



Steil • Matulis • Schreiber • Stangier

Soziale Phobie bei Jugendlichen

Behandlungsmanual
für die Kognitive Therapie



BELTZ

Steil • Matulis • Schreiber • Stangier

Soziale Phobie bei Jugendlichen

Regina Steil • Simone Matulis • Franziska Schreiber • Ulrich Stangier

Soziale Phobie bei Jugendlichen

Behandlungsmanual für die Kognitive Therapie
Unter Mitarbeit von Christiane Bohn und Lena Krebs

Mit Online-Materialien

BELTZ

Anschrift der Autoren:

Dr. Regina Steil
Verhaltenstherapie-Ambulanz der
Goethe-Universität Frankfurt am Main
Institut für Psychologie
Abteilung Klinische Psychologie und Psychotherapie
Varrentrappstr. 40-42
60486 Frankfurt am Main
E-Mail: steil@psych.uni-frankfurt.de

Dipl.-Psych. Franziska Schreiber
Goethe Universität Frankfurt am Main
Institut für Psychologie
Abteilung Klinische Psychologie
und Psychotherapie
Varrentrappstraße 40-42
60486 Frankfurt am Main
E-Mail: schreiber@psych.uni-frankfurt.de

Simone Matulis
Verhaltenstherapie-Ambulanz
der Goethe-Universität Frankfurt am Main
Institut für Psychologie
Abteilung Klinische Psychologie und Psychotherapie
Varrentrappstr. 40-42
60486 Frankfurt am Main
E-Mail: matulis@psych.uni-frankfurt.de

Prof. Dr. Ulrich Stangier
Goethe-Universität Frankfurt am Main
Institut für Psychologie
Abteilung Klinische Psychologie und
Psychotherapie
Varrentrappstr. 40-42
60486 Frankfurt am Main
E-Mail: Stangier@psych.uni-frankfurt.de

Dieses E-Book ist auch als Printausgabe erhältlich
(ISBN 978-3-621-27789-1)

Das Werk und seine Teile sind urheberrechtlich geschützt. Jede Nutzung in anderen als den gesetzlich zugelassenen Fällen bedarf der vorherigen schriftlichen Einwilligung des Verlages. Hinweis zu § 52 a UrhG: Weder das Werk noch seine Teile dürfen ohne eine solche Einwilligung eingescannt und in ein Netzwerk eingestellt werden. Dies gilt auch für Intranets von Schulen und sonstigen Bildungseinrichtungen.

1. Auflage

© Beltz Verlag, Weinheim, Basel 2011
Programm PVU Psychologie Verlags Union
<http://www.beltz.de>

Lektorat: Katharina Arnold
Herstellung: Uta Euler
Illustrationen: Linda Weiß, Hanau
Reihengestaltung: Federico Luci, Odenthal
Umschlagbild: Veer, moodboard Photography
Satz: Beltz Bad Langensalza GmbH, Bad Langensalza

E-Book

ISBN 978-3-621-28043-3

Inhaltsübersicht

Teil I Störungsbild der Sozialen Phobie	11
1 Einleitung	12
2 Beschreibung der Störung	13
3 Störungstheorien und Erklärungsmodelle	31
4 Diagnostik und Indikation	43
5 Therapieforschung	53
Teil II Kognitive Behandlung der Sozialen Phobie bei Jugendlichen	55
6 Grundprinzipien der Behandlung	56
7 Phase 1: Vermittlung des kognitiven Erklärungsmodells	80
8 Phase 2: Veränderung kognitiver Prozesse	97
9 Phase 3: Überprüfung der sozialphobischen Überzeugungen	121
10 Phase 4: Veränderung von Überzeugungen mit verbalen Methoden	137
11 Phase 5: Modifikation von Vorstellungsbildern (Imagery Rescripting)	157
12 Phase 6: Rückfallprophylaxe und Therapieabschluss	167
13 Probleme in der Therapie	170
Literatur	182
Hinweise auf die Online-Materialien	191
Sachwortverzeichnis	192

Inhalt

Teil I	Störungsbild der Sozialen Phobie	11
1	Einleitung	12
2	Beschreibung der Störung	13
2.1	Bezeichnung und Klassifikation	13
2.2	Zentrale Merkmale der Sozialen Phobie	16
2.3	Abgrenzung von anderen psychischen Störungen	20
2.4	Epidemiologie	24
2.4.1	Prävalenzraten	24
2.4.2	Erstmanifestation, Verlauf und Prognose	25
2.4.3	Soziodemographische Faktoren	26
2.4.4	Komorbidität	27
2.5	Risikofaktoren	29
3	Störungstheorien und Erklärungsmodelle	31
3.1	Kognitive Theorien	31
3.1.1	Die Theorie von Beck	31
3.1.2	Das Modell von Clark und Wells	32
3.2	Andere Theorien	39
3.2.1	Lernfaktoren und soziale Einflüsse	39
3.2.2	Interpersonelle Faktoren	40
3.2.3	Neurobiologische Theorien	41
4	Diagnostik und Indikation	43
4.1	Anamneseerhebung: Exploration und Eingangsdiagnostik	43
4.2	Diagnostische Verfahren	45
4.3	Berücksichtigung von Komorbidität in der Therapieplanung	50

