

Jochen Schweitzer, Christina Hunger-Schoppe
Rebecca Hilzinger, Hans Lieb

Soziale Ängste

Unter Mitarbeit von
Bianca Böhm, Judith Englert, Tatjana Schwedes,
Christina Kotschenreuther, Andreas Steimer,
Hella Talina Tatomir, Mira Wagner und Susanne Weber

Störungen systemisch behandeln
Band 17

Herausgegeben von
Hans Lieb und Wilhelm Rotthaus

2020

1 Beschreibung sozialer Ängste und sozialer Angststörungen

1.1 »Störungsbild«: Wie werden soziale Angststörungen beschrieben?

Soziale Angststörungen werden in Klassifikationssystemen wie der *Internationalen Klassifikation Psychischer Störungen (ICD-10)* (Dilling, Mombour u. Schmidt 2013) und dem *Diagnostischen und Statistischen Manual Mentaler Störungen (DSM-5)* (Falkai et al. 2014) definiert. Zu berücksichtigen ist immer auch die Beeinträchtigung der betroffenen Person in ihrer Lebensführung (»Leidensdruck«). Ist dieser Leidensdruck hoch, ist die Angst vom Betroffenen subjektiv nicht mehr aushaltbar. Ist kein medizinischer Krankheitsfaktor (z. B. Herzerkrankung, chronische Lungenerkrankung, Vitamin-B12-Mangel) oder eine andere psychische Störung (z. B. Panikstörung) für die beschriebenen Symptome verantwortlich, wird eine über die normale Alltagsangst hinausgehende, behandlungsbedürftige soziale Angststörung klassifiziert (s. Tab. 1).

In den Diagnosesystemen werden zwei Typen sozial ängstlich fühlender und handelnder Menschen diskutiert. Menschen des *leistungsängstlichen Typus* befürchten, die von ihnen erwartete Leistung nicht zu erbringen. Sie haben Angst, Fehler zu machen, während die Vorgesetzte ihnen »über die Schulter schaut«; wenn sie als Geschäftsführer eine Rede oder als Studierende ein Referat halten sollen; wenn sie jemanden attraktiv und anziehend finden und ihn gerne ansprechen würden. Menschen des *interpersonal ängstlichen Typus* befürchten, sich in eher alltäglichen Situationen wie beim Mittagessen mit Arbeitskollegen oder Kommilitonen, auf dem Gartenfest mit den Nachbarn oder bei WG-Partys, beim Umtausch einer beschädigten Ware oder beim Erfragen von Informationen im Finanzamt oder Studiensekretariat peinlich zu verhalten (Iwase et al. 2000). Ob eine Person eher leistungsängstlich und/oder interpersonal ängstlich fühlt und handelt, lässt sich mit Fragebögen wie der »Skala zur Erfassung sozialer Ängste« von Liebowitz (1987) für 24 beispielhaft ausgewählte

soziale Situationen erfassen (s. Tab. 2). Diese erfragt neben dem Ausmaß von erlebter Angst/Furcht auch das Vermeidungsverhalten, also das Ausweichen vor jenen sozialen Situationen, die dem Betroffenen Angst einflößen.

| Soziale Angststörungen zeichnen sich im Diagnosesystem DSM-5 durch folgende Kriterien aus: |
|---|
| Eine ausgeprägte und anhaltende Angst vor einer oder mehreren sozialen Interaktions- oder Leistungssituationen bei Konfrontation mit unbekannten Personen und im Zusammenhang mit einer (antizipierten) Beurteilung . Die Person fürchtet, ein Verhalten zu zeigen, das peinlich sein könnte. |
| Die Konfrontation mit der gefürchteten Situation ruft fast immer eine unmittelbare Angstreaktion hervor, die das Erscheinungsbild einer situationsgebundenen Panikattacke annehmen kann. |
| Die Person sieht ein , dass die Angst übertrieben und unvernünftig ist (im DSM-5 spielt dieses Kriterium, anders als noch im DSM-4, keine Rolle mehr). |
| Die gefürchteten sozialen oder Leistungssituationen werden vermieden oder nur unter intensiver Angst ertragen. |
| Die ängstliche Erwartungshaltung und/oder das Vermeidungsverhalten beeinträchtigen deutlich die Lebensführung der Person, ihre berufliche/schulische Leistung oder soziale Aktivitäten, oder sie verursachen erhebliches Leiden . |
| Bei Personen unter 18 Jahren hält die soziale Angststörung über mindestens sechs Monate an. |
| Die Angst und/oder das Vermeidungsverhalten geht nicht auf die körperliche Wirkung einer Substanz (z. B. Droge, Medikament) oder eines medizinischen Krankheitsfaktors zurück und kann nicht besser durch andere psychische Störungen erklärt werden. |
| Falls ein medizinischer Krankheitsfaktor oder eine andere psychische Störung vorliegen, so stehen diese nicht in Zusammenhang mit der unter Kriterium A beschriebenen Angst (z. B. nicht Angst vor Stottern, Zittern bei Parkinson-Krankheit). |

