

Die Soziale Phobie: Ätiologie, Diagnostik und Behandlung

Torsten Berghändler, Rolf Dieter Stieglitz, Noortje Vriends

Psychosomatik, Klinik Gais AR



Quintessenz

- Die Soziale Phobie ist die häufigste Angsterkrankung.
- Die Soziale Phobie wird häufig verschwiegen und ist behindernd und teuer.
- Die Störung wird beim Arzt oft in Form von körperlichen oder komorbiden psychischen Beschwerden präsentiert.
- Eine frühzeitige Diagnose und Behandlung erspart eine lange Leidensgeschichte und zunehmende private und berufliche Beeinträchtigungen.
- Zur differenzierten Diagnostik liegt eine Vielzahl von gut evaluierten psychometrischen Verfahren vor.
- Eine Pharmakotherapie mit modernen Antidepressiva ist sehr wirksam, erfordert aber ein somatisches Monitoring und besondere Vorsicht vor einem möglichen Rückfall nach dem Absetzen der Medikation.
- Die Kognitive Verhaltenstherapie zeigt sehr gute Resultate, besonders mittel- und langfristig.

Summary

Social phobia: aetiology, diagnosis and treatment

- *Social phobia is the most common anxiety disorder.*
- *Social phobia is disabling and costly; patients try to hide it.*
- *Social phobia often presents with somatic or comorbid psychic symptoms.*
- *Early diagnosis and treatment avert prolonged suffering and private and/or professional impairment.*
- *There exist a large number of well-evaluated psychometric questionnaires.*
- *Pharmacotherapy with the more recent antidepressants is highly effective but requires somatic monitoring. There is a risk of relapse if the treatment is broken off.*
- *Cognitive-behavioural therapy is highly effective in the medium- and long-term course.*

Einführung

Die Symptomatik der Sozialen Phobie oder Sozialen Angststörung zeigt sich in einer anhaltenden und intensiven Furcht vor dem Beobachtetwerden und einer negativen Bewertung durch andere Personen. In vertrauter, akzeptierender Umgebung hingegen wird meist ein unbeschwertes Verhalten gezeigt. Es treten typische vegetative Angstsymptome (Zittern, Schwitzen, Tachykardie usw.) auf. Auf kognitiver Ebene findet sich eine

Einengung des Denkens und der Wahrnehmung. Die betroffenen Patienten haben typische, dysfunktionale Überzeugungen wie zum Beispiel: «Ich werde bestimmt keinen Satz vernünftig zu Ende bringen»; «Ich werde zittern, und die Leute werden es sehen»; «Die Leute werden sehen, dass ich Angst habe»; «Was ich sagen werde, ist bestimmt lächerlich» ... Das Vermeidungsverhalten in bezug auf angstauslösende Situationen wirkt negativ verstärkend und fördert die Chronifizierung der Störung. Die soziale Angststörung kann letztendlich die private und berufliche Lebensqualität stark beeinträchtigen.

Typische phobische Situationen sind zum Beispiel öffentliches Reden, Essen oder Trinken oder das Schreiben in der Öffentlichkeit, die Kontaktaufnahme mit Fremden, Autoritätspersonen oder mit dem anderen Geschlecht, Forderungssituationen (z.B. der Umtausch einer Ware), das Beobachtetwerden, etwa bei der Arbeit, dem Besuch einer Feier, der Teilnahme an einer Konferenz, der Benutzung öffentlicher Verkehrsmittel usw. Klinisch werden derzeit folgende Formen der Sozialen Phobie unterschieden:

- primäre sozialphobische Störung:
 - generalisierte Form: ≥ 3 angstbesetzte Situationen;
 - nichtgeneralisierte Form: 1–2 angstbesetzte Situationen;
- ängstlich-vermeidende Persönlichkeitsstörung;
- primäre sozial defizitäre Störung (selten).

Obwohl zum Teil mit vergleichbaren psychischen Symptomen einhergehend, werden folgende Syndrombilder nicht zu den Sozialen Angststörungen gerechnet:

- soziophobische Symptomatik aufgrund äusserer Stigmata wie Stottern, schwerer Akne, Morbus Parkinson, schwerer Hyperhidrosis;
- andere psychische Störungen mit sozialphobischen Symptomen.

