

Soziale Phobie und Unsicherheit

Ulrike Petermann

Ängste im Kindes- und Jugendalter gehören zu den relativ weit verbreiteten psychischen Störungen. Nimmt man alle Angststörungen zusammen, dann sind zwischen zehn und 15 Prozent aller Kinder und Jugendlichen betroffen (vgl. Petermann, Essau & Petermann, 2000). Die diagnostischen Klassifikationskriterien haben sich von DSM-III-R nach DSM-IV für die Angststörungen im Kindesalter dahingehend verändert, daß bei den Störungen im Kindesalter nur noch die Störung mit Trennungsangst unter der Diagnoseklasse „Andere Störungen im Kleinkindalter, in der Kindheit oder Adoleszenz“ aufgeführt wird. Die im DSM-III-R (1989) angegebenen Störungen mit Kontaktvermeidung sowie die Überängstlichkeit wurden im DSM-IV (1996) nicht mehr aufgenommen. Diese Angststörungen müssen im DSM-IV nach den Kriterien der Angststörungen im Erwachsenenalter klassifiziert werden. Die entsprechenden Störungen werden dort als Soziale Phobie sowie Generalisierte Angststörung bezeichnet. Dabei überlappen sich nur teilweise die Kriterien der Störung mit Überängstlichkeit mit der Generalisierten Angststörung sowie die Merkmale der Störung mit Kontaktvermeidung mit der Sozialen Phobie. Bei den diagnostischen Kriterien der Angststörungen im Erwachsenenalter des DSM-IV sind Hinweise auf Abweichungen für das Kindesalter angegeben. Im Unterschied zum DSM-IV weist die ICD-10 (WHO, 1993) differenzierte Kategorien zu Ängsten im Kindesalter auf. In der Gruppe „F93 emotionale Störungen des Kindesalters“ sind die Kriterien für Trennungsangst, phobische Störung, Störung mit sozialer Ängstlichkeit und generalisierte Angststörung enthalten. Die Soziale Phobie nach DSM-IV (300.23; Erwachsenenalter) enthält analoge Kriterien zur Störung mit sozialer Ängstlichkeit des Kindesalters in der ICD-10 (F93.2; vgl. Petermann et al., 2000).

Das **Hauptmerkmal** der Sozialen Phobie besteht in einer starken, anhaltenden Angst vor sozialen oder Leistungssituationen, in denen entweder der Kontakt mit fremden Personen unvermeidbar ist oder eine Beurteilung durch andere Personen stattfindet bzw. erwartet wird. Deshalb werden nach Möglichkeit solche sozialen Situationen gemieden. Mißlingt die Vermeidung, so verhält sich der Betroffene befangen, verlegen, gehemmt und sorgt sich in übertriebener Weise darüber, ob sein Verhalten angemessen ist.

Die **Prävalenz** für die Soziale Phobie beträgt nach DSM-IV (1996) – auf die gesamte Lebenszeit bezogen – drei bis 13 Prozent. Bei den epidemiologischen Studien zeigt sich besonders ab dem Jugendalter eine etwas höhere Angstrate bei den Mädchen, und im Erwachsenenalter tritt die Soziale Phobie bei Frauen häufiger als bei Männern auf. In klinischen Stichproben tritt die Soziale Phobie bei Männern und Frauen vergleichbar häufig auf.

Die Prävalenzzahlen zeigen für das Kindesalter unterschiedliche, zum Teil sich widersprechende Ergebnisse. Für Trennungsangst beispielsweise liegen für Jungen und Mädchen in manchen Studien vergleichbare Raten vor, in anderen Studien sind Mädchen bei der Trennungsangst überrepräsentiert. Ebenso widersprüchlich sind die Ergebnisse zur Überängstlichkeit bzw. zur Generalisierten Angststörung; einmal sind die Jungen, einmal die Mädchen überrepräsentiert (vgl. Petermann et al., 2000).

Es kann sowohl eine **Komorbidität** zwischen den einzelnen Angststörungen als auch eine Komorbidität mit Depression (vgl. Essau & Petermann, 2000) und mit anderen Störungen, wie zum Beispiel der Hyperaktivität und der Aggression, angenommen werden (vgl. Groen & Petermann, 1998; Petermann et al., 2000).

Die Angststörung „Soziale Phobie“ ist insbesondere dadurch charakterisiert, daß vor Kontakt mit anderen Personen zurückgewichen wird, ein Kind sich weigert, an Gruppenspielen oder an Kindergruppen teilzunehmen. Kinder mit Sozialer Phobie ziehen sich typischerweise bei sozialen Aktivitäten zurück und versuchen, diese zu vermeiden; sie wollen auch in der unmittelbaren Umgebung und Nähe vertrauter Erwachsener bleiben. Es ist zu erkennen, daß die „Soziale Phobie“ aus einer ausgeprägten und anhaltenden **Angst vor** einer oder mehreren **sozialen**, aber auch **Leistungssituationen** besteht, in denen eine Person entweder mit unbekanntem Personen konfrontiert oder von anderen beurteilt wird. Bei Kindern fällt im Kontext der Sozialen Phobie auf, daß Schulleistungen abfallen können, Schulverweigerung oder die Vermeidung von Kontakten mit Gleichaltrigen beobachtbar sind sowie altersangemessene soziale Aktivitäten gemieden werden. Bei der Diagnosestellung im Kindesalter muß gewährleistet sein, daß ein Kind mit vertrauten gleichaltrigen und erwachsenen Personen sehr wohl soziale Beziehungen aufnehmen kann, und die soziale Angst darf sich nicht nur gegenüber Erwachsenen äußern, sondern muß auch bei Gleichaltrigen auftreten.

Markant ist die Angst der betroffenen Person davor, ein Verhalten zu zeigen, das als peinlich oder demütigend erlebt wird; beispielsweise haben Kinder mit einer Sozialen Phobie häufig Angst vor Situationen mit sozialer Hervorhebung, Situationen also, in denen die Aufmerksamkeit anderer auf sie gerichtet ist. Sie empfinden es als besonders peinlich, wenn sie etwas gefragt werden und antworten sollen, jedoch aufgrund der Angst zum Beispiel nicht sprechen können, eine zitterige Stimme haben oder das Gesicht rot wird (vgl. DSM-IV, 1996). Weitere Anzeichen einer Sozialen Phobie bestehen beispielsweise im Zittern der Hände oder am gesamten Körper, in kalten, feuchten Händen, in

einem sehr trockenen Mund sowie in sozialen Defiziten, wie mangelndem Blickkontakt, nicht durch einen Raum bei Anwesenheit anderer gehen können, sich genieren, mit anderen gemeinsam zu essen; soziale Defizite zeigen sich auch in Problemen mit der Selbstbehauptung und Durchsetzungsfähigkeit, wie ablehnen oder zustimmen können. Weitere zugehörige Merkmale können nach DSM-IV (1996) geringes Selbstvertrauen sowie Überempfindlichkeit gegenüber Kritik und Ablehnung sein. Die beschriebenen Symptome führen bei einer Person insgesamt zu großer Unsicherheit im Verhalten sowie in der Selbstbewertung. So kann mit Recht von Sozialer Phobie und sozialer Unsicherheit synonym gesprochen werden (vgl. Petermann & Petermann, 1996).

Kann eine Person eine gefürchtete soziale Situation nicht vermeiden, so erlebt sie massive Angstreaktionen, die im Erscheinungsbild situationsspezifischen Panikattacken gleichen. Dies kann auch bei Kindern beobachtet werden; darüber hinaus ist bei Kindern aber auch ein Verhalten in Form von Weinen, Wutanfällen, Erstarren oder Zurückweichen vor sozialen Situationen mit unvertrauten Personen beobachtbar. Kinder sind nicht immer in der Lage zu erkennen, ob ihre Angst übertrieben oder unbegründet ist. Die Angst vor Leistungssituationen führt zu Prüfungsangst und damit verbunden zu einem schlechteren Leistungsergebnis im Vergleich zu den tatsächlichen Möglichkeiten in einer angstfreien Situation.

