

Soziale Ängste in einer klinischen Population

Social Anxieties in a Clinical Sample

Zusammenfassung

Unter der Bezeichnung „Soziale Phobie“ wurde erst vor relativ kurzer Zeit ein Beschwerdebild in die syndromalen Diagnosesysteme ICD-10 und DSM-IV aufgenommen, das durch Furcht vor peinlichen und demütigenden Erfahrungen im Kontakt mit anderen gekennzeichnet ist. Dennoch finden unserer Erfahrung nach soziale Phobien, ähnlich wie andere Beeinträchtigungen im Zusammenleben mit anderen Menschen, weiterhin nicht die klinische Beachtung, die der Schwere der Probleme im Leben der betroffenen Patienten angemessen wäre; auch aus psychodynamischer Sicht wurden soziale Phobien kaum beforscht. Deshalb haben wir an einem Kollektiv stationär behandlungsbedürftiger psychiatrisch-psychotherapeutischer Patienten (n = 930) die Häufigkeit und Ausprägung sozialer Ängste sowie Unterscheidungsmerkmale zu Patienten untersucht, die sich nicht als sozial ängstlich erleben. Als Messinstrumente wurden diagnostische bzw. testpsychologische Verfahren verwandt, durch die u.a. anamnestiche und soziodemografische Daten sowie Informationen zur Symptombelastung, zu interpersonellen Beeinträchtigungen und zur Komorbidität erhoben wurden. Die Ergebnisse dokumentieren nicht nur die Häufigkeit sozialer Ängste in einer klinischen Population (45%), sondern auch die mit erheblichen Auswirkungen auf verschiedenste Lebensbereiche einhergehende symptomatische und interpersonelle Beeinträchtigung der betroffenen Patienten gegenüber der Vergleichsgruppe. Das derzeit in den psychiatrischen Diagnosesystemen verwendete additiv syndromal beschreibende Konstrukt der sozialen Phobie wird einem Leiden nicht gerecht, dessen Bedeutung und Schwere dem

Abstract

Under the label of social phobia a complex of ailments was introduced into the syndromal diagnostic classification system of ICD-10 and DSM-IV, which is characterized by fear of embarrassing and humiliating experiences in relation to other persons. According to our experiences, however, social phobias and other problems in interpersonal relations are not yet paid the clinical attention that these problems deserve, when the severity of impairments subjects affected by social phobias suffer from is taken into account. There is a considerable lack of research of the psychodynamic aspects of social phobia as well. For this reason, we studied the frequency and extent of social anxieties in a sample of patients requiring psychiatric-psychotherapeutic inpatient treatment suffering from social anxieties (N = 930). This sample was compared to another sample of patients without social anxieties. We applied standardized diagnostic and psychometric instruments in order to collect information about anamnestic and social data as well as data about symptom severity, interpersonal impairments and comorbid disorders. The results do not only show the high frequency of social anxieties (45%), but also the severe impairments in various domains of personal functioning of patients suffering from social anxieties compared to the patients without severe social anxieties. According to our clinical experiences and to the results presented here, the construct of social phobia as it is currently used in the psychiatric classification systems is an syndromal additive description that falls short of a form of suffering that is characterized by the facts that it is interwoven with the complete social existence of an affected person.

Institutsangaben

Krankenhaus Tiefenbrunn, Klinik für Psychotherapie, Psychiatrie und psychosomatische Medizin
des Landes Niedersachsen

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. med. Ulrich Streeck · Krankenhaus Tiefenbrunn · 37124 Rosdorf · E-mail: ulrich@streeck.net

Eingegangen: 20. Januar 2004 · **Angenommen:** 20. Dezember 2004

Bibliografie

Psychother Psych Med © Georg Thieme Verlag KG Stuttgart · New York
DOI 10.1055/s-2004-834631
ISSN 0937-2032

klinischen Eindruck und den vorgestellten Ergebnissen nach gerade durch seine Verwobenheit mit der gesamten sozialen Existenz der Betroffenen bestimmt wird. Das Störungsbild sollte durch die einem erweiterten Verständnis und der Komplexität der Beeinträchtigung Rechnung tragende Bezeichnung soziale Angst ersetzt werden.

Einleitung

In Todorovs „Versuch einer allgemeinen Anthropologie“ [32] heißt es: „... die Beziehung zu anderen geht dem Einzelnen voraus. Die Menschen leben nicht aufgrund von Interessen, aus Tugend oder sonst irgend einem starken Grund in Gesellschaft. Sie tun es, weil es für sie keine andere mögliche Daseinsform gibt“ (S. 17). Und weiter: „Die Geselligkeit ist nichts Unwesentliches oder Zufälliges, sondern die Grundbestimmung der *conditio humana* ... In diesem Sinn existiert der Mensch nicht vor der Gesellschaft ... das Menschliche gründet im Zwischenmenschlichen ... So tief man auch in den menschlichen Geist vordringt, man wird niemals ein isoliertes Wesen finden, sondern nur Beziehungen zu anderen.“ Und schon für Aristoteles war der Mensch ein „von seiner Natur her soziales Wesen“.

In der Psychotherapie werden die Beziehungen zu anderen meist aus innerseelischen Verhältnissen und die vielfältigen Beeinträchtigungen des Zwischenmenschlichen aus seelischen Störungen erklärt. So erscheint Seelisches als Ursprung des Sozialen. Anders als in der Sicht von Todorov berühren Störungen des Zwischenmenschlichen nicht die existenzielle Grundlage des Menschen, sondern stellen gleichsam nur ein abgeleitetes Problem dar, indem sie als Folgeerscheinung einer basaleren seelischen Beeinträchtigung aufgefasst werden. Dementsprechend werden Probleme des sozialen Lebens und des zwischenmenschlichen Zusammenlebens in eine Reihe mit vielen anderen Symptomen gestellt, die in Zusammenhang mit psychischen Beeinträchtigungen auftreten können. In dieser Auffassung spiegeln sich die weit reichende Bedeutung des Zwischenmenschlichen und dessen Beeinträchtigungen nur noch bedingt wider. In Übereinstimmung damit werden in klinischen Beiträgen und kasuistischen Darstellungen soziale Lebenssituationen und die Probleme von Patienten, sich im Kontakt mit anderen zu bewegen, oft nur am Rande erwähnt. Damit bleiben deren zentrale Bedeutung für die seelische und körperliche Gesundheit unter Umständen gänzlich unerkannt.

