

**Stress und Stressbewältigung im
Kindesalter**
*-Evaluation eines Gesundheitsförderprogrammes
für fünfte und sechste Klassen-*

Zusammenfassung der Masterthesis

von

Doris Keil

52062 Aachen

E-Mail: doris.keil@smail.th-koeln.de

Aachen, den 18. Februar 2019

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	2
2	Stress und Stressformen	2
3	Stress bei Kindern	5
4	Das Evaluationsprojekt: Das Programm Fit und stark plus II „Sokrates“	8
5	Aufbau der Evaluationsstudie	9
6	Auswertung und Methode	9
7	Stressvulnerabilität	10
8	Stressbewältigungsstrategien	16
9	Stresssymptomatik	27
	Literaturverzeichnis	29
	Abbildungsverzeichnis	33

1 Einleitung

Stress und der Umgang mit Stress stellen in der heutigen Zeit wichtige Einflussfaktoren für die gesundheitliche Entwicklung dar, auch schon im Kindesalter.

Mehrere Studien, z.B. nationalen Studien der Bepanthen-Kinderförderung von 2015 oder der KIGGS-Studie, sowie der internationalen Studie „Health behavior in school-aged children“ (HBSC-Studie), zeigen auf, dass Kinder und Jugendliche zunehmend mehr über Stressbelastung und dessen bedenkliche gesundheitliche Folgen für ihr Wohlergehen klagen.

Wenig bis kaum haben sich Konzepte der schulischen Gesundheitsförderung mit dem Phänomen Stressbelastung auseinandergesetzt. Schulische Gesundheitsförderung verfolgt einen ganzheitlichen Ansatz und setzt an bei der Stärkung von Resilienz und bei den individuellen Kompetenzen, mit gesundheitlichen Risiken umzugehen. Stressbelastung soll so reduziert werden. Der Begriff des „Wohlbefindens“ und die Unterstützung zu einem gesundheitsfördernden Lebensstil stehen im Mittelpunkt dieses Ansatzes.

Es stellt sich nun die Frage, ob ein solches schulisches ganzheitliches Programm für die 5. und 6. Klassen (10-13 Jahre) dabei helfen kann, mit Stress und Stressbelastung anders umzugehen. Im Rahmen der zweijährigen Evaluation eines neu konzipierten schulischen Programms zur Gesundheitsförderung „Sokrates“ wurde dieser Frage nachgegangen und mit Hilfe einer empirischen Studie überprüft.

Dieser Beitrag beschäftigt sich zunächst mit dem Phänomen Stress aus wissenschaftlicher Sicht. Es werden psychologische Theorien und Studien vorgestellt. Anschließend stehen Forschungsergebnisse über Stressbelastung und Stressfolgen im Mittelpunkt. Der empirische Teil stellt das Vorgehen und die Methode sowie die zentralen Ergebnisse der empirischen Analyse vor. In der abschließenden Diskussion werden Schlussfolgerungen für die schulische Gesundheitsförderung erörtert.

2 Stress und Stressformen

Das Phänomen Stress als Gegenstand der Forschung wurde vor allem mit dem Aufkommen der Gesundheitspsychologie, Ende der 1980er und Anfang der 1990er Jahre, reaktiviert. In dieser Zeit entwickelte Modelle wie die Transaktionale Stresskonzeption nach Lazarus (1984), trugen zu dieser Entwicklung bei (Krohne 1996: IX). Zunächst wurde der Forschungsschwerpunkt auf Stresserleben bei Erwachsenen gelegt. Stressforschung bei Kindern erfolgte erst wesentlich später.

Es werden zwei Arten von Stress unterschieden: Eustress und Distress. Die Vorsilbe „eu“, aus dem Griechischen stammend, bedeutet „wohl, gut, richtig, leicht“ und bezeichnet diejenigen Stressoren die den Organismus positiv beeinflussen. Auf bedrohliche Situationen mit Stress zu reagieren, ist in erster Linie eine natürliche, angemessene und sinnvolle Reaktion. Es kommt kurzfristig zu einer Aktivierung und Mobilisierung der Widerstandskräfte (Lohaus/ Seiffge-Krenke 2007: 177). Dementsprechend kann ein moderates und vor allem kurzfristig erlebtes Stressempfinden durchaus förderlich sein. Wird die Belastung jedoch zu hoch, sinken die Leistungen in der Regel wieder ab. Kritisch wird es, wenn sich der Organismus nahezu dauerhaft in einem Aktivierungszustand befindet (Lohaus/ Domsch/ Fridrici 2007: 10 f.). Es kommt zu Distress (die Vorsilbe „dis“ aus dem griechischen bedeutet „miss-, schlecht“), das heißt Stressoren wirken auf den Körper schädigend ein (Krohne 1996: 10). Bei Stress wird *„die Systemlage eines Organismus über einen längeren Zeitraum hinweg aus dem Gleichgewicht gebracht“* (Scherer 1985: 197 f.). Die dauerhafte Anspannung und häufig wiederkehrende Belastung können dabei zu körperlicher Schädigung führen (Krohne 1996: 10). Die gesundheitlichen Beschwerden können das Stresserleben dabei weiter verstärken. Es kommt somit nicht nur zum Erschöpfungszustand, sondern auch zur Stresskumulation (Lohaus/ Seiffge-Krenke 2007: 177).

Das Transaktionale Stressmodell von Lazarus (1984), beschreibt Stress vor allem als spezifische Beziehung zwischen Individuum. Somit wird Stress nicht als äußere Reizgegebenheit gesehen, sondern als relationales Konzept, an dem beide Komponenten (Person und Umwelt) gleichermaßen beteiligt sind (Krohne 1996: 10). Die Person trägt selbst zum Stress- und Bewältigungsgeschehen bei, indem sie mit ihrer spezifischen Interpretation der Situation (Bewertung = appraisal) und ihren Fähigkeiten diese zu meistern (Bewältigung = coping), auf die Umwelt zurück wirkt und diese damit verändert. Der Transaktionsbegriff drückt also die wechselseitige Beeinflussung von Umwelt und Person im Hinblick auf an sie gestellte Anforderungen und ihren Mitteln, diesen zu begegnen, aus (Beyer/ Lohaus 2007: 21). Individuelle Unterschiede im Stresserleben ergeben sich zunächst aus unterschiedlichen Bewertungen einer Situation.

Das Entstehen von Stress kann allgemein dann vermutet werden, wenn die erlebten Anforderungen das verfügbare Bewältigungspotential übersteigen (Beyer/ Lohaus 2007: 11). Zwischen der stressauslösenden Situation und der Stressreaktion liegen die Wahrnehmung und Bewertung der jeweiligen Person, von denen abhängt, ob eine Stressreaktion ausgelöst wird und wie intensiv sie gegebenenfalls ausfällt. (Lohaus/ Domsch/ Fridrici 2007: 4 f.).

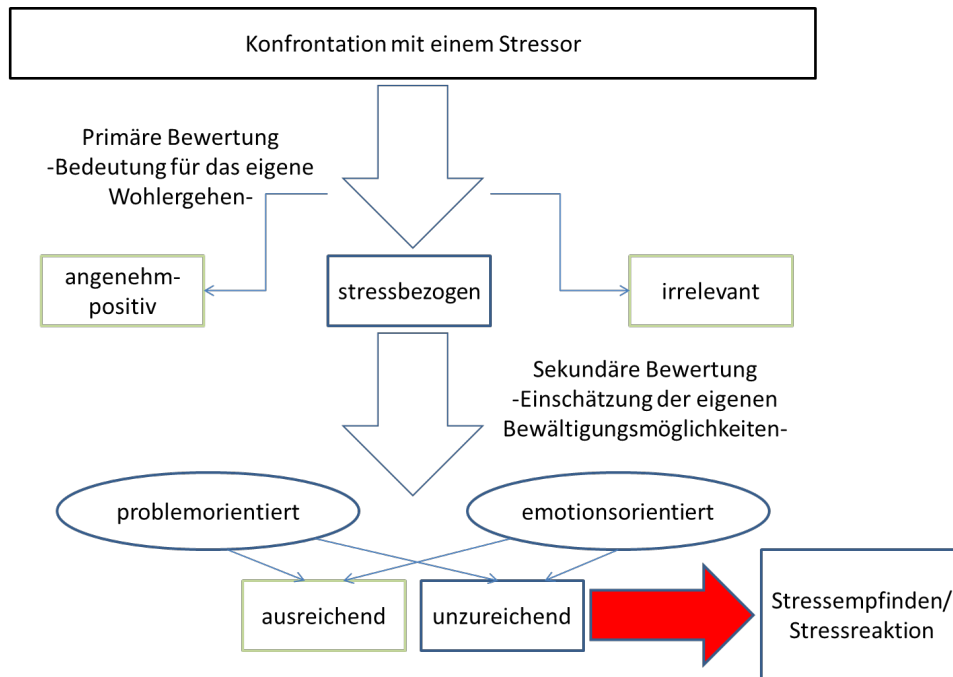


Abb.1: Darstellung des Transaktionales Stressmodells angelehnt an Lazarus (1984)

Auf die Konfrontation mit einem Stressor folgt zunächst die primäre Bewertung. Dabei wird die Bedeutung des Ereignisses für das eigene Wohlbefinden eingeschätzt (appraisal of well-being) (ebenda: 21).

Wird das Ereignis als irrelevant oder angenehm-positiv eingestuft, erfolgt im Hinblick auf den Stressaufbau keine weitere Auseinandersetzung mit der Situation. Wird das Ereignis hingegen als stressbezogen wahrgenommen, kommt es zur sekundären Bewertung. Bei dieser wird eine Einschätzung der eigenen Bewältigungsmöglichkeiten im Hinblick auf die erlebten Anforderungen der als stressbezogen eingeschätzten Transaktion vorgenommen (appraisal of coping options and resources) (ebenda: 19). Eine stressbezogene sekundäre Bewertung entsteht, wenn die eigenen Möglichkeiten, den Anforderungen zu begegnen, für unzureichend befunden werden (Beyer/ Lohaus 2007: 23). Zum Stressempfinden und zu Stressreaktionen kommt es erst, wenn in der sekundären Bewertung die eigenen Bewältigungsmöglichkeiten für die entsprechende Belastungssituation als unzureichend angesehen werden (Lohaus/ Domsch/ Fridrici 2007: 5 ff).

