

SOCIAL PHOBIA IN DAILY LIFE

SOZIALPHOBIE UND ALLTAG

Hans Morschitzky

Psychosozialer Dienst Burgenland GmbH, Franz-Liszt Gasse 1/III, Eisenstadt, Austria

SUMMARY

Based on present diagnostic criteria daily routine of patients with social phobia is described in detail with all its social, educational and occupational impacts. Suffering of affected people is classified as a disease and in need of treatment.

Key words: social phobia - social anxiety disorder - generalized subtype - nongeneralized subtype

ZUSAMMENFASSUNG

Auf der Grundlage der aktuellen diagnostischen Konzepte wird der Lebensalltag sozialphobischer Patienten mit seinen sozialen, schulischen und beruflichen Auswirkungen anschaulich beschrieben und das Leiden der Betroffenen als krankheitswertig und damit therapiebedürftig dargestellt.

Schlüsselwörter: Sozialphobie - soziale Angststörung - generalisierter Subtyp - nichtgeneralisierter Subtyp

* * * * *

SOZIALPHOBIE – EINE ERHEBLICHE PSYCHISCHE STÖRUNG?

Nach dem internationalen Diagnoseschema ICD-10 ist eine soziale Phobie eine starke Furcht und Vermeidung von Situationen, bei denen man im Mittelpunkt der Aufmerksamkeit anderer Menschen steht und sich peinlich oder erniedrigend verhalten könnte. Die hohe emotionale Belastung in sozialen Situationen drückt sich in Form körperlicher Symptome aus. Neben den bekannten Angstsymptomen sind die Betroffenen noch von mindestens einem weiteren Symptom geplagt, das die Angst vor Auffälligkeit erst recht erhöht: Erröten oder Zittern, Angst zu erbrechen, Harn- oder Stuhldrang bzw. Angst davor.

Das amerikanische psychiatrische Diagnoseschema DSM-IV definiert die soziale Phobie als „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 ein Angstsymptom) zu zeigen, das demütigend oder peinlich sein könnte... 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... Die Person erkennt, dass die Angst übertrieben oder unbegründet ist... Die gefürchteten sozialen oder

Leistungssituationen werden vermieden oder nur unter intensiver Angst oder Unwohlsein ertragen.“

Die Diagnose der sozialen Phobie wurde 1980 in das amerikanische psychiatrische Diagnoseschema aufgenommen und ein Jahrzehnt später in das internationale Diagnoseschema übernommen. Heutzutage wird oft die Bezeichnung „soziale Angststörung“ bevorzugt.

Psychiatrie-Kritiker behaupten: Mit jeder neuen Überarbeitung der modernen Diagnoseschemata nimmt die Anzahl psychischer Störungen zu. Die Sozialphobie wird als Musterbeispiel dafür angeführt, wie ganz normale Menschen plötzlich zu Patienten gemacht würden:

- Psychiater verordnen Antidepressiva, und die Pharmafirmen steigern dadurch ihren Umsatz,
- Psychotherapeuten machen Endlosterapien, um ihre Praxen zu füllen mit dem utopischen Ziel eines Selbstbewusstseins, das einen gegenüber jeder Kritik immun werden lässt.

Die Kritik an der Krankheitswertigkeit dieser so menschlichen Symptomatik sozialer Ängste wird gelegentlich sogar als Argument für Einsparungen im Gesundheitssystem verwendet. Der Chefarzt einer Krankenkasse (nicht aus Oberösterreich) verweigerte einem 19-jährigen Patienten den Kostenzuschuss mit der Begründung, dass eine Prüfungsangst, deretwegen er die Handelsakademie nicht geschafft hatte, keine „echte“ Krankheit sei.

Können sich Kritiker der Sozialphobie-Diagnose wirklich den Alltag von Menschen mit

einer sozialen Angststörung vorstellen? Das DSM-IV formuliert die *Krankheitswertigkeit* der sozialen Phobie deutlicher als das ICD-10: „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.“