Tab. 1: Diagnostische Kriterien der sozialen Angststörung nach DSM-5

Um möglichen »Schaden« zu begrenzen, zeigen sich sozial ängstliche Menschen oft wenig und vorsichtig emotional, gehen intime Beziehungen eher bedächtig ein und wirken bindungsunsicher (Heinrichs 2003; Wenzel 2002). Betrachtet man zirkulär die wechselseitige Beziehung zwischen Angstpatient und Bezugspersonen, dient die soziale Ängstlichkeit also auch als *Nähe-Distanz-Regulator* (Byng-Hall 1980). Dadurch kann sich die Beziehungsqualität kurz- wie auch langfristig

Bitte beurteilen Sie, wie angstbesetzt die angegebenen Situationen (bezogen auf die letzte Woche) für Sie waren und tragen Sie jeweils die entsprechende Punktzahl ein. Falls Sie sich längere Zeit nicht mehr in den erwähnten Situationen befanden, tragen Sie bitte die Punktzahl ein, die zutreffen würde, wenn Sie sich heute der Situation stellen würden. Drucken Sie die Tabelle mit den Ergebnissen aus und zeigen Sie das Blatt Ihrem Arzt.

| Problemverhalten | Angst/Furcht | | | | Vermeidungsverhalten | | | |
|--|--------------|------------|-----------|-----------|----------------------|-------------------------|-------------------------|----------------|
| | keine = 0 | gering = 1 | mäßig = 2 | stark = 3 | nie = 0 | selten = 1 (bis 33%) | häufig = 2 (bis 66%) | fast immer = 3 |
| Schweregrad bzw. Häufigkeit | | | | | | | | |
| 1. In der Öffentlichkeit telefonieren | | | | | | | | |
| 2. Teilnahme an einer Aktivität in einer kleinen Gruppe | | | | | | | | |
| 3. In der Öffentlichkeit essen | | | | | | | | |
| 4. In der Öffentlichkeit trinken | | | | | | | | |
| 5. Mit einem Vorgesetzten oder einer Autoritätsperson sprechen | | | | | | | | |
| 6. Vor Publikum auftreten, handeln oder sprechen | | | | | | | | |
| 7. Zu einem Fest, einer Party gehen | | | | | | | | |
| 8. Bei der Arbeit beobachtet werden | | | | | | | | |
| 9. Beim Schreiben beobachtet werden | | | | | | | | |
| 10. Mit jemandem telefonieren, den man kaum kennt | | | | | | | | |
| 11. Mit jemandem sprechen, den man kaum kennt | | | | | | | | |
| 12. Mit Fremden zusammentreffen | | | | | | | | |
| 13. Besuchen einer öffentlichen Toilette | | | | | | | | |
| 14. Einen Raum betreten, in dem andere bereits sitzen | | | | | | | | |
| 15. Im Mittelpunkt der Aufmerksamkeit stehen | | | | | | | | |
| 16. Ohne Vorbereitung auf einer Veranstaltung sprechen | | | | | | | | |
| 17. An einem Test teilnehmen | | | | | | | | |

| | | | | | | | |
|---|--|--|--|--|--|--|--|
| 18. Gegenüber jemandem, den man kaum kennt, seine fehlende Zustimmung oder Anerkennung äußern | | | | | | | |
| 19. Jemandem, den man wenig kennt, direkt in die Augen schauen | | | | | | | |
| 20. Vor einer Gruppe einen vorbereiteten mündlichen Bericht geben | | | | | | | |
| 21. Eine Liebes- oder Intimbeziehung aufnehmen | | | | | | | |
| 22. Waren in einem Geschäft umtauschen | | | | | | | |
| 23. Ein Fest, eine Party geben | | | | | | | |
| 24. Dem hohen Druck eines Verkäufers widerstehen | | | | | | | |

