeigten signifikante Angstsymptome und waren bei den Lehrkräften bereits als ängstlich bekannt. Eine Kontrollbedingung ist im Rahmen dieser Evaluationsstudie nicht beschrieben worden. Die Kinder sind zu Beginn und am Ende des Trainings im Rahmen eines Video-Feedbacks aufgenommen worden, um trainingsbedingte phänomenologische Unterschiede und Fortschritte im Auftreten der Kinder einzuschätzen und gleichzeitig zu visualisieren. Als standardisierte Messinstrumente wurden bei dieser Studie folgende Fragebogenverfahren verwendet: *Social Skills Questionnaire* (SSQ; Spence, 1998), *The child version of the Parental Fear of Negative Child Evaluation* (PNCE; Schreier & Heinrichs, 2010), *Rosenberg Self-Esteem Scale* (Rosenberg, 1965), *Spence Children`s Anxiety Scale* (SCAS; Spence, 1998), *Strengths and Difficulties Questionnaire* (SDQ; Goodman, 1997), *The Performance Questionnaire* (PQ-C; Cartwright-Hatton et al., 2003) und *The Objective Performance Questionnaire* (OPQ-C; Cartwright-Hatton et al., 2003). Gemessen wurde an insgesamt drei Messzeitpunkten: Am Prä-, Post- und am Sechs-Monats-Follow-Up. Zielsetzung dieser Evaluation war es, eine angenommene Wirksamkeit des »Super Skills for Life«-Programms zu überprüfen. Es zeigte sich im Gesamtoutcome bei den teilnehmenden Kindern eine signifikante Reduktion der Angstsymptomatik zum Post- und zum Follow-Up-Zeitpunkt, dies sowohl auf der Ebene der eingesetzten Fragebögen als auch in der Verhaltensbeobachtung durch die Trainer*innen. Die beiden folgenden Abbildungen fassen im Wesentlichen die Ergebnisse der hier zitierten und vorgestellten Studie zusammen:

Tabelle 7:

»Super Skills for Life«, Ergebnisse in den Fragebögen, Outcome-Messung im Studienverlauf (Essau et al., 2014, 264)

Estimated marginal mean of the outcomes and pairwise comparison between pre-, post-treatment and 6-months follow-up.

Outcome	Pre-treatment Mean (95% CI)	Post-treatment Mean (95% CI)	6-months follow-up Mean (95% CI)	Contrasts*
SCAS				
Separation anxiety (n=54)	6.13 (4.48–7.78)	3.94 (2.88–4.99)	3.83 (2.88–4.83)	Pre > Post, Pre > Follow
Social phobia (n=56)	6.38 (4.80–7.95)	4.82 (3.67–5.97)	3.96 (2.84–5.07)	Pre > Follow
OCD (n=55)	6.57 (4.89–8.24)	5.31 (4.12–6.50)	4.45 (3.45–5.44)	
Panic (n=55)	5.63 (3.44–7.81)	5.09(3.22–6.96)	4.22 (2.79–5.64)	
Fears (n=55)	3.88 (2.69–5.07)	3.92 (2.96–4.89)	3.26 (2.38–4.15)	
GAD (n=56)	6.81 (5.39–8.23)	5.08 (3.82–6.34)	4.74 (3.64–5.84)	Pre > Follow
Total SCAS (n=51)	35.91 (27.09–44.73)	27.14 (20.90–33.38)	23.34 (17.60–29.08)	Pre > Follow
SDQ				
Emotional problems (n=55)	3.19 (2.40–3.98)	3.15 (2.36–3.93)	2.91 (2.23–3.59)	
Conduct problems (n=55)	3.44(2.80–4.09)	3.85 (3.26–4.43)	2.59 (1.97–3.22)	Post > Follow
Hyperactivity (n=56)	5.03 (4.46–5.60)	5.78 (5.07–6.50)	4.43 (3.84–5.01)	Post > Follow
Peer problems (n=56)	5.29 (4.74–5.85)	5.08 (4.59–5.57)	3.21 (2.67–3.75)	Pre > Follow
Prosocial behaviour (n=55)	7.63 (6.94–8.31)	7.79 (7.13–8.45)	7.41 (6.69–8.13)	
Self-esteem (n=45)	18.19 (16.57–19.82)	17.28 (15.35–19.21)	17.39 (15.55–19.22)	
Social Skills (SSQ) (n=50)	18.94 (17.58–20.30)	19.55 (17.94–21.16)	19.32 (17.79–20.84)	
Anxiety Impact (n=46)	21.59 (15.30–27.87)	16.62 (11.32–21.93)	17.13 (11.53–22.72)	
Fear of negative evaluation				
Maternal (n=53)	5.44 (4.17–6.72)	4.76 (3.34–6.18)	3.87 (2.45–5.30)	
Paternal (n=48)	5.31 (3.98–6.63)	4.34 (2.92–5.76)	3.19 (1.93–4.45)	Pre > Follow

* Significant contrasts are displayed. Contrasts are based on Bonferroni post hoc tests.

Tabelle 8:

»Super Skills for Life«, Ergebnisse in der Verhaltensbeobachtung (Essau et al., 2014, 265)

Estimated marginal mean of the speech-task ratings and pairwise comparison between pre-, post-treatment and 6-months follow-up.

Outcome	Pre-treatment Mean (95% CI)	Post-treatment Mean (95% CI)	6-months follow-up Mean (95% CI)	Contrasts*
Behavioural indicators of anxiety				
Overall behavioural anxiety (n=55)	6.71 (4.61–8.81)	4.64 (3.40–5.87)	3.31 (2.38–4.24)	Pre > Follow
Nail-biting (n=55)	0.17 (0.03–0.31)	0.01 (–0.03–0.05)	0.00 (0.00–0.00)	(marginal significance, Pre > Follow)
Lip-licking (n=55)	0.44 (0.21–0.67)	0.17 (0.02–0.31)	0.04 (–0.03–0.11)	Pre > Follow
Fingers touching mouth (n=55)	0.41 (0.09–0.73)	0.08 (–0.02–0.19)	0.06 (–0.04–0.17)	(marginal significance, Pre > Follow)
Sucking/chewing (n=55)	0.23 (0.04–0.42)	0.12 (0.02–0.22)	0.08 (–0.03–0.19)	
Lip contortions (n=55)	1.59 (1.13–2.04)	0.87 (0.55–1.20)	0.76 (0.37–1.15)	Pre > Post, Pre > Follow
Lip-biting (n=55)	0.38 (0.09–0.67)	0.21 (0.00–0.42)	0.08 (–0.05–0.20)	
Hand movement (face) (n=55)	0.27 (0.04–0.51)	0.01 (–0.03–0.05)	0.00 (0.00–0.00)	(marginal significance, Pre > Follow)
Hand movement (head) (n=55)	0.32 (0.10–0.55)	0.16 (0.02–0.29)	0.24 (–0.05–0.54)	
Hand movement (other) (n=55)	0.96 (0.58–1.35)	0.94 (0.62–1.26)	0.44 (0.12–0.76)	Post > Follow
Leg movement (n=55)	1.93 (1.31–2.55)	2.07 (1.44–2.69)	1.61 (1.14–2.07)	
Objective/ subjective ratings Child rating				
Nervous (n=44)	8.50 (7.83–9.17)	9.14 (8.30–9.97)	6.36 (5.32–7.41)	Pre > Follow, Post > Follow
Global (friendly etc.) (n=47)	6.58 (5.72–7.43)	5.87 (5.07–6.68)	8.26 (7.49–9.03)	Pre < Follow, Post < Follow
Micro (smile, etc.) (n=47)	7.09 (6.26–7.92)	6.21 (5.47–6.94)	9.30 (7.68–10.91)	Pre < Follow, Post < Follow
Observer rating				
Nervous (n=45)	8.34 (7.72–8.97)	8.27 (7.83–8.71)	5.64 (5.17–6.12)	Pre > Follow, Post > Follow
Global (friendly etc.) (n=44)	8.52 (8.03–9.00)	6.30 (5.63–6.96)	7.88 (6.32–9.44)	Pre > Post
Micro (smile, etc.) (n=45)	8.48 (7.93–9.04)	6.68 (6.10–7.26)	7.45 (7.01–7.89)	Pre > Post, Pre > Follow

* Significant contrasts are displayed. Contrasts are based on Bonferroni post hoc tests.

Die nachfolgenden Ausführungen sollen differenzierter den Outcome der hier beschriebenen Studie dokumentieren:

Im *SCAS* (vgl. Tabelle 7; Essau et al., 2014, 264) zeigten sich auf dem 1%-

Signifikanzniveau Zeiteffekte auf folgenden Subskalen: *Trennungsangst*, *soziale Angst* und im *Gesamtwert*, auf dem 5%-Signifikanzniveau die Subskala der *generalisierten Angst*. Im

SDQ zeigten sich Zeiteffekte auf dem 0,1%-Signifikanzniveau auf der Skala

Verhaltensprobleme mit Gleichaltrigen, auf dem 1%-Niveau auf der Skala

Verhaltensprobleme und *Hyperaktivität* und auf dem 5%-Signifikanzniveau im *Gesamtwert* des *SDQ*. Weitere signifikante Effekte konnten in der *Father's Fear of Negative Child Evaluation* ermittelt werden. Die *SCAS*-Subskalen *Trennungsangst*, *soziale Phobie*, *generalisierte Angst*, der *SCAS*-Gesamtwert und die Subskala des *SDQ Verhaltensprobleme mit Gleichaltrigen* als auch die *Father's Fear of Negative Child Evaluation* zeigten eine Reduktion der Angstwerte im zeitlichen Verlauf vom Prä-Test zum Follow-Up-Test. Vom Prä-Zeitpunkt zum Post-Test zeigte sich eine unmittelbare Reduktion der Angstwerte auf der Skala der *Trennungsangst*; *Verhaltensprobleme* und *Hyperaktivität* zeigten eine Reduktion der Werte vom Post-Zeitpunkt zum Follow-Up-Zeitpunkt. Signifikante Geschlechtseffekte zeigten sich auf der Skala der *Verhaltensprobleme* und im Gesamtwert des *Social Skills Questionnaire*. Die Jungen berichteten relativ zu den Mädchen größere Verhaltensprobleme, hingegen zeigten die Mädchen relativ zu den Jungen höhere Kennwerte im Bereich sozialen Verhaltens. Einen signifikanten Interaktionseffekt von Geschlecht * Zeit konnte auf der Skala *emotionale Probleme* und im *SDQ-Gesamtwert* gemessen werden. Signifikante Interaktionseffekte im Sinne einer Reduktion zwischen dem Zeitpunkt am T1 (Prä-Erhebung) zum Zeitpunkt T3 (Follow-Up-Erhebung) konnten bei den emotionalen Symptomen bei den Jungen gemessen werden, hingegen bei den Mädchen nicht. Im Gesamtwert des *SDQ* zeigten sich über die drei Messzeitpunkte hinweg unter den Jungen ähnliche Werte, wobei bei den Mädchen die Ausgangswerte am Zeitpunkt Prä-Test relativ zu den Jungen niedriger waren; allerdings waren die Werte der Mädchen am Zeitpunkt Post-Test und Follow-Up-Test analog zu den Werten der Jungen.

In der Verhaltensbeobachtung und -bewertung der »Super Skills for Life«-Evaluationsstudie sind unterschiedliche Indikatoren ausgewählt und herangezogen worden, um letztlich ebenfalls im Prä-, Post- und Follow-Up-Test angenommene Effekte zu evaluieren (vgl. Tabelle 8; Essau et al., 2014, 265). Diese Verhaltensveränderungen sind im Rahmen des „*speech-task ratings*“ erhoben worden. Folgende Verhaltensindikatoren zeigten signifikante Zeiteffekte: *overall behavioural indicators of anxiety*, *nail-biting*, *lip-licking*, *mouth-touching*, *lip-contortions*, *unnecessary hand movement to face*, *unnecessary hand movement to body*, *child-rated nervousness*, *child-rated global behaviour* (z. B. freundliches Verhalten), *child-rated micro-behaviour* (z. B. Lächeln), *observer-rated nervousness*, *observer-rated global behaviour* (z. B. freundliches Verhalten) und *observer-rated micro-behaviour* (z. B. Lächeln). Signifikante Geschlechtseffekte zeigten sich in folgenden

Verhaltensbereichen: *lip-biting*, *child-rated nervousness* und *observer-rated nervousness*. Im Gesamten zeigten die untersuchten Mädchen auf der Verhaltensebene weniger ängstliches Verhalten relativ zu den Jungen. Signifikante Interaktionseffekte von Zeit * Geschlecht konnten wie folgt gemessen werden: *overall behavioural anxiety*, *lip-contortions* und *leg movement*. Weitere Analysen belegten, dass die Jungen am Follow-Up-Zeitpunkt im Verhaltensbereich *overall behavioural anxiety* höhere Kennwerte aufwiesen als die Mädchen. Ebenfalls scorten die Jungen am Follow-Up-Zeitpunkt im Verhaltensbereich *lip-contortions* und *leg movement* im Vergleich zu den Mädchen höher. Diese gesamten ermittelten Interaktionseffekte sind als Beleg interpretiert worden, dass die Mädchen im Sechs-Monats-Follow-Up bessere Verhaltenswerte aufwiesen als die Jungen, somit offensichtlich stärker vom Training profitierten.

In der zusammenfassenden Betrachtung dieser ersten Evaluationsstudie konnten zuvor erhobene Angstsymptome im Post-Test und Sechs-Monats-Follow-Up-Test bei den untersuchten Kindern signifikant reduziert werden. Eine signifikante Abnahme wurde auf den Subskalen des *SCAS* bei der *generalisierten Angst*, der *sozialen Angst* und der *Trennungsangst* gefunden. Das Training hatte zusätzlich positive Effekte auf *hyperaktives Verhalten*, *Verhaltensprobleme* und *Peer-Probleme*, diese zeigten sich allerdings erst im späteren Verlauf (Follow-Up-Test). Zusätzlich konnten positive phänomenologische Veränderungen in der Verhaltensentwicklung der teilnehmenden Kinder, die auf der Grundlage der Verhaltensbeobachtung und -bewertung durch unabhängige Rater*innen mit Hilfe des Videofeedbacks getroffen wurden, gemessen werden. Keine signifikanten Effekte zeigten sich hierbei insbesondere zwischen dem Prä- und Post-Test, sondern erst in der Follow-Up-Messung. Spezifische Veränderungen wurden hier im Bereich des *micro-behaviour* beobachtet, inkludiert einer Abnahme des *lip-sucking* und *contortions*.

Die Ergebnisse dieser ersten Evaluation wurden von den Autor*innen vorläufig als Indikator für die Effektivität des »Super Skills for Life«-Programms angenommen, allerdings erst im späteren Verlauf und somit zum Zeitpunkt des Follow-Up-Tests. Begründet wurde diese Feststellung mit der Annahme, dass am Programm teilgenommene Kinder nach Abschluss des Trainings das Erlernte weiter trainieren und üben konnten, was dann letztlich zu den berichteten Effekten geführt haben könnte. Allerdings ist im Gesamten das Fehlen einer Kontrollgruppe die Aussagekraft und Belastbarkeit dieser Studie einschränkend

kritisch anzuführen. Ohne eine Kontrollbedingung können tatsächliche Effekte des Programms nicht messbar gemacht werden.

Fernández-Martínez und Kolleg*innen (2019) untersuchten das »Super Skills for Life«-Programm im Rahmen indizierter Prävention an $N_{ges} = 123$ spanischen Kindern aus zehn Grundschulen im Alter von sechs bis acht Lebensjahren (d. h. also aus der ersten bis dritten Grundschulklasse: 44,7% kamen aus der ersten, 34,1% aus der zweiten und 21,2% aus der dritten Grundschulklasse) mit einer Treatmentgruppe und einer Wartelistenkontrollgruppe (WLC) über insgesamt zwei Messzeitpunkte hinweg: Prä- und Post-Test. Das durchschnittliche Alter der gesamten Stichprobe betrug $M_{age} = 6,89$ Jahre ($SD = ,79$), 44,7% waren weiblich. In der Treatmentgruppe befanden sich insgesamt $n = 67$ Kinder ($M_{age} = 6,88$ Jahre, $SD = 0,80$, 50,7% weiblich), in der WLC $n = 56$ Kinder ($M_{age} = 6,88$ Jahre, $SD = 0,78$, 37,5% weiblich). Die an der Evaluationsstudie teilgenommenen Kinder und ihre Eltern zeigten im *pre-assessment-screening* der Studie emotionale Probleme bzw. Symptome, die als klinisch relevant oder zumindest an der Grenze zum abnormalen bzw. devianten Erleben und Verhalten des Kindes kategorisiert wurden. Zum Zeitpunkt der Durchführung durften die Kinder u. a. keine andere psychologische oder psychiatrische Behandlung erhalten und durften auch nicht Entwicklungsstörungen oder Lernschwierigkeiten aufweisen. Die Durchführung der Studie erfolgte in einem RCT-Design.

Die Treatment- und die Wartelistenkontrollgruppe wiesen in der soziodemografischen Charakteristik zueinander keine signifikanten Unterschiede auf, bis auf den Bildungshintergrund der Eltern. Die Wartelistenkontrollgruppe zeigte auf dem 1%-Signifikanzniveau verglichen mit der Treatmentgruppe einen signifikant höheren Prozentsatz mit einem sekundären Bildungsabschluss (*secondary education*): Wartelistenkontrollgruppe: 46,4% zur Treatmentgruppe: 17,9%. Die folgende *Abbildung 15* (Soziodemografische Charakteristik zur kontrollierten Evaluationsstudie von Fernández-Martínez et al., 2019, 300) gibt einen Überblick über die soziodemografischen Daten dieser Studie:

Characteristics	SSL group (n = 67)	Control group (n = 56)	Total (N = 123)	p value
Children				
Female, N (%)	34 (50.7)	21 (37.5)	55 (44.7)	.14
Mean age (SD), years	6.88 (.80)	6.88 (.78)	6.89 (.79)	.80
6 years	25 (37.3)	21 (37.5)	46 (37.4)	
7 years	23 (34.3)	21 (37.5)	44 (35.8)	.89
8 years	19 (28.4)	14 (25)	33 (26.8)	
School grade				
1	27 (40.3)	28 (50)	55 (44.7)	
2	25 (37.3)	17 (30.4)	42 (34.1)	.55
3	15 (22.4)	11 (19.6)	26 (21.2)	
Nationality				
Spanish	65 (97)	56 (100)	121 (98.4)	
Other	2 (3)	0 (0)	2 (1.6)	.19
Mean number (SD) of siblings	1 (.81)	.91 (.61)	.96 (.72)	.50
Parents				
Female, N (%)	54 (80.6)	43 (76.8)	97 (78.9)	.60
Family situation				
Married	57 (85.1)	49 (87.5)	106 (86.2)	
Separated or divorced	9 (13.4)	7 (12.5)	16 (13)	.64
Single	1 (1.5)	0 (0)	1 (0.8)	
Education				
Primary education	16 (23.9)	7 (12.5)	23 (18.7)	
Secondary education	12 (17.9)	26 (46.4)	38 (30.9)	.003
Higher education	39 (58.2)	23 (41.1)	62 (50.4)	
Note: SSL = Super Skills for Life				

Abbildung 15. Soziodemografische Charakteristik zur kontrollierte Evaluationsstudie (Fernández-Martínez et al., 2019, 300)

Die Kinder der Treatmentgruppe zeigten verglichen mit der Wartelistenkontrollgruppe in der Einschätzung ihrer Eltern signifikant höhere Werte auf der *SDQ-P*-Subskala¹⁸ *Emotionale Symptome*, stärker ausgeprägte Interferenzen durch die Angst im häuslichen Umfeld (*CALIS-P*¹⁹, Subskala) und eine stärker ausgeprägte depressive Symptomatologie (*MFQ-P*²⁰, Gesamtwert).

Hinsichtlich der Effektivität des Programms sind folgende Resultate beschrieben worden. Kinder der Interventionsgruppe zeigten eine signifikante Reduktion der *gesamten Angstwerte* ($p = 0,01$), der *Angst vor körperlicher Verletzung* ($p < 0,01$), der *sozialen Angst*

¹⁸ *SDQ-P*: Strengths and Difficulties Questionnaire – Parent version (Goodman, 2001)

¹⁹ *CALIS-P*: Child Anxiety Life Interference Scale – Parent report (Lyncham et al., 2013)

²⁰ *MFQ-P*: Mood and Feelings Questionnaire – Parent version (Angold et al., 1995)

($p < 0,05$), emotionaler Symptome ($p < 0,05$), Störungen durch die Angst im häuslichen Umfeld ($p = 0,01$) und depressiver Symptome ($p < 0,01$), verglichen mit Kindern der Kontrollgruppe. Die beiden nachstehenden Abbildungen (Abbildung 16 und Abbildung 17) zeigen zunächst in der ersten Abbildung (Abbildung 16) die ermittelten Werte (Mittelwerte und Standardabweichungen) im Prä-Post-Vergleich sowie in der zweiten Abbildung (Abbildung 17) im Post-Test mit Hilfe eines allgemeinen linearen Modells und einem Signifikanztest die errechneten Interventionseffekte des Präventionsprogramms »Super Skills for Life«.

	SSL group		Control group	
	Pre	Post	Pre	Post
Anxiety (SCAS total score)	28.89 (12.96)	22.81 (13.84)	26.66 (10.38)	25.88 (12.56)
Panic/agoraphobia	1.77 (2.47)	1.41 (2.51)	1.66 (2.06)	2.07 (3.25)
Separation anxiety	7.04 (3.67)	5.28 (3.85)	6.90 (2.78)	6.02 (3.32)
Physical injury fears	4.77 (2.95)	3.70 (2.70)	4.23 (2.90)	4.64 (3.03)
Social anxiety	7.20 (3.56)	5.45 (3.25)	6.23 (3.15)	5.97 (3.22)
Obsessive compulsive	2.19 (2.45)	1.86 (2.51)	1.52 (1.51)	1.66 (1.80)
Generalized anxiety	5.89 (2.86)	5.10 (3.50)	6.09 (2.84)	5.50 (2.78)
Total difficulties (SDQ total score)	16.43 (6.58)	13.53 (6.45)	14.21 (5.85)	13.57 (7.43)
Emotional symptoms	5.31 (2.15)	3.85 (2.19)	4.33 (1.64)	4.17 (2.20)
Conduct problems	3.07 (2.11)	2.62 (1.86)	2.86 (1.71)	2.71 (2.04)
Hyperactivity/inattention	4.99 (2.74)	4.53 (2.66)	4.86 (2.63)	4.67 (3.05)
Peer problems	3.06 (2.53)	2.53 (2.25)	2.17 (2.45)	2.02 (2.32)
Prosocial behavior	7.12 (2.15)	7.47 (2.25)	7.67 (1.90)	7.57 (1.87)
Anxiety Life Interference (CALIS total score)	17.64 (12.70)	14.86 (13.31)	14.50 (9.54)	15.35 (11.42)
Outside home	5.31 (4.81)	4.31 (4.97)	4.40 (3.91)	4.57 (4.13)
At home	5.80 (3.71)	4.70 (3.55)	4.50 (2.52)	5.07 (3.31)
Parent life	6.52 (5.97)	5.85 (6.38)	5.59 (5.62)	5.71 (5.51)
Depression (MFQ total score)	13.44 (9.88)	7.43 (7.39)	9.42 (7.18)	9.45 (9.30)

Note: SSL = Super Skills for Life; CI = Confidence Interval. Higher scores denote greater symptomatology; except for Prosocial behavior

Abbildung 16. Prä- und Post-Test kontrollierte Evaluationsstudie »Super Skills for Life«, Mittelwerte M (SD) (Fernández-Martínez et al., 2019, 302)

	Estimates (95% CI)	p value
Anxiety (SCAS total score)	4.40 (.72, 8.08)	.01
Panic/agoraphobia	.69 (-.19, 1.57)	.12
Separation anxiety	.78 (-.21, 1.77)	.12
Physical injury fears	1.16 (.36, 1.97)	.005
Social anxiety	1.08 (.10, 2.06)	.03
Obsessive compulsive	.15 (-.43, .73)	.61
Generalized anxiety	.24 (-.50, 1)	.51
Total difficulties (SDQ total score)	1.55 (-.73, 3.83)	.18
Emotional symptoms	.85 (.009, 1.69)	.04
Conduct problems	.22 (-.36, .80)	.45
Hyperactivity/inattention	.10 (-.51, .73)	.73
Peer problems	.05 (-.70, .81)	.88
Prosocial behavior	-.17 (-.92, .57)	.64
Anxiety Life Interference (CALIS total score)	2.48 (-1.30, 6.28)	.19
Outside home	.90 (-.60, 2.42)	.24
At home	1.14 (.24, 2.04)	.01
Parent interference	.30 (-1.49, 2.09)	.74
Depression (MFQ total score)	3.94 (1.42, 6.47)	.002

Abbildung 17. Interventionseffekte Post-Test »Super Skills for Life«-Programm (Fernández-Martínez et al., 2019, 302)

Insgesamt kann also für diese kontrollierte Evaluationsstudie konstatiert werden, dass von insgesamt 18 untersuchten Skalen sechs Skalen signifikante Effekte aufwiesen. Kinder der Interventionsgruppe zeigten eine signifikante Reduktion von Angst- und Depressionswerten im Gesamten und auf der Skalenebene ebenfalls signifikante Effekte im Sinne einer Abnahme auf den Subskalen *soziale Ängste*, *Ängste vor körperlicher Verletzung* und *emotionale Probleme*. Die Autor*innen interpretierten diese Untersuchungsergebnisse als Hinweis darauf, dass das »Super Skills for Life«-Programm geeignet ist und effektiv sein kann, Symptome der Angst und Depression unmittelbar zu reduzieren. Verglichen mit der WLC konnte zudem und zusätzlich beobachtet werden, dass die durch das Programm durchgeführte Intervention eine signifikante Reduktion der Symptome aufwies, die mit einer Interferenz durch die Angst im häuslichen Leben der Kinder assoziiert war, nicht aber außerhalb des häuslichen Settings. Dieser ausgebliebene Effekt ist mit der Kürze der Intervention²¹ begründet worden, sodass sich vermutlich nicht ausreichend Effekte auch außerhalb der Familie entwickeln konnten.

²¹ Dauer des Programms »Super Skills for Life« über acht Einheiten (vgl. Kap. 4.3)

Für diese Evaluationsstudie limitierend muss die kleine Stichprobe und die fehlende Follow-Up-Untersuchung angeführt werden, allerdings ist dies die erste Untersuchung des Programms »Super Skills for Life« unter Berücksichtigung einer Kontrollbedingung (ebd.). Im Rahmen einer Ein-Jahres-Follow-Up-Studie wurden die in der primären indizierten Präventionsstudie von Fernández-Martínez et al. (2019) gefundenen Effekte des Programms im Sinne der Überprüfung von Nachhaltigkeit durch Fernández-Martínez et al. (2020a) nochmalig untersucht. An diesem Follow-Up nahmen insgesamt $N = 107$ (13% Drop-Out verglichen mit der Ursprungsstudie) spanische Kinder mit ihren Elternteilen mit einer Interventions- und Wartelistenkontrollgruppe teil. In der Interventionsgruppe befanden sich zum Messzeitpunkt $n = 61$ Kinder und in der Wartelistekontrollgruppe $n = 46$ Kinder. 50,8% der an der Interventionsgruppe teilnehmenden Kinder waren weiblich. Das gesamte Sample der Interventionsgruppe hatte ein Durchschnittsalter von sieben Jahren ($SD = 0,77$), in der Kontrollbedingung befanden sich hingegen 41,3% weibliche Kinder, das Durchschnittsalter betrug auf die gesamte Stichprobe der WLC bezogen $M_{\text{age}} = 6,80$ ($SD = 0,79$) Jahre alt. Folgende Ergebnisse konnten im Rahmen dieses Follow-Up-Designs durch die Autor*innen ermittelt werden: Im primären Outcome konnten bei den Kindern der Interventionsgruppe relativ zur Kontrollbedingung zwischen der Prä-Erhebung und dem Follow-Up eine signifikante Reduktion auf der Skala *Depression* ($p < 0,01$, Adjustiertes Odds Ratio [AOR] = 0,01; 95%CI: 0,0001, 0,22), *gesamte Angst* ($p < 0,01$; AOR = 0,002; 95%CI: 0,0001, 0,18), *soziale Angst* ($p < 0,05$; AOR = 0,22; 95%CI: 0,06, 0,76), *Panik/Agoraphobie* ($p < 0,01$; AOR = 0,21; 95%CI: 0,007, 0,63) und *Angst vor körperlicher Verletzung* ($p < 0,01$; AOR = 0,26; 95%CI: 0,10, 0,70) festgestellt werden. Im sekundären Outcome wiesen die Kinder der Interventionsgruppe relativ zur Kontrollgruppe zwischen Prä- und Follow-Up-Test eine signifikante Abnahme auf der Skala *SDQ-Gesamtschwierigkeiten* ($p < 0,01$; AOR = 0,08; 95%CI: 0,01, 0,61) und auf der Skala *emotionale Symptome* ($p < 0,001$; AOR = 0,20; 95%CI: 0,08, 0,49) auf. Darüber hinaus zeigten Kinder der Interventionsgruppe im Vergleich zur Kontrollgruppe zwischen dem Prä-Test und dem Follow-Up eine signifikante Abnahme auf folgenden Skalen: *Störung, die mit der Gesamtangst des Kindes assoziiert ist* ($p < 0,01$; AOR = 0,0002; 95%CI: 0,001, 0,16) sowie im *CALIS-P*²² auf der Skala *Störung, die mit der kindlichen Angst assoziiert ist innerhalb des Zuhauses* ($p < 0,05$; AOR = 0,13; 95%CI: 0,03, 0,50), *außerhalb des Zuhauses* ($p < 0,05$; AOR = 0,15; 95%CI: 0,03, 0,74) und

²² CALIS-P: The parent-report version of the Child Anxiety Life Interference Scale (Lyneham et al., 2013).

auf der Skala *Störung im elterlichen Leben* ($p < 0,05$; $AOR = 0,11$; $95\%CI: 0,01, 1$). Hinsichtlich der Reduktion klinisch-signifikanter Symptome von Angst und Depression wiesen im Prä-Test 53,7% ($n = 36$) in der Interventions- und 46,4% ($n = 26$) in der Kontrollbedingung klinisch-signifikante Angst- und Depressionssymptome auf. Es bestanden zwischen beiden Bedingungen keine signifikanten Unterschiede ($p = 0,42$). Im Ein-Jahres-Follow-Up wiesen hingegen nur noch 23,9% ($n = 16$) in der Interventionsgruppe und 32,1% ($n = 18$) in der Kontrollgruppe klinisch-signifikante Angst- und Depressionssymptome auf. Allerdings zeigte diese Differenz der beiden Bedingungen ebenfalls keinen signifikanten Unterschied ($p = 0,30$). Im Vergleich der beiden Gruppen zueinander reduzierten sich demnach ungefähr 30% der klinisch-relevanten Symptome von Angst und Depression in der Interventionsbedingung und 14,3% in der Kontrollbedingung. Fernández-Martínez und Kolleg*innen (2020a) bewerteten den Outcome dieser Follow-Up-Studie im Sinne eines Beleges für die nachhaltige Wirksamkeit des Programms als durchaus positiv, schränkten aber zugleich u. a. ein, dass das Sample dieser Studie subklinisch sei, damit vor dem Hintergrund der indizierten Prävention zwischen einer universellen und einer klinischen Stichprobe stehe und somit die Ergebnisse auch nur unter Berücksichtigung dieses ausgewählten Samples zu interpretieren und zu bewerten sind. Obwohl sich die Effekte des »Super Skills for Life«-Programms im Ein-Jahres-Follow-Up reduzierten, wurde dieser Ansatz dennoch als ein vielversprechendes Modell für die indizierte Prävention internalisierender Symptome aufgefasst.

Zusätzlich führten Fernández-Martínez et al. (2020b) auf der Grundlage der ursprünglichen Evaluation zum »Super Skills for Life«-Programm durch Fernández-Martínez et al. (2019) an insgesamt $N = 67$ Kindern im Alter von sechs bis acht Jahren in einem Prä-Post-Vergleich ohne Follow-Up und ebenfalls im Sinne indizierter Prävention eine Analyse der Videoaufzeichnungen zum Beginn und zum Abschluss des Trainings (»2 minute speech task«) durch. Von den insgesamt $N = 67$ Kindern lagen bei insgesamt $n = 62$ Kindern ($M = 6,87$; $SD = 0,79$; 53,2% Mädchen) eine entsprechende Videodokumentation im Prä-Post-Zeitpunkt vor, bei $n = 5$ (7,46%) Kindern lagen keine Videoaufnahmen vor, da keine elterlichen Zustimmungen vorlagen, um geeignete Aufzeichnungen ihrer Darbietungen anfertigen zu können. Als Messverfahren wurden folgende Instrumente ausgewählt und verwendet: *The Mood and Feelings Questionnaire – Parent version (MFQ-P*; Angold et al., 1995) und *The Spence Children's Anxiety Scale – Parent version (SCAS-P*; Nauta et al., 2004) für den Elternreport und *The Objective Performance Questionnaire (OPQ-C*;

Cartwright-Hatton et al., 2003) und *The Social Performance Rating Scale (SPRS; Fydrich et al., 1998)* für das Performance Rating durch zwei objektive Rater (mit einem Master in klinischer Kinderpsychologie). In der zusammenfassenden Beurteilung der Videoanalysen konnten insbesondere im Post-Test signifikante Verbesserungen im Bereich Blickkontakt, Stimmqualität, Länge der Rede, Sich-Unwohl-Fühlen/Unbehagen, Gesprächsfluss, Gesamtwert *SPRS*, Mikroverhalten (*OPQ-C²³*), nervöses/ruheloses Verhalten (*OPQ-C²⁴*) und Gesamteindruck (*OPQ-C²⁵*) (*p*-Werte lagen zwischen 0,006 bis < 0,001) extrahiert werden. Basierend auf den dokumentierten Beobachtungen der objektiven Rater (mit einer sehr hohen Interrater-Reliabilität, Spearman`s Korrelation über 0,95 und 0,93 im Prä- und Post-Test) wiesen die Kinder demnach signifikante Verbesserungen in ihren sozialen Skills, inkludiert signifikante Verbesserungen in der sozialen Kommunikation, im sozialverhaltensbezogenen Mikroverhalten und im Gesamteindruck und reduzierten ihr nervöses/ruheloses Verhalten. Auch in der geschlechtsgetrennten Analyse der Videofeedback-Methode zeigten sich in den Ergebnissen zwischen Jungen und Mädchen überwiegend übereinstimmende Werte, sodass die Autor*innen dieser Studie davon ausgingen, dass beide Geschlechter von der Video-Technik profitierten. Als einschränkende Limitationen dieser Studie wurde das Fehlen einer Kontrollbedingung als Referenzgruppe, das Fehlen eines Selbstreportes, also einer Einschätzung aus der Sicht der teilgenommenen Kinder und die ebenfalls fehlende Repräsentativität der Probandenkonstellation aufgrund der kleinen lokalen bzw. regionalen Stichprobe angeführt. Die Ergebnisse wurden zudem durch die Autor*innen dieser Studie in einen Konsens der Ergebnisse der Studie von Essau et al. (2014) gebracht, durch die mit acht bis zehnjährigen Kindern durch ebenfalls objektive Rater signifikante positive Verbesserungen im Verhalten der Kinder detektiert werden konnten, auch noch im Sechs-Monats-Follow-Up.

Eine weitere Evaluationsstudie des Programms »Super Skills for Life« ist von Essau et al. (2019), auch hier im Rahmen indizierter Prävention an *N* = 205 Kindern im Alter von acht

²³ Zum Mikroverhalten (»Micro-behaviors«) gehören Items wie "How loud and clear was the child's voice?" "How much did the child look at the camera?" "How much did you smile?"

²⁴ Zum nervösen/ruhelosen Verhalten (»Nervous behaviors«) gehören Items wie "How nervous did the child look?" "Did the child stumble over its words?"

²⁵ Zum Gesamteindruck (»Global impression«) gehören Items wie "How clever did the child look?" "How friendly did the child look?" "How good was the child's speech?"

bis zwölf Lebensjahren in einem Prä-Post- und Follow-Up-Design (Sechs-Monats-Follow-Up) ohne Kontrollbedingung durchgeführt worden. Die Befunderhebung erfolgte über Eltern- und Lehrerfragebögen. Die Einschätzung der Kinder erfolgte neben der fragebogenbezogenen Selbsteinschätzung (*SDQ-I*²⁶, *SDQ* & *SCARED*²⁷) zusätzlich auch über einen Prä-Post-Videofeedbackvergleich (»2-minute speech task«). Insgesamt nahmen $n = 99$ Jungen und $n = 106$ Mädchen teil, das durchschnittliche Alter betrug $M = 10,19$ Jahre ($SD = 1,18$). Die Kinder kamen aus unterschiedlichen kulturellen Hintergründen aus insgesamt 27 Schulen in Großbritannien. Ausgesucht wurden diese Kinder durch ihre Lehrkräfte, die die Kinder zur Teilnahme an dieser Studie überwiesen, da sie erhebliche emotionale Probleme zeigten.

Folgender Befund konnte im Rahmen dieser Evaluationsstudie erhoben werden: Signifikante Geschlechtseffekte konnten über die Messzeitpunkte hinweg gemessen werden, Mädchen zeigten auf folgenden Skalen verglichen mit den Jungen höhere Angstwerte: *Trennungsangst* ($F(1, 108) = 10,81, p < 0,01$), *soziale Angst* ($F(1, 111) = 6,24, p < 0,05$), *Panik* ($F(1, 106) = 14,52, p < 0,001$), *generalisierte Angst* ($F(1, 106) = 14,78, p < 0,001$), *Schulangst/Schulphobie* ($F(1, 115) = 4,58, p < 0,05$), Gesamtwert *SCARED* ($F(1, 86) = 11,65, p < 0,01$), Gesamtwert *SCARED* ohne Schulangst/Schulphobie ($F(1, 87) = 12,35, p < 0,01$); ebenfalls höhere Werte auf folgenden Skalen: Skala *emotionale Symptome* ($F(1, 108) = 28,27, p < 0,001$), *Peerprobleme* ($F(1, 109) = 6,34, p < 0,05$) und Skala für *prosoziales Verhalten* ($F(1, 116) = 13,28, p < 0,001$). Im Unterschied dazu zeigten die Jungen höhere Werte auf der Skala *Selbstwertgefühl im Zusammenhang mit Sport* ($F(1, 92) = 9,42, p < 0,01$). Die von den Lehrkräften bewerteten Skalen zeigten hinsichtlich signifikanter Geschlechtseffekte folgenden Befund: Die Jungen zeigten höhere Werte auf der Subskala *Hyperaktivität* ($F(1, 121) = 9,06, p < 0,01$) und niedrigere Werte auf der Subskala *prosoziales Verhalten* ($F(1, 108) = 4,63, p < 0,05$).

Signifikante Effekte im Prä-, Post- und Follow-Up-Vergleich (T1 > T2 > T3):

Hinsichtlich der Wirksamkeit und Effektivität des Programms konnten auf folgenden Skalen über alle drei Messzeitpunkte hinweg signifikante Effekte im Sinne der

²⁶ *SDQ-I: Self-Description Questionnaire (Self-Esteem)* (Marsh, 1990)

²⁷ *SCARED: Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders* (Birmaher et al., 1999)

Symptomreduktion gemessen werden: Auf der Skala *Trennungsangst (SCARED)*, Selbsteinschätzung: $F(1,81, 195,58) = 21,75, p < 0,001$), Skala *generalisierte Angst (SCARED)*, Selbsteinschätzung: $F(2, 212) = 15,50, p < 0,001$) und im *SCARED-Gesamtwert ohne Schulangst/Schulphobie* ($F(2, 174) = 19,71, p < 0,001$).

Signifikante Effekte Prä-Post-Vergleich (T1 > T2 = T3):

Folgende Skalen zeigten im Prä-Post-Vergleich signifikante Abnahmen ihrer Werte: Skala *emotionale Symptome (SDQ)*, Selbsteinschätzung: $F(1,82, 197,03) = 9,35, p < 0,001$), *SDQ-Gesamtwert* (Selbsteinschätzung: $F(2, 168) = 5,18, p < 0,01$), Skala *emotionale Probleme (SDQ)*, Elterneinschätzung: $F(2, 146) = 6,86, p < 0,01$), *Verhaltensprobleme (SDQ)*, Elterneinschätzung: $F(2, 140) = 6,22, p < 0,01$), Skala *Hyperaktivität (SDQ)*, Elterneinschätzung: $F(2, 144) = 8,72, p < 0,001$), *Gesamtwert SDQ* (Elterneinschätzung: $F(2, 124) = 11,31, p < 0,001$), Skala *emotionale Symptome (SDQ)*, Lehrereinschätzung: $F(2, 236) = 9,04, p < 0,001$) und im *SDQ-Gesamtwert* (Lehrereinschätzung: $F(1,82, 176,67) = 4,01, p < 0,05$).

Signifikante Effekte im Post-Follow-Up-Vergleich (T1 = T2 > T3):

Signifikante Reduktionen im Post-Follow-Up-Vergleich zeigten folgende Skalen: Skala *Panik (SCARED)*, Selbsteinschätzung: $F(2, 212) = 12,73, p < 0,001$), Skala *Schulangst/Schulphobie (SCARED)*, Selbsteinschätzung: $F(2, 230) = 7,88, p < 0,001$) und im *Gesamtwert SCARED* (Selbsteinschätzung: $F(2, 172) = 19,64, p < 0,001$).

Signifikante Effekte im Prä-Follow-Up-Vergleich (T1 > T3):

Im Prä-Follow-Up-Vergleich konnte auf folgender Skala eine signifikante Reduktion der Skalenwerte ermittelt werden: Skala *Peerprobleme (SDQ)*, Elterneinschätzung: $F(1,83, 128,31) = 7,65, p < 0,01$).

Im *SDQ-I* (Selbsteinschätzung) konnten auf der Subskala *körperliches Auftreten* ($F(1,84, 161,47) = 4,71, p < 0,05$) und der Subskala *akademische/schulische Leistungen* ($F(2, 192) = 5,50, p < 0,01$) zwischen dem Prä-Test und dem Follow-Up-Test signifikante Effekte beobachtet werden (T1 < T3).

Die Subskala soziale Angst erreichte in keiner Untersuchung ein signifikantes Ergebnis, sodass davon auszugehen ist, dass das Präventionsprogramm »Super Skills for Life« im

Bereich sozialer Ängste nicht ausreichende Auswirkungen auf die teilnehmenden Kinder aufwies (*SCARED*, Selbsteinschätzung: $F(2, 222) = 2,27, p = > 0,05$).

Die Verhaltensbeobachtung durch das Videofeedback im Prä- und Post-Test (also zu Beginn und am Ende des Trainings) zeigte innerhalb aller Beobachtungskriterien (z. B. im Hinblick auf Blickkontakt, Stimmqualität, Konversation etc.) einen signifikanten Effekt ($p < 0,001$).

Einen Interaktionseffekt von Zeit * Geschlecht konnte die Evaluationsstudie ermitteln: Im Gesamtgesprächsfluss des Videofeedbacks in der Aufgabe »2-minute speech task« ($F(1, 163) = 6,58, p < 0,05$), auf der Skala *Verhaltensprobleme* (*SDQ*, Selbsteinschätzung: $F(2, 214) = 4,44, p < 0,05$) und auf der Skala *emotionale Symptome* (*SDQ*, Lehrereinschätzung: $F(2, 236) = 3,56, p < 0,05$).

Im Gesamtgesprächsfluss (*overall conversational flow*) in der Aufgabe »2-minute speech task« zeigte sich für beide Geschlechter im Prä-Post-Vergleich eine Verbesserung, allerdings konnte der signifikante Unterschied der beiden Geschlechter zueinander im Prä-Test und am Ende des Trainings im Post-Test nicht mehr gemessen werden (vgl. *Abbildung 18: Post-hoc-Analysen overall conversational flow [»2-minute speech task «]*, 363).

Auf der Skala *Verhaltensprobleme* konnte im Prä-Test zwischen Jungen und Mädchen kein signifikanter Unterschied festgestellt werden, die Mädchen scorten auf dieser Skala im Post-Test niedrigere Werte als die Jungen. Signifikante Veränderungen konnten hierbei nur bei den Mädchen ausgemacht werden (vgl. *Abbildung 19: Post-hoc-Analysen Verhaltensprobleme, SDQ, Selbsteinschätzung*, 363).

Auf der Skala *emotionale Symptome* zeigten sowohl Jungen als auch Mädchen vom Prä-Test bis zum Follow-Up-Test eine signifikante Abnahme, allerdings war die Reduktion am Post-Messzeitpunkt bei den Jungen größer als bei den Mädchen, sodass es einen signifikanten Geschlechtsunterschied am Post-Test gab. Die Veränderungen von Prä- zum Post-Test waren für die Mädchen nicht signifikant, für die Jungen hingegen schon (vgl. *Abbildung 20: Post-hoc-Analysen emotionale Symptome, SDQ, Lehrereinschätzung*, 363).

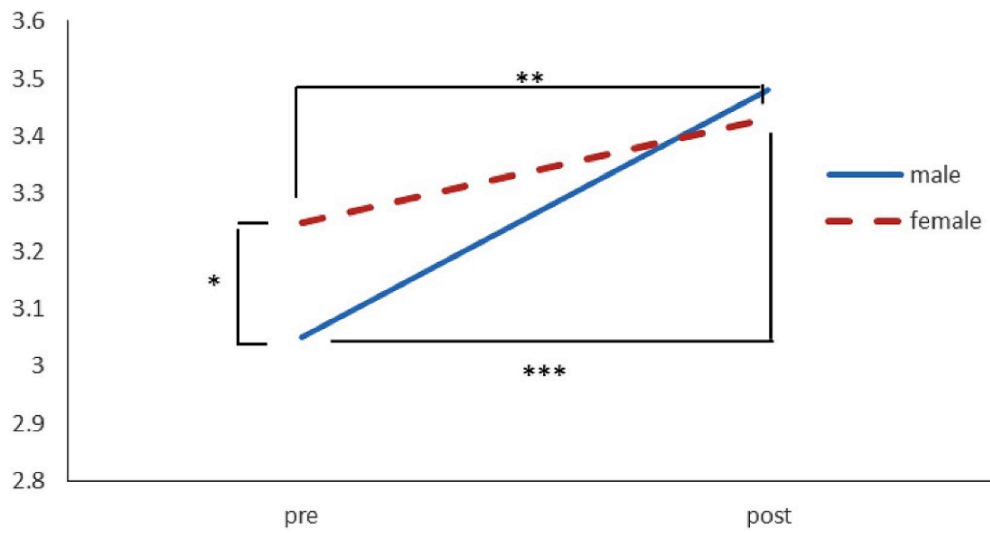


Abbildung 18. Post-hoc-Analysen overall conversational flow [»2-minute speech task «] (Essau et al., 2019, 363)

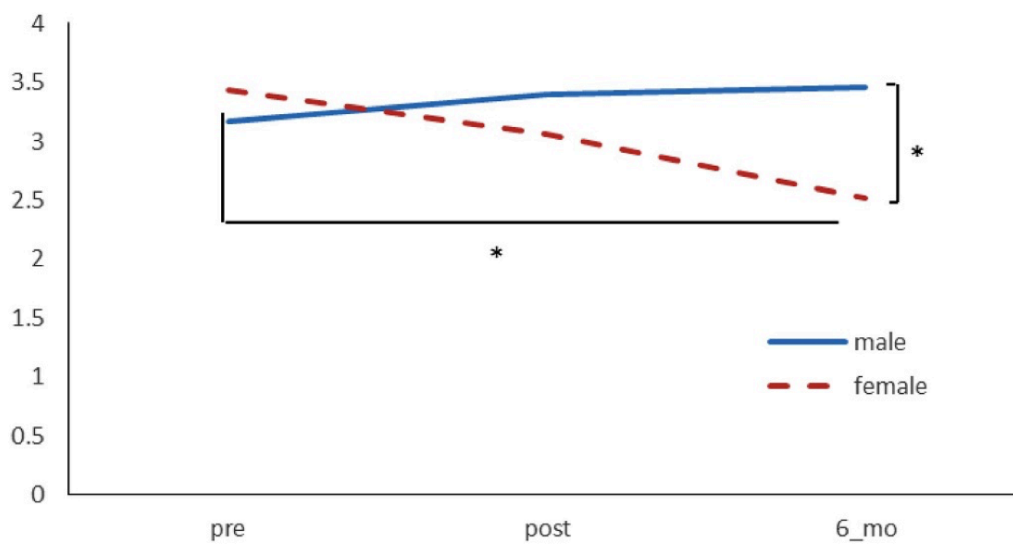


Abbildung 19. Post-hoc-Analysen Verhaltensprobleme, SDQ, Selbsteinschätzung (Essau et al., 2019, 363)

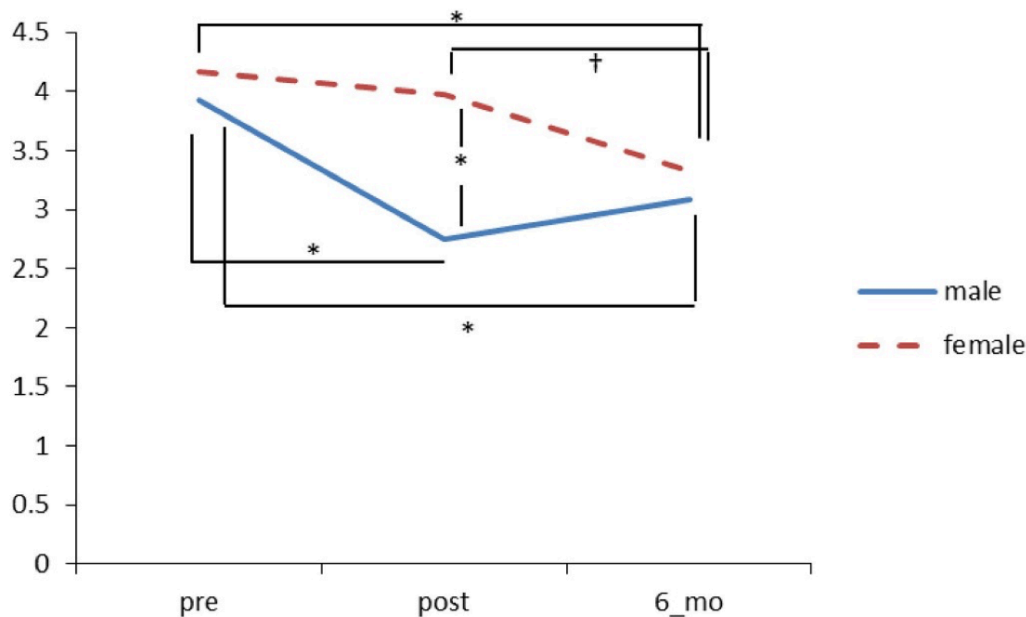


Abbildung 20. Post-hoc-Analysen emotionale Symptome, SDQ, Lehrereinschätzung (Essau et al., 2019, 363)

Zusammengefasst bewerteten die Autor*innen dieser Evaluationsstudie den Outcome der Analysen durchaus positiv: Das »Super Skills for Life«-Programm ist in der Wahrnehmung und Interpretation der durchführenden Autor*innen offensichtlich gut geeignet, auf einem signifikanten Niveau unterschiedliche Angstsymptome und emotionale Symptome zu reduzieren bzw. zu mildern. Eine Ausnahme bildet hier die Skala der *sozialen Angst/sozialen Phobie*, die im Rahmen dieser Analysen keine signifikanten Ergebnisse hervorgebracht hat. Eine ausreichende Erklärung für dieses Ausbleiben konnten die Autor*innen trotz der inhaltlichen Ausrichtung des Programms auf soziale Situationen und interaktionelle Kontexte in ihrem Beitrag nicht anführen. Abschließend muss für diese Evaluationsstudie limitierend angeführt werden, dass die Studie ohne Kontrollbedingung, also ohne eine Referenzgruppe durchgeführt und die Probandengruppe für die Stichprobe nicht randomisiert wurde.

Orgilés et al. (2019) untersuchten ebenfalls das »Super Skills for Life«-Programm mit einem quasi-experimentellen Studiendesign mit einem Sample von $N = 119$ Kindern aus insgesamt neun Schulen im Alter von acht bis zwölf Jahren ($M = 9,39$, $SD = 1,26$) über drei Erhebungszeitpunkte hinweg, Prä-, Post- und Ein-Jahres-Follow-Up, ohne Kontrollbedingung. Im Rahmen dieser Evaluationsstudie ist das »Super Skills for Life«-Programm von Orgilés und Kolleg*innen als ein transdiagnostischer,

zielgruppenspezifischer Ansatz zur Behandlung internalisierender Symptome, also im Besonderen von Angst- und depressiven Symptomen bei Kindern, aufgefasst worden. Die teilnehmenden Proband*innen zeigten vor Beginn der Intervention Symptome von Angst und Depression, allerdings nicht in einem klinisch signifikanten Rahmen. Es handelte sich also hier um eine Studie im Kontext indizierter Prävention. Im primären Outcome sind folgende zu untersuchende Forschungshypothesen festgelegt und analysiert worden: Vom Prä- zum Post-Zeitpunkt und vom Prä- zum Follow-Up-Zeitpunkt zeigt das Programm positive Effekte auf den Skalen Angst und Depressivität. Im sekundären Outcome führt das Programm, so die hypothetische Annahme, positiv zu einer Reduktion des Störungswertes der Angstsymptome innerhalb und auch außerhalb der Familie. Zusätzlich führt es zu einer Reduktion von emotionalen und Verhaltensproblemen, so z. B. von emotionalen Symptomen, Hyperaktivität und Aufmerksamkeitsproblemen, Peerschwierigkeiten und sozial-interaktionellen Verhaltensauffälligkeiten und auch zu einer Verbesserung prosozialen Verhaltens. Als Erhebungsinstrumente sind folgende Messverfahren ausgewählt und verwendet worden, im primären Outcome: »The Child Depression Inventory« (CDI; Kovacs, 1992), »The Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders« (SCARED; Birmaher et al., 1999) und im sekundären Outcome: »The Child Anxiety Life Interference Scale« (CALIS-C; Lyneham et al., 2013) und »The Strengths and Difficulties Questionnaire« (SDQ; Goodman, 1997).

Folgender Befund ist im Rahmen dieser evaluativen Untersuchung festgestellt worden: Im Vergleich des Prä-Zeitpunktes zum Post-Zeitpunkt zeigten die Kinder im primären Outcome in der Post-Messung signifikant niedrigere Werte auf der Ebene der *gesamtdepressiven* ($p < 0,01$) und auch der *Angstsymptome* (*Dysphorie*: $p < 0,01$; *negatives Selbstwert*: $p < 0,05$; *generalisierte Angst*: $p < 0,05$ und *Trennungsangst*: $p < 0,05$). Die Werte für die Gesamtängstlichkeit und die soziale Angst waren auf dem 10%-Niveau signifikant ($p < 0,1$). Keine signifikanten Effekte in der Posterhebung zeigten sich auf den Skalen *Panik/somatische Beschwerden* ($p = 0,67$) und *Schulangst* ($p = 0,11$).

Im sekundären Outcome zeigten sich im Post-Test folgende signifikante Effekte im Sinne der Reduzierung der Skalenwerte: *Störungswertigkeit durch die Angst im Leben des Kindes* ($p < 0,05$), sowohl *innerhalb* ($p < 0,05$) als auch *außerhalb* ($p < 0,05$) *der Familie*, den *Gesamtschwierigkeiten* ($p < 0,05$) und den *emotionalen Symptomen* ($p < 0,05$). Keine

signifikanten Abnahmen der Werte im Post-Test fanden sich auf den Skalen *Hyperaktivität/Aufmerksamkeitsprobleme* ($p = 0,16$), *Verhaltensprobleme* ($p = 0,39$), *Verhaltensprobleme mit Gleichaltrigen* (interaktionelle Schwierigkeiten) ($p = 0,25$) und auch nicht auf der Skala *prosozialen Verhaltens* ($p = 0,56$).

Im Vergleich der Prä-Erhebung zur Follow-Up-Messung zeigte sich im primären Outcome folgendes Ergebnis: Signifikant niedrigere Werte auf den Skalen der *Gesamtdepressivität* ($p \leq 0,001$), *Dysphorie* ($p \leq 0,001$), *negatives Selbstwert* ($p \leq 0,001$), *Gesamtangstsymptomatik* ($p < 0,01$), *Panik/somatische Beschwerden* ($p < 0,01$), *Trennungsangst* ($p \leq 0,001$), *sozialer Angst* ($p < 0,05$), *Schulangst* ($p \leq 0,001$). Die Skala für die *generalisierte Angst* zeigte keinen signifikanten Effekt im Follow-Up-Test ($p = 0,61$).

Im sekundären Outcome konnten im Vergleich der Prä- zur Follow-Up-Messung folgende signifikante Effekte festgestellt werden: *Störungswertigkeit durch die Angst im Leben des Kindes* ($p \leq 0,001$), sowohl *innerhalb* ($p \leq 0,001$) als auch *außerhalb* ($p \leq 0,001$) *der Familie*, *Gesamtschwierigkeiten* ($p \leq 0,001$), *emotionale Symptome* ($p < 0,01$), *Verhaltensprobleme* ($p < 0,01$) und *Verhaltensprobleme mit Gleichaltrigen* ($p \leq 0,001$). Keine signifikanten Effekte zeigten im Follow-Up die Skalen *Hyperaktivität/Aufmerksamkeitsprobleme* ($p = 0,13$) und *prosoziales Verhalten* ($p = 0,26$).

Am Zeitpunkt des Prä-Tests zeigten mehr als die Hälfte der teilnehmenden Proband*innen signifikante Symptome von Angst und/oder Depression ($n = 77$; 65,3%). Dieser Anteil nahm am Post-Zeitpunkt ($n = 53$; 47,3%) und in der Follow-Up-Messung ($n = 45$; 40,9%) ab. Diese Beobachtung ist als ein weiteres Ergebnis des Trainings im Sinne eines Effektes aufgefasst worden.

Hinsichtlich geschlechtsgetrennter Analysen ist im Rahmen dieser Evaluationsstudie folgendes Ergebnis ermittelt worden. Im primären Outcome zeigten die Mädchen am Post-Zeitpunkt signifikant niedrigere Werte auf folgenden Skalen: *Gesamtdepressivität* ($p < 0,01$), *Dysphorie* ($p < 0,01$), *negatives Selbstwert* ($p < 0,05$), *generalisierte Angst* ($p < 0,05$) und *Schulangst* ($p < 0,05$). Die Jungen hingegen zeigten nur auf den Skalen *Gesamtdepressivität* ($p < 0,05$), *Dysphorie* ($p \leq 0,001$) und *Trennungsangst* ($p < 0,05$) signifikant niedrigere Werte. Im sekundären Outcome zeigten die Jungen im Post-Test keine

signifikanten Effekte, hingegen die Mädchen auf folgenden Skalen: *Störungswertigkeit durch die Angst im Leben des Kindes* ($p < 0,05$), auch *außerhalb der Familie* ($p < 0,05$), *Gesamtschwierigkeiten* ($p < 0,01$), *emotionale Symptome* ($p < 0,01$) und *Hyperaktivität/Aufmerksamkeitsprobleme* ($p < 0,05$).

Im Follow-Up konnte im primären Outcome im Kontext dieser geschlechtsgetrennten Analysen folgendes Ergebnis zusammengefasst werden: Für beide Geschlechter konnte eine signifikante Abnahme auf den Skalen *Gesamtdepressivität*, *Dysphorie*, *negatives Selbstwert*, *Angst*, *Trennungsangst* und *Schulangst*, außer die *generalisierte Angst* detektiert werden. Eine signifikante Reduktion der *sozialen Angst* waren bei den Mädchen signifikant ($p < 0,05$), nicht aber bei den Jungen ($p = 0,18$) und eine signifikante Reduktion auf der Skala *Panik* ($p < 0,05$) war bei den Jungen beobachtbar, nicht hingegen bei den Mädchen ($p = 0,10$). Im sekundären Outcome der Follow-Up-Analysen sind entsprechend für beide Geschlechter signifikante Effekte gefunden worden: *Störungswertigkeit durch die Angst im Leben des Kindes*, sowohl *innerhalb* als auch *außerhalb der Familie*, *Gesamtschwierigkeiten*, *emotionale Symptome* und *Peerprobleme (Verhaltensprobleme mit Gleichaltrigen)*, außerhalb von *Verhaltensproblemen*, *Hyperaktivität/Aufmerksamkeitsprobleme* und die Skala für *prosoziales Verhalten*.

Zusammenfassend lässt sich für die geschlechtsgetrennten Analysen konstatieren, dass die Mädchen in Relation zu den Jungen ein anderes Reaktions- und Responseprofil auf das Programm zeigten.

Kritisch und die Aussagefähigkeit dieser Studie einschränkend und limitierend ist aber abschließend festzuhalten, dass das Studiendesign (a) keine Kontrollbedingung aufwies, (b), dass die Erhebungsinstrumente ausschließlich Selbsteinschätzungsfragebögen für die Kinder waren (*self-report*) und (c) die Studie mit einem kleinen Sample durchgeführt wurde. Dennoch bewerteten die Autor*innen die Ergebnisse dieser Evaluationsstudie als positiv und attestierten dem Programm auf dieser Grundlage die Eignungsfähigkeit, bei Kindern in diesem Alter im Sinne indizierter Prävention bei subklinischer Ausprägung Angst- und depressive Symptome zu mindern und zu reduzieren.

Eine weitere indizierte Angstpräventionsstudie des »Super Skills for Life«-Programms von Orgilés et al. (2020a) beschäftigte sich im Wesentlichen mit phänomenologischen Aspekten des Trainings, untersuchte die Auswirkungen und den Einfluss der Videofeedback-Methode und der damit zusammenhängenden kognitiven Vorbereitung auf die verhaltensbezogene soziale Performance der teilnehmenden Kinder und umfasste als eine Teilstichprobe der Originalstudie von Orgilés et al. (2019) einen Stichprobenumfang von $N = 57$ Kindern (68,4% der Kinder waren männlich) im Alter von acht bis elf Jahren ($M = 9,35$, $SD = 1,15$), mit einem Prä-Post-Design ohne Kontrollbedingung und ohne eine Follow-Up-Untersuchung aus insgesamt neun spanischen Schulen. Drei Zielsetzungen der Studie sind formuliert worden: a) Analyse eines angenommenen Effektes durch die Methode des Videofeedbacks und der dazugehörigen kognitiven Vorbereitung auf die soziale Performance der teilnehmenden Kinder, auch getrennt nach dem Geschlecht, b) die soziale Performance der teilnehmenden Kinder in Bezug auf bestimmte Verhaltensweisen (wie z. B. im Blickkontakt, Stimmqualität, Unbehagen, Konversationsfluss etc.) geschlechtsspezifisch zu vergleichen und c) die Dimensionen von Selbstkonzepten (soziales, akademisches, emotionales, familiäres und physisches Selbstkonzept) und sozialer Performance als Mediator für Veränderungen sozialer und generalisierter Angst zu untersuchen. Folgende hypothetische Annahmen lagen diesen drei Zielsetzungen zugrunde: (1) nach der Intervention verbessert sich die soziale Performance bei den teilnehmenden Kindern, (2) die Effekte des »Super Skills for Life«-Programms auf die soziale Performance unterscheiden sich geschlechtsbezogen; Mädchen zeigen relativ zu den Jungen eine höhere soziale Performance nach der Intervention und (3) soziale Performance und Selbstkonzepte (insbesondere das soziale Selbstkonzept) führen zu einer Veränderung im Prä-Post-Vergleich im Hinblick auf die soziale und generalisierte Angst bei den teilnehmenden Kindern. Als Mess- und Erhebungsinstrumente wurden die *Self-Concept Form 5 (AF-5)*; García & Musitu, 2014), die *Social Performance Rating Scale (SPRS)*; Fydrich et al., 1998), die *Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders (SCARED)*; Birmaher et al., 1999), das *Objective Performance Questionnaire (OPQ)*; Cartwright-Hatton et al., 2003) und die *Strengths and Difficulties Questionnaire – Elternversion (SDQ-P)*; Goodman, 2001) verwendet.

Folgende Ergebnisse konnten zusammenfassend extrahiert werden: Alle am Programm teilnehmenden Kinder verbesserten ihre soziale Performance im Rahmen der Aufgabe »2-minute speech task« im Prä-Post-Vergleich auf allen Subskalen des *SPRS* und im *SPRS*-

Gesamtwert und auf allen *OPQ*-Subskalen. Zudem reduzierten die Kinder in der Prä-Post-Relation ihr Angstverhalten und es kam zu einer Zunahme an sozialen und kommunikativen Skills. Bei Mädchen konnten nach der Durchführung des Programms im *SPRS* signifikante Effekte auf vier von insgesamt fünf Skalen (Skala *Blickkontakt*: *AOR* [Adjusted Odds Ratio] = 1,74, 95%*CI*: 1,18, 2,55, $p = 0,005$), Skala *Stimmqualität*: *AOR* = 1,47, 95%*CI*: 0,01, 2,16, $p = 0,04$, Skala *Länge*: *AOR* = 1,39, 95%*CI*: 1,06, 1,82, $p = 0,01$ und Skala *Unbehagen*: *AOR* = 1,64, 95%*CI*: 1,15, 2,34, $p = 0,005$) und im *SPRS-Gesamtscore* (*AOR* = 6,99, 95%*CI*: 2,53, 19,29, $p < 0,001$) gemessen werden. Ebenfalls sind bei den Mädchen im *OPQ* auf allen drei Skalen signifikante Effekte (Skala *Mikroverhalten*: *AOR* = 5,29, 95%*CI*: 2,37, 11,78, $p < 0,001$; Skala *Nervöses Verhalten*: *AOR* = 0,71, 95%*CI*: 0,52, 0,97, $p = 0,03$; Skala *Gesamteindruck*: *AOR* = 4,23, 95%*CI*: 2,80, 6,41, $p < 0,001$) ermittelt worden. Bei den Jungen verbesserten sich signifikant die Werte im *SPRS* auf vier von fünf Skalen und ebenfalls im Gesamtwert (Skala *Blickkontakt*: *AOR* = 1,39, 95%*CI*: 1,04, 1,86, $p = 0,02$), Skala *Stimmqualität*: *AOR* = 1,89, 95%*CI*: 1,47, 2,44, $p < 0,001$, Skala *Unbehagen*: *AOR* = 2,64, 95%*CI*: 1,98, 3,56, $p < 0,001$ und Skala *Konversationsfluss*: *AOR* = 1,39, 95%*CI*: 1,06, 1,82, $p = 0,01$) und im *SPRS-Gesamtscore* (*AOR* = 10,85, 95%*CI*: 4,30, 27,39, $p < 0,001$). Auch zeigten sich bei den Jungen signifikante Effekte im *OPQ* auf allen drei Skalen (Skala *Mikroverhalten*: *AOR* = 3,01, 95%*CI*: 1,96, 4,60, $p < 0,001$; Skala *Nervöses Verhalten*: *AOR* = 0,63, 95%*CI*: 0,47, 0,82, $p = 0,001$; Skala *Gesamteindruck*: *AOR* = 3,09, 95%*CI*: 1,62, 5,86, $p = 0,001$). Geschlechtliche Unterschiede zeigten sich im Post-Test: Die Jungen reduzierten ihre Werte auf der Skala *Nervöses Verhalten* stärker als die Mädchen ($p < 0,01$) und zeigten höhere Werte auf der Skala *Unbehagen* ($p < 0,05$). Diese geschlechtsbezogenen Ergebnisse und Unterschiede wurden von Orgilés et al. (2020a) als ein Effekt des Programms interpretiert, innerhalb diesem sich die Jungen im Vergleich zu den Mädchen durch ihre Teilnahme am »Super Skills for Life«-Programm und nach entsprechend dieser Intervention besser entwickelten und einen höheren Nutzen im Sinne einer verbesserten sozialen Performance extrahieren konnten; kurzum: die Jungen haben stärker profitiert als die Mädchen. In der Analyse der Selbstkonzepte konnte nur in der Dimension des sozialen Selbstkonzeptes im Prä-Post-Test ein signifikanter Mediatoreffekt für die Subskala soziale Angst ($M = -0,36$, 95%*CI*: -0,65, -0,08) ermittelt werden. Weitere signifikante Mediatoreffekte konnten nicht gefunden werden. In der zusammenfassenden Bewertung dieser Evaluationsstudie wurde der Befund als positive Evidenz für die Verbesserung der sozialen Performance sowie zur Reduktion von Angstsymptomen der

teilnehmenden Kinder interpretiert. Das »*Super Skills for Life*«-Programm und die dem Programm zugrunde liegende Methodologie ist von den Autor*innen als ein geeigneter Präventionsansatz für Kinder mit Angstproblemen, insbesondere mit sozialen Ängsten, bewertet worden, welches sowohl im klinischen als auch im schulischen Setting angewendet werden kann. Allerdings muss die kleine Stichprobe und das Fehlen einer Kontrollbedingung innerhalb dieses Studiendesigns hinsichtlich einer intendierten repräsentativen Generalisierbarkeit dieser Ergebnisse einschränkend und die empirische Aussagekraft beeinträchtigend und insgesamt kritisch angeführt werden.

In einer weiteren Studie von Orgilés et al. (2020b) wurde der Fragestellung nachgegangen, inwieweit das »*Super Skills for Life*«-Programm im Rahmen der COVID-19-Pandemie positive, also präventive Effekte auf intrapsychische und verhaltensbezogene Bewältigungsstile der Kinder im Umgang mit den coronabedingten Beschränkungen und Begrenzungen zeigte. Übergeordnete Zielsetzung bestand u. a. darin zu untersuchen, ob und in welchem Umfang das Programm bei den Kindern emotionale Resilienz aufbaut und Copingstrategien für alltägliche und problematische, also schwierige Lebenssituationen vermittelt. Darüber hinaus war es das Ziel dieser Studie, die Reaktionen von Eltern auf die pandemiebedingten Beschränkungen und diese mit den in diesem Zusammenhang stehenden Copingstilen der Kinder zu vergleichen. Ein weiteres Ziel war es, den Zusammenhang zwischen den unmittelbaren psychischen Reaktionen von Kindern (Angst/Aktivierung, Stimmungslage, Schlaf, verhaltensbezogene Alterationen und Alterationen im Essverhalten und im kognitiven Kontext) auf die COVID-Beschränkungen und ihre Copingstile (Stile: aufgabenorientiert, emotionsorientiert, vermeidungsorientiert) zu untersuchen. Die Stichprobe bestand aus $N = 96$ Elternteilen von Kindern im Alter von sechs bis zwölf Lebensjahren ($M = 10,52$; $SD = 2,22$; 42,7% weiblich). 50% der Kinder ($n = 48$; 37,5% weiblich) haben innerhalb der letzten zwei Jahre am »*Super Skills for Life*«-Programm teilgenommen, die anderen 50% der Kinder nicht ($n = 48$; 47,9% weiblich), die somit als Kontrollbedingung im Sinne einer Referenzgruppe fungierten. Die Unterschiede im Rahmen dieser Studie wurden mit nichtparametrischen Tests²⁸ untersucht. Folgender Befund konnte zusammenfassend erhoben werden: Die Kontrollbedingung wies in Relation zu der Gruppe

²⁸ *The Impact Scale of the COVID-19 and Home Confinement on Children and Adolescents* (Orgilés et al., 2020c); *The Coping Inventory to COVID-19 and Home Confinement on Children and Adolescents* (Orgilés et al., 2020d).

der Kinder mit der Intervention der Teilnahme am »*Super Skills for Life*«-Programm signifikant mehr Ängste auf ($p \leq 0,001$), die Kinder zeigten schlechtere Stimmungslagen (Stimmungsprobleme) ($p \leq 0,001$) und einen schlechteren Schlaf ($p \leq 0,01$) und wiesen zudem mehr kognitive Alterationen ($p \leq 0,01$) während der häuslichen Isolation/ Kontaktbeschränkungen auf. Zusätzlich zeigten Kinder der Kontrollgruppe eine signifikant höhere Wahrscheinlichkeit, emotionsorientierte Strategien ($p = 0,001$; mittlere Effektstärke) anzuwenden, die mit stärkeren psychischen Alterationen assoziiert waren; das bedeutet, der emotionsorientierte Copingstil war signifikant mit Angst ($p \leq 0,01$), mit Stimmungsproblemen ($p \leq 0,01$), mit Schlafproblemen ($p \leq 0,05$), mit Verhaltensauffälligkeiten ($p \leq 0,05$) und mit kognitiven Alterationen ($p \leq 0,05$) assoziiert, unter der Ausnahme von Ernährungsproblemen. Kinder, die demnach den emotionsfokussierten Copingstil nutzten, also Kinder der Kontrollbedingung, waren daher eher mit ihrer emotionalen Situation und Erfahrung beschäftigt, darin in gewisser Weise 'gefangen' als an einer Lösung des Problems im Sinne einer konstruktiven und ressourcenfokussierten Form beteiligt. Zwischen beiden untersuchten Gruppen gab es in diesem Zusammenhang keine signifikanten Unterschiede in den aufgaben- und vermeidungsorientierten Copingstilen der Kinder.

Die Kinder, die also in der zusammenfassenden Betrachtung und Beurteilung der Ergebnisse dieser Studie nicht am »*Super Skills for Life*«-Programm teilgenommen haben, scorten höher im Bereich der Angst, der Stimmungs- und Schlafprobleme und der kognitiven Alterationen. Kinder mit der Intervention durch das »*Super Skills for Life*«-Programm zeigten hingegen weniger negative psychische Effekte. Das Programm schein demnach genug Skills für Kinder bereitzustellen (z. B. kognitive Umstrukturierungstechniken, Problem-Lösungsfähigkeiten), um emotional besonders herausfordernden und belastenden Situationen wie bspw. im Kontext der COVID-19-Pandemie und den damit verbundenen Lockdown-Maßnahmen standzuhalten. Es bildet in der Auffassung der Autor*innen, so das Fazit, emotionale Resilienz auf und trainiert die Kinder in der Wahrnehmung und Kontrolle negativer Emotionen in spezifischen Situationen. Obwohl das Programm nicht speziell für den Umgang mit der Corona-Pandemie entwickelt wurde, so scheint es in der Bewertung der Autor*innen die Kinder darin zu unterstützen, entsprechend supportive und adaptive Copingstrategien im Umgang mit COVID-19 zu entwickeln und diese anzuwenden. Als wichtigste und zentralste Limitation dieser Studie im Sinne einer Einschränkung der wissenschaftlichen Aussagekraft wurde hierbei die kleine Stichprobe angeführt.

In einer weiteren Studie von Orgilés et al. (2020e) wurde der Fragestellung nachgegangen zu untersuchen, inwieweit das »Super Skills for Life«-Programm zur Verringerung der Symptome bei *Trennungsangst* wirksam sein kann. Die Hauptzielsetzung der Studie bestand neben der Analyse der Auswirkungen des Programms auf die Reduzierung von *Trennungsangst* auch in der Untersuchung der Auswirkungen auf andere Symptome wie beispielsweise *depressive Symptome*, auf das Sozialverhalten wie z. B. *Verhaltensprobleme* oder *Hyperaktivität* oder auch auf das *Selbstkonzept*. Im Rahmen dieser indizierten Studie²⁹ wurden in einem quasi-experimentellen Studiendesign $N = 86$ Kinder im Alter von acht bis zwölf Jahren ($M = 9,09$; $SD = 1,43$; 60,5% männlich) ohne Kontrollbedingung im Prä-, Post- und im Follow-Up-Test (Zwölf-Monats-Follow-Up) untersucht. Als psychometrische Messverfahren wurden hierfür die *Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders* (SCARED; Birmaher et al., 1999), die *Child Depression Inventory* (CDI; Kovacs, 1992), das *Strengths and Difficulties Questionnaire* (SDQ und SDQ-P; Goodman, 1997) und die *Self-Concept Form 5* (AF-5; García & Musitu, 1999) ausgewählt. Die Ergebnisse zeigten, grob zusammengefasst, signifikante Verbesserungen bei Trennungsängsten, aber auch bei den sekundären Symptomen wie depressiven Symptomen, Peerproblemen, Verhaltensproblemen und der Störungswertigkeit infolge der Angst auf das alltägliche Leben der Kinder. Insgesamt zeigten die Resultate, dass das Programm auf lange Sicht effektiver war (Follow-Up) als auf kurze Sicht (Post-Test). Bei der differenzierten Betrachtung der Ergebnisse dieser Studie kann konstatiert werden, dass »Super Skills for Life« im Post-Test signifikant niedrigere Werte bei der *Trennungsangst* ($p < 0,001$), ebenfalls eine Reduktion bei der Messung *depressiver Symptome* ($p = 0,05$), bei *Stimmungsproblemen* (*Dysphorie*) ($p = 0,005$), im *Gesamtproblemwert* ($p = 0,03$), bei *emotionalen Symptomen* ($p = 0,03$) und darüber hinaus auch bei internalisierenden Symptomen ($p = 0,02$) aufwies. Die Werte für das *akademische* ($p = 0,04$) und für das *physische* ($p = 0,007$) *Selbstkonzept* waren im Post-Test relativ zum Prä-Test signifikant gestiegen. Im Zusammenhang mit dem Zwölf-Monats-Follow-Up erzielten die Kinder signifikant niedrigere Werte für *Trennungsangst* ($p < 0,001$). Auch die Werte für *depressive Symptome* ($p < 0,001$), für *Stimmungsprobleme* (*Dysphorie*) ($p < 0,001$), *negatives Selbstkonzept* ($p < 0,001$), im *Gesamtproblemwert* ($p < 0,001$),

²⁹ Es wurden aus einem Sample von $N = 119$ Proband*innen die Kinder ausgesucht, die auf der Subskala der *Trennungsangst* im *Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders* (SCARED; Birmaher et al., 1999) einen Cut-Off-Wert von 5 oder höher aufwiesen und auf der Subskala *Emotionale Symptome* im *Strengths and Difficulties Questionnaire* (SDQ; Goodman, 1997) einen Cut-Off-Wert von 4 oder höher.

internalisierende Symptome ($p < 0,001$), externalisierende Symptome ($p = 0,01$), *emotionale Symptome* ($p < 0,001$), *Peerprobleme* ($p < 0,001$) und *Verhaltensprobleme* ($p = 0,005$) sanken ebenfalls signifikant, verglichen mit dem Prä-Test. Keine signifikanten Veränderungen zeigten sich im Follow-Up bei den *Hyperaktivitätswerten* ($p = 0,25$) und auf der Skala des *prosozialen Verhaltens* ($p = 0,31$). Die Werte für das *akademische* ($p = 0,001$), für das *soziale* ($p < 0,001$), für das *emotionale* ($p = 0,006$) und für das *physische* ($p < 0,001$) *Selbstkonzept* sind im Follow-Up-Test signifikant zum Prä-Test gestiegen. Auch sind die Werte für das *familiäre Selbstkonzept* im Follow-Up im Vergleich zum Ausgangswert gestiegen, allerdings war der Effekt nicht signifikant ($p = 0,07$). Als limitierende Bedingungen gaben die Autor*innen dieser Studie an, dass diese Untersuchung keine Kontrollbedingung als Vergleichs- und Referenzgruppe aufwies, der ausschließliche Selbstbericht der Kinder ohne die Integration der Einschätzung sonstiger Bezugspersonen wie z. B. der Eltern oder der Lehrkräfte erfolgte, zudem der geringe Stichprobenumfang die Belastbarkeit der Aussagefähigkeit der erzielten Ergebnisse einschränkte. Dennoch kamen die Autor*innen zur finalen Einschätzung, dass das zentrale Ergebnis dieser Studie nahelegt, dass das »Super Skills for Life«-Programm zur Behandlung emotionaler Probleme bei Kindern mit *Trennungsangst*, aber auch bei *depressiven Symptomen* und insgesamt bei internalisierenden Symptomen und Auffälligkeiten im Sinne eines transdiagnostischen Ansatzes effektiv sein kann.

Von de la Torre-Luque et al. (2015) ist das »Super Skills for Life«-Programm für Adoleszente in einer spanischen Adaptation (*SSL-A*) erweitert und zu der ursprünglich für Kinder entwickelten Version von Essau und Ollendick (2013) ergänzt worden. Diese Version ist von de la Torre-Luque und Kolleg*innen (2020) im Rahmen einer indizierten Angstpräventionsstudie auf der Grundlage eines RCT-Designs mit Messwiederholung (zwei Messerhebungen vor der Intervention, eine im Post-Test nach der Intervention und eine Follow-Up-Erhebung sechs Monate nach der Intervention) mit einer Interventionsgruppe ($n = 21$), einer Placebogruppe ($n = 13$) und einer Wartelistenkontrollgruppe ($n = 27$) evaluiert worden. Insgesamt nahmen also $N = 61$ Adoleszente in einem Durchschnittsalter von 13,76 Jahren (45,30% Jungen, $SD = 0,32$), die aus einem Gesamtsample von $n = 762$ Adoleszenten gescreent und randomisiert wurden. In der Interventionsgruppe waren anteilig 46,15% der Proband*innen männlich mit einem Durchschnittsalter von 13,81 Jahren ($SD = 0,34$). In der Placebogruppe waren 42,86% der teilnehmenden Proband*innen männlich und hatten ein

Durchschnittsalter von 13,70 Jahren ($SD = 0,29$). In der Wartelistenkontrollgruppe waren 47,62% der Adoleszenten männlich, das Durchschnittsalter betrug hier 13,76 Jahren ($SD = 0,32$). Neben der Interventionsgruppe, die am »Super Skills for Life«-Programm für Adoleszente (SSL-A) teilnahm, nahmen die Adoleszenten der Placebogruppe an einem Schulprogramm teil, an dem schulbezogene Aktivitäten durchgeführt und schulorientierte Skills und Schulmanagementstrategien vermittelt wurden. Die Wartelistenkontrollgruppe erhielt als Referenzgruppe entsprechend keine Intervention. Folgende Ergebnisse konnten zusammengefasst konstatiert werden: Es wurde ein signifikanter Interaktionseffekt Zeit * Gruppe auf der Skala *soziale Phobie* ($F(3, 174) = 2,36, p < 0,033, \eta^2 = 0,07$) und auf der Skala für *Generalisierte Angst* ($F(3, 174) = 2,25, p < 0,041, \eta^2 = 0,07$) detektiert. Zusätzlich konnten auf der Verhaltensebene im Post-Test in Relation zum Prä-Test folgende Verbesserungen gemessen werden: Stimmqualität ($F(1, 18) = 5,70, p < 0,05, \eta^2 = 0,24$) und ein niedrigeres Unbehagen in einer stressinduzierten Situation ($F(1, 18) = 15,84, p < 0,01, \eta^2 = 0,47$). Außerdem zeigten sich positive Effekte auf der physiologisch-kardiologischen Ebene in einer Stresssituation ($t(18) = 2,64, p = 0,017, d = 0,86$). Weitere signifikante Interaktionseffekte konnten nicht ermittelt werden. De la Torre-Luque et al. (2020, 479) interpretierten die berichteten Ergebnisse vielversprechend:

Thus, our findings seem to suggest that SSL-A was able to modify the course of anxiety symptoms in interaction with the developmental vulnerability to express concrete manifestations of anxiety.

In der Studie von Melero et al. (2021a) wurde im Rahmen einer indizierten Prävention ohne Kontrollgruppenbedingung das »Super Skills for Life«-Programm, insbesondere die Methode des Videofeeds und die Technik der voranstehenden kognitiven Vorbereitung (»*cognitive preparation*«) im Rahmen einer Stichprobe von $N = 70$ Kindern im Alter von acht bis elf Jahren ($M = 9,34, SD = 1,15$) aus insgesamt 28 Schulen Spaniens evaluiert. Es nahmen im Rahmen dieses Sample $n = 41$ Jungen (58,6%) und $n = 29$ Mädchen (41,4%) teil. Im Vorfeld der Evaluationsstudie erfolgte ein Prä-Screening durch den *Strengths and Difficulties Questionnaire* (SDQ-P, Goodman, 2001), der durch die Eltern ausgefüllt wurde. Kinder mit emotionalen Symptomen (Cut-Off-Wert auf der Subskala *Emotionale Probleme*: ≥ 4) wurden auf der Grundlage dieses Screenings zur Partizipation an der Studie

aufgenommen. Neben einem Selbstreport (*PQ-C*)³⁰ und einem Elternreport (*SDQ-P*)³¹ erfolgte zusätzlich ein Rating über einen objektiven Rater (*SPRS; OPQ-C*)³². Gemessen wurde an drei Zeitpunkten: In der Session eins (als Baseline, »pre-test«), in der Session sieben (während der Durchführung des Programms, »during-treatment«) und nach der Intervention (Session acht, »post-test«). Folgender Befund konnte im Rahmen dieser Untersuchung erhoben werden. Im Kontext des objektiven Ratings konnten zwischen dem pre- und dem post-test für alle Werte im *SPRS* (Blickkontakt, Stimmqualität, Länge, Unbehagen/Sich-Unwohl-Fühlen, flüssige Konversation/Gesprächsfluss und Gesamtwert) und *OPQ-C* (Mikroverhalten³³, nervöses/ruheloses Verhalten³⁴ und Gesamteindruck³⁵) signifikante Verbesserungen bei den Kindern gemessen werden ($p = 0,02$ bis $< 0,001$). Zudem reduzierten die Kinder ihr nervöses Verhalten und erreichten eine Zunahme in den sozialen und kommunikativen Skills während des Programms und nach Beendigung der »Super Skills for Life«-Intervention. Im Rahmen der subjektiven Ratings zeigte das Scoring für die Subskalen im Mikroverhalten und im Gesamteindruck eine Zunahme der Werte oder blieb stabil nach der kognitiven Vorbereitung. Das Scoring für nervöses/ruheloses Verhalten zeigte zudem eine Abnahme nach der kognitiven Vorbereitung. Diese Veränderungen waren für die drei Messzeitpunkte im Bereich Mikroverhalten und im Gesamteindruck statistisch signifikant, zudem für nervöses/ruheloses Verhalten im Post-Test. Im Geschlechtsvergleich wiesen Mädchen ein signifikant besseres Scoring über die drei Messzeitpunkte im Zusammenhang mit dem Mikroverhalten, dem Gesamteindruck und dem nervösen/ruhelosen Verhalten auf, relativ zu den Jungen. Diese Studie nach Melero et al. (2021a) zeigte also im Outcome in der Gesamtzusammenfassung signifikant Veränderungen auf den getesteten Skalen im Sinne einer entsprechenden intendierten Verbesserung. Diese

³⁰ *The Performance Questionnaire* (Cartwright-Hatton et al., 2003)

³¹ *Strengths and Difficulties Questionnaire* (Goodman, 2001)

³² *The Social Performance Rating Scale* (Fydrich et al., 1998) und *The Objective Performance Questionnaire* (Cartwright-Hatton et al., 2003)

³³ Zum Mikroverhalten (»Micro-behaviors«) gehören Items wie "How loud and clear was the child's voice?" "How much did the child look at the camera?" "How much did you smile?"

³⁴ Zum nervösen/ruhelosen Verhalten (»Nervous behaviors«) gehören Items wie "How nervous did the child look?" "Did the child stumble over its words?"

³⁵ Zum Gesamteindruck (»Global impression«) gehören Items wie "How clever did the child look?" "How friendly did the child look?" "How good was the child's speech?"

Veränderungsprozesse wurden von den Autor*innen der Studie als verhaltensbezogene Reaktion und entsprechend als signifikante Effekte infolge der Anwendung der Videofeedback-Methode und der Technik der kognitiven Vorbereitung interpretiert, trotz der fehlenden Referenzgruppe und Randomisierung sowie auch unter Berücksichtigung der kleinen Stichprobe. In diese Studie integriert und mitevaluiert wurde zusätzlich ein Novum in der spanischen Version des »Super Skills for Life«-Programms – ein interaktives Rollenspiel zwischen dem Kind und dem Trainer/Therapeuten (»one-to-one format«), in diesem Zusammenhang also eine Modifikation des ursprünglichen (Trainings-) Protokolls.

In einer weiteren Studie haben Melero et al. (2021b) die Kurzzeiteffekte zum modifiziert-individualisierten Format des »Super Skills for Life«-Programms aus Elternsicht (ausschließlich Elternreport) in einem quasi-experimentellen Design mit Prä-Post-Vergleich ohne ein Follow-Up und ebenfalls ohne eine Kontrollbedingung von insgesamt $N = 70$ Kindern aus Spanien untersucht. Die Kinder waren zwischen acht bis elf Jahren alt ($M = 9,31$; $SD = 1,16$), 41,4% der untersuchten Stichprobe bestand aus Mädchen, ca. 75% der partizipierten Eltern waren Mütter, ca. 25% entsprechend Väter, 84,3% der Eltern waren verheiratet, 62,9% wiesen eine höhere Ausbildung auf. Bei dieser Analyse handelte es sich um eine indizierte Studie. Ausschließlich Kinder mit emotionalen Symptomen (im *SDQ-P*; Goodman, 2001; Cut-Off-Wert auf der Subskala *Emotionale Probleme*: ≥ 4) wurden in die Stichprobe aufgenommen. Außerdem durften die Kinder keine andere psychologische, psychotherapeutische oder pharmakologische Behandlung aufgrund von emotionalen oder Verhaltensproblemen erhalten, auch keine psychiatrische Diagnose oder unterschiedliche Entwicklungsstörungen aufweisen. Als Messverfahren wurden das *Mood and Feelings Questionnaire (MFQ-P*; Angold et al., 1995), die *Spence Children`s Anxiety Scale (SCAS-P*; Nauta et al., 2004; Spence, 1998) und das *Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ-P*; Goodman, 2001) verwendet. Folgende Ergebnisse konnten im Rahmen dieser Studie extrahiert werden: In der Post-Erhebung reduzierten sich im Vergleich zur Baseline klinisch signifikante Angst- und/oder depressive Symptome bei den Kindern von 62,9% auf 34,3%. Klinisch signifikant depressive Symptome reduzierten sich nach der Intervention von 24,3% auf 2,9%; die der klinisch signifikanten Angstsymptomatik von 57,1% auf 36,8%. Für beide Geschlechter wurden im Post-Test Verbesserungen im Zusammenhang mit der *emotionalen Symptomatik* und dem *prosozialen Verhalten* detektiert. Sowohl für die *depressiven* und *Angstsymptome* als auch auf der Skala der *Störungswertigkeit durch die Angst im häuslichen*

Kontext konnte eine signifikante Reduzierung ($p < 0,001$ bis $p \leq 0,01$) ermittelt werden. Ebenfalls signifikant positive Auswirkungen zeigten die Skalen für allgemeine psychische Probleme, internalisierende Probleme und *emotionale Symptome* ($p < 0,001$) und externalisierende Probleme, *Hyperaktivität/Unaufmerksamkeit* und *Peer-Probleme* ($p \leq 0,05$). Weitere signifikante Effekte konnten nicht beobachtet werden. Von insgesamt 20 Skalen wurden somit in der Elterneinschätzung auf 14 Skalen Verbesserungen gemessen. Das Programm in seinem modifizierten Format wurde infolge des Ergebnisses durch die Autor*innen als vielversprechendes Konzept zur indizierten Prävention von *emotionalen Symptomen* im Sinne eines transdiagnostischen Ansatzes aufgefasst, wenngleich studienbezogene Limitationen aufgrund der kleinen Stichprobe, der fehlenden Kontrollbedingung, Randomisierung und aufgrund des Fehlens einer Follow-Up-Erhebung zur Analyse von Langzeiteffekten die empirische Aussagefähigkeit dieser Studie einschränken.

Melero et al. (2021c) haben im Rahmen einer Fidelity-Studie³⁶ an $N = 119$ Kindern im Alter von acht bis zwölf Jahren (42,9% Mädchen; für die gesamte Stichprobe: $M = 9,39$; $SD = 1,26$) aus insgesamt neun Schulen im Kontext indizierter Prävention in einem quasi-experimentellen Design mit drei Messzeitpunkten (Prä-, Post- und Follow-Up-Messzeitpunkt nach zwölf Monaten) die Effektivität der spanischen Version des »Super Skills for Life«-Programms untersucht. Dabei wurden innerhalb der gesamten Stichprobe entsprechend dem Fidelity-Grad, mit der die Intervention durchgeführt wurde, zwei Gruppen etabliert bzw. die Stichprobe in zwei Gruppen gesplittet: die »High Fidelity Group« (HFG; $n = 32$) und die »Low Fidelity Group« (LFG; $n = 87$). Innerhalb jedes Genauigkeitskriteriums wurde die 50. Perzentile als Cut-Off-Wert festgelegt³⁷. Als Inklusionskriterien zur Teilnahme an der Studie waren neben dem Alter (acht bis zwölf Jahren) im Elternreport auch das Vorhandensein

³⁶ Als Modell (»*implementation fidelity*«) wurden drei Kriterien/Merkmale für Fidelity herangezogen: Adhärenz, Dosierung (Anzahl/Dauer der Sitzungen) und Akzeptanz/Empfänglichkeit bzw. Aufgeschlossenheit gegenüber der Intervention.

³⁷ Das bedeutet: HFG = Kinder erreichten die 50. Perzentile, d. h. Kinder haben an allen Sitzungen des Programms (»*sessions*«) teilgenommen, Adhärenz-Score von ≥ 5 (von einem Maximum von 7), Akzeptanz-Score von $\geq 9,20$ (von einem Maximum von 10); LFG = Kinder erreichten nicht die 50. Perzentile, d. h. sie nahmen nicht an allen Sitzungen teil (Sitzungen 1 bis 7), Adhärenz-Score von < 5 , Akzeptanz-Score von $< 9,20$.

emotionaler Symptome bei ihren Kindern sowie eine Nicht-Inanspruchnahme einer aktuellen psychopharmakologischen oder kinderpsychologischen und -psychotherapeutischen Behandlung und das ebenfalls Nicht-Vorhandensein einer neurologischen Entwicklungsstörung formuliert. Als Messverfahren wurden für den Kinderreport die *Child's Depression Inventory (CDI; Kovacs, 1992)*, die *Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders (SCARED; Birmaher et al., 1999)*, die *Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ; Goodman, 2001)* und die *Self-Concept Form 5 (AF-5; García & Musitu, 2014)* sowie für den Elternreport die *Strengths and Difficulties Questionnaire – Parent version (SDQ-P; Goodman, 2001)* verwendet worden. Folgender Befund konnte in der Gesamtzusammenfassung erhoben werden: Im Post-Test zeigte die HFG signifikant niedrigere Werte für *Depression, Angst, SDQ-Gesamtprobleme* und externalisierende Symptome (*SDQ*) ($p < 0,05$) sowie signifikant höhere Werte im Bereich des *akademischen* und *familiären Selbstkonzeptes* ($p < 0,05$), verglichen mit der LFG. Im Follow-Up zeigte die LFG hingegen signifikant höhere Werte für *Depression, SDQ-Gesamtprobleme* und internalisierende Symptome (*SDQ*) ($p < 0,05$) sowie signifikant niedrigere *Selbstkonzeptwerte* im *akademischen, sozialen* und *familiären Kontext* ($p < 0,05$). Alle Selbstkonzeptdimensionen im Post-Test wiesen einen signifikanten Einfluss im Follow-Up auf internalisierende Symptome auf. Zusätzlich beeinflussten akademische, soziale und physische Dimensionen des Selbstkonzeptes externalisierende Symptome. Die Autor*innen bewerteten das Ergebnis der Studie zusammenfassend wie folgt: Die spanische Version des »Super Skills for Life«-Programms zeigte sich bei geringer Umsetzungstreue (betrifft die LFG; »low implementation fidelity«) zur Behandlung emotionaler Symptome bei Kindern im Alter von acht bis zwölf Jahren als wirksam, allerdings zeigte es sich bei hoher Umsetzungstreue (betrifft die HFG; »high implementation fidelity«) effektiver. Als Limitationen dieser Studie gaben die Autor*innen (Melero et al., 2021c) die fehlende Repräsentativität der Stichprobe sowie die fehlende Randomisierung der Proband*innen an, die aus der Sicht der Autor*innen zu jeder Bedingung berücksichtigt werden muss, um die Effekte des Programms im Zusammenhang mit der *implementation fidelity* oder den vermittelnden Auswirkungen des Selbstkonzeptes in Beziehung zu setzen. Dieser Befund kann mit den Ergebnissen einer weiteren Fidelity-Studie von Fernández-Martínez et al. (2021) zum »Super Skills for Life«-Programm in Verbindung gebracht werden. Innerhalb dieser wurde die Effektivität des Programms auf der Grundlage eines RCT-Studiendesigns bei jüngeren Kindern in einem Alter von sechs bis acht Lebensjahren ($M = 6,89; SD = 0,79;$

21,1% Jungen) vor dem Hintergrund eines Stichprobenumfangs von $N = 123$ Kindern und ihren Eltern mit internalisierenden Symptomen, also im Rahmen indizierter transdiagnostischer Prävention, und in einem Prä-, Post- und in einem Follow-Up-Vergleich (Zwölf-Monats-Follow-Up), eine »High Fidelity Group« (*HFG*; $n = 41$) und eine »Low Fidelity Group« (*LFG*; $n = 26$) installiert und mit einer Kontrollgruppe (*KG*; $n = 56$) verglichen. Für die »implementation fidelity« (*IF*) wurde die 50. Perzentile als Cut-Off-Wert³⁸ zur Unterscheidung zwischen der *HFG* und der *LFG* festgelegt. Als Messverfahren wurden *The Mood and Feelings Questionnaire – parent version (MFQ-P*; Angold et al., 1995), *The Spence Children`s Anxiety Scale – parent version (SCAS-P*; Nauta et al., 2004) und *The Strengths and Difficulties Questionnaire – parent version (SDQ-P*; Goodman, 2001) verwendet. Mit der Kontrollbedingung verglichen erreichte die *HFG* in der Gesamtzusammenfassung im Kontext der Angst- und depressiven Symptome einen signifikant besseren Outcome als die *LFG*, sowohl kurz- als auch langfristig (depressive Symptome: Post-Test: *HFG* vs. *KG*: $p < 0,001$, $d = 0,65$; *LFG* vs. *KG*: $p < 0,03$, $d = 0,54$; Follow-Up-Test: *HFG* vs. *KG*: $p < 0,001$, $d = 0,56$; *LFG* vs. *KG*: $p = 0,008$, $d = 0,43$ /Angstsymptome: Post-Test: *HFG* vs. *KG*: $p < 0,001$, $d = 0,42$; *LFG* vs. *KG*: $p = 0,08$; Follow-Up-Test: *HFG* vs. *KG*: $p < 0,001$, $d = 0,44$; *LFG* vs. *KG*: $p = 0,005$, $d = 0,37$). Auch internalisierende Symptome zeigten im *HFG* signifikant einen besseren Outcome als die *LFG*, verglichen mit der Kontrollgruppe (Post-Test: *HFG* vs. *KG*: $p < 0,001$, $d = 0,24$; *LFG* vs. *KG*: $p = 0,22$; Follow-Up-Test: *HFG* vs. *KG*: $p = 0,001$, $d = 0,39$; *LFG* vs. *KG*: $p = 0,16$) und zusätzlich im Zwölf-Monats-Follow-Up externalisierende Verhaltensauffälligkeiten (*HFG* vs. *KG*: $p = 0,01$, $d = 0,55$; *LFG* vs. *KG*: $p = 0,11$). Allerdings zeigten sich im Post-Test signifikante Verbesserungen bei den externalisierenden Symptomen in der *LFG* ($p = 0,007$, $d = 0,56$). Verbesserungen im Outcome zeigten sich demnach allerdings auch im *LFG* in der Post-Erhebung im Kontext depressiver Auffälligkeiten und im Follow-Up im

³⁸ Die Kinder der *HFG* ($n = 41$; 33,3%) scorten in allen Fidelity-Kategorien bei über 50% (Erstes Kriterium die Dosierung: Teilnahme an sieben bis acht Sitzungen von insgesamt acht Sitzungen des Programms; fünf bis sieben vollständig gemachte Hausaufgaben von insgesamt sieben Hausaufgaben des Programms als »participant responsiveness« im Sinne eines zweiten Kriteriums und als drittes Kriterium das Niveau der Teilnehmer-Zufriedenheit [»level of participant satisfaction«] mit dem Programm, gemessen auf der 10-Punkte-Likert-Skala: erreichtes Scoring von 9-10). Die Kinder der *LFG* ($n = 26$; 21,1%) erreichten nicht die 50% in den Fidelity-Kategorien (d. h. Teilnahme an null bis sechs Sitzungen; null bis vier erledigte Hausaufgaben und ein Scoring von 0-8,99 auf der Likert-Skala).