Klein-Heßling und Lohaus attestieren der transaktionalen Stresskonzeption von Lazarus eine geeignete Übertragbarkeit zur Erklärung von Stress und Stresserleben im Kindes- und Jugendalter. Das Modell biete eine gute Grundlage zur Konzeption von Interventionen (Beyer/ Lohaus 2007: 23). Auch das für den Forschungsteil verwendete Messinstrument, welches unter anderem von Klein-Heßling und Lohaus entwickelt wurde, baut auf dieser Konzeption auf.

3 Stress bei Kindern

Wie schon erwähnt, wurde der Blick erst recht spät darauf gelenkt, dass auch Kinder bereits unter Stresserleben leiden. Die ersten größeren Untersuchungen zu Stress bei Kindern erfolgten ab 2000. Insbesondere Lohaus (1993; 2001; 2006; 2007), Klein-Heßling (2001; 2006) und Seiffge-Krenke (2007) setzten in diesem Altersbereich ihren Schwerpunkt.

Eine wichtige Studie zum allgemeinen Gesundheitszustand von Kindern ist „Health behavior in school-aged children“ (HBSC-Studie) der Weltgesundheitsorganisation (WHO), die seit 1982 alle vier Jahre Daten zur Gesundheit und gesundheitsbezogenen Wahrnehmung von 11-, 13- und 15- Jährigen aus 48 Ländern Europas und Nordamerikas veröffentlicht. Bei dieser Befragung wurde deutlich, dass Stress die gesundheitsbezogene Wahrnehmung beeinflusst (HBSC-Studie 2018). Des Weiteren wird seit 2003 regelmäßig die KIGGS-Studie vom Robert-Koch Institut vorgelegt, damals noch Kinder- und Jugendgesundheitsurvey, welche umfassende und bundesweit repräsentative Gesundheitsdaten für Kinder und Jugendliche enthält.

Im Kindes- und Jugendalter wird nach McNamara zwischen drei großen Klassen von Stress unterschieden (McNamara 2000). Die erste Klasse bilden Stressoren, die durch kritische Lebensereignisse hervorgerufen werden. (Lohaus/ Seiffge-Krenke 2007: 183). Die Scheidung der Eltern oder der Tod eines nahen Angehörigen sind Beispiele für diese Art von Stressor (Beyer/ Lohaus 2007: 11 ff).

Die zweite Gruppe bilden die normativen Stressoren, welche sich dadurch auszeichnen, dass sie meist zu einem definierten Zeitpunkt in der Entwicklung auftreten. Zu diesen Stressoren gehören auch Anforderungen der verschiedenen Entwicklungsaufgaben nach Havighurst (Havighurst 1972) (Lohaus 1993: 44). Ein Beispiel für ein solches Ereignis ist der Wechsel von der Grundschule zur weiterführenden Schule. Da diese normativen Stressoren mehr oder weniger jedes Kind durchläuft, sind sie in gewissem Maße vorhersehbar, sodass antizipatorische Maßnahmen zu ihrer Bewältigung getroffen und damit Stressreaktionen gegebenenfalls abgeschwächt werden können (Beyer/ Lohaus 2007: 11 ff).

Nicht nur große kritische Lebensereignisse, sondern auch eine Anhäufung von kleineren Alltagsbelastungen können dazu führen, dass eine erfolgreiche Bewältigung nicht mehr möglich ist (Lohaus/ Domsch/ Fridrici 2007: 25). Diese alltäglichen Anforderungen und Probleme bilden die dritte Kategorie der Stressoren. Der Schwerpunkt dieser Arbeit bezieht sich auf diese letzte Kategorie. Solche Situationen können zum Beispiel Klassenarbeiten oder Streitigkeiten mit Freunden sein (Beyer/ Lohaus 2007: 11 ff).

Meistens tragen die drei genannten Stressorengruppen gemeinsam zum Stresserleben bei, da selten nur ein Stressor alleine auftritt oder aber auch erst bei mehreren Stressoren gleichzeitig ein Stresserleben empfunden wird, weil die eigenen Bewältigungsmöglichkeiten, wie im Transaktionalen Stressmodell beschrieben, dann als nicht mehr ausreichend zur Bewältigung der Situationen eingeschätzt werden (Lohaus/ Klein-Heßling 2001: 152).

Eine Studie von Lohaus, die 1990 mit 342 Schüler/innen zwischen sieben und elf Jahren und zwölf und achtzehn Jahren durchgeführt wurde, zeigt, dass unter den Jugendlichen ein hoher Anteil (72 %) benennen konnte, was bei ihnen zu Stresserleben führt, während die jüngeren Kinder seltener benennen konnten, welche Ursachen ihrem Stress zugrunde liegen (36 % antworteten mit „weiß nicht“) (Lohaus/ Domsch/ Fridrici 2007: 12 ff).

Hurrelmann verweist darauf, dass heutige Industriegesellschaften vor allem Leistungsgesellschaften seien (Hurrelmann 1990: 128). In diesen ist der schulische Erfolg verknüpft mit den Chancen und Möglichkeiten, die später im Berufsleben zur Verfügung stehen. Vor dieser Ausgangssituation steigt häufig nicht nur der Erwartungsdruck der Eltern, eine möglichst anspruchsvolle Schullaufbahn erfolgreich zu durchlaufen (ebenda: 129), sondern oft auch der Selbstanspruch der Kinder (ebenda: 136). Leistungs-, Erwartungs- und Zeitdruck stellen bereits bei Kindern im Grundschulalter wesentliche Stressfaktoren dar (Bepanthen-Kinderförderung, 2015). Alltägliche Situationen, in denen am häufigsten Stress erlebt wird, sind Klassenarbeiten oder die Hausaufgabensituation am Nachmittag (Lohaus/ Domsch/ Fridrici 2007: 16). Das bestätigt auch die Studie der Bepanthen-Kinderförderung: 70 % der Kinder mit hohem Stress kommen mit der Bewältigung der Hausaufgaben nicht zurecht (Bepanthen-Kinderförderung 2015). Der oben schon als Beispiel genannte Schulwechsel erweist sich insbesondere beim Wechsel von der Grundschule zum Gymnasium als potentieller Stressor. 18 % der Kinder, die diesen Wechsel vollzogen haben, berichteten über dabei erlebte Schwierigkeiten (Seiffge-Krenke 2007: 164). Allerdings soll hier nicht außer Acht gelassen werden, dass Büchner und Koch auch von positiven Auswirkungen berichten, die mit dem Schulwechsel einhergehen können. Eine komplett neue Umgebung ist oft auch mit Chancen verknüpft, zum Beispiel sich neu oder anders zu entdecken oder zu präsentieren, ohne vorherige Vorurteile (Büchner/ Koch 2001).

Das Stressoren aus dem Kontext Schule von Kindern eine solch große Bedeutung beigemessen wird, zeigt sich auch darin, dass im Verlauf der Jahre die Belastungen in der Schule von Kindern nahezu gleich bewertet wurden, während die Belastungen in den Bereichen Zukunft und Beziehungen hingegen rückläufig sind (Seiffge-Krenke/ Nieder 2001: 206 ff.).

Sonstige häufige Stressquellen von Kindern außerhalb der Schule finden sich zum einen im Bereich Beziehungen, z. B. Streitereien mit Freunden (Lohaus/ Domsch/ Fridrici 2007: 22), und zum anderen in Veränderungstrends in der Familie, wie der Berufstätigkeit beider Elternteile, wenn diese mit einem hohen Maß an Eigenverantwortung für das Kind einhergeht (Hurrelmann 1990: 85 f.).

Zu beachten ist, dass unter Annahme des Transaktionalen Stressmodells die individuelle Bedeutsamkeit eines potentiellen Stressors immer subjektiv bleibt und sich nur aus Sicht des betroffenen Kindes zutreffend beurteilen lässt (Beyer/ Lohaus 2007: 14). Das heißt, dass es sich bei Stressquellen der Kinder für Erwachsene teilweise um belanglose Ereignisse handeln kann, die jedoch für das Kind einen hohen Stellenwert haben. (Lohaus/ Domsch/ Fridrici 2007: 16).

Stresserleben geht häufig mit einer Vielzahl von psychischen und physischen Beschwerdesymptomen einher (Lukas 2012: 17). Während das Ausmaß der physischen Symptomatiken über weite Altersabschnitte (9 bis 14 Jahre) relativ konstant bleibt, ist bei den psychischen Symptomatiken im Verlauf des Alters eine relative Steigerung zu verzeichnen (Lohaus/ Domsch/ Fridrici 2007: 38).

Die Fachliteratur belegt, dass Stress einen relevanten gesundheitlichen Risikofaktor für Kinder und Jugendliche darstellt. Daher sollten Gesundheitsförderprogramme für diese Altersstufen das Thema Stressprävention und Umgang mit Stress aufgreifen. Während bei konkreten Präventionsprogrammen der Erfolg des Programms häufig quantifizierbar messbar ist –wie zum Beispiel das Senken des Zigarettenkonsums durch spezielle Nichtraucherprogramme- gestaltet sich die Messung der Effektivität von Gesundheitsförderprogrammen schwieriger, da bei letzteren das schwer zu operationalisierende Ziel der Resilienzstärkung im Vordergrund steht. Die Entwicklung von Gesundheitsförderprogrammen, bei denen es vor allem darum geht, Menschen zu befähigen, ihre Gesundheitsbedingungen selbst zu erhöhen, hat zugenommen. Maßnahmen zur Gesundheitsförderung werden von einer Vielzahl von Institutionen und Organisationen angeboten (Lohaus 1993: 14). Die Auswahl der geeigneten Vermittlungsinstanz ist elementar, da hiervon häufig die Akzeptanz bzw. Nicht-Akzeptanz des Programms abhängt (Lohaus 1993: 15).

