

Hendrik Büch · Manfred Döpfner

# Soziale Ängste

Therapieprogramm  
für Kinder und Jugendliche  
mit Angst- und  
Zwangsstörungen (THAZ) –

Band 2



Therapieprogramm für  
Angst- und Zwangsstörungen



# thaz

Soziale Ängste  
Therapieprogramm für  
Angst- und Zwangsstörungen

Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form vervielfältigt und an Dritte weitergegeben werden.  
Aus H. Büch & M. Döpfner: Soziale Ängste (ISBN 9783840919893) © 2012 Hogrefe Verlag, Göttingen.

# Therapieprogramm für Kinder und Jugendliche mit Angst- und Zwangsstörungen (THAZ)

hrsg. von Prof. Dr. Manfred Döpfner und Dr. Lydia Suhr-Dachs

Leistungsängste

Soziale Ängste

Trennungsängste

Spezifische Phobien

Zwangsstörungen

# Soziale Ängste

Therapieprogramm  
für Kinder und Jugendliche  
mit Angst- und  
Zwangsstörungen (THAZ) –

Band 2

von

Hendrik Büch und Manfred Döpfner

HOGREFE



GÖTTINGEN · BERN · WIEN · PARIS · OXFORD · PRAG · TORONTO  
CAMBRIDGE, MA · AMSTERDAM · KOPENHAGEN · STOCKHOLM

*Dr. Hendrik Büch*, geb. 1975. 1997-2003 Studium der Psychologie in Kiel und Marburg. 2003-2008 Ausbildung zum Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (AKiP Köln). 2008 Promotion. 2007-2008 Stationspsychologe an der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters der RWTH Aachen. Seit 2008 Wissenschaftlicher Mitarbeiter in der Abteilung Klinische Psychologie und Psychotherapie an der Universität Freiburg und Leitung der Psychotherapeutischen Ambulanz für Kinder, Jugendliche und Familien der Hochschulambulanz am Institut für Psychologie. Seit 2010 Ausbildungs- und Ambulanzleitung am Freiburger Ausbildungsinstitut für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie (FAKiP GmbH).

*Prof. Dr. Manfred Döpfner*, geb. 1955. 1974-1981 Studium der Psychologie in Mannheim. 1981-1988 Wissenschaftlicher Mitarbeiter an der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie am Zentralinstitut für Seelische Gesundheit Mannheim. 1990 Promotion. 1998 Habilitation. Seit 1989 Leitender Psychologe an der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters der Universität zu Köln und dort seit 1999 Professor für Psychotherapie in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Seit 1999 Leiter des Ausbildungsinstitutes für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie AKiP an der Universität Köln. Seit 2000 Wissenschaftlicher Leiter des Instituts Köln der Christoph-Dornier-Stiftung für Klinische Psychologie.

**Wichtiger Hinweis:** Der Verlag hat für die Wiedergabe aller in diesem Buch enthaltenen Informationen (Programme, Verfahren, Mengen, Dosierungen, Applikationen etc.) mit Autoren bzw. Herausgebern große Mühe darauf verwandt, diese Angaben genau entsprechend dem Wissensstand bei Fertigstellung des Werkes abzudrucken. Trotz sorgfältiger Manuskripterstellung und Korrektur des Satzes können Fehler nicht ganz ausgeschlossen werden. Autoren bzw. Herausgeber und Verlag übernehmen infolgedessen keine Verantwortung und keine daraus folgende oder sonstige Haftung, die auf irgendeine Art aus der Benutzung der in dem Werk enthaltenen Informationen oder Teilen davon entsteht. Geschützte Warennamen (Warenzeichen) werden nicht besonders kenntlich gemacht. Aus dem Fehlen eines solchen Hinweises kann also nicht geschlossen werden, dass es sich um einen freien Warennamen handele.

© 2012 Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG  
Göttingen • Bern • Wien • Paris • Oxford • Prag • Toronto  
Cambridge, MA • Amsterdam • Kopenhagen • Stockholm  
Merkelstraße 3, 37085 Göttingen

**<http://www.hogrefe.de>**  
Aktuelle Informationen • Weitere Titel zum Thema • Ergänzende Materialien

**Copyright-Hinweis:**

Das E-Book einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig und strafbar.  
Der Nutzer verpflichtet sich, die Urheberrechte anzuerkennen und einzuhalten.

---

Satz: ARThür Grafik-Design & Kunst, Weimar  
Illustrationen Kati Kool: Klaus Gehrmann, Freiburg; [www.klausgehrmann.net](http://www.klausgehrmann.net)  
THAZ-Logo: Björn Mehnen, Berlin  
Format: PDF

ISBN 978-3-8409-1989-3

## **Nutzungsbedingungen:**

Der Erwerber erhält ein einfaches und nicht übertragbares Nutzungsrecht, das ihn zum privaten Gebrauch des E-Books und all der dazugehörigen Dateien berechtigt.

Der Inhalt dieses E-Books darf von dem Kunden vorbehaltlich abweichender zwingender gesetzlicher Regeln weder inhaltlich noch redaktionell verändert werden. Insbesondere darf er Urheberrechtsvermerke, Markenzeichen, digitale Wasserzeichen und andere Rechtsvorbehalte im abgerufenen Inhalt nicht entfernen.

Der Nutzer ist nicht berechtigt, das E-Book – auch nicht auszugsweise – anderen Personen zugänglich zu machen, insbesondere es weiterzuleiten, zu verleihen oder zu vermieten.

Das entgeltliche oder unentgeltliche Einstellen des E-Books ins Internet oder in andere Netzwerke, der Weiterverkauf und/oder jede Art der Nutzung zu kommerziellen Zwecken sind nicht zulässig.

Das Anfertigen von Vervielfältigungen, das Ausdrucken oder Speichern auf anderen Wiedergabegeräten ist nur für den persönlichen Gebrauch gestattet. Dritten darf dadurch kein Zugang ermöglicht werden.

Die Übernahme des gesamten E-Books in eine eigene Print- und/oder Online-Publikation ist nicht gestattet. Die Inhalte des E-Books dürfen nur zu privaten Zwecken und nur auszugsweise kopiert werden.

Diese Bestimmungen gelten gegebenenfalls auch für zum E-Book gehörende Audiodateien.

# Inhalt

## Übersicht über das Therapieprogramm für Kinder und Jugendliche mit Angst- und Zwangsstörungen (THAZ) ..... 9

### Kapitel 1: Grundlagen ..... 12

1.1	Soziale Angst im Kindes- und Jugendalter .....	12
1.2	Klassifikation und Symptomatik der sozialen Phobie .....	14
1.3	Differenzialdiagnostische Abgrenzung .....	16
1.4	Epidemiologie und Verlauf .....	19
1.5	Ätiologie und Aufrechterhaltung .....	22
1.6	Komorbidität .....	27
1.7	Kognitiv-behaviorale Therapieprogramme zur Behandlung von sozialer Phobie im Kindes- und Jugendalter .....	27
1.8	Evaluation des Manuals THAZ – Soziale Ängste .....	32
1.9	Zusammenfassung des aktuellen Forschungsstandes .....	35

### Kapitel 2: Diagnostik von sozialen Ängsten ..... 39

2.1	Störungsspezifische Diagnostik .....	40
2.1.1	Exploration des Kindes – Wie identifiziere ich die angstauslösenden Situationen? .....	40
2.1.2	Exploration der Bezugspersonen .....	44
2.1.3	Symptom- und Verhaltensanalyse .....	45
2.1.4	Diagnose-Checklisten und diagnostische Interviewverfahren .....	46
2.1.5	Fragebogenverfahren .....	47
2.1.6	Verhaltensbeobachtungen und Rollenspiele .....	48
2.2	Diagnostik komorbider Störungen .....	49
2.2.1	Diagnostik komorbider Ängste .....	49
2.2.2	Diagnostik weiterer komorbider Störungen .....	50
2.3	Leistungsdiagnostik .....	51
2.4	Verlaufskontrolle .....	51

### Kapitel 3: Kognitiv-behaviorales Manual zur Behandlung von sozialen Ängsten bei Kindern ..... 53

3.1	Übersicht über das multimodale Behandlungskonzept und allgemeine Therapieprinzipien .....	53
3.2	Kindzentrierte Interventionen .....	61
3.2.1	Bausteine K-K: Kindzentrierte psychoedukative und kognitive Interventionen .....	61
	Baustein K-K1 Informationen über Angst .....	62
	Baustein K-K2 Manifestationsformen der Angst: Die drei Gesichter der Angst .....	65
	Baustein K-K3 Behandlungsziele: Das möchte ich schaffen .....	67
	Baustein K-K4 Entwicklung eines Störungskonzeptes: Wie kann ich meine Angst überwinden? .....	69
	Baustein K-K5 Behandlungsplanung: Mach dir Mut mit KATI .....	72
	Baustein K-K6 Angstgedanken erkennen und kognitiv umstrukturieren: Angstgedanken und Angst-Killergedanken .....	75
	Baustein K-K7 Stärken und Schwächen: Was kann ich gut? Was kann ich nicht so gut? .....	79

3.2.2 Bausteine K-B: Kindzentrierte behaviorale Interventionen .....	82
Baustein K-B1 Basisfertigkeiten sozial kompetenten Verhaltens .....	85
Baustein K-B2 Soziale Kompetenzen zur Aufnahme und Aufrechterhaltung sozialer Kontakte .....	87
– Grüßen .....	87
– Freude ausdrücken .....	89
– Gespräche führen .....	90
– Kontakte zu fremden Erwachsenen .....	92
– Jemanden etwas fragen oder eine Bitte stellen .....	93
– Telefonieren .....	95
– Sich anderen Gruppen anschließen .....	96
– Freundschaften schließen und aufrechterhalten .....	99
– Integration in natürliche Gruppen .....	101
Baustein K-B3 Konfliktlösekompetenzen .....	104
– Einen Gefallen ablehnen, „Nein“ sagen .....	105
– Forderungen stellen, eigene Rechte durchsetzen .....	106
– Ärger ausdrücken .....	108
– Sich wehren .....	109
3.2.3 Bausteine K-E: Kindzentrierte emotional-physiologische Interventionen .....	114
Baustein K-E1 Durchführung von Expositionsbügungen:	
Kontakt zu fremden Erwachsenen bekommen .....	117
Baustein K-E2 Durchführung von Expositionsbügungen:	
Kontakt zu fremden Kindern aufnehmen .....	120
Baustein K-E3 Durchführung von Expositionsbügungen:	
Kontakt zu bekannten Kindern bekommen und sich in der Schule melden .....	121
3.3 Elternzentrierte Interventionen .....	124
3.3.1 Bausteine E-K: Elternzentrierte kognitive und psychoedukative Interventionen .....	124
Baustein E-K1 Informationen über Angst und Entwicklung eines gemeinsamen Störungskonzeptes .....	124
Baustein E-K2 Behandlungsziele und Behandlungsplan .....	128
Baustein E-K3 Modifikation dysfunktionaler elterlicher Kognitionen .....	131
Baustein E-K4 Stärken und Schwächen Ihres Kindes .....	134
3.3.2 Bausteine E-B: Elternzentrierte behaviorale Interventionen .....	137
Baustein E-B1 Anleitung zu einem unterstützenden Erziehungsverhalten im Umgang mit den Ängsten des Kindes .....	137
Baustein E-B2 Anleitung zur Exposition und Hilfe bei der Erstellung von Verstärkerplänen .....	140
<b>Kapitel 4: Kooperation mit Lehrkräften und Interventionen in der Schule .....</b>	144
<b>Kapitel 5: Fallbeispiele .....</b>	146
5.1 Fallbeispiel Julian (9 Jahre, soziale Angststörung ohne komorbide Störungen) .....	146
5.2 Fallbeispiel Leon (9 Jahre, soziale Angststörung mit komorbider Symptomatik) .....	149
<b>Literatur .....</b>	153
<b>Anhang .....</b>	160
Übersicht über die Materialien auf der CD-ROM .....	160

**CD-ROM**

Die CD-ROM enthält PDF-Dateien aller Info- und Arbeitsblätter, die zur Durchführung des Therapieprogrammes verwendet werden können.

Die PDF-Dateien können mit dem Programm Acrobat® Reader (eine kostenlose Version ist unter [www.adobe.com/products/acrobat](http://www.adobe.com/products/acrobat) erhältlich) gelesen und ausgedruckt werden.



