



Petermann • Petermann

11. Auflage

Training mit sozial unsicheren Kindern

Behandlung von sozialer Angst,
Trennungsangst und generalisierter Angst



Arbeitsmaterial

BELTZ

Petermann • Petermann

Training mit sozial unsicheren Kindern

Materialien für die klinische Praxis

Herausgegeben von Martin Hautzinger und Franz Petermann

Ulrike Petermann • Franz Petermann

Training mit sozial unsicheren Kindern

Behandlung von sozialer Angst, Trennungsangst und generalisierter Angst

Unter Mitarbeit von Mirjam Laakmann

Mit Arbeitsmaterial

11., überarbeitete und erweiterte Auflage

BELTZ

Anschrift der Autoren:

Prof. Dr. Ulrike Petermann
Zentrum für Klinische Psychologie
und Rehabilitation
Lehrstuhl Klinische Kinderpsychologie
Universität Bremen
Grazer Straße 6
28359 Bremen
E-Mail: upeterm@uni-bremen.de

Prof. Dr. Franz Petermann
Zentrum für Klinische Psychologie
und Rehabilitation
Lehrstuhl für Klinische Psychologie und Diagnostik
Universität Bremen
Grazer Straße 6
28359 Bremen
E-Mail: fpeterm@uni-bremen.de

Herausgeber der Reihe »Materialien für die klinische Praxis«:

Prof. Dr. Martin Hautzinger
Fachbereich Psychologie
Universität Tübingen
Schleichstr. 4
72076 Tübingen
E-Mail: hautzinger@uni-tuebingen.de

Prof. Dr. Franz Petermann
Zentrum für Klinische Psychologie
und Rehabilitation
Lehrstuhl für Klinische Psychologie und Diagnostik
Universität Bremen
Grazer Straße 6
28359 Bremen
E-Mail: fpeterm@uni-bremen.de

Das Werk und seine Teile sind urheberrechtlich geschützt. Jede Nutzung in anderen als den gesetzlich zugelassenen Fällen bedarf der vorherigen schriftlichen Einwilligung des Verlages. Hinweis zu § 52a UrhG: Weder das Werk noch seine Teile dürfen ohne eine solche Einwilligung eingescannt und in ein Netzwerk eingestellt werden. Dies gilt auch für Intranets von Schulen und sonstigen Bildungseinrichtungen.
Haftungshinweis: Trotz sorgfältiger inhaltlicher Kontrolle übernehmen wir keine Haftung für die Inhalte externer Links. Für den Inhalt der verlinkten Seiten sind ausschließlich deren Betreiber verantwortlich.



11., überarbeitete und erweiterte Auflage

1. Auflage 1983, Urban & Schwarzenberg, München
- 2., ergänzte Auflage 1986, Urban & Schwarzenberg, München
- 3., neu bearbeitete und erweiterte Auflage 1989, Psychologie Verlags Union, München – Weinheim
- 4., ergänzte Auflage 1992, Psychologie Verlags Union, Weinheim
- 5., überarbeitete Auflage 1994, Psychologie Verlags Union, Weinheim
- 6., überarbeitete Auflage 1996, Psychologie Verlags Union, Weinheim
- 7., vollständig überarbeitete Auflage 2000, Psychologie Verlags Union, Weinheim
- 8., korrigierte und ergänzte Auflage 2003, Psychologie Verlags Union, Weinheim
- 9., vollständig überarbeitete Auflage 2006, Beltz Verlag, Weinheim, Basel, Programm PVU Psychologie Verlags Union
- 10., überarbeitete Auflage 2010, Beltz Verlag, Weinheim, Basel, Programm PVU Psychologie Verlags Union

Dieses E-Book ist auch als Printausgabe erhältlich (ISBN 978-3-621-28245-1).

© Beltz Verlag, Weinheim, Basel 2015
Werderstraße 10, 69469 Weinheim
Programm PVU Psychologie Verlags Union
<http://www.beltz.de>

Lektorat: Karin Ohms
Herstellung: Sonja Frank
Illustration: Claudia Styrsky, München
Umschlagbild: veer/CUP0080 259
Satz: Beltz Bad Langensalza GmbH, Bad Langensalza

E-Book

ISBN 978-3-621-28291-8

Inhalt

Vorwort zur 11. Auflage	9
Vorwort zur 1. Auflage	11

I Störungsbild 13

1 Ausdrucksformen und Verlauf	14
1.1 Erscheinungsbild	15
1.2 Beschreibung von Ängsten im Kindes- und Jugendalter	16
1.3 Häufigkeit, Verlauf und Komorbidität	23
2 Diagnostik	26
2.1 Multimodale Diagnostik	27
2.2 Klassifikation	28
2.3 Elterneinschätzungen und Elternexploration	32
2.4 Befragung des Kindes	37
2.5 Verhaltensbeobachtung	43
3 Erklärungsansätze	47
3.1 Biologische Faktoren	48
3.2 Psychische Faktoren und psychologische Mechanismen	49
3.3 Soziale Faktoren	51
3.4 Multikausales Entwicklungsmodell	52

II Therapie 57

4 Konzeption des Vorgehens	58
4.1 Therapieziele	58
4.2 Behandlungsmethoden	60
4.3 Aufbau des Vorgehens	62
4.4 Therapeutische Beziehung	67
4.5 Indikation	69
5 Einzeltherapie mit Schulkindern	72
5.1 Ziele und Aufbau	72
5.2 Therapeutische Elemente der Module	75
5.2.1 Detektivbogen	78
5.2.2 Ruhe- und Entspannungsritual	79
5.2.3 Tokenprogramm	82

5.3	Erstkontakt	85
5.4	Erstes Einzeltherapiemodul	89
5.5	Zweites Einzeltherapiemodul	91
5.6	Drittes Einzeltherapiemodul	94
5.7	Viertes Einzeltherapiemodul	100
5.8	Fünftes Einzeltherapiemodul	104
5.9	Kritische Therapiesituationen	108
6	Gruppentherapie mit Schulkindern	112
6.1	Ziele und Aufbau	112
6.2	Spezifische Therapieziele	113
6.3	Therapeutische Elemente der Module	115
6.4	Rahmenbedingungen und Setting	117
6.5	Die Kennenlernphase	118
6.6	Erstes Gruppentherapiemodul	121
6.7	Zweites Gruppentherapiemodul	125
6.8	Drittes Gruppentherapiemodul	127
6.9	Viertes Gruppentherapiemodul	129
6.10	Fünftes Gruppentherapiemodul	131
6.11	Sechstes Gruppentherapiemodul	134
6.12	Siebtes Gruppentherapiemodul	137
6.13	Achtes Gruppentherapiemodul	139
6.14	Kritische Therapiesituationen	143
7	Einzeltherapie mit Vorschulkindern	145
7.1	Ziele, Aufbau und therapeutische Elemente	145
7.2	Erstkontakt	147
7.3	Erstes Einzeltherapiemodul	151
7.4	Zweites Einzeltherapiemodul	154
7.5	Drittes Einzeltherapiemodul	158
7.6	Viertes Einzeltherapiemodul	160
7.7	Fünftes Einzeltherapiemodul	162
8	Gruppentherapie mit Vorschulkindern	167
8.1	Ziele, Aufbau, therapeutische Elemente und Rahmenbedingungen	167
8.2	Die Kennenlernphase	169
8.3	Erstes Gruppentherapiemodul	171
8.4	Zweites Gruppentherapiemodul	173
8.5	Drittes Gruppentherapiemodul	175
8.6	Viertes Gruppentherapiemodul	177
8.7	Fünftes Gruppentherapiemodul	179
8.8	Sechstes Gruppentherapiemodul	181

