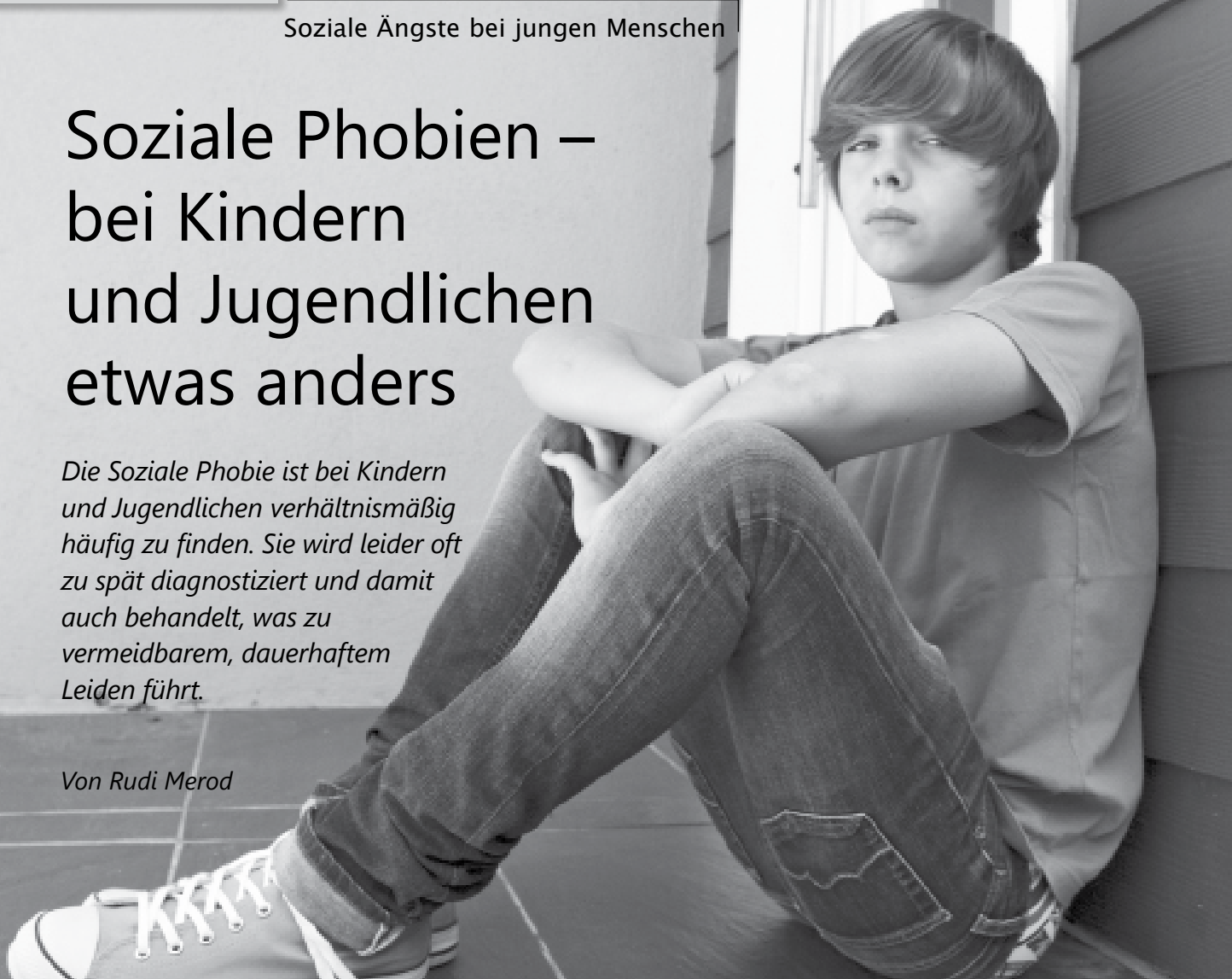


Soziale Phobien – bei Kindern und Jugendlichen etwas anders

Die Soziale Phobie ist bei Kindern und Jugendlichen verhältnismäßig häufig zu finden. Sie wird leider oft zu spät diagnostiziert und damit auch behandelt, was zu vermeidbarem, dauerhaftem Leiden führt.

