



ID 28992260 © Nagy-bagoly Ilona | Dreamstime.com

Soziale Angst in der Kindheit

Eine Informationsbroschüre für Eltern

Angewandte Entwicklungspsychologie

Seminararbeit

Herbstsemester 19

Universität Zürich
Psychologisches Institut
Lehrstuhl für Entwicklungspsychologie:
Säuglings- und Kindesalter

Autorin: Damaris Stuber

Dozierende: Ira Kurthen & Lea Mörsdorf

Datum: 20.12.19

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung.....	2
2. Was ist soziale Angst?	2
2.1. Die 5 Emotionskomponenten.....	3
2.2. Altersgemässe vs. pathologische Angst	3
2.3. Diagnosekriterien	5
3. Hinweise auf eine soziale Angststörung.....	6
4. Interventionsmethoden	7
4.1. Progressive Muskelrelaxation	7
4.2. Rollenspiele	9
5. Zusammenfassung & Diskussion	11
6. Literaturverzeichnis.....	12

1. Einleitung

Vermutlich kennt fast jeder aus seiner eigenen Schulzeit ein schweigsames Kind, das sich im Unterricht kaum meldete und zurückgezogen wirkte. Solche Kinder werden in der Regel einfach als schüchtern oder introvertiert bezeichnet. Doch bei manchen solcher Kinder ist nicht eine Persönlichkeitseigenschaft Ursache ihres Verhaltens und Wesens, sondern eine behandlungsbedürftige Angststörung.

Trifft die obige Beschreibung auf Ihr Kind zu? Dann ist diese Informationsbroschüre das Richtige für Sie und Ihr Kind. Sie zeigt auf, wie sich soziale Ängstlichkeit bei Kindern äussert, differenziert zwischen altersgerechter und pathologischer Angst und verweist auf die dazugehörigen klinischen Diagnosen. Weiter stellt sie zwei Interventionsmethoden vor, wie Sie mit Ihrem Kind zusammen gegen die sozialen Ängste vorgehen können - die progressive Muskelrelaxation und das Durchführen von Rollenspielen.

Wichtig zu erwähnen ist, dass dieses Schreiben nicht zur Abklärung einer allfälligen klinischen Diagnose gedacht ist. Dafür sollte ein klinischer Kinderpsychologe oder -psychiater aufgesucht werden. Weiter ersetzen die hier erwähnten Behandlungsansätze nicht das therapeutische Programm eines Psychotherapeuten. Wenn Sie eine Angststörung bei Ihrem Kind vermuten, rate ich sehr, professionelle Hilfe in Anspruch zu nehmen.

2. Was ist soziale Angst?

Gemäss Schowalter (2001, S.1) sind soziale Ängste

«gekennzeichnet durch ein Gefühl der Unsicherheit oder ängstlichen Unruhe in Gegenwart anderer Menschen oder in der negativen Erwartung bezüglich des Zusammenseins mit ihnen».

In welchen Situationen erleben Kinder und Jugendliche soziale Ängste?

Relevante Situationen sind (Schowalter, 2001):

1. **Sprechen in der Öffentlichkeit zu mehreren Personen** (z.B. Vortrag halten, Theater spielen, sich melden im Unterricht, mündliche Prüfung absolvieren, Gruppenarbeiten)
2. **Sprechen mit unbekanntem Personen** (z.B. ferne Verwandte, Freunde der Eltern, neue Klassenkameraden)
3. **Treffen mit dem anderen Geschlecht** (besonders, wenn allein)
4. **Beobachtet werden** (z.B. beim Schreiben und Essen)

2.1. Die 5 Emotionskomponenten

Das Komponentenmodell der Emotion nach Rothermund und Eder (2011) beschreibt verschiedene Bestandteile, bei denen sich emotionstypische Veränderungen vollziehen. Wie jede Emotion äussert sich auch die Angst auf verschiedenen Erfahrungsebenen:

Auf Körperebene verspürt ein Kind in einer angstauslösenden Situation beispielsweise Herzklopfen, Harndrang oder erhöhte Schweißproduktion. Der menschliche Körper kann auf ein überforderndes Ereignis mit sogenannten dissoziativen Verhaltensweisen reagieren. Dabei werden beispielsweise der eigene Körper oder die Umwelt als fremd, verzerrt oder unwirklich wahrgenommen. Betroffene berichten auch von der Unfähigkeit zu sprechen und sich zu bewegen oder sie sehen sich selbst aus einer Perspektive von oben. Für Aussenstehende lassen vor allem eine verschlossene, nach innen

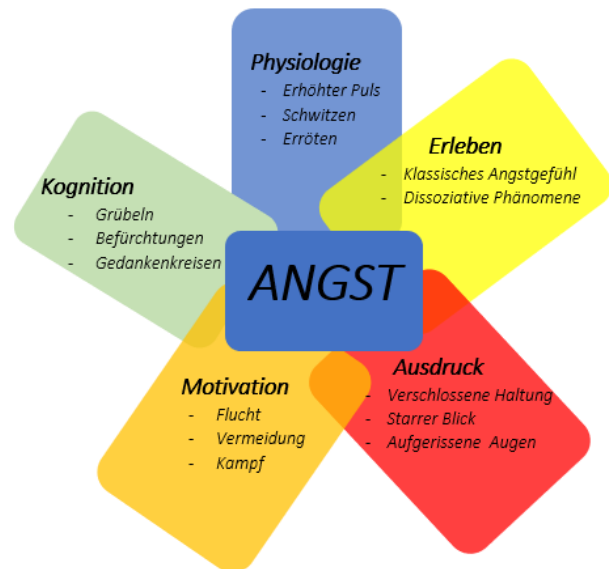


Abbildung 1: Das Komponentenmodell der Emotion; eigene Darstellung nach Rothermund und Eder (2011)

gekehrte und gebeugte Haltung, verschränkte Arme und eine starre Mimik auf das Erleben von Angst schliessen. Berichten Kinder über ihre Gedanken zu gefürchteten Ereignissen, wird ersichtlich, dass sie immer und immer wieder die Situation und die gefürchteten Konsequenzen gedanklich durchlaufen. Ein Kind, das sich vor einem Vortrag fürchtet, malt sich aus, wie es vor der Klasse steht, errötet und kein Wort über die Lippen bringt und deshalb die ganze Klasse samt Lehrperson lacht und mit dem Finger auf es zeigt. Es ist daher nicht verwunderlich, dass der gewohnte Handlungsimpuls auf Angst Vermeidung und Rückzug ist.

2.2. Altersgemässe vs. pathologische Angst

Die Grenze zwischen «normaler», altersgemässer und pathologischer Angst ist fließend und daher ist der Prozess, um zu einer klinischen Diagnose zu gelangen, umfassend. Soziale Ängste treten in einem gewissen Ausmass bei der Mehrzahl der Kinder auf und gehören zu einem gesunden Entwicklungsverlauf. Das Fremdeln mit Beginn im Alter von ca. 8 Monaten ist eine der frühesten Formen sozialer Angst. Mit zunehmendem Alter zeigen Kinder Fremden gegenüber Neugier und Interesse, aber immer noch mit einer gewissen Vorsicht. Angstgefühle bei Begegnungen mit Gleichaltrigen sind ab dem Alter von ca. 15-20 Monaten zu beobachten.

Obwohl Angst in der Regel als unangenehm erlebt wird, ist sie eine wichtige Schutzreaktion unseres Körpers, um in einer gefährlichen Situation angemessen reagieren zu können. So haben soziale Ängste in geringem bis mittlerem Ausmass durchaus eine positive adaptive Wirkung auf die Entwicklung und Interaktion mit anderen (Schowalter, 2001).

