

# Zur Behandlung von Prüfungsängsten bei Kindern

Laura Bonetti

## Inhaltsverzeichnis

### Zusammenfassung

<b>1</b>	<b>Einleitung</b>	<b>3</b>
1.1	Definition der Prüfungsangst	6
1.2	Epidemiologische Daten	6
1.3	Erscheinungsformen der Prüfungsangst	9
<b>2</b>	<b>Ursachen der Prüfungsangst</b>	<b>10</b>
2.1	Die Anlage	10
2.2	Schema-Theorie	10
2.3	Stresstheorie von Lazarus	11
2.4	Theorie der Selbstwirksamkeit	11
2.5	Die Eltern	12
<b>3</b>	<b>Therapie von Prüfungsängsten bei Kindern</b>	<b>13</b>
<b>3.1</b>	<b>Allgemeine Ziele und Therapieprinzipien</b>	<b>13</b>
<b>3.2</b>	<b>Kognitive Intervention</b>	<b>14</b>
3.2.1	Leistungsangst-Protokoll und Angst-Thermometer	14
3.2.2	Veränderung angstinduzierender Gedanken in der Prüfungssituation	16
3.2.3	ABC-Schema	17
3.2.4	Modeling	18
<b>3.3</b>	<b>Emotionale und Physiologische Intervention</b>	<b>18</b>
3.3.1	Exposition	19
3.3.2	Exposition in sensu	22
3.3.3	Exposition in vivo	24
3.3.4	Entspannungstraining	27

<b>3.4</b>	<b>Behaviorale Intervention</b>	<b>28</b>
3.4.1	Steigerung der Lernmotivation	29
3.4.2	Günstige zeitliche und räumliche Bedingungen schaffen	30
3.4.3	Elterliche Unterstützung beim Lernen	31
3.4.4	Steigerung der Konzentration	31
3.4.5	Fertigkeiten für mündliche Prüfungen vermitteln	32
<b>4</b>	<b>Empirische Befunde zu den therapeutischen Interventionen</b>	<b>34</b>
<b>5</b>	<b>Diskussion</b>	<b>36</b>
<b>6</b>	<b>Literaturverzeichnis</b>	<b>38</b>

## Zusammenfassung

Die vorliegende Arbeit befasst sich mit der Therapie der Prüfungsangst von Kindern. Es werden unterschiedliche Interventionen dargestellt, die je nach Art der Manifestationsebene der Angstsymptome (physiologisch, emotional, kognitiv und behavioral) spezifisch für die Behandlung der Leistungsängste indiziert sind.

Die physiologische und emotionale Interventionen sind indiziert, wenn aversive Angstsymptome auf der physiologischen und emotionalen Ebene vorliegen, welche die Leistung des Kindes stark beeinträchtigen.

Die kognitive Intervention ist angezeigt, wenn dysfunktionale situative kognitive Strukturen und negative, situationsübergreifende Schemata vorhanden sind, welche die Aufmerksamkeit des Kindes in Anspruch nehmen und das Kind vom Examen ablenken.

Die behaviorale Intervention setzt an, wenn objektive Leistungsdefizite auf unregelmässiges und ineffizientes Lernen zurückgeführt werden.

Es können zwei verschiedene Fragestellungen unterschieden werden. Die erste stellt die Frage, welche Interventionen zur Behandlung der Prüfungsangst empirisch fundiert sind. Die zweite fragt nach den Therapiebausteinen, welche in eine Therapie unbedingt miteinbezogen werden sollten.

Tryon (1980) fasst die wichtigsten therapeutischen Interventionen, welche in empirisch durchgeführten Studien erfolgreich abgeschnitten haben, zusammen: Entspannungstraining, systematische Desensibilisierung, Förderung der Lernkompetenzen, kognitive Umstrukturierung und positive Selbstinstruktionen.

Es wird von einem multimodalen Ansatz ausgegangen, weil es sinnvoll ist, die Methoden, welche ihre Wirksamkeit im Abbau der Prüfungsangst erzielt haben, miteinander zu kombinieren.

Tryon (1980) beantwortet auch die zweite Fragestellung, indem er argumentiert, dass die Komponenten der kognitiven Intervention, welche vorwiegend die dysfunktionalen kognitiven Strukturen des leistungsängstlichen Kindes umstrukturieren, unbedingt als Therapiebausteine in die Behandlung der Leistungsangst miteinbezogen werden müssen. Das bedeutet nicht, dass die kognitive Intervention den behavioralen Therapiebausteinen überlegen ist, da letztere im gleichem Ausmass eine Reduktion der Leistungsangst und eine Verbesserung der schulischen Leistungen hervorrufen können.

# 1 Einleitung

Die gegenwärtige Seminararbeit richtet ihren Schwerpunkt auf die Behandlung von Leistungsängste im Kindesalter.

Unsere leistungsorientierte Gesellschaft hebt die Leistung hervor und zielt nach deren maximalen Ausprägung innerhalb eines minimalen Zeitintervalls. Dieses Phänomen ist in verschiedenen schulischen, akademischen und beruflichen Bereichen zu beobachten.

Die Relevanz der Bildung wächst stetig an, weil eine Korrelation zwischen den zukünftigen Erfolgchancen und einem befriedigenden Schul- oder Hochschulabschluss besteht. Letzterer determiniert vorwiegend, ob ein Individuum in seinem beruflichen Leben erfolgreich sein wird oder nicht. Es liegt daher eine Abhängigkeit der Erfolgchancen von den erbrachten schulischen oder akademischen Leistungen vor.

Alle schulfähigen Kinder sind in regelmässigen oder unregelmässigen Zeitabschnitten Prüfungen ausgesetzt.

Die Erkenntnis, dass die schulischen Leistungen eine bedeutsame Rolle spielen, kann das Kind erheblich unter Druck setzen. Denn es kann Angst empfinden, ungenügende und missgelungene Klausuren zu schreiben. Das heisst aber nicht, dass alle Kinder eine pathologische Angst vor den mündlichen und schriftlichen Klassenarbeiten entwickeln.

Die Leistungsangst kann aus lerntheoretischer Sichtweise als eine Reaktion R auf einen Stimulus S betrachtet werden. Der Reiz, in diesem Kontext, eine Prüfung, dem die Kinder exponiert sind, ist für alle Kinder derselbe. Die Art und Weise, wie der Reiz wahrgenommen und bewertet wird, kann sich von Kind zu Kind und innerhalb des Kindes je nach Leistungssituation unterscheiden.

Wenn das Kind den Stimulus „Prüfung“ als bedrohlich einstuft und über keine oder nur geringe Bewältigungsfähigkeiten verfügt, fördern diese ungünstigen Bedingungen die Entstehung der Prüfungsangst.

Es wäre nicht sinnvoll, davon auszugehen, dass allein diese zwei Faktoren, sich zusammensetzend aus der negativen Bewertung des Examens und den mangelnden Copingkompetenzen, die Leistungsangst bestimmen. Bei der Angstenstehung ist es wesentlich, weitere mögliche Determinanten zu berücksichtigen. Diese betreffen die Komponenten der Organismusvariable O wie beispielsweise genetische Anlage, biologische Konstitution, Attributionsstil, Bindungsstil, Kontrollüberzeugung, Informationsverarbeitung, Selbstwert, etc.

Im Falle, dass in einer Schulklasse Leistungsängste vorliegen, können sie sich intra- und interindividuell in den Erscheinungsformen und der Intensität unterscheiden. Die Prüfungsangst kann sich auf vier verschiedenen Ebenen der „R-Variable“ der Verhaltensgleichung nach Kanfer (1970) manifestieren. Innerhalb dieser Variable wird folgende Differenzierung gemacht: physiologische,

emotionale, kognitive und behaviorale Ebene. Je nachdem, auf welcher Ebene sich die Angstsymptome äussern, ist eine bestimmte Therapie indiziert. Es ist sinnvoll, die verschiedenen Interventionsvarianten miteinander zu kombinieren, wenn sich die Symptome der Examensangst auf mehreren Ebenen zeigen.

Die Therapie der Prüfungsangst von Kindern ist das Thema meiner Seminararbeit. In ihrem Rahmen habe ich unterschiedliche Interventionsformen aus dem breiten Spektrum an Behandlungsmöglichkeiten herauspartialisiert und erläutert.

In der vorliegenden Seminararbeit stellt sich die Frage, welche Interventionen zur Behandlung der Leistungsangst empirisch fundiert sind und welche Therapiebausteine eine Therapie unbedingt miteinbeziehen sollte.

Es wird das Ziel verfolgt, auf diese Fragen im Verlauf der schriftlichen Verfassung der Seminararbeit eine prägnante Antwort zu geben.

Nach einer Definition der Prüfungsangst, den epidemiologischen Daten und den Erscheinungsformen der Leistungsangst, folgt ein Kapitel zu den Ursachen der Prüfungsangst. Im Rahmen dieses kurzen Kapitels werden drei wichtige Theorien, die Schema-Theorie, die Stresstheorie von Lazarus und die Theorie der Selbstwirksamkeit, präsentiert. Danach folgt das eigentliche Thema dieser Seminararbeit, das in drei Blöcke untergliedert ist: Kognitive Intervention, Emotionale und Physiologische Intervention und Behaviorale Intervention.

Die Kognitive Intervention beinhaltet folgende Themen: Leistungsangst-Protokoll und Angst-Thermometer, Veränderung angstinduzierender Gedanken in der Prüfungssituation, ABC-Schema und Modeling.

Im Unterkapitel zur Emotionalen und Physiologischen Intervention wird in ausführlicher Weise auf die psychotherapeutische Methode der Exposition und ihrer Formen eingegangen. Unmittelbar danach folgt ein kurzer Beitrag zur Progressiven Muskelrelaxation nach Jacobson (1938), um die Exposition als Interventionsform zu ergänzen.

Die Behaviorale Intervention zielt auf die Veränderung des ungünstigen Lernverhaltens des Kindes ab. Das Kind soll sich langfristig auf eine Prüfung vorbereiten, indem es regelmässig an einem ruhigen Ort und zu bestimmten Tageszeiten lernt. Damit dieses Ziel verwirklicht werden kann, sind Themen wie Steigerung der Lernmotivation und der Konzentration, günstige zeitliche und räumliche Bedingungen schaffen, elterliche Unterstützung beim Lernen und die Vermittlung von Fertigkeiten für mündliche Prüfungen der Inhalt des dritten und letzten Unterkapitels zur Therapie der Prüfungsangst von Kindern. Nach dem theoretischen Teil Seminararbeit folgt der zweite Teil, in dem die empirischen Befunde zu den therapeutischen Interventionen beschrieben werden. In der Diskussion wird die Problemstellung dargelegt und die bedeutsamsten Ergebnisse zusammengefasst. Die Antworten auf die Fragestellungen werden auf der Grundlage der dargestellten Theorien und der empirischen Befunde

beantwortet und diskutiert. Abgerundet wird die Diskussion von einem persönlichen Beitrag zum Thema meiner Seminararbeit.

## **1.1 Definition der Prüfungsangst**

Unter Prüfungsangst versteht man einen emotionalen Status negativer, unangenehmer oder aversiver Art, der von behavioralen, kognitiven und physiologischen Symptomen begleitet wird. Das prüfungsängstliche Kind erlebt die Leistungsangst vor, während oder nach der Leistungssituation oder in Situationen, die der Prüfungssituation ähnlich sind.

Nach Beidel et al. (1994) ist die Prüfungsangst eine extreme Angst, schlechte Noten in Prüfungen zu schreiben.

Die Prüfungsangst wird nur in Leistungssituationen ausgelöst. Dies sind Situationen, in denen das Individuum einem Examen exponiert ist, welches dazu dient seinen Wissensstand zu prüfen und von fremden Personen evaluiert wird.

Im DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) wird die Examensangst nicht als eigene Störungseinheit beschrieben, sondern wird der sozialen Phobie zugerechnet.

Die ICD-10 (International Classification of Diseases) ordnet die Leistungsangst nicht der Störung mit sozialer Ängstlichkeit des Kindesalters zu, weil diese eine permanente und überhöhte Angst vor Situationen, in welchen das Subjekt mit fremden oder wenig vertrauten Individuen konfrontiert wird, impliziert. Das prüfungsängstliche Kind kann diese Symptome aufweisen, aber sie kommen bei leistungsängstlichen Kindern nicht überzufällig häufig vor.

Deshalb klassifiziert die ICD-10 die Prüfungsangst als Phobie des Kindesalters, in der die Examensangst in mündlichen oder schriftlichen Prüfungen vorkommt oder in Relation zu unterschiedlichen Situationen oder Objekten stehen kann.

## **1.2 Epidemiologische Daten**

Die Symptome der Prüfungsangst sind häufig mit den Stresssymptomen ähnlich.

Es ist ein reines Faktum, dass Kinder im heutigen Schulkontext sehr hohem Stress ausgeliefert sind.

Nach Sears und Milburn (1990) ist die Angst vor der Schule ein frequentes Stresssymptom. Die Schule kann als eine Quelle, die Angst auslöst, betrachtet werden, weil das leistungsängstliche Kind in regelmässigen Abständen mündliche und schriftliche Prüfungen absolvieren muss, denen es sich exponiert und ausgeliefert fühlt und welche sein Wissen bewerten und kontrollieren.

Das Kind hat Angst eine schlechte Note zu erhalten, weil dies mit dem Verlust an Akzeptanz und Anerkennung seiner Klassenkameraden und elterlicher Bestrafung einhergehen kann.