5	Therapieforschung	53
5.1	Kognitiv-behaviorale Interventionen	53
5.2	Pharmakologische Behandlung	54
Teil II	Kognitive Behandlung der Sozialen Phobie bei Jugendlichen	55
6	Grundprinzipien der Behandlung	56
6.1	Das kognitive Behandlungskonzept	56
6.2	Zentrale Elemente der kognitiven Therapie bei Jugendlichen	58
6.3	Grundlegende Methoden	61
6.4	Die therapeutische Beziehung	68
6.5	Die Behandlungssitzungen	73
6.6	Zeitlicher Ablauf des Therapieprogramms	75
6.7	Einbezug der Eltern	78
7	Phase 1: Vermittlung des kognitiven Erklärungsmodells	80
7.1	Die ersten Sitzungen	80
7.2	Allgemeine Exploration	82
7.3	Ableitung eines kognitiven Erklärungsmodells	83
8	Phase 2: Veränderung kognitiver Prozesse	97
8.1	Erste Verhaltensexperimente	97
8.1.1	Verhaltensexperimente in der Therapie	98
8.1.2	Durchführung des ersten Verhaltensexperimentes	99
8.2	Videofeedback	110
8.2.1	Durchführung	110
8.2.2	Mögliche Probleme	113
8.3	Aufmerksamkeitstraining	114
8.3.1	Übungen	115
8.3.2	Schwierigkeiten im Aufmerksamkeitsstraining	120

9	Phase 3: Überprüfung der sozialphobischen Überzeugungen	121
9.1	Verhaltensexperimente	123
9.1.1	Vorbereitung	123
9.1.2	Rückmeldung durch Stooges	124
9.1.3	Ergebnisse auswerten und Schlussfolgerungen ziehen	126
9.1.4	Videofeedback	129
9.2	In-vivo-Verhaltensexperimente	129
9.3	Verhaltensexperimente zur Provokation gefürchteter Symptome	130
9.4	Selbstgeleitete Verhaltensexperimente	133
9.5	Umfragen	134
10	Phase 4: Veränderung von Überzeugungen mit verbalen Methoden	137
10.1	Veränderung negativer automatischer Gedanken	137
10.1.1	Identifikation negativer automatischer Gedanken	138
10.1.2	Negative automatische Gedanken modifizieren	140
10.2	Ungünstige Antizipation und nachträgliche Verarbeitung sozialer Situationen verändern	145
10.2.1	Veränderung antizipatorischer Verarbeitung	145
10.2.2	Abbau nachträglicher Verzerrung durch Grübeln	148
10.3	Bearbeitung dysfunktionaler Grundannahmen	149
10.3.1	Negative Grundannahmen identifizieren	151
10.3.2	Negative Grundannahmen verändern	152
11	Phase 5: Modifikation von Vorstellungsbildern (Imagery Rescripting)	157
11.1	Veränderung früherer Erinnerungen durch Imagination	158
11.1.1	Vorbereitung auf die Imaginationsübung	158
11.1.2	Durchführung der Vorstellungsübungen	161

12	Phase 6: Rückfallprophylaxe und Therapieabschluss	167
13	Probleme in der Therapie	170
13.1	Schwieriger Beziehungsaufbau	170
13.2	Schulvermeidung	171
13.2.1	Schulvermeidung im Allgemeinen	171
13.2.2	Schulvermeidung bei Sozialer Phobie	174
13.3	Problematischer Internetgebrauch bei Sozialer Phobie im Jugendalter	177
13.3.1	Problematischer Internetgebrauch im Allgemeinen	178
13.3.2	Problematischer Internetgebrauch bei Sozialer Phobie	180
	Literatur	182
	Hinweise auf die Online-Materialien	191
	Sachwortverzeichnis	192