Die Auswirkungen der Sozialen Phobie zeigen sich zum Beispiel in der schulischen Leistungsfähigkeit sowie bei unterschiedlichen sozialen Aktivitäten im Alltag und bei sozialen Beziehungen. Dabei ist für Kinder weniger typisch, daß sich ihre sozialen und schulischen Leistungen verschlechtern; vielmehr besteht die Beeinträchtigung bei Kindern darin, daß sie bestimmte Entwicklungsprozesse im sozial-emotionalen und schulischen Bereich nicht durchlaufen und damit ein altersgemäßes Funktionsniveau bzw. altersgemäße Fertigkeiten nicht erreichen. Die Diagnose „Soziale Phobie“ wird bei Kindern und Jugendlichen vergeben, wenn die Kriterien mindestens über sechs Monate erfüllt sind.

1 Beschreibung des Störungsbildes

Die Mutter von Klaus sucht psychologische Hilfe für ihren Sohn, da sie von der Kinderärztin geschickt wurde. Dort stellt sie Klaus wegen verschiedener körperlicher Beschwerden vor: Er klagt morgens vor sowie während der Schule über Bauchschmerzen und Übelkeit; die Mutter berichtet auch über morgendliches Zittern vor der Schule sowie darüber, daß Klaus durchschnittlich jede dritte bis vierte Nacht einnäßt. Das nächtliche Einnässen trat erstmals im Verlaufe des ersten Grundschuljahres auf. Die Kinderärztin kann keinen organischen Befund feststellen, weder für Bauchschmerzen noch für Einnässen.

Mit den Eltern von Klaus wird, ohne seine Anwesenheit, ein Diagnosegespräch geführt. Zu einem nachfolgenden Termin schließt sich eine zweistündige Dia-

gnosephase mit Klaus an. Die Eltern bearbeiten mit dem Therapeuten in Anlehnung an den DIPS-K (Unnewehr, Schneider & Margraf, 1995) zuerst einen Fragebogen zur Abklärung der vorliegenden Störung; danach wird anhand eines Elternexplorationsbogens eine systematische Anamnese und Verhaltensanalyse erarbeitet (vgl. Petermann & Petermann, 1996). Klaus wird mit verschiedenen Verfahren getestet (CFT 20; Weiß, 1987; d2; Brickenkamp, 1994 und AFS; Wiczerkowski et al., 1981) und sein Verhalten systematisch in Spielsituationen beobachtet. Es wird der Beobachtungsbogen für sozial unsichere Kinder zugrundegelegt (BSU; vgl. Petermann & Petermann, 1996). Aufgrund der Ergebnisse ergibt sich das im folgenden beschriebene Störungsbild.

Klaus ist das dritte und jüngste Kind in der Familie. Mit seinen neun Jahren beträgt der Altersabstand zum nächsten Geschwister sechs Jahre. Es handelt sich hierbei um eine Schwester. Der Bruder ist neun Jahre älter als Klaus. Es handelt sich bei Klaus um einen sogenannten Nachkömmling. Alle Kinder leben noch in der Familie. Die Mutter ist nicht berufstätig und den ganzen Tag zu Hause. Obwohl Klaus bereits über neun Jahre alt ist, besucht er erst die zweite Grundschulklasse. Dies hängt damit zusammen, daß er von der Einschulung zurückgestellt wurde, da er aufgrund seiner sozialen Entwicklung mit einer Klassensituation überfordert war; denn er besuchte keinen Kindergarten. Die Rückstellung war mit der Auflage verbunden, daß Klaus an einer Vorschulklasse teilnimmt. Danach wird er regulär eingeschult. Sowohl im ersten als auch im zweiten Schuljahr fehlt Klaus häufig wegen Erkältungskrankheiten im Unterricht. In der Schule fällt er durch Schwierigkeiten im Lesen- und Schreibenlernen auf, wobei er diesbezügliche Leistungsanforderungen nach Möglichkeit meidet. Aus diesem Grund streitet sich Klaus häufig mit der Lehrerin. Im Rechnen sind seine Schulleistungen gut. Der Wechsel von der Vor- zur Grundschule brachte es mit sich, daß Klaus seinen ersten und einzigen Freund verlor. Obwohl der jetzt schon eineinhalb Jahre in der Klasse ist, hat er keine neue Freundschaft zu einem Klassenkameraden aufgebaut. Er besucht andere Kinder nicht, auch wenn er eingeladen ist. Meistens spielt er allein zu Hause, und seine wichtigsten Kontaktpersonen sind die Mutter und die Schwester. Sein Verweigerungsverhalten, besonders bei sozialen Anforderungen, ist stark ausgeprägt. Muß er solchen Anforderungen in der Familie doch einmal nachkommen, so zeigt er deutlich seinen Widerwillen: Er reagiert wütend, trampelt mit den Füßen, weint, schimpft oder läuft davon. Der Vater berichtet, daß Anforderungen jeder Art von der Mutter an den Jungen jedoch nur selten gestellt wurden. Sie verwöhne und behüte ihn zu sehr. Das hätte sie mit den älteren Geschwistern nicht getan. Die Mutter begründet ihr Erziehungsverhalten damit, daß sie immer zu Hause ist und für alle Arbeiten Zeit hat. Darüber hinaus hält sie den Straßenverkehr für gefährlicher als zur Zeit der älteren Geschwister, weswegen sie Klaus oft begleitet oder ungern alleine irgendwohin gehen läßt.

Klaus wird von den Eltern übereinstimmend als ein schon immer ruhiges und dadurch angenehmes Kind beschrieben, das die Fähigkeit besitzt, sich stundenlang allein zu beschäftigen. Die Eltern schildern es von Anfang an als ein

Problem, Verwandtenbesuche zu unternehmen oder zu erhalten. Klaus versteckte sich dann als kleines Kind hinter dem Rock der Mutter. Später läuft er sogar von zu Hause weg.

Da Klaus bis zum Beginn der Vorschule zu Gleichaltrigen keinen Kontakt hatte, spielte er häufig mit seiner älteren Schwester, zu der er auch jetzt noch ein gutes Verhältnis besitzt. Den intensivsten Kontakt pflegt er zur Mutter, mit der er auch schmust. Klaus war bislang durch sein ruhiges Wesen ein „pflegeleichtes Kind“, das fast nie geschimpft oder bestraft werden mußte. Lediglich in Situationen mit sozialen Anforderungen treten Probleme auf. Massiver werden diese erst mit der Einschulung in die erste Klasse.

Die Testergebnisse von Klaus zeigen eine gute durchschnittliche Konzentrationsfähigkeit sowie Intelligenz auf. Die Subskalen im Angstfragebogen für Schüler (AFS) weisen eine überdurchschnittlich große Prüfungsangst und manifeste Angst aus. Auch seine Schulunlust ist sehr groß. Eine Legasthenie kann bei Klaus ausgeschlossen werden, da er bei guter Stimmung und angstfreier Atmosphäre in befriedigender Weise Texte schreiben und lesen kann. Diese Situation tritt nur zu Hause auf.

Nach dem Beobachtungsbogen für sozial unsicheres Verhalten (BSU) sowie nach den Angaben der Eltern im Rahmen der systematischen Exploration sind für Klaus folgende Verhaltenskategorien kennzeichnend und stimmen mit den im DSM-IV genannten Klassifikationskriterien überein (vgl. Kasten 1).

