

AUS DER KLINIK FÜR PSYCHOSOMATISCHE MEDIZIN UND PSYCHOTHERAPIE

DIREKTOR: PROF. DR. MED. CARSTEN SPITZER

SOZIALE ÄNGSTE BEI PATIENTEN IN STATIONÄRER
PSYCHOTHERAPIE
HÄUFIGKEITEN, KLINISCHE KORRELATE, VERLAUF

INAUGURALDISSERTATION

ZUR

ERLANGUNG DES AKADEMISCHEN GRADES

DOKTOR DER MEDIZIN

DER

UNIVERSITÄTSMEDIZIN ROSTOCK

VORGELEGT VON

JAN MARTIN SCHÖNFELDER | GEB. AM 01.07.1994 IN DONAUESCHINGEN

AUS DONAUESCHINGEN

ROSTOCK | JANUAR 2024

https://doi.org/10.18453/rosdok_id00005083

DEKAN: PROF. DR. MED. BERND JOACHIM KRAUSE

ERSTGUTACHTER: PROF. DR. MED. CARSTEN SPITZER

EINRICHTUNG: KLINIK UND POLIKLINIK FÜR PSYCHOSOMATISCHE MEDIZIN UND PSYCHOTHERAPIE
UNIVERSITÄTSMEDIZIN ROSTOCK

ZWEITGUTACHTER: UNIV.- PROF. DR. RER. NAT. KLAUS MICHAEL REININGER

EINRICHTUNG: INSTITUT FÜR PSYCHOTHERAPIE UNIVERSITÄTSKLINIKUM HAMBURG - EPPENDORF

DRITTGUTACHTER: PROF. DR. RER. BIOL. HUM. OLIVER TUCHA

EINRICHTUNG: KLINIK UND POLIKLINIK FÜR PSYCHIATRIE UND PSYCHOTHERAPIE
UNIVERSITÄTSMEDIZIN ROSTOCK

VERTEIDIGUNG: 27.11.2024

INHALTSVERZEICHNIS

1.	Einleitung und Stand der Forschung	1
1.1	Definition und Klinik sozialer Ängste	2
1.1.1	Diagnostische Kriterien der sozialen Phobie und der sozialen Angststörung	5
1.1.2	Diagnostische Instrumente zur Erfassung sozialer Ängste	9
1.1.3	Ätiopathogenese	11
1.2	Epidemiologie der sozialen Angststörung	14
1.3	Klinische Korrelate sozialer Ängste	16
1.3.1	Komorbiditätsmuster	16
1.3.2	Interpersonale Probleme	17
1.3.3	Selbstunsicherheit und Lebensqualität	19
1.4	Verlauf sozialer Ängste	20
1.5	Schlussfolgerungen und Hypothesen für diese Untersuchung	22
2.	Material und Methoden	24
2.1	Studiendesign und Durchführung	24
2.2	Testinstrumente	25
2.2.1	Social Phobia Scale (SPS) und Social Interaction Anxiety Scale (SIAS)	25
2.2.2	Beeinträchtigungs-Schwere-Score (BSS)	26
2.2.3	Symptom-Checkliste (SCL-90-R)	27
2.2.4	Inventar zur Erfassung interpersonaler Probleme (IIP)	28
2.2.5	Unsicherheitsfragebogen (U-FB)	29
2.2.6	Fragebogen zur Lebenszufriedenheit	30
2.3	Statistische Auswertung	30
3.	Ergebnisse	33
3.1	Soziodemographische Charakteristika der Stichprobe	33

3.2	INDIKATOREN SOZIALER ÄNGSTE	36
3.2.1	HÄUFIGKEIT DER INDIKATOREN FÜR SOZIALE ÄNGSTE.....	36
3.2.2	ÜBEREINSTIMMUNG DER INDIKATOREN FÜR SOZIALE ÄNGSTE	37
3.3	KORRELATE SOZIALER ANGST.....	38
3.3.1	SOZIODEMOGRAPHISCHE KORRELATE UND BEHANDLUNGSDAUER	38
3.3.2	KOMORBIDE PSYCHISCHE STÖRUNGEN	39
3.3.3	SUIZIDALITÄT UND SOZIALE ANGST	41
3.3.4	BEEINTRÄCHTIGUNGSSCHWERE UND PSYCHOPATHOLOGIE	41
3.3.5	INTERPERSONALE PROBLEME	42
3.3.6	SOZIALE KOMPETENZ UND LEBENSZUFRIEDENHEIT.....	44
3.4	VERLAUF SOZIALER ÄNGSTE UND IHRER KORRELATE IN DER BEHANDLUNG	45
3.4.1	VERÄNDERUNG SOZIALER ÄNGSTE IM THERAPIEVERLAUF	45
3.4.2	RELEVANZ SOZIALER ÄNGSTE FÜR DAS BEHANDLUNGSERGEBNIS.....	48
4.	DISKUSSION	55
4.1	HÄUFIGKEIT SOZIALER ÄNGSTE IN DER STATIONÄREN PSYCHOTHERAPIE	55
4.2	SOZIODEMOGRAPHISCHE KORRELATE SOZIALER ÄNGSTE	57
4.3	PSYCHOPATHOLOGIE UND SOZIALE ÄNGSTE.....	58
4.4	INTERPERSONALE PROBLEME, SELBSTUNSICHERHEIT UND LEBENSQUALITÄT.....	60
4.5	ZUM VERLAUF SOZIALER ÄNGSTE WÄHREND STATIONÄRER PSYCHOTHERAPIE	62
4.6	BEDEUTUNG EINER SOZIALEN ANGSTSTÖRUNG FÜR DAS BEHANDLUNGSERGEBNIS	63
4.7	METHODENKRITISCHE BETRACHTUNG.....	64
4.7.1	STUDIENDESIGN	64
4.7.2	EIN- UND AUSSCHLUSSKRITERIEN UND STICHPROBENGRÖÖE	65
4.7.3	ERHEBUNGSINSTRUMENTE.....	66
4.7.4	WEITERE METHODENKRITISCHE ASPEKTE	68
4.8	SCHLUSSFOLGERUNG UND AUSBLICK	69
5.	ZUSAMMENFASSUNG	70
6.	LITERATURVERZEICHNIS	72
7.	ANHANG	87
8.	CURRICULUM VITAE	90

9.	THESEN	92
10.	EIDESSTATTLICHE VERSICHERUNG.....	93

ABBILDUNGSVERZEICHNIS

ABBILDUNG 1: KONTINUITÄTSMODELL SOZIALER ÄNGSTE (ANGELEHNT AN STANGIER, FYDRICH 2002 S. 23)	4
ABBILDUNG 2: KOGNITIVES MODELL NACH CLARK UND WELLS (ABBILDUNG ANGELEHNT AN BOHN UND STANGIER (2009))	12
ABBILDUNG 3: CIRCUMPLEXMODELL INTERPERSONALER PROBLEME, ABB. ANGELEHNT AN TRACEY (2000)	18
ABBILDUNG 4: ZUSAMMENSETZUNG GESAMTSTICHPROBE UND UNTERSUCHUNGSSTICHPROBE..	33
ABBILDUNG 5: PROZENTUALER ANTEIL DER AUFENTHALTSDAUER IN TAGEN	36
ABBILDUNG 6: VERSCHIEDENE INDIKATOREN SOZIALER ANGST	37
ABBILDUNG 7: VERGLEICH INTERPERSONALER PROBLEME ZWISCHEN DEN GRUPPEN SAD UND KEIN SAD	43

TABELLENVERZEICHNIS

TABELLE 1: ÜBEREINSTIMMUNG NACH LANDIS UND KOCH	31
TABELLE 2: FAMILIENSTAND UND SCHULABSCHLUSS GESAMTSTICHPROBE	34
TABELLE 3: SOZIODEMOGRAPHISCHER VERGLEICH UNTERSUCHUNGSSTICHPROBE AUSGESCHLOSSENE FÄLLE	35
TABELLE 4 ÜBEREINSTIMMUNG DER INDIKATOREN SOZIALER ÄNGSTE	37
TABELLE 5: ÜBEREINSTIMMUNG DER INDIKATOREN SOZIALER ÄNGSTE (COHNES K)	38
TABELLE 6: VERGLEICH DER SOZIODEMOGRAPHISCHEN MERKMALE ZWISCHEN PATIENTEN MIT UND OHNE SAD	39
TABELLE 7: VERGLEICH DER ICD-10 DIAGNOSEN ZWISCHEN PATIENTEN MIT UND OHNE SAD	40
TABELLE 8: VERGLEICH DER KOMORBIDEN STÖRUNGEN (NACH ICD-10) ZWISCHEN PATIENTEN MIT UND OHNE SAD	40
TABELLE 9: VERGLEICH DER SUIZIDALITÄT ZWISCHEN PATIENTEN MIT UND OHNE SAD	41
TABELLE 10: VERGLEICH DES BSS ZWISCHEN PATIENTEN MIT UND OHNE SAD	42
TABELLE 11: VERGLEICH DER SCL-90 ZWISCHEN PATIENTEN MIT UND OHNE SAD	42
TABELLE 12: VERGLEICH DES IIP ZWISCHEN PATIENTEN MIT UND OHNE SAD	43
TABELLE 13: VERGLEICH UNSICHERHEITSFRAGEBOGEN ZWISCHEN PATIENTEN MIT UND OHNE SAD	44
TABELLE 14: VERGLEICH LEBENSZUFRIEDENHEIT ZWISCHEN PATIENTEN MIT UND OHNE SAD	45
TABELLE 15: ENTWICKLUNG SOZIALER ANGST IM THERAPIEVERLAUF	46
TABELLE 16: VERGLEICH BSS ZUR AUFNAHME UND ENTLASSUNG FÜR DIE GESAMTE UNTERSUCHUNGSSTICHPROBE	48
TABELLE 17: VERGLEICH BSS ZUR AUFNAHME UND ENTLASSUNG FÜR DIE TEILSTICHPROBE MIT SAD	49
TABELLE 18: VERGLEICH BSS ZUR AUFNAHME UND ENTLASSUNG FÜR DIE TEILSTICHPROBE OHNE V.A. SAD	49
TABELLE 19: ZUSAMMENHÄNGE ZWISCHEN V.A. SAD BEI AUFNAHME UND BSS-WERTEN BEI ENTLASSUNG	50
TABELLE 20: VERGLEICH SCL-90-R ZUR AUFNAHME UND ENTLASSUNG FÜR DIE GESAMTE UNTERSUCHUNGSSTICHPROBE	50
TABELLE 21: VERGLEICH SCL-90-R ZUR AUFNAHME UND ENTLASSUNG FÜR DIE TEILSTICHPROBE MIT V.A. SAD	51
TABELLE 22: VERGLEICH SCL-90R ZUR AUFNAHME UND ENTLASSUNG FÜR DIE TEILSTICHPROBE OHNE V.A. SAD	51
TABELLE 23: ZUSAMMENHÄNGE ZWISCHEN V.A. SAD BEI AUFNAHME UND SCL-90-R-WERTEN BEI ENTLASSUNG	52
TABELLE 24: VERGLEICH IIP ZUR AUFNAHME UND ENTLASSUNG FÜR DIE GESAMTE UNTERSUCHUNGSSTICHPROBE	52
TABELLE 25: VERGLEICH IIP ZUR AUFNAHME UND ENTLASSUNG FÜR DIE TEILSTICHPROBE MIT V.A. SAD	53

TABELLE 26: VERGLEICH IIP ZUR AUFNAHME UND ENTLASSUNG FÜR DIE TEILSTICHPROBE OHNE V.A. SAD.....	53
TABELLE 27: ZUSAMMENHÄNGE ZWISCHEN V.A SAD BEI AUFNAHME UND IIP-WERTEN BEI ENTLASSUNG	54

ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS

ADIS-R

Anxiety Disorders Interview Schedule-Revised 26

AKQUASI

aktive interne Qualitätssicherung 24

BSS

Beeinträchtigungs-Schwere-Score 26

CIDI

Composite International Diagnostic Interview 9

ESEMeD

European Study of the Epidemiology of Mental Disorder 13

FPI

Freiburger Persönlichkeits Inventar 27

GHQ

General Health Questionnaire 28

IIP

Inventar zur Erfassung Interpersonaler Probleme 27

LSAS

Liebowitz Social Anxiety Scale 8

MINI

Mini International Neuropsychiatrisches Interview 9

QoL

Quality of Life 19

RCT

Randomized controlled trial 63

SCID-5-CV

Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-5-Störungen 9

SD

Standard Deviation 35

U-FB

Unsicherheitsfragebogen 29

V.a.

Verdacht auf 31

WMH

World Mental Health 14

1. EINLEITUNG UND STAND DER FORSCHUNG

¹Der Mensch ist ein soziales Wesen – diese Feststellung erscheint gleichermaßen trivial wie wahr und stellt einen bekannten Topos der abendländischen Ideengeschichte dar (Keupp, 2016). Zu den vielfältigen Facetten, die dieser Feststellung innewohnen, gehört auch der Umstand, dass zwischenmenschliche Beziehungen nicht nur gewünscht und ersehnt, sondern eben auch gefürchtet werden (können).

- Das Bedürfnis, in sozialen Interaktionen bestätigt, gemocht oder geschätzt zu werden, ist sehr zentral und daher ist die Angst vor Abwertung oder Enttäuschung durch ein soziales Gegenüber jedem Menschen bekannt. Der Staatstheoretiker und Philosoph Thomas Hobbes beschrieb die Effekte einer gelingenden Interaktion in diesem Zusammenhang wie folgt: „Wenn in der Unterhaltung die freudige Empfindung, von den anderen geschätzt zu werden, wach wird, dann steigen die Lebensgeister empor, und dies Gefühl der Erhebung heißt Stolz“; im umgekehrten Fall sieht das Ergebnis nach Hobbes so aus: „Scham ist also die Unlust, die sich bei Menschen, die das Lob lieben, einstellt, wenn sie dabei ertappt werden, dass sie etwas tun oder sagen, was unschicklich zu tun oder zu sagen ist“ (Hobbes & Gawlick, 1994).

Während Befürchtungen, Ängste und Scham im Kontext sozialer Kontakte seit jeher die Menschen beschäftigt hat, ist diese Thematik von der medizinischen Forschung erst seit 40 Jahren intensiver aufgegriffen worden. Dazu hat maßgeblich die Publikation von Liebowitz und Kollegen (1985) „Social phobia. Review of a neglected anxiety disorder“ beigetragen. Diese Arbeit fasst den relativ überschaubaren Wissensstand der damaligen Zeit zusammen und kommt zu dem Ergebnis, dass „große Unsicherheiten in Bezug auf Klassifizierung, Prävalenz, Schweregrad, Ätiologie, Bewertung und Behandlung der sozialen Phobie“ (Liebowitz et al., 1985; eigene Übersetzung) bestehen. Die Einschätzung von Liebowitz und seinen Mitautoren, dass „die soziale Phobie für sich genommen und im Vergleich zu anderen Angststörungen ein fruchtbares Feld für psychobiologische und klinische Untersuchungen sein sollte“ (1985; Übersetzung von JS) hat tatsächlich die wissenschaftliche Auseinandersetzung mit sozialen Ängsten stark stimuliert und zu einer kaum noch überschaubaren Anzahl an Publikationen geführt. So finden sich in der Datenbank PubMed der National Library of Medicine allein für die letzten zehn Jahre 2.390 Publikationen, deren Titel den Begriff ‚social anxiety‘ enthält (Recherche am 09.06.2023).

¹ Zur Vereinfachung und besseren Lesbarkeit wird das generische Maskulinum verwendet. Die in dieser Arbeit verwendeten Personenbezeichnungen beziehen sich – sofern nicht anders kenntlich gemacht – auf alle Geschlechter.

Vor diesem Hintergrund beschränkt sich die hier vorgelegte Dissertation auf die Darstellung wesentlicher Aspekte, die für die eigene Untersuchung relevant sind. Dazu zählen einleitend eine Definition sozialer Ängste und Darstellung ihres klinischen Erscheinungsbildes, ihrer Epidemiologie, ihrer klinischen Korrelate sowie ihres Verlaufes.

1.1 DEFINITION UND KLINIK SOZIALER ÄNGSTE

Das zentrale Charakteristikum sozialer Ängste besteht in der Furcht, in sozialen Situationen im Zentrum der Aufmerksamkeit zu stehen oder sich peinlich oder beschämend zu verhalten. Damit einher geht die Befürchtung vor einer möglichen negativen Bewertung des eigenen Verhaltens und der eigenen Person durch Dritte (Lépine & Pélissolo, 2000). Dabei besteht insbesondere die Angst vor einer negativen Bewertung durch das soziale Gegenüber im Sinne einer Verurteilung als „schwach“, „doof“, „langweilig“ oder „nicht liebenswert“ (Leichsenring & Leweke, 2017).

Derartige Befürchtungen kennt fast jeder Mensch und soziale Ängste sind in der Gesellschaft weit verbreitet. Schüchternheit, „Lampenfieber“ oder „Prüfungsangst“ können dabei als normalpsychologische, nicht-pathologische Varianten sozialer Ängste verstanden werden. Dies sei am Beispiel eines öffentlichen Auftritts im Rahmen einer Rede illustriert: Eine derartige Situation birgt das Potential einer Bedrohung der sozialen Stellung und des Selbstbildes, die abhängig von der individuellen Disposition, von der Erfahrung mit und Übung in solchen Situationen, der Anzahl der Zuhörer, der Relevanz dieses Auftritts und weiteren Schutz- und Risikofaktoren Angstsymptome hervorrufen kann. Angst als entwicklungsgeschichtlich wichtige Reaktion des Organismus auf Bedrohung kann dabei verstanden werden als situativ angemessene „Reaktion auf Gefahrenreize, die sich in körperlichen Reaktionen wie Herzrasen, Schwitzen und anderen Symptomen wie in psychischen Symptomen wie Unwohlsein oder Unruhe zeigt, wobei der Betroffene versucht die Gefahrenquelle auszuschalten oder ihr zu entkommen“ (Bandelow et al., 2021, S. 48).

Daraus lässt sich ableiten, dass Angst angemessen und ‚gesund‘ sein kann, wobei gesunde Ängste durch folgende Eigenschaften gekennzeichnet sind:

- realitätsbezogen, was den Auslöser angeht
- im Ausmaß angemessen und
- sie sistieren, wenn der angstauslösende Stimulus entfällt.

Gesunde und pathologische Ängste sind jedoch weder vom Affekt noch von den körperlichen Reaktionen her zu unterscheiden. Nur die Kenntnis der realen sowie psychischen und sozialen Umstände erlaubt die Beurteilung.

Was ‚realitätsbezogen‘ und ‚im Ausmaß angemessen‘ ist, hängt also sowohl von einer individuellen als auch gesellschaftlichen, kulturell determinierten Bewertung ab. Einigkeit besteht darin, dass es „bei pathologischer Angst ... zu übertriebenen, unrealistischen oder auch grundlosen Reaktionen“ kommt (Bandelow et al., 2021, S. 50–51). Somit wird Angst zur Krankheit, wenn ...

- sie unangemessen stark ist
- zu häufig und zu lange auftritt
- man die Kontrolle über sie verliert
- man Angstsituationen vermeiden muss
- sie zu Einschränkungen im täglichen Leben führt und man stark unter ihr leidet

Pathologische Ängste – auch und gerade mit Bezug auf soziale Ängste – basieren auf

- Fehlattritionen hinsichtlich der Auslöser (Verkennungen, Fantasie)
- stellen mit Bezug auf die Verhältnismäßigkeit Überreaktionen dar
- dauern an – auch wenn der Angstausröser entfallen ist und
- haben eine Tendenz zur Ausweitung und Organisation in den Rahmen beschreibbarer Störungsbilder hinein (Hoffmann, 2003).

Diese Ausführungen machen deutlich, dass soziale Ängste auf einem Kontinuum beschrieben werden können (Stangier, 2002), das von einem gesunden, normalpsychologischen Bereich mit zunehmendem Schweregrad über eine diagnostischen Schwelle hinaus zur nicht-generalisierten sozialen Angststörung, zur generalisierten sozialen Angststörung und in der Extremausprägung zur ängstlich-vermeidenden Persönlichkeitsstörung reicht. Dieses Kontinuum wird in Abbildung 1 visualisiert.

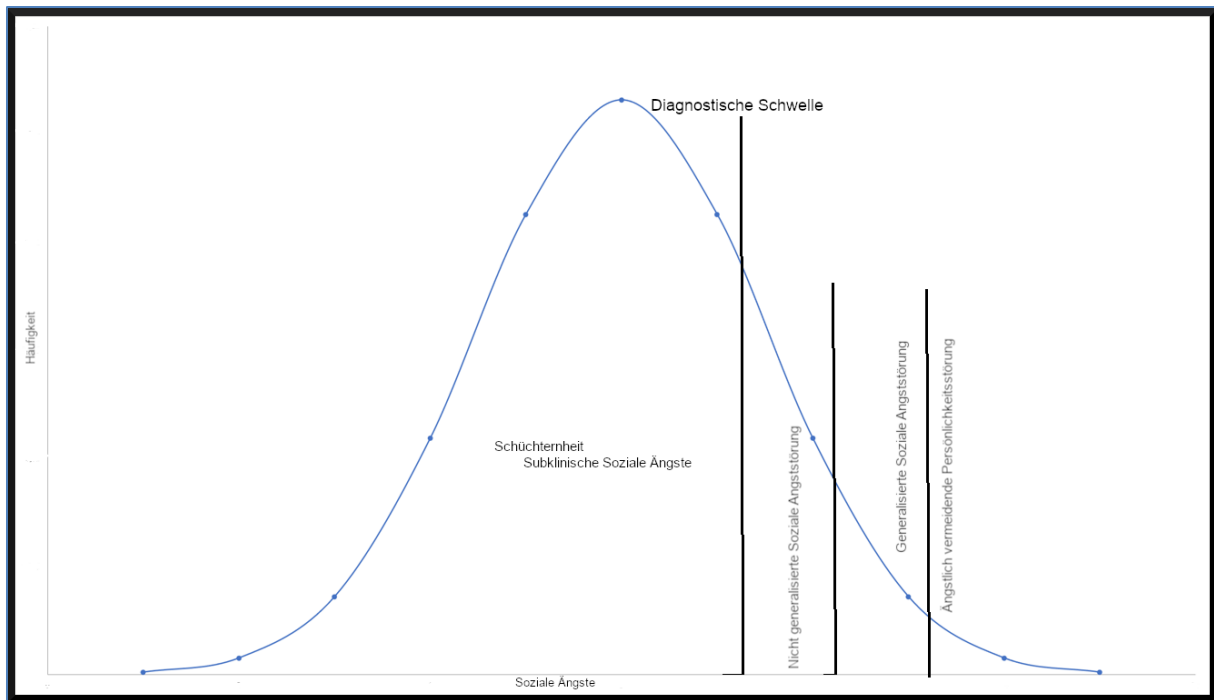


ABBILDUNG 1: KONTINUITÄTSMODELL SOZIALER ÄNGSTE (ANGELEHNT AN STANGIER, FYDRICH 2002 S. 23)

Die Symptomatik sozialer Ängste kann auf vier Ebenen abgebildet werden:

- Affektiv: Hilflosigkeit, Gefühl des Ausgeliefertseins, Furcht, Resignation
- Kognitiv: Katastrophisierung („Ich falle in Ohnmacht“)
- Körperlich-vegetativ: Herzrasen, Schwitzen, Atemnot, Zittern, Erröten, Miktions- und Defäkationsdrang sowie die Angst, sich zu erbrechen
- Behavioral: Hilfe suchen, Vermeidung der auslösenden Situationen oder Einnahme von Medikamenten

Gefürchtete Situationen oder ihre Erwartung interferieren oder unterbrechen das aktuelle Verhalten der Betroffenen. Ursache für diese Angst ist oft die Befürchtung, die Körperkontrolle zu verlieren und sich dadurch zu blamieren (Leichsenring et al., 2003). Die Fokussierung auf die Körperlichkeit wird auch durch den Umstand deutlich, dass sich kaum ein sozial ängstlicher Mensch als körperlich attraktiv empfindet (Hoffmann, 2002).

Oftmals wird ein somatisches Symptom Teil der gefürchteten Situation, wie etwa die Angst davor, dass andere Menschen das Schwitzen oder Erröten bemerken und als Schwäche interpretieren. Patienten geraten dadurch in einem selbstverstärkenden Zyklus, in welchem eine gefürchtete Situation vegetative Symptome auslöst, diese Symptome jedoch die Angst vor der Situation verschlimmern. Eine weitere Problematik ist die Natur der Angst: Soziale Situationen können weniger einfach gemieden wie etwa objektbezogene Ängste, da ein Leben ohne gesellschaftliche Teilhabe schwer möglich ist. Leichsenring und Leweke (2017) beschreiben ein vor diesem Hintergrund auftretendes Problem, dass Patienten mit sozialen Ängsten seltener

den Arzt aufsuchen. Falls doch, wird oft eine komorbide Krankheit als Grund vorgebracht und es wird vermieden über die sozialen Ängste zu sprechen.

Die Ängste können sich auf sehr unterschiedliche Bereiche der sozialen Interaktion beziehen und ganz isolierte Situationen (wie z.B. das Essen in der Öffentlichkeit) betreffen oder aber über alle Aspekte des sozialen Miteinanders generalisieren. Manche Differenzierungen unterscheiden zwischen folgenden Subgruppen sozialer Ängste:

- Soziale Interaktionsangst
- Observationsangst und
- Performance-Angst.

Andere Autoren wie Leary (1983) nutzen das Ausmaß der sozialen Interaktion als Differenzierungsmerkmal und unterscheiden zwischen Interaktionsängsten und Leistungsängsten. Während sich bei Interaktionsängsten die Furcht unmittelbar auf die Beschämung oder Abwertung durch den direkten sozialen Interaktionspartner bezieht, spielt ein direkter sozialer Interaktionspartner bei Leistungsängsten keine wesentliche Rolle, da es zentral um die Angst geht, von einer Gruppe von Personen, welche bekannt oder unbekannt sind, negativ bewertet zu werden. Es wurde zu Recht kritisiert, dass „performance“ fälschlicherweise mit Leistungssituation übersetzt wurde, da die gemeinten Performance-Ängste nicht nur auf Leistungssituationen wie das Sprechen vor einer Gruppe im Rahmen eines Vortrages bezogen sind, sondern allgemein auf Situationen ohne direkten Interaktionspartner wie das Essen in einem Restaurant oder das Einkaufen in einem Supermarkt (Stangier et al., 1999). Es wird im Folgenden, wenn von Ängsten in Leistungssituationen gesprochen wird, der Begriff der Performance-Ängsten genutzt.

1.1.1 DIAGNOSTISCHE KRITERIEN DER SOZIALEN PHOBIE UND DER SOZIALEN ANGSTSTÖRUNG

Seit Liebowitz' bahnbrechender Arbeit „Review of a neglected anxiety disorder“ von 1985 sind vielfältige Versuche vorgelegt worden, das Phänomen sozialer Ängste zu definieren und krankheitswürdige Zustände von normalpsychologischen Erscheinungen abzugrenzen. So gibt es auch in den aktuell gängigen Klassifikationssystemen wie der 10. Fassung der Internationalen Statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems; ICD) der Weltgesundheitsorganisation (World Health Organization; WHO) sowie des Diagnostischen und Statistischen Manuals Psychischer Störungen (Diagnostic Manual for Mental Disorders; DSM) der amerikanischen psychiatrischen Vereinigung (American Psychiatric Association; APA) viele Übereinstimmungen, aber auch im Detail Unterschiede in der Beschreibung sozialer Ängste mit Krankheitswert.

Die aktuell noch in der Anwendung befindliche 10. Version der ICD (Weltgesundheitsorganisation, 2009) definiert die diagnostischen Kriterien pathologischer sozialer Ängste als Soziale Phobie unter dem Code F40.1 wie folgt:

- Entweder a oder b
 - a) Deutliche Furcht im Zentrum der Aufmerksamkeit zu stehen oder sich peinlich oder erniedrigend zu verhalten.
 - b) Deutliche Vermeidung, im Zentrum der Aufmerksamkeit zu stehen, oder von Situationen, in denen die Angst besteht, sich peinlich oder erniedrigend zu verhalten.
- Diese Ängste treten in sozialen Situationen auf, wie Essen oder Sprechen in der Öffentlichkeit, Hinzukommen oder Teilnahme an kleinen Gruppen, wie z.B. bei Partys, Konferenzen oder in Klassenräumen.
- Mindestens zwei Angstsymptome in den gefürchteten Situationen mindestens einmal seit Auftreten der Störung, wie im F40.0 Kriterium B definiert, sowie zusätzlich mindestens eines der folgenden Symptome:
 - Erröten oder Zittern
 - Angst zu erbrechen
 - Miktions- oder Defäkationsdrang bzw. Angst davor
 - Deutliche emotionale Belastung durch Angstsymptome oder das Vermeidungsverhalten. Einsicht, dass die Symptome oder das Vermeidungsverhalten übertrieben oder unvernünftig sind.
- Die Symptome beschränken sich ausschließlich oder vornehmlich auf die gefürchtete Situation oder auf Gedanken an diese.
- Häufigstes Ausschlusskriterium: Die Symptome des Kriterium 1 sind nicht bedingt durch Wahn, Halluzinationen oder andere Symptome der Störungsgruppen organische psychische Störungen (F0), Schizophrenie und verwandte Störungen (F2), Affektive Störungen (F3) oder eine Zwangsstörung (F42) oder sind nicht Folge einer kulturell akzeptierten Anschauung.

In der 11. Version der ICD (ICD-11), die seit 1. Januar 2022 in Kraft getreten, aber noch nicht verbindlich in den klinischen Alltag eingeführt ist, wird der Terminus der Sozialen Phobie durch den der Sozialen Angststörung ersetzt, die unter dem Code 6B04 verschlüsselt wird.

Die deutsche Entwurfsfassung der ICD-11, die im Internet auf den Seiten des Bundesinstitutes für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) veröffentlicht ist (Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte, 2023a), formuliert:

„Die soziale Angststörung ist gekennzeichnet durch ausgeprägte und übermäßige Furcht oder Angst, die immer wieder in einer oder mehreren sozialen Situationen auftritt, z. B. bei sozialen Interaktionen (z. B. bei einer Unterhaltung), bei Handlungen, bei denen man sich beobachtet fühlt (z. B. beim Essen oder Trinken in Gegenwart anderer), oder bei Auftritten vor anderen (z. B. beim Halten einer Rede). Die Person ist besorgt, dass sie sich so verhält oder Angstsymptome zeigt, dass sie von anderen negativ bewertet wird. Einschlägige soziale Situationen werden konsequent vermieden oder mit intensiver Angst oder Furcht ertragen. Die Symptome halten mindestens mehrere Monate lang an und sind so schwerwiegend, dass sie zu erheblichem Stress oder erheblichen Beeinträchtigungen in persönlichen, familiären, sozialen, schulischen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen führen.“ (Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte, 2023b)

Für die veränderte Terminologie wird als Argument angeführt, dass Phobie ein definiertes Zentrum der Ängste impliziere. Im Gegensatz zu den ‚echten‘ phobischen Störungen, bei welchen durch Vermeidung der angstauslösenden Situation die Patienten oft beschwerdearm sind, führen ausgeprägte soziale Ängste jedoch zu einer umfassenden Einschränkung, da soziale Interaktionen in unserem Alltag kaum vermeidbar sind. Bei ausgeprägten oder generalisierten sozialen Ängsten besteht eine permanente Angst vor sozialen Interaktionen und der negativen Bewertung – auch wenn aktuelle keine soziale Interaktion stattfindet.

Die APA hat in ihrer dritten Version des DSM von 1980 (DSM-III; American Psychiatric Association, 1980) den Begriff der sozialen Phobie ausschließlich für Performance-Ängste verwendet. Daher wurde bereits im DSM-IV von 1994 (American Psychiatric Association) der Terminus der Sozialen Angststörung eingeführt, um auch die Dimension der Interaktions- und Beobachtungsangst abzudecken.

Das aktuell gültige DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013) formuliert für die Soziale Angststörung folgende diagnostische Kriterien:

1. Ausgeprägte Angst vor einer oder mehreren sozialen Situationen, in welchen die Person einer möglichen Beobachtung durch andere Personen ausgesetzt ist. Hierzu gehören z.B. soziale Interaktion (ein Gespräch führen, unbekannte Menschen treffen), beobachtet werden (z.B. beim Essen oder Trinken) und vor anderen Leistungen erbringen (z.B. eine Rede halten).
2. Die betroffene Person befürchtet, dass sie sich in einer Weise verhalten könnte oder Symptome der Angst offenbart, die von anderen negativ bewertet werden (d.h. die peinlich oder erniedrigend sind, zur Zurückweisung führen oder andere Menschen verärgern).
3. Die sozialen Situationen verursachen fast immer Angst.
4. Die sozialen Situationen werden vermieden oder mit starker Anspannung und Angst ausgehalten.
5. Die Angst geht über das Ausmaß der tatsächlichen Bedrohung durch die soziale Situation hinaus und ist im soziokulturellen Kontext unverhältnismäßig.
6. Die Angst oder das Vermeidungsverhalten ist andauernd, typischerweise länger als sechs Monate.
7. Die Angst oder das Vermeidungsverhalten verursacht in klinisch bedeutsamer Weise Leiden oder Beeinträchtigungen in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Lebensbereichen.
8. Die Angst ist nicht auf die Wirkung von Drogen oder Medikamenten oder auf eine andere Erkrankung zurückzuführen.
9. Die Angst oder das Vermeidungsverhalten lässt sich nicht besser durch eine andere psychische Erkrankung wie eine Panikstörung, eine körperdysmorphe Störung oder Krankheiten aus dem autistischen Spektrum erklären.
10. Falls eine andere Krankheit besteht (z.B. Parkinson, Übergewicht, Entstellung durch Verletzung) ist die Angst oder das Vermeidungsverhalten von dieser Erkrankung unabhängig oder übermäßig.

Für die Diagnose Soziale Angststörung müssen dabei alle der eben genannten Kriterien erfüllt sein (American Psychiatric Association, 2013)

Soziale Ängste kommen in allen Kulturen vor, jedoch in unterschiedlicher Form (Hong & Woody, 2007). Darüber hinaus ist relevant, auf wie viele Situation sich die sozialen Ängste beziehen. Dadurch ist eine Unterscheidung in nicht-generalisierte und generalisierte soziale Ängste möglich (Hofmann et al., 1999). Diese Unterteilung ist jedoch kritisiert worden, da in Studien keine einheitlichen Parameter zur Differenzierung verwendet wurden (Nagata et al., 2015). Auch konnte bisher kein Konsens über die genaue Anzahl an Situationen gefunden

werden, den es bedarf, um die pathologische Form der sozialen Ängste, d.h. die Soziale Angststörung, zu diagnostizieren und von noch normalen sozialen Ängsten abzugrenzen. Aktuell wird von mehr als der Hälfte der in einem strukturierten Interview abgefragten Situationen ausgegangen, in denen der Patient zumindest moderate Angst verspürt, damit die Diagnose gestellt wird. Weiterreichende soziale Ängste, die nicht mehr als ich-dyston erlebt werden, werden der ängstlich vermeidenden Persönlichkeitsstörung zugeordnet.