So weisen zum Beispiel viele depressiv erkrankte Menschen ebenfalls Denkmuster auf, die denen bei einer Sozialen Angststörung entsprechen. Diese resultieren aus der depressiven Selbstbewertung und der Annahme, andere Menschen würden gleich negativ über sie urteilen. Aber auch Patienten mit einer schizophrenen Störung

zeigen im Hinblick auf soziale Situationen häufig ein Vermeidungsverhalten, dessen Grundlage jedoch oft psychotische Symptome sind.

Epidemiologie

Beinahe jede siebte Person leidet irgendwann in ihrem Leben an einer Sozialen Phobie. Damit ist die Soziale Phobie die häufigste Angststörung und die dritthäufigste psychische Störung überhaupt. Erste sozialphobische Syndrome treten typischerweise in der Kindheit oder Adoleszenz auf, wobei die Hochrisikozeit zwischen dem 10. und 17. Lebensjahr liegt [1].

Personen mit einer Sozialen Angststörung zeichnen sich häufig durch einen geringen sozioökonomischen Status und ein tiefes Bildungsniveau aus; der Leidensdruck und damit die Therapiemotivation scheinen jedoch in höher qualifizierten Berufen grösser zu sein. Sozialphobiker sind seltener verheiratet. Frauen haben ein höheres Risiko, an einer Sozialen Phobie zu erkranken, wobei das Verhältnis zwischen Frauen und Männern etwa drei zu zwei beträgt.

Wie bei den meisten Angststörungen ist auch bei der Sozialen Angststörung die Komorbidität mit anderen psychischen Störungen eher die Regel als die Ausnahme. Sowohl in epidemiologischen als auch in klinischen Studien werden Komorbiditätsraten zwischen 50 und 80% angegeben. Die häufigsten komorbiden Störungen sind andere Angststörungen, depressive Störungen, Alkoholmissbrauch und sexuelle Funktionsstörungen. Meistens geht die Soziale Phobie diesen komorbiden Störungen zeitlich voraus. Ungefähr die Hälfte der Sozialphobiker hat zusätzlich die Diagnose einer ängstlich-vermeidenden Persönlichkeitsstörung, beim generalisierten Subtyp sollen es sogar je nach Studie deutlich mehr sein [1]. Nach der Kontinuitätshypothese hingegen wäre die ängstlich-vermeidende Persönlichkeitsstörung als besonders schwere Form der Sozialen Phobie zu betrachten (siehe unten).

Wie bei allen neurotischen Störungen muss auch bei der Sozialen Phobie der Arzt die Normalvariante von der Krankheit unterscheiden, indem er die klinische Relevanz des Leidens gemäss den Kriterien des ICD-10 (siehe unten) einschätzt. Die «normale» Schüchternheit, das Lampenfieber des Schauspielers, die Unsicherheit, sich in einer fremden Kultur zu bewegen, hat nicht automatisch Krankheitswert. Wenn eine klinisch relevante Soziale Phobie jedoch unbehandelt bleibt, nimmt sie üblicherweise einen chronischen Verlauf und ist mit zunehmenden Beeinträchtigungen assoziiert. Der Schulbesuch wird vermieden oder die Arbeit gekündigt. Zwischenmenschliche Aktivitäten verlieren ihre Attraktivität, und es treten die obengenannten komorbiden Störungen auf. Diese negative Spirale kann bis zum Suizid(versuch) führen.

Im Durchschnitt sind die Patienten beim Behandlungsbeginn ungefähr 30 Jahre alt. Der zwischen Störungs- und Behandlungsbeginn liegende Zeitraum beträgt dadurch etwa 10 bis 20 Jahre. Möglicherweise liegt der Grund für diesen langen Zeitraum in der Natur der Störung: Unter einer Sozialen Phobie leidende Personen fürchten sich oft davor, eine Behandlung zu beginnen, da sie glauben, dass die Offenbarung ihrer Ängste peinlich sei oder eine negative Beurteilung durch andere nach sich ziehen könnte. Ein anderer Grund für die lange Zeit der Nichtbehandlung könnte darin zu finden sein, dass die Soziale Phobie oft schwierig zu erkennen ist. Da Patienten mit einer Sozialen Phobie beim Hausarzt eher körperliche oder sekundäre Symptome wie zum Beispiel Alkoholmissbrauch zeigen, wird nur in einem Viertel der Fälle eine Angststörung erkannt [2].