In dieser Arbeit steht die Schule als Bildungseinrichtung und Vermittlerin von Gesundheitsförderprogrammen im Vordergrund. Durch die Einbettung in die Lebenswelt Schule können alle Kinder in ihren konkreten Lebensbezügen erreicht werden. In der Institution Schule sind es die Lehrkräfte die als Multiplikatoren dienen und die die konkreten

Inhalte der Gesundheitsförderungsmaßnahmen an die Zielgruppe weitergeben. Von Ihnen, ihrer Überzeugung und ihrer Vermittlungskompetenz hängt häufig auch die Akzeptanz des Programms ab.

4 Das Evaluationsprojekt: Das Programm Fit und stark plus II „Sokrates“

Das 2008 gegründete Institut für angewandte Prävention und Gesundheitsforschung (IFA) in Lübeck entwickelte auf wissenschaftlicher Grundlage innovative Programme zur Gesundheitsförderung (IFA 2018). Seit 2010 wird das bereits evaluierte Grundschulprogramm „Fit und stark plus“ eingesetzt, das in Schleswig-Holstein mehr als 15.000 Schüler/innen erreicht hat. Das weiterführende Gesundheitsförderprogramm „Fit und stark plus II – Sokrates“ (im Folgenden nur noch Sokrates genannt), welches Gegenstand der Evaluation ist, wurde für die weiterführenden Schulen konzipiert und richtet sich an Schüler/innen der fünften und sechsten Klassen. Damit wird genau die Altersklasse angesprochen, die gerade den Schulwechsel von der Grundschule zur weiterführenden Schule vollzogen hat, der, wie oben erläutert, häufig mit erhöhten Belastungen für die Kinder einhergeht (Beyer/ Lohaus 2007: 11 ff).

Das Programm wird durch die Lehrkräfte als Multiplikatoren vermittelt. Aufgeteilt in vier Module (plus zwei Zusatzmodule), für welche jeweils ausgearbeitete Unterrichtsmaterialien zur Verfügung stehen, ist es im Unterricht flexibel einsetzbar, da die Reihenfolge der Module nicht starr festgesetzt ist. So können die Module je nach Aktualität im Klassenverbund oder nach Interesse der Schüler/innen durchlaufen werden. Die Themen unterteilen sich in „Kennenlernen“, „Stärkung des Selbstwertgefühls“, „Freizeit, Gesundheit und Bewegung“ und „Sucht, Gewalt, Medien und Werbung“, sowie die Themen der beiden Zusatzmodule „Förderung einer starken Klassengemeinschaft“ und „Fächerübergreifendes Präventionsprogramm für die Schule“. Die Förderung eines gesunden Lebensstils und einer (selbst-) wertschätzenden Persönlichkeit stehen bei Sokrates im Vordergrund (IFA 2018). Ein wichtiges Ziel des Programmes ist es, Stressbewältigungsstrategien zu stärken und zu erproben, um Kinder in die Lage zu versetzen, angemessen mit belastenden Situationen umzugehen.

5 Aufbau der Evaluationsstudie

Die Evaluation fand von 2015 bis 2017 als Längsschnittstudie statt. Bei den teilnehmenden Kindern aus unterschiedlichen Schultypen wurde eine Randomisierung vorgenommen und diese in Interventions- und Kontrollgruppe aufgeteilt. Die Intervention fand im Klassenverbund in der jeweiligen Schule, eingebettet in das Lehrprogramm, statt. Das heißt, unterschiedliche Lehrkräfte waren an der Vermittlung beteiligt. Insgesamt nahmen 351 Schüler/innen an der Untersuchung teil, davon 215 Interventionsgruppenteilnehmende und 136 Kontrollgruppenteilnehmende; davon waren 145 Mädchen und 206 Jungen.

Alle Kinder dieser Studie wurden mit einem Set von 4 standardisierten Test-Fragebögen befragt: Einer davon war der Fragebogen zur Erhebung von Stress und Stressbewältigung im Kindes- und Jugendalter - SSKJ 3 – 8“ (im Folgenden „SSKJ 3 – 8“ genannt)¹. Die Befragung fand vor dem Programmbeginn (T0), nach einem Jahr Programmteilnahme (T1) und nach Beendigung des Programms (T2) statt. Die folgenden Ausführungen beziehen sich nur auf die Auswertung der Variable „Stress“, gemessen mit dem SSKJ 3-8. Dieser fragt nach Stresserleben, Umgang mit Stress und physischen und psychischen Symptomen.² Der Fragebogen ist in drei Bereiche geteilt, die verschiedene Gebiete des Stressgeschehens erfassen. Im ersten Bereich wird die Vulnerabilität für potenzielle Stressoren erhoben (Variable 1). Der zweite Teilbereich bezieht sich auf die Stressbewältigungsstrategien (Variable 2) Der dritte Teil des Fragebogens befasst sich mit der Stresssymptomatik, die physische und psychische Symptome unterscheidet (Variable 3).

6 Auswertung und Methode

Die statistische Datenauswertung erfolgte über das Programm Statistical Package for the Social Sciences (im Folgenden SPSS genannt).

Wesentlich für diese Untersuchung ist, eine Entwicklung zwischen den jeweiligen Messzeitpunkten aufzeigen zu können. Dazu wurden Entwicklungstabellen angelegt, die die

¹ Lohaus, A., Eschenbeck, H., Kohlmann, C.-W., Klein-Heßling, J.: SSKJ 3-8. Fragebogen zur Erhebung von Stress und Stressbewältigung im Kindes- und Jugendalter, Göttingen, Bern, 2006.

² Die Fragen richten sich an Schüler/innen der Klassenstufen drei bis acht, die jeweils in Zweier-Klassenstufen zusammengefasst sind, zu denen vergleichbare Normwerte vorliegen. Zielgruppe dieser Untersuchung sind die Klassenstufen fünf und sechs. Das Neukonstrukt des ehemaligen „Fragebogen[s] zur Erhebung von Stresserleben und Stressbewältigung – SSKJ“ wurde 2006 vom Autorenkollektiv Lohaus, Eschenbeck, Kohlmann und Klein-Heßling entwickelt und bietet verschiedene Möglichkeiten zur differenzierten Stressmessung.

jeweilige Entwicklung in jeder Dimension, zwischen den jeweiligen Zeitpunkten T0 zu T1, T1 zu T2 und T0 zu T2 jeweils für die Interventions- bzw. Kontrollgruppe aufzeigen.

In den folgenden Ergebnisdarstellungen werden jeweils Teile der einfaktoriellen Varianzanalyse mit Messwiederholung erläutert³. Bei dieser wird zunächst die Prüfung auf Normalverteilung mit dem Shapiro-Wilk-Test durchgeführt. Anschließend wird auf Sphärizität mit Hilfe des Mauchly-Tests überprüft, wobei gegebenenfalls die Greenhouse-Geisser-Korrektur zur Anwendung kommt.

Mit Hilfe der paarweisen Vergleiche und einem Bonferroni-korrigierten Post hoc-Test wird festgestellt welche Messzeitpunkte sich ggf. signifikant voneinander unterscheiden. Für diese Untersuchung wurde ein Signifikanzniveau von $p \leq 0,05$ festgelegt.⁴

7 Stressvulnerabilität

Der Begriff der Vulnerabilität umschreibt eine besondere Anfälligkeit oder, vom Wortstamm abgeleitet, Verletzlichkeit einer Person gegenüber bestehenden Risiken (Ball/Peters 2007: 132). Stress kann als ein solches Risiko betrachtet werden, weshalb die Vulnerabilität in der Stressforschung eine große Rolle spielt. Vulnerabilität beschreibt damit die Stressanfälligkeit. Spezifische Ausprägungen der Umwelt (z.B. Art des Stressereignisses) und Personenmerkmale (z.B. Kontrollüberzeugung) bestimmen den Grad der Vulnerabilität (Krohne 1996: 251). Neben den Risikofaktoren des Kindes und der Umwelt finden sich im Verlauf der Entwicklung Phasen erhöhter Vulnerabilität. Dabei handelt es sich zum einen um Entwicklungsübergänge, sogenannte Transitionen. Damit ist zum Beispiel die Einschulung oder auch der Wechsel von der Grund- zur weiterführenden Schule gemeint oder im späteren Jugendalter die Ablösung von den Eltern. Zum anderen kommen die Veränderungen durch das Voranschreiten der körperlichen Entwicklung hinzu, wie der Pubertät. In diesen benannten Phasen gibt es besonders viele Stressoren, die auf das Kind einwirken können (Ball/ Peters 2007: 129).

Resilienz stellt den Gegenpol zur Vulnerabilität dar und bedeutet Widerstandsfähigkeit gegenüber Belastungen im Verlauf der Entwicklung. Die Frage danach was Menschen trotz belastender Lebensereignisse gesund erhält steht im Mittelpunkt (Bengel/ Mack, 2015: 30). Wichtig dabei ist, dass es sich nicht um ein stabiles Konstrukt handelt, sondern sich Resilienz

³ Eine Varianzanalyse mit Messwiederholung, oder auch einfaktoriell repeated measures ANOVA (rmANOVA), gilt als sehr effiziente Art der Forschung, da dieselben Personen mehrmals gemessen werden und sich dadurch die Varianz besser einschätzen lässt (Hemmerich, 2018).

⁴ Zur genaueren Beschreibung und Erläuterung der einzelnen Verfahren siehe zum Beispiel Welkowitz, J., Cohen, B.H., Ewen, R. B., 2006: Introductory Statistics for the Behavioural Sciences, New Jersey, John Wileyand Sons.

aus der Mensch-Umwelt-Interaktion entwickelt, welche sich immer wieder verändern kann (ebenda: 127). Die eher methodenorientierte Resilienzforschung und das Modell der Salutogenese ergänzen sich (Bengel/ Strittmatter/ Willmann, 2001: 63).