1.1.2 DIAGNOSTISCHE INSTRUMENTE ZUR ERFASSUNG SOZIALER ÄNGSTE

Die bisherigen Ausführungen haben verdeutlicht, dass die Diagnostik sozialer Ängste mit erheblichen Schwierigkeiten verbunden ist, was dazu führt, dass die Soziale Angststörung tendenziell zu selten diagnostiziert wird (Lin et al., 2017; Pöhlmann et al., 2009; Wiltink et al., 2010). Vor diesem Hintergrund ist die Entwicklung verschiedener diagnostischer Instrumente zu begrüßen (D. B. Clark et al., 1997; Wong et al., 2016). Dabei wird üblicherweise zwischen diagnostischen Interviews, Experten-Checklisten und Selbstbeurteilungsverfahren, d.h. Fragebögen, unterschieden.

Als eines der ersten Verfahren zur Diagnostik sozialer Ängste ist die 1987 publizierte Liebowitz Social Anxiety Scale (LSAS) dar (Liebowitz, 1987) hervorzuheben, weil sie alle nachfolgenden Instrumente maßgeblich beeinflusst hat. Die LSAS liegt auch in deutscher Übersetzung vor (Stangier & Heidenreich, 2005) und stellt international das meist genutzte Fremdbeurteilungsinstrument für die Diagnostik der Sozialen Angststörung dar. Es umfasst 24 soziale Situationen, davon elf Interaktionssituationen und 13 Leistungssituationen), die hinsichtlich des Ausmaßes der erlebten Angst und Vermeidung in der letzten Woche zu bewerten sind. Die Einschätzung erfolgt auf einer vierstufigen Skala von ‚keine Angst/ Vermeidung‘ (= 0) bis ‚starke Angst/ Vermeidung‘ (= 3). Die LSAS weist eine hohe interne Konsistenz auf sowie ausreichende konvergente Validität auf (Heimberg et al., 1999). Neben einem globalen Summenwert über alle Items können vier Subskalen (jeweils Angst respektive Vermeidung in Interaktions- bzw. Vermeidungssituationen) gebildet werden. Gesamtwerte in der LSAS von über 30 weisen auf eine nicht-generalisierte Soziale Angststörung, Werte über 60 auf eine generalisierte Variante hin (Lin et al., 2017; Mennin et al., 2002).

Zu den diagnostischen Interviews und Checklisten, mit deren Hilfe die Diagnose einer Sozialen Angststörung gemäß den aktuellen Klassifikationssystemen gesichert werden kann, zählen

- Das Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV (SKID-I; Wittchen et al., 1997)
- Das Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-5®-Störungen – Klinische Version (SCID-5-CV; Beesdo-Baum et al., 2019)
- Das Composite International Diagnostic Interview (CIDI) der WHO (WHO - World Health Organization, 1990)
- Das Mini International Neuropsychiatrisches Interview (MINI; Sheehan et al., 1998)
- Die Liebowitz Social Anxiety Scale (LSAS; Liebowitz, 1987; Stangier & Heidenreich, 2005)

Zu den Selbstbeurteilungsverfahren gehören folgende Instrumente:

- Social Phobia and Anxiety Inventory (SPAI) erfasst über 32 Items sowohl sozial-phobische Symptome als auch in einer Subskala agoraphobische Symptome (Turner et al., 1989). Er weist eine hohe Test-Retest-Reliabilität sowie interne Konsistenz auf und ist in der Lage, zwischen sozial phobischen und nicht-sozialphobischen Probanden zu diskriminieren (Turner et al., 1989). Ein Nachteil des Tests ist die mangelnde Erfassung der Vermeidung (Beidel et al., 1989), welche eine zentrale Rolle in der Psychopathologie der Sozialen Angststörung einnimmt.
- Das Social Phobia Inventory (SPIN) wurde erstmals von Connor (2000) veröffentlicht. Es sind eine gute interne Konsistenz und Test-Retest-Reliabilität beschrieben. Die einerseits gute diskriminative Validität sowie die andererseits geringe Spezifität (Antony et al., 2006) sind Gründe, warum der Test vor allem im Screening und der Abgrenzung Sozialer Angststörung zu anderen psychischen Störungen Anwendung findet (Stangier et al., 2016).
- Social Phobia Scale (SPS) und Social Interaction Anxiety Scale (SIAS) werden aufgrund ihrer Relevanz für diese Arbeit in Kapitel 2.2.1 umfassend dargestellt.

Die Diagnostik bei V.a. eine Soziale Angststörung sollte sehr gründlich ausfallen und neben einem strukturierten Interview sowohl Selbst- als auch Fremdbeurteilungsinstrumente umfassen. Trotz deren Einsatz kommt es vor, dass die Störung nicht entdeckt respektive unterdiagnostiziert (Lin et al., 2017; Wiltink et al., 2010) und von manchen Autoren auch als „blinder Fleck“ bezeichnet wird (Pöhlmann et al., 2009). So konnten Zimmerman & Mattia (1999) zeigen, dass in strukturierten Interviews die Rate der richtig positiv getesteten Sozialen Angststörungen neunmal höher lag als in unstrukturierten Interviews. Zu ähnlich ernüchternden Befunde kommen auch deutsche Arbeitsgruppen: Während auf der Basis eines diagnostischen Interviews bei 25,0 % der stationär behandelten Patienten einer Universitätsklinik für Psychotherapie und Psychosomatik eine Soziale Angststörung vorlag, wurde die Diagnose nach kli-

nischer Beurteilung nur bei 10,6% der Patienten gestellt (Pöhlmann et al., 2009). Bei ambulanten und im Konsildienst vorgestellten Patienten einer Universitätsklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie diagnostizierten die Kliniker bei 5,5% eine Soziale Angststörung; hingegen fanden sich in spezifischen Fragebögen Hinweise auf eine generalisierte Soziale Angststörung bei knapp 15% dieser Patienten (Wiltink et al., 2010).

1.1.3 ÄTIOPATHOGENESE

Über die Entstehung von Ängsten existieren vielfältige Theorien. Eine aktuell gängige und umfassende Theorie ist das Vulnerabilitäts-Stress-Modell. Dieses Modell geht davon aus, dass eine geerbte oder erworbene Vulnerabilität als Grundlage für die Entstehung von Krankheiten ausschlaggebend ist. Für die hier relevanten sozialen Ängste besteht diese Vulnerabilität in einer erhöhten Angstanfälligkeit. Durch externe Stressoren (belastende Lebensereignisse, Missbrauch) kann sich dadurch leichter eine pathologische Angst ausbilden als bei Personen, die weniger angstanfällig sind (J. Schmitz und Hoyer (2019).

Im Modell der Sozialen Angststörung von D. M. Clark und Wells (1995) stehen typischen kognitive Fehlverarbeitungen bei sozial ängstlichen Personen im Zentrum. So finden sich bei Sozialer Angststörung gemäß der kognitiven Theorie negative Gedanken und Grundannahmen über sich selbst und die Umwelt. Dabei lassen sich folgende Kognitionen finden:

- Exzessive hohe Standards an sich selbst wie zum Beispiel: „Die anderen müssen mich für den Besten halten in dem, was ich tue“
- Konditional negative Annahmen wie zum Beispiel: „Wenn ich unbedacht spreche, halten mich die anderen für dumm“
- Unkonditional negative Annahmen wie zum Beispiel: „Ich bin seltsam“, „Ich bin keine gute Gesellschaft“

Eine weitere negative Kognition im Modell von D. M. Clark und Wells (1995) ist die verzerrte Interpretation von Informationen. So empfinden Personen mit sozialer Angststörung positive oder neutrale Situationen aufgrund negativer Annahmen ebenfalls als bedrohlich. Dies ist als ein weiterer Aspekt in der Fokussierung auf die eigene Person zu werten. So ist der Schwerpunkt der Aufmerksamkeit nicht auf der sozialen Interaktion mit ihren Anforderungen, sondern auf der Bewertung der eigenen Person innerhalb der sozialen Interaktion. Dieser Zustand der erhöhten Selbstaufmerksamkeit führt dazu, dass die eigenen Gefühle verstärkt wahrgenommen werden. Sozial ängstliche Personen ziehen nun den Fehlschluss, dass die empfundene Angst der Ausdruck einer objektiven Überforderung sei und diese den Misserfolg ankündige. Ein weiterer Aspekt der Angst ist, dass Symptome der Ängstlichkeit vom sozialen Gegenüber bemerkt werden. Dabei ist das spontane innere Bild, welches die sozial ängstliche Person von sich selbst hat, ein negativ verzerrtes Resultat der Angst. Um die in der sozialen Interaktion

befürchtete Peinlichkeit oder Herabwürdigung zu vermeiden, entwickeln die Personen ein Sicherheitsverhalten. Dies stellt zwar keine kognitive Variable dar, ist jedoch ein bedeutender Aspekt, welcher innerhalb der Therapie adressiert und idealerweise überwunden werden muss. Das Sicherheitsverhalten hat dabei zwei Aspekte: Zum einen die antizipatorische Vorbereitung, zum anderen das Post-event-processing. Die antizipatorische Vorbereitung beschreibt das intensive Beschäftigen mit dem Ereignis einer sozialen Interaktion und wie diese vermieden werden können. Dieses Beschäftigen endet jedoch nicht mit dem Ereignis, sondern wird im Post-event-processing fortgeführt. Die Zusammenhänge des Modells nach Wells, D. M. Clark und Wells (1995) sind in Abbildung 2 visualisiert.

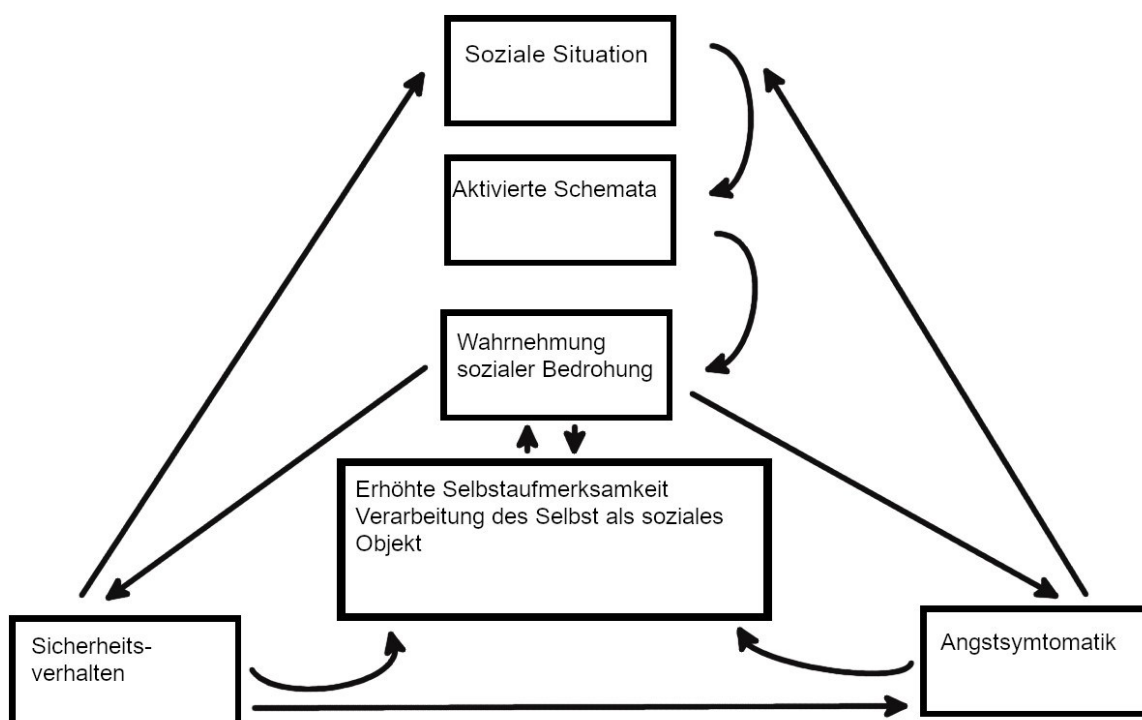


ABBILDUNG 2: KOGNITIVES MODELL NACH CLARK UND WELLS (ABBILDUNG ANGELEHNT AN BOHN UND STANGIER (2009))

Die psychodynamischen Annahmen zur Ätiologie sozialer Angststörungen lassen sich in fünf Aspekten beschreiben. Nach Hoffmann, 2003) sind diese:

1. Defizitäre Selbstsicht
2. Kompensatorische überhöhte Selbstsicht
3. Scham
4. Attachmenttheorie nach Bowlby
5. Abwehr-/ Sicherheitsverhalten nach Gilbert

Die ersten drei Punkte werden als Unterpunkte einer narzisstischen Dynamik verstanden. Die defizitäre Selbstsicht beschreibt die Überzeugung sozial ängstlicher Menschen, dass sie für ihre soziale Umgebung „eine Zumutung, indiskutabel, das Letzte“ sind.

Den zweiten Bestandteil dieser narzisstischen Dynamik bildet die kompensatorisch überhöhte Selbstsicht. Es kommt dabei zu einer Erhöhung der eigenen Ansprüche an sich selbst im Sinne eines Über selbst (Kohut & vom Scheidt, 2006). Bassler (1997) schreibt dazu, dass der eigene Perfektionsanspruch projektiv auf die Umwelt übertragen wird. Dies geschieht meist unbewusst und kann als kompensatorischer Abwehrmechanismus gegen Gefühle von Kleinheit und Minderwertigkeit aufgefasst werden. Durch die Übertragung der eigenen überhöhten Ansprüche auf das soziale Gegenüber, entsteht ein erhöhter Leistungsdruck auf das Individuum. Diese überhöhten Erwartungen können dann regelmäßig nicht erfüllt werden, was zu weiteren Gefühlen der Kleinheit und Minderwertigkeit führt und so die Problematik verstärkt.

Scham spielt in der psychodynamischen Theorie sozialer Ängste eine zentrale Rolle, was allein in der Affektreaktion des Errötens sichtbar wird. Erröten stellt ein zentrales Angstelement vieler sozial ängstlicher Patienten dar, denn es offenbart dem Gegenüber sichtlich die Scham sowie Unsicherheit in der aktuellen Situation. Die Selbstscham, welcher bei sozialen Ängsten vorrangig herrscht, hat eine soziale Komponente. Eine intrapsychische Szene wird dabei in Beobachter und Erlebenden gespalten und so sozial eingerichtet. So ist es nicht immer nur der äußere Beobachter, vor dessen negativer Bewertung sich sozial ängstliche Menschen fürchten, sondern auch der innere Beobachter, also die eigene Kritik am Selbst (Hoffmann, 2002).

Der vierte Aspekt innerhalb der Psychodynamik sozialer Ängste spielt nach Hoffmann (2003) die Bindungstheorie von Bowlby. Danach stellt Bindung ein Motivationskonzept dar, welches wichtig für die menschliche Art und deren psychische Gesundheit ist. Im Laufe der Entwicklung ist es von Bedeutung, dass das Motivationssystem der Bindung internalisiert wird, also die Bedürfnisbefriedigung vom Individuum selbst garantiert werden kann. Wird die Bindungssicherheit bedroht, empfindet das Individuum Angst. Kommt es während der Entwicklung und Internalisierung der Bindungssicherheit zu Störungen, persistiert die Angst und es folgt dadurch ein sozialer Rückzug und Isolierung.

Das Abwehr-/ Sicherheitsmodell nach Gilbert bildet als fünfte Komponente eine komplementäre Ergänzung zum Bindungsmodell (Hoffmann, 2003). Das Abwehrsystem agiert dabei vertikal und bewertet eine soziale Situation im Sinne einer Hierarchie danach, wer das Individuum bedroht und wen das Individuum selbst bedrohen kann. Das phylogenetisch jüngere Sicherheitssystem agiert dahingegen horizontal in seiner Bewertung von sozialen Situationen. Es wird dabei eingeschätzt, welche Person im Sinne einer Kooperation bei Erfüllung der Ziele des Individuums behilflich sein kann.

Ein Mensch mit sozialen Ängsten aktiviert häufiger als objektiv erforderlich das Abwehrsystem. Die geringere Aktivierung des Sicherheitssystems bedeutet, dass neutrale oder freundliche Signale der sozialen Umwelt übersehen oder fehlinterpretiert werden.

In allen vorgestellten Aspekten spielt das Selbst eine wichtige Rolle. Rapaport (1967) beschreibt das Selbst als übergeordnete Struktur mit den Kernaufgaben der Selbstbeobachtung und Selbstreflexion. Vor diesem Hintergrund sind die Arbeiten von Jong (2002) und Tanner et al. (2006), welche einen Unterschied in der impliziten Bewertung von sich Selbst und Anderen fanden, von Bedeutung für soziale Ängste. Dabei wird bei Befragungen der implizite Selbstwert zu positiv und andere Menschen implizit zu negativ bewertet. Dieser Effekt findet sich sowohl bei nicht sozial ängstlichen Personen als auch bei sozial ängstlichen Personen. Solche positiven Illusionen gelten als essenziell für die Aufrechterhaltung psychischer Gesundheit (Taylor & Brown, 1988), da sie als Abwehrmechanismus das Selbst in einer hierarchischen sozialen Struktur höher einordnen als es objektiv zu tun wäre. Bei sozial ängstlichen Personen ist diese selbstwertdienliche Verzerrung jedoch signifikant geringer ausgeprägt als bei nicht sozial ängstlichen Personen (Jong, 2002). Andere Personen werden also weniger stark negativ oder sogar neutral bewertet als die eigene Person in der gleichen Situation. Der geringe explizite Selbstwert, welcher im Zusammenhang mit sozialer Ängstlichkeit gefunden wurde, zeigt stärker die Rolle der Selbstdarstellung innerhalb der Psychopathologie als das Selbstwertgefühl an sich (Jong, 2002).

1.2 EPIDEMIOLOGIE DER SOZIALEN ANGSTSTÖRUNG

Soziale Angststörungen haben eine der höchsten Prävalenzen unter den psychischen Störungen (Leichsenring & Leweke, 2017). Die Lebenszeitprävalenz von Angststörungen allgemein beträgt 33,7% (Bandelow & Michaelis, 2015), wobei soziale Angststörungen nach den spezifischen Phobien die häufigste Form darstellen. In der „European Study of the Epidemiology of Mental Disorder“ (ESEMeD) wurde eine Lebenszeitprävalenz der Sozialen Angststörung von 2,8% und eine 12-Monatsprävalenz von 1,6% gefunden (Alonso & Lépine, 2007). In einer Studie von Wittchen & Jacobi (2005), welche 27 europäische Studien zusammenfasst, ergibt sich eine 12-Monatsprävalenz innerhalb der Normalbevölkerung von Sozialen Angststörungen von 0,6 – 7,9% und ein Weiblich-zu-Männlich-Quotient von zwei zu eins. Asher & Aderka (2018) zeigten, dass Frauen häufiger eine höhere Anzahl sozialer Situationen fürchten und auch schwerere soziale Ängste beschreiben als Männer. Jedoch ist der geschlechterspezifische Unterschied geringer ausgeprägt als bei anderen Angststörungen, welche deutlich häufiger bei weiblichen Personen auftreten (Bandelow et al., 2014). Im Gegensatz zur Allgemeinbevölkerung finden sich innerhalb klinischer Populationen soziale Angststörungen meist ausgeglichen zwischen den Geschlechtern verteilt (Stangier et al., 2016). Es konnte gezeigt werden,

dass Deutschland und die EU im Vergleich zu den USA geringere Prävalenzen sozialer Angststörungen haben (Jacobi et al., 2014).

In der World Mental Health (WMH) Survey Initiative, der bisher weltweit größten epidemiologische Studie zur Prävalenz, Verlauf, Beeinträchtigung, soziodemographischen Korrelaten, Komorbiditäten und Behandlung psychischer Störungen, wurden Daten aus 28 nationalen Umfragen mit insgesamt 142.405 Befragten analysiert (D. J. Stein et al., 2017). Für die Soziale Angststörung lagen die Schätzungen der 30-Tage-, 12-Monats- und Lebenszeitprävalenz über alle Länder hinweg bei 1,3, 2,4 und 4,0 %. Die Störung ist in allen Ländern mit bestimmten soziodemografischen Merkmalen (jüngeres Alter, weibliches Geschlecht, unverheiratet, geringere Bildung und geringeres Einkommen) und mit ähnlichen Komorbiditätsmustern assoziiert (D. J. Stein et al., 2017).

Die starken Schwankungen in den Prävalenzangaben haben unterschiedliche Gründe, u.a. das Verwenden von uneinheitlichen Diagnosekriterien, unterschiedlichen Schwellenwerten für die Diagnose, der Untersuchungszeitraum, die Stichprobengröße oder auch die interkulturell unterschiedliche Art im Ausdruck von psychiatrischen Symptomen.

Soziale Ängste haben ein frühes Erstmanifestationsalter (D. J. Stein et al., 2017). Es wird von einer Hauptmanifestationszeit in einem Alter von 10 bis 17 Jahren ausgegangen (Lied & Müller, 2002). Dally et al. (2005) fanden in einer Stichprobe von 930 stationär behandelten psychosomatischen Patienten, dass sozial ängstliche Patienten häufiger ohne abgeschlossene Berufsausbildung und seltener voll erwerbstätig sind. Außerdem sind die meisten sozial ängstlichen Patienten alleinstehend, geschieden oder leben getrennt (den Boer, 2000).

Zu den nicht-klinischen Risikogruppen, bei denen Soziale Angststörungen überdurchschnittlich häufig zu finden sind, gehören Adoleszente (Canals et al., 2019; D. J. Stein et al., 2017), ältere Menschen im Alter zwischen 75 und 85 Jahren (Karlsson et al., 2016), Veteranen im Sinne ehemaliger Soldaten (Byrne et al., 2021) und Musiker (Fernholz et al., 2019), bei denen Performance-Ängste im Vordergrund stehen.

In der hausärztlichen Primärversorgung ist die Soziale Angststörung mit einer Ein-Monatsprävalenz von 7% eine häufig vorkommende, aber meist unterdiagnostizierte psychische Erkrankung (Combs & Markman, 2014).

Zur Häufigkeit sozialer Ängste und der Sozialen Angststörungen in ambulanten oder (teil-)stationären psychiatrisch-psychotherapeutischen bzw. psychosomatisch-psychotherapeutischen Settings finden sich vergleichsweise wenig Untersuchungen, insbesondere kaum für diagnostisch heterogene Stichproben wie sie in der stationären Psychotherapie zu finden sind. In einer relativ großen Stichprobe von 613 stationär behandelten Patienten einer Universitätsklinik für Psychotherapie und Psychosomatik konnte mittels eines diagnostischen Interviews bei 25% eine Soziale Angststörung gesichert werden (Pöhlmann et al., 2009). In der Ambulanz und in dem Konsildienst einer Universitätsklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie

überschritten knapp 15% der untersuchten Patienten in Selbstbeurteilungsverfahren den diagnostischen Schwellenwert für eine generalisierte Soziale Angststörung (Wiltink et al., 2010).

1.3 KLINISCHE KORRELATE SOZIALER ÄNGSTE

Soziale Ängste und die Soziale Angststörung sind überzufällig häufig mit anderen klinischen Auffälligkeiten assoziiert. Zu den wichtigsten klinischen Korrelaten zählen eine hohe Komorbidität mit anderen psychischen Störungen, ein hohes Ausmaß zwischenmenschlicher Schwierigkeiten und interpersonaler Dysfunktionen sowie Selbstwertprobleme respektive eine hohe Selbstunsicherheit. Diese Aspekte werden nachfolgend detaillierter dargestellt.

1.3.1 KOMORBIDITÄTSMUSTER

Personen, die irgendwann in ihrem Leben an einer Sozialen Angststörung erkranken, leiden überdurchschnittlich häufig unter weiteren psychopathologischen Beeinträchtigungen und komorbiden psychischen Störungen (den Boer, 2000; Koyuncu et al., 2019; Leichsenring et al., 2003; Lied & Müller, 2002; Pöhlmann et al., 2009; D. J. Stein et al., 2017). Übersichtsarbeiten kommen übereinstimmend zu dem Ergebnis, dass 80% - 90 % der Patienten mit Sozialer Angststörung während ihres Lebens eine komorbide Krankheit entwickeln (den Boer, 2000; Koyuncu et al., 2019).

Gemäß einer aktuellen Übersicht (Koyuncu et al., 2019) zählen zu den häufigsten Komorbiditäten:

- depressive Störungen mit 35% - 70%
- und bipolare Störungen mit bis zu 21%
- andere Angststörungen
 - spezifische Phobien bis 61%
 - Panikstörungen bis 27%
 - Agoraphobie bis 45%
 - Generalisierte Angststörung bis 27%
- Zwangsstörungen bis 19%
- Posttraumatische Belastungsstörung bis 16%
- Alkoholbezogene Störungen bis 50%
- Ängstlich-vermeidende Persönlichkeitsstörung bis zu 48%, wobei die phänomenologische Überschneidung dieser beiden Bilder groß ist und daher immer wieder diskutiert wird, ob es sich wirklich um distinkte Störungen oder unterschiedliche Schweregrade ein und derselben Störung handelt (Koyuncu et al., 2019; Stangier, 2002).

Auch Impulskontrollstörungen werden in bis zu 22% bei Betroffenen von Sozialen Angststörungen gefunden (D. J. Stein et al., 2017). In einer Stichprobe stationären Psychotherapiepatienten fanden sich bei sozial ängstlichen Patienten durchschnittlich insgesamt 3,3 klinische Diagnosen für seelische Störungen (Dally et al., 2005).

Soziale Angststörungen begünstigen die Ausbildung depressiver Episoden. Es konnte anhand einer 4-Jahres Follow-up-Studie (M. B. Stein et al., 2001) gezeigt werden, dass fast ein Viertel der Patienten, welche zu Untersuchungsbeginn unter einer Sozialen Angststörung litten, im Studienverlauf eine depressive Störung entwickelten. Weiter zeigte sich, dass Patienten welche sowohl eine depressive Störung als auch eine Soziale Angststörung aufweisen, häufiger Suizidgedanken, Suizidversuche und längere depressive Episoden aufweisen (M. B. Stein et al., 2001). 35% der Patienten mit Sozialer Angststörung hatten schon einmal Suizidgedanken und 14% bereits Suizidversuche (Wenzel, 2010). Das Suizidrisiko ist bei Patienten mit Major Depression und komorbiden sozialer Angststörung dreimal so hoch wie bei Patienten mit alleiniger Major Depression (Stangier et al., 2016).

Während Betroffenen von Sozialer Angststörung keine erhöhte Rate von komorbiden Essstörungen aufweisen, kommt keine andere Angststörungen bei Patienten mit Essstörungen so häufig vor wie die Soziale Angststörung (Schwalberg et al., 1992).

Es gibt Hinweise auf geschlechtsspezifische Komorbiditätsprofile (Asher et al., 2017) wobei komorbide substanzbezogenen Störungen bei Männern signifikant häufiger vorkommen als bei Frauen, die ihrerseits signifikant häufiger unter einer komorbiden posttraumatischen Belastungsstörungen leiden als Männer (Asher et al., 2017).

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass sich die Sozialen Angststörung u.a. durch eine hohe Komorbidität mit anderen psychischen Störungen auszeichnet. Komorbidität geht mit erhöhter Beeinträchtigung der sozialen Rollenfunktion, der zwischenmenschlichen Beziehungen und der Lebensqualität einher (Lau et al., 2021; M. B. Stein & Kean, 2000).

1.3.2 INTERPERSONALE PROBLEME

Das Objekt der Furcht setzt bei sozialer Angst immer einen realen oder imaginierten Interaktionspartner voraus, da ansonsten keine soziale Situation entstehen kann. Daher liegt es nahe, dass sozial ängstliche Personen ein hohes Maß an interpersonalen Problemen aufweisen. Das Konzept der interpersonalen Probleme basiert auf den Überlegungen von Sullivan (1953), T. Leary (1957) und ihren Nachfolgern (Kiesler, 1996). Dabei werden interpersonale Probleme entlang der beiden Achsen eines zweidimensionalen Raumes beschrieben. Diese sind zum einen die Achse Zuneigung mit den beiden Polen „feindselig-kaltes“ und „freundlich-fürsorgliches“ Verhalten sowie die Achse Macht mit den Polen „dominantes“ und „unterwürfiges“ Ver-

halten. Alden und Phillips (1990) führten mit dem Circumplex-Modell der interpersonalen Probleme weitere vier Gruppen hinzu, sodass nun interpersonale Probleme in acht Gruppen eingeteilt werden können. Diese sind folgend in Abbildung 3 illustriert.

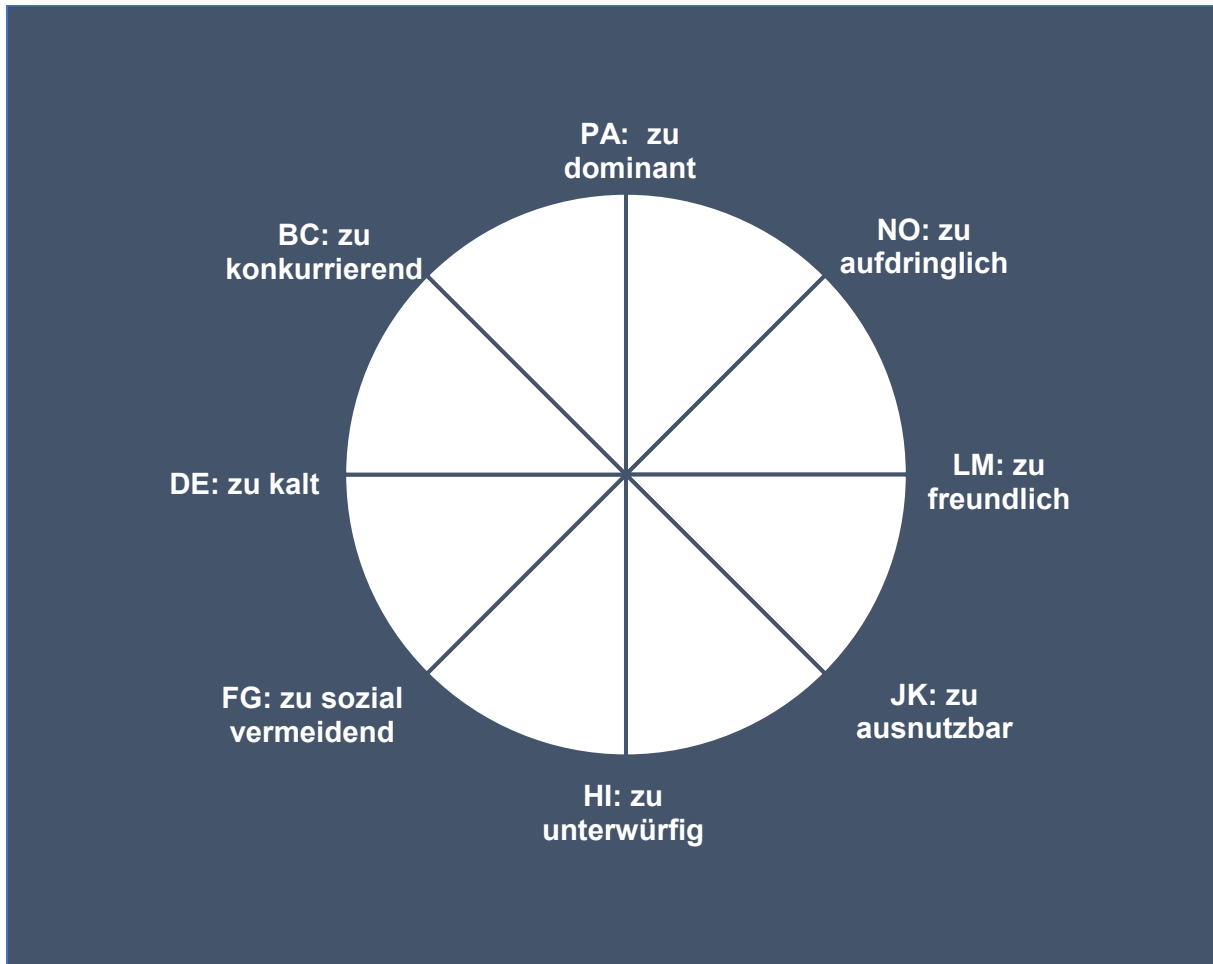


ABBILDUNG 3: CIRCUMPLEXMODELL INTERPERSONALER PROBLEME, ABB. ANGELEHNT AN TRACEY (2000)

In aktuellen Untersuchungen fanden sich für soziale ängstliche Probanden auf allen Skalen signifikante Unterschiede zu der nicht-sozial ängstlichen Kontrollgruppe (Spitzer et al., 2015). Die größten Unterschiede wurden in den Skalen „zu unterwürfig/selbstunsicher“ und „zu introvertiert/vermeidend“ gefunden. Dieses Ergebnis deckt sich mit der Beobachtung von Alden und Phillips (1990), welche sozial ängstliche Personen als signifikant mehr „zu unterwürfig“ und „zu kalt“ beschreiben.

Die Ausprägung sozialer Ängste korreliert mit der Schwere der interpersonalen Probleme. Diese sind am ausgeprägtesten bei der generalisierten Sozialen Angststörung, gefolgt von Personen mit Interaktionsängsten und Personen mit Bewertungsängsten (Spitzer et al., 2015). Zudem scheint es verschiedene Subtypen von interpersonalen Problemen bei sozial ängstli-

chen Personen zu geben: Kachin et al. (2001) unterscheiden dabei einen freundlich-submissiven Typus und einen kalt-dominanten Subtyp. Cain et al. (2010) beschreiben zudem einen kalt-submissiven Typus. Diese Subtypen erklären bei Analysen von interpersonalen Problemen bei sozial ängstlichen Personen scheinbare Widersprüche in unterschiedlichen Skalenwerten, da anzunehmen ist, dass die Untersuchungsstichprobe nicht homogen aus den einzelnen Subtypen zusammengesetzt ist.

Alden und Taylor (2004) vermuten eine sich selbst aufrechterhaltenden Kreislauf als Ursache für die Korrelation zwischen sozialen Ängsten und interpersonalen Problemen. Auslöser für solch einen Kreislauf sind negative Erfahrungen in Beziehungen mit nahestehenden Personen oder Defizite in der Erfüllung von sozialen Rollen (Stangier et al., 2016). Diese Erfahrungen führen im Sinne einer Selbstprotektion zu negativen Kognitionen sowie Angst und Vermeidung von sozialen Interaktionen. Durch die Antizipation von negativen Erfahrungen in sozialen Situationen steigt zudem die Wahrscheinlichkeit für negative Reaktion einer zuvor neutralen Personen (Curtis & Miller, 1986). Dieser Umstand erhält den Kreislauf. Sozial ängstliche Personen provozieren negative Reaktionen außerdem durch mangelndes prosoziales Verhalten wie mangelndes Interesse oder mangelnde nonverbale Zuwendung, niedrige soziale Skills, wenig Durchsetzungsvermögen und sichtbaren vegetativen und habituellen Angstreaktionen. Auch auf der Ebene des Mikroverhaltens wie etwa schlechter Blickkontakt, kurze Sprechdauer und Sprechpausen finden sich mögliche Gründe, wieso zuvor neutral eingestellte Personen innerhalb sozialer Situationen negativ auf sozial ängstliche Menschen reagieren und somit den Kreislauf interpersoneller Probleme aufrechterhalten (Alden und Taylor, 2004).

