

# 1 Erscheinungsbild, Entwicklungspsychopathologie und Klassifikation

## Fallbeispiel

Die 14;2-jährige Maria stellt sich in einer ambulanten Praxis wegen ausgeprägter Ängste im Kontakt mit Gleichaltrigen vor. Maria beschreibt, dass sie nur wenige Freundschaften habe, da sie der Überzeugung sei, andere Jugendliche würden sie nicht mögen. Aufgrund dieser Ängste falle es ihr schwer, andere Jugendliche anzusprechen oder sich zu verabreden. Trotz guter schriftlicher Leistungen beteilige sich Maria nicht am Unterricht. Vor Referaten in der Schule fühle sie sich morgens häufig krank, bleibe dann zu Hause oder könne Referate nur mit exzessivem Üben vor dem Spiegel in der Woche zuvor bewältigen. Ihre größte Sorge sei, dass sie jemand auslachen könne. Ihre Freizeit verbringe Maria oft allein in ihrem Zimmer und sie ziehe sich zunehmend zurück. Marias Mutter beschreibt, dass sich ihre Tochter bereits im Kindergartenalter sehr zurückhaltend in neuen Situationen verhalten habe und sich wenig von ihrer Mutter gelöst habe. In der Grundschulzeit habe Maria dann zudem Sorgen vor peinlichem Verhalten geäußert, welche sich bis heute sehr verstärkt hätten.

## Lernziele

- Sie können die Begrifflichkeiten Soziale Angststörung, soziale Angst und Schüchternheit erklären und voneinander abgrenzen.
- Sie kennen das typische Erscheinungsbild sozialer Ängste von der frühen Kindheit bis zum Jugendalter bzw. jungen Erwachsenenalter.
- Sie können diagnostische Kriterien für die Soziale Angststörung nach der International Classification of Diseases (10. Edition, ICD-10; World Health Organization [WHO], 1994) und dem Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5. Edition, DSM-5, American Psychiatric Organization [APA], 2013) benennen.

## 1.1 Erscheinungsbild der Sozialen Angststörung

### 1.1.1 Schüchternheit und soziale Ängste bei Kindern und Jugendlichen

Schüchternheit und die Angst vor negativer Bewertung bzw. Ablehnung durch andere Personen sind einem großen Anteil von Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen der Allgemeinbevölkerung vertraut. So berichteten in einer Studie von Seim und Spates (2010) 31 % aller befragten Studierenden davon, in ihrem Alltag regelmäßig moderate bis starke soziale Ängste zu erleben. In einer älteren Studie von Lazarus (1982) beschrieben sich 38 % der befragten Grundschulkin-der als schüchtern. Auch während sozialer Leistungssituationen zeigen Kinder ohne klinisch bedeutsame Ängste eine moderate Angst und physiologische Stressreaktionen (Krämer et al., 2012). Der Begriff soziale Ängste kann dabei als Überkategorie für viele verschiedene Ausprägungen von Aspekten sozialer Ängste verstanden werden. Soziale Angst beschreibt eine Angst in sozialen Situationen – also Situationen mit anderen Personen –, die von sehr gering bis sehr stark ausgeprägt sein kann. Das Kontinuum sozialer Ängste erstreckt sich von nicht beeinträchtigenden sozialen Ängsten auf der einen Seite bis hin zu starken und meist chronifizierten sozialen Ängsten auf der anderen Seite. Im Zusammenhang mit sozialen Ängsten wird der Begriff der Schüchternheit häufig verwendet. Schüchternheit bezeichnet in der Regel ein gehemmtes Verhalten im Rahmen von sozialen Ängsten und wird häufig im Kontext frühkindlicher sozialer Ängste und sozialer Ängste im Grundschulalter gebraucht. Eine weitere Begrifflichkeit, die auch im Kindes- und Jugendalter im Zusammenhang mit sozialen Ängsten häufig gebraucht wird, ist die der Testängstlichkeit oder Prüfungsangst (Steinmayr, Crede, McElvany & Wirthwein, 2016). Damit werden häufig Kinder und Jugendliche beschrieben, die vornehmlich Angst vor Testsituationen in der Schule haben. Prüfungsangst ist jedoch keine eigene Diagnose in der ICD-10<sup>1</sup> oder im DSM-5. Da sich diese Ängste jedoch in sozialen Leistungssituationen manifestieren, können sie als umgrenzte Soziale Angststörung verstanden werden. Wichtig ist dabei, dass Kinder und Jugendliche negative Testergebnisse aufgrund einer möglichen negativen Bewertung durch andere Kinder, Jugendliche oder Erwachsene fürchten. Für rein prüfungsbezogene Ängste ist eine differenzialdiagnostische Abklärung zur Spezifischen Phobie zu prüfen. Des Weiteren muss ebenfalls eine differenzialdiagnostische Abgrenzung zur Generalisierten Angststörung des Kindesalters vorgenommen werden, falls Prüfungsängste von Ängsten und Sorgen in mehreren anderen Bereichen begleitet werden (► Kap. 3).

