

## Kapitel 2

# Soziale Phobie

Hans Reinecker, Bamberg

Von sozialer Phobie wird gesprochen, wenn sich die Ängste eines Patienten auf mehrere soziale Situationen beziehen; dazu gehört die Hemmung, sich sozialer oder öffentlicher Beachtung auszusetzen und entsprechende Angst-Reaktionen beim Eintreten einer solchen Situation. Patienten berichten von größter Erwartungsangst, von Zittern, von Schwitzen, Erröten usw.; als besonders kennzeichnend muß ein hoher Grad an *Vermeidung* sozialer Situationen angesehen werden. Ein gewisses Ausmaß an sozialer Angst gilt als völlig normal, z. B. bei neuen Anforderungen, beim Reden vor einem größeren Publikum etc. Von einer *sozialen Phobie* würde man erst sprechen, wenn die Ängste der Situation völlig unangemessen und überdauernd sind und wenn für die Person dadurch deutliche Beeinträchtigungen in ihrem Lebensvollzug entstehen (vgl. Marks, 1987).

Im Kontext sozialer Phobien wird häufig auch von einem Mangel an „Selbstsicherheit“ gesprochen; es lassen sich folgende Komponenten unterscheiden (vgl. Ullrich deMuyneck & Ullrich, 1976):

1. Defizite im Bereich sozialer *Fertigkeiten*,
2. dysfunktionale *Einstellungen* der Person sich selbst gegenüber und
3. eine Komponente der *sozialen Angst* und *Hemmung* mit einem starken physiologisch-emotionalen Anteil.

Die Differenzierung der einzelnen Komponenten, die natürlich auch überlappen können, ist vor allem aus therapeutischen Gründen sinnvoll und wichtig.

Die Häufigkeit sozialer Ängste in der Allgemeinbevölkerung wird mit rund 1,7 % angegeben (Myers, et al., 1984); zu berücksichtigen ist, daß eine scharfe Trennung in „sub-klinische“ Fälle mit verschiedenen Graden an sozialer Beeinträchtigung und klinischen Störungen mit Krankheitswert kaum möglich ist: Gerade bei sozialer Angst sind Vermeidung und Ver-

heimlichung charakteristisch, so daß eine konkrete epidemiologische Erfassung sehr erschwert wird.

Der Beginn sozialer Ängste läßt sich im Alter von 15 bis 20 Jahren festmachen: Dies ist jene Entwicklungsphase, in der neue Rollen übernommen werden müssen, vermehrt Selbständigkeit und Selbstsicherheit erforderlich sind und tatsächlich verlangt werden (Beruf; gleich- und gegengeschlechtliche Kontakte . . .). In gewisser Weise könnte von einer „sensiblen Phase“ für die Entstehung sozialer Ängste gesprochen werden. Im Unterschied zu anderen Ängsten ist die Geschlechtsverteilung bei sozialen Phobien fast ausgeglichen, allerdings mit einem leichten Überhang von Frauen (60 zu 40). In den meisten Fällen ist (ohne Intervention) von einem chronischen Verlauf auszugehen (vgl. Wittchen, 1988). In nosologischer Hinsicht ist auf häufigen Alkohol-Mißbrauch und eine beträchtliche Neigung zu Suizidhandlungen hinzuweisen.

### *Biographische Angaben*

Frau E. ist 32 Jahre alt. Zusammen mit ihrer jüngeren Schwester wuchs sie in einem kleinen Dorf auf; ihre Familie lebte in ärmlichen Verhältnissen und die Patientin schämte sich vor allem, weil der Vater häufig betrunken und aufgrund seines Verhaltens in der ländlichen Umgebung ein Außenseiter war. Die Mutter versuchte die beiden Kinder so weit zu umsorgen, daß diese trotz der belastenden finanziellen Situation eine solide Ausbildung machen konnten.

Frau E. absolvierte die Mittlere Reife und war in verschiedenen Betrieben als Industriekauffrau tätig; sie arbeitet seit ca. 4 Jahren in einem mittelgroßen Industriebetrieb. Diese Tätigkeit ist für sie in finanzieller Hinsicht wichtig, da sie sich bald nach der Geburt des Sohnes (derzeit 6 Jahre alt) scheiden ließ: Durch Alkohol-Exzesse ihres Mannes und verschiedentliche Gewalttätigkeiten war die Ehe für sie unerträglich geworden. Sie lebt derzeit wieder mit einem Mann zusammen, bezeichnet diese Beziehung aber ebenfalls als sehr belastend; sie hält sie aufrecht, da sie für ihren Sohn eine männliche Bezugsperson sucht und Angst hat, von ihrer Umgebung als alleinstehende Frau abqualifiziert zu werden.

