



Dies ist eine Leseprobe des Schattauer Verlags. Dieses Buch und unser
gesamtes Programm finden Sie unter
www.klett-cotta.de/schattauer

Götz Berberich (Hrsg.)

Soziale Ängste bei jungen Erwachsenen

Ein Praxisbuch zur multimodalen Therapie

Mit Beiträgen von

Götz Berberich

Heribert Gampel

Stefanie Hoffmann

Gabriele Ludwig-Wallach

Michael Maidl

Katrin Müller-Franken

Michaela Nafzger-Streicher

Christine Rath

Genia Rusch

Wolfgang Schwarzkopf

Heidi Unger

Miriam Willibald

Götz Berberich (Hrsg.)

Soziale Ängste bei jungen Erwachsenen

Ein Praxisbuch zur multimodalen
Therapie

Dr.med. Götz Berberich

g.berberich@klinik-windach.de

<http://www.klinik-windach.de>

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

Besonderer Hinweis

Die Medizin unterliegt einem fortwährenden Entwicklungsprozess, sodass alle Angaben, insbesondere zu diagnostischen und therapeutischen Verfahren, immer nur dem Wissensstand zum Zeitpunkt der Drucklegung des Buches entsprechen können. Hinsichtlich der angegebenen Empfehlungen zur Therapie und der Auswahl sowie Dosierung von Medikamenten wurde die größtmögliche Sorgfalt beachtet. Gleichwohl werden die Benutzer aufgefordert, die Beipackzettel und Fachinformationen der Hersteller zur Kontrolle heranzuziehen und im Zweifelsfall einen Spezialisten zu konsultieren. Fragliche Unstimmigkeiten sollten bitte im allgemeinen Interesse dem Verlag mitgeteilt werden. Der Benutzer selbst bleibt verantwortlich für jede diagnostische oder therapeutische Applikation, Medikation und Dosierung.

In diesem Buch sind eingetragene Warenzeichen (geschützte Warennamen) nicht besonders kenntlich gemacht. Es kann also aus dem Fehlen eines entsprechenden Hinweises nicht geschlossen werden, dass es sich um einen freien Warennamen handelt.

Schattauer

www.schattauer.de

© 2022 by J. G. Cotta'sche Buchhandlung Nachfolger GmbH, gegr. 1659, Stuttgart

Alle Rechte vorbehalten

Cover: Jutta Herden, Stuttgart

unter Verwendung einer Abbildung von © Andrew Alexander (Unsplash)

Gesetzt von Eberl & Koesel Studio, Altusried-Krugzell

Gedruckt und gebunden von CPI – Clausen & Bosse, Leck

ISBN 978-3-608-40071-7

E-Book ISBN 978-3-608-11695-3

PDF-E-Book ISBN 978-3-608-20534-3

Vorwort

Soziale Ängste sind gewiss kein neues Problem für die Psychotherapie. Soziale Phobien und ängstlich vermeidende Persönlichkeitsstörungen zählen sozusagen zum Standardrepertoire der psychosomatischen Behandlung. Warum dann ein neues Buch über diese Krankheitsbilder?

In den letzten zehn bis zwanzig Jahren stellten viele Fachleute in psychosomatischen Kliniken die bedenkliche Tendenz fest, dass immer mehr junge Erwachsene (etwa zwischen 18 und 25 Jahren) die Hilfe einer Klinik in Anspruch nehmen mussten. Neue Behandlungsprogramme wurden landauf landab installiert. Viele dieser Patientinnen und Patienten leiden unter der klinischen Problematik sozialer Ängste. Die besondere Ausgestaltung der Symptomatik in einer computer- und internetaffinen Generation stellt die Behandler vor besondere Herausforderungen. Die Möglichkeiten und Versuchungen von sozialen Netzwerken und Onlinespielen verschleiern und verstärken die Symptomatik, sind gleichwohl Teil der heutzutage nicht mehr wegzudenkenden Realität dieser jungen Menschen. Dementsprechend müssen sie in der Therapie mit berücksichtigt werden, können aber auch als Ressource genutzt werden.

Die Autoren dieses Buches, allesamt gegenwärtige oder ehemalige Psycho-, Co- und Spezialtherapeuten der Klinik Windach, entwickelten daher unser etabliertes Therapieprogramm für Patienten mit sozialen Ängsten weiter und adaptierten es an die neuen Herausforderungen dieser speziellen Altersgruppe.

Dabei werden die soziale Phobie und die ängstlich-vermeidende Persönlichkeitsstörung in einem dimensional Modell unter dem zusammenfassenden Begriff der sozialen Ängste konzeptualisiert (► Kap. 2). Das Therapiekonzept fußt auf der kognitiv-behavioralen Therapie, integriert jedoch zahlreiche weitere, aus den jeweiligen Kapiteln ersichtliche Therapieströmungen und -methoden.

Das vorliegende Werk versteht sich bewusst als Werkstattbuch. Es ist von Praktikern für Praktiker geschrieben. Kurze Übersichtskapitel ermöglichen die Orientierung in einer Vielzahl von veröffentlichten Erklärungs- und Behandlungskonzepten. Der Schwerpunkt der Darstellung liegt in der praxisnahen Schilderung unseres therapeutischen Vorgehens, illustriert durch zahlreiche Fallbeispiele.

Dieses Buch entstand auf Anregung des Schattauer-Verlags. Unser besonderer Dank gilt Dr. Annegret Boll für die Förderung des Projekts und Ulrike Albrecht für ihr umsichtiges und geduldiges Lektorat. Nicht zuletzt danken wir aber auch den betroffenen Menschen, die wir auf ihrem Weg ein Stück weit begleiten durften und die uns – nicht nur über elektronische Medien – vieles gelehrt haben.

Inhalt

SOZIALE ÄNGSTE ERKENNEN UND VERSTEHEN	1
1 Soziale Ängste in Zeiten der Digitalisierung	3
Götz Berberich	
2 Was sind soziale Ängste? – Symptomatik und Konzepte	7
Götz Berberich	
2.1 Fallbeispiel: Herr M.	7
2.2 Symptomatik	8
2.3 Konzepte und Diagnosen	10
2.4 Symptomwandel im digitalen Zeitalter	17
3 Diagnostische Klassifikationen und Instrumente	19
Götz Berberich	
3.1 Deskriptive Diagnostik nach ICD-10 und DSM-IV/DSM-5®	19
3.2 Erfassung des Funktionsniveaus der Persönlichkeit	22
3.3 Psychometrie	25
4 Ätiologische Modelle für die Entstehung sozialer Ängste	27
Heidi Unger	
4.1 Biologische und lerntheoretische Ansätze	27
4.2 Psychodynamische Modelle	30
4.3 Bindungstheorien	31
4.4 Verhaltenstherapeutische Modelle	32
SOZIALE ÄNGSTE BEHANDELN	37
5 Stand der Wissenschaft – Therapiekonzepte im Überblick	39
Stefanie Hoffmann	
5.1 Psychotherapie	39
5.2 Psychopharmakotherapie	52
5.3 Weitere nicht-medikamentöse Therapieoptionen	56

6	Grundüberlegungen zur multimodalen Therapie einer »digitalisierten Generation«	57
	Wolfgang Schwarzkopf	
6.1	Therapie in der Transitionsphase	58
6.2	Fallbeispiel: Herr B.	59
6.3	Fallbeispiel: Frau F.	60
7	Beziehung und therapeutische Strategien – Die Einzeltherapie	63
	Wolfgang Schwarzkopf	
7.1	Die Etablierung der therapeutischen Beziehung – ganz analog!	63
7.2	Die Aufgabe des Sicherheits- und Vermeidungsverhaltens	64
7.3	Reduktion der Selbstaufmerksamkeit	66
7.4	Aufbau sozialer Kompetenzen	67
7.5	Erkennen negativer Grundüberzeugungen	68
7.6	Kognitive Umstrukturierung und Modifikation dysfunktionaler Einstellungen	69
7.7	Stressimpfungsübungen	71
7.8	Selbstsicherheitstraining (SST)	71
7.9	Exposition und Aufbau neuer Verhaltensmuster	72
8	Methodische Impulse – Die Gruppentherapie	76
	Wolfgang Schwarzkopf	
9	Im Mittelpunkt stehen – Das Selbstsicherheitstraining	81
	Michaela Nafzger-Streicher, Michael Maidl, Heribert Gampel	
9.1	Ziele	81
9.2	Ablauf der Gruppe	82
10	»Wenn ich könnte, wie ich wollte ...!« – Kunsttherapie	97
	Christine Rath, Genia Rusch	
10.1	Die Anfangsphase – Ankommen in der Gruppe	97
10.2	Die Themen – Annäherung an das Problem	98
10.3	Die Veränderungsphase – Verlauf der Kunsttherapie	103
10.4	Ausblick und Integration – Eine neue Rolle ausprobieren	111