Teil I
Störungsbild der Sozialen Phobie

1 Einleitung

Epidemiologische Studien zeigen, dass fünf bis zehn Prozent der allgemeinen jugendlichen Bevölkerung die diagnostischen Kriterien für eine Soziale Phobie erfüllen. Damit zählt diese Störung zu den häufigsten psychischen Problemen junger Menschen (Stein & Stein, 2008). Die Soziale Phobie ist eine frühe Störung mit Beginn in der Kindheit oder dem Jugendalter, wobei die höchste Neuerkrankungsrate zwischen dem zehnten und dem 19. Lebensjahr liegt. Darüber hinaus können Soziale Phobien als Trigger für die Entwicklung komorbider Störungen dienen, wie zum Beispiel andere Angststörungen, depressive Störungen, Substanzmissbrauch und Essstörungen (Beesdo et al., 2007). Die Beeinträchtigungen, die aufgrund der Sozialen Phobie entstehen, sind beträchtlich und verstärken sich im Laufe des Lebens. Der negative Einfluss, der von dieser Störung ausgeht, spiegelt sich dabei nicht nur in einer geminderten Lebensqualität der jungen Patienten und ihrer Familien wider, sondern auch in den drastisch erhöhten gesellschaftlichen Kosten (Bodden et al., 2008). Diese negativen Effekte begünstigen eine Chronifizierung der Störung in der Kindheit. Davon abgesehen werden Soziale Phobien oftmals nicht als klinisch bedeutsame Beeinträchtigung anerkannt. Dabei kann eine frühe Behandlung von sozialen Ängsten bei Kindern und Jugendlichen eine Langzeit-Morbidität deutlich reduzieren und als primäre Prävention von psychiatrischen Komorbiditäten dienen. Dies unterstreicht die Bedeutsamkeit der Entwicklung und Anwendung effektiver Behandlungsstrategien bei Vorliegen einer Sozialen Phobie im Kindes- und Jugendalter. Im vorliegenden Manual wird ein kognitiver Therapieansatz zur Behandlung von Sozialen Phobien im Jugendalter vorgestellt, dessen Wirksamkeit bereits für erwachsene Betroffene nachgewiesen wurde.

2 Beschreibung der Störung

2.1 Bezeichnung und Klassifikation

Der Begriff »Soziale Phobie« wurde in der Literatur erstmals von Janet (»phobie des situations sociales«, 1903; zitiert nach Stangier et al., 2006) gebraucht. Dennoch wurde die Störung zunächst unter »phobische Neurosen« eingeordnet, und auch weitere Bezeichnungen wie »Anthropophobie«, »Kontaktneurose« oder »Soziale Neurose« fanden z. B. in der deutschen Psychiatrie Verwendung. Erneut wurde die genaue Bezeichnung im Jahre 1966 von Marks und Gelder verwendet. Sie beschrieben den Begriff als

»phobias of social situations, expressed variably as shyness, fears of blushing in public, of eating meals in restaurants, of meeting men or women, of going to dances or parties, or of shaking when in the center of attention.« (Marks & Gelder, 1966, S. 228)

In Deutschland wird für die Diagnosestellung die zehnte Revision der »Internationalen Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10, Kapitel V (F)« (WHO, 1991) herangezogen. Vor Erscheinen der zehnten Auflage des ICDs blieb die Soziale Phobie in diesem Klassifikationssystem als Diagnose unberücksichtigt. Im Unterschied zum DSM-IV werden im ICD-10 die angesprochenen situativen Auslöser (A; s. Tab. 2.1) jedoch etwas weniger detailliert beschrieben. Darüber hinaus haben einige der unter Kriterium B genannten körperlichen Symptome einen geringeren Stellenwert für die Diagnose. Daher finden häufiger die Kriterien des DSM-IV (in der Textrevision aktualisiert: APA, 2000) Verwendung (vgl. Tab. 2.2).

In dem *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* der *American Psychiatric Association* (APA, 1980) fand die Soziale Phobie als eigenständiges Störungsbild

Tabelle 2.1 Diagnostische Kriterien der Sozialen Phobie nach der ICD-10 (WHO, 1991)

ICD-10: Soziale Phobie (F40.1)

A: Entweder (1) oder (2):

- (1) deutliche Angst, im Zentrum der Aufmerksamkeit zu stehen oder sich peinlich oder beschämend zu verhalten.
- (2) deutliche Vermeidung, im Zentrum der Aufmerksamkeit zu stehen oder von Situationen, in denen die Angst besteht, sich peinlich oder beschämend zu verhalten.

Diese Ängste treten in sozialen Situationen auf, wie Essen und Sprechen in der Öffentlichkeit, Begegnung von Bekannten in der Öffentlichkeit, Hinzukommen oder Teilnahme an kleinen Gruppen, wie z. B. bei Partys, Treffen oder in Klassenräumen.

