

Kristin Mitte · Thomas Heidenreich
Ulrich Stangier

Diagnostik bei Sozialen Phobien

Kompandien

Psychologische Diagnostik

Band 9

Diagnostik bei Sozialen Phobien

Kompendien Psychologische Diagnostik

Band 9

Diagnostik bei Sozialen Phobien

von Dr. Kristin Mitte, Prof. Dr. Thomas Heidenreich
und Prof. Dr. Ulrich Stangier

Herausgeber der Reihe:

Prof. Dr. Franz Petermann und Prof. Dr. Heinz Holling

© 2007 Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG. Keine unerlaubte Weitergabe oder Vervielfältigung

Diagnostik bei Sozialen Phobien

von Kristin Mitte, Thomas Heidenreich
und Ulrich Stangier

HOGREFE



GÖTTINGEN · BERN · WIEN · PARIS · OXFORD · PRAG
TORONTO · CAMBRIDGE, MA · AMSTERDAM · KOPENHAGEN

Dr. Kristin Mitte, geb. 1977. 1995-2001 Studium der Psychologie in Jena. 2003 Promotion. Seit 2003 Wissenschaftliche Mitarbeiterin am Lehrstuhl für Differentielle Psychologie, Persönlichkeitspsychologie und Psychologische Diagnostik der Universität Jena.

Prof. Dr. Thomas Heidenreich, geb. 1966. 1988-1994 Studium der Psychologie in Konstanz. 2000 Promotion. 1994-1997 Wissenschaftlicher Mitarbeiter am Institut für Psychologie der Universität Frankfurt. 1997-2004 Wissenschaftlicher Mitarbeiter/Assistent in der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Universitätsklinik Frankfurt. 2004-2006 Leiter der Verhaltenstherapie-Ambulanz und Wissenschaftlicher Assistent am Institut für Psychologie der Universität Frankfurt. Seit 2006 Professur an der Fakultät Soziale Arbeit, Gesundheit und Pflege der Hochschule Esslingen.

Prof. Dr. Ulrich Stangier, geb. 1958. 1978-1984 Studium der Psychologie in Marburg. 1987 Promotion. 1999 Habilitation. 1999-2004 Hochschuldozentur für Klinische Psychologie und Psychotherapie an der J.W. Goethe-Universität Frankfurt und Leiter der Poliklinischen Institutsambulanz. Seit 2004 Inhaber der Professur Klinisch-psychologische Intervention an der Universität Jena.

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

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

© 2007 Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG
Göttingen · Bern · Wien · Paris · Oxford · Prag
Toronto · Cambridge, MA · Amsterdam · Kopenhagen
Rohnsweg 25, 37085 Göttingen

<http://www.hogrefe.de>

Aktuelle Informationen · Weitere Titel zum Thema · Ergänzende Materialien



Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Gesamtherstellung: AZ Druck und Datentechnik GmbH, Kempten
Printed in Germany
Auf säurefreiem Papier gedruckt

ISBN: 978-3-8017-2043-8

© 2007 Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG. Keine unerlaubte Weitergabe oder Vervielfältigung

Vorwort der Herausgeber

Die Methoden der Psychologischen Diagnostik dienen der Erhebung und Aufbereitung von Informationen, um begründete Entscheidungen zu treffen. Heute bietet die Psychologische Diagnostik ein großes Spektrum an Erhebungsverfahren, das von systematischen Ansätzen zur Befragung und Beobachtung bis zum Einsatz psychometrischer Tests und physiologischer Methoden reicht. Immer schwieriger wird die gezielte Auswahl geeigneter Verfahren und die Kombination verschiedener Ansätze im Rahmen einer ökonomischen Diagnosestrategie.

Unsere Buchreihe möchte aktuelles Wissen über diagnostische Verfahren und Prozeduren zur Weiterentwicklung der Psychologischen Diagnostik zusammenstellen. Wir als Herausgeber der Buchreihe erwarten, dass zukünftig die Kompetenzen der Psychologischen Diagnostik verstärkt nachgefragt werden. Es handelt sich hierbei um Basiskompetenzen psychologischen Handelns, denen in den letzten beiden Jahrzehnten im deutschen Sprachraum relativ wenig Aufmerksamkeit geschenkt wurde. Zukünftig sollten Problemanalysen und Problemlösungen vermehrt auf dieses gut fundierte Fachwissen der Psychologie zurückgreifen.