11 Grenzen spüren und Stellung nehmen – Die Körpertherapie	112
Gabriele Ludwig-Wallach	
11.1 Psychotonik bei sozialen Ängsten – die Grundidee	112
11.2 Die Überweisung – Erhebung des individuellen Patientenstatus	113
11.3 Einzelbehandlung – Wahrnehmen und Orientierung finden	114
11.4 Gruppensetting – Kommunikative Bewegungstherapie (KBT)	120
12 Essen und Genuss? – Therapeutisches Kochen	131
Miriam Willibald	
12.1 Aufbau und Ablauf des Kochkurses	131
12.2 Fallbeispiel: Herr S.	132
12.3 Zusammenfassung	133
13 Mut entwickeln – Therapeutische Selbstverteidigung	135
Katrin Müller-Franken	
13.1 Die Gruppen und ihre Struktur	135
13.2 Ablauf der Gruppenstunden	135
13.3 Vermittlung theoretischer Grundlagen	136
13.4 Praktische Übungen	137
13.5 Fallbeispiel: Frau L.	139
13.6 Stellenwert der Selbstverteidigung im Rahmen der multimodalen Therapie	140
Literatur	142

SOZIALE ÄNGSTE ERKENNEN UND VERSTEHEN

1 Soziale Ängste in Zeiten der Digitalisierung

Götz Berberich

Junge Erwachsene, also Menschen in der Phase des Übergangs in ein selbstbestimmtes und -verantwortetes Leben, des Eingehens stabiler partnerschaftlicher Beziehungen oder der Entscheidung für einen über viele Jahre, wenn nicht lebenslang ausgeübten Beruf, also Menschen etwa im Alter zwischen 18 und 25 Jahren, tauchen zunehmend häufig in den Praxen und Kliniken für Psychotherapie als Patientinnen und Patienten auf. Neben depressiven Zustandsbildern, Anzeichen für eine beginnende Persönlichkeitsstörung und Suchterkrankungen stehen häufig Angsterkrankungen, und hier v. a. soziale Ängste im Vordergrund der Symptomatik.

Soziale Ängste werden in den Klassifikationssystemen entweder als soziale Phobie oder als ängstliche bzw. vermeidend-selbstunsichere Persönlichkeitsstörung beschrieben. Neben der Borderline-Störung ist die vermeidend-selbstunsichere Persönlichkeitsstörung (nach DSM-5[®], Falkai & Wittchen 2018) oder ängstliche (vermeidende) Persönlichkeitsstörung (nach ICD-10, Dilling et al. 2013) eine der häufigsten und klinisch relevantesten Persönlichkeitsstörungen. Trotzdem ist die Anzahl wissenschaftlicher Arbeiten über diesen Komplex – vor allem im Vergleich mit der Borderline- oder der antisozialen Persönlichkeitsstörung – überschaubar, zumal die Einstufung dieses Krankheitsbildes als eigenständige Diagnose mit der Sicht als (bloße) Extremvariante der sozialen Phobie konkurriert (► Kap. 2).

Wurden soziale Ängste früher als leicht und unkompliziert zu behandeln beurteilt, stellten sich im Laufe der letzten Jahre doch zunehmend die Komplexität und weite Bandbreite der Symptomatik sowie der zugrunde liegenden Bedingungsfaktoren bzw. Psychodynamik heraus. Auch schwerste Verläufe mit erheblicher struktureller Einschränkung, psychosenaher Symptomatik und katastrophalen psychosozialen Folgen sind keine Seltenheit. Dies wiegt umso schwerer, wenn die Krankheit Menschen trifft, die in einer besonders vulnerablen Phase ihres Lebens stehen, in der wichtige Erfahrungen gemacht und Entscheidungen getroffen werden sollten.

Die Zusammensetzung der Patientinnen und Patienten mit sozialen Ängsten in der Psychosomatischen Klinik Windach, in der alle Autorinnen und Autoren dieses Buches arbeiten oder gearbeitet haben, hat sich im Verlauf der letzten Jahre deutlich verändert: Über 90% sind mittlerweile zwischen 18 und 30 Jahren (Schwarzkopf & Unger 2019), sie befinden sich im Prozess der Ablösung von den Eltern, der Identitätsfindung. Sie sind auf der Suche nach einer Partnerschaft und einem Beruf. Das Leitthema ist durchgängig: seinen Platz im Leben und in der Gesellschaft finden. Kennzeichnend für diese Gruppe sind Ablöse- und Identi-

tätsfindungsprozesse in der frühen oder späten Adoleszenz. Vorausgegangen sind Hänseleien, »Mobbing«, starke Abwertung, Überbehütung, ambivalent-ängstlicher Erziehungsstil der Eltern oder erlebte Isolation und emotionale Vernachlässigung – häufig bereits über Jahre. Die strukturgebende Funktion der Schule ist zum Zeitpunkt der Aufnahme schon weggefallen oder störungsbedingt nicht mehr möglich einzuhalten. Hierdurch beschleunigen sich die soziale Angst, der Rückzug und die Isolation dieser Patienten.

Das führte in unserer Klinik im Jahr 2016 zur Entscheidung, die Behandlung sozialer Ängste in einer altershomogenen Gruppe für junge Patientinnen und Patienten zwischen 18 und 25 (und in Ausnahmen bis 30) Jahren zu organisieren.

In zunehmendem Maße wurden beeinflussende Faktoren durch die schnell wachsenden Möglichkeiten – und Versuchungen – der sozialen Medien und interaktiven PC-Spiele deutlich: Die oft sehr zurückgezogen lebenden Patienten haben dadurch mehr Gelegenheiten einer für sie »sicheren« Kontaktaufnahme ohne direkten (analogen, also körperlichen) Kontakt und häufig unter dem Schutz der Anonymität oder Pseudonymisierung im Netz. Auch im Klinikbereich spielen die elektronischen Medien eine bedeutsame Rolle: die Gruppenmitglieder richten sich oft rasch eine eigene Gruppe bei WhatsApp oder einer ähnlichen Plattform ein. Für den ungelösten Konflikt zwischen Bindungswunsch und Bindungsangst der ängstlich-vermeidenden Persönlichkeitsstörung (Fiedler & Marwitz 2016), der meist zugunsten der Bindungsangst entschieden wird, stellen die sozialen Medien die zunächst optimale Form dar, beide Motive zu bedienen. Hier haben die Betroffenen die Möglichkeit, anonym zu bleiben, sich nicht real zeigen zu müssen oder in Form eines Avatars eine Figur zu erschaffen, die spielend interaktiv agieren kann.