Zusammenhang mit Angst- und auch depressiven Symptomen, sodass diese Ergebnisse darauf hindeuteten und auch so von den Autor*innen dieser Studie interpretiert wurden, dass das »*Super Skills for Life*«-Programm selbst bei geringer Umsetzungstreue (betrifft die *LFG*; »*low implementation fidelity*«) einen entsprechenden positiven Nutzen auf diese internalisierende Symptomatik der untersuchten Kinder zeigte, wenngleich die *HFG* verglichen mit der Kontrollbedingung die größeren Effekte erzielte und somit gegenüber der *LFG* vor diesem Hintergrund die besseren Ergebnisse erzielte. Mit anderen Worten: Im Zusammenhang mit internalisierenden Symptomen hatte beim »*Super Skills for Life*«-Programm der Grad der »*implementation fidelity*« offensichtlich einen Einfluss auf das Ausmaß der überprüften und erzielten Effekte. Somit konnten die Ergebnisse der Studie von Melero et al. (2021c) unter Berücksichtigung der insgesamt jüngeren Proband*innen der Stichprobe der Studie von Fernández-Martínez et al. (2021) gewissermaßen repliziert werden. Als Limitationen kritisierten die Autor*innen im einschränkenden Sinne der Belastbarkeit der Aussagefähigkeit der Ergebnisse insbesondere die kleine und auch geographisch lokale Stichprobe dieser Analyse.

Melero et al. (2021d) haben zudem im Hinblick auf das »*Super Skills for Life*«-Programm im Rahmen indizierter Prävention untersucht, welches Format einen größeren Effekt im Zusammenhang mit der Reduzierung von *Verhaltensproblemen mit Gleichaltrigen* (*Peerprobleme*) und der Zunahme *prosozialen Verhaltens* aufweist. Dabei wurden zwei Formate miteinander verglichen: das reguläre Gruppenformat vs. Individualformat. Innerhalb einer Stichprobengröße von $N = 140$ von Kindern mit emotionalen Symptomen³⁹ in einem Alter von acht bis zwölf Jahren ($M = 9,48$; $SD = 1,26$; 35% Mädchen) aus insgesamt 37 Schulen erfolgte eine Zuteilung von $n = 70$ Proband*innen in das Gruppenformat und $n = 70$ Proband*innen in das Individualformat. Untersucht wurden drei Messzeitpunkte, also Prä-, Post- und Zwölf-Monats-Follow-Up. Eine Kontrollbedingung als Referenzgruppe wurde nicht etabliert. Als Messverfahren wurde der *Strengths and Difficulties Questionnaire* in der Kinder- und Elternversion (*SDQ*; Goodman, 2001) ausgewählt. In der Gesamtzusammenfassung der Ergebnisse zeigte die Gruppe des Individualformats einen größeren Outcome als die Kinder des Gruppenformats. In der differenzierten Ergebnisdarstellung wies das Individualformat relativ zum Gruppenformat

³⁹ Als Cut-Off-Wert wurde auf der *SDQ*-Skala *Emotionale Symptome* (Elternversion) ein Wert von > 4 .

weniger Peerprobleme (betrifft weniger soziale Isolation und Ablehnung, eine größere soziale Akzeptanz und mehr Freundschaften) sowie ein größeres prosoziales Verhalten (betrifft die Hilfsbereitschaft, Empathie, Freundlichkeit und Bereitschaft zum Teilen) auf, dies sowohl im Post-Test als auch im Follow-Up. Auf der Skalenebene erzielten im Intergruppenvergleich (Gruppenformat vs. Individualformat) die Kinder im Individualformat im Post-Test und im Zwölf-Monats-Follow-Up signifikant niedrigere Werte bei den *Peerproblemen* und signifikant höhere Werte im *prosozialem Verhalten* (im Post-Test für die Skala *Peerprobleme* und *prosoziales Verhalten*: $p \leq 0,001$; *Peerprobleme*: Adjustiertes Odds Ratio [AOR] = 2,76; 95%CI: 1,64, 4,67; *prosoziales Verhalten*: AOR = 0,27; 95%CI: 0,15, 0,48) und im Follow-Up für die Skala *Peerprobleme*: $p = 0,01$; AOR = 1,70; 95%CI: 1,10, 2,63 und für die Skala *prosoziales Verhalten*: $p = 0,002$; AOR = 0,42; 95%CI: 0,24, 0,72). Keine signifikanten Veränderungen zeigten sich innerhalb der Proband*innen im Gruppenformat im Post-Test (auf der Skala *Peerprobleme*: $p = 0,67$; AOR = 1,10; 95%CI: 0,69, 1,74, auf der Skala *prosoziales Verhalten*: $p = 0,06$; AOR = 0,65; 95%CI: 0,42, 1). Allerdings zeigten sich im Zwölf-Monats-Follow-Up auf der Skala *Peerprobleme* signifikant niedrigere Werte ($p = 0,001$; AOR = 0,50; 95%CI: 0,33, 0,75), auf der Skala *prosoziales Verhalten* im Follow-Up hingegen nicht ($p = 0,48$; AOR = 1,19; 95%CI: 0,72, 1,94). Obwohl das Gruppenformat Vorteile hat (so z. B. Peerinteraktion, multiples Feedback etc.), so konnte diese Evaluation belegen, dass das Individualformat effektiver war als das Gruppenformat. Erklärt wurde dieser signifikante Unterschied u. a. dadurch, dass die Proband*innen im Individualformat weniger Vermeidungsmöglichkeiten hatten, verglichen mit Kindern des Gruppenformats. Dies lässt sich beispielsweise durch die Unterschiedlichkeit in der Teilnahmebereitschaft erklären. So erzielten Kinder des Gruppenformats durchschnittlich von insgesamt acht Sitzungen des Programms einen Wert von $M = 7,15$ ($SD = 0,19$), hingegen die Proband*innen des Individualformats alle acht Sitzungen. Auf die Gesamtstichprobe bezogen wurde durchschnittlich ein $M = 7,57$ ($SD = 1,21$) errechnet. Es konnte ein signifikanter Unterschied zwischen beiden Gruppen ($t = -4,35$; $p \leq 0,001$, $d = 0,74$) festgestellt werden. Als Limitationen dieser Studie wurde u. a. das kleine Sample angeführt und das Involvieren von nur Selbstberichten, um zu den drei Messzeitpunkten die signifikanten Veränderungen zu messen. Um diesen Befund im Sinne einer Replikation abzusichern, wäre für eine weiterführende Forschung in diesem Zusammenhang der Einbezug weiterer zusätzlicher Perspektiven wie beispielsweise von Lehrkräften erforderlich, so Melero und Kolleg*innen (2021d).

Ramdhonee-Dowlot et al. (2021) untersuchten im Rahmen einer indizierten transdiagnostischen Prävention auf der Grundlage eines RCT-Studiendesign bei einem Stichprobenumfang von $N = 100$ Kindern und Jugendlichen in einem Alter von neun bis 14 Lebensjahren ($M = 11,75$, $SD = 1,97$; 76% weiblich) die Wirksamkeit des »Super Skills for Life«-Programms. Die Proband*innen stammten aus Mauritius, zeigten emotionale Symptome⁴⁰ und lebten zum Zeitpunkt der Untersuchung in stationären Jugendhilfeeinrichtungen (lebten zwischen zwei bis zehn Jahren in den Einrichtungen; $M = 5,86$, $SD = 2,63$). Die $N = 100$ Kinder und Adoleszenten wurden in randomisierter Form entweder der Interventionsgruppe (IG) oder der Wartelistenkontrollgruppe (WLC) zugeteilt. Somit bestand eine Interventionsgruppe aus $n = 50$ und eine Kontrollbedingung aus ebenfalls $n = 50$ Proband*innen. Unterschiedliche Fragebögen zur Messung von internalisierenden und externalisierenden Symptomen, zur Emotionsregulation und zum Selbstwerterleben sowie experimentelle Aufgaben zur Messung von Aufmerksamkeitsverzerrungen und zur verhaltensbezogenen Inhibitionskontrolle der Proband*innen wurden im Prä-, Post- und im Drei-Monats-Follow-Up eingesetzt. Als Messverfahren wurde das *Strengths and Difficulties Questionnaire* (SDQ; Goodman, 1997), die *Revised Children`s Anxiety and Depression Scale* (RCADS; Chorpita et al., 2000), das *Cognitive Emotion Regulation Questionnaire – kids version* (CERO-k; Garnefski et al., 2007) und die *Rosenberg Self-Esteem Scale* (RSE; Rosenberg, 1965) eingesetzt. Zur Messung von Aufmerksamkeitsverzerrungen wurde eine „Emotion Dot-Probe“-Aufgabe verwendet. Zwölf erwachsene Modelle (sechs weiblich) wurden aus dem *NimStim*-Gesichtsset (Tottenham et al., 2009) ausgewählt. Die inhibitorische Verhaltenskontrolle wurde durch eine modifizierte Version der *Flanker*-Aufgabe (Eriksen & Eriksen, 1974), adaptiert für Kinder (Christ et al., 2011), eingeschätzt. Zusätzlich absolvierten die Kinder und Jugendlichen während der ersten und der letzten Sitzung (im Prä- und im Post-Test) im Programmdurchlauf eine 2-minütige Video-Sprachaufgabe. Diese wurde durch ein Rating-System, entwickelt von Fydrich et al. (1998) und modifiziert für Kinder (Essau et al., 2019), eingeschätzt und entsprechend bewertet. Im Zusammenhang mit der Ergebniserhebung zeigten Kinder und Jugendliche der IG signifikante Verbesserungen bei internalisierenden (bei *Angst*- und *depressiven Symptomen*), bei externalisierenden Symptomen (bei *Verhaltensproblemen* und *Hyperaktivität*, außer bei *Peer-Problemen*) und bei inhibitorischer Kontrolle sowie eine Zunahme adaptiver und eine

⁴⁰ Cut-Off-Wert SDQ Subskala *Emotionale Symptome* im Selbstreport > 5 (Goodman, 1997).

Abnahme maladaptiver Emotionsregulationsstrategien, dies sowohl im Post- als auch im Follow-Up-Test ($p < 0,001$). Insgesamt zeigten die signifikanten Effekte mittlere bis große Effektstärken (partiell Eta-Quadrat zwischen 0,13 bis 0,86). Diese Ergebnisse konnten bei den Proband*innen der *WLC* nicht repliziert werden. Als wichtige Limitationen dieser Studie beschrieben die Autor*innen die kleine Stichprobengröße und das Fehlen einer aktiven Kontrollgruppe. Dennoch bewerteten Ramdhonee-Dowlot et al. (2021) diese Ergebnisse als Beleg für die Wirksamkeit des »*Super Skills for Life*«-Programms als einen transdiagnostischen Präventionsansatz bei Kindern und Jugendlichen innerhalb der stationären Jugendhilfe mit emotionalen Symptomen, also im Kontext indizierter Prävention.

Die dargestellten evaluativen Befunde bei Kindern und partiell Adoleszenten implizieren im Sinne indizierter Prävention in der Zusammenfassung das Programm als einen wirksamen transdiagnostischen Ansatz zur Behandlung von Angst- und depressiven Symptomen, auch darüber hinaus im Zusammenhang mit emotionalen Symptomen. Aber auch bei externalisierenden Auffälligkeiten im Bereich des Sozialverhaltens konnten bei den untersuchten Proband*innen signifikant Effekte detektiert und entsprechend beschrieben werden. Die nachstehende Übersichtstabelle zu den Evaluationsstudien fasst die in diesem Kapitel angeführten Forschungsergebnisse zur Wirksamkeit von »*Super Skills for Life*« im Wesentlichen zusammen.

Tabelle 9:

Übersichtstabelle Evaluationsstudien »Super Skills for Life«-Programm
(Essau & Ollendick, 2013)

Autor*innen (Jahr)	Kontrollbedingung (ja/nein)/Stichproben- umfang (N)	Ausrichtung der angeführten Studie*/Studiendesign	Zusammenfassung der Ergebnisse (Gesamtbefund)
Essau et al. (2014)	Nein/N = 61	indiziert, Prä-, Post- und Sechs-Monats-Follow-Up	signifikante Reduktion der Angstsymptomatik zum Post- und zum Follow-Up-Zeitpunkt, dies sowohl auf der Ebene der eingesetzten Fragebögen als auch in der Verhaltensbeobachtung
Fernández- Martínez et al. (2019)	Ja (WLC)/ N = 123	indiziert, Prä-Post-Test	signifikante Reduktion von Angst- und Depressionswerten.
Fernández- Martínez et al. (2020a) [Ein-Jahres- Follow-Up- Studie]	Ja (WLC)/ N = 107	indiziert, Follow-Up-Studie	nachhaltige Wirksamkeit des Programms, dennoch Effekte reduziert.
Fernández- Martínez et al. (2020b)	Nein/N = 67 (62)	indiziert, Prä-Post- Vergleich	Analyse Videofeedback: Videofeedback-Methode im Prä- Post-Vergleich signifikant wirksam, sowohl bei Jungen als auch bei Mädchen.
Essau et al. (2019)	Nein/N = 205	indiziert, Prä-Post- und Follow-Up-Design (Sechs-Monats-Follow- Up)	signifikante Reduzierung von Angstsymptomen und emotionalen Symptomen, kein signifikanter Effekt: soziale Angst/soziale Phobie.
Orgilés et al. (2019)	Nein/N = 119	indiziert, Prä-, Post- und Ein- Jahres-Follow-Up	signifikante Reduzierung Angst und Depressivität, auch emotionale Symptomatik, Mädchen in Relation zu den Jungen unterschiedliches Reaktions- und Responseprofil auf das Programm.
Orgilés et al. (2020a) [Teilstichprobe der Studie von Orgilés et al. (2019)]	Nein/N = 57	indiziert, Prä-Post-Design	Verbesserung soziale Performance, Reduzierung Angstverhalten, Zunahme soziale und kommunikative Skills.
Orgilés et al. (2020b)	Ja/N = 96 (n = 48 <u>mit</u> Teilnahme <u>SSL</u> ; n = 48 <u>ohne</u> Teilnahme <u>SSL</u>)	keine Angabe, ausschließlich Elternreport	Umgang der Kinder im Alter von sechs bis zwölf Jahren mit COVID-19-Pandemie: Kinder mit SSL-Teilnahme signifikant bessere Strategien und weniger Alterationen im Vergleich zu den

Autor*innen (Jahr)	Kontrollbedingung (ja/nein)/Stichproben- umfang (N)	Ausrichtung der angeführten Studie*/Studiendesign	Zusammenfassung der Ergebnisse (Gesamtbefund)
Orgilés et al. (2020e)	Nein/N = 86	indiziert; Prä-, Post- und Zwölf-Monats-Follow-Up	Kindern ohne SSL-Teilnahme. signifikante Verbesserungen: Trennungsangst, depressive Probleme, internalisierende und externalisierende Symptome; im Follow-Up bessere Ergebnisse als im Post-Test.
de la Torre- Luque et al. (2020)	Ja (Placebo & WLC)/ N = 61	indiziert, Prä-Post- und Sechs-Monats-Follow-Up	signifikante Effekte soziale Phobie und Generalisierte Angst, Verbesserung soziale Performance und positive Effekte auf der physiologisch-kardiologischen Ebene.
Melero et al. (2021a)	Nein/N = 70	indiziert, pre-test, during- treatment, post-test	Analyse Videofeedback & »cognitive preparation«: signifikante Verbesserungen in den sozialen und kommunikativen Skills, ebenfalls Veränderungen im Mikroverhalten, im Gesamteindruck und im nervösen/ruhlosen Verhalten.
Melero et al. (2021b)	Nein/N = 70	indiziert, Prä-Post- Vergleich	signifikante Effekte im Post-Test im Bereich der depressiven und Angstsymptome, der internalisierenden Probleme und emotionalen Symptome und externalisierende Probleme sowie auf den Skalen Hyperaktivität/ Unaufmerksamkeit und der Peer- Probleme.
Melero et al. (2021c)	Nein (HFG vs. LFG)/ N = 119	indiziert; Fidelity-Studie, Prä-, Post- und Follow-Up (Zwölf-Monats-Follow- Up)	Programm bei »low implementation fidelity« zur Behandlung emotionaler Symptome wirksam, allerdings bei »high implementation fidelity« effektiver.
Fernández- Martínez et al. (2021)	Ja (HFG vs. LFG vs. KG) N = 123	indiziert; Fidelity-Studie, Prä-, Post- und Follow-Up (Zwölf-Monats-Follow- Up)	HFG besserer Outcome als LFG (kurz- und langfristig) -> Angst und Depression, LFG auch Verbesserungen gezeigt, SSL selbst bei »low implementation fidelity«) wirksam, allerdings bei HFG wirksamer.
Melero et al. (2021d)	Nein/N = 140 (Individualformat: n = 70; Gruppenformat: n = 70)	indiziert; Prä-, Post- und Zwölf-Monats-Follow-Up	Vergleich Individual- vs. Gruppenformat (Peerprobleme, prosoziales Verhalten): Individualformat effektiver als Gruppenformat (Post- und Follow-Up-Test)

Autor*innen (Jahr)	Kontrollbedingung (ja/nein)/Stichproben- umfang (N)	Ausrichtung der angeführten Studie*/Studiendesign	Zusammenfassung der Ergebnisse (Gesamtbefund)
Ramdhonee- Dowlot et al. (2021)	Ja/N = 100 (RCT- Design/WLC), IG (n = 50), WLC (n = 50)	indiziert; Prä-, Post- und Follow-Up (Drei-Monats- Follow-Up)	IG signifikante Verbesserungen bei internalisierenden (bei Angst- und depressiven Symptomen), bei externalisierenden Symptomen (bei Verhaltensproblemen und Hyperaktivität), bei inhibitorischer Kontrolle und eine Zunahme adaptiver und Abnahme maladaptiver Emotionsregulationsstrategien, (Post- und im Follow-Up-Test)

Anmerkungen. * universelle, selektive und/oder indizierte Prävention, WLC = Wartelistenkontrollgruppe, HFG = High Fidelity Group, LFG = Low Fidelity Group, KG = Kontrollgruppe, SSL = Super Skills for Life

Für Deutschland liegen bislang keine bekannten Untersuchungen des Programms »Super Skills for Life« im Sinne kontrollierter oder sonstiger Evaluationsstudien vor. Die dargestellten Evaluationen wiesen in der zusammenfassenden Betrachtung im Studiendesign in überwiegender Form keine Kontrollgruppe auf, sodass die Ergebnisse sicherlich unter Vorbehalt zu interpretieren sind, da sie nicht in Relation zu einer Referenzgruppe gesetzt werden konnten. Ausnahmen bildeten hier die kontrollierten Evaluationsstudien des Programms von Fernández-Martínez et al. (2019), Fernández-Martínez et al. (2020a), Fernández-Martínez et al. (2021), Orgilés et al. (2020b), de la Torre-Luque et al. (2020) und Ramdhonee-Dowlot et al. (2021). Zudem waren die berichteten Studiendesigns insgesamt jeweils indiziert präventiv ausgerichtet. Die im Rahmen dieses Forschungsvorhabens durchgeführte Untersuchung soll mit der Vorlage dieser Arbeit das vorliegende Evaluationsdefizit dieses Programms für den deutschen Sprachraum einerseits, andererseits für den universellen Angstpräventionskontext im Kindes- und Jugendalter zumindest partiell schließen und im Falle eines Nachweises seiner Effektivität zu einer möglichen Implementierung des Konzepts im (schulbezogenen) angstpräventiven Gesundheitskontext für Kinder in der Bundesrepublik Deutschland führen.

5 Methode des Forschungsprojektes

5.1 Wissenschaftliche Fragestellung und Forschungsvorhaben, Studiendesign, Forschungshypothesen und Auswertungsmethode

Internationale Evaluationsstudien belegen eine Wirksamkeit universeller und indiziert-selektiver Präventionsprogramme bei Kindern und Jugendlichen, wenngleich selektive und indizierte Angstpräventionsbefunde gegenüber universellen bessere Ergebnisse erzielen (vgl. Kapitel 3.3 bis 3.5). Für den deutschen Sprachraum fehlen allerdings für das Kindes- und Jugendalter angstspezifische primärpräventive Ansätze (vgl. Kapitel 3.6). Ausgehend von den bereits beschriebenen negativen intraindividuellen, gesellschaftlichen und (sozial-) wirtschaftlichen Auswirkungen von Angststörungen im Kindes- und Jugendalter (vgl. Kapitel 2.3) ist die Annahme des Verfassers dieser Dissertation, dass angstspezifische schulbasierte Programme einen Beitrag zur Reduzierung der Prävalenz und Inzidenzwerten von Angststörungen bei Kindern und Jugendlichen leisten können. Somit können diese für das Gesundheitssystem kostensparende Effekte haben und zu einer Entlastung psychomedizinisch-therapeutischer Dienste führen. Durch die Reduktion der Inzidenz von Angststörungen kann es zu einer Verringerung gesellschaftlicher Stigmatisierungsprozesse, zu weniger Schulausfällen und Schulabbrechern führen und dadurch eine Erhöhung gesamtgesellschaftlicher Produktivität bedeuten. Zu diesem großen Potential von Prävention, im Speziellen zur Angstprävention, bei Kindern und Jugendlichen kann auch »Super Skills for Life« (Essau & Ollendick, 2013) beitragen. Die empirisch gestützte Effektivität im Sinne eines evidenzbasierten Wirksamkeitsnachweises zu untersuchen, ist Gegenstand dieses Forschungsprojektes; dies vor dem Hintergrund gesellschaftlicher Relevanz (vgl. oben) im Kontext des Fehlens deutschsprachiger schulbasierter universeller Angstprogramme für das Kindes- und Jugendalter. Dieses beschriebene Fehlen konstituiert in diesem Zusammenhang eine empirische Forschungslücke, die dieses Projekt zu schließen bemüht ist. Das Besondere an »Super Skills for Life« im Sinne eines hervorhebenden Merkmals gegenüber anderen Konzepten ist dabei die programminhaltliche Kombination von In vivo-Expositionsbasierung und CBT-geführter Techniken, dies auf der Grundlage der Angstfokussierung und zudem der universellen angstpräventiven Ausrichtung. Diese universell-präventive Ausrichtung der »Super Skills for Life«-Programmatik kann dabei auch

als Ressource im Sinne einer Generalisierbarkeit in den Anwendungsmöglichkeiten für die angstpsychologische Prävention bei Kindern und Jugendlichen aufgefasst werden.

Das universelle schulbasierte »*Super Skills for Life*«-Programm für Angststörungen im Kindes- und Jugendalter (Essau & Ollendick, 2013) ist im Rahmen dieser Dissertation in einem quasi-experimentellen Studiendesign mit Kontrollgruppenbedingung ohne Randomisierung (CT-Design) mit Kindern der zweiten bis vierten Jahrgangsstufe untersucht worden. Zielsetzung und die eigene erkenntnisleitende Fragestellung war es, empirisch festzustellen, ob und inwieweit sich nach der Intervention mit dem »*Super Skills for Life*«-Programm bei den behandelten Kindern im Vergleich zur Kontrollbedingung signifikant positive Effekte auf die Angstgenese und das Sozialverhalten entwickelt haben, die auch im Sechs-Monats-Follow-Up im Sinne einer Nachhaltigkeit der Effektivität des Programms sichtbar waren. Zu drei Messzeitpunkten (Prä-, Post- und Follow-Up) sind psychometrische Fragebögen zur Erhebung konkreter Verhaltens- und Erlebensstile der Kinder, sowohl in ihrem Selbsturteil als auch aus der Sicht der Elternteile und Klassenlehrer*innen, eingesetzt worden (zu den Messverfahren vgl. Kapitel 5.4). Als Follow-Up-Zeitpunkt war ein Zeitraum von sechs Monaten festgelegt worden. Zusätzlich erfolgte zur Überprüfung von Wirksamkeitseffekten und zum differenzierenden Ausschluss einer natürlichen Entwicklung der behandelten Kinder eine Vergleichsmessung mit einer etwa gleich großen Referenzgruppe, dies zum selben Zeitpunkt wie die Messungen in der Interventionsbedingung.

Studienablauf und -design können vor dem Hintergrund der jeweiligen ausgewählten psychometrischen Fragebögen (vgl. Kapitel 5.4) grafisch wie folgt dargestellt werden (*Abbildung 21*):

		Prä-Test	Interven- tionsphase	Post-Test	Follow-Up-Test (Sechs Monate)
Interventionsgruppe	Selbst- schätzung Kinder	SCAS-D ALS	Durchführung des Präventionsprogramms	SCAS-D ALS	SCAS-D ALS
	Fremdein- schätzung Eltern	CBCL/4-18 (ausgewählte Skalen) SDQ		CBCL/4-18 (ausgewählte Skalen) SDQ	CBCL/4-18 (ausgewählte Skalen) SDQ
	Fremdein- schätzung Lehrkräfte	TRF (ausgewählte Skalen) LSL (ausgewählte Skalen) SDQ		TRF (ausgewählte Skalen) LSL (ausgewählte Skalen) SDQ	TRF (ausgewählte Skalen) LSL (ausgewählte Skalen) SDQ
Kontrollgruppe	Selbst- schätzung Kinder	SCAS-D ALS	Keine Intervention	SCAS-D ALS	SCAS-D ALS
	Fremdein- schätzung Eltern	CBCL/4-18 (ausgewählte Skalen) SDQ		CBCL/4-18 (ausgewählte Skalen) SDQ	CBCL/4-18 (ausgewählte Skalen) SDQ
	Fremdein- schätzung Lehrkräfte	TRF (ausgewählte Skalen) LSL (ausgewählte Skalen) SDQ		TRF (ausgewählte Skalen) LSL (ausgewählte Skalen) SDQ	TRF (ausgewählte Skalen) LSL (ausgewählte Skalen) SDQ

Abbildung 21. Studienablauf und -design

Anmerkungen. ALS = Aussagen-Liste zum Selbstwertgefühl für Kinder und Jugendliche; CBCL = Child Behavior Checklist (ausgewählte Skalen); LSL = Lehrereinschätzliste für Sozial- und Lernverhalten (ausgewählte Skalen); SCAS-D = Spence Children's Anxiety Scale; SDQ = Strengths & Difficulties Questionnaires; TRF = Teacher's Report Form (ausgewählte Skalen).

Im Kontext der Operationalisierung der Forschungshypothesen im Hinblick auf die Skalenkonstruktion der verwendeten Messverfahren (vgl. Kapitel 5.4) wird innerhalb dieser kontrollierten Evaluationsstudie zwischen dem *primären* (Reduzierung der Angst) und dem *sekundären* (Zunahme sozialer Kompetenzen/Kompetenzzuwachs und Abnahme von Verhaltensproblemen) Outcome unterschieden. Exemplarisch an einem Interaktionseffekt von Gruppe und Messzeitpunkt kann ein primärer Outcome im Sinne der Reduzierung operationalisierter Symptome durch das Präventionsprogramm grafisch wie folgt dargestellt werden (vgl. *Abbildung 22*):

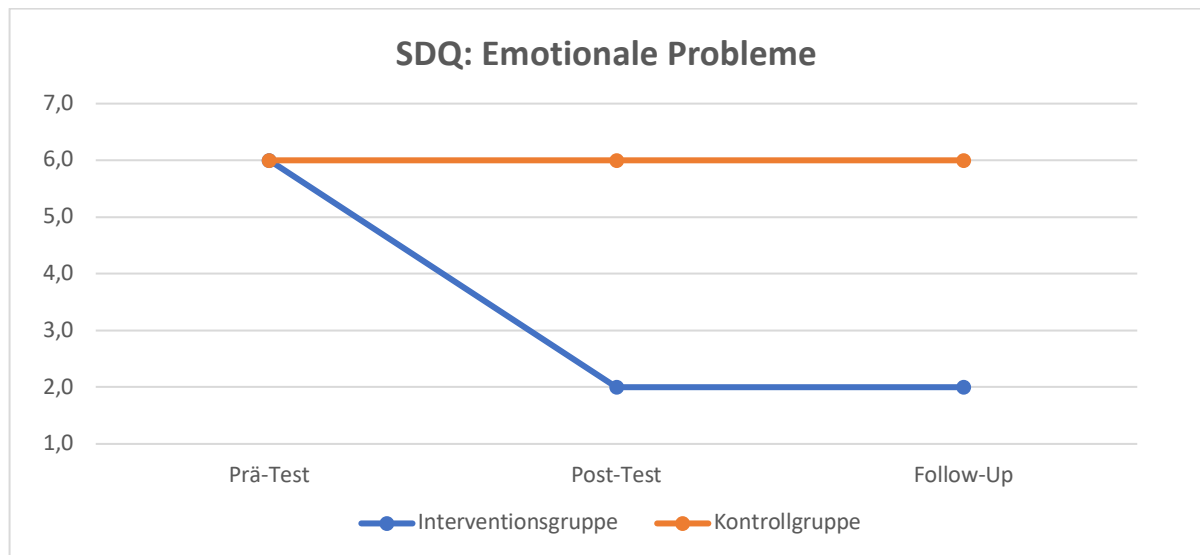


Abbildung 22. Beispiel Interaktionseffekt Skala *SDQ Emotionale Probleme* (Gruppe * Zeit)

Das angeführte Beispiel eines Interaktionseffektes von Gruppe * Zeit auf der Skala *SDQ Emotionale Probleme* verdeutlicht über die drei Messzeitpunkte Prä-, Post- und Follow-Up-Test in der Interventionsgruppe relativ zur Kontrollgruppe eine Veränderung: In der Interventionsgruppe kommt es im Prä-Post-Vergleich zu einer signifikanten Abnahme der emotionalen Symptome bei den Kindern, die Reduktion kann im Post-Follow-Up-Vergleich im Sinne der Nachhaltigkeit aufrechterhalten werden. Hingegen bleiben die Skalenwerte in der Referenzgruppe weitestgehend stabil und konstant, sodass zusammenfassend eine signifikante Verbesserung in der Interventionsbedingung im Vergleich zur Kontrollgruppe konstatiert werden kann.

Im Nachfolgenden werden die der Untersuchung zugrundeliegenden jeweiligen Forschungshypothesen skalenorientiert, differenziert zum jeweiligen Outcomebereich und nach Selbstbericht, Elternbericht und Lehrerbericht unterschieden vorgestellt.

5.1.1 Primärer Outcome: Reduzierung der Angst

Im Rahmen des *primären Outcome* dieser kontrollierten Evaluationsstudie ging es im Allgemeinen um die Überprüfung der folgenden Hypothese: Durch die Teilnahme am »Super Skills for Life«-Programm reduzieren sich die Angstmittelwerte signifikant im Post-Test der Interventionsgruppe relativ zur Kontrollgruppe. Diese bleiben im Sinne eines angenommenen Nachhaltigkeitseffektes des Programms im Sechs-Monats-Follow-Up-Test

aufrecht bestehen. Überprüft wurde diese Hypothese durch die Messung signifikanter Interaktionseffekte von Gruppe * Zeit (d. h. Interventions- zu Kontrollgruppe * drei Messzeitpunkte: Prä-, Post- und Follow-Up-Test) auf folgenden Skalen:

- 1.1 Selbstbericht: Signifikante Reduzierung der gesamten Skalenmittelwerte im *SCAS-D* (*Spence Children's Anxiety Scale*, deutsche Version), relativ zur Kontrollgruppe (entspricht der Forschungshypothese 1.1, abgekürzt H 1.1⁴¹).
- 1.2 Elternbericht: Signifikante Reduzierung der Skalenmittelwerte im *CBCL* (*Child Behavior Checklist CBCL/4-18*) auf den Skalen „Angst/Depressivität“, „sozialer Rückzug“ und im „*CBCL Gesamtwert*“ in der Interventionsbedingung, relativ zur Kontrollgruppe (H 1.2).
- 1.3 Elternbericht: Signifikante Reduzierung der Mittelwerte der Skala „emotionale Probleme“ im *SDQ* (*Strengths & Difficulties Questionnaires*) in der Elterneinschätzung, relativ zur Kontrollgruppe (H 1.3).
- 1.4 Lehrerbericht: Signifikante Reduzierung der Skalenmittelwerte im *TRF* (*Teacher's Report Form/ TRF*) auf den Skalen „Angst/Depressivität“, „sozialer Rückzug“ und im „*TRF Gesamtwert*“ in der Interventionsbedingung, relativ zur Kontrollgruppe (H 1.4).
- 1.5 Lehrerbericht: Signifikante Reduzierung der Mittelwerte der Skala „emotionale Probleme“ im *SDQ* (*Strengths & Difficulties Questionnaires*) in der Lehrereinschätzung, relativ zur Kontrollgruppe (H 1.5).

5.1.2 Sekundärer Outcome: Kompetenzzuwachs sozialer Kompetenz und Abnahme von Verhaltensproblemen

Im Rahmen des *sekundären Outcome* dieser kontrollierten Evaluationsstudie ging es um die Überprüfung der folgenden Hypothese: Durch die Teilnahme am »Super Skills for Life«-Programm konnten die Kompetenzwerte signifikant im Post-Test der Interventionsgruppe relativ zur Kontrollgruppe im Sozialverhalten der jeweiligen Proband*innen erhöht werden, was auf einen Kompetenzzuwachs in der Interventionsgruppe im Vergleich zur Kontrollgruppe hinweist. Auch konnte eine signifikante Abnahme von Verhaltensproblemen

⁴¹ Die jeweiligen Forschungshypothesen des primären und sekundären Outcome werden nachfolgend mit dem Buchstaben H für *Hypothese* und ihrer jeweiligen Nummerierung abgekürzt.

bei den Kindern der Interventions- relativ zur Kontrollbedingung dokumentiert werden. Diese gesamte soziale Kompetenzsteigerung der Kinder in der Interventionsgruppe im Vergleich zu den Kindern der Kontrollgruppe bleibt im Sinne eines angenommenen Nachhaltigkeitseffektes des Programms im Follow-Up-Test aufrechterhalten. Überprüft wurde diese Hypothese durch die Messung signifikanter Interaktionseffekte von Gruppe * Zeit (d. h. Interventions- zu Kontrollgruppe * drei Messzeitpunkte: Prä-, Post- und Follow-Up-Test) auf folgenden Skalen:

- 2.1 Selbstbericht: Signifikante Zunahme der Subskalenmittelwerte und des Gesamtmittelwertes im *ALS (Aussagen-Liste zum Selbstwertgefühl für Kinder und Jugendliche)* in der Kindereinschätzung der Interventionsgruppe, relativ zur Kontrollgruppe (H 2.1).
- 2.2 Elternbericht: Signifikante Zunahme der Skalenmittelwerte im *SDQ (Strengths & Difficulties Questionnaires)* auf der Skala „*prosoziale Skala*“ in der Elterneinschätzung der Interventionsgruppe, relativ zur Kontrollgruppe (H 2.2).
- 2.3 Elternbericht: Signifikante Abnahme sämtlicher syndromaler Skalenmittelwerte im *SDQ (Strengths & Difficulties Questionnaires)* (bis auf die Skala „*emotionale Probleme*“) in der Elterneinschätzung der Interventionsgruppe, relativ zur Kontrollgruppe (H 2.3).
- 2.4 Lehrerbericht: Signifikante Zunahme der Subskalenmittelwerte im *LSL (Lehrereinschätzliste für Sozial- und Lernverhalten)* für die Skalen „*Kooperation*“, „*Selbstwahrnehmung*“, „*Selbstkontrolle*“, „*Einfühlungsvermögen und Hilfsbereitschaft*“, „*Angemessene Selbstbehauptung*“ und „*Sozialkontakt*“ in der Lehrereinschätzung der Interventionsgruppe, relativ zur Kontrollgruppe (H 2.4).
- 2.5 Lehrerbericht: Signifikante Zunahme der Skalenmittelwerte im *SDQ (Strengths & Difficulties Questionnaires)* auf der Skala „*prosoziales Verhalten*“ in der Lehrereinschätzung der Interventionsgruppe, relativ zur Kontrollgruppe (H 2.5).
- 2.6 Lehrerbericht: Signifikante Abnahme sämtlicher syndromaler Skalenmittelwerte im *SDQ (Strengths & Difficulties Questionnaires)* (bis auf die Skala „*emotionale Probleme*“) in der Lehrereinschätzung der Interventionsgruppe, relativ zur Kontrollgruppe (H 2.6).
- 2.7 Lehrerbericht: Signifikante Abnahme der Subskalenmittelwerte im *TRF (Teacher's Report Form/ TRF)* auf der Skala „*soziale Probleme*“ in der Interventionsgruppe, relativ zur Kontrollgruppe (H 2.7).

Entscheidend für die Überprüfung der Wirksamkeit des »Super Skills for Life«-Programms als zentrale Fragestellung im Forschungsvorhaben dieser Studie ist insbesondere die Überprüfung des Interaktionseffektes von Gruppe * Messzeitpunkt im *primären* und im *sekundären Outcome*. Haupteffekte wie zum Beispiel Zeit- oder Gruppeneffekte werden zwar bei den statistischen Berechnungen mit überprüft und auch in der Darstellung der studienrelevanten Ergebnisse aus Gründen der Vollständigkeit und wissenschaftlichen Sorgfalt aufgeführt, sie sagen allerdings nichts darüber aus, ob das Programm Effekte auf die an der Studie teilgenommenen Kinder hatte. Aus diesem Grund sind signifikante Interaktionseffekte von Gruppe * Zeit maßgeblich, sie stehen im Vordergrund dieser Untersuchung und evaluieren in diesem Sinne im Kontext dieser universellen Angstpräventionsstudie angenommene Effekte des »Super Skills for Life«-Programms. Zusätzlich werden Kovariaten wie beispielsweise der Familienstand der an der Studie teilgenommenen Kinder, ihre jeweiligen Klassenstufen und der elterliche Bildungshintergrund mitgetestet, um mögliche signifikante Effekte dieser Kovariaten auf die Ergebnisse dieser Evaluationsstudie zu überprüfen. Im Rahmen von Post hoc-Tests werden zudem mögliche Geschlechtseffekte untersucht.

Als Auswertungsmethode zur Überprüfung dieser Forschungshypothesen wurde eine *Multivariate Analysis of Covariance*, also eine *MANCOVA* verwendet; in diesem Studiendesign eine zweifaktorielle Varianzanalyse mit Messwiederholung im Sechs-Monats-Follow-Up. Zusätzlich wurde der Einfluss von Kovariaten wie die elterliche Bildung, die jeweils besuchte Klassenstufe der Kinder und der Familienstand in die Analysen und ihre Ergebnisse involviert und entsprechend berücksichtigt. Erweiternd wurden Post hoc-Tests durchgeführt. Es wurden mögliche Auswirkungen des Geschlechts der teilgenommenen Kinder auf die Ergebnisse der Evaluation des Angstpräventionsprogramms »Super Skills for Life« überprüft. Die statistischen Berechnungen wurden mit der Statistik-Software SPSS Version 24.0 vorgenommen.

5.2 Stichprobenbeschreibung

Die durchgeführte Evaluation des »Super Skills for Life«-Programms von Essau und Ollendick (2013) umfasste ursprünglich einen Stichprobenumfang von $n = 86$ Kindern in der

Interventionsgruppe und $n = 89$ Kindern in der Kontrollgruppe, insgesamt also einen Gesamtstichprobenumfang von $N = 175$ Kindern. Die Auswahl der Proband*innen, sowohl der Interventions- als auch der Kontrollgruppe, erfolgte nach jeweiliger Anmeldung aus unterschiedlichen niedersächsischen Grundschulen, nicht nach Zuweisung durch die Lehrkräfte, sondern bedingt durch den Eltern- und den Kinderwillen. Die Kinder der Interventionsbedingung wurden ohne Berücksichtigung und Kenntnis sozioökonomischer Verhältnisse, einer Geschlechtspräferenz, des Alters oder sonstiger vorausgehender Bedingungen oder Voraussetzungen den einzelnen Trainingsgruppen durch Losverfahren zugeteilt. Die Proband*innen der Kontrollbedingung setzten sich ebenfalls aus Kindern unterschiedlicher niedersächsischer Grundschulen zusammen. Alle angemeldeten Kinder wurden eingeschlossen. Ausschlusskriterien waren somit für die Gesamtuntersuchung im Wesentlichen nicht vorgesehen, bis auf vormals bekannte ausgeprägte externalisierende, expansive oder auch internalisierende Verhaltensweisen, die eine Durchführung des Trainings für die betroffenen Kinder und die jeweilige Gruppe unmöglich gemacht hätten bzw. im erheblichen Maße zumindest erschwert hätten. Durch Informationselternabende und partiell vorangegangene Gespräche mit den jeweiligen Lehrkräften wurden die hierfür erforderlichen Informationen eingeholt. Einen Einfluss auf den Entscheidungsprozess zur Teilnahme der Kinder an der Interventions- oder Kontrollbedingung hatten die Lehrkräfte nicht. Zusätzlich wurden dem Doktoranden therapiebekannte Kinder (aus der eigenen Psychotherapiepraxis) ebenfalls aus der gesamten Probandengruppe ausgeschlossen. Durch dieses Vorgehen hinsichtlich der Gesamtkonstellation der Stichprobe sollte eine Normverteilung von Ängsten innerhalb einer Klasse aufgenommen und im Sinne der primär präventiven Indikation des Trainings analysiert werden. Bei der Probandenakquise handelte es sich also insgesamt um eine Freiwilligenbias und nicht um eine zuweisende Akquise im Sinne selektiver oder indizierter Prävention.

Im Vorfeld der Untersuchung war nichts über die Identität der Kinder bekannt. Die Untersuchung und Auswertung erfolgte nach entsprechender Rücksprache mit der Schulleitung und des jeweiligen Lehrerkollegiums anonymisiert und setzte das schriftliche Einverständnis der Eltern voraus. Ebenfalls wurde die Elternschaft über das geplante Projekt im Voraus durch ein Informationsschreiben sowie bei entsprechendem Bedarf durch Elternabende und persönliche Vorgespräche informiert, auf denen dann projektbedingte und studienrelevante Verständnisfragen besprochen und geklärt werden konnten.

Im Prä-Datensatz zeigten sich bei der ursprünglichen Gesamtstichprobe ($N = 175$) im Eltern-, Kinder- und Lehrerdatensatz im Vergleich der Interventions- zur Kontrollbedingung unterschiedliche Ausgangsskalenwerte, sodass eine Heterogenität beider Gruppen in den Prä-Werten angenommen wurde. Um eine bessere Vergleichbarkeit im Sinne einer zunehmenden Homogenität in den Prä-Werten herzustellen, sind folglich aus der Gesamtstichprobe insgesamt $n = 11$ Kinder mit besonders auffälligen Werten identifiziert worden. Dazu gehörten Kinder, die von ihren jeweiligen Lehrkräften als besonders *verhaltensproblematisch* bzw. -auffällig und *hyperaktiv* eingeschätzt wurden. Diese Kinder zeigten entsprechend hohe Skalenwerte im Prä-Test im Bereich externalisierender Verhaltensweisen, d. h. hohe Skalenwerte auf den *SDQ* Skalen *Verhaltensprobleme* und *Hyperaktivität*. Diese $n = 11$ herausgenommenen Proband*innen wiesen zudem drei gemeinsame Merkmale aus: Sie stammten überwiegend aus der Interventionsgruppe (neun Kinder stammen aus der Interventionsbedingung und zwei Kinder aus der Kontrollbedingung), sie waren überwiegend männlich (acht Kinder männlich und drei Kinder weiblich) und hatten geschiedene Elternteile. Zusätzlich zeigten diese $n = 11$ Kinder auf folgenden zwölf Items des *TRF* höhere Werte:

1. Verhält sich zu jung für sein/ihr Alter.
2. Klammert sich an Erwachsene.
3. Klagt über Einsamkeit.
4. Weint viel.
5. Kommt mit anderen nicht aus.
6. Hat Angst, in die Schule zu gehen.
7. Hat Angst, etwas Schlimmes zu denken oder zu tun.
8. Glaubte, perfekt sein zu müssen.
9. Fühlt oder beklagt sich, dass niemand ihn/sie liebt.
10. Glaubte, andere wollen ihm/ihr etwas antun.
11. Fühlt sich wertlos oder unterlegen.
12. Verletzt sich häufig ungewollt, neigt zu Unfällen.

Durch die Reduzierung der Gesamtstichprobe auf die **sortenreine Stichprobe** von $N = 164$ konnte zudem eine Zunahme der internen Konsistenz festgestellt werden. Exemplarisch kann dies an drei Skalen belegt werden. In der Gesamtstichprobe ($N = 175$) ist im

Elterndatensatz auf der Skala *SDQ Emotionale Probleme* eine interne Konsistenz von $\alpha = 0,74$ ermittelt worden, hingegen in der sortenreinen Stichprobe ($N = 164$) von $\alpha = 0,85$; auf der Skala *SDQ Prosoziales Verhalten* in der Gesamtstichprobe eine interne Konsistenz von $\alpha = 0,61$, in der sortenreinen Stichprobe $\alpha = 0,84$ und auf der Skala *SDQ Verhaltensprobleme* eine interne Konsistenz von $\alpha = 0,65$ und in der sortenreinen Stichprobe $\alpha = 0,87$. Bei der sortenreinen Stichprobe konnte also ausgemacht werden, dass die Reliabilität (interne Konsistenz) durch die Herausnahme dieser $n = 11$ Proband*innen gestiegen ist und dadurch der Wertebereich der Reliabilitätskoeffizienten konstant als mindestens ausreichend eingestuft werden konnte (Bühner, 2011, zit. n. Döring & Bortz, 2016). Infolgedessen ist für die Analysen entsprechend entschieden worden, diese $n = 11$ Proband*innen, bei denen eine Protokollverletzung (Per-Protokoll-Analyse/PP⁴²) vorlag, gänzlich aus der Stichprobe dieser Evaluation herauszunehmen. Dadurch sind die Reliabilitätswerte der Skalen gestiegen und die Ausgangsdaten im Prä-Test sind insgesamt homogener geworden. Die nachfolgende Tabelle 10 verdeutlicht und erläutert zudem u. a. an den Cut-Off-Werten (Medianwerten), aber auch an den Mittelwerten (M) die Herausnahme und begründet weiterführend die sortenreine Stichprobe.

⁴² zum Aspekt der Protokollverletzungen und zur Per-Protokoll-Analyse (PP): vgl. z. B. Schumacher & Schulgen-Kristiansen, 2013.

Tabelle 10:

Beschreibung der beiden Skalen *SDQ Hyperaktivität* und *SDQ Verhaltensprobleme* Lehrkräfte, Prä-Zeitpunkt; *M* = Mittelwert, *SD* = Standardabweichung

Gruppen		SDQ Hyperaktivität Lehrkräfte Prä	SDQ Verhaltensprobleme Lehrkräfte Prä
Sortenreine Stichprobe	<i>M</i>	2,38	0,91
	<i>N</i>	159,00	159,00
	<i>SD</i>	2,31	1,41
	Median	2,00	0,00
	Minimum	0,00	0,00
	Maximum	8,00	6,00
11 Kinder	<i>M</i>	8,09	4,91
	<i>n</i>	11,00	11,00
	<i>SD</i>	2,21	3,33
	Median	9,00	7,00
	Minimum	4,00	0,00
	Maximum	10,00	9,00

Der Cut-Off-Wert für die Skala *SDQ Hyperaktivität* Lehrkräfte Prä-Zeitpunkt für die sortenreine Stichprobe liegt bei 2 und für die Gruppe der $n = 11$ herausgenommenen Kinder bei 9. Der Cut-Off-Wert für die Skala *SDQ Verhaltensprobleme* Lehrkräfte Prä-Zeitpunkt für die sortenreine Stichprobe liegt bei 0 und für die Gruppe der $n = 11$ herausgenommenen Kinder bei 7. Wenn diese Cut-Off-Werte miteinander verglichen werden, kann konstatiert werden, dass bei den $n = 11$ Kindern die Werte mehrfach höher waren. Daher wurden diese Proband*innen neben den vorangegangenen Erläuterungen zur Begründung der sortenreinen Stichprobe (siehe im obigen Abschnitt zur sortenreinen Stichprobe) aus der Stichprobe dieser Interventionsstudie ausgeschlossen. Die Werte für die beiden Skalen sind entsprechend differenziert in der Tabelle 10 dargestellt.

Alle weiteren Angaben zur Stichprobenbeschreibung und zu sämtlichen Analysen beziehen sich daher ausschließlich auf diese sortenreine Stichprobe von $N = 164$. Vor dem Hintergrund der Entscheidung und der letztendlichen Durchführung der Analysen im Rahmen der sortenreinen Stichprobe wurden alle vorhandenen Daten involviert, eine Exklusion auf Skalen- oder Itemebene hat nicht stattgefunden. Imputationen wurden also in diesem Sinne nicht durchgeführt.

5.2.1 Stichprobenbeschreibung Kinder

Die $N = 164$ an dieser Untersuchung teilnehmenden Kinder lassen sich wie folgt charakterisieren (vgl. hierzu auch Tabelle 11): An der Intervention nahmen insgesamt $n = 77$ Kinder teil, von diesen waren 41 Jungen (53,2%) und 36 Mädchen (46,8%). Der Kontrollgruppe waren insgesamt $n = 87$ Kinder zugeordnet, von diesen waren 42 Jungen (48,3%) und 45 Mädchen (51,7%). Das Durchschnittsalter der Kinder in der Interventionsgruppe lag bei $M = 8,88$ Jahren ($SD = 0,76$ Jahre) und in der Kontrollgruppe bei $M = 8,95$ Jahren ($SD = 0,66$ Jahre). Der Großteil der Kinder der Interventions- als auch der Kontrollgruppe war zum Zeitpunkt der Untersuchung in der vierten Schulklasse: 61,3% der Kinder aus der Interventionsgruppe und 83,7% aus der Kontrollgruppe waren bei Teilnahme im vierten Schuljahr. Demgegenüber kamen 30,7% der Kinder der Interventionsgruppe und 16,3% der Kontrollgruppe aus den dritten Klassen. Lediglich 8,0% der Kinder der Interventionsgruppe und kein Kind (0,0%) in der Kontrollgruppe kamen aus dem zweiten Grundschuljahr. Hinsichtlich der Geschwisteranzahl nahmen Kinder ohne Geschwisterkinder den geringsten Anteil in der sortenreinen Gesamtstichprobe ein: 13,0% waren in der Interventionsgruppe und 6,9% in der Kontrollgruppe ohne Geschwisterkinder. Den größten Anteil nahmen Kinder mit einem Geschwisterkind ein: 59,7% der Kinder in der Interventions- und 57,5% der Kinder in der Kontrollgruppe hatten ein Geschwisterkind. 27,3% der Kinder der Interventionsgruppe und 35,6% der Kontrollgruppe hatten zwei oder mehr Geschwisterkinder.

Tabelle 11:
Stichprobenbeschreibung Kinder

		<i>IG</i>		<i>KG</i>		<i>N</i>	<i>p</i>
		<i>M</i>	(<i>SD</i>)	<i>M</i>	(<i>SD</i>)		
Alter		8,88	(0,760)	8,95	(0,663)	164	$t_{164} = -0,633$
Geschlecht	männlich	41	(53,2%)	42	(48,3%)	164	$\chi^2_1 = 0,404$
	weiblich	36	(46,8%)	45	(51,7%)		
Schulklasse	2.	6	(8,0%)	0	(0,0%)	161	$\chi^2_2 = 13,228$
	3.	23	(30,7%)	14	(16,3%)		
	4.	46	(61,3%)	72	(83,7%)		
Geschwister	0	10	(13,0%)	6	(6,9%)	164	$\chi^2_2 = 2,489$
	1	46	(59,7%)	50	(57,5%)		
	≥ 2	21	(27,3%)	31	(35,6%)		

Anmerkungen. *IG*: Interventionsgruppe, *KG*: Kontrollgruppe, *M*: Mittelwert in der Gruppe, *SD*: Standardabweichung, für Geschlecht, Schulklasse und Geschwister sind die Häufigkeiten pro Gruppe sowie die zugehörigen %-Werte abgetragen.

Um inferenzstatistisch abzusichern, dass die beiden Untersuchungsgruppen homogen, d. h. in den oben aufgeführten Charakteristika direkt miteinander vergleichbar sind, sodass diese keine Störvariablen bei der späteren Messung der Effekte darstellen können, wurden die resultierenden Verteilungen beider Gruppen mittels entsprechender Testverfahren verglichen. Hinsichtlich des Alters ergab sich, dass die Interventionsgruppe im Durchschnitt $M = 8,88$ Jahre ($SD = 0,76$ Jahre) alt ist, während die Kontrollgruppe $M = 8,95$ Jahre ($SD = 0,66$ Jahre) alt ist. Die vorgefundene Differenz von 0,07 Jahren konnte in einem *t*-Test für unabhängige Stichproben nicht signifikant gegen eine Nulldifferenz getestet werden ($t_{164} = -0,633$, $p = 0,52$). Ausgehend von diesem Stichprobenergebnis muss damit die Nullhypothese, dass im Durchschnittsalter beider Gruppen keine Differenz vorliegt, beibehalten werden und es ließen sich hinsichtlich des Alters die beiden Gruppen direkt miteinander vergleichen. Entsprechendes gilt für die Verteilungen des Geschlechts und für die Geschwisteranzahl: Beide Häufigkeitsverteilungen wurden in einem χ^2 -Unabhängigkeitstest geprüft: Weder bei der Geschlechterverteilung noch bei der Verteilung der Geschwisterkinder ließen sich signifikante Gruppenunterschiede feststellen (für das

⁴³ Voraussetzungen für Chi-Quadrat-Test nicht erfüllt, deshalb keine Signifikanz ermittelt (vgl. auch zusätzlich Tabelle 13, Stichprobenbeschreibung Lehrkräfte).

Geschlecht: $\chi^2_1 = 0,40, p = 0,52$; für die Geschwisteranzahl: $\chi^2_2 = 2,49, p = 0,28$). Anhand beider Testergebnisse ließen sich damit beide Gruppen hinsichtlich des Geschlechts und der Geschwisteranzahl unmittelbar vergleichen. Die Häufigkeitsverteilung der Schulklassen konnte bzgl. eines signifikanten Unterschiedes in der sortenreinen Stichprobe nicht ermittelt werden, da die Voraussetzungen für die Berechnung des Chi-Quadrat-Wertes aufgrund der Schülerverteilung in der zweiten Klasse nicht erfüllt waren ($\chi^2_2 = 13,23, p = n. s.$). Die vorgefundenen Häufigkeitsverteilungen der Interventions- und Kontrollgruppe außer der Häufigkeitsverteilung der Schulklassen entsprachen somit einer Verteilung wie unter Unabhängigkeit angenommen werden kann.

5.2.2 Stichprobenbeschreibung Eltern

In der sortenreinen Teilstichprobe der Eltern lagen die Beurteilungen von insgesamt $N = 164$ Eltern vor. Dabei beurteilten aus der Interventionsgruppe insgesamt $n = 75$ Eltern ihre Kinder zu allen drei Messzeitpunkten. Ein geringer Anteil dieser Eltern wies einen Migrationshintergrund auf (6,8%). Aus der Kontrollgruppe lagen insgesamt $n = 83$ Bewertungen seitens eines Elternteils vor. Von diesen Eltern wies ebenfalls nur ein geringer Anteil einen Migrationshintergrund auf (8,2%). Der anteilige Migrationshintergrund der gesamten Stichprobe war aufgrund der erforderlichen Sprachkenntnisse, die das Training vorausgesetzt hat sowie aufgrund der jeweiligen auszufüllenden Fragebögen, entsprechend zu berücksichtigen. Zusätzlich ließe sich hypothetisch annehmen, dass unter Berücksichtigung einer differenzierten hypothetischen Auswertung Kinder aus Familien mit Migrationshintergrund infolge ihrer heterogenen sozialen und kulturellen Herkunft möglicherweise abweichende Effekte des Trainings gezeigt haben könnten relativ zu Kindern mit deutschem Hintergrund. Die vorgefundene Verteilung der Personen mit Migrationshintergrund war für beide Gruppen identisch ($\chi^2_1 = 0,124, p = 0,725$).

Zum erfragten Familienstand gab sowohl in der Interventionsgruppe (73,0%) als auch in der Kontrollgruppe (79,8%) der überwiegende Anteil der Eltern an, verheiratet zu sein, lediglich 19% der Eltern aus der Interventionsgruppe gaben an, entweder getrennt oder geschieden zu sein, in der Kontrollgruppe waren es hingegen 8,3%. 8,1% der Eltern aus der Interventionsgruppe gaben an, ledig zu sein, in der Kontrollgruppe waren es 10,7%. Es ergaben sich keine signifikanten Gruppenunterschiede ($\chi^2_2 = 8,890, p = 0,064$). Bei den

Angaben zum familiären Hintergrund gaben in der Interventionsgruppe mehr als Dreiviertel der Eltern an, dass das Kind bei beiden Elternteilen lebe, ein analoger Wert zeigte sich auch in der Kontrollgruppe. Demgegenüber gaben in der Interventionsgruppe 23,2% der befragten Eltern an, ihr Kind lebe bei der Mutter, in der Kontrollgruppe waren es 16,7%. Den geringsten Anteil sowohl in der Interventions- und Kontrollgruppe verzeichneten die Kinder, die ihren Lebensmittelpunkt beim Vater hatten. Auch hinsichtlich dieses Merkmals konnten keine signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen festgestellt werden ($\chi^2_3 = 2,734, p = 0,255$).

Zum Bildungshintergrund der Mutter gaben etwa 77% der Interventionsgruppe an, keinen akademischen Abschluss zu besitzen, demgegenüber gaben ca. 23% an, über eine akademische Ausbildung zu verfügen. In der Kontrollgruppe zeigte sich ein vergleichbares Bild: Knapp 70% der Mütter gaben an, nicht über einen akademischen Abschluss zu verfügen, demgegenüber standen ungefähr 31% an Müttern mit einem akademischen Bildungsabschluss. Die vorgefundene Verteilung beider Gruppen war direkt vergleichbar, wie ein zugehöriger χ^2 -Test ($\chi^2_4 = 1,257, p = 0,262$) zeigte. Beim Bildungshintergrund des Vaters zeigte sich ein ähnliches Bild: In der Interventionsgruppe gaben 70% der Väter an, keinen akademischen Bildungshintergrund zu haben, ein Drittel der Väter verfügten hingegen über einen akademischen Abschluss. In der Kontrollgruppe war es anteilig etwas ausgeglichener: Knapp 60% der Väter konnten keinen akademischen Abschluss aufweisen, demgegenüber berichteten ca. 41% der Väter, eine akademische Bildung erhalten zu haben. Sowohl hinsichtlich des höchsten Bildungsabschlusses der Mutter als auch des höchsten Bildungsabschlusses des Vaters konnten im Vergleich zwischen der Interventions- und Kontrollgruppe keine signifikanten Gruppenunterschiede festgestellt werden (vgl. Tabelle 12).

Bei der angegebenen Anzahl an Geschwisterkindern lag der Modalwert sowohl in der Interventions- als auch Kontrollgruppe bei jeweils einem Geschwisterkind. In der Interventionsgruppe hatten insgesamt knapp 60% ein Geschwisterkind, 27,3% zwei oder mehr Geschwister und lediglich 13% waren Einzelkind. In der Kontrollgruppe hatten 57,5% jeweils ein Geschwisterkind, 35,6% besaßen zwei oder mehr Geschwister und 6,9% waren Einzelkind. Auch für diese Variable gab es zwischen der Interventions- und Kontrollgruppe keine signifikanten Gruppenunterschiede ($\chi^2_6 = 2,489, p = 0,288$).

Hinsichtlich der elterlichen Altersstruktur zeigten sich ebenfalls keine signifikanten Gruppenunterschiede zwischen der Interventions- und Kontrollgruppe: Bei den Müttern der Interventionsgruppe lag das durchschnittliche Alter bei $M = 40,8$ Jahren ($SD = 4,7$), in der Kontrollgruppe bei $M = 40,7$ Jahren ($SD = 4,8$). Bei den Vätern der Interventionsgruppe lag das Durchschnittsalter bei $M = 43,3$ Jahren ($SD = 4,9$) und in der Kontrollgruppe bei $M = 44,5$ Jahren ($SD = 6,6$). In der Tabelle 12 sind alle relevanten sozioökonomischen Daten der sortenreinen Elternstichprobe aufgeführt.

Tabelle 12:
Stichprobenbeschreibung Eltern

		IG		KG			p
		M	SD	M	SD		
Alter	der Mutter	40,760	4,739	40,711	4,843	$t_{158} = 0,064$	0,949
	des Vaters	43,307	4,926	44,542	6,586	$t_{158} = -1,324$	0,187
Nationalität des Kindes	deutsch	69	93,2%	78	91,8%	$\chi^2_1 = 0,124$	0,725
	Migrationshintergrund	5	6,8%	7	8,2%		
Familienstand	ledig	6	8,1%	9	10,7%	$\chi^2_2 = 8,890$	0,064
	verheiratet	54	73,0%	67	79,8%		
	getrennt lebend	9	12,2%	1	1,2%		
	geschieden	5	6,8%	6	7,1%		
	verwitwet	0	0,0%	1	1,2%		
Das Kind lebt bei...	bei den Eltern	53	76,8%	58	80,6%	$\chi^2_3 = 2,734$	0,255
	bei der Mutter	16	23,2%	12	16,7%		
	beim Vater	0	0,0%	2	2,8%		
Höchster Bildungsabschluss der Mutter	kein akademischer Abschluss	56	76,7%	57	68,7%	$\chi^2_4 = 1,257$	0,262
	akademischer Abschluss	17	23,3%	27	31,3%		
Höchster Bildungsabschluss des Vaters	kein akademischer Abschluss	49	70,0%	47	58,8%	$\chi^2_5 = 2,051$	0,152
	akademischer Abschluss	21	30,0%	33	41,3%		
Geschwisterkinder	Einzelkind	10	13,0%	6	6,9%	$\chi^2_6 = 2,489$	0,288
	Ein Geschwisterkind	46	59,7%	50	57,5%		
	Zwei oder mehr Geschwister	21	27,3%	31	35,6%		

Anmerkungen. IG: Interventionsgruppe, KG: Kontrollgruppe, M: Mittelwert, SD: Standardabweichung, %-Werte beziehen sich auf die Stichprobe nach Ausschluss fehlender Werte

5.2.3 Stichprobenbeschreibung Lehrkräfte

Es lagen die Beurteilungen von insgesamt $n = 77$ Kindern durch ihre jeweiligen Lehrkräfte aus der Interventionsgruppe und $n = 84$ Kindern durch die Lehrkräfte der Kontrollgruppe vor (also $N_{\text{ges}} = 161$). In der Interventionsgruppe schätzten die Lehrkräfte 51,9% Jungen und 48,1% Mädchen ein, in der Kontrollgruppe 47,6% Jungen und 52,4% Mädchen ($\chi^2_1 = 0,301, p = 0,583$). Der überwiegende Anteil der eingeschätzten Kinder stammte aus den vierten Grundschulklassen. In dieser sortenreinen Stichprobe konnte ebenfalls kein signifikanter Unterschied in der Verteilung der jeweiligen Klassen berechnet werden ($\chi^2_2 = 13,432, p = \text{n. s.}$). Der überwiegende Anteil der Lehrkräfte kannte die eingeschätzten und beurteilten Kinder länger als ein halbes Jahr ($\chi^2_2 = 0,934, p = 0,334$). Bis auf ein Kind hatte innerhalb der letzten zwölf Monate kein weiteres Kind an einem sonstigen Verhaltenstraining teilgenommen (diese Abfrage diente zum Ausschluss von Störvariablen) ($\chi^2_3 = 1,182, p = 0,277$). Die Kinder in der Interventionsgruppe waren durchschnittlich gleich alt verglichen mit den Kindern in der Kontrollgruppe, in der Interventionsbedingung zeigten sie ein durchschnittliches Alter von $M = 8,95$ ($SD = 0,76$) und in der Kontrollbedingung ein durchschnittliches Alter von $M = 9,02$ ($SD = 0,66$). In einem t -Test für unabhängige Stichproben konnte das Alter nicht signifikant gegen eine Nulldifferenz getestet werden ($t_{161} = -0,678, p = 0,528$). Weiterführende Informationen zur sortenreinen Stichprobe der Lehrkräfte sind in der Tabelle 13 abgetragen:

Tabelle 13:
Stichprobenbeschreibung Lehrkräfte

		<i>IG</i>		<i>KG</i>		<i>N</i>	<i>p</i>	
		<i>M</i>	<i>(SD)</i>	<i>M</i>	<i>(SD)</i>			
Alter der Kinder		8,95	(0,759)	9,02	(0,658)	161	$t_{161} = -0,678$	0,528
		<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>			
Geschlecht	männlich	40	(51,9%)	40	(47,6%)	161	$\chi^2_1 = 0,301$	0,583
	weiblich	37	(48,1%)	44	(52,4%)			
Schulklasse	2.	7	(9,1%)	0	(0,0%)	161	$\chi^2_2 = 13,432$	n. s. ⁴⁴
	3.	23	(29,9%)	14	(16,7%)			
	4.	47	(61,0%)	70	(83,3%)			
Wie lange kennen Sie das Kind?	Höchstens 6 Monate	0	(0,0%)	1	(1,2%)	160	$\chi^2_2 = 0,934$	0,334
	mehr als 6 Monate	77	(100,0%)	82	(98,8%)			
Am Training innerhalb der letzten 12 Monate teilgenommen?	Ja	0	(0,0%)	1	(1,2%)	150	$\chi^2_3 = 1,182$	0,277
	Nein	77	(100,0%)	82	(98,8%)			

Anmerkungen. IG: Interventionsgruppe, KG: Kontrollgruppe, *M*: Mittelwert, *SD*: Standardabweichung, %-Werte beziehen sich auf die Stichprobe nach Ausschluss fehlender Werte

5.2.4 Kovariaten (Familienstand, elterl. Bildungsgrad, Schulklasse)

Für die Varianzanalyse sind im Rahmen dieses quasi-experimentellen Studiendesigns folgende Kovariaten festgelegt und deren Einfluss auf mögliche Effekte untersucht worden:

- Familienstand,
- akademischer Grad der Eltern (elterlicher Bildungsgrad),
- Schulklasse.

⁴⁴ Voraussetzungen für Chi-Quadrat-Test nicht erfüllt, deshalb keine Signifikanz ermittelt.

Der *Familienstand* wurde in den verwendeten Fragebögen als Kovariate wie folgt erfragt: Eltern des Kindes waren entweder ledig ($n = 15$) oder verheiratet ($n = 121$), getrennt lebend ($n = 10$), geschieden ($n = 11$) oder verwitwet ($n = 1$) (siehe *Abbildung 23*). Insgesamt gab es $n = 6$ fehlende Angaben. Aus Forschungsübersichts- und inhaltlichen Gründen ist der Familienstand zu zwei Gruppen zusammengefasst worden: Eltern verheiratet ($n = 121$) oder nicht verheiratet ($n = 37$) (siehe *Abbildung 24*). Bei der zweiten Gruppe sind alle restlichen Angaben, d. h. also Eltern sind ledig, getrennt lebend, geschieden oder verwitwet zusammengefasst worden.

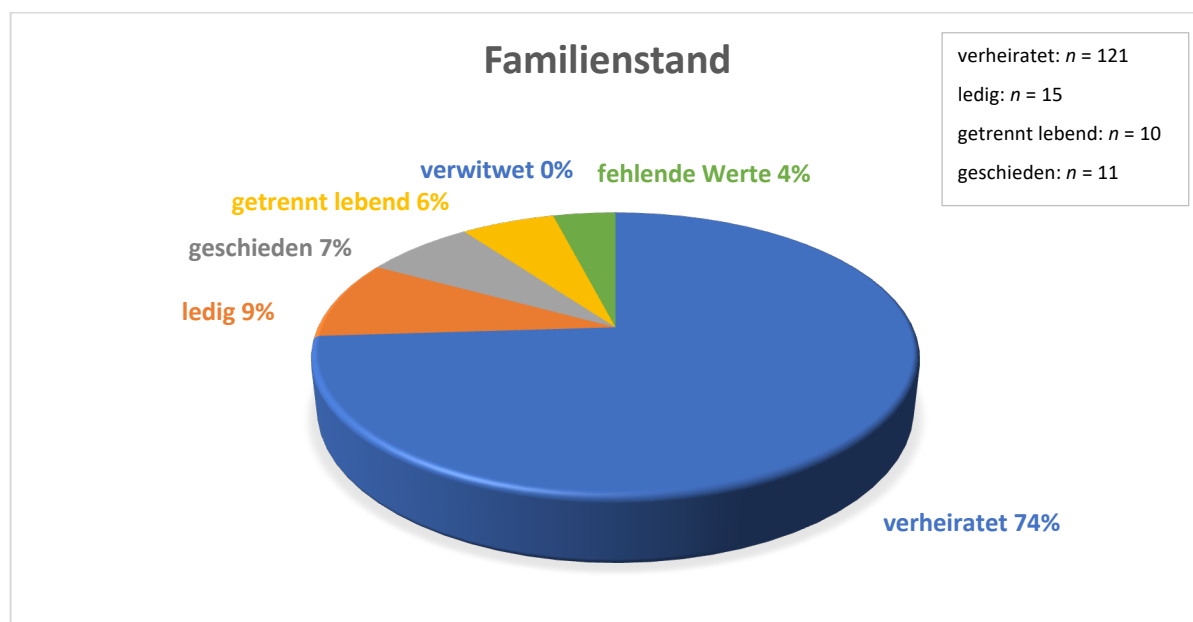


Abbildung 23. Kovariate Familienstand, differenziert

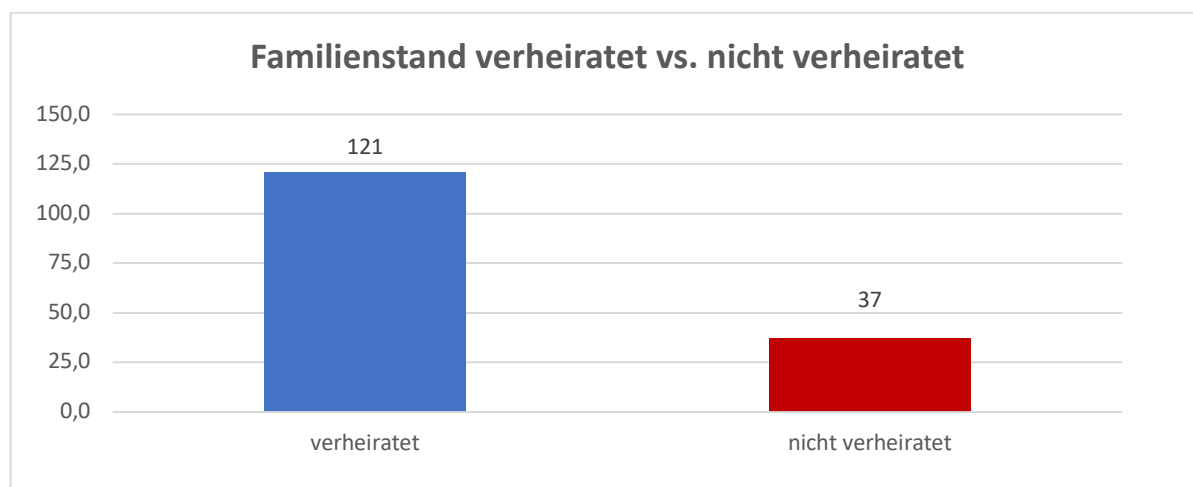


Abbildung 24. Familienstand verheiratet ($n = 121$) vs. nicht verheiratet ($n = 37$), $N = 158$, $n = 6$ Missing Data

Die Kovariate *akademischer Grad der Eltern* wurde in den verwendeten Fragebögen wie folgt erfragt: Eltern des Kindes konnten entweder angeben, dass kein Elternteil ($n = 90$), ein Elternteil ($n = 35$) oder beide Elternteile ($n = 31$) einen akademischen Ausbildungsgrad in ihrer Ausbildungslaufbahn erreicht haben. Insgesamt gab es $n = 8$ fehlende Angaben (siehe *Abbildung 25*). Es ist zu erkennen, dass über die Hälfte der Eltern der Gesamtstichprobe nicht über einen akademischen Bildungsgrad verfügten. Etwa gleich verteilt zeigte sich die Aufteilung der Familien mit einem oder zwei akademisch ausgebildeten Elternteilen. Aus Forschungsübersichts- und ebenfalls inhaltlichen Gründen ist der akademischer Grad der Eltern zu zwei Gruppen zusammengefasst worden: kein Elternteil akademisch ausgebildet ($n = 90$) zu ein oder beide Elternteile akademisch gebildet ($n = 66$) (siehe *Abbildung 26*).

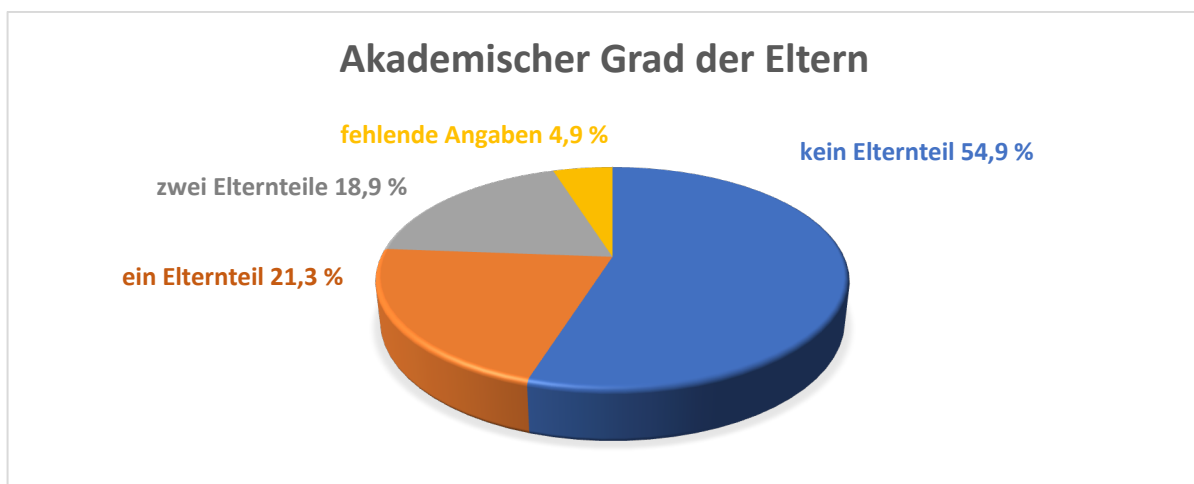


Abbildung 25. Kovariate Akademischer Grad der Eltern (N = 164), differenziert

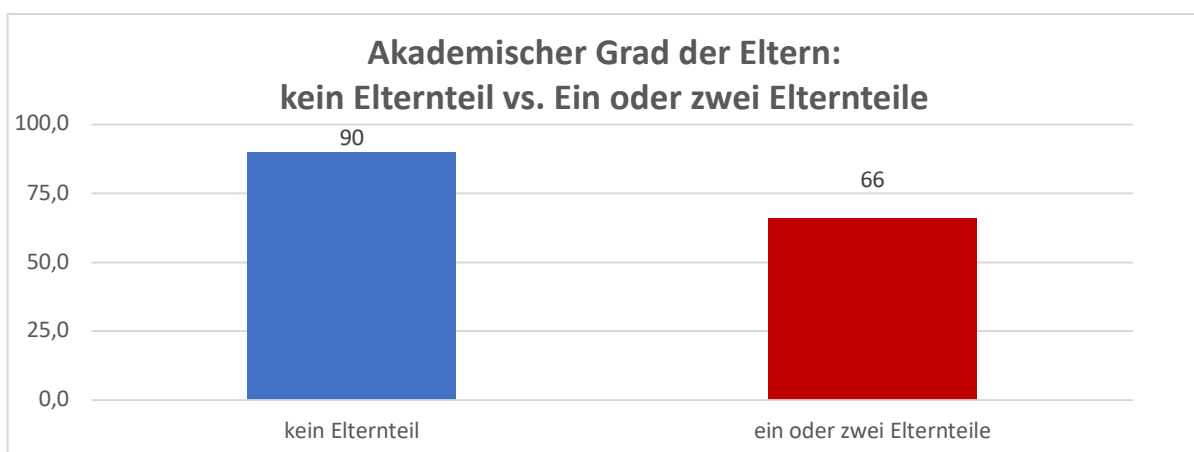


Abbildung 26. Akademischer Grad der Eltern: kein Elternteil ($n = 90$) vs. ein oder beide Elternteile mit einem akademischen Grad ($n = 66$), $N = 156$, $n = 8$ Missing Data

Die Kovariate *Schulklasse* wurde in den verwendeten Fragebögen wie folgt erfragt: Kinder der zweiten ($n = 7$), der dritten ($n = 37$) und der vierten Grundschulklasse ($n = 118$). Kinder aus den ersten Klassen sowie Kinder aus Klassen der weiterführenden Schulen haben nicht an der Studie teilgenommen. Insgesamt gab es $n = 2$ fehlende Angaben (siehe *Abbildung 27*). Es ist deutlich zu sehen, dass der überwiegende Anteil der Kinder (72%) aus den vierten Grundschulklassen entstammten. Knapp über ein Fünftel der Kinder aus der Gesamtstichprobe kamen aus den dritten Grundschulklassen (22,6%) und der kleinste Anteil entfiel auf die zweiten Grundschulklassen (4,3%). Aus Forschungsübersichtsgründen ist die Kovariate Schulklasse zu zwei Gruppen zusammengefasst worden: die eine Gruppe bestand aus den Kindern der zweiten und dritten Grundschulklassen ($n = 44$, 26,8%) und die andere Gruppe aus Kindern der vierten Klassen ($n = 118$, 72%) (siehe *Abbildung 28*).

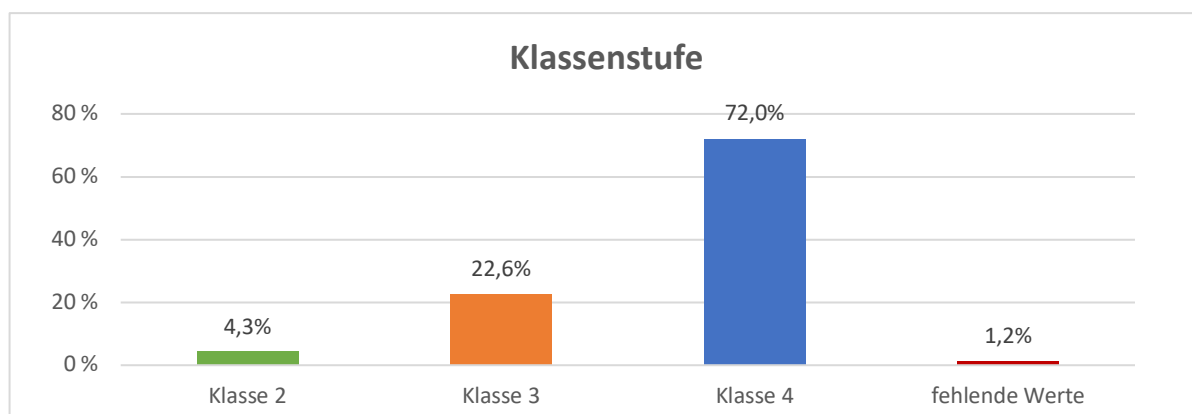


Abbildung 27. Kovariate Schulklasse ($N = 164$), %-Angaben abgetragen, differenziert

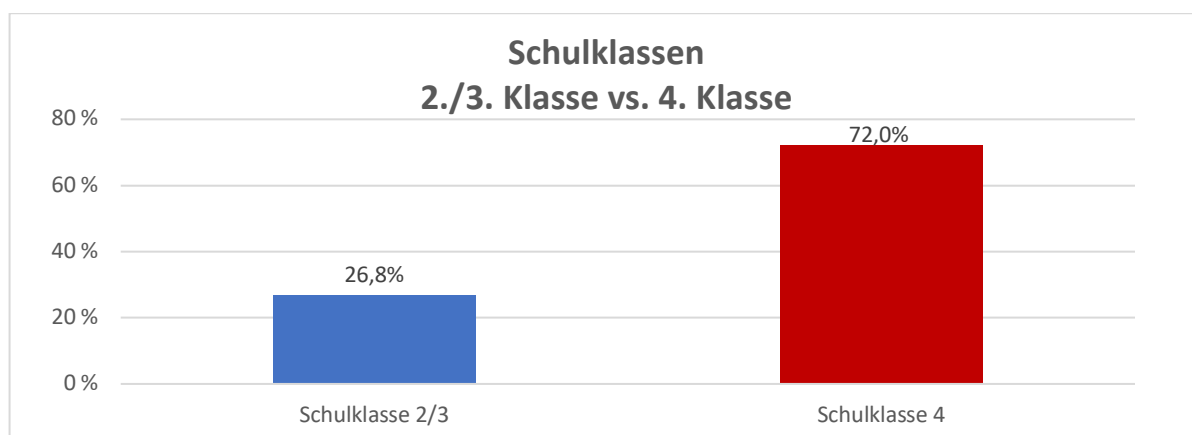


Abbildung 28. Schulklasse: 2./3. Grundschulklasse ($n = 44$) vs. 4. Grundschulklasse ($n = 118$), $N = 162$, $n = 2$ Missing Data, %-Angaben abgetragen

Abschließend für die Erläuterungen zu den Kovariaten lässt sich an dieser Stelle festhalten, dass diese Kovariaten für die Untersuchung und Evaluation des »Super Skills for Life«-Programms festgelegt wurden, um mögliche Einflusseffekte durch Kovariate wie den Familienstand des Kindes, den elterlichen Bildungsgrad und die Schulklasse in der Varianzanalyse zu untersuchen und diese entsprechend hypothesenorientiert und hypothesenüberprüfend ausreichend zu berücksichtigen.

5.3 Zeitplan und Durchführung des Forschungsprojektes

Das Programm wurde mit Schülerinnen und Schülern der dritten bis vierten Grundschulklassen (z. T. auch der zweiten Grundschulklassen) mehrerer (Ganztags-) Grundschulen in Niedersachsen im Landkreis Harburg (Stadt Winsen/Luhe), dem Landkreis Lüneburg und der Stadt Lüneburg durchgeführt. Dazu gehörten folgende Schulen: Grundschule Brackel, Hanseschule Winsen (Luhe), Grundschule Luhdorf, Grundschule Reppenstedt und die Grundschule Rotes Feld (Lüneburg). In geschlechtsheterogenen Gruppen mit jeweils ca. sechs bis acht Kindern pro Gruppe und im Alter von acht bis elf Lebensjahren fanden einmal wöchentlich mit jeweils einer Sitzungsdauer von ca. 60 Minuten Trainingssitzungen mit dem Programm »Super Skills for Life« statt. Mehrere Gruppen fanden pro Durchlauf in derselben Zeitspanne statt. Das Training wurde ausschließlich durch den Doktoranden selbst geleitet und durchgeführt. Die Integration des Trainings in den Schulalltag erfolgte wie folgt: Die Durchführung der jeweiligen Gruppen fand zu unterschiedlichen Zeiten in einem dafür separat vorgesehenen Gruppenraum statt. Im Rahmen der gesamten Studie sind 13 Gruppen in insgesamt fünf Durchläufen mit mehreren Gruppen pro jeweiligem Durchlauf durchgeführt worden. Die Datenerhebung erfolgte von Mai 2014 bis zum Juli 2018. Jeder Durchgang dauerte in der Durchführung eines Trainings durchschnittlich 13 ½ Sitzungen, der kürzeste Durchlauf zehn Sitzungen, der längste 17 Sitzungen. An jeder Gruppe nahmen durchschnittlich 7,1 Kinder teil. Von allen teilnehmenden Kindern und unter Berücksichtigung aller durchgeführten Sitzungen fehlten aus unterschiedlichen Gründen (z. B. aufgrund von Krankheitsgründen, von konkurrierenden sonstigen Terminen) an insgesamt 6,6% aller Sitzungen jeweilig Kinder, an 93,2% aller Sitzungen haben die Kinder entsprechend teilgenommen. Insgesamt zehn Kinder (acht Jungen und zwei Mädchen) aus der Interventionsgruppe sind im Rahmen der Durchführung

des Trainingsdurchlaufs als Drop-Out aus der Interventionsgruppe aus unterschiedlichen Gründen (z. B. nicht ausreichende Trainingscompliance, erhebliches expansives Störungsverhalten) ausgeschlossen worden. In der Kontrollgruppe gab es keine Drop-Outs. Parallel zu den fünf Durchgängen ist die entsprechende Datenerhebung zur Kontrollgruppe als Referenzgruppe vorgenommen und durchgeführt worden.

Unmittelbar vor Beginn des Trainings (das bedeutet ca. ein bis zwei Wochen vor Beginn der Durchführung des Programms) füllten die Kinder selbst, ihre Eltern und ihre Lehrkräfte der Interventions- als auch der Kontrollgruppe die jeweiligen ausgewählten psychometrischen Fragebögen (siehe Kapitel 5.4) aus, dies bildete den Prä-Test (T1) dieser Studie. Nach Abschluss des Trainings erfolgte dann unmittelbar (innerhalb einer Woche) der Post-Test (T2), in dem ebenfalls die Kinder, ihre Eltern und die Lehrkräfte in der zweiten Messung und Datenerhebung ihre jeweiligen Fragebögen ausgefüllt haben. Im Sechs-Monats-Follow-Up (T3) erfolgte dann die abschließende dritte Messung, die auf der Grundlage des Studiendesigns nochmalig und den jeweiligen Durchlauf beendend von den Kindern, ihren Eltern und ihren jeweiligen Lehrkräften durchgeführt wurde. Zusätzlich wurden die gleichen Fragebögen in der Kontrollbedingung für die Prä-, Post- und Follow-Up-Untersuchung an Kinder, ihre Eltern und Lehrkräfte ausgehändigt. Diese bildeten das Datenmaterial für die Referenzgruppe, anhand derer signifikante Veränderungen relativ zur Interventionsbedingung gemessen werden sollten.

Das »*Super Skills for Life*«-Programm ist in der Praxis außerhalb dieser Studie modulhaft erprobt und reflektiert worden. Ein regelmäßiger Einsatz fand nicht statt, sondern diente lediglich zur Vorbereitung der Studie im Hinblick auf die exemplarische Eignung der übersetzten Materialien und Inhalte. Eine weitergehende systematische Nutzung oder Verwertung des Programms durch den Doktoranden in der Psychotherapiepraxis ist nicht vorgesehen und ausgeschlossen, da alle Rechte bei den Entwicklern des Programms liegen. Auch an der Entwicklung und Konzipierung des ursprünglichen Programms war der Doktorand nicht involviert. Die Objektivität der Auswertung im Hinblick auf die Evaluation der Trainingseffekte wurde durch die nachstehenden Punkte sichergestellt:

- standardisierte Instruktionen zur Bearbeitung der Fragebögen;
- standardisierte Auswertung der Fragebögen;
- das Eltern- und Lehrerurteil war ein wichtiges Evaluationskriterium; Eltern und Lehrkräfte waren in das Training und seine Durchführung nicht involviert, d. h. Eltern und Lehrkräfte beurteilten als Außenstehende, es bestand kein direkter oder persönlicher Kontakt zwischen Eltern und dem Doktoranden;
- bei den Post- und Follow-Up-Messungen wurden Fragebögen an die Kinder durch die instruierten Lehrkräfte verteilt, hierdurch wurde weiterhin eine konsequente Trennung von Durchführung und Evaluation im Sinne der wissenschaftlichen Objektivität sichergestellt.

Durch diese aufgeführten Aspekte wurde eine ausreichende Trennung von Entwicklung, Konzeption, Durchführung und Evaluation sichergestellt. Das Qualitätskriterium der wissenschaftlichen Neutralität und Objektivität wurde entsprechend gewahrt, es bestand seitens des Doktoranden keine interessen geleitete Forschung.

Für die Realisierung der Studie war folgender Zeitplan wirksam. Im Mai 2014 startete nach der vorangegangenen sprachlichen Übersetzung des Angstpräventionsprogramms »Super Skills for Life« aus dem Englischen ins Deutsche der erste Durchlauf des Programms mit drei Gruppen aus den zweiten bis dritten Klassen einer niedersächsischen Schule. Insgesamt sind innerhalb der gesamten Studie fünf Durchgänge mit 13 Gruppen zustande gekommen und konnten vollständig durchgeführt werden. Im Juli 2018 endete der Prozess der Datenerhebung. Nach Abschluss der Durchführung der Intervention »Super Skills for Life« folgte die Dateneingabe in SPSS, die Datenaufbereitung bzw. Datenbereinigung, im Anschluss daran die Phase der statistischen Auswertung und Interpretation des Datenmaterials sowie im Gesamten die Abfassung der Dissertation inklusive des Theorie- und des empirischen Teils. *Abbildung 29* zeigt grafisch den zeitlichen Rahmen des gesamten Dissertationsprozesses.

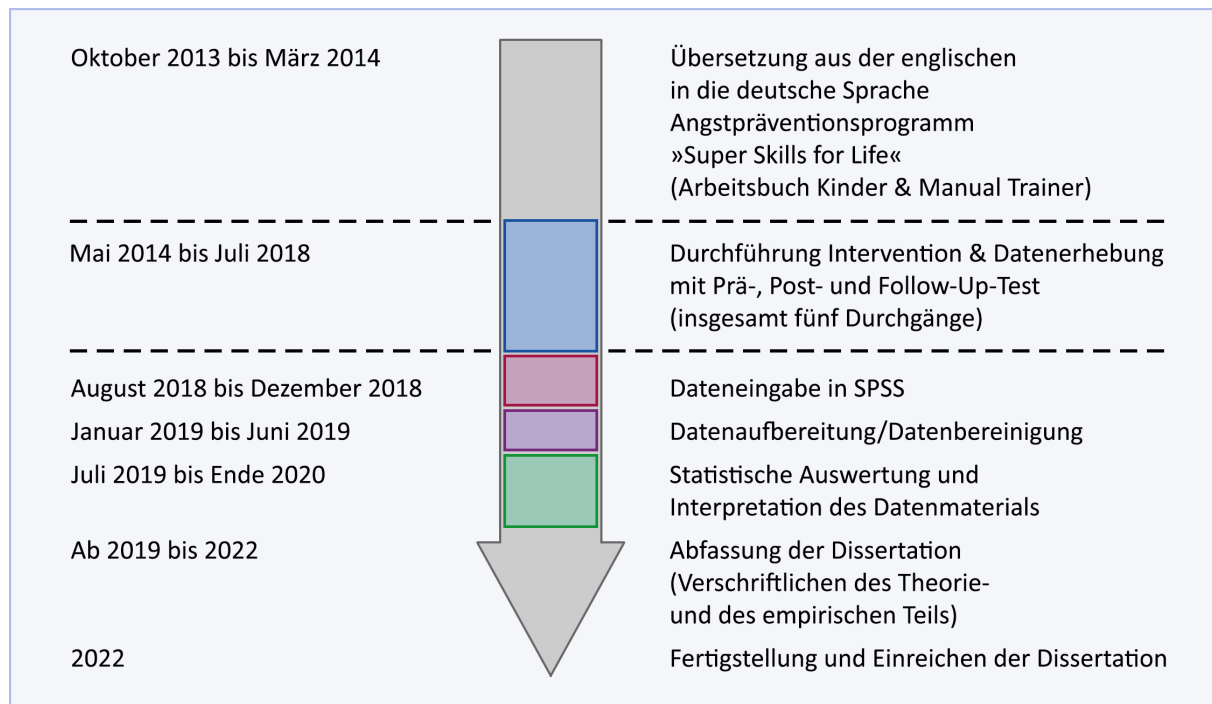


Abbildung 29. Zeitleiste des Promotionsprojektes

Nachfolgend werden die im Rahmen dieses Forschungsprojektes vollständigen fünf Durchgänge mit den insgesamt 13 durchgeführten Gruppen und jeweils pro Durchgang einer Kontrollgruppe beschrieben, diese beginnend im Mai 2014 bis zum Juli 2018 (inklusive der Follow-Up-Untersuchung). Im ersten Durchgang von Mai 2014 bis Juli 2014 sind drei Gruppen in der Interventionsbedingung mit einer zusätzlichen Kontrollgruppe zustande gekommen. Durchschnittlich dauerte die Durchführung des Programms im ersten Durchlauf 10,67 Gruppensitzungen pro Gruppe, durchschnittlich 8,34 Kinder nahmen durchschnittlich pro Gruppe teil. An 9,7% der Sitzungen dieses ersten Durchgangs fehlten die Kinder, drei Jungen der Interventionsbedingung waren Drop-Outs, der Follow-Up-Test folgte im Januar 2015. Der zweite Durchgang erfolgte vom November 2014 bis März 2015 mit ebenfalls drei Gruppen und einer Kontrollgruppe. Durchschnittlich 14 Gruppensitzungen dauerte die Durchführung des Programms pro Gruppe, 6,67 Kinder nahmen durchschnittlich pro Gruppe teil. An 4,9% der Sitzungen dieses zweiten Durchgangs fehlten Kinder hinsichtlich ihrer Teilnahme, ein Junge aus der Interventionsgruppe war ein Drop-Out, die Follow-Up-Untersuchung fand im September 2015 statt. Im Januar 2016 bis Mai/Juni 2016 mit insgesamt zwei Gruppen und einer zusätzlichen Kontrollbedingung fand der dritte Durchgang statt. Im Durchschnitt dauerte die Durchführung des Programms 15 Sitzungen pro Gruppe, 7,5 Kinder nahmen durchschnittlich pro Gruppe teil. Es fehlten insgesamt 7,2%

der Sitzungen dieses dritten Durchgangs mit einem Drop-Out-Jungen, der Follow-Up-Test fand im November/Dezember 2016 statt. Im vierten und im Rahmen dieser Studie vorletzten Durchgang vom September 2016 bis zum Januar 2017 fanden erneut drei Gruppen mit einer zusätzlichen Kontrollbedingung statt, in 5,9% der Sitzungen dieses vierten Durchgangs fehlten Kinder hinsichtlich ihrer Teilnahme an den Gruppensitzungen. Zwei Jungen und zwei Mädchen aus der Interventionsgruppe, also insgesamt vier Kinder dieses Durchganges, waren Drop-Out-Kinder und konnten entsprechend in der Studie nicht berücksichtigt werden. Die Follow-Up-Erhebung fand im Juli 2017 statt. Durchschnittlich dauerte die Durchführung des Programms im vierten Durchgang 14 Sitzungen pro Gruppe, 6,34 Kinder nahmen durchschnittlich pro Gruppe teil. Abschließend für diese Studie fand von August 2017 bis zum Januar 2018 der fünfte und letzte Durchgang mit nochmalig zwei Gruppen und einer Kontrollbedingung statt. An insgesamt 5,1% der Sitzungen dieses Durchganges fehlten Kinder in ihrer Teilnahme an den Gruppensitzungen ihres jeweiligen Trainings. Ein Junge aus der Interventionsbedingung war ein Drop-Out und ist entsprechend nicht berücksichtigt worden. Der Follow-Up-Test fand im Juli 2018 statt. Durchschnittlich 15 Sitzungen dauerte die Durchführung des Programms pro Gruppe, 6,5 Kinder nahmen pro Gruppe durchschnittlich am Trainingsprogramm teil.

Die nachfolgende Übersicht (vgl. *Abbildung 30*) zur Durchführung des Programms »*Super Skills for Life*« und zur empirischen Datenerhebung demonstriert in strukturierter Form den Forschungsprozess. Es fasst im Wesentlichen die zentralen Merkmale der einzelnen Durchgänge zusammen.

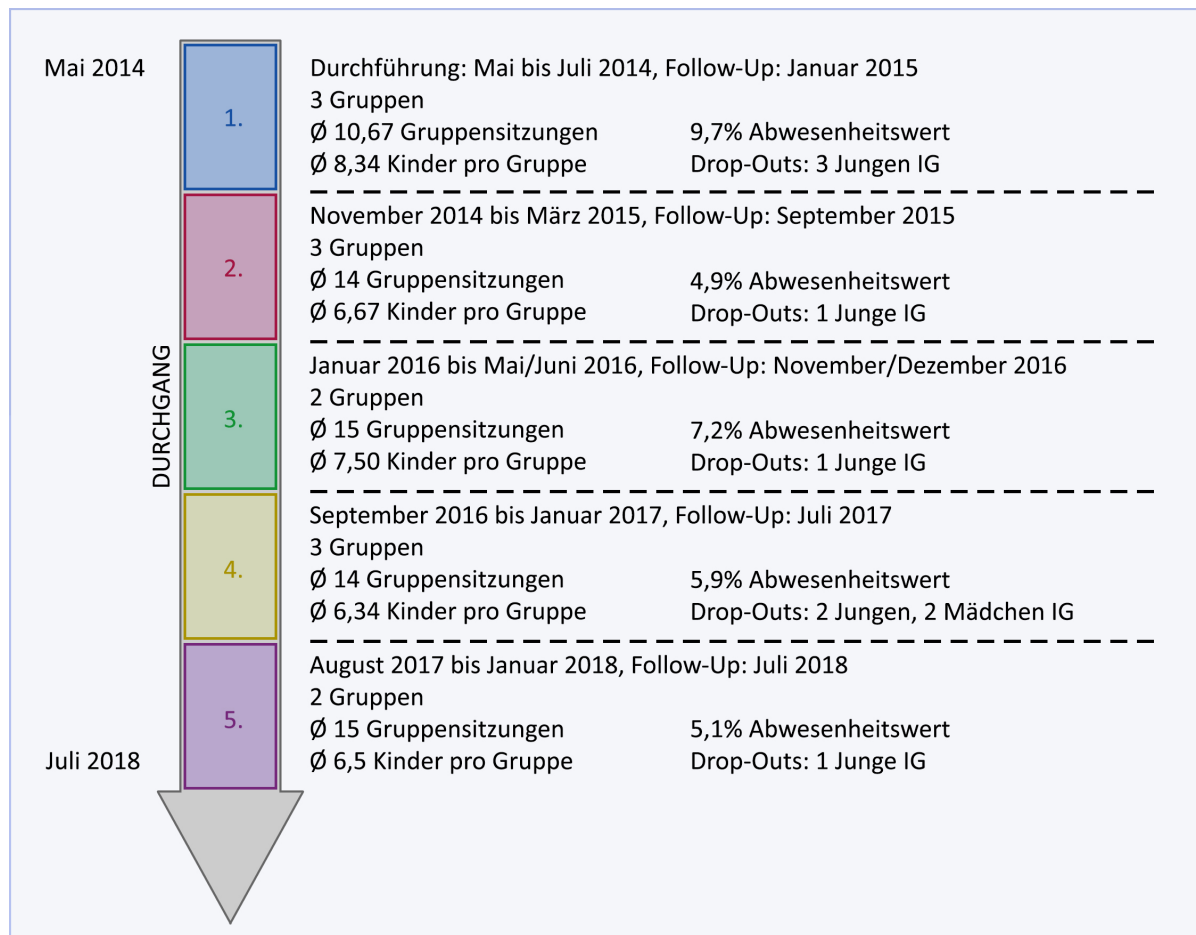


Abbildung 30. Übersicht Durchführung des Programms und empirische Datenerhebung (IG = Interventionsgruppe, Ø = Durchschnitt)

5.4 Messverfahren

In diesem Kapitel werden die für die Interventionsstudie ausgewählten Messverfahren vorgestellt und differenziert beschrieben. Diese Erhebungsinstrumente sind aufgrund ihrer empirischen Eignung zur Erfassung von Ängsten und Aspekten des Sozialverhaltens bei Kindern und Jugendlichen ausgesucht und in der vorgelegten Studie dieser Dissertation verwendet worden. Im Kontext deskriptiver Statistik sind die der Kinder-, Eltern und der Lehrerstichprobe zugrundeliegenden Mittelwerte, Standardabweichungen, Minimal- und Maximalwerte, Schiefe- und Kurtosiswerte und Cronbach's Alphawerte abgetragen.

Für die Selbsteinschätzung durch die Kinder sind insgesamt zwei Erhebungsinstrumente ausgewählt und eingesetzt worden. Die *Spence Children's Anxiety Scale (SCAS-D)* ist ein

störungsspezifisches Instrument mit Fokus auf Ängstlichkeit bei Kindern und Jugendlichen, die *Aussagen-Liste zum Selbstwertgefühl für Kinder und Jugendliche (ALS)* ist ein störungsunabhängiges Verfahren zur Messung des Selbstwelterlebens. Beide Verfahren sind als Selbsteinschätzungsfragebögen ausreichend reliabel und valide.

Im Folgenden sollen beide Instrumente näher vorgestellt werden.

Spence Children's Anxiety Scale (Spence, 1998) liegt in der deutschen Übersetzung und Adaptation von Prof.in Essau aus dem Jahr 2002 (*SCAS-D*) vor. Die *SCAS-D* ist ein gut evaluierter, angstspezifischer Selbsteinschätzungsfragebogen für Kinder und Jugendliche von acht bis 15 Lebensjahren. Der Bogen enthält 38 diagnostische Fragen zu Angsterleben und -verhalten. Diese werden auf einer vierstufigen Skala im Sinne einer dimensionalen Selbsteinschätzung durchgeführt.

Die *Spence Children's Anxiety Scale (SCAS)* ist ein störungsspezifisches Instrument mit dem Fokus auf die Ängstlichkeit bei Kindern und Jugendlichen. Es handelt sich bei diesem Messinstrument um einen mehrdimensionalen Selbsteinschätzungsfragebogen zum Angsterleben von Kindern und umfasst in seiner ursprünglichen Fassung insgesamt 44 Items (Spence 1997; 1998). Die deutschsprachige Adaptation *SCAS-D* enthält 38 Items. Auf einer vierstufigen (dimensionalen) Skala von null (niemals) bis drei (immer) schätzen Kinder ihre situationsbezogene Ängstlichkeit ein. Die *SCAS-D* differenziert sechs Skalen: die Skala der *Trennungsangst* (sechs Items), der *sozialen Phobie* (sechs Items), der *Zwangsstörung* (sechs Items), der *Panikstörung und Agoraphobie* (neun Items), der *Angst vor körperlicher Verletzung* (fünf Items) und der *Generalisierten Angststörung* (sechs Items). Für jede dieser Skalen lässt sich im *SCAS-D* ein entsprechender Skalenwert berechnen – zusätzlich ist die Berechnung eines Gesamtwertes möglich. Die *SCAS-D* orientiert sich an den jeweiligen DSM-IV-Kriterien⁴⁵ für die o. g. Angststörungen und ist für Kinder im Alter von acht bis zwölf Jahren evaluiert. In einer Stichprobe von deutschen Grundschulkindern ($N = 556$), die zur Prüfung der Reliabilität herangezogen wurde, konnte eine hohe interne Konsistenz ($\alpha = 0,92$) ermittelt werden (Essau et al., 2002). Damit lässt sich der Fragebogen als ein hoch reliables Messinstrument bewerten.

