



Stangier • Heidenreich • Peitz

2. Auflage

Soziale Phobien

Ein kognitiv-verhaltenstherapeutisches
Behandlungsmanual



BELTZ

Ulrich Stangier • Thomas Heidenreich • Monika Peitz

Soziale Phobien

Mit Online-Materialien

Materialien für die klinische Praxis

Herausgegeben von
Martin Hautzinger und Franz Petermann

Ulrich Stangier • Thomas Heidenreich • Monika Peitz

Soziale Phobien

Ein kognitiv-verhaltenstherapeutisches Behandlungsmニュアル

Mit Online-Materialien

2., korrigierte und erweiterte Auflage

BELTZ

Anschriften der Autoren:
Prof. Dr. Ulrich Stangier
J. W. Goethe-Universität
Institut für Psychologie
Varrentrappstraße 40–42
60486 Frankfurt

Prof. Dr. Thomas Heidenreich
Hochschule Esslingen
Fakultät Soziale Arbeit, Gesundheit und Pflege
Flandernstraße 101
73732 Esslingen am Neckar

Dr. Monika Peitz
AnyCare GmbH
Oswald-Hesse-Straße 50
70469 Stuttgart

Herausgeber der Reihe „Materialien für die klinische Praxis“
Prof. Dr. Martin Hautzinger
Universität Tübingen
Klinische und Entwicklungspsychologie
Christophstraße 2
D-72072 Tübingen
E-Mail: martin.hautzinger@uni-tuebingen.de

Prof. Dr. Franz Petermann
Universität Bremen
Zentrum für Klinische Psychologie und Rehabilitation
Grazer Straße 2 und 6
D-28359 Bremen
E-Mail: fpeterm@uni-bremen.de

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

Haftungshinweis: Trotz sorgfältiger inhaltlicher Kontrolle übernehmen wir keine Haftung für die Inhalte externer Links. Für den Inhalt der verlinkten Seiten sind ausschließlich deren Betreiber verantwortlich.

2., korrigierte und erweiterte Auflage 2009, Beltz PVU, Weinheim
1. Auflage 2003, Beltz PVU, Weinheim

© Beltz Verlag, Weinheim, Basel 2009
Programm PVU Psychologie Verlags Union
<http://www.beltz.de>

Lektorat: Monika Radecki
Herstellung: Julia Lütge
Umschlaggestaltung: Federico Luci, Odenthal
Umschlagbild: Mauritius, Mittenwald
Satz: Beltz Bad Langensalza GmbH, Bad Langensalza

E-Book

ISBN E-Book: 978-3-621-28002-0 ND 01-09-10

Inhalt

Vorwort zur 2. Auflage	IX
Vorwort zur 1. Auflage	X

Teil I Störungsbild

I	Das Erscheinungsbild Sozialer Phobien: Woran erkennt man Soziale Phobien?	3
1.1	Beschreibung des Störungsbildes	3
1.2	Epidemiologie und Verlauf	16
1.3	Komorbidität	18
1.4	Verpasste Chancen: Belastungen durch Soziale Phobien	20
1.5	Zusammenfassung	22
2	Erklärungsmodelle	23
2.1	Lerntheorien	23
2.2	Bindungstheoretische und psychodynamische Erklärungsansätze	24
2.3	Entwicklungspsychologische Theorien	24
2.4	Neurobiologische und evolutionäre Theorien	25
2.5	Kognitive Theorien	27
2.5.1	Das kognitive Modell von Beck	27
2.5.2	Das kognitive Modell von Clark & Wells	29
2.6	Zusammenfassung und Fazit	34
3	Diagnostik	36
3.1	Diagnosestellung	37
3.1.1	Diagnostische Interviews	37
3.1.2	Abgrenzung von anderen psychischen Störungen	38
3.2	Diagnostische Hilfsmittel	41
3.2.1	Standardisierte Fragebögen	41

3.2.2	Fragebögen zur Erfassung zentraler Aspekte des kognitiven Modells	43
3.2.3	Verhaltensanalyse der Sozialen Phobie	44
3.3	Therapieevaluation	46
3.4	Zusammenfassung	46
4	Stand der Therapieforschung	48
4.1	Wirksamkeit von kognitiver Verhaltenstherapie	48
4.2	Wirksamkeit von Pharmakotherapie	50
4.3	Effektivität des vorgestellten Behandlungsansatzes	52
4.4	Zusammenfassung und Schlussfolgerungen für die Praxis	53
Teil II Praxis		
5	Behandlung/Übersicht	57
5.1	Grundlegende Behandlungsprinzipien	57
5.1.1	Die kognitive Fallkonzeption	57
5.1.2	Ziel: Verbesserung der Informationsverarbeitung in sozialen Situationen	58
5.1.3	Bereitstellung korrekativer Rückmeldung	60
5.1.4	Der Behandlungsstil: Geleitetes Entdecken	61
5.1.5	Die therapeutische Beziehung	63
5.1.6	Motivierung zur Exposition	66
5.2	Grundlegende Techniken	67
5.3	Struktur der Therapiesitzungen	72
5.4	Therapiebezogene Diagnostik und Evaluation	73
5.5	Zeitlicher Ablauf eines standardisierten Therapieprogramms	75
6	Phase I: Eingangsdiagnostik und Modellableitung	78
6.1	Erstgespräch und Eingangsdiagnostik	78
6.2	Indikationsstellung	82
6.3	Ableitung eines individuellen Erklärungsmodells und vorläufige Zieldefinition	85

