

Anonym

**Physiologische Reaktionen von
Sozialphobikern und Kontrollpersonen
ohne psychische Störung auf affektives
Bildmaterial**

Diplomarbeit

BEI GRIN MACHT SICH IHR WISSEN BEZAHLT



- Wir veröffentlichen Ihre Hausarbeit, Bachelor- und Masterarbeit
- Ihr eigenes eBook und Buch - weltweit in allen wichtigen Shops
- Verdienen Sie an jedem Verkauf

Jetzt bei www.GRIN.com hochladen
und kostenlos publizieren



Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek:

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

Dieses Werk sowie alle darin enthaltenen einzelnen Beiträge und Abbildungen sind urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung, die nicht ausdrücklich vom Urheberrechtsschutz zugelassen ist, bedarf der vorherigen Zustimmung des Verlanges. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Bearbeitungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen, Auswertungen durch Datenbanken und für die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronische Systeme. Alle Rechte, auch die des auszugsweisen Nachdrucks, der fotomechanischen Wiedergabe (einschließlich Mikrokopie) sowie der Auswertung durch Datenbanken oder ähnliche Einrichtungen, vorbehalten.

Impressum:

Copyright © 2005 GRIN Verlag
ISBN: 9783638891707

Dieses Buch bei GRIN:

<https://www.grin.com/document/85351>

Anonym

**Physiologische Reaktionen von Sozialphobikern und
Kontrollpersonen ohne psychische Störung auf affekti-
ves Bildmaterial**

GRIN - Your knowledge has value

Der GRIN Verlag publiziert seit 1998 wissenschaftliche Arbeiten von Studenten, Hochschullehrern und anderen Akademikern als eBook und gedrucktes Buch. Die Verlagswebsite www.grin.com ist die ideale Plattform zur Veröffentlichung von Hausarbeiten, Abschlussarbeiten, wissenschaftlichen Aufsätzen, Dissertationen und Fachbüchern.

Besuchen Sie uns im Internet:

<http://www.grin.com/>

<http://www.facebook.com/grincom>

http://www.twitter.com/grin_com

**Physiologische Reaktionen
von
Sozialphobikern und
Kontrollpersonen ohne psychische Störung
auf affektives Bildmaterial**

Diplomarbeit in Psychologie
am Fachbereich Psychologie
der Johann Wolfgang Goethe Universität
Frankfurt am Main

2005

Vorgelegt von:

Cindy Hehlemann

Inhaltsverzeichnis

Zusammenfassung.....	6
1 Theoretischer Hintergrund.....	7
1.1 Die Soziale Phobie	7
1.1.1 Erscheinungsbild	7
1.1.2 Definition	10
1.1.3 Epidemiologie	13
1.1.4 Störungsbeginn.....	14
1.1.5 Verlauf und Folgen.....	14
1.1.6 Komorbidität und differentialdiagnostische Abgrenzung.....	15
1.1.7 Zusammenfassung.....	16
1.2 Modelle zur Ätiologie der Sozialen Phobie	16
1.2.1 Entwicklungspsychologische Theorien.....	17
1.2.1.1 Biologische Dispositionen.....	17
1.2.1.2 Verhaltenshemmung und Schüchternheit.....	17
1.2.1.3 Einflüsse durch Sozialisation	17
1.2.2 Lerntheoretische Erklärungen	18
1.2.2.1 Klassische Konditionierung	18
1.2.2.2 Modelllernen	18
1.2.2.3 Preparedness.....	19
1.2.3 Ein Informationsverarbeitungsmodell der sozialen Angst von Öhman	20
1.2.4 Das neuropsychologische Modell der Angst von Gray.....	20
1.2.5 Kognitive Modelle der Sozialen Phobie.....	21
1.2.5.1 Das Modell der kognitiven Vulnerabilität von Beck und Emery.....	22
1.2.5.2 Das Selbstdarstellungsmodell von Schlenker und Leary	22
1.2.5.3 Ein integriertes kognitiv-behaviorales Modell von Heimberg.....	23
1.2.5.4 Das kognitive Modell der Sozialen Phobie von Clark und Wells.....	24
1.2.6 Abschließende Bemerkungen zu den Modellen der sozialen Angst.....	26
1.3 Psychophysiologische Aktivierung und subjektiv empfundene Angst bei der Sozialen Phobie	27
1.3.1 Der Begriff der Emotion	27
1.3.2 Forschungsbefunde zu Herzraten, Hautleitwerten und subjektiven Empfindungen bei sozialer Angst	28
1.3.2.1 Untersuchungen an sozialphobischen Stichproben	28
1.3.2.2 Untersuchungen an sozial ängstlichen Stichproben.....	33
1.3.2.3 Zusammenfassung und Bedeutung für die vorliegende Arbeit.....	36
1.3.3 Kovariationsproblem der emotionalen Ebenen	40
1.3.3.1 Ursachen des Kovariationsproblems	41
2 Fragestellung und Hypothesen	43
2.1 Ableitung der Fragestellung	43

3 Methoden	46
3.1 Versuchsplan	46
3.2 Probanden.....	48
3.2.1 Rekrutierung der Stichproben	48
3.2.2 Beschreibung und Vergleich der Stichproben hinsichtlich soziodemographischer Daten	49
3.3 Messinstrumente.....	54
3.3.1 Strukturiertes klinisches Interview für DSM-IV	54
3.3.2 Social Phobia Inventory	55
3.3.3 Liebowitz Social Anxiety Scale	55
3.3.4 Beck-Depressions-Inventar	56
3.3.5 Beschreibung und Vergleich beider Stichprobengruppen hinsichtlich der Fragebogendaten	57
3.4 Stimulusmaterial.....	61
3.4.1 Überlegungen zur Auswahl des Stimulusmaterials.....	61
3.4.2 Verwendetes Stimulusmaterial.....	62
3.4.3 Quellen des verwendeten Stimulusmaterials.....	63
3.4.3.1 Das International Affective Picture System	63
3.4.3.2 Die Bildsammlung von Mazurski und Bond.....	64
3.4.3.3 Bilder aus anderen Quellen	65
3.5 Abhängige Variablen.....	65
3.5.1 Psychophysiologische Variablen.....	65
3.5.1.1 Messung der Herzfrequenz.....	65
3.5.1.1.1 Das EKG	66
3.5.1.2 Messung der Hautleitfähigkeit	67
3.5.1.2.1 Messmethode.....	67
3.5.1.3 Mini-Vitaport-System	68
3.5.1.3.1 Ableitung der Herzfrequenz	69
3.5.1.3.2 Ableitung der Hautleitfähigkeit.....	69
3.5.1.3.3 Aufbereitung der psychophysiologischen Daten.....	70
3.5.2 Erfassung der subjektiven Angst.....	70
3.5.2.1 Dimensionen der Einschätzung von Emotionen	71
3.5.2.2 Das Self-Assessment-Manikin in dieser Untersuchung.....	74
3.6 Versuchsdurchführung	75
3.7 Statistische Hypothesen.....	77
3.8 Statistische Auswertung	79