Auch in den diagnostischen Klassifikationssystemen spielen Störungen des Sozialen [22] nur eine nachgeordnete Rolle. Insbesondere an den so genannten Persönlichkeitsstörungen wird die Tendenz deutlich, Beeinträchtigungen des sozialen Lebens als ein abgeleitetes Problem zu verstehen und auf psychische Störungen zurückzuführen. Obwohl sich die Beschreibungen der meisten Persönlichkeitsstörungen ganz überwiegend auf Phänomene des Zusammenlebens mit anderen stützen, wird die Störung in den Patienten, eben in seine Persönlichkeit verlagert. Fiedler [10] konnte deshalb von einer „Personzentrierung eines interpersonellen Problems“ sprechen: Eine Störung, die sich vorrangig interpersonell manifestiert, wird auf die individuelle Persönlichkeit zurückgeführt.

For this reason, the term social phobia should be replaced by the more appropriate term of social anxiety.

Key words

Social phobia · social anxiety · inpatient psychiatric · psychotherapeutic treatment

Aufgrund unserer klinischen Erfahrungen sind das Ausmaß und die Schwere von sozialen Ängsten im Zusammenhang mit seelischen Beeinträchtigungen weitaus häufiger und gravierender, als sich das in den Diagnosen niederschlägt, mit denen Beeinträchtigungen im Zusammenleben mit anderen erfasst werden. Darüber hinaus werden die oft massiven Probleme im sozialen Leben von Patienten oft weit weniger genau beschrieben, als es der Schwere ihrer interpersonellen Beeinträchtigungen angemessen wäre. Ängste vor Kontakt mit anderen, davor, in irgendeiner Weise mit anderen zu interagieren und von anderen gesehen und beurteilt zu werden, gehen meist mit ausgedehnten Vermeidungsstrategien einher und können so weit reichend sein, dass die betroffenen Patienten weitgehend sozial isoliert sind, ohne sich in der Lage zu sehen, ihre Isolation zu verlassen.

Eine überzeugende Kategorie für soziale Ängste gibt es in den gängigen diagnostischen Klassifikationssystemen nicht. Am ehesten werden umfassendere soziale Ängste durch die Beschreibung der generalisierten Form der sozialen Phobie im DSM-IV abgebildet. Allerdings sind sie dort als Angst vor demütigenden und peinlichen Erfahrungen definiert, beschränken sich in der klinischen Realität darauf aber nicht. Kontakte zu anderen Menschen können aufgrund der Angst vor Kränkungen oder vor Enttäuschungen oder vor Beschämung gemieden werden, und viele Patienten – ganz besonders Patienten mit basalen Entwicklungsstörungen – sind gar nicht in der Lage anzugeben, was sie veranlasst, anderen Menschen so weitgehend aus dem Wege zu gehen.

Das Störungsbild der sozialen Phobie wurde bisher fast ausschließlich von verhaltenstherapeutischer Seite beschrieben (z.B. [1,28]), von der psychodynamisch orientierten Psychotherapie jedoch mit wenigen Ausnahmen [12,14,15,17,18,31,36] vernachlässigt. Allerdings ist die Diagnose „soziale Phobie“ wie kaum eine andere diagnostische Kategorie in der ICD-10 und im DSM-IV geeignet, die Unangemessenheit eines diagnostischen Klassifikationssystems zu verdeutlichen, das sich darauf zu beschränken versucht, Störungen in isolierter Weise zu beschreiben, um dann das höchst fragwürdige Konzept der Komorbidität zu bemühen, um wenigstens annäherungsweise der Komplexität des psychischen und psychosozialen Geschehens gerecht werden zu können, in die diese Störungen und insbesondere soziale Ängste eingebettet sind. Dass schwerere soziale Ängste aller klinischen Erfahrung nach häufig in basalen Entwicklungsstörungen verankert sind, ist ein Zusammenhang, den die Diagnose „soziale Phobie“ bis zur Unkenntlichkeit zerreißt. Umgekehrt haben isolierte soziale Ängste im Sinne einer einfachen sozialen Phobie nicht immer Krankheitswert; unter stationär behandlungsbedürftigen Patienten kommen sie kaum je vor.

Fragestellung

Auf dem Hintergrund des beschriebenen klinischen Eindrucks der Komplexität sozialer Ängste galt unser Interesse der Frage, wie häufig soziale Ängste bei stationär behandlungsbedürftigen Patienten mit psychischen und psychosomatischen Erkrankungen sind, wie ausgeprägt solche Ängste sind und in welcher Hinsicht sich diese Patienten von stationär behandlungsbedürftigen Patienten unterscheiden, die sich nicht als sozial ängstlich erleben. Wir beschreiben im Folgenden eine Gruppe sozial ängstlicher Patienten (SÄ) in Gegenüberstellung zu Patienten, die sich als nicht sozial ängstlich beurteilen (non SÄ).

Methodik

In die Untersuchung wurden alle Patienten im Erwachsenenalter einbezogen, die im Zeitraum vom 1.3.2001 bis zum 30.9.2002 zur stationären Behandlung im Krankenhaus Tiefenbrunn aufgenommen wurden.

Das Krankenhaus Tiefenbrunn ist eine Klinik für Psychotherapie, Psychiatrie und Psychosomatische Medizin in der Trägerschaft des Landes Niedersachsen. Behandelt werden überwiegend Patienten mit schweren Entwicklungsstörungen (Persönlichkeitsstörungen), mit präpsychotischen und nicht akuten – psychotischen, psychotherapeutisch behandlungsbedürftigen Störungen, mit dekompensierten schweren chronifizierten Neurosen, mit funktionellen und psychosomatischen Störungen, Patienten, die unter Traumafolgen leiden u. a.; in einem spezialisierten Bereich werden Kurzzeittherapien im Sinne von stationärer Krisenintervention durchgeführt. Die durchschnittliche Verweildauer beträgt etwa 70 Tage mit einer Spannweite von wenigen Wochen bis zu mehreren Monaten.

