

1 Beschreibung der Störung

1.1 Bezeichnung

Späte Berücksichtigung in psychiatrischen Klassifikationen

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

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

1.2 Definition

In die *International Classification of Diseases and Causes of Death* wurde die Diagnose der Sozialen Phobie erst 1991 mit der zehnten Version (WHO, 1991) aufgenommen. Die in den Kriterien (vgl. Kasten) angesprochenen situativen Auslöser (A) sind jedoch etwas weniger detailliert beschrieben als im DSM-IV. Zudem haben einige der unter Kriterium B genannten körperlichen Symptome eine geringe Relevanz für die Diagnose. Deshalb werden häufig die Kriterien des DSM-IV (in der Textrevision aktualisiert: APA, 2000) vorgezogen.

Zentrales Merkmal von Sozialen Phobien ist die Überzeugung oder Erwartung, dass das eigene Verhalten oder sichtbare körperliche Symptome wie Erröten, Schwitzen oder Zittern von anderen Menschen als lächerlich bewertet werden. Diese Befürchtungen können zum einen in Situationen ausgelöst werden, in denen eigene Handlungen einer Beobachtung und Bewertung durch andere unterliegen (so genannte „Performance“-Situationen), z. B. Reden oder Essen in der Öffentlichkeit. Zum anderen können Soziale Phobien Interaktionssituationen betreffen, wie z. B. mit Fremden sprechen oder Blickkontakt aufnehmen, Interaktionen mit einer Person des anderen Geschlechts, Umgang mit Autoritätspersonen etc. Sehr häufig finden sich

**Überzeugung
der Peinlichkeit
von Verhalten
oder Körper-
symptomen**

**Diagnostische Kriterien der Sozialen Phobie nach der ICD-10
(300.23) (WHO, 1992)**

A: Entweder (1) oder (2):

- (1) deutliche Angst, im Zentrum der Aufmerksamkeit zu stehen oder sich peinlich oder beschämend zu verhalten,
- (2) deutliche Vermeidung, im Zentrum der Aufmerksamkeit zu stehen oder von Situationen, in denen die Angst besteht, sich peinlich oder beschämend zu verhalten.

Diese Ängste treten in sozialen Situationen auf, wie Essen und Sprechen in der Öffentlichkeit, Begegnung von Bekannten in der Öffentlichkeit, Hinzukommen oder Teilnahme an kleinen Gruppen, wie z. B. bei Partys, Treffen oder in Klassenräumen.

B: Mindestens zwei Angstsymptome in den gefürchteten Situationen, mindestens einmal seit Auftreten der Störung sowie zusätzlich mindestens eines der folgenden Symptome:

- (1) Erröten oder Zittern,
- (2) Angst zu erbrechen,
- (3) Miktions- oder Defäkationsdrang bzw. Angst davor.

C: Deutliche emotionale Belastung durch die Angstsymptome oder das Vermeidungsverhalten. Einsicht, dass die Symptome oder das Vermeidungsverhalten übertrieben und unvernünftig sind.

D: Die Symptome beschränken sich vornehmlich auf die gefürchtete Situation oder auf die Gedanken an diese.

E: Die Symptome des Kriteriums A sind nicht bedingt durch Wahn, Halluzinationen oder andere Symptome der Störungsgruppen organische psychische Störungen, Schizophrenie und verwandte Störungen, affektive Störungen oder eine Zwangsstörung und sind keine Folge einer kulturell akzeptierten Anschauung.

auch Befürchtungen, die sich nicht auf das Verhalten, sondern auf das Auftreten von sichtbaren körperlichen Symptomen beziehen, vor allem Erröten, Schwitzen oder Zittern. Eher selten konzentrieren sich die Befürchtungen auf Stottern, die eigene Stimme oder die im ICD-10 genannten Symptome des Magen-/Darmtraktes. Personen mit Sozialen Phobien sind überzeugt, dass ihr Verhalten bzw. die Körpersymptome peinlich, „merkwürdig“ oder „lächerlich“ wirken, oder dass andere Menschen ihr Auftreten als Versagen oder eine Blamage bewerten.

