

**Prof. Dr. Wolfgang Hiller**

**Stichworte aus den gezeigten Folien zur Vorlesung Klinische Psychologie**

**Thema: Soziale Angststörung (vormals Soziale Phobie)**

#### **DIAGNOSTISCHE KRITERIEN DER SOZIALEN ANGSTSTÖRUNG NACH DSM-5 (F40.10)**

---

A	Ausgeprägte Angst vor einer oder mehreren Situationen, in denen man kritisch beobachtet oder beurteilt werden könnte
B	Befürchtung, Verhalten oder sichtbare Angst könnte negativ bewertet wird (z.B. sich lächerlich machen, peinlich wirken, Zurückweisung)
C	Enge Stimulus-Reaktions-Verbindung: Die soziale Situation ruft immer oder fast immer eine sofortige Angstreaktion hervor
D	Konsequenzen: Vermeidungsverhalten oder Aushalten der Situation unter intensiver Angst
E	Angst unverhältnismäßig in Relation zur tatsächlichen Bedrohung
F	Angst persistiert (typischerweise $\geq 6$ Monate)
G	Schweregrad: Leiden oder Beeinträchtigungen
H	Keine organischen Ursachen
I	Nicht besser durch eine andere psychische Störung erklärbar
J	Nicht nur im Kontext einer medizinischen Krankheit (z.B. bei Morbus Parkinson)

---

*Subtypus: Nur in Leistungssituationen*

---

#### **EINIGE TYPISCHE MERKMALE SOZIALÄNGSTLICHER PATIENTEN (NACH NICHOLS 1974)**

- negative oder kritische Beurteilungen durch andere werden wahrgenommen und erwartet
- Einschätzung, weniger zu können und weniger Macht zu haben als andere
- rigide Auffassungen über angemessenes Sozialverhalten und mangelnde Fähigkeit, das Verhalten den Situationen gegenüber anzupassen
- negative Phantasien, die Erwartungsangst hervorrufen
- das Gefühl, beobachtet zu werden
- erhöhtes Bewusstsein von und Angst vor Situationen, in denen plötzlicher Rückzug unerwartet wäre und vermutlich Aufmerksamkeit erregen würde (und das Gefühl, in solchen Situationen in der Falle zu sitzen)
- übertriebene Interpretation der sensorischen Rückmeldung im Zusammenhang mit Anspannung oder Peinlichkeit
- "Entdecken" körperlicher Empfindungen in sozialen Situationen
- Angst davor, als "krank" oder "unkontrolliert" angesehen zu werden
- Erfahrung eines zunehmenden Ansteigens von Unwohlsein und Unvorhersagbarkeit von Angstreaktionen

## SOZIALE ANGSTSTÖRUNG - SOZIALE PHOBIE: KLINISCHE MERKMALE

**Epidemiologie:** Prävalenzraten nach neueren Studien 7-12% (Lifetime), 6-8% (letztes Jahr), 3-4% (letzter Monat) [Raten abhängig von Definition des Schweregrades]

Hinweis für steigende Inzidenz in den letzten Jahrzehnten (Heimberg et al. 2000)

Verhältnis ♀ zu ♂ etwa 3:2 (Wittchen & Fehm 2003)

↑ ledige bzw. partnerlose Personen, ↓ Bildungsniveau und Einkommen, ↓ soziale Schicht,  
↑ arbeitslos

**Onset:** meist in Kindheit oder Jugendzeit (in Studien durchschnittlich bei 10-13 J.); erstmaliges Auftreten im Erwachsenenalter selten

**Verlauf:** meist chronisch; nur eine Minderheit erlebt eine dauerhafte Spontanremission (Wittchen & Fehm 2003)

**Längsschnittstudie:** Bei 153 nicht-behandelten Betroffenen wurden die Diagnosekriterien nach 2 Jahren noch von 80%, nach 5 Jahren von 73% und nach 8 Jahren von 64% erfüllt (Keller 2003)

## ZWEI TYPEN SOZIALER ÄNGSTE: SOZIALE PHOBIE UND SOZIALES KOMPETENZDEFIZIT (NACH MARKS 1987)

Merkmale	Soziale Phobie	Soziales Kompetenzdefizit
<b>Geschlechtsverhältnis</b>	♂ < ♀	♂ > ♀
<b>Beginn</b>	plötzlich ab Teenageralter	schleichend seit der Kindheit
<b>Fokus der Phobie</b>	spezifisch	diffus
<b>Assoziierte Probleme</b>	gelegentlich	üblicherweise sehr stark
<b>Benötigte Therapie</b>	Konfrontations- und Angstbewältigungstraining	Training sozialer Kompetenzen

## DIAGNOSTISCHE VERFAHREN ZUR ERFASSUNG VON SOZIALEN ÄNGSTEN UND PHOBIEN

Verfahren	Beschreibung	Zeitaufwand	
<b>UFB</b>	Unsicherheitsfragebogen (S) [Ullrich de Muynck & Ullrich 1977]	65 Items, soziale Ängste und Fertigkeiten	15 min
<b>SPAI</b>	Fragebogen zur Sozialen Angst (S) [Turner et al. 1989; dt. Fydrich et al. 1995]	32 Items, kognitive, somatische und verhaltensbezogene Angstmerkmale	10 min
<b>SPS</b>	Social Phobia Scale (S) [Mattick & Clarke 1998; dt.: Stangier et al. 1999]	20 Items; Angst in Situationen mit Handlungen, die von anderen beachtet werden	5 min
<b>SIAS</b>	Social Interaction Anxiety Scale (S) [Mattick & Clarke 1998; dt.: Stangier et al. 1999]	20 Items; Angst in sozialen Interaktionssituationen	5 min
<b>SPIN</b>	Social Phobia Inventory (S) [Connor et al. 2000; dt.: Stangier & Steffens 2001]	17 Items; Screening für soziale Phobien	5 min
<b>LSPS</b>	Liebowitz Social Phobia Scale (F) [Liebowitz 1987; dt.: Stangier & Heidenreich 2001]	24 Items, semistrukturiertes Interview, differenziert Leistungs- und Sozialangst	20 min

