



Nina Heinrichs · Ulrich Stangier · Alexander L. Gerlach
Ulrike Willutzki · Thomas Fydrich

Evidenzbasierte Leitlinie zur Psychotherapie der Sozialen Angststörung

Evidenzbasierte Leitlinien Psychotherapie

Herausgegeben von der Fachgruppe
Klinische Psychologie und Psychotherapie

DGPs

Deutsche Gesellschaft
für Psychologie

HOGREFE



Evidenzbasierte Leitlinie zur Psychotherapie der Sozialen Angststörung

Evidenzbasierte Leitlinien Psychotherapie

Band 3

Evidenzbasierte Leitlinie zur Psychotherapie der Sozialen Angststörung

von Prof. Dr. Nina Heinrichs, Prof. Dr. Ulrich Stangier,
Prof. Dr. Alexander L. Gerlach, Prof. Dr. Ulrike Willutzki
und Prof. Dr. Thomas Fydrich

Herausgeber der Reihe:

Fachgruppe Klinische Psychologie und Psychotherapie
der Deutschen Gesellschaft für Psychologie (DGPs)

Mitglieder des Lenkungsausschusses:

Prof. Dr. Birgit Kröner-Herwig, Prof. Dr. Kurt Hahlweg, Prof. Dr. Stephan Mühl-
lig, Prof. Dr. Annette Schröder und Prof. Dr. Ulrich Stangier

Evidenzbasierte Leitlinie zur Psychotherapie der Sozialen Angststörung

von

Nina Heinrichs, Ulrich Stangier, Alexander L. Gerlach,
Ulrike Willutzki und Thomas Fydrich

HOGREFE



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

© 2010 Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG

Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form vervielfältigt und an Dritte weitergegeben werden. Aus Heinrichs et al.: Evidenzbasierte Leitlinie zur Psychotherapie der Sozialen Angststörung.

Prof. Dr. Nina Heinrichs, geb. 1973. Seit 2007 Leitung der Arbeitseinheit Klinische Kinder- und Jugendpsychologie und Psychotherapie an der Universität Bielefeld.

Prof. Dr. Ulrich Stangier, geb. 1958. Seit 2008 Professor für Klinische Psychologie und Psychotherapie am Institut für Psychologie der Universität Frankfurt.

Prof. Dr. Alexander L. Gerlach, geb. 1966. Seit 2010 Inhaber des Lehrstuhls für Klinische Psychologie und Psychotherapie an der Universität zu Köln.

Prof. Dr. Ulrike Willutzki, geb. 1957. Seit 2008 Professorin für Klinische Psychologie und Psychotherapie an der Fakultät für Psychologie der Ruhr-Universität Bochum.

Prof. Dr. Thomas Fydrich, geb. 1953. Seit 2004 Professur für Psychotherapie und Somatopsychologie am Institut für Psychologie der Humboldt-Universität zu Berlin.

Wichtiger Hinweis: Der Verlag hat für die Wiedergabe aller in diesem Buch enthaltenen Informationen (Programme, Verfahren, Mengen, Dosierungen, Applikationen etc.) mit Autoren bzw. Herausgebern große Mühe darauf verwandt, diese Angaben genau entsprechend dem Wissensstand bei Fertigstellung des Werkes abzdrukken. Trotz sorgfältiger Manuskripterstellung und Korrektur des Satzes 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 handele.

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.

© 2010 Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG
Göttingen · Bern · Wien · Paris · Oxford · Prag · Toronto
Cambridge, MA · Amsterdam · Kopenhagen · Stockholm
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.

Satz: Grafik-Design Fischer, Weimar
Druck: Hubert & Co, Göttingen
Printed in Germany
Auf säurefreiem Papier gedruckt

ISBN: 978-3-8017-2077-3

© 2010 Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG

Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form vervielfältigt und an Dritte weitergegeben werden. Aus Heinrichs et al.: Evidenzbasierte Leitlinie zur Psychotherapie der Sozialen Angststörung.