8.9	Siebtes Gruppentherapiemodul	184
8.10	Achtes Gruppentherapiemodul	186
9	Eltern- und Familienberatung	189
9.1	Notwendigkeit einer familienbezogenen Intervention	189
9.2	Familienbezogene Sichtweise kindlicher Verhaltensstörungen	190
9.3	Aufbau und Konzeption der Elternberatung	191
9.4	Spezifische Therapieziele	192
9.5	Erstkontakt	192
9.6	Erstes Elternberatungsmodul	194
9.7	Zweites Elternberatungsmodul	197
9.8	Drittes Elternberatungsmodul	200
9.9	Viertes Elternberatungsmodul	204
9.10	Fünftes Elternberatungsmodul	206
9.11	Nachgespräch	211
10	Erfolgskontrolle	213
10.1	Einzelfallstudien	213
10.1.1	Methodisches Vorgehen	213
10.1.2	Qualitative Informationen aus der Elternberatung	216
10.1.3	Ergebnisse	217
10.2	Gruppenstudien	219
10.2.1	Methodisches Vorgehen	219
10.2.2	Ergebnisse	220
10.3	Schlussfolgerungen für die Praxis	223
11	Hinweise zum Erlernen des Vorgehens	224
11.1	Einige Prinzipien bei der Anwendung des Vorgehens	224
11.2	Lernhilfen	225
11.3	Erschwernisse	226
Anhang		227
	Übersicht über die Arbeitsblätter	228
	Glossar	308
	Literatur	316
	Bezugsquellen für weitere Materialien	326
	Hinweise zum Arbeitsmaterial	326
	Sachwortverzeichnis	327

Vorwort zur 11. Auflage

Soziale Unsicherheit bei Kindern umfasst eine Vielzahl von emotionalen und Verhaltensproblemen, die sich auf Sozialkontakt- und Trennungsängste beziehen. Diese Ängste im Kontext des Sozialkontaktes können bei Kindern so massiv sein, dass diese sozial isoliert sind. Sehr viele Kinder weisen in ihrer Entwicklung solche Phänomene auf, wobei ein Großteil der Ängste nach einigen Jahren während der Vorschulzeit wieder verschwindet. Ein gewisser Teil verfestigt sich jedoch und weist eine ungünstige Prognose für das Jugend- und Erwachsenenalter auf. Häufig tritt dann eine soziale oder eine andere Angststörung auf.

Das vorliegende Buch, das erstmals im Frühjahr 1983 erschienen ist, geht auf die Phänomene, die Klassifikationskriterien und die Ursachen der sozialen Unsicherheit ein. Diese Phänomene äußern sich im sozialen und familiären Kontext. Das therapeutische Vorgehen beruht auf der Überlegung, dass auffälliges Sozialverhalten und das durch Ängste bedingte Vermeidungsverhalten durch ein systematisches und aktives Einüben (zum Beispiel durch Rollenspiele) am nachhaltigsten verändert werden kann. Zugleich werden kognitive Therapieelemente berücksichtigt, da diese die einzuübenden Methoden vorbereiten, unterstützen und deshalb ebenfalls zur Nachhaltigkeit der Therapie beitragen. Gelingt es zudem, auf verschiedenen Ebenen (bezogen auf das einzelne Kind, eine therapeutische Kindergruppe und die Eltern) Therapieangebote bereitzustellen, dann sind die Erfolgsaussichten besonders gut. Das Buch bietet für diese kombinierte Behandlungsstrategie Praxisanleitungen und Materialien an, die sehr gut abgesichert sind.

Weitere, über das Buch hinausgehende Materialien liegen vor. Sie beziehen sich auf Videogeschichten für die Einzeltherapie, die 1996 völlig überarbeitet wurden. Die inhaltlichen Beschreibungen dieser Videoszenen sind in diesem Buch abgedruckt; jeweils ein Foto illustriert die Inhalte der Videogeschichten; hierzu wurden neue Fotos erstellt.

Die vorliegende 11. Auflage wurde grundlegend überarbeitet. Dies bezieht sich sowohl auf die theoretischen Grundlagen als auch auf die Materialien für die praktische Arbeit. Für die Einzeltherapie wurde ein weiteres Modul entwickelt, welches sich mit der Psychoedukation befasst. Besonders grundlegend wurde auch das Vorgehen für die Kinder im Vorschulalter bearbeitet; hierzu wurden präzisere und konkretere Instruktionen erstellt. Es wurden Leitfiguren eingeführt, sodass die Vorschulkinder einen »roten Faden« durch die Therapie hindurch erkennen können.

Auf eine erweiterte Sichtweise möchten wir noch hinweisen: Wir ermutigten in den letzten Jahren verstärkt Anwender unseres Manuals, die Materialien auch zur Prävention einzusetzen. Dies erscheint uns angemessen, da soziale Unsicherheit und Angststörungen immer früher im Kindesalter auftreten. Dies hat zur Konsequenz, dass es

nur durch eine frühzeitige Förderung sozial unsicherer Kinder möglich ist, deren Prognose günstig zu beeinflussen.

In der 11. Auflage wurde das Kapitel zur Erfolgskontrolle erweitert; die Wirksamkeitsstudien wurden vor allem von Frau Dr. Christine Möller (Bremen) realisiert. In diesem Kontext liegen auch Ergebnisse zur langfristigen Wirksamkeit vor.

Wir hoffen, dass unsere Leser die vorliegende Auflage genauso positiv aufnehmen wie alle bisherigen. Wir wünschen uns, dass unsere Ausarbeitungen zur Qualitätssicherung in der Klinischen Kinderpsychologie und Kinderpsychotherapie beitragen und unser Manual auf diese Weise Kindern mit sozialen Ängsten hilft.

Die vorliegende grundlegende Überarbeitung hatte viele Helfer: Frau Mirjam Laakmann (Bremen), M.Sc. Klinische Psychologie, unterstützte uns bei der Aktualisierung der Literatur und der Bearbeitung der Materialien. Frau Claudia Styrsky (München) gestaltete alle Zeichnungen neu, wodurch die Materialien nicht nur einheitlicher geworden sind, sondern auch deutlich an Attraktivität gewonnen haben. Wir danken dem Beltz Verlag, der jederzeit für unsere Anliegen ein offenes Ohr hatte, und hier ganz besonders Frau Dipl.-Psych. Karin Ohms, die uns wie immer in bewährter Weise von Seiten des Lektorats betreute. Allen Helfern und unseren kleinen Patienten sowie deren Familien gilt unser ausdrückliches »Dankeschön«.

Bremen, im Januar 2015

Ulrike Petermann und Franz Petermann

Vorwort zur 1. Auflage

Sozial unsicheres Verhalten bei Kindern – ein Verhaltensdefizit, eine Wohlstandsproblematik, eine emotionale Verarmung oder ...? Das vorliegende Buch geht der Ursachenklärung des Phänomens nach und stellt Symptomkonstellationen im sozialen und familiären Bezugssystem dar. Die Grundannahme des therapeutischen Vorgehens beruht auf der Überlegung, dass Sozialverhalten durch Interventionen auf verschiedenen Ebenen (beim Einzelkind, bei der Arbeit mit der Kindergruppe und mit den Eltern) beeinflusst werden kann. Das Buch bietet für diese kombinierte Interventionsstrategie Praxisanleitungen (Instruktionen) und Materialien an, die theoretisch und empirisch abgesichert sind.

In dieses Buch geht die Erfahrung unserer therapeutischen Arbeit der letzten acht Jahre ein; aus dieser Perspektive betrachtet, ist diese Veröffentlichung eine Fortführung des 1978 erschienenen Buches *Training mit aggressiven Kindern* (München: Verlag Urban & Schwarzenberg) – allerdings mit einer anderen Problematik und dementsprechend neuen Materialien. Einige theoretische Grundideen zu diesem Buch und die komplette Effektprüfung basieren auf meiner Dissertation im Fach Psychologie, die ich im Frühjahr 1982 an der Technischen Universität Berlin beendete. Für die vorliegende Publikation wurde eine vollkommene Neukonzipierung vorgenommen, die sich an der Rahmenkonzeption »Materialien für die Praxis« orientiert. In diesem Zusammenhang danke ich den Herausgebern der Reihe und den Lektoren des Verlages Urban & Schwarzenberg (Dr. Kagelmann, Dr. Weidenmann), die das Buch betreuten. Besondere Unterstützung erfuhr ich durch meinen Ehemann Franz Petermann, der nicht nur als Herausgeber, sondern auch als Lebenspartner mir bei der praktischen und theoretischen Gestaltung und Umsetzung zur Seite stand. Bei der Datenerhebung und Datenauswertung unterstützten mich Frau cand. phil. Ingeborg Bandemer (Berlin) und Herr Dipl.-Psych. Herbert Noack (Bonn); Frau cand. phil. Marion Grünthal (Bonn) erstellte die Fotografien, die als Materialien im Einzel- und Gruppentraining eingesetzt werden. Meinen Kollegen der Erziehungs- und Familienberatungsstelle St. Augustin danke ich für die uneingeschränkte Unterstützung. Nicht vergessen werden sollen die Kinder und Eltern, die an den Trainings beteiligt waren und ohne deren Vertrauen in unser Vorgehen unsere Arbeit nicht möglich gewesen wäre.