Von Rudi Merod



Für die Diagnose Sozialer Phobien sind bei Kindern (und vermutlich auch noch so manchen jüngeren Jugendlichen) einige Besonderheiten – im Unterschied zu den Diagnosekriterien bei Erwachsenen – zu berücksichtigen:

- Grundsätzlich besitzen die Kinder die Fähigkeit zum Knüpfen von altersgemäßen sozialen Beziehungen mit vertrauten Personen.
- Angst tritt nicht nur in der Interaktion mit Erwachsenen auf, sondern auch mit Gleichaltrigen.
- Kinder zeigen häufiger altersgemäße Formen von Angstreaktionen (Anklammern an Eltern, Schreien, Wutanfälle oder „gelähmt sein“ bei unvertrauten Personen), als dass sich typische Muster von Vermeidung und Rückzug feststellen lassen.
- Die Möglichkeit zur Einsicht in die Übertriebenheit ihrer Angstreaktion ist bei Kindern natürlich nur in geringem Maße gegeben.
- Zur Abgrenzung von vorübergehenden, entwicklungsbedingten Rückzugstendenzen sollten die Angstreaktionen mindestens sechs Monate andauern.

Aufgrund dieser Einschränkungen wird vielfach davon ausgegangen, dass eine verlässliche Diagnosestellung vor

dem 8. Lebensjahr kaum möglich ist. Im Gegensatz zu Erwachsenen mit Sozialer Phobie können Kinder natürlich seltener den Grund ihrer Ängste benennen. Daher können als Indikatoren für eine Soziale Phobie im Kindes- und Jugendalter auch z.B. ein Schulleistungsabfall, Schulverweigerung, Vermeidung von altersangemessenen sozialen Aktivitäten, Trotzreaktionen und Wutanfälle, körperliche Beschwerden oder fehlende Reaktionen in sozialen Situationen gelten. Kinder sind zudem grundlegend weniger gut in der Lage, über selbstabwertende Gedanken zu berichten, sondern sie geben häufiger eine Gedankenleere an, wobei sozialphobische Jugendliche hingegen vermehrt über negative Gedanken während einer sozialen Interaktion berichteten. Ein weiteres offenbar typisches Merkmal bei Kindern und Jugendlichen mit Sozialer Phobie ist das Pflegen eines altersuntypischen Interesses. Hierfür sind zwei Gründe denkbar: Zum einen ist dies eine Möglichkeit, Aktivitäten mit anderen zu vermeiden, und zum anderen haben sozialphobische Kinder und Jugendliche häufig nur wenig Kontakt mit Gleichaltrigen, sodass sie weniger sogenannten „Mainstream-Interessen“ ausgesetzt sind. Dies führt leider häufig zur falschen (Verdachts-)Diagnose eines

Asperger-Autismus, die natürlich dann auch zu falschen Behandlungen führt.

Wie häufig sind Soziale Phobien in der Jugend?

Eine Reihe von Studien weist darauf hin, dass Soziale Phobien, entgegen früherer Annahmen, zu den häufigsten Angststörungen in der Allgemeinbevölkerung zählen. Es gibt auch Anhaltspunkte, dass die Anzahl von Sozialen Phobien über die letzten Jahrzehnte angestiegen ist. Beides, also dass dies die häufigste Angsterkrankung ist und dass die Zahl zunimmt, gilt leider auch für das Jugend- und frühe Erwachsenenalter.