Wir alle kennen die Erfahrung, wie es ist, der Beurteilung anderer Menschen ausgesetzt zu sein, vor allem dann, wenn wir uns nach Anerkennung und Bestätigung sehnen. Krankhafte soziale Ängste führen jedoch zu einem *Leidensdruck*, der vielen von uns glücklicherweise erspart bleibt. Personen mit einer Sozialphobie haben in vielen zwischenmenschlichen Situationen Angst zu versagen, sich lächerlich zu machen oder durch ungeschicktes Verhalten unangenehm aufzufallen. Sie befürchten, verspottet oder feindselig behandelt zu werden, dumm auszusehen, die Kontrolle zu verlieren, Panik zu bekommen und nicht mehr zu wissen, was sie sagen sollen. Das Gefühl von Peinlichkeit oder Blamage geht mit heftigen Emotionen wie Scham, Verlegenheit oder Unsicherheit einher. Starke Schamgefühle spiegeln die krankhafte Selbstabwertung vor anderen Menschen wider. Soziale Situationen lösen fast unvermeidlich eine sofortige Angstreaktion aus, die mit körperlichen Symptomen verbunden ist, wie etwa Verkrampfung, Hände zittern, feuchte Hände, Schwitzen am ganzen Körper, Erröten, Herzrasen, Atemnot, Kloßgefühl im Hals, Übelkeit, Schwindel, Harn- und Stuhl drang, Kopf- oder Magenschmerzen, Stottern bzw. Sprechhemmung. Sichtbare Symptome (Schwitzen, Zittern, Erröten, Weinen, Stimmveränderungen, Flucht auf die Toilette) verstärken die Angst vor sozialer Auffälligkeit. Die körperlichen Symptome erreichen meist nicht das Ausmaß einer Panikattacke, es können aber auch *situationsgebundene oder situationsbegünstigte Panikattacken* auftreten, die das Ausmaß der sozialen Phobie anzeigen. Sozialphobiker haben ständige Erwartungsängste in Bezug auf soziale Situationen und sind durch die sozialen Folgeprobleme ihres Vermeidungsverhaltens bald erheblich beeinträchtigt.

Eine Sozialphobie ist im Wesentlichen eine Störung auf der Basis falscher *Denkmuster* in

Hinblick auf zwischenmenschliche Beziehungen. Es bestehen typische Kognitionen: „Ich bin dumm, hässlich, langweilig, uninteressant, nicht liebenswert“; „Bestimmt werde ich zittern, schwitzen oder rot werden“; „Die anderen werden meine Symptome bemerken und dann bin ich erledigt“; „Wenn ich zittere, werden sie mich für nervenkrank halten“; „Wenn ich rot werde, werden sie mich für schüchtern oder schwach halten“; „Alle werden sehen, wie unsicher ich bin“; „Wenn ich einen Fehler mache, werde ich bestimmt immer nervöser“; „Ich muss immer super sein, dann kann mich niemand kritisieren.“ In therapeutischer Sicht bedeutet diese Sichtweise, dass nicht nur bestimmte Verhaltensweisen, sondern auch die zugrunde liegenden falschen Denkmuster geändert werden müssen.

Laut DSM-IV äußert sich eine soziale Phobie bei *Kindern* auch in Form von Schreien, Wutanfällen, Gelähmtsein oder Zurückweichen von sozialen Situationen mit unvertrauten Personen; zudem kann die Einsicht fehlen, dass die Ängste übertrieben und unvernünftig sind. Zur Abgrenzung gegenüber vorübergehenden, entwicklungsbedingten Rückzugstendenzen wird eine Mindestdauer von sechs Monaten gefordert. Eine verlässliche Diagnose ist bei Kindern erst ab dem 8. Lebensjahr möglich. Die Fähigkeit zum Aufbau altersgemäßer Sozialkontakte mit vertrauten Personen wird vorausgesetzt. Bei Kindern und Jugendlichen treten soziale Ängste am häufigsten in Form der Schulphobie und der Prüfungsangst auf, aber auch in Form der Angst, von anderen Kindern ausgelacht zu werden, wenn diese als Gruppe und damit als bestimmende Mehrheit erlebt werden. Schüler mit einer sozialen Phobie schneiden wegen ihrer Prüfungsängste und des nicht seltenen Vermeidens der Teilnahme am Unterricht bei Prüfungen häufig schlechter ab als andere Kinder, was die Angst vor Leistungsbeurteilungen verstärkt. Schlechtere Schulleistungen als aufgrund des oft großen Lerneinsatzes notwendig sind, hängen häufig zusammen mit der angstbedingten Blockade beim Sprechen vor der ganzen Klasse und der Autoritätsperson des Lehrers.

HÄUFIGE SOZIALPHOBISCHE SITUATIONEN IM ALLTAG

Soziale Phobien können klar abgegrenzt und umschrieben sein oder unbestimmt und in fast

allen sozialen Situationen außerhalb des Familienkreises auftreten. Die Diagnose einer sozialen Phobie wird bestätigt, wenn eine Person Tätigkeiten alleine angstfrei ausführen kann, die ihr in Gegenwart anderer Menschen aufgrund von Beobachtungs- und Bewertungsängsten schwer fallen. Die Beobachtung durch andere wirkt irritierend, die Furcht vor kritischer Beurteilung bewirkt eine Leistungshemmung.