## **DIE LIEBOWITZ SOCIAL PHOBIA SCALE**

1. In der Öffentlichkeit telefonieren
2. An kleinen Gruppen teilnehmen
3. An öffentlichen Plätzen essen
4. Mit anderen Personen an öffentlichen Plätzen trinken
5. Mit Autoritätspersonen sprechen
6. Vor Zuhörern/Zuschauern etwas tun (z.B. Rede halten)
7. Eine Party besuchen
8. Von anderen beim Arbeiten beobachtet werden
9. Von anderen beim Schreiben beobachtet werden
10. Jemanden anrufen, den Sie nicht gut kennen
11. Mit Personen reden, die Sie nicht gut kennen
12. Fremden begegnen
13. In einer öffentlichen Toilette ein Urinbecken benutzen
14. Einen Raum betreten, in dem andere Personen bereits sitzen

↓

usw. (insgesamt 24 Items)

### Kodierung

Angst: 0 = keine; 1 = gering; 2 = mäßig; 3 = schwer

Vermeidung: 0 = nie; 1 = gelegentlich; 2 = oft; 3 = gewöhnlich

### Auswertung

Gesamtscore 0 - 144 Punkte (Grenzwert bei 30 Punkten)

Leistungsangst 0 - 72 Punkte

Sozialangst 0 - 72 Punkte

Interpretation des Ausmaßes der sozialen Angst: 0-54 keine oder leicht, 55-65 mittelgradig  
66-80 erheblich, 81-95 schwer, 96-144 sehr schwer.

Klinische Änderung nach Bandelow et al. (2006) bei ± 31%.

## **EINIGE TYPISCHE GEDANKEN, DIE ANFÄLLIG FÜR SOZIALÄNGSTLICHE ERFAHRUNGEN MACHEN (NACH BECK 1985)**

- ☞ In welchem Ausmaß ist dies ein Test meiner Kompetenz oder meines Ansehens? Wie sehr muss ich mich mir oder anderen beweisen?
- ☞ Wie ist mein Status im Vergleich zu dem der anderen?
- ☞ Wie wichtig ist es, eine Stärkeposition bezüglich des Status oder ein gutes Ansehen im Umgang mit sozial Bewertenden zu etablieren?
- ☞ Wie ist die Haltung der Bewertenden? Sind sie akzeptierend oder verständnisvoll oder zurückweisend? Sind ihre Bewertungen objektiv oder hart und bestrafend?
- ☞ Ich welchem Ausmaß kann ich auf meine Fähigkeiten zählen, um die Bewertung zu überstehen?
- ☞ Mit welcher Wahrscheinlichkeit werde ich von ablenkenden Ängsten und Hemmungen verunsichert?

## KOMPONENTEN EINES KOGNITIV-LERNPSYCHOLOGISCHEN MODELLS DER SOZIALEN PHOBIE/ANGSTSTÖRUNG (NACH JUSTER, BROWN & HEIMBERG 1996)

Komponenten	Beispiele
<b>Genetische und Umgebungsfaktoren</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ genetische Einflüsse</li> <li>▪ Ängstlichkeit der Eltern</li> <li>▪ elterliche Einstellungen zur Kindererziehung</li> <li>▪ negative Erfahrungen mit Peers oder gegengeschlechtlichen Partnern</li> </ul>
<b>Überzeugungen bezüglich sozialer Situationen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ soziale Situationen sind potenziell gefährlich</li> <li>▪ man muss sich in sozialen Situationen perfekt verhalten, um Gefahren zu vermeiden</li> <li>▪ die Fähigkeiten, die nötig sind, um sich in der gewünschten Weise zu verhalten, fehlen mir</li> </ul>
<b>Vorhersagen bezüglich sozialer Situationen</b>	Soziale Situationen führen unausweichlich zu: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Peinlichkeit</li> <li>▪ Zurückweisung</li> <li>▪ Erniedrigung</li> <li>▪ Statusverlust</li> </ul>
<b>Angstsymptome</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ ängstliche Erwartung sozialer Situationen</li> <li>▪ Einengung der Aufmerksamkeit und Fokussierung auf sozial bedrohliche Reize</li> <li>▪ negative Gedanken über sich selbst, das eigene Auftreten und die Bewertung durch andere</li> <li>▪ erhöhte physiologische Erregung</li> <li>▪ starke Befürchtungen bzgl. der Sichtbarkeit von Angstsymptomen</li> </ul>
<b>Konsequenzen der Angst</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ wirkliche oder wahrgenommene Störungen im Verhalten</li> <li>▪ Bewertung des wahrgenommenen eigenen Verhaltens nach perfektionistischen Maßstäben</li> <li>▪ Beurteilung des eigenen Verhaltens als inadäquat</li> <li>▪ Fokussierung auf die wahrgenommenen negativen Konsequenzen des inadäquaten Verhaltens</li> </ul>

### DAS MODELL VON CLARK & WELLS (1995)

*Ungeklärte Frage:*

Da soziale Situationen kaum zu vermeiden sind, warum findet dann in vielen Fällen keine spontane Habituation bzw. Korrektur statt ?