Die Belastung, welche das Kind im schulischen Umfeld erfährt, ist für die Entstehung der Prüfungsangst bedeutsam, weil wenn das Kind beim Schreiben einer Prüfung eine Überforderung aufgrund mangelnder Copingkompetenzen erlebt, die Prüfung als eine Bedrohung bewertet und daraus die Examensangst entstehen kann.

Unter den vielen Formen der Angst, ist die Prüfungsangst eine der häufigsten Varianten bei Kindern im Alter zwischen 9 und 12 Jahren und persistiert oft während der Adoleszenz. So konnte Keller (1992) bei 46% der prüfungsängstlichen Kinder nach acht Jahren die gleichen Prüfungsangstzeichen feststellen- Prüfungsängste zeichnen sich durch eine hohe Stabilität aus.

Silverman et al. (1995) führten eine Studie zu den generellen Sorgen und Ängsten von Kindern im Alter zwischen 7 und 12 Jahren durch.

Sie stellten fest, dass der schulische Kontext nach dem gesundheitlichen Bereich am häufigsten als eine Besorgnisquelle erwähnt wurde. Die Autoren sind des Erachtens, dass die Besorgnis der kognitive Bestandteil der Ängstlichkeit darstellt.

Döpfner et al. (1997) und Lehmkuhl et al. (1998) haben im deutschsprachigen Raum die PAK-KID-Studie durchgeführt. Nach dem Urteil der Eltern fürchteten sich 3.7% der Jungen und 3.8% der Mädchen im Alter von 4 bis 10 Jahren die Schule aufzusuchen.

Eine weitere Untersuchung, welche Döpfner et al. und Schnabel und Döpfner absolvierten, konnte durch den Einsatz des Phobiefragebogens für Kinder und Jugendliche (PHOKI) exaktere Daten liefern. Die Autoren konnten durch die Faktoren- und Konsistenzanalysen einen Faktor herauspartialisieren, der sowohl Schul- als auch Prüfungsängste erfasst.

20% der Individuen im Alter von 8 bis 18 Jahren haben oft Angst, eine Prüfung zu verhauen, 13% der Jungen und 15% der Mädchen fürchten sich vor schlechten Zensuren. Das Verhältnis zwischen Jungen und Mädchen ist relativ im Gleichgewicht, aber deutlich mehr Jungen erleben Ängste in die Schule zu gehen.

Die Schul- und Prüfungsängste waren bei älteren Adoleszenten in gleicher Intensität vorhanden.

Tatsache ist, dass ca. ein Fünftel der Schüler unter dieser Leistungsangst leiden und das heisst, dass in einer Schulklasse bestehend aus 20 Individuen, durchschnittlich 4 davon betroffen sind.

In einer Studie von Zech, welche auf das Jahr 1977 zurückgeht, wurden 491 Schüler im Alter von 14 bis 16 Jahren hinsichtlich der Frequenz von Leistungsängsten untersucht. Die Resultate sind folgende: 34% der Probanden wiesen eine hohe Leistungsangst auf, 51% der Schüler gaben eine sehr ausgeprägte permanente Angst an und 52% wiesen eine starke Schulunlust auf.

Schüler mit schlechten Noten wurden als ängstlicher identifiziert im Vergleich zu Schülern mit guten Schulnoten.

Es konnten Korrelationen zwischen hoher Leistungsangst, erhöhter permanenten Angst, starker Schulunlust und einer hohen sozialen Anpassung festgestellt werden.

Auf der Grundlage dieser Ergebnisse manifestieren leistungsängstliche Individuen eine überdurchschnittliche manifeste Angst und Schulunlust und eine hohe Neigung zu sozialer Erwünschtheit.

3750 Schülern aller Schulformen des 9. und 10. Schuljahres wurden 1976 in einer Querschnittsstudie von Fend untersucht.

Etwa die Hälfte der Schüler weist Herzklopfen auf, wenn sie von der Lehrperson aufgerufen wird, ca. 30% der Schüler nehmen selten verbal am Unterricht teil, weil sie sich fürchten, dass ihnen Fehler unterlaufen könnten und zwischen 30% und 40% der Schüler leiden unter Prüfungsangst.

Es besteht eine Verbindung der Prüfungsangst mit den Leistungsbeeinträchtigungen in der Schule.

In diesem Kontext können 2 unterschiedliche negative Korrelationen zwischen der Prüfungsangst und den Leistungsbeeinträchtigungen differenziert werden:

Schlechte Schulleistungen können eine Determinante für die Prüfungsangst sein oder die Prüfungsangst kann ein Faktor für schlechte Leistungen in der Schule sein.

Dies ist das Ergebnis der Metaanalyse von Seipp (1990), welche 126 aktuellere Untersuchungen aus unterschiedlichen Nationen zusammengefasst hat.

Nach dieser Metaanalyse liegen die Leistungen von sehr und wenig prüfungsängstlichen Personen fast eine halbe Standardabweichung auseinander.

Schwarzer (1975) geht davon aus, dass Angst die Variable ist, welche zu einer Reduktion der Leistung führt.

Auch Hill und Sarason (1966) sehen in der Leistungsangst die Determinante für die Leistungsminderung, weil prüfungsängstliche Kinder ausschliesslich in Aufgaben, welche neues Lernen bedürfen und in einer administrativen Vorgehensweise zu absolvieren sind, verminderte Leistungen erbringen.

In Intelligenztests konnte eine negative Korrelation zwischen der Leistungsangstreduktion und den besseren Leistungen festgestellt werden. Diese Tatsache spricht wieder für die Vermutung, dass die Angst die Ursache für die Leistungsminderung ist.

Hill und Sarason (1966) haben in Longitudinalstudien einen linearen Anstieg der leistungsreduzierenden Wirkung der Prüfungsangst mit dem zunehmenden Lebensalter festgestellt. Demnach schliessen prüfungsängstliche Kinder die Schule schlechter ab und repetieren häufiger eine Klasse als nicht prüfungsängstliche Kinder.

Jacobs (1981) befürwortet eine gegenseitige Korrelation, weil die Angst zu einer Leistungsabnahme und eine objektive Leistungsunfähigkeit zu einer Angstzunahme führt.

### 1.3 Erscheinungsformen der Prüfungsangst

Die erlebten Angstsymptome können sich auf der behavioralen, kognitiven, emotionalen und physiologischen Ebene abspielen. Daher gibt es vielfältige Erscheinungsformen der Prüfungsangst, welche sich reziprok verstärken können. Diese gegenseitige Verstärkung ist häufig eine Folge des Zusammenspiels unterschiedlicher Bedingungen wie beispielsweise Bewertungen der Situation als bedrohlich, die Angst vor einem Misserfolg und ein negatives Selbstkonzept.

Bereits in der Lernsituation kann die Aufnahme- und Merkfähigkeit durch die Angstsymptome eingeschränkt werden.

Die Beeinträchtigung des aufgabenbezogenen Denkens äussert sich auf der kognitiven Ebene der Prüfungsangst gemäss den Betrachtungen von Rost und Schermer (1997).

In der Prüfungssituation kann die Leistungsangst eine Reduktion der kognitiven Leistungsfähigkeit bewirken. Davon betroffen sind die aufgabenbezogenen Kognitionen, das reduzierte Erinnern von Informationen aus dem Arbeitsgedächtnis durch Denkblockaden und im besonderem Mass die Störungen der koordinierten Aufnahme, Verarbeitung und Aktivierung von Wissensinhalten.

Wenn das Kind beim Absolvieren einer Prüfung eine starke interne Angst erlebt, wird es von emotionalen Angstsymptomen und negativen Gedanken überschwemmt, welche seine Leistung beeinträchtigen, weil sie die aufgabenbezogenen Kognitionen und Aufmerksamkeit blockieren.

Diese ungünstigen Faktoren sind auch an der Förderung der emotionalen Symptome beteiligt, welche ihren Höhepunkt in einem Panikausbruch oder bei einem Blackout erreichen. Das emotionale Symptombild kann sich durch depressive Verstimmung, Nervosität, internen Krisenherd, Gefühle der Angst, Unsicherheit und Hilflosigkeit auszeichnen.

Die Angst wird nicht nur von emotionalen Symptomen begleitet, sondern auch von physiologischen Symptomen wie Herzrasen, Herzklopfen, Herzflattern, Herzstolpern, Schweissperlen auf der Handinnenfläche, der Stirn, rund um den Mund und die Augen, Zittern der oberen und/oder der unteren Extremitäten, Handtremor, Verkrampfungen der Arme, Muskelverspannungen, wacklige Knien, Einschlaf- und Durchschlafstörungen, Kopf- und Bauchschmerzen, Durchfalltendenz und Übelkeit.

Sobald das Kind die Prüfung als eine gefährliche Bedrohung wahrnimmt und einen Misserfolg antizipiert, wird die physiologische Symptomatik induziert, die über einen längeren Zeitraum andauern und chronifizieren kann. Deshalb ist für die Entstehung der Leistungsangst die subjektive Misserfolgserwartung relevanter als die objektive Wahrscheinlichkeit, durch eine Prüfung zu fallen.

## **2 Ursachen der Prüfungsangst**

### **2.1 Die Anlage**

Die Angst hat nicht immer negative Auswirkungen. Denn auf der biologischen Basis hat die Angst die sinnvolle Überlebensfunktion, um uns vor Gefahren zu schützen.

Aufgrund der Angst ist das Individuum in der Lage, frühzeitig und schnell lebensbedrohliche Stimuli der Umwelt zu erkennen und entweder aus der Situation zu flüchten oder die Situation in Angriff zu nehmen.

Menschen, die eine genetische Veranlagung zur Ängstlichkeit aufweisen, nehmen Reize häufiger als bedrohlich wahr und reagieren darauf mit einer intensiven Angstreaktion.

Diese interindividuellen Differenzen sind auf eine unterschiedliche biologische Grundausstattung zurückzuführen.

Die Angst kann als Disposition in den Genen angelegt sein. In diesem Zusammenhang stellten Eysenck und Eysenck (1985) in ihren Studien zum Neurozitimismus fest, dass ca. 50% der Varianz der interindividuellen Unterschiede in der Angst durch die Gene aufgeklärt wird.

### **2.2 Schema-Theorie**

Menschen mit einer Bereitschaft zu Angst erleben ungefährliche und harmlose Situationen bereits als ein bisschen bedrohlich, achten sich bevorzugt auf Informationen, die auf eine Bedrohung hinweisen und neigen zu Verzerrungen der Realität, fehlerhaften Interpretationen von Ereignissen, situationsübergreifenden Generalisierungen und verhängnisvollen Prognosen.

Die Information, welche aus der gegebenen Situation abgeleitet wird, wird kognitiv verzerrt und falsch interpretiert und daraus können katastrophisierende Gedanken entstehen.

Ängstliche Menschen sind vigilant gegenüber bedrohlichen Reizen und haben die Tendenz, ihr Aufmerksamkeitsspektrum zu verengen und sich ausschliesslich auf die Facetten einer Situation zu konzentrieren, die ihrer subjektiven Einschätzung nach alarmierend sind. Die Auftretenswahrscheinlichkeit des gefürchteten Reizes wird überschätzt, während die eigenen Bewältigungsfähigkeiten unterschätzt werden.

Beck und Emery (1895) gehen davon aus, dass Angstschemata Bewertungen von Situationen und die Einschätzung der eigenen Copingkompetenzen zur Bewältigung der Situationen enthalten. Die Angstschemata sind das Resultat einer Sequenz vergangener Ereignisse. Sie sind dafür verantwortlich, ob eine Person situative Stimuli als bedrohlich oder weniger gefährlich einstuft.

Nach der Schema-Theorie von Beck und Emery entsteht die Prüfungsangst durch dysfunktionale kognitive Schemata, welche bedingen, dass das leistungsängstliche Individuum die Aufmerksamkeit eigenen Schwächen und Defiziten widmet, Misserfolg hinsichtlich der eigenen Leistungskapazität und der Bewältigung eines Examens erwartet und entsetzliche Ereignisse als Folge seines Versagens annimmt.

### **2.3 Stresstheorie von Lazarus**

Lazarus (1966) geht davon aus, dass die Art und Weise, wie ein Stimulus bewertet wird und ob vorhandene Bewältigungsfähigkeiten im Menschen vorliegen, determinieren, ob der Mensch in einer Leistungssituation mit Prüfungsangst reagiert oder nicht.

Wenn eine Person in einem Examen glaubt, über die erforderliche Kenntnisse zu verfügen, um die Prüfungsfragen beantworten zu können, dann wird diese Person die Prüfung nicht als bedrohlich einschätzen und ohne Prüfungsangst reagieren.

Wenn das Kind die Lernkontrolle subjektiv als gefährlich bewertet und die eigenen Copingkompetenzen als gering einstuft, entsteht die Prüfungsangst.

### **2.4 Theorie der Selbstwirksamkeit**

Unter der Selbstaufmerksamkeit verstehen Buss (1980) und Schwarzer (1993) die Ausrichtung der Aufmerksamkeit auf sich selbst. Die Aufmerksamkeit richtet sich verstärkt auf die eigenen Gefühle und auf das eigene Erleben.

Das Individuum fokussiert die eigenen Gedanken nicht auf die externe Umwelt, sondern auf persönliche Bereiche, welche nach Schwarzer (1993) die gegenwärtige Stimmungslage, Gefühle, physiologischen Empfindungen und Einstellungen betreffen.