Die oben beschriebenen Ressourcen und Schutzfaktoren bedingen, ob ein Kind Belastungen eher schutzlos ausgeliefert ist (Vulnerabilität) oder sich resilient zeigt (ebenda: 133).

Die Evaluation des Gesundheitsförderprogrammes Sokrates zur Stressvulnerabilität der Kinder zeigt folgendes:

Die Varianzanalyse mit Messwiederholung zeigt, dass sich mindestens zwei Messzeitpunkte signifikant voneinander unterscheiden. Ein Bonferroni-korrigierter Post hoc-Test zeigt einen signifikanten Unterschied zwischen T0 und T2 ($p \leq 0,022$).

Entwicklung „Stressvulnerabilität“ von T0 zu T2 (gesamte Interventionsgruppe)

Bewertungsänderung in Stanineeinheiten	Anzahl der Probanden/innen	Anzahl Probanden/innen in Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig				
-7,00	5	1,4	3,5	3,5
-6,00	3	,9	2,1	5,6
-5,00	3	,9	2,1	7,7
-4,00	13	3,7	9,1	16,8
-3,00	9	2,6	6,3	23,1
-2,00	20	5,7	14,0	37,1
-1,00	19	5,4	13,3	50,3
,00	26	7,4	18,2	68,5
1,00	19	5,4	13,3	81,8
2,00	13	3,7	9,1	90,9
3,00	8	2,3	5,6	96,5
4,00	3	,9	2,1	98,6
5,00	2	,6	1,4	100,0
Gesamt	143	40,6	100,0	
Fehlend	System	209	59,4	
Gesamt	352	100,0		

Abb. 2: Entwicklung der gesamten Interventionsgruppe von T0 zu T2 der Kategorie „Stressvulnerabilität“

Positive Werte bedeuten, dass die Stressvulnerabilität von Messzeitpunkt T0 bis Messzeitpunkt T2 gestiegen ist, negative Werte bedeuten, dass die Stressvulnerabilität gesunken ist.

Die Entwicklungstabelle der Interventionsgruppe zeigt, dass die Stressvulnerabilität über den Interventionszeitraum gesunken ist. 72 Probanden/innen geben niedrigere Vulnerabilitätswerte an als zu Beginn der Intervention, das entspricht der Hälfte der Probanden/innen (50,3 %). 45 Probanden/innen geben allerdings gestiegene Werte an. Die gesunkenen Werte weisen zudem eine höhere Anzahl von Stanineeinheiten auf (max. 7, während bei den gestiegenen max. 5 Einheiten erreicht werden). Bei den positiven Werten weisen mit der Differenz der Stanineeinheiten +3,00 bis +5,00 lediglich 3,5 % der Probanden/innen eine derart gestiegene Stressanfälligkeit auf, bei den gesunkenen Werten sind es von -3 bis einschließlich -7 mit 23,1 % deutlich mehr.

Entwicklung „Stressvulnerabilität“ von T0 zu T2 (gesamte Kontrollgruppe)

Bewertungsänderung in Stanineeinheiten	Anzahl der Probanden/innen	Anzahl Probanden/innen in Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig				
-5,00	1	,3	1,1	1,1
-4,00	4	1,1	4,5	5,7
-3,00	9	2,6	10,2	15,9
-2,00	7	2,0	8,0	23,9
-1,00	11	3,1	12,5	36,4
,00	25	7,1	28,4	64,8
1,00	13	3,7	14,8	79,5
2,00	10	2,8	11,4	90,9
3,00	3	,9	3,4	94,3
4,00	3	,9	3,4	97,7
5,00	1	,3	1,1	98,9
6,00	1	,3	1,1	100,0
Gesamt	88	25,0	100,0	
Fehlend	System	264	75,0	
Gesamt		352	100,0	

Abb. 3: Entwicklung der gesamten Kontrollgruppe von T0 zu T2 der Kategorie „Stressvulnerabilität“

Auch in der Kontrollgruppe ist die Stressvulnerabilität über den gemessenen Zeitraum gesunken, jedoch nur minimal. Der zahlenmäßige Unterschied zwischen den beiden Gruppen „Stressvulnerabilität gesunken“ (32) und „Stressvulnerabilität gestiegen“ (31) beträgt lediglich ein(e) Proband/in. Der Bereich „keine Veränderung der Stressvulnerabilität“ (25) liegt leicht unter diesen Werten. Die drei Gruppen zählen jeweils ungefähr ein Drittel der Probanden/innen.

Entwicklung Stressvulnerabilität von T0 zu T2 (männliche Interventionsgruppe)

Bewertungsänderung in Stanineeinheiten		Anzahl der Probanden	Anzahl Probanden in Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente	
Gültig	-6,00	1	,3	1,2	1,2	
	-5,00	3	,9	3,6	4,8	
	-4,00	9	2,6	10,8	15,7	
	-3,00	6	1,7	7,2	22,9	
	-2,00	16	4,5	19,3	42,2	
	-1,00	11	3,1	13,3	55,4	
	,00	15	4,3	18,1	73,5	
	1,00	10	2,8	12,0	85,5	
	2,00	5	1,4	6,0	91,6	
	3,00	5	1,4	6,0	97,6	
	4,00	1	,3	1,2	98,8	
	5,00	1	,3	1,2	100,0	
	Gesamt		83	23,6	100,0	
	Fehlend	System	269	76,4		
Gesamt		352	100,0			

Abb. 4: Entwicklung der männlichen Interventionsgruppe von T0 zu T2 der Kategorie „Stressvulnerabilität“

Bei den männlichen Probanden zeigt sich die gleiche Entwicklung wie in der Gesamtinterventionsgruppe, jedoch in stärkerem Ausmaß. Mehr als doppelt so viele Probanden geben an, dass ihre Stressvulnerabilität gesunken sei (46 Probanden, entspricht 55,4 %), gegenüber der Anzahl, die eine Steigerung feststellen (22 Probanden, entspricht 26,4 %).

Entwicklung „Stressvulnerabilität“ von T0 zu T2 (männliche Kontrollgruppe)

Bewertungsänderung in Stanineeinheiten		Anzahl der Probanden	Anzahl Probanden in Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	-4,00	2	,6	4,0	4,0
	-3,00	5	1,4	10,0	14,0
	-2,00	4	1,1	8,0	22,0
	-1,00	7	2,0	14,0	36,0
	,00	17	4,8	34,0	70,0

	1,00	5	1,4	10,0	80,0
	2,00	4	1,1	8,0	88,0
	3,00	2	,6	4,0	92,0
	4,00	2	,6	4,0	96,0
	5,00	1	,3	2,0	98,0
	6,00	1	,3	2,0	100,0
	Gesamt	50	14,2	100,0	
Fehlend	System	302	85,8		
Gesamt		352	100,0		

Abb. 5: Entwicklung der männlichen Kontrollgruppe von T0 zu T2 der Kategorie „Stressvulnerabilität“

In der männlichen Kontrollgruppe zeigt sich wiederum eine ähnliche Entwicklung wie in der Gesamtkontrollgruppe. Die Kategorie „gesunkene Stressanfälligkeit“ kann aber immerhin 6 % mehr auf sich vereinen (insgesamt 36 %), als die Kategorie „gestiegene Stressanfälligkeit“ (insgesamt 30 %).

Entwicklung „Stressvulnerabilität“ von T0 zu T2 (weibliche Interventionsgruppe)

Bewertungsänderung in Stanineeinheiten	Anzahl der Probandinnen	Anzahl Probandinnen in Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	-7,00	5	1,4	8,3
	-6,00	2	,6	11,7
	-4,00	4	1,1	18,3
	-3,00	3	,9	23,3
	-2,00	4	1,1	30,0
	-1,00	8	2,3	43,3
	,00	11	3,1	61,7
	1,00	9	2,6	76,7
	2,00	8	2,3	90,0
	3,00	3	,9	95,0
	4,00	2	,6	98,3
	5,00	1	,3	100,0
	Gesamt	60	17,0	100,0
Fehlend	System	292	83,0	
Gesamt		352	100,0	

Abb. 6: Entwicklung der weiblichen Interventionsgruppe von T0 zu T2 der Kategorie „Stressvulnerabilität“

Bei den Probandinnen ist die Verteilung in der Interventionsgruppe ähnlich wie in der Gesamtgruppe, wobei mit 26 bzw. 43,3 % jedoch nur geringfügig mehr Probandinnen angeben, dass ihre Stressanfälligkeit zurückgegangen sei, im Vergleich zu 23 Probandinnen bzw. 38,3 %. Allerdings verteilen sich die Angaben der Probandinnen mit geringerer Stressanfälligkeit im Untersuchungszeitraum mit einem Maximalwert von -7,00 über breiter gestreute Stanineeinheiten, wogegen bei den Probandinnen mit zunehmendem Stressempfinden maximal +5,00 angegeben wird. Hinzu kommt, dass die hohen Veränderungen von - 4,00 bis – 7,00 mit 18,3 % einen großen Teil der Probandinnen-Gruppe von 43,3 % ausmachen, die sich in dem gesunkenen Wertebereich befinden. Dies bedeutet, dass, obwohl sich die Angaben zu gesunkener und gestiegener Stressvulnerabilität fast die Waage halten, in der Ausprägung bei vielen Probandinnen eine sehr deutliche Abnahme des Stressempfindens stattgefunden hat.