Sozialphobiker teilen andere Menschen je nach dem Gefühl der Bedrohung häufig in *drei Gruppen* ein, was bedacht werden muss, wenn man verstehen will, warum sie sich vor verschiedenen Leuten fürchten, vor anderen dagegen überhaupt keine Angst haben:

- sehr vertraute Menschen (Eltern, Großeltern, Partner, eigene Kinder, engste Freunde), vor denen keine Angst besteht, weil die emotionale Geborgenheit gegeben ist.
- die große Gruppe der unbekannteren oder weniger vertrauten Personen, d.h. der Großteil der Menschen, deren Urteil aus irgendeinem Grund potenziell wichtig sein könnte, sodass Auffälligkeit und Kritik nicht riskiert werden darf.
- jene Menschen, die man nie wieder sieht (z.B. auf einer Autobahnraststätte), die man selbst nicht mag oder deren Urteil einem gleichgültig ist (z.B. Personen, die man selbst als klar unterlegen oder verabscheuenswürdig beurteilt).

Angst auslösend sind *Leistungssituationen*, wo das eigene Verhalten von anderen beobachtet und bewertet werden kann (z.B. öffentliches Reden, Trinken, Essen, Schreiben, Prüfungen, sportliche Betätigung) und *Interaktionssituationen*, wo das eigene Verhalten und die Reaktionen der anderen in wechselseitiger Beziehung stehen (z.B. soziale Kontakte mit Bekannten, Fremden, Autoritätspersonen oder dem anderen Geschlecht). Ganz normale, belanglose Unterhaltungen („Small-Talk“) werden vor allem dann zum Problem, wenn kein strukturierter Ablauf vorhanden ist, wie dieser etwa in einer durch bestimmte Rollen definierten Verkaufssituation gegeben ist. Außenstehende können das kaum verstehen: Dieselben Leute, die als Verkäufer im Geschäft sehr kompetent und überzeugend wirken, können später mit ihren Kunden kein lockeres Gespräch über Belanglosigkeiten oder private Angelegenheiten führen und

nur unter großer innerer Überwindung und Belastung ein gemeinsames Essen in einem Restaurant einnehmen.

Typische Situationen, wo soziale Ängste auftreten, sind:

- sich in Gegenwart anderer äußern und die eigene Meinung vertreten,
- in der Öffentlichkeit eine Rede halten oder in einer Arbeitsgruppe referieren,
- bei einem bestimmten Anlass öffentlich in Erscheinung treten (z.B. bei Ehrungen),
- jemandem bei Meinungsverschiedenheiten widersprechen und Forderungen stellen,
- Beschwerden vorbringen oder Reklamationen in Geschäften vornehmen,
- Kontakte mit dem anderen Geschlecht (Ansprechen oder Flirt),
- Kontakte mit Autoritätspersonen, Prüfern oder sonstigen einflussreichen Personen,
- Kontakte und Gespräche mit fremden Menschen (z.B. anderen vorgestellt werden),
- Essen und Trinken mit anderen (das Glas oder die Tasse heben, ohne zu zittern),
- Teilnahme an Gruppen (Partys, Feiern, Treffen, Verabredungen, Geschäftsessen),
- Betreten eines Raumes, in dem bereits andere Personen sitzen (z.B. Wartesaal),
- in einem Lokal in der Mitte sitzen oder sonst anderswo auffällig dasitzen,
- in der Öffentlichkeit telefonieren oder mit unbekannteren Personen telefonieren,
- unter Beobachtung anderer schreiben oder eine Unterschrift leisten,
- in einer Leistungssituation von anderen beobachtet werden (z.B. bei der Arbeit),
- sportliche Betätigung, während andere zuschauen (z.B. Gymnastik, Schwimmen),
- mündliche Prüfungen, Teilnahme bei Tests und Wettbewerben,
- beim Rotwerden, Zittern oder Schwitzen sich beobachtet fühlen,
- in öffentlichen Verkehrsmitteln anderen gegenüber sitzen und dabei auffallen,
- Besuch öffentlicher Toiletten (Paruresis bei Männern und Frauen),
- Bewerbungsgespräche vornehmen und Aufnahmeproofungen durchstehen.

ZWEI FORMEN SOZIALER ÄNGSTE

Das DSM-IV ermöglicht bei der Diagnose der sozialen Phobie die Zusatzkodierung „generalisiert“ und impliziert dabei zwei Subtypen, ohne den anderen Subtyp konkret zu benennen, sodass dafür in der Literatur unterschiedliche Bezeichnungen gewählt wurden („nicht-generalisiert“, „spezifisch“, „Leistungstyp“). Die Unterscheidung von Subtypen ist umstritten: Die Kriterien sind zu wenig konkret und erlauben keine klare Differenzierung der beiden Formen sozialer Phobien. Eine generalisierte Sozialphobie ist dann zu kodieren, wenn die Angst fast alle sozialen Situationen betrifft, sowohl soziale Leistungen als auch soziale Interaktionen. Nach dem Ausmaß der Generalisierung werden jedenfalls zwei Arten von Sozialphobien unterschieden: „Sozialphobie – Leistungstyp“ und „Sozialphobie – generalisierter Typ“.