Es besteht eine gewisse Kongruenz zwischen der Theorie der Selbstaufmerksamkeit und der kognitiven Theorie der Prüfungsangst (Wine, 1971). Gemäss dieser Theorie kommt es bei prüfungsängstlichen Individuen in einer Leistungssituation zu einer Teilung der Aufmerksamkeit in selbst- und aufgabenbezogene Aufmerksamkeit, anstatt sie nur auf die Prüfungsaufgaben auszurichten, wie dies bei wenig leistungsängstlichen Menschen der Fall ist. So fokussieren prüfungsängstliche Individuen während eines Examens einen Teil ihrer Aufmerksamkeit auf negative Selbstbewertungen, Gedanken, welche einen potenziellen Misserfolg enthalten, und beeinträchtigende physiologische Angstsymptome, welche den Menschen tiefgehend absorbieren und von der Prüfung ablenken.

Dies ist der Grund, weshalb es zu Flüchtigkeitsfehlern kommt, eine rasche Resignation bei schwierigeren Aufgaben hervorgerufen wird und die Leistung vermehrt abnimmt.

Wine konnte 1971 feststellen, dass die Unterschiede in der Leistung zwischen prüfungsängstlichen und wenig ängstlichen Menschen mit den Unterschieden zwischen der aufgabenirrelevanten und aufgabenbezogenen Aufmerksamkeit korrelieren.

Er definierte den negativen kognitiven Bestandteil der Prüfungsangst als „worry“, der die Leistung eines Individuums stärker reduziert als die physiologischen Angstsymptome.

## **2.5 Die Eltern**

Die Eltern des prüfungsängstlichen Kindes spielen eine relevante Rolle bei der Entstehung und Aufrechterhaltung der Prüfungsangst.

Gemäss verschiedenen Studien, die in diesem Rahmen durchgeführt wurden, manifestieren die Eltern prüfungsängstlicher Kindern in der Mehrheit der Fälle sehr hohe Angstwerte.

Dieser Befund kann mit dem Modelllernen erklärt werden. Wenn das Kind beobachtet, wie eines der Elternteile vor einem bestimmten Tier mit Angst reagiert, dann besteht eine hohe Wahrscheinlichkeit, dass das Kind vor demselben Tier eine Angst entwickelt. Auf die Prüfungsangst bezogen, lernt das Kind sich ängstlich zu verhalten, wenn es beobachtet, dass eine prüfungsähnliche Situation sich anxiogen auf die Eltern auswirkt.

Sowohl positive als auch negative Erwartungen der Eltern haben einen signifikanten Einfluss auf das Kind, da sie die Leistung des Kindes beeinflussen.

Wenn die Eltern überhöhte Erwartungen an das Kind haben und das Kind nicht über die entsprechenden Ressourcen verfügt, die notwendig sind, um die erwünschten Leistungen hervorzubringen, kann sich das Kind überfordert fühlen und es entwickelt eine Angst.

Wenn die Eltern einen autoritären Erziehungsstil auf ihr Kind ausüben und deswegen ihr Kind mit Strenge behandeln, ihm gegenüber wenig Wärme zeigen, geringe Unterstützung anbieten und hohe Erwartungen an das Kind haben, bewirken sie eine Bereitschaft des Kindes zur Prüfungsangst, was zur Folge hat, dass das Kind sich nicht konzentriert auf die Prüfungsaufgaben einlassen kann, sondern darin beeinträchtigt ist.

Im Falle, dass die Eltern schlechte Schulleistungen nicht dulden können, wird das Kind schwerwiegend direkt oder indirekt bestraft oder abgewertet. Dadurch wird die Prüfungsängstlichkeit klassisch konditioniert.

### **3 Therapie von Prüfungsängsten bei Kindern**

#### **3.1 Allgemeine Ziele und Therapieprinzipien**

Ziel des multimodalen Therapieprogramms ist eine Abnahme der behavioralen, kognitiven, emotionalen und physiologischen Symptome.

Die subjektive Bedrohung, welche in Leistungssituationen vom Kind erlebt wird, soll durch die Expositionen in sensu und die kognitive Umstrukturierung in ihrer Intensität abgeschwächt werden und die Angstsymptome reduziert werden.

Das erste Ziel betrifft die Förderung der Bewältigungskompetenz, damit das Kind mit der Leistungssituation wirksamer und ruhiger umgehen kann. Es soll nicht das Gefühl haben, dass es unmöglich ist, die Prüfung zu bestehen.

Die Lernsituation, die vor allem zur Prüfungsvorbereitung dient, wird oft durch die behavioralen, kognitiven und emotionalen Symptome der Prüfungsangst beeinträchtigt, weil allein der Gedanke, dass die Prüfung bevorsteht, die gleichen Angstsymptome hervorruft.

Falls das Kind die wiederholte Erfahrung macht, Misserfolg in der Schule zu erleben, kann das Kind eine leistungsbezogene Hilflosigkeit erwerben, die sich auf verschiedene Art und Weise zeigen kann: Der Schulmisserfolg wirkt sich auf das Kind derart frustrierend aus, dass es resigniert, was zur Folge hat, dass es eine geringe Lernbereitschaft zeigt, die Lernsituationen ungünstig gestaltet, sich dadurch weniger gut auf die Prüfungen vorbereitet und sich somit die besten Bedingungen für ein späteres Leistungsversagen schafft. Diese zerstörerische Abwärtsspirale kann dazu führen, dass initiale Leistungsschwächen ohne Unterbruch vergrößert und aggraviert werden.

Ein Ziel des multimodalen Behandlungsprogramms ist, die Lernsituation des Kindes zu verbessern, um der Entstehung des Teufelskreises entgegenzuwirken. Damit dieses Ziel verwirklicht werden kann, bezieht man sich auf die Vorgehensweisen, die in der Verhaltenstherapie verwendet werden.

Ein Charakteristikum der therapeutischen Allianz ist die Kooperation. Darunter versteht man, dass der Therapeut und das Kind gemeinsam die individuellen Bedingungen seiner Leistungsangst unter die Lupe nehmen, analysieren und adäquate Massnahmen selektieren, die zum Abbau der Angst dienen.

Die Übertragung der Verantwortung und Selbstbestimmung auf das Kind hat zum Ziel, Vertrauen in die therapeutische Beziehung aufzubauen, weil der Therapeut das Kind in der Lage sieht, seine Prüfungsangst zu bewältigen. Der Therapeut soll dem Kind Sicherheit, Zuversicht und Vertrauen in seinen Fähigkeiten vermitteln, um das durch den Schulmisserfolg lädierte Selbstvertrauen zu stärken.

Die Schulnoten des Kindes werden teilweise berücksichtigt. Das Kind soll zur Erkenntnis kommen, dass die Leistungsergebnisse nicht seine Existenz determinieren, eine gute oder eine schlechte Schulnote nicht das Kind als Menschen ausmachen und das Kind von den Eltern, Lehrern, Freunden

und dem Therapeuten geliebt und geachtet wird, unabhängig davon, ob es gute oder schlechte Schulleistungen erbringt.

Es ist wichtig, dass das Kind lernt, Fortschritte in der therapeutischen Situation internal zu attribuieren, d.h., es soll den Erfolg auf sich selbst beziehen, seine Kompetenzen und Eigenschaften und nicht auf den Zufall oder auf die Expertise des Therapeuten zurückzuführen. Die interne Attribution der Therapiefortschritte kann als eine Übung betrachtet werden, in der das Kind lernt, spätere Schulerfolgserfahrungen internal zu attribuieren.

Die Interventionen dürfen das Kind intellektuell nicht überfordern und der Therapeut soll immer darauf achten, dass die Anweisungen, welche er dem jungen Klienten erteilt, dem Alter des Kindes angemessen sind und durch eindeutige und zutreffende Beispiele veranschaulicht werden.

Nach jedem therapeutischen Setting räumt der Therapeut dem Kind die Möglichkeit ein, Verständnisprobleme zu klären oder etwaige Fragen zu beantworten, damit der Therapeut Einsicht bekommt, was dem Kind noch unklar ist und das Kind auf seinem Weg zum Erfolg sicherer wird.

Die Therapie beginnt mit einem Erklärungsmodell zur Prüfungsangst, welche der Therapeut dem Kind und den Eltern des Kindes vermittelt. Grund dafür ist das Ziel, die Prüfungsangst dem Kind und seinen Eltern auf wissenschaftlicher Basis näher zu bringen und zu vermeiden, dass das Kind den Eindruck habe, es sei alleine mit seinen Ängsten auf der Welt.

## **3.2 Kognitive Intervention**

Die kognitive Intervention ist dann indiziert, wenn beim Kind dysfunktionale Schemata im Sinne Beck, unangemessene situationsübergreifende und globale kognitive Strukturen vorliegen. Das ist z. B. der Fall, wenn aus der verzerrten Perspektive des Kindes nur die 6 eine gute Note ist, die es anzustreben hat, oder wenn es davon ausgeht, dass alle seine ungenügenden Schulleistungen auf seine geringe Intelligenz zurückzuführen sind.

### **3.2.1 Leistungsangst-Protokoll und Angst-Thermometer**

Im Rahmen der kognitiven Intervention werden Informationen betreffend den Symptomen und Determinanten der Leistungsangst erhoben. Um dies durchführen zu können, wird das Kind zur Selbstbeobachtung angeleitet, indem es seine Angst in Leistungsangst-Protokollen und im Angst-Thermometer erfasst.

Sowohl das Leistungsangst-Protokoll als auch das Angst-Thermometer sind Methoden, die angewandt werden, um das Vorhandensein oder Nicht-Vorhandensein relevanter Symptome und deren

Auslösebedingungen zu explorieren. Je nachdem welche Symptomkonstellation vorliegt, werden entsprechende therapeutische Massnahmen ergriffen.

Die regelmässige und konstante Selbstbeobachtung impliziert, dass das Kind motiviert und bereit ist, sich dafür einzusetzen. Daher ist es bedeutsam, dass der Therapeut dem Kind den Sinn der Selbstbeobachtung ausführlich mitteilt. Es ist angemessen, wenn das Kind das Angst-Thermometer oder Leistungsangst-Protokoll in die Schulstunde mitnimmt und das Ausmass seiner Angst in der momentanen Leistungssituation auf dem Angst-Thermometer abträgt oder seine Gedanken im Leistungsangst-Protokoll verbalisiert. Denn im Falle, dass es dies erst am Ende des Schultages durchführt, besteht die Gefahr, dass seine Erinnerungen im Gedächtnis durch interferierende Erfahrungen verzerrt geworden sind und die Eintragungen dadurch nicht mit der vergangenen Wirklichkeit übereinstimmen.

Bei jüngeren Kindern ist es adäquater, das Angst-Thermometer zu verwenden, da das Leistungsangst-Protokoll anspruchsvoller ist und voraussetzt, dass das Kind schreiben und lesen kann.

Wenn beim Kind das Leistungsangst-Protokoll zur Anwendung kommt, sollte das Kind mit dem Therapeuten ein Leistungsangst-Protokoll ausfüllen, damit es weiss, wie es im alltäglichen Leben mit diesem Instrument umgehen wird.

Danach erläutert der Therapeut dem Kind, dass es vielfältige Angstsymptome gibt, die sich auf der verhaltensbezogenen, kognitiven, emotionalen und physiologischen Ebene als Konsequenz der anxiogenen Stimuli manifestieren können.

Anschliessend werden dem Kind die möglichen Faktoren für die Leistungsangstentstehung mitgeteilt. Von diesen allgemeinen Faktoren verschiebt sich der Fokus der Aufmerksamkeit auf die individuellen Faktoren des Kindes, welche an der Angstentstehung und Aufrechterhaltung teilnehmen.

Das Kind erhält dadurch Einsicht in den kognitiven Ursprung seiner Prüfungsangst. Das Kind versteht nun, dass seine Gedanken seine Gefühle beeinflussen und seine Gefühle in einer spezifischen Situation von den Gedanken abhängig sein können.

Der letzte Punkt in dieser ersten Phase betrifft die Entscheidung für die Art der Behandlung.

Das Kind sollte lernen, dass das Ziel der therapeutischen Behandlung nicht darin besteht, jegliche Leistungsangst zu verlieren, sondern sie bis auf eine erträgliche Intensität herabzusetzen, so dass es künftig im Stande sein wird, seine Prüfungsangst zu regulieren, auszubalancieren und mit ihr in Frieden zu leben. Denn eine gewisse Angst vor Prüfungen kann die Person in Eustress versetzen, so dass sie die Prüfung als eine positive Herausforderung bewertet, die sie anpacken will.

Es ist nicht leicht für ein prüfungängstliches Kind, die Angst mit etwas Gutem zu verbinden. Daher kann der Therapeut das Kind zum Denken anstossen, eine Situation im Gedächtnis abzurufen, in der die Angst sinnvoll und erleichternd gewesen war.

### 3.2.2 Veränderung angstinduzierender Gedanken in der Prüfungssituation

Angstinduzierende kognitive Strukturen sind eine weitere Ursache für die Entstehung und Persistenz der Prüfungsangst. Diese manifestieren sich in dysfunktionalen Kognitionen, welche sich auf eine bestimmte Situation oder allgemeine Situationen beziehen.

