

Vorwort des Zweitautors

Die Figur des „Til Tiger“ stammt von Frau Dr. Ahrens-Eipper. Sie hat ihn erdacht, das Trainingsprogramm konzipiert und vier Kohorten hallescher Studierender zu begeisterten „Tiger Trainern“ mutieren lassen. Damit gebührt ihr die geistige Urheberschaft des „Tiger-Modells“, über das selbstunsichere Kinder lernen, ihre Ängstlichkeit zu überwinden, selbstsicher und stark zu werden. Die Rolle des Zweitautors war die des Lektors, Kritikers und Steuermanns im Hintergrund. Über ihn wurden darüber hinaus die begleitenden Forschungsarbeiten der Studierenden geplant und organisiert, die einzelnen Kinder im Fallseminar besprochen und die Rahmenbedingungen des Gesamtvorhabens realisiert.

Das Programm wäre ohne das unvergleichliche Engagement der studentischen Mitarbeiter nicht realisierbar gewesen. Deshalb sind unsere studentischen Hilfskräfte, Frau Cornelia Eckert, Frau Elisabeth Feiereis, Frau Jana Fanke und Frau Nicole Oestreich als Mitarbeiterinnen ge-

nannt. Doch auch das Engagement der zahllosen Tiger Trainer hat entscheidend dazu beigetragen, in einem erst seit einigen Jahren bestehenden Institut unter teilweise recht provisorischen Bedingungen gleich ein derart komplexes Vorhaben durchzuführen, welches die Kooperation zahlreicher Regel- und Sonderschulen, der Schulpsychologen und des Schulamtes einschloss. So möchte ich im Namen aller Beteiligten ganz besonders auch Frau Margit Brunheim danken, die im Sekretariat unermüdlich die logistische und menschlich-unterstützende Hintergrundarbeit leistete, ohne die ein solches Vorhaben niemals hätte durchgeführt werden können.

Damit zeigt das vorliegende evaluierte Programm auch, wie unterschiedlichste Gruppen innerhalb und außerhalb der Universität an der Schnittstelle akademischer Forschung und berufsvorbereitender Praxis über ein gemeinsames Ziel zur erfolgreichen Projektarbeit zusammenfinden können.

Halle/S., im Sommer 2003 Bernd Leplow

Vorwort zur 2. Auflage

Fast 6 Jahre hat sich „Til Tiger“ nun schon bewährt und seine Akzeptanz ist ungebrochen. Inzwischen hat er den Weg in die Praxis gefunden und einer Vielzahl von schüchternen Kindern geholfen, zu selbstsicheren und starken Individuen zu reifen.

So haben wir es hier mit einem gelungenen Beispiel dafür zu tun, wie die von Politik und Öffentlichkeit häufig geforderte Schnittstelle zwischen akademischer Forschung und beruflicher Praxis tatsächlich aussehen kann. Innerhalb universitärer Institutionen werden Verfahren entwickelt, erprobt und nach strengen forschungsmethodischen Kriterien überprüft. In der Normalität der Praxis

hingegen erfahren neue Methoden und Programme ihre eigentliche Bewährungsprobe. Diese hat „Til Tiger“ mit Bravour bestanden.

Ihm und seinen alten und neuen Trainerinnen ist zu wünschen, dass sich die Erfolgskurve fortsetzt – und seine Überzeugungskraft durch Berichte in einschlägigen klinischen und wissenschaftlichen Publikationen noch weiter steigt.

In diesem Sinne wünsche ich den Trainerinnen weiterhin viel Erfolg!

Halle/S., im Sommer 2009 Bernd Leplow

Kapitel 1

Einführung

Ziel dieses verhaltenstherapeutischen Trainings ist es, sozial unsicheren Kindern mehr Selbstbewusstsein zu vermitteln, Vermeidungstendenzen abzubauen, neue praktische Handlungsstrategien aufzubauen und den Einsatz vorhandener Kompetenzen in sozialen Situationen zu fördern.

Das Trainingsprogramm „Mutig werden mit Til Tiger“ unterscheidet sich von bisherigen Therapiemanualen durch den Einsatz des „Tigers“ als Identifikationsfigur und Modell. Der Schwerpunkt der Intervention liegt gezielt auf praktischen Übungen und Verhaltensaufbau. Dieser Schwerpunkt leitet sich von dem in diesem Manual vorgestellten Erklärungsmodell ab. Die Effektivität dieses Trainingsprogrammes wurde in mehreren kontrollierten Gruppenstudien nachgewiesen. Zum Zeitpunkt der Veröffentlichung dieses Manuals hatten weit über 400 Kinder an wissenschaftlich begleiteten Trainingsgruppen teilgenommen.

Soziale Unsicherheit im Kindesalter kann die betroffenen Kinder in einer Vielzahl von Bereichen einschränken. Angst und Gehemmtheit in sozialen Situationen führen dazu, dass die Kinder sich beispielsweise nicht trauen, vor der Klasse etwas zu sagen, alleine zur Schule zu gehen, alleine die Toilette aufzusuchen oder mit anderen Kindern Kontakt aufzunehmen. Soziale Unsicherheit geht mit einem geringen Selbstwert und einem stark eingeschränkten Handlungsradius einher. Altersgemäße Kompetenzen werden nicht oder nur unzureichend aufgebaut, einst vorhandene Fertigkeiten werden nicht geübt und verkümmern. Der soziale Rückzug der Kinder verstärkt sich nach und nach und wirkt sich auf das Selbstbild und die Zufriedenheit der Kinder aus.