Die einzelnen Bände dieser Reihe konzentrieren sich jeweils auf spezifische psychologische Themengebiete wie zum Beispiel Affektive Störungen oder Aufmerksamkeit. Durch diese Spezifikation können diagnostische Fragen im Rahmen der einzelnen Themen intensiver als in der Standardliteratur abgehandelt werden. Zudem kann eine engere Verbindung zwischen theoretischen Grundlagen und den diagnostischen Fragestellungen erfolgen.

Diese Reihe möchte dem Praktiker eine Orientierung und Vorgehensweisen vermitteln, um in der Praxis eine optimale Diagnosestrategie zu entwickeln. Kurzgefasste Übersichten über die aktuellen Trends, praxisnahe Verfahrensbeschreibungen und Fallbeispiele erleichtern auf verschiedenen Ebenen den Zugang zum Thema. Ziel der Reihe ist es somit, die diagnostische Kompetenz im Alltag zu erhöhen. Dies bedeutet vor allem

- diagnostische Entscheidungen zu verbessern,
- Interventionsplanungen besser zu begründen und
- in allen Phasen der Informationsgewinnung die Praxiskontrolle zu optimieren.

Unser Anspruch besteht darin, bestehende Routinen der Psychologischen Diagnostik kritisch zu durchleuchten, Bewährtes zu festigen und neue Wege der Diagnostik, zum Beispiel im Rahmen computerunterstützter Vorgehensweisen und neuerer testtheoretischer Ansätze, zu etablieren.

Mit unserer Buchreihe möchten wir in den nächsten Jahren schrittweise und systematisch verschiedene Anwendungsbereiche der Psychologischen Diagnostik bearbeiten. Pro Jahr sollen ein bis zwei Bände publiziert werden, wobei jeder Band zirka 120 bis 150 Druckseiten haben soll. Folgende Bände sind in Vorbereitung:

Forensisch-psychologische Diagnostik
Persönlichkeitsdiagnostik
Sprachdiagnostik
Organisationsdiagnostik

Die Reihe startete mit Fragestellungen der Klinischen Diagnostik und wird sich schrittweise auf andere Gebiete erweitern. Wir wünschen uns hierzu einen intensiven Austausch mit unseren Lesern.

Bremen und Münster, im Januar 2007

*Franz Petermann
und Heinz Holling*

Inhaltsverzeichnis

1	Beschreibung des Störungsbildes	10
1.1	Symptomatik der Sozialen Phobie	10
1.2	Epidemiologische Daten, Komorbide Störungen	17
2	Differenzialdiagnostische Abgrenzung der Sozialen Phobie	19
3	Interviewverfahren zur Diagnostik der Sozialen Phobie	23
3.1	Internationale Diagnosen Checklisten (IDCL)	24
3.2	Strukturiertes Klinisches Interview (SKID)	24
3.3	Diagnostisches Interview bei Psychischen Störungen (DIPS)	27
3.4	Composite International Diagnostic Interview (CIDI)	29
4	Erfassung des Gesamtschweregrades	31
4.1	Selbstbeurteilungsinstrumente	31
4.1.1	Social Phobia and Anxiety Inventory (SPAI)	31
4.1.2	Social Phobia Scale (SPS) und Social Interaction Anxiety Scale (SIAS)	33
4.1.3	Social Phobia Inventory (SPIN)	36
4.1.4	Social Phobia Diagnostic Questionnaire (SPDQ)	37
4.2	Fremdbeurteilungsinstrumente	38
4.2.1	Liebowitz Social Phobia Scale (LSAS)	38
4.2.2	Brief Social Phobia Scale (BSPS)	40
4.3	Weitere Verfahren	42
4.3.1	Fear of Negative Evaluation Scale (FNE) und Social Avoidance and Distress Scale (SAD)	42
4.3.2	Interaktionsangstfragebogen (IAF)	43
4.3.3	Unsicherheitsfragebogen (U-Bogen)	44
4.3.4	Subskalen aus Persönlichkeitsinventaren	45