Bonn, im Oktober 1982

Ulrike Petermann

I Störungsbild

- 1 Ausdrucksformen und Verlauf
- 2 Diagnostik
- 3 Erklärungsansätze

1 Ausdrucksformen und Verlauf

Der Fall Niklas

Es ist große Pause. Die Kinder strömen auf den Schulhof. Einige spielen Fangen, andere machen Hüpfspiele, wieder andere stehen zusammen, erzählen und lachen. Manche streiten sich. Niklas, elf Jahre alt, steht allein an einer Mauer des Schulhofs, in der Nähe des Eingangs zum Schulgebäude. Er hält sich an der Mauer »fest«, als ob er Angst hätte, von seinen Mitschülern umgerannt zu werden. Beim Klingelzeichen am Ende der großen Pause geht Niklas möglichst als Erster ins Schulgebäude, darauf bedacht, mit niemandem zusammenzustoßen.

Als Niklas von der Schule nach Hause kommt, steckt er nur kurz den Kopf zur Küchentür herein und murmelt ein »Tag« zur Mutter, um sofort in sein Zimmer zu gehen. Er schiebt eine CD in den Player und legt sich mit einem Buch auf sein Bett. Kurze Zeit später erscheint die Mutter in der Tür des Kinderzimmers: »Wie war es heute in der Schule?« »Wie immer!«, antwortet Niklas und liest weiter. »Heute kam ein Brief von deiner Lehrerin«, sagt die Mutter. »Sie schreibt, du würdest dich im Unterricht nie melden; und wenn du aufgerufen wirst, sagst du gar nichts oder so leise, dass sie nichts verstehen kann. Stimmt das?« Ein »Hm ...« ist die einzige Reaktion, die die Mutter erhält.

Beim Hausaufgabenmachen fällt Niklas ein bunter Zettel aus der Schultasche. Die Mutter hebt ihn auf. Es ist eine Einladung für Niklas zu einem Kindergeburtstag. Nur: Die Geburtstagsfeier war schon am Tag zuvor. Die Mutter fragt: »Warum hast du denn nicht gesagt, dass du zum Geburtstag eingeladen worden bist? Und warum bist du nicht hingegangen?« »Weil ... weil ... ich hatte keine Lust!«, antwortet Niklas. »Und warum hattest du keine Lust?« »Hm!« »Hattest du Streit mit den anderen Jungen?« »Nein.«

Nach den Hausaufgaben verzieht sich Niklas wieder in sein Zimmer. Nach einer Weile klingelt es. Ein Junge aus der Nachbarschaft taucht in der Tür von Niklas Zimmer auf: »Tag, Niklas. Was machst du denn?« Erstaunt und verlegen zugleich sieht Niklas den Jungen kurz an, dann dreht er den Kopf zur Seite, schaut auf den Boden und erwidert leise: »Och – nichts Besonderes.« »Kommst du mit raus zum Spielen?«, fragt der Junge. Niklas sitzt immer noch unbeweglich am Boden, dreht eine kleine Spielfigur nervös zwischen seinen Fingern und hebt den Kopf nur kurz zu dem Jungen, ohne mit ihm Blickkontakt aufzunehmen: »Nein, ich habe hier zu tun!« Worauf der andere mit einem: »Na, dann tschüss!« reagiert und geht.

Niklas ist wieder allein – wie jeden Tag.

1.1 Erscheinungsbild

Sozial unsichere Kinder fallen im Alltag nicht zwangsläufig als behandlungsbedürftig auf, da sie dem ersten Eindruck nach pflegeleicht zu sein scheinen. Im Unterschied zu beispielsweise aggressiven Kindern bringen sie Erwachsene nicht unter Handlungsdruck. Sie gehen also nicht aktiv und schon gar nicht aggressiv oder auf andere Art und Weise unangemessen auf andere Kinder oder Erwachsene zu. Vielmehr zeigen sie in der Interaktion mit anderen eine übermäßige Schüchternheit, Ängstlichkeit, soziale Unsicherheit sowie Vermeidungsverhalten. Manche Kinder verweigern Sozialkontakte aktiv, was oppositionell wirken kann, jedoch nicht mit einer Störung mit oppositionellem Trotzverhalten verwechselt werden darf; andere Kinder wünschen sich Kontakt zu Gleichaltrigen, können sich jedoch nur schwer oder gar nicht von ihren Eltern und ihrem häuslichen und vertrauten Umfeld trennen.

Die Auffälligkeiten sozial unsicherer Kinder treten in unterschiedlicher Form zutage. Es kann sich bei sozial unsicheren Kindern auf die Art zu sprechen sowie auf die Mimik und Gestik beziehen. Diese Kinder antworten nicht auf Fragen oder nur einsilbig, sprechen zu leise oder undeutlich; andere reden zwar viel, jedoch findet kein kommunikativer Austausch statt; das Reden erweckt den Eindruck von Selbstgesprächen. Viele dieser Kinder sind nicht zu Blickkontakt fähig und bei manchen ist im Gesicht keine Gefühlsregung erkennbar; deutlich fällt der mangelnde Ausdruck von Freude auf. Eine Reihe sozial unsicherer Kinder zappelt mit den Beinen und spielt nervös mit den Fingern; andere bewegen sich kaum, ihre Motorik wirkt steif, und ihre Bewegungen erfolgen verlangsamt.

Begriffsfeld

Die Vielfalt und Unterschiedlichkeit der Phänomene spiegelt sich sowohl in der Alltagssprache als auch in den Klassifikationssystemen wider. Das Begriffsfeld kennt mindestens die folgenden elf Bezeichnungen:

- ▶ schüchtern
- ▶ gehemmt
- ▶ ruhiges Temperament
- ▶ eigenbrötlerisch
- ▶ unsicher
- ▶ zurückgezogen
- ▶ sozial isoliert
- ▶ sozial inkompetent
- ▶ kontaktängstlich
- ▶ trennungsängstlich
- ▶ Sozialkontakt vermeidend (sozial phobisch)

Angstformen. Ängste, die für Kinder und Jugendliche spezifisch sind, wurden in die Klassifikationssysteme DSM und ICD sehr spät aufgenommen. Erst ein Jahr nach

Erscheinen der 1. Auflage des Buches *Training mit sozial unsicheren Kindern*, nämlich 1984, wurden eigene Ausdrucksformen der Angst Kindern und Jugendlichen im DSM-III zugestanden. Es handelte sich um Trennungsangst, Kontaktvermeidung und Überängstlichkeit. In der ICD wurden spezifische Kinderängste noch später berücksichtigt, und zwar 1991, also in der ICD-10. Nach der ICD-10 unterscheidet man Trennungsangst, phobische Störung des Kindesalters und soziale Überempfindlichkeit, die in späteren Auflagen soziale Ängstlichkeit genannt wird. Somit gab es für eine kriteriengeleitete Beschreibung und Erfassung von Phänomenen im Kindesalter, die durch Ängstlichkeit und soziale Unsicherheit charakterisiert sind, viele Jahre keine Orientierung durch die eingeführten Klassifikationssysteme.

Schüchternheit. Eine spezifische Form sozial auffälligen Verhaltens, das sich auf neue und unvertraute Situationen bezieht, kann als Schüchternheit umschrieben werden. Solche Kinder zeigen ein geringes Selbstbewusstsein, trauen sich wenig zu und reagieren häufig mit Vermeidung (Petermann, 2015b). Schüchternheit, so eine norwegische Längsschnittstudie von Karevold et al. (2012) steht mit geringen sozialen Kompetenzen, vermehrt auftretenden Ängsten und tendenziell mit Depression im Zusammenhang. Nach dieser Studie nimmt Schüchternheit (vor allem im Kindergartenalter) kontinuierlich im Entwicklungsverlauf zu.