## 1 Beschreibung der Störung

Frau E. kommt auf Anraten einer sehr verständnisvollen Fachärztin für Psychiatrie zur Therapie; nach einer längeren medikamentösen Behand-

lung hatte diese sich geweigert, Frau E. weiterhin Medikamente zu verschreiben. Die Patientin nimmt einen langen Anfahrtsweg zur Therapie in Kauf; ihrem Partner verheimlicht sie die Therapie, den Sohn bringt sie jeweils bei Bekannten unter.

Frau E. schildert sofort, daß die Situation in ihrem Betrieb mittlerweile unerträglich geworden sei – allerdings bleibe ihr keine Alternative, da sie Geld verdienen müsse und ein Stellenwechsel keine grundsätzliche Änderung brächte. Auch die Situation ihrer Partnerschaft werde immer belastender, ohne daß sie einen Ausweg wüßte. Besonders unangenehm sei ihr starkes Erröten in einer Vielzahl von Situationen (Telefonieren, in der Kantine, wenn sie angesprochen wird, bei Anweisungen . . .). Sie berichtet von Zittern, Schweißausbrüchen . . ., es fielen ihr die einfachsten Dinge nicht mehr ein. Erwartungsängste vor sozialen Situationen beeinträchtigten sie bis in den Schlaf hinein, sie grübele und mache sich selbst heftigste Vorwürfe; Frau E. beschreibt sich selbst als völlig unfähig, als „dummes Huhn“ und weiß nicht, wie sie mit all den verschiedenen Anforderungen fertig werden soll. Soweit möglich versucht sie soziale Situationen, z. B. Einladungen, Geburtstagsfeste, Betriebsfeiern, Kontakte außerhalb des Berufes usw. gänzlich zu vermeiden. Wenn eine Vermeidung nicht möglich ist, sei sie schon häufig mit einer banalen Ausrede aus der Situation geflüchtet, z. B. wenn sie auf einer Betriebsfeier angesprochen wurde, stark errötete usw.

Wenn man die Beschwerden der Patientin den einzelnen Ebenen zuordnet (vgl. Lang, 1985; Kanfer, Reinecker & Schmelzer, 1996), so ergibt sich folgendes Bild:

### Verhaltens-Ebene ( $\alpha$ )

Ausgedehntes **Flucht-** und vor allem **Vermeidungsverhalten** in einer Vielzahl sozialer Situationen; kein gemeinsames Essen in der Kantine; Reduktion sozialer Kontakte; Verdecken des Gesichtes mit den Händen; tiefes Neigen des Kopfes; Abwenden beim Telefonieren; Wegschauen, wenn sie angesprochen wird; Auswahl von Lokalen mit nicht zu heller Beleuchtung . . .

### Gedankliche Ebene ( $\beta$ )

Selbstabwertende **Gedanken** im Sinne von „. . . ich bin doch die Dümme von allen . . .“; Erwartung von Blamage, von Katastrophen; dauernde ge-

dankliche Beschäftigung mit für sie schwierigen sozialen Situationen; „Kreisen“ der Gedanken um ihre ausweglos scheinende Situation; fallweise Gedanken an Suizid; „... was denken die anderen von mir ...?“ ständige Angst, etwas falsch zu machen ...

### Körperlich-physiologische Ebene ( $\gamma$ )

Die Patientin leidet unter einer Vielzahl **körperlicher Beschwerden**, die hauptsächlich mit belastenden Situationen verknüpft sind: Übelkeit, Schlafstörungen, Würgen und Kloßgefühl im Hals, Bauchschmerzen, starkes Erröten (sie bezeichnet sich selbst als „Tomate“), rote Flecken im Gesicht und Hals, Zittern, Schwitzen usw.