4 Ergebnisse	80
4.1 Vergleich der physiologischen Reaktionen zwischen Sozialphobikern und Kontrollpersonen hinsichtlich der Bildkategorien	80
4.1.1 Herzfrequenz	80
4.1.2 Hautleitfähigkeit.....	82
4.2 Differentielle Wirkung verschiedener Bildinhalte bei Sozialphobikern	84
4.2.1 Herzfrequenz	84
4.2.2 Hautleitfähigkeit.....	86
4.3 Weitere, nicht hypothesengeleitete Analysen	88
4.3.1 Differentielle Wirkung verschiedener Bildinhalte bei Kontrollpersonen	88
4.3.1.1 Herzfrequenz	88
4.3.1.2 Hautleitfähigkeit.....	89
4.3.2 Linearer Zusammenhang zwischen Angstratings und physiologischen Maßen	90
4.3.2.1 Ergebnisse der Analyse des subjektiven Angsterlebens	91
4.3.2.2 Zusammenhang zwischen Angstratings und physiologischen Maßen sozialer Angst bei Sozialphobikern.....	92
4.3.2.3 Zusammenhang zwischen Angstratings und physiologischen Maßen sozialer Angst bei Kontrollpersonen	93
4.3.3 Linearer Zusammenhang zwischen den beiden physiologischen Parametern	96
4.3.4 Geschlechtsunterschiede in der Reaktion auf die Bildreize	98
4.3.4.1 Herzfrequenz	98
4.3.4.2 Hautleitfähigkeit.....	100
4.3.5 Einfluss des Geschlechts der abgebildeten Personen.....	102
4.3.5.1 Herzfrequenz	103
4.3.5.2 Hautleitfähigkeit.....	104
4.3.5.3 Vergleiche zwischen den Probandengruppen	107
4.3.6 Einfluss des Blickkontaktes der abgebildeten Personen auf Sozialphobiker	108
4.3.6.1 Redebilder	108
4.3.6.2 Interaktionsbilder	109
5 Diskussion	110
5.1 Interpretation der zentralen Befunde.....	110
5.2 Alternativerklärungen zu den zentralen Befunden.....	112
5.3 Differentielle Wirkung verschiedener Bildinhalte	113
5.4 Linearer Zusammenhang zwischen Angstratings und physiologischen Maßen	114
5.5 Geschlechtseinflüsse	116
5.6 Blickkontakt	116
5.7 Begrenzungen dieser Untersuchung.....	117
5.8 Zusammenfassung und Ausblick	118
Literatur	120
Anhang	136
<i>Anhang A: Maßnahmen zur Gruppenrekrutierung</i>	137
<i>Anhang B: Soziodemographische Merkmale der untersuchten Probanden</i>	141
<i>Anhang C: Fragebögen zur Unterscheidung und Abgrenzung der Gruppen</i>	143
<i>Anhang D: Fragebogenergebnisse</i>	148

<i>Anhang E: Verwendetes Bildmaterial</i>	151
<i>Anhang F: Verwendete Messinstrumente</i>	165
<i>Anhang G: Verwendete Papier-und-Bleistift-Version des Self Assessment Manikin</i>	166
<i>Anhang H: Einverständniserklärung der Probanden</i>	167
<i>Anhang I: Instruktionen</i>	168
<i>Anhang J: Evaluationsbogen</i>	170
<i>Anhang K: Tests auf Normalverteilung der erhobenen physiologischen Messwerte</i>	171
<i>Anhang L: Parameterfreie Tests</i>	173
<i>Anhang M: Zusammenhang subjektiv – objektiv Kontrollpersonen</i>	178
<i>Anhang N: Zusammenhang subjektiv – objektiv Sozialphobiker</i>	181
<i>Anhang O: Zusammenhang subjektiv – objektiv Gesamtstichprobe</i>	184