Betroffene Erwachsene weisen im statistischen Durchschnitt ein geringeres Bildungsniveau, Zugehörigkeit zu einer geringeren sozialen Schicht und häufiger Arbeitslosigkeit auf. Da sich aber keine Zusammenhänge zwischen dem sozioökonomischen Status der Herkunftsfamilie und einer sozialen Angststörung zeigten, kann vermutet werden, dass diese Auffälligkeiten eher als Folge denn als Ursache der Störung gesehen werden können, d.h. diese Menschen können ihre Fähigkeiten deutlich weniger umsetzen, als dies bei anderen der Fall ist. Soziale Phobien bei Jugendlichen sind ein Indikator für späteren Alkohol- und

Drogenmissbrauch sowie spätere Alkohol- und Drogenabhängigkeit. Daraus folgt unmittelbar, dass eine möglichst frühe Intervention notwendig ist!

Der Beginn Sozialer Phobien liegt in aller Regel in der Kindheit oder frühen Jugend, wobei das durchschnittliche Alter zu Beginn der Störung zwischen 10 und 15,5 Jahren liegt; ein erstmaliges Auftreten im Erwachsenenalter ist selten. Ein früher Beginn scheint gleichzeitig einen Risikofaktor für die Entwicklung des schwereren, generalisierten Subtyps darzustellen. Auch das spricht für eine frühe Diagnose sowie eine frühe Intervention.

Welche Risikofaktoren gibt es?

Wie kommt es nun bei Menschen zu einer Sozialen Phobie, was sind bekannte Risikofaktoren für die Entwicklung einer solchen Störung? Als ein Risikofaktor wird neben Schüchternheit auch die sog. Verhaltenshemmung („behavioral inhibition“) diskutiert. Hierunter versteht man eine durchgängige genetische Disposition zu Angst in und Rückzug aus ungewohnten Situationen. Dieser Zusammenhang ist bei Sozialer Phobie größer als bei anderen Angststörungen, deshalb kann man von einem spezifischen Vulnerabilitätsfaktor ausgehen.

Diagnostische Kriterien für Soziale Phobie (nach ICD-10)

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.

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.

Die größte Bedeutung für die Entwicklung einer Sozialen Phobie bei Kindern und Jugendlichen hat aber sicherlich der Erziehungsstil der Eltern, ohne dass ihnen eine „Schuld“ zugeschrieben werden sollte. Rückblickende Berichte von erwachsenen Betroffenen wie auch direkte Beobachtungen der Eltern-Kind-Interaktion sprechen für einen Erziehungsstil der Eltern, der durch erhöhte Kontrolle, überbehütendes Verhalten und weniger emotionale Zuwendung charakterisiert ist. Allerdings ist bei der Betrachtung des elterlichen Erziehungsstils davon auszugehen, dass ein eher sozial zurückgezogenes Kind bei der Mutter die Tendenz zu stärker kontrollierenden und protektiven Verhaltensweisen auslöst; diese wiederum verstärken die sozialen Rückzugstendenzen beim Kind – ein sich aufschaukelnder Teufelskreis.

Es gibt eine Reihe von wissenschaftlichen Befunden, die dafür sprechen, dass Angststörungen innerhalb von Familien auch durch Modell-Lernen übertragen werden können (familiäre Transmission). Neuere Untersuchungen aus den Niederlanden scheinen zu belegen, dass es eher ängstliche Väter sind, die bei Kindern die Angst weitergeben.

Bei Befragung von älteren Jugendlichen und Erwachsenen berichtete ungefähr jeder zweite Betroffene von einem sehr unangenehmen sozialen Erlebnis, bevor die Soziale Phobie begann (z.B. vor der Schulklasse ausgelacht, von anderen Kindern gehänselt, gedemütigt oder ausgeschlossen worden zu sein). Dabei scheinen sich die negativen Reaktionen von gleichaltrigen Kindern und die Rückzugstendenzen von sozialphobischen Kindern gegenseitig zu verstärken. Neben diesen unangenehmen oder peinlichen Erlebnissen berichten Personen mit Sozialen Phobien gehäuft von belastenden Lebensereignissen wie Scheidung, psychischen Störungen, Zerrüttung von Familie und Ehe, familiären Konflikten und sexuel-



lem Missbrauch. Auch wenn belastende Lebensereignisse ebenfalls bei anderen psychischen Störungen gehäuft in der Kindheit vorkommen, so spricht vieles dafür, dass negative Erfahrungen und Lebensereignisse das Risiko für die Entwicklung von Sozialen Phobien erhöhen.