Die Patientin schildert sich als von Kindheit an sehr scheu, ruhig und zurückgezogen; besonders belastend wurden ihre Beschwerden mit ca. 15 Jahren, als ihr die Situation mit dem Vater und die gesamte familiäre Problematik deutlich wurde. Die Patientin ist attraktiv, hatte aber kaum Freundschaften oder heterosexuelle Kontakte (Vermeidung), bis sie relativ unvorbereitet in die oben geschilderte problematische Ehe schlitterte. Dort wurde sie dauernd herabgesetzt, kritisiert und zum Teil auch körperlich attackiert; in ihrer derzeitigen Partnerschaft wiederholt sich dieses Muster. Die Patientin sieht aber keinen Ausweg. Besonders schlimm wurde die Situation für sie vor ca. 4 Jahren, als sie ihre neue Arbeitsstelle antrat: Bereits beim Besuch der Kantine, bei der Frühstückspause etc. errötete sie in Gegenwart ihrer Kolleginnen und Kollegen so heftig, daß sie eiligst ihr Gesicht bedeckte, flüchtete und nach ein paar weiteren problematischen Versuchen an sozialen Zusammenkünften überhaupt nicht mehr teilnahm. Sie nimmt die Schuld für ihre Probleme großteils auf sich und sieht zu Beginn der Therapie praktisch keine Möglichkeit einer Veränderung ihrer Situation.

Für die Darstellung wurde Frau E. ausgewählt, weil sie ein typisches Beispiel für eine massive Beeinträchtigung durch ihre sozialen Ängste bildet; ob es sich dabei um eine Störung mit Krankheitswert handelt, läßt sich diskutieren und hängt wohl in erster Linie vom zugrunde liegenden Krankheitskonzept ab. Frau E. hätte mit ihren Ängsten wohl noch viele Jahre ähnlich weiter gelebt, hätten nicht einige Aspekte den Weg in Richtung einer psychologischen Intervention sinnvoll erscheinen lassen:

- Frau E. wurde von der Angst um die Entwicklung ihres Sohnes geplagt: „... er soll nicht so ängstlich werden wie ich selbst ...!“
- Die Patientin besaß die attraktive Chance zu einem beruflichen und finanziellen Aufstieg im Betrieb, der ihr ohne eine therapeutische Verän-

derung zwar höchst erstrebenswert, allerdings derzeit unmöglich erschien.

- Die bis dahin behandelnde Ärztin verweigerte die langfristige Medikation und eröffnete der Patientin die Perspektive zur Psychotherapie.

## 2 Differentialdiagnostik

Bei Frau E. sind die Kriterien für eine soziale Phobie (DSM IV: 300.23, APA, 1994) erfüllt:

- Die Patientin leidet unter einer anhaltenden irrationalen Furcht vor sozialen Situationen und versucht, solche nach Möglichkeit zu vermeiden. Die Angst der Patientin bezieht sich vor allem auf Beachtung durch andere und auf mögliche und real erlebte ihrem Empfinden nach peinliche Reaktionen.
- Durch die Angst ist Frau E. einer Reihe von Beeinträchtigungen und Behinderungen unterworfen (Beruf, privat . . .); die Patientin selbst sieht deutlich, daß ihre Furcht übertrieben, der Situation nicht angemessen, irrational und pathologisch ist.
- Eine Verursachung der Beschwerden durch andere psychische Störungen (z. B. Depression) kann nach einer genauen Exploration der Beschwerden von Frau E. ausgeschlossen werden.
- Das besonders charakteristische Merkmal sozialer Phobien, die Vermeidung, muß auch bei Frau E. hervorgehoben werden. Die Vermeidung stellt eine problematische Bewältigungsstrategie für die eigenen Ängste dar. Verschiedene Vermeidungsmuster spielen gewissermaßen die Rolle von Alternativen für soziale Interaktionen (z. B. Aktivitäten, die ohne sozialen Kontakt durchgeführt werden können).

Differentialdiagnostisch sollte eine Abgrenzung gegenüber anderen phobischen Zuständen erfolgen: Frau E. leidet nicht unter einer Agoraphobie: Typische öffentliche Situationen als solche (z. B. Kaufhäuser, Menschenmengen, Busse . . .) sind für sie weitgehend unproblematisch; die Ängste von Frau E. sind auch nicht den einfachen Phobien zuzuordnen, weil sich die Phobie bei Frau E. nicht auf abgegrenzte Situationen, sondern eben auf typische soziale Aspekte (mit einem hohen Grad an Generalisierung) beziehen. Die depressive Verstimmung bei Frau E. kann als Folge, sicherlich nicht als Auslöser ihrer Ängste angesehen werden; Hinweise auf eine schizophrene Verkennung der Realität liegen ebenso wenig vor wie Merkmale einer Zwangsstörung. Eine Persönlichkeitsstörung (z. B. „Hypersensitive Persönlichkeit“) kann nach der Exploration diagnostisch ausgeschlossen

werden. Auch unter einer anderen psychischen Störung (im Sinne der Komorbidität) leidet Frau E. nicht.