1.3.3 SELBSTUNSICHERHEIT UND LEBENSQUALITÄT

Selbstsicherheit kann als die bewertende Komponente der Selbstsicht aufgefasst werden (Baumeister et al., 2003) und reiht sich damit in einen Aspekt der Psychopathologie von sozialen Ängsten ein, nämlich der Bewertungsangst. Selbstunsicherheit umfasst dabei die Bereiche subjektive Einstellung zu sich selbst, soziale Angst und Hemmung und soziale Fertigkeiten (Ullrich de Muynck & Forster, 1974). Dadurch wird deutlich, dass Selbstunsicherheit und soziale Angst verwandte Konstrukte darstellen. Selbstunsicherheit kann als negative Emotion aufgefasst werden, welche sich als Angst vor sozialer Ablehnung aufgrund sozialer Aspekte wie Aussehen, Verhalten und/ oder Persönlichkeit äußert (Sachse et al., 2014). Dabei zeigt sich Selbstunsicherheit vor allem in der direkten Interaktion mit einem sozialen Gegenüber. Hingegen bedürfen soziale Ängste nicht zwangsläufig einer direkten Interaktion, sondern auch Situationen mit wenig direktem Kontakt, wie etwa das Essen in einem Restaurant oder das Vortragen vor Publikum, können als Auslöser der Ängste fungieren. Eine Kernkomponente der Selbstunsicherheit ist das Unvermögen, eigene Gefühle und Wünsche in einer sozialen Interaktion auszudrücken (Peneva & Mavrodiiev, 2013).

Selbstwert ist eng verbunden mit den Ansichten, die wir über uns selbst haben (Hoyer & Härtling, 2017). Dabei verbinden sich Personen mit hohem Selbstwert mit positiven Attributen und Personen mit geringem Selbstwert eher mit negativen Attributen. Das aktuelle Konzept des Selbstwertes unterscheidet zwischen explizitem Selbstwert, der Wert, welcher durch Selbstevaluation erhoben wird, und implizitem Selbstwert, welcher durch Assoziationen zum Selbst abgefragt wird und eher das unbewusste Selbstbild widerspiegelt (Greenwald & Banaji, 1995). Für sozial ängstliche Personen wird sowohl ein geringer expliziter als auch impliziter Selbstwert beschrieben (Tanner et al., 2006). Wenn auch geringer als bei nicht sozial ängstlichen Personen fanden sich in dieser Untersuchung dennoch positive Werte für den impliziten Selbstwert.

Die Lebensqualität (Quality of Life; QoL) bei Personen mit sozialen Ängsten bzw. Sozialer Angststörung ist deutlich reduziert (Lau et al., 2021). Eine aktuelle systematische Übersicht zu dieser Thematik berücksichtigte 25 Arbeiten, die übereinstimmend und über verschiedene Stichproben hinweg zu dem Befund kommen, dass soziale Ängste mit einer verminderten Lebensqualität in mehreren Lebensbereichen assoziiert ist und insbesondere mit der Komplexität, einer größeren Anzahl von gefürchteten oder auslösenden sozialen Situationen und komorbiden medizinischen und psychiatrischen Erkrankungen korreliert (Lau et al., 2021). Die untersuchten Stichproben der Studien, die in die genannte Übersicht eingeschlossen wurden, umfassten die Allgemeinbevölkerung, Bachelor-Studenten oder Gruppen von Patienten mit spezifischen körperlichen Erkrankungen oder psychischen Störungen (Lau et al., 2021). Untersuchungen zum Zusammenhang von QoL und sozialen Ängsten bei stationären Psychotherapiepatienten stehen aus.

1.4 VERLAUF SOZIALER ÄNGSTE

Soziale Angststörungen haben ein frühes Erstmanifestationsalter im späten Kindesalter bzw. in der frühen Adoleszenz mit einer abfallenden Inzidenzrate ab dem 21. Lebensjahr (Dalrymple et al., 2007). In einer großen epidemiologischen Untersuchung fanden Kessler et al. (2005), dass 75% der Betroffenen erstmals vor dem 15. Lebensjahr erkranken und 90% der Fälle bis zum 23. Lebensjahr auftreten.

Zum Verlauf konnten Merikangas et al. (2002) in ihrer Kohortenstudie mit einem Beobachtungszeitraum von 15 Jahren zeigen, dass soziale Angststörungen eine mittlere bis hohe Stabilität zeigen. Diese Stabilität stieg mit stärkerer Symptomausprägung. Es ließen sich jedoch symptomatische Schwankungen beobachten, wobei die klinische Ausprägung sozialer Ängste fluktuierte und dabei sowohl über als auch unter der Schwelle zur pathologischen sozialen Angst verlief (Merikangas et al., 2002). Unbehandelt haben soziale Ängste einen chronischen Verlauf mit geringer Spontanheilungstendenz.

Eine erste systematische Literaturübersicht (Steinert et al., 2013) fasst die Ergebnisse zum Verlauf der Sozialen Angststörung aus vier naturalistischen Kohorten- und neun Therapiestudien folgendermaßen zusammen:

- Betroffene aus der Allgemeinbevölkerung oder der hausärztlichen Primärversorgung haben einen besseren Langzeitverlauf als Patienten aus klinischen Stichproben. Die Remissionsrate lag in der Allgemeinbevölkerung bei 77% nach drei Jahren und die Wiederherstellungsrate von Patienten in der Primärversorgung bei 40% nach fünf Jahren.
- Klinische Stichproben zeigten überwiegend einen chronischen Verlauf der Sozialen Angststörung. Nur etwa die Hälfte der Patienten erlebte eine Besserung der Symptome innerhalb von sechs bis acht Jahren. Die Genesungsrate betrug nach zwei Jahren 20%, nach fünf Jahren 27% und nach 12 Jahren 37%.
- Als Prädiktoren für einen ungünstigen Verlauf wurden eine hohe Komorbidität mit anderen psychischen Störungen, ein frühes Manifestationsalter der Sozialen Angststörung und eine ausgeprägte Krankheitsschwere identifiziert (Steinert et al., 2013).

Eine weitere systematische Übersicht zur Spontanremission der Sozialen Angststörung (Vriends et al., 2014) bezog sowohl retrospektive wie auch prospektive Bevölkerungsstudien ein und analysierte gleichermaßen Teil- und Vollremissionen; Teilremission wurde dabei als Vorhandensein relevanter sozialer Ängste ohne Erreichen der diagnostischen Schwelle für eine Soziale Angststörung definiert. Bei prospektiven Untersuchungen schwankte die Remissionsrate zwischen 36% und 93%; in retrospektiven Ansätzen zwischen 3% und 80%. Die durchschnittliche Rate für Vollremissionen lag in prospektiven Studien bei 50% und bei 79%, wenn auch Teilremissionen gezählt wurden. In retrospektiven Analysen lag die durchschnittliche Remissionsrate im letzten Jahr bei 26% und bei 56% über die Lebensspanne (Vriends et al., 2014).

Die kurzfristige Stabilität sozialer Ängste bzw. der Sozialen Angststörung wird auch von einer Meta-Analyse bestätigt, die den Effekt des Wartens auf eine Psychotherapie untersucht (Steinert et al., 2017): Patienten, die im Rahmen randomisierter kontrollierter Studien der Warteliste zugewiesen wurden, zeigten über einen durchschnittlichen Zeitraum von gut 10 Wochen keine relevante Veränderung ihrer sozial ängstlichen Symptome, unabhängig davon, ob die Beschwerden über Fragebögen oder mittels klinischer Interviews erfasst wurden.

Bisher liegt nur eine Studie vor, die den Einfluss sozialer Ängste auf das symptombezogene Behandlungsergebnis untersucht hat (Pöhlmann et al., 2009). Diese kommt bei 613 Patienten einer universitären Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie zu dem Ergebnis, dass Patienten mit sozialen Ängsten im Vergleich zu jenen ohne diese Symptomatik nach der stationären Therapie stärker belastet sind. Eine Replikation dieser Analyse steht aus.

1.5 SCHLUSSFOLGERUNGEN UND HYPOTHESEN FÜR DIESE UNTERSUCHUNG

Die Ausführungen zum Stand der Forschung haben verdeutlicht, dass die Soziale Angststörung sowohl in der Allgemeinbevölkerung als auch in klinischen Stichproben eine prävalente, aber häufig nicht erkannte bzw. unterdiagnostizierte Störung darstellt, insbesondere wenn keine systematische, psychometrisch fundierte Diagnostik angewandt wird. Sie ist mit bestimmten soziodemographischen Merkmalen wie z.B. einem jüngeren Alter oder dem weiblichen Geschlecht vergesellschaftet und weist eine hohe Komorbidität mit anderen psychischen Störungen auf. Betroffene von Sozialer Angststörung leiden überdurchschnittlich an zwischenmenschlichen Problemen, Selbstunsicherheit und einer niedrigen Lebensqualität. Ob soziale Ängste den Erfolg einer stationären Psychotherapie (definiert als Symptomreduktion am Ende der Behandlung) beeinflussen, ist bisher nicht Gegenstand der Forschung gewesen.

Trotz der Vielzahl an Befunden sind diese nicht immer konsistent und nicht alle der genannten Aspekte im Bereich der stationären Psychotherapie, die in Deutschland eine wesentliche Rolle in der Versorgungslandschaft spielt (Spitzer et al., 2016), hinreichend untersucht. Vor diesem Hintergrund verfolgt diese Arbeit das Ziel, soziale Ängste bei Patienten in stationärer Psychotherapie genauer zu analysieren und dabei insbesondere ihre Häufigkeit, soziodemographischen und klinischen Korrelate sowie ihren Verlauf und ihre Relevanz für das symptombezogene Behandlungsergebnis detailliert zu untersuchen. Dazu wurde eine große Stichprobe erwachsener Patienten in stationärer Psychotherapie systematisch mit Verfahren für die Soziale Angststörung diagnostiziert und diese Befunde mit routinemäßig erhobenen Daten zu Diagnosen, Soziodemographie, Psychopathologie, interpersonellen Problemen, Selbstunsicherheit und Lebensqualität in Beziehung gesetzt.

Dabei wurden konkret folgende Fragestellungen verfolgt bzw. Hypothesen getestet:

- Soziale Ängste sind auch in einer diagnostisch heterogenen Stichprobe stationärer Psychotherapiepatienten ein häufiges Phänomen, das jedoch in der klinischen Routinediagnostik seltener diagnostiziert als unter Verwendung psychometrischer Instrumente. Dabei erlauben teststatistische Verfahren die Anwendung unterschiedlicher Indikatoren sozialer Ängste, die zwar konvergieren, aber nicht deckungsgleich sind.
- Patienten in stationärer Psychotherapie mit einer Sozialen Angststörung sind jünger und häufiger weiblich als jene ohne Soziale Angststörung; hinsichtlich anderer soziodemographischer Merkmale lassen sich aufgrund uneinheitlicher Vorbefunde keine gerichteten Hypothesen formulieren.
- Patienten in stationärer Psychotherapie, die unter einer Sozialen Angststörung leiden, sind psychopathologisch stärker beeinträchtigt als jene ohne eine Soziale Angststörung. Diese stärkere Beeinträchtigung spiegelt sich in signifikant mehr komorbiden psychischen Störungen wider sowie in selbst- und fremdbeurteilter Psychopathologie. Zudem wird vermutet, dass insbesondere andere Angststörungen signifikant häufiger bei Patienten mit sozialer Angststörung diagnostiziert werden als bei Patienten ohne soziale Ängste.
- Es besteht ein positiver Zusammenhang zwischen sozialen Ängsten und interpersonalen Problemen sowie Selbstunsicherheit und eine negative Assoziation mit Lebenszufriedenheit.
- Soziale Ängste nehmen unter stationärer Psychotherapie, d.h. von Aufnahme bis Entlassung, ab; diese Symptomreduktion findet sich sowohl bei dimensionaler Betrachtung als auch anhand kategorialer Parameter sowohl in der Gesamtstichprobe als auch in der Teilstichprobe der Patienten mit Sozialer Angststörung.
- Soziale Ängste beeinflussen das Behandlungsergebnis von stationärer Psychotherapie nachteilig. Dies gilt sowohl für die selbst- als auch fremdeingeschätzte Psychopathologie als auch für interpersonale Probleme.

2. MATERIAL UND METHODEN

2.1 STUDIENDESIGN UND DURCHFÜHRUNG

Diese Studie basiert auf Routinedaten von erwachsenen Patienten, die zwischen dem 01. März 2001 und dem 30. September 2002 im Fachklinikum Tiefenbrunn vollstationär behandelt wurden. Somit handelt es sich bei dieser Untersuchung um eine naturalistische Kohortenstudie mit sekundärer, retrospektiver Datenauswertung. Die Grundgesamtheit bezieht sich auf alle erwachsenen Patienten, die ab dem 01. März 2001 aufgenommen und bis zu dem 30. September 2002 entlassen wurden.

Das Fachklinikum Tiefenbrunn ist ein Krankenhaus für Psychotherapie, Psychiatrie und psychosomatische Medizin ohne regionalen Pflichtversorgungsauftrag mit insgesamt 182 vollstationären Behandlungsmöglichkeiten („Betten“), die auf drei Fachabteilungen aufgeteilt sind:

- Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
- Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
- Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie

Das Behandlungskonzept der Klinik ist psychodynamisch ausgerichtet und richtet sich insbesondere an Patienten mit strukturellen und psychosomatischen Störungen, bei denen die in Tiefenbrunn entwickelte, psychoanalytisch-interaktionelle Methode sowohl im Einzel- als auch im Gruppensetting angewandt wird (Streeck, 2014). Die Gruppenpsychotherapie findet dreimal wöchentlich mit einer Zeitdauer je Sitzung von 60 oder 90 Minuten statt, komplettiert durch ein oder zwei Einzelgespräche pro Woche. Hinzu kommen je nach Indikation Ergo- und Gestaltungstherapie, körpertherapeutische Verfahren, Physiotherapie, Entspannungsverfahren sowie regelmäßige Kontakte zu Pflege- und Sozialdienst. Die vorrangig psychotherapeutische Behandlung wird bei entsprechender Indikation leitliniengerecht durch eine differenzielle Psychopharmakotherapie ergänzt. Details zu dem Behandlungskonzept finden sich an anderer Stelle (Dally et al., 2015; Dümpelmann et al., 2013).

Das Fachklinikum Tiefenbrunn verwendet seit Anfang 2001 das Dokumentationssystem (Web-) AKQUASI (AKQUASI: aktive interne Qualitätssicherung; Zimmer & Moessner, 2012) zur Qualitätssicherung, das darüber hinaus auch eine Status-, Verlaufs- und Ergebnisdiagnostik ermöglicht. Sowohl bei Aufnahme in die Klinik als auch bei Entlassung aus der vollstationären Behandlung werden behandlungsrelevante soziodemografische und klinische Merkmale durch die Patienten qua Selbstbericht als auch durch die Behandler im Sinne einer Expertenbeurteilung erfasst. Eine ausführliche Darstellung der Verfahren, die in dieser Studie ausgewertet wurden, findet sich in Kapitel 2.2.

Weil die hier vorgelegte Untersuchung im Kern auf soziale Ängste fokussiert, wurden nur Datensätze von jenen Patienten eingeschlossen, für welche das zentral interessierende Konstrukt mit den Fragebögen Social Phobia Scale (SPS) und Social Interaction Anxiety Scale

(SIAS; vgl. Abschnitt 2.2.1) bei Aufnahme und Entlassung erhoben werden konnte. Weitere Ein- und Ausschlusskriterien wurden nicht formuliert.

Diese Studie wurde von der Ethikkommission an der Medizinischen Fakultät Rostock beraten und positiv beschieden (Registriernummer: A 2019-0207).

2.2 TESTINSTRUMENTE

Nachfolgend werden jene Verfahren dargestellt, die für die Beantwortung der Fragestellungen ausgewertet wurden.

2.2.1 SOCIAL PHOBIA SCALE (SPS) UND SOCIAL INTERACTION ANXIETY SCALE (SIAS)

Die Social Phobia Scale (SPS) und die Social Interaction Anxiety Scale (SIAS) sind international anerkannte und gut etablierte Selbstbeurteilungsinstrumente, welche unterschiedliche Aspekte sozialer Ängste erfassen. Beide Fragebögen wurden ursprünglich von Mattick und Clarke (1998) in englischer Sprache entwickelt, liegen jedoch mittlerweile auch in einer deutschen Version vor (Stangier et al., 1999). Beide Verfahren umfassen jeweils 20 Aussagen, deren Zutreffen auf einer fünfstufigen Likert-Skala (von 0 = „überhaupt nicht“ bis 4 = „sehr stark“) eingeschätzt werden soll, so dass höhere Werte ein höheres Ausmaß an Pathologie bedeuten.

Während die SIAS vor allem Interaktionssituationen (z.B. ein Gespräch mit einer fremden Person oder Blickkontakt aufnehmen) erfasst, bildet die SPS vorrangig Leistungssituationen ab (z.B. das Reden vor Publikum oder Essen in der Öffentlichkeit). Zur Diagnostik sozialer Ängste empfiehlt es sich daher, beide Fragebögen simultan vorzulegen, um die beiden unterschiedlichen Aspekte zu erfassen. Darauf haben u.a. Brown und Mitarbeiter (1997) mit folgenden Befunden hingewiesen. Sie fanden relevante Korrelation zwischen der Anzahl gefürchteter Situationen, gemessen mit dem Anxiety Disorder Interview Schedule – Revised (ADIS-R), und SIAS beziehungsweise SPS. Für Leistungssituationen wurde eine Korrelation mit der SPS von $r = 0,53$ und mit der SIAS von $r = 0,28$ berechnet. Für Interaktionssituationen lag die Korrelation mit der SIAS bei $r = 0,53$ und mit der SPS bei $r = 0,18$.

Die Reliabilität, hier definiert über die interne Konsistenz und operationalisiert über Cronbachs α , wird für beide Fragebögen als sehr gut ausgewiesen (Stangier et al. 1999): Cronbach α liegt für die SIAS bei 0,94 und bei $\alpha = 0,94$ für die SPS auf (Stangier et al., 1999). Als Hinweis auf die konvergente Validität konnte für die SPS eine Korrelation von $r = 0,76$ sowie für die SIAS von $r = 0,71$ mit der Unterskala „Unsicherheit im Sozialverhalten“ der SCL-R 90 nachgewiesen werden (Heinrichs et al., 2002). Im Sinne der diskriminanten Validität erlauben sowohl SIAS als auch SPS die Differenzierung sozialängstlicher Patienten von gesunden Probanden und Patienten mit anderen Angststörungen (Heimberg et al., 1992; Mattick et al., 1989)

Für beide Skalen lassen sich Cut-off Werte bestimmen, die bei der Diagnosestellung einer Sozialen Angststörung hilfreich sein können. Brown und Kollegen (1997) ermittelten als optimale Werte für die SIAS einen Cut-off ≥ 34 und für die SPS ≥ 24 fest, wobei als Referenz das Anxiety Disorders Interview Schedule-Revised (ADIS-R, Di Nardo & Barlow, 1988) diene. Bei diesen Cut-off Werten findet sich eine Sensitivität für SIAS von 86% und für SPS von 76% sowie eine Spezifität für SIAS von 70% und für SPS von 72% (Brown et al., 1997).

Für die deutsche Version der Fragebögen fanden Heinrichs und Kollegen (2002) für SPS > 24 eine Sensitivität von 73,9% und eine Spezifität von 64% sowie für SIAS > 35 eine Sensitivität von 73,9 und eine Spezifität von 75,2%.

Diese Cut-off Werte wurden in der vorliegenden Arbeit verwendet: Das Überschreiten der jeweiligen Werte wurde als Indikator für Soziale Ängste gewertet. Zudem wurde der Verdacht auf eine Social Anxiety Disorder (SAD; Soziale Angststörung) angenommen, wenn in beiden Verfahren die jeweiligen Cut-off Werte überschritten wurden (SAD = SPS ≥ 24 und SIAS ≥ 34).

2.2.2 BEEINTRÄCHTIGUNGS-SCHWERE-SCORE (BSS)

Der Beeinträchtigungs-Schwere-Score (Schepank, 1995) ist ein Fremdevaluationsverfahren, bei dem die Beeinträchtigung eines Patienten durch seine psychogene Erkrankung von einem Therapeuten beurteilt wird. Dabei werden drei Dimensionen beurteilt:

1. Körperliche Beeinträchtigung (kö),
2. Psychische Beeinträchtigung (psy) und
3. Sozialkommunikative Beeinträchtigung (soko).

Jede Dimension umfasst fünf Schweregrade von 0 = „keine Beeinträchtigung“ bis 4 = „extreme Beeinträchtigung“. Die verschiedenen Dimensionen ermöglichen eine Einschätzung, in welchem Bereich die Störung schwerpunktmäßig liegt. Durch Summation der Einzelwerte ergibt sich der Gesamt-BSS mit einem Maximalwert von 12, der die Einschätzung der insgesamt Beeinträchtigung des Patienten zulässt. Dabei werden Werte von 0-4 als leichte Beeinträchtigung, von 5-8 als mittlere und Werte von 9-12 als schwere Beeinträchtigung betrachtet (Tritt et al., 2003). Ab einem Cut-off-Wert > 5 des Gesamt-BSS kann von dem Vorliegen einer psychogenen Erkrankung ausgegangen werden (Schepank, 1995). Bessert sich der Gesamt-BSS im Verlauf einer Therapie > 2 Punkte, ist dies als „klinisch signifikante Besserung“ zu betrachten (Franz et al., 2000; Schepank, 1995). Der Test ist unabhängig von Pathogenesetheorien (Schepank, 1995). Seine Validität wird durch relevante Korrelationen der Skalen des BSS mit dem Freiburger Persönlichkeitsinventar (FPI) (Fahrenberg et al., 2001) oder den Gießen-Test (GT) (Geue et al., 2016) belegt. Die Interraterreliabilität des BSS liegt bei $r = 0,89-0,99$ (Schellberg, 1995). Das Verfahren eignet sich zur individuellen Patientenbeurteilung, zum Vergleich von Therapieeffekten und zur Katamnese- sowie zur Grundlagenforschung (Schepank, 1995).

2.2.3 SYMPTOM-CHECKLISTE (SCL-90-R)

Die Symptomcheckliste (SCL-90-R) ist eine häufig verwendete Skala zur Erfassung psychopathologischer und somatischer Symptome (Derogatis & Cleary, 1977)). Der Fragebogen ermöglicht im Rahmen einer Selbstbeurteilung anhand standardisierter Fragen eine zeitökonomische Auskunft über das aktuelle Befinden des Probanden, ohne die Symptome in eigenständige Worte fassen zu müssen. Die Symptomcheckliste SCL-90-R eignet sich durch die einfache Möglichkeit der Messwiederholung gut für Verlaufsbeurteilungen. Die deutschsprachige Version des SCL-90 wurde von Franke (2002) nutzbar gemacht und umfasst 90 Items. Jede Frage wird mithilfe einer fünfstufigen Likert-Skala beantwortet (von 0 = „überhaupt nicht“ bis 4 = „sehr stark“). Dabei soll sich die Beurteilung auf den Zeitraum der vergangenen sieben Tage bis zum Zeitpunkt der Bearbeitung des Fragebogens beschränken. Ausgewertet bietet der Fragebogen Auskunft über die psychische Belastung in Bezug auf neun Skalen und drei Global Kennwerte, wobei der Global Severity Score am häufigsten genutzt wird, da er eine Einschätzung der generellen psychischen Belastung erlaubt.

Die neun Skalen sind:

- Somatisierung
- Unsicherheit im Sozialkontakt
- Ängstlichkeit
- Phobische Angst
- Psychotizismus
- Zwanghaftigkeit
- Depressivität
- Aggressivität/ Feindseligkeit
- Paranoides Denken

N. Schmitz et al., 2000 haben in einer Validierungstudie eine hohe interne Konsistenz für die SCL-90-R finden können: Die Werte für Cronbachs α variierten dabei für die einzelnen Skalen von $\alpha = 0,78$ bis $0,90$. Für den Globalwert GSI wurde dabei ein $\alpha = 0,97$ in einer Gruppe von ambulanten psychosomatischen Patienten. Des weiteren konnte die Validität der Skala gezeigt werden anhand der Korrelation zwischen neun Skalen des SCL-90-R und den Werten des Inventars zur Erfassung Interpersonaler Probleme (IIP-C) (Horowitz et al., 1988) und des General Health Questionnaire (GHQ-12) (Goldberg & Williams, 2006). Für den GSI wurde ein Person Korrelationskoeffizient von $r = 0,63$ für die IPP-C und $r = 0,70$ für den GHQ-12 gefunden (N. Schmitz et al., 2000). Der SCL-90-R gibt also Auskunft über einzelne Symptomkomplexe als auch über die generelle psychische Belastung des Probanden. Der Fragebogen eignet sich zur Erhebung eines psychischen Status sowie zur Verlaufsbeurteilung und dem Screening für psychische Erkrankungen.

2.2.4 INVENTAR ZUR ERFASSUNG INTERPERSONALER PROBLEME (IIP)

Das Inventar zur Erfassung interpersonaler Probleme (IIP) dient der Erhebung von Schwierigkeiten im Umgang und Kontakt mit anderen Menschen. Da zwischenmenschliche Schwierigkeiten sowohl als Ursache wie auch als Folge von Psychopathologie verstanden werden können, sind sie Theorie unabhängig und Therapieverfahren übergreifend bedeutsam im Kontext psychischer Erkrankungen. Daher stellt das IIP ein wichtiges Werkzeug in der Routinediagnostik dar. In seiner ursprünglichen Form wurde das Inventar zur Erfassung interpersonaler Probleme von Horowitz und Kollegen (1988) entwickelt und umfasste 127 Items. Die aktuelle deutschsprachige Version des IIP (Horowitz, Alden, Wiggins & Pincus, 2000) basiert auf dem von Leary beschriebenen Konzept interpersonaler Probleme (T. Leary, 1957). Dadurch kann das Verhalten einer Person im zwischenmenschlichen Kontakt auf zwei Achsen eines zweidimensionalen Raumes beschrieben werden. Eine Dimension ist dabei „Affiliation“ (Bezogenheit, Zuneigung, Gemeinschaft), die andere „Dominanz“ (Kontrolle, Macht, Durchsetzung). Dieses Modell wurde durch Alden und Phillips (1990) zum Circumplexmodell Interpersonaler Probleme um 4 weitere Pole innerhalb dieses Raumes erweitert. Sich ähnelnde Ausprägungen liegen auf dem Kreismodell nebeneinander, gegensätzliche liegen gegenüber und unabhängige Verhaltensweisen liegen im rechten Winkel zueinander. Ausgehend von diesem Modell besteht das IIP aus den folgenden acht Skalen:

- PA: zu dominant
- DE: zu kalt
- HI: zu unterwürfig
- LM: zu freundlich
- BC: zu konkurrierend
- FG: zu sozial vermeidend
- JK: zu ausnutzbar
- NO: zu aufdringlich

Das IIP liegt in einer 127 Item umfassenden Langform sowie in einer aus 64 als auch 32 Items bestehenden Kurzform vor (Thomas et al., 2011). In der hier eingesetzten Kurzform mit 64 Items sind jeder der acht Circumplexskalen jeweils acht Items zugeordnet. Diese Items beschreiben interaktionale Situationen. Diese sollen von Patienten anhand einer fünfstufigen Likert-Skala eingeschätzt werden (von 0 = „nicht“ bis 4 = „sehr stark“). 39 Items beginnen mit „Es fällt mir schwer, ...“ (z.B. „Es fällt mir schwer, anderen Menschen zu vertrauen.“); 25 Items sind in der Art „Ich tue ... zu sehr“ (z.B. „Ich streite mich zu viel mit anderen.“) formuliert. Durch Aufsummierung und Zuordnung der Itemrohwerte zu einer der acht Circumplexskalen ergibt sich für jede der Skalen ein Skalenrohwert. Darüber hinaus wird auch der 64-Item-Gesamtwert

(IIP_{ges}) ermittelt, er entspricht dem Mittelwert aller Skalenrohwerter. Die interne Konsistenz variiert mit einem $\alpha = 0,71-0,82$ für die 64 Item Testversion und einem $\alpha = 0,6 - 0,8$ für die 32 Item Testversion (Thomas et al., 2011). Die Validität konnte bei beiden Versionen mehrfach repliziert werden, sodass gute psychometrischen Kennwerten vorliegen (Brähler et al., 1999; Horowitz, Alden, Kordy & Strauß, 2000).

2.2.5 UNSICHERHEITSFRAGEBOGEN (U-FB)

Der Unsicherheitsfragebogen (U-FB) (Ullrich de Muynck & Ullrich, 1978) ist ein Instrument zur Erfassung von Selbstunsicherheit und sozialer Kompetenz. Unter sozialer Kompetenz wird dabei die Fähigkeit verstanden, welche sozial kompetentes Verhalten möglich, jedoch nicht vollständig ausmacht (Petermann & Petermann, 1989). Selbstunsicherheit setzt sich dabei aus den Bereichen subjektive Einstellung zu sich selbst, soziale Angst und Hemmung sowie soziale Fertigkeiten zusammen (Ullrich de Muynck & Ullrich, 1978). Der UFB umfasst 65 Items, welche anhand einer sechsstufigen Likert-Skala (von 0 = „stimmt gar nicht“ bis 5 = „stimmt vollkommen“) eingeschätzt werden. Dabei werden folgende Skalen abgefragt:

- Fehlschlag und Kritikangst: umfasst die soziale Angst im Sinne der Angst vor Blamage, Misserfolg und öffentlicher Beurteilung.
- Kontaktangst: umfasst Angst im Sinne von Zuneigungsäußerung, Schüchternheit und Schwierigkeiten im Umgang mit dem anderen Geschlecht sowie Ängste davor anderen zur Last zu fallen und Verpflichtungen.
- Fordern können: Maß des sozial kompetenten Verhaltens
- Nicht-Nein-Sagen-Können
- Schuldgefühle
- Anständigkeit: Umfang der Beachtung von Normen und Peinlichkeit durch mögliche Verletzung solcher Anstandsregeln.

Die interne Konsistenz liegt zwischen einem (operationalisiert über Cronbachs α) liegt zwischen 0,91 und 0,95 (Ullrich de Muynck & Ullrich, 1978). Die Retestrelabilität schwankt für die einzelnen Skalen zwischen $r_{tt} = 0,71$ und 0,83. Dierk et al., 2002 konnten zeigen, dass das Konstrukt der sozialen Kompetenz, gemessen vom U-FB, stark mit den Skalen „introvertiert/ausnutzbar“, „selbstunsicher/unterwürfig“ und „ausnutzbar/nachgiebig“ des IIP korreliert.

2.2.6 FRAGBOGEN ZUR LEBENSZUFRIEDENHEIT

Der Fragebogen zur Lebenszufriedenheit wurde von Fahrenberg et al. (1986) im Rahmen eines Forschungsprojektes zur psychologischen und medizinischen Rehabilitation von Herz-Kreislauf-Patienten entwickelt und enthielt ursprünglich acht Skalen. In der heutigen Fassung wurde der Fragebogen zur Lebenszufriedenheit um zwei Skalen erweitert (Schumacher et al., 1995). Diese zehn Skalen umfassen verschiedene Lebensbereiche, die nachfolgend dargestellt sind.

- Gesundheit
- Arbeit und Beruf
- Finanzielle Lage
- Freizeit und Hobby
- Ehe und Partnerschaft
- Beziehung zu den Kindern
- Eigene Person
- Sexualität
- Freunde und Bekannte
- Wohnsituation

Die zehn Skalen umfassen je sieben Items und einen Summenwert als Index der allgemeinen Lebenszufriedenheit. Die Items können auf den Stufen von (1) sehr zufrieden bis (7) sehr unzufrieden beantwortet werden. Die Normierung fand an einer bevölkerungsrepräsentativen Stichprobe von 2870 Personen statt. Die Normen gliedern sich in Geschlechtszugehörigkeit und sieben Altersgruppen. Der Fragebogen zur Lebenszufriedenheit hat als standardisierter Fragebogen eine hohe Durchführungs- und Auswertungsobjektivität sowie einen Konsistenzkoeffizienten (Cronbachs α) zwischen 0,82 und 0,94 (Fahrenberg et al., 2000). Als Hinweis auf die Validität des Verfahrens konnten einige theoriekonforme Assoziationen mit soziodemographischen Merkmalen wie zum Beispiel Einkommen, Alter oder Geschlecht sowie zu einigen Persönlichkeitsmerkmalen wie Emotionalität, soziale Resonanz und positive Grundstimmung festgestellt werden (Geue et al., 2016). Im Folgenden wird der Fragebogen zur Lebensqualität als „LQ“ für „Life Quality“ abgekürzt.

2.3 STATISTISCHE AUSWERTUNG

Der für diese Arbeit verwendete Datensatz wurde mit Hilfe des Statistikprogramms IBM® SPSS® Statistics Version 27 analysiert.

In einem ersten Schritt wurde die Grundgesamtheit aller Patienten auf fehlende Daten in den zentralen Ergebnisparameter SPS und SIAS untersucht. Patienten, für die keine Daten vorlagen, wurden ausgeschlossen und so die Untersuchungsstichprobe gebildet. Sowohl für die Gesamt- als auch für die Untersuchungsstichprobe wurde die deskriptive Statistik berechnet

und je nach Datenstruktur die Anzahl (N) und der korrespondierende Prozentwert (%) bzw. der Mittelwert (M) und die dazu gehörige Standardabweichung (SD) dargestellt; in einzelnen Fällen wurde zudem der minimale und der maximale Werte (Minimum – Maximum) angegeben.

Unterschiede hinsichtlich basaler soziodemographischer Merkmale zwischen der Untersuchungsstichprobe und der Teilstichprobe, der ausgeschlossenen Fällen, wurden ja nach Datenstruktur mittels des χ^2 -Tests oder der einfaktoriellen Varianzanalyse (ANOVA) analysiert. Als Indikatoren für soziale Ängste wurden neben der klinischen Diagnose einer sozialen Phobie das Überschreiten der Cut-off Werte in der SPS bzw. der SIAS gewertet; zudem wurde eine Social Anxiety Disorder (SAD) angenommen, wenn in beiden Verfahren die Schwellenwerte überschritten wurden (vgl. Abschnitt 2.2.1). Neben der Darstellung der absoluten und relativen Häufigkeit dieser Indikatoren wurde ihre Übereinstimmung berechnet. Dazu wurden je zwei Indikatoren mittels des χ^2 -Tests zueinander in Beziehung gesetzt und Cohens κ als Maß der Übereinstimmungsgüte bestimmt. Die Interpretation von Cohens κ wurde anhand der Empfehlung von Landis und Koch (1977) vorgenommen.