⁴⁵ Das DSM-IV (APA, 1998) ist die Vorgängerversion zu der aktuell gültigen DSM-5-Fassung (APA, 2015).

Aussagen-Liste zum Selbstwertgefühl für Kinder und Jugendliche (ALS) von Schauder (2011), herausgegeben von Petermann und Brähler, ist ein Verfahren, das ebenfalls für Kinder und Jugendliche im Alter von acht bis 15 Jahren zur differenzierten Erfassung des Selbstwertgefühls im Kontext unterschiedlicher Lebens- und Erlebensbereiche (Schule, Freizeit und Familie) eingesetzt wird. Die *ALS* enthält insgesamt 18 Aussagen aus dem Alltag der Kinder und Jugendlichen.

Die *Aussagen-Liste zum Selbstwertgefühl für Kinder und Jugendliche (ALS)* ist ein reliabler, mehrdimensionaler Fragebogen, der durch die Methode der Selbstverbalisation die Art (Qualität) und das Ausmaß (Quantität) des Selbstwernerlebens von Kindern und Jugendlichen im Alter von acht bis 15 Jahren differenziert misst. Der Fragebogen enthält 18 Beschreibungen aus dem Alltag und unterscheidet dabei zwischen den Verhaltensbereichen *Schule, Freizeit* und *Familie*. Die Items sind für die jeweiligen Bereiche identisch formuliert und werden nebeneinander dargeboten. Neben der Version für die in ihren Herkunftsfamilien lebenden Kinder (Familienkinder: Version F) besteht eine Version für Kinder, die in einer stationären Jugendhilfeeinrichtung leben (Heimkinder: Version H). Die Retest-Reliabilität wird zwischen $r_{tt} = 0,71$ und $r_{tt} = 0,88$ je nach Skala angegeben, die Konsistenzkoeffizienten werden je nach Skala in einem Bereich zwischen $0,83 \leq \alpha \leq 0,94$ angegeben (Schauder, 2011).

Tabelle 14 stellt die deskriptiven Kennwerte der Subskalen des *SCAS-D* sowie zugehörige Werte zur Indizierung der internen Konsistenz dar: Für alle Subskalen sowie für den Gesamtwert des *SCAS-D* lagen in der vorliegenden Stichprobe gute bis teilweise sehr gute Reliabilitätsschätzungen⁴⁶ vor ($0,74 \leq \alpha \leq 0,89$). Tabelle 14 zu entnehmen sind abnehmende Durchschnittswerte der Subskalen sowie des Gesamtwertes über die drei gemessenen Zeitpunkte hinweg: Lag beispielsweise der Durchschnittswert der Subskala *Trennungsangst* am ersten Zeitpunkt bei $M = 3,98$ ($SD = 3,20$), lag der Wert am Follow-Up-Test bei $M = 2,68$ ($SD = 2,38$). Dieser Trend ließ sich für alle Skalenwerte des *SCAS-D* in der sortenreinen Kinderstichprobe festhalten. Die Schiefewerte der Subskalen sowie des Gesamtwertes deuteten auf rechtsschiefe Punkteverteilungen hin; damit lagen die

⁴⁶ Nachfolgend beziehen sich sämtliche Cronbachs- α -Werte bei den deskriptiven Kennwerten der für die Interventionsstudie verwendeten Messverfahren auf den Prä-Messzeitpunkt (T1).

Skalenwerte der Kinder tendenziell im unteren Skalenbereich. Für alle Subskalen ließ sich mit fortlaufenden Messzeitpunkt zunehmende Quoten von fehlenden Werten feststellen.

Tabelle 14:
Kennwerte des SCAS-D

	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>Min</i>	<i>Max</i>	<i>Schiefe</i>	<i>Kurtosis</i>	% missing	<i>N</i>	<i>α</i>
TrennungsangstPrä	3,975	3,202	0	17	1,215	1,896	2,5%	160	
TrennungsangstPost	3,446	2,901	0	14	1,308	1,557	4,5%	157	0,824
Trennungsangst FollowUp	2,680	2,384	0	13	1,557	3,326	11,6%	147	
Soziale PhobiePrä	4,694	3,426	0	17	0,842	0,576	2,5%	160	
Soziale PhobiePost	3,955	3,213	0	15	0,882	0,361	4,5%	157	0,799
Soziale Phobie FollowUp	3,571	3,039	0	13	0,850	0,298	11,6%	147	
ZwangsstörungPrä	4,475	3,495	0	17	0,828	0,310	2,5%	160	
ZwangsstörungPost	3,904	2,807	0	11	0,594	-0,351	4,5%	157	0,749
Zwangsstörung FollowUp	3,592	3,065	0	16	1,048	1,283	11,6%	147	
Panikstörung und Agoraphobie Prä	2,956	3,276	0	17	1,504	2,579	3,8%	158	
Panikstörung und Agoraphobie Post	2,344	3,054	0	19	2,462	9,071	4,5%	157	0,774
Panikstörung und Agoraphobie FollowUp	1,837	2,444	0	14	2,004	5,117	11,6%	147	
Angst vor körperlicher Verletzung Prä	2,968	2,479	0	10	0,829	0,006	4,5%	157	
Angst vor körperlicher Verletzung Post	2,854	2,541	0	10	0,892	0,202	4,5%	157	0,891
Angst vor körperlicher Verletzung FollowUp	2,381	2,271	0	10	0,878	0,236	11,6%	147	
Generalisierte Angststörung Prä	5,075	2,858	0	17	0,639	1,086	2,5%	160	
Generalisierte Angststörung Post	4,522	2,821	0	14	0,986	1,075	4,5%	157	0,757
Generalisierte Angststörung FollowUp	4,041	2,532	0	13	0,801	0,927	11,6%	147	
GesamtwertPrä	24,050	14,988	0	88	0,877	1,106	2,5%	160	
GesamtwertPost	21,025	13,620	1	62	0,918	0,389	4,5%	157	0,864
Gesamtwert FollowUp	18,102	12,317	0	54	0,863	0,226	11,6%	147	

Anmerkungen. *M*: Mittelwert, *SD*: Standardabweichung, % missing: prozentualer Anteil an fehlenden Werten, *α*: Cronbach's *α* für standardisierte Items

Tabelle 15 stellt die deskriptiven Kennwerte der Subskalen sowie die Werte der internen Konsistenz dar: Die im Rahmen dieser empirischen Untersuchung ermittelten Reliabilitätswerte zeigten auf der Ebene der Subskalen sowie im Gesamtscore für den *ALS* hohe interne Konsistenzen an ($0.80 \leq \alpha \leq 0.85$). Für alle drei Skalen sowie für den *ALS-Gesamtwert* ließen sich im Verhältnis zum ersten Messzeitpunkt zunehmende Skalenwerte festhalten: So lag der durchschnittliche Punktwert für die Skala *Schule* am ersten Messzeitpunkt bei $M = 12,06$ ($SD = 11,97$), während er am Follow-Up-Test auf $M = 13,76$ Punkte angestiegen ist ($SD = 13,79$). Der Trend ließ sich für alle drei Skalen sowie für den Gesamtwert des *ALS* über die drei Messzeitpunkte hinweg verallgemeinern. Die Schiefewerte der Skalenwerte sowie für den Gesamtwert indizierten linksschiefe Verteilungen – damit hatten die Kinder im Durchschnitt höhere Skalenwerte angenommen.

Tabelle 15:
Kennwerte des *ALS*

	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>Min</i>	<i>Max</i>	<i>Schiefe</i>	<i>Kurtosis</i>	% missing	<i>N</i>	<i>α</i>
ALS SchulePrä	12,057	11,968	-21	36	-0,394	-0,178	3,8%	158	
ALS SchulePost	12,346	12,677	-31	36	-0,677	0,479	5,1%	156	0,858
ALS SchuleFollowUp	13,760	13,785	-23	36	-0,701	-0,237	12,3%	146	
ALS FreizeitPrä	16,949	10,805	-19	36	-0,518	-0,093	3,8%	158	
ALS FreizeitPost	17,827	11,729	-27	35	-1,232	2,429	5,1%	156	0,822
ALS FreizeitFollowUp	19,274	12,086	-29	36	-1,199	1,797	12,3%	146	
ALS FamiliePrä	20,222	11,659	-10	36	-0,673	-0,555	3,8%	158	
ALS FamiliePost	20,571	12,103	-29	36	-1,369	2,214	5,1%	156	0,808
ALS FamilieFollowUp	21,870	11,325	-15	36	-1,083	0,553	12,3%	146	
ALS GesamtPrä	49,228	31,799	-42	106	-0,473	-0,332	3,8%	158	
ALS GesamtPost	50,744	33,510	-86	107	-1,126	2,038	5,1%	156	0,849
ALS GesamtFollowUp	54,904	34,533	-58	108	-0,911	0,457	12,3%	146	

Anmerkungen. *M*: Mittelwert, *SD*: Standardabweichung, % missing: prozentualer Anteil an fehlenden Werten, *α*: Cronbach's *α* für standardisierte Items

Für die Fremdeinschätzungen durch die Eltern wurden folgende Fragebögen eingesetzt. Die Skalen *Angst/Depressivität* und *sozialer Rückzug* aus dem Elternfragebogen über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen im Alter von vier bis 18 Jahren (*Child Behavior Checklist; CBCL/4-18*). Als zweites Verfahren diente der Fragebogen *Strengths & Difficulties Questionnaires (SDQ)*. Die *CBCL* ist ein international anerkanntes

diagnostisches Fragebogenverfahren, welches zu den Achenbach-Skalen neben der *TRF* (siehe nachfolgend) und auch dem *YSR* gehört.

Die *Child Behavior Checklist (CBCL/4-18)* der Arbeitsgruppe Kinder-, Jugendlichen- und Familiendiagnostik (1998) als Screening-Instrument für Kinder und Jugendliche von vier bis 18 Lebensjahren erhebt die Einschätzungen von Eltern oder sonstiger Bezugspersonen. Die *CBCL* erfasst drei Kompetenzskalen (Aktivität, soziale Kompetenz und Schule) und zusätzlich acht syndromale Bereiche (*sozialer Rückzug, körperliche Beschwerden, Angst/Depressivität, soziale Probleme, schizoid/zwanghaftes Verhalten, Aufmerksamkeitsstörung, dissoziales Verhalten, aggressives Verhalten*). Aus diesen syndromalen Skalen ist für die Evaluationsstudie die Skala *sozialer Rückzug und Angst/Depressivität* verwendet worden. Die Einschätzung erfolgte dimensional auf einer dreistufigen Skala (0 = Verhalten ist nicht zutreffend; 1 = Verhalten ist etwas oder manchmal zutreffend; 2 = Verhalten ist genau oder häufig zutreffend). Hinsichtlich der Reliabilität der Gesamtauffälligkeit des *CBCL/4-18* konnten in einer klinischen Stichprobe ($N = 404$) und in einer Feldstichprobe ($N = 1969$) sehr hohe interne Konsistenzen gefunden werden. In der klinischen Stichprobe betrug das Cronbach's Alpha $\alpha = 0,94$ und in der Feldstichprobe $\alpha = 0,93$ (Renschmidt & Walter, 1990). Die Retest-Reliabilität schwankte in den einzelnen Alters- und Geschlechtsgruppen zwischen $r_{tt} = 0,72$ und $r_{tt} = 0,89$, in der Gesamtstichprobe betrug die interne Konsistenz $\alpha = 0,81$ (ebd.).

Der *SDQ (Strengths & Difficulties Questionnaires)* als zweites reliables Verfahren für die Fremdeinschätzung durch die Eltern ist ein Screening-Fragebogen zur diagnostischen Erhebung von klinischen Auffälligkeiten und Stärken im Verhalten von Kindern und Jugendlichen im Alter von vier bis 16 Jahren (Goodman, 1997). Der Fragebogen enthält insgesamt 25 Fragen zu Erleben und Verhalten, die auf einer dreistufigen Skala eingeschätzt werden sollen (0 = nicht zutreffend; 1 = teilweise zutreffend; 2 = eindeutig zutreffend). Aus den 25 Einschätzungen werden fünf Skalen (*Emotionale Probleme, Hyperaktivität/Aufmerksamkeitsprobleme, Probleme im Umgang mit Gleichaltrigen, Verhaltensauffälligkeiten, prosoziales Verhalten*) und ein Gesamtwert gebildet. Die interne Konsistenz in der Elternversion des *SDQ* (Cronbachs α) liegt für die einzelnen Skalen zwischen $\alpha = 0,58$ und $\alpha = 0,76$, für den Gesamtwert bei $\alpha = 0,82$ (Klasen et al., 2003).

Für die deutsche Fassung der *SDQ-Lehrerversion* konnten innerhalb der Recherche für dieses Manuskript keine Angaben zu Reliabilitätswerten wie interner Konsistenz, Test-Retest-Reliabilität, Split-Half-Reliabilität und Veränderungssensitivität ermittelt werden. In der englischen Originalform ist die Reliabilität allerdings bestimmt worden. In einer großen britischen Bevölkerungsstudie variierte die mittlere interne Konsistenz für die syndromalen Skalen zwischen $\alpha = 0,70$ und $\alpha = 0,88$, für den Gesamtproblemwert lag der Wert bei $\alpha = 0,80$ (Achenbach et al., 2008; Goodman, 2001). Nach vier bis sechs Monaten variierten die Retest-Reliabilitäten zwischen $\alpha = 0,65$ und $\alpha = 0,82$ (Goodman, 2001).

In der vorliegenden Elternstichprobe wurde die *CBCL* auf die relevanten Testgütekriterien geprüft und die Ergebnisse sind in Tabelle 16 abgetragen: Die Reliabilitäten der Subskalen des *CBCL* und des Gesamtwertes wurden über die internen Konsistenzen bestimmt; sowohl über die Subskalen hinweg als auch in dem Gesamtwert resultierten hohe interne Konsistenzen (Subskalen: $0,82 \leq \alpha \leq 0,87$; Gesamtscore: $\alpha = 0,87$). Die zugehörigen Schiefekoeffizienten der Subskalen (vgl. Tabelle 16) verwiesen auf eine rechtsschiefe Verteilung der resultierenden Skalenwerte: die Punktwerte lagen somit tendenziell im unteren Skalenbereich.

In allen Subskalen der *CBCL* zeigten sich über die drei Messzeitpunkte hinweg abnehmende Skalenmittelwerte (vgl. Tabelle 16): die Skala *sozialer Rückzug* wies am Prä-Messzeitpunkt einen Mittelwert von $M = 2,99$ ($SD = 2,79$), am Post-Zeitpunkt einen Durchschnittswert von $M = 2,67$ ($SD = 2,47$) und am Follow-Up einen Mittelwert von $M = 2,40$ ($SD = 2,33$) auf. Für die Skala *Angst/Depressivität* resultierte ein analoges Bild: An der ersten Erhebung zeigte sich ein Durchschnittswert von $M = 5,01$ ($SD = 4,39$), an der zweiten Erhebung ein Durchschnittswert von $M = 4,65$ ($SD = 4,21$) und an der dritten Erhebung ein Durchschnittswert von $M = 4,05$ ($SD = 4,15$). Entsprechend hierzu ließ sich für den *CBCL-Gesamtmittelwert* eine über die drei Messzeitpunkte abnehmende Tendenz konstatieren: Am Messzeitpunkt Prä-Test betrug der Gesamtmittelwert von $M = 7,69$ ($SD = 6,34$), zum Post-Zeitpunkt lag der Mittelwert bei $M = 6,99$ ($SD = 5,96$) und zum Zeitpunkt Follow-Up-Test lag dieser bei $M = 6,20$ ($SD = 5,59$).

Tabelle 16:
 Kennwerte des CBCL und des CBCL-Gesamtwertes

	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>Min</i>	<i>Max</i>	<i>Schiefe</i>	<i>Kurtosis</i>	% missing	<i>N</i>	<i>α</i>
CBCL Sozialer Rückzug Eltern Prä	2,994	2,788	0,00	13,00	1,183	1,246	5,1%	156	
CBCL Sozialer Rückzug Eltern Post	2,667	2,472	0,00	12,00	1,432	2,110	13,9%	144	0,826
CBCL Sozialer Rückzug Eltern FollowUp	2,397	2,330	0,00	12,00	1,245	1,566	16,3%	141	
CBCL Angst/Depressivität Eltern Prä	5,006	4,385	0,00	17,00	0,856	-0,246	5,1%	156	
CBCL Angst/Depressivität Eltern Post	4,646	4,209	0,00	20,00	1,150	1,162	13,9%	144	0,871
CBCL Angst/Depressivität Eltern FollowUp	4,050	4,151	0,00	19,00	1,493	1,996	16,3%	141	
CBCL Gesamtwert Eltern Prä	7,686	6,340	0,00	28,00	0,900	0,040	5,1%	156	
CBCL Gesamtwert Eltern Post	6,993	5,964	0,00	30,00	1,332	1,708	13,9%	144	0,873
CBCL Gesamtwert Eltern FollowUp	6,199	5,594	0,00	30,00	1,448	2,559	16,3%	141	

Anmerkungen. *M*: Mittelwert, *SD*: Standardabweichung, % missing: prozentualer Anteil an fehlenden Werten, *α*: Cronbach's *α* für standardisierte Items

In der Tabelle 17 sind die zum *SDQ* der Elternstichprobe gehörigen Mittelwerte der Subskalen und des Gesamtwertes zusammen mit den Standardabweichungen, den Schiefe- und Kurtosiskoeffizienten sowie den resultierenden Cronbachs Alpha-Werten abgetragen. Das Cronbachs Alpha der Skala *Emotionale Probleme* ließ mit einem $\alpha = 0,85$ den Rückschluss auf eine hochreliable Skala zu. Im zeitlichen Verlauf resultierten deskriptiv leicht abnehmende Skalenmittelwerte: Am Prä-Zeitpunkt konnte ein Durchschnittswert von $M = 2,01$ ($SD = 2,10$), am zweiten Post-Zeitpunkt ein Durchschnittswert von $M = 1,97$ ($SD = 1,93$) und am dritten Follow-Up-Zeitpunkt ein Durchschnittswert von $M = 1,69$ ($SD = 1,84$) der Skala *Emotionale Probleme* beobachtet werden.

Die Skala *prosoziales Verhalten* als proaktive Skala im Sinne einer ressourcenorientierten Skala wies am ersten Messzeitpunkt einen Durchschnittswert von $M = 8,04$ ($SD = 1,70$), am zweiten Zeitpunkt einen Durchschnittswert von $M = 8,02$ ($SD = 1,86$) und am Follow-Up einen Durchschnittswert von $M = 8,07$ ($SD = 1,73$) auf. Hinsichtlich der Testgütekriterien

ließ sich für diese Skala folgendes festhalten: Das Cronbachs Alpha für diese Skala lag bei $\alpha = 0,84$.

Auf der Skala *Verhaltensprobleme* ergab sich über die drei gemessenen Zeitpunkte hinweg eine leichte Reduktion der Skalenmittelwerte: Während am Prä-Zeitpunkt der Durchschnittswert bei $M = 1,72$ ($SD = 1,51$) und am Post-Zeitpunkt bei $M = 1,67$ ($SD = 1,52$) lag, reduzierte er sich geringfügig am Follow-Up-Zeitpunkt ($M = 1,60$, $SD = 1,43$). Das Cronbachs Alpha für diese Skala belief sich auf $\alpha = 0,87$.

Eine ähnliche konstante Reduktion der Skalenmittelwerte ließ sich für die Skala *Hyperaktivität* des *SDQ* berichten: Am ersten Zeitpunkt lag die durchschnittliche Einschätzung der Eltern bei $M = 3,33$ ($SD = 2,33$), am zweiten Zeitpunkt bei $M = 3,01$ ($SD = 2,06$) und am dritten Zeitpunkt bei einem Skalenmittelwert von $M = 2,90$ ($SD = 2,12$). Das Cronbachs Alpha für diese Skala belief sich auf $\alpha = 0,89$ und wies damit ebenfalls eine hochreliable Skala auf.

Die Skala *Verhaltensprobleme mit Gleichaltrigen* zeigte in der sortenreinen Stichprobe der Eltern ein inkonsistentes Bild auf: Am Prä-Zeitpunkt lag der Durchschnittswert bei $M = 1,37$ ($SD = 1,78$), am Post-Zeitpunkt bei einem niedrigeren Durchschnittswert von $M = 1,09$ ($SD = 1,57$) und am Follow-Up-Zeitpunkt einen ansteigenden Durchschnittswert von $M = 1,25$ ($SD = 1,65$). Das Cronbachs Alpha für diese Skala lag bei $\alpha = 0,88$.

Im *Gesamtproblemwert* des *SDQ* der Eltern zeigte sich ein insgesamt homogenes Bild: Am ersten Zeitpunkt resultierte für die Eltern ein Durchschnittswert von $M = 8,43$ ($SD = 5,40$), am zweiten Zeitpunkt eine Abnahme des Mittelwertes auf $M = 7,74$ ($SD = 4,70$) und am Follow-Up eine weitere Abnahme des Gesamtskalenwertes auf $M = 7,44$ ($SD = 4,92$). Das Cronbachs Alpha für die Gesamtskala zeigte eine hohe Reliabilität und lag bei $\alpha = 0,90$.

Die Schiefekoeffizienten der Subskalen *Emotionale Probleme*, *Verhaltensprobleme*, *Hyperaktivität*, *Verhaltensprobleme mit Gleichaltrigen* und im *Gesamtproblemwert* des *SDQ* der Eltern verwiesen jeweils auf eine rechtsschiefe Verteilung (s. Tabelle 17), somit lagen die Punktwerte der Eltern im *SDQ* wie für einen Symptomfragebogen zu erwarten tendenziell eher im unteren Skalenbereich. Die Schiefekoeffizienten der *prosozialen*

Verhaltensskala zeigten eine linksschiefe Verteilung, wodurch tendenziell Verteilungen von Skalenwerten im oberen Skalenbereich indiziert waren.

Die resultierenden Reliabilitätskoeffizienten der Subskalen des *SDQ* in der sortenreinen Stichprobe der Eltern indizierten eine gute interne Konsistenz ($0,84 \leq \alpha \leq 0,90$).

Tabelle 17:
Kennwerte des SDQ (Elternstichprobe)

	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>Min</i>	<i>Max</i>	<i>Schiefe</i>	<i>Kurtosis</i>	% missing	<i>N</i>	<i>α</i>
SDQ Emotionale Probleme Eltern Prä	2,013	2,096	0,00	10,00	1,324	1,885	3,1%	159	
SDQ Emotionale Probleme Eltern Post	1,972	1,926	0,00	10,00	1,117	1,264	13,1%	145	0,857
SDQ Emotionale Probleme Eltern FollowUp	1,690	1,842	0,00	9,00	1,827	4,302	15,5%	142	
SDQ Prosoziales Verhalten Eltern Prä	8,038	1,698	3,00	10,00	-0,774	0,034	3,1%	159	
SDQ Prosoziales Verhalten Eltern Post	8,021	1,858	3,00	10,00	-0,782	-0,129	13,1%	145	0,844
SDQ Prosoziales Verhalten Eltern FollowUp	8,070	1,729	3,00	10,00	-0,695	-0,301	15,5%	142	
SDQ Verhaltensprobleme Eltern Prä	1,723	1,513	0,00	7,00	0,791	0,172	3,1%	159	
SDQ Verhaltensprobleme Eltern Post	1,669	1,519	0,00	7,00	1,036	0,881	13,1%	145	0,870
SDQ Verhaltensprobleme Eltern FollowUp	1,599	1,429	0,00	7,00	1,210	1,999	15,5%	142	
SDQ Hyperaktivität Eltern Prä	3,327	2,334	0,00	9,00	0,429	-0,722	3,1%	159	
SDQ Hyperaktivität Eltern Post	3,007	2,056	0,00	8,00	0,413	-0,467	13,1%	145	0,897
SDQ Hyperaktivität Eltern FollowUp	2,901	2,118	0,00	8,00	0,426	-0,474	15,5%	142	
SDQ Verhaltensprobleme mit Gleichaltrigen Eltern Prä	1,365	1,780	0,00	8,00	1,677	2,653	3,1%	159	
SDQ Verhaltensprobleme mit Gleichaltrigen Eltern Post	1,090	1,572	0,00	8,00	1,895	3,838	13,1%	145	0,888
SDQ Verhaltensprobleme mit Gleichaltrigen Eltern FollowUp	1,246	1,651	0,00	9,00	1,737	3,517	15,5%	142	
SDQ Gesamtproblemwert Eltern Prä	8,428	5,402	0,00	30,00	0,864	0,782	3,1%	159	
SDQ Gesamtproblemwert Eltern Post	7,738	4,699	0,00	28,00	0,810	1,362	13,1%	145	0,905
SDQ Gesamtproblemwert Eltern FollowUp	7,437	4,918	0,00	28,00	1,172	2,152	15,5%	142	

Anmerkungen. *M*: Mittelwert, *SD*: Standardabweichung, % missing: prozentualer Anteil an fehlenden Werten, *α*: Cronbach's α für standardisierte Items

Für die Fremdeinschätzung durch die Lehrkräfte sind die *TRF* (Skalen *sozialer Rückzug*, *Angst/Depressivität* und *soziale Probleme*) und die *LSL* (Skala *Sozialverhalten*) eingesetzt worden. Zusätzlich ist der *SDQ* herangezogen worden. Auch diese Fragebögen zeigen eine ausreichende Validität und Reliabilität.

Die *Teacher`s Report Form (TRF)* als ein standardisierter Fragebogen der Achenbach-Skalen der Arbeitsgruppe Kinder-, Jugendlichen- und Familiendiagnostik (1994) ist ein Screening-Instrument für Lehrkräfte zur Einschätzung ihrer Schüler*innen im Alter von fünf bis 18 Lebensjahren. Es bezieht sich auf 93 Symptome, die auch im *CBCL* erfragt werden. Für die Evaluation sind, ergänzend und erweiternd zur *CBCL*, in der *TRF* die Skalen *sozialer Rückzug*, *Angst/Depressivität* und *soziale Probleme* herangezogen worden. Das Verfahren ist inhaltlich und strukturell gleichartig aufgebaut wie die *Child Behavior Checklist (CBCL)* (Arbeitsgruppe Kinder-, Jugendlichen- und Familiendiagnostik, 1998). Die *TRF* erfragten 93 Verhaltensweisen werden in Form von Aussagen dargeboten, die von der Lehrkraft auf einer dreistufigen Skala zu bewerten sind. Zusätzlich zum *CBCL* enthält die *TRF* jedoch zusätzlich weitere 27 Beschreibungen von Verhaltensweisen, die ebenfalls auf einer dreistufigen Skala zu beantworten sind. Diese zielen direkt auf die Schulsituation und das Lehrer-Schüler-Verhältnis ab.

In einer klinischen Stichprobe ($N = 457$) konnten Döpfner et al. (1994) gute bis sehr gute interne Konsistenzen von $\alpha \geq 0,80$, ermitteln. Ebenfalls resultierten sehr zufriedenstellende Reliabilitätskoeffizienten in alters- und geschlechtsspezifischen Teilstichproben. Auf der Subskalenebene konnte alters- und geschlechtsunabhängig für die Skala *sozialer Rückzug* $\alpha = 0,77$, für die Skala *Angst/Depressivität* $\alpha = 0,85$ und für die Skala *soziale Probleme* $\alpha = 0,81$ ermittelt werden. In einer Feldstichprobe von Grundschulkindern ($N = 529$) konnten vergleichbare Konsistenzen ermittelt werden (Döpfner et al., 2011). Hier konnten auf der Ebene der Subskalen für die Skala *sozialer Rückzug* $\alpha = 0,79$, für die Skala *Angst/Depressivität* $\alpha = 0,82$ und für die Skala *soziale Probleme* $\alpha = 0,82$ konstatiert werden. Dementsprechend kann die *TRF* als reliables Messinstrument eingeschätzt und beurteilt werden.

Die *Lehrereinschätzliste für Sozial- und Lernverhalten (LSL)* von Petermann und Petermann (2013) ist ebenfalls ein reliabler Screeningfragebogen für Lehrkräfte. Es kann für alle Schulformen und Kinder und Jugendliche im Alter von sechs bis 19 Lebensjahren

eingesetzt werden. Das Verfahren eignet sich darüber hinaus zur Evaluation von schulischen Trainingsinterventionen (wie z. B. zum Aufbau eines angemessenen Sozialverhaltens) sowie zur Diagnostik auffälligen Sozial- und Lernverhaltens. Die Einschätzung erfolgt mit einer vierstufigen Skala für insgesamt zehn Teilbereiche. Jeder Teilbereich sieht fünf Aussagen vor. Zu den Teilbereichen des Sozialverhaltens gehören *Kooperation*, *Selbstwahrnehmung*, *Selbstkontrolle*, *Einfühlungsvermögen* und *Hilfsbereitschaft*, *angemessene Selbstbehauptung* und *Sozialkontakt*. Das Lernverhalten umfasst Anstrengungsbereitschaft und Ausdauer, Konzentration, Selbstständigkeit und Sorgfalt beim Lernen. Die Reliabilitätswerte für das gesamte Verfahren werden in einem Bereich zwischen $\alpha = 0,82$ und $\alpha = 0,95$ angegeben (Petermann & Petermann, 2013). Für die Evaluationsstudie ist lediglich die Skala *Sozialverhalten* (*Kooperation*, *Selbstwahrnehmung*, *Selbstkontrolle*, *Einfühlungsvermögen* und *Hilfsbereitschaft*, *angemessene Selbstbehauptung*, *Sozialkontakt*) herangezogen worden. Diese teilt sich in die Bereiche *Kooperation* ($0,89 \leq \alpha \leq 0,90$), *Selbstwahrnehmung* ($0,89 \leq \alpha \leq 0,90$), *Selbstkontrolle* ($0,90 \leq \alpha \leq 0,92$), *Einfühlungsvermögen* und *Hilfsbereitschaft* ($0,94 \leq \alpha \leq 0,95$), eine *angemessene Selbstbehauptung* ($0,91 \leq \alpha \leq 0,93$) und *Sozialkontakt* ($0,82 \leq \alpha \leq 0,86$) auf.

Ergänzend zur *TRF* und *LSL* ist zusätzlich der *SDQ* (Goodman, 1997) in der Lehrerversion (siehe vorangegangene Ausführungen zur identischen Elternversion *SDQ* in diesem Manuskript) eingesetzt worden.

In der vorliegenden sortenreinen Lehrerstichprobe wurde der *TRF* auf die relevanten Testgütekriterien geprüft und die Ergebnisse in Tabelle 18 abgetragen: Die Reliabilitäten der Subskalen des *TRF* und des Gesamttests wurden über die internen Konsistenzen bestimmt; sowohl über die Subskalen hinweg als auch in dem Gesamtwert resultierten hohe interne Konsistenzen (Subskalen: $0,83 \leq \alpha \leq 0,90$, Gesamtscore: $\alpha = 0,83$). Die zugehörigen Schiefekoeffizienten der Subskalen (s. Tabelle 18) verwiesen auf eine rechtsschiefe Verteilung der resultierenden Skalenwerte: Somit lagen die Punktwerte der Lehrkräfte tendenziell im unteren Skalenbereich und es ließen sich im oberen Skalenbereich vereinzelte Punktwerte beobachten.

In allen Subskalen des *TRF* zeigten sich mit Ausnahme der Subskala *soziale Probleme* über die drei Messzeitpunkte hinweg abnehmende Mittelwerte (vgl. Tabelle 18): die Skala

sozialer Rückzug wies am Prä-Zeitpunkt einen Mittelwert von $M = 2,32$ ($SD = 2,88$), am Post-Zeitpunkt einen Durchschnittswert von $M = 1,92$ ($SD = 2,35$) und am Follow-Up einen Mittelwert von $M = 1,51$ ($SD = 2,12$). Für die Skala *Angst/Depressivität* resultierte ein analoges Bild: am ersten Messzeitpunkt zeigte sich ein Durchschnittswert von $M = 3,78$ ($SD = 4,71$), am zweiten Zeitpunkt ein Durchschnittswert von $M = 3,71$ ($SD = 4,61$) und am Follow-Up-Zeitpunkt ein Durchschnittswert von $M = 2,54$ ($SD = 3,53$). Auf der Skala *soziale Probleme* ergab sich im Vergleich zum Prä-Zeitpunkt ($M = 1,88$, $SD = 2,72$) am Post-Zeitpunkt ($M = 1,94$, $SD = 2,84$) und im Follow-Up ($M = 1,59$, $SD = 2,77$) die Tendenz heterogener und somit uneindeutiger Skalenmittelwerte. Entsprechend hierzu ließ sich für den *TRF-Gesamtwert* eine über die drei Messzeitpunkte abnehmende Tendenz konstatieren: Am ersten Messzeitpunkt betrug der Gesamtwert $M = 7,26$ ($SD = 8,15$), zum zweiten Zeitpunkt lag dieser bei $M = 6,94$ ($SD = 7,78$) und am dritten Erhebungszeitraum bei $M = 5,16$ ($SD = 6,68$).

Tabelle 18:

Kennwerte der TRF- Subskalen und des TRF-Gesamtwertes

	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>Min</i>	<i>Max</i>	<i>Schiefe</i>	<i>Kurtosis</i>	% missing	<i>N</i>	α
TRF sozialer Rückzug Prä	2,321	2,882	0,00	16,00	2,046	5,134	3,1%	159	
TRF sozialer Rückzug Post	1,917	2,353	0,00	14,00	2,220	6,599	4,5%	157	0,891
TRF sozialer Rückzug FollowUp	1,510	2,119	0,00	13,00	2,511	8,345	8,6%	151	
TRF Angst/Depressivität Prä	3,780	4,711	0,00	24,00	1,967	4,259	3,1%	159	
TRF Angst/Depressivität Post	3,713	4,612	0,00	31,00	2,389	8,814	4,5%	157	0,856
TRF Angst/Depressivität FollowUp	2,543	3,534	0,00	22,00	2,300	7,513	8,6%	151	
TRF Soziale Probleme Prä	1,881	2,720	0,00	16,00	2,020	5,128	3,1%	159	
TRF Soziale Probleme Post	1,943	2,838	0,00	15,00	2,235	5,700	4,5%	157	0,905
TRF Soziale Probleme FollowUp	1,589	2,770	0,00	15,00	2,581	7,699	8,6%	151	
TRF Gesamtwert Prä	7,264	8,147	0,00	44,00	2,035	4,993	3,1%	159	
TRF Gesamtwert Post	6,936	7,775	0,00	44,00	2,240	6,642	4,5%	157	0,835
TRF Gesamtwert FollowUp	5,159	6,681	0,00	44,00	2,594	10,018	8,6%	151	

Anmerkungen. *M*: Mittelwert, *SD*: Standardabweichung, % missing: prozentualer Anteil an fehlenden Werten, α : Cronbach's α für standardisierte Items

Die Reliabilitätswerte der sechs Subskalen des *LSL* indizierten allesamt eine hohe interne Konsistenz der Antworten. Die resultierenden Koeffizienten lagen in einem Bereich von $0,83 \leq \alpha \leq 0,90$ und teilten sich in die Skalen *Kooperation* ($\alpha = 0,83$), *Selbstwahrnehmung*

($\alpha = 0,90$), *Selbstkontrolle* ($\alpha = 0,87$), *Einfühlungsvermögen und Hilfsbereitschaft* ($\alpha = 0,86$), eine *angemessene Selbstbehauptung* ($\alpha = 0,87$) und *Sozialkontakt* ($\alpha = 0,84$) auf. Die Schiefekoeffizienten der resultierenden Skalenwerte verwiesen aufgrund der negativen Vorzeichen auf eine linksschiefe Verteilung der Rohwerte; somit lagen die Punktwerte der Lehrkräfte im *LSL* tendenziell im eher oberen Skalenbereich. Wie in Tabelle 19 zu entnehmen ist, war über alle Subskalen und auch über die drei Messzeitpunkte hinweg bis auf die Skala *Einfühlungsvermögen und Hilfsbereitschaft* und die Skala *Sozialkontakt* eine leichte Zunahme der Skalenmittelwerte zu beobachten.

Tabelle 19:
Kennwerte der LSL-Subskalen

	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>Min</i>	<i>Max</i>	<i>Schiefe</i>	<i>Kurtosis</i>	% missing	<i>N</i>	α
LSL Kooperation A Prä	13,000	2,403	6,00	15,00	-1,062	0,075	3,1%	159	
LSL Kooperation A Post	13,188	2,095	7,00	15,00	-0,996	-0,090	6,5%	154	0,835
LSL Kooperation A FollowUp	13,430	2,422	5,00	15,00	-1,717	2,426	10,1%	149	
LSL Selbstwahrnehmung B Prä	12,342	2,932	2,00	15,00	-1,240	1,052	3,8%	158	
LSL Selbstwahrnehmung B Post	12,447	2,686	4,00	15,00	-1,094	0,562	7,9%	152	0,908
LSL Selbstwahrnehmung B FollowUp	12,912	2,962	0,00	15,00	-1,909	4,262	10,8%	148	
LSL Selbstkontrolle C Prä	12,069	2,790	2,00	15,00	-1,037	0,721	3,1%	159	
LSL Selbstkontrolle C Post	12,208	2,661	3,00	15,00	-0,958	0,297	6,5%	154	0,878
LSL Selbstkontrolle C FollowUp	12,561	3,056	0,00	15,00	-1,696	3,270	10,8%	148	
LSL Einfühlungsvermögen Hilfsbereitschaft D Prä	12,616	2,918	3,00	15,00	-1,157	0,477	3,1%	159	
LSL Einfühlungsvermögen Hilfsbereitschaft D Post	12,581	2,817	1,00	15,00	-1,425	2,316	5,8%	155	0,860
LSL Einfühlungsvermögen Hilfsbereitschaft D FollowUp	12,919	3,215	0,00	15,00	-1,652	2,255	10,8%	148	
LSL Angemessene Selbstbehauptung E Prä	12,459	2,890	2,00	15,00	-0,945	0,130	3,1%	159	
LSL Angemessene Selbstbehauptung E Post	12,669	2,890	0,00	15,00	-1,575	2,989	6,5%	154	0,872
LSL Angemessene Selbstbehauptung E FollowUp	13,291	2,729	1,00	15,00	-2,274	6,661	10,8%	148	
LSL Sozialkontakt F Prä	12,893	2,502	2,00	15,00	-1,463	2,251	3,1%	159	
LSL Sozialkontakt F Post	12,766	2,343	3,00	15,00	-1,309	2,032	6,5%	154	0,842
LSL Sozialkontakt F FollowUp	13,446	2,266	2,00	15,00	-2,079	5,167	10,8%	148	

Anmerkungen. *M*: Mittelwert, *SD*: Standardabweichung, % missing: prozentualer Anteil an fehlenden Werten, α : Cronbach's α für standardisierte Items

In der Tabelle 20 sind die zum *SDQ* der Lehrerstichprobe gehörigen Mittelwerte der Subskalen und des Gesamtwertes zusammen mit den Standardabweichungen, den Schiefe- und Kurtosiskoeffizienten sowie den resultierenden Cronbach's Alpha-Werten der sortenreinen Stichprobe für die Lehrkräfte abgetragen. Für die Skala *Emotionale Probleme* ergab sich hinsichtlich der Mittelwerte ein heterogenes Bild mit einer zunächst leichten Zunahme und dann Abnahme der Skalenwerte: Am Zeitpunkt Prä-Zeitpunkt konnte ein Durchschnittswert von $M = 1,346$ ($SD = 1,903$), am Post-Zeitpunkt ein Durchschnittswert von $M = 1,350$ ($SD = 1,874$) und am Follow-Up-Zeitpunkt ein Durchschnittswert von $M = 1,280$ ($SD = 1,847$) erhoben werden.

Die Skala *prosoziales Verhalten* als proaktive Skala im Sinne einer ressourcenorientierten Skala wies mit einer konstanten Zunahme der Skalenmittelwerte in der sortenreinen Stichprobe am Prä-Zeitpunkt einen Durchschnittswert von $M = 7,893$ ($SD = 1,947$), am Post-Zeitpunkt einen Durchschnittswert von $M = 7,987$ ($SD = 2,057$) und am Follow-Up einen Durchschnittswert von $M = 8,267$ ($SD = 2,022$) auf.

Eine durchgehende Zunahme der Skalenmittelwerte zeigte sich auf der Skala der *Verhaltensprobleme*: Am Prä-Zeitpunkt befand sich der Durchschnittswert bei $M = 0,906$ ($SD = 1,413$), am Post-Zeitpunkt bei $M = 0,943$ ($SD = 1,495$) und am Follow-Up-Zeitpunkt bei $M = 0,987$ ($SD = 1,609$).

Ein inkonsistentes Bild zeigte sich hingegen bei der Skala *Hyperaktivität* des *SDQ*: Am Prä-Zeitpunkt lag die durchschnittliche Einschätzung der Lehrkräfte bei $M = 2,384$ ($SD = 2,308$), am Post-Zeitpunkt eine leichte Abnahme bei $M = 2,197$ ($SD = 2,249$) und am Follow-Up-Zeitpunkt erhöhte sich der Skalenmittelwert auf $M = 2,207$ ($SD = 2,347$).

Ein konsistentes Bild hingegen wies die Skala der *Verhaltensprobleme mit Gleichaltrigen* auf: Am Prä-Zeitpunkt erzielte die sortenreine Stichprobe der Lehrkräfte einen Durchschnittswert von $M = 1,157$ ($SD = 1,708$), am Post-Zeitpunkt einen leicht niedrigeren Durchschnittswert von $M = 1,140$ ($SD = 1,685$) und am Follow-Up-Zeitpunkt einen niedrigeren Durchschnittswert von $M = 1,093$ ($SD = 1,632$).

Im *Gesamtproblemwert* des *SDQ* der Lehrkräfte in der sortenreinen Stichprobe zeigte sich insgesamt ein homogenes Bild: Am Prä-Messzeitpunkt resultierte für die Lehrkräfte ein Durchschnittswert von $M = 5,792$ ($SD = 4,845$), am Post-Zeitpunkt eine Abnahme des Mittelwertes auf $M = 5,631$ ($SD = 4,811$) und am Follow-Up eine sehr geringfügige Abnahme des Mittelwertes auf $M = 5,567$ ($SD = 5,359$).

Die Schiefekoeffizienten der Subskalen *Emotionale Probleme*, *Verhaltensprobleme*, *Hyperaktivität*, *Verhaltensprobleme mit Gleichaltrigen* und im *Gesamtproblemwert* des *SDQ* verwiesen jeweilig auf eine rechtsschiefe Verteilung (s. Tabelle 20), somit lagen die Punktwerte der Lehrkräfte des *SDQ* im tendenziell eher unteren Skalenbereich. Die Schiefekoeffizienten der *prosozialen Verhaltensskala* zeigten eine linksschiefe Verteilung auf, wodurch tendenziell Verteilungen von Skalenwerten im oberen Skalenbereich indiziert waren.

Die resultierenden Reliabilitätskoeffizienten der Subskalen des *SDQ* in der sortenreinen Stichprobe der Lehrkräfte indizierten allesamt eine hohe interne Konsistenz ($0,83 \leq \alpha \leq 0,90$).

Tabelle 20:
Kennwerte des SDQ (Lehrkräfte)

	<i>M</i>	<i>SD</i>	Min	Max	Schiefe	Kurtosis	% missing	<i>N</i>	α
SDQ Emotionale Probleme Lehrkräfte Prä	1,346	1,903	0,00	7,00	1,620	1,945	3,1%	159	
SDQ Emotionale Probleme Lehrkräfte Post	1,350	1,874	0,00	9,00	1,659	2,668	4,5%	157	0,849
SDQ Emotionale Probleme Lehrkräfte FollowUp	1,280	1,847	0,00	8,00	1,537	1,583	9,3%	150	
SDQ Prosoziales Verhalten Lehrkräfte Prä	7,893	1,947	1,00	10,00	-0,816	0,284	3,1%	159	
SDQ Prosoziales Verhalten Lehrkräfte Post	7,987	2,057	1,00	10,00	-0,815	0,060	4,5%	157	0,835
SDQ Prosoziales Verhalten Lehrkräfte FollowUp	8,267	2,022	0,00	10,00	-1,135	1,118	9,3%	150	
SDQ Verhaltensprobleme Lehrkräfte Prä	0,906	1,413	0,00	6,00	1,899	3,237	3,1%	159	
SDQ Verhaltensprobleme Lehrkräfte Post	0,943	1,495	0,00	8,00	2,059	4,867	4,5%	157	0,884
SDQ Verhaltensprobleme Lehrkräfte FollowUp	0,987	1,609	0,00	8,00	2,058	4,807	9,3%	150	
SDQ Hyperaktivität Lehrkräfte Prä	2,384	2,308	0,00	8,00	0,695	-0,493	3,1%	159	
SDQ Hyperaktivität Lehrkräfte Post	2,197	2,249	0,00	10,00	1,103	0,657	4,5%	157	0,902
SDQ Hyperaktivität Lehrkräfte FollowUp	2,207	2,347	0,00	8,00	0,831	-0,387	9,3%	150	
SDQ Verhaltensprobleme mit Gleichaltrige Lehrkräfte Prä	1,157	1,708	0,00	8,00	1,711	2,716	3,1%	159	
SDQ Verhaltensprobleme mit Gleichaltrige Lehrkräfte Post	1,140	1,685	0,00	8,00	1,674	2,517	4,5%	157	0,871
SDQ Verhaltensprobleme mit Gleichaltrige Lehrkräfte FollowUp	1,093	1,632	0,00	6,00	1,407	0,883	9,3%	150	
SDQ Gesamtproblemwert Lehrkräfte Prä	5,792	4,845	0,00	21,00	0,670	-0,361	3,1%	159	
SDQ Gesamtproblemwert Lehrkräfte Post	5,631	4,811	0,00	20,00	0,906	-0,033	4,5%	157	0,899
SDQ Gesamtproblemwert Lehrkräfte FollowUp	5,567	5,359	0,00	25,00	1,409	1,734	9,3%	150	

Anmerkungen. *M*: Mittelwert, *SD*: Standardabweichung, % missing: prozentualer Anteil an fehlenden Werten, α : Cronbach's α für standardisierte Items

6 Ergebnisteil – Analyse und Interpretation

In diesem Kapitel werden im Rahmen der durchgeführten Interventionsstudie die Ergebnisse zur Evaluation des Programms »Super Skills for Life« vorgestellt. Es werden die Ergebnisse der Kindereinschätzungen im Selbstbericht, im Anschluss die Ergebnisse der Elternbeurteilungen und letztlich die Ergebnisse der Lehrerbeurteilungen (Unterkapitel 6.1 bis 6.3) mit den jeweiligen Mittelwerten (M) und Standardabweichungen (SD), unterteilt in die Interventionsgruppe (IG), die Kontrollgruppe (KG) und die sortenreine Gesamtstichprobe, dargestellt und erläutert. Orientiert an den formulierten Forschungshypothesen (Unterkapitel 5.1) erfolgt in den Unterkapiteln 6.4 und 6.5, differenziert in den primären und sekundären Outcome, die Analyse und Interpretation der verwendeten Skalen und damit die Überprüfung der Hypothesen. Diese Analyse und Interpretation bezieht sich auf die Untersuchung ohne und mit den Kovariaten elterlicher Bildungsgrad, Klassenstufe und Familienstand. In den Post hoc-Analysen (Unterkapitel 6.7 und 6.8) wird abschließend das Geschlecht der an der Studie partizipierten Kinder und sein Einfluss auf den Skalen überprüft.

In die Analyse werden neben den untersuchten signifikanten Effekten ($p < 0,05$) auch signifikante Trends auf dem 10%-Niveau ($p < 0,10$) berücksichtigt. Zielsetzung ist hierbei neben den signifikanten Haupt- und Interaktionseffekten auch nicht-signifikante Ergebnisse im Sinne einer eventuellen signifikanten Trendentwicklung auf den jeweiligen Skalen zu involvieren.

6.1 Ergebnisse der Kindereinschätzungen (Selbstbericht)

In der Tabelle 21 sind die zum *SCAS-D* und zum *ALS* der Kinderstichprobe zugehörigen Mittelwerte der Subskalen und Gesamtwerte zusammen mit den Standardabweichungen abgetragen.

Auf der Skala *Trennungsangst* zeigten sich im Prä-Test, Post-Test und im Follow-Up-Test innerhalb der Interventionsgruppe konsistent abnehmende Skalenmittelwerte. Am Zeitpunkt

T1 ist ein $M = 4,29$ ($SD = 2,96$), am Zeitpunkt T2 ein $M = 3,42$ ($SD = 2,94$) und am Zeitpunkt T3 ein $M = 2,45$ ($SD = 2,16$) berechnet worden. Das bedeutet, in der Interventionsgruppe gab es offensichtlich über die drei Messzeitpunkte eine Abnahme der Trennungsangstwerte, was für eine Verbesserung in der Verhaltensentwicklung dieser Kinder spricht. In der Kontrollbedingung hingegen zeigte sich diesbezüglich ein ebenfalls analoges Bild, allerdings mit einer etwas leichteren Abnahme der Skalenmittelwerte. Am ersten Messzeitpunkt T1 konnte ein $M = 3,71$ ($SD = 3,39$) erhoben werden, am zweiten Messzeitpunkt T2 eine leichte Abnahme des Skalenmittelwertes auf $M = 3,47$ ($SD = 2,88$) und am dritten Messzeitpunkt T3 eine weitere Abnahme des Skalenmittelwertes auf $M = 2,87$ ($SD = 2,55$). In der Gesamtstichprobe der Skala *Trennungsangst* zeigten sich wiederum konstant abnehmende Skalenmittelwerte: Am Prä-Zeitpunkt T1 ist der $M = 3,98$ ($SD = 3,20$) ausgemacht worden, am Post-Zeitpunkt T2 eine leichte Abnahme des Mittelwertes auf $M = 3,45$ ($SD = 2,90$) und am Follow-Up-Zeitpunkt T3 wiederum eine deutliche Abnahme des Skalenmittelwertes auf $M = 2,68$ ($SD = 2,38$). Sowohl die Interventions- als auch die Kontrollbedingung zeigte eine konstante Abnahme der Trennungsangstwerte im *SCAS-D*, was für eine Verbesserung der gesamten Stichprobe spricht.

Auch die Skala *Soziale Phobie* zeigte ein diesbzgl. homogenes Bild. Sowohl in der Interventions- als auch in der Kontrollbedingung gab es eine konstante Abnahme der Skalenmittelwerte, was durch die Reduktion sozialphobischer Affekte im Gesamten für eine Verbesserung in den jeweiligen separaten Trainingsbedingungen als auch in der gesamten Stichprobe spricht. In der Interventionsgruppe konnte vor der Durchführung des Trainingsprogramms am Prä-Zeitpunkt T1 ein $M = 4,43$ ($SD = 3,36$) ermittelt werden, am Post-Zeitpunkt T2, also unmittelbar nach der Durchführung des Trainings, ein $M = 4,14$ ($SD = 3,21$) und im Sechs-Monats-Follow-Up T3 ein $M = 3,65$ ($SD = 2,95$). Auch in der Kontrollbedingung gab es eine konstante Reduzierung in den Skalenmittelwerten, was ebenfalls für eine stabile Verbesserung in der Kontrollbedingung spricht. In der Kontrollgruppe ist am Prä-Zeitpunkt T1 ein $M = 4,67$ ($SD = 3,50$), am Post-Zeitpunkt T2 ein $M = 3,80$ ($SD = 3,23$) und am Follow-Up-Zeitpunkt T3 ein $M = 3,51$ ($SD = 3,12$) extrahiert worden. Entsprechend hat sich auch die gesamte Stichprobe auf dieser Skala verbessert: Am T1 konnte ein $M = 4,69$ ($SD = 3,43$) berechnet werden, am T2 ein $M = 3,96$ ($SD = 3,21$) und am T3 ein $M = 3,57$ ($SD = 3,04$).

Ebenfalls auf der Skala *Zwangsstörung* zeigte sich innerhalb der Interventionsgruppe ein homogenes Bild mit einer konstanten Abnahme der Skalenmittelwerte, was auch im Rahmen dieser Skala eine Verbesserung bedeutet: Im T1 konnte ein $M = 4,48$ ($SD = 3,28$) ermittelt werden, am T2 ein $M = 3,93$ ($SD = 2,79$) und am T3 ein $M = 3,42$ ($SD = 2,89$). Auch die Kontrollbedingung zeigte ein ähnliches Ergebnis mit sich ebenfalls konstant reduzierenden Skalenmittelwerten, was ebenfalls eine Verbesserung auf dieser Skala in der Referenzgruppe bedeutete: Am T1 wies die Kontrollgruppe einen $M = 4,47$ ($SD = 3,68$) auf, am T2 einen $M = 3,88$ ($SD = 2,84$) und am T3 einen $M = 3,73$ ($SD = 3,21$). Entsprechend hat sich auch die gesamte Stichprobe auf der Skala *Zwangsstörung* verbessert: Am T1 konnte ein $M = 4,48$ ($SD = 3,49$) berechnet werden, am T2 ein $M = 3,90$ ($SD = 2,81$) und am T3 ein $M = 3,59$ ($SD = 3,06$).

Die Subskala *Panikstörung & Agoraphobie* zeigten in der Interventions- als auch in der Kontrollgruppe über die drei gemessenen Zeitpunkte hinweg eine konstante Abnahme der Skalenmittelwerte. Das bedeutet, die gesamte Stichprobe hat sich unabhängig von der Gruppe auf dieser Skala verbessert. In der Interventionsbedingung konnten folgende Skalenmittelwerte konstatiert werden: Am Prä-Zeitpunkt T1 ein $M = 3,10$ ($SD = 2,91$), am Post-Zeitpunkt T2 ein $M = 2,31$ ($SD = 2,58$) und am Follow-Up-Zeitpunkt T3 ein $M = 1,88$ ($SD = 2,27$); in der Kontrollbedingung am Prä-Zeitpunkt T1 ein $M = 2,84$ ($SD = 3,57$), am Post-Zeitpunkt T2 ein $M = 2,37$ ($SD = 3,41$) und am Follow-Up-Zeitpunkt T3 ein $M = 1,80$ ($SD = 2,58$). Infolgedessen zeigte auch auf dieser Skala die gesamte Stichprobe, wie bereits dargestellt, eine Verbesserung durch eine konstante Reduzierung der Skalenmittelwerte im Prä-, Post- und Follow-Up-Vergleich. Am T1 konnte in der Gesamtstichprobe ein $M = 2,96$ ($SD = 3,28$) extrahiert werden, am T2 ein $M = 2,34$ ($SD = 3,05$) und am T3 ein $M = 1,84$ ($SD = 2,44$).

Die Skala *Angst vor körperlicher Verletzung* wiesen sowohl in der Interventions- als auch in der Kontrollbedingung eine konstante Abnahme der Skalenmittelwerte auf, was für eine Verbesserung der gesamten Stichprobe im Sinne einer Reduzierung der Angstwerte spricht. In der Interventionsgruppe ist am Prä-Zeitpunkt T1 ein $M = 3,01$ ($SD = 2,46$), am Post-Zeitpunkt T2 ein $M = 2,87$ ($SD = 2,54$) und am Follow-Up-Zeitpunkt T3 ein $M = 2,23$ ($SD = 2,33$) ermittelt worden; in der Kontrollbedingung am Prä-Zeitpunkt T1 ein $M = 2,93$ ($SD = 2,51$), am Post-Zeitpunkt T2 ein $M = 2,84$ ($SD = 2,56$) und am Follow-Up-Zeitpunkt T3 ein

$M = 2,50$ ($SD = 2,23$). Infolgedessen zeigte auch die sortenreine Gesamtstichprobe auf dieser Skala eine Verbesserung durch eine konstante Reduzierung der Skalenmittelwerte im Prä-, Post- und Follow-Up-Vergleich. Am T1 konnte in der Gesamtstichprobe ein $M = 2,97$ ($SD = 2,48$) extrahiert werden, am T2 ein $M = 2,85$ ($SD = 2,54$) und am T3 ein $M = 2,38$ ($SD = 2,27$).

Auch auf der letzten *SCAS*-Subskala *Generalisierte Angststörung* zeigte sich ein konsistentes Bild in der Interventions- und Kontrollbedingung mit abnehmenden Skalenmittelwerten im Prä-Post- und Follow-Up-Vergleich. Das bedeutet, in der Interventions- und Kontrollgruppe konnte durch die konstante Abnahme der Mittelwerte, also innerhalb der gesamten Stichprobe, eine Verbesserung auf dieser Skala durch die Reduzierung der generalisierten Angst erzielt werden. Im Rahmen der Interventionsgruppe konnte am Prä-Zeitpunkt T1 ein $M = 5,29$ ($SD = 2,48$), am Post-Zeitpunkt T2 ein $M = 4,66$ ($SD = 2,63$) und am Follow-Up-Zeitpunkt T3 ein $M = 4,00$ ($SD = 2,31$) konstatiert werden; in der Kontrollgruppe am Prä-Zeitpunkt T1 ein $M = 4,90$ ($SD = 3,14$), am Post-Zeitpunkt T2 ein $M = 4,41$ ($SD = 2,98$) und am Follow-Up-Zeitpunkt T3 ein $M = 4,07$ ($SD = 2,71$). Folglich konnte auch die gesamte Stichprobe eine Verbesserung durch eine konstante Reduzierung der Skalenmittelwerte im Prä-, Post- und Follow-Up-Vergleich aufweisen: Am T1 konnte in der Gesamtstichprobe ein $M = 5,08$ ($SD = 2,86$) extrahiert werden, am T2 ein $M = 4,52$ ($SD = 2,82$) und am T3 ein $M = 4,04$ ($SD = 2,53$).

Auf der Ebene des *SCAS-D-Gesamtwertes* zeigte sich folglich ein Ergebnis mit ebenfalls konstant sich reduzierenden Mittelwerten, d. h. also, unabhängig von der Bedingung kann im Gesamtergebnis eine Verbesserung in den Angstwerten in der Einschätzung der Kinder in der Stichprobe konstatiert werden. In der Interventionsbedingung ist am Prä-Zeitpunkt T1 ein $M = 24,81$ ($SD = 13,69$), am Post-Zeitpunkt T2 ein $M = 21,34$ ($SD = 13,04$) und am Follow-Up-Zeitpunkt T3 ein $M = 17,62$ ($SD = 11,52$) festgestellt worden; in der Kontrollgruppe am Prä-Zeitpunkt T1 ein $M = 23,41$ ($SD = 16,04$), am Post-Zeitpunkt T2 eine Reduzierung auf den $M = 20,77$ ($SD = 14,15$) und am Follow-Up-Zeitpunkt T3 nochmalig eine leichte Reduktion auf einen $M = 18,49$ ($SD = 12,97$). Folglich konnte auch im *SCAS-D-Gesamtwert* für die gesamte Stichprobe eine Verbesserung durch eine konstante Reduzierung der Mittelwerte im Prä-, Post- und Follow-Up-Vergleich beobachtet werden:

Am T1 konnte in der Gesamtstichprobe ein $M = 24,05$ ($SD = 14,99$) berechnet werden, am T2 ein $M = 21,03$ ($SD = 13,62$) und am T3 ein $M = 18,10$ ($SD = 12,32$).

Im Fragebogen *Aussagen-Liste zum Selbstwertgefühl (ALS)* der Kinderstichprobe zeigten sich in der Analyse der Mittelwerte folgende Ergebnisse. Die Skala *Schule* zeigte in der Interventionsgruppe ein inkonsistentes Bild. In der Prä-Untersuchung konnte ein $M = 12,73$ ($SD = 12,28$), im Post-Test ein $M = 11,92$ ($SD = 11,62$) und im Follow-Up-Test ein $M = 15,38$ ($SD = 12,68$) errechnet werden. Das Ergebnis bedeutet: In der Interventionsgruppe haben die partizipierenden Kinder angegeben, dass sich ihr Selbstwert im Prä-Post-Vergleich im schulischen Kontext leicht verschlechtert hat, dieses sich dann aber im Post-Follow-Up-Vergleich sich deutlich verbessert hat. Auch im Prä-Follow-Up-Vergleich (T1 zu T3) zeigte sich somit innerhalb der Interventionsbedingung eine Verbesserung in den angegebenen Skalenmittelwerten, was vorsichtig als möglicher verzögerter Effekt des Präventionsprogramms und ohne Berücksichtigung der Referenzbedingung eingeschätzt werden kann. In der Kontrollbedingung zeigte sich zunächst im Prä-Post-Vergleich eine Verbesserung der Skalenmittelwerte, die dann im Post-Follow-Up-Vergleich leicht abnahm, insgesamt war aber im Prä-Follow-Up-Vergleich ebenfalls eine leichte Verbesserung im Sinne der Zunahme der Skalenmittelwerte zu verzeichnen. So konnte im Prä-Test T1 ein $M = 11,48$ ($SD = 11,73$) errechnet werden, am Post-Test T2 ein $M = 12,71$ ($SD = 13,55$) und im Follow-Up-Test T3 ein $M = 12,46$ ($SD = 14,56$). In der gesamten Stichprobe zeigte sich in der Kindereinschätzung auf dieser Skala *Schule* eine konstante Verbesserung der Mittelwerte im Sinne ihrer Zunahme: Am Prä-Test T1 konnte ein $M = 12,06$ ($SD = 11,97$) ermittelt werden, am Post-Test T2 ein $M = 12,35$ ($SD = 12,68$) und am Follow-Up-Test T3 ein $M = 13,76$ ($SD = 13,79$). Somit kann auf der Grundlage dieser erhobenen Skalenmittelwerte angenommen werden, dass sich die gesamte Stichprobe in ihrem Selbstwelterleben im Bereich der Schule verbessert zu haben schien.

Auf der Skala *Freizeit* konnte sowohl in der Interventions- als auch in der Kontrollbedingung und in der gesamten Stichprobe ebenfalls und analog zur vorangegangenen Skala *Schule* ein vergleichbares Ergebnis detektiert werden. In der Interventionsgruppe ist am Prä-Zeitpunkt T1 ein $M = 17,89$ ($SD = 10,40$), am Post-Zeitpunkt T2 ein $M = 17,24$ ($SD = 10,14$) und am Follow-Up-Zeitpunkt T3 ein $M = 19,95$ ($SD = 10,96$) erhoben worden. Das bedeutet, dass sich die am Training teilgenommenen Kinder bzgl. ihres

Selbstwörterlebens im Freizeitbereich im Prä-Post-Vergleich sehr leicht verschlechtert zu haben scheinen, sich dann allerdings im Post-Follow-Up-Vergleich wieder deutlich verbessert haben. Auch in der Prä-Follow-Up-Relation gab es in der Interventionsgruppe eine Verbesserung in der Beschreibung und Bewertung des Selbstwertes in der Freizeit. Kontrastierend dazu zeigte sich in der Kontrollgruppe eine konsistente Zunahme der Mittelwerte, was für eine konstante Stärkung des Selbstwörterlebens innerhalb dieser Gruppe spricht: Am T1 ist ein $M = 16,14$ ($SD = 11,14$), am T2 ein $M = 18,32$ ($SD = 12,95$) und am T3 ein $M = 18,73$ ($SD = 12,96$) ermittelt worden. Auch auf dieser Skala lässt sich ein möglicher protraierter Effekt des Präventionsprogramms ohne Berücksichtigung der Referenzbedingung erkennen bzw. kann entsprechend eingeschätzt werden, dies folglich nicht signifikant. Auch die gesamte Stichprobe zeigte auf dieser Skala eine Zunahme in den Mittelwerten, was für eine Verbesserung in der Gesamtstichprobe im freizeitbezogenen Selbstwörterleben der Kinder spricht: Im Prä-Test T1 ist ein $M = 16,95$ ($SD = 10,81$) extrahiert worden, im Post-Test T2 ein $M = 17,83$ ($SD = 11,73$) und im Follow-Up-Test T3 ein $M = 19,27$ ($SD = 12,09$).

Auf der letzten *ALS-Subskala Familie* zeigte sich in der Interventionsbedingung ein ebenfalls inkonsistenter Befund. Im Prä-Post-Vergleich nahmen die Skalenmittelwerte ab, was für eine Verschlechterung im Erleben des Selbstwertes der Kinder spricht, im Post-Follow-Up-Vergleich eine deutliche Zunahme, was dann wiederum auf eine Verbesserung des Selbstwertes hindeutet. Auch die Prä-Follow-Up-Untersuchung zeigte hier eine Gesamtverbesserung in den Mittelwerten, da im Follow-Up die angegebenen Werte höher lagen relativ zum Prä-Test, was vorsichtig als eine mögliche protraierte Reaktion auf das Präventionsprogramm und ohne Berücksichtigung der Referenzbedingung aufgefasst werden kann: Im Prä-Test T1 konnte ein $M = 20,90$ ($SD = 11,25$) detektiert werden, im Post-Test T2 ein $M = 20,15$ ($SD = 11,82$) und im Follow-Up-Test T3 ein $M = 22,03$ ($SD = 10,78$). Hingegen und kontrastierend zur Interventionsgruppe zeigte sich demgegenüber in der Kontrollbedingung und in der gesamten Stichprobe auf dieser Skala ein konsistentes Ergebnis mit einer kontinuierlichen Zunahme der Skalenmittelwerte, was für eine konstante Verbesserung des Selbstwertes innerhalb dieser drei gemessenen Zeitpunkte spricht. In der Kontrollbedingung konnte am Prä-Zeitpunkt T1 ein $M = 19,64$ ($SD = 12,03$) erhoben werden, am Post-Zeitpunkt T2 ein $M = 20,92$ ($SD = 12,39$) und am Follow-Up-Zeitpunkt T3 ein $M = 21,74$ ($SD = 11,81$). In der gesamten Stichprobe konnten zudem folgende

Ergebnisse in den Mittelwerten festgestellt werden: Am Prä-Zeitpunkt T1 ein $M = 20,22$ ($SD = 11,66$), am Post-Zeitpunkt T2 ein leichter Anstieg des Mittelwertes auf einen $M = 20,57$ ($SD = 12,10$) und am Follow-Up-Zeitpunkt T3 nochmal eine stärkere Zunahme des Mittelwertes auf einen $M = 21,87$ ($SD = 11,33$), sodass davon auszugehen ist, dass die gesamte sortenreine Stichprobe auf dieser Skala eine kontinuierliche Zunahme in den Mittelwerten im Sinne einer Verbesserung erfahren hat.

Abschließend für den Bereich der Ergebnisse der Mittelwerte ist die Skala *ALS Gesamt* anzuführen. Hier zeigte sich in der Interventionsbedingung analog zu den vorangegangenen Subskalen *Schule*, *Freizeit* und *Familie* ein ebenso inkonsistentes Ergebnis mit einer zunächst zu beobachtenden Abnahme der Mittelwerte im Prä-Post-Vergleich, dann wiederum einer deutlichen Zunahme der Mittelwerte im Post-Follow-Up-Vergleich. Im Prä-Follow-Up-Vergleich kann eine Zunahme der Mittelwerte konstatiert werden, was für eine Verbesserung des Selbstwerterlebens der Kinder in der Interventionsgruppe spricht. Auch hier kann wie auf den sonstigen *ALS-Skalen* (siehe die vorangegangenen Ausführungen zu den jeweiligen Skalen) vorsichtig und ohne Berücksichtigung der Referenzbedingung eine protrahierte Reaktion auf das Präventionsprogramm angenommen werden. In der Interventionsgruppe ist am ersten Messzeitpunkt T1 ein $M = 51,52$ ($SD = 31,01$) errechnet worden, am zweiten Messzeitpunkt T2 mit einer leichten Abnahme ein $M = 49,31$ ($SD = 30,47$) und am dritten Messzeitpunkt T3 eine deutliche Zunahme des Mittelwertes auf einen $M = 57,37$ ($SD = 31,92$). Im Unterschied zur Interventionsbedingung konnte in der Kontrollbedingung und in der Gesamtstichprobe des *ALS* ein konsistentes Ergebnis mit einer kontinuierlichen Zunahme der Skalenmittelwerte konstatiert werden, was für eine konstante Verbesserung des Selbstwertes innerhalb dieser drei gemessenen Zeitpunkte in der Selbsteinschätzung der Kinder spricht. In der Kontrollbedingung konnte am T1 ein $M = 47,26$ ($SD = 32,51$), am T2 ein $M = 51,94$ ($SD = 35,99$) und am T3 ein $M = 52,93$ ($SD = 36,57$) festgestellt werden. In der Gesamtstichprobe im *ALS* konnte folgender Befund gesichert werden: Am Prä-Messzeitpunkt T1 ist ein $M = 49,23$ ($SD = 31,80$), am Post-Messzeitpunkt T2 ein $M = 50,74$ ($SD = 33,51$) und am Follow-Up-Messzeitpunkt T3 ein $M = 54,90$ ($SD = 34,53$) erhoben worden.

Die nachfolgende Tabelle 21 (Mittelwerte der Kinderstichprobe) fasst die erhobenen Mittelwerte der Interventions- und Kontrollbedingung der Kinderstichprobe tabellarisch zusammen.

Tabelle 21:
Mittelwerte der Kinderstichprobe

	IG			KG			Gesamt		
	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
SCAS-D-Trennungsangst T1	73	4,29	2,96	87	3,71	3,39	160	3,98	3,20
SCAS-D-Trennungsangst T2	71	3,42	2,94	86	3,47	2,88	157	3,45	2,90
SCAS-D-Trennungsangst T3	65	2,45	2,16	82	2,87	2,55	147	2,68	2,38
SCAS-D-Soziale Phobie T1	73	4,73	3,36	87	4,67	3,50	160	4,69	3,43
SCAS-D-Soziale Phobie T2	71	4,14	3,21	86	3,80	3,23	157	3,96	3,21
SCAS-D-Soziale Phobie T3	65	3,65	2,95	82	3,51	3,12	147	3,57	3,04
SCAS-D-Zwangsstörung T1	73	4,48	3,28	87	4,47	3,68	160	4,48	3,49
SCAS-D-Zwangsstörung T2	71	3,93	2,79	86	3,88	2,84	157	3,90	2,81
SCAS-D-Zwangsstörung T3	65	3,42	2,89	82	3,73	3,21	147	3,59	3,06
SCAS-D-Panikstörung &	72	3,10	2,91	86	2,84	3,57	158	2,96	3,28
SCAS-D-Panikstörung &	71	2,31	2,58	86	2,37	3,41	157	2,34	3,05
SCAS-D-Panikstörung &	65	1,88	2,27	82	1,80	2,58	147	1,84	2,44
SCAS-D-Angst vor körperlicher	72	3,01	2,46	85	2,93	2,51	157	2,97	2,48
SCAS-D-Angst vor körperlicher	71	2,87	2,54	86	2,84	2,56	157	2,85	2,54
SCAS-D-Angst vor körperlicher	65	2,23	2,33	82	2,50	2,23	147	2,38	2,27
SCAS-D-Generalisierte	73	5,29	2,48	87	4,90	3,14	160	5,08	2,86
SCAS-D-Generalisierte	71	4,66	2,63	86	4,41	2,98	157	4,52	2,82
SCAS-D-Generalisierte	65	4,00	2,31	82	4,07	2,71	147	4,04	2,53
SCAS-D-Gesamtwert T1	73	24,81	13,69	87	23,41	16,04	160	24,05	14,99
SCAS-D-Gesamtwert T2	71	21,34	13,04	86	20,77	14,15	157	21,03	13,62
SCAS-D-Gesamtwert T3	65	17,62	11,52	82	18,49	12,97	147	18,10	12,32
ALS Schule T1	73	12,73	12,28	85	11,48	11,73	158	12,06	11,97
ALS Schule T2	71	11,92	11,62	85	12,71	13,55	156	12,35	12,68
ALS Schule T3	65	15,38	12,68	81	12,46	14,56	146	13,76	13,79
ALS Freizeit T1	73	17,89	10,40	85	16,14	11,14	158	16,95	10,81
ALS Freizeit T2	71	17,24	10,14	85	18,32	12,95	156	17,83	11,73
ALS Freizeit T3	65	19,95	10,96	81	18,73	12,96	146	19,27	12,09
ALS Familie T1	73	20,90	11,25	85	19,64	12,03	158	20,22	11,66
ALS Familie T2	71	20,15	11,82	85	20,92	12,39	156	20,57	12,10
ALS Familie T3	65	22,03	10,78	81	21,74	11,81	146	21,87	11,33
ALS Gesamt T1	73	51,52	31,01	85	47,26	32,51	158	49,23	31,80
ALS Gesamt T2	71	49,31	30,47	85	51,94	35,99	156	50,74	33,51
ALS Gesamt T3	65	57,37	31,92	81	52,93	36,57	146	54,90	34,53

Anmerkungen. IG: Interventionsgruppe, KG: Kontrollgruppe, M: Mittelwert, SD: Standardabweichung, T1: Prä-Test, T2: Post-Test, T3: Follow-Up-Test

6.2 Ergebnisse der Elternbeurteilungen der Kinder (Elternbericht)

In der Tabelle 22 sind die zum *SDQ* und zum *CBCL* der sortenreinen Elternstichprobe zugehörigen Mittelwerte der Subskalen und der Gesamtwert zusammen mit den Standardabweichungen abgetragen.

Im zeitlichen Verlauf resultierten auf der Skala *Emotionale Probleme* deskriptiv in der Interventionsgruppe leicht abnehmende Skalenmittelwerte: Am Prä-Zeitpunkt T1 konnte ein Durchschnittswert von $M = 2,55$ ($SD = 1,95$), am Post-Zeitpunkt T2 ein Durchschnittswert von $M = 2,43$ ($SD = 1,94$) und am Follow-Up-Zeitpunkt T3 ein Durchschnittswert von $M = 2,03$ ($SD = 1,74$) beobachtet werden. Hingegen konnte in der Kontrollbedingung am Prä-Zeitpunkt T1 ein Durchschnittswert von $M = 1,54$ ($SD = 2,12$) ermittelt werden sowie am Post-Zeitpunkt eine leichte Zunahme der Skalenmittelwerte T2 $M = 1,62$ ($SD = 1,85$) und am Follow-Up-Zeitpunkt T3 erneut eine leichte Abnahme der Werte von $M = 1,43$ ($SD = 1,89$). Damit zeigte sich innerhalb der Interventionsgruppe eine Verhaltensverbesserung im Sinne einer Reduzierung der emotionalen Problematik. In der Gesamtstichprobe zeigte sich konsistent über alle drei Messzeitpunkte eine leichte Abnahme der Skalenmittelwerte, was für eine leichte Verbesserung in der gesamten Stichprobe spricht: Am Zeitpunkt T1 ist ein $M = 2,01$ ($SD = 2,10$), am Zeitpunkt T2 ein $M = 1,97$ ($SD = 1,93$) und am Zeitpunkt T3 ein $M = 1,69$ ($SD = 1,84$) dokumentiert.

Die Skala *prosoziales Verhalten* als proaktive und ressourcenorientierte Skala wies in der Interventionsgruppe am Prä-Zeitpunkt T1 mit einem Durchschnittswert von $M = 7,99$ ($SD = 1,73$), am T2 mit einem Durchschnittswert von $M = 7,75$ ($SD = 2,07$) und am Follow-Up mit einem Durchschnittswert von $M = 8,15$ ($SD = 1,74$) ein inkonsistentes Bild auf. In der Kontrollgruppe zeigten sich auf dieser Skala folgende Skalenmittelwerte: Zum ersten Messzeitpunkt T1 ein Wert von $M = 8,08$ ($SD = 1,68$), am zweiten Messzeitpunkt T2 ein Wert von $M = 8,23$ ($SD = 1,66$) und am letzten Zeitpunkt T3 ein Wert von $M = 8,01$ ($SD = 1,73$), was ebenfalls einem inkonsistenten Bild entspricht. In der Gesamtstichprobe dieser Skala zeigten sich über alle drei Messzeitpunkte nahezu stabile Skalenmittelwerte: Am Zeitpunkt T1 ist ein $M = 8,04$ ($SD = 1,70$), am Zeitpunkt T2 ein $M = 8,02$ ($SD = 1,86$) und am Zeitpunkt T3 ein $M = 8,07$ ($SD = 1,73$) dokumentiert.

Auf der Skala *Verhaltensprobleme* ergab sich über die drei gemessenen Zeitpunkte hinweg konstante Skalenmittelwerte in der Interventionsgruppe: Am Zeitpunkt T1 lag der Durchschnittswert bei $M = 1,97$ ($SD = 1,56$) und am T2 bei $M = 1,97$ ($SD = 1,66$), und am T3 leicht reduziert mit einem $M = 1,61$ ($SD = 1,54$). In der Kontrollbedingung zeigte sich in der Elternstichprobe am Zeitpunkt T1 ein $M = 1,51$ ($SD = 1,44$), am Zeitpunkt T2 eine leichte Abnahme mit einem Skalenmittelwert von $M = 1,44$ ($SD = 1,37$) und am dritten Zeitpunkt T3 eine Zunahme des mittleren Skalenwertes auf $M = 1,59$ ($SD = 1,35$). In der Gesamtstichprobe dieser Skala zeigten sich über alle drei Messzeitpunkte insgesamt leicht reduzierende Skalenmittelwerte: Am Zeitpunkt T1 ist ein $M = 1,72$ ($SD = 1,51$), am Zeitpunkt T2 ein $M = 1,67$ ($SD = 1,52$) und am Zeitpunkt T3 ein $M = 1,60$ ($SD = 1,43$) ermittelt worden. Auf dieser Skala zeigten sich insgesamt leichte Verbesserungen im Verhalten der Kinder.

Auf der Skala *Hyperaktivität* zeigte sich konstant eine Reduzierung der Skalenmittelwerte in der Interventionsgruppe. Dieses Ergebnis spricht im positiven Sinne für eine Abnahme des hyperaktiven Verhaltens: Am Zeitpunkt T1 lag die durchschnittliche Einschätzung der Eltern bei $M = 3,78$ ($SD = 2,29$), am Zeitpunkt T2 bei $M = 3,17$ ($SD = 1,87$) und am Zeitpunkt T3 bei einem Skalenmittelwert von $M = 2,98$ ($SD = 2,05$). Different hierzu zeigte sich das Bild auf dieser Skala in der Kontrollgruppe: Am Messzeitpunkt T1 ein $M = 2,93$ ($SD = 2,31$), am T2 ein $M = 2,88$ ($SD = 2,19$) und am Zeitpunkt T3 ein $M = 2,84$ ($SD = 2,18$). Das bedeutet, in der Interventionsgruppe zeigte sich in Relation zur Kontrollbedingung eine deutlichere Abnahme der Skalenmittelwerte. Auch in der Gesamtstichprobe der Skala *Hyperaktivität* zeigte sich konstant eine Abnahme der Skalenmittelwerte: Am Zeitpunkt T1 ist ein $M = 3,33$ ($SD = 2,33$), am Zeitpunkt T2 ein $M = 3,01$ ($SD = 2,06$) und am Zeitpunkt T3 ein $M = 2,90$ ($SD = 2,12$) ermittelt worden. In der Gesamtstichprobe zeigte sich also demnach durch die Gesamtreduktion der Hyperaktivitätsmittelwerte eine Verbesserung.

Die Skala *Verhaltensprobleme mit Gleichaltrigen* wies in der Stichprobe der Eltern der Interventionsgruppe ein inkonsistentes Bild auf: Am Zeitpunkt T1 lag der Durchschnittswert bei $M = 1,54$ ($SD = 1,77$), am Zeitpunkt T2 bei einem niedrigeren Durchschnittswert von $M = 1,13$ ($SD = 1,61$) und am Zeitpunkt T3 bei einem leicht angestiegenen Durchschnittswert von $M = 1,21$ ($SD = 1,52$). Zwischen dem Prä- und dem Postzeitpunkt gab es offensichtlich

auf dieser Skala eine Verbesserung in der Interventionsgruppe. Dieses Ergebnis konnte allerdings im Follow-Up-Test nicht aufrechterhalten werden. Analog zu den Mittelwerten der Interventionsgruppe zeigten sich auch hier die Skalenmittelwerte in der Kontrollgruppe inkonsistent: Am Messzeitpunkt T1 ein $M = 1,21$ ($SD = 1,79$), am T2 ein $M = 1,06$ ($SD = 1,55$) und am Zeitpunkt T3 ein $M = 1,28$ ($SD = 1,76$). In der Gesamtstichprobe der Skala *Verhaltensprobleme mit Gleichaltrigen* zeigten sich ebenfalls inkonsistente Skalenmittelwerte: Am Zeitpunkt T1 ist ein $M = 1,36$ ($SD = 1,78$), am Zeitpunkt T2 ein $M = 1,09$ ($SD = 1,57$) und am Zeitpunkt T3 ein $M = 1,25$ ($SD = 1,65$) ermittelt worden.

Im *Gesamtproblemwert* des *SDQ* der Eltern in der Stichprobe der Interventionsgruppe zeigte sich ein insgesamt homogenes Bild: Am Zeitpunkt T1 resultierte für die Eltern ein Durchschnittswert von $M = 9,85$ ($SD = 4,82$), am Zeitpunkt T2 eine Abnahme des Mittelwertes auf $M = 8,70$ ($SD = 4,35$) und am Follow-Up eine weitere Abnahme des Gesamtskalenwertes auf $M = 7,84$ ($SD = 4,82$). In der Interventionsbedingung gab es also eine konstante Verbesserung im Gesamtproblemwert. In der Kontrollbedingung zeigte sich hingegen ein inkonsistentes Bild: Am Messzeitpunkt T1 konnte ein Skalenmittelwert von $M = 7,19$ ($SD = 5,60$) errechnet werden, am Messzeitpunkt T2 eine leichte Abnahme des Skalenmittelwertes bei einem $M = 7,00$ ($SD = 4,85$) und am dritten Messzeitpunkt eine leichte Zunahme des Durchschnittswertes bei einem $M = 7,13$ ($SD = 5,00$). In der Gesamtstichprobe des Gesamtproblemwertes (exkludiert die Skala prosoziales Verhalten) zeigten sich konstant leicht abnehmende Skalenmittelwerte: Am Zeitpunkt T1 ist ein $M = 8,43$ ($SD = 5,40$), am Zeitpunkt T2 ein $M = 7,74$ ($SD = 4,70$) und am Zeitpunkt T3 ein $M = 7,44$ ($SD = 4,92$) berechnet worden.

In allen verwendeten Subskalen der *CBCL* sowie im *CBCL-Gesamtwert* zeigten sich in der Elternstichprobe in der Interventionsgruppe über die drei Messzeitpunkte hinweg abnehmende Skalenmittelwerte (vgl. Tabelle 22). Die Skala *sozialer Rückzug* wies in der Interventionsgruppe am T1 einen Mittelwert von $M = 3,45$ ($SD = 2,81$), am T2 einen Durchschnittswert von $M = 3,06$ ($SD = 2,54$) und am Follow-Up einen Mittelwert von $M = 2,71$ ($SD = 2,52$) auf. In der Kontrollbedingung zeigten sich ebenfalls konsistent abnehmende Skalenmittelwerte: Am Messzeitpunkt T1 konnte ein $M = 2,59$ ($SD = 2,72$), am Zeitpunkt T2 ein $M = 2,36$ ($SD = 2,39$) und am Follow-Up-Zeitpunkt ein $M = 2,15$ ($SD = 2,15$) ermittelt werden. Sowohl in der Interventions- als auch in der Kontrollbedingung

zeigten sich über die drei Messzeitpunkte Verbesserungen im Sinne einer Abnahme sozial-rückzüglichen Verhaltens. In der Gesamtstichprobe der Eltern auf dieser Skala *sozialer Rückzug* sind ebenfalls konstant abnehmende Skalenmittelwerte zu verzeichnen: Am Zeitpunkt T1 konnte ein $M = 2,99$ ($SD = 2,79$), am T2 ein $M = 2,67$ ($SD = 2,47$) und am Erhebungszeitraum T3 ein $M = 2,40$ ($SD = 2,33$) errechnet werden.

Für die Skala *Angst/Depressivität* resultierte in der Elternstichprobe in der Interventionsgruppe ein analoges Bild, d. h. konstant abnehmende Skalenmittelwerte: Am T1 zeigte sich ein Durchschnittswert von $M = 6,60$ ($SD = 4,74$), am T2 ein Durchschnittswert von $M = 5,68$ ($SD = 4,46$) und am T3 ein Durchschnittswert von $M = 4,71$ ($SD = 4,45$). In der Interventionsbedingung zeigte sich im Prä-, Post- und im Follow-Up-Test eine Verbesserung durch eine Abnahme der Angst- und Depressionswerte. In der Kontrollbedingung zeigte sich allerdings ein inhomogenes Bild. Am ersten Messzeitpunkt T1 konnte ein $M = 3,60$ ($SD = 3,51$) errechnet werden, am T2 eine leichte Zunahme des Durchschnittswertes von $M = 3,84$ ($SD = 3,84$) und am dritten Messzeitpunkt T3 eine leichte Abnahme des Skalenmittelwertes von $M = 3,53$ ($SD = 3,85$). In der Gesamtstichprobe der Eltern auf dieser Skala *Angst/Depressivität* sind ebenfalls konstant abnehmende Skalenmittelwerte zu verzeichnen: Am Zeitpunkt T1 konnte ein $M = 5,01$ ($SD = 4,39$), am T2 ein $M = 4,65$ ($SD = 4,21$) und am Erhebungszeitraum T3 ein $M = 4,05$ ($SD = 4,15$) berechnet werden. Somit kann konstatiert werden, dass sowohl für die Interventions- als auch für die Kontrollgruppe Verbesserungen im Sinne einer Reduzierung der Angst- und Depressionsskalenmittelwerte zu beobachten waren.

Entsprechend hierzu lässt sich für den *CBCL*-Gesamtmittelwert der Stichprobe eine über die drei Messzeitpunkte abnehmende Tendenz in der Interventionsgruppe konstatieren: Am Messzeitpunkt T1 betrug der Gesamtmittelwert $M = 9,68$ ($SD = 6,64$), zum Zeitpunkt T2 lag dieser bei $M = 8,37$ ($SD = 6,23$) und zum Zeitpunkt T3 lag dieser bei $M = 7,18$ ($SD = 5,94$). Das bedeutet, in der Interventionsbedingung zeigte sich bei allen *CBCL*-Problemwerten eine Verbesserung im Sinne einer Abnahme symptomatischen Verhaltens. In der Kontrollgruppe zeigte sich im Kontrast zur Interventionsgruppe ein inkonsistentes Ergebnis. Am ersten Messzeitpunkt T1 betrug der $M = 5,93$ ($SD = 5,53$), am T2 ein $M = 5,93$ ($SD = 5,56$) und am Follow-Up T3 ein $M = 5,43$ ($SD = 5,22$). In der *CBCL*-Gesamtstichprobe konnten in der Tendenz konstant abnehmende Skalenmittelwerte ermittelt werden: Am ersten

Erhebungszeitraum T1 konnte ein $M = 7,69$ ($SD = 6,34$), am T2 ein mittlerer Skalenwert von $M = 6,99$ ($SD = 5,96$) und am dritten Erhebungszeitraum T3 ein $M = 6,20$ ($SD = 5,59$) errechnet werden. Somit ist für die Interventions- als auch für die Kontrollgruppe eine Verhaltensverbesserung im Zusammenhang mit einer Reduktion problematischen und sozial unerwünschten Verhaltens zu konstatieren.

Tabelle 22 verdeutlicht und fasst die gesammelten Mittelwerte der Interventions- zur Kontrollgruppe der Elterneinschätzungen der Kinder im Wesentlichen tabellarisch zusammen.

Tabelle 22:
Mittelwerte der Elternstichprobe

	IG			KG			Gesamt		
	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
SDQ Emotionale Probleme T1	74	2,55	1,95	85	1,54	2,12	159	2,01	2,10
SDQ Emotionale Probleme T2	63	2,43	1,94	82	1,62	1,85	145	1,97	1,93
SDQ Emotionale Probleme T3	62	2,03	1,74	80	1,43	1,89	142	1,69	1,84
SDQ Prosoziales Verhalten T1	74	7,99	1,73	85	8,08	1,68	159	8,04	1,70
SDQ Prosoziales Verhalten T2	63	7,75	2,07	82	8,23	1,66	145	8,02	1,86
SDQ Prosoziales Verhalten T3	62	8,15	1,74	80	8,01	1,73	142	8,07	1,73
SDQ Verhaltensprobleme T1	74	1,97	1,56	85	1,51	1,44	159	1,72	1,51
SDQ Verhaltensprobleme T2	63	1,97	1,66	82	1,44	1,37	145	1,67	1,52
SDQ Verhaltensprobleme T3	62	1,61	1,54	80	1,59	1,35	142	1,60	1,43
SDQ Hyperaktivität T1	74	3,78	2,29	85	2,93	2,31	159	3,33	2,33
SDQ Hyperaktivität T2	63	3,17	1,87	82	2,88	2,19	145	3,01	2,06
SDQ Hyperaktivität T3	62	2,98	2,05	80	2,84	2,18	142	2,90	2,12
SDQ Verhaltensprobleme mit Gleichaltrigen T1	74	1,54	1,77	85	1,21	1,79	159	1,36	1,78
SDQ Verhaltensprobleme mit Gleichaltrigen T2	63	1,13	1,61	82	1,06	1,55	145	1,09	1,57
SDQ Verhaltensprobleme mit Gleichaltrigen T3	62	1,21	1,52	80	1,28	1,76	142	1,25	1,65
SDQ Gesamtproblemwert T1	74	9,85	4,82	85	7,19	5,60	159	8,43	5,40
SDQ Gesamtproblemwert T2	63	8,70	4,35	82	7,00	4,85	145	7,74	4,70
SDQ Gesamtproblemwert T3	62	7,84	4,82	80	7,13	5,00	142	7,44	4,92
CBCL Sozialer Rückzug Eltern T1	73	3,45	2,81	83	2,59	2,72	156	2,99	2,79
CBCL Sozialer Rückzug Eltern T2	63	3,06	2,54	81	2,36	2,39	144	2,67	2,47
CBCL Sozialer Rückzug Eltern T3	62	2,71	2,52	79	2,15	2,15	141	2,40	2,33
CBCL Angst / Depressivität T1	73	6,60	4,74	83	3,60	3,51	156	5,01	4,39
CBCL Angst / Depressivität T2	63	5,68	4,46	81	3,84	3,84	144	4,65	4,21
CBCL Angst / Depressivität T3	62	4,71	4,45	79	3,53	3,85	141	4,05	4,15
CBCL Gesamtwert T1	73	9,68	6,64	83	5,93	5,53	156	7,69	6,34
CBCL Gesamtwert T2	63	8,37	6,23	81	5,93	5,56	144	6,99	5,96
CBCL Gesamtwert T3	62	7,18	5,94	79	5,43	5,22	141	6,20	5,59

Anmerkungen. IG: Interventionsgruppe, KG: Kontrollgruppe, M: Mittelwert, SD: Standardabweichung

6.3 Ergebnisse der Lehrerbeurteilungen der Kinder (Lehrerbericht)

In der Tabelle 23 sind die zum *TRF*, zum *LSL* und zum *SDQ* der sortenreinen Lehrerstichprobe zugehörigen Mittelwerte der Subskalen und Gesamtwerte zusammen mit den Standardabweichungen abgetragen.

Die Skala *sozialer Rückzug* zeigte in der Stichprobe der Lehrkräfte der Interventionsgruppe über die drei Zeitpunkte hinweg abnehmende Skalenmittelwerte: Am Zeitpunkt T1 lag der Durchschnittswert bei $M = 2,80$ ($SD = 3,21$), am Zeitpunkt T2 bei einem Durchschnittswert von $M = 2,08$ ($SD = 2,65$) und am Zeitpunkt T3 bei einem Durchschnittswert von $M = 1,75$ ($SD = 2,60$). Offensichtlich zeigten die Kinder der Interventionsgruppe eine Verbesserung in der Verhaltensentwicklung im Sinne einer Reduzierung des sozial-rückzüglichen Verhaltens. In der Kontrollgruppe zeigten sich ebenfalls konstant reduzierende Skalenmittelwerte, allerdings in einer geringeren Ausprägung relativ zur Interventionsgruppe. Am Messzeitpunkt T1 ein $M = 1,89$ ($SD = 2,49$), am T2 ein $M = 1,74$ ($SD = 2,08$) und am Zeitpunkt T3 ein $M = 1,33$ ($SD = 1,67$) vor. In der Gesamtstichprobe der Skala sozialer Rückzug zeigten sich ebenfalls konsistent abnehmende Skalenmittelwerte: Am Zeitpunkt T1 ist ein $M = 2,32$ ($SD = 2,89$), am Zeitpunkt T2 ein $M = 1,90$ ($SD = 2,36$) und am Zeitpunkt T3 ein $M = 1,52$ ($SD = 2,13$) ermittelt worden. Somit konnte sowohl für die Interventions- als auch für die Kontrollbedingung eine Verbesserung im Verhalten durch eine Abnahme des sozial-rückzüglichen Verhaltens konstatiert werden.

Auch die Skala *Angst/Depressivität* zeigte im Prä-Test, Post-Test und im Follow-Up-Test innerhalb der Interventionsbedingung konsistent abnehmende Skalenmittelwerte. Am Zeitpunkt T1 ist ein $M = 4,68$ ($SD = 5,36$), am Zeitpunkt T2 ein $M = 4,25$ ($SD = 4,77$) und am Zeitpunkt T3 ein $M = 3,12$ ($SD = 4,19$) berechnet worden. Das bedeutet, in der Interventionsgruppe gab es offensichtlich über die drei Messzeitpunkte eine Abnahme der Angst- und Depressionswerte, was für eine Verbesserung in der Verhaltensentwicklung dieser Kinder spricht. In der Kontrollbedingung hingegen zeigte sich diesbezüglich ein inkonsistentes Bild. Am ersten Messzeitpunkt T1 konnte ein $M = 2,98$ ($SD = 3,88$) erhoben werden, am zweiten Messzeitpunkt T2 eine Zunahme des Skalenmittelwertes auf $M = 3,23$ ($SD = 4,47$) und am dritten Messzeitpunkt T3 eine Abnahme des Skalenmittelwertes von $M = 2,10$ ($SD = 2,92$). In der Gesamtstichprobe der Skala Angst/Depressivität zeigten sich

wiederum konstant abnehmende Skalenmittelwerte: Am Prä-Zeitpunkt T1 ist der $M = 3,80$ ($SD = 4,71$) ausgemacht worden, am Post-Zeitpunkt T2 eine sehr leichte Abnahme des Mittelwertes auf $M = 3,70$ ($SD = 4,62$) und am Follow-Up-Zeitpunkt T3 wiederum eine deutliche Abnahme des Skalenmittelwertes auf $M = 2,55$ ($SD = 3,56$) detektiert worden. Sowohl die Interventions- als auch die Kontrollbedingung zeigte eine konstante Abnahme der Angst- und Depressionsmittelwerte, was für eine Verbesserung der gesamten sortenreinen Stichprobe spricht.

Auf der Skala *soziale Probleme* zeigten sich innerhalb der Interventionsgruppe im zeitlichen Verlauf des Prä-Tests, Post-Tests und im Follow-Up-Test ebenfalls konstant abnehmende Skalenmittelwerte, was für eine Verbesserung der sozialen Problematik der am Programm teilnehmenden Kinder spricht. Am Prä-Zeitpunkt T1 ist ein $M = 2,39$ ($SD = 3,18$), am Zeitpunkt T2 ein $M = 2,32$ ($SD = 3,25$) und am Zeitpunkt T3 ein $M = 1,92$ ($SD = 3,34$) berechnet worden. In der Kontrollbedingung hingegen zeigte sich diesbezüglich ein inkonsistentes Bild. Am ersten Messzeitpunkt T1 konnte ein $M = 1,42$ ($SD = 2,13$) erhoben werden, am zweiten Messzeitpunkt T2 eine Zunahme des Skalenmittelwertes auf $M = 1,58$ ($SD = 2,42$) und am dritten Messzeitpunkt T3 eine Abnahme des Skalenmittelwertes auf $M = 1,32$ ($SD = 2,25$). In der Gesamtstichprobe der Skala *soziale Probleme* zeigte sich wiederum auch ein inkonsistentes Bild: Am Prä-Zeitpunkt T1 ist der $M = 1,89$ ($SD = 2,72$) ausgemacht worden, am Post-Zeitpunkt T2 eine sehr leichte Zunahme des Mittelwertes auf $M = 1,92$ ($SD = 2,85$) und am Follow-Up-Zeitpunkt T3 wiederum eine Abnahme des Skalenmittelwertes auf $M = 1,58$ ($SD = 2,79$).

Im *TRF Gesamtwert* zeigten sich in der Interventionsgruppe über die drei gemessenen Zeitpunkte konstant abnehmende Skalenmittelwerte. Am Messzeitpunkt T1 konnte ein $M = 9,00$ ($SD = 9,43$) errechnet werden, am Messzeitpunkt T2 ein $M = 7,84$ ($SD = 8,57$) und am dritten Messzeitpunkt T3 ein $M = 6,06$ ($SD = 8,14$). Dies spricht für eine Verhaltensverbesserung in der Interventionsbedingung. Im Gegensatz dazu zeigte sich in der Kontrollbedingung über zwei Messzeitpunkte erst eine Zunahme, dann im T3 eine Abnahme des *TRF Gesamtwertes*: Am T1 ist ein $M = 5,73$ ($SD = 6,43$) ermittelt worden, am T2 ein $M = 6,05$ ($SD = 7,00$) und am T3 ein $M = 4,47$ ($SD = 5,32$). In der Gesamtstichprobe zeigten sich konstant abnehmende Skalenmittelwerte, was für eine gesamte Verbesserung der

Stichprobe spricht: Am T1 zeigte sich ein $M = 7,30$ ($SD = 8,15$), am T2 ein $M = 6,89$ ($SD = 7,80$) und am T3 ein $M = 5,16$ ($SD = 6,73$).

Auf der Skala *Kooperation* konnten in der Interventionsgruppe zunächst am Messzeitpunkt T1 ein $M = 13,06$ ($SD = 2,26$), später am T2 eine leichte Abnahme des Skalenmittelwertes auf $M = 12,86$ ($SD = 2,13$) verzeichnet und am dritten Messzeitpunkt T3 eine Zunahme des Mittelwertes auf $M = 13,44$ ($SD = 2,22$) festgestellt werden. Innerhalb der Kontrollgruppe ist am Prä-Zeitpunkt T1 ein $M = 12,91$ ($SD = 2,54$), am T2 eine Zunahme auf den $M = 13,43$ ($SD = 2,05$) ausgemacht worden und am T3 ist der Skalenmittelwert konstant geblieben ($M = 13,43$, $SD = 2,57$). In der Gesamtstichprobe konnten auf dieser Skala konstant zunehmende Skalenwerte gesehen werden, was im Gesamten für eine Verbesserung der Kooperationsfähigkeit der Interventions- und Kontrollbedingung spricht: Am T1 ist ein $M = 12,98$ ($SD = 2,40$), am T2 ein $M = 13,16$ ($SD = 2,10$) und am dritten Zeitpunkt T3 ein $M = 13,43$ ($SD = 2,41$) gerechnet worden.

Für die Skala *Selbstwahrnehmung* konnten inkonstante Skalenmittelwerte in der Interventionsbedingung gerechnet werden. Am Prä-Zeitpunkt T1 ist ein $M = 12,04$ ($SD = 2,89$), am Post-Zeitpunkt T2 ein $M = 11,85$ ($SD = 2,67$) und am Follow-Up-Zeitpunkt T3 ein $M = 12,47$ ($SD = 3,00$) ausgemacht worden. Hingegen zeigte sich in der Kontrollbedingung am Prä-Zeitpunkt T1 ein $M = 12,58$ ($SD = 2,96$), am Post-Zeitpunkt T2 eine Zunahme auf einen $M = 12,91$ ($SD = 2,63$) und am Follow-Up-Zeitpunkt T3 ebenfalls eine nochmalige Zunahme auf einen $M = 13,22$ ($SD = 2,94$), was im positiven Sinne für eine Zunahme der Selbstwahrnehmung innerhalb der Kontrollgruppe spricht. In der Gesamtstichprobe zeigten sich ebenfalls konstant zunehmende Mittelwerte, was für eine allgemeine Verbesserung in der Interventions- und Kontrollgruppe spricht: Am T1 ein $M = 12,32$ ($SD = 2,93$), am T2 ein $M = 12,41$ ($SD = 2,69$) und am T3 ein $M = 12,89$ ($SD = 2,98$).