Die *nichtgeneralisierte (spezifische) Sozialphobie* wird gewöhnlich mit der Angst in sozialen Leistungssituationen gleichgesetzt. Spezifische soziale Ängste beziehen sich auf Reden, Essen, Schreiben, Leistungssituationen (Prüfung, Reden in der Öffentlichkeit, sportliche Betätigung usw.). Als Auslöser dient oft ein einschneidendes Erlebnis (z.B. Ausgelachtwerden beim Stottern während eines Referats, Verspottung bei einer ungeschickten Turnübung, Händezittern beim Essen oder Schreiben an der Tafel). Häufig trat – von den anderen unbemerkt – eine Panikattacke oder eine panikähnliche Reaktion auf, die die Angst vor Auffälligkeit verstärkte. Die Angst bewirkt eine Hemmung an sich vorhandener Fertigkeiten und geht mit körperlichen Symptomen einher. Die Störung ist begrenzt auf spezifische Leistungssituationen vor den Augen anderer Menschen, während in allen anderen Bereichen eine gute soziale Funktionsfähigkeit gegeben ist. Soziale Ängste vom Leistungstyp können aufgrund der damit verbundenen körperlichen Symptome zu einer plötzlichen Veränderung des Betroffenen führen, die der Umwelt völlig unerklärlich erscheint, vor allem wenn der Betroffene vorher als kontaktfreudig und selbstbewusst galt. Eine spezifische Sozialphobie beginnt durchschnittlich im 16. oder 17. Lebensjahr und hängt oft mit situativ bedingten Panikattacken zusammen. Die Beeinträchtigungen zeigen sich meist im schulischen und beruflichen Bereich. Eine Sozialphobie vom Leistungstyp wirkt sich oft erst

später sehr belastend aus, vor allem wenn die Betroffenen im Rahmen eines beruflichen Aufstiegs im Mittelpunkt der Aufmerksamkeit anderer Menschen stehen.

Eine *generalisierte Sozialphobie* entspricht eher dem Sozialphobiker mit Sozialkompetenzdefizit (mangelnde soziale Fertigkeiten und allgemeine Selbstunsicherheit). Eine generalisierte soziale Phobie ist charakterisiert durch das Auftreten von Ängsten in vielen verschiedenen sozialen Situationen. Die Betroffenen fürchten sowohl öffentliche Leistungssituationen (vor anderen reden, essen schreiben usw.) als auch soziale Situationen (z.B. Kontaktaufnahme mit Fremden oder dem anderen Geschlecht). Im Laufe der Zeit kommt es zu schweren Beeinträchtigungen in allen Lebensbereichen, sodass soziale, schulische und berufliche Probleme auftreten. Die Störung ist oft mit einer depressiven Symptomatik oder mit Alkoholmissbrauch verbunden. Generalisierte soziale Ängste treten gewöhnlich schon sehr früh auf (durchschnittlich mit 11-12 Jahren), jedenfalls vor dem 15. Lebensjahr. Häufig liegen zwar ausgeprägte soziale Defizite zugrunde, dennoch wird mit einer „generalisierten Sozialphobie“ insgesamt eher das Verhalten des ängstlich-gehemmten Sozialphobikers bezeichnet, während die schweren Formen sozialer Defizite als Persönlichkeitsstörung beschrieben werden: „ängstliche (vermeidende) Persönlichkeitsstörung“ nach dem ICD-10, „vermeidend-selbstunsichere Persönlichkeitsstörung“ nach dem DSM-IV.

Bei der *ängstlich-vermeidenden bzw. Vermeidend-selbstunsicheren Persönlichkeitsstörung* treten Ängste in fast allen sozialen Situationen auf, weshalb in den Diagnoseschemata als Grundlage für derart generalisierte soziale Ängste eine dementsprechende Persönlichkeitsstruktur angenommen wird. Bei der sozialen Phobie werden soziale Situationen gemieden, bei der ängstlichen Persönlichkeitsstörung soziale Beziehungen überhaupt, bedingt durch die größere allgemeine Unsicherheit und Ängstlichkeit. Soziale Phobie und ängstliche Persönlichkeitsstörung unterscheiden sich nur durch den Schweregrad der Beschwerden voneinander. Beide Störungen liegen auf einem Kontinuum des Schweregrades der Gestörtheit (Ausprägung der Angst und der Defizite), wobei die ängstliche Persönlichkeitsstörung nur durch die besondere Schwere der sozialen Störung definiert ist.