Entwicklung „Stressvulnerabilität“ von T0 zu T2 (weibliche Kontrollgruppe)

Bewertungsänderung in Stanineeinheiten	Anzahl der Probandinnen	Anzahl Probandinnen in Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig				
-5,00	1	,3	2,6	2,6
-4,00	2	,6	5,3	7,9
-3,00	4	1,1	10,5	18,4
-2,00	3	,9	7,9	26,3
-1,00	4	1,1	10,5	36,8
,00	8	2,3	21,1	57,9
1,00	8	2,3	21,1	78,9
2,00	6	1,7	15,8	94,7
3,00	1	,3	2,6	97,4
4,00	1	,3	2,6	100,0
Gesamt	38	10,8	100,0	
Fehlend	System	314	89,2	
Gesamt		352	100,0	

Abb. 7: Entwicklung der weiblichen Kontrollgruppe von T0 zu T2 der Kategorie „Stressvulnerabilität“

In der weiblichen Kontrollgruppe zeigt sich zum ersten Mal das Bild, dass die Anzahl der Probandinnen leicht überwiegt, die angeben, dass ihre Stressvulnerabilität gestiegen sei (bei 42,1 % gestiegen, bei 36,8 % gesunken).

Insgesamt zeigt sich die klare Entwicklung, dass in der Interventionsgruppe die Stressvulnerabilität von Messzeitpunkt T0 bis Messzeitpunkt T2 deutlich stärker abgenommen hat als in der Kontrollgruppe (Differenz: 13,9 %). Diese Entwicklung zeigt sich in allen Teilgruppen der Interventionsgruppe. Insbesondere die Jungen scheinen von der Intervention profitiert zu haben, denn in der männlichen Interventionsgruppe liegt die Rate der Jungen, die über den Zeitverlauf weniger stressanfällig sind, bei 55,4 %, während in der Kontrollgruppe mit 36 % nur etwas über ein Drittel der Jungen angeben, dass ihre Stressanfälligkeit gesunken sei. Damit beträgt die Differenz der beiden Gruppen in dieser Kategorie 19,4 %, was deutlich über dem Durchschnitt der Gesamtgruppe liegt.

Das Programm Sokrates hat damit in der Kategorie „Stressvulnerabilität“ zu deutlich weniger Stressanfälligkeit bei den Teilnehmer/innen beigetragen.

Vor diesem Hintergrund lässt für Variable 1 festhalten, dass die Stressvulnerabilität der Kinder im Zuge der Intervention mit dem Gesundheitsförderprogramm „Sokrates“ statistisch bedeutsam abgenommen hat. Allerdings ist auch bei der gesamten Kontrollgruppe eine minimale Abnahme der Stressvulnerabilität zu verzeichnen, jedoch wesentlich geringer als bei der Interventionsgruppe. Bei der weiblichen Kontrollgruppe tritt dieser Effekt überhaupt nicht auf.

8 Stressbewältigungsstrategien

Da Kinder im Laufe ihres Lebens, einer Vielzahl von Stressoren ausgesetzt sind, benötigen sie zur Bewältigung dieser Belastungen geeignete Strategien. Es gibt verschiedene Ansätze, Bewältigungsstrategien zu klassifizieren (Beyer/ Lohaus 2007: 15). In dem Ansatz zur Transaktionalen Stresskonzeption wird, nach Folkman und Lazarus (1980), zwischen problemorientierten und emotionsregulierenden Bewältigungsstrategien unterschieden (Lukas 2012: 19). Das Autorenkollektiv um Lohaus (2006) differenziert diese zwei Kategorien detaillierter aus und fügt weitere hinzu, so dass sich am Ende die fünf folgenden Bewältigungsdimensionen ergeben:

1. Suche nach sozialer Unterstützung
2. Problemorientierte Bewältigung
3. Vermeidende Bewältigung
4. Konstruktiv-palliative Emotionsregulation
5. Destruktiv-ärgerbezogene Emotionsregulation (Lohaus et al. 2006: 8).

Als günstig zu werten sei, wenn vermehrt ein Bewältigungsmuster aus „Suche nach sozialer Unterstützung“, „Problemorientierter Bewältigung“ und „Konstruktiv-palliativer

Emotionsregulation“ im Vordergrund stünden. Überwiegendes Bewältigungsverhalten aus den Kategorien „Vermeidende Bewältigung“ und „Destruktiv-ärgerbezogene Emotionsregulation“ wird als eher ungünstig angesehen (ebenda: 24 f.).

Bei der Dimension „Suche nach sozialer Unterstützung“ geht es darum, ob und in welchen Situationen sich die Kinder an Personen ihres Umfeldes wenden, wenn eine Belastungssituation vorliegt. Die Unterstützung durch die Familie, Schule sowie Freunde gilt als einer der wichtigsten Schutzfaktoren gegen das Auftreten von Stress (Lohaus/ Domsch/ Fridrici 2007: 56). Das Ausmaß sozialer Unterstützung, das Kindern durch geeignete Ansprechpartner/innen zur Verfügung steht, hat einen wesentlichen Anteil an der Möglichkeit einer erfolgreichen Problemlösung (Lohaus 1993: 46). Das Autonomiestreben im Jugendalter steht der Bereitschaft zur Annahme von Hilfe häufig entgegen. Der Wunsch, unabhängig von den Eltern selbstbestimmt den eigenen Zielen und Bedürfnissen nachgehen zu können, wächst. Häufig übernehmen in diesem Lebensabschnitt Freunde die vorherige Unterstützerposition der Eltern (Lohaus/ Domsch/ Fridrici 2007: 58). Die Kategorie „Suche nach sozialer Unterstützung“ ist in erster Linie direkt auf die Problemlösung fokussiert.

Die Evaluation des Sokrates Programmes in dieser Kategorie der zweiten Variablen zeigt folgende Ergebnisse:

Die Varianzanalyse mit Messwiederholung mit Greenhouse-Geisser-Korrektur zeigt, dass sich mindestens zwei Messzeitpunkte signifikant voneinander unterscheiden. Ein Bonferroni-korrigierter Post hoc-Test zeigt einen signifikanten Unterschied zwischen T0 und T2 ($p \leq 0,032$).

Entwicklung „Suche nach sozialer Unterstützung“ von T0 zu T2 (gesamte Interventionsgruppe)

	Bewertungsänderung in Stanineeinheiten	Anzahl der Probanden/innen	Anzahl Probanden/innen in Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	-8,00	1	,3	,7	,7
	-7,00	1	,3	,7	1,5
	-5,00	4	1,1	2,9	4,4
	-4,00	3	,9	2,2	6,6
	-3,00	10	2,8	7,3	13,9
	-2,00	17	4,8	12,4	26,3
	-1,00	18	5,1	13,1	39,4
	,00	24	6,8	17,5	56,9

	1,00	21	6,0	15,3	72,3
	2,00	21	6,0	15,3	87,6
	3,00	9	2,6	6,6	94,2
	4,00	3	,9	2,2	96,4
	5,00	4	1,1	2,9	99,3
	7,00	1	,3	,7	100,0
	Gesamt	137	38,9	100,0	
Fehlend	System	215	61,1		
Gesamt		352	100,0		

Abb. 8: Entwicklung der gesamten Interventionsgruppe von T0 zu T2 der Kategorie „Suche nach sozialer Unterstützung“

Positive Werte bedeuten, es wird zu Zeitpunkt T2 mehr soziale Unterstützung gesucht als zu Messzeitpunkt T0. Negative Werte bedeuten entsprechend, dass über den Zeitverlauf weniger soziale Unterstützung gesucht wird.

Die Entwicklungstabelle der Interventionsgruppe zeigt eine leichte Steigerung hin zur Suche nach mehr sozialer Unterstützung von Messzeitpunkt T0 zu T2. 24 Probanden/innen änderten ihr Verhalten in dieser Kategorie nicht, während 54 Probanden/innen (39,4 %) angeben, im Zeitverlauf weniger soziale Unterstützung zu suchen und 59 Probandinnen (43 %) angeben, mehr auf soziale Unterstützung zu setzen. Die Verteilung auf die einzelnen Stufen der Stanineinheiten ist ähnlich.

Entwicklung „Suche nach sozialer Unterstützung“ von T0 zu T2 (gesamte Kontrollgruppe)

	Bewertungsänderung in Stanineeinheiten	Anzahl der Probanden/innen	Anzahl Probanden/innen in Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	-7,00	1	,3	1,2	1,2
	-5,00	4	1,1	4,7	5,8
	-4,00	5	1,4	5,8	11,6
	-3,00	8	2,3	9,3	20,9
	-2,00	9	2,6	10,5	31,4
	-1,00	13	3,7	15,1	46,5
	,00	22	6,3	25,6	72,1

	1,00	9	2,6	10,5	82,6
	2,00	9	2,6	10,5	93,0
	3,00	4	1,1	4,7	97,7
	4,00	1	,3	1,2	98,8
	5,00	1	,3	1,2	100,0
	Gesamt	86	24,4	100,0	
Fehlend	System	266	75,6		
Gesamt		352	100,0		

Abb. 9: Entwicklung der gesamten Kontrollgruppe von T0 zu T2 der Kategorie „Suche nach sozialer Unterstützung“

Bei der gesamten Kontrollgruppe der Kategorie „Suche nach sozialer Unterstützung“ zeigt sich dagegen ein deutlich gegenteiliger Effekt. Während ca. ein Viertel der Probanden/innen (22 Probanden/innen, entspricht 25,6 %) keine Veränderung im Verhalten angibt, gibt fast die Hälfte der Probanden/innen (40 Probanden/innen, entspricht 46,5 %) an, im Zeitverlauf von T0 zu T2 weniger soziale Unterstützung zu suchen. Nur 24 Probanden/innen (24 Probanden/innen, entspricht 28,1 %) geben an, ihr Verhalten in Richtung der Suche nach mehr sozialer Unterstützung verändert zu haben.