Auf der Skala *Selbstkontrolle* zeigte sich in der Interventionsgruppe ein inkonsistentes Bild: Am Prä-Messzeitpunkt T1 ist ein $M = 11,94$ ($SD = 2,76$), am Post-Messzeitpunkt T2 eine leichte Abnahme des Skalenmittelwertes auf einen $M = 11,73$ ($SD = 2,79$) und am Follow-Up-Messzeitpunkt T3 eine Zunahme des Skalenmittelwertes auf einen $M = 12,35$ ($SD = 3,07$). Hingegen zeigte sich in der Kontrollbedingung am Prä-Zeitpunkt T1 ein $M = 12,14$ ($SD = 2,82$), am Post-Zeitpunkt T2 eine Zunahme auf einen $M = 12,62$ ($SD = 2,46$)

und am Follow-Up-Zeitpunkt T3 ebenfalls eine nochmalige leichte Zunahme auf einen $M = 12,71$ ($SD = 3,06$), was im positiven Sinne für eine leichte Zunahme der Selbstkontrolle innerhalb der Kontrollgruppe spricht. In der Gesamtstichprobe zeigten sich ebenfalls auf dieser Skala konstant zunehmende Mittelwerte, was für eine allgemeine Verbesserung in der Interventions- und Kontrollgruppe in der Selbstkontrolle spricht: Am T1 ein $M = 12,05$ ($SD = 2,78$), am T2 ein $M = 12,20$ ($SD = 2,65$) und am T3 ein $M = 12,55$ ($SD = 3,05$).

Die Skala *Einfühlungsvermögen und Hilfsbereitschaft* zeigte in der Interventionsgruppe ein inkonsistentes Bild: Am ersten Messzeitpunkt T1 ist ein $M = 12,44$ ($SD = 2,85$), am T2 eine leichte Abnahme des Skalenmittelwertes auf einen $M = 12,01$ ($SD = 3,10$) und am T3 eine Zunahme auf einen $M = 12,69$ ($SD = 3,49$) dokumentiert. Im Vergleich dazu zeigte sich in der Kontrollbedingung ein Bild mit einer Zunahme des Skalenmittelwertes vom Prä- zum Post-Zeitpunkt und einem konstanten Mittelwert im Post-Follow-Up-Vergleich: Im T1 konnte ein $M = 12,76$ ($SD = 2,99$), am T2 ein $M = 13,02$ ($SD = 2,48$) und am T3 ein $M = 13,02$ ($SD = 3,02$) berichtet werden. In der Gesamtstichprobe dieser Skala zeigte sich ein inkonsistentes Ergebnis: Am Prä-Zeitpunkt T1 ist ein $M = 12,60$ ($SD = 2,92$) ausgemacht worden. Dieser reduzierte sich sehr leicht am Post-Zeitpunkt T2 auf einen $M = 12,54$ ($SD = 2,83$) und erhöhte sich leicht wieder am Follow-Up-Zeitpunkt T3 auf einen $M = 12,87$ ($SD = 3,23$).

Für die Skala *Angemessene Selbstbehauptung* sind in der Interventionsbedingung konstant zunehmende Skalenmittelwerte zu verzeichnen, was für eine Verbesserung der Selbstbehauptungswerte bei den am Programm teilgenommenen Kindern über alle drei Zeitpunkte hinweg spricht: Am Prä-Zeitpunkt T1 ist ein $M = 11,90$ ($SD = 2,91$), am Post-Zeitpunkt ein $M = 11,97$ ($SD = 2,93$) und am Follow-Up-Zeitpunkt ein $M = 13,26$ ($SD = 2,57$) ermittelt worden. In der Kontrollbedingung ist zunächst im Prä-Post-Vergleich der Skalenmittelwert gestiegen, so blieb dieser Wert im Post-Follow-Up-Vergleich konstant: Am T1 ist ein $M = 12,92$ ($SD = 2,80$), am T2 ein $M = 13,30$ ($SD = 2,70$) und am T3 ebenfalls ein $M = 13,30$ ($SD = 2,89$) festgestellt worden. In der Gesamtstichprobe dieser Skala sind die Skalenmittelwerte konstant gestiegen, was in der Interventions- und Kontrollgruppe eine allgemeine Verhaltensverbesserung auf dieser Skala bedeutet. Am Prä-Messzeitpunkt T1 konnte ein $M = 12,44$ ($SD = 2,89$) extrahiert werden, am Post-Messzeitpunkt T2 ein $M = 12,67$ ($SD = 2,88$) und am Follow-Up-Messzeitpunkt T3 ein $M = 13,28$ ($SD = 2,74$).

Auf der letzten *LSL-Skala*, der *Skala Sozialkontakt*, zeigte sich innerhalb der Interventionsgruppe ein inkonsistentes Bild. Am ersten Erhebungszeitraum T1 zeigte sich ein $M = 12,48$ ($SD = 2,74$), am zweiten Erhebungszeitraum T2 konnte eine Abnahme des Skalenmittelwertes verzeichnet werden ($M = 12,32$, $SD = 2,62$) und am dritten Erhebungszeitraum T3 eine deutliche Zunahme des Skalenmittelwertes ($M = 13,32$, $SD = 2,58$). Analog zur Interventionsbedingung zeigte sich auf dieser Skala das Bild auch in der Kontrollbedingung mit einem insgesamt inkonsistenten Ergebnis. Im Prä-Post-Vergleich ist es auch zu einer leichten Reduktion der Mittelwerte gekommen, am T1 ist ein $M = 13,24$ ($SD = 2,22$) berechnet worden, am T2 ist eine leichte Reduktion bei einem $M = 13,15$ ($SD = 2,02$) ermittelt worden. Am T3 ist es dann zu einer Zunahme des Skalenmittelwertes gekommen ($M = 13,51$, $SD = 2,01$). Das gleiche inkonsistente Ergebnis weist auch die Gesamtskala unter Berücksichtigung der Interventions- und Kontrollbedingung auf. Hier zeigte sich am Prä-Zeitpunkt T1 ein $M = 12,88$ ($SD = 2,50$), am Post-Zeitpunkt T2 eine sehr leichte Reduzierung des Skalenmittelwertes auf einen $M = 12,75$ ($SD = 2,36$) und am dritten Follow-Up-Messzeitpunkt T3 eine Zunahme des Mittelwertes auf einen $M = 13,42$ ($SD = 2,28$).

Auf der Skala *Emotionale Probleme* konnten in der Interventionsgruppe die Skalenmittelwerte konstant über alle drei Erhebungszeitpunkte reduziert werden, was im Sinne einer Reduzierung emotionaler Problematik der Interventionsgruppenkinder als eine Verbesserung aufgefasst werden kann. Am T1 ist ein $M = 1,64$ ($SD = 2,13$), am T2 ein $M = 1,45$ ($SD = 1,92$) und am T3 ein $M = 1,33$ ($SD = 1,86$) errechnet worden. In der Kontrollbedingung auf dieser Skala zeigte sich ein umgekehrtes Ergebnis. Vom Prä- bis zum Follow-Up-Zeitpunkt erhöhten sich die Skalenmittelwerte konstant, was eine Verschlechterung für die Kontrollgruppenkinder bedeutet: Am T1 ist ein $M = 1,08$ ($SD = 1,64$), am T2 einen $M = 1,20$ ($SD = 1,83$) und am T3 einen $M = 1,25$ ($SD = 1,86$) errechnet worden. In der Gesamtstichprobe zeigten sich über die drei Erhebungszeiträume hinweg fast stabile Skalenmittelwerte mit einem $M = 1,34$ ($SD = 1,90$) am Prä-Zeitpunkt T1, einem $M = 1,32$ ($SD = 1,87$) am Post-Zeitpunkt T2 und einem $M = 1,29$ ($SD = 1,85$) am Follow-Up-Zeitpunkt T3.

Auf der Skala *Prosoziales Verhalten* zeigte sich in der Interventionsbedingung ein inkonsistentes Ergebnis in den Mittelwerten. Während am ersten Erhebungszeitpunkt T1 ein

$M = 7,86$ ($SD = 2,03$) erhoben werden konnte, schien sich das prosoziale Verhalten sehr leicht nach der Teilnahme am Programm zum zweiten Messzeitpunkt T2 mit einem $M = 7,66$ ($SD = 2,11$) verschlechtert zu haben, was dann wiederum nach sechs Monaten im Follow-Up-Test T3 mit einem $M = 8,09$ ($SD = 2,24$) sich wieder offenbar verbessert hat, dies möglicherweise im Sinne einer verzögerten Reaktion auf die Teilnahme am Programm. Hingegen und kontrastierend zur Interventionsgruppe zeigte sich ein homogenes Ergebnis in der Kontrollbedingung. Am T1 konnte ein $M = 7,91$ ($SD = 1,87$) erhoben werden, am T2 eine Verbesserung des prosozialen Verhaltens bei einem $M = 8,23$ ($SD = 1,98$) und am letzten Messzeitpunkt T3 eine weitere Zunahme und Verbesserung des prosozialen Verhaltens mit einem $M = 8,35$ ($SD = 1,85$). Die gesamte Stichprobe auf dieser Skala zeigte konstant eine Verbesserung in den gemessenen Mittelwerten: Am ersten Prä-Zeitpunkt konnte ein $M = 7,89$ ($SD = 1,94$) erhoben werden, am Post-Zeitpunkt T2 ein $M = 7,96$ ($SD = 2,06$) und am Follow-Up-Zeitpunkt T3 ein $M = 8,23$ ($SD = 2,03$).

Die Skala *Verhaltensprobleme* zeigte in der Lehrerbeurteilung der Kinder in der Interventionsbedingung ein ebenfalls inkonsistentes Ergebnis. So konnte in der Prä-Einschätzung T1 ein $M = 1,06$ ($SD = 1,57$) erhoben werden, hingegen am Post-Zeitpunkt T2 eine Zunahme des Skalenmittelwertes auf $M = 1,15$ ($SD = 1,54$), was eine sehr leichte Verschlechterung der Verhaltensproblematik bedeutete und am dritten Messzeitpunkt T3 eine sehr leichte Verbesserung im Verhalten der Kinder der Interventionsgruppe durch eine leichte Reduktion des Skalenmittelwertes auf $M = 1,12$ ($SD = 1,55$). Die Skalenmittelwerte in der Kontrollbedingung zeigten in Relation zur Interventionsgruppe ein konstantes Ergebnis, so konnte am Prä-Zeitpunkt T1 ein $M = 0,76$ ($SD = 1,24$) und am Post-Zeitpunkt T2 ein $M = 0,76$ ($SD = 1,45$) erhoben werden. Im Follow-Up-Test T3 zeigte sich allerdings dann eine Verschlechterung des Skalenmittelwertes auf $M = 0,87$ ($SD = 1,65$). Analog zu diesem Befund zeigten sich auch die drei Messzeitpunkte im Zusammenhang mit der gesamten Stichprobe auf dieser Skala; die Kinder der Interventions- und Kontrollgruppe haben sich zusammengefasst über alle Messzeitpunkte auf dieser Skala kontinuierlich verschlechtert. So erreichten die Kinder am T1 einen $M = 0,90$ ($SD = 1,41$), am T2 einen $M = 0,94$ ($SD = 1,50$) und am T3 einen $M = 0,98$ ($SD = 1,61$).

Die Skala *Hyperaktivität* wies im Gesamten eine leichte Reduzierung in den Skalenmittelwerten der Interventionsbedingung auf, was für eine sehr schwache Verbesserung der Hyperaktivitätswerte spricht. So zeigte sich am Prä-Zeitpunkt T1 ein $M = 2,46$ ($SD = 2,15$), am Post-Zeitpunkt T2 ein $M = 2,45$ ($SD = 2,33$) und am Follow-Up-Zeitpunkt T3 ein $M = 2,29$ ($SD = 2,27$). In der Kontrollgruppe zeigte sich dagegen ein inkonstanter Befund. Während im Prä-Post-Vergleich eine Reduzierung, also eine Verbesserung der Hyperaktivitätswerte, zu erkennen war, zeigte sich im Post-Follow-Up-Vergleich wiederum eine Zunahme des Skalenmittelwertes, was eine Verschlechterung signalisierte: Am T1 ein $M = 2,31$ ($SD = 2,44$), am T2 ein $M = 1,98$ ($SD = 2,15$) und am T3 ein $M = 2,17$ ($SD = 2,42$). Ein ähnliches Ergebnis zeigte sich in der Gesamtstichprobe für diese Skala: Am ersten Messzeitpunkt T1 konnte ein $M = 2,38$ ($SD = 2,30$) erhoben werden, am zweiten Messzeitpunkt T2 eine schwache Reduzierung des Mittelwertes auf $M = 2,20$ ($SD = 2,24$) und am dritten Messzeitpunkt eine sehr leichte Zunahme des Mittelwertes auf $M = 2,22$ ($SD = 2,35$), was im Gesamtkontext ebenfalls als inkonstantes Ergebnis zu interpretieren ist.

Die Skala *Verhaltensprobleme mit Gleichaltrigen* zeigte in der Interventionsgruppe ein homogenes Bild mit einer kontinuierlichen Reduzierung der Skalenmittelwerte im Sinne einer Verbesserung der interaktionellen Peer-Probleme und Verhaltensschwierigkeiten: Am T1 konnte ein $M = 1,14$ ($SD = 1,68$) ermittelt werden, am T2 eine sehr schwache Verbesserung im Sinne eines reduzierten Mittelwertes auf $M = 1,09$ ($SD = 1,60$) und am T3 konnte eine leichte Abnahme des Mittelwertes im Sinne einer sehr leichten Verbesserung auf dieser Skala bei einem $M = 0,97$ ($SD = 1,64$) ermittelt werden. Innerhalb der Kontrollbedingung zeigten sich sehr leicht, aber kontinuierlich, zunehmende Mittelwerte von T1 $M = 1,16$ ($SD = 1,74$), am T2 auf einen $M = 1,17$ ($SD = 1,78$) und am T3 auf einen $M = 1,19$ ($SD = 1,64$), was insgesamt für eine sehr schwache Verschlechterung innerhalb der Kontrollgruppe spricht. Im Gesamtbefund der Stichprobe zeigten sich auf dieser *SDQ-Skala* kontinuierlich sehr leicht abnehmende Skalenmittelwerte, was für eine kontinuierliche, sehr leichte Verbesserung im Gesamtbefund dieser Subskala spricht: Am Prä-Zeitpunkt T1 konnte ein $M = 1,15$ ($SD = 1,70$) erhoben werden, am Post-Zeitpunkt T2 ein $M = 1,13$ ($SD = 1,69$) und am Follow-Up-Zeitpunkt T3 ein $M = 1,09$ ($SD = 1,64$).

Im *SDQ Gesamtproblemwert* (exkludiert ist hier die Skala *prosoziales Verhalten* als ressourcenorientierte, proaktive Skala) zeigten sich innerhalb der Interventionsbedingung über die drei gemessenen Zeitpunkte im Prä-, Post- und Follow-Up-Test konstant abnehmende Skalenmittelwerte. Am Prä-Zeitpunkt T1 konnte ein $M = 6,32$ ($SD = 4,61$) erhoben werden, am Post-Zeitpunkt T2 ein $M = 6,16$ ($SD = 4,61$) und im Follow-Up-Test T3 ein $M = 5,72$ ($SD = 5,03$). Somit zeigte sich auf der Grundlage dieser Entwicklung in der Interventionsgruppe eine Verbesserung in der Verhaltensentwicklung der teilgenommenen Kinder. Innerhalb der Kontrollbedingung zeigte sich hingegen ein inkonsistentes, uneinheitliches Bild mit einer Abnahme der Skalenmittelwerte im Prä-Post-Vergleich und dann im Follow-Up-Test mit einer erneuten Zunahme des Skalenmittelwertes: Am T1 ist ein $M = 5,32$ ($SD = 5,02$), am T2 ein $M = 5,13$ ($SD = 4,96$) und am T3 ein $M = 5,50$ ($SD = 5,67$) ermittelt worden. Hier zeigte sich offenbar eine sehr leichte Verbesserung der Kinder in der Kontrollgruppe im Prä-Post-Vergleich, allerdings dann mit einer erneuten Zunahme und damit auch einer Verschlechterung im Post-Follow-Up-Vergleich. In der gesamten sortenreinen Stichprobe bei den Lehrkräften zeigte sich konstant über die drei Messzeitpunkte hinweg eine sehr leichte Reduktion der Skalenmittelwerte von $M = 5,79$ ($SD = 4,84$) am ersten Zeitpunkt T1, einem $M = 5,61$ ($SD = 4,81$) am zweiten Zeitpunkt T2 und einem $M = 5,59$ ($SD = 5,38$) am dritten Zeitpunkt T3, was dafür spricht, dass es zu einer allgemeinen Verbesserung in der Stichprobe gekommen ist, unabhängig von der Interventions- oder Kontrollbedingung.

In der Tabelle 23 sind die erhobenen Mittelwerte der Interventions- zur Kontrollgruppe der Lehrerbeurteilungen der Kinder tabellarisch abgetragen.

Tabelle 23:
Mittelwerte der Lehrerstichprobe

	IG			KG			Gesamt		
	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
TRF sozialer Rückzug T1	76	2,80	3,21	82	1,89	2,49	158	2,32	2,89
TRF sozialer Rückzug T2	72	2,08	2,65	82	1,74	2,08	154	1,90	2,36
TRF sozialer Rückzug T3	65	1,75	2,60	83	1,33	1,67	148	1,52	2,13
TRF Angst/Depressivität T1	76	4,68	5,36	82	2,98	3,88	158	3,80	4,71
TRF Angst/Depressivität T2	72	4,25	4,77	82	3,23	4,47	154	3,70	4,62
TRF Angst/Depressivität T3	65	3,12	4,19	83	2,10	2,92	148	2,55	3,56
TRF soziale Probleme T1	76	2,39	3,18	82	1,42	2,13	158	1,89	2,72
TRF soziale Probleme T2	72	2,32	3,25	82	1,58	2,42	154	1,92	2,85
TRF soziale Probleme T3	65	1,92	3,34	83	1,32	2,25	148	1,58	2,79
TRF Gesamtwert T1	76	9,00	9,43	82	5,73	6,43	158	7,30	8,15
TRF Gesamtwert T2	72	7,84	8,57	82	6,05	7,00	154	6,89	7,80
TRF Gesamtwert T3	65	6,06	8,14	83	4,47	5,32	148	5,16	6,73
LSL Kooperation T1	75	13,06	2,26	83	12,91	2,54	158	12,98	2,40
LSL Kooperation T2	71	12,86	2,13	80	13,43	2,05	151	13,16	2,10
LSL Kooperation T3	65	13,44	2,22	81	13,43	2,57	146	13,43	2,41
LSL Selbstwahrnehmung T1	75	12,04	2,89	82	12,58	2,96	157	12,32	2,93
LSL Selbstwahrnehmung T2	70	11,85	2,67	79	12,91	2,63	149	12,41	2,69
LSL Selbstwahrnehmung T3	65	12,47	3,00	80	13,22	2,94	145	12,89	2,98
LSL Selbstkontrolle T1	75	11,94	2,76	83	12,14	2,82	158	12,05	2,78
LSL Selbstkontrolle T2	71	11,73	2,79	80	12,62	2,46	151	12,20	2,65
LSL Selbstkontrolle T3	65	12,35	3,07	80	12,71	3,06	145	12,55	3,05
LSL Einfühlungsvermögen Hilfsbereitschaft T1	75	12,44	2,85	83	12,76	2,99	158	12,60	2,92
LSL Einfühlungsvermögen Hilfsbereitschaft T2	72	12,01	3,10	80	13,02	2,48	152	12,54	2,83
LSL Einfühlungsvermögen Hilfsbereitschaft T3	65	12,69	3,49	80	13,02	3,02	145	12,87	3,23
LSL Angemessene Selbstbehauptung T1	75	11,90	2,91	83	12,92	2,80	158	12,44	2,89
LSL Angemessene Selbstbehauptung T2	72	11,97	2,93	79	13,30	2,70	151	12,67	2,88
LSL Angemessene Selbstbehauptung T3	65	13,26	2,57	80	13,30	2,89	145	13,28	2,74
LSL Sozialkontakt T1	75	12,48	2,74	83	13,24	2,22	158	12,88	2,50
LSL Sozialkontakt T2	72	12,32	2,62	79	13,15	2,02	151	12,75	2,36

	<i>IG</i>			<i>KG</i>			Gesamt		
	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
LSL Sozialkontakt T3	65	13,32	2,58	80	13,51	2,01	145	13,42	2,28
SDQ Emotionale Probleme T1	75	1,64	2,13	84	1,08	1,64	159	1,34	1,90
SDQ Emotionale Probleme T2	72	1,45	1,92	82	1,20	1,83	154	1,32	1,87
SDQ Emotionale Probleme T3	65	1,33	1,86	82	1,25	1,86	147	1,29	1,85
SDQ Prosoziales Verhalten T1	75	7,86	2,03	84	7,91	1,87	159	7,89	1,94
SDQ Prosoziales Verhalten T2	72	7,66	2,11	82	8,23	1,98	154	7,96	2,06
SDQ Prosoziales Verhalten T3	65	8,09	2,24	82	8,35	1,85	147	8,23	2,03
SDQ Verhaltensprobleme T1	75	1,06	1,57	84	0,76	1,24	159	0,90	1,41
SDQ Verhaltensprobleme T2	72	1,15	1,54	82	0,76	1,45	154	0,94	1,50
SDQ Verhaltensprobleme T3	65	1,12	1,55	82	0,87	1,65	147	0,98	1,61
SDQ Hyperaktivität T1	75	2,46	2,15	84	2,31	2,44	159	2,38	2,30
SDQ Hyperaktivität T2	72	2,45	2,33	82	1,98	2,15	154	2,20	2,24
SDQ Hyperaktivität T3	65	2,29	2,27	82	2,17	2,42	147	2,22	2,35
SDQ Verhaltensprobleme mit Gleichaltrigen T1	75	1,14	1,68	84	1,16	1,74	159	1,15	1,70
SDQ Verhaltensprobleme mit Gleichaltrigen T2	72	1,09	1,60	82	1,17	1,78	154	1,13	1,69
SDQ Verhaltensprobleme mit Gleichaltrigen T3	65	0,97	1,64	82	1,19	1,64	147	1,09	1,64
SDQ Gesamtproblemwert T1	75	6,32	4,61	84	5,32	5,02	159	5,79	4,84
SDQ Gesamtproblemwert T2	72	6,16	4,61	82	5,13	4,96	154	5,61	4,81
SDQ Gesamtproblemwert T3	65	5,72	5,03	82	5,50	5,67	147	5,59	5,38

Anmerkungen. *IG*: Interventionsgruppe, *KG*: Kontrollgruppe, *M*: Mittelwert, *SD*: Standardabweichung

6.4 Ergebnisse der Studie: Primärer Outcome

Im Kontext der Analyse zum primären Outcome erfolgt zunächst eine Darstellung der Ergebnisse zur zweifaktoriellen Varianzanalyse (Messzeitpunkt: Prä-, Post- und Follow-Up-Test und Gruppe: Interventionsgruppe vs. Kontrollgruppe) ohne Kovariaten. Im zweiten Abschnitt erfolgt eine Darstellung der varianzanalytischen Untersuchung mit Kovariaten (Familienstand, Klassenstufe, elterlicher akademischer Bildungsgrad).

Zweifaktorielle Varianzanalyse mit Messwiederholung ohne Kovariaten

In der Tabelle 24 sind die Werte der Varianzanalyse für den primären Outcome tabellarisch, skalenspezifisch und hypothesenorientiert (nach den Forschungshypothesen H 1.1 bis H 1.5 sortiert) dargestellt.

Messzeitpunkt

Folgende Ergebnisse lassen sich im Hinblick auf getestete Zeiteffekte wie folgt zusammenfassen. Für die Subskalen *Trennungsangst* (H 1.1), *Soziale Phobie* (H 1.1), *Zwangsstörung* (H 1.1), *Panikstörung und Agoraphobie* (H 1.1), *Angst vor körperlicher Verletzung* (H 1.1), *Generalisierte Angststörung* (H 1.1), *SCAS-D Gesamtwert* (H 1.1), *CBCL sozialer Rückzug* (H 1.2), *CBCL Angst/Depressivität* (H 1.2), *CBCL Gesamtwert* (H 1.2), *SDQ [E] Emotionale Probleme* (H 1.3), *TRF sozialer Rückzug* (1.4), *TRF Angst/Depressivität* (1.4), *TRF Gesamtwert* (1.4) und *SDQ [L] Emotionale Probleme* (H 1.5) konnten signifikante Zeiteffekte festgestellt werden.

Für die Skala *Trennungsangst* (H 1.1) ließ sich ein hochsignifikanter Zeiteffekt detektieren, da $F(1,902; 270,12) = 16,730, p < 0,01$. Der vorgefundene Effekt geht mit einer Effektstärke von $\eta^2 = 0,105$ einher, was einem mittleren Effekt entspricht. Diese Skala ist mit der Greenhouse-Geisser-Korrektur berechnet worden. Für die Skala *Soziale Phobie* (H 1.1) ist ebenfalls ein hochsignifikanter Zeiteffekt mit einer mittleren Effektstärke gefunden worden ($F(1,856; 263,55) = 10,317, p < 0,01, \eta^2 = 0,068$). Auch diese Skala ist mit der Greenhouse-Geisser-Korrektur berechnet worden. Die Skala *Zwangsstörung* (H 1.1) wies ebenfalls einen hochsignifikanten Zeiteffekt mit einer kleinen Effektstärke auf, da $F(1,878; 266,74) = 6,191, p < 0,01, \eta^2 = 0,042$. Diese Skala ist ebenfalls mit der Greenhouse-Geisser-Korrektur berechnet worden. Weitere zusätzliche hochsignifikante Zeiteffekte zeigten sich auf den Subskalen *Panikstörung und Agoraphobie* (H 1.1) mit einer mittelgradigen Effektstärke ($F(2; 280) = 10,684, p < 0,01, \eta^2 = 0,071$), *Angst vor körperlicher Verletzung* (H 1.1) mit einem kleinen Effekt ($F(2; 278) = 7,758, p < 0,01, \eta^2 = 0,053$), *Generalisierte Angststörung* (H 1.1) mit einer mittelgradigen Effektstärke ($F(2; 284) = 9,449, p < 0,01, \eta^2 = 0,062$) und dem *SCAS-D Gesamtwert* (H 1.1) mit einem mittleren Effekt ($F(1,895; 269,12) = 20,188, p < 0,01, \eta^2 = 0,124$). Die Skala *SCAS-D Gesamtwert* wurden unter Berücksichtigung der Greenhouse-Geisser-Korrektur berechnet. Auch für die Skala *CBCL Angst/Depressivität* (H 1.2) konnte ein signifikanter Zeiteffekt mit einer kleinen Effektstärke berechnet werden, da

$F(1,891; 236,39) = 3,753, p < 0,05, \eta^2 = 0,029$. Auch diese Skala ist mit der Greenhouse-Geisser-Korrektur berechnet worden. Für die Gesamtskala *CBCL Gesamtwert* (H 1.2) ließ sich ebenfalls ein signifikanter Zeiteffekt detektieren, da $F(1,896; 236,96) = 4,346, p < 0,05, \eta^2 = 0,034$. Die vorgefundene Effektstärke entspricht auch hier einem kleinen Effekt. Auch diese Skala ist mit der Greenhouse-Geisser-Korrektur getestet worden. Die Skala *CBCL sozialer Rückzug* (H 1.2) ist im Sinne eines Trends auf einem 10%-Niveau signifikant getestet worden, da $F(1,892; 236,50) = 2,925, p < 0,10, \eta^2 = 0,023$. Dieser trendbezogene signifikante Zeiteffekt entspricht einer kleinen Effektstärke. Für die Skala *SDQ [E] Emotionale Probleme* (H 1.3) ließ sich zudem ein signifikanter Zeiteffekt detektieren, da $F(1,911; 244,57) = 4,462, p < 0,05$. Der vorgefundene Effekt geht mit einer Effektstärke von $\eta^2 = 0,034$ einher, was einem kleinen Effekt entspricht. Diese Skala ist mit der Greenhouse-Geisser-Korrektur berechnet worden. Für die Skala *TRF sozialer Rückzug* (H 1.4) ließ sich ein hochsignifikanter Zeiteffekt detektieren, da $F(1,880; 266,94) = 12,524, p < 0,01$. Der vorgefundene Effekt geht mit einer Effektstärke von $\eta^2 = 0,081$ einher, was einem mittleren Effekt entspricht. Diese Skala ist mit der Greenhouse-Geisser-Korrektur berechnet worden. Für die Skala *TRF Angst/Depressivität* (H 1.4) ist ebenfalls ein hochsignifikanter Zeiteffekt mit einer kleinen Effektstärke gefunden worden ($F(2; 284) = 8,747, p < 0,01, \eta^2 = 0,058$), auch für die Skala *TRF Gesamtwert* (H 1.4) ($F(2; 284) = 11,256, p < 0,01, \eta^2 = 0,073$) mit einer mittleren Effektstärke.

Weitere signifikante Zeiteffekte konnten nicht ermittelt werden (*SDQ [L] Emotionale Probleme*, H 1.5), da ($F(2; 284) = 0,064, p > 0,05$).

Messzeitpunkt * Gruppe

Im Kontext der Überprüfung möglicher Interaktionseffekte zwischen Zeitpunkt * Gruppe konnten im Rahmen dieser Varianzanalyse im Rahmen des primären Outcome keine signifikanten Interaktionseffekte detektiert werden (vgl. Tabelle 24). Die Analyse zeigte bei allen Tests auf Interaktionseffekte von Messzeitpunkt * Gruppe (Forschungshypothesen H 1.1 bis H 1.5) auf den Skalen *Trennungsangst* ($F(1,902; 270,12) = 2,100, p > 0,05$), *Soziale Phobie* ($F(1,856; 263,55) = 0,072, p > 0,05$), *Zwangsstörung* ($F(1,878; 266,74) = 0,131, p > 0,05$), *Panikstörung und Agoraphobie* ($F(2; 280) = 0,499, p > 0,05$), *Angst vor körperlicher Verletzung* ($F(2; 278) = 0,810, p > 0,05$), *Generalisierte Angststörung* ($F(2; 284) = 0,651, p > 0,05$), *SCAS-D Gesamtwert* ($F(1,895; 269,12) = 0,435, p > 0,05$), *CBCL sozialer Rückzug* ($F(1,892; 236,50) = 0,682, p > 0,05$), *CBCL Angst/Depressivität* ($F(1,891; 236,39) = 0,476,$

$p > 0,05$) und *CBCL Gesamtwert* ($F(1,896; 236,96) = 0,033, p > 0,05$), *SDQ [E] Emotionale Probleme* ($F(1,911; 244,57) = 0,776, p > 0,05$), *TRF sozialer Rückzug* ($F(1,880; 266,94) = 1,332, p > 0,05$), *TRF Angst/Depressivität* ($F(2; 284) = 0,006, p > 0,05$), *TRF Gesamtwert* ($F(2; 284) = 0,603, p > 0,05$) und *SDQ [L] Emotionale Probleme* ($F(2; 284) = 0,706, p > 0,05$) keine signifikanten Ergebnisse. Es bestanden für die Gesamtstichprobe zwischen den drei Messzeitpunkten und in Relation von Interventions- zur Kontrollbedingung keine signifikanten Unterschiede für diese Skalen. Die Skalen *Trennungsangst*, *Soziale Phobie*, *Zwangsstörung*, *SCAS-D Gesamtwert*, *CBCL sozialer Rückzug*, *CBCL Angst/Depressivität*, *CBCL Gesamtwert*, *SDQ [E] Emotionale Probleme* und *TRF sozialer Rückzug* sind nach Greenhouse-Geisser korrigiert worden.

Tabelle 24:

Primärer Outcome: Zweifaktorielle Varianzanalyse mit Messwiederholung, ohne Kovariaten

Faktor	Skala	df	F	p	η^2
Zeitpunkt	SCAS-D Trennungsangst ^g (H 1.1)	1,902; 270,12	16,730	0,000***	0,105
	SCAS-D Soziale Phobie ^g (H 1.1)	1,856; 263,55	10,317	0,000***	0,068
	SCAS-D Zwangsstörung ^g (H 1.1)	1,878; 266,74	6,191	0,003***	0,042
	SCAS-D Panikstörung und Agoraphobie (H 1.1)	2; 280	10,684	0,000***	0,071
	SCAS-D Angst vor körperlicher Verletzung (H 1.1)	2; 278	7,758	0,001***	0,053
	SCAS-D Generalisierte Angststörung (H 1.1)	2; 284	9,449	0,000***	0,062
	SCAS-D Gesamtwert ^g (H 1.1)	1,895; 269,12	20,188	0,000***	0,124
	CBCL Sozialer Rückzug ^g (H 1.2)	1,892; 236,50	2,925	0,059*	0,023
	CBCL Angst/Depressivität ^g (H 1.2)	1,891; 236,39	3,753	0,027**	0,029
	CBCL Gesamtwert ^g (H 1.2)	1,896; 236,96	4,346	0,016**	0,034
	SDQ [E] Emotionale Probleme ^g (H 1.3)	1,911; 244,57	4,462	0,014**	0,034
	TRF sozialer Rückzug ^g (H 1.4)	1,880; 266,94	12,524	0,000***	0,081
	TRF Angst/Depressivität (H 1.4)	2; 284	8,747	0,000***	0,058
	TRF Gesamtwert (H 1.4)	2; 284	11,256	0,000***	0,073
	SDQ [L] Emotionale Probleme (H 1.5)	2; 284	0,064	0,938	0,000
Zeitpunkt * Gruppe	SCAS-D Trennungsangst ^g (H 1.1)	1,902; 270,12	2,100	0,127	0,015
	SCAS-D Soziale Phobie ^g (H 1.1)	1,856; 263,55	0,072	0,919	0,001
	SCAS-D Zwangsstörung ^g (H 1.1)	1,878; 266,74	0,131	0,866	0,001
	SCAS-D Panikstörung und Agoraphobie (H 1.1)	2; 280	0,499	0,604	0,004
	SCAS-D Angst vor körperlicher Verletzung (H 1.1)	2; 278	0,810	0,446	0,006
	SCAS-D Generalisierte Angststörung (H 1.1)	2; 284	0,651	0,522	0,005
	SCAS-D Gesamtwert ^g (H 1.1)	1,895; 269,12	0,435	0,637	0,003
	CBCL Sozialer Rückzug ^g (H 1.2)	1,892; 236,50	0,682	0,499	0,005
	CBCL Angst/Depressivität ^g (H 1.2)	1,891; 236,39	0,476	0,611	0,004
	CBCL Gesamtwert ^g (H 1.2)	1,896; 236,96	0,033	0,963	0,000
	SDQ [E] Emotionale Probleme ^g (H 1.3)	1,911; 244,57	0,776	0,456	0,006
	TRF sozialer Rückzug ^g (H 1.4)	1,880; 266,94	1,332	0,265	0,009
	TRF Angst/Depressivität (H 1.4)	2; 284	0,006	0,994	0,000
	TRF Gesamtwert (H 1.4)	2; 284	0,603	0,548	0,004
	SDQ [L] Emotionale Probleme (H 1.5)	2; 284	0,706	0,494	0,005

Anmerkungen. *sign. $\alpha < .10$ (signifikanter Trend). **sign. $\alpha < .05$. ***sign. $\alpha < .01$. g = Korrektur nach Greenhouse-Geisser, SDQ [E]: Elternbeurteilung, SDQ [L]: Lehrerbeurteilung, Forschungshypothesen primärer Outcome: H 1.1 – H 1.5.

Zweifaktorielle Varianzanalyse mit Messwiederholung mit Kovariaten

In diesem Abschnitt des Kapitels erfolgt die Darstellung der Ergebnisse zur zweifaktoriellen Varianzanalyse mit Messwiederholung unter Berücksichtigung von Kovariaten (Familienstand, Klassenstufe, elterlicher akademischer Bildungsgrad).

Messzeitpunkt (mit Kovariaten)

Die Varianzanalyse (vgl. Tabelle 28) zeigte im primären Outcome unter Berücksichtigung von Kovariaten (Klassenstufe, Familienstand, akademischer Grad der Eltern) bei den Tests auf Zeiteffekte auf der Skala *TRF Angst/Depressivität* (H 1.4) einen hochsignifikanten Zeiteffekt mit einer kleinen Effektstärke, da $F(2; 260) = 4,955, p < 0,01, \eta^2 = 0,037$. Auch die *TRF Gesamtskala* (H 1.4) ($F(2; 260) = 4,672, p < 0,05, \eta^2 = 0,035$) zeigte bei einer kleinen Effektstärke einen signifikanten Zeiteffekt.

Auf den Skalen *Trennungsangst* (H 1.1) ($F(2; 256) = 0,408, p > 0,05$), *Soziale Phobie* (H 1.1) ($F(1,848; 236,54) = 0,806, p > 0,05$), *Zwangsstörung* (H 1.1) ($F(1,871; 239,44) = 0,884, p > 0,05$), *Panikstörung und Agoraphobie* (H 1.1) ($F(2; 252) = 0,059, p > 0,05$), *Angst vor körperlicher Verletzung* (H 1.1) ($F(2; 250) = 0,246, p > 0,05$), *Generalisierte Angststörung* (H 1.1) ($F(2; 256) = 0,056, p > 0,05$), *SCAS-D Gesamtwert* (H 1.1) ($F(1,898; 242,90) = 0,138, p > 0,05$), *CBCL sozialer Rückzug* (H 1.2) ($F(1,868; 224,18) = 0,177, p > 0,05$), *CBCL Angst/Depressivität* (H 1.2) ($F(1,853; 222,34) = 0,128, p > 0,05$), *CBCL Gesamtwert* (H 1.2) ($F(1,854; 222,44) = 0,235, p > 0,05$), *SDQ [E] Emotionale Probleme* (H 1.3) ($F(1,897; 231,43) = 1,940, p > 0,05$), *TRF sozialer Rückzug* (H 1.4) ($F(1,899; 246,81) = 1,943, p > 0,05$) und auf der Skala *SDQ [L] Emotionale Probleme* (H 1.5) ($F(2; 260) = 0,199, p > 0,05$) konnten keine signifikanten Zeiteffekte identifiziert werden. Es bestanden für die Gesamtstichprobe demnach zwischen den drei Messzeitpunkten keine signifikanten Unterschiede auf diesen Skalen. Die Skalen *Soziale Phobie*, *Zwangsstörung*, *SCAS-D Gesamtwert*, *CBCL sozialer Rückzug*, *CBCL Angst/Depressivität*, *CBCL Gesamtwert*, *SDQ [E] Emotionale Probleme*, *TRF sozialer Rückzug* sind nach Greenhouse-Geisser korrigiert worden.

Messzeitpunkt * Klassenstufe

Unter Berücksichtigung der Faktoren Zeitpunkt * Klassenstufe ist im primären Outcome auf der Skala *TRF Angst/Depressivität* (H 1.4) ($F(2; 260) = 5,108, p < 0,01, \eta^2 = 0,038$) ein hochsignifikanter und auf der Skala *TRF Gesamtwert* (H 1.4) ($F(2; 260) = 4,601, p < 0,05, \eta^2 = 0,034$) ein signifikanter Interaktionseffekt erhoben worden. Die Eta-Quadrat-Werte lagen bei diesen Skalen im Bereich kleiner Effektstärken. Das bedeutet, für diese Skalen bestehen zwischen den drei Messzeitpunkten unter Berücksichtigung der Kovariate Klassenstufe signifikante Unterschiede. Auf der Skala *SCAS-D Gesamtwert* (H 1.1) konnte zudem ein signifikanter Trend mit einer kleinen Effektstärke ausgemacht werden ($F(1,898; 242,90) = 2,572, p < 0,10, \eta^2 = 0,020$) und ist nach Greenhouse-Geisser korrigiert worden. Die Interaktionseffekte von Zeitpunkt * Klassenstufe auf den Skalen *TRF Angst/Depressivität* (H 1.4) und *TRF Gesamtwert* (H 1.4) können wie folgt vertiefend beurteilt und interpretiert werden.

Auf der Skala *TRF Angst/Depressivität* (vgl. Tabelle 25 und *Abbildung 31*) ist zu sehen, dass die zweiten/dritten Klassen in der Gesamtstichprobe am ersten Messzeitpunkt höhere Skalenmittelwerte aufweisen als die vierten Grundschulklassenkinder, diese dann zum Post-Zeitpunkt zunehmen, bei den jüngeren Kindern stärker als bei den älteren, was insgesamt für eine Zunahme von Angst- und Depressivitätswerten spricht. Diese nehmen dann sehr stark zum Follow-Up-Zeitpunkt wieder ab, auch hier stärker bei den Zweit- und Drittklässlern im Vergleich zu den Viertklässlern. Erklären lässt sich dieser Effekt einerseits mit *Lehrereffekten*, andererseits auch mit *Alterseffekten*. Im Kontext des Lehrereffektes bedeutet das, Lehrkräfte schätzten im Hinblick auf Angst und Depressivität die Entwicklung der zu beurteilenden Kinder in den zweiten und dritten Grundschulklassen unabhängig von der Zugehörigkeit zur Interventions- oder Kontrollbedingung schwankender und instabiler, d. h. also auch insgesamt weniger konstant und damit auffälliger ein als bei den Kindern der vierten Klassen. Im Zusammenhang mit Alterseffekten auf dieser Skala ist zu konstatieren, dass sich diese Kinder im Hinblick auf Angst und Depressivität je nach Altersstufe unterschiedlich entwickelt haben und sich infolgedessen in der Gesamtstichprobe dieser signifikante Interaktionseffekt gezeigt hat.

Tabelle 25:
Skala TRF Angst/Depressivität – Interaktionseffekt Zeitpunkt * Klassenstufe

		<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>n</i>
Prä-Test (T1)	2./3.Klasse	4,000	4,505	41
	4.Klasse	3,221	4,235	104
Post-Test (T2)	2./3.Klasse	4,634	6,183	41
	4.Klasse	3,355	3,821	104
Follow Up-Test (T3)	2./3.Klasse	2,243	2,852	41
	4.Klasse	2,692	3,849	104

Anmerkungen. *M*: Mittelwert; *SD*: Standardabweichung.

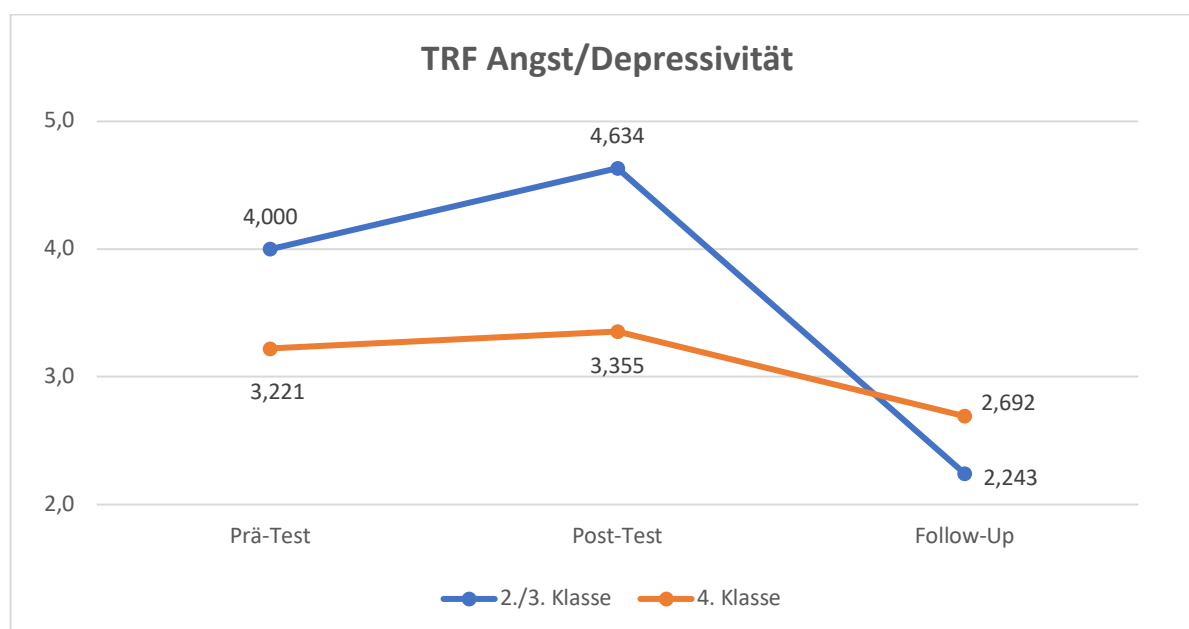


Abbildung 31. Skala TRF Angst/Depressivität Interaktionseffekt Zeitpunkt * Klassenstufe

Für die Skala *TRF Angst/Depressivität* (H 1.4) kann bei den Lehrkräften beobachtet werden, dass die Werte zum Post-Test steigen und dann zu Follow-Up wieder sinken. Die Gruppe zweite und dritte Klasse sinkt sogar stärker in der Relation zur vierten Klassenstufe. Aus diesem Grund ist hier ein Interaktionseffekt von Zeitpunkt * Klassenstufe festzustellen.

Auf der Skala *TRF Gesamtwert* (H 1.4) (vgl. Tabelle 26 und *Abbildung 32*) zeigte sich im Rahmen des berichteten Interaktionseffektes von Zeitpunkt * Klassenstufe ein leicht deviantes Bild in Relation zu den Ausführungen des Interaktionseffektes auf den Skalen *TRF Angst/Depressivität*. Hier hat die Gruppe der zweiten und dritten Grundschulklassen im Prä-

Post-Vergleich leicht zugenommen, dann im Post-Follow-Up-Vergleich deutlich in den Mittelwerten abgenommen, was für eine erhebliche Verbesserung spricht. Die Gruppe der vierten Grundschulklassen hat sehr schwach im Prä-Post-Vergleich in den Skalenmittelwerten abgenommen, dann aber analog zu der Gruppe der zweiten und dritten Klassen deutlich im Post-Follow-Up-Vergleich abgenommen, allerdings schwächer als in der Gruppe der zweiten und dritten Klassen. Dieser Interaktionseffekt von Zeitpunkt * Klassenstufe kann aber ebenfalls analog zum Interaktionseffekt auf den Skalen TRF *Angst/Depressivität* (H 1.4) mit dem Lehrer- und Alterseffekt argumentiert werden.

Tabelle 26:
Skala TRF Gesamtwert – Interaktionseffekt Zeitpunkt * Klassenstufe

		<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>n</i>
Prä-Test (T1)	2./3.Klasse	7,804	7,678	41
	4.Klasse	6,509	7,643	104
Post-Test (T2)	2./3.Klasse	8,219	9,804	41
	4.Klasse	6,432	6,711	104
Follow Up-Test (T3)	2./3.Klasse	4,585	6,008	41
	4.Klasse	5,375	7,075	104

Anmerkungen. *M*: Mittelwert; *SD*: Standardabweichung.

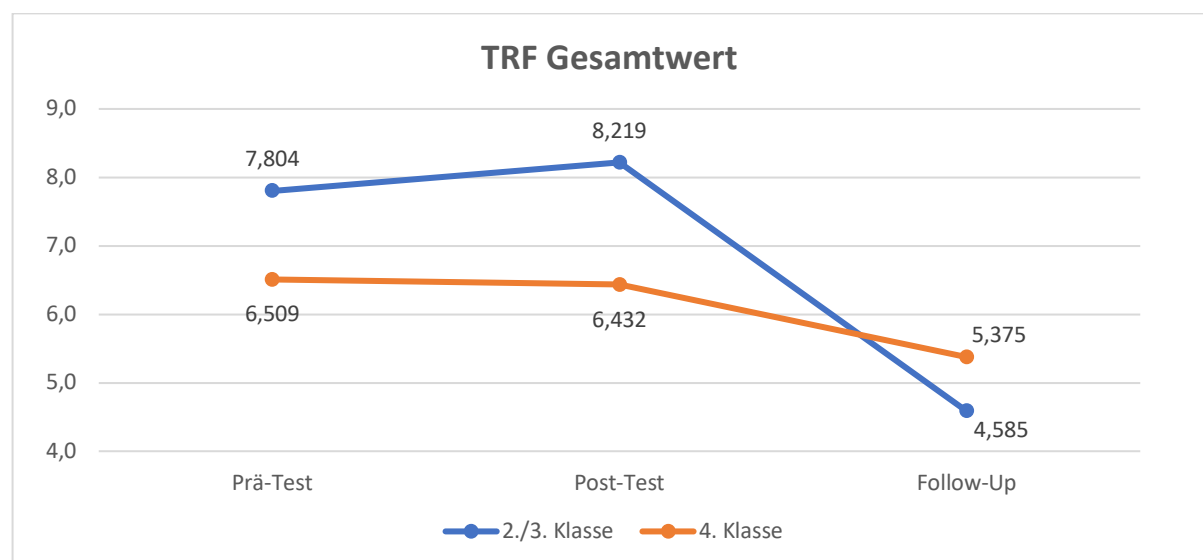


Abbildung 32. Skala TRF Gesamtwert Interaktionseffekt Zeitpunkt * Klassenstufe

Für die Skala *TRF Gesamtwert* (H 1.4) kann bei den Lehrkräften also konstatiert werden, dass die Skalenmittelwerte bei den zweiten und dritten Grundschulklassen in der Gesamtstichprobe zum Post-Test leicht ansteigen und dann zum Follow-Up deutlich absinken. Die Gruppe der zweiten und dritten Klassen sinkt im Vergleich zu der Gruppe der vierten Klassen stärker. Dies erklärt an dieser Stelle den Interaktionseffekt.

Weiterhin konnten im Rahmen dieser Analyse unter der Berücksichtigung der Kovariate Klassenstufe im Kontext der Interaktion von Messzeitpunkt * Klassenstufe (vgl. Tabelle 28) auf der Skala *Trennungsangst* (H 1.1) ($F(2; 256) = 0,405, p > 0,05$), *Soziale Phobie* (H 1.1) ($F(1,848; 236,54) = 1,754, p > 0,05$), *Zwangsstörung* (H 1.1) ($F(1,871; 239,44) = 2,262, p > 0,05$), *Panikstörung und Agoraphobie* (H 1.1) ($F(2; 252) = 1,812, p > 0,05$), *Angst vor körperlicher Verletzung* (H 1.1) ($F(2; 250) = 0,281, p > 0,05$), *Generalisierte Angststörung* (H 1.1) ($F(2; 256) = 1,711, p > 0,05$), zudem auf den Skalen *TRF sozialer Rückzug* (H 1.4) ($F(1,899; 246,81) = 1,189, p > 0,05$) und *SDQ Emotionale Probleme [L]* (H 1.5) ($F(2; 260) = 1,362, p > 0,05$) keine signifikanten Interaktionseffekte von Zeitpunkt * Klassenstufe gefunden werden. Das bedeutet, für diese aufgeführten Skalen bestehen zwischen den drei Messzeitpunkten unter Berücksichtigung der Kovariate Klassenstufe keine signifikanten Unterschiede; die Kovariate Klassenstufe weist somit auf diesen Skalen keinen Einfluss auf die Signifikanz der Interaktion von Zeitpunkt * Klassenstufe auf. Die Skalen *Soziale Phobie*, *Zwangsstörung*, *SCAS-D Gesamtwert* und *TRF sozialer Rückzug* sind nach Greenhouse-Geisser korrigiert worden.

Messzeitpunkt * Familienstand

In der Varianzanalyse unter Berücksichtigung der Kovariate Familienstand im Hinblick auf die Interaktion von Messzeitpunkt * Familienstand (vgl. Tabelle 28) konnten auf den Skalen *Trennungsangst* (H 1.1) ($F(2; 256) = 1,904, p > 0,05$), *Soziale Phobie* (H 1.1) ($F(1,848; 236,54) = 1,093, p > 0,05$), *Zwangsstörung* (H 1.1) ($F(1,871; 239,44) = 0,145, p > 0,05$), *Panikstörung und Agoraphobie* (H 1.1) ($F(2; 252) = 1,335, p > 0,05$), *Angst vor körperlicher Verletzung* (H 1.1) ($F(2; 250) = 0,279, p > 0,05$), *Generalisierte Angststörung* (H 1.1) ($F(2; 256) = 0,207, p > 0,05$), *SCAS-D Gesamtwert* (H 1.1) ($F(1,898; 242,90) = 0,763, p > 0,05$), *CBCL sozialer Rückzug* (H 1.2) ($F(1,868; 224,18) = 0,111, p > 0,05$), *CBCL Angst/Depressivität* (H 1.2) ($F(1,853; 222,34) = 0,868, p > 0,05$), *CBCL Gesamtwert* (H 1.2) ($F(1,854; 222,44) = 0,707, p > 0,05$), *SDQ [E] Emotionale Probleme* (H 1.3)

($F(1,897; 231,43) = 0,384, p > 0,05$), *TRF sozialer Rückzug* (H 1.4) ($F(1,899; 246,81) = 0,053, p > 0,05$), *TRF Angst/Depressivität* (H 1.4) ($F(2; 260) = 1,056, p > 0,05$), *TRF Gesamtwert* (H 1.4) ($F(2; 260) = 0,422, p > 0,05$) und *SDQ [L] Emotionale Probleme* (H 1.5) ($F(2; 260) = 1,419, p > 0,05$) im Prä-, Post- und Follow-Up-Test keine signifikanten Interaktionseffekte gefunden werden. Damit waren die Tests für diese Skalen unter Berücksichtigung der Faktoren Zeitpunkt * Familienstand nicht signifikant. Das bedeutet, für diese aufgeführten Skalen bestehen zwischen den drei Messzeitpunkten unter Berücksichtigung der Kovariate Familienstand keine signifikanten Unterschiede. Die Kovariate Familienstand weist somit im primären Outcome auf keiner Skala einen Einfluss auf die Interaktion von Zeitpunkt * Familienstand auf. Die Skalen *Soziale Phobie*, *Zwangsstörung*, *SCAS-D Gesamtwert*, *CBCL sozialer Rückzug*, *CBCL Angst/Depressivität* und *CBCL Gesamtwert*, *SDQ [E] Emotionale Probleme* und *TRF sozialer Rückzug* sind mit der Greenhouse-Geisser-Korrektur berechnet worden.

Messzeitpunkt * akademischer elterlicher Bildungsgrad

In der Varianzanalyse unter Berücksichtigung der Kovariate akademischer Bildungsgrad der Eltern ist im Hinblick auf die Interaktion von Zeitpunkt * akademischer Grad (vgl. Tabelle 28) auf der Skala *CBCL Angst/Depressivität* (H 1.2) ($F(1,853; 222,34) = 2,998, p < 0,10, \eta^2 = 0,024$) und auf der Skala *CBCL Gesamtwert* (H 1.2) ($F(1,854; 222,44) = 2,553, p < 0,10, \eta^2 = 0,021$) ein signifikanter Trend mit einer kleinen Effektstärke ausgemacht worden und ist nach Greenhouse-Geisser korrigiert worden.

Darüber hinaus konnten im Rahmen dieser Varianzanalyse unter Berücksichtigung der Kovariate akademischer Grad der Eltern bei Zeitpunkt * akademischer elterlicher Bildungsgrad (vgl. Tabelle 28) keine signifikanten Interaktionseffekte extrahiert werden. Folgende Ergebnisse konnten hierbei zusammengefasst werden: Auf den Skalen *Trennungsangst* (H 1.1) ($F(2; 256) = 0,106, p > 0,05$), *Soziale Phobie* (H 1.1) ($F(1,848; 236,54) = 0,683, p > 0,05$), *Zwangsstörung* (H 1.1) ($F(1,871; 239,44) = 0,145, p > 0,05$), *Panikstörung und Agoraphobie* (H 1.1) ($F(2; 252) = 2,122, p > 0,05$), *Angst vor körperlicher Verletzung* (H 1.1) ($F(2; 250) = 0,096, p > 0,05$), *Generalisierte Angststörung* (H 1.1) ($F(2; 256) = 0,095, p > 0,05$), *SCAS-D Gesamtwert* (H 1.1) ($F(1,898; 242,90) = 0,432, p > 0,05$), *CBCL sozialer Rückzug* (H 1.2) ($F(1,868; 224,18) = 1,707, p > 0,05$), *SDQ [E] Emotionale Probleme* (H 1.3) ($F(1,897; 231,43) = 1,432, p > 0,05$), *TRF sozialer Rückzug* (H 1.4) ($F(1,899; 246,81) = 0,915, p > 0,05$), *TRF Angst/Depressivität* (H 1.4) ($F(2; 260) = 0,815, p$

> 0,05), TRF Gesamtwert (H 1.4) ($F(2; 260) = 0,362, p > 0,05$) und auf der Skala SDQ [L] Emotionale Probleme (H 1.5) ($F(2; 260) = 0,920, p > 0,05$) sind keine signifikanten Interaktionseffekte gefunden worden. Das bedeutet, für diese aufgeführten Skalen bestehen zwischen den drei Messzeitpunkten Prä (T1), Post (T2) und Follow-Up (T3) unter Berücksichtigung der Kovariate akademischer Grad keine signifikanten Unterschiede. Die Kovariate akademischer Grad weist somit auf diesen Skalen keinen Einfluss auf die Interaktion von Zeitpunkt * elterlicher akademischer Bildungsgrad auf. Die Skalen Soziale Phobie, Zwangsstörung, SCAS-D Gesamtwert, CBCL sozialer Rückzug, CBCL Angst/Depressivität, CBCL Gesamtwert, SDQ [E] Emotionale Probleme und TRF sozialer Rückzug sind mit der Greenhouse-Geisser-Korrektur berechnet worden.

Messzeitpunkt * Gruppe (mit Kovariaten)

Unter Berücksichtigung von allen Kovariaten (Klassenstufe, Familienstand, akad. Grad der Eltern) konnten im Rahmen der Varianzanalyse folgende Effekte erhoben werden (vgl. Tabelle 27): Auf der Skala Trennungsangst (H 1.1) konnte ein signifikanter Interaktionseffekt von Zeitpunkt * Gruppe mit einer kleinen Effektstärke detektiert werden, da $F(2; 256) = 3,191, p < 0,05, \eta^2 = 0,024$. Für die Skala Trennungsangst kann konstatiert werden, dass sich die Skalenmittelwerte unter dem Einfluss der Kovariaten in der Interventions- und Kontrollbedingung im Prä-Post-Vergleich (T1 zu T2) unterschiedlich stark abgenommen haben und dann zum Follow-Up-Zeitpunkt (T2 zu T3) beide Gruppen nochmalig deutlich sanken. Die Interventionsgruppe zeigte kontrastierend zur Kontrollgruppe bereits von T1 zu T2 eine deutliche Abnahme der Skalenmittelwerte, was als eine Reduktion der Trennungsangst bei den Kindern bewertet werden kann, die am »Super Skills for Life«-Programm teilgenommen haben. Die Kontrollgruppe blieb in den Mittelwerten im Prä-Post-Vergleich eher konstant und nur leicht abnehmend, sodass hier nicht von einer bedeutsamen Abnahme der Trennungsangst ausgegangen werden kann. Diese Differenz im Vergleich der Interventions- zur Kontrollbedingung kann an dieser Stelle als möglicher signifikanter Effekt des »Super Skills for Life«-Programms angenommen werden, dies unter dem Einfluss der Kovariaten Familienstand, elterlicher Bildungsgrad und Schulklasse. Über alle drei Messzeitpunkte konnte zudem belegt werden, dass die Interventionsgruppe kontinuierlich in ihren Skalenmittelwerten sank, während in der Kontrollbedingung eine bedeutsame Abnahme der Werte im Post-Follow-Up-Vergleich dokumentiert werden konnte. Aus diesem Grund konnte auf dieser Skala ein signifikanter Interaktionseffekt detektiert werden (vgl. Tabelle 27 und Abbildung 33).

Tabelle 27:

Skala: Mittelwerte SCAS-D Trennungsangst mit Kovariaten

		<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>n</i>
Prä-Test (T1)	IG	3,947	2,517	57
	KG	3,710	3,509	76
Post-Test (T2)	IG	3,017	2,394	57
	KG	3,684	2,958	76
Follow Up-Test (T3)	IG	2,280	1,915	57
	KG	2,921	2,585	76

Anmerkungen. *M*: Mittelwert; *SD*: Standardabweichung; *IG*: Interventionsgruppe; *KG*: Kontrollgruppe.

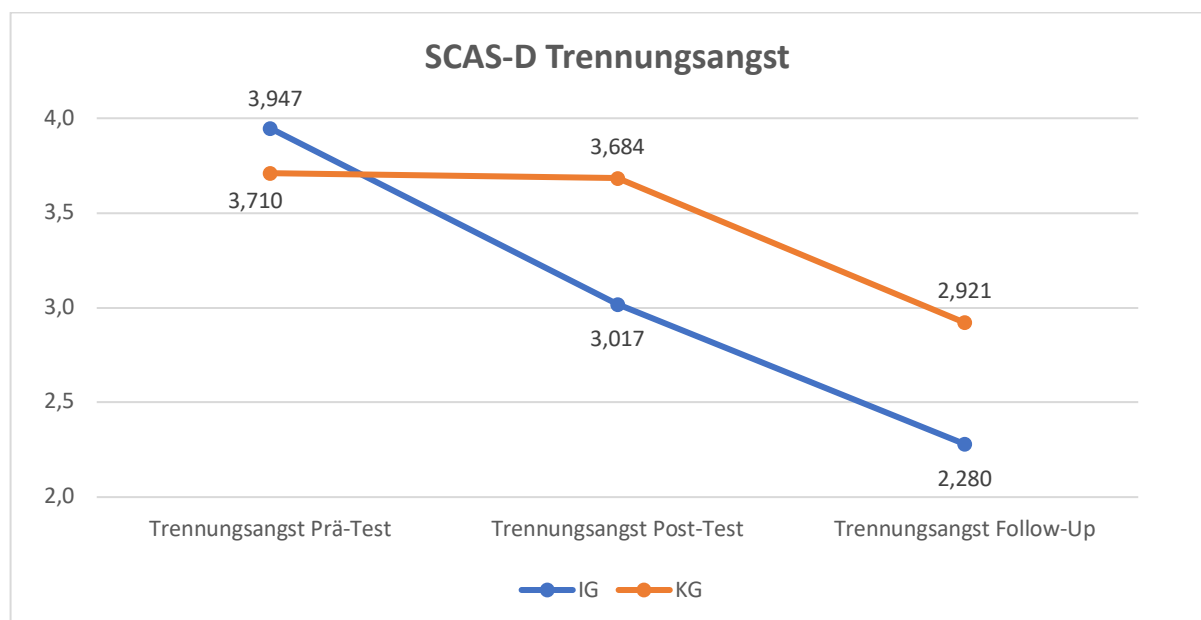


Abbildung 33. Skala SCAS-D Trennungsangst, Interaktionseffekt Zeitpunkt * Gruppe (mit Kovariaten: Familienstand, Klassenstufe und akademischer Bildungsgrad der Eltern)

Weitere signifikante Interaktionseffekte konnten hier bei den Faktoren Zeitpunkt * Gruppe unter Berücksichtigung der Kovariaten (vgl. Tabelle 28) nicht detektiert werden, da auf den Skalen *Soziale Phobie* (H 1.1) ($F(1,848; 236,54) = 0,040, p > 0,05$), *Zwangsstörung* (H 1.1) ($F(1,871; 239,44) = 0,812, p > 0,05$), *Panikstörung und Agoraphobie* (H 1.1) ($F(2; 252) = 1,124, p > 0,05$), *Angst vor körperlicher Verletzung* (H 1.1) ($F(2; 250) = 2,027, p > 0,05$), *Generalisierte Angststörung* (H 1.1) ($F(2; 256) = 1,337, p > 0,05$), *SCAS-D Gesamtwert* (H 1.1) ($F(1,898; 242,90) = 1,261, p > 0,05$), *CBCL sozialer Rückzug* (H 1.2) ($F(1,868; 224,18) = 0,626, p > 0,05$), *CBCL Angst/Depressivität* (H 1.2) ($F(1,853; 222,34) = 0,310, p > 0,05$), *CBCL Gesamtwert* (H 1.2) ($F(1,854; 222,44) = 0,016, p > 0,05$), *SDQ* [E]

Emotionale Probleme (H 1.3) ($F(1,897; 231,43) = 0,428, p > 0,05$), *TRF sozialer Rückzug* (H 1.4) ($F(1,899; 246,81) = 1,358, p > 0,05$), *TRF Angst/Depressivität* (H 1.4) ($F(2; 260) = 0,604, p > 0,05$), *TRF Gesamtwert* (H 1.4) ($F(2; 260) = 0,692, p > 0,05$) und *SDQ [L] Emotionale Probleme* (H 1.5) ($F(2; 260) = 0,406, p > 0,05$) keine signifikanten Interaktionseffekte von Zeitpunkt * Gruppe gefunden werden konnten. Somit zeigte sich innerhalb der varianzanalytischen Analyse unter Hinzuziehung der Kovariaten Schulklasse, Familienstand und elterlicher akademischer Bildungsgrad nur die Skala *Trennungsangst* (H 1.1) für die Gruppen auf einem 5%-Niveau signifikant. Auf der Grundlage dieses Befundes kann festgehalten werden, dass die Kovariaten lediglich auf dieser Skala einen Einfluss auf die Entwicklung der Skalenmittelwerte in den drei Messzeitpunkten hatten. Die Skalen *Soziale Phobie*, *Zwangsstörung*, *SCAS-D Gesamtwert*, *CBCL sozialer Rückzug*, *CBCL Angst/Depressivität*, *CBCL Gesamtwert*, *SDQ [E] Emotionale Probleme* und *TRF sozialer Rückzug* sind nach Greenhouse-Geisser-Korrektur berechnet worden.

Tabelle 28:

Primärer Outcome: Varianzanalyse mit Messwiederholung unter Berücksichtigung von Kovariaten (Klassenstufe, Familienstand, akad. Bildungsgrad der Eltern)

Faktor	Skala	df	F	p	η^2
Zeitpunkt	SCAS-D Trennungsangst (H 1.1)	2; 256	0,408	0,666	0,003
	SCAS-D Soziale Phobie ^g (H 1.1)	1,848; 236,54	0,806	0,439	0,006
	SCAS-D Zwangsstörung ^g (H 1.1)	1,871; 239,44	0,884	0,408	0,007
	SCAS-D Panikstörung und Agoraphobie (H 1.1)	2; 252	0,059	0,943	0,000
	SCAS-D Angst vor körperlicher Verletzung (H 1.1)	2; 250	0,246	0,782	0,002
	SCAS-D Generalisierte Angststörung (H 1.1)	2; 256	0,056	0,946	0,000
	SCAS-D Gesamtwert ^g (H 1.1)	1,898; 242,90	0,138	0,861	0,001
	CBCL Sozialer Rückzug ^g (H 1.2)	1,868; 224,18	0,177	0,823	0,001
	CBCL Angst/Depressivität ^g (H 1.2)	1,853; 222,34	0,128	0,865	0,001
	CBCL Gesamtwert ^g (H 1.2)	1,854; 222,44	0,235	0,774	0,002
	SDQ [E] Emotionale Probleme ^g (H 1.3)	1,897; 231,43	1,940	0,148	0,016
	TRF sozialer Rückzug ^g (H 1.4)	1,899; 246,81	1,943	0,148	0,015
	TRF Angst/Depressivität (H 1.4)	2; 260	4,955	0,008***	0,037
	TRF Gesamtwert (H 1.4)	2; 260	4,672	0,010**	0,035
SDQ [L] Emotionale Probleme (H 1.5)	2; 260	0,199	0,820	0,002	
Zeitpunkt * Klassenstufe	SCAS-D Trennungsangst (H 1.1)	2; 256	0,405	0,668	0,003
	SCAS-D Soziale Phobie ^g (H 1.1)	1,848; 236,54	1,754	0,178	0,014
	SCAS-D Zwangsstörung ^g (H 1.1)	1,871; 239,44	2,262	0,110	0,017
	SCAS-D Panikstörung und Agoraphobie (H 1.1)	2; 252	1,812	0,165	0,014
	SCAS-D Angst vor körperlicher Verletzung (H 1.1)	2; 250	0,281	0,755	0,002
	SCAS-D Generalisierte Angststörung (H 1.1)	2; 256	1,711	0,183	0,013
	SCAS-D Gesamtwert ^g (H 1.1)	1,898; 242,90	2,572	0,081*	0,020
	TRF sozialer Rückzug ^g (H 1.4)	1,899; 246,81	1,189	0,305	0,009
	TRF Angst/Depressivität (H 1.4)	2; 260	5,108	0,007***	0,038
	TRF Gesamtwert (H 1.4)	2; 260	4,601	0,011**	0,034
	SDQ [L] Emotionale Probleme (H 1.5)	2; 260	1,362	0,258	0,010
Zeitpunkt * Familienstand	SCAS-D Trennungsangst (H 1.1)	2; 256	1,904	0,151	0,015
	SCAS-D Soziale Phobie ^g (H 1.1)	1,848; 236,54	1,093	0,333	0,008
	SCAS-D Zwangsstörung ^g (H 1.1)	1,871; 239,44	0,145	0,852	0,001
	SCAS-D Panikstörung und Agoraphobie (H 1.1)	2; 252	1,335	0,265	0,010

Faktor	Skala	df	F	p	η^2
	SCAS-D Angst vor körperlicher Verletzung (H 1.1)	2; 250	0,279	0,756	0,002
	SCAS-D Generalisierte Angststörung (H 1.1)	2; 256	0,207	0,813	0,002
	SCAS-D Gesamtwert ^g (H 1.1)	1,898; 242,90	0,763	0,461	0,006
	CBCL Sozialer Rückzug ^g (H 1.2)	1,868; 224,18	0,111	0,882	0,001
	CBCL Angst/Depressivität ^g (H 1.2)	1,853; 222,34	0,868	0,414	0,007
	CBCL Gesamtwert ^g (H 1.2)	1,854; 222,44	0,707	0,484	0,006
	SDQ [E] Emotionale Probleme ^g (H 1.3)	1,897; 231,43	0,384	0,670	0,003
	TRF sozialer Rückzug ^g (H 1.4)	1,899; 246,81	0,053	0,942	0,000
	TRF Angst/Depressivität (H 1.4)	2; 260	1,056	0,349	0,008
	TRF Gesamtwert (H 1.4)	2; 260	0,422	0,656	0,003
	SDQ [L] Emotionale Probleme (H 1.5)	2; 260	1,419	0,244	0,011
Zeitpunkt * Akademischer Grad	SCAS-D Trennungsangst (H 1.1)	2; 256	0,106	0,900	0,001
	SCAS-D Soziale Phobie ^g (H 1.1)	1,848; 236,54	0,683	0,495	0,005
	SCAS-D Zwangsstörung ^g (H 1.1)	1,871; 239,44	0,145	0,852	0,001
	SCAS-D Panikstörung und Agoraphobie (H 1.1)	2; 252	2,122	0,122	0,017
	SCAS-D Angst vor körperlicher Verletzung (H 1.1)	2; 250	0,096	0,908	0,001
	SCAS-D Generalisierte Angststörung (H 1.1)	2; 256	0,095	0,910	0,001
	SCAS-D Gesamtwert ^g (H 1.1)	1,898; 242,90	0,432	0,639	0,003
	CBCL Sozialer Rückzug ^g (H 1.2)	1,868; 224,18	1,707	0,186	0,014
	CBCL Angst/Depressivität ^g (H 1.2)	1,853; 222,34	2,998	0,056*	0,024
	CBCL Gesamtwert ^g (H 1.2)	1,854; 222,44	2,553	0,084*	0,021
	SDQ [E] Emotionale Probleme ^g (H 1.3)	1,897; 231,43	1,432	0,241	0,012
	TRF sozialer Rückzug ^g (H 1.4)	1,899; 246,81	0,915	0,398	0,007
	TRF Angst/Depressivität (H 1.4)	2; 260	0,815	0,444	0,006
TRF Gesamtwert (H 1.4)	2; 260	0,362	0,697	0,003	
SDQ [L] Emotionale Probleme (H 1.5)	2; 260	0,920	0,400	0,007	
Zeitpunkt * Gruppe	SCAS-D Trennungsangst (H 1.1)	2; 256	3,191	0,043**	0,024
	SCAS-D Soziale Phobie ^g (H 1.1)	1,848; 236,54	0,040	0,952	0,000
	SCAS-D Zwangsstörung ^g (H 1.1)	1,871; 239,44	0,812	0,438	0,006
	SCAS-D Panikstörung und Agoraphobie (H 1.1)	2; 252	1,124	0,327	0,009
	SCAS-D Angst vor körperlicher Verletzung (H 1.1)	2; 250	2,027	0,134	0,016
	SCAS-D Generalisierte Angststörung (H 1.1)	2; 256	1,337	0,265	0,010

Faktor	Skala	df	F	p	η^2
	SCAS-D Gesamtwert ^g (H 1.1)	1,898; 242,90	1,261	0,284	0,010
	CBCL Sozialer Rückzug ^g (H 1.2)	1,868; 224,18	0,626	0,525	0,005
	CBCL Angst/Depressivität ^g (H 1.2)	1,853; 222,34	0,310	0,717	0,003
	CBCL Gesamtwert ^g (H 1.2)	1,854; 222,44	0,016	0,979	0,000
	SDQ [E] Emotionale Probleme ^g (H 1.3)	1,897; 231,43	0,428	0,641	0,003
	TRF sozialer Rückzug ^g (H 1.4)	1,899; 246,81	1,358	0,259	0,010
	TRF Angst/Depressivität (H 1.4)	2; 260	0,604	0,547	0,005
	TRF Gesamtwert (H 1.4)	2; 260	0,692	0,501	0,005
	SDQ [L] Emotionale Probleme (H 1.5)	2; 260	0,406	0,667	0,003

Anmerkungen. *sign. $\alpha < .10$ (signifikanter Trend). **sign. $\alpha < .05$. ***sign. $\alpha < .01$. g = Korrektur nach Greenhouse-Geisser, SDQ [E]: Elternbeurteilung, SDQ [L]: Lehrerbeurteilung, Forschungshypothesen primärer Outcome: H 1.1 – H 1.5.

Abschließend für die Darstellung der Ergebnisse im primären Outcome der Studie sind in der Tabelle 29 die jeweiligen Forschungshypothesen, die Entwicklung der Interventionsgruppe im zeitlichen Verlauf von Prä-, Post- zum Follow-Up-Test (T1 zu T3) sowie Interaktionseffekte ohne und mit den Kovariaten zusammenfassend und nach den Beurteilern sortiert beschrieben. Dabei kann konstatiert werden, dass die Interventionsgruppe ohne Berücksichtigung der Kontrollgruppe über die drei gemessenen Zeitpunkte hinweg eine konstante Abnahme in den Skalenmittelwerten aufwies, dies im Sinne einer Verbesserung der Angstwerte bei den am Präventionsprogramm teilgenommenen Kindern. Allerdings konnten in Relation zur Kontrollbedingung bis auf die Ausnahme der Skala für *Trennungsangst* (H 1.1) im *SCAS-D* keine signifikanten Interaktionseffekte detektiert werden.

Tabelle 29:
Primärer Outcome: Reduktion der Angst

Quelle	Nr. Hypothese	Inhalt/Hypothese	nur IG im Zeitverlauf	IG vs. KG (MZP * Gruppe)	IG vs. KG (MZP * Gruppe) [mit Kovariaten]
Kinder	H 1.1	↓ SCAS-D Gesamtwert	↓	$p > 0,05$	$p > 0,05$
	H 1.1	↓ Trennungsangst	↓	$p > 0,05$	$F = 3,191, p = 0,043$
	H 1.1	↓ Soziale Phobie	↓	$p > 0,05$	$p > 0,05$
	H 1.1	↓ Zwangsstörung	↓	$p > 0,05$	$p > 0,05$
	H 1.1	↓ Panikstörung und Agoraphobie	↓	$p > 0,05$	$p > 0,05$
	H 1.1	↓ Angst vor körperl. Verletzung	↓	$p > 0,05$	$p > 0,05$
	H 1.1	↓ Generalisierte Angststörung	↓	$p > 0,05$	$p > 0,05$
Eltern	H 1.2	↓ CBCL sozialer Rückzug	↓	$p > 0,05$	$p > 0,05$
	H 1.2	↓ CBCL Angst/Depressivität	↓	$p > 0,05$	$p > 0,05$
	H 1.2	↓ CBCL Gesamtwert	↓	$p > 0,05$	$p > 0,05$
	H 1.3	↓ SDQ Emotionale Probleme	↓	$p > 0,05$	$p > 0,05$
Lehrkräfte	H 1.4	↓ TRF sozialer Rückzug	↓	$p > 0,05$	$p > 0,05$
	H 1.4	↓ TRF Angst/Depressivität	↓	$p > 0,05$	$p > 0,05$
	H 1.4	↓ TRF Gesamtwert	↓	$p > 0,05$	$p > 0,05$
	H 1.5	↓ SDQ Emotionale Probleme	↓	$p > 0,05$	$p > 0,05$

Anmerkungen. IG = Interventionsgruppe, KG = Kontrollgruppe, MZP = Messzeitpunkt, ↓ = Abnahme der Skalenmittelwerte über drei Messzeitpunkte (Prä/T1, Post/T2, Follow-Up/T3), H 1.1 bis H 1.5 = Forschungshypothesen 1.1 bis 1.5

6.5 Ergebnisse der Studie: Sekundärer Outcome

In der Tabelle 33 sind die Werte der Varianzanalyse für den sekundären Outcome tabellarisch, skalenspezifisch und hypothesenorientiert (nach den Forschungshypothesen H 2.1 bis H 2.7 sortiert) dargestellt.

Zweifaktorielle Varianzanalyse mit Messwiederholung ohne Kovariaten

In diesem Abschnitt des Kapitels erfolgt die Darstellung der Ergebnisse zum sekundären Outcome zur zweifaktoriellen Varianzanalyse mit Messwiederholung ohne Kovariaten.

Messzeitpunkt

Folgende Ergebnisse lassen sich im Hinblick auf getestete Zeiteffekte wie folgt zusammenfassen.

Für die Subskalen *Freizeit*, *SDQ [E] Hyperaktivität*, *Kooperation*, *Selbstwahrnehmung*, *Selbstkontrolle*, *Angemessene Selbstbehauptung*, *Sozialkontakt*, *Prosoziales Verhalten [L]* und *TRF soziale Probleme* konnten signifikante Zeiteffekte festgestellt werden. Für die Skalen *SDQ [E] Verhaltensprobleme mit Gleichaltrigen* und *SDQ [E] Gesamtproblemwert* konnte lediglich ein signifikanter Trend auf einem 10%-Niveau ausgemacht werden (*SDQ [E] Verhaltensprobleme mit Gleichaltrigen* (H 2.3): $F(2; 256) = 2,843, p < 0,10, \eta^2 = 0,022$ und *SDQ [E] Gesamtproblemwert* (H 2.3): $F(2; 256) = 2,637, p < 0,10, \eta^2 = 0,020$).

Die Skala *Freizeit* (H 2.1) konnte im Messverfahren *ALS* mit einem signifikanten Zeiteffekt auf dem 5%-Niveau ($F(1,891; 261,02) = 3,224, p < 0,05, \eta^2 = 0,023$) mit einer kleinen Effektstärke getestet werden. Für die Skala *SDQ [E] Hyperaktivität* (H 2.3) ist ebenfalls ein signifikanter Zeiteffekt mit einer kleinen Effektstärke identifiziert worden ($F(2; 256) = 4,147, p < 0,05, \eta^2 = 0,031$). Im Fragebogenverfahren *LSL* konnte auf der Skala *Kooperation* (H 2.4) ein signifikanter Zeiteffekt mit einer kleinen Effektstärke detektiert werden, da $F(2; 276) = 3,909, p < 0,05, \eta^2 = 0,028$. Auch auf der Subskala *Selbstwahrnehmung* (H 2.4) konnte ein hochsignifikanter Zeiteffekt mit einem kleinen Effekt ermittelt werden, da $F(1,818; 247,29) = 8,035, p < 0,01, \eta^2 = 0,056$. Für die Skala *Selbstkontrolle* (H 2.4) ließ sich ebenfalls ein hochsignifikanter Zeiteffekt detektieren, da $F(1,987; 272,19) = 6,757, p < 0,01, \eta^2 = 0,047$. Die vorgefundene Effektstärke entsprach auch hier einem kleinen Effekt. Für die Skala *Angemessene Selbstbehauptung* (H 2.4) ließ sich zusätzlich ein hochsignifikanter Zeiteffekt detektieren, da $F(1,864; 255,41) = 12,880, p < 0,01$. Der vorgefundene Effekt ging hier mit einer Effektstärke von $\eta^2 = 0,086$ einher, was einem mittleren Effekt entsprach. Auch die Skala *Sozialkontakt* (H 2.4) wies einen hochsignifikanten Zeiteffekt auf: $F(2; 274) = 10,492, p < 0,01, \eta^2 = 0,071$. Die hier erhobene Effektstärke entsprach einem mittleren Effekt. Für die Subskala *SDQ [L] Prosoziales Verhalten* (H 2.5) mit einer kleinen Effektstärke ($F(1,800; 255,56) = 3,646, p < 0,05, \eta^2 = 0,025$) und für die Skala *TRF soziale Probleme* (H 2.7) konnte zudem ein signifikanter Zeiteffekt mit einer kleinen Effektstärke berechnet werden ($F(2; 284) = 3,478, p < 0,05, \eta^2 = 0,024$).

Die Varianzanalyse zeigte bei den Tests auf Zeiteffekte (vgl. Tabelle 33) auf den Skalen *Schule* (H 2.1) ($F(1,898; 261,90) = 0,916, p > 0,05$), *Familie* (H 2.1) ($F(2; 276) = 1,389, p > 0,05$), *ALS Gesamtwert* (H 2.1) ($F(1,871; 258,19) = 2,154, p > 0,05$), *SDQ [E] Prosoziales Verhalten* (H 2.2) ($F(2; 256) = 0,293, p > 0,05$), *SDQ [E] (H 2.3) Verhaltensprobleme* ($F(1,885; 241,27) = 0,271, p > 0,05$), *Einfühlungsvermögen und Hilfsbereitschaft* (H 2.4) ($F(1,866; 255,63) = 1,201, p > 0,05$), *SDQ [L] Verhaltensprobleme* (H 2.6) ($F(1,840; 261,23) = 0,082, p > 0,05$), *SDQ [L] Hyperaktivität* (H 2.6) ($F(2; 284) = 1,724, p > 0,05$), *SDQ [L] Verhaltensprobleme mit Gleichaltrigen* (H 2.6) ($F(1,797; 255,12) = 0,484, p > 0,05$) und *SDQ [L] Gesamtproblemwert* (H 2.6) ($F(1,905; 270,56) = 0,426, p > 0,05$) keine signifikanten Ergebnisse. Es bestanden für die untersuchte Gesamtstichprobe zwischen den drei Messzeitpunkten keine signifikanten Unterschiede für diese Skalen.

Die Skalen *Schule*, *Freizeit*, *ALS Gesamtwert*, *SDQ [E] Verhaltensprobleme*, *Selbstwahrnehmung*, *Selbstkontrolle*, *Einfühlungsvermögen und Hilfsbereitschaft*, *Angemessene Selbstbehauptung*, *SDQ [L] Prosoziales Verhalten*, *SDQ [L] Verhaltensprobleme*, *SDQ [L] Verhaltensprobleme mit Gleichaltrigen* und *SDQ [L] Gesamtproblemwert* sind mit der Greenhouse-Geisser-Korrektur berechnet worden.

Messzeitpunkt * Gruppe

Hinsichtlich der Überprüfung möglicher Interaktionseffekte zwischen Zeitpunkt * Gruppe konnten im Rahmen dieser Varianzanalyse im Kontext des sekundären Outcome folgende signifikante Interaktionseffekte gefunden werden (vgl. Tabelle 33). Auf der Skala *Kooperation* (H 2.4) zeigte die Varianzanalyse, $F(2; 276) = 3,725, p < 0,05, \eta^2 = 0,026$ und damit ist der Test bei einer kleinen Effektstärke signifikant. Nachstehend wird dieser Interaktionseffekt in Form eines Box-Plots (*Abbildung 34: Box Plot 1: Interaktionseffekt Zeitpunkt * Gruppe, Skala Kooperation*) visualisiert dargestellt. Auch auf der Skala *Angemessene Selbstbehauptung* (H 2.4) zeigte die zweifaktorielle Varianzanalyse bei einer kleinen Effektstärke und mit der Greenhouse-Geisser-Korrektur einen Interaktionseffekt, da $F(1,864; 255,41) = 5,492, p < 0,01, \eta^2 = 0,039$, damit war auch dieser Test hochsignifikant. Dieser Interaktionseffekt wird ebenfalls durch folgenden Box-Plot (*Abbildung 35: Box Plot 2: Interaktionseffekt Zeitpunkt * Gruppe, Skala Angemessene Selbstbehauptung*) visualisiert dargestellt.

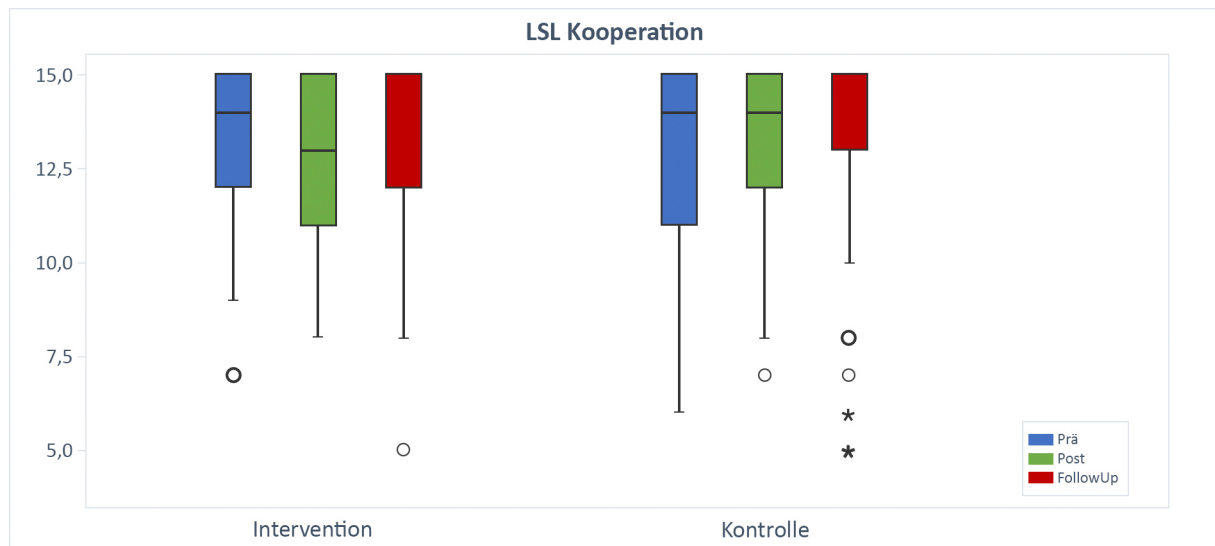


Abbildung 34. Box Plot 1: Interaktionseffekt Zeitpunkt * Gruppe, Skala *LSL Kooperation*

Anmerkungen. Box-Plot: Skala *LSL Kooperation*: Kreis = Ausreißerwerte (Abweichung um mehr als das 1,5x IQR vom ersten Quartil nach unten); verdickter Kreis = mehrere Ausreißerwerte; Stern = Extremwerte (Abweichung um mehr als das 3x IQR vom ersten Quartil nach unten); IQR = Interquartilrange.

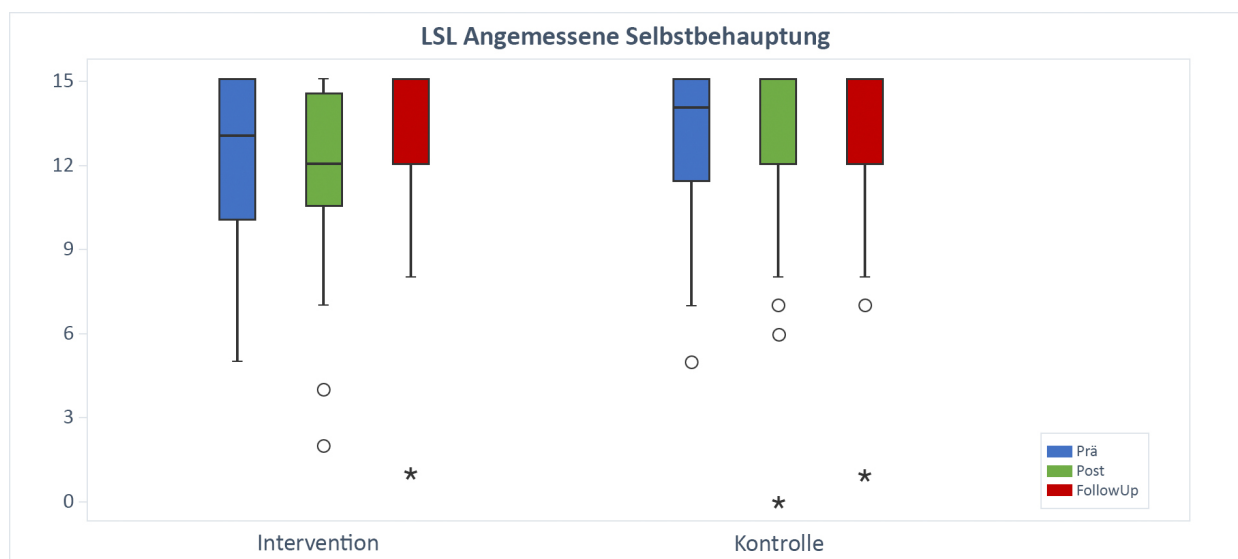


Abbildung 35. Box Plot 2: Interaktionseffekt Zeitpunkt * Gruppe, Skala *LSL Angemessene Selbstbehauptung*

Anmerkungen. Box-Plot: Skala *LSL Angemessene Selbstbehauptung*: Kreis = Ausreißerwerte (Abweichung um mehr als das 1,5x IQR vom ersten Quartil nach unten); Stern = Extremwerte (Abweichung um mehr als das 3x IQR vom ersten Quartil nach unten); IQR = Interquartilrange.

Die Skala *Kooperation* (H 2.4) ist im Vergleich der Gruppen wie bereits oben beschrieben signifikant. Insgesamt sind die Skalenmittelwerte gestiegen und für die Gruppen bestehen auch signifikante Unterschiede. Obwohl die Kontrollbedingung nach Messzeitpunkten von Prä- zum Post-Test gestiegen und zum Follow-Up-Test konstant

geblieben ist, ist die Interventionsgruppe von Prä-Zeitpunkt (T1) in den Skalenwerten zum Messzeitpunkt Post (T2) gesunken und zum Follow Up (T3) wieder deutlich gestiegen und lag am dritten Messzeitpunkt im Skalenmittelwert über dem Mittelwert der Interventionsgruppe im Prä-Test. Allerdings kann nicht unbedingt davon ausgegangen werden, dass die Kinder in der Interventionsbedingung auf dieser Skala eine bedeutsame Verbesserung in Relation zur Kontrollbedingung erfahren haben. Dennoch kann dieser signifikante Effekt vorsichtig als protrahierte Reaktion auf das Programm interpretiert werden. Inhaltlich lässt sich nicht kausal eindeutig erklären, aus welchen Gründen es zu einer Abnahme der Werte im Prä-Post-Vergleich gekommen ist. Tabelle 30 und *Abbildung 36* zur Skala *Kooperation* verdeutlichen diesen signifikanten Interaktionseffekt.

Tabelle 30:
Skala LSL Kooperation

		<i>M</i>	<i>SD</i>
Prä-Test (T1)	IG	13,06	2,26
	KG	12,91	2,54
Post-Test (T2)	IG	12,86	2,13
	KG	13,43	2,05
Follow Up-Test (T3)	IG	13,44	2,22
	KG	13,43	2,57

Anmerkungen. *M*: Mittelwert; *SD*: Standardabweichung; *IG*: Interventionsgruppe; *KG*: Kontrollgruppe.

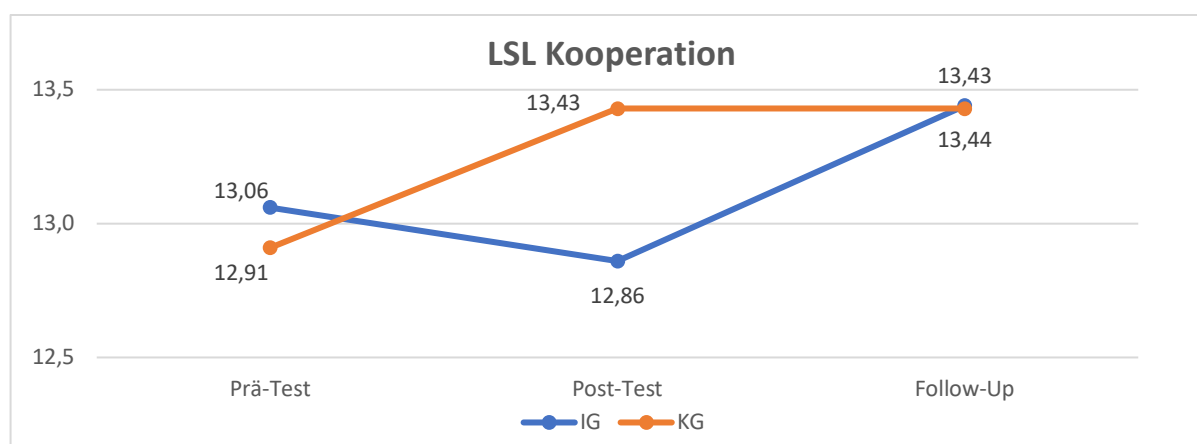


Abbildung 36. Skala *LSL Kooperation*

Die Skala *Angemessene Selbstbehauptung* (H 2.4) ist ebenfalls wie bereits oben beschrieben im Vergleich der Gruppen signifikant. Insgesamt sind die Skalenmittelwerte

gestiegen und für die Gruppen bestehen auch signifikante Unterschiede. Obwohl die Kontrollbedingung nach Messzeitpunkten im Prä-Post-Vergleich (T1 zu T2) leicht gestiegen ist und dann im Post-Follow-Up-Vergleich (T2 zu T3) konstant geblieben ist, hat die Interventionsgruppe vom Prä-Messzeitpunkt (T1) zur Post-Erhebung (T2) in den Mittelwerten sehr schwach zugenommen, ist fast stabil geblieben. Zum Follow Up-Test (T3) sind dann die Skalenwerte steil angestiegen. Auf dieser Skala lässt sich also verzögert im Post-Follow-Up-Vergleich (T2 zu T3), aber auch insgesamt im Vergleich von Prä- zum Follow-Up-Messzeitpunkt (T1 zu T3) eine deutliche Verbesserung in den Skalenmittelwerten in der Interventionsbedingung feststellen, was sich so in dieser Deutlichkeit nicht in der Kontrollbedingung gezeigt hat. Diese Differenz kann möglicherweise ebenfalls als ein verzögerter Effekt des »Super Skills for Life«-Programms auf dieser Skala interpretiert werden. Folgende Tabelle 31 und *Abbildung 37* zur Skala *Angemessene Selbstbehauptung* verdeutlichen zudem diesen signifikanten Interaktionseffekt.

Tabelle 31:
Skala LSL Angemessene Selbstbehauptung

		<i>M</i>	<i>SD</i>
Prä-Test (T1)	IG	11,90	2,91
	KG	12,92	2,80
Post-Test (T2)	IG	11,97	2,93
	KG	13,30	2,70
Follow Up-Test (T3)	IG	13,26	2,57
	KG	13,30	2,89

Anmerkungen. *M*: Mittelwert; *SD*: Standardabweichung; *IG*: Interventionsgruppe; *KG*: Kontrollgruppe.

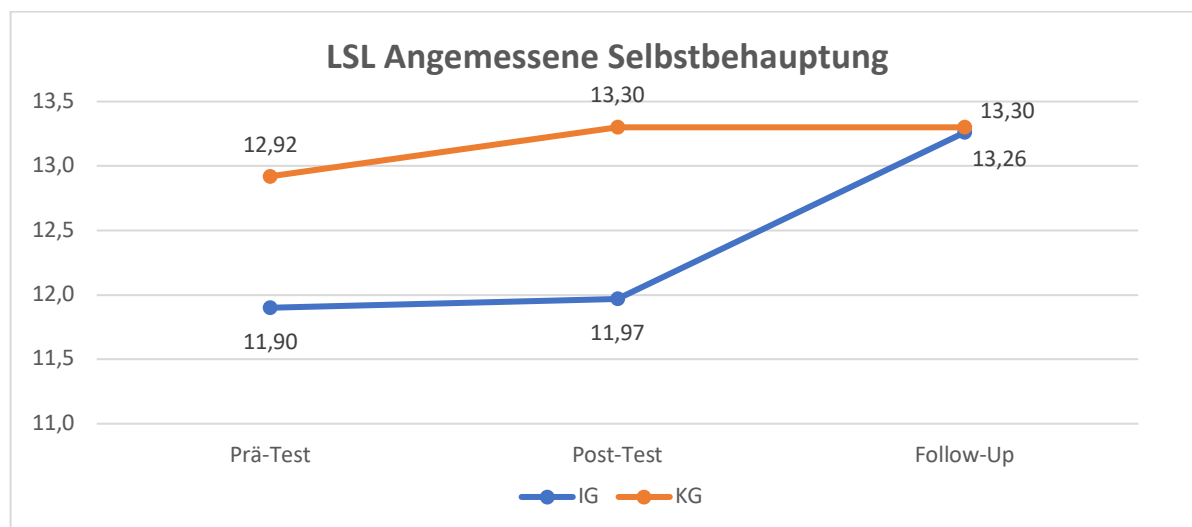


Abbildung 37. Skala *LSL Angemessene Selbstbehauptung*

Auf der Skala *LSL Selbstkontrolle* (H 2.4) zeigte die Varianzanalyse im Rahmen der Untersuchung von möglichen Interaktionseffekten von Messzeitpunkt * Gruppe bei einer kleinen Effektstärke einen signifikanten Trend, da $F(1,987; 272,19) = 2,578, p < 0,10, \eta^2 = 0,018$. Diese Skala war im Vergleich der Gruppen auf einem 10%-Niveau signifikant und kann daher in diesem Zusammenhang lediglich als signifikanter Trend im Sinne einer tendenziellen Entwicklung aufgefasst und interpretiert werden. Insgesamt sind auch hier die Skalenmittelwerte gestiegen. Für die Kontrollbedingung sind die Skalenmittelwerte nach Messzeitpunkten konstant gestiegen, hingegen ist für die Interventionsgruppe vom Prä-Messzeitpunkt (T1) zur Post-Erhebung (T2) eine leichte Abnahme zu erkennen. Auch hier kam es dann wiederum beim Follow Up-Test (T3) zu einem steilen Anstieg (T2 zu T3). Auf dieser Skala lässt sich also ebenfalls im Sinne eines signifikanten Trends verzögert im Post-Follow-Up-Vergleich (T2 zu T3), aber auch insgesamt im Vergleich von Prä- zum Follow-Up-Messzeitpunkt (T1 zu T3) eine Verbesserung in den Skalenmittelwerten in der Interventionsbedingung feststellen, was sich in dieser Deutlichkeit nicht in der Kontrollbedingung gezeigt hat. Allerdings muss einschränkend konstatiert werden, dass innerhalb der Kontrollgruppe im Prä-Post-Vergleich (T1 zu T2) eine deutliche Verbesserung auf dieser Skala zu verzeichnen war. In der Interventionsgruppe gab es kontrastierend hierzu einen eher abgeschwächten gegenteiligen Effekt. Die Differenz im Post-Follow-Up-Vergleich (T2 zu T3) innerhalb der Interventionsgruppe kann dennoch analog zu den Skalen *Kooperation* und *Angemessene Selbstbehauptung* ebenfalls als eine mögliche protrahierte Reaktion der Kinder in der Interventionsbedingung relativ zu den Kindern in der

Kontrollbedingung interpretiert werden. Folgende Tabelle 32 und *Abbildung 38* zur Skala *Selbstkontrolle* verdeutlichen diesen beschriebenen signifikanten Trend.

Tabelle 32:
Skala LSL Selbstkontrolle

		<i>M</i>	<i>SD</i>
Prä-Test (T1)	IG	11,94	2,76
	KG	12,14	2,82
Post-Test (T2)	IG	11,73	2,79
	KG	12,62	2,46
Follow Up-Test (T3)	IG	12,35	3,07
	KG	12,71	3,06

Anmerkungen. *M*: Mittelwert; *SD*: Standardabweichung; *IG*: Interventionsgruppe; *KG*: Kontrollgruppe.