Die Forschung der letzten Jahre zeigt, dass Soziale Unsicherheit im Kindesalter ein Risikofaktor für die Entwicklung von psychischen Störungen in Form von manifesten Angststörungen und Depression im Jugend- und Erwachsenenalter darstellt. Daher stand bei der Entwicklung

des Manuals der Präventionsgedanke im Vordergrund.

Das Trainingsprogramm ist für Jungen und Mädchen im Alter zwischen 5 und 10 Jahren konzipiert worden. In zwei Einzelstunden und neun Gruppenstunden wird mit den Kindern selbstsicheres Verhalten praktisch geübt. Alltägliche Situationen, in denen die Kinder unsicher sind oder die ihnen Angst machen, werden besprochen und praktische Handlungsstrategien vermittelt. Dabei werden schrittweise immer schwierigere Situationen gewählt und Bewältigungsstrategien mit den Kindern erarbeitet und eingeübt. Die in den Stunden neu erlernten Fertigkeiten sollen zu Hause und in anderen alltäglichen Situationen praktisch umgesetzt werden. Dazu bekommen die Kinder einen Selbstbeobachtungsbogen (die „Wanderkarte“), mit dessen Hilfe sie sich für die nächste Woche ein Ziel vornehmen und auch überprüfen können, ob sie es erreicht haben. Weiterhin erlernen die Kinder eine Kurzform der Progressiven Muskelentspannung, die sie selbstständig in alltäglichen Stresssituationen einsetzen können.

Bei der Entwicklung des Trainings wurde neben dem Einsatz spezifischer therapeutischer Techniken darauf geachtet, ansprechendes Material und spielerische Methoden einzusetzen; das Training soll den Kindern Spaß machen.

Die Hauptfigur des Trainingsprogramms ist Til, ein schüchterner Tiger, der sich viele Dinge nicht traut und sich gemeinsam mit den Kindern vornimmt, etwas Neues zu lernen und es auszuprobieren. Durch ihn werden den Kindern die Elemente des Trainingsprogrammes vermittelt. Die Trainingsleiter führen die Themen des Trainings mit der Handpuppe Til Tiger ein.

Das Training basiert auf den aktuellen Forschungsergebnissen zur Symptomatik, Entstehung und Aufrechterhaltung von Sozialer Unsicherheit. Der Forschungsstand des Behandlungswissens wird im Theorieteil des Manuals dargestellt und bil-

dete die theoretische Grundlage bei der Entwicklung des Trainings. Aktuelle Verfahren zur Diagnostik und Therapiekontrolle werden in Kapitel 4 detailliert geschildert.

Im deutschen Sprachraum mangelt es an randomisierten Kontrollgruppenstudien zur Wirksamkeit kognitiv-behavioraler Interventionen bei Kindern mit Sozialer Unsicherheit. Es liegen vielversprechende Behandlungsansätze vor, deren Umsetzung und/oder Evaluierung dringend gefordert ist. Dieses Manual wurde entwickelt, um einen Beitrag zur Schließung dieser Lücke zu leisten. Die Ergebnisse der Evaluationsstudie zeigen die Einsetzbarkeit und kurz- und langfristige Effektivität des Trainings und werden in Kapitel 9 beschrieben.

Das Trainingsprogramm ist im deutschen Sprachraum inzwischen sehr verbreitet: Til Tiger macht Kinder mutig in Kinderkliniken, Mutter-und-Kind-Kurheimen, sozialpädiatrischen Zentren und in unzähligen Psychotherapie- und Psychiatriepraxen. Über 250 Kolleginnen und Kollegen nahmen bereits an Workshops zu „Mutig werden mit Til Tiger“ teil und sorgen für die Weiterverbreitung unseres Programms (Anmeldung unter [www.til-](http://www.til-tiger-training.de)

[tiger-training.de](http://www.til-tiger-training.de)). Für die Anwendung im subklinischen Bereich liegt die Anerkennung als Präventionsmaßnahme nach § 20 SGB V vor, so dass die meisten Krankenkassen einen Teil des Kursbeitrages den Familien erstatten. In unserer Praxis beginnt jeden Monat ein neuer Kurs „Mutig werden mit Til Tiger“ so dass wir dank unserer engagierten Tigertrainerinnen Dipl.-Sozialpäd. U. Potthast und Dipl.-Sozialpäd. S. Hennings stetig die Fortschritte unserer Tigerkinder beobachten können. Die Entwicklung eines Elternratgebers zu „Mutig werden mit Til Tiger“ (Ahrens-Eipper & Nelius, 2009) stellt einen weiteren Schritt zur Aufklärung und Unterstützung betroffener Familien dar, der uns mit Stolz und Freude erfüllt.

Für die hervorragende Kooperation in den letzten Jahren möchten wir uns bei Frau Dr. Volke, dgvt Dresden, und Frau Dr. Rathgeber, zfp Chemnitz, bedanken. Für ihre kollegiale und freundschaftliche Unterstützung danken wir Frau Dr. M. Lipp, Kiel, sowie Frau Dipl.-Psych. E. Feiereis und Frau Dipl.-Psych. S. Schmidt, Halle.

Halle/S., Februar 2009

S. Ahrens-Eipper &
K. Nelius

Kapitel 2

Klinische Symptomatik, Klassifikation und Epidemiologie

2.1 Das Erscheinungsbild der Sozialen Unsicherheit

Wie macht sich Soziale Unsicherheit nach außen bemerkbar?