Still sein. Klaus berichtet von sich aus keine Erlebnisse; er fragt nichts und er bittet um nichts. Extrem zeigt sich dieses Verhalten gegenüber unvertrauten, fremden Personen. Im Umgang mit diesen wenig vertrauten Personen wirkt Klaus sehr mißtrauisch. Die mangelnde verbale Kommunikation bezieht sich sowohl auf Erwachsene als auch auf Kinder. Selbst zu Hause sind diese Verhaltensweisen beobachtbar. Er erzählt von sich aus auch seiner Mutter nichts, am wenigsten aus dem Bereich der Schule. Er berichtet auch nicht, wenn er sich über etwas geärgert hat. Fragen der Mutter beantwortet Klaus nicht unmittelbar. Oft kommt es vor, insbesondere wenn er aus der Schule kommt, daß er erst nach einer halben Stunde Antwort geben und erzählen kann, was er erlebt hat oder was vorgefallen ist. Fremden Personen gegenüber verschließt er sich ganz. Klaus kann verbal weder gegenüber einem Kind noch gegenüber Erwachsenen Freude ausdrücken.

Gesichtsausdruck. Klaus zeigt in einer fremden Umgebung fast immer ein verlegenes Lächeln. Dies berichten auch die Eltern für zu Hause, wenn Besuch anwesend ist. Die Augenlider sind bei Klaus dann niedergeschlagen, beim Gehen hält er den ganzen Kopf gesenkt, Blickkontakt kann er so gut wie gar nicht aufnehmen. In einer fremden Umgebung sieht er sich unsicher um, als ob er Angst hätte, daß ihm jemand in einer Ecke auflauert.

Körperausdruck. Die Mutter beschreibt Klaus als nervös. Dies gilt besonders für Unterrichts- und Hausaufgaben-situationen. Das gleiche Verhalten kann auch während der Diagnose- und Therapiesitzungen beobachtet werden. Es

fällt auf, daß Klaus mit dem ganzen Körper ständig in Bewegung ist. Er schaukelt mit den Beinen, spielt fast immer mit seinen Händen, steht auf und setzt sich wieder hin. Von den Eltern wird eine einzige Situation genannt, in der keine motorische Unruhe auftritt, und zwar beim Fernsehen. Beim Fernsehen ist die Aufmerksamkeit von Klaus selektiv fokussiert, das heißt, er läßt sich durch nichts stören und ablenken.

Tätigkeiten. Klaus spielt, wie bereits berichtet, meistens alleine zu Hause, wobei er sich hervorragend alleine beschäftigen kann. Bei seinen Spielen, Bastel-, Werk- und Bauarbeiten fällt seine große Geduld positiv auf. Was er anfängt, schließt er mit Erfolg ab. Dabei scheint er, nach der Beschreibung der Eltern, große Zufriedenheit zu empfinden. Auch von seiner Familie erhält er für sein ruhiges und ausdauerndes Spielverhalten einerseits sowie die Ergebnisse seiner Bastelwerke andererseits große Anerkennung.

Sozialkontakt. Soziale Verpflichtungen und Tätigkeiten, sei es in der Schule oder in der Familie, vermeidet Klaus häufig erfolgreich. Kann er eine soziale Situation nicht vermeiden oder verweigern, so dauert es in der Regel sehr lange, bis er der Anforderung nachkommt. Generell lehnt Klaus es ab, sich einer spielenden Kindergruppe anzuschließen; er trifft sich auch nicht mit einem einzelnen Kind zu Hause, und er besucht schon gar nicht ein anderes Kind. Selbst wenn Nachbarkinder ihn zum Spielen abholen oder ihn besuchen wollen, kommt es vor, daß Klaus die anderen Kinder an der Haustür wieder wegschickt. Er äußert gegenüber der Mutter, daß er lieber alleine spielen möchte, wobei er sich dafür nicht nur zu Hause, sondern auch draußen in einem nahegelegenen Wald und in den Feldern aufhält.

Klaus hat durchaus Interesse an Sozialkontakt mit anderen Kindern, was zum einen daran erkennbar ist, daß er in der Vorschulklasse einen Jungen kennenlernte und zu diesem Klassenkameraden einen regelmäßigen und intensiven Kontakt hatte; zum anderen ist der Wunsch nach Sozialkontakt auch daran erkennbar, daß er sich über eine Einladung zu einer Kindergeburtstagsfeier sehr freut und diese Einladung wahrnehmen möchte. Die Mutter besorgt mit Klaus ein Geschenk für das Geburtstagskind. Die unbekannte Situation mit fremden Personen löst dann jedoch so viel Angst bei Klaus aus, daß er sich mit Wein- und Schimpfanfällen massiv weigert, zur Geburtstagsfeier zu gehen. Es kann dann vorkommen, daß er sich in sein Zimmer flüchtet und einschließt. Klaus hat lediglich zu jüngeren Kindern oder Mädchen aus der Nachbarschaft lose Sozialkontakte.

Auch in der häuslichen Umgebung kann es Situationen geben, die bei Klaus deutliche Anzeichen von Unwohlsein erzeugen. Besuchen beispielsweise Verwandte oder Bekannte die Familie, dann zeigt Klaus, je nach Vertrautheitsgrad der Besucher, ein hierarchisch gestuftes Rückzugsverhalten. Entweder zieht sich Klaus in eine andere Zimmerecke zurück, nämlich dahin wo das Fernsehgerät steht, oder er verläßt das Zimmer ganz und geht in sein eigenes Zimmer. Rufen der Eltern beantwortet er nicht, und solange der Besuch noch anwesend ist, kommt Klaus nicht in das Wohnzimmer. Fürchtet er eine Be-

suchssituation zu Hause in besonderem Maße, dann läuft er für die Zeit des Besuches von zu Hause weg und hält sich im nahegelegenen Wald spielerweise auf. Er kehrt dann unter Umständen erst nach Stunden zurück, nämlich nachdem der Besuch bereits gegangen ist.

Befindet sich Klaus in einer fremden Umgebung, so zieht er seine Jacke nicht aus. Schal, Mütze, Handschuhe und Tasche behält er in den Händen und legt sie nicht ab. Hat er keine Jacke an, so zieht er die Ärmel seines Pullovers bis zu den Fingerspitzen lang, die Schultern sind hochgezogen, so als ob er frieren würde.

Neben dem Alleinespielen möchte Klaus am liebsten nur mit seiner Mutter oder seiner Schwester zusammen sein. Man kann beobachten, daß es ihm schwerfällt, sich von der Mutter zu trennen. Obwohl er bereits neun Jahre alt ist und eine bewältigbare Wegstrecke zur Therapie hat, bringt ihn die Mutter und holt ihn auch wieder ab.

Sich selbst behaupten. Klaus behauptet sich gar nicht oder unangemessen. Das bedeutet, daß er einerseits seine Meinung oder Kritik nicht äußert, andererseits lehnt er eindeutig und massiv alles ab, was mit sozialen Anforderungssituationen zu tun hat oder wozu er keine Lust hat. Kompromisse können mit Klaus in solchen Situationen nicht gefunden werden.

Eigenständige Aktivitäten. Eigenständige Aktivitäten zeigt Klaus lediglich in Spiel- und Bastelsituationen alleine zu Hause. Im Sozialbereich ist er zu keiner eigenständigen Aktivität in der Lage. Das bedeutet, er kann zu anderen Kindern keinen Kontakt aufnehmen und sich einer spielenden Kindergruppe nicht anschließen. Kommen andere Kinder auf ihn zu, so verweigert er den Kontakt zu ihnen. Bei schwierigen sozialen Anforderungen zu Hause, zum Beispiel wenn Besuch kommt, vermeidet er diese Situationen dadurch, daß er aus dem Felde geht (s. o.).

2 Differentialdiagnostik

Aufgrund der Informationen aus der Elternexploration und den Verhaltensbeobachtungen können für Klaus Kodierungen psychischer Störungen nach DSM-IV vorgenommen werden (siehe Kasten 1, in Klammer stehen die ICD-10 Kodierungen).