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

**Vermeidung
oder Durch-
stehen sozialer
Situationen**

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

**Starke Be-
einträchtigung
durch soziale
Folgen**

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

**Nicht immer
Einsicht in
Übertriebenheit**

Für die Diagnose wird zusätzlich die Einsicht in die Übertriebenheit der Befürchtungen gefordert. Diese wird jedoch nicht immer eindeutig bejaht. Oftmals erleben die Betroffenen ihre Befürchtungen auf Grund der intensiven Emotionen als „evident“. Die Patienten können die Übertriebenheit der Befürchtungen besser beurteilen, wenn sie sich von ihren intensiven Emotionen in einer Angst auslösenden Situation distanzieren können. Allein die Vor-

stellung der peinlichen Verhaltensweisen und Symptome kann jedoch schon so starke Angst auslösen, dass dies für die Betroffenen schwer ist. Das Einsicht-Kriterium dient hauptsächlich der Abgrenzung von psychotischen Störungen. Falls den Patienten die Distanzierung schwer fällt, sollte geprüft werden, inwiefern die Befürchtungen nachvollziehbar sind und ob ggf. andere Indikatoren einer Psychose vorliegen.

Das DSM-IV sieht zusätzlich die Möglichkeit vor, den Subtyp einer generalisierten sozialen Phobie zu bestimmen, wenn die Angst „in den meisten sozialen Situationen“ auftritt. Der dazu komplementäre „nicht-generalisierte“ Subtyp wird häufig auch als „diskrete“ oder „spezifische“ soziale Phobie bezeichnet. In der Regel ist bei einem generalisierten Subtyp von einem größeren Schweregrad und erhöhtem Behandlungsbedarf auszugehen. Bedauerlicherweise gibt es jedoch keine genauen Hinweise, wie „Situationen“ definiert sind und wie viele Situationen für die Diagnose einer generalisierten Sozialen Phobie notwendig sind. Eine gute Lösung dieses Problems ergibt sich durch den Einsatz von standardisierten Fragebögen, die sich auf Situationen beziehen und Cut-off-Werte für Subtypen aufweisen (z. B. Liebowitz-Skala, siehe Kapitel 1.8).

Generalisierter Subtyp häufig

Im Gegensatz zu früheren Ausgaben des DSM schließt die Diagnose einer Sozialen Phobie im gegenwärtig gültigen DSM-IV-TR (APA, 2000) nicht mehr die gleichzeitige Diagnose einer Vermeidend-Selbstunsicheren Persönlichkeitsstörung aus. Letztere ist gekennzeichnet durch ein „tiefgreifendes Muster sozialer Gehemmtheit, Insuffizienzgefühlen und Überempfindlichkeit gegenüber negativer Beurteilung“. In Abgrenzung von der Sozialen Phobie konzentrieren sich die Kriterien auf die Furcht vor engen zwischenmenschlichen *Beziehungen* und weniger auf Befürchtungen bezüglich der sozialen Konsequenzen des eigenen Verhaltens in sozialen *Situationen*. Dennoch überlappen sich die Kriterien in erheblicher Weise: z. B. beziehen sich alleine 6 der 7 Kriterien der Vermeidend-Selbstunsicheren Persönlichkeitsstörung auf soziale Interaktionen. Dieses Problem wird nur durch zukünftige Revisionen der diagnostischen Klassifikationssysteme gelöst werden können.

Starke Überlappung mit der Vermeidend-Selbstunsicheren Persönlichkeitsstörung

Während die Diagnose Soziale Phobie in früheren Ausgaben des DSM zu meist nur auf Erwachsene angewendet wurde, ist sie im DSM-IV (APA, 2000) nun auch für Kinder vorgesehen. Hierzu werden im DSM-IV einige Kriterien spezifisch formuliert. So wird bei Kindern vorausgesetzt, dass die Fähigkeit zum Knüpfen von altersgemäßen sozialen Beziehungen mit vertrauten Personen grundsätzlich möglich ist. Darüber hinaus zeigen Kinder häufiger altersgemäße Formen von Angstreaktionen (anklammern an Eltern, Schreien, Wutanfälle oder gelähmt sein), als dass sich typische Muster von Vermeidung und Rückzug feststellen lassen. Die Möglichkeit zur Einsicht in die Übertriebenheit ist nur in geringem Maße gegeben. Kinder sind zudem weniger gut in der Lage, selbstabwertende Kognitionen zu berichten, sondern geben häufiger eine Gedankenleere an. Zur Abgrenzung von pas-

Spezifische Merkmale bei Kindern

sageren, entwicklungsbedingten Rückzugstendenzen sollen die Angstreaktionen mindestens 6 Monate andauern. Auf Grund dieser Einschränkungen wird vielfach davon ausgegangen, dass eine verlässliche Diagnosestellung vor dem 8. Lebensjahr kaum möglich ist.