Gleichzeitig werden durch das Sicherheits- und Vermeidungsverhalten die sozialen Ängste negativ verstärkt. Allmählich baut sich eine »Als-ob«-Realität auf, das Netz wird zum »eigentlichen Leben«. So können Partnerschaften in über einjährigen Kontakten rein über soziale Medien bestehen, ohne dass sich die Partner je »real«, »analog« getroffen haben. (An dieser Stelle wird deutlich, dass selbst unsere Sprache mit dieser Situation überfordert ist: Was ist denn real? Und wie soll man eine Beziehung ohne den Umweg über die elektronischen Medien bezeichnen, die ja deswegen noch nicht »körperlich« zu sein braucht?) Über den Aufbau des eigenen Avatars und dessen Interaktionsmöglichkeiten im Internet können soziale Bedürfnisse »gefahrlos« erfüllt werden, ohne das befürchtete Risiko der Beschämung, Enttäuschung und Zurückweisung, das den sozialen Ängsten zugrunde liegt. Eine auch hier mögliche Zurückweisung kann auf den Avatar attribuiert werden, was als weniger kränkend erlebt wird, als wenn direkt die eigene Person adressiert wird. Die eigene Persönlichkeit kann als »unsichtbar und nicht greifbar« geschützt werden, allerdings auf diese Weise auch bestimmte Entwicklungsschritte nicht leisten. Der Patient kann sich auch zu einer Kunstfigur stilisieren und durch bestimmte Kleidung und einen bestimmten Stil zur Kopie eines Idols oder einer Comicfigur werden. Der Vorteil für den Patienten liegt darin, dass die positiven und negativen Reaktionen kalkulierbar sind, das eigene Selbst aber nicht betreffen.

Die Möglichkeiten der Beschämung und Abwertung werden durch die Schnelligkeit und große Reichweite dieser Medien allerdings auch intensiviert. Die zweite Komponente der sozialen Angststörung besteht häufig darin, als Kompensation für das defizitäre Selbstbild ein unbewusstes Größenselbst zu entwickeln und auf die Außenwelt zu projizieren (Brückner et al. 2019). Durch ständige Selbstoptimierung und -darstellung im Netz versuchen die Betroffenen dieses Größenselbst immer wieder zu bestätigen. Dadurch kann die Nutzung sozialer Medien schnell einen suchartigen Charakter annehmen. Zudem sind Personen mit einer sozialen Angststörung gefährdet, eine Computerspielsucht zu entwickeln, da sie in den Spielen eine ungefährliche Ersatzwelt, häufig mit virtuellen »Ersatzbeziehungen«, und Erfolgserlebnisse suchen. Immer wichtiger wird es daher, von therapeutischer Seite nach dem Umgang mit den sozialen Medien und interaktiven Spielen zu fragen und diesen in die Therapie miteinzubeziehen.

Die Adoleszenz ist eine Zeit der Übergänge, der Schwellen. Eine besonders prägende Veränderung ist der Wegfall des Pflichtrahmens Schule als Kontakt- und Kommunikationsplattform, mit dem es sich zu arrangieren galt. Hierdurch verringert sich die Interaktion mit der realen Welt, sie verschiebt sich bei vielen Betroffenen in Richtung der virtuellen Welt, zumal der Benutzung sozialer Medien und elektronischer Möglichkeiten (Spiele!) heute zum festen Verhaltensrepertoire von Schülerinnen und Schülern gehört, also quasi schon eingeübt war. Die virtuelle Welt erlaubt, sich neu zu erfinden, ein Ideal- und Wunschbild des eigenen Selbst zu entwerfen und zu präsentieren, ohne sich mit dem als unzulänglich erlebten eigenen Ich auseinanderzusetzen zu müssen.

Wie das Interaktions- und Kontaktbedürfnis in der virtuellen Welt ausgelebt wird, kann sich dabei ganz unterschiedlich gestalten. Manch eine Patientin bewegt sich geschickt in den sozialen Medien, entwickelt und pflegt dort durch entsprechend designte und aufbereitete Posts ein Image, das ihrem imaginierten Größenselbst nahekommt, mit den äußerlichen Attributen von Schönheit, Makellosigkeit, Coolness, Weltgewandtheit und Sexappeal. Ein anderer Patient taucht nicht einmal als geschöntes Abbild auf, sondern benutzt einen Avatar, eine Kunstfigur, etwa als Tier oder Comicfigur. Diese Menschen posten Memes und nicht-personale Bilder oder betreiben sogar einen eigenen Video-Channel. Ihre Darstellungen und Veröffentlichungen kennzeichnen eine Fantasie- oder Wunschwelt, der sie mit ihren oft umfangreichen IT-Kenntnissen Bewegung, Sprache und »Leben« verleihen und die es ihnen erlaubt, aus ihrer realen Welt zu entkommen – ohne ihr Zimmer verlassen zu müssen.

Der Umgang mit diesen virtuellen Aktivitäten während der Behandlung bedeutet eine besondere Herausforderung für Therapeutinnen und Therapeuten, aber durchaus auch eine Chance eines raschen Zugangs zum inneren Erleben der Betroffenen. Viele Patientinnen und Patienten legen ihre Online-Aktivitäten und -identitäten nicht von Beginn an offen, sondern gewähren erst im Verlauf der Therapie einen Einblick in ihre »zweite Welt«. Die Online-Aktivitäten sind jedoch sehr prägend für die Betroffenen und aufschlussreich für die Therapeutinnen und Therapeuten. Sie ergänzen das durch Anamnese und Exploration entstandene

Bild, ihre Thematisierung stellt einen wesentlichen Fortschritt in der Therapie dar. Der erlaubte Blick ins Innere kann massive Schamgefühle dem Therapeuten gegenüber mobilisieren, ist aber auch ein erster Test, wie wertschätzend er oder sie mit diesem durchaus delikaten Bereich umgeht. Wird der Therapeut diese Welt als unwichtig, »Kinderkram« oder unverständlich abtun, zumal wenn er oder sie doch ein Stück (oder deutlich) älter ist und sich vielleicht ohnehin schwer tut mit Computern, Smartphones und sozialen Medien? Ist dieses Geheimnis bei ihm/ihr gut aufgehoben?

Deutlich gezeigtes Interesse einer Therapeutin, Offenheit und auch gezieltes Nachfragen nach diesem Bereich sind also essenziell, um den Patienten »abzuholen«. Dabei kann er vielleicht auch besondere Fähigkeiten und Kenntnisse vorweisen und erleben, dass er der Therapeutin gegenüber einen Vorsprung hat, den diese auch anerkennt und wertschätzt. Dabei lernt er die Therapeutin als Modell kennen, die mit Schwächen oder Wissenslücken umgehen kann, sie aushält und zugibt, ohne deswegen in Scham zu versinken oder sich zurückzuziehen.

Schließlich kann das Gespräch über die Online-Aktivitäten auch ein höchst individuelles Vokabular zur Verfügung stellen, das in der Therapie leitmotivische Arbeit ermöglicht, wenn etwa unterschiedliche Avatare oder Posts zu Chiffren für unterschiedliche Persönlichkeitsanteile werden (► Kap.2.1, Fallbeispiel Herr M.). Der Umgang mit den Reaktionen im Netz kann Material für die Beziehungsarbeit liefern. Und gelegentlich mag es natürlich auch nötig sein, therapeutische Verträge zur Begrenzung dysfunktionalen Internetgebrauchs auszuhandeln. Eine völlige Abstinenz sollte aber nicht angestrebt werden, da dies realitätsfern ist und nur unnötigen Widerstand provoziert. Das Ziel muss vielmehr das Einüben eines funktionalen und selbstwertförderlichen Umgangs mit sozialen Medien und den heutigen Kommunikationsmöglichkeiten sein.

Die erschreckende Zunahme psychischer Störungen bei jungen Erwachsenen und die besonderen Ausprägungsformen der sozialen Ängste gerade in dieser Altersgruppe durch die Möglichkeiten und Versuchungen einer digitalisierten Welt erfordern therapeutische Antworten. Diagnostische und therapeutische Konzepte müssen angepasst werden, Therapeutinnen und Therapeuten sollten sich wenigstens in Ansätzen auf die »Welt im Netz« einlassen und die häufig verborgenen dysfunktionalen Verhaltensweisen ihrer Patientinnen und Patienten kennen. Gelingt dann aber der »Sprung« in die unmittelbar erfahrbare therapeutische Beziehung, kann die Behandlung für beide Seiten befriedigend sein und zeigt gute Erfolgsaussichten.

4 Ätiologische Modelle für die Entstehung sozialer Ängste

Heidi Unger

Aus einer Vielzahl von Erklärungsansätzen und Studien möchten wir einige relevante Ansätze herausgreifen und vorstellen. Insgesamt wird eine multifaktorielle Ätiologie angenommen. Bei dieser kann im jeweiligen Fall eine unterschiedliche Gewichtung der Bedeutsamkeit der prädisponierenden genetischen und neurobiologischen Faktoren, der Lernbedingungen und der Erklärungsansätze aus der Perspektive der Bindungstheorie und Psychodynamik wie auch der Faktoren, die zur Aufrechterhaltung beitragen, vorliegen.