Zusammenfassung

Die vorliegende Studie entstand vor dem Hintergrund einer heterogenen Befundlage zum Angstaussdruck von Sozialphobikern auf unterschiedlichen emotionalen Ebenen. Die Mehrzahl bisheriger Untersuchungen konnte Unterschiede im subjektiven Angsterleben zwischen Sozialphobikern und Personen ohne psychische Störung relativ leicht und einheitlich nachweisen; für physiologische Reaktionen, als objektive Angstindikatoren, gelang dies jedoch selten. In dieser Untersuchung sollte durch das Betrachten von Bildern, welche typische von Sozialphobikern gefürchtete Inhalte (ärgerliche Gesichter, Rede- und Interaktionssituationen) abbilden, soziale Angst bei diesen Personen induziert werden. Ziel der Untersuchung ist zu bestimmen, ob soziale Angst bei Sozialphobikern mittels Vorlage von sozial bedrohlichem Bildmaterial induziert werden kann und von welchen Veränderungen sie im Vergleich zu Kontrollpersonen begleitet ist. Der Effekt dieses furchtinduzierenden Stimulusmaterials wird durch einen Vergleich mit neutralen Bildreizen (neutrale Gesichtsausdrücke, neutrale Abbildungen) untersucht. Dazu wurden an 23 Sozialphobikern und 23 Personen ohne psychische Störung als physiologische Variablen die Herzrate und das Hautleitfähigkeitsniveau erhoben sowie die subjektive Erlebniskomponente der Angst, operationalisiert mittels ikonographischer Ratingskalen mit den Dimensionen „Erregung“, „Valenz“ und „Dominanz“. Es konnten keine physiologischen Reagibilitätsunterschiede zwischen beiden Probandengruppen für alle dargebotenen Bilder hinsichtlich beider physiologischer Variablen beobachtet werden. Jedoch erlebten Sozialphobiker mehr Angst und Erregung als gesunde Kontrollpersonen bei der Betrachtung von Bildern, die Rede- und Interaktionssituationen abbilden. Deskriptivstatistisch betrachtet zeigte sich hinsichtlich physiologischer Messungen ein Trend, dass die Sozialphobiker generell ein höheres Aktivierungsniveau aufweisen als die Kontrollpersonen. Die Ergebnisse werden dahingehend interpretiert, dass physiologische Prozesse für die Auslösung sozialphobischer Furcht eine untergeordnete Rolle spielen. Anhand der Ergebnisse ist zu vermuten, dass Sozialphobiker ihre physiologischen Reaktionen stärker wahrnehmen bzw. in einer anderen Weise bewerten als Personen ohne soziale Angst. Im Sinne kognitiver Modelle ist annehmen, dass die Problematik körperlicher Symptome im Rahmen der Sozialen Phobie nicht notwendigerweise im Ausmaß der physiologischen Aktivierung liegt, sondern die Wahrnehmung und Interpretation der Symptome das Problem ausmachen und weniger die Reaktionen selbst. Da bei sozialer Angst Verhaltenshemmung in sozialen Kontexten im Vordergrund steht, wird aus einer evolutionstheoretischen Perspektive heraus eine starke parasymphatische Aktivierung neben der sympathischen Aktivität diskutiert. Weiterhin wird die erhöhte physiologische Aktivierung von sowohl Sozialphobikern als auch Personen ohne psychische Störung bei ärgerlichen Gesichtsausdrücken im Rahmen der Preparednesstheorie interpretiert, welche eine allgemeine Prädisposition auf bedrohliche soziale Reize annimmt. Weitere post-hoc durchgeführte korrelative Analysen ergaben keine Kovariation der untersuchten emotionalen Ebenen. Aufgrund dieser Diskordanz der abhängigen Variablen wird die Bedeutung der simultanen Messung unterschiedlicher Indikatoren auf allen emotionalen Reaktionsebenen unterstrichen.

1 Theoretischer Hintergrund

1.1 Die Soziale Phobie

1.1.1 Erscheinungsbild

Obwohl das Erleben eines gewissen Grades von Angst in sozialen Situationen weder atypisch noch pathologisch ist, unterscheidet sich die Soziale Phobie davon in ihrer Intensität des Angsterlebens und dem begleitenden Unbehagen bzw. ihrer Beeinträchtigung gewisser Funktionen. In den letzten Jahren hat die Erforschung der sozialen Angst beachtliche Erkenntnisfortschritte erzielt, so dass inzwischen weitgehend gesicherte Befunde über das Erscheinungsbild der sozialen Angst bzw. über deren klinisch relevante Ausprägung – die Soziale Phobie – vorliegen, die im folgenden Abschnitt beschrieben werden soll.

Das zentrale Symptom der Sozialen Phobie besteht in einer Erwartung von negativer Bewertung des eigenen Verhaltens durch eine oder mehrere andere Personen (Stangier & Fydrich, 2002). Der Betroffene selbst findet seine Angst übertrieben, kann sie aber nicht beseitigen. Daraus entsteht ein Vermeidungsverhalten, das häufig eine eingeschränkte Lebensweise zur Folge hat. Der Sozialphobiker ist überzeugt, sozial unbeholfen, unattraktiv und minderwertig im Vergleich zu anderen zu sein. In sozialen Situationen befürchtet er, von anderen als schwach, ängstlich, dumm oder verrückt beurteilt zu werden. Besonders kritisch sind daher Situationen, in denen die Betroffenen das Gefühl haben, im Mittelpunkt der Aufmerksamkeit zu stehen und in denen eine Handlung der möglichen Bewertung durch andere ausgesetzt ist.

Soziale Ängste manifestieren sich auf unterschiedlichen emotionalen Erfahrungsebenen: (1) der subjektiven, (2) der psychophysiologischen, (3) der Verhaltens- und (4) der kognitiven Ebene.

An *subjektiven Gefühlserlebnissen* berichten sozial ängstliche Personen von erhöhter Angst und Unbehagen, sowohl in nicht-sozialen als auch in sozialen Interaktionen (z.B. Hofmann, Newman, Becker & Taylor, 1995c; Levin, Saoud, Strauman, Gorman, Fyer, Crawford & Liebowitz, 1993).

Die *psychophysiologische Reaktion* bei sozialer Angst kann im Wesentlichen mit der erhöhten Aktivierung des Autonomen Nervensystems, genauer des Sympathikus, erklärt werden. Die sympathische Reaktion führt zum Anstieg der Herzrate und des Blutdrucks, zu einer erhöhten Atemfrequenz, einer erhöhten Hautleitfähigkeit und zu einem Temperaturabfall in den Händen (Leary & Kowalski, 1995). Dieses Aktivationsmuster wird auch als „*fight or flight*“ Reaktion bezeichnet, durch die sich der Organismus bereit macht, der Bedrohung zu begegnen oder davor zu flüchten.

Auf der *Verhaltensebene* zeigt sich die Angst oft in Gestik, Mimik oder im Verhalten. Es findet sehr häufig Vermeidungsverhalten statt, d.h. eine Abneigung gegen persönliche Kontakte oder berufliche Aktivitäten, die zwischenmenschliche Kontakte voraussetzen, aus Furcht vor Kritik, Missbilligung oder Ablehnung. Häufig hat das eine eingeschränkte

Lebensweise zur Folge. Nach Turner und Mitarbeitern (Turner, Beidel, Dancu & Keys, 1986) ist bei 85% der Personen mit Sozialer Phobie eine solche Vermeidungstendenz vorhanden. Aufgrund dieses Verhaltens ist es der betroffenen Person nicht möglich auch positive Erfahrungen in gefürchteten Situationen zu sammeln. Dadurch können soziale Verhaltensdefizite zunehmen, die sozial inadäquates Verhalten begünstigen.