Tabelle 2.1 (Fortsetzung)

ICD-10: Soziale Phobie (F40.1)

- B:** Mindestens zwei Angstsymptome in den gefürchteten Situationen, mindestens einmal seit Auftreten der Störung sowie zusätzlich mindestens eines der folgenden Symptome:
- (1) Erröten oder Zittern,
 - (2) Angst zu erbrechen,
 - (3) Miktions- oder Defäkationsdrang bzw. Angst davor.
- C:** Deutliche emotionale Belastung durch die Angstsymptome oder das Vermeidungsverhalten. Einsicht, dass die Symptome oder das Vermeidungsverhalten übertrieben und unvernünftig sind.
- D:** Die Symptome beschränken sich vornehmlich auf die gefürchtete Situation oder auf die Gedanken an diese.
- E:** Die Symptome des Kriteriums A sind nicht bedingt durch Wahn, Halluzinationen oder andere Symptome der Störungsgruppen organische psychische Störungen, Schizophrenie und verwandte Störungen, affektive Störungen oder eine Zwangsstörung und sind keine Folge einer kulturell akzeptierten Anschauung.

erst 1980 in der dritten Revision Beachtung. Abgesehen von einigen kleinen Abänderungen in den letzten 25 Jahren blieb die klinische Beschreibung unverändert. Die bedeutsamste Veränderung bestand darin, zwei Subtypen unterscheidbar zu machen, sodass nun generalisierte und beeinträchtigende chronische soziale Ängste von umschriebenen sozialen Ängsten unterschieden werden können. Von einem Subtyp der generalisierten Sozialen Phobie kann also ausgegangen werden, wenn die Angst »in den meisten sozialen Situationen« auftritt, wohingegen der gegensätzliche, nicht-generalisierte Subtyp sich eher als »diskrete« oder »spezifische« Soziale Phobie äußert. Nach Beidel und Morris (1995) kann vermutet werden, dass die meisten Kinder eine generalisierte Soziale Phobie entwickeln. Ferner konnten in einer Untersuchung von Hofmann et al. (1999) 45,5 Prozent der Jugendstichprobe zum Subtyp der generalisierten Sozialen Phobie durch konkrete operationale Kriterien eingeordnet werden. Die Schwierigkeit bei der Diagnose des generalisierten Subtyps ergibt sich aus Definitionsproblemen: Was sind dies für Situationen und wie viele von ihnen müssen beschrieben werden, um von einer generalisierten Sozialen Phobie sprechen zu können? Eine gute Entscheidungsfindung gelingt unter Zuhilfenahme von speziellen standardisierten Fragebogen, wie z. B. die Liebowitz-Skala (siehe auch Abschn. 4.2), die Cut-Off-Werte für die Subtypen anzeigen und die Einordnung somit erheblich erleichtern.

Angesichts der erweiterten Definition und der gravierenden Beeinträchtigungen durch diese Störung wurde die Bezeichnung »Soziale Phobie« in den letzten Jahren in der wissenschaftlichen Literatur zunehmend durch den Begriff »Soziale Angststörung« ersetzt.

Tabelle 2.2 Diagnostische Kriterien für die Soziale Phobie nach DSM-IV-TR (Saß et al., 2003)

DSM-IV-TR-Kriterien: Soziale Phobie (300.23)

A: Eine ausgeprägte und anhaltende Angst vor einer oder mehreren sozialen oder Leistungssituationen, bei denen die Person mit unbekanntem Personen konfrontiert ist oder von anderen Personen beurteilt werden könnte. Die Person fürchtet, ein Verhalten (oder Angstsymptome) zu zeigen, das demütigend oder peinlich sein könnte.

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.

B: Die Konfrontation mit der gefürchteten 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.

C: Die Person erkennt, dass die Angst übertrieben oder unbegründet ist.

Bei Kindern darf dieses Kriterium fehlen.

D: Die gefürchteten sozialen oder Leistungssituationen werden vermieden oder nur unter intensiver Angst oder Unwohlsein ertragen.

E: Das Vermeidungsverhalten, die ängstliche Erwartungshaltung oder das starke Unbehagen in den gefürchteten sozialen oder Leistungssituationen beeinträchtigt deutlich die normale Lebensführung der Person, ihre berufliche (oder schulische) Leistung oder soziale Aktivitäten oder Beziehungen, oder die Phobie verursacht deutliches Leiden.

F: Bei Personen unter 18 Jahren hält die Phobie über mindestens 6 Monate an.

G: Die Angst oder Vermeidung geht nicht auf die direkte körperliche Wirkung einer Substanz (z. B. Droge oder Medikament) oder eines medizinischen Krankheitsfaktors zurück und kann nicht besser durch eine andere psychische Störung (z. B. Panikstörung mit oder ohne Agoraphobie, Störung mit Trennungsangst, Körperdysmorphie Störung, tiefgreifende Entwicklungsstörung oder Schizoide Persönlichkeitsstörung) erklärt werden.