Die Trennung zwischen sozialer Phobie (sozialer Gehemmtheit) und sozialen Defiziten (ängstlicher Persönlichkeitsstörung) in zwei unabhängige Kategorien entspricht nicht der Realität. Bei einer Sozialphobie können auch soziale Defizite gegeben sein. Die sozialen Defizite bei einer ängstlich-unsicheren Persönlichkeit lassen sich ebenso erfolgreich therapieren wie bei einer Sozialphobie, sodass soziale Defizite nicht als zentrales Wesensmerkmal für eine definitionsgemäß nur relativ schwer veränderbare Persönlichkeitsstörung angesehen werden sollten. Personen mit einer generalisierten sozialen Angststörung verhalten sich in sozialen Situationen zwar weniger sozial kompetent als andere Menschen, dies drückt jedoch nicht unbedingt einen Mangel an sozialen Fertigkeiten aus, sondern kann auch in der unzulänglichen Umsetzung vorhandener Fähigkeiten liegen. Zur Vermeidung eines falschen Therapieansatzes (z.B. eines reinen sozialen Kompetenztrainings) muss man zwischen *sozialer Kompetenz* (grundsätzlicher Verfügbarkeit eines sozial kompetenten Verhaltensrepertoires in sozialen Situationen) und *sozialer Performanz* (in sozialen Situationen aufgrund des Verhaltens tatsächlich gezeigter und beobachtbarer sozialer Kompetenz) unterscheiden. Oft kommt es in der Therapie nur darauf an, die Performanz zu verbessern, d.h. die Bedingungen, Einstellungen und Verhaltensweisen zu optimieren, die die Umsetzung der vorhandenen Fertigkeiten erleichtern. Eine generalisierte Sozialphobie muss auch nicht mit Schüchternheit im Sinne einer sozialen Befangenheit, einer Hemmung des spontanen sozialen Verhaltens und eines erhöhten Bewusstseins für die Beobachtung und Bewertung des eigenen Verhaltens durch andere Menschen in Zusammenhang stehen, Schüchternheit als erblich determinierter Temperamentsfaktor kann aber einen subklinischen Risikofaktor darstellen.

Die Unterscheidung sozialphobischer Situationen nach Leistungs- und Interaktionssituationen, wie dies im DSM-IV vorgeschlagen wird, muss sich am Einzelfall orientieren, weil es nicht so sehr auf die objektiven Eigenschaften einer Situation ankommt, sondern vielmehr auf die subjektiven Bewertungen. Ein Sozialphobiker kann beim Gespräch in einer Gruppe fürchten, keinen Kontakt herstellen zu können oder aus Unwissenheit etwas Dummes zu sagen (Interaktionsaspekt) oder vor anderen zu zittern oder zu stottern (Leistungs-

aspekt). Die Angst auslösenden Umstände hängen zentral von den jeweiligen Denkmustern ab. In Leistungssituationen (z.B. Vortrag, Vorspielen, Vorsingen oder Vorturnen) und Interaktionssituationen (z.B. Teilnahme an einer Geburtstagsfeier oder an einer Diskussionsrunde) bestehen unterschiedliche Möglichkeiten, von anderen Menschen Rückmeldungen zum eigenen Verhalten zu bekommen, um dadurch mehr Sicherheit zu entwickeln. Aufgrund mangelnder unmittelbarer sozialer Feedback-Möglichkeiten in Leistungssituationen ist etwa bei einem Frontalvortrag die soziale Unsicherheit größer als bei Unterhaltungen im Rahmen einer Arbeitsgruppe, wo rascher und in deutlicherem Ausmaß die Reaktion der anderen auf das eigene Sozialverhalten ersichtlich ist. Das Ausmaß sozialer Ängste hängt auch von der Art und der Größe sozialer Gruppen ab. Definitionsgemäß bestehen soziale Phobien in der Furcht vor der prüfenden Beobachtung durch andere Menschen in verhältnismäßig kleinen Gruppen, nicht dagegen in anonymen Menschenmengen (z.B. Kino, Theater, Großveranstaltung, Fußballplatz), weil hier die gefürchtete persönliche Nähe zu einzelnen Menschen entfällt.

DAS TRICKREICHE LEBEN VON SOZIALPHOBIKERN

Sozialphobiker entwickeln häufig Notlügen, ständige Ausreden und raffinierte Tricks. Wenn sie bestimmte Situationen nicht vermeiden können oder diese mit weniger Belastung ertragen möchten, wenden sie typische *Sicherheitsverhaltensweisen* an, die die Gefahr einer sozialen Auffälligkeit mit allen nur möglichen Mitteln und Methoden vermindern sollen:

- vor Prüfungen alles aufschreiben, auswendig lernen, im Kopf x-mal durchgehen,
- bei Gesprächen vorher alles gut durchdenken, bevor man sich äußert,
- nichts sagen, um nicht durch Erröten oder Schwitzen im Mittelpunkt zu stehen,
- auf Suppe oder Kaffee verzichten, um nicht durch Händezittern aufzufallen,
- das Glas oder die Tasse sehr fest halten, um leichtes Zittern zu unterdrücken,
- mögliches Zittern kontrollieren, um den Anschein von Nervosität zu vermeiden,
- bestimmte Kleidung anziehen, um sichtbares Schwitzen zu vermindern,