7	Phase 2: Kognitive Vorbereitung auf die Exposition	96
7.1	Verhaltensexperiment zur Selbstaufmerksamkeit und Sicherheitsverhalten	96
7.1.1	Vorbereitung: Operationalisierung der Modellkomponenten und Rationale	96
7.1.2	Exposition: Aktivierung der Angstreaktion im Rollenspiel	99
7.1.3	Test: Erfassung der Modellkomponenten	100
7.1.4	Schlussfolgerung: Auswertung und Bewertung der Ergebnisse	101
7.2	Videofeedback	108
8	Phase 3: Exposition in vivo und Verhaltensexperimente	114
9	Phase 4: Verbale Überprüfung negativer Kognitionen	121
9.1	Antizipatorische und nachträgliche Verarbeitung	122
9.2	Bearbeitung negativer automatischer Gedanken	126
9.3	Identifizierung und Bearbeitung von Grundannahmen und niedrigem Selbstwertgefühl	141
10	Phase 5: Therapieabschluss und Rückfallprophylaxe	152
11	Erweiterung der Therapiemaßnahmen	157
11.1	Kognitiv-behaviorale Gruppentherapie	157
11.2	Training sozialer Kompetenzen	158
11.3	Entspannungstraining	160
11.4	Problemlösetraining	161
11.5	Stationäre Behandlung	162
12	Ein kurzer Ausblick zu Forschung und Praxis	164

Teil III Anhang

Arbeitsblätter

Arbeitsblatt 1	Checkliste zur Diagnose Soziale Phobie	169
Arbeitsblatt 2	Fragebogen zu sozialphobischen Kognitionen – SPK	171
Arbeitsblatt 3	Fragebogen zu sozialphobischem Verhalten – SPV	173
Arbeitsblatt 4	Fragebogen zu sozialphobischen Einstellungen – SPE	175
Arbeitsblatt 5	Schema für ein kognitives Modell	178
Arbeitsblatt 6	Wochenprotokoll	179
Arbeitsblatt 7	Protokollblatt für Verhaltensexperimente zu Sicherheitsverhalten (Rollenspiele)	180
Arbeitsblatt 8	Verhaltensexperiment-Tagebuch	181
Arbeitsblatt 9	Liste angstauslösender Situationen	182
Arbeitsblatt 10	Gedankentagebuch	183
Arbeitsblatt 11	Merkblatt zur Rückfallprophylaxe	184

Informationsblätter

Informationsblatt 1	Was sind Soziale Phobien?	185
Informationsblatt 2	Wie entsteht soziale Angst?	187
Informationsblatt 3	Auswirkungen von Sicherheitsverhalten und Selbstaufmerksamkeit	189
Informationsblatt 4	Niedriges Selbstwertgefühl überwinden	191

Literatur	193
------------------	-----

Sachregister	200
---------------------	-----

Online-Materialien

Alle Arbeits- und Informationsblätter zu diesem Manual finden Sie im pdf-Format online zum Ausdrucken: www.beltz.de. Sie kommen zu den Materialien, indem Sie auf die Seite des Titels gehen, den Link zu den Materialien anklicken und dann folgendes Passwort eingeben: **F67Ofrxe** (Groß- und Kleinschreibung beachten). Dann können Sie die gewünschten Arbeitsmaterialien öffnen und die pdf-Dateien über die Druckfunktion des Browsers ausdrucken. Wenn Sie die Seite schließen, kommen Sie zurück zur Inhaltsübersicht.

Vorwort zur 2. Auflage

Liebe Leserin, lieber Leser,

wir freuen uns, fünf Jahre nach dem Erscheinen der ersten Auflage dieses Behandlungsmanuals jetzt die zweite Auflage vorlegen zu können. Die Neuauflage bietet als wesentliche Neuerung alle Arbeitsblätter online zum Ausdrucken an.