# Übersicht über das Therapieprogramm für Kinder und Jugendliche mit Angst- und Zwangsstörungen (THAZ)

Das Therapieprogramm für Kinder und Jugendliche mit Angst- und Zwangsstörungen (THAZ) ist ein umfassendes Behandlungspaket zur multimodalen Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit Angst- und Zwangsstörungen. Das Programm ist mit vier Bänden konzipiert, welche die Diagnostik und Therapie von Leistungsängsten, Trennungsängsten und umschriebenen Phobien, sozialen Ängsten und sozialer Selbstunsicherheit sowie von Zwangsstörungen thematisieren. Nach dem Band zu Leistungsängsten (Suhr-Dachs & Döpfner, 2005) wird hiermit der zweite Band vorgelegt. Die weiteren Bände sind in Vorbereitung.

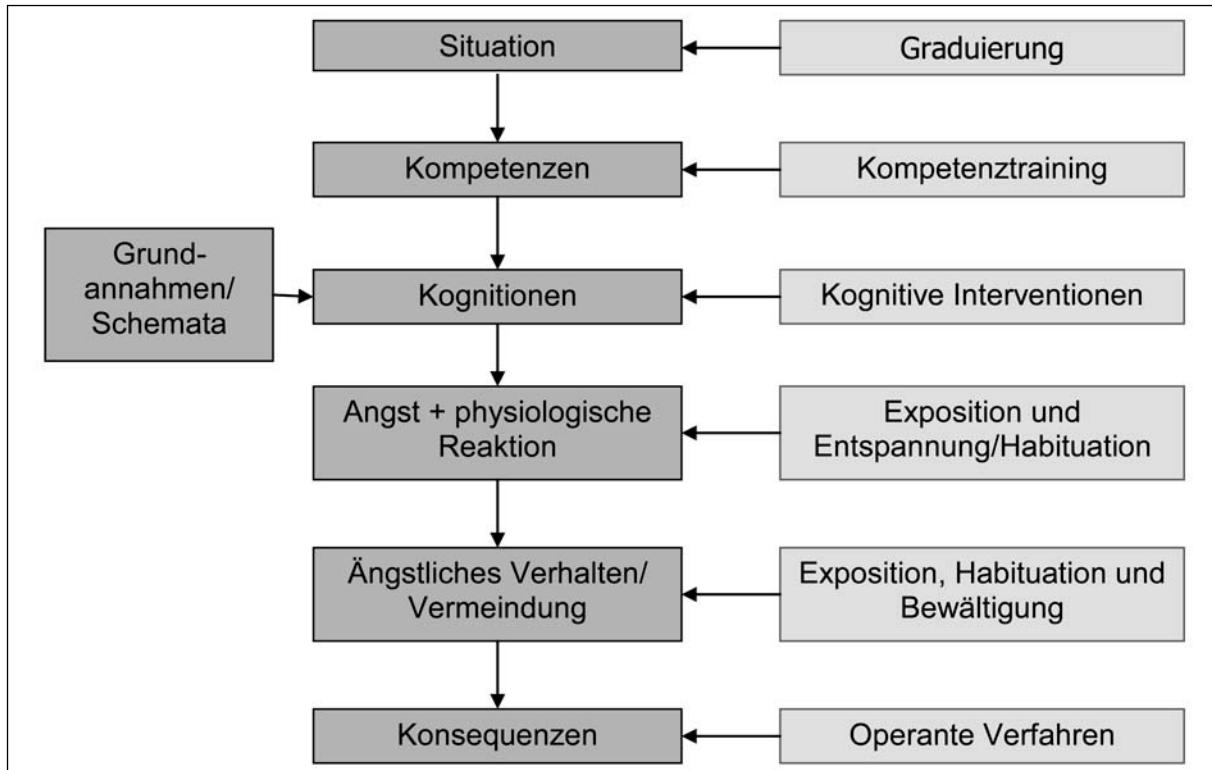
Die Entwicklung und Evaluation des Therapieprogramms THAZ ist eine wichtige Aufgabe der Schwerpunktambulanz für Kinder und Jugendliche mit Angst- und Zwangsstörungen, die vom Ausbildungsinstitut für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie an der Uniklinik Köln (AKiP) in Kooperation mit der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters am Klinikum der Universität Köln betrieben wird. Außerdem ist das Institut für Klinische Kinderpsychologie der Christoph-Dornier-Stiftung an der Universität Köln an der Entwicklung und Evaluation des Programms beteiligt. Ziel dieser Bemühungen ist es, in der Praxis anwendbare und erprobte Interventionen für Kinder und Jugendliche mit Angst- und Zwangsstörungen zur Verfügung zu stellen.

THAZ ist der multimodalen Psychotherapie verpflichtet, die patienten- und umfeldzentrierte Interventionen miteinander verbindet (Döpfner, 2008b, 2009) und damit den Leitlinien zur Therapie von Kindern und Jugendlichen mit Angststörungen (Schneider & Döpfner, 2004) entspricht. Patientenzentrierte Interventionen bilden bislang den Kern der Behandlung von Angst- und Zwangsstörungen, zumindest bei älteren Kindern und bei Jugendlichen. Die Ansatzpunkte für patientenzentrierte Interventionen bei Angst- und Zwangsstörungen lassen sich Abbildung 1 entnehmen. Die meisten Ängste und Zwänge treten in relativ klar definierbaren Situationen auf (z.B. Prüfungen, Trennung von den Eltern, soziale Situationen, Zahnarzt, Kontakt mit „kontaminierten“ Objek-

ten). Manche dieser Situationen setzen bestimmte Kompetenzen voraus, um sie bewältigen zu können. So lassen sich beispielsweise Leistungssituationen nur dann erfolgreich bewältigen, wenn das Kind oder der Jugendliche über bestimmte Kenntnisse oder Fertigkeiten verfügt; soziale Situationen erfordern ein Repertoire an sozial kompetentem Verhalten. Manchen Kindern und Jugendlichen, die Ängste vor solchen Situationen entwickelt haben, mangelt es (auch) an den entsprechenden grundlegenden Kompetenzen zur Bewältigung dieser Situationen. In anderen Situationen, die Ängste auslösen können, sind nicht besondere Kompetenzen notwendig, um die Situation bewältigen zu können, beispielsweise bei einer Höhenangst, einer Hunde- oder Spritzenphobie oder auch bei Zwangsstörungen. Bei diesen Ängsten und Zwängen spielen mangelnde Kompetenzen für die erfolgreiche Bewältigung der entsprechenden Situation in der Regel eine geringe oder keine Rolle; im Wesentlichen geht es bei diesen Ängsten darum, die ängstigende Situation durchzustehen.

Die jeweiligen Situationen lösen bei den Betroffenen Kognitionen aus, die in der Regel Ängste erzeugen, weil mit ihnen eine Gefahr antizipiert wird. Mitunter gründen diese Ängste auf dysfunktionalen Grundannahmen und kognitiven Schemata. In diesem Zusammenhang können auch verschiedene vegetative Reaktionen auftreten. Schließlich kommt es zu ängstlichem Verhalten oder auch zu Vermeidungs- und Fluchtreaktionen, die ihrerseits bestimmte Konsequenzen nach sich ziehen; unter anderem die Verminderung der zuvor erlebten Ängste. Die in Abbildung 1 aufgelisteten therapeutischen Ansatzpunkte lassen sich diesen Manifestationsebenen der Angst zuordnen:

- **Graduierung:** Die Situationen, die Angst erregen und nicht zu bewältigen erscheinen, können graduiert nach dem Ausmaß der Ängste, die diese auslösen, beziehungsweise nach ihrer Schwierigkeit dargeboten werden.
- **Kompetenztraining:** Falls die zur Bewältigung dieser Situationen notwendigen Kompetenzen nicht hinreichend ausgebildet sind, können diese mit Hilfe von Kompetenztrainings verbessert werden (z.B. Trainings zur Verbesserung



**Abbildung 1:** Ansatzpunkte in der patientenzentrierten Behandlung von Angst- und Zwangsstörungen

- von Kenntnissen oder Fertigkeiten in Leistungssituationen oder soziale Kompetenztrainings).
- *Kognitive Interventionen* dienen dazu, angstzeugende Kognitionen sowie dysfunktionale grundlegende Überzeugungen zu vermindern und Problemlöseprozesse zu verbessern.
  - *Exposition plus Entspannung/Habituation* können Ängste und physiologische Reaktionen vermindern.
  - *Exposition plus Habituation und Bewältigung*: Die Erfahrung des Patienten, eine bislang angstauslösende Situation erfolgreich zu bewältigen und nun weniger Angst in dieser Situation zu verspüren, hilft, ängstliches Verhalten und damit verbundenes Vermeidungsverhalten abzubauen.
  - *Operante Verfahren*: Durch positive Konsequenzen für die erfolgreiche Bewältigung der ängstigenden Situationen und durch die Veränderung von möglichen positiven oder negativen Verstärkungen bei ängstlichem Verhalten kann die Angstsymptomatik ebenfalls reduziert werden.

Im Therapieprogramm THAZ werden diese grundlegenden Interventionsmethoden im Rahmen der patientenzentrierten Verfahren in einzelnen Be-

handlungsbausteinen eingesetzt. Sie werden grob unterteilt in

- kognitive Interventionen (einschließlich Psychoedukation),
- emotional-physiologische Interventionen (einschließlich Exposition),
- behaviorale Interventionen.

Bei den *umfeldzentrierten Interventionen* lassen sich familienzentrierte Verfahren von kindergarten- und schulzentrierten Verfahren unterscheiden. Obwohl die patientenzentrierten Interventionen meist im Mittelpunkt der Behandlung von Angst- und Zwangsstörungen stehen, gewinnen Interventionen, die das familiäre, aber auch das weitere soziale Umfeld mit einbeziehen, zunehmend an Bedeutung und dies nicht nur bei jüngeren Kindern (Döpfner, 1999, 2008a; Döpfner & Goletz, 2008; Kendall et al., 2008; Wood et al., 2006). Das Therapieprogramm THAZ bezieht daher auch familien- und kindergarten- beziehungsweise schulzentrierte Interventionen mit ein. Diese Verfahren können ebenfalls im Wesentlichen unterteilt werden in kognitive und behaviorale Interventionen, die darauf abzielen, dysfunktionale Kognitionen und Erwartungen bei den Eltern oder anderen Bezugspersonen zu

verändern und Bedingungen zu schaffen, die dem Kind helfen, bisher nicht bewältigte Situationen erfolgreich bewältigen zu können. Dazu gehören der Abbau von Angst verstärkendem und überbehütendem Erziehungsverhalten der Eltern sowie die Belohnung von Angst bewältigendem Verhalten des Kindes.

Das Therapieprogramm THAZ ist modular aufgebaut und beschreibt in einzelnen Behandlungsbausteinen differenziert die verschiedenen symptomorientierten Interventionen. Darüber hinaus wird auch die Behandlung komorbider Probleme und Störungen angesprochen, die sowohl Ursachen als auch Folgen der Angst- oder Zwangssymptomatik sein können.

Die einzelnen Bände des Therapieprogramms haben die gleiche Grundstruktur. Nach einer Übersicht über den Stand der Forschung, insbesondere zur Wirksamkeit der verschiedenen Methoden, wird die Diagnostik der entsprechenden Angst- beziehungsweise Zwangsstörung dargestellt. Danach folgt das modular aufgebaute Therapieprogramm. Für die einzelnen Bausteine des Programms werden jeweils Indikationen spezifiziert. Zur Durchführung der einzelnen Therapiebausteine stehen umfangreiche und ausführlich erprobte Materialien zur Verfügung.

THAZ ist grundsätzlich als Einzeltherapieprogramm konzipiert, kann aber auch im Rahmen von Gruppentherapien eingesetzt werden. Die Vorteile von Gruppentherapien liegen auf der Hand und sind zur Behandlung von sozialen Ängsten möglicherweise besonders wichtig. Deshalb haben alle bislang vorliegenden deutschsprachigen Therapieprogramme zur Behandlung von sozialen Ängsten bei Kindern und Jugendlichen einen gruppentherapeutischen Ansatz gewählt. In

der klinischen Praxis ist die Umsetzung von Gruppentherapien jedoch oft dadurch erschwert, dass es häufig nicht gelingt, eine hinreichende Anzahl von Kindern mit der vergleichbaren Symptomatik in einem begrenzten Altersspektrum zusammenzufassen. Daher wird die überwiegende Mehrzahl von Kindern mit Angststörungen – auch die mit sozialen Ängsten – in der Praxis in Einzeltherapie behandelt. Einzeltherapie hat darüber hinaus den Vorteil, dass der individuellen Ausgestaltung der Symptomatik und den spezifischen Rahmenbedingungen eines jeden Falles wesentlich leichter Rechnung getragen werden kann. Eine solche individuelle Anpassung einer Therapie an die spezifische Symptomatik des Kindes ist nach klinischer Erfahrung für den Therapieerfolg besonders wichtig und steht daher im Mittelpunkt von THAZ. Darüber hinaus ist die Integration von familien- und schulzentrierten Interventionen im Einzelssetting wesentlich leichter zu realisieren. Eine solche individuell angepasste multimodale Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie wird heute schon in der Praxis häufig umgesetzt und sie wird zukünftig zum Standard in der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie werden.