5	Behaviorale Diagnostik in sozialen Situationen . . .	46
5.1	Erfassung von Vermeidungsverhalten	46
5.2	Erfassung von Sicherheitsverhalten	46
5.3	Erfassung der sozialen Kompetenz	47
5.3.1	Verhaltensbeobachtungen	47
5.3.2	Social Performance Rating Scale (SPRS)	49
6	Erfassung sozialphobischer Kognitionen	52
6.1	Situationsspezifische Kognitionen	52
6.1.1	Social Interaction Self Statement Test (SISST)	53
6.1.2	Self-Statements During Public Speaking Scale (SPSS; Gedanken-während-einer-Rede-Test)	54
6.1.3	Speech Anxiety Thoughts Inventory (SATI)	54
6.1.4	Appraisal of Social Concerns (ASC)	55
6.1.5	States-of-Mind- (SOM-)Verhältnis	55
6.1.6	Vergleich der beiden Vorgehensweisen	57
6.2	Erfassung negativer automatischer Gedanken, Grundüber- zeugungen und Sicherheitsverhaltensweisen	57
6.2.1	Social Cognitions Questionnaire (Fragebogen zu sozialphobischen Kognitionen SPK)	58
6.2.2	Social Behavior Questionnaire (Fragebogen zu sozialphobischem Verhalten SPV)	58
6.2.3	Social Attitudes Questionnaire (Fragebogen sozialphobischer Einstellungen SPE)	59
6.3	Einsatz von Tagebüchern	60
7	Diagnostik der Sozialen Phobie im Kindes- und Jugendalter	63
7.1	Beschreibung des Störungsbildes	63
7.2	Differenzialdiagnostik	65
7.3	Allgemeine Aspekte	65
7.4	Interviewverfahren	67
7.4.1	Diagnostisches Interview bei psychischen Störungen im Kindes- und Jugendalter (Kinder-DIPS)	67
7.4.2	Diagnostik-System für psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter (DISYPS-KJ)	67
7.4.3	Elternexplorationsbogen für sozial unsichere Kindern	68
7.4.4	Liebowitz Social Anxiety Scale for Children and Adolescents (LSAS-CA)	68
7.5	Selbstbeurteilungsverfahren	69
7.5.1	Social Anxiety Scale for Children (SASC-R-D)	69

7.5.2	Social Phobia and Anxiety Inventory for Children (SPAI-C-D)	70
7.6	Weitere Verfahren	73
7.6.1	Spence Children's Anxiety Scale (SCAS)	73
7.6.2	Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders (SCARED)	73
7.7	Rollenspiele und Verhaltensbeobachtungen	76
8	Anwendungsbeispiel	78
8.1	Fallbeispiel	78
8.2	Diagnostische Verfahren	80
8.3	Differenzialdiagnostik	82
8.4	Therapieziele und Therapieplanung	83
8.5	Verlaufsdokumentation und Qualitätskontrolle	84
Literatur	87

1 Beschreibung des Störungsbildes

1.1 Symptomatik der Sozialen Phobie

Viele Menschen fühlen sich in bestimmten sozialen Interaktionen ängstlich, sei es beim Halten einer Rede oder beim Ansprechen einer fremden Person des anderen Geschlechts. Befürchtungen hinsichtlich der Frage „Was könnte der andere von mir denken?“ regulieren öffentliches Verhalten in unserer Gesellschaft. Problematisch ist es allerdings, wenn die Befürchtungen zu stark und die Ängste zu belastend werden. Für die Beurteilung des Störungsbildes sollte nie vergessen werden, dass sozialphobische Patienten eine schwerwiegende Beeinträchtigung in ihrem Leben erfahren; die Störung sollte somit nicht verharmlost werden.