Soziale Ängste werden von Laien häufig mit Schüchternheit gleichgesetzt. Betroffene erleben ihre Schüchternheit in manchen Situationen als hindernd und werten sie deshalb häufig als negativ. Doch Asendorpf (1989) stellte in seiner Untersuchung mit Kindergartenkindern fest, dass schüchterne Kinder bei den jeweiligen Betreuern durchaus beliebt waren. Erwachsene verknüpfen also mit dem Persönlichkeitsmerkmal «Schüchternheit» auch positive Eigenschaften. Schüchternheit bezeichnet die allgemeine Neigung bei nicht vertrauten Personen mit Verunsicherung oder Angst zu reagieren. Sie ist keine psychische Störung, sondern Ausdruck der Temperamentausprägung eines Menschen. So erleben schüchterne Menschen soziale Ängste in gewissen Situationen, doch diese bewegen sich im Rahmen leichter bis moderater Ausprägung. Erst bei starker Schüchternheit, die zu Leiden und Einschränkungen im alltäglichen Leben führt, würden psychotherapeutische Fachpersonen eine klinische Angststörung in Betracht ziehen (Eisner, 2012).

Klinisch relevant und behandlungsbedürftig sind soziale Ängste dann, wenn sie negative Auswirkungen auf den schulischen, familiären und den Freizeitbereich von Kindern haben (Schowalter, 2001).

Dies ist in der Regel der Fall bei einer hohen Ausprägung von sozialer Angst oder bei einer über verschiedene Situationen generalisierten sozialen Angst. Solche Ängste schränken das Leben der Betroffenen langfristig und massiv ein. In der Kinder- und Jugendzeit werden erste bedeutsame Beziehungen mit Gleichaltrigen geknüpft und so ein Zugehörigkeitsgefühl entwickelt. Kinder mit Schwierigkeiten Kontakte zu knüpfen fühlen sich oftmals isoliert und einsam. Sie wollen Freunde finden, doch ihre Ängste hindern sie daran, auf andere zuzugehen. Viele Kinder entwickeln zusätzlich zu ihren sozialen Ängsten eine generelle Angst vor der Schule. Dadurch fehlt ihnen die Freude am Lernen und es kann zu Leistungsabfällen kommen (Schowalter, 2001).

Vernberg et al. (1992) zeigten in einer Studie den Zusammenhang zwischen hoher Ausprägung in sozialer Angst, sozialem Rückzug und negativer Selbstbewertung im frühen Jugendalter. Es ist daher nicht erstaunlich, dass mangelnde soziale Integration häufig mit einem geringen Selbstwert einhergeht.

2.3. Diagnosekriterien

Die soziale Angststörung ist eine der häufigsten Störungen im Kindes- (1-3 %) und Jugendalter (5-10%). Zur Diagnosestellung verwenden psychotherapeutische Fachpersonen das ICD-10¹ oder DSM-V². Beides sind international anerkannte Verzeichnisse aller bekannten (psychischen) Störungen und Erkrankungen (Melfsen & Walitza, 2012).

Die nachfolgenden Tabellen zeigen die diagnostischen Kriterien beider Klassifikationssysteme. Das ICD enthält eine Diagnose speziell für Kinder, das DSM unterscheidet hingegen nicht zwischen verschiedenen Altersgruppen. Es enthält jedoch zusätzliche Bestimmungen für Kinder (American Psychiatric Association, 2015):

- Die Angst muss sowohl in der Interaktion mit Erwachsenen als auch Gleichaltrigen auftreten.
- Die Furcht- oder Angstreaktion kann sich bei Kindern durch Weinen, Wutanfälle, Erstarren, Anklammern, Zurückweisen oder die Unfähigkeit zu sprechen äussern.

DSM-V: F40.10 (American Psychiatric Association, 2015, S. 274f.)

