

mit CME

Originalarbeiten

Die Behandlung sozialer Ängste im Kindes- und Jugendalter

Siebke Melfsen^{1,4}, Judith Schwieger¹, Martina Kühnemund¹, Ulrich Stangier², Christina Stadler³, Fritz Poustka³, Thomas Heidenreich¹, Wolf Lauterbach¹ und Andreas Warnke⁴

¹Psychologisches Institut der Universität Frankfurt

²Psychologisches Institut der Universität Jena

³Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters der Universität Frankfurt

⁴Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie der Universität Würzburg

Zusammenfassung: *Fragestellung:* Der vorliegende Artikel untersucht die Fragestellung, inwieweit sich der derzeitige Stand der Forschung kognitiv-behavioraler Interventionen bei sozial ängstlichen Kindern und Jugendlichen in den derzeit zur Anwendung gelangenden Behandlungsrichtlinien widerspiegelt.

Methode: Hierzu wurde eine systematische Literaturanalyse zum derzeitigen Stand der Forschung durchgeführt.

Ergebnisse: Die Ergebnisse weisen auf die Bedeutsamkeit des Einzelsettings, kognitiver Interventionen, des Einbezugs von Eltern bei jüngeren Kindern sowie auf Einschränkungen, wenn die Behandlung allein aus einem sozialen Kompetenztraining besteht, hin.

Schlussfolgerung: Die Ergebnisse machen deutlich, dass bisherige Empfehlungen zur Therapie sozial ängstlicher Kinder modifiziert und ergänzt werden sollten.

Schlüsselwörter: soziale Phobie, Kinder und Jugendliche, Behandlung, Psychotherapie

Summary: *Treatment of Social Phobia in Childhood and Adolescence*

Objectives: The following article investigates the extent to which the current status of cognitive behavioral research on the treatment of socially phobic children and adolescents is reflected by the currently used guidelines for psychotherapy.

Methods: The current literature on research in psychotherapy was systematically reviewed.

Results: The results show the significance of single-setting treatment, of cognitive interventions, and of parental participation in the therapy. The results also show the limitations encountered if the treatment consists only of training social competence skills.

Conclusions: The current treatment recommendations for socially phobic children must be supplemented and modified.

Keywords: social phobia, children and adolescents, treatment

Einleitung

Die Soziale Angststörung ist durch eine dauerhafte, unangemessene Furcht vor sozialen oder Leistungssituationen gekennzeichnet. In diesen Situationen oder bei deren Antizipation kommt es zu charakteristischen physiologischen Reaktionen (z.B. Schwitzen, Zittern, Herzklopfen), zu kognitiven Reaktionen (z.B. Gedanken über eigene Unzulänglichkeiten oder Gedankenleere) sowie spezifischen Verhaltensweisen (z.B. Vermeidungs- oder Fluchtendenzen). Anders als Erwachsene sind Kinder nicht immer in der

Lage, den Grund ihrer Ängste zu benennen. Als Indikatoren einer Sozialen Phobie im Kindesalter können z.B. ein Abfall in den Schulleistungen, Schulverweigerung, Vermeidung von altersangemessenen sozialen Aktivitäten, Trotzreaktionen und Wutanfälle, körperliche Beschwerden, z.B. Klagen über Kopf- und Bauchschmerzen, oder fehlende Reaktionen in sozialen Situationen auftreten. Für 8- bis 12-Jährige sozial phobische Kinder sind die häufigsten angstausslösenden Situationen solche, die öffentliches Sprechen beinhalten (z.B. Vorlesen, ein Referat halten). Andere häufig genannte Situationen betreffen das Essen vor ande-

ren, auf Parties zu gehen, vor anderen zu schreiben, öffentliche Toiletten zu benutzen, mit Autoritätspersonen zu sprechen und informelles Sprechen (Beidel & Turner, 1998).

Die Soziale Angststörung ist auch für das Kindes- und Jugendalter von großer Bedeutung. Mit einer Punktprävalenzrate von etwa 1–3% im Kindesalter (z. B. Essau et al., 2000; Kashani & Orvaschel, 1990; McGee et al., 1990) und einer Prävalenz von 5–10% im Jugend- und frühen Erwachsenenalter (z. B. Hayward et al., 1998; Wittchen et al., 1999) ist sie eine der häufigsten psychischen Störungen. Neuere Studien zeigen zudem einen Anstieg der Prävalenzdaten, der unter anderem auf die erniedrigte diagnostische Schwelle durch das DSM-IV zurückgeführt wird (Pellissolo et al., 2000). Unterschiede zwischen verschiedenen Geburtskohorten sprechen jedoch auch dafür, dass die Häufigkeit tatsächlich zunimmt (Heimberg et al., 2000). Der Störungsbeginn liegt bei der generalisierten Sozialen Angststörung bei etwa 11–13 Jahren (Holt et al., 1992; Strauss & Last, 1993), aber bereits bei Achtjährigen können Soziale Angststörungen festgestellt werden (Beidel & Turner, 1988).

Die Soziale Angststörung führt zu deutlichen Einschränkungen in der kindlichen Entwicklung. Die Vermeidung sozialer Situationen schränkt zum Beispiel den Aufbau von Beziehungen zu Gleichaltrigen ein (Rubin et al., 1990), was die Entwicklung des Kindes nachhaltig beeinträchtigen kann (Inderbitzen-Pisaruk et al., 1992; Vernberg et al., 1992). Davidson (1993) belegt, dass ein Störungsbeginn der Sozialen Phobie vor dem 11. Lebensjahr einen wesentlichen Prädiktor für einen chronischen Entwicklungsverlauf darstellt. Die Einschränkung der Lebensqualität ist beträchtlich und betrifft neben der psychischen Belastung auch die Erfüllung sozialer Rollenfunktionen, die schulische Ausbildung und die berufliche Laufbahn (Lipsitz & Schneier, 2000; Stein & Kean, 2000; Wittchen et al., 2000).

Soziale Angststörungen im Kindes- und Jugendalter stellen auch einen Risikofaktor für die Entwicklung weiterer psychischer Störungen wie andere Angststörungen, depressive Störungen, Substanzstörungen und Essstörungen dar (Wittchen et al., 2000). Sie werden aber oftmals nicht erkannt und selten behandelt (Lipsitz & Schneier, 2000; Wittchen et al., 2000).

Es gibt also zahlreiche Belege dafür, dass die Soziale Angststörung bei Kindern tiefgreifende Probleme nach sich zieht. Sie verdeutlichen, wie wichtig Kenntnisse über geeignete Interventionen für Kinder mit Sozialer Angststörung sind.

Die Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (2000) empfehlen als störungsspezifische Behandlungsmethoden bei der Sozialen Phobie ebenso wie bei der Störung mit sozialer Überempfindlichkeit des Kindesalters (inklusive elektiver Mutismus als spezielle Unterform) nach Aufklärung und Beratung über das Störungsbild und seinen Verlauf (1) die «Anwendung von kognitiv-verhaltensorientierter Therapie, um erfolgreiche Erfahrungen in sozialen Interaktionen zu vermitteln. Einbeziehung von Techniken wie systematische

Desensibilisierung, Exposition, Reaktionsverhinderung, Gegenkonditionierung, Modelllernen und operante Konditionierung», (2) «Individuelle und vor allem Gruppenpsychotherapie zur Entwicklung des Selbsterlebens mittels Thematisierung innerer Konflikte, Förderung von sozialen Fertigkeiten, Beteiligung Gleichaltriger und angemessener Selbstbehauptung», (3) «Familieninterventionen, die unter anderem Familientherapie, Eltern-Kind-Interventionen und Anleitung der Eltern beinhalten und darauf zielen, Autonomie und Kompetenz des Kindes zu unterstützen. Es werden Veränderungen von Abläufen in der Familie angestrebt mit Förderung von Grenzsetzungen und Maßnahmen, die eine Auflösung der Symptome unterstützen», (4) «Pharmakotherapie. SSRIs (selektive Serotonin-Wiederaufnahmehemmer) sind die Behandlung der Wahl bei Erwachsenen mit Sozialer Phobie. Vorläufige Befunde lassen einen Nutzen von SSRIs bei Kindern und Jugendlichen mit Sozialer Phobie und elektivem Mutismus erwarten».