---

1 Ab dem 01.01.2022 tritt die 11. Version der ICD in Kraft, die im Mai 2019 von der WHO verabschiedet und in einer ersten Version online veröffentlicht wurde (<https://icd.who.int/en/>; Abruf am 10.09.2019). In dieser Version werden Angleichungen an das DSM-5 zur Benennung und Klassifikation der Sozialen Angststörung erwartet. Die Diagnose der Emotionalen Störung mit sozialer Ängstlichkeit (► Kap. 1.2) fällt hingegen weg. Da bis zum 31.12.2021 die ICD-10 gilt, wird diese im Folgenden als Grundlage verwendet.

Die Soziale Angststörung beinhaltet schließlich eine manifestierte, unangemessene Furcht vor Leistungs- oder Interaktionssituationen, die sich in verschiedenen Situationen, z. B. außerhalb der Schule wie auch im privaten Bereich, zeigt (APA, 2015). Zugleich sind die Kinder und Jugendlichen nicht in der Lage, altersgemäße soziale Beziehungen mit vertrauten Personen einzugehen. Die Angst tritt zudem nicht nur in Interaktion mit Erwachsenen, sondern auch mit Gleichaltrigen auf und führt zu einer Beeinträchtigung des Alltagslebens und/oder Leidensdruck (APA, 2015).

### **Definition: Soziale Ängste**

Soziale Ängste bezeichnen das Gefühl von Angst und Furcht in sozialen Situationen wie Interaktionen (z. B. eine Spielsituation mit anderen Kindern) und Leistungssituationen (z. B. ein Referat in der Klasse halten oder sich zu melden). Im Zentrum steht die Sorge, sich vor anderen zu blamieren oder nicht gemocht zu werden. Häufig treten soziale Ängste in Situationen mit Kindern und Jugendlichen auf, welche eher unbekannt sind. Soziale Ängste sind fast allen Kindern und Jugendlichen bekannt. Sie haben somit nicht notwendigerweise Krankheitswert und müssen nicht zwingend behandelt werden.

### **Definition: Schüchternheit**

Schüchternheit bezeichnet eine kindliche Verhaltenshemmung in sozialen Kontexten, z. B. bei jüngeren Kindern das Verstecken hinter den Eltern beim Treffen auf Bekannte der Eltern. Im Vergleich zu sozialen Ängsten ist Schüchternheit mehr auf das Verhalten als auf andere Bereiche von Ängsten bezogen wie ängstliche Gedanken oder physiologische Reaktionen. Auch Schüchternheit ist ein breites Phänomen, welches viele Kinder und Jugendliche von sich selbst kennen und beschreiben.

### **Definition: Soziale Angststörung**

Die Soziale Angststörung bezeichnet soziale Ängste mit Krankheitswert. Der Begriff ist äquivalent zum Begriff der sozialen Phobie aus dem ICD-10 zu verwenden. Die Soziale Angststörung bezeichnet eine anhaltende Angst vor negativer Bewertung durch andere Kinder, Jugendliche oder Erwachsene in sozialen Interaktionen und sozialen Leistungssituationen. Neben starkem persönlichem Leiden der Kinder ist die Störung auch durch Leidensdruck und/oder starke Einschränkungen in der Gestaltung des Alltags der Kinder und Jugendlichen gekennzeichnet, wie wenige soziale Kontakte oder die Vermeidung von schulischen Anforderungssituationen.