Das Therapieprogramm THAZ ist ein langfristiges Projekt; es beruht auf langjähriger klinischer Erfahrung, die sowohl in Einzelfallstudien seinen Niederschlag gefunden hat (Döpfner, 1995, 1997, 1999; Döpfner & Hastenrath, 2000; Hastenrath & Döpfner, 2000; Kirchhoff & Döpfner, 1999) als auch in konzeptionellen Beiträgen und empirischen Studien (Döpfner, 1999, 2000, 2008b; Döpfner et al., 2007; Döpfner et al., 1981; Duda-Kirchof & Döpfner, 2000; Schneider & Döpfner, 2004; Suhr & Döpfner, 2000; Büch & Döpfner, 2011). Die Publikation und ausführliche Evaluation aller Module wird noch mehrere Jahre in Anspruch nehmen.

# Kapitel 1

## Grundlagen

### 1.1 Soziale Angst im Kindes- und Jugendalter

Obwohl zur Behandlung von sozialen Ängsten im Kindes- und Jugendalter eine Reihe gut evaluerter kognitiv-behavioraler Gruppentherapieprogramme vorliegen, gibt es über das Erscheinungsbild der sozialen Angst bei Kindern und Jugendlichen und deren Ursachen bisher nur wenige gesicherte Erkenntnisse. Generell sind soziale Ängste gekennzeichnet durch intensive Gefühle der Furcht, Aufregung und Unsicherheit in der Gegenwart anderer, nicht vertrauter Personen oder in der negativen Erwartung an die eigenen sozialen Fähigkeiten im Umgang mit fremden Menschen. Die Betroffenen sorgen sich um die Angemessenheit ihres Verhaltens und befürchten, ihre Angst könne von den anderen bemerkt werden. Sie haben Angst davor, lächerlich und inkompotent zu wirken oder von anderen bloßgestellt und gedemütigt zu werden. Als Folge davon tritt bei sozial ängstlichen Menschen ein ausgeprägtes Vermeidungsverhalten auf – die Betroffenen neigen dazu, sich potenziell angstauslösenden Situationen gar nicht erst auszusetzen.

Zu solchen Situationen zählen z. B. Prüfungssituationen, das Sprechen, Schreiben oder Essen in der Öffentlichkeit, Treffen mit anderen Personen (insbesondere mit Personen des anderen Geschlechts), das Äußern von Kritik sowie die Selbstbehauptung und alle Formen des Auftretens in der Öffentlichkeit. Schon der Gedanke an die bevorstehende Situation kann soziale Angst auslösen.

Nach Beidel und Turner (1998) unterscheiden sich die angstauslösenden Situationen bei Kindern und Jugendlichen nur geringfügig von den bei Erwachsenen relevanten Situationen. In einer Studie von Beidel, Turner und Morris (1999) benennen die meisten der untersuchten Kinder mit klinisch relevanten sozialen Ängsten im Alter von 7 bis 13 Jahren das Sprechen vor anderen (z. B. Vorlesen, Rede halten) als eine besonders schwierige Situation (71 %), gefolgt von der Situation, vor anderen etwas vorzuführen (z. B. im Sport) (61 %) und mit Erwachsenen zu sprechen

oder sich an einem Gespräch zu beteiligen (jeweils 59 %). In einer ähnlichen, von Essau, Conradt und Petermann (1998) durchgeführten epidemiologischen Untersuchung bewerteten 12- bis 17-jährige, sozial ängstliche Jugendliche am häufigsten das Mitwirken an einer Aufführung oder die Teilnahme an einem Test als die schwierigste Situation (31,1 %). Den zweiten Platz in der Angsthierarchie nimmt in dieser Untersuchung das Sprechen in der Öffentlichkeit ein (19,7 %), gefolgt von der Unterhaltung mit anderen Personen (9,2 %).

Systematische Angst-Tagebuch-Auswertungen ergaben, dass problematische Ereignisse bei den sozial ängstlichen Jugendlichen nahezu täglich auftraten. Die meisten Situationen betrafen dabei die Interaktionen mit Gleichaltrigen (Beidel & Randall, 1994; Beidel et al., 1999). Nach eigenen klinischen Erfahrungen zeigen sich soziale Ängste bei Kindern auch in informellen Situationen. So haben viele Kinder Angst, in der Pause andere Kinder anzusprechen oder sich ihnen zum Spielen anzuschließen. Die soziale Angst zeigt sich auf drei verschiedenen grundlegenden Erfahrungsebenen: Auf physiologischer Ebene reagiert die Person z. B. mit einem erhöhten Erregungsniveau, auf kognitiver Ebene stellt sich die Angst in Form von negativer Bewertung und negativer Selbsteinschätzung dar, und auf der Verhaltensebene werden die problematischen Situationen vermieden (vgl. Schowalter, 2001).

Bis zu einem gewissen Ausmaß können sich soziale Ängste bei Kindern und Jugendlichen durchaus positiv auf die weitere Entwicklung und die Interaktion mit ihrer Umwelt auswirken. So fanden Schwartz, Snidman und Kagan (1996), dass sozial ängstliche Kinder weniger aggressive, impulsive und antisoziale Verhaltensweisen zeigen. Sie sind in ihrem Verhalten relativ angepasst und regelorientiert und bringen – im Unterschied etwa zu hyperkinetischen Kindern – Erwachsene nicht unter unmittelbaren Handlungsdruck. Darüber hinaus betrachten Eltern die Ängste und Unsicherheit ihrer Kinder vielfach als ein normales Entwicklungsstadium auf dem Weg zum Er-

wachsenwerden, das keiner besonderen Behandlung bedarf (Beidel & Turner, 1998).

In der Tat stellen die vielfältigen sozialen und Bewertungssituationen, denen insbesondere Jugendliche im täglichen Leben ausgesetzt sind, bei der Mehrzahl aller Jugendlichen nur vorübergehend einen Grund zur Besorgnis dar. Gerade dadurch, dass sie in der Schule, im Freundeskreis oder bei anderen Gelegenheiten ständig sozialen Anforderungen ausgesetzt sind, erwerben die Jugendlichen in dieser Phase ihres Lebens in der Regel wichtige soziale Fertigkeiten und Kompetenzen, durch die sie eine größere Selbstständigkeit und Unabhängigkeit von ihren Eltern erlangen.

Bei einigen Kindern und Jugendlichen können die sozialen Ängste jedoch ein solches Ausmaß annehmen, dass damit keine wertvollen Lernerfahrungen mehr verbunden sind, sondern sich im Gegenteil diese Ängste sehr negativ auf den emotionalen Zustand, die schulischen Leistungen und auf die sozialen Beziehungen in und außerhalb der Familie auswirken.

La Greca und Lopez (1998) ermittelten an einer Stichprobe von 250 amerikanischen Schülern zwischen 15 und 18 Jahren einen negativen Zusammenhang zwischen sozialer Angst und der Akzeptanz bei Gleichaltrigen. Die sozial ängstlichen Mädchen gaben darüber hinaus an, weniger Freunde zu haben und erlebten ihre Freundschaften als weniger intensiv als Mädchen mit geringerer sozialer Angst. Die sozial ängstlichen Jungen fühlten sich weniger unterstützt und weniger kompetent im Umgang mit Gleichaltrigen. Die durch die hohe Angst bedingte Vermeidung der Interaktionen mit Gleichaltrigen hat zur Folge, dass Freundschaften und soziale Kompetenzen nur begrenzt aufgebaut werden. Dies fördert ein negatives Selbstbild (Rubin et al., 2003; Rubin et al., 1990) und kann langfristig Depressionen verursachen (z.B. Chavira et al., 2004). Die empirischen Befunde zeigen, dass soziale Ängste die Entwicklung sozialer Fertigkeiten und Kompetenzen behindern und dem Aufbau enger sozialer Beziehungen im Wege stehen können. Sie stellen damit ein ernst zu nehmendes Entwicklungsrisiko dar.

Im Folgenden soll der Begriff der sozialen Angst von den mit ihm im Zusammenhang stehenden Konzepten der Schüchternheit, der sozialen Unsicherheit und der Prüfungs- bzw. Schulangst/

Schulphobie abgegrenzt werden. In der AlltagsSprache werden diese Begriffe zum Teil auch synonym verwendet.

### ***Schüchternheit***

Im alltagssprachlichen Gebrauch wird eine Person als schüchtern bezeichnet, die in einer sozialen Situation etwas Bestimmtes tun möchte, sich aber nicht traut, dies auch zu tun. Als Folge davon tritt die Handlung verzögert oder gar nicht auf (Asendorpf, 1989).

Asendorpf überführt dieses umgangssprachliche Konstrukt in ein klarer operationalisiertes psychologisches Konstrukt, das auf Ergebnissen aus der Persönlichkeitsforschung beruht (vgl. Asendorpf, 1989, 1993, 1998).

Danach liegt der Schüchternheit ein Annäherungs-Vermeidungskonflikt zugrunde: Schüchterne Kinder haben ein ausgeprägtes Interesse an Kontakten zu anderen, weisen aber gleichzeitig eine starke Vermeidungstendenz in sozialen Situationen auf. Als Erklärungsmodell für dieses Konzept führt Asendorpf das neuropsychologische Modell der Angst von Gray (1982) an, welches zwischen einem Annäherungssystem und einem Verhaltenshemmungssystem unterscheidet. Nach Gray reagiert das Verhaltenshemmungssystem schüchterner Menschen in sozialen Situationen sehr stark. Asendorpf unterscheidet Schüchternheit als ‚Gehemmtheit gegenüber dem Unbekannten‘ von der Gehemmtheit aus ‚Angst vor Ablehnung vor Gleichaltrigen‘. Die Schüchternheit als Gehemmtheit gegenüber Fremden ist ein relativ stabiles, bereits ab dem zweiten Lebensjahr diagnostizierbares Merkmal und scheint weitgehend unabhängig von der jeweiligen Lernerfahrung, also z. B. vom Erziehungsstil der Eltern oder vom Ausmaß des Kontaktes zu anderen Menschen zu sein.

Im Falle der Schüchternheit aus Angst vor Ablehnung haben die Kinder aufgrund schlechter Erfahrungen die Erwartung gebildet, dass andere Kinder sie auch in Zukunft ablehnen werden. Diese zweite Form der Schüchternheit beruht also – anders als die erste – auf Lernerfahrungen. In einer Längsschnittuntersuchung konnte Asendorpf zeigen, dass die Schüchternheit aus Angst vor Ablehnung weniger stabil ist und einen Risikofaktor für ein ne-

gatives soziales Selbstwertgefühl darstellt (Asendorpf, 1998).

Die Konzepte der sozialen Angst und der Schüchternheit entstammen zwei verschiedenen Forschungstraditionen, sind einander aber insgesamt sehr ähnlich. Nach derzeitigem Kenntnisstand scheint es eher mehr Gemeinsamkeiten als Unterschiede zu geben (Melfsen & Warnke, 2004).

### ***Soziale Unsicherheit***

Den Begriff „soziale Unsicherheit“ haben die Autoren Petermann und Petermann geprägt. Sie verstehen ihn als eine Sammelbezeichnung für alle Verhaltensweisen, die Aspekte von Trennungsangst, sozialer Ängstlichkeit und sozialer Phobie sowie generalisierter Ängste beinhalten.

Dieser psychologisch eher unpräzise Begriff vereint alle Aspekte, die auch in der Alltagssprache mit unsicheren Verhaltensweisen verbunden sind. Dementsprechend ist auch das von den Autoren entwickelte „Training mit sozial unsicheren Kindern“ (Petermann, U. & Petermann, 2006) „konzeptuell ein breit angelegtes Vorgehen“, das ohne den Anspruch durchgeführt wird, die spezifische Wirksamkeit einzelner Therapieelemente für Kinder mit unterschiedlichen spezifischen Diagnosen zu ermitteln.

### ***Schulphobie – Schulangst***

Die Begriffe „Schulphobie“ und „Schulangst“ nehmen keinen eigenständigen klassifikatorischen Status ein. Vielmehr handelt es sich bei der Schulphobie um eine Manifestation der Trennungsangst (vgl. Remschmidt, 2000). Die Symptome der Schulverweigerung und der zum Teil massiven körperlichen Beschwerden beruhen auf der übermäßig engen Bindung des Kindes an die Bezugsperson und der Angst vor dem Verlassenwerden und nicht primär auf einer Angst vor der Schule.

Kinder und Jugendliche mit Schulangst haben dagegen deutliche Ängste, die mit schulischen Faktoren direkt zusammenhängen, sei es Leistungsangst, sei es Angst vor Lehrern oder auch vor anderen Schülern. Da es sich hierbei wieder um Angst vor öffentlicher Bewertung und um Ängste handelt, die durch soziale Vergleichspro-

zesse ausgelöst werden, kann auch der Begriff „Schulangst“ unter das Konzept der sozialen Angst subsumiert werden.