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung und Methode	7
1.1	Anliegen, Zielgruppen und Auftraggeber der Leitlinien	7
1.2	Vorgehen	7
2	Symptomatik und Erscheinungsbild	10
3	Diagnosestellung, Epidemiologie und Beeinträchtigung	14
3.1	Diagnosestellung	14
3.2	Subtypen/Kontinuumsmodell	15
3.3	Diagnostische Verfahren	16
3.4	Psychometrische Verfahren	17
3.5	Differenzialdiagnostik	19
3.6	Epidemiologie, Komorbidität und Suizidrisiko	19
3.7	Ätiologie, Entwicklung, Verlauf und Beeinträchtigung	21
4	Indikationsempfehlungen	23
4.1	Indikation zur Psychotherapie	23
4.2	Prognosefaktoren	24
4.2.1	Ersterkrankungsalter, Chronizität, Symptomschwere	24
4.2.2	Generalisierter Subtyp, vermeidend-selbstunsichere Persönlichkeitsstörung	25
4.2.3	Komorbidität	26
4.2.4	Behandlungserwartung	26
4.3	Differenzielle Indikation zu Pharmakotherapie oder einer Kombinationstherapie (Psychotherapie/Pharmakotherapie)	26
4.4	Differenzielle Indikation zu ambulanter oder stationärer Behandlung	28
4.5	Differenzielle Indikation zu Einzel- oder Gruppentherapie	28
4.6	Zusammenfassung der Indikationsempfehlungen	29
5	Behandlungsempfehlungen	30
5.1	Kognitive Verhaltenstherapie	30
5.1.1	Kognitive Therapie	33
5.1.1.1	Verbale Überprüfung dysfunktionaler Gedanken und Überzeugungen	33

5.1.1.2	Verhaltensexperimente	33
5.1.1.3	Aufgaben-Konzentrationstraining	34
5.1.2	Rational-Emotive Therapie (RET)	34
5.1.3	Verhaltenstherapie	35
5.1.3.1	Reizkonfrontationstherapie/In-vivo-Konfrontation/ Expositionstherapie	35
5.1.3.2	Training sozialer Kompetenz/therapeutische Rollenspiele	35
5.1.4	Weitere kognitiv-verhaltenstherapeutisch orientierte Verfahren ..	36
5.1.4.1	Computerunterstützte kognitiv-verhaltenstherapeutische Therapie	36
5.1.4.2	Entspannungsverfahren	37
5.1.4.3	D-Cycloserin-unterstützte Expositionstherapie	37
5.2	Interpersonelle Therapie (IPT)	37
5.3	Gesprächspsychotherapie	38
5.4	Tiefenpsychologische Psychotherapie und Psychoanalyse	39
5.5	Weitere Behandlungsansätze	41
5.6	Behandlungsempfehlungen	41
6	Allgemeine Rahmenbedingungen der Therapie	42
6.1	Bedeutung der therapeutischen Interaktion	42
6.2	Erwartungen und Ziele	43
6.3	Bedeutung therapeutischer Hausaufgaben	44
6.4	Prozessfaktoren	44
6.5	Empfehlungen zur allgemeinen Therapiegestaltung	45
7	Empfehlungen zur Vermeidung von häufigen Behandlungsfehlern im Rahmen von KVT	46
8	Die Soziale Angststörung in der psychosozialen Versorgung	48
8.1	Erkennung und Behandlungsrate in der Versorgung	48
8.2	Selbsthilfegruppen	48
8.3	Kurzzeit- und Selbsthilfe-Therapie	49
9	Kurzfassung der vorliegenden Leitlinie	50
Literatur	53	
Anhang	63	
Anhang 1 – Herangezogene Evidenz für die Behandlungs- empfehlungen	63	
Anhang 2 – Kognitive Verhaltenstherapie unter der Lupe	69	

1 Einleitung und Methode¹

1.1 Anliegen, Zielgruppen und Auftraggeber der Leitlinien

Psychotherapie-Leitlinien sind wissenschaftlich begründete, evidenzbasierte und praxisbezogene Handlungsempfehlungen für die Diagnostik und Behandlung von psychischen Störungen sowie körperlichen Erkrankungen, bei denen psychotherapeutische Interventionen indiziert sind. Behandlungsleitlinien sollen Hilfestellungen für eine möglichst optimale Versorgung von Patientinnen und Patienten geben.