### 1.1.2 Frühe Kindheit und Vorschulalter

Epidemiologische Studien legen einen Beginn der Sozialen Angststörung im Grundschulalter nahe. Dass Kinder bereits im Kindergartenalter über eine stabile und klinisch relevante Furcht vor negativer Bewertung durch andere Kinder und Erwachsene berichten, ist eher selten (Esbjörn, Hoeyer, Dyrborg, Leth & Kendall, 2010). Dennoch berichten einzelne Studien bereits über das Auftreten einer Sozialen Angststörung bei Kindern im Alter von drei Jahren, insbesondere charakterisiert durch Vermeidungsverhalten in sozialen Situationen (Bufferd, Dougherty, Carls, Rose & Klein, 2012). Auch Ängste vor negativer Bewertung scheinen im Vorschulalter schon zu bestehen, wenn auch deutlich weniger häufig als im Grundschulalter (Stuijzand & Dodd, 2017). Diagnostisch grenzt die ICD-10 aus diesem Grund die Soziale Angststörung oder Soziale Phobie (F40.1) von der Emotionalen Störung mit sozialer Ängstlichkeit des Kindesalters (F93.2) ab, welche weniger den Fokus auf kognitive Prozesse sowie körperliche Begleitsymptome legt, sondern das Verhalten fokussiert.

Eine größere Bedeutsamkeit im Zeitfenster der frühen Kindheit und im Vorschulalter haben Reaktionen und Verhaltensweisen in sozialen Situationen, die als Risikofaktoren für die spätere Entwicklung einer Sozialen Angststörung gelten. Studien legen als zentralen Risikofaktor ein gehemmtes Temperament oder ein hohes Maß an Behavioral Inhibition (BI; Verhaltenshemmung) nahe (Essex, Klein, Slattery, Goldsmith & Kalin, 2010). Kinder mit einer hohen Ausprägung auf dieser Verhaltensdimension reagieren auf unvertraute Situationen oft mit einer starken emotionalen Reaktion (z. B. Anklammern, Schreien und Weinen bei Annäherung einer fremden Person) und zeigen auch in sozialen Situationen wenig Explorationsverhalten (z. B. weniger aktive Kontaktsuche zu unbekannten Gleichaltrigen oder Annäherung an unbekannte Spielsachen). Während BI auf der einen Seite auch ein Risikofaktor für andere Angststörungen sein kann (Ollendick & Hirshfeld-Becker, 2002), scheint BI dennoch besonders stark mit der Entwicklung der Sozialen Angststörung assoziiert zu sein (Hirshfeld-Becker et al., 2007).

#### **Behavioral Inhibition (BI) prädiktiv für soziale Angst**

Hirshfeld-Becker et al. (2007) untersuchten in einer Längsschnittstudie 284 Kinder zunächst im Alter von 21 Monaten bis 6 Jahren. Zu diesem Zeitpunkt interagierten die Kinder mit unbekannten Spielsachen und erwachsenen Versuchsleitern. Die Beobachtung des gezeigten Verhaltens führte zur Einstufung in inhierte (n = 67) vs. nicht inhierte Kinder (n = 148). Fünf Jahre später zeigte ein klinisches Interview mit 215 der zuvor untersuchten Kinder bzw. deren Eltern, dass BI insbesondere prädiktiven Wert für die Soziale Angststörung hat. 28 % der Kinder, die zum ersten Messzeitpunkt als behavioral inhiert eingeschätzt wurden, erfüllten in den folgenden fünf Jahren die Kriterien für eine Soziale Angststörung. In der Gruppe der nicht inhierten Kinder waren dies nur 14 % der Kinder. Trotz statistischer Vorhersagekraft

von BI ist zu berücksichtigen, dass ein Großteil der inhibierten Kinder (72 %) die Kriterien für eine Soziale Angststörung nicht erfüllte.