Geschichte des Störungsbildes

In der Geschichte der Psychologie finden sich bereits früh Beschreibungen von sozialphobischen Symptombildern (z. B. Pierre Janet: „phobie des situations sociales“). In der neueren Zeit wurden klinische Fallbeschreibungen sowie eine mit Heute vergleichbare Definition der Störung von Marks und Gelder (1966) eingeführt. Als eigenständiges Störungsbild wurde die Soziale Phobie allerdings erst 1980 in das Diagnostische und Statistische Manual (DSM-III; APA, 1980) aufgenommen. Neben Einfacher Phobie und Agoraphobie zählte die Soziale Phobie dabei zu den „Phobischen Störungen“. Noch 1985 galt die Soziale Phobie als in der klinischen Forschung lange vernachlässigt (Liebowitz, Gorman, Fyer & Klein, 1985), seitdem nimmt aber das Interesse stetig zu. Im DSM-III-R (APA, 1987) erfolgte dann eine Erweiterung der Definition, die im DSM-IV (APA, 1994) und DSM-IV-TR (APA, 2000) weitgehend beibehalten wurde. Um dieser und der starken Beeinträchtigung durch die Störung gerecht zu werden, zeigte sich in den letzten Jahren eine steigende Tendenz, von „Sozialer Angststörung“ statt von „Sozialer Phobie“ zu sprechen.

Definition der Sozialen Phobie

Nach DSM-IV-TR (APA, 2000) versteht man unter Sozialer Phobie eine Angst vor sozialen Situationen, in denen man mit Fremden konfrontiert oder einer Bewertung durch andere ausgesetzt ist, z. B. in der Kantine essen oder vor einer Menschengruppe sprechen. Die Zahl der angstauslösenden Situationen kann zwischen Patienten mit Sozialer Phobie stark variieren. Einige Betroffene sind in den meisten Lebensbereichen sozial sicher und fürchten nur einzelne Situationen, andere Patienten fürchten dagegen nahezu sämtliche alltägliche Interaktionen mit anderen Personen wie Ver-

käufern, Kollegen oder Freunden. Zentrales Symptom ist die Befürchtung, in der Situation ein bestimmtes Verhalten bzw. bestimmte Angstsymptome zu zeigen, das oder die von anderen wahrgenommen und als peinlich bewertet werden könnten. Befragungen von Sozialphobikern ergaben, dass die häufigsten Befürchtungen sich darauf richten, dass der Interaktionspartner Angstsymptome bemerkt, oder nervös und unsicher auszusehen, erröten zu können oder durch Fragen von anderen im Mittelpunkt zu stehen (Fahlen, 1996).

Ein weiteres Kriterium ist, dass die gefürchteten Situationen vorrangig vermieden oder nur unter starker Angst ertragen werden. Da die meisten sozialen Situationen auf Dauer nur unter größten sozialen Nachteilen vermieden werden können, bedeutet dies für die meisten Betroffenen, dass sie sich permanent in angstausslösende Situationen begeben und diese bewältigen müssen. Zudem ist die Intensität der von Sozialphobikern erlebten Angst insbesondere vor und in solchen Situationen extrem hoch und nicht vergleichbar mit der Belastung, die von verbreiteten sozialen Ängsten in der Bevölkerung (z. B. Redeangst) ausgeht. Dies erklärt, warum Personen mit Sozialen Phobien ein erhöhtes Anspannungsniveau erleben und oftmals auch unter einem hohen Leidensdruck stehen.

Nicht immer können die Betroffenen ihre Ängste als übertrieben erkennen. Insbesondere wenn sie während der diagnostischen Untersuchung eine Situation beschreiben, kann dies zu erheblicher Angst und Scham führen, die wiederum als Beweis für die „objektive“ Peinlichkeit erlebt wird.