Im Laufe der zurückliegenden Jahre wurden viele Forschungsbemühungen unternommen, die dazu geführt haben, dass das von Clark und Wells entwickelte Vorgehen mittlerweile ausnehmend gut empirisch evaluiert ist. Sämtliche Studien belegen eine gute Wirksamkeit und starke Effekte auf die im Zentrum der Behandlung stehende sozialphobische Symptomatik. Die Studien konnten ebenfalls belegen, dass die zusätzliche Diagnose einer selbstunsicheren Persönlichkeitsstörung und depressiver Symptomatik gut mit dem hier beschriebenen Vorgehen kompatibel ist. Im Einzelnen wurden folgende Studien durchgeführt:

- ▶ Clark et al. (2003) verglichen kognitive Therapie für generalisierte Soziale Phobie mit einer medikamentösen Behandlung (Fluktin). Die Kognitive Therapie zeigte sich dabei im Hinblick auf die sozialen Ängste der Pharmakotherapie überlegen. Diese Ergebnisse blieben über einen Zeitraum von 12 Monaten stabil.
- ▶ Stangier et al. (2003) verglichen die kognitive Behandlung im Einzelsetting mit Gruppensetting. Obwohl beide Behandlungsbedingungen zu einer signifikanten Verbesserung der sozialphobischen und depressiven Symptomatik führten, zeigte sich die Einzelbehandlung als signifikant überlegen. Dieser zunächst unerwartete Befund konnte von Mörtberg et al. (2007) repliziert werden
- ▶ Willutzki et al. (2004) verglichen kognitive Therapie mit kognitiver Therapie, die durch ressourcenorientiertes Vorgehen ergänzt wurde.

Zusammenfassend konnten die seit dem Erscheinen der ersten Auflage dieses Buches publizierten Studien eindrucksvoll die Wirksamkeit dieses Ansatzes belegen. Aktuell laufen eine Reihe weiterer Studien, die über die Wirksamkeit hinaus speziellere Fragestellungen bearbeiten:

- ▶ am ZI Mannheim wird ein sog. „stepped care“-Ansatz im Rahmen einer randomisierten kontrollierten Studie untersucht: Patienten erhalten zunächst eine Behandlung mittels einer DVD (SOPHISMA).
- ▶ in einer multizentrischen Studie wird die kognitive Therapie mit psychodynamischer Kurzzeit-Therapie verglichen (SOPHONET).

Wir wünschen Ihnen viel Freude und Erfolg mit dieser neuen Auflage
Juni 2008, Ulrich Stangier, Thomas Heidenreich, Monika Peitz

Vorwort zur 1. Auflage

Angst in sozialen Situationen ist ein menschliches Phänomen, das wohl jeder von uns kennt: in beruflichen oder privaten Bewährungssituationen, bei Prüfungen, in Meetings oder wenn wir in der Öffentlichkeit eine Rede oder einen Vortrag halten. Viele Menschen erleben soziale Ängste und Schamgefühle auch in größeren Gruppen, wenn sie unbekanntem Menschen begegnen oder mit Autoritätspersonen sprechen, bei der Kontaktaufnahme mit Personen des anderen Geschlechts oder wenn sie Waren reklamieren. Nicht selten erleben Menschen auch bei Treffen mit Bekannten oder Kollegen, beim Besuch von Partys, Begegnungen mit Nachbarn oder in anderen Situationen, in denen sie bei bestimmten Tätigkeiten beobachtet werden, Ängste, von anderen negativ bewertet oder abgelehnt zu werden.

Als schüchtern, zurückhaltend und „introvertiert“ zu gelten, bedeutet nichts Negatives. Und sogar gesellschaftlich äußerst erfolgreiche Menschen, wie z.B. Politiker oder Künstler, können bei öffentlichen Auftritten Anspannung und Lampenfieber erleben. Falls diese Ängste und Befürchtungen jedoch so stark werden, dass Menschen sich selbst stark einschränken und in ihrem beruflichen und sozialen Leben massiv beeinträchtigt werden, spricht man von einer Sozialen Phobie. Soziale Phobien können ein psychisches Leiden sein, das häufig schon lang andauert, chronisch verläuft und mit massiven Beeinträchtigungen in beruflichen und sozialen Lebensbereichen einhergeht.

Schüchternheit ist ein Begriff, der in der Alltagssprache häufig für soziale Ängste verwendet wird. In der Psychologie wird Schüchternheit jedoch höchst unterschiedlich definiert. Der bekannte Sozialpsychologe Phillip Zimbardo sieht in Schüchternheit vor allem eine exzessive Sorge um die negative Bewertung, die durch einen Konflikt von Annäherung an persönliche Ziele einerseits und deren Vermeidung aufgrund des Strebens nach Konformität mit kulturellen Normen andererseits entsteht (Zimbardo, 1977). Schüchternheit ist nach diesem Modell ein Reaktionsmuster, das durch soziale Lernmechanismen entsteht.