Hinsichtlich der *kognitiven Reaktion* entwickeln sozial ängstliche Personen mehr negative Gedanken über soziale Ereignisse (Heimberg, Hope, Dodge & Becker, 1990), überschätzen die Wahrscheinlichkeit für das Auftreten von negativen sozialen Interaktionen (Lucock & Salkovskis, 1988) und die negativen Folgen dieser sozialen Interaktionen (Röder & Margraf, 1999). Sie haben wenig oder kein Vertrauen in ihre kommunikativen Fähigkeiten (Levin et al., 1993) und unterschätzen ihre Kompetenz mit sozialen Situationen umzugehen (Lucock & Salkovskis, 1988). In der sozialen Interaktion berichten sie von mehr negativen und weniger positiven Kognitionen als nicht ängstliche Personen (Beidel, Turner & Dancu, 1985). Oft kreisen die Gedanken um selbstbezogene Themen (z.B. "Werde ich gerade rot?", "Sicher nimmt der andere meine Unsicherheit wahr!"), die sie davon abhalten können, sich auf ein Gespräch zu konzentrieren (z.B. Clark & Wells, 1995; Hope, Heimberg & Klein, 1990).

Der Sozialphobiker hat Angst, dass man ihm die Nervosität ansieht, auch vor den Konsequenzen, die bedeuten könnten, allein zu sein, nicht gemocht zu werden; sie antizipieren Status- und Wertverlust, sowie Zurückweisung der eigenen Person durch andere (Clark & Wells, 1995; Turner, Beidel & Townsley, 1992). Die *körperlichen Symptome* stellen für die meisten Sozialphobiker deshalb das eigentliche Problem dar. Diese werden als Grund für weitere Ablehnungen oder negative Bewertungen empfunden. Die häufigsten unter ihnen sind das Erröten, Sprechhemmungen wie zitternde Stimme, Stottern und Versprechen, schweißnasse Hände, eine verkrampfte Körperhaltung, Flecken an Gesicht und Hals sowie Zittern (Fahlén, 1996/1997).

Tatsächlich sind diese Symptome nur wenig ausgeprägt, wie beispielsweise ein Zittern, das von anderen Personen bemerkt wird. Clark und Wells (1995; vgl. Abschnitt 1.2.5.4) betonen, dass die Wahrnehmung dieser körperlichen Symptome auf vielfache Weise das Verhalten und Empfinden von Sozialphobikern beeinflussen kann. Gleichzeitig kann die Wahrnehmung physiologischer Prozesse wiederum zu einer verstärkten Selbstwahrnehmung oder aber eine intensive Selbstwahrnehmung zu einer Verstärkung von körperlichen Symptomen und Angst führen.

Die Annahme, von anderen Menschen negativ bewertet zu werden, hat einen direkten Einfluss auf das eigene *Status- und Selbstwertempfinden* (vgl. Beck, Emery & Greenberg, 1985b; Clark & Wells, 1995; Stopa & Clark, 1993). Sozialphobiker haben Angst davor, sich in sozialen Situationen in einer inakzeptablen, peinlichen Art und Weise zu verhalten. Sie zweifeln an ihren sozialen Kompetenzen und befürchten daher Fehler zu machen und vor den Augen anderer Personen zu versagen. Weitere das Selbstwertgefühl betreffende Beschreibungsmerkmale der Sozialen Phobie sind Überempfindlichkeit gegenüber Kritik, negativer Bewertung oder Ablehnung, Schwierigkeiten sich selbst zu behaupten und geringes Selbstbewusstsein oder Minderwertigkeitsgefühle (DSM-IV; APA, 1994).

Die *Konfrontation* mit angstbesetzten Situationen ruft nahezu immer eine unmittelbare Angstreaktion hervor, die sich bis zu einer Panikattacke steigern kann. Personen mit Sozialer Phobie vermeiden angstausslösende Situationen oder stehen sie mit starker Angst durch.

Sozialphobische Ängste können auf einzelne, spezifische *Situationen* bezogen sein oder in einer generalisierten Art bei vielen Gelegenheiten auftreten. Am häufigsten ist die Angst vor dem öffentlichen Sprechen, gefolgt von informelleren Situationen, wie dem Essen oder Schreiben vor anderen Personen oder Treffen mit dem anderen Geschlecht (Holt, Heimberg, Hope & Liebowitz, 1992b; Müller, Beloch & Wittchen, 1998). Allerdings sind solche Ereignisse nicht nur in der Realität problematisch, schon die Aussicht darauf kann ebenso soziale Ängste provozieren und körperliche Beschwerden zu Tage treten lassen (Angst vor der Angst).

In ihrem Versuch alle relevanten Situationen zu klassifizieren, die soziale Ängste bei Erwachsenen hervorrufen, konnten Holt, Heimberg, Hope und Liebowitz (1992b) vier Situationskategorien identifizieren:

1. *öffentliches Sprechen zu mehreren Personen und offizielle Kontakte pflegen*: z.B. Rede halten, Theater spielen, vor einer Gruppe etwas sagen, mündliche Prüfung absolvieren
2. *Sprechen mit einzelnen Personen, Sprechen in der Freizeit*: z.B. auf Partys gehen, fremde Personen ansprechen, telefonieren
3. *sich durchsetzen*: z.B. mit Autoritätspersonen sprechen, Kritik äußern
4. *beobachtet werden*: beim Schreiben, Essen oder Trinken.

Fydrich (1997) unterscheidet zwei Arten von Situationen, in denen soziale Ängste typischerweise auftreten: Ängste beim Essen, Sprechen oder Schreiben in der Öffentlichkeit werden als Ängste vom „Leistungs- oder Darstellungstyp“ bezeichnet. Bei Sozialen Phobien des „Interaktionstyps“ handelt es sich um Ängste im Kontakt mit anderen Personen, wie beispielsweise dem Zusammentreffen mit nicht oder wenig bekannten Personen des anderen Geschlechts oder die Begegnung mit Autoritätspersonen.