In den Diskussionsvorschlägen für Leitlinien zur Behandlung der Sozialen Angststörung bei Kindern und Jugendlichen von Schneider und Döpfner (2004) wird folgende Empfehlung gegeben: «Bei sozialen Ängsten ist nach Möglichkeit eine Gruppenbehandlung vorzuziehen. Vielen sozialphobischen Kindern fehlt es an Basis-Kompetenzen wie Augenkontakt zu halten, klar zu sprechen, angemessenem Körperausdruck und Kommunikationsfertigkeiten. Daher sollte immer ein Soziales Kompetenztraining in die Behandlung integriert werden. Vor den ersten Konfrontationsübungen sollte im Rollenspiel geprüft werden, ob das Kind über die notwendigen sozialen Fertigkeiten verfügt. Bei den Freizeitbeschäftigungen und Hobbys des Kindes sollte darauf geachtet werden, dass diese auch Aktivitäten mit anderen enthalten».

Ziel unserer Arbeit ist es, eine Ergänzung und Spezifizierung dieser Leitlinien zur Psychotherapie Sozialer Angststörungen bei Kindern und Jugendlichen zu diskutieren.

Überblick über empirische Studien zur psychologischen Behandlung der Sozialen Angststörung im Kindes- und Jugendalter

Bislang sind nur wenige empirische Studien zur Behandlung der Sozialen Angststörung im Kindes- und Jugendalter veröffentlicht worden. Die bisher vorliegenden Studien beschäftigen sich fast ausschließlich mit der kognitiv-behavioralen Therapie. Es gibt zwar einzelne Berichte über die psychodynamische Psychotherapie bei sozial ängstlichen Kindern (z. B. Fonagy & Target, 1994; Trautman, 1986), deren Effektivität wurde bislang jedoch nicht evaluiert.

Die ersten veröffentlichten Studien zur Behandlung sozial ängstlicher Kinder erschienen Anfang der 80er Jahre (Christoff et al., 1985; Franco et al., 1983; Lowenstein,

1983). Sie sind jedoch in ihrer Aussagekraft eingeschränkt, da weder Diagnosekriterien noch Verfahren zur Erfassung des Behandlungserfolges standardisiert waren und meistens keine zufällige Zuweisung zu einem alternativen Behandlungsprogramm oder einer Wartekontrollgruppe erfolgte.

Später publizierten Studien, die bei der Beschreibung der behandelten Kinder und Jugendlichen die DSM-IV-Kriterien berücksichtigen, liegt zumeist eines von drei Behandlungsprogrammen zugrunde: (1) «Coping cat» child behavior therapy (CBT; Kendall, 1994; Kendall et al., 1997; veränderte Versionen: Barrett et al., 1996a; Flannery-Schroeder & Kendall, 2000; Silverman et al., 1999a und b), (2) cognitive-behavioral group therapy for social anxiety disorder in adolescents (CBGT-A; Albano et al., 1991; Hayward et al., 2000) oder (3) social-effectiveness therapy for children (SET-C; Beidel et al., 2001).

«Coping cat» child behavior therapy

Eine der ersten kontrollierten Studien zur kognitiven Verhaltenstherapie bei Angststörungen im Kindesalter führte Kendall (1994) durch. Er entwickelte ein Programm, genannt «Coping Cat Program» (Cat), das verschiedene Verfahren allgemein zur Angstbehandlung beinhaltet: (a) Psychoedukation, bei der die drei zentralen Komponenten der Angst (die somatische, die kognitive und die Verhaltenskomponente) vermittelt werden, (b) die Modifikation negativer Kognitionen, (c) Expositionen, (d) Training sozialer Kompetenzen, (e) Copingverhalten im Umgang mit Angst und (f) Selbstverstärkung. Verschiedene Autoren übernahmen das Programm und führten nur leichte Abwandlungen ein. Kendall (1994) berichtet eine erste Studie, bei der nach einer Behandlungszeit von 16 Wochen die 27 untersuchten Kinder der Behandlungsgruppe (Alter 9–13 Jahre) signifikant weniger allgemeine Ängste und ein verbessertes Copingverhalten zeigten. Auch die Eltern schätzten sie hinsichtlich Angst, Depression und sozialer Kompetenz besser ein als die 20 Kinder der Wartekontrollgruppe. Noch nach 3,5 Jahren zeigten die behandelten Kinder eine Symptombesserung (Kendall & Southam-Gerow, 1996). Da jedoch nur neun der untersuchten Kinder soziale Ängste aufwiesen, ist unklar, ob das Programm auch für die Be-

handlung dieses Störungsbildes wirksam ist. Weitere Studien zur Überprüfung der Wirksamkeit des Programms sind in Tabelle 1 aufgeführt.

Cognitive-behavioral group therapy for social anxiety disorder in adolescents (CBGT-A)

Ein spezifisches Programm zur Behandlung der Sozialen Phobie im Jugendalter wurde von Albano und Mitarbeitern veröffentlicht (1991; Marten et al., 1991; deutsche Bearbeitung: Joormann & Unnewehr, 2002). Sie bearbeiteten das Cognitive Behavioral Group Treatment (CBGT) von Heimberg und Mitarbeitern (1990) für Jugendliche. Es wurde für Gruppen von vier bis sechs Jugendlichen im Alter von 13–17 Jahren entwickelt. Die Behandlung umfasst 16 Sitzungen. Die erste Phase vermittelt Informationen über die Soziale Phobie, beinhaltet eine kognitive Umstrukturierung und führt ein soziales Kompetenztraining durch. Die zweite Phase schließt in vivo Expositionen und praktische Übungen mit ein. Eine Pilotstudie mit fünf Jugendlichen zeigte eine Verringerung der Sozialen Angst (Albano et al., 1996). In einer größeren Evaluationsstudie an 35 weiblichen Jugendlichen mit Sozialer Angststörung (Hayward et al., 2000) zeigte sich ein kurzfristiger Effekt, der sich nach einem Jahr jedoch nicht mehr beobachten ließ. Allerdings verringerte sich durch die Behandlung der Sozialen Phobie das Risiko für die Entwicklung einer depressiven Erkrankung. Es ist unklar, warum die Follow-up-Ergebnisse weniger günstig ausfallen als bei Therapiestudien mit Erwachsenen (Heimberg et al., 1990).

Social-effectiveness therapy for children (SET-C)

Das Gruppenprogramm «Social Effectiveness Therapy for Children», das von Beidel und Mitarbeitern (1996) entwickelt wurde, legt seinen Schwerpunkt auf die Expositionsbehandlung kombiniert mit einem Sozialen Kompetenztraining, verzichtet jedoch auf kognitive Interventionen. Im

Tabelle 1
Studien auf der Grundlage des Coping Cat Programms von Kendall

Autoren	Einzel/Gruppe	N =	Art der Stichprobe	Alter	Alternative Behandlungsgruppe	Warte-Kontrollgruppe
Kendall (1994)	Einzel	47	Gemischte Angstgruppe	9–13	–	Ja
Barrett et al. (1996a)	Einzel	79	Gemischte Angstgruppe	7–14	–	Ja
Kendall et al. (1997)	Einzel	27	Gemischte Angstgruppe	9–13	–	Ja
Silverman et al. (1999a)	Einzel	56	Gemischte Angstgruppe	6–16	Ja	–
Silverman et al. (1999b)	Gruppe	56	Gemischte Angstgruppe	6–16	–	Ja
Flannery-Schroeder & Kendall (2000)	Gruppe und Einzel	35	Gemischte Angstgruppe	8–14	–	Ja
Manassis et al. (2002)	Gruppe und Einzel	78	Gemischte Angstgruppe	8–12	–	Ja

Unterschied zu anderen Programmen beinhaltet es eine «Peer-Komponente», bei der die Patienten zusammen mit sozial kompetenten Gleichaltrigen Erlerntes in sozialen Situationen festigen. Es ist ein zwölfwöchiges Programm, das 8- bis 12-jährige Kinder behandelt. Vorläufige Ergebnisse an 16 Kindern mit einer Sozialen Phobie erbrachten positive Ergebnisse (Beidel & Turner, 1998). In einer späteren Studie untersuchten die Autoren (Beidel et al., 2000) die Wirksamkeit ihres Behandlungsansatzes mit einer unspezifischen Intervention. 67 Kinder im Alter von 8–12 Jahren wurden zufällig einer der Behandlungsgruppen zugewiesen. Die Ergebnisse zeigen, dass 67% der Kinder der SET-C-Gruppe die Kriterien einer Sozialen Phobie nicht mehr erfüllten, während es in der Kontrollbedingung lediglich 5% waren.