1.3 Differenzialdiagnosen

Die Abgrenzung der Sozialen Phobie von anderen Angststörungen und depressiven Störungen ist auf Grund von symptomatischen Parallelen und hohen Komorbiditäten oftmals nicht einfach. Tabelle 1 gibt einen Überblick über gemeinsame und unterscheidende Merkmale. Generell ist die Unterscheidung der Sozialen Phobie von anderen Angststörungen vor allem durch Exploration der auslösenden Bedingungen und Inhalte der Befürchtungen möglich.

Die Differenzialdiagnose zur Agoraphobie ist auf Grund möglicher symptomatischer Überlappungen mitunter sehr schwierig. Zum einen ist die Anwesenheit von anderen Menschen bei beiden Störungen ein möglicher Auslöser von Angstreaktionen. Zum anderen können auch agoraphobische Reaktionen mit der Befürchtung einhergehen, sich vor anderen zu blamieren. Im Allgemeinen geben jedoch Patienten mit Agoraphobien im Gegensatz zu Patienten mit Sozialen Phobien an, auch in einigen Situationen Angst zu haben, in denen sie *allein* sind (z. B. allein zu Hause sein, allein Fahrstuhl fahren, allein im leeren Kaufhaus). Panikattacken treten nicht nur bei Agoraphobie, sondern auch bei ungefähr 50 % der Personen mit Sozialen Phobien auf und können in diesen Fällen zu einer sekundären agoraphobischen Vermeidung führen. In der Regel sind eine gründliche Exploration der auslösenden Situationen, der Kognitionen und der Verhaltensreaktionen unerlässlich, ggf. unterstützt durch den Einsatz von störungsspezifischen Fragebögen zur differenzialdiagnostischen Abgrenzung. Zusätzlich können die berichteten Körpersymptome wichtige Hinweise geben. Erröten, Zittern (bzw. Muskelzucken) und Schwitzen sind typisch für Soziale Phobien, dagegen sind Schwindel, Schwächegefühle, Herzrasen, Brustschmerzen und Ohrensausen häufiger Symptome der Panikstörung und/oder Agoraphobie.

Soziale Phobien und depressive Störungen weisen eine Reihe von Parallelen auf: Diese betreffen vor allem die soziale Vermeidung und das negative Selbstbild. Bei depressiven Patienten treten soziale Rückzugstendenzen phasenhaft und kongruent mit depressiver Stimmung auf, begleitet von dem typischen Spektrum der Symptome einer depressiven Episode. Bei Personen mit Sozialen Phobien ist hingegen eine durchgängige Vermeidung von sozialen Situationen zu beobachten. Prinzipiell ist jedoch die Komorbidität mit depressiven Störungen sehr häufig, so dass oftmals beide Diagnosen zutreffen (s. Kapitel 1.7).