Die zentrale Diagnose für Klaus besteht in der „Sozialen Phobie“. Hier erfüllt er alle im DSM-IV aufgeführten Kriterien, besonders im Hinblick auf die für Kinder typischen Äußerungsformen dieser psychischen Störung. Dazu zählt, daß sich die Angst bei Kindern vor sozialen Situationen mit unvertrauten Personen in Weinen, Wüten, Erstarren oder Zurückweichen äußern kann. Klaus zeigt vielfach dieses Verhalten; er verfügt über altersangemessene soziale Kompetenz im Umgang mit vertrauten Personen, und die Angst tritt nicht nur

gegenüber Erwachsenen, sondern auch bei Gleichaltrigen auf. Dies sind zwei weitere kindspezifische Kriterien; schließlich erfüllt Klaus das vierte für Kinder typische Kriterium: Er erkennt nicht, daß seine Angst übertrieben und unbegründet ist.

Kasten 1:

DSM-IV-Kodierungen unter Berücksichtigung aller fünf Achsen

Achse I: Klinische Störungen und Andere Klinisch Relevante Probleme	
300.23	Soziale Phobie, generalisiert (F93.2 Störung mit sozialer Ängstlichkeit)
309.21	Störung mit Trennungsangst (F93.0)
314.01	Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung, vorwiegend Hyperaktivitäts-Impulsiver Typus (F90.1)
307.6	Enuresis Nocturna, sekundär (F98.00)
Diagnosen: 300.23 (F93.2) und 307.6 (F98.00)	
Komorbide Störungen, bei denen Klaus nicht alle diagnostischen Kriterien erfüllt: 309.21 und 314.01	
Achse II: Persönlichkeitsstörungen	
Geistige Behinderung	
V71.09	Keine Diagnose
Achse III: Medizinische Krankheitsfaktoren	
Keine	
Achse IV: Psychosoziale und Umgebungsbedingte Probleme	
Probleme mit der Hauptbezugsgruppe: elterliche, vor allem mütterliche Überfürsorglichkeit	
Probleme im sozialen Umfeld:	Verlust des Freundes; Schwierigkeiten, sich auf den neuen Lebensabschnitt Schule einzustellen
Ausbildungsprobleme:	Lernprobleme; Streit mit der Lehrerin bezüglich Lesen, Schreibenübungen und Vorlesen
Berufliche Probleme:	nicht zutreffend
Wohnungsprobleme:	keine
Wirtschaftliche Probleme:	keine
Probleme beim Zugang zur Krankenversorgung:	nicht zutreffend
Probleme im Umgang mit dem Rechtssystem/Delinquenz:	keine
Andere Probleme:	keine
Achse V: Globale Erfassung des Funktionsniveaus	
GAF=41 (zur Zeit)	
Dieser Wert zeigt an, daß Klaus ernste Beeinträchtigungen in der sozialen Entwicklung sowie in der schulischen Leistungsfähigkeit aufweist.	

Da bei Klaus fast alle sozialen Situationen angstbesetzt sind, und er folglich, wenn er irgend kann, diese vermeidet, muß die Zusatzkodierung „**generalisiert**“ vorgenommen werden. Als Folge zeigen sich massive Defizite in sozialen Fertigkeiten, besonders außerhalb der Familie, mit entsprechend schweren Beeinträchtigungen in der Sozialentwicklung, bei der verbalen Kommunikationsfähigkeit sowie bei schulischen Leistungen.

Seit der ersten Klasse in der Grundschule, das heißt seit über einem Jahr zum Zeitpunkt der psychologischen Diagnostik, näßt Klaus zweimal wöchentlich nachts ein. Damit erfüllt er die diagnostischen Kriterien für eine sekundäre

Enuresis Nocturna nach beiden Diagnosesystemen. Das DSM-IV vergibt diese Diagnose ab dem fünften Lebensjahr bei mindestens zweimaligem Einnässen pro Woche für drei aufeinanderfolgende Monate. Nach der ICD-10 muß bei Kindern über sieben Jahren Einnässen einmal pro Monat für minimal drei Monate auftreten (vgl. Petermann & Petermann, 2000).

Die Störung mit „Trennungsangst“ wird als komorbide Störung betrachtet, ohne daß sie alle erforderlichen diagnostischen Kriterien erfüllt. Die Tatsache, daß sich Klaus von seiner Mutter und seiner Schwester nur schwer trennen kann, weist zwar auf eine Störung mit Trennungsangst hin; es gibt jedoch auch soziale Situationen zu Hause, während derer sich Klaus äußerst unwohl fühlt, diese fürchtet und in der Regel auch erfolgreich vermeidet, indem er die Wohnung verläßt und sich freiwillig von den engsten Bezugspersonen trennt (vgl. oben das Beispiel „Verwandtenbesuch“). Das bedeutet, daß eine alleinige Diagnose einer Sozialen Phobie nicht gestellt werden kann, aber eine Störung mit Trennungsangst nicht in dem Umfang vorliegt, wie er durch den Kriterienkatalog gefordert wird. Genauso verhält es sich mit der Diagnose „Hyperkinetische Störung“; diese liegt lediglich hinsichtlich dreier von sechs geforderten Kriterien vor, und zwar die Hyperaktivität betreffend, und kann somit lediglich als komorbide Störung bezeichnet werden. Damit jedoch das Spektrum der klinisch relevanten Probleme von Klaus deutlich wird, sind auch die beiden komorbiden Störungen genannt.

Eine differentialdiagnostische Abgrenzung muß zu verschiedenen Angststörungen erfolgen. Für Klaus kann festgestellt werden, daß keine Panikstörung vorliegt, und die Panikattacken bei Klaus in Form von Übelkeit, Bauchschmerzen und ähnlichen Symptomen ausschließlich auf soziale Anforderungssituationen begrenzt sind, nämlich auf den allmorgendlich bevorstehenden Schulbesuch. Entsprechend fehlen in den Ferienzeiten derartige Panikattacken. Das heißt, sie äußern sich vorwiegend in bedrohlichen sozialen Situationen. Solche körperlichen Symptome treten typischerweise bei Sozialer Phobie, aber auch bei der Störung mit Trennungsangst auf (vgl. DSM-IV, 1996).

Bei Klaus muß auch eine differentialdiagnostische Abgrenzung zur Generalisierten Angststörung erfolgen. Diese ist nach DSM-IV dadurch charakterisiert, daß ausgeprägte Sorgen im Hinblick auf eigenes Verhalten und die eigene Leistungsfähigkeit bestehen, und diese auch auftreten, wenn die Person mit einer Generalisierten Angststörung nicht von anderen beobachtet und beurteilt wird. Im Unterschied dazu ist bei einer Sozialen Phobie die Leistungsangst ausschließlich auf soziale Situationen bezogen, in denen eine Bewertung erfolgen kann. Die Situation des Lesens in der Schule verdeutlicht bei Klaus sehr klar, daß sich seine Angst vor dem Lesen ausschließlich auf Situationen der Bewertung und der sozialen Hervorhebung, wie sie in einer Unterrichtssituation gegeben sind, bezieht. Liest er in ruhiger und entspannter Atmosphäre mit seiner Mutter zu Hause oder mit einer vertrauten Person, ohne Zuhörer und Zuschauer (soziale Hervorhebung), dann kann er altersangemessen befrie-

digend lesen. Dies wäre bei einer Generalisierten Angststörung nicht der Fall, da bei dieser Störung die Bewertungsangst in jeder Situation vorhanden wäre.

Die Tatsache, daß Klaus hohes Interesse an Kontakten und Beziehungen zu vertrauten Personen und an sozialen Situationen mit diesen Personen aufweist, vor allem zu seiner Mutter und Schwester, läßt die Diagnose „Soziale Phobie“ eindeutig gegen Tiefgreifende Entwicklungsstörungen abgrenzen, bei deren Vorliegen prinzipiell kein Interesse an Kontakten mit anderen Menschen besteht. Zudem läßt sich bei Klaus die Abgrenzung deshalb klar vollziehen, da er das Kriterium erfüllt, mindestens eine altersangemessene soziale Beziehung mit jemandem außerhalb seiner Familie zu pflegen. Er hatte einen Freund in der Vorschulklasse, mit dem er regelmäßig Sozialkontakt pflegte.