Wie entsteht eine Soziale Phobie?

Die Entwicklung einer Sozialen Phobie erfolgt aus einem komplexen Zusammenspiel von prädisponierenden, auslösenden und aufrechterhaltenden Faktoren.

Vulnerabilitätsfaktoren

Aus Zwillingsstudien weiss man, dass die Soziale Phobie zu 30 bis 35% genetisch vererbt wird. Zudem zeigt sich eine ungefähr um das Dreifache erhöhte Auftretensrate sozialer Ängste bei Verwandten von Patienten mit einer Sozialer Phobie.


Eine temperamentsbedingte Disposition bei Kindern, auf neue Situationen mit anfänglicher Zurückhaltung und Hemmung zu reagieren, wird «behavioral inhibition» genannt. Dieser stabile, genetisch verankerte Persönlichkeitszug, aber auch eine «normale Schüchternheit» können die Entwicklung einer Sozialen Phobie begünstigen. Die Soziale Phobie kann durch eine widrige Lebens- und Lerngeschichte mit verursacht werden: Erfahrungen mit ungünstigen persönlichen Modellen hinsichtlich des sozialen Verhaltens (z.B. Normenorientierung, soziale Isolation) haben Einfluss sowohl auf die kognitiven Schemata als auch auf die soziale Kompetenz. Zur Lebensgeschichte gehören auch familiäre Bedingungen. Die Entwicklung einer Sozialen Phobie ist stark mit einer Psychopathologie der Eltern und einem abwertenden oder überbehütenden Erziehungsstil assoziiert.

Weitere störungsspezifische Vulnerabilitätsfaktoren sind soziale Unsicherheit und geringere soziale Kompetenz, wenn soziale Fertigkeiten nicht ausreichend gelernt werden konnten. Es fehlen Konzepte, sich in sozialen Situationen erfolgreich zu verhalten, etwa sich durchzusetzen [3].

Auslösende Faktoren

Bereits wenige negative Erfahrungen – manchmal genügt sogar eine einzige – in einer sozialen (Leistungs-)Situation *können* eine Soziale Phobie auslösen (z.B. Angst während einer Prüfungssituation, bei der es zu einem Versagen kommt).

Aufrechterhaltende Faktoren

Die Aufrechterhaltung der Sozialen Phobie ist mit dem Teufelskreis der Angst gut zu verdeutlichen (Abb. 1 ). Ein Beispiel: Herr K. hat einen wichtigen Termin bei seinem Chef. Er ist aufgeregt und möchte sich nicht blamieren (A). Herr K. achtet besonders auf seinen Herzschlag und darauf, ob er rot wird (B). Er befürchtet, er werde den Ansprüchen nicht genügen, und sein Chef werde seine Angst bemerken (C). Diese Gedanken machen ihm Angst (D). Die Angst verstärkt die Symptome seines Körpers, indem physiologische Prozesse in Gang gesetzt werden (E). Die physiologischen Veränderungen führen dazu, dass Herr K. zu schwitzen beginnt (F), und wenn er dann seinem Chef die schweissnasse Hand gibt, scheinen sich die Befürchtungen zu bestätigen. Der Teufelskreis schliesst sich (B) ...

Wenn Sozialphobiker in diesem Teufelskreis gefangen sind, versuchen sie häufig mit einem sogenannten Sicherheitsverhalten, eine «Blamage» zu verhindern. Ein Beispiel für ein solches Sicherheitsverhalten bei Personen mit Redeängsten ist rigides Ablesen eines Vortrages vom Manuskript, um zu verhindern, dass sie ins Stocken geraten oder den Faden verlieren. Sicherheitsverhalten führt aber häufig zu einem ungünstigen Eindruck auf die Interaktionspart-