Die vorliegende Leitlinie für Soziale Phobien ist so verfasst, dass die zusammengestellten Informationen für Leistungserbringer behandlungsrelevante Entscheidungen ermöglichen. Hauptadressaten sind daher approbierte psychologische und fachärztlich weitergebildete ärztliche Psychotherapeutinnen und -therapeuten. Leitlinien geben zudem Hilfestellungen für die differenzialdiagnostische Abklärung für nicht primär psychotherapeutisch arbeitende Ärztinnen und Ärzte sowie andere Personen in der Gesundheitsversorgung.

Weitere Adressaten sind Fachgesellschaften, relevante Berufsverbände, Psychotherapeuten- und Ärztekammern sowie Hochschulen und Institutionen der Aus-, Fort- und Weiterbildung, aber auch andere Leistungserbringer (z. B. Kliniken), Krankenkassen und Kassenärztliche Vereinigungen.

Die Entwicklung dieser Leitlinien für Soziale Angststörung wurde von der Fachgruppe Klinische Psychologie und Psychotherapie der Deutschen Gesellschaft für Psychologie in Auftrag gegeben.

1.2 Vorgehen

Der aktuelle Stand der Literatur für die psychischen Störungen „Soziale Angststörung“ und „Selbstunsichere Persönlichkeitsstörung“ wurde systematisch gesichtet (bis Mitte 2008) und dient als Entscheidungsgrundlage für diese Leitlinie. Berücksichtigt wurden sowohl Originalstudien zur psychotherapeutischen Behandlung von Personen mit sozialen Phobien als auch Zusammenfassungen sol-

1 *Danksagung:* Wir bedanken uns bei allen, die Rückmeldungen zu Vorversionen dieser Leitlinie gegeben haben. Namenhaft möchten wir uns bedanken bei Dipl.-Psych. Susanne Knappe, Institut für Klinische Psychologie und Psychotherapie, Technische Universität Dresden, und Prof. Dr. Birgit Kröner-Herwig, Institut für Psychologie, Universität Göttingen.

cher Studien, vor allem Metaanalysen bzw. systematische Reviews. Die Recherche wurde in den Datenbanken Pubmed/Medline, Psynex, PsycInfo, SSCI und ERIC durchgeführt.²

Durch Kontakt zu Experten verschiedener Psychotherapierichtungen wurde sichergestellt, dass evidenzbasierte schulen- und professionsübergreifende Informationen in die Leitlinien einbezogen wurden. Aufgrund ihrer Expertise für bestimmte psychotherapeutische Richtungen wurden folgende Kollegen aus unterschiedlichen Fachgesellschaften angesprochen: Prof. Dr. Jochen Eckert, Prof. Dr. Rainer Sachse, Prof. Dr. Jochen Schweitzer. Alle Beteiligten wurden gebeten, uns alle Studien zu nennen, die sie für die entsprechende Therapierichtung kennen, die berücksichtigt werden sollten. Darüber hinaus wurde die von der GWG für die Anerkennung als wissenschaftliche Psychotherapie eingereichte Dokumentation der Effektivität der Gesprächspsychotherapie gesichtet, um relevante Studien mit sozialphobischen Personen zu identifizieren. Nach Sichtung und Aufarbeitung der Literatur wurde in einem zweistufigen Prozess eine Vorversion dieser Leitlinie innerhalb der Fachgruppe Klinische Psychologie und Psychotherapie zur Prüfung zugänglich gemacht. Die Rückmeldungen wurden eingearbeitet, und die Leitlinie wurde dann im Mai 2009 von der Fachgruppe verabschiedet (s. u.). Patienten waren in die Entwicklung der Leitlinie nicht involviert.

Grundlage für die Beurteilung der Evidenz von diagnostischen und therapeutischen Prozeduren bilden die von der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) und der Ärztlichen Zentralstelle für Qualitätssicherung (ÄZQ) herausgegebenen Richtlinien. Allerdings reicht nach deren Kriterien eine randomisierte kontrollierte Studie (RCT) aus, um die Einstufung „wirksam“ als Evidenzgrad zu erhalten. Die Fachgruppe Klinische Psychologie und Psychotherapie hat sich jedoch entschieden, diesbezüglich den Empfehlungen der American Psychological Association (APA; Chambless & Hollon, 1998) zu folgen, die zumindest zwei RCTs fordern. Darüber hinaus differenzieren die APA-Kriterien noch in „wirksam und spezifisch“ versus „wirksam“ in Abhängigkeit von der im RCT eingesetzten Kontrollgruppe. Wir haben dies berücksichtigt, indem der Evidenzgrad Ib zusätzlich eine Abstufung nach *wirksam und spezifisch* und *wirksam* erfährt. Die Einteilung der hier genutzten Evidenzgrade ist in Tabelle 1 dargestellt.

