

Hochschule Magdeburg-Stendal, Fachbereich
Angewandte Humanwissenschaften,
Studiengang Rehabilitationspsychologie B.Sc.



Neue Erkenntnisse zu Kriterien für den Behandlungserfolg bei der Sozialen Phobie

Bachelor-Thesis zur Erlangung
des akademischen Grades des
Bachelor of Science Rehabilitationspsychologie

Verfasserin:	Anika Köpke Neue Str. 4a, 15370 Fredersdorf
Matrikelnummer:	20112271
Vorgelegt am:	04.09.2014
Erstgutachterin:	Prof. Dr. Claudia Wendel
Zweitgutachterin:	Prof. Dr. habil. Gabriele Helga Franke

**„Wir können den Wind nicht bestimmen,
aber wir können die Segel richtig setzen.“**

(Lucius Annaeus Seneca)

Meinen Eltern

Gabriele Köpke und Klaus-Peter Köpke

Inhaltsverzeichnis

1 Zusammenfassung	5
2 Einleitung	7
3 Methoden	8
4 Überblick über die Soziale Phobie	11
4.1 Definition.....	11
4.1.1 Die Soziale Phobie im DSM-5.....	11
4.1.2 Die Soziale Phobie im ICD-10	12
4.2 Ätiologie.....	14
4.2.1 Kognitiv-behaviorale Modelle.....	14
4.2.2 Psychodynamische Ansätze	16
4.2.3 Genetische und neurobiologische Erklärungsansätze	17
4.2.4 Vulnerabilitäts-Stress-Modell	19
4.3 Klinisches Erscheinungsbild der Sozialen Phobie	20
4.4 Prävalenz, Komorbidität und Verlauf	21
4.5 Subtypen.....	21
4.6 Diagnostik.....	23
4.7 Differentialdiagnostik.....	24
4.8 Therapieansätze	26
4.8.1 Pharmakotherapie	28
4.8.2 Psychotherapie.....	29
5 Mögliche Kriterien für den Therapieerfolg bei Sozialer Phobie.....	31
5.1 Therapieerfolg bei Sozialer Phobie	31
5.2 Mögliche Variablen mit prädiktiven Wert	33
5.3 Zusammenfassung der Ergebnisse.....	35
5.3.1 Soziodemographische Variablen	35
5.3.2 Klinische/störungsspezifische Variablen	35
5.3.3 Komorbide Variablen	36

5.3.4 Behandlungsspezifische Variablen	36
6 Diskussion der Ergebnisse	37
6.1 Methodische Kritik.....	37
6.2 Generalisierbarkeit der Befunde für verschiedene Behandlungsansätze.....	38
7 Fazit	40
8 Literaturverzeichnis	41
9 Anhang.....	49
10 Eigenständigkeitserklärung.....	52

Die weibliche Form ist in der vorliegenden Bachelorthesis der männlichen Form gleichgestellt. Lediglich aus Gründen der leichteren Lesbarkeit wurde die männliche Form gewählt.

1 Zusammenfassung

Einleitung: Das Hauptmerkmal Sozialer Phobien ist die ausgeprägte Angst, sich in sozialen Situationen beschämend oder peinlich zu verhalten. Die Störung beeinträchtigt die Lebensqualität der Betroffenen in verschiedenen Bereichen (Beruf, Familie, private Bindungen etc.). Ziel der vorliegenden Arbeit ist es, zu prüfen, welche Kriterien den Behandlungserfolg bei Sozialer Phobie beeinflussen können.

Fragen: Die Forschungsfragen waren: „Was beinhaltet Therapieerfolg bei Sozialer Phobie?“, „Welche möglichen Faktoren mit prädiktiven Wert werden seit dem Jahr 1998 in wissenschaftlichen Untersuchungen genannt?“, „Welcher Zusammenhang besteht zwischen Kriterien mit prädiktiven Wert und dem Therapieerfolg?“ und „Wie können die neuen Erkenntnisse innerhalb der psychotherapeutischen Behandlung von Sozialer Phobie umgesetzt werden?“.

Methode: Der Arbeit liegt ein umfassendes Fundament an Fachliteratur, bestehend aus Zeitschriftenbeiträgen, Lehrbüchern und ergänzender Literatur aus der Hochschulbibliothek der Hochschule Magdeburg-Stendal sowie aus Datenbanken wie MEDLINE/PubMed, Psychindex, Springerlink, BMC Psychiatric und Google Scholar zu Grunde. Die zwölf ausgewerteten prospektiven Studien, die seit dem Jahr 1998 veröffentlicht sind, wurden auf Grundlage folgender Schlüsselwörter inkludiert: social phobia, Soziale Phobie, soziale Angststörung, social anxiety disorder, cognitive behaviour therapy, prediction, predictors, treatment response und treatment outcome. Als potenzielle Kriterien für den Therapieerfolg wurden soziodemographische Variablen, klinische/störungsspezifische Variablen, komorbide Variablen und behandlungsspezifische Variablen herangezogen.

Ergebnisse: Der Therapieerfolg bei Sozialer Phobie ist abhängig vom Ansatzpunkt der Erfolgsbeurteilung der Behandlung. Die ausgewerteten Untersuchungen ergaben, dass nur wenige Kriterien einen signifikanten Effekt auf das Therapieergebnis haben. Ein höheres Bildungsniveau, eine ausgeprägtere Schwere der Erkrankung/störungsspezifischen Beeinträchtigung, das Vorliegen eines generalisierten Subtyps der Störung, eine komorbide Angststörung, eine hinzukommende histrionische Persönlichkeitsstörung und eine zusätzliche Depression haben vermutlich einen negativen Einfluss auf den Behandlungserfolg. Positive Kriterien sind offensichtlich das weibliche Geschlecht, der Familienstand „verheiratet sein“, die hohe Kompetenz des Therapeuten sowie das positive Gruppenklima und hohe Gruppenkohäsion innerhalb der Therapiegruppe.

Diskussion: Die Aufdeckung von Kriterien für den Behandlungserfolg können Psychotherapeuten helfen, eine differenzielle Anpassung der Therapie an Patientenbedarfe vorzunehmen. Angesichts der Vielfalt von Vorhersagevariablen und der unterschiedlichen Festsetzung sowie Erhebung von Therapieerfolg bei Sozialer Phobie ist die Aussagekraft der

Studien begrenzt. Die Fragen, welchen Effekt eine Kumulation von ungünstigen prognostischen Faktoren hat und wie die Wechselwirkung der einzelnen Variablen zu betrachten ist, bleiben letztendlich offen.

2 Einleitung

Soziale Phobie ist gekennzeichnet durch exzessive Furcht vor oder Vermeidung von sozialen Situationen wie Sprechen in der Öffentlichkeit, Hinzukommen oder Teilnahme an kleinen Gruppen etc.. Die Betroffenen haben Angst, sich beschämend oder peinlich zu verhalten. Die Störung kann sich durch Beschwerden wie Erröten, Zittern oder Angst zu Erbrechen äußern (Dilling, 2006, S. 116f.). Die Erkrankung beeinträchtigt die Lebensqualität der Betroffenen im beruflichen, privaten und familiären Kontext (Heidenreich & Stangier, 2003, S. 4ff.).

Die Intention der vorliegenden Bachelorarbeit ist, die Soziale Phobie unter besonderer Berücksichtigung von Kriterien für den Behandlungserfolg darzustellen. In diesem Zusammenhang werden Bedingungen und Faktoren untersucht, die nach derzeitigem Forschungsstand (veröffentlichte Untersuchungen ab dem Jahr 1998) den Therapieerfolg beeinflussen und zwangsläufig zu einer Modifikation des Behandlungsprozesses führen.

Das nachfolgende Fallbeispiel *Herr W.* dient zur besseren Verständlichkeit der Symptomatik der Störung.

Herr W. ist zum Zeitpunkt des Gespräches, im Jahr 2014, 25 Jahre alt und wohnt in einer eigenen Wohnung in Berlin. Er besitzt einen erweiterten Realschulabschluss und hat bisher noch keine Ausbildung erfolgreich beendet. Der gebürtige Berliner ist kinderlos, hat keine Lebensgefährtin und lebt allein. Herrn W. wurde bei seiner bisher letzten Ausbildung zum Systeminformatiker im Jahr 2009 wegen wiederholtem Fehlen gekündigt. Die Fehlzeiten entstanden, da er sich nicht traute zur Berufsschule zu gehen, insbesondere nachdem er verschlafen hatte oder Vorträge halten sollte. Die Eltern von Herrn W. sind seit seinem fünften Lebensjahr geschieden und seitdem immer wieder unregelmäßig in einer Partnerschaft. Der Klient hat eine zwei Jahre jüngere Schwester, die schwer geistig behindert ist. Die generalisierte Soziale Phobie wurde 2011 vom Sozialpsychiatrischen Dienst Berlin diagnostiziert, da der Vater von Herrn W. einen Einzelfallhelfer beantragte, nachdem der Proband seit ca. zwei Jahren die eigene Wohnung nicht mehr verlassen hatte und die Behörden keine Rückmeldung auf Briefe von ihm erhielten.¹

¹ Das anonymisierte Fallbeispiel wurde auf Basis von mehreren Gesprächen und einer schriftlichen gemeinsamen Ausarbeitung eines wahren Falles erstellt. Ich möchte mich für das entgegengebrachte Vertrauen bei meinem Probanden Herrn W. bedanken. Die schriftliche Ausarbeitung der Gespräche wurde auf persönlichen Wunsch des Klienten, der vorliegenden Arbeit nicht beigelegt.

3 Methoden

Die vorliegende Bachelor-Thesis widmet sich dem Thema „Neue Erkenntnisse zu Kriterien für den Behandlungserfolg bei der Sozialen Phobie“ in welcher folgende Forschungsfragen untersucht wurden: „Was beinhaltet Therapieerfolg bei Sozialer Phobie?“, „Welche möglichen Faktoren mit prädiktiven Wert werden seit dem Jahr 1998 in wissenschaftlichen Untersuchungen genannt?“, „Welcher Zusammenhang besteht zwischen Kriterien mit prädiktiven Wert und dem Therapieerfolg?“ und „Wie können die neuen Erkenntnisse innerhalb der psychotherapeutischen Behandlung von Sozialer Phobie umgesetzt werden?“.

Zur Beantwortung der Forschungsfragen liegt der Arbeit ein umfassendes Fundament an Fachliteratur, bestehend aus Zeitschriftenbeiträgen, Lehrbüchern und ergänzender Literatur aus der Hochschulbibliothek der Hochschule Magdeburg-Stendal sowie aus Datenbanken wie MEDLINE/PubMed, Psychindex, Springerlink, BMC Psychiatric und Google Scholar zu Grunde. Die Literaturrecherche erfolgte durch eine Kombination aus systematischer und unsystematischer Recherche. Die nachfolgenden Schlüsselwörter wurde im Online Katalog der Hochschulbibliothek und den Datenbanken genutzt: Soziale Phobie, soziale Angststörung, social phobia und social anxiety disorder. Diese Schlüsselwörter sind jeweils bei spezifischen Unterpunkten mit folgenden Suchkriterien kombiniert worden: Symptome, symptom, Behandlung, treatment, Epidemiologie, Verlauf, Prävalenz, Therapieerfolg, treatment outcome und treatment response.

Die ausgewerteten prospektiven Studien zur Überprüfung der Variablen mit prädiktiven Wert stützen sich aus Gründen der Repräsentativität und Aktualität der Aussagen auf publizierte Untersuchungen nach dem Jahr 1998. Zur besseren Vergleichbarkeit der Schriften, wurden Studien an erwachsenen Patienten inkludiert, die primär an Sozialer Phobie litten und verhaltenstherapeutisch behandelt wurden. Der Grund ist, dass die kognitive Verhaltenstherapie im Gegensatz zu anderen Behandlungsmethoden ein Evidenzniveau von „wirksam und spezifisch“ besitzt (Heinrichs, Stangier, Gerlach, Willutzki & Fydrich, 2010, S. 40). Um eine aussagekräftige Darstellung der Vielzahl von Variablen mit prädiktiven Wert zu erhalten, wurden Studien mit Aussagen zu soziodemographischen Variablen, klinischen/störungsspezifischen Variablen, komorbiden Variablen und behandlungsspezifischen Variablen eingeschlossen. Die Recherche erfolgte in den Datenbanken: MEDLINE/PubMed, Psychindex, SpringerLink, BMC Psychiatric und Google Scholar. Die Schlüsselwörter waren: social phobia, Soziale Phobie, soziale Angststörung, social anxiety disorder, cognitive behaviour therapy, prediction, predictors, treatment response und treatment outcome. Die folgende Tabelle eins listet die Untersuchungen auf, die ausgewertet und verglichen wurden.

Tabelle 1 ausgewertete Studien mit prädiktiven Wert (Eigendarstellung)

<u>Autoren</u>	<u>Erscheinungs-</u> <u>jahr</u>	<u>Klassifikations-</u> <u>system</u>	<u>Therapie</u>	<u>Follow-up</u> <u>Zeitpunkt</u>
¹ Bonsaksen, Borge & Hoffart	2013	DSM-IV	CTG	12 M.
² Chen, Nakano, Ietuzugu, Ogawa, Funayama, Watanabe, Noda & Furukawa	2007	DSM-IV	CBGT	k. M.
³ Choi & Park	2006	DSM-IV	CBGT	k. M.
⁴ Delsignore , Carraro, Mathier, Znoj & Schnyder	2008	DSM-IV	CBGT	3 M.
⁵ Erwin, Heimberg, Juster & Mindlin	2002	DSM-III-R o. DSM-IV	CBGT	6 M. u. 12 M.
⁶ Erwin, Heimberg, Schneier & Liebowitz	2003	DSM-IV	CBGT	k.M.
⁷ Ginzburg, Bohn, Höfling, Weck, Clark & Stangier	2012	DSM-IV	CT	k.M.

<u>Autoren</u>	<u>Erscheinungs-</u> <u>jahr</u>	<u>Klassifikations-</u> <u>system</u>	<u>Therapie</u>	<u>Follow-up</u> <u>Zeitpunkt</u>
⁸ Lincoln, Rief, Hahlweg, Frank, von Witzleben, Schroeder & Feigenbaum	2005	DSM-IIIIR	CBGT	6 W. u. 12 M.
⁹ Marom, Gilboa-Schechtman, Aderka, Weizman & Hermesh	2009	DSM-IV	CBGT	12 M.
¹⁰ Mennin, Heimberg & Jack	2000	DSM-IIIIR	CBGT	k.A.
¹¹ Scholing & Engelkamp	1999	DSM-IIIIR	CBGT u./o. ET	18 M.
¹² Taube-Schiff, Suvak, Antony, Bieling & McCabe	2007	DSM-IV	CBGT	k.M.

4 Überblick über die Soziale Phobie

Zum Verständnis der Sozialen Phobie enthält dieses Kapitel eine Übersicht zur Definition (Kap. 4.1), Ätiologie (Kap. 4.2), klinischem Erscheinungsbild (Kap. 4.3), Prävalenz, Komorbidität und Verlauf (Kap. 4.4), Subtypen (Kap. 4.5), Diagnostik (Kap. 4.6), Differentialdiagnostik (Kap. 4.7) sowie möglichen Behandlungsansätzen (Kap. 4.8).

4.1 Definition

Soziale Phobie ist ein relativ junges Störungsbild. Sie wurde erstmals vom französischen Psychiater Janet 1903 beschrieben (Stangier, Clark & Ehlers, 2006, S. 2). Heutige Definitionen der Störung fußen auf den Ausführungen von Marks und Gelder aus dem Jahr 1966. Sie beschrieben die Soziale Phobie 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 center of attention.“ (S. 228).

Die Störung wurde 1980 als eigenständiges Störungsbild im Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-III) der American Psychiatric Association (APA) aufgenommen. Heutzutage wird in der wissenschaftlichen Literatur statt „Soziale Phobie“ zunehmend der Begriff „Soziale Angststörung“ verwendet (Stangier, Clark & Ehlers, 2006, S. 2). In dieser Arbeit soll jedoch der dem ICD-10 und DSM-IV entsprechende Begriff „Soziale Phobie“ Verwendung finden. Im Folgenden werden die Definitionen der Sozialen Phobie entlang der diagnostischen Klassifikationssysteme des DSM-5 (Kap. 4.1.1) und des ICD-10 (Kap. 4.1.2) vorgestellt.