Tabelle 1:
Differenzialdiagnostik der Sozialen Phobie/Sozialen Angststörung

Differenzialdiagnosen zu:	Gemeinsames Merkmal	Unterscheidendes Merkmal zur Sozialen Phobie
Depressive Störungen	Soziale Ängste und sozialer Rückzug/Vermeidung; negatives Selbstbild	Erwartung von Ablehnung stimmungsabhängig, allgemeiner Antriebs-/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)
Panikstörung	Erleben von/Furcht vor Kontrollverlust über Körperreaktionen	Bewertung der Symptome als vitale (SP: soziale) Bedrohung; befürchtete Symptome meist nicht sichtbar, z. B. kardiovaskuläre Symptome, Atemnot, Schwindel (SP: sichtbare Symptome)
Generalisierte Angststörung	Sorgen über soziale Situationen	Antizipation vieler (meist nicht-sozialer) 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)
Körperdysmorphe Störung	Vermeidung u. a. von sozialen Situationen; Schamgefühle	Ablehnung wegen entstelltem Aussehen (SP: Ablehnung wegen peinlichem Verhalten, sichtbaren Symptomen)
Schizophrene Störungen	Sozialer Rückzug/Vermeidung	Grundlegende kognitive Defizite (Verarbeitung komplexer sozialer Reize), Anhedonie, Wahn (SP: übertriebene, aber nachvollziehbare und prinzipiell erfahrungsabhängige/korrigierbare Befürchtungen)

1.4 Epidemiologie

Eine Reihe von epidemiologischen Studien an Populationen aus unterschiedlichen Kulturen weisen darauf hin, dass Soziale Phobien entgegen früherer Annahmen zu den häufigsten Angststörungen in der Allgemeinbevölkerung zählen. Es gibt beträchtliche Schwankungen in den Schätzungen der Prävalenzraten, die von 1 bis 4 % in früheren Studien bis zu 7 bis 16 % in späteren Studien reichen (Übersicht s. Wittchen & Fehm, 2003). Im Hinblick auf die unterschiedlichen zeitlichen Bezugsrahmen schwanken die Lebenszeit-

Häufigkeit in der Bevölkerung 4%

Prävalenzraten in den neueren Studien zwischen 7 und 12 %, die Einjahres-Prävalenzen liegen bei ca. 6 bis 8 % und die Einmonats-Prävalenzen bei 3 bis 4 %. Diese Schwankungen sind auf unterschiedliche Untersuchungsmethoden, diagnostische Kriterien und berücksichtigte Altersgruppen zurückzuführen. Eine Reanalyse von epidemiologischen Daten der umfangreichen National Comorbidity Survey (Narrow et al., 2002) zeigt jedoch, dass Soziale Phobien selbst bei eng gefassten, medizinisch orientierten Kriterien (u. a. Aufsuchen eines Arztes und Medikamenteneinnahme wegen der Symptome) die häufigste Angststörung darstellen. Es gibt auch Anhaltspunkte dafür, dass die Inzidenz von Sozialen Phobien über die letzten Jahrzehnte angestiegen ist. So zeigt eine weitere Reanalyse des National Comorbidity Survey, dass die Lebenszeitprävalenz über verschiedene Kohorten und über unterschiedliche Altersstufen hinweg ansteigt (Heimberg, Stein, Hiripi & Kessler, 2000).

Einige epidemiologische Studien weisen auch darauf hin, dass in der Bevölkerung etwas mehr Frauen als Männer (3 : 2) von der Störung betroffen sind (Wittchen & Fehm, 2003); in klinischen Populationen ist das Geschlechterverhältnis jedoch zumeist ausgeglichen. Bezüglich soziodemografischer Variablen weisen Betroffene im Durchschnitt ein geringeres Einkommen, ein geringeres Bildungsniveau, Zugehörigkeit zu einer geringeren sozialen Schicht und häufiger Arbeitslosigkeit auf. Personen mit Sozialen Phobien bleiben darüber hinaus häufiger unverheiratet als andere Menschen. Diese Ergebnisse werden als Ausdruck der gravierenden sozialen Beeinträchtigungen angesehen, die mit Sozialen Phobien einhergehen. Soziale Phobien bei Jugendlichen sagen späteren Alkohol- und Drogenmissbrauch sowie spätere Alkohol- und Drogenabhängigkeit vorher (Zimmermann et al., 2003).

**Früher Beginn
in Kindheit oder
Jugend**

Der Beginn Sozialer Phobien liegt in aller Regel in der Kindheit oder frühen Jugend. In den unterschiedlichen Studien lag das durchschnittliche Alter zu Beginn der Störung zwischen 10 und 13 Jahren; ein erstmaliges Auftreten im Erwachsenenalter ist selten. Ein früher Beginn scheint ein Risikofaktor für die Entwicklung des schwereren, generalisierten Subtyps darzustellen (Wittchen et al., 1999).