Neben einem diagnostischen Interview und der Anleitung zur Selbstbeobachtung und Selbstaufzeichnung in verschiedenen Situationen sowie der Beobachtung der Patientin im Interview und bei späteren Übungen kamen folgende diagnostische Instrumente zum Einsatz:

|         |   |
|---------|---|
| FLG     | (Fragebogen zur Lebensgeschichte)                           |
| FSS III | (Angstfragebogen)   |
| U-FB    | (Unsicherheits-Fragebogen; Ullrich deMuyck & Ullrich, 1976) |
| PF      | (Problemfragebogen)   |

In den einzelnen Fragebogen erfolgte keine normorientierte Auswertung, sondern eine Analyse kritischer und therapierelevanter Items. Hier konnte das Bild einer sozialen Ängstlichkeit deutlicher und klarer präzisiert und herausgearbeitet werden.

Besonders wichtig war die Berücksichtigung unproblematischer Bereiche, von Stärken und Kompetenzen der Patientin; hier konnte vor allem auf den beruflichen Erfolg und ihre bisherige Erfahrung, auf ihre Sorge um ihren Sohn sowie auf verschiedene andere Eigenaktivitäten im Bereich der Familie, der Freizeit und des Berufes hingewiesen werden. Diese Bereiche stellten für die spätere Therapie wichtige Ansatzpunkte dar.

### 3 Erklärungsansätze

Bei der Erklärung psychischer Störungen muß ganz allgemein auf verschiedene theoretische Modelle Bezug genommen werden, welche sich in prädisponierende, auslösende und aufrechterhaltende Faktoren unterscheiden lassen. Gemeinsam geben verschiedene Modellvorstellungen den Hintergrund sowohl für eine wissenschaftliche Erklärung (Bunge, 1967) als auch für die Vermittlung eines plausiblen Ätiologie-Modells an den Patienten ab.

Prädisponierende Faktoren sind bei Frau E. vor allem im Bereich ihrer Biographie zu finden: Die abgeschiedene, fast isolierte Kindheit der Patientin hat die Vermittlung (mangelndes elterliches Modell) und spätere Ausformung und Anwendung von sozialen und interpersonellen Fertigkeiten vermutlich behindert. Daß die Patientin in der Folge kaum ein stabiles Selbstwertgefühl entwickeln konnte, ist in diesem Zusammenhang zu sehen. Die „self-statements“ der Patientin haben sich mangels elterlichen und sozialen Feedbacks in eine selbstschädigende und selbstdestruierende

Richtung entwickelt. Hinzu kommt der pathologisierende Faktor des alkoholabhängigen Vaters, die damit verbundene finanzielle Situation sowie die Tatsache, daß sich die Patientin dafür mitverantwortlich fühlt; diese Konstellationen stellen für die Entwicklung des Selbstbildes der Patientin problematische prädisponierende Bedingungen dar.

Durch verschiedene Erlebnisse des Mißerfolgs, fallweises Erröten, Versagen etc. in beruflichen Situationen werden bestimmte Situationen zu fast automatischen Auslösern der Angstreaktionen von Frau E. – dies führt zu einer Art Hochschaukelungsprozeß, weil die Patientin an auslösende Situationen (s. o.) bereits mit der Erwartung eines Mißerfolgs herangeht. Die Entwicklung sozial ängstlichen Verhaltens und automatisierter Angstreaktionen als Folge von Erwartungen und konkreten auslösenden Situationen läßt sich an folgendem Schema verdeutlichen (Abb. 1):

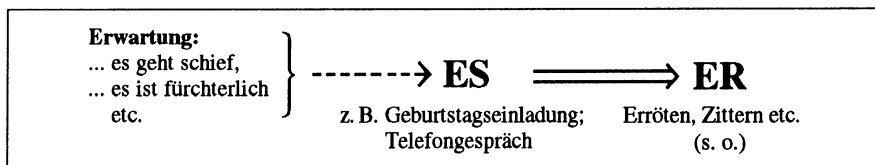


Abbildung 1: Verdeutlichung des Auslösens von automatisierten/konditionierten Angstreaktionen von Frau E. auf unterschiedlichen Ebenen