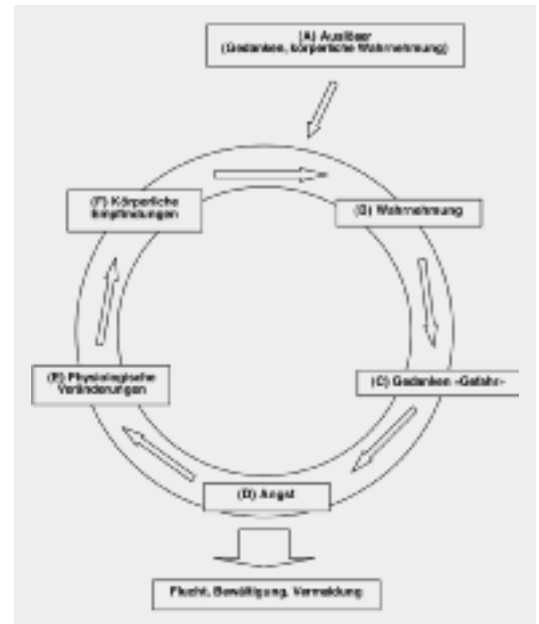



Abbildung 1
Der Teufelskreis der Sozialen Phobie.

ner (z.B. aufgrund der monotonen und langweiligen Art des Vorlesens) und erschwert damit möglicherweise neue positive Erfahrungen. Wie bei den meisten Angststörungen spielt auch ein Vermeidungsverhalten eine entscheidende Rolle bei der Aufrechterhaltung der Sozialen Angststörung. Es stabilisiert die Angstreaktion und macht es dem Sozialphobiker unmöglich, korrektive Erfahrungen zu machen.

Diagnostik und Differentialdiagnostik

Die Relevanz einer differenzierten Diagnostik der Sozialen Phobie ergibt sich aus epidemiologischen sowie aus Verlaufsdaten. Eine differenzierte Diagnostik der Sozialen Phobie ermöglicht es, diese Störung sowohl korrekt als auch rechtzeitig zu identifizieren und dies als Ausgangspunkt für eine Therapieentscheidung sowie als Ansatzpunkt für therapeutische Interventionen zu nehmen. Entsprechend der ICD-10-Nomenklatur finden sich die Sozialen Phobien im Abschnitt F40 «Neurotische-, belastungs- und somatoforme Störungen» und sind mit F40.1 kodiert [4]. Die diagnostischen Kriterien gemäss ICD-10 sind in Tabelle 1  aufgeführt.

Es wird zwischen dem generalisierten und dem nichtgeneralisierten Typus differenziert. Der generalisierte Typus (>2 Belastungssituationen) beginnt meist früher und bleibt relativ konstant bestehen, die phobischen Situationen nehmen zu, es treten häufiger Komorbiditäten und Behinderungen auf. Dieser Typus ist in der Regel leichter zu identifizieren. Nichtgeneralisierte Soziale Phobien (1–2 Belastungssituationen) treten meist im späteren Lebensalter auf, können aber

Tabelle 1. Diagnostische Kriterien der Sozialen Phobie (nach ICD-10 [4]).

Kriterium	Inhalt
A	Entweder 1. oder 2.: 1. deutliche Furcht davor, im Zentrum der Aufmerksamkeit zu stehen oder sich peinlich oder erniedrigend zu verhalten 2. deutliche Vermeidung von Situationen, bei denen befürchtet wird, im Zentrum der Aufmerksamkeit zu stehen, oder bei denen die Angst besteht, sich peinlich oder erniedrigend zu verhalten
B	Mindestens zwei Angstsymptome in den gefürchteten Situationen, mindestens einmal seit dem Auftreten der Störung, wie in F40.0, Kriterium B., definiert sowie zusätzlich mindestens eines der folgenden Symptome: – Erröten oder Zittern – Angst zu erbrechen – 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 ausschliesslich oder vornehmlich auf die gefürchteten Situationen oder auf Gedanken an diese.
E	Häufigstes Ausschlusskriterium: Die Symptome des Kriteriums A sind nicht durch Wahnvorstellungen, Halluzinationen oder andere Symptome der Störungsgruppen der organischen psychischen Störungen (F0), durch Schizophrenie und verwandte Störungen (F2), durch affektive Störungen (F3) oder durch eine Zwangsstörung (F42) bedingt und sind nicht Folge einer kulturell akzeptierten Anschauung.

Tabelle 2. Diagnostische Instrumente zur Sozialen Phobie (Beispiele).