*Zentrale Faktoren der Aufrechterhaltung:*

- (a) erhöhte Selbstaufmerksamkeit und verzerrte Vorstellung des sichtbaren Selbsts
- (b) Sicherheitsverhalten
- (c) Verarbeitungsprozesse vor, in und nach einer sozialen Situation

### NEUROCHEMISCHE UND NEUROKOGNITIVE FAKTOREN BEI SOZIALEN ANGSTSTÖRUNGEN

- Imbalance des Serotoninstoffwechsels
- Dopamin: Hinweise auf verminderte D2-Rezeptorbindung
- Überaktivität der Noradrenalinaktivität
- Modulation des Sozialverhaltens durch das Neuropeptid Oxytocin (z.B. Steigerung von Vertrauen, Förderung sozialer Bindung)
- Hypersensitive Amygdalareaktionen auf soziale Stimuli (z.B. drohende negative Bewertung, aggressive oder bedrohliche Gesichter, Wartephase vor einer freien Rede)
- Veränderte Aktivität des ACC (Anteriorer Cingulärer Cortex)

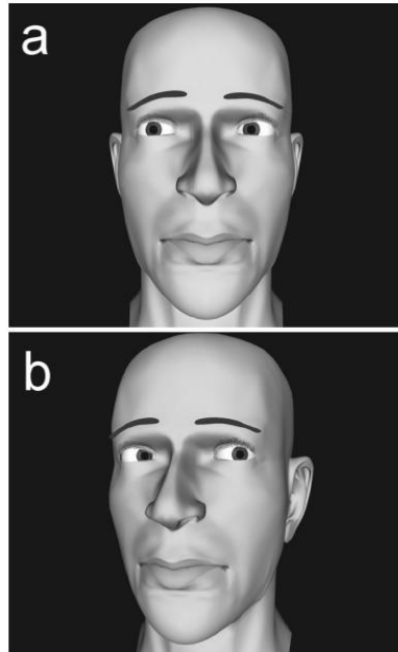
## BLICKWAHRNEHMUNG BEI SOZIALER ANGST (CONE OF GAZE)

Verändertes Blickkontaktverhalten bei sozialen Phobien:

1. Aktives Vermeiden von Blickkontakt (Moukheiber et al. 2010)
2. Blickkegel des Sich-Angeschaut-Fühlens ist verbreitert (Gamer et al. 2010)

Studienserie am Psychologischen Institut Mainz (Heiko Hecht, Julia Spiegel, Johannes Harbort, Benyne Palayoor Jos, Wolfgang Hiller)

- Studie: Erhöht sozialer Druck die Blickkegelerweiterung bei sozial Ängstlichen ?
- Präsentation virtueller Köpfe auf einem Bildschirm
- Kopfstellung und Augen können über Tastendruck rotiert werden
- Pb. geben an, in welchem Bereich sie sich angeschaut oder gerade noch angeschaut fühlen



- Es wurden 1 bis 5 Köpfe präsentiert
- Anspannung und Stimmung wurden fortlaufend erfasst
- N = 20 Patienten mit sozialer Phobie (nach DSM-IV) im Vergleich mit N = 21 nach Alter und Geschlecht parallelisierten Kontrollpersonen (ohne psychische Störung)
- Alter 32 Jahre, etwa 70% weiblich

### Ergebnisse:

- Größerer Blickkegel bei sozial Ängstlichen.
- Weiterer Anstieg bei sozial Ängstlichen, je mehr Köpfe an-wesend waren.
- Bei sozial Ängstlichen war der Blickkegel um so breiter, je größer die selbstberichtete Anspannung war.

## **BEHANDLUNG DER SOZIALEN ANGSTSTÖRUNG**

*Ansätze der kognitiven Verhaltenstherapie*

- ⇒ Heimberg et al. (1994, 1995)
- ⇒ Wlazlo et al. (1995)
- ⇒ Stangier, Clark & Ehlers (2006)

*Pharmakotherapie*

## **KOGNITIV-BEHAVIORALE GRUPPENTHERAPIE NACH HEIMBERG ET AL. 1994**

Setting

Teilnehmer: 6 Patienten, 2 Therapeuten

Dauer: 12 Sitzungen à 150 min., wöchentlich

Vorbereitung mit Einzelgesprächen (Aufbau der Therapeut-Patient-Beziehung, Problemanalyse, Vorstellen des Therapieprogramms, Erstellung einer Angst- und Vermeidungshierarchie)

## **GRUPPENBEHANDLUNGEN DER SOZIALEN PHOBIE/ANGSTSTÖRUNG**

Vorteile des Gruppensettings:

- ⇒ Exposition direkt in der Gruppe (z.B. sich vorstellen, an Diskussionen teilnehmen, Fragen stellen und beantworten, öffentliches Sprechen, im Mittelpunkt stehen)
- ⇒ Zusammengehörigkeitsgefühl (andere haben ähnliche Ängste !)
- ⇒ Modelllernen von Mitpatienten (z.B. kognitives Umstrukturieren, Rollenspiele) und Rückmeldungen von anderen
- ⇒ Überprüfung falscher Annahmen im Gruppengespräch