Ronen (2000) ist der Ansicht, dass das Kind in der Lage ist, zu lernen, seine aversiven automatischen Gedanken zu erkennen, die Relation, welche Gedanken und Emotionen verbindet, zu verstehen und die Dysfunktionalität seines Denkens abzubauen, indem es sich bemüht, sein Denken rational und funktional zu konstruieren. Konkrete Beispiele, Zeichnungen und eine dem Kind angemessene Sprache sollen die kognitive Intervention erleichtern.

Dem jungen Klienten wird erklärt, dass seine negativen Gedanken wie beispielsweise „Ich bin der für die Ewigkeit bestimmte Versager“, begleitet von anderen Gedanken, welche bezogen auf die Prüfungsaufgaben völlig irrelevant sind, seine Prüfungsangst fördern und stärken und simultan die Aufmerksamkeit und die Denkprozesse beeinträchtigen, welche zur Bewältigung der Prüfung notwendig sind.

Die Angstgedanken haben eine destruktive Wirkung auf die Einstellung des Kindes gegenüber den Fächern, die im Schulalltag behandelt werden, und reduzieren die Lernbereitschaft und die Motivation des Kindes, sich mit den schulischen Inhalten auseinanderzusetzen. Das hat zur Folge, dass das Kind seine Lernsituationen zur Vorbereitung einer bevorstehenden Prüfung nicht vorteilhaft gestaltet. Die mangelnde Frequenz und Ineffizienz bilden zwei Kerncharakteristika seines Lernverhaltens. Da das Kind nicht häufig und ineffizient lernt, erhöht es sich die Chance, dass es die Prüfung nicht bestehen wird. Daher wird in Zusammenarbeit mit dem Therapeuten seine dysfunktionale Grundeinstellung zu den schulischen Fächern und verzerrten, situationsübergreifenden Kognitionen verändert.

Das Ziel ist, dass es Freude und Interesse an die schulischen Inhalte empfindet, damit es motiviert ist, Energie und Zeit für das Lernen einzusetzen. Eine Voraussetzung dafür ist, den Sinn der in der Schule behandelten Themen einzusehen.

Wenn seine negativen und dysfunktionalen Gedanken in positive und funktionale Kognitionen transformiert werden, hat dies eine günstige Auswirkung auf seine kognitive Leistungsfähigkeit.

Was auch eine ungünstige Auswirkung auf die emotionale Grundeinstellung des Kindes gegenüber den schulischen Inhalten hat, ist ein negatives Selbstkonzept. Dieses reduziert die Lernmotivation und die Bereitschaft des Kindes sich anzustrengen. Es ist daher im therapeutischen Setting von grosser Bedeutung, das dysfunktionale und beeinträchtigende Selbstkonzept zu verändern. Dies kann geschehen, indem eine Selbstkonzept-Tabelle erstellt wird. Die Selbstkonzept-Tabelle wird untergliedert in 2 vertikale Spalten. In der linken Spalte werden „meine Stärken“ und in der rechten Spalte werden „meine Schwächen“ eingetragen. Die anschauliche Tabelle wird weiter unterteilt in

diverse Bereiche wie Freunde, Freizeit, Familie und Schule, welche die horizontalen Balken in der Tabelle bilden.

So wird dem Kind deutlich, dass es neben seinen Schwächen auch Stärken gibt und diese nicht nur in einem Bereich vorliegen, sondern in mehreren.

### 3.2.3 ABC-Schema

Das ABC-Schema der rational-emotiven Therapie von Albert Ellis (1989) ist in drei Spalten untergliedert (A, B, C).

In **A** ist die Leistungssituation repräsentiert.

In **B** sind die Angstgedanken und die Angst-Killergedanken enthalten, welche eine Reaktion auf die Prüfungssituation sind.

In **C** sind die Gefühle dargestellt, welche eine Folge von den Angstgedanken und Angst-Killergedanken sind.

Dies kann in Form einer Gleichung übersetzt werden:  $A+B=C$

Das ABC-Schema kann vielfältig eingesetzt werden:

Zur

- Veranschaulichung des kognitiven Entstehungsmodells der Prüfungsangst
- Exploration der Angstgedanken und deren Veränderung in Angst-Killergedanken
- Erläuterung der Gefühle, welche parallel zu den Gedanken ablaufen

Im Falle, dass das Kind seine Angstgedanken in der therapeutischen Sitzung nicht zur Sprache bringen kann, dient eine erkundende Vorstellungssübung diesem Ziel.

Das Kind stellt sich vor, in einer Prüfungssituation zu sitzen und sobald in ihm die Angstgedanken erscheinen, schreibt es sie in die 2. Spalte des ABC-Schemas.

Der weitere Schritt betrifft die Analyse des Einflusses der Angstgedanken auf die Gefühle und Verhaltensweisen des Kindes.

Nachdem das Kind vollzogen hat, wie stark seine angstinduzierenden Gedanken sich negativ in der Leistungssituation auswirken, kommt es zum wesentlichen Schritt:

Die kognitive Umstrukturierung. Dies ist eine Methode, die darauf zielt, die Kognitionen zu modifizieren. Denn demzufolge verändert das Individuum auch das Verhalten.

Durch Fragen wie z. B. : „Was könnte im schlimmsten Fall geschehen, wenn du die Prüfung nicht bestehen würdest?“ wird das Kind zum Denken angeregt, sich bewusst seinen Angstgedanken zu

stellen und dies zu bezweifeln. Diese Phase wird von einer Exposition in sensu abgelöst, in der das Kind auf der Vorstellungsebene die Leistungssituation visualisiert und sich darin sieht, wie es die Prüfung nicht absolvieren kann. In ihm kommen die Angstgedanken und die dazugehörigen Gefühle hervor. Die Exposition in sensu wird bis zum Zeit- und Höhepunkt des unvermeidbaren Versagens durchgeführt.

Mit dem Therapeuten lernt das Kind die Bedeutung und die Wichtigkeit seiner in Gedanken aufgebauten Katastrophenerlebnisse in Frage zu stellen und zu relativieren, indem der Therapeut ihm verschiedene existentielle Fragen stellt, um die erhöhte Relevanz einer missgelungenen Prüfung zu reduzieren.

### **3.2.4 Modeling**

Modeling kann zur Erkundung und Veränderung situativer Kognitionen des Kindes eingesetzt werden. Der Therapeut öffnet sich dem Kind als ein Modell oder Vorbild, mit dem Ziel, dem Kind ein adäquates Verhalten und Denken zu vermitteln.

Das Kind bringt eine misslungene Prüfung in die Sitzung mit und geht mit dem Therapeuten die Prüfung nochmals durch. Der Therapeut zeigt dem Kind, wie man sich mit einer Prüfung auseinandersetzt.

Das Modell verbalisiert die Strategien, die es anwendet, und die Art und Weise, wie es in einer Leistungssituation vorgeht. Das Kind ahmt das Verhalten des Modells nach und wiederholt die Aussagen des Modells.

Das Ziel ist, dass das Kind das Modell internalisiert, um selber in der gleichen Prüfungssituation so wie das Modell vorgehen zu können und den Selbstinstruktionen als Wegweiser zu folgen lernt. Dies geschieht graduiert: Zuerst spricht das Kind die Gedanken laut vor sich hin, weil die Sprache dem Menschen auch eine gewisse Kontrolle und Sicherheit gibt. Anschliessend flüstert das Kind die Selbstanweisungen bis es fähig ist, selbstständig das Selbstgespräch gedanklich durchzuspielen.

### **3.3 Emotionale und Physiologische Intervention**

Die emotionale und physiologische Intervention ist indiziert, wenn die negativen, aversiven, beeinträchtigenden Angstsymptome sich auf der emotionalen und physiologischen Ebene der R-Variable der Verhaltensgleichung von Kanfer (1965) abspielen.

Es wird das Ziel angestrebt, dass das Kind lernt, sich an die emotionalen und physiologischen Symptome der Prüfungsangst zu gewöhnen. Das wird durch Expositionen in sensu und/oder in vivo und Selbstexpositionen in sensu und/oder in vivo erreicht.

Ein weiteres Ziel betrifft die Steuerung der emotionalen und physiologischen Symptome der Prüfungsangst durch das Erlernen des Entspannungstrainings und die praktische Umsetzung der Entspannungstechniken vor oder während der Prüfung.

### **3.3.1 Exposition**

Unter der Exposition wird eine Methode verstanden, deren Ziel es ist, anhand der regelmässig durchgeführten und über längere Zeit andauernden Konfrontation mit dem angstinduzierenden Stimulus eine Habituation der emotionalen und physiologischen Symptome der Prüfungsangst zu erreichen. Die Konfrontation mit dem anxiogenen Reiz kann entweder in sensu oder in vivo stattfinden.

Die Methode der Exposition setzt voraus, dass keine objektiven Leistungsschwächen vorliegen. Es ist wichtig und sinnvoll, dass die kognitive Leistungsfähigkeit während der Prüfung nicht nachlässt und durch die emotionalen und physiologischen Symptome nicht beeinträchtigt wird. Daher wird dem Kind in der therapeutischen Sitzung die Möglichkeit gegeben, zu lernen, wie es seine emotionalen und physiologischen Angstsymptome regulieren kann, so dass während der Prüfung seine kognitive Leistungsfähigkeit nicht abnimmt, sondern auf konstantem Niveau bleibt oder ansteigt.

In der Exposition in vivo wird die Reduktion der Prüfungsangst aktiv herbeigeführt. Das vermittelt dem Kind die Selbstwirksamkeit und ein Gefühl der Kontrolle.

In der Exposition in sensu, in der sich das Kind vorstellt eine Prüfung zu schreiben, kann eine aktive Bewältigung der Prüfungsangst oder eine sich selbst ergebende Gewöhnung erfolgen.

Bei der systematischen Desensibilisierung wird die Prüfungsangst durch die Entspannung, welche als Angstantagonist dient, gehemmt.

Wenn die Exposition zur Angstbewältigung durchgeführt wird, dann lernt das Kind die emotionalen und physiologischen Symptome zu bewältigen und nicht zu inhibieren.

Die Prüfungsangst kommt in mündlichen und in schriftlichen Prüfungen vor. Deshalb können zwei differente Arten von Konfrontationssituationen unterschieden werden, die in mündlichen und schriftlichen Prüfungssituationen vorkommen.

Das Kind, welches von der Prüfungsangst geplagt wird, versucht in der Regel sich in freiwilligen mündlichen Prüfungssituationen zu drücken, um mit den aversiven emotionalen und physiologischen Angstsymptomen erst gar nicht in Kontakt kommen zu müssen, da es sich bewusst ist, dass sobald es

sich in einer Leistungssituation befindet, unmittelbar von den emotionalen und physiologischen Symptomen erreicht wird. Dadurch wird weder die Habituation, noch eine Gegenkonditionierung, noch eine Löschung ermöglicht. Das Vermeidungsverhalten wird durch das Unterlassen einer mündlichen Prüfungssituation negativ verstärkt (C minus fällt weg) und kurzfristig fühlt sich das Kind erleichtert, aber langfristig betrachtet, erhöht sich die Wahrscheinlichkeit, dass das Kind in einer ähnlichen Situation das Vermeidungsverhalten wieder zeigen wird. Daher ist es von grosser Relevanz, dass das Kind lernt, sich in mündlichen Leistungssituationen zu exponieren, um seine Angst kontinuierlich abzubauen.

Reale schriftliche Prüfungen stellen keine wirksame Expositionsbedingungen her, da sie oft zu kurz dauern und sich das Kind auch nicht auf seine Angst konzentrieren kann.

Um eine sorgfältige Exposition durchzuführen, erstellt das Kind in Zusammenarbeit mit dem Therapeuten eine Angsthierarchie.

Beispielsweise könnte das Kind als wenig angstausslösende Situation angeben: „Ich werde vom Lehrer aufgerufen“, während es das Item: „Ich schreibe eine Prüfung“ als stärker angstausslösend einstuft.

Die unterschiedlichen Angstintensitätsstufen werden graduiert während der Therapie durchgenommen. Es ist bereits in der ersten Exposition möglich, das Kind mit der höchsten Angstintensität zu konfrontieren. Dies kann problematisch werden, wenn sich das Kind überfordert fühlt und das Risiko besteht, dass die Therapie vorzeitig abgebrochen wird.

Das Kind muss einsehen, dass es seine Prüfungsangst nur unter der Bedingung bewältigen kann, dass es sich seinen Ängsten stellt. Das Kind kann entweder warten bis die Leistungsangst spontan abnimmt und auf dem Angst-Thermometer tiefe Werte aufweist oder es kann bewusst seine Angst reduzieren, indem es Copingstrategien einsetzt.

Der Therapeut erkundigt sich beim Kind nach seinen bisherigen Erfahrungen in der Auseinandersetzung mit seinen Prüfungsängsten. Im Falle, dass das Kind weiss, was seine Leistungsangst aufrechterhält oder wann seine Angst während der Leistungssituation zu- oder abnimmt, können diese Informationen als Bewältigungsvorgehensweisen in die Exposition integriert werden. Das Kind ist bereits besser auf die Exposition vorbereitet, als wenn es überhaupt keine Erfahrung im sinnvollen Umgang mit seinen Ängsten gemacht hätte.

Vor der Durchführung der Exposition ist es ausserordentlich wichtig, dass das Kind einsieht, dass die negativen Nebeneffekte der Exposition, die belastenden Angstsymptome, vorliegen müssen, damit es diese habituieren kann. So wird es künftig während den Prüfungen nicht mehr so heftig leiden müssen. Das Kind muss darauf vorbereitet sein, dass die Exposition nicht eine angenehme Erfahrung sein wird.