4.1.1 Die Soziale Phobie im DSM-5

Die Soziale Phobie ist im DSM-5 (APA, a 2013, S. 202ff.) unter den Angststörungen auf der Achse I kodiert. Diese Version löste im Mai 2013 die vierte Auflage (DSM-IV) ab. Die Störung wird hier vorrangig als „Social Anxiety Disorder“ bezeichnet. Im DSM-IV, wurde der Zeitrahmen für die Störung von sechs Monaten nur für Kinder verwendet, DSM-5 erweitert dieses Kriterium zusätzlich auf Erwachsene. Der Mindestzeitraum der Symptome soll die Möglichkeit reduzieren, dass eine Person nur vorübergehende oder temporäre Angst erlebt. Außerdem wurde das Kriterium, dass Betroffene erkennen müssen, dass die Ängste übertrieben oder unbegründet sind, aufgegeben. Das DSM-5 listet daneben zwei weitere mögliche Verhaltensweisen bei Kindern mit sozialer Phobie auf. Diese sind: „extreme clinging“ und „not being able to speak in social situations“ (APA, c 2013, S. 202). Außerdem wurde die Spezifizierung „generalized“ entfernt und durch „performance“ ersetzt (APA, b 2013, S. 203). Tabelle zwei gibt einen Überblick über die Kriterien zur Diagnose einer Sozialen Phobie nach DSM-5.

Tabelle 2 Diagnostische Kriterien für die Soziale Angststörung (aus APA, a 2013, S. 202f.)

<u>Social Anxiety Disorder (Social Phobia) (DSM-5: 300.23)</u>
<p>A. Marked fear or anxiety about one or more social situations in which the individual is exposed to possible scrutiny by others. Examples include social interactions (e.g., having a conversation, meeting unfamiliar people), being observed (e.g., eating or drinking), and performing in front of others (e.g. giving a speech).</p> <p>Note: In children, the anxiety must occur in peer settings and not just during interactions with adults</p> <p>B. The individual fears that he or she will act in a way or show anxiety symptoms that will be negatively evaluated (i.e., will be humiliating or embarrassing; will lead to rejection or offend others).</p> <p>C. The social situations almost always provoke fear or anxiety.</p> <p>Note: In children, the fear or anxiety may be expressed by crying, tantrums, freezing, clinging, shrinking, or failing to speak in social situations.</p> <p>D. The social situations are avoided or endured with intense fear or anxiety.</p> <p>E. The fear or anxiety is out of proportion to the actual threat posed by the social situation and to the sociocultural context.</p> <p>F. The fear, anxiety, or avoidance is persistent, typically lasting for 6 months or more.</p> <p>G. The fear, anxiety, or avoidance causes clinically significant distress or impairment in social, occupational, or other important areas of functioning.</p> <p>H. The fear, anxiety, or avoidance is not attributable to the physiological effects of a substance (e.g., a drug of abuse, a medication) or another medical condition.</p> <p>I. The fear, anxiety, or avoidance is not better explained by the symptoms of another mental disorder, such as panic disorder, body dysmorphic disorder, or autism spectrum disorder.</p> <p>J. If another medical condition (e.g., Parkinson's disease, obesity, disfigurement from burns or injury) is present, the fear, anxiety, or avoidance is clearly unrelated or is excessive.</p> <p>Specify if:</p> <p>Performance only: If the fear is restricted to speaking or performing in public.</p>

Nachfolgend wird die Klassifizierung der Sozialen Phobie in der internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (ICD) beschrieben.

4.1.2 Die Soziale Phobie im ICD-10

In der zehnten Fassung der „International Classification of Diseases and Causes of Death“ von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) wurde die Soziale Phobie erstmals 1991 aufgenommen. Die Erkrankung gehört zu den phobischen Störungen und wird unter F 40.1 klassifiziert. Im Vergleich zum DSM-5 sind die situativen Auslöser (Kriterium A) weniger

ausführlich beschrieben. Überdies haben die körperlichen Symptome (Kriterium B) eine geringe Relevanz für eine Diagnose der Sozialen Phobie und die gravierende Beeinträchtigung der Lebensführung von Betroffenen wird nicht aufgeführt (Stangier, Clark & Ehlers, 2006, S. 2ff.). Eine Übersicht über die Kriterien gibt Tabelle drei.

Tabelle 3 Diagnostische Kriterien für die Soziale Phobie (aus Dilling, 2006, S. 116f.)

<u>Soziale Phobie (ICD-10, F 40.1)</u>
<p>A. Entweder 1. oder 2.</p> <ol style="list-style-type: none">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. <p>Diese Ängste treten in sozialen Situationen auf, wie Essen oder Sprechen in der Öffentlichkeit, Begegnung von Bekannten in der Öffentlichkeit, Hinzukommen oder Teilnahme an kleinen Gruppen, wie z.B. bei Parties, Konferenzen oder in Klassenräumen.</p>
<p>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:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Erröten oder Zittern,2. Angst zu erbrechen,3. Miktions- oder Defäkationsdrang bzw. Angst davor.
<p>C. Deutliche emotionale Belastung durch die Angstsymptome oder das Vermeidungsverhalten. Einsicht, dass die Symptome oder das Vermeidungsverhalten übertrieben und unvernünftig sind.</p>
<p>D. Die Symptome beschränken sich ausschließlich oder vornehmlich auf die gefürchtete Situation oder auf Gedanken an diese.</p>
<p>E. Ausschlussvorbehalt: Die Symptome der Kriterien A. und B. sind nicht bedingt durch Wahn, Halluzinationen oder andere Symptome der Störungsgruppen organische psychische Störung (F0), Schizophrenie und verwandte Störungen (F2), affektive Störung (F3) oder eine Zwangsstörung (F42) und sind nicht Folge von kulturellen akzeptieren Anschauungen.</p>

Nach Stein und Stein (2008, S. 1115ff.) treten die zusätzlichen Symptome (Kriterium B), wie Angst zu erbrechen und der Miktions- oder Defäkationsdrang bzw. die Angst davor, bei den Betroffenen eher selten auf.

4.2 Ätiologie

Herr W.: „Meiner Meinung nach, gab es keinen konkreten Auslöser. In meiner Familie hat keiner eine Soziale Phobie. Ich bin schon immer Außenseiter und ein eher zurückhaltender Typ gewesen. Ich leide bereits seit der zehnten Klasse unter diesen Symptomen, auch wenn es mir damals noch nicht so bewusst war. Während der Schulzeit habe ich mich nie getraut zur Schule zu gehen, wenn ich verschlafen habe oder Vorträge halten musste. Für mich ist es schwer im Mittelpunkt zu stehen und von allen angesehen zu werden. Ich war nicht der beliebteste Schüler und dürfte mir ein paar fiese Sprüche anhören, aber bei weitem nicht so schlimm, wie es hätte sein können. Ich denke, die ständige Zurückweisung der anderen Schüler hat ihren Teil dazu beigetragen.“

Das folgende Unterkapitel befasst sich mit verschiedenen Modellen zur Entstehung und Aufrechterhaltung der Sozialen Phobie. In Morschitzky (2002) findet sich ein guter Überblick über Erklärungsmodelle zur Entstehung der Sozialen Phobie. Bemerkenswert ist, dass ein niedriger Selbstwert und der Anspruch, perfekt in sozialen Situationen aufzutreten sowohl in den kognitiv-behavioralen Modellen als auch psychodynamischen Ansätzen eine wichtige Rolle spielen. Im Anschluss werden genetische und neuronale Entstehungsmodelle der Sozialen Phobie erläutert.

4.2.1 Kognitiv-behaviorale Modelle

Nach der Zwei-Faktoren-Theorie der Angst (Mowrer, 1960) entsteht die Soziale Phobie durch eine Verknüpfung von klassischer und operanter Konditionierung. Die klassische Konditionierung ist beispielsweise das Halten eines Vortrages (neutraler bedingter Reiz) und das möglicherweise unabsichtliche Gelächter eines Zuhörers (unbedingter Reiz) dem der Referent mit einer Schreckreaktion (unbedingte Reaktion) begegnet. Der ursprünglich neutrale Reiz löst nun eine bedingte Reaktion aus. Das führt im Beispiel zu einer Generalisierung der Angstreaktion auf andere Vortragssituationen. Die Theorie der klassischen Konditionierung liefert eine plausible Erklärung für die Entstehung von spezifischen Sozialen Phobien (Weiß, 2013, S. 8f.). Das operante Konditionieren (Lernen durch Konsequenzen) spezifiziert die Bedingungen, unter denen sich die Auftretenswahrscheinlichkeit für die Angstreaktion erhöht oder senkt (Lefrançois, 2006, S.87ff.). Bestraft, beim Halten des Vortrages, der Dozent mit einem barschen Kommentar die Leistung vor einem Kurs, wird sich der Referent zukünftig wahrscheinlich nicht mehr für Wortbeiträge melden (Weiß, 2013, S. 8f.). Sozialphobiker zeigen oder entwickeln oft Vermeidungsverhalten bei angstbesetzten Situationen, die die Betroffenen kurzfristig

erleichtern (u.a. Sicherheitsverhalten). Diese Verhaltensweise trägt als negativer Verstärker zur Aufrechterhaltung der Ängste bei (Fydrich, 2009, S. 48).

Laut Seligmann (1971, S. 307ff.) entsteht die Soziale Phobie evolutionsbedingt durch eine gewisse Bereitschaft („preparedness“), ganz spezielle bedingte Reize mit den bestimmten unbedingten Reizen zu verknüpfen und dadurch gewisse konditionierte Reaktionen zu erwerben. Der evolutionäre Gewinn einer sozialen Unterordnung oder Vorsicht im Kontakt mit feindseligen Menschen kann die Anpassung an Gruppenhierarchien und eine ausgeprägte Sensibilität für die Bedürfnisse anderer sein. Betroffene werden als schwächere Mitglieder aus einer existenziellen sozialen Gruppe nicht verstoßen (Fydrich, 2009, S. 49).

Beck, Emery und Greenberg (1985) sind der Ansicht, dass negative kognitive Schemata die zentrale Ursache für psychische Störungen sind. Die negativen kognitiven Schemata entstehen etwa durch Sozialisationsprozesse, Modelllernen, stressreiche oder traumatische Erfahrungen und entfalten sich zu problematischen Emotionen und Verhaltensweisen. Als besonders vulnerabel gelten Übergangsphasen von einer Entwicklungsphase zur nächsten (z.B. in der Pubertät), in denen die eigenen sozialen Fähigkeiten noch nicht hinreichend entwickelt sind und die Umwelt neue Anforderungen stellt. Nach Beck, Emery und Greenberg (1985) sind für die Soziale Phobie u.a. folgende Konzeptionen spezifisch: Bewertung des Selbst als inkompetent unter perfektionistischen selbst auferlegten Standards, während gleichzeitig anderen Menschen eine äußerst kritische Grundhaltung und übermäßige Gewichtung des eigenen Verhaltens unterstellt wird. Diese negativen kognitiven Schemata werden in Form von konditionalen oder unkonditionalen Annahmen gespeichert. Konditionale Annahmen sind Wenn-dann-Verknüpfungen (z.B.: „Wenn andere merken, dass ich ängstlich bin, werden sie mich ablehnen.“). Unkonditionale Annahmen sind Arten von Grundüberzeugungen, die absolute Bewertungen enthalten (z.B.: „Ich bin ein Außenseiter.“). Als Resultat dieser kognitiven Schemata erleben Betroffene mit sozialer Phobie negative automatische Gedanken in angstauslösenden Situationen oder in Erwartung solcher.

Das kognitive Modell von Clark und Wells (1995) erklärt die Aufrechterhaltung der Störung, obwohl, trotz intellektueller Einsicht in die Übertriebenheit der Gedanken und die ständige Konfrontation mit sozialen Situationen eigentlich eine Habituation der Patienten stattfinden müsste. Die Theorie besteht aus drei zentralen Komponenten. Der erste Faktor ist die erhöhte Selbstaufmerksamkeit und Verarbeitung des Selbst als soziales Objekt. Die Betroffenen fokussieren ihre Aufmerksamkeit vor allem auf den eigenen Körper und weniger auf die reale Außenwelt. Die Folge ist eine Fehlattribution der Angstsymptome. Die Entwicklung von Sicherheitsverhalten stellt nach Clark und Wells (1995) die zweite bedeutsame Säule da. Personen mit einer sozialen Phobie versuchen beispielweise die erwarteten Körpersymptome zu verstecken, um angenommene Bedrohungen und Ängste zu reduzieren. Diese Verhaltensweise führt zu einer Aufrechterhaltung der Störung, da

Sozialphobiker ihre Befürchtungen nicht an der Realität überprüfen. Die letzte Komponente besteht aus antizipatorischen sowie nachträglichen Verarbeitungsprozesse. Nach der sozialen Situation nehmen Betroffene eine negative Situationsbewertung vor. Die kognitiven Prozesse und Körperempfindungen verstärken sich gegenseitig, daraus resultiert eine ausgeprägte Erwartungsangst vor neuen zwischenmenschlichen Kontakten. Die folgende Abbildung zeigt das kognitive Modell der Sozialen Phobie von Clark und Wells (1995).

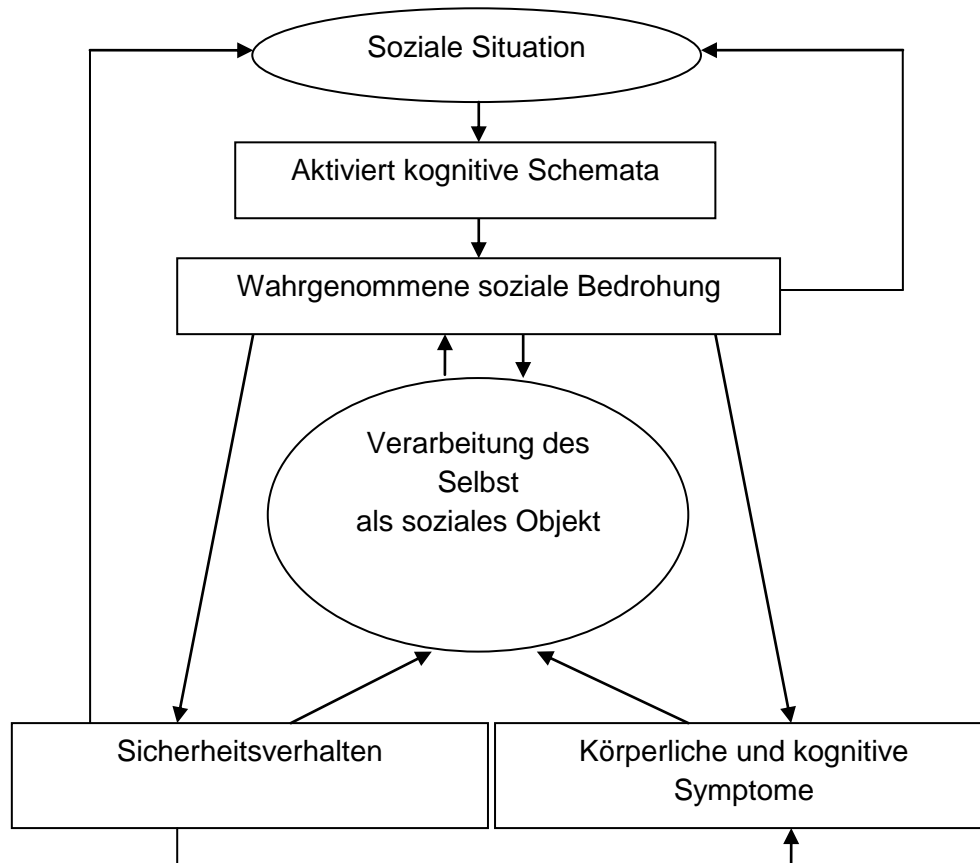


Abbildung 1 Kognitives Modell der Sozialen Phobie (aus Clark & Ehlers, 2002, S. 159)

Aus der Perspektive der kognitiv-behavioralen Modelle sollen Betroffene erlernen, aktiv neue Verhaltensweisen anzustreben, um hinderliche Lernprozesse umzukehren (Consbruch & Stangier, 2010, S. 20f.).

