

# **Zur psychometrischen Differenzierbarkeit von sozialen Ängsten und sozialen Defiziten**

**Eine empirische Studie  
an nichtklinischen und klinischen Stichproben**

---

Dissertation  
zur Erlangung der Würde  
der Doktorin der Philosophie  
der Universität Hamburg

vorgelegt von

Sabine Kolbeck

Hamburg, 2008

Erstgutachter der Dissertation:  
Zweitgutachter der Dissertation:

Prof. Dr. phil. Reinhard Maß  
Prof. Dr. phil. Bernhard Dahme

Disputationsgutachter:

Prof. Dr. med. Iver Hand  
Prof. Dr. phil. Reinhold Schwab

Datum der Disputation:

10. Januar 2008

*Im Gedenken  
an meine verstorbenen Eltern,  
dankbar für das bio-psycho-soziale Vermögen,  
das sie mir mit auf den Weg gaben*

*Meine Scheu vor Mädchen aber war nur der ausgeprägteste Ausdruck meiner allgemeinen Menschenscheu. Auch andere Leute vermochte ich nicht anzusprechen und konnte mich nur dann dazu überwinden, wenn es unbedingt notwendig war. Lieber sagte ich gar nichts zu jemandem, den ich nicht oder nur flüchtig kannte; und oft, auch wenn ich darauf gebrannt hätte, das Wort (vielleicht nur in der allerbelanglosesten Sache der Welt) an jemanden zu richten, hielt mich meine Scheu davon ab, und ich zog es vor zu schweigen. Diese Scheu bezog sich sogar schon auf das bloße Grüßen.*

Fritz Zorn  
Mars

# INHALT

Inhaltsverzeichnis .....	I
Verzeichnis der Abbildungen .....	III
Verzeichnis der Tabellen .....	IV
Verzeichnis der Anhänge.....	VI
DANKSAGUNG.....	VII
VORWORT .....	IX
<b>1 EINLEITUNG .....</b>	<b>1</b>
<b>2 STAND DER FORSCHUNG .....</b>	<b>5</b>
<b>2.1 Begriffsbestimmung: Soziale Angst – Soziale Defizite .....</b>	<b>5</b>
2.1.1 Soziale Angst.....	7
2.1.2 Soziale Defizite.....	11
2.1.2.1 Soziale Kompetenz (social skills) .....	14
2.1.2.2 Soziale Performanz (social performance).....	16
<b>2.2 Die Soziale Phobie.....</b>	<b>22</b>
2.2.1 Störungsbild.....	22
2.2.2 Komplexe Modelle .....	28
2.2.3 Diagnostische Unschärfen.....	35
2.2.3.1 Subtypen der Sozialphobie: spezifisch vs. generalisiert.....	35
2.2.3.2 Soziale Phobie vs. Vermeidend-Selbstunsichere Persönlichkeitsstörung .....	37
2.2.4 Zum Zusammenhang zwischen Störungsausprägung und Therapieerfolg.....	41
<b>2.3 Störungsdiagnostik .....</b>	<b>44</b>
<b>3 FRAGESTELLUNG UND HYPOTHESEN .....</b>	<b>49</b>
<b>4 METHODIK .....</b>	<b>52</b>
<b>4.1 Untersuchungsdesign.....</b>	<b>52</b>
<b>4.2 Konstruktion des Analyse-Instruments .....</b>	<b>54</b>
4.2.1 Operationalisierung sozialer Ängste und sozialer Defizite.....	54
4.2.2 Antwortformat und Beurteilungszeitraum.....	57
4.2.3 Anonymität und Angaben zur Person .....	57
4.2.4 Screening-Skalen .....	57
4.2.5 Items zu möglichen Entstehungsbedingungen der Sozialen Phobie .....	58
<b>5 EMPIRISCHER TEIL .....</b>	<b>60</b>
<b>5.1 Hauptstudie (Studie 1).....</b>	<b>60</b>
5.1.1 Untersuchung .....	60
5.1.1.1 Fragebogen-Entwurf.....	60
5.1.1.2 Rekrutierung der Analytestichprobe .....	60
5.1.1.3 Ausschlusskriterien.....	60
5.1.1.4 Ablauf der Datenerhebung .....	60
5.1.2 Ergebnisse.....	61
5.1.2.1 Datenrücklauf und fehlende Werte .....	61
5.1.2.2 Merkmale der Analytestichprobe .....	61
5.1.2.3 Exploratorische Faktorenanalyse .....	62
5.1.2.4 Interpretation der Faktoren und dimensionale Faktorenstruktur .....	64
5.1.2.5 Kriterien der Itemselektion.....	69
5.1.2.6 Item-Kennwerte .....	72
5.1.2.7 Skalenbildung, Skalenkennwerte und Interkorrelationen.....	74
5.1.2.8 Resultierende Fragebogen-Fassung „SASKO“ .....	76
5.1.2.9 Deskriptive Ergebnisse der Screening-Skalen .....	78
5.1.2.10 Zusammenfassung der Ergebnisse der Hauptstudie.....	78
<b>5.2 Replikationsstudie (Studie 2) .....</b>	<b>80</b>
5.2.1 Untersuchung .....	80

5.2.1.1	Fragebogen .....	80
5.2.1.2	Rekrutierung der Replikationsstichprobe .....	80
5.2.1.3	Ablauf der Datenerhebung .....	80
5.2.1.4	Zur Methode der konfirmatorischen Faktorenanalyse .....	81
5.2.1.5	Modellspezifikationen .....	82
5.2.2	Ergebnisse.....	85
5.2.2.1	Datenrücklauf und fehlende Werte .....	85
5.2.2.2	Merkmale der Replikationsstichprobe.....	85
5.2.2.3	Evaluation der globalen Modellgüte .....	86
5.2.2.4	Skalen-Kennwerte .....	90
5.2.2.5	Deskriptive Ergebnisse der Screening-Skalen .....	91
5.2.2.6	Stichproben-Vergleich Studie 1 und 2 .....	92
5.2.2.7	Einfluss ausgewählter Merkmale auf die SASKO-Testwerte bei Gesunden.....	97
5.2.2.8	Zusammenfassung der Ergebnisse der Replikationsstudie.....	99
<b>5.3</b>	<b>Retest-Studie (Studie 3) .....</b>	<b>101</b>
5.3.1	Untersuchung .....	101
5.3.1.1	Rekrutierung der Retest-Stichprobe .....	101
5.3.1.2	Datenerhebung.....	101
5.3.1.3	Datenschutz .....	102
5.3.2	Ergebnisse.....	102
5.3.2.1	Datenrücklauf und fehlende Werte .....	102
5.3.2.2	Stichprobe .....	102
5.3.2.3	Deskriptive Skalen-Statistiken des 1. und 2. Testzeitpunkts .....	102
5.3.2.4	Vergleich der Mittelwerte T1 und T2.....	103
5.3.2.5	Test-Retest-Korrelationen .....	104
5.3.2.6	Korrigierter Reliabilitätskoeffizient .....	106
5.3.2.7	Zusammenfassung der Ergebnisse der Retest-Studie .....	107
<b>5.4</b>	<b>Klinische Validierungsstudie (Studie 4) .....</b>	<b>108</b>
5.4.1	Untersuchung .....	108
5.4.1.1	Fragebogen .....	108
5.4.1.2	Validierungsinstrumente .....	108
5.4.1.3	Einschlusskriterien.....	108
5.4.1.4	Rekrutierung der klinischen Stichprobe .....	109
5.4.1.5	Ablauf der Datenerhebung .....	110
5.4.1.6	Motivationsanreiz: Individuelle patientenbezogene Auswertung .....	110
5.4.1.7	Datenschutz .....	111
5.4.2	Ergebnisse.....	111
5.4.2.1	Datenrücklauf und fehlende Werte .....	111
5.4.2.2	Diagnosen .....	111
5.4.2.3	Merkmale der klinischen Stichprobe.....	113
5.4.2.4	Deskriptive Skalen-Statistiken .....	113
5.4.2.5	Konvergente Validität .....	117
5.4.2.6	Mittelwertvergleiche: Sozialphobiker vs. Gesunde .....	119
5.4.2.7	Sensitivität und Spezifität .....	121
5.4.2.8	Einfluss ausgewählter Merkmale auf die SASKO-Testwerte bei Sozialphobikern.....	124
5.4.2.9	Zusammenfassung der Ergebnisse der klinischen Validierungsstudie.....	125
<b>6</b>	<b>DISKUSSION .....</b>	<b>127</b>
6.1	Interpretation und Einordnung der zentralen Ergebnisse.....	127
6.2	Nebenbefund: Subskala Einsamkeit.....	142
6.3	Anmerkungen zur Methodik .....	144
6.4	Limitierungen der Studie .....	146
6.5	Schlussfolgerungen und Ausblick .....	147
<b>7</b>	<b>ZUSAMMENFASSUNG.....</b>	<b>151</b>
<b>8</b>	<b>LITERATUR .....</b>	<b>154</b>
<b>9</b>	<b>ANHANG.....</b>	<b>173</b>

## Verzeichnis der Abbildungen

- Abbildung 1      Ätiologisches Modell der Sozialphobie  
(Hofmann, Heinrichs und Kim, 2002)
- Abbildung 2      Kognitives Modell der Sozialen Phobie  
(Clark und Wells, 1995)
- Abbildung 3      Kompetenz- und performanzorientiertes Störungsmodell der Sozialen Phobie  
(Fydrich, 2002)
- Abbildung 4      Prozessmodell sozial kompetenten/inkompetenten Verhaltens  
(Hinsch und Pfingsten, 1998)
- Abbildung 5      An integrative model of the relations among anxiety, skill, and performance  
(Hopko, McNeil, Zvolensky und Eifert, 2001)
- Abbildung 6      Diagnostisches Modell der sozialen Gehemmtheit  
(nach Wlazlo, 1989)
- Abbildung 7      Kontinuitätsmodell der sozialen Phobie / Sozialen Angststörung  
(nach Stangier und Fydrich, 2002)
- Abbildung 8      Forschungsdesign im Überblick
- Abbildung 9      Studie 1, Hauptstudie: Geschlechterverteilung und Altersverteilung
- Abbildung 10      Studie 1, Hauptstudie: Scree-Plot (unrotiert)
- Abbildung 11      Studie 1, Hauptstudie: Histogramm, Gesamtskala SASKO
- Abbildung 12      Studie 2, Replikationsstudie: Modell 1a (Input), Mess- und Strukturmodell  
mit vier unkorrelierten Faktoren
- Abbildung 13      Studie 2, Replikationsstudie: Modell 1b (Input), Mess- und Strukturmodell  
mit vier interkorrelierenden Faktoren
- Abbildung 14.1      Studie 2, Replikationsstudie: Modell 1b; unstandardisierte Parameterkennwerte
- Abbildung 14.2      Studie 2, Replikationsstudie: Modell 1b: standardisierte Parameterkennwerte
- Abbildung 15      Stichprobenvergleich Studie 1 und 2: Altersverteilungen, Histogramme
- Abbildung 16      Zusammengefasste Gesunden-Stichprobe aus Studie 1 und Studie 2;  
Altersverteilung, Geschlechterverteilung und Bildungsabschlüsse
- Abbildung 17      Studie 3, Retest-Studie: Overlay-Streudiagramm der Test-Retest-Korrelationen  
für die Angst- und Defizit-Subskalen SPRECH, ABLEHN, INTERAK und INFORMAT
- Abbildung 18      Studie 4, Klinische Validierungsstudie: Histogramm der SASKO-Gesamtskala;  
Messwerteverteilung der Sozialphobiker
- Abbildung 19      Studie 4, Klinische Validierungsstudie: Histogramme der Validierungsskalen  
SPIN, SIAS und SPS; Messwerteverteilungen der Sozialphobiker
- Abbildung 20      Klinische Validierungsstudie: Histogramme der SASKO-Gesamtskala;  
Messwerteverteilungen von Sozialphobikern und Gesunden
- Abbildung 21      Studie 4, Klinische Validierungsstudie: Sensitivität und Spezifität der SASKO-Gesamtskala;  
ROC-Kurve

## Verzeichnis der Tabellen

Tabelle	1	Angstmuster nach dem Drei-Ebenen-Modell
Tabelle	2	Features of social contexts that cause social anxiety
Tabelle	3	Soziale Kompetenzen und Soziale Performanz
Tabelle	4	Psychometrische Selbstrating-Instrumente mit direktem Bezug zum Störungskonzept zur Diagnostik der Sozialen Phobie bei Erwachsenen
Tabelle	5	Psychometrische Kennwerte des SPAI, der SIAS/SPS und des SPIN
Tabelle	6	Angestrebte Stichprobenumfänge
Tabelle	7	Studie 1, Hauptstudie: Aufgeklärte Varianz
Tabelle	8	Studie 1, Hauptstudie: Interpretierbarkeit der ermittelten Faktorenstruktur
Tabelle	9	Studie 1, Hauptstudie: Faktor 1, fünf höchstladende Items
Tabelle	10	Studie 1, Hauptstudie: Faktor 2, fünf höchstladende Items
Tabelle	11	Studie 1, Hauptstudie: Faktor 3, fünf höchstladende Items
Tabelle	12	Studie 1, Hauptstudie: Faktor 4, fünf höchstladende Items
Tabelle	13	Studie 1, Hauptstudie: Faktor 5, fünf höchstladende Items
Tabelle	14	Studie 1, Hauptstudie: Faktorenanalytisch basierte Skalenbildung
Tabelle	15	Studie 1, Hauptstudie: Skalen-Kennwerte
Tabelle	16	Studie 1, Hauptstudie: Interkorrelationen der Subskalen
Tabelle	17	Studie 1, Hauptstudie: Kennwerte der Gesamtskala SASKO
Tabelle	18	Studie 1, Hauptstudie: Deskriptive Statistiken der Screeningskalen
Tabelle	19	Studie 2, Replikationsstudie: Gütekriterien zur Beurteilung des globalen Modellfits; empfohlene Richtwerte
Tabelle	20	Studie 2, Replikationsstudie: Anforderungen und Eigenschaften verschiedener iterativer Schätzverfahren
Tabelle	21	Studie 2, Replikationsstudie: Anpassungsgüte der Modellvarianten 1a und 1b
Tabelle	22	Studie 2, Replikationsstudie: Skalen-Kennwerte
Tabelle	23	Studie 2, Replikationsstudie: Interkorrelationen der SASKO-Subskalen
Tabelle	24	Studie 2, Replikationsstudie: Deskriptive Statistiken der Screeningskalen
Tabelle	25	Studie 2, Stichprobenvergleich Studie 1 und Studie 2: Alter
Tabelle	26	Stichprobenvergleich Studie 1 und Studie 2: Geschlechterverteilung
Tabelle	27	Stichprobenvergleich Studie 1 und Studie 2: Schulabschlüsse
Tabelle	28	Stichprobenvergleich Studie 1 und Studie 2: interne Konsistenzen, Mittelwertvergleiche; SASKO-Subskalen, SASKO-Gesamtskala und Subskala EINSAM
Tabelle	29	Stichprobenvergleich Studie 1 und Studie 2: Deskriptive Statistiken der Screeningskalen
Tabelle	30	Zusammengefasste Gesunden-Stichprobe aus Studie 1 und Studie 2: Deskriptive Skalenkennwerte, interne Konsistenzen; SASKO-Subskalen, SASKO-Gesamtskala und Subskala EINSAM
Tabelle	31	Einflüsse von Alter, Geschlecht und Schulbildung auf die SASKO-Testwerte in der Gesamtstichprobe der Gesunden

Tabelle	32	Einflüsse von Depressivität (DEP) und Einsamkeit (Subskala EINSAM) auf die SASKO-Testwerte in der Gesamtstichprobe der Gesunden
Tabelle	33	Studie 3, Retest-Studie: Deskriptive Skalenstatistiken 1. und 2. Testzeitpunkt
Tabelle	34	Studie 3, Retest-Studie: Mittelwertdifferenzen und Effektstärken
Tabelle	35	Studie 3, Retest-Studie: Korrelationen der Messwerte zwischen dem 1. und 2. Testzeitpunkt
Tabelle	36	Studie 3, Retest-Studie: Stabilitäts-Koeffizienten
Tabelle	37	Studie 4, Klinische Validierungsstudie: Berufliche Tätigkeiten der untersuchten Sozialphobiker
Tabelle	38	Studie 4, Klinische Validierungsstudie: Deskriptive Skalenkennwerte, interne Konsistenzen; SASKO-Subskalen, SASKO-Gesamtskala und EINSAM
Tabelle	39	Studie 4, Klinische Validierungsstudie: Skalen-Interkorrelationen
Tabelle	40	Studie 4, Klinische Validierungsstudie: Skalenkennwerte der Validierungsinstrumente SPIN, SIAS und SPS
Tabelle	41	Studie 4, Klinische Validierungsstudie: Deskriptive Statistiken der Screeningskalen
Tabelle	42	Studie 4, Klinische Validierungsstudie: Zusammenhänge der SASKO-Subskalen und -Gesamtskala mit den Validierungsinstrumenten SPIN, SIAS und SPS
Tabelle	43	Studie 4, Klinische Validierungsstudie: Vergleich der Korrelationen Angstskalen – SPIN/SIAS/SPS vs. Defizitskalen – SPIN/SIAS/SPS
Tabelle	44	Studie 4, Klinische Validierungsstudie: Zusammenhänge der Subskala EINSAM mit den Validierungsinstrumenten SPIN, SIAS und SPS
Tabelle	45	Studie 4, Klinische Validierungsstudie: Mittelwertvergleiche Sozialphobiker vs. Gesunde (Gesamtstichprobe); SASKO-Subskalen und -Gesamtskala und Subskala EINSAM
Tabelle	46	Studie 4, Klinische Validierungsstudie: Mittelwertvergleiche Sozialphobiker vs. Gesunde (Studie 2); Validierungsskalen SPIN, SIAS und SPS
Tabelle	47	Studie 4, Klinische Validierungsstudie: Sensitivität und Spezifität der SASKO-Gesamtskala; Koordinaten der ROC-Kurve
Tabelle	48	Studie 4, Klinische Validierungsstudie: Sensitivität und Spezifität, Trefferquoten (absolute Zahlen) der SASKO-Gesamtskala
Tabelle	49	Studie 4, Klinische Validierungsstudie: Spezifität und Sensitivität der SASKO- Subskalen und der Subskala EINSAM
Tabelle	50	Studie 4, Klinische Validierungsstudie: Einflüsse von Alter, Geschlecht und Schulbildung auf die SASKO-Testwerte bei Sozialphobikern
Tabelle	51	Studie 4, Klinische Validierungsstudie: Einflüsse von Depressivität (DEP) und Einsamkeit (Subskala EINSAM) auf die SASKO-Testwerte bei Sozialphobikern
Tabelle	52	Regeln für die Sprachproduktion: Grices Konversationsmaximen
Tabelle	53	Relevante Teilergebnisse zur Hypothese 1
Tabelle	54	Relevante Teilergebnisse zur Hypothese 2
Tabelle	55	Relevante Teilergebnisse zur Hypothese 3
Tabelle	56	Relevante Teilergebnisse zur Hypothese 4
Tabelle	57	Relevante Teilergebnisse zur Hypothese 5

## Verzeichnis der Anhänge

- Anhang 1 DSM-IV-Störungskriterien: Soziale Phobie/Sozialen Ängstlichkeit
- Anhang 2 ICD-10-Störungskriterien: Ängstliche (vermeidende) Persönlichkeitsstörung
- Anhang 3 DSM-IV-Störungskriterien: Vermeidend-Selbstunsicheren Persönlichkeitsstörung
- Anhang 4 Entwurf des Analyse-Instruments
- Anhang 5 Studie 1, Hauptstudie: Ladungsmatrix
- Anhang 6 Studie 1, Hauptstudie: Prozentualer Anteil der aufgeklärten Varianz an der Item-Kommunalität durch den jeweiligen Faktor (Fürntratt-Tabelle)
- Anhang 7 Studie 1, Hauptstudie: Eliminierte Items
- Anhang 8 Studie 1, Hauptstudie: Item-Kennwerte, 59 selektierte Angst- und Defizit-Items
- Anhang 9 Studie 1, Hauptstudie: Histogramme, Subskalen
- Anhang 10 Studie 2, Replikationsstudie: Stichprobenvergleich Studie 1 und 2, Stichprobenmerkmale
- Anhang 11 Studie 3, Reteststudie: Skalen-Histogramme Testzeitpunkt 1 und 2 (T1, T2)
- Anhang 12 Studie 4, Klinische Validierungsstudie: Zusatzblatt zum Testmaterial für Patienten, Angaben zur Störung und zur Medikation
- Anhang 13.1 Studie 4, Klinische Validierungsstudie: Validierungsinstrumente: SPIN
- Anhang 13.2 Studie 4, Klinische Validierungsstudie: Validierungsinstrumente: SIAS
- Anhang 13.3 Studie 4, Klinische Validierungsstudie: Validierungsinstrumente: SPS
- Anhang 14 Studie 4, Klinische Validierungsstudie: Information zur klinischen Validierungsstudie für Kliniken/Ambulanzen
- Anhang 15 Studie 4, Klinische Validierungsstudie: Genehmigungsschreiben der BfA an die DIANA-Klinik
- Anhang 16 Studie 4, Klinische Validierungsstudie: Information für die Patienten der DIANA-Klinik (BfA-Auflage)
- Anhang 17 Studie 4, Klinische Validierungsstudie: Einverständniserklärung für Patienten der DIANA-Klinik (BfA-Auflage)
- Anhang 18 Studie 4, Klinische Validierungsstudie: Übersicht Diagnosen
- Anhang 19 Studie 4, Klinische Validierungsstudie: Histogramme, Subskalen
- Anhang 20 Studie 4, Klinische Validierungsstudie: ROC-Kurven, Subskalen
- Anhang 21 Studie 4, Klinische Validierungsstudie: Zusammenhänge zwischen den SASKO-Skalen bzw. der Skala EINSAM und den Screening-Skalen Alkoholkonsum (ALK), Depressivität (DEP) und psychotische Symptome (PSY) bei Sozialphobikern und Gesunden

## DANKSAGUNG

An dieser Stelle möchte ich mich bei all denen bedanken, die diese Arbeit auf unterschiedliche Weise unterstützt haben.

Mein ganz besonderer Dank gilt dem Betreuer der Arbeit, Herrn Prof. Dr. Reinhard Maß, dessen inhaltliche und methodische Anregungen dieses Projekt bereichert haben und dessen ermutigende konstruktive Kritik mich stets motiviert hat.

Ebenso danke ich dem Zweitgutachter, Herrn Prof. Dr. Bernhard Dahme, und den beiden Disputationsgutachtern, Herrn Prof. Dr. Iver Hand und Herrn Prof. Dr. Reinhold Schwab, für wertvolle Unterstützung, Rückmeldungen und Anregungen.

Den Abteilungsleitern der folgenden Einrichtungen danke ich für ihr Interesse an der Forschungsstudie und ihre Einwilligung zur Datenerhebung für die klinische Validierungsstudie: Herrn Prof. Dr. Iver Hand, Verhaltenstherapie-Ambulanz<sup>1</sup>, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Universitäts-Klinikums Hamburg-Eppendorf; Herrn Dr. Eckard Krause, Abteilung Neuropsychiatrie und Psychosomatik, DIANA Klinik, Bad Bevensen; Herrn PD Dr. Karsten Wolf, Zentrum für Seelische Gesundheit, Klinik Marienheide, Gummersbach/Marienheide; Herrn Prof. Dr. Burghard Andresen, Verhaltenstherapie-Tagesklinik, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Universitäts-Klinikums Hamburg-Eppendorf; Herrn Prof. Dr. Michael Sadre-Chirazi-Stark, Abteilung Psychiatrie und Psychotherapie, Asklepios-Westklinikum, Hamburg.

Sehr herzlich bedanke ich mich bei allen Behandlerinnen und Behandlern der genannten Einrichtungen, die die Datenerhebung für die Patientenstudie durchgeführt haben.

Für die zuverlässige Organisation der Fragebogenrückläufe danke ich Frau Ute Schwisow, seinerzeit Sekretärin in der Verhaltenstherapie-Ambulanz, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Universitäts-Klinikums Hamburg-Eppendorf, und Frau Margit Thornton, Sekretärin in der Abteilung Neuropsychiatrie und Psychosomatik, DIANA Klinik, Bad Bevensen.

Herrn Ulf-Heiko Gerold von der Bundesversicherungsanstalt für Angestellte, der die datenschutzrechtliche Prüfung des Forschungsprojekts für die Beteiligung der DIANA Klinik vornahm, danke ich für hilfreiche Hinweise bei der Abfassung der Patienteninformation.

Bei Herrn Dr. phil. Joachim Kruse, Department Psychologie, Universität München, möchte ich mich für hilfreiche statistische Hinweise bedanken.

Mrs. Kathryn M. Connor, M.D., Research Director, Duke University Medical Center, Durham/USA danke ich für die Erlaubnis, das *Social Phobia Inventory (SPIN)* für die vorliegende Studie zu verwenden. Ebenso danke ich Herrn Prof. Dr. Ulrich Stangier, Universität Jena, für die Überlassung der *Soziale-Interaktionsangstskala (SIAS)* und der *Soziale-Phobie-Skala (SPS)*.

Ohne das Interesse, das Engagement und die Sorgfalt von 45 Multiplikatorinnen und Multiplikatoren, die nahezu die gesamten Daten für die Hauptstudie und die Replikationsstudie gesammelt und für den Datenrücklauf gesorgt haben, wären die beiden großen Stichproben nicht zustande gekommen – ihnen allen danke ich herzlichst für die Unterstützung.

Den insgesamt 481 Probandinnen und Probanden der Studie gilt mein großer Dank für die Bearbeitung der Fragebögen.

Folgenden Verlagen danke ich für die freundlichen Genehmigungen zum Abdruck von Abbildungen in der vorliegenden Arbeit: Hogrefe Verlag, Göttingen (Abb. 1, 3 und 7); DGVT-Verlag, Tübingen

---

<sup>1</sup> Die Verhaltenstherapie-Ambulanz der Universitätsklinik Hamburg-Eppendorf wurde im Zuge klinikinterner Umstrukturierungsmaßnahmen im Frühjahr 2006 aufgelöst.

(Abb. 2); Verlagsgruppe Beltz, Weinheim (Abb. 4); Elsevier Ltd., Oxford (Abb. 5); Roderer Verlag, Regensburg (Abb. 6).

Frau Dipl.-Psych. Sabine Kirsch und Frau Dipl.-Psych. Iris Bohnert möchte ich für die vielen Fragen und Diskussionen danken, die diese Arbeit vorangebracht haben.

Dem Darstellungstalent von Frau Dipl.-Sozialpäd. Britta Bergner und ihrem Einfühlungsvermögen in das sozialphobische Erleben habe ich das (gestellte) Foto in der Einleitung zu verdanken.

Die Mühe des Korrekturlesens haben sich Frau Eva Stauffer, Frau Irina Markau und Frau Claudia Behlau geteilt – allen dreien danke ich sehr herzlich dafür. Nachträglich hinzu gekommene Tippfehler, die sich im Zuge letzter Änderungen eingeschlichen haben, gehen allein zu Lasten der Autorin.

Bei der Behebung zahlreicher Computer- und Softwareprobleme haben mir jederzeit mit Rat und Tat Herr Ingo Hein und Herr Dr. Peter Müller hilfreich zur Seite gestanden und mich vor manchem Nervenzusammenbruch bewahrt.

Allen mir nahestehenden Menschen, deren Liebe, Geduld, Verständnis und Unterstützung mich während der Arbeit an diesem Projekt über so lange Zeit begleitet haben, habe ich mehr zu verdanken, als sich mit Worten sagen lässt.

Zum Schluss möchte ich einen besonders herzlichen Dank aussprechen. Eine Studie von dieser Größenordnung zu bewältigen und gleichzeitig ohne Unterbrechung meiner umfänglichen Beratungstätigkeit an einer Hamburger Grundschule in einem sozialen Brennpunkt nachzugehen, wäre nicht möglich gewesen, wenn ich nicht die wohlwollende Anerkennung und die Erlaubnis zur gelegentlichen Flexibilisierung meiner Arbeitszeit von Frau Renate Beyrich, Leiterin der Schule Buddestraße, erhalten hätte – ohne ihr Entgegenkommen in kritischen Phasen des Projekts hätte die vorliegende Studie nicht beendet werden können.

Hamburg, im März 2008

## VORWORT

### Soziale Phobie - oder Soziale Defizite ?

**Sabine Kolbeck** hat mit Ihrer Studie zur testpsychologischen Trennung von sozialen Ängsten (sozialer Phobie im eigentlichen Sinne) und sozialen Defiziten möglicherweise einen **Meilenstein in der Therapieforschung** nicht nur bei sog. „Sozialer Phobie“, sondern bei den meisten schweren psychischen Störungen gesetzt. **In der „Richtlinien-Verhaltenstherapie“** der gesetzlichen Krankenversicherungen dürfte eine auf Praxisbedürfnisse zugeschnittene Kurzversion dieses Testverfahrens erhebliche Bedeutung erhalten können für die Abschätzung der zu erwartenden Therapieintensität – und das keineswegs nur bei „Sozialer Phobie“ nach ICD. **Warum?**

Die **frühe Verhaltenstherapie** Ende der 60er/ Anfang der 70er Jahre des vorigen Jahrhunderts hat in Deutschland (Ullrich u. Ullrich de Muynck) und den anglo-amerikanischen Ländern (z. B. Falloon in England, Liberman in den USA) die ersten **Verhalten übenden Gruppentherapien** für „Soziale Phobie“ entwickelt. Die dabei benutzte Diagnose „Soziale Phobie“ musste an den internationalen Klassifikationssystemen ICD und DSM ausgerichtet sein. Inhaltlich ging es bei all diesen Programmen aber in hohem Maße bzw. überwiegend nicht nur um phobische Vermeidung abbauende, sondern um soziale Kompetenz aufbauende, also Defizit bezogene Interventionen! Später kamen die mehr kognitiv ausgerichteten Interventionen hinzu. Zu klären ist, wie Defizit- und wie Angst-spezifisch das jeweilige Verfahren wirkt.