Bereits 1872 beschreibt der berühmte Naturforscher Charles Darwin in „The expression of emotions in man and animals“ Erröten als eine (angeborene) Reaktion erhöhter Selbstaufmerksamkeit, die bereits von Kleinkindern gezeigt wird, wenn sie der *Aufmerksamkeit* anderer ausgesetzt sind. Darwin hob jedoch hervor, dass ältere Kinder (und Erwachsene) auch erröten, wenn sie sich einer *Bewertung* bewusst werden. Ist bei Kleinkindern die konkrete Wahrnehmung der Blicke anderer Voraussetzung, so können später auch kognitiv vermittelte soziale Angst und Schamgefühle ausgelöst werden.

Trotz der großen Verbreitung wurden „Soziale Phobien“ als eigenständige Diagnose erst 1980 in das Diagnostische und Statistische Manual Psychischer Störungen

gen aufgenommen. Ursprünglich als eine auf spezifische Situationen eingegrenzte Phobie definiert, hat sich seitdem das Konzept deutlich geändert und umfasst nun auch weit verbreitete, stark beeinträchtigende chronische soziale Ängste. Der Begriff „Phobie“, der einen geringen Grad der Beeinträchtigung und geringen Behandlungsbedarf nahe legt, ist für viele Betroffene nicht angemessen. In der amerikanischen Literatur wird daher in neuerer Zeit der Begriff „Soziale Angststörung“ für das Störungsbild bevorzugt. Vermutlich wird sich dieser Begriff in näherer Zukunft auch in Deutschland durchsetzen. Um jedoch auch solche Leser anzusprechen, die nicht mit der aktuellen amerikanischen Fachliteratur vertraut sind, haben wir uns entschlossen, den Begriff „Soziale Phobie“ beizubehalten.

In den letzten Jahren hat sich auch die wissenschaftliche Grundlagenforschung zunehmend für die Entstehungsbedingungen sozialer Ängste interessiert. Als eine zentrale Komponente Sozialer Phobien werden kognitive Faktoren angesehen. Ungünstige Erfahrungen in der Kindheit und Jugend können zur Entwicklung von negativen Grundüberzeugungen beitragen, die wiederum zu einem späteren Zeitpunkt die Grundlage für die Entstehung einer Sozialen Phobie begünstigen (Beck et al., 1985, S. 92). Warum bleiben Soziale Phobien so „hartnäckig“ bestehen? Das kognitive Modell von Clark und Wells (1995) ist das bislang umfassendste und am besten empirisch abgesicherte Modell, das die Aufrechterhaltung von Sozialen Phobien erklären kann. Dieses Modell hat sich zudem als äußerst fruchtbare Grundlage für die Entwicklung einer Therapie herausgestellt, auf der auch das vorliegende Behandlungsmanual beruht. Ausgangspunkt waren die Projekttherapien und Forschungsergebnisse der Arbeitsgruppe um David Clark, Anke Ehlers und Adrian Wells am Oxford Warneford Hospital. Workshops von David Clark 1997 und 1998 brachten das Behandlungskonzept an das Institut für Psychologie der J.W. Goethe-Universität Frankfurt. In einem von der Deutschen Forschungsgemeinschaft finanzierten Projekt untersuchten die Autoren des vorliegenden Buches die Wirksamkeit des Therapieansatzes im Einzel- und Gruppensetting. Unsere Erfahrungen aus dem Therapieprojekt, in der Routine der Verhaltenstherapieambulanz des Fachbereichs Psychologie, der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Universität Frankfurt sowie aus vielen Ausbildungsveranstaltungen ergänzten die außergewöhnlich kreativen Ideen von David Clark, Anke Ehlers und ihren Kollegen. Ihnen sei für ihre Anleitung und Unterstützung ganz besonders herzlich gedankt.

Frankfurt, August 2002

Ulrich Stangier
Thomas Heidenreich
Monika Peitz

Eine kleine Bemerkung: In diesem Behandlungsmanual ist von Therapeuten sowie von Patienten und Teilnehmern – in der genannten grammatikalischen Form – die Rede. Dies dient der einfacheren Lesbarkeit. Therapeutinnen, Patientinnen und Teilnehmerinnen von Gruppen sind selbstredend mitgemeint.

