

Soziale Phobie

Falk Leichsenring
Manfred E. Beutel
Simone Salzer
Antje Haselbacher
Jörg Wiltink

Psychodynamische Therapie

Praxis der psychodynamischen
Psychotherapie – analytische
und tiefenpsychologisch
fundierte Psychotherapie

 **hogrefe**

Soziale Phobie

**Praxis der psychodynamischen Psychotherapie –
analytische und tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie
Band 8**

Soziale Phobie

Prof. Dr. Falk Leichsenring, Prof. Dr. Manfred E. Beutel,
Dr. Simone Salzer, Dr. Antje Haselbacher und PD Dr. Jörg Wiltink

Herausgeber der Reihe:

Prof. Dr. Manfred E. Beutel, Prof. Dr. Stephan Doering,
Prof. Dr. Falk Leichsenring, Prof. Dr. Günter Reich

Falk Leichsenring
Manfred E. Beutel
Simone Salzer
Antje Haselbacher
Jörg Wiltink

Soziale Phobie

Psychodynamische Therapie

unter Mitarbeit von
Silke Schröder



Wichtiger Hinweis: Der Verlag hat gemeinsam mit den Autoren bzw. den Herausgebern große Mühe darauf verwandt, dass alle in diesem Buch enthaltenen Informationen (Programme, Verfahren, Mengen, Dosierungen, Applikationen, Internetlinks etc.) entsprechend dem Wissensstand bei Fertigstellung des Werkes abgedruckt oder in digitaler Form wiedergegeben wurden. Trotz sorgfältiger Manuskripterstellung und Korrektur des Satzes und der digitalen Produkte können Fehler nicht ganz ausgeschlossen werden. Autoren bzw. Herausgeber und Verlag übernehmen infolgedessen keine Verantwortung und keine daraus folgende oder sonstige Haftung, die auf irgendeine Art aus der Benutzung der in dem Werk enthaltenen Informationen oder Teilen davon entsteht. Geschützte Warennamen (Warenzeichen) werden nicht besonders kenntlich gemacht. Aus dem Fehlen eines solchen Hinweises kann also nicht geschlossen werden, dass es sich um einen freien Warennamen handelt.

Copyright-Hinweis:

Das E-Book einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig und strafbar. Der Nutzer verpflichtet sich, die Urheberrechte anzuerkennen und einzuhalten.

Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG
Merkelstraße 3
37085 Göttingen
Tel.: +49 551 999 500
Fax: +49 551 999 50 111
E-Mail: verlag@hogrefe.de
Internet: www.hogrefe.de

Satz: ARThür Grafik-Design & Kunst, Weimar
Format: PDF

1. Auflage 2015
© 2015 Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG, Göttingen
(E-Book-ISBN [PDF] 978-3-8409-2322-7; E-Book-ISBN [EPUB] 978-3-8444-2322-8)
ISBN 978-3-8017-2322-4
<http://doi.org/10.1026/02322-000>

Nutzungsbedingungen:

Der Erwerber erhält ein einfaches und nicht übertragbares Nutzungsrecht, das ihn zum privaten Gebrauch des E-Books und all der dazugehörigen Dateien berechtigt.

Der Inhalt dieses E-Books darf von dem Kunden vorbehaltlich abweichender zwingender gesetzlicher Regeln weder inhaltlich noch redaktionell verändert werden. Insbesondere darf er Urheberrechtsvermerke, Markenzeichen, digitale Wasserzeichen und andere Rechtsvorbehalte im abgerufenen Inhalt nicht entfernen.

Der Nutzer ist nicht berechtigt, das E-Book – auch nicht auszugsweise – anderen Personen zugänglich zu machen, insbesondere es weiterzuleiten, zu verleihen oder zu vermieten.

Das entgeltliche oder unentgeltliche Einstellen des E-Books ins Internet oder in andere Netzwerke, der Weiterverkauf und/oder jede Art der Nutzung zu kommerziellen Zwecken sind nicht zulässig.

Das Anfertigen von Vervielfältigungen, das Ausdrucken oder Speichern auf anderen Wiedergabegeräten ist nur für den persönlichen Gebrauch gestattet. Dritten darf dadurch kein Zugang ermöglicht werden.