Tab. 2: Soziale Angstskala nach Liebowitz (1987), Selbstberichtsversion

vermindern (McLeod 1994). Die *emotionale Ansteckung* wichtiger Bezugspersonen (die Angst des Patienten löst in seinen Bezugspersonen eigene Ängste aus) ist mit einer Beeinträchtigung von deren physiologischen und psychischen Gesundheit sowie mit Belastungen der familiären und freundschaftlichen Beziehungen verbunden (Priest 2009). Daher ist es vielfach sinnvoll, alle wichtigen Systemmitglieder sowohl in die Erforschung sozialer Angstkreisläufe als auch in den Prozess der angestrebten Veränderung im therapeutischen/beraterischen Setting einzubeziehen.

1.2 Differenzialdiagnostik: Wie unterscheidet sich die soziale Angst von anderen Angststörungen?

Eine Kurzdarstellung von Angststörungen inklusive Symptomwahrnehmung und Leitaffekt bietet zu ihrer differenzialdiagnostischen Unterscheidung die Tab. 3. Anders als beim »Strukturierten Klinischen Interview für DSM 5« liegt dieser Tabelle das Diagnosesystem zugrunde, das in Deutschland in der Praxis verwendet wird: die »International Classification of Diseases« (ICD) der Weltgesundheitsorganisation WHO.

| Differenzialdiagnose | Merkmal | |
|--|--|--|
| Diagnose | Merkmal | |
| Agoraphobie (F40.0) | Angst/Vermeidung von Situationen, aus denen eine Flucht nur schwer möglich erscheint (z. B. große Menschenmengen, Fahrstühle); mit/ohne Panikstörung (F40.00, F40.1) <i>Symptomwahrnehmung:</i> vitale Bedrohung, v. a. nicht sichtbare Symptome (z. B. Herzrasen, Enge in der Brust, Benommenheitsgefühl) <i>Leitaffekt:</i> Vermeidung von Hilflosigkeit | |
| Soziale Phobie (F40.1) | Angst/Vermeidung von Situationen, in denen peinliches Verhalten befürchtet wird (z. B. Sprechen mit unbekannten Personen und/oder Autoritäten) <i>Symptomwahrnehmung:</i> soziale Bedrohung, v. a. sichtbare Symptome (z. B. Erröten, Schwitzen, Stottern) <i>Leitaffekt:</i> Vermeidung sozialer Abwertung | |
| Spezifische Phobie (F40.2) | Angst/Vermeidung einzelner, eng umschriebener Situationen, v. a. von Gegebenheiten der Natur (z. B. Spinnenphobie, Höhenangst) <i>Symptomwahrnehmung:</i> vitale Bedrohung <i>Leitaffekt:</i> Vermeidung einer Gefahr für Leib und Seele | |
| Panikstörung (F41.0) | plötzlich auftretende extreme Angst / Vermeidung von körperlichem Kontrollverlust (z. B. Sterben) <i>Symptomwahrnehmung:</i> vitale Bedrohung <i>Leitaffekt:</i> Vermeidung von Kontrollverlust | |
| Generalisierte Angststörung (F41.1) | Sorgen über eine Vielfalt sozialer Situationen (z. B. Gesundheit, sozialer Status, Familie, Beruf), bezogen auf die eigene Person ebenso wie auf Dritte <i>Symptomwahrnehmung:</i> vitale Bedrohung <i>Leitaffekt:</i> Vermeidung existenzieller Katastrophen | |
| Angst und depressive Störung, gemischt (F41.2) | gleichzeitiges Auftreten von Ängsten und Depression, ohne dass ein Störungsbild dominiert bzw. voll ausgeprägt ist | |
| Differenzialdiagnose | Gemeinsames Merkmal | Unterscheidendes Merkmal (SAS = soziale Angststörung) |
| Agoraphobie | Vermeidung von Situationen mit vielen Menschen | Angst/Vermeidung von Hilflosigkeit (vs. SAS: Angst/Vermeidung von Bewertung) |
| Panikattacke | Erleben von Furcht vor körperlichem Kontrollverlust | Bewertung der körperlichen Symptome als vitale Bedrohung, wobei die befürchteten Symptome oft nicht sichtbar sind (z. B. Herzinfarkt) (vs. SAS: Angst/Vermeidung von z. B. Erröten, Zittern als äußerlich sichtbar und nicht lebensbedrohlich) |