## **1.2 Klassifikation und Symptomatik der sozialen Phobie**

Die klinisch relevante Diagnose der sozialen Angst ist die soziale Phobie (soziale Angststörung). Die entscheidenden Diagnosekriterien sind in den beiden Diagnosesystemen DSM-IV-TR (Saß et al., 2003) und ICD-10 (Dilling et al., 1991) bzw. dem ICD-10 vergleichbar und unabhängig vom Alter der Patienten formuliert. Eine vollständige Übersicht über die Diagnosekriterien für soziale Phobien (F40.1) nach ICD-10 gibt Tabelle 1.

Personen mit sozialer Phobie befürchten, in sozialen Situationen von anderen als schwach, ängstlich, dumm oder „verrückt“ beurteilt zu werden. Als Folge davon werden solche Situationen in der Regel vermieden oder nur unter starker Angst ertragen. Dies führt zu einer deutlichen Beeinträchtigung im täglichen Leben der betroffenen Personen.

Das Erleben der Angst ist dabei immer auch mit bestimmten physiologischen Reaktionen, wie z. B. Erröten, Schwitzen, Herzklopfen oder Zittern verbunden. Mitunter kann auch die Befürchtung oder der Drang einzunässen oder gar einzukotzen auftreten. Ein Jugendlicher der Angst hat, einkaufen zu gehen, weil er nicht rechtzeitig eine Toilette finden kann, ist demnach als soziale Phobie zu klassifizieren.

Eine soziale Phobie wird nur diagnostiziert, wenn die sozialen Ängste das Leben der Betroffenen langfristig und massiv beeinflussen. Die Unterschiede zu subklinischen Formen sozialer Angst liegen also vor allem im Ausmaß der erlebten Beeinträchtigung durch die Problematik und in der Art der Reaktionen auf die angstauslösenden Situationen.

Im ICD-10 kann neben der Diagnose „soziale Phobien“ (F40.1), auch unter der Kategorie der emotionalen Störungen des Kindesalters die „Störung mit sozialer Ängstlichkeit des Kindesalters“ (F93.2) vergeben werden (vgl. Tab. 2).

Wichtigstes Kriterium dieser Diagnose ist eine anhaltende Angst in sozialen Situationen, in de-

**Tabelle 1:** Diagnostische Kriterien für soziale Phobien (F40.1) nach ICD-10 (Forschungskriterien)

<b>A</b>	Entweder 1. oder 2. 1. Deutliche Furcht im Zentrum der Aufmerksamkeit zu stehen oder sich peinlich oder erniedrigend zu verhalten; 2. Deutliche Vermeidung im Zentrum der Aufmerksamkeit zu stehen oder von Situationen, in denen die Angst besteht, sich peinlich oder erniedrigend zu verhalten.
<b>B</b>	Mindestens zwei Angstsymptome in den gefürchteten Situationen mindestens einmal seit Auftreten der Störung, wie in F40.0, Kriterium B definiert, sowie zusätzlich mindestens eins der folgenden Symptome: 1. Erröten oder Zittern. 2. Angst, zu erbrechen. 3. Miktions- oder Defäkationsdrang bzw. Angst davor.
<b>C</b>	Deutliche emotionale Belastung durch die Angstsymptome oder das Vermeidungsverhalten. Einsicht, dass die Symptome oder Vermeidungsverhalten übertrieben und unvernünftig sind.
<b>D</b>	Die Symptome beschränken sich ausschließlich oder vornehmlich auf die gefürchteten Situationen oder auf Gedanken an diese.
<b>E</b>	Häufigstes Ausschlusskriterium: Die Symptome des Kriteriums A sind nicht bedingt durch Wahn, Halluzinationen oder andere psychische Störungen, Schizophrenie oder verwandte Störungen, affektive Störungen oder eine Zwangsstörung oder sind nicht Folge einer kulturell akzeptierten Anschauung.

**Tabelle 2:** Diagnostische Kriterien für die Störung mit sozialer Ängstlichkeit des Kindesalters (F93.2) nach ICD-10

<b>A</b>	Anhaltende Ängstlichkeit in sozialen Situationen, in denen das Kind auf fremde Personen, auch Gleichaltrige, trifft, mit vermeidendem Verhalten.
<b>B</b>	Befangenheit, Verlegenheit oder übertriebene Sorge über die Angemessenheit des Verhaltens Fremden gegenüber.
<b>C</b>	Deutliche Beeinträchtigung und Reduktion sozialer Beziehungen (einschließlich zu Gleichaltrigen), die infolgedessen vermindert sind; in neuen oder erzwungenen sozialen Situationen deutliches Leiden und Unglücklichsein mit Weinen, Schweigen oder Rückzug aus der Situation.
<b>D</b>	Befriedigende soziale Beziehungen zu Familienmitgliedern und zu gut bekannten Gleichaltrigen.
<b>E</b>	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.
<b>F</b>	Fehlen einer generalisierten Angststörung des Kindesalters (F93.80).
<b>G</b>	Die Störung tritt nicht im Rahmen einer umfassenderen Störung der Emotionen, des Sozialverhaltens oder der Persönlichkeit auf oder bei einer tiefgreifenden Entwicklungsstörung, einer psychotischen Störung oder einer substanzbedingten Störung.
<b>H</b>	Dauer mindestens vier Wochen.

nen das Kind mit fremden Gleichaltrigen oder Erwachsenen zusammen ist. Diese übermäßige Ängstlichkeit muss sich vor dem sechsten Lebensjahr manifestieren. Ein wesentlicher Unterschied besteht somit neben dem Alterskriterium darin, dass die Störung mit sozialer Ängstlichkeit auf eine Angst vor Fremden beschränkt ist. Die Diagnose „soziale Phobien“ schließt dagegen auch die Angst vor negativer Bewertung, die auch im Zusammensein mit bekannten Personen auftreten kann, mit ein und ist somit umfassender (Melfsen & Warnke, 2004). In der klinischen kinder- und jugendpsychotherapeutischen Praxis sollte bei jüngeren Kindern die Störung mit sozialer Ängstlichkeit vergeben werden. Bei Jugendlichen kann man durchaus auch die Diagnose einer sozialen Phobie stellen, insbesondere dann, wenn die Symptomatik nach dem sechsten Lebensjahr erstmalig auftrat und auch kognitive Fehlinterpretationen eine Rolle spielen.

Nach dem DSM-IV-TR ist die soziale Phobie gekennzeichnet durch „eine ausgeprägte und anhaltende Angst vor einer oder mehreren sozialen oder Leistungssituationen, in denen die Person mit unbekannten Personen konfrontiert ist oder von anderen Personen beurteilt werden könnte“ (Saß et al., 2003).

Das DSM-IV-TR klassifiziert die soziale Phobie bei Kindern und Jugendlichen im Rahmen der allgemeinen Kategorie der Angststörungen, die auch für das Erwachsenenalter gelten. Es gibt jedoch einige kind- und jugendspezifische Besonderheiten, auf die explizit hingewiesen wird:

- Erstens müssen Kinder und Jugendliche mit sozialer Phobie im Umgang mit bekannten Personen über die altersentsprechende soziale Kompetenz verfügen, und ihre Angst muss auch gegenüber Gleichaltrigen und nicht nur in Interaktion mit Erwachsenen auftreten.
- Zweitens kann sich die Angst bei Kindern auch durch Weinen, Wutanfälle, Erstarren oder Zurückweichen von sozialen Situationen mit unvertrauten Personen ausdrücken.
- Drittens müssen Kinder im Gegensatz zu Erwachsenen nicht erkennen, dass ihre Angst übertrieben oder unbegründet ist, und viertens muss die Angst bei Personen unter 18 Jahren mindestens sechs Monate anhalten.

Je nach der Anzahl der gefürchteten Situationen unterscheidet man zwischen einer generalisierten

und einer spezifischen sozialen Phobie. Im Vergleich zu Jugendlichen und Erwachsenen wird die Diagnose der spezifischen sozialen Phobie bei Kindern sehr viel seltener gestellt (Beidel et al., 1999; Wittchen et al., 1999). Albano, DiBartolo, Heimberg und Barlow (1995) sowie Beidel und Kollegen (1999) deuteten diese Befunde dahingehend, dass sich fest umrissene soziale Ängste in diesem Alter schnell auf andere soziale Situationen generalisieren.

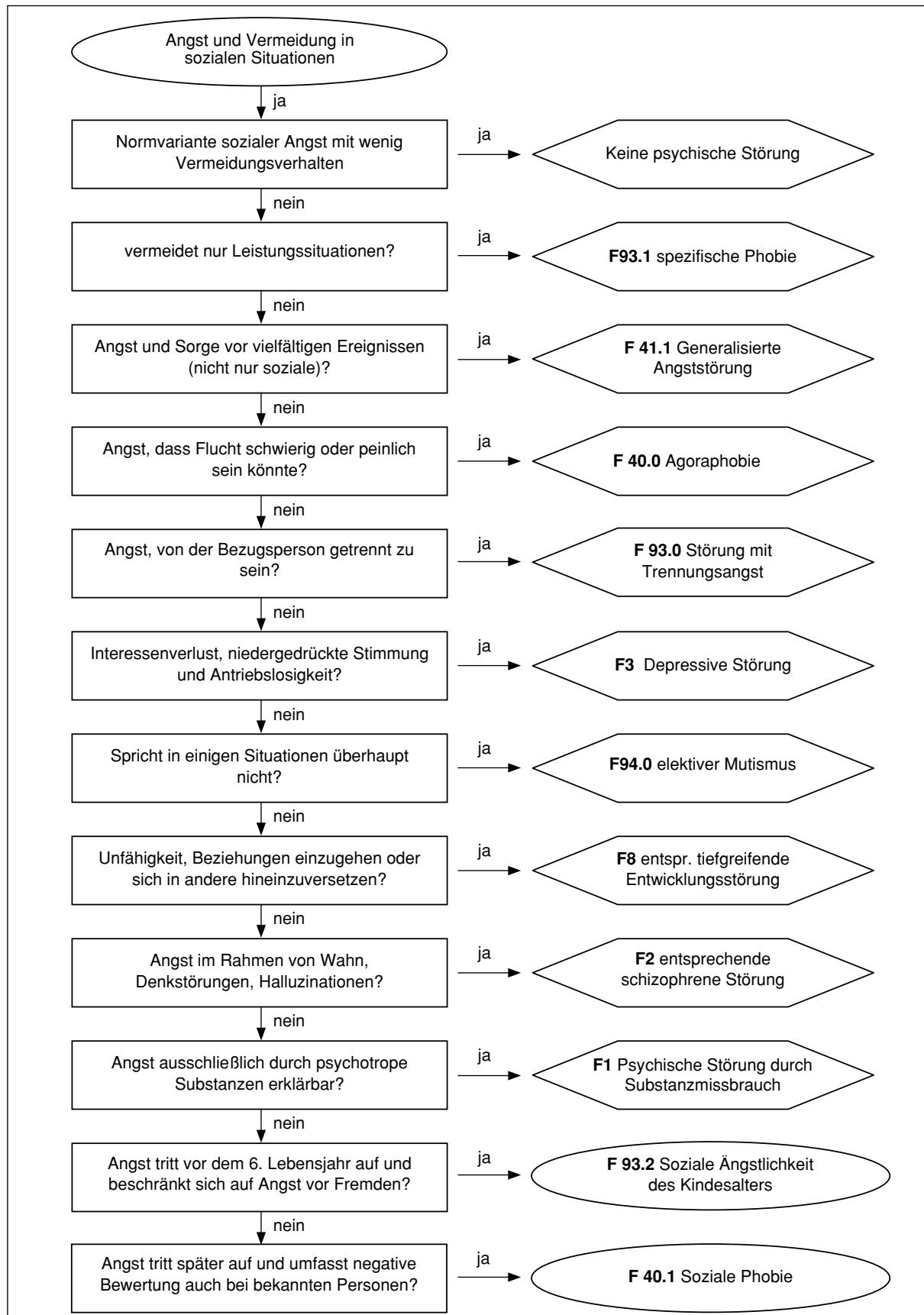
Die soziale Phobie geht mit massiven Beeinträchtigungen in vielen Lebensbereichen der Betroffenen einher: Altersspezifische Entwicklungsaufgaben, wie z. B. der Einstieg ins Berufsleben oder der Aufbau von engen Beziehungen zu anderen Personen können sehr viel später erfolgen als bei Gleichaltrigen nicht ängstlichen Personen (Albano et al., 2003).