Soziale Angststörung

- A) **Ausgeprägte Furcht oder Angst** vor einer oder mehreren sozialen Situationen, in denen die Person von anderen Personen **beurteilt werden könnte**. [...]
- B) Betroffene befürchteten, dass sie sich in einer Weise verhalten könnten oder Symptome der Angst offenbaren, die von anderen **negativ bewertet werden** (d.h. die beschämend oder peinlich sind, zu Zurückweisung führen oder andere Personen kränken).
- C) Die sozialen Situationen rufen fast immer eine **Furcht- oder Angstreaktion** hervor.
- D) Die sozialen Situationen werden **vermieden** oder unter intensiver Furcht und Angst ertragen.
- E) Die Furcht oder Angst geht **über das Ausmass der tatsächlichen Bedrohung** durch die soziale Situation hinaus und ist im soziokulturellen Kontext **unverhältnismässig**.
- F) Die Furcht, Angst oder Vermeidung ist andauernd; typischerweise über **6 Monate oder länger**.
- G) Die Furcht, Angst oder Vermeidung verursacht in **klinisch bedeutsamer Weise** Leiden oder Beeinträchtigungen in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen.
- H) Die Furcht, Angst oder Vermeidung ist **nicht Folge der physiologischen Wirkung einer Substanz** (z.B. Substanz mit Missbrauchspotenzial, medikamentöse Wirkstoffe) oder eines **medizinischen Krankheitsfaktors**.
- I) Die Furcht, Angst oder Vermeidung kann **nicht** besser durch die Symptome einer **anderen psychischen Störung** erklärt werden, wie z.B. Panikstörung, Körperdysmorphie Störung oder Autismus-Spektrum-Störung.
- J) Falls ein **medizinischer Krankheitsfaktor** (z.B. Morbus Parkinson, Adipositas, Entstellung durch Verbrennung oder Verletzung) vorliegt, so steht die Furcht, Angst oder Vermeidung nicht damit im Zusammenhang oder geht deutlich darüber hinaus.

¹ ICD = Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme

² DSM = Diagnostischer und statistischer Leitfaden psychischer Störungen

ICD-10: F93.20 (Dilling & Freyberger, 2014, S. 327f.)

Störung mit sozialer Ängstlichkeit des Kindesalters

- A) Anhaltende **Ängstlichkeit** in sozialen Situationen, in denen das Kind auf **fremde Personen**, auch Gleichaltrige, trifft, mit vermeidendem Verhalten.
- B) **Befangenheit, Verlegenheit** oder übertriebene **Sorge** über die Angemessenheit des Verhaltens fremden Personen gegenüber.
- C) Deutliche **Beeinträchtigung** und **Reduktion sozialer Beziehungen** (einschliesslich Gleichaltrigen), die infolgedessen vermindert sind; in neuen oder erzwungenen sozialen Situationen deutliches **Leiden** und **Unglücklichsein** mit Weinen, Fehlen von spontanen Äusserungen oder Rückzug aus der Situation.
- D) Befriedigende soziale Beziehungen zu Familienmitgliedern und zu gut bekannten Gleichaltrigen.
- E) Die Störung beginnt im Allgemeinen in der Entwicklungsphase, in der diese ängstlichen Reaktionen als angemessen angesehen werden. Die übermässige Ausprägung, das zeitliche Überdauern und die begleitenden Beeinträchtigungen müssen vor dem sechsten Lebensjahr manifest werden.
- F) Fehlen einer **generalisierten Angststörung des Kindesalters** (F93.80).
- G) Die Störung tritt nicht im Rahmen einer umfassenden **Störung der Emotionen**, des **Sozialverhaltens** oder der **Persönlichkeit** auf oder bei einer tiefgreifenden Entwicklungsstörung, einer **psychotischen Störung** oder einer **substanzbedingten Störung**.
- H) Dauer **mindestens 4 Wochen**.

3. Hinweise auf eine soziale Angststörung

Kinder sind oftmals noch nicht in der Lage ihre Ängste in Worte zu fassen und ihren Eltern mitzuteilen. Das macht es schwierig nicht direkt beobachtbare soziale Ängste bei einem Kind zu erkennen.

Folgende Verhaltensweisen können als Hinweise dienen (Melfsen & Walitza, 2012)

- Abfall in den Schulnoten
- Schulvermeidung und/oder -verweigerung
- Vermeidung von sozialen Aktivitäten mit Gleichaltrigen
- Trotzreaktionen und Wutausbrüche
- Körperliche Beschwerden (z.B. Kopf- und Bauchschmerzen, Ein- und Durchschlafschwierigkeiten)

Ein Kennzeichen einer klinisch relevanten Angststörung ist die sogenannte «**Erwartungsangst**». Allein der Gedanke oder die Aussicht auf eine gefürchtete Situation kann starke Angstsymptome hervorrufen. Dabei tritt Gedankenkreisen und Gedankeneinengung auf, so dass katastrophale, meist aber unrealistische Folgen befürchtet werden.