Im Vergleich zum DSM-IV verlangt die Internationale Klassifikation psychischer Störungen (ICD-10; WHO, 1991) zusätzlich bestimmte körperliche Symptome. Von großer Bedeutung sind hierbei solche Angstsymptome, die für andere sichtbar sind: Erröten, Schwitzen und Zittern. Sehr oft sind diese Symptome nicht objektiv in der Intensität beobachtbar, wie Sozialphobiker diese erleben. Neben den sichtbaren Symptomen können auch solche Symptome Gegenstand der Befürchtungen sein, die weniger das Aussehen betreffen, sondern sich akustisch äußern (z. B. trockener Mund, Stimmveränderungen oder Stottern).

**Besonderheiten
im ICD-10**

Für die Diagnosestellung ist weiterhin wichtig, dass die sozialen Ängste zu bedeutsamen psychosozialen Beeinträchtigungen oder erheblichem Leidensdruck führen. Die Beeinträchtigungen zeigen sich vor allem in den sozialen Folgen der Vermeidung, also im Beruf, im öffentlichen Leben, aber auch in den sozialen Beziehungen (Bekannte oder Freunde), sowie in den schweren Fällen auch in Partnerschaft oder Familie.

**Störung nicht
verharmlosen,
da sie mit
großem
Leidensdruck
verbunden ist**

Weiterhin ist von Bedeutung, dass die sozialen Ängste nicht durch andere körperliche oder psychische Störungen erklärt werden können. In der

**Differenzialdiag-
nostik beachten**

Praxis sind eine Reihe von Krankheiten (z. B. essentieller Tremor, Tic-Störungen, entstellende Erkrankungen, etc.) oder auch andere psychische Störungen (z. B. Alkoholismus, Essstörungen, Schizophrenie) mit einer erheblichen Stigmatisierung in der Öffentlichkeit verbunden, die sich ebenfalls in Sozialen Phobien äußern können. Zentral ist hierbei, dass Soziale Phobien irrationale und übertriebene Befürchtungen darstellen, die nicht auf realistischen Wahrnehmungen der Reaktionen anderer beruhen.

Kasten 1:

Diagnosekriterien der Sozialen Phobie nach DSM-IV-TR (300.23)

- A. Eine ausgeprägte und anhaltende Angst vor einer oder mehreren sozialen oder Leistungssituationen, in denen die Person mit unbekanntem Personen konfrontiert ist oder von anderen Personen beurteilt werden könnte. Der Betroffene befürchtet, ein Verhalten (oder Angstsymptome) zu zeigen, das demütigend oder peinlich sein könnte.
Beachte: Bei Kindern muss gewährleistet sein, dass sie im Umgang mit bekannten Personen über die altersentsprechende soziale Kompetenz verfügen, und die Angst muss gegenüber Gleichaltrigen und nicht nur in der Interaktion mit Erwachsenen auftreten.
- B. Die Konfrontation mit der gefürchteten sozialen Situation ruft fast immer eine unmittelbare Angstreaktion hervor, die das Erscheinungsbild einer situationsgebundenen oder einer situationsbegünstigten Panikattacke annehmen kann.
Beachte: Bei Kindern kann sich die Angst durch Weinen, Wutanfälle, Erstarren oder Zurückweichen von sozialen Situationen mit unvertrauten Personen ausdrücken. Die Person erkennt, dass die Angst übertrieben oder unbegründet ist.
Beachte: Bei Kindern darf dieses Kriterium fehlen.
- D. Die gefürchteten sozialen oder Leistungssituationen werden vermieden oder nur unter intensiver Angst oder Unwohlsein ertragen.
- E. Das Vermeidungsverhalten, die ängstliche Erwartungshaltung oder das starke Unbehagen in den gefürchteten sozialen oder Leistungssituationen beeinträchtigen deutlich die normale Lebensführung der Person, ihre berufliche (oder schulische) Leistung oder soziale Aktivitäten oder Beziehungen, oder die Phobie verursacht erhebliches Leiden.
- F. Bei Personen unter 18 Jahren hält die Phobie über mindestens 6 Monate an.
- G. Die Angst oder Vermeidung geht nicht auf die direkte körperliche Wirkung einer Substanz (z. B. Droge, Medikament) oder eines medizinischen Krankheitsfaktors zurück und kann nicht besser durch