Sozialphobische Kinder und Jugendliche haben mehr negative, selbstabwertende Gedanken, verfügen über ein weniger stabiles soziales Netzwerk, zeigen weniger gute Leistungen in der Schule oder im Beruf und weisen weniger soziale Fertigkeiten auf (Albano, Marten et al., 1995, zitiert nach Albano & Hayward, 2004). Weiterhin fühlen sich sozial ängstliche Kinder und Jugendliche weniger akzeptiert und unterstützt von Gleichaltrigen, haben weniger feste Freundschaften und fühlen sich weniger sozial kompetent in sozialen Situationen (Greco & Morris, 2005; LaGreca & Lopez, 1998; Rubin et al., 2003).

### 1.3 Differenzialdiagnostische Abgrenzung

Im Rahmen der kategorialen Diagnostik nach ICD-10 oder DSM-IV-TR muss die soziale Phobie von einer Reihe anderer Störungsbilder abgegrenzt werden. Abbildung 2 zeigt einen differenzialdiagnostischen Entscheidungsbaum. Die wichtigsten differenzialdiagnostischen Abgrenzungen werden im Folgenden besprochen.

*Abgrenzung von normalen altersbedingten sozialen Ängsten.* Soziale Ängste können auch Teil einer ganz normalen Entwicklung sein. Jedes Kind entwickelt im Laufe seines Lebens Ängste. Diese stellen eine wichtige Schutzfunktion dar. Nach klinischer Erfahrung sind das Ausmaß der



**Abbildung 2:** Differenzialdiagnostischer Entscheidungsbaum der sozialen Angst

Vermeidung sozialer Situationen und der persönliche Leidendruck des Kindes ein guter Indikator dafür, ob eine klinisch relevante Auffälligkeit zu diagnostizieren ist. Kinder mit klinisch ausgeprägter sozialer Phobie vermeiden viele Situationen. Dadurch können sie an vielen Situationen, die sie eigentlich gerne aufsuchen würden, nicht partizipieren. Das erzeugt bei vielen Kindern mit sozialer Phobie einen erheblichen Leidensdruck. Zudem machen sie im Gegensatz zu gleichaltrigen Kindern unzureichende soziale Erfahrungen und sind in ihrer weiteren Entwicklung gefährdet. Manche Kinder haben jedoch die Tendenz, ihren Leidensdruck zu dissimulieren, indem sie beispielsweise beteuern, bestimmte soziale Situationen gar nicht aufzusuchen zu wollen. Insofern ist die objektive Einschränkung der Partizipationsfähigkeit des Kindes ein wichtiger Indikator für den Schweregrad der Störung.

*Abgrenzung von Leistungsängsten.* Prüfungsängstliche Personen fühlen sich in Leistungssituationen bedroht, da sie ihr eigenes Versagen antizipieren. Diese stark auf das eigene Selbst fokussierten negativen Gedanken sowie die dazugehörigen physiologischen und emotionalen Begleitsymptome hindern die Betroffenen häufig an der erfolgreichen Bewältigung ihrer Aufgabe, und es treten Leistungsbeeinträchtigungen auf. Leistungssituationen finden sich vor allem in der Schule und Ausbildung, vergleichbare Situationen spielen aber auch in anderen Bereichen, wie z. B. bei beruflichen Präsentationen eine Rolle.

Innerhalb der Klassifikationssysteme DSM-IV (Saß et al., 1996) und ICD-10 (Dilling et al., 1991) wird der Prüfungsangst keine gesonderte Kategorie eingeräumt.

Nach dem DSM-IV ist die Prüfungsangst eindeutig in die Kategorie der sozialen Phobie einzuordnen, die definiert ist durch eine anhaltende Angst vor Leistungssituationen oder Bewertungen durch andere Personen (Suhr & Döpfner, 2000). Im Unterschied zum DSM-IV kann die Prüfungsangst nach dem ICD-10 weniger eindeutig klassifiziert werden. Suhr und Döpfner (2000) schlagen vor, die Prüfungsangst nach ICD-10 vorzugsweise in die Kategorie der phobischen Störung des Kindesalters einzuordnen. Häufig ist jedoch eine Überlappung zwischen sozialen Ängsten und Leistungsängsten festzustellen. Wenn sich die

Leistungsängstlichkeit stärker auf die befürchteten Reaktionen anderer („Sie lachen mich aus; sie halten mich für dumm.“) als auf das Versagen und die daraus folgenden negativen Konsequenzen (beispielsweise „Ich muss die Klasse wiederholen.“) bezieht, sollte sie als soziale Phobie klassifiziert werden. Die Diagnostik und Behandlung von Leistungsängsten ist im ersten Band des Therapieprogramms für Angst- und Zwangsstörungen beschrieben (Suhr-Dachs & Döpfner, 2005).

*Abgrenzung zur emotionalen Störung mit Trennungsangst.* Bei der Trennungsangst hat das Kind Angst, sich von der Bezugsperson zu trennen, da es befürchtet, dass ihm oder der Bezugsperson etwas zustoßen könnte oder sie dauerhaft getrennt sein könnten. Die Symptomatik kann so stark ausgeprägt sein, dass das Kind nicht mehr zur Schule gehen kann. Eine Abgrenzung zwischen sozialen Ängsten und Trennungsängsten ist insofern relativ leicht möglich. Allerdings zeigen Kinder mit sozialen Ängsten gehäuft auch Trennungsängste.

*Abgrenzung von der generalisierten Angststörung des Kindesalters.* Die generalisierte Angststörung des Kindesalters ist gekennzeichnet durch eine Vielzahl intensiver Ängste und Sorgen. Häufig treten dabei auch soziale Ängste auf. Im Gegensatz zur sozialen Phobie sind diese Sorgen und Ängste jedoch nicht ausschließlich auf soziale Situationen begrenzt. Kinder mit einer generalisierten Angststörung des Kindesalters machen sich häufig Sorgen über ihre Schulleistungen, über ihre Gesundheit, die ihrer Eltern oder darüber, ob sie alltägliche Situationen bewältigen können. Während bei der sozialen Phobie die einzelnen sozialen Situationen angstauslösend sind, sind bei der generalisierten Angststörung des Kindesalters häufige, exzessive Sorgen charakteristisch. Wenn ein Kind die Kriterien einer generalisierten Angststörung erfüllt, schließt dies nach den Klassifikationssystemen die Diagnose einer sozialen Phobie aus. Mitunter ist die Abgrenzung zwischen mutiplen Phobien (z. B. soziale Phobie, umschriebene Phobie, Störung mit Trennungsangst) und einer generalisierten Angststörung kaum möglich und die Ausschlusskriterien nach ICD-10 sind in diesem Fall auch oft nicht sehr hilfreich.

*Abgrenzung zur Agoraphobie.* Jugendliche mit einer Agoraphobie vermeiden häufig Menschen-

mengen oder Orte, an denen sich viele Menschen aufhalten. Im Gegensatz zur sozialen Phobie ist die zugrunde liegende Befürchtung jedoch die Angst, verrückt zu werden oder die Kontrolle zu verlieren. Die Jugendlichen vermeiden diese Situationen, weil sie Angst haben, dass ihnen etwas passieren könnte und sie im Notfall keine Hilfe bekommen können oder eine Flucht schwierig ist und nicht, weil sie Angst haben, etwas Peinliches zu tun oder negativ bewertet zu werden. Die Vorstellung vieler agoraphobischer Jugendlichen z.B. im Kino zu sitzen und im Falle eines Notfalls vor den Augen aller anderen notärztlich versorgt zu werden, hat durchaus häufig auch eine sozialphobische Komponente, dennoch ist die zentrale Befürchtung, verrückt zu werden oder vor den Augen aller anderen zu kollabieren. Demgegenüber wird die Angst oder der Drang, in der Öffentlichkeit einzunässen oder einzukotzen besser als soziale Phobie klassifiziert, weil die Peinlichkeit in der Regel im Vordergrund steht.

*Abgrenzung zur Depression.* Eine depressive Störung ist charakterisiert durch Interesselosigkeit, Antriebslosigkeit und negativer Stimmung. Dabei kann sich auch ein Rückzug von sozialen Situationen zeigen. Es stehen jedoch der Antriebsmangel und der Interessenverlust im Vordergrund, nicht sozialphobische Befürchtungen. Allerdings zeigen viele Kinder und Jugendliche mit einer sozialen Phobie komorbide depressive Symptome.

*Abgrenzung vom elektiven Mutismus.* Beim elektiven Mutismus sprechen die Kinder trotz einer altersgerechten Sprachentwicklung in bestimmten sozialen Situationen nicht, in denen das Sprechen erwartet wird. Die Diagnose hat einige Gemeinsamkeiten mit der sozialen Phobie, viele mutistischen Kinder weisen auch soziale Ängste auf, zudem kann das Nicht-Sprechen auch als Vermeidungsverhalten gewertet werden. Dennoch erfordert die Diagnose, dass das Unvermögen zu sprechen dauerhaft ist und eine Konsistenz und Voraussagbarkeit für die Situation besteht, in denen gesprochen wird und nicht gesprochen wird. Damit unterscheidet sie sich von der sozialen Phobie, bei der die Kinder in der Regel zumindest nach einer „Aufwärmphase“ schon sprechen, wenn auch leise und nur in einzelnen Wörtern. Zudem zeigen nicht alle mutistischen Kinder sozial ängstliche Symptomatik, mitunter kann auch ein oppositioneller, trotziger Affekt dominieren.

*Abgrenzung vom Asperger Autismus.* Beim Asperger Autismus liegt eine grundlegende Störung der Kommunikation und der sozialen Interaktion vor. Asperger Autisten verhalten sich häufig unangemessen und haben große Schwierigkeiten, sich in andere Menschen hineinzuversetzen. Gleichzeitig besteht ein eingeschränktes Muster an Interessen und Aktivitäten. Manchen sozial ängstlichen Kindern fehlt es ebenfalls an grundlegenden sozialen Fertigkeiten, sie sind jedoch in der Regel sehr feinfühlig und sensibel und können sich prinzipiell in andere Menschen hineinversetzen. Auch ist die Angst vor sozialen Situationen immer vorhanden, was bei Patienten mit Asperger Autismus in der Regel zumindest nicht deutlich auftritt.

*Abgrenzung von psychotischen Erkrankungen.* Akutes wahnhaftes Erleben kann zu Misstrauen und zur Vermeidung von sozialen Kontakten führen. Zentrales Kriterium ist jedoch das Vorhandensein von Wahnwahrnehmungen, Halluzinationen, oder formalen Denkstörungen. In Abgrenzung zu sozialen Ängsten werden die Symptome als ichsynton erlebt, die Patienten können sich nicht von den Inhalten distanzieren.

*Abgrenzung zur ängstlich-vermeidendenden Persönlichkeitsstörung.* Die Abgrenzung zwischen einer chronischen sozialen Phobie und einer selbstunsicheren Persönlichkeitsstörung ist schwierig. In Abgrenzung zu anderen psychischen Störungen ist die Persönlichkeitsstörung ein durchgehendes tief verwurzeltes Verhaltensmuster, das sich in vielen verschiedenen Situationen zeigt. Zu beachten ist zudem, dass eine Persönlichkeitsstörung in der Regel nicht vor dem 18. Lebensjahr diagnostiziert werden sollte. Erwachsene mit selbstunsicherer Persönlichkeitsstörung zeigen im Kindesalter häufig bereits soziale Ängste.

## 1.4 Epidemiologie und Verlauf

Es liegen insgesamt wenige repräsentative Untersuchungen zu Prävalenzraten von sozialer Phobie im Kindes- und Jugendalter vor. Vor allem fehlen repräsentative Untersuchungen zur Auftretenshäufigkeit der sozialen Phobie im Kindergarten- und Grundschulalter. Die epidemiologischen Studien kommen zu sehr unterschiedlichen Prävalenzraten. Insgesamt kann von einer Punktprävalenz von 1 % und einer Lebenszeitprävalenz zwischen 1,6 und 5 % ausgegangen werden.

Im deutschen Sprachraum untersuchten Essau, Conradt und Petermann (1998, 1999) die Häufigkeit der sozialen Phobie bei 1035 Jugendlichen zwischen 12 und 17 Jahren. Die Daten wurden mittels strukturierter Interviews erhoben, die auf den Kriterien des DSM-IV beruhen. Essau et al. (1998, 1999) berichten insgesamt eine Lebenszeitprävalenz für die soziale Phobie von 1,6 %.

Die Arbeitsgruppe um Wittchen untersuchte in Bayern 3021 Jugendliche zwischen 14 und 24 Jahren (Wittchen et al., 1998; Wittchen et al., 1999). Auch hier wurden DSM-IV-Diagnosen anhand strukturierter Interviews gestellt.