## **ABLAUF DER KOGNITIV-BEHAVIORALEN GRUPPENTHERAPIE (KGBT) NACH HEIMBERG ET AL. 1994**

Sitzung 1:

- ↻ 3 Komponenten der Angst werden dargestellt
- ↻ automatische Gedanken (aG) werden herausgearbeitet
- ↻ Hausaufgaben: Erkennen von aG

Sitzung 2:

- ↻ aG werden typologisiert (z.B. Alles-oder-Nichts-Denken, katastrophisieren)
- ↻ Disputation der aG und Entwicklung von rationalen alternativen Gedanken
- ↻ Hausaufgabe: Übung zum kognitiven Umstrukturieren

Sitzungen 3-12:

- ↻ Hausaufgaben werden besprochen
- ↻ eine Expositionsübung wird aus der Angsthierarchie ausgewählt (mit steigendem Schwierigkeitsgrad, Beginn mit einfachen Übungen)
- ↻ Übung wird in Gedanken durchgespielt, aG identifiziert
- ↻ kognitive Verzerrungen werden herausgearbeitet und rationale "Antworten" entwickelt
- ↻ Verhaltensziele werden formuliert
- ↻ Exposition mit Angstratings im Minutenabstand (0-100)
- ↻ Übung wird nachbereitet - Ziele und Zielerreichung beurteilt

## **BEISPIEL FÜR DIE THERAPIE EINER SOZIALEN ANGST (47JÄHRIGER INGENIEUR MIT REDEANGST)**

### **Kognitionen:**

- ↪ Mir könnte kein Gesprächsthema einfallen (negative Erwartung)
- ↪ Ich werde nervös aussehen (negative Erwartung)
- ↪ Was ich sage ist nicht interessant genug (Selbstabwertung)
- ↪ Meine Gesprächsthemen sind entweder faszinierend oder ermüdend (dichotomes Denken)
- ↪ Ich muss unbedingt für andere interessant sein (hohe Selbsterwartung)

### **Konfrontationsübungen:**

- ↪ Rollenspiel: Gespräch mit einem neuen Mitarbeiter während der Kaffeepause in der Firma
- ↪ Rollenspiel: Gespräch mit zwei Angestellten des Büros über sich und seine Arbeit
- ↪ Rollenspiel: Konfrontatives Gespräch mit einem Mitarbeiter über dessen Arbeitsleistung (Ausdrücken von Ärger)
- ↪ Kontroverses Thema vor der Gruppe darstellen und seine Meinung vor der Gruppe verteidigen
- ↪ Rollenspiel: Unterhaltung bei einem Betriebsausflug zu einem kontroversen Thema

## **BEHANDLUNGSPROGRAMM NACH STANGIER ET AL. 2006**

### **Konzept:**

#### Einzeltherapie

Dauer: 14-20 wöchentliche Therapiekontakte (meist 50 Minuten, bei In-vivo-Verhaltensexperimenten bis 90 Minuten), danach "Booster"-Sitzungen nach 3, 6 und 12 Monaten

Ziele entsprechend des Modells von Clark & Wells (1995)

- Externalisierung der Aufmerksamkeit
- Abbau von Sicherheitsverhalten
- Abbau von Vermeidung
- Modifikation nachträglicher / antizipatorischer Verarbeitung
- ⇒ Entwicklung eines individuellen Störungsmodells
- ⇒ Demonstration aufrechterhaltender Mechanismen
  - Experiment zu Selbstaufmerksamkeit / Sicherheitsverhalten
  - Videofeedback
- ⇒ Veränderung von Selbstwahrnehmung und Überzeugungen
  - Verhaltensexperimente ohne Sicherheitsverhalten, Aufmerksamkeitsfokus nach außen und Videofeedback
  - Kognitive Umstrukturierung mit Imaginationstechniken und Veränderung nachträglicher / antizipatorischer Verarbeitung
- ⇒ Behandlungsabschluss und Rückfallprophylaxe
- ⇒ Booster-Sitzungen

## EXPERIMENT ZU SELBSTAUFMERKSAMKEIT (SA) UND SICHERHEITSVERHALTEN (SV)

5- bis 10-minütige Übung mit Videoaufnahme (z.B. Gespräch mit einer fremden Person, kurzer Vortrag, Essen oder Trinken im Beisein anderer)

1. Durchgang: unter nach innen gerichteter SA und mit SV

2. Durchgang: mit externem Aufmerksamkeitsfokus und ohne SV

	1. Rollenspiel mit SA/SV	2. Rollenspiel ohne SA/SV	3. Rollenspiel mit SA/SV
SA	9	6	8
SV (= Kopf starr halten)	9	4	7
Anspannung	9	4	6
Symptom (= Kopfwackeln)	7	3	6
Erscheinungsbild ("merkwürdig")	5	3	4

(Beispiel aus Stangier et al. 2006)