4.2.2 Psychodynamische Ansätze

Aus psychodynamischer Sicht ist die Ursache der Sozialen Phobie „der Wunsch nach Akzeptanz und Bestätigung durch das bedeutsame Gegenüber bei gleichzeitig antizipierter Demütigung/Beschämung durch die ablehnende elterliche Figur.“ (Haselbacher, Beutel, Leichsenring & Wiltink, 2008, S. 172). Die Betroffenen haben das Verlangen, nahezu perfekt in sozialen Situationen zu agieren, „um der gefürchteten Zurückweisung zu entgehen, ein Anspruch jedoch, der die ohnehin schon bestehende Anspannung, die Gefahr des

Scheiterns und die damit verbundene Beschämung nochmals intensiviert.“ (ebd., 2008, S. 172). Nach Gabbard (1992) gibt es drei Faktoren zur psychodynamischen Entstehung der Sozialen Phobie. Der erste Faktor ist der Affekt der Scham. Erikson (1971) hebt hervor: „Wer sich schämt, glaubt sich exponiert und beobachtet, ist unsicher und befangen. Man fühlt sich den Blicken der Welt höchst unvorbereitet ausgesetzt.“ (S. 79). Die Konsequenz des unangenehmen Gefühls der Scham ist ein vermehrter sozialer Rückzug der Betroffenen. Ein zweiter Faktor sind Schuldgefühle (Gabbard, 1992). Diese Emotionen entstehen durch die „Abwehr einer überhöhten Sicht des eigenen Selbst“ (Hoffmann, 2002, S. 55). Das Größenselbst (Kohut, 1979) wünscht sich unbewusst uneingeschränkte sowie absolute Aufmerksamkeit. Die Betroffenen möchten bedrohliche Gegner vertreiben oder sogar ermorden. Neben Schuldgefühle können auch Schamgefühle entstehen, da der Patient nicht wirklich die Fähigkeit besitzt, seine Rivalen zu töten und daher falsche Wahrheiten vortäuscht. Hoffmann (2002, S. 51ff.) vertritt die Meinung, dass die Überhöhung des Selbst eine Abwehr der wahrgenommenen Gefühle von Kleinheit und Minderwertigkeit darstellt. Diese Dynamik führt zu einer konsequenten Destabilisierung des Selbst, da die Betroffenen diese überhöhten Ansprüche nicht umsetzen können. Aus Sicht von Gabbard (1992) ist der dritte Faktor die Trennungsangst. Menschen mit einer sozialen Phobie fürchten, wenn sie sich in Richtung Autonomie bewegen, dass sie die Liebe der versorgenden Bezugsperson verlieren. Aus diesem Grund meiden die Betroffenen andere Personen und soziale Situationen. Aus Sicht der psychodynamischen Ansätze fehlt Patienten mit sozialer Phobie oft eine anerkennende Introjektion, die das Selbstwertgefühl stützt und reguliert (Hoffmann, 2002, S. 51ff.).

4.2.3 Genetische und neurobiologische Erklärungsansätze

Verschiedene Studien (u.a. Kendler, Karkowski & Prescott 1999; Lieb, Wittchen, Höfler, Fuetsch, Stein & Merikangas 2000; Nelson, Grant, Buchholz, Glowinski, Madden, Reich & Heath 2000) zeigten, dass die Entwicklung und Aufrechterhaltung von Symptomen der Sozialen Phobie mit einem moderatem genetischen Einfluss zusammenhängt. Beispielsweise untersuchten Kendler, Karkowski und Prescott (1999) eineiige Zwillinge die getrennt voneinander aufwuchsen und unter anderem an sozialer Phobie erkrankten. Ein Ergebnis war, dass wenn ein Geschwisterkind an sozialer Phobie leidet, das andere mit 51prozentiger Wahrscheinlichkeit ebenso diese Störung entwickelt. Lieb und Kollegen (2000) vermuten, dass die elterliche Psychopathologie, insbesondere Soziale Phobie und Depression, die Entstehung psychischer Erkrankungen bei Kindern begünstigt. Murray, Cooper, Creswell, Schofield und Sack (2007) gelangen dagegen zu der Überzeugung, dass Kinder von Müttern mit einer sozialen Phobie frühzeitig verringerte soziale Reaktionsfähigkeit zeigen. Die Autoren führen dies sowohl auf einen Mangel an mütterlicher Förderung in der sozialen Interaktion sowie auf individuelle Unterschiede im Säugling zurück. Nach dem

Konstrukt der „Behavioral inhibition“ (kindliche Verhaltenshemmung) weisen bestimmte Menschen in ihrer Kindheit im Sinne eines Persönlichkeitssfaktors ein genetisch determiniertes Verhaltensmerkmal auf. Dieses zeichnet sich durch Zurückhaltung, Befangenheit, Hemmung des Spontanverhaltens sowie vermehrter Selbstbeobachtung und -bewertung in neuen sozialen Situationen aus (Morschitzky, 2002, S. 292ff.).

Soziale Phobie scheint demnach durch das Wechselspiel von genetischem Einfluss und zum Störungsausbruch ergänzend einwirkenden sozialen Umweltfaktoren zu entstehen. Insgesamt sind die Ergebnisse aus genetischen Erklärungsansätzen vorsichtig zu interpretieren, da oftmals methodische Schwächen bei der diagnostischen Definition vorliegen (Wittchen & Hoyer, 2011, S. 956). Dies belegt die Relevanz der Untersuchung weiterer ätiologischer Faktoren.

Auf der neurobiologischen Ebene sind spezifische Angststörungen durch eine veränderte Verarbeitung von phobischen Reizen im Gehirn gekennzeichnet. Brühl, Rufer, Delsignore, Kaffenberger, Jäncke und Herwig (2011) untersuchten die Gehirnaktivität von Patienten mit sozialer Phobie und einer Kontrollgruppe mit Hilfe von positiven, negativen, neutralen oder zweideutigen emotionalen Reizen. Ergebnis war, dass im Vergleich zur Kontrollgruppe bei Patienten mit Sozialer Phobie eine erhöhte Aktivität im Mittelhirn/Thalamus dorsalis, Amygdala und temporo-occipital sowie parietalen Regionen des Gehirns nachgewiesen werden konnte. Außerdem zeigte die Untersuchung eine verminderte Aktivität im linken Cortex orbitofrontalis. Die erhöhte Aktivierung der Amygdala sowie der occipitalen Regionen des Gehirns ist auch bei Menschen mit anderen Angststörungen zu finden. Weitere Forschungen (u.a. Labuschagne, Phan, Wood, Angstadt, Chua, Heinrichs, Stout & Nathan 2012; Meyer-Lindenberg, Domes, Kirsch & Heinrichs 2011) untersuchten die Auswirkungen der Neuropeptide Oxytocin und Vasopressin auf Patienten mit sozialer Phobie. Es zeigte sich, dass die Neuropeptide eine dämpfende, gleichsam normalisierende Wirkung auf die Hirnaktivierung sowie die Reaktivität auf emotionale Signale haben.

Die Ergebnisse aus den neuronalen Erklärungsansätzen sprechen dafür, dass Menschen mit einer sozialen Phobie nicht nur eine veränderte Verarbeitung von bestimmten befürchteten Reizen haben, sondern auch eine allgemein gestörte Emotionsverarbeitung in den neuronalen Signalwegen. Wittchen und Hoyer (2011) resümierten, dass die Erkenntnisse aus den genetischen und neurobiologischen Erklärungsansätzen zur Entstehung und Aufrechterhaltung der Sozialen Phobie „derzeit noch als lückenhaft bezeichnet werden“ können (S. 956). Aus den Forschungsergebnissen leitet sich der Einsatz von Medikamenten als ein möglicher Behandlungsansatz ab.

4.2.4 Vulnerabilitäts-Stress-Modell

Dieser Erklärungsansatz vereint die oben beschriebenen Modelle und verdeutlicht, dass die Entstehung der Sozialen Phobie durch viele Faktoren bestimmt ist (Weiß, 2013, S. 16f.). Die Vulnerabilität gibt Aufschluss über die individuelle „Verwundbarkeit“ beziehungsweise Prädisposition eines Menschen für bestimmte psychische Erkrankungen und die damit verbundenen psychischen, somatischen oder sozialen Bedingungen für das Erstauftreten der Sozialen Phobie. Die folgende Abbildung zeigt die Wechselwirkung zwischen äußerer Umwelt und intraindividuellen Komponenten.

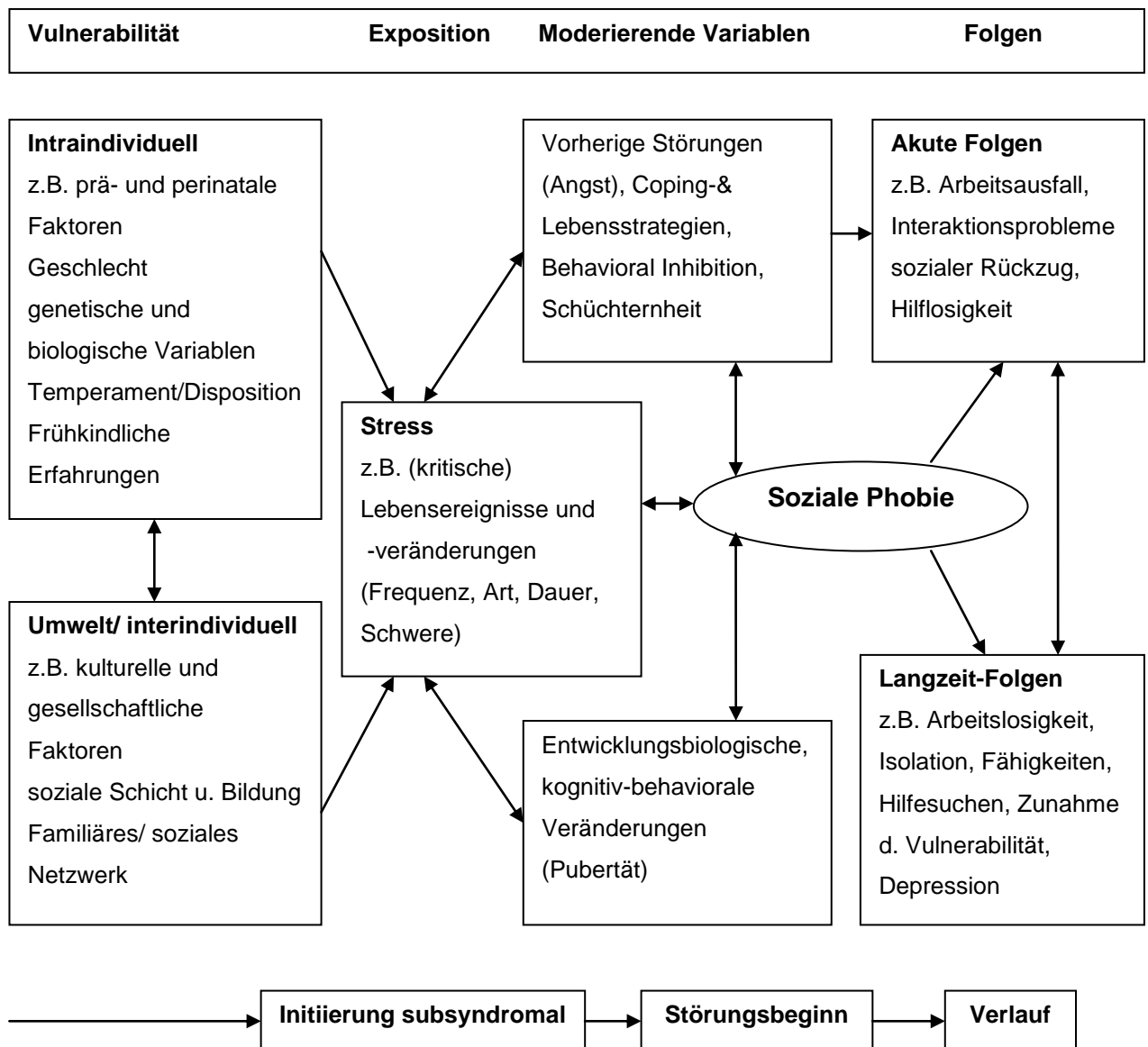


Abbildung 2 Vulnerabilitäts-Stress-Modell der Sozialen Phobie (aus Wittchen & Hoyer, 2011, S. 957)

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass die Soziale Phobie eine multifaktorielle Ätiologie besitzt. Öst und Hugdahl (1981) untersuchten bei 106 phobischen Probanden (Klaustro-, Tierphobie und Soziale Phobie) die Umstände des Beginns ihrer Störung. Mehr als die Hälfte (57,5%) der Betroffenen konnten eine direkte Konditionierungserfahrung in ihrem bisherigen Leben benennen. 17% der Probanden gaben Modelllernen als Ursache ihrer Erkrankung an und 10,4% schilderten problematische Lehr- oder Informationserfahrungen. 15,1% der Phobiker konnten keinen grundlegenden Faktor zur Entstehung ihrer Ängste benennen. Die Autoren schlussfolgerten, dass für die Soziale Phobie die Konditionierungserfahrung als Ursache signifikant überwiegt.

Nachfolgend wird das klinische Erscheinungsbild der Sozialen Phobie beschrieben.

4.3 Klinisches Erscheinungsbild der Sozialen Phobie

Herr W.: „Mein Hauptproblem ist allgemein die Angst unter Menschen zu sein. Diese macht es mir schwer, zum Beispiel Einkaufen zu gehen. Ich versuche immer Orte zu vermeiden, wo viele Leute sind. Mir wird dann übel und meine Hände fangen an zu schwitzen. Es schränkt mich ungemein in meinem alltäglichen Leben ein. Ich habe Angst vor größeren Menschengruppen bzw. teilweise auch einzelnen Personen, weil ich etwas sagen oder tun könnte, dass mich blamiert bzw. wodurch die anderen schlecht von mir denken könnten. Mir ist natürlich klar, dass es nicht so ist. Aber ich kann dieses unangenehme Gefühl einfach nicht unterbinden.“

Das Hauptsymptom der Sozialen Phobie ist eine intensive Furcht, durch das eigene Verhalten oder sichtbare körperliche Angstsymptome peinlich in der Öffentlichkeit hervortreten. Überdies haben die Patienten dysfunktionale Gedanken, die gekennzeichnet sind durch die Befürchtung beziehungsweise Erwartung negativer Bewertung oder Ablehnung durch andere Personen (Fydrich, 2009, S. 46). Die Betroffenen denken „dumm“, „inkompetent“, „langweilig“, „krank“ oder „merkwürdig“ zu sein (Heinrichs et al., 2010, S. 12). Menschen mit einer sozialen Phobie zeigen häufig Vermeidungs- oder Fluchtverhalten (grundsätzliches ausweichen oder verlassen von sozialen angstbesetzten Situationen), Sicherheitsverhaltensweisen (Verhaltensweisen zur subjektiven Angstreduktion oder zur Verdeckung von sichtbaren Furchtsymptomen) und nicht kompetentes Interaktionsverhalten (Fydrich, 2009, S. 47). Dessen ungeachtet haben Sozialphobiker meist ein niedriges Selbstwertgefühl, eine ablehnende Selbstwahrnehmung und eine Hochsensitivität gegenüber Kritik (Heinrichs et al. 2010, S. 13). Die Störung beeinträchtigt die Lebensqualität der Betroffenen in nahezu allen psychosozialen Bereichen (Beruf, Hobbys, private Bindungen etc.) (Haselbacher et al., 2008, S. 169).

4.4 Prävalenz, Komorbidität und Verlauf

Herr W.: „Je älter ich wurde, desto akuter wurde die Symptomatik. Meine Ausbildungsstelle hat mich im Winter 2009 aufgrund meiner hohen Fehlzeiten gekündigt. Danach habe ich mich Zuhause nicht mehr raus getraut und den Kontakt zur Familie und Freunden völlig abgebrochen. Mein Vater bemerkte dies. Er suchte Hilfe beim Sozialpsychiatrischen Dienst von Berlin. Von dort bekam ich einen Einzelfallhelfer zugeteilt und schließlich die Diagnose Soziale Phobie. Im Jahr 2011 hatte ich schließlich einen Termin bei einer Psychiaterin und danach begann ich eine Verhaltenstherapie in einer Institutsambulanz. Hier wurde eine zusätzliche depressive Störung festgestellt.“

Die Prävalenzschätzungen weisen erhebliche Schwankungen auf, die unter anderem auf verschiedene diagnostische Kriterien, berücksichtigte Altersgruppen sowie Untersuchungsmethoden zurückzuführen sind (Stangier, Clark & Ehlers, 2006, S. 7ff.). Laut Fehm, Pelissolo, Furmark und Wittchen (2005) beträgt die mittlere Lebenszeitprävalenz für Soziale Phobie in Europa 6,65%. Die Einjahresprävalenzrate schwankt zwischen 2-3%. Frauen haben im Vergleich zu Männern ein um etwa 1,5-fach erhöhtes Risiko für die Entwicklung einer sozialen Phobie. Die Störung gilt damit als die häufigste Angsterkrankung.