Um dem Kind zu zeigen, wie sich durch die Exposition seine Leistungsangst verändern wird, kann der Therapeut dem Kind eine graphische Darstellung zeigen, in der drei verschiedene Angstkurven gezeichnet sind.

Eine Angstkurve stellt den Verlauf in der Wirklichkeit dar, wenn das Kind keine Exposition durchführt. Die Angst steigt zunächst bis zu einem hohen Niveau an und bleibt auf ihrem Höhepunkt weiterhin stabil. Dem Kind werden die Gründe für diese Stabilität erläutert wie z. B. eine mangelnde Vorbereitung, eine schlechte Atmung, die Angstgedanken.

Eine kontinuierlich ansteigende Linie repräsentiert die Erwartung des Kindes, dass die Angst ins Unendliche wächst.

Eine andere Angstkurve stellt den Verlauf der Angst, wenn das Kind durch eine sorgfältig durchgeführte Exposition an die Angst habituiert oder seine Prüfungsangst bewältigt. Die Leistungsangst erreicht schnell ihren Höhepunkt und nimmt über die Zeit ab.

Eine weitere Voraussetzung, welche erfüllt sein muss, damit die Exposition durchgeführt werden darf, betrifft die Klärung der Auslösebedingungen der Prüfungsangst, welche mit Hilfe des Leistungsangst-Protokolls und der Verhaltensanalyse gewonnen werden können.

Wenn die Exposition im therapeutischen Setting durchgeführt wird, darf sie nicht vor ihrem Ende abgebrochen werden. Im Falle, dass dies geschieht, verliert das Kind das Vertrauen in die Exposition und dies geht mit einer Belastung der folgenden Expositionsdurchgänge einher.

Während der Durchführung der Exposition, in der die Prüfungsangst spontan abnimmt oder durch Copingkompetenzen aktiv reduziert wird, schätzt das Kind, auf welcher Stufe des Angst-Thermometers sich seine Angst befindet.

Die Exposition in sensu oder in vivo hängt von den individuellen Angstsymptomen des Kindes ab. Es sind in der Regel mündliche Prüfungssituationen, welche häufig in der Schule vorkommen. .

Das prüfungängstliche Kind neigt dazu, mündliche Leistungssituationen zu vermeiden. Wenn die Prüfung unausweichlich ist, versucht es die Angst zu ertragen. Der Therapeut sollte das Kind zu freiwilligen spontanen Selbstexpositionen in vivo ermuntern.

Es ergibt sich jeden Tag für das Kind die Möglichkeit, eine Selbstexposition in vivo durchzuführen. Das prüfungängstliche Kind neigt dazu, mündliche Leistungssituationen zu vermeiden.

Die Exposition in vivo als Selbstexposition ist der Exposition in sensu vorzuziehen, wenn das Kind eine grosse Bereitschaft zu Mitarbeit zeigt oder das Kind eine geringere Prüfungsangst aufweist.

Es wird in der Therapie primär ein Gewicht auf die Exposition in sensu gelegt, wenn eine ungenügende Häufigkeit von Leistungssituationen vorliegt.

Eine Kombination beider Arten von Expositionen ist empfehlenswert, aufgrund des Faktums, dass die Exposition in sensu weniger nachhaltige Wirkungen hat als die Exposition in vivo.

Eine Kombination beider Varianten eignet sich auch, wenn sich die Prüfungsangst des Kindes auf mittlerem bis hohem Niveau befindet und/oder das Kind eine geringe Neigung zur Mitarbeit zeigt. Um das Kind auf eine erfolgreiche Selbstexposition in vivo vorzubereiten, kann die Exposition in sensu eingesetzt und das Kind in das Angstbewältigungs- und Habituationkonzept eingeführt werden. Dadurch wird der Einstieg in die Selbstexposition in vivo erleichtert.

### **3.3.2 Exposition in sensu**

In der Exposition in sensu wird das Kind imaginär mit seiner Prüfungsangst konfrontiert.

Die Exposition in sensu wird durchgeführt, damit sich das Kind in einer vorgestellten Szene der Leistungssituation und damit seiner ausgeprägten Leistungsangst exponiert. Das Kind bleibt in der Exposition bis zum Zeitpunkt, in dem seine Angst von selber absinkt. Das ist nur möglich, wenn das Kind die Prüfungsangst aushält.

Der Effekt ist die Habituation des Kindes auf emotionale und physiologische Angstsymptome.

Die Durchführung der Exposition in sensu wird in drei Teile untergliedert:

- Konstruktion einer Leistungssituation
- Konfrontation mit der Leistungssituation
- Besprechung der erlebten Erfahrungen mit dem Therapeuten

Am Anfang werden mehrere Gebiete der Prüfungsangst auf dem Angst-Thermometer eingetragen. Die abgetragenen Angststärken können sich auf unterschiedliche Prüfungssituationen beziehen wie beispielsweise aufgerufen zu werden, einen Vortrag zu halten oder eine schriftliche Klassenarbeit zu schreiben.

Es ist auch möglich, die Angststufungen ausschliesslich auf einen Bereich zu beziehen. Das könnte eine Prüfung sein, die aber je nach Schulfach, Lehrperson, Notenmassstab, Interesse, Motivation, Vorwissen des Kindes mit mehr oder weniger Leistungsangst einhergeht.

Diese Phase mündet in der Entscheidung betreffend 2 Gebiete, welche für die erste Durchführung der Exposition in sensu vom Kind ausgewählt werden und eine mittlere Angststärke hervorrufen. Der Therapeut erkundet sich beim Kind über alle wichtige Informationen, um einen fließenden Text zu verfassen. Es ist auch möglich, im Text kurze Katastrophenabläufe zu integrieren, die aber vor dem Abschluss der Exposition ihr Ende finden.

Der Therapeut hebt Stellen im Text hervor, wenn das Kind bereits bei der deskriptiven Erfassung des Szenarios Angstsymptome aufweist, mit der Absicht während der Durchführung der Exposition in sensu Pausen einzulegen, damit sich das Kind an diese angstinduzierenden Stellen gewöhnen oder sie bewältigen kann.

In der letzten Phase der Vorbereitung auf die Exposition in sensu setzen Therapeut und Klient ein Datum für die erste Durchführung der Exposition in sensu fest.

Wenn der definierte Zeitpunkt gekommen ist, fasst der Therapeut das Drehbuch zusammen, um das Kind auf das Szenario vorzubereiten und ihm den Einstieg in die Vorstellungswelt zu erleichtern. Der Therapeut gibt dem Kind den Ratschlag, die Augen zu schliessen, um seine Aufmerksamkeit besser auf die Vision zu fokussieren.

Wenn der Einstieg in die imaginäre Szene erfolgt ist, gibt das Kind dem Therapeuten ein Handzeichen. Der Therapeut liest dem jungen Klienten den Text vor und versucht seine Stimme neutral zu gestalten. Die Exposition in sensu kann auf ein Tonband aufgenommen werden, so dass das Kind später zu Hause Selbstexpositionen absolvieren kann.

Während der Durchführung der Exposition in sensu kann die Prüfungsangst entweder spontan abnehmen, solange das Kind fähig ist, die Angst zu ertragen, oder die Leistungsangst wird aktiv durch die Bewältigungsfähigkeiten reduziert.

Der Therapeut erleichtert dem Kind diese Aufgabe, indem er gezielt nach seinen physiologischen Angstsymptomen, Gefühlen und Gedanken fragt. Dadurch erhält das Kind eine subtile externe Lenkung und es verkleinert sich das Risiko, dass das Kind gedanklich die Exposition verlässt, wenn es von anderen intrapsychischen Reizen abgelenkt wird. In regelmässigen Zeitintervallen fragt der Therapeut nach der Angstintensität und trägt die erhaltene Information im Angst-Thermometer ein.

Die Exposition in sensu wird bis zum Zeitpunkt absolviert, bei dem der Leistungsangstpegel im Angst-Thermometer auf ein tiefes Niveau geschrumpft ist.

Im Falle, dass die Exposition in sensu zur Angstbewältigung absolviert wird, werden an Stellen mit hoher Angstintensität Bewältigungsstrategien integriert.

Obwohl das Kind in der Exposition in sensu keine Leistungen erbringen muss, ist diese Art von Exposition anspruchsvoll. Denn damit sie erfolgreich vollzogen werden kann, ist es erforderlich, dass das Kind über ein gutes Vorstellungsvermögen verfügt, um sich die Leistungssituation in allen Details wie eine lebendige Videosequenz, in der es die Hauptrolle spielt, vorzustellen.

In der Nachbesprechung erkundigt sich der Therapeut beim Kind über die Gedanken, Gefühle und Erfahrungen, die während der Exposition erlebt wurden.

Die auf dem Angst-Thermometer abgetragenen Angststärken werden in ein Diagramm transferiert, um eine Angstkurve zu erhalten.

Wenn das Kind seine Emotionen nicht unterdrückt, sondern ausleben lässt, sich in der imaginären Situation integriert sieht, erlebt und ihm der Therapeut genügend Zeit für die Habituation gibt, besteht eine hohe Wahrscheinlichkeit für einen Erfolg der Exposition in sensu.

Der Erfolg der Exposition in sensu muss durch die Selbstexpositionen konsolidiert werden. Der Therapeut und das Kind entscheiden den Ort, wo das Kind die Selbstexpositionen durchführen wird und die Zeit, wann es sie vollziehen wird. Eine Tonbandkassette soll dem Kind die Durchführung der Selbstexpositionen erleichtern.

Dem Kind werden, neben der Tonbandkassette, eine Anleitung zur Selbstexposition, mehrere Angst-Thermometer und Expositions-Protokolle gegeben.

In jeder der Selbstexposition folgenden Therapiesitzung bespricht der Therapeut mit dem Kind die Erfahrungen, die es während den Selbstexpositionen erlebt hat.

Je mehr sich das Kind seiner Leistungsangst stellt, desto mehr macht es die Erfahrung, dass es sich an die Angst gewöhnen kann und desto mehr nimmt die Angst ab. Daher wird in jedem therapeutischen Setting die Angst-Hierarchie neu an den gegenwärtigen Stand des Kindes adaptiert.

Die Konfrontation mit einem schwereren Angstbereich kann nur unter der Bedingung erfolgen, wenn der um einen Grad leichtere Angstbereich keine Angst mehr induziert.

Ein Vorteil der Exposition in sensu gegenüber der Exposition in vivo besteht darin, dass das Kind eine hohe Angstausrprägung aushalten kann, weil es keine Leistung erbringen muss und so die Möglichkeit hat, seine Aufmerksamkeit ausschliesslich den emotionalen und physiologischen Angstsymptomen zu zuwenden. Es erlebt damit eine sich selbst ergebende Angstreduktion über die Zeit.

Ein weiterer Vorteil der Exposition in sensu liegt im geringen Aufwand, mit dem sie durchgeführt werden kann und es können Angstsituationen simuliert werden, welche im alltäglichen Leben eines Kindes mit geringer Häufigkeit auftreten.

Was auch für die Exposition in sensu spricht, ist, dass das Kind zwischen den durchgeführten Expositionen die Wirksamkeit durch Selbstexpositionen in sensu festigen und stärken kann bis zum Zeitpunkt, zu dem es in autonomer Weise in der Lage ist, die Selbstexposition zu absolvieren, zu steuern und zu kontrollieren.

Ein Nachteil der Exposition in sensu betrifft das Faktum, dass die imaginäre Szene häufig nicht auf der Vorstellungsebene konstruiert werden und persistieren kann. Deshalb ist es wichtig, dem Kind die Aufgabe zu erleichtern und näher zu bringen, indem der Therapeut ihm z.B. ein Blatt Papier und einen Bleistift gibt, damit das Kind die abstrakte Vorstellungswelt konkretisieren und die Imagination mit der Realität vereinigen kann.

Ein weiterer Nachteil der Exposition in sensu bezieht sich auf das Problem, dass die Vorstellung zu abstrakt ist oder nicht alle kritischen Stellen der Leistungsangst enthält.

### **3.3.3 Exposition in vivo**

Die Exposition in vivo zielt darauf ab, die angstinduzierenden Symptome, welche die Leistung sehr stark beeinträchtigen, zu regulieren.

Die Habituation an mündlichen und/oder schriftlichen Prüfungssituationen und deren Angstbewältigung werden durch ein mangelndes Lernverhalten gehemmt, welches Wissensdefizite nach sich zieht.

Deshalb ist es wichtig, vor der Durchführung der Exposition in vivo, eine sorgfältige diagnostische Untersuchung durchzunehmen, um sicher zu gehen, dass das Kind über die erforderlichen Fähigkeiten und Fertigkeiten verfügt, die notwendig sind, um die Exposition in vivo und die darauf folgenden Selbstexpositionen in vivo vollziehen zu können.

Die Exposition in vivo ist an weitere Voraussetzungen gebunden:

- Die anxiogenen Leistungssituationen müssen gemäss ihrer Intensität hierarchisiert werden.
- Vor der Durchführung der Exposition in vivo wird eine Exposition in sensu absolviert, in der das Kind die Erfahrung einer spontanen oder bewusst hervorgerufenen Leistungsangstreduktion macht. Denn das Kind kann den Effekt der Exposition in sensu verstehen und die Habituation erfahren.

Es ist auch zu vermerken, dass eine vorgeschaltete Exposition in sensu besonders bei Kindern indiziert ist, welche eine geringe Mitarbeit zeigen oder unter schwerst ausgebildeten Leistungsängsten leiden.