Wie bereits beschrieben, liegt der Störungsbeginn in der Kindheit oder Jugend, wobei als „Hochrisikoalter“ die Zeit zwischen dem 9. und 21. Lebensjahr bezeichnet werden kann. Studien zeigen, dass Soziale Phobien chronisch verlaufen, mit einer durchschnittlichen Dauer von 20-30 Jahren! In der Münchner Längsschnittstudie bei 14- bis 24-Jährigen zeigten sich bei der Hälfte der Betroffenen noch 15 Jahre nach Beginn der Störung aktuelle soziale Ängste (Müller, 2001). Weitere Ergebnisse lassen bei einem Störungsbeginn vor dem 11. Lebensjahr einen chronischen Verlauf absehbar werden. Im Allgemeinen erlebt nur eine kleine Anzahl von Personen mit Sozialen Phobien eine dauerhafte Spontanremission.

Bei den meisten Kindern und Jugendlichen verschlechtert sich die Störung zunächst zunehmend, allerdings mit vorübergehenden Verbesserungen und Schwankungen der Symptomatik. Nach einem Alter von 24 Jahren hingegen verläuft die Störung in der Regel stabil und ohne dass sie spontan wieder verschwindet. Insgesamt ist der Verlauf ohne Behandlung im Vergleich zur Panikstörung und Depression als weitaus ungünstiger einzuschätzen.

Ein Grund dafür, dass sich gerade im späteren Kindes- und Jugendalter die Störung zum ersten Mal manifestiert, liegt wahrscheinlich in den zunehmend anspruchsvolleren Entwicklungsaufgaben, mit welchen sich die Jugendlichen konfrontiert sehen. Beispiele hierfür sind die gehäuften Leistungsüberprüfungen in der Schule, Praktika oder Ferienjobs sowie Aufführungen oder Wettkämpfe in der Freizeit. Ferner werden erste romantische Beziehungen geknüpft, wobei diese Lebensperiode durch eine verstärkte Gehemmtheit und vom Gefühl der Peinlichkeit geprägt ist. Man könnte vermuten, dass Jugendliche, die in diesem Zeitfenster soziale Interaktionen meiden, diesen für das soziale Funktionieren im Erwachsenenalter wichtigen Prozess versäumen, also nicht die Fertigkeiten erlernen, die Erwachsene für ihr soziales Leben benötigen.

Erklärungsmodelle für die Soziale Phobie

Eine Theorie konzentriert sich vor allem auf die Rolle von bestimmten Denkweisen (kognitiven Schemata) in der Entstehung, Auslösung und Aufrechterhaltung von Sozialen Phobien. Diese Denkweisen bilden die Voraussetzung zur Entwicklung einer Sozialphobie: Werden sie in späteren Lebensphasen aktiviert, führt das zur Auslösung der Störung. Ihre Aufrechterhaltung wird vor allem durch Vermeidung angstauslösender Situationen erklärt, so dass keine neuen Erfahrungen gemacht werden können. Bei dieser Theorie ergibt sich jedoch eine ungeklärte Frage:

DER AUTOR



Rudi Merod

ist Diplompsychologe und Psychologischer Psychotherapeut mit eigener Praxis für Erwachsene, Kinder und Jugendliche; Leiter des Ausbildungszentrums München/Bad Tölz der Deutschen Gesellschaft für Verhaltenstherapie (DGVT); Supervisor für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten in verschiedenen Ausbildungszentren; seit 2008 im geschäftsführenden Vorstand der DGVT, vorher in der Qualitätssicherungskommission.