**Primäre soziale Defizite**, die früh in Kindheit und Jugend – in der intrafamiliären wie in der Sozialisation unter Gleichaltrigen innerhalb und außerhalb des schulischen Milieus – angelegt wurden, sind einer der größten Risikofaktoren für den Krankheitsverlauf (mit und ohne Therapie) etlicher psychischer Störungen, z. B. Schizophrenie, Zwangsstörung, Essstörungen, soziale Phobie oder Alkohol-/Drogenabusus. Werden sie bei diesen u. ä. Störungen z. B. in einer multimodalen Verhaltenstherapie nicht erfolgreich mitbehandelt, so besteht ein sehr hohes Risiko eines Therapie-Misserfolges oder eines baldigen Rückfalles.

Primäre soziale Defizite werden nicht selten aber in der biografischen Entwicklung pseudo-kompensiert, z.B.: direkt aggressives Verhalten ersetzt defizitär bedingtes ängstliches Vermeiden; indirekt aggressives Zwangs- oder depressives Verhalten dient der Verhaltensmanipulation anderer, wenn adäquate soziale Strategien nicht gelernt wurden. Die Entdeckung der Defizite hinter solcher aggressiver oder aggressiv wirkender Kommunikation fällt auch Therapeuten oft schwer, da die Gefahr frühzeitiger gereizter Gegenreaktionen bzw. Abwendung besteht.

Die verhaltenstherapeutische Behandlung dieser Defizite ist zeitaufwendig. Begleitende Pharmakotherapie hat – nach klinischer Erfahrung, Studien gibt es nicht – kaum Bedeutung.

**Sekundäre soziale Defizite**, die später im Leben – etwa als Folge lang anhaltender körperlicher oder psychischer Störungen – auftreten, sind verhaltenstherapeutisch schon deutlich einfacher bzw. schneller behandelbar.

**Soziale Phobie** als konditionierte Angstreaktion kann früh im Gefolge der Ausbildung primärer sozialer Defizite entstehen. Zahlreiche, potentiell Angst machende soziale Situationen im Erwachsenenleben (z. B. als traumatisierend erlebte Prüfungssituationen in Schule und Berufsausbildung und -ausübung) können jedoch ebenfalls – und vermutlich viel häufiger – zu sozial phobischer Symptomatik generalisieren. Soziale Scheu kann zur Pseudo-Phobie werden, wenn die Insuffizienzgefühle im Rahmen einer Depression zur Phobie auswachsen (die allerdings bei erfolgreicher Depressionstherapie dann wieder zurückgehen!). Grundsätzlich gilt, dass eine soziale Phobie im engen Sinne des Begriffes – wie alle umschriebenen Phobien – verhaltenstherapeutisch wesentlich einfacher und rascher als soziale Defizite behandelbar sind! Sie sind aber auch pharmakotherapeutisch, wie alle Phobien, zumindest kurzfristig gut behandelbar.

**Die getrennte Erfassung der individuellen Anteile sozialer Defizite versus sozialer Ängste beim Patienten ist also von hoher Relevanz für die Verhaltenstherapie-Planung, -Durchführung und -Prognose. Dies dürfte insbesondere auch für eine stärker rationale Indikationsstellung für behaviorale oder kognitive Interventionen gelten.**

**Von hoher Bedeutung ist sie aber auch für die Indikationsstellung und Prognose einer Pharmakotherapie.**

**Welche Möglichkeiten stellt das neue Messinstrument nun zur Verfügung?**

- In mehreren Studiendurchgängen mit insgesamt 413 Normalpersonen und 68 Patienten mit „sozialer Phobie“/Ängstlich-vermeidender Persönlichkeitsstörung (nach ICD) konnten je zwei Faktoren für Defizite (Interaktions- und Informationsbverarbeitungsdefizite) und Ängste (Sprech-/Mittelpunktsangst, Angst vor Ablehnung) extrahiert werden. Dabei korrelieren die Defizit- Faktoren mit den Angstfaktoren höher als untereinander – was ja auch klinisch Sinn macht! Die Angstskalen korrelieren z. T. signifikant höher als die Defizitskalen mit den vorhandenen Validierungsinstrumenten – was aus klinischer Sicht auch nicht überrascht, da wir bisher schon den Angstbereich der „sozialen Phobie“ gut objektivieren konnten – nicht aber den Defizitbereich (außer z. T. im Unsicherheitsfragebogen von Ullrich u. Ullrich de Muynck).
- Der „Clou“ für den Kliniker liegt dann aber darin, dass das neue Instrument eine Einzelfall-bezogene Abbildung der Ausprägung und Konstellation von Ängsten und Defiziten ermöglicht!

Es ist zu wünschen, dass recht bald externe Replikationsversuche durchgeführt werden und dass die Autorin auch selbst an den möglichen Verbesserungen weiter arbeitet. Kliniker seien aber schon jetzt ermuntert, die hier hoffnungsvoll verkündeten Möglichkeiten in der praktischen Anwendung zu prüfen.

Sabine Kolbeck sei abschließend meine persönliche Bewunderung für ihre Leistung und ihr Selbstvertrauen ausgedrückt – ich hatte ihr von dieser Studie abgeraten, da wir in unserer VT-Ambulanz einige Jahre vorher an der Aufgabe gescheitert waren und auch aus der Literatur keinen gelungenen Versuch kannten.

Wie gut, dass Ratschläge auch dadurch helfen können, dass sie nicht befolgt werden!

Prof. Dr. med. Iver Hand  
(Ehem. (1976 - 2006) Leiter des Bereiches Verhaltenstherapie  
am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf)

# 1 Einleitung

Fast jeder Mensch kennt aus eigenem Erleben soziale Situationen, in denen er sich im Kontakt mit fremden oder wenig bekannten Menschen gelegentlich unsicher fühlt und sich fragt, welchen Eindruck er auf andere macht, was andere über ihn denken und wie er von anderen beurteilt wird. Vielleicht hat jemand in bestimmten Situationen mehr Hemmungen und ängstliche Erwartungen, in anderen weniger, und doch ist es meistens möglich, sich auf die Situation, den Kontakt, die Aufgabe und die anderen Menschen zu konzentrieren. Anfängliche Zurückhaltung, Unbehagen und Verhaltensunsicherheiten lösen sich entweder nach kurzer Zeit auf oder sind so milde, dass sie einen nicht daran hindern, sich den Anforderungen und dem eigenen Anliegen entsprechend sozial angemessen zu verhalten.

Soziale Ängste können jedoch so ausgeprägt sein, dass sie ein situationsadäquates Verhalten verhindern und einzelne soziale Situationen oder den sozialen Umgang generell zur Qual für die Betroffenen werden lassen. In diesen Fällen handelt es sich um eine klinisch relevante Angststörung: die Soziale Phobie. Im Zentrum der Symptomatik stehen übertriebene Ängste, sich zu blamieren und zu versagen, von anderen als dumm und ungeschickt angesehen und deshalb zurückgewiesen und abgelehnt zu werden. Den Betroffenen ist ein interaktions- und aufgabenorientiertes Verhalten oftmals kaum oder gar nicht möglich. Dabei kann die Angst intensive physiologische Reaktionen wie z. B. Zittern, Erröten oder Schwitzen hervorrufen, die ihrerseits als peinlich erlebt werden und die Angst vor kritischer Betrachtung steigern können. Die Vermeidung von Interaktion und Kommunikation in den gefürchteten sozialen Situationen, Flucht in Verhaltensweisen, die der äußeren Situation unangemessen sind, Distanz und Zurückhaltung gegenüber anderen Menschen oder – wenn möglich – völliges Vermeiden der gefürchteten Situationen reduzieren die Angst meist kurzfristig. Langfristig kehrt sie jedoch wieder und verhindert, dass positive Erfahrungen hinsichtlich der Angstbewältigung und der sozialen Kompetenz(entwicklung) gemacht werden können. Eine Soziale Phobie kann zu dramatischen Beeinträchtigungen im Lebensalltag der Betroffenen führen.

Frau J., Anfang dreißig, modisch gekleidet, zierlich und jünger wirkend, kam deutlich angespannt und sehr unsicher zum Aufnahmegespräch. Sie berichtete, dass sie seit dem Ende ihrer Ausbildung unter ausgeprägten Angstzuständen leide. Sie habe Angst vor neuen Situationen, die sie nicht einschätzen könne und vor einem dominanten oder aggressiven Auftreten anderer Personen. Sie habe die Erfahrung gemacht, dass sie sich in solchen Situationen nicht wehren könne, sich dann hilflos und unsicher fühle, einige Zeit danach wütend. In diesen Situationen könne sie sich eine Zeit lang noch kontrollieren, plötzlich trete dann jedoch Schwindel auf, ihr werde schwarz vor Augen. Schon immer fühle sie sich im Kontakt mit anderen unsicher, ängstlich und unterlegen. Sie mache sich viele Gedanken darüber, was andere von ihr halten. Sie fühle sich „nicht fähig, im Leben zu bestehen“, eine Partnerschaft zu führen, beruflich integriert zu sein, befriedigende Kontakte zu anderen zu haben. [...]"  
(Vogt und Pöllner, 2003, S. 52)

„Herr Sch. (25) ist seit knapp drei Jahren verheiratet. Seine Frau leidet unter der Isolation, in die sie beide zunehmend hineingeraten. Herr Sch. geht Festen, Konzertbesuchen und anderen Ereignissen aus dem Weg. Er hat Angst, zum Gespräch mit Personen gezwungen zu sein, die er nicht oder wenig kennt. Besuche von Bekannten sind ihm unangenehm, weil er meint, daß er zu langweilig sei und nichts Interessantes zum Gespräch beisteuern könne. Herr Sch. macht sich Vorwürfe, daß seine Frau wegen seines Verhaltens unglücklich ist. Aber er meint, er könne nicht anders und weiß nicht, wie er etwas ändern kann.“  
(Hinsch und Pfingsten, 1998, S. 11)

„ich befürchte, ich leide unter einer sozialen phobie. es gab mal einen zeitraum von fünf jahren, in denen ich die wohnung nicht verlassen habe. jetzt führe ich ein eigenständiges leben, welches aber nicht leicht ist. soziale kontakte habe ich kaum, ich verlasse eigentlich nur die wohnung um zur arbeit und zum einkaufen zu gehen. mein job ist täglich die hölle für mich. ich arbeite in einem einwohnermeldeamt. inzwischen bin ich auch um die 40 und ich merke, wie mich meine kräfte langsam verlassen. in den letzten monaten kreisten meine gedanken oft um suizid.“  
(Eintrag im „Gästebuch Sozialphobie“ Nr. 727 v. 13.06.07, Internet, gelesen am 20.08.07)

Die Soziale Phobie gilt als dritthäufigste psychische Störung nach Depressionen und Alkoholproblemen (vgl. Lieb und Müller, 2002); sie kann unauffällig beginnen, über Jahre bestehen und sich dabei beständig ausweiten. Allen Sozialen Phobien gemeinsam ist eine übertriebene Angst vor Peinlichkeit, Kritik, negativer Bewertung und vor Versagen im Kontakt mit anderen Menschen (außerhalb der Familie) sowie eine damit verbundene Angst vor Abwertung und Ablehnung. Zugleich zeigt sich die Soziale Phobie als ausgesprochen heterogenes Störungsbild, ihre Grenzen zu normalen sozialen Unsicherheiten und Hemmungen sind dabei fließend: interindividuell sehr unterschiedlich sind die Art und Anzahl der gefürchteten sozialen Situationen, die Intensität und Häufigkeit des Angsterlebens, die Art und Weise, wie die Betroffenen in der angstbesetzten Situation reagieren und mit ihr umgehen. Das Ausmaß und die Verfügbarkeit sozialer Fähigkeiten und Fertigkeiten können durch Angst blockiert oder eingeschränkt sein. Soziale Kompetenzen können mehr oder weniger fehlen, unterentwickelt sein oder bei anhaltender Störungsdauer allmählich verloren gehen.

Menschen mit Sozialen Phobien können danach unterschieden werden, ob bei ihnen primär soziale Ängste oder primär soziale Defizite im Vordergrund stehen (z. B. Wlazlo 1989, bezugn. auf Trower und Turland 1984; Hopko et al., 2001) bzw. danach, ob soziale Kompetenzen in ausreichendem Maße vorhanden sind oder nicht (Fydrich und Bürgener, 1999). Die Behandlung der Sozialen Phobie ist dementsprechend auf zwei Ziele ausgerichtet: zum einen auf die Reduktion, die Bewältigung bzw. Überwindung der Angst (Angstbehandlung); zum anderen auf die Stärkung, den Aufbau und die Verbesserung sozialer Kompetenzen (Soziales Kompetenztraining). Ob vorwiegend das eine oder andere indiziert ist, oder ob beide Maßnahmen kombiniert oder sequentiell erfolgen sollten, hängt von der Symptomkonstellation und dem Ausprägungsgrad der Störung ab. Somit ist es wichtig, soziale Ängste und soziale Defizite eingangsdagnostisch differentiell zu erfassen. Nach

Kenntnis der Untersucherin existiert bislang kein diagnostisches Instrument mit der expliziten Messintention, diese beiden Kernsymptome der Sozialen Phobie getrennt zu erfassen (vgl. Hoyer und Margraf, 2003; Kannig 2003; Mitte et al., 2007).

Die vorliegende Arbeit stellt einen Beitrag dar, diese Lücke zu schließen. Es wird der Versuch unternommen, soziale Ängste und soziale Defizite mit Hilfe eines Analyse-Instruments auf dem Hintergrund der klassischen Testtheorie (Lienert und Raatz, 1994; Rost, 2004) zu differenzieren und das Instrument unter psychometrischen Gesichtspunkten an zwei nichtklinischen und einer klinischen Stichprobe zu evaluieren.

Wie sich zeigen wird, sind soziale Ängste und soziale Defizite eng miteinander verbunden und daher nicht leicht zu trennen. Auch ist der Bereich der sozialen Defizite bei der Sozialen Phobie in der Vergangenheit nur sehr einseitig beforscht worden. Zwar hat man das gezeigte, objektiv beobachtbare Verhalten (soziale Performanz) von sozialängstlichen Menschen wissenschaftlich eingehend analysiert und dabei festgestellt, dass Sozialphobiker sich im Vergleich mit nicht sozial ängstlichen Menschen als weniger sozial kompetent einschätzen und auf Beobachter und Interaktionspartner auch oftmals so wirken. Fraglich ist allerdings, inwieweit dies auch für die sozialen Fähigkeiten und Fertigkeiten (*social skills*) im Sinne des Wissens um sozial angemessens Interaktionsverhalten gilt, denn die *social skills* sind bislang „nicht explizit untersucht“ worden (Fydrich, 2002, S. 193; s. auch Morrison und Bellack, 1981).

Defizit bedeutet „Mangel, Verlust“ (Drosdowski et al., 1989). Ethymologisch geht das Wort auf (lat.) *deficit* „es fehlt“ bzw. auf das Verb *deficere* „sich losmachen, abnehmen, fehlen, mangeln“ zurück. *Deficit* und *deficere* sind direkte Ableitungen von *facit* „es macht“ bzw. *facere* „machen, tun“ – dessen Substantivierung lautet *facultas*: „Fähigkeit (etwas zu tun), Vermögen; Möglichkeit“, und die Adjektivierung *facilis* bedeutet „machbar, ausführbar; leicht zu tun, leicht“. Der Defizit-Begriff kann also sowohl auf das Fehlen, den Mangel an sozialen Fähigkeiten und Fertigkeiten angewendet werden, oder auch darauf, dass trotz vorhandener Fähigkeiten und Fertigkeiten deren Verwirklichung „schwer zu tun, schwierig“ (*difficilis*) ist.

Damit keine Missverständnisse aufkommen: von einer rein defizitorientierten Sichtweise psychischer Störungen, ihrer Ursachen und Bedingungen möchte ich mich ausdrücklich distanzieren. Dennoch halte ich es für wichtig, das Verständnis einer Störung und der Menschen, die von ihr betroffen sind, auch um die Erforschung dessen, was „fehlt“ zu bereichern, damit die therapeutischen Angebote an die jeweils gegebenen individuellen Voraussetzungen anknüpfen können. Dass neben der Diagnostik möglicher Defizite der ressourcenorientierte Blick auf vorhandene Fähigkeiten und Fertigkeiten der Betroffenen nicht fehlen darf (Willutzki 2000, 2002), steht außer Zweifel.

Im **Kapitel 2 (Stand der Forschung)** wird eine Annäherung an die Begriffe der sozialen Angst und sozialen Defizite vorgenommen und im Anschluss daran das Störungsbild der Sozialen Phobie

vorge stellt. Weiterhin werden Aspekte benannt, die den Störungscharakter und die Diagnostik der Sozialen Phobie betreffen (Subtypen-Differenzierung; Überlappung der Sozialen Phobie mit der Vermeidend-Selbstunsicheren Persönlichkeitsstörung). Anschließend werden Zusammenhänge zwischen der Störungsausprägung und dem Therapieerfolg skizziert. Schließlich werden die wenigen existierenden psychometrischen Selbstrating-Instrumente, die mit direktem Bezug zur Diagnostik der Sozialen Phobie konstruiert wurden, vorgestellt. **Kapitel 3 (Fragestellung und Hypothesen)** enthält die aus dem Forschungsstand abgeleitete zentrale Frage der vorliegenden Arbeit und fünf darauf aufbauende Hypothesen. **Kapitel 4 (Methodik)** beschreibt das Untersuchungsdesign und die Konstruktion eines Analyse-Instruments zur Differenzierung sozialer Ängste und sozialer Defizite. Im **Kapitel 5 (Ergebnisse)** werden der Verlauf und die Resultate von vier einzelnen Untersuchungsabschnitten dargestellt, in denen das Messinstrument auf seine psychometrischen Eigenschaften hin getestet wurde (Hauptstudie, Replikationsstudie, Retest-Studie, klinische Validierungsstudie). Die zentralen Ergebnisse werden im **Kapitel 6 (Diskussion)** reflektiert und in den Forschungskontext eingeordnet. Kritische Anmerkungen zur Methodik, zur Reichweite der vorgelegten Befunde und zu anknüpfenden Forschungsfragen runden den Diskussionsteil ab. **Kapitel 8 (Zusammenfassung)** enthält eine kurze Zusammenfassung der Arbeit.



**Party-Stimmung: Leidensdruck**

...situationsinadäquates Verhalten und Distanz in in sozialen Situationen, Vermeidung von Kommunikation und Interaktion, Angst vor Peinlichkeit, kritischer Betrachtung und Ablehnung, Befürchtungen, dumm und ungeschickt zu wirken... während andere Partygäste sich unterhalten und amüsieren.

Liegen soziale Ängste und soziale Defizite vor?  
Sind vorhandene Kompetenzen durch Angst blockiert?  
Oder fehlen grundlegende soziale Kompetenzen?

Foto: Kolbeck

## 2 Stand der Forschung

### 2.1 Begriffsbestimmung: Soziale Angst – Soziale Defizite

Bevor auf die Soziale Angst eingegangen wird, sollen zunächst einige grundlegende Aspekte der Angstemotion umrissen werden. Angst gehört zu den Basisemotionen und wurde in unzähligen wissenschaftlichen Studien erforscht und beschrieben. In vielen Arbeiten wird zwischen Angst und Furcht unterschieden, beispielsweise unter affektiv-strukturellen, situationsspezifisch-funktionalen oder motivationalen Gesichtspunkten. Häufig wird davon ausgegangen, dass diffuse Angst vorliegt, wenn keine eindeutige Bestimmung der Gefahr möglich ist, während Furcht sich auf bestimmte, klar erkennbare Gefahren bezieht (Krohne, 1996). Eine solche Unterscheidung legt auch die biologische Psychologie nahe, die bestimmte neuro-biologische Abläufe im Organismus von sehr kurzer Dauer beschreibt. So wird die Dauer einer primären Emotion mit maximal wenigen Sekunden angegeben, „da ein Gefühl, vor allem ein primäres Gefühl, mit dem begleitenden Gesichts- und Körperausdruck nicht länger als Sekunden ununterbrochen bestehen kann“ (Birbaumer und Schmidt, 1991, S. 591). Viele Autoren treffen jedoch keine Unterscheidungen, weshalb auch in der vorliegenden Arbeit mit Schneider (1959) die Begriffe Angst und Furcht gleichsinnig gebraucht werden: „Es gibt mancherlei Arten von Angst. In neuerer Zeit ist es oft üblich, nur die motivlose Angst so zu heißen, die motivierte aber ‚Furcht‘. Wir folgen jedoch der Sprache, von deren Gebrauch man nie ohne Not abweichen soll, und diese kennt ja auch eine Angst ‚vor‘ [...]“ (S. 58).

Generell läßt sich sagen: Angst setzt die Wahrnehmung einer objektiv feststellbaren oder subjektiv empfundenen Gefahr voraus, auf die nicht angemessen reagiert werden kann. Die Angstemotion entsteht durch ein komplexes Zusammenwirken der kognitiven Ebene (Gedanken, Einstellungen, Überzeugungen), der motorischen Ebene (Verhalten, Flüchten, Vermeiden) und der physiologischen Ebene (z. B. Herzschlag, Atemfrequenz, Durchblutung) (Krohne, 1996; Lang, 1977, 1979). Zu unterscheiden sind Angst als aktueller, intraindividuell variierender Zustand (*state anxiety*) und Ängstlichkeit als relativ überdauernde, interindividuell variierende Bewertungs- und Verhaltensdisposition (*trait anxiety*) im Sinne eines Persönlichkeitsmerkmals (Amelang und Bartussek, 2001).

Aus dem Zusammenwirken der kognitiven, motorischen und physiologischen Ebene ergeben sich Hinweise auf das Vorhandensein oder Fehlen von Angst. Hoyer und Margraf (2003, S. 4) veranschaulichen mit der folgenden Tabelle 1 sieben verschiedene Muster, die sich aus der Kombination der drei Angstebenen in einer Gefahrensituation ergeben können.

Tabelle 1  
 Angstmuster nach dem Drei-Ebenen-Modell  
 (Hoyer und Margraf, 2003, S. 4, bezugn. auf Lader und Marks, 1971)

Komponente	Angstmuster						
	1	2	3	4	5	6	7
subjektiv-kognitiv	+	+	+	-	-	-	+
motorisch-behavioral	+	+	-	+	-	+	-
physiologisch	+	-	-	+	+	-	+

Die verschiedenen Ebenen müssen nicht übereinstimmen. Muster 1 ist typisch für sehr ausgeprägte Ängste, Muster 3 für sehr milde Ängste, Muster 7 kann beispielsweise das Ergebnis erlernter Selbstkontrolle sein (trotz kognitiv-emotionaler Wahrnehmung von Angst mit einhergehenden physiologischen Reaktionen: kein beobachtbares Angstverhalten). Das Auseinanderfallen der Ebenen (Desynchronie) ist für die Diagnostik, die Theoriebildung und die Therapie problematisch, „da keine der Ebenen einfach auf eine der anderen reduziert werden kann“ (ebd., S. 4f). Die drei Ebenen sind als Indikatoren von Angst und zugleich als zugrundeliegende, konstituierende und interagierende Elemente aufzufassen. Man geht davon aus, dass diese Elemente als Repräsentationen in assoziierten Netzwerken im Gedächtnis organisiert sind (Lang, 1977, 1979).

Die neuere Gedächtnisforschung liefert Einblicke in die komplexen Prozesse und Strukturen, die einem sichtbaren Verhaltensresultat unterliegen (Zimbardo und Gerrig, 1996). Danach werden bewusste und unbewusste Informationen mit unterschiedlichen Charakteristika (Kognitionen und Emotionen) in getrennten, aber miteinander verbundenen Systemen zu Gedächtnisinhalten verarbeitet, gespeichert und abgerufen. Die Verbindung zwischen den Systemen (neuronale Regelkreise) schafft affektiv-kognitive Schemata, die als ganzheitlich und integriert wahrgenommen werden, sofern Ganzheitlichkeit und Integration nicht durch Angst gestört sind. Extreme Angst wie etwa bei Naturkatastrophen oder körperlicher/sexueller Gewaltausübung kann zur Dissoziation des Erlebten mit fragmentierter Abspeicherung im sog. Traumagedächtnis führen (Fiedler, 2001; Lehmann, 2004; Reddemann, 2005).

*Explizites Gedächtnis.* Kognitionen werden im expliziten (deklarativen) Gedächtnis gespeichert. Diese Inhalte sind bewusst zugänglich. Das Speichern, Verarbeiten und Abrufen von Informationen kann kontrolliert und gesteuert werden. Die Inhalte bestehen aus Faktenwissen (semantisches Gedächtnis) und aus Ereigniswissen, d.h. erzählbarer Erinnerung (episodisches Gedächtnis: Geschichten über Erlebtes und das eigene Leben, sog. Narrative, die sowohl Fakten als auch die zur Episode gehörenden emotionalen Erinnerungen umfassen).

*Implizites Gedächtnis.* Angst wird (wie alle Emotionen) im impliziten Gedächtnis gespeichert (non-deklaratives, emotionales Gedächtnis). Das Speichern und Abrufen dieser Inhalte geschieht größtenteils unbewusst. Die Erinnerung kann nicht unmittelbar kontrolliert und gesteuert werden. Im impliziten Gedächtnis befinden sich die emotionalen Anteile von Erlebtem, unbewusst ablaufende Erinnerungswirkungen, automatisch ablaufende Handlungsroutinen und -gewohnheiten, konditionierte Reaktionen, Fähigkeiten und komplexe Verhaltensmuster (prozedurales Gedächtnis).

*Informationsverarbeitung.* Die kognitive Informationsverarbeitung (Encodieren, Speichern, Abrufen der Inhalte des deklarativen Gedächtnisses) vollzieht sich in den Temporallappen- und Hippocampussystemen. Die Speicherung und Aktivierung emotionaler Inhalte erfolgt über das Mittelhirn, den Hypothalamus, den Thalamus und die Amygdala.

Die Amygdala (Mandelkern) hängt eng mit der Furcht-Konditionierung zusammen und spielt eine entscheidende Rolle bei emotional-motivationalen Vorgängen: hier finden sich cholinerge, endorphinerge, dopaminerge und adrenerge Transmitter. Amygdala und Hypothalamus versorgen den Kern des Thalamus (Teil des limbischen Systems), der in den präfrontalen Cortex projiziert. „Die enge Verbindung von Aufmerksamkeitsfunktionen und emotional-motivationalen Prozessen findet hier anatomisch ihre Entsprechung“ (Birbaumer und Schmidt, 1991, S. 253).

### **2.1.1 Soziale Angst**

**Angstauslösendes Objekt.** Die angstauslösenden Objekte bei der Sozialphobie sind öffentliche soziale Situationen mit weniger vertrauten oder fremden Menschen aus Furcht vor Bewertung, Kritik, Blamage und Ablehnung. Die Beispiele für solche Situationen sind so zahlreich, wie es Möglichkeiten des Zusammentreffens mit anderen Menschen gibt: der nachbarschaftliche Kontakt; die zwanglose Unterhaltung mit Unbekannten auf einer Party; das Sprechen mit Autoritäten; der Umgang mit anderen im Sportverein; das Ansprechen fremder Menschen, um sich nach dem Weg zu erkundigen; das Vortragen eines Referats oder einer Rede vor Publikum; das Telefonieren wegen eines Warenumtauschs; die Meinungsäußerung im Volkshochschulkurs; das Kennenlernen einer Person des anderen Geschlechts; die Interaktionen mit anderen Menschen in der Schule, im Studium, am Arbeitsplatz. Es handelt sich also nicht um außergewöhnliche Situationen, sondern um alltägliche, allgegenwärtige und in der Regel völlig ungefährliche soziale Interaktion und Kommunikation mit anderen Menschen. Den Betroffenen ist ihre übertriebene Angst meistens bewusst. Art und Zahl der als bedrohlich wahrgenommenen sozialen Situationen sowie die Intensität der Angstreaktion sind interindividuell unterschiedlich. Welche sozialen Situationen im einzelnen als angsterregend empfunden werden und wie darauf reagiert wird (inadäquates Verhalten, Flucht, Vermeidung), ist abhängig von der subjektiven Bedeutung der Situation für den Betroffenen.