Soziale Unsicherheit. Systematische Verhaltensbeobachtungen von Kindern mit unterschiedlichen Angstphänomenen bestärkten uns in der Begriffswahl »soziale Unsicherheit«. Dieser Begriff umfasst Verhaltensweisen, die sich auf Trennungsängste, soziale Angststörung und generalisierte Ängste beziehen. Mit dem Begriff »soziale Unsicherheit« wurde somit von uns eine verhaltensnahe Sammelbezeichnung gewählt, die verschiedene Angststörungen einschließt, welche in einem direkten oder indirekten Zusammenhang mit sozialen Anlässen und Situationen stehen. In diesem Kontext wurde auch berücksichtigt, wie sich verschiedene Ängste auf die Entwicklung sozial kompetenten Verhaltens auswirken. Folglich ist das Training mit sozial unsicheren Kindern konzeptuell ein breit angelegtes therapeutisches Vorgehen, mit dem verschiedene Angststörungen im Kindesalter behandelt werden können (vgl. Kap. 4).

Definition

Im Folgenden werden unter der Sammelbezeichnung »soziale Unsicherheit« Verhaltensweisen verstanden, die Aspekte einer sozialen Angststörung, Trennungsangst sowie einer generalisierten Angststörung beinhalten (vgl. auch den Beobachtungsbogen BSU in Kap. 2.5). Aus diesem Grund werden die Klassifikationskriterien dieser Angststörungen genauer dargestellt.

1.2 Beschreibung von Ängsten im Kindes- und Jugendalter

Der Definition von sozialer Unsicherheit entsprechend werden die drei Angststörungen hinsichtlich grundlegender Merkmale nachfolgend beschrieben. Dieser Abschnitt

beschreibt die drei Angststörungen jeweils getrennt hinsichtlich der Klassifikationskriterien.

Trennungsangst

Sie besteht aus einem übermäßigen, wiederholten Kummer, der dann auftritt, wenn eine Trennung von wichtigen Bezugspersonen und von zu Hause bevorsteht oder eintritt. Dabei handelt es sich nicht zwingend um gravierende oder längerfristige Trennungseignisse, sondern um alltägliche, kurzfristige Situationen, wie den Besuch eines Kindergartens oder den Schulbesuch sowie zum Beispiel Berufstätigkeit, Einkauf oder Friseurbesuch der Mutter.

Ein Kind mit Trennungsangst sorgt sich darum, dass den Bezugspersonen etwas zustoßen könnte, zum Beispiel durch Krankheit oder einen Unfall. Ein solches Kind zeigt eine unrealistische Sorge dahingehend, dass es durch ein Unglück von seinen Bezugspersonen getrennt werden könnte. Aufgrund dieser Sorge und Angst vermeidet das Kind eine Trennungssituation, so gut es möglich ist. Es verlässt ihm vertraute Orte nicht, bleibt jedoch auch nicht allein zu Hause, manchmal nicht einmal allein in seinem Zimmer, und zwar aus Sorge um seine Eltern, denen etwas zustoßen könnte. In gravierenden Fällen kommt es zur Verweigerung des Schulbesuchs über Wochen oder sogar Monate. Durch dieses Verhalten können Leistungsprobleme in der Schule einerseits und Defizite in der sozial-emotionalen Entwicklung andererseits auftreten (Suhr-Dachs & Petermann, 2013).

Weitere Merkmale trennungsängstlicher Kinder. Sie bestehen in der Weigerung, allein zu schlafen, in Alpträumen mit dramatischen Trennungsszenen sowie in körperlichen Beschwerden wie Kopf- und Bauchschmerzen, Übelkeit, Erbrechen, Herzklopfen sowie Schwindel (vgl. Muris et al., 2008; Petermann & Schulte, 2009; Sartory, 2004).

Der Störungsbeginn muss vor dem sechsten Lebensjahr liegen; allerdings ist ein gewisses Ausmaß an Trennungsangst bis zu ca. drei Jahren bei einigen Kindern ein normales, vorübergehendes Phänomen, sodass eine Trennungsangst frühestens ab dem dritten bis vierten Lebensjahr diagnostiziert wird.

Soziale Angststörung

Diese psychische Störung wird in der ICD-10 als »Störung mit sozialer Ängstlichkeit« (F93.2) im Abschnitt »Emotionale Störungen des Kindesalters« eingeordnet. Die soziale Ängstlichkeit bezieht sich auf die Angst vor fremden Personen, und zwar vor fremden, unvertrauten Erwachsenen und Gleichaltrigen gleichermaßen. Die Kinder reagieren in solchen sozialen Situationen mit Verlegenheit; sie machen sich übertriebene Gedanken und Sorgen darüber, ob ihr Verhalten fremden Personen gegenüber angemessen ist. Neben dem Aspekt des Fremden gibt es somit auch den Aspekt der Bewertung. Es handelt sich also um die Angst vor prüfenden Beobachtungen durch andere.

Zunächst wird die *Angst vor fremden Personen* (Fremdenangst) und daran anschließend die *Angst vor sozialer Hervorhebung und Bewertung* (Bewertungsangst) beschrieben.

Fremdenangst. Die durchgehende und wiederkehrende Furcht vor fremden, unvertrauten Personen geht damit einher, dass der Kontakt zu Unbekannten und wenig Vertrauten möglichst gemieden oder sogar verweigert wird. Ist ein Kontakt jedoch unumgänglich, so unterscheidet sich die Angst vor fremden, unvertrauten Personen bei Kindern von der im Erwachsenenalter. Die Phänomene reichen von schweigendem, passivem, zurückweichendem, sich zurückziehendem sowie weinendem Verhalten bis zum Erstarren oder zu Wutanfällen. Diese sozial ängstlichen Verhaltensweisen müssen so intensiv ausgeprägt auftreten, dass sich dieses Verhalten von einem normalen Misstrauen gegenüber fremden Personen deutlich unterscheidet.

Zurückhaltung und langsame sowie vorsichtige Kontaktabahnung zu unvertrauten Kindern und Erwachsenen stellen ab dem Ende des ersten Lebensjahres für die gesamte frühe Kindheit bei manchen Kindern ein normales, vorübergehendes Entwicklungsphänomen dar. Übermäßig ausgeprägte soziale Ängstlichkeit führt jedoch zu negativen Folgen in der sozial-emotionalen Entwicklung; so sind beispielsweise soziale Beziehungen und Aktivitäten stark eingeschränkt, wodurch eine Reihe von Fertigkeiten im Bereich des Sozialverhaltens und der Motorik nicht geübt und folglich nicht aufgebaut werden (vgl. DSM-5, 2015; WHO, 2011, 2013; Petermann & Suhr-Dachs, 2013; Stangier, 2005).

Soziale Angst bei Kindern darf sich nicht nur auf Erwachsene, sondern muss sich auch auf Gleichaltrige beziehen. Zugleich wird gefordert, dass der Kontakt dieser Kinder zu den Eltern, Geschwistern und anderen vertrauten Personen normal ausgeprägt ist, eine gute Bindung besteht und altersangemessen ein sozial kompetenter Umgang möglich ist.

Bewertungsangst. Damit ist eine ausgeprägte und anhaltende Angst einerseits vor Leistungssituationen, andererseits generell vor möglichen Bewertungen durch andere in sozial hervorgehobenen Situationen gemeint. Kinder sorgen sich über die Angemessenheit ihres Verhaltens in sozialen Situationen; sie haben Angst davor, ein Verhalten zu zeigen, welches sie als peinlich oder erniedrigend empfinden und aufgrund dessen sie als schwach, ängstlich, verrückt oder dumm beurteilt werden könnten (Starcevic & Berle, 2006).

Die mit der Angst vor Bewertungen und sozialer Hervorhebung einhergehenden Verhaltensweisen – insbesondere solche, wie nicht zu antworten, zu leise und undeutlich zu sprechen – können die schulischen Leistungen mindern, und zwar in einem zur vorhandenen Intelligenz nicht gerechtfertigten Ausmaß.