Sozial unsichere Kinder sind unauffällig. Sie können Kindergarten und Schule durchlaufen, ohne dass irgendjemand bemerkt, dass sie Ängste oder Probleme haben. Sie können den Leistungsanforderungen genügen (vor allem im schriftlichen Bereich) und gelten als still und zurückhaltend. Sie verursachen in ihrem sozialen Umfeld keinen Leidensdruck, wie es etwa bei aggressiven Kindern der Fall ist (Petermann & Petermann, 1996). Nur sie selbst und eventuell ihre Eltern leiden unter den Folgen der Sozialen Unsicherheit.

Wie wirken sich diese Defizite für die Kinder praktisch aus?

Die Kinder können sich in sozialen Anforderungssituationen nicht behaupten. Sie vermeiden oder verweigern Sozialkontakte. Es fällt ihnen schwer, Freundschaften aufzubauen und zu erhalten. Sie haben Angst, vor einer Gruppe zu sprechen. Sie trauen sich nicht, alleine zur Schule, in Geschäfte oder zur Toilette zu gehen. Sie haben Angst, von anderen negativ bewertet zu werden, sich zu blamieren oder zu versagen. Sie fürchten sich vor Begegnungen mit mehreren Menschen oder mit Fremden. Sie wagen es nicht, eigene Ideen zu äußern, eigene Bedürfnisse zu formulieren, sich gegen andere durchzusetzen, ihre Interessen zu vertreten oder „Nein“ zu sagen. Die Folgen sind fatal: Die Kinder ziehen sich zurück, ihr Handlungsradius wird immer eingeschränkter, ihre Sozialkontakte werden stetig weniger.

Folgen und Begleiterscheinungen Sozialer Unsicherheit

Die betroffenen Kinder zeigen häufig depressive Symptome: Sie fühlen sich wertlos, traurig, ganz anders als alle anderen, unattraktiv oder einsam (Epkins, 1996; Blechman, McEnroe, Carella &

Audette, 1986; LaGreca & Stone, 1993; Inderbitzen & Hope, 1995). Kinder mit Hemmungen in sozialen Situationen sind weniger beliebt, haben einen niedrigeren Selbstwert und ein geringeres Verhaltensrepertoire als nicht-ängstliche Kinder (LaGreca et al., 1993; Asendorpf & van Aken, 1994). Die effektive Auseinandersetzung mit konkreten Lebenssituationen wird durch die Ängste und Hemmungen in sozialen Situationen verhindert. Dies hat weitreichende Folgen für den Lebensbereich von Kindern im Grundschulalter, da die Kinder sich im Umgang mit Gleichaltrigen, Eltern und Lehrern zunehmend mit Schwierigkeiten konfrontiert sehen (Burk & Wittchen, 1991; Ahrens-Eipper & Hoyer, 2006), auch wenn dies vom jeweiligen Gegenüber nicht oder nur selten wahrgenommen wird (Kashdan & Herbert, 2001). Selbstunsichere Kinder zeigen geringere Schulleistungen (Burk et al., 1991; Bonney, 1943; Buswell, 1953) und haben größere Lernschwierigkeiten (Amidon & Simon, 1965) als sozial kompetente Kinder. So kann das im Kindesalter relativ stabile Beschwerdebild zu einem zentralen Problem der kindlichen Entwicklung werden.

In älteren Studien wurde angenommen, sozial unsichere Kinder hätten ähnliche Defizite in der sozialen Perspektivübernahme wie aggressive Kinder. Dafür findet die neuere Forschung jedoch keine Belege. Pflingsten (1991) vermutete einen kurvilinearen Zusammenhang zwischen sozialen Perspektivübernahmeprozessen und der Sozialen Kompetenz. Dies würde bedeuten, dass sowohl zu wenig als auch zu viel soziale Perspektivübernahme zu einem Mangel an Sozialer Kompetenz führen. Exzessive Perspektivübernahme ist gerade bei der Durchsetzung der eigenen Rechte ungünstig. Ein sozial unsicheres Kind könnte sich zu viel damit beschäftigen, dass der Andere die Forderung nur ungenügend erfüllt, und sie deshalb erst gar nicht stellen, während ein aggressives Kind überhaupt nicht auf die Idee kommt, dass es dem Gegenüber unangenehm sein könnte, die Forderung zu erfüllen, und sie deshalb zu oft und zu rigoros stellt. Wie aggressive Kinder vermuten auch sozial unsichere Kinder bei anderen eher feindliche Absichten, was sich jedoch nur in stress- oder konfliktbehafteten Situationen zeigt (Dodge, Murphy & Buchsbaum, 1984). Die Ge-

Tabelle 1: Gemeinsamkeiten und Unterschiede zwischen den beiden Ausprägungen der sozialen Inkompetenz „Soziale Unsicherheit“ und „Aggressivität“