TABELLE 1: ÜBEREINSTIMMUNG NACH LANDIS UND KOCH

κ	Übereinstimmung
< 0	Keine
0,10-0,40	Schwache
0,41-0,60	Deutliche
0,61-0,8	Starke
0,81-1	Fast vollständig

Um soziodemographische und klinische Korrelate sozialer Ängste zu bestimmen, wurde die Untersuchungsstichprobe in zwei Teilstichproben geteilt: Jene Patienten, die bei Aufnahme in der SPS und der SIAS die Schwellenwerte überschritten, wurde als Teilstichprobe mit V.a. SAD denjenigen Patienten gegenübergestellt, bei denen kein V.a. SAD vorlag. Diese beiden Gruppen wurden bei nominaler Datenstruktur mittels des χ^2 -Tests auf signifikante Unterschiede verglichen. Um die beiden Teilstichproben hinsichtlich der angewandten psychometrischen Verfahren zu vergleichen, wurde zunächst deren Verteilung mittels Kolmogorov-Smirnov-Test geprüft. Diese Analysen ergaben, dass keine Normalverteilung vorlag (die detaillierten Ergebnisse sind in Tabelle A1 im Anhang dargestellt). Für die Vergleiche der unter 2.2.2. bis 2.2.6. erläuterten Verfahren zwischen den Teilstichproben mit und ohne SAD wurde daher der Mann-Whitney-U Test angewandt.

Um den Verlauf sozialer Ängste von Beginn zum Abschluss der stationären Behandlung zu analysieren, wurden zwei Ansätze gewählt: (i) die durchschnittlichen Werte in der SPS bzw. in

der SIAS bei Aufnahme wurden mit jenen bei Entlassung verglichen. Weil auch die SPS- respektive SIAS-Werte nicht normalverteilt waren, wurde für diesen Vergleich der Wilcoxon-Test für verbundene Stichproben genutzt. Die Analysen wurde sowohl für die gesamte Untersuchungsstichprobe als auch für die Teilstichprobe mit SAD durchgeführt; (ii) die absoluten und relativen Häufigkeiten der Indikatoren für soziale Ängste wurden zwischen Aufnahme und Entlassung verglichen.

Als letzte Frage wurde untersucht, ob soziale Ängste Einfluss auf das Behandlungsergebnis haben. Dazu wurden in einem ersten Schritt analysiert, ob sich die Werte in den dargestellten Skalen zur Symptomatik (BSS und SCL-90-R) und interpersonalen Problemen (IIP) von Aufnahme zu Entlassung verändern und ob diese Veränderungen signifikant sind; zudem wurden die Effektstärken d für diese Unterschiede ermittelt. Die jeweiligen Berechnungen wurden zunächst für die gesamte Untersuchungsstichprobe und dann für die beiden Teilstichproben mit bzw. ohne SAD durchgeführt. Während diese Analysen einen ersten Eindruck von dem Einfluss einer SAD vermitteln, erlauben sie keine statistisch fundierte Aussage. Dazu wurden Regressionsanalysen berechnet: Als abhängige Variable wurden die Entlassungswerte der jeweiligen psychometrischen Instrumente in die Regressionsgleichung eingegeben; als Prädiktorvariable fungierte die Zugehörigkeit zur Teilstichprobe mit bzw. ohne SAD. Weil sich beide Teilstichproben in relevanten soziodemographischen Merkmalen signifikant unterscheiden, wurden diese ebenso wie die Behandlungsdauer als Kovariate in den Regressionsgleichungen berücksichtigt. Folgende Parameter der Regressionsanalysen werden in Bezug auf die Gruppenzugehörigkeit berichtet: der Beta-Wert (B) und der korrespondierende Standardfehler (SE), das standardisierte Beta (β), der T-Wert sowie der entsprechende Signifikanzwert (p).

Für alle Analysen wurde als Signifikanzniveau ein $p \leq 0,05$ gefordert.

3. ERGEBNISSE

3.1 SOZIODEMOGRAPHISCHE CHARAKTERISTIKA DER STICHPROBE

Im Untersuchungszeitraum wurden ab dem 01.03.2001 und bis 30.09.2002 insgesamt 902 erwachsene Patienten im Fachklinikum Tiefenbrunn stationär aufgenommen und entlassen (Gesamtstichprobe); Daten aus der Routinediagnostik bei Aufnahme und Entlassung dieser Patienten stellen die Grundlage für diese Studie dar. Gemäß der Ein- und Ausschlusskriterien konnten 631 Probanden ausgewertet werden, so dass die Untersuchungsstichprobe 70,0% der Gesamtstichprobe umfasste.

Bei 78 Patienten (8,6% der Gesamtstichprobe) lagen bei Aufnahme keine Werte für die SPS vor, bei weiteren 7 potenziellen Studienteilnehmern (0,8%) fehlten Daten zur SIAS. Bei Entlassung fehlten SPS-Daten von 183 Patienten (20,3%) und bei zwei weiteren potenziellen Studienteilnehmern (0,2%) die Werte zum SIAS.

Das Flussdiagramm in Abbildung 4 veranschaulicht die Anzahl der potenziellen Studienteilnehmer (Gesamtstichprobe), die aus verschiedenen Gründen ausgeschlossenen Patienten und die resultierende Untersuchungsstichprobe.

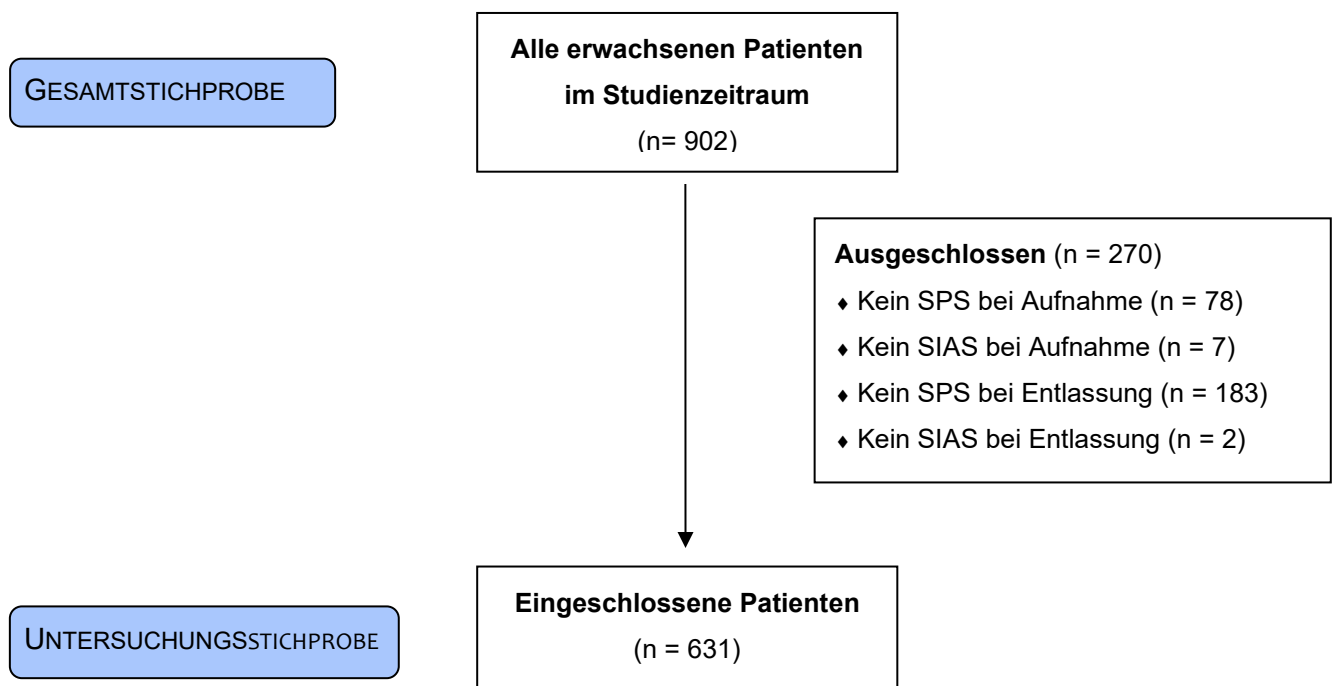


ABBILDUNG 4: ZUSAMMENSETZUNG GESAMTSTICHPROBE UND UNTERSUCHUNGSSTICHPROBE

Die Gesamtstichprobe umfasste 598 Patientinnen (66,3%) und 304 Patienten (33,7%); ihr Durchschnittsalter betrug 33,7 Jahre (SD = 11,01; Minimum: 18 - Maximum: 70). Angaben zum Familienstand und höchsten Schulabschluss sind zusammenfassend in Tabelle 2 dargestellt.

TABELLE 2: FAMILIENSTAND UND SCHULABSCHLUSS GESAMTSTICHPROBE

	Gesamtstichprobe	
	N	%
Familienstand		
ledig	570	63,2
verheiratet	193	21,4
nach Beziehung*	139	15,4
Höchster Schulabschluss		
Hauptschulabschluss	165	19,4
Realschule/ Mittlere Reife	277	32,6
Abitur/Fachhochschulreife	366	43,1
Sonstige**	41	4,6
fehlend/ keine Angaben	53	5,9

LEGENDE 1: *GESCHIEDEN, VERWITWET, GETRENNT; ** SONDERSCHULE, OHNE SCHULABSCHLUSS, NOCH IN DER SCHULE, SONSTIGER ABSCHLUSS

Vergleichende Analysen zwischen der Untersuchungsstichprobe und der Teilstichprobe der ausgeschlossenen Patienten ergaben, dass keine signifikanten Differenzen zwischen beiden Gruppen hinsichtlich des Alters, der Geschlechtsverteilung und des Familienstandes bestanden. Jedoch unterschieden sich die Gruppen hinsichtlich der Verteilung der Schulabschlüsse signifikant ($\chi^2 = 12,72$; $p = 0,01$). In der Untersuchungsstichprobe hatten Probanden häufiger Abitur (N = 287; 45,9%) als in der Teilstichprobe der ausgeschlossenen Patienten (N = 79; 35,3%), in der wiederum mehr Probanden einen Hauptschulabschluss aufwiesen (N = 51 ; 22,8%) als in der Untersuchungsstichprobe (N = 114; 18,2%). Die detaillierten Ergebnisse dieser Vergleiche sind in Tabelle 3 dargestellt.

TABELLE 3: SOZIODEMOGRAPHISCHER VERGLEICH UNTERSUCHUNGSSTICHPROBE AUSGESCHLOSSENE FÄLLE

	Untersuchungs- stichprobe		Ausgeschlossene Fälle		Statistik	
	N	%	N	%	χ^2	p
Geschlecht	631	70,0	271	30,0	1,39	0,24
männlich	205	32,5	99	36,5		
weiblich	426	67,5	172	63,5		
Familienstand					1,41	0,49
ledig	393	62,3	177	65,3		
verheiratet	135	21,4	58	21,4		
nach Beziehung*	103	16,3	36	13,3		
Höchster Schulabschluss					13,64	0,01
Hauptschulabschluss	114	18,1	51	22,5		
Realschule/Mittlere Reife	201	32,0	76	33,5		
Abitur/Fachhochschul- reife	287	45,6	79	34,8		
Sonstige**	23	3,7	18	7,9		
Keine Angaben	4	0,6	3	1,3		
Alter	M	SD	M	SD	F	p
	34,17	11,11	32,68	10,72	3,49	0,06

LEGENDE 2: *GESCHIEDEN, VERWITWET, GETRENNT; ** SONDERSCHULE, OHNE SCHULABSCHLUSS, NOCH IN DER SCHULE, SONSTIGER ABSCHLUSS

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass die Untersuchungsstichprobe durchschnittlich 34,2 Jahre (SD = 11,1) alt war und zu gut zwei Dritteln (67,5%) aus Frauen bestand. Die überwiegende Mehrheit (62,3%) war ledig und gut ein Fünftel (21,4%) war verheiratet; die übrigen Studienteilnehmer (16,3%) waren geschieden, getrennt lebend oder verwitwet. Der überwiegende Anteil der Untersuchungsstichprobe hatte Abitur bzw. die Fachhochschulreife (45,9%), gefolgt von jenen Realschulabschluss bzw. Mittlerer Reife (32,2%) und dem Hauptschulabschluss (18,2%).

Die durchschnittliche Behandlungsdauer betrug 93,6 Tage (SD = 45,0; Minimum - Maximum = 12 - 250 Tage). Abbildung 5 veranschaulicht die Verteilung der Behandlungsdauer. Es fand sich kein signifikanter Unterschied zwischen der Gruppe SAD (Mittelwert: 105,49 d; SD: 44,15) und keine SAD (Mittelwert: 85,76; SD: 43,80) in Bezug auf die Behandlungsdauer (χ^2 : 153,32; p: 0,24).

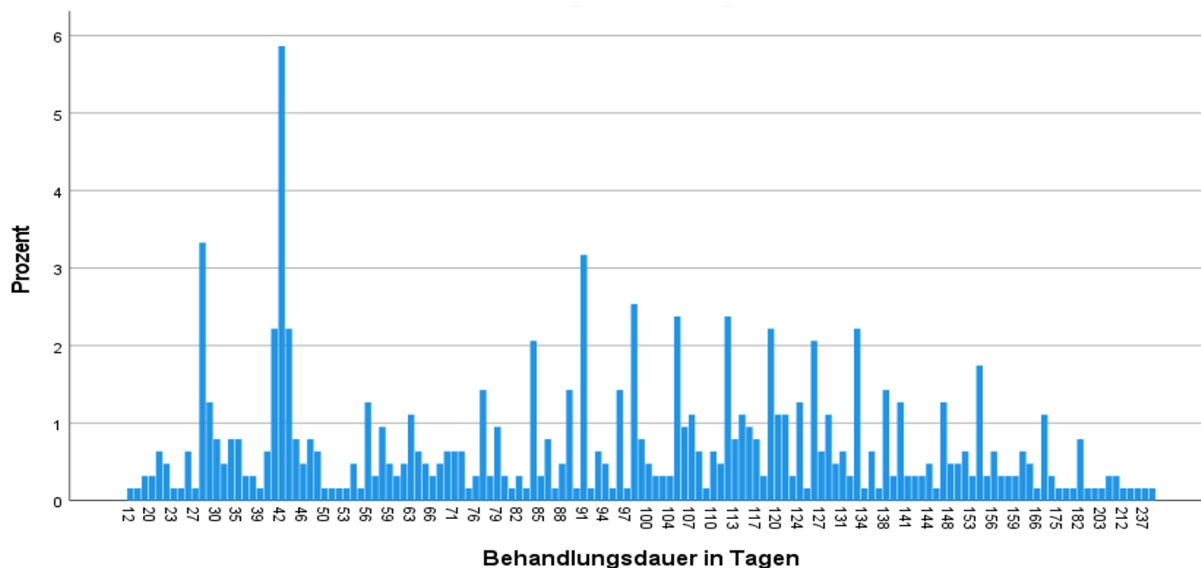


ABBILDUNG 5: PROZENTUALER ANTEIL DER AUFENTHALTSDAUER IN TAGEN

3.2 INDIKATOREN SOZIALER ÄNGSTE

Neben der klinischen Diagnose einer sozialen Phobie wurden in dieser Untersuchung drei weitere Indikatoren sozialer Ängste analysiert:

- Werte in der SPS ≥ 24
- Werte in der SIAS ≥ 34
- V.a. Social Anxiety Disorder (SAD) = SPS ≥ 24 und SIAS ≥ 34

In diesem Kapitel werden zunächst die Befunde zur Häufigkeit dieser Indikatoren dargestellt und dann die Ergebnisse ihrer Übereinstimmungsgüte.

3.2.1 HÄUFIGKEIT DER INDIKATOREN FÜR SOZIALE ÄNGSTE

Die klinische Diagnose einer sozialen Phobie (ICD-10 F40.1) wurde bei insgesamt 154 Patienten (24,4%) gestellt. Bei 48 Patienten (7,6%) war dies die Hauptdiagnose und bei 106 Studienteilnehmern (16,8%) wurde eine soziale Phobie als Nebendiagnose vergeben.

Bei Aufnahme in die stationäre Behandlung erreichten 285 Patienten (45,2%) SPS-Werte von 24 oder höher. Bei 356 Studienteilnehmern (56,4%) wurden SIAS-Werte von 34 oder darüber festgestellt.

Die Kombination von Werten in der SPS ≥ 24 und in der SIAS ≥ 34 wurde bei 250 Patienten (39,6%) gefunden. Bei dieser Patientengruppe bestand somit aufgrund der Befunde in der SPS und in der SIAS der Verdacht auf eine Social Anxiety Disorder (SAD).

Abbildung 6 illustriert die dargestellten Ergebnisse zur Häufigkeit der Indikatoren sozialer Ängste.

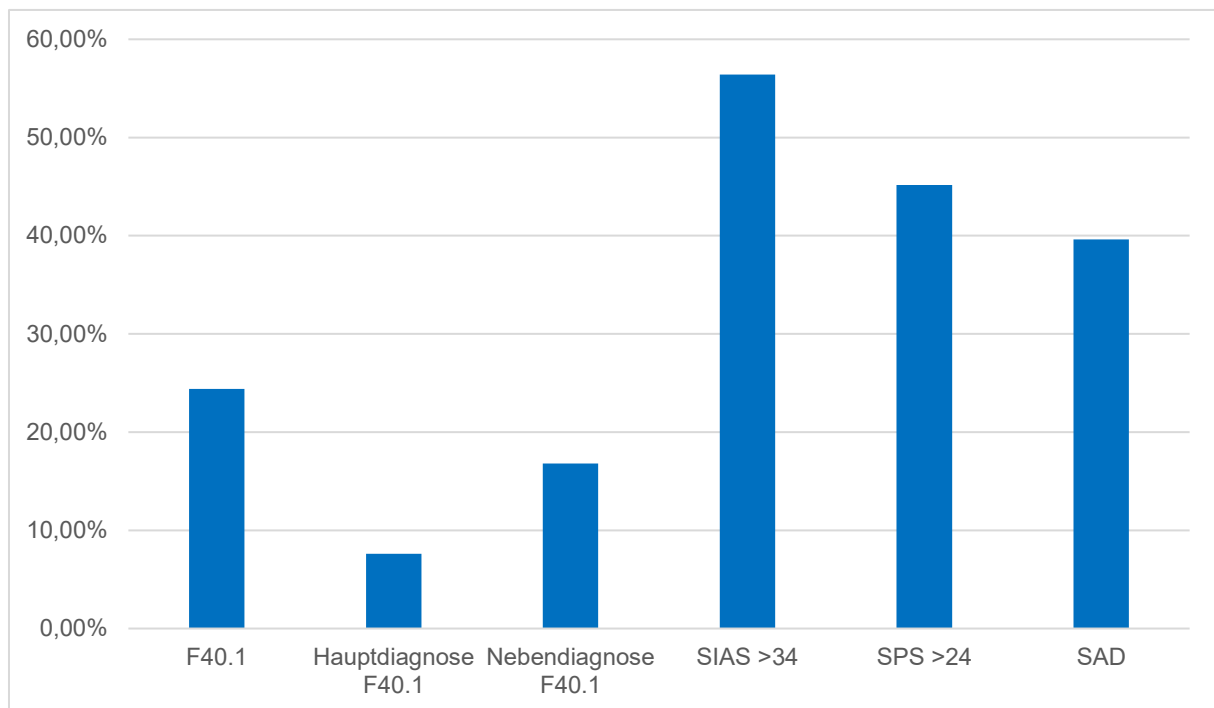


ABBILDUNG 6: VERSCHIEDENE INDIKATOREN SOZIALER ANGST

3.2.2 ÜBEREINSTIMMUNG DER INDIKATOREN FÜR SOZIALE ÄNGSTE

Im Weiteren interessierte, wie gut die genannten Indikatoren übereinstimmten. Dazu wurden jeweils zwei Indikatoren mittels Kreuztabellen miteinander in Beziehung gesetzt. Dabei zeigten sich für alle Indikatoren sozialer Ängste signifikante Zusammenhänge (vgl. Tabelle 4).

TABELLE 4 ÜBEREINSTIMMUNG DER INDIKATOREN SOZIALER ÄNGSTE

	SPS ≥ 24 (N = 285)		SIAS ≥ 34 (N = 356)		SAD (N = 250)	
	N (%)	χ^2	N (%)	χ^2	N (%)	χ^2
F40.1 (N = 154)	101 (16,0)	34,29***	120 (19,0)	38,31 ***	95 (15,1)	41,47***
SPS ≥ 24	/		250 (39,6)	207,10***	250 (39,6)	502,66***
SIAS ≥ 34	/		/		250 (39,6)	319,84***

LEGENDE 3: *P < 0,05, ** P < 0,01, *** P < 0,001

Zudem wurde die prozentuale Übereinstimmung der jeweiligen Indikatoren analog zur Interrater-Reliabilität geprüft und als Maß für die Übereinstimmung Cohens κ berechnet. Dabei zeigte sich, dass die klinische Diagnose einer sozialen Phobie allenfalls schwach mit den Ergebnissen der SPS, der SIAS und der Kombination aus beiden übereinstimmte ($\kappa \leq 0,24$). Hingegen fiel die Übereinstimmung zwischen SPS und SIAS mit $\kappa = 0,56$ besser aus. Die beste Übereinstimmung fand sich zwischen SPS und SAD ($\kappa = 0,89$). Diese Ergebnisse sind zusammenfassend in Tabelle 5 dargestellt.

TABELLE 5: ÜBEREINSTIMMUNG DER INDIKATOREN SOZIALER ÄNGSTE (COHNES κ)

	SPS ≥ 24	SIAS ≥ 34	SAD
F40.1 (klinische Diagnose)	0,21	0,20	0,24
SPS ≥ 24	/	0,56	0,89
SIAS ≥ 34		/	0,67

3.3 KORRELATE SOZIALER ANGST

Im folgenden Abschnitt werden korrelative bzw. assoziative Zusammenhänge sozialer Angst mit einer Vielzahl klinisch relevanter Aspekte dargestellt. Zu diesem Zweck wurde die Teilstichprobe der Untersuchungsstichprobe mit einer SAD (operationalisiert über die Bedingung von Werten in der SPS ≥ 24 und in der SIAS ≥ 34) mit derjenigen verglichen, bei der keine SAD vorliegt.

3.3.1 SOZIODEMOGRAPHISCHE KORRELATE UND BEHANDLUNGSDAUER

Die soziodemographischen Unterschiede zwischen den Patienten mit und ohne SAD sind in Tabelle 6 dargestellt. Erwartungsgemäß waren in der Teilstichprobe mit SAD signifikant mehr Frauen als in der Gruppe ohne SAD. Hinsichtlich des Familienstandes und des höchsten Schulabschlusses fanden sich keine relevanten Differenzen, ebenso wenig bezüglich des durchschnittlichen Alters. Signifikante Unterschiede bestanden zudem hinsichtlich der aktuellen Erwerbstätigkeit: In der Gruppe der Patienten ohne SAD waren signifikant mehr Personen zum Zeitpunkt der Aufnahme vollerwerbstätig.

Patienten mit dem V.a. eine SAD wurden im Durchschnitt signifikant länger behandelt als Patienten ohne SAD: 105,5 Tage (SD = 44,2) vs. 85,8 Tage (SD = 43,8).

TABELLE 6: VERGLEICH DER SOZIODEMOGRAPHISCHEN MERKMALE ZWISCHEN PATIENTEN MIT UND OHNE SAD

	SAD	Keine SAD	Statistik	
	N (%)	N (%)	χ^2/ F	p
Geschlecht			4,51	0,03
männlich	69 (27,6)	136 (35,7)		
weiblich	181 (72,4)	245 (64,3)		
Familienstand			2,23	0,33
ledig	161 (64,4)	232 (60,9)		
verheiratet	46 (18,4)	89 (23,4)		
Nach Beziehung	43 (17,2)	60 (15,7)		
Höchster Schulabschluss			5,74	0,13
Hauptschulabschluss	49 (7,8)	65 (17,1)		
Realschule/Mittlere Reife	90 (14,3)	111 (29,1)		
Abitur/Fachhochschulreife	100 (40,0)	187 (29,6)		
Sonstige ¹	8 (3,2)	15 (3,9)		
Erwerbstätigkeit			14,00	0,01
voll erwerbstätig	71 (28,4)	160 (41,9)		
teilzeitbeschäftigt	33 (13,2)	51 (13,4)		
nicht erwerbstätig	78 (31,2)	101 (26,5)		
arbeitslos	53 (21,2)	58 (15,2)		
fehlend	13 (5,2)	11 (2,9)		
Alter	M (SD)	M (SD)	3,25	0,07
	33,2 (10,9)	34,8 (11,3)		
Behandlungsdauer (in Tagen)	M (SD)	M (SD)	30.,45	< 0,001
	105,5 (44,2)	85,8 (43,8)		

3.3.2 KOMORBIDE PSYCHISCHE STÖRUNGEN

Tabelle 7 vermittelt einen Eindruck von der Anzahl komorbider psychischer Störungen im Vergleich zwischen Patienten mit und ohne SAD. Die durchschnittliche Zahl war in der Teilstichprobe mit einer SAD signifikant höher als in der Gruppe der Patienten ohne SAD.

Der Vergleich der Art der komorbiden Störungen zeigt, dass Patienten mit SAD signifikant häufiger zusätzlich unter einer posttraumatischen Belastungsstörung, dissoziativen Störung, Agoraphobie und spezifischen Phobie litten als Patienten ohne SAD (vgl. Tabelle 8). Während komorbide Persönlichkeitsstörungen in den beiden Teilstichproben in etwa gleich häufig vorkamen, fanden sich bei Patienten mit SAD signifikant häufiger ängstlich-vermeidende Persön-

lichkeitsstörungen als bei jenen ohne SAD. Störungen durch psychotrope Substanzen, Störungen durch Alkohol, affektive, Zwangs- und somatoforme Störungen fanden sich in beiden Teilstichproben annähernd gleich häufig, ebenso das Depersonalisationssyndrom, Panikstörungen und die generalisierte Angststörung.

TABELLE 7: VERGLEICH DER ICD-10 DIAGNOSEN ZWISCHEN PATIENTEN MIT UND OHNE SAD

Anzahl der ICD-Diagnosen	SAD	Keine SAD	Statistik	
	N (%)	N (%)		
1	65 (27,2)	100 (28,4)		
2	86 (36,0)	149 (42,3)		
3	67 (28,0)	78 (22,2)		
4	18 (7,5)	22 (6,3)		
5	3 (1,3)	3 (0,9)		
Durchschnittliche Anzahl	M	M	F	p
	3,19	2,79	23,55	<0,001

TABELLE 8: VERGLEICH DER KOMORBIDEN STÖRUNGEN (NACH ICD-10) ZWISCHEN PATIENTEN MIT UND OHNE SAD

Diagnosen nach ICD-10	SAD	Keine SAD	Statistik	
	N (%)	N (%)	χ^2	p
Störung durch psychotrope Substanzen	7 (1,3)	12 (1,6)	0,19	0,67
Psychische Störung durch Alkohol	15 (6%)	32 (9,2%)	1,260	0,26
Affektive Störungen	122 (23,2)	192 (26,1)	1,36	0,24
Agoraphobie	14 (2,7)	8 (1,1)	4,45	0,04
Panikstörung	0 (0,0)	1 (0,1)	0,72	0,40
Generalisierte Angststörung	13 (2,5)	23 (3,1)	0,47	0,49
Spezifische Phobie	10 (1,9)	4 (0,5)	5,16	0,02
Zwangsstörung	26 (5,0)	28 (3,8)	0,98	0,32
Anpassungsstörungen	62 (11,8)	130 (17,7)	8,19	<0,01
PTSD	62 (11,8)	52 (7,1)	8,34	<0,01
Somatoforme Störung	40 (7,6)	68 (9,3)	1,04	0,31
Dissoziative Störung	35 (6,7)	29 (3,9)	4,70	0,03
Depersonalisationssyndrom	7 (1,3)	13 (1,8)	0,37	0,54
Persönlichkeitsstörungen*	91 (17,3)	148 (20,1)	1,57	0,21
Ängstlich-vermeidende PS	36 (6,9)	27 (3,7)	6,54	0,01

LEGENDE 4: *MIT ODER OHNE DIE ÄNGSTLICH-VERMEIDENDE PANIKSTÖRUNG

3.3.3 SUIZIDALITÄT UND SOZIALE ANGST

In der Teilstichprobe der Patienten mit SAD wurde bei Aufnahme in die stationäre Behandlung signifikant häufiger Suizidalität festgestellt als bei jenen ohne SAD. Es fand sich jedoch keinen Unterschied zwischen den beiden Gruppen in Hinblick auf Suizidversuche und parasuizidales Verhalten (vgl. Tabelle 9).

TABELLE 9: VERGLEICH DER SUIZIDALITÄT ZWISCHEN PATIENTEN MIT UND OHNE SAD

	SAD	Kein SAD	Statistik	
	N (%)	N (%)	χ^2	p
Suizidalität bei Aufnahme			11,32	0,01
nein	100 (40,5)	201 (53,2)		
ja	133 (53,8)	163 (43,1)		
unbekannt	4 (1,6)	7 (1,8)		
fehlend	10 (4,0)	7 (1,8)		
Suizidversuche			0,55	0,76
nein	203 (82,2)	308 (81,5)		
ja	28 (11,3)	49 (12,9)		
fehlend	16 (6,5)	21 (5,6)		
Parasuizidales Verhalten			5,08	0,28
nie	149 (60,3)	259 (68,5)		
nur früher	24 (9,7)	33 (8,7)		
bis Aufnahme	30 (12,1)	34 (9,0)		
unbekannt	22 (8,9)	23 (6,1)		
fehlend	22 (8,9)	29 (7,7)		

3.3.4 BEEINTRÄCHTIGUNGSSCHWERE UND PSYCHOPATHOLOGIE

In der durch den Bezugstherapeuten beurteilten Beeinträchtigungsschwere Skala (BSS) erzielten Patienten mit SAD bis auf die Subskala ‚körperlich‘ signifikant höhere Werte als Patienten ohne SAD (vgl. Tabelle 10). Anders formuliert: Patienten mit SAD wurden von ihren Bezugstherapeuten bei Aufnahme als schwerer beeinträchtigt eingeschätzt als jene ohne SAD.

TABELLE 10: VERGLEICH DES BSS ZWISCHEN PATIENTEN MIT UND OHNE SAD

BSS	SAD	Keine SAD	Statistik	
	M (SD)	M (SD)	U	p
Körperlich	1,65 (0,99)	1,51 (0,96)	41628,50	0,06
Psychisch	2,79 (0,74)	2,58 (0,72)	38013,00	<0,01
Sozial-kommunikativ	2,58 (0,90)	2,28 (0,88)	35262,50	<0,01
Gesamt	7,02 (2,00)	6,38 (1,83)	33870,50	<0,01

Auch bei der mittels der SCL-90-R selbsteingeschätzten Psychopathologie zeigte sich, dass die Teilstichprobe der Patienten mit SAD durchgängig, d.h. über alle Skalen hinweg, signifikant höhere Werte erreichten als Patienten ohne SAD (vgl. Tabelle 11).

TABELLE 11: VERGLEICH DER SCL-90 ZWISCHEN PATIENTEN MIT UND OHNE SAD

SCL	SAD	Keine SAD	Statistik	
	M (SD)	M (SD)	U	p
Somatisierung	1,35 (0,81)	0,92 (0,70)	32324,00	<0,01
Zwanghaftigkeit	2,09 (0,70)	1,38 (0,72)	23010,00	<0,01
Unsicherheit im Sozialkontakt	2,34 (0,70)	1,32 (0,77)	15557,00	<0,01
Depressivität	2,42 (0,67)	1,73 (0,81)	24136,00	<0,01
Ängstlichkeit	1,89 (0,77)	1,20 (0,77)	24665,50	<0,01
Aggressivität	1,44 (0,87)	1,02 (0,79)	33401,50	<0,01
Phobische Angst	1,61 (0,91)	0,73 (0,72)	19823,50	<0,01
Paranoides Denken	1,76 (0,83)	1,04 (0,78)	24449,00	<0,01
Psychotizismus	1,49 (0,74)	0,78 (0,61)	20241,50	<0,01
Global Severity Index	1,87 (0,56)	1,18 (0,56)	18101,00	<0,01

3.3.5 INTERPERSONALE PROBLEME

Hinsichtlich der zwischenmenschlichen Schwierigkeiten (erfasst mit dem Inventar zur Erfassung Interpersonaler Probleme [IIP]) zeigten sich bis auf die Skala PA „zu autokratisch/dominant“ in allen Subskalen signifikant höhere Werte für Patienten mit SAD im Vergleich zu der Gruppe der Patienten ohne SAD (vgl. Tabelle 12). Folgerichtig war auch der Gesamtwert des IIP als Indikator für generelle zwischenmenschliche Probleme in der Gruppe der Patienten mit SAD signifikant höher als in der Vergleichsgruppe

TABELLE 12: VERGLEICH DES IIP ZWISCHEN PATIENTEN MIT UND OHNE SAD

IIP	SAD	Keine SAD	Statistik	
	M (SD)	M (SD)	U	p
PA: zu autokratisch/dominant	8,17 (5,39)	7,51 (4,89)	43388,00	0,21
BC: zu streitsüchtig/konkurrierend	11,91 (5,38)	9,10 (4,97)	32359,50	<0,01
DE: zu abweisend/kalt	15,78 (5,67)	10,57 (6,16)	24520,50	<0,01
FG: zu introvertiert/vermeidend	22,08 (5,42)	13,35 (6,90)	15610,50	<0,01
HI: zu selbstunsicher/unterwürfig	22,43 (5,72)	15,22 (6,82)	18914,00	<0,01
JK: zu ausnutzbar/nachgiebig	20,75 (5,12)	15,45 (5,96)	23593,00	<0,01
LM: zu fürsorglich/freundlich	18,73 (5,31)	15,28 (6,26)	31762,50	<0,01
NO: zu expressiv/aufdringlich	11,94 (6,11)	10,47 (5,87)	39618,00	<0,01
Gesamtwert	16,46 (3,06)	12,12 (3,93)	17593,50	<0,01

Abbildung 7 illustriert diese Befunde in Form eines Spinnendiagramms.