Diagnostische Interviews	Diagnostisches Expertensystem (DIA-X)	Wittchen/Pfister [6]
	Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV (SKID-I)	Fydrich et al. [7]
	Diagnostisches Interview bei Psychischen Störungen (DIPS)	Margraf et al. [8]
Ratingskalen Schweregrad	Liebowitz Social Anxiety Scale (LSAS)	Liebowitz [9]
	Soziale Phobie-Skala (SPS)	Mattick/Clarke [10]

Nähere Angaben zu den erwähnten Verfahren bei [5, 11, 12].

in eine generalisierte Form übergehen. Hier sind weniger komorbide Störungen und Behinderungen zu finden. Dieser Subtyp lässt sich zudem meistens schwerer identifizieren, da nur wenige Situationen von der Symptomatik betroffen sind. Im klinischen Alltag ist diese Differenzierung durchaus sinnvoll, auch wenn diese Dichotomie vom wissenschaftlichen Standpunkt aus bisher noch kontrovers diskutiert wird.

Zur Diagnosestellung liegt eine Reihe von Instrumenten vor, innerhalb derer die Soziale Phobie einen Teilaspekt darstellt. Es handelt sich dabei um Checklisten, strukturierte und standardisierte Interviews (vgl. im Überblick Angenendt et al. [5]). In Tabelle 2 [↩](#) finden sich einige dieser Verfahren.

Vor allen Dingen die Anwendung von diagnostischen Interviews bringt einen hohen Grad der Zuverlässigkeit mit sich (Interrater-Reliabilität), und das Problem der Komorbidität wird besser berücksichtigt als beim freien, klinischen Interview. Als Nachteile sind der relativ hohe Trainingsaufwand sowie die lange zeitliche Dauer, welche die Durchführung der Interviews in Anspruch nimmt, zu nennen.

Demgegenüber gibt es eine Reihe von Instrumenten, die nicht primär der Diagnosestellung, sondern der Einschätzung des Schweregrades oder der Gewinnung von therapierelevanten Informationen dienen. Einige, auch auf Deutsch verfügbare, Instrumente sind ebenfalls in Tabelle 2 aufgeführt.

Zur Diagnostik der Sozialen Phobie, vor allen Dingen auch im Hinblick auf die Therapieplanung, lassen sich zudem Verhaltenstests, direkte Beobachtungen und Tagebuchaufzeichnungen einsetzen. Besonders in bezug auf die Therapie sind im letzten Jahr eine Reihe sogenannter therapiebezogener Verfahren publiziert worden,

die vor allen Dingen Aspekte der Kognitionen, des Verhaltens und der sozialphobischen Einstellung umfassen. Beispiele hierfür finden sich bei Wittchen et al. [11].

Da sozialphobisches Verhalten zunächst ein eher unspezifisches psychopathologisches Phänomen darstellt, gilt es vor allen Dingen die Differentialdiagnostik zu anderen Störungen zu bedenken. Dies betrifft insbesondere eine Reihe von anderen Angststörungen (Agoraphobie, Panikstörung, generalisierte Angststörung, Zwangsstörung). Aber auch weitere psychische Störungen weisen sozialphobische Verhaltensweisen auf, zu denen eine Abgrenzung notwendig wird: körperdysmorphie, depressive oder schizophrene Störungen sowie sekundäre sozialphobische Verhaltensweisen im Kontext körperlicher Erkrankungen. Ein diagnostisches – bis heute unbefriedigend geklärtes Problem – betrifft die Abgrenzung der Sozialen Phobie von der vermeidenden, selbstunsicheren Persönlichkeitsstörung. Hier gibt es grosse Überschneidungen, die insbesondere durch den relativ frühen Beginn und die Manifestation in verschiedenen Situationen bedingt sind. Generell stellt sich – gerade bei der Sozialen Phobie – das Problem, dass es sich eher um ein als Kontinuum anzusehendes Phänomen handelt: von leichten Schwankungen im Normalbereich über bereits mehr oder weniger pathologisch relevante Normalvarianten bis hin zum Störungscharakter mit der beschriebenen Symptomatik (Abb. 2 [📷](#)).