Foto: privat

Soziale Situationen (im Gegensatz zu vielen anderen phobischen Hinweisreizen) können Kinder und Jugendliche vor allem in der Schule nicht durchgängig vermeiden, also müssen sie sich auch mit einer Sozialen Phobie immer wieder gefürchteten Situationen stellen. Obwohl die Konfrontation nach traditioneller Anschauung zu einer Gewöhnung (Habituation) an die Situation und aus kognitiver Sicht zu einer Korrektur der sozialphobischen Überzeugungen führen müsste und oftmals eine intellektuelle Einsicht in die Übertriebenheit der negativen Überzeugungen besteht, erleben die Betroffenen über viele Jahre hinweg eine intensive soziale Angst. Wie erklärt sich das? An dieser Stelle setzt ein anderes Modell an und erklärt die Aufrechterhaltung sozialer Ängste durch fehlerhafte Prozesse in der Informationsverarbeitung. Die zentralen Faktoren, die zu einer Aufrechterhaltung der sozialphobischen Angstreaktion beitragen, sind in diesem Modell

1. erhöhte Selbstaufmerksamkeit und Verarbeitung des Selbst als soziales Objekt;
2. Sicherheitsverhalten;
3. antizipatorische und nachträgliche Verarbeitungsprozesse.

Was bedeuten nun diese drei Punkte? Wenn Personen mit Sozialer Phobie, also auch Kinder und Jugendliche, eine negative Bewertung durch andere Menschen (z.B. Gleichaltrige) erwarten, verlagern sie ihre Aufmerksamkeit in extremer Weise auf eine detaillierte Beobachtung und Überprüfung ihrer selbst (exzessive Selbstaufmerksamkeit). Sie stellen sich innerlich beispielsweise folgende Fragen: „Welchen Eindruck mache ich auf andere und wie denken die jetzt über mich?“ Dann ziehen sie aufgrund interner Informationen (d.h. Körperempfindungen, Gefühle) Schlüsse, die sie aus der Selbstbeobachtung gewinnen und die dann ihre Ängste „bestätigen“. Auf diese

Weise geraten sie in ein geschlossenes System, in dem sie die meisten Hinweise für ihre Befürchtungen selbst erzeugen und Hinweise ignorieren bzw. nicht wahrnehmen, die die Überzeugung einer Blamage entkräften könnten (z.B. positive Reaktionen von anderen Menschen).

Die betroffenen Kinder und Jugendlichen setzen dabei das ängstliche Gefühl mit ängstlichem Aussehen gleich, eine sogenannte emotionale Beweisführung. „Weil ich mich ängstlich fühle, beweist dies, dass ich extrem ängstlich aussehe“. Das kann zu deutlichen Verzerrungen führen. Zum Beispiel schlussfolgern viele Patienten aus dem „Gefühl“ zu zittern oder zu schwitzen, dass das Zittern oder Schwitzen so stark ist, dass es anderen Menschen auffällt; tatsächlich sind diese körperlichen Symptome jedoch kaum merklich oder überhaupt nicht sichtbar.

Bei vielen Patienten mit Sozialer Phobie treten zudem häufig spontane Vorstellungsbilder auf, in denen sie sich selbst aus einer Beobachterperspektive erleben. Diese Vorstellungsbilder sind keine realistische Repräsentation ihrer Erscheinung, sondern vielmehr eine stark verzerrte Visualisierung oder gelegentlich auch akustische Vorstellung ihrer Ängste. Zum Beispiel stellen sich viele Betroffene mit der Angst vor Erröten ein intensiv leuchtendes, rotes Gesicht mit entstellten Zügen (z.B. wie ein „feuerroter Ballon“) vor. Die Vorstellungen können auch durch Körperempfindungen verstärkt werden: Ein Sozialphobiker, der in der Schule befürchtet, dass eigene Beiträge im Unterricht dumm wirken könnten, könnte sich aufgrund von Spannungsgefühlen der Gesichtsmuskulatur vorstellen, wie ein „schwachsinniger Trottel“ oder „Hanswurst“ auszusehen. Nicht selten sind diese Vorstellungen auch verfestigte Erinnerungen an frühere, sozial traumatisierende Erfahrungen. So gehen die Vorstellungen häufig auf Situationen zurück, in denen die Betroffenen als Kinder vom Lehrer vor der Klasse „heruntergemacht“, von anderen Kindern gehänselt und ausgelacht oder vom Vater als „Versager“ beschimpft und gedemütigt wurden.