2 Auf unseren Aufruf für Rückmeldungen haben wir eine E-Mail von Prof. Dr. F. Caspar erhalten, der uns zu Recht auf einen wichtigen Artikel zur Internettherapie bei Patienten mit einer Sozialen Angststörung hinwies. Dieser Artikel unterstützt die Relevanz und Wirksamkeit einer sorgfältig entwickelten Psychotherapie, die über das Internet absolviert werden kann. Allerdings fand die Veröffentlichung im *Journal of Clinical Psychology* erst 2009 statt. Eine Aufnahme dieses Artikels hätte erfordert, auch alle anderen Psychotherapien erneut zu recherchieren. Der interessierte Leser wird daher auf die Referenz verwiesen: Berger, T., Hohl, E. & Caspar, F. (2009). Internet-based treatment for social phobia: A randomized controlled trial. *Journal of Clinical Psychology*, 65, 1–15.

Tabelle 1: Evidenzgrade für klinische Studien nach den Kriterien der Fachgruppe für Klinische Psychologie und Psychotherapie (in Anlehnung an Chambless & Hollon, 1998; Segal et al., 2001; ÄZQ, 2003)

Evidenzgrad	Evidenzbasis	Klassifizierung
Ia	Metaanalyse(n) über randomisierte, kontrollierte Studien	<i>(A) wirksam und spezifisch:</i> Überlegenheit gegenüber medikamentösem oder psychologischem Placebo oder einer alternativen Bona-fide-Behandlung in zumindest zwei unabhängigen Forschungssettings <i>(B) wirksam:</i> Überlegenheit gegenüber Kontrollbedingung in zumindest zwei unabhängigen Forschungssettings
Ib	Mindestens zwei randomisierte, kontrollierte Studien (RCT) aus unabhängigen Gruppen	
IIa	Eine randomisierte kontrollierte Studie (RCT)	<i>(C) möglicherweise wirksam</i>
IIb	Serie von gut angelegten quasi-experimentellen Studien (Effectiveness-Studie, prospektive Kohortenstudie, Fallkontrollstudie, experimentelle Einzelfallstudie)	
III	Nicht experimentelle oder deskriptive Studien (1-Gruppen-Prä-Post-Vergleiche, Korrelationsstudien)	<i>(D) bislang ohne ausreichende Wirknachweise</i>
IV	Unsystematische Einzelfallstudien, Kasuistiken, Expertenaussagen, Konsensuskonferenzen, klinische Erfahrung	

2 Symptomatik und Erscheinungsbild

Das Hauptsymptom der Sozialen Phobie besteht laut ICD-10 entweder in „deutlicher Angst oder deutlicher Vermeidung, im Zentrum der Aufmerksamkeit zu stehen, oder von Situationen, in denen die Angst besteht, sich peinlich oder beschämend zu verhalten“ (WHO, 1992).

Im DSM-IV (APA, 1994) wird das Hauptkriterium definiert als „dauerhafte und übertriebene Angst vor einer oder mehreren sozialen oder Leistungssituationen, bei denen die Person mit unbekanntem Personen konfrontiert ist oder von anderen Personen beurteilt werden könnte. Die Person fürchtet, ein Verhalten (oder Angstsymptome) zu zeigen, das demütigend oder peinlich sein könnte.“

Tabelle 2: Diagnostische Kriterien der Sozialen Phobie nach ICD-10 (Forschungskriterien)