Bei allen zur stationären Behandlung aufgenommenen Patienten im Erwachsenenalter wird ein Erstinterview und eine ausführliche psychodynamisch orientierte Anamnese durchgeführt. In einer Zweitsicht durch den jeweiligen leitenden Arzt wird angelehnt an die Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik (OPD) sowie der syndromalen Klassifikation nach ICD-10 eine Beurteilung von Konflikt, Persönlichkeit und Struktur vorgenommen. Im Rahmen der Basisdokumentation werden bei jedem Patienten wesentliche Daten in standardisierter Form mittels dazu entwickelter Erhebungsbögen erfasst. Diese Daten umfassen u. a. die Vorbehandlungen, Arbeitsfähigkeit bei Aufnahme, wichtige Symptome aus der Vorgeschichte (Suizidalität, Selbstbeschädigungen, psychotische Episoden, präpsychotische Zustände, Süchte, Essstörungen, sexuelle Traumatisierungen, Traumatisierungen durch Gewalt) sowie soziodemografische Daten (Alter, Geschlecht, Familienstand, Partnersituation, Kinder, Schul- und Berufsausbildung, Berufstätigkeit vor der Klinikaufnahme, Einkommen, Wohnsituation). Weiter kommen bei der Aufnahme, nach sechs Wochen und vor der Entlassung die folgenden Instrumente zum Einsatz:

- Die *Symptom-Checkliste SCL-90-R*, die mit 90 Fragen die symptomatische Belastung eines Probanden erfasst. Diese wird in neun Skalen (Somatisierung, Zwanghaftigkeit, Unsicherheit im Sozialkontakt, Depressivität, Ängstlichkeit, Aggressivität/Feindseligkeit, phobische Angst, paranoides Denken, Psycho-

tizismus) auf einer fünfstufigen Skala zwischen „überhaupt nicht“ (0) und „sehr stark“ (4) eingeschätzt [11]. Mit dem Global Severity Index (GSI) wird ein Kennwert für die durchschnittliche psychische Belastung bezogen auf die 90 Items ermittelt.

- Der *Beeinträchtigungs-Schwere-Score* (BSS; [24]) wird durch den Therapeuten auf einer jeweils fünfstufigen Skala als Grad der Beeinträchtigung des Patienten durch seine psychogene Erkrankung eingeschätzt. Die Beurteilung erfolgt in drei Dimensionen (körperlich – psychisch – sozialkommunikativ), aus denen durch Summation der Gesamt-BSS ermittelt wird. Damit ist sowohl eine Bewertung der Schwere der Beeinträchtigung insgesamt möglich als auch eine Beurteilung, in welchen Bereichen diese Beeinträchtigung in erster Linie liegt.
- Die deutsche Version des *Inventars zur Erfassung interpersonaler Probleme* (IIP-D), das in Anlehnung an Learys Circumplex-Modell interpersonaler Verhaltens entwickelt wurde [16]. Der Fragebogen enthält 64 Items, die sich acht Skalen zuordnen lassen, welche die Oktanten des Circumplex-Modells repräsentieren. Neben diesen Skalenwerten lässt sich ein Gesamtwert bilden, der das Ausmaß interpersonaler Schwierigkeiten insgesamt reflektiert.
- Der *Fragebogen zur Lebenszufriedenheit* (FLZ) erfasst auf jeweils siebenstufigen Skalen („sehr zufrieden“ = 1 bis „sehr unzufrieden“ = 7) die individuelle Bewertung der vergangenen und gegenwärtigen Lebensbedingungen durch den Patienten [7,8]. Als Lebensbereiche untersucht werden Gesundheit, Schule/Beruf, finanzielle Lage, Freizeit, Beziehung zu den Eltern, eigene Person, Sexualität, Freundschaften und deren Stellenwert im Leben des Probanden („sehr wichtig“ = 1 bis „nicht wichtig“ = 7). Aus den Einzelskalen wird durch Summation ein globaler Wert für die Einschränkung der Lebenszufriedenheit ermittelt.
- Mit dem *Helping Alliance Questionnaire* (HAQ) von Luborsky [20] (deutsche Übersetzung Bassler et al. [2]) wird in elf Items (jeweils von 1 = „sehr unzutreffend“ bis 6 = „sehr zutreffend“) die Qualität der therapeutischen Beziehung eingeschätzt. Der HAQ liegt in einer Patienten- und in einer Therapeutenversion vor. In dieser Arbeit werden diejenigen HAQ-Einschätzungen herangezogen, die von den Therapeuten nach dem Aufnahmegespräch abgegeben wurden.

Für unsere Untersuchung sozialer Ängste wurde die Basisdiagnostik um die Social Interaction Anxiety Scale (SIAS), die Social Phobia Scale (SPS), den Unsicherheitsfragebogen (U-Fragebogen) und das Beck-Depressions-Inventar (BDI) ergänzt:

- Bei der *Social Interaction Anxiety Scale* (SIAS) und der *Social Phobia Scale* (SPS) handelt es sich um von Mattick u. Clarke [21] entwickelte Selbstbeurteilungsfragebögen, die jeweils 20 Aussagen umfassen, deren Zutreffen der Proband auf einer fünfstufigen Skala („überhaupt nicht“ = 0 bis „sehr stark“ = 4) einschätzt. Dabei richten sich die Fragen der SIAS auf Ängste in sozialen Interaktionssituationen, in denen Gespräche mit Freunden, Fremden oder möglichen Partnern initiiert oder aufrechterhalten werden sollen. Die Fragen der SPS erheben Ängste in Situationen, in denen eine Handlung der Beobachtung durch andere ausgesetzt ist (z.B. öffentliches Reden). Stangier et al. [27] konnten für die deutschen Versionen der SIAS und der SPS eine gute Reliabilität und Validität wie auch eine hervorragende Diskriminationsleistung bei der Abgren-

zung von Personen mit sozialer Phobie gegenüber anderen belegen.

- Mit dem *Unsicherheitsfragebogen* (U-Fragebogen; [33,34]) soll ein möglichst breites Spektrum von problematischen Einstellungen und Verhaltensweisen bei Menschen mit Störungen des Selbstwertgefühls oder der sozialen Kompetenz erfasst werden. Dazu schätzen sich die Probanden auf 65 Items mit einer jeweils sechsstufigen Skala („trifft nicht zu“ = 0 bis „trifft voll und ganz zu“ = 5) ein, die in der Auswertung sechs Faktoren zugeordnet werden: Fehlschlag- und Kritikangst, Kontaktangst, Fordern können, Nicht-nein-sagen-Können, Schuldgefühle und Anständigkeit.
- Das *Beck-Depressions-Inventar* (BDI; [3,4]) ist ein Selbstbeurteilungsinstrument zur Erfassung der Schwere einer depressiven Symptomatik. Zu 21 depressionstypischen Symptomen (z.B. traurige Stimmung, Pessimismus) werden auf einer vierstufigen Skala (nicht vorhanden = 0 bis starke Ausprägung = 3) Aussagen vorgegeben, aus denen der Proband die für ihn zutreffende auswählt. Der Summationswert erlaubt einen Vergleich der Probanden untereinander oder mit von den Autoren beschriebenen Stichproben.

Die Testinstrumente wurden entsprechend der Routinediagnostik zu drei Erhebungszeitpunkten ausgefüllt, der BSS durch den Therapeuten zu Beginn und bei Beendigung der Behandlung, der HAQ durch Therapeuten und Patienten, und zwar vom Therapeuten zu Beginn, nach sechs Wochen sowie vor Beendigung der Behandlung, vom Patienten erstmalig nach sechs Wochen sowie vor Beendigung der Behandlung, FLZ, SIAS/SPS, U-Fragebogen sowie BDI durch den Patienten zu Beginn und vor Ende der Behandlung, SCL-90 und IIP zu Beginn, nach sechs Wochen sowie vor Beendigung der Behandlung.