Die Schüchternheit, die für diese Personen charakteristisch ist, hemmt viele Patienten bei der Suche nach *Hilfe*. Außerdem haben viele Betroffene, die sich ihr Leben um das Vermeiden gefürchteter Situationen aufgebaut haben, Schwierigkeiten Funktionsbereiche, in denen sie beeinträchtigt sind zu erkennen und zu berichten. Dabei sehen viele Patienten ihre funktionalen Beeinträchtigungen als „just the way I am“. Aus diesem Grund ist es wichtig systematisch und umfassend bei der Bewertung sozialphobischer Symptome vorzugehen und das Ausmaß der in Beziehung stehenden Beeinträchtigungen zu bestimmen. Oft bieten Folgeprobleme, wie Alkoholismus oder Depressionen, den Anlass professionelle Hilfe aufzusuchen.

1.1.2 Definition

Soziale Ängste sind ganz allgemein gekennzeichnet durch ein Gefühl der Unsicherheit oder ängstlichen Unruhe in Gegenwart anderer Menschen oder in der negativen Erwartung bezüglich des Zusammenseins mit ihnen.

Eine gute Charakterisierung der Emotion „soziale Angst“ gibt folgende Beschreibung:

"...[social anxiety] is characterised by heightened physiological arousal when in social situations, a fear of negative evaluation by others, a high likelihood of negative expectations regarding the ability to interact with others and, in some cases deliberate avoidance of the threatening situations" (Beidel, Turner & Dancu, 1985, S. 109).

Die Grenze ist fließend, jedoch gibt es einen klar zu definierenden Punkt, ab dem von einer Sozialen Phobie die Rede ist: Bei der Abgrenzung subklinischer sozialer Angst und der Sozialen Phobie sehen Stangier und Heidenreich (1997) im Schweregrad der Störung sowie im Ausmaß der Beeinträchtigung der Lebensführung die wesentlichen Unterscheidungsmerkmale. Eine Unterscheidung sozialer Angst und Sozialer Phobie scheint daher eher eine Definitionsfrage zu sein bzw. eine Frage, bei welchem Schweregrad das Unterscheidungskriterium festgelegt wird.

Erst 1980 wurde die Diagnose der Sozialen Phobie in das international verbreitete Diagnosesystem der Amerikanischen Psychiatrischen Vereinigung übernommen (DSM-III; APA, 1980). Hier umschloss die Diagnose Situationen, in denen die betreffende Person etwas ausführen muss, während sie sich der Beobachtung durch andere bewusst ist. Damit wurden ausschließlich Leistungssituationen (so genannte performance-Situationen) als angstauslösend definiert.

In der revidierten Form des Diagnosesystems, dem DSM-III-R (APA, 1987), wurde zusätzlich zum Aspekt der Leistungsangst die Angst in Interaktionssituationen in die diagnostische Kategorie mit aufgenommen. Zudem wurde ein generalisierter Subtyp definiert, der die Angst in einer Vielzahl sozialer Situationen bezeichnete und der dem spezifischen Subtyp mit umschriebenen Ängsten vor einer oder sehr wenigen ähnlichen Situationen gegenübergestellt wurde. Die Vermeidend-Selbstunsichere Persönlichkeitsstörung galt hier nicht mehr als Ausschlusskriterium, da sich eine starke Überschneidung dieses Konstrukts zum generalisierten Subtypus der Sozialen Phobie abzeichnete.

Auch in der vierten Überarbeitung des Diagnoseschlüssels der APA (DSM-IV; APA, 1994) und im Diagnosesystem der Weltgesundheitsorganisation (International Classification of Diseases and Causes of Death, ICD-10; World Health Organisation [WHO], 1992) wird die Soziale Phobie für Erwachsene und Kinder definiert. In Tabelle 1 sind zur Übersicht die diagnostischen Kriterien für eine Soziale Phobie nach DSM-IV und ICD-10 gegenübergestellt.

Tabelle 1: Diagnostische Kriterien der Sozialen Phobie nach DSM-IV (APA, 1994) und ICD-10 (Weltgesundheitsorganisation, 1991).

Diagnose nach den Kriterien des DSM-IV: Sozialphobie (Soziale Angststörung) 300.23	Diagnose nach den Kriterien der ICD-10: Soziale Phobie (F40.1)
<p>A: Eine ausgeprägte und anhaltende Angst vor einer oder mehreren sozialen oder Leistungssituationen, bei denen die Person mit unbekanntem Personen konfrontiert ist oder von anderen Personen beurteilt werden könnte. Die Person fürchtet, ein Verhalten (oder Angstsymptome) zu zeigen, das demütigend oder peinlich sein könnte.</p> <p>B: Die Konfrontation mit der gefürchteten Situation ruft fast immer eine unmittelbare Angstreaktion hervor, die das Erscheinungsbild einer situationsgebundenen oder einer situationsbegünstigten Panikattacke annehmen kann.</p> <p>C: Die Person erkennt, dass die Angst übertrieben oder unbegründet ist.</p> <p>D: Die gefürchteten sozialen oder Leistungssituationen werden vermieden oder nur unter intensiver Angst oder Unwohlsein ertragen.</p> <p>E: Das Vermeidungsverhalten, die ängstliche Erwartungshaltung oder das starke Unbehagen in den gefürchteten sozialen oder Leistungssituationen beeinträchtigen deutlich die normale Lebensführung der Person, ihre berufliche (oder schulische) Leistung oder soziale Aktivitäten oder Beziehungen, oder die Phobie verursacht erhebliches Leiden.</p> <p>F: Bei Personen unter 18 Jahren hält die Phobie über mindestens sechs Monate an.</p> <p>G: Die Angst oder Vermeidung geht nicht auf die direkte Wirkung einer Substanz (z.B. Droge, Medikament) oder eines medizinischen Krankheitsfaktors zurück und kann nicht besser durch eine andere psychische Störung erklärt werden</p> <p>H: Falls ein medizinischer Krankheitsfaktor oder eine andere psychische Störung vorliegen, so stehen diese nicht in Zusammenhang mit der unter Kriterium A beschriebenen Angst, z.B. nicht Angst vor Stottern, Zittern bei Parkinsonscher Erkrankung oder, bei Anorexia Nervosa oder Bulimia Nervosa, ein abnormes Essverhalten zu zeigen.</p> <p>Spezifizieren Sie <i>generalisiert</i>, falls die Angst fast alle sozialen Situationen umfasst.</p>	<p>A: Entweder (1) oder (2):</p> <p>(1) deutliche Angst im Zentrum der Aufmerksamkeit zu stehen oder sich peinlich oder erniedrigend zu verhalten.</p> <p>(2) deutliche Vermeidung im Zentrum der Aufmerksamkeit zu stehen oder von Situationen, in denen die Angst besteht, sich peinlich oder erniedrigend zu verhalten.</p> <p>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 Parties, Konferenzen oder in Klassenräumen.</p> <p>B: Mindestens zwei Angstsymptome in den gefürchteten Situationen, mindestens einmal seit Auftreten der Störung sowie zusätzlich mindestens eines der folgenden Symptome:</p> <p>(1) Erröten oder Zittern,</p> <p>(2) Angst zu erbrechen,</p> <p>(3) Miktions- oder Defäkationsdrang bzw. Angst davor.</p> <p>C: Deutliche emotionale Belastung durch die Angstsymptome oder das Vermeidungsverhalten. Einsicht, dass die Symptome oder das Vermeidungsverhalten übertrieben und unvernünftig sind.</p> <p>D: Die Symptome beschränken sich vornehmlich auf die gefürchtete Situation oder auf die Gedanken an diese.</p> <p>E: Die Symptome des Kriteriums A sind nicht bedingt durch Wahn, Halluzinationen oder andere Symptome der Störungsgruppen organische psychische Störungen (F0), Schizophrenie und verwandte Störungen (F2), affektive Störungen oder sind nicht Folge einer kulturell akzeptierten Anschauung.</p>