- Alkohol oder Wärme vermeiden oder Fenster öffnen, um nicht zu schwitzen,
- Alkohol oder ein Medikament einnehmen, um Angstreaktionen zu unterdrücken,
- Einnahme einer Beta-Blockers zur Vermeidung von Zittern oder Schwitzen,
- übermäßig viel Makeup verwenden, um bei Erröten nicht aufzufallen,
- vermehrt reden, um unerträgliche Stille oder peinliche Sprechpausen zu vermeiden,
- sich so platzieren, dass man nicht sofort bemerkt wird,
- Blickkontakt vermeiden und auf den Boden oder anderswohin schauen,
- vermeiden, über sich selbst etwas Persönliches zu sagen.

FOLGEN SOZIALER PHOBIEN FÜR DEN LEBENSALLTAG DER BETROFFENEN

Viele Sozialphobiker

- können sich aus Angst vor Ablehnung anderen gegenüber schwer durchsetzen,
- sind ungewollt ohne Partner (laut Studien bis zur Hälfte der Betroffenen),
- bleiben trotz fachlicher Kompetenz hinter ihren Karrieremöglichkeiten zurück,
- neigen zu Alkohol- und Tranquilizermissbrauch,
- werden bei langjähriger Andauer unbehindert depressiv, weil positive Lebenserfahrungen aufgrund des ständigen Vermeidensverhaltens und sozialen Rückzugs ausbleiben,
- geraten also über die „Einstiegsstörung“ Sozialphobie immer stärker in den Teufelskreis schwerwiegenderer psychischer Störungen.

Wegen der Angst vor Kritik und Ablehnung können sich viele Menschen mit sozialen Ängsten *nicht durchsetzen* und ihre berechtigten Wünsche und Bedürfnisse nicht ausreichend vertreten. Sie haben Schwierigkeiten, Nein zu sagen und sich gegenüber den Forderungen anderer abzugrenzen, weil sie befürchten, im Falle von mehr „Egoismus“ nicht mehr geliebt zu werden. Sie verzichten lieber auf ihre Ansprüche, als potenzielle Ablehnung zu riskieren. Ihre Furcht vor Kritik hängt häufig mit einem geringen Selbstwertgefühl zusammen. Menschen mit Sozialphobie sind häufig selbst ihre

schärfsten Kritiker und fürchten, dass andere Menschen ihre eingebildeten oder tatsächlichen Schwächen erkennen könnten. Sie können sich selbst mit ihrer Eigenart nicht annehmen und fürchten daher die soziale Ablehnung als Bestätigung ihrer Insuffizienz. Soziale Angst, die aus Selbstunsicherheit entsteht, kann so weit gehen, dass die Betroffenen glauben, andere Menschen würden ständig über sie sprechen oder sie in besonderer Weise anschauen (so genannte Beziehungsideen). Eine Person mit einem ausgeprägten derartigen Verhalten wird als „sensitiv“ bezeichnet. Es tritt oft auch bei depressiven Personen mit geringem Selbstwertgefühl auf.

Viele Menschen mit einer generalisierten Sozialphobie *leben recht zurückgezogen* und sehnen sich bei aller Angst vor Ablehnung und Zurückweisung doch sehr nach Kontakt und Anerkennung. Nach verschiedenen verpassten Gelegenheiten leiden sie stark unter dem Gefühl, wieder einmal nicht die Initiative ergriffen zu haben (z.B. eine Person des anderen Geschlechts anzusprechen). Das Risiko, auf der Suche nach dem richtigen Partner einige Ablehnungen hinnehmen zu müssen, erscheint einfach zu groß. Auf der Suche nach einem Partner hoffen viele sozialphobische Menschen gleich auf einen intimen Partner. Das erste Gespräch im Lokal wird bereits zum Test, ob man beim anderen „angekommen“ oder „durchgefallen“ ist. Diese Art der Kontaktsuche ist auf dem Hintergrund des langen Alleinseins verständlich, stellt jedoch eine Überforderung für beide Interaktionspartner dar. Oft fehlen Geduld, Engagement und Verständnis dafür, dass eine Beziehung über einen längeren Zeitraum, auch durch Enttäuschungen hindurch, aufgebaut werden muss. Allein stehende Sozialphobiker glauben nicht selten, durch einen intimen Partner schlagartig alle sozialen Ängste zu verlieren. Ein Partner wird häufig als der Retter aus großer Not sehnsüchtig erwartet. Viele Sozialphobiker haben völlig unrealistische Zielvorstellungen über den Aufbau und die Erhaltung von Beziehungen und erleben deshalb ständig neue *Enttäuschungen bei der Partnersuche*. Die Suche nach einem Partner stellt oft einen Kompensationsversuch der eigenen Unsicherheit dar, der trotz ständiger Misserfolge so lange nicht aufgegeben werden kann, als nur in einem intimen Partner die Erlösung aus der Einsamkeit gesehen wird.