Keller (2003) schreibt, dass 70-80% der Patienten mit Sozialer Phobie noch unter mindestens einer weiteren psychischen Störung leiden. Die häufigsten komorbiden Störungen sind andere Angststörungen, depressive Störungen und Substanzabhängigkeiten (APA, a 2013, S. 208). Die Hochrisikozeit für die Entwicklung einer Sozialen Phobie liegt zwischen dem 10. und 17. Lebensjahr. Im Durchschnitt vergehen bis zum Behandlungsbeginn etwa 10-20 Jahre (Berghändler, Stieglitz & Vriends, 2007, S. 226). Wittchen und Fehm (2003, S. 453ff.) berichten, dass Soziale Phobien nach einem Alter von 24 Jahren in der Regel stabil und ohne Spontanremissionen verlaufen.

4.5 Subtypen

Die Einteilung der Sozialen Phobie in verschiedene Typen ist wissenschaftlich umstritten, da die Unterformen keine eindeutig präzisierten Kriterien besitzen. Die Subtypen spiegeln unterschiedliche Schweregrade der Störung wieder (Morschitzky, 2002, S. 93ff.). Nach Morschitzky (2002, S. 93) werden in der deutschsprachigen Literatur vier Formen der Sozialen Phobie in Verbindung mit den therapeutischen Konsequenzen unterschieden. Diese sind: niedrige soziale Angst und niedrige soziale Defizite („normale“ soziale Angst), hohe soziale Angst und niedrige soziale Defizite (Phobie, eher leicht behandelbar), niedrige soziale Angst und hohe soziale Defizite (Defizite, schwieriger und langfristiger zu behandeln) sowie hohe soziale Angst und hohe soziale Defizite (schwere Störung, aufwendige, langwierige Behandlung). Stangier und Fydrich (2002, S. 22f.) gehen davon aus, dass

Soziale Ängste als ein Kontinuum von verschiedenen Ausprägungsgraden darstellbar sind (Abbildung drei).

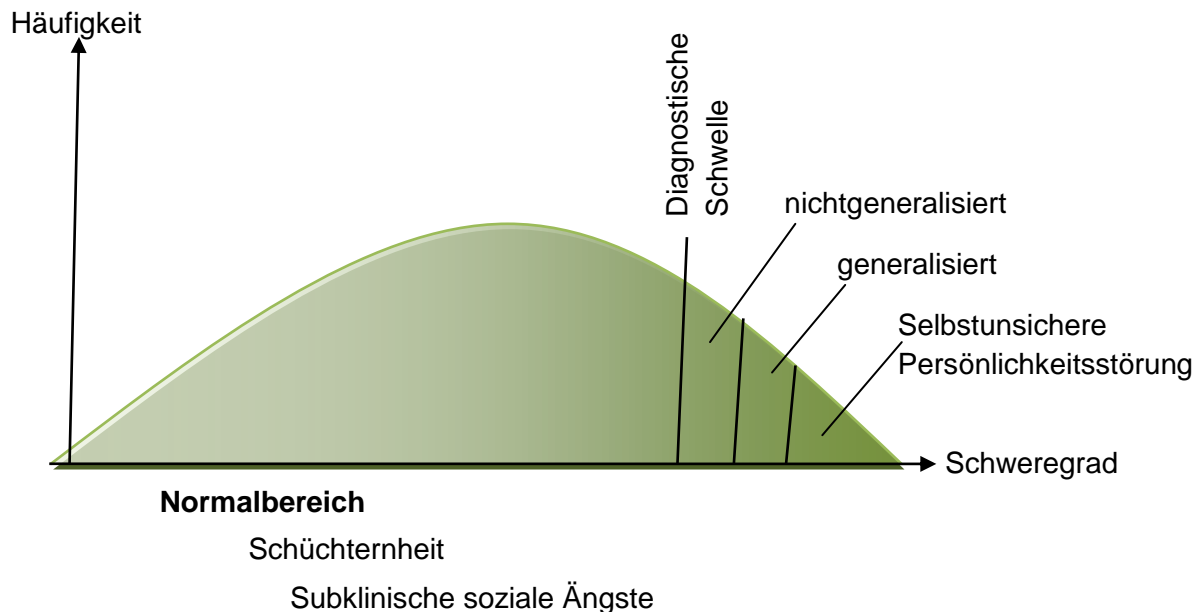


Abbildung 3 Kontinuum der Sozialen Phobie (aus Stangier & Fydrich, 2002, S. 23)

Das DSM-5 ermöglicht bei der Diagnose der Sozialen Phobie die Zusatzkodierung „performance only typ“ (nichtgeneralisiert) wenn die Angst „is restricted to speaking or performing in public“ (APA, a 2013, S. 203). Personen mit einer nichtgeneralisierten Form der Sozialen Phobie scheinen in Bezug auf Ätiologie, Alter bei Beginn der Störung, physiologische Reaktion und Ansprechbarkeit auf Behandlung eine Untergruppe zu bilden (APA, b 2013, S. 6f.). Betroffene deren Ängste nicht diese Definition erfüllen, werden als „generalisierte“ Soziale Phobie diagnostiziert, unabhängig von der Schwere der Erkrankung und störungsspezifischer Beeinträchtigung (Bögels, Alden, Beidel, Clark, Pine, Stein et al., 2010, S. 175).

Ralevski, Sanislow, Grilo, Skodol, Gunderson, Tracie Shea et al. (2005, S. 208ff.) untersuchten die Abgrenzbarkeit von einer selbstunsicheren Persönlichkeitsstörung zu einer Sozialen Phobie bei 225 Probanden. Die Autoren kamen zu dem Ergebnis, dass die beiden Störungen alternative Begrifflichkeiten derselben Erkrankung sind. In der Regel ist die selbstunsichere Persönlichkeitsstörung die schwerere Form der generalisierten sozialen Phobie. Bögels et al. (2010, S.180) merken kritisch an, dass bei einer tiefergehenden Betrachtung diese Einteilung zu einfach ist.

4.6 Diagnostik

Herr W.: „In der Institutsambulanz erhielt ich mehrere Fragebögen zum Ausfüllen. Die Therapeutin machte zu Beginn der Therapie ein klinisches Interview mit mir. Die Auswertung bestätigte, die hauptsächliche Diagnose Soziale Phobie sowie eine mittelgradige depressive Episode.“

Eine angemessene Diagnostik einer Sozialen Phobie sollte neben der Abklärung der sozialen Ängste, angesichts der hohen Komorbidität immer ein breiteres Spektrum an Störungen wie Angststörungen, depressive Störungen und Substanzabhängigkeit erfassen (Mitte, Heidenreich & Stangier, 2007, S. 19ff.). Mit hoher Sicherheit können Soziale Phobien mithilfe von strukturierten oder standardisierten Interview- oder Checklistenverfahren zur Diagnostik von psychischen Störungen erfasst werden (Fydrich, 2009, S. 54). Diese sind die strukturierten Interviewverfahren SKID (Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV von Wittchen, Zaudig & Fydrich, 1997) und DIPS (Diagnostisches Interview bei Psychischen Störungen von Schneider & Margraf 2011) sowie das Checklistenverfahren IDCL (Internationale Diagnosen Checklisten für ICD-10 von Hiller, Zaudig & Mombour, 1997). Zur Diagnostik der selbstunsicheren Persönlichkeitsstörung eignet sich das SKID-II (von Wittchen, Zaudig & Fydrich, 1997) oder das IPDE (International Personality Disorder Examination von Mombour, Zaudig, Berger, Guterrez, Berner, Berger et al., 1996) (Heinrichs et al., 2010). Aufgrund der fünften Auflage des DSM hat das SCID-Entwicklungsteam in den USA eine neue Version der strukturierten Interviewverfahren entworfen. Diese Überarbeitung wird derzeit von der American Psychiatric Association überprüft. Das SCID-II soll zukünftig SCID-PD (SCID for Personality Disorders) heißen (Biometrics Research Department, 2014).

Laut der evidenzbasierten Leitlinie zur Psychotherapie der Sozialen Angststörung (Heinrichs et al., 2008, 17f.) sind folgende psychometrische Verfahren zur Selbst- und Fremdbeurteilung bei Erwachsenen mit einer Sozialen Phobie geeignet:

Selbstbeurteilung

- Das „Social Phobia and Anxiety Inventory“ (SPAI) (Fydrich, 2002) umfasst 22 Items für somatische, kognitive und verhaltensbezogene Symptome in Bezug auf mögliche soziale Situationen. Die Priorität liegt in der Erhebung der sozialen Ängste bei möglichen beteiligten Personen wie Fremden, gegengeschlechtliche Personen, Vorgesetzten und anderen Menschen im Alltag. Der Fragebogen eignet sich vor allem zur Erstellung einer Angsthierarchie und zur Therapieplanung. Die interne Konsistenz liegt zwischen .93 bis .96 (Mitte, Heidenreich & Stangier, 2007, S. 31ff.).

- Die „Social Phobia Scale“ (SPS) und „Social Interaction Anxiety Scale“ (SIAS) (Stangier, Heidenreich, Berardi, Golbs & Hoyer, 1999) erfassen mit je 20 Items Ängste in Leistungssituationen (SPS) und Ängste bei sozialen Interaktionen (SIAS). SPS und SIAS sollten immer zusammen vorgelegt werden, um die sozialphobischen Situationen der Betroffenen besser zu erfassen. Die interne Konsistenz liegt zwischen .87 bis .94 bei SPS und .85 bis .93 bei SIAS (Mitte, Heidenreich & Stangier, 2007, S. 33ff.).
- Die „Self Statements During Public Speaking Scale“ (SSPS) (Gerlach, Heinrichs, Bandl & Zimmermann, 2007) erfasst mit zehn Items den kognitiven Anteil von Redeangst. Der Fragebogen erfasst positive und negative Selbstaussagen und kann deswegen zur Überprüfung von Therapiefortschritten hilfreich sein. Die interne Konsistenz liegt zwischen .83 und .84 (ebd., 2007).

Fremdbeurteilung

- Die „Liebowitz Social Phobia Scale“ (LSAS) (Stangier & Heidenreich, 2005) besteht aus 24 Items und erfasst sowohl Angst und Vermeidung von Leistungssituationen sowie Interaktionssituationen. Der Fragebogen kann auch als Selbstbeurteilungsinstrument eingesetzt werden. Die interne Konsistenz liegt zwischen .81 und .92 (Mitte, Heidenreich & Stangier, 2007, S. 38ff.).

4.7 Differentialdiagnostik

Die differentialdiagnostische Abgrenzung der Sozialen Phobie von anderen Störungen ist in der psychotherapeutischen Praxis aufgrund symptomatischer Parallelen und hoher Komorbiditäten oftmals nicht leicht. Ebenso problematisch ist es einzuschätzen, welche Diagnose als primär bei den Klienten einzustufen ist. (Mitte, Heidenreich & Stangier, 2007, S.19ff.). Tabelle vier zeigt gemeinsame und unterscheidende Merkmale in der Differenzialdiagnose zur Sozialen Phobie.

Tabelle 4 Differenzialdiagnostische Abgrenzung der Sozialen Phobie (aus Stangier, Clark & Ehlers, 2006)

<u>Differenzialdiagnose zu:</u>	<u>Gemeinsames Merkmal</u>	<u>Unterscheidendes Merkmal zur Sozialen Phobie</u>
Depressive Störung	Soziale Ängste und sozialer Rückzug/ Vermeidung; Negatives Selbstbild	Erwartung von Ablehnung stimmungsabhängig, allgemeiner Antreibs-/ Interessenverlust (SP: Angst vor Blamage); Selbstabwertung unabhängig von der Bewertung durch andere (SP: abhängig von der Bewertung durch andere)
Agoraphobie	Vermeidung von Situationen mit vielen Menschen	Angst auch wenn allein, Vermeidung von Hilflosigkeit (SP: Angst vor Blamage/ Abwertung)
Generalisierte Angststörung	Sorgen über soziale Situation	Antizipation vieler (meist nichtsozialer) katastrophaler Ereignisse (SP: situationsgebundene Erwartung sozialer Abwertung)
Zwangsgedanken	Befürchtung von sozial inakzeptablem Verhalten, Vermeidung von sozialen Situationen, Schamgefühle	Ich-dystoner Verlust der Handlungskontrolle; obszöne Inhalte (SP: ich-syntone Erwartung von Versagen bei der Erfüllung sozialer Verhaltensstandards)
Körperdysmorphie Störung	Vermeidung u.a. von sozialen Situationen; Schamgefühle	Ablehnung wegen entstelltem Aussehen (SP: Ablehnung wegen peinlichem Verhalten, sichtbaren Symptomen)
Schizophrene Störung	Sozialer Rückzug/Vermeidung	Grundlegende kognitive Defizite (Verarbeitung komplexer sozialer Reize), Anhedonie, Wahn (SP: übertriebene, aber nachvollziehbare und prinzipiell erfahrungsabhängige/ korrigierbare Befürchtungen)

Zur Abgrenzung der Sozialen Phobie von anderen subklinischen Ängsten ist vor allem der Leidensdruck und die starke Beeinträchtigung in verschiedenen Lebensbereichen der Betroffenen zu beachten (s. Kriterium E und G bei DSM-5 oder Kriterium C bei ICD-10) (Mitte, Heidenreich & Staniger, 2007, S. 22). Ambühl, Meier und Willutzki (2001) schlussfolgern, dass „deren Unterschiede eher auf quantitativer denn auf qualitativer Ebene festzumachen [sind], und zwar vor allem im Hinblick auf den Grad der funktionalen Beeinträchtigung und das Ausmaß der Vermeidung sozialer Situationen.“ (S. 24). Nachfolgend werden Therapieansätze zur Behandlung der Sozialen Phobie vorgestellt.

4.8 Therapieansätze

Herr W.: „Um mir überhaupt einen Therapiebesuch und die nötigen Behördengänge zu ermöglichen, erhielt ich durch meine Psychiaterin Citalopram [Anmerkung der Verfasserin: selektiver Serotoninwiederaufnahmehemmer]. Zuerst, um mich daran zu gewöhnen, 10mg und kurz darauf 20mg. Diese nehme ich bis heute. Als mein Umfeld dann also stabilisiert war, besuchte ich von Frühling 2012 bis Winter 2013 eine ambulante Therapie in einer Institutsambulanz, bei der ich über die Verhaltenstherapie viel Angstexpositionstraining hatte. Das Training wurde mit einer von mir erstellten subjektiven Wertigkeit von Schwierigkeitsgraden gesteigert und fing damit an, z.B. Leute auf der Straße nach der Uhrzeit oder dem Weg zu fragen. Danach sollte ich mit einem aufgespannten Regenschirm bei Sonnenschein herumgehen. Am Ende musste ich auf dem Alexanderplatz in Berlin laut aus einem Buch vorlesen. Diese Therapie half mir ganz gut, allerdings verfiel ich schnell wieder in alte Verhaltensmuster zurück. Ich habe daraufhin den Entschluss gefasst, im Sommer 2014 eine psychoanalytische Tagesklinik zu besuchen.“

Bevor Personen mit einer sozialen Phobie ein Therapieangebot wahrnehmen, haben sie meist eine lange Leidensgeschichte hinter sich. Ziel der Therapie ist, dass „der Käfig der sozialen Angst“ (Willutzki, 2003, S. 9) sich öffnet und damit die Lebensqualität der Betroffenen steigt (ebd., S. 6ff.). Die nachstehende Tabelle fünf zeigt die empirische Evidenz verschiedener Behandlungsformen bei der Sozialen Phobie.