Neben Gefühlen und Vorstellungen können auch diffusere Eindrücke („felt sense“) zu dem negativen Eindruck des sozialen Selbst beitragen. Zum Beispiel äußerte ein Patient, dass er im Zusammensein mit anderen Menschen eine Trennung erlebe, so als ob zwischen ihm und den anderen eine „gläserne Wand“ sei. Diese Wahrnehmung geht einher mit dem Gefühl, „merkwürdig“ und „absonderlich“ zu wirken.

Das sog. Sicherheitsverhalten ist typisch für Menschen mit Sozialer Phobie. Darunter versteht man Strategien, die in angstausslösenden Situationen eingesetzt werden, um eine gefürchtete Katastrophe zu verhindern oder deren Auswirkungen entgegenzuwirken. Folglich wird die Soziale Phobie durch Sicherheitsverhalten aufrechterhalten, indem aus einem Nichteintreten der Katastrophe nicht etwa die Schlussfolgerung gezogen wird, dass die

negativen Erwartungen unbegründet sind, sondern dass das Sicherheitsverhalten eine Katastrophe verhindert hat. Beispiele hierfür sind: Sätze innerlich vorbereiten und einüben, um zu verhindern, beim Vortragen etwa eines Referats in der Schule ins Stocken zu geraten; ein Glas fest in beide Hände nehmen, um Zittern zu unterdrücken; viele interessante Erzählungen in die Unterhaltung einbringen, um dem Eindruck entgegenzuwirken, langweilig und uninteressant zu sein. Typisches Sicherheitsverhalten im Kindes- und Jugendalter ist z.B. das Aufsetzen einer Schirmmütze, sich die Haare ins Gesicht fallen zu lassen, Kleidung immer wieder zu überprüfen, weite Kleidung anzuziehen, sich erst zu melden, nachdem der Lehrer jemanden aufgerufen hat, keine Fragen zu stellen und viele weitere.

Die Identifikation von Sicherheitsverhalten ist oftmals nicht einfach, da es sich meist um sog. ideosynkratische Strategien handelt, d.h. sie basieren auf höchst individuellen Vermutungen hinsichtlich ihrer Wirkung. Zudem sind die meisten Strategien eher mentale Prozesse als beobachtbare Verhaltensweisen. Und obwohl Sicherheitsverhalten mit der Absicht der Verhinderung einer Blamage oder Ablehnung eingesetzt wird, ist es dennoch häufig automatisiert und den Betroffenen nicht bewusst. Manche Strategien haben auch das Ziel, durch „unauffälliges“ Verhalten die Aufmerksamkeit anderer zu vermeiden (z.B. zu schweigen, sich „möglichst normal“ zu verhalten) oder die eigene Aufmerksamkeit von unangenehmen Gedanken oder Gefühlen wegzulenken, die peinliche Verhaltensweisen oder Körpersymptome hervorrufen könnten (z.B. gezielt an etwas Positives denken).

Die Behandlung der Sozialen Phobie

Die Behandlung verfolgt das Ziel, zentrale sozialphobische Überzeugungen des Jugendlichen zu verändern:

- Überzeugungen darüber, wie das eigene Verhalten und die körperlichen Reaktionen von anderen in sozialen Situationen wahrgenommen und beurteilt werden, z.B.: „Andere sehen, dass ich schwitze, und denken, ich bin unfähig“.
- Überzeugungen über soziale Situationen und deren Konsequenzen, z.B.: „Wenn ich zu der Feier gehe, wird niemand mit mir sprechen wollen“; „Wenn ich im Unterricht etwas sage, merken die anderen, dass ich dumm bin“.