Schulangst und Leistungsangst. Bei der Bewertungsangst im Kontext mit der sozialen Hervorhebung und Aufmerksamkeit durch andere muss geklärt werden, ob es einen Zusammenhang zur Schulangst und Leistungsangst gibt. Daher ist zu fragen, ob die Schulangst und die Leistungsangst einen Aspekt der sozialen Angststörung darstellen beziehungsweise ob beide Ängste identisch sind. Diese Frage ist von Bedeutung, da im DSM-5 (s. Exkurs DSM-5) Leistungsangst gesondert kodiert werden kann, wenn sich die Angst ausschließlich auf Situationen bezieht, in denen die Person eine Leistung vor anderen erbringen muss. Dies ist in schulischen Situationen relevant und es lassen sich auf jeden Fall folgende Kennzeichen festhalten:

- (1) Leistungsmessungen und Prüfungen in der Schule können mit öffentlicher Bewertung verknüpft sein.
- (2) Selbstbewertungen erfolgen im sozialen Vergleich mit Klassenkameraden; das Ergebnis des sozialen Vergleichs ist somit bezugsgruppenabhängig.
- (3) Durch die öffentliche Bewertung und Selbstbewertung im sozialen Vergleich wird die soziale Stellung in der Schulklasse bestimmt.

Diese drei Kennzeichen verdeutlichen, dass Schulsituationen, die durch kognitive Anforderungen, Prüfungen und Noten gekennzeichnet sind, zugleich immer auch soziale Situationen darstellen. Ängstliche Kinder reagieren auf Bewertungen besonders empfindlich, vor allem auch in Anwesenheit anderer. Ihre Angst besteht in der Befürchtung, negativ bewertet zu werden. Dadurch fühlen sie sich beeinträchtigt und sind es oft auch. Somit sind Schul-, Leistungs- und Bewertungsängste ein zentraler Bestandteil sozialer Angststörungen (vgl. auch Büch et al., 2015; Klein, 2009).

Vor dem Hintergrund der Erscheinungsformen der Schul- und Leistungsangst kann man diese als Unterkategorien der sozialen Unsicherheit einordnen.

Exkurs

Soziale Phobie im DSM-5

Vor allem in der amerikanischen, aber auch in der europäischen Forschung werden die Kriterien des DSM für die Klassifikation psychischer Störungen zugrunde gelegt. Aus diesem Grund soll auch hier auf diese Kriterien verwiesen werden. Im Jahr 2013 ist das DSM-5 in den USA erschienen, das sich unter anderem durch die Auflösung des Kapitels »Störungen, die gewöhnlich zuerst im Kleinkindalter, in der Kindheit oder Adoleszenz diagnostiziert werden« und die Verteilung der darunter fallenden Störungsbilder auf andere Kapitel vom DSM-IV-TR unterscheidet. So ist zum Beispiel die »Störung mit Trennungsangst« nun unter den »Angststörungen« zu finden. Die im ICD-10 als »Soziale Ängstlichkeit im Kindesalter« bezeichnete Störung wird im DSM-5 als »Soziale Phobie« klassifiziert.

Die Veränderungen in den Kriterien der sozialen Phobie vom DSM-IV-TR zum DSM-5 sind relativ gering. Sie drücken sich vor allem in einer Fokussierung auf den Aspekt der Angst vor negativer Bewertung durch andere aus. Kriterium A beschreibt nun ausschließlich die Angst in Situationen, in denen Handlungen in der Öffentlichkeit vollzogen werden sollen (sprechen, trinken, reden oder etwas präsentieren). Bei Kindern und Jugendlichen sind solche sozialen Situationen in der Regel mit dem Schulbesuch verknüpft, wo sie beispielsweise einen Vortrag vor der Klasse halten oder auf eine Lehrerfrage antworten sollen. Der Aspekt der Angst vor der Konfrontation mit unbekanntem Menschen tritt in den Hintergrund.

Des Weiteren muss die Angst zwar weiterhin der Situation nicht angemessen, also übertrieben, sein (Kriterium E, DSM-5); es wird aber keine Einsicht in die Unverhältnismäßigkeit durch den Betroffenen verlangt (Kriterium C, DSM-IV-TR).

Während im DSM-IV-TR die Zusatzcodierung »generalisiert« vorgenommen werden konnte, wenn die Angst in sozialen und in Leistungssituationen auftritt, kann im DSM-5 der Zusatz »Leistungsangst« kodiert werden, falls sich die Angst ausschließlich auf das Sprechen oder das Ausführen einer Handlung vor Publikum beziehen sollte.

Tabelle 1.1 gibt einen Überblick zu den Klassifikationskriterien der sozialen Phobie im DSM-5.

Tabelle 1.1 Klassifikationskriterien der sozialen Phobie im DSM-5 (dt. 2015)

	DSM-5: 300.23 (F40.1)
Kriterium A	Ausgeprägte Angst vor: Sozialen Situationen, in denen Person beurteilt werden könnten Beispiele: Gespräch, Kontakt mit unbekanntem Personen, beim Essen oder Trinken, Rede halten Bei Kindern: Angst gegenüber Gleichaltrigen, nicht nur in Interaktion mit Erwachsenen
Kriterium B	Person befürchtet, dass sie in einer Weise handelt oder Angstsymptome zeigt, die von anderen negativ bewertet werden könnten.
Kriterium C	Unmittelbare Angstreaktion durch Konfrontation mit der gefürchteten sozialen Situation Bei Kindern: Angst kann sich durch Weinen, Wutanfälle, Erstarren, Zurückweichen oder Sprachlosigkeit in sozialen Situationen ausdrücken.
Kriterium D	Vermeidungsverhalten Gefürchtete Situation wird nur unter intensiver Angst oder Unwohlsein ertragen.
Kriterium E	Unverhältnismäßige Angst
Kriterium F	Überdauernde Angst oder Vermeidung, hält mindestens 6 Monate an
Kriterium G	Angst oder Vermeidung verursacht klinisch signifikantes Leid oder Beeinträchtigungen des Funktionsniveaus.
Kriterium H	Angst oder Vermeidung geht nicht auf direkte körperliche Wirkung einer Substanz oder eines medizinischen Krankheitsfaktors zurück.
Kriterium I	Angst oder Vermeidung nicht besser erklärbar durch andere psychische Störung wie Panikstörung, Körperdysmorphie Störung, Autismus-Spektrum-Störungen
Kriterium J	Liegt medizinischer Krankheitsfaktor vor, steht dieser nicht in Zusammenhang mit der Angst.
Zusatz-codierung	Leistungsangst Wenn sich die Angst nur auf Situationen bezieht, in denen die Person vor anderen Menschen reden oder etwas ausführen muss. Keine Angst vor sozialen Situationen ohne Leistungscharakter.

Generalisierte Angststörung

Im Kinderteil der Forschungskriterien der ICD-10 (F93.80; WHO, 2011) ist die generalisierte Angststörung des Kindesalters aufgeführt. Hingegen fehlt diese Spezifikation in den klinisch-diagnostischen Leitlinien der ICD-10 (WHO, 2013); dort wird die generalisierte Angststörung lediglich im Erwachsenenanteil (F41.1) aufgeführt, wobei sich die zu kodierenden Symptome im Kinder- und Erwachsenenanteil unterscheiden.

Generalisierte Ängste sind nicht auf bestimmte Situationen, Ereignisse oder Personen begrenzt, sondern beziehen sich auf viele unterschiedliche alltägliche Ereignisse und Aktivitäten sowie auf im Alltag natürlicherweise auftretende Schwierigkeiten (z. B. schulische Aufgaben, Beziehungen zu Gleichaltrigen). Kinder mit generalisierten Ängsten bezweifeln, dass sie die Anforderungen im Alltag bewältigen können. Diesbezügliche Ängste und Sorgen werden intensiv erlebt; damit verbundene Misserfolgserwartungen sowie grüblerische und sorgenvolle Gedanken können nur schwer kontrolliert beziehungsweise gestoppt werden. Diese Kognitionen lenken die Aufmerksamkeit von den Alltagsaktivitäten und Aufgaben ab; stattdessen ist die Selbstaufmerksamkeit erhöht.

Angststörungen im Kindesalter und ihre Folgen

Vergleicht man die ausgeführten Angststörungen miteinander, so bestehen – trotz deutlicher Unterschiede – eine Reihe gemeinsamer Symptome und Folgen aus den Angststörungen:

- ▶ emotionale Symptome (z. B. Versagensängste, massive Selbstzweifel)
- ▶ körperliche Reaktionen (z. B. Bauchschmerzen, Zittern)
- ▶ kognitive Verzerrungen (z. B. angstbezogene Gedanken)
- ▶ Vermeidungs- und Sicherheitsverhalten (z. B. sozialer Rückzug)

Emotionale Symptome. Angststörungen erkennt man an veränderten, auffälligen emotionalen Reaktionen (z. B. Bewertungs- und Versagensängste) und problematischen Emotionsregulationsstrategien (vgl. zusammenfassend Kullik & Petermann, 2012; Suveg & Zeman, 2004).