Tabelle 5 Evidenzgrad psychotherapeutischer Interventionen (aus Heinrichs et al., 2010, S. 40)

Behandlungsempfehlung auf dem Evidenzniveau „wirksam und spezifisch“	Ia	<ul style="list-style-type: none"> • Kognitive Verhaltenstherapie <ul style="list-style-type: none"> - Kognitive Therapie nach Clark und Wells - Gruppenbehandlung nach Heimberg - Kombination von Expositions- und kognitiven Techniken/kognitiver Restrukturierung • Konfrontations- bzw. Expositionstherapie • Soziales Kompetenztraining • Kombinationstherapie (KVT + Medikamente)
Behandlungsempfehlung auf dem Evidenzniveau „wirksam“	Ib	<ul style="list-style-type: none"> • Internetbasierte KVT in Kombination mit Therapeutenkontakt
Behandlungsempfehlung auf dem Evidenzniveau „möglicherweise wirksam“	Ila	<ul style="list-style-type: none"> • Rational-Emotive Therapie • Psychodynamische Kurztherapie • Kombinationstherapie (Psychodynamische Kurzzeittherapie + Medikamente) • Interpersonelle Therapie • Aufgaben-Konzentrationstraining (in Verbindung mit Kognitiver Therapie) • KVT + Ressourcenaktivierung
Behandlungsempfehlung auf dem Evidenzniveau „bislang ohne ausreichenden Wirksamkeitsnachweis“	III	<ul style="list-style-type: none"> • Personal Effectiveness Training • Mindfulness-based stress reduction • Hypnose • Acceptance Commitment-Therapie • Angewandte Entspannung
	IV	<ul style="list-style-type: none"> • Gesprächspsychotherapie • Psychoanalyse/Psychodynamische Langzeittherapie • Alle anderen psychotherapeutischen Behandlungsformen

Nach der deutschen S-3 Leitlinie „Angststörungen“ (Bandelow, Wiltink, Alpers, Benecke, Deckert, Eckhardt-Henn et al., 2014, S. 23) soll unter Beachtung der Präferenz der Patienten sowohl Pharmakotherapie (Kap. 4.8.1) als auch Psychotherapie (Kap. 4.8.2) angeboten werden.

4.8.1 Pharmakotherapie

Bandelow et al. (b 2014, S. 11) empfehlen bei der medikamentösen Therapie der Sozialen Phobie selektive Serotoninwiederaufnahmehemmer (SSRI) und selektive Serotonin/ Noradrenalinwiederaufnahmehemmer (SNRI). Die empfohlenen Arzneistoffe aus der Gruppe der SSRIs sind Paroxetin, Sertralin oder Escitalopram oder aus der Gruppe der SNRI Venlafaxin. Laut Expertenkonsens kann bei Unwirksamkeit von SSRI oder SNRI der Monaminoxidase (MAO)-Hemmer Moclobemid angeboten werden. Die folgende Tabelle sechs stellt Vor- und Nachteile von Medikamenten für die Soziale Phobie dar.

Tabelle 6 Vor- und Nachteile von Medikamenten für die Soziale Phobie (aus Bandelow & Wedekind, a 2014, S. 640)

<u>Medikamente</u>	<u>Vorteile</u>	<u>Nachteile</u>	<u>Unerwünschte Arzneimittelwirkung</u>
Medikamente 1. Wahl			
SSRI	<ul style="list-style-type: none"> Keine Abhängigkeit Sicher bei Überdosierung 	<ul style="list-style-type: none"> Wirklatenz 2 bis 6 Wochen Zu Beginn der Behandlung Unruhe, Nervosität, Zunahme von Angstsymptomen Zychochrom-P-450-Wechselwirkung möglich 	Unruhe, Übelkeit, Durchfall, Verstopfung, Magen-Darm-Beschwerden, Kopfschmerzen, verminderter oder gesteigerter Appetit, Gewichtsabnahme, Gewichtszunahme, Schwitzen, Hitzewallungen, trockener Munde, Müdigkeit, Zittern, sexuelle Störungen, Alpträume, Manieauslösung, Absetzsymptome u.a. UAW
SNRI	<ul style="list-style-type: none"> Keine Abhängigkeit Sicher bei Überdosierung 	<ul style="list-style-type: none"> Wirklatenz 2 bis 6 Wochen Zu Beginn der Behandlung Unruhe, Nervosität, Zunahme von Angstsymptomen Zychochrom-P-450-Wechselwirkung möglich 	Unruhe, Schlafstörungen, Übelkeit, Appetitlosigkeit, Magen-Darm-Beschwerden, trockener Mund, Verstopfung, Schwitzen, Kopfschmerzen, Schwindel, Herzrasen, Blutdruckanstieg, Blutdruckabfall, Zittern, Schüttelfrost, sexuelle Störungen, Manieauslösung, Störungen beim Wasserlassen, Gefühlsstörungen, Sehstörungen, Verwirrtheit u.a. UAW

<u>Medikamente</u>	<u>Vorteile</u>	<u>Nachteile</u>	<u>Unerwünschte Arzneimittelwirkung</u>
Medikamente 2. Wahl			
Moclobemid	<ul style="list-style-type: none"> Keine Abhängigkeit 	<ul style="list-style-type: none"> Inkonsistente Studienlage 	Unruhe, Schlafstörungen, trockener Mund, Kopfschmerzen, Schwindel, Magen-Darm-Beschwerden, Übelkeit, Manieauslösung und andere unerwünschte Wirkungen
SNRI selektive Serotonin-Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmer, SSRI selektive Serotonin-Wiederaufnahmehemmer, UAW unerwünschte Arzneimittelwirkung			

Die Pharmakotherapie der Sozialen Phobie sollte stets mit wertschätzenden Gesprächen und psychoedukativen Maßnahmen unterstützt werden (Bandelow & Linden, b 2006, S. 147ff.).

4.8.2 Psychotherapie

Das psychotherapeutische Setting kann für Sozialphobiker besonders angstbesetzt sein, da hier aus Sicht der Betroffenen vor allem auf die antizipierte insuffiziente Person fokussiert wird. Hauptziel der therapeutischen Beziehung ist, dass die Klienten eine positive Selbstwahrnehmung und -bewertung erleben (Willutzki, 2003, S. 8). Nachfolgend wird die Verhaltenstherapie bei Sozialer Phobie näher erläutert, da sie als einzige Therapieform ein Evidenzniveau von „wirksam und spezifisch“ sowie „wirksam“ bei Sozialer Phobie aufweist (Heinrichs et al., 2010, S. 40).

In der verhaltenstherapeutischen Behandlung der Sozialen Phobie lassen sich, abhängig von der Indikation, verschiedene Interventionsmethoden unterscheiden. Diese Behandlungselemente können kombiniert oder einzeln sowie in Einzel- oder Gruppentherapie angewendet werden. Eingesetzte Methoden sind Psychoedukation, kognitive Techniken, Rollenspiele und Verhaltensexperimente, Rollenspiele mit Video-Feedback, Konfrontationsverfahren in vivo, Förderung der sozialen Kompetenz, Förderung der Selbstsicherheit über positive Selbstverbalisation sowie Entspannungstechniken (Fydrich, 2009, S. 57).

Das Ziel der Psychoedukation ist die Erarbeitung eines individuellen ätiologischen Modells von Sozialer Phobie und das Wiedererkennen von persönlichen prädisponierenden, auslösenden sowie aufrechterhaltenden Aspekten wie unwirklichen Vorstellungen (z.B. „Alle denken, dass ich seltsam bin.“) der Klienten (Bandelow & Wedekind, a 2014, S. 638).

Die Identifikation und Modifikation von fehlerhaften Informationsverarbeitungsprozessen bei den Betroffenen stehen bei kognitiven Techniken im Mittelpunkt.

Rollenspiele und Verhaltensexperimente dienen der Kontrolle von dysfunktionalen Gedanken sowie der Testung von anderen Verhaltensweisen in sozial angstbesetzten Situationen (Ginzburg & Stangier, b 2012, S. 134ff.).

Nach Fydrich (2009, S. 60) geben Rollenspiele mit Video-Feedback die Möglichkeit eines Wechsels des Blickwinkels für die Betroffenen. Die Patienten können die erwartete Sichtbarkeit ihrer Fehlerhaftigkeit und Angstreaktion selbst bewerten und möglicherweise das eigene Verhalten variieren.

Die Konfrontationsverfahren in vivo sind das wichtigste therapeutische Element zur Widerlegung der dysfunktionalen Gedanken und Überzeugungen des Klienten an der äußeren Realität. Der Patient muss beispielsweise bewusst deutliche Pausen in einem Referat einbauen oder mit unbekanntem Menschen ein Gespräch anfangen. Die angstbesetzten Situationen sollen ohne Sicherheitsverhalten durchgeführt werden und der Fokus der Aufmerksamkeit liegt dabei auf den Reaktionen der Interaktionspartner (Stangier, Clark & Ehlers, 2006, S. 54ff.).

Bei der Förderung der sozialen Kompetenz wird die Wahrnehmung und die Diskrimination, die Kontaktaufnahme, die Gesprächsführung sowie die Kritik- und Konfliktfähigkeit geübt. Weitere Komponenten sind das Stellen von Forderungen, das Wünsche äußern, das „Nein sagen“ sowie das Loben von anderen Menschen (Alsleben, 2013, S. 2f.).

Die Intention der Förderung der Selbstsicherheit über positive Selbstverbalisation (z.B. positive Selbstaussagen vor einem Spiegel) ist „sich selbst etwas Gutes zu tun und mit sich selbst fürsorglich und wohlwollend umzugehen.“ (Fydrich, 2009, S. 61).

Das letzte Element zur Behandlung von Sozialer Phobie in der Verhaltenstherapie besteht aus verschiedenen Entspannungstechniken. Diese Techniken haben keine spezifische Intervention und dienen der Verminderung von körperlicher Anspannung in sozial angstbesetzten Situationen (Fydrich, 2009, S. 62).

Die deutsche S-3 Leitlinie „Angststörungen“ (Bandelow et al., b 2014, S. 23) kommt zu dem Schluss, dass es keine ausreichende Evidenz für eine Überlegenheit der Gruppentherapie gegenüber der Einzeltherapie in der Behandlung von Sozialen Phobien gibt. Dessen ungeachtet sollten soziales Kompetenztraining und Rollenspiele eher in einer Gruppentherapie durchgeführt werden. In der Metaanalyse von Gould, Buckminster, Pollack, Otto und Massachusetts (1997, S. 291ff.) hatte das Expositionstraining im Vergleich zu den anderen Interventionsmethoden die höchste Effektstärke.

Zusammenfassend ist die Soziale Phobie die häufigste Angsterkrankung in Europa und geht häufig mit einem Verlust an Lebensqualität im Alltag der Klienten einher. Innerhalb der klinischen Psychologie existieren verschiedene Modelle zur Entstehung, Aufrechterhaltung sowie Behandlung der Störung. Dies zeigt die Wichtigkeit der Erforschung von Bedingungen sowie Faktoren, die den Therapieerfolg beeinflussen können.

5 Mögliche Kriterien für den Therapieerfolg bei Sozialer Phobie

Die Messung von Kriterien für den Behandlungserfolg stellt eine wichtige Voraussetzung zur Qualitätssicherung in der psychotherapeutischen Praxis dar (Michalak, Kosfelder, Meyer & Schulte, 2003, S. 94f.). Steketee und Chambless (1992) betonen: „If we can identify characteristics of clients that are associated with poor response to treatment, we may (. . .) be able to match clients to treatments that work best for those with their particular characteristics.“ (S. 387). Trotz der hohen Relevanz ist es bislang nicht gelungen einheitliche Standards zur Erhebung des Therapieerfolges zu erarbeiten (Michalak et al., 2003, S. 94f.).

In diesem Kapitel wird zunächst auf methodische Aspekte bei der Erforschung von Behandlungserfolg (Kap. 5.1) eingegangen. Im Anschluss wird der aktuelle Forschungsstand zu den prognostischen Faktoren zur Vorhersage des Therapieerfolgs bei Sozialer Phobie (Kap. 5.2) vorgestellt.

5.1 Therapieerfolg bei Sozialer Phobie

Herr W.: „Mein Wunsch wäre ein angstfreies Leben. Ich hoffe eines Tages, nach einer erfolgreichen Therapie, eine Ausbildung zu absolvieren. Auch, damit ich mein Leben so leben kann wie ich es möchte und nicht um meine Angst herum aufbauen muss.“

Schulte (1993, S. 374ff.) beschreibt in seiner Übersichtsarbeit, dass Therapieerfolg durch multiple Kriterien, multimodal, unterschiedliche Dimensionen sowie verschiedene Methoden erhoben werden sollte. Der Autor differenziert zwischen inhaltlichen und methodischen Gesichtspunkten der Begriffsbestimmung von Therapieerfolg.

Der Inhalt der Erfolgsmessung ist definiert als „Grad der Erreichung des Ziels „Heilung oder Besserung von (psychischen) Krankheiten“ bzw. als Grad der Verbesserung von „(psycho-) pathologischen Zuständen.“ (ebd., 1993, S. 379). Nach Angabe von Schulte (1993, S. 379ff.) gibt es vier Ebenen zur Messung von Therapieerfolg:

- Die *Ebene der Krankheitsursachen* umfassen, schulspezifische biologische, psychische oder soziale Ätiologiemodelle. Auf dieser Stufe sollten Erfolgsmaße nach Psychotherapieverfahren wie verhaltenstherapeutisch, psychoanalytisch, tiefenpsychologisch etc. erhoben werden.
- Auf der *Ebene der Krankheit* stehen die „Defekte“ (S. 379) der Betroffenen beziehungsweise pathologische Veränderungen im Mittelpunkt. Nach Schulte (1993, S. 380) sollte Therapieerfolg auf diesem Niveau ebenfalls schulspezifisch gemessen werden.

- Die *Ebene des Krankseins* umfasst Beschwerden, Befunde und Symptome der psychischen Störung. Hier ist Therapieerfolg „die Reduktion der für die jeweilige Krankheit typischen Symptome.“ (S. 381). Diese sind in den operationalisierten Diagnosewerken (ICD-10 und DSM-5) dargelegt.
- Die *Ebene der Krankheitsfolgen* ist nach Schulte (1993), dass „Ausmaß der Übernahme der Krankenrolle“ (S. 381) und die „Beeinträchtigung der „normalen“ Rolle, für die die Person sozialisiert wurde.“ (S. 381). Die Messung erfolgt durch allgemeine, schul- und störungsübergreifende Maße mit Hilfe von beobachtbarem Verhalten sowie subjektiven Empfindungen des Betroffenen.

Bei den methodischen Gesichtspunkten der Begriffsbestimmung von Therapieerfolg unterscheidet Schulte (1993, S. 382ff.) drei Teilbereiche:

- Die *Operationalisierung* umfasst die Datenquellen (Klienten, Therapeuten etc.) und diagnostischen Methoden (Selbstbeurteilung, Fremdbeurteilung, Projektive Tests etc.) zur Erhebung der entsprechenden Variablen. Bei der Sozialen Phobie hat sich vor allem das psychometrische Verfahren LSAS (s. Kap. 4.6) durchgesetzt (Bandelow, Baldwin, Dolberg, Andersen & Stein, a 2006, S. 1429).
- Bei der *Kriterienbildung* unterscheidet Schulte (1993, S. 383ff.) zwei Arten als Ansatzpunkt für die Erfolgsbeurteilung der Therapie. Der Grad der Veränderung ist der „Vergleich mit dem Ausgangszustand vor Therapiebeginn“ (S. 383). Nach Bandelow et al. (a 2006, S. 1431) ist das eine Verminderung von mindestens 31% im Vergleich zum Ausgangswert beim LSAS bei sozialphobischen Patienten. Der Grad der Zielerreichung ist der „Vergleich mit einem Zielzustand oder einer Norm“ (Schulte, 1993, S. 383). Eine mögliche Definition bei der Sozialen Phobie ist eine Differenz von ≤ 1.96 Standardabweichungen zur gesunden Bevölkerung (Bandelow et al., a 2006, S. 1429). Steketee und Chambless (1992) merken an, dass „change scores address the problem of initial differences between subjects but may over- or underestimate the amount of change“ (S. 394).
- Das *Design der Datenerhebung* sollte nach Schulte (1993, S. 386) die Generalisierung über die Zeit (z.B. Katamnese-Zeitpunkte), über die Situation (unterschiedliche Settings z.B. zu Hause, auf Arbeit etc.) über das Verhalten (z.B. von Arbeitsverhalten auf Spielverhalten etc.) und über Personen (z.B. andere Familienmitglieder etc.) beinhalten. Steketee und Chambless (1992, S. 388ff.) empfehlen bei der Identifizierung und Überprüfung von Kriterien zum Behandlungserfolg verschiedene Methoden beim Erheben der empirischen Daten. Diese sind beispielsweise die Durchführung von geplanten Multicenterstudien zur Analyse von Misserfolgen und Erfolgen, die nachträgliche Analyse der Werte unter

verschiedenen Aspekten zur Erhebung von prädiktiven Variablen sowie die experimentelle Manipulation der prädiktiven Variablen (auch bei Rückfall, Behandlungsverweigerung und vorzeitiger Beendigung der Therapie).