Wie aus Tabelle 1 hervorgeht, besteht bezüglich der Kriterien für die Soziale Phobie ein hohes Ausmaß an Kompatibilität zwischen beiden nosologischen Systemen. In der ICD-10 wird jedoch das *Vermeiden* sozialer Situationen als wichtiges diagnostisches Kriterium hervorgehoben; während im DSM-IV Vermeidungsverhalten als häufiges Symptom anerkannt wird, gefürchtete Situationen jedoch unter großem Unbehagen durchgestanden werden können.

Auch durch die Einführung der neuen Version des DSM wird das grundlegende Problem solcher Kategoriensysteme nicht gelöst. Nosologische Klassifikationen psychischer Störungen beruhen nämlich auf so genannten „prototypischen klinischen Beschreibungen“ (Wittchen & Unland, 1991), d.h. die Kategorisierungen dieser Störungen basieren hauptsächlich auf den Mitteilungen der Patienten über subjektiv erlebte Beschwerden sowie Beobachtungen ihrer pathologischen Verhaltensauffälligkeiten. Es ist daher nicht verwunderlich, dass die gefürchteten *Situationen* und die *berichteten Panik- und Furchtsymptome* nach wie vor das Hauptkriterium der nosologischen Klassifikation von Angststörungen darstellen. Dies reicht aber nicht aus, da einerseits Furchtreaktionen und Vermeidungsverhalten sehr stark dissoziiert sein können, andererseits die subjektiven Erlebnisberichte und Symptombeschreibungen nicht immer zuverlässig sind. Eine Reihe von Befunden zeigt, dass die Erinnerung emotionaler Erlebnisse durch eine Vielzahl unterschiedlicher Faktoren verzerrt werden kann (Bower, 1981).

Im DSM-IV (APA, 1994) kann ein *Subtyp* „generalisierte Sozialphobie“ kodiert werden, wenn die Angst in den meisten sozialen Situationen auftritt. In Abgrenzung zu einem komplementären nicht-generalisierten Subtyp, der in der Literatur auch als „spezifische“ oder „diskrete“ Soziale Phobie bezeichnet wird, wird der generalisierte Subtyp gewöhnlich mit *mindestens drei angstbesetzten Situationen* operationalisiert (Stangier & Heidenreich, 1997). Kessler, McGonagle, Zhao, Nelson, Hughes, Eshleman, Wittchen und Kendler (1994) konnten in ihrer National Comorbidity Survey-Studie (NCS-Studie) in 75% der Fälle einen generalisierten Subtyp feststellen. Obwohl es keine definitive Beziehung zwischen der Anzahl gefürchteter Situationen und dem Subtypus gibt, tendiert die nicht-generalisierte Soziale Phobie dazu mit begrenzteren Ängsten, geringerer allgemeiner Beeinträchtigung und Unbehagen, geringeren Defiziten in sozialen Fertigkeiten und geringeren Komorbiditätsraten im Vergleich zur generalisierten Sozialen Phobie assoziiert zu sein (Bruch & Heimberg, 1994; Herbert, Hope & Bellack, 1992; Turner et al., 1992). Die spezifische Soziale Phobie ist gewöhnlich auf die Furcht vor einer oder wenigen performance-Situationen beschränkt, von denen die häufigste das Sprechen vor einem Publikum ist (Schneier, Johnson, Hornig, Liebowitz & Weissman, 1992; Stein, Walker & Forde, 1996). Die generalisierte Soziale Phobie beinhaltet demgegenüber einen großen Bereich sozialer Situationen, und umfasst typischerweise sowohl soziale Interaktionssituationen (z.B. mit Gleichaltrigen sprechen, zu Partys gehen, einen Lehrer um Hilfe bitten) als auch öffentliche Leistungssituationen (z.B. in der Öffentlichkeit sprechen, etwas vor einem Publikum vortragen).