Welchen Einflüssen bei der Erklärung der Störung insgesamt, aber auch im jeweiligen Einzelfall besonderes Gewicht zukommt, bleibt vorläufig Spekulation. In der Psychoedukation eines Patienten wird insofern die Plausibilität eines Erklärungsansatzes entscheidend sein. Die Frage ist also, welche Erklärung dem Patienten und Therapeuten gemeinsam am sinnvollsten erscheint, um das momentane Leiden zu verstehen – und auch, um daraus therapeutische Konzepte abzuleiten. In der kognitiven Verhaltenstherapie hat sich für ein solches Vorgehen der Begriff des »plausiblen Erklärungsmodells« eingebürgert, welches also ätiologische Modelle sinnvoll und therapieleitend abbildet, ohne letzte wissenschaftliche Evidenz für sich beanspruchen zu können.

4.1 Biologische und lerntheoretische Ansätze

Biosoziale Lerntheorie nach Millon

Theodore Millon war ein US-amerikanischer Psychologe, der an Theorie und Psychopathologie von Persönlichkeitsstörungen forschte, insbesondere auch am Konstrukt der ängstlich-vermeidenden Persönlichkeitsstörung. Er war der Auffassung, dass sich biologische Bedingungen (vererbtes Temperament, neurologische Reifungsprozesse) und soziale Lernbedingungen in der Familie wechselseitig beeinflussen. Er postulierte eine Zirkularität der Interaktion: Die biologische Disposition der Kinder ruft Reaktionen bei ihren Interaktionspartnern hervor, die wiederum diese Dispositionen verstärken können, z. B. durch überprotektives, abwertendes oder forderndes Verhalten (Millon 1981, 1983).

Biologische Disposition

Zwillingsstudien ergaben eine Heritabilität (Erblichkeit) von 30 % bis 50 % bei sozialen Ängsten (Kendler et al. 1999). Es wird bei der ängstlich-vermeidenden Persönlichkeitsstörung von einem genetischen Anteil zwischen 37 % und 64 % ausgegangen (Gjerde et al. 2012).

Es gibt Hinweise darauf, dass bei der ängstlich-vermeidenden Persönlichkeitsstörung die Heritabilität größer ist als bei eingegrenzten sozialen Phobien, was der sog. Kontinuumshypothese allerdings widersprechen würde (► Kap. 2.3). So geht man bei der Entstehung der situativ eingegrenzten sozialen Phobien von einem größeren Gewicht der klassischen Konditionierung aus (Turner et al. 1992). Möglicherweise spiegelt sich hier also eine stärkere »biologische« Komponente bei schweren Störungen wider, während die mildere Verlaufsform besser durch lernpsychologische Einflüsse erklärt werden könnte.

Neurobiologie und evolutionäre Theorien

In den letzten Jahren konnten in einer Vielzahl von Bildgebungsstudien in einigen Hirnregionen Aktivitätsveränderungen in Abhängigkeit von Angstreaktionen gefunden werden. Diese werden allerdings mehr als neurobiologische Korrelate der psychischen Reaktionen interpretiert und sollen nicht als deren Ursachen missverstanden werden. Studien weisen auf eine Übererregbarkeit neuronaler Angstschaltkreise hin. Die Amygdala oder der Mandelkern (ein Teil des limbischen Systems) wird bei der sozialen Phobie bereits durch wenig sozial bedrohliche Reize aktiviert. Präfrontale kortikale Areale, die mit der Emotionsregulation in Verbindung gebracht werden, scheinen vergleichsweise aktiver. Bei Sozialphobikern wird in angstausslösenden Situationen eine ausgeprägtere Aktivierung des rechtsfrontalen Rückzugs- und Verhaltenshemmungssystems beschrieben (Hermann 2002).

In bildgebenden Untersuchungen zeigt sich, dass bei Personen mit sozialen Phobien vor allem die Wahrnehmung von Gesichtern mit ärgerlichem Ausdruck eine stärkere Aktivierung der Amygdala auslöst (Tillfors et al. 2001). Es konnte auch gezeigt werden, dass sich diese Überaktivität bei erfolgreicher Behandlung wieder reduziert (Furmark et al. 2002). Diese Ergebnisse könnten einerseits dafür sprechen, dass es bei dem Konzept der ängstlich-vermeidenden Persönlichkeitsstörung eine Prädisposition geben könnte, stärker mit Angst auf bestimmte soziale Reize zu reagieren, oder dass diese Personengruppe ihre Aufmerksamkeit stärker auf angstreduzierende Stimuli lenkt (Malizia et al. 1997, MacDonald et al. 2000). Andererseits könnten diese Ergebnisse auch für das Konzept der klassischen Konditionierung sprechen, indem diese Reaktionen z. B. durch Abbau von Vermeidungs- und Sicherheitsverhalten und kognitive Neubewertung auch wieder gelöscht werden können.

Es bleibt also noch im Dunkeln, wie eine solche Prädisposition zu verstehen ist. Beim Konzept des »Temperaments« geht man allerdings von einer angeborenen Prädisposition aus (im Gegensatz zum umfassenderen Konzept der »Persön-

lichkeit«, die genetische, angeborene wie erworbene Verhaltensweisen abbildet). So wird angenommen, dass Schüchternheit als Temperament zum Teil angeboren ist.

Das Konzept der »Behavioral Inhibition« geht auf Untersuchungen zur Verhaltensgehemmtheit mit starker vegetativer Reaktion des Nervensystems von Kleinkindern zurück. Der amerikanische Entwicklungspsychologe Jerome Kagan beschreibt Kleinkinder ab dem zweiten Lebensjahr, die im Gegensatz zu »nicht gehemmten Kindern« mit starker Hemmung auf neue Situationen (Personen, Räume, Gegenstände) und starker autonomer Reaktion reagieren (Kagan et al. 1984). Dieses Assessment wurde mit dem fünften und siebten Lebensjahr wiederholt (Spielen mit unbekanntem Kindern). Drei Viertel der Kinder behielten die frühkindliche Tendenz auch mit dem siebten Lebensjahr bei.

Es gibt klare Hinweise darauf, dass Verhaltenshemmung ein Risiko für die Entwicklung einer sozialen Angststörung und auch für die Entwicklung einer ängstlich vermeidenden Persönlichkeitsstörung darstellt (Hirshfeld-Becker et al. 2008).

In einer weiteren Studie wurden die Eltern von drei verschiedenen Gruppen von Kindern untersucht: Kinder mit gehemmtem Verhalten und mehreren Angststörungen, solche mit gehemmtem Verhalten, aber ohne Angststörungen, und schließlich Kinder ohne Verhaltenshemmung und ohne Angststörungen (Rosenbaum et al. 1992). Eltern mit sozialen Phobien fanden sich in den drei Kategorien in unterschiedlichem Ausmaß mit 50 %, 9,4 % und 0 %. Dieses Ergebnis deutet auf eine starke transgenerationale Weitergabe der Verhaltensauffälligkeiten hin – am ehesten über genetische bzw. epigenetische Mechanismen oder Modelllernen.

Preparedness (evolutionär vorbereitetes Lernen)

Evolutionäre Theorien gehen davon aus, dass bestimmte Reize besonders leicht zu Angstreaktionen und phobischem Verhalten führen (Seligman 1971). Z. B. können zornige Gesichter eine schnelle und relativ löschungsresistente Furchtkonditionierung auslösen (s. o.) (Öhman et al. 1985). Das könnte bedeuten, dass dadurch ausgelöstes submissives Verhalten leichter zu Unterordnung führt. Der evolutionäre Selektionsvorteil einer Bereitschaft zu sozialer Angst könnte darin bestehen, sich auch als unterlegenes Gruppenmitglied wechselnden Dominanzhierarchien besser anzupassen und hierdurch die eigene Überlebenswahrscheinlichkeit zu erhöhen (Stangier, Heidenreich & Peitz 2009 S. 26).