Die bisher gewonnen Erkenntnisse zeigen die Mannigfaltigkeit der Methoden zur Erhebung von Therapieerfolg. Michalak et al. (2003, S. 102) resümieren, dass am Ende der Behandlung vor allem die Auflösung der vorliegenden Problematik stehen sollte.

Nach der Beschreibung der methodischen Aspekte von Therapieerfolg wird nun der aktuelle Forschungsstand von Variablen mit prädiktiven Wert bei der Sozialen Phobie vorgestellt.

5.2 Mögliche Variablen mit prädiktiven Wert

Die folgende Tabelle sieben sortiert die im Methodenteil beschriebenen Untersuchungen nach prädiktiven Variablen, die ausgewertet und verglichen wurden.

Tabelle 7 Variablen mit prädiktiven Wert bei der Sozialen Phobie (Eigendarstellung)

<u>prädiktive Variablen</u>	<u>Ergebnis zum Post-Zeitpunkt</u>	<u>Ergebnis zum Katamnese-Zeitpunkt</u>
<u>soziodemographische Variablen:</u>		
• Alter	0 ^{2,8}	0 ⁸
• Weibliches Geschlecht	0 ^{2,8}	+ ⁸
• Höheres Bildungsniveau	0 ^{2,8}	- ⁸
• Ehestand „verheiratet sein“	0 ^{2,8}	+ ⁸
<u>klinische/ störungsspezifische Variablen:</u>		
• Alter zu Beginn der Störung	0 ^{2,8}	0 ⁸
• ausgeprägtere Schwere der Erkrankung/ störungsspezifische Beeinträchtigung	_ ^{8,11}	_ ^{8,11}
• kurze Erkrankungsdauer bis zum Therapiebeginn	0 ²	
• generalisierter Subtyp	0 ² , - ^{8,9}	_ ^{8,9}

<u>prädiktive Variablen</u>	<u>Ergebnis zum Post-Zeitpunkt</u>	<u>Ergebnis zum Katamnese-Zeitpunkt</u>
<u>komorbide Variablen:</u> <ul style="list-style-type: none"> • Achse I Störung • Angststörung • Depression • Persönlichkeitsstörung: <ul style="list-style-type: none"> ▪ selbstunsichere ▪ abhängige ▪ histrionische ▪ paranoide ▪ zwanghafte • Achse III Störung 	<p>0^{2,5,8,10}</p> <p>0^{5,8,10}</p> <p>0^{9, -8,11}</p> <p>?¹¹</p> <p>0¹¹</p> <p>-¹¹</p> <p>0¹¹</p> <p>0^{8,11}</p> <p>0⁸</p>	<p>0^{5,8,10}</p> <p>0^{5,10, -8}</p> <p>0^{11, -8,9}</p> <p>0¹¹</p> <p>0¹¹</p> <p>0¹¹</p> <p>0¹¹</p> <p>0^{8,11}</p> <p>0⁸</p>
<u>behandlungsspezifische Variablen:</u> <ul style="list-style-type: none"> • hohe Gruppenkohäsion innerhalb der Therapie • positives Gruppenklima innerhalb der Therapie • hohe Kompetenz des Therapeuten • sozial-externale Kontrollüberzeugung des Klienten • hohe Adhärenz • hohe Ärgerneigung • Medikation • vorherige Behandlung/ Therapie 	<p>+^{3,12}</p> <p>+¹</p> <p>+^{3,7}</p> <p>0⁴</p> <p>0⁷</p> <p>-⁶</p> <p>0^{2,8}</p> <p>0⁸</p>	<p>+¹</p> <p>-⁴</p> <p>0⁸</p> <p>0⁸</p>

„+“ positive Variable mit prädiktiven Wert, „-“ negative Variable mit prädiktiven Wert, „0“ kein signifikanter Effekt gefunden, „?“ uneindeutige Befundlage

¹Bonsaksen et al. (2013), ²Chen et al. (2007), ³Choi et al. (2006), ⁴Delsignore et al. (2008), ⁵Erwin et al. (2002), ⁶Erwin et al. (2003), ⁷Ginzburg et al. (a 2012), ⁸Lincoln et al. (2005), ⁹Marom et al. (2009), ¹⁰Mennin et al. (2000), ¹¹Scholing et al. (1999), ¹²Taube-Schiff et al. (2007)

5.3 Zusammenfassung der Ergebnisse

Insgesamt liegen dieser Arbeit zwölf publizierte Studien seit dem Jahr 1998 zu Grunde, die Variablen mit prädiktiven Wert bei verhaltenstherapeutisch behandelten Probanden mit Sozialer Phobie untersuchten.

Chen et al. (2007) und Lincoln et al. (2005) analysierten soziodemographische Variablen (Kap. 5.3.1). Vier Studien beleuchteten klinische/störungsspezifische Variablen (Kap. 5.3.2) (Chen et al., 2007; Lincoln et al., 2005; Marom et al., 2009; Scholing et al., 1999). Die komorbiden Variablen (Kap. 5.3.3) überprüften sechs Studien (Chen et al., 2007; Erwin et al., 2002; Lincoln et al., 2005; Marom et al., 2009; Mennin et al., 2000; Scholing et al., 1999). Bonsaksen et al. (2013), Chen et al. (2007), Choi et al. (2006), Delsignore et al. (2008), Erwin et al. (2003), Ginzburg et al. (2012), Lincoln et al. (2005) und Taube-Schiff et al. (2007) untersuchten behandlungsspezifische Variablen (Kap. 5.3.4).

Nachfolgend werden die einzelnen prognostischen Faktoren zur Vorhersage des Therapieerfolges bei Sozialer Phobie dargestellt.

5.3.1 Soziodemographische Variablen

Für den Therapieerfolg bei Sozialer Phobie scheinen soziodemographische Variablen zum Post-Zeitpunkt im Gegensatz zum Katamnese-Zeitpunkt keinen signifikanten Einfluss zu haben. Das Alter erwies sich zu keinem Messzeitpunkt als prädiktiv (Chen et al., 2007, Lincoln et al., 2005). Lincoln et al. (2005) stellten einen positiven Zusammenhang zwischen dem weiblichen Geschlecht und dem Therapieerfolg zum Katamnese-Zeitpunkt fest. Frauen schätzten ihre Verbesserung größer ein als Männer. Der Ehestand „verheiratet sein“ war ebenso eine positive prognostische Variable nach zwölf Monaten Follow-up. Personen mit einem höheren Bildungsniveau zeigten zum Katamnese-Zeitpunkt eine größere Angst vor sozialen Situationen als Menschen mit niedrigerem Schulabschluss (Lincoln et al., 2005).

5.3.2 Klinische/störungsspezifische Variablen

Chen et al. (2007) und Lincoln et al. (2005) gelangen zu dem Ergebnis, dass das Alter zu Beginn der Störung keinen Einfluss auf das Therapieergebnis hat. Ebenfalls hat die kurze Erkrankungsdauer bis zum Therapiebeginn keinen signifikanten Effekt (Chen et al., 2007). Die ausgeprägtere Schwere der Erkrankung/störungsspezifische Beeinträchtigung wurde in zwei Studien (Lincoln et al., 2005; Scholing et al., 1999) als negative Variable mit prädiktiven Wert nachgewiesen. Dies gilt sowohl für den Post-Zeitpunkt, als auch für den Katamnese-Zeitpunkt. Die störungsspezifische Beeinträchtigung der Klienten scheint für den Therapieerfolg eine hohe prognostische Relevanz zu haben. Ebenso ist das Vorliegen einer generalisierten sozialen Phobie ein negativer prognostischer Faktor. Im Kontrast dazu konnten Chen et al. (2007) keinen signifikanten Effekt feststellen.

5.3.3 Komorbide Variablen

Die Untersuchung von komorbiden Variablen mit prädiktiven Wert ist insbesondere für die Soziale Phobie von großer Wichtigkeit, da eine zusätzliche Erkrankung maßgeblich an der Aufrechterhaltung der Störung beteiligt ist. Das Vorliegen einer Achse I Störung und/oder Achse III Störung hat keinen prognostischen Wert für den Therapieerfolg (Chen et al., 2007; Erwin et al., 2002; Lincoln et al., 2005; Mennin et al., 2000). Der Einfluss von anderen Angststörungen und Depression wurde in mehreren Studien beleuchtet, erbrachte jedoch kontroverse Ergebnisse. Erwin et al. (2002) und Mennin et al. (2000) fanden heraus, dass das Vorliegen einer zusätzlichen Angststörung keinen prädiktiven Wert für das Therapieergebnis hat. Lincoln et al. (2005) konnte dagegen einen negativen Zusammenhang zum Follow-up-Zeitpunkt feststellen. Die Autoren ermittelten außerdem zu beiden Messzeitpunkten einen negativen prognostischen Wert einer zusätzlichen Depression bei den Probanden. Dagegen konnte Scholing et al. (1999) nur zum Post-Zeitpunkt und Marom et al. (2009) nur zum Katamnese-Zeitpunkt einen negativen Einfluss auf den Therapieerfolg feststellen. Es bedarf weiterer Untersuchungen, um zu klären, welchen Einfluss eine komorbide Angststörung sowie affektive Störung für das Therapieergebnis haben. Studien, die den Zusammenhang von zusätzlichen Achse II Störungen beleuchteten, zeigen, dass nur die selbstunsichere und die histrionische Persönlichkeitsstörung einen prädiktiven Wert besitzen. Scholing et al. (1999) ermittelten eine uneindeutige Befundlage für die selbstunsichere Persönlichkeitsstörung beim generalisierten und den spezifischem Subtyp der Sozialen Phobie: während für den generalisierten Subtyp mit einem negativen Therapieergebnis zum Post-Zeitpunkt zusammenhing, verhielt es sich bei dem spezifischen Subtyp genau umgekehrt. Nach Scholing et al. (1999) besitzt das Vorliegen einer histrionischen Persönlichkeitsstörung zum Post-Zeitpunkt einen negativen signifikanten Effekt.

5.3.4 Behandlungsspezifische Variablen

Die behandlungsspezifischen Variablen geben Aufschluss über mögliche Einflussfaktoren, die auf die Linderung der Symptome einer Sozialen Phobie positiv einwirken können. Die Medikation, die vorherigen Behandlungen und die Adhärenz des Betroffenen erwiesen sich zu keinem Messzeitpunkt als prädiktiv (Chen et al., 2007; Ginzburg et al., a 2012; Lincoln et al., 2005). Bonsaksen et al. (2013) zeigten, dass Therapiegruppen mit einem positiven Arbeitsklima, einem hohem Ausmaß an der Beteiligung jedes Einzelnen im Gruppengeschehen sowie bei der Realisierung von Aufgaben eine positive prädiktive Variable zu beiden Messzeitpunkten bildet. Dies gilt ebenso für eine hohe Gruppenkohäsion innerhalb der Therapie zum Post-Zeitpunkt (Choi et al., 2006; Taube-Schiff et al., 2007). Die Resultate unterstreichen die Bedeutsamkeit des Einsatzes der Gruppentherapie bei der Behandlung von Sozialer Phobie. Nach Choi et al. (2006) und Ginzburg et al. (a 2012) wirkt

sich eine hohe Kompetenz des Therapeuten positiv auf das Therapieergebnis zum Post-Zeitpunkt aus. Betroffene mit einer sozial-externalen Kontrollüberzeugung, die die Verantwortung für Veränderung auf den Therapeuten attribuieren, haben eine höhere Wahrscheinlichkeit für einen Misserfolg der Therapie zum Katamnese-Zeitpunkt (Delsignore et al., 2008). Erwin et al. (2003) wiesen nach, dass Patienten mit einer hohen Ärgerneigung eher die Therapie vorzeitig abbrechen und zum Therapieende höhere sozialphobische Symptomatik aufweisen, als solche mit niedrigeren Ausprägungen.

6 Diskussion der Ergebnisse

In diesem Kapitel werden die Grenzen der Untersuchungen (Kap. 6.1) diskutiert und die Verallgemeinerbarkeit der Aussagen für eventuelle Behandlungsansätze (Kap. 6.2) erörtert. Im folgenden werden die zentralen Ergebnisse der Analyse der prospektiven Studien wiedergegeben.

Die vorliegende Arbeit zeigt, dass nach Auswertung der zwölf veröffentlichten Untersuchungen seit dem Jahr 1998 nur wenige Kriterien Einfluss auf den Therapieerfolg haben. Ein höheres Bildungsniveau, eine ausgeprägtere Schwere der Erkrankung/störungsspezifischen Beeinträchtigung, das Vorliegen eines generalisierten Subtyps der Störung, eine komorbide Angststörung, eine hinzukommende histrionische Persönlichkeitsstörung und eine zusätzliche Depression haben vermutlich einen negativen Einfluss auf den Behandlungserfolg. Positive Kriterien sind offensichtlich das weibliche Geschlecht, der Familienstand „verheiratet sein“, die hohe Kompetenz des Therapeuten sowie das positive Gruppenklima und hohe Gruppenkohäsion innerhalb der Therapiegruppe. Die Wechselwirkung sowie Kumulation der einzelnen Komponenten und deren Auswirkungen auf den Therapieerfolg bleibt in den vorliegenden Untersuchungen ungeklärt.

6.1 Methodische Kritik

Die Erhebung von Kriterien für den Behandlungserfolg bei Sozialer Phobie ist problematisch, da es bisher keine Einigkeit über die optimalen zu untersuchenden Vorhersagevariablen bei den Probanden gibt (Mululo, Menezes, Vigne & Fontenelle, 2012, S. 98f.). Die Gewichtung und Einordnung der Aussagen erfolgte nur auf sprachlicher Ebene ohne statistische Effektgrößenschätzung (Bortz & Döring, 2009, S. 672ff.). Ein weiterer Kritikpunkt ist, dass der vorliegenden Bachelorarbeit keine identischen Replikationsstudien zu Grunde liegen. Die inkludierten Untersuchungen besitzen unterschiedliche Diagnosewerke (DSM-III-R, DSM-IV), verschiedene Stichprobenumfänge, ungleiche Behandlungsformen (Gruppen- und/oder Einzeltherapie), divergente Katamnese-Zeitpunkte (von sechs Wochen bis 18 Monaten), verschiedenartige psychometrische Verfahren zur Messung des Therapieerfolges (SPAI & SPS, LSAS), inhomogene Studiendesigns und abweichende Ausschlusskriterien (z.B. komorbide Achse I Störung) (Eisend, 2004, S. 20ff.).

Die untersuchten Studien berücksichtigten nicht, dass der Schweregrad der Störung in der Mitte des Lebens bei Personen mit einer sozialen Phobie meist ohne Therapie abnimmt (Ramsawh, Raffa, Edelen, Rende & Keller, 2009, S. 1ff.). Ein weiteres Problem ist die unberücksichtigte hohe Therapieresistenz von Menschen mit sozialer Phobie. Nach Bystritsky (2006, S. 812) profitiert jeder dritte Angstpatient nicht von einer Behandlung.

Dessen ungeachtet bildet die Erforschung von Kriterien für den Behandlungserfolg eine Grundlage für die Weiterentwicklung von Therapieansätzen.

6.2 Generalisierbarkeit der Befunde für verschiedene Behandlungsansätze

Die vorgestellten Ergebnisse zeigen, dass es einen geringen Forschungsstand zu Kriterien für die Vorhersagbarkeit des Behandlungserfolges bei Patienten mit Sozialer Phobie gibt. Die bisherigen Untersuchungen ergaben wenige prädiktive Variablen mit einem signifikanten Effekt oder widersprüchliche Ergebnisse. Die Fragen, welchen Effekt eine Kumulation von ungünstigen prognostischen Faktoren hat und wie die Wechselwirkung der einzelnen Variablen zu betrachten sind, bleibt letztendlich offen. Pöhlmann, Döbbel, Löffler, Israel und Joraschky (2009, S. 180ff.) mahnen an, dass Sozialphobiker nach der Therapie und auch ein Jahr nach der Entlassung eine wesentlich höhere Symptombelastung als andere psychiatrische Patientengruppen aufwiesen. Personen mit einer sozialen Phobie scheinen in der Therapieerfolgsvorschung eine besondere Gruppe darzustellen.