## LISTE TYPISCHER SOZIALÄNGSTLICHER SICHERHEITSVERHALTENSWEISEN

- ⇒ ... Sätze "im Kopf ausprobieren"
- ⇒ ... Sprechpausen vermeiden
- ⇒ ... das Gesicht verstecken
- ⇒ ... versuchen, an andere Dinge zu denken
- ⇒ ... mehr reden
- ⇒ ... versuchen, sich "normal" zu verhalten
- ⇒ ... versuchen, das Verhalten unter Kontrolle zu behalten
- ⇒ ... sich vorstellen, wie man auf andere wirkt
- ⇒ ... Tassen oder Gläser sehr fest halten
- ⇒ ... sich so platzieren, dass man nicht bemerkt wird
- ⇒ ... positiv denken
- ⇒ ... sich am Rande von Gruppen aufhalten
- ⇒ ... Alkohol trinken, um die Angst in den Griff zu bekommen
- ⇒ ... versuchen, keine Aufmerksamkeit auf sich zu ziehen
- ⇒ ... angestrengt versuchen, die richtigen Worte zu finden
- ⇒ ... überprüfen, ob man auch gut wirkt
- ⇒ ... Blickkontakt vermeiden
- ⇒ ... weniger reden
- ⇒ ... keine Fragen stellen
- ⇒ ... erst überprüfen, ob es angemessen ist, bevor man etwas sagt
- ⇒ ... geistig wegtreten oder abschalten
- ⇒ ... vermeiden, über sich selbst zu reden
- ⇒ ... sich so wenig wie möglich bewegen
- ⇒ ... viele Fragen stellen
- ⇒ ... versuchen, Zittern zu kontrollieren
- ⇒ ... mit Kleidung oder Make-up Schwitzen oder Erröten verbergen



**BEISPIEL FÜR VERHALTENSEXPERIMENTE**

<b>Befürchtung</b>	» Wenn ich im Gespräch etwas Persönliches sage, werde ich erröten. Männer werden denken: was für eine unsichere Frau! Erröten ist ein Zeichen von Schwäche und mangelndem Selbstbewusstsein; kann noch nicht einmal mit anderen reden; Mauerblümchen «
<b>Modell</b>	<u>SV</u> : leichte Kleidung anziehen; Make-up dick auftragen; kühlen; Blickkontakt vermeiden; durch Handlungen und Gesprächsthemen vom Erröten ablenken; Erröten mit Hitze entschuldigen <u>SA</u> : Konzentration auf Wärme der Gesichtshaut <u>Vorstellung des sozialen Selbst</u> : feuerrotes Mondgesicht haben; "blöd aussehen"
<b>Verhaltensexperiment zu SA/SV</b>	mit unbekannter Person eine Unterhaltung führen; 1. Durchgang mit SA/SV, 2. Durchgang mit externer Aufmerksamkeit und ohne SV; Erfassung von: Anspannung, Erröten (sichtbar? Intensität?), selbstbewusst wirken
<b>Verhaltensexperiment in-vivo</b>	mit unbekannter Person eine Unterhaltung führen; persönliche Themen ansprechen; Interesse auf ein Thema des Gesprächspartners lenken; Erfassung der Konsequenzen: Reaktion des Gesprächspartners, Erröten (sichtbar? Intensität?)
<b>Varianten</b>	Erröten künstlich induzieren durch Wangen-Rouge oder Anstrengung (z.B. Kniebeugen); Therapeut stellt künstlich Erröten her, Pat. beobachtet dann andere Personen, die ihm begegnen

(nach Stangier et al. 2006)

**ERWARTUNGS- UND SITUATIONSEINSCHÄTZUNG EINER PATIENTIN, DIE MIT AUFFÄLIGEM PULLOVER BEKLEIDET ÜBER EINE BELEBTE STRASSE GEHT**

	<b>Erwartung</b>	<b>tatsächliches Ergebnis</b>
<b>Wackelige Knie</b>	6	2
<b>Herzklopfen</b>	8	6
<b>Zittrige Hände</b>	4	2
<b>Anspannung</b>	7	5
<b>Am Rand der Straße gehen</b>	8	4
<b>Andere gucken</b>	6	2
<b>Einzelne Personen lachen</b>	3	0

0 = keine Reaktion; 10 = sehr starke Reaktion

## UMFRAGEN

Befragung möglichst vieler Personen (mindestens 10-15) zu einem bestimmten sozialphobischen Thema, z.B. Erröten

- Sind Sie jemals errötet ?
- Was bringt Sie zum Erröten ?
- Wenn Sie erröten, was denken Sie darüber ?
- Wie gut bemerken Sie, wenn andere erröten ?
- Wenn Sie bemerken, dass jemand errötet, was denken Sie dann über diese Person ?
- Würden Sie denken, die Person sei ... (Befürchtung des Pat., z.B. merkwürdig) ?
- Wenn Sie bemerken, dass jemand in einer normalen Umgebung errötet, was würden Sie über die Gründe vermuten ?

Antworten schriftlich protokollieren, in einer Liste nach Häufigkeiten auswerten

## LISTE TYPISCHER SOZIALÄNGSTLICHER GRUNDÜBERZEUGUNGEN

Unkonditionale Grundüberzeugungen	Konditionale Grundüberzeugungen	Perfektionistische Grundüberzeugungen
... ich bin anderen immer unterlegen	... ich bin nur dann ein wertvoller Mensch, wenn ich die Bestätigung anderer bekomme	... ich darf anderen keine Anzeichen von Schwäche zeigen
... ich bin anders als andere	... ich muss immer alles richtig machen, sonst werde ich nicht akzeptiert	... ich muss immer den Erwartungen anderer Leute genügen
... ich bin dumm	... wenn andere mitbekommen, wie unzulänglich ich wirklich bin, werden sie mich ablehnen	... ich muss immer intelligent und interessant wirken
... ich bin ein langweiliger Mensch	... andere halten mich für einen Versager, wenn ich meine Angst zeige	... ich muss immer ruhig, gelassen und gefasst wirken
... ich bin ein merkwürdiger Mensch	... andere Personen lehnen mich ab, wenn ich einen Fehler mache	... ich muss immer von jedem akzeptiert werden
... ich bin für andere nicht interessant	... wenn ich ein Zeichen von Angst zeige, werden mich alle anstarren und denken, wie merkwürdig ich bin	... ich muss mich kontrollieren, um nicht aufzufallen
... ich bin für andere nicht attraktiv	... andere werden sich über mich lustig machen, wenn ich ein Zeichen von Schwäche zeige	... es ist mein Fehler, wenn ich von anderen nicht akzeptiert werde
... ich bin nicht liebenswert		
... ich bin weniger kompetent als andere		
... andere denken häufig negative Dinge über mich		
... andere nehmen meine Schwächen wahr und lehnen mich deshalb ab		
... mein Verhalten in sozialen Situationen ist für andere niemals akzeptabel		