Eine natürliche Reaktion sowohl bei Kindern als auch Erwachsenen ist die Vermeidung. Wenn einer gefürchteten Situation nicht ausgewichen werden kann, lässt sich oft das sogenannte «**Sicherheitsverhalten**» beobachten. Dieses beinhaltet Strategien, um die Angst in der Situation selbst zu verringern. Melfsen & Walitza (2012) nennen folgende Beispiele für Sicherheitsverhalten bei sozial ängstlichen Kindern und Jugendlichen:

- Eine Mütze o. ä. aufsetzen
- Die Haare ins Gesicht fallen lassen
- Das Gesicht hinter den Händen verbergen
- Sich so hinsetzen, dass man nicht bemerkt wird
- Vermeiden, andere anzusehen
- Leise sprechen
- Nicht auffallen
- Sätze, in Gedanken immer wieder wiederholen, bevor sie laut gesagt werden müssen
- Sich so wenig wie möglich bewegen

4. Interventionsmethoden

Schon mehrmals wurde erwähnt, dass stark ausgeprägte soziale Ängste grossen Leidensdruck bei den Betroffenen hervorrufen. Die Kinder- und Jugendzeit ist prägend beim Bahnen des eigenen Lebensweges. Erste Freundschaften werden geschlossen. Die eigene Identität wird in Wechselwirkung mit anderen gebildet. Erste Entscheidungen die berufliche Laufbahn betreffend werden gefällt (Kail, 2016). Soziale Ängste können das Erreichen solcher Meilensteine behindern. Deshalb ist eine frühzeitige Behandlung zentral für einen gesunden Entwicklungsverlauf.

Eine weit verbreitete Therapieform ist die sogenannte kognitive Verhaltenstherapie. Ihre Grundannahme ist, dass der Mensch über seine Gedanken und Bewertungen sein Verhalten und seine Gefühle beeinflussen kann. Im Falle einer Angststörung sollen Denk- und Verhaltensmuster, die zu Angst führen, aufgedeckt und verändert werden. Es werden neben dem Gespräch zusätzliche Methoden wie Entspannungstechniken, Konfrontationsverfahren oder Vorstellungsübungen eingesetzt. Nachfolgend wird ein häufig genutztes Entspannungsverfahren – die progressive Muskelrelaxation – vorgestellt. Danach folgt ein kurzer Einblick in die Methode des Rollenspiels. Beide Verfahren sind für Kinder geeignet und lassen sich bei jeglichen Ängsten anwenden (Schweizerische Gesellschaft für kognitive Verhaltenstherapie, o.J.).

4.1. Progressive Muskelrelaxation

Menschen mit einer Angststörung berichten häufig von innerer Unruhe und Anspannung und der Schwierigkeit zur Ruhe zu kommen. Entspannungsverfahren helfen dabei, den Entspannungszustand willentlich herbeizuführen und so die innere Anspannung zu verringern. Zu den klassischen

Entspannungstechniken gehören die progressive Muskelrelaxation, das autogene Training, Yoga, Meditation, Imaginationsübungen und Atmungstechniken (Rufer, Alsleben, & Weiss, 2016).

Im Folgenden werden Sie über die progressive Muskelrelaxation informiert, sodass Sie diese selbst mit Ihrem Kind durchführen können.

Die progressive Muskelrelaxation nach Jacobson wird auch progressive Muskelentspannung genannt. Ziel ist, mithilfe abwechselnder Anspannung und Entspannung von Muskelgruppen, den Muskeln langfristig mehr Entspannung zu verschaffen. In der kognitiven Verhaltenstherapie ist die progressive Muskelrelaxation das Entspannungsverfahren erster Wahl. Ihre Wirksamkeit wurde in zahlreichen wissenschaftlichen Untersuchungen gut belegt (z.B. Bühler, 2017). Die Methode kann entweder mit professioneller Anleitung in Form eines Kurses erlernt werden, oder sie kann ganz einfach von zuhause aus mithilfe einer Anleitung durchgeführt werden (Rufer, Alsleben, & Weiss, 2016).