Nach Reimer, Eckert, Hautzinger und Wilke (2007, S. 735ff.) sind die unzureichenden Ergebnisse auf Grenzen zurückzuführen, die durch den momentanen Wissensstand und andere Faktoren begründet sind. Eine Komponente sind limitierende Faktoren des Klienten. Diese umfassen unzureichende intellektuelle Fähigkeiten, zu ausgeprägte Abwehrmechanismen und ungenügende psychologische Variablen (Motivation, Fähigkeit zu Selbstexploration und Selbstreflexion, Ausmaß der sozialen Integration, Fähigkeit zur Realitätsprüfung). Eine weitere Einflussgröße sind ungenügende bedingungsfreie Anerkennung, geringe persönliche Ressourcen, zu hohe berufsspezifische Belastungen, Empathiestörungen und zu ausgesprochene begrenzende Variablen (mangelnde soziale Integration, unzureichende Selbstreflexion/Selbstexploration, fachliche Überschätzung, unzureichende Motivation, unzureichende Erfassung der Realität des Patienten) auf Seiten des Psychotherapeuten. Willutzki, Teismann, Koban und Dymel (2009, S. 53) schreiben, dass Personen mit sozialen Ängsten im Gegensatz zu anderen Patientengruppen vor allem unter interpersonellen Schwierigkeiten leiden. Die Reduktion dieser Probleme hängt dabei von der konstruktiven Gestaltung des therapeutischen Prozesses ab. Oftmals unterschätzen Psychotherapeuten die Ängste der Klienten. Die Folge ist eine Überforderung des Patienten, beispielsweise mit zu frühen Expositionsübungen, und daraus resultierendem Misserfolg der

Therapie (Willutzki, 2002, S. 380ff.). Wampold (2006) resümiert, dass der Therapeut „is an important, if not the most important, source of variability in outcomes“ (S. 201).

Weitere Faktoren, die den Therapieerfolg bei Sozialer Phobie beeinflussen, sind eine begrenzende Interaktion, resultierend aus unterschiedlichen Grenzziehungen (z.B. Aufkommen von Liebesgefühlen) zwischen Betroffenen und Therapeut. Außerdem eine einschränkende äußere Realität, wie zu wenig Zeit und Verfügbarkeit des Therapeuten oder ungünstige zeitliche sowie berufliche Konstellationen des Klienten. Die Finanzierung der Therapie kann ebenso eine einschränkende Komponente darstellen. Im Rahmen der Verhaltenstherapie bei Sozialer Phobie ist es aufgrund zurzeit gültiger Abrechnungsgrundsätze nicht möglich, eine massierte Exposition über sechs oder mehr Stunden täglich an zwei oder drei aufeinanderfolgenden Tagen durchzuführen (Reimer et al. 2007, S. 735ff.). Der letzte Faktor nach Reimer und Kollegen (2007, S. 735ff.) sind limitierende kulturelle Barrieren. Dies können sprachliche Hürden oder verschiedene Moralvorstellungen sein.

Nach einer Literaturrecherche von Grencavage und Norcross (1990, S. 372ff.) sind die allgemeinen Wirkfaktoren in der Psychotherapie therapeutische Veränderungsprozesse, Therapeuteneigenschaften, Merkmale der Behandlungsstruktur, Therapiebeziehung und charakteristische Patientenmerkmale. Zur Erhöhung der Quote des Therapieerfolges und der Verstärkung der allgemeinen Wirkfaktoren bei Sozialer Phobie plädieren, Castonguay und Beutler (2006, S. 632ff.), für eine Zusammenführung von verschiedenen Interventionstechniken aus unterschiedlichen psychotherapeutischen Schulen in Abhängigkeit von der therapeutischen Beziehung und klinischen Merkmalen der Klienten. Als Beispiel für einen differenziellen Ansatz gilt im deutschsprachigen Raum die Treatment-Aptitude-Forschung (Grawe, Caspar & Ambühl, 1990, S. 294ff.) und im angloamerikanischen Raum das Verfahren systematic treatment selection (kurz: STS) (Beutler, Harwood, Bertoni & Thomann, 2006, S. 29ff.). Die Grundlage der Treatment-Aptitude Forschung und der STS ist ein „empirically developed procedure for identifying the mix of therapist, treatment strategies, and psychotherapeutic interventions that are most likely to produce a favorable response in any given patient“. (ebd. S. 29). Das Kernkonzept der STS sind vier Klassen von Einflussfaktoren, die bei der Therapie berücksichtigt und angepasst werden müssen. Diese sind prädisponierende Variablen (z.B. Diagnose, interpersonale Probleme, besondere Lebensumstände etc.), Kontextvariablen (z.B. ambulant oder stationär, Behandlungsdauer und -häufigkeit etc.), Beziehungsvariable zwischen Therapeut und Klient sowie Behandlungsstrategien (Nguyen, Bertoni, Charvat, Gheyntanhi, & Beutler, 2007, S. 17ff.). Bisher gibt es noch keine Studie zur Wirksamkeit der differenziellen Ansätze in der Psychotherapie von Sozialen Phobien.

7 Fazit

In der vorliegenden Bachelorarbeit wurde zuerst ein allgemeiner Überblick über die Soziale Phobie gegeben. Menschen mit einer sozialen Phobie haben eine intensive Angst vor Peinlichkeiten oder Blamagen in sozialen Situationen. Laut Fehm, Pelissolo, Furmark und Wittchen (2005) beträgt die mittlere Lebenszeitprävalenz für die Störung in Europa 6,65%. Die Soziale Phobie gilt als die häufigste Angsterkrankung. Die Erkrankung ist mit einem massiven Leidensdruck und einer starken Beeinträchtigung in verschiedenen Lebensbereichen (Beruf, Familie, private Bindungen etc.) verbunden. Wittchen und Fehm (2003, S. 453ff.) berichten, dass Soziale Phobien nach einem Alter von 24 Jahren in der Regel stabil und ohne Spontanremissionen verlaufen. Diese Schilderungen zeigen die Wichtigkeit der Erforschung von Bedingungen sowie Faktoren, die den Therapieerfolg beeinflussen können.

Zur Gewinnung neuer Erkenntnisse über Kriterien für den Behandlungserfolg bei Sozialer Phobie und zur Beantwortung der Forschungsfragen wurden in der vorliegenden Arbeit zwölf seit dem Jahr 1998 veröffentlichte Studien ausgewertet. Der Therapieerfolg bei Sozialer Phobie ist abhängig vom Ansatzpunkt der Erfolgsbeurteilung der Behandlung. Eine mögliche Definition ist eine Verminderung von mindestens 31% im Vergleich zum Ausgangswert beim LSAS (Bandelow et al., a 2006, S. 1431). Die Auswertung der Studien zeigte, dass nur wenige Variablen mit einem signifikanten Effekt das Therapieergebnis beeinflussen. Ein höheres Bildungsniveau, eine ausgeprägtere Schwere der Erkrankung/störungsspezifischen Beeinträchtigung, das Vorliegen eines generalisierten Subtyps der Störung, eine komorbide Angststörung, eine hinzukommende histrionische Persönlichkeitsstörung und eine zusätzliche Depression haben vermutlich einen negativen Einfluss auf den Behandlungserfolg. Positive Kriterien sind wahrscheinlich das weibliche Geschlecht, der Familienstand „verheiratet sein“, die hohe Kompetenz des Therapeuten sowie das positive Gruppenklima und hohe Gruppenkohäsion innerhalb der Therapiegruppe. Die differentielle Anpassung des therapeutischen Vorgehens ist aufgrund der wenigen Ergebnisse zu Einflussgrößen auf den Therapieerfolg bei Sozialer Phobie erschwert. Das Konzept der Treatment-Aptitude-Forschung und der STS können einen Beitrag zur spezifischen Anpassung an Patientenbedarfe und zur Verbesserung des Therapieerfolges liefern.

Insgesamt ist die allgemeine Vorhersagbarkeit des Therapieergebnisses bei Sozialer Phobie begrenzt. Weitere Forschung sollte vor allem die Wechselwirkung der einzelnen Komponenten beleuchten und den Therapieerfolg an einer Reduktion des Leidensdruckes der Betroffenen operationalisieren.

8 Literaturverzeichnis

- Alsleben, H. (2013). Hinweis zum Gebrauch des Manuals. In H. Alsleben & I. Hand (Hrsg.), *Soziales Kompetenztraining. Leitfaden für die Einzel- und Gruppentherapie bei Sozialer Phobie* (2. Aufl. 2013, S. 1–4). Vienna, s.l.: Springer Vienna.
- Ambühl, H., Meier, B. & Willutzki, U. (2001). *Soziale Angst verstehen und behandeln. Ein kognitiv-verhaltenstherapeutischer Zugang* (Leben lernen, Bd. 145). Stuttgart: Pfeiffer bei Klett-Cotta.
- American Psychiatric Association. (a 2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders. DSM-5* (5. ed). Washington, DC: American Psychiatric Publishing
- American Psychiatric Association. (b 2013). *Highlights of Changes from DSM-IV-TR to DSM-5*. Zugriff am 10.06.2014. Verfügbar unter <http://www.dsm5.org/Documents/changes%20from%20dsm-iv-tr%20to%20dsm-5.pdf>
- American Psychiatric Association. (c 2013). *Social Anxiety Disorder Fact Sheet*. Zugriff am 27.03.2014. Verfügbar unter <http://www.dsm5.org/Documents/Social%20Anxiety%20Disorder%20Fact%20Sheet.pdf>
- Bandelow, B. & Wedekind, D. (a 2014). Soziale Phobie. *Der Nervenarzt*, 85 (5), 635–647.
- Bandelow, B., Wiltink, J., Alpers, G.W., Benecke, C., Deckert, J., Eckhardt-Henn, A. et al. (Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V. (AWMF), Hrsg.). (b 2014, 15. April). *S3-Leitlinie Angststörungen*. Zugriff am 17.06.2014. Verfügbar unter http://www.dgppn.de/fileadmin/user_upload/_medien/download/pdf/kurzversion-leitlinien/S3-LL_Lang_Angstst%C3%B6rungen_2014.pdf
- Bandelow, B., Baldwin, D. S., Dolberg, O. T., Andersen, H. F. & Stein, D. J. (a 2006). What is the threshold for symptomatic response and remission for major depressive disorder, panic disorder, social anxiety disorder, and generalized anxiety disorder? *The Journal of clinical psychiatry*, 67 (9), 1428–1434.
- Bandelow, B. & Linden, M. (b 2006). Angsterkrankungen- Panikstörung, soziale und generalisierte Angststörung (ICD-10 F4). In U. Voderholzer & F. Hohagen (Hrsg.), *Therapie psychischer Erkrankungen. State of the Art ; [State of the Art-Symposien des DGPPN-Kongresses 2005]* (1. Aufl., S. 147–164). München: Elsevier Urban & Fischer.
- Beck, A.T., Emery, G. & Greenberg, R.L. (1985). *Cognitive Therapy and the emotional disorders*. New York: International University Press.
- Berghändler, T., Stieglitz, R.D. & Vriends, N. (2007). Die Soziale Phobie: Ätiologie, Diagnostik und Behandlung. *Schweiz Med Forum* (7), 225–230.

- Beutler, L. E., Harwood, M. T., Bertoni, M. & Thomann, J. (2006). Systematic Treatment Selection and Prescriptive Therapy. In G. Stricker & J. R. Gold (Hrsg.), *A casebook of psychotherapy integration* (1st ed, S. 29–41). Washington DC: American Psychological Association.
- Biometrics Research Department. (2014). *STRUCTURED CLINICAL INTERVIEW FOR DSM DISORDERS (SCID)*. Zugriff am 14.06.2014. Verfügbar unter <http://www.scid4.org/index.html>
- Bögels, S. M., Alden, L., Beidel, D. C., Clark, L. A., Pine, D. S., Stein, M. B. et al. (2010). Social anxiety disorder: questions and answers for the DSM-V. *Depression and Anxiety*, 27 (2), 168–189.
- Bonsaksen, T., Borge, F.-M. & Hoffart, A. (2013). Group climate as predictor of short- and long-term outcome in group therapy for social phobia. *International journal of group psychotherapy*, 63 (3), 394–417.
- Bortz, J. & Döring, N. (2009). *Forschungsmethoden und Evaluation. Für Human- und Sozialwissenschaftler* (Springer-Lehrbuch Bachelor, Master, 4., überarb. Aufl., Nachdr). Heidelberg: Springer-Medizin-Verl.
- Brühl, A. B., Rufer, M., Delsignore, A., Kaffenberger, T., Jäncke, L. & Herwig, U. (2011). Neural correlates of altered general emotion processing in social anxiety disorder. *Brain Research*, 1378, 72–83.
- Bystritsky, A. (2006). Treatment-resistant anxiety disorders. *Molecular Psychiatry*, 11 (9), 805–814.
- Castonguay, L. G. & Beutler, L. E. (2006). Principles of therapeutic change: a task force on participants, relationships, and techniques factors. *Journal of clinical psychology*, 62 (6), 631–638.
- Chen, J., Nakano, Y., Ietzugu, T., Ogawa, S., Funayama, T., Watanabe, N. et al. (2007). Group cognitive behavior therapy for Japanese patients with social anxiety disorder: preliminary outcomes and their predictors. *BMC psychiatry*, 7, 69.
- Choi, Y. H. & Park, K. H. (2006). Therapeutic factors of cognitive behavioral group treatment for social phobia. *Journal of Korean medical science*, 21 (2), 333–336.
- Clark, D. M. & Ehlers, A. (2002). Soziale Phobie: Eine kognitive Perspektive. In U. Stangier & T. Fydrich (Hrsg.), *Soziale Phobie und soziale Angststörung. Psychologische Grundlagen, Diagnostik und Therapie* (S. 157–180). Göttingen: Hogrefe.

- Clark, D.M. & Wells, A. (1995). A cognitive model of social phobia. In R.G. Heimberg, M. Liebowitz, D. Hope & F. Schneider (Hrsg.), *Social Phobia: Diagnosis, assessment, and treatment* (S. 69-93). Guilford: New York.
- Consbruch, K. v. & Stangier, U. (2010). *Ratgeber Soziale Phobie. Informationen für Betroffene und Angehörige* (1. Aufl). s.l: Hogrefe Verlag. Verfügbar unter http://ebooks.ciando.com/book/index.cfm/bok_id/42082
- Delsignore, A., Carraro, G., Mathier, F., Znoj, H. & Schnyder, U. (2008). Perceived responsibility for change as an outcome predictor in cognitive-behavioural group therapy. *The British journal of clinical psychology / the British Psychological Society*, 47 (Pt 3), 281–293.
- Dilling, H. (2006). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F) ; diagnostische Kriterien für Forschung und Praxis* (4., überarb. Aufl). Bern: Huber.
- Eisend, M. (2004). *Metaanalyse. Einführung und kritische Diskussion* (Diskussionsbeiträge des Fachbereichs Wirtschaftswissenschaft der Freien Universität Berlin Betriebswirtschaftliche Reihe, Bd. 2004,8). Berlin: Freie Univ. Fachbereich Wirtschaftswiss
- Erikson, E. (1971) *Identität und Lebenszyklus*. Frankfurt/M.: Suhrkamp.
- Erwin, B. A., Heimberg, R. G., Juster, H. & Mindlin, M. (2002). Comorbid anxiety and mood disorders among persons with social anxiety disorder. *Behaviour research and therapy : an international multi-disciplinary journal*, 40 (1), 19–36.
- Erwin, B. A., Heimberg, R. G., Schneier, F. R. & Liebowitz, M. R. (2003). Anger experience and expression in social anxiety disorder: Pretreatment profile and predictors of attrition and response to cognitive-behavioral treatment. *Behavior Therapy*, 34 (3), 331–350.
- Fehm, L., Pelissolo, A., Furmark, T. & Wittchen, H.-U. (2005). Size and burden of social phobia in Europe. *European Neuropsychopharmacology*, 15 (4), 453–462.
- Fydrich, T. (2009). Soziale Phobie. In J. Margraf & S. Schneider (Hrsg.), *Lehrbuch der Verhaltenstherapie. Band 2: Störungen im Erwachsenenalter - Spezielle Indikationen - Glossar* (3., vollständig bearbeitete und erweiterte Auflage, S. 45–64). Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg.
- Fydrich, T. (2002). SPAI-Soziale Phobie und Angst Inventar. In E. Brähler, J. Schuhmacher & B. Strauß (Hrsg.), *Diagnostische Verfahren in der Psychotherapie* (S. 335-338). Göttingen: Hogrefe.
- Gabbard, G.O. (1992). Psychodynamics of panic disorder and social phobia. *Bulletin of the Menninger Clinics*, 56, Suppl. A, A3- A13.

