

Soziale Angststörung

Ulrich Stangier
David M. Clark
Denise M. Ginzburg
Anke Ehlers

2., überarbeitete und erweiterte Auflage

Fortschritte der
Psychotherapie

 **hogrefe**

Soziale Angststörung

Fortschritte der Psychotherapie
Band 28

Soziale Angststörung

Prof. Dr. Ulrich Stangier, Prof. David M. Clark, DPhil,
Dr. Denise M. Ginzburg, Prof. Dr. Anke Ehlers

Herausgeber der Reihe:

Prof. Dr. Kurt Hahlweg, Prof. Dr. Martin Hautzinger,
Prof. Dr. Jürgen Margraf, Prof. Dr. Winfried Rief

Begründer der Reihe:

Dietmar Schulte, Klaus Grawe, Kurt Hahlweg, Dieter Vaitl

Ulrich Stangier
David M. Clark
Denise M. Ginzburg
Anke Ehlers

Soziale Angststörung

2., überarbeitete und erweiterte Auflage



Prof. Dr. Ulrich Stangier, geb. 1958. Seit 2008 Inhaber des Lehrstuhls für Klinische Psychologie und Psychotherapie an der Universität Frankfurt, dort auch Leiter der Verhaltenstherapie-Ambulanz und Leiter des Ausbildungsprogrammes Psychologische Psychotherapie.

Prof. David M. Clark, DPhil, geb. 1954. Seit 2011 Professor of Psychology am Department for Experimental Psychology, University of Oxford, und Leiter des Oxford Centre for Anxiety Disorders and Trauma.

Dr. Denise M. Ginzburg, geb. 1981. Seit 2010 Betreuung des SOPHOPrax-Projektes an der Universität Frankfurt und seit 2013 niedergelassen in eigener Praxis in Offenbach.

Prof. Dr. Anke Ehlers, geb. 1957. Seit 2012 Professor of Experimental Psychopathology und Wellcome Trust Principal Research Fellow am Department of Experimental Psychology, University of Oxford, Großbritannien. Gemeinsam mit David M. Clark Leitung des Oxford Centre for Anxiety Disorders and Trauma am Maudsley Hospital.

Wichtiger Hinweis: Der Verlag hat gemeinsam mit den Autoren bzw. den Herausgebern große Mühe darauf verwandt, dass alle in diesem Buch enthaltenen Informationen (Programme, Verfahren, Mengen, Dosierungen, Applikationen, Internetlinks etc.) entsprechend dem Wissensstand bei Fertigstellung des Werkes abgedruckt oder in digitaler Form wiedergegeben wurden. Trotz sorgfältiger Manuskripterstellung und Korrektur des Satzes und der digitalen Produkte können Fehler nicht ganz ausgeschlossen werden. Autoren bzw. Herausgeber und Verlag übernehmen infolgedessen keine Verantwortung und keine daraus folgende oder sonstige Haftung, die auf irgendeine Art aus der Benutzung der in dem Werk enthaltenen Informationen oder Teilen davon entsteht. Geschützte Warennamen (Warenzeichen) werden nicht besonders kenntlich gemacht. Aus dem Fehlen eines solchen Hinweises kann also nicht geschlossen werden, dass es sich um einen freien Warennamen handelt.

Die erste Auflage des Bandes ist 2006 mit dem „Titel Soziale Phobie“ unter der Autorenschaft von Ulrich Stangier, David M. Clark und Anke Ehlers erschienen.

Copyright-Hinweis:

Das E-Book einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig und strafbar.

Der Nutzer verpflichtet sich, die Urheberrechte anzuerkennen und einzuhalten.

Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG
Merkelstraße 3
37085 Göttingen
Deutschland
Tel.: +49 551 999 50 0
Fax: +49 551 999 50 111
E-Mail: verlag@hogrefe.de
Internet: www.hogrefe.de

Satz: ARThür Grafik-Design & Kunst, Weimar
Format: PDF

2., überarbeitete und erweiterte Auflage 2016
© 2006 und 2016 Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG, Göttingen
(E-Book-ISBN [PDF] 978-3-8409-2719-5; E-Book-ISBN [EPUB] 978-3-8444-2719-6)
ISBN 978-3-8017-2719-2
<http://doi.org/10.1026/02719-000>

Nutzungsbedingungen:

Der Erwerber erhält ein einfaches und nicht übertragbares Nutzungsrecht, das ihn zum privaten Gebrauch des E-Books und all der dazugehörigen Dateien berechtigt.

Der Inhalt dieses E-Books darf von dem Kunden vorbehaltlich abweichender zwingender gesetzlicher Regeln weder inhaltlich noch redaktionell verändert werden. Insbesondere darf er Urheberrechtsvermerke, Markenzeichen, digitale Wasserzeichen und andere Rechtsvorbehalte im abgerufenen Inhalt nicht entfernen.