Symptome der sozialen Phobie, z. B. Erröten oder Zittern, haben Signalcharakter in sozialen Beziehungen und Gruppen. Sie können die Funktion haben, die Aufrechterhaltung von Regeln oder moralischen Normen anzuzeigen, oder (ungewollt) etwas über eigene Grenzen und Bedürfnisse aussagen.

Sie könnten durch ihren Signalcharakter auch dazu beitragen, dass rasch Dominanz, Unterwerfung und Rangordnungen innerhalb einer Gruppe erkennbar werden, zumal Personen mit ängstlich vermeidender Persönlichkeitsstörung sich selbst oft als »rangniedrig« oder »Omegatier« innerhalb einer Gruppe bewerten.

Scham dient innerhalb von sozialen Gemeinschaften auch der Aufrechterhaltung von Regeln und moralischen Normen. Dem Individuum hilft sie in der Wahrnehmung von Grenzen und Bedürfnissen. Der hohe physiologische Anteil im emotionalen Erleben von Scham und die Tatsache, dass es den Schamaffekt auch im Tierreich gibt, weist auch auf die Wichtigkeit für das Überleben der Spezies oder Gemeinschaft hin. Sie kann dem Einzelnen helfen, Handlungen zu vermeiden, die eine mögliche Abwertung innerhalb einer Gemeinschaft nach sich ziehen (Sznycer et al. 2016).

4.2 Psychodynamische Modelle

Die protektive Funktion der Scham (Joraschky 1998) liegt in der Abwehr grenzüberschreitender Einwirkungen der Umwelt. Die Scham zeigt an, dass eine Grenze oder ein Tabu überschritten wird oder wurde. »Die Scham als Wärterin der Integrität des Selbst ist doppelgesichtig: zum einen auf die Selbstregulation bezogen, zum anderen auf die Beziehungsregulation, was ihren besonderen Stellenwert im Kontext der sozialen Beziehungen begründet« (Joraschky 1998, S. 105). Joraschky diskutiert Scham als Folge von Grenzverletzungen (z. B. durch sexuellen Missbrauch).

Die Entwicklung sicherer Ich-Grenzen kann in vielen psychischen Krankheitsbildern gestört sein. Patienten mit Erythrophobie (Angst vor Erröten) haben oft die Vorstellung, andere könnten sehen, was sie denken und fühlen. Bei sensiblen Patienten ist diese Überzeugung noch ausgeprägter. Sie sind nicht nur dem beschämenden Einblick der anderen ausgeliefert, ihre Dünnhäutigkeit signalisiert auch ihre Störbarkeit und Verletzlichkeit durch die Blicke, die Handlungen und die Worte des anderen. Es ist, als könnte er in ihr Innerstes hineinwirken und sie in ihrem Kern treffen (zit. aus Rudolf 2004, S. 68).

»Die Demutsgeste, die Blickvermeidung, der Wunsch, in den Boden zu versinken, ist bereits der Lösungsversuch, die vernichtende Andersartigkeit (Kleinheit) dadurch regressiv zu beheben, dass das Ich seine Existenz aufgibt und mit dem Erdboden fusioniert. Das Gesicht zu verlieren ist also durchaus wörtlich zu verstehen. Im Angesicht einer idealen Existenz, an der ich nicht partizipieren kann, hat die Vorstellung einer eigenen Individualität keinen Sinn.« (Krause 1990, S. 682)

Scham ist als zentraler Aspekt der Sozialen Angststörung zu verstehen: Ein leicht aktivierbarer Schamaffekt (Gabbard 2010) könnte eine mögliche genetische Implikation des Merkmals »Schüchternheit« darstellen, die sich dann unter bestimmten Entwicklungsumständen zur ängstlich vermeidenden Persönlichkeitsstörung ausbilden kann. Die umschriebenen gefürchteten Situationen werden gemieden, da in diesen die eigenen schambesetzten Selbstanteile sichtbar werden könnten, so dass das Ich verletztlich wird. Gabbard verbindet den Schamaffekt mit einem dysfunktionalen Ich-Ideal, daher wird das Selbst als unzulänglich beurteilt. Als Kompensation für das defizitäre Selbstbild kommt es zur Entwicklung eines unbewussten Größenselbst (s. a. vulnerabler Narzissmus,

► Kap. 2.2), dessen überhöhte Selbstansprüche in die Außenwelt projiziert werden (Brückner, Loge & Salzer 2019, S. 27). Somit kommt es zum subjektiven Erleben von Überforderung und Bedrohung durch externe Ansprüche an die eigene Person. Betroffene erleben dann Abwertung durch das soziale Umfeld als Folge der Projektion, die zusätzlich durch Vermeidungs- oder anklammerndes Verhalten verstärkt werden kann (Hoffmann 2015).

Negative Selbst- und Objektrepräsentanzen: Nach Clarkin et al. (2013, S. 335) lässt sich die Störung »als Kombination eines negativen Selbstbildes als ungenügend, minderwertig, sozial unbeholfen oder persönlich unattraktiv und von daher nicht liebeswert mit einem negativen Bild von anderen Menschen (als kritisch, abweisend oder missbilligend und von daher unzugänglich und wenig fürsorglich) konzeptualisieren«. Das chronisch insuffiziente Selbstwertgefühl der Betroffenen würde demnach mit negativen Selbst- und Objektrepräsentanzen korrespondieren.

Kompensatorisch führt das defizitäre Selbstkonzept zu Vermeidung mit der Folge von sozialem Rückzug und Verstärkung der Angstsymptomatik, und/oder Perfektionismus, um das Selbst über perfekte Leistung »abzusichern« – allerdings oft mit ähnlichem Ergebnis der Behinderung sozialer Kontakte (Leichsenring et al. 2015).

4.3 Bindungstheorien

Es liegt nahe, bei Patienten mit Angst vor oder in der Beziehung zu anderen Menschen eine Störung des Bindungssystems zu vermuten. Zahlreiche wissenschaftliche Untersuchungen beschäftigten sich daher mit dem Bindungsverhalten bei sozialen Angststörungen. Ungünstiges Erziehungsverhalten, v. a. bei überprotektivem oder ablehnendem Verhalten der Eltern, führt zu selbstunsicher-vermeidendem Bindungsstil (Bowlby 1969, Benjamin 1996).

Eikenaes, Pedersen und Wilberg (2015) untersuchten Patienten mit ängstlich-vermeidender Persönlichkeitsstörung sowie Patienten mit sozialer Phobie hinsichtlich ihres Bindungsstils. Patienten mit ängstlich-vermeidender Persönlichkeitsstörung wiesen häufiger einen ängstlichen Bindungsstil auf als Patienten mit sozialer Phobie, zudem erlebten sie mehr Trennungsangst und Angst verlassen zu werden (Brückner, Loge & Salzer 2019, S. 26).

Brisch (2009) beschreibt die Wechselwirkung zwischen der Fähigkeit zur Mentalisierung und der Bindungsfähigkeit. So weist eine unsichere Beziehungsbindung auf eine eingeschränkte Fähigkeit zur Mentalisierung hin, während die Fähigkeit zur Mentalisierung wiederum stark mit der Kompetenz zusammenhänge, intime zwischenmenschliche Beziehungen aufzubauen und aufrecht erhalten zu können. (ebenda).

Störungen der Mentalisierungsfähigkeit finden sich umso mehr, je geringer das Funktionsniveau der Persönlichkeit bzw. je stärker eine Persönlichkeitsstörung ausgeprägt ist. Anders ausgedrückt: Bei ausgeprägten sozialen Angststörungen auf dem Niveau einer Persönlichkeitsstörung sind auch eine gestörte

Bindungs- und eine mangelhaft ausgeprägte Mentalisierungsfähigkeit zu erwarten.

Empirische Befunde deuten bei sozialen Ängsten auf Defizite in der Affektwahrnehmung und Mentalisierungsfähigkeit hin (Brückner, Loge & Salzer 2019), oder nur auf Defizite bzgl. der Mentalisierungsfähigkeit und der »empathic accuracy«, nicht aber der Affektwahrnehmung (Alvi et al. 2020).