Das Interesse von Klaus an Technik, Basteln, Bauen und Spielen alleine zu Hause sowie die hohe Befriedigung und Selbstwirksamkeit, die er aus diesen Aktivitäten zieht, lassen eine Major Depression oder Dysthyme Störung ausschließen (vgl. Petermann et al., 2000).

3 Erklärungsansätze

Angststörungen werden einerseits über somatische Ansätze, andererseits mit Hilfe von psychologischen Theorien erklärt. Es werden Neurotransmitter-Modelle der Angst entworfen, die sich auf das Noradrenerge-, das Serotonerge- und das Benzodiazepin-System beziehen (vgl. Birbaumer & Schmidt, 1996; Gahr, 1996; Kandel & Kupfermann, 1996). Von besonderem Interesse sind die psychologischen Erklärungsansätze. Sie beziehen sich auf verschiedene Konditionierungsprozesse, kognitive Theorien sowie Modellernprozesse (vgl. Petermann et al., 2000; Strian, 1983).

Bei Klaus fallen vor allem operante Konditionierungen ins Auge, die in seiner Biographie bisher auftraten und zur Entwicklung der Sozialen Phobie entscheidend beigetragen haben dürften. Einen ersten Aspekt betrifft das Temperament von Klaus. Er wird von den Eltern als schon immer ruhiges Kind, das schüchtern und gehemmt ist, beschrieben. Diese für Erwachsene angenehme Seiten eines Kindes werden mit entsprechender Zuwendung einerseits bekräftigt, andererseits werden solche Kinder häufig zusätzlich umsorgt, behütet und über die Maßen beschützt. Dies trifft durchgängig bis in die jüngste Zeit auch für Klaus zu. Die Mutter ist vor allem in all jenen Situationen sehr um Klaus besorgt, in denen er die elterliche Wohnung verläßt. Eine dieser Sorgen bezieht sich zum Beispiel auf den Straßenverkehr und darauf, daß Klaus ein Unfall zustoßen könnte. So sieht es die Mutter auch nicht ungern, wenn sich Klaus überwiegend zu Hause aufhält. Dadurch wird der Junge einerseits nicht selbstständig, andererseits wird er negativ für sein sich zurückziehendes Verhalten verstärkt. Das bedeutet, er kann die für ihn angstbesetzten sozialen Situationen vermeiden. Lerntheoretisch betrachtet entfernt er durch sein Rückzugsverhal-

ten negative Reize bzw. Verstärker und erfährt dadurch eine indirekte Belohnung, also negative Verstärkung (vgl. Petermann & Petermann, 1997). Positive Bekräftigung erlebt Klaus im Sozialkontakt mit anderen kaum, und er lernt auch nicht, sich in der Auseinandersetzung mit Gleichaltrigen selbst zu behaupten oder durchzusetzen; über derartige Selbstwirksamkeitserlebnisse verfügt Klaus somit nicht.

Klaus kann also durchgängig Flucht- bzw. Vermeidungsverhalten erfolgreich praktizieren. Dieses Vermeidungsverhalten besteht beispielsweise darin, sich als kleines Kind bei Besuch hinter dem Rock der Mutter zu verstecken, in das eigene Zimmer zurückzuziehen oder die Wohnung für die Zeitspanne der Besuchsdauer zu verlassen und sich im nahegelegenen Wald aufzuhalten. Schließlich werden Einladungen von anderen Kindern nicht angenommen und der Besuch bei anderen verweigert. Das Vermeidungsverhalten wird durch Aufmerksamkeit und Zuwendung von seiten der Familie positiv verstärkt. Die Tatsache, daß Klaus diese sozialen Anforderungen meiden kann, stellen zugleich immer eine negative Verstärkung dar (vgl. oben). Wird für einen Kindergeburtstag ein Geburtstagsgeschenk besorgt, so erfährt Klaus nicht nur positive und negative Verstärkung, sondern sogar eine materielle Bekräftigung, indem ihm die Mutter nach einiger Zeit das Geburtstagsgeschenk, welches für ein anderes Kind bestimmt war, überläßt.

Nicht nur das erfolgreiche Vermeidungsverhalten von Klaus führt dazu, daß er soziale Fertigkeiten nicht entwickelt, sondern auch durch andere familiäre Bedingungen sind für ihn keine Übungsmöglichkeiten, vor allem im Umgang mit wenig vertrauten Personen, gegeben. Entscheidend trägt hierzu die Tatsache bei, daß Klaus keinen Kindergarten besuchte. Die erste, zu späte Konfrontation mit Gleichaltrigen, zudem in einer relativ großen Kindergruppe, die ihm unbekannt und unvertraut war, erfährt Klaus mit dem Vorschuleintritt. Zu Hause ist er ausschließlich von den älteren Geschwistern und den Eltern umgeben. Dies ist kein ausreichendes Übungsfeld, um soziale Kompetenz aufzubauen.

Sicherlich ist auch von Wechselwirkungen zwischen den mangelnden Kontaktmöglichkeiten und dem sich entwickelnden Vermeidungsverhalten auszugehen, und zwar in der Weise, daß die nicht vorhandene Konfrontation mit sozialen Anforderungssituationen ein Vermeidungsverhalten sehr begünstigt. Dieses Vermeidungsverhalten, welches bisher soziale Situationen zu Hause und Kontakte zu Gleichaltrigen betrifft, generalisiert in der Weise, daß besonders in der Schule alle Situationen, die mit einer sozialen Hervorhebung gekoppelt sind, von Klaus gemieden werden. Hierzu zählt vor allen Dingen das Lesenüben und Vorlesen sowie Schreiben an der Tafel. Die Vermeidung all dieser Situationen bedeutet wiederum im Erleben von Klaus eine negative Verstärkung.

Sehr viele positive Bekräftigungen erfahren die Verhaltensweisen von Klaus, die ausdauerndes, ruhiges Spielen alleine betreffen. Beobachtet man Klaus bei diesen Tätigkeiten, so kann man erkennen, daß ihm der Rückzug in seine

Spiel- und Gedankenwelt Zufriedenheit und Selbstwirksamkeit gibt. Da er sehr viel bastelt und sich mit Technik beschäftigt, erhält er für seine Ergebnisse Lob und Anerkennung aus der Familie. Das Alleinespielen zu Hause wird also durch Selbst- und Fremdverstärkungsprozesse aufrechterhalten.

Das Bedürfnis von Klaus nach sozial-emotionalen Kontakten wird von der Familie voll befriedigt, da Mutter und Schwester mit ihm spielen und schmusen. Wegen dieser Selbst- und Fremdverstärkungsprozesse besteht für Klaus keine Notwendigkeit, sich hinsichtlich der Sozialkontakte außerfamiliär zu orientieren.

Von großer Bedeutung dürfte für Klaus der Verlust des Freundes am Ende der Vorschulzeit sein. Beide Jungen werden in unterschiedliche Grundschulklassen eingeschult. Dieser Kontakt wird von den Eltern für die Zeit des Vorschulklassenbesuchs als stabil und positiv beschrieben. Dadurch, daß die beiden Jungen nicht mehr in einer Klasse sind, nimmt die Kontakthäufigkeit sowie Vertrautheit zwischen ihnen ab. Es gibt auch immer weniger gemeinsame Erfahrungen, die sie verbinden könnte. Welche Bedeutung hat die Tatsache, daß Klaus das erste Mal einen Gleichaltrigenkontakt außerhalb der Familie aufbaut, der durch äußere Umstände nach ca. einem Jahr verlorenght? Die Wirkung könnte für ihn in zweierlei Hinsicht negativ sein: Zum einen erlebt er den Verlust des Freundes als Bestrafung, zum anderen kann er dem trennenden Ereignis nichts entgegensetzen und damit diese Situation nicht kontrollieren (vgl. Seligman, 1995). Eventuell hat Klaus den Verlust dieser ersten Freundschaft so verarbeitet, daß es sich nicht lohnt, in außerfamiliäre Kontakte Emotionen zu investieren, da diese durch Trennungserlebnisse enttäuscht werden. Bei dieser Sichtweise handelt es sich um eine mögliche Interpretation, wie das Verlustereignis auf Klaus gewirkt haben könnte. Dieser Schluß liegt jedoch nahe, da Klaus innerfamiliär konstant gute Kontakte lebt. Dies ist allerdings nur auf den engsten Familienkreis bezogen.