Darüber hinaus wurde mit einigen Patienten, die deutlich pathologische Angstwerte in beiden Angstfragebögen (SPS und SIAS) aufwiesen, ein Bindungsinterview (AAP) durchgeführt, des Weiteren mithilfe eines zu diesem Zweck entwickelten Fragebogens Kindheitsbelastungsfaktoren [9,6] ermittelt. Außerdem wurden zu den drei Zeitpunkten, zu denen die Untersuchungen im Rahmen der Basisdiagnostik durchgeführt wurden, mit den Patienten, die pathologische Werte im SIAS und SPS gezeigt hatten, nach Möglichkeit je ein therapeutisches Gespräch per Video aufgenommen. Diese werden auf interaktive Muster hin analysiert, womit die qualitativen Mikroanalysen therapeutischer Interaktion, die wir seit 1991 in mehreren Projekten durchgeführt haben (z.B. [29,30]), auch bei Patienten mit sozialen Ängsten eingesetzt werden. Über diese Ergebnisse wird an anderer Stelle berichtet.

Ergebnisse

Im Folgenden werden die Patienten, die pathologische Werte sowohl in der SIAS wie in der SPS aufwiesen und die wir in diesem Zusammenhang als Patienten mit klinisch relevanten sozialen Ängsten auffassen, im Hinblick auf verschiedene soziodemografische und klinische Merkmale mit der Gruppe der Patienten verglichen, bei denen den Ergebnissen in beiden Selbstbeurteilungsinstrumenten zufolge keine sozialen Ängste in klinisch relevanter Ausprägung vorlagen (vgl. Tab. 1).

Tab. 1 Patienten mit klinisch relevanten sozialen Ängsten (SÄ) im Vergleich zu nicht sozial ängstlichen Patienten (non SÄ). Soziodemografische Daten, Krankheitsdaten und Komorbidität

		SÄ (SPS ≥ 20, SIAS ≥ 30)	non SÄ (SPS < 20, SIAS < 30)	
n		422	274	
Alter (in Jahren)	Mittelwert (Standardabweichung)	33,1 (10,4)	35,3 (11,8)	
Familienstand				
	ledig	63,6%	59,6%	
	verheiratet	18,8%	22,8%	
	verwitwet	0,7%	1,5%	
	geschieden	11,4%	11,0%	
	getrennt	5,0%	4,4%	
Geschlecht				
	Frauen	69,5%	57,7%	
Kinder				
	ja	31,4%	35,7%	
höchster Schulabschluss				
	Hauptschule	20,5%	19,5%	
	Realschule	34,5%	27,2%	
	Abi/FH	39,5%	46,0%	
	Sonderschule	1,2%	0,4%	
	ohne	1,4%	2,2%	
	sonstige (inkl. Schüler)	2,2%	3,3%	
höchster Berufsabschluss				
	Lehre	34,5%	30,9%	
	Meister/Fachschule	6,2%	6,6%	
	FH/Uni	13,8%	22,8%	
	in Ausbildung	3,3%	9,6%	***
	ohne Abschluss	31,0%	17,3%	***
	sonstiges	8,1%	7,7%	
fester Partner				
	ja	38,3%	47,1%	
Erwerbstätigkeit				
	Vollzeit	27,4%	46,0%	***
	Teilzeit	13,1%	9,9%	
	nicht erwerbstätig	32,9%	23,9%	
	arbeitslos	21,7%	18,0%	
Berentung				
	ja	12,9%	7,4%	
Wohnsituation				
	ohne weitere Erwachsene im Haushalt	48,3%	50,0%	
Vorbehandlung				
	psychotherapeutisch	75,4%	73,2%	
	psychiatrisch	79,0%	74,3%	
Vorgeschichte Suizidalität				
	Suizidalität vor Aufnahme	54,1%	39,8%	***
	Suizidversuch vor Aufnahme	13,5%	13,0%	
selbstverletzendes Verhalten				
	nur früher	9,7%	9,3%	***
	bis Aufnahme	22,2%	10,8%	***
parasuizidales Verhalten				
	nur früher	12,3%	10,8%	
	bis Aufnahme	12,8%	10,0%	

Tab. 1 Fortsetzung

		SÄ (SPS ≥ 20, SIAS ≥ 30)	non SÄ (SPS < 20, SIAS < 30)	
chronische Suizidalität				
	nur früher	8,2%	11,2%	***
	bis Aufnahme	32,4%	14,5%	
psychotische Episoden				
	nur früher	7,5%	5,9%	
	bis Aufnahme	9,4%	5,9%	
präpsychotische Zustände				
	nur früher	5,3%	7,1%	
	bis Aufnahme	3,4%	4,8%	
stoffgebundene Sucht, Abhängigkeit, Abusus				
	nur früher	15,2%	15,6%	
	bis Aufnahme	24,2%	18,2%	
Essstörung				
	nur früher	5,3%	4,5%	
	bis Aufnahme	31,4%	24,2%	
sexuelle Traumatisierung	anamnestisch bekannt	31,6%	16,0%	***
Traumatisierung durch Gewalt	anamnestisch bekannt	36,7%	22,7%	***
Anzahl Diagnosen				
psychische Erkrankung	Mittelwert	3,3	2,8	***
	(Standardabweichung)	(1,2)	(1,2)	
somatische Erkrankung	Mittelwert	0,2	0,3	
	(Standardabweichung)	(0,6)	(0,8)	
Häufigkeit von F-Ziffern nach ICD-10				
	F1 substanzbedingte Störungen	16,2%	14,8%	
	F2 Schizophrenie, schizotype u. wahnhaftige Störung	7,2%	7,4%	
	F30 u. F31 Manie u. bipolare affektive Störungen	1,0%	0,8%	
	F32 u. F33 depressive u. rezidiv. depressive Episoden	40,6%	40,1%	
	F40.0 Agoraphobie	6,5%	1,2%	***
	F40.1 soziale Phobie	33,2%	10,9%	***
	F43.1 PTSD	26,9%	14,0%	***
	F62.0 Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung	3,7%	3,1%	
	F44 u. F48.1 dissoziative St. u. Depersonal-/realisation	15,0%	8,9%	
	F45 somatoforme Störungen	13,2%	19,5%	
	F50 Essstörungen	20,2%	15,2%	
	F60 u. F61 Persönlichkeitsstörungen	61,7%	50,8%	
	F60.3 emotional-instabil	13,0%	10,1%	
	F60.31 Borderline	8,2%	6,2%	
	F60.6 ängstlich-vermeidend	13,2%	5,4%	