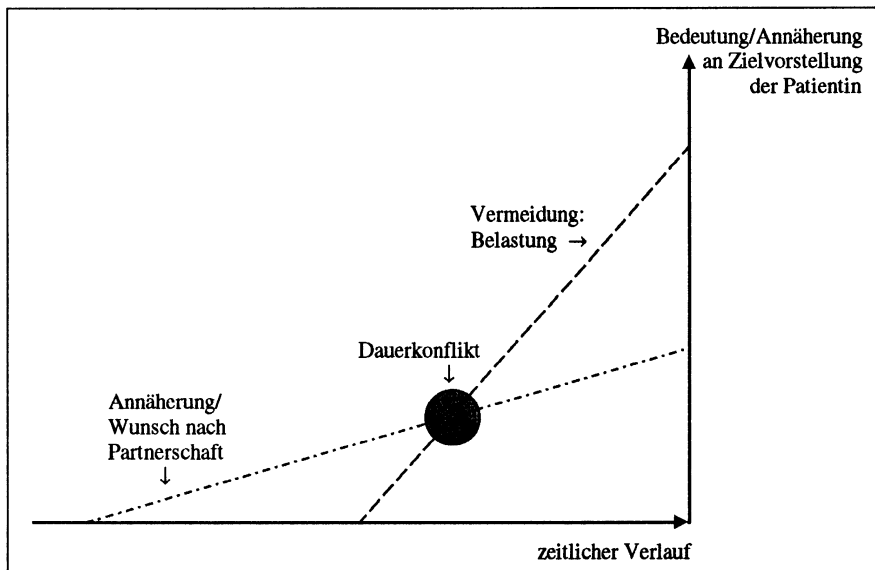


Abbildung 2: Skizze über die Konfliktsituation von Frau E.

Am Beginn sozialer Beziehungen ging Frau E. schon sehr scheu und vorsichtig vor – sie traute sich wenig zu und geriet dadurch fast zwangsläufig in eine sehr enttäuschende Partnerschaft. Hier und im beruflichen Bereich sind vor dem Hintergrund eines Konflikt-Modells (Dollard & Miller, 1950) wichtige auslösende Faktoren zu suchen: Der Konflikt zwischen dem Verbleib in der Partnerschaft und dem Entschluß zur Trennung war für Frau E. besonders dadurch belastend, daß ihr eine Partnerschaft ausgesprochen wichtig war. In einer Vereinfachung könnte man die Situation graphisch wie in Abb. 2 skizzieren.

Chronische Konflikte stellen für verschiedene Angststörungen ausgesprochen bedeutsame Belastungen dar.

Für viele Menschen sind soziale Situationen zur Zeit des Heranwachsenden oder auch vor dem Hintergrund spezieller Belastungen nicht einfach zu bewältigen; in den meisten Fällen führt dies jedoch nicht zu einer sozialen Phobie – wie bei Frau E. Zur Aufrechterhaltung einer fallweisen pathologischen Entwicklung (residuale Abweichung) müssen verschiedene Bedingungen angeführt werden, denen die Funktion einer Stabilisierung der Problematik zukommt.

Bei Frau E. lassen sich folgende Faktoren dem Bereich der Aufrechterhaltung zuordnen:

- Aufgrund der Erwartung eines Mißerfolges vermeidet die Patientin soziale Situationen und beschneidet sich damit eines wichtigen Stranges realistischer Feedbacks.
- Durch die Vermeidung wird eine Löschung von Angstreaktionen und eine Ausformung sozial kompetenten Verhaltens verhindert (Rachman, 1990).
- Selbst wenn die Patientin eine Situation einigermaßen bewältigt hat (sie kann ja nicht alle Situationen vermeiden), führt dies zu keiner Umstrukturierung ihrer Erwartungen; durch die automatisierten Gedankenabläufe (Attributionen) von Frau E. wird dies als „Glück“, als „überstanden . . .“ bewertet.
- Die Rolle selbstabwertender Gedanken – aufgrund ihrer Biographie und aktuellen Erfahrungen – für die Aufrechterhaltung von Störungen ist nicht hoch genug einzuschätzen. Gerade kognitive Ätiologiemodelle von Ängsten (Beck et al., 1985; Oakley & Padesky, 1990) betonen die Rolle von „Selbstgesprächen“, „negativen Schemata“ und „dysfunktionalen Kognitionen“.
- Herabsetzende Kritik durch die Umgebung (z. B. Eltern; Partner) verhindert einen Aufbau von Ansätzen selbstsichereren Verhaltens.
- Die bei der Patientin vorhandenen sozialen Fertigkeiten im sozialen,

beruflichen und interpersonalen Kontext wurden von Frau E. wegen der hohen autonomen Angst nicht geäußert.