Wittchen et al. (1999) ermittelten eine Lebenszeitprävalenz für die soziale Phobie von 3,5 %. Unter Ausklammerung des Kriteriums E (stark empfundene Beeinträchtigung durch die Angstsymptome) erhöht sich die Prävalenzrate auf 7,3 %. Bei einer ausschließlichen Betrachtung der 14- bis 17-jährigen Jugendlichen reduziert sich diese Rate allerdings auf 4 %. Das bedeutet, dass sich die soziale Phobie bei vielen Jugendlichen erst in der späten Adoleszenz manifestiert.

Amerikanische Studien berichten Punktprävalenzen um 1 % (Bernstein et al., 1996; Kashani & Orvaschel, 1990; Lewinsohn et al., 1993). Untersuchungen aus Neuseeland ermittelten bei elfjährigen Kindern eine Punktprävalenz von 0,9 %, die in einer Nachuntersuchung der inzwischen 15 Jahre alten Jugendlichen auf 1,1 % stieg (Anderson et al., 1987; McGee et al., 1990).

Shaffer et al. (1996) berichten Prävalenzen für die soziale Phobie von 7,6 % im Kindesalter und 3,7 % im Jugendalter. Allerdings wurden die Diagnosen nach DSM-III-R anhand von diagnostischen Interviews mit den Kindern gestellt, was vor allem bei den jüngeren Kindern zu den hohen Auftretenshäufigkeiten für die soziale Phobie geführt haben könnte. Kashdan und Herbert (2001) merken zudem an, dass die Studie nicht als repräsentative Erhebung ausgelegt war. Neben den Selbsteinschätzungen wurden von Shaffer und Mitarbeitern auch Elternurteile erfragt. Dabei ergaben sich unabhängig vom Alter Auftretenshäufigkeiten von 4,5 % für die soziale Phobie.

Beidel und Turner (1998) stellten für verschiedene Studien fest, dass das Verhältnis von Jungen und Mädchen bei der sozialen Phobie im Verhältnis 3 : 2 zu ungünstigen der Mädchen ausfiel. In der

Bremer Jugendstudie (Essau et al., 1998, 1999) zeigten sich keine signifikanten Geschlechtsunterschiede für die Auftretenshäufigkeit der sozialen Phobie. Allerdings trat die Störung bei Mädchen tendenziell öfter auf als bei Jungen. So erfüllten von den 1035 Jugendlichen 1 % der Jungen und 2,1 % der Mädchen die Kriterien für eine soziale Phobie. In der Studie von Wittchen et al. (1999) erfüllten von den 14- bis 17-jährigen 5,5 % der Mädchen und 2,7 % der Jungen die Kriterien für die soziale Phobie. Last, Perrin, Hersen und Kazdin (1992) berichten, dass in ihrer sozialphobischen Stichprobe 44,3 % weiblich waren.

Eine Reihe epidemiologischer Untersuchungen zur sozialen Phobie bei Erwachsenen konnte zeigen, dass die soziale Phobie gewöhnlich im Jugendalter beginnt (Schneier et al., 1992; Strauss & Last, 1993; Wittchen et al., 1999). In der Studie von Wittchen et al. (1999) begann die soziale Phobie vom generalisierten Typus durchschnittlich mit etwa zwölf Jahren.

Unbehandelt nimmt die soziale Phobie meist einen chronischen Verlauf (Beidel et al., 1996; Juster & Heimberg, 1995). So zeigten in der Studie von (Beidel et al., 1996) 62 % der untersuchten Kinder nach sechs Monaten keine Veränderungen hinsichtlich des Symptombildes. 17 % der Kinder zeigten eine völlige Remission, bei 21 % konnte zwar nicht mehr das Vollbild der Störung, jedoch noch eine subklinische Ausprägung sozialer Ängste festgestellt werden.

In einer frühen Interventions- und Präventionsstudie von (Dadds et al., 1999) erfüllten 56 % der Kinder, die subklinische Formen von Angststörungen zeigten, nach sechs Monaten eine Angstdiagnose, wenn sie keine Intervention erhielten.

In klinischen Stichproben tritt die Sozialphobie häufiger auf. So berichten Last, Perrin, Hersen und Kazdin (1992) Auftretenshäufigkeiten von 14,9 %. In einer Untersuchung von (Albano, DiBartolo et al., 1995) erfüllten 17,9 % der Kinder und Jugendlichen die Primärdiagnose für soziale Phobie.

Subklinische Formen der sozialen Phobie kommen wesentlich häufiger vor. In der Bremer Jugendstudie (Essau et al., 1998) gaben von 1035 Befragten 47,2 % soziale Ängste an. Mädchen gaben mit 50,8 % öfter soziale Ängste an als Jungen (42 %). Auch berichteten sie über eine höhere Anzahl einzelner sozialer Ängste und hat-

ten größere Probleme, wenn sie diesen Ängsten ausgesetzt waren. Allerdings wurden diese Geschlechtsunterschiede nicht signifikant. In einer Fragebogenstudie beantworteten 277 Kinder und Jugendliche im Alter zwischen acht und achtzehn Jahren den Phobiefragebogen für Kinder und Jugendliche (PHOKI, Döpfner et al., 2006). Tabelle 3 zeigt die Häufigkeit sozialer Ängste, die im PHOKI nach Angaben von Jungen und Mädchen und in den Altersgruppen der 8- bis 10-Jährigen, der 11- bis 13-Jährigen und der 14- bis 18-Jährigen erhoben wurden. Danach werden am häufigsten Ängste vor sozialer Missbilligung und Kritik genannt, wobei die meisten Ängste bei Mädchen stärker ausgeprägt sind als bei Jungen und die überwiegende Zahl der sozialen Ängste mit dem Alter abnimmt.

Döpfner, Götz-Dorten & Lehmkuhl (2008) und Götz-Dorten (2005) untersuchten mit dem Diagnostik-System für Psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter nach ICD-10 und DSM-IV

(DISYPS-II) die Häufigkeit, mit der Merkmale sozialer Phobien im Urteil der Kinder und Jugendlichen selbst und im Urteil der Eltern zutreffen. Danach gaben 5 % der 318 Kinder und Jugendlichen zwischen 11 und 17 Jahren im Selbstbeurteilungsbogen für Angst- und Zwangsstörung (SBB-ANZ) an, starke oder sehr starke Angst gegenüber Gleichaltrigen zu haben und Situationen mit diesen zu vermeiden. 6,3 % der Kinder und Jugendlichen gaben zudem an, wenig Kontakt zu Gleichaltrigen zu haben. 6,9 % der Kinder und Jugendlichen gaben ausgeprägte Ängste gegenüber Erwachsenen an. 5,9 % der Befragten berichteten, sich bei fremden Gleichaltrigen oder Erwachsenen verlegen oder befangen zu fühlen. 10,4 % berichteten über starke oder sehr starke Sorgen darüber, ob sie sich bei Fremden richtig verhalten, 16,6 % gaben Leistungsängste an. Im Urteil der Eltern, erfasst über den Fremdbeurteilungsbogen für Angst- und Zwangsstörung (FBB-ANZ), lagen die entsprechenden Prävalenzraten unter denen des Selbsturteils.

**Tabelle 3:** Häufigkeiten sozialer Ängste im Phobiefragebogen für Kinder (PHOKI, Döpfner et al., 2006)

Angst ...	Jahre			Jungen	Mädchen	RR <sup>1)</sup>
	8–10	11–13	14–18			
... dumm auszusehen	9,6	11,7	6,7	7,9	12,7	0,6
... gehänselt zu werden	10,9	14,9	2,9	7,8	10,0	0,8
... kritisiert zu werden	13,7	9,6	2,9	7,1	9,3	0,8
... anderen etwas vorspielen müssen	2,7	10,6	7,7	7,9	6,7	1,2
... andere Kleider zu tragen als andere	6,8	9,6	2,9	6,3	6,0	1,0
... Fehler zu machen	2,7	8,5	7,7	3,9	9,3	0,4
... in großen Menschenmengen	6,8	2,1	1,9	3,9	2,6	1,5
... zu erröten	4,1	3,2	5,8	1,6	6,7	0,2
... jemanden das erste Mal treffen	2,7	4,3	4,8	1,6	6,7	0,2
... die Haare geschnitten zu bekommen	4,1	1,1	1,0	0,8	3,3	0,2
... etwas Neues zu machen	0,0	3,2	1,9	0,8	2,7	0,3
... zu telefonieren	0,0	1,1	0,0	0,0	0,6	

RR<sup>1)</sup>=Relatives Risiko (Jungen/Mädchen)

In einer weiteren Fragebogenstudie untersuchten Plück, Döpfner und Lehmkuhl (2000) an 1030 Kindern im Alter von 4 bis 18 Jahren das Auftreten internalisierender Auffälligkeiten in Deutschland. Eingesetzt wurde in dieser bundesweit repräsentativen Stichprobe die deutsche Fassung der Child Behavior Checklist und des Youth Self-Report von Achenbach (Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist, 1998a, 1998b). Im Elternurteil zeigten 6 % der Kinder und 8 % der Jugendlichen Auffälligkeiten im Bereich des sozialen Rückzugs. Die Jugendlichen im Alter von 11 bis 18 Jahren schätzten sich im Selbsturteil allerdings auffälliger ein. So berichten 18,2 % der Jungen und 20,4 % der Mädchen über Probleme im Bereich des sozialen Rückzugs.

Insgesamt scheinen soziale Ängste bei vielen Kindern und Jugendlichen aufzutreten, wobei weitere Forschung auf diesem Gebiet dringend notwendig ist.

## 1.5 Ätiologie und Aufrechterhaltung

Für die Entstehung und Aufrechterhaltung sozialer Ängste im Kindes- und Jugendalter sind mehrere Faktoren verantwortlich, dass heißt es wirken biologische Faktoren, soziale Faktoren, Temperamentsmerkmale, kognitive Faktoren sowie Lern erfahrungen in ungünstiger Weise zusammen (Überblick bei Schneider, 2004). Im Folgenden werden die Befunde zu den einzelnen Faktoren zusammengefasst dargestellt. Im Anschluss daran wird das integrative Bedingungsmodell sozialer Angst von Döpfner und das Teufelskreismodell von Spence zur Aufrechterhaltung sozialer Ängste vorgestellt.

### Biologische Risikofaktoren

Hinweise auf *biologische* Faktoren ergeben sich aus Zwillingstudien sowie aus der Beobachtung, dass Angststörungen in Familien gehäuft auftreten können. Zwillingstudien verweisen auf eine eindeutige genetische Disposition bei Angststörungen bei Kindern, die geklärte Varianz durch genetische Faktoren wird auf 30 bis 40 % geschätzt (Edelbrock et al., 1995; Thapar & McGuffin, 1997). Die genetische Prädisposition scheint bei Mädchen ausgeprägter zu sein als bei Jungen (Thapar & McGuffin, 1997). Dabei wird davon ausgegangen, dass es eine biologische Prädisposition gibt, irgendeine Angststörung zu entwickeln, nicht jedoch eine spezifische Angststörung. Die Disposition könnte beispielsweise durch eine genetische Veranlagung für ängstliche Persönlichkeitsmerkmale bedingt sein (Blanz & Schneider, 2008).

Kendler, Karkowski und Prescott (1999) geben für die soziale Phobie bei Erwachsenen eine Heritabilität von 51 % an. Die soziale Phobie gehört somit zu den Angststörungen mit dem höchsten nachgewiesenen genetischen Einfluss (Deckert & Domschke, 2003).

### Temperamentsmerkmale

Aus der Temperamentsforschung wird das Konzept der Verhaltenshemmung zur Vorhersage von Angststörungen angeführt. Kinder mit einer hohen Ausprägung auf diesem Temperamentsmerkmal zeigen ein stark erhöhtes sympathisches Erregungsniveau und zugleich ein ausgeprägtes Rückzugsverhalten bei der Konfrontation mit neuen, unbekannten Reizen (Kagan et al., 1988).

In unvorhersehbaren Situationen weisen verhaltenshemmte Kinder einen erhöhten Noradrenalinspiegel auf, der die zentralnervöse Informationsübertragung erschweren und in der Folge Denk- und Handlungsblockaden auslösen kann. Die Gehemmtheit der Kinder bei einer Konfrontation mit unbekannten Reizen äußert sich in Form von Weinen, Klammern an Bezugspersonen, dem Vermeiden der Kontaktaufnahme zu unbekannten Personen und dem Unterbrechen der bestehenden Aktivitäten.