Soziale Ängste können zwar schon sehr früh, d. h. in den ersten Lebensjahren auftreten, sind jedoch noch nicht eindeutig als Soziale Phobie diagnostizierbar. Die Diagnosestellung scheint frühestens mit 8 Jahren möglich zu sein, wenn eine Interferenz der sozialen Ängste mit sozialen Anforderungen und sozialen Beeinträchtigungen beobachtet werden kann.

1.5 Risikofaktoren

Zu den Risikofaktoren, die zur Entwicklung Sozialer Phobien beitragen, werden einerseits genetische Faktoren und überdauernde Merkmale der Person wie Schüchternheit und Verhaltenshemmung gezählt, zum anderen Umge-

bungseinflüsse wie die Eltern-Kind-Interaktion, aversive soziale Erfahrungen und negative Lebensereignisse (Überblick s. Rapee & Spence, 2004).

Genetische Faktoren spielen vermutlich eine bedeutsame, wenn auch moderate Rolle in der Disposition zur Entwicklung Sozialer Phobien. In Zwillingsstudien (Kendler et al., 1999) und Familienstudien (Lieb et al., 2000) wurde ein gehäuftes Auftreten von Sozialen Phobien und sozialen Ängsten beobachtet. Allerdings sprechen die Ergebnisse dafür, dass diese genetische Disposition weniger ein spezifischer Risikofaktor für Soziale Phobien als vielmehr für Angststörungen insgesamt darstellt.

Genetische Disposition

Schüchternheit wird als stabiles, genetisch verankertes Persönlichkeitsmerkmal („Temperament“) definiert, das sich in zwei Formen sozialer Angst manifestieren kann: (1) einer frühen (< 1 Jahre), durch somatische Angstsymptome charakterisierten Angst vor Fremden (sog. fearful shyness), und (2) einer später (> 4 Jahre) auftretenden, mit erhöhter Selbstbeobachtung und kognitiven Symptomen verbundenen sozialen Angst (self-conscious shyness). Allerdings zeigen Langzeitstudien, dass diese Angstreaktionen in der Kindheit nicht signifikant zur Vorhersage einer Sozialen Phobie im Erwachsenenalter beitragen (Asendorpf, 2002).

Schüchternheit kein signifikanter Risikofaktor

Als Risikofaktor für die Entwicklung von Sozialen Phobien wird neben Schüchternheit auch die Verhaltenshemmung („behavioral inhibition“) diskutiert. Hierunter versteht man die durchgängige, genetische Disposition zu Angst in und Rückzug aus ungewohnten Situationen (Kagan et al., 1984). Eine Reihe von Studien fand einen erhöhten Zusammenhang von retrospektiv oder im Querschnitt erfasster Verhaltenshemmung mit dem späteren Auftreten von Sozialen Phobien. Da dieser Zusammenhang größer war als der zu anderen Angststörungen, vermutet man einen spezifischen Vulnerabilitätsfaktor (Biedermann et al., 2001).

Verhaltenshemmung in Kindheit

Unter den potenziellen Faktoren, die in der Kindheit das Risiko für eine spätere Soziale Phobie erhöhen, wird dem Erziehungsstil die größte Bedeutung beigemessen. Retrospektive Berichte von erwachsenen Betroffenen wie auch direkte Beobachtungen der Eltern-Kind-Interaktion sprechen für einen Erziehungsstil der Eltern, der durch erhöhte Kontrolle, überprotektives Verhalten und weniger emotionale Zuwendung charakterisiert ist. Allerdings ist anzunehmen, dass dieser Erziehungsstil eher auf eine reziproke Interaktion zurückgeht: Ein eher sozial zurückgezogenes Kind löst bei der Mutter die Tendenz zu stärker kontrollierenden und protektiven Tendenzen aus; diese wiederum verstärken die sozialen Rückzugstendenzen beim Kind etc. (Rapee & Spence, 2004).