*** $p \leq 0,001$; nur früher: das Symptom ist anamnestisch relevant, für die aktuelle Krankenhausbehandlung aber nicht mehr von Bedeutung; bis Aufnahme: das Symptom ist aktuell vorhanden und für die derzeitige Krankenhausbehandlung relevant

Die Gesamtgruppe umfasste 930 Patienten im Erwachsenenalter, die während des genannten Zeitraumes zur stationären Behandlung aufgenommen wurden. Im Rahmen der Auswertung wurden Untergruppen gebildet und deren soziodemografische Daten, Angaben zur Krankengeschichte und zu Diagnosehäufigkeiten (nach ICD-10) dargestellt und miteinander verglichen. Stangier et al. [27] haben für SIAS und SPS Cut-off-Werte zur Differenzierung von Patienten mit starken sozialen Ängsten ermittelt ($SPS \geq 20$, $SIAS \geq 30$). Diese Cut-off-Werte haben wir zugrunde gelegt und die Gesamtstichprobe entsprechend in zwei Gruppen aufgeteilt: Während Gruppe 1 (sozial ängstliche Patienten; SÄ, $n = 422$) durch hohe Werte in beiden Fragebogen zu sozialen Ängsten charakterisiert ist ($SPS \geq 20$, $SIAS \geq 30$), weist die Gruppe 2 unauffällige Werte in beiden Verfahren auf (nicht sozial ängstliche Patienten; non SÄ, $n = 274$). Die Differenz zur Gesamtgruppe ergibt sich aus jenen Patienten, bei denen die Werte in lediglich einem Fragebogen (SIAS oder SPS) auffällig hoch sind ($n = 234$). Der Anteil der sozial ängstlichen Patienten an der Gesamtstichprobe ($n = 930$) beträgt demnach 45 %, der der nicht sozial ängstlichen Patienten dagegen nur 29 %.

Mittels χ^2 -Test bzw. t-Tests (im Fall von Mittelwertsvergleichen) wurde geprüft, ob sich die Gruppe der sozial ängstlichen Patienten hinsichtlich soziodemografischer und klinischer Charakteristika signifikant von der Gruppe der nicht ängstlichen Patienten unterscheidet. Aufgrund der großen Zahl von Signifikanztests wurde eine Adjustierung des α -Fehlers in der Form vorgenommen, dass nur Ergebnisse mit $p \leq 0,001$ als signifikant angesehen werden.

Soziodemografische Daten

Während das Gesamtkollektiv 930 Patienten umfasst (Altersdurchschnitt 33,8 J.; 33,5 % Männer), beinhaltet die Gruppe der sozial Ängstlichen (SÄ) 422 Patienten (Altersdurchschnitt 33 J.; 30 % Männer) und die Vergleichsgruppe 274 Personen (Altersdurchschnitt 35,3 J.; 41,5 % Männer). Sozial ängstliche Patienten unterscheiden sich nicht bezüglich des Schulabschlusses von nicht sozial ängstlichen Patienten. Sie sind jedoch seltener noch in der Ausbildung (3,3 gegenüber 9,6 %) und deutlich häufiger ohne abgeschlossene Berufsausbildung (31 im Vergleich zu 17,3 %). Weiterhin sind sozial ängstliche Patienten signifikant seltener voll erwerbstätig (27,4 gegenüber 46 %). Die Unterschiede im Hinblick auf Teilzeittätigkeit und Arbeitslosigkeit weisen in die gleiche Richtung, sind allerdings nicht statistisch signifikant.

Angaben zur Krankengeschichte

Signifikant häufiger sind sozial ängstliche Patienten im Vorfeld der Aufnahme suizidal (54,1 gegenüber 39,8 %), sind durch selbstverletzendes Verhalten aufgefallen und waren chronisch suizidal. In ihrer Lebensgeschichte hat es häufiger sexuelle Traumatisierungen und Traumatisierungen durch Gewalt gegeben.

Häufigkeit von Diagnosen (Komorbidität)

Im statistischen Mittel wurden bei den sozial ängstlichen Patienten 3,3 Diagnosen für seelische Störungen verteilt (nach ICD-10 Kapitel F), demgegenüber signifikant weniger bei den nicht ängstlichen Patienten (2,8 Diagnosen). Somatische Störungen wurden bei beiden Gruppen gleich häufig diagnostiziert.

In der Gruppe der sozial ängstlichen Patienten wurden Agoraphobie (F40.0), soziale Phobie (F40.1), posttraumatische Belastungsstörung (F43.1) sowie ängstlich-vermeidende Persönlichkeitsstörung (F60.6) signifikant häufiger diagnostiziert. Bemerkenswert ist, dass es keine nennenswerten Unterschiede in der Häufigkeit der Diagnose einer depressiven Störung gibt (F32, F33).

Soziale Ängste und andere psychosoziale Beeinträchtigungen

Im Folgenden werden die beiden Gruppen mittels t-Test für unabhängige Stichproben im Hinblick auf die Symptombelastung bei Klinikaufnahme, gemessen mit der SCL-90-R, die Beeinträchtigungsschwere (BSS), Depressivität (BDI), Kritikangst (U-Fragebogen), interpersonelle Beziehungsmuster (IIP) und Lebenszufriedenheit (FLZ) und das Erleben der therapeutischen Beziehung (HAQ) miteinander verglichen (Tab. 2).

In der Gruppe der sozial ängstlichen Patienten liegen die Mittelwerte der mit dem SIAS und der SPS gemessenen sozialen Ängste sehr hoch. Dies ist erwartungskonform, da SIAS und SPS verwendet wurden, um die Gruppeneinteilung vorzunehmen. In der Gruppe der sozial ängstlichen Patienten (SÄ) ist die Gesamtsymptombelastung gemessen mit dem GSI der SCL-90-R mit 1,85 signifikant höher als in der Vergleichsgruppe (non SÄ). Sie liegt nicht nur signifikant über dem Mittelwert der Eichstichprobe der SCL-90-R (11; $M = 0,33$; $t = 51,04$, $p < 0,001$), sondern ist mehr als fünfmal so hoch. Die Patienten, die sich nicht als sozial ängstlich eingeschätzt haben, weisen immerhin noch einen Symptombelastungswert auf, der fast dreimal so hoch ist wie der der Eichstichprobe Gesunder ($t = 19,76$; $p < 0,01$). Die Patienten, die sich selbst als sozial ängstlicher eingeschätzt haben, sind zugleich auch insgesamt deutlich mehr durch Symptome belastet als die Patienten, die sich nicht als sozial ängstlich eingeschätzt haben. Dies betrifft sämtliche Skalen der SCL-90-R (vgl. Tab. 2); alle Unterschiede sind hoch signifikant. Darüber hinaus korrelieren die Interaktionsängste (gemessen mit der SIAS) als auch die sozialen Leistungsängste (gemessen mit der SPS) der Patienten hoch signifikant mit dem Global Severity Index (SIAS: $r = 0,566$; SPS: $r = 0,684$; $p < 0,001$), mit der Unsicherheitsskala der SCL-90-R (SIAS: $r = 0,695$; SPS: $r = 0,697$; $p < 0,001$) und dem Gesamtwert des IIP (SIAS: $r = 0,690$; SPS: $r = 0,629$; $p < 0,001$).