Therapeutische Ansätze

Pharmakotherapie

In der medikamentösen Therapie der Sozialen Phobie sind Antidepressiva die erste Wahl. Sie bewirken eine gute bis sehr gute symptomatische Besserungen, vor allem bei mittelschweren und schweren Formen [13]. Der Therapieerfolg ist unter anderem abhängig von der Dosishöhe und der Behandlungsdauer. Bis zu einem Wirkungseintritt kann es bis zu zwölf Wochen dauern; empfohlen wird die Fortsetzung der Medikation bis mehr als ein Jahr *nach* der Symptombesserung (bei Behandlung ohne begleitende Psychotherapie). In dieser Zeit ist eine weitere Verbesserung des Ansprechens möglich [14]. Eine Pharmakotherapie in Kombination mit einer Selbstexposition, zum Beispiel unterstützt

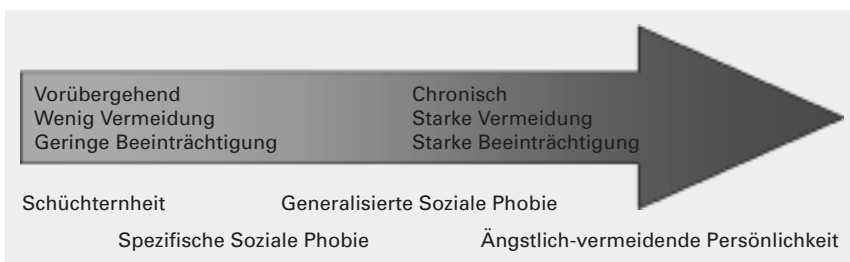


Abbildung 2
Das Kontinuum soziophober Störungen.


durch den Hausarzt, erhöht die Wirksamkeit der Behandlung und vermindert das Risiko eines Rückfalls nach dem Absetzen der Medikation [15]. Durch die Kombination der Pharmako- und der Psychotherapie sind eine Erhöhung der Responderrate bei schweren Fällen und ein schnellerer Wirkungseintritt möglich. Eine Psychotherapie sollte erst nach dem Ansprechen der Pharmakotherapie bzw. nach mehr als zwölf Wochen einsetzen, um die Wirkung des Medikaments beurteilen zu können. Es empfiehlt sich bei einer Kombinationsbehandlung zudem das Ausschleichen des Medikaments während der laufenden Psychotherapie, um eine Wirkungsattribution des Patienten auf seinen psychotherapeutischen Lernprozess zu erleichtern. In der Schweiz sind selektive Serotoninwiederaufnahmehemmer (SSRI), Serotonin-Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmer (SNRI) und ein reversibler Monoaminoxidasehemmer (MAO-Hemmer) für diese Indikation zugelassen. Diese Medikamente zeigen eine gute Wirkung, vor allem bei mittelschweren bis schweren Formen (Tab. 3 )

Tabelle 3. Antidepressiva bei Sozialer Angststörung (Angaben nach [16]).

Paroxetin	Deroxat®	20–50 mg/d
Sertralin	Zoloft®, Gladem®	50–200 mg/d
Escitalopram	Ciprallex®	10–20 mg/d
Moclobemid	Aurorix®	300–600 mg/d
Venlafaxin	Efexor®	75–225 mg/d

Das Nebenwirkungsspektrum bestimmt die Auswahl des Präparates und die Compliance des Patienten. Beim reversiblen MAO-Hemmer Moclobemid (Aurorix®) müssen vor allem Arzneimittelinteraktionen beachtet werden. Antidepressiva erfordern ein internistisches und laborchemisches Monitoring.

Benzodiazepine zeigen bei der Behandlung der Sozialen Angststörung einen sehr grossen Effekt, aber auch klare Nachteile. An erster Stelle ist die Suchtentwicklung bei längerer Anwendung zu nennen; empfohlen wird eine kontinuierliche Verabreichung über maximal sechs Wochen. Damit ist diese Substanzgruppe nur für eine vorübergehende Akutbehandlung geeignet. Benzodiazepine behindern zudem das psychotherapeutische Lernen und zeigen nach dem Absetzen eine sehr hohe Rückfallrate.

Betablocker in kleiner Dosierung werden oft bei spezifischer sozialer Angst (Vortragsangst) eingesetzt. Es liegen keine signifikanten Wirksamkeitsnachweise, sondern nur positive Einzelfallberichte vor.