Teil I Störungsbild

Das Erscheinungsbild Sozialer Phobien

1.1 Beschreibung des Störungsbildes: Woran erkennt man Soziale Phobien?

Die Erscheinungsformen Sozialer Phobien sind äußerst vielfältig und nicht immer leicht zu erkennen. Die Bandbreite kann von umschriebenen Befürchtungen, die auf einzelne Situationen wie Essen, Trinken, Schreiben oder öffentliches Reden bezogen sind, bis hin zu generalisierten sozialen Ängsten in einer Vielzahl sozialer Situationen und sozialen Beziehungen reichen. Die Befürchtungen können sich darauf konzentrieren, dass eigenes Verhalten peinlich, „merkwürdig“ oder „lächerlich“ ist, dass eigenes Verhalten als ein Versagen oder eine Blamage bewertet wird oder dass Erröten, Schwitzen, Zittern oder Stottern auftritt. Personen mit Sozialen Phobien können unter einer grundlegenden Selbstunsicherheit in Beziehungen zu anderen Menschen und einem negativen Selbstbild leiden oder sie können in den meisten Lebensbereichen sozial äußerst kompetent sein. Diese Vielgestaltigkeit macht es für Betroffene und Psychotherapeuten schwierig, die Soziale Phobie zu erkennen, zumal spezielle Fragebögen zur gezielten Diagnostik erst in den letzten Jahren entwickelt wurden.

Zentrale Merkmale Sozialer Phobien

Zentrales Merkmal von Sozialen Phobien ist die Überzeugung oder Erwartung, dass das eigene Verhalten oder körperliche Symptome von anderen Menschen als peinlich bewertet werden. Diese Überzeugung oder Erwartung zeigt sich vor allem in Gefühlen von Angst und Scham, körperlicher Anspannung und einer starken Vermeidung von Situationen, in denen eine Konfrontation mit dieser negativen Bewertung möglich ist. Die Ängste können sowohl in Situationen ausgelöst werden, in denen eigene Handlungen vor anderen ausgeführt, beobachtet und bewertet werden könnten (sog. Leistungssituationen), als auch in Interaktionssituationen (z.B. Unterhaltungen), in denen das eigene Verhalten und die Reaktionen anderer in wechselseitiger Beziehung bestehen.

Eine weitere Schwierigkeit ist, dass Soziale Phobien auch von anderen psychischen Problemen wie Depression, Schlaflosigkeit oder Sucht überlagert sein können, die sich häufig als Folge einer fehlgeschlagenen Bewältigung der sozialen Ängste entwickeln. Wenn Betroffene einen Psychiater oder Psychotherapeuten aufsuchen, können diese Symptome so stark im Vordergrund stehen, dass die zugrunde liegenden Sozialen Ängste allzu leicht übersehen werden. Hinzu kommt, dass sich die Erkenntnisse über die Sozialen Phobien erst in den letzten

Jahren durch intensive Forschung sprunghaft erweitert haben. Im Gegensatz zu Forschungsergebnissen, die eine deutliche Einschränkung der Lebensqualität bei Patienten mit Sozialer Phobie belegen, gehen viele Fachleute jedoch immer noch davon aus, dass Soziale Phobien keine behandlungsbedürftigen psychischen Störungen sind.

Ein vernachlässigtes Störungsbild. Allzu oft bleiben deshalb Soziale Phobien unerkannt und unbehandelt. Dies liegt auch daran, dass der Begriff „Phobie“ es nahe legt, dass die Probleme, ähnlich wie eine Spinnen- oder Hundephobie, sehr umgrenzt sind und im Lebensalltag keine gravierenden Einschränkungen verursachen. Ein solches Vorurteil wird noch verstärkt, wenn in den Medien der wissenschaftlichen Forschung ein Interesse unterstellt wird, „neue Krankheiten zu erfinden“ (sog. „disease mongering“), um neue Absatzmärkte für pharmakologische oder psychotherapeutische Behandlungsformen zu erschließen. Daneben besteht vielfach auch die Neigung, die Symptome als Ausdruck einer Depression oder einer Selbstunsicheren Persönlichkeitsstörung und nicht als eigenständige Störung zu sehen. Da spezielle Behandlungsansätze zu Sozialen Phobien erst in den letzten zehn Jahren vor allem in den USA und Großbritannien entwickelt wurden, sind diese bei vielen Fachleuten in Deutschland noch nicht sehr verbreitet. Nicht selten werden Soziale Phobien zunächst lediglich pharmakologisch behandelt, obwohl die neueren Behandlungsstudien (s. Kap. 4) dies nicht rechtfertigen. In Deutschland hat sich das Wissen über Ursachen und Behandlung sehr zögerlich verbreitet und findet nur langsam eine Umsetzung in der Praxis.