Soziale Phobien äußern sich häufig auch in Form von *sexuellen Funktionsstörungen*. Die Angst, in sexueller Hinsicht zu versagen oder als Frau bzw. Mann nicht attraktiv genug zu sein, verhindert den näheren Kontakt mit einer Person des anderen Geschlechts. Küssen wird nicht selten aus Angst vor schlechtem Mundgeruch vermieden. Die Betroffenen brechen eine beginnende Beziehung häufig von sich aus ab, um dem deprimierenden Gefühl der Ablehnung zu entkommen. Scham und Scheu im sexuellen Kontext ist auch aus einem Gedicht von Schiller bekannt („Errötend folgt er ihren Spuren“).

Eine *Depression* ist die häufigste Begleit- und Folgesymptomatik der sozialen Phobie. Sozialphobiker mit einer zusätzlichen Depression entwickeln eine schwerere Form von Sozialphobie als nichtdepressive Sozialphobiker. Sozialphobiker mit einer Depression weisen eine besondere Überempfindlichkeit bei Kritik und Ablehnung auf. Eine soziale Phobie ist keine harmlose Angstkrankheit, was sich auch in relativ häufigen Selbstmordgedanken und Selbstmordversuchen äußert. Bei manchen Betroffenen kommen Selbstmordversuche vor. Die depressive Verstimmung entwickelt sich oft als Folge der sozialen Hemmung und des ständigen sozialen Vermeidungsverhaltens, das keine positiven und aufbauenden Erfahrungen in Sozialkontakten ermöglicht. Die Depression ist oft bedingt durch die Unzufriedenheit mit der jeweiligen Lebenssituation (geringe Durchsetzungsfähigkeit im beruflichen und privaten Bereich, Vereinsamung, wenig Verhaltensalternativen). Eine soziale Phobie geht auch oft mit einer *Dysthymie* einher, d.h. mit einer jahrelang andauernden leichteren depressiven Verstimmung.

Viele Sozialphobiker benutzen *Alkohol* oder *Tranquilizer*, um ihre Ängste zu dämpfen. Zahlreiche Angst auslösende soziale Interaktionen erfolgen in Situationen, in denen auch Alkohol zur Verfügung steht (z.B. bei Verabredungen, Feiern, Essen im Restaurant). Umgekehrt finden sich unter Alkoholikern viele sozial ängstliche Menschen, die wegen ihrer Ängste zu trinken begonnen haben. Vor allem bei einem frühen Beginn der sozialen Phobie besteht die Gefahr der Entwicklung eines Alkoholmissbrauchs oder einer Depression. Die viel selteneren sozialen Phobien mit späterem Beginn sind eher die Folge anderer komorbider

Störungen, z.B. einer chronifizierten Depression. Soziale Phobien können aber auch die Folge von Substanzmissbrauch sein und lassen sich dann erklären durch die befürchtete oder reale soziale Auffälligkeit (z.B. Entzugserscheinungen, soziale oder berufliche Probleme).

DIFFERENZIALDIAGNOSE

Die Differenzialdiagnose der sozialen Phobie ist in therapeutischer Hinsicht sehr bedeutsam, da ansonsten falsche Behandlungsansätze gewählt werden.

Von zentraler Bedeutung ist die *Unterscheidung zwischen Sozialphobie oder Agoraphobie*. Sozialphobiker fürchten negative Beurteilung vonseiten der Umwelt. Sie fürchten sich eher in kleineren Gruppen und nicht so sehr in großen Menschenmengen, wo kein persönlicher Kontakt zueinander besteht. Agoraphobiker haben Angst davor, in bestimmten Situationen die Kontrolle über den eigenen Körper zu verlieren. Sie möchten Situationen dann verlassen, wenn sie ihren Körper nicht mehr „im Griff“ haben. Sie sind in Einengungssituationen ständig „auf der Flucht“, sie sind angespannt wegen ihres körperlichen Befindens und nicht wegen der sozialen Beachtung.

Ebenso bedeutsam ist die *Unterscheidung zwischen Sozialphobie und Panikstörung*. Sozialphobiker fürchten den „sozialen Tod“ („Ich bin sozial erledigt, wenn ich mich blamiere“). Die Betroffenen haben Sorgen um ihre soziale Existenz, um ihr Sozialprestige. Panikpatienten fürchten dagegen einen katastrophalen physischen oder psychischen Zusammenbruch; sie machen sich Sorgen um ihre biologische Existenz. Panikattacken in phobischen Situationen machen noch keine Panikstörung aus (dazu gehören Panikattacken ohne sichtbare Auslöser), sondern zeigen das Ausmaß der Sozialphobie.