H: Falls ein medizinischer Krankheitsfaktor oder eine andere psychische Störung vorliegt, so steht diese nicht im Zusammenhang mit der unter A beschriebenen Angst, z. B. nicht Angst vor Stottern oder Zittern bei einem Parkinson-Syndrom oder dem Zeigen von abnormen Essverhalten bei Anorexia nervosa oder Bulimia nervosa.

Bestimme ob:

Generalisiert: Wenn die Angst fast alle sozialen Situationen betrifft (ziehe auch die zusätzliche Diagnose einer Vermeidend-Selbstunsicheren Persönlichkeitsstörung in Betracht).

Der Begriff »Soziale Phobie« wird aber weiterhin verwendet, da dieser in der Praxis der Diagnosestellung geläufig ist und sich auf den nicht-generalisierten Subtyp bezieht.

In früheren Ausgaben des DSM fand die Diagnose Soziale Phobie nur für Erwachsene Verwendung, nun ist sie im DSM-IV-TR (Saß et al., 2003) auch für Kinder und Jugendliche konzipiert worden. Im Rahmen der Berücksichtigung des Störungsbildes für Kinder wurde die Diagnose der Vermeidungsstörung (»avoidant disorder«) herausgenommen, da sie als Spezialfall einer Sozialen Phobie klassifiziert wurde. Die Vermeidungsstörung beschrieb eine ausgeprägte klinisch bedeutsame Kontaktvermeidung gegenüber Fremden bei gleichzeitig guten sozialen Beziehungen zu Familienmitgliedern ab einem Alter von zweieinhalb Jahren. Für die Diagnose bei Kindern wurde im DSM-IV die Formulierung einiger Kriterien spezifiziert, welche auch in Tabelle 2.2 aufgelistet sind. Auf diese soll im letzten Teil des folgenden Abschnitts eingegangen werden.

2.2 Zentrale Merkmale der Sozialen Phobie

Die zentrale Befürchtung von Personen mit Sozialer Phobie besteht darin, ein demütigendes bzw. peinliches Verhalten oder sichtbare körperliche Symptome wie Erröten, Schwitzen oder Zittern zu zeigen, welches von anderen Personen registriert und negativ bewertet wird. Als Auslöser können sogenannte Leistungssituationen, in denen eigene Handlungen einer Beobachtung und Bewertung durch andere unterliegen, z. B. Referate halten oder vor der Klasse vorlesen, von Interaktionssituationen unterschieden werden. Beispielhaft für Letztere sind unter anderem mit unbekanntem Peers zu sprechen oder Blickkontakt aufzunehmen, Kontaktaufnahme mit einer Person des Gegengeschlechts, Umgang mit Lehrern oder anderen Autoritätspersonen etc. In Tabelle 2.3 sind belastende Situationen im Kindes- und Jugendalter bei Vorliegen einer Sozialen Phobie anhand der prozentualen Häufigkeiten aufgeführt. Dabei beziehen sich die sozialphobischen Befürchtungen oftmals nicht auf mögliche Verhaltensweisen, sondern auf das Auftreten von erkennbaren körperlichen Symptomen, vor allem Erröten, Schwitzen oder Zittern. Dagegen stehen seltener negative Erwartungen hinsichtlich der eigenen Stimme, Stottern oder Symptome des Magen-/Darm-Traktes im Fokus der Befürchtungen. Sozialphobische Personen sind überzeugt davon, dass ihre Erscheinung von anderen als Versagen oder als Blamage beurteilt wird oder dass ihr Verhalten und/oder die Körpersymptome peinlich, »lächerlich« oder »seltsam« erscheinen.

Körperliche Folgesymptome. Die ausgeprägten Angstreaktionen gehen zumeist auch mit charakteristischen körperlichen Symptomen einher, allen voran des kardiovaskulären Systems, die typisch sind für ein erhöhtes autonomes Erregungsniveau (intensives Herzklopfen, Übelkeit, Durchfall, Muskelanspannung, Schwindel). Diese Symptome können sich bei Konfrontation mit den gefürchteten Situationen zu Panikattacken aufschaukeln, was sehr häufig mit einem intensiven Gefühl des Kontrollverlusts verbunden sein kann. Nach Beidel et al. (1991) zählen starkes Herzklopfen (70,8 %), Zittern (66,7 %), Kälteschauer (62,5 %) und Schwitzen (54,2 %) zu den charakteristischen physiologischen Reaktionen bei sozialphobischen Kindern und Jugendlichen. Ferner

Tabelle 2.3 Prozentzahlen von Kindern und Jugendlichen mit einer Sozialen Phobie, die zumindest moderate Belastungen in diesen sozialen Situationen erleben