Bei den vorliegenden Behandlungsprogrammen handelt es sich im Wesentlichen um Modifikationen bereits vorliegender Programme für Erwachsene. Die Grundlagen, das Behandlungsrational und die Interventionsstrategien wurden dem Entwicklungsstand der Zielgruppe angepasst. In Anbetracht der wachsenden Literatur, die die Wirksamkeit der zugrunde liegenden Programme belegt, und der Kontinuität sozialer Ängste über die Lebensabschnitte hinweg, erscheint das Vorgehen nicht unplausibel. Es bleibt aber nachzuweisen, welche der Interventionen für Kinder und Jugendliche von größtem Nutzen sind. Kritisch erscheint, wenn die «Adaptation» lediglich in einer Vereinfachung der Sprache liegt. Eine stärkere Anpassung der Interventionen an den Entwicklungsstand und die Lebensumwelt von Kindern erscheint sinnvoll.

Nur wenige der veröffentlichten Therapiestudien untersuchten ausschließlich die Soziale Phobie. Die meisten Studien schlossen sozialphobische Kinder in eine größere Stichprobe mit verschiedenen Angststörungen ein, ohne differentielle Aussagen zu den unterschiedlichen Störungsbildern machen zu können.

Bei der Überprüfung des Coping Cat Programms von Kendall erfasste nur eine der genannten Studien (Flannery-Schroeder & Kendall, 2000) beim Wirksamkeitsnachweis spezifisch soziale Ängste. Eine weitere Einschränkung ist das breite Altersspektrum von 6–16 Jahren. Es stellt sich die Frage, inwieweit ein Behandlungsprogramm, das sowohl auf Kinder als auch auf Jugendliche ausgerichtet ist, für beide Altersgruppen vergleichbare Effektivitätsraten erzielen kann.

Eine Metaanalyse zu kognitiv-behavioralen Interventionen der Sozialen Phobie im Kindes- und Jugendalter (Kremberg & Mitte, 2005), die auf neun Psychotherapiestudien basiert, ergab Belege zur Wirksamkeit kognitiv-behavioraler Therapieverfahren. Aussagen zu spezifischen Wirksamkeitsunterschieden behavioraler und kognitiv-behavioraler Therapien sowie zur Bedeutsamkeit der Elterninvolvierung waren auf der Basis der Befunde jedoch nicht möglich.

Vorschläge zur Ergänzung der Leitlinien zur Behandlung sozialer Ängste bei Kindern auf Basis empirischer Befunde

Soziale Kompetenztrainings

Jedes der drei oben genannten Programme integriert als wesentlichen Behandlungsbaustein ein Soziales Kompetenztraining. In Deutschland baute die Behandlung der Sozialen Phobie ebenfalls lange Zeit auf Trainingsprogrammen zur Sozialen Kompetenz auf. Soziale Defizite scheinen jedoch zumindest im Erwachsenenalter bei Sozialen Phobien keine zentrale Rolle zu spielen (Beidel et al., 1985; Harvey et al., 2000; Norton & Hope, 2001; Woody, 1996). Vielmehr stellen sie nur eine unter mehreren Ursachen für die Entstehung Sozialer Phobien dar (Norton & Hope, 2001; Rapee & Spence, 2004). In Metaanalysen zeigen soziale Kompetenztrainings zur Behandlung erwachsener Sozialphobiker dementsprechend nur mäßige Effektstärken (Fedoroff & Taylor, 2001).

Bei der Beurteilung der Wirksamkeit sozialer Kompetenztrainings stellt sich dabei die Frage, ob zum Beispiel weniger die Vermittlung sozialer Kompetenzen als die Vermittlung positiver Selbstwirksamkeitserwartungen und die Ermutigung zur Konfrontation mit angstausslösenden Situationen bedeutsam sind. Selbst einschränkende Wirkungen sozialer Kompetenztrainings lassen sich vermuten: Etwa die in sozialen Kompetenztrainings mögliche Verstärkung von Selbstaufmerksamkeit («sich richtig verhalten») oder die Verbindung zwischen der Erwartung von Ablehnung bei Versagen kompetenter Verhaltensweisen.

Bei Kindern und Jugendlichen wird diskutiert, ob soziale Kompetenzdefizite in der Entwicklung und Aufrechterhaltung der Störung eine bedeutsamere Rolle spielen als bei erwachsenen Sozialphobikern (Rapee & Spence, 2004). Es liegen aber auch Befunde vor, die darauf hindeuten, dass soziale Kompetenzdefizite keine zentrale Rolle spielen. Cartwright-Hatton et al. (2003) untersuchten beispielsweise Schulkinder im Alter von 8–11 Jahren und gaben ihnen die Aufgabe, vor einer Video-Kamera eine zweiminütige Rede zu halten. Analog zu den Ergebnissen bei Erwachsenen (Stopa & Clark, 1993) ergaben sich bei hochängstlichen Kindern weniger Hinweise auf Defizite in sozialen Kompetenzen als es Selbsteinschätzungen vermuten ließen. Diese signifikant schlechtere Bewertung der eigenen Leistungen durch Sozialphobiker ist gut belegt (Norton & Hope, 2001): Sozialphobiker werden von anderen als weitaus sozial kompetenter eingeschätzt als sie es selbst tun.

Behandlungsangebote, die vorwiegend auf die Steigerung der sozialen Kompetenz abzielen, sind dementsprechend nicht ausreichend. Es erscheint deshalb sinnvoll, die tatsächlich vorhandenen sozialen Fertigkeiten vor Beginn einer Behandlung abzuklären und Kompetenzdefizite vor der Durchführung von Konfrontationsübungen zu bearbei-

ten. Ein obligatorisches Soziales Kompetenztraining erscheint hingegen nicht empfehlenswert.

Gruppen- vs. Einzelsetting

Das Gruppensetting wurde in früheren Publikationen als Methode der Wahl zur Behandlung Sozialer Phobien beschrieben (z.B. Hope & Heimberg, 1993). Als Vorteil wird angeführt, dass die Gruppensituation selbst als Konfrontationsübung dienen kann und die Rückmeldung der Gruppenteilnehmer hilft, dysfunktionale kognitive Annahmen zu korrigieren. Auch die Erfahrung, andere Personen mit ähnlichen Problemen kennenzulernen, kann positive Effekte haben. Ein Vorteil des Einzelsettings ist hingegen die stärkere Anpassung an die individuellen Besonderheiten des Patienten. Außerdem beteiligen sich Kinder mit sehr starken sozialen Ängsten am wenigsten in der Gruppe bzw. vermeiden die Teilnahme. Studien weisen darauf hin, dass auch im Einzelsetting vergleichbare (Scholing & Emmelkamp, 1993) oder sogar bessere (Stangier et al., 2003) Resultate erzielt werden können, als im Gruppensetting.

Flannery-Schroeder und Kendall (2000) überprüften, ob das Cat-Programm besser in der Gruppe als in der individuellen Situation dargeboten werden sollte. In der Studie wurden 35 ängstliche Kinder im Alter von 8–14 Jahren untersucht. Das Behandlungsprogramm wurde jedoch mit nur wenigen sozialphobischen Kindern durchgeführt. Die Kinder profitierten sowohl in der Einzel- als auch in der Gruppensituation von der Behandlung.