Wie bereits erwähnt, wird eine Emotion auf verschiedenen Erfahrungsebenen wahrgenommen. Empfindungen von Angespanntheit, Nervosität und Angst stehen in direktem Zusammenhang mit der muskulären Anspannung (Morschitzky, 2009). Evolutionsgeschichtlich hat der Mensch ein Reaktionssystem auf Angst ausgebildet, welches ihm bestmögliches Überleben sichert. Wittert unser Gehirn anhand von Umwelthinweisen Gefahr, setzt es verschiedene Körperreaktionen in Gang. Die erhöhte Ausschüttung des Hormons Cortisol – umgangssprachlich als Stresshormon bezeichnet – bewirkt eine Erhöhung der Herzrate, Muskelspannung und Durchblutung der Arme und Beine. So ist der Körper optimal zur Flucht oder zum Kampf gegen die Gefahrenquelle vorbereitet. Diese sogenannte Stressachse hat sich im Verlauf der Geschichte automatisiert. So treten bei einem Kind, das sich vor einem Vortrag fürchtet, die gleichen Körperreaktionen auf wie damals bei einem Mann aus der Steinzeit, der einem Bären begegnete (Pinel & Pauli, 2012). Durch die Entspannung der Muskeln wird dem Gehirn vermittelt, dass man sich in einer gefahrlosen Situation befindet und deshalb die Stressreaktion herunterreguliert werden kann. So wird auch das Empfinden von Angst reduziert (Morschitzky, 2009).

Doch viele Menschen sind sich ihrer Muskelspannung gar nicht bewusst oder können nicht darauf Einfluss nehmen. Die progressive Muskelentspannung lehrt die Muskelspannung besser wahrzunehmen und die Muskulatur bewusst zu lockern. So kann sich der Körper entspannen, was sich auch auf angstvolle Gefühle auswirken kann.

Die Übung wird sitzend oder liegend durchgeführt. Die Augen sind geschlossen oder fixieren im Raum sanft einen Punkt.

Ein grober Ablauf lautet:

1. Muskelgruppe anspannen

Es wird jeweils eine spezifische Muskelgruppe für 3-7 Sekunden angespannt. Die Spannung sollte deutlich spürbar sein, jedoch nicht die maximale Kraft dafür aufgewendet werden. In der Anspannungsphase soll in die Muskelgruppe hineingespürt werden.

2. Lösen der Anspannung

Nach den 3-7 Sekunden wird die Muskelgruppe wieder gelockert.

3. Entspannungsphase

Nach dem Lösen einer Muskelgruppe folgt eine 30 Sekunden lange Entspannungsphase. Dabei sollte auf die entstehenden Empfindungen geachtet werden. Die Stärke ist von Mensch zu Mensch verschieden. Solange sie nicht als unangenehm empfunden werden, kann davon ausgegangen werden, dass Entspannung stattfindet.

4. Nächste Muskelgruppe anspannen

Bei Kindern kann es sinnvoll sein, die Zeit der Anspannung hinunterzuzählen. Also beispielsweise «halten für 4-3-2-1- und lösen». Die Übung ist nicht nur zuhause durchführbar, sondern kann jederzeit an jedem beliebigen Ort gemacht werden. Nach einer gewissen Übungszeit wird die Anleitung nicht mehr gebraucht und kann so spontan in stressreichen Situationen eingesetzt werden (Rufer, Alsleben, & Weiss, 2016).

[Hier](#) finden Sie eine Anleitung der Unfallkasse Baden-Württemberg, die sich besonders für Kinder eignet, da die Übung in eine Kindergeschichte integriert wurde. Sie können diese mit Ihrem Kind zusammen durchführen, indem Sie die Geschichte vorlesen und die Anweisungen vorzeigen.

Die progressive Muskelrelaxation wird nicht nur bei Angststörungen eingesetzt, sondern gilt auch als allgemeines Entspannungsverfahren. Allerdings kann eine positive Wirkung erst nach einiger Zeit beobachtet werden und es wird eine regelmässige Anwendung vorausgesetzt (Bühler, 2017).