Kriterium	Inhalt
A	<p>Entweder (1) oder (2):</p> <p>(1) deutliche Angst, im Zentrum der Aufmerksamkeit zu stehen oder sich peinlich oder beschämend zu verhalten;</p> <p>(2) deutliche Vermeidung, im Zentrum der Aufmerksamkeit zu stehen oder von Situationen, in denen die Angst besteht, sich peinlich oder erniedrigend zu verhalten.</p> <p>Diese Ängste treten in sozialen Situationen auf, wie Essen und Sprechen in der Öffentlichkeit, Begegnung von Bekannten in der Öffentlichkeit, Hinzukommen zu oder Teilnahme an kleinen Gruppen, wie z. B. bei Parties, Treffen oder in Klassenräumen.</p>
B	<p>Mindestens zwei Angstsymptome in den gefürchteten Situationen mindestens einmal seit Auftreten der Störung, wie in F40.0 (Agoraphobie), Kriterium B, definiert, sowie zusätzlich mindestens eines der folgenden Symptome:</p> <p>(1) Erröten oder Zittern,</p> <p>(2) Angst zu erbrechen,</p> <p>(3) Miktions- oder Defäkationsdrang bzw. Angst davor.</p>
C	<p>Deutliche emotionale Belastung durch die Angstsymptome oder das Vermeidungsverhalten. Einsicht, dass die Symptome oder das Vermeidungsverhalten übertrieben und unvernünftig sind.</p>
D	<p>Die Symptome beschränken sich vornehmlich auf die gefürchtete Situation oder auf die Gedanken an diese.</p>
E	<p>Häufigstes Ausschlusskriterium: Die Symptome des Kriteriums A 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 einer kulturell akzeptierten Anschauung.</p>

Die Diagnosekriterien im ICD-10 sind mit den Kriterien des DSM-IV weitgehend vergleichbar, jedoch betont das ICD-10 neben der Furcht vor negativer Bewertung die Notwendigkeit dreier körperlicher Symptome (Zittern und Erröten,

Tabelle 3: Diagnostische Kriterien der Sozialen Phobie nach DSM-IV

Kriterium	Inhalt
A	<p>Eine dauerhafte und übertriebene Angst vor einer oder mehreren sozialen oder Leistungssituationen, bei denen die Person mit unbekanntem Personen konfrontiert ist oder von anderen Personen beurteilt werden könnte. Die Person fürchtet, ein Verhalten (oder Angstsymptome) zu zeigen, das demütigend oder peinlich sein könnte.</p> <p><i>Hinweis:</i> Bei Kindern muss gewährleistet sein, dass das Kind über altersgemäße soziale Beziehungen mit vertrauten Personen verfügt. Die Angst tritt bei Gleichaltrigen und nicht nur bei Interaktionen mit Erwachsenen auf.</p>
B	<p>Die Konfrontation mit der gefürchteten Situation ruft fast immer eine unmittelbare Angstreaktion hervor, die das Erscheinungsbild eines situationsgebundenen oder eines situativ vorbereiteten Panikanfalls annehmen kann.</p> <p><i>Hinweis:</i> Bei Kindern kann sich die Angst in Form von Schreien, Wutanfällen, Gelähmtsein oder Zurückweichen von sozialen Situationen mit unvertrauten Personen ausdrücken.</p>
C	<p>Die Person sieht ein, dass die Angst übertrieben und unvernünftig ist.</p> <p><i>Hinweis:</i> Bei Kindern kann dieses Merkmal fehlen.</p>
D	<p>Die gefürchtete soziale oder Leistungssituation wird vermieden oder nur unter intensiver Angst oder Unbehagen ertragen.</p>
E	<p>Das Vermeidungsverhalten, die ängstliche Erwartungshaltung oder das Unbehagen in den gefürchteten sozialen oder Leistungssituationen beeinträchtigt deutlich die normale Lebensführung, schulische (oder berufliche) Funktionsfähigkeit oder soziale Aktivitäten oder Beziehungen, oder die Phobie verursacht erhebliches Leiden.</p>
F	<p>Bei Personen unter 18 Jahren hält die Phobie über mindestens sechs Monate an.</p>
G	<p>Die Angst oder das Vermeidungsverhalten wird nicht direkt durch physiologische Effekte einer Substanz (z. B. Drogenmissbrauch, Medikation) oder durch eine organische Erkrankung hervorgerufen und kann nicht besser durch eine andere psychische Störung (z. B. Paniksyndrom mit oder ohne Agoraphobie, Trennungsangst, Dismorphophobie, Tiefgreifende Entwicklungsstörung oder Schizoide Persönlichkeitsstörung) erklärt werden.</p>
H	<p>Falls eine organische Erkrankung oder eine andere psychische Störung vorliegt, so steht sie nicht in Zusammenhang mit der unter Kriterium A beschriebenen Angst, z. B. nicht Angst vor Stottern oder Zittern bei einem Parkinson-Syndrom oder dem Zeigen von abnormem Essverhalten bei Anorexia nervosa oder Bulimia nervosa.</p> <p>Spezifizieren Sie <i>Generalisiert</i>, falls die Angst fast alle sozialen Situationen umfasst.</p>