Körperliche Reaktionen. Die körperlichen Reaktionen betreffen sowohl das Herz-Kreislauf-System als auch den Magen-Darm-Bereich. Sie werden bei den einzelnen Angststörungen in ihrer typischen Kombination aufgeführt (vgl. Kap. 2 und die Checklisten AB D1 bis D4).

Kognitive Verzerrungen. Diese treten ebenfalls bei allen drei Angststörungen auf; sie haben jedoch unterschiedliche Inhalte und beziehen sich auf verschiedene Situationen, Ereignisse oder Personen. Bei der Trennungsangst ist die Sorge um die engsten Bezugspersonen unbegründet. Selbstzweifel, Misserfolgserwartungen und Selbstunsicherheit prägen sowohl die soziale Angststörung als auch die generalisierte Angststörung.

Typische selbstabwertende und kognitive Verzerrungen können beispielsweise sein:

- ▶ Jeder muss mich anerkennen!
- ▶ Ich darf keinen Fehler machen, sonst werde ich für dumm gehalten!
- ▶ Wenn mich jemand kritisiert, dann akzeptiert und mag er mich nicht!

- ▶ Ich langweile andere; deshalb rede ich lieber nichts!
- ▶ Ich kann nirgendwo hingehen, da ich überall abgelehnt werde!

Solche und andere ähnliche Aussagen sowie Erwartungen wurden in verschiedenen Untersuchungen bei ängstlichen, schüchternen und sehr zurückhaltenden Personen gefunden und als typische kognitive Auffälligkeiten für diese erkannt. Weiter wird angenommen, dass diese kognitiven Verzerrungen eventuell zur Entstehung, in jedem Fall zur Aufrechterhaltung von Ängsten und sozial unsicherem Verhalten beitragen (vgl. Alfano et al., 2006; Mancini et al., 2005; Perrin & Last, 1997; Rao et al., 2007; vgl. auch Abschn. 3.2).

Vermeidungs- und Sicherheitsverhalten. Dies ist ein typisches Merkmal von Angststörungen; es tritt bei jeder Angststörung auf. Bei Trennungsangst wird nach Möglichkeit die Trennung von wichtigen Bezugspersonen vermieden; bei der sozialen Angststörung wird der Kontakt mit wenig vertrauten Personen gemieden oder verweigert, besonders wenn solche Kontakte mit sozialer Hervorhebung und einer möglichen Bewertung des Verhaltens verbunden sind; und bei generalisierten Ängsten wird den Alltagssituationen, auf die sich diese Ängste beziehen, möglichst ausgewichen. Ist eine Konfrontation mit der angstausslösenden Situation unvermeidbar, tritt verstärkt ein Sicherheitsverhalten auf, das eine Art Vermeidungsverhalten in der angstausslösenden Situation darstellt; dies trifft vor allem für die soziale Angststörung zu; solches Sicherheitsverhalten besteht beispielsweise aus leisem Sprechen, sich in seinen Kleidern oder hinter den Haaren »verstecken«, keinen Blickkontakt aufnehmen oder erwidern, keine Fragen stellen, sich möglichst nicht bewegen (vgl. in Abschn. 2.5 den Beobachtungsbogen für sozial unsicheres Verhalten – BSU und AB D7). Durch solches Sicherheits- und Vermeidungsverhalten entstehen sowohl Fertigungsdefizite als auch Entwicklungsrückstände bei Kindern, und zwar vor allem im sozial-emotionalen Bereich. Aber auch in anderen Entwicklungsbereichen können negative Folgen auftreten, beispielsweise in der expressiven Sprache, Kognition oder Motorik. Dadurch werden wichtige Lebens- und Entwicklungsbereiche wie soziale Beziehungen und freundschaftliche Kontakte oder Schulleistungen beeinträchtigt, worunter manche Kinder zusätzlich leiden. Dies wiederum verschlimmert die Folgen einer Angststörung.

Angststörungen und sozial unsicheres Verhalten

Kinder mit Angststörungen zeigen in unterschiedlicher Weise sozial unsicheres Verhalten, das durch Vermeidung, Verweigerung, Auffälligkeiten in Mimik, Gestik und der Art zu sprechen sowie durch körperliche Reaktionen geprägt ist. Eine Reihe von Aspekten verbindet also die verschiedenen Angststörungen, sodass der umfassende Begriff »soziale Unsicherheit« geeignet erscheint. Zwei weitere Punkte sind für sozial unsicheres Verhalten bedeutsam:

- (1) Ängste mit unrealistischen Erwartungen sowie unzureichende soziale Kompetenzen können Motive für sozial unsicheres Verhalten darstellen.
- (2) Vermeidungsverhalten und unzureichende sozial-emotionale Kompetenzen verstärken sozial unsicheres Verhalten; sozial unsicheres Verhalten führt wieder zu einer Zunahme von Ängsten, die wiederum Vermeidung begünstigen.

1.3 Häufigkeit, Verlauf und Komorbidität

Häufigkeit

Betrachtet man die Ergebnisse epidemiologischer Studien, so fallen zwei Fakten deutlich auf. Als Erstes erkennt man eine relativ große Schwankung in den Angaben darüber, wie häufig einzelne Angststörungen im Kindes- und Jugendalter auftreten. Sodann fällt auf, dass die Summe aller Angststörungen im Kindes- und Jugendalter eine große Prävalenz ergeben. In der Regel werden Auftretenshäufigkeiten von insgesamt 10 Prozent für alle Formen der Angststörung im Kindes- und Jugendalter angegeben (vgl. die Übersicht von Petermann, 2013b). Gren-Landell et al. (2011) können diesen Wert für die soziale Angststörung mit einer Prävalenz von 10,6 Prozent in einer schwedischen Stichprobe bestätigen. Van Roy et al. (2009) geben für 8- bis 13-Jährige in Norwegen für die soziale Angst/soziale Phobie eine Prävalenz von 2,3 Prozent an. Ähnliche Angaben machen Demir et al. (2013) mit Prävalenzangaben von 3,9 Prozent in einer Stichprobe, bestehend aus 1.482 türkischen Schülerinnen und Schülern. Das berichtete Geschlechterverhältnis im Rahmen der Auftretenshäufigkeit der Störung beträgt 2:1 zu Ungunsten der Mädchen (Demir et al., 2013). Am häufigsten traten die Störung mit Trennungsangst, die spezifische und soziale Phobie sowie die generalisierte Angststörung auf (Petermann, 2005, S. 51). Dabei wird für die Trennungsangst eine 12-Monats-Prävalenz von 7,7 Prozent und für die generalisierte Angststörung von 2,2 Prozent bei 13- bis 17-jährigen Jugendlichen berichtet (Kessler et al., 2012). In der frühen Kindheit (zwei bis fünf Jahre) wird die Prävalenz von Trennungsangst mit 10,5 Prozent angegeben (Towe-Goodman et al., 2014).

Alarmierende Befunde. Neuere Übersichten, die über die Auftretenshäufigkeit der sozialen Phobie über die Lebensspanne berichten, kommen zu alarmierenden Befunden. So belegen Kessler et al. (2012) eine Auftretenshäufigkeit (über die Lebensspanne) allein für die soziale Phobie von 10,7 Prozent; 12,3 Prozent bei Frauen und 8,9 Prozent bei Männern. Wichtig an diesem Befund ist, dass sich die soziale Phobie schon zwischen dem 13. und 15. Lebensjahr als stabile Störung herausbildet und stabil bleibt. Nur bei wenigen Patienten (ca. vier bis fünf pro 1.000 im Jahr) entwickelt sich eine soziale Phobie erst im Erwachsenenalter (also nach dem 18. Lebensjahr; Furmark, 2002).