Generell ist die Kategorisierung sozialer Ängste in den gängigen Diagnosesystemen (DSM-IV; APA, 1994; ICD-10; WHO, 1992) noch nicht zufrieden stellend geklärt und wurde vor allem in Bezug darauf diskutiert, ob es sich bei den beiden Formen sozialer Angst um rein quantitativ oder qualitativ unterscheidbare Konstrukte handelt. Heute geht man jedoch eher davon aus, dass die Soziale Phobie auf einem Kontinuum sozialer Angst angesiedelt werden kann (Herbert, Hope & Bellack, 1992; Holt, Heimberg & Hope, 1992a). Rapee (1995, S. 45) bemerkt: „... trying to distinguish subtypes may simply reflect arbitrary cutoffs along a continuum“. Den Anfangspunkt dieses Kontinuums bilden leichtere subklinische Formen der Schüchternheit, die sich mit zunehmender Schwere zu Sozialen Phobien ausbilden können.

Am Endpunkt des Kontinuums sind schwere Symptomatiken im Sinne der Vermeidend-Selbstunsicheren Persönlichkeitsstörung oder der generalisierten Form Sozialer Phobien angesiedelt (Rapee, Sanderson & Barlow, 1988; Stangier & Heidenreich, 1999). Entlang dieses Kontinuums steigt der Schweregrad der Störung und es finden sich mehr psychopathologische Symptome und eine größere Beeinträchtigung im Lebensalltag der Patienten. Laut dem aktuellen DSM-Manual (APA, 1994) kann die Soziale Phobie mit und ohne Zusatzdiagnose der Vermeidend-Selbstunsicheren Persönlichkeitsstörung vergeben werden.

Da Belege für die These, dass spezifische Sozialphobiker physiologisch besonders reagibel sind, „keineswegs überzeugend sind“ (Gerlach, 2002, S. 104) und die Reliabilität der Zuordnung zu den Subgruppen (Stabilität über die Zeit; Jerremalm, Jansson & Öst, 1986; Mersch, Emmelkamp, Bögels & van der Sleen, 1989; Öst, Jerremalm & Johansson, 1980) problematisch ist, soll in dieser Untersuchung auf die Subtypenbestimmung der Sozialphobiker verzichtet werden.

1.1.3 Epidemiologie

Aufgrund der zunehmend stringenteren und detaillierteren diagnostischen Kriterien der Sozialen Phobie über die letzten zwei Dekaden, variieren die epidemiologischen Befunde über verschiedene Studien.

Die Lebenszeitprävalenzraten früher Studien unter Anwendung der DSM-III-Kriterien (APA, 1980) liegen zwischen 2% und 4% (Davidson, Hughes, George & Blazer, 1993; Schneier et al., 1992). Die Furcht vor dem öffentlichen Sprechen gehörte nach dem DSM-III noch zur Diagnose der Einfachen Phobie und nicht zur Sozialen Phobie. Nachfolgende Studien, die auf DSM-III-R-Kriterien basieren, gehen von Lebenszeitprävalenzraten für die Soziale Phobie zwischen 4,1% und 16% (Kessler et al., 1994 [NCS-Studie]; Lépine & Lellouch, 1995; Wacker, Mulleijans, Klein & Battegay, 1992) aus. Damit wurden jetzt auch die Vermeidend-Selbstunsichere Persönlichkeitsstörung und die Angst in Interaktionssituationen neben der Angst in Leistungssituationen im Rahmen der Symptomatik kodiert. Entsprechend höher fallen die Prävalenzraten für die Soziale Phobie in diesen Studien aus.

Die erste Bevölkerungsstudie, die DSM-IV-Kriterien (APA, 1994) zur Prävalenzratenbestimmung nutzte, war die Early Developmental Stages of Psychopathology (EDSP) Studie (Wittchen, Nelson & Lachner, 1998; Wittchen, Stein & Kessler, 1999). Diese längsschnittliche Untersuchung von 3021 Personen im Alter von 14 bis 24 Jahren fand eine Lebenszeitprävalenzrate der Sozialen Angststörung von 3,5%; wurden subklinische soziale Ängste¹ hinzu gezählt, nahm die Lebenszeitprävalenzrate auf 7,3% zu. Die Einjahresprävalenzraten betragen 2,6% und bei Hinzunahme subklinischer sozialer Ängste 5,2%. Sehr ähnliche Lebenszeitprävalenzraten für die Soziale Angststörung nach DSM-IV wurden in vier großen Bevölkerungsstudien gefunden, die in Deutschland (7,3%; Wittchen et al., 1999), Frankreich

¹ Obwohl Personen mit subklinischen sozialen Ängsten nicht alle Kriterien der Diagnose einer Sozialen Phobie erfüllten (z.B. das Beeinträchtigungskriterium), gaben sie an, ein übermäßig hohes Niveau sozialer Angstsymptome zu erleben.

(7,3%; Péliissolo, André, Moutard-Martin, Wittchen & Lépine, 2000), Italien (6,6%; Faravelli, Zucchi, Viviani, Salmoria, Perone, Paionni, Scarpato, Vigliaturo, Rosi, D'adamo, Bartolozzi, Cecchi & Abrardi, 2000) und in den USA (7,2%; Stein, Torgrud & Walker, 2000) durchgeführt wurden. Die Daten aus den USA sprechen zudem für eine zunehmende Prävalenz der Sozialen Phobie, besonders in ihrer generalisierten Form und bei weißen, gebildeten und verheirateten Menschen (Heimberg, Stein, Hiripiri & Kessler, 2000).

Epidemiologische Studien weisen außerdem darauf hin, dass Sozialphobiker etwas häufiger Frauen sind (sex ratio 1,5:1; Lépine & Lellouch, 1995; Schneier et al., 1992). Laut DSM-IV ist jedoch die Geschlechterverteilung in den meisten klinischen Stichproben entweder gleich oder die Männer überwiegen.