Der Nutzer ist nicht berechtigt, das E-Book – auch nicht auszugsweise – anderen Personen zugänglich zu machen, insbesondere es weiterzuleiten, zu verleihen oder zu vermieten.

Das entgeltliche oder unentgeltliche Einstellen des E-Books ins Internet oder in andere Netzwerke, der Weiterverkauf und/oder jede Art der Nutzung zu kommerziellen Zwecken sind nicht zulässig.

Das Anfertigen von Vervielfältigungen, das Ausdrucken oder Speichern auf anderen Wiedergabegeräten ist nur für den persönlichen Gebrauch gestattet. Dritten darf dadurch kein Zugang ermöglicht werden.

Die Übernahme des gesamten E-Books in eine eigene Print- und/oder Online-Publikation ist nicht gestattet. Die Inhalte des E-Books dürfen nur zu privaten Zwecken und nur auszugsweise kopiert werden.

Diese Bestimmungen gelten gegebenenfalls auch für zum E-Book gehörende Audiodateien.

Anmerkung:

Sofern der Printausgabe eine CD-ROM beigelegt ist, sind die Materialien/Arbeitsblätter, die sich darauf befinden, bereits Bestandteil dieses E-Books.

Inhaltsverzeichnis

1	Beschreibung der Störung	1
1.1	Bezeichnung	1
1.2	Definition	1
1.3	Differenzialdiagnosen	6
1.4	Epidemiologie	7
1.5	Risikofaktoren	8
1.6	Verlauf und Prognose	10
1.7	Komorbidität	11
1.8	Diagnostische Verfahren	12
2	Störungstheorien und Erklärungsmodelle	14
2.1	Kognitive Theorien	14
2.1.1	Die Theorie von Beck	14
2.1.2	Das Modell von Clark und Wells	15
2.2	Andere Theorien	21
2.2.1	Lernfaktoren und soziale Einflüsse	21
2.2.2	Interpersonelle Faktoren	22
2.2.3	Neurobiologische Theorien	23
3	Diagnostik und Indikation	24
3.1	Exploration und Eingangsdiagnostik	24
3.2	Indikation und differenzielle Indikation	26
3.3	Berücksichtigung von Komorbidität in der Therapie- planung	26
4	Behandlung	29
4.1	Grundsätze und Rahmenbedingungen der Behand- lung	29
4.1.1	Umfang und Setting der Behandlung	29
4.1.2	Behandlungskonzept und Überblick über den Behand- lungsablauf	30
4.1.3	Therapeut-Patient-Beziehung	33
4.1.4	Vorbereitung der Behandlungssitzungen	36
4.1.5	Ablauf der Behandlungssitzungen	37
4.1.6	Technische Hilfsmittel	38
4.2	Die erste Behandlungssitzung	39
4.2.1	Allgemeine Exploration	39

4.2.2	Ableitung eines individuellen kognitiven Erklärungsmodells	40
4.2.3	Weitere Ergänzungen des Modells	48
4.3	Demonstration der negativen Effekte von Selbstaufmerksamkeit und Sicherheitsverhalten	49
4.3.1	Experiment zur Selbstaufmerksamkeit/Sicherheitsverhalten	49
4.3.2	Erstes Videofeedback: Gefühle und Körperempfindungen als irreführende Informationsquelle für die eigene Erscheinung	57
4.3.3	Aufmerksamkeitstraining	60
4.4	Überprüfen der negativen Überzeugungen und Entwicklung eines realistischeren Eindrucks des „sichtbaren Selbst“ im weiteren Verlauf der Therapie	63
4.4.1	Verhaltensexperimente	65
4.4.1.1	Beispiel für ein Verhaltensexperiment	65
4.4.1.2	Prinzipien des Vorgehens	67
4.4.1.3	Planung von Verhaltensexperimenten	72
4.4.2	Videofeedback	74
4.4.3	In-vivo-Verhaltensexperimente	76
4.4.4	Selbstgeleitete Verhaltensexperimente	85
4.5	Weitere Methoden zur Umstrukturierung sozialphobischer Überzeugungen	86
4.5.1	Identifikation und Bearbeitung negativer automatischer Gedanken	86
4.5.2	Modifikation antizipatorischer Verarbeitung	88
4.5.3	Abbau nachträglicher Verzerrung durch Grübeln	90
4.6	Veränderung dysfunktionaler Grundüberzeugungen	92
4.6.1	Generelles Vorgehen	92
4.6.2	Überwindung eines negativen Selbstbildes	94
4.6.3	Eine neue Sicht vergangener Erfahrungen entwickeln	99
4.7	Rückfallprophylaxe, Therapieabschluss und Auffrischungssitzungen	107
5	Effektivität	109
5.1	Effektivität des dargestellten Behandlungsansatzes	109
5.2	Effektivität anderer verhaltenstherapeutischer Methoden	110
5.3	Medikamentöse Behandlung	111
6	Literatur	112