4.4 Verhaltenstherapeutische Modelle

Das kognitive Modell von Beck

Aaron Beck, ein US-amerikanischer Psychiater und Psychotherapeut, hat zusammen mit seinen Mitarbeitern sehr einflussreiche kognitive Theorien der Angst entwickelt (Beck et al. 1985), die vielen weiteren Ansätzen als Grundlage dienten und auch intensiv beforscht wurden. Der »Vulnerability Mode« bestehe aus Gefahrenschemata (interne und externe Gefahren, die nicht genügend kontrollierbar erscheinen) bei Angststörungen, die die Wahrnehmung und Verarbeitung von Stimuli fördern, die mit Bedrohung assoziiert sind. In Bezug auf die sozialen Phobien wird der »Vulnerability mode« in sozialen Situationen aktiviert. Dieses Gefahrenschema definiert eine Person als ungenügend bzgl. ihrer Möglichkeiten, mit sozialen Situationen umzugehen. Diese werden mit Gefahr assoziiert, sich in diesen verletzlich oder schwach zu zeigen. Das »Attention Binding« (die intensive Beschäftigung mit realer oder vorgestellter Bedrohung) bewirke, dass sozial ängstliche Personen ihre Aufmerksamkeit und ihr Denken stark auf mögliche soziale Versagenssituationen lenken. »Catastrophizing« bedeutet die negative Antizipation des Ausgangs von Situationen, hier also die negative Bewertung durch andere bei den sozialen Phobien. Charakteristische Schemata für soziale Phobien sind die Bewertung des Selbst als inkompetent oder als Versager, die übermächtige Gewichtung der (als kritisch angenommenen) Bewertung anderer, sowie perfektionistische Bewertungsstandards in sozialen Situationen (Stangier et al. 2009).

Die Entstehung dieser negativen Grundüberzeugungen kann auf Modelllernen basieren, wenn die Eltern selbst soziale Ängste zeigen (Lieb & Müller 2002). Die Entwicklung eines positiven Selbstbildes und Selbstvertrauen kann durch überkritische/überbehütende/inkonsistente elterliche Erziehungsstile behindert worden sein (Stangier et al. 2009), sowie durch soziale Traumata, öffentliche Demütigung und Hänseleien auch im Sinne der klassischen Konditionierung erworben werden. Diese Schemata können sich durch ungünstige Erfahrungen v.a. in Transitionen (Übergänge von einer Entwicklungsphase in die nächste, etwa typischerweise im jungen Erwachsenenalter) aktivieren. Durch eine Überforderung des sozialen Verhaltensrepertoires (Beck et al. 1985) in Transitionen macht die Person ungünstige Erfahrungen. Seine eigenen sozialen Fähigkeiten sind noch nicht so weit ausgebildet, um überzogenen Erwartungen der Umwelt (oder an die Umwelt) begegnen zu können (Beck et al. 1985, S. 92). Dies könnte auch mit dem geteilten Selbstbild (zwischen einem Größenselbst und

massiven Versagensängsten) korrespondieren, das für diese Störung v. a. im jungen Erwachsenenalter charakteristisch ist.

In der Folge entstehen nach Beck un konditionale Annahmen (»Ich bin ein Versager«) und konditionale Annahmen (»Wenn die anderen merken, dass ich zittere, dann werden sie mich als schwach bewerten«). Sie sind gekennzeichnet durch eine starre Logik, Generalisierung – v. a. bei den un konditionalen Annahmen – und schwer zu widerlegen. Durch bestimmte Lebensereignisse oder negative Lebensbedingungen werden sie aktiviert.

Ähnlich gehen Hudson & Rapee (2000) von einer Entstehung der sozialen Phobie durch soziale Traumata (Hänseleien, öffentliches Versagen oder öffentliche Abwertung), Lebensereignisse (Umzüge, Schulwechsel, Trennung, Beförderung, Abschlüsse Studium und Schule) und bestimmte Lebensbedingungen aus (übermäßig harte Kritik von Eltern/Lehrern, Desinteresse oder Überbehütung von Bezugspersonen, geringe Möglichkeiten zu sozialen Kontakten oder fehlende Ermutigung, kulturelle Isolation, Außenseiter durch Krankheit). Außerdem sind soziale Ängste der Eltern ein weiterer fördernder Faktor für die Entstehung von sozialen Phobien.

Frühere Erklärungsansätze gehen bei der Entstehung der sozialen Phobie von mangelnden sozialen Fähigkeiten oder Fertigkeiten aus. Das Kompetenzdefizit befeuert die Befürchtung, soziale Erwartungen und Standards nicht erfüllen zu können (Trower, Bryant & Argyle 1978). Dieser Ansatz führte zu der Entwicklung von sozialen Kompetenztrainings, genannt sei hier das Assertiveness-Training-Programm ATP von Ullrich de Muynck & Ullrich (1976). Dem widersprechen aus Sicht der kognitiven Therapie jüngere Ansätze (Stravynski & Amado 2001), bei denen die sozialen Kompetenzdefizite nicht als zentrale Bedingung von sozialen Phobien gesehen werden, sondern eher als ein Epiphänomen des Sicherheitsverhaltens (Stangier et al. 2009, S. 30).

Das Modell der kognitiven Repräsentation des Selbst von Clark und Wells

Kognitive Theorien gehen davon aus, dass kognitive Prozesse für die Entstehung und Aufrechterhaltung von sozialen Ängsten relevant sind. Es wird ein Bias bei Informationsverarbeitungsprozessen bei sozialphobischen Personen angenommen. Empirisch ergaben sich Hinweise auf verzerrte Überzeugungen und Erwartungen sozialphobischer Probanden bzgl. sozialer Situationen.

Im Zentrum steht das **Modell der kognitiven Repräsentation des Selbst**: Sozial phobische Personen konstruieren in einer gefürchteten sozialen Situation ein verzerrtes Bild und auch eine visuelle Vorstellung von sich selbst, wie Andere sie sehen, die entsprechend der eigenen negativen Erwartungen verzerrt sind (Stangier et al. 2009, S. 29). So visualisieren etwa die Betroffenen bei Angst vor Erröten eine Vorstellung von sich, in der sie sich »rot wie eine Tomate« sehen. Verschiedene Studien ergaben Hinweise auf solche verzerrten Vorstellungsbilder bei sozialer Phobie (Hackmann, Surawy & Clark 1998). Das führt zu **erhöhter Selbstaufmerksamkeit**, einer Umlenkung der Aufmerksamkeit von außen nach

innen. Die Aufmerksamkeit wird auf die Symptome des hohen Arousal bzw. deren Verhinderung gelenkt und ist dort gebunden. Durch die Umlenkung der Aufmerksamkeit auf das erhöhte Arousal und die damit verbundene Antizipation der Abwertung entsteht ein Aufschaukelungsprozess der sozialen Angst. Symptome wie Zittern, Erröten und Konzentrationsstörungen, die durch das Bedrohungsgefühl ausgelöst werden, haben ihrerseits Signalwert für die negative Bewertung durch andere und tragen so zur Intensivierung der Angst bei (Clark & Wells 1995). Weiter entstehen durch die Bindung der Aufmerksamkeit auf die internen Prozesse und deren Verhinderung Defizite im sozialen Repertoire. Der Betroffene wirkt dadurch weniger zugewandt, gehemmt, wird dann tatsächlich als »komisch« wahrgenommen, was den Teufelskreis verstärkt.

Außerdem kann durch diesen Mechanismus keine Habituation stattfinden. Der Betroffene ist durch die Aufmerksamkeitsumlenkung auf die Symptome des erhöhten Arousal, die Antizipation der damit verbundenen Abwertung durch Andere und folglich deren Verhinderung so beschäftigt, dass er nicht lernt, die Symptome im Kontakt zuzulassen und neu zu bewerten. So kann auch nicht der Raum für korrigierende zwischenmenschliche Erfahrungen entstehen (Mellings & Alden 2000).