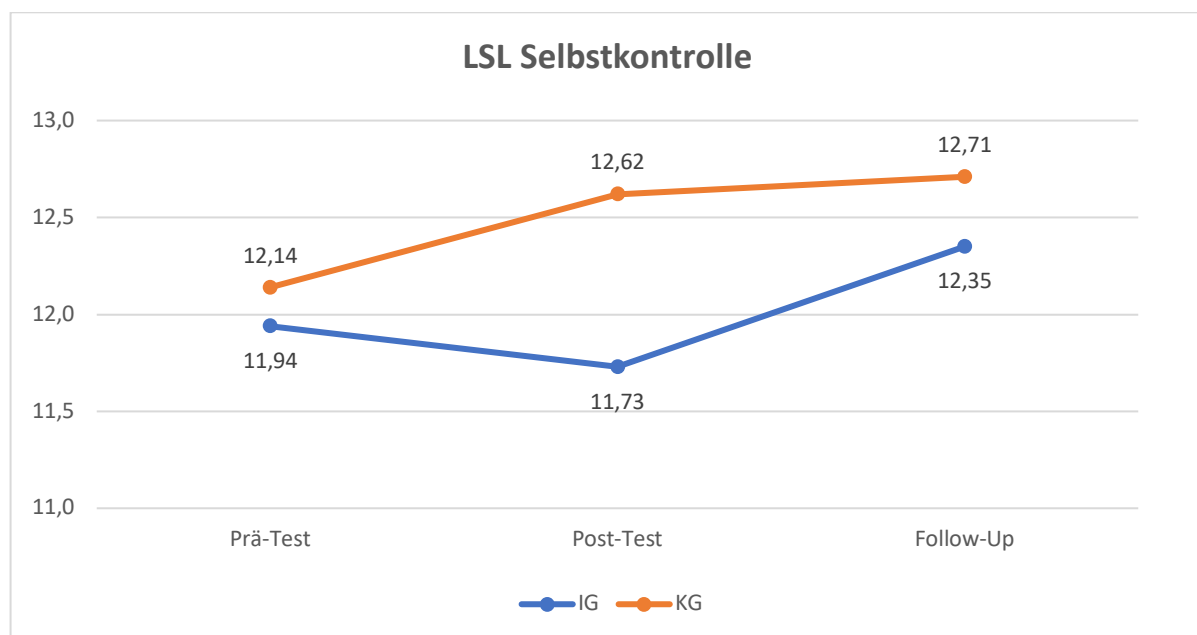


Abbildung 38. Skala *LSL Selbstkontrolle*

Im Kontext der Überprüfung weiterer möglicher Interaktionseffekte zwischen Zeitpunkt * Gruppe konnten im Rahmen dieser Varianzanalyse keine zusätzlichen signifikanten Interaktionseffekte detektiert werden (vgl. Tabelle 33). Die Analyse zeigte bei den Tests auf Interaktionseffekte von Zeitpunkt * Gruppe auf den Skalen *Schule* (H 2.1) ($F(1,898; 261,90) = 1,096, p > 0,05$), *Freizeit* (H 2.1) ($F(1,891; 261,02) = 0,269, p > 0,05$), *Familie* (H 2.1) ($F(2; 276) = 0,206, p > 0,05$), *ALS Gesamtwert* (H 2.1) ($F(1,871; 258,19) = 0,272, p > 0,05$),

SDQ [E] (H 2.2) Prosoziales Verhalten ($F(2; 256) = 2,141, p > 0,05$), *SDQ [E] (H 2.3) Verhaltensprobleme* ($F(1,885; 241,27) = 2,285, p > 0,05$), *SDQ [E] (H 2.3) Hyperaktivität* ($F(2; 256) = 1,822, p > 0,05$), *SDQ [E] (H 2.3) Verhaltensprobleme mit Gleichaltrigen* ($F(2; 256) = 0,316, p > 0,05$), *SDQ [E] (H 2.3) Gesamtproblemwert* ($F(2; 256) = 1,489, p > 0,05$), *Selbstwahrnehmung (H 2.4)* ($F(1,818; 247,29) = 1,127, p > 0,05$), *Einfühlungsvermögen und Hilfsbereitschaft (H 2.4)* ($F(1,866; 255,63) = 1,659, p > 0,05$), *Sozialkontakt (H 2.4)* ($F(2; 274) = 1,410, p > 0,05$), *SDQ [L] (H 2.5) prosoziales Verhalten* ($F(1,800; 255,56) = 1,512, p > 0,05$), *SDQ [L] (H 2.6) Verhaltensprobleme* ($F(1,840; 261,23) = 0,528, p > 0,05$), *SDQ [L] (H 2.6) Hyperaktivität* ($F(2; 284) = 1,884, p > 0,05$), *SDQ [L] (H 2.6) Verhaltensprobleme mit Gleichaltrigen* ($F(1,797; 255,12) = 0,651, p > 0,05$), *SDQ [L] (H 2.6) Gesamtproblemwert* ($F(1,905; 270,56) = 1,553, p > 0,05$) und *TRF Soziale Probleme (H 2.7)* ($F(2; 284) = 0,460, p > 0,05$) keine signifikanten Interaktionseffekte. Es bestanden somit für die Gesamtstichprobe auf diesen Skalen zwischen den drei Messzeitpunkten und der Interventions- und Kontrollgruppe keine signifikanten Unterschiede. Die Skalen *Schule, Freizeit, ALS Gesamtwert, SDQ [E] Verhaltensprobleme, Selbstwahrnehmung, Selbstkontrolle, Einfühlungsvermögen und Hilfsbereitschaft, Angemessene Selbstbehauptung, SDQ [L] Prosoziales Verhalten, SDQ [L] Verhaltensprobleme, SDQ [L] Verhaltensprobleme mit Gleichaltrigen* und *SDQ [L] Gesamtproblemwert* sind nach Greenhouse-Geisser korrigiert worden.

Tabelle 33:

Sekundärer Outcome: Zweifaktorielle Varianzanalyse mit Messwiederholung, ohne Kovariaten

Faktor	Skala	df	F	p	η^2
Zeitpunkt	ALS Schule ^g (H 2.1)	1,898; 261,90	0,916	0,397	0,007
	ALS Freizeit ^g (H 2.1)	1,891; 261,02	3,224	0,044**	0,023
	ALS Familie (H 2.1)	2; 276	1,389	0,251	0,010
	ALS Gesamtwert ^g (H 2.1)	1,871; 258,19	2,154	0,122	0,015
	SDQ [E] Prosoziales Verhalten (H 2.2)	2; 256	0,293	0,747	0,002
	SDQ [E] Verhaltensprobleme ^g (H 2.3)	1,885; 241,27	0,271	0,750	0,002
	SDQ [E] Hyperaktivität (H 2.3)	2; 256	4,147	0,017**	0,031
	SDQ [E] Verhaltensprobleme mit Gleichaltrigen (H 2.3)	2; 256	2,843	0,060*	0,022
	SDQ [E] Gesamtproblemwert (H 2.3)	2; 256	2,637	0,074*	0,020
	LSL Kooperation (H 2.4)	2; 276	3,909	0,021**	0,028
	LSL Selbstwahrnehmung ^g (H 2.4)	1,818; 247,29	8,035	0,001***	0,056
	LSL Selbstkontrolle ^g (H 2.4)	1,987; 272,19	6,757	0,001***	0,047
	LSL Einfühlungsvermögen Hilfsbereitschaft ^g (H 2.4)	1,866; 255,63	1,201	0,301	0,009
	LSL Angemessene Selbstbehauptung ^g (H 2.4)	1,864; 255,41	12,880	0,000***	0,086
	LSL Sozialkontakt (H 2.4)	2; 274	10,492	0,000***	0,071
	SDQ [L] Prosoziales Verhalten ^g (H 2.5)	1,800; 255,56	3,646	0,032**	0,025
	SDQ [L] Verhaltensprobleme ^g (H 2.6)	1,840; 261,23	0,082	0,907	0,001
	SDQ [L] Hyperaktivität (H 2.6)	2; 284	1,724	0,180	0,012
	SDQ [L] Verhaltensprobleme mit Gleichaltrigen ^g (H 2.6)	1,797; 255,12	0,484	0,597	0,003
	SDQ [L] Gesamtproblemwert ^g (H 2.6)	1,905; 270,56	0,426	0,644	0,003
TRF Soziale Probleme (H 2.7)	2; 284	3,478	0,032**	0,024	
Zeitpunkt * Gruppe	ALS Schule ^g (H 2.1)	1,898; 261,90	1,096	0,333	0,008
	ALS Freizeit ^g (H 2.1)	1,891; 261,02	0,269	0,752	0,002
	ALS Familie (H 2.1)	2; 276	0,206	0,814	0,001
	ALS Gesamtwert ^g (H 2.1)	1,871; 258,19	0,272	0,748	0,002
	SDQ [E] Prosoziales Verhalten (H 2.2)	2; 256	2,141	0,120	0,016
	SDQ [E] Verhaltensprobleme ^g (H 2.3)	1,885; 241,27	2,285	0,107	0,018
	SDQ [E] Hyperaktivität (H 2.3)	2; 256	1,822	0,164	0,014
	SDQ [E] Verhaltensprobleme mit Gleichaltrigen (H 2.3)	2; 256	0,316	0,729	0,002
	SDQ [E] Gesamtproblemwert (H 2.3)	2; 256	1,489	0,227	0,012

Faktor	Skala	df	F	p	η^2
	LSL Kooperation (H 2.4)	2; 276	3,725	0,025**	0,026
	LSL Selbstwahrnehmung ^g (H 2.4)	1,818; 247,29	1,127	0,322	0,008
	LSL Selbstkontrolle ^g (H 2.4)	1,987; 272,19	2,578	0,078*	0,018
	LSL Einfühlungsvermögen Hilfsbereitschaft ^g (H 2.4)	1,866; 255,63	1,659	0,194	0,012
	LSL Angemessene Selbstbehauptung ^g (H 2.4)	1,864; 255,41	5,492	0,006***	0,039
	LSL Sozialkontakt (H 2.4)	2; 274	1,410	0,246	0,010
	SDQ [L] Prosoziales Verhalten ^g (H 2.5)	1,800; 255,56	1,512	0,224	0,011
	SDQ [L] Verhaltensprobleme ^g (H 2.6)	1,840; 261,23	0,528	0,575	0,004
	SDQ [L] Hyperaktivität (H 2.6)	2; 284	1,884	0,154	0,013
	SDQ [L] Verhaltensprobleme mit Gleichaltrigen ^g (H 2.6)	1,797; 255,12	0,651	0,507	0,005
	SDQ [L] Gesamtproblemwert ^g (H 2.6)	1,905; 270,56	1,553	0,214	0,011
	TRF Soziale Probleme (H 2.7)	2; 284	0,460	0,631	0,003

Anmerkungen. *sign. $\alpha < .10$ (signifikanter Trend). **sign. $\alpha < .05$. ***sign. $\alpha < .01$. g = Korrektur nach Greenhouse-Geisser, *SDQ* [E]: Elternbeurteilung, *SDQ* [L]: Lehrerbeurteilung, Forschungshypothesen sekundärer Outcome: H 2.1 – H 2.7.

Zweifaktorielle Varianzanalyse mit Messwiederholung mit Kovariaten

In diesem Abschnitt des Kapitels erfolgt die Darstellung der Ergebnisse zum sekundären Outcome zur zweifaktoriellen Varianzanalyse mit Messwiederholung unter Berücksichtigung von Kovariaten (Familienstand, Klassenstufe, elterlicher akademischer Bildungsgrad).

Messzeitpunkt (mit Kovariaten)

Unter Berücksichtigung von Kovariaten (Klassenstufe, Familienstand, akad. Grad der Eltern) konnten im Rahmen der Varianzanalyse im sekundären Outcome folgende Effekte erhoben werden (vgl. Tabelle 38). Auf der Skala *Angemessene Selbstbehauptung* (H 2.4) ($F(1,855; 231,91) = 4,519, p < 0,05, \eta^2 = 0,035$) konnte ein signifikanter Zeiteffekt bei einer kleinen Effektstärke gemessen werden. Zusätzlich konnte bei den Zeiteffekten auf den Skalen *SDQ* [L] *Verhaltensprobleme* (H 2.6) ($F(1,804; 234,50) = 2,878, p < 0,10, \eta^2 = 0,022$) und *TRF soziale Probleme* (H 2.7) ($F(2; 260) = 2,707, p < 0,10, \eta^2 = 0,020$) bei insgesamt kleinen Effektstärken ein signifikanter Trend im Sinne einer Tendenz auf einem 10%-Niveau detektiert werden. Die Skala *Angemessene Selbstbehauptung* und *SDQ* [L] *Verhaltensprobleme* ist mit der Greenhouse-Geisser-Korrektur berechnet worden.

Die Varianzanalyse unter der Berücksichtigung von Kovariaten zeigte hier bei den Tests auf Zeiteffekte (vgl. Tabelle 38) auf den Skalen *Schule* (H 2.1) ($F(1,879; 234,82) = 0,299, p > 0,05$), *Freizeit* (H 2.1) ($F(1,874; 234,28) = 0,508, p > 0,05$), *Familie* (H 2.1) ($F(2; 250) = 0,225, p > 0,05$), *ALS Gesamtwert* (H 2.1) ($F(1,853; 231,66) = 0,299, p > 0,05$), *SDQ [E]*, *Prosoziales Verhalten* (H 2.2) ($F(2; 244) = 0,466, p > 0,05$), *SDQ [E]* *Verhaltensprobleme* (H 2.3) ($F(1,886; 230,04) = 0,240, p > 0,05$), *SDQ [E]* *Hyperaktivität* (H 2.3) ($F(2; 244) = 2,272, p > 0,05$), *SDQ [E]* *Verhaltensprobleme mit Gleichaltrigen* (H 2.3) ($F(2; 244) = 0,128, p > 0,05$), *SDQ [E]* *Gesamtproblemwert* (H 2.3) ($F(2; 244) = 1,602, p > 0,05$), *Kooperation* (H 2.4) ($F(2; 252) = 0,582, p > 0,05$), *Selbstwahrnehmung* (H 2.4) ($F(1,835; 227,50) = 0,285, p > 0,05$), *Selbstkontrolle* (H 2.4) ($F(2; 250) = 1,308, p > 0,05$), *Einfühlungsvermögen und Hilfsbereitschaft* (H 2.4) ($F(1,843; 230,36) = 0,002, p > 0,05$), *Sozialkontakt* (H 2.4) ($F(2; 250) = 1,969, p > 0,05$), *SDQ [L]* *Prosoziales Verhalten* (H 2.5) ($F(1,768; 229,81) = 0,568, p > 0,05$), *SDQ [L]* *Hyperaktivität* (H 2.6) ($F(2; 260) = 0,290, p > 0,05$), *SDQ [L]* *Verhaltensprobleme mit Gleichaltrigen* (H 2.6) ($F(1,786; 232,16) = 0,626, p > 0,05$) und *SDQ [L]* *Gesamtproblemwert* (H 2.6) ($F(1,850; 240,53) = 0,104, p > 0,05$) keine signifikanten Zeiteffekte. Es bestanden für die Gesamtstichprobe auf diesen Skalen zwischen den drei Messzeitpunkten keine signifikanten Unterschiede. Die Skalen *Schule*, *Freizeit*, *ALS Gesamtwert*, *SDQ [E]* *Verhaltensprobleme*, *Selbstwahrnehmung*, *Einfühlungsvermögen und Hilfsbereitschaft*, *SDQ [L]* *Prosoziales Verhalten*, *SDQ [L]* *Verhaltensprobleme mit Gleichaltrigen* und *SDQ [L]* *Gesamtproblemwert* sind mit der Greenhouse-Geisser-Korrektur berechnet worden.

Messzeitpunkt * Klassenstufe

Weiterhin konnten in dieser Varianzanalyse folgende Interaktionseffekte ermittelt werden (vgl. Tabelle 38): Unter Berücksichtigung der Faktoren Messzeitpunkt * Klassenstufe sind auf der Skala *Angemessene Selbstbehauptung* (H 2.4) ($F(1,855; 231,91) = 3,366, p < 0,05, \eta^2 = 0,026$), *SDQ [L]* *Hyperaktivität* ($F(2; 260) = 4,107, p < 0,05, \eta^2 = 0,031$) und *TRF soziale Probleme* ($F(2; 260) = 3,066, p < 0,05, \eta^2 = 0,023$) signifikante Interaktionseffekte erhoben worden. Die Eta-Quadrat-Werte lagen bei diesen Skalen im Bereich kleiner Effektstärken. Auch hier ist die Skala *Angemessene Selbstbehauptung* mit der Greenhouse-Geisser-Korrektur berechnet worden. Das bedeutet, für diese Skalen bestanden zwischen den drei Messzeitpunkten unter Berücksichtigung der Kovariate Klassenstufe signifikante Unterschiede.

Diese Interaktionseffekte von Zeitpunkt * Klassenstufe ($p < 0,05$) können wie folgt vertiefend beurteilt und interpretiert werden.

Die Skala *Angemessene Selbstbehauptung* (H 2.4) zeigte sich im Kontext mit dem Interaktionseffekt in der vertiefenden Betrachtung different zu den vorangegangenen drei Skalen *Angst/Depressivität*, *soziale Probleme* und *TRF Gesamtwert* (vgl. Tabelle 34 und *Abbildung 39*). Auf dieser Skala konnte für die Gruppe der zweiten und dritten Grundschulklassen zunächst im Prä-Post-Vergleich eine leichte Abnahme der Skalenmittelwerte in der Gesamtstichprobe detektiert werden. Dies spricht für eine entsprechende Verschlechterung der Kinder der Interventions- und Kontrollbedingung auf dieser Skala. Kontrastierend hierzu haben sich die Skalenmittelwerte in der Gruppe der vierten Klassen konstant über die gesamten Messzeitpunkte erhöht, was eine kontinuierliche Verbesserung in den Mittelwerten der Kinder in der Interventions- und Kontrollgruppe bedeutet. Auch an dieser Stelle wird deutlich, dass die jüngeren Kinder im Prä-Test mit niedrigeren Werten beginnen, was ebenfalls als Alterseffekt interpretiert werden kann. Im Folgenden verhielten sich die Skalenwerte der zweiten und dritten Klassen abgrenzend in der Relation zur Gruppe der vierten Grundschulklassen als schwankend und instabil, d. h. also uneinheitlich und inkonstant. Dieser Skalenverlauf bei den jüngeren Kindern verwies demnach auch auf eine Altersspezifität im Sinne eines Alterseffektes und zeigte sich damit auffälliger und unvorhersehbarer als in der Gruppe der Kinder in den vierten Grundschulklassen.

Tabelle 34:

*Skala Angemessene Selbstbehauptung – Interaktionseffekt Zeitpunkt * Klassenstufe*

		<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>n</i>
Prä-Test (T1)	2./3.Klasse	12,175	2,916	40
	4.Klasse	12,670	2,767	10
Post-Test (T2)	2./3.Klasse	11,950	2,986	40
	4.Klasse	12,920	2,769	10
Follow Up-Test (T3)	2./3.Klasse	13,575	2,763	40
	4.Klasse	13,230	2,505	10

Anmerkungen. *M*: Mittelwert; *SD*: Standardabweichung.

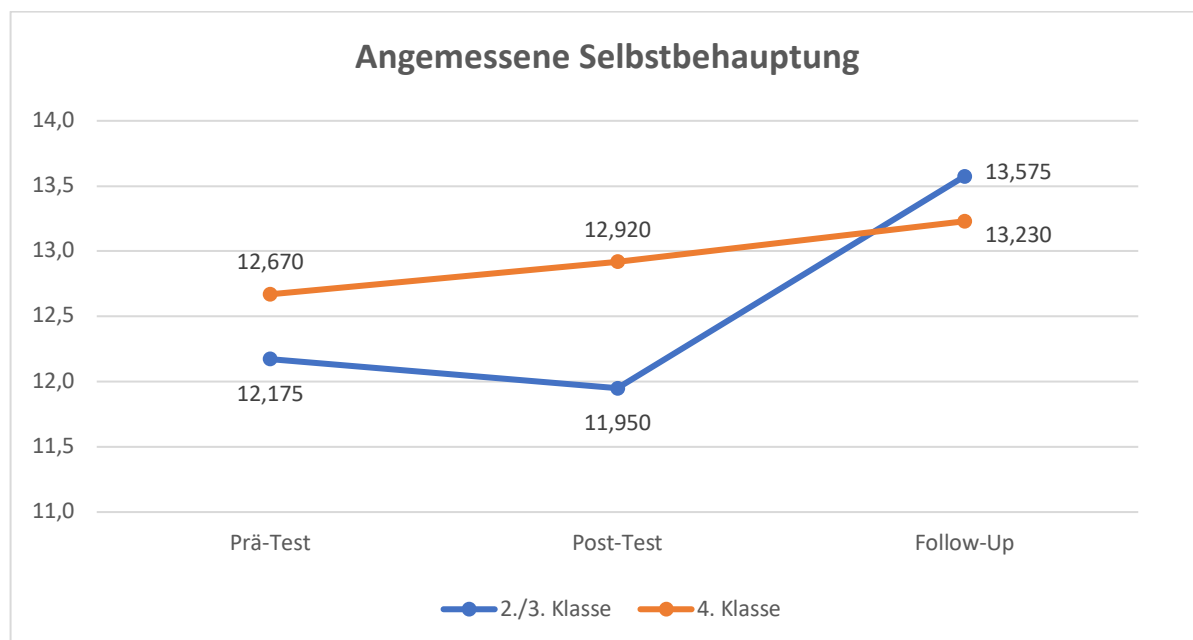


Abbildung 39. Skala *Angemessene Selbstbehauptung* – Interaktionseffekt Zeitpunkt * Klassenstufe

Für die Skala *Angemessene Selbstbehauptung* (H 2.4) kann also zusammenfassend festgehalten werden, dass sich die Werte zum Post-Test unterschiedlich verhalten haben und dann zum Follow-Up-Test unterschiedlich stark angestiegen sind. Die Gruppe der zweiten und dritten Grundschulklassen sank sogar zunächst im Prä-Post-Vergleich und stieg dann im Post-Follow-Up-Vergleich stärker an als die Gruppe für die vierten Klassen. Aus diesem Grund ließ sich hier ein Interaktionseffekt von Zeitpunkt * Klassenstufe feststellen.

Die Skala *SDQ [L] Hyperaktivität* (H 2.6) im Zusammenhang mit dem Interaktionseffekt von Zeitpunkt * Klassenstufe zeigte ein deutlich deviantes Bild in Relation zu den sonstigen im Kontext mit dieser Interaktion stehenden Skalen (vgl. Tabelle 35 und *Abbildung 40*). Hier zeigte sich bei den jüngeren Kindern der Gesamtstichprobe, also den Kindern in den zweiten und dritten Klassen, ein heterogenes Bild mit einer zunächst deutlichen Zunahme und dann einer ebenfalls deutlichen Abnahme der Hyperaktivitätswerte. Die Follow-Up-Werte befanden sich knapp unter den Ausgangswerten im Prä-Test. Die älteren Kinder, also die Kinder aus der Gruppe der vierten Grundschulklassen, erfuhren einen hierzu gegensätzlichen Verlauf mit einer zunächst deutlichen Abnahme und dann mit einer etwas schwächeren Zunahme der Hyperaktivitätswerte. Insgesamt fiel auf, dass die Kinder aus der Gruppe der zweiten und dritten Klassen stärkere Wertedifferenzen aufwiesen als die Kinder aus der Gruppe der vierten Klassen. Dies ließ sich auch an dieser Stelle mit dem Vorliegen eines

Alterseffektes argumentieren: Jüngere Kinder verhalten sich häufig entwicklungsbedingt (motorisch) unruhiger und wirken zudem im phänomenologischen Erscheinungsbild oft unregulierter und ungesteuerter, was als altersspezifische Unterschiede aufgefasst werden kann.

Tabelle 35:
Skala Hyperaktivität – Interaktionseffekt Zeitpunkt * Klassenstufe

		<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>n</i>
Prä-Test (T1)	2./3.Klasse	2,435	2,835	39
	4.Klasse	2,476	2,098	105
Post-Test (T2)	2./3.Klasse	2,897	3,084	39
	4.Klasse	2,028	1,836	105
Follow Up-Test (T3)	2./3.Klasse	2,256	2,816	39
	4.Klasse	2,219	2,174	105

Anmerkungen. *M*: Mittelwert; *SD*: Standardabweichung.

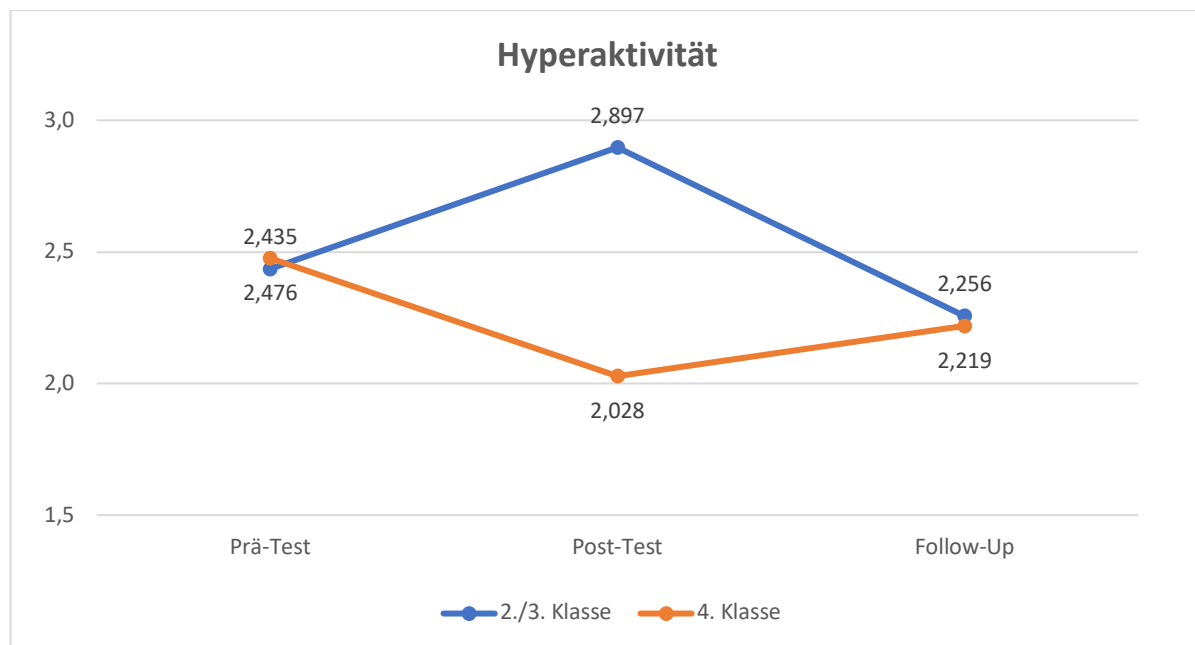


Abbildung 40. Skala Hyperaktivität – Interaktionseffekt Zeitpunkt * Klassenstufe

Für die Skala *SDQ* [L] *Hyperaktivität* (H 2.6) kann festgehalten werden, dass die Skalenmittelwerte am Prä-Zeitpunkt in allen Klassen mit fast gleichen Ausgangswerten begannen, sich dann zum Post-Test deutlich unterschiedlich verhalten haben und dann wiederum zum Follow-Up-Test wieder fast gleich waren. Die Gruppe der zweiten und

dritten Grundschulklassen stieg zunächst im Prä-Post-Vergleich an und sank dann wieder annähernd im Post-Follow-Up-Vergleich auf das Niveau der Gruppe der vierten Klassen. Aus diesem Grunde konnte auf dieser Skala ein Interaktionseffekt von Zeitpunkt * Klassenstufe ermittelt werden.

Ein signifikanter Interaktionseffekt von Zeitpunkt * Klassenstufe ist im Rahmen des sekundären Outcome ebenfalls auf der Skala *TRF soziale Probleme* (H 2.7) (vgl. Tabelle 36 und *Abbildung 41*) zu konstatieren. Auch dieser Effekt kann ebenfalls mit den Lehrer- und Alterseffekten interpretiert und letztlich erklärt werden (siehe Ausführungen zum Interaktionseffekt von Zeitpunkt * Klassenstufe auf der Skala *Angst/Depressivität*).

Tabelle 36:
*Skala TRF soziale Probleme – Interaktionseffekt Zeitpunkt * Klassenstufe*

		<i>M</i>	<i>SD</i>
Prä-Test (T1)	2./3.Klasse	2,390	2,931
	4.Klasse	1,673	2,681
Post-Test (T2)	2./3.Klasse	2,561	3,428
	4.Klasse	1,750	2,628
Follow Up-Test (T3)	2./3.Klasse	1,536	2,907
	4.Klasse	1,586	2,775

Anmerkungen. *M*: Mittelwert; *SD*: Standardabweichung.

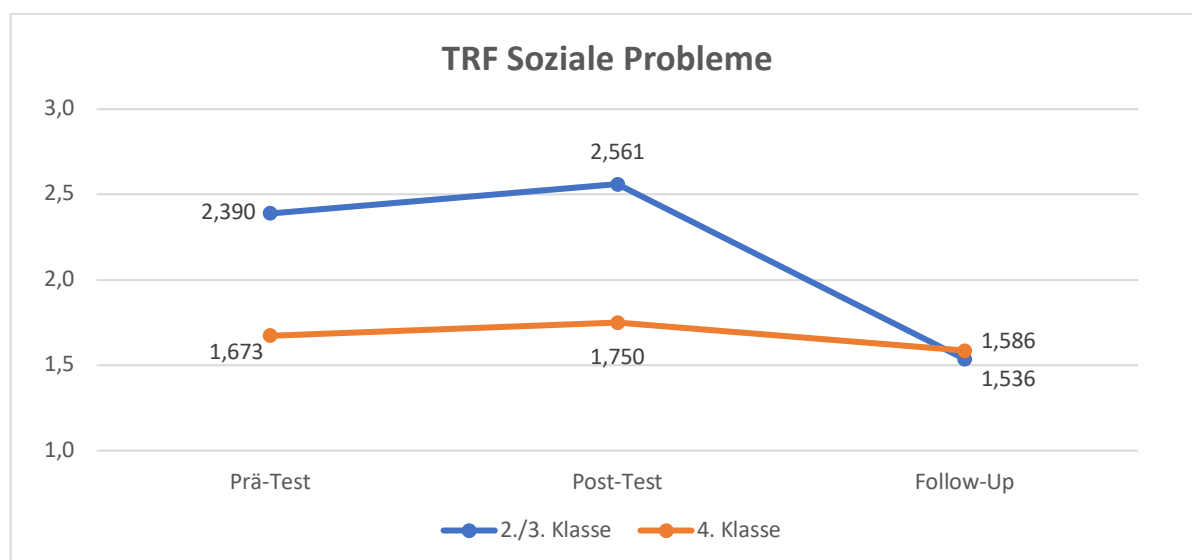


Abbildung 41. Skala *TRF soziale Probleme* – Interaktionseffekt Zeitpunkt * Klassenstufe

Für die Skala *TRF soziale Probleme* (H 2.7) ist in der Gesamtstichprobe festzuhalten, dass die Skalenmittelwerte im Prä-Post-Vergleich leicht ansteigen und dann zum Follow-Up absinken. Die Werte der Gruppe der zweiten und dritten Klassen sinken auch hier stärker in Relation zur Gruppe der vierten Grundschulklassen. Aus diesem Grund konnte auch auf dieser Skala ein Interaktionseffekt detektiert werden.

Diese beschriebenen signifikanten Interaktionseffekte von Zeitpunkt * Klassenstufe auf den Skalen *Angemessene Selbstbehauptung*, *SDQ [L] Hyperaktivität* und *TRF soziale Probleme* sind vor allem, wie bereits ausgeführt, als Alters- und Lehrereffekte in der Gesamtstichprobe zu interpretieren. Die Kovariate Schulklasse zeigte ganz offensichtlich dabei einen Einfluss auf die Skalenmittelwerte. Allerdings können aus diesen Teilergebnissen keine Effekte des »Super Skills for Life«-Programms extrahiert werden, da die signifikanten Interaktionen sich ausschließlich auf die Interventions- und die Kontrollbedingung bezogen haben und somit folglich die zu analysierende Gesamtstichprobe inkludiert war.

Zusätzlich konnte im sekundären Outcome in dieser Varianzanalyse unter Berücksichtigung der Faktoren Messzeitpunkt * Klassenstufe auf den Skalen *Selbstkontrolle* (H 2.4) ($F(2; 250) = 2,435, p < 0,10, \eta^2 = 0,019$) und *SDQ [L] Gesamtproblemwert* (H 2.6) ($F(1,850; 240,53) = 2,392, p < 0,10, \eta^2 = 0,018$) bei insgesamt kleinen Effektstärken ein signifikanter Trend auf einem 10%-Niveau detektiert werden. Für die Skala *SDQ [L] Gesamtproblemwert* erfolgte eine Korrektur nach Greenhouse-Geisser.

Die Skalen *Schule* (H 2.1) ($F(1,879; 234,82) = 0,601, p > 0,05$), *Freizeit* (H 2.1) ($F(1,874; 234,28) = 0,824, p > 0,05$), *Familie* (H 2.1) ($F(2; 250) = 0,180, p > 0,05$), *ALS Gesamtwert* (H 2.1) ($F(1,853; 231,66) = 0,618, p > 0,05$), *Kooperation* (H 2.4) ($F(2; 252) = 1,634, p > 0,05$), *Selbstwahrnehmung* (H 2.4) ($F(1,835; 227,50) = 0,776, p > 0,05$), *Einfühlungsvermögen und Hilfsbereitschaft* (H 2.4) ($F(1,843; 230,36) = 0,380, p > 0,05$), *Sozialkontakt* (H 2.4) ($F(2; 250) = 1,093, p > 0,05$), *SDQ [L] (H 2.5) Prosoziales Verhalten* ($F(1,768; 229,81) = 0,310, p > 0,05$), *Verhaltensprobleme* (H 2.6) ($F(1,804; 234,50) = 1,067, p > 0,05$) und *Verhaltensprobleme mit Gleichaltrigen* (H 2.6) ($F(1,786; 232,16) = 0,378, p > 0,05$) wiesen hingegen keine signifikanten Interaktionseffekte von Messzeitpunkt * Klassenstufe auf. Das bedeutet, für diese aufgeführten Skalen bestanden zwischen den drei

Messzeitpunkten unter Berücksichtigung der Kovariate Klassenstufe keine signifikanten Unterschiede; die Kovariate Klassenstufe wies somit keinen Einfluss auf die Interaktion von Zeitpunkt * Klassenstufe auf. Für die Skalen *Schule*, *Freizeit*, *ALS Gesamtwert*, *Selbstwahrnehmung*, *Einfühlungsvermögen und Hilfsbereitschaft*, *SDQ [L] Prosoziales Verhalten*, *SDQ [L] Verhaltensprobleme* und *SDQ [L] Verhaltensprobleme mit Gleichaltrigen* sind nach Greenhouse-Geisser korrigiert worden.

Messzeitpunkt * Familienstand

Im Rahmen der Varianzanalyse konnte die Analyse von Interaktionseffekten bei Messzeitpunkt * Familienstand lediglich auf der Skala *Kooperation* (H 2.4) ($F(2; 252) = 2,876, p < 0,10, \eta^2 = 0,022$) bei einer insgesamt kleinen Effektstärke ein signifikanter Trend auf einem 10%-Niveau ausgemacht werden.

Unter Berücksichtigung der Kovariate Familienstand konnten darüber hinaus im Hinblick auf die Interaktion von Zeitpunkt * Familienstand (vgl. Tabelle 38) folgende Ergebnisse ermittelt werden: Die Skalen *Schule* (H 2.1) ($F(1,879; 234,82) = 0,117, p > 0,05$), *Freizeit* (H 2.1) ($F(1,874; 234,28) = 0,038, p > 0,05$), *Familie* (H 2.1) ($F(2; 250) = 0,282, p > 0,05$) und *ALS Gesamtwert* (H 2.1) ($F(1,853; 231,66) = 0,111, p > 0,05$), *SDQ [E]* (H 2.2) *Prosoziales Verhalten* ($F(2; 244) = 0,474, p > 0,05$), *SDQ [E]* (H 2.3) *Verhaltensprobleme* ($F(1,886; 230,04) = 0,006, p > 0,05$), *SDQ [E]* (H 2.3) *Hyperaktivität* ($F(2; 244) = 1,453, p > 0,05$), *SDQ [E]* (H 2.3) *Verhaltensprobleme mit Gleichaltrigen* ($F(2; 244) = 0,300, p > 0,05$), *SDQ [E]* (H 2.3) *Gesamtproblemwert* ($F(2; 244) = 0,572, p > 0,05$), *Selbstwahrnehmung* (H 2.4) ($F(1,835; 227,50) = 0,227, p > 0,05$), *Selbstkontrolle* (H 2.4) ($F(2; 250) = 1,141, p > 0,05$), *Einfühlungsvermögen und Hilfsbereitschaft* (H 2.4) ($F(1,843; 230,36) = 0,379, p > 0,05$), *Angemessene Selbstbehauptung* (H 2.4) ($F(1,855; 231,91) = 0,035, p > 0,05$), *Sozialkontakt* (H 2.4) ($F(2; 250) = 0,484, p > 0,05$), *SDQ [L]* (H 2.5) *Prosoziales Verhalten* ($F(1,768; 229,81) = 0,935, p > 0,05$), *SDQ [L]* (H 2.6) *Verhaltensprobleme* ($F(1,804; 234,50) = 1,146, p > 0,05$), *SDQ [L]* (H 2.6) *Hyperaktivität* ($F(2; 260) = 1,062, p > 0,05$), *SDQ [L]* (H 2.6) *Verhaltensprobleme mit Gleichaltrigen* ($F(1,786; 232,16) = 0,783, p > 0,05$), *SDQ [L]* (H 2.6) *Gesamtproblemwert* ($F(1,850; 240,53) = 2,301, p > 0,05$) und *TRF soziale Probleme* (H 2.7) ($F(2; 260) = 0,397, p > 0,05$) zeigten keine signifikanten Interaktionseffekte von Zeitpunkt * Familienstand. Somit bestanden für die Gesamtstichprobe zwischen den drei Messzeitpunkten Prä-, Post- und Follow-Up-

Erhebungszeitpunkt in Relation zum Familienstand keine signifikanten Unterschiede auf diesen Skalen. Das bedeutet in diesem Zusammenhang, dass die Kovariate Familienstand eines Kindes unabhängig von der Interventions- oder Kontrollbedingung keine Auswirkungen zeigte und wies somit keinen Einfluss für die Gesamtstichprobe auf. Die Skalen *Schule*, *Freizeit*, *ALS Gesamtwert*, *SDQ [E] Verhaltensprobleme*, *Selbstwahrnehmung*, *Einfühlungsvermögen und Hilfsbereitschaft*, *Angemessene Selbstbehauptung*, *SDQ [L] Prosoziales Verhalten*, *SDQ [L] Verhaltensprobleme*, *SDQ [L] Verhaltensprobleme mit Gleichaltrigen* und *SDQ [L] Gesamtproblemwert* sind nach Greenhouse-Geisser korrigiert worden.

Messzeitpunkt * akademischer elterlicher Bildungsgrad

Im Rahmen der Varianzanalyse konnte die Analyse von Interaktionseffekten bei Messzeitpunkt * elterlicher Bildungsgrad (vgl. hierzu die Tabelle 38) lediglich auf den Skalen *SDQ [E] (H 2.3) Verhaltensprobleme mit Gleichaltrigen* ($F(2; 244) = 2,657, p < 0,10, \eta^2 = 0,021$), *SDQ [L] (H 2.6) Hyperaktivität* ($F(2; 260) = 2,774, p < 0,10, \eta^2 = 0,021$) und *SDQ [L] Gesamtproblemwert* (H 2.6) ($F(1,850; 240,53) = 2,626, p < 0,10, \eta^2 = 0,020$) bei insgesamt kleinen Effektstärken einen signifikanten Trend auf einem 10%-Niveau detektieren.

Unter Berücksichtigung der Kovariate akademischer elterlicher Bildungsgrad konnten darüber hinaus im Hinblick auf die Interaktion von Zeitpunkt * Bildungsgrad der Eltern (vgl. Tabelle 38) keine signifikanten Interaktionseffekte identifiziert werden. Folgender Befund konnte in diesem Zusammenhang ermittelt werden: Auf den Skalen *Schule* (H 2.1) ($F(1,879; 234,82) = 0,679, p > 0,05$), *Freizeit* (H 2.1) ($F(1,874; 234,28) = 1,995, p > 0,05$), *Familie* (H 2.1) ($F(2; 250) = 2,116, p > 0,05$), *ALS Gesamtwert* (H 2.1) ($F(1,853; 231,66) = 1,693, p > 0,05$), *SDQ [E] (H 2.2) Prosoziales Verhalten* ($F(2; 244) = 0,012, p > 0,05$), *SDQ [E] (H 2.3) Verhaltensprobleme* ($F(1,886; 230,04) = 0,482, p > 0,05$), *SDQ [E] (H 2.3) Hyperaktivität* ($F(2; 244) = 0,353, p > 0,05$), *SDQ [E] (H 2.3) Gesamtproblemwert* ($F(2; 244) = 1,075, p > 0,05$), *Kooperation* (H 2.4) ($F(2; 252) = 1,444, p > 0,05$), *Selbstwahrnehmung* (H 2.4) ($F(1,835; 227,50) = 0,433, p > 0,05$), *Selbstkontrolle* (H 2.4) ($F(2; 250) = 0,057, p > 0,05$), *Einfühlungsvermögen und Hilfsbereitschaft* (H 2.4) ($F(1,843; 230,36) = 1,921, p > 0,05$), *Angemessene Selbstbehauptung* (H 2.4) ($F(1,855; 231,91) = 0,204, p > 0,05$), *Sozialkontakt* (H 2.4) ($F(2; 250) = 1,262, p > 0,05$), *SDQ [L] (H 2.5) Prosoziales Verhalten* ($F(1,768;$

229,81) = 1,378, $p > 0,05$), *SDQ* [L] (H 2.6) *Verhaltensprobleme* ($F(1,804; 234,50) = 1,321$, $p > 0,05$), *SDQ* [L] (H 2.6) *Verhaltensprobleme mit Gleichaltrigen* ($F(1,786; 232,16) = 1,029$, $p > 0,05$) und *TRF* (H 2.7) *soziale Probleme* ($F(2; 260) = 0,080$, $p > 0,05$) sind keine signifikanten Interaktionseffekte von Zeitpunkt * elterlicher akademischer Grad gefunden worden. Das bedeutet, für diese aufgeführten Skalen im sekundären Outcome bestanden zwischen den drei Messzeitpunkten unter Berücksichtigung der Kovariate akademischer Grad keine signifikanten Unterschiede. Die Kovariate akademischer Grad wies somit im Rahmen dieser Untersuchung keinen Einfluss auf die Interaktion von Zeitpunkt * elterlicher akademischer Bildungsgrad auf. Die Skalen *Schule*, *Freizeit*, *ALS Gesamtwert*, *SDQ* [E] *Verhaltensprobleme*, *Selbstwahrnehmung*, *Einfühlungsvermögen und Hilfsbereitschaft*, *Angemessene Selbstbehauptung*, *SDQ* [L] *Prosoziales Verhalten*, *SDQ* [L] *Verhaltensprobleme*, *SDQ* [L] *Verhaltensprobleme mit Gleichaltrigen* und *SDQ* [L] *Gesamtproblemwert* sind nach Greenhouse-Geisser korrigiert worden.

Messzeitpunkt * Gruppe (mit Kovariaten)

Unter Berücksichtigung von allen Kovariaten (Klassenstufe, Familienstand, akad. Grad der Eltern) konnten im Rahmen der Varianzanalyse folgende Effekte erhoben werden (vgl. Tabelle 38): Lediglich auf der Skala *SDQ* [E] (H 2.2) *Prosoziales Verhalten* ($F(2; 244) = 2,915$, $p < 0,10$, $\eta^2 = 0,023$) konnte bei einer insgesamt kleinen Effektstärke ein signifikanter Trend auf einem 10%-Niveau identifiziert werden.

Für die Skala *SDQ* [E] (H 2.2) *Prosoziales Verhalten* liegt also im Kontext der Interaktion von Zeitpunkt * Gruppe mit den Kovariaten bei einem $p = 0,056$ ein tendenziell signifikantes Ergebnis vor. Die Tabelle 37 und die *Abbildung 42* visualisiert diesen Trend. Obwohl die Werte bei der Prä-Erhebung gleich sind, verändern sich die Werte bei der Post-Erhebung. Für die Interventionsbedingung werden die Werte weniger, aber dafür steigen die Werte für die Kontrollgruppe, was als eine Verbesserung der Kinder in der Kontrollbedingung bedeutet, gleichzeitig eine Verschlechterung im prosozialem Verhalten bei den Kindern innerhalb der Interventionsgruppe. Bei der Follow-Up-Erhebung lagen die Werte wieder dicht aufeinander. Das bedeutet, die Kinder der Interventionsgruppe haben sich auf dieser Skala im Post-Follow-Up-Vergleich etwas verbessert, wohingegen sich die Kinder leicht verschlechterten. Somit kann vor diesem Hintergrund eine signifikante Tendenz auf dieser Skala mit einer kleinen Effektstärke konstatiert werden. Allerdings kann nicht davon ausgegangen werden, dass die Kinder in der Einschätzung ihrer Eltern unter

dem Einfluss des Programms auf dieser Skala in hypothesengeleiteter Form (meint also in diesem Zusammenhang im Sinne eines Kompetenzzuwachses) profitiert haben.

Tabelle 37:
Skala SDQ Prosoziales Verhalten [Eltern], mit Kovariaten, signifikanter Trend

Interventionsgruppe/Kontrollgruppe		M	SD	n
SDQ Prosoziales Verhalten [Eltern] Prä	IG	8,00	1,74	52
	KG	8,10	1,63	74
SDQ Prosoziales Verhalten [Eltern] Post	IG	7,65	2,12	52
	KG	8,28	1,57	74
SDQ Prosoziales Verhalten [Eltern] FollowUp	IG	8,00	1,77	52
	KG	8,05	1,69	74

Anmerkungen. IG: Interventionsgruppe, KG: Kontrollgruppe, M: Mittelwert, SD: Standardabweichung

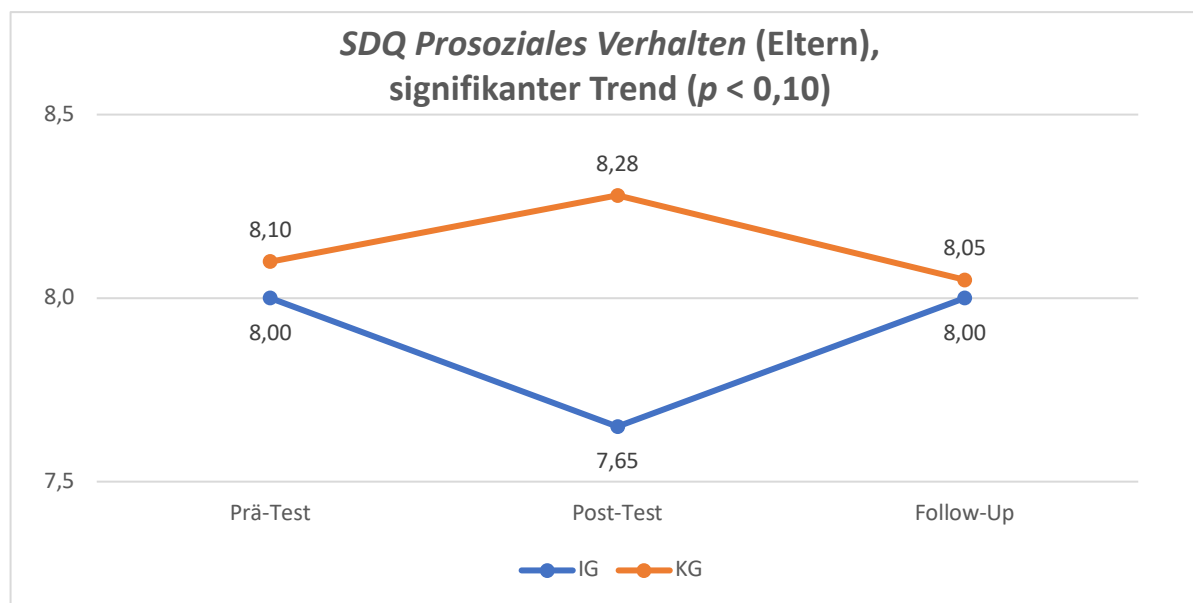


Abbildung 42. Skala SDQ Prosoziales Verhalten [Eltern], signifikanter Trend auf dem 10%-Niveau, Interaktion Messzeitpunkt * Gruppe (mit Kovariaten); IG: Interventionsgruppe, KG: Kontrollgruppe

Hingegen konnten auf den Skalen *Schule* (H 2.1) ($F(1,879; 234,82) = 1,724, p > 0,05$), *Freizeit* (H 2.1) ($F(1,874; 234,28) = 0,408, p > 0,05$), *Familie* (H 2.1) ($F(2; 250) = 0,048, p > 0,05$), *ALS Gesamtwert* (H 2.1) ($F(1,853; 231,66) = 0,514, p > 0,05$), *SDQ [E]* (H 2.3) *Verhaltensprobleme* ($F(1,886; 230,04) = 2,285, p > 0,05$), *SDQ [E]* (H 2.3) *Hyperaktivität* ($F(2; 244) = 1,040, p > 0,05$), *SDQ [E]* (H 2.3) *Verhaltensprobleme mit Gleichaltrigen* ($F(2; 244) = 0,380, p > 0,05$), *SDQ [E]* (H 2.3) *Gesamtwert* ($F(2; 244) = 0,838, p > 0,05$),

Kooperation (H 2.4) ($F(2; 252) = 1,886, p > 0,05$), *Selbstwahrnehmung* (H 2.4) ($F(1,835; 227,50) = 0,209, p > 0,05$), *Selbstkontrolle* (H 2.4) ($F(2; 250) = 1,014, p > 0,05$), *Einfühlungsvermögen und Hilfsbereitschaft* (H 2.4) ($F(1,843; 230,36) = 1,171, p > 0,05$), *Angemessene Selbstbehauptung* (H 2.4) ($F(1,855; 231,91) = 1,949, p > 0,05$), *Sozialkontakt* (H 2.4) ($F(2; 250) = 0,662, p > 0,05$), *SDQ [L]* (H 2.5) *Prosoziales Verhalten* ($F(1,768; 229,81) = 1,059, p > 0,05$), *SDQ [L]* (H 2.6) *Verhaltensprobleme* ($F(1,804; 234,50) = 2,372, p > 0,05$), *SDQ [L]* (H 2.6) *Hyperaktivität* ($F(2; 260) = 0,768, p > 0,05$), *SDQ [L]* (H 2.6) *Verhaltensprobleme mit Gleichaltrigen* ($F(1,786; 232,16) = 0,133, p > 0,05$), *Skala SDQ [L]* (H 2.6) *Gesamtproblemwert* ($F(1,850; 240,53) = 1,173, p > 0,05$) und *TRF soziale Probleme* (H 2.7) ($F(2; 260) = 0,218, p > 0,05$) keine signifikanten Interaktionseffekte von Zeitpunkt * Gruppe unter Berücksichtigung aller getesteten Kovariaten ermittelt werden. Somit bestanden für die Gesamtstichprobe zwischen den drei Messzeitpunkten Prä-Erhebung (T1), Post-Erhebung (T2) und Follow-Up-Erhebung (T3) in Relation zur Gruppenzugehörigkeit (Interventionsgruppe zur Kontrollgruppe) keine signifikanten Unterschiede auf diesen Skalen. Das bedeutet in diesem Kontext, dass unter der Berücksichtigung der getesteten Kovariaten die Gruppenzugehörigkeit eines Kindes keine Auswirkungen zeigte und wies somit keinen Einfluss auf die hier untersuchte Gesamtstichprobe auf. Die Skalen *Schule, Freizeit, ALS Gesamtwert, SDQ [E] Verhaltensprobleme, Selbstwahrnehmung, Einfühlungsvermögen und Hilfsbereitschaft, Angemessene Selbstbehauptung, SDQ [L] Prosoziales Verhalten, SDQ [L] Verhaltensprobleme, SDQ [L] Verhaltensprobleme mit Gleichaltrigen* und *SDQ [L] Gesamtproblemwert* sind auch hier nach Greenhouse-Geisser korrigiert worden.

Tabelle 38:

Sekundärer Outcome: Varianzanalyse mit Messwiederholung unter Berücksichtigung von Kovariaten (Klassenstufe, Familienstand, akad. Bildungsgrad der Eltern)

Faktor	Skala	df	F	p	η^2
Zeitpunkt	ALS Schule ^g (H 2.1)	1,879; 234,82	0,299	0,728	0,002
	ALS Freizeit ^g (H 2.1)	1,874; 234,28	0,508	0,590	0,004
	ALS Familie (H 2.1)	2; 250	0,225	0,799	0,002
	ALS Gesamtwert ^g (H 2.1)	1,853; 231,66	0,299	0,725	0,002
	SDQ [E] Prosoziales Verhalten (H 2.2)	2; 244	0,466	0,628	0,004
	SDQ [E] Verhaltensprobleme ^g (H 2.3)	1,886; 230,04	0,240	0,774	0,002
	SDQ [E] Hyperaktivität (H 2.3)	2; 244	2,272	0,105	0,018
	SDQ [E] Verhaltensprobleme mit Gleichaltrigen (H 2.3)	2; 244	0,128	0,880	0,001
	SDQ [E] Gesamtproblemwert (H 2.3)	2; 244	1,602	0,204	0,013
	LSL Kooperation (H 2.4)	2; 252	0,582	0,559	0,005
	LSL Selbstwahrnehmung ^g (H 2.4)	1,835; 227,50	0,285	0,733	0,002
	LSL Selbstkontrolle (H 2.4)	2; 250	1,308	0,272	0,010
	LSL Einfühlungsvermögen Hilfsbereitschaft ^g (H 2.4)	1,843; 230,36	0,002	0,996	0,000
	LSL Angemessene Selbstbehauptung ^g (H 2.4)	1,855; 231,91	4,519	0,014**	0,035
	LSL Sozialkontakt (H 2.4)	2; 250	1,969	0,142	0,016
	SDQ [L] Prosoziales Verhalten ^g (H 2.5)	1,768; 229,81	0,568	0,546	0,004
	SDQ [L] Verhaltensprobleme ^g (H 2.6)	1,804; 234,50	2,878	0,064*	0,022
	SDQ [L] Hyperaktivität (H 2.6)	2; 260	0,290	0,748	0,002
	SDQ [L] Verhaltensprobleme mit Gleichaltrigen ^g (H 2.6)	1,786; 232,16	0,626	0,518	0,005
	SDQ [L] Gesamtproblemwert ^g (H 2.6)	1,850; 240,53	0,104	0,888	0,001
TRF Soziale Probleme (H 2.7)	2; 260	2,707	0,069*	0,020	
Zeitpunkt * Klassenstufe	ALS Schule ^g (H 2.1)	1,879; 234,82	0,601	0,539	0,005
	ALS Freizeit ^g (H 2.1)	1,874; 234,28	0,824	0,433	0,007
	ALS Familie (H 2.1)	2; 250	0,180	0,835	0,001
	ALS Gesamtwert ^g (H 2.1)	1,853; 231,66	0,618	0,528	0,005
	LSL Kooperation (H 2.4)	2; 252	1,634	0,197	0,013
	LSL Selbstwahrnehmung ^g (H 2.4)	1,835; 227,50	0,776	0,451	0,006
	LSL Selbstkontrolle (H 2.4)	2; 250	2,435	0,090*	0,019
	LSL Einfühlungsvermögen Hilfsbereitschaft ^g (H 2.4)	1,843; 230,36	0,380	0,667	0,003
	LSL Angemessene Selbstbehauptung ^g (H 2.4)	1,855; 231,91	3,366	0,040**	0,026

Faktor	Skala	df	F	p	η^2
	LSL Sozialkontakt (H 2.4)	2; 250	1,093	0,337	0,009
	SDQ [L] Prosoziales Verhalten ^g (H 2.5)	1,768; 229,81	0,310	0,707	0,002
	SDQ [L] Verhaltensprobleme ^g (H 2.6)	1,804; 234,50	1,067	0,340	0,008
	SDQ [L] Hyperaktivität (H 2.6)	2; 260	4,107	0,018**	0,031
	SDQ [L] Verhaltensprobleme mit Gleichaltrigen ^g (H 2.6)	1,786; 232,16	0,378	0,662	0,003
	SDQ [L] Gesamtproblemwert ^g (H 2.6)	1,850; 240,53	2,392	0,098*	0,018
	TRF Soziale Probleme (H 2.7)	2; 260	3,066	0,048**	0,023
Zeitpunkt * Familienstand	ALS Schule ^g (H 2.1)	1,879; 234,82	0,117	0,877	0,001
	ALS Freizeit ^g (H 2.1)	1,874; 234,28	0,038	0,956	0,000
	ALS Familie (H 2.1)	2; 250	0,282	0,754	0,002
	ALS Gesamtwert ^g (H 2.1)	1,853; 231,66	0,111	0,881	0,001
	SDQ [E] Prosoziales Verhalten (H 2.2)	2; 244	0,474	0,623	0,004
	SDQ [E] Verhaltensprobleme ^g (H 2.3)	1,886; 230,04	0,006	0,992	0,000
	SDQ [E] Hyperaktivität (H 2.3)	2; 244	1,453	0,236	0,012
	SDQ [E] Verhaltensprobleme mit Gleichaltrigen (H 2.3)	2; 244	0,300	0,741	0,002
	SDQ [E] Gesamtproblemwert (H 2.3)	2; 244	0,572	0,565	0,005
	LSL Kooperation (H 2.4)	2; 252	2,876	0,058*	0,022
	LSL Selbstwahrnehmung ^g (H 2.4)	1,835; 227,50	0,227	0,778	0,002
	LSL Selbstkontrolle (H 2.4)	2; 250	1,141	0,321	0,009
	LSL Einfühlungsvermögen Hilfsbereitschaft ^g (H 2.4)	1,843; 230,36	0,379	0,668	0,003
	LSL Angemessene Selbstbehauptung ^g (H 2.4)	1,855; 231,91	0,035	0,957	0,000
	LSL Sozialkontakt (H 2.4)	2; 250	0,484	0,617	0,004
	SDQ [L] Prosoziales Verhalten ^g (H 2.5)	1,768; 229,81	0,935	0,384	0,007
	SDQ [L] Verhaltensprobleme ^g (H 2.6)	1,804; 234,50	1,146	0,316	0,009
	SDQ [L] Hyperaktivität (H 2.6)	2; 260	1,062	0,347	0,008
	SDQ [L] Verhaltensprobleme mit Gleichaltrigen ^g (H 2.6)	1,786; 232,16	0,783	0,445	0,006
	SDQ [L] Gesamtproblemwert ^g (H 2.6)	1,850; 240,53	2,301	0,107	0,017
TRF Soziale Probleme (H 2.7)	2; 260	0,397	0,673	0,003	
Zeitpunkt * Akademischer Grad	ALS Schule ^g (H 2.1)	1,879; 234,82	0,679	0,499	0,005
	ALS Freizeit ^g (H 2.1)	1,874; 234,28	1,995	0,141	0,016
	ALS Familie (H 2.1)	2; 250	2,116	0,123	0,017
	ALS Gesamtwert ^g (H 2.1)	1,853; 231,66	1,693	0,188	0,013
	SDQ [E] Prosoziales Verhalten (H 2.2)	2; 244	0,012	0,988	0,000

Faktor	Skala	df	F	p	η^2
	SDQ [E] Verhaltensprobleme ^g (H 2.3)	1,886; 230,04	0,482	0,607	0,004
	SDQ [E] Hyperaktivität (H 2.3)	2; 244	0,353	0,703	0,003
	SDQ [E] Verhaltensprobleme mit Gleichaltrigen (H 2.3)	2; 244	2,657	0,072*	0,021
	SDQ [E] Gesamtproblemwert (H 2.3)	2; 244	1,075	0,343	0,009
	LSL Kooperation (H 2.4)	2; 252	1,444	0,238	0,011
	LSL Selbstwahrnehmung ^g (H 2.4)	1,835; 227,50	0,433	0,632	0,003
	LSL Selbstkontrolle (H 2.4)	2; 250	0,057	0,944	0,000
	LSL Einfühlungsvermögen Hilfsbereitschaft ^g (H 2.4)	1,843; 230,36	1,921	0,152	0,015
	LSL Angemessene Selbstbehauptung ^g (H 2.4)	1,855; 231,91	0,204	0,799	0,002
	LSL Sozialkontakt (H 2.4)	2; 250	1,262	0,285	0,010
	SDQ [L] Prosoziales Verhalten ^g (H 2.5)	1,768; 229,81	1,378	0,254	0,010
	SDQ [L] Verhaltensprobleme ^g (H 2.6)	1,804; 234,50	1,321	0,268	0,010
	SDQ [L] Hyperaktivität (H 2.6)	2; 260	2,774	0,064*	0,021
	SDQ [L] Verhaltensprobleme mit Gleichaltrigen ^g (H 2.6)	1,786; 232,16	1,029	0,352	0,008
	SDQ [L] Gesamtproblemwert ^g (H 2.6)	1,850; 240,53	2,626	0,079*	0,020
	TRF Soziale Probleme (H 2.7)	2; 260	0,080	0,923	0,001
Zeitpunkt * Gruppe	ALS Schule ^g (H 2.1)	1,879; 234,82	1,724	0,183	0,014
	ALS Freizeit ^g (H 2.1)	1,874; 234,28	0,408	0,652	0,003
	ALS Familie (H 2.1)	2; 250	0,048	0,953	0,000
	ALS Gesamtwert ^g (H 2.1)	1,853; 231,66	0,514	0,585	0,004
	SDQ [E] Prosoziales Verhalten (H 2.2)	2; 244	2,915	0,056*	0,023
	SDQ [E] Verhaltensprobleme ^g (H 2.3)	1,886; 230,04	2,285	0,107	0,018
	SDQ [E] Hyperaktivität (H 2.3)	2; 244	1,040	0,355	0,008
	SDQ [E] Verhaltensprobleme mit Gleichaltrigen (H 2.3)	2; 244	0,380	0,684	0,003
	SDQ [E] Gesamtproblemwert (H 2.3)	2; 244	0,838	0,434	0,007
	LSL Kooperation (H 2.4)	2; 252	1,886	0,154	0,015
	LSL Selbstwahrnehmung ^g (H 2.4)	1,835; 227,50	0,209	0,793	0,002
	LSL Selbstkontrolle (H 2.4)	2; 250	1,014	0,364	0,008
	LSL Einfühlungsvermögen Hilfsbereitschaft ^g (H 2.4)	1,843; 230,36	1,171	0,309	0,009
	LSL Angemessene Selbstbehauptung ^g (H 2.4)	1,855; 231,91	1,949	0,148	0,015
	LSL Sozialkontakt (H 2.4)	2; 250	0,662	0,517	0,005
	SDQ [L] Prosoziales Verhalten ^g (H 2.5)	1,768; 229,81	1,059	0,342	0,008

Faktor	Skala	df	F	p	η^2
	SDQ [L] Verhaltensprobleme ^g (H 2.6)	1,804; 234,50	2,372	0,101	0,018
	SDQ [L] Hyperaktivität (H 2.6)	2; 260	0,768	0,465	0,006
	SDQ [L] Verhaltensprobleme mit Gleichaltrigen ^g (H 2.6)	1,786; 232,16	0,133	0,853	0,001
	SDQ [L] Gesamtproblemwert ^g (H 2.6)	1,850; 240,53	1,173	0,309	0,009
	TRF Soziale Probleme (H 2.7)	2; 260	0,218	0,804	0,002

Anmerkungen. *sign. $\alpha < .10$ (signifikanter Trend). **sign. $\alpha < .05$. ***sign. $\alpha < .01$. g = Korrektur nach Greenhouse-Geisser, *SDQ* [E]: Elternbeurteilung, *SDQ* [L]: Lehrerbeurteilung, Forschungshypothesen primärer Outcome: H 2.1 – H 2.7.

Abschließend für die Darstellung der Ergebnisse im sekundären Outcome der Studie sind in der Tabelle 39 die jeweiligen Forschungshypothesen, die Entwicklung der Interventionsgruppe im zeitlichen Verlauf von Prä-, Post- zum Follow-Up-Test sowie Interaktionseffekte ohne und mit den Kovariaten summativ und nach den Beurteilern sortiert beschrieben. Dabei kann konstatiert werden, dass die Interventionsgruppe ohne Berücksichtigung der Kontrollbedingung über die drei gemessenen Erhebungszeitpunkte entsprechend ihres hypothetischen Postulats eine Zunahme der Skalenmittelwerte für soziale Kompetenz und eine Abnahme in den jeweiligen Skalenmittelwerten bei Verhaltensproblemen aufwies, dies mit Ausnahme der Skala bei den *SDQ Verhaltensproblemen* (H 2.6) in der Beurteilung der Lehrkräfte. Es kann also im Sinne der Zielsetzung für den sekundären Outcome eine entsprechende Verbesserung innerhalb der Interventionsbedingung beschrieben werden. Auf einem 5%-Niveau konnte auf der Skala *Kooperation* (H 2.4) und zusätzlich auf der Skala *Angemessene Selbstbehauptung* (H 2.4) auf einem 1%-Niveau ein signifikanter Interaktionseffekt detektiert werden. Die Skala *Selbstkontrolle* (H 2.4) wies auf einem 10%-Niveau lediglich einen signifikanten Trend auf. Unter Berücksichtigung von Kovariaten konnte lediglich auf der Skala *SDQ Prosoziales Verhalten* (H 2.2) in der Elternbeurteilung auf einem 10%-Niveau ein signifikanter Trend ausgemacht werden.

Tabelle 39:

Sekundärer Outcome: Zunahme soziale Kompetenz und Abnahme Verhaltensprobleme

Quelle	Hypothese Nr.	Inhalt/Hypothese	nur IG Zeitverlauf	IG vs. KG (MZP * Gruppe)	IG vs. KG MZP * Gruppe (mit Kovariaten)
Kinder	H 2.1	↑ Schule	↑	$p > 0,05$	$p > 0,05$
	H 2.1	↑ Freizeit	↑	$p > 0,05$	$p > 0,05$
	H 2.1	↑ Familie	↑	$p > 0,05$	$p > 0,05$
	H 2.1	↑ ALS Gesamtwert	↑	$p > 0,05$	$p > 0,05$
Eltern	H 2.2	↑ SDQ Prosoziales Verhalten	↑	$p > 0,05$	$F = 2,915,$ $p = 0,056^*$
	H 2.3	↓ SDQ Verhaltensprobleme	↓	$p > 0,05$	$p > 0,05$
	H 2.3	↓ SDQ Hyperaktivität	↓	$p > 0,05$	$p > 0,05$
	H 2.3	↓ SDQ Verhaltensprobleme Gleichaltrige	↓	$p > 0,05$	$p > 0,05$
	H 2.3	↓ SDQ Gesamtproblemwert	↓	$p > 0,05$	$p > 0,05$
Lehrkräfte	H 2.4	↑ Kooperation	↑	$F = 3,725,$ $p = 0,025$	$p > 0,05$
	H 2.4	↑ Selbstwahrnehmung	↑	$p > 0,05$	$p > 0,05$
	H 2.4	↑ Selbstkontrolle	↑	$F = 2,578,$ $p = 0,078^*$	$p > 0,05$
	H 2.4	↑ Einfühlungsverm. Hilfsbereitschaft	↑	$p > 0,05$	$p > 0,05$
	H 2.4	↑ Angemessene Selbstbehauptung	↑	$F = 5,492,$ $p = 0,006$	$p > 0,05$
	H 2.4	↑ Sozialkontakt	↑	$p > 0,05$	$p > 0,05$
	H 2.5	↑ SDQ Prosoziales Verhalten	↑	$p > 0,05$	$p > 0,05$
	H 2.6	↓ SDQ Verhaltensprobleme	↑	$p > 0,05$	$p > 0,05$
	H 2.6	↓ SDQ Hyperaktivität	↓	$p > 0,05$	$p > 0,05$
	H 2.6	↓ SDQ Verhaltensprobleme Gleichaltrige	↓	$p > 0,05$	$p > 0,05$
	H 2.6	↓ SDQ Gesamtproblemwert	↓	$p > 0,05$	$p > 0,05$
H 2.7	↓ TRF soziale Probleme	↓	$p > 0,05$	$p > 0,05$	

Anmerkungen. IG = Interventionsgruppe, KG = Kontrollgruppe, MZP = Messzeitpunkt, ↑ = Zunahme der Skalenmittelwerte über drei Messzeitpunkte verglichen (Prä-Test zum Follow Up-Test), ↓ = Abnahme der Skalenmittelwerte über drei Messzeitpunkte verglichen (Prä-Test zum Follow Up-Test), H 2.1 bis H 2.7 = Forschungshypothesen 2.1 bis 2.7, * = sign. Trend auf dem 10%-Niveau

6.6 Gesamtzusammenfassung der Ergebnisse in der Kinder-, Eltern- und Lehrerstichprobe (sortiert nach Stichprobe)

Die varianzanalytischen Ergebnisse der verwendeten Skalen dieser Evaluationsstudie zur Wirksamkeitshypothese des Präventionsprogramms »Super Skills for Life« können in Abhängigkeit zu ihrer jeweiligen Teilstichprobe, also vor dem Hintergrund ihrer Zuordnung zur Kinder-, Eltern- und Lehrerstichprobe, wie folgt zusammengefasst werden.

Die Varianzanalyse hat gezeigt, dass für die **Kinderstichprobe** die folgenden getesteten Skalen für die Gesamtstichprobe hochsignifikant ($p < 0,01$) waren: *Trennungsangst* (H 1.1), *Soziale Phobie* (H 1.1), *Zwangsstörung* (H 1.1), *Panikstörung und Agoraphobie* (H 1.1), *Angst vor körperlicher Verletzung* (H 1.1), *Generalisierte Angststörung* (H 1.1) und *SCAS-D Gesamtwert* (H 1.1). Das bedeutet, im Zeitverlauf haben sich diese Skalen signifikant verändert. Die Kinder haben sich im Gesamtbefund verbessert. Für die *ALS*-Skalen (H 2.1) waren nicht alle vier Skalen für die Gesamtstichprobe signifikant. Nur die Skala *ALS-Freizeit* (H 2.1) war signifikant ($p < 0,05$), damit hatten sich die Kinder nur innerhalb dieser Skala im Freizeitbereich im Kontext des Selbstwernerlebens in ihrer Selbsteinschätzung insgesamt verbessert.

Die Vergleiche für die Kinder der beiden Gruppen zeigten, dass keine signifikanten Unterschiede im zeitlichen Verlauf der drei erhobenen Messzeitpunkte Prä-, Post- und Follow-Up-Test vorlagen. Unabhängig von der Zugehörigkeit zur Interventions- oder zur Kontrollgruppe haben sich diese beiden Gruppen gleich entwickelt bzw. sich gleich verhalten.

Innerhalb der Kinderstichprobe zeigten die verwendeten Kovariaten kaum Einflüsse auf die Ergebnisse der Analyse. Im Rahmen der varianzanalytischen Untersuchung unter Hinzuziehung der Kovariaten Schulklasse, Familienstand und elterlicher akademischer Bildungsgrad war nur die Skala *Trennungsangst* (H 1.1) für die Gruppen auf einem 5%-Niveau signifikant. Somit hatten die Kovariaten auf dieser Skala einen Einfluss auf die Entwicklung der Skalenmittelwerte in den drei Messzeitpunkten. Im Prä-Post-Vergleich verbesserte sich die Interventionsbedingung im Unterschied zur Kontrollbedingung, im Post-Follow-Up-Vergleich verbesserten sich beide Gruppen. Diese Skala kann herangezogen

werden, um einen möglichen Effekt des »Super Skills for Life«-Programms auf die positive und somit intendierte Entwicklung von Angst bei Kindern, im Sinne dieser Skala, auf die Trennungsangst zu belegen.

In der zusammenfassenden Betrachtung der Ergebnisse der **Elternstichprobe** konnten signifikante Zeiteffekte mit leichten Effektstärken auf den Subskalen *Emotionale Probleme* (H 1.3), *Hyperaktivität* (H 2.3) und *Angst/Depressivität* (H 1.2) und für die Gesamtskala *CBCL Gesamtwert* (H 1.2) festgestellt werden. Signifikante Interaktionseffekte von Zeit * Gruppe und signifikante Interaktionseffekte unter Berücksichtigung von Kovariaten (Familienstand und akademischer Grad der Eltern) konnten nicht hinreichend ermittelt werden.

Die Varianzanalyse für die Eltern zeigte also, dass für die Elternstichprobe die getesteten Skalen *Emotionale Probleme* (H 1.3), *Hyperaktivität* (H 2.3), *Angst/Depressivität* (H 1.2) und *CBCL Gesamtwert* (H 1.2) in der sortenreinen Gesamtstichprobe signifikant ($p < 0,05$) waren, sich also im Zeitverlauf signifikant veränderten. Die Elterneinschätzung zeigte für diese Skalen im Gesamten, also unabhängig von der Gruppenzugehörigkeit (Interventionsgruppe in Relation zur Kontrollgruppe) eine Verbesserung. Die anderen getesteten *SDQ*- und *CBCL*-Skalen waren für die Gesamtstichprobe nicht signifikant, damit sind die Skalenwerte gleichgeblieben.

Auch die Gruppenvergleiche in der Elternstichprobe zeigten, dass keine signifikanten Unterschiede der beiden Gruppen im Zeitverlauf vorlagen. Unabhängig von der Zugehörigkeit der Interventions- oder der Kontrollbedingung hatten sich die Gruppen im zeitlichen Verlauf gleich entwickelt bzw. sich gleich verhalten.

Für die Elternstichprobe zeigten die Kovariaten ebenfalls weitestgehend keine Einflüsse. Unter Berücksichtigung der Kovariaten Familienstand und elterlicher akademischer Grad, die neben den beiden Gruppen getestet wurden, zeigten sich für die Skalen keine signifikanten Ergebnisse.

Für die Skala *SDQ Prosoziales Verhalten* (H 2.2) konnte im Rahmen der Elternstichprobe ein signifikanter Trend von Messzeitpunkt * Gruppe mit Kovariaten detektiert werden.

Die Varianzanalyse für die **Lehrerstichprobe** hat gezeigt, dass die getesteten Skalen *sozialer Rückzug* (H 1.4), *Angst/Depressivität* (H 1.4), *TRF soziale Probleme* (H 2.7), *TRF Gesamtwert* (H 1.4), *Kooperation* (H 2.4), *Selbstwahrnehmung* (H 2.4), *Selbstkontrolle* (H 2.4), *Angemessene Selbstbehauptung* (H 2.4) und *Sozialkontakt* (H 2.4) für die Gesamtstichprobe signifikant ($p < 0,05$) waren, sich also auch im Zeitverlauf signifikant veränderten. Die Skalenwerte in der Lehrereinschätzung hatten sich für diese Skalen im Gesamten verbessert. Für die *SDQ*-Skalen war nur die Skala *Prosoziales Verhalten* (H 2.5) für die Gesamtstichprobe signifikant ($p < 0,05$), mit diesem Ergebnis hatten sich in der Lehrereinschätzung die Kinder in ihrem gesamten prosozialem Verhalten verbessert.

Die Vergleiche für die beiden Gruppen in der Lehrerstichprobe zeigten, dass nur für zwei Skalen signifikante Unterschiede im Verlauf vorlagen. Die Skalen *Kooperation* (H 2.4) und *Angemessene Selbstbehauptung* (H 2.4) hatten sich für die Gruppen unterschiedlich entwickelt. Für die Skala *Kooperation* (H 2.4) hatte sich die Kontrollgruppe stärker entwickelt als die Interventionsgruppe. Für die Skala *Angemessene Selbstbehauptung* (H 2.4) hatte sich die Interventionsgruppe stärker entwickelt als die Kontrollgruppe.

Für die Lehrerstichprobe zeigten die Kovariaten mehrere Einflüsse. Beim Testen der Kovariaten Schulklasse, Familienstand und akademischer Grad der Eltern neben den Gruppen waren folgende Skalen für die folgenden Kovariaten signifikant. Für den Zeitpunkt waren die Skalen *Angst/Depressivität* (H 1.4), *TRF Gesamtwert* (H 1.4) und *Angemessene Selbstbehauptung* (H 2.4) signifikant. Für die Interaktion Zeitpunkt * Klassenstufe waren die Skalen *Angst/Depressivität* (H 1.4), *TRF soziale Probleme* (H 2.7), *TRF Gesamtwert* (H 1.4), *Angemessene Selbstbehauptung* (H 2.4) und *Hyperaktivität* (H 2.6) signifikant. Die Kovariaten Familienstand und akademischer elterlicher Bildungsgrad hatten keine signifikanten Skalenwerte und damit hatten diese beiden Kovariaten keinen Einfluss auf die Ergebnisse dieser Untersuchung.

Für die Skalen *Selbstkontrolle* (H 2.4) und *SDQ Gesamtproblemwert* (H 2.6) konnte im Rahmen der Lehrerstichprobe ein signifikanter Trend ($p < 0,10$) identifiziert werden, zusätzlich für die Skala *Selbstkontrolle* (H 2.4) in der Interaktion Messzeitpunkt * Gruppe (ohne Kovariaten).

6.7 Post hoc-Analysen (Geschlecht) – Primärer Outcome⁴⁷

Im Rahmen der Post hoc-Analysen zum Geschlecht der Kinder konnten im primären Outcome folgende Ergebnisse zusammengetragen werden.

Für die Skala *Trennungsangst* (H 1.1) zeigte die Untersuchung $F(1,902; 266,25) = 16,468, p < 0,01$ und damit war der Test signifikant. Es bestanden für die Gesamtstichprobe zwischen den drei Messzeitpunkten signifikante Unterschiede für diese Skala. Der Eta-Quadrat-Wert lag bei 0,105 und damit war der Effekt mittelmäßig. Für die beiden Gruppen auf dieser Skala zeigten die Post hoc-Tests $F(1,902; 266,25) = 2,043, p > 0,05$, damit war der Test nicht signifikant. Es bestanden für die Gruppen zwischen den drei Messzeitpunkten keine signifikanten Unterschiede für diese Skala. Für die beiden Geschlechter zeigten die Tests zudem $F(1,902; 266,25) = 0,949, p > 0,05$, damit war der Test auch hier nicht signifikant. Es bestanden somit für die beiden Geschlechter zwischen den drei Messzeitpunkten keine Unterschiede für diese Skala, sodass das Geschlecht offenbar keinen signifikanten Effekt auf dieser Skala gezeigt hat. Auch für die beiden Geschlechter und Gruppen konnten keine signifikanten Effekte gefunden werden, da $F(1,902; 266,25) = 0,139, p > 0,05$. Somit konnten auf dieser Skala für die beiden Geschlechter und für die Interventions- und Kontrollbedingung keine Unterschiede festgestellt werden. Die Post hoc-Tests dieser Skala sind mit der Korrektur nach Greenhouse-Geisser berechnet worden.

Für die Skala *Soziale Phobie* (H 1.1) zeigte die Analyse $F(1,861; 260,53) = 10,144, p < 0,01$ und damit war der Test signifikant. Es bestanden für die Gesamtstichprobe zwischen den drei Messzeitpunkten signifikante Unterschiede für diese Skala. Der Eta-Quadrat-Wert lag bei 0,068 und damit war der Effekt mittelmäßig. Für die beiden Gruppen auf dieser Skala zeigten die Post hoc-Tests $F(1,861; 260,53) = 0,064, p > 0,05$, damit war der Test nicht signifikant. Für die Gruppen bestanden somit zwischen den drei Messzeitpunkten keine signifikanten Unterschiede für diese Skala. Für die beiden Geschlechter zeigten die Post hoc-Tests zudem $F(1,861; 260,53) = 1,239, p > 0,05$, damit war der Test auch hier nicht signifikant. Es bestanden somit für die beiden Geschlechter zwischen den drei

⁴⁷ Die Mittelwertetabellen zu den Post hoc-Analysen (Geschlecht) sind im Anhang B getrennt in die Kinder-, Eltern- und Lehrerstichprobe abgetragen.

Messzeitpunkten keine Unterschiede für diese Skala, sodass das Geschlecht offenbar hier ebenfalls keinen Effekt gezeigt hat. Auch für die beiden Geschlechter und Gruppen konnten keine signifikanten Effekte gefunden werden, da $F(1,861; 260,53) = 0,555, p > 0,05$. Somit konnten auf dieser Skala für die beiden Geschlechter und für die Interventions- und Kontrollbedingung keine Unterschiede festgestellt werden. Auch die Post hoc-Tests dieser Skala sind mit der Korrektur nach Greenhouse-Geisser berechnet worden.

Für die Skala *Zwangsstörung* (H 1.1) zeigten die Post hoc-Tests $F(1,872; 262,09) = 6,103, p < 0,01$, damit war der Test auch auf dieser Skala signifikant. Es bestanden demnach für die Gesamtstichprobe zwischen den drei Messzeitpunkten signifikante Unterschiede für diese Skala. Der Eta-Quadrat-Wert lag bei 0,042 und damit war der Effekt als gering einzuschätzen. Für die beiden Gruppen auf dieser Skala zeigten die Post hoc-Tests $F(1,872; 262,09) = 0,126, p > 0,05$, damit war der Test nicht signifikant. Für die Gruppen bestanden somit zwischen den drei Messzeitpunkten keine signifikanten Unterschiede für diese Skala. Für die beiden Geschlechter zeigten die Post hoc-Tests zudem $F(1,872; 262,09) = 0,665, p > 0,05$, damit war der Test auch hier nicht signifikant. Es bestanden somit für die beiden Geschlechter zwischen den drei Messzeitpunkten keine Unterschiede für diese Skala, sodass das Geschlecht offenbar für diese Skala ebenfalls keinen Effekt gezeigt hat. Auch für die beiden Geschlechter und Gruppen konnten keine signifikanten Effekte gefunden werden, da $F(1,872; 262,09) = 0,316, p > 0,05$. Somit konnten auf dieser Skala für die beiden Geschlechter und für die Interventions- und Kontrollbedingung keine Unterschiede festgestellt werden. Auch die Post hoc-Tests dieser Skala sind mit der Korrektur nach Greenhouse-Geisser berechnet worden.

Für die Skala *Panikstörung und Agoraphobie* (H 1.1) zeigten die Post hoc-Tests $F(2; 276) = 10,689, p < 0,01$, damit war der Test auch auf dieser Skala signifikant. Es bestanden demnach für die Gesamtstichprobe zwischen den drei Messzeitpunkten signifikante Unterschiede für diese Skala. Der Eta-Quadrat-Wert lag bei 0,072 und damit war der Effekt als mittelmäßig einzuschätzen. Die Post hoc-Tests zeigten für die beiden Gruppen auf dieser Skala $F(2; 276) = 0,496, p > 0,05$, damit war der Test nicht signifikant. Zwischen den drei Messzeitpunkten bestanden somit für die Gruppen keine signifikanten Unterschiede für diese Skala. Für die beiden Geschlechter zeigten die Post hoc-Tests zudem $F(2; 276) = 0,599, p > 0,05$, damit war der Test auch hier nicht signifikant. Es bestanden somit für die beiden

Geschlechter zwischen den drei Messzeitpunkten keine Unterschiede für diese Skala, sodass das Geschlecht offenbar für diese Skala ebenfalls wie auf den vorangegangenen Skalen keinen Effekt gezeigt hat. Auch für die beiden Geschlechter und Gruppen konnten keine signifikanten Effekte gefunden werden, da $F(2; 276) = 0,145, p > 0,05$. Somit konnten auf dieser Skala für die beiden Geschlechter und für die Interventions- und Kontrollbedingung keine Unterschiede festgestellt werden.

Für die Skala *Angst vor körperlicher Verletzung* (H 1.1) zeigten die Post hoc-Tests $F(2; 274) = 7,704, p < 0,01$, damit war der Test auch auf dieser Skala signifikant. Es bestanden demnach für die Gesamtstichprobe zwischen den drei Messzeitpunkten signifikante Unterschiede für diese Skala. Der Eta-Quadrat-Wert für diese Skala lag bei 0,053 und damit war der Effekt als gering einzuschätzen. Für die beiden Gruppen auf dieser Skala zeigten die Post hoc-Tests zudem $F(2; 274) = 0,837, p > 0,05$, damit war der Test nicht signifikant. Für die Gruppen bestanden somit zwischen den drei Messzeitpunkten keine signifikanten Unterschiede für diese Skala. Für die beiden Geschlechter zeigten die Post hoc-Tests zudem $F(2; 274) = 0,038, p > 0,05$, damit war der Test auch hier nicht signifikant. Es bestanden somit für die beiden Geschlechter zwischen den drei Messzeitpunkten keine Unterschiede für diese Skala, sodass offenbar für diese Skala das Geschlecht ebenfalls keinen Effekt gezeigt hat. Auch für die beiden Geschlechter und Gruppen konnten keine signifikanten Effekte gefunden werden, da $F(2; 274) = 0,848, p > 0,05$. Somit konnten auf dieser Skala für die beiden Geschlechter als auch für die Interventions- und Kontrollgruppe keine Unterschiede festgestellt werden.

Für die Skala *Generalisierte Angststörung* (H 1.1) zeigten die Post hoc-Tests $F(2; 280) = 9,255, p < 0,01$, damit war der Test auch auf dieser Skala signifikant. Es bestanden demnach für die Gesamtstichprobe zwischen den drei Messzeitpunkten signifikante Unterschiede für diese Skala. Der Eta-Quadrat-Wert lag bei 0,062 und damit war der Effekt als mittelmäßig einzuschätzen. Für die beiden Gruppen auf dieser Skala zeigten die Post hoc-Tests $F(2; 280) = 0,650, p > 0,05$, damit war der Test nicht signifikant. Für die Gruppen bestanden somit zwischen den drei Messzeitpunkten keine signifikanten Unterschiede für diese Skala. Für die beiden Geschlechter zeigten die Analysen zudem $F(2; 280) = 0,226, p > 0,05$, damit war der Post hoc-Test auch hier nicht signifikant. Es bestanden somit für die beiden Geschlechter zwischen den drei Messzeitpunkten keine signifikanten Unterschiede für diese Skala. Das

Geschlecht zeigte demnach für diese Skala ebenfalls keinen Effekt. Auch für die beiden Geschlechter und die beiden Gruppen konnten keine signifikanten Effekte gefunden werden, da $F(2; 280) = 0,085, p > 0,05$. Somit konnten auf dieser Skala für die beiden Geschlechter und für die Interventions- und Kontrollbedingung keine signifikanten Unterschiede festgestellt werden.

Auch im *SCAS-D Gesamtwert* (H 1.1) zeigten die Post hoc-Tests $F(1,893; 265,04) = 19,94, p < 0,01$, damit war der Test auch auf dieser Gesamtskala signifikant. Es bestanden demnach für die Gesamtstichprobe zwischen den drei Messzeitpunkten signifikante Unterschiede für diese *SCAS-D-Gesamtskala*. Der Eta-Quadrat-Wert lag bei 0,125 und damit war der Effekt als mittelmäßig einzuschätzen. Für die beiden Gruppen auf dieser Gesamtskala zeigten die Post hoc-Tests $F(1,893; 265,04) = 0,431, p > 0,05$, damit war der Test nicht signifikant. Für die Gruppen bestanden somit zwischen den drei Messzeitpunkten keine signifikanten Unterschiede für diese Gesamtskala. Für die beiden Geschlechter zeigten die Tests zudem $F(1,893; 265,04) = 0,988, p > 0,05$, damit war der Test auch hier nicht signifikant. Es bestanden somit für die beiden Geschlechter zwischen den drei Messzeitpunkten keine Unterschiede für die *SCAS-D-Gesamtskala*. Das Geschlecht zeigte somit für diese Skala ebenfalls keinen Effekt. Auch für die beiden Geschlechter und die beiden Gruppen konnten auf dieser *SCAS-D-Gesamtskala* ebenfalls keine signifikanten Effekte gefunden werden, da $F(1,893; 265,04) = 0,170, p > 0,05$. Somit konnten auf dieser Gesamtskala für die beiden Geschlechter und für die Interventions- und Kontrollbedingung keine signifikanten Unterschiede konstatiert werden. Die Post hoc-Tests dieser Gesamtskala sind mit der Korrektur nach Greenhouse-Geisser berechnet worden.

Die Skala *CBCL Angst/Depressivität* (H 1.2) zeigte unter Berücksichtigung der Zeit in den Post hoc-Analysen $F(1,894; 232,96) = 3,982, p < 0,05$, damit war der Test signifikant. Es bestanden für die Gesamtstichprobe zwischen den drei Messzeitpunkten signifikante Unterschiede für diese Skala. Der Eta-Quadrat-Wert lag bei 0,031, damit war auch hier der Effekt als gering einzuschätzen, hingegen unter Berücksichtigung von Zeit und Gruppe ($F(1,894; 232,96) = 0,422, p > 0,05$), unter Berücksichtigung von Zeit und Geschlecht ($F(1,894; 232,96) = 0,697, p > 0,05$) und unter Berücksichtigung von Zeit, Gruppe und Geschlecht ($F(1,894; 232,96) = 1,152, p > 0,05$) waren die Post hoc-Tests auf der Skala *CBCL Angst/Depressivität* nicht signifikant. Somit bestanden für die beiden Gruppen

zwischen den drei Messzeitpunkten Prä, Post und Follow-Up und unter Berücksichtigung des Geschlechts keine Unterschiede für diese Skala. Die Post hoc-Tests dieser Skala sind mit der Korrektur nach Greenhouse-Geisser berechnet worden.

In den Post-hoc-Analysen zeigte auch die Skala *CBCL sozialer Rückzug* (H 1.2) unter Berücksichtigung von Zeit * Geschlecht einen signifikanten Interaktionseffekt, da $F(1,891; 232,61) = 4,439, p < 0,05$. Der Eta-Quadrat-Wert lag bei 0,035, damit war auch hier der Effekt als gering einzuschätzen. Somit bestanden unabhängig von der Gruppe zwischen den drei Messzeitpunkten Prä, Post und Follow-Up und unter Berücksichtigung des Geschlechts signifikante Unterschiede für diese Skala. Während die Jungen im Prä-Test deutlich höhere Skalenmittelwerte aufwiesen, relativ zu den Mädchen, nahmen die Mittelwerte konstant über alle drei Zeitpunkte ab, was für eine Reduzierung des sozial rückzüglichen Verhaltens bei den Jungen aus Sicht der Eltern über alle gemessenen drei Zeitpunkte sprach. Die Skalenmittelwerte der Mädchen hingegen nahmen leicht im Prä-Post-Vergleich zu und blieben nahezu konstant im Post-Follow-Up-Vergleich. Die Analyse für die Zeit auf dieser Skala wies auf einem 10%-Signifikanzniveau mit einer kleinen Effektstärke einen Trend auf ($F(1,891; 232,61) = 2,769, p < 0,10, \eta^2 = 0,022$). Die sonstigen Tests auf dieser Skala für Zeit * Gruppe ($F(1,891; 232,61) = 0,996, p > 0,05$) und für Zeit * Gruppe * Geschlecht ($F(1,891; 232,61) = 0,890, p > 0,05$) waren nicht signifikant. Die Post hoc-Tests für *CBCL sozialer Rückzug* sind ebenfalls mit der Korrektur nach Greenhouse-Geisser berechnet worden.

Auch die Skala *CBCL Gesamtwert* (H 1.2) zeigte unter Berücksichtigung der Zeit $F(1,894; 233,02) = 4,438, p < 0,05$, damit war der Test signifikant. Es bestanden für die Gesamtstichprobe zwischen den drei Messzeitpunkten signifikante Unterschiede für diese Skala. Der Eta-Quadrat-Wert lag bei 0,035, damit konnte auch hier der Effekt als gering eingeschätzt werden, hingegen unter Berücksichtigung von Zeit * Gruppe ($F(1,894; 233,02) = 0,005, p > 0,05$), unter Berücksichtigung von Zeit * Geschlecht ($F(1,894; 233,02) = 2,273, p > 0,05$) und unter Berücksichtigung von Zeit * Gruppe * Geschlecht ($F(1,894; 233,02) = 1,194, p > 0,05$) waren die Post hoc-Tests auf der Gesamtskala *CBCL* nicht signifikant. Somit bestanden für die beiden Gruppen zwischen den drei Messzeitpunkten Prä, Post und Follow-Up und unter Berücksichtigung des Geschlechts keine Unterschiede für diese Skala. Auch die Post-hoc-Tests der *CBCL Gesamtskala* sind nach Greenhouse-Geisser korrigiert worden.

Die Skala *SDQ* [E] (H 1.3) *Emotionale Probleme* zeigte unter Berücksichtigung der Zeit $F(1,903; 239,84) = 4,512, p < 0,05$, damit war der Test signifikant. Es bestanden für die Gesamtstichprobe zwischen den drei Messzeitpunkten signifikante Unterschiede für diese Skala. Der Eta-Quadrat-Wert lag bei 0,035 und damit war der Effekt als gering einzuschätzen. Hingegen zeigte sich für die Skala *SDQ* [E] *Emotionale Probleme* unter Berücksichtigung der Zeit und der Gruppe kein signifikanter Effekt ($F(1,903; 239,84) = 0,869, p > 0,05$). Es bestanden damit für die beiden Gruppen zwischen den drei Messzeitpunkten keine Unterschiede für diese Skala. Die Post hoc-Tests zeigten zudem für die Skala *SDQ* [E] *Emotionale Probleme* unter Berücksichtigung der drei Messzeitpunkte und des Geschlechts $F(1,903; 239,84) = 1,718, p > 0,05$ und damit war der Test ebenfalls nicht signifikant. Es bestanden somit für die beiden Geschlechter zwischen den drei Messzeitpunkten keine Unterschiede. Auch zeigte sich in der Post-hoc-Analyse auf dieser Skala unter Berücksichtigung der Zeit, der Gruppe und des Geschlechts kein signifikanter Interaktionseffekt, da $F(1,903; 239,84) = 0,342, p > 0,05$. Es bestanden für die beiden Geschlechter und Gruppen zwischen den drei Messzeitpunkten keine Unterschiede für die Skala *SDQ* [E] *Emotionale Probleme*. Die Analyse dieser Skala erfolgte ebenfalls mit der Korrektur nach Greenhouse-Geisser.

Für die Skala *TRF sozialer Rückzug* (H 1.4) zeigte die Post hoc-Analyse im Hinblick auf Zeiteffekte $F(1,883; 263,64) = 12,476, p < 0,01$ und damit war der Test signifikant. Es bestanden für die Gesamtstichprobe zwischen den drei Messzeitpunkten signifikante Unterschiede für diese Skala. Der Eta-Quadrat-Wert lag bei 0,082 und damit war der Effekt mittelmäßig. Für die beiden Gruppen auf dieser Skala zeigten die Post hoc-Tests $F(1,883; 263,64) = 1,373, p > 0,05$, damit war der Test nicht signifikant. Es bestanden somit für die Gruppen zwischen den drei Messzeitpunkten keine signifikanten Unterschiede für diese Skala. Für die beiden Geschlechter zeigte die Analyse zudem $F(1,883; 263,64) = 1,505, p > 0,05$, damit war der Test auch hier nicht signifikant. Es bestanden somit für die beiden Geschlechter zwischen den drei Messzeitpunkten keine Unterschiede für diese Skala, sodass das Geschlecht offenbar keinen Effekt auf dieser Skala gezeigt hat. Auch für die beiden Geschlechter und Gruppen konnten keine signifikanten Effekte gefunden werden, da $F(1,883; 263,64) = 0,261, p > 0,05$. Somit konnten auf dieser Skala für die beiden Geschlechter und für die Interventions- und Kontrollbedingung keine Unterschiede

festgestellt werden. Die Post hoc-Tests dieser Skala sind mit der Korrektur nach Greenhouse-Geisser berechnet worden.

Für die Skala *TRF Angst/Depressivität* (H 1.4) zeigte die Analyse $F(2; 280) = 8,726, p < 0,01$ und damit war der Test im Hinblick auf Zeiteffekte signifikant. Für die Gesamtstichprobe bestanden zwischen den drei Messzeitpunkten somit signifikante Unterschiede für diese Skala. Der Eta-Quadrat-Wert lag bei 0,059 und damit war der Effekt als gering einzuschätzen. Für die beiden Gruppen auf dieser Skala zeigten die Post hoc-Tests $F(2; 280) = 0,007, p > 0,05$, damit war der Test nicht signifikant. Für die Gruppen bestanden zwischen den drei Messzeitpunkten keine signifikanten Unterschiede für diese Skala. Für die beiden Geschlechter zeigte die Untersuchung zudem $F(2; 280) = 0,099, p > 0,05$, auch hier zeigte sich der Test nicht signifikant. Es bestanden somit für die beiden Geschlechter zwischen den drei Messzeitpunkten keine Unterschiede für diese Skala, sodass das Geschlecht offenbar keinen Effekt gezeigt hat. Auch für die beiden Geschlechter und Gruppen konnten keine signifikanten Effekte gefunden werden, da $F(2; 280) = 0,617, p > 0,05$. Somit konnten auf dieser Skala für die beiden Geschlechter und für die Interventions- und Kontrollbedingung keine Unterschiede festgestellt werden.

Auch für den *TRF Gesamtwert* (H 1.4) zeigten die Post hoc-Tests der Varianzanalyse im Rahmen der Analyse von Zeiteffekten $F(2; 280) = 11,153, p < 0,01$, der Test zeigte sich damit ebenfalls signifikant. Es bestanden für die Gesamtstichprobe zwischen den drei Messzeitpunkten signifikante Unterschiede für diese Skala. Der Eta-Quadrat-Wert lag bei 0,074. Hier konnte der Effekt auch als mittelmäßig eingeschätzt werden. Für die beiden Gruppen auf dieser Skala zeigten die Post hoc-Tests $F(2; 280) = 0,634, p > 0,05$, damit war der Test nicht signifikant. Es bestanden für die Gruppen zwischen den drei Messzeitpunkten ebenfalls keine signifikanten Unterschiede für diese Skala. Für die beiden Geschlechter zeigte die Untersuchung zudem $F(2; 280) = 0,448, p > 0,05$, der Test war damit auch hier nicht signifikant. Demnach bestanden für die beiden Geschlechter zwischen den drei Messzeitpunkten keine Unterschiede für diese Skala, sodass das Geschlecht offenbar auch im *TRF Gesamtwert* keinen Effekt auf dieser Skala gezeigt hat. Auch für die beiden Geschlechter und Gruppen konnten keine signifikanten Effekte gefunden werden, da $F(2; 280) = 0,418, p > 0,05$. Somit konnten auf dieser Skala für die beiden Geschlechter und für die beiden Gruppen keine signifikanten Unterschiede festgestellt werden.

Weitere signifikante Haupt- oder Interaktionseffekte konnten im Rahmen dieser Post hoc-Analysen zum Geschlecht innerhalb des primären Outcome nicht erhoben werden (siehe Tabelle 40).