### 1.1.3 Grundschulalter

Mit der Einschulung beginnt sowohl eine Konfrontation mit Leistungssituationen sowie ein erster Abgleich mit gleichaltrigen Kindern. Zudem stehen die Kinder vor der Aufgabe, sich in eine Gruppe einzufinden. Für viele Kinder entsteht damit die Sorge, von anderen negativ bewertet zu werden. Diese Sorge kumuliert bei einigen Kindern in einer Sozialen Angststörung (Beidel & Turner, 2007). Insbesondere jüngere Kinder zeigen eher somatische Reaktionen als klare Äußerungen von Angst wie vermehrte Bauch- oder Kopfschmerzen (Melfsen & Warnke, 2009), die jedoch meist im Zusammenhang mit sozialen Ereignissen wie z. B. einem Schulfest stehen.

Die Soziale Angststörung gilt als kognitive Störung (Clark & Wells, 1995), die z. B. einer ausgereiften Theory of Mind bedarf (im Sinne der Annahme »eine andere Person denkt etwas anderes über mich, als ich selbst über mich denke«).

#### **Definition: Theory of Mind**

Theory of Mind beschreibt die Fähigkeit, Annahmen über Gedanken und Gefühle in anderen Personen vorzunehmen und diese zu erkennen. Somit können Bedürfnisse, Ideen, Absichten, Emotionen, Erwartungen und Meinungen anderer wahrgenommen und als von den eigenen divergent bewertet werden. Erste, einfache Aufgaben zur Theory of Mind können bereits jüngere Kinder zwischen 3 und 5 Jahren bewältigen, während komplexere Aufgaben erst im Alter von ca. 8 Jahren verstanden werden.

Im Zuge dessen kommt den Kognitionen auch im Kindesalter ein hoher Stellenwert zu, wenngleich dieser noch nicht abschließend geklärt ist (Schäfer, Schmitz & Tuschen-Caffier, 2012). Jedoch interpretieren Kinder mit Sozialer Angststörung z. B. mehrdeutige soziale Szenarien häufiger als bedrohlich (Muris, Merckelbach & Damsma, 2000). Andere Befunde deuten zudem bei ängstlichen Kindern auf eine erhöhte Aufmerksamkeit für bedrohliche Reize wie z. B. verärgerte Gesichter hin (Dudeney, Sharpe & Hunt, 2015). Auch im Anschluss an soziale Situationen überwiegt in den Kognitionen der negative Inhalt: Nach einer sozialen Stressaufgabe berichten Kinder mit Sozialer Angststörung bereits im Alter von acht bis zwölf Jahren stark auf negative Gedanken zu fokussieren (Rumination; Schmitz, Krämer, Blechert & Tuschen-Caffier, 2010). Auch die Sorge um die Sichtbarkeit körperlicher Angstsymptome wie z. B. Schwitzen nimmt die Aufmerksamkeit in Anspruch, obgleich körperliche Symptome eher in der Wahrnehmung, nicht aber objektiv stark erhöht vorliegen (Schmitz, Blechert, Krämer, Asbrand & Tuschen-Caffier, 2012).

### 1.1.4 Jugendalter

Entwicklungspsychologisch ist für Jugendliche die Öffnung des sozialen Umfelds weg von der Familie hin zu Beziehungen mit Gleichaltrigen das zentrale Thema (Oerter & Montada, 2002). Soziale Ängste erreichen somit im Jugendalter ihren Höhepunkt. Typischerweise wird das frühe Jugendalter von den meisten Patient\*innen am häufigsten als Beginn der Sozialen Angststörung angegeben (Wittchen, Stein & Kessler, 1999). Die Symptome der Sozialen Angststörung im Jugendalter ähneln denen im Erwachsenenalter (► Tab. 1.1). So wird bei Jugendlichen das Sicherheitsverhalten zentraler, indem z. B. das Gesicht hinter den Haaren versteckt wird, Vorträge auswendig gelernt werden oder im Unterricht ein möglichst unscheinbares Verhalten gezeigt wird. Auch kognitive Verzerrungen wie Befürchtungen vor einer sozialen Situation, dass diese peinlich verlaufen könnte, werden stärker (Beidel & Turner, 2007), obgleich sie noch nicht das Ausmaß negativer Kognitionen von erwachsenen Patient\*innen mit Sozialer Angststörung erreichen. Weiterhin nehmen auch körperliche Symptome wie Bauchschmerzen, Unruhe und Anspannung in sozialen Situationen bei betroffenen Jugendlichen mit Sozialer Angststörung zu (Ginsburg, Riddle & Davies, 2006). Aufgrund der Zunahme derörungsschwere und den starken Einschränkungen im schulischen Alltag und der Freizeit, wird die Soziale Angststörung häufig auch durch weitere komorbide Störungen begleitet, wie Depressionen oder andere Angststörungen (Stein et al., 2001). Eine starke Symptomatik kann zu einem fast vollständigen Rückzug aus sozialen Situationen im Jugendalter führen (Erath, Flanagan & Bierman, 2007).