Verlauf

Schon im Vorschulalter zeichnet sich soziale Unsicherheit durch eine hohe Stabilität und deshalb eine ungünstige Entwicklungsprognose aus (vgl. Beidel & Turner, 1999; Büch et al., 2015). Beidel et al. (1996) berichten jedoch für die Altersgruppe der 7- bis 12-jährigen Kinder, dass ca. 80 Prozent der als ängstlich diagnostizierten Kinder nach drei Jahren die ursprünglichen Kriterien der Diagnosestellung nicht mehr erfüllten. Analysiert man jedoch die erzielten Ergebnisse genauer, dann erkennt man, dass sich aus der ursprünglich diagnostizierten Angststörung eine andere Angststörung entwickelt hat. Andere Studien berichten hingegen von einer sehr hohen Stabilität der sozialen Phobie bereits im Kindesalter (Carballo et al., 2010). Auch im Jugendalter

wurde die hohe Stabilität der sozialen Phobie bestätigt und mit bestimmten Persönlichkeitsmerkmalen in Verbindung gebracht (Prenoveau et al., 2011).

Die langfristigen Störungsverläufe zeigen, dass bei einigen Angststörungen Beeinträchtigungen in einem oder in mehreren Alltagsbereichen bestehen bleiben; am häufigsten ist die Gestaltung des Sozialkontaktes und der persönlichen Beziehungen betroffen. In einer Übersicht haben wir Belege dafür finden können, dass

- ▶ die Störung mit Trennungsangst eine Vorläuferproblematik der Agoraphobie bildet und
- ▶ die Agoraphobie im Jugendalter zu einer Panikstörung führen kann (vgl. Helbig-Lang & Petermann, 2009).

Darüber hinaus existieren Belege, dass Angststörungen im Kindesalter Depression und Substanzabhängigkeit im Erwachsenenalter begünstigen (vgl. Kendall et al., 2004; Woodward & Fergusson, 2001).

Vorläufermerkmale. Viele Studien konnten das Temperamentsmerkmal Verhaltenshemmung als Vorläufermerkmal identifizieren (Lim et al., 2013; Wichstrom et al., 2013). In einer Studie von Melfsen et al. (2000) schätzten 49 Mütter ihre sozial ängstlichen Kinder im Alter von acht bis zwölf Jahren hinsichtlich der Vorläufermerkmale ein. Es zeigte sich, dass sich eine Angststörung bereits früh im Entwicklungsverlauf durch eine Reihe von Merkmalen andeutet und bei sozial unsicheren, ängstlichen Kindern auch ohne eine Diagnose der sozialen Phobie Beeinträchtigungen im subklinischen Bereich feststellbar sind. So fanden Melfsen et al. (2000) bei sozial unsicheren Kindern schon im frühen Kindesalter ein ruhiges Temperament sowie ein anschiegsameres und zurückgezogeneres Verhalten im Vergleich zu einer Kontrollgruppe. Diese Kinder wiesen zudem eine stärkere Selbstaufmerksamkeit sowie eine größere Anfälligkeit für andere psychische Störungen wie zum Beispiel Enuresis, Teilleistungsschwächen oder Depression auf.

Komorbidität

Angststörungen treten in hohem Maße mit anderen Störungen komorbide auf, insbesondere mit Hyperaktivität und Depression (vgl. Helbig & Petermann, 2008; Petermann & Suhr-Dachs, 2013). In der Bremer Jugendstudie wiesen von den 1.035 12- bis 17-jährigen Schülern 192 Angststörungen auf, wobei bei

- ▶ 94 eine »reine« Angststörung sowie bei
- ▶ 70 eine weitere Störung diagnostiziert wurde;
- ▶ 23 hatten zwei und
- ▶ 5 drei weitere Störungen (vgl. Essau et al., 1998).

Kinder mit Angststörungen besitzen kaum ausgeprägte Sozialkontakte zu Gleichaltrigen und weisen vermehrt Schul- und familiäre Probleme auf (vgl. Koglin & Petermann, 2013; Stein & Stein, 2008).

Depression. Die ICD-10 wird dem gemeinsamen Auftreten von Angst und Depression mit einer eigenen Kategorie im Sinne einer gemischten Störung gerecht. Diese Diagnose der gemischten Angst- und depressiven Störung wird dann vergeben, wenn die

Symptome sowohl der Angst als auch der Depression mild und weniger intensiv ausgeprägt sind; das bedeutet, dass die Merkmale der Angst und Depression für sich genommen jeweils nicht ausreichen würden, um die entsprechende Einzeldiagnose zu vergeben. Die Kodierung erfolgt allerdings im Erwachsenenanteil der ICD-10 (WHO, 2011; F41.2); eine analoge Kategorie einer gemischten Angst-Depressions-Störung im Kinderteil wäre sehr wünschenswert.

Angst und Aggression. Schließlich soll auf eine Komorbidität von Angst und Aggression hingewiesen werden, die nicht ohne weiteres als selbstverständlich angenommen wird. Eventuell ist das gemeinsame Auftreten von Angst und Aggression schon sehr früh über die angstmotivierte Aggression angelegt, die wir in unseren Studien deutlich von einer egoistisch motivierten Aggression unterscheiden konnten (vgl. Petermann & Petermann, 2012). Das bedeutet, dass sowohl sozial unsicheres als auch aggressives Verhalten durch Angststörung motiviert sein kann. Beide Verhaltensweisen unterscheiden sich demnach nicht in ihrem Motiv; vielmehr scheint es sich um verschiedene Verarbeitungsformen desselben Motivs zu handeln, was sich dann in unterschiedlichen psychischen Störungen ausdrückt. Das ICD-10 (WHO, 2011, 2013) kennt hierzu im Kinderteil eine eigene Störungskategorie, nämlich die »Sonstige kombinierte Störung des Sozialverhaltens und der Emotionen« (F92.8).

2 Diagnostik

Dieses Kapitel vermittelt einen Überblick über das Spektrum diagnostischer Möglichkeiten zur Erfassung von ängstlichem und sozial unsicherem Verhalten (vgl. auch eine Übersicht bei Hoyer et al., 2005). Auf der Basis verschiedener diagnostischer Erhebungsverfahren wird überprüft, ob die Klassifikationskriterien für das Vorliegen einer Angststörung, die in die Sammelbezeichnung »soziale Unsicherheit« einfließen, erfüllt sind. Erhebungsverfahren werden dazu vorgestellt. Ausführlich wird auf die im Rahmen des Trainings mit sozial unsicheren Kindern entwickelten Erhebungsverfahren eingegangen, nämlich auf die Checklisten für Eltern, den Elternexplorationsbogen sowie den Verhaltensbeobachtungsbogen (BSU). Zur Systematisierung des diagnostischen Prozesses kann man die folgenden Bereiche unterscheiden (vgl. Tab. 2.1).

Tabelle 2.1 Bereiche des diagnostischen Prozesses

Erhebungsebene Was wird erhoben?	Diagnostisches Vorgehen Wie wird erhoben?	Erhebungsverfahren Mit was wird erhoben?
Fremdurteil	Einschätzung und Exploration von Bezugspersonen	Checklisten für Eltern, die nach ICD-10-Kriterien zusammengestellt sind; Elternexplorationsbogen als Basis der Anamnese und Verhaltensanalyse
Selbsturteil	Psychologische Tests mit dem Kind	AFS: Angstfragebogen für Schüler KAT-II: Kinder-Angst-Test-II SASC-R-D: Soziale Angstskala für Kinder SPAIK: Sozialphobie- und Angstinventar für Kinder
Verhaltensbeobachtung	Beobachtung des Kindes in unterschiedlichen Alltagssituationen durch Experten oder Bezugspersonen	BSU: Beobachtungsbogen für sozial unsicheres Verhalten

Körperliche Reaktionen sind im Allgemeinen zwar als eine weitere mögliche Erhebungsebene anzusehen (Petermann & Suhr-Dachs, 2013), jedoch ist es bei Kindern weniger angemessen, körperbezogene Angstindikatoren direkt zu erheben. Drei Punkte sprechen gegen diesen Ansatz bei Kindern:

- ▶ Der Registrierungsaufwand ist sehr groß und das damit verbundene Eingreifen in das soziale Geschehen im Alltag von Kindern problematisch.
- ▶ Auf sozial unsichere, ängstliche Kinder könnte der apparative Aufwand zusätzlich angstausslösend wirken.