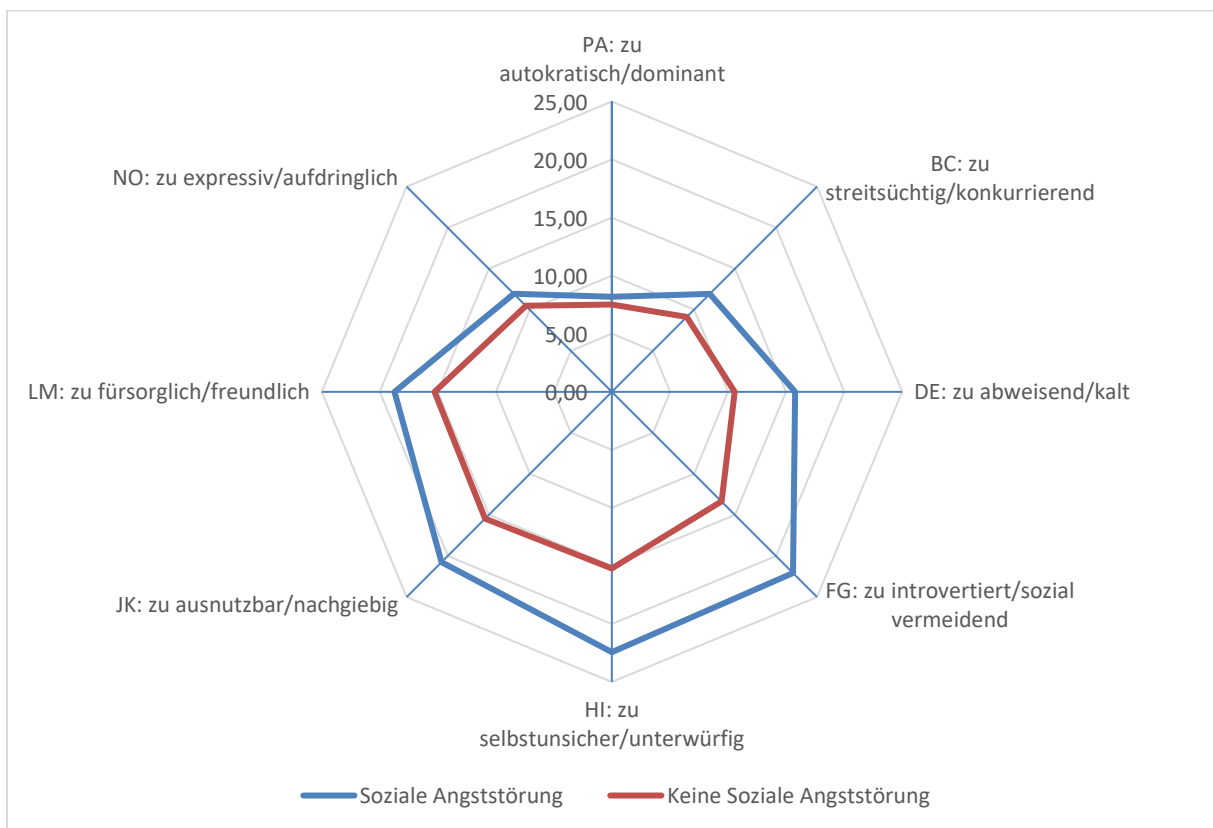


ABBILDUNG 7: VERGLEICH INTERPERSONALER PROBLEME ZWISCHEN DEN GRUPPEN SAD UND KEIN SAD

3.3.6 SOZIALE KOMPETENZ UND LEBENSZUFRIEDENHEIT

Im Unsicherheitsfragebogen (U-FB) als Verfahren zur Erfassung der selbsteingeschätzten sozialen Kompetenz erzielten Patienten mit SAD auf der Skala „Fordern können“ signifikant niedrigere Werte als jene ohne SAD. Hingegen erreichten Patienten mit SAD signifikant höhere Werte auf den Skalen „Kritikangst“, „Kontaktangst“, „Nicht-Nein-Sagen-Können“, „Schuldgefühle“ und „Anständigkeit“ als die Patienten ohne SAD (vgl. Tabelle 13).

TABELLE 13: VERGLEICH UNSICHERHEITSFRAGEBOGEN ZWISCHEN PATIENTEN MIT UND OHNE SAD

U-FB	SAD	Keine SAD	Statistik	
	M (SD)	M (SD)	U	p
Kritikangst	57,21 (9,67)	36,37 (14,97)	11383,00	<0,01
Kontaktangst	50,15 (11,31)	30,56 (13,84)	12815,00	<0,01
Fordern können	22,14 (10,60)	35,69 (12,28)	19186,50	<0,01
Nicht-Nein-Sagen-Können	34,85 (9,26)	24,96 (10,38)	22174,50	<0,01
Schuldgefühle	9,93 (5,36)	5,59 (4,46)	24908,00	<0,01
Anständigkeit	17,63 (4,55)	11,81 (5,39)	19797,00	<0,01

Mit Blick auf die Lebenszufriedenheit (erfasst über den Fragebogen zur Lebenszufriedenheit [LZ]) erreichten Patienten mit SAD auf allen Skalen in der Dimension „Zufriedenheit mit ...“ signifikant höhere Werte als jene ohne SAD, ebenso im Gesamtwert. Hinsichtlich der Dimension „Wichtigkeit von...“ bestanden keine signifikanten Unterschiede zwischen den beiden Teilstichproben für die Skalen „berufliche Leistungen“, „finanzielle Lage“, „Freizeit“, „Freundschaft“, „Elternbeziehung“ und „eigene Person“, aber für die Skalen „Gesundheit“ und „Sexualleben“ (vgl. Tabelle 14).

TABELLE 14: VERGLEICH LEBENSZUFRIEDENHEIT ZWISCHEN PATIENTEN MIT UND OHNE SAD

	SAD	Keine SAD		
LQ: Zufriedenheit mit ...	M (SD)	M (SD)	U	p
Gesundheit	4,83 (1,72)	4,35 (1,84)	39567,00	<0,01
beruflicher Situation	5,30 (1,76)	4,49 (1,95)	35268,00	<0,01
finanzieller Lage	4,87 (1,80)	4,07 (1,90)	34963,50	<0,01
Freizeit	4,89 (1,71)	4,10 (1,73)	34304,00	<0,01
Freundschaften	4,24 (1,88)	3,35 (1,79)	33804,50	<0,01
Elternbeziehung	4,89 (1,92)	4,16 (2,06)	34732,50	<0,01
eigener Person	5,96 (1,32)	4,92 (1,64)	28691,00	<0,01
Sexualleben	5,02 (1,96)	4,52 (1,97)	38227,50	<0,01
LQ: Wichtigkeit von ...				
Gesundheit	2,53 (1,62)	2,17 (1,36)	40479,50	0,01
beruflicher Leistung	2,38 (1,54)	2,24 (1,28)	44153,00	0,72
finanzieller Lage	2,57 (1,38)	2,46 (1,25)	44632,00	0,48
Freizeit	2,61 (1,54)	2,47 (1,36)	44504,50	0,52
Freundschaften	2,23 (1,53)	2,02 (1,27)	43397,00	0,26
Eltern	3,03 (1,99)	2,88 (1,92)	41038,00	0,45
eigener Person	2,31 (1,47)	2,12 (1,17)	43883,50	0,35
Sexualleben	3,57 (2,06)	3,05 (1,68)	39853,00	0,01
Summenwert Lebenszufriedenheit	39,91 (7,36)	34,04 (8,49)	24658,50	<0,01

3.4 VERLAUF SOZIALER ÄNGSTE UND IHRER KORRELATE IN DER BEHANDLUNG

Abschließend wurde untersucht, wie sich die Indikatoren für soziale Ängste von Beginn der Therapie bis zur Entlassung entwickelten; zudem wird dargestellt, ob und ggf. wie sich die Verdachtsdiagnose einer Social Anxiety Disorder (SAD) auf den Verlauf der Psychopathologie, der interpersonalen Probleme, der sozialen Kompetenz sowie der Lebenszufriedenheit auswirkt.

3.4.1 VERÄNDERUNG SOZIALER ÄNGSTE IM THERAPIEVERLAUF

Sowohl in der SPS als auch in der SIAS nahmen die Werte von Aufnahme in die stationäre Psychotherapie bis zur Entlassung in der gesamten Untersuchungsstichprobe signifikant ab (vgl. Tabelle 15).

TABELLE 15: ENTWICKLUNG SOZIALER ÄNGST IM THERAPIEVERLAUF

	Aufnahme	Entlassung	Statistik (Wilcoxon-Test)	
	M (SD)	M (SD)	Z	p
SPS				
Gesamte Stichprobe	24,08 (16,53)	17,48 (14,43)	-14,17	<0,01
SAD	40,30 (12,31)	28,03 (14,93)	-11,29	<0,01
SIAS				
Gesamte Stichprobe	36,69 (16,43)	30,87 (15,59)	-12,61	<0,01
SAD	51,02 (9,92)	41,45 (13,95)	-11,03	<0,01

Auch in der Teilstichprobe der Patienten mit dem V.a. eine SAD fanden sich signifikante Reduktionen in den SPS- bzw. SIAS-Werten; die numerische Differenz zwischen Aufnahme und Entlassung fiel dabei höher aus als in der gesamten Untersuchungsstichprobe.

Die folgende Abbildung illustriert die Ergebnisse; auf der linken Seite sind die Befunde für die SPS, auf der rechten Seite für die SIAS dargestellt. Während sowohl in der gesamten Untersuchungsstichprobe als auch in der Teilstichprobe der Patienten mit V.a. SAD eine Abnahme der sozialen Ängste zu beobachten ist, zeigt sich gleichzeitig, dass die Reduktion in der Teilstichprobe mit V.a. SAD größer ausfällt.

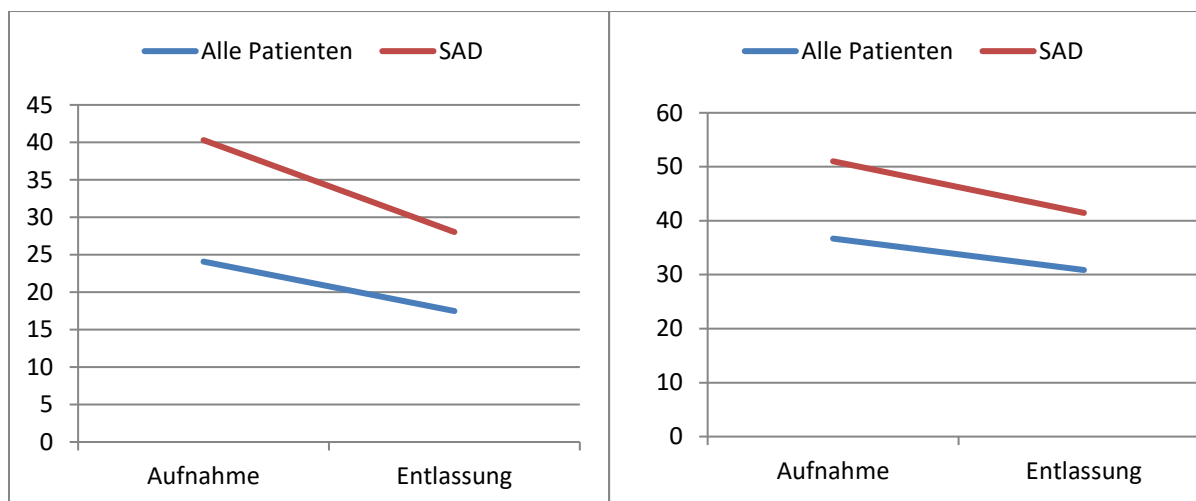


ABBILDUNG 8: VERLAUF SOZIALER ÄNGSTLICHKEIT VON AUFNAHME ZU ENTLASSUNG IN DER GESAMTEN UNTERSUCHUNGSSTICHPROBE UND IN DER TEILSTICHPROBE MIT V.A. SAD (LINKE SEITE: SPS; RECHTE SEITE: SIAS)

Wurden SPS respektive SIAS nicht dimensional, sondern kategorial betrachtet, zeigte sich ein ähnliches Bild für die jeweiligen Indikatoren sozialer Ängste: Die Anzahl der Patienten, welche bei Aufnahme und Entlassung die jeweiligen Schwellenwerte überschritten, sank für alle drei Indikatoren signifikant (vgl. Abbildung 9).

Die Auswertungen zeigten im Detail folgendes: Erreichten bei Aufnahme 285 Patienten (45,2%) Werte im SPS ≥ 24 , waren dies bei Entlassung lediglich 166 (26,3%). Interessanterweise hatten 149 Patienten (23,6%) sowohl bei Aufnahme als auch bei Entlassung SPS-Werte ≥ 24 , während 136 Studienprobanden (21,6%) bei Aufnahme, aber nicht bei Entlassung im SPS Werte von 24 oder darüber erzielten und bei 17 Patienten (2,7%) fanden sich bei Aufnahme unauffällige SPS-Werte, zur Entlassung hingegen Werte ≥ 24 .

Ein ähnliches Muster fand sich bei der SIAS: Bei Aufnahme überschritten 356 Patienten (56,4%) den Schwellenwert von 34, bei Entlassung noch 245 (38,8%). Pathologische Werte bei Aufnahme und Entlassung fanden sich bei 219 Studienteilnehmern (34,7%). 137 Patienten (21,7%) hatten bei Aufnahme SIAS-Werte ≥ 34 , die bei Entlassung unter diesem Schwellenwert lagen. Bei 26 Patienten fanden sich bei Aufnahme unauffällige Werte und bei Entlassung pathologische Werte.

Für die Kombination beider Indikatoren, d.h. den V.a. SAD, ergaben sich folgende Zahlen: Während bei Aufnahme 250 Patienten (39,6%) sowohl in der SPS als auch in der SIAS die Schwellenwerte überschritten, waren es bei Entlassung 149 (23,6%). 127 Studienprobanden (20,1%) überschritten bei Aufnahme und Entlassung die Schwellenwerte, 123 Patienten (19,5%) hatten bei Aufnahme, aber nicht bei Entlassung pathologische Werte. Bei 22 Patienten (3,5%) bestand bei Aufnahme kein V.a. SAD, bei Entlassung hingegen schon.

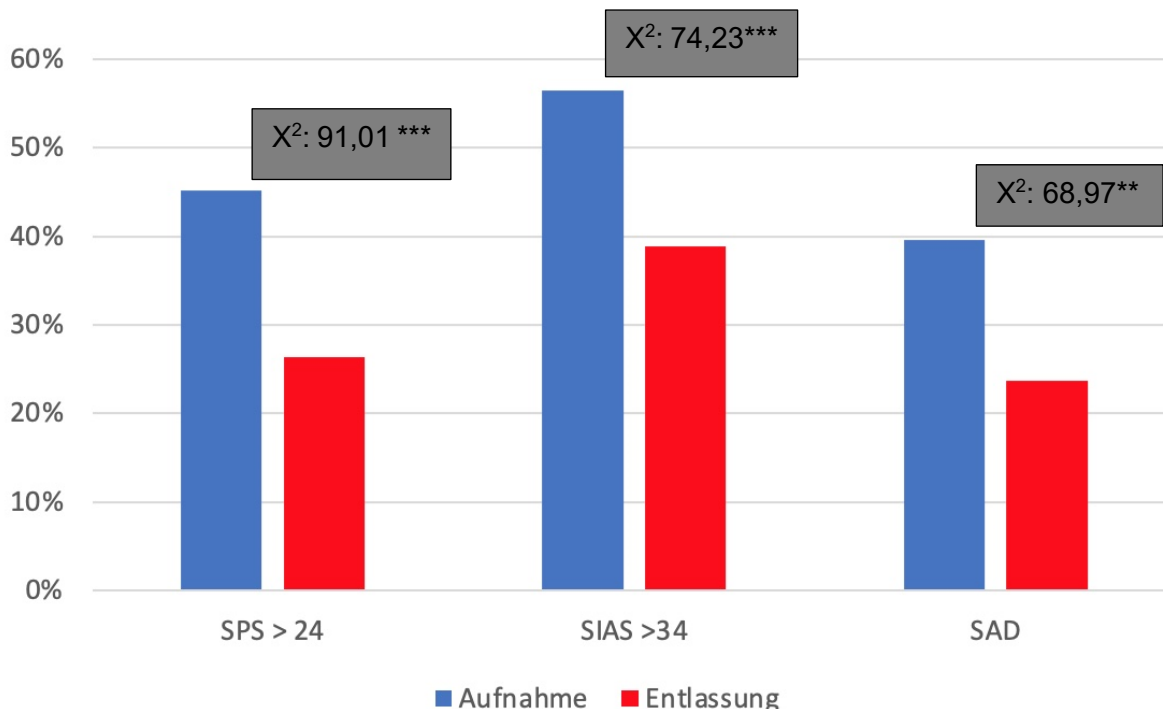


ABBILDUNG 9: VERGLEICH DER KATEGORIALEN INDIKATOREN FÜR SOZIALE ÄNGSTE ZWISCHEN AUFNAHME UND ENTLASSUNG MITTELS MCNEAR TEST

LEGENDE 5: * P < 0,05, ** P < 0,01, *** P < 0,001

3.4.2 RELEVANZ SOZIALER ÄNGSTE FÜR DAS BEHANDLUNGSERGEBNIS

Abschließend wurde untersucht, ob das Ausmaß sozialer Ängste bei Aufnahme Einfluss auf das Behandlungsergebnis hat. Dazu wurde in einem ersten Schritt analysiert, ob sich die Werte in den dargestellten Skalen zur Psychopathologie und interpersonalen Problemen von Aufnahme zu Entlassung verändern und ob diese Veränderungen signifikant sind. Die jeweiligen Berechnungen wurden zunächst für die gesamte Untersuchungsstichprobe und dann für die beiden Teilstichproben mit bzw. ohne SAD durchgeführt. Abschließend wurden die Werte bei Entlassung der jeweiligen Skalen zwischen den Patientengruppen mit und ohne SAD verglichen. Dabei galt es zu berücksichtigen, dass sich die beiden Teilstichproben in der Geschlechterverteilung, im Alter und der Behandlungsdauer signifikant unterschieden. Daher wurden Regressionsanalysen gerechnet, um für diese Variablen kontrollieren zu können.

Aus Tabelle 16 geht hervor, dass sich die BSS-Werte in der gesamten Untersuchungsstichprobe von Aufnahme zu Entlassung signifikant reduzierten; dies galt für den Gesamtwert sowie alle Subskalen. Die Effektstärken für diese Symptomreduktion schwankten zwischen 0,50 und 0,89 und lagen somit in einem mittleren bis hohen Bereich.

TABELLE 16: VERGLEICH BSS ZUR AUFNAHME UND ENTLASSUNG FÜR DIE GESAMTE UNTERSUCHUNGSSTICHPROBE

Gesamte Stichprobe	Aufnahme	Entlassung	Statistik		
			Z	p	d
BSS	M (SD)	M (SD)			
Körperlich	1,56 (0,97)	1,14 (0,87)	-11,15	< ,001	0,50
Psychisch	2,67 (0,74)	2,00 (0,73)	-14,66	< ,001	0,76
Sozial-kommunikativ	2,39 (0,90)	1,79 (0,82)	-13,34	< ,001	0,65
Gesamt	6,63 (1,92)	4,95 (1,87)	-16,11	< ,001	0,89

Auch für die Teilstichprobe der Patienten mit V.a. SAD zeigten sich im BSS und ihren Subskalen signifikante Symptomverbesserungen von der Aufnahme zur Entlassung (vgl. Tabelle 17). Die Effektgrößen lagen ebenfalls im mittleren bis hohen Bereich.

TABELLE 17: VERGLEICH BSS ZUR AUFNAHME UND ENTLASSUNG FÜR DIE TEILSTICHPROBE MIT SAD

SAD	Aufnahme	Entlassung	Statistik		
			Z	p	d
BSS	M (SD)	M (SD)			
Körperlich	1,64 (0,99)	1,22 (0,84)	-6.77	< ,001	0,49
Psychisch	2,79 (0,74)	2,16 (0,66)	-9.01	< ,001	0,74
Sozial-kommunikativ	2,57 (0,90)	1,95 (0,77)	-8.16	< ,001	0,64
Gesamt	7,01 (2,02)	5,35 (1,68)	-10.03	< ,001	0,89

In der Teilstichprobe der Patienten ohne SAD kam es ebenfalls zu signifikanten Abnahmen in allen Subskalen und dem Gesamtwert des BSS von Aufnahme bis Entlassung, wobei die korrespondierenden Effektstärken eine ähnliche Größenordnung zeigten wie bei den vorherigen Vergleichen (vgl. Tabelle 18).

TABELLE 18: VERGLEICH BSS ZUR AUFNAHME UND ENTLASSUNG FÜR DIE TEILSTICHPROBE OHNE V.A. SAD

Keine SAD	Aufnahme	Entlassung	Statistik		
			Z	p	d
BSS	M (SD)	M (SD)			
Körperlich	1,51 (0,96)	1,08 (0,89)	-8,86	< ,001	0,51
Psychisch	2,59 (0,72)	1,90 (0,78)	-11,57	< ,001	0,77
Sozial-kommunikativ	2,27 (0,88)	1,68 (0,84)	-10,58	< ,001	0,66
Gesamt	6,38 (1,82)	4,69 (1,95)	-12,62	< ,001	0,89

Der Einfluss der Verdachtsdiagnose einer SAD bei Aufnahme (operationalisiert über das Überschreiten der Schwellenwerte in der SPS und SIAS) auf die BSS-Werte bei Entlassung ist in Tabelle 19 dargestellt. Bei den Regressionsanalysen wurden die jeweiligen BSS-Werte als abhängige Variablen berücksichtigt und der V.a. SAD als Prädiktorvariable; zudem wurde für Alter, Geschlecht und Behandlungsdauer kontrolliert, da sich die Teilstichproben mit bzw. ohne SAD in diesen Dimensionen signifikant unterschieden. Bis auf die BSS-Subskala „Körperlich“ erwies sich ein V.a. SAD bei Aufnahme als signifikanter Prädiktor für hohe BSS-Werte bei Entlassung. Anders formuliert: Patienten mit V.a. eine SAD waren bei Entlassung nach Einschätzung ihrer Behandler schwerer beeinträchtigt als jene ohne eine SAD.

TABELLE 19: ZUSAMMENHÄNGE ZWISCHEN V.A. SAD BEI AUFNAHME UND BSS-WERTEN BEI ENTLASSUNG

BSS	B	SE	β	T	p
Körperlich	0,14	0,07	0,08	1,95	0,05
Psychisch	0,28	0,06	0,18	4,46	< ,001
Sozial-kommunikativ	0,26	0,07	0,15	3,74	< ,001
Gesamt	0,67	0,16	0,18	4,26	< ,001

Auch in der Selbsteinschätzung ihrer psychischen Beschwerden mit Hilfe der SCL-90-R gab die gesamte Untersuchungsstichprobe einen signifikanten Rückgang auf allen Subskalen und für den Globalwert GSI an (vgl. Tabelle 20). Die korrespondierenden Effektstärken lagen zwischen 0,40 (Aggressivität) und 0,84 (GSI).

TABELLE 20: VERGLEICH SCL-90-R ZUR AUFNAHME UND ENTLASSUNG FÜR DIE GESAMTE UNTERSUCHUNGSSTICHPROBE

Gesamte Stichprobe	Aufnahme	Entlassung	Statistik		
			Z	p	d
SCL-90	M (SD)	M (SD)			
Somatisierung	1,09 (0,78)	0,82 (0,70)	-10,76	< ,001	0,45
Zwanghaftigkeit	1,66 (0,79)	1,12 (0,80)	-15,61	< ,001	0,74
Unsicherheit im Sozialkontakt	1,73 (0,90)	1,12 (0,84)	-15,73	< ,001	0,75
Depressivität	2,00 (0,83)	1,28 (0,86)	-17,05	< ,001	0,85
Ängstlichkeit	1,47 (0,85)	1,00 (0,82)	-13,79	< ,001	0,63
Aggressivität	1,19 (0,85)	0,85 (0,82)	-9,47	< ,001	0,40
Phobische Angst	1,08 (0,91)	0,63 (0,73)	-14,07	< ,001	0,61
Paranoides Denken	1,32 (0,87)	0,88 (0,79)	-13,20	< ,001	0,59
Psychotizismus	1,07 (0,75)	0,67 (0,65)	-14,20	< ,001	0,64
Global Severity Index (GSI)	1,45 (0,65)	0,97 (0,67)	-17,29	< ,001	0,84

Für die beiden Teilstichproben mit V.a. SAD bzw. ohne V.a. SAD fanden sich ebenfalls signifikante Reduktionen der Werte in der SCL-90-R von Aufnahme zu Entlassung mit kleinen bis großen Effekten (vgl. Tabellen 21 und 22).

TABELLE 21: VERGLEICH SCL-90-R ZUR AUFNAHME UND ENTLASSUNG FÜR DIE TEILSTICHPROBE MIT V.A. SAD

SAD	Aufnahme	Entlassung	Statistik		
			Z	p	d
SCL-90	M (SD)	M (SD)			
Somatisierung	1,35 (0,82)	1,07 (0,78)	-5,96	< ,001	0,41
Zwanghaftigkeit	2,09 (0,70)	1,51 (0,85)	-9,57	< ,001	0,73
Unsicherheit im Sozialkontakt	2,35 (0,70)	1,60 (0,89)	-10,04	< ,001	0,81
Depressivität	2,42 (0,67)	1,68 (0,90)	-10,68	< ,001	0,87
Ängstlichkeit	1,89 (0,78)	1,42 (0,90)	-8,06	< ,001	0,58
Aggressivität	1,44 (0,88)	1,13 (0,88)	-4,82	< ,001	0,33
Phobische Angst	1,62 (0,91)	1,01 (0,85)	-9,59	< ,001	0,72
Paranoides Denken	1,76 (0,83)	1,21 (0,86)	-8,73	< ,001	0,64
Psychotizismus	1,50 (0,73)	1,01 (0,75)	-9,16	< ,001	0,70
Global Severity Index (GSI)	1,87 (0,56)	1,34 (0,72)	-10,44	< ,001	0,83

TABELLE 22: VERGLEICH SCL-90R ZUR AUFNAHME UND ENTLASSUNG FÜR DIE TEILSTICHPROBE OHNE V.A. SAD

Keine SAD	Aufnahme	Entlassung	Statistik		
			Z	p	d
SCL-90	M (SD)	M (SD)			
Somatisierung	0,92 (0,70)	0,66 (0,60)	-9,20	< ,001	0,47
Zwanghaftigkeit	1,38 (0,72)	0,87 (0,65)	-12,46	< ,001	0,76
Unsicherheit im Sozialkontakt	1,32 (0,77)	0,81 (0,65)	-12,17	< ,001	0,72
Depressivität	1,73 (0,81)	1,03 (0,72)	-13,28	< ,001	0,84
Ängstlichkeit	1,20 (0,77)	0,74 (0,63)	-11,31	< ,001	0,67
Aggressivität	1,02 (0,79)	0,67 (0,79)	-8,45	< ,001	0,45
Phobische Angst	0,73 (0,72)	0,38 (0,52)	-10,22	< ,001	0,55
Paranoides Denken	1,04 (0,78)	0,67 (0,65)	-9,82	< ,001	0,54
Psychotizismus	0,78 (0,61)	0,46 (0,45)	-10,94	< ,001	0,61
Global Severity Index (GSI)	1,18 (0,56)	0,74 (0,51)	-13,90	< ,001	0,86

Eine SAD bei Aufnahme hatte signifikante Effekte auf die selbsteingeschätzte Psychopathologie bei Entlassung – auch unter Berücksichtigung der konfundierenden Effekte von Alter, Geschlecht und Behandlungsdauer (vgl. Tabelle 23). Dies galt für alle Subskalen der SCL-90-R und für den Gesamtwert Globale Severity Index (GSI).

TABELLE 23: ZUSAMMENHÄNGE ZWISCHEN V.A SAD BEI AUFNAHME UND SCL-90-R-WERTEN BEI ENTLASSUNG

SCL-90	B	SE	β	T	p
Somatisierung	0,40	0,06	0,28	7,23	< ,001
Zwanghaftigkeit	0,62	0,06	0,38	10,14	< ,001
Unsicherheit im Sozialkontakt	0,76	0,06	0,44	12,06	< ,001
Depressivität	0,62	0,07	0,35	9,39	< ,001
Ängstlichkeit	0,65	0,06	0,39	10,46	< ,001
Aggressivität	0,41	0,07	0,25	6,31	< ,001
Phobische Angst	0,60	0,06	0,40	10,77	< ,001
Paranoides Denken	0,53	0,06	0,33	8,56	< ,001
Psychotizismus	0,54	0,05	0,41	10,89	< ,001
Global Severity Index (GSI)	0,57	0,05	0,42	11,50	< ,001

In der gesamten Untersuchungsstichprobe kam es auch zu einer signifikanten Abnahme der selbsteingeschätzten interpersonalen Probleme von Aufnahme bis zur Entlassung – sowohl für den Gesamtwert als auch für alle Subskalen des IIP mit kleinen bis mittleren Effektstärken (vgl. Tabelle 24).

TABELLE 24: VERGLEICH IIP ZUR AUFNAHME UND ENTLASSUNG FÜR DIE GESAMTE UNTERSUCHUNGSSTICHPROBE

Gesamte Stichprobe	Aufnahme	Entlassung	Statistik		
			Z	p	d
IIP	M (SD)	M (SD)			
PA: zu autokratisch/dominant	7,77 (5,09)	7,01 (4,71)	-4,27	< ,001	0,19
BC: zu streitsüchtig/konkurrierend	10,18 (5,30)	9,31 (5,43)	-4,63	< ,001	0,20
DE: zu abweisend/kalt	12,62 (6,48)	11,04 (6,63)	-6,74	< ,001	0,30
FG: zu introvertiert/sozial vermeidend	16,77 (7,67)	13,44 (7,51)	-13,04	< ,001	0,59
HI: zu selbstunsicher/unterwürfig	18,01 (7,31)	15,95 (7,77)	-8,00	< ,001	0,34
JK: zu ausnutzbar/nachgiebig	17,55 (6,19)	15,93 (6,78)	-10,95	< ,001	0,47
LM: zu fürsorglich/freundlich	16,69 (6,14)	14,72 (6,42)	-8,17	< ,001	0,35
NO: zu expressiv/aufdringlich	11,06 (6,01)	9,51 (5,50)	-7,48	< ,001	0,32
Gesamtwert	13,84 (4,19)	12,01 (4,78)	-11,75	< ,001	0,50

Auch in der Teilstichprobe der Patienten mit V.a. SAD kam es für alle Subskalen des IIP und für den Gesamtwert zu signifikanten Abnahmen der Werte von Aufnahme bis zur Entlassung; die korrespondierenden Effektstärken schwankten zwischen 0,19 (PA: zu autokratisch/ dominant) und 0,70 (FG: zu introvertiert/ soziale vermeidend; vgl. Tabelle 25).

TABELLE 25: VERGLEICH IIP ZUR AUFNAHME UND ENTLASSUNG FÜR DIE TEILSTICHPROBE MIT V.A. SAD

SAD	Aufnahme	Entlassung	Statistik		
			IIP	M (SD)	M (SD)
PA: zu autokratisch/dominant	8,21 (5,38)	7,36 (4,68)	-2,70	0,01	0,19
BC: zu streitsüchtig/konkurrierend	11,91 (5,39)	11,11 (5,42)	-2,25	0,02	0,16
DE: zu abweisend/kalt	15,81 (5,67)	13,78 (6,49)	-5,28	< ,001	0,37
FG: zu introvertiert/sozial vermeidend	22,12 (5,42)	19,78 (6,82)	-9,37	< ,001	0,70
HI: zu selbstunsicher/unterwürfig	22,44 (5,72)	19,78 (6,82)	-6,15	< ,001	0,44
JK: zu ausnutzbar/nachgiebig	20,80 (5,11)	17,86 (6,18)	-7,77	< ,001	0,54
LM: zu fürsorglich/freundlich	18,84 (5,26)	16,78 (5,90)	-5,15	< ,001	0,36
NO: zu expressiv/aufdringlich	11,95 (6,13)	10,67 (5,51)	-3,36	< ,001	0,24
Gesamtwert	16,50 (3,04)	14,38 (4,15)	-7,85	< ,001	0,55

Die Teilstichprobe der Patienten ohne V.a. SAD zeigte ebenfalls für alle Subskalen des IIP und den Gesamtwert signifikante Reduktionen der Werte; auch hier lagen die Effektstärken in einem niedrigen bis mittleren Bereich (vgl. Tabelle 26).

TABELLE 26: VERGLEICH IIP ZUR AUFNAHME UND ENTLASSUNG FÜR DIE TEILSTICHPROBE OHNE V.A. SAD

Keine SAD	Aufnahme	Entlassung	Statistik		
			IIP	M (SD)	M (SD)
Skala PA: zu autokratisch/dominant	7,49 (4,87)	6,77 (4,72)	-3,33	< ,001	0,18
BC: zu streitsüchtig/konkurrierend	9,07 (4,94)	8,15 (5,11)	-4,19	< ,001	0,23
DE: zu abweisend/kalt	10,56 (6,14)	9,28 (6,11)	-4,30	< ,001	0,26
FG: zu introvertiert/sozial vermeidend	13,36 (6,91)	10,67 (6,52)	-9,08	< ,001	0,52
HI: zu selbstunsicher/unterwürfig	15,23 (6,82)	13,53 (6,82)	-5,32	< ,001	0,29
JK: zu ausnutzbar/nachgiebig	15,48 (5,92)	13,24 (6,54)	-7,78	< ,001	0,42
LM: zu fürsorglich/freundlich	15,30 (6,28)	13,38 (6,39)	-6,35	< ,001	0,33
NO: zu expressiv/aufdringlich	10,49 (5,87)	8,77 (5,37)	-6,99	< ,001	0,38
Gesamtwert	12,12 (3,92)	10,48 (4,54)	-8,76	< ,001	0,47

Hinsichtlich interpersonaler Probleme bei Entlassung zeigte sich ein signifikanter Einfluss einer SAD bei Aufnahme – bis auf die IIP-Subskala PA: zu autokratisch/ dominant (vgl. Tabelle 27).

TABELLE 27: ZUSAMMENHÄNGE ZWISCHEN V.a SAD BEI AUFNAHME UND IIP-WERTEN BEI ENTLASSUNG

IIP	B	SE	β	T	p
PA: zu autokratisch/dominant	0,54	0,40	0,06	1,37	0,17
BC: zu streitsüchtig/konkurrierend	2,71	0,44	0,25	6,20	< ,001
DE: zu abweisend/kalt	4,11	0,52	0,30	7,87	< ,001
FG: zu introvertiert/sozial vermeidend	6,70	0,56	0,44	12,01	< ,001
HI: zu selbstunsicher/unterwürfig	5,72	0,59	0,36	9,63	< ,001
JK: zu ausnutzbar/nachgiebig	4,39	0,53	0,32	8,27	< ,001
LM: zu fürsorglich/freundlich	3,22	0,51	0,25	6,31	< ,001
NO: zu expressiv/aufdringlich	1,89	0,46	0,17	4,15	< ,001
Gesamtwert	1,89	0,46	0,17	4,15	< ,001

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass die psychopathologische Symptomatik und die interpersonalen Schwierigkeiten sowohl in der gesamten Untersuchungsstichprobe als auch in den beiden Teilstichproben der Patienten mit bzw. ohne V.a. SAD zwischen Aufnahme und Entlassung signifikant abnahmen. Gleichzeitig ergaben die Analysen, dass eine SAD bei Aufnahme das Behandlungsergebnis dahingehend negativ beeinflusste, als dass Betroffene bei Entlassung stärker psychopathologisch beeinträchtigt waren und mehr interpersonale Probleme berichteten als Patienten ohne SAD.

4. DISKUSSION

Soziale Ängste und ihre pathologische Variante, die Soziale Angststörung, sind häufig, aber bezüglich ihrer epidemiologischen und klinischen Bedeutung meist unterschätzt; dies gilt auch und insbesondere für den Bereich der stationären Psychotherapie. Vor diesem Hintergrund zielt diese Arbeit darauf ab, soziale Ängste bei Patienten in stationärer Psychotherapie detaillierter als in bisherigen Studien zu analysieren und dabei insbesondere ihre Häufigkeit, soziodemographischen und klinischen Korrelate sowie ihren Verlauf und ihre Relevanz für das symptombezogene Behandlungsergebnis zu untersuchen.