Überprotektive Erziehung und geringe emotionale Zuwendung der Eltern

Es gibt eine Reihe von Befunden, die dafür sprechen, dass Angststörungen innerhalb von Familien auch durch Modelllernen übertragen werden können (familiäre Transmission). Hierfür könnte sprechen, dass Kinder von Eltern mit einer Sozialen Phobie häufiger diese Störung entwickeln als Kin-

der von Eltern, die keine psychische Störung aufweisen (Lieb et al., 2000). Allerdings scheint es sich hierbei um einen Risikofaktor zu handeln, der auch für Kinder von Eltern mit anderen psychischen Störungen zutrifft und somit nicht für Soziale Phobien spezifisch ist.

**Soziale
„Traumata“**

In retrospektiven Studien berichtet ungefähr jeder zweite Betroffene von einem aversiven sozialen Erlebnis, bevor die Soziale Phobie begann (z. B. vor der Schulklasse ausgelacht worden zu sein, von anderen Kindern gehänselt, gedemütigt oder ausgeschlossen worden zu sein). Diese Befunde lassen sich teilweise auch aus Beobachtungsstudien mit sozialphobischen Kindern und gleichaltrigen Peers belegen (Rapee & Spence, 2004). Dabei scheinen sich die negativen Reaktionen von gleichaltrigen Kindern und die Rückzugstendenzen von sozialphobischen Kindern gegenseitig zu verstärken.

Neben diesen aversiven sozialen Erlebnissen berichten Personen mit Sozialen Phobien gehäuft von belastenden Lebensereignissen wie Scheidung, psychischen Störungen, Zerrüttung von Familie und Ehe, familiären Konflikten und sexuellem Missbrauch. Auch wenn die Studien mit großen methodischen Problemen wie z. B. Erinnerungsfehlern verbunden sind und belastende Lebensereignisse auch bei anderen psychischen Störungen gehäuft in der Kindheit vorkommen, so sprechen die Ergebnisse dafür, dass negative Erfahrungen und Lebensereignisse das Risiko für die Entwicklung von Sozialen Phobien erhöhen.

1.6 Verlauf und Prognose

**Chronischer
oder fluktuieren-
der Verlauf**

Epidemiologische Studien zeigen, dass Soziale Phobien chronisch verlaufen, mit einer durchschnittlichen Dauer von 20 bis 30 Jahren. Im Allgemeinen erlebt nur eine Minderheit der Personen mit Sozialen Phobien eine dauerhafte Spontanremission; in den verschiedenen Studien schwanken die Zahlen zwischen 11 und 48 %. In einer Längsschnittstudie erfüllten nach 2 Jahren 80 %, nach 5 Jahren 73 % und nach 8 Jahren immer noch 64 % der 158 nicht behandelten Patienten die Diagnosekriterien für Soziale Phobie. Bei ca. einem Drittel der Remissionen folgt nach 4 bis 5 Jahren wieder ein Rückfall (Keller, 2003).

Eine prospektive Längsschnittstudie mit Jugendlichen zeigte, dass sich die Störung in den meisten Fällen zunächst zunehmend verschlechtert, allerdings mit vorübergehenden Verbesserungen und Schwankungen der Symptomatik. Nach einem Alter von 24 Jahren hingegen verläuft die Störung in der Regel stabil und ohne Spontanremissionen (Wittchen & Fehm, 2003). Insgesamt ist der natürliche Verlauf ohne Behandlung im Vergleich zur Panikstörung und Depression als weitaus ungünstiger einzuschätzen.

1.7 Komorbidität

Die überwiegende Mehrheit der Personen mit Sozialen Phobien leidet unter weiteren psychischen Störungen, wobei Angststörungen, depressive Störungen und Substanzabhängigkeiten am häufigsten vorkommen. In dem bereits angesprochenen National Comorbidity Survey (Magee et al., 1996) litten 81 % der Patienten mit Sozialer Phobie gleichzeitig unter mindestens einer anderen psychischen Störung. Die höchste Komorbidität bestand mit anderen Angststörungen (56,9 %), insbesondere Spezifischen Phobien, Agoraphobien und Posttraumatischen Belastungsstörungen. 41,4 % der Patienten mit Sozialen Phobien hatten zusätzlich Affektive Störungen, insbesondere Major Depression, 39,6 % litten unter Substanzmissbrauch oder -abhängigkeiten. Sieht man einmal von den klinisch weniger relevanten Spezifischen Phobien ab, so stellt Major Depression die häufigste Komplikation bei Sozialen Phobien dar. In der Regel sind es jedoch mehrere psychische Störungen, die zusätzlich zur Sozialen Phobie auftreten: Bei 19 % besteht lediglich eine, bei 14 % bestehen zwei, bei 48 % drei zusätzliche Störungen. Bei Komorbidität von Sozialen Phobien mit anderen Störungen sind die Einschränkungen sozialer Beziehungen und sozialer Rollenfunktionen noch gravierender als bei „unkomplizierten“ Sozialen Phobien (Stein & Kean, 2000).