Manassis et al. (2002) überprüften in einer neueren Studie ebenfalls, ob eine Variante des Cat-Programms (Coping Bear Workbook) größere Effekte im Gruppen- oder im Einzelsetting liefert. 78 Kinder mit unterschiedlichen Angststörungen im Alter von 8–12 Jahren wurden zufällig einer Gruppen- oder Einzeltherapie zugewiesen. Beide Behandlungsbedingungen zeigten Erfolge. Eine Untergruppe von Kindern mit sehr stark ausgeprägten sozialen Ängsten schien jedoch stärker vom Einzelsetting zu profitieren.

Die Wirksamkeit der australischen Variante des Programms, Coping Koala (Barrett et al., 1996a), wurde auch als Gruppenversion überprüft (Barrett, 1998; Barrett et al., 2001) und erwies sich ebenfalls als erfolgversprechend. Wiederum waren es jedoch nur 4 der 60 untersuchten Kinder, die an einer Sozialen Phobie litten, so dass auch hier keine Aussage zur Wirksamkeit bei sozial ängstlichen Kindern möglich ist. Barrett et al. (2001) bestätigten diese Befunde auch in einer Follow-up-Untersuchung nach sechs Jahren.

Bedeutsamkeit der kognitiven Aspekte in der Behandlung der Sozialen Angststörung bei Kindern

Den kognitiven Interventionen wird in der bisher veröffentlichten Literatur entweder kein Stellenwert eingeräumt

(vgl. z.B. Beidel et al., 1996), oder die Autoren beschränken sich auf verbale Interventionen zur kognitiven Umstrukturierung (Albano et al., 1991; Kendall, 1994). Experimentelle Studien bei Erwachsenen mit Sozialer Angststörung weisen auf die zentrale Bedeutung von Informationsverarbeitungsprozessen hin. So zeigen viele Studien, dass erwachsene Sozialphobiker ihre Performanz unterschätzen, während sie eigene Fehler im Sozialverhalten verstärkt wahrnehmen (z. B. Dodge et al., 1987; Hope et al., 1990; Maddux et al., 1988; Rapee & Lim, 1992; Stoppa & Clark, 1993). Diese Besonderheiten in kognitiven Prozessen von sozialphobischen Erwachsenen lassen sich auch auf Kinder übertragen.

So zeigt sich auch bei ängstlichen Kindern ein negativer Interpretationsbias, wenn mehrdeutige Stimuli oder Situationsbeschreibungen vorgegeben werden. In einer Studie von Barrett et al. (1996b) interpretierten ängstliche Kinder den Fortgang mehrdeutiger Vignetten häufiger als bedrohlich. Dieser Befund wurde von Chorpita et al. (1996) in einer vergleichbaren Studie bestätigt. Bögels und Zigterman (2000) schränkten das Diagnosespektrum der von ihnen untersuchten Stichprobe auf Kinder mit Sozialer Angststörung, Trennungsangst oder Generalisierter Angststörung ein. Die ängstlichen Kinder interpretierten vorgegebene mehrdeutige Situationen ebenfalls häufiger negativ und unterschätzten eigenes Bewältigungsverhalten im Umgang mit sozialen Herausforderungen. Die Ergebnisse von Muris et al. (2000) zeigen einen ähnlichen Befund speziell bei sozial ängstlichen Kindern. Bell-Dolan (1995) und Bulow (2001) ließen ängstliche bzw. sozial ängstliche Kinder die Intentionen von Personen in Vignetten einschätzen. Wiederrum bewerteten die ängstlichen bzw. sozial ängstlichen Kinder Situationen signifikant häufiger als feindlich. Verzerrte negative Annahmen können nun die Angst verstärken und mit der sozialen Performanz interferieren (Barrett et al., 1996b; Bögels & Zigterman, 2000; Chorpita et al., 1996). Selbstabwertende Gedanken hemmen angemessene soziale Verhaltensweisen und fördern Vermeidungsverhalten (Kendall & Ronan, 1990).

Hinsichtlich der Antizipation zukünftiger Ereignisse fanden Spence et al. (1999) bei 7- bis 14-Jährigen sozial phobischen Kindern, dass sie im Vergleich zu Kontrollkindern die Wahrscheinlichkeit für zukünftige positive soziale Ereignisse unterschätzten. Gleichzeitig zeigte sich eine starke Tendenz, die Wahrscheinlichkeit für negative soziale Ereignisse zu überschätzen. Beide Befunde ließen sich nur bei Ereignissen, die soziale Interaktionen betrafen, beobachten.

Nur wenige Studien untersuchten bislang die Gedächtnisleistung ängstlicher Kinder. In einer Studie von Daleiden (1998) erinnerten ängstliche Kinder häufiger negative Informationen, so dass eine selektive Gedächtnisleistung vermutet wird.

Aufmerksamkeitsprozesse haben einen starken Effekt auf die weitere Informationsverarbeitung (Bugental, 1992) und auf die emotionale Regulation (Derryberry & Reed, 1996). Viele Studien, in denen Kinder mit dem modifizierten «Strooptest» und der «probe detection task» untersucht

wurden, weisen darauf hin, dass ängstliche Erwachsene und Kinder bedrohliche Reize stärker beachten als gleichzeitig dargebotene neutrale Reize (z.B. Kindt et al., 1997; Vasey et al., 1995). Wenig ängstliche Erwachsene und Kinder zeigen hingegen einen Aufmerksamkeitsbias weg von bedrohlichen Reizen (z. B. Fox, 1993; MacLeod et al., 1986).

Trotz einiger Parallelen zwischen sozialphobischen Kindern und Erwachsenen scheint es jedoch auch spezifische Besonderheiten kognitiver Prozesse bei Kindern zu geben. Die von Turner und Mitarbeitern (1994) bei sozial ängstlichen Kindern beobachtete Gedankenleere («paucity of thoughts») während der Angstsituation selbst ist möglicherweise ein Unterschied zum kognitiven Stil der Erwachsenen mit Sozialer Angststörung. Sozial ängstliche Kinder werden ihrer Beobachtung nach in den Angstsituationen selbst nicht mit negativen Gedanken überflutet, wie es Erwachsene mit Sozialer Angststörung berichten, sondern sie scheinen unfähig zu sein, zu denken.

Experimentelle Studien bei Kindern mit Sozialer Angststörung belegen, dass kognitive Prozesse auch bei Kindern mit Sozialer Angststörung von großer Bedeutung sind. Dies legt die Vermutung nahe, dass eine stärkere Einbeziehung kognitiver Prozesse zu einer verbesserten Wirksamkeit der Expositionsbehandlung führen kann. So könnte etwa ein Aufmerksamkeitstraining zur Externalisierung der Aufmerksamkeit und ihre Lenkung auf aufgabenspezifische Aspekte zu einer Reduktion der sozialen Angst führen (McManus et al., 2000).

Einbezug der Eltern bzw. anderer Bezugspersonen

Bei Kindern im Alter von 7–10 Jahren ist der Einbezug der Eltern in die Therapie empfehlenswert. Die australische Variante, das «Coping Koala program» von Barrett und Mitarbeitern (Barrett et al., 1996a) beinhaltet die gleichen Elemente wie das Cat in Kombination mit einem Familien-Angstmanagement-Training. Die Hinzunahme des Familienangstmanagement-Trainings verbesserte die Wirksamkeit der Ergebnisse. In der Studie wurden 79 Kinder im Alter von 7–14 Jahren zufällig dem Programm mit und ohne Familienangstmanagement und einer Wartekontrollgruppe zugewiesen. Im Familienangstmanagement wurden beide Elternteile angesprochen. Es ging um Verstärkung und Kontingenzmanagement, Vermittlung von Copingverhalten im Umgang mit eigenen Emotionen, Kommunikations- und Problemlösestrategien. 61,5% der behandelten Kinder waren nach Behandlungsende diagnosefrei. Die Befunde ließen sich auch nach sechs und zwölf Monaten bestätigen. Es zeigte sich weiterhin, dass insbesondere jüngere Kinder im Alter von 7–10 Jahren von der Hinzunahme des Familienangstmanagement profitierten. Allerdings hatten nur 19 der untersuchten Kinder eine Soziale Phobie, so dass keine Aussage über die Wirksamkeit bei diesem Diagnosebild möglich ist.