- Gerlach, A. L., Heinrichs, N., Bandl, C. & Zimmermann, T. (2007). SSPS - Ein Fragebogen zur Erfassung der kognitiven Komponente von Redeangst. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 36 (2), 112–120.
- Ginzburg, D. M., Bohn, C., Höfling, V., Weck, F., Clark, D. M. & Stangier, U. (a 2012). Treatment specific competence predicts outcome in cognitive therapy for social anxiety disorder. *Behaviour research and therapy : an international multi-disciplinary journal*, 50 (12), 747–753.
- Ginzburg, D. M. & Stangier, U. (b 2012). Kognitive Verhaltenstherapie bei Sozialer Phobie. *Psychotherapie*, 17 (1), 131–142. Zugriff am 23.06.2014. Verfügbar unter http://cip-medien.com/media/download_gallery/12-01/12.%20Ginzburg.pdf
- Gould, R. A., Buckminster, S., Pollack, M. H., Otto, M. W. & Massachusetts, L. Y. (1997). Cognitive-Behavioral and Pharmacological Treatment for Social Phobia: A Meta-Analysis. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 4 (4), 291–306.
- Grawe, K., Caspar, F. & Ambühl, H. (1990). Die Berner Therapievergleichsstudie: Fragestellung und Versuchsplan. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 19(4), 294-315.
- Grencavage, L. M. & Norcross, J. C. (1990). Where are the commonalities among the therapeutic common factors? *Professional Psychology: Research and Practice*, 21 (5), 372–378.
- Haselbacher, A., Beutel, M. E., Leichsenring, F. & Wiltink, J. (2008). Soziale Phobie. *Psychotherapeut*, 53 (3), 168–176.
- Heidenreich, T. & Stangier, U. (2003). *SOZIALE PHOBIE: GRUNDLAGEN UND NEUE ENTWICKLUNGEN KOGNITIVER VERHALTENSTHERAPIE*. Zugriff am 24.06.2014. Verfügbar unter http://www.dgvt-fortbildung.de/fileadmin/user_upload/Dokumente/interaktive_Fortbildung/Heidenreich___Stangier-Soziale_Phobie.pdf
- Heinrichs, N., Stangier, U., Gerlach, A. L., Willutzki, U. & Fydrich, T. (2010). *Evidenzbasierte Leitlinie zur Psychotherapie der Sozialen Angststörung* (Evidenzbasierte Leitlinien Psychotherapie, Bd. 3). Göttingen: Hogrefe. Verfügbar unter http://ebooks.ciando.com/book/index.cfm/bok_id/42069
- Hiller, W., Zaudig, M. & Mombour, W. (1997). *IDCL: Internationale Diagnosen Checklisten für DSM-IV und ICD-10 (Manual und Checklisten nach DSM-IV und Screening-Blatt)*. Göttingen: Hogrefe.
- Hoffmann, S.O. (2002). Die Psychodynamik der Sozialen Phobie. *Forum der Psychoanalyse*, 18, 51-71.

- Keller, M. B. (2003). The lifelong course of social anxiety disorder: a clinical perspective. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 108 (s417), 85–94.
- Kendler K.S., Karkowski L.M. & Prescott C. A. (1999). Fears and phobias: reliability and heritability. *Psychol. Med.*, 29, 539-53
- Kohut, H. (1973). *Narzißmus*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Labuschagne, I., Phan, K. L., Wood, A., Angstadt, M., Chua, P., Heinrichs, M. et al. (2012). Medial frontal hyperactivity to sad faces in generalized social anxiety disorder and modulation by oxytocin. *The International Journal of Neuropsychopharmacology*, 15 (07), 883–896.
- Lefrancois, G. R. (2006). *Psychologie des Lernens* (Springer-Lehrbuch, 4., überarb. und erw. Aufl). Heidelberg: Springer Medizin.
- Lieb, R., Wittchen, H.-U., Höfler, M., Fuetsch, M., Stein, M. B. & Merikangas, K. R. (2000). Parental Psychopathology, Parenting Styles, and the Risk of Social Phobia in Offspring. *Archives of General Psychiatry*, 57 (9), 859.
- Lincoln, T.M., Rief, W., Hahlweg, K., Frank, M., von Witzleben, I., Schroeder, B. & Fiegenbaum, W. (2005). Who Comes, Who Stays, Who Profits? Predicting refusal, dropout, success, and relapse in a short intervention for social phobia. *Psychotherapy research : journal of the Society for Psychotherapy Research*, 15 (3), 210–225.
- Marks, I. & Gelder, M. (1966). Different ages of onset in varieties of phobias. *American Journal of Psychiatry*, 123, 218-221.
- Marom, S., Gilboa-Schechtman, E., Aderka, I. M., Weizman, A. & Hermesh, H. (2009). Impact of depression on treatment effectiveness and gains maintenance in social phobia: a naturalistic study of cognitive behavior group therapy. *Depression and anxiety*, 26 (3), 289–300.
- Mennin, D. S., Heimberg, R. G. & Jack, M. S. (2000). Comorbid generalized anxiety disorder in primary social phobia: symptom severity, functional impairment, and treatment response. *Journal of anxiety disorders*, 14 (4), 325–343.
- Meyer-Lindenberg, A., Domes, G., Kirsch, P. & Heinrichs, M. (2011). Oxytocin and vasopressin in the human brain: social neuropeptides for translational medicine. *Nature Reviews Neuroscience*, 12 (9), 524–538.
- Michalak, J., Kosfelder, J., Meyer, F. & Schulte, D. (2003). Messung des Therapieerfolgs. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 32 (2), 94–103.
- Mitte, K., Heidenreich, T. & Stangier, U. (2007). *Diagnostik bei sozialen Phobien* (Kompendien psychologische Diagnostik, Bd. 9,). Göttingen: Hogrefe.

- Mombour, W., Zaudig, M., Berger, P., Guiterrez, K., Berner, W., Berger, K. et al. (1996). *International Personality Disorder Examination (IPDE), ICD-10 Modul von A.W. Loranger*. Bern: Huber.
- Morschitzky H (2002). *Angststörungen. Diagnostik, Konzepte, Therapie, Selbsthilfe*, 2. überarb. u. erw. Aufl. Springer, Wien
- Mowrer, O.H. (1960). *Learning theory and behaviour*. New York: Wiley.
- Mululo, S. C., Menezes, G. B. d., Vigne, P. & Fontenelle, L. F. (2012). A review on predictors of treatment outcome in social anxiety disorder. *Revista brasileira de psiquiatria (São Paulo, Brazil : 1999)*, 34 (1), 92–100.
- Murray, L., Cooper, P., Creswell, C., Schofield, E. & Sack, C. (2007). The effects of maternal social phobia on mother-infant interactions and infant social responsiveness. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines*, 48 (1), 45–52.
- Nelson, E.C., Grant, J.D., Buchholz, K.K., Glowinski, A., Madden, P.A.F., Reich, W., & Heath, A.C. (2000). Social phobia in a population-based female adolescent twin sample: Comorbidity and associated suicide related symptoms. *Psychological Medicine*, 30, 797–804.
- Nguyen, T. T., Bertoni, M., Charvat, M., Gheyntanhi, A. & Beutler, L. E. (2007). Systematic Treatment Selection (STS): A Review and Future Directions. *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy*, 3 (1), 13–29.
- Öst, L. G. & Hugdahl, K. (1981). Acquisition of phobias and anxiety response patterns in clinical patients. *Behaviour research and therapy*, 19 (5), 439–447.
- Pöhlmann, K., Döbbel, S., Löffler, S., Israel, M. & Joraschky, P. (2009). Die Sozialphobie als blinder Fleck: Klinisch unterdiagnostiziert, hoher Schweregrad und ungünstiger Verlauf? *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, 55 (2), 180–188.
- Ralevski, E., Sanislow, C. A., Grilo, C. M., Skodol, A. E., Gunderson, J. G., Tracie Shea, M. et al. (2005). Avoidant personality disorder and social phobia: distinct enough to be separate disorders? *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 112 (3), 208–214.
- Ramsawh, H. J., Raffa, S. D., Edelen, M. O., Rende, R. & Keller, M. B. (2009). Anxiety in middle adulthood: effects of age and time on the 14-year course of panic disorder, social phobia and generalized anxiety disorder. *Psychological Medicine*, 39 (04), 615.
- Reimer, C., Eckert, J., Hautzinger, M. & Wilke, E. (2007). Grenzen der Psychotherapie. In C. Reimer, J. Eckert, M. Hautzinger & E. Wilke (Hrsg.), *Psychotherapie. Ein Lehrbuch für Ärzte und Psychologen* (3. Aufl, S. 735–741). s.l.: Springer-Verlag.

- Saß, H. (2003). *Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen. Textrevision ; DSM-IV-TR ; übersetzt nach der Textrevision der vierten Auflage des Diagnostic and statistical manual of mental disorders der American Psychiatric Association*. Göttingen: Hogrefe.
- Schneider, S. & Margraf, J. (2011). *DIPS. Diagnostisches Interview bei psychischen Störungen* (4., überarbeitete Auflage). Berlin, Heidelberg: Springer-Verlag Berlin Heidelberg. Verfügbar unter <http://dx.doi.org/10.1007/978-3-642-15529-1>
- Scholing, A. & Emmelkamp, P. M. (1999). Prediction of treatment outcome in social phobia A cross-validation. *Behaviour research and therapy : an international multi-disciplinary journal*, 37 (7), 659–670.
- Schulte, D. (1993). Wie soll Therapieerfolg gemessen werden? Überblicksarbeit. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie* (4), 374–393.
- Seligman, M. E. (1971). Phobias and preparedness. *Behavior Therapy*, 2 (3), 307–320
- Seneca, L. A. (Melzer, G., Hrsg.). *ZITATE. ZITATE-ONLINE.de*. Zugriff am 01.07.2014. Verfügbar unter <http://www.zitate-online.de/impressum/>
- Stangier, U. & Fydrich, T. (2002). Das Störungskonzept der Sozialen Phobie oder der Sozialen Angststörung. In U. Stangier & T. Fydrich (Hrsg.), *Soziale Phobie und soziale Angststörung. Psychologische Grundlagen, Diagnostik und Therapie* (S. 10–33). Göttingen: Hogrefe.
- Stangier, U., Clark, D. M. & Ehlers, A. (2006). *Soziale Phobie* (Fortschritte der Psychotherapie, Bd. 28,). Göttingen: Hogrefe.
- Stangier, U. & Heidenreich, T. (2005). Liebowitz Soziale Angst-Skala. In Collegium Internationale Psychiatricae Scalaram (CIPS) (Hrsg.), *Internationale Skalen für Psychiatrie* (S. 299-305). Göttingen: Beltz Test.
- Stangier, U., Heidenreich, T., Berardi, A., Golbs, U. & Hoyer, J. (1999). Die Erfassung sozialer Phobie durch die Social Interaction Anxiety Scale (SIAS) und die Social Phobia Scale (SPS). *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 28 (1), 28–36.
- Stein, M. B. & Stein, D. J. (2008). Social anxiety disorder. *Lancet*, 371 (9618), 1115–1125.
- Steketee, G. & Chambless, D., L. (1992). Methodological issues in prediction of treatment outcome. *Clinical Psychology Review*, 12 (4), 387–400.
- Taube-Schiff, M., Suvak, M. K., Antony, M. M., Bieling, P. J. & McCabe, R. E. (2007). Group cohesion in cognitive-behavioral group therapy for social phobia. *Behaviour research and therapy : an international multi-disciplinary journal*, 45 (4), 687–698.

- Wampold, B.E. (2006). The psychotherapist. In J.C. Norcorss, L.E. Beutler, & R.F. Levant (Eds.). Evidence-based practices in mental health: Debate and dialogue on the fundamental questions (pp. 200–208). Washington, DC: American Psychological Association.
- Weiß, A. (2013). Theoretischer Hintergrund. In H. Alsleben & I. Hand (Hrsg.), *Soziales Kompetenztraining. Leitfaden für die Einzel- und Gruppentherapie bei Sozialer Phobie* (2. Aufl. 2013, S. 5–8). Vienna, s.l: Springer Vienna.
- WHO (1991). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V*. Hrsg. von H Dilling, W. Mombur, M Schmidt (1991). Bern: Hans Huber.
- Willutzki, U. (2002). Allgemeine Prinzipien der Psychotherapie sozialer Ängste: Die Rolle von Ressourcen. In U. Stangier & T. Fydrich (Hrsg.), *Soziale Phobie und soziale Angststörung. Psychologische Grundlagen, Diagnostik und Therapie* (S. 370–396). Göttingen: Hogrefe.
- Willutzki, U. (2003). Soziale Phobie - ein vernachlässigtes Problem? *PiD - Psychotherapie im Dialog*, 4 (1), 3–9.
- Willutzki, U., Teismann, T., Koban, C. & Dymel, W. (2009). Veränderungen interpersoneller Probleme in der Psychotherapie sozialer Ängste. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 38 (1), 52–60.
- Wittchen, H.-U. & Fehm, L. (2003). Epidemiology and natural course of social fears and social phobia. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 108 (s417), 4–18.
- Wittchen, H.-U., Zaudig, M. & Fydrich, T. (1997). SKID: *Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV (Achse I, II)*. Göttingen: Hogrefe.
- Wittchen, H.-U. & Hoyer, J. (2011). *Klinische Psychologie & Psychotherapie* (Springer-Lehrbuch2., überarbeitete und erweiterte Auflage). Berlin: Springer. Verfügbar unter <http://site.ebrary.com/lib/alltitles/docDetail.action?docID=10490477>

9 Anhang

Anhang A: Abbildungs-, Tabellenverzeichnis

Anhang B: Abkürzungsverzeichnis

Anhang A: Abbildungs-, Tabellenverzeichnis

Abbildung 1 Kognitives Modell der Sozialen Phobie (aus Clark & Ehlers, 2002, S. 159).....16

Abbildung 2 Vulnerabilitäts-Stress-Modell der Sozialen Phobie (aus Wittchen & Hoyer, 2011, S. 957)19

Abbildung 3 Kontinuum der Sozialen Phobie (aus Stangier & Fydrich, 2002, S. 23).....22

Tabelle 1 ausgewertete Studien mit prädiktiven Wert (Eigendarstellung)..... 9

Tabelle 2 Diagnostische Kriterien für die Soziale Angststörung (aus APA, a 2013, S. 202f.) 12

Tabelle 3 Diagnostische Kriterien für die Soziale Phobie (aus Dilling, 2006, S. 116f.)13

Tabelle 4 Differenzialdiagnostische Abgrenzung der Sozialen Phobie (aus Stangier, Clark & Ehlers, 2006).....25

Tabelle 5 Evidenzgrad psychotherapeutischer Interventionen (aus Heinrichs et al., 2010, S. 40).....27

Tabelle 6 Vor- und Nachteile von Medikamenten für die Soziale Phobie (aus Bandelow & Wedekind, a 2014, S. 640)28

Tabelle 7 Variablen mit prädiktiven Wert bei der Sozialen Phobie (Eigendarstellung)33

Anhang B: Abkürzungsverzeichnis

CBGT	Cognitive-Behavioral Group Therapy
CT	Cognitive Therapy
CTG	Cognitive Group Therapy
ET	Einzeltherapie
k.A.	keine Angabe
k.M.	keine Messung
M.	Monat
SP	Soziale Phobie
u.	und
W.	Woche

10 Eigenständigkeitserklärung

Hiermit versichere ich, Anika Köpke (geb. 15.03.1989), dass ich die vorliegende Arbeit selbständig angefertigt und ohne fremde Hilfe verfasst, keine anderen als die angegebenen Hilfsmittel benutzt und wörtlich oder inhaltlich entlehnte Stellen als solche kenntlich gemacht habe. Diese Arbeit wurde noch keiner Prüfungsbehörde in gleicher oder ähnlicher Form vorgelegt.

Stendal, den