**Kern der sozialen Angst: Versagensangst, Selbstwertbedrohung.** Die soziale Angst bzw. generelle soziale Ängstlichkeit umfasst Situationen, in denen aus Sicht der Betroffenen die Möglichkeit des Versagens und der Selbstwertbedrohung besteht. Krohne (1996, S. 11ff) bezieht sich auf eine Anzahl von Arbeiten, wonach zwischen Bewertungsangst und sozialer Ängstlichkeit als Spezialfall der Bewertungsangst zu unterscheiden ist. Im Zentrum der Bewertungsangst steht die Prüfungs- oder Leistungsangst, während soziale Ängstlichkeit sich in Interaktionssituationen zeigt, die Versagen in sozialen Situationen und Selbstwertbedrohung implizieren können. Buss (1980) unterscheidet vier Formen sozialer Ängstlichkeit: Verlegenheit, Scham, Publikums- bzw. Sprechangst (Sprechen vor Gruppen, mit wenig vertrauten Personen) und Schüchternheit. Verlegenheit und Scham treten als emotionale Reaktionen auf eingetretene Umstände auf, Publikums- bzw. Sprechangst und Schüchternheit werden dagegen durch erwartete Ereignisse ausgelöst. Schüchternheit wird dabei jedoch eher als persönlichkeitsbedingte Verhaltenshemmung angesehen, die im weiteren Kontakt abnimmt.

Bislang scheint in der wissenschaftlichen Literatur keine einheitliche Definition von Schüchternheit vorzuliegen. Fehm und Wittchen (2004) betonen, dass es Überschneidungen zwischen Schüchternheit, sozialer Angst und der Sozialen Phobie gibt, die als Stufen auf einem Kontinuum gesehen werden können, jedoch werde Schüchternheit als weniger belastend erlebt. Riedesser (2003) sieht „normale Schüchternheit“ als Verhaltensform bestimmter Lebensphasen zur „optimalen Aufrechterhaltung einer schützenden Grenze im sozialen Kontakt mit anderen“, die aus dem Wunsch, zu lieben und geliebt zu werden, resultiert und „langsame Annäherungsschritte ermöglicht und dadurch spannende Beziehungserfahrungen erlaubt“ (S. 77). Riedesser verweist mit Butler (2002) auf Umfragen in den USA, wonach nur 5% der Erwachsenen angeben, niemals schüchtern gewesen zu sein, aber 80% von ihnen Phasen ausgeprägter Schüchternheit in ihrer Kindheit und Adoleszenz berichten. Kennzeichen normaler Schüchternheit ist nach Riedesser (2003), dass sich die mit ihr verbundene verstärkte und kritische Selbstbeobachtung in Bezug auf das eigene Aussehen, das Verhalten und den Charakter nach einer „Aufwärmphase“ meist auflöse (*state*). In der überaus labilen Phase der Adoleszenz führen jedoch Ablehnung des ersehnten Liebesobjekts und häufige Enttäuschungen zu einer Stabilisierung von Schüchternheit (*trait*) mit oft einhergehender chronischer Selbstwertkrise, Beschämungsangst und Einsamkeit: „Der Teufelskreis ist geschlossen und blockiert das kreative Erlernen altersgemäßer ‚social skills‘“ (S.77). Möglicherweise begünstigt Schüchternheit die Entstehung einer Sozialphobie, deren Beginn häufig in der Adoleszenz liegt (vgl. Abschnitt 2.2). Stemberger et al. (1995) fanden einen Zusammenhang zwischen Schüchternheit in der Kindheit und der Sozialen Phobie, insbesondere des generalisierten Subtyps.

**Subjektiv-kognitive Angstebene.** Kennzeichnend für die klinisch relevante soziale Angst sind mehr oder weniger massive, übertriebene Vorstellungen und Befürchtungen, sich ungeschickt oder dumm zu verhalten, sich zu blamieren, lächerlich zu wirken, in Verlegenheit zu geraten, von anderen kritisiert zu werden und daher zurückgewiesen und abgelehnt zu werden. Nichols (1974, zit. nach Margraf und Rudolf, 1999, S. 14) hat auf der Basis einer dreijährigen therapeutischen Arbeit mit 35 Patienten eine Liste mit typischen Inhalten angstbesetzter Kognitionen zusammengestellt. Jeder der folgenden Punkte kam bei über 50% der Patienten vor:

1. Die Wahrnehmung einer negativen oder kritischen Beurteilung durch andere.
2. Die Erwartung von negativer oder kritischer Beurteilung durch andere.
3. Eine starke Tendenz, nicht existierende Kritik von anderen wahrzunehmen und darauf zu reagieren.
4. Niedriger Selbstwert - das Gefühl, weniger zu können und weniger zu haben als andere.
5. Rigide Auffassungen über angemessenes Sozialverhalten und mangelnde Fähigkeit, das Verhalten den Situationen anzupassen.
6. Negative Phantasien, die Erwartungsangst hervorrufen.
7. Erhöhtes Bewusstsein von und Angst vor Bewertung durch andere.
8. Das Gefühl, beobachtet zu werden.
9. Erhöhtes Bewusstsein von und Angst vor Situationen, in denen plötzlicher Rückzug unerwartet wäre und vermutlich Aufmerksamkeit erregen würde.
10. Das Gefühl, in solchen Situationen in der Falle zu sitzen.
11. Übertriebene Interpretation der sensorischen Rückmeldung im Zusammenhang mit Anspannung oder Peinlichkeit.

12. Entdeckung körperlicher Empfindungen in sozialen Situationen.
13. Angst davor, als "krank" oder "unkontrolliert" gesehen zu werden.
14. Die Erfahrung eines zunehmenden Ansteigens des Unwohlseins.
15. Die Unvorhersagbarkeit der Angstreaktion.

Bei der Sozialen Phobie dominieren negative, mißerfolgsorientierte, katastrophisierende Gedanken, Einstellungen und Überzeugungen in einer angsterregenden Situation in einem Ausmaß, das die Betroffenen in hohem Maße oder ganz davon abhält, sich auf die Aufgabe und die soziale Interaktion zu konzentrieren. Dabei können auch keine korrigierenden Erfahrungen gemacht werden, d.h. die Betroffenen erfahren nicht, dass die Situationen ungefährlich sind. Die auf das Selbst gerichtete Aufmerksamkeit verhindert die aufgaben- und umgebungsbezogene Interaktion und Kommunikation mit anderen. Clark und Wells (1995) stellen in ihrem kognitiven Modell der Sozialen Phobie die einseitig-negativen kognitiven Inhalte und informationsverarbeitenden Prozesse von Menschen mit Sozialer Phobie dar. Die dysfunktionalen kognitiven Inhalte und Prozesse stellen einen wesentlichen Teil des von den Autoren sogenannten „Sicherheitsverhaltens“ dar (s. auch Wells et al., 1995; Wells und Papageorgiou, 1998), das auf der motorisch-behavioralen Ebene beobachtbar ist. Die von Clark und Wells (1995) beschriebenen „Sicherheitsverhaltensweisen“ (s. u., motorisch-behaviorale Ebene) dienen der Angstreduktion in einer sozialen Situation. Soziale Angst kann aber auch *vor Eintreten* eines gefürchteten Ereignisses allein durch die gedankliche Beschäftigung mit der bevorstehenden Situation ausgelöst werden (Angst vor der Angst, „sich selbst erfüllende Prophezeiung“).

Nach Clark und Ehlers (2002) gibt es im kognitiven Modell von Clark und Wells (1995) eine neue, noch unbestätigte Annahme, welche die *nachträgliche* detaillierte, anhaltende und verzerrte Verarbeitung des Erlebten, die daraus gezogenen Schlussfolgerungen und entsprechend einseitig negativen Erinnerungen an die Situation als kennzeichnend für die Soziale Phobie postuliert. Die Autoren beziehen sich auf Studien, die bei hoch sozialängstlichen Personen nach phobischen Situationen beeinträchtigte Konzentration, vermehrtes Grübeln, Erinnerungen mit intrusivem Charakter und anhaltende Verarbeitung fanden, jedoch stehen diesbezügliche Untersuchungen an Patienten mit Sozialphobie noch aus.

**Motorisch-behaviorale Angstebene.** Auf der motorisch-behavioralen Ebene verbindet sich soziale Angst mit inadäquatem Verhalten, Flucht oder Vermeidung. Inadäquates Verhalten reicht von unsicherem oder vermiedenem Blickkontakt über unpassende Gestik und Mimik, Verschlossenheit im Gespräch und Distanziertheit im Kontakt (Vermeidung von Kommunikation und Interaktion) bis hin zu fehlangepaßten, ineffizienten komplexen Verhaltensweisen in zwischenmenschlichen Situationen. Dabei kann das gezeigte inadäquate bzw. nicht gezeigte (vermiedene) Verhalten zweierlei bedeuten: entweder mangelt es dem Betroffenen an sozialen Fähigkeiten und Fertigkeiten (Defizite), oder der Betroffene verfügt über adäquate soziale Fähigkeiten und Fertigkeiten, ist aber aufgrund seiner Angst nicht in der Lage, davon Gebrauch zu machen.

An die Stelle sozial adäquaten Interaktionsverhaltens tritt – wenn die Situation nicht gänzlich vermieden wird oder werden kann – in der als bedrohlich eingeschätzten Situation (Kritik, Bewertung, Peinlichkeit etc.) das von Clark und Wells (1995) konzeptualisierte „Sicherheitsverhalten“. Dieses besteht aus produzierten Verhaltensweisen im Sinne aktiven Handelns, das dazu dienen soll, vermeintliche Schwächen und Fehler vor anderen zu verhüllen und befürchtete Katastrophen präventiv abzuwenden (z. B. Jacke tragen, um Schwitzen zu verbergen; beim Trinken beide Hände benutzen, um Zittern zu verhindern; Beschäftigung demonstrieren, wenn Mittelpunktssituationen drohen etc.). Hiemisch (2000) weist eine „Umkehr der Bewußtseinslagen“ bei Sozialphobikern nach. Danach entfällt die im Normalfall den Handlungen vorausgehende Phase des Abwägens von Zielen zur Intentionbildung von realisierbaren und wünschbaren Handlungen. Das Impulsziel von Sozialphobikern, einen guten Eindruck zu machen, wird sofort zur Intention. Die ohne Abwägung eintretende planende Bewußtseinslage kann jedoch von den Betroffenen nicht realisiert werden, wodurch die empfundene Gefahr nicht beseitigt wird und die Angst zunimmt. Die Intention „trägt somit gewissermaßen zum Mißlingen ihrer eigenen Realisierung bei“ (S. 109).

Die Angst kann sich derart steigern, dass Fluchtimpulse aufkommen. Wenn es möglich ist, werden die phobischen Situationen verlassen oder ganz vermieden. Da Vermeidung kurzfristig eine angst-reduzierende Wirkung hat, jedoch langfristig jede Erfahrung verhindert, dass die Situationen nicht wirklich gefährlich sind, wirkt Vermeidung als aufrechterhaltende Bedingung der Angst. Anhaltende Vermeidung kann die (Weiter-)Entwicklung sozialer Kompetenzen verhindern und bestehende soziale Defizite stabilisieren und vermehren. Zunehmende Defizite wiederum könnten zu einer Ausweitung der Angst und in der Folge zu weiterer Vermeidung führen - ein Teufelskreis entsteht. Im Extremfall kann anhaltende Vermeidung zur sozialen Isolation führen, in der kaum noch Gelegenheit zur Interaktion mit anderen Menschen besteht (Schweregrad der Sozialen Phobie, s. Abschnitt 2.2). In Zeiten des Internets ist es möglich, auch Menschen in Forschungsstudien einzu-beziehen, die aufgrund ihrer extremen sozialen Ängste sehr zurückgezogen leben, wie das folgende Beispiel aus den USA zeigt.

Dort verglichen Erwin et al. (2004) 354 via Internet rekrutierte Personen, die Informationen über Sozialphobie per Internet sammelten, mit 229 Personen, die in einer Klinik nach Behandlung ihrer sozialen Ängste fragten sowie mit 36 nichtklinischen Probanden. Alle Studienteilnehmer wurden anhand von Skalen zur Erfassung von Sozialphobie eingeschätzt (die Internet-Gruppe füllte die Skalen per Internet aus). Es zeigte sich, dass 92.1% der Internet-Nutzer die Kriterien einer Sozialphobie erfüllten, wovon 88.14% nach dem generalisierten Subtyp eingestuft wurden. Die Internet-Nutzer erreichten wesentlich höhere Testwerte als die klinische Vergleichsgruppe; sie strebten – trotz intensiver Informationssammlung über Sozialphobie - keine Behandlung an, verbrachten teilweise extrem viel Zeit im Internet (generalisierter Subtyp), unterhielten virtuelle Kontakte zu anderen Betroffenen, vorwiegend, um sich über ihre Beeinträchtigungen auszutauschen, vermieden weitgehend Face-to-Face-Kontakte und hatten nur wenige zwischenmenschliche Beziehungen außerhalb des Internets.

Menschen mit extrem ausgeprägten sozialen Ängsten vermeiden also möglicherweise nicht nur vermehrt soziale Interaktionen in ihrem Alltagsleben, sondern werden eventuell auch in Behandlungseinrichtungen seltener gesehen, weil ihre sozialen Ängste und/oder Defizite zu ausgeprägt sind, um selbst die minimalen Interaktionen zur Einleitung einer Behandlung zu bewältigen (mit dem Hausarzt sprechen, sich für die psychologische Behandlung anmelden usw.).

Dally et al. (2005) stellten bei 455 (45%) von 930 stationären Patienten mit unterschiedlichen schwereren Störungen starke soziale Ängste fest. Auch hier stand bei vielen Patienten weitreichendes Vermeidungshalten mit gravierenden Beeinträchtigungen in unterschiedlichen Lebensbereichen im Vordergrund. Mit Hoffmann (1999) betonen die Autoren: „Ein großer Teil von ihnen lebt zurückgezogen und hat sich sozial isoliert; bei keiner anderen Patientengruppe ist das Vermeidungsverhalten so ausgeprägt, wie bei Patienten mit sozialen Ängsten“ (S. 175).

**Physiologische Angstebene.** Soziale Ängste können, ebenso wie andere Ängste auch, mit physiologischer Erregung einhergehen (Übersicht bei Gerlach, 2002; s. auch Abschnitt 2.2.3.1 zur Subtypen-Differenzierung der Sozialen Phobie anhand physiologischer Reaktionen). Typische Angstreaktionen in sozialen Situationen können sich in Form von Erröten, Zittern, Schwitzen, Herzklopfen, Verkrampfung, Kloß im Hals, erhöhtem Stuhl- oder Harndrang oder Übelkeit mit der Befürchtung, zu erbrechen, äußern. Dabei wird von den Betroffenen häufig angenommen, dass schon kleinste Anzeichen von anderen Menschen wahrgenommen würden, was häufig nicht der Fall ist. Ganz besonders das Erröten und Schwitzen, zwei physiologische Reaktionsformen, die bei anderen Phobien nicht auftreten, können jedoch auffallen und von anderen Menschen bemerkt werden. Physiologische Angstreaktionen können entweder durch das reale Erleben oder durch die bloße Vorstellung der Angstreaktion in oder vor sozialen Situationen ausgelöst werden (Angst vor der Angst).

### **Konstrukt der sozialen Angst**

Das theoretische Konstrukt der sozialen Angst wird in der vorliegenden Arbeit verstanden als emotionales Angsterleben, das in Form eines aktuellen Zustands (*state*) oder einer überdauernden Bewertungs- und Verhaltensdisposition (*trait*) als Reaktion auf eine subjektiv wahrgenommene selbstwertrelevante Bedrohung in oder vor objektiv ungefährlichen sozialen Situationen auftritt. Die Angstemotion kann intra- und interindividuell nach Intensität und Ausdruck stark variieren und manifestiert sich in Abhängigkeit davon auf der kognitiven und/oder der Verhaltensebene und/oder physiologischen Ebene. (Die physiologischen Reaktionen bleiben in der vorliegenden Untersuchung weitestgehend unberücksichtigt.)

### **2.1.2 Soziale Defizite**

Um dem Begriff der sozialen Defizite näherzukommen, ist ein Rückgriff auf dessen positive Bezugspunkte – soziale Kompetenzen, Fähigkeiten, Leistungen – erforderlich. Soziale Fähigkeiten und Leistungen werden als „soziale Kompetenz“ bezeichnet - oder auch, im Plural, als soziale Kompetenzen. Dies wirft mehrere Fragen auf: Gibt es *eine* soziale Kompetenz oder mehrere? Gibt

es eine Art sozialer Basiskompetenz? Sind die sogenannten Schlüsselkompetenzen gemeint? Ist das sichtbare soziale Verhalten gemeint?

Zur Definition sozialen Verhaltens stellte Wlazlo (1989, S. 4) mit Curran (1982) fest, dass „jeder irgendwie weiß, was das richtige (kompetente) Verhalten ist, aber niemand kann es explizit definieren bzw. operationalisieren“. Knapp zwei Jahrzehnte später existiert noch immer keine einheitliche oder gar vollständige, wissenschaftliche Definition sozialer Kompetenz, und wenig spricht dafür, dass es sie in naher Zukunft geben wird. Dafür sind die Fähigkeiten und Fertigkeiten sozial angemessenen Verhaltens zu komplex und die Zahl sozialer Situationen und ihrer spezifischen Anforderungen zu vielfältig. Eine große Zahl mehr oder weniger sich überschneidender Konzeptionen sozialer Kompetenz(en) fokussiert jeweils einzelne Aspekte des Phänomens, während dabei unterschiedliche Konstrukte und Begriffe gleichsinnig verwendet werden, z. B. soziale Sensitivität, soziale Fertigkeiten, interpersonale Kompetenz, soziale Geschicklichkeit, emotionale Intelligenz, soziale Intelligenz. Kürzlich brachte Kanning (2003) den „kleinsten gemeinsamen Nenner“ zahlreicher wissenschaftlicher Beiträge zur Konzeptualisierung des sozialen Kompetenzbegriffs einleitend mit den Worten auf den Punkt, „dass soziale Kompetenz ‚irgendwas‘ mit zwischenmenschlichen Interaktionen“ zu tun habe (S. 11).

Der von Thorndike (1920) in Abgrenzung zur akademischen Intelligenz geprägte Begriff der „sozialen Intelligenz“ markierte den Anfang der wissenschaftlichen Auseinandersetzung mit dem Phänomen der sozialen Kompetenz. Thorndike definierte soziale Intelligenz als „the ability to understand and manage men and women, boys and girls – to act wisely in human relation“. Jedoch scheiterten die daraufhin einsetzenden Bemühungen, diese Fähigkeit mit entsprechenden Leistungstests zu erfassen. Eine ähnlich globale definitorische Reichweite von sozialer Kompetenz findet man auch heute noch. Fliegel et al. (1993) verstehen unter sozialer Kompetenz die „Fähigkeit, einen Kompromiß zwischen Selbstverwirklichung und sozialer Anpassung zu finden“. Andere Sichtweisen sozialer Kompetenz greifen wiederum sehr kurz, wenn sie sich vor allem auf soziale Fertigkeiten beziehen (Becker und Heimberg, 1988; Heimberg und Juster, 1995) oder soziale Kompetenz auf spezifische Aspekte eingrenzen (Selbstsicherheit, Selbstbehauptung: Ullrich und Ullrich de Muynck, 1980).

Eine differenzierte Definition, die sowohl prozessrelevante Elemente als auch ergebnisbezogene Dimensionen einbezieht, stammt von Hinsch und Pfingsten (1998, S. 13, in teilweiser Anlehnung an Döpfner et al. 1981). Hinsch und Pfingsten bezeichnen soziale Kompetenzen als „Verfügbarkeit und Anwendung von kognitiven, emotionalen und motorischen Verhaltensweisen, die in bestimmten sozialen Situationen zu einem langfristig günstigen Verhältnis von positiven und negativen Konsequenzen für den Handelnden führen“. Die Autoren betonen (im Gegensatz zu Döpfner et al.) bewusst die langfristigen, nicht die kurzfristigen Konsequenzen, und verzichten explizit auf das Bestimmungsstück gesellschaftlicher Akzeptanz in ihrer Definition sozialer Kompetenz, da bestimmte Verhaltensweisen – Hinsch und Pfingsten nennen Zivilcourage als Beispiel – unter Umständen nicht als sozial kompetent angesehen würden (S. 55).

Erweitert man die Suche nach einer Definition auf das berufliche Feld, in der Annahme, dass dort ein übergeordnetes Konstrukt sozialer Kompetenz vorliegen müßte, da in fast jeder Stellenanzeige soziale Schlüsselqualifikationen explizit gefordert werden, stößt man auf die gleichen Schwierigkeiten: auch dort wird vergeblich nach einem elaborierten Konstrukt gefahndet. Man trägt jedoch aus der Vielzahl von Definitionen grundlegende Elemente zusammen, die zu sozialem Verhalten führen, und die im Einklang mit der obigen Definition von Hinsch und Pflingsten (1998) stehen: Interaktion, Situationsspezifität, Zielrealisierung, Zweckrationalität (Schuler und Barthelme, 1995). Doch die sozialen Schlüsselqualifikationen, die in beruflichen Zusammenhängen neben spezifischen Fach- und Methodenkompetenzen einen hohen Stellenwert haben, werden klar benannt (Seyfried, 1995). Erwartet werden etwa Sensibilität für Interaktionsprozesse, ein hohes Maß an Selbsterkenntnis, Selbst- und Fremdwahrnehmung, die Fähigkeit zur Zusammenarbeit und zum selbstgesteuerten Lernen, Kommunikationsfähigkeit, interpersonale Flexibilität, Mut zur Kritik und Konfliktfähigkeit (auch dann, wenn der Arbeitsdruck hoch ist oder interindividuelle soziale oder fachliche Kompetenzunterschiede bestehen). Zweifelsohne ist auch in den meisten Alltagssituationen davon auszugehen, dass die Kenntnis, Verfügbarkeit und Anwendung dieser Schlüsselkompetenzen „gewinnbringend“ ist.

Kompetenzen sind also als Fähigkeiten aufzufassen und bilden damit die Voraussetzung für kompetentes Verhalten. Allgemein werden Fähigkeiten in der Persönlichkeitspsychologie definiert als „Persönlichkeitseigenschaften, die Leistungen ermöglichen. Leistungen sind Ergebnisse von Handlungen, die nach einem Gütemaßstab bewertbar sind: Das Ergebnis (also die erbrachte Leistung) ist gut oder schlecht. Die erzielte Leistung in einer bestimmten Aufgabe hängt sowohl von der Fähigkeit als auch von der Anstrengung ab (der Stärke der Leistungsmotivation beim Lösen der Aufgabe [...]). Deshalb können Fähigkeitsunterschiede zwischen Personen nur mit Einschränkung durch ihre Leistungsunterschiede operationalisiert werden. Leistungstests bilden nur dann Fähigkeitsunterschiede ab, wenn die Probanden sich beim Test in gleicher Weise anstrengen. Dieses Grundproblem wird auch als Kompetenz-Performanz-Problem bezeichnet: Die Performanz (realisierte Leistung) in einer Aufgabe ist nur bei gleicher Motivationsstärke ein gutes Maß der Kompetenz (Fähigkeit)“ (Asendorpf, 2004, S. 184).

Dies wirft bereits einen Blick auf die Schwierigkeiten, die mit der Messung sozialer Kompetenz- und Performanz-Defizite grundsätzlich verbunden sind; und es läßt ahnen, dass das Problem weiter anwächst, wenn bei der Sozialen Phobie die Angstemotion als Antagonist sozial kompetenten Verhaltens in Erscheinung tritt.

Morrison und Bellack (1981) vermißten in der Forschung zum Phänomen der sozialen Kompetenz(defizite) – die sich weitestgehend auf Analysen einzelner Verhaltenskomponenten (Blickkontakt, Lautstärke der Stimme etc.) konzentrierte –, durchgängig den von Trower (1979) diskutierten Aspekt der sozialen Wahrnehmung (*social perception*). In Übereinstimmung mit Tagiuri (1969) verstehen Morrison und Bellack (1981) soziale Wahrnehmung als „processes by

which man comes to know and to think about other persons, their characteristics, qualities, and inner states" (S. 70). Bei Rothenberg (1970) fanden die Autoren diesen Aspekt – dort auf die kindliche Wahrnehmung bezogen - als *social sensitivity* definiert, womit die Fähigkeit gemeint ist, „to accurately perceive and comprehend the behavior, feelings, and motives of other individuals“ (Morrison und Bellack, 1981, S. 71). Seinerzeit begann man zu erforschen, wie Kinder lernen, ihre soziale Umwelt mentalistisch zu interpretieren und Vorläufer einer „Theory of Mind“ zu entwickeln (vgl. Oerter und Montada, 1998). Das erst vor rund zwei Jahrzehnten entstandene Konstrukt der Theory of Mind (ToM) bezeichnet die Fähigkeit des Erwachsenen, sich in andere Menschen hineinzusetzen, um deren Gedanken, Wahrnehmungen, Absichten und Motive zu verstehen. Über eine intakte ToM zu verfügen, gilt als notwendige Bedingung sozialen Verhaltens. Die Erforschung der ToM ist von hoher interdisziplinärer Relevanz (Kognitionswissenschaft, Entwicklungspsychologie, Psychiatrie, Neurobiologie, insbesondere Hirnforschung; vgl. Beiträge bei Förstl, 2007).

Somit kann festgehalten werden, dass in sozialen Situationen zwei Aspekte relevant sind, die mittlerweile auch im Zusammenhang mit interaktionellen Schwierigkeiten bei der Sozialen Phobie gesehen werden (z.B. Fydrich, 2002; Hopko, 2001):

***ein prozessbezogener, subjektiver, kognitiver Aspekt,***

der als eigentliche soziale Kompetenz aufzufassen ist und zusammengenommen als „Wissenskompetenz“ verstanden werden kann. Damit sind alle nicht direkt beobachtbaren Fähigkeiten und Fertigkeiten gemeint, die sozial kompetentes Verhalten in einer komplexen sozialen Situation generieren;

***und ein ergebnisbezogener, objektiver, motorisch-behavioraler Aspekt,***

der als soziale Performanz bezeichnet wird. Soziale Performanz äußert sich als motorisches und verbales Resultat sozialer Kompetenz in Form von beobachtbarem adäquatem Verhalten.

### **2.1.2.1 Soziale Kompetenz (social skills)**

Die soziale Kompetenz (social skills) umfasst bewusste und unbewusste Vorgänge der sozialen Wahrnehmung und Informationsverarbeitung (vgl. Morrison und Bellack, 1981; Borgart, 1982; McFall, 1982; Döpfner, 1989; s. auch Fydrich, 2002). Zur sozialen Wahrnehmung gehören sowohl Einfühlungsvermögen als auch die adäquate Einschätzung der Absichten und Motive anderer Menschen, das Wissen um die Bedeutung nonverbaler Verhaltens sowie die Kenntnis und angemessene Einordnung einer Situation unter Berücksichtigung des jeweiligen situativen Kontextes. Weiterhin beinhaltet soziale Wahrnehmung die Fähigkeit, das eigene Verhalten in der (potentiellen) Wirkung auf andere antizipatorisch einzuschätzen (Morrison und Bellack, 1981). Wesentliche Bestandteile der Informationsverarbeitung sind Speicherungs- und Steuerungsfähigkeiten hinsichtlich der wahrgenommenen Informationen und Signale. Das Zeigen von sozial kompetentem Verhalten vollzieht sich nach McFall (1982) über drei Stufen der Informationsverarbeitung: 1. Interpretation: adäquates Erkennen sozialer Hinweisreize; 2. Entscheidung: Auswahl situationsangemessenen Verhaltens; 3. Durchführung: konkrete motorische und sprachliche Ausführung und Kontrolle des Verhaltens. Döpfner (1989) postuliert einen durch Rück-

kopplungen unterbrochenen, achtstufigen Ablauf sozialer Informationsverarbeitung: (1) selektive Wahrnehmung sozialer Hinweiszeichen, (2) Interpretation sozialer Hinweiszeichen, (3) Entwicklung von Handlungsalternativen, (4) Antizipation von Handlungskonsequenzen, (5) Bewertung der Handlungsalternativen, (6) Entscheidung für eine Handlungsalternative, (7) Aufbau von Handlungsplänen, (8) Verarbeitung der Handlungskonsequenzen. Zur Bewertung des Modells zieht der Autor allerdings empirische Befunde heran, die an Stichproben von Kindern und Jugendlichen gewonnen wurden, wobei die Beziehungen zwischen den einzelnen Modellphasen und dem Sozialverhalten auch nicht durchweg bestätigt werden konnten.

Trower (1980) trifft hinsichtlich sozialer Kompetenzen (*social skills*) eine Unterscheidung zwischen „*skill processes*“ und „*skill components*“. Die Fähigkeiten zur Prozesssteuerung (*skill processes*) umfassen danach alle das Verhalten vorbereitenden Prozesse der Wahrnehmung, Interpretation, Steuerung, Speicherung sowie die Aktivierung von Verhalten. Die Komponenten (*skill components*) hingegen sind nicht die gezeigten Verhaltensweisen selbst, sondern gelernte, verfügbare, im Gedächtnis gespeicherte kleinere und größere Verhaltenskomponenten, die – angepaßt an die entsprechende Situation – aktiviert werden können (Verhaltenselemente, Verhaltenssequenzen, komplex organisierte Verhaltensweisen). Sowohl die prozessualen Fähigkeiten als auch die gespeicherten Verhaltenskomponenten gelten als intrapersonale Persönlichkeitseigenschaften (Stravynski und Amado, 2001, zit. nach Fydrich, 2002).