**Hohe
Komorbidität
mit Depression,
Sucht und
Angststörungen**

Die Soziale Phobie gilt umgekehrt als eine häufige komorbide Störung bei anderen psychischen Störungen. Etwa jeder dritte Patient mit Affektiven Störungen leidet gleichzeitig unter einer komorbiden Sozialen Phobie (Zimmerman et al., 2002); ungefähr zwei Drittel dieser Personen suchen primär eine Behandlung für Soziale Phobie. Auch in Studien mit essgestörten Frauen fand sich eine erhöhte Komorbiditätsrate von 20 % mit Sozialen Phobien (Kaye et al., 2004).

In den meisten Fällen geht die Soziale Phobie der komorbiden Störung voraus, vor allem bei frühem Beginn der Sozialen Phobie. Depression und Alkoholmissbrauch zählen zu den häufigsten nachfolgenden Komplikationen. Die selteneren Sozialen Phobien mit spätem Beginn sind eher eine sekundäre Folge anderer komorbider Störungen. Hieraus lässt sich die Schlussfolgerung ziehen, dass Soziale Phobien ein verbreiteter Risikofaktor für die Entwicklung weiterer psychischer Störungen, vor allem von Depression und Suchterkrankungen, sind.

**Risikofaktor für
andere psychische
Störungen**

Eine Erklärung für die häufige Entwicklung sekundärer Depression könnte sein, dass bei schwereren Sozialen Phobien starke Vermeidungstendenzen mit einer zunehmenden Demoralisierung und einem negativen Selbstbild einhergehen. Hierfür spricht auch, dass bei komorbider Depression das Suizidrisiko stark erhöht ist: 71 % der Personen mit Sozialer Phobie äußerten Suizidgedanken und 34,9 % berichteten von Suizidversuchen in der Vorgeschichte (Nelson et al., 2000). Das Suizidrisiko ist dabei dreimal so hoch wie bei Personen mit Major Depression ohne komorbide Soziale Phobie.

Sekundärer Substanzmissbrauch und sekundäre Substanzabhängigkeit dürften auf den Versuch zurückzuführen sein, die Substanzen als Selbstmedikation zur Spannungsreduktion einzusetzen. Allerdings können Soziale Phobien auch als Folge von Substanzstörungen entstehen, da die Betroffenen auf Grund von Entzugserscheinungen oder beruflichen Problemen fürchten, stigmatisiert zu werden.

1.8 Diagnostische Verfahren

Angesichts der Abgrenzungsprobleme von subklinischen sozialen Ängsten einerseits und anderen psychischen Störungen andererseits sowie der hohen Komorbiditätsraten ist der Einsatz von diagnostischen Hilfsmitteln zur genauen Diagnostik von Sozialen Phobien besonders empfehlenswert.

Störungsspezifische Fragebögen anwenden

Für die Diagnosestellung nach ICD-10 oder DSM-IV sind die entsprechenden Module aus dem „Strukturierten Klinischen Interview für DSM-IV-Achse I“ (SKID-I, Wittchen, Zaudig & Fydrich, 1997) wie auch das „Diagnostische Interview für psychische Störungen“ (DIPS, Margraf, Schneider & Ehlers, 1994) hilfreich. Im DIPS werden zusätzlich zur Diagnosestellung Informationen erhoben, die in der Therapieplanung bzw. Indikationsstellung berücksichtigt werden können.