Angst zu erbrechen, Miktions- oder Defäkationsdrang) zur Diagnosestellung. Verschiedentlich wird dieses B-Kriterium nach ICD-10 problematisiert, da die genannten spezifischen Ängste bei vielen Patienten mit ausgeprägten generalisierten sozialen Ängsten nicht vorhanden sein müssen.

Die zugrunde liegenden Überzeugungen können sehr individuell ausgeprägt sein. Vielfach besteht die Befürchtung, im Kontakt mit anderen „dumm“, „inkompetent“, „langweilig“, „krank“ oder „merkwürdig“ zu wirken. Häufig wird auch befürchtet, dass Körpersymptome wie Erröten, Zittern, Schwitzen oder Stottern von anderen als peinliche Anzeichen von Angst oder „persönlicher Schwäche“ bewertet werden (die in der ICD-10 genannte Angst vor Erbrechen, Miktions- oder Defäkationsdrang treten eher selten auf; Stein & Stein, 2008). Bezüglich des Subtyps Paruresis, d. h. der Angst vor der Unfähigkeit, in öffentlichen Toiletten zu urinieren, bestehen Zweifel, ob diese Form von Angst tatsächlich dem Spektrum der Sozialen Angststörungen zugeordnet werden sollte (Hammelstein & Soifer, 2006; Vythilingum, Stein & Soifer, 2002).

Soziale Phobien sind hinsichtlich der Symptomatik und auslösender Situationen sehr heterogen. Die Situationen lassen sich in vier typische Kategorien unterteilen (Holt, Heimberg, Hope & Liebowitz, 1992):

1. *Leistungssituationen*: In diesen Situationen werden Handlungen durchgeführt, die einer Beobachtung und Bewertung durch andere Personen unterliegen können. Hierzu zählen vor allem Reden in der Öffentlichkeit sowie Prüfungs- und Vortragssituationen. Seltener werden Essen, Trinken oder Schreiben vor anderen Personen genannt.
2. *Interaktionssituationen*: In diesen Situationen findet eine Interaktion mit einer anderen Person statt, z. B. Kontaktsituationen (vor allem Kontaktaufnahme mit Fremden, „Small-talk“-Situationen, Alltagsgespräche), Kommunikation mit anderen, besonders mit Autoritätspersonen, gesellschaftliche Kontakte bei Festen, Einladungen und Parties.
3. *Durch andere beobachtet werden*: In diesen Situationen ist die Person im Blickpunkt der Aufmerksamkeit, ohne eine bestimmte Leistung zeigen zu müssen, z. B. in der Öffentlichkeit essen, beim Schreiben beobachtet werden.
4. *Selbstsichere Verhaltensweisen*: In diesen Situationen müssen andere gebeten werden, unangemessenes Verhalten zu beenden, bzw. *es* müssen unangemessene Anforderungen von anderen durch die ängstliche Person abgelehnt werden.

Personen mit Sozialen Phobien weisen in den gefürchteten Situationen eine erhöhte Selbstaufmerksamkeit auf. Die externale Aufmerksamkeit für die gefürchtete Situation ist dementsprechend deutlich reduziert und dabei möglicherweise vornehmlich und selektiv auf negative Aspekte (z. B. potenziell kritisches Verhalten anderer) ausgerichtet (Clark & Wells, 1995). Das soziale Verhalten ist in den gefürchteten Situationen meist weniger adäquat als bei nicht sozialphobischen Personen, jedoch wird dieses Defizit von den Betroffenen verzerrt wahrgenommen und deutlich überschätzt. Die Ursache für die sozial inadäquaten Ver-