	Soziale Unsicherheit	Aggressivität
Sozialkontakte	Wenige Sozialkontakte	Wenige Sozialkontakte
Aufbau von Freundschaften	Defizite: Das Wissen um die Vorgehensweise beim Aufbau von Freundschaften fehlt. In der Situation wagen die Kinder nicht, das andere Kind anzusprechen.	Defizite: Das Wissen um die Vorgehensweise beim Aufbau von Freundschaften fehlt, in der Situation wählen die Kinder eher aggressive Verhaltensweisen, um Kontakt aufzunehmen.
Konflikte lösen	Defizite: Die Kinder wählen eher den Rückzug/geben nach.	Defizite: Die Kinder wählen eher aggressive Handlungsalternativen.
Selbstwert	Niedrig	Niedrig
Lösungsmöglichkeiten	Spezifische Defizite erst nach dem Fehlschlag der ersten Idee.	Generelle Defizite: wenige und sozial inakzeptable Lösungsvorschläge.
Vermutungen über die Absichten anderer	Es werden eher feindliche Absichten vermutet.	Es werden eher feindliche Absichten vermutet.
Schulleistungen	Mündliche Leistungen oft nicht möglich oder durch Ängste beeinträchtigt, Prüfungssituationen wirken oft angstausslösend und die Leistung ist beeinträchtigt.	Durch das aggressive Verhalten wird die Schulleistung generell beeinträchtigt.
Prädiktor für den Schweregrad psych. Störungen	Deutliche Zusammenhänge wurden retrospektiv und prospektiv nachgewiesen.	Sehr starke Zusammenhänge wurden retrospektiv und prospektiv nachgewiesen.

meinsamkeiten und Unterschiede zwischen den beiden Formen der sozialen Inkompetenz „Soziale Unsicherheit“ und „Aggressivität“ sind in Tabelle 1 aufgeführt.

Sozial unsichere Kinder zeigen ungünstige Kontrollerwartungen (Petermann & Petermann, 1996). Beim Entwickeln von alternativen Lösungsmöglichkeiten weisen sozial unsichere Kinder Defizite auf, wenn es um das Aufbauen von Freundschaften geht oder darum, Konflikte zu lösen. Ihre Lösungsvorschläge sind nicht generell qualitativ schlechter, sondern werden es erst nach einem Fehlschlag der ersten Reaktion (Lübben & Pfungsten, 1999). Das Soziale Kompetenzvertrauen, also die Einschätzung der eigenen Fähigkeiten und Bewältigungsmöglichkeiten, korreliert negativ mit sozialer Angst und sozialem Rückzug

(Connolly, 1989). Unsichere Kinder bemühen sich in Konfliktsituationen weniger als sozial kompetente Kinder um die Aufklärung der tatsächlichen Absichten anderer (Lübben & Pfungsten, 1999). Nach Dodge und Feldmann (1990) treten Beeinträchtigungen in der kognitiven Verarbeitung von sozial unsicheren Kindern auf, sobald die Situation Stress oder Konflikte beinhaltet oder die Reaktionen des Kindes sich nicht sofort als erfolgreich erweisen.

Bei der Kontaktaufnahme verhalten sich sozial unsichere Kinder passiv, gehemmt und zeigen deutliche Vermeidungstendenzen, dies gilt auch für Leistungssituationen (Asendorpf, 1993). In Spielsituationen schauen sie oft nur zu und beteiligen sich nicht selbst. In ungewohnten Situationen in der Schule oder nachmittags im Freizeit-

bereich (z. B. „eine fremde Person treffen“ oder „mit vielen anderen Personen/Kinder außerhalb des Hauses zusammen sein/spielen“) beteiligen sich Kinder mit Ängsten und Hemmungen in sozialen Situationen deutlich weniger am Gespräch als im Einzelsetting oder mit Bekannten (Asendorpf & Meier, 1993). Sie zeigen lange Phasen ambivalenten Verhaltens (z. B. anderen vom Rand des Geschehens aus zusehen) oder unentschlossenes Verhalten (z. B. neben einer Gruppe stehen) und neigen dazu, lieber parallel neben anderen Kindern alleine zu spielen oder sich zum Alleine-spielen zurückzuziehen, wenn es Schwierigkeiten gibt (Asendorpf, 1993).

Die Befunde sprechen für die Notwendigkeit einer intensiven theoretischen und praktischen Auseinandersetzung mit der Entwicklung von Interventionen, die auf die besondere Problematik unsicherer Kinder zugeschnitten sind und geeignet sind, dem späteren Auftreten von internalisierenden Störungen, vor allem Angststörungen und Depressionen, vorzubeugen.

2.2 Abgrenzung Sozialer Unsicherheit von verwandten Konzepten

Die Begriffe „Soziale Unsicherheit“, „Selbstunsicherheit“, „Soziale Inkompetenz“, „Soziale Ängstlichkeit“, „Soziale Ängste“ und „Soziale Phobie“ werden in der Literatur und in der Forschung oft synonym verwendet. Insbesondere im amerikanischen Sprachraum werden die „Störung mit sozialer Ängstlichkeit“ und die „Soziale Phobie“ als ein und dasselbe Störungsbild behandelt (z. B. Katzelnick & Greist, 2001; Wittchen, 2000). Es gibt jedoch bedeutsame Unterschiede zwischen den einzelnen Konzepten, die im Folgenden kurz dargestellt werden.

Soziale Unsicherheit/soziale Ängste/ Selbstunsicherheit

Soziale Unsicherheit
Soziale Unsicherheit ist gekennzeichnet durch eine Kombination von Angst in Anwesenheit anderer (bzw. Bewertungsangst in sozialen Situationen) und Vermeidung sozialer Situationen (LaGreca & Stone, 1993; Petermann et al., 1996).