**Tab. 1.1:** Typische Symptome der Sozialen Angststörung

Altersgruppe	Verhalten	Kognitionen	Körperliche Symptome
Frühe Kindheit und Vorschulalter	Weinen, Anklammern, Wutanfälle Selektiver Mutismus <sup>2</sup> , Vermeidung sozialer Situationen, Verlegenheit		Unruhe, Bauch- und Kopfschmerzen
Grundschulalter	Weinen, Wutanfälle, Vermeidung sozialer Situationen, Rückzug	<i>Vor der Situation:</i> Sorge um potenziell auftretende peinliche Ereignisse (antizipatorische Rumination) <i>In der Situation:</i> stärkere Wahrnehmung von Bedrohung (Aufmerksamkeits-	Unruhe, Bauch- und Kopfschmerzen, Herzklopfen, Zittern, Schwitzen
Jugendalter	Vermeidung sozialer Situationen,	hunger)	Symptome teilweise ähnlich einer

2 Während die ICD-10 dieses Störungsbild (► Kap. 3) als Elektiven Mutismus bezeichnet, sprechen ICD-11 und DSM-5 von Selektivem Mutismus. Letztere Variante wird auch hier bevorzugt, da diese beinhaltet, dass das Kind in einzelnen (also selektiven) Situationen schweigt.

**Tab. 1.1:** Typische Symptome der Sozialen Angststörung – Fortsetzung

Altersgruppe	Verhalten	Kognitionen	Körperliche Symptome
	Rückzug, Sicherheitsverhalten (z. B. Vermeidung von Blickkontakt)	und Interpretationsverzerrungen) <i>Nach der Situation:</i> Grübeln mit Fokus auf negativen Elementen (post-event Rumination)	Panikattacke, insbesondere Herzklopfen, Zittern, Schwitzen

## 1.2 Diagnostische Kriterien (ICD-10 und DSM-5)

In Deutschland erfolgt derzeit die diagnostische Klassifikation der Sozialen Angststörung nach der 10. Version der Internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (ICD-10; WHO, 1994). Starke soziale Ängste im Kindesalter können, wenn sie vor dem 6. Lebensjahr auftreten, als Emotionale Störung mit sozialer Ängstlichkeit (ICD-10, F93.2) klassifiziert werden. Soziale Ängste werden in dieser Kategorie aufgrund des jungen Alters meist stark behavioral klassifiziert. Weiterhin muss für diese Störungsdiagnose keine Einsicht in die Übertriebenheit der Ängste bei den Kindern vorhanden sein. Sind die Diagnosekriterien für eine Soziale Phobie nach ICD-10 erfüllt, sollte aktuell jedoch diese Diagnose vorgezogen werden. In der ICD-11 fällt diese Diagnose ab dem 01.01.2022 unter die Diagnose der Sozialen Angststörung. Im anglo-amerikanischen Raum wird zur kategorialen Diagnostik das DSM-5 (APA, 2013) verwendet. Das DSM verfolgt einen anderen Ansatz für psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter. Es werden, so wie auch bei der Sozialen Angststörung, die Diagnosekriterien für das Erwachsenenalter um Besonderheiten im Kindesalter ergänzt. Auch in der internationalen Forschung werden in Studien bis auf wenige Ausnahmen die Diagnosekriterien des DSM-5 herangezogen. Während in der ICD-10 noch von Sozialer Phobie gesprochen wird, benutzt das DSM die aktuellere Bezeichnung Soziale Angststörung, welche die Sozialen Ängste besser von spezifischen und umgrenzten phobischen Ängsten abgrenzt. Unterschiede zwischen DSM-5 und ICD-10 beziehen sich auf die Notwendigkeit physiologischer Symptome für eine Diagnose nach ICD-10. Da auf der einen Seite Kinder weniger als Erwachsene physiologische Angstsymptome berichten (Siess, Blechert & Schmitz, 2014) und auch Erwachsene mit sozialen Ängsten keine übermäßig starke körperliche Reaktion in sozialen Situationen zeigen (Klumbies, Brauer, Hoyer & Kirschbaum, 2014), sollte dieses diagnostische Kriterium ggf. nachrangig zur Klassifikation herangezogen werden. Als weiterer wichtiger Unterschied zwischen den Klassifikationssystemen ist im DSM-5