In der Regel ist eine hohe Muskelspannung nicht die Ursache von Krankheiten, sondern nur ein Symptom. Mit der progressiven Muskelrelaxation kann zwar dieses Symptom positiv beeinflusst werden, doch die Ursache lässt sich damit kaum beheben. Deshalb sollten immer mehrere Behandlungsansätze auf verschiedenen Ebenen ansetzen.

4.2. Rollenspiele

Die progressive Muskelrelaxation hilft, um innere Unruhe und Anspannung, die häufig bei Angststörungen auftritt, nachhaltig zu senken. Eine Methode, um auf angstausslösende negative Erwartungshaltungen einzuwirken, ist das Rollenspiel. Dabei wird eine bestimmte Situation schauspielerisch dargestellt. Das Rollenspiel wird in der kognitiven Verhaltenstherapie verwendet, um anstehende herausfordernde Situationen zu üben oder vergangene Ereignisse zu reflektieren. So

werden beispielsweise in einem Sozialkompetenztraining soziale Fertigkeiten wie «Nein sagen», «um Hilfe bitten» oder «sich durchsetzen» schauspielerisch geübt (Hall, 2011).

Sie können mit Ihrem Kind zusammen erörtern, welche anstehenden Situationen ihm Angst bereiten. Fragen Sie es nach seinen Befürchtungen und Sorgen und denken Sie zusammen darüber nach, was Ihrem Kind in der Situation etwas Sicherheit geben könnte. Anschliessend können diese Situationen in einem Rollenspiel geübt werden. Kinder sind sehr kreativ und ideenreich. Sicherlich haben auch Sie Ihr Kind schon unzählige Male beim Spielen beobachtet. Kinder haben einen natürlichen Drang dazu, in Rollenspielen mit ihrer Umwelt zu interagieren. Deshalb wird es Ihrem Kind nicht schwer fallen eine anstehende Situation spielerisch darzustellen.

Wenn Sie das Gegenüber Ihres Kindes spielen, können Sie ihm zeigen, dass gefürchtete Reaktionen nicht eintreffen. Das Kind übt sich in seinen sozialen Kompetenzen und ist nicht im Gedankenkreisen rund um die Situation gefangen. Stattdessen setzt es sich aktiv damit auseinander, wie es zum Gelingen beitragen kann. Das Kind könnte sogar die Position seines Interaktionspartners einnehmen. Dadurch lernt es die Situation aus der Sicht eines anderen zu betrachten. Es macht sich Gedanken darüber, wie andere denken und sich verhalten. Durch Modelllernen kann es erfahren, wie Sie sich an seiner Stelle verhalten. Das Rollenspiel wird ihm Sicherheit und Selbstvertrauen geben, da es merkt, dass es die Situation meistern kann und es dabei sogar noch Spass macht.

Das Rollenspiel hat trotz vieler Stärken auch einige Limitationen. Es ist möglich, dass bei einigen Menschen mit einer sozialen Angststörung die Angst sogar noch verstärkt wird, da die Selbstaufmerksamkeit auf das eigene Verhalten beim Rollenspiel erhöht ist. Besonders die Angst vor negativer Bewertung kann da Überhand gewinnen. Für solche Menschen ist das Verfahren nicht geeignet. Im Zweifelsfall sollte eine psychotherapeutische Fachperson zu Rate gezogen werden (Gehrig, Küng & Vöhringer, 2014).

Wie bereits in der Einleitung erwähnt, sollten diese Interventionsmethoden nie alleine zur Behandlung einer sozialen Angststörung eingesetzt werden. Ich rate dringend bei Verdacht auf jegliche psychische Auffälligkeit bei Ihrem Kind, Kontakt mit Ihrem Kinderarzt oder einem Kinderpsychotherapeuten aufzunehmen.

5. Zusammenfassung & Diskussion

Diese Broschüre gibt nur einen ganz kleinen Einblick in das umfassende Thema der sozialen Angststörung bei Kindern. Im Internet und in Buchhandlungen/Bibliotheken lässt sich zahlreiche weiterführende Literatur finden. Die soziale Angststörung ist relativ gut erforscht und es gibt erfolgsversprechende Behandlungsmethoden.