Sozial unsichere Kinder sind in sozialen Situationen ängstlich und gehemmt. Sie fürchten negative Bewertungen durch andere und vermeiden soziale Situationen bzw. halten sie nur unter starkem Unbehagen aus. Soziale Situationen sind für sie stets mit Angst oder starken unangenehmen Gefühlen verbunden. Sozial unsichere Kinder weisen einen niedrigen Selbstwert und deutlich beeinträchtigte Sozialbeziehungen auf. Der Leistungsdruck der Kinder ist oft sehr ausgeprägt, die Schulleistungen sind meist beeinträchtigt.

Selbstunsicherheit

Döpfner, Schlüter und Rey (1981) verwenden das Konzept „Selbstunsicherheit“, das sich mit dem in dieser Arbeit verwendeten Konstrukt der Sozialen Unsicherheit deckt. Nach Döpfner kann Selbstunsicherheit in fünf Komponenten zerlegt werden:

- Soziale Ängste (emotionale Ebene von Selbstunsicherheit),
- Negative Selbstwertgefühle (kognitive Ebene von Selbstunsicherheit),
- Ineffektives Interaktionsverhalten und geringe Interaktionsfrequenz (motorische Ebene von Selbstunsicherheit),
- Motorische soziale Defizite in Form fehlender verbaler oder nonverbaler Fertigkeiten (motorische Ebene von Selbstunsicherheit) und
- Kognitive soziale Defizite in Form fehlender sozialer Kenntnisse und Problemlösefähigkeiten (kognitive Ebene von Selbstunsicherheit).

Mit „sozialen Ängsten“ wird lediglich die emotionale Ebene der Sozialen Unsicherheit beschrieben.

Soziale Kompetenz/soziale Inkompetenz

Döpfner et al. (1981) definieren Soziale Kompetenz als „Verfügbarkeit und angemessene Anwendung von motorischen, kognitiven und emotionalen Verhaltensweisen zur effektiven sozialen Interaktion in einem spezifischen sozialen Kontext, so dass diese Verhaltensweisen kurz- und langfristig ein Maximum an positiven und ein Minimum an negativen Konsequenzen für ein Individuum haben und von der sozialen Umwelt als positiv, zumindest aber als akzeptabel bewertet werden“.

Hinsch und Pfingsten (1998) kürzen diese Definition auf: „Soziale Kompetenzen sind die Verfügbarkeit und Anwendung von kognitiven, emotio-

nen und motorischen Verhaltensweisen, die in bestimmten sozialen Situationen zu einem langfristig günstigen Verhältnis von positiven und negativen Konsequenzen für den Handelnden führen.“ Kurzfristig kann auch aggressives Verhalten zu einer positiven Bilanz der Konsequenzen führen (z. B. Aufmerksamkeit, Anerkennung, Besitz), langfristig jedoch aller Wahrscheinlichkeit nach nicht.

Die WHO definiert Lebenskompetenzen (Life Skills) als „diejenigen Fähigkeiten, [...] die einen angemessenen Umgang sowohl mit unseren Mitmenschen als auch mit Problemen und Stresssituationen im alltäglichen Leben ermöglichen.“ (WHO, 1994). Rubin und Rose-Krasnor (1992) bestimmen Soziale Kompetenz als „die Fähigkeit, in sozialen Interaktionen persönliche Ziele zu erreichen und dabei positive Beziehungen mit anderen in verschiedenen Situationen und über die Zeit hinweg aufrecht zu erhalten.“

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass Soziale Kompetenz sich durch folgende Aspekte auszeichnet: Sozial kompetentes Verhalten führt langfristig zu einem günstigen Verhältnis von positiven und negativen Konsequenzen für den Handelnden in sozialen Situationen. Es reicht nicht zu wissen, was eigentlich zu tun wäre, sondern dieses Wissen muss verfügbar sein und angewendet werden, um als sozial kompetentes Verhalten zu gelten. Das Verhalten muss von der sozialen Umwelt als positiv, zumindest aber als akzeptabel bewertet werden.

Soziale Inkompetenz

Nach Kohn (1977) kann soziale Inkompetenz entweder als aggressiv-antisoziales Verhalten oder in Form von sozialem Rückzug, Hemmung, sozialer Ängstlichkeit, Passivität, Scheu, Kontaktarmut, Gefühlen der Unterlegenheit und geringer Popularität in der Gleichaltrigengruppe in Erscheinung treten. Letztgenannte Form sozialer Inkompetenz wird auch als Soziale Unsicherheit (Selbstunsicherheit) bezeichnet.

Verhaltenshemmung (Behavioral Inhibition)

Bei „Behavioral Inhibition“ (Verhaltenshemmung) handelt es sich um eine bereits im Säuglingsalter feststellbare Verhaltenstendenz, die durch Gehemmtheit, Rückzug, Vermeidung und Unbeha-

gen in neuen Situationen charakterisiert ist. „Behavioral Inhibition“ wurde als Temperamentseigenschaft konzipiert (z. B. Kagan, Reznick & Snidman, 1987) und später auch verstärkt unter dem Aspekt der physiologischen Korrelate untersucht. Nach Gray (1987, 1990; McNaughton & Gray, 2000) können drei biologische verhaltenssteuernde Systeme unterschieden werden: das Annäherungs-System (Behavioral Approach System: BAS), das Verhaltenshemm-System („Behavioral Inhibition“ System: BIS) und das Kampf/Flucht-System (Fight/Flight). Diese drei Systeme werden durch unterschiedliche Stimuli aktiviert: Konditionierte, mit Belohnung verknüpfte Hinweisreize lösen eine Reaktion des Behavioral Approach Systems aus, neue oder bestrafungsassoziierte Stimuli das „Behavioral Inhibition“ System. Das Kampf/Flucht-System reagiert auf unkontrollierte Reize.