Liegen Beeinträchtigungen bei der kognitiven Informationsverarbeitung vor, geben Hinsch und Pflingsten (1998) zu bedenken, dass nicht von Verzerrungen und Defiziten, sondern besser von unpassenden oder dysfunktionalen Voraussetzungen gesprochen werden sollte, weil „bestimmte Arten von Kognitionen, auch wenn sie realistisch sind, dennoch für die Generierung sozial kompetenten Verhaltens ungünstig sein können“ (S. 27). Real vorhandene dysfunktionale Kognitionen schließen jedoch nicht aus, dass außerdem soziale Kompetenzdefizite im Sinne eines tatsächlich vorhandenen Mangels vorliegen könnten. Zieht sich zum Beispiel eine sozialängstliche Person im Gespräch zurück, ohne dass es dafür einen objektiven Anlaß gäbe, so könnte dies bedeuten, dass (*zusätzlich* zu vorliegenden dysfunktionalen Kognitionen, z. B. der Überzeugung, vom Gegenüber als dumm und ungeschickt angesehen zu werden) etwa ein Mangel an Interpretationsfähigkeit in Bezug auf die Äußerungen des Gegenübers vorliegt; oder dass es der Person an bereits gelernten Verhaltenskomponenten dahingehend fehlt, wie man sich bei Verständnisproblemen, Meinungsverschiedenheiten oder Konflikten angemessen verhalten kann, um die Interaktion aufrecht zu erhalten und positive Konsequenzen zu erwirken. Auch das von Clark und Wells (1995) beschriebene „Sicherheitsverhalten“ in sozialen Situationen als Resultat angstbesetzter dysfunktionaler Kognitionen, das als Copingstrategie verstanden werden kann, erlaubt nicht zu erkennen, ob zusätzlich Kompetenzdefizite vorliegen oder nicht.

Bekannt ist, dass anhaltendes Vermeidungsverhalten zu Minderleistungen, schnellem Aufgeben, zu Interessensverlusten an der Bewältigung von Aufgaben und Herausforderungen und in der Folge zu eingeschränktem Wohlbefinden und dysfunktionalen Copingstilen führt (Reeve, 2005). Untersuchungen an gesunden Personen zeigen, dass Versagensangst und negative Kompetenz-

erwartung eindeutig auf Vermeidung hin orientiert sind, und dass Vermeidung als eine von drei eigenständigen Orientierungen, d.h. generellen Formen der Selbstregulierung gesehen wird. Das Vermeidungszielstreben (*performance-avoidance goal*) unterscheidet sich deutlich von den anderen beiden Orientierungen: vom Streben nach Leistungsannäherung (*performance-approach goal*) – dem Erreichenwollen günstiger Bewertung durch andere; nicht schlechter dastehen als diese –, sowie vom Streben nach Aufgabenbeherrschung und Kompetenzentwicklung (*mastery goal*). Vermeidungszielstreben ist negativ mit intrinsischer Motivation und Leistungsstreben assoziiert (Elliot und Church, 1997). Es wird als spezifische, kognitiv-dynamische Repräsentation des eher abstrakten Motivs, Versagen zu vermeiden, konzeptualisiert und konnte mit negativen Auswirkungen nicht nur hinsichtlich leistungs- und zielbezogener Aufgabenerfüllung, sondern auch mit Beeinträchtigungen hinsichtlich der Selbstachtung, der persönlichen Kontrolle, der Vitalität, der Lebenszufriedenheit und des Wohlbefindens in Verbindung gebracht werden (Elliot und Sheldon, 1997).

Bei Menschen mit Sozialer Phobie – zumal wenn ausgedehnte Vermeidung vorliegt – ist es wahrscheinlich, dass außer dysfunktionalen Kognitionen auch tatsächliche Kompetenzdefizite vorliegen (vgl. motorisch-behaviorale Angstebene, Abschnitt 2.1.1, Studien von Erwin et al. (2004) und Dally et al. (2005)). Auch die von Beck et al. (1995) beschriebene „Grundstrategie“ der Vermeidend-Selbstunsicheren Persönlichkeitsstörung (Vermeidung von Situationen und kognitive Vermeidung), die sich mit der Symptomatik der schweren (generalisierten) Form der Sozialphobie überlappt, legt das Vorhandensein von Kompetenzdefiziten aufgrund anhaltender Vermeidung nahe.

Offen bleibt die Frage, ob „hinter“ der Angst ein tatsächlicher Kompetenzmangel vorliegt oder nicht: „[...] people with social anxiety disorder may possess adequate social skills but fail to enact them as a result of anxiety or negative beliefs about the behaviours, giving the appearance of social skill deficits when, in fact, this is not the case“ (Rodebaugh et al., 2004, S. 886; vgl. auch Baker und Edelman, 2002).

### **2.1.2.2 Soziale Performanz (social performance)**

Soziale Performanz (*social performance*) – das *gezeigte*, objektiv beobachtbare Verhalten – läßt sich in kein Schema fassen, das für alle situativen Anforderungen gleichermaßen gilt. Hinsch und Pfingsten (1998) verweisen auf faktorenanalytische Untersuchungen (Ullrich et al., 1978; Brandau und Ruch, 1982), wonach gezeigte Verhaltenskompetenz nicht als situationsübergreifende Persönlichkeitseigenschaft zu verstehen sei. In der Literatur finden sich mehrere Vorschläge für eine Einteilung sozialen Verhaltens, die nachfolgend skizziert werden.

**Globale Verhaltensweisen.** Um sozial kompetent zu Kompromissen zwischen Selbstverwirklichung und sozialer Anpassung zu kommen, um als sozial handelnde Person ein langfristiges günstiges Verhältnis von positiven und negativen Konsequenzen zu erreichen (vgl. Definitionen sozialer Kompetenz), lassen sich unterschiedliche, umfassende Verhaltensweisen benennen, die in

bestimmten sozialen Situationen entsprechend effizient sind. Mehr als eine Aufzählung, die beliebig verlängert werden könnte, läßt sich allerdings nicht erreichen. Beispiele für komplex organisiertes, sozial kompetentes Verhalten in spezifischen Situationen gibt die folgende Übersicht (übernommen von Fydrich, 2002, S. 184):

- Gespräche beginnen und aufrechterhalten	- kooperieren
- erwünschte Kontakte arrangieren	- anderen helfen
- lächeln und freundlich sein	- bei Konflikten nach Lösungen suchen
- auf Kontaktangebote reagieren	- Änderungen bei störendem Verhalten verlangen
- unerwünschte Kontakte beenden	- ungerechtfertigte Forderungen zurückweisen
- um Hilfe oder Gefallen bitten	- sich nicht unterbrechen lassen
- Komplimente geben und akzeptieren	- Widerspruch äußern
- Gefühle zeigen und evtl. artikulieren	- sich entschuldigen
- „Nein“ sagen können	- Schwächen eingestehen
- auf Kritik angemessen reagieren	

**Einteilung nach vorherrschenden Zielen.** Zur Klassifizierung sozialer Verhaltensweisen schlagen Hinsch und Pfungsten (1998) auf dem Hintergrund klinischer Erfahrungen eine phänomenologische Strukturierung nach Zielen vor (s. auch Hinsch und Wittmann, 2003), die in bestimmten Situationen für den Handelnden Priorität besitzen. Die Autoren nennen drei zielbezogene Situationstypen, in denen jeweils spezifische zielbezogene Fähigkeiten und Fertigkeiten erforderlich sind:

- *Recht durchsetzen (Typ R):* Erfüllung eigener Forderungen, legitimiert durch gesellschaftliche Normen oder Konventionen oder Gesetzeslage (z. B. Umtausch fehlerhafter Ware); erforderliche Skills: z. B. Blickkontakt, lautes deutliches Sprechen, keine Entschuldigungen. Gefühle spielen keine oder eine untergeordnete Rolle.
- *Beziehungen (Typ B):* Forderungen kommen ebenfalls oft vor, vorrangig ist jedoch das Ziel, die Beziehung (zum Lebenspartner, zu Freunden usw.) zu erhalten oder zu verbessern; bei der Durchsetzung eigener Forderungen geht es daher eher um Einigung. Gefühle, Bedürfnisse und Verständnis stehen im Vordergrund.
- *um Sympathie werben (Typ S):* Ziel ist, andere für sich gewinnen, ihnen das Bild eines netten, sympathischen Menschen von sich selbst zu vermitteln, ggf. um eigene (nicht legitimierte) Forderungen zu realisieren oder um kurzfristig eine gute Beziehung herzustellen oder konkrete Anliegen zu verwirklichen (z. B. Kontaktaufnahme, Kennenlernen anderer Menschen, Geschäfte machen, bevorzugte Behandlung erreichen); erforderliche Skills: z. B. Interesse bekunden, Nachfragen, den anderen bestärken, Komplimente machen.

„Soziale Kompetenz ist dann gegeben, wenn man in der Lage ist, die der jeweiligen Situation angemessenen Verhaltensweisen zu zeigen. Dazu gehört auch, dass man sein Verhalten den Situationsanforderungen entsprechend schnell und flexibel verändern kann“ (Hinsch und Wittmann, 2003, S. 55). Erfolgreiche Verhaltenskonsequenzen werden aber nicht nur durch Schnelligkeit und Flexibilität bestimmt, sondern auch durch die Fähigkeit, die Situationstypen auseinander zu halten und kurzfristige von langfristigen Folgen unterscheiden zu können. In der Interaktion mit emotional nahestehenden Personen und dem vorherrschenden Ziel, Beziehungen zu wahren oder zu verbessern, wird durch Fehlinterpretation einer Situation kurzfristig ein Ziel erreicht, „damit aber auf längere Sicht ein anderes, wichtigeres missachtet oder verfehlt“ (S. 113),

insofern könne dann nicht von erfolgreichem Verhalten gesprochen werden. Daran wird deutlich, dass es von vorhandenen sozialen Kompetenzen abhängt, ob angemessenes Verhalten resultieren kann oder nicht.

**Einteilung nach Interaktions- und Leistungssituationen.** Eine andere Klassifikation von Verhaltensweisen, die für die Beschreibung der sozialphobischen/sozialängstlichen Symptomatik besondere Bedeutung erlangt hat, ist die Unterscheidung des Verhaltens nach Interaktions- und Leistungssituationen (Liebowitz, 1987; Leary, 1983a; vgl. DSM-IV Störungskriterien, Anhang 1). In Interaktionssituationen ist eine Person interaktiv involviert. Sie muss das Verhalten anderer wahrnehmen und ihr eigenes Verhalten fortwährend der Situation anpassen. Interaktionssituationen sind zwanglos und unstrukturiert, die an einen selbst gestellten Erwartungen sind nicht definiert, die Situation ermöglicht Rückmeldungen zum eigenen Verhalten durch den bzw. die Interaktionspartner, der Bewertungsaspekt spielt eine untergeordnete Rolle. In diese Kategorie fallen beispielsweise das Mittagessen mit Kollegen, Partygespräche oder der Smalltalk mit Nachbarn.

In Leistungssituationen ist die Person beim Sprechen oder Handeln der Beobachtung anderer Menschen ausgesetzt. Es kann sich um eine mehr oder weniger deutliche Mittelpunktssituation handeln, und der Bewertungsaspekt kann im Vordergrund stehen oder fehlen. Stangier et al. (1999) machen darauf aufmerksam, dass die englische Bezeichnung *performance situation* häufig fälschlicherweise mit Leistungssituation übersetzt werde. So umfassen Performanz-Situationen auch unspektakuläre Handlungen wie etwa vor anderen zu essen, zu trinken, zu schreiben oder öffentliche Toiletten zu benutzen. Die klassischen Leistungssituationen sind hingegen Prüfungs- und Präsentationssituationen, wie einen Standpunkt gegenüber Kollegen vertreten, eine Rede auf einer Hochzeit halten, einer Mitgliederversammlung eine Präsentation vorführen. Die Person steht im Mittelpunkt und ist der Beobachtung und Bewertung anderer ausgesetzt. Performanzsituationen dieser Art sind strukturiert, mit klaren sachbezogenen und Verhaltenserwartungen und Anforderungen verbunden, der Bewertungsaspekt ist zentral, während Rückmeldungen zum eigenen Verhalten in den Hintergrund treten.

**Sozialer Kontext, Verhalten der anderen.** Eine Kategorisierung nach Interaktions- und Leistungssituationen erscheint plausibel, ist jedoch in Bezug auf den Bewertungsaspekt zweifelhaft, denn in beiden Situationstypen findet eine Bewertung durch andere statt, lediglich hinsichtlich unterschiedlicher Dimensionen und Qualitäten der eigenen Fähigkeiten und des Verhaltens. So unterstreicht Buss (1980) zwar die Verschiedenheit von Leistungs- und Interaktionssituationen, gibt jedoch zu bedenken, dass selbst in dyadischen Interaktionssituationen (z. B. Person des anderen Geschlechts beim Tanzen kennenlernen; künftige Schwiegereltern kennenlernen) Bewertungen von erheblichem Ausmaß stattfinden. Soziale Situationen sind nach Buss in zwei Hauptkategorien zu differenzieren: nach Kontextmerkmalen und nach dem Verhalten der anderen Personen. Die Kontextmerkmale, die sich sowohl auf Interaktions- als auch auf Leistungssituationen beziehen lassen (Ausmaß der erhaltenen Aufmerksamkeit, Zahl der anwesen-

den Personen, Bekanntheitsgrad der anderen Personen, Formalität der Situation) determinieren dabei das Ausmaß der Angst.

Tabelle 2  
 „Features of social contexts that cause social anxiety“ (Buss, 1980, S. 207)

Feature	Less social anxiety	More social anxiety
Size	Two-person	Group
Amount of attention	Give-and-take	On-stage
Familiarity with the people	Familiar	Novel
Formality	Informal	Formal
Extent of evaluation	Neutral	Evaluative

Die zweite von Buss genannte Kategorie – das Verhalten der anderen – ist ein in der Forschungsliteratur zur Sozialphobie kaum beachteter Aspekt. Das Verhalten der anderen meint beispielsweise, dass vom Gegenüber oder der Gruppe zuviel oder zuwenig Aufmerksamkeit entgegengebracht werden kann (Schweigen, Ignorieren, Anstarren), was beim Betroffenen bereits im Normalfall Unsicherheit und bei vulnerablen Personen soziale Angst auslösen kann. Neutrale Bemerkungen (z. B. über jemandes Kleidung, Akzent, Gesten, Erscheinung) in einer Situation, in der man selbst gerade *nicht* auf irgendeinen Aspekt seines öffentlichen Selbst achten möchte, können Unbehagen, Verlegenheit oder Schüchternheit auslösen. Buss (1980, S. 208) gesteht: „I know. Several summers ago I shaved my head completely. That fall, when friends, relatives, colleagues, and students saw my hairless pate, the staring and banal remarks continued for weeks. When a busload of schoolchildren visited the campus, a boy suddenly yelled, ‘Hey, Kojak.’ I soon habituated to all this attention, all those repetitive remarks, but for a week or so I blushed more often and was much more aware of my impact on strangers“. Unerwartete Kommentare, Blicke, Gelächter, leichter Spott und harmlose Späße anderer Menschen können also, ohne dass dies von irgend jemandem beabsichtigt wird, das eigene Verhalten in Richtung sozialen Unbehagens deutlich beeinflussen (vgl. auch Anhang 2, DSM-IV-Störungsbeschreibung der Vermeidend-Selbstunsicheren Persönlichkeitsstörung: heftige Reaktionen bei geringsten Hinweisen auf Spott oder Hohn).

Ein weiteres Beispiel dafür, wie leicht bereits Personen mit *vorhandenen* sozialen Kompetenzen zu verunsichern sind, findet sich auch bei Hinsch und Pflingsten (1998): „Soziales Verhalten in einer konkreten Situation bewirkt beim Gesprächspartner ein fortlaufendes Feedback. Durch minimale Gesten, Blickzuwendung, ‚Mmh’s‘ und ‚Aha’s‘, Kopfnicken usw. signalisiert dieser Aufmerksamkeit, Zustimmung oder Ablehnung. Wie sich schon in Alltagsgesprächen leicht und eindrucksvoll demonstrieren läßt, führt ein Aussetzen des fortlaufenden Feedbacks bei fast allen Menschen zu einem typischen inkompetent-unsicheren Verhaltensmuster, nämlich zu einer Verlangsamung der Sprechgeschwindigkeit, zur Abnahme der Sprechfrequenz, Zunahme von Pausen usw.“ (S. 31).

**Verhaltensweisen, Verhaltenselemente, Verhaltenssequenzen.** Problematisch bleibt bei allen Charakterisierungen und Klassifizierungen sozialer Performanz, wie soziales Verhalten operationalisiert werden kann. Globale Verhaltensweisen sind wegen ihrer Komplexität schwierig zu messen, gleichgültig wie man sie kategorisiert. Deshalb wurde beobachtbares Verhalten zu

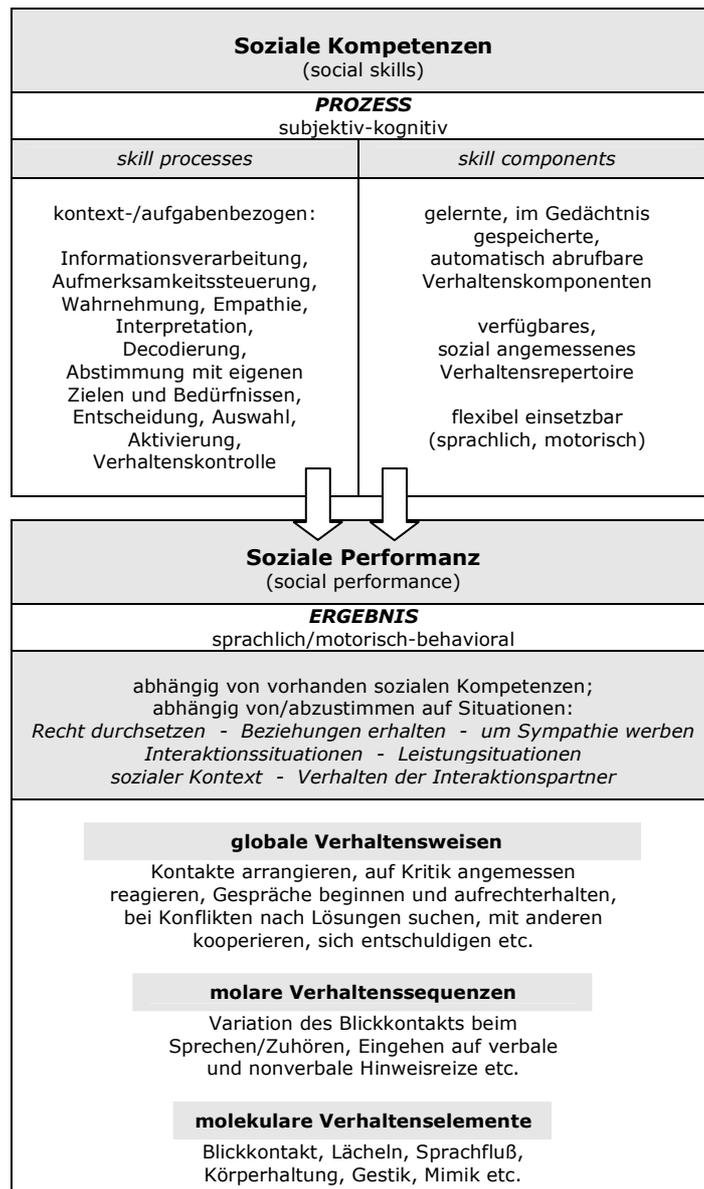
Beginn der Erforschung sozialer Defizite in überschaubare und quantifizierbare Einheiten und Einzelheiten ausdifferenziert. Nach Trower (1979) ist soziales Verhalten hierarchisch gegliedert. So werden auf der *molekularen* Ebene einzelne Verhaltensbestandteile erfasst (z. B. Dauer des Blickkontakts, Gestik, Mimik, Sprechdauer, Sprachfluß, Häufigkeit des Lächelns, Häufigkeit der „Äh’s“ und „Ah’s“). Deren Uneindeutigkeit und die fragliche Übertragbarkeit von auffälligen Befunden auf komplexe Interaktionen führte zu Beobachtungen von Verhaltenssequenzen in Interaktionen auf der *molaren* Ebene (Variation des Blickkontakts je nach Phase des Zuhörens bzw. Sprechens; Eingehen auf verbale und nonverbale Hinweisreize etc.). Schließlich wurde soziales Interaktionsverhalten über kurze, etwa drei- bis fünfminütige Rollenspiele beurteilt (z. B. Rede halten, Gespräch führen, unbekannte Person kennenlernen). Baker und Edelman (2002) beispielsweise zeichneten die Dauer des Sprechens, Schweigens, Lächelns, Augenkontakts während des Sprechens und Zuhörens sowie das Ausführen manipulativer Gesten von Sozialphobikern, Patienten mit anderen Angststörungen und gesunden Probanden während einer 9-Minuten-Konversation mit Gesprächspartnern auf, die in den Zweck der Studie eingeweiht waren. Anschließend schätzten Beobachter das gezeigte Verhalten anhand der Videos ein: nach Adäquatheit der Gesten, des Augenkontakts, des Lächelns, der Klarheit der Sprache, der Redeflüssigkeit und hinsichtlich der Gesamtheit des angemessenen Verhaltens. Bezüglich der Aussagekraft solcher Untersuchungen, in denen das Verhalten von Sozialphobikern und anderen klinischen Gruppen sowie gesunden Kontrollpersonen durch Verhaltensbeobachtung untersucht wurde, sind die Befunde insgesamt inkonsistent (z. B. Rapee und Lim, 1992; Stopa und Clark, 1993; Alden und Wallace, 1995). Zwar schätzten Sozialphobiker ihr eigenes Verhalten in Rollenspielen meist schlechter ein als gesunde Probanden, doch wurden Diskrepanzen hinsichtlich der Beobachter-Einschätzung bei der Beurteilung einzelner Verhaltenselemente und auch in Bezug auf die globalen Verhaltensweisen der untersuchten Sozialphobiker festgestellt.

Interessanterweise fanden Hofman et al. (2002, S. 232) Befunde in verschiedenen Studien (Leary 1983a; Leary et al., 1987; Patterson und Ritts, 1997), nach denen sozial ängstliche Personen bessere „soziale Kompetenzen“ in der Rolle als „aktive Zuhörer“ zeigen, da sie mehr lächeln und während des Zuhörens häufiger mit dem Kopf nicken. Auch in der Studie von Baker und Edelman (2002) zur Untersuchung von *social skills* lächelten Sozialphobiker häufiger im Gespräch. Nun müssen häufigeres Lächeln und Nicken aber nicht unbedingt ein Beleg für bessere Kompetenz sein – beides sind Verhaltenselemente, die gegenüber komplexeren kompetenten Verhaltensweisen (z. B. sich am Gespräch beteiligen, eigene Standpunkte vertreten, Vorschläge machen etc.) vergleichsweise leicht zu produzieren sind, ohne dass weitergehende Kompetenzen vorhanden sein müssen. Häufigeres Lächeln und Nicken könnten ebenso aus dem besonderen Bestreben von Sozialphobikern resultieren, einen guten Eindruck zu machen, um nicht schlecht bewertet zu werden.

Folgt man der Unterscheidung, dass soziale Kompetenz nicht das beobachtbare Verhalten, sondern die subjektiven, das Verhalten moderierenden, nicht beobachtbaren Prozesse darstellen, handelt es sich bei den Verhaltensmessungen der oben beschriebenen Art durchweg um

Beobachtungen der sozialen Performanz und nicht der sozialen Kompetenz. Die Begriffe werden in der Forschung bedauerlicherweise nicht einheitlich verwendet. Bleibt man bei der Unterscheidung zwischen Kompetenz und Performanz, kann also die soziale Performanz recht gut in einzelne Bestandteile ausdifferenziert werden. Zusammenfassend lassen sich die obigen Ausführungen zur Kompetenz und Performanz schematisch wie folgt darstellen:

Tabelle 3  
Soziale Kompetenzen und Soziale Performanz



Es bleibt jedoch fraglich, inwieweit Messungen der Performanz auch Aussagen über vorhandene oder fehlende soziale Kompetenzen zulassen. Außerdem sind soziale Situationen im Alltag ungleich komplexer, und gezeigtes oder nicht gezeigtes Verhalten kann dort gravierende Konsequenzen haben, die in experimentellen Settings schwer herstellbar sein dürften.

Abschließend zur sozialen Kompetenz und sozialen Performanz bei der Sozialen Phobie bleibt festzuhalten, dass die diesbezügliche Forschungslage insgesamt noch unbefriedigend ist. Zwar kann das komplexe Phänomen der sozialen Kompetenz theoretisch plausibel konzeptionalisiert werden, die Operationalisierung der fundamentalen *skill processes* und *skill components* erscheint jedoch angesichts der Vielzahl an interagierenden internen Faktoren und externen Einflussvariablen schwierig (Morrison und Bellack, 1981). Fydrich (2002a) stellt in seiner Übersichtsarbeit fest, dass neben den Untersuchungen zur Messung der sozialen Performanz das Vorliegen sozialer Kompetenz bislang nicht explizit untersucht wurde.

### **„Konstrukt“ der sozialen Defizite**

Die aktuelle Forschungslage verfügt also bislang über kein empirisch gesichertes Konstrukt sozialer Kompetenz/sozialer Performanz, der Forschungsstand macht jedoch deutlich, dass zumindest soziale Angst und soziale Defizite theoretisch voneinander unterschieden werden können. Unter Berücksichtigung der Kompetenz-Performanz-Differenzierung bezeichnet der Begriff der sozialen Defizite in der vorliegenden Arbeit einen mehr oder weniger ausgeprägten Mangel an sozialen Kompetenzen (*social skills*) und sozialer Performanz (*social performance*) im Sinne der oben dargestellten Konzeption dieser beiden Aspekte. Der Mangel an sozialen Kompetenz(en) wird als ein mehr oder weniger ausgeprägtes, subjektiv wahrgenommenes, kognitives Unvermögen (Nicht-Können) aufgefaßt, die Erwartungen, Absichten, Motive und Ziele anderer Menschen einschätzen und einordnen zu können. Der Mangel an sozialer Performanz wird als mehr oder weniger ausgeprägte subjektiv wahrgenommene Zurückhaltung und Distanz in sozialen Situationen verstanden (Nicht-Tun). Da Vermeidung bei der Sozialen Phobie in unterschiedlichem Ausmaß mit eingeschränkten oder fehlenden Interaktionen einhergehen kann, wird auch das mehr oder weniger ausgeprägte Fehlen von sozialen Kontakten als Merkmal des Performanz-Mangels angesehen. Gleichzeitig impliziert das Fehlen von Kontakten jedoch den bei der Sozialen Phobie typischerweise vorhandenen Wunsch nach sozialen Kontakten.

## **2.2 Die Soziale Phobie**

### **2.2.1 Störungsbild**

**Störungskriterien.** Eine frühe Definition klinisch relevanter sozialer Angst geht auf Marks und Gelder (1966) zurück. Erst 1980 wurde die Soziale Phobie als eigenständige Störung in die Kategorie der Angststörungen in das DSM-III (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*) aufgenommen, wobei der Fokus zunächst in enger Anlehnung an Marks und Gelder (1966) auf spezifischen Ängsten in eng umschriebenen Situationen lag. Die Autoren beschrieben die Soziale Phobie als "phobias of social situations, expressed variably as shyness, fears of blushing in public, of eating meals in restaurants, of meeting men or women, of going to dances or parties, or of shaking when in the center of attention" (S. 228).

Dies erwies sich bald als modifizierungsbedürftig: „Little data exist on the clinical aspects of social phobia. However, what data do exist suggest that social phobia is not as circumscribed as DSM-III

indicates, and that there are significant clinical ramifications for those individuals with the disorder" (Turner et al., 1986, bezugn. auf Liebowitz et al., 1985). Die weitere Erforschung der Sozialen Phobie (vgl. Beiträge bei Stangier und Fydrich, 2002) führte mit Erscheinen des DSM-III-R (1987) zur Unterscheidung zwischen einem spezifischen Typ der Sozialphobie mit Angst in einer oder in wenigen umgrenzten Situationen (Soziale Phobie), und einem generalisierten Subtyp, der eine generelle soziale Ängstlichkeit in vielen oder allen sozialen Situationen aufweist (Soziale Angststörung). Die generalisierte Sozialphobie wird als schwere Störungsausprägung der Sozialphobie mit weitreichenden Konsequenzen für den Lebensalltag der Betroffenen beschrieben, die erhebliche Symptomüberlappungen (soziale Ängste, soziale Defizite) mit der Vermeidend-Selbstunsicheren Persönlichkeitsstörung aufweist. Die Subtypen-Differenzierung der Sozialphobie wurde auch im DSM-IV (APA, 1994) beibehalten. Die Aufnahme der Sozialen Phobie als eigenständige Störung in das ICD (*Internationale Klassifikation psychischer Störungen*) erfolgte erst 1992 mit Erscheinen der ICD-10, jedoch wurde eine Unterscheidung nach Subtypen hier nicht vorgenommen.