Kinder mit einer Verhaltenshemmung haben ein erhöhtes Risiko, eine Angststörung zu entwickeln (Biederman et al., 1993). In neueren prospektiven Studien konnte dieser Zusammenhang spezifisch für die soziale Phobie nachgewiesen werden (Biederman et al., 2001; Hayward et al., 1998; Schwartz et al., 1999). So geben Hayward et al. (1998) an, dass verhaltenshemmte Kinder ein vierfach erhöhtes Risiko haben, eine soziale Phobie auszubilden. Interessanterweise waren auf der anderen Seite die meisten sozial ängstlichen Jugendlichen zum früheren Messzeitpunkt nicht verhaltenshemmt. Dies ist ein Hinweis, dass die Ätiologie der sozialen Phobie multifaktoriell ist und nicht für alle sozial ängstlichen Kinder die gleichen Faktoren eine Rolle spielen

müssen (Albano & Hayward, 2004). In der Studie von Schwartz et al. (1999) hatten verhaltensgehemmte Kinder ein erhöhtes Risiko, eine soziale Phobie auszubilden, nicht jedoch eine andere Angststörung.

### **Soziale Risikofaktoren**

Zu den *sozialen* Faktoren, die die Ausbildung der sozialen Angst bei Kindern begünstigen können, zählen die besonderen Merkmale der Eltern, das elterliche Interaktions- und Erziehungsverhalten, kritische Lebensereignisse sowie die soziale Herkunft der Kinder.

Wenn die Eltern selbst unter einer Angststörung leiden, besitzen auch die Kinder ein erhöhtes Risiko, eine solche Störung zu entwickeln (Beidel & Turner, 1997; Turner et al., 1987). In einer Studie von Lieb (2000) an einer repräsentativen Stichprobe von über 1000 Jugendlichen bestand ein enger Zusammenhang zwischen der sozialen Phobie des Kindes und dem Vorhandensein einer sozialen Phobie der Eltern. Schwächere Zusammenhänge ergaben sich auch zwischen der sozialen Phobie des Kindes und Depression, Alkoholmissbrauch und anderen Angststörungen bei den Eltern.

Fyer, Mannuzza, Chapman, Liebowitz und Klein (1993) wiesen ein innerhalb der Familie erhöhtes Risiko für die Entwicklung einer sozialen Phobie nach, wenn ein Familienmitglied bereits eine Sozialphobie hatte. Allerdings wurden in diesen Studien genetische Einflüsse nicht kontrolliert, so dass keine Aussagen über kausale Zusammenhänge gezogen werden können.

Die Daten sprechen dafür, dass Angststörungen der Eltern, nicht hingegen psychische Störungen der Eltern im Allgemeinen, einen Risikofaktor für die Entstehung von pathologischen Ängsten bei Kindern darstellen.

Die Weitergabe des ängstlichen Verhaltens der Eltern an die Kinder kann auf verschiedene Weise erfolgen. Neben den angesprochenen genetischen Faktoren spielen dabei auch lernpsychologische Mechanismen eine wichtige Rolle. Einerseits werden ängstliche Verhaltensweisen der Eltern nachgeahmt (Modelllernen), andererseits verstärkt der elterliche Interaktionsstil häufig das Vermeidungsverhalten von Kindern: Ein ruhi-

ges, zurückgezogenes Kind, das sich allein zu beschäftigen weiß, kann von den Eltern als sehr angenehm erlebt werden. Das Kind wird für dieses Verhalten belohnt und nicht dazu ermutigt, soziale Verhaltensweisen zu erproben und neue soziale Situationen aufzusuchen. Aufgrund der eigenen Problematik bringen die Eltern viel Verständnis und Akzeptanz für den sozialen Rückzug ihrer Kinder auf und tragen damit unmittelbar zur Aufrechterhaltung dieser Verhaltensweisen bei.

In mehreren retrospektiven Studien konnte gezeigt werden, dass Patienten mit einer sozialen Angststörung ihre Eltern als überbehütender, kritischer und weniger emotional warm erlebten (Arrindell et al., 1989; Lieb et al., 2000; Parker, 1979). Allerdings sind prospektive Langzeitstudien notwendig, um den Einfluss des elterlichen Erziehungsverhaltens auf das Kind angemessen prüfen zu können. Dass auch ungünstige Attributionsstile sowie negative Erfolgserwartungen von Seiten der Eltern im Zusammenhang mit sozialen Ängsten bei Kindern stehen, zeigten Kortlander, Kendall und Panichelli-Mindel (1997). In ihrer Studie äußerten die Mütter ängstlicher Kinder im Vergleich zu Kontrollpersonen negativeren Erwartungen an die Erfolgsergebnisse ihrer Kinder in einer sozialen Situation. Gelang den Kindern der geforderte fünfminütige Vortrag, so tendierten die Mütter darüber hinaus zu externalen und stabilen Attributionen. Krohne und Hock (1994) konnten anhand eines inkonsistenten und extrem tadelnden Erziehungsstils die Ängstlichkeit bei Kindern vorhersagen.

Es wird vermutet, dass auch kritische Lebensereignisse, wie z.B. die Zurückweisung durch Gleichaltrige oder Mobberfahrungen in der Schule zu einer erhöhten Prädisposition für soziale Ängste beitragen können (LaGreca & Lopez, 1998). Allerdings liegen zu diesem Bereich erst wenige Forschungsergebnisse vor (siehe Kashdan & Herbert, 2001 im Überblick).

Ob auch die soziale Lage der Familie als solche eine bedeutsame Einflussgröße darstellt, ist umstritten. Während Whitaker et al. (1990) keine derartigen Hinweise finden konnten, führen Reinherz et al. (1993) sowie Beidel und Turner (1997) Belege dafür an, dass ein niedriger sozioökonomischer Status, vor allem in Verbindung mit psychisch auffälligen Eltern, einen Risikofaktor für die Entstehung kindlicher Ängste darstellt.

### ***Konditionierungsprozesse***

Während bei sich graduell entwickelnden Ängsten vermutlich vornehmlich operante Konditionierungsprozesse (positive und negative Verstärkung sowie die fehlende Ermutigung zum Ausprobieren neuer Verhaltensweisen) beteiligt sein dürften, sprechen besonders starke und schnell ansteigende Ängste eher für die Wirkung klassischer Konditionierungsprozesse, gegebenenfalls auch in Kombination mit operanten Lernprozessen, entsprechend der Zwei-Faktoren-Theorie von Mowrer (1960): Zunächst werden aufgrund von klassischer Konditionierung bei einer traumatischen oder stark negativ besetzten Erfahrung bestimmte Reize zu Angstauslösern. Im zweiten Schritt erlernt das Kind dann im Sinne einer negativen Verstärkung, dass die konditionierte Angst durch Vermeidung der auslösenden Reize reduziert werden kann.

Nach Stemberger, Turner, Beidel und Calhoun (1995) berichten 44 % der Sozialphobiker retrospektiv von einer traumatischen Erfahrung, die ihre Ängste auslösten, und ausgeprägtes Vermeidungsverhalten stellt ein wichtiges Kriterium bei der Diagnose der Sozialphobie dar. Die neueren Ergebnisse der Lernforschung sprechen allerdings dafür, dass die zugrunde liegenden Prozesse bei der Furchtkonditionierung komplexer sind, als in dem Modell von Mowrer angenommen (vgl. Barrios & O'Dell, 1989; Domjan, 2003).

Vor allem bei jüngeren Kindern können Eltern das Vermeidungsverhalten ihres Kindes negativ verstärken, indem sie dem Kind die Dinge, vor denen es Angst hat, abnehmen, anstatt das Kind zu ermutigen, sich der Angst zu stellen (siehe Ollendick et al., 2000 im Überblick).

Festzuhalten bleibt, dass klassische und operante Konditionierung sowie Modelllernprozesse maßgeblich an der Ausbildung und Aufrechterhaltung sozialer Ängste beteiligt sind.

### ***Kognitive Faktoren***

Auch kognitive Faktoren tragen zur Entstehung von sozialen Ängsten bei. Für das Erwachsenenalter existieren gut ausgearbeitete kognitive Modelle zur Erklärung von Angststörungen. So hat für die soziale Angststörung das kognitive Modell von Clark und Wells (1995) in der empirischen Forschung viel Beachtung gefunden und konnte

in zahlreichen Studien belegt werden. Für das Kindes- und Jugendalter gibt es kaum solcher Modelle. Die bisherige Studienlage zeigt zudem, dass einige Annahmen des Modells von Clark und Wells insbesondere bei Kindern nicht belegbar sind (Alfano et al., 2002; Hodson et al., 2008).

So gibt es erste Befunde, dass Kinder im Gegensatz zu Erwachsenen keine dysfunktionalen Kognitionen während einer sozialen Situation berichten (Alfano et al., 2006; Bögels & Zigterman, 2000). Nachgewiesen werden konnte dagegen in ersten Studien, dass Kinder mit einer sozialen Phobie eine erhöhte Selbstaufmerksamkeit haben (Higa & Daleiden, 2008; Hodson et al., 2008). Weiterhin scheinen sozial ängstliche Kinder schlechtere Erwartungen an ihre eigenen Bewältigungskompetenzen in einer zukünftigen sozialen Situation zu haben (Alfano et al., 2006; Bögels & Zigterman, 2000) und sie nehmen leichter an, dass die soziale Situation einen schlechten Ausgang nehmen wird (Spence et al., 1999). Auch zeigt sich konsistent, dass Kinder mit Angststörungen ihre Aufmerksamkeit selektiv auf angstauslösende oder bedrohliche Reize lenken (Gamble & Rapee, 2009; Roy et al., 2008). Diese Aufmerksamkeitsverzerrung konnte in einer Studie auch speziell an Kindern mit sozialen Ängsten gezeigt werden (Heinrichs & Reinhold, 2010). Weiterhin bewerten Kinder mit Angststörungen mehrdeutige angstrelevante Reize als bedrohlich. So interpretieren Kinder mit sozialen Ängsten ambige soziale Geschichten als bedrohlicher als eine vergleichbare Kontrollgruppe (Muris et al., 2000; Vassilopoulos & Banerjee, 2008). Dieser Interpretationsbias trägt zu einer höheren Gefahreneinschätzung bei sozial ängstlichen Kindern bei. Zusammenfassend zeigen Kinder und Jugendliche mit sozialen Ängsten einige kognitive Auffälligkeiten, die zur Entstehung und Aufrechterhaltung der Störung beitragen. Sozial phobische Kinder haben eine erhöhte Selbstaufmerksamkeit, schlechtere Erwartungen an ihre eigenen Bewältigungskompetenzen, lenken ihre Aufmerksamkeit mehr auf bedrohliche Reize (Aufmerksamkeitsverzerrung) und interpretieren mehrdeutige Reize als bedrohlicher (Interpretationsbias).

### ***Soziale Kompetenzdefizite***

Ob sozial ängstliche Kinder tatsächlich nicht über die notwendigen sozialen Fähigkeiten verfügen oder aber in erster Linie ihre negative Erwar-

tungshaltung und selbstabwertende Überzeugung sozial kompetenten Verhaltensweisen im Weg stehen, wird kontrovers diskutiert. Alfano, Beidel und Turner (2006) untersuchten die Kognitionen und sozialen Kompetenzen von sozialphobischen Kindern und einer Kontrollgruppe. In der Studie wurden Kinder (7 bis 11 Jahre) und Jugendliche (12 bis 16 Jahre) getrennt untersucht. Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass sich sozialphobische Kinder vor und nach einer sozialen Interaktionsaufgabe als weniger kompetent einschätzen als Kinder ohne eine psychische Störung (siehe auch kognitive Faktoren). Diese Einschätzung bestätigen auch externe Beobachter, die die sozialphobischen Kinder tatsächlich als weniger kompetent einschätzten. Die Kinder und Jugendlichen hatten also in dieser Untersuchung tatsächlich soziale Fertigkeitendefizite. Auch in anderen Studien konnten soziale Fertigkeitendefizite bei sozialphobischen Kindern nachgewiesen werden (z. B. Beidel et al., 1999; Chansky & Kendall, 1997; Spence et al., 1999). Die Autoren schlussfolgern aus diesen Ergebnissen, dass soziale Fertigkeitsdefizite ein ganz wesentliches Merkmal des Störungsbildes darstellen und dass man die Entwicklungsperspektive berücksichtigen sollte: Zumindest bei den jüngeren Kindern scheinen die negativen Gedanken keine maßgebliche Rolle bei der Manifestation der sozialen Angst zu spielen. Sie sprechen sich daher für eine stärkere Berücksichtigung von Interventionsbausteinen zum gezielten Aufbau und wiederholten Einüben sozialer Fertigkeiten innerhalb eines kognitiv-behavioralen Therapieprogramms aus (Beidel et al., 1999).