Tabelle 40:
Post hoc-Analysen (Geschlecht) – Primärer Outcome

Faktor	Skala	df	F	p	η^2
Zeit	SCAS-D Trennungsangst ^g (H 1.1)	1,902; 266,25	16,468	0,000***	0,105
	SCAS-D Soziale Phobie ^g (H 1.1)	1,861; 260,53	10,144	0,000***	0,068
	SCAS-D Zwangsstörung ^g (H 1.1)	1,872; 262,09	6,103	0,003***	0,042
	SCAS-D Panikstörung und Agoraphobie (H 1.1)	2; 276	10,689	0,000***	0,072
	SCAS-D Angst vor körperlicher Verletzung (H 1.1)	2; 274	7,704	0,001***	0,053
	SCAS-D Generalisierte Angststörung (H 1.1)	2; 280	9,255	0,000***	0,062
	SCAS-D Gesamtwert ^g (H 1.1)	1,893; 265,04	19,94	0,000***	0,125
	CBCL Sozialer Rückzug ^g (H 1.2)	1,891; 232,61	2,769	0,068*	0,022
	CBCL Angst/Depressivität ^g (H 1.2)	1,894; 232,96	3,982	0,022**	0,031
	CBCL Gesamtwert ^g (H 1.2)	1,894; 233,02	4,438	0,014**	0,035
	SDQ [E] Emotionale Probleme ^g (H 1.3)	1,903; 239,84	4,512	0,013**	0,035
	TRF sozialer Rückzug ^g (H 1.4)	1,883; 263,64	12,476	0,000***	0,082
	TRF Angst/Depressivität (H 1.4)	2; 280	8,726	0,000***	0,059
	TRF Gesamtwert (H 1.4)	2; 280	11,153	0,000***	0,074
	SDQ [L] Emotionale Probleme (H 1.5)	2; 280	0,065	0,937	0,000
Zeit * Gruppe	SCAS-D Trennungsangst ^g (H 1.1)	1,902; 266,25	2,043	0,134	0,014
	SCAS-D Soziale Phobie ^g (H 1.1)	1,861; 260,53	0,064	0,927	0,000
	SCAS-D Zwangsstörung ^g (H 1.1)	1,872; 262,09	0,126	0,869	0,001
	SCAS-D Panikstörung und Agoraphobie (H 1.1)	2; 276	0,496	0,609	0,004
	SCAS-D Angst vor körperlicher Verletzung (H 1.1)	2; 274	0,837	0,434	0,006
	SCAS-D Generalisierte Angststörung (H 1.1)	2; 280	0,650	0,523	0,005
	SCAS-D Gesamtwert ^g (H 1.1)	1,893; 265,04	0,431	0,639	0,003
	CBCL Sozialer Rückzug ^g (H 1.2)	1,891; 232,61	0,996	0,367	0,008
	CBCL Angst/Depressivität ^g (H 1.2)	1,894; 232,96	0,422	0,645	0,003
	CBCL Gesamtwert ^g (H 1.2)	1,894; 233,02	0,005	0,994	0,000
	SDQ [E] Emotionale Probleme ^g (H 1.3)	1,903; 239,84	0,869	0,416	0,007
	TRF sozialer Rückzug ^g (H 1.4)	1,883; 263,64	1,373	0,255	0,010
	TRF Angst/Depressivität (H 1.4)	2; 280	0,007	0,993	0,000
	TRF Gesamtwert (H 1.4)	2; 280	0,634	0,531	0,005
	SDQ [L] Emotionale Probleme (H 1.5)	2; 280	0,723	0,486	0,005

Faktor	Skala	df	F	p	η^2
Zeit * Geschlecht	SCAS-D Trennungsangst ^g (H 1.1)	1,902; 266,25	0,949	0,385	0,007
	SCAS-D Soziale Phobie ^g (H 1.1)	1,861; 260,53	1,239	0,290	0,009
	SCAS-D Zwangsstörung ^g (H 1.1)	1,872; 262,09	0,665	0,505	0,005
	SCAS-D Panikstörung und Agoraphobie (H 1.1)	2; 276	0,599	0,550	0,004
	SCAS-D Angst vor körperlicher Verletzung (H 1.1)	2; 274	0,038	0,962	0,000
	SCAS-D Generalisierte Angststörung (H 1.1)	2; 280	0,226	0,798	0,002
	SCAS-D Gesamtwert ^g (H 1.1)	1,893; 265,04	0,988	0,370	0,007
	CBCL Sozialer Rückzug ^g (H 1.2)	1,891; 232,61	4,439	0,014**	0,035
	CBCL Angst/Depressivität ^g (H 1.2)	1,894; 232,96	0,697	0,492	0,006
	CBCL Gesamtwert ^g (H 1.2)	1,894; 233,02	2,273	0,108	0,018
	SDQ [E] Emotionale Probleme ^g (H 1.3)	1,903; 239,84	1,718	0,183	0,013
	TRF sozialer Rückzug ^g (H 1.4)	1,883; 263,64	1,505	0,255	0,011
	TRF Angst/Depressivität (H 1.4)	2; 280	0,099	0,905	0,001
	TRF Gesamtwert (H 1.4)	2; 280	0,448	0,640	0,003
	SDQ [L] Emotionale Probleme (H 1.5)	2; 280	1,074	0,343	0,008
Zeit * Gruppe * Geschlecht	SCAS-D Trennungsangst ^g (H 1.1)	1,902; 266,25	0,139	0,860	0,001
	SCAS-D Soziale Phobie ^g (H 1.1)	1,861; 260,53	0,555	0,563	0,004
	SCAS-D Zwangsstörung ^g (H 1.1)	1,872; 262,09	0,316	0,715	0,002
	SCAS-D Panikstörung und Agoraphobie (H 1.1)	2; 276	0,145	0,865	0,001
	SCAS-D Angst vor körperlicher Verletzung (H 1.1)	2; 274	0,848	0,429	0,006
	SCAS-D Generalisierte Angststörung (H 1.1)	2; 280	0,085	0,919	0,001
	SCAS-D Gesamtwert ^g (H 1.1)	1,893; 265,04	0,170	0,832	0,001
	CBCL Sozialer Rückzug ^g (H 1.2)	1,891; 232,61	0,890	0,407	0,007
	CBCL Angst/Depressivität ^g (H 1.2)	1,894; 232,96	1,152	0,316	0,009
	CBCL Gesamtwert ^g (H 1.2)	1,894; 233,02	1,194	0,303	0,010
	SDQ [E] Emotionale Probleme ^g (H 1.3)	1,903; 239,84	0,342	0,700	0,003
	TRF sozialer Rückzug ^g (H 1.4)	1,883; 263,64	0,261	0,758	0,002
	TRF Angst/Depressivität (H 1.4)	2; 280	0,617	0,540	0,004
	TRF Gesamtwert (H 1.4)	2; 280	0,418	0,659	0,003
	SDQ [L] Emotionale Probleme (H 1.5)	2; 280	0,465	0,629	0,003

Anmerkungen. *sign. $\alpha < .10$ (signifikanter Trend). **sign. $\alpha < .05$. ***sign. $\alpha < .01$. g = Korrektur nach Greenhouse-Geisser, SDQ [E]: Elternbeurteilung, SDQ [L]: Lehrerbeurteilung, Forschungshypothesen primärer Outcome: H 1.1 – H 1.5.

Zusammenfassend kann für den primären Outcome konstatiert werden, dass in den Post hoc-Analysen das Geschlecht keine signifikanten Interaktionseffekte (insbesondere im Zusammenhang mit der Analyse der Dreifach-Interaktion von Messzeitpunkt * Gruppe * Geschlecht) gezeigt hat.

6.8 Post hoc-Analysen (Geschlecht) – Sekundärer Outcome⁴⁸

In der Tabelle 42 sind die Post hoc-Analysen zum Geschlecht tabellarisch und skalenspezifisch dargestellt. Folgende Ergebnisse lassen sich wie folgt zusammenfassen.

Für die Skala *ALS Freizeit* (H 2.1) zeigten die Post hoc-Tests $F(1,889; 256,96) = 3,246, p < 0,05$, damit war der Test auf dieser Skala signifikant. Es bestanden demnach für die Gesamtstichprobe zwischen den drei Messzeitpunkten signifikante Unterschiede für diese Skala. Der Eta-Quadrat-Wert lag bei 0,023 und damit war der Effekt als gering einzuschätzen. Für die beiden Gruppen auf dieser Skala zeigten die Post hoc-Tests $F(1,889; 256,96) = 0,286, p > 0,05$, damit war der Test nicht signifikant. Für diese Skala bestanden somit für die beiden Gruppen zwischen den drei Messzeitpunkten keine signifikanten Unterschiede. Auch zeigten die Post hoc-Tests für die beiden Geschlechter zudem $F(1,889; 256,96) = 0,320, p > 0,05$, damit war der Test auch hier nicht signifikant. Es bestanden somit für die beiden Geschlechter zwischen den drei Messzeitpunkten keine Unterschiede für diese Skala, sodass das Geschlecht offenbar auf dieser Skala keinen Effekt gezeigt hat. Auch für die beiden Geschlechter und Gruppen konnten keine signifikanten Effekte gefunden werden, da $F(1,889; 256,96) = 0,250, p > 0,05$. Für die beiden Geschlechter und für die Interventions- und Kontrollbedingung konnten somit auf dieser Skala keine Unterschiede festgestellt werden. Auch die Post hoc-Tests dieser Skala sind mit der Korrektur nach Greenhouse-Geisser berechnet worden.

⁴⁸ Die Mittelwertetabellen zu den Post hoc-Analysen (Geschlecht) sind im Anhang B getrennt in die Kinder-, Eltern- und Lehrerstichprobe abgetragen.

Die Skala *SDQ* [E] *Hyperaktivität* (H 2.3) zeigte unter Berücksichtigung der Zeit $F(2; 252) = 4,026, p < 0,05$, damit war der Test signifikant. Es bestanden für die Gesamtstichprobe zwischen den drei Messzeitpunkten signifikante Unterschiede für diese Skala. Der Eta-Quadrat-Wert lag bei 0,031 und damit war der Effekt als gering einzuschätzen, hingegen unter Berücksichtigung von Zeit * Gruppe ($F(2; 252) = 1,672, p > 0,05$), unter Berücksichtigung von Zeit * Geschlecht ($F(2; 252) = 0,676, p > 0,05$) und unter Berücksichtigung von Zeit * Gruppe * Geschlecht ($F(2; 252) = 0,185, p > 0,05$) waren die Post hoc-Tests auf der Skala *Hyperaktivität* nicht signifikant. Somit bestanden für die beiden Gruppen zwischen den drei Messzeitpunkten Prä, Post und Follow-Up und unter Berücksichtigung des Geschlechts keine Unterschiede für diese Skala.

Auf der Skala *SDQ* [E] *Verhaltensprobleme mit Gleichaltrigen* (H 2.3) ($F(2; 252) = 2,835, p < 0,10, \eta^2 = 0,022$) konnte unter Berücksichtigung von Zeit auf einem 10%-Niveau bei einer insgesamt niedrigen Effektstärke lediglich ein signifikanter Trend ($p < 0,10$) im Sinne einer tendenziellen Entwicklung detektiert werden. Zudem zeigte die Skala *SDQ* [E] *Verhaltensprobleme mit Gleichaltrigen* im Rahmen der Post hoc-Analyse zum Geschlecht $F(2; 252) = 3,671, p < 0,05$ und damit war der Test ebenfalls signifikant. Es bestanden für die beiden Geschlechter zwischen den drei Messzeitpunkten signifikante Unterschiede für diese Skala. Der Eta-Quadrat-Wert lag bei 0,028, damit war der Effekt auch gering. Beide Geschlechter haben sich unabhängig von der Gruppe im Prä-Post-Vergleich verbessert. Im Post-Follow-Up-Vergleich konnten die Jungen diesen Effekt konstant halten, hingegen konnten die Mädchen dies nicht und verschlechterten sich sogar im Post-Follow-Up-Vergleich erheblich, sodass sie im Follow-Up schlechtere Skalenwerte aufwiesen als im Prä-Test. Dieser signifikante Unterschied ist möglicherweise mit der entwicklungsbedingt und geschlechtsabhängig früher einsetzenden Adoleszenz der Mädchen zu erklären (Brämswig & Dübbers, 2009; Sonnenmoser, 2016). Nachfolgende *Abbildung 43* und *Tabelle 41* verdeutlichen diesen signifikanten Interaktionseffekt von Zeit * Geschlecht auf der Skala *SDQ* [E] *Verhaltensprobleme mit Gleichaltrigen*.

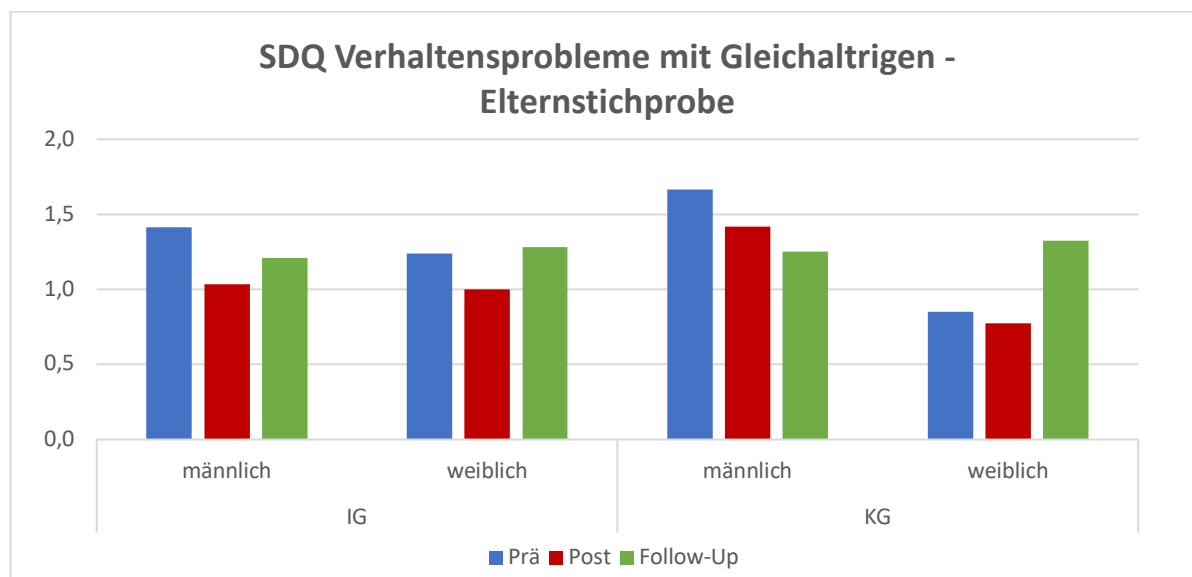


Abbildung 43. Skala *SDQ Verhaltensprobleme mit Gleichaltrigen*, Elternstichprobe

Anmerkungen. Abgetragene Mittelwerte in der Interventions- und Kontrollgruppe, nach Geschlecht differenziert; IG: Interventionsgruppe; KG: Kontrollgruppe.

Tabelle 41:

Skala *SDQ Verhaltensprobleme mit Gleichaltrigen*, Elternstichprobe

		Prä (M)	Post (M)	Follow Up (M)
IG	männlich	1,414	1,034	1,207
	weiblich	1,240	1,000	1,280
KG	männlich	1,667	1,417	1,250
	weiblich	0,850	0,775	1,325

Anmerkungen. IG: Interventionsgruppe; KG: Kontrollgruppe; M: Mittelwert.

Die Skala *SDQ [E] Prosoziales Verhalten* (H 2.2) ($F(2; 252) = 2,427, p < 0,10, \eta^2 = 0,019$) wies in der Post hoc-Analyse auf einem 10%-Signifikanzniveau bei einer kleinen Effektstärke unter Berücksichtigung von Zeit * Gruppe * Geschlecht einen signifikanten Trend auf. Auch die Skala *SDQ [E] Gesamtproblemwert* (H 2.3) ($F(2; 252) = 2,806, p < 0,10, \eta^2 = 0,022$) zeigte unter Berücksichtigung von Zeit auf einem 10%-Niveau bei einer insgesamt niedrigen Effektstärke ebenfalls lediglich einen signifikanten Trend ($p < 0,10$).

Im Kontext der Post hoc-Tests der Varianzanalyse zeigte die Skala *LSL Kooperation* (H 2.4) einen signifikanten Test, da $F(2; 272) = 4,236, p < 0,05$. Für die Gesamtstichprobe bestanden zwischen den drei Messzeitpunkten signifikante Unterschiede für diese Skala. Der

Eta-Quadrat-Wert lag bei 0,030. Der Effekt konnte hier entsprechend als gering eingeschätzt werden. Für die beiden Gruppen auf dieser Skala zeigten die Post hoc-Tests $F(2; 272) = 3,660, p < 0,05$, damit war der Test auch signifikant. Der Eta-Quadrat-Wert lag hier bei 0,026, also einem geringen Effekt. Für die beiden Gruppen bestanden somit zwischen den drei Messzeitpunkten signifikante Unterschiede für diese Skala. Während sich die Kontrollgruppe auf dieser Skala über die drei Messzeitpunkte kontinuierlich verbesserte, hat sich die Interventionsgruppe im Prä-Post-Vergleich zunächst verschlechtert und konnte sich dann im Post-Follow-Up-Vergleich deutlich verbessern und erzielte am dritten Messzeitpunkt bessere Werte relativ zum Prä-Zeitpunkt. Für die beiden Geschlechter zeigten die Post hoc-Tests zudem $F(2; 272) = 1,142, p > 0,05$, der Test war damit nicht signifikant. Es bestanden somit für die beiden Geschlechter zwischen den drei Messzeitpunkten keine Unterschiede für diese Skala, sodass das Geschlecht offenbar auch auf der Skala *LSL Kooperation* keinen Effekt gezeigt hat. Für die beiden Geschlechter und Gruppen konnten ferner signifikante Effekte gefunden werden, da $F(2; 272) = 3,440, p < 0,05$, der Eta-Quadrat-Wert lag hier bei 0,025 und entsprach einem Ergebnis im schwachen Effektbereich. Somit konnten auf dieser Skala für die beiden Geschlechter und für die beiden Gruppen Unterschiede festgestellt werden. Während die Skalenmittelwerte der Mädchen in der Interventionsbedingung im Prä-Post-Vergleich weitestgehend konstant blieben, verbesserten sich diese deutlich im Post-Follow-Up-Vergleich. Die Jungen der Interventionsgruppe hingegen verschlechterten sich zunächst im Prä-Post-Vergleich und verbesserten sich dann leicht zum dritten Messzeitpunkt. Die Jungen der Kontrollbedingung verbesserten sich in den Skalenmittelwerten über die drei Erhebungszeitpunkte, die Mädchen hingegen zeigten ein heterogenes Ergebnis. Zunächst verbesserten sie sich in den ersten zwei Messzeitpunkten und verschlechterten sich dann kontrastierend leicht in den Mittelwerten im Post-Follow-Up-Vergleich wieder, blieben aber leicht über dem Skalenniveau verglichen mit dem Prä-Test (vgl. hierzu die *Abbildung 44* und *Abbildung 45*).

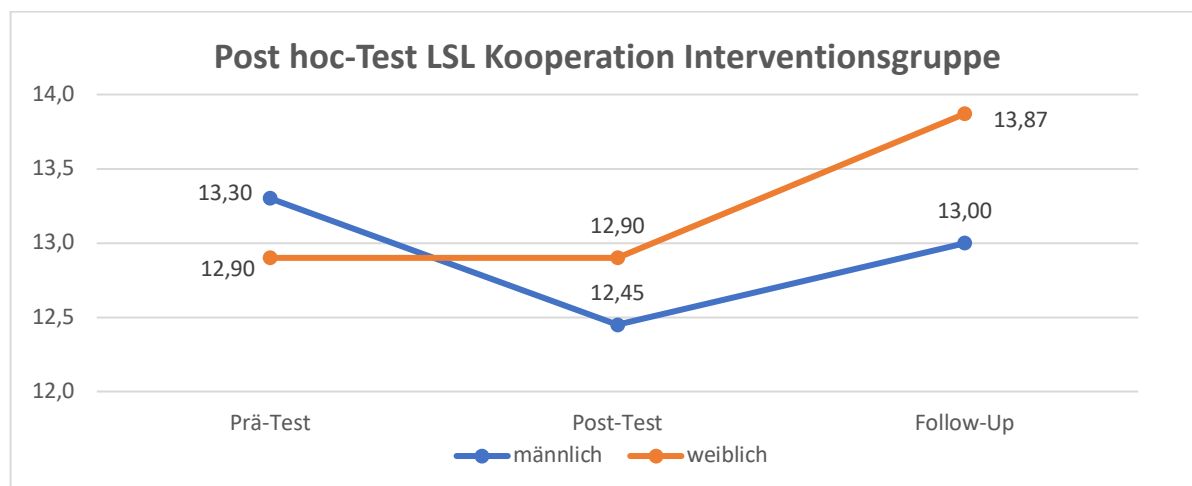


Abbildung 44. Post hoc-Test Skala LSL Kooperation Interventionsgruppe

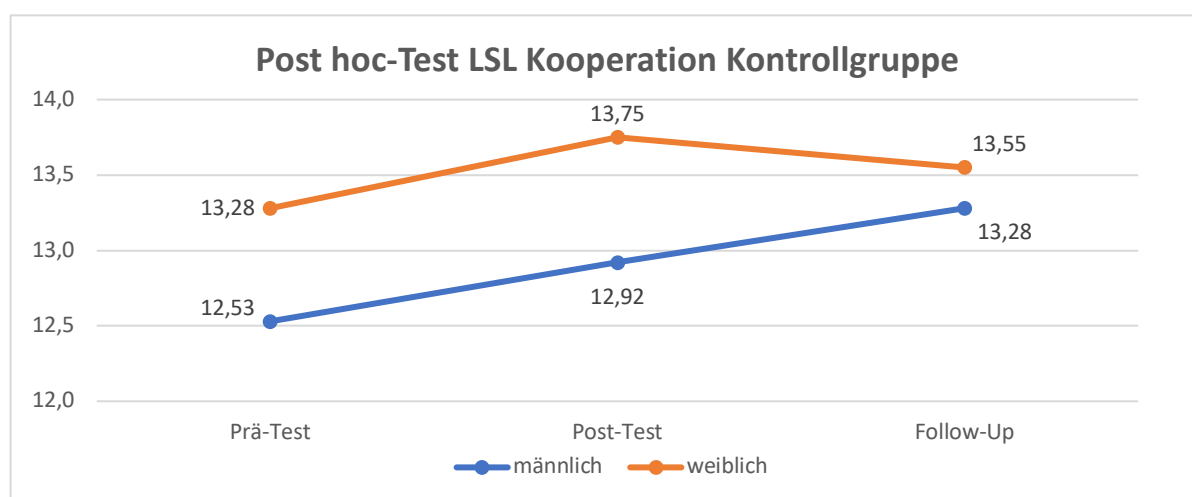


Abbildung 45. Post hoc-Test Skala LSL Kooperation Kontrollgruppe

Für die Skala *LSL Selbstwahrnehmung* (H 2.4) zeigte der Post hoc-Test $F(1,826; 244,65) = 8,315, p < 0,01$ und damit war der Test signifikant. Es bestanden für die Gesamtstichprobe zwischen den drei Messzeitpunkten signifikante Unterschiede für diese Skala. Der Eta-Quadrat-Wert lag bei 0,058, damit ist der Effekt als gering einzuschätzen. Für die beiden Gruppen auf dieser Skala zeigten die Post hoc-Tests $F(1,826; 244,65) = 1,105, p > 0,05$, damit war der Test nicht signifikant. Somit bestanden für die Gruppen zwischen den drei Messzeitpunkten keine signifikanten Unterschiede für diese Skala. Für die beiden Geschlechter zeigten die Tests zudem $F(1,826; 244,65) = 0,693, p > 0,05$, damit war der Test auch hier nicht signifikant. Es bestanden somit für die beiden Geschlechter zwischen den drei Messzeitpunkten keine Unterschiede für diese Skala, sodass das Geschlecht offenbar keinen Effekt auf dieser Skala gezeigt hat. Auch für die beiden Geschlechter und

Gruppen konnten keine signifikanten Effekte gefunden werden, da $F(1,826; 244,65) = 2,094$, $p > 0,05$. Somit konnten auf dieser Skala für die beiden Geschlechter und für die Interventions- und Kontrollbedingung keine signifikanten Unterschiede festgestellt werden. Die Post hoc-Tests dieser Skala sind mit der Korrektur nach Greenhouse-Geisser berechnet worden.

Auch die Skala *LSL Selbstkontrolle* (H 2.4) zeigte $F(2; 270) = 6,947$, $p < 0,01$ und damit war der Post hoc-Test signifikant. Es bestanden für die Gesamtstichprobe zwischen den drei Messzeitpunkten signifikante Unterschiede auf dieser Skala. Der Eta-Quadrat-Wert lag bei 0,049, sodass auch auf dieser Skala der Effekt als gering einzuschätzen war. Für die beiden Gruppen auf dieser Skala zeigten die Post hoc-Tests bei einer kleinen Effektstärke einen signifikanten Trend auf einem 10%-Niveau, da $F(2; 270) = 2,589$, $p < 0,10$, $\eta^2 = 0,019$. Für die Gruppen bestand somit zwischen den drei Messzeitpunkten ein signifikanter Trend in den Differenzen auf dieser Skala. Für die beiden Geschlechter zeigte die Untersuchung zudem $F(2; 270) = 0,430$, $p > 0,05$, damit war der Test für das Geschlecht nicht signifikant. Es bestanden somit für die beiden Geschlechter zwischen den drei Messzeitpunkten keine signifikanten Unterschiede für diese Skala, sodass das Geschlecht offenbar auch hier keinen Effekt auf dieser Skala gezeigt hat. Auch für die beiden Geschlechter und Gruppen konnten keine signifikanten Effekte gefunden werden, da $F(2; 270) = 1,303$, $p > 0,05$. Somit konnten auf dieser Skala für die beiden Geschlechter und für die Interventions- und Kontrollbedingung keine Unterschiede festgestellt werden.

Die Skala *LSL Angemessene Selbstbehauptung* (H 2.4) zeigte in der Zeitanalyse $F(1,867; 252,09) = 12,976$, $p < 0,01$ und damit war der Post hoc-Test signifikant. Es bestanden für die Gesamtstichprobe zwischen den drei Messzeitpunkten signifikante Unterschiede auf dieser Skala. Der Eta-Quadrat-Wert lag bei 0,088, sodass auf dieser Skala der Effekt als mittelmäßig eingeschätzt werden konnte. In der Varianzanalyse zeigten die Post hoc-Tests für die beiden Gruppen auf dieser Skala $F(1,867; 252,09) = 5,440$, $p < 0,01$, damit war der Test für die Interventions- und Kontrollbedingung ebenfalls signifikant. Für die Gruppen bestanden somit zwischen den drei Messzeitpunkten signifikante Unterschiede für diese Skala. Während die Kontrollgruppe über die drei Messzeitpunkte konstant leicht zunehmende Skalenmittelwerte aufwies, haben sich die Skalenmittelwerte der Interventionsbedingung im Prä-Post-Vergleich zunächst etwas verschlechtert, sich aber dann

im Post-Follow-Up-Vergleich erheblich verbessert, was als verzögerte Reaktion der am Programm teilnehmenden Kinder auf dieser Skala interpretiert werden kann. Für die beiden Geschlechter zeigte die Analyse zudem $F(1,867; 252,09) = 0,516, p > 0,05$, damit war der Test für das Geschlecht nicht signifikant. Somit bestanden für die beiden Geschlechter zwischen den drei Messzeitpunkten keine signifikanten Unterschiede für diese Skala. Das Geschlecht zeigte demnach keinen Effekt für diese Skala. Auch für die beiden Geschlechter und Gruppen konnten keine signifikanten Effekte gefunden werden, da $F(1,867; 252,09) = 0,649, p > 0,05$. Somit konnten auf dieser Skala für die beiden Geschlechter und für die Interventions- und Kontrollbedingung keine signifikanten Unterschiede festgestellt werden. Die Post hoc-Tests der Skala *LSL Angemessene Selbstbehauptung* sind mit der Greenhouse-Geisser-Korrektur berechnet worden.

Auch auf der Skala *LSL Sozialkontakt* (H 2.4) zeigte sich $F(2; 270) = 11,262, p < 0,01$ und damit war der Post hoc-Test auch hier signifikant. Es bestanden somit für die Gesamtstichprobe zwischen den drei Messzeitpunkten signifikante Unterschiede auf dieser Skala. Der Eta-Quadrat-Wert lag bei 0,077, sodass ebenfalls auf dieser Skala der Effekt als mittelmäßig eingeschätzt werden konnte. In der Varianzanalyse zeigten die Post hoc-Tests für die beiden Gruppen auf dieser Skala $F(2; 270) = 1,370, p > 0,05$, damit war der Test für die Interventions- und Kontrollbedingung nicht signifikant. Für die Gruppen bestanden diesem Befund nach zwischen den drei Messzeitpunkten keine signifikanten Unterschiede für diese Skala. Für die beiden Geschlechter zeigten die Tests zudem $F(2; 270) = 4,448, p < 0,05$, damit war der Test für das Geschlecht auf einem 5%-Niveau signifikant. Somit bestanden für die beiden Geschlechter zwischen den drei Messzeitpunkten signifikante Unterschiede für diese Skala. Das Geschlecht hatte danach einen signifikanten Effekt für diese Skala. Unabhängig von der Gruppe zeigten die Mädchen in der Gesamtstichprobe eine konstante Verbesserung in den Skalenmittelwerten, die Jungen hingegen nahmen zunächst zwischen dem ersten und dem zweiten Messzeitpunkt ab, was für eine Verschlechterung im Sozialverhalten sprach und verbesserten sich dann deutlich in der Post-Follow-Up-Relation und erreichten am dritten Messzeitpunkt etwas höhere Werte im Sozialverhalten, verglichen mit dem Prä-Zeitpunkt. Beide Geschlechter konnten sich demnach insgesamt zum dritten Messzeitpunkt verglichen mit den Skalenmittelwerten des Prä-Zeitpunktes verbessern. Für die beiden Geschlechter und Gruppen konnten keine signifikanten Effekte gefunden werden, da $F(2; 270) = 1,812, p > 0,05$. Somit konnten auf dieser Skala für die beiden Geschlechter

und für die Interventions- und Kontrollgruppe keine signifikanten Unterschiede festgestellt werden.

Für die Skala *SDQ [L] Prosoziales Verhalten* (H 2.5) zeigte die Post hoc-Analyse $F(1,794; 251,12) = 3,571, p < 0,05$ und damit war der Test signifikant. Es bestanden für die Gesamtstichprobe zwischen den drei Messzeitpunkten signifikante Unterschiede für diese Skala. Der Eta-Quadrat-Wert lag bei 0,025 und damit war der Effekt als klein einzuschätzen. Für die beiden Gruppen auf dieser Skala zeigten die Post hoc-Tests $F(1,794; 251,12) = 1,522, p > 0,05$, damit war der Test nicht signifikant. Es bestanden somit für die Interventions- und Kontrollgruppe zwischen den drei Messzeitpunkten keine signifikanten Unterschiede für diese Skala. Für die beiden Geschlechter zeigten die Tests zudem $F(1,794; 251,12) = 0,084, p > 0,05$, damit war der Test auch hier nicht signifikant. Es bestanden somit für die beiden Geschlechter zwischen den drei Messzeitpunkten Prä-, Post- und Follow-Up keine Unterschiede für diese Skala, sodass das Geschlecht offenbar keinen Effekt auf dieser Skala gezeigt hat. Auch für die beiden Geschlechter und Gruppen konnten keine signifikanten Effekte gefunden werden, da $F(1,794; 251,12) = 1,207, p > 0,05$. Somit konnten auf dieser Skala für die beiden Geschlechter und für die Interventions- und Kontrollbedingung keine signifikanten Unterschiede festgestellt werden. Die Post hoc-Tests dieser Skala sind mit der Greenhouse-Geisser-Korrektur berechnet worden.

Für die Skala *TRF soziale Probleme* (H 2.7) zeigte die Varianzanalyse $F(2; 280) = 3,443, p < 0,05$, der Post hoc-Test zeigte sich damit ebenfalls signifikant. Es bestanden für die Gesamtstichprobe zwischen den drei Messzeitpunkten signifikante Unterschiede für diese Skala. Der Eta-Quadrat-Wert lag bei 0,024. Hier konnte der Effekt auch als gering eingeschätzt werden. Für die beiden Gruppen auf dieser Skala zeigten die Post hoc-Tests in der Analyse $F(2; 280) = 0,489, p > 0,05$, damit war der Test nicht signifikant. Es bestanden für die Gruppen zwischen den drei Messzeitpunkten keine signifikanten Unterschiede für diese Skala. Für die beiden Geschlechter zeigte die Untersuchung zudem $F(2; 280) = 0,667, p > 0,05$, der Test war damit auch hier nicht signifikant. Es bestanden somit für die beiden Geschlechter zwischen den drei Messzeitpunkten keine Unterschiede für diese Skala, sodass das Geschlecht offenbar auch hier keinen Effekt gezeigt hat. Auch für die beiden Geschlechter und Gruppen konnten keine signifikanten Effekte gefunden werden, da $F(2;$

280) = 0,271, $p > 0,05$. Somit konnten auf dieser Skala für die beiden Geschlechter und für die beiden Gruppen keine Unterschiede festgestellt werden.

Weitere signifikante Haupt- oder Interaktionseffekte konnten im Rahmen des sekundären Outcome dieser Post hoc-Analysen zum Geschlecht auf den restlichen Skalen nicht erhoben werden (siehe Tabelle 42).

Tabelle 42:
Post hoc-Analysen (Geschlecht) – Sekundärer Outcome

Faktor	Skala	df	F	p	η^2
Zeit	ALS Schule ^g (H 2.1)	1,895; 257,69	0,927	0,393	0,007
	ALS Freizeit ^g (H 2.1)	1,889; 256,96	3,246	0,043**	0,023
	ALS Familie(H 2.1)	1,914; 260,31	1,481	0,230	0,011
	ALS Gesamt ^g (H 2.1)	1,864; 253,51	2,210	0,116	0,016
	SDQ [E] Prosoziales Verhalten (H 2.2)	2; 252	0,196	0,822	0,002
	SDQ [E] Verhaltensprobleme ^g (H 2.3)	1,893; 238,46	0,261	0,758	0,002
	SDQ [E] Hyperaktivität (H 2.3)	2; 252	4,026	0,019**	0,031
	SDQ [E] Verhaltensprobleme mit Gleichaltrigen (H 2.3)	2; 252	2,835	0,061*	0,022
	SDQ [E] Gesamtproblemwert (H 2.3)	2; 252	2,806	0,062*	0,022
	LSL Kooperation (H 2.4)	2; 272	4,236	0,015**	0,030
	LSL Selbstwahrnehmung ^g (H 2.4)	1,826; 244,65	8,315	0,000***	0,058
	LSL Selbstkontrolle (H 2.4)	2; 270	6,947	0,001***	0,049
	LSL Einfühlungsvermögen und Hilfsbereitschaft ^g (H 2.4)	1,865; 251,74	1,264	0,283	0,009
	LSL Angemessene Selbstbehauptung ^g (H 2.4)	1,867; 252,09	12,976	0,000***	0,088
	LSL Sozialkontakt (H 2.4)	2; 270	11,262	0,000***	0,077
	SDQ [L] Prosoziales Verhalten ^g (H 2.5)	1,794; 251,12	3,571	0,034**	0,025
	SDQ [L] Verhaltensprobleme ^g (H 2.6)	1,848; 258,73	0,094	0,896	0,001
	SDQ [L] Hyperaktivität (H 2.6)	2; 280	1,765	0,173	0,012
	SDQ [L] Verhaltensprobleme mit Gleichaltrigen ^g (H 2.6)	1,800; 252,01	0,458	0,612	0,003
	SDQ [L] Gesamtproblemwert ^g (H 2.6)	1,904; 266,49	0,409	0,655	0,003
TRF Soziale Probleme (H 2.7)	2; 280	3,443	0,033**	0,024	
Zeit * Gruppe	ALS Schule ^g (H 2.1)	1,895; 257,69	1,106	0,330	0,008
	ALS Freizeit ^g (H 2.1)	1,889; 256,96	0,286	0,739	0,002
	ALS Familie (H 2.1)	1,914; 260,31	0,223	0,790	0,002

Faktor	Skala	df	F	p	η^2
	ALS Gesamt ^g (H 2.1)	1,864; 253,51	0,279	0,741	0,002
	SDQ [E] Prosoziales Verhalten (H 2.2)	2; 252	1,997	0,138	0,016
	SDQ [E] Verhaltensprobleme ^g (H 2.3)	1,893; 238,46	2,318	0,104	0,018
	SDQ [E] Hyperaktivität (H 2.3)	2; 252	1,672	0,190	0,013
	SDQ [E] Verhaltensprobleme mit Gleichaltrigen (H 2.3)	2; 252	0,252	0,778	0,002
	SDQ [E] Gesamtproblemwert (H 2.3)	2; 252	1,431	0,241	0,011
	LSL Kooperation (H 2.4)	2; 272	3,660	0,027**	0,026
	LSL Selbstwahrnehmung ^g (H 2.4)	1,826; 244,65	1,105	0,329	0,008
	LSL Selbstkontrolle (H 2.4)	2; 270	2,589	0,077*	0,019
	LSL Einfühlungsvermögen und Hilfsbereitschaft ^g (H 2.4)	1,865; 251,74	1,823	0,166	0,013
	LSL Angemessene Selbstbehauptung ^g (H 2.4)	1,867; 252,09	5,440	0,006***	0,039
	LSL Sozialkontakt (H 2.4)	2; 270	1,370	0,256	0,010
	SDQ [L] Prosoziales Verhalten ^g (H 2.5)	1,794; 251,12	1,522	0,222	0,011
	SDQ [L] Verhaltensprobleme ^g (H 2.6)	1,848; 258,73	0,552	0,563	0,004
	SDQ [L] Hyperaktivität (H 2.6)	2; 280	1,921	0,148	0,014
	SDQ [L] Verhaltensprobleme mit Gleichaltrigen ^g (H 2.6)	1,800; 252,01	0,675	0,495	0,005
	SDQ [L] Gesamtproblemwert ^g (H 2.6)	1,904; 266,49	1,597	0,206	0,011
	TRF Soziale Probleme (H 2.7)	2; 280	0,489	0,614	0,003
Zeit *	ALS Schule ^g (H 2.1)	1,895; 257,69	0,451	0,627	0,003
Geschlecht	ALS Freizeit ^g (H 2.1)	1,889; 256,96	0,320	0,714	0,002
	ALS Familie (H 2.1)	1,914; 260,31	2,113	0,125	0,015
	ALS Gesamt ^g (H 2.1)	1,864; 253,51	1,030	0,354	0,008
	SDQ [E] Prosoziales Verhalten (H 2.2)	2; 252	0,382	0,683	0,003
	SDQ [E] Verhaltensprobleme ^g (H 2.3)	1,893; 238,46	0,103	0,893	0,001
	SDQ [E] Hyperaktivität (H 2.3)	2; 252	0,676	0,510	0,005
	SDQ [E] Verhaltensprobleme mit Gleichaltrigen (H 2.3)	2; 252	3,671	0,027**	0,028
	SDQ [E] Gesamtproblemwert (H 2.3)	2; 252	1,189	0,306	0,009
	LSL Kooperation (H 2.4)	2; 272	1,142	0,321	0,008
	LSL Selbstwahrnehmung ^g (H 2.4)	1,826; 244,65	0,693	0,489	0,005
	LSL Selbstkontrolle (H 2.4)	2; 270	0,430	0,651	0,003
	LSL Einfühlungsvermögen und Hilfsbereitschaft ^g (H 2.4)	1,865; 251,74	1,014	0,360	0,007
	LSL Angemessene Selbstbehauptung ^g (H 2.4)	1,867; 252,09	0,516	0,585	0,004

Faktor	Skala	df	F	p	η^2
	LSL Sozialkontakt (H 2.4)	2; 270	4,448	0,013**	0,032
	SDQ [L] Prosoziales Verhalten ^g (H 2.5)	1,794; 251,12	0,084	0,902	0,001
	SDQ [L] Verhaltensprobleme ^g (H 2.6)	1,848; 258,73	1,503	0,225	0,011
	SDQ [L] Hyperaktivität (H 2.6)	2; 280	2,100	0,124	0,015
	SDQ [L] Verhaltensprobleme mit Gleichaltrigen ^g (H 2.6)	1,800; 252,01	1,065	0,341	0,008
	SDQ [L] Gesamtproblemwert ^g (H 2.6)	1,904; 266,49	2,000	0,140	0,014
	TRF Soziale Probleme (H 2.7)	2; 280	0,667	0,514	0,005
Zeit *	ALS Schule ^g (H 2.1)	1,895; 257,69	0,097	0,898	0,001
Gruppe *	ALS Freizeit ^g (H 2.1)	1,889; 256,96	0,250	0,767	0,002
Geschlecht	ALS Familie (H 2.1)	1,914; 260,31	0,528	0,582	0,004
	ALS Gesamt ^g (H 2.1)	1,864; 253,51	0,129	0,865	0,001
	SDQ [E] Prosoziales Verhalten (H 2.2)	2; 252	2,427	0,090*	0,019
	SDQ [E] Verhaltensprobleme ^g (H 2.3)	1,893; 238,46	1,576	0,210	0,012
	SDQ [E] Hyperaktivität (H 2.3)	2; 252	0,185	0,831	0,001
	SDQ [E] Verhaltensprobleme mit Gleichaltrigen (H 2.3)	2; 252	1,395	0,250	0,011
	SDQ [E] Gesamtproblemwert (H 2.3)	2; 252	0,888	0,413	0,007
	LSL Kooperation (H 2.4)	2; 272	3,440	0,033**	0,025
	LSL Selbstwahrnehmung ^g (H 2.4)	1,826; 244,65	2,094	0,130	0,015
	LSL Selbstkontrolle (H 2.4)	2; 270	1,303	0,273	0,010
	LSL Einfühlungsvermögen und Hilfsbereitschaft ^g (H 2.4)	1,865; 251,74	1,946	0,148	0,014
	LSL Angemessene Selbstbehauptung ^g (H 2.4)	1,867; 252,09	0,649	0,513	0,005
	LSL Sozialkontakt (H 2.4)	2; 270	1,812	0,165	0,013
	SDQ [L] Prosoziales Verhalten ^g (H 2.5)	1,794; 251,12	1,207	0,298	0,009
	SDQ [L] Verhaltensprobleme ^g (H 2.6)	1,848; 258,73	0,255	0,758	0,002
	SDQ [L] Hyperaktivität (H 2.6)	2; 280	0,114	0,892	0,001
	SDQ [L] Verhaltensprobleme mit Gleichaltrigen ^g (H 2.6)	1,800; 252,01	0,195	0,800	0,001
	SDQ [L] Gesamtproblemwert ^g (H 2.6)	1,904; 266,49	0,275	0,749	0,002
	TRF Soziale Probleme (H 2.7)	2; 280	0,271	0,763	0,002

Anmerkungen. *sign. $\alpha < .10$ (signifikanter Trend). **sign. $\alpha < .05$. ***sign. $\alpha < .01$. g = Korrektur nach Greenhouse-Geisser, SDQ [E]: Elternbeurteilung, SDQ [L]: Lehrerbeurteilung, Forschungshypothesen sekundärer Outcome: H 2.1 – H 2.7.

Zusammenfassend kann für den sekundären Outcome konstatiert werden, dass das Geschlecht des Kindes im Rahmen dieser Post hoc-Analysen im überwiegenden Maße keine Effekte auf die Signifikanzen gezeigt hat (insbesondere im Zusammenhang mit der Analyse der Dreifach-Interaktion von Messzeitpunkt * Gruppe * Geschlecht), bis auf die Skala *LSL Kooperation* ($p < 0,05$). Die Skala *SDQ Prosoziales Verhalten* in der Elterneinschätzung zeigte lediglich einen signifikanten Trend auf dem 10%-Niveau.

6.9 Gesamtzusammenfassung der Ergebnisse der Post hoc-Analysen in der Kinder-, Eltern- und Lehrerstichprobe (sortiert nach Stichprobe)

In der zusammenfassenden Gesamtbetrachtung der Post hoc-Tests (Geschlecht) ist in der Kinder-, Eltern- und der Lehrerstichprobe folgender Befund zu konstatieren.

In der **Kinderstichprobe** sind im Rahmen der Post hoc-Analysen zum Geschlecht folgende signifikante Haupteffekte auf den Skalen *Trennungsangst* (H 1.1), *Soziale Phobie* (H 1.1), *Zwangsstörung* (H 1.1), *Panikstörung und Agoraphobie* (H 1.1), *Angst vor körperlicher Verletzung* (H 1.1), *Generalisierte Angststörung* (H 1.1), *SCAS-D Gesamtwert* (H 1.1) und *Freizeit* (H 2.1) ermittelt worden. Das bedeutet, unabhängig von der Gruppe und dem Geschlecht konnten über die drei Messzeitpunkte hinweg signifikante Zeiteffekte gemessen werden. Weitere signifikante Effekte konnten im Rahmen dieser Post hoc-Analysen für die Kinderstichprobe nicht erhoben werden.

In der **Elternstichprobe** konnten signifikante Haupteffekte auf den Skalen *Angst/Depressivität* (H 1.2), *CBCL Gesamtwert* (H 1.2), *Emotionale Probleme* (1.3) und *Hyperaktivität* (H 2.3) ermittelt werden, zusätzlich für die Skalen *Verhaltensprobleme mit Gleichaltrigen* (H 2.3), *SDQ Gesamtproblemwert* (H 2.3) und für die Skala *sozialer Rückzug* (H 1.2) ein signifikanter Trend auf einem 10%-Niveau. Für die Skalen *sozialer Rückzug* (H 1.2) und *Verhaltensprobleme mit Gleichaltrigen* (H 2.3) konnten signifikante Interaktionseffekte von Zeit * Geschlecht extrahiert werden. Unabhängig von der Gruppe bestanden für die beiden Geschlechter zwischen den drei Messzeitpunkten signifikante Unterschiede auf diesen Skalen. Für die Skala *prosoziales Verhalten* (H 2.2) konnte ebenfalls auf einem 10%-Niveau ein signifikanter Trend für die Interaktion von Zeit *

Gruppe * Geschlecht ausgemacht werden. Weitere signifikante Effekte konnten im Rahmen dieser Post hoc-Analysen für die Elternstichprobe nicht erhoben werden.

In der **Lehrerstichprobe** sind im Rahmen der Post hoc-Tests auf folgenden Skalen signifikante Haupteffekte identifiziert und entsprechend beschrieben worden: *sozialer Rückzug* (H 1.4), *Angst/Depressivität* (H 1.4), *soziale Probleme* (H 2.7), *TRF Gesamtwert* (H 1.4), *Kooperation* (H 2.4), *Selbstwahrnehmung* (H 2.4), *Selbstkontrolle* (H 2.4), *Angemessene Selbstbehauptung* (H 2.4), *Sozialkontakt* (H 2.4) und *Prosoziales Verhalten* (H 2.5). Über die drei Messzeitpunkte Prä-, Post- und Follow-Up-Test konnten auf diesen Skalen signifikante Zeiteffekte festgestellt werden. Die Skala *Angemessene Selbstbehauptung* (H 2.4) wies einen signifikanten Interaktionseffekt von Zeit * Gruppe auf, zusätzlich die Skala *Selbstkontrolle* (H 2.4) einen signifikanten Trend auf einem 10%-Niveau. Über die drei Erhebungszeitpunkte sind für die Interventions- und Kontrollbedingung signifikante Unterschiede festgestellt worden. Bei der Skala *Sozialkontakt* (H 2.4) konnte ein signifikanter Interaktionseffekt von Zeit * Geschlecht ermittelt werden. Unabhängig von der Gruppe sind über die drei Messzeitpunkte für die beiden Geschlechter signifikante Interaktionseffekte erhoben worden. Für die Skala *Kooperation* (H 2.4) konnten sowohl für die Faktoren Zeit * Gruppe als auch für Zeit * Gruppe * Geschlecht signifikante Interaktionseffekte beschrieben werden. Für diese Skala konnte somit über die drei Messzeitpunkte hinweg für die beiden Gruppen und für die beiden Geschlechter ein signifikanter Interaktionseffekt detektiert werden.

Abschließend für die Post hoc-Analysen zum Geschlecht können die vorliegenden Ergebnisse wie folgt beurteilt und zusammengefasst werden: Das Geschlecht der Kinder zeigte in den Selbstbeurteilungen der Kinder, in den Bewertungen der Eltern zum Verhalten der Kinder und in den Fremdeinschätzungen der jeweiligen Lehrkräfte bis auf die beschriebenen Skalen im Kapitel 6.8 keine ausreichenden signifikanten Effekte und wies somit keinen entscheidenden oder bedeutsamen Einfluss auf den untersuchten Skalen im Kontext der analysierten Interaktionen auf.

7 Fazit und Resümee

Angststörungen bei Kindern und Jugendlichen gehören aufgrund ihrer Prävalenz zu den häufigsten psychischen Störungen (Pauschardt et al., 2015). In Relation zu anderen psychischen Störungen wie beispielsweise ADHS, ADS oder Störungen des Sozialverhaltens weisen Angststörungen die höchsten Prävalenzen auf (z. B. Essau et al., 2012; Leigh & Clark, 2018). Sie zeigen eine hohe Persistenz- und Rezidivneigung und ein niedriges Remissionsauftreten (z. B. Kühl et al., 2010), partiell bis ins Erwachsenenalter und demonstrieren eine hohe Komorbidität, insbesondere zu depressiven Störungen (z. B. Essau et al., 2000; Kühl et al., 2010). Angststörungen sind unterschiedlich ätiologisch zu erklären. Sie können aufgrund ihrer Symptombelastung zu Schulausfällen und Schulabsentismus bis zu Schulabbrüchen und folglich zu einer damit verbundenen Reduzierung schulischer und ausbildungsbezogener Leistungen sowie zu einer Minderung wirtschaftlicher Produktivität führen (z. B. Barrett & Pahl, 2006; Hölling et al., 2014; Klipker et al., 2018; Kühl et al., 2010; Ollendick et al., 2010; Pössel et al., 2006). Vor dem Hintergrund dieser Beobachtung ist zu konstatieren, dass Angststörungen insgesamt, vor allem aber bei Kindern und Jugendlichen, die aufgrund ihres chronologischen Alters als erste Personengruppe von Angststörungen betroffen sein können, eine hohe (gesamt-)gesellschaftliche Relevanz aufweisen.

7.1 Zusammenfassung

Die vorliegende Dissertation beschäftigte sich im Wesentlichen mit der Evaluation des Angstpräventionsprogramms »*Super Skills for Life*« im Sinne einer schulbasierten Angstprävention mit einer universellen Stichprobe. Zunächst folgten mit der Feststellung der Bedeutung und der Fragestellung des Forschungsvorhabens im *theoretischen Teil* Angaben zur Theorie und zum Forschungsstand der Angst und zur Prävention von Ängsten und Angststörungen bei Kindern und Jugendlichen.

Neben entwicklungspsychologischen Grundlagen und Ausführungen zur Angstgenese, zu klinischen Ängsten und Angststörungen bei Kindern und Jugendlichen im zweiten Kapitel folgten eine ausführliche Darstellung der diagnostischen Klassifikation nach der ICD-10 und

dem DSM-5 wie beispielsweise zu den sozialen Angststörungen oder zu den phobischen Störungen. Erläuterungen zur Epidemiologie, Komorbidität, dem Verlauf und den psychosozialen Folgen von Angststörungen sowie unterschiedliche Modelle zur Ätiopsychopathogenese von Angststörungen des Kindes- und Jugendalters wie beispielsweise das Modell der Klassischen Konditionierung, das Zwei-Faktoren-Modell oder das integrative Bedingungsmodell schlossen neben den Ausführungen zur CBT-Konzeption das zweite Kapitel der Dissertation ab.

Im dritten Kapitel ist der aktuelle Stand der Wissenschaft und Forschung zu Angstpräventionsprogrammen im Kindes- und Jugendalter dokumentiert. Neben den Ausführungen zur operationalen Klassifikation der Krankheitsprävention in universelle, selektive und indizierte Prävention erfolgte nach entsprechender differenzierter Literaturrecherche eine Darstellung von Ergebnissen zur Evaluationsforschung von Angstpräventionsprogrammen bei Kindern und Jugendlichen, die im Kontext universeller, selektiver und indizierter Angstprävention beschrieben wurden. Dabei wurden zunächst metaanalytische Befunde, folglich internationale universelle, selektive und indizierte und abschließend auch Ergebnisse aus dem deutschen Sprachraum dargelegt und bewertet. Die verwendeten Metaanalysen zeigten in der zusammenfassenden Betrachtung ein heterogenes Ergebnis. Die selektiven und indizierten Programme wiesen gegenüber den universellen/universalen Programmen im Hinblick auf die Überprüfung signifikanter Effekte und Effektstärken eine Überlegenheit auf, zeigten überwiegend signifikante Effekte mit meist leichten bis maximal mittelgradigen Effektstärken, partiell auch ohne nachgewiesene Effekte. Universelle/universale Angstpräventionsprogramme bei Kindern und Jugendlichen zeigten überwiegend signifikante Effekte, allerdings partiell ohne Kontrollbedingung und mit kleinem Stichprobenumfang, was die Aussagekraft der empirischen Evidenz einschränkt. Die angeführten selektiven Angstpräventionsprogramme zeigten ein uneindeutiges Bild mit unterschiedlichen Wirksamkeitsnachweisen, die indizierten Angstpräventionsprogramme konnten im Kontext ihrer Effektivität hinreichend empirisch belegt werden, allerdings auch hier einschränkend partiell mit kleinem Stichprobenumfang. Die deutschsprachigen universellen, selektiven und indizierten Programme für Kinder und Jugendliche zeigten weitestgehend eine empirische Evidenz.

Das vierte Kapitel beschäftigte sich mit dem Angstpräventionsprogramm »Super Skills for Life«, darin mit der Deskription, dem Aufbau und der Struktur des Programms sowie empirischen Evaluationsbefunden zum »Super Skills for Life«-Programm. Die bisherigen

empirischen Evaluationsbefunde (siehe Unterkapitel 4.4) wiesen zusammenfassend signifikante Effekte in der Reduzierung der Angst- und Depressionswerte der am Programm teilgenommenen Kinder auf. In der überwiegenden Anzahl der berichteten Studien war allerdings keine Kontrollbedingung als Referenzgruppe beschrieben, partiell aber mit einem Wartelistenkontrolldesign (WLC) oder einer Placebogruppe. Auch sind Fidelity-Studien sowie eine Studie zum Vergleich der Wirksamkeit des Programms in der Durchführung von Individual- zum Gruppenformat angeführt worden. Die insgesamt in diesem vierten Kapitel vorgelegten Studien waren ausschließlich indiziert ausgerichtet und zeigten einen geringen Stichprobenumfang. Das überwiegende Fehlen einer Kontrollgruppe und der indizierte Präventionsansatz im Studiendesign dieser zitierten Evaluationsstudien stellte in diesem Zusammenhang ein methodisches Problem im Kontext einer Vergleichbarkeit der Studienlage der im Rahmen dieser Dissertation vorgelegten Interventionsstudie mit einer berichteten Kontrollbedingung und der universellen Präventionsausrichtung dar.

Der *empirische Teil* der vorliegenden Dissertation beschäftigte sich im folgenden fünften Kapitel mit der Methode des Forschungsprojektes wie beispielsweise mit der Formulierung der erkenntnisleitenden Fragestellung, der Beschreibung des Studiendesigns, der Operationalisierung und Differenzierung der Forschungshypothesen in den *primären Outcome* (Reduzierung der Angst) und in den *sekundären Outcome* (sozialer Kompetenzzuwachs und Abnahme der Verhaltensprobleme) sowie der Darstellung der Auswertungsmethode. Zusätzlich erfolgten im Anschluss an die Operationalisierung der Forschungshypothesen (siehe Unterkapitel 5.1) neben der Stichprobenbeschreibung der Kinder, der Eltern und der Lehrkräfte und der Beschreibung zu den verwendeten Kovariaten auch Ausführungen zum Zeitplan und zur Durchführung des Forschungsprojektes sowie Ausführungen zu den verwendeten Erhebungs- und Messinstrumenten. Bei der Stichprobenbeschreibung wurde aus Gründen der Homogenität der Angaben im Prä-Test für die Untersuchung die sortenreine Stichprobe verwendet.

Im Ergebnisteil der Empirie dieser Dissertation im Kapitel sechs wurden die Ergebnisse der Evaluation des »Super Skills for Life«-Angstpräventionsprogramms im Wesentlichen dargelegt und zusammengefasst. Als Auswertungsmethode wurde eine zweifaktorielle Varianzanalyse mit Messwiederholung verwendet. Kovariate wie beispielsweise die elterliche Bildung, die jeweils besuchte Klassenstufe der Kinder und der Familienstand wurden in die Analysen und ihre Ergebnisse mit einbezogen und entsprechend

berücksichtigt. Die Post hoc-Tests bildeten den abschließenden Abschnitt der Analysen der Evaluation des Angstpräventionsprogramms »Super Skills for Life«. Hier wurden mögliche Auswirkungen des Geschlechts auf die Befunde geprüft und dargelegt.

In der Zusammenfassung, Diskussion und Bewertung der vorliegenden Befunde wurde diese Dissertation abgeschlossen. Dabei erfolgten neben der zusammenfassenden Betrachtung der gesamten Monografie die Beantwortung der Forschungsfragen; dies orientiert an den operationalisierten Forschungshypothesen. Eine kritische Reflexion und Limitationen der Studie, Angaben und Ausführungen zu den Konsequenzen der Befunde dieser Dissertation sowie ein abschließender Forschungsausblick bildeten im siebten Kapitel den Abschluss dieser Arbeit.

7.2 Beantwortung der Forschungshypothesen und Bewertung der Ergebnisse

In diesem Abschnitt erfolgt nochmalig und abschließend eine Zusammenfassung wesentlicher Ergebnisse und im Anschluss daran die Beantwortung der Forschungsfragen in differenzierter, hypothesengeleiteter Form.

Die Untersuchung hat insgesamt gezeigt, dass die vielen getesteten Skalen, Faktoren und Kovariaten nicht immer signifikant waren und damit keinen hinreichenden Effekt bzw. Einfluss vorweisen konnten. Ein präventiver Effekt des Programms konnte somit nicht bestätigt werden.

Im Kontext des **primären Outcome** wurde die übergeordnete Hypothese formuliert, dass das »Super Skills for Life«-Programm zur einer signifikanten Reduzierung der Angst bei Kindern in der Interventionsgruppe führt, relativ zu Kindern der Kontrollbedingung. Dabei sind folgende Skalen zur Überprüfung dieser Hypothese operationalisiert worden: Das Programm führt, so die Annahme, auf den Skalen *Trennungsangst* (H 1.1), *Soziale Phobie* (H 1.1), *Zwangsstörung* (H 1.1), *Panikstörung und Agoraphobie* (H 1.1), *Angst vor körperlicher Verletzung* (H 1.1), *Generalisierte Angststörung* (H 1.1) und im *SCAS-D-Gesamtwert* (H 1.1) der Kinderstichprobe, des Weiteren auf den Skalen *CBCL sozialer Rückzug* (H 1.2), *CBCL Angst/Depressivität* (H 1.2), *CBCL Gesamtwert* (H 1.2) und *SDQ Emotionale Probleme* (H 1.3) der Elternstichprobe sowie auf den Skalen *TRF sozialer Rückzug* (H 1.4), *TRF Angst/Depressivität* (H 1.4), *TRF Gesamtwert* (H 1.4) und *SDQ*

Emotionale Probleme (H 1.5) der Lehrerstichprobe in der Interventionsbedingung zu einer signifikanten Reduzierung der Skalenmittelwerte, relativ zur Kontrollgruppe.

Folgender Befund im Sinne der Überprüfung der Forschungshypothesen konnte in diesem Zusammenhang erhoben werden: Alle Skalen des primären Outcome zeigten innerhalb der Interventionsbedingung im Zeitverlauf über die drei erhobenen Messzeitpunkte Prä-, Post-, und Follow-Up-Test ohne Berücksichtigung der Kontrollgruppe auf deskriptiver Ebene eine Abnahme, also eine Reduktion, der Skalenmittelwerte, was insgesamt als Verbesserung innerhalb der Interventionsgruppe auf den jeweiligen getesteten Skalen aufgefasst werden kann. Dies entsprach zudem durch die beschriebene Reduzierung der jeweiligen Skalenmittelwerte im Wesentlichen dem Inhalt der formulierten Forschungshypothesen. In der Analyse der beiden Gruppen Interventionsgruppe vs. Kontrollgruppe im Zeitverlauf (Messzeitpunkt * Gruppe) ohne Kovariaten konnten allerdings keine signifikanten Interaktionseffekte detektiert werden ($p > 0,05$).

Die Kovariaten Klassenstufe, Familienstand und elterlicher Bildungsgrad zeigten im primären Outcome (Messzeitpunkt * Gruppe, mit Kovariaten) in der Eltern- und Lehrerstichprobe keinen signifikanten Einfluss auf den Skalen. In der Kinderstichprobe zeigten die Kovariaten Schulklasse, Familienstand und elterlicher akademischer Bildungsgrad lediglich für die Skala *Trennungsangst* (H 1.1) ($p < 0,05$) für die beiden Gruppen auf dieser Skala einen signifikanten Einfluss auf die Entwicklung der Skalenmittelwerte in den drei Erhebungszeitpunkten. Es kann in diesem Zusammenhang davon ausgegangen werden, dass auf dieser Skala ein signifikanter Effekt des »Super Skills for Life«-Angstprogramms erhoben werden konnte. Mit anderen Worten: Das Programm wirkte signifikant im Sinne eines präventiven Effektes in der Reduzierung von Trennungsangstsymptomen innerhalb der Interventionsbedingung relativ zur Kontrollbedingung.

Die Post hoc-Analysen (Messzeitpunkt * Gruppe* Geschlecht) haben zudem im primären Outcome gezeigt: Auch das Geschlecht hatte sowohl in der Kinder-, als auch Eltern- und Lehrerstichprobe keinen signifikanten Einfluss.

Zusammenfassend für den primären Outcome kann also auf der Grundlage dieses gesamten Befundes konstatiert werden, dass es zu einer Abnahme der Skalenmittelwerte in der Interventionsgruppe über die drei Messzeitpunkte gekommen ist. Allerdings waren diese Effekte im Vergleich zur Referenzgruppe nicht signifikant. Auch zeigten die Kovariaten und

das Geschlecht im Gesamten keinen ausreichenden Einfluss, bis auf die berichtete Skala *Trennungsangst* (H 1.1), die eine signifikante Differenz zwischen der Interventions- und der Kontrollbedingung über die drei Messzeitpunkte aufgezeigt hat und somit an dieser Stelle ein präventiver Effekt des Programms belegt werden konnte. Unter einschränkender Berücksichtigung indizierter Prävention kann dieser Effekt mit einem Teilbefund der Evaluationsstudie von Orgilés et al. (2020e) inhaltlich in Verbindung gebracht werden, innerhalb dieser ohne Kontrollbedingung signifikante Verbesserungen im Zusammenhang mit Symptomen der Trennungsangst detektiert werden konnten (vgl. Kapitel 4.4). Insgesamt kann aber davon ausgegangen werden, dass das »Super Skills for Life«-Programm im Rahmen dieser Stichprobe überwiegend auf den verwendeten und geprüften Skalen keine ausreichenden (signifikanten) Effekte im Hinblick auf die Reduzierung der Angst gezeigt hat und somit einer hinreichenden präventiven Wirksamkeit im Sinne des primären Outcome schuldig geblieben ist.

Im Kontext des **sekundären Outcome** wurde die übergeordnete Hypothese formuliert, dass das »Super Skills for Life«-Programm zur einem signifikanten Kompetenzzuwachs sozialer Kompetenzen bei Kindern in der Interventionsgruppe führt, auch zur einer Abnahme der Verhaltensprobleme, dies relativ zu Kindern der Kontrollgruppe. Folgende Skalen sind zur Überprüfung dieser Hypothese operationalisiert worden: Das Programm führt in der Interventionsbedingung einerseits, so die Annahme, auf den Skalen *Schule* (H 2.1), *Freizeit* (H 2.1), *Familie* (H 2.1), im *ALS Gesamtwert* (H 2.1) der Kinderstichprobe, auf der Skala *SDQ Prosoziales Verhalten* (H 2.2) der Elternstichprobe und auf den Skalen *Kooperation* (H 2.4), *Selbstwahrnehmung* (H 2.4), *Selbstkontrolle* (H 2.4), *Einfühlungsvermögen und Hilfsbereitschaft* (H 2.4), *Angemessene Selbstbehauptung* (H 2.4), *Sozialkontakt* (H 2.4) sowie auf der *Skala SDQ prosoziales Verhalten* (H 2.5) der Lehrerstichprobe zu einer signifikanten Zunahme der Skalenmittelwerte, relativ zur Kontrollgruppe. Zusätzlich führt das Angstpräventionsprogramm »Super Skills for Life« auf allen syndromalen Skalen des *SDQ* in der Eltern- und Lehrereinschätzung (das impliziert die Skalen *SDQ Verhaltensprobleme* (H 2.3/H 2.6), *SDQ Hyperaktivität* (H 2.3/H 2.6), *SDQ Verhaltensprobleme mit Gleichaltrigen* (H 2.3/H 2.6) und im *SDQ Gesamtproblemwert* (H 2.3/H 2.6) und auf der Skala *TRF soziale Probleme* (H 2.7) außer der Skala *Emotionale Probleme* (primärer Outcome) innerhalb der Interventionsgruppe zu einer signifikanten Abnahme der Skalenmittelwerte, relativ zur Kontrollgruppe.

Folgender Befund im Sinne der Überprüfung der Forschungshypothesen zum sekundären Outcome konnte in diesem Zusammenhang erhoben werden: Die Skalen *Schule* (H 2.1), *Freizeit* (H 2.1), *Familie* (H 2.1), *ALS Gesamtwert* (H 2.1) *SDQ [E] Prosoziales Verhalten* (H 2.2), *Kooperation* (H 2.4), *Selbstwahrnehmung* (H 2.4), *Selbstkontrolle* (H 2.4), *Einfühlungsvermögen und Hilfsbereitschaft* (H 2.4), *Angemessene Selbstbehauptung* (H 2.4), *Sozialkontakt* (H 2.4) sowie auf der *Skala SDQ [L] prosoziales Verhalten* (H 2.5) zeigten innerhalb der Interventionsbedingung im Zeitverlauf über die drei erhobenen Messzeitpunkte Prä-, Post-, und Follow-Up-Test ohne Berücksichtigung der Kontrollgruppe auf deskriptiver Ebene eine Zunahme der Skalenmittelwerte, was in diesem Zusammenhang für eine Verbesserung im Sozialverhalten der Kinder in der Interventionsbedingung spricht. Die Skalen *SDQ [E] Verhaltensprobleme* (H 2.3), *SDQ [E/L] Hyperaktivität* (H 2.3/H 2.6), *SDQ [E/L] Verhaltensprobleme mit Gleichaltrigen* (H 2.3/H 2.6), *SDQ [E/L] Gesamtproblemwert* (H 2.3/H 2.6) und die Skala *TRF soziale Probleme* (H 2.7) zeigten über die drei Messzeitpunkte ohne Berücksichtigung der Kontrollbedingung, ebenfalls auf deskriptiver Ebene, eine Abnahme der Skalenmittelwerte, was im Sinne der Abnahme von Verhaltensproblemen bei den Kindern indirekt als Verbesserung im Sozialverhalten innerhalb der Interventionsbedingung interpretiert werden konnte. Ausgenommen ist hiervon die Skala *SDQ [L] Verhaltensprobleme* (H 2.6), die in diesem Kontext eine Zunahme in den Skalenmittelwerten konstatierte. Dieses Ergebnis entsprach im Wesentlichen dem Inhalt der formulierten Forschungshypothesen.

In der Analyse der beiden Gruppen Interventionsgruppe vs. Kontrollgruppe im Zeitverlauf (Messzeitpunkt * Gruppe) ohne Kovariaten konnten bis auf die Skalen *Kooperation* ($p < 0,05$) und *Angemessene Selbstbehauptung* ($p < 0,01$) auf den restlichen Skalen des sekundären Outcome keine signifikanten Interaktionseffekte detektiert werden ($p > 0,05$). Die Skala *Selbstkontrolle* zeigte in diesem Zusammenhang lediglich einen signifikanten Trend ($p < 0,10$). Für die Skala *Kooperation* (H 2.4) konnte vor dem Hintergrund eines heterogenen Mittelwertbildes innerhalb der Interventionsbedingung⁴⁹ und innerhalb der Kontrollgruppe einer Zunahme der Skalenmittelwerte in der Prä-Post-Relation und einem konstant-stabilen Bild im Post-Follow-Up-Vergleich auf dem 5%-Niveau ein signifikanter Interaktionseffekt von Zeit * Gruppe gefunden werden. Dieser signifikante Effekt konnte

⁴⁹ Heterogen bedeutet innerhalb der Interventionsgruppe eine Abnahme der Skalenmittelwerte im Prä-Post-Vergleich (T1 zu T2) und dann eine deutliche Zunahme im Post-Follow-Up-Vergleich (T2 zu T3), am dritten Messzeitpunkt (T3) lag der Skalenmittelwert über dem Mittelwert im Prä-Test (T1).

vorsichtig als eine protrahierte Reaktion der am Programm teilgenommenen Kinder im Sinne einer Verbesserung der Kooperationsfähigkeit aufgefasst werden. Allerdings ließ sich nicht kausal klären, aus welchen Gründen im Prä-Post-Vergleich (T1 zu T2) innerhalb der Interventionsgruppe eine Reduzierung der Skalenmittelwerte festzustellen war. Der zweite signifikante Interaktionseffekt zeigte sich auf der Skala *Angemessene Selbstbehauptung* (H 2.4). Diese Skala zeigte in der Interventionsgruppe zunächst sehr leichte Zunahme im Prä-Post-Vergleich (T1 zu T2), dann eine deutliche Zunahme der Skalenmittelwerte im Post-Follow-Up-Vergleich (T2 zu T3), was bei Kindern der Interventionsbedingung ebenfalls für eine verzögerte Verbesserung auf dieser Skala spricht. In der Kontrollgruppe zeigte sich hingegen eine leichte Zunahme der Skalenmittelwerte im Prä-Post-Vergleich (T1 zu T2), dann im Post-Follow-Up-Vergleich (T2 zu T3) ein konstant-stabiler Verlauf. Auf dieser Skala ließ sich in der zusammenfassenden Analyse und Interpretation innerhalb der Interventionsbedingung eine deutliche Verbesserung in den Skalenmittelwerten über die drei Messzeitpunkte, was in dieser Deutlichkeit innerhalb der Kontrollgruppe nicht beobachtet werden konnte. Diese Differenz und damit dieser signifikante Effekt der Skalenentwicklung in der Interventions- relativ zur Kontrollbedingung konnte ebenfalls als protrahierter Effekt des Programms im Sinne einer Verbesserung der Selbstbehauptungswerte der Kinder aufgefasst werden. Zudem ist für diese Skala zu konstatieren, dass die Kinder der Interventionsgruppe, ausgehend vom niedrigeren Skalenmittelwert im Prä-Test (T1) im Vergleich zur Kontrollgruppe, über die drei Messzeitpunkte (T1 zu T3) in den Skalenmittelwerten aufholten und sich den Kindern der Kontrollgruppe anschlossen. Die Skala *Selbstkontrolle* (H 2.4) zeigte auf dem 10%-Niveau einen signifikanten Trend. Insgesamt sind auf dieser Skala sowohl in der Interventions- als auch in der Kontrollbedingung die Werte gestiegen. Für die Kontrollgruppe konnte eine Zunahme der Mittelwerte über die drei erhobenen Zeitpunkte hinweg detektiert werden. Für die Interventionsgruppe konnte im Prä-Post-Vergleich (T1 zu T2) zunächst eine Abnahme der Mittelwerte identifiziert werden und dann im Post-Follow-Up-Vergleich (T2 zu T3) eine Zunahme. Der Skalenmittelwert der Interventionsgruppe befand sich am dritten Messzeitpunkt (T3) über dem Mittelwert im Prä-Test (T1), was im Gesamten im Kontext eines signifikanten Trends ($p < 0,10$) als eine verzögerte Reaktion des Programms im Sinne einer Verbesserung der Selbstkontrolle interpretiert werden konnte, relativ zur Kontrollbedingung. Zudem muss allerdings einschränkend konstatiert werden, dass die Kontrollgruppe im Prä-Post-Vergleich (T1 zu T2) eine deutliche Zunahme in den

Mittelwerten erfuhr, im Kontrast hierzu zeigte sich innerhalb der Interventionsgruppe eher ein abgeschwächter gegenteiliger Effekt. Allerdings hat die Interventionsgruppe im Post-Follow-Up-Vergleich (T2 zu T3) in den Mittelwerten eher zur Kontrollgruppe aufgeschlossen und konnte dadurch die erhebliche Differenz in den Mittelwerten des Post-Tests (T2) deutlich reduzieren.

Die Kovariaten Klassenstufe, Familienstand und elterlicher Bildungsgrad zeigten im sekundären Outcome (Messzeitpunkt * Gruppe, mit Kovariaten) in der Kinder-, Eltern- und Lehrerstichprobe keinen signifikanten Einfluss auf den Skalen. Lediglich auf der Skala *SDQ* [E] *Prosoziales Verhalten* (H 2.2) ($p < 0,10$) konnte ein signifikanter Trend auf dem 10%-Niveau ausgemacht werden.

Die Post hoc-Tests (Messzeitpunkt * Gruppe* Geschlecht) haben zudem für den sekundären Outcome folgenden Befund ergeben: In der Kinder- und Elternstichprobe hatte das Geschlecht keinen signifikanten Einfluss. In der Lehrerstichprobe hatte das Geschlecht auf dem 5%-Niveau einen signifikanten Einfluss auf der Skala *Kooperation* (H 2.4). Auf dieser Skala konnten für die beiden Geschlechter und für die beiden Gruppen signifikante Differenzen identifiziert werden. In der Interventionsgruppe blieben die Skalenmittelwerte der Mädchen im Prä-Post-Vergleich (T1 zu T2) weitestgehend konstant. Im Post-Follow-Up-Vergleich (T2 zu T3) verbesserten sich diese deutlich. Die Jungen der Interventionsgruppe hingegen verschlechterten sich zunächst im Prä-Post-Vergleich (T1 zu T2) im Sinne einer Reduzierung der Skalenmittelwerte und verbesserten sich dann leicht zum dritten Messzeitpunkt (T2 zu T3). In der Kontrollgruppe verbesserten sich die Jungen in den Skalenmittelwerten über die drei Erhebungszeitpunkte (T1 zu T2 zu T3), ein heterogenes Ergebnis hingegen zeigten die Mädchen. In den ersten zwei Messzeitpunkten (T1 zu T2) verbesserten sie sich und verschlechterten sich dann kontrastierend leicht in den Mittelwerten im Post-Follow-Up-Vergleich (T2 zu T3) wieder, blieben aber leicht über dem Skalenniveau verglichen mit dem Prä-Test. Die Mädchen der Kontrollgruppe zeigten im Vergleich zu den Jungen auf der Skala *Kooperation* im Prä-Test (T1) höhere Skalenmittelwerte. Das bedeutet, die Mädchen waren auf dieser Skala innerhalb der Kontrollbedingung stärker. Im Follow-Up-Test (T3) zeigten beide Geschlechter höhere Skalenmittelwerte relativ zum Prä-Test (T1), was für beide Geschlechter eine Verbesserung bedeutete. Innerhalb der Interventionsbedingung waren im Prä-Test (T1) die Jungen besser als die Mädchen, zeigten also entsprechend höhere Skalenmittelwerte. Über die drei Messzeitpunkte profitierten allerdings die Mädchen deutlicher im Vergleich zu den Jungen.

Das bedeutet, sie zeigten am Follow-Up-Messzeitpunkt (T3) einen deutlichen Zuwachs in den Skalenmittelwerten und schlossen die drei Erhebungspunkte somit mit einem besseren Ergebnis ab. Bei den Jungen zeigte sich diese Entwicklung nicht. Sie schlossen am Follow-Up-Test (T3) mit insgesamt niedrigeren Skalenmittelwerten ab, verglichen mit dem Prä-Test (T1), konnten allerdings im Post-Follow-Up-Vergleich (T2 zu T3) deutlich zulegen. Zusätzlich zeigte die Skala *SDQ [E] Prosoziales Verhalten* (H 2.2) im sekundären Outcome innerhalb der Post hoc-Analysen einen signifikanten Trend ($p < 0,10$). Weitere signifikante Effekte konnten zudem nicht ausgemacht werden.

In der zusammenfassenden Beurteilung des sekundären Outcome ist zu konstatieren, dass die Skalen *Angemessene Selbstbehauptung* (H 2.4) und *Kooperation* (H 2.4) protrahierend signifikant in der Interventionsbedingung reagierten. Die am Programm teilgenommenen Kinder haben verzögert (T2 zu T3) in Relation zur Kontrollgruppe im Bereich der Selbstbehauptung und der Kooperationsfähigkeit als Merkmale sozialer Kompetenz einen entsprechenden Kompetenzzuwachs erfahren. Ebenfalls ist festzuhalten, dass insbesondere die Skala *Angemessene Selbstbehauptung* (H 2.4) innerhalb der Interventionsgruppe am ersten Messzeitpunkt (T1) von deutlich niedrigeren Mittelwerten ausgehend über die insgesamt drei Messzeitpunkte zur Kontrollgruppe in den Skalenmittelwerten aufgeschlossen hat, was zudem als Effekt des Programms interpretiert werden kann. Von diesem Ergebnis abgesehen kann auf den weiteren Skalen im sekundären Outcome im Gesamten auf der Grundlage des Gesamtbefundes zusätzlich konstatiert werden, dass es nicht zu einem signifikanten Kompetenzzuwachs der sozialen Kompetenz in der Interventionsgruppe durch die Teilnahme am Programm »Super Skills for Life« gekommen ist, dies in Relation zur Referenzgruppe.

Die Kovariaten und das Geschlecht zeigten im Gesamten keinen ausreichenden Einfluss auf Effekte, bis auf die Skala *Kooperation* (H 2.4). Hier zeigten insbesondere die Mädchen der Interventionsgruppe gegenüber den Jungen einen Kompetenzzuwachs. Dieser Effekt zeigte sich in der Kontrollgruppe nicht. Hier zeigten die Jungen einen konstanten Kompetenzzuwachs, wiesen aber insgesamt niedrigere Skalenmittelwerte über die drei Messzeitpunkte auf, verglichen mit den Mädchen der Kontrollgruppe. Die Mädchen der Interventionsbedingung scheinen somit auf dieser Skala stärker von der Teilnahme am Programm profitiert zu haben als die Jungen.

Es ist davon auszugehen, dass das »*Super Skills for Life*«-Programm im Rahmen dieser Stichprobe auf den verwendeten und getesteten Skalen auf der Grundlage der bereits erfolgten Ausführungen nur wenige Effekte im Hinblick auf einen angenommenen Kompetenzzuwachs sozialer Kompetenz ergeben hat und ist somit insgesamt einer hinreichenden Wirksamkeit des Programms im Sinne des sekundären Outcome schuldig geblieben.

Die Evaluation des Angstpräventionsprogramms »*Super Skills for Life*« hat unter Berücksichtigung des primären und des sekundären Outcomes vor dem Hintergrund der schulbasierten universellen sortenreinen Gesamtstichprobe im Wesentlichen keine ausreichenden signifikanten Effekte hervorgebracht. Im primären Outcome zeigte lediglich die Skala *Trennungsangst* (H 1.1) unter Berücksichtigung von Kovariaten auf dem 5%-Niveau einen signifikanten Interaktionseffekt. Im sekundären Outcome konnten ohne Kovariaten auf den Skalen *Kooperation* (H 2.4) und *Angemessene Selbstbehauptung* (H 2.4) signifikante Interaktionseffekte beobachtet werden, weitere Interaktionseffekte konnten sowohl im primären als auch im sekundären Outcome nicht ermittelt werden, lediglich signifikante Trends auf dem 10%-Niveau. Auf der Grundlage dieses gesamten Befundes ist also zusammenfassend davon auszugehen, dass »*Super Skills for Life*« als primär präventives Angstprogramm im Rahmen universeller Angstprävention bei Kindern im Grundschulalter, vorzugsweise bei Kindern der dritten und vierten Grundschulklassen, keinen ausreichenden Wirksamkeitsnachweis hervorbringen konnte und blieb somit einer entsprechenden wirksamkeitsbezogenen Evidenzbasierung schuldig. Wie bereits beschrieben: Einzig die Skala *Trennungsangst* (H 1.1) brachte im Sinne der operationalisierten Hypothesen im primären Outcome eine signifikante Verbesserung der Interventionsgruppe in Relation zur Kontrollgruppe hervor, was als Effekt des Programms angenommen werden kann. Auch die Skalen *Angemessene Selbstbehauptung* (H 2.4) und *Kooperation* (H 2.4) im Kontext der operationalisierten Hypothesen im sekundären Outcome zeigten signifikant in der Interventionsbedingung relativ zur Kontrollgruppe eine protrahierte Reaktion und können ebenfalls als verzögerter Effekt des Programms angenommen werden. Dennoch ist abschließend und entsprechend finalisierend zu konstatieren: Eine umschriebene Effektivität von »*Super Skills for Life*« im Sinne aller operationalisierten Forschungshypothesen konnte allerdings unter Berücksichtigung und auf der Grundlage aller getesteten Skalen im Wesentlichen nicht nachgewiesen werden und ist folglich einer

entsprechenden Evidenzbasierung im Bereich universeller Angstprävention bei Kindern im Grundschulalter schuldig geblieben.

7.3 Kritische Reflexion und Limitationen der Evaluationsstudie

Die vorgelegten Ergebnisse dieser universell ausgerichteten Interventionsstudie des Angstpräventionsprogramms »*Super Skills for Life*« können teilweise in der zusammenfassenden Beurteilung mit Befunden der universellen Angstpräventionsforschung in Verbindung gebracht werden (vgl. Kapitel 3.2 und Kapitel 3.3). Die im Kapitel 3.2 angeführten Metaanalysen zur universellen Angstprävention bei Kindern und Jugendlichen haben vorwiegend deutlich gemacht, dass universelle Programme eher keine oder partiell kleine bis mittelgradige Effekte aufwiesen (z. B. Fisak et al., 2011; Johnstone et al., 2018; Werner-Seidler et al., 2017). In diesem Zusammenhang waren zudem die selektiven und indizierten Programme in überwiegender Form den universellen Programmen gegenüber überlegen (z. B. Beelmann et al., 2014; Teubert & Piquart, 2011). Dieses Ergebnis der Metaanalysen zur universellen Angstprävention repräsentiert sich auch inhaltlich im Gesamtbefund innerhalb dieser Dissertationsstudie, in der ein präventiver Effekt des Programms wenig bzw. kaum belegt werden konnte. Darüber hinaus und diesen Befund erweiternd ist zudem ergänzend festzustellen, dass teilweise spezifische universelle Angstpräventionsprogramme für Kinder und Jugendliche (vgl. Kapitel 3.3) einen Wirksamkeitsnachweis schuldig geblieben sind (z. B. Ehrenreich-May & Bilek, 2011), was ebenfalls übereinstimmend mit dem Ergebnis dieser vorgelegten universell-angstpräventiven Interventionsstudie in Verbindung gebracht werden kann. Auch die Effektivität des FRIENDS-Programms (Barrett et al., 2003a; 2003b) beispielsweise als ein vielfach evaluiertes Präventionskonzept konnte nicht in allen Studien konstant und stabil belegt werden und zeigte somit eine heterogene Befundlage (Ahlen et al., 2017), auch im Kontext von Follow-Up-Untersuchungen (Ahlen et al., 2019). Auch in diesem Kontext repräsentiert sich inhaltlich das Ergebnis dieser Studie. Offenbar weisen universelle Programme gegenüber selektiven oder indizierten Konzeptionen in einem stärkeren Umfang Probleme auf, einen Wirksamkeitsnachweis im Sinne eines belastbaren Belegs ihrer Effektivität unter kontrollierten Bedingungen zu erbringen.

Der Befund dieser Dissertation hat summa summarum gezeigt, dass das Programm »*Super Skills for Life*« bei einer bestimmten Anzahl von Kindern eine hohe Programmakzeptanz erfahren und zu Veränderungen in der verhaltensbezogenen Phänomenologie dieser Kinder geführt hat (vgl. Kapitel 7.4). Diese Ergebnisse waren allerdings auf den verwendeten Skalen mit Ausnahme der im Ergebnisteil bereits beschriebenen Effekte nicht unbedingt messbar. Anteilig kann dieser Gesamtbefund der »*Super Skills for Life*«-Studie somit in der zusammenfassenden Interpretation im Kontext universeller Angstprävention bei Kindern und Jugendlichen und vor dem Hintergrund der formulierten Forschungsfrage und der getesteten Wirksamkeitsnachweise entsprechend mit den Ergebnissen einiger Metaanalysen eingeordnet und in Verbindung gebracht werden.

Die außerhalb dieser Interventionsstudie ausgeführten evaluativen Befunde zum »*Super Skills for Life*«-Programm implizieren im Sinne eines transdiagnostischen Ansatzes einen Wirksamkeitsnachweis im Kontext der Behandlung von Angst- und depressiven Symptome bei Kindern und auch partiell Adoleszenten (vgl. Kapitel 4.4). Die dargestellten Ergebnisse dieser Interventionsstudie sind allerdings methodisch aufgrund ihrer präventiven Fokussierung schwerlich mit den bisherigen Befunden zum »*Super Skills for Life*«-Programm in einen inhaltlichen Vergleich und Zusammenhang zu bringen. Die bisherigen Studien zum Programm waren ausschließlich indiziert ausgerichtet (z. B. Essau et al., 2019; Essau et al., 2014; Fernández-Martínez et al., 2019; Melero et al., 2021b; Orgilés et al., 2019; Orgilés et al., 2020e) und hatten somit in der Prä-Untersuchung eine bereits subklinisch oder klinisch auffällige Stichprobe. Zudem hatte eine Vielzahl dieser Untersuchungen keine Kontrollbedingung, was methodisch problematisch ist, nicht nur im Kontext der Überprüfung signifikanter Effekte, sondern auch im Hinblick auf die Vergleichbarkeit mit der kontrollierten Evaluationsstudie dieser Dissertation. Die vorgelegte Dissertationsstudie war, wie bereits beschrieben und erläutert, im Studiendesign universell konzipiert und ausgerichtet und beinhaltete zusätzlich eine Referenzgruppe als Kontrollbedingung. Allerdings muss einschränkend konstatiert werden, dass die hier untersuchte Stichprobe der Interventionsgruppe im Vergleich zur Kontrollgruppe auf einer Vielzahl von Skalen im Prä-Test (T1) auffälliger, somit belasteter war, sodass an dieser Stelle sicherlich kritisch fragend anzumerken ist, ob diese Studie tatsächlich ihrer Zielsetzung und ihrem Anspruch nach einer universellen Ausrichtung gerecht geworden ist. Es stellt sich also die Frage, ob es sich im Rahmen dieser empirischen Erhebung durch die

partizipierende Probandenstruktur der Interventionsbedingung nicht möglicherweise eher um eine gemischt universell-indizierte Stichprobe handelte. Eine abschließende Klärung dieser sicherlich berechtigt-kritischen Anmerkung und Fragestellung im Sinne einer Beantwortung konnte nicht erfolgen, da in der Vorbereitung auf die Studie und vor Beginn der Durchführung der ersten Erhebungswelle kein notwendiges Verhaltensscreening mit entsprechend definierten Cut-Off-Werten durchgeführt wurde, welches allerdings erforderlich gewesen wäre, um entsprechende subklinische oder klinische Ausprägungen in der Probandenstruktur der Interventionsbedingung im Prä-Test zu erfassen und zu dokumentieren. Auch ist an dieser Stelle und in diesem Zusammenhang anzuführen, dass die Interventionsbedingung ohne die Berücksichtigung der Kontrollgruppe wie im Ergebnisteil bereits dargestellt (vgl. Kapitel 6) im zeitlichen Verlauf von Prä-, Post- und Follow-Up-Messzeitpunkten eine entsprechende erwünschte Abnahme der Skalenmittelwerte im Bereich der Ängstlichkeit einerseits (primärer Outcome), andererseits eine Zunahme der Skalenmittelwerte im Bereich sozialer Kompetenz und eine Abnahme von Verhaltensproblemen (sekundärer Outcome) erfahren hat. Das bedeutet, ohne die Kontrollgruppe als Referenzgruppe hat die Interventionsgruppe intendiert, also mit entsprechender Zielsetzung und somit erwünscht, auf das Programm reagiert. Diese Teilinterpretation der gesamten Befundlage dieser Interventionsstudie kann dadurch beispielsweise auf inhaltlicher Ebene mit Ergebnissen der Studie von Essau und Kolleg*innen (2019) oder der Studie von Essau und Kolleg*innen (2014) in Verbindung gebracht werden, auch, wenn diese indiziert waren und sich somit im Studiendesign in Relation zu dieser Studie unterschieden haben. Innerhalb dieser beiden Essau et al.-Studien (2019; 2014) führte das Programm zu einer signifikanten Reduzierung der Angst- und emotionalen Symptomatik bei den teilgenommenen Kindern, allerdings ohne den notwendigen Vergleich mit einer Referenzgruppe. Dadurch blieb einschränkend unklar, ob die gemessenen Effekte tatsächlich kausal auf »Super Skills for Life« zurückzuführen waren oder ob diese im Sinne einer natürlichen Entwicklung durch zum Beispiel emotionale und soziale Reifung von Kindern, ihren sozialen Erfahrungszuwachs oder andere Interventionen nicht ohnehin eingetreten wären. Vor dem Hintergrund des Entwicklungsverlaufs ausschließlich der Interventionsgruppe innerhalb der drei Erhebungszeitpunkte innerhalb dieser vorgelegten Dissertationsstudie ist somit ein vergleichbarer Befund in Relation zu den Ergebnissen der Evaluationsstudien von Essau und Kolleg*innen (2019; 2014) zu konstatieren. Das Fehlen von Kontrollbedingungen innerhalb von Interventionsstudien ist

allerdings auf der wissenschaftlich-methodischen Ebene unstrittig als problematisch aufzufassen. Eine Kontrollgruppe gilt in diesem Zusammenhang als ein entscheidendes Kriterium für die (interne) Validität von Forschungsergebnissen, um einen gemessenen Effekt auch tatsächlich der Experimentalbedingung zuordnen zu können und somit zufällig sich konstituierende Effekte, also nicht-programmgebundene Wirkungen kontrollieren zu können bzw. auszuschließen. Eine Konfundierung der Interventionswirkung kann ohne die Installation einer Kontrollbedingung von der Wirkung sonstiger Faktoren nicht gänzlich ausgeschlossen werden. Es könnte somit irrtümlich zu einer falschen kausalen Attribution von Interventionseffekten kommen. Trainingseffekte und Veränderungen sollten also durch die Kontrollbedingung auf die tatsächlich durchgeführte Intervention zurückgeführt werden können (Hager et al., 2000).

Im Folgenden sollen extrahierte Limitationen dieser vorgelegten Studie angeführt, vertiefend erläutert und entsprechend diskutiert werden. Als wichtigste Limitation dieser Interventionsstudie ist zunächst die fehlende Randomisierung im quasi-experimentellen Studiendesign zu nennen. Wie bereits beschrieben, handelte es sich um eine nichtrandomisierte kontrollierte Studie (CT-Design). Durch die Randomisierung und die Installation einer Kontrollbedingung als Referenzgruppe, also im Sinne einer randomisierten kontrollierten Studie (einem RCT-Design), die als sogenannter »Goldstandard« innerhalb der sozialwissenschaftlichen Interventionsforschung gilt, wird die interne Validität des zu prüfenden Interventionseffektes als empirisches Qualitätsmerkmal sichergestellt (z. B. Döring & Bortz, 2016). Dies ist so in diesem Studienplan nicht berücksichtigt worden. Im Aufbau und in der Durchführung dieser Studie konnte ein methodisch-randomisiertes Vorgehen aus pragmatischen Erwägungen heraus nicht stattfinden, da es bereits erhebliche Probleme und Beschränkungen in der Probandenakquise gab und die Teilnahme am Programm als motivationaler Verstärker eingesetzt werden musste. Somit entfiel die Möglichkeit der Randomisierung und die Zuteilung der Kinder zur Interventions- oder Kontrollbedingung erfolgte nach Anmeldung und Interesse der teilnehmenden Familien.

Als eine weitere Limitation dieser Forschungsarbeit ist der kleine Stichprobenumfang der Interventions- und Kontrollbedingung, also des gesamten Samples zu nennen. Aufgrund der Heterogenität beider Gruppen im Prä-Test (die Interventionsgruppe zeigte sich insgesamt auffälliger als die Kontrollgruppe, somit war die Interventionsbedingung im Vergleich zur

Kontrollbedingung belasteter)⁵⁰ ist zudem für die Analysen die sortenreine Stichprobe ausgesucht und verwendet worden. So konnten beide Gruppen in ihren Ausgangswerten homogenisiert werden. Als Reaktion darauf reduzierte sich das Sample um $n = 11$ Kinder (vgl. Kapitel 5.2). Infolgedessen weisen die in dieser Arbeit dargestellten Ergebnisse und Befunde nicht nur aufgrund der kleinen Stichprobe, sondern auch aufgrund der Herausnahme besonders auffälliger Kinder und der weiteren Verwendung der sortenreinen Stichprobe für die durchgeführte Varianzanalyse nur eine eingeschränkte Repräsentativität und damit einhergehend auch eine entsprechende begrenzte Generalisierbarkeit ihrer Aussagefähigkeit auf; d. h. die Analysen und ihre Ergebnisse zeigen somit in diesem Sinne eine verminderte externe Validität. Nach Döring und Bortz (2016) wären für derartige quantitative Untersuchungsdesigns größere Stichprobenumfänge im Sinne von mehr Power notwendig, um neben dem Entdecken auch kleiner Effekte zusätzlich eine ausreichende und damit belastbare statistische Aussagekraft der erzielten Ergebnisse und Befunde zu erhalten. Für diese Interventionsstudie konnte ein größerer Stichprobenumfang aus forschungsökonomischen Gründen heraus (u. a. begrenzte zeitliche und finanzielle Ressourcen, ebenfalls begrenzte personelle Möglichkeiten) nicht umgesetzt werden, könnte aber durchaus in einer größeren und komplexer angelegten Studie entsprechende Berücksichtigung finden.

⁵⁰ In der **Kinderstichprobe** zeigten im Prä-Test (T1) von insgesamt elf getesteten Skalen alle sieben Skalen im *SCAS-D* innerhalb der Interventionsgruppe höhere Angstmittelwerte und auf den vier Skalen im *ALS* niedrigere Mittelwerte im Selbstwahrerleben der Kinder. In der **Elternstichprobe** waren alle neun Skalen (*CBCL*, *SDQ*) im Prä-Test innerhalb der Interventionsgruppe in den Skalenmittelwerten auffälliger als die Kinder in der Kontrollgruppe, also für alle Skalen im primären und im sekundären Outcome. In der **Lehrerstichprobe** zeigten im Prä-Test alle Skalen im *TRF* der Interventionsbedingung höhere Angstwerte als die Kontrollgruppe. Im *LSL* wiesen bis auf die Skala *Kooperation* alle Skalen der Interventionsgruppe niedrigere Mittelwerte auf, relativ zur Kontrollgruppe. Im *SDQ* der Lehrkräfte zeigten am ersten Messzeitpunkt alle syndromalen Skalen der Interventionsgruppe im Vergleich zur Kontrollbedingung bis auf die Skala *Verhaltensprobleme mit Gleichaltrigen* höhere Mittelwerte, die ressourcenorientierte Skala *prosoziales Verhalten* wies in der Interventionsgruppe einen niedrigeren Mittelwert auf als die Referenzgruppe. Zusammengefasst bedeutet dies: Die Interventionsgruppe zeigte in Relation zur Kontrollgruppe innerhalb der Lehrerstichprobe im Zusammenhang mit dem primären und dem sekundären Outcome auf fast allen Skalen auffälliger Skalenmittelwerte. Dies gilt auch in der Zusammenfassung für die Kinder- und die Elternstichprobe.

Eine weitere Limitation dieser durchgeführten Evaluationsstudie könnte möglicherweise in Einschränkungen der Durchführungs- und Manualtreue des »*Super Skills for Life*« Programms⁵¹ argumentiert werden. Vor Beginn der ersten Durchführung der insgesamt fünf Durchgänge der gesamten Evaluation erfolgte mit Frau Prof.in Essau persönlich in Bremen ein intensiver Austausch zu den Inhalten und Methoden sowie zur Durchführungskonzeption des Programms. Dabei konnten Rückfragen bei auftretenden Verständnisproblemen zur methodologischen Durchführung konkreter Techniken und konzeptbezogener Intentionen angesprochen und ausführlich geklärt werden. Allerdings hat eine die Studie begleitende Supervision und Begleitung aus zeit- und personalökonomischen Gründen nicht stattgefunden, sodass zumindest die theoretische Möglichkeit einer Fehlerstruktur in der konkreten Durchführung der programmimmanenten Verfahren impliziert werden muss. Als zusätzliche Limitation in diesem Zusammenhang ist die Schwierigkeit in der aufgabenbezogenen Zuständigkeit des Doktoranden im Hinblick auf die Ausführung aller Schritte und Prozesse der Studie zu nennen. In der wissenschaftlichen Verantwortung des Doktoranden lagen neben der studienvorbereiteten Übersetzung des Programms in die deutsche Sprache zusätzlich die entsprechende Erarbeitung eines Trainer- und Kindermanuals auf der Grundlage der vorliegenden Originalmanuale, die Kontaktaufnahme zu den infrage kommenden Schulen, die Probandenakquise (so z. B. durch Elternabende, allgemeine Elternbriefe, inhaltlich werbende Telefonate mit Schulleitungen, Lehrkräften und Eltern), die Durchführung des Programms mit unterschiedlichen Kindergruppen und die Durchführung der Prä-, Post- und der Follow-Up-Tests, die Auswertung und Interpretation des Datenmaterials und die Verschriftlichung der Ergebnisse. Vor dem Hintergrund dieses komplexen und umfangreichen Verantwortungsspektrums kann der Verdacht fehlender, zumindest aber eingeschränkter wissenschaftlicher Objektivität (insbesondere der Durchführungsobjektivität) innerhalb des wissenschaftlichen Prozesses formuliert werden. Diesem wurde u. a., wie bereits beschrieben, durch die strikte Trennung des Kontaktes des Doktoranden zu den jeweiligen Lehrkräften und zu den teilnehmenden Familien abgrenzend zu begegnen versucht. Dennoch kann der Verdacht für diesen Forschungsprozess nicht

⁵¹ Die inhaltliche und methodologische Auseinandersetzung mit dem »*Super Skills for Life*«-Programm machte deutlich, dass ausschließlich Fachleute das Programm durchführen können und auch sollten, da Grundlagen über pädagogische und psychologische Prozesse bei Kindern und entwicklungspsychologische Grundlagen vorhanden sein sollten (so z. B. in den Berufsgruppen der Erzieher*innen, Sozialpädagog*innen/Sozialarbeiter*innen oder Lehrkräften).

zweifelsfrei eliminiert werden, da immer noch die Möglichkeit der sicherlich auch intraindividuell-unbewussten Einflussnahme durch Verzerrungseffekte wie z. B. dem *Versuchsleiter-Erwartungseffekt* (dem sogenannten *Rosenthal-Effekt* oder auch als *Versuchsleiterartefakt* bezeichnet) (vgl. hierzu das ursprüngliche Experiment nach Rosenthal & Fode, 1963) besteht bzw. davon ausgegangen werden kann und mit quantitativ objektiv-wissenschaftlichen Methoden für diese durchgeführte Evaluationsstudie nicht überprüfbar ist. Der Verdacht fehlender bzw. eingeschränkter Objektivität innerhalb dieser empirischen Studie kann demnach argumentativ nicht ausreichend entkräftet werden und bleibt als Limitation in diesem Forschungsprojekt sicherlich kritisch aufrechterhalten (vgl. hierzu die Ausführungen im Kapitel 5.3).

Darüber hinaus kann als eine weitere Limitation die fragliche Trainings-Compliance einiger am Programm teilgenommenen Kinder angeführt werden. Da die Stichprobe universell und somit nicht selektiv oder indiziert ausgerichtet war, hatten die Kinder entsprechend aufgrund fehlender klinisch signifikanter Angst möglicherweise keinen hinreichenden Leidensdruck und somit folglich auch kaum eine intrapsychische Veränderungsbereitschaft, sodass sich hieraus eine intrinsisch motivationale Problematik ergeben haben könnte, die sicherlich diskutabel ist. Eine Heterogenität im Sinne der Unterschiedlichkeit von Motivationslagen der jeweiligen Teilnehmer*innen kann also durchaus angenommen werden, die durch Symptome und Symptomkonstellationen ausgelösten Stress oder durch jeweilige entsprechende Erkrankungsrisiken und Vulnerabilitäten unterschiedlich ausgeprägt sind und infolge von Leidensdruck eine möglicherweise unterschiedliche intrinsische Anstrengungs- und Veränderungsbereitschaften und -motivationen bei den Proband*innen auslösen und bedingen (Rasing et al., 2018; Stice et al., 2009). Einige Kinder berichteten im Verlauf ihrer Programmteilnahme über einen motivationalen Mangel hinsichtlich ihrer Aktivität, da sie nicht die Notwendigkeit ihrer Teilnahme verstanden. Aus ihrer Sicht gab es kein Problem, warum dann diese Teilnahme? Dieser Schwierigkeit im Sinne einer motivationalen Problematik wurde u. a. durch das programmintegrierte Verstärkersystem, also das verhaltenstherapeutisch ausgerichtete Belohnungs- und Tokensystem begegnet, dies mit der Zielsetzung der motivationalen Steigerung der teilnehmenden Kinder. Als positiver Nebeneffekt dieses Tokensystems zeigte sich die Entwicklung eines internen Wettbewerbs der Kinder einer Gruppe untereinander. Die Kinder verglichen ihr jeweilig Erreichtes

untereinander und nahmen diesen Aspekt zum motivationalen Anlass. Folglich konnte vor dem Hintergrund dieses positiven Nebeneffektes die Studie und die geprüfte Wirksamkeit des Programms möglicherweise limitierende Wirkung etwas abgemildert werden. Mitunter kann dies auch als eine mögliche Begründung herangezogen werden, um zu erklären, durch welche Gründe die universelle Angstprävention gegenüber der selektiven und indizierten Programmatik im Hinblick auf ihre Effektivität geringere Effekte und Effektstärken aufweist.

Als letzte mögliche Limitation dieser Studie ist die möglicherweise eingeschränkte Sensitivität der eingesetzten Erhebungs- und Messverfahren zu nennen. Für die Untersuchung sind intendiert psychometrische und reliable Fragebögen und Skalen ausgesucht und verwendet worden (vgl. Kapitel 5.4). Allerdings ist kritisch anzumerken, dass die Skalen unter Umständen nicht ausreichend sensitiv gemessen haben (z. B. im Sinne eines falsch-negativen Ergebnisses). Durch die Verwendung anderer diagnostischer Fragebögen und Skalen hätte eventuell ein anderer Gesamtbefund extrahiert werden können. Auch sollte in diesem Zusammenhang die Möglichkeit gedacht werden, dass einige Fragen in den jeweiligen Fragebögen und Skalen sowohl durch die Elternteile als auch durch die Kinder selbst oder auch die Lehrkräfte im Sinne der intendierten Erhebung missverstanden worden sein könnten und dadurch auch inhaltliche Verzerrungen und Verschiebungen in den jeweiligen Angaben zumindest möglich waren⁵². Darüber hinaus sind auch beispielsweise sozial erwünschte Antworten der Kinder oder auch die suggestive Einflussnahmemöglichkeit durch die Eltern beim Ausfüllen der Fragebögen im Hinblick auf ihre Kinder möglich und können in diesem Kontext ebenfalls als inhaltliche unerwünschte Verzerrungseffekte nicht gänzlich ausgeschlossen werden. Auch könnten zusätzliche Verzerrungseffekte dadurch entstanden sein, dass beispielsweise bei einem/r Proband*in in der Prä-Erhebung (T1) der Elternfragebogen von der Mutter, in der Post-Erhebung (T2) durch den Vater und wiederum im Follow-Up (T3) erneut durch die Mutter ausgefüllt wurde, sich aufgrund der subjektiven Differenz in den Einschätzungen zwischen Mutter und Vater Unterschiede ergeben haben könnten, die innerhalb der Durchführung mit den verwendeten Messverfahren nicht weiter diskriminiert und entsprechend berücksichtigt wurden.