Im Alltag lösen konditionierte, mit Belohnung verknüpfte Hinweisreize Annäherung aus und bestrafungsassoziierte Stimuli unter anderem eine Verhaltensblockade. Die Aktivierung des Kampf/Flucht-Systems hat Flucht oder defensive Aggression zur Folge. Bei sozial unsicherem Verhalten könnte die Verhaltensblockade als Reaktion auf bestrafungsassoziierte Stimuli in Folge einer Überaktivierung des BIS eine zentrale Rolle spielen. In neuen, unvorhergesehenen Situationen und Situationen, die mit Bestrafung assoziiert werden, steigt die physiologische Erregung schnell an, der erhöhte Noradrenalin Spiegel erschwert die zentralnervöse Übertragung und kann zu Verhaltensblockaden führen. Eine detailliertere Ausführung dieses Konzeptes folgt in Kapitel 3.4.

Schüchternheit

Nach Cheek und Melchior (1990) ist „Schüchternheit“ („Shyness“) der am häufigsten verwendete Begriff, um Gefühle von Angst und Hemmung in sozialen Situationen zu bezeichnen. Sie definieren Schüchternheit als typische Reaktion in sozialen Situationen, die gekennzeichnet ist durch allgemeine Gefühle von Anspannung, spezifische physiologische Reaktionen, schmerzvolle Selbstwahrnehmung, Sorge, von anderen negativ bewertet zu werden, Unwohlsein, Hemmung und Zurückhaltung.

Nach Rubin und Asendorpf (1993) handelt es sich bei Schüchternheit um „eine Form des sozialen Rückzuges, die durch soziale Bewertungsprozesse

motiviert ist und insbesondere in neuen Situationen auftritt“ (S. 14). Asendorpf (1993) differenziert zwischen „normaler“ und „abnormer“ Schüchternheit. „Abnorme“ Schüchternheit wird durch eine stabile, starke Vermeidungstendenz in bestimmten sozialen Situationen charakterisiert. Schüchterne Kinder zeigen zwei Arten von sozialen Ängsten: Angst vor Fremden und Angst vor sozialer Bewertung.

Differenzialdiagnosen

Bei Sozialer Unsicherheit handelt es sich um ein subklinisches Phänomen. Soziale Unsicherheit wird weder in der ICD-10 (Dilling, Mombour & Schmidt, 1999) noch im DSM-IV (American Psychiatric Association, 2000) als eigenes Störungsbild geführt. Sie wird von einigen Autoren als subsyndromal, also als schwächer ausgeprägte sozialphobische Reaktion angesehen. Hinsch und Pfingsten (1998) weisen in ihrem Training der Sozialen Kompetenz für Erwachsene darauf hin, dass der aus dieser Ansicht möglicherweise resultierende Schluss der Nichtbehandlungsbedürftigkeit unangemessen ist, da „sich soziale Ängste oft auch auf ganz andere Arten von Alltagssituationen beziehen, als das in dem relativ engen Konzept der sozialen Phobie angenommen wird“ (Hinsch & Pfingsten, 1998, S. 13). Sehr nahe an dem im Rahmen dieses Manuals verwendeten Konzept der Sozialen Unsicherheit ist die in der ICD-10 aufgeführte Kategorie „Störung mit sozialer Ängstlichkeit“ (ICD-10 F93.2).

Störung mit sozialer Ängstlichkeit (ICD-10 F93.2)

- Anhaltende Ängstlichkeit in sozialen Situationen, in denen das Kind auf fremde Personen trifft, auch Gleichaltrige, mit vermeidendem Verhalten außerhalb der altersüblichen Grenzen
- Befangenheit, Verlegenheit oder übertriebene Sorge über die Angemessenheit des Verhaltens Fremden gegenüber
- Deutliche Beeinträchtigung und Reduktion sozialer Beziehungen, in neuen sozialen Situationen deutliches Leiden und unglücklich sein
- Beginn vor dem 6. Lebensjahr

Zu beachten ist, dass Soziale Unsicherheit im Gegensatz zur Störung mit sozialer Ängstlichkeit auch nach dem 6. Lebensjahr beginnen kann. Weiterhin fühlen sich sozial unsichere Kinder nicht unbedingt beeinträchtigt, solange sie nicht soziale Situationen aufsuchen müssen. Ein Äquivalent zu diesem Störungsbild gibt es im DSM-IV nicht, die im DSM-III aufgeführte „Störung mit Kontaktvermeidung“ wird nicht mehr beschrieben.

Soziale Phobie (ICD-10 F40.1 DSM-IV 300.23)

- Anhaltende Angst vor einer oder mehreren sozialen oder Leistungssituationen, in denen die Person mit unbekanntem Menschen konfrontiert ist oder konfrontiert werden könnte.
- Die Konfrontation mit der gefürchteten sozialen Situation ruft fast immer eine unmittelbare Angstreaktion hervor, die das Erscheinungsbild einer situationsgebundenen oder einer situationsbegünstigten Panikattacke annehmen kann. Bei Kindern kann sich die Angst durch Weinen, Wutanfälle, Erstarren oder Zurückweichen von sozialen Situationen mit unvertrauten Personen ausdrücken. Der phobische Stimulus wird vermieden oder in seltenen Fällen unter starker Angst ertragen.
- Das Vermeidungsverhalten, die ängstliche Erwartungshaltung oder das starke Unbehagen in den gefürchteten sozialen oder Leistungssituationen beeinträchtigen deutlich die normale Lebensführung der Person, ihre schulische Leistung oder soziale Aktivität oder Beziehung, oder die Phobie verursacht erhebliches Leiden.
- Bei Kindern muss gewährleistet sein, dass sie im Umgang mit bekannten Personen über die altersentsprechende soziale Kompetenz verfügen, und die Angst muss gegenüber Gleichaltrigen und nicht nur in der Interaktion mit Erwachsenen auftreten.
- Falls ein medizinischer Krankheitsfaktor oder eine andere psychische Störung vorliegen, so stehen diese nicht im Zusammenhang mit der beschriebenen Angst (z. B. Angst vor Stottern).