Nun noch eine kurze Zusammenfassung der wichtigsten Punkte dieser Broschüre:

- Soziale Ängste = Gefühle der Unsicherheit, Unruhe und Anspannung in Gegenwart anderer.
- Die Grenze zwischen «normaler» und pathologischer Angst ist fließend.
- Soziale Ängste sind behandlungsbedürftig, wenn sie negative Auswirkungen auf den schulischen, familiären und den Freizeitbereich von Kindern haben.
- Die klinische Diagnose lautet: Soziale Angststörung
- Die soziale Angststörung ist eine der häufigsten Störungen im Kindes- und Jugendalter (1-3% bei Kindern; 5-0% bei Jugendlichen).
- Progressive Muskelrelaxation & Rollenspiel sind zwei mögliche Interventionsmethoden.

6. Literaturverzeichnis

- American Psychiatric Association. (2015). *Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen DSM-5*. Göttingen: Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG
- Asendorpf, J.B. (1989). *Soziale Gehemmtheit und ihre Entwicklung*. Berlin: Springer.
- Bühler, K.-E. (2017). Wirkung der Progressiven Muskelrelaxation nach Jacobson auf Befinden und Stimmung von Patienten einer Ambulanz für Psychotherapie. *PDP Psychodynamische Psychotherapie: Forum Der Tiefenpsychologisch Fundierten Psychotherapie*, 16(3), 170-178. Abgerufen am 28.01.2020 von: <http://web.b.ebscohost.com/ehost/detail/detail?vid=0&sid=6b64028b-decc-4aa5-b6c1-d50d06478cfc%40pdc-v-sessmgr05&bdata=JnNpdGU9ZWhvc3QtbnGl2ZQ%3d%3d#AN=2018-28680-006&db=psyh>
- Dilling, H., & Freyberger, H.J. (2019). *Taschenführer zur ICD-10 Klassifikation psychischer Störungen*. Bern: Hogrefe Verlag.
- Eisner, M. (2012). *Über Schüchternheit – Tiefenpsychologische und anthropologische Aspekte*. Göttingen: V&R Unipress
- Gehrig, M., Küng, P., Vöhringer, J. (2014). *Soziale Unsicherheit und Rollenspiel*. Abgerufen am 22.01.2020 von https://ilias.hfh.ch/goto.php?target=file_43288_download&client_id=ilias-hfh.ch
- Hall, K. (2011). *Die Bedeutung des Rollenspiels für Kinder*. Abgerufen am 28.01.2020 von: <https://www.psychotherapie.wien.co.at/rollenspiel-kinder-bedeutung/>
- Melfsen, S., & Walitza, S. (2012). *Behandlung sozialer Ängste bei Kindern*. Göttingen: Hogrefe Verlag.
- Kail, R. V. (2016). *Children and Their Development*. Edinburgh: Pearson Education Limited
- Morschitzky, H. (2009). *Angststörungen*. Wien: Springer.
- Pinel, J. P. J., & Pauli, P. (2012). *Biopsychologie*. München: Pearson Studium.
- Rothermund, K., & Eder A. (2011). *Motivation und Emotion*. Wiesbaden: Springer.
- Rufer, M., Alsleben, H., & Weiss, A. (2016). *Stärker als die Angst*. Bern: Hogrefe Verlag.
- Schowalter, M. (2001). *Soziale Angst im Jugendalter* (Dissertation Universität Heidelberg). Abgerufen am 20.12.2019 vom heiDok (Heidelberger Domkumentenserver) des psychologischen Instituts. <http://archiv.ub.uni-heidelberg.de/volltextserver/1779/1/Diss.pdf>
- Schweizerische Gesellschaft für kognitive Verhaltenstherapie. (o.J.). *kognitive Verhaltenstherapie*. Abgerufen am 28.01.2020 von: <https://www.sgvt-sstcc.ch/fuer-ratsuchende/verhaltenstherapie>
- Vernberg, E. M., Abwender, D. A., Ewell, K. K. & Beery, S. H. (1992). Social and peer relationships in early adolescence: a prospective analysis. *Journal of Clinical Child Psychology*, 21(2), 189-196. https://doi.org/10.1207/s15374424jccp2102_11