Die Übernahme des gesamten E-Books in eine eigene Print- und/oder Online-Publikation ist nicht gestattet. Die Inhalte des E-Books dürfen nur zu privaten Zwecken und nur auszugsweise kopiert werden.

Diese Bestimmungen gelten gegebenenfalls auch für zum E-Book gehörende Audiodateien.

Anmerkung:

Sofern der Printausgabe eine CD-ROM beigelegt ist, sind die Materialien/Arbeitsblätter, die sich darauf befinden, bereits Bestandteil dieses E-Books.

Inhaltsverzeichnis

Vorwort	1
1 Beschreibung des Störungsbildes	3
1.1 Diagnostische Kriterien	3
1.2 Epidemiologische Daten	6
1.3 Verlauf und Prognose	7
1.4 Differenzialdiagnose	8
1.5 Komorbidität	9
1.6 Diagnostische Verfahren und Dokumentationshilfen	10
2 Störungstheorien und -modelle	12
2.1 Angst und Angststörungen aus psychoanalytischer Sicht ..	12
2.2 Ätiologie der Sozialen Phobie	13
2.3 Zur Psychodynamik der Sozialen Phobie	14
2.3.1 Selbstpsychologische Aspekte	15
2.3.2 Objektbeziehungspsychologische Aspekte	18
2.3.3 Ich-psychologische Aspekte	18
2.3.4 Triebpsychologische Aspekte	18
2.3.5 Bindungstheoretische Aspekte	19
2.3.6 Fazit	20
3 Grundlagen der supportiv-expressiven Therapie nach Luborsky	21
3.1 Zum Verständnis von Symptomen, Konflikten und Übertragung: Das zentrale Beziehungskonflikt-Thema	21
3.2 Fokus der Behandlung	23
3.3 Ziele in der SET	23
3.4 Interventionen der SET	24
3.4.1 Supportive Interventionen	25
3.4.2 Expressive Interventionen	27
4 Behandlung	28
4.1 Indikation	28
4.2 Probatorische Sitzungen: Diagnostik, Patienteninformation und Behandlungsvereinbarungen	31
4.2.1 Anamnese und Erarbeitung des ZBKT	31
4.2.2 Paktgespräch	34

4.3	Behandlungsphasen	36
4.3.1	Anfangsphase (Sitzungen 1 bis 8)	36
4.3.2	Mittlere Phase (Sitzungen 9 bis 16)	39
4.3.3	Abschlussphase (Sitzung 17 bis 22)	40
4.3.4	Booster-Sessions (Sitzungen 23 bis 25)	41
4.4	Spezifische Elemente für die Behandlung der Sozialen Phobie auf der Basis der SET: Behandlungsprinzipien	41
4.4.1	Information über die Erkrankung	42
4.4.2	Therapeutische Beziehung	42
4.4.3	Fokus auf das ZBKT bzw. den Schamaffekt	43
4.4.4	Umgang mit überhöhten Ansprüchen	46
4.4.5	Ermutigung, sich Ängsten auszusetzen	47
4.4.6	Problematisierung von dämpfenden Medikamenten und Suchtmitteln	50
4.4.7	Berücksichtigung von Einschränkungen in sozialen Fertigkeiten	51
4.4.8	Förderung von Selbstermutigung	52
4.4.9	Berücksichtigung der Gegenübertragung	55
4.4.10	Präskriptionen („Verordnungen“)	56
4.4.11	Bühnenparadigma	57
4.4.12	Humor	58
5	Wirksamkeit	59
5.1	Abgrenzung gegenüber der kognitiven Verhaltenstherapie	59
5.2	Wirksamkeit von kognitiver Verhaltenstherapie und Pharmakotherapie	59
5.3	Wirksamkeit psychodynamischer Verfahren in der Behandlung der Sozialen Phobie	60
5.4	Überprüfung der Wirksamkeit des Manuals: Die SOPHO-NET-Studie	61
5.5	Kombination mit Pharmakotherapie	61
6	Psychodynamische Therapie in der Praxis	63
6.1	Behandlungsschwierigkeiten	63
6.2	Umgang mit Nichtansprechen auf die Behandlung	64
7	Ausführliches Fallbeispiel	68
7.1	Probatorische Sitzungen	68
7.2	Therapieverlauf	72
7.3	Fazit zur Therapie	79
8	Ausblick	80
9	Literatur	82