7	Anhang	117
	Sozialphobie-Wochenprotokoll (SWP)	117
	Fragebogen zu Sozialphobischen Kognitionen (SPK)	118
	Verhaltensexperiment-Tagebuch/Protokoll	119
	Bearbeitung der Faktoren, die die soziale Angst aufrechterhalten	120
	Arbeitsblatt: Kognitives Modell	121
	Fragen zur Anregung von alternativen Gedanken	122
	Liste von typischen sozialphobischen Sicherheits- verhaltensweisen	122
	Beispiele für typische sozialphobische Grundüber- zeugungen	123

Karte:

Leitfaden zur Exploration

1 Beschreibung der Störung

1.1 Bezeichnung

Krankhafte Schüchternheit und Vermeidung von Kontakten zu anderen Menschen wurden bereits in der Antike u. a. von Hippokrates als seelisches Leiden beschrieben. Die Bezeichnung *Soziale Phobie* wurde erstmals von Janet 1903 verwendet („phobie des situations sociales“). Dieser Begriff fand zunächst keine Verbreitung; die Störung wurde unter „phobische Neurosen“ subsumiert, und es wurden vielfältige Bezeichnungen verwendet, z. B. in der deutschen Psychiatrie „Anthropophobie“, „Kontaktneurose“ oder „Soziale Neurose“. In neuerer Zeit wurde die Bezeichnung erstmalig im Jahre 1966 von Marks und Gelder aufgegriffen. Sie definierten Soziale Phobien als „phobias of social situations, expressed variably as shyness, fears of blushing in public, of eating meals in restaurants, of meeting men or women, of going to dances or parties, or of shaking when in the centre of attention“ (S. 228).

Späte Berücksichtigung in psychiatrischen Klassifikationen

Erst 1980 wurde die Soziale Phobie als eigenständiges Störungsbild in das *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* der American Psychiatric Association (APA, 1980) aufgenommen. In enger Anlehnung an Marks und Gelder wurde die Störung zunächst als eng umschriebene spezifische Phobie konzipiert. Insbesondere durch die nachfolgenden Revisionen des DSM wurde das Störungskonzept jedoch erheblich ausgeweitet und umfasst jetzt auch stark generalisierte und beeinträchtigende chronische soziale Ängste. Angesichts der erweiterten Definition und der gravierenden Beeinträchtigungen durch die Störung wird der Begriff „Soziale Phobie“ heute vielfach nicht mehr als angemessen angesehen. Deshalb hat sich in den letzten Jahren in der wissenschaftlichen Literatur zunehmend der Begriff „Soziale Angststörung“ durchgesetzt.

1.2 Definition

In die *International Classification of Diseases and Causes of Death* wurde die Diagnose der Sozialen Phobie erst 1991 mit der zehnten Version (WHO/Dilling et al., 1991) aufgenommen. Die in den Kriterien (vgl. Kasten) angesprochenen situativen Auslöser (A) sind jedoch etwas weniger detailliert beschrieben als im DSM-5 (APA, 2013). Zudem haben einige der unter Kriterium B genannten körperlichen Symptome eine geringe Relevanz für die

Diagnose. Deshalb werden häufig die Kriterien des DSM-5 (APA, 2013; APA/Falkai et al., 2015) vorgezogen (vgl. Kasten). Die DSM-5-Kriterien werden vermutlich auch starken Einfluss auf die ICD-11-Kriterien haben.

**Kriterien der Sozialen Phobie (40.1) nach ICD-10
(WHO/Dilling et al., 1991)**

- A. Entweder (1) oder (2):
- (1) deutliche Angst, im Zentrum der Aufmerksamkeit zu stehen oder sich peinlich oder beschämend zu verhalten,
 - (2) deutliche Vermeidung, im Zentrum der Aufmerksamkeit zu stehen oder von Situationen, in denen die Angst besteht, sich peinlich oder beschämend zu verhalten.
- Diese Ängste treten in sozialen Situationen auf, wie Essen und Sprechen in der Öffentlichkeit, Begegnung von Bekannten in der Öffentlichkeit, Hinzukommen oder Teilnahme an kleinen Gruppen, wie z. B. bei Partys, Treffen oder in Klassenräumen.
- B. Mindestens zwei Angstsymptome in den gefürchteten Situationen, mindestens einmal seit Auftreten der Störung sowie zusätzlich mindestens eines der folgenden Symptome:
- (1) Erröten oder Zittern,
 - (2) Angst zu erbrechen,
 - (3) Miktions- oder Defäkationsdrang bzw. Angst davor.
- C. Deutliche emotionale Belastung durch die Angstsymptome oder das Vermeidungsverhalten. Einsicht, dass die Symptome oder das Vermeidungsverhalten übertrieben und unvernünftig sind.
- D. Die Symptome beschränken sich vornehmlich auf die gefürchtete Situation oder auf die Gedanken an diese.
- E. Die Symptome des Kriteriums A sind nicht bedingt durch Wahn, Halluzinationen oder andere Symptome der Störungsgruppen organische psychische Störungen, Schizophrenie und verwandte Störungen, affektive Störungen oder eine Zwangsstörung und sind keine Folge einer kulturell akzeptierten Anschauung.