In der Exposition in sensu bekommt das Kind die technischen Werkzeuge und die Strategien, um seine Leistungsangst wirkungsvoll zu bewältigen.

Bei Kindern mit mittleren Prüfungsängsten oder solchen, die hoch motiviert und eine hohe Bereitschaft haben, mit dem Therapeuten zu kooperieren, kann direkt eine Selbstexposition in vivo erfolgen.

Der Grund, weshalb sich Prüfungsängste im Alltagsleben nicht leicht abbauen lassen, liegt darin, dass die Leistungssituationen nicht gehäuft auftreten oder lange genug dauern und das Kind nie die Möglichkeit hat, sich an die Leistungsangst zu habituieren oder sie zu bewältigen. Stattdessen versucht das Kind, so gut es kann, die Prüfungsangst wie eine immense Last zu ertragen.

Ein Vorteil der Exposition in vivo liegt in der hohen Frequenz an Möglichkeiten Expositionen in vivo oder Selbstexpositionen in vivo durchzuführen. In der Schule gibt es immer wieder Situationen wie obligatorische mündliche und/oder schriftliche Leistungssituationen, denen sich das Kind aussetzen muss. Da aber diese, wie oben erwähnt, nicht regelmässig und massiert vorkommen, versucht der Therapeut das Kind zur Einsicht zu bringen, dass es sich lohnt die freiwilligen mündlichen Leistungssituationen wie beispielsweise sich melden oder ein Kurzreferat halten, auszunutzen.

Für die erste Woche wird eine determinierte Anzahl an freiwilligen Meldungen bestimmt, welche mit der Zeit erhöht wird, um aktiv eine nachhaltige Angstabnahme herbeizuführen und zu verhindern, dass das Kind ein Vermeidungsverhalten aufweist. Die hervorgerufene Angst in freiwilligen und obligatorischen mündlichen Leistungssituationen wird im Angst-Thermometer abgetragen.

Wenn ein Verstärker-Plan zur Anwendung kommt, in dem die festgelegte Anzahl freiwilliger mündlichen Leistungen und auch die unfreiwilligen mündlichen Beiträge eingetragen sind, werden die freiwilligen mündlichen Meldungen mit einem Leuchtstift oder sonst etwas, was dem Kind Freude bereitet, hervorgehoben.

Eine Exposition in vivo impliziert, dass der Therapeut oder die Eltern das Kind bei der Exposition in der Schule begleiten. Da sich die Mehrzahl prüfungsängstlicher Kinder schämt, ihre Leistungsangst den Schulkameraden und Lehrpersonen zu zeigen, werden normalerweise Selbstexpositionen in vivo durchgeführt.

Vor der Exposition in vivo wird dem Kind mitgeteilt, wie bedeutsam die Angstbewältigungstechniken sind und es werden geeignete Strategien eingeübt.

Das Kind exploriert in Zusammenarbeit mit seinem Therapeuten, wie es seine emotionalen und physiologischen Angstsymptome regulieren kann und welche Strategien dafür eingesetzt werden können, damit seine kognitive Leistungsfähigkeit von seinen Angstsymptomen unberührt bleibt.

Das Kind soll auch lernen mit Hilfe kognitiver Methoden, seine Angstgedanken durch hilfreichere Gedanken zu ersetzen.

Nach der Entscheidung für eine bestimmte Angstbewältigungsstrategie, welche aus mehreren ausgelesen wurde, wird die Selbstexposition dem Kind näher gebracht, indem der Therapeut sehr ausführlich darüber Auskunft gibt und Erfahrungen, welche das Kind in Bezug auf seine Prüfungsangst gesammelt hat, explizit vom Therapeuten in die Besprechung eingebaut werden.

Für die erste Durchführung der Selbstexposition in vivo wird eine Leistungssituation selektiert, welche auf dem Angst-Thermometer eine Intensität von 30-40 erreicht.

Die Bestimmung hinsichtlich Zeit und Ort der Selbstexposition in vivo folgt unmittelbar danach. Dies hängt üblicherweise von den Bedingungen der Schule und den Lehrkräften ab.

Problematisch wird die Durchführung der Selbstexposition in vivo, wenn das Kind unter sehr starken Prüfungsängsten leidet und keine Möglichkeit besteht, eine Leistungsangst-Hierarchie zu erstellen. Um das Kind trotzdem einer Selbstexposition in vivo zu nähern, kann im therapeutischen Setting vor der Selbstexposition in vivo eine Exposition in sensu oder ein Rollenspiel durchgenommen werden.

Wie für die Durchführung der Selbstexposition in sensu erhält das Kind vom Therapeuten für die Selbstexpositionen in vivo mehrere Expositions-Protokolle und Angst-Thermometer, um seine Erfahrungen und Angstwerte zu dokumentieren.

Jüngere und besonders prüfungsängstliche Kinder benötigen externe Belohnungen, damit sie ihre Angst aushalten können und die Exposition in vivo nicht unterbrechen.

Der Token-Plan steigert die Motivation des Kindes. So könnte es z. B. sein, dass jedes Mal, wenn sich das Kind einer realen Leistungssituation aussetzt, einen Punkt oder ein Smiley bekommt, und wenn das Kind eine mit dem Therapeuten definierte Anzahl Tokens gesammelt hat, ein Wunsch des Kindes in Erfüllung geht.

Neben dem Token-Plan, spielt die soziale Verstärkung, die das Kind von seinem Therapeuten und seinen Eltern erfährt, wenn es sich für die Expositionen anstrengt, eine relevante Rolle.

In jeder therapeutischen Sitzung folgt die Nachbesprechung der Erfahrungen, welche das Kind während den Selbstexpositionen in vivo gemacht hat, der Expositions-Protokolle, die das Kind über seine Leistungsangst ausgefüllt hat, und der Angst-Thermometer, auf denen es die Angststärke abgetragen hat. Auf der Basis dieser Erhebungen, erstellt das Kind eine neue Angst-Hierarchie gemäss der aktuellen Bewertung seiner Prüfungsangst und der Prüfungssituationen.

Dem Kind muss immer mehr klar werden, dass sich seine Angst regulieren lässt und wenn es regelmässig und konsequent die Selbstexpositionen in vivo durchführt, eine andauernde Reduktion seiner Prüfungsangst bewirkt.

Im Falle, dass es nur zu wenigen Erfolgen kommt, muss sich der Fokus der Aufmerksamkeit auf die Ursachen richten, um das weitere Procedere zu verändern oder zu komplettieren. Würde der Therapeut dies nicht tun, bestünde die Gefahr eines Verlustes des Vertrauens des Kindes in die Exposition in vivo und in den Therapeuten. Es ist wesentlich, dass das Kind die Ursache für den geringen Erfolg nicht seiner Unfähigkeit zuschreibt. In einem solchen Fall übernimmt der Therapeut die Verantwortung für das geringe Gelingen der Übung, weil er bei der Planung der Selbstexposition in vivo einige Punkte vergessen oder vernachlässigt hat.

### **3.3.4 Entspannungstraining**

Der Grund, weshalb Entspannungstechniken im Kontext der Prüfungsangsttherapie ihre Anwendung finden, ist, weil sie sich für die Regulation der körperlichen Anspannung und Exzitation sehr gut eignen.

Das Entspannungstraining zielt darauf ab, die Prüfungsangst, welche in der Exposition auftaucht, zu ertragen und zu steuern.

Entspannungsmethoden haben positive und angenehme Auswirkungen auf die Anspannung, Erregung und Kognition. Das Vertrauen des Kindes, seine Leistungsangst zu bewältigen, wird durch die Entspannungsverfahren gefördert und gefestigt.

Die Progressive Muskelrelaxation nach Jacobson (1938) ist eine der bekanntesten Entspannungstechniken.

Das Kind lernt seine quergestreifte Muskulatur anzuspannen und zu entspannen. Es wird bei den oberen Extremitäten, den Händen und Armen, begonnen und bei den unteren Extremitäten, den Beinen, wird das Training beendet.

Die genaue Reihenfolge ist folgende: Faust und Unterarm, Oberarm, Stirn, Augenlider, Nase, Mund und Lippen, Kopf und Nacken, Schultern, Atmung und Brust, Bauch, Magen, Rücken, Fersen, Unterschenkel, Oberschenkel und Gesäss.

Das Kind wird aufgefordert, seine Aufmerksamkeit seinen Muskeln zu widmen und die Gefühle, welche bei der Anspannung und Entspannung ausgelöst werden, sorgfältig und exakt zu erkennen.

Wörter wie „Entspannen“ oder „ruhig“, welche noch neutrale Stimuli (NS) sind, werden an den unkonditionierten Stimulus (UCS) „Entspannung“ konditioniert und durch die wiederholte raumzeitliche kontingente Kopplung des NS mit dem UCS resultieren „Entspannen“ oder „ruhig“ als konditionierte Stimuli (CS), welche eine konditionierte Reaktion (CR) bewirken, die der unkonditionierten Reaktion (UCR) annähernd gleich ist, nämlich dass sich das Kind entspannt fühlt und die beruhigende Wirkung genießt.

Damit das Kind das Prinzip der progressiven Muskelrelaxation versteht, kann am Anfang der Übung das Anspannen und Entspannen der Hand mit dem Kind durchgenommen werden.

Es ist wichtig, dass das Kind die eindeutige Differenz zwischen den angespannten und entspannten Händen in einem Bewusstseinszustand wahrnimmt. Denn eine Voraussetzung für die bewusste Entspannung der Körperteile ist, dass das Kind bewusst erfährt, wie sich seine Glieder anfühlen, wenn sie sich in einem entspannten Zustand befinden.

Der Therapeut legt mit dem Kind die Zeit und den Ort fest, wann und wo das Kind das Entspannungstraining durchführt. Er gibt ihm eine Tonbandkassette, die das Kind laufen lässt, um alleine das Training durchzuführen.

Wenn das Kind die Entspannungstechniken regelmässig über mehrere Wochen hinweg übt, wird es fähig sein, die Entspannungsübung auf Anhieb erfolgreich zu absolvieren und vor allem in Situationen, in denen es die Tendenz hat, sich besonders aufzuregen wie in Leistungssituationen.

### **3.4 Behaviorale Intervention**

Die behaviorale Intervention ist indiziert, wenn objektive Leistungsdefizite auf eine geringe Frequenz und Effizienz des Lernverhaltens zurückzuführen sind.

Zuerst muss aber diagnostisch abgeklärt werden, ob die Leistungsdefizite des Kindes eine Folge der Prüfungsangst oder auf genetische Faktoren zurückzuführen sind.

Wenn das Kind überfordert ist aufgrund seiner Intelligenz, müssen zunächst die Anforderungen an das Kind angepasst werden (Schulsystem wechseln).

Um erkennen zu können, ob die Leistungsdefizite ihre Wurzeln in der Angst haben, analysiert der Therapeut die Fehler, welche dem Kind in den letzten Lernkontrollen unterlaufen sind und das Kind diese im therapeutischen Setting nochmals durchgeht.

Im Falle, dass es sie fehlerfrei und ohne Probleme löst, ist das ein Indikator für Leistungsangst.

Wenn es nicht weiss, wie es die Testaufgaben lösen oder seine Fehler erkennen kann, könnte die Ursache darin liegen, dass es über keine wirksamen Lerntechniken verfügt. Der Therapeut erkundet sich beim Kind, wie es sich in der Regel auf eine mündliche oder schriftliche Prüfung vorbereitet. Dazu kann als Instrument ein „Explorationsschema für das Lernverhalten“ eingesetzt werden.

Die Prüfungsangst kann auch eine Konsequenz einer ungenügenden, zu späten und planlosen Vorbereitung sein.

Wenn sich das Kind schlecht auf eine Prüfung vorbereitet, dann geht es mit dem Lernstoff unsicher und rigide um. Das Kind kann mit den schulischen Inhalten nicht flexibel umgehen, weil es sich zu wenig Zeit nimmt, sich mit dem Lernstoff gründlich und vertieft auseinanderzusetzen. Die Sicherheit und ein übersichtlicher Lernplan, der frühzeitig startet, gehen miteinander einher.

Deshalb zielt die behaviorale Intervention darauf ab, dem Kind zu vermitteln, wie es sein Lernverhalten effizient und zielgerichtet gestalten kann, um mit mehr Sicherheit das Examen zu schreiben.

Dieses Ziel kann erreicht werden, indem auf verschiedenen Ebenen eingegriffen wird.

Das Kind soll lernen, sich selbst zu beobachten, zu evaluieren und zu verstärken, um autonom zu lernen. Es soll nicht nur selbstständig lernen, sondern Wissen zum Lernstoff auch bei seinen Schulkameraden gewinnen. Daher ist es von Bedeutung, zuerst seine Lernmotivation zu steigern.

Lernen braucht sowohl eine zeitliche als auch eine räumliche Ordnung. Das Kind fängt mit der Prüfungsvorbereitung so früh wie möglich an und zieht die Lernphasen regelmässig durch. Um eine gewisse Kontrolle über sein Lernen zu haben, gestaltet es einen Tages- und Wochenplan, in dem die Lern- und Erholzeiten eingetragen werden. Es lernt immer am gleichen Ort, an dem es sich wohl fühlt und von externen Reizen nicht abgelenkt wird.

Misserfolg in mündlichen Prüfungssituationen ist eine Folge eines Mangels an Fertigkeiten seitens des Kindes.