Schließlich spielt bei der Entstehung der Sozialen Phobie auch die Vorbildwirkung der Mutter eine Rolle. Die Mutter fällt durch mangelnde Blickkontaktfähigkeit auf sowie dadurch, daß sie zu Beginn des therapeutischen Kontaktes im Rahmen der Elternexploration und Elternberatung von sich aus wenig über die Entwicklung von Klaus berichtet. Erst nach einigen Sitzungen kann die Mutter dieses Verhalten etwas verändern, nachdem eine gewisse Vertrautheit entstanden ist; ähnliches ist auch bei Klaus in den Therapiestunden beobachtbar. Für diese Merkmale kann in jedem Fall ein Modellerneffekt angenommen werden.

Vor allem das inkonsequente Verhalten der Mutter verhindert es, daß Klaus Sozialkontakt aufbaut. Belohnungen in Form von Süßigkeiten und kleinen Spielzeugen werden dem Jungen von der Mutter großzügig und regellos gewährt. So läßt sich kein Anreiz setzen, um Klaus zu sozialen Situationen zu motivieren und ihn von seinem Vermeidungsverhalten abzuhalten. Zudem kann Klaus keine Kontingenz zwischen eigenem Bemühen und Belohnung erkennen.

Zusammenfassend läßt sich feststellen, daß das ruhige Temperament des Jungen, die familiären Lebensumstände (jüngstes Kind, Mutter zu Hause, kein Kindergartenbesuch), die Vorbildwirkung der Mutter sowie die falschen Verstärkerbedingungen und mangelhaften Kontingenzzusammenhänge entscheidend zur Entwicklung sowie Aufrechterhaltung des Problemverhaltens von Klaus beigetragen haben.

4 Interventionsprinzipien

Die Therapieziele und das therapeutische Vorgehen beziehen sich auf die Diagnose „Soziale Phobie“. Die sekundäre Enuresis Nocturna wird als Folge der Sozialen Phobie und Unsicherheit interpretiert, ähnlich wie die situationsgebundenen Panikattacken mit Übelkeit und Bauchschmerzen, vor allem morgens vor der Schule. Es wird bei der Therapieplanung davon ausgegangen, daß bei erfolgreicher Intervention der Sozialen Phobie das Bettnässen verschwindet, ebenso die anderen körperlichen Symptome. Deshalb steht, trotz erfüllter Klassifikationskriterien für eine sekundäre Enuresis Nocturna, ein soziales Kompetenztraining im Mittelpunkt der therapeutischen Bemühungen.

Die globalen **Ziele** für Klaus bestehen darin, daß er lernt, Kontakte mit wenig vertrauten und fremden Personen nicht zu meiden, sondern zu bewältigen. Er soll auch lernen, zu Gleichaltrigen Kontakte zu knüpfen und aufrechtzuerhalten. Das bedeutet für Klaus, daß er Kinder an der Haustür nicht abweist, Einladungen zu Kindern nicht verweigert und vor allem auch auf andere Kinder zugehen lernt und sie beispielsweise nach Hause einlädt oder sich mit ihnen zum Spielen außerhalb der Wohnung verabredet. Dazu muß er die Kommunikationsfertigkeiten lernen, bei denen er die größten Probleme aufweist, wie zum Beispiel nicht nur still zu sein, sondern etwas zu fragen oder zu erzählen. Auch der Gesichtsausdruck mit Blickkontaktfähigkeit gehört als Basiskompetenz zur Gestaltung sozialer Kontakte.

Klaus muß seine Scheu vor sozialer Hervorhebung im Unterricht abbauen. In kleinen Schritten übt er dafür Verhaltensweisen wie Vorlesen, und zwar zuerst im Zweierkontakt, dann in einer kleinen Kindergruppe und schließlich in einer Schulklasse.

Die **Interventionsschritte** für Klaus orientieren sich vorrangig an dem Training mit sozial unsicheren Kindern (vgl. Petermann & Petermann, 1996). Nach der Erstkontakt- und Diagnosephase erhält Klaus ein siebenstündiges Einzeltraining, und zwar einmal pro Woche. Jede Sitzung dauert 50 Minuten. Danach nimmt Klaus an einer Kindergruppe mit drei weiteren Kindern teil. Die Gruppe besteht aus zwei Mädchen und einem weiteren Jungen; die Kinder sind im Alter von acht bis elf Jahren. Die Anzahl der Gruppensitzungen beläuft sich auf acht Termine, wobei die Sitzungen aus Doppelstunden à 100 Minuten bestehen. Dem Gruppentraining, das ein strukturiertes und direktives Vorgehen

verfolgt, sind vier Gruppensitzungen vorgeschaltet, in denen die Kinder frei bestimmen können, was sie mit wem spielen wollen. Diese vier Gruppensitzungen verfolgen noch keine strukturierten Trainingsziele, sondern sollen es ermöglichen, daß sich die Kinder in freiem Spiel miteinander vertraut machen. Des weiteren erfolgt eine Elternberatung, an der überwiegend die Eltern von Klaus allein teilnehmen; bei zwei Sitzungen von insgesamt fünf doppelstündigen Sitzungen sind Klaus und seine Schwester zeitweise anwesend und aktiv einbezogen.

Die **Interventionsprinzipien** für Einzel-, Gruppentraining und Elternberatung bestehen aus:

- dem Initiieren von Modellernprozessen,
- dem Anwenden von Verstärkungsprinzipien,
- der Schulung der Selbstwahrnehmung durch Selbstbeobachtungstechniken,
- der Schulung der sozialen Wahrnehmung,
- dem Aufbau von Selbstmanagementfertigkeiten zur Erzeugung von Ruhe und Entspannung,
- der kognitiven Umstrukturierung mit Hilfe positiver Selbstgesprächsinhalte und effektiven Selbstinstruktionen,
- der Konfrontation mit eigenen Ängsten,
- Rollenspielen zum Einüben einzelner und komplexer Verhaltensfertigkeiten,
- der Befähigung der Eltern zur richtigen Anwendung von Verstärkungsprinzipien und
- der Reflexion der Eltern im Hinblick auf eigenes Verhalten, das eine Vorbildwirkung besitzt.

Alle **Kindertherapiesitzungen** sind in gleicher Weise aufgebaut und durch eine Reihe von Ritualen strukturiert. Jede Sitzung wird damit eröffnet, daß mit den Kindern der Beobachtungsbogen (Detektivbogen) besprochen und ausgewertet wird. Die Kinder erhalten hierbei Lob und Anerkennung für ihre Bemühungen einerseits, andererseits werden Fragen gestellt, wie sie bestimmte Alltagssituationen und Aufgaben bewältigt haben. Dabei können neue Ideen entwickelt und Hilfestellung gegeben werden. Das zweite sich anschließende Ritual besteht in der Anwendung einer Entspannungstechnik für Kinder; es werden dazu die Kapitän-Nemo-Geschichten erzählt (vgl. U. Petermann, 1994; 1996). Diesem Ritual schließt sich die eigentliche materialgeleitete Trainingsarbeit an. In dieser Arbeitsphase werden eine Reihe wichtiger Themen mittels der oben genannten Interventionsprinzipien erarbeitet (vgl. Tab. 1). In dieser Phase können die Kinder im Rahmen eines Tokensystems Punkte für die Phase der Spielminuten verdienen; die Punkte legen den Minutenumfang der Freispielzeit fest, mit der eine Therapiesitzung endet (vgl. dazu Petermann & Petermann, 1996).