Anhang	93
Persönliche Angstformel (ZBKT)	93
Fragebogen für die Zeit zwischen den Sitzungen	94
Patienteninformation	96
Checkliste für Interventionen.	98
Die Autorinnen und Autoren dieses Bandes	99

Vorwort

Wie aktuell das Gutachten von Kruse und Herzog (2012) für die Kassenärztliche Bundesvereinigung zeigt, ist die psychodynamische Therapie eine der Behandlungsformen, die in der klinischen Praxis zur Behandlung von Angststörungen am häufigsten angewendet wird. Innerhalb der psychoanalytischen Therapieverfahren führte die Soziale Phobie, die erst 1980 in das DSM-III aufgenommen wurde, lange ein Schattendasein. Entsprechend lagen wenige kontrollierte Studien vor (vgl. Kap. 6). Wie wir am Beispiel der psychosomatisch-psychotherapeutischen Ambulanz in Mainz zeigen konnten (Wiltink et al., 2010), wird die Soziale Phobie häufig nicht erkannt und insgesamt zu selten diagnostiziert. Dieses Manual für eine psychodynamische Kurzzeittherapie der Sozialen Phobie basiert auf der von Luborsky (1995) entwickelten supportiv-expressiven Therapie (SET). Wie bei anderen Manualen dieser Reihe zur Behandlung der Generalisierten Angststörung (Leichsenring & Salzer, 2014b) und depressiver Komorbidität bei Krebserkrankungen (Beutel et al., 2014, 2015) wurden spezifische Behandlungselemente ergänzt, die sich als relevant und hilfreich für die Behandlung der Sozialen Phobie erwiesen haben. Hier sind insbesondere die Arbeiten von S.O. Hoffmann hervorzuheben, die uns wesentliche Anstöße gegeben haben (Hoffmann, 2002, 2003). Das Manual wurde in einer großen multizentrischen randomisierten kontrollierten Studie eingesetzt und geprüft, in der psychodynamische Kurzzeittherapie mit kognitiver Verhaltenstherapie (KVT) bei der Behandlung der Sozialen Phobie verglichen wurde (Leichsenring et al., 2009a, 2009b, 2013). In diese Studie gingen insgesamt 207 psychodynamische Kurzzeitbehandlungen durch 53 Therapeutinnen und Therapeuten aus den Studienzentren in Bochum/Dortmund, Dresden, Göttingen, Jena und Mainz ein, denen wir an dieser Stelle ausdrücklich für ihre Mitarbeit danken möchten. Im Rahmen der Studie wurden alle Behandlungen auf Video aufgezeichnet und zentral (in Mainz für den psychodynamischen Behandlungsarm) durch unabhängige Beurteiler auf Manualtreue geprüft. Auch diese Erfahrungen gehen in das Manual ein, ebenso wie vielfältige Erfahrungen der Autoren aus der Supervision der Behandlungen. Die vorliegenden Befunde (Leichsenring et al., 2013) zeigen, dass die psychodynamische Therapie der Sozialen Phobie nicht nur sehr wirksam ist, sondern auch gut vermittelbar an niedergelassene tiefenpsychologische und psychoanalytische Psychotherapeuten.

Dieses Manual soll wesentliche störungsbezogene Informationen, diagnostische und Interventionsstrategien zur Sozialen Phobie für Teilnehmer von