Situation	Kinder	Jugendliche
vor einer Gruppe laut vorlesen	71	90
mit anderen Kindern arbeiten oder spielen	45	75
den Lehrer um Hilfe bitten	44	87
vor anderen in der Cafeteria essen	23	68
an der Tafel schreiben	50	76
musikalische oder athletische Auftritte	61	87
am Telefon reden oder antworten	13	75
Partys	61	90
öffentliche Bäder besuchen	24	75
einen Freund einladen	24	81
in einem Restaurant etwas zu Essen bestellen	50	70
Ablegen von Prüfungen	48	76

Anmerkungen

Adaptiert nach: Beidel, D. C. & Turner, S. M. (2007). *Shy Children, Phobic Adults*. Washington DC: American Psychological Association; Daten aus: Beidel, D. C., Turner, S. M. & Morris, T. M. (1999). Psychopathology of Childhood Social Phobia. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38, p. 645.

klagten Kinder mit Sozialer Phobie über Übelkeit, Kopfschmerzen, Schwindel, Atemlosigkeit, Erstarren und Muskelanspannung, wobei anzumerken ist, dass diese Symptome für viele phobische Störungsbilder charakteristisch sind.

Vermeidungsverhalten. Auf der Verhaltensebene sind Soziale Phobien durch eine starke Neigung zur Vermeidung der gefürchteten Situationen, in denen das Auftreten von lächerlichem Verhalten oder Körpersymptomen wahrscheinlich erscheint, gekennzeichnet. Weitreichende Folgen dieser Vermeidung implizieren, dass sozialphobische Jugendliche soziale Beziehungen allmählich lösen, sich gar nicht erst auf romantische Beziehungen einlassen oder hohen schulischen/beruflichen Anforderungen aus dem Wege gehen. Bei Kindern und Jugendlichen zählt die Schulverweigerung zu einer der häufigsten Formen der Vermeidung. Auch altersangemessene soziale Aktivitäten werden vermieden. Nun ist es im Alltag unmöglich, jegliche gefürchtete soziale Situation vollständig zu umgehen, was folglich dazu führt, dass viele Menschen mit Sozialen Phobien andauernde Erwartungsängste (sog. antizipatorische Angst) erleben und kritische Situationen nur unter intensiver emotionaler Anspannung ertragen.

Eine andere Form von Vermeidungsprozessen betrifft das sogenannte Sicherheitsverhalten. Unter dem Begriff sind nach Clark und Wells (1995) Strategien zu subsumieren, welche die gefürchteten katastrophalen Folgen in einer sozialen oder Leistungssituation verhindern sollen. Bei Erwachsenen finden sich Verhaltensweisen, wie z. B. Sätze innerlich vorzubereiten, um zu verhindern, dass beim Vortragen Pausen entstehen, oder starkes Make-up zu tragen, um ein Erröten des Gesichts zu verbergen. Bei Jugendlichen zählen zu diesen Verhaltensweisen beispielsweise sich erst zu melden, nachdem der Lehrer jemanden aufgerufen hat, oder das Tragen einer Schirmmütze wie auch weiterer Kleidung. Weitere Sicherheitsverhaltensweisen sind leises oder schnelles Sprechen, exzessive Hausaufgabenvorbereitung, Vermeiden von Blickkontakt, MP3-Player-Hören, mit dem Handy spielen, Aufsuchen der Schultoilette während des Unterrichts statt in den Pausen etc. Auf die Problematik des Sicherheitsverhaltens wird in Abschnitt 3.1.2 weiter eingegangen.

Erschwerte Diagnosestellung. Soziale Ängste sind in der jugendlichen Allgemeinbevölkerung weit verbreitet. Daher ist eine Abgrenzung zwischen subklinisch und klinisch bedeutsamen sozialen Ängsten oftmals nicht einfach. Aus diesem Grund ist es wichtig, welches Kriterium für eine klinisch bedeutsame Beeinträchtigung gewählt wird. Entscheidend ist an dieser Stelle, die sozialen Folgeprobleme zu beachten, welche durch das Vermeidungsverhalten entstehen können: Einsamkeit, Abschirmung und mangelndes Knüpfen von Freundschaften im privaten Bereich oder Schulvermeidung sowie frühzeitiger Schulabbruch und unterqualifizierte Tätigkeiten im Beruf bis hin zur Arbeitslosigkeit (Magee et al., 1996; Rao et al., 2007). Daher ist es sehr wichtig, die Formen des Vermeidungsverhaltens und deren Konsequenzen erschöpfend zu eruieren.