In der ICD-10 wird die Soziale Phobie wie folgt beschrieben (Dilling et al., 1993):

<b>Soziale Phobie (F40.1)</b>
<p>Soziale Phobien beginnen oft in der Jugend, zentrieren sich um die Furcht vor prüfender Betrachtung durch andere Menschen in verhältnismäßig kleinen Gruppen (nicht dagegen in Menschenmengen) und führen schließlich dazu, daß soziale Situationen vermieden werden. Im Unterschied zu den meisten anderen Phobien sind soziale Phobien bei Männern und Frauen gleich häufig. Sie können klar abgegrenzt sein und beispielsweise auf Essen oder Sprechen in der Öffentlichkeit oder Treffen mit dem anderen Geschlecht beschränkt sein. Oder sie sind unbestimmt und treten in fast allen sozialen Situationen außerhalb des Familienkreises auf. Angst, in der Öffentlichkeit zu erbrechen, kommt vor. Direkter Augenkontakt wird in einigen Kulturen als ausgesprochen belastend empfunden. Soziale Phobien sind in der Regel mit einem niedrigen Selbstwertgefühl und Furcht vor Kritik verbunden. Sie können sich in Beschwerden wie Erröten, Hände zittern, Übelkeit oder Drang zum Wasserlassen äußern. Dabei meint der Patient manchmal, daß eine dieser sekundären Manifestationen seiner Angst das primäre Problem darstellt. Die Symptome können sich bis hin zu Panikattacken verstärken. In extremen Fällen kann beträchtliches Vermeidungsverhalten schließlich zu vollständiger Isolierung führen.</p> <p><i>Diagnostische Leitlinien:</i></p> <p>Für eine eindeutige Diagnose müssen alle folgenden Kriterien erfüllt sein:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Die psychischen, Verhaltens- oder vegetativen Symptome müssen primäre Manifestationen der Angst sein und nicht auf anderen Symptomen wie Wahn und Zwangsgedanken beruhen.</li> <li>2. Die Angst muss auf bestimmte soziale Situationen beschränkt sein oder darin überwiegen.</li> <li>3. Wenn möglich, Vermeidung der phobischen Situation.</li> </ol> <p><i>Dazugehörige Begriffe:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Anthropophobie</li> <li>- soziale Neurose</li> </ul> <p><i>Differentialdiagnose:</i></p> <p>Agoraphobie und depressive Störungen kommen oft gemeinsam vor, besonders bei Patienten, die schließlich gänzlich an das Haus gefesselt sind. Ist die Unterscheidung zwischen den [<i>sic</i>] und Agoraphobie sehr schwierig, soll vorzugsweise Agoraphobie diagnostiziert werden. Eine Depression ist nur dann zu diagnostizieren, wenn ein voll ausgebildetes depressives Syndrom eindeutig festzustellen ist.</p>

Im **Anhang 1** sind die diagnostischen Kriterien des DSM-IV für die Soziale Phobie/Soziale Angststörung wiedergegeben. Zum Vergleich aufgrund der Überlappungen der Störungsbilder sind in **Anhang 2** die ICD-10-Störungskriterien der Ängstlichen (vermeidenden) Persönlichkeitsstörung und in **Anhang 3** die DSM-IV-Störungsbeschreibung der Vermeidend-Selbstunsicheren Persönlichkeitsstörung enthalten.

**Beeinträchtigungen, Schweregrad der Störung.** Die Diagnosestellung einer Sozialphobie erfordert eine Einschätzung des Schweregrades der Störung, der zumeist von der Art und Anzahl der gefürchteten Situationen abhängt. Stangier (2004) geht bei einem Dreiviertel der Betroffenen von Ängsten in mehreren sozialen Situationen aus. Desweiteren bestimmt sich der Schweregrad auch danach, ob die betreffende(n) Situation(en) „nur“ gefürchtet oder auch manchmal oder immer vollständig vermieden werden. Daraus ergeben sich unterschiedliche Konsequenzen mit unterschiedlicher Tragweite für den Lebensalltag der Betroffenen.

Schon früh wiesen Turner et al. (1986) darauf hin, dass die Soziale Phobie mit erheblichen Beeinträchtigungen verbunden sein kann: „[...] social phobia appears to be a disorder resulting in significant impact on life functioning in a majority of those seen in our clinic, and although there was no report of complete incapacitation, significant impairment was highly prevalent“ (S. 391). In den ersten sechs Jahren nach Aufnahme der Sozialen Phobie in das DSM-III (1980) gab es erst wenige Forschungsbefunde, diese aber veranlaßten Turner et al. (1986, S. 393) dazu, die Störung als „much more severe than previously thought“ zu bezeichnen (bezugn. auf Studien von Amies et al., 1983; Pilkonis et al., 1981; Smail et al., 1984). Eine wichtige Erkenntnis der damaligen Forschung war unter anderem, dass die spezifische Sozialphobie mit bedeutender Angst in „nur“ einer Situation (vor allem Sprechen in der Öffentlichkeit) dennoch mit erheblichen Einschränkungen in allen Lebensbereichen - Schule, Ausbildung, Berufswahl, berufliche Anpassung, soziale Beziehungen – einhergehen kann.

Kürzlich ermittelten Stein und Kean (2000) anhand von Gesundheits- und Diagnosedaten aus dem Ontario Health Survey Mental Health Supplement in einer großangelegten Studie mit 8.116 Teilnehmern (15 - 64 Jahre) die Beeinträchtigungen von Personen mit und ohne Sozialphobie (Diagnosen nach DSM-III-R). Ziel der Studie war es, das Ausmaß von Unvermögen und reduzierter Lebensqualität festzustellen, das mit einer Sozialen Phobie (spezifisch und generalisiert) mit und ohne zusätzliche Major Depression verbunden ist. Untersucht wurden Beeinträchtigungen in verschiedenen Lebensbereichen (Arbeit, Schule, Haushalt, Kindererziehung, nachbarschaftliche Kontakte, außerhäusliche Aktivitäten, Beziehungen zu anderen Menschen) sowie allgemeine Unzufriedenheit und Beeinträchtigungen des Wohlbefindens. Die Autoren nahmen eine Beurteilung der Schwere der Sozialphobie nicht nur im Vergleich mit gesunden Personen, sondern auch differenziert nach Vorliegen und Nichtvorliegen einer komorbiden depressiven Symptomatik vor: „On virtually every index of functional impairment and life satisfaction, persons with social phobia fared worse than persons without social phobia. Even when the analyses were adjusted statistically oder stratified for the presence of major depression

– which, as expected, was itself associated with great functional adversity – social phobia carried with a large, independent burden of illness“ (S. 1612).

Bei der Einschätzung des Ausmaßes der Beeinträchtigungen ist zu berücksichtigen, dass der Störungsverlauf einer unbehandelten Sozialphobie sich über die Jahre dramatisch verschlechtern kann: „Für ein grundsätzlich soziales Wesen wie den Menschen bedeutet die ständige Furcht vor sozialen Situationen eine massive Belastung. Unangemessene Lösungsversuche, sich rasch ausbreitendes Vermeidungsverhalten, wachsende Selbstvorwürfe und die scheinbare Unmöglichkeit, Hilfe von der Umwelt zu bekommen, führen zu einer Abwärtsspirale, in der sich die Sozialphobie, abnehmendes Selbstvertrauen und Folgeprobleme wie Depressivität und Einsamkeit immer weiter negativ beeinflussen. Am Ende stehen oft eine erbärmliche Lebensqualität oder gar die Flucht in den Suizid. Auch noch so gut gemeinte Aufforderungen, sich doch zusammenzureißen, es nicht so schwer zu nehmen oder einfach optimistischer zu sein, helfen nicht. Im Gegenteil, sie verschlimmern meist das Befinden, da der Betroffene die ‚Schuld‘ für sein vermeintliches Versagen bei sich selbst sucht und sich somit immer weiter bestätigt, ein ‚echter Versager‘ zu sein“ (Margraf und Rudolf, 1999, S. 21).

In einer großen klinischen Population von 930 stationären Patienten der niedersächsischen Klinik Tiefenbrunn für Psychotherapie, Psychiatrie und psychosomatische Medizin fanden kürzlich Dally et al. (2005) in einer Gruppe von 422 Patienten nicht nur starke soziale Ängste, sondern gegenüber 274 nicht sozial ängstlichen Patienten hochsignifikant mehr Personen ohne Berufsabschluss, ohne Vollzeittätigkeit, mit chronischer Suizidalität, mit selbstverletzendem Verhalten, sexueller Traumatisierung und Traumatisierung durch Gewalt. Ebenfalls hochsignifikant häufiger waren die zusätzlichen Diagnosen Ängstlich-vermeidende Persönlichkeitsstörung, PTSD und Agoraphobie (während es überraschenderweise keine auffälligen Unterschiede hinsichtlich depressiver Störungen gab). „Ängste vor Kontakt mit anderen, davor, in irgendeiner Weise mit anderen zu interagieren und von anderen gesehen und beurteilt zu werden, gehen meist mit ausgedehnten Vermeidungsstrategien einher und können so weit reichend sein, dass die betroffenen Patienten weitgehend sozial isoliert sind, ohne sich in der Lage zu sehen, ihre Isolation zu verlassen“ (Dally et al., 2005, S. 170). Aufgrund ihrer klinischen Erfahrung halten die Autoren das Ausmaß der seelischen und interpersonellen Beeinträchtigungen bei Patienten mit sozialen Ängsten für wesentlich gravierender, als es den Diagnosen nach erscheint.

Nach einer Studie von Amies et al. (1983) wurden bei 14% der untersuchten Sozialphobiker zurückliegende suizidale Handlungen beobachtet. In der o.g. untersuchten Stichprobe von Dally et al. (2005) waren von 422 Patienten mit sozialer Angst 54,1% in der Vorgeschichte suizidal gewesen, und bei 32,4% lag chronische Suizidalität bis zum Zeitpunkt der Aufnahme in die Klinik vor. Schließlich beobachteten Hoyer et al. (1999) auffallende soziale Interaktionsangst bei einer Gruppe von paraphilen Straftätern (Vergewaltiger/Kindesmißbrauch); die Angst war signifikant stärker ausgeprägt als bei einer Vergleichsgruppe von impuls Kontrollgestörten Sexualstraftätern.

**Prävalenz, Störungsverlauf, Geschlechterverhältnis.** Die Angaben zur Prävalenz der Sozialen Phobie schwanken beträchtlich, was zum Teil darauf zurückgeführt wird, dass unterschiedliche diagnostische Grundlagen verwendet wurden (DSM-III, DSM-III-R oder DSM-IV). Nach einer Übersichtsarbeit von Lieb und Müller (2002) finden sich Angaben zur Lebenszeitprävalenz in den USA zwischen 3 und 13%. Für den deutschsprachigen Raum berichten die Autorinnen DSM-III-basierte Lebenszeitprävalenzraten zwischen 2.5 und 3.8%; spätere Studien, die sich unter Einsatz des CIDI (*Composite International Diagnostic Interview*; WHO, 1990) auf die Kriterien des DSM-III-R bezogen, ermittelten Raten zwischen 7.8 und 16%. Die 1-Jahres-Prävalenz liegt bei etwa 8%. Sozialphobien werden bereits im Kindesalter beobachtet (7 – 11jährige: 1-Jahres-Prävalenz ca. 1%); im Jugendalter gilt die Sozialphobie als zweithäufigste Angststörung (Lebenszeitprävalenz 4%, 1-Jahres-Prävalenz 3%). Die Soziale Phobie beginnt zumeist im frühen Erwachsenenalter und verläuft nicht selten chronisch. Angaben zur Störungsdauer reichen von 10 bis 21 Jahren.

In einer Langzeitstudie über einen Beobachtungszeitraum von zehn Jahren untersuchten Beesdo et al. (2006) Häufigkeit und Verlauf von sozialen Ängsten und der Sozialen Phobie an einer repräsentativen Bevölkerungsstichprobe (Jugendliche und junge Erwachsene aus München; 14 – 24 Jahre bei Baseline; n = 3021; davon nahmen über 800 Probanden an allen Erhebungswellen teil und berichteten mindestens einmal wenigstens symptomatische<sup>2</sup> soziale Ängste). Danach ergab sich, dass soziale Ängste und die Soziale Phobie nach DSM-IV in den ersten drei Lebensdekaden häufig vorkommen. Die Autoren berichten eine Baseline-Prävalenz der Sozialen Phobie von 7.3% sowie 11.2% neu aufgetretene Fälle im insgesamt betrachteten Zeitraum über die verschiedenen Erhebungen hinweg („kumulierte Lebenszeitinzidenz“) bis zum 34. Lebensjahr. Die Ängste zeigten eine hohe Variabilität und eine wachsende Stabilitätsrate bei zunehmend längerem Zeitintervall. Personen mit sozialen Angstsymptomen haben ein erhöhtes Risiko, eine Soziale Phobie zu entwickeln, und ein stabiler Verlauf ist umso wahrscheinlicher, je stärker die Angstsymptome ausgeprägt sind.

Während nach der aktuellen ICD-10 die Soziale Phobie bei Frauen und Männern gleich häufig vorkommen soll, haben Frauen nach Lieb und Müller (2002) ein 1.5- bis 2-fach höheres Risiko, diese Störung zu entwickeln.

**Komorbidität.** Da die Symptome der Sozialen Phobie, insbesondere des generalisierten Subtyps, sich weitgehend mit denen der Ängstlich (vermeidenden) bzw. Vermeidens-Selbstunsicheren Persönlichkeitsstörung überschneiden (vgl. Anhänge 2 und 3), werden beide Störungen häufig gemeinsam diagnostiziert. Nach einer Studie von Reich (2001) kommt dies in bis zu 90 % der Fälle vor. Es ist aber fraglich, ob hier von Komorbidität gesprochen werden kann, da wissenschaftlich bislang ungeklärt ist, ob es sich tatsächlich um kategorial unterschiedliche Störungen handelt oder um ein und dieselbe Störung mit unterschiedlichen Ausprägungsgraden. Abschnitt 2.2.3.2 geht auf das Abgrenzungsproblem näher ein.

---

<sup>2</sup> symptomatische Ängste: CIDI-Einstiegsfrage wurde bejaht (starke Angst davor, irgendetwas in Gegenwart anderer Menschen zu tun oder im Mittelpunkt der Aufmerksamkeit anderer zu stehen)

Die Soziale Phobie geht häufig mit verschiedenen anderen Störungen einher. Die folgenden Angaben zu vorliegenden Komorbiditätsraten wurden der Übersichtsarbeit von Lieb und Müller (2002) entnommen; die dort berichteten Prozentangaben werden hier gerundet wiedergegeben. Am häufigsten wird das gleichzeitige Auftreten der Sozialen Phobie mit anderen Angststörungen beobachtet: insbesondere mit Spezifischen Phobien (Lebenszeitkomorbidität 37 – 59%), relativ häufig auch mit Agoraphobie (9 – 45%). Diese beiden Störungsgruppen treten häufiger bei Personen mit Sozialer Phobie als bei Personen ohne Soziale Phobie auf. Seltener kommt eine Posttraumatische Belastungsstörung (6 – 16%), Generalisierte Angststörung (2 – 13%), Panikstörung (5 – 11%) oder Zwangsstörung (2 – 4%) gemeinsam mit der Sozialen Phobie vor; aber auch diese Störungen werden häufiger bei Sozialphobikern als bei Personen ohne Sozialphobie beobachtet. Sehr häufig sind Essstörungen im Zusammenhang mit Sozialer Phobie (bei Patientinnen mit Anorexia oder Bulimia Nervosa bis zu 60%). „Anscheinend kommt keine andere Angststörung bei Patientinnen mit einer Essstörung so häufig vor wie die Soziale Phobie“ (Lieb und Müller, 2002, S. 52, bezugn. auf Schwalberg et al., 1992). Überzufällig häufig treten in klinischen Stichproben schließlich Depressionen gemeinsam mit der Sozialen Phobie auf (insbesondere Major Depression: 17 – 37%). Beim gemeinsamen Vorliegen von Sozialer Phobie und einer depressiven Störung werden gegenüber dem alleinigen Auftreten einer Depression öfter Suizidgedanken, Suizidversuche und länger anhaltende depressive Episoden berichtet. Alkohol- und drogenbedingte Störungen treten ebenfalls recht oft zusammen mit der Sozialen Phobie auf (Alkohol: 11 – 19%; Drogen: 5 – 13%; Studien differenzierten z.T. nicht nach Mißbrauch und Abhängigkeit).

Lieb und Müller (2002) verweisen darauf, dass bezüglich der zeitlichen Komorbiditätsmuster aufgrund von Querschnittsuntersuchungen keine zuverlässigen Aussagen darüber möglich sind, ob die Sozialphobie oder die jeweils assoziierte Störung zuerst auftritt. Bezugnehmend auf eine Übersichtsarbeit von Merikangas und Angst (1995) sei jedoch anzunehmen, dass die Soziale Phobie der komorbiden Störung zumeist vorausgeht. Bei einer komorbiden affektiven Störung sei dies in 95% der Fälle zu beobachten, bei komorbider Generalisierter Angststörung zu 90%, bei komorbider Agoraphobie zu 80%, bei komorbider Angststörung ebenfalls zu 80% und bei komorbider Alkoholstörung zu 65%. Eine Ausnahme sei die Spezifische Phobie, die bei über der Hälfte der Fälle zeitlich vor der Sozialen Phobie auftritt.

**Ätiologische Erklärungsansätze.** Zur Ätiologie der Sozialen Phobie gibt es Erklärungsansätze aus unterschiedlichen Perspektiven (vgl. Beiträge bei Stangier und Fydrich, 2002). Um den Rahmen der Arbeit nicht zu sprengen, soll eine Aufzählung einiger Faktoren genügen, die heute als bedeutsam für die Entstehung der Sozialen Phobie in Frage kommen:

- *lerntheoretische Einflüsse:* soziale Defizite durch Konditionierung, fehlende Lernmodelle;
- *kognitive Ursachen:* dysfunktionale kognitive Schemata, verzerrte Informationsverarbeitung;
- *traumatisierendes soziales Ereignis:* sexuelle Traumatisierung, Traumatisierung durch Gewalt. Aktuelle Beobachtungen sprechen dafür, dass zurückliegende Traumata eine Ursache für die

Entwicklung einer Sozialphobie sein könnten (z. B. Leichsenring et al., 2003; Erwin et al., 2006).

- *bindungstheoretische Aspekte und elterlicher Erziehungsstil*: vermeidend-unsichere Bindung an die primäre Bezugsperson; abweisender, kontrollierender Erziehungsstil;
- *psychodynamische Ansätze*: gestörtes Selbstkonzept, durch Scham- und Schuldgefühle gestörte Selbstwertregulierung (vgl. z. B. Hoffmann, 2003)
- *genetische Faktoren*: Als einigermaßen gesichert gilt der Befund einer familiären Häufung des generalisierten Typus der Sozialphobie, obwohl der genetische Beitrag nicht allein entscheidend ist. Die Heritabilität wird zwischen 30 und 50% eingeschätzt, eine Rate, die „Umweltfaktoren wie z. B. Lernerfahrungen einen beachtlichen Einfluss bei der Entstehung der Sozialen Phobie einräumt“ (Hermann, 2002, S. 140; s. auch Wittchen et al., 1999).
- *neurobiologische Faktoren*: gestörte „Theory of Mind“ (vgl. Förstl, 2007).

Da die Soziale Phobie erst seit rund 25 Jahren intensiver beforscht wird, sind noch viele Fragen hinsichtlich ihrer Entstehungsfaktoren offen bzw. kommen ständig neue Fragen hinzu. Einfache kausale Erklärungen, wie sie früher postuliert wurden (soziale Kompetenzdefizite verursachen soziale Ängste), reichen nicht aus bzw. müssen erweitert oder in ein Netz kausaler Zusammenhänge integriert werden. Gerade in jüngster Zeit erhellen grundlegende Erkenntnisse aus anderen Forschungsfeldern (insbesondere der Hirnforschung) Zusammenhänge von emotionalen, kognitiven und verhaltensbezogenen Prozessen, die zum Verständnis der Entstehungsbedingungen Sozialer Phobien beitragen könnten.

### **2.2.2 Komplexe Modelle**

Als Ergänzung zu den bisherigen Ausführungen soll das Störungsbild der Sozialen Phobie auf den folgenden Seiten anhand vorliegender Störungsmodelle illustriert werden. Das multifaktorielle Geschehen bei der Sozialen Phobie hat die Forschung dazu veranlaßt, komplexe Modelle aus unterschiedlichen Perspektiven zu entwickeln, um dem Charakter Sozialen Phobie besser gerecht zu werden und die Störungsdynamik herauszuarbeiten. Dabei treten soziale Defizite nicht in jedem Modell in Erscheinung. Um den Rahmen dieser Arbeit nicht zu sprengen, werden die Modelle nur kurz skizziert (Modellbeschreibungen und theoretische Hintergründe finden sich in der jeweils angegebenen Literatur).

Hofman et al. (2002) entwickelten ein Vulnerabilitäts-Stress-Modell der Sozialphobie, das drei ätiologische Faktoren integriert: biologische (Heritabilität, Persönlichkeitseigenschaften), psychologische (frühe Mutter-Kind-Beziehung, Erziehungsstil) und störungsspezifische (soziale Kompetenz, Sensibilität für Gesichtsausdruck und Blickkontakt, Prozesse der Informationsverarbeitung). Die Autoren weisen darauf hin, dass genetische Einflüsse bei der generalisierten Sozialphobie stärker ausgeprägt seien als bei der spezifischen Form (Differenzierung zwischen „Angst“ und „Furcht“), hingegen berichten spezifische Sozialphobiker häufiger traumatische Ereignisse.

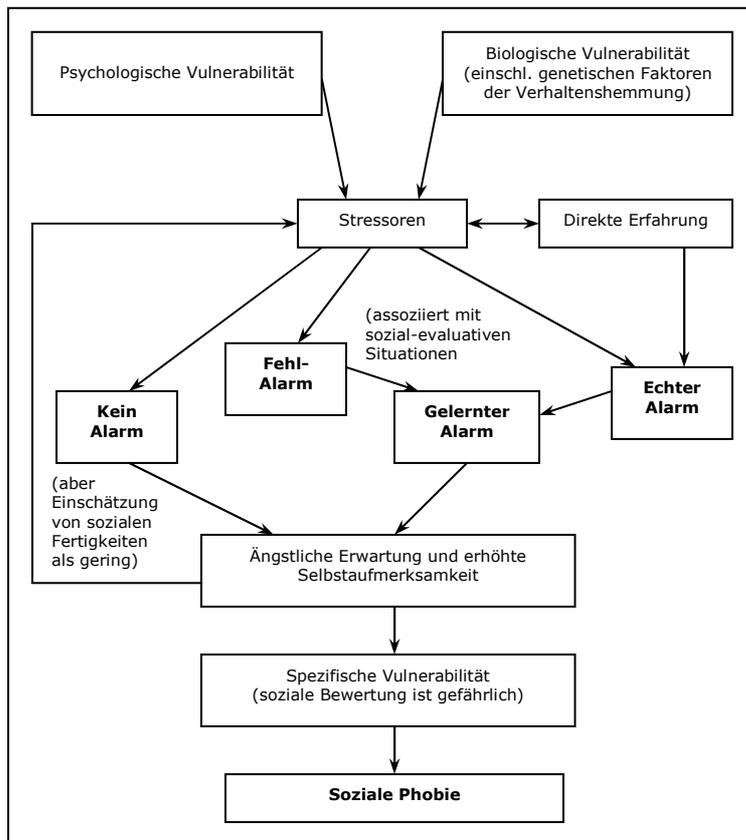


Abbildung 1:  
 Ätiologisches Modell der Sozialphobie<sup>3</sup>  
 (Hofmann, Heinrichs und Kim, 2002, S. 237)

<sup>3</sup> Abdruck der Abbildung mit freundlicher Genehmigung des Hogrefe Verlags

Im *kognitiven Modell der Sozialen Phobie* (Clark und Wells, 1995; Wells und Clark, 1997) werden verzerrte Wahrnehmungen, negative Erwartungen und selbstfokussierte Aufmerksamkeit betont, die in einer angstbesetzten sozialen Situation zu dem für Sozialphobiker typischen, angst-reduzierenden Sicherheitsverhalten führen.

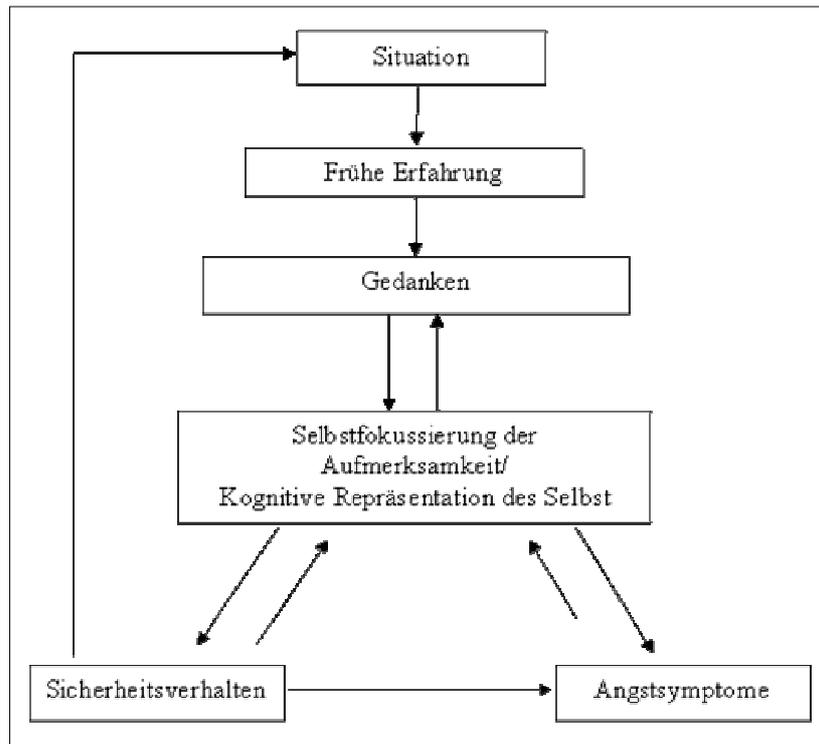


Abbildung 2:  
Kognitives Modell der Sozialen Phobie nach Clark und Wells<sup>4</sup>  
(zit. nach Heidenreich und Stangier, 2003)

<sup>4</sup> Abdruck der Abbildung mit freundlicher Genehmigung des DGVT-Verlags

Das *kompetenz- und performanzorientierte Störungsmodell der Sozialen Phobie* (Fydrich, 2002) verknüpft die Annahme kognitiver Schemata nach Beck (1979) mit dem Vulnerabilitäts-Stress-Modell (Zubin und Spring, 1977) zur Entstehung und Aufrechterhaltung psychischer Störungen. Fydrich weist darauf hin, dass die unangemessenen Verhaltensweisen zum Teil als Sicherheitsverhalten [nach Clark und Wells, 1995; *Anm. d. Verf.*] interpretiert werden können. „Durch die starke Fokussierung auf die eigene Person ist es jedoch ebenso wahrscheinlich, dass hierdurch das Zuhören erschwert wird, die Aufmerksamkeit für Inhalte eines Gesprächs reduziert ist und damit die Empathie anderen gegenüber ebenfalls verringert ist“ (Fydrich, 2002, S. 197).

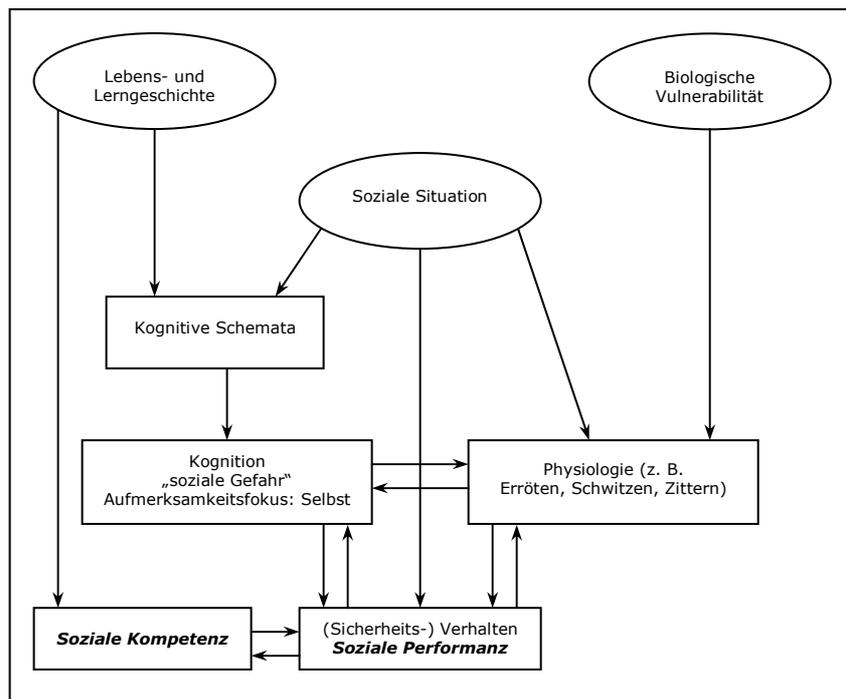


Abbildung 3:  
Kompetenz- und performanzorientiertes Störungsmodell der Sozialen Phobie<sup>5</sup>  
(Fydrich, 2002, S. 195)

<sup>5</sup> Abdruck der Abbildung mit freundlicher Genehmigung des Hogrefe Verlags

Hinsch und Pfingsten (1998) legten ein *Prozessmodell sozial kompetenten/inkompetenten Verhaltens* vor, das den Ablauf und die Generierung sozialen Verhaltens veranschaulicht. Es basiert auf einem Modell-Vorläufer von Argyle und Kendon (1967) und wird durch die Soziale Lerntheorie (Bandura), Streß-konzeptionelle Aspekte (Lazarus) sowie kognitiv-verhaltens-therapeutische Ansätze gestützt. Das Prozessmodell berücksichtigt Wechselwirkungen zwischen kognitiver, emotionaler und motorischer Ebene, außerdem neben den internen auch externe situative Gegebenheiten sowie Verhaltenskonsequenzen in einer bestimmten sozialen Situation. Zusätzlich differenziert es Wahrnehmungsprozesse, hebt auf der motorischen Ebene einige Voraussetzungen der Performanz hervor und unterscheidet zwischen kurz- und langfristigen Verhaltenskonsequenzen. In vereinfachter Form verwenden die Autoren das Prozessmodell als Grundlage für ihr soziales Trainingsprogramm in der klinischen Praxis.