Demgegenüber stehen Ergebnisse aus Studien, die zeigen konnten, dass sich sozialphobische Kinder als schlechter in einer sozialen Interaktionsaufgabe einschätzen, obwohl externe Beobachter, die blind die soziale Kompetenz der sozial ängstlichen Kinder und der Kontrollgruppe beurteilen sollten, nicht zwischen sozial ängstlichen und normalen Kindern unterscheiden konnten (Cartwright-Hatton et al., 2003; Cartwright-Hatton et al., 2005). Die Autoren dieser Ergebnisse folgern, dass ein soziales Kompetenztraining nicht für alle Kinder die geeignete Intervention ist und kognitive Interventionen mehr berücksichtigt werden müssten. Allerdings bestand die soziale Interaktionsaufgabe in der Studie von Cartwright-Hatton et al. aus einem Gespräch mit einem Erwachsenen, während die sozial ängstlichen Kinder in der Studie von Beidel et al. die

Aufgabe hatten, verschiedene Rollenspiele mit einem Gleichaltrigen durchzuführen. Diese methodischen Unterschiede könnten eine Erklärung für die unterschiedlichen Ergebnisse sein.

### *Integrative Bedingungs- und Teufelskreismodelle*

Spence et al. (1999) postulieren auf der Grundlage ihrer Ergebnisse ein Teufelskreis-Modell, in dem sich die Faktoren „soziale Kompetenzdefizite“, „Misserfolgserlebnisse in sozialen Situationen“, „negative Kognitionen“, „soziale Angst“ und „Vermeidungsverhalten“ wechselseitig bedingen und gegenseitig verstärken:

Die unzureichend ausgebildeten sozialen Fertigkeiten vermindern die Chance der betroffenen Kinder und Jugendlichen, positives Feedback aus der Umgebung zu erhalten. Daraus resultiert, dass diese Kinder und Jugendlichen in späteren sozialen Situationen eine negative Erfolgserwartung haben, was sich in einem höheren Ausmaß an negativen Kognitionen widerspiegelt. Diese negativen Kognitionen wiederum führen aufgrund der Angst, die sie auslösen, zur Vermeidung sozialer Situationen und behindern die Möglichkeit, neue soziale Fertigkeiten zu entwickeln.

Abbildung 3 zeigt ein Bedingungsmodell sozialer Phobie, das die verschiedenen Komponenten bei sozial ängstlichen Kindern und Jugendlichen verdeutlicht (vgl. Döpfner, 1987; modifiziert nach Döpfner, 2000; Döpfner et al., 1981) und anhand dessen auch Subgruppen differenziert werden und die Ansatzpunkte therapeutischer Interventionen abgeleitet werden können. Danach lassen sich vier Hauptkomponenten herausarbeiten:

- soziale Angst und physiologische Erregung;
- dysfunktionale und ängstigende Kognitionen;
- ineffektives Interaktionsverhalten auf verbaler Ebene (z. B. ungeschickte Formulierungen, stottern, stocken) und auf nonverbaler Ebene (z. B. mangelnder Blickkontakt, ungeschickte Gestik) sowie eine geringe Interaktionsfrequenz;
- soziale Kompetenzdefizite auf kognitiver und auf der Verhaltensebene: Auf kognitiver Ebene kann eine ineffektive soziale Informationsverarbeitung vorliegen, die sich beispielsweise darin äußert, dass das Kind kaum kompetente Handlungsalternativen entwickeln kann oder die Handlungskonsequenzen nicht antizipiert

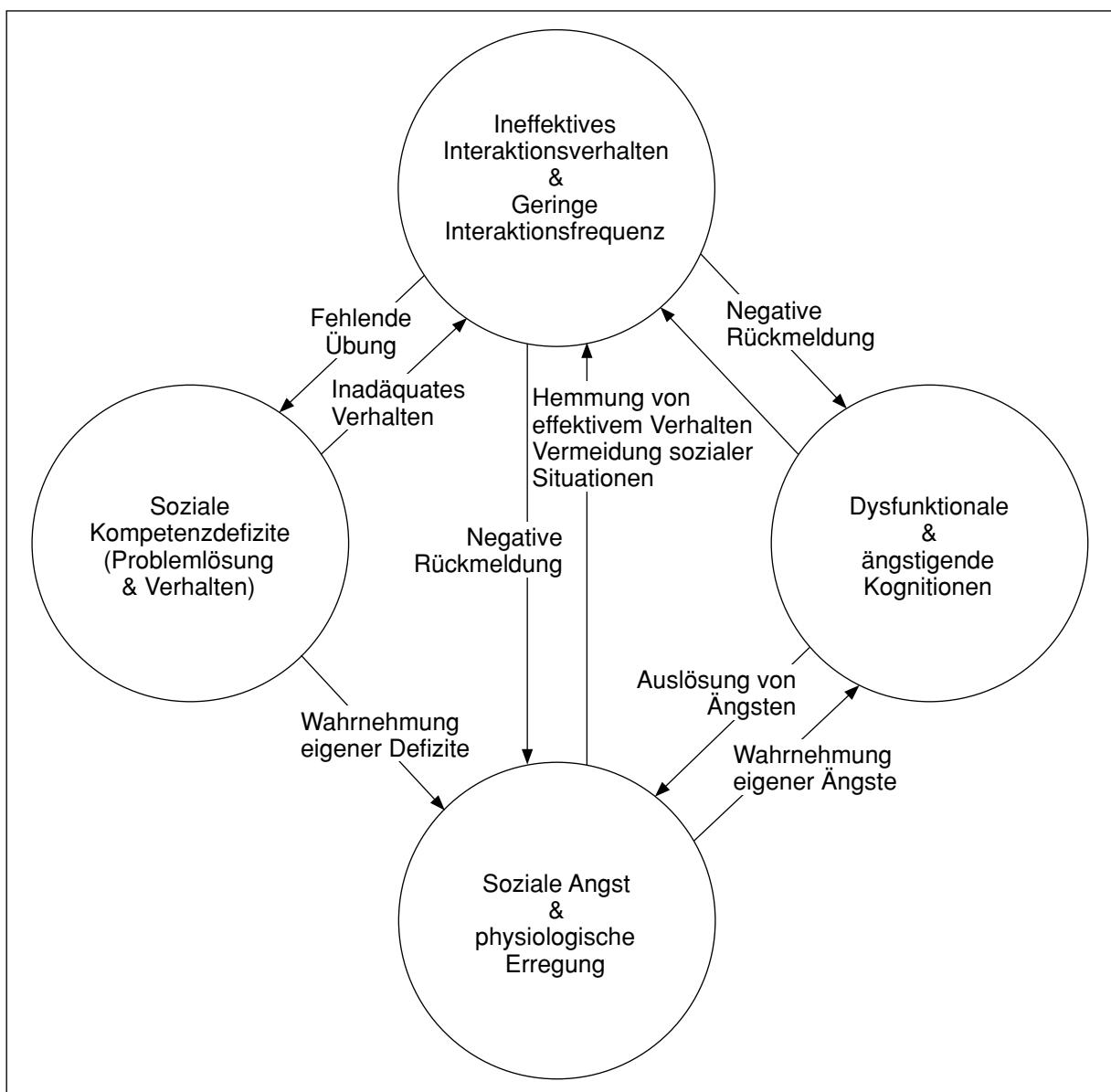
(Döpfner, 1989; Döpfner et al., 1989). Auf der Verhaltensebene können grundlegende Defizite in sozialen Fertigkeiten im verbalen und nonverbalen Interaktionsverhalten auftreten.

Diese Komponenten verstärken sich, wie Abbildung 3 zeigt, gegenseitig in vielfältiger Weise und sie können im Einzelfall unterschiedlich stark ausgeprägt sein:

- Bei manchen Kindern dominieren soziale Ängste, die in den ängstigenden sozialen Situationen ineffektives Interaktionsverhalten auslösen, obwohl die Kinder zu sozial kompetentem Verhalten in der Lage sind und keine sozialen Kom-

petenzdefizite im engeren Sinn aufweisen. Bei diesen Kindern lassen sich auch meist angstauslösende Kognitionen identifizieren.

- Andere Kinder zeichnen sich durch ein hohes Maß an dysfunktionalen Kognitionen aus, sie zeigen beispielsweise eine geringe Erfolgserwartung, trauen sich selbst wenig zu. Diese negativen und meist selbstabwertenden Kognitionen können ineffektives Interaktionsverhalten und sozialen Rückzug auslösen.
- Manche Kinder haben erhebliche Probleme bei der sozialen Informationsverarbeitung, auch dann, wenn sie nicht durch soziale Ängste gehemmt sind (z. B. in Therapiesituationen), d. h.



**Abbildung 3:** Bedingungsmodell sozialer Phobie (modifiziert nach Döpfner, 2000)

es fällt ihnen beispielsweise schwer, Handlungsalternativen zu entwickeln und zu bewerten und so eine sozial kompetente Handlungsmöglichkeit für eine soziale Situation zu entwickeln.

- Bei anderen Kindern lässt sich das ineffektive, sozial ungeschickte Interaktionsverhalten auf grundlegende Defizite in der sozialen Kompetenz zurückführen. Sie zeigen auch in Situationen, die nicht ängstigend sind, eine geringe soziale Kompetenz auf nonverbaler und/oder verbaler Ebene.

Abbildung 3 macht deutlich, dass diese Spirale an jedem beliebigen Punkt beginnen kann und dass Auffälligkeiten in einem Bereich meist auch Störungen bei den anderen Komponenten hervorrufen.

## 1.6 Komorbidität

Viele Kinder und Jugendliche mit der Diagnose einer sozialen Phobie leiden zusätzlich unter anderen psychischen Störungen.

In mehreren Studien konnte gezeigt werden, dass Kinder und Jugendliche mit einer sozialen Phobie häufig auch eine andere Angststörung haben (Beidel et al., 1999; Wittchen et al., 1999). Überhaupt zeigen Angststörungen im Kindes- und Jugendalter im Allgemeinen eine hohe Komorbidität untereinander auf (Verduin & Kendall, 2003).

Weiterhin scheint die soziale Phobie vor allem im Jugendalter eine hohe Komorbidität zu depressiven Störungen aufzuweisen (z. B. Chavira et al., 2004; Verduin & Kendall, 2003; Wittchen et al., 1999).

In der Studie von Beidel (1999) hatten 60 % der untersuchten Kinder zwischen 8 und 13 Jahren eine weitere psychische Störung, 36 % davon wiesen eine andere Angststörung auf, 10 % hatten eine Aufmerksamkeitsstörung. Aus der epidemiologischen Bremer Jugendstudie (Essau et al., 1999) liegen folgende Ergebnisse vor: 41,2 % der Jugendlichen mit einer sozialen Phobie erfüllten die Kriterien einer somatoformen Störung, 29,4 % hatten eine depressive Störung und bei 23,5 % wurde die Diagnose „Störung durch Substanzkonsum“ gestellt.

In derselben Studie wurden auch die Komorbiditäten mit subklinischen Formen der sozialen Angst

untersucht. Es zeigte sich dabei, dass von den 489 untersuchten sozial ängstlichen Jugendlichen im Alter von 12 bis 17 Jahren 25,4 % zusätzlich eine weitere Angststörung, 24,3 % eine depressive Störung, 17,8 % eine somatoforme Störung und 12,3 % eine Störung durch Substanzkonsum aufwiesen.

## 1.7 Kognitiv-behaviorale Therapieprogramme zur Behandlung von sozialer Phobie im Kindes- und Jugendalter

### Übersicht über kognitiv-behaviorale Behandlungsmethoden

Die Ansatzpunkte therapeutischer Interventionen, die sich aus den empirischen Ergebnissen und dem in Abbildung 3 vorgestellten Bedingungsmodell sozialer Phobie ergeben, sind:

- direkte Verminderungen sozialer Ängste und physiologischer Erregungen (beispielsweise durch Exposition);
- direkte Modifikation dysfunktionaler und ängstigender Kognitionen;
- direkte Verminderung sozialer Kompetenzdefizite auf kognitiver und auf der Verhaltensebene durch Verbesserung der sozial-kognitiven Informationsverarbeitung und durch Einüben von sozial kompetentem Verhalten in Verhaltensübungen und Rollenspielen;
- direkte Verminderung von ineffektivem Interaktionsverhalten und geringer Interaktionsfrequenz in den realen sozialen Situationen durch Verhaltensübungen, Verhaltensaufgaben sowie durch gezielte Verstärkung von sozial kompetentem Verhalten in diesen Situationen.

Die gemeinsamen Elemente aller der hier vorgestellten Interventionen sind: Psychoedukation und kognitive Interventionen, Expositionübungen sowie Übungen zum Aufbau sozialer Fertigkeiten und Kompetenzen.

*Psychoedukation.* Unter Psychoedukation wird die Vermittlung von Informationen über die Entstehung und Aufrechterhaltung von sozialen Ängsten verstanden. Die drei Komponenten der Angst (kognitive, emotional-physiologische und verhaltensbezogene) werden besprochen. Positive Aspekte von Angst als einer adaptiven Reaktion auf bestimmte Gefahrenreize können ebenso thema-