Die Unterscheidung zwischen *Sozialphobie und depressiver Störung* ist im Querschnitt oft nur schwer möglich. Nach jahrelanger Sozialphobie hat sich oft auch eine depressive Symptomatik entwickelt, sodass in schweren klinischen Fällen oft eine Komorbidität gegeben ist und eine Behandlung beider Störungen angezeigt erscheint. Neben Substanzmissbrauch gelten depressive Störungen als häufigste Langzeitfolgen sozialer Phobien.

VIER BEISPIELE FÜR SOZIALE PHOBIEN IM ALLTAG

1. *Unnötiger beruflicher Stress.* Herr Schmidt, 34 Jahre, ist vom einfachen Sachbearbeiter zum Filialleiter in einem großen Konzern aufgestiegen. Er hat seither Probleme mit der Macht- und Mittelpunkt-Position (Ansprachen halten, Konflikte zwischen Mitarbeitern schlichten, Anforderungen stellen u.a.), leidet unter zunehmenden psychovegetativen Beschwerden (Herzklopfen, Schwitzen, Atemnot, Übelkeit, Harndrang) und hat mehr Angst vor Leistungsbewertungen als vorher (die Verantwortung für hohe Umsatzziele bewirkt bei ihm große Versagensängste gegenüber seinen Vorgesetzten).
2. *Alkohol als „soziales Gleitmittel“.* Herr Maurer, 31 Jahre, fast immer single, hat „Kontaktprobleme“. Seit der Schulzeit zurückhaltend, ist er als Baumarkt-Verkäufer durchaus kompetent (weil in einer klar definierten Rolle), privat jedoch sozial sehr gehemmt. Es fehlt ihm die Small-Talk-Fähigkeit. Vor dem Fortgehen trinkt er regelmäßig ein Bier, beim Treffen ein weiteres Bier zur Beruhigung, dann wirkt er unauffällig und entspannt. Frauen kann er nur unter Alkohol ansprechen, beim Sex hat er einmal versagt und wollte daher vom Arzt Viagra.
3. *Beziehungen misslingen.* Herr Sommer, 28 Jahre, steht den gewünschten Anfangskontakt mit einer Frau nicht durch und verlässt nach dem Essen das Lokal. Er zahlt, sagt, er gehe auf die Toilette, verlässt jedoch das Lokal und lässt die Dame buchstäblich „sitzen“ – aus Angst vor

Ablehnung nach dem Motto: „Lieber gehe ich, als dass sie mir sagt, sie möchte vorerst keinen 2. Termin mit mir vereinbaren.“

4. *Scheitern bei Prüfungen.* Herr Berger 20 Jahre, steht die Belastung bei der Führerscheinprüfung nicht durch und steigt aus dem Auto aus. Er fühlt sich vom Prüfer überkritisch beobachtet, der hinter ihm ständig Aufzeichnungen macht, wie sein häufiger Blick in den Rückspiegel zeigt. Tatsächlich war der Prüfer mit ganz anderen Dingen als mit ihm beschäftigt. Er hatte bereits in der Schule massive Probleme bei mündlichen Prüfungen – schriftlich war er immer besser.

LITERATUR

1. Bandelow, B: *Das Buch für Schüchterne. Wege aus der Selbstblockade.* Reinbek bei Hamburg: Rohwohlt, 2008.
2. Butler, G: *Schüchtern – na und? Selbstsicherheit gewinnen.* 2. Auflage. Bern: Hans Huber, 2006.
3. Dilling, H., Mombour, W. & Schmidt, M. H. (Hrsg.): *Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10, Kapitel V (F). Klinisch-diagnostische Leitlinien (6., vollst. überarb. Aufl.).* Bern: Huber, 2008.
4. Dilling, H., Mombour, W., Schmidt, M. H. & Schuhlte-Markwort, E. (Hrsg.): *Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10, Kapitel V (F). Diagnostische Kriterien für Forschung und Praxis (4., überarb. Aufl.).* Bern: Huber, 2006.
5. Morschitzky, H: *Angststörungen. Diagnostik, Konzepte, Therapie, Selbsthilfe.* 4., überarbeitete und erweiterte Auflage. Wien: Springer, 2009.
6. Saß, H., Wittchen, H.-U., Zaudig, M. & Houben, I: *Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen – Textrevision.* Göttingen: Hogrefe, 2003.

Correspondence:

Dr. Hans Morschitzky
Hauptstrasse 77, A-4040 Linz, Austria
E-mail: morschitzky@aon.at