BEISPIEL

Fallbeispiel einer Generalisierten Sozialen Phobie

Eine 35 Jahre alte Studentin der Kunstgeschichte leidet unter Angst vor öffentlichem Sprechen. Sie sucht dringend eine psychotherapeutische Behandlung, da sie „panische Angst“ vor Referaten hat, die sie in den nächsten Monaten in ihrem Studium halten muss. Aber auch schon einfache Redemeldungen lösen intensive Angst aus, so dass sie sich an Seminaren nie aktiv beteiligt. Nachdem sie sich nun für ein Referat melden musste, ist ihre Befürchtung, dass sie während des Referats so intensive Angst erleben würde, dass sie zu stottern anfangen und schließlich völlig blockiert würde, dieses abbrechen müsste, und – als größte Blamage – unter dem Lachen und Kopfschütteln der anderen Studenten den Seminarraum verlassen und das Studium beenden müsse. Die Angst ist so stark, dass sie nicht mehr das Gefühl hat, sich von ihr befreien zu können. Bei den Vorbereitungen zuhause wird die Anspannung so groß, dass sie diese immer wieder unterbricht und sich mit angenehmen Aktivitäten abzulenken versucht. Darüber hinaus leidet sie unter der ständigen Befürchtung, dass andere ihren Mangel an fachbezogenem oder Allgemeinwissen wahrnehmen könnten. So schämt sie sich z.B. in Diskussionen mit Freunden über aktuelle politische Entscheidungen, wenn

ihr nicht der Name eines Ministers einfällt. Wenn sie beim Bäcker Kuchen holt, weiß sie plötzlich nicht mehr den richtigen Namen für die Obstsorte einer Torte und befürchtet, sich vor der Bedienung und den anderen Gästen zu blamieren. Sie wählt dann lieber die Kuchensorte, deren Namen sie nennen kann, obwohl sie gerne einen anderen Kuchen gegessen hätte.

Angefangen haben die Ängste bereits in der Oberstufe auf dem Gymnasium.

Deswegen habe sie auch nach dem Abitur zunächst als Verkäuferin, Bedienung und Pflegehelferin gejobbt, u.a. ein Jahr im Ausland gelebt und dann eine Lehre als Goldschmiedin begonnen, da sie wusste, dass sie im Studium vor anderen reden muss. Sie habe zwei Jahre später zwar auch mit dem Studium begonnen, sei aber eigentlich überzeugt, hierfür „zu doof“ zu sein. Ihr mangle es an Allgemeinbildung, und sie habe große Angst, in Gesprächen mit Bekannten oder in Seminaren ihre großen Wissenslücken zeigen zu müssen. Ihr sei aber auch schon aufgefallen, dass sie hohe Leistungsstandards habe, die sie auf den Perfektionismus insbesondere ihrer Mutter zurückführe. Seit vier Jahren ist sie mit einem sechs Jahre jüngeren Freund zusammen, mit dem sie gut auskommt.

BEISPIEL

Falldarstellung einer umschriebenen Sozialen Phobie

Frau M., eine 35-jährige verheiratete Bankangestellte, leidet unter starker Angst vor dem Erröten. Ihr Problem äußert sich sowohl im beruflichen als auch im privaten Bereich und beeinflusst zu einem wesentlichen Teil ihre alltäglichen Lebensabläufe: Die Wahl der Kleidung am Morgen wird dadurch mitbestimmt, ob sie hoch genug geschlossen ist (Blusen, Pullover) und somit mehr oder weniger dazu geeignet ist, das Problem zu kaschieren. Um zur Arbeitsstelle zu gelangen, wird das Fahrrad bevorzugt. Öffentliche Verkehrsmittel werden nur benutzt, wenn sichergestellt ist, dass relativ wenige Personen sie benutzen. Im Büro angekommen, wird sofort das Fenster geöffnet, um einer zu hohen Raumtemperatur entgegenzuwirken. Vor dem ersten Kontakt mit einem Kollegen wird zuvor im Spiegel überprüft, ob das Gesicht errötet ist oder nicht. Wenn im Laufe des Tages während eines Gesprächs das Gefühl des Errötens auftritt, wird das Gespräch vorzeitig beendet. Bei einem Lokalbesuch wird der Platz so ausgewählt, dass die Tür gut zu erreichen ist, um gefährlichen Situationen zu entfliehen und z.B. auf der Toilette das Erröten durch Abwaschen mit kaltem Wasser abmildern zu können. Spontane Unternehmungen kann nur nachgegeben werden, wenn die Kleidung passend (also hoch geschlossen) ist. Das Schlimmste, was sich Frau M. vorstellen kann, ist, dass sie jemand vor anderen auf ihr rotes Gesicht anspricht und alle mitleidig-triumphierend auf sie wie auf ein kleines Kind herabblicken. Dies wäre dann der Beweis dafür, dass sie unsicher und inkompetent und deshalb anderen unterlegen ist.