Entwicklung „Suche nach sozialer Unterstützung“ von T0 zu T2 (weibliche Interventionsgruppe)

Bewertungsänderung in Stanineeinheiten	Anzahl der Probandinnen	Anzahl Probandinnen in Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	-8,00	1	,3	1,6
	-5,00	1	,3	3,3
	-3,00	2	,6	6,6
	-2,00	4	1,1	13,1
	-1,00	7	2,0	24,6
	,00	12	3,4	44,3
	1,00	8	2,3	57,4
	2,00	13	3,7	78,7
	3,00	7	2,0	90,2
	4,00	2	,6	93,4
	5,00	3	,9	98,4
	7,00	1	,3	100,0
	Gesamt	61	17,3	100,0
Fehlend	System	291	82,7	
Gesamt		352	100,0	

Abb. 10: Entwicklung der weiblichen Interventionsgruppe von T0 zu T2 der Kategorie „Suche nach sozialer Unterstützung“

Die weibliche Interventionsgruppe bedingt die positive Veränderung der Gesamtgruppe. Über die Hälfte der Probandinnen (34 Probandinnen, entspricht 55,7 %) zeigt hier eine Verhaltensänderung Richtung Suche nach mehr sozialer Unterstützung über den Zeitverlauf. Nur ein Viertel gibt an, weniger soziale Unterstützung zu suchen als zu Messzeitpunkt T0.

Entwicklung „Suche nach sozialer Unterstützung“ von T0 zu T2 (weibliche Kontrollgruppe)

	Bewertungsänderung in Stanineeinheiten	Anzahl der Probandinnen	Anzahl Probandinnen in Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	-7,00	1	,3	2,7	2,7
	-5,00	1	,3	2,7	5,4
	-4,00	2	,6	5,4	10,8
	-3,00	1	,3	2,7	13,5
	-2,00	7	2,0	18,9	32,4
	-1,00	4	1,1	10,8	43,2
	,00	10	2,8	27,0	70,3
	1,00	4	1,1	10,8	81,1
	2,00	7	2,0	18,9	100,0
	Gesamt		37	10,5	100,0
Fehlend	System	315	89,5		
Gesamt		352	100,0		

Abb. 11: Entwicklung der weiblichen Kontrollgruppe von T0 zu T2 der Kategorie „Suche nach sozialer Unterstützung“

Die Kontrollgruppe der Mädchen weist wiederum eine geringfügig höhere Tendenz Richtung geringerer Suche nach sozialer Unterstützung im Zeitverlauf auf. Auffällig bei dieser Gruppe ist, dass die Mädchen, die angeben, mehr soziale Unterstützung zu suchen, keine großen Steigerungen in den Staninewerten aufweisen (maximale Steigerung um zwei Einheiten). Die Mädchen, die weniger Unterstützung suchen, geben teilweise Verringerungen um sieben Einheiten über den Zeitverlauf an.

Die hohen Zahlen in Bezug auf Suche nach mehr sozialer Unterstützung bei den Mädchen erklärt die Tendenz der gesamten Interventionsgruppe, auch wenn die Jungen im Zeitverlauf eher weniger soziale Unterstützung suchen.

Es lässt sich außerdem eine große Diskrepanz zwischen Interventions- und Kontrollgruppe feststellen. Die Kontrollgruppe zeigt über alle Teilgruppen hinweg eine deutliche Entwicklung in Richtung weniger Suche nach sozialer Unterstützung. Damit zeigt sich die

Auswirkung des Gesundheitsförderprogrammes „Sokrates“ auf die Teilnehmer/innen noch stärker. Es wird dadurch nicht nur verhindert, dass weniger soziale Unterstützung gesucht wird, sondern der Trend wird bei den weiblichen Teilnehmerinnen sogar stark ins Gegenteil verkehrt, sodass sogar mehr soziale Unterstützung gesucht wird als vor der Intervention. Wie stark diese Auswirkung ist, wird deutlich, wenn man die weiblichen Probandengruppen miteinander vergleicht. Die Differenz zwischen Interventions- und Kontrollgruppe in der Kategorie „Suche nach mehr sozialer Unterstützung“ beträgt 26 % und damit mehr als ein Viertel.

Ein besonderes Augenmerk erfordert nun die männliche Probandengruppe, bei der sich der sehr positive Trend dieser Kategorie in der Interventionsgruppe nicht widerspiegelt. Dementsprechend muss zunächst analysiert werden, warum das Programm in dieser Kategorie die männlichen Teilnehmer nicht erreicht, und diese Schwachstelle behoben werden, damit es vollumfänglich und nicht lediglich bei der weiblichen Teilnehmergruppe wirken kann.

Insbesondere die Kategorie „Suche nach sozialer Unterstützung“ stützt sich auf den ressourcenorientierten Ansatz, bei dem sich ein Individuum sein Beziehungssystem zu Nutzen machen kann (Jacobi/ Esser 2003: 257 ff.). „Sokrates“, welches sich als Gesundheitsförderprogramm darauf fokussiert, die Stärken einer Person oder von Personengruppen auszubauen (Blickrichtung der Salutogenese), vermittelt und weist regelmäßig auf verschiedene Ressourcen hin. Wie sich in der Auswertung der Kategorie „Suche nach sozialer Unterstützung“ zeigt, wurde dies, zumindest von den Mädchen, verinnerlicht.

Die sehr positiven Ergebnisse der weiblichen Probanden in der Kategorie „Suche nach sozialer Unterstützung“ lassen sich auf Grundlage der gesteigerten internalen Kontrollüberzeugungen deuten. Wie Rotter sagte, ist die interne Kontrollüberzeugung kontingent zum eigenen Verhalten (Rotter 1966: 1 ff.). Die eigenen Anstrengungen und Fähigkeiten sind Ursache für Verhaltensfolgen. Wenn vermehrt Strategien wie die Suche nach sozialer Unterstützung als Hilfsmittel zur Stressbewältigung herangezogen werden, zeigt das eine Steigerung in der internalen Kontrollüberzeugung, die mit Hilfe des Sokrates Programmes in Modulen wie „Stärkung des Selbstwertgefühls“ vermittelt wird. In Situationen, die als subjektiv kontrollierbar erlebt werden, treten negative Wirkungen von Stressoren in abgeschwächter Form auf (Kohlmann 1990: 53).

Die „Problemorientierte Bewältigung“ bezieht sich auf die Veränderung der stressauslösenden Situation. Dabei steht die direkte Konfrontation mit dem Problem zum Zweck der aktiven Lösung im Vordergrund (Lohaus et al. 2006: 8). Kinder mit hohem Stress verfügen meist über eine niedrige Problemlösekompetenz: nahezu jedes sechste Kind weiß nicht, wie es Probleme eigenständig angehen kann (Bepanthen-Kinderförderung 2015: 2). Es liegen in dieser Studie keine signifikanten Ergebnisse zu dieser Kategorie vor.

Auch wenn die „Vermeidende Bewältigung“, also das Ausweichen vor dem Problem, eher als nicht förderliche Bewältigung gesehen wird, wie oben beschrieben, kann sie in bestimmten Situationen aber zumindest kurzfristig hilfreich sein, indem sie bei einer starken Belastung der Emotionsregulation dienen und damit die Grundlage für eine Auseinandersetzung mit der Problemlage schaffen kann. Kritisch wird es wenn die vermeidenden Strategien die tatsächliche Lösung des Problems auf lange Sicht verhindern (Beyer/ Lohaus 2007: 18). In der Regel gilt, dass Kinder mit einem problemkonfrontativen, nicht-vermeidenden Bewältigungsverhalten ein angemesseneres Verhalten im Umgang mit stresserzeugenden Situationen zeigen (Lohaus 1993: 46). Es liegen in dieser Studie keine signifikanten Ergebnisse zu dieser Kategorie vor.

Die „Konstruktiv-palliative Emotionsregulation“ und die „Destruktiv-ärgerbezogene Emotionsregulation“ bilden den Kern der emotionsregulierenden Strategien. Deren Aufgabe besteht in der Steuerung von Stressreaktionen. Gefühle und körperliche Erregung, die sich als Reaktion auf Belastungen angestaut haben können, werden unter Kontrolle gebracht (Lohaus/ Domsch/ Fridrici 2007: 58). Hier liegt ein eindeutig indirektes Bewältigungshandeln vor.

Die „Konstruktiv-palliative Emotionsregulation“ bezieht sich vor allem auf nach innen gerichtete emotionsregulierende Aktivitäten wie zum Beispiel die Suche nach Ruhe und Entspannung.

Folgende Ergebnisse wurden in der Kategorie „Konstruktiv-palliative Emotionsregulierung“ durch das Sokrates Programm erzielt:

Die Varianzanalyse mit Messwiederholung mit Greenhouse-Geisser-Korrektur zeigt, dass sich mindestens zwei Messzeitpunkte signifikant voneinander unterscheiden. Ein Bonferroni-korrigierter Post hoc-Test zeigt sowohl einen hoch signifikanten Unterschied zwischen T0 und T1 ($p \leq 0,009$), als auch einen hoch signifikanten Unterschied zwischen T0 und T2 ($p \leq 0,007$).

Im Folgenden werden die Ergebnisse des Entwicklungszeitraumes T0 zu T1 dargestellt.

**Entwicklung „Konstruktiv-palliative Emotionsregulation“ von T0 zu T1
(gesamte Interventionsgruppe)**

	Bewertungsänderung in Stanineeinheiten	Anzahl der Probanden/innen	Anzahl Probanden/innen in Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	-7,00	1	,3	,7	,7
	-6,00	2	,6	1,3	2,0
	-5,00	2	,6	1,3	3,4
	-4,00	6	1,7	4,0	7,4
	-3,00	13	3,7	8,7	16,1
	-2,00	19	5,4	12,8	28,9
	-1,00	22	6,3	14,8	43,6
	,00	18	5,1	12,1	55,7
	1,00	21	6,0	14,1	69,8
	2,00	13	3,7	8,7	78,5
	3,00	13	3,7	8,7	87,2
	4,00	12	3,4	8,1	95,3
	5,00	1	,3	,7	96,0
	6,00	5	1,4	3,4	99,3
	8,00	1	,3	,7	100,0
		Gesamt	149	42,3	100,0
Fehlend	System	203	57,7		
Gesamt		352	100,0		

Abb. 12: Entwicklung der gesamten Interventionsgruppe von T0 zu T1 der Kategorie „Konstruktiv-palliative Emotionsregulation“

Positive Werte bedeuten, es werden zu Zeitpunkt T1 bzw. T2 mehr konstruktiv-palliative emotionsregulierende Strategien eingesetzt als zu Messzeitpunkt T0. Negative Werte bedeuten entsprechend, dass diese Strategien über den jeweiligen Entwicklungszeitraum weniger genutzt werden.