Sowohl zum Screening als auch zur Bestimmung des Schweregrads einer Sozialen Phobie ist die Verwendung von psychometrisch evaluierten Fragebögen in der klinischen Praxis sehr zu empfehlen. Hierzu eignen sich besonders folgende störungsspezifische Verfahren:

- Die Social Phobia Scale (SPS) und die Social Interaction Anxiety Scale (SIAS) (Mattick & Clarke, 1998; deutsche Fassung von Stangier, Heidenreich, Berardi, Golbs & Hoyer, 1999) umfassen jeweils 20 Items. Die SPS erfasst Angst vor Situationen, in denen die betroffene Person der Bewertung durch andere unterliegt (sog. „performance anxiety“). Die SIAS bezieht sich auf Ängste in sozialen Interaktionssituationen. Beide Skalen weisen hinsichtlich interner Konsistenz und diskriminanter Validität zufriedenstellende bis gute Kennwerte auf. Es liegen Cut-off-Werte zur Abgrenzung der Sozialen Phobie von Personen mit anderen psychischen Störungen und Personen ohne psychische Störungen vor (Stangier et al., 1999).
- Das Social Phobia and Anxiety Inventory (SPAI) (Turner, Beidel, Dancu & Stanley, 1989; deutsche Fassung: Fydrich, Scheurich & Kasten, 1995) enthält 32 Items, die sich auf soziale Ängste in Bezug auf verschiedene Personengruppen (z. B. unbekannte Menschen, Vorgesetzte oder Autoritätspersonen, andere Menschen allgemein) beziehen. Einige Items sind durch Mittelwertbildung über verschiedene Subitems auszuwerten, so dass der Fragebogen insgesamt 63 Fragen enthält. Zusätzlich werden

- neben sozialphobischen Symptomen in einer Subskala auch agoraphobische Symptome erfasst. Das SPAI ist deshalb zeitaufwändiger als die SIAS und SPS, jedoch sensitiver für Therapieeffekte. Es liegen Cut-off-Werte für die Bestimmung von Sozialen Phobien und Agoraphobien vor.
- Das Social Phobia Inventory (SPIN) (Connor, Davidson, Churchill, Sherwood, Foa & Weisler, 2000; deutsch: Stangier & Steffens, 2001) enthält 17 Items und eignet sich als Screening-Instrument für Soziale Phobien. Der Fragebogen ist bezüglich Reliabilität und Validität überprüft. Es liegen Cut-off-Werte für die Identifikation von Sozialen Phobien und zur Abgrenzung von psychischen Störungen und nicht-klinischen Kontrollpersonen vor.
 - Die Liebowitz Social Phobia Scale (Liebowitz, 1987; deutsch: Stangier & Heidenreich, 2005) ist das am meisten verbreitete Fremdbeurteilungsverfahren für Soziale Phobien. Auf Grund eines semistrukturierten Interviews werden das Ausmaß der Angst und die Häufigkeit von Vermeidung in 24 sozialen Situationen erfasst. Die Items werden in separaten Subskalen zu Leistungs- und Sozialangst und in einer Gesamtskala aufsummiert. Interne Konsistenz und konvergente Validität der deutschen Version sind zufriedenstellend. Ein Cut-off-Wert der englischen Originalversion liegt vor. Darüber hinaus besteht die Möglichkeit zur quantitativen Abgrenzung vom generalisierten und nicht-generalisierten Subtyp.

Die genannten Instrumente eignen sich auch für Messungen zur Therapieevaluation. Weiterhin ist der Einsatz von Fragebögen zur Diagnostik komorbider Störungen sinnvoll, z. B. das Beck Depressions-Inventar für depressive Störungen. Außerdem existieren eine Reihe von Fragebögen, die sich nicht spezifisch auf das Störungskonzept der Sozialen Phobie beziehen. Im deutschen Sprachraum wird häufig der U-Fragebogen von Ullrich de Muynck und Ullrich (1977) eingesetzt, um Selbstunsicherheit und Kompetenzdefizite zu erfassen. Der Fragebogen wurde auf der Basis des Konzeptes sozialer Kompetenzen entwickelt und lässt sich nur begrenzt für die Diagnostik Sozialer Phobien einsetzen.

Zusätzlich liegen einige Fragebögen vor, die zur Erfassung wichtiger Komponenten des kognitiven Modells eingesetzt werden können, wie der Fragebogen zu Sozialphobischen Kognitionen (SPK; s. Anhang, S. 103).