Die „stille“ Störung

Personen mit Sozialer Phobie suchen eine Behandlung in der Regel nicht primär wegen ihrer sozialen Ängste auf (Wittchen & Beloch, 1996). Häufiger sind es die Folgen, also persönliche und berufliche Probleme wie z.B. Einsamkeit, Überforderung am Arbeitsplatz, Angst vor Versagen im Beruf oder gar psychische Symptome von Depression oder Sucht, die die Betroffenen Hilfe aufsuchen lassen. Auslöser sind häufig psychische Belastungen und Beeinträchtigungen, die aufgrund von Veränderungen in den persönlichen Lebensumständen mit neuen Anforderungen an das Verhalten eingetreten sind (Umzug, neue Arbeitsstelle, Beförderung bzw. Aufgabenerweiterung). Selten sind die Probleme so offenkundig wie bei Ängsten, Vorträge oder Referate halten zu müssen und deshalb nachts nicht schlafen zu können, oder wie bei Rückzugstendenzen und ein Sich-Verkriechen aus Angst vor Kontakten mit anderen Menschen.

Viele Betroffene halten ihre Probleme auch für den Ausdruck einer persönlichen Charakterschwäche oder eines Persönlichkeitszuges, der zu ihnen gehört und nicht durch Therapie verändert werden kann. Hinzu kommt, dass sie auch dann starke Scham erleben, wenn sie ihre Probleme gegenüber anderen Menschen darstellen. Sie befürchten auch in einer Situation, in der sie Hilfe suchen, dass andere sie lächerlich oder peinlich finden und sie ablehnen. Hieraus entsteht nicht selten eine pessimistische Grundhaltung, dass niemand sonst solche Probleme kennt und sie auch nicht behandelt werden können. Diese Haltung wird noch verstärkt, wenn sie auf die oben beschriebene Skepsis bei Fachleuten hinsichtlich der Ernsthaftigkeit und Schwere der Sozialen Phobie stößt.

So ist zu erklären, dass in Befragungen nur ungefähr 15–20 % der Betroffenen angeben, jemals in ihrem Leben wegen der Sozialen Phobie einen Arzt oder Psychotherapeuten aufgesucht zu haben, während nur 5 % aller Betroffenen eine ambulante psychotherapeutische Behandlung aufsuchen (Magee et al., 1996). Da Soziale Phobien in der Regel in der Pubertät beginnen (durchschnittliches Alter bei Erstmanifestation 14 Jahre) und chronisch verlaufen, haben die meisten Betroffenen einen langen, seit Kindheit oder Jugend bestehenden Leidensweg hinter sich: Die durchschnittliche Dauer vom Beginn der Störung bis zum Beginn einer Behandlung beträgt 18 Jahre (Magee et al., 1996).

Beschreibung der Symptome

Kognitionen. Im Vordergrund des Erscheinungsbildes Sozialer Phobien stehen negative Kognitionen, deren Inhalte vor allem um Versagen, Blamage oder Peinlichkeit kreisen. Zwei Aspekte bilden den inhaltlichen Kern der Gedanken: (1) die Erwartung, mit eigenem Verhalten oder körperlichen Angstsymptomen die geltenden Bewertungsstandards nicht zu erfüllen, (2) dass dies von anderen wahrgenommen und negativ bewertet wird. Personen mit Sozialer Phobie nehmen ihre sozialen Fertigkeiten verzerrt wahr: Sie sind zwar in der Regel beeinträchtigt, die eigenen Defizite werden jedoch noch negativer gese-

hen, als sie tatsächlich sind. Ihre Grundüberzeugungen sind durch die Erwartung von Ablehnung bei Verfehlen der Standards (konditionale Annahmen), ein negatives Selbstwertgefühl (unkonditionale Annahmen) sowie Perfektionismus bezüglich sozialer Standards charakterisiert. Aus der Konzentration auf ein negatives Selbstbild resultiert häufig eine Überempfindlichkeit gegenüber Kritik, negativer Bewertung oder Ablehnung.

Erscheinungsbild Sozialer Phobien	
<p>Kognitionen</p> <p>Automatische Gedanken:</p> <p>(1) „Ich verhalte mich unakzeptabel/zeige unakzeptable Symptome.“</p> <p>(2) „Andere werden mich deshalb negativ bewerten.“</p> <p>Grundüberzeugungen:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ negatives Selbstbild ▶ Erwartung von Abwertung ▶ Perfektionismus 	<p>Emotionen</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Angst, Panik ▶ Scham ▶ Verlegenheit ▶ Verletzlichkeit ▶ Sorgen ▶ Depression
<p>Verhalten</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Vermeidung ▶ Flucht ▶ Verhaltenshemmung ▶ Sicherheitsverhalten ▶ Sozial inadäquates (ungeschicktes, selbstunsicheres) Verhalten 	<p>Körperliche Symptome</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Erröten, Zittern, Schwitzen ▶ trockener Mund, Stottern ▶ Muskelanspannung ▶ vegetative Erregung ▶ Herzrasen, Schwindel, Panikattacken