Zwischen Sozialer Unsicherheit und der sozialen Phobie (DSM-IV 300.23, ICD-10 F40.1) gibt es Überlappungen. Das Hauptmerkmal der sozialen

Phobie ist die anhaltende Furcht vor Situationen, in denen das Kind der Aufmerksamkeit anderer ausgesetzt ist. Das Kind fürchtet, sich peinlich oder auffällig zu verhalten, zum Beispiel keine Antwort geben zu können oder sich zu versprechen. Die Konfrontation mit der gefürchteten sozialen Situation ruft fast immer eine unmittelbare Angstreaktion hervor, die das Erscheinungsbild einer Panikattacke annehmen kann. Die Angst kann sich durch Weinen, Wutanfälle, Erstarren oder Zurückweichen von sozialen Situationen mit unvertrauten Personen ausdrücken (Petermann & Suhr-Dachs, 2008). Diese Symptome können auch sozial unsichere Kinder zeigen.

Es gibt jedoch deutliche Unterschiede zwischen sozialer Phobie und Sozialer Unsicherheit: Diese betreffen den Leidensdruck der Kinder, das Vorhandensein altersentsprechender Kompetenzen und den Zusammenhang mit einem medizinischen Krankheitsfaktor (Tabelle 2).

Störung mit Trennungsangst (DSM-IV 309.21, ICD-10 F93.0)
<ul style="list-style-type: none"> – Wiederholter übermäßiger Kummer bei einer möglichen oder tatsächlichen Trennung von zu Hause oder von wichtigen Bezugspersonen. – Andauernde und übermäßige Besorgnis, dass sie wichtige Bezugspersonen verlieren könnten oder dass diesen etwas zustoßen könnte. – Andauernde und übermäßige Besorgnis, dass ein Unglück sie von einer wichtigen Bezugsperson trennen könnte. – Andauernder Widerwillen oder Weigerung, aus Angst vor der Trennung zur Schule oder zu anderen Orten zu gehen. – Ständige und übermäßige Furcht oder Abneigung, allein oder ohne wichtige Bezugspersonen zu Hause oder in einem anderen Umfeld zu bleiben.

Tabelle 2: Unterschiede zwischen Sozialer Unsicherheit und sozialer Phobie

	Soziale Phobie	Soziale Unsicherheit
Leidensdruck und Beeinträchtigungen	Die betroffenen Kinder vermeiden den phobischen Stimulus oder ertragen ihn in seltenen Fällen unter starker Angst. Die normale Lebensführung des Kindes, seine schulische Leistung oder soziale Aktivität oder Beziehungen sind deutlich beeinträchtigt oder es liegt ein erheblicher Leidensdruck vor.	Bei Sozialer Unsicherheit liegt oft eine deutliche Beeinträchtigung/ein deutlicher Leidensdruck vor, aber nicht immer. Gerade jüngere Kinder fühlen sich in der behüteten Familienwelt ohne Freunde und ohne Konfrontation mit Gruppen ganz wohl.
Altersentsprechende soziale Kompetenz	Bei Kindern muss gewährleistet sein, dass sie im Umgang mit bekannten Personen über die altersentsprechende soziale Kompetenz verfügen, und die Angst muss gegenüber Gleichaltrigen und nicht nur in der Interaktion mit Erwachsenen auftreten.	Ein sozial unsicheres Kind hat diese Kompetenzen möglicherweise nie bzw. nur mangelhaft erworben oder wieder verloren. Weiterhin kann es sein, dass die Angst nur in der Interaktion mit Erwachsenen vorkommt.
Medizinischer Krankheitsfaktor	Falls (zusätzlich zur sozialen Phobie) ein medizinischer Krankheitsfaktor oder eine andere psychische Störung vorliegen, so stehen diese nicht im Zusammenhang mit der beschriebenen Angst (z.B. Angst vor Stottern).	Soziale Unsicherheit tritt gerade im Zusammenhang mit einem medizinischen Krankheitsfaktor (körperliche Behinderung, Verbrennungen usw.) oder im Zusammenhang mit der sozialen Aufmerksamkeit bei Sprach-, Lern- oder Teilleistungsstörungen (Stottern, Lispeln, Legasthenie usw.) auf.

- Andauernder Widerwille oder Weigerung, ohne die Nähe einer wichtigen Bezugsperson schlafen zu gehen oder auswärts zu übernachten.
- Wiederholt Alpträume von Trennungen.
- Wiederholt Klagen über körperliche Beschwerden, wenn die Trennung von einer wichtigen Bezugsperson stattfindet oder bevorsteht.

von Sozialer Unsicherheit weiter begünstigt. Negative Rückmeldungen der Gleichaltrigen und Erzieher/Lehrer/anderer Erwachsener werden wahrscheinlicher und verstärken die Abhängigkeit des Kindes von seinen Bezugspersonen. Die Trennung von den Eltern wird als höchst bedrohliches Ereignis erlebt (Suhr-Dachs & Petermann, 2008).