⁵² Dieser Aspekt kann selbstverständlich bei derartigen Erhebungen und Messungen nie gänzlich ausgeschlossen werden. Aus diesem Grund erfolgte die Befragung neben der Kinder auch der Eltern und der Lehrkräfte.

7.4 Weitere Befunde

Diese »Super Skills for Life«-Evaluationsstudie mit Kontrollgruppendesign hatte die Zielsetzung, im deutschsprachigen Raum im Hinblick auf die universelle Angstpräventionsprogrammatik bei Kindern und Jugendlichen die bereits konstatierte Forschungslücke und das Defizit mit dem »Super Skills for Life«-Forschungsprojekt ein Stück weit zu schließen. Obwohl die Ergebnisse der Studie nicht zu einem ausreichenden und vollständigen Nachweis der Wirksamkeit des Angstpräventionsprogramms bei den teilgenommenen Grundschulkindern geführt hat, so konnte die doch Auswertung der Videofeedbackmethode aus dem Training einerseits, andererseits die Auswertung von qualitativen Interviews zusätzlich einen Beitrag zur Programmakzeptanz leisten.

So hat Jan-Ole Gehrke im Rahmen seiner Bachelorarbeit (eingereicht an der Leuphana Universität Lüneburg, im Juli 2018) mit dem Titel: „*Wie verändert sich der Ausdruck von Angst bei Grundschulkindern nach der Teilnahme am Präventionsprogramm Super Skills for Life?*“ im Lehramtsstudium im Prä-Post-Vergleich mit $N = 38$ Kindern phänomenologisch Unterschiede in Variablen wie Körperhaltung (offen/geschlossen), Lautstärke der Stimme (laut/leise), Artikulationsfähigkeit (flüssig/stockend), Blickkontakt (Blickkontakt ja/kein Blickkontakt) und Gestik & Ablenkungsverhalten (kein-/starkes Ablenkungsverhalten) untersucht. Jede Variable wurde auf einer fünfstufigen dimensional Skala operationalisiert. Im Gesamten konnten im Rahmen eines entsprechenden Ratings signifikante Verbesserungen auf diesen Variablen gemessen werden. Zusätzlich wurde eine hohe Beobachterübereinstimmung (Rater A und Rater B) angegeben, die Rater-Übereinstimmung lag bei über 80%. Diese festgestellten signifikanten Veränderungen wurden vom Autor der Bachelorarbeit mit einer positiven Wirkung des »Super Skills for Life«-Programms in Verbindung gebracht und stehen somit beispielsweise in der inhaltlichen Übereinstimmung und einem ergebnisbezogenen Konsens mit den Ausführungen zu den Effekten der Videofeedbackmethode und der Technik der kognitiven Vorbereitung innerhalb der Evaluationsstudien von Melero et al. (2021a), Fernández-Martínez et al. (2020b), Orgilés et al. (2020a) oder auch der Studie von Essau et al. (2014).

Auch die Untersuchung Frau Katharina Schendels im Rahmen ihrer Bachelorarbeit im Lehramtsstudium (eingereicht an der Leuphana Universität Lüneburg, im Februar 2019) mit

dem Titel: „Angstbewältigung lernen. Wie bewerten teilnehmende Kinder Super Skills for Life?“ zeigte eine entsprechend positive Rückmeldung und Programmakzeptanz. In $N = 23$ qualitativen, leitfadengestützten Interviews wurde folgender Befund erhoben: Die am Programm teilgenommenen Kinder fühlten sich infolge ihrer Teilnahme sicherer und mutiger, gaben an, Problemlösungsstrategien und Entspannungsmethoden gelernt zu haben, berichteten zusätzlich soziale und spezifische Ängste überwunden, auch Verhaltensveränderungen im Kontext des Programms vollzogen zu haben. Bei einigen Kindern wurden als Reaktion auf das Programm eine Verbesserung im Selbstwerterleben und in der sozialen Kompetenz berichtet. Die gewählten Methoden und Inhalte des Programms wurden von teilnehmenden Kindern positiv konnotiert, die Problemlösungsstrategien, Entspannungstechniken und die Videofeedbackmethode (z. B. im Kontext der durchgeführten Rollenspiele) wurden dabei insbesondere hervorhebend als positiv bewertet. Als störend wahrgenommen und somit als eine negative und kritische Rückmeldung wurden in diesem Zusammenhang Unterrichtsstörungen und die Pausenregelung (das bedeutet in diesem Zusammenhang, dass die Sitzungen des Programms partiell in die Pausenzeiten der Proband*innen fielen, dadurch verkürzte sich die Pausenlänge der Kinder) angegeben. Die teilgenommenen Kinder würden in der durchschnittlichen Beurteilung das »Super Skills for Life«-Programm weiterempfehlen (beispielsweise gaben 17 Kinder an, das Programm weiterzuempfehlen, drei Kinder tendierten dazu, das Programm weiterzuempfehlen, zwei Kinder lehnten es ab, ein Kind enthielt sich), die Kinder selbst würden auch wiederholt am Programm teilnehmen und vergaben durchschnittlich die Schulnote: 2 bis 2+. Auf einer operationalisierten Zufriedenheitsskala gaben neun Kinder an, mit dem Programm zufrieden zu sein, sieben gaben an, eher zufrieden zu sein, fünf eher unzufrieden und zwei unzufrieden zu sein. Durchschnittlich konnte im Rahmen dieser Zufriedenheitsskala ein Zufriedenheitsfaktor⁵³ von 16 (eher zufrieden) ermittelt werden. Zusätzlich konnte ein statistisch signifikanter positiver korrelativer Zusammenhang von Lern- und Kompetenzzuwachs bzw. Verhaltensänderungen der Kinder und der Zufriedenheit mit dem Programm detektiert werden.

⁵³ Kategorisierung des Zufriedenheitsfaktors: *erstes Viertel* = 25-20, *zweites Viertel* = 19-14, *drittes Viertel* = 13-8 und *viertes Viertel* = 7-3.

7.5 Konsequenzen der Befunde und Forschungsausblick

In den durchgeführten Interviews zur Erfassung der kinderbezogenen Zufriedenheit, die als Akzeptanzbefragung in einer Teilstichprobe durchgeführt und im Rahmen einer Bachelorarbeit an der Leuphana Universität Lüneburg ausgewertet und reflektiert wurde (vgl. Kapitel 7.4), zeigte sich eine ausreichende und somit positive Programmakzeptanz. Allerdings können an dieser Stelle Verzerrungs- und Störeffekte nicht gänzlich ausgeschlossen werden. Diese Interviewbefragung ist vom Doktoranden persönlich durchgeführt worden, sodass sozial erwünschte Antworten der Kinder auf die gestellten Fragen nicht auszuschließen sind. Im Rahmen einer weiteren zusätzlichen Evaluations- und Interventionsstudie des Angstpräventionsprogramms »Super Skills for Life« wäre als Lerneffekt und als Konsequenz der Befunde aus diesem Forschungsprojekt eine unbekannte und objektiv unabhängige Person einzusetzen, die dann auch die Befragung in der Gesamtstichprobe vornimmt und nicht im Kontext einer Teilstichprobe. Dieser Aspekt fehlte in dieser Forschungsarbeit und ist entsprechend kritisch zu beurteilen. Mithilfe einer objektiv-unabhängigen Interviewbefragung könnten auf qualitativer Ebene im Hinblick auf die Programmakzeptanz Effekte erhoben werden und ergänzend zu dem quantitativen Datenmaterial bewertet werden. Zudem wäre als eine weitere Konsequenz der Befunde dieser Evaluationsstudie an die Installation eines Prä-Screenings zu denken, um die Interventions- als auch die Kontrollbedingung insgesamt homogener und dadurch auch vergleichbarer gestalten zu können. Darüber könnte zudem die Möglichkeit geschaffen werden, die intrinsische Motivation der möglichen, in Frage kommenden Probandenkinder durch ein Screening zu überprüfen und dadurch die Compliance der Kinder zur Teilnahme am Programm kritisch zu beurteilen. Es würden dann nur die Kinder am »Super Skills for Life« teilnehmen, die eine ausreichende intrinsische Motivation im Sinne einer selektiven oder indizierten Prävention vorweisen konnten.

Insgesamt muss davon ausgegangen werden, dass indizierte Angstpräventionsprogramme größere Effekte erreichen als universelle (Ahlen et al., 2019; Sanchez et al., 2018). Die Effektstärken sind bei Ängsten und Depressionen im Rahmen universeller Prävention tendenziell als recht klein bzw. als (sehr) gering zu erwarten (z. B. Ahlen et al., 2019; Ahlen et al., 2015; Sanchez et al., 2018). Es hat sich auch im Kontext dieser vorliegenden Evaluationsforschung im Unterschied zu den berichteten Studien (vgl. Kapitel 4.4) gezeigt, dass »Super Skills for Life« als universelles schulbasiertes Angstpräventionsprogramm

insgesamt eine nicht ausreichende empirische Evidenz gezeigt hat (vgl. Kapitel 6 und Unterkapitel 7.2).

Bei einer entsprechend ausreichenden nachgewiesenen empirischen Evidenz des »Super Skills for Life«-Programms als universelles Angstpräventionsangebot für Kinder im Grundschulalter, dies müsste allerdings mit einer deutlich größeren Stichprobe erfolgen und mehrere randomisiert-kontrollierte Evaluationsstudien wären dafür notwendig, könnte für das Programm – langzeitperspektivisch – als bundeslandbezogenes Modellprojekt über die Aufnahme in das Bildungscurriculum des Bundeslandes Niedersachsen (so z. B. in Form einer Projektwoche einmal pro laufendes Schuljahr ab Klasse drei bis Klasse vier) neben dem regulären Fächerunterricht wie Deutsch, Mathematik oder Englisch nachgedacht werden. Auf diesem Wege könnten universell-angstpräventiv als Zielsetzung Schulausfallzahlen bei Grundschulkindern möglicherweise gesenkt, sozialökonomisch bereits im Grundschulalter die wirtschaftliche Produktivität erhöht (da sich beispielsweise weniger Elternteile zu Hause um ihre angsterkrankten Kinder kümmern müssen und es langzeitperspektivisch auch durch eine Senkung von Angstprävalenzen im Grundschulalter zu einer Veränderung von Prävalenzwerten bei Erwachsenen kommen könnte) und zudem eine Senkung krankheitsbedingter Kosten für das Gesundheitssystem durch beispielsweise niedrigere Prävalenzzahlen von Angststörungen des Kindesalters aufgrund eines erniedrigten Psychotherapiebedarfs in positiver und gesellschaftlich erwünschter Weise herbeigeführt werden.

Schulbasierte universelle Präventionsprogramme zeigen darüber hinaus chronisch die grundsätzliche Schwierigkeit, die jeweiligen Elternteile der teilnehmenden Kinder in ihre Programmatik zu integrieren und zu involvieren (Ahlen et al., 2019; Ahlen et al., 2012; Lowry-Webster et al., 2003). Infolgedessen können Ergebnisse und Effekte bzw. das im Programm Erlernte nur sehr bedingt in den Alltag und in die jeweiligen Familien der Kinder transferiert werden. Da hat wiederum zur Folge, dass von den teilnehmenden Kindern in dieser Hinsicht sehr viel Eigenverantwortung und ein (möglicherweise zu) hoher Anspruch erwartet wird, die im Präventionsprogramm ausprobierten und erlernten Strategien und Skills in das eigene intraindividuelle Verhaltens- und Handlungsrepertoire zu integrieren (Ahlen et al., 2019). Auch im »Super Skills for Life«-Programm fehlte die inhaltliche Partizipation der Eltern, sodass eine Integration des Erlernten durch die elterliche Hilfestellung in der Umsetzung und im Ausprobieren von Verhaltensstrategien in den Alltag der Kinder aus der elterlichen Perspektive heraus programmimmanent nicht fokussiert

wurde. Dabei ist aus lernpsychologischer Sicht die Übertragung in den Alltag der Kinder unabdingbar, um Vertiefungs- und Generalisierungsprozesse zu ermöglichen und die Kinder die Möglichkeit erhalten können, unter natürlichen lebensweltorientierten Bedingungen und unter Berücksichtigung psychosozialer Umstände und Bedingungen die vermittelten Skills weiter zu üben und entsprechend auszuprobieren. Im »Super Skills for Life«-Programm wurde der Gedanke und der Anspruch des Transfers durch die jeweiligen Trainings-Hausaufgaben (die sogenannten »Superaufgaben«) ein Stückweit aufgegriffen, um auf diesem Wege dem evaluativen Anspruch nach Transferorientierung gerecht zu werden. Allerdings muss kritisch konstatiert werden, dass diese Hausaufgaben nicht die Involvierung und die Integration von Eltern in die Programmatik ersetzen können, sondern lediglich ein (weiteres) Interventionstool im gesamten Methodenspektrum des »Super Skills for Life«-Programms darstellen. In diesem Zusammenhang wäre eventuell ein Auffrischkurs des gesamten Programms oder ausgewählter zentraler Elemente und Techniken des Programms nach einigen Wochen nach Abschluss des ersten Trainingsdurchlaufes sinnvoll, um gezielt den Kindern die Möglichkeit zu geben, Inhalte vertiefen und generalisieren zu können, gewissermaßen im Sinne eines »Booster«-Trainingsdurchlaufes.

Zudem ist an dieser Stelle kritisch anzumerken, dass ein in diesem Sinne zum Kinderangstpräventionsprogramm ergänzendes, implementiertes Lehrertraining für einen intendierten inhaltlichen Transfer nicht nur in den häuslichen, sondern auch in den schulischen Alltag der Kinder sinnvoll und zu empfehlen wäre, um eben den Kindern die Möglichkeit zu geben, das Erlernte nicht nur im häuslichen, sondern auch sozial-reziprok im schulischen Kontext auszuprobieren und kindlich adaptiert zu reflektieren und für Lehrkräfte die Kinder stetig zu unterstützen, erlerntes adaptives Verhalten zur schulischen Gruppennorm zu machen. Dieses würde auch zusätzlich die Möglichkeit bieten, einerseits intraindividuelle und -psychische Ressourcen, andererseits die gegenübergestellten sozialen Defizite und Entwicklungsrückstände der jeweiligen Kinder aus unterschiedlichen Perspektiven heraus zu beurteilen, einzuschätzen und entsprechende Unterstützungs- und Förderungsstrategien im Sinne von Copingverhalten gemeinsam zu entwickeln. Aus dieser sozialen Reziprozität der Kinder, ihren Eltern und ihren Lehrkräften heraus könnte ein insgesamt wechselseitig konstruktiv wirkendes integratives Angstpräventionskonzept für Kinder entstehen (vgl. dazu die *Abbildung 46*), innerhalb dessen Eltern und Lehrkräfte den Lern- und Trainingsprozess der jeweiligen Kinder mittragen und begleiten könnten. Anders formuliert: Wie sollten Kinder im Training neu erlernte Verhaltensstrategien in der Schule

ausprobieren und nutzen können, wenn Eltern und Lehrkräfte eben diesen Entwicklungs- und Bearbeitungsprozess nicht mittragen, zumindest aber nicht an diesem Prozess partizipieren können (Ahlen et al., 2019). Allerdings eignet sich das vorliegende »Super Skills for Life«-Programm, und das ist als eine Ressource des Programms festzuhalten, für alle Schulkinder im Alltag der dritten und vierten Grundschulklassen eingesetzt zu werden. Das bedeutet, »Super Skills for Life« weist in seiner Durchführbarkeit und praxisorientierten Machbarkeit eine grundsätzliche Transferierbarkeit der Inhalte auf kinderorientierte Alltagssituationen und -themen im Sinne von Verallgemeinerungsmöglichkeiten und einer Generalisierungsfähigkeit auf, dies sowohl innerhalb als auch außerhalb des schulischen Kontextes. Vor dem Hintergrund dieser beurteilenden Feststellung wäre »Super Skills for Life« weniger als ein Angstpräventionsprogramm aufzufassen, vielmehr müsste »Super Skills for Life« als ein universelles *soziales Kompetenztraining/-programm* interpretiert und entsprechend unter ausreichender Berücksichtigung möglicherweise entstehender Motivationsproblematiken und bei ausreichender Trainingscompliance insbesondere bei diesen Kindern angeboten werden.

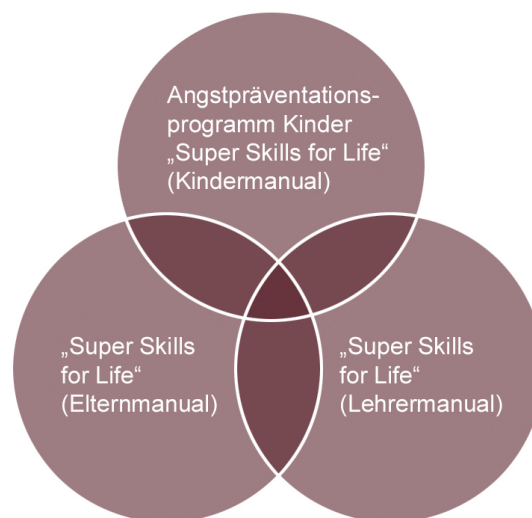


Abbildung 46. Integratives Angstpräventionskonzept für Kinder nach dem Modell „Super Skills for Life“

Für diese Dissertation und das Forschungsprojekt zeigten sich insgesamt und rückblickend Probleme und Einschränkungen in der Probandenakquise, im motivationalen Durchhalten der Familien inklusive den Kindern und den Lehrkräften und in der Motivationsaufrechterhaltung und der entsprechenden Durchführung der jeweiligen

Trainingsgruppen. So war es immer wieder eine Herausforderung, die Aufmerksamkeit und Konzentration der Kinder und ihr Interesse an den Trainingsinhalten ausreichend stabil zu halten und konstant zu festigen, um entsprechende Lerninhalte und Verhaltensstrategien trainingsadäquat zu vermitteln. In der Nachbetrachtung der Durchführung dieses Programms wäre sicherlich der Einsatz und die Teilnahme von Co-Therapeut*innen/Co-Trainer*innen (so zum Beispiel durch Studierende) sinnvoll und zu empfehlen gewesen, um sich der beschriebenen motivationalen Problematik und der entsprechenden notwendigen motivationspsychologischen Herausforderung für eine derartige Interventionsstudie angemessen entgegenzustellen. Besonders positiv und lerneffektiv wurden durch die teilnehmenden Kinder in der Nachreflexion praktische und praxisbezogene Übungen und Techniken betont, so z. B. die Rollenspiele, das Videofeedback und die Entspannungsübungen wie z. B. die Progressive Muskelrelaxation (PMR). Als ungünstig und weniger interessant bewerteten die Kinder die theoretischen Inputs des Trainings so wie z. B. die Vermittlung des kognitiven Modells (CBT) und die dazu gehörigen Arbeitsblätter zur Vertiefung der Inhalte (vgl. Kapitel 7.4). Da es sich bei diesem Forschungsprojekt in seiner theoretisch-konzeptionellen Ursprünglichkeit um eine universelle schulbasierte Angstprävention handelte und die Stichprobe somit entsprechend ihrer (ursprünglichen) methodischen Fokussierung nicht selektiv oder indiziert war, kann insgesamt davon ausgegangen werden, dass das Programm »*Super Skills for Life*« in einer intendiert selektiven oder gar indizierten Stichprobe wahrscheinlich signifikante Effekte bei der Angstbewältigung und im allgemeinen Umgang mit angstrelevanten Situationen in der Interventionsgruppe relativ zur Kontrollbedingung hervorgebracht hätte. Dies konnte zumindest das »*Super Skills for Life*«-Programm bei den bereits beschriebenen Evaluationsstudien belegen (siehe hierzu die angeführten und zitierten internationalen Befunde zum Programm im Unterkapitel 4.4). Das Programm eignet sich, so lassen es die internationalen Befunde vermuten, zur indizierten Angstprävention bei Kindern oder auch im transdiagnostischen Sinne im Grundschulalter und auch teilweise über das Grundschulalter hinaus, also bei Kindern mit einer leichten oder milden Angstsymptomatik oder zumindest bei Kindern mit einer entsprechenden Angstthematik. Es eignet sich weniger für Kinder mit einer unauffälligen angstbezogenen Entwicklung, also in einem geringeren Umfang bei Kindern im Sinne universeller Angstprävention. Mit dieser vorliegenden Forschungsarbeit ist, wie bereits anfänglich beschrieben, der forschungsbezogene Versuch unternommen worden, das Defizit und den Mangel im Bereich deutschsprachiger

universeller angstbezogener Präventionsevaluation im Kindes- und Jugendalter ein Stückweit zu schließen. Dieser konstatierte Forschungsmangel und dieses Forschungsdefizit konnte durch dieses empirische Projekt im Zusammenhang mit dieser Dissertation zumindest anteilig geschlossen werden.

Etwas, dass durch die Durchführung des »*Super Skills for Life*«-Programms in den jeweiligen Gruppendurchgängen zudem deutlich geworden ist, ist, dass das Programm sich aufgrund der immanenten Methoden, Techniken und der erforderlichen Introspektions- und kognitiven Reflexionsfähigkeit der Kinder, aber auch unter Berücksichtigung der expressiven und rezeptiven Sprachentwicklung des jeweiligen Kindes und der damit verbundenen Lesekompetenz (im Sinne von Lese- und Textverständnis) sich nicht für Kinder im Kindergartenalter eignet, auch sicherlich nicht für Kinder der ersten und partiell auch der zweiten (je nach Gesamtentwicklungsstand des Kindes in der zweiten Klasse) Grundschulklassen, da mit hoher Wahrscheinlichkeit eine kognitive Überforderungsreaktion zu erwarten wäre und das Programm somit seine intendierten Zielsetzungen verfehlen würde. Allerdings bietet das jetzige Programm sicherlich auch auf der anderen Seite als Ressource eine fundierte Grundlage für die Weiterentwicklung des »*Super Skills for Life*«-Programms für das Jugendalter. Darin könnten beispielsweise jugendspezifische Themen und Inhalte untergebracht und adaptiert werden, so z. B. Umgangsmöglichkeiten mit sozialen Ängsten, Rollenspiele mit jugendbezogenen Inhalten (erster Freund/erste Freundin, Sexualitätsthemen, soziale Rollenidentifikation, Rollenidentitäten in Peers und Gender, Umgang mit sozialen Medien etc.).

Als Ausblick lässt sich abschließend konstatieren, dass insbesondere im Bereich universeller Angstprävention bei Kindern prospektiv evaluative Forschungsarbeit erforderlich sein wird. Auch das »*Super Skills for Life*«-Programm sollte im Rahmen universeller Angstpräventionsforschung weiter untersucht und überprüft werden, gerade und insbesondere, wenn es dem inhaltlichen, aber vor allem dem empirisch, evidenzbasierten Anspruch als ein auf empirischen Daten beruhendes und abgesichertes universelles soziales Kompetenzprogramm bei Kindern im Grundschulalter gerecht sein möchte. Diese vorliegende Dissertation bildete in diesem inhaltlichen Kontext einen ersten empirisch-wissenschaftlichen Beitrag und gleichzeitigen Ansatzpunkt zu dieser universell-evaluativen Präventionsrichtung des Programms »*Super Skills for Life*«.

8 Literaturverzeichnis

- Achenbach, T. M., Becker, A., Döpfner, M., Heiervang, E., Rössner, V., Steinhausen, H.-C. & Rothenberger, A. (2008). Multicultural assessment of child and adolescent psychopathology with ASEBA and SDQ instruments: research finding, applications, and future directions. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 49, 251-275.
- Adler, A. (2008a). Das Zärtlichkeitsbedürfnis des Kindes. *Zeitschrift für Individualpsychologie*, 33(4), 369-372.
- Adler, A. (2008b). *Menschenkenntnis*. Köln: Anaconda-Verlag.
- Adornetto, C., Hensdiek, M., Meyer, A., In-Albon, T., Federer, M. & Schneider, S. (2008). The factor structure of the Childhood Anxiety Sensitivity Index in German children. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 39, 404-416.
- Ahlen, J., Breitholtz, E., Barrett, P. M. & Gallegos, J. (2012). School-based prevention of anxiety and depression: A pilot study in Sweden. *Advances in School Mental Health Promotion*, 5, 246-257.
- Ahlen, J., Lenhard, F. & Ghaderi, A. (2015). Universal Prevention for Anxiety and Depressive Symptoms in Children: A Meta-analysis of Randomized and Cluster-Randomized Trials. *Journal of Primary Prevention*, 36, 387-403.
- Ahlen, J., Hursti, T., Tanner, L., Tokay, Z. & Ghaderi, A. (2017). Prevention of Anxiety and Depression in Swedish School Children: a Cluster-Randomized Effectiveness Study. *Prevention Science*, 19, 147-158.
- Ahlen, J., Lenhard, F. & Ghaderi, A. (2019). Long-Term Outcome of a Cluster-Randomized Universal Prevention Trial Targeting Anxiety and Depression in School Children. *Behavior Therapy*, 50, 200-213.
- Ahrens-Eipper, S., Leplow, B. & Nelius, K. (2009). *Mutig werden mit Til Tiger. Ein Trainingsprogramm für sozial unsichere Kinder*. Göttingen: Hogrefe.
- Altman, D. G., Schulz, K. F., Moher, D., Egger, M., Davidoff, F., Elbourne, D., Gøtzsche, P. C. & Lang, T., for the CONSORT Group (2001). The revised CONSORT Statement for Reporting Randomized Trials: Explanation and Elaboration. *Annals of Internal Medicine*, 134, 663-694.
- American Psychiatric Association (1998). *Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen – DSM-IV*. Göttingen: Hogrefe.

- American Psychiatric Association (2013). *Desk Reference to the Diagnostic Criteria from DSM-5*. Arlington VA: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (2015). *Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen – DSM-5*. Göttingen: Hogrefe.
- Angold, A., Costello, E. J., Messer, S. C., Pickles, A., Winder, F. & Silver, D. (1995). Development of a short questionnaire for use in epidemiological studies of depression in children and adolescents. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 5, 237-249.
- Angold, A., Costello, E. J. & Erkanli, A. (1999). Comorbidity. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 40(1), 57-87.
- Arbeitsgruppe Kinder-, Jugendlichen- und Familiendiagnostik (Hrsg.) (1998). *Elternfragebogen über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen (CBCL/4-18)*. Göttingen: Hogrefe.
- Arbeitsgruppe Kinder-, Jugendlichen- und Familiendiagnostik (Hrsg.) (1994). *Lehrerfragebogen über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen (TRF)*. Göttingen: Hogrefe.
- Aune, T. & Stiles, T. C. (2009). Universal-based prevention of syndromal and subsyndromal social anxiety: A randomized controlled study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77(5), 867-879.
- Balle, M. & Tortella-Feliu, M. (2010). Efficacy of a brief school-based program for selective prevention of childhood anxiety. *Anxiety, Stress & Coping*, 23(1), 71-85.
- Bandelow, B. & Michaelis, S. (2015). Epidemiology of anxiety disorders in the 21st century. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 17(3), 327-335.
- Bandura, A. (1976). *Lernen am Modell: Ansätze zu einer sozialkognitiven Lerntheorie*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Bandura, A. (1991). *Sozial-kognitive Lerntheorie*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: W. H. Freeman.
- Barkmann, C. & Schulte-Markwort, M. (2010). Prevalence of emotional and behavioural disorders in German children and adolescents: A meta-analysis. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 66, 194-203.
- Barrett, P. M., Dadds, M. R., & Rapee, R. M. (1996). Family treatment of childhood anxiety: A controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(2), 333 – 342.

- Barrett, P. M. & Turner C. (2001). Prevention of anxiety symptoms in primary school children: Preliminary results from a universal school-based trial. *British Journal of Clinical Psychology, 40*, 399-410.
- Barrett, P., Webster, H. & Turner, C. (2003a). *FREUNDE für Kinder: Arbeitsbuch für Kinder*. München: Ernst Reinhardt.
- Barrett, P., Webster, H. & Turner, C. (2003b). *FREUNDE für Kinder: Trainingsprogramm zur Prävention von Angst und Depression – Gruppenleitermanual*. München: Ernst Reinhardt.
- Barrett, P. M., Lock, S. & Farrell, L. J. (2005). Developmental differences in universal preventive intervention for child anxiety. *Clinical Child Psychology and Psychiatry, 10*, 539-555.
- Barrett, P. M. & Pahl, K. M. (2006). School-based intervention: Examining a universal approach to anxiety management. *Australian Journal of Guidance Counseling, 16*, 55-75.
- Barrett, P. M., Farrell, L. J., Ollendick, T. H. & Dadds, M. (2006). Long-term outcomes of an Australian universal prevention trial of anxiety and depression symptoms in children and youth: An evaluation of the friends program. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology, 35*, 403-411.
- Bateman, A. W. & Fonagy, P. (2014). *Psychotherapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung. Ein mentalisierungsgestütztes Behandlungskonzept*. Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Baumeister-Duru, A., Hofmann, H., Timmermann, H. & Wulf, A. (2018). *Psychoanalytische Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit Angststörungen und Depression. Behandlungsmanual*. Frankfurt a. M.: Brandes & Apsel.
- Becker, E. & Rinck, M. (2000). Aufmerksamkeit und Gedächtnis bei Angst und Depression. *Psychologische Rundschau, 51*(2), 67-74.
- Becker, N. (2014). Vom Ganzwerden, Ich-selber-Werden und In der Realität ankommen. In M. Kögler & E. Busch (Hrsg.), *Übergangsobjekte und Übergangsräume. Winnicotts Konzepte in der Anwendung*. Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Beelmann, A. (2006). Wirksamkeit von Präventionsmaßnahmen bei Kindern und Jugendlichen. Ergebnisse und Implikationen der integrativen Erfolgsforschung. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie, 35*(2), 151-162.

- Beelmann, A. & Schmitt, C. (2012). Einflussfaktoren auf die Effektivität. In M. Fingerle & M. Grumm (Hrsg.), *Prävention von Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen. Programme auf dem Prüfstand*. München: Ernst Reinhardt.
- Beelmann, A., Pfof, M. & Schmitt, C. (2014). Prävention und Gesundheitsförderung bei Kindern und Jugendlichen. Eine Meta-Analyse der deutschsprachigen Wirksamkeitsforschung. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*, 22(1), 1-14.
- Beidel, D. C., Turner, S. M., Young, B. J., Ammerman, R. T., Sallee, F. R. & Crosby, L. (2007). Psychopathology of adolescent social phobia. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 29, 47-54.
- Besser, A., Döhnert, M. & Stadelmann, S. (2019). Verschiedene soziökonomische Faktoren als Prädiktoren für internalisierende und externalisierende Störungsbilder des Kindes- und Jugendalters. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 1-13.
- Bienvenu, O. J. & Ginsburg, G. S. (2007). Prevention of anxiety disorders. *International Review of Psychiatry*, 19, 647-654.
- Birmaher, B., Brent, D., Chiappetta, L., Bridge, J., Monga, S. & Baugher, M. (1999). Psychometric properties of the screen for child anxiety related emotional disorders (SCARED): a replication study. *Journal of the American Academy Child and Adolescent Psychiatry*, 38(10), 1230-1236.
- Blanz, B. (2005). Angststörungen. In B. Herpertz-Dahlmann, F. Resch, M. Schulte-Markwort & A. Warnke (Hrsg.), *Entwicklungspsychiatrie. Biopsychologische Grundlagen und die Entwicklung psychischer Störungen*. Stuttgart: Schattauer.
- Bodenmann, G., Perrez, M. & Schär, M. (2019). *Klassische Lerntheorien. Grundlagen und Anwendungen in Erziehung und Psychotherapie*. Bern: Hogrefe.
- Bowlby, J. (2006). *Bindung*. München: Ernst Reinhardt.
- Brämswig, J. & Dübbers, A. (2009). Störungen der Pubertätsentwicklung. *Deutsches Ärzteblatt*, 106(17), 295-304.
- Brincks, A., Perrino, T., Howe, G., Pantin, H., Prado, G., Huang, S., Cruden, G. & Brown, C. H. (2018). Preventing Youth Internalizing Symptoms Through the Familias Unidas Intervention: Examining Variation in Response. *Society for Prevention Research*, 19, 49-59.
- Brisch, K. H. (2010). *Bindungsstörungen. Von der Bindungstheorie zur Therapie*. Stuttgart: Klett-Cotta.

- Brückl, T., Wittchen, H., Höfler, M., Pfister, H., Schneider, S. & Lieb, R. (2007). Childhood separation anxiety and the risk of subsequent psychopathology: Results from a community study. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 76, 47-56.
- Burgière, E., Monteiro, P., Mallet, M., Feng, G. & Graybiel, A. M. (2015). Striatal circuits, habits and implications for obsessive-compulsive disorder. *Current Opinion in Neurobiology*, 30, 59-65.
- Butler, A. C., Chapman, J. E., Forman, E. M. & Beck, A. T. (2006). The empirical status of cognitive-behavioral therapy: A review of meta-analyses. *Clinical Psychology Review*, 26, 17-31.
- Cartwright-Hatton, S., Hodges, L. & Porter, J. (2003). Social anxiety in childhood: the relationship with self and observer rated social skills. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 44(5), 737-742.
- Cartwright-Hatton, S., McNicol, K. & Doubleday, E. (2006). Anxiety in a neglected population: Prevalence of anxiety disorders in preadolescent children. *Clinical Psychology Review*, 26, 817-833.
- Casale, G., Hennemann, T. & Hövel, D. (2014). Systematischer Überblick über deutschsprachige schulbasierte Maßnahmen zur Prävention von Verhaltensstörungen in der Sekundarstufe I. *Empirische Sonderpädagogik*, 6, 33-58.
- Chavira, D. A., Garland, A. F., Daley, S. & Hough, R. (2008). The impact of medical comorbidity on mental health and functional health outcomes among children with anxiety disorders. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 29, 394-402.
- Chorpita, B. F., Yim, L., Moffitt, C., Umemoto, L. A. & Francis, S. E. (2000). Assessment of symptoms of DSM-IV anxiety and depression in children: a revised child anxiety and depression scale. *Behaviour Research and Therapy*, 38(8), 835-855.
- Christ, S. E., Kester, L. E., Bodner, K. E. & Miles, J. H. (2011). Evidence for selective inhibitory impairment in individuals with autism spectrum disorder. *Neuropsychology*, 25(6), 690-701.
- Clark, S., Bowers, G. & Reynolds, S. (2014). Managing Negative Thoughts, Part 1: Cognitive Restructuring and Behavioral Experiments. In E. Sbrulati, H. Lyneham, C. Schniering & R. Rapee (Hrsg.), *Evidence-Based CBT for Anxiety and Depression in Children and Adolescents. A Competencies Based Approach*. Oxford: Wiley Blackwell.

- Cobham, V. E., Hickling, A., Kimball, H., Thomas, H. J., Scott, J. G. & Middeldorp, C. M. (2020). Systematic Review: Anxiety in Children and Adolescents with Chronic Medical Conditions. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 59(5), 595-618.
- Copeland, W. E., Shanahan, L., Costello, E. J. & Angold, A. (2009). Childhood and adolescent psychiatric disorders as predictors of young adult disorders. *Archives of General Psychiatry*, 66, 764-772.
- Corrieri, S., Heider, D., Conrad, I., Blume, A., König, H.-H. & Riedel-Heller, S. G. (2013). School-based prevention programs for depression and anxiety in adolescence: a systematic review. *Health Promotion International*, 29(3), 427-441.
- Costello, E. J., Egger, H. L., Copeland, W., Erkanli, A. & Angold, A. (2011). The developmental epidemiology of anxiety disorders: phenomenology, prevalence, and comorbidity. In W. K. Silverman & A. P. Fields (Hrsg.), *Anxiety Disorders in Children and Adolescents*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Craske, M. G., Stein, M. B., Eley, T. C., Milad, M. R., Holmes, A., Rapee, R. M. & Wittchen, H.-U. (2017). Anxiety disorders. *Nature Reviews Disease Primers*, 3, 1-18.
- Cummings, C. M., Caporino, N. E. & Kendall, P. C. (2014). Comorbidity of anxiety and depression in children and adolescents: 20 years after. *Psychological Bulletin*, 140, 816-845.
- Curtin University. *Health Sciences*. Verfügbar unter: www.healthsciences.curtin.edu.au
- Dadds, M. R., Spence, S. H., Holland, D. E., Barrett, P. M. & Laurens, K. R. (1997). Prevention and early intervention for anxiety disorders: A controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65(4), 627-635.
- Dadds, M. R., Holland, D. E., Laurens, K. R., Mullins, M., Barrett, P. M. & Spence, S. H. (1999). Early intervention and prevention of anxiety disorders in children: Results at 2-year follow-up. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67(1), 145-150.
- Dadds, M. R. & Roth, J. H. (2008). Prevention of Anxiety Disorders: Results of a Universal Trial with Young Children. *Journal of Child and Family Studies*, 17(3), 320-335.
- De Bellis, M. D., Casey, B. J., Dahl, R. E., Birmaher, B., Williamson, D. E., Thomas, K. M., Axelson, D. A., Frustaci, K., Boring, A. M., Hall, J., Ryan, N. D. (2000). A pilot study of amygdala volumes in pediatric Generalized Anxiety Disorder. *Biological Psychiatry*, 48(1), 51-57.

- Deckert, J., Weber, H., Villmann, C., Lonsdorf, T. B., Richter, J., Andreatta, M., Arias-Vasquez, A., Hommers, L., Kent, L., Schartner, C., Cichon, S., Wolf, C., Schäfer, N., von Collenberg, C. R., Wachter, B., Blum, R., Schümann, D., Scharfenort, R., Schumacher, J., Forstner, A. J., Baumann, C., Schiele, M. A., Notzon, S., Zwanzger, P., Janzing, J. G. E., Galesloot, T., Kiemeney, L. A., Gajewska, A., Glotzbach-Schoon, E., Mühlberger, A., Alpers, G., Fydrich, T., Fehm, L., Gerlach, A. L., Kircher, T., Lang, T., Ströhle, A., Arolt, V., Wittchen, H.-U., Kalisch, R., Büchel, C., Hamm, A., Nöthen, M. M., Romanos, M., Domschke, K., Pauli, P. & Reif, A. (2017). GLRB allelic variation associated with agoraphobic cognitions, increased startle response and fear network activation: a potential neurogenetic pathway to panic disorder. *Molecular Psychiatry*, 22(10), 1431-1439.
- De la Torre-Luque, A., et al. (2015). Super Skills for Life for Spanish adolescents: The Super-AD Programme. Poster session presented at the European Symposium on Adolescent Research, London.
- De la Torre-Luque, A., Fiol-Veny, A., Essau, C. A., Balle, M. & Bornas, X. (2020). Effects of a transdiagnostic cognitive behaviour therapy-based programme on the natural course of anxiety symptoms in adolescents. *Journal of Affective Disorders*, 264, 474-482.
- Dias, B. G., Banerjee, S. B., Goodman, J. V. & Ressler, K. J. (2013). Towards new approaches to disorders of fear and anxiety. *Current Opinion in Neurobiology*, 23(3), 346-352.
- Dobson, K. S., Ahnberg Hopkins, J., Fata, L., Scherrer, M. & Allan, L. C. (2010). The Prevention of Depression and Anxiety in a Sample of High-Risk Adolescents: A Randomized Controlled Trial. *Canadian Journal of School Psychology*, 25(4), 291-310.
- Doerfler, L. A., Connor, D. F., Volungis, A. M. & Toscano, P. (2007). Panic disorder in clinically referred children and adolescents. *Child psychiatry and Human Development*, 38, 57-71.
- Domschke, K., Reif, A., Weber, H., Richter, J., Hohoff, C., Ohrmann, P., Pedersen, A., Bauer, J., Suslow, T., Kugel, H., Heindel, W., Baumann, C., Klauke, B., Jacob, C., Maier, W., Fritze, J., Bandelow, B., Krakowitzky, P., Rothermundt, M., Erhardt, A., Binder, E. B., Holsboer, F., Gerlach, A. L., Kircher, T., Lang, T., Alpers, G. W., Ströhle, A., Fehm, L., Gloster, A. T., Wittchen, H.-U., Arolt, V., Pauli, P. Hamm, A. & Deckert, J. (2011). Neuropeptide S receptor gene – converging evidence for a role in panic disorder. *Molecular Psychiatry*, 16(9), 938-948.

- Donovan, C. L. & Spence, S. H. (2000). Prevention of childhood anxiety disorders. *Clinical Psychology Review*, 20, 509-531.
- Döpfner, M., Berner, W. & Lehmkuhl, G. (1994). *Handbuch: Lehrerfragebogen über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen. Forschungsergebnisse zur deutschen Fassung der Teacher's Report Form (TRF) der Child Behavior Checklist*. Köln: Arbeitsgruppe Kinder-, Jugend- und Familiendiagnostik.
- Döpfner, M., Kinnen, C., Weber, K. N. & Plück, J. (2011). Verhaltensauffälligkeiten von Grundschulkindern. Ergebnisse zur deutschen Fassung des Lehrerfragebogens über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen (TRF). *Zeitschrift für Entwicklungspsychologie und Pädagogische Psychologie*, 43(2), 99-107.
- Döring, N. & Bortz, J. (2016). *Forschungsmethoden und Evaluation in den Sozial- und Humanwissenschaften*. Berlin: Springer.
- Durlak, J. A., Weissberg, R. P., Dymnicki, A. B., Taylor, R. D. & Schellinger, K. B. (2011). The Impact of Enhancing Student's Social and Emotional Learning: A Meta-Analysis of School-Based Universal Interventions. *Child Development*, 82, 405-432.
- Edelmann, W. & Wittmann, S. (2019). *Lernpsychologie*. Weinheim: PVU.
- Egger, J. W. (2015). *Integrative Verhaltenstherapie und psychotherapeutische Medizin*. Wiesbaden: Springer.
- Ehrenreich-May, J. & Bilek, E. L. (2011). Universal Prevention of Anxiety and Depression in a Recreational Camp Setting: An Initial Open Trial. *Child Youth Care Forum*, 40, 435-455.
- Eimecke, S., Pauschardt, J. & Mattejat, F. (2010). Wie wirksam ist ein begleitendes Elternt raining in der Prävention von Angst und Depression bei Kindern? *Verhaltenstherapie*, 20, 193-200.
- Eriksen, B. A. & Eriksen, C. W. (1974). Effects of noise letters upon the identification of a target letter in a nonsearch task. *Perception & Psychophysics*, 16, 143-149.
- Essau, C. A., Conradt, J. & Petermann, F. (2000). Frequency, comorbidity and psychosocial impairment of anxiety disorders in German adolescents. *Journal of Anxiety Disorders*, 14, 263-279.
- Essau, C. A., Conradt, J. & Reiss, B. (2004). Klassifikation, Epidemiologie und diagnostisches Vorgehen. In S. Schneider (Hrsg.), *Angststörungen bei Kindern und Jugendlichen. Grundlagen und Behandlung*. Berlin: Springer.
- Essau, C. A. (2003). *Angst bei Kindern und Jugendlichen*. München: Reinhardt.

- Essau, C. A. (2014). *Angst bei Kindern und Jugendlichen* (2. Auflage). München: Reinhardt.
- Essau, C. A. (2005). Frequency and patterns of mental health services utilization among adolescents with anxiety and depressive disorders. *Depression and Anxiety*, 22, 130-137.
- Essau, C. A., Conradt, J., Sasagawa, S. & Ollendick, T. H. (2012). Prevention of anxiety symptoms in children: Results from a universal school-based trial. *Behavior Therapy*, 43, 450-464.
- Essau, C. A. & Ollendick, T. H. (2013). *The Super Skills for Life program*. University of Roehampton.
- Essau, C. A., Olaya, B., Sasagawa, S., Pithia, J., Bray, D. & Ollendick, T. 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. *Journal of Affective Disorders*, 167, 261-267.
- Essau, C. A. & Petermann, F. (2001). *Anxiety Disorders in Children and Adolescents. Epidemiology, Risk Factors and Treatment*. London: Brunner-Routledge.
- Essau, C. A., Sasagawa, S., Jones, G., Fernandes, B. & Ollendick, T. H. (2019). Evaluating the real-world effectiveness of a cognitive behavior therapy-based transdiagnostic program for emotional problems in children in a regular school setting. *Journal of Affective Disorders*, 253, 357-365.
- Esser, G. (2008). *Lehrbuch der Klinischen Psychologie und Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen*. Stuttgart: Georg Thieme.
- Farrell, L. J. & Barrett, P. M. (2007). Prevention of childhood emotional disorders: Reducing the burden of suffering associated with anxiety and depression. *Child and Adolescent Mental Health*, 12, 58-65.
- Fava, G. A., Ruini, C., Rafanelli, C., Finos, L., Conti, S. & Grandi, S. (2004). Six-Year Outcome of Cognitive Behavior Therapy for Prevention of Recurrent Depression. *American Journal of Psychiatry*, 161, 1872-1876.
- Fernández-Martínez, I., Morales, A., Espada, J. P., Essau, C. A. & Orgilés, M. (2019). Effectiveness of the program Super Skills For Life in reducing symptoms of anxiety and depression in young Spanish children. *Psicothema*, 31(3), 298-304.
- Fernández-Martínez, I., Orgilés, M., Morales, A., Espada, J. P. & Essau, C. A. (2020a). One-year follow-up effects of a cognitive behavior therapy-based transdiagnostic program for emotional problems in young children: A school-based cluster-randomized controlled trial. *Journal of Affective Disorders*, 262, 258-266.

- Fernández-Martínez, I., Morales, A., Espada, J. P. & Orgilés, M. (2020b). Effects of Super Skills for Life of anxious children through video analysis. *Psicothema*, 32(2), 229-236.
- Fernández-Martínez, I., Orgilés, M., Espada, J. P., Essau C. A. & Morales, A. (2021). Effects as a function of implementation fidelity of a transdiagnostic prevention program in young school-aged children. *Evaluation and Program Planning*, 89, 102011.
- Fingeret, M. C., Warren, C. S., Cepeda-Benito, A. & Gleaves, D. H. (2006). Eating disorder prevention research: A meta-analysis. *Eating Disorders: The Journal of Treatment & Prevention*, 14, 191-213.
- First, M. B., Reed, G. M., Hyman, S. E. & Saxena S. (2015). The development of the ICD-11 Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines for Mental and Behavioural Disorders. *World Psychiatry*, 14(1), 82-90.
- Fisak, B. J., Richard, D. & Mann, A. (2011). The prevention of child and adolescent anxiety: A meta-analytic review. *Society for Prevention Research*, 12, 255-268.
- Flannery-Schroeder, E. C. (2006). Reducing anxiety to prevent depression. *American Journal of Preventive Medicine*, 31, 136-142.
- Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E. L. & Target, M. (2017). *Affektregulierung, Mentalisierung und die Entwicklung des Selbst*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Fox, J. K., Warner, C. M., Lerner, A. B., Ludwig, K., Ryan, J. L., Colognori, D., Lucas, C. P. & Brotman, L. M. (2012). Preventive Intervention for Anxious Preschoolers and Their Parents: Strengthening Early Emotional Development. *Child Psychiatry & Human Development*, 43(4), 544-559.
- Freud, S. (1895). *Über die Berechtigung, von der Neurasthenie einen bestimmten Symptomenkomplex als »Angstneurose« abzutrennen*. Gesammelte Werke, Band I, 315-342.
- Freud, S. (1926). *Hemmung, Symptom und Angst*. Gesammelte Werke, Band XIV, 111-205.
- Fydrich, T., Chambless, D. L., Perry, K. J., Buergener, F. & Beazley, M. B. (1998). Behavioral assessment of social performance: A rating system for social phobia. *Behaviour Research Therapy*, 36(10), 995-1010.
- Gagel, D. (2007). Jugendliche. In R. Hinsch & U. Pfingsten (Hrsg.), *Gruppentraining sozialer Kompetenzen (GSK)*; S. 282-288). Weinheim: Beltz.
- Garber, J., Brunwasser, S. M., Zerr, A. A., Schwartz, K. T. G., Sova, K. & Weersing, V. R. (2016). Treatment and Prevention of Depression and Anxiety in Youth: Test of Crossover Effects. *Depress Anxiety*, 33(10), 939-959.

- Garber, J. & Weersing, V. R. (2010). Comorbidity of Anxiety and Depression in Youth: Implications for Treatment and Prevention. *Clinical Psychology, 17*(4), 293-306.
- García, F. & Musitu, G. (2014). In AF-5. Autoconcepto forma 5. Versión revisada y ampliada. TEA Ediciones: Madrid, Spain.
- García-Escalera, J., Chorot, P., Valiente, R. M., Reales, J. M. & Sandín, B. (2016). Efficacy of transdiagnostic cognitive-behavioral therapy for anxiety and depression in adults, children and adolescents: A meta-analysis. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica, 21*, 147-175.
- García-Escalera, J., Chorot, P., Sandín, B., Ehrenreich-May, J., Prieto, A. & Valiente, R. M. (2019). An Open Trial Applying the Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders in Adolescents (UP-A) Adapted as a School-Based Prevention Program. *Child & Youth Care Forum, 48*, 29-53.
- Garnefski, N., Rieffe, C., Jellesma, F., Terwogt, M. M., Kraaij, V. (2007). Cognitive emotion regulation strategies and emotional problems in 9-11-year-old children: The development of an instrument. *European Child and Adolescent Psychiatry, 16*, 1-9.
- Gehrke, J.-O. (2018). *Wie verändert sich der Ausdruck von Angst bei Grundschulkindern nach der Teilnahme am Präventionsprogramm Super Skills for Life?* (unveröffentlichte Bachelorarbeit). Leuphana Universität Lüneburg.
- Gerken, N., Natzke, H., Petermann, F. & Walter, H. J. (2002). Verhaltenstraining für Schulanfänger: Ein Programm zur Primärprävention von aggressivem und unaufmerksamem Verhalten. *Kindheit und Entwicklung, 11*, 119-128.
- Gillham, J. E., Reivich, K. J., Freres, D. R., Chaplin, T. M. Shatté, A. J., Samuels, B., Elkon, A. G., Litzinger, S., Lascher M., Gallop, R. & Seligman, M. E. (2007). School-based prevention of depressive symptoms: A randomized controlled study of the effectiveness and specificity of the Penn Resiliency Program. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 75*(1), 9-19.
- Gillham, J. E., Brunwasser, S. M. & Freres, D. R. (2008). Preventing Depression in Early Adolescence: The Penn Resiliency Program. In J. R. Z. Abela & B. L. Hankin (Hrsg.), *Handbook of Depression in Children and Adolescents*. New York: The Guilford Press.
- Ginsburg, G. S. (2009). The Child Anxiety Prevention Study: intervention model and primary outcomes. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 77*(3), 580-587.

- Goldberg, J. M., Sklad, M., Elfrink, T. R., Schreurs, K. M. G., Bohlmeijer, E. T. & Clarke, A. M. (2018). Effectiveness of interventions adopting a whole school approach to enhancing social and emotional development: a meta-analysis. *European Journal of Psychology of Education, 34*(4), 755-782.
- Goodman, R. (1997). The SDQ: A research note. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 38*, 581-586.
- Goodman, R. (2001). The psychometric properties of the Strengths and Difficulties Questionnaire. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 40*, 1337-1345.
- Gordon, R. S. (1983). An operational classification of disease prevention. *Public Health Reports, 98*(2), 107-109.
- Gordon, R. S. (1987). An operational classification of disease prevention. In J. A. Steinberg & M. M. Silverman (Hrsg.), *Preventing mental disorders: A research perspective*. Department of Health and Human Services publication, Rockville, MD, US: National Institute of Mental Health.
- Gorman, J. M., Kent, J. M., Sullivan, G. M. & Coplan, J. D. (2000). Neuroanatomical Hypothesis of Panic Disorder, revised. *American Journal of Psychiatry, 157*, 493-505.
- Gottfredson, D. C. & Wilson, D. B. (2003). Characteristics of effective school-based substance abuse prevention. *Prevention Science, 4*, 27-38.
- Greenberg, M. T., Kusche, C. A., Cook, E. T. & Quamma, J. P. (1995). Promoting emotional competence in school-aged children: The effects of the PATHS curriculum. *Development and Psychopathology, 7*, 117-136.
- Hager, W., Patry, J.-L. & Brezing, H. (2000). *Evaluation psychologischer Interventionsmaßnahmen: Standards und Kriterien: Ein Handbuch*. Bern: Hans Huber.
- Hautzinger, M., Eimecke, S. & Mattejat, F. (2006). Lern- und kognitionspsychologische Grundlagen. In F. Mattejat (Hrsg.), *Lehrbuch der Psychotherapie für die Ausbildung zur/zum Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinn/en und für die ärztliche Weiterbildung*, Band 4: Verhaltenstherapie mit Kindern, Jugendlichen und ihren Familien. München: CIP-Medien.
- Havighurst, R. J. (1972). *Developmental Tasks and Education*. New York: McKay. (Erstveröffentlichung 1948).

- Heinrichs, N., Döpfner, M. & Petermann, F. (2013). Prävention psychischer Störungen. In F. Petermann (Hrsg.), *Lehrbuch der Klinischen Kinderpsychologie* (7., überarb. und erw. Aufl., S.721-738). Göttingen: Hogrefe.
- Hennemann, T., Hillenbrand, C. & Hens, S. (2011). Kompetenzförderung zur universellen Prävention von Verhaltensstörungen in der schulischen Eingangsstufe. Evaluation des kindorientierten Präventionsprogramms "Lubo aus dem All". *Zeitschrift für Grundschulforschung*, 4, 113-125.
- Hens, S. (2009). Prävention von Verhaltensstörungen. Entwicklung, Durchführung und Evaluation eines universellen Trainingsprogramms zur Förderung der sozial-emotionalen Kompetenzen in der Eingangsstufe. Dissertation, Universität Köln.
- Herpertz-Dahlmann, B., Resch, F., Schulte-Markwort, M. & Warnke, A. (2008). *Entwicklungspsychiatrie. Biopsychologische Grundlagen und die Entwicklung psychischer Störungen*. Stuttgart: Schattauer.
- Hetterich, S. (2019). *Ängste bei Kindern und Jugendlichen – ein psychoanalytischer Ratgeber für Eltern*. Praxis für Psychotherapie Hetterich. Therapie2go.
- Hillenbrand, C. & Hens, S. (2010). *Lubo aus dem All! 1. und 2. Klasse: Programm zur Förderung sozial-emotionaler Kompetenzen*. München: Ernst Reinhardt.
- Hillenbrand, C. & Schell, A. (2010). Sozial-emotionale Kompetenzförderung im Vorschulalter für Kinder unter Risiko – das Programm "Lubo aus dem All!" In R. Kissgen & N. Heinen (Hrsg.), *Frühe Risiken und Frühe Hilfen. Grundlagen, Diagnostik, Prävention*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Hillenbrand, C., Hennemann, T. & Heckler-Schell, A. (2009). *Lubo aus dem All! Programm zur Förderung sozial-emotionaler Kompetenzen im Vorschulalter*. München: Ernst Reinhardt.
- Hinsch, R. & Pfingsten, U. (2007). *Gruppentraining sozialer Kompetenzen (GSK)*. Weinheim: Beltz.
- Hoffmann, S. O. & Hochapfel, G. (2009). *Neurotische Störungen und Psychosomatische Medizin*. Stuttgart: Schattauer.
- Hofmann, S. G., Asnaani, A., Vonk, I. J. J., Sawyer, A. T. & Fang, A. (2012). The Efficacy of Cognitive Behavioral Therapy: A Review of Meta-analyses. *Cognitive Therapy and Research*, 36(5), 427-440.

- 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). *Bundesgesundheitsblatt*, 57, 807-819.
- Hopf, H. (2014). *Angststörungen bei Kindern und Jugendlichen. Diagnose, Indikation, Behandlung*. Schriften zur Psychotherapie und Psychoanalyse von Kindern und Jugendlichen. Frankfurt a. M.: Brandes & Apsel.
- Horowitz, J. L. & Garber, J. (2006). The prevention of depressive symptoms in children and adolescents: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74, 401-415.
- Hövel, D. C., Hillenbrand, C., Hennemann, T. & Osipov, I. (2016). Effekte indizierter Prävention zur Förderung der emotional-sozialen Kompetenzen mit „Lubo aus dem All!“ in Abhängigkeit des Theoriewissens und des Alltagstransfers der Lehrkräfte. *Heilpädagogische Forschung*, 42(3), 114-124.
- Huber, L., Plötner, M. & Schmitz, J. (2019). Social competence and psychopathology in early childhood: A systematic review. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 28(4), 443-459.
- Hunt, C., Andrews, G. & Crino, R. (2009). Randomized controlled trial of an early intervention programme for adolescent anxiety disorders. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 43, 300-304.
- Hurrelmann, K. & Quenzel, G. (2016). *Lebensphase Jugend. Eine Einführung in die sozialwissenschaftliche Jugendforschung*. Weinheim: Beltz Juventa.
- ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics. Verfügbar unter: www.icd.who.int/dev11/1-1/en
- Ihle, W. & Esser, G. (2002). Epidemiologie psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter: Prävalenz, Verlauf, Komorbidität und Geschlechtsunterschiede. *Psychologische Rundschau*, 53, 159-169.
- In-Albon, T. & Schneider, S. (2007). Psychotherapy of childhood anxiety disorders: a meta-analysis. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 76, 15-24.
- In-Albon, T. (2011). *Kinder und Jugendliche mit Angststörungen. Erscheinungsbilder, Diagnostik, Behandlung, Prävention*. Stuttgart: Kohlhammer.

- In-Albon, T. (2012). Aktueller Stand Internalisierender Störungen im Kindes- und Jugendalter: Sind sie aus den Kinderschuhen ausgewachsen? *Verhaltenstherapie*, 22, 246-257.
- In-Albon, T. & Pfeiffer S. (2018). Spezifische Phobien. In G. W. Lauth & F. Linderkamp (Hrsg.), *Verhaltenstherapie mit Kindern und Jugendlichen. Praxishandbuch*. Weinheim: Beltz.
- Jane-Llopis, E., Hosman, C., Jenkins, R. & Anderson, P. (2003). Predictors of efficacy in depression programmes: Meta-analysis. *British Journal of Psychiatry*, 183, 384-397.
- Jaycox, L. H., Reivich, K. J., Gillham, J. & Seligman, E. P. (1994). Prevention of depressive symptoms in school children. *Behavior Research and Therapy*, 32, 801-816.
- Johnson, P. L., Federici, L. M. & Shekhar, A. (2014). Etiology, triggers and neurochemical circuits associated with unexpected, expected, and laboratory-induced panic attacks. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 46(3), 429-454.
- Johnstone, J., Rooney, R. M., Hassan, S. & Kane, R. T. (2014). Prevention of depression and anxiety symptoms in adolescents: 42 and 54 months follow-up of the Aussie Optimism Program Positive Thinking Skills. *Frontiers in Psychology*, 5, 1-10.
- Johnstone, K. M., Kemps, E. & Chen, J. (2018). A Meta-Analysis of Universal School-Based Prevention Programs for Anxiety and Depression in Children. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 21(4), 466-481.
- Junge, J., Neumer, S. P., Manz, R. & Margraf, J. (2002). *Gesundheit und Optimismus. GO! Trainingsprogramm für Jugendliche*. Weinheim: Beltz.
- Junge, J., Annen, B. & Margraf, J. (2007). GO! – Ein Programm zur Prävention von Angst und Depression bei Jugendlichen. Langzeiteffekte und Weiterentwicklungen. In B. Röhrle (Hrsg.), *Prävention und Gesundheitsförderung für Kinder und Jugendliche*. Tübingen: DGVT.
- Jünger, R. & Eisner, M. (2009). Prävention von Problemverhalten durch die systematische Förderung von sozialen Kompetenzen mit dem PFADE Programm. *Schweizerische Zeitschrift für Heilpädagogik*, 15(3), 18-24.
- Jünger, R. (2010). PFADE – Prävention durch Förderung sozialer Kompetenzen. *SuchtMagazin*, 1/2010, 23-28.
- Kagan, J., Reznick, J. S. & Snidman, N. (1988). Biological bases of childhood shyness. *Science*, 240(4849), 167-171.

- Kendall, P. C. (1994). Treating anxiety disorders in children: Results of a randomized clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62, 100 - 110.
- Kendall, P. C., Flannery-Schroeder, E., Panichelli-Mindel, S. M., Southam-Gerow, M. A., Henin, A. & Warman, M. (1997). Therapy for youths with anxiety disorders: A second randomized clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65(3), 366 - 380.
- Kendall, P. C. & Hedtke, K. A. (2006). *Cognitive-behavioral therapy for anxious children: Therapist manual* (3rd ed.). Ardmore, PA: Workbook Publishing.
- Kendall, P. C., Settiani, C. A., Cummings, C. M. (2012). No need to worry: The promising future of child anxiety research. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 41(1), 103-115.
- Kendall, P. C., Crawford, E. A., Kagan, E. R., Furr, J. M., & Podell, J. L. (2017). Child-Focused Treatment of Anxiety. In J. R. Weisz & A. E. Kazdin (Hrsg.), *Evidence-Based Psychotherapies for Children and Adolescents*. New York, NY: The Guilford Press.
- Kennedy, S. J., Rapee, R. M. & Edwards, S. L. (2009). A selective intervention program for inhibited preschool-aged children of parents with an anxiety disorder Effects on current anxiety disorders and temperament. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 48, 602-609.
- Kennedy, S. M., Mash, J. A., Tawfik, S. H. & Ehrenreich-May, J. (2019). Anxiety Disorders. In C. A. Flessner & J. C. Piacentini (Hrsg.), *Clinical Handbook of Psychological Disorders in Children and Adolescents. A Step-by-Step Treatment Manual*. New York: The Guilford Press.
- Kircher, T., Arolt, V., Jansen, A., Pyka, M., Reinhardt, I., Kellermann, T., Konrad, C., Lueken, U., Gloster, A. T., Gerlach, A. L., Ströhle, A., Wittmann, A., Pfeiderer, B., Wittchen, H.-U. & Straube, B. (2013). Effect of Cognitive-Behavioral Therapy on Neural Correlates of Fear Conditioning in Panic Disorder. *Biological Psychiatry*, 73(1), 93-101.
- Klasen, F., Meyrose, A.-K., Otto, C., Reiss, F. & Ravens-Sieberer, U. (2017). Psychische Auffälligkeiten von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse der BELLA-Studie. *Monatsschrift für Kinderheilkunde*, 165(5), 402-407.
- Klasen, H., Woerner, W., Rothenberger, A. & Goodman, R. (2003). Die deutsche Fassung des Strength and Difficulties Questionnaire (SDQ-Deu) – Übersicht und Bewertung erster Validierungs- und Normierungsbefunde. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 7, 491-502.

- Klein, M. (2019). *Das Seelenleben des Kleinkindes und andere Beiträge zur Psychoanalyse*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Klipker, K., Baumgarten, F., Göbel, K., Lampert, T. & Hölling, H. (2018). Psychische Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland – Querschnittsergebnisse aus KiGGS Welle 2 und Trends. *Journal of Health Monitoring*, 3(3), 37-45.
- Klosterkötter, J. & Maier, W. (2017). *Handbuch Präventive Psychiatrie. Forschung – Lehre – Versorgung*. Stuttgart: Schattauer.
- Koglin, U. & Petermann, F. (2013). *Verhaltenstraining im Kindergarten. Ein Programm zur Förderung sozial-emotionaler Kompetenz* (2., überarb. Aufl.). Göttingen: Hogrefe.
- Koglin, U. & Petermann, F. (2011). The effectiveness of the behavioural training for preschool children. *European Early Childhood Education Research Journal*, 19, 97-111.
- Koglin, U., Heffter, P. & Petermann, U. (2010). Längerfristige Effekte des JobFit-Trainings für Jugendliche. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie*, 58, 235-241.
- Köhler, T. (2019). *Biologische Grundlagen psychischer Störungen*. Göttingen: Hogrefe.
- Kösters, M., Chinapaw, M. J. M., Zwaanswijk, M., van der Wal, M. F. & Koot, H. M. (2015). Indicated Prevention of Childhood Anxiety and Depression: Results From a Practice-Based Study up to 12 Months After Intervention. *American Journal of Public Health*, 105(10), 2005-2013.
- Kovacs, M. (1992). *Children's depression inventory manual*. Los Angeles, CA: Western Psychological Services.
- Kovacs, M. & Lopez-Duran, N. (2010). Prodromal symptoms and atypical affectivity as predictors of major depression in juveniles: implications for prevention. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 51(4), 472-496.
- Kriz, J. (2014). *Grundkonzepte der Psychotherapie*. Weinheim: Beltz.
- Kruska, L. (2020). *Ängste bei Kindern und Jugendlichen – verstehen und handeln*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Kuntz, B., Rattay, P., Poethko-Müller, C., Thamm, R., Hölling, H. & Lampert, T. (2018). Soziale Unterschiede im Gesundheitszustand von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. *Journal of Health Monitoring*, 3(3), 19-36.
- Kühl, S., Bender, C., Kley, H., Krämer, M. & Tuschen-Caffier, B. (2010). Prävention sozialer Angststörungen im Kindes- und Jugendalter: Notwendig oder überflüssig? *Verhaltenstherapie*, 20, 239-246.

- Kühl, S. (2005). Indizierte Prävention von sozialen Ängsten: Entwicklung und Evaluation eines Gruppenprogramms für Kinder und Jugendliche. Dissertation, Universität Bielefeld.
- Langley, A. K., Bergman, R. L., McCracken, J. & Piacentini, J. C. (2004). Impairment in childhood anxiety disorders: Preliminary examination of the child anxiety impact scale-parent version. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, *14*, 105-114.
- Lawrence, D., Johnson, S., Hafekost, J., Boterhoven, de Haan, K., Sawyer, M., Ainley J. & Zubrick, S. R. (2015). The mental health of children and adolescents. *Canberra: Department of Health*.
- Leigh, E. & Clark, D. M. (2018). Understanding Social Anxiety Disorder in Adolescents and Improving Treatment Outcomes: Applying the Cognitive Model of Clark and Wells. *Clinical Child and Family Psychology Review*, *21*, 388-414.
- Lesch, K. -P. (2001). Molecular foundation of anxiety disorders. *Journal of Neural Transmission*, *108*, 717-746.
- Li, S. H. & Graham, B. M. (2017). Why are women so vulnerable to anxiety, trauma-related and stress-related disorders. The potential role of sex hormones. *The Lancet Psychiatry*, *4*(1), 73-82.
- Liddle, I. & Macmillan (2010). Evaluating the FRIENDS programme in a Scottish setting. *Educational Psychology in Practice*, *26*(1), 53-67.
- Lijster, J. M., Dierckx, B., Utens, E. M., Verhulst, F. C., Zieldorff, C., Dieleman, G. C. & Legerstee, J. S. (2017). The age of onset of anxiety disorders. *Canadian Journal of Psychiatry*, *62*(4), 237-246.
- Linden, M. & Hautzinger, M. (2015). *Verhaltenstherapiemanual*. Berlin: Springer.
- List, E. (2014). *Psychoanalyse: Geschichte, Theorien, Anwendungen*. Stuttgart: UTB.
- Lock, S. & Barrett, P. M. (2003). A longitudinal study of developmental differences in universal preventive intervention for child anxiety. *Behaviour Change*, *20*, 183-199.
- Loevaas, M. E. S., Sund, A. M., Patras, J., Martinsen, K., Hjemdal, O., Neumer, S.-P., Holen, S. & Reinfjell, T. (2018). Emotion regulation and its relation to symptoms of anxiety and depression in children aged 8-12 years: does parental gender play a differentiating role? *BMC Psychology*, *6*, 1-11.
- Lowry-Webster, H. M., Barrett, P. M. & Dadds, M. R. (2001). A universal prevention trial of anxiety and depressive symptomatology in childhood: Preliminary data from an Australian study. *Behaviour Change*, *18*, 36-50.

- Lowry-Webster, H. M., Barrett, P. M. & Lock, S. (2003). A universal prevention trial of anxiety symptomology during childhood: Results at 1-year follow-up. *Behaviour Change*, 20, 25-43.
- Lübben, K. & Pfingsten, U. (2005). Soziale Kompetenztrainings als Intervention für sozial unsichere Kinder. In N. Vriends & J. Margraf (Hrsg.), *Soziale Kompetenz, soziale Unsicherheit, soziale Phobie* (S. 221-236). Hohengeren: Schneider.
- Lyneham, H. J & Rapee, R. M. (2004). Generalisierte Angststörung. In S. Schneider (Hrsg.), *Angststörungen bei Kindern und Jugendlichen. Grundlagen und Behandlung*. Berlin: Springer-Verlag.
- Lyneham, H. J., Sbulati, E. S., Abbott, M. J., Rapee, R. M., Hudson, J. L., Tolin, D. F. & Carlson, S. E. (2013). Psychometric properties of the Child Anxiety Life Interference Scale (CALIS). *Journal of Anxiety Disorders*, 27, 711-719.
- Mahler, M. S., Pine, F. & Bergman, A. (2008). *Die psychische Geburt des Menschen. Symbiose und Individuation*. Frankfurt a. M.: Fischer Taschenbuch Verlag.
- Manassis, K. & Bradley, S. J. (1994). The development of childhood anxiety disorders: Toward an integrated model. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 15(3), 345-366.
- Manz, R., Junge, J. & Margraf, J. (2001). Prävention von Angst und Depression bei Jugendlichen – Ergebnisse einer Follow-Up-Untersuchung nach 6 Monaten. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*, 9, 168-179.
- Marees, N. v. & Petermann, F. (2009). Förderung sozial-emotionaler Kompetenzen im Grundschulalter. *Kindheit und Entwicklung*, 18, 244-253.
- Marmorstein, N. R. (2006). Generalized versus performance-focused social phobia: Patterns of comorbidity among youth. *Journal of Anxiety Disorders*, 20, 778-793.
- Marsh, H. W. (1990). *Self-description Questionnaire I: Manual*. University of Western Sydney, Macarthur, Faculty of Education, Publication Unit, New South Wales.
- Martinsen, K. D., Kendall, P. C., Stark, K. D., Rodriguez, K. A. O. N. & Arora, P. (2014). *Mestrende barn, gruppeledermanual barn*. Oslo, Norway: Gyldendal Akademisk.
- Martinsen, K. D., Rasmussen, L. M. P., Wentzel-Larsen, T., Holen, S., Sund, A. M., Løvaas, M. E. S., Patras, J., Kendall, P. C., Waaktaar, T. & Neumer, S.-P. (2018). Prevention of Anxiety and Depression in School Children: Effectiveness of the Transdiagnostic EMOTION Program. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 87(2), 212-219.

- McLoone, J., Hudson, J. L. & Rapee, R. (2006). Treating anxiety disorders in a school setting. *Education and Treatment of Children, 29*, 219-242.
- Melero, S., Morales, A., Espada, J. P. & Orgilés, M. (2021a). Improving Social Performance Through Video-feedback with Cognitive Preparation in Children with Emotional Problems. *Behavior Modification, 145445521991098*, 1-27.
- Melero, S., Orgilés, M., Espada, J. P. & Morales, A. (2021b). Spanish version of Super Skills for Life in individual modality: Improvement of children`s emotional well-being from a transdiagnostic approach. *Journal of Clinical Psychology, 77*(10), 2187-2202.
- Melero, S., Orgilés, M., Fernández-Martínez, I., Espada, J. P. & Morales, A. (2021c). Influence of implementation fidelity on the effectiveness of a T-CBT program targeting emotional problems in childhood. *Studies in Educational Evaluation, 68*, 100975.
- Melero, S., Morales, A., Espada, J. P., Méndez, X. & Orgilés, M. (2021d). Effectiveness of Group vs. Individual Therapy to Decrease Peer Problems and Increase Prosociality in Children. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 18*, 1-14.
- Melfsen, S., Osterlow, J., Beyer, J. & Florin, I. (2003). Evaluation eines kognitiv-behavioralen Trainings für sozial ängstliche Kinder. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie, 32*, 191-199.
- Mertens, W. (2014). *Handbuch psychoanalytischer Grundbegriffe*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Meyer, G. (2019). Psychoanalytische Angstkonzepte – Eine Übersicht über ihre Entwicklungen. Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie (KJP). *Zeitschrift für Psychoanalyse und Tiefenpsychologie, 181*, 9-54.
- Milligan, K., Sibalis, A., Morgan, A. & Phillips, M. (2017). Social competence: Consideration of behavioral, cognitive, and emotional factors. In J. L. Matson (Hrsg.), *Handbook of social behavior and skills in children. Autism and child psychopathology series*. Cham: Springer.
- Moharreri, F. & Heydari Yazdi, A.-S. (2017). Evaluation of the Effectiveness of the Friends for Life Program on Children`s Anxiety and Depression. *Iranian Journal of Psychiatry, 12*(4), 272-280.
- Morgan, A. J., Rapee, R. M. & Bayer, J. K. (2016). Prevention and early intervention of anxiety problems in young children: A pilot evaluation of Cool Little Kids Online. *Internet Interventions, 4*, 105-112.

- Mostert, J. & Loxton, H. (2008). Exploring the effectiveness of the FRIENDS program in reducing anxiety symptoms among South African Children. *Behaviour Change*, 25, 85-96.
- Natzke, H. & Petermann, F. (2009). Schulbasierte Prävention aggressiv-oppositionellen und dissozialen Verhaltens: Wirksamkeitsüberprüfung des Verhaltenstrainings für Schulanfänger. *Praxis der Kinderpsychologie & Kinderpsychiatrie*, 58, 34-50.
- Nauta, M. H., Scholing, A., Rapee, R. M., Abbott, M., Spence, S. H. & Waters, A. (2004). A parent report measure of children's anxiety. *Behaviour Research and Therapy*, 42, 813-839.
- Neil, A. L. & Christensen, H. (2009). Efficacy and effectiveness of school-based prevention and early intervention programs for anxiety. *Clinical Psychology Review*, 29, 208-215.
- Neumer, S. P., Junge, J., Manz, R. & Margraf J. (2001). Prevention of anxiety disorders and depression. First results of a cognitive-behavioral prevention program. *International Journal of Psychology*, 35, 291-291.
- Nelson, J. M. & Harwood, H. (2010). Learning Disabilities and Anxiety: A Meta-Analysis. *Journal of Learning Disabilities*, 44, 3-17.
- Nuss, P. (2015). Anxiety disorders and GABA neurotransmission: a disturbance of modulation. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 11, 165-175.
- Ollendick, T. H., Costa, N. M. & Benoit, K. E. (2010). Interpersonal processes and the anxiety disorders of childhood. In Beck, J. G. (Hrsg.), *Interpersonal processes in the anxiety disorders: Implications for understanding psychopathology and treatment*. Washington: American Psychological Association.
- Orgilés, M., Fernández-Martínez, I., Espada, J. P. & Morales, A. (2019). Spanish version of *Super Skills for Life*: short- and long-term impact of a transdiagnostic prevention protocol targeting childhood anxiety and depression. *Anxiety, Stress, & Coping*, 32(6), 694-710.
- Orgilés, M., Melero, S., Fernández-Martínez, I., Espada, J. P. & Morales, A. (2020a). Effectiveness of Video-Feedback with Cognitive Preparation in Improving Social Performance and Anxiety through Super Skills for Life Programme Implemented in a School Setting. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17, 1-13.
- Orgilés, M., Espada, J. P. & Morales, A. (2020b). How Super Skills for Life may help children to cope with the COVID-19: Psychological impact and coping styles after the program. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 7(3), 88-93.

- Orgilés, M., Morales, A. & Espada, J. P. (2020c). Impact Scale of the COVID-19 and home confinement on children and adolescents. Non-published document.
- Orgilés, M., Morales, A. & Espada, J. P. (2020d). Coping inventory to COVID-19 and home confinement on children and adolescents. Non-published document.
- Orgilés, M., Garrigós, E., Espada, J. P. & Morales, A. (2020e). How does a CBT-based transdiagnostic program for separation anxiety symptoms work in children? Effects of Super Skills for Life. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 7(2), 9-15.
- Ortbandt, C. & Petermann, U. (2009). Effekte des Trainings mit sozial unsicheren Kindern. *Kindheit und Entwicklung*, 18, 21-29.
- Pauschardt, J., Eimecke, S. & Matthejat, F. (2015). Ängste, Phobien und Kontaktstörungen. In G. Esser (Hrsg.), *Klinische Psychologie und Verhaltenstherapie bei Kindern und Jugendlichen*. Stuttgart: Thieme.
- Perini, S. J. & Rapee, R. M. (2014). Theoretical Foundations of CBT for Anxious and Depressed Youth. In E. S. Sbrulati, H. J. Lyneham, C. A. Schniering & R. M. Rapee (Hrsg.), *Evidence-Based CBT for Anxiety and Depression in Children and Adolescents. A Competencies Based Approach*. Oxford: Wiley Blackwell.
- Petermann, F. (2019). *Kinderverhaltenstherapie. Grundlagen, Methoden und Anwendungen*. Göttingen: Hogrefe.
- Petermann, F., Natzke, H., Gerken, N. & Walter, H. J. (2013a). *Verhaltenstraining für Schulanfänger. Ein Programm zur Förderung sozialer Kompetenzen* (3., überarb. u. erweit. Aufl.). Göttingen: Hogrefe.
- Petermann, F., Koglin, U., Natzke, H. & v. Marees, N. (2013b). *Verhaltenstraining in der Grundschule. Ein Präventionsprogramm zur Förderung emotionaler und sozialer Kompetenzen* (2., überarb. Aufl.). Göttingen: Hogrefe.
- Petermann, F., Jugert, G., Tänzer, U. & Verbeek, D. (2012). *Sozialtraining in der Schule* (3. Aufl.). Weinheim: Beltz.
- Petermann, F. (2012). *Bremer Präventionsforum (BPF)* [Website]. ZKPR, Universität Bremen. Verfügbar unter: <http://zrf.uni-bremen.de/zkpr/BPF/index.html>
- Petermann, F. & Petermann, U. (2011). Prävention. *Kindheit und Entwicklung*, 20, 197-200.
- Petermann, F. & Petermann, U. (2010). *Training mit Jugendlichen* (9., veränd. Aufl.). Göttingen: Hogrefe.

- Petermann, F. & Natzke, H. (2008). Preliminary results of a comprehensive approach to prevent antisocial behavior in preschool and elementary school students in Luxembourg. *School Psychology International*, 29, 606-626.
- Petermann, U. & Essau, C. A. (2013). Spezifische Phobien. In F. Petermann (Hrsg.), *Lehrbuch der Klinischen Kinderpsychologie* (7., überarb. und erw. Aufl., S.337-352). Göttingen: Hogrefe.
- Petermann, U. & Petermann, F. (2013). *Lehrereinschätzliste für Sozial- und Lernverhalten (LSL)* (2., überarb. Aufl.). Göttingen: Hogrefe.
- Petermann, U. & Petermann, F. (2006). *Training mit sozial unsicheren Kindern*. Weinheim: Beltz.
- Pfingsten, U. (2009). Soziale Kompetenzen. In A. Lohaus & H. Domsch (Hrsg.), *Psychologische Förder- und Interventionsprogramme für das Kindes- und Jugendalter* (S.158-174). Heidelberg: Springer.
- Pine, D. S., Klein, R. G., Coplan, J. D., Papp, L. A., Hoven, C. W., Martinez, J., Kovalenko, P., Mandell, D. J., Moreau, D., Klein, D. F. & Gorman, J. M. (2000). Differential carbon dioxide sensitivity in childhood anxiety disorders and nonill comparison group. *Archives of General Psychiatry*, 57(10), 960-967.
- Pinel, J. P. J., Barnes, S. J. & Pauli, P. (2019). *Biopsychologie*. Hallbergmoos: Pearson.
- Plass-Christl, A., Otto, C., Klasen, F., Wiegand-Grefe, S., Barkmann, C., Hölling, H., Schulte-Markwort, M. & Ravens-Sieberer, U. (2018). Trajectories of mental health problems in children of parents with mental health problems: results of the BELLA study. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 27, 867-876.
- Pössel, P., Schneider, S. & Seemann, S. (2006). Effects and costs of universal prevention of internalization disorders in children and adolescents. *Verhaltenstherapie*, 16, 201-210.
- Ramdhoney-Dowlot, K., Balloo, K. & Essau, C. A. (2021). Effectiveness of the Super Skills for Life programme in enhancing the emotional wellbeing of children and adolescents in residential care institutions in a low- and middle-income country: A randomised waitlist-controlled trial. *Journal of Affective Disorders*, 278, 327-338.
- Rao, P. A., Beidel, D. C., Turner, S. M., Ammerman, R. T., Crosby, L. E. & Sallee, F. R. (2007). Social anxiety disorder in childhood and adolescence: Descriptive psychopathology. *Behaviour Research and Therapy*, 45, 1181-1191.

- Rapee, R. M. (2001). The Development of Generalized Anxiety. In M. W. Vasey & M. R. Dadds (Hrsg.), *The Developmental Psychopathology of Anxiety*. New York: Oxford University Press.
- Rapee, R. M., Kennedy, S., Ingram, M., Edwards, S. & Sweeney, L. (2005). Prevention and early intervention of anxiety disorders in inhibited preschool children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 73*, 488-497.
- Rapee, R. M., Lau, E. X. & Kennedy, S. J. (2010a). *Cool Little Kids. Anxiety Prevention Program*. Therapist Manual. Centre for Emotional Health. Macquarie University.
- Rapee, R. M., Lau, E. X. & Kennedy, S. J. (2010a). *Cool Little Kids. Anxiety Prevention Program*. Parent's Manual. Centre for Emotional Health. Macquarie University.
- Rapee, R. M., Kennedy, S., Ingram, M., Edwards, S. & Sweeney, L. (2010b). Altering the trajectory of anxiety in at-risk young children. *American Journal of Psychiatry, 167*(12), 1518-1525.
- Rapee, R. M. (2013). The preventative effects of a brief, early intervention for preschool-aged children at risk for internalising: Follow-up into middle adolescence. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 54*(7), 780-788.
- Rasing, S. P. A., Creemers, D. H. M., Vermulst, A. A., Janssens, J. M. A. M., Engels, R. C. M. E. & Scholte, R. H. J. (2018). Outcomes of a Randomized Controlled Trial on the Effectiveness of Depression and Anxiety Prevention for Adolescents with a High Familial Risk. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 15*, 1-13.
- Ravens-Sieberer, U., Wille, N., Bettge, S. & Erhart, M. (2007). Psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse aus der BELLA-Studie im Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS). *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, 50*, 871-878.
- Ravens-Sieberer, U., Kaman, A., Erhart, M., Devine, J., Schlack, R. & Otto, C. (2021). Impact of the COVID-19 pandemic on quality of life and mental health in children and adolescents in Germany. *European Child and Adolescent Psychiatry*.
<https://doi.org/10.1007/s00787-021-01726-5>
- Reeker-Lange, C., Aden, P. & Seyffert, S. (2018). *Handbuch der Progressiven Muskelentspannung für Kinder*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Reicher, H., Jauk, M. & Wieser A. (2007). Gesundheit und Optimismus fördern – Depression, Angst und Stress vorbeugen: Begleitstudie zu einem Trainingsprogramm für Jugendliche. *Erziehung und Unterricht, 157*, 972-984.

- Reicher, H. & Jauk, M. (2012). Programme zur Förderung sozialer Kompetenz im schulischen Setting. In M. Fingerle & M. Grumm (Hrsg.), *Prävention von Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen. Programme auf dem Prüfstand*. München: Ernst Reinhardt.
- Remschmidt, H. & Walter, R. (1990). *Psychische Auffälligkeiten bei Schulkindern*. Göttingen: Hogrefe.
- Remschmidt, H. (1992). *Psychiatrie der Adoleszenz*. Stuttgart: Thieme.
- Remschmidt, H., Schmidt, M. H. & Poustka, F. (2017). *Multiaxiales Klassifikationsschema für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters nach ICD-10*. Mit einem synoptischen Vergleich von ICD-10 und DSM-5. Bern: Hogrefe.
- Resch, F. (1996). *Entwicklungspsychopathologie des Kindes- und Jugendalters*. Weinheim: PVU.
- Riffert, F. (2000). Sozialtraining in der Schule. *Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin*, 21, 51-64.
- Roos, S. & Petermann, U. (2005). Zur Wirksamkeit des "Trainings mit Jugendlichen" im schulischen Kontext. *Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie*, 53, 262-289.
- Rosenberg, M. (1965). Rosenberg Self-Esteem Scale. Society and the Adolescent Self-image. Princeton. University Press, Princeton, NJ.
- Rosenthal, R. & Fode, K. L. (1963). The Effect of Experimenter Bias on the Performance of the Albino Rat. *Behavioral Science*, 8(3), 183-189.
- Rotthaus, W. (2015). *Ängste von Kindern und Jugendlichen*. Heidelberg: Carl-Auer.
- Sartory, G. (2004). Biologische Grundlagen der Angststörungen. In S. Schneider (Hrsg.), *Angststörungen bei Kindern und Jugendlichen. Grundlagen und Behandlung*. Berlin: Springer.
- Sburlati, E., Lyneham, H., Schniering, C. & Rapee, R. (2014). *Evidence-Based CBT for Anxiety and Depression in Children and Adolescents. A Competencies Based Approach*. Oxford: Wiley Blackwell.
- Schauder, T. (2011). *Aussagen-Liste zum Selbstwertgefühl für Kinder und Jugendliche (ALS)* (3., vollständ. überarb. Aufl.). Göttingen: Hogrefe.

- Schell, A. (2011). *Die Förderung emotionaler und sozialer Kompetenzen bei Kindern im Vorschulalter. "Lubo aus dem All!" Entwicklung, Implementierung und Evaluation eines Trainingsprogramms zur Prävention von Gefühls- und Verhaltensstörungen*. Bad Heilbrunn: Klinkhardt.
- Schendel, K. (2019). *Angstbewältigung lernen. Wie bewerten teilnehmende Kinder Super Skills for Life?* (unveröffentlichte Bachelorarbeit). Leuphana Universität Lüneburg.
- Schiele, M. A. & Domschke, K. (2018). Epigenetics at the crossroads between genes, environment and resilience in anxiety disorders. *Genes Brain Behaviour*, 17(3), 1-15.
- Schiele, M. A., Ziegler, C., Kollert, L., Katzorke, A., Schartner, C., Busch, Y., Gromer, D., Reif, A., Pauli, P., Deckert, J., Herrmann, M. J. & Domschke, K. (2018). Plasticity of Functional MAOA Gene Methylation in Acrophobia. *International Journal of Neuropsychopharmacology*, 21(9), 822-827.
- Schneider, Silvia (2004). Entwicklungspsychopathologische Grundlagen. In S. Schneider (Hrsg.), *Angststörungen bei Kindern und Jugendlichen. Grundlagen und Behandlung*. Berlin: Springer.
- Schreier, S. S. & Heinrichs, N. (2010). Parental fear of negative child evaluation in child social anxiety. *Behaviour Research and Therapy*, 48(12), 1186-1193.
- Schulte-Körne, G. (2016). Psychische Störungen bei Kindern und Jugendlichen im schulischen Umfeld. *Deutsches Arbeitsblatt*, 113(11), 183-190.
- Schumacher, M. & Schulgen-Kristiansen, G. (2013). *Methodik klinischer Studien. Methodische Grundlagen der Planung, Durchführung und Auswertung*. Berlin: Springer.
- Schwenck, C. (2012). Externalisierende und internalisierende Verhaltensstörungen im Kindes- und Jugendalter. In W. Schneider & U. Lindenberger (Hrsg.), *Entwicklungspsychologie*. Weinheim: Beltz.
- Seligman, M. E. P. (1971). Phobias and preparedness. *Behavior therapy*, 2, 307-320.
- Silverman, W. K., Fleisig, W., Rabian, B. & Peterson, R. A. (1991). Childhood Anxiety Sensitivity Index. *Journal of Clinical Child Psychology*, 20(2), 162-168.
- Sklad, M., Diekstra, R., Ritter, M. d. & Ben, J. (2012). Effectiveness of school based universal social, emotional and behavioral programs: do they enhance students' development in the area of skill, behavior and adjustment? *Psychology in the Schools*, 49(9), 892-909.

- Skryabina, E., Taylor, G. & Stallard, P. (2016a). Effect of an universal anxiety prevention programme (FRIENDS) on children`s academic performance: results from a randomised controlled trial. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 57(11), 1297-1307.
- Skryabina, E., Morris, J., Byrne, D., Harkin, N., Rook, S. & Stallard, P. (2016b). Child, Teacher and Parent Perceptions of the FRIENDS Classroom-Based Universal Anxiety Prevention Programme: A Qualitative Study. *School Mental Health*, 8, 486-498.
- Snyder, J., Bullard, L., Wagener, A., Leong, P. K. & Jenkins, M. (2009). Childhood anxiety and depressive symptoms: Trajectories, relationship and association with subsequent depression. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 38, 837-849.
- Sodian, B. (2012). Denken. In W. Schneider & U. Lindenberger (Hrsg.), *Entwicklungspsychologie*. Weinheim: Beltz.
- Sonnenmoser, M. (2016). Frühe Pubertät. Psychologisches Rüstzeug nötig. *Deutsches Ärzteblatt*, 9, 403.
- Spangler, G. & Zimmermann, P. (2019). *Die Bindungstheorie. Grundlagen, Forschung und Anwendung*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Spence, S. H. (1998). A measure of anxiety symptoms among children. *Behaviour Research and Therapy*, 36, 545-566.
- Spence, S. H., Sheffield, J. K., & Donovan, C. L. (2005). Long-Term Outcome of a School-Based, Universal Approach to Prevention of Depression in Adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(1), 160–167.
- Stallard, P., Simpson, N., Anderson, S., Hibbert, S. & Osborn, C. (2007). The FRIENDS Emotional Health Programme: Initial findings from a school-based project. *Child and Adolescent Mental Health*, 12, 32-37.
- Stallard, P., Skryabina, E., Taylor, G., Phillips, R., Daniels, H., Anderson, R. & Simpson, N. (2014). Classroom-based cognitive behaviour therapy (FRIENDS): a cluster randomised controlled trial to Prevent Anxiety in Children through Education in Schools (PACES). *Lancet Psychiatry*, 1, 185-192.
- Stallard, P. (2013). School-based interventions for depression and anxiety in children and adolescents. *Evid Based Mental Health*, 16(3), 60-61.
- Stallard, P. (2015). *Kognitive Verhaltenstherapie mit Kindern und Jugendlichen. Ein Arbeitsbuch*. Paderborn: Junfermann-Verlag.

- Starrenburg, M. L. A. v., Kuijpers, R. C. M. W., Kleinjan, M., Hutschemaekers, G. J. M. & Engels, R. C. M. E. (2017). Effectiveness of a Cognitive Behavioral Therapy – Based Indicated Prevention Program for Children with Elevated Anxiety Levels: a Randomized Controlled Trial. *Prevention Science, 18*, 31-39.
- Steinhausen, H.-C., Winkler Metzke, C., Meier, M. & Kannenberg, R. (1998). Prevalence of child and adolescent psychiatric disorders: the Zürich Epidemiological Study. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 98*(4), 261-271.
- Steinhausen, H.-C. (2002). *Psychische Störungen bei Kindern und Jugendlichen. Lehrbuch der Kinder- und Jugendpsychiatrie*. München: Urban & Fischer Verlag.
- Stedte, S., Kirschbaum, C., Gao, W., Alexander, N., Schönfeld, S., Hoyer, J. & Stalder, T. (2013). Hair cortisol as a biomarker of traumatization in healthy individuals and posttraumatic stress disorder patients. *Biological Psychiatry, 74*(9), 639-646.
- Stedte-Schmiedgen, S., Stalder, T., Schönfeld, S., Wittchen, H.-U., Trautmann, S., Alexander, N., Miller, R. & Kirschbaum, C. (2015). Hair cortisol concentrations and cortisol stress reactivity predict PTSD symptom increase after trauma exposure during military deployment. *Psychoneuroendocrinology, 59*, 123-133.
- Stice, E., Shaw, H., Bohon, C., Marti, C. N. & Rohde, P. (2009). A meta-analytic review of depression prevention programs for children and adolescents: Factors that predict magnitude of intervention effects. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 77*(3), 486-503.
- Stockings, E. A., Degenhardt, L., Dobbins, T., Lee, Y. Y., Erskine, H. E., Whiteford, H. a. & Patton, G. (2016). Preventing depression and anxiety in young people: a review of the joint efficacy of universal, selective and indicated prevention. *Psychological Medicine, 46*, 11-26.
- Strawn, J. R. & Dobson, E. T. (2017). Individuation for a DSM-5 disorder. Adult separation anxiety. *Depression and Anxiety, 34*(12), 1082-1084.
- Suhr-Dachs, L. & Petermann, U. (2013). Trennungsangst. In F. Petermann (Hrsg.), *Lehrbuch der Klinischen Kinderpsychologie*. Göttingen: Hogrefe.
- Teubert, D. & Pinquart, M. (2011). A meta-analytic review on the prevention of symptoms of anxiety in children and adolescents. *Journal of Anxiety Disorders, 25*, 1046-1059.
- Thapar, A. & McGuffin, P. (1997). Anxiety and depressive symptoms in childhood – a genetic study of comorbidity. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 38*(6), 651-656.

- Tomb, M. & Hunter, L. (2004). Prevention of anxiety in children and adolescents in a school setting: The role of school-based practitioners. *Children & Schools*, 26, 87-101.
- Tottenham, N., Tanaka, J. W., Leon, A. C., McCarry, T., Nurse, M., Hare, T. A., Marcus, D. J., Westerlund, A., Casey, B. J. & Nelson, C. (2009). The NimStim set of facial expressions: Judgments from untrained research participants. *Psychiatry Research*, 168(3), 242-249.
- Tuschen-Caffier, B., Köhl, S. & Bender, C. (2009). *Soziale Ängste und soziale Angststörung im Kindes- und Jugendalter. Ein Therapiemanual*. Göttingen: Hogrefe.
- Tuschen-Caffier, B., Krämer, M., Seefeld, W. & Heinrichs, N. (2010). *Evaluation of a cognitive-behavioral group treatment for childhood social anxiety disorder in a randomized clinical sample*. Presentation at the 6th World Congress of Behavioral and Cognitive Therapies. Boston.
- University of Miami. *Familias Unidas*. Verfügbar unter: www.familias-unidas.info
- Urao, Y., Yoshida, M., Koshihara, T., Sato, Y., Ishikawa, S.-i. & Shimizu, E. (2018). Effectiveness of a cognitive behavioural therapy-based anxiety prevention programme at an elementary school in Japan: a quasi-experimental study. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 12, 1-10.
- Verduin, T. L. & Kendall, P. C. (2003). Differential occurrence of comorbidity within childhood anxiety disorders. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 32, 290-295.
- Villabø, M., Narayanan, M., Compton, S., Kendall, P. C. & Neumer, S. (2018). Cognitive-behavioral therapy for youth anxiety: An effectiveness evaluation in community practice. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 86(9), 751 – 764.
- Vloet, T. D. & Romanos, M. (2021). Angststörungen – von der ICD-10 zur ICD-11. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 49(6), 429-435.
- Voderholzer, U. & Hohagen, F. (2018). *Therapie psychischer Erkrankungen*. State of the Art. München: Elsevier.
- Wadepohl, H., Koglin, U., Vonderlin, E. & Petermann, F. (2011). Förderung sozial-emotionaler Kompetenz im Kindergarten. Evaluation eines präventiven Verhaltenstrainings. *Kindheit und Entwicklung*, 20, 219-228.
- Walitza, S. (2014). DSM-5 Kommentar: Zwangsstörungen im DSM-5. Was ist neu? *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 42, 121-127.

- Walitza, S. & Melfsen, S. (2016). Angststörungen im Kindes- und Jugendalter. Abgrenzung zwischen beeinträchtigender Störung und Schüchternheit. *Monatszeitschrift Kinderheilkunde*, 164, 278-287.
- Wells, G. B. (2019). CBT. Cognitive Behavioral Therapy. Retrain Your Brain to Overcome Depression, Anxiety, and Panic Attacks with CBT. Independently published.
- Werner-Seidler, A., Perry, Y., Calear, A. L., Newby, J. M. & Christensen, H. (2017). School-based depression and anxiety prevention programs for young people: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 51, 30-47.
- Wiedebusch, S. & Petermann, F. (2011). Förderung sozial-emotionaler Kompetenz in der frühen Kindheit. *Kindheit und Entwicklung*, 20, 209-218.
- Wiegand-Grefe, S. & Petermann, F. (2016). Kinder psychisch erkrankter Eltern. *Kindheit und Entwicklung*, 25, 63-67.
- Wiemer, J. & Pauli, P. (2016). Fear-relevant illusory correlations might develop and persist in anxiety disorders: A review of the literature. *Journal of Anxiety Disorders*, 42, 113-128.
- Williford, A., Boulton, A., Noland, B., Little, T. D., Kärnä, A. & Salmivalli (2012). Effects of the KiVa Anti-bullying Program on Adolescent's Depression, Anxiety, and Perception of Peers. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 40, 289-300.
- Winnicott, D. W. (2008). *Von der Kinderheilkunde zur Psychoanalyse*. Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Winnicott, D. W. (2020). *Reifungsprozesse und fördernde Umwelt*. Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Wittchen, H. U., Beesdo, K., Bittner, A. & Goodwin, R. D. (2003). Depressive episodes - Evidence for a causal role of primary anxiety disorders? *European Psychiatry*, 18, 384-393.
- Wittchen, H. U. & Hoyer, J. (2011). Was ist Klinische Psychologie? Definitionen, Konzepte und Modelle. In H. U. Wittchen & J. Hoyer (Hrsg.), *Klinische Psychologie und Psychotherapie*. Berlin: Springer.
- Woodward, L. J. & Fergusson, D. M. (2001). Life course outcomes of young people with anxiety disorders in adolescence. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40, 1086-1093.
- World Health Organization (Weltgesundheitsorganisation, WHO). Verfügbar unter: http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease

- World Health Organization (WHO) (2004). Prevention of mental disorders: Effective interventions and policy options: A summery report. A report of the World Health Organization. Department of Mental Health and Substance Abuse; in collaboration with the Prevention Research Centre of the Universities of Nijmegen and Maastricht. WHO Library Cataloguing-in-Publication Data.
- Wright, K. M., Roberts, R. & Proeve, M. J. (2019). Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Children (MBCT-C) for Prevention of Internalizing Difficulties: a small randomized Controlled Trial with Australian Primary School Children. *Mindfulness*, 10(11), 2277-2293.
- Ziegler, C., Richter, J., Mahr, M., Gajewska, A., Schiele, M. A., Gehrman, A., Schmidt, B., Lesch, K.-P., Lang, T., Helbig-Lang, S., Pauli, P., Kircher, T., Reif, A., Rief, W., Vossbeck-Elsebusch, A. N., Arolt, V., Wittchen, H.-U., Hamm, A. O., Deckert, J. & Domschke, K. (2016). MAOA gene hypomethylation in panic disorder-reversibility of an epigenetic risk pattern by psychotherapy. *Translational Psychiatry*, 6, 1-8.
- Zimmermann, P. P., Wittchen, H. U., Höfler, M. M., Pfister, H. H., Kessler, R. C. & Lieb, R. (2003). Primary anxiety disorders and the development of subsequent alcohol use disorders: A 4-year community study of adolescents and young adults. *Psychological Medicine: A Journal of Research in Psychiatry and the Allied Sciences*, 33, 1211-1222.