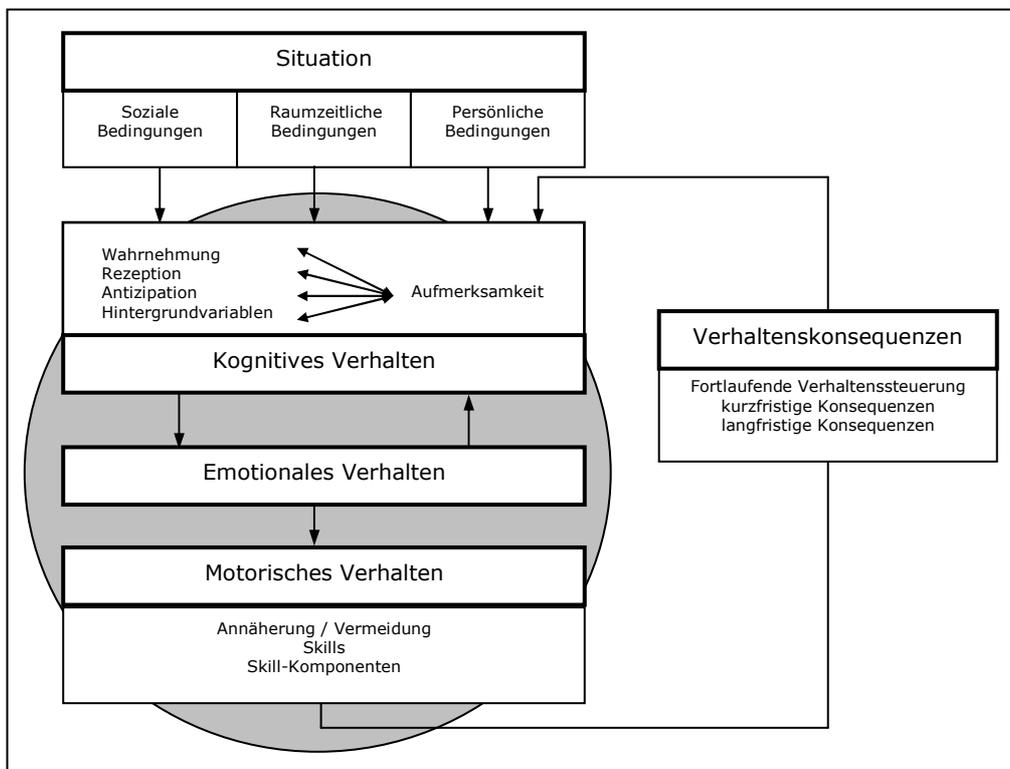


Abbildung 4:  
 Prozessmodell sozial kompetenten/inkompetenten Verhaltens<sup>6</sup>  
 (Hinsch und Pfingsten, 1998, S. 16)

<sup>6</sup> Abdruck der Abbildung mit freundlicher Genehmigung der Beltz Verlagsgruppe

Hopko et al. (2001) stellen ein integratives Modell der Beziehungen zwischen Angst, Skill und Performanz vor, das soziale Performanz als Funktion von sozialen Skills und sozialer Angst betrachtet. Die Ätiologie und Aufrechterhaltung von Skills und Angst sowie ihrer Wechselwirkungen, basierend auf der Lerngeschichte und der biologischen Disposition, wird auf mehreren Ebenen im Rahmen der Theorie des psychologischen Behaviorismus erklärt. Bei der Beschreibung der Grundlagen des Modells betonen die Autoren einen Aspekt, der auch im nächstfolgenden Modell von Wlazlo enthalten ist: „A central feature of the psychological behaviorism model is that anxiety and skill are not all-or-non phenomena. Indeed, both anxiety and skill level are presumed to exist on two separate continua that intersect with one another on some level. Lewin et al. (1996) have identified four possible relations between skill and anxiety, while stressing that these constructs exist on intersecting continua: (a) high anxiety and inadequate skill, (b) low anxiety and inadequate skill, (c) low anxiety and exceptional skill, and (d) high anxiety and exceptional skill. [...] Although these categories are somewhat of an oversimplification, it is interesting and useful to speculate how performance may be differentially affected within this categorization system. In the first situation (a), due to the dual contribution of high anxiety and inadequate skill, performance deficits should be most extreme. [...]“ (Hopko et al., 2001, S. 197).

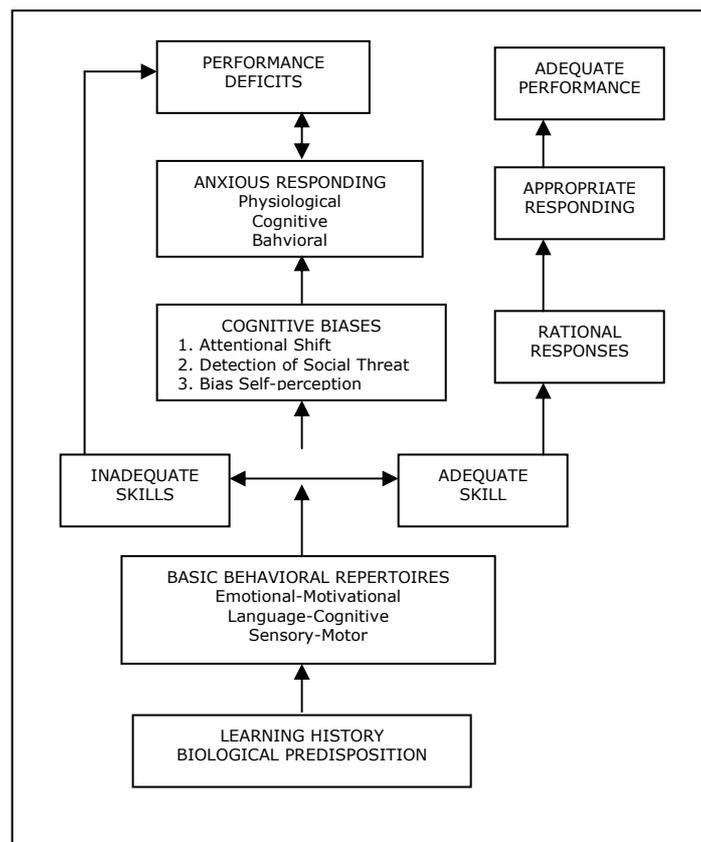


Abbildung 5:  
An integrative model of the relations among anxiety, skill, and performance<sup>7</sup>  
(Hopko, McNeil, Zvolensky und Eifert, 2001, S. 195)

<sup>7</sup> Abdruck der Abbildung mit freundlicher Genehmigung der Elsevier Ltd.

Die im vorigen Modell von Hopko et al. (2001, bezugn. auf Lewin et al., 1996) zitierte Charakteristik der vier Zustandskonstellationen der beiden Phänomene Angst und Skills waren bereits einige Jahre zuvor die zentralen Bestandteile im *Modell der sozialen Gehemmtheit* von Wlazlo (1989) gewesen, der sich dabei auf Trower und Turland (1984) bezog; es zeigt die von Trower und Turland formulierten Konstellationen sozialer Ängste und sozialer Defizite mit den sich überschneidenden Ausprägungen auf der phänomenologischen Ebene. Der Vorteil dieses diagnostischen Modells ergibt sich nach Wlazlo aus der Möglichkeit, auf der phänomenologischen Ebene spezifische Konstellationsmuster abzuleiten und die Patienten auf einem Kontinuum anzuordnen, um zu Aussagen über die erforderliche Behandlungsart und die Reihenfolge der Interventionen zu kommen (Schwerpunkt Angstbehandlung oder Training sozialer Fertigkeiten). Außerdem seien Aussagen auf der funktionellen Ebene über die Kausalität der Störung möglich: „1. Die Angst führt über Vermeidung zu sozialen Defiziten d.h., Angst als primäre Störung; 2. Soziale Defizite führen über negative Konsequenzen zu Angst d.h., soziale Defizite als primäre Störung“ (Wlazlo, 1989, S. 9).

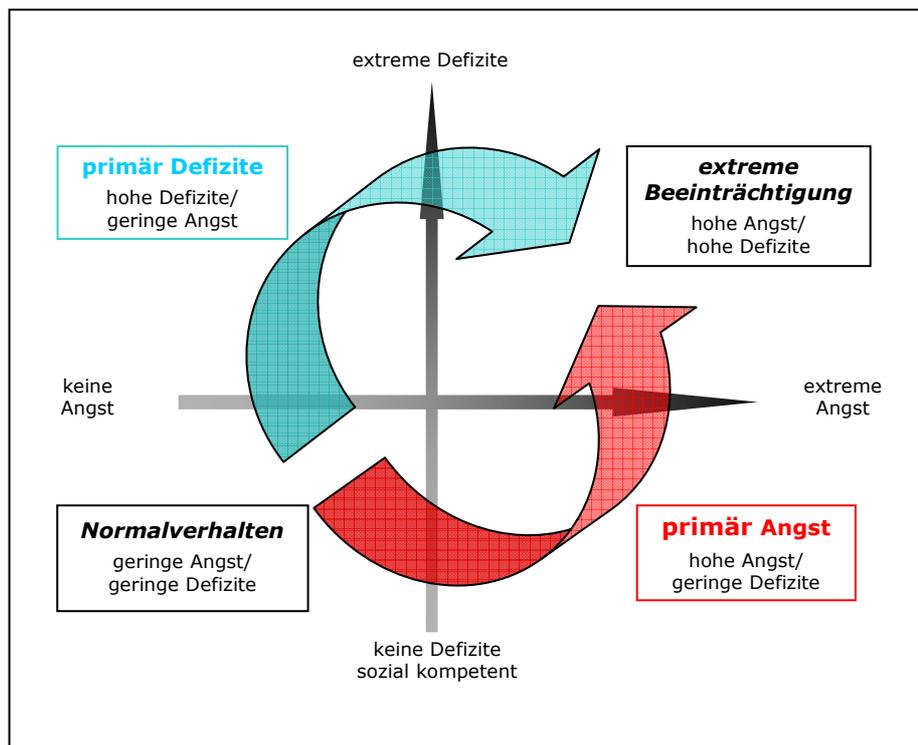


Abbildung 6:  
 Diagnostisches Modell der sozialen Gehemmtheit<sup>8</sup>  
 (Wlazlo, 1989, S. 8)

<sup>8</sup> Abdruck der Abbildung mit freundlicher Genehmigung des Roderer Verlags

### **2.2.3 Diagnostische Unschärfen**

Da sich die vorliegende Arbeit mit der Differenzierung sozialer Ängste und sozialer Defizite bei der Sozialen Phobie befaßt, sind auch Probleme hinsichtlich der Störungsdiagnostik zur Kenntnis zu nehmen, die in der Forschungsliteratur beschrieben werden. Ein Problem stellt die Subtypen-Differenzierung innerhalb der Sozialen Phobie dar, die deutlich macht, wie heterogen, und damit kaum einheitlich erfaßbar das Störungsbild ist (Abschnitt 2.2.3.1). Außerdem ergeben sich diagnostische Abgrenzungsprobleme zwischen der Sozialen Phobie und der Ängstlichen (vermeidenden) Persönlichkeitsstörung durch die weitgehende Überlappung der Störungsbilder (Abschnitt 2.2.3.2). Schließlich sollen einige Befunde zum Zusammenhang zwischen der Schwere der Sozialen Phobie und dem Behandlungserfolg bzw. -mißerfolg aufgezeigt werden (Abschnitt 2.2.4).

#### **2.2.3.1 Subtypen der Sozialphobie: spezifisch vs. generalisiert**

Seit langem wird in der Forschung über die Frage der Subtypen-Differenzierung der Sozialphobie – spezifisch vs. generalisiert – diskutiert. Ein wesentlicher Teil der Auseinandersetzung erfolgte bereits vor Erscheinen des DSM-IV (z. B. Schlenker und Leary, 1982; Turner et al., 1992; Heimberg et al., 1993), dies hat jedoch nicht dazu geführt, dass die strittigen Diagnosekriterien gegenüber dem DSM-III-R eindeutiger gefaßt wurden. Die Frage der Subtypen-Einteilung betrifft insbesondere die Unterscheidung nach Anzahl und Art der gefürchteten sozialen Situationen. Die Zuordnung soll danach erfolgen, ob Angst „meist“ vor „einer einzigen“, „fast allen“ oder „nicht vor fast allen“ Situationen vorliegt:

„Personen mit Sozialer Phobie, Generalisiert, fürchten meist sowohl öffentliche Leistungssituationen als auch soziale Interaktionen. [...] Personen, deren klinisches Erscheinungsbild nicht die Definition für Generalisiert erfüllt, stellen eine heterogene Gruppe dar, die sowohl Personen mit Angst vor einer einzigen Leistungssituation als auch solche mit Angst vor mehreren, aber nicht vor fast allen sozialen Situationen einschließt“ (DSM-IV; Saß et al., 1996, S. 474; s. auch Anhang 1)

Bereits auf dem Hintergrund von DSM-III-R wurde kritisiert, dass dies auf unterschiedliche Weise interpretiert werden könne: „For example, most situations may mean most types of situations, although it is unclear what number qualifies as most. Alternatively, some researchers have proposed a subtype distinction between those who have fears of the most commonly occurring social situations (e.g., conversations and social gatherings or parties) and those who have difficulty with less common, performance-oriented situations (e.g., speeches and meetings; Schlenker und Leary, 1982)“ (Turner et al., 1992, S. 326). Eine Orientierung an Leistungs- und Interaktionssituationen als Unterscheidungskriterium erscheint aufgrund von empirischen Befunden einerseits naheliegend (Heimberg et al., 1990; Schneier et al., 1991; McNeil et al., 1995; Hughes et al., 2006). Andererseits ist einzuwenden, dass hinsichtlich der Studie von Heimberg et al. (1990) methodische Einwände vorzubringen sind. So erhielten die nach Subtypen eingeteilten Sozialphobiker unterschiedliche Aufgaben: die spezifischen Sozialphobiker hielten eine Rede (Leistungsanforderung), die generalisierten Sozialphobiker führten ein Gespräch (Interaktionsanforderung). Damit bleibt fraglich, ob die sichtbar gewordenen Unterschiede der individualisierten Aufgabenstellung oder den Subtypen zuzuschreiben sind. Später wurde von

Heimberg et al. (1993) vorgeschlagen, eine dreiteilige Differenzierung nach Anzahl der Situationsbereiche vorzunehmen (nichtgeneralisiert, generalisiert, diskret), was sich jedoch nicht durchsetzen konnte.

Aktuell ist die Differenzierung von Leistungs- und Interaktionssituationen in den diagnostischen Kriterien des DSM-IV verankert, was mit der Entwicklung entsprechender Diagnoseinstrumente zur Erfassung der sozialen Phobie einher ging (SIAS Social Interaction Anxiety Scale, SPS Social Phobia Scale: Mattick und Clark, 1998). Es bleibt aber fraglich, ob eine Trennung von Leistungs- und Interaktionssituationen als Zuordnungskriterium nicht zu kurz greift. Hinsichtlich des Bewertungsaspekts, der im allgemeinen eher für Leistungssituationen hervorgehoben wird, merkt Buss (1980) an: „[...] most social occasions contain no element of evaluation, at least **not explicitly**“ (S. 206; *Hervorhebung durch die Verfasserin*). Buss verweist zugleich aber auf wichtige Ausnahmen, in denen Bewertung in Interaktionssituationen einen sehr zentralen Aspekt darstellt (Bewerbungsgespräch, Kennenlernen der künftigen Schwiegereltern, beim Tanzen jemanden kennenlernen). Auch Turner et al. (1992) vertreten angesichts der Befunde ihrer sorgfältig angelegten Vergleichsstudie zur Überprüfung der Subtypen-Validität die Auffassung, dass diese zwar unterschiedliche Schweregrade hinsichtlich der Störungsausprägung aufweisen, doch für beide Subtypen die Bewertungsangst im Mittelpunkt steht: „However, these data do not provide evidence that the subtypes are qualitatively different. Although there is a difference in severity and the number of type of feared situations, and perhaps even in response to treatment, the core of the disorder (i.e., fear of negative evaluation) appears to be the same for both subtypes“ (S. 330).

Ein weiteres wichtiges Zuordnungskriterium neben der Art und der Anzahl der gefürchteten bzw. vermiedenen Situationen ist das Ausmaß der Beeinträchtigung durch die Störung (Heimberg et al., 1993; Turner et al., 1986; Stein und Kean, 2000; Erwin et al., 2004). Die Subtypen-Zuordnung erfolgt aufgrund der berichteten Beeinträchtigungen des Patienten nach subjektiver Einschätzung durch den Diagnostiker. Nach Kenntnis der Untersucherin liegen bislang keine Studien vor, die hinsichtlich der Beeinträchtigungen bei der Sozialen Phobie eine objektive Systematisierung versucht haben. In eine andere Richtung geht die Kritik von Hinsch und Pfingsten (1998), jedoch berührt dies indirekt auch das Subtypen-Problem: die Autoren halten das Störungskonzept der Sozialen Phobie (ICD-10) im Zusammenhang mit der Konzeptualisierung sozialer Kompetenzprobleme für unzureichend, da sich „soziale Ängste oft auch auf ganz andere Arten von Alltagssituationen beziehen, als das in dem relativ eng angelegten Konzept der sozialen Phobie angenommen wird“ (S. 13).

Ebenso unbefriedigend wie die Befundlage zur Subtypen-Differenzierung nach Art und Anzahl von Situationen sind die Ergebnisse hinsichtlich der Zuordnung anhand von psychophysiologischen Reaktionen. Aus einer Reihe von Studien, in denen die Herzrate als physiologisches Maß zur Messung der sozialen Angst verwendet wurde, ergibt sich ein widersprüchliches und inkonsistentes Bild. Allgemein wird davon ausgegangen, dass der spezifische Typus in angstbesetzten Situa-

tionen subjektiv weniger Angst empfindet und zugleich stärker physiologisch reagiert, während dies beim generalisierten Typus umgekehrt sein soll. Befunde in dieser Richtung finden sich in mehreren Studien (z. B. Heimberg et al.; 1990; Hofmann et al., 1995; Levin et al., 1993). Im Widerspruch dazu berichtet Gerlach (2002) von höheren Herzraten bei generalisierten Sozialphobikern gegenüber dem spezifischen Typus. Höhere Herzraten bei spezifischen Sozialphobikern gegenüber dem generalisierten Subtyp mit und ohne Vermeidend-selbstunsichere Persönlichkeitsstörung stellten Boone et al. (1999) fest, während Turner et al. (1992) zwischen diesen drei Gruppen keine Unterschiede ermittelten.

Gerlach (2002) forschte in seiner Übersichtsarbeit nach Gründen für die gemischten Befunde dieser und weiterer Studien und bemängelt die methodische Uneinheitlichkeit der Untersuchungen, die einen Vergleich der Ergebnisse erschwerten (u.a. unterschiedliche Methoden der Erfassung der Herzratenaktivität; Unterschiede der verwendeten diagnostischen Verfahren und der zugrundegelegten Diagnosekriterien für die Zuordnung zu den Subtypen; Unterschiede der geforderten Ausprägung der Angst; unterschiedliche Testaufgaben für die Subtypen; unterschiedliches Alter der Probanden). Ein weiteres Problem konnte Gerlach anhand der Instabilität psychophysiologischer Reaktionen über die Zeit ausmachen: in mehreren Studien, in denen eine Zuordnung zu den Subtypen nach diesem Kriterium versucht wurde, erwies sich die Zuordnung überwiegend als nicht haltbar, so dass „ein bedeutender Teil der Teilnehmer zu einem zweiten Messzeitpunkt der jeweils anderen Gruppe zugewiesen werden [musste]. Das heißt, die Reliabilität der Zuordnung danach, ob ein Teilnehmer in einer sozialen Belastungssituation physiologisch stark oder nicht stark reagierte, war schlecht“ (S. 104).

Insgesamt sprechen die hier zitierten Forschungsbefunde wahrscheinlich dafür, dass die Einteilung nach Subtypen eine Berechtigung hat. Nach welchen Kriterien aber eine zuverlässige diagnostische Zuordnung zu den bestehenden Subtypen möglich ist und ob die jetzige Einteilung der Sozialen Phobie in den spezifischen vs. generalisierten Typus dem Charakter des Störungsbildes angemessen ist, bleibt eine weiterhin zu klärende Forschungsfrage. Solange allerdings die zugrundeliegenden diagnostischen Kriterien in den Diagnosemanualen unklar und mehrdeutig gefaßt sind, werden Untersuchungsbefunde, die auf eben diesen Kriterien beruhen, auch *die Schwächen der Beurteilungskriterien* widerspiegeln und weiterhin schwer miteinander zu vergleichen sein.

### **2.2.3.2 Soziale Phobie vs. Vermeidend-Selbstunsichere Persönlichkeitsstörung**

Ein weiteres Problem, das mit der Diagnostik der Sozialen Phobie verbunden ist, ist ihre Abgrenzung, insbesondere des im DSM-IV beschriebenen generalisierten Subtyps, gegenüber der Vermeidend-Selbstunsicheren Persönlichkeitsstörung, da sich die Symptomatik beider Störungsbilder weitgehend überlappt (Angst vor Kritik und Ablehnung; Überzeugung, sozial ungeschickt, dumm, minderwertig zu sein; Vermeidung sozialer Kontakte). Die Formulierungsunschärfen der diagnostischen Kriterien der Sozialen Phobie führen zusammen mit dem Überlappungsproblem der Störungsbilder häufig dazu, dass die Vermeidende Persönlichkeitsstörung und die Soziale Phobie

in „hohem Maße gemeinsam diagnostiziert werden“ (Heidenreich und Stangier, 2002, S. 292). Nach Reich (2001) betragen die durchschnittlichen Raten zur Komorbidität der beiden Störungen 56%, bei separater Betrachtung des generalisierten Typs sogar bis zu 90%.

Die Soziale Phobie wurde im Abschnitt 2.2 ausführlich beschrieben; die Darstellung der Vermeidend-Selbstunsicheren Persönlichkeitsstörung (VSPS) würde den Rahmen der Arbeit sprengen, daher soll hier der Verweis auf die Anhänge 2 und 3 sowie ein Beispiel aus der Literatur genügen. Für weitergehende Ausführungen wird auf die zitierte Literatur verwiesen (Beck und Freeman, 1995; Fiedler 2000, 2001; zum Überlappungsproblem s. Heidenreich und Stangier, 2002).

Fiedler (2000, S. 220) beschreibt das Bindungsverhalten von Personen mit einer Vermeidend-Selbstunsicheren Persönlichkeitsstörung folgendermaßen: „Potentielle Partner durchlaufen oft jahrelang subtile ‚Prüfungen‘, bis wirklich Intimität zugelassen werden kann. Beziehungen gestalten sich daher häufig konfliktbeladen. Gebunden im Spannungsfeld zwischen einem Bedürfnis nach Zuneigung und mißtrauischer Vorsicht lösen gerade Wahrnehmungen von Verbundenheit und möglicher Abhängigkeit starke Angst vor Enttäuschung und Zurückweisung bei den Patienten aus. Die aktiv eingeleiteten Rückzugsmanöver provozieren nicht selten Beziehungszusammenbrüche und damit eine Wiederholung der Befürchtungen“. Personen mit dieser Form der Persönlichkeitsstörung wirken im sozialen Kontakt „unzufrieden, gequält und distanziert“ sowie „zäh und stockend“.

Die ambivalente Motivation des Betroffenen wird in der Literatur als ‚Bedürfnis-Angst-Dilemma‘ beschrieben. "Die Versuche anderer, ihn in Interaktionen einzubeziehen, werden als Belästigungen empfunden, die die Gefahr der Desorganisation bergen" (Beck und Freeman 1995, S. 228, bezugn. auf Brunham, Gladstone und Gibson, 1969, S. 27-31). Einerseits bestehe ein übermäßiges Bedürfnis nach Struktur und Kontrolle, da die eigene Existenz von der Aufrechterhaltung des Kontaktes zu den Objekten abhängt. Das exzessive Ausmaß des Objektbedürfnisses lasse jedoch die Objekte gefährlich und furchteinflößend erscheinen, da endgültiges Verlassenwerden eine Zerstörung der eigenen Existenz bedeuten würde, was Furcht und Mißtrauen entstehen lasse. Der aus dem Bedürfnis-Angst-Dilemma resultierende Schmerz könne nur durch Objektvermeidung gemildert oder umgangen werden. "Es ist vor allem dieser ungelöste Konflikt zwischen 'Bindungsangst' und 'Bindungssehnsucht', der von vielen Autoren als weiteres zentrales Merkmal der vermeidenden Persönlichkeitsstörung herausgestellt wird" (Fiedler 2001, S. 293).

In den Diagnosesystemen DSM und ICD werden beide Störungen getrennt klassifiziert: die Soziale Phobie als Angststörung (ICD-10: Kapitel 4; DSM-IV: Achse I), die VSPS in der Kategorie Persönlichkeitsstörungen (ICD-10: Kapitel 6; DSM-IV: Achse II). Diskrepanzen zwischen den Manualen hinsichtlich der Beschreibung der Syndrome von Persönlichkeitsstörungen stellen an sich schon ein Problem dar: in Abhängigkeit vom verwendeten Manual werden Persönlichkeitsstörungen unterschiedlich häufig diagnostiziert. So stellte Reicherzer (1993, S. 19) fest, dass – bezogen allerdings auf alle Persönlichkeitsstörungen – 219 von 364 Patienten nach der ICD-10, aber nur 154 nach dem damaligen DSM-III-R die Diagnose Persönlichkeitsstörung erhielten.

Die (nur im DSM-IV enthaltene) generalisierte Form der Sozialen Phobie weist eine beträchtliche symptomatische Überlappung mit der Vermeidend-Selbstunsicheren Persönlichkeitsstörung auf (z. B. Turner et al., 1992; Widiger, 1992; Beck und Freeman, 1995). Die Ähnlichkeiten beziehen sich auf: Angst vor negativer Kritik, Ablehnung und Bewertung; Wahrnehmung der eigenen Person als inkompetent, dumm und ungeschickt; Wahrnehmung anderer als übermäßig kritisch; negativ verzerrte Kognitionen; Verhaltenshemmung, Rückzug und Vermeidung, bis hin zur sozialen

Isolation; sowie auf erhebliche Beeinträchtigungen in mehreren Lebensbereichen, die mit der Angst vor zwischenmenschlichen Kontakten verbunden sein können.

Auf die Überlappung der Symptomatik wird in den differentialdiagnostischen Hinweisen bei der Sozialen Phobie ausdrücklich hingewiesen: „Die Vermeidend-Selbstunsichere Persönlichkeitsstörung teilt eine Reihe von Merkmalen mit der Sozialen Phobie und überlappt sich stark mit der Sozialen Phobie, Generalisiert. Bei Personen mit Sozialer Phobie, Generalisiert, sollte die Zusatzdiagnose Vermeidend-Selbstunsichere Persönlichkeitsstörung in Betracht gezogen werden" (DSM-IV; Saß et al. 1996, S. 478). Umgekehrt findet sich bei der VSPS der Hinweis: „Zwischen der Vermeidend-Selbstunsicheren Persönlichkeitsstörung und der Sozialen Phobie, Generalisierter Typus scheinen so große Überschneidungen zu bestehen, dass sie alternative Konzeptualisierungen der gleichen oder ähnlicher Zustände darstellen könnten" (ebd., S. 750).