Tabelle 1:
 Überblick über die Ziele und Materialien von Klaus im Einzel- und Gruppentraining
 (vgl. zu den Zielen und Materialien Petermann & Petermann, 1996)

	Ziele	Themen	Materialien
Einzeltraining	Sich mit sozialer Angst und unsicherem, vermeidendem Verhalten sowie den Konsequenzen auseinandersetzen.	Zu einem Klassenkameraden Kontakt knüpfen und sich verabreden.	Videosituation „Eine Verabredung“
	Schulung der Wahrnehmung für soziale Ereignisse: Gesichtsausdrücke interpretieren und Selbstinstruktion zur kognitiven Umstrukturierung kennenlernen.	In der Klasse von der Lehrerin aufgerufen werden und aus dem Lesebuch ein geübtes Stück vorlesen.	Wolkenköpfe mit Gedanken (Arbeitsblätter „Gesichtsausdrücke“)
	Erwartungen reflektieren, ob starke Personen sich immer angstfrei verhalten; sich mit der eigenen sozialen Angst sowie unsicherem Verhalten auseinandersetzen.	Angst vor dem Straßenverkehr und Unfällen; Angst davor, verprügelt zu werden und sich nicht trauen, zurückzuschlagen.	Das „Superman-Spiel“ (zwei Arbeitsblätter)
	Mit Hilfe der Gestik einen Situationsablauf erkennen, Sprechblasen ergänzen und Mimik zuordnen können.	Zugeben, daß Mathematikaufgaben nicht verstanden wurden und einen Klassenkameraden ansprechen und um Hilfe bitten.	Comicgeschichte (Arbeitsblatt „Was will Ralf?“)
	Gruppentraining Positive Gefühle und Freude bei vertrauten Personen zeigen.	Als beschenktes Geburtstagskind mit Mimik und Worten Freude ausdrücken.	Fotogeschichte „Das Geburtstagsgeschenk“
Bei bekannten Personen den eigenen Anspruch realisieren und den Anspruch eines anderen erkennen.	Einen Klassenkameraden auf der Straße ansprechen lernen.	Cartoon „Hausaufgaben erfragen“	
Bei vertrauten Personen sich angemessen selbstbehaupten lernen.	Sammeln und ausgestalten selbstbehauptenden Verhaltens und ein Hörspiel dazu gestalten.	Videosituation „Die Beleidigung“ (ohne sozial kompetenten Lösungsweg)	
Mit sozialer Hervorhebung in einer größeren Gleichaltrigengruppe umgehen lernen.	In der Trainingssitzung wird eine analoge Situation zur Fotogeschichte hergestellt und diese Erfahrung mit Hilfe der Fotogeschichte reflektiert.	Fotogeschichte „Aufgerufen werden in der Schule“	
Erzählen und seine Meinung in einer Gruppe Gleichaltriger äußern können.	Die Kinder müssen ein Thema für ein Rollenspiel, welches zur Fotogeschichte paßt, finden.	Fotogeschichte „Diskutieren mit anderen“	
Bei einer vertrauten Person Freude und Anerkennung zeigen lernen.	Einen anderen loben und mit Hilfe von Videofeedback erkennen, ob es unterlassen wurde.	Cartoon „Fußballspiel“	

Verhaltensübungen erfolgen mit Hilfe strukturierter Rollenspiele, vorzugsweise in der Kindergruppe. Die Kinder erhalten meistens ein Arbeitsblatt zur Vorbereitung eines Rollenspiels. Auf dem Arbeitsblatt wird eine soziale Situation geschildert, die häufig durch ein Foto oder einen Cartoon konkretisiert ist. Jede Situation gibt zwei Lösungen vor, die zu unterschiedlichen Konsequenzen führen. Einmal wird ein sozial kompetentes bzw. Annäherungsverhalten aufgezeigt, das zu einem erfolgreichen Ergebnis beiträgt; und einmal sind Verhaltensweisen als Situationsausgang geschildert, die sozial ängstliche und unsichere Komponenten aufweisen und deshalb nicht erfolgreich sind. Die Kinder einer Trainingsgruppe haben die Aufgabe, mit Hilfe dieser Vorlagen ein Rollenspiel auszugestalten. Sie dürfen anfangs sowohl ängstliches, unsicheres als auch sozial kompetentes Verhalten spielen. Im Verlauf des Gruppentrainings werden dann nur noch sozial kompetente Fertigkeiten geübt.

Nach den Rollenspielen, die mit Rollentausch durchgeführt werden, finden gezielte Reflexionen statt. Diese werden mit Fragen eingeleitet wie: Wurde das Rollenspiel nach den Absprachen durchgeführt? Wie hast Du Dich in der Rolle gefühlt? Was hat das Ergebnis des Rollenspiels mit dem Verhalten zu tun? Was kann man noch anders machen? Arbeitsblätter zu und Videoaufzeichnungen von den Rollenspielen unterstützen die Reflexion und ermöglichen Verhaltensrückmeldung. Die Reflexionsphase der Rollenspiele wird oftmals mit erneuten Rollenspielen abgerundet. Mit den wiederholten Verhaltensübungen setzen die Kinder häufig eigene Ideen zur Situationsgestaltung um.

Die **Elternarbeit**, an der Mutter und Vater teilnehmen, ist dadurch geprägt, daß auch die Eltern soziales Verhalten beobachten lernen; anfangs bezieht sich dies auf das Verhalten von Klaus. Dies ist für die Eltern eine gut bewältigbare Anforderung. Sehr viel schwieriger – da bedrohlicher – ist es für die Eltern, sich selbst zu beobachten, zum Beispiel im Hinblick darauf, welches eigene Verhalten als ungünstiges Modell von ihnen gezeigt wird, und wie oft dieses im Alltag auftritt.

Die Verhaltensbeobachtungsübungen sind oft damit verbunden, Kontingenzzusammenhänge zu erkennen. Daran wird den Eltern verdeutlicht, durch was das Problemverhalten aufrechterhalten wird; alternative Verhaltensweisen werden erarbeitet und im Rahmen der Hausaufgabentechnik eingeübt. Im Falle von Klaus steht besonders das Verhalten der Mutter im Blickpunkt. Mit der Unterstützung der älteren Tochter und des Ehemannes sollte sie lernen,

- auf Anforderungen gegenüber Klaus zu bestehen,
- ihn nicht mehr regellos, vor allem mit Süßigkeiten und Spielsachen, zu bekräftigen und
- ihm mehr Freiraum für selbständiges Handeln zu geben.

Dazu wurde unter anderem angeregt, daß Klaus einmal in der Woche regelmäßig einer Verpflichtung nachkommt, indem er zum Beispiel einen Sportverein besucht.

5 Resümee

Nach Abschluß der Therapie kann eine Vielzahl von Änderungen festgestellt werden. Die deutlichsten Veränderungen können hinsichtlich des Körper- und Gesichtsausdrucks von Klaus beobachtet werden. Die systematische Auswertung der videodokumentierten Trainingssitzungen zeigt, daß Klaus sich nicht mehr in seinem Pullover versteckt und auch seine Jacke ausziehen kann. Er zappelt weniger mit seinen Händen und Beinen herum und kann auch für die notwendige Zeitspanne in den Trainingssitzungen zunehmend besser auf seinem Platz sitzenbleiben. Das nervöse Spielen mit den eigenen Händen läßt nach.

Der Gesichtsausdruck von Klaus wird entspannter. Ein verlegenes Lächeln sowie unsicheres Umherschauen treten zunehmend seltener auf. Die Blickkontakthäufigkeit steigt an, ist aber noch verbesserungsbedürftig. Diese positiven Trainingseffekte beginnen im Einzeltraining und setzen sich in noch deutlicherem Ausmaß im Gruppentraining fort.