psychotherapeutischer Aus- und Weiterbildung, für Praktiker, für Studierende und klinisch Interessierte vermitteln. Die psychodynamische Behandlung lebt letztlich von dem jeweils individuellen Wechselspiel zwischen einem bestimmten Patienten und einem bestimmten Therapeuten, insofern sind psychodynamische Behandlungsmanuale keine „Gebrauchsanleitungen“. Aus vielen Supervisionen und Videoaufzeichnungen von Therapien ist uns deutlich geworden, wie unterschiedlich selbst „manualtreue“ Therapien verlaufen, geprägt durch das dyadische Patient-Therapeut-Zusammenspiel. Wir haben uns bemüht, das Verfahren klinisch und fallbezogen zu beschreiben, damit es sich auch für den erfahrenen Praktiker im Selbststudium erschließt. In der Studie wurden Therapeuten mithilfe des Manuals geschult, indem sie an zwei Workshops (je 6 Stunden) teilnahmen und die Behandlungen zu je zwei Zeitpunkten in einer Supervisionsgruppe vorstellten. Nach unserer Erfahrung ist es für die Nutzung des Manuals hilfreich, entsprechende Supervisionsmöglichkeiten zu haben.

Gießen, Mainz, Göttingen und Köln
im Mai 2015

*Falk Leichsenring
Manfred E. Beutel
Simone Salzer
Antje Haselbacher
Jörg Wiltink*

1 Beschreibung des Störungsbildes

Die Soziale Phobie (oder soziale Angststörung) ist gekennzeichnet durch eine exzessive und irrationale Furcht vor sozialen oder Leistungssituationen, in denen eine Person mit unbekanntem Menschen konfrontiert ist oder von anderen beurteilt werden könnte (American Psychiatric Association, 2013). Der oder die Betroffene befürchtet, Verhaltensweisen oder Angstsymptome zu zeigen, die demütigend oder peinlich sein könnten. Diese Furcht führt schließlich dazu, dass soziale Situationen vermieden oder nur unter intensiver Angst ertragen werden. Auch wenn die betroffene Person erkennt, dass die Angst übertrieben oder unbegründet ist, rufen soziale Situationen fast immer eine unmittelbare Angstreaktion hervor, die das Erscheinungsbild einer situationsgebundenen Panikattacke annehmen kann. Einzelne sozialphobische Symptome sind in der Allgemeinbevölkerung häufig – auch ohne dass Kriterien für die Diagnose einer Sozialen Phobie erfüllt sind. So liegt die Lebenszeitprävalenz für Ängste in Leistungssituationen bei 18,2% und die von Ängsten vor öffentlichen Reden bei 13,2% (Wittchen & Fehm, 2003).

Furcht vor
Beschämung

Von der sozialen Angststörung (Soziale Phobie) wird die Leistungsangst („performance anxiety“) abgegrenzt, die Angst öffentlich zu sprechen oder Leistung zu erbringen. (American Psychiatric Association, 2013).

1.1 Diagnostische Kriterien

Die Soziale Phobie wurde erst 1980 in das Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-III-R) der American Psychiatric Association (1980) und 1991 in die ICD-10 (WHO/Dilling et al., 1991) aufgenommen. Für die Diagnosestellung einer Sozialen Phobie müssen nach ICD-10 folgende Kriterien erfüllt sein (vgl. Kasten 1): (1) Die psychischen, Verhaltens- oder vegetativen Symptome müssen primäre Manifestationen der Angst sein und nicht auf anderen Symptomen wie Wahn und Zwangsgedanken beruhen; (2) Die Angst muss auf bestimmte soziale Situationen beschränkt sein oder darin überwiegen; (3) Wenn möglich, erfolgt eine Vermeidung der phobischen Situation.

In Kasten 2 werden die diagnostischen Kriterien nach DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013) wiedergegeben.

Kasten 1: Diagnostische Kriterien der Sozialen Phobie nach ICD-10 (F40.1; WHO/Dilling et al., 1991)

Diagnostische
Kriterien nach
ICD-10

A. Entweder 1. oder 2.:

1. deutliche Furcht im Zentrum der Aufmerksamkeit zu stehen oder sich peinlich oder erniedrigend zu verhalten
2. 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, Begegnung von Bekannten in der Öffentlichkeit, Hinzukommen oder Teilnahme an kleinen Gruppen, wie z. B. bei Partys, Konferenzen oder in Klassenräumen.