In der Therapie geht es darum, die Mechanismen zu verändern, die diese Überzeugungen aufrechterhalten:

- Jugendliche haben bisher den Eindruck, den sie auf andere machen, aus ihren eigenen Gefühlen, Körperempfindungen und Vorstellungsbildern erschlossen. Sie werden angeleitet, stattdessen ihre Aufmerksamkeit in sozialen Situationen nach außen zu richten, d.h. auf den Inhalt der sozialen Interaktion. Daneben überprüfen sie gezielt, wie andere Personen auf die befürchte-

ten Verhaltensweisen und Körpersymptome (z.B. Zittern, Gesprächspausen) reagieren und holen sich durch diese Verhaltensexperimente eine realistischere Rückmeldung über ihre Wirkung auf andere ein.

- Die jugendlichen Patienten haben bisher in sozialen Situationen komplexes Sicherheitsverhalten angewandt, das die Wahrscheinlichkeit erwarteter sozialer Katastrophen verhindern sollte (z.B. den Kopf senken, damit andere nicht sehen können, dass man errötet; im Kopf genau vergleichen, was man sagen will und was man schon gesagt hat, damit man nicht langweilig/dumm wirkt). In der Therapie wird demonstriert, dass das Sicherheitsverhalten unerwünschte negative Effekte auf die Angst und eine negative Wirkung auf andere hat. Patienten werden angeleitet, Sicherheitsverhalten (inklusive der ständigen Überwachung des eigenen Verhaltens) aufzugeben und sich stattdessen voll auf die soziale Interaktion zu konzentrieren.
- Die Überzeugung peinlich zu wirken, wird durch verzerrte Vorstellungsbilder von dem eigenen Aussehen aufrechterhalten. Durch Video-Feedback wird die Diskrepanz zwischen dem negativen Bild und der tatsächlichen Wirkung auf andere Personen verdeutlicht.
- Patienten haben bisher soziale Situationen vermieden oder blieben in sozialen Situationen im Hintergrund, weil sie negative Reaktionen und Bewertungen durch andere erwarteten. Sie werden ermutigt zu überprüfen, wie andere tatsächlich reagieren, wenn sie sich an den vermiedenen sozialen Situationen beteiligen.
- Patienten haben bisher im Anschluss an soziale Situationen selektiv über Aspekte nachgegrübelt, die nicht zufriedenstellend gelaufen sind. Sie werden angeleitet, stattdessen eine realistische Einschätzung vorzunehmen und unproduktives Grübeln aufzugeben. Ebenso werden sie angeregt, vorausschauendes Grübeln über von ihnen erwartete Katastrophen in zukünftigen sozialen Situationen aufzugeben.

Welche Rolle kann Selbsthilfe neben oder nach der Therapie einnehmen? Die Selbsthilfegruppe hat genau die mögliche Rückmeldung über das äußere Bild zu geben, um darüber dieses innere Bild zu verändern. Eine Selbsthilfegruppe kann natürlich auch Unterstützung bei weiteren Verhaltensexperimenten anbieten.

Die Soziale Phobie hat leider den gleichen Nachteil wie alle anderen Ängste: Sie muss immer wieder „bekämpft“ werden, damit die Symptomatik nicht wieder die Oberhand gewinnt. Ziel ist also auch für diese Kinder und Jugendlichen (aber auch deren Familien), dass die Vulnerabilität akzeptiert wird und es immer wieder Übung braucht, damit die Symptome in einem Maße eingedämmt bleiben, die ein „normales“ Leben ermöglichen.

Literatur:

Müller, N. (2001). Die soziale Angststörung bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen. Erscheinungsformen, Verlauf und Konsequenzen, Universität Bamberg, Fakultät Pädagogik, Philosophie, Psychologie. Münster: Waxmann.