Spence et al. (1999) untersuchten die Wirksamkeit einer

kognitiven Verhaltenstherapie, die ein soziales Kompetenztraining beinhaltet, mit und ohne Beteiligung der Eltern. 50 sozialphobische Kinder im Alter von 7–14 Jahren wurden untersucht. Es zeigte sich die Tendenz, dass sich bessere Ergebnisse mit Beteiligung der Eltern erzielen lassen.

Vorschläge für Spezifizierungen der Leitlinien zur Behandlung sozialer Ängste bei Kindern auf Basis klinischer Erfahrung

Diagnostische Phase

Neben einer umfassenden Diagnostik zu Beginn der Behandlung ist es notwendig, Informationen zur Ausprägung der sozialen Kompetenz zu erfassen. Zur Einschätzung der Kompetenz ist dabei die Fremdeinschätzung von großer Bedeutung, da sie in der Selbsteinschätzung oftmals unterschätzt wird. Weiterhin sollte eine Angsthierarchie erstellt werden, bei der gefürchtete Situationen nach ihrer Schwierigkeit in eine Rangfolge zu bringen sind. Die Angsthierarchie sollte bei Kindern von geringerem Umfang als bei Erwachsenen sein und etwa 4–6 Situationen umfassen. Auch bei sozial phobischen Kindern ist wie bei Erwachsenen die Erfassung von Sicherheitsverhaltensweisen von großer Bedeutung. Sicherheitsverhaltensweisen sind Strategien, die darauf abzielen, innerhalb der gefürchteten Situation Angst zu verringern oder die soziale Bedrohung abzuwehren (Alden & Bieling, 1998). Tatsächlich erhöht Sicherheitsverhalten jedoch gleichzeitig die Selbstaufmerksamkeit, verhindert eine angemessene Bewertung der Situation und korrektive Erfahrungen (Clark & McManus, 2002; Wells et al., 1997). Bei erwachsenen Sozialphobikern führt der Abbau von Sicherheitsverhalten zu einer erhöhten Wirksamkeit der kognitiv-behavioralen Behandlung (Morgan & Raffle, 1999). Bei sozial ängstlichen Kindern lässt sich ein ähnlicher Effekt vermuten.

Vorbereitung der Übungen

Die Entscheidung für oder gegen eine Konfrontationsbehandlung sollte von den Eltern und «möglichst auch vom Kind» (Schneider & In-Albon, 2004) vorliegen. Bei erwachsenen Sozialphobikern wird im Unterschied zur Behandlung der Agoraphobie, empfohlen, nicht mit der Situation anzufangen, die am stärksten angstausslösend ist, sondern mit einer Situation, die ein mittleres Maß an Angst auslöst. Bei Kindern ist es auch aufgrund der ungeklärten Forschungslage sinnvoll, zunächst mit leicht Angst auslösenden Situationen zu beginnen. Bei der Auslösung von sehr starken Angstreaktionen kann es sein, dass es dieses Erlebnis nicht im Sinn des Habituationsmodells oder einer kog-

nitiven Umbewertung verarbeitet. Es kann sein, dass das Kind sich nicht daran erinnert, dass die Angst über die Zeit abnahm, sondern nur daran, dass die Situation «schrecklich» war und es nie wieder in eine ähnliche Situation geraten will (Schneider, 2004). Auch sollten zu Beginn Übungen durchgeführt werden, die vom Therapeuten gut kontrollierbar sind. Ziel ist es, dem Patienten die Wirkweise der Übungen überzeugend zu verdeutlichen. Bei Kindern ist eine sehr intensive Vorbereitung auf die Konfrontationsübungen, zum Beispiel mittels Rollenspielen oder stellvertretenden Rollenspielen, wichtig. Rollenspiele sind dabei gespielte Situationen, die eine Annäherung an die Realität darstellen, ersetzen aber nicht die reale Situation (Fehm & Margraf, 2005). Der Abbau von Sicherheitsverhalten und einer erhöhten Selbstaufmerksamkeit gehören dabei zu den Vorbereitungen auf die Konfrontationsübungen.

Durchführung der Übungen

Ziel aus behavioraler Perspektive ist die Habituation, die den Rückgang von Angstreaktionen bewirken soll, und aus kognitiver Perspektive die Veränderung der Wahrnehmung und Bewertung sozialer Situationen. In einer lerntheoretisch orientierten Sichtweise werden die Kinder somit angeregt, so lange die Übungen durchzuführen bzw. sie zu wiederholen, bis ein merklicher Rückgang der Angstsymptomatik erreicht wurde. Nach kognitiver Sichtweise ist der Abgleich der Befürchtungen vor der Situation mit dem tatsächlichen Verlauf entscheidend. Wesentlich für den Erfolg eines «Verhaltensexperimentes» ist also die Erfassung der Befürchtungen des Kindes und wie ein Erfolg der Übung für das Kind aussehen würde. Die Aufgabe des Therapeuten während der Übung besteht darin, die Aufmerksamkeit des Kindes auf die aktuelle Situation zu lenken und darauf zu achten, dass es Sicherheitsverhaltensweisen unterlässt.

Bei Situationen, die im Alltag nur selten auftreten, oder bei denen Zwischenschritte für Übungen notwendig sind, sind Konfrontationen in sensu hilfreich. Eine Schwierigkeit besteht hierbei jedoch bei der Antizipation eines Ablaufs von sozialen Situationen.

Bei Prüfungsängsten zeigt die Systematische Desensibilisierung gute Erfolge. Allerdings ist die Metabotschaft der Systematischen Desensibilisierung eine andere als bei der Konfrontation (Fehm & Margraf, 2005).

Bei Mittelpunktübungen (Wlazlo, 1995) besteht das Ziel darin zu lernen, dass man im Zentrum der Aufmerksamkeit steht. Beispiele für Mittelpunktübungen sind, jemandem etwas laut zuzurufen, für andere hörbar ein Gespräch zu führen und ähnliches. Das Ausbleiben von (negativen) Reaktionen führt dabei zur Angstreduktion. Eine Steigerung dieser Mittelpunktübungen sind Übungen, die eindeutige Reaktionen provozieren: lachen, umschauen, hindeuten, abschätzig schauen etc. Die Angstreduktion erfolgt durch die Habituation auf physiologischer und emo-

tionaler Ebene und die kognitive Umbewertung, dass negative Reaktionen keine katastrophalen Folgen haben müssen.

Eine weitere Variante in der Behandlung sozialer Ängste stellen «shame attacks» dar. Ein bekanntes Beispiel für eine «shame attack» ist es, ein lautes Gespräch mit einer an einer Leine befestigten Banane als vermeintlichen Hund Fifi in einer Fußgängerzone zu führen. Bislang gibt es allerdings keine empirischen Befunde zum praktischen Nutzen von shame attacks, weder bei Erwachsenen, noch bei Kindern. Die Übungen zielen darauf ab, ein Höchstmaß an Peinlichkeit zu erzeugen. Der Patient soll die antizipierten Reaktionen auf das auffällige Verhalten überprüfen. Ziel ist es also nicht, den Patienten bloß zu stellen oder sich an Peinlichkeit zu «gewöhnen». Wichtig ist vor allem die Auseinandersetzung mit dem Thema Peinlichkeit, etwa die Frage, ob man ein Leben führen kann, ohne sich je einer peinlichen Situation auszusetzen (Fehm & Margraf, 2005).