Im Folgenden werden die im vorherigen Kapitel ausführlich dargestellten Ergebnisse zusammenfassend diskutiert und in den aktuellen Forschungsstand eingebettet; dabei folgt die Diskussion der eingangs formulierten Hypothesen (vgl. Abschnitt 1.5).

4.1 HÄUFIGKEIT SOZIALER ÄNGSTE IN DER STATIONÄREN PSYCHOTHERAPIE

Obwohl es zahlreiche Studien zur Epidemiologie von Sozialen Ängsten bei verschiedenen Populationen wie z.B. der Allgemeinbevölkerung (Alonso & Lépine, 2007; Bandelow & Michaelis, 2015; D. J. Stein et al., 2017) oder Patienten in hausärztlichen Primärversorgung (Gross et al., 2005; Katzelnick & Greist, 2001) gibt, finden sich wenige Arbeiten, welche sich mit der Prävalenz Sozialer Ängste innerhalb einer Gruppe stationärer Psychotherapie-Patienten beschäftigen.

An einer Universitätsklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie wurde in der Ambulanz und im Konsiliardienst die Diagnose einer sozialen Phobie bei 5,5% der Patienten vergeben; in der gleichen Patientengruppe (N = 688) erreichten oder überschritten jedoch in einem Fragebogen zu sozialen Ängste, der Liebowitz Soziale Angstskala (LSAS), 14,6% den Schwellenwert von 60 als Indikator für generalisierte soziale Ängste (Wiltink et al., 2010).

Im stationären Bereich einer universitären Klinik für Psychotherapie und Psychosomatik wurde bei einer Kohorte von 613 Patienten nach klinischer Beurteilung bei 10,6% eine soziale Phobie diagnostiziert; auf Basis eines diagnostischen Interviews (DIA-X; Wittchen und Pfister (1997)) konnte hingegen bei 25,0% diese Diagnose gestellt werden.

Die in dieser Arbeit vorgestellten Ergebnisse aus einer reinen Versorgungsklinik (Fachklinik für Psychotherapie, Psychosomatik und Psychiatrie) decken sich mit diesen Befunden dahingehend, dass in der klinischen Routine eine soziale Phobie deutlich seltener diagnostiziert wird als unter Zuhilfenahme diagnostischer Verfahren. So wurde nur bei 7,6% der hier untersuchten Patienten die Hauptdiagnose einer sozialen Phobie gestellt und bei weiteren 16,8% als komorbide Nebendiagnose (insgesamt 24,4%). In etablierten, psychometrisch soliden Selbstbeurteilungsinstrumenten wurden jedoch von deutlich mehr Patienten die jeweiligen Schwellenwerte überschritten: Dies galt für 45,2% in der Social Phobia Scale (SPS) und für 56,4% in der Social

Interaction Anxiety Scale (SIAS). Die Schwellenwerte beider Verfahren wurden von 39,6% der Patienten überschritten, was in dieser Untersuchung als belastbarer Hinweis auf das Vorliegen einer sozialen Angststörung (im Sinne einer Verdachtsdiagnose) gewertet wurde.

Die Übereinstimmung zwischen klinischer Diagnose einer sozialen Phobie und den psychometrisch ermittelten Indikatoren sozialer Ängste war gering und der empirisch ermittelte Wert von $\kappa = 0,24$ ist nach üblichen Konventionen (Landis & Koch, 1977) als „schwache Übereinstimmung“ zu interpretieren.

Folgende Gründe für diese erhebliche Diskrepanz zwischen klinischer und psychometrischer Diagnostik könnten auf Seiten der Kliniker zu verorten sein:

- Unzureichendes Wissen über die Diagnose soziale Phobie und damit Unterschätzung ihrer Häufigkeit
- Keine systematische Erfassung typischer Symptome sozialer Ängste (z.B. aus Zeitmangel)
- Bagatellisierung oder falsche Zuordnung typischer Symptome sozialer Ängste

Aber auch auf Seiten der betroffenen Patienten könnten Gründe für die schwache Übereinstimmung zu finden sein:

- Patienten attribuieren ihre sozialen Ängste nicht als Krankheit, sondern als Persönlichkeitsmerkmal im Sinne einer übergroßen Schüchternheit und berichten daher nicht aktiv und eigeninitiativ von diesbezüglichen Problemen (Leichsenring & Leweke, 2017)
- Sie haben im Verlauf ihrer Störung gelernt, die entsprechenden Symptome – insbesondere Interaktionsängste – zu kaschieren bzw. zu dissimulieren, so dass diese dem Gegenüber nicht auffallen
- Bei einer psychometrischen Testung ohne personales Gegenüber, d.h. einer Situation, in der vermutlich keine Symptome der sozialen Phobie auftreten, können Betroffene durch die vorgegebenen Fragen klarer über ihre Beschwerden Auskunft geben als in einem persönlichen Gespräch mit einem Arzt oder Psychologen

Diese Überlegungen erscheinen plausibel, können aber mit den hier vorgestellten Daten weder bewiesen noch widerlegt werden. Für den klinisch-praktischen Alltag ist festzuhalten, dass soziale Ängste auch bei Patienten in stationärer Psychotherapie häufig sind, aber häufig nicht diagnostiziert werden. Daher erscheint es sinnvoll, das routinemäßige diagnostische Vorgehen durch den systematischen Einsatz psychometrischer Verfahren zu ergänzen. Hierzu eignen sich sowohl diagnostische Interviews als Selbstbeurteilungsinstrumente im Sinne von Fragebögen.

4.2 SOZIODEMOGRAPHISCHE KORRELATE SOZIALER ÄNGSTE

In der internationalen Literatur finden sich konsistent Hinweise darauf, dass soziale Ängste mit dem weiblichen Geschlecht assoziiert sind (Asher & Aderka, 2018; D. J. Stein et al., 2017; Steinert et al., 2017; Wittchen & Jacobi, 2005). Auch in der hier untersuchten Stichprobe stationärer Psychotherapiepatienten waren überzufällig viele Frauen in der Teilstichprobe mit sozialen Ängsten im Vergleich zur Teilstichprobe ohne soziale Ängste.

Ebenfalls in Übereinstimmung mit anderen Studien (Lied & Müller, 2002; D. J. Stein et al., 2017) waren in dieser Untersuchung jene Patienten jünger, die unter sozialen Ängsten litten, als die ohne soziale Ängste. Dies kann zum einen auf das im Vergleich zu anderen psychischen Störungen relativ junge Erstmanifestationsalter zurückgeführt werden, das zwischen dem zehnten und 17. Lebensjahr liegt (Lied & Müller, 2002). Zum anderen wäre denkbar, dass die vielfältigen Beeinträchtigungen, die mit sozialen Ängsten einhergehen (vgl. den folgenden Abschnitt 4.2.3), die Betroffenen früher als Patienten mit anderen psychischen Störungen zu einer Behandlung motivieren; diese Überlegungen können anhand der hier vorgestellten Daten weder falsifiziert noch bestätigt werden.

Während den Boer (2000) in seiner Übersichtsarbeit unter Verweis auf die National Comorbidity Study (NCS; Magee et al., 1996) feststellt, dass die meisten sozial ängstlichen Patienten alleinstehend, geschieden oder getrennt lebend sind, konnte hier keine signifikanten Unterschiede in der Verteilung des Familienstands zwischen den beiden Teilstichproben mit und ohne soziale Ängste gefunden werden. Möglicherweise beruhen diese Inkonsistenzen darauf, dass in der NCS, Probanden aus der Allgemeinbevölkerung untersucht wurden, in dieser Studie hingegen Patienten in stationärer Psychotherapie.

Zu dem Zusammenhang von Bildungsstand und sozialen Ängsten finden sich sehr wenig Angaben in der Literatur (Ameringen et al., 2003; D. J. Stein et al., 2017). In einer Arbeit (Ameringen et al., 2003) wurde eine Gruppe junger kanadischer Erwachsener nach ihrem Schulergebnis befragt. Als Grund für Schulabbrüche fanden sich Kardinalsymptome einer sozialen Angststörung wie zum Beispiel die Furcht des Sprechens vor der Klasse; dies könnte indirekt darauf hinweisen, dass Betroffene von sozialen Ängsten eine geringere Schulbildung haben. Die hier präsentierten Befunde sprechen jedoch dafür, dass sich Betroffene von sozialen Ängsten hinsichtlich ihres Bildungsstandes (der in dieser Studie über den höchsten Schulabschluss operationalisiert wurde) nicht von Menschen ohne soziale Ängste unterscheiden. Bruch et al. (2003) berichteten, dass Personen sozialen Ängsten sowohl in der generalisierten als auch in der nicht generalisierten Form eine höhere Arbeitslosenquote aufweisen als eine

nicht sozial ängstliche Kontrollgruppe. Auch andere Arbeitsgruppen weisen darauf hin, dass soziale Ängste mit geringerer Erwerbstätigkeit bzw. einem niedrigeren Einkommen assoziiert sind (Dally et al., 2005; D. J. Stein et al., 2017). Dieser Befund konnte in der hier untersuchten Stichprobe repliziert werden: In der Teilstichprobe mit SAD gaben zum Aufnahmezeitpunkt in die stationäre Behandlung 28,4% an, voll erwerbstätig und 21,2% arbeitslos zu sein; hingegen fanden sich in der Gruppe ohne SAD 41,9% voll erwerbstätige und 15,2% arbeitslose Patienten zum Aufnahmezeitpunkt. Als Erklärung lässt sich festhalten, dass kein Arbeitsalltag ohne soziale Interaktionen auskommt. So sind soziale Ängste bereits ein Hindernis bei Bewerbungsgesprächen, was die Erfolgsaussichten auf die Stelle schmälern und so den Arbeitseinstieg für sozial ängstliche Personen erschweren. Ein Grund hierfür ist der von Alden und Taylor (2004) beschriebene Effekt, dass sozial unsichere Personen innerhalb eines sozialen Kontaktes infolge von Unsicherheitsverhalten (weniger Blickkontakt, Schweiß, leisere Sprache) eher auf Ablehnung durch ihr Gegenüber stoßen. Nach Aufnahme einer Arbeit sind sozial ängstliche Personen schlechter in ihrem Arbeitsumfeld integriert als ihre nicht sozial ängstlichen Kollegen (Bruch et al., 2003), was wiederum ihre Aufstiegschancen schmälert und die Gefahr des Arbeitsverlustes erhöht (Alden & Taylor, 2004).

4.3 PSYCHOPATHOLOGIE UND SOZIALE ÄNGSTE

Die Hypothese, dass Patienten mit sozialen Ängsten psychopathologisch stärker beeinträchtigt sind als jene ohne soziale Ängste, kann aufgrund der hier vorgestellten Befunde gestützt werden: So hatten Patienten mit SAD signifikant mehr komorbide psychische Störungen als die ohne SAD. Insbesondere Agoraphobien, spezifischen Phobien, posttraumatische Belastungsstörungen, dissoziative Störungen und ängstlich-vermeidende Persönlichkeitsstörungen waren in der Teilstichprobe mit sozialen Ängsten deutlich häufiger als in der Teilstichprobe ohne soziale Ängste. Korrespondierend damit fanden sich jenseits kategorialer Diagnosen in der selbst- und fremdbeurteilten Psychopathologie ausgeprägtere Beeinträchtigungen in der Gruppe der Patienten mit SAD im Vergleich zu jener ohne SAD; einzige Ausnahme war die Subskala „körperliche Beeinträchtigung“ der BSS. Die höhere Beeinträchtigung der Betroffenen von sozialen Ängsten im Vergleich zu jenen ohne soziale Ängste spiegelt sich auch in signifikant mehr Suizidalität bei Aufnahme wider, obwohl es zwischen den beiden Teilstichproben keinen Unterschied hinsichtlich der Variablen „Suizidversuche“ und „parasuizidales Verhalten“ gab.

Obwohl die in der Forschungsliteratur dokumentierte hohe Komorbidität zwischen sozialen Ängsten und anderen psychischen Störungen weitgehend bestätigt wird (den Boer, 2000; Koyuncu et al., 2019; Leichenring et al., 2003; Müller, 2002; Pöhlmann et al., 2009; D. J. Stein et al., 2017), finden sich im Detail Abweichungen von bisherigen Befunden.

Dies betrifft die enge Assoziation zwischen sozialen Ängsten und Störungen durch psychotrope Substanzen (Koyuncu et al., 2019), die nach Stangier et al. (2016) über zwei Mechanismen erklärt werden kann: Einerseits kommt es zu einem erhöhten Substanzgebrauch im Rahmen einer Selbsttherapie der sozialen Ängste, um einen Spannungsabbau bei sozialen Interaktionen zu erreichen. Andererseits können substanzabhängige Personen auch verstärkt soziale Ängste verspüren, da sie die Stigmatisierung durch ihr soziales Umfeld fürchten oder erleben. In der hier vorgestellten Stichprobe stationärer Psychotherapiepatienten fanden sich jedoch keine Unterschiede in der Prävalenz der Störungen durch psychotrope Substanzen zwischen denen mit und ohne soziale Ängste. Vermutlich ist dies auf die Indikationskriterien für eine stationäre Psychotherapie zurückzuführen, denn ein aktiver Konsum psychotroper Substanzen oder gar eine Abhängigkeit stellen Kontraindikationen dar.

Auch der, sonst berichtete, enge Zusammenhang zwischen sozialen Ängsten und affektiven Störungen (Koyuncu et al., 2019) konnte nicht bestätigt werden, weil sich diesbezüglich kein signifikanter Unterschied zwischen den Teilstichproben mit und ohne SAD fanden. Hier ist ebenfalls ein Einfluss der Stichprobe anzunehmen, da affektive Störungen ohnehin den häufigsten Einweisungsgrund in stationäre Psychotherapie darstellen und damit bei dem hier untersuchten Klientel sehr häufig vertreten sind (Doering et al., 2023).

Während sich hinsichtlich der Befundlage zu den Störungen durch psychotrope Substanzen und der affektiven Störungen Abweichungen zur Literatur ergaben, konnte die spezifische Annahme einer hohen Komorbidität mit anderen Angsterkrankungen bestätigt werden. Dieses Ergebnis deckt sich mit anderen Studien (Koyuncu et al., 2019).

Es sei darauf hingewiesen, dass Arbeiten zur zeitlichen Abfolge der Entwicklung der einzelnen komorbiden Störungen berichten, dass sich die soziale Angststörung oft vor den komorbiden Störungen entwickelt und manifestiert. So untersuchten Chartier et al. (2003) 8116 Personen im Rahmen einer retrospektiven Datenanalyse und zeigten, dass Soziale Angststörungen sich in 80% der Fälle vor Störungen durch Substanzgebrauch, in 71% der Fälle vor komorbiden affektiven Störung und in 32% der Fälle vor einer weiteren Angststörung entwickelten. Es ist zu vermuten, dass das frühe Manifestationsalter sozialer Ängste in der frühen Adoleszenz (im Mittel zwischen dem 10. und 17. Lebensjahr [Lied und Müller (2002)]) in der Komorbiditätsentwicklung eine wichtige Rolle spielt. Es ist denkbar, dass der langjährige, häufig chronische Verlauf die Ausbildung weiterer psychischer Störungen begünstigt. Nach Chartier et al. (2003) führt der Langzeiteffekt fehlender sozialer Unterstützung, das Verfehlen von Lebenszielen so-

wie die dadurch entstehende Frustration zur begünstigten Ausbildung von komorbiden Depressionen. Die hier präsentierten Daten erlauben keine entsprechenden Schlussfolgerungen, da der zeitliche Verlauf nicht Gegenstand der Analyse war.

4.4 INTERPERSONALE PROBLEME, SELBSTUNSICHERHEIT UND LEBENSQUALITÄT

In Übereinstimmung mit der internationalen Literatur (Alden & Taylor, 2004; Cain et al., 2010; Kim & Bae, 2022; Spitzer et al., 2015) berichteten auch in dieser Untersuchung sozial ängstliche Patienten signifikant mehr interpersonale Probleme als Kontrollprobanden ohne soziale Ängste. Interessanterweise galt dies nicht nur im Allgemeinen, sondern für jede Achse bzw. jede Subskala des oktagonen Modelles interpersonaler Probleme bis auf die Dimension „PA zu autokratisch/ dominant“. Dass sich Personen mit sozialen Ängsten bzw. einer manifesten sozialen Phobie im Vergleich zu anderen Menschen als nicht dominanter, sondern vielmehr als unterwürfiger erleben, kann nicht nur aus der Kernpathologie sozialer Ängste erklärt werden, sondern deckt sich auch mit empirischen Befunden (Cain et al., 2010). Während sich also sozial ängstliche Personen auf der vertikalen Achse des interpersonalen Modells, der Dominanz- bzw. Interdependenz-Achse (Alden & Phillips, 1990; T. Leary, 1957; Sullivan, 1953) eher am unteren Pol, d.h. tendenziell zu submissiv, einschätzen, findet sich bezüglich der horizontalen Achse, die Zuneigung, Fürsorge und Liebe (respektive ihre Gegenteile) erfasst, kein konsistentes Muster. Dies passt zu der Studie von (Cain et al., 2010), die bei sozial ängstlichen Personen hohe Werte sowohl auf den Polen „zu feindselig/kalt“ als auch „zu freundlich/fürsorglich“ fanden.

Die dargestellten Ergebnisse sind nicht nur akademisch interessant, sondern haben Implikationen hinsichtlich der Aufrechterhaltung und der Psychotherapie sozialer Ängste (Alden & Taylor, 2004; Cain et al., 2010). So sprechen Patienten mit sozialer Angststörung, die stärkere interpersonale Schwierigkeiten im Bereich „zu freundlich/fürsorglich“ haben, besser auf Psychotherapie an als jene, deren Probleme eher im Bereich „zu feindselig/kalt“ liegen. Damit wird deutlich, dass die Diagnostik interpersonaler Probleme bei sozial ängstlichen Patienten zur Prognosebeurteilung sinnvoll ist.

Das mehrdimensionale Konstrukt der Selbstunsicherheit umfasst die drei Facetten der subjektiven Einstellung zu sich selbst, der sozialen Angst und sozialen Hemmung sowie der sozialen Fertigkeiten; damit kommt affektiven, kognitiven und behavioralen Aspekten eine zentrale Bedeutung zu (Ullrich & de Mynck, 1998). Aus dieser Definition gehen auch die partiellen Überschneidungen mit dem Konzept der sozialen Angst hervor. Daher bestätigen die empirischen

Befunde die konzeptuellen Überlegungen: Patienten mit sozialen Ängsten zeigten in allen Skalen des Unsicherheitsfragebogens (Ullrich de Muynck & Ullrich, 1978) signifikant mehr Pathologie als Patienten ohne soziale Ängste.

Der Unsicherheitsfragebogen erfasst sowohl Unsicherheit in sozialen Situationen als auch soziale Kompetenz. Dabei setzt sozial kompetentes Verhalten Selbstwirksamkeits- und Kompetenzerwartung voraus (Jerusalem & Klein-Heßling, 2002). Diese Erwartungen sind bei sozial ängstlichen Menschen reduziert und die Zweifel an den eigenen sozialen Fertigkeiten führt im Sinne einer sich selbst erfüllenden Prophezeiung zu sozial unsicherem Verhalten, was wiederum die Ängste vor sozialen Interaktionen intensiviert und somit den *circulus vitiosus* aufrechterhält. Ähnlich wie bei den interpersonalen Problemen lassen sich hieraus Behandlungsimplicationen ableiten.

Eine relevante Assoziation zwischen sozialen Ängsten und reduzierter Lebensqualität kann als gesichert gelten. So fasst eine aktuelle Übersicht (Lau et al., 2021) 25 Studien zu dieser Thematik zusammen und kommt zu dem Ergebnis, dass die soziale Ängste hoch mit einer geringen Lebensqualität korrelieren. Dabei sei das Ausmaß der sozialen Angst für das Ausmaß der Einschränkung der Lebensqualität verantwortlich. So führten generalisierte Soziale Ängste zu einer stärkeren Einschränkung der Lebensqualität als isolierte soziale Ängste. Diese Schlussfolgerungen können als sehr konsistent und belastbar betrachtet werden, da die zugrunde gelegten Studien sehr unterschiedliche Stichproben wie die Allgemeinbevölkerung, studentische Stichproben, Patienten mit körperlichen und psychischen Störungen einschließlich Schizophrenie, Depression und soziale Phobien untersucht haben (Lau et al., 2021). Für eine diagnostisch heterogene Stichprobe wie Patienten in stationärer Psychotherapie stehen Analysen zu dieser Thematik jedoch bisher aus.

Hinsichtlich aller relevanten Lebensbereiche zeigten, die hier untersuchten, sozial ängstliche Patienten eine signifikant geringere Zufriedenheit als jene ohne soziale Ängste. Damit werden die oben dargestellten Befunde zu dem Zusammenhang von sozialen Ängsten und reduzierter Lebensqualität sowohl repliziert als auch insofern erweitert, als dass das bekannte Muster auch bei einer bisher nicht repräsentierten Population, d.h. Patienten mit verschiedenen psychischen Störungen, in stationärer Psychotherapie, gefunden wurde.

Dabei ist zu vermuten, dass die geringe Lebensqualität durch Psychotherapie verbessert werden kann (Lau et al., 2021). Gleichzeitig machen die referierten Ergebnisse deutlich, dass Lebensqualität ein relevantes Ergebnismaß für Behandlungsstudien sozialer Ängste darstellen könnte (Lau et al., 2021).

4.5 ZUM VERLAUF SOZIALER ÄNGSTE WÄHREND STATIONÄRER PSYCHOTHERAPIE

Die Hypothese, dass sich soziale Angst im Verlauf einer stationären Psychotherapie signifikant reduziert, konnte bestätigt werden. Diese Symptomreduktion konnte sowohl in der Gesamtstichprobe als auch in der Teilstichprobe der Patienten mit dem V.a. eine SAD festgestellt werden und galt gleichermaßen für Interaktionsängste, die über die SIAS erfasst wurden, und für Performanceängste, gemessen mit der SPS. Hervorzuheben, dass sich der Rückgang sozialer Ängste im Verlauf der stationären Psychotherapie sowohl bei dimensionaler Betrachtung als auch anhand der kategorialen Parameter für soziale Ängste zeigen ließ. Dabei ist als methodische Stärke zu betonen, dass sowohl SIAS als auch SPS veränderungssensitive Testinstrumente darstellen, die gut geeignet sind, um den Therapieerfolg Sozialer Angststörung abzubilden (Cox et al., 1998).

In dieser Stichprobe bestand zum Zeitpunkt der Aufnahme bei 250 Patienten der V.a. eine SAD, bei Entlassung hingegen nur noch bei 149, so dass im Verlauf der stationären Psychotherapie, die durchschnittlich knapp 94 Tage (also ca. 13,5 Wochen) dauerte, bei 101 Patienten (40% derjenigen mit V.a. SAD) zu einer Remission kam. Werden diese Zahlenwerte mit Angaben zum Langzeitverlauf sozialer Angststörungen bei Personen aus der Allgemeinbevölkerung (Keller, 2003; Merikangas et al., 2002) verglichen, zeigt sich die Wirksamkeit der stationären Psychotherapie auf soziale Ängste: In der Langzeitstudie der Arbeitsgruppe von Merikangas et al. (2002) zeigten soziale Phobien über den Beobachtungszeitraum von 15 Jahren eine hohe Stabilität bzw. einen chronischen Verlauf. Auch in dem Harvard/ Brown Anxiety Research Project (HARP), einer groß angelegten longitudinalen Studie mit einem Beobachtungszeitraum von bis zu 11 Jahren, konnte diese Stabilität gezeigt werden: 64% der Teilnehmer, welche initial mit Sozialer Angststörung diagnostiziert wurden, boten auch nach acht Jahren weiterhin das Vollbild der Erkrankung, d.h. nur bei 36% kam es zu einer Remission (Keller, 2003). Die durchschnittliche Erkrankungsdauer für die SAD wurde innerhalb der HARP-Studie auf 18 Jahren beziffert. Es kann also geschlussfolgert werden, dass soziale Ängste ohne Therapie soziale Ängste oft chronisch und prolongiert verlaufen; zu dieser Schlussfolgerung kommt auch eine systematische Literaturübersicht (Steinert et al., 2013).

Für klinische Stichproben, die also vergleichbar mit der hier untersuchten Stichprobe sind, werden Genesungsraten von 20% nach zwei Jahren, 27% nach fünf Jahren und 37% nach 12 Jahren angegeben (Steinert et al., 2013). Zugespitzt ließe sich formulieren, dass eine knapp 14-wöchige stationäre Psychotherapie eine ähnliche Genesungsrate aufweist wie ein 12-jähriger Spontanverlauf. Die Relevanz von Psychotherapie als Behandlungsmaßnahme sozialer Ängste findet sich auch in der S3-Leitlinie zu Angststörungen wieder, welche für Patienten mit

Sozialer Phobie sowohl Psychotherapie als auch Pharmakotherapie empfiehlt (Bandelow et al., 2014).

4.6 BEDEUTUNG EINER SOZIALEN ANGSTSTÖRUNG FÜR DAS BEHANDLUNGSERGEBNIS

Das Behandlungsergebnis nach respektive am Ende einer stationären Psychotherapie – unabhängig davon, wie dies im Detail definiert bzw. operationalisiert wird – wird von einer Vielzahl unterschiedlicher Faktoren beeinflusst. Eine aktuelle Übersicht zu diesen vielfältigen Faktoren findet sich bei Constantino et al. (2021) in der neuesten Ausgabe von Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change. Die Vielzahl unterschiedlicher Faktoren auf Seiten der Patienten, der Therapeuten und ihrer Zusammenarbeit ergibt sich aus der hohen Komplexität des Psychotherapieprozess. Dabei haben die patientenseitigen Faktoren wie Alter, Geschlecht, Bildung und sozio-ökonomischer Status oder Schweregrad der Symptomatik einen stärkeren Einfluss auf das Therapieergebnis als die Faktoren auf Therapeuten-seite (Wampold & Imel, 2018). Eine zusammenfassende Bewertung von Meta-Analysen und Übersichtsarbeiten zeigt, dass die Symptomschwere bei Behandlungsbeginn einen wichtigen Prädiktor für das Therapieergebnis darstellt, während die Befunde zur Bedeutung komorbider Störungen weniger eindeutig ausfallen (Constantino et al., 2021).

Untersuchungen zur Bedeutung komorbider sozialer Ängste für das Behandlungsergebnis von stationärer Psychotherapie liegen bisher für eine Stichprobe von 613 Patienten einer universitären Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie vor (Pöhlmann et al., 2009). Dabei konnte gezeigt werden, dass Patienten mit einer Sozialphobie einen relevanten Rückgang ihrer Beschwerden zeigten, am Ende der stationären Maßnahme aber – ebenso wie zu Behandlungsbeginn – auf allen Ebenen der selbstberichteten Symptomatik schwerer beeinträchtigt waren als jene ohne soziale Phobie (Pöhlmann et al., 2009).

Die hier präsentierten Befunde replizieren und erweitern diese Ergebnisse. So konnte auch für diese Stichprobe stationärer Psychotherapiepatienten gezeigt werden, dass Patienten mit sozialen Ängsten bei Entlassung stärker beeinträchtigt sind als jene ohne soziale Ängste. Hervorzuheben ist hier als Erweiterung der bisherigen Befundlage, dass dies sowohl in der Selbsteinschätzung als auch in der Fremdbeurteilung durch die Therapeuten zutraf. Eine zusätzliche Ergänzung der bisherigen Befunde bezieht sich darauf, dass sozial ängstliche Patienten auch hinsichtlich interpersonalen Probleme am Ende der stationären Psychotherapie stärker belastet sind als jene ohne soziale Ängste. Die höhere psychopathologische und interpersonale Symptomlast bei Therapieende ist nicht allein auf eine höhere Symptomlast bei Behandlungsbeginn zurückzuführen; vielmehr zeigen die Analysen, dass zwar sowohl die Teilstichprobe mit V.a. SAD als auch jene ohne diesen Verdacht von der Behandlung insofern profitieren, als

dass in beiden Gruppen signifikante Verbesserungen in den relevanten Ergebnismaßen wie selbst- und fremdeingeschätzte Psychopathologie und interpersonale Schwierigkeiten festzustellen waren, dass aber soziale Ängste einen negativen Prädiktor darstellten. Mit anderen Worten: Sozial ängstliche Patienten profitierten von der stationären Psychotherapie hinsichtlich ihrer psychopathologischen und interpersonalen Beschwerden weniger als jene ohne soziale Ängste. Dieser Befund bestätigt somit die Ergebnisse der Studie von Pöhlmann und Kollegen (2009) und erweitert diese um die Dimension der interpersonalen Schwierigkeiten.

4.7 METHODENKRITISCHE BETRACHTUNG

Im folgenden Abschnitt werden das Studiendesign, die Ein- und Ausschlusskriterien sowie die Erhebungsinstrumente unter methodenkritischen Gesichtspunkten diskutiert.

4.7.1 STUDIENDESIGN

Die Studie stellt eine naturalistische Beobachtungsstudie mit sekundärer Datenanalyse dar, die an einer Versorgungsklinik durchgeführt wurde. Die hier präsentierten Daten und Befunde stammen also aus der ‚realen Lebenswelt‘ und weisen somit eine höhere ökologische Validität auf als Daten, die unter experimentellen (Labor-)Bedingungen, z.B. im Rahmen einer randomisierten kontrollierten Studie (randomized controlled trial; RCT), erhoben werden.

Auch wenn die vorliegende Untersuchung nicht primär auf den Nachweis der Wirksamkeit einer bestimmten Intervention abzielt, wie dies in RCTs üblich ist, so sollen dennoch naturalistische den eher experimentellen Ansätzen gegenübergestellt werden, um darüber die Ergebnisse dieser Studie besser einordnen zu können.

Naturalistische Studien finden im Rahmen der evidenzbasierten Medizin in der Psychotherapieforschung breite Anwendung, da sie einige Vorteile gegenüber RCTs haben. In einem RCT wird versucht, unter Ausschluss möglichst aller Einflussfaktoren den Effekt einer Variable (z.B. einer bestimmten Psychotherapie) auf den Therapieerfolg zu messen. Um den Einfluss der so genannten Störvariablen zu eliminieren bzw. so gering wie möglich zu halten, werden in der Regel sehr strenge Ein- und Ausschlusskriterien formuliert. Das führt dazu, dass eine Vielzahl von Patienten gar nicht berücksichtigt werden. Diese Maßnahme trägt zwar ebenso wie die Randomisierung zu einer hohen internen Validität von RCTs bei – jedoch auf Kosten der ökologischen Validität (Tschuschke et al., 2009). Anders formuliert: Die Ergebnisse, welche in RCTs gewonnen werden, liefern eher laboratorische Evidenz als alltägliche und können nur schwer auf den klinischen Alltag übertragen werden (Beutler & Howard, 1998).

Soll die Wirksamkeit von Behandlungsmaßnahmen in einer naturalistischen Studie untersucht werden, können folgende Kriterien helfen, den Evidenzgrad zu erhöhen (Leichsenring & Rüger, 2004):

1. Prospektive, quasi-experimentelle naturalistische Studie
2. Nicht randomisierte Vergleichsbedingungen (Matching, Stratifizierung)
3. blinde Ratings, klare Ein- und Ausschlusskriterien, aktuelle diagnostische Methoden
4. angemessene Stichprobengröße und Teststärke
5. klar beschriebene statistische Methoden
6. Sicherung der internen Validität (z.B. durch zusätzliche Designelemente; Vorhersage komplexer Ergebnis-Muster)
7. Klinische repräsentative und definierte Behandlung
8. Patienten mit definierten Krankheitsbildern

Die vorliegende naturalistische Studie erfüllt einige dieser Punkte: klare Einschluss- und Ausschlusskriterien, aktuelle diagnostische Methoden, eine angemessene Stichprobengröße, klar beschriebene statistische Methoden und Patienten mit definierten Erkrankungsbildern im Sinne klinisch diagnostizierter Störungen.

4.7.2 EIN- UND AUSSCHLUSSKRITERIEN UND STICHPROBENGRÖßE

Als weitere Stärke dieser Arbeit ist im Kontext der oben formulierten Kriterien (Leichsenring & Rüger, 2004) der prospektive Ansatz hervorzuheben: Prinzipiell wurden alle erwachsenen Patienten eingeschlossen, welche im Zeitraum vom 01.03.2001 bis 30.09.2002 im Fachklinikum Tiefenbrunn stationär aufgenommen und entlassen wurden. Durch das weitere Einschlusskriterium der Vollständigkeit der Daten den beiden psychometrischen Tests zur sozialen Angst (SIAS und SPS) kam es jedoch dazu, dass die Grundgesamtheit von 902 Patienten auf eine Untersuchungsstichprobe von 631 Probanden reduziert werden musste. Es fanden sich keine wesentlichen Unterschiede zwischen den ausgeschlossenen Fällen und der Untersuchungsstichprobe bis auf die Ausnahme, dass in der Untersuchungsstichprobe signifikant mehr Patienten mit Abitur zu finden waren.

Zu einem möglichen Zusammenhang zwischen Schulbildung und sozialer Angst liegen divergente Befunde vor: Einige epidemiologische Studien berichten, dass die soziale Angststörung mit einem geringerem Bildungsabschluss assoziiert ist (Jefferies und Ungar (2020); Kupper und Denollet (2012)). Im Gegensatz dazu finden sich soziale Ängste auch bei Personen mit hoher Schulbildung wie in einigen Arbeiten mit Studierenden gezeigt werden konnte: Tillfors und Furmark (2007) sowie Russell und Shaw (2009) fanden bei Studierenden in Schweden und Großbritannien eine Prävalenz für soziale Angststörung von zehn bis 16%. Andere Studien wiederum sehen keinen Zusammenhang zwischen sozialer Angst und Schulbildung (Ernstmann et al. (2021); Dally et al. (2005)). Zusammenfassend lassen die z.T. widersprüch-

lichen Befunde keine sichere Schlussfolgerung zu, ob die hier angewandten Ein- und Ausschlusskriterien zu einer Selektionsverzerrung (selection bias) geführt haben könnten (Tripepi et al. (2010)). Dies ist weder eindeutig zu bejahen noch zu verneinen.

Die Größe der Untersuchungsstichprobe von 631 Patienten legt eine gewisse Repräsentativität nahe. Damit könnte auch für die statistische Auswertung auf das zentrale Grenzwerttheorem Bezug genommen werden, wonach sich ab einer Stichprobengröße von $N > 30$ die Mittelwerte der Grundgesamtheit und damit einer Normalverteilung annähern. Gleichwohl wurde aus Sorgfaltsgründen die Normalverteilung der Daten aus den psychometrischen Instrumenten mittels Kolmogorov-Smirnov-Test geprüft. Diese ergab keine Normalverteilung, so dass nachfolgend nicht-parametrische statistische Verfahren angewandt wurden. Deren Einsatz kann möglicherweise zu Ergebnisverzerrungen geführt haben. Diese Überlegung kann dadurch entkräftet werden, dass nicht-parametrische Ansätze als deutlich konservativer gelten als parametrische Verfahren, so dass davon ausgegangen werden kann, dass signifikante Ergebnisse in nicht-parametrischen Verfahren auch bei parametrischen Testungen zutage getreten wären. Möglicherweise unterschätzt eine nicht-parametrische Methodik sogar die ‚wahren‘ Zusammenhänge (Bortz & Schuster, 2010).