| | | |
|-----------------------------|--|--|
| Generalisierte Angststörung | Sorgen über soziale Situationen | Antizipation vieler katastrophaler existenziell-bedrohlicher Ereignisse (vs. SAS: Angst vor Bewertung) |
| Depressive Störungen | Soziale Ängste, sozialer Rückzug, negatives Selbstbild | Erwartung von sozialer Ablehnung zeigt sich stimmungsabhängig zu Antriebs- und Interessenverlust (vs. SAS: Angst/Vermeidung von Blamage) |

Tab. 3: Differenzialdiagnostik der Sozialen Phobie bzw. Sozialen Angststörung zu anderen psychischen Angststörungen, in Anlehnung an Stangier und Kollegen (Stangier et al. 2016)

Die Abgrenzung sozialer Angststörungen zu anderen Angststörungen ist oftmals nicht einfach, weil die einzelnen Symptome sich überschneiden. Auch die *Agoraphobie* zum Beispiel beschreibt die Angst im Kontakt mit vielen fremden Menschen. Jedoch geht es dabei nicht nur um die Angst, sich vor anderen zu blamieren. Vielmehr beschreibt sie die Angst, in öffentlichen Situationen die Kontrolle zu verlieren oder im Notfall keine Hilfe durch Dritte zu bekommen. *Panikattacken* (wiederkehrende schwere, nicht vorhersehbare Angstanfälle ohne spezielle Auslösesituationen) treten sowohl bei Agoraphobien als auch bei circa 50 % der Personen mit sozialer Angststörung auf. Eine gründliche Erfragung der auslösenden Situationen und des Erlebens vor dem Hintergrund des weiter unten beschriebenen Dreiweltenmodells kann helfen, mögliche Verwirrungen differenzierter zu betrachten. Insbesondere Körpersymptome ermöglichen eine Abgrenzung: Z. B. sind Erröten, Zittern und Schwitzen eher typisch für soziale Phobien; Schwindel, Schwächegefühle, Herzrasen, Brustschmerzen und Ohrensausen sind häufiger Symptome der Panikstörung und/oder Agoraphobie. Die *generalisierte Angststörung* unterscheidet sich von allen anderen Angststörungen darin, dass sie sich nicht auf spezifische Ereignisse bezieht, sondern durch eher unspezifisch anhaltende Ängste zeigt. Auch *depressive Störungen* zeigen sich sozialen Angststörungen in der sozialen Vermeidung, im negativen Selbstbild und in den sozialen Rückzugstendenzen ähnlich. Jedoch sind letztere stärker phasenhaft und kongruent mit der niedergeschlagenen Stimmung. Bei Personen mit sozialer Angststörung ist hingegen eine stärker ausgeprägte Vermeidung sozialer Situationen zu beobachten.

Tab. 3 dient der Kurzdarstellung der Merkmale der verschiedenen Angststörungen und ihrer Abgrenzung voneinander bzw. von depressiven Störungen.