Mit Kindern liegen kaum klinische Erfahrungen mit dieser Methode vor. Es besteht aber die Gefahr, dass Kinder, ähnlich wie bei sehr starken Angstreaktionen während Konfrontationsübungen, shame attack Übungen nicht im Sinne der Auseinandersetzung mit Peinlichkeit verarbeiten, sondern empfindlicher statt unempfindlicher gegenüber peinlichen Situationen werden könnten. Die Gefahr einer Traumatisierung durch nachträgliche Umbewertung könnte bei Kindern also größer sein. Der Kritikpunkt, dass «shame attacks» sehr weit von der Realität entfernt sind, was die Übertragung auf den Alltag schwierig macht, trifft hingegen zwar für die Übungssituation zu, nicht aber für das Gefühl der Peinlichkeit (Fehm & Margraf, 2005).

Schlussfolgerung

Eine Zusammenschau der empirischen Befunde zur Psychotherapie sozial phobischer Kinder und Jugendlicher macht deutlich, dass bisherige Behandlungsempfehlungen ergänzt werden sollten. Auf der Basis sowohl empirischer Befunde als auch klinischer Erfahrungen lassen sich folgende Empfehlungen zur Psychotherapie Sozialer Angststörungen bei Kindern und Jugendlichen ableiten:

- Eine individuelle Erfassung und Bearbeitung von sozialen Fertigungsdefiziten vor Durchführung von Konfrontationsübungen anstelle eines obligatorischen Sozialen Kompetenztrainings erscheinen sinnvoll. Zur Einschätzung der sozialen Kompetenz ist die Fremdeinschätzung von großer Bedeutung.
- Einzel- und Gruppensetting erzielen mindestens vergleichbare Resultate. Bei stark ausgeprägten sozialen Ängsten ist die Behandlung im Einzelsetting vorzuziehen.
- Besonderheiten in kognitiven Prozessen bei sozial phobischen Kindern weisen auf die Bedeutung von spezifischen kognitiven Interventionen hin wie etwa einem Aufmerksamkeitstraining zur Lenkung der Aufmerksamkeit auf aufgabenspezifische Aspekte.

- Zumindest bei Kindern im Alter von 7–10 Jahren ist der Einbezug der Eltern in die Therapie empfehlenswert.
- Umfassende Vorbereitungen der Konfrontationsübungen sollten auch das Sicherheitsverhalten einschließen. Sicherheitsverhaltenweisen sind Strategien, die darauf abzielen, innerhalb der gefürchteten Situation Angst zu verringern oder die soziale Bedrohung abzuwehren.

Dank

Wir danken der Deutschen Forschungsgemeinschaft für die Unterstützung des Projektes zur Behandlung sozial ängstlicher Kinder (STI 297/1) und der Universität Würzburg für die Förderung des Projektes durch ein Stipendium.

Literatur

- Albano, A. M., Marten, P. A. & Holt, C. S. (1991). *Therapist's Manual for Cognitive-Behavioral Group Treatment of Adolescent Social Phobia*. Unpublished manuscript, State University of New York at Albany, Center for Stress and Anxiety Disorders, Child and Adolescent Anxiety Disorders Program.
- Albano, A. M., Marten, P. A., Holt, C. S., Heimberg, R. G. & Barlow, D. H. (1996). Cognitive-behavioral group treatment for social phobia in adolescents. A preliminary study. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 183, 649–656.
- Alden, L. E. & Bieling, P. J. (1998). Interpersonal consequences of perfectionism for patients with social phobia. *British Journal of Clinical Psychology*, 36, 387–395.
- Barrett, P. M. (1998). Evaluation of cognitive-behavioral group treatments for childhood anxiety disorders. *Journal of Clinical Child Psychology*, 27, 459–468.
- Barrett, P. M., Dadds, M. R., Rapee, R. M. & Ryan, S. M. (1996a). Family intervention for childhood anxiety: A controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 333–342.
- Barrett, P. M., Duffy, A. L., Dadds, M. R. & Rapee, R. M. (2001). Cognitive-behavioral treatment of anxiety disorders in children: Long-term (6-year) follow-up. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69, 135–141.
- Barrett, P. M., Rapee, R. M., Dadds, M. M. & Ryan, S. M. (1996b). Family enhancement of cognitive style in anxious and aggressive children. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 24, 187–199.
- Beidel, D. C., Ferrell, C., Alfano, C. A. & Yeganeh, R. (2001). The treatment of childhood social anxiety disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, 24, 831–846.
- Beidel, D. C. & Turner, S. M. (1988). Comorbidity of test anxiety and other anxiety disorders in children. *Journal of the Abnormal Child Psychology*, 16, 275–287.
- Beidel, D. C. & Turner, S. M. (1998). *Shy children, phobic adults. Nature and treatment of social phobia*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Beidel, D. C., Turner, S. M. & Dancu, C. V. (1985). Physiological, cognitive and behavioral aspects of social anxiety. *Behaviour Research and Therapy*, 23, 109–117.
- Beidel, D. C., Turner, S. M. & Morris, T. L. (2000). Behavioral treatment of childhood social phobia. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 1072–1080.
- Beidel, D. C., Turner, S. M. & Morris, T. L. (1996). *Social Effectiveness Training for Children: A treatment manual*. Unpublished manuscript, Medical University of Charleston, South Carolina.
- Bell-Dolan, D. J. (1995). Social cue interpretation of anxious children. *Journal of Clinical Child Psychology*, 24, 1–10.
- Bögels, S. & Zigterman, D. (2000). Dysfunctional cognitions in children with social phobia, separation anxiety disorder, and generalized anxiety disorder. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 28, 205–211.
- Bugental, D. B. (1992). Affective and cognitive processes within threat-oriented family systems. In I. E. Sigel, J. Goodnow & A. McGillicuddy-deLisi (Eds.), *Parental belief systems: The psychological consequences for children* (pp. 219–248). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Bulow, C. A. M. (2001). An examination of social information processing patterns in anxious children. *Dissertation-Abstracts-Internation: Section B: The Sciences and Engineering*, 61, 4973.
- Cartwright-Hatton, S., Hodges, L. & Porter, J. (2003). Social anxiety in childhood: The relationship with self and observer rated social skills. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 4, 737–742.
- Chorpita, B. F., Albano, A. M. & Barlow, D. H. (1996). Cognitive processing in children: Relation to anxiety and family influences. *Journal of Clinical Child Psychology*, 25, 170–176.
- Christoff, K. A., Scott, W. O. N., Kelly, M. L., Schlundt, D., Baer, G. & Kelly, J. A. (1985). Social skills and social problem-solving training for shy young adolescents. *Behavior Therapy*, 16, 468–477.
- Clark, D. M. & McManus, F. (2002). Information processing in social phobia. *Biological Psychiatry*, 51, 92–100.
- Daleiden, E. L. (1998). Childhood anxiety and memory functioning: A comparison of systemic and processing accounts. *Journal of Experimental Child Psychology*, 68, 216–235.
- Davidson, J. (1993). *Childhood histories of adult social phobias*. Presented at the Anxiety Disorders Association of America Annual Convention, Charleston, SC.
- Derryberry, D. & Reed, M. A. (1996). Regulatory processes and the development of cognitive representations. *Development and Psychopathology*, 8, 215–234.
- Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie u.a. (2000). *Leitlinien zur Diagnostik und Therapie von psychischen Störungen im Kindes- und Jugendalter*. Köln: Deutscher Ärzte Verlag.
- Dodge, C. S., Heimberg, R. G., Nyman, D. & O'Brien, G. T. (1987). Daily heterosocial interactions of high and low socially anxious college students: A diary study. *Behavior Therapy*, 18, 90–96.
- Essau, C. A., Conradt, J. & Petermann, F. (2000). Frequency, comorbidity and psychosocial impairment of anxiety disorders in German adolescents. *Journal of Anxiety Disorders*, 14, 263–279.
- Fedoroff, I. C. & Taylor, S. (2001). Psychological and Pharmacological Treatments of Social Phobia: A Meta-Analysis. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 21, 311–324.
- Fehm, L. & Margraf, J. (2005). Kognitive Verhaltenstherapie bei Sozialer Phobie. In N. Vriends & J. Margraf (Hrsg.), *Soziale Kompetenz, soziale Unsicherheit, soziale Phobie. Verstehen und verändern*. 3. Auflage. Baltmannsweiler: Schneider Verlag Hohengehren.
- Flannery-Schroeder, E. C. & Kendall, P. C. (2000). Group and individual cognitive-behavioral treatments for youth with anxiety disorders: A randomized controlled trial. *Cognitive Therapy and Research*, 24, 251–278.
- Fonagy, P. & Target, M. (1994). The efficacy of psychoanalysis for children with disruptive disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 33, 45–55.
- Fox, E. (1993). Allocation of visual attention and anxiety. *Cognition and Emotion*, 7, 207–215.
- Franco, D. P., Christoff, K. A., Crimmins, D. B. & Kelly, J. A. (1983). Social skills training for an extremely shy young ado-