Eine große Stichprobe kann zu dem Problem führen, dass signifikante Ergebnisse gefunden werden, die jedoch nur minimale oder kleine Effektstärken aufweisen, welche allerdings unter Umständen keine Relevanz haben (Bortz & Schuster, 2010). Dem kann begegnet werden, indem signifikante Ergebnisse mit Hinblick auf die praktische Bedeutsamkeit interpretiert werden, was in dieser Arbeit berücksichtigt wurde.

4.7.3 ERHEBUNGSINSTRUMENTE

Die in dieser Studie verwandten psychometrischen Verfahren gelten als international gut etabliert, objektiv, reliabel und valide. Gleichwohl werden sie vereinzelt und aus unterschiedlichen Gründen kritisiert.

Hinsichtlich der Social Interaction Anxiety Scale (SIAS; Mattick & Clarke, 1998, Stangier et al., 1999) bestehen Zweifel, dass die drei Items, die bei der Auswertung invertiert werden müssen, Interaktionsängste reliabel messen (Eidecker et al., 2010). Es wurde daher empfohlen, auf diese drei Items zu verzichten und den Test mit den verbliebenen 17 Items durchzuführen. Dieser Empfehlung wurde nicht gefolgt, so dass die Reliabilität der Erfassung von Interaktionsängsten möglicherweise eingeschränkt wurde.

Während die Diagnose einer sozialen Angststörung bzw. sozialen Phobie anhand der eingangs erwähneter Kriterien klinisch gestellt wird, kann pathologische soziale Angst in sehr un-

terschiedlicher Weise definiert bzw. operationalisiert werden. Eine gängige Variante ist die Erfassung sozialer Ängste über psychometrische Instrumente und die Anwendung von Schwellenwerten. Dieses Vorgehen ist sowohl mit der Social Phobia Scale (SPS) als auch mit der Social Interaction Anxiety Scale (SIAS) möglich und wurde in der vorliegenden Arbeit umgesetzt. Der Empfehlung von Heimberg et al. (1992) folgend wurden als Schwellenwerte für die SPS ein Wert über 23 und für die SIAS ein Wert über 33 als diagnostischer Grenzwert festgelegt. Für diese Werte finden sich in der Literatur die besten Ergebnisse bezüglich Sensitivität und Spezifität in der Diagnostik von sozialen Angststörungen im Vergleich zu klinischen Interviews (Brown et al., 1997; Heimberg et al., 1992). Es wurden jedoch auch andere Grenzwerte für die beiden Tests ermittelt: So fanden Stangier et al. (1999) bei einem Cut-off für die SIAS > 33 eine Sensitivität von 73,9% und bei einem Cutoff für die SPS > 22 eine Sensitivität von 79,2%. Es ist einleuchtend, dass sich mit der Verwendung anderer Schwellenwerte die Prävalenz sozialer Ängste sowie die in dieser Arbeit beschriebenen Effekte veränderten; somit können sich die hier getroffenen Aussagen ausschließlich nur auf die verwendeten Grenzwerte beziehen.

Dies sei beispielhaft an der Prävalenz sozialer Ängste innerhalb klinischer Populationen illustriert: So finden Dally et al. (2005) in ihrer Stichprobe stationärer Psychotherapiepatienten eine Prävalenz von 45%, die somit etwas höher liegt als die 39,6%, die in der vorliegenden Arbeit ermittelt wurde. Jedoch verwandte die Arbeitsgruppe um Dally et al. (2005) niedrigere Schwellenwerte, nämlich für die SPS > 20 und für die SIAS > 30 , womit die Differenz in den Prävalenzen gut erklärt ist.

Als Schwäche der Arbeit ist kritisch anzumerken, dass bis auf den BSS ausschließlich Selbstbeurteilungsverfahren zur Erfassung der relevanten Dimensionen zur Anwendung kamen. Dies ist insofern problematisch, als dass es bei Fragebögen durch Selbsttäuschung, Bagatelisierung oder der Tendenz, entsprechend der sozialen Norm zu antworten (Stieglitz et al. (2001); Möller et al. (1990)), zu Verfälschungen kommen kann. Insbesondere für die Diagnostik sozialer Ängste bzw. der sozialen Phobie wäre der zusätzliche Einsatz eines strukturierten oder standardisierten Interviews eine sinnvolle Ergänzung gewesen und hätte die hier präsentierten Ergebnisse weiter absichern oder relativieren können.

Im Kontext des überwiegenden Einsatzes von Selbstbeurteilungsinstrumenten ist unter methodenkritischen Gesichtspunkten als potentielle Fehlerquelle der so genannte Recall Bias zu erwähnen (Latza, 2009). Dieser wird von Raphael (1987) als „Ausschmückung der Vergangenheit“ beschrieben. Dabei erinnern sich Probanden unterschiedlich an vergangene Ereignisse, etwa in Abhängigkeit von ihrer aktuellen emotionalen Verfassung. So tendieren Menschen in depressiven Stimmungslagen dazu, negative Ereignisse deutlicher und als größere

Belastung zu erinnern als in ausgeglichener Stimmung, was als stimmungskongruente Erinnerungsverzerrung (mood-congruent recall bias) bezeichnet wird (Matt et al., 1992). Hinzu kommt, dass Probanden, welche unter einer Erkrankung leiden, dafür Erklärungen suchen und Zusammenhänge mit ihrer Vergangenheit herstellen, wobei die erinnerten Ereignisse nicht zwangsläufig kausal für die Erkrankung sind. Zudem erinnern sich jedoch gesunde Probanden weniger an Ereignisse, die als mögliche Risikofaktoren in Betracht kommen (Raphael, 1987). Diese Erinnerungseffekte könnten zu Verzerrungen geführt haben, was bei der Interpretation der Ergebnisse als Einschränkung zu berücksichtigen ist.

4.7.4 WEITERE METHODENKRITISCHE ASPEKTE

Während die hier vorgelegten Analysen den Verlauf sozialer Ängste von Aufnahme bis Entlassung umfassen, können keine Aussagen zur Stabilität der Ergebnisse nach der Beendigung der stationären Psychotherapie oder gar zum Langzeitverlauf getroffen werden, da keine Katamnese durchgeführt wurde. Es muss also offenbleiben, ob die dargestellten Verbesserungen sozialer Ängste nach der Entlassung bestehen bleiben, es eventuell zu weiteren Verbesserungen oder aber Verschlechterungen kommt.

In der Literatur finden sich kontroverse Meinungen zur Vorhersagekraft der Datenerhebung zum Entlassungszeitpunkt auf das Langzeitergebnis. Geiser et al. (2001) beschreiben den Therapieerfolg zum Entlassungszeitpunkt als „mäßig guten Prädiktor für den Therapieerfolg bei Katamnese zwei Jahre später“. Junge und Ahrens (1996) fanden hingegen ein Jahr nach Entlassung der von ihnen untersuchten Patienten stabile Ergebnisse in den angewandten psychometrischen Tests.

Da die hier vorgelegte Arbeit erwachsene Patienten in stationärer Psychotherapie untersucht hat, können die Ergebnisse weder auf Kinder und Jugendliche noch auf andere Settings wie z.B. tagesklinische Behandlungen oder die ambulante Psychotherapie übertragen werden.

4.8 SCHLUSSFOLGERUNG UND AUSBLICK

Seit der Publikation der bahnbrechenden Übersicht von Liebowitz und Kollegen (1985) „Social phobia. Review of a neglected anxiety disorder“ hat sich die Forschung intensiv mit dieser Angststörung auseinandergesetzt. Gleichwohl zeigt die hier vorgelegte Arbeit in Übereinstimmung mit anderen Studien (Dally et al., 2005; Pöhlmann et al., 2009; Wiltink et al., 2010), dass soziale Ängste, welche die Schwelle zur Pathologie überschreiten, einerseits in der Population stationärer Psychotherapiepatienten hoch prävalent sind, andererseits im klinischen Alltag zu selten diagnostiziert werden. Diese ‚diagnostische Lücke‘ zwischen den Befunden einer systematischen Erfassung (z.B. mittels Fragebögen) und der konkreten Praxis in der Versorgung ist dabei keineswegs von rein akademischem Interesse, sondern hat weitreichende Konsequenzen für die Betroffenen und ihre Behandlung.

So sind erwachsene Patienten mit sozialen Ängsten psychopathologisch stärker beeinträchtigt, zeigen mehr interpersonale Probleme und eine geringere Lebenszufriedenheit als Patienten ohne soziale Ängste; dies gilt sowohl für den Zeitpunkt der Aufnahme in stationäre Psychotherapie als auch für das Ende der Therapie. Diese Umstände unterstreichen die Relevanz sozialer Ängste als auch ihre Behandlungsbedürftigkeit. Hinzu kommt, dass Patienten mit sozialen Ängsten im Vergleich zu jenen, die nicht sozial ängstlich sind, weniger von der stationären Maßnahme hinsichtlich des Behandlungsergebnis auf Ebene der Symptome und interpersonalen Probleme profitieren. Diese Befunde verdeutlichen, wie wichtig eine konsequente Berücksichtigung sozialer Ängste im diagnostischen Prozess zu Therapiebeginn ist.

Ob eine systematische Diagnostik zu einer stärkeren Berücksichtigung sozialer Ängste im Rahmen der Behandlungsplanung führte, kann anhand dieser Studie nicht beantwortet werden, sollte aber unbedingt in zukünftigen Arbeiten untersucht werden. Ebenso wäre zu klären, ob spezifische Interventionen für Patienten mit sozialen Ängsten zu insgesamt besseren Therapieergebnissen beitragen können und welche Interventionen dafür besonders geeignet sind.

In zukünftigen Studien wäre ebenfalls zu untersuchen, ob die hier vorgestellten Befunde in gleicher Weise auch bei Kindern und Jugendlichen in stationärer Psychotherapie zu replizieren sind und ob diese auch in der tagesklinischen respektive ambulanten Versorgung zutreffen. Zudem könnte Gegenstand weiterer Analysen sein, wie sich soziale Ängste und ihre Korrelate nach der Beendigung der stationären Psychotherapie im Langzeitverlauf weiterentwickeln. Dazu wären katamnestic Untersuchungen von großem Wert.

5. ZUSAMMENFASSUNG

Hintergrund: Unter sozialer Angst wird die Angst vor möglicher negativer Bewertung des eigenen Verhaltens oder der eigenen Person in einer tatsächlichen oder imaginierten Interaktion verstanden. Dabei beschreibt das Modell nach Clark und Wells eine kognitive Fehlverarbeitung bei sozial ängstlichen Personen. Durch negative Grundannahmen über sich selbst und die Umwelt sowie erhöhte Selbstaufmerksamkeit kommt es zu konditionierten und unkonditionierten Annahmen in sozialen Interaktionen. Diese negativen Annahmen über den Ausgang der sozialen Interaktion führen zur Angst vor dieser. Soziale Ängste sind in der Allgemeinbevölkerung weit verbreitet und haben in ihrer pathologischen Form die höchste Prävalenz aller psychischen Erkrankungen. Ihre Ausprägung ist normalverteilt und erstreckt sich von der normalen Aufregung vor einem Vortrag bis hin zur Vermeidung jeglicher sozialen Situation bei der generalisierten Sozialer Angststörung. Innerhalb einer Allgemeinpopulation finden sich soziale Ängste häufiger bei Frauen im Vergleich zu Männern; bei stationären Patienten mit psychischen Störungen lässt sich kein Geschlechtsunterschied in dieser Hinsicht feststellen. Soziale Ängste haben ein frühes Manifestationsalter in der Adoleszenz und verlaufen ohne Therapie meist chronisch. Pathologische soziale Angst führt zu einer ausgeprägten Beeinträchtigung im privaten und beruflichen Lebensumfeld. So sind sozial ängstliche Personen häufiger ohne Berufsausbildung und seltener voll erwerbstätig. Die Furcht vor sozialer Interaktion führt auch dazu, dass soziale ängstliche Personen häufiger allein leben oder getrennt sind. Die negativen Grundannahmen sowie die Angst vor sozialer Interaktion führen dazu, dass sozial ängstliche Personen signifikant mehr interpersonelle Probleme haben. Die dargestellten Charakteristika sozialer Ängste bedingen ihre Relevanz vor allem für die stationäre Psychotherapie. Diese Arbeit hat das Ziel, den aktuellen Forschungsstand zur pathologischen sozialen Angst im Bereich der stationären Psychotherapie zu ergänzen sowie bereits aufgestellte Hypothesen zu replizieren. Dabei sollen die Charakteristika bezüglich Psychopathologie, interpersonellen Probleme, Lebensqualität sowie der Verlauf sozialer Ängste beleuchtet werden. Hierfür wurde eine retrospektive naturalistische Studie durchgeführt, welche Patienten in stationärer Psychotherapie des Fachklinikum Tiefenbrunn analysierte. In dem Untersuchungszeitraum wurden insgesamt 902 Patienten behandelt, von denen 631 (70,0%) vollständige Datensätze hatten und somit in die Analyse einbezogen werden konnten. In der Auswertung wurde dabei die Soziale Angststörung definiert als Überschreiten etablierter Schwellenwerte in psychometrischen Verfahren zur Erfassung sozialer Ängste (SIAS > 34 und SPS > 24). In den weiteren Analysen wurde die Psychopathologie mittels SCL-90, UFB und IPP, die Beeinträchtigung mittels BSS und LQ für die Gruppen Soziale Angststörung und Keine Soziale Angststörung ausgewertet. Es erfolgte weiter eine Analyse des Verlaufs sozialer Ängste im Verlauf des stationären Settings.

Ergebnisse: Hinsichtlich der klinisch gestellten Diagnose einer sozialen Phobie nach ICD-10 fand sich nur eine geringe Übereinstimmung mit der qua psychometrischer Diagnostik systematisch erfassten Sozialen Angststörung (Cohens $\kappa = 0,24$; $p < 0,001$). Es zeigte sich weiter, dass in der Teilstichprobe mit Sozialer Angststörung eine erheblich stärker psychopathologische Beeinträchtigung vorlag als in der Teilstichprobe ohne eine Soziale Angststörung. Diese zeigte sich neben einem höheren Ausmaß an komorbiden psychischen Störungen auch in signifikant höheren Werten auf allen Skalen des Beeinträchtigungs-Schwere-Scores und der SCL-90-R. Die Patienten mit einer SAD zeigten ein signifikant höheres Maß an interpersonellen Problemen auf allen Skalen des IIP (bis auf die Subskala „PA: zu autokratisch/dominant“). Im Unsicherheitsfragebogen erreichte die Teilstichprobe mit SAD auf allen Skalen signifikant höhere Werte als die Gruppe ohne SAD. In der selbsteingeschätzten Lebensqualität fanden sich signifikant geringere Werte in den Bereichen Gesundheit, berufliche Situation, Freizeit, Elternbeziehung, eigene Person, Sexualität sowie eine geringere der generellen Lebenszufriedenheit. Im Verlauf der stationären Psychotherapie, d.h. von Aufnahme zur Entlassung, nahmen soziale Ängste (gemessen mit der SPS und SIAS) signifikant ab – sowohl in der gesamten Untersuchungsstichprobe als auch in den beiden Teilstichproben mit bzw. ohne SAD. Ein hohes Ausmaß sozialer Ängste zu Behandlungsbeginn erwies sich als ein signifikanter negativer Prädiktor für das Therapieergebnis auf der Ebene der Psychopathologie und der interpersonellen Probleme.

Konklusion: Pathologische Soziale Angst ist ein häufiges Phänomen in einer Stichprobe stationärer Psychotherapiepatienten. In der klinischen Routinediagnostik wird sie jedoch deutlich seltener erfasst als beim systematischen Einsatz psychometrischer Tests, wie z.B. der SIAS und SPS. Diese ‚diagnostische Lücke‘ kann auf eine ungenügende Erkennung sozialer Ängste durch die aufnehmenden Ärzte und/ oder Psychologen respektive Psychotherapeuten zurückzuführen sein; alternativ wäre denkbar, dass eine ausschließliche Befragung über Selbstbeurteilungsinstrumente den Vorteil hat, dass bei dieser Methodik keine soziale Interaktion erforderlich ist und Patienten daher offener sind respektive weniger ihre sozialen Ängste dissimulieren. Hinzu kommt, dass die Diagnose einer sozialen Phobie nach ICD-10 insbesondere auf Performance-Ängste abzielt und daher Patienten mit prädominanten Interaktionsängsten weniger in den diagnostischen Fokus geraten. Dies ist insofern bedeutsam, als dass Patienten mit sozialen Ängsten deutlich stärker beeinträchtigt sind als jene ohne soziale Ängste. Hinzu kommt, dass soziale Ängste bei Behandlungsbeginn das Therapieergebnis nachteilig beeinflussen. Eine frühzeitige Identifikation und spezifische Therapie könnte somit zu besseren Behandlungsergebnissen führen; diese Vermutung ist in weiteren Studien zu untersuchen.

6. LITERATURVERZEICHNIS

- Alden, L. E [Lynn E.] & Phillips, N. (1990). An interpersonal analysis of social anxiety and depression. *Comprehensive Psychiatry*, 14(5), 499–512.
<https://doi.org/10.1007/BF01172970>
- Alden, L. E [Lynn E.] & Taylor, C. T. (2004). Interpersonal processes in social phobia. *Clinical psychology review*, 24(7), 857–882. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2004.07.006>
- Alonso, J. & Lépine, J.-P. (2007). Overview of key data from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD). *The Journal of clinical psychiatry*, 68 Suppl 2, 3–9.
- American Psychiatric Association. (1980). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: 3d ed.* American Psychological Association.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: 4d ed.* American Psychological Association.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5 (5. ed.)*. American Psychiatric Publishing.
- Antony, M. M., Coons, M. J., McCabe, R. E., Ashbaugh, A. & Swinson, R. P [Richard P.] (2006). Psychometric properties of the social phobia inventory: further evaluation. *Behaviour research and therapy*, 44(8), 1177–1185.
<https://doi.org/10.1016/j.brat.2005.08.013>
- Asher, M. & Aderka, I. M. (2018). Gender differences in social anxiety disorder. *Journal of clinical psychology*, 74(10), 1730–1741. <https://doi.org/10.1002/jclp.22624>
- Asher, M., Asnaani, A. & Aderka, I. M. (2017). Gender differences in social anxiety disorder: A review. *Clinical psychology review*, 56, 1–12.
<https://doi.org/10.1016/j.cpr.2017.05.004>
- Bandelow, B., I. Aden, Georg W. Alpers, A. Benecke, Cord Benecke, Jürgen Deckert, Katharina Domschke, Annegret Eckhardt-Henn, Franziska Geiser, Alexander L. Gerlach, Timo Harfst, Stephan Hau, S. Hoffmann, Jürgen Hoyer, C. Hunger-Schoppe, Michael Kellner, Volker Köllner, I. B. Kopp, Gernot Langs, . . . Manfred E. Beutel. (2021). *S3-Leitlinie Behandlung von Angststörungen : Version 2*. AWMF, Registernummer 051-028. <http://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/051-028.html>
- Bandelow, B. & Michaelis, S. (2015). Epidemiology of anxiety disorders in the 21st century. *Dialogues in clinical neuroscience*, 17(3), 327–335.
-

- Bandelow, B., Wiltink, J [J], Alpers, G. W., Benecke, C., Deckert, J., Eckhardt-Henn, A., Ehrig, C., Engel, E., Falkai, P., Geiser, F [F], Gerlach, A. L [A L], Harfst, T., Hau, S., Joraschky, P [P], Kellner, M., Köllner, V., Kopp, I., Langs, G., Lichte, T., . . . Beutel, M. E [M E]. (2014). *S3-Leitlinie Behandlung von Angststörungen*.
- Bassler, M. (1997). Analytische Psychotherapie und Psychodynamik von sozialen Phobien. *Psychotherapie und Psychopharmaka. Schattauer, Stuttgart*, 93–101.
- Baumeister, R. F., Campbell, J. D., Krueger, J. I. & Vohs, K. D. (2003). Does High Self-Esteem Cause Better Performance, Interpersonal Success, Happiness, or Healthier Lifestyles? *Psychological science in the public interest : a journal of the American Psychological Society*, 4(1), 1–44. <https://doi.org/10.1111/1529-1006.01431>
- Beesdo-Baum, K., Zaudig, M [M.] & Wittchen, H. (2019). *Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-5-Störungen—Klinische Version [The Structured Clinical Interview for DSM-5 Disorders—Clinical Version]*. Hogrefe.
- Beidel, D. C [D. C.], Borden, J. W., Turner, S. M [S. M.] & Jacob, R. G. (1989). The Social Phobia and Anxiety Inventory: concurrent validity with a clinic sample. *Behaviour research and therapy*, 27(5), 573–576. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(89\)90093-4](https://doi.org/10.1016/0005-7967(89)90093-4)
- Beutler, L. E. & Howard, K. I. (1998). Clinical utility research: An introduction. *Journal of clinical psychology*, 54(3), 297–301. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1097-4679\(199804\)54:3%3C297::AID-JCLP1%3E3.0.CO;2-N](https://doi.org/10.1002/(SICI)1097-4679(199804)54:3%3C297::AID-JCLP1%3E3.0.CO;2-N)
- Bohn, C. & Stangier, U. (2009). Soziale Phobie. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie*, 57(3), 149–159. <https://doi.org/10.1024/1661-4747.57.3.149>
- Bortz, J. & Schuster, C. (2010). *Statistik für Human- und Sozialwissenschaftler (7., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage)*. Springer-Lehrbuch. Springer.
- Bowlby, J. (2006). *Bindung und Verlust: / John Bowlby ; 1. Bindung* (G. Mander, Hg.). E. Reinhardt.
- Brähler, E [E.], Horowitz, L. M [L. M.], Kordy, H [H.], Schumacher, J [J.] & Strauss, B. (1999). Zur Validierung des Inventars zur Erfassung Interpersonaler Probleme (IIP). Ergebnisse einer Repräsentativbefragung in Ost- und Westdeutschland [Validation of the Inventory for Interpersonal Problems (IIP). Results of a representative study in East and West Germany]. *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie*, 49(11), 422–431.
- Brown, E. J [Elissa J.], Turovsky, J., Heimberg, R. G [Richard G.], Juster, H. R [Harlan R.], Brown, T. A. & Barlow, D. H [David H.] (1997). Validation of the Social Interaction Anxiety Scale and the Social Phobia Scale Across the Anxiety Disorders. *Psychological Assessment*, 9(1).

- Bruch, M. A., Fallon, M. & Heimberg, R. G [Richard G.] (2003). Social phobia and difficulties in occupational adjustment. *Journal of Counseling Psychology*, 50(1), 109–117. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.50.1.109>
- Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte. (2023a, 1. Januar). *ICD-11 in Deutsch - Entwurfsfassung*. https://www.bfarm.de/DE/Kodiersysteme/Klassifikationen/ICD/ICD-11/uebersetzung/_node.html
- Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte. (2023b, 1. Januar). *ICD-11 Mortalitäts- und Morbiditätsstatistiken (MMS): 6B04 Soziale Angststörung*. https://www.bfarm.de/DE/Kodiersysteme/Klassifikationen/ICD/ICD-11/uebersetzung/_node.html;jsessionid=8352C308FB057ED023B6743F61456DE5.intranet241
- Byrne, S. P., Fogle, B. M., Asch, R., Esterlis, I., Harpaz-Rotem, I., Tsai, J. & Pietrzak, R. H. (2021). The hidden burden of social anxiety disorder in U.S. military veterans: Results from the National Health and Resilience in Veterans Study. *Journal of affective disorders*, 291, 9–14. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.04.088>
- Cain, N. M., Pincus, A. L [Aaron L.] & Grosse Holtforth, M. (2010). Interpersonal subtypes in social phobia: diagnostic and treatment implications. *Journal of personality assessment*, 92(6), 514–527. <https://doi.org/10.1080/00223891.2010.513704>
- Canals, J., Voltas, N., Hernández-Martínez, C., Cosi, S. & Arija, V. (2019). Prevalence of DSM-5 anxiety disorders, comorbidity, and persistence of symptoms in Spanish early adolescents. *European child & adolescent psychiatry*, 28(1), 131–143. <https://doi.org/10.1007/s00787-018-1207-z>
- Chartier, M. J., Walker, J. R. & Stein, M. B. (2003). Considering comorbidity in social phobia. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 38(12), 728–734. <https://doi.org/10.1007/s00127-003-0720-6>
- Clark, D. M [David M] & Wells, A. (1995). A cognitive model of social phobia. In R. G. Heimberg (Hrsg.), *Social phobia: Diagnosis, assessment, and treatment* (S. 69–93). Guilford Press.
- Clark, D. B., Feske, U., Masia, C. L., Spaulding, S. A., Brown, C., Mammen, O. & Shear, M. K. (1997). Systematic assessment of social phobia in clinical practice. *Depression and Anxiety*, 6(2), 47–61. [https://doi.org/10.1002/\(sici\)1520-6394\(1997\)6:2<47::aid-da1>3.0.co;2-2](https://doi.org/10.1002/(sici)1520-6394(1997)6:2<47::aid-da1>3.0.co;2-2)
- Combs, H. & Markman, J. (2014). Anxiety disorders in primary care. *The Medical clinics of North America*, 98(5), 1007–1023. <https://doi.org/10.1016/j.mcna.2014.06.003>
- Connor, K. M. (2000). JR D, Churchill LE, Sherwood A, Foa E, Weisler RH. *Psychometric properties of the social phobia inventory (SPIN). New self-rating scale. Br J Psychiatry*, 176, 379–386.

- Constantino, M. J., Boswell, J. F. & Coyne, A. E. (2021). Patient, therapist, and relational factors. *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change*, 225–262.
- Cox, B. J., Ross, L., Swinson, R. P [R. P.] & Drenfeld, D. M. (1998). A comparison of social phobia outcome measures in cognitive-behavioral group therapy. *Behavior modification*, 22(3), 285–297. <https://doi.org/10.1177/01454455980223004>
- Curtis, R. C. & Miller, K. (1986). Believing another likes or dislikes you: Behaviors making the beliefs come true. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51(2), 284–290. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.51.2.284>
- Dally, A [Andreas], Falck, O., Ferrari, T., Leichsenring, F., Rabung, S. & Streeck, U. (2005). Soziale Ängste in einer klinischen Population [Social anxieties in a clinical sample]. *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie*, 55(3-4), 169–176. <https://doi.org/10.1055/s-2004-834631>
- Dally, A [Andreas], Jaeger, U., Masuhr, O. & Spitzer, C. (2015). Stationäre psychodynamische Behandlung junger Erwachsener. *PDP - Psychodynamische Psychotherapie*, 14(4), 226–238. <https://elibrary.klett-cotta.de/article/99.120110/pdp-14-4-226>
- Dalrymple, K. L., Herbert, J. D. & Gaudiano, B. A. (2007). Onset of Illness and Developmental Factors in Social Anxiety Disorder: Preliminary Findings from a Retrospective Interview. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 29(2), 101–110. <https://doi.org/10.1007/s10862-006-9033-x>
- den Boer, J. A. (2000). Social anxiety disorder/social phobia: epidemiology, diagnosis, neurobiology, and treatment. *Comprehensive Psychiatry*, 41(6), 405–415. <https://doi.org/10.1053/comp.2000.16564>
- Derogatis, L. R. & Cleary, P. A. (1977). Confirmation of the dimensional structure of the scl-90: A study in construct validation. *Journal of clinical psychology*, 33(4), 981–989. [https://doi.org/10.1002/1097-4679\(197710\)33:4%3C981::AID-JCLP2270330412%3E3.0.CO;2-0](https://doi.org/10.1002/1097-4679(197710)33:4%3C981::AID-JCLP2270330412%3E3.0.CO;2-0)
- Di Nardo, P. A. & Barlow, D. H [David H.]. (1988). *Anxiety disorders interview schedule - revised (ADIS-R)*. Phobia and Anxiety Disorders Clinic, Center for Stress and Anxiety Disorders ...
- Dierk, J. M., Sommer, G. & Heinrichs, S. (2002). Soziale Kompetenz und Circumplexmodell interpersonalen Verhaltens. *Zeitschrift für Differentielle und Diagnostische Psychologie*, 23.
- Doering, S., Herpertz, S., Pape, M., Hofmann, T., Rose, M., Imbierowicz, K., Geiser, F [Franziska], Bierling, A. L., Weidner, K., Rademacher, J., Michalek, S., Morawa, E., Erim, Y., Teigelack, P., Teufel, M., Hartmann, A., Lahmann, C., Peters, E. M. J., Kruse, J., . . . Kessler, H. (2023). The multicenter effectiveness study of inpatient and

- day hospital treatment in departments of psychosomatic medicine and psychotherapy in Germany. *Frontiers in psychiatry*, 14, 1155582.
<https://doi.org/10.3389/fpsy.2023.1155582>
- Dümpelmann, M., Jaeger, U., Leichsenring, F., Masuhr, O., Medlin, C. & Spitzer, C. (2013). Psychodynamische Psychosenpsychotherapie im stationären Setting. *PDP - Psychodynamische Psychotherapie*, 12(1), 45–58. <https://elibrary.klett-cotta.de/article/99.120110/pdp-12-1-45>
- Eidecker, J., Glöckner-Rist, A. & Gerlach, A. L [Alexander L.] (2010). Dimensional structure of the Social Interaction Anxiety Scale according to the analysis of data obtained with a German version. *Journal of anxiety disorders*, 24(6), 596–605.
<https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2010.03.020>
- Ernstmann, N., Heuser, C., Halbach, S., Wegener, I., Rambau, S., Forstner, A. J., Schumacher, J [Johannes], Mücke, M., Geiser, F [Franziska] & Conrad, R. (2021). Interaktive Gesundheitskompetenz, soziodemografische Faktoren und der Zeitraum bis zur Inanspruchnahme psychotherapeutischer oder medikamentöser Behandlung – gibt es Hinweise auf soziale Ungleichheiten in der Therapie der Sozialen Angststörung? [Interactive Health Literacy, Sociodemographic Characteristics and the Uptake of Psychotherapeutic or Pharmacological Interventions - are there Social Inequalities in the Treatment of Social Anxiety Disorder?]. *Psychiatrische Praxis*, 48(4), 201–207.
<https://doi.org/10.1055/a-1294-0950>
- Fahrenberg, J., Hampel, R., Selg, H. & Sörensen, U. (2001). *Das Freiburger Persönlichkeitsinventar: FPI-R; Testauswerteprogramm*. Hogrefe.
- Fahrenberg, J., Myrtek, M [Michael], Schuhmacher, J. & Brähler, E [Elmar]. (2000). *Fragebogen zur Lebenszufriedenheit (FLZ): Handanweisung*. Hogrefe.
- Fahrenberg, J., Myrtek, M [M.], Wilk, D. & Kreutel, K. (1986). Multimodale Erfassung der Lebenszufriedenheit: Eine Untersuchung an Herz-Kreislauf-Patienten [Multimodal assessment of life satisfaction: a study of patients with cardiovascular diseases]. *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie*, 36(11), 347–354.
- Fernholz, I., Mumm, J. L. M., Plag, J., Noeres, K., Rotter, G., Willich, S. N., Ströhle, A [A.], Berghöfer, A. & Schmidt, A. (2019). Performance anxiety in professional musicians: a systematic review on prevalence, risk factors and clinical treatment effects. *Psychological medicine*, 49(14), 2287–2306. <https://doi.org/10.1017/S0033291719001910>
- Franke, G. (2002). *Die Symptomcheckliste von Derogatis (SCL-90-R)- Deutsche Version - Manual*. Belitz Test GmbH.
- Franz, M., Häfner, S., Lieberz, K., Reister, G. & Tress, W. (2000). Der Spontanverlauf psychogener Beeinträchtigungen in einer Bevölkerungsstichprobe über 11 Jahre. *Psychotherapeut*, 45.
-

- Geiser, F [Franziska], Imbierowicz, K., Conrad, R., Schilling, G. & Liedtke, R. (2001). Zur Unterscheidung von "geheilten" und "gebesserten" sowie von "unveränderten" und "verschlechterten" Patienten in einer Therapieerfolgsstudie/ Differences between patients classified as „recovered" or „improved" and „unchanged" or „deteriorated" in a psychotherapy outcome study. *Zeitschrift für psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, 47(3), 250–261. <https://doi.org/10.13109/zptm.2001.47.3.250>
- Geue, K., Strauß, B. & Brähler, E [Elmar]. (2016). *Diagnostische Verfahren in der Psychotherapie*. Hogrefe. <https://doi.org/10.1026/02700-000>
- Goldberg, D. P. & Williams, P. (2006). *A user's guide to the General health questionnaire* (Reprint). GL Assessment.
- Greenwald, A. G. & Banaji, M. R. (1995). Implicit social cognition: attitudes, self-esteem, and stereotypes. *Psychological review*, 102(1), 4.
- Gross, R., Olfson, M., Gameroff, M. J., Shea, S., Feder, A., Lantigua, R., Fuentes, M. & Weissman, M. M. (2005). Social anxiety disorder in primary care. *General hospital psychiatry*, 27(3), 161–168. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2005.01.006>
- Heimberg, R. G [Richard G.], Horner, K. J., Juster, H. R [H. R.], Safren, S. A., Brown, E. J [E. J.], Schneier, F. R [F. R.] & Liebowitz, M. R [M. R.] (1999). Psychometric properties of the Liebowitz Social Anxiety Scale. *Psychological medicine*, 29(1), 199–212. <https://doi.org/10.1017/S0033291798007879>
- Heimberg, R. G [Richard G.], Mueller, G. P., Holt, C. S., Hope, D. A. & Liebowitz, M. R [Michael R.] (1992). Assessment of anxiety in social interaction and being observed by others: The social interaction anxiety scale and the Social Phobia Scale. *Behavior Therapy*, 23(1), 53–73. [https://doi.org/10.1016/S0005-7894\(05\)80308-9](https://doi.org/10.1016/S0005-7894(05)80308-9)
- Heinrichs, N., Hahlweg, K., Fiegenbaum, W., Frank, M., Schroeder, B. & Witzleben, I. von (2002). Validität und Reliabilität der Social Interaction Anxiety Scale (SIAS) und der Social Phobia Scale (SPS)(12), 26–35. <https://www.karger.com/Article/FullText/56690>
- Hobbes, T. & Gawlick, G. (1994). *Vom Menschen* (3. Aufl., mit erneut erg. Literaturverz). *Philosophische Bibliothek: Bd. 158*. Meiner.
- Hoffmann, S. O. (2002). Die Psychodynamik der Sozialen Phobien. *Forum der Psychoanalyse*, 18(1), 51–71. <https://doi.org/10.1007/s00451-002-0115-4>
- Hoffmann, S. O. (2003). Soziale Ängste: Die psychodynamische Perspektive in Konzeptbildung und Behandlungsansätzen. *PiD - Psychotherapie im Dialog*, 4(1), 32–41. <https://doi.org/10.1055/s-2003-37613>
- Hofmann, S. G [S. G.], Albano, A. M., Heimberg, R. G [R. G.], Tracey, S., Chorpita, B. F. & Barlow, D. H [D. H.] (1999). Subtypes of social phobia in adolescents. *Depression and Anxiety*, 9(1), 15–18.