Die Patientin selbst fühlt sich in ihre Situation verstrickt, von ihr total gefangen; sie bemerkt selbst an einer Stelle sinngemäß, daß sie ihre Ängste „... einfach vergessen ...“ sollte, da vieles dann leichter wäre. Hier formuliert sie gewissermaßen einen paradoxen Anspruch an sich selbst: gerade aufgrund der Bedeutung, die die Angstreaktionen für sie haben, ist es nicht möglich, die Ängste „einfach zu vergessen“.

Die angeführten Elemente stellen – sicher nur partielle – Erklärungsansätze für die Prädisposition, für die Entstehung und für die Aufrechterhaltung der sozialen Angst im konkreten Einzelfall dar. Wenn allgemeine theoretische Modelle für den Einzelfall geltend gemacht werden, so bedarf es jeweils gewisser Abstriche von den idealisierenden Annahmen innerhalb der allgemeinen Ätiologie-Theorien.

Es erscheint neben dem wissenschaftlichen Aspekt eines Erklärungsanspruches auch bedeutsam, der Patientin selbst ein plausibles Verständnis für die Entstehung ihrer Ängste – vor ihrem biographischen Hintergrund – zu vermitteln (vgl. Tunner, 1980). Hier spielen weitere Vereinfachungen aus Gründen der Didaktik und der Vermittlung an eine spezielle Patientin immer eine wichtige Rolle. Die plausiblen Modelle sollten die Funktion erfüllen, der Patientin ihre Problematik („... warum habe ich diese Störung ...?“) vor dem Hintergrund ihrer individuellen Biographie einordnen zu helfen. Dies ist nicht nur ein Gebot der Transparenz, sondern auch ein Schritt in Richtung therapeutischer Intervention unter der Verpflichtung zum Selbstmanagement.

## 4 Interventionsprinzipien

Bei der Behandlung sozialer Phobien bieten sich prinzipiell verschiedene therapeutische Zugänge an, nämlich

- a) die Vermittlung sozialer Skills,
- b) Strategien zum Abbau sozialer Ängste (zumeist Interventionen im Wege über die Konfrontation mit angstausslösenden Situationen), sowie
- c) kognitive Therapieansätze.

Die Auswahl eines konkreten Verfahrens und die therapeutische Umsetzung hängt von den individuellen Bedingungen der Patientin ebenso ab wie von den gemeinsam vereinbarten Therapiezielen.

Die prinzipielle Prognose bei Frau E. konnte u. a. wegen der hohen Moti-

vation und konkreten Änderungsbereitschaft als durchaus günstig beurteilt werden, obgleich die Patientin zu Beginn der Therapie auf eine Art „Wundermittel“, das ihre Beschwerden beseitigen könnte, gehofft hatte.

Da bei der Patientin die grundlegenden sozialen Fertigkeiten (Skills) vorhanden waren und sie prinzipiell wußte, in welchen sozialen Situationen welche Strategien angemessen wären, erwies sich ein Training sozialer Fertigkeiten als nicht notwendig. Bei der Patientin war insbesondere nötig, ihre Erwartungen umzustrukturieren. Ihre problematischen Erwartungen verhinderten einen zielführenden Einsatz der Skills. Dabei hätte es wenig Sinn gehabt, der Patientin ihre Vorstellungen „auszureden“ oder einfach ihre Kognitionen zu verändern (wie immer dies konkret geschehen mag). Der effektivste Weg zur Veränderung ihrer Erwartungen konnte mit Frau E. nur über das direkte Erleben belastender Situationen und ihrer schrittweisen Bewältigung – erfolgen.

Das konkrete therapeutische Vorgehen zur Bewältigung der sozialen Ängste der Patientin kann hier nur in Ansätzen geschildert werden. Frau E. zeigte sich zunächst zögerlich gegenüber einer Konfrontation mit belastenden Situationen (die sie zunächst zu differenzieren lernte). Im Wege einer gestuften Konfrontation (Rimm & Masters, 1979) machte die Patientin die Erfahrung, daß sie nicht konkrete Ergebnisse einer belastenden Situation, sondern vor allem die Antizipation dieser potentiellen Katastrophe gefürchtet hatte. In der Skizze der graduierten Konfrontation konnte dies der Patientin folgendermaßen vermittelt werden:

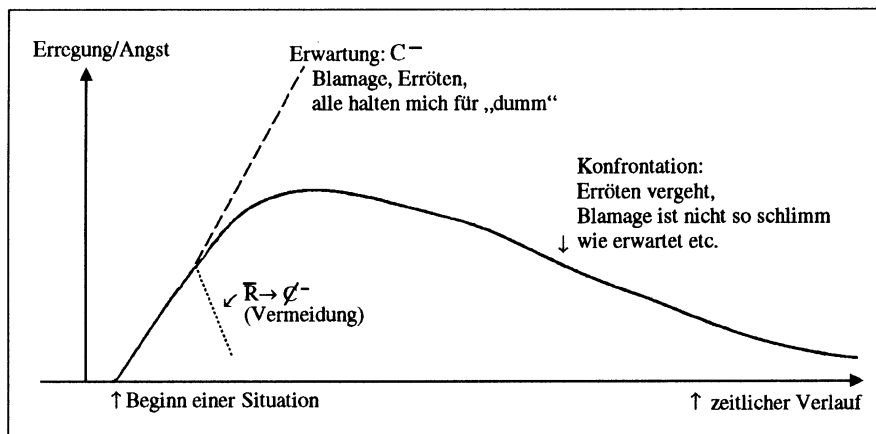


Abbildung 3: Verlauf der Angstreaktionen bei Vermeidung bzw. therapeutischer Konfrontation

Im Rahmen von 16 therapeutischen Sitzungen mit vielen Übungen in dazwischen durchgeführten Hausaufgaben lernte die Patientin eine Bewälti-

gung der meisten schwierigen Situationen, die für sie in beruflicher und privater Hinsicht bedeutsam waren (das therapeutische Vorgehen ist an anderer Stelle im Detail beschrieben, Reinecker, 1993). Die therapeutische Intervention mit Frau E. kann als kurztherapeutisches Vorgehen bezeichnet werden; Frau E. hatte gelernt, ihre Ängste nicht „wegzuschieben“, sondern sich mit ihnen auseinanderzusetzen. Diese Auseinandersetzung war für Frau E. anfangs schwierig und ungewohnt, da sie bislang immer versucht hatte, ihren Ängsten aus dem Weg zu gehen.

Eine Stabilisierung der Situation von Frau E. erfolgte in einer offenen Selbstsicherheitsgruppe, zu der ihr im Anschluß an die Therapie geraten worden war; der Austausch mit anderen Patientinnen und Patienten war sowohl für den Selbstwert von Frau E. wie auch für das Training therapeutischer Veränderungen in ihrem Lebenskontext ausgesprochen bedeutsam: Sie konnte in der Folge die angebotene Aufstiegschance in ihrer Firma wahrnehmen und war ausgesprochen zufrieden; im Follow-up (½ Jahr) berichtete sie, daß sie sich von ihrem Partner getrennt hatte, was erwartungsgemäß nicht ohne Komplikationen verlaufen war. Im Follow-up waren eher Themen wie Einschulung ihres Sohnes im Vordergrund gestanden, da ihre sozialen Ängste nur noch eine untergeordnete Rolle gespielt hatten.

## 5 Resümee

Sozial kompetentes Verhalten kann auf einem Kontinuum zwischen scheuem/zurückgezogenem Verhalten einerseits und der aggressiven Durchsetzung eigener Wünsche und Bedürfnisse andererseits angesiedelt werden (Alberti & Emmons, 1974; Rich & Schroeder, 1976). Welches Verhaltensmuster als sozial kompetent und damit als Ziel therapeutischer Bemühungen anzusehen ist und damit zum Ziel therapeutischer Bemühungen ausgewählt wird, kann allerdings nur vor dem Hintergrund normativer Überlegungen beantwortet werden. Diese normativen Aspekte hängen von kulturellen, sozialen, politischen und gesellschaftlichen Entwicklungen ab und sind einem entsprechenden Wandel unterworfen (man denke etwa an die Rolle von Frauen vor 40 oder 80 Jahren und in der Gegenwart). So gesehen muß die Behandlung sozialer Phobien immer als individuelle Intervention – allerdings vor einem sozialen, beruflichen und interpersonellen Hintergrund – gesehen werden (siehe dazu auch Goldstein-Fodor & Epstein, 1983).

Die Vermittlung sozial kompetenten Verhaltens ist außerhalb des klinischen Kontexts stark verbreitet und inzwischen weitgehend popularisiert worden; bei der kritischen Betrachtung des Themas sozialer Ängste sticht

als zentrales Problem die Frage der Kriterien sozial kompetenten Verhaltens heraus: Was macht sozial kompetentes Verhalten in einer komplexen Situation genau aus? Welche Komponenten sozialen Verhaltens lassen sich vermitteln? Wie verändern sich Merkmale sozialen Verhaltens vor dem Hintergrund individueller Bedingungen und sozial-gesellschaftlicher Normvorstellungen?