(nach Stangier et al. 2006)

## BEHANDLUNGSPROGRAMM NACH WLAZLO ET AL. 1995

### Konzept:

- ↻ Exposition in-vivo
- ↻ Integration von Übungen zur sozialen Kompetenz und Angstmanagement

### Setting:

- ↻ Teilnehmer: Einzel- oder Gruppentherapie (mit 6 Patienten, 2 Therapeuten)
- ↻ Dauer: intensive Kurztherapie mit 4 Übungseinheiten in-vivo, insgesamt 6-8 Gruppensitzungen
- ↻ Vorbereitung mit Einzelgesprächen

### Komponenten der Therapie:

- ↻ Erklärungsmodell
- ↻ Informationen und Übungen zum verbalen und nonverbalen Sozialverhalten
  - ⇒ bewusste Wahrnehmung anderer Personen
  - ⇒ Augenkontakt
  - ⇒ Mimik
  - ⇒ Körperhaltung
  - ⇒ soziale Distanz
- ↻ In-vivo-Übungen
- ↻ Selbstbewertungen und -belohnungen
- ↻ gemeinsame Evaluation

## IN-VIVO-ÜBUNGEN NACH WLAZLO ET AL. 1995

- ☺ sich im Bus laut etwas zurufen (oder im Bus ein Gespräch führen über eine größere Entfernung)
- ☺ sich Cafés anschauen, Geld zählen und dann wieder rausgehen, ohne etwas zu bestellen
- ☺ sich auf einen stark frequentierten Platz stellen und Menschen beobachten (mit direktem Blickkontakt)
- ☺ mit erhobenen Händen durch die Straße gehen
- ☺ mit offenem Regenschirm durch ein Kaufhaus gehen (oder draußen, ohne dass es regnet)
- ☺ auf stark frequentiertem Platz ein Buch laut lesen und die Reaktionen anderer Menschen beobachten
- ☺ andere Personen nach persönlicher Meinung fragen (z.B. was halten Sie von diesem Lokal?)
- ☺ sich im Geschäft beraten lassen und Verkäufer(in) möglichst lange beanspruchen
- ☺ "Blamierübungen" (z.B. nach Orten fragen, wo man sich gerade befindet, nach Orten fragen, die nicht in der Stadt sind wie nach der Reeperbahn in München)
- ☺ im Delikatessengeschäft die geringste Menge verlangen (z.B. 1 Apfel)
- ☺ in Lokalen, Restaurants etwas absichtlich fallen lassen, ausschütten, einen Stuhl umwerfen; sich zu jemandem setzen und ein Gespräch anfangen
- ☺ an der Kasse wegen Geldmangel etwas zurücklegen lassen
- ☺ eine fremde Person bitten, eine Skizze zu zeichnen vom Weg, den man gehen muss
- ☺ im Geschäft Verkäufer(in) motivieren, selbst etwas anzuprobieren
- ☺ andere Kunden im Geschäft ansprechen z.B. über gemeinsam betrachtete Waren
- ☺ im Lokal andere Leute ansprechen, zuerst einfache Gespräche, dann immer komplexer ("vielen Dank für das nette Gespräch")
- ☺ im Lokal oder auf der Straße eine Verabredung treffen, z.B. jemand zum Kaffee einladen
- ☺ im Tanzlokal fremde Personen zum Tanz auffordern oder auf Aufforderungen eingehen
- ☺ beim Tanz ein Gespräch führen bzw. zum Gespräch nach dem Tanz einladen

## STUDIEN ZUR EFFEKTIVITÄT VON PSYCHOTHERAPIE BEI SOZIALER PHOBIE/ANGSTSTÖRUNG

- ⇒ **Clark et al. (2003)**: RCT (a) KVT 16 Sitzungen, (b) SSRI plus Expositionsinstruktionen, (c) Placebo plus Expositionsinstruktionen; Ergebnisse: (a) > (b,c); Effektstärken für (a)  $d = 2,14$  bei Therapieende,  $2,57$  im 3-Monats-FU
- ⇒ **Clark et al. (2006)**: RCT (a) KVT 14 Sitzungen, (b) Expositionstherapie in Kombination mit angewandter Entspannung nach Öst); Ergebnis: (a) > (b); Effektstärken für (a)  $d = 2,39$ , (b)  $1,25$ ; Behandlungsergebnisse im 1-Jahres-FU stabil
- ⇒ **Stangier et al. (2003)**: RCT KVT (a) Einzel, (b) Gruppe; Ergebnis: (a) > (b); Effektstärken (a)  $d = 1,17$  bei Therapieende und  $1,57$  im 3-Monats-FU
- ⇒ **Wlazlo et al. (1990)**: Exposition vs. Social Skills Training bei Pat. mit (I) SOPH vs. (II) sozialen Kompetenzdefiziten; Ergebnisse: beide Therapien gleich wirksam; Effekte leicht besser I > II; Gruppentherapie leicht besser als Einzeltherapie
- ⇒ **Federof & Taylor (2003)**: Metaanalyse pharmakologischer und psychotherapeutischer Behandlungen; Ergebnisse: SSRIs und Benzodiazepine kurz- bis mittelfristig hochwirksam (durchschnittliche Effektstärke  $d = 1,70$ ); jedoch Hinweise, dass SSRI in der Langzeitwirkung gegenüber KVT vermutlich unterlegen (Clark et al. 2003)