1.3 Epidemiologie: Wie verbreitet sind soziale Angststörungen?

Soziale Angststörungen gehören zu den häufigsten Angststörungen in der Allgemeinbevölkerung. Über die Lebensspanne hinweg erfüllen 7 % bis 16 % der Menschen die Kriterien einer sozialen Angststörung gemäß psychiatrischer Diagnosesysteme (Wittchen a. Fehm 2003). Im Verhältnis von 3:2 sind Frauen häufiger betroffen als Männer. In klinischen Populationen sind beide Geschlechter gleich häufig anzutreffen (Stangier et al. 2016). Betroffene haben im Durchschnitt ein geringes Einkommens- sowie Bildungsniveau und sind häufig arbeitslos (Alden, Regambal a. Plasencia 2014). Sie haben oft nur kleine soziale Netzwerke und sind zudem wenig zufrieden mit der Häufigkeit und Qualität der Kontakte, die sie haben (Cramer, Torgersen a. Kringlen 2005). Außerdem sind sie selten verheiratet (Dahl a. Dahl 2010), und wenn doch, dann eher nicht zufrieden mit ihrem Partner und häufig mit Eheproblemen konfrontiert (Bech a. Angst 1996). Soziale Angststörungen treten durchschnittlich erstmals im Alter von 10 bis 13 Jahren auf (Wittchen u. Fehm 2003) und gehen mit bedeutsamen psychosozialen und beruflichen Einschränkungen einher (Stein a. Kean 2000).

1.4 Spontanverläufe: Was geschieht, wenn nichts geschieht - oder wenn es plötzlich geschieht?

Epidemiologische Studien zeigen, dass soziale Angststörungen unbehandelt tendenziell chronisch verlaufen: Eine spontane Remission der Symptome ist eher selten und liegt bei unter 20 % in den ersten beiden Jahren bzw. unter 40 % acht Jahre nach Störungsbeginn (Keller 2003).

Als plötzliche Symptomverbesserung (*sudden gain*) wird eine mindestens 25%ige und andauernde, z. B. über drei Sitzungen stabile Verminderung psychischer Symptome der sozialen Ängstlichkeit bezeichnet (Tang a. DeRubeis 1999). In ihrer Meta-Analyse konnten

Idan Aderka und Kollegen (2012) zeigen, dass derartige Verbesserungssprünge in der Therapie eine überproportionale Reduktion depressiver und angstbezogener Symptome am Behandlungsende vorhersagen. Besonders eindrücklich zeigten sich diese Befunde für die kognitive Verhaltenstherapie, die am häufigsten untersuchte Therapieform zu dieser Fragestellung. Eine system-/familientherapeutische Studie zu depressiven Erkrankungen zeigte ebenfalls unerwartete Symptomverbesserungen bei 25 % ihrer PatientInnen (Gaynor et al. 2003).

Unklar bleibt, was symptombezogene Verbesserungssprünge vorhersagen können. Zur Diskussion stehen kognitive Veränderungen aufgrund der vorangegangenen therapeutischen Gespräche ebenso wie die Erfahrung kritischer Lebensereignisse außerhalb der Therapiesitzungen, die Verminderung von Hoffnungslosigkeit, selbstschädigenden Einstellungen gegenüber sich selbst als PatientIn sowie ein gesteigertes Selbstwertgefühl oder auch die Stärkung der therapeutischen Beziehung. Interessant ist, dass unerwartete Symptomverbesserungen sogar in Placebostudien berichtet werden.

Spannend erscheint uns vor dem Hintergrund von so viel Uneindeutigkeit die Diskussion spontaner Symptomsprünge im Hinblick auf die sogenannte *Theorie der natürlichen Fluktuation* von Symptomen (Aderka et al. 2012). Häufige Fluktuationen von Symptomen sehen wir vor allem bei depressiven Störungen und Angststörungen, was diese Theorie mit Blick auf die Therapie der sozialen Angst besonders bedeutsam erscheinen lässt. Wenn plötzliche Symptomverbesserungen nicht durch TherapeutInnen, PatientInnen oder besondere Lebensereignisse vorhersagbar sind, sondern sozusagen einfach »zum guten Ton« jeder psychischen Störung gehören, dann passieren sie anscheinend ganz natürlich und unabhängig von einem Therapieverlauf.