In dem Kriterium C des DSM-IV wird für die Diagnosestellung zusätzlich die Einsicht in die Übertriebenheit der Befürchtungen gefordert. Dieses Kriterium wird allerdings nicht von allen Sozialphobikern bestätigt. Denn die starken Emotionen »gaukeln« den Betroffenen vor, ihre Befürchtungen seien gerechtfertigt. Patienten gelingt die Einsicht in die Übertriebenheit ihrer Befürchtungen besser, wenn sie sich von den intensiven Angstgefühlen in einer sozialbedrohlichen Situation distanzieren können. Allerdings ist dies nicht einfach zu realisieren, da viele Betroffene allein bei dem Gedanken an peinliche Verhaltensweisen oder die Symptome so starke Angst bekommen, dass sie sich nur schwer abgrenzen können. Dieses Einsichtskriterium dient vor allem zur Differentialdiagnose von psychotischen Störungen. Es muss bei Kindern und Jugendlichen nicht unbedingt erfüllt werden.

Besonderheiten bei Kindern und Jugendlichen

Das DSM-IV-TR (Saß et al., 2003) beschreibt die Besonderheiten für die Diagnose einer Sozialen Phobie bei Kindern, welche nachfolgend dargelegt werden. Leider wurde nicht anderweitig spezifiziert, auf welchen Altersbereich sich diese Besonderheiten beziehen. Dennoch kann angenommen werden, dass diese Zusätze zumindest bei jüngeren Jugendlichen auch noch zutreffend sein können.

Altersgemäßer Ausdruck der Sozialen Phobie. Bei Kindern wird gefordert, dass grundsätzlich die Fähigkeit besteht, altersentsprechende soziale Beziehungen mit vertrauten

Personen aufnehmen zu können. Ferner muss gewährleistet sein, dass die Angst nicht nur in der Interaktion mit Erwachsenen, sondern auch mit Gleichaltrigen auftritt. Darüber hinaus werden bei Kindern eher altersgemäße Formen von Angstreaktionen (Schreien, Wutanfälle, Anklammern an Eltern oder Gelähmtsein in Gegenwart unvertrauter Personen) evident, als dass sich charakteristische Beispiele von Vermeidungsverhalten und Rückzugstendenzen erkennen lassen.

Kindern ist es zudem nicht immer möglich, die Einsicht in die Übertriebenheit der Befürchtungen anzugeben. Zur Unterscheidung von kurzzeitigen, entwicklungsbedingten Rückzugstendenzen ist es notwendig, dass die Angstreaktionen mindestens ein halbes Jahr bestehen. Angesichts dieser Beschränkungen wird häufig die Meinung vertreten, dass vor dem achten Lebensjahr eine verlässliche Diagnosestellung nur schwer zu realisieren ist. Im Gegensatz zu Erwachsenen mit sozialer Phobie können Kinder außerdem nicht immer den Grund ihrer Ängste benennen. Daher können als Anzeichen von Sozialen Phobien bei jungen Menschen z. B. ein Schulleistungsabfall, Schulvermeidung, Umgehen von altersentsprechenden sozialen Tätigkeiten, oppositionelles Verhalten, Wutausbrüche, körperliche Symptome oder mangelhafte Reaktivität in sozialen Situationen gelten (Melfsen et al., 2006; Melfsen & Warnke, 2009). Kinder sind zudem weniger imstande, selbstabwertende Kognitionen zu schildern. Sie berichten stattdessen vielfach von einer Gedankenleere, wobei sozialphobische Jugendliche hingegen vermehrt negative Gedanken während einer sozialen Interaktion angeben (Alfano et al., 2006). Ein weiteres scheinbar charakteristisches Merkmal bei Kindern und Jugendlichen mit Sozialer Phobie ist das Pflegen eines altersuntypischen Interesses oder Hobbys (Albano et al., 1995; zitiert nach Melfsen & Warnke, 2009). Ein Beispiel hierfür wäre das Verfolgen von Wetterberichten oder Sammeln bestimmter Gegenstände. Diesbezüglich sind zwei Gründe denkbar: Zum einen ist dies eine Möglichkeit, Aktivitäten mit Mitmenschen zu vermeiden, und zum anderen haben sozialphobische Kinder und Jugendliche häufig so wenig Kontakt mit Gleichaltrigen, dass sie weniger sogenannten »Mainstreaminteressen« ausgesetzt werden (Melfsen & Warnke, 2009).