Jüngste Forschungsberichte zeigen erfolgversprechende Ansätze mit Oxytocin. Eine endgültige Beurteilung dieses Therapieverfahrens ist noch nicht möglich; es scheint zusätzlich eine

Kombination mit einer Kognitiven Verhaltenstherapie notwendig zu sein.

Psychotherapie

Metaanalysen haben ergeben, dass die kognitiv-behaviorale Therapie die grösste und am längsten anhaltende Wirkung bei der Behandlung der Sozialen Phobie zeigt [17]. Ihre exzellente Wirksamkeit sowohl für die Einzel- als auch für die Gruppentherapie ist nachgewiesen. Sie besteht aus Expositionen in realen angstbesetzten Situationen, dem bewussten Überprüfen der Reaktionen anderer Menschen sowie dem Korrigieren bisheriger kognitiver Schemata. Patienten lernen, Situationen mit steigendem Schwierigkeitsgrad erfolgreich zu bewältigen und festzustellen, dass bisher befürchtete Reaktionen ausbleiben bzw. unwichtig sind. Die Erfolgsrate ist mit bis zu 90% bei primären sozialphobischen Störungen sehr hoch. Verhaltenstherapeutische Behandlungsprogramme liegen zum Teil in manualisierter Form vor (z.B. Stangier et al. [12]). Möglicherweise wirksam könnte die Interpersonelle Psychotherapie sein [18]. Hilfreich sind *additive* Verfahren wie Hypnotherapie, virtuelle Realität, Progressive Muskelrelaxation (PMR), Applied Relaxation (AR). Es liegen bisher keine Forschungsergebnisse für psychodynamische Methoden vor. Bei sozial defizitären Störungen empfiehlt sich als Behandlung ein sogenanntes Sozialkompetenztraining. Eigentliche Sozialangstpatienten unterschätzen oftmals die soziale Adäquanz ihres Benehmens; meist verhalten sie sich sogar eher vorbildlich [18].

Psychotherapeutische Behandlungen sind mit einem langsameren Wirkungseintritt verbunden. Sie gehen in der Regel störungsspezifisch vor, ermöglichen nach der Beendigung der Therapie längeranhaltende Effekte und zeichnen sich eine geringere Anzahl Rückfälle aus [17]. Die Kognitive Verhaltenstherapie ist bei leichteren bis schweren Formen wirksam und in der Regel kostengünstiger als eine medikamentöse Behandlung. In der Einzeltherapie ist ein individuelleres kognitives Arbeiten möglich. Eine Gruppentherapie ist kostengünstiger, die Unterstützung und das Feedback durch Gruppenmitglieder werden von den Teilnehmern als sehr wertvoll und objektiv erlebt. Spezifische Psychotherapieangebote sind jedoch nicht überall verfügbar oder kommen aus anderen Gründen nicht für jeden Patienten in Frage (z.B. wegen des Zeitaufwandes).

Behandlung komorbider Störungen

Komorbide mittelschwere bis schwere depressive Störungen sollten vor einer phobiespezifischen Psychotherapie ausreichend behandelt werden, da andernfalls der Therapieerfolg für die Soziale Phobie erschwert oder sogar unmöglich wird [19]. Eine pharmakologische

Behandlung der Depression kann die sozialphobischen Symptome bereits mildern. Abhängigkeitserkrankungen kommt ebenfalls Behandlungspriorität zu; oftmals stellt der Konsum von Drogen eine Selbstmedikation bzw. Sicherheits- und Vermeidungsverhalten dar. Komorbide Angsterkrankungen beeinträchtigen eine spezifische Therapie der Sozialen Phobie nicht. Patienten mit einer selbstunsicher-vermeidenden Persönlichkeitsstörung profitieren von einer kognitiv-verhaltenstherapeutischen Gruppentherapie, benötigen aber in der Regel zusätzlich eine Einzelpsychotherapie.

Die spezifische Soziale Phobie (Vortragsangst)

Die psychotherapeutische Behandlung der Vortragsangst entspricht prinzipiell der Therapie der generalisierten Sozialen Phobie. Sehr hilfreich kann der Einsatz einer Videokamera sein. Zusätzliche Übungsmöglichkeiten ergeben sich zum Beispiel in Form von Rhetorikkursen oder in der Vereinigung «Toastmasters International» (www.toastmasters.ch).