Die Theorie der natürlichen Fluktuation ist derzeit sehr umstritten. Wir möchten sie an dieser Stelle dennoch erwähnen, um ein Bewusstsein dafür zu schärfen, dass unabhängig von der Selbstwahrnehmung therapeutischer Vor- und Rückschritte plötzliche Veränderungen im Erleben der PatientInnen auftreten können. Wichtig ist, dass diese wahrgenommen und adressiert wie auch in die Therapie

einbezogen werden und es so zur Konsolidierung dieser Erfahrung seitens der PatientInnen wie auch TherapeutInnen kommen kann.

1.5 Komorbidität: Welche Probleme treten oft zusammen mit einer sozialen Angststörung auf?

Eine soziale Angststörung kommt selten allein. In einer großen US-amerikanischen Studie, dem *National Comorbidity Survey* (Magee et al. 1996), berichteten 81 % der befragten Personen über mindestens eine weitere psychische Störung, ca. 50 % über bis zu drei weitere Störungen. Am häufigsten zeigen sich andere Angststörungen wie spezifische Phobien, Agoraphobien und posttraumatische Belastungsstörungen. Ebenso berichten die betroffenen Menschen über zusätzliche affektive Störungen und/oder Substanzabhängigkeiten. Eine soziale Angststörung geht meist anderen Störungen voraus und stellt einen Risikofaktor für die Entstehung weiterer psychischer Störungen dar. Ein Grund hierfür könnte in den starken Vermeidungstendenzen liegen, durch die betroffene Personen Schutz vor scheinbar gefährvollen sozialen Interaktionen erleben. Andererseits bedingen sie Gefühle der Einsamkeit und Demoralisierung. Ein solches Erleben kann ein vermindertes und stärker negativ gefärbtes Selbstbild bewirken. Mehr als zwei Drittel der Personen mit einer sozialen Angststörung äußern Suizidgedanken und ungefähr ein Drittel hat schon einmal einen Suizidversuch unternommen. Das Suizidrisiko ist daher bei Personen mit einer depressiven und sozial ängstlichen Störung dreimal so hoch im Vergleich zu Personen mit einer depressiven Störung ohne begleitende soziale Angststörung (Szafranski et al. 2014).

1.6 Risikofaktoren: Wer wird sozial ängstlich und wer nicht?

Die Grundlage eines systemtheoretisch fundierten Verständnisses sozialer Ängste bildet die Annahme, dass zwischenmenschliche Beziehungen durch Zirkularität und Rückbezogenheit gekennzeichnet sind: Menschen drücken in ihren Symptomen aus, wie es ihnen in ihren Beziehungen geht, sowohl in dyadischen und triadischen wie auch in

größeren Mehr-Personen-Systemen. Wir verstehen soziale Angst als eine Ressource, die eine Gefahr anzeigt. Diese Gefahr kann von sozialer Zurückweisung bis hin zum Ausschluss reichen: »Wenn ich mich nicht *passend*, sondern *peinlich* verhalte, werde ich abgewertet. Dann gehöre ich nicht mehr dazu. Eine solche Zurückweisung tut mir weh, ich erlebe sie als vernichtend.« Gegen diese nie ganz unberechtigte Angst vor der sozialen Ausschließung kann der sie erlebende Mensch Gegenmaßnahmen ergreifen.

Zu familiären Risikofaktoren zählt *ein Klima sozialer Unsicherheit im Herkunftssystem*: so etwa, wenn sich Eltern stark kontrollierend und überfürsorglich-ängstlich zeigen und dem Kind nur wenig emotional-körperliche Zuwendung anbieten können. Als Beispiel: Wenn eine Familie wenig sozial eingebunden ist und die Eltern der Meinung Dritter einen hohen Stellenwert einräumen, könnte das Kind mit Blick auf das elterliche Verhaltensmodell beschließen, sich sozial zurückzuhalten und das, was Dritte über es denken, zur primären Handlungsmotivation zu machen.