Emotionen. Emotionale Kennzeichen Sozialer Phobien sind vor allem Angst und Schamgefühle. Soziale Ängste sind anhaltende Stimmungen, die nicht nur in den kritischen Situationen, sondern vor allem im Vorfeld auftreten (antizipatorische Angst). Die Ängste können sich vor kritischen sozialen Ereignissen zu einer Angst vor der Angst aufschaukeln. Häufig wird zwischen Furcht und Angst unterschieden: Furcht bezeichnet eine auf spezifische Situationen bezogene Angst, während Angst eher ein diffuses Gefühl der Bedrohung bedeutet. Bei Sozialen Phobien sind beide Reaktionsmuster zu beobachten: konstante, mit starker körperlicher Erregung einhergehende, intensive Furcht, die immer auf eine auslösende Situation hin auftritt; und variabelere, von Kognitionen gesteuerte, fluktuierende Angstreaktionen. Bei Sozialen Phobien erreichen soziale Ängste und Vermeidung ein derart hohes Ausmaß, dass hieraus erhebliche Beeinträchtigungen im Alltagsleben resultieren.

Neben Angst sind für Soziale Phobien jedoch noch andere Emotionen charakteristisch: Auch Scham, Verlegenheit und Unsicherheit treten häufig auf. Schamgefühle werden den „sozial-evaluativen“ Emotionen zugerechnet. Diese Emotionen sind im Normalfall situationsgebunden und vorübergehender Natur und dienen der sozialen Anpassung, indem sie Interaktionspartnern Distanzierung, Entschuldigung und auch Reue bezüglich eigenen Verhaltens signalisieren. Bei Personen mit Sozialer Phobie sind die Schamgefühle jedoch exzessiv ausgeprägt und werden eher durch starke Selbstabwertung hervorgerufen. In starker Ausprägung behindern sie demnach die soziale Anpassung, da sie zu Vermeidung und Rückzug motivieren.

Körperliche Symptome. Aufgrund der intensiven Angst erleben Personen mit Sozialer Phobie eine Vielzahl körperlicher Symptome, die kennzeichnend für ein erhöhtes autonomes Erregungsniveau sind. Diese Symptome können auch denen einer Panikstörung entsprechen (Herzklopfen, Übelkeit, Muskelanspannung, Erleben von Kontrollverlust) und den Verlauf einer Panikattacke annehmen. Für Soziale Phobie typisch sind hingegen solche Symptome, die für andere wahrnehmbar sind: Zittern, Schwitzen, Erröten. Personen mit Sozialer Phobie erleben diese Symptome als extrem stark und nehmen an, dass andere diese Symptome deutlich wahrnehmen und als Zeichen von „peinlicher Schwäche“ oder „Abnormität“ bewerten; das objektive Ausmaß ist in der Regel geringer oder gar stark diskrepant zu den subjektiven Empfindungen. Teilweise können sich diese Symptome jedoch auch durch eine erhöhte Interozeption und negative Bewertung aufschaukeln und sind dann auch objektivierbar.

Verhalten. Auf der Verhaltensebene zeigt sich als hervorstechendstes Merkmal eine rigide und durchgängige Vermeidung sozial bedrohlicher Situationen. Selten gelingt es Personen mit Sozialen Phobien, angstauslösende Situationen unter größter Anspannung passiv durchzustehen. Es wird angenommen, dass Vermeidungs- und Fluchtverhalten, ebenso wie Verhaltenshemmung (in Form von passiv-submissivem Verhalten bis hin zur völligen Verhaltensblockade, „freezing“), genetisch festgelegte Verhaltensprogramme darstellen. Diese werden durch neuartige Stimuli sowie durch Stimuli, die mit Bestrafung oder Wegfall von Verstärkung verbunden sind, aktiviert. Aus verhaltenstherapeutischer Sicht stellt Vermeidung den wesentlichsten Faktor zur Aufrechterhaltung von Angststörungen dar, da eine Widerlegung der Überzeugungen verhindert wird. Zudem stellt Vermeidung die Ursache für die erheblichen sozialen Beeinträchtigungen (soziale Isolation, Nachteile im Beruf, etc.) dar.

Eine besondere Variante von Vermeidung stellt sog. Sicherheitsverhalten dar. Dieses wird von Personen mit Sozialer Phobie *in* sozial bedrohlichen Situationen verwendet, um die vermeintliche Blamage zu verhindern. Sicherheitsverhalten ist ähnlich problematisch wie Vermeidungsverhalten, weil es die Widerlegung unrealistischer Bewertungen verhindert und somit zur Auf-