B. Mindestens zwei Angstsymptome in gefürchteten Situationen mindestens einmal seit Auftreten der Störung:

Vegetative Symptome: Palpitationen, Schweißausbrüche, Tremor, Mundtrockenheit

Symptome, die Thorax und Abdomen betreffen: Atembeschwerden, Beklemmungsgefühl, Thoraxschmerzen oder -missempfindungen, Nausea oder abdominelles Missempfinden

Psychische Symptome: Gefühl von Schwindel, Unsicherheit, Schwäche oder Benommenheit; Gefühl, die Objekte sind unwirklich (Derealisation) oder man selbst ist weit entfernt oder „nicht wirklich hier“ (Depersonalisation); Angst vor Kontrollverlust, verrückt zu werden oder „auszuflippen“; Angst zu sterben sowie zusätzlich eines der folgenden Symptome:

1. Erröten oder Zittern
2. Angst zu erbrechen
3. Miktions- oder Defäkationsdrang bzw. Angst davor.

C. Deutliche emotionale Belastung durch die Angstsymptome oder das Vermeidungsverhalten, Einsicht, dass die Symptome oder das Vermeidungsverhalten übertrieben und unvernünftig sind.

D. Symptome beschränkt auf die gefürchteten Situationen oder Gedanken an diese.

E. Ausschlussvorbehalt: Die Symptome der Kriterien A. und B. 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) und sind nicht Folge von kulturell akzeptierten Anschauungen.

Kasten 2: Diagnostischen Kriterien der Sozialen Angststörung nach DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013, 2015; Abdruck erfolgt mit Genehmigung aus der deutschen Ausgabe des Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition © 2013, Dt. Ausgabe: © 2015, American Psychiatric Association. Alle Rechte vorbehalten)

- A. Ausgeprägte Furcht oder Angst vor einer oder mehreren sozialen Situationen, in denen die Person von anderen Personen beurteilt werden könnte. Beispiele hierfür sind soziale Interaktionen (z. B. Gespräche mit anderen, Treffen mit unbekanntem Personen), beobachtet zu werden (z. B. beim Essen oder Trinken) und vor anderen Leistungen zu erbringen (z. B. eine Rede halten).
Beachte: Bei Kindern muss die Angst gegenüber Gleichaltrigen und nicht nur in der Interaktion mit Erwachsenen auftreten.
- B. Betroffene befürchten, dass sie sich in einer Weise verhalten könnten oder Symptome der Angst offenbaren, die von anderen negativ bewertet werden (d. h. die beschämend oder peinlich sind, zu Zurückweisung führen oder andere Personen kränken).
- C. Die sozialen Situationen rufen fast immer eine Furcht- oder Angstreaktion hervor.
Beachte: Bei Kindern kann sich die Furcht oder Angst durch Weinen, Wutanfälle, Erstarren, Anklammern, Zurückweichen oder die Unfähigkeit in sozialen Situationen zu sprechen ausdrücken.
- D. Die sozialen Situationen werden vermieden oder unter intensiver Furcht oder Angst ertragen.
- E. Die Furcht oder Angst geht über das Ausmaß der tatsächlichen Bedrohung durch die soziale Situation hinaus und ist im soziokulturellen Kontext unverhältnismäßig.
- F. Die Furcht, Angst oder Vermeidung ist andauernd; typischerweise über 6 Monate oder länger.
- G. Die Furcht, Angst oder Vermeidung verursacht in klinisch bedeutsamer Weise Leiden oder Beeinträchtigungen in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen.
- H. Die Furcht, Angst oder Vermeidung ist nicht Folge der physiologischen Wirkung einer Substanz (z. B. Substanz mit Missbrauchspotenzial, medikamentöse Wirkstoffe) oder eines medizinischen Krankheitsfaktors.
- I. Die Furcht, Angst oder Vermeidung kann nicht besser durch die Symptome einer anderen psychischen Störung erklärt werden, wie z. B. Panikstörung, Körperdysmorphie Störung oder Autismus-Spektrum-Störung.
- J. Falls ein medizinischer Krankheitsfaktor (z. B. Morbus Parkinson, Adipositas, eine Entstellung durch Verbrennung oder Verletzung) vorliegt, so steht die Furcht, Angst oder Vermeidung nicht damit im Zusammenhang oder geht deutlich darüber hinaus.

**Diagnostische
Kriterien nach
DSM-5**