Im Erwachsenenalter spielt die *emotionale Ansteckung im Gegenwartssystem* eine Rolle. Als Beispiel: Wenn ein Partner soziale Ängste in die Beziehung einbringt, könnte sich der andere Partner diesen Ängsten gegenüber partnerschaftlich zugewandt zeigen und in diesem Prozess selbst eigene Ängste entwickeln. Auch *genetische Komponenten* können ausschlaggebend sein. So zeigen Kinder sozial ängstlicher Eltern häufiger eine soziale Angststörung als Kinder psychisch gesunder Eltern (Buehler a. Weymouth 2013). Kinder können auch mit einer biopsychologisch begründeten »Verhaltenshemmung« auf die Welt kommen, die in einer sozial ängstlichen Umwelt die Entwicklung einer sozial ängstlichen Symptomatik begünstigt (Biederman et al. 2001). Insofern sind Kinder zugleich transgenerationale Erben, geprägt von (ängstigenden) Erfahrungen aus ihrem Herkunftssystem, mit denen sie aktiv ihr Gegenwartssystem mitgestalten.

Sozial ängstliche Kinder und Erwachsene berichten häufiger über negative soziale Erlebnisse in der Vergangenheit: Ca. 50 % der Betroffenen berichten *soziale Traumata* wie elterliche Scheidung, psychische Störungen eines oder beider Elternteile, familiäre Konflikte,

Bullying in der Schulzeit und Mobbing am Arbeitsplatz bis hin zu sexuellem Missbrauch.

Wir verstehen soziale Angststörungen – wie alle anderen Störungen auch – als Indikatoren für *Schwellenphasen* und als die von einem sozialen Beziehungssystem gewählte und zum jeweiligen Zeitpunkt bestmögliche Lösung einer Entwicklungsaufgabe. Diese besteht in einem *Ausbalancieren von Wünschen nach Autonomie, Freiheit und Verantwortungsübernahme einerseits* und *Wünschen nach Bezogenheit, Geborgenheit und Sicherheit andererseits*. So mag ein ausgewogenes Maß an *Eigenständigkeit* für eine Person darin bestehen, sich passend häufig mit Freunden und Bekannten zum abendlichen Zeitvertreib zu treffen oder jede Party mitzunehmen. Für eine andere Person mag es wichtig sein, ein für sie passendes Hobby oder eine für sie passende Berufsausbildung zu wählen, auch oder gerade, weil diese nicht von den Eltern vorgelebt wurde. Es geht darum, dass die betroffene Person etwas findet, das sie als subjektiv bedeutsam und erfüllend erlebt. Ein ausgewogenes Maß an *Bezogenheit* mag durch die Möglichkeit charakterisiert sein, sich gedanklich, emotional und körperlich anlehnen zu können, andere um Hilfe und Rat bitten zu können und unterstützt zu werden.

Werden Eigenständigkeits- und Bezogenheitsbedürfnisse innerhalb der Person und/oder zwischen ihr und nahen Bezugspersonen ausgehandelt (wie viel Gemeinsamkeit, wie viel Abgrenzung sie für sich beansprucht und von anderen zugestanden bekommt), können Ambivalenzen entstehen. Werden diese Ambivalenzen gelöst, führt dies dazu, dass bezogene Autonomie erlebt wird, in der Menschen ihr Leben sowohl eigenständig als auch rückbezogen, d. h. in Beziehung zu ihnen wichtigen Menschen, gestalten.

Das Konzept der *bezogenen Autonomie* geht zurück auf die von Helm Stierlin (1976) beschriebene bezogene Individuation. Hierbei geht es darum, individuelle Identität und psychische Grenzen sozialer Systeme auszubilden, wobei ein höheres Maß an Individuation immer auch ein höheres Maß an Bezogenheit einfordert wie auch ermöglicht.

Warum stellen solche Schwellensituationen einen Risikofaktor für die Entwicklung sozialer Ängste dar? Soziale Ängste schützen Systemmitglieder davor, Freiheitswünsche offen zu kommunizieren und

dadurch das System zu gefährden. Gegenseitige Loyalitäten in Abgrenzung zu den Umwelten, die ein soziales System umgeben, schweißen alle Beteiligten zusammen. So zeichnen sich sozial ängstliche Systeme in der Regel durch eine hohe innersystemische Kohärenz, Reduzierung bis hin zur Vermeidung sozialer Kontakte und eine hohe Orientierung an sozialen Normen aus. Nicht selten führt dies zirkulär zu einer sozialen Verunsicherung auch des Umfeldes eines sozial ängstlichen Systems.