Den Zusammenhang zwischen Sozialer Unsicherheit und Trennungsangst hat Döpfner (2000) in einem Modell heraus gearbeitet, das in Abbildung 1 veranschaulicht ist. Nach Döpfner (2000) zeigen Eltern trennungsängstlicher Kinder oft überbehütendes Erziehungsverhalten, somit stellen sie ängstliche Modelle dar und verstärken das ängstlich-vermeidende Verhalten des Kindes. Dadurch wird die natürliche Autonomieentwicklung des Kindes eingeschränkt, was die Entstehung

Die Störung mit Trennungsangst wird durch reale und stellvertretende Trennungserfahrungen wie Scheidung der Eltern, Tod einer/s Verwandten/Bekannten oder Tod eines Haustieres begünstigt. Das Vermeidungsverhalten der Kinder weitet sich aus, dadurch werden soziale Ängste und Soziale Unsicherheit verstärkt, das Kind hat wenig oder keine Gelegenheit, soziale Kompetenzen aufzubauen. Eltern reagieren meist mit Zuwendung, beschützendem Verhalten und Aufmerksamkeit und unterstützen und verstärken so die Problematik ungewollt. Die Störung mit Trennungsangst und Soziale Unsicherheit treten meist komorbid auf.

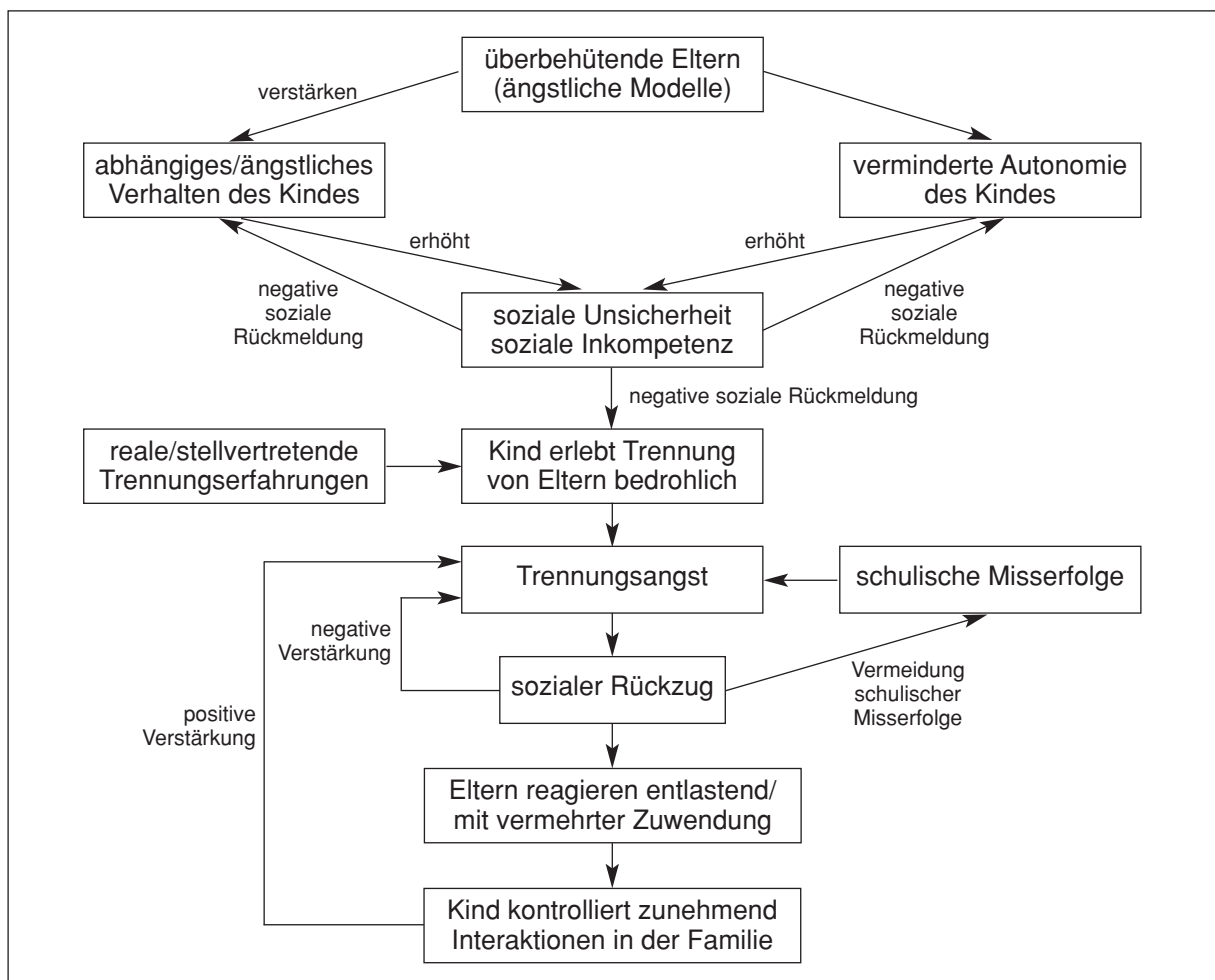


Abbildung 1: Interaktion von Sozialer Unsicherheit und Trennungsangst nach Döpfner (2000)