Altersgemäße Reaktion auf eine Soziale Phobie. Unserer klinischen Erfahrung nach lassen sich zwei weitere, scheinbar charakteristische Beobachtungen bei Jugendlichen mit Sozialen Phobien (vor allem bei Patientinnen) beschreiben. Manche Patienten berichten, dass sie sich eine Art innere Vorstellungswelt »erbaut« haben, in der sie beispielsweise sehr beliebt sind, Freunde haben und die in der Realität befürchteten Situationen »perfekt« meistern können. In diese Welt »flüchten« sich die Jugendlichen zum einen im Rahmen antizipatorischer Vorbereitungsprozesse vor einer schwierigen Situation, und zum anderen sind diese auch als Ausdruck von Vermeidungsverhalten zu verstehen, indem die Betroffenen sich in diese Welt fantasieren, um sich nicht mit dem Alltag zu konfrontieren. Darüber hinaus zeigt sich, dass einige Patienten mit Sozialen Phobien auch noch im Jugendalter in für sie schwierigen Situationen – selbst vor Publikum – zu weinen beginnen. Wie bereits beschrieben weist das DSM-IV diese Reaktion auch als ein mögliches Angstsymptom von Sozialen Phobien im Kindesalter aus. Das Weinen (beispielsweise vor der Klassenstufe während eines Referats) ist funktionell schwierig

einzuordnen. Man könnte es als Angstsymptom verstehen; denkbar wäre auch, dass es in das bereits dargestellte Sicherheits- oder Vermeidungsverhalten einzuordnen ist. Das Weinen ruft auf der anderen Seite eventuell Mitleid hervor, was eine allzu strenge Leistungsbeurteilung verhindern könnte. In einer Studie von Rottenberg et al. (2008) konnte gezeigt werden, dass einer der häufigsten Gründe für Weinen, neben Verlusterfahrungen wie der Tod eines Angehörigen, das Erleben persönlicher Inadäquatheit darstellt. Ferner wird am häufigsten in Folge von Ereignissen geweint, für die man sich selbst verantwortlich fühlt. Da Sozialphobiker diese Erfahrung der eigenen Ohnmacht ihrer Ansicht nach sehr häufig im Alltag erleben, könnte dies mit der beobachteten erhöhten »Weinneigung« einhergehen. Den Ergebnissen von Rottenberg et al. (2008) zu Folge ist Weinen aufgrund eigenen unangemessenen Verhaltens jedoch nicht mit einem mental oder körperlich kathartischen Gefühl verbunden. Das bedeutet, dass man sich durch das Weinen nicht besser fühlt. Im Gegenteil führt das Weinen vor einer Gruppe laut Studie zu unangenehmen und beschämenden Gefühlen. Wichtig ist daher zu explorieren, ob der Jugendliche das Weinen vielleicht im Rahmen der elterlichen Erziehung funktional einsetzen konnte, um beispielsweise schon früh unangenehme oder ängstigende Situationen vermeiden zu können oder eine Verbesserung seiner Gefühlslage zu erlangen. Die Arbeitsgruppe von Rottenberg (2008) fand heraus, dass das Weinen in Anwesenheit einer vertrauten Person zu einer signifikanten Verbesserung der geistigen und körperlichen Verfassung führt, sodass in diesem Zusammenhang von einem kathartischen Effekt des Weinens ausgegangen werden kann.

2.3 Abgrenzung von anderen psychischen Störungen

Im Kindes- und Jugendalter gilt es, die Diagnose der Sozialen Phobie von anderen psychischen Störungen zu unterscheiden. Dies ist bisweilen eine komplexe Aufgabe, da sich die Störungsbilder in einigen Merkmalen überschneiden. In Tabelle 2.4 sind die wichtigsten psychischen Störungen, welche differentialdiagnostisch abgeklärt werden sollten, aufgeführt. Im Allgemeinen ist es für die Unterscheidung der Sozialen Phobie von anderen Angststörungen unumgänglich, die auslösenden Faktoren und die Angstinhalte genau zu explorieren.

Depressive Störungen. Ausgeprägte symptomatische Parallelen und hohe Komorbiditäten erschweren die Differentialdiagnose der Sozialen Phobie in Abgrenzung zu depressiven Störungsbildern. Depressive Jugendliche neigen ebenfalls phasenweise zu sozialem Rückzug, wobei dies vor dem Hintergrund der Antriebslosigkeit und der depressiven Stimmungslage geschieht und nicht – wie bei Jugendlichen mit Sozialen Phobien – auf Bewertungsängste zurückzuführen ist (Beidel & Turner, 2007). Außerdem ist zu bedenken, dass die sozialen Rückzugstendenzen bei sozialphobischen Jugendlichen einen durchgängigen und nur selten einen temporären Charakter haben. Bei sechs bis zehn Prozent der jungen Menschen mit Sozialer Phobie tritt komorbid eine depressive Erkrankung auf (Beidel et al., 1999). Ausführlich wird auf komorbide depressive Störungen in Abschnitt 2.4.4 eingegangen.