Dem Kind werden Strategien, soziale und rethorische Fertigkeiten zur optimalen Vorbereitung von mündlichen Prüfungen vermittelt.

### **3.4.1 Steigerung der Lernmotivation**

Es liegt normalerweise eine mangelnde Lernmotivation vor, wenn sich das Kind nur wenig auf eine Klassenarbeit vorbereitet und einen geringen Erfolg erwartet.

Die Lernmotivation wird gehemmt, wenn sich das Kind mit den Schulkameraden vergleicht, die bessere Leistungen erbringen, oder wenn es seine Gedanken ausschliesslich auf die Schulnoten fixiert.

Die Lernbereitschaft wird auch inhibiert, wenn das Kind eine negative Einstellung gegenüber einem bestimmten Fach oder einer Vielzahl von Schulfächern hat. Denn die Wahrscheinlichkeit, dass sich das Kind mit Inhalten auseinandersetzt, die es nicht interessieren, ist relativ klein.

In einem derartigen Fall ist es indiziert, dass das Kind, in Zusammenarbeit mit dem Therapeuten, eine Verknüpfung zwischen den Fächern, die ihm keine Freude bereiten, und seinen persönlichen Interessen herstellen kann.

Weitere mögliche Gründe für eine geringe Lernbereitschaft sind

- eine internale Attribution von Misserfolgserfahrungen, Bsp.: „Ich bin unfähig“
- eine externale Attribution von Erfolgsergebnisse, Bsp.: „Ich habe die Prüfung nur bestanden, weil sie leicht war“
- eine externale Attribution von Misserfolg, Bsp.: „Der Lehrer fühlt Antipathie mir gegenüber“

Solche dysfunktionalen kognitiven Schemata führen zu Resignation und Antriebslosigkeit und haben eine inhibitorische Wirkung auf die Lernmotivation.

Das Kind befindet sich in einem Zustand der Hilflosigkeit und sieht keinen Sinn im Lernen.

Das Kind lernt im Rahmen der Therapie, seine Misserfolgserlebnisse internal und variabel zu attribuieren. Diese Attributionsart hat keine einschränkende Wirkung wie die bereits erwähnten Attributionsstile, sondern fördert die Lernbereitschaft des Kindes. Eine Steigerung der Lernmotivation setzt voraus, dass das Kind den Sinn und die Notwendigkeit einer Veränderung und Verbesserung seiner bisherigen Art zu lernen versteht und die Relevanz der in der Schule behandelten Inhalte einsieht.

Das Kind lernt den Zusammenhang zwischen einer seriösen und wirksamen Prüfungsvorbereitung und Erfolgen wahrzunehmen.

### **3.4.2 Günstige zeitliche und räumliche Bedingungen schaffen**

Eine gründliche Prüfungsvorbereitung bedingt, dass eine ungünstige Gestaltung der Lernphasen modifiziert wird.

Das Kind lernt, dass es wenig wirksam ist, unmittelbar nach dem Schultag oder erst in den späten Abendstunden zu lernen. Eine mangelnde Regelmässigkeit, eine geringe Wiederholungsfrequenz und Lernen unter Zeitdruck begünstigen einen Misserfolg.

Wenn das Kind einen Wochen- und Monatsplan gestaltet und diesen auch einhält, gewinnt es Kontrolle und Sicherheit über den Lernstoff und erspart sich dadurch viel Angst, Nervosität und Stress. Es ist relevant, dass es stets am gleichen Ort lernt. Er muss geräuscharm, hell und ausreichend gross sein, um die Konzentration des Kindes zu fördern.

### **3.4.3 Elterliche Unterstützung beim Lernen**

Wenn die Eltern ihrem Kind beim Lernen helfen und es unterstützen, fördert dies das Lernen, sofern das Kind weiterhin eigenständig lernt und dafür die Verantwortung trägt. Es hat keinen Sinn, dass das Kind Stunden an einer Aufgabe verharrt und vergeblich versucht sie zu lösen. Hier ist es indiziert, dass sich das Kind die Hilfe bei den Eltern holt. Liegen eindeutige Schwächen in bestimmten Fächern vor, kann im therapeutischen Setting die Entscheidung getroffen werden, ob die Eltern ihr Kind in diesen Fächern unterstützen. Es wird auch der Umfang der elterlichen Unterstützung festgelegt.

Das Kind erhält eine Kontrolle über seinen gegenwärtigen Wissensstand, wenn es die Fehler in Kategorien in den Hausaufgaben und Klassenarbeiten einteilt, um zu sehen, was ihm nicht klar ist. Es kann für jedes Fach eine Fehlerliste erstellen, in der es die Anzahl und auch die Art der Fehler notiert. Das Kind soll lernen, ungeniert und hemmungslos eine Klärung seiner Fehler und eine Antwort auf seine Verständnisfragen bei den Mitschülern und Lehrkräften zu erhalten, um seine Wissenslücken zu füllen.

### **3.4.4 Steigerung der Konzentration**

Es können diverse Gründe für eine geringe Aufmerksamkeitskapazität unterschieden werden:

- Das Kind ist während dem Lernen Lärm ausgesetzt.
- Der Arbeitsplatz des Kindes ist schlecht beleuchtet (zu schwach/zu stark).
- Es bestehen externe Reize aus der Umwelt, welche die Aufmerksamkeit des Kindes auf sich ziehen und das Kind vom Lernstoff ablenken.
- Das Kind lernt spät am Abend, anstatt in den hellen Tagesstunden.
- Das Kind legt während den Lernphasen zu wenig Pausen ein.
- Dysfunktionale kognitive Schemata führen zu extremen und chronischen Prüfungsängsten, verursachen Denkblockaden und bemächtigen sich der Aufmerksamkeit des Kindes.
- Sorgen oder Probleme, die das Kind gedanklich absorbieren und dadurch vom Lernen entfernen oder Gedanken, die während des Lernens interferieren.
- Das Lernen wird durch Angstgedanken unterbrochen, die das Lernen behindern und zu emotionalen Blockaden führen.
- Es liegt eine Belastung, die das Kind überfordert, vor.

Die Konzentration des Kindes wird gefördert und gesteigert, indem folgende Punkte erfüllt werden:

- Optimale zeitliche und räumliche Bedingungen
- Techniken zum Aufbau aufgabenbezogener Aufmerksamkeit
- Selbstbeobachtung, Selbstbewertung und Selbstverstärkung (selbstgesteuertes Lernen)

Hilfreich kann auch ein Plan sein, in dem pro Schultag eine bestimmte Anzahl an mündlichen Beiträgen eingetragen wird, so dass das Kind in jeder Schulstunde seine Aufmerksamkeit dem Unterricht zuwendet, um sich zu melden und so wenig wie möglich gedanklich abzuschweifen.

### **3.4.5 Fertigkeiten für mündliche Prüfungen vermitteln**

Die behaviorale Intervention zur Reduktion von Ängsten in mündlichen Prüfungen wird in inhaltliche Vorbereitung und soziale und rhetorische Fertigkeiten unterteilt.

Die behaviorale Intervention sollte mit den kognitiven, emotionalen und physiologischen Interventionen verbunden werden, um dem Kind die besten Möglichkeiten zu liefern, das sozial kompetente und sichere Verhalten zu lernen.

In der kognitiven Intervention werden die Angstgedanken abgeschwächt, indem sie durch Angst-Killergedanken ersetzt werden. Das Kind wird zum Nachdenken über Perfektionismus, Blossstellung und Selbstkonzept angeregt und darüber was im schlimmsten Fall geschehen würde, wenn seine mündliche Prüfung entgleisen würde.

In der emotionalen und physiologischen Intervention wird dem Kind erklärt, welche Faktoren seine Prüfungsangst zu Stande kommen lassen. Determinanten können eine schlechte Vorbereitung, eine geringe Wiederholungshäufigkeit, mangelnde soziale und rhetorische Fertigkeiten und dysfunktionale kognitive Strukturen sein.

Das Kind lernt die Exposition in sensu und in vivo und es wird zum Entspannungstraining instruiert.

Mündliche Prüfungen wie beispielsweise ein Vortrag oder ein Referat vor dem Klassenplenum halten, bei denen das Kind im Mittelpunkt der Aufmerksamkeit seiner Mitschülern ist, beobachtet und evaluiert wird, beinhalten eine grosse Anzahl von Reizen, die Leistungsangst induzieren können.

Schriftliche Leistungen setzen eine vertiefte Auseinandersetzung mit dem jeweiligen Schulfach voraus, damit das Kind das Wissen enkodieren, speichern und später in der Prüfung wieder erkennen oder frei abrufen kann.

Mündliche Prüfungen bedingen nicht nur die Voraussetzungen der schriftlichen Leistungen, sondern implizieren, dass das Kind mit Sicherheit vor seinem Publikum auftritt, über soziale und rhetorische Fertigkeiten verfügt, Mimik, Gestik und Sprechweise beherrscht, mit Medien umgehen kann und die Inhalte seiner Prüfung strukturiert.

Im Falle, dass das Kind bereits im Umgang mit ihm nahe stehenden Menschen Schwierigkeiten oder eine erhöhte Leistungsangst aufweist und sozial-ängstlich ist, ist es adäquat, mit ihm ein soziales Kompetenztraining durchzuführen, damit es die basalen Bausteine der sozialen Kompetenz lernt. Erst, wenn diese in natürlicher Weise zum Ausdruck kommen, kann es die Fertigkeiten erlernen, die für die kompetente Durchführung und angstfreie Bewältigung der mündlichen Prüfung notwendig sind.

In der Therapie lernt das Kind das Ablaufschema der Vorbereitung eines Vortrages und soziale und rhetorische Fertigkeiten, die noch nicht Bestandteil seines Verhaltensrepertoires waren.

Um dieses Ziel zu erreichen, lernt das Kind im Rahmen der Therapie, dass es frühzeitig mit dem Aufbau seiner mündlichen Prüfung, eines Vortrages, beginnen muss, damit es regelmässig und konstant am Vortrag arbeiten kann. Dies verleiht dem Kind eine gewisse Sicherheit und Kontrolle, welche seine Angstgedanken und Leistungsangst reduzieren.

Der erste Schritt betrifft die Suche nach relevanten Informationen in Büchern, Zeitschriften oder in anderen Medien. Es versucht, die grundlegenden Gedanken zu identifizieren, zentrale Informationen von irrelevanten zu unterscheiden und die Kernaussagen mit Farbe hervorzuheben.

Der nächste wichtige Schritt bei der Vorbereitung eines Vortrages ist die Verfassung eines Manuskriptes, in dem das bedeutsame aus der Literatur und den Medien herausgefilterte Wissen enthalten ist. Das Kind achtet darauf, dass es die Inhalte in einer Einleitung, Hauptteil und Schlussteil gliedert.

Es lernt, wie eine mündliche Leistungssituation mit Selbstsicherheit, ohne sprachlichen und physiologischen Verkrampfungen bewältigt werden kann. Denn je sicherer, natürlicher und selbstbewusster es seine mündliche Prüfung vor dem Klassenverband hält, desto eher wird es unsicheres und verkrampftes Verhalten in der Klasse wahrnehmen.

Aber wie jede Fertigkeit, die nicht angeboren ist, muss das Kind die sozialen und rhetorischen Fertigkeiten lernen, indem es im therapeutischen Setting vor dem Spiegel einen kurzen Vortrag hält und dies solange übt, bis seine Angst auf ein niedriges Niveau heruntersinkt und es die erlernten Fertigkeiten beherrscht.

Es ist zu berücksichtigen, dass das Verhalten des Kindes in der therapeutischen Situation nicht mit seinem Verhalten in der realen Prüfungssituation übereinstimmen muss, aber die Modi, wie es vor dem Spiegel auftritt, können als Indikatoren für das Verhalten in der wirklichen Leistungssituation betrachtet werden.

Neben den Spiegel-Übungen, die von Rückmeldungen des Therapeuten begleitet sind, kann das Kind den Kurzvortrag vor dem Therapeuten halten, bei dem der Therapeut seine Aufmerksamkeit auf das nonverbale Verhalten wie Mimik, Gestik, Blickkontakt, Intonation, Pausengebung, Körperhaltung und Bewegungen des Körpers richtet, oder es kommen Modell- und Verstärkungslernen zum Einsatz, um das unsichere und ängstliche Verhalten des Kindes in mündlichen Prüfungssituationen zu verändern. Dies geschieht, indem unsichere Bewegungs- und Sprechweisen abgebaut werden und am selbstsicheren Verhalten gearbeitet wird.

Damit das Erlernte aufrechterhalten bleibt, sind Selbstexpositionen in sensu und in vivo geeignet, das neu erlernte Verhalten zu festigen.

## 4 Empirische Befunde zu den therapeutischen Interventionen

Mann und Rosenthal (1969) setzten bei leistungsängstlichen Schülern im Alter von 12 bis 13 Jahren die direkte und stellvertretende Desensibilisierung in der Einzel- und Gruppentherapie ein. Die Leistungsangst nahm im Vergleich zu einer unbehandelten Kontrollgruppe sehr stark ab, wenn bestimmte Behandlungsbedingungen gekreuzt wurden. Die Experimentalgruppen konnten in einem kognitiven Leistungstest, der darin bestand, Informationen unter Zeitdruck aufzunehmen und zu speichern, bessere Resultate erzielen als die unbehandelte Kontrollgruppe.

Little und Jackson (1974) führten bei examensängstlichen Schülern ein Entspannungstraining in Kombination mit einem Training zur gezielten Lenkung der Aufmerksamkeit auf relevante Aspekte der Prüfung.