die Einsicht in die Übertriebenheit der sozialen Ängste nicht mehr notwendig für die Diagnosestellung.

### **Diagnostische Kriterien für eine Soziale Phobie nach ICD-10 (F40.1)**

A. 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.

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

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.

C. Deutliche emotionale Belastung durch die Angstsymptome oder das Vermeidungsverhalten. Einsicht, dass die Symptome oder das Vermeidungsverhalten übertrieben oder unvernünftig sind.

D. Die Symptome beschränken sich ausschließlich oder vornehmlich auf die befürchteten Situationen oder auf Gedanken an diese.

E. Häufigstes Ausschlusskriterium: Die Symptome des Kriteriums A. sind nicht bedingt durch Wahn, Halluzinationen oder andere Symptome der Störungsgruppen organische psychische Störungen (F20-F29), affektive Störungen (F30-F39) oder eine Zwangsstörung (F42.-) oder sind nicht Folge einer kulturell akzeptierten Anschauung.

### **Diagnostische Kriterien für die Soziale Angststörung nach DSM-5<sup>3</sup>**

A. Ausgeprägte Furcht oder Angst vor einer oder mehreren sozialen Situationen, in denen die Person von anderen Personen beurteilt werden könnte. Beispiele hierfür sind soziale Interaktionen (z. B. Gespräche mit anderen, Treffen mit unbekannten Personen), beobachtet zu werden (z. B. beim Essen oder Trinken) und vor anderen Leistungen zu erbringen (z. B. eine Rede halten).

3 Abdruck erfolgt mit Genehmigung vom Hogrefe Verlag Göttingen aus dem Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Fifth Edition, © 2013 American Psychiatric Association, dt. Version © 2018 Hogrefe Verlag.



**Beachte:** Bei Kindern muss die Angst gegenüber Gleichaltrigen und nicht nur in der Interaktion mit Erwachsenen auftreten.

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

*Bestimme, ob:*

»**Nur in Leistungssituationen**«: Zu verwenden, wenn die Soziale Angststörung ausschließlich auf das Sprechen vor anderen bzw. das Erbringen von Leistungen vor anderen (oder in der Öffentlichkeit) beschränkt ist.

### Diagnostische Kriterien für eine Emotionale Störung mit sozialer Ängstlichkeit nach ICD-10 (F93.3)

- Anhaltende Ängstlichkeit in sozialen Situationen, in denen das Kind auf fremde Personen, auch Gleichaltrige, trifft, mit vermeidendem Verhalten.

- Befangenheit, Verlegenheit oder übertriebene Sorge über die Angemessenheit des Verhaltens Fremden gegenüber.
- Deutliche Beeinträchtigung und Reduktion sozialer Beziehungen (einschließlich der Gleichaltrigen), die infolgedessen vermindert sind; in neuen oder erzwungenen sozialen Situationen deutliches Leiden und Unglücklichsein mit Weinen, Schweigen oder Rückzug aus der Situation.
- Befriedigende soziale Beziehungen zu Familienmitgliedern und zu gut bekannten Gleichaltrigen.

### 1.3 Überprüfung der Lernziele

- Wie ist die Soziale Angststörung von Schüchternheit abzugrenzen?
- Wie ändert sich die Symptomatik der Sozialen Angststörung von der frühen Kindheit hin zum Jugendalter?
- Markus (12 Jahre) sorgt sich sehr um seine Leistung in der Schule. Was müssen Sie insbesondere abklären, um eine umgrenzte Soziale Angststörung diagnostizieren zu können?