**Diagnostische Kriterien für Soziale Angststörung (Soziale Phobie)
nach DSM-5 (APA/Falkai et al., 2015, Reprinted in German with
permission from Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG. Diagnostic and
Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, (Copyright
2013). American Psychiatric Association)**

- 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 unbekanntem Personen), beobachtet zu

werden (z. B. beim Essen oder Trinken) und vor anderen Leistungen zu erbringen (z. B. eine Rede halten).

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 Beeinträchtigungen 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 im 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.

Zentrales Merkmal von Sozialen Angststörungen ist die Überzeugung oder Erwartung, dass das eigene Verhalten oder sichtbare körperliche Symptome wie Erröten, Schwitzen oder Zittern von anderen Menschen als lächerlich, merkwürdig, blamabel oder inadäquat bewertet werden. Diese Befürchtun-

Überzeugung der Peinlichkeit von Verhalten oder Körpersymptomen

gen können zum einen in Situationen ausgelöst werden, in denen eigene Handlungen einer Beobachtung und Bewertung durch andere unterliegen (sogenannte „Performance“-Situationen), z. B. Reden oder Essen in der Öffentlichkeit. Zum anderen können Soziale Angststörungen Interaktionssituationen betreffen, wie z. B. mit Fremden sprechen oder Blickkontakt aufnehmen, Interaktionen mit einer Person des anderen Geschlechts, Umgang mit Autoritätspersonen etc. Sehr häufig finden sich auch Befürchtungen, die sich nicht auf Verhalten, sondern auf das Auftreten von sichtbaren körperlichen Symptomen beziehen, vor allem Erröten, Schwitzen oder Zittern. Eher selten konzentrieren sich die Befürchtungen auf Stottern, die eigene Stimme oder die im ICD-10 genannten Symptome des Magen-/Darm-Traktes. Personen mit Sozialen Angststörungen sind überzeugt, dass ihr Verhalten bzw. die Körpersymptome peinlich, „merkwürdig“ oder „lächerlich“ wirken, oder dass andere Menschen ihr Auftreten als Versagen oder eine Blamage bewerten.

Die intensiven Angstreaktionen sind in der Regel auch begleitet von körperlichen Symptomen, die kennzeichnend für ein erhöhtes autonomes Erregungsniveau sind (intensives Herzklopfen, Übelkeit, Durchfall, Muskelanspannung). Nicht selten können sich diese Symptome bei Konfrontation mit kritischen Situationen zu Panikattacken aufschaukeln, einhergehend mit der Überzeugung, die Kontrolle über den Körper zu verlieren.

Ein weiteres Kriterium für Soziale Angststörungen ist eine starke Tendenz zur Vermeidung der gefürchteten Situationen, in denen das vermeintlich peinliche Verhalten oder Körpersymptom auftreten könnte. Diese Vermeidung kann dazu führen, dass sich die Betroffenen aus sozialen Beziehungen zurückziehen, keine Partnerschaften eingehen oder beruflichen Anforderungssituationen aus dem Wege gehen. Da aber die kritischen sozialen Situationen kaum vollständig vermieden werden können, erleben viele Sozialphobiker eine permanente Erwartungsangst (sog. antizipatorische Angst) und können soziale Situationen nur unter höchster emotionaler Belastung durchstehen.

Angesichts der weiten Verbreitung sozialer Ängste in der Allgemeinbevölkerung und der fließenden Übergänge von subklinischen Ängsten zur klinisch bedeutsamen Angststörung ist von besonderer Bedeutung, welches Kriterium für eine klinisch bedeutsame Beeinträchtigung gewählt wird. Hierbei sollten vor allem die sozialen Folgeprobleme berücksichtigt werden, die durch eine durchgängige Vermeidung entstehen: Einsamkeit, Isolation und Partnerlosigkeit im privaten Bereich oder frühzeitiger Schulabbruch und unterqualifizierte Tätigkeiten im Beruf bis hin zur Arbeitslosigkeit. Mitunter schlagen Betroffene mögliche Beförderungen aus oder kündigen sichere Stellen aufgrund ihrer Ängste vor den sozialen Anforderungen. Besonders sorgfältig sollten daher die Formen der Vermeidung und deren Folgen erfasst werden.

Vermeidung
oder Durch-
stehen sozialer
Situationen
unter Angst