Die gesamte Interventionsgruppe zeigt zwischen Messzeitpunkt T0 und Messzeitpunkt T1 eine sehr ausgeglichene und nahezu gleiche Verteilung sowohl von Probanden/innen, die angeben, dass sie mehr konstruktiv-palliativ emotionsregulierende Strategien nutzen (43,6 %), als auch denen, die diese Strategien über den Zeitverlauf weniger verwenden (44,4). Nur 12,1 % der Teilnehmer/innen ist auf dem ursprünglichen Stand verblieben. Die Verteilung erstreckt sich fast über das gesamte Spektrum der Stanineeinheiten.

**Entwicklung „Konstruktiv-palliative Emotionsregulation“ von T0 zu T1
(gesamte Kontrollgruppe)**

	Bewertungsänderung in Stanineeinheiten	Anzahl der Probanden/innen	Anzahl Probanden/innen in Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente	
Gültig	-6,00	4	1,1	4,3	4,3	
	-5,00	2	,6	2,2	6,5	
	-4,00	3	,9	3,2	9,7	
	-3,00	9	2,6	9,7	19,4	
	-2,00	18	5,1	19,4	38,7	
	-1,00	18	5,1	19,4	58,1	
	,00	16	4,5	17,2	75,3	
	1,00	9	2,6	9,7	84,9	
	2,00	10	2,8	10,8	95,7	
	3,00	1	,3	1,1	96,8	
	4,00	2	,6	2,2	98,9	
	5,00	1	,3	1,1	100,0	
		Gesamt	93	26,4	100,0	
	Fehlend	System	259	73,6		
Gesamt		352	100,0			

Abb. 13: Entwicklung der gesamten Kontrollgruppe von T0 zu T1 der Kategorie „Konstruktiv-palliative Emotionsregulation“

Bei der Kontrollgruppe zeigt sich in der Entwicklung zwischen T0 und T1 ein völlig anderes Bild als bei der Interventionsgruppe. Ein sehr hoher Prozentsatz (58,1 %) gibt an in diesem Zeitverlauf weniger auf konstruktiv-palliative emotionsregulierende Verhaltensweisen zurückzugreifen. Lediglich 24,9 %, und damit nicht einmal ein Drittel der Kontrollgruppe, führen an, diese Strategien verstärkt zu nutzen.

Damit unterscheiden sich Interventions- und Kontrollgruppe in dieser Entwicklungsphase deutlich voneinander und die Verteilung der Interventionsgruppe lässt sich mit diesem Vergleich als positive Entwicklung deuten.

**Entwicklung „Konstruktiv-palliative Emotionsregulation“ von T0 zu T1
(männliche Interventionsgruppe)**

	Bewertungsänderung in Stanineeinheiten	Anzahl der Probanden	Anzahl Probanden in Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente	
Gültig	-5,00	1	,3	1,1	1,1	
	-4,00	3	,9	3,3	4,4	
	-3,00	9	2,6	10,0	14,4	
	-2,00	9	2,6	10,0	24,4	
	-1,00	14	4,0	15,6	40,0	
	,00	9	2,6	10,0	50,0	
	1,00	15	4,3	16,7	66,7	
	2,00	6	1,7	6,7	73,3	
	3,00	10	2,8	11,1	84,4	
	4,00	9	2,6	10,0	94,4	
	5,00	1	,3	1,1	95,6	
	6,00	4	1,1	4,4	100,0	
	Gesamt		90	25,6	100,0	
	Fehlend	System	262	74,4		
Gesamt		352	100,0			

Abb. 14: Entwicklung der männlichen Interventionsgruppe von T0 zu T1 der Kategorie „Konstruktiv-palliative Emotionsregulation“

Die männliche Interventionsgruppe zeigt von T0 zu T1 eine geringe Tendenz zu einer größeren Nutzung konstruktiv-palliativer emotionsregulierender Strategien. Die Differenz zwischen mehr und weniger Nutzung beträgt 10 %, welche sich in der Kategorie „Gleichbleibend“ wieder finden.

**Entwicklung „Konstruktiv-palliative Emotionsregulation“ von T0 zu T1
(männliche Kontrollgruppe)**

	Bewertungsänderung in Stanineeinheiten	Anzahl der Probanden	Anzahl Probanden in Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	-6,00	2	,6	3,9	3,9
	-5,00	1	,3	2,0	5,9
	-4,00	2	,6	3,9	9,8
	-3,00	7	2,0	13,7	23,5
	-2,00	11	3,1	21,6	45,1
	-1,00	8	2,3	15,7	60,8
	,00	6	1,7	11,8	72,5

	1,00	6	1,7	11,8	84,3
	2,00	5	1,4	9,8	94,1
	4,00	2	,6	3,9	98,0
	5,00	1	,3	2,0	100,0
	Gesamt	51	14,5	100,0	
Fehlend	System	301	85,5		
Gesamt		352	100,0		

Abb. 15: Entwicklung der männlichen Kontrollgruppe von T0 zu T1 der Kategorie „Konstruktiv-palliative Emotionsregulation“

Bei der Kontrollgruppe zeigt sich, wie nach der Auswertung der Gesamtgruppe zu erwarten war, dass von T0 zu T1 ein eindeutiger Überhang in Richtung weniger Nutzung konstruktiv-palliativer emotionsregulierender Strategien besteht. Mit 60,8 % ordnen sich mehr als doppelt so viele Probanden dieser Kategorie zu als der Kategorie „mehr Nutzung“ (27,5 %). Damit liegt der Anteil der männlichen Probanden, die weniger Strategien aus diesem Bereich nutzen, nochmals höher als in der Gesamtgruppe.

Es lässt sich also festhalten, dass in der Interventionsgruppe von T0 zu T1, außer in der Gruppe der weiblichen Teilnehmer, ein hoher Anteil der Probanden eine gesteigerte Nutzung angab.

Zusammenfassend zeigen alle Kontrollgruppen eine geringfügig schlechtere Verwendung von konstruktiv-palliativen emotionsregulierenden Methoden um Stress entgegen zu wirken. Die beschriebene Entwicklung der Gesamtgruppen spiegelt sich in der Entwicklung der männlichen Gruppen. Insgesamt bedeuten diese Ergebnisse, dass dem Gesundheitsförderprogramm „Sokrates“ eine geringe Wirksamkeit in dieser Kategorie zugesprochen werden kann. Allerdings ist auch hier in Zukunft ein verstärkter Fokus zu setzen, da über den Zeitverlauf auch von der Interventionsgruppe die Entwicklung deutlich Richtung geringerer Nutzung strebt, als das konstruktiv-palliative emotionsregulierende Strategien vordergründig eingesetzt werden. In Modulen wie „Umgang mit Emotionen“ sollte daher noch verstärkt darauf geachtet werden diese Strategien als sinnvolle Stressbekämpfer zu vermitteln, indem zum Beispiel Entspannungs- oder Aufmunterungsübungen die jede/r Schüler/in allein für sich leicht ausführen kann, beigebracht werden.

Die „Destruktiv-ärgerbezogene Emotionsregulation“ hingegen richtet sich weitestgehend nach außen. Dabei handelt es sich um spannungslösende Aktivitäten, die durch einen destruktiven

Charakter gekennzeichnet sind, zum Beispiel vor Wut die Tür zuschlagen (ebenda: 56). Es liegen in dieser Studie keine signifikanten Ergebnisse zu dieser Kategorie vor.

Vor diesem Hintergrund lässt sich für Variable 2 festhalten, dass bei den Bewältigungsstrategien der Suche nach sozialer Unterstützung und der Konstruktiv-palliativen Emotionsregulation durch das Sokrates Programm positive Ergebnisse erzielt wurden. Insbesondere bei den weiblichen Probandinnen hatte das Programm große Wirkungen im Bereich der Suche nach sozialer Unterstützung.

Erfolgreiches Bewältigungshandeln besteht vor allem darin, die richtigen Strategien in den dazu passenden Situationen anzuwenden. Damit werden die eigenen Fähigkeiten situationsgerecht eingesetzt (Lohaus 1993: 46). Um bei der Bewältigung flexibel agieren zu können ist ein hinreichend breites Repertoire an Bewältigungsstrategien erforderlich (Beyer/Lohaus 2007: 19). Die Nicht-Verfügbarkeit adäquater Bewältigungsstrategien kann in Problemsituationen zum Ausweichen auf inadäquate Lösungsstrategien führen, zu denen auch Strategien gehören können, die unmittelbar oder indirekt mit Gesundheitsrisiken in Zusammenhang stehen (z. B. in frühen Jugendjahren Rauchen zur Entspannung und damit einhergehende erhöhte Morbiditätsrate) (Lohaus 1993: 44).

Das man Kinder nicht vor sämtlichen Situationen bewahren kann, die Stress auslösen könnten, ist selbstverständlich und wäre auch nicht sinnvoll. Es ist sogar wichtig, dass bereits im Kindesalter Erfahrungen mit Stress gemacht werden, damit frühzeitig ein Bewältigungsrepertoire aufgebaut werden kann (Lohaus/ Domsch/ Fridrici 2007: 12). Wenn frühzeitig effektive Strategien zur Stressbewältigung erlernt werden, erleichtert dies später den Umgang mit Stress (ebenda: 30). Dabei sollten jedoch Überforderungen vermieden werden. Vielmehr geht es darum Kinder bei diesem Aufbau zu unterstützen (ebenda: 12). Dies ist unter anderem Aufgabe von Gesundheitsförderprogrammen, wie Sokrates.

9 Stresssymptomatik

Stresserleben geht oftmals mit einer Vielzahl von Beschwerdesymptomen einher. Die Stresssymptomatik bildet den dritten Teil der Forschungsfrage, wobei zwischen physischen und psychischen Symptomen unterschieden wird.