Die Gruppe der nicht sozial ängstlichen Patienten weist im Hinblick auf die Belastung durch interpersonelle Probleme (IIP-Gesamtwert) einen Wert auf, der unter dem im Handbuch angegebenen Mittelwert der Eichstichprobe des IIP liegt ([16], S. 49; $M = 10,04$ vs. $11,37$; $t = 5,28$; $p < 0,001$). Die Gruppe der nicht sozial ängstlichen Patienten weist außerdem niedrigere Werte im IIP-Gesamt auf als die von Wuchner et al. [35] untersuchten klinischen Gruppen. Dagegen weist die Gruppe der sozial ängstlichen Patienten einen signifikant höheren IIP-Gesamtwert auf als die Eichstichprobe des IIP ([16], S. 49; $M = 16,44$ vs. $11,37$; $t = 25,05$; $p < 0,001$). Der IIP-Gesamtwert der sozial ängstlichen Patienten ist ebenso hoch wie der der Gruppe von Patienten mit Persönlichkeitsstörungen, die nach dem Handbuch des IIP die höchsten Werte aller Gruppen aufweisen ([16], S. 49; 35 ; $M = 16,44$ vs. $16,08$; $t = 0,72$). Im Vergleich der beiden Untersuchungsgruppen weist die sozial ängstliche Gruppe in allen Skalen

Tab. 2 Patienten mit klinisch relevanten sozialen Ängsten (SÄ) im Vergleich zu nicht sozial ängstlichen Patienten (non SÄ). Psychometrische Befunde bei Aufnahme

	SÄ (SPS ≥ 20 , SIAS ≥ 30) n = 422 (MW [SD])	non SÄ (SPS < 20, SIAS < 30) n = 274 (MW [SD])	p
SPS	38,60 (13,42)	7,94 (4,51)	***
SIAS	49,44 (11,11)	17,99 (6,44)	***
SCL-90-R			
Somatisierung	1,34 (0,835)	0,80 (0,596)	***
Zwanghaftigkeit	2,04 (0,717)	1,17 (0,726)	***
Unsicherheit im Sozialkontakt	2,32 (0,742)	0,96 (0,648)	***
Depressivität	2,39 (0,711)	1,45 (0,805)	***
Ängstlichkeit	1,88 (0,799)	1,00 (0,738)	***
Aggressivität	1,46 (0,907)	0,89 (0,736)	***
Phobische Angst	1,64 (0,953)	0,58 (0,633)	***
Paranoides Denken	1,76 (0,830)	0,81 (0,657)	***
Psychotizismus	1,48 (0,753)	0,61 (0,532)	***
GSI	1,85 (0,588)	0,97 (0,519)	***
BSS			
körperlich	1,65 (1,00)	1,59 (0,936)	
psychisch	2,77 (0,835)	2,60 (0,768)	
sozial-kommunikativ	2,57 (0,904)	2,26 (0,829)	***
gesamt	7,01 (2,13)	6,43 (1,74)	***
BDI	30,35 (9,76)	17,03 (9,96)	***
U-Fragebogen			
Kritikangst	56,19 (9,72)	27,46 (13,71)	***
Kontaktangst	49,21 (11,51)	22,45 (11,75)	***
Fordern können	23,47 (11,03)	40,21 (11,72)	***
Nicht-nein-Sagen	34,03 (9,47)	21,26 (10,41)	***
Schuldgefühle	9,44 (5,41)	4,32 (4,33)	***
Anständigkeit	16,98 (4,77)	9,36 (5,26)	***
IIP			
autokratisch/dominant	8,29 (5,47)	6,91 (5,13)	
streitsüchtig/konkurrierend	12,43 (5,63)	7,49 (4,39)	***
abweisend/kalt	16,10 (5,86)	7,98 (5,25)	**
introvertiert/sozial-vermeidend	21,83 (5,81)	9,44 (5,21)	***
selbstunsicher/unterwürfig	21,90 (6,01)	12,07 (6,55)	***
ausnutzbar/nachgiebig	20,46 (5,37)	13,10 (5,92)	***
fürsorglich/freundlich	18,63 (5,45)	13,80 (6,51)	***
expressiv/aufdringlich	11,94 (6,11)	9,51 (5,87)	***
Gesamtwert	16,44 (3,37)	10,04 (3,68)	***
FLZ	40,30 (7,69)	31,36 (8,43)	***
HAQ			
therapeutische Beziehung (Therapeutenurteil)	1,04 (0,83)	1,01 (0,89)	

MW: Mittelwert, SD: Standardabweichung, *** $p \leq 0,001$

len des IIP mit Ausnahme der Skala „zu autokratisch/dominant“ signifikant höhere Mittelwerte auf (Skala „zu autokratisch/dominant“ $p \leq 0,002$).

Vergleicht man die beiden Gruppen in Bezug auf die Beeinträchtigungsschwere (BSS), erweisen sich die sozial ängstlichen Patienten als signifikant stärker beeinträchtigt. Gemessen mit dem BDI sind sozial ängstliche Patienten signifikant depressiver. Demgegenüber liegt der Mittelwert in der Vergleichsgruppe bei

M = 17,03 und damit unterhalb der Grenze zur klinisch relevanten Depression.

Im U-Test weisen die Patienten der sozial ängstlichen Gruppe im Vergleich (non SÄ) in allen Skalen signifikant höhere Werte auf, mit Ausnahme der Skala „Fordern können“. Die Patienten zeigen damit ein ähnliches Profil, wie dies im Handbuch des U-Fragebogens für die Gruppe sozialphobischer Patienten angegeben wird.

Im Hinblick auf die Einschränkung der Lebenszufriedenheit zeigt die Gruppe der sozial ängstlichen Patienten signifikant höhere Werte als die Vergleichsgruppe, ist also deutlich unzufriedener als die Gruppe der nicht sozial ängstlichen Patienten.