- Hong, J. J. & Woody, S. R. (2007). Cultural mediators of self-reported social anxiety. *Behaviour research and therapy*, 45(8), 1779–1789.
<https://doi.org/10.1016/j.brat.2007.01.011>
- Horowitz, L. M [Leonard M.], Alden, L. E [Lynn E.], Kordy, H [Hans] & Strauß, B. (2000). *Inventar zur Erfassung interpersonaler Probleme: deutsche Version; IIP-D*. Beltz-Test.
- Horowitz, L. M [Leonard M.], Alden, L. E [L. E.], Wiggins, J. S. & Pincus, A. L [A. L.]. (2000). *IIP - Inventory of Interpersonal Problems Manual*. TX: The Psychological Cooperation.
- Horowitz, L. M [Leonard M.], Rosenberg, S. E., Baer, B. A., Ureño, G. & Villaseñor, V. S. (1988). Inventory of interpersonal problems: psychometric properties and clinical applications. *Journal of consulting and clinical psychology*, 56.
- Hoyer, J. & Härtling, S. (2017). *Soziale Angst verstehen und verändern*. Springer Berlin Heidelberg. <https://doi.org/10.1007/978-3-642-37167-7>
- Jacobi, F., Höfler, M [Michael], Siegert, J., Mack, S., Gerschler, A., Scholl, L., Busch, M. A., Hapke, U., Maske, U., Seiffert, I., Gaebel, W., Maier, W., Wagner, M., Zielasek, J. & Wittchen, H.-U. (2014). Twelve-month prevalence, comorbidity and correlates of mental disorders in Germany: the Mental Health Module of the German Health Interview and Examination Survey for Adults (DEGS1-MH). *International journal of methods in psychiatric research*, 23(3), 304–319. <https://doi.org/10.1002/mpr.1439>
- Jefferies, P. & Ungar, M. (2020). Social anxiety in young people: A prevalence study in seven countries. *PloS one*, 15(9), e0239133. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0239133>
- Jerusalem, M. & Klein-Heßling, J. (2002). Soziale Kompetenz. *Zeitschrift für Psychologie / Journal of Psychology*, 210(4), 164–174. <https://doi.org/10.1026//0044-3409.210.4.164>
- Jong, P. J. de (2002). Implicit self-esteem and social anxiety: differential self-favouring effects in high and low anxious individuals. *Behaviour research and therapy*, 40(5), 501–508. [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(01\)00022-5](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(01)00022-5)
- Junge, A. & Ahrens, S. (1996). Stationäre psychosomatische Behandlung-Patientenmerkmale und Behandlungserfolg. *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie*, 46(12), 430–437.
- Kachin, K. E., Newman, M. G. & Pincus, A. L [Aaron L.] (2001). An interpersonal problem approach to the division of social phobia subtypes. *Behavior Therapy*, 32(3), 479–501. [https://doi.org/10.1016/S0005-7894\(01\)80032-0](https://doi.org/10.1016/S0005-7894(01)80032-0)
- Karlsson, B., Sigström, R., Östling, S., Waern, M., Börjesson-Hanson, A. & Skoog, I. (2016). DSM-IV and DSM-5 Prevalence of Social Anxiety Disorder in a Population Sample of Older People. *The American journal of geriatric psychiatry : official journal of the American Association for Geriatric Psychiatry*, 24(12), 1237–1245.
<https://doi.org/10.1016/j.jagp.2016.07.023>
-

- Katzelnick, D. J. & Greist, J. H. (2001). Social anxiety disorder: an unrecognized problem in primary care. *Journal of clinical psychiatry*, 62, 11–16.
- Keller, M. B. (2003). The lifelong course of social anxiety disorder: a clinical perspective. *Acta psychiatrica Scandinavica. Supplementum*(417), 85–94.
<https://doi.org/10.1034/j.1600-0447.108.s417.6.x>
- Kessler, R. C [Ronald C.], Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K. R [Kathleen R.] & Walters, E. E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of general psychiatry*, 62(6), 593–602. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.62.6.593>
- Keupp, H. (2016). *Reflexive Sozialpsychologie. essentials*. Springer VS. <http://www.springer.com/>
- Kiesler, D. J. (1996). *Contemporary interpersonal theory and research: Personality, psychopathology, and psychotherapy*. *Wiley series in clinical psychology and personality*. Wiley. <http://www.loc.gov/catdir/bios/wiley042/95039129.html>
- Kim, S.-S. & Bae, S.-M. (2022). Social Anxiety and Social Networking Service Addiction Proneness in University Students: The Mediating Effects of Experiential Avoidance and Interpersonal Problems. *Psychiatry investigation*, 19(6), 462–469.
<https://doi.org/10.30773/pi.2021.0298>
- Kohut, H. & vom Scheidt, E. (2006). *Die Heilung des Selbst* (1. Aufl. [Nachdr.]. *Suhrkamp-Taschenbuch Wissenschaft: Bd. 373*. Suhrkamp.
- Koyuncu, A., İnce, E., Ertekin, E. & Tükel, R. (2019). Comorbidity in social anxiety disorder: diagnostic and therapeutic challenges. *Drugs in context*, 8, 212573.
<https://doi.org/10.7573/dic.212573>
- Kupper, N. & Denollet, J. (2012). Social anxiety in the general population: introducing abbreviated versions of SIAS and SPS. *Journal of affective disorders*, 136(1-2), 90–98.
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2011.08.014>
- Landis, J. R. & Koch, G. G. (1977). The Measurement of Observer Agreement for Categorical Data. *Biometrics*, 33(1), 159. <https://doi.org/10.2307/2529310>
- Latza, U. (2009). Umgang mit Querschnittstudien in der Arbeitswelt. *Zentralblatt für Arbeitsmedizin, Arbeitsschutz und Ergonomie*, 59(10), 306–310.
<https://doi.org/10.1007/BF03344242>
- Lau, H. M., Sim, K. S., Chew, Q. H. & Sim, K. (2021). Quality of Life and Clinical Correlates in Adults with Social Phobia: A Scoping Review. *Clinical practice and epidemiology in mental health : CP & EMH*, 17, 224–234.
<https://doi.org/10.2174/1745017902117010224>
- Leary, M. R. (1983). Social anxiousness: the construct and its measurement. *Journal of personality assessment*, 47(1), 66–75. https://doi.org/10.1207/s15327752jpa4701_8

- Leary, T. (1957). *Interpersonal diagnosis of personality: A functional theory and methodology for personality evaluation*. Ronald Press Co.
- Leichsenring, F., Jaeger, U., Rabung, S. & Streeck, U. (2003). Soziale Ängste und psychische Krankheiten. *PiD - Psychotherapie im Dialog*, 4(1), 68–74.
<https://doi.org/10.1055/s-2003-37604>
- Leichsenring, F. & Leweke, F. (2017). Social Anxiety Disorder. *The New England journal of medicine*, 376(23), 2255–2264. <https://doi.org/10.1056/NEJMcp1614701>
- Leichsenring, F. & Rüger, U. (2004). Psychotherapeutische Behandlungsverfahren auf dem Prüfstand der Evidence Based Medicine (EBM): Randomisierte kontrollierte Studien vs. naturalistische Studien - Gibt es nur einen Goldstandard?/ Psychotherapy and Evidence Based Medicine (EBM) : Randomized controlled vs. naturalistic studies: Is there only one gold standard? *Zeitschrift für psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, 50(2), 203–217. <https://doi.org/10.13109/zptm.2004.50.2.203>
- Lépine, J.-P. & Pélioso, A. (2000). Why take social anxiety disorder seriously? *Depression and Anxiety*, 11(3), 87–92. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1520-6394\(2000\)11:3%3C87::AID-DA1%3E3.0.CO;2-9](https://doi.org/10.1002/(SICI)1520-6394(2000)11:3%3C87::AID-DA1%3E3.0.CO;2-9)
- Liebowitz, M. R [M. R.] (1987). Social phobia. *Modern problems of pharmacopsychiatry*, 22, 141–173. <https://doi.org/10.1159/000414022>
- Liebowitz, M. R [M. R.], Gorman, J. M., Fyer, A. J. & Klein, D. F. (1985). Social phobia. Review of a neglected anxiety disorder. *Archives of general psychiatry*, 42(7), 729–736. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1985.01790300097013>
- Lied, R. & Müller, N [Nina]. (2002). Epidemiologie und Komorbidität der Sozialen Phobie. In U. Stangier (Hrsg.), *Soziale Phobie und soziale Angststörung: Psychologische Grundlagen, Diagnostik und Therapie* (S. 34–65). Hogrefe.
- Lin, X., Li, S. & Qu, C. (2017). Social network sites influence recovery from social exclusion: Individual differences in social anxiety. *Computers in Human Behavior*, 75, 538–546. <https://doi.org/10.1016/j.chb.2017.05.044>
- Magee, W. J., Eaton, W. W., Wittchen, H. U., McGonagle, K. A. & Kessler, R. C [R. C.] (1996). Agoraphobia, simple phobia, and social phobia in the National Comorbidity Survey. *Archives of general psychiatry*, 53(2), 159–168. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1996.01830020077009>.
- Matt, G. E., Vázquez, C. & Campbell, W. (1992). Mood-congruent recall of affectively toned stimuli: A meta-analytic review. *Clinical psychology review*, 12(2), 227–255. [https://doi.org/10.1016/0272-7358\(92\)90116-P](https://doi.org/10.1016/0272-7358(92)90116-P)
- Mattick, R. P. & Clarke, J. C [J. C.] (1998). Development and validation of measures of social phobia scrutiny fear and social interaction anxiety. *Behaviour research and therapy*, 36(4), 455–470. [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(97\)10031-6](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(97)10031-6)

- Mattick, R. P., Peters, L. & Clarke, J. C [J. Christopher] (1989). Exposure and cognitive restructuring for social phobia: A controlled study. *Behavior Therapy*, 20(1), 3–23.
- Mennin, D. S., Fresco, D. M., Heimberg, R. G [Richard G.], Schneier, F. R [Franklin R.], Davies, S. O. & Liebowitz, M. R [Michael R.] (2002). Screening for social anxiety disorder in the clinical setting: using the Liebowitz Social Anxiety Scale. *Journal of anxiety disorders*, 16(6), 661–673. [https://doi.org/10.1016/S0887-6185\(02\)00134-2](https://doi.org/10.1016/S0887-6185(02)00134-2)
- Merikangas, K. R [Kathleen Ries], Avenevoli, S., Acharyya, S., Zhang, H. & Angst, J. (2002). The spectrum of social phobia in the zurich cohort study of young adults. *Biological psychiatry*, 51(1), 81–91. [https://doi.org/10.1016/S0006-3223\(01\)01309-9](https://doi.org/10.1016/S0006-3223(01)01309-9)
- Möller, H. J., Baumann, U [U.] & Fähndrich, E. (1990). Möglichkeiten und Grenzen von Selbstbeurteilungsskalen zur Verlaufsbeurteilung depressiver Symptomatik im Rahmen der Therapie-Evaluation. *U. Baumann, E. Fähndrich*, 307–328.
- Müller, N [Nina]. (2002). *Die soziale Angststörung bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen: Erscheinungsformen, Verlauf und Konsequenzen*. Zugl.: Bamberg, Univ., Diss., 2001. *Internationale Hochschulschriften: Bd. 386*. Waxmann. <http://www.social-net.de/rezensionen/isbn.php?isbn=978-3-8309-1136-4>
- Nagata, T., Suzuki, F. & Teo, A. R. (2015). Generalized social anxiety disorder: A still-neglected anxiety disorder 3 decades since Liebowitz's review. *Psychiatry and clinical neurosciences*, 69(12), 724–740. <https://doi.org/10.1111/pcn.12327>
- Peneva, I. & Mavrodiev, S. (2013). A Historical Approach to Assertiveness. *Psychological Thought*, 6(1), 3–26. <https://doi.org/10.5964/psyc.v6i1.14>
- Petermann, U. & Petermann, F. (1989). *Training mit sozial unsicheren Kindern*. PVU.
- Pöhlmann, K., Döbel, S., Löffler, S., Israel, M. & Joraschky, P [Peter] (2009). Die Sozialphobie als blinder Fleck: Klinisch unterdiagnostiziert, hoher Schweregrad und ungünstiger Verlauf? [Social phobia - the blind spot: infrequently diagnosed, highly complex, and a predictor for unfavourable therapy outcomes?]. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, 55(2), 180–188. <https://doi.org/10.13109/zptm.2009.55.2.180>
- Rapaport, D. (1967). A theoretical analysis of the superego concept. *Collected Papers of David Rapaport*, 685–709.
- Raphael, K. (1987). Recall bias: a proposal for assessment and control. *International journal of epidemiology*, 16(2), 167–170. <https://doi.org/10.1093/ije/16.2.167>
- Russell, G. & Shaw, S. (2009). A study to investigate the prevalence of social anxiety in a sample of higher education students in the United Kingdom. *Journal of Mental Health*, 18(3), 198–206. <https://doi.org/10.1080/09638230802522494>
-

- Sachse, R., Fasbender, J. & Sachse, M. (2014). *Klärungsorientierte Psychotherapie der selbstunsicheren Persönlichkeitsstörung. Praxis der Psychotherapie von Persönlichkeitsstörungen: Band 6*. Hogrefe.
- Schellberg, D. (1995). Reliabilität des BSS. *Der Beeinträchtigungs-Schwere-score (BSS). Ein instrument zur Bestimmung der Schwere einer psychogenen Erkrankung*, 18–20.
- Schepank, H. (1995). *BSS Der Beeinträchtigungs-Schwere-Score*. Beltz Test.
- Schmitz, J. & Hoyer, J. (2019). Soziale Angststörung. In T. Schnell & K. Schnell (Hrsg.), *Handbuch Klinische Psychologie* (S. 1–21). Springer Berlin Heidelberg.
https://doi.org/10.1007/978-3-662-45995-9_4-1
- Schmitz, N., Hartkamp, N., Kiuse, J., Franke, G. H., Reister, G. & Tress, W. (2000). The Symptom Checklist-90-R (SCL-90-R): A German validation study. *Quality of Life Research*, 9(1).
- Schumacher, J [Jörg], Laubach, W. & Brähler, E [Elmar] (1995). Wie zufrieden sind wir mit unserem Leben? Soziodemographische und psychologische Prädiktoren der allgemeinen und bereichsspezifischen Lebenszufriedenheit. *Zeitschrift für medizinische Psychologie*, 4(1), 17–26.
- Schwalberg, M. D., Barlow, D. H [David H.], Alger, S. A. & Howard, L. J. (1992). Comparison of bulimics, obese binge eaters, social phobics, and individuals with panic disorder on comorbidity across DSM-III—R anxiety disorders. *Journal of Abnormal Psychology*, 101(4), 675–681. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.101.4.675>
- Sheehan, D. V., Lecrubier, Y., Sheehan, K. H., Amorim, P., Janavs, J., Weiller, E., Hergueta, T., Baker, R., Dunbar, G. C. & others (1998). The Mini-International Neuropsychiatric Interview (MINI): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *Journal of clinical psychiatry*, 59(20), 22–33.
- Spitzer, C., Masuhr, O., Leichsenring, F., Dally, A [Andreas] & Jaeger, U. (2015). Soziale Ängste und interpersonale Probleme. *PDP - Psychodynamische Psychotherapie*, 14(2), 87–96. <https://www.volltext.familiendynamik.de/article/99.120110/pdp-14-2-87>
- Spitzer, C., Rullkötter, N. & Dally, A [A.] (2016). Stationäre Psychotherapie [Inpatient psychotherapy]. *Der Nervenarzt*, 87(1), 99-108; quiz 109-110.
<https://doi.org/10.1007/s00115-015-0025-5>
- Stangier, U. (Hrsg.). (2002). *Soziale Phobie und soziale Angststörung: Psychologische Grundlagen, Diagnostik und Therapie*. Hogrefe.
- Stangier, U., Clark, D. M [David M.], Ginzburg, D. M. & Ehlers, A. (2016). *Soziale Angststörung* (2., überarbeitete und erweiterte Auflage). *Fortschritte der Psychotherapie: Band 28*. Hogrefe. <http://elibrary.hogrefe.de/9783840927195>

- Stangier, U. & Heidenreich, T. (2005). Liebowitz social anxiety scale. *Internationale Skalen für Psychiatrie (International Scales for Psychiatry)*. Weinheim: Beltz, 299–306.
- Stangier, U., Heidenreich, T., Berardi, A., Golbs, U. & Hoyer, J. (1999). Die Erfassung sozialer Phobie durch die Social Interaction Anxiety Scale (SIAS) und die Social Phobia Scale (SPS). *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 28(1), 28–36.
<https://doi.org/10.1026//0084-5345.28.1.28>
- Stein, D. J., Lim, C. C. W., Roest, A. M., Jonge, P. de, Aguilar-Gaxiola, S., Al-Hamzawi, A., Alonso, J., Benjet, C., Bromet, E. J., Bruffaerts, R., Girolamo, G. de, Florescu, S., Gureje, O., Haro, J. M., Harris, M. G., He, Y., Hinkov, H., Horiguchi, I., Hu, C., . . . Scott, K. M. (2017). The cross-national epidemiology of social anxiety disorder: Data from the World Mental Health Survey Initiative. *BMC medicine*, 15(1), 143.
<https://doi.org/10.1186/s12916-017-0889-2>.
- Stein, M. B., Fuetsch, M., Müller, N [N.], Höfler, M [M.], Lieb, R. & Wittchen, H. U. (2001). Social anxiety disorder and the risk of depression: a prospective community study of adolescents and young adults. *Archives of general psychiatry*, 58(3), 251–256.
<https://doi.org/10.1001/archpsyc.58.3.251>
- Stein, M. B. & Kean, Y. M. (2000). Disability and quality of life in social phobia: epidemiologic findings. *The American journal of psychiatry*, 157(10), 1606–1613.
<https://doi.org/10.1176/appi.ajp.157.10.1606>
- Steinert, C., Hofmann, M., Leichsenring, F. & Kruse, J. (2013). What do we know today about the prospective long-term course of social anxiety disorder? A systematic literature review. *Journal of anxiety disorders*, 27(7), 692–702.
<https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2013.08.002>
- Steinert, C., Stadter, K., Stark, R. & Leichsenring, F. (2017). The Effects of Waiting for Treatment: A Meta-Analysis of Waitlist Control Groups in Randomized Controlled Trials for Social Anxiety Disorder. *Clinical psychology & psychotherapy*, 24(3), 649–660.
<https://doi.org/10.1002/cpp.2032>
- Stieglitz, R.-D., Baumann, U [Urs] & Freyberger, H. J. (Hrsg.). (2001). *Psychodiagnostik in Klinischer Psychologie, Psychiatrie, Psychotherapie*. Georg Thieme Verlag.
<https://doi.org/10.1055/b-002-5205>
- Streeck, U. (2014). *Handbuch psychoanalytisch-interaktionelle Therapie: Behandlung von strukturellen Störungen und schweren Persönlichkeitsstörungen* (3rd ed.). Vandenhoeck & Ruprecht. <https://ebookcentral.proquest.com/lib/kxp/detail.action?docID=1868612>
- Sullivan, H. S. (1953). *The interpersonal theory of psychiatry*. W W Norton.

- Tanner, R. J., Stopa, L. & Houwer, J. de (2006). Implicit views of the self in social anxiety. *Behaviour research and therapy*, 44(10), 1397–1409.
<https://doi.org/10.1016/j.brat.2005.10.007>
- Taylor, S. E. & Brown, J. D. (1988). Illusion and well-being: A social psychological perspective on mental health. *Psychological bulletin*, 103(2), 193–210.
<https://doi.org/10.1037/0033-2909.103.2.193>
- Thomas, A., Brähler, E [Elmar] & Strauß, B. (2011). IIP-32: Entwicklung, Validierung und Normierung einer Kurzform des Inventars zur Erfassung interpersonaler Probleme. *Diagnostica*, 57(2).
- Tillfors, M. & Furmark, T. (2007). Social phobia in Swedish university students: prevalence, subgroups and avoidant behavior. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 42(1), 79–86. <https://doi.org/10.1007/s00127-006-0143-2>
- Tracey, T. J. (2000). Analysis of Circumplex Models. In H. E. Tinsley, H. E. A. Tinsley & S. D. Brown (Hrsg.), *Handbook of Applied Multivariate Statistics and Mathematical Modeling // Handbook of applied multivariate statistics and mathematical modeling* (S. 641–664). Elsevier; Academic Press. <https://doi.org/10.1016/B978-012691360-6/50023-9>
- Tripepi, G., Jager, K. J., Dekker, F. W. & Zoccali, C. (2010). Selection bias and information bias in clinical research. *Nephron. Clinical practice*, 115(2), c94-9.
<https://doi.org/10.1159/000312871>
- Tritt, K., Heymann, F. von, Loew, T. H., Benker, B., Bleichner, F., Findeisen, P. & Galuska, J. (2003). Patienten in stationärer psychosomatischer Krankenhausbehandlung: Patientencharakterisierung und Behandlungsergebnisse anhand der PSY-BADO-PTM. *Psychotherapie*, 8(1).
- Tschuschke, V., Cramer, A., Koemeda, M., Schulthess, P., Wyl, A. von & Weber, R. (2009). Psychotherapieforschung – Grundlegende Überlegungen und erste Ergebnisse der naturalistischen Psychotherapie-Studie ambulanter Behandlungen in der Schweiz (PAP-S). *Psychotherapie Forum*, 17(4), 160–176. <https://doi.org/10.1007/s00729-009-0300-7>
- Turner, S. M [Samuel M.], Beidel, D. C [Deborah C.], Dancu, C. V. & Stanley, M. A. (1989). An empirically derived inventory to measure social fears and anxiety: The Social Phobia and Anxiety Inventory. *Psychological Assessment: A Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1(1), 35–40. <https://doi.org/10.1037/1040-3590.1.1.35>
- Ullrich, R. & de Mynck, R. (1998). *Der Unsicherheitsfragebogen: Testmanual U*.
- Ullrich de Mynck, R. & Forster, T. (1974). Selbstsicherheitstraining. In C. Kraiker (Hrsg.), *Handbuch der Verhaltenstherapie* (2. Aufl., S. 351–368). Kindler.
- Ullrich de Mynck, R. & Ullrich, R. (1978). *Der Unsicherheitsfragebogen*. Pfeiffer Verlag.
-

- Vriends, N., Bolt, O. C. & Kunz, S. M. (2014). Social anxiety disorder, a lifelong disorder? A review of the spontaneous remission and its predictors. *Acta psychiatrica Scandinavica*, 130(2), 109–122. <https://doi.org/10.1111/acps.12249>
- Wampold, B. E. & Imel, Z. E. (2018). *Die Psychotherapie-Debatte: Was Psychotherapie wirksam macht* (M. Ackert, J. Held, C. Wolfer & J. Westenfelder, Übers.) (C. Flückiger, Hg.). Hogrefe. <https://doi.org/10.1024/85681-000>
- Weltgesundheitsorganisation. (2009). *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: Clinical descriptions and diagnostic guidelines* (Reprinted.). World Health Organization.
- Wenzel, A. (2010). Relation to Clinical Syndromes in Adulthood. In P. M. DiBartolo & S. G. Hofmann (Hrsg.), *Social Anxiety // Social anxiety: Clinical, developmental, and social perspectives* (Second edition, S. 183–205). Elsevier; Elsevier/Academic Press. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-375096-9.00007-9>
- WHO - World Health Organization (1990). CIDI-interview (version 1.0),(b) CIDI-user manual,(c) CIDI-training manual,(d) CIDI-computer programs. *Geneva: World Health Organization*.
- Wiltink, J [Jörg], Haselbacher, A., Knebel, A., Tschan, R., Zwerenz, R., Michal, M., Subic-Wrana, C. & Beutel, M. E. (2010). Soziale Phobie--eine im psychosomatischen Ambulanz- und Konsildienst unterdiagnostizierte Angsterkrankung? [Social phobia--an anxiety disorder underdiagnosed in outpatient and consultation-liaison service?]. *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie*, 60(3-4), 111–117. <https://doi.org/10.1055/s-0029-1220692>
- Wittchen, H. U. & Jacobi, F. (2005). Size and burden of mental disorders in Europe--a critical review and appraisal of 27 studies. *European neuropsychopharmacology : the journal of the European College of Neuropsychopharmacology*, 15(4), 357–376. <https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2005.04.012>
- Wittchen, H. U. & Pfister, H. (1997). DIA-X-interviews: manual für screening-Verfahren und interview; Interviewheft.
- Wittchen, H. U., Zaudig, M [Michael] & Fydrich, T. (1997). Skid. Strukturiertes klinisches Interview für DSM-IV. Achse I und II. Handanweisung.
- Wong, Q. J. J., Gregory, B. & McLellan, L. F. (2016). A Review of Scales to Measure Social Anxiety Disorder in Clinical and Epidemiological Studies. *Current psychiatry reports*, 18(4), 38. <https://doi.org/10.1007/s11920-016-0677-2>
- Zimmer, B. & Moessner, M. (2012). Therapieevaluation in der stationären Psychotherapie mit Web-AKQUASI. *PiD - Psychotherapie im Dialog*, 13(01), 68–72. <https://doi.org/10.1055/s-0031-1298936>
-

Zimmerman, M. & Mattia, J. I. (1999). Psychiatric diagnosis in clinical practice: Is comorbidity being missed? *Comprehensive Psychiatry*, 40(3), 182–191.
[https://doi.org/10.1016/S0010-440X\(99\)90001-9](https://doi.org/10.1016/S0010-440X(99)90001-9)

7. ANHANG

Nachfolgend werden die Ergebnisse der Prüfung auf Normalverteilung mit Hilfe des Kolmogorov-Smirnow-Tests der Daten aus den verschiedenen Testinstrumenten tabellarisch dargestellt. Dabei wurden sowohl die Werte bei Aufnahme als auch bei Entlassung geprüft. Es wird die Prüfgröße Z und deren statistische Signifikanz berichtet.

TABELLE A1: TEST AUF NORMALVERTEILUNG VON SPS UND SIAS BEI AUFNAHME UND ENTLASSUNG

Soziale Ängste	Aufnahme	Entlassung
SPS	0,097***	0,120***
SIAS	0,055***	0,061***

* P < 0,05, ** P < 0,01, *** P < 0,001

TABELLE A2: TEST AUF NORMALVERTEILUNG VON BSS BEI AUFNAHME UND ENTLASSUNG

BSS	Aufnahme	Entlassung
Körperlich	0,212***	0,259***
Psychisch	0,219***	0,286***
Sozial-kommunikativ	0,233***	0,221***
Gesamt	0,137***	0,131***

* P < 0,05, ** P < 0,01, *** P < 0,001

TABELLE A3: TEST AUF NORMALVERTEILUNG VON SCL-90-R BEI AUFNAHME UND ENTLASSUNG

SCL	Aufnahme	Entlassung
Somatisierung	0,122***	0,123***
Zwanghaftigkeit	0,067***	0,117***
Unsicherheit im Sozialkontakt	0,066***	0,112***
Depressivität	0,046***	0,089***
Ängstlichkeit	0,055***	0,127***
Aggressivität	0,105***	0,180***
Phobische Angst	0,151***	0,195***
Paranoides Denken	0,084***	0,154***
Psychotizismus	0,112***	0,168***
Global Severity Index	0,039*	0,092***

* P < 0,05, ** P < 0,01, *** P < 0,001

TABELLE A4: TEST AUF NORMALVERTEILUNG VON IIP BEI AUFNAHME UND ENTLASSUNG

IIP	Aufnahme	Entlassung
PA: zu autokratisch/dominant	0,096***	0,084***
BC: zu streitsüchtig/konkurrierend	0,082***	0,081***
DE: zu abweisend/kalt	0,059***	0,066***
FG: zu introvertiert/vermeidend	0,083***	0,059***
HI: zu selbstunsicher/unterwürfig	0,056***	0,058***
JK: zu ausnutzbar/nachgiebig	0,074***	0,057***
LM: zu fürsorglich/freundlich	0,058***	0,061***
NO: zu expressiv/aufdringlich	0,073***	0,077***
Gesamtwert	0,048**	0,044**

* P < 0,05, ** P < 0,01, *** P < 0,001

TABELLE A5: TEST AUF NORMALVERTEILUNG VON UNSICHERHEITSFRAGEBOGEN BEI AUFNAHME UND ENTLASSUNG

U-FB	Aufnahme	Entlassung
Kritikangst	0,068***	0,050***
Kontaktangst	0,049***	0,041*
Fordern können	0,042*	0,041*
Nicht-Nein-Sagen-Können	0,073***	0,061***
Schuldgefühle	0,100***	0,113***
Anständigkeit	0,069***	0,062***

* P < 0,05, ** P < 0,01, *** P < 0,001

TABELLE A6: TEST AUF NORMALVERTEILUNG VON LEBENSZUFRIEDENHEIT BEI AUFNAHME UND ENTLASSUNG

LQ: Zufriedenheit mit ...	Aufnahme	Entlassung
Gesundheit	0,164***	0,214***
beruflicher Situation	0,176***	0,144***
finanzieller Lage	0,138***	0,153***
Freizeit	0,154***	0,164***
Freundschaften	0,169***	0,190***
Elternbeziehung	0,145***	0,143***
eigener Person	0,201***	0,149***
Sexualleben	0,174***	0,139**
LQ: Wichtigkeit von ...		
Gesundheit	0,241***	0,257***
beruflicher Leistung	0,247***	0,253***
finanzieller Lage	0,218***	0,228***
Freizeit	0,243***	0,252***
Freundschaften	0,246***	0,256***
Eltern	0,223***	0,215***
eigener Person	0,268***	0,277***
Sexualleben	0,201***	0,228***
Summenwert Lebenszufriedenheit	0,054***	0,044**

* P < 0,05, ** P < 0,01, *** P < 0,001

8. CURRICULUM VITAE**Name:** Schönfelder Jan Martin**Geburtsdatum:** 01.07.1994**Geburtsort:** Donaueschingen**Staatsangehörigkeit:** Deutsch**Kontaktdaten:**

E-Mail. jan.schoenfelder@uni-rostock.de

AUSBILDUNG:

1. **Promotionsstudium in Humanmedizin (laufend) Universitätsmedizin Rostock, Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie**
 - Thema der Dissertation: "Soziale Ängste bei Patienten in stationärer Psychotherapie – Häufigkeiten, klinische Korrelate, Verlauf"
 - Betreuer: Prof. Dr. med. Carsten Spitzer
2. **Approbation Arzt Landesamt für Gesundheit und Soziales Mecklenburg-Vorpommern, 24.11.2022**
3. **Klinischer Studienabschnitt Universitätsmedizin Rostock, 10/2018 – 11/2022**
 - Zweiter Abschnitt der Ärztlichen Prüfung 07.10.2021
 - Dritter Abschnitt der Ärztlichen Prüfung 02.11.2022
4. **Vorklinischer Studienabschnitt Georg-August Universität Göttingen, 09/2016 – 08/2018**
 - Erster Abschnitt der Ärztlichen Prüfung 14.09.2018
5. **Staatlich anerkannter Rettungsassistent Regierungspräsidium Karlsruhe 05.01.2016**
6. **Abitur St. Ursula Schulen Allgemeinbildendes Gymnasium Villingen-Schwenningen, 24.06.2013**

FORSCHUNGSERFAHRUNG:

1. **Promotionsstudium Universitätsmedizin Rostock, Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie**
 - Seit 09/2019 andauernd
 - Retrospektive Datenanalyse mit dem Forschungsschwerpunkt Soziale Ängste bei stationären psychotherapeutischen Patienten

FORSCHUNGSINTERESSEN:

- Psychosomatische Medizin
 - Angststörungen mit Schwerpunkt Soziale Angst
 - Psychotherapeutische Interventionen
 - Implementation theoretischer Aspekte in die therapeutisch praktische Anwendung
-

SPRACHKENNTNISSE:

- Deutsch (Muttersprache)
- Englisch (Verhandlungssicher)

REFERENZEN:

1. Carsten Spitzer *Prof. Dr. med., Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie Universitätsmedizin Rostock* E-Mail: carsten.spitzer@uni-rostock.de

9. THESEN

Soziale Ängste bei Patienten in stationärer Psychotherapie – Häufigkeiten, Klinische Korrelate, Verlauf

Soziale Ängste sind ein weitverbreitetes Phänomen und dadurch insbesondere im Bereich der stationären Psychotherapie ein relevante Ko-/ Morbiditätsfaktor, welcher Einfluss auf das Behandlungsergebniss sowie die psychopathologische Beeinträchtigung der Patienten hat. Aufgrund dessen beschäftigt sich die vorliegende Arbeit mit einer naturalistischen Stichprobe aus Patienten in stationärer Psychotherapie und untersucht hierbei folgende Thesen:

- Soziale Ängste sind auch in einer diagnostisch heterogenen Stichprobe stationärer Psychotherapiepatienten ein häufiges Phänomen, das jedoch in der klinischen Routinediagnostik seltener diagnostiziert wird als unter Verwendung psychometrischer Instrumente. Dabei erlauben teststatistische Verfahren die Anwendung unterschiedlicher Indikatoren sozialer Ängste, die zwar konvergieren, aber nicht deckungsgleich sind.
- Patienten in stationärer Psychotherapie mit einer Sozialen Angststörung sind jünger und häufiger weiblich als jene ohne Soziale Angststörung.
- Patienten in stationärer Psychotherapie, die unter einer Sozialen Angststörung leiden, sind psychopathologisch stärker beeinträchtigt als jene ohne eine Soziale Angststörung. Diese stärkere Beeinträchtigung spiegelt sich in signifikant mehr komorbiden psychischen Störungen wider sowie in selbst- und fremdbeurteilter Psychopathologie. Im Speziellen sind hierbei andere Angststörungen signifikant häufiger bei Patienten mit sozialen Ängsten.
- Es besteht ein positiver Zusammenhang zwischen sozialen Ängsten und interpersonellen Problemen sowie Selbstunsicherheit und eine negative Assoziation mit Lebenszufriedenheit.
- Soziale Ängste nehmen unter stationärer Psychotherapie, d.h. von Aufnahme bis Entlassung, ab; diese Symptomreduktion findet sich sowohl bei dimensionaler Betrachtung als auch anhand kategorialer Parameter sowohl in der Gesamtstichprobe als auch in der Teilstichprobe der Patienten mit Sozialer Angststörung.
- Soziale Ängste beeinflussen das Behandlungsergebnis von stationärer Psychotherapie nachteilig. Dies gilt sowohl für die selbst- als auch fremdeingeschätzte Psychopathologie als auch für interpersonale Probleme.

10. EIDESSTATTLICHE VERSICHERUNG

Ich versichere eidesstattlich durch eigenhändige Unterschrift, dass ich die Arbeit selbstständig und ohne Benutzung anderer als der angegebenen Hilfsmittel angefertigt habe. Alle Stellen, die wörtlich oder sinngemäß aus Veröffentlichungen entnommen sind, habe ich als solche kenntlich gemacht.

Die Arbeit ist noch nicht veröffentlicht und ist in gleicher oder ähnlicher Weise noch nicht als Studienleistung zur Anerkennung oder Bewertung vorgelegt worden. Ich weiß, dass bei Abgabe einer falschen Versicherung die Prüfung als nicht bestanden zu gelten hat.

Rostock

(Abgabedatum)

(Vollständige Unterschrift)