1.1.4 Störungsbeginn

Als Störungsbeginn der Sozialen Phobie wird in der Regel das frühe bis mittlere Jugendalter angegeben (Liebowitz, Gorman, Fyer & Klein, 1985) – kurz nach der Pubertät, wobei die Streubreite sehr groß ist (Strauss & Last, 1993; Vasey, 1995; Wittchen, Stein & Kessler, 1999). Last und Mitarbeiter (Last, Perrin, Hersen & Kazdin, 1992) ermittelten einen durchschnittlichen Beginn von 12,2 Jahren, Strauss und Last (1993) von 11,3 Jahren und Schneier et al. (1992) von 15,2 Jahren. Folgt man der Unterscheidung der Sozialen Phobie in zwei Subgruppen (vgl. Abschnitt 1.2 in diesem Kapitel) so gelten diese Zahlen für den generalisierten Subtypus. Der spezifische Typ scheint während der Adoleszenz mit einem Häufigkeitsgipfel zwischen dem 15. und 19. Lebensjahr zu entstehen (Öst, 1987; Turner & Beidel, 1989). Erstmanifestationen nach dem 30. Lebensjahr sind sehr selten, obwohl mit dem Alter die Angst vor sozialer Bewertung zunimmt (Reinecker, 1998).

Dieser frühe Beginn bedarf der genauen Diagnose und Behandlung der Störung, da in dieser Zeit das Bedürfnis zur Entwicklung sozialer Fertigkeiten am größten ist, welche sonst zu sozialer Dysfunktion führen können (Beidel, 1998).

1.1.5 Verlauf und Folgen

Die Störung verläuft nach Ansicht vieler Autoren unbehandelt meist chronisch (z.B. Campbell & Rapee, 1994; Juster & Heimberg, 1995; Kessler et al., 1994). Die Daten aus den Bevölkerungsstudien verweisen allerdings darauf, dass die Ein- und Sechs-Monats-Prävalenzraten weit unter der Lebenszeitprävalenz liegen. Verschiedene Studien verweisen auf Sechs-Monats-Prävalenzraten von 1,2% bis 2,2% (Dilling & Weyerer, 1984; Myers, Weisman & Tischler, 1984; Schepank, 1989; Wittchen et al., 1998). Viele Patienten scheinen die Diagnose einer Sozialen Phobie also nicht dauerhaft zu erfüllen (Magee, Eaton, Wittchen, McGonagle & Kessler, 1996). Katsching, Demal und Windhaber (1998) verweisen in diesem Zusammenhang auf klinische Beobachtungen, nach denen der typische Verlauf der Erkrankung oft von Remissionsphasen durchbrochen ist. Dennoch berichten zwei Studien (Solyom, Ledwidge & Solyom, 1986; Caspi, Elder & Bem, 1988) Ergebnisse, die auf einen chronischen Verlauf schließen lassen.

Sozialphobische Personen sind meist massiv in ihrem Privat- und/ oder Berufsleben beeinträchtigt. Dementsprechend berichteten über 90% einer Gruppe von sozialphobischen Personen eine signifikante Störung ihres beruflichen Fortkommens durch die Angst, 69% fühlten sich in sozialen Beziehungen in der Freizeit stark behindert (Turner, Beidel, Dancu & Keys, 1986). Sozialphobische Personen scheinen zudem häufiger von Arbeitslosigkeit betroffen (Liebowitz et al., 1985; Magee et al., 1996; Müller, Beloch & Wittchen, 1998) und haben einen durchschnittlich geringeren sozioökonomischen Status (Schneier et al., 1992). Im Vergleich zur Normalbevölkerung und anderen Angstpatienten sind sozialphobische Personen zudem seltener verheiratet und weisen eine höhere Scheidungsrate auf (Borden, 1993; Müller et al., 1998). In einer britischen Stichprobe lebten 95% allein, 60% hatten keinerlei sexuelle Erfahrungen und die meisten der verbleibenden 40% hatten deutliche sexuelle Probleme (Stravynski, Marks & Yule, 1982).

Aufgrund des sehr häufigen Auftretens der Sozialen Phobie während der Adoleszenz sind diese Befunde wenig erstaunlich, da die Soziale Phobie das berufliche Fortkommen und den Aufbau sozialer Beziehungen stark beeinträchtigen kann.

1.1.6 Komorbidität und differentialdiagnostische Abgrenzung

Obwohl die Soziale Phobie selbst mit signifikanten Beeinträchtigungen assoziiert ist und einen sehr langwierigen unremittierten Verlauf nehmen kann, wirkt sich die Erkrankung auf das öffentliche Gesundheitswesen vor allem durch die Komorbidität mit anderen psychiatrischen Störungen aus, was von vielen Autoren hervorgehoben wird (Liebowitz et al., 1985).

In 81% der Fälle besteht bei einer Sozialen Phobie eine weitere komorbide Störung (vgl. Wittchen, 1996). Besonders häufig werden hier andere Angststörungen, affektive Störungen sowie Substanzabhängigkeiten genannt (Lépine & Péliolo, 1996).

Auf der Basis retrospektiver Erhebungen konnte ermittelt werden, dass die Soziale Phobie in den meisten Fällen der komorbiden Störung zeitlich vorausging, z.B. in 77% der Fälle bei Schneier et al. (1992), in 34% der Fälle im Rahmen der NCS-Studie (Kessler, McGonagle, Swartz, Blazer & Nelson, 1993). Die zusätzlichen Diagnosen sind also als Folgesymptomen einzustufen. Aufgrund dieses Verteilungsmusters und des frühen Beginns unterstreichen Stangier und Heidenreich (1997) die Bedeutsamkeit sozialer Ängste als Risikofaktor für die Entwicklung anderer psychischer Probleme.

Schwierigkeiten der differentialdiagnostischen Abgrenzung ergeben sich vor allem bei depressiven Störungen und anderen Angststörungen. So lässt sich eine Vermeidung sozialer Kontakte auch bei Vorhandensein einer depressiven Symptomatik beobachten. Hier dürfte diese aber eher auf die durch Interessenverlust und Energielosigkeit gekennzeichnete Symptomatik und weniger auf Bewertungsangst zurückzuführen sein. Die Beziehung zwischen Sozialer Angststörung und Alkoholismus ist sehr komplex (Lépine & Péliolo, 1998). Während einige Sozialphobiker zum Alkohol greifen, um Angstsymptome in sozialen Situationen im Sinne einer Selbstmedikation zu bewältigen (Smail, Stockwell, Canter & Hodgson, 1984), dürfte exzessiver Alkoholkonsum selbst auch Angstsymptome hervorrufen (Schuckit & Hesselbrock, 1994), so dass ein Teufelskreis von sozialer Angst und Alkoholis-