## TIEFENPSYCHOLOGISCH ORIENTIERTE THERAPIE SOZIALER ÄNGSTE [NACH LEICHSENRING, BEUTEL & LEIBING, 2008]

Grundannahme: Soziale Ängste sind Folge ungelöster Konflikte und von Beeinträchtigungen der Ich-Funktionen

Zentrales Beziehungskonfliktthema (ZBKT)

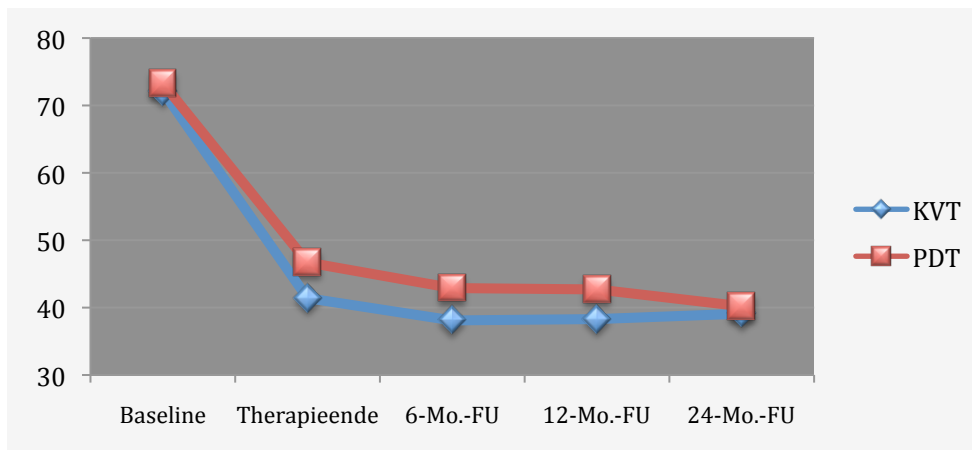
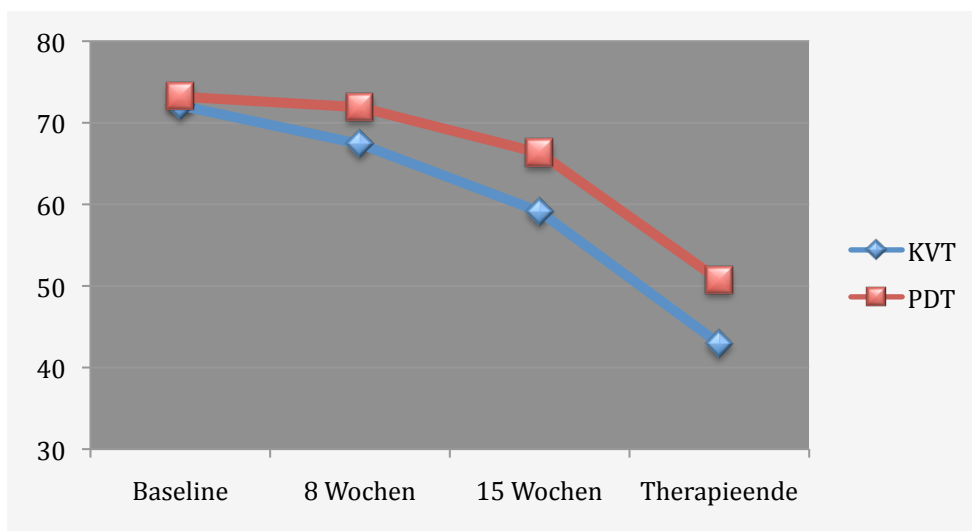
Ein Wunsch (W): „Ich wünsche, dass Person X ...“	W: „Ich möchte von anderen beachtet und bestätigt werden ...“
Eine Reaktion des Anderen (RO): „Aber Person X wird ...“	RO: „Aber den Anderen werde ich gleichgültig sein ...“
Eine Reaktion des Selbst (RS): „Deshalb werde ich ...“	RS: „Ich schäme mich und bekomme Angst, mich zu zeigen. Deswegen vermeide ich ... [Symptome der sozialen Phobie]“

### **THERAPIESTUDIE: VERGLEICH ZWISCHEN KOGNITIVER VERHALTENSTHERAPIE UND PSYCHODYNAMISCHER THERAPIE (SOPHO-NET-STUDIE IN 5 ZENTREN IN DEUTSCHLAND)**

1) Leichsenring, F., Salzer, S., Beutel, M.E., Herpertz, S., Hiller, W. et al. (2013). Psychodynamic therapy and cognitive-behavioral therapy in social anxiety disorder: A multicenter randomized controlled trial. *American Journal of Psychiatry*, 170, 759-767.