Im HAQ, der vom Therapeuten nach dem Erstgespräch bei Aufnahme in der Klinik ausgefüllt wird, finden sich zwischen beiden Gruppen keine Unterschiede.

Diskussion

Soziale Ängste sind in unserer Studie bei Patienten mit schweren psychischen und psychosomatischen Erkrankungen überraschend häufig. Diese Aussage gilt auch dann noch, wenn man die hohe Selektion der Stichprobe berücksichtigt. Ob es sich um Patienten handelt, die an einer posttraumatischen Belastungsstörung leiden, um Patienten, bei denen eine andere Angstkrankung vorliegt, um Patienten mit einer Persönlichkeitsstörung oder um Patienten mit einer dissoziativen Störung – die Patienten fürchten, sich fremden Blicken auszusetzen und mit anderen Menschen in Kontakt zu treten; sie rechnen ständig damit, abwertend und verächtlich angesehen zu werden, in demütigenden Situationen zu geraten und der Lächerlichkeit preisgegeben zu werden. Der Blick der anderen droht sie zu beschämen, und schon bei dem Gedanken daran, anderen Menschen zu begegnen, werden sie ängstlich. Viele leiden unter Gefühlen von Minderwertigkeit und neigen dazu, sich selbst abzuwerten und gering zu schätzen. Ein großer Teil von ihnen lebt zurückgezogen und hat sich sozial isoliert; bei keiner anderen Patientengruppe ist das Vermeidungsverhalten so ausgeprägt, wie bei Patienten mit sozialen Ängsten [14]. Wo es sich nicht vermeiden lässt, anderen aus dem Weg zu gehen, halten sie es in deren Gegenwart nur mit Mühe aus; und selbst wenn sie nach außen hin unbewegt erscheinen mögen, stehen sie in sozialen Situationen meist unter erheblicher Stressbelastung. Wenn sie über lange Zeit hinweg sozial isoliert waren, können ihre sozialen Kompetenzen erheblich eingeschränkt sein.

Obwohl soziale Ängste so häufig sind, taucht die Diagnose „soziale Phobie“ nur selten auf. Hier ist die Literatur uneinheitlich. Hoffmann [14] meint, dass die sozialen Phobien weitgehend unentdeckt und unterbewertet seien und hält deren Aufnahme in die ICD für eine der verdienstvollsten Neuerungen. In einer amerikanischen Studie (ECA) wurde eine Lebenszeitprävalenz von nur 2,4% gefunden; 15 Jahre später fand eine weitere Studie (NCS) eine Lebenszeitprävalenz von 13,3% ([17], S. 22). Im klinischen Alltag wird die soziale Phobie oft nicht ausreichend erkannt. Angesichts des höchst fragwürdigen Störungskonzepts und des daran gebundenen Konzepts der Komorbidität ist das jedoch insofern verständlich, als es sich bei den Beeinträchtigun-

gen schwerer gestörter Patienten kaum jemals um Beeinträchtigungen handelt, die auch nur halbwegs sinnvoll als isolierte Störungen zu beschreiben sind. Wollte man die Diagnose „soziale Phobie“ bei den Patienten, die hier untersucht wurden, dennoch verwenden, würde man ausschließlich die generalisierte Form einer sozialen Form diagnostizieren müssen, ein diagnostisches Label, das es nur im DSM gibt, in der ICD jedoch nicht vorgesehen ist.

Problematisch ist auch, dass die oft hochgradig belastenden Schwierigkeiten der Patienten im Kontakt mit anderen nicht in dem Maße erkannt werden und deshalb häufig nicht den Stellenwert einnehmen, der erforderlich wäre, um den interpersonellen Schwierigkeiten der Patienten in der Behandlung ausreichend gerecht zu werden. Wir halten es deshalb für angemessener, die Diagnose „soziale Phobie“ nicht zu verwenden und entsprechend die damit verbundenen Implikationen nicht in Kauf zu nehmen, sondern von sozialen Ängsten zu sprechen und auf diesem Weg auf die große Bedeutung der Beeinträchtigungen der Patienten im Zusammensein mit anderen hinzuweisen.

Den sozialen Ängsten liegt aus psychodynamischer Sicht meist eine defizitäre Selbstsicht zugrunde: Die Patienten sind sich gewiss, für ihre soziale Umwelt eine Zumutung zu sein, wobei ihr Blick auf sich selbst real erlittene Abwertungen und Demütigungen widerspiegeln kann [14]. Zur Abwehr von Kleinheits- und Minderwertigkeitsgefühlen kommt es zu Veränderungen des Selbst im Sinne eines Größenselbst [19] und infolgedessen zu massiver Schamempfindlichkeit. Joraschky [17] hat von einer „Identifizierung mit dem Grenzbeschädigten“ gesprochen, um darauf hinzuweisen, dass die Patienten in ihrer Entwicklung wiederholt die Erfahrung gemacht haben, dass ihre Privatheit und ihre Intimitätsgrenzen verletzt wurden. Damit korrespondiert der hohe Anteil von Patienten mit posttraumatischen Belastungsstörungen in der von uns untersuchten Patientengruppe. In dieser Gruppe ist auch der Anteil von Patienten mit erheblichen Kindheitsbelastungsfaktoren hoch, die entsprechenden Befunde werden in anderem Zusammenhang dargestellt.

Verschiedene klinische Studien weisen darauf hin, dass soziale Phobien zu einem hohen Anteil als komorbide Störungen bei anderen Angststörungen auftreten (z.B. [5,23,25]). Dies ist nicht verwunderlich angesichts des Umstandes, dass mit dem Störungskonzept Zusammenhänge des seelischen Erlebens auseinander gerissen werden. Auch in der von uns untersuchten Patientengruppe ist die Anzahl der Diagnosen, die bei Patienten mit sozialen Ängsten gestellt werden, deutlich höher als in der Vergleichsgruppe. Bei Patienten mit sozialen Ängsten werden nicht nur andere Angststörungen, insbesondere Agoraphobie häufiger diagnostiziert, sondern auch posttraumatische Belastungsstörung und ängstlich-vermeidende Persönlichkeitsstörung. Im Vergleich zu Patienten, die sich nicht als sozial ängstlich einschätzen, beschreiben sich die sozial ängstlichen Patienten als hochgradig durch weitere Symptome belastet (siehe SCL-90). Dies wird noch bekräftigt durch den hohen Belastungsscore, den die Patienten im BSS aufweisen.