Das Entspannungstraining und das Training zum aufgabenrelevanten Denken wurden jeweils einzeln bei zwei anderen Behandlungsgruppen durchgeführt.

Die Experimentalgruppe, bei der beide Verfahren miteinander kombiniert wurden, konnte im Vergleich zu einer Warte- und Placebokontrollgruppe eine eindeutige Reduktion der Prüfungsangst und eine bedeutsame Leistungszunahme in unterschiedlichen Intelligenzaufgaben erzielen. Da die weiteren zwei Gruppen keine Behandlungseffekte erreichten, ist es erforderlich beide Varianten miteinander zu kombinieren.

Raskind und Nagle (1980) untersuchten bei leistungsängstlichen Kindern im Alter zwischen 9 und 12 Jahren die Wirkungen einer Therapie hinsichtlich dem Modelllernen. Eine Experimentalgruppe beobachtete ein Copingmodell in einem Film, der zweiten Experimentalgruppe wurde ein verstärkendes Modell im Film gezeigt und der Kontrollgruppe wurde ein Kontrollfilm ohne Modell dargeboten.

In Bezug auf die Leistung unterschieden sich die drei Gruppen nicht eindeutig voneinander.

Ribordy et al. (1981) führten bei 9- bis 12-jährigen prüfungsängstlichen Kindern Vergleiche zwischen einem Aufmerksamkeitstraining und einem Placebo- Aufmerksamkeitstraining durch. Das Aufmerksamkeitstraining ruft im Vergleich zum Placebo- Aufmerksamkeitstraining und zur unbehandelten Kontrollgruppe eine starke Leistungszunahme hervor. Es ist aber anzumerken, dass die Therapieeffekte nur in Bezug zur Zielleistung auftraten und nicht in der allgemeinen Leistungskapazität.

Leal et al. (1981) unterzogen examensängstliche Schüler während einem Zeitraum von sechs Wochen einem Selbstinstruktionstraining und einer systematischen Desensibilisierung. Die behandelten Schüler sahen im Selbstinstruktionstraining eine bessere Methode als in der systematischen Desensibilisierung. Die Leistungsergebnisse zeigten eine Überlegenheit der systematischen Desensibilisierung gegenüber dem Selbstinstruktionstraining und der unbehandelten Kontrollgruppe.

Bei leistungsängstlichen Schülern im Alter zwischen 12 und 14 Jahren absolvierten Stevens und Phil 1983 eine Studie, um die Wirkungen eines Therapiekonzeptes zur Transmission von Bewältigungsfertigkeiten festzustellen. Zwei Experimentalgruppen wurden mit zwei Programmen behandelt, welche Modelllernen, Verhaltensübungen und Rollenspiele trainierten und die Selbstkontrolle im Umgang mit Stresssituationen anstrebten. Neben den Gemeinsamkeiten der zwei Trainingsprogramme gab es auch folgende Unterschiede: Das kognitive Programm förderte den Schüler, die eigenen Copingstrategien zu entwickeln, und das strukturierte Programm bestand aus einem Problemlöse- und Selbstinstruktionstraining.

Die zwei Experimentalgruppen wiesen im Vergleich zur Kontrollgruppe Steigerungen in der Intelligenzleistung, Quantität und Qualität der angewandten Copingstrategien und im Widerstand gegen Stress auf.

Wilson und Rotter (1986) führten bei prüfungsängstlichen Schülern ein Angstbewältigungs- und Lerntraining durch, das einzeln oder kombiniert vorkam.

Die Autoren wollten die Therapiewirkungen zwischen den Experimentalgruppen feststellen und sie mit einer unbehandelten Kontroll- und Placebogruppe vergleichen.

Die Experimentalgruppen zeigten im Vergleich zu der unbehandelten Kontroll- und Placebogruppe ausschliesslich aus der subjektiven Perspektive, eindeutige Therapieeffekte, aber in der Leistung gab es keine Unterschiede. Auch die Experimentalgruppen unterschieden sich nicht voneinander.

Tryon (1980) fasst die relevanten Verfahren zur Therapie von Prüfungsängsten zusammen, welche sich als erfolgreich und wirksam zum Abbau der Prüfungsangst in der Leistungssituation erwiesen haben.

Entspannungstraining, systematische Desensibilisierung, Förderung der Lernkompetenzen, kognitive Umstrukturierung und positive Monologe.

Der Autor betont die Notwendigkeit, die kognitiven Komponenten explizit in die therapeutischen Interventionen einzubauen, damit das Individuum bessere Leistungen in einem Examen erbringen kann. Denn im Falle, dass die kognitive Intervention vernachlässigt wird, interferieren und reduzieren angstinduzierende Denkstrukturen die kognitiven Prozesse, welche für die Aufgabenbearbeitung in einer Prüfung notwendig sind.

Es wäre aber falsch, eine Überlegenheit der kognitiven Intervention gegenüber den behavioralen Therapiemethoden anzunehmen, weil diese etwa in der gleichen Ausprägung eine Abnahme der Prüfungsangst und eine Verbesserung der Leistungen herbeiführen können.

## 5 Diskussion

Die Problemstellung der Seminararbeit betrifft die Therapie der Prüfungsangst von Kindern. Es wurden verschiedene theoretische Ansätze erläutert, die als Behandlungsmöglichkeiten der Leistungsangst betrachtet werden.

Im vierten Kapitel wurden die empirischen Befunde zu den therapeutischen Interventionen präsentiert. Zusammenfassend kann man folgende Ergebnisse festhalten:

Mann und Rosenthal (1969) konnten zeigen, dass eine bestimmte Kombination der direkten und stellvertretenden Desensibilisierung eine erhebliche Reduktion der Leistungsangst herbeiführte.

In der sechswöchigen Studie von Leal et. al (1981) erwies sich die systematische Desensibilisierung dem Selbstinstruktionstraining und der unbehandelten Kontrollgruppe überlegen.

Little und Jackson (1974) konnten zeigen, dass wenn das Entspannungstraining und das Training zum aufgabenrelevanten Denken synchron miteinander auftraten, eine eindeutige Abnahme der Prüfungsangst hervorgerufen wurde. Diese ging mit einer starken Leistungssteigerung in verschiedenen Intelligenzaufgaben einher. Es ist wichtig, anzumerken, dass die Behandlungseffekte ausschliesslich durch die Kombination des Entspannungstrainings mit dem Training zum aufgabenrelevanten Denken erzielt wurden.

Stevens und Phil führten 1983 eine Untersuchung durch, um die Effekte eines Therapiekonzeptes zur Vermittlung von Copingkompetenzen festzustellen.

Die Experimentalgruppen, bei denen Methoden wie Modelllernen, Verhaltensübungen und Rollenspiele zur Anwendung kamen, um die Selbstkontrolle in Stresssituationen zu steigern, erzielten im Vergleich zur Kontrollgruppe bessere Resultate in der Intelligenzleistung, Qualität und Quantität der angewandten Copingstrategien und im Widerstand gegen Stress.

Das Angstbewältigungs- und Lerntraining wurde von Wilson und Rotter (1986) untersucht. Die Experimentalgruppen wiesen nur aus der subjektiven Betrachtungsweise eindeutige Therapieeffekte auf. Es wurden aber keine Unterschiede in der tatsächlichen Leistung nachgewiesen.

In der Untersuchung von Ribordy et al. (1981) konnte das Aufmerksamkeitstraining im Vergleich zu einem Placebo- Aufmerksamkeitstraining und einer unbehandelten Kontrollgruppe ein wesentliches Leistungswachstum bewirken. Leider standen die Therapieeffekte nur in Beziehung zur Zielleistung und nicht zur allgemeinen Leistungsfähigkeit.

Das Modelllernen als Verfahren zur Reduktion der Prüfungsangst erwies sich in der Studie von Raskind und Nagle (1980) nicht als indiziert für die Therapie von Leistungsängsten, weil sich die Experimentalgruppe, welche ein Bewältigungsmodell beobachtet hatte, und die Experimentalgruppe, der ein verstärkendes Modell in einem Film darboten wurde, in der Leistung nicht von Kontrollgruppe ohne Modell unterschieden.

In der Einleitung der vorliegenden Seminararbeit sind folgende 2 Fragestellungen dargeboten worden:

1. Welche Interventionen zur Behandlung der Leistungsangst sind empirisch fundiert?
2. Welche Therapiebausteine sollte eine Therapie unbedingt miteinbeziehen?

Tryon (1980) hat die therapeutischen Methoden zusammengefasst, die ihre Relevanz für die klinische Praxis durch den Erfolg im Abbau der Leistungsangst erlangt haben.

Zu den bedeutsamsten therapeutischen Vorgehensweisen dürfen- beruhend auf empirischer Basis- folgende Verfahren gehören:

Entspannungstraining, systematische Desensibilisierung, Förderung der Lernkapazität, kognitive Umstrukturierung und positive Monologe.

Tryon (1980) ist des Erachtens, dass die Elemente der kognitiven Intervention betreffend vor allem die Veränderung angstinduzierender Gedanken in der Prüfungssituation unbedingt als Therapiebausteine in eine Therapie miteinbezogen werden müssen. Denn eine Vernachlässigung der kognitiven Intervention hat zur Folge, dass die angstausslösenden kognitiven Strukturen sich in den Denkprozessen einbahnen und ihre destruktive Wirkung auf die Leistung ausüben. Dadurch fällt die Leistung stark ab. Das soll aber nicht bedeuten, dass die kognitiven Therapiebausteine der behavioralen Intervention überlegen sind. Denn die behavioralen Therapiebausteine können, in der gleichen Intensität die Abnahme der Examensangst und eine Verbesserung der Schulleistungen bewirken.

Aus der Vielzahl an Ergebnissen zu den Behandlungsmöglichkeiten sollte nicht eine einzige Methode verwendet werden, sondern es sollte versucht werden, diejenigen Methoden, die sich durch die empirischen Untersuchungen als erfolgreich herausgestellt haben, sinnvoll miteinander zu kombinieren, um die maximale Wirkung beim Abbau der Prüfungsangst zu erzielen. Deshalb wird der multimodale Ansatz bevorzugt.

In der letzten Zeit ist versucht worden, differente theoretische Ansätze zu integrieren oder bestehende Theorien weiter auszudifferenzieren. Das Ergebnis dieser Bemühungen sind komplexe Modelle, die nicht einer empirischen Prüfung unterzogen werden können.

Obwohl viele Studien zur Therapie der Prüfungsangst von Kindern vorliegen, hat in den letzten zwei Jahrzehnten das Forschungsinteresse gegenüber diesem komplexen Störungsbild abgenommen. Das ist auch der Grund, weshalb die Sammelbandreihe, welche vom relevantesten Publikationsorgan der Forschung der Leistungsangst (STAR = „International Society For Test Anxiety Research“) herausgegeben wurde, das letzte Mal im Jahre 1992 gedruckt wurde.

Was mir paradox erscheint, ist, dass es viele Theorien und Studien zur Therapie der Leistungsangst von Kindern gibt, aber abgesehen von der Litteratur und der empirischen Forschung zu diesem Thema, hat die Prüfungsangst in der pädagogischen Psychologie, Lehrerinnen- und Lehreausbildung und im Schulalltag eine geringe Relevanz.

Da viele Kinder Prüfungsängste aufweisen, erstaunt mich sehr, dass der therapeutischen Praxis die empirische Forschung, welche sich ausschliesslich mit der Behandlung der Leistungsangst befasst hat, irrelevant ist.

Sogar im DSM-IV und im ICD-10 ist die Prüfungsangst als einheitliches Krankheitsbild nicht vertreten. In Büchern über die verschiedenen Störungsbilder der

Angst ist die Leistungsangst nicht ausführlich und detailliert deskriptiv erfasst. Auch in Büchern zur Verhaltenstherapie sind keine spezifische Angaben zur Examensangst zu finden.

Es muss gestehen, dass die Interessenlosigkeit der Lehrkräfte, Pädagogen, mancher Therapeuten und der nicht betroffenen Eltern und Kindern mich aus der Fassung bringen. Es scheint so, als ob in unserer Gesellschaft die Examensangst normal sei. Dabei ist sie alles andere als normal, da die betroffenen Kinder aufgrund der Prüfungsangst in verschiedenen Bereichen ihres Lebens beeinträchtigt sind.

## 6 Literaturverzeichnis

Betz, D. & Breuninger, H. (1998). *Teufelskreis Lernstörungen-Theoretische Grundlegung und Standardprogramm* (5. Auflage). Weinheim: Psychologie Verlags Union

Bodenmann, G., Meinrad, P., Schär, M., Trepp, A. (2004). *Klassische Lerntheorien- Grundlagen und Anwendungen in Erziehung und Psychotherapie* (1. Auflage). Bern: Verlag Hans Huber, Hogrefe AG

Born, A. & Oehler, C. (2005). *Kinder mit Rechenschwäche erfolgreich fördern- Ein Praxisbuch für Eltern, Lehrer und Therapeuten* (1. Auflage). Stuttgart: W. Kohlhammer GmbH

Grolimund, F. (2004) *Prüfungsangst*. Unveröffentlichte Lizentiatsarbeit. Universität Fribourg

Suhr-Dachs, L. & Döpfner, M. (2005). *Leistungsängste- Therapieprogramm für Kinder und Jugendliche mit Angst- und Zwangsstörungen (THAZ)*. Göttingen: Hogrefe