Damit die befürchteten Symptome und körperlichen Reaktionen nicht auftreten oder wenigstens versteckt werden können, entsteht **Sicherheits- und Vermeidungsverhalten** (Alden & Beiling 1998), z. B. durch Make-up bei Angst vor Erröten, um der befürchteten Ablehnung oder Abwertung zu entgehen. Dieses Verhalten verhindert wiederum eine Habituation und kann bei starkem Sicherheits- und Vermeidungsverhalten wiederum zur tatsächlichen Irritation des Gegenübers beitragen. Korrigierende Lernerfahrungen finden so nicht statt, und das Verhaltensrepertoire bleibt eingeschränkt.

Die **antizipatorische Verarbeitung** beinhaltet, dass durch die verzerrte kognitive Repräsentation des Selbst schon vor der befürchteten Situation die Überzeugung aktiviert ist, sich zu blamieren. Dies führt zu o. g. Mechanismen, und die Blamage ist schon Gewissheit. Sollte sie entgegen der Befürchtung ausbleiben, tritt oft die **nachträgliche Verarbeitung** (»post mortem«), eine nachträgliche Verzerrung (Mellings & Alden 2000) in Kraft. Intensive negative Gedanken sorgen dafür, dass die stattgefundene Situation so lange hinterfragt und nachträglich verzerrt wird, bis die Überzeugung, sich unangemessen verhalten zu haben, wieder verfestigt ist und eine Habituation so nicht greifen kann. Dieser Mechanismus ist bei sozialen Phobien sehr eindrücklich und führt dazu, dass selbst bei einer entgegen den Erwartungen zunächst positiv verlaufenen sozialen Situation (z. B. geringes Arousal, positive Reaktion des Gegenübers) die verzerrte kognitive Repräsentation des Selbst nachträglich wieder etabliert wird.

Das Vulnerabilitäts-Stress-Modell von Stangier, Heidenreich und Peitz

Stangier et al. (2009) fassen mehrere der beschriebenen Theorien und Forschungsergebnisse zusammen und gehen von folgendem **Vulnerabilitäts-Stress-Modell** aus:

Psychologische Vulnerabilitäten können in sozialen Kompetenzdefiziten, erworbenen negativen Grundüberzeugungen, ungünstigen internalisierten »Objektbeziehungen« (Bindungsstil) und hohem Perfektionismus liegen. Biologische Vulnerabilitäten können durch eine Hypersensibilität des serotonergen Neurotransmittersystems, einer Amygdala-Dysfunktion, dem Konstrukt der »Behavioral Inhibition« und dem Konzept der »Preparedness« mit beeinflusst werden. Durch auslösende Faktoren wie soziale Traumata, erhöhte soziale Anforderungen und kritische Lebensereignisse wird die soziale Phobie aktiviert und dann durch die aufrechterhaltenden Faktoren von kognitiver Verzerrung, erhöhter Selbstaufmerksamkeit und Sicherheits- sowie Vermeidungsverhalten verstärkt.

Die empirischen Befunde sprechen gegen die Gültigkeit einer alleinigen Theorie der Entstehung und Aufrechterhaltung von sozialen Ängsten. Allerdings ist die Theorie von Clark und Wells zur Erklärung der Aufrechterhaltung sehr anerkannt und durch Verwendung experimenteller Methoden in vielen Punkten belegt worden. Sie bietet eine zentrale Grundlage zur Entwicklung der verhaltenstherapeutischen Behandlungsmethoden (Stangier et al. 2009, S. 35), auf die in den folgenden Kapiteln immer wieder Bezug genommen wird.

SOZIALE ÄNGSTE BEHANDELN

5 Stand der Wissenschaft – Therapiekonzepte im Überblick

Stefanie Hoffmann

Angststörungen werden in der Regel ambulant behandelt. Für eine Behandlung sprechen der Leidensdruck des Patienten, psychosoziale Einschränkungen und mögliche Komorbiditäten, z.B. Substanzmissbrauch. Trotz der oft massiven Beeinträchtigungen im Alltag suchen die Betroffenen aufgrund ihrer Symptomatik nur selten eine Behandlung auf. Sowohl Psychotherapie als auch Psychopharmakotherapie sind als effektive Therapiestrategien bei sozialen Ängsten beschrieben. Es gibt aber kaum aktuelle Daten zum direkten Vergleich von Psycho- und Pharmakotherapie. Eine Metaanalyse fand bei Psychotherapien Effektstärken von 0,5 bis 1,1 und bei medikamentösen Behandlungen von 1,1 bis 2,1 (Fedoroff & Taylor 2001). Die Wirkung der Psychotherapie scheint langfristiger anzuhalten. Eine Kombination von Psychotherapie und Psychopharmakotherapie ist grundsätzlich möglich. Entsprechend den gängigen Leitlinien sind kognitive Verhaltenstherapie und antidepressive Medikation die empfohlenen Behandlungsstrategien.

5.1 Psychotherapie

Es liegt eine Reihe methodisch hochwertiger Untersuchungen vor, die die Wirksamkeit psychotherapeutischer Konzepte für Soziale Phobien belegen. Trotz einer überschaubaren Anzahl an Studien ist auch bei der ängstlich-vermeidenden Persönlichkeitsstörung ein relativ gutes Evidenzniveau für verschiedene Psychotherapieformen erreicht. Das Spektrum und die Verfügbarkeit therapeutischer Interventionen zur Behandlung sozialer Angststörungen haben sich erheblich erweitert. Es sind insbesondere kognitiv-behaviorale Therapieansätze, aber auch psychodynamische Psychotherapie als wirksam beschrieben. Die Auswahl der individuellen Behandlungsstrategie sollte die Symptomatik, die Fertigkeiten in der Emotionswahrnehmung (u. a. Mentalisierung, Alexithymie), interpersonelle Fertigkeiten (u. a. Bindungsstil) und aktuelle Coping-Strategien (einschließlich Vermeidungsverhalten und Erfahrungsvermeidung) berücksichtigen.

Im Gegensatz zu den Therapien bei Erwachsenen ist die Beweislage für eine spezifische Effektivität der verfügbaren Therapiekonzepte bei Adoleszenten noch eingeschränkt.

5.1.1 Verhaltenstherapeutische Methoden

Verhaltenstherapeutische Manuale beruhen im Wesentlichen auf den Erklärungsmodellen von Clark und Wells (Clark & Wells 1995) sowie Rapee und Heimberg (Rapee & Heimberg 1997).

Zahlreiche Metaanalysen zeigen, dass kognitive Verhaltenstherapie (KVT) die in ihrer Wirksamkeit am besten abgesicherte Therapieform bei sozialen Ängsten ist und nach der aktuellen S3-Leitlinie »Angststörungen« Patienten mit sozialen Ängsten angeboten werden soll (Evidenzstufe Ia, Empfehlungsgrad A) (Bandelow et al. 2014). Auch bei Patienten mit ängstlich-vermeidender Persönlichkeitsstörung zeigte sich die KVT im Vergleich mit Psychodynamischer Kurzzeittherapie nach 20 Sitzungen effektiver (Emmelkamp et al. 2006). Nach 40 Sitzungen war die Effektivität beider Therapieverfahren ähnlich; je nach Kriterium waren zwischen 50 und 65 % der Patienten mit Persönlichkeitsstörungen aus dem Cluster C zwei Jahre nach Ende der Behandlung symptomfrei oder remittiert (Svartberg et al. 2004).

Kognitiv-behaviorale Ansätze betonen besonders die Rolle des Lernens, der Konditionierung und der Kognitionen. Auf kognitiver Ebene geht es darum, angstfördernde Denkmuster bewusst zu machen und zu ersetzen, auf Verhaltens-ebene lernt der Patient mittels Exposition, die angstbesetzten Situationen nicht mehr zu vermeiden. Bei der ängstlich-vermeidenden Persönlichkeitsstörung scheint es darüber hinaus relevant, Emotionswahrnehmung und -regulation, Probleme der interpersonellen Beziehungen und des Bindungsverhaltens ins Zentrum therapeutischer Aufmerksamkeit zu stellen (Lampe 2016).

Moderne kognitive Verhaltenstherapie beinhaltet multimodale Elemente, wie Psychoedukation und kognitive Vorbereitung, Exposition, kognitive Umstrukturierung, Selbstmanagement, Rückfallprophylaxe.