- lescent: An empirical case study. *Behavior Therapy*, 14, 568–575.
- Harvey, A. G., Clark, D. M., Ehlers, A. & Rapee, R. M. (2000). Social anxiety and self impression: Cognitive preparation enhances the beneficial effects of video feedback following a stressful social task. *Behavior Research and Therapy*, 38, 1183–1192.
- Hayward, C., Killen, J. D., Kraemer, H. C., Taylor, C. B. (1998). Linking self-reported childhood behavioral inhibition to adolescent social phobia. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 37, 1308–1316.
- Hayward, C., Varady, S., Albano, A. M., Thienemann, M., Henderson, L. & Schwarzenberg, A. F. (2000). Cognitive-Behavioral Group Therapy for Social Phobia in Female Adolescents: Results of a Pilot Study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39, 721–726.
- Heimberg, R. G., Dodge, C. S., Hope, D. A. et al. (1990). Cognitive-behavioral group treatment for social phobia. Comparison to a credible placebo control. *Cognitive Therapy and Research*, 14, 1–23.
- Heimberg, R. G., Stein, M. B., Hirpi, E. & Kessler, R. C. (2000). Trends in the prevalence of social phobia in the United States: a synthetic cohort analysis of changes over four decades. *European Psychiatry*, 15, 29–37.
- Holt, C. S., Heimberg, R. G. & Hope, D. A. (1992). Avoidant personality disorder and the generalized subtype of social phobia. *Journal of Abnormal Psychology*, 101, 318–325.
- Hope, D. A. & Heimberg, R. G. (1993). Social phobia and social anxiety. In D. H. Barlow (Ed.), *Clinical handbook of psychological disorders* (pp. 99–136). New York: Guilford.
- Hope, D. A., Rapee, R. M., Heimberg, R. G. & Dombeck, M. J. (1990). Representations of the self in social phobia: Vulnerability to social threat. *Cognitive Therapy and Research*, 14, 177–189.
- Inderbitzen-Pisaruk, H. M., Clark, M. L. & Solano, C. H. (1992). Correlates of loneliness in midadolescence. *Journal of Youth and Adolescence*, 21, 151–167.
- Joormann, J. & Unnewehr, S. (2002). *Behandlung der Sozialen Phobie bei Kindern und Jugendlichen*. Göttingen: Hogrefe.
- Kashani, J. H. & Orvaschel, H. (1990). A community study of anxiety in children and adolescents. *American Journal of Psychiatry*, 147, 313–318.
- Kendall, P. C. (1994). Treating anxiety disorders in children: Results of a randomized clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62, 100–110.
- Kendall, P. C., Flannery-Schroeder, E., Panichelli-Mindel, S. et al. (1997). Therapy for youth with anxiety disorders: A second randomized clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65, 366–380.
- Kendall, P. C. & Ronan, K. (1990). Assessment of children's anxieties, fears, and phobias: cognitive behavior models and methods. In C. R. Reynolds & R. W. Kamphaus (Eds.), *Handbook of Psychological and Educational Assessment of Children* (pp. 223–244). New York: Guilford.
- Kendall, P. C. & Southam-Gerow, M. A. (1996). Long-term follow-up of a cognitive-behavioral therapy for anxiety disordered youth. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 724–730.
- Kindt, M., Brosschot, J. S. & Everaerd, W. (1997). Cognitive processing bias of children in real life stress situation and a neutral situation. *Journal of Experimental Child Psychology*, 64, 79–97.
- Kremberg, E. & Mitte, K. (2005). Kognitiv-behaviorale und behaviorale Interventionen der Sozialen Phobie im Kindes- und Jugendalter. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 34, 196–204.
- Lipsitz, J. D. & Schneier, F. R. (2000). Social phobia. Epidemiology and cost of illness. *Pharmacoeconomics*, 18, 23–32.
- Lowenstein, L. F. (1983). The treatment of extreme shyness in maladjusted children by implosive, counseling, and conditioning approaches. *Interdisciplinaria*, 4, 115–130.
- MacLeod, C., Mathews, A. & Tata, P. (1986). Attentional bias in emotional disorders. *Journal of Abnormal Psychology*, 95, 15–20.
- Maddux, J. E., Norton, L. W. & Leary, M. R. (1988). Cognitive components of social anxiety: An investigation of the integration of self-presentation and self-efficacy theory. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 6, 180–190.
- Manassis, K., Mendlowitz, S., Scapillato, D., Avery, D., Fiksenbaum, L., Freire, M., Monga, S. & Owens, M. (2002). Group and individual Cognitive-behavioral therapy for childhood anxiety disorders: A randomized trial. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 41, 1423–1430.
- Marten, P. A., Albano, A. M. & Holt, C. S. (1991). *Therapist's Manual for Cognitive-Behavioral Group Treatment of Adolescent Social Phobia with Parent Participation*. Unpublished manuscript, State University of New York at Albany.
- McGee, R., Fehan, M., Williams, S., Partridge, F., Silva, P. A. & Kelly, J. (1990). DSM-III disorders in a large sample of adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 29, 611–619.
- McManus, F., Clark, D. M. & Hackmann, A. (2000). Specificity of cognitive biases in social phobia and their role in recovery. *Behavioral and Cognitive Psychotherapy*, 28, 201–209.
- Morgan, H. & Raffle, C. (1999). Does reducing safety behaviours improve treatment response in patients with social phobia? *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 33, 503–510.
- Muris, P., Merckelbach, H. & Damsma, E. (2000). Threat perception bias in nonreferred, socially anxious children. *Journal of Clinical Child Psychology*, 29, 348–359.
- Norton, P. J. & Hope, D. A. (2001). Analogue observational methods in the assessment of social functioning in adults. *Psychological Assessment*, 13, 59–72.
- Pelissolo, A., Andre, C. & Montard-Martin, F. (2000). Social phobia in the community. Relationship between diagnostic threshold and prevalence. *European Psychiatry*, 15, 25–28.
- Rapee, R. M. & Lim, L. (1992). Discrepancy between self- and observer ratings of performance in social phobics. *Journal of Abnormal Psychology*, 101, 728–731.
- Rapee, R. & Spence, S. H. (2004). The etiology of social phobia. Empirical evidence and an initial model. *Clinical Psychology Review*, 24, 737–767.
- Rubin, K. H., LeMare, L. J. & Lollis, S. (1990). Social withdrawal in childhood: Developmental pathways to peer rejection. In S. R. Asher & J. D. Coie (Eds.), *Peer rejection in childhood* (pp. 217–249). Cambridge, U.K. Cambridge University Press.
- Schneider, S. (2004). Spezifische Phobien. In S. Schneider (Hrsg.), *Angststörungen bei Kindern und Jugendlichen. Grundlagen und Behandlung* (S. 133–164). Berlin: Springer.
- Schneider, S. & Döpfner, M. (2004). Leitlinien zur Diagnostik und Psychotherapie von Angst- und Phobischen Störungen im Kindes- und Jugendalter: Ein evidenzbasierter Diskussionsvorschlag. *Kindheit und Entwicklung*, 13, 80–96.
- Schneider, S. & In-Albon, T. (2004). Störung mit Trennungsangst. In S. Schneider (Hrsg.), *Angststörungen bei Kindern und Jugendlichen. Grundlagen und Behandlung* (S. 105–132). Berlin: Springer.
- Scholing, A. & Emmelkamp, P. M. G. (1993). Exposure with and without cognitive therapy for generalized social phobia: effects of individual and group treatment. *Behaviour Research and Therapy*, 41, 667–681.
- Silverman, W. K., Kurtines, W. M., Ginsburg, G. S. (1999a). Contingency management, self-control, and education support in the treatment of childhood phobic disorders: A randomized clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 675–687.
- Silverman, W. K., Kurtines, W. M., Ginsburg, G. S. et al. (1999b).