- ¹ Ambühl H, Meier B, Willutzki U. Soziale Angst verstehen und behandeln – Ein kognitiv-verhaltenstherapeutischer Zugang. Stuttgart: Pfeiffer, 2002
- ² Bassler M, Potratz B, Krauthauser H. Der „Helping Alliance Questionnaire“ (HAQ) von Luborsky. Psychotherapeut 1995; 40: 23–32
- ³ Beck AT, Ward CH, Mendelson M et al. An inventory for measuring depression. Archives of General Psychiatry 1961; 4: 561–571
- ⁴ Beck AT. Beck-Depressions-Inventar, Testhandbuch. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Huber, 1995
- ⁵ Davidson JRT, Hughes DL, Georges LK, Blazer DG. The boundary of social phobia: exploring the threshold. Arch Gen Psychiatry 1994; 51: 975–983
- ⁶ Egle UT, Hardt J, Nickel R et al. Long-term effects of adverse childhood experiences – Actual evidence and needs for research. Z Psychosom Med Psychother 2002; 48: 411–434
- ⁷ Fahrenberg J, Myrtek M, Wilk D, Kreutel K. Multimodale Erfassung der Lebenszufriedenheit: Eine Untersuchung an Herz-Kreislauf-Patienten. Psychother Psychosom med Psychologie 1986; 36: 347–354
- ⁸ Fahrenberg J, Myrtek M, Schumacher J, Brähler E. Fragebogen zur Lebensqualität (FLZ) – Handanweisung. Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: Hogrefe, 2000
- ⁹ Felitti VJ, Anda RF, Nordenberg D et al. Relationship of Childhood Abuse and Household Dysfunction to many of the Leading Causes of Death in Adults, The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. American Journal of Preventive Medicine 1998; 14: 245–258
- ¹⁰ Fiedler P. Persönlichkeitsstörungen. Weinheim: Psychologie Verlags Union, 1995
- ¹¹ Franke GH. Symptom-Checkliste SCL-90-R von L. R. Derogatis – Deutsches Manual. Göttingen: Beltz Test GmbH, 2002
- ¹² Gabbard GO. Psychodynamics of panic disorder and social phobia. Bulletin of the Menninger Clinic 1992; 56 (2, Suppl A): A3–13
- ¹³ Hautzinger M, Bailer M, Worall H, Keller F. Beck-Depressions-Inventar (BDI) Testhandbuch. 2. Auflage. Bern: Huber, 1995
- ¹⁴ Hoffmann SO. Die phobischen Störungen (Phobien). Forum Psychoanal 1999; 15: 237–252
- ¹⁵ Hoffmann SO. Die Psychodynamik der Sozialen Phobien. Eine Übersicht mit einem ersten „Leitfaden“ zur psychoanalytisch orientierten Psychotherapie. Forum Psychoanal 2002; 18: 51–71
- ¹⁶ Horowitz LM et al. Manual zum Inventar zur Erfassung Interpersonaler Probleme – Deutsche Version (IIP-D) 2. Auflage. Göttingen: Beltz Test GmbH, 2000
- ¹⁷ Joraschky P. Psychodynamische Therapie der Sozialphobie. In: Katschnig H, Demal U, Windhaber J (Hrsg): Wenn Schüchternheit zur Krankheit wird. Über Formen, Entstehung und Behandlung der Sozialphobie. Wien: Facultas, 1998: 105–118
- ¹⁸ Katschnig H, Demal U, Windhaber J (Hrsg). Wenn Schüchternheit zur Krankheit wird... Über Formen, Entstehung und Behandlung der Sozialphobie. Wien: Facultas, 1998
- ¹⁹ Kohut H. Die Heilung des Selbst. Frankfurt: Suhrkamp, 1979
- ²⁰ Luborsky L. Principles of psychoanalytic psychotherapy. A manual for supportive-expressive psychotherapy. New York: Basic Books, 1984
- ²¹ Mattick RP, Clarke JC. Development and validation of measures of social phobia. Scrutiny fear and Social Interaction Anxiety. Unpublished Manuscript, 1989
- ²² Möller H-J, Laux G, Deister A. Psychiatrie. Stuttgart: Hippokrates, 1996
- ²³ Montejo J, Liebowitz MR. Social phobia: Anxiety disorder comorbidity. Bulletin of the Menninger Clinic 1994; 56: 61–70
- ²⁴ Schepank H. Der Beeinträchtigungs-Schwere-Score (BSS) Handanweisung. Göttingen: Beltz Test GmbH, 1995
- ²⁵ Schneier ER, Johnson J, Hornig CD et al. Social phobia: comorbidity and morbidity in an epidemiological sample. Arch Gen Psychiatry 1992; 49: 282–288
- ²⁶ Stangier U, Heidenreich T. Die deutsche Bearbeitung der Social Phobia Scale (SPS) und Social Interaction Anxiety Scale (SIAS) von Mattick und Clarke. Unveröffentlichtes Manuskript, 1995
- ²⁷ Stangier U, Heidenreich T, Berardi A et al. Die Erfassung sozialer Phobie durch die Social Interaction Anxiety Scale (SIAS) und die Social Phobia Scale (SPS). Zeitschrift für Klinische Psychologie 1999; 28: 28–36
- ²⁸ Stangier U, Fydrich T (Hrsg). Soziale Phobie und Soziale Angststörung. Göttingen: Hogrefe, 2002
- ²⁹ Streeck U (Hrsg). Erinnern, Agieren und Inszenieren. Enactments und szenische Darstellungen in der Psychotherapie. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, 2000
- ³⁰ Streeck U. Handeln im Angesicht des Anderen. Über nicht-sprachliche Kommunikation in therapeutischen Dialogen. Psyche 2002a; 56: 247–274
- ³¹ Streeck U. „Dann ist die Gruppe wie ein Feind“. Zur sozialen Phobie und anderen sozialen Ängsten. In: Ardjomandi ME, Berghaus A, Knauss W (Hrsg): Jahrbuch für Gruppenanalyse. Heidelberg: Mattes, 2002b; 8: 23–38
- ³² Todorov T. Abenteuer des Zusammenlebens. Versuch einer allgemeinen Anthropologie. Frankfurt am Main: Fischer, 1998
- ³³ Ullrich R, Muynck R de. Der Unsicherheitsfragebogen – Testmanual U. München: Pfeiffer, 1998a
- ³⁴ Ullrich R, Muynck R de. ATP: Anleitung für den Therapeuten. München: Pfeiffer, 1998b
- ³⁵ Wuchner M, Eckert J, Biermann-Ratjen EM. Vergleich von Diagnosegruppen und Klienten verschiedener Kliniken. Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik 1993; 29: 198–214
- ³⁶ Zerbe KJ. Uncharted waters: Psychodynamic considerations in diagnosis and treatment of social phobia. Bulletin of the Menninger Clinic 1994; 58 (2, Suppl A): A3–20