Insgesamt gibt es keine ausreichende Evidenz, dass Gruppen-KVT ebenso wirksam ist wie eine Einzeltherapie. Elemente der KVT, wie Selbstsicherheits-training und Rollenspiele, können jedoch oft in der Gruppe besser durchgeführt werden. Daher erscheint es sinnvoll, Einzel- und Gruppenelemente zu kombinieren. Der Zeitpunkt für den Einsatz von Gruppentherapie sollte individuell entschieden werden.

Das kognitive Behandlungsmanual von Clark (Clark 1999) und das kognitiv-verhaltenstherapeutische Gruppenbehandlungskonzept von Heimberg und Becker (Heimberg & Becker 2002) gelten als gut untersuchte Manuale. Im deutschsprachigen Raum liegt unter anderem das kognitiv-behaviorale Behandlungsmanual von Ulrich Stangier, Thomas Heidenreich und Monika Peitz im Einzelsetting vor (Stangier et al. 2009). Es beinhaltet fünf probatorische Sitzungen zur Diagnostik und Motivationsklärung.

Kognitiv-verhaltenstherapeutische Behandlung nach Clark und Wells

Clark und Wells entwickelten ein kognitives Therapieprogramm für Einzeltherapie (Wells 1997), in dem v. a. zentrale Annahmen und Elemente des kognitiven Modells bei Sozialer Phobie berücksichtigt werden. Sie gehen davon aus, dass die Wirksamkeit umso größer ist, je störungsspezifischer die Therapie ausgerichtet wird.

Die Sitzungen umfassen 60 bis 90 Minuten. Der Beginn der Behandlung liegt in der Ableitung eines individuellen Erklärungsmodells, das die wesentlichen Komponenten des kognitiven Modells umfasst (z. B. Grundüberzeugungen, automatische Gedanken, physiologische Veränderungen, Sicherheitsverhaltensweisen). Im Rahmen von Verhaltensexperimenten (Expositionen) werden u. a. Rollenspiele und Video-Feedback eingesetzt, um verzerrte Vorstellungen bezüglich des sozialen Erscheinungsbildes, problematische Selbstaufmerksamkeit und Sicherheitsverhalten zu identifizieren und zu modifizieren. Der wesentliche Unterschied zu anderen Manualen liegt in der intensiven Vorbereitung der Exposition, für die ein mittleres Angstniveau zu bevorzugen ist und deren Ziel eine Überprüfung negativer Erwartungen in sozialen Situationen sein soll. Klassische kognitive Umstrukturierung durch verbale Strategien, z. B. Gedankentagebücher, Spaltentechnik nach Beck oder Sokratischer Dialog sollte eher sekundär eingesetzt werden. Der Therapieansatz zielt auf eine Veränderung von Aufmerksamkeitsprozessen, Sicherheitsverhalten, Informationsverarbeitungsprozessen und der kognitiven Repräsentation des sozialen Selbst ab.

Die Wirksamkeit wurde durch zahlreiche Studien belegt. Gegenüber einer rein habituationsorientierten Exposition zeigte sich die kognitive Therapie effizienter (Clark et al. 2006). Am Ende der Behandlung sowie im Follow-up nach drei und zwölf Monaten war sie einer Behandlung mit Fluoxetin überlegen (Clark et al. 2003). In zwei Studien erwies sich der Behandlungsansatz im Einzelsetting signifikant effektiver als im Gruppensetting (Mörtberg et al. 2007).

Auch bei jungen Erwachsenen wurde die Wirksamkeit kognitiver Verhaltenstherapie in mehreren Studien nachgewiesen, wobei das Outcome bei sozialen Ängsten im Vergleich zu anderen Angststörungen schlechter war (Kodal et al. 2018). In der Behandlung junger Erwachsener gilt es zudem, Besonderheiten zu berücksichtigen. Dazu zählen nach Leigh und Clark (Leigh & Clark 2018) insbesondere:

- **Elternbezogene Faktoren:** Um die Voraussetzungen für Verhaltensexperimente zu verbessern, sollten dysfunktionale Grundannahmen der Eltern und deren Auswirkungen auf die soziale Angst ihres Kindes identifiziert werden. Eine erhöhte Wahrnehmung von Bedrohungen in der sozialen Umgebung führt oft zu einem übervorsichtigen und überkontrollierenden Verhalten der Eltern und trägt damit zu den sozialen Ängsten bei.
- **Unterschiede im Sicherheitsverhalten:** In der Regel ausgefeilteres Sicherheitsverhalten mit zunehmendem Alter.
- **Faktoren bezogen auf die Peergruppe:** Der Zusammenhang zwischen wiederholten Erfahrungen von Peer-Viktimsierung (häufig als »Mobbing« be-

richtet) und dem Auftreten sozialer Ängste ist gut belegt (Kingery et al. 2010). Verhaltensexperimente sollten daher zunächst in sozialen Kontexten durchgeführt werden, die wahrscheinlich zu positiven Lernerfahrungen für den Patienten führen.

- **Gebrauch sozialer Medien:** Relevant ist hier auch eine sorgfältige Bewertung des Gebrauchs sozialer Medien vor Beginn der Behandlung. »Online-Sicherheitsverhalten« sollte mit kognitiven Therapietechniken gezielt adressiert werden.
- **Visualisierungskompetenz:** Kinder verwenden spontan mentale Bilder, um die Bewältigung schwieriger oder unbekannter Aufgaben zu verbessern (Heyes et al. 2013). Kognitive Prozesse, die einen absichtlichen Einsatz, die Veränderung oder Aufrechterhaltung mentaler Bilder steuern, entwickeln sich über einen längeren Zeitraum. Patienten mit sozialen Ängsten erleben negative Bilder von sich selbst, die sich aufdrängen und ihre sozialen Kompetenzen beeinflussen. Jungen Erwachsenen kann es mitunter noch schwerfallen, die Aufmerksamkeit von unangenehmen Bildern wegzulenken. Behandlungsinerventionen auf der Basis von mentalen Bildern bei angemessener Berücksichtigung von Entwicklungsfaktoren könnten für die Therapie relevant sein.

Kognitiv-behaviorale Gruppentherapie

Eine kognitiv-behaviorale Gruppentherapie sozialer Ängste wurde erstmalig 1995 in einer Gruppe mit Adoleszenten beschrieben (Albano et al. 1995). Das Manual beinhaltet 16 Sitzungen mit Psychoedukation, Kompetenztraining und Exposition.

Heimberg und Becker erstellten ein Gruppenmanual für die Behandlung Sozialer Phobie bei Erwachsenen, das auf dem Erklärungsmodell von Rapee und Heimberg basiert (Heimberg & Becker 2002). Im Rahmen von zwölf Gruppensitzungen von zwei bis zweieinhalb Stunden Dauer werden eine Ableitung des Erklärungsmodells, Expositionen und kognitive Umstrukturierung angewendet und Hausaufgaben zu Expositionen und selbstangeleiteter kognitiver Umstrukturierung formuliert. Die empfohlene Gruppengröße liegt bei sechs.

Als Vorteil der Gruppentherapie gilt v. a. die Anwesenheit der anderen Gruppenmitglieder, die bei Expositionen die Intensität erhöhen, die als Rollenmodell fungieren können, die die Entwicklung eines gemeinsamen Therapiebewusstseins unterstützen und gleichzeitige Interventionen möglich machen. Als Nachteil ist anzuführen, dass die Anwesenheit anderer Patienten Ängste vor negativer Bewertung verstärkt, die Angst vor Expositionen erhöht und die individuelle Therapeut-Patient-Beziehung abschwächen kann (Barkowski et al. 2016).

Boettcher et al. untersuchten 2019 den Effekt einer sechswöchigen, manualisierten Gruppentherapie (drei bis sechs Patienten, Intensivbehandlung über zwei Tage zu Beginn, dann eine wöchentliche Sitzung von zweieinhalb Stunden über fünf Wochen), die zur Einzeltherapie bei Sozialer Phobie und/oder ängstlich-vermeidender Persönlichkeitsstörung ergänzt wurde (► Tab.5-1; Boettcher et al. 2019).