- Treating anxiety disorders in children with group cognitive therapy: A randomized clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 995–1003.
- Spence, S. H., Donovan, C. & Brechman-Toussaint, M. (1999). Social skills, social outcomes, and cognitive features of childhood social phobia. *Journal of Abnormal Psychology*, 108, 211–221.
- Stangier, U., Heidenreich, T., Peitz, M., Lauterbach, W. & Clark, D. M. (2003). Cognitive therapy for social phobia: individual vs. Group treatment. *Behaviour Research and Therapy*, 41, 991–1007.
- Stein, M. B. & Kean, Y. M. (2000). Disability and quality of life in social phobia: epidemiologic findings. *American Journal of Psychiatry*, 157, 1606–1613.
- Stopa, L. & Clark, D. M. (1993). Cognitive process in social phobia. *Behaviour Research and Therapy*, 31, 255–267.
- Strauss, C. C. & Last, C. G. (1993). Social and simple phobias in children. *Journal of Anxiety Disorders*, 1, 141–152.
- Trautman, P. D. (1986). Psychodynamic theories of anxiety and their application to children. In R. Gittelman (Ed.), *Anxiety disorders of childhood* (pp. 168–187). New York: Guilford.
- Turner, S., Beidel, D. C. & Jacob, R. G. (1994). Social phobia: A comparison of behavior therapy and atenolol. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62, 350–358.
- Vasey, M. W., Daleiden, E., Williams, L. L. & Brown, L. M. (1995). Biased attention in childhood anxiety disorders. A preliminary study. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 23, 267–279.
- Vernberg, E. M., Abwender, D. A., Ewell, K. K. & Berry, S. H. (1992). Social anxiety and peer relationships in early adolescence: A prospective analysis. *Journal of Clinical Child Psychology*, 21, 189–196.
- Wells, A., White, J. & Carter, K. (1997). Attention training treatment: Effects on anxiety and beliefs in panic and social phobia. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 4, 226–232.
- Wittchen, H.-U., Fuetsch, M., Sonntag, H., Müller, N. & Liebowitz, M. (2000). Disability and quality of life in pure and comorbid social phobia—Findings from a controlled study. *European Psychiatry*, 15, 46–58.
- Wittchen, H.-U., Stein, M. B. & Kessler, R. C. (1999). Social fears and social phobia in a community sample of adolescents and young adults: Prevalence, risk factors and comorbidity. *Psychological Medicine*, 29, 309–323.
- Wlazole, Z. (1995). *Soziale Phobie. Eine Anleitung zur Durchführung einer Exposition in vivo*. Basel: Karger.
- Woody, S. R. (1996). Effects of focus of attention on anxiety levels and social performance of individuals with social phobia. *Journal of Abnormal Psychology*, 105, 61–69.

Dr. Siebke Melfsen

Psychologisches Institut der Universität Frankfurt
Postfach 11 19 32 Fach 121
DE-60054 Frankfurt a. M.
E-mail: siebke.melfsen@onlinehome.de

Anhang

Multiple-Choice-Fragen zum Erwerb von CME-Punkten zum Artikel (nur eine Antwort pro Frage ist richtig):

- 1) Welche Aussage zur sozialen Angststörung im Kindes- und Jugendalter trifft nicht zu?
 - a) Kinder sind nicht immer in der Lage, den Grund ihrer Ängste zu benennen.
 - b) Es kann zu einem Abfall der Schulleistung und auch zur Schulverweigerung kommen.
 - c) Körperliche Beschwerden wie Kopf- und Bauchschmerzen können mit dem Störungsbild einhergehen.
 - d) Das Sprechen in öffentlichen Situationen ist nur selten durch Ängste beeinträchtigt.
 - e) Die Einschränkung der Lebensqualität ist beträchtlich.
- 2) Welche Aussage zur Epidemiologie der sozialen Angst im Kindes- und Jugendalter trifft zu?
 - a) Die Kriterien des DSM-IV führen eher zu einer Erhöhung der diagnostischen Schwelle.
 - b) Die Punktprävalenz liegt bei etwa 4–8%.
 - c) Der Störungsbeginn liegt bei etwa 11–13 Jahren.
 - d) Es gibt keine Hinweise für eine Zunahme dieses Störungsbildes.
 - e) Soziale Ängste erhöhen die Vulnerabilität für andere Störungsbilder nicht.
- 3) Für welche Therapien gibt es keinen gesicherten Nutzen bei der Behandlung der Sozialen Phobie im Kindes- und Jugendalter?
 - a) «Coping Cat» child behavior therapy (CBT; Kendall, 1994).
 - b) Cognitive-behavioral group therapy for social anxiety disorder in adolescents (CBGT-A; Albano, Marten, et al., 1995).
 - c) Pharmakotherapie mit SSRIs.
 - d) Psychodynamische Psychotherapie bei sozial ängstlichen Kindern (Fonagy & Target, 1994).
 - e) Social-effectiveness therapy for children (SET-C; Beidel et al., 2001).

Melfsen et al.: Die Behandlung sozialer Ängste im Kindes- und Jugendalter

- 4) Für die Behandlung sozialer Ängste bei Kindern und Jugendlichen trifft zu:
 - a) Ein Training sozialer Kompetenzen ist auch dann sinnvoll, wenn keine Kompetenzdefizite vorliegen.
 - b) Bei einem Gruppensetting ist die Rückmeldung der anderen Teilnehmer nur selten von Vorteil.
 - c) Im Einzelsetting können vergleichbare, teilweise sogar bessere Resultate erzielt werden.
 - d) Das CAT-Programm zeigt in der Gruppe deutlich bessere Resultate als im Einzelsetting.
 - e) Bei der «Social-effectiveness therapy for children» wird auf eine Einbeziehung der «Peer Group» bewusst verzichtet.
- 5) Welche Aussage trifft nicht zu?
 - a) Bei der Diagnostik der sozialen Ängste ist eine Fremdbeurteilung der sozialen Kompetenz von großer Bedeutung.
 - b) Bei Kindern sollte die Angsthierarchie weniger Situationen als bei Erwachsenen umfassen.
 - c) Durch Habituation soll ein merklicher Rückgang der Angstsymptomatik erreicht werden.
 - d) Für die Methode des „shame attacks“ liegen im Kindes- und Jugendalter viele klinische Erfahrungen vor.
 - e) Bei Kindern im Alter von 7–10 Jahren ist der Einbezug der Eltern in die Therapie sinnvoll.

Um Ihr CME-Zertifikat zu erhalten, schicken Sie bitte den ausgefüllten Fragebogen mit einem frankierten Rückumschlag bis zum 30.6.2006 an die nebenstehende Adresse. Später eintreffende Antworten können nicht mehr berücksichtigt werden.

Herr Professor Dr. Gerd Lehmkuhl
Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie
des Kindes- und Jugendalters der Universität zu Köln
Robert Koch-Straße 10
DE-50931 Köln

FORTBILDUNGSZERTIFIKAT

Die Ärztekammer Niedersachsen erkennt hiermit 1 Fortbildungspunkt an.

Zeitschrift für
**Kinder- und Jugend-
psychiatrie und
Psychotherapie**
3/2006

HUBER



Stempel

DATUM

UNTERSCHRIFT

«Die Behandlung sozialer Ängste im Kindes- und Jugendalter»

Die Antworten bitte deutlich ankreuzen!

	1	2	3	4	5
a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ich versichere, alle Fragen ohne fremde Hilfe beantwortet zu haben.

Name

Berufsbezeichnung, Titel

Straße, Nr.

PLZ, Ort