Dally et al. (2005) üben scharfe Kritik daran, dass das Störungskonzept der Sozialen Phobie in der ICD-10 angesichts des Ausmaßes der beobachteten massiven Beeinträchtigungen im interpersonellen Bereich bei vielen Patienten viel zu kurz greift, und dass das Konzept der Komorbidität dem komplexen psychischen und psychosozialen Geschehen allenfalls annäherungsweise gerecht werde. „Dass schwerere soziale Ängste aller klinischen Erfahrung nach häufig in basalen Entwicklungsstörungen verankert sind, ist ein Zusammenhang, den die Diagnose ‚soziale Phobie‘ bis zur Unkenntlichkeit zerreißt. Umgekehrt haben isolierte soziale Ängste im Sinne einer einfachen sozialen Phobie nicht immer Krankheitswert; unter stationär behandlungsbedürftigen Patienten kommen sie kaum je vor" (S. 170). Auch die wesentlich detailliertere Beschreibung der generalisierten Sozialphobie im DSM-IV berücksichtige durch die Beschränkung der Angst vor demütigenden und peinlichen Erfahrungen die klinische Realität nicht: „[...] viele Patienten – ganz besonders Patienten mit basalen Entwicklungsstörungen – sind gar nicht in der Lage anzugeben, was sie veranlasst, anderen Menschen so weitgehend aus dem Wege zu gehen" (S. 170).

Aufgrund der Ähnlichkeit der Symptomatik beider Störungsbilder wird in der Forschung kontrovers diskutiert, ob die Klassifizierung der beiden Störungen in unterschiedliche Kategorien gerechtfertigt ist, oder ob nicht vielmehr eine dimensionale Betrachtungsweise angemessener wäre, die von einer gemeinsamen zugrundeliegenden Störung ausgeht. Für die Beibehaltung kategorial verschiedener Störungen spricht, dass die Vermeidend-Selbstunsichere Persönlichkeitsstörung *keine* phobische Reaktion auf einen spezifischen Stimulus ist, sondern früh in der Lebensgeschichte der Betroffenen entsteht und sich im weiteren Lebensverlauf stabilisiert. Weiterhin soll nach Millon (1991) der wesentliche Unterschied darin bestehen, dass Personen mit Vermeidend-Selbstunsicherer Persönlichkeitsstörung ein deutlich geringeres Selbstwertgefühl und umfassendere Beeinträchtigungen in sozialen Beziehungen haben als Personen mit Sozialer Phobie. Ein geringes Selbstwertgefühl wird jedoch auch bei Patienten mit Sozialer Phobie häufig beobachtet (s. 2.2.1, Subjektiv-kognitive Ebene, Liste von Nichols, 1974). Nach Fiedler (2001) rechtfertigt der unterschiedliche subjektive Störungsbezug eine Differenzierung: während Menschen mit einer

Persönlichkeitsstörung ihre Erlebens-, Verhaltens- und Reaktionsweisen als *ich-synton* empfinden („So bin ich“, Störung wird nicht als solche erlebt), werden andere klinische Störungen, wie Ängste, Zwänge, Depressionen, in der Regel als *ich-dyston* wahrgenommen (Symptome und Zustände werden nicht als zur Identität zugehörig, sondern als störend empfunden).

Arntz (1999) hält es nur im Hinblick auf ein Symptomcluster – die sozialen Unsicherheiten – für gerechtfertigt, die Generalisierte Sozialphobie und die Vermeidend-Selbstunsichere Persönlichkeitsstörung als eine Störung zu betrachten. Von Stravynski et al. (1987) wurde beobachtet, dass Patienten mit diagnostizierter Vermeidend-Selbstunsicherer Persönlichkeitsstörung zwar starke soziale Defizite hatten, dass aber die für die Sozialphobie typische Selbstbeobachtung fehlte: „This might be explained by the strong tendency of these patients to avoid social exchanges, because when they left to their own devices they tended to create a pained interaction that both parties sought to terminate as quick as possible“ (S. 228).

Offen läßt die aktuelle Forschungslage, inwieweit Gemeinsamkeiten oder Unterschiede hinsichtlich der Ätiologie, insbesondere des generalisierten Subtyps, mit der Vermeidend-Selbstunsicheren Persönlichkeitsstörung anzunehmen sind. Die VSPS ist keine phobische Reaktion, möglicherweise spielen aber bei beiden Störungen vergleichbare genetische und neurobiologische Faktoren, bindungs- und lerngeschichtliche Einflüsse in der Kindheit sowie rigide kognitive Schemata eine Rolle, die es erlauben würden, von nur einer Störung auszugehen. Ausführliche Darstellungen aktueller Befunde hierzu finden sich bei Stangier und Fydrich (2002). Valide empirische Belege für die qualitative Unterscheidung der Störungsbilder stehen bislang aus. Aufgrund der Ähnlichkeit der Symptomatik gibt es Vorschläge in der Forschung, die Ausprägungen bei der Störungen auf einem Kontinuum anzusiedeln (vgl. Stangier und Fydrich, 2002).

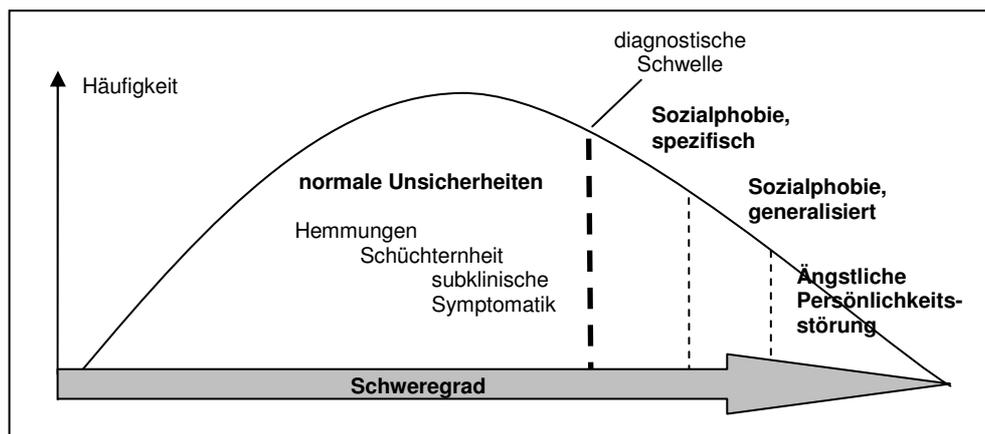


Abbildung 7:  
Kontinuitätsmodell der Sozialen Phobie (Sozialen Angststörung)<sup>9</sup>  
(angelehnt an Stangier und Fydrich, 2002, S. 23)

<sup>9</sup> Abdruck der Abbildung mit freundlicher Genehmigung des Hogrefe Verlags

Eine dimensionale Betrachtungsweise impliziert graduelle Unterschiede in Verhaltens-, Erlebens-, Wahrnehmungs- und Kognitionsmerkmalen zugrundeliegender Persönlichkeitsmerkmale, die zwischen den Polen „normal“ und „extrem gestört“ liegen. Hieraus ergeben sich fließende Übergänge von der Normalpersönlichkeit über den Persönlichkeitsstil oder die Persönlichkeitsakzentuierung, über Störungen jenseits der klinischen Schwelle bis hin zur Persönlichkeitsstörung (z. B. Millon, 1994; Saß et al., 1997; Woschnik, 1999; Fiedler, 2001). Allerdings bleibt es relativ vage, was die pathologische Persönlichkeit von der Normalpersönlichkeit genau unterscheiden soll: „Among diverse criteria used to signify normality are a capacity to function autonomously and competently, a tendency to adjust to one's environment effectively and efficiently, a subjective sense of contentment and satisfaction, and the ability to self-actualize or to fulfill one's potentials. Psychopathology would be noted by deficits among the preceding“ (Millon, 1994, S. 283). Eine dimensionale Betrachtungsweise wird schließlich auch hinsichtlich des Stigmatisierungsproblems für angemessener gehalten, da die schwerwiegende Diagnose einer Persönlichkeitsstörung sich auf die Person als Ganzes bezieht, was mitverantwortlich für mißlingende Therapieversuche sein könnte (Fiedler, 2000).

Nicht nur die Abgrenzung der Störungsbilder bei stark ausgeprägter Symptomatik bereitet Probleme, auch unterhalb der klinischen Schwelle kann es schwierig sein, „normale“ soziale Hemmungen und Unsicherheiten von einer klinisch bedeutsamen Ausprägung der Sozialphobie zu unterscheiden. So zeigt eine Umfrage anhand einer repräsentativen Bevölkerungsstichprobe (Stein, Walker und Forde, 1994, zit. nach Stangier und Fydrich, 2002, S. 15), dass soziale Ängste auch in der Normalbevölkerung weit verbreitet sind: 69% der Befragten gaben psychisch belastende Angst in mindestens einer von sieben angegebenen sozialen Situationen an, 40% gaben zwei Situationen und 18% gaben drei Situationen an. 31% der sozial Ängstlichen schätzten ihre Beeinträchtigungen als mindestens mittelgradig, 12% als groß ein. Wegen der „Normalität“ sozialer Ängste, Unsicherheiten und Hemmungen wird eine klinisch relevante Symptomatik oft übersehen oder nicht ernst genommen, und erst nach sekundären Komplikationen (z. B. emotionale Probleme) wird eine Behandlung aufgesucht (Herrlich und Pflug, 1997, S. 91).

#### **2.2.4 Zum Zusammenhang zwischen Störungsausprägung und Therapieerfolg**

Bei der Behandlung der Sozialen Phobie geht es zum einen darum, die Angst zu überwinden bzw. zu reduzieren und zu bewältigen, zum anderen – wo nötig – um Einübung und Verbesserung sozialer Kompetenzen. Die gängigen psychologischen Therapieansätze zur Behandlung der Sozialen Phobie konzentrieren sich vorwiegend auf drei Gruppen von Verfahren (vgl. auch Überblick bei Stangier und Heidenreich, 2002):

- *kognitive bzw. kognitiv-behaviorale Ansätze* (vgl. Peitz et al., 2000; Peitz et al. 2002; Überblick zur kognitiv-behavioralen Therapie: Harb und Heimberg, 2002; Meta-Analyse zu kognitiv-behavioraler Therapie: Taylor, 1996);
- *Konfrontationsverfahren* (vgl. Wlazole et al., 1992; Meta-Vergleichsstudie zu kognitiv-behavioraler Therapie vs. Exposure: Feske und Chambless (1995));

- *Training sozialer Kompetenzen/sozialer Fertigkeiten* (s. Hinsch und Pfingsten, 1998; zur Vermeidend-Selbstunsicherer Persönlichkeit s. Stravynski et al., 1987).

Je nach individueller Störungsausprägung kommen die Verfahren einzeln, kombiniert oder sequenziell, im Einzel- oder Gruppensetting zum Einsatz. Bei schwerer Symptomatik und Komplikationen – etwa bei Suizidalität oder ausgeprägten komorbiden Störungen – kann die Behandlung der Sozialen Phobie ggf. initial, zeitweilig oder langfristig durch eine begleitende Medikation unterstützt werden (Überblick s. Bandelow, 2002). Noch nicht hinreichend untersucht wurden tiefenpsychologisch fundierte Ansätze bei der Behandlung der Sozialen Phobie (Hoffmann, 2002, 2003). Ebenso stellen systemische Ansätze, auch mit zeitweiliger Einbeziehung des Partners oder der Familie, bei der Behandlung der Sozialen Phobie noch eine Ausnahme dar (Eder, 2003; Joraschky und Petrowski, 2003).

Die Wirksamkeit der kognitiven bzw. kognitiv-behavioralen Therapie wurde durch zahlreiche Evaluationsstudien belegt, dennoch profitieren nicht alle Patienten mit Sozialer Phobie, insbesondere bei schwererer Ausprägung, von einer Behandlung. Harb und Heimberg (2002) fragten im Rahmen ihres Überblicks zur kognitiv-behavioralen Behandlung der Sozialen Phobie u. a. nach Wirkfaktoren, die zum Behandlungserfolg bei der kognitiv-behavioralen Therapie beitragen bzw. diesen schmälern. Danach wurden von Safren et al. (1997) Zusammenhänge zwischen dem Schweregrad der Sozialen Phobie vor Behandlungsbeginn und geringeren Therapieerfolgen gefunden; Belege für einen Einfluss der Subtypen der Sozialen Phobie auf das Behandlungsergebnis gab es auch bei Brown et al. (1995) und Hope et al. (1995): beim generalisierten Subtyp konnte keine vollständige Symptomreduktion oder klinisch bedeutsame Verbesserung festgestellt werden. Ähnliches zeigte sich bei Vorliegen einer Vermeidend-Selbstunsicheren Persönlichkeitsstörung (Renneberg, 1996). Hingegen konnte in einer Untersuchung von Stangier et al. (2001) kein Einfluss einer zusätzlich vorliegenden Vermeidend-Selbstunsicheren Persönlichkeitsstörung auf den Behandlungserfolg festgestellt werden (Vergleich von Einzel- vs. Gruppenbehandlung im Rahmen der kognitiv-behavioralen Therapie). Als effektiver erwies sich in dieser Studie die Gruppentherapie für Sozialphobiker mit einer komorbiden Vermeidend-selbstunsicheren Persönlichkeitsstörung - diese Patienten wiesen auch stärkere sozialphobische Symptome auf, eine ausgeprägtere psychopathologische Gesamtbelastung, mehr komorbide Störungen, ein deutlich negativeres Selbstbild sowie einen früheren Störungsbeginn und weniger Partnerschaften.

Speziell unter differentiellm Angst- vs. Defizit-Aspekt evaluierte Wlazlo (1990, 1992) in einer Therapiestudie Exposure-in-vivo gegenüber einem Gruppentraining sozialer Kompetenzen bei 78 Patienten, die in zwei Untergruppen mit primärer Phobie und primären Defiziten eingeteilt wurden (jeweils hohe Ausprägung des primären Störungsmerkmals). Es zeigte sich, dass die Patienten mit primären Defiziten signifikant weniger von der Behandlung profitierten als die Patienten mit primärer Angst. In einer Langzeit-Katamnese-Studie (Münchau 1988) konnten 53 Patienten aus der Studie von Wlazlo nachuntersucht werden. Dabei ergab sich ein leichter Zusammenhang zwischen der Gruppenzugehörigkeit (Angst bzw. Defizite) und dem Behandlungserfolg bzw. - mißerfolg dahingehend, dass die primär ängstlichen Patienten bessere Erfolge erzielten. Jedoch

waren auch 65% der Patienten mit primären Defiziten erfolgreich. Die Betrachtung der gesamten Gruppe zeigte, dass fast alle Mißerfolgspatienten primäre Defizite hatten, zugleich auch vermehrt unter Angst litten und auch sonst stärker beeinträchtigt waren.

Den Therapiemißerfolg und Therapieabbruch bei Patienten mit Sozialer Phobie/Sozialer Gehemmt-heit hat Münchau (2001) eingehend analysiert. Die Autorin untersuchte aus der o.g. Studie von Wlazlo 28 Patienten (20 Mißerfolgspatienten, 8 Therapieabbrecher) im Rahmen einer detaillierten Reanalyse 3 bis 13 Jahre nach einer Verhaltenstherapie mit dem Ziel, Prädiktoren zu finden, die schon bei Therapiebeginn Hinweise auf einen möglichen Therapieverlauf geben können. Die Mißerfolgspatienten unterschieden sich von den Therapieabbrechern bei Beginn der Behandlung hinsichtlich mehrerer Merkmale, die auf einen hohen Störungsgrad hinwiesen: früher Symptombeginn, lange Symptombdauer, Partnerlosigkeit, zusätzliche Störungen, persönlichkeitsbedingte Gehemmt-heit, frühe emotionale und soziale Defizite als Folge unbewältigter Reifungskrisen. Im langfristigen Verlauf nach der Therapie kam es bei den Mißerfolgspatienten zu keiner bedeutsamen Veränderung der Symptomatik, während die Therapieabbrecher im weiteren Zeitverlauf eine deutliche Reduktion der Symptomatik und eine verringerte Depressivität aufwiesen.

In der schon mehrfach zitierten Studie von Dally et al. (2005) an 455 schwerer gestörten Patienten mit sozialer Angst fanden die Autoren, dass ein großer Teil zurückgezogen und sozial isoliert lebt. „Wenn sie über lange Zeit hinweg sozial isoliert waren, können ihre sozialen Kompetenzen erheblich eingeschränkt sein“ (S. 175). Der Mangel an sozialen Kompetenzen bei schwer beeinträchtigten Patienten wurde bereits von Stravynski et al. (1987) eingehend untersucht. Die Autoren folgerten aufgrund der Befunde ihrer sorgfältig angelegten Therapie-Evaluationsstudie an Patienten mit diagnostizierter Vermeidend-Selbstunsicherer Persönlichkeitsstörung, dass unter differenziellem Angst-/Defizit-Fokus eine Ausweitung der Angstbehandlung (z. B. verlängertes Exposure-in-vivo) zusammen mit einem breit angelegten sozialen Kompetenz-Training die Behandlungsergebnisse verbessern könnte: „The extension of that conclusion to the content of training would make the molecular changes often stressed from the skill-deficit point of view (e.g., achieving eye contact) less important than broad strategic targets, such as making first contact or engaging in conversation by asking questions“ (S. 228, bezugn. auf Stravynski, 1984; Trower, 1982).

Kritisch zum Sozialen Kompetenztraining äußerten sich zudem Morrison und Bellack (1981, S. 70) unter Bezugnahme auf verschiedene Studien dahingehend, dass Generalisierungseffekte sozialer Kompetenztrainings typischerweise für Situationen gefunden werden, die den Therapiesituationen sehr ähneln, die Effekte aber mit zunehmender Unähnlichkeit abnehmen.

Führt man die in diesem Abschnitt zitierten Befunde zusammen, stellt sich der Zusammenhang zwischen Ausprägungen sozialer Ängste und sozialer Defizite, Symptomschwere und Therapie-

erfolg bzw. -mißerfolg in Anlehnung an Wlazlo (1989) und Münchau (2001), beide bezunehmend auf Trower und Turland (1984), wie folgt dar:

1. soziale Defizite ↓ - soziale Angst ↓ „normal“
2. soziale Defizite ↓ - soziale Angst ↑ vorwiegend Phobie: *leichter behandelbar*
3. soziale Defizite ↑ - soziale Angst ↓ vorwiegend Defizite: *schwieriger und langfristiger zu behandeln*
4. soziale Defizite ↑ - soziale Angst ↑ schwere Formen der Sozialen Phobie/Vermeidend-Selbstunsicheren Persönlichkeitsstörung, früher Störungsbeginn, extreme Beeinträchtigungen, generalisierte Sozialphobie, mit und ohne Ängstliche Persönlichkeitsstörung: *aufwändige langwierige Behandlungen, Therapiemisserfolge häufig.*

## 2.3 Störungsdiagnostik

Zur Erfassung sozialer Angst gibt es unterschiedliche diagnostische Verfahren: Verhaltensbeobachtung, Interviews, Ratingskalen sowie Fragebögen zur Fremd- und Selbsteinschätzung (vgl. Heidenreich und Stangier, 2002; Hoyer und Margraf, 2003; Brähler et al., 2002). Im Zusammenhang mit dem Thema der vorliegenden Arbeit sind hier nur psychometrische Instrumente zur Selbsteinschätzung von besonderem Interesse.

Nicht alle existierenden Skalen zur Erfassung sozialer Angst wurden mit direkten Bezug zum Störungskonzept der Sozialen Phobie bzw. als eigenständiges Instrument entwickelt. So ist beispielsweise die Unterskala „Unsicherheit im Sozialkontakt“ Bestandteil der Symptom-Checkliste SCL-90-R (Derogatis, 1986; deutsche Version Franke, 1995), die ein breites Spektrum symptomatischer Belastungen innerhalb eines Zeitraums von sieben Tagen erfasst. Die Angstskala ist eine von acht weiteren Unterskalen (Somatisierung, Depressivität, Ängstlichkeit, phobische Angst, Aggressivität/Feindseligkeit, Zwanghaftigkeit, Psychotizismus, paranoides Denken).

Ein eigenständiges Instrument zur Erfassung sozialer Unsicherheit, das noch vor Anerkennung der Sozialen Phobie als eigenständige Störung konstruiert wurde, ist der *U-Fragebogen* (Unsicherheitsfragebogen; Ullrich und Ullrich de Muynck, 1979). Dieser erfasst zwar neben der Angst vor Kontakt, Kritik und Mißerfolg auch soziale Kompetenz. Letztere wurde jedoch lediglich als „Fordern können“ konzipiert (mit den Aspekten Entscheidungsfreude, Selbstsicherheit, Vertrauen ins eigene Urteil, Kritikfähigkeit, Durchsetzungsfähigkeit). Dem komplexen Charakter sozialer Kompetenzen, wie er sich nach dem Stand der Forschung darstellt (vgl. Abschnitt 2.1.2), wird diese Begrenzung nicht mehr gerecht. Zudem ist der Anwendungsbereich des U-Fragebogens auf ein spezielles Selbstsicherheitstraining zugeschnitten (ATP: Assertiveness-Training-Programm; Ullrich und Ullrich de Muynck, 1980): „Die besondere Bedeutung des U-Fragebogens als Hilfsmittel zur Therapieauswahl und Therapiekontrolle besteht im Rahmen des ATP [...], weil hier Therapie und Messmittel in Zielsetzung und Entwicklung eng verknüpft sind, etwa in einem gemeinsamen Itempool wurzeln“ (de Muynck und Ullrich, 2003).

Mit Bezug zum kognitiven Modell der Sozialen Phobie (Clark und Wells, 1995) liegen drei Skalen vor, mit denen sozialphobische Einstellungen (SPE; konditionale Annahmen), sozialphobische Kognitionen (SPK; automatische Gedanken) und sozialphobisches Verhalten (SPV; Sicherheitsverhaltensweisen) bei der Sozialphobie erfasst werden (engl. Original: Wells et al., 1993; deutsche Versionen von Stangier, Heidenreich, Ehlers und Clark, 1996). Abgesehen davon, dass diese Instrumente sich ebenfalls auf einen spezifischen Behandlungsansatz beziehen (kognitiv-behaviorale Therapie nach Clark und Wells, 1995), liegen teilweise kritische Validitätskennwerte vor (Stangier, 2003).

Die beiden Skalen Vermeidung sozialer Situationen (SVSS) und Angst vor negativer Bewertung (SANB) von Vormbrock und Neuser (1983), deutsche Bearbeitungen zweier englischer Skalen von Watson und Friend (1969), fokussieren auf dem Hintergrund der Theorie der Selbstdarstellung neben der Vermeidung ebenfalls den kognitiven Aspekt der sozialen Angst. Auch der Social Interaction Self-Statement Test (SISST; Glass et al., 1982) betont die kognitive Komponente der sozialen Angst.

Ein weiteres Instrument zur Selbstauskunft ist der Social Phobia Questionnaire (SPQ; Newman et al.; im Druck zum Zeitpunkt der Erstellung der vorliegenden Arbeit). Der Fragebogen besitzt keine Faktorenstruktur, da er direkt aus den DSM-IV-Störungskriterien der Sozialen Phobie konstruiert wurde.

Eine kleine Anzahl an diagnostischen Selbstrating-Instrumenten ergibt sich, wenn die folgenden Anforderungen für die Zwecke der vorliegenden Untersuchung erfüllt sein sollen:

- Entwicklung mit direktem Bezug zum Störungskonzept der Sozialen Phobie,
- Unabhängigkeit von speziellen Therapiekonzepten,
- zufriedenstellende psychometrische Eigenschaften.

Die folgende Tabelle 4 faßt die entsprechenden Instrumente und deren Messintentionen zusammen, anschließend werden die Fragebögen kurz beschrieben; in Tabelle 5 sind die psychometrischen Kennwerte aufgeführt.

Tabelle 4  
 Psychometrische Selbstrating-Instrumente mit direktem Bezug zum Störungskonzept  
 zur Diagnostik der Sozialen Phobie bei Erwachsenen

<b>Psychometrische Fragebögen, Autoren</b>	<b>Messintention</b>
<b>SPAI</b> Social Phobia and Anxiety Inventory (Turner et al., 1989)  deutsche Version: Soziale-Phobie-und-Angst-Inventar (Fydrich, 2002b)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>störungsspezifische Gedanken</b></li> <li>• <b>physiologische Symptome</b></li> <li>• <b>Verhaltensweisen/ Fluchtreaktionen</b></li> </ul> (22 Items)  Originalversion: zusätzlich 13 Items zur Agoraphobie
<b>SIAS*</b> Social Interaction Anxiety Scale (Mattick und Clark, 1989)  deutsche Version: Soziale Interaktionsangst-Skala (Stangier et al., 1999)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Angst in sozialen Interaktionssituationen</b>, sich zu blamieren oder in negativer Weise Aufmerksamkeit auf sich zu ziehen</li> </ul> (20 Items)
<b>SPS*</b> Social Phobia Scale (Mattick und Clark, 1989)  deutsche Version: Soziale Phobie-Skala (Stangier et al., 1999)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Angst in sozialen Situationen ohne Interaktion</b> vor dem Beobachtetwerden und negativer Bewertung eigener Handlungen durch Andere</li> </ul> (20 Items)
<b>SPIN</b> Social Phobia Inventory** (Connor et al., 2000)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Angst</b> (6 Items)</li> <li>• <b>Vermeidung</b> (7 Items)</li> <li>• <b>physiologische Erregung</b> (4 Items)</li> </ul> (17 Items)

\* Die SIAS und SPS wurden zusammen entwickelt und werden zusammen eingesetzt.

\*\* Das SPIN lag der Untersucherin in einer deutschen Übersetzung vor, die ihr von den Autoren zur Verfügung gestellt wurde („Fragebogen zu Sozialer Phobie – Sozialer Angst“, dt. Übersetzung von Stangier und Steffens, ohne Jahresangabe). Befunde zur Reliabilität und Validität der deutschen Fassung lagen zu jenem Zeitpunkt nicht vor. Inzwischen wurden jedoch Ergebnisse zur Evaluation der deutschen Fassung veröffentlicht (s. Mitte et al., 2007, bezugn. auf Sosic et al., 2006).

### **SPAI**

Das SPAI erfasst Häufigkeit und Intensität störungsspezifischer Gedanken, Körperreaktionen und Verhaltensweisen für verschiedene angstauslösende soziale Situationen sowie agoraphobische Symptome (Kontrollskala) auf einem siebenstufigen Antwortformat. Das Instrument differenziert Reaktionen je nach beteiligten Personen (fremde Menschen, anderes Geschlecht, Autoritätspersonen). Die Bearbeitung ist aufwendiger gegenüber anderen Selbstrating-Fragebögen.

### **SIAS und SPS**

Die beiden Skalen SIAS und SPS wurden zusammen entwickelt und werden zusammen eingesetzt. Die Beantwortung erfolgt jeweils auf einer fünfstufigen Antwortskala. Die **SIAS** mißt Angst in Interaktionssituationen, die eher mit dem generalisierten Typus der Sozialen Phobie in Verbindung gebracht werden (z. B. Gespräche mit Freunden, Fremden, potentiellen gegengeschlechtlichen Partnern, Freunde finden, zu einer Gruppe dazukommen, einen eigenen Standpunkt vertreten). Die **SPS** erfasst Angst in Situationen, in denen man Handlungen ausführt und der bewertenden Beobachtung durch andere Menschen ausgesetzt ist (z. B. öffentliches Essen, Trinken, Schreiben, öffentliche Toiletten benutzen, vor anderen Menschen zu sprechen). Diese Form der sozialen Angst wird eher dem spezifischen Typus der Sozialen Phobie zugeschrieben. Stangier et al. (1999, S. 28) weisen darauf hin, dass der englische Begriff „performance“ – der für derartige Situationen verwendet wird –, fälschlicherweise häufig mit „Leistungs“angst übersetzt wird. Mit der SPS werden außerdem die für die spezifische Sozialphobie typischen Befürchtungen vor körperlichen

Angstreaktionen erhoben (z. B. Erröten, Übelkeit, Kontrollverlust). In beiden Skalen wird nach Gefühlen von Anspannung und Nervosität in bestimmten Situationen sowie nach Befürchtungen, ungeschickt zu wirken, gefragt. Beide Skalen beanspruchen Eindimensionalität.

### SPIN

Das SPIN wurde als Selbstrating-Instrument für die klinische Diagnostik der Sozialen Phobie auf der Basis eines Fremdbeurteilungsinstruments, der Brief Social Phobia Scale (BSPS; Davidson et al., 1997), entwickelt. Das SPIN erlaubt die Einschätzung der sozialphobischen/sozialängstlichen Symptomatik anhand von drei Unterskalen, „which assessed the full spectrum of symptoms which characterise social phobia“ (Connor et al., 2000, S. 379). Die Subskalen wurden aus einzelnen charakteristischen Symptomen gebildet, die sich je nach Schwere der Störung verändern können: *Furcht* (vor Autoritätspersonen, Parties und sozialen Ereignissen, Sprechen mit Fremden, Handeln unter Beobachtung, Furcht davor, kritisiert zu werden, in Verlegenheit zu geraten), *Vermeidung* (von Gesprächen mit anderen Menschen/mit Fremden aus Angst vor Verlegenheit; von Sprechen mit Autoritäten aus Angst vor Kritik; von Partybesuchen, Mittelpunktssituationen, Reden halten) sowie *physiologische Reaktionen* (Erröten, Schwitzen, Herzklopfen, Zittern, Taumeln vor anderen Menschen). Zur Beantwortung dient ein fünfstufiges Antwortformat.