9 Tabellen- und Abbildungsverzeichnis

9.1 Tabellen

Tabelle 1: <i>Klassifikation Entwicklungsstadien und Ängste bei Kindern und Jugendlichen (Essau, 2014; Esser, 2008; Schneider, 2004)</i>	17
Tabelle 2: <i>Kognitive Entwicklung nach Jean Piaget & die Angst bei Kindern und Jugendlichen (modifiziert nach Essau, 2014 und Sodian, 2012)</i>	19
Tabelle 3: <i>Kodierung des Symptoms „Angst“ in der ICD-11 (ebd., 430)</i>	31
Tabelle 4: <i>Vergleichende Darstellung der Angststörungen nach ICD-10 und ICD-11 (Vloet & Romanos, 2021)</i>	32
Tabelle 5: <i>Beispiel Prüfungs- und Leistungsangst nach Prinzip der Klassischen Konditionierung</i>	45
Tabelle 6: <i>Übersichtstabelle Metaanalysen Angst und Depression bei Kindern und Jugendlichen</i>	73
Tabelle 7: <i>»Super Skills for Life«, Ergebnisse in den Fragebögen, Outcome-Messung im Studienverlauf (Essau et al., 2014, 264)</i>	122
Tabelle 8: <i>»Super Skills for Life«, Ergebnisse in der Verhaltensbeobachtung (Essau et al., 2014, 265)</i>	122
Tabelle 9: <i>Übersichtstabelle Evaluationsstudien »Super Skills for Life«-Programm (Essau & Ollendick, 2013)</i>	156
Tabelle 10: <i>Beschreibung der beiden Skalen SDQ Hyperaktivität und SDQ Verhaltensprobleme Lehrkräfte, Prä-Zeitpunkt; M = Mittelwert, SD = Standardabweichung</i>	169
Tabelle 11: <i>Stichprobenbeschreibung Kinder</i>	171
Tabelle 12: <i>Stichprobenbeschreibung Eltern</i>	175
Tabelle 13: <i>Stichprobenbeschreibung Lehrkräfte</i>	177
Tabelle 14: <i>Kennwerte des SCAS-D</i>	189
Tabelle 15: <i>Kennwerte des ALS</i>	190
Tabelle 16: <i>Kennwerte des CBCL und des CBCL-Gesamtwertes</i>	193
Tabelle 17: <i>Kennwerte des SDQ (Elternstichprobe)</i>	195
Tabelle 18: <i>Kennwerte der TRF- Subskalen und des TRF-Gesamtwertes</i>	198
Tabelle 19: <i>Kennwerte der LSL-Subskalen</i>	199
Tabelle 20: <i>Kennwerte des SDQ (Lehrkräfte)</i>	202
Tabelle 21: <i>Mittelwerte der Kinderstichprobe</i>	210
Tabelle 22: <i>Mittelwerte der Elternstichprobe</i>	216
Tabelle 23: <i>Mittelwerte der Lehrerstichprobe</i>	225

Tabelle 24: <i>Primärer Outcome: Zweifaktorielle Varianzanalyse mit Messwiederholung, ohne Kovariaten</i>	230
Tabelle 25: <i>Skala TRF Angst/Depressivität – Interaktionseffekt Zeitpunkt * Klassenstufe</i>	233
Tabelle 26: <i>Skala TRF Gesamtwert – Interaktionseffekt Zeitpunkt * Klassenstufe</i>	234
Tabelle 27: <i>Skala: Mittelwerte SCAS-D Trennungsangst mit Kovariaten</i>	238
Tabelle 28: <i>Primärer Outcome: Varianzanalyse mit Messwiederholung unter Berücksichtigung von Kovariaten (Klassenstufe, Familienstand, akad. Bildungsgrad der Eltern)</i>	240
Tabelle 29: <i>Primärer Outcome: Reduktion der Angst</i>	243
Tabelle 30: <i>Skala LSL Kooperation</i>	247
Tabelle 31: <i>Skala LSL Angemessene Selbstbehauptung</i>	248
Tabelle 32: <i>Skala LSL Selbstkontrolle</i>	250
Tabelle 33: <i>Sekundärer Outcome: Zweifaktorielle Varianzanalyse mit Messwiederholung, ohne Kovariaten</i>	252
Tabelle 34: <i>Skala Angemessene Selbstbehauptung – Interaktionseffekt Zeitpunkt * Klassenstufe</i>	255
Tabelle 35: <i>Skala Hyperaktivität – Interaktionseffekt Zeitpunkt * Klassenstufe</i>	257
Tabelle 36: <i>Skala TRF soziale Probleme – Interaktionseffekt Zeitpunkt * Klassenstufe</i>	258
Tabelle 37: <i>Skala SDQ Prosoziales Verhalten [Eltern], mit Kovariaten, signifikanter Trend</i>	263
Tabelle 38: <i>Sekundärer Outcome: Varianzanalyse mit Messwiederholung unter Berücksichtigung von Kovariaten (Klassenstufe, Familienstand, akad. Bildungsgrad der Eltern)</i>	265
Tabelle 39: <i>Sekundärer Outcome: Zunahme soziale Kompetenz und Abnahme Verhaltensprobleme</i>	269
Tabelle 40: <i>Post hoc-Analysen (Geschlecht) – Primärer Outcome</i>	281
Tabelle 41: <i>Skala SDQ Verhaltensprobleme mit Gleichaltrigen, Elternstichprobe</i>	285
Tabelle 42: <i>Post hoc-Analysen (Geschlecht) – Sekundärer Outcome</i>	291

9.2 Abbildungen

<i>Abbildung 1.</i> Angststörungen nach ICD-10 im Überblick	23
<i>Abbildung 2.</i> Diathese-Stress-Modell (Wittchen & Hoyer, 2011)	43
<i>Abbildung 3.</i> Zwei-Faktoren-Modell (nach Mowrer).....	47
<i>Abbildung 4.</i> Schema des Modelllernens am Beispiel einer Hundephobie.....	49
<i>Abbildung 5.</i> Integratives Bedingungsmodell der Angst nach Rapee (2001)	51
<i>Abbildung 6.</i> Neurobiologischer Prozess bei einer Angstreaktion (LeDoux, 1995, zit n. Sartory, 2004, 20)	55
<i>Abbildung 7.</i> Darstellung relevanter Hirnregionen bei der Angstreaktion (Sartory, 2004, 22)	56
<i>Abbildung 8.</i> Modell zu Präventions- und Interventionsstrategien und Maßnahmen zur Förderung der psychischen Gesundheit (Klosterkötter & Maier, 2017, 24) 70	
<i>Abbildung 9.</i> Arbeitsblatt »Super Skills for Life«, Session 2: Gefühle erkennen.....	115
<i>Abbildung 10.</i> Arbeitsblatt »Super Skills for Life«, Session 3: Funktionale und dysfunktionale Kognitionen.....	116
<i>Abbildung 11.</i> Arbeitsblatt »Super Skills for Life«, Session 4: Körpersignale.....	117
<i>Abbildung 12.</i> Arbeitsblatt »Super Skills for Life«, Session 5: Entspannungsübungen	118
<i>Abbildung 13.</i> Arbeitsblatt »Super Skills for Life«, Session 6: Gruppengespräche (Rollenspiele mit Videofeedback)	119
<i>Abbildung 14.</i> Arbeitsblatt »Super Skills for Life«, Session 7: Problem-Lösungs-Schritte	120
<i>Abbildung 15.</i> Soziodemografische Charakteristik zur kontrollierte Evaluationsstudie (Fernández-Martínez et al., 2019, 300).....	126
<i>Abbildung 16.</i> Prä- und Post-Test kontrollierte Evaluationsstudie »Super Skills for Life«, Mittelwerte M (SD) (Fernández-Martínez et al., 2019, 302).....	127
<i>Abbildung 17.</i> Interventionseffekte Post-Test »Super Skills for Life«-Programm (Fernández-Martínez et al., 2019, 302).....	128
<i>Abbildung 18.</i> Post-hoc-Analysen overall conversational flow [»2-minute speech task «] (Essau et al., 2019, 363).....	135
<i>Abbildung 19.</i> Post-hoc-Analysen Verhaltensprobleme, SDQ, Selbsteinschätzung (Essau et al., 2019, 363)	135
<i>Abbildung 20.</i> Post-hoc-Analysen <i>emotionale Symptome</i> , <i>SDQ</i> , Lehrereinschätzung (Essau et al., 2019, 363)	136
<i>Abbildung 21.</i> Studienablauf und -design	161
<i>Abbildung 22.</i> Beispiel Interaktionseffekt Skala <i>SDQ Emotionale Probleme</i> (Gruppe * Zeit)	162
<i>Abbildung 23.</i> Kovariante Familienstand, differenziert	178
<i>Abbildung 24.</i> Familienstand verheiratet (n = 121) vs. nicht verheiratet (n = 37), N = 158, n = 6 Missing Data.....	178

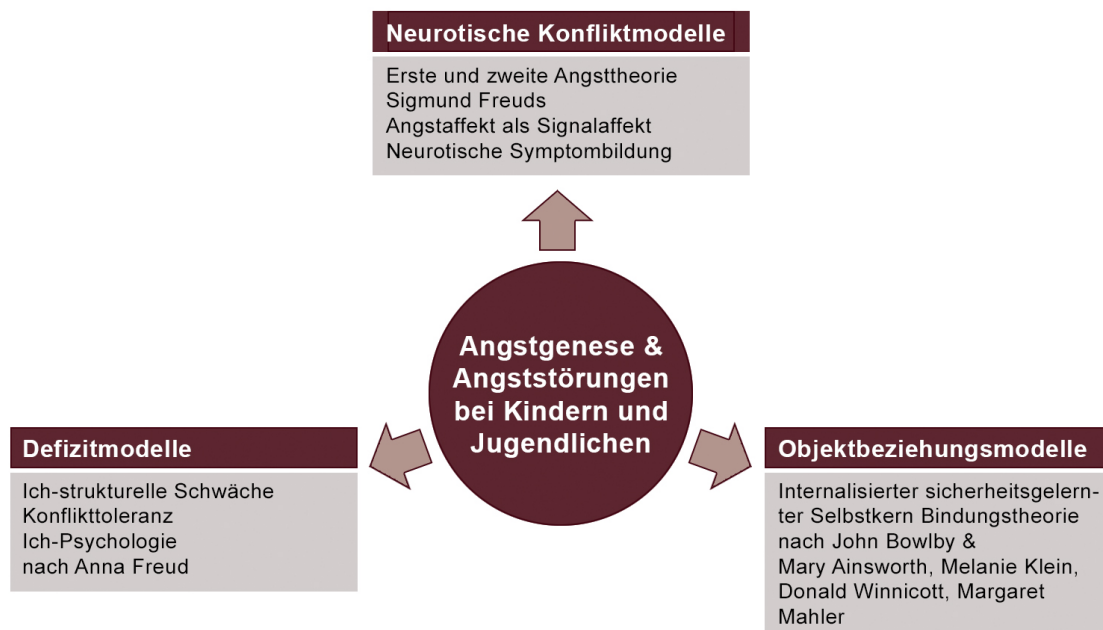
<i>Abbildung 25.</i> Kovariate Akademischer Grad der Eltern (N = 164), differenziert.....	179
<i>Abbildung 26.</i> Akademischer Grad der Eltern: kein Elternteil (n = 90) vs. ein oder beide Elternteile mit einem akademischen Grad (n = 66), N = 156, n = 8 Missing Data.....	179
<i>Abbildung 27.</i> Kovariate Schulklasse (N = 164), %-Angaben abgetragen, differenziert	180
<i>Abbildung 28.</i> Schulklasse: 2./3. Grundschulklasse (n = 44) vs. 4. Grundschulklasse (n = 118), N = 162, n = 2 Missing Data, %-Angaben abgetragen.....	180
<i>Abbildung 29.</i> Zeitleiste des Promotionsprojektes.....	184
<i>Abbildung 30.</i> Übersicht Durchführung des Programms und empirische Datenerhebung (IG = Interventionsgruppe, Ø = Durchschnitt).....	186
<i>Abbildung 31.</i> Skala TRF Angst/Depressivität Interaktionseffekt Zeitpunkt * Klassenstufe.....	233
<i>Abbildung 32.</i> Skala TRF Gesamtwert Interaktionseffekt Zeitpunkt * Klassenstufe.....	234
<i>Abbildung 33.</i> Skala SCAS-D Trennungsangst, Interaktionseffekt Zeitpunkt * Gruppe (mit Kovariaten: Familienstand, Klassenstufe und akademischer Bildungsgrad der Eltern).....	238
<i>Abbildung 34.</i> Box Plot 1: Interaktionseffekt Zeitpunkt * Gruppe, Skala LSL Kooperation.....	246
<i>Abbildung 35.</i> Box Plot 2: Interaktionseffekt Zeitpunkt * Gruppe, Skala LSL Angemessene Selbstbehauptung.....	246
<i>Abbildung 36.</i> Skala LSL Kooperation.....	247
<i>Abbildung 37.</i> Skala LSL Angemessene Selbstbehauptung.....	249
<i>Abbildung 38.</i> Skala LSL Selbstkontrolle.....	250
<i>Abbildung 39.</i> Skala Angemessene Selbstbehauptung – Interaktionseffekt Zeitpunkt * Klassenstufe.....	256
<i>Abbildung 40.</i> Skala Hyperaktivität – Interaktionseffekt Zeitpunkt * Klassenstufe.....	257
<i>Abbildung 41.</i> Skala TRF soziale Probleme – Interaktionseffekt Zeitpunkt * Klassenstufe.....	258
<i>Abbildung 42.</i> Skala SDQ Prosoziales Verhalten [Eltern], signifikanter Trend auf dem 10%-Niveau, Interaktion Messzeitpunkt * Gruppe (mit Kovariaten); IG: Interventionsgruppe, KG: Kontrollgruppe.....	263
<i>Abbildung 43.</i> Skala SDQ Verhaltensprobleme mit Gleichaltrigen, Elternstichprobe.....	285
<i>Abbildung 44.</i> Post hoc-Test Skala LSL Kooperation Interventionsgruppe.....	287
<i>Abbildung 45.</i> Post hoc-Test Skala LSL Kooperation Kontrollgruppe.....	287
<i>Abbildung 46.</i> Integratives Angstpräventionskonzept für Kinder nach dem Modell „Super Skills for Life“.....	320

10 Anhänge

Anhang A:

10.1 Exkurs: Psychodynamische Modelle

Aus psychodynamischer Sicht werden im Hinblick auf die Angstgenese und die Entwicklung von Angststörungen bei Kindern und Jugendlichen in diesem Exkurs zwischen drei Angstmodellen unterschieden: die neurotischen *Konfliktmodelle*, die *Defizitmodelle* und die *Objektbeziehungsmodelle*. Das nachfolgende Schaubild (*Exkurs Abbildung 1*) verdeutlicht strukturell die psychodynamische Modelllandschaft, die im weiteren Verlauf ausführlich erläutert wird. Die darin aufgeführten und erläuterten Ansätze repräsentieren eine Selektion und stellen hier nicht den wissenschaftlichen Anspruch auf Vollständigkeit dar:

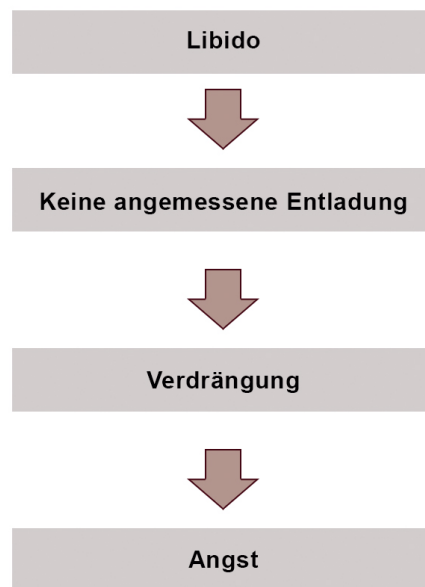


Exkurs Abbildung 1. Psychodynamische Angstmodelle

10.1.1 Neurotische Konfliktmodelle

Sigmund Freud (Begründer der klassischen Psychoanalyse, 1856-1939) entwickelte im Rahmen seiner psychoanalytischen Forschung zwei ätiologische Angstmodelle. In seiner ersten Angsttheorie beschrieb er die Angstgenese als einen somatisch-biologistischen Prozess (Freud, 1895). Angst entstehe durch eine unzureichende libidinöse Entladung. Physiologische Erregungsprozesse, die keine adäquate Abfuhr erfahren (z. B. bei sexueller Enthaltbarkeit und Abstinenz) werden durch Verdrängungsprozesse im Psychischen in Angst umgewandelt. Angst kann also in diesem Sinne als das Produkt der Verdrängung eines betroffenen Menschen aufgefasst werden. Freud sah in diesem Vorgang die Grundlage für die Entstehung von »Angstneurosen«. Meyer (2019, 18) fasst diesen Prozess wie folgt zusammen:

Erst wird ein libidinöses Begehren entwickelt, welches das Ziel hat, befriedigt zu werden. Die Befriedigung dieses Triebbegehrens wird aber verwehrt (aus äußeren Gründen und/oder aus inneren Ansprüchen der Gewissensinstanz). Da der Trieb sein Bestreben durch solche inneren oder äußeren Gründe jedoch nicht aufgibt, kommt es zur Verdrängung desselben. Die Absicht des Triebes, welche sich in einer psychischen (vor-)bewussten Vorstellungsrepräsentanz des Befriedigungszieles abbildet, wird durch die Verdrängung dem Bewusstsein entzogen und bleibt unbewusst, solange sich die Verdrängung als resistent genug gegen das zu Verdrängende erweist, während der Affekt eine andere Umsetzung erfährt. Dieser Affekt der verdrängten, libidinösen Triebregung verwandelt sich nun in einem zweiten Schritt in Angst. Diese Angst nun ist es, die in das Bewusstsein dringt und die aufgrund ihrer Herkunft aus dem Verdrängten dem Betroffenen so unerklärlich erscheint. Somit geht der Entstehung der (neurotischen) Angst immer eine Verdrängung voraus: Die Angst ist das Produkt der Verdrängung. (siehe hierzu *Exkurs Abbildung 2*)



Exkurs Abbildung 2. Freuds erste Angsttheorie (Triebtheorie)

In Freuds Publikation »*Hemmung, Symptom und Angst*« (1926) präsentierte Freud seine zweite psychologische Angsttheorie. Innerhalb dieses Modells beschrieb er Angst als Ausdruck eines intrapsychischen Konfliktes, z. B. als Reaktion auf ein Trauma oder eine Gefahr. Im Grunde genommen ging es bei diesem Angstmodell um eine psychisch-subjektive Attribution einer angstantizipierten Situation. Es beschreibt Angstformen in allgemein-psychologischer als auch in entwicklungspsychologischer Hinsicht und integrierte ein multifaktorielles Geschehen als Ausgangspunkt für die Angstgenese (Meyer, 2019). Auf der Grundlage des von Freud entwickelten Strukturmodells des psychischen Apparates mit den dazugehörigen Instanzen des Ichs, des Es und des Über-Ichs, das von Freud als »zweites topisches Modell«⁵⁴ bezeichnet wurde, wurde das Ich als eigentlicher Ort der Angst ausgemacht, sodass Angst als psychische Reaktion des Ichs auf eine Gefahr aufgefasst wurde:

⁵⁴ Auf weiterführende Überlegungen und Erläuterungen zum Strukturmodell Sigmund Freuds wird an dieser Stelle verzichtet und auf die Erläuterungen der einschlägigen Einführungsliteratur hingewiesen: exemplarisch auf Mertens, 2014 oder List, 2014.

Diese Gefahr kann sowohl von außen als auch von innen an das Ich herantreten. Sieht sich das Ich nicht in der Lage, sich dieser Gefahr adäquat stellen zu können und sie zu bewältigen, kann es verschiedene Formen der Abwehr mobilisieren, worunter im einfachsten Falle die Verdrängung gehört. Die Entwicklung von Angst durch das Vorliegen einer antizipierten Gefahr löst somit eine Verdrängung aus, die sich nicht nur auf die wahrgenommene Gefahr beziehen muss, sondern auch auf den Affekt der Angst. [...] die Angst ruft erst die Verdrängung hervor. Die Kausalität zwischen Angst und Verdrängung hat sich also grundlegend umgekehrt. Die Angst ist somit ein Affektzustand, der immer dann evoziert wird, wenn das Ich eine Gefahr verspürt, die als bedrohlich erlebt wird. (Meyer, 2019, 20f.)

Die nun ausgehende Grundannahme, die Angst sei stets eine Reaktion auf eine Gefahr führte infolgedessen zu der Bezeichnung »Signalangsttheorie«, da das Ich die Angst durch die Antizipation innerer und äußerer Gefahren als Signal produziere, um sich selbst vor den Anforderungen der anderen jeweiligen Instanzen zu schützen (Kruska, 2020). Dabei gilt es, die Signalangst von anderen Angstformen wie beispielsweise von der traumatischen Angst, der neurotischen Angst, der Realangst, der Es-(Trieb-)Angst oder der Über-Ich-Angst (Gewissensangst) im psychodynamischen Sinne zu unterscheiden und zu differenzieren. Die *Signalangst* dient dem Schutz des Ichs, es soll im Falle einer als Gefahr interpretierten Situation das Ich schützen, in dem es in einen Zustand erhöhter Alarmbereitschaft versetzt, *„um notwendige Ressourcen zu aktivieren, die für eine zweckmäßige Abwehrstrategie vonnöten sind: Flucht oder motorische Abwehr bei einer äußeren Gefahr, Verdrängung oder ein anderer Abwehrmechanismus bei einer inneren Gefahr. Die Fähigkeit zur Ausbildung von Signalangst ist für das Ich lebensnotwendig. Bei einer psychischen Erkrankung kann diese Funktion versagen, so dass sie entweder gar nicht auftritt, oder aber, dass sie selbst bei geringsten Anlässen permanent aktiviert wird, so dass das Ich eine ständige Angst empfindet, die sich an keine konkrete Situation mehr binden lässt“* (Meyer, 2019, 22). An dieser Stelle ist der psychopathologische Kontext deutlich auszumachen, die Signalangst kann im Falle einer Über- oder Unteraktivierung das Ich nicht ausreichend schützen, es kommt zu einer Entwicklung einer Angststörung.

Bei der *traumatischen Angst* kann der Schutz des Ichs in jedem Fall nicht sichergestellt werden. Durch innere oder äußere Erregung kommt es zu einer massiven Überflutung des Ichs, sodass der Reizschutz nicht mehr gewährleistet werden kann. Es kommt infolge zu

einer Paralyisierung und damit zu einem Scheitern der Ich-Funktionen. Es ist also davon auszugehen, dass die traumatische Angst das Ergebnis eines zuvor erlebten psychischen Traumas ist und sich im Kontext der Signalangst aus der traumatischen Angst die Signalangst herausbildet (ebd.).

Hingegen ist die *neurotische Angst* im psychodynamischen Sinne eine Angstform, die dem Ich nicht bewusst ist. Sie geht im Sinne Freuds auf Triebregungen des Es zurück und wird aktiviert, wenn spezifische Verhaltensweisen und Kognitionen des Ich vom Über-Ich im Zusammenhang mit moralischer Bewertung angezweifelt werden (Freud, 1926).

Bei der *Realangst* handelt es sich um eine Angstform, die dem Ich durchaus bewusst ist und eine Reaktion des Bewusstseins auf eine tatsächliche, reale Gefahr darstellt, sie ist somit keine Reaktion auf verdrängte Angst, sondern impliziert immer einen realistischen, gegenwartsbezogenen Kontext. Meyer (2019, 24) erweitert diese Ausführungen um den Aspekt der Entwicklung des Ichs in Abhängigkeit zum Reifegrad:

Je reifer und konfliktfreier das Ich ist, desto realistischer kann es Formen der Realangst entwickeln und darauf entsprechend reagieren.

Im Vergleich der Realangst zur neurotischen Angst bildet die Unterscheidung zwischen beiden psychodynamischen Angstformen das Bewusstsein einer Gefahr (ebd., 22).

In der *Es-(Trieb-)Angst* geht es im Sinne Freuds um eine internalisierte Angst des Ichs vor unbewussten Triebimpulsen des Es. Das Ich fürchtet sich sozusagen davor, von Es-Impulsen geradezu überschwemmt zu werden, wenn diese auf anderem Wege nicht adäquat abgeführt werden können. Dadurch fürchtet das Ich wieder in der Selbstorganisation zu einem Anteil des Es zu werden. Anders formuliert: In der Es-(Trieb-)Angst geht es also insbesondere um eine Angst vor der Libido, allerdings nicht im destruktiven Sinne (ebd., 23). An dieser Stelle zeigt sich im Modell der Es-Angst eine inhaltliche Nähe zur ersten Angsttheorie Freuds (Freud, 1895).

In der *Über-Ich-Angst* (Gewissensangst) als letzte hier zu beschreibende Angstform ist nach Freud eine Ambivalenz bezeichnet und charakterisiert. Das Ich fürchtet sich hier, von der internalisierten Gewissens- und Moralinanz »bestraft« zu werden, wenn das Ich ein Verhalten aufweist oder dies intendiert, von dem das Ich annimmt, dass das Über-Ich dies nicht toleriert bzw. nicht tolerieren wird (Meyer, 2019, 24).

Zusammenfassend für den Abschnitt der Konfliktmodelle lässt sich konstatieren, dass spezifische Emotionen, Kognitionen und Erinnerungen eines Kindes oder Jugendlichen bei vorliegender Inkongruenz ins Unbewusste verschoben werden können. Dort können sie dann weiterwirken und können zusätzlich zu unerwünschten Gedanken, Gefühlen und Verhaltensweisen – auch zu Ängsten bzw. Angstsymptomen bei den betroffenen Menschen – führen. Bei einer daraus entstandenen Angstproblematik, also bei einer missglückten Verdrängung kommt es zur Symptombildung, ein bestimmter unbewusster Konflikt wird dann in der Form einer spezifischen Angst symbolisiert und ausgedrückt. Beispiele hierfür können Ängste vor der Dunkelheit oder Ängste vor dem Einschlafen sein, die auf der Konfliktebene als Verlust- und Trennungsangst interpretiert werden können (Hetterich, 2019). Mit dieser Beschreibung eines allgemeinen psychodynamischen Konfliktmodells drückt sich eine inhaltliche Nähe zur zweiten Angsttheorie Freuds aus (Freud, 1926).

10.1.2 Defizitmodelle

Bei den psychodynamischen Defizitmodellen werden Angststörungen im Sinne einer klinischen Angstgenese mit einer ich-strukturellen Schwäche und einer niedrigen Konflikttoleranz bei den betroffenen Kindern und Jugendlichen assoziiert. Dies kann beispielsweise durch psychotraumatologische Belastungen hervorgerufen werden, sodass bei einem geringen Belastungsgrad Angstsymptome ausgelöst werden können (Bassler, 2002, zit. n. Hopf, 2014). Beispiele hierfür finden sich im juvenilen Entwicklungsalter bei den beginnenden Persönlichkeitsstörungen wie z. B. bei den »Emotional instabilen Persönlichkeitsstörungen«, den »Ängstlich-vermeidenden Persönlichkeitsstörungen« oder den »Narzisstischen Persönlichkeitsstörungen«. Hoffmann und Hochapfel (2009) bezeichnen im Kontext dieser pathogenetischen Ausführungen diese Störungsgruppe als »Strukturelle Ich-Störungen« und beschreiben Angststörungen infolge ihres vorausgeschalteten Defizits als ein emotionales und kognitives »Mangelsyndrom«. Das Angstsymptom kann aber auch vor dem Hintergrund dieses Defizitmodells nach Hoffmann und Hochapfel (ebd.), dem im Übrigen auch Alexithymie-Konzepte zuzuordnen sind, in gewisser Weise im Sinne einer prothetischen Aufgabe zum Schutz vor erheblich schlimmeren affektiven und kognitiven Zuständen des Individuums aufgefasst und interpretiert werden, sozusagen in Form eines inneren Kompensationsversuches (siehe hierzu *Exkurs Abbildung 3*).



Exkurs Abbildung 3. Defizitmodell (orientiert nach Hoffmann und Hochapfel, 2009)

Anna Freud (österreichisch-britische Psychoanalytikerin, 1895-1982), das jüngste Kind Sigmund Freuds, beschrieb im Rahmen ihrer *Ich-Psychologie*, einer psychoanalytischen Theorienrichtung und in inhaltlicher Abgrenzung zu Sigmund Freud, missglückte Entwicklungs- und Reifungsprozesse bei Kindern und Jugendlichen, die zu Ich-Störungen führen können, teilweise auch zu einem Verlust der Ich-Funktionen (Kruska, 2020). Infolge einer zu gering ausgebildeten Ich-Struktur kann es aufgrund des ich-strukturellen Mangels zu einer Angstpathogenese kommen, die sich dann in Form von klinisch relevanten Angststörungen manifestieren kann. Als protektive Reaktion beschrieb Anna Freud auf der Grundlage des jeweiligen Entwicklungsstandes unterschiedliche Abwehrmechanismen zum Schutze des Ich vor der Angst, hierzu zählen bspw. Abwehrprozesse wie Verdrängung, Regression, Reaktionsbildung, Isolierung, Ungeschehenmachen, Projektion, Introjektion, Wendung gegen die eigene Person, Verkehrung ins Gegenteil und Sublimierung. Je nach Reifegrad der psychischen Struktur werden bei einer gering ausgebildeten Strukturierung »unreife« Abwehrmechanismen wie bspw. die Projektion, Spaltung und projektive Identifikation, bei einer höher ausgebildeten Strukturierung »reife« Abwehrmechanismen wie zum Beispiel Verdrängung und Sublimierung aktiviert (ebd.).

10.1.3 Objektbeziehungsmodelle

Die Objektbeziehungsmodelle beziehen sich auf die Bedeutung der Internalisierung eines sicherheitsvermittelnden Selbst (Bassler, 2002, zit. n. Hopf, 2014) und betonen als Weiterentwicklung der psychoanalytischen Theorie die zentrale Bedeutung der frühen Mutter-Kind-Beziehung und die kognitive Repräsentanz des Kindes über sich selbst und seine Bezugs- und Bindungspersonen. Angst entsteht dadurch vor dem Hintergrund früher Objektbeziehungen, diese haben entsprechende Auswirkungen auf die Angstgenese, die insbesondere durch die ersten Lebenserfahrungen begründet wird (Kruska, 2020). Melanie Klein (österreichisch-britische Psychoanalytikerin, 1882-1960), auf die ursprünglich die

Objektbeziehungstheorie zurückgeführt wird, beschrieb die Mutter als Vorstellungsobjekt des Ichs eines Kindes, über die frühkindliche Prozesse von Introspektion und Projektion hergestellt und gespeichert werden. Da die Mutter zur infantilen Bedürfnisbefriedigung für das Kind nicht immer vorhanden ist, aktivieren sich angeborene aggressive Affekte wie z. B. Neid, Gier und Hass. In diesen aggressiven Reaktionen des Kindes sah Klein den »Todestrieb« symbolisiert. Auf der Grundlage dieser Überlegungen konstatierte Klein zum Thema Angst und Angstreaktion, dass es im Falle der Existenz eines Todestriebes auch eine »Angst vor Vernichtung« geben müsse (Klein, 2019). Diese Vernichtungsangst muss durch das Kind aufgrund des zu starken subjektiven Bedrohungserlebens abgespalten werden. Dies bildet in der Auffassung Melanie Kleins die angstätiologische Grundlage. Auch Donald Winnicott (englischer Pädiater und Psychoanalytiker, 1896-1971), ebenfalls ein Vertreter der Objektbeziehungstheorie, betonte in seinen Schriften die frühe Mutter-Kind-Beziehung. Seiner Überzeugung nach ist eine förderliche und an den Bedürfnissen des Kindes orientierte mütterliche Umgebung die Grundlage für die produktive psychische Entwicklung des Kindes (Becker, 2014). Winnicott beschrieb dies mit dem Begriff der »primären Mütterlichkeit« (Winnicott, 2008). Diese Entwicklungsphase primärer Mütterlichkeit entwickelt sich bereits in der Schwangerschaft, erreicht während des Wochenbetts postnatal ihren Höhepunkt und nimmt sukzessiv in den darauffolgenden Wochen und Monaten allmählich wieder ab. Eine hingebungsvolle Mutter stellt also in der Phase der primären Mütterlichkeit durch ihre eigene aktive Anpassung an das Kind eine entsprechende psychosoziale Umwelt zur Verfügung, das Kind erlebt sich hier als nicht getrennt von der Mutter. Erst mit zunehmender Zeit und Sozialisation lernt sich das Kind, selbst von der Mutter als getrennt zu erleben und sich als eine eigenständige Person wahrzunehmen. Entsprechend lernt es, sich selbst und seine eigenen Affekte schrittweise zu regulieren (ebd.). Im Rahmen dieses intrapsychischen Regulationsprozesses verwies Winnicott (2008) in der zeitlichen Phase zwischen dem vierten und zwölften Lebensmonat, also innerhalb des ersten Lebensjahres, auf die Beschäftigung des Kindes mit sogenannten »Übergangsobjekten«. Ein Übergangsobjekt kann beispielsweise ein Kuscheltier sein, oder beispielsweise eine Schmusedecke. Entscheidend für die Auswahl eines Übergangsobjektes ist hier die weiche und kuschelige Beschaffenheit des Objektes, da es einerseits den Übergang von der Autoerotik zu dem Beginn einer liebenden Objektbeziehung symbolisiert, andererseits auch eine Grenzziehung zwischen Innen und Außen im Sinne einer Abgrenzung des Kindes darstellt. Zusätzlich repräsentiert das Übergangsobjekt nach Winnicott die frühe

Mutter-Kind-Beziehung und ist Teil eines intermediären Raumes. Unter Zuhilfenahme des Übergangsobjektes wird beim Kind konstant eine kognitive Repräsentation von Objekten und in der Folgezeit von sich selbst gebildet, die es dem Kind prozessual möglich macht, sich von der Mutter als getrennt zu erleben. Im Sinne der Betonung der frühen Mutter-Kind-Beziehung beschrieb Winnicott durch ein fehlendes »Holding«, also durch eine Diskrepanz zwischen den Bedürfnissen eines Kindes und der defizitären Befriedigung dieser, einen Prozess, der zu einer Entwicklung eines »falschen Selbst« kommen kann (Winnicott, 2020). Winnicott sah in diesem fehlenden Holding die Grundlage für eine beim Kind einsetzende Angstentwicklung. Diese früheste Angst beim Kind bezeichnete Winnicott als »archaische Angst« (ebd.). Diese kann als entwicklungspsychologischer Ausgangspunkt für mögliche spätere Angstsymptome beim Kind interpretiert und aufgefasst werden. Margaret Mahler (ungarisch-amerikanische Pädiaterin und Psychoanalytikerin, 1897-1985) betonte in ihren Ausführungen die affektive Objekt Konstanz und die mütterliche Repräsentanz, die eine entsprechende mütterliche Abstinenz möglich macht (Mahler et al., 2008). Vor dem Hintergrund des Übergangsobjektes nach Winnicott (s. o.) entwickelt sich im Sinne Mahlers beim Kind in einem Alter zwischen eineinhalb bis zwei Lebensjahren (Phase der Wiederannäherungskrise) eine infantile emotionale Ambivalenz: einerseits der Wunsch nach Autonomie, andererseits die Angst vor Liebesverlust durch die Bezugs- und Bindungspersonen des Kindes. In diesem Kontext nimmt das Übergangsobjekt eine besondere Bedeutung ein, es hat hier eine angstreduzierende Aufgabe und Zielsetzung (Baumeister-Duru et al., 2018).

Abschließend für den Bereich der Objektbeziehungsmodelle zur Angstätiologie des Kindes- und Jugendalters soll auf die Bindungstheorie nach John Bowlby (britischer Pädiater, Kinderpsychiater und Psychoanalytiker, 1907-1990) eingegangen werden. Die Bindungstheorie als entwicklungspsychologische Konzeption fasst im Wesentlichen das Grundbedürfnis des Kindes nach Bindung zu seinen wichtigsten Bindungspersonen als sichere Basis zusammen (Bowlby, 2006). Auf der Grundlage langjähriger Bindungsforschung entwickelte Bowlby eine Bindungstypologie, bestehend aus vier Bindungstypen: dem *sicher* gebundenen Typus (B-Typ), dem *unsicher-vermeidenden* Typus (A-Typ), dem *unsicher-ambivalenten* Typus (C-Typ) und dem *desorganisierten/desorientierten* Typus (D-Typ). Diese vier Bindungstypen beschreiben und

charakterisieren entsprechend unterschiedliche Bindungsqualitäten bei Kindern.⁵⁵ Ausgehend vom unsicheren Bindungstypus entwickelt das Kind ein internes Arbeitsmodell, in dem eine bestimmte kognitive Erwartungsstruktur an Bindungen und Beziehungen durch das Kind repräsentiert ist. Folglich kann sich daraus einerseits ein soziales Rückzugsverhalten mit einer gering ausgeprägten Selbstgenügsamkeit und Vermeidungsverhalten entwickeln, andererseits aber auch ein ausgeprägtes aufmerksamkeitsuchendes, kontaktbezogenes und -forderndes Verhalten. Beide Verhaltensstrategien führen zu einer Fehlanpassung zwischenmenschlicher Beziehungen und können zusätzlich das interne Arbeitsmodell ungünstig beeinflussen. Das bedeutet auch, dass spezifische soziale Situationen vom Kind als potentiell ängstlich interpretiert und wahrgenommen werden können, dies versetzt das Kind in einen weiteren Zustand innerer Unsicherheit und führt in aller Regel aufgrund mangelnder Möglichkeiten zu einer Beeinträchtigung sozialer Kompetenzen und der individuellen Copingfähigkeiten, was wiederum die innere soziale Unsicherheit des Kindes verstärkt und chronifizieren lässt. Dieser Prozess bildet nun im bindungstheoretischen Sinne durch die ängstliche Prädisposition die Grundlage für die Entstehung und Aufrechterhaltung einer Angststörung bei dem betroffenen Kind (Manassis & Bradley, 1994). Baumeister-Duru et al. (2018) verweisen in diesem Kontext auf die sozial-kommunikative Funktion der Angst im Rahmen der Bindungstheorie. Bei einem drohenden Verlust der Bindungspersonen wird Angst als Affekt mobilisiert. Dieser wiederum aktiviert ein entsprechendes Fürsorge- und Zuwendungsverhalten auf der Seite der Bindungspersonen und führt folglich zu einer sozialen Verhaltensregulation zwischen Kind und seiner Bezugsperson. Im Zusammenhang mit bindungstheoretischen Überlegungen zu den angstätiologischen Modellen ist auf die Mentalisierungstheorie nach Fonagy et al. (2017) als Weiterentwicklung der Bindungstheorie hinzuweisen. *Mentalisieren* bedeutet im Rahmen dieser Theorie die psychische Fähigkeit des Kindes oder Jugendlichen, das Verhalten und die Handlungen anderer Menschen sowie deren Überzeugungen, Emotionen und Kognitionen sowie Werte- und Normvorstellungen durch entsprechende Attributionen mentaler Zustände zu interpretieren und zu verstehen (Kruska, 2020). Es ist in diesem Sinne eine kognitiv-affektive Entwicklungsleistung des Kindes, die sich aus den spiegelnden Bindungs- und

⁵⁵ Auf weiterführende Überlegungen und Erläuterungen zur Darstellung zur Bindungstypologie wird an dieser Stelle aus ökonomischen Gründen verzichtet und beispielsweise auf folgende zusammenfassende Literatur hingewiesen: z. B. Herpertz-Dahlmann et al., 2008, Brisch, 2010 oder Spangler & Zimmermann, 2019.

Beziehungserfahrungen des Kindes mit seinen insbesondere primären Bindungspersonen entwickelt (Bateman & Fonagy, 2014). Dieser Mentalisierungsansatz erläutert den Prozess der kindlichen Affektregulierung und dient als theoretische Grundlage zur Erklärung, dass eine sichere kindliche Bindung innerhalb dieses Ansatzes dazu dient, ein entsprechendes internes Arbeitsmodell im Sinne der Entwicklung kognitiver Repräsentation im Kinde entwickeln zu lassen; so gesehen kann die Mentalisierungstheorie und darin inbegriffen die Fähigkeit des Kindes zur Mentalisierung prozessual aufgefasst werden. Es kann hier als angstprotektiver Faktor im Zusammenhang mit angstpräventiven Interventionen bei Kindern und Jugendlichen im klinischen Sinne interpretiert und behandelt werden.

Abschließend soll nochmal auf Alfred Adler und seinen individualpsychologischen Ansatz als Bestandteil der Objektbeziehungsmodelle zur Angstgenese (zur Zuordnung Alfred Adlers als eine frühe Form der Objektbeziehungstheorien siehe: Kruska, 2020, 84) eingegangen werden. Alfred Adler (österreichischer Arzt und Psychotherapeut und der Begründer der Individualpsychologie, 1870-1937) beschrieb in seinem Modell aufgrund eines gesellschaftlich-biologistisch angelegten Minderwertigkeitserlebens eine natürliche Urangst, die in einer grundsätzlich empfundenen Schwäche des Menschen der Natur gegenüber begründet ist. Gleichzeitig beschrieb Adler den Menschen mit einem sozialen Bindungsbedürfnis ausgestattet, die Adler als »Zärtlichkeitsbedürfnis« bezeichnete (Adler, 2008a). Zusätzlich sah Adler in der Bindung als soziales Band durch die jeweiligen Bindungspersonen einen sozial-kompensatorischen Versuch, das individuelle grundsätzliche Minderwertigkeitsselbsterleben zumindest partiell auszugleichen (Adler, 2008b). Adler sah im biologistischen Zärtlichkeitsbedürfnis des Kindes einen primär sozialen Aspekt des Menschen, mit dem er sich ganz eindeutig von Sigmund Freuds triebtheoretisch-biologistischen Überlegungen abgrenzte, und beschrieb damit ein Vorstadium zum späteren sozialen »Gemeinschaftsgefühl« des Menschen. Auf der anderen Seite beschrieb Adler einen grundsätzlich-individuellen Wunsch nach sozialer Anerkennung, Wertschätzung, Überlegenheit und Macht, dies ebenfalls zur Kompensation des dispositionell angelegten Minderwertigkeitsgefühls. Aus diesen beiden beschriebenen sozialen Impulsen, einerseits die Bindung des Kindes betreffend, andererseits das Streben des Menschen nach einem spezifischen sozialen Rang innerhalb einer gesellschaftlich-hierarchischen Struktur, sah Adler den psychischen Motor für die Entwicklung des Individuums. In diesem Sinne stand im Modell Alfred Adlers eine ausreichende Selbstwertregulation im Vordergrund, die es zu

schützen galt. Für die Entwicklung und Aufrechterhaltung psychischer Gesundheit und damit auch zur Prävention klinischer Angstgenese sah Adler somit den Aufbau und die Protektion eines stabilen Selbstwertes als unerlässlich und notwendig an, im Falle von Aggression als Kompensation des Minderwertigkeitsgefühls über das Streben nach einem bestimmten sozialen Status innerhalb der Gesellschaft sah Adler zudem eine Abwehr der oben bereits beschriebenen Angst (ebd.).

Die in diesem Exkurs dargestellten und erläuterten psychodynamischen neurotischen Konflikt-, Defizit- und Objektbeziehungsmodelle im Zusammenhang mit der Angstgenese bei Kindern und Jugendlichen bilden eine subjektiv ausgewählte Auswahl an Angstkonzepten innerhalb der psychodynamischen Konzeption. Ausgesucht wurden die Modelle aufgrund ihrer inhaltlichen Diversität zur weiterführenden Erklärung klinischer Angstgenese. Neben den lerntheoretischen und verhaltenstherapeutischen ätiologischen Modellen (vgl. Kapitel 2.4) diente dieser Exkurs mit den vorgestellten psychodynamischen Konzepten zur entsprechenden inhaltlichen Ergänzung und Erweiterung innerhalb dieser Dissertation.

Anhang B:**Post hoc-Analysen – Mittelwertetabellen Kinderstichprobe (Geschlecht)**Werte nach Geschlecht und Gruppen (*M*, *SD* und *n*)

			<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>n</i>
Trennungsangst Prä	IG	männlich	3,97	2,41	30
		weiblich	4,22	3,05	32
	KG	männlich	3,40	2,75	40
		weiblich	3,93	3,97	42
Trennungsangst Post	IG	männlich	3,50	2,76	30
		weiblich	3,00	2,45	32
	KG	männlich	3,43	2,34	40
		weiblich	3,57	3,45	42
Trennungsangst Follow Up	IG	männlich	2,67	2,15	30
		weiblich	2,38	2,24	32
	KG	männlich	2,68	1,87	40
		weiblich	3,05	3,07	42
Soziale Phobie Prä	IG	männlich	4,50	3,37	30
		weiblich	5,00	3,44	32
	KG	männlich	4,08	2,92	40
		weiblich	5,31	4,05	42
Soziale Phobie Post	IG	männlich	3,97	3,09	30
		weiblich	4,22	3,27	32
	KG	männlich	3,88	3,00	40
		weiblich	3,83	3,55	42
Soziale Phobie Follow Up	IG	männlich	3,67	2,93	30
		weiblich	3,69	3,12	32
	KG	männlich	3,25	2,42	40
		weiblich	3,76	3,69	42
Zwangsstörung Prä	IG	männlich	4,53	3,03	30
		weiblich	4,41	3,59	32
	KG	männlich	4,40	3,59	40
		weiblich	4,71	3,91	42
Zwangsstörung Post	IG	männlich	4,07	2,82	30
		weiblich	3,75	2,78	32
	KG	männlich	4,30	2,53	40
		weiblich	3,60	3,16	42
Zwangsstörung Follow Up	IG	männlich	3,53	2,69	30
		weiblich	3,34	3,21	32
	KG	männlich	3,73	3,05	40
		weiblich	3,74	3,38	42
Panikstörung und Agoraphobie Prä	IG	männlich	3,00	2,88	29
		weiblich	3,13	2,59	32
	KG	männlich	2,54	2,86	39
		weiblich	3,29	4,19	42
Panikstörung und Agoraphobie Post	IG	männlich	2,24	2,23	29
		weiblich	2,16	2,41	32

			<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>n</i>	
Panikstörung und Agoraphobie Follow Up	KG	männlich	2,15	2,43	39	
		weiblich	2,79	4,25	42	
	IG	männlich	1,83	2,69	29	
		weiblich	2,06	1,97	32	
	KG	männlich	1,13	1,75	39	
		weiblich	2,48	3,06	42	
Angst vor körperlicher Verletzung Prä	IG	männlich	2,86	2,08	29	
		weiblich	3,03	2,57	32	
	KG	männlich	2,21	2,38	38	
		weiblich	3,55	2,49	42	
Angst vor körperlicher Verletzung Post	IG	männlich	2,45	2,32	29	
		weiblich	2,94	2,49	32	
	KG	männlich	2,42	2,46	38	
		weiblich	3,31	2,61	42	
Angst vor körperlicher Verletzung Follow Up	IG	männlich	2,03	2,13	29	
		weiblich	2,34	2,57	32	
	KG	männlich	1,89	1,94	38	
		weiblich	3,12	2,35	42	
	Generalisierte Angststörung Prä	IG	männlich	5,43	2,37	30
			weiblich	5,25	2,60	32
KG		männlich	4,43	2,44	40	
		weiblich	5,21	3,79	42	
Generalisierte Angststörung Post	IG	männlich	5,03	2,59	30	
		weiblich	4,53	2,92	32	
	KG	männlich	4,08	2,00	40	
		weiblich	4,74	3,77	42	
Generalisierte Angststörung Follow Up	IG	männlich	4,27	2,55	30	
		weiblich	3,88	2,17	32	
	KG	männlich	3,88	2,16	40	
		weiblich	4,26	3,16	42	
	SCAS-D Gesamtwert Prä	IG	männlich	24,10	11,80	30
			weiblich	25,03	14,39	32
KG		männlich	20,88	12,43	40	
		weiblich	26,00	19,15	42	
SCAS-D Gesamtwert Post	IG	männlich	21,37	11,44	30	
		weiblich	20,59	13,04	32	
	KG	männlich	20,20	10,14	40	
		weiblich	21,83	17,65	42	
SCAS-D Gesamtwert FollowUp	IG	männlich	18,10	12,28	30	
		weiblich	17,69	11,37	32	
	KG	männlich	16,48	9,20	40	
		weiblich	20,40	15,63	42	
ALS Schule Prä	IG	männlich	14,20	10,77	30	
		weiblich	13,06	12,83	32	
	KG	männlich	10,46	10,13	37	
		weiblich	11,95	13,05	41	

			<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>n</i>
ALS Schule Post	IG	männlich	14,23	9,46	30
		weiblich	12,13	11,92	32
	KG	männlich	13,27	12,43	37
		weiblich	12,41	15,04	41
ALS Schule Follow Up	IG	männlich	15,53	12,18	30
		weiblich	14,50	13,44	32
	KG	männlich	12,11	14,88	37
		weiblich	12,37	14,73	41
ALS Freizeit Prä	IG	männlich	17,80	8,68	30
		weiblich	17,91	11,79	32
	KG	männlich	15,27	10,84	37
		weiblich	17,05	11,45	41
ALS Freizeit Post	IG	männlich	18,87	8,44	30
		weiblich	18,63	8,81	32
	KG	männlich	18,65	13,24	37
		weiblich	18,05	13,54	41
ALS Freizeit Follow Up	IG	männlich	19,40	10,41	30
		weiblich	20,22	11,89	32
	KG	männlich	18,41	13,40	37
		weiblich	18,66	12,89	41
ALS Familie Prä	IG	männlich	19,67	11,53	30
		weiblich	22,81	10,13	32
	KG	männlich	19,14	11,54	37
		weiblich	20,22	11,96	41
ALS Familie Post	IG	männlich	23,23	7,36	30
		weiblich	21,50	11,15	32
	KG	männlich	21,43	11,79	37
		weiblich	20,24	13,40	41
ALS Familie Follow Up	IG	männlich	21,00	10,40	30
		weiblich	23,31	11,01	32
	KG	männlich	21,95	11,14	37
		weiblich	21,32	12,79	41
ALS Gesamt Prä	IG	männlich	51,67	28,78	30
		weiblich	53,78	31,62	32
	KG	männlich	44,86	28,71	37
		weiblich	49,22	34,98	41
ALS Gesamt Post	IG	männlich	56,33	22,22	30
		weiblich	52,25	27,57	32
	KG	männlich	53,35	32,83	37
		weiblich	50,71	40,22	41
ALS Gesamt Follow Up	IG	männlich	55,93	31,51	30
		weiblich	58,03	33,23	32
	KG	männlich	52,46	36,06	37
		weiblich	52,34	38,06	41

Anmerkungen. IG = Interventionsgruppe, KG = Kontrollgruppe, M = Mittelwert, SD = Standardabweichung; n = Anzahl der Proband*innen

Post hoc-Analysen – Mittelwertetabellen Elternstichprobe (Geschlecht)Werte nach Geschlecht und Gruppen (*M*, *SD* und *n*)

			<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>n</i>
SDQ Emotionale Probleme Eltern Prä	IG	männlich	2,448	2,046	29
		weiblich	2,440	1,960	25
	KG	männlich	1,694	2,291	36
		weiblich	1,400	1,892	40
SDQ Emotionale Probleme Eltern Post	IG	männlich	2,483	1,883	29
		weiblich	2,720	2,092	25
	KG	männlich	1,444	1,748	36
		weiblich	1,825	1,973	40
SDQ Emotionale Probleme Eltern Follow Up	IG	männlich	2,103	1,952	29
		weiblich	1,920	1,320	25
	KG	männlich	1,444	1,858	36
		weiblich	1,350	1,791	40
SDQ Prosoziales Verhalten Eltern Prä	IG	männlich	7,655	1,876	29
		weiblich	8,400	1,472	25
	KG	männlich	7,694	1,737	36
		weiblich	8,525	1,432	40
SDQ Prosoziales Verhalten Eltern Post	IG	männlich	7,000	2,171	29
		weiblich	8,520	1,735	25
	KG	männlich	8,000	1,621	36
		weiblich	8,450	1,724	40
SDQ Prosoziales Verhalten Eltern Follow Up	IG	männlich	7,552	1,901	29
		weiblich	8,600	1,384	25
	KG	männlich	7,778	1,822	36
		weiblich	8,300	1,572	40
SDQ Verhaltensprobleme Eltern Prä	IG	männlich	1,655	1,471	29
		weiblich	1,680	1,376	25
	KG	männlich	1,917	1,574	36
		weiblich	1,150	1,231	40
SDQ Verhaltensprobleme Eltern Post	IG	männlich	1,966	1,569	29
		weiblich	1,720	1,595	25
	KG	männlich	1,722	1,667	36
		weiblich	1,200	1,067	40
SDQ Verhaltensprobleme Eltern Follow Up	IG	männlich	1,759	1,527	29
		weiblich	1,360	1,254	25
	KG	männlich	1,861	1,397	36
		weiblich	1,350	1,292	40
SDQ Hyperaktivität Eltern Prä	IG	männlich	4,172	2,564	29
		weiblich	3,000	1,936	25

			<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>n</i>
SDQ Hyperaktivität Eltern Post	KG	männlich	2,944	2,506	36
		weiblich	2,850	2,225	40
	IG	männlich	3,448	1,938	29
		weiblich	2,760	1,809	25
SDQ Hyperaktivität Eltern Follow Up	KG	männlich	2,833	2,197	36
		weiblich	2,900	2,240	40
	IG	männlich	3,483	2,148	29
		weiblich	2,480	1,686	25
SDQ Verhaltensprobleme mit Gleichaltrigen Eltern Prä	KG	männlich	2,722	2,106	36
		weiblich	2,725	2,242	40
	IG	männlich	1,414	1,783	29
		weiblich	1,240	1,451	25
SDQ Verhaltensprobleme mit Gleichaltrigen Eltern Post	KG	männlich	1,667	1,986	36
		weiblich	0,850	1,594	40
	IG	männlich	1,034	1,451	29
		weiblich	1,000	1,607	25
SDQ Verhaltensprobleme mit Gleichaltrigen Eltern FollowUp	KG	männlich	1,417	1,461	36
		weiblich	0,775	1,672	40
	IG	männlich	1,207	1,497	29
		weiblich	1,280	1,646	25
SDQ Gesamtproblemwert Eltern Prä	KG	männlich	1,250	1,680	36
		weiblich	1,325	1,913	40
	IG	männlich	9,690	5,319	29
		weiblich	8,360	4,508	25
SDQ Gesamtproblemwert Eltern Post	KG	männlich	8,222	5,683	36
		weiblich	6,250	5,212	40
	IG	männlich	8,931	4,157	29
		weiblich	8,200	4,537	25
SDQ Gesamtproblemwert Eltern Follow Up	KG	männlich	7,417	4,462	36
		weiblich	6,700	5,341	40
	IG	männlich	8,552	5,047	29
		weiblich	7,040	4,247	25
CBCL Sozialer Rückzug Eltern Prä	KG	männlich	7,278	4,614	36
		weiblich	6,750	5,358	40
	IG	männlich	3,483	3,124	29
		weiblich	2,625	2,018	24
CBCL Sozialer Rückzug Eltern Post	KG	männlich	3,543	3,193	35
		weiblich	2,128	2,117	39
	IG	männlich	2,724	2,136	29
		weiblich	3,208	2,750	24
	KG	männlich	2,829	2,526	35
		weiblich	1,821	1,684	39
		männlich	2,724	2,975	29

			<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>n</i>
CBCL Sozialer Rückzug Eltern Follow Up	IG	weiblich	3,000	2,126	24
	KG	männlich	2,314	2,220	35
		weiblich	1,949	2,089	39
CBCL Angst/Depressivität Eltern Prä	IG	männlich	6,207	4,924	29
		weiblich	6,167	4,575	24
	KG	männlich	4,486	4,293	35
		weiblich	3,282	2,724	39
CBCL Angst/Depressivität Eltern Post	IG	männlich	5,414	4,280	29
		weiblich	6,042	5,095	24
	KG	männlich	4,057	4,007	35
		weiblich	3,513	2,855	39
CBCL Angst/Depressivität Eltern Follow Up	IG	männlich	5,276	5,035	29
		weiblich	4,958	4,080	24
	KG	männlich	3,314	3,708	35
		weiblich	3,359	2,978	39
CBCL Gesamtwert Eltern Prä	IG	männlich	9,414	7,419	29
		weiblich	8,500	5,868	24
	KG	männlich	7,629	6,673	35
		weiblich	5,205	4,181	39
CBCL Gesamtwert Eltern Post	IG	männlich	7,724	5,806	29
		weiblich	8,917	6,965	24
	KG	männlich	6,600	5,892	35
		weiblich	5,103	3,885	39
CBCL Gesamtwert Eltern Follow Up	IG	männlich	7,759	6,947	29
		weiblich	7,667	5,062	24
	KG	männlich	5,371	5,320	35
		weiblich	5,103	4,291	39

Anmerkungen. *IG* = Interventionsgruppe, *KG* = Kontrollgruppe, *M* = Mittelwert, *SD* = Standardabweichung; *n* = Anzahl der Proband*innen

Post hoc-Analysen – Mittelwertetabellen Lehrerstichprobe (Geschlecht)Werte nach Geschlecht und Gruppen (*M*, *SD* und *n*)

			<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>n</i>
TRF sozialer Rückzug Prä	IG	männlich	2,67	3,21	33
		weiblich	2,63	2,55	32
	KG	männlich	1,92	2,14	38
		weiblich	1,90	2,88	41
TRF sozialer Rückzug Post	IG	männlich	2,30	3,14	33
		weiblich	1,78	1,68	32
	KG	männlich	1,87	2,02	38
		weiblich	1,71	2,23	41
TRF sozialer Rückzug Follow Up	IG	männlich	2,12	2,85	33
		weiblich	1,38	2,31	32
	KG	männlich	1,50	1,52	38
		weiblich	1,17	1,86	41
TRF Angst/Depressivität Prä	IG	männlich	4,52	5,52	33
		weiblich	3,53	3,66	32
	KG	männlich	3,50	4,46	38
		weiblich	2,54	3,41	41
TRF Angst/Depressivität Post	IG	männlich	4,52	5,23	33
		weiblich	4,03	4,24	32
	KG	männlich	4,21	5,59	38
		weiblich	2,46	3,08	41
TRF Angst/Depressivität Follow Up	IG	männlich	3,42	4,22	33
		weiblich	2,81	4,21	32
	KG	männlich	2,71	3,39	38
		weiblich	1,61	2,46	41
TRF Soziale Probleme Prä	IG	männlich	2,73	3,75	33
		weiblich	2,06	2,79	32
	KG	männlich	1,66	2,06	38
		weiblich	1,29	2,27	41
TRF Soziale Probleme Post	IG	männlich	2,73	3,61	33
		weiblich	2,13	3,02	32
	KG	männlich	2,03	2,78	38
		weiblich	1,24	2,08	41
TRF Soziale Probleme Follow Up	IG	männlich	2,39	3,81	33
		weiblich	1,44	2,77	32
	KG	männlich	1,74	2,74	38
		weiblich	0,90	1,64	41

			<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>n</i>
TRF Gesamtwert Prä	IG	männlich	9,03	10,3	33
		weiblich	7,50	6,72	32
	KG	männlich	6,29	6,66	38
		weiblich	5,34	6,48	41
TRF Gesamtwert Post	IG	männlich	8,61	9,88	33
		weiblich	7,22	6,67	32
	KG	männlich	7,42	8,42	38
		weiblich	5,05	5,43	41
TRF Gesamtwert Follow Up	IG	männlich	7,06	8,59	33
		weiblich	5,03	7,66	32
	KG	männlich	5,50	5,87	38
		weiblich	3,51	4,74	41
LSL Kooperation Prä	IG	männlich	13,30	2,32	33
		weiblich	12,90	2,29	31
	KG	männlich	12,53	2,46	36
		weiblich	13,28	2,41	40
LSL Kooperation Post	IG	männlich	12,45	2,25	33
		weiblich	12,90	2,06	31
	KG	männlich	12,92	2,43	36
		weiblich	13,75	1,63	40
LSL Kooperation Follow Up	IG	männlich	13,00	2,36	33
		weiblich	13,87	2,03	31
	KG	männlich	13,28	2,75	36
		weiblich	13,55	2,49	40
LSL Selbstwahrnehmung Prä	IG	männlich	12,00	3,09	33
		weiblich	12,00	2,99	31
	KG	männlich	11,69	3,21	35
		weiblich	13,49	2,06	39
LSL Selbstwahrnehmung Post	IG	männlich	11,45	2,86	33
		weiblich	12,03	2,59	31
	KG	männlich	11,97	3,09	35
		weiblich	13,67	2,02	39
LSL Selbstwahrnehmung Follow Up	IG	männlich	11,94	3,49	33
		weiblich	13,00	2,35	31
	KG	männlich	12,51	3,21	35
		weiblich	14,03	1,65	39
LSL Selbstkontrolle Prä	IG	männlich	11,39	3,11	33
		weiblich	12,19	2,63	31
	KG	männlich	11,26	2,92	35
		weiblich	13,00	2,11	40
LSL Selbstkontrolle Post	IG	männlich	11,18	3,06	33
		weiblich	11,90	2,57	31

			<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>n</i>
LSL Selbstkontrolle Follow Up	KG	männlich	11,77	2,81	35
		weiblich	13,50	1,48	40
	IG	männlich	11,61	3,31	33
		weiblich	13,16	2,67	31
LSL Einfühlungsvermögen & Hilfsbereitschaft Prä	KG	männlich	12,06	3,35	35
		weiblich	13,58	1,87	40
	IG	männlich	12,15	3,22	33
		weiblich	12,90	2,21	31
LSL Einfühlungsvermögen & Hilfsbereitschaft Post	KG	männlich	11,20	3,51	35
		weiblich	13,90	1,96	40
	IG	männlich	11,67	3,33	33
		weiblich	12,58	2,19	31
LSL Einfühlungsvermögen & Hilfsbereitschaft Follow Up	KG	männlich	12,09	2,56	35
		weiblich	13,73	2,28	40
	IG	männlich	11,88	3,99	33
		weiblich	13,48	2,73	31
LSL Angemessene Selbstbehauptung Prä	KG	männlich	11,91	3,45	35
		weiblich	13,95	2,19	40
	IG	männlich	11,61	3,39	33
		weiblich	12,39	2,50	31
LSL Angemessene Selbstbehauptung Post	KG	männlich	11,97	3,02	35
		weiblich	13,83	1,74	40
	IG	männlich	11,33	3,30	33
		weiblich	12,58	2,17	31
LSL Angemessene Selbstbehauptung Follow Up	KG	männlich	12,14	3,44	35
		weiblich	14,15	1,42	40
	IG	männlich	12,52	3,02	33
		weiblich	14,03	1,76	31
LSL Sozialkontakt Prä	KG	männlich	12,43	3,23	35
		weiblich	14,20	1,47	40
	IG	männlich	12,55	2,87	33
		weiblich	12,61	2,28	31
LSL Sozialkontakt Post	KG	männlich	12,83	2,27	35
		weiblich	13,53	2,22	40
	IG	männlich	11,88	2,78	33
		weiblich	12,71	2,05	31
LSL Sozialkontakt Follow Up	KG	männlich	12,09	2,12	35
		weiblich	13,95	1,55	40
	IG	männlich	12,76	3,24	33
		weiblich	13,87	1,52	31
LSL Sozialkontakt Follow Up	KG	männlich	13,06	2,24	35
	weiblich	13,98	1,35	40	

			<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>n</i>
SDQ Emotionale Probleme Lehrer Prä	IG	männlich	1,41	1,97	32
		weiblich	1,44	1,97	32
	KG	männlich	1,46	1,79	39
		weiblich	0,76	1,46	41
SDQ Emotionale Probleme Lehrer Post	IG	männlich	1,16	1,82	32
		weiblich	1,59	1,66	32
	KG	männlich	1,64	2,18	39
		weiblich	0,85	1,39	41
SDQ Emotionale Probleme Lehrer Follow Up	IG	männlich	1,31	2,10	32
		weiblich	1,28	1,59	32
	KG	männlich	1,82	2,25	39
		weiblich	0,76	1,28	41
SDQ Prosoziales Verhalten Lehrer Prä	IG	männlich	7,69	2,43	32
		weiblich	8,13	1,64	32
	KG	männlich	7,28	1,92	39
		weiblich	8,39	1,69	41
SDQ Prosoziales Verhalten Lehrer Post	IG	männlich	7,50	2,37	32
		weiblich	8,00	1,74	32
	KG	männlich	7,69	1,99	39
		weiblich	8,66	1,91	41
SDQ Prosoziales Verhalten Lehrer Follow Up	IG	männlich	8,09	2,47	32
		weiblich	8,28	1,75	32
	KG	männlich	7,54	1,92	39
		weiblich	9,05	1,48	41
SDQ Verhaltensprobleme Lehrer Prä	IG	männlich	1,16	1,51	32
		weiblich	1,16	1,85	32
	KG	männlich	1,08	1,53	39
		weiblich	0,49	0,90	41
SDQ Verhaltensprobleme Lehrer Post	IG	männlich	1,19	1,62	32
		weiblich	1,16	1,61	32
	KG	männlich	1,23	1,86	39
		weiblich	0,37	0,77	41
SDQ Verhaltensprobleme Lehrer Follow Up	IG	männlich	1,22	1,74	32
		weiblich	1,00	1,39	32
	KG	männlich	1,44	2,07	39
		weiblich	0,39	0,95	41
SDQ Hyperaktivität Lehrer Prä	IG	männlich	3,41	2,27	32
		weiblich	1,69	1,55	32
	KG	männlich	3,23	2,78	39
		weiblich	1,61	1,84	41
SDQ Hyperaktivität Lehrer Post	IG	männlich	3,16	2,46	32
	weiblich	1,97	2,13	32	

			<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>n</i>
SDQ Hyperaktivität Lehrer Follow Up	KG	männlich	2,56	2,52	39
		weiblich	1,51	1,65	41
	IG	männlich	3,06	2,41	32
		weiblich	1,44	1,81	32
SDQ Verhaltensprobleme mit Gleichaltrigen Lehrer Prä	KG	männlich	2,87	2,79	39
		weiblich	1,59	1,87	41
SDQ Verhaltensprobleme mit Gleichaltrigen Lehrer Post	IG	männlich	1,34	1,98	32
		weiblich	0,97	1,38	32
	KG	männlich	1,15	1,57	39
		weiblich	1,20	1,96	41
SDQ Verhaltensprobleme mit Gleichaltrigen Lehrer Follow	IG	männlich	1,25	1,70	32
		weiblich	1,00	1,52	32
	KG	männlich	1,21	1,45	39
		weiblich	1,20	2,09	41
SDQ Gesamtproblemwert Lehrer Prä	IG	männlich	1,19	2,01	32
		weiblich	0,69	1,15	32
	KG	männlich	1,38	1,73	39
		weiblich	1,02	1,59	41
SDQ Gesamtproblemwert Lehrer Post	IG	männlich	7,31	5,16	32
		weiblich	5,25	3,91	32
	KG	männlich	6,92	5,17	39
		weiblich	4,05	4,63	41
SDQ Gesamtproblemwert Lehrer Follow Up	IG	männlich	6,75	4,94	32
		weiblich	5,72	3,97	32
	KG	männlich	6,64	5,36	39
		weiblich	3,93	4,22	41
SDQ Gesamtproblemwert Lehrer Follow Up	IG	männlich	6,78	5,67	32
		weiblich	4,41	3,88	32
	KG	männlich	7,51	6,72	39
		weiblich	3,76	3,81	41

Anmerkungen. *IG* = Interventionsgruppe, *KG* = Kontrollgruppe, *M* = Mittelwert, *SD* = Standardabweichung; *n* = Anzahl der Proband*innen

Anhang C: Fragebogen Super Skills for Life – Kinderversion



SUPER SKILLS FOR LIFE

-KINDERVERSION-



**CECILIA A. ESSAU
THOMAS H. OLLENDICK**

**IN ZUSAMMENARBEIT MIT
ROSEMARY KEENAN**



Hallo,

herzlich willkommen zu „Super Skills for Life“. Schön, dass du dabei bist!

Lies bitte die Fragen, die gleich kommen, genau durch. Keine der Fragen sollte ausgelassen werden. Es ist sehr wichtig, dass du möglichst alle Fragen beantwortest. Es gibt kein richtig oder falsch! Ich möchte nur erfahren, wie du über dich selbst denkst. Wenn du eine Frage nicht verstehst, dann darfst du mich gerne fragen.

Deine Antworten wird niemand erfahren. Auch deine Eltern und deine Klassenlehrerin oder dein Klassenlehrer bekommen ähnliche Fragen gestellt. Es ist sehr wichtig, dass du die Fragen ohne Hilfe deiner Eltern oder Lehrer beantwortest.

Noch ein paar Fragen zu dir:

Wie ist dein Name (dein Vorname und dein Nachname)?

Wie alt bist du?

Bist du ein Junge oder ein Mädchen?

In welche Klasse gehst du?

Mit wem lebst du zu Hause zusammen?

Ich danke dir nochmal.

Viele Grüße, Peter Mroczek

SCAS – D

© Cecilia A. Essau (2002), Universität Münster
 © engl. Original: Susan Spence (1998), University of Queensland

Hier findest du eine Reihe von Aussagen, die mit Gefühlen der Angst zu tun haben. Lies dir jeden Satz durch und kreuze dann an, wie oft dieser Satz für dich zutrifft: **niemals**, **manchmal**, **häufig** oder **immer**.

	niemals	manchmal	häufig	immer
1. Ich mache mir um manches Sorgen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Ich habe Angst vor der Dunkelheit.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Wenn ich ein Problem habe, bekomme ich ein komisches Gefühl im Bauch.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Ich habe Angst.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Ich hätte Angst, alleine zu Hause zu sein.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Ich habe Angst, wenn ich eine Arbeit schreiben muss.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Ich habe Angst, wenn ich auf eine öffentliche Toilette gehen muss.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Ich mache mir Sorgen, von meinen Eltern getrennt zu sein.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Ich habe Angst, dass ich mich vor anderen lächerlich mache.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Ich mache mir Sorgen, schlecht in der Schule zu sein.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Ich mache mir Sorgen, dass jemandem aus meiner Familie etwas Schlimmes passiert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Ich habe plötzlich das Gefühl, dass ich keine Luft bekomme, ohne dass es einen Grund dafür gibt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Ich muss immer wieder kontrollieren, ob ich alles richtig gemacht habe (wie das Licht auszuschalten oder die Tür abzuschließen).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Ich habe Angst, wenn ich alleine schlafen muss.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	niemals	manchmal	häufig	immer
15. Ich habe Schwierigkeiten, morgens zur Schule zu gehen, weil ich nervös oder ängstlich bin.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Ich habe Angst vor Hunden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Schlimme oder dumme Gedanken bekomme ich nicht aus meinem Kopf.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Wenn ich ein Problem habe, bekomme ich starkes Herzklopfen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Ich fange plötzlich an zu zittern, ohne dass es einen Grund dafür gibt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Ich mache mir Sorgen, dass mir etwas Schlimmes passiert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Ich habe Angst, zum Arzt oder zum Zahnarzt zu gehen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Wenn ich ein Problem habe, fühle ich mich ganz wackelig auf den Beinen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Ich habe Angst, an höher gelegenen Orten zu sein oder mit dem Aufzug zu fahren.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Ich muss bestimmte Sachen denken (wie Zahlen oder Wörter), damit nichts Schlimmes passiert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Ich habe Angst, mit dem Auto, dem Bus oder dem Zug zu fahren.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Ich mache mir Sorgen, was andere Leute über mich denken.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Ich habe Angst, an Orten mit vielen Menschen zu sein (wie in Einkaufszentren, Kinos, Bussen oder auf vollen Spielplätzen).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Plötzlich bekomme ich ohne Grund ganz große Angst.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. Ich habe Angst vor Insekten oder Spinnen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. Plötzlich wird mir ohne Grund schwindelig oder schwummrig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	niemals	manchmal	häufig	immer
31. Ich habe Angst, wenn ich vor meiner Klasse etwas sagen muss.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. Plötzlich bekomme ich ohne Grund Herzklopfen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33. Ich mache mir Sorgen, dass ich plötzlich einfach so Angst bekomme.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34. Ich habe Angst, in kleinen, geschlossenen Räumen zu sein (wie in Tunneln oder kleinen Zimmern).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35. Manche Dinge muss ich immer wieder und wieder tun (wie meine Hände zu waschen, sauber zu machen oder bestimmte Sachen zu ordnen).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36. Mich stören schlimme oder dumme Gedanken oder Bilder in meinem Kopf.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37. Manche Sachen muss ich genau richtig machen, damit nichts Schlimmes passiert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38. Ich hätte Angst, woanders zu übernachten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

--	Deutliches NEIN,	stimmt überhaupt nicht!
-	Eher NEIN,	stimmt eher nicht!
o	Unentschieden,	stimmt weder noch!
+	Eher JA,	stimmt eher!
++	Deutliches JA,	stimmt ganz genau

	In der SCHULE	In der FREIZEIT	In der FAMILIE
1.	Ich glaube, dass meine Klassenkameraden oder Lehrer mich schon mal auslachen.	Ich glaube, dass meine Spielkameraden oder Freunde mich schon mal auslachen.	Ich glaube, dass meine Geschwister oder Eltern mich schon mal auslachen.
	-- - o + ++	-- - o + ++	-- - o + ++
2.	In der Schule fühle ich mich immer sehr wohl.	In der Freizeit fühle ich mich immer sehr wohl.	In meiner Familie fühle ich mich immer sehr wohl.
	-- - o + ++	-- - o + ++	-- - o + ++
3.	Ich finde mich völlig in Ordnung, wenn ich mich mit meinen Klassenkameraden vergleiche.	Ich finde mich völlig in Ordnung, wenn ich mich mit meinen Spielkameraden und Freunden vergleiche.	Ich finde mich völlig in Ordnung, wenn ich mich mit meinen Geschwistern oder Eltern vergleiche.
	-- - o + ++	-- - o + ++	-- - o + ++
4.	In der Schule bin ich ausgesprochen zufrieden mit mir.	In der Freizeit bin ich ausgesprochen zufrieden mit mir.	In meiner Familie bin ich ausgesprochen zufrieden mit mir.
	-- - o + ++	-- - o + ++	-- - o + ++
5.	Meine Klassenkameraden oder Lehrer sind hin und wieder unzufrieden mit mir.	Meine Spielkameraden oder Freunde sind hin und wieder unzufrieden mit mir.	Meine Geschwister oder Eltern sind hin und wieder unzufrieden mit mir.
	-- - o + ++	-- - o + ++	-- - o + ++
6.	In der Schule bin ich manchmal ein Versager.	In der Freizeit bin ich manchmal ein Versager.	In meiner Familie bin ich manchmal ein Versager.
	-- - o + ++	-- - o + ++	-- - o + ++

--	Deutliches NEIN,	stimmt überhaupt nicht!
-	Eher NEIN,	stimmt eher nicht!
o	Unentschieden,	stimmt weder noch!
+	Eher JA,	stimmt eher!
++	Deutliches JA,	stimmt ganz genau

	In der SCHULE	In der FREIZEIT	In der FAMILIE
7.	In der Schule bin ich immer ein fröhlicher Mensch.	In der Freizeit bin ich immer ein fröhlicher Mensch.	In meiner Familie bin ich immer ein fröhlicher Mensch.
	-- - o + ++	-- - o + ++	-- - o + ++
8.	In der Schule habe ich manchmal Angst, Fehler zu machen.	In der Freizeit habe ich manchmal Angst, Fehler zu machen.	In meiner Familie habe ich manchmal Angst, Fehler zu machen.
	-- - o + ++	-- - o + ++	-- - o + ++
9.	Mit meinen Klassenkameraden oder Lehrern komme ich immer sehr gut aus.	Mit meinen Spielkameraden oder Freunden komme ich immer sehr gut aus.	Mit meinen Geschwistern oder Eltern komme ich immer sehr gut aus.
	-- - o + ++	-- - o + ++	-- - o + ++
10.	Ab und zu glaube ich, dass ich in der Schule zu kaum etwas gut bin.	Ab und zu glaube ich, dass ich in der Freizeit zu kaum etwas gut bin.	Ab und zu glaube ich, dass ich in meiner Familie zu kaum etwas gut bin.
	-- - o + ++	-- - o + ++	-- - o + ++
11.	Meine Klassenkameraden oder Lehrer mögen mich ganz besonders gern.	Meine Spielkameraden oder Freunde mögen mich ganz besonders gern.	Meine Geschwister oder Eltern mögen mich ganz besonders gern.
	-- - o + ++	-- - o + ++	-- - o + ++
12.	In der Schule fühle ich mich hin und wieder nicht wohl.	In der Freizeit fühle ich mich hin und wieder nicht wohl.	In meiner Familie fühle ich mich hin und wieder nicht wohl.
	-- - o + ++	-- - o + ++	-- - o + ++

--	Deutliches NEIN,	stimmt überhaupt nicht!
-	Eher NEIN,	stimmt eher nicht!
o	Unentschieden,	stimmt weder noch!
+	Eher JA,	stimmt eher!
++	Deutliches JA,	stimmt ganz genau

- | In der SCHULE | In der FREIZEIT | In der FAMILIE |
|---|--|--|
| 13. Ich glaube, dass mich meine Klassenkameraden oder Lehrer nicht besonders hübsch finden. | Ich glaube, dass mich meine Spielkameraden oder Freunde nicht besonders hübsch finden. | Ich glaube, dass mich meine Geschwister oder Eltern nicht besonders hübsch finden. |
| -- - o + ++ | -- - o + ++ | -- - o + ++ |
| 14. Meine Klassenkameraden oder Lehrer nehmen mich immer ernst. | Meine Spielkameraden oder Freunde nehmen mich immer ernst. | Meine Geschwister oder Eltern nehmen mich immer ernst. |
| -- - o + ++ | -- - o + ++ | -- - o + ++ |
| 15. In der Schule fühle ich mich ab und zu wertlos. | In der Freizeit fühle ich mich ab und zu wertlos. | In meiner Familie fühle ich mich ab und zu wertlos. |
| -- - o + ++ | -- - o + ++ | -- - o + ++ |
| 16. Ich bin besonders beliebt bei meinen Klassenkameraden oder Lehrern. | Ich bin besonders beliebt bei meinen Spielkameraden oder Freunden. | Ich bin besonders beliebt bei meinen Geschwistern oder Eltern. |
| -- - o + ++ | -- - o + ++ | -- - o + ++ |
| 17. Ich glaube, dass mich meine Klassenkameraden oder Lehrer manchmal nicht ganz ernst nehmen. | Ich glaube, dass mich meine Spielkameraden oder Freunde manchmal nicht ganz ernst nehmen. | Ich glaube, dass mich meine Geschwister oder Eltern manchmal nicht ganz ernst nehmen. |
| -- - o + ++ | -- - o + ++ | -- - o + ++ |
| 18. In der Schule fühle ich mich wertvoll. | In der Freizeit fühle ich mich wertvoll. | In meiner Familie fühle ich mich wertvoll. |
| -- - o + ++ | -- - o + ++ | -- - o + ++ |

Vielen Dank für deine Hilfe!

Anhang D: Fragebogen Super Skills for Life – *Elternversion*



SUPER SKILLS FOR LIFE

-ELTERNVERSION-



**CECILIA A. ESSAU
THOMAS H. OLLENDICK**

**IN ZUSAMMENARBEIT MIT
ROSEMARY KEENAN**



praxis für Kinder- und
Jugendlichenpsychotherapie
Dipl.-Päd. Peter mroczek

Liebe Eltern,

herzlich willkommen zu „Super Skills for Life“. Schön, dass Ihr Kind und Sie dabei sind. Wie Sie ja bereits aus dem Elternbrief wissen, möchte ich mit Kindern Ihrer Grundschule das Training durchführen und untersuchen, wie es wirkt.

Im Folgenden möchte ich Sie mit einigen Formalitäten vertraut machen. Ihre Angaben, die Angaben Ihres Kindes sowie die Angaben des/der Lehrers/Lehrerin werden von mir absolut vertraulich behandelt. Ihr Kind bekommt zu Beginn eine Chiffre-Nummer zugeteilt, mit der im Folgenden die Zuteilung der jeweiligen Einschätzungen möglich sein wird.

Sie bekommen von mir vor der Durchführung des Trainings sowie am Ende und noch einmal ca. sechs Monate nach Abschluss des Trainings Fragebögen ausgehändigt. Diese Bögen bitte ich Sie, gründlich zu lesen und Ihre Einschätzungen unabhängig von anderen Personen abzugeben. Ihr Kind und auch der/die Klassenlehrer/in werden ebenfalls Einschätzungen vornehmen. Es ist sehr wichtig, dass sie zu allen Fragen eine Einschätzung abgeben. Sollten Fragen nicht verständlich formuliert sein, können Sie mich gerne über Email (praxis@kjp-mroczek.de) oder über meine Praxisnummer 04171/6905504 erreichen. Gemeinsam können wir Ihre Fragen besprechen.

Auf den folgenden Seiten finden sie die Fragen zu Ihrem Kind. Bitte nehmen Sie sich die Zeit und füllen Sie die Bögen in Ruhe aus. Es ist wichtig, dass diese Fragebögen vor der Teilnahme Ihres Kindes am Training vollständig ausgefüllt werden. Wenn Sie die Fragebögen fertig bearbeitet haben, bitte ich Sie, diese entweder in einem verschlossenen (Brief-)Umschlag an mich zu schicken oder verschlossen dem/der Klassenlehrer/in auszuhändigen, diese/r wird es an mich weiterleiten. Ich danke Ihnen vielmals im Voraus!

Vorab noch ein paar allgemeine Fragen zum Lebenshintergrund Ihres Kindes:

Vor- und Nachname des Kindes: _____

Alter ihres Kindes: _____ Geburtsdatum: _____

Nationalität ihres Kindes: _____

Alter der Mutter: _____ Alter des Vaters: _____

Familienstand ledig verheiratet getrennt lebend
 geschieden verwitwet

Das Kind lebt bei: _____

Höchster Bildungsabschluss Mutter: _____

Höchster Bildungsabschluss Vater: _____

Geschwister (Anzahl, Alter): _____

Noch einmal vielen Dank ihre Mitarbeit.

Mit freundlichen Grüßen

Dipl.-Päd. P. Mroczek
Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut (approbiert)

(1) Nennen Sie bitte die Sportarten, die Ihr Kind am liebsten ausübt, z. B. Fußball, Radfahren, Schwimmen, Tennis usw.

Wieviel Zeit verbringt Ihr Kind mit dieser Sportart, verglichen mit Gleichaltrigen?

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

keine

	weiß nicht	weniger	gleich	mehr	weiß nicht	weniger gut	gleich	besser
a. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(2) Nennen Sie bitte die Lieblingsaktivitäten, Hobbies oder Spiele Ihres Kindes, z. B. Lesen, Spielekonsole, Gesellschaftsspiele usw.

Wieviel Zeit verbringt Ihr Kind damit, verglichen mit Gleichaltrigen?

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

keine

	weiß nicht	weniger	gleich	mehr	weiß nicht	weniger gut	gleich	besser
a. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(3) Wieviele Freunde hat Ihr Kind?
(bitte Geschwister nicht mitzählen)

keine einen zwei bis drei vier oder mehr

(4) Wie oft pro Woche unternimmt Ihr Kind etwas mit seinen Freunden außerhalb der Schule?

weniger als einmal ein- bis zweimal dreimal oder häufiger

(5) Verglichen mit Gleichaltrigen:

a. Wie verträgt sich Ihr Kind mit den Geschwistern?

Kind ist Einzelkind

b. Wie verträgt sich Ihr Kind mit anderen Kindern?

c. Wie verhält sich Ihr Kind gegenüber den Eltern?

	schlechter	etwa gleich	besser
a.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(6) Es folgen Verhaltensweisen, die bei Kindern auftreten können. Nach jeder Verhaltensweise finden Sie die Ziffern 0, 1 oder 2. Beantworten Sie bitte jede Verhaltensweise, ob und inwieweit diese bei Ihrem Kind zu beobachten ist. Wenn die jeweilige Verhaltensweise genau so oder häufig zu beobachten ist, kreuzen Sie bitte die Ziffer 2 an, wenn die Verhaltensweise etwas oder manchmal auftritt, die Ziffer 1, wenn die Verhaltensweise für Ihr Kind nicht zutrifft, die Ziffer 0. Beantworten Sie bitte alle Fragen so gut Sie können, auch wenn Ihnen einige Fragen für Ihr Kind unpassend erscheinen.

0 = nicht zutreffend 1 = etwas oder manchmal zutreffend 2 = genau oder häufig zutreffend

- | | | | | |
|------|--|---|---|---|
| 6.1 | Klagt über Einsamkeit | 0 | 1 | 2 |
| 6.2 | Weint viel | 0 | 1 | 2 |
| 6.3 | Hat Angst, in die Schule zu gehen | 0 | 1 | 2 |
| 6.4 | Hat Angst, etwas Schlimmes zu denken oder zu tun | 0 | 1 | 2 |
| 6.5 | Glaubt, perfekt sein zu müssen | 0 | 1 | 2 |
| 6.6 | Fühlt oder beklagt sich, dass niemand ihn/sie liebt | 0 | 1 | 2 |
| 6.7 | Glaubt, andere wollen ihm/ihr etwas antun | 0 | 1 | 2 |
| 6.8 | Fühlt sich wertlos oder unterlegen | 0 | 1 | 2 |
| 6.9 | Ist lieber allein als mit anderen zusammen | 0 | 1 | 2 |
| 6.10 | Ist nervös oder angespannt | 0 | 1 | 2 |
| 6.11 | Ist zu furchtsam oder ängstlich | 0 | 1 | 2 |
| 6.12 | Hat zu starke Schuldgefühle | 0 | 1 | 2 |
| 6.13 | Weigert sich zu sprechen | 0 | 1 | 2 |
| 6.14 | Ist verschlossen, behält Dinge für sich | 0 | 1 | 2 |
| 6.15 | Ist befangen oder wird leicht verlegen | 0 | 1 | 2 |
| 6.16 | Ist schüchtern oder zaghaft | 0 | 1 | 2 |
| 6.17 | Starrt ins Leere | 0 | 1 | 2 |
| 6.18 | Schmollt viel oder ist leicht eingeschnappt | 0 | 1 | 2 |
| 6.19 | Ist misstrauisch | 0 | 1 | 2 |
| 6.20 | Zeigt zu wenig Aktivität, ist zu langsam oder träge | 0 | 1 | 2 |
| 6.21 | Ist unglücklich, traurig oder niedergeschlagen | 0 | 1 | 2 |
| 6.22 | Zieht sich zurück, nimmt keinen Kontakt zu anderen auf | 0 | 1 | 2 |
| 6.23 | Macht sich zu viel Sorgen | 0 | 1 | 2 |
| 6.24 | Andere Verhaltensweisen, die ihnen Sorgen machen | | | |
| | Bitte beschreiben | | | |
| | _____ | 0 | 1 | 2 |
| | _____ | 0 | 1 | 2 |
| | _____ | 0 | 1 | 2 |

Fragebogen zu Stärken und Schwächen (SDQ-Deu)

Bitte markieren Sie zu jedem Punkt „Nicht zutreffend“, „Teilweise zutreffend“ oder „Eindeutig zutreffend“. Beantworten Sie bitte alle Fragen so gut Sie können, selbst wenn Sie sich nicht ganz sicher sind oder Ihnen eine Frage merkwürdig vorkommt. Bitte berücksichtigen Sie bei der Antwort das Verhalten Ihres Kindes in den letzten sechs Monaten.

	Nicht zutreffend	Teilweise zutreffend	Eindeutig zutreffend
Rücksichtsvoll	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Unruhig, überaktiv, kann nicht lange stillsitzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Klagt häufig über Kopfschmerzen, Bauchschmerzen oder Übelkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Teilt gerne mit anderen Kindern (Süßigkeiten, Spielzeug, Buntstifte usw.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hat oft Wutanfälle; ist aufbrausend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Einzelgänger; spielt meist alleine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Im allgemeinen folgsam; macht meist, was Erwachsene verlangen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hat viele Sorgen; erscheint häufig bedrückt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hilfsbereit, wenn andere verletzt, krank oder betrübt sind	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ständig zappelig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hat wenigstens einen guten Freund oder eine gute Freundin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Streitet sich oft mit anderen Kindern oder schikaniert sie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oft unglücklich oder niedergeschlagen; weint häufig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Im allgemeinen bei anderen Kindern beliebt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leicht ablenkbar, unkonzentriert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nervös oder anklammernd in neuen Situationen; verliert leicht das Selbstvertrauen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Liebt zu jüngeren Kindern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lügt oder mogelt häufig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wird von anderen gehänselt oder schikaniert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hilft anderen oft freiwillig (Eltern, Lehrern oder anderen Kindern)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Denkt nach, bevor er/sie handelt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stiehlt zu Hause, in der Schule oder anderswo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kommt besser mit Erwachsenen aus als mit anderen Kindern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hat viele Ängste; fürchtet sich leicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Führt Aufgaben zu Ende; gute Konzentrationsspanne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Gibt es noch etwas, das Sie erwähnen möchten?

Würden Sie sagen, dass Ihr Kind insgesamt gesehen in einem oder mehreren der folgenden Bereiche Schwierigkeiten hat: Stimmung, Konzentration, Verhalten, Umgang mit Anderen?

Nein	Ja, leichte Schwierigkeiten	Ja, deutliche Schwierigkeiten	Ja, massive Schwierigkeiten
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Falls Sie diese Frage mit „Ja“ beantwortet haben, beantworten Sie bitte auch die folgenden Punkte:

- Seit wann gibt es diese Schwierigkeiten?

Weniger als einen Monat	1-5 Monate	6-12 Monate	Über ein Jahr
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- Leidet Ihr Kind unter diesen Schwierigkeiten?

Gar nicht	Kaum	Deutlich	Massiv
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- Wird Ihr Kind durch diese Schwierigkeiten in einem der folgenden Bereiche des Alltagslebens beeinträchtigt?

	Gar nicht	Kaum	Deutlich	Schwer
ZU HAUSE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MIT FREUNDEN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
IM UNTERRICHT	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
IN DER FREIZEIT	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- Stellen die Schwierigkeiten eine Belastung für Sie oder die gesamte Familie dar?

Keine Belastung	Leichte Belastung	Deutliche Belastung	Schwere Belastung
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Unterschrift:.....
Vater/Mutter/Sonstige (nicht Zutreffendes bitte streichen)

Datum:.....

Vielen Dank für Ihre Hilfe!

© Robert Goodman, 2005

Anhang E: Fragebogen Super Skills for Life – *Lehrerversion*



SUPER SKILLS FOR LIFE

-LEHRERVERSION-



**CECILIA A. ESSAU
THOMAS H. OLLENDICK**

**IN ZUSAMMENARBEIT MIT
ROSEMARY KEENAN**



praxis für Kinder- und
Jugendlichenpsychotherapie
Dipl.-Päd. Peter mroczek

Liebe Lehrerinnen und Lehrer,

herzlich willkommen zu „Super Skills for Life“. Schön, dass Sie dabei sind. Wie Sie ja bereits wissen, möchte ich mit Kindern Ihrer Grundschule das Training durchführen und untersuchen, wie es wirkt.

Im Folgenden möchte ich sie mit einigen Formalitäten vertraut machen. Die Angaben werden von mir absolut vertraulich behandelt. Das Kind bekommt zu Beginn eine Chiffre-Nummer zugeteilt, mit der im Folgenden die Zuteilung der jeweiligen Einschätzungen möglich sein wird.

Sie bekommen von mir vor der Durchführung des Trainings sowie am Ende und noch einmal ca. sechs Monate nach Abschluss des Trainings Fragebögen ausgehändigt. Diese Bögen bitte ich Sie, gründlich zu lesen und Ihre Einschätzungen unabhängig von anderen Personen abzugeben. Das Kind selbst und auch die Eltern werden ebenfalls Einschätzungen vornehmen. Es ist sehr wichtig, dass sie zu möglichst allen Fragen eine Einschätzung abgeben. Sollten Fragen nicht verständlich formuliert sein, können Sie mich gerne über Email (praxis@kjp-mroczek.de) oder über meine Praxisnummer 04171/6905504 erreichen. Gemeinsam können wir Ihre Fragen besprechen.

Auf den folgenden Seiten finden Sie die Fragen zum jeweiligen Kind. Bitte nehmen Sie sich die Zeit und füllen Sie die Bögen in Ruhe aus. Es ist wichtig, dass diese Fragebögen vor der Teilnahme des Kindes am Training vollständig ausgefüllt werden. Wenn Sie die Fragebögen fertig bearbeitet haben, bitte ich Sie, diese zusammen mit den Bögen der Eltern an mich weiterzugeben. Ich danke Ihnen vielmals im Voraus!

Vorab noch ein paar allgemeine Fragen zum Kind:

Vollständiger Name des Kindes: _____

Geburtsdatum des Kindes: _____

Das Kind besucht die Klasse: _____

Wie gut kennen Sie das Kind (mehr oder weniger als sechs Monate): _____

Das Kind hat innerhalb der letzten 12 Monate an einem Training teilgenommen: ja nein

Wenn ja, an welchem Training, wie lange bzw. seit wann? _____

Noch einmal vielen Dank für ihre Mitarbeit!

Mit freundlichen Grüßen

Dipl.-Päd. P. Mroczek
Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut
(approbiert)

Es folgen Verhaltensweisen, die bei Kindern auftreten können. Nach jeder Verhaltensweise finden Sie die Ziffern 0, 1 oder 2. Beantworten Sie bitte jede Verhaltensweise, ob und inwieweit diese bei dem jeweiligen Kind zu beobachten ist. Wenn die jeweilige Verhaltensweise genau so oder häufig zu beobachten ist, kreuzen Sie bitte die Ziffer 2 an, wenn die Verhaltensweise etwas oder manchmal auftritt, die Ziffer 1, wenn die Verhaltensweise für das Kind nicht zutrifft, die Ziffer 0. Beantworten Sie bitte alle Fragen so gut Sie können, auch wenn Ihnen einige Fragen für das Kind unpassend erscheinen.

0 = nicht zutreffend 1 = etwas oder manchmal zutreffend 2 = genau oder häufig zutreffend

- | | | | | |
|----|---|---|---|---|
| 1 | Verhält sich zu jung für sein/ihr Alter | 0 | 1 | 2 |
| 2 | Klammert sich an Erwachsene oder ist zu abhängig | 0 | 1 | 2 |
| 3 | Klagt über Einsamkeit | 0 | 1 | 2 |
| 4 | Weint viel..... | 0 | 1 | 2 |
| 5 | Kommt mit anderen Schülern nicht aus | 0 | 1 | 2 |
| 6 | Hat Angst, in die Schule zu gehen | 0 | 1 | 2 |
| 7 | Hat Angst, etwas Schlimmes zu denken oder zu tun | 0 | 1 | 2 |
| 8 | Glaubt, perfekt sein zu müssen | 0 | 1 | 2 |
| 9 | Fühlt oder beklagt sich, dass niemand ihn/sie liebt | 0 | 1 | 2 |
| 10 | Glaubt, andere wollen ihm/ihr etwas antun | 0 | 1 | 2 |
| 11 | Fühlt sich wertlos oder unterlegen | 0 | 1 | 2 |
| 12 | Verletzt sich häufig ungewollt, neigt zu Unfällen | 0 | 1 | 2 |
| 13 | Wird viel gehänselt | 0 | 1 | 2 |
| 14 | Ist lieber allein als mit anderen zusammen | 0 | 1 | 2 |
| 15 | Ist nervös, reizbar oder angespannt | 0 | 1 | 2 |
| 16 | Ist überangepasst | 0 | 1 | 2 |
| 17 | Wird von anderen Schülern nicht gemocht | 0 | 1 | 2 |
| 18 | Ist zu furchtsam oder ängstlich | 0 | 1 | 2 |
| 19 | Hat zu starke Schuldgefühle | 0 | 1 | 2 |
| 20 | Ist körperlich unbeholfen oder ungeschickt | 0 | 1 | 2 |
| 21 | Ist lieber mit Jüngeren als mit Gleichaltrigen zusammen | 0 | 1 | 2 |
| 22 | Weigert sich zu sprechen | 0 | 1 | 2 |

- | | | | | |
|----|---|---|---|---|
| 23 | Ist verschlossen, behält Dinge für sich | 0 | 1 | 2 |
| 24 | Ist befangen oder wird leicht verlegen | 0 | 1 | 2 |
| 25 | Ist schüchtern oder zaghaft | 0 | 1 | 2 |
| 26 | Starrt ins Leere | 0 | 1 | 2 |
| 27 | Ist bei Kritik schnell verletzt | 0 | 1 | 2 |
| 28 | Schmolzt viel oder ist leicht eingeschnappt | 0 | 1 | 2 |
| 29 | Ist misstrauisch | 0 | 1 | 2 |
| 30 | Zeigt zu wenig Aktivität, ist zu langsam oder träge | 0 | 1 | 2 |
| 31 | Ist unglücklich, traurig oder niedergeschlagen | 0 | 1 | 2 |
| 32 | Versucht zu sehr, anderen zu gefallen | 0 | 1 | 2 |
| 33 | Hat Angst, Fehler zu machen | 0 | 1 | 2 |
| 34 | Zieht sich zurück, nimmt keinen Kontakt zu anderen auf | 0 | 1 | 2 |
| 35 | Macht sich zu viel Sorgen | 0 | 1 | 2 |
| 36 | Andere Verhaltensweisen, die ihnen bei dem Kind Sorgen machen | | | |
| | Bitte beschreiben: _____ | 0 | 1 | 2 |
| | _____ | 0 | 1 | 2 |
| | _____ | 0 | 1 | 2 |

Im Folgenden werden Verhaltensweisen von Schülern zum Sozialverhalten beschrieben. Bitte beurteilen Sie das Verhalten auf der Grundlage folgender Skala:

0 = Verhalten tritt nie auf

1 = Verhalten tritt selten auf

2 = Verhalten tritt manchmal auf

3 = Verhalten tritt häufig auf

A. Kooperation		0	1	2	3
1.	Arbeitet mit anderen in einer Gruppe zusammen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	Zeigt Freude am gemeinsamen Tun	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	Lässt fremde Beiträge gelten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	Schließt Kompromisse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	Akzeptiert gemeinsame Ziele	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B. Selbstwahrnehmung		0	1	2	3
6.	Sieht bei Konflikten mit anderen eigene Fehler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.	Nimmt eigene Gefühle wahr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.	Schätzt die Folgen eigenen Handelns realistisch ein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.	Versucht, eigene Fehler wiedergutzumachen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.	Beschreibt eigenes Verhalten genau	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C. Selbstkontrolle		0	1	2	3
11.	Kontrolliert impulsives Verhalten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.	Schiebt eigene Bedürfnisse auf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.	Erträgt Misserfolge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14.	Geht mit Kritik angemessen um	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15.	Zeigt außerhalb des Unterrichts Selbstkontrolle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

D. Einfühlungsvermögen und Hilfsbereitschaft	0	1	2	3
16. Erkennt, wenn andere Hilfe brauchen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Hilft aus eigener Initiative	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Tröstet andere, wenn ihnen Schaden zugefügt wurde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Teilt mit anderen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Muntert andere auf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E. Angemessene Selbstbehauptung	0	1	2	3
21. Löst Konflikte gewaltfrei	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Reagiert auf unangebrachtes Verhalten anderer angemessen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Äußert eigene Meinungen angemessen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Äußert Kritik angemessen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Äußert eigene Wünsche akzeptabel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F. Sozialkontakt	0	1	2	3
26. Hält angemessen Distanz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Zeigt Gefühle angemessen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Drückt Anerkennung gegenüber anderen aus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. Nimmt angemessen Kontakt auf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. Will zu einer Gruppe gehören	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bitte markieren Sie zu jedem Punkt „Nicht zutreffend“, „Teilweise zutreffend“ oder „Eindeutig zutreffend“. Beantworten Sie bitte alle Fragen so gut Sie können, selbst wenn Sie sich nicht ganz sicher sind oder Ihnen eine Frage merkwürdig vorkommt. Bitte berücksichtigen Sie bei der Antwort das Verhalten des Kindes in diesem Schuljahr.

	Nicht zutreffend	Teilweise zutreffend	Eindeutig zutreffend
Rücksichtsvoll	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Unruhig, überaktiv, kann nicht lange stillsitzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Klagt häufig über Kopfschmerzen, Bauchschmerzen oder Übelkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Teilt gerne mit anderen Kindern (Süßigkeiten, Spielzeug, Buntstifte usw.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hat oft Wutanfälle; ist aufbrausend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Einzelgänger; spielt meist alleine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Im allgemeinen folgsam; macht meist, was Erwachsene verlangen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hat viele Sorgen; erscheint häufig bedrückt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hilfsbereit, wenn andere verletzt, krank oder betrübt sind	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ständig zappelig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hat wenigstens einen guten Freund oder eine gute Freundin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Streitet sich oft mit anderen Kindern oder schikaniert sie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oft unglücklich oder niedergeschlagen; weint häufig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Im allgemeinen bei anderen Kindern beliebt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leicht ablenkbar, unkonzentriert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nervös oder anklammernd in neuen Situationen; verliert leicht das Selbstvertrauen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Liebt zu jüngeren Kindern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lügt oder mogelt häufig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wird von anderen gehänselt oder schikaniert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hilft anderen oft freiwillig (Eltern, Lehrern oder anderen Kindern)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Denkt nach, bevor er/sie handelt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stiehlt zu Hause, in der Schule oder anderswo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kommt besser mit Erwachsenen aus als mit anderen Kindern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hat viele Ängste; fürchtet sich leicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Führt Aufgaben zu Ende; gute Konzentrationsspanne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Gibt es noch etwas, das Sie erwähnen möchten?

Würden Sie sagen, dass dieses Kind insgesamt gesehen in einem oder mehreren der folgenden Bereiche Schwierigkeiten hat: Stimmung, Konzentration, Verhalten, Umgang mit Anderen?

Nein	Ja, leichte Schwierigkeiten	Ja, deutliche Schwierigkeiten	Ja, massive Schwierigkeiten
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Falls Sie diese Frage mit „Ja“ beantwortet haben, beantworten Sie bitte auch die folgenden Punkte:

- Seit wann gibt es diese Schwierigkeiten?

Weniger als einen Monat	1-5 Monate	6-12 Monate	Über ein Jahr
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- Leidet Ihr Kind unter diesen Schwierigkeiten?

Gar nicht	Kaum	Deutlich	Massiv
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- Wird Ihr Kind durch diese Schwierigkeiten in einem der folgenden Bereiche beeinträchtigt?

	Gar nicht	Kaum	Deutlich	Schwer
MIT FREUNDEN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
IM UNTERRICHT	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- Stellen die Schwierigkeiten eine Belastung für Sie oder die gesamte Klasse dar?

Keine Belastung	Leichte Belastung	Deutliche Belastung	Schwere Belastung
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Unterschrift:

Datum:

Anzahl der wöchentlichen Klassenstunden mit dem Kind?

Vielen Dank für Ihre Hilfe!

© Robert Goodman, 2005