Weiter ist erkennbar, daß Klaus im Einzeltraining hinsichtlich des Verhaltensbereichs „Erzählen und Fragen“ keine Fortschritte macht, im Gruppentraining dagegen große. Nach anfänglichen Schwierigkeiten im Gruppentraining kann Klaus sein Verhalten in wichtigen Bereichen bedeutsam verbessern. Deutlich fällt auf, daß er in den freien Spielminuten keine Tätigkeiten alleine bevorzugt, sondern sich fast immer mit den anderen Kindern der Trainingsgruppe beschäftigt. Damit geht unter anderem auch eine Veränderung in der Kategorie „Erzählen“ einher; durch die Kontakte mit den Kindern im Gruppentraining redet Klaus deutlich mehr, so daß die Verhaltenskategorie „Stillsein“ nicht mehr feststellbar ist. Während des Einzeltrainings verändert sich „selbstbehauptendes Verhalten“ und „eigenständige Aktivitäten ergreifen“ nicht. Im Gruppentraining hingegen setzt eine positive Veränderung in diesen Verhaltensbereichen bei Klaus ein.

Die sehr guten Erfolge im Training sollten auch im Alltag ihren Niederschlag finden. Die Eltern bestätigen, daß Klaus zu seinen Klassenkameraden zwar noch wenig außerschulischen Kontakt sucht, das Zusammentreffen mit Nachbarkindern nimmt jedoch deutlich zu. Im Kontakt mit diesen Kindern kann sich Klaus angemessen behaupten. Die Eltern berichten weiter, daß er regelmäßig eine Judogruppe in einem Sportverein besucht. Die Mutter und die Lehrerin berichten übereinstimmend, daß das Sozialverhalten von Klaus eine positive Entwicklung genommen und sich auch stabilisiert hat. So ist Klaus beispielsweise in der Lage, sich in Konfliktsituationen mit anderen Kindern kompromißbereit zu verhalten, und er tendiert nicht mehr dazu, vor solchen Ereignissen davonzulaufen.

Schulische Leistungsanforderungen, besonders was das Lesen und Schreiben angeht, meidet Klaus nach wie vor. Auch mit Situationen der sozialen Hervorhebung in der Klasse hat Klaus immer noch erhebliche Probleme.

Die noch zu gering ausgeprägte Fähigkeit zum Blickkontakt hängt sicherlich mit der Vorbildwirkung der Mutter zusammen, die ihrerseits die diesbezüglichen Verhaltensweisen nur in begrenztem Umfang modifizieren kann. Die erreichten Trainingseffekte geben die Eltern in einer Nachkontrolle nach drei Monaten als noch stabil an.

Die sekundäre Enuresis Nocturna sowie die panikattackenähnlichen körperlichen Symptome verschwinden, und zwar im Verlaufe des Gruppentrainings. Auch diese Effekte bleiben drei Monate nach Therapieende noch erhalten. Damit ist die Interpretation bestätigt, daß diese Symptome als Folge der Sozialen Phobie betrachtet werden können.

Die vielseitigen und stabilen Veränderungen bei Klaus und seinen Eltern sprechen dafür, daß die Ziele, Schwerpunkte und Interventionsprinzipien in diesem Therapiefall richtig gewählt worden sind. Einige Ziele können jedoch nur ansatzweise realisiert werden (s. o.). Dies wird darauf zurückgeführt, daß Klaus ein um vier Termine längeres Gruppentraining sowie therapeutisch begleitete Übungen in der Schule benötigt hätte. Die Beratung und Instruierung der Lehrerin reichen nicht aus. Die vier Gruppensitzungen vor dem strukturierten Gruppentraining können auf zwei Termine gekürzt werden. Im verlängerten Gruppentraining hätten nicht Neulernen, sondern wiederholte Verhaltensübungen mit Videofeedback zu bereits erarbeiteten Themen im Mittelpunkt gestanden.

Literatur

- Birbaumer, N. & Schmidt, R. F. (1996). *Biologische Psychologie*. Berlin: Springer, 3., überarbeitete Auflage.
- Brickenkamp, R. (1994). *Test d2 Aufmerksamkeits-Belastungs-Test*. Göttingen: Hogrefe, 8., erweiterte und neugestaltete Auflage.
- DSM-III-R (1989). *Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen*. Weinheim: Beltz.
- DSM-IV (1996). *Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen*. Göttingen: Hogrefe.
- Essau, C. A. & Petermann, U. (1994). Behandlung von ängstlichen und unsicheren Kindern. *Kindheit und Entwicklung*, 3, 185–191.
- Essau, C. A. & Petermann, U. (2000). Depression. In F. Petermann (Hrsg.), *Lehrbuch der Klinischen Kinderpsychologie und Kinderpsychotherapie* (291–322). Göttingen: Hogrefe, 4., völlig überarbeitete Auflage.
- Gahr, M. (1996). Neurale Grundlagen von Motivation und Emotion. In J. Dudel, R. Menzel & R. F. Schmidt (Hrsg.), *Neurowissenschaft* (463–484). Berlin: Springer.
- Groen, G. & Petermann, F. (1998). Depression. In F. Petermann, M. Kusch & K. Niebank (Hrsg.), *Entwicklungspsychopathologie* (327–361). Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Kandel, E. R. & Kupfermann, I. (1996). Emotionale Zustände. In E. R. Kandel, J. H. Schwartz & T. M. Jessel (Hrsg.), *Neurowissenschaften* (607–624). Berlin: Springer.
- Petermann, U. (1994). Materialien zu Imaginationsverfahren für Kinder. In F. Petermann & D. Vaitl (Hrsg.), *Handbuch Entspannungsverfahren*, Bd. 2 (305–345). Weinheim: Psychologie Verlags Union.

- Petermann, U. (1996). *Entspannungstechniken für Kinder und Jugendliche*. Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Petermann, U., Essau, C. A. & Petermann, F. (2000). Angststörungen. In F. Petermann (Hrsg.), *Lehrbuch der Klinischen Kinderpsychologie und Kinderpsychotherapie* (227–270). Göttingen: Hogrefe, 4., völlig überarbeitete Auflage.
- Petermann, U. & Petermann, F. (1996). *Training mit sozial unsicheren Kindern*. Weinheim: Psychologie Verlags Union, 6., überarbeitete Auflage.
- Petermann, U. & Petermann, F. (1997). Grundlagen kinderverhaltenstherapeutischer Methoden. In F. Petermann (Hrsg.), *Kinderverhaltenstherapie. Grundlagen und Anwendungen* (22–63). Baltmannsweiler: Schneider.
- Petermann, U. & Petermann, F. (2000). Störungen der Ausscheidung: Enuresis und Enkopresis. In F. Petermann (Hrsg.), *Lehrbuch der Klinischen Kinderpsychologie und Kinderpsychotherapie* (381–408). Göttingen: Hogrefe, 4., völlig überarbeitete Auflage.
- Seligman, M.E.P. (1995). *Erlernte Hilflosigkeit*. Erweitert um F. Petermann, Neue Konzepte und Anwendungen. Weinheim: Psychologie Verlags Union, 5., korrigierte Auflage.
- Strian, F. (1983). *Angst. Grundlagen und Klinik*. Berlin: Springer.
- Unnewehr, S., Schneider, S. & Margraf, J. (1995). *Kinder DIPS – Diagnostisches Interview bei psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter*. Berlin: Springer.
- Weiß, R.H. (1987). *Grundintelligenztest Skala 2 (CFT 20) mit Wortschatztest (WS) und Zahlenfolgentest (ZF)*. Göttingen: Hogrefe, 3., verbesserte und erweiterte Auflage.
- WHO (1993). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10: Klinisch-diagnostische Leitlinien*. Bern: Huber, 2., korrigierte Auflage.
- Wieczerkowski, W., Nickel, H., Janowski, A., Fittkau, B. & Rauer, W. (1981). *Angstfragebogen für Schüler (AFS)*. Göttingen: Hogrefe, 6. Auflage.