- ▶ Körperliche Reaktionen, wie zum Beispiel der Anstieg der Herzfrequenz, sind nicht angstspezifisch; so treten zum Beispiel bei ängstlichen und aggressiven Kindern vergleichbare körperliche Reaktionen auf.

Die Messung körperlicher Angstindikatoren scheidet also zumindest für eine routinemäßige Angstdiagnostik im klinischen Alltag aus. Dennoch darf die Bedeutung körperlicher Angstreaktionen nicht unterschätzt werden; deswegen werden diese im Rahmen der Fremd- und Selbstbeurteilung mit Hilfe von Testverfahren und Checklisten erfragt.

2.1 Multimodale Diagnostik

Wie die bisherigen Ausführungen zeigen, ist für das Kindesalter eine Reihe von Ängsten bedeutsam. Zudem existiert innerhalb einer einzelnen Angststörung eine Vielfalt von Symptomen. Diese Tatsache spricht dafür, Angststörungen multimodal und multimethodal zu erfassen. Für eine multimodale Erfassung spricht außerdem, dass Kinder Schwierigkeiten zeigen, internale Symptome angemessen zu schildern (Beesdo et al., 2009). Insofern ist der Diagnostiker auf unterschiedliche Quellen angewiesen.

Definition

Mit multimodaler Diagnostik ist eine Mehrebenendiagnostik psychischer Störungen gemeint. Das bedeutet, dass die

- ▶ emotionale,
- ▶ kognitive,
- ▶ körperliche und
- ▶ Verhaltensebene

im Rahmen der Angstdiagnostik zu berücksichtigen sind (vgl. Tab. 2.2).

Für eine multimodale Diagnostik werden Erhebungsverfahren eingesetzt, die Aussagen über die vier Ebenen der multimodalen Angstdiagnostik erlauben. Tabelle 2.2 gibt einen Überblick über die wichtigsten Symptome von Ängsten und sozialer Unsicherheit im Kindesalter; diese sind der kognitiven, emotionalen, körperlichen und Verhaltensebene zugeordnet (vgl. Döpfner & Petermann, 2012; Petermann & Petermann, 2009; Weinbrenner, 2005).

Die Ergebnisse einer multimodalen Diagnostik müssen in einem nächsten Schritt mit den Klassifikationskriterien in Zusammenhang gebracht werden, um entscheiden zu können, ob eine behandlungsbedürftige Angststörung vorliegt. Insbesondere die Verhaltensbeobachtung beziehungsweise -einschätzung mit dem BSU und die Elternchecklisten zu den drei für das Kindesalter relevanten Angststörungen und zu depressiven Verstimmungen liefern Hinweise, ob die Klassifikationskriterien erfüllt

Tabelle 2.2 Ebenen der Angstdiagnostik

Kognitive Ebene	Emotionale Ebene	Körperliche Ebene	Verhaltensebene
<ul style="list-style-type: none"> ▶ ungünstige Ursachenzuschreibung ▶ negative Erwartungen ▶ negative Selbstbewertung ▶ Sorgen und Befürchtungen ▶ verzerrte Gedanken ▶ erhöhte Selbstaufmerksamkeit 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Angstgefühle ▶ Gefühl von Unsicherheit und mangelnder Kompetenz ▶ mangelndes Selbstvertrauen ▶ mangelnde Selbstwirksamkeitsüberzeugung ▶ Hilflosigkeitsgefühl 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Herzklopfen ▶ erhöhter Puls ▶ Kurzatmigkeit ▶ Schwitzen ▶ Zittern an Händen und/oder Beinen ▶ Kopfschmerzen ▶ Übelkeit ▶ Bauchkribbeln oder Bauchschmerzen ▶ Muskelanspannung und/oder Muskelschmerzen 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Vermeidung ▶ Verweigerung (auch aggressiv) ▶ an die Eltern klammern ▶ weinen ▶ jammern ▶ stottern (nicht im Sinne einer Sprechstörung) ▶ zitterige Stimme ▶ leise, undeutlich sprechen ▶ kaum/kein Blickkontakt ▶ erstarren, körperlich steif ▶ zappeln ▶ nervös mit den Fingern spielen ▶ Nägelkauen

werden. Die Anwendung psychologischer Tests ermöglicht Aussagen zur Selbstwahrnehmung und zum Angsterleben, die für die Therapieplanung und zur Bewertung des Therapieverlaufs hilfreich sein können.

2.2 Klassifikation

Es kann heute als Konsens und Standard angesehen werden, dass die Symptomabklärung nach den Kriterien von ICD-10 erfolgt (vgl. auch die Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, 2007).

Die klinisch-diagnostischen Leitlinien der ICD-10 (WHO, 2013; 1991 in der ersten Auflage erschienen) erfuhren Ergänzungen durch die Forschungskriterien der ICD-10 (WHO, 2011; 1994 in der ersten Auflage erschienen); mit den Forschungskriterien lassen sich die psychischen Störungen zusätzlich präzisieren und differenzieren. Im Folgenden werden die Kriterien der emotionalen Störung mit Trennungsangst, der Störung mit sozialer Ängstlichkeit und der generalisierten Angststörung des Kindesalters nach ICD-10 aufgeführt. Da bereits bei Kindern mit einer Angststörung häufig depressive Symptome begleitend auftreten, wurden die Kriterien einer depressiven Episode und einer Dysthymia nach ICD-10 aufgenommen. Die Merkmale, auf die in den folgenden Kästen verwiesen wird, sind in den Checklisten für Eltern (s. Abschn. 2.3) enthalten (AB D1 bis AB D4).

Kriterien der emotionalen Störung mit Trennungsangst des Kindesalters (F93.0 nach der ICD-10, Kapitel V (F); WHO, 2011, 2013)

Hauptmerkmal

Fokussierte, übermäßig ausgeprägte Angst vor der Trennung von wichtigen Bezugspersonen (in der Regel die Eltern oder andere Familienmitglieder).

Abgrenzung zu normalen Erscheinungen des Kindesalters durch:

- ▶ sehr hoher Schweregrad
- ▶ deutlich abweichende Dauer über das typische trennungsängstliche Alter hinaus
- ▶ Beeinträchtigung in der sozial-emotionalen Entwicklung

Bewertung der Kriterien der Checkliste für Eltern AB D1

- ▶ Merkmal 1 bis 7: Mindestens drei Kriterien müssen erfüllt sein; die Varianten (a), (b), (c) eines Merkmals sind als alternativ zu verstehen.
- ▶ Merkmale 8 bis 9: Sie müssen minimal mit je einer Variante (a) oder (b) usw. vorliegen.

Zeitkriterium

Die Trennungsangst muss bereits *vor dem sechsten Lebensjahr* erstmals aufgetreten sein und mindestens *vier Wochen andauern*.

Ausschlusskriterium

- ▶ Generalisierte Angststörung; das heißt, die Angst vor der Trennung von den Hauptbezugspersonen bildet das gemeinsame Merkmal der verschiedenen angstaustösenden Situationen.
- ▶ Die Störung mit Trennungsangst darf nicht im Kontext einer umfassenden Störung der Emotionen, des Sozialverhaltens, der Persönlichkeit, einer tiefgreifenden Entwicklungsstörung, einer psychotischen oder substanzbedingten Störung diagnostiziert werden.

Kriterien der Störung mit sozialer Ängstlichkeit des Kindesalters (F93.2 nach ICD-10, Kapitel V (F); WHO, 2011, 2013)

Hauptmerkmal

Anhaltende Ängstlichkeit vor fremden Erwachsenen oder vor unvertrauten Gleichaltrigen oder vor beiden Personengruppen. Aus diesem Grund werden alle Situationen gemieden, die einen Kontakt mit Fremden erwarten lassen.

Abgrenzung zu normalen Erscheinungen im Kindesalter

Die soziale Ängstlichkeit muss deutlich über dem üblichen Ausmaß im Kleinkind- und Kindergartenalter liegen, zeitlich überdauern und zu bedeutsamen Beeinträchtigungen in der Sozialentwicklung führen.

Bewertung der Kriterien der Checkliste für Eltern AB D2

- ▶ Merkmal 1: Alternative (a) oder (b) sowie (c) oder (d) müssen erfüllt sein.
- ▶ Merkmal 2: Muss erfüllt sein.

D1

D2