2) Leichsenring, F., Salzer, S., Beutel, M.E., Herpertz, S., Hiller, W. et al. (2014). Long-term outcome of psychodynamic therapy and cognitive-behavioral therapy in social anxiety disorder. *American Journal of Psychiatry*, 171, 1074-1082.

**Method:** RCT Kognitive Verhaltenstherapie (KVT) nach Stangier/Clark versus Psychodynamische Therapie (PDT) nach Leichsenring/Beutel in 6 teilnehmenden Zentren (Bochum, Dresden, Göttingen, Jena, Mainz); Zielgruppe: Patienten mit Sozialer Phobie nach DSM-IV und Liebowitz-Skalenwert > 30; Therapiedauer bis zu 25 Sitzungen Einzeltherapie; Stichproben: N = 209 KVT, N = 207 PDT, N = 79 Warteliste (weitere Angaben in den o.g. Artikeln).



## LEITLINIEN-EMPFEHLUNGEN ZUR SOZIALEN ANGSTSTÖRUNG

nach Bandelow et al. (2014): AWMF-S3-Leitlinie: Behandlung von Angststörungen

Webseite: [www.awmf.org/leitlinien.html](http://www.awmf.org/leitlinien.html); Stand: 15.4.2014

### Psychotherapie und Pharmakotherapie

Empfehlung	Evidenz-kategorie	Empfehlungs-grad
<p>Patienten mit sozialen Phobien soll angeboten werden:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Psychotherapie</li> <li>- Pharmakotherapie</li> </ul> <p>Dabei soll die Präferenz des informierten Patienten berücksichtigt werden. Im Informationsgespräch sollen insbesondere folgende Aspekte eine Rolle spielen: Wirkeintritt, Nachhaltigkeit, unerwünschte Wirkungen und Verfügbarkeit.</p>	Ia	A
<p>In Fällen, in denen eine Psycho- und Pharmakotherapie nicht ausreichend wirksam war, soll die jeweils andere Therapieform angeboten werden oder kann eine Kombination von Psychotherapie und Pharmakotherapie angeboten werden.</p>	Experten-konses	KKP

### Psychotherapie und andere Maßnahmen

<p>Kognitive Verhaltenstherapie (KVT)</p>	<p>Patienten mit einer sozialen Phobie soll eine KVT angeboten werden.</p>	Ia	A
<p>Psychodynamische Psychotherapie</p>	<p>Patienten mit einer sozialen Phobie sollte eine psychodynamische Psychotherapie angeboten werden, wenn sich eine KVT nicht als wirksam erwiesen hat, nicht verfügbar ist oder wenn eine diesbezügliche Präferenz des informierten Patienten besteht.</p>	Ib	B
<p>Patientenselbsthilfe- und Angehörigen-gruppen</p>	<p>Patienten und Angehörige sollten über Selbsthilfe- und Angehörigengruppen informiert und, wenn angebracht, zur Teilnahme motiviert werden.</p>	Experten-konses	KKP

### Medikamente

<p>SSRIs</p>	<p>Patienten mit einer sozialen Phobie sollen die SSRIs Escitalopram (Tagesdosis 10-20 mg), Paroxetin (20-50 mg) oder Sertralin (50-150 mg) angeboten werden.</p>	Ia	A
<p>SSNI</p>	<p>Patienten mit einer sozialen Phobie soll der SSNI Venlafaxin (Tagesdosis 75-225 mg) angeboten werden.</p>	Ia	A
<p>RIMA</p>	<p>Falls Therapien mit den genannten Medikamenten unwirksam waren oder nicht vertragen wurden, kann Patienten mit einer generalisierenden Angststörung Maclobemid (Tagesdosis 300-600 mg) angeboten werden.</p>	Experten-konses	KKP

Empfehlungsgrade: A = Soll-Empfehlung (bezieht sich auf die Evidenzebenen Ia und Ib)

B = Sollte-Empfehlung (bezieht sich auf Evidenzebenen II und III; oder indirekte Schlussfolgerung aus Ia/Ib)

0 = Kann-Empfehlung (Berichte von Experten; oder indirekte Schlussfolgerungen aus II und III)

Sofern die Evidenzlage keine eindeutigen Bewertungen zur Beantwortung relevanter klinischer Fragestellungen zuließ, wurden Empfehlungen im Expertenkonsens formuliert und als solche ausgewiesen. In solchen Fällen wird die Empfehlung als „Klinischer Konsenspunkt“ (KKP) gekennzeichnet.

---

**WEITERFÜHRENDE LITERATUR ZUR SOZIALEN ANGSTSTÖRUNG UND SOZIALEN PHOBIE**

Bandelow B, Stein DJ (Eds.) (2004). *Social Anxiety Disorder*. New York: Dekker.

Crozier WR, Alden LE (2005). *The Essential Handbook of Social Anxiety for Clinicians*. Chichester: Wiley.

Heimberg RG, Liebowitz MR, Hope DA, Schneier FR (Eds.) (1995). *Social Phobia. Diagnosis, Assessment, and Treatment*. New York: Guilford.

Stangier U, Heidenreich T, Peitz M (2003). *Kognitive Verhaltenstherapie bei Sozialer Phobie. Ein Behandlungsmanual*. Weinheim: Beltz.

Leichsenring F, Beutel ME, Leibing E (2008). Psychoanalytisch-orientierte Fokalthherapie der sozialen Phobie. *Psychotherapeut*, 53, 185-197.

---

**(Stand: WS 2014/15)**