Es hat sich gezeigt, dass sich im Verlauf der Intervention in allen Kategorien die Symptomatik sowohl der Kontroll- als auch der Interventionsgruppe verstärkt hat. Dies kann aber zum Teil auch daran liegen, dass die Kinder durch die Sensibilisierung des Sokrates

Programmes gelernt haben im Laufe der Zeit ihre Symptome zuzugeben und zu äußern, was zuvor eventuell verpönt war oder als Schwäche galt. Da es sich nicht um einen experimentellen Forschungsaufbau handelt können solche Faktoren nicht von anderen wie den reinen Inhalten des Programms getrennt werden, weshalb keine verlässliche Aussage über den Symptomzustand getroffen werden kann. Daher wird an dieser Stelle nicht weiter auf diesen Bereich eingegangen. Der dritte Teil der Forschungsfrage, bzw. die dritte Hypothese, kann allerdings zunächst nicht bestätigt werden.

Literaturverzeichnis

- Ball, J.,
Peters, S. 2007: Stressbezogene Risiko- und Schutzfaktoren, in: Seiffge-Krenke, I., Lohaus, A. (Hrsg.), 2007, Stress und Stressbewältigung im Kindes- und Jugendalter, 126 – 147, Göttingen, Bern, Hogrefe.
- Bengel, J.,
Strittmatter, R.,
Willmann, H., 2001: Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung Band 6. Was erhält Menschen Gesund. Antonovskys Modell der Salutogenese – Diskussionsstand und Stellenwert, Köln, BZgA
- Bengel, J.,
Mack, J., 2015: Posttraumatische (persönliche) Reifung aus der Perspektive der Resilienzforschung, in: Walter, U. Koch, U., (Hrsg.) 2015: Prävention und Gesundheitsförderung in Deutschland. Konzepte, Strategien und Interventionsansätze der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, 30 – 43, Köln, BZgA.
- Bepanthen-
Kinderförderung, 2015: Factsheet Bepanthen-Kinderförderung. Stress-Studie 2015: Burn-Out im Kinderzimmer: Wie gestresst sind Kinder und Jugendliche in Deutschland?, Leverkusen, Bayer HealthCare
- Beyer, A.,
Lohaus, A., 2007: Konzepte zur Stressentstehung und Stressbewältigung im Kindes- und Jugendalter, in: Seiffge-Krenke, I., Lohaus, A. (Hrsg.), 2007, Stress und Stressbewältigung im Kindes- und Jugendalter, 11 – 30, Göttingen, Bern, Hogrefe.
- Büchner, P.,
Koch, K., 2001: Von der Grundschule in die Sekundarstufe. Band 1: Der Übergang aus Kinder- und Elternsicht, Opladen, Leske & Budrich.
- Havighurst, R. J., 1972: Developmental task and education, 3. Auflage, New York, Davis McKay.
- HBSC-Studie, 2011: Studie Health Behaviour in School-aged Children – Faktenblatt „Subjektive Gesundheit von Kindern und Jugendlichen“. Bielefeld, WHO Collaborating Centre for Child and Adolescent Health Promotion.
- Hemmerich, W.A. 2018: StatistikGuru. ANOVA mit Messwiederholung in SPSS,

<https://statistikguru.de/spss/rm-anova/einleitung-3.html>, zuletzt
abgerufen am 03.12.2018, Wiesbaden.

- Hurrelmann, K., 1990: Familienstreß, Schulstreß, Freizeitstreß. Gesundheitsförderung für Kinder und Jugendliche, Weinheim, Basel, Beltz.
- IFA gGmbH, 2018: Sokrates. Fit und stark plus II, <https://www.ifa-ggmbh.de/sokrates-fit-und-stark-plus-ii/32-sokrates> , zuletzt abgerufen am 21.11.2018.
- Jacobi, C.,
Esser, G., 2003: Zur Einteilung von Risikofaktoren bei psychischen Störungen, in: Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie, 32, 257 – 266.
- Kohlmann, C.-W., 1990: Streßbewältigung und Persönlichkeit: Flexibles versus rigides Copingverhalten und seine Auswirkungen auf Angsterleben und physiologische Belastungsreaktionen, Bern, Huber.
- Krohne, H., 1996: Angst und Angstbewältigung, Stuttgart, Kohlhammer.
- Lazarus, R. S.,
Folkman, S., 1984: Stress, appraisal, and coping, New York, Springer.
- Lazarus, R.S.,
Folkman, S., 1986: Cognitive Theories of Stress and the Issue of Circularity, in: Appley, M. H., Trumbull R., (Hrsg.), 1986: Dynamics of Stress. Physiological, Psychological and Social Perspectives, 63 – 80, New York, London, Plenum Press
- Lazarus, R. S., 1991: Emotion and adaptation, New York, Oxford University Press.
- Lohaus, A. 1993: Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention im Kindes- und Jugendalter, Göttingen, Bern, Hogrefe.
- Lohaus, A.,
Klein-Heßling, J., 2001: Stresserleben und Stressbewältigung im Kindesalter. Befunde, Diagnostik und Intervention, in: Kindheit und Entwicklung, 10, 148 – 160, Göttingen, Hogrefe.
- Lohaus, A.,
Eschenbeck, H.,
Kohlmann, C.-W.,

- Klein-Heßling, J., 2006: SSKJ 3-8. Fragebogen zur Erhebung von Stress und Stressbewältigung im Kindes- und Jugendalter, Göttingen, Bern, Hogrefe.
- Lohaus, A.,
Domsch, H.,
Fridrici, M., 2007: Stressbewältigung für Kinder und Jugendliche, Heidelberg, Springer Medizin-Verlag.
- Lohaus, A.,
Seiffge-Krenke, I., (Hrsg.) 2007: Stress und Stressbewältigung im Kindes- und Jugendalter, Göttingen, Bern, Hogrefe.
- Lukas, F., 2012: Entwicklung und Evaluation körperorientierter ethoden für Geschwister krebskranker Kinder zur Belastungsreduktion unter den Gesichtspunkten Stress und Selbstkonzept. Eine explorative Studie, Leipzig.
- McNamara, S., 2000: Stress in young people. What's new and what can we do?, London, Continuum.
- KIGGS-Studie, 2018: Robert Koch-Institut (Hrsg.), Journal of Health Monitoring 3(3), Berlin, RKI.
- Rotter, J., 1966: Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement, in: Psychological Monographs, 80 (1), 1 – 28.
- Scherer, K. R., 1985: Stress und Emotion. Ein Ausblick, in: Scherer, K. R., Wallbott, H. G., Tolkmitt, F. J., Bergmann, G. (Hrsg.), 1985: Die Stressreaktion. Physiologie und Verhalten, 195 – 205, Göttingen, Hogrefe.
- Seiffge-Krenke, I.,
Nieder, T., 2001: Stress, Krankheit und Bewältigung. Bewältigen Jugendliche mit Diabetes Alltagsstressoren weniger kompetent als gesunde Jugendliche?, in: Kindheit und Entwicklung, 10, 206 -215, Göttingen, Hogrefe.
- Seiffge-Krenke, I., 2007: Bewältigung von familiären und schulischen Problemen, in: Lohaus, A., Seiffge-Krenke, I., (Hrsg.) 2007: Stress und Stressbewältigung im Kindes- und Jugendalter, 161 – 174, Göttingen, Bern, Hogrefe.

Welkowitz, J.,
Cohen, B.H.,
Ewen, R. B.,

2006: Introductory Statistics for the Behavioural Sciences, New Jersey,
John Wileyand Sons.

World Health
Organization

1946: Constitution of the World Health Organization,
<http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/EN/constitution-en.pdf>, zuletzt
abgerufen am 20.11.2018.

Abbildungsverzeichnis

1	Abb.1: Darstellung des Transaktionales Stressmodells angelehnt an Lazarus (1984)	4
2	Abb. 2: Entwicklung der gesamten Interventionsgruppe von T0 zu T2 der Kategorie „Stressvulnerabilität“	11
3	Abb. 3: Entwicklung der gesamten Kontrollgruppe von T0 zu T2 der Kategorie „Stressvulnerabilität“	12
4	Abb. 4: Entwicklung der männlichen Interventionsgruppe von T0 zu T2 der Kategorie „Stressvulnerabilität“	13
5	Abb. 5: Entwicklung der männlichen Kontrollgruppe von T0 zu T2 der Kategorie „Stressvulnerabilität“	13
6	Abb. 6: Entwicklung der weiblichen Interventionsgruppe von T0 zu T2 der Kategorie „Stressvulnerabilität“	14
7	Abb. 7: Entwicklung der weiblichen Kontrollgruppe von T0 zu T2 der Kategorie „Stressvulnerabilität“	15
8	Abb. 8: Entwicklung der gesamten Interventionsgruppe von T0 zu T2 der Kategorie „Suche nach sozialer Unterstützung“	17
9	Abb. 9: Entwicklung der gesamten Kontrollgruppe von T0 zu T2 der Kategorie „Suche nach sozialer Unterstützung“	18
10	Abb. 12: Entwicklung der weiblichen Interventionsgruppe von T0 zu T2 der Kategorie „Suche nach sozialer Unterstützung“	19
11	Abb. 13: Entwicklung der weiblichen Kontrollgruppe von T0 zu T2 der Kategorie „Suche nach sozialer Unterstützung“	20
12	Abb. 12: Entwicklung der gesamten Interventionsgruppe von T0 zu T1 der Kategorie „Konstruktiv-palliative Emotionsregulation“	23
13	Abb. 13: Entwicklung der gesamten Kontrollgruppe von T0 zu T1 der Kategorie „Konstruktiv-palliative Emotionsregulation“	24
14	Abb. 14: Entwicklung der männlichen Interventionsgruppe von T0 zu T1 der Kategorie „Konstruktiv-palliative Emotionsregulation“	25
15	Abb. 15: Entwicklung der männlichen Kontrollgruppe von T0 zu T1 der Kategorie „Konstruktiv-palliative Emotionsregulation“	25