Literatur

- 1 Wittchen HU, Fehm L. Epidemiology and natural course of social fears and social phobia. *Acta Psychiatr Scand.* 2003; 108(Suppl 417):4–18.
- 2 Lecrubier Y, Weiller E. Comorbidities in social phobia. *Int Clin Psychopharmacol.* 1997;12(Suppl 6):17–21.
- 3 Ollendick TH, Hirschfeld-Becker DR. The developmental psychopathology of social anxiety disorder. *Biol Psychiatry.* 2002;51:44–58.
- 4 Dilling H, Mombour W, Schmidt MH, Schulte-Markwort E, Hrsg. Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F). Diagnostische Kriterien für Forschung und Praxis. 4., überarbeitete Auflage. Bern: Verlag Hans Huber; 2006.
- 5 Angenendt J, Stieglitz RD, Freyberger HJ. Diagnostik von Angst-, Zwangs- und posttraumatischen Belastungsstörungen. In: Stieglitz RD, Baumann U, Freyberger HJ, Hrsg. Psychodiagnostik in Klinischer Psychologie, Psychiatrie, Psychotherapie. Stuttgart: Georg Thieme Verlag; 2001. S. 430–40.
- 6 Wittchen HU, Pfister H. DIA-X Interviews. Frankfurt am Main: Swets & Zeitlinger; 1997.
- 7 Fydrich T, Renneberg B, Schmitz B, Wittchen HU. Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV. Achse II: Persönlichkeitsstörungen. Göttingen: Hogrefe; 1997.
- 8 Margraf J, Schneider S, Ehlers A. Diagnostisches Interview bei psychischen Störungen (DIPS). 2. Auflage. Berlin: Springer-Verlag; 1994.
- 9 Liebowitz MR. Social phobia. *Mod Probl Psychopharmacopsychiatry.* 1987;22:141–73.
- 10 Mattick RP, Clarke JC. Development and validation of measures of social phobia scrutiny fear and social interaction anxiety. *Behav Res Ther.* 1998;36(4):455–70.
- 11 Wittchen HU, Freyberger HJ, Stieglitz RD. Interviews. In: Stieglitz RD, Baumann U, Freyberger HJ, Hrsg. Psychodiagnostik in Klinischer Psychologie, Psychiatrie, Psychotherapie. Stuttgart: Georg Thieme Verlag; 2001. S. 107–17.
- 12 Stangier U, Heidenreich T, Peitz M. Soziale Phobien. Weinheim: Beltz PVU; 2003.
- 13 Stein DJ, Ipser JC, van Balkom AJ. Pharmacotherapy for social anxiety disorder [review]. *Cochrane Library.* 2005;2.
- 14 Van Ameringen M, Algulander C, Bandelow B, Greist JH, Hollander E, et al. WCA recommendations for the long-term-treatment of social phobia. *CNS Spectrum.* 2003; 8(Suppl 1):40–52.
- 15 Blanco C, Antia SX, Liebowitz MR. Pharmacotherapy of social anxiety disorder. *Biol Psychiatry.* 2002;51:109–20.
- 16 Morant J, Ruppenner H. Arzneimittel-Kompendium der Schweiz. Basel: Documed AG; 2005.
- 17 Ruhmland M, Margraf J. Effektivität psychologischer Therapien von generalisierter Angststörung und Sozialer Phobie: Meta-Analysen auf Störungsebene. *Verhaltenstherapie.* 2001;11:27–40.
- 18 Lipsitz JD, Marshall RD. Alternative psychotherapy approaches for social anxiety disorder. *Psychiatr Clin North Am.* 2001;24:817–29.
- 19 Erwin BA, Heimberg RG, Juster HR, Mindlin M. Comorbid anxiety and mood disorders among persons with social anxiety disorder. *Behav Res Ther.* 2002;40:19–35.

Korrespondenz:

Dr. med. Torsten Berghändler
 Chefarzt Psychosomatik
 Klinik Gais AG
 Fachklinik für kardiale und
 psychosomatische Rehabilitation
 Gäbrisstrasse 1172
 Postfach 131
 CH-9056 Gais
t.berghaendler@klinik-gais.ch