Auch Fragen der theoretischen Einbettung der Erklärungsmodelle für soziale Ängste oder die Frage nach der Effektivität einer Behandlung werden in der Literatur ausführlich diskutiert (vgl. Heimberg, 1989; Heimberg et al., 1995). Zusammenfassend muß man allerdings sagen, daß die Analyse und Erklärung sozialer Phobien vor einem klinisch-psychologischen Hintergrund durchaus sinnvoll ist; ähnliches gilt für therapeutische Strategien aus dem Bereich kognitiv-verhaltenstherapeutischer Interventionsansätze.

## Literatur

- Alberti, R.E. & Emmons, M.L. (1974). *Your perfect right: A guide to assertive behavior*. San Luis Obispo, Ca.: Impact. (dt.: *Ich behaupte mich selbst*. Frankfurt: Fachbuchhandlung für Psychologie, 1977).
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV)*. (dt.: 1996) Washington, D.C.: American Psychiatric Press.
- Beck, A.T. & Emery, G. (1985). *Anxiety disorders and phobias: A cognitive perspective*. New York: Basic Books.
- Bunge, M. (1967). *Scientific research, Vol. 1, Vol. 2*. New York: Springer.
- Dollard, J. & Miller, N.E. (1950). *Personality and psychotherapy: An analysis in terms of learning, thinking and culture*. New York: McGraw Hill.
- Goldstein-Fodor, I. & Epstein, R.C. (1983). Assertiveness training for women: Where are we failing? In E.B. Foa & P.M.G. Emmelkamp (Eds.), *Failures in Behavior Therapy*. New York: J. Wiley.
- Heimberg, R.G. (1989). Cognitive and behavioral treatments for social phobia: A critical analysis. *Clinical Psychology Review*, 9, 107–128.
- Heimberg, R.G., Liebowitz, M.R., Hope, D.A. & Schneier, F.R. (Eds.). (1995). *Social phobia: Diagnosis, assessment, and treatment*. New York: Guilford Press.
- Kanfer, F.H., Reinecker, H. & Schmelzer, D. (1996). *Selbstmanagement-Therapie. Ein Lehrbuch für die klinische Praxis* (2. Aufl.). Berlin: Springer.
- Lang, P.J. (1985). The cognitive psychophysiology of emotion: Fear and anxiety. In A.H. Tuma & J.D. Maser (Eds.), *Anxiety and the anxiety disorders*. Hillsdale, N. J.: L. Erlbaum.
- Marks, I.M. (1987). *Fears, phobias and rituals. Panic, anxiety and their disorders*. New York: Oxford University Press.
- Myers, J.K., Weissmann, M.M., Tischler, G.L., Holzer, C.E., Leaf, P.A., Anthony, J.C., Boyd, J.H., Burke, L.D., Kramer, M. & Stoltzmann, R. (1984). Six month prevalence

- of psychiatric disorders in three communities. *Archives of General Psychiatry*, 41, 959–967.
- Oakley, M.E. & Padesky, C.A. (1990). Cognitive therapy for anxiety disorders. In M. Hersen, R.M. Eisler & P.M. Miller (Eds.), *Progress in Behavior Modification*. London: Sage Publications.
- Rachman, S.J. (1990). *Fear and courage* (2nd Ed.). New York: W.H. Freeman.
- Reinecker, H. (1993). *Phobien*. Göttingen: Hogrefe-Verlag.
- Rich, A.R. & Schroeder, H.E. (1976). Research issues in assertiveness training. *Psychological Bulletin*, 83, 1081–1096.
- Rimm, D.C. & Masters, J.C. (1979). *Behavior Therapy. Techniques and empirical findings*. New York: Academic Press.
- Tunmer, W. (1980). Die therapeutische Anwendung lerngeschichtlicher Analyse. In J.C. Brengelmann (Hrsg.), *Entwicklungen der Verhaltenstherapie in der Praxis*. München: Röttger.
- Ullrich de Muynck, R. & Ullrich, R. (1976). *Das Assertiveness-Trainings-Programm ATP*. München: Pfeiffer.
- Wittchen, H.U. (1988). Natural course and spontaneous remissions of untreated anxiety disorders: Results of the Munich Follow-up Study (NWS). In I. Hand & H.U. Wittchen (Eds.), *Panic and phobias*, 2. Berlin: Springer.