Tabelle 5  
Psychometrische Kennwerte des SPAI, der SIAS/SPS und des SPIN

	<b>SPAI</b> (Fydrich, 2002b)	<b>SIAS</b> (Stangier et al., 1999)	<b>SPS</b> (Stangier et al., 1999)	<b>SPIN</b> (Connor et al., 2000)
<b>Stichproben</b>	Studierende, Ratsuchende einer Beratungsstelle, klinische Stichproben	43 Sozialphobiker 24 Personen ohne psych. Störung 22 Pat. mit versch. Angststörungen 19 Pat. mit depress. Störungen 17 Pat. mit Angst-+ depress. Störungen		<b>Gruppen</b> I: 68 gesunde Teilnehmer einer Blutdruckstudie II: 47 ambulante psychiatr. Pat. ohne Sozialphobie III: 81 Sozialphobiker einer abgeschl. Medikamentenstudie IV: 67 Sozialphobiker einer laufenden Med./VT-Behandlungs- studie V: 90 Sozialphobiker einer laufenden Med./Placebo-Studie
<b>Interne Konsistenz</b> Cronbach's Alpha	<b><math>\alpha = .93</math> bis <b><math>.96</math></b> bei verschiedenen Stichproben (Studierende, Ratsuchende einer Beratungsstelle, klinische Stichproben)</b>	<b><math>\alpha = .94</math></b> Sozialphobiker <b><math>\alpha = .84</math></b> Angststörungen <b><math>\alpha = .90</math></b> Depressionen <b><math>\alpha = .89</math></b> Angst/Depr. gemischt <b><math>\alpha = .79</math></b> Personen ohne psych. Störungen	<b><math>\alpha = .94</math></b> Sozialphobiker <b><math>\alpha = .77</math></b> Angststörungen <b><math>\alpha = .92</math></b> Depressionen <b><math>\alpha = .94</math></b> Angst/Depr. gemischt <b><math>\alpha = .79</math></b> Personen ohne psych. Störungen	für Gruppen I bis IV:  <b><u>SPIN Gesamtskala</u></b> <b><math>\alpha = .87</math> bis <b><math>.94</math></b> Sozialphobiker III + IV <b><math>\alpha = .82</math> bis <b><math>.90</math></b> Kontrollgruppen I + II  <b><u>SPIN Subskalen</u></b> <b><u>fear</u></b> <b><math>\alpha = .68</math> bis <b><math>.76</math></b> Sozialphobiker III + IV <b><math>\alpha = .76</math> bis <b><math>.79</math></b> Kontrollgruppen I + II <b><u>avoidance</u></b> <b><math>\alpha = .71</math></b> Sozialphobiker III + IV <b><math>\alpha = .70</math> bis <b><math>.81</math></b> Kontrollgruppen I + II <b><u>physiological</u></b> <b><math>\alpha = .70</math> bis <b><math>.73</math></b> Sozialphobiker III + IV <b><math>\alpha = .57</math> bis <b><math>.68</math></b> Kontrollgruppen I + II</b></b></b></b></b></b></b>

Fortsetzung Tabelle 5

<b>Retest-Reliabilität</b>	$r_{tt} = .82$ nach 4 Monaten stud. Stichprobe	$r_{tt} = .92$ nach 3 Wochen 25 Sozialphobiker	$r_{tt} = .96$ nach 3 Wochen 25 Sozialphobiker	$r_{tt} = .89$ III: 64 Pbn $r_{tt} = .78$ IV: 54 Pbn (Zeitintervalle nicht berichtet)
<b>Konvergente Validität</b> Korrelationen mit konstruktnahen Skalen	$r = .82$ Subskala „Unsicherheit im Sozialkontakt“/ SCL-90R $r = .84$ Subskala „Fehlschlag- und Kritikangst“/ U-Fragebogen	$r = .86$ SPAI (dt.) $r = .83$ SVSS $r = .76$ SANB  zusätzlich Liebowitz-Skala (Fremdrating): $r = .78$ Angst Gesamtskala $r = .69$ Vermeidung Gesamtskala $r = .78$ Angst in Interaktionssituationen $r = .70$ Angst in Leistungssituationen	$r = .78$ SPAI (dt.) $r = .81$ SVSS $r = .68$ SANB  zusätzlich Liebowitz-Skala (Fremdrating): $r = .76$ Angst Gesamtskala $r = .77$ Vermeidung Gesamtskala $r = .72$ Angst in Interaktionssituationen $r = .74$ Angst in Leistungssituationen	<b><u>SPIN Gesamtskala</u></b>  <i>baseline</i> $r = .57$ BSPS Gr. IV $r = .80$ BSPS Gr. III $r = .55$ LSAS Gr. IV LSAS Gr. III nicht berichtet $r = .77$ FQ  <i>end-point</i> $r = .92$ BSPS Gr. III $r = .87$ LSAS Gr. III  <b><u>SPIN Subskalen</u></b> <i>baseline</i>  <i>fear</i> $r = .61$ BSPS Gr. IV $r = .82$ BSPS Gr. III $r = .76$ FQ Gr. III  <i>avoidance</i> $r = .47$ BSPS Gr. IV $r = .62$ BSPS Gr. III $r = .78$ FQ Gr. III  <i>physiological</i> $r = .66$ BSPS Gr. IV $r = .62$ BSPS Gr. III $r = .42$ FQ Gr. III
<b>Divergente Validität</b> Korrelationen mit konstruktfernen Skalen	$r = .53$ Subskala „Phobische Angst“/ SCL-90R $r = .60$ BDI	$r = .42$ BAI $r = .61$ BDI	$r = .57$ BAI $r = .63$ BDI	Gruppe III: $r = n.s.$ SF-36 $r = .34$ Subskala „blood- injury phobia“ FQ $r = .33$ SDS
<b>Sensitivität</b> % korrekte Zuordnung von Patienten mit Sozialphobie vs. anderen Gruppen	<b>68%</b> vs. andere Angststörungen	<b>79%</b> vs. Angst <b>64.5%</b> vs. Depression <b>65%</b> vs. Angst+Depr. <b>89.6%</b> vs. Personen ohne psych. Störungen	<b>68.4%</b> vs. Angst <b>62.9%</b> vs. Depression <b>60%</b> vs. Angst+Depr. <b>77.6%</b> vs. Personen ohne psych. Störungen	<b>79%</b> vs. Pers. ohne Sozialphobie (mit+ohne psychiatr. Störung) <b>78%</b> vs. nicht-psychiatr. Personen <b>80%</b> vs. psychiatr. Pat. ohne Soziaphobie
<b>verfügbare Vergleichswerte</b> (Mittelwerte, Standardabw.)	Pat. mit affektiven Störungen; Pat. mit Angststörungen ohne Sozialphobie; nicht-klinische Gruppen	für Pat. mit Depression; mit Depression + Angst; Kontrollgruppe ohne psych. Störungen	für Pat. mit psych. Störungen; Personen ohne psych. Störungen	

SCL-90-R = Symptom-Check-Liste-90-R, U-Fragebogen = Unsicherheitsfragebogen, SVSS = Skala Vermeidung sozialer Situationen, SANB = Skala Angst vor negativer Bewertung, BSPS = Brief Social Phobia Scale (Davidson et al., 1997), LSAS= Liebowitz Social Anxiety Scale (Liebowitz, 1987), FQ = Marks Fear Questionnaire (Marks and Mathews, 1979), BDI= Beck Depressions-Inventar (Hautzinger et al., 1992), BAI = Beck Angst-Inventar (Margraf und Ehlers, 1997).

Wenige Tage vor Fertigstellung der vorliegenden Arbeit erhielt die Untersucherin Kenntnis von ersten Befunden zur Evaluation der deutschen Fassung des SPIN (Mitte et al., 2007, bezugn. auf Susic et al., 2006). Danach liegen die internen Konsistenzen für Sozialphobiker bzw. gesunde Kontrollpersonen (Allgemeinbevölkerung) bei  $\alpha = .91$  bzw.  $.95$ . Es werden hohe Zusammenhänge mit anderen sozialphobischen Verfahren und mittlere Zusammenhänge zur Depressivität berichtet. Auch für die deutsche Fassung zeigen sich signifikant höhere Werte der Sozialphobiker gegenüber gesunden Personen.

### 3 Fragestellung und Hypothesen

Die theoretischen Ausführungen im Kapitel 2 haben gezeigt, dass soziale Ängste und soziale Defizite sehr komplex beschaffen sind und vielfältigen Wechselwirkungen unterliegen, aber dennoch als unterschiedliche, voneinander abgrenzbare Konstrukte beschrieben werden können (Emotion vs. kognitive Kompetenz- und motorische Performanz-Defizite). Die theoretische Differenzierbarkeit sollte es daher ermöglichen, ein entsprechendes diagnostisches Selbstrating-Instrument zu konstruieren, das soziale Ängste und soziale Defizite getrennt erfasst.

Nach derzeitigem Kenntnisstand der Untersucherin liegt kein Instrument vor, das diese beiden Merkmale differentiell erfasst (s. Abschnitt 2.3).<sup>10</sup> Die bislang existierenden, auf dem Hintergrund des Konstrukts der Sozialphobie entwickelten Selbstrating-Fragebögen fokussieren unter anderem auch sozialphobisches Verhalten und Vermeidungstendenzen, allerdings erscheint die Erfassung von sozialen Kompetenz- und Performanz-Defiziten nicht hinreichend berücksichtigt. Die Notwendigkeit einer differentiellen Erfassung sozialer Ängste und sozialer Defizite wird jedoch durch Forschungsbefunde unterstrichen, wonach die Ausprägung und Konstellation sozialer Ängste und sozialer Defizite vor Behandlungsbeginn den Therapieerfolg bzw. -mißerfolg offenbar entscheidend mitbestimmen (s. Abschnitt 2.2.4). Wichtig für eine gezielte Indikation – und die anschließende, auf die individuellen Voraussetzungen des Patienten abgestimmte Behandlung – ist deshalb die eingangsdagnostische Erfassung dieser beiden Störungsmerkmale mit einem dafür geeigneten Instrument. Dies könnte dazu beitragen, Therapiemisserfolge zu verringern.

In der vorliegenden Arbeit soll untersucht werden, ob es möglich ist, soziale Ängste und soziale Defizite differentiell in reliabler und valider Weise psychometrisch zu erfassen.

Hinsichtlich der sozialen Defizite ergibt sich die Schwierigkeit, diese anhand konstruktnaher Instrumente zu evaluieren, da die existierenden Fragebögen nicht explizit die Erfassung sozialer Defizite bei der Sozialen Phobie fokussieren (s. Abschnitt 2.3). Dennoch ist damit zu rechnen, dass sich signifikante Zusammenhänge zwischen der Defizit-Dimension und den zur Validierung herangezogenen Instrumenten zeigen werden, da diese ebenfalls auf dem Hintergrund des Störungsstrukts konstruiert wurden. Hinzu kommt, dass Ängste und Defizite keine weitgehend unabhängigen Störungsmerkmale, sondern Ausdruck derselben zugrundeliegenden Störung sind, zu deren Charakteristik emotional-kognitiv-motorisch/behaviorale Wechselbeziehungen<sup>11</sup> gehören. Die Beurteilung der Validität der Defizit-Dimension kann daher in der vorliegenden Studie allenfalls auf indirekte Weise erfolgen, weshalb hierzu keine eigenständigen Hypothesen formuliert werden. Es wird jedoch erwartet, dass die konvergenten Zusammenhänge der Angst-Dimension mit den Validierungsinstrumenten signifikant höher ausfallen als die Zusammenhänge der Defizit-Dimension mit den etablierten Skalen (s. Hypothese 3).

---

<sup>10</sup> Eine persönliche Mitteilung von Frau Prof. Nina Heinrichs (Juni 2006), dass nach ihren eigenen Recherchen keine geeigneten klinischen Skalen zur Erfassung sozialer Defizite existieren, bestätigte meine diesbezüglichen Recherchen.

<sup>11</sup> einschließlich des hier nicht berücksichtigten physiologischen Aspekts

Zum Nachweis einer Faktorenstruktur und zur Einschätzung der Reliabilität des Analyse-Instruments stützt sich die vorliegende Studie auf die Untersuchung gesunder Probanden (Hypothesen 1 und 2). Gewisse Unsicherheiten und Hemmungen in sozialen Situationen, die sich quantitativ, aber nicht qualitativ von klinisch relevanten Ausprägungen sozialphobischer/soziallängstlicher Symptomatik unterscheiden, sind normal; die meisten Menschen kennen sie aus eigener Erfahrung. Zudem kommen klinisch ausgeprägte Soziale Phobien in der Allgemeinbevölkerung relativ häufig vor. Lieb und Müller (2002) führen eine Vielzahl epidemiologischer Studien an, darunter zwei in Deutschland durchgeführte, DSM-IV-basierte Erhebungen, nach denen über Lebenszeitprävalenzen von 12% (Becker et al., 2000; repräsentative Stichprobe: 1.538 Frauen, 18 – 25 Jahre; erhoben mit F-DIPS<sup>12</sup>) bzw. 8.7% (Wittchen et al., 1999; Beobachtungszeitraum 4 Jahre; repräsentative Stichprobe: 3.021 14- bis 24-jährige; Prävalenzrate bezogen auf Subgruppe 18- 24-jährige; erhoben mit M-CIDI<sup>13</sup>) in der erwachsenen Allgemeinbevölkerung berichtet wurden. Weiterhin zitieren die Autorinnen eine DSM-III-R-basierte Studie für den deutschsprachigen Raum (Basel), wonach eine Lebenszeitprävalenz von 16% gefunden wurde (Wacker et al., 1992; Stichprobe: 470 Personen, 18 – 65 Jahre; erhoben mit CIDI<sup>14</sup>), sowie eine in Frankreich durchgeführte Erhebung der WHO, wonach in französischen Allgemeinarztpraxen 14.8% (Lebenszeitprävalenz) aller dort untersuchten Patienten von einer Sozialen Phobie (nach ICD-10) berichteten. Angesichts solcher Befunde erscheint es gerechtfertigt, Voruntersuchungen zur Entwicklung eines klinischen Fragebogens zur Erfassung der Sozialen Phobie anhand einer Analysestichprobe gesunder Probanden aus der Normalbevölkerung zu entwickeln (Hypothesen 1 und 2), bevor das Instrument an einer klinischen Stichprobe weiter psychometrisch evaluiert wird (Hypothesen 3 bis 5).

Dem Ziel der Arbeit entsprechend wurden fünf Hypothesen aufgestellt:

**Hypothese 1:** Die theoretischen Konstrukte soziale Angst und soziale Defizite lassen sich psychometrisch voneinander trennen und faktorenanalytisch differentiell abbilden.

*H<sub>0</sub>: Die Konstrukte lassen sich psychometrisch nicht getrennt abbilden.*

**Hypothese 2:** Die aufgrund der faktorenanalytischen Ergebnisse gebildeten Skalen weisen für klinisch-diagnostische Zwecke hinreichende Reliabilitätskennwerte auf. Die klassische Testtheorie gibt Normwerte für die Meßgenauigkeit von standardisierten Tests vor (Lienert und Raatz, 1994, S. 269): die interne Konsistenz sollte  $r_{tt} > .9$  und die Retestreliabilität sollte  $r_{tt} > .8$  betragen. Es wird erwartet, dass die Angst-Defizit-Gesamtskala diese Werte erreicht.

*H<sub>0</sub>: Die interne Konsistenz der Angst-Defizit-Gesamtskala ist geringer als .9 und ihre Retestreliabilität geringer als .8.*

<sup>12</sup> F-DIPS: Diagnostisches Interview bei psychischen Störungen

<sup>13</sup> M-CIDI: Münchner-Composite International Diagnostic Interview

<sup>14</sup> CIDI: Composite International Diagnostic Interview

**Hypothese 3:** Der *Angst-Faktor* korreliert mit den zur Validierung herangezogenen konstrukt-nahen etablierten Selbstrating-Instrumenten statistisch signifikant und hinreichend hoch. Nach Lienert und Raatz (1994, S. 269) sind Korrelationskoeffizienten von  $r_{tc} \geq .7$  zum Nachweis der konvergenten Validität wünschenswert, jedoch werden in der Praxis auch Koeffizienten um .6 schon als zufriedenstellend betrachtet. Zu hoch sollten die Zusammenhänge mit etablierten Skalen jedoch nicht ausfallen, da eine neue Skala sonst zuwenig zusätzlichen Informationsgehalt hätte. Es wird erwartet, dass sich die konvergente Validität der neuen Angst-Skala betragsmäßig zwischen .6 und .8 bewegt:

$$.6 \leq r_{(\text{Angst neu, etablierte Skalen})} \leq .8 \quad (5\text{-Niveau, zweiseitig})$$

$H_0$ : Es ergeben sich Korrelationen kleiner als .6 oder keine Zusammenhänge mit den konstrukt-nahen Instrumenten.

**Hypothese 4:** Es wird angenommen, dass die Korrelationen der *Angst-Skala* mit den Validierungsskalen *signifikant höher* als die Korrelationen der Defizit-Skala mit den Validierungsinstrumenten ausfallen:

$$r_{(\text{Angst neu, etablierte Skalen})} > r_{(\text{Defizit neu, etablierte Skalen})} \quad (5\text{-Niveau, einseitig})$$

$H_0$ : Die *Angst-Skala* korreliert nicht signifikant höher als die *Defizit-Skala* mit den Validierungsskalen.

**Hypothese 5:** Patienten mit Sozialer Phobie erreichen signifikant höhere Angst- und Defizit-Messwerte als gesunde Probanden. Nach Cohen (1988, zit. nach Wirtz und Nachtigall, 2006, S. 92) drücken sich starke Mittelwertunterschiede in Effektstärken von  $|d| \approx 0.8$  aus. Effektstärken in dieser Größenordnung werden mindestens erwartet, da die Mittelwerte der Patienten sich auf den hohen, die der Gesunden sich auf den geringen Messwertebereich konzentrieren sollten.

$$\text{Mittelwerte}_{\text{Patienten}} > \text{Mittelwerte}_{\text{Gesunde}} \quad (5\text{-Niveau, einseitig}); d > 0.8$$

$H_0$ : Die mittleren Messwerte von Patienten mit Sozialer Phobie sind nicht höher als die von Gesunden.

## 4 Methodik

### 4.1 Untersuchungsdesign

Für das methodische Vorgehen wurde ein empirisch-quantitativer Ansatz gewählt. Die empirische Untersuchung gliedert sich in folgende Abschnitte (vgl. Abbildung 8):

1. Die **Hauptstudie (Studie 1)** diente der Exploration einer akzeptablen Faktorenstruktur anhand einer größeren Stichprobe gesunder erwachsener Probanden sowie einer ersten Selektion aussagefähiger Items, der vorläufigen Skalenbildung und der Einschätzung der Skalenreliabilität.
2. Im Rahmen der **Replikationsstudie (Studie 2)** erfolgte die Überprüfung der faktoriellen Validität an einer zweiten (unabhängigen) Stichprobe mit ebenfalls gesunden erwachsenen Probanden.
3. Zur Ermittlung der Skalenstabilität wurde eine **Retest-Studie (Studie 3)** durchgeführt. Hierzu wurde das Analyse-Instrument einem Teil der Probanden der Replikationsstudie ein weiteres Mal zur Bearbeitung vorgelegt.
4. Schließlich diente die **klinische Validierungsstudie (Studie 4)** dem Ziel, die konvergente Validität der Angst-Dimension zu evaluieren und die Zusammenhangsmaße der Angst- und Defizit-Dimension mit den Validierungsskalen miteinander zu vergleichen. Außerdem wurde die Differenzierungsfähigkeit des Instruments anhand von Gruppenvergleichen zwischen Patienten und gesunden Personen überprüft.

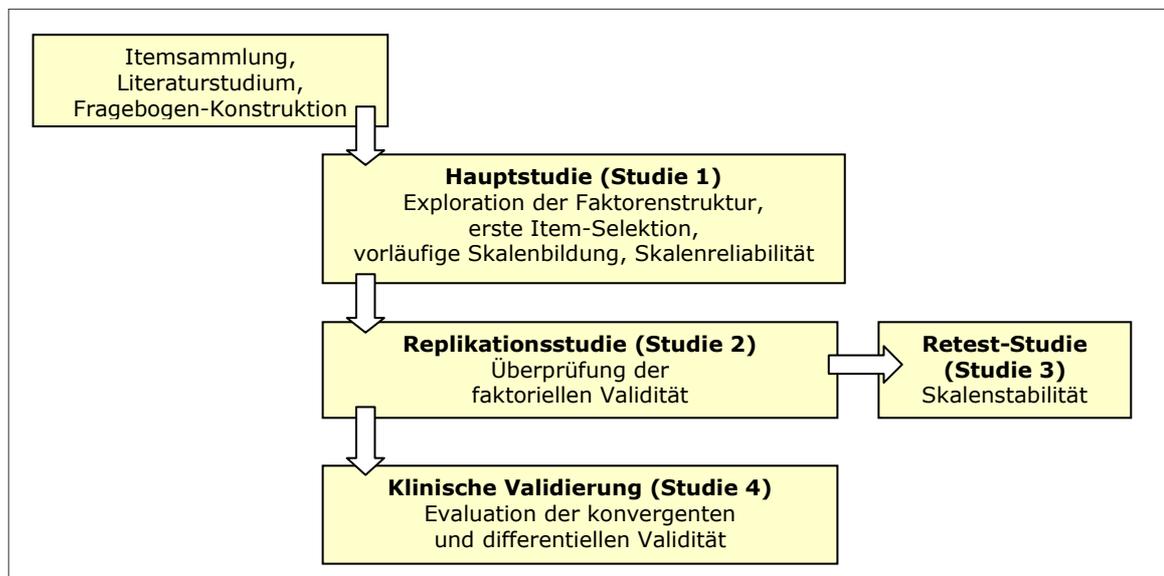


Abbildung 8:  
Forschungsdesign im Überblick

Für die einzelnen Untersuchungsabschnitte wurden folgende Stichprobenumfänge angestrebt:

Tabelle 6  
Angestrebte Stichprobenumfänge

			angestrebter Stichprobenumfang
Studie 1	Hauptstudie	Analysestichprobe (Gesunde)	250
Studie 2	Replikationsstudie	Replikationsstichprobe (Gesunde)	250
Studie 3	Retest-Studie	Retest-Stichprobe (Gesunde, Teilstichprobe von Studie 2)	100 – 150
Studie 4	Klinische Validierungsstudie	Patientenstichprobe (Patienten mit Sozialphobie)	100

Um zu möglichst aussagefähigen Ergebnissen zu kommen, wurde in Studie 1 und 2 auf eine leicht zu gewinnende, jedoch einseitige studentische Population bewusst verzichtet. Stattdessen wurden insgesamt 35 Personen unterschiedlichen Alters (27 – 60 Jahre) im privaten und beruflichen Umfeld der Untersucherin aus Hamburg, Hessen, Rheinland-Pfalz und Baden-Württemberg dafür gewonnen, als MultiplikatorInnen Fragebögen an gesunde erwachsene Personen in ihren jeweiligen privaten und beruflichen Umfeldern zu verteilen.

Alle MultiplikatorInnen sind der Untersucherin persönlich bekannt. Der weit überwiegende Teil stammt aus akademischen Berufen. Vor Beginn der Datenerhebung erhielten die MultiplikatorInnen eine vierstündigen Einweisung. Dabei wurde über das Ziel der Studie, die benötigten Stichproben, die Ausschlusskriterien, über den Zeitablauf der Untersuchung, die anonyme Form der Befragung sowie alle erforderlichen Aspekte des Datenschutzes informiert. Außerdem erhielten die MultiplikatorInnen Instruktionen zur Förderung der Motivation von potentiellen Probanden (auf Nachfragen Informationen zur Studie geben, ohne dabei die Begriffe „soziale Ängste“ und „soziale Defizite“ zu verwenden, um keine abschreckende Wirkung hervorzurufen: „Erforschung des Sozialen Verhaltens und Erlebens gesunder Personen“, „Untersuchung für einen guten Zweck“; Hinweis, dass keine personenbezogenen Auswertungen erfolgen, Betonung der Anonymität) sowie Instruktionen zur Kontrolle des Datenrücklaufs (Testpersonen ggf. nach einer Woche an das Ausfüllen der Fragebögen erinnern). Die MultiplikatorInnen wurden angewiesen, die Fragebögen nicht zur Selbstbedienung an frequentierten Orten auszulegen, sondern potentielle Testteilnehmer persönlich anzusprechen.

In Studie 1 waren 22 MultiplikatorInnen an der Datenerhebung beteiligt. Die Daten der Studie 2 wurden durch 13 (andere) MultiplikatorInnen erhoben.

## 4.2 Konstruktion des Analyse-Instruments

Entsprechend dem Ziel der Arbeit, die Differenzierbarkeit sozialer Ängste und sozialer Defizite in unterschiedlichen Stichproben zu erforschen und auf reliable und valide Weise psychometrisch zu erfassen, wurde ein Analyse-Instrument geschaffen, das bei entsprechenden Befunden nach Abschluss der vorliegenden Studie die Entwicklung eines entsprechenden Fragebogens für die klinisch-diagnostische Anwendung ermöglichen sollte. Das für die analytische Vorarbeit geschaffene Instrument hat daher praktischerweise bereits Aussehen und Form eines Fragebogens *und wird in der vorliegenden Arbeit auch als solcher bezeichnet*. Wann immer der Begriff „Fragebogen“ im Folgenden verwendet wird, ist damit also stets das für diese Untersuchung konstruierte Analyse-Instrument gemeint.

Der Entwurf des Instruments enthielt insgesamt 100 Items:

- *73 störungsbezogene Items*  
zur Erfassung sozialer Ängste und sozialer Defizite
- *15 Screening-Items*  
je 5 Items zu Alkoholismus, Depressivität, Offenheit  
sowie ab Studie 2: zusätzlich 5 Items zu psychotischen Symptomen

*(sowie 12 Items zu möglichen Entstehungsfaktoren der Sozialphobie<sup>15</sup>).*

Das Testinstrument wurde allen gesunden und klinischen Probanden unter dem Titel *„Fragebogen zur Selbstbeschreibung in sozialen Situationen“* vorgelegt, um durch die Begriffe „Angst“ und „Defizite“ kein Unbehagen bei den Testteilnehmern hervorzurufen und dadurch bedingten unerwünschten Antworttendenzen vorzubeugen.

### 4.2.1 Operationalisierung sozialer Ängste und sozialer Defizite

Die Items zur Angst-Dimension wurden vornehmlich auf dem Hintergrund der störungsbezogenen Literatur entwickelt; einige wurden in Anlehnung an Items aus bereits existierenden Skalen zur Erfassung der Sozialen Phobie formuliert, wobei kein Item wörtlich übernommen wurde. Verschiedene Items zur Defizit-Dimension wurden in Anlehnung an das Konstrukt der sozialen Kompetenz/sozialen Performanz formuliert. Zusätzlich wurden auf dem Hintergrund klinischer Beobachtung neue Items konstruiert. Alle Items wurden nach psychologisch-inhaltlichen Gesichtspunkten auf die Vereinbarkeit mit dem Störungskonstrukt der Sozialen Phobie hin formuliert. Die Intention bei der Konstruktion und Formulierung sämtlicher Items war, dass die Iteminhalte möglichst entweder auf soziale Ängste oder auf soziale Defizite zielten. Es wurde versucht, Formulierungen, die in dieser Hinsicht mehrdeutig waren, zu vermeiden. Auf diese Weise wurde ein Pool von 73 Items zusammengestellt. 35 Items wurden zu sozialen Ängsten operationalisiert und 38 zu

---

<sup>15</sup> Diese Items gehörten nicht zum Gegenstand der vorliegenden Untersuchung, s. dazu Abschnitt 4.2.5.

sozialen Defiziten. Die Statements wurden im Fragebogen nicht getrennt nach Ängsten und Defiziten aufgeführt.

### 35 Items zur Erfassung sozialer Ängste:

1. Im Mittelpunkt der Aufmerksamkeit zu stehen, macht mich nervös.
2. Ich befürchte, daß ich in bestimmten sozialen Situationen (Gespräche, vor einer Gruppe reden, andere kennenlernen, zwangloses Beisammensein) auf andere Menschen ungeschickt wirke.
3. Ich beschwere mich nicht über mangelhafte Ware oder schlechten Service, selbst wenn ich im Recht bin.
4. Autoritätspersonen schüchtern mich ein.
5. Ich würde mich als scheuen / schüchternen Menschen bezeichnen.
6. Die Vorstellung, vor einer Gruppe von Menschen eine Rede/einen Vortrag zu halten, macht mir Angst.
7. Orte, an denen sich viele Menschen aufhalten, machen mir Angst.
8. Ich habe Angst davor, mich zu blamieren.
9. Ich vermeide absichtlich bestimmte soziale Situationen, weil ich Angst habe, etwas falsch zu machen.
10. Ich befürchte, daß andere schnell von mir gelangweilt sind.
11. Die bloße Vorstellung bestimmter sozialer Situationen löst bei mir körperliche Reaktionen aus (Zittern / Erröten / Schwitzen / Harndrang o.ä.).
12. Ich könnte im Erdboden versinken, wenn ich im Mittelpunkt stehe.
13. Die Vorstellung, von jemandem kritisiert oder abgelehnt zu werden, ist für mich schwer auszuhalten.
14. Die Vorstellung, von anderen Menschen intensiv beobachtet zu werden, bereitet mir Unbehagen.
15. Ich fühle mich körperlich unattraktiv.
16. Auf andere lasse ich mich nur ein, wenn ich sie sehr gut kenne.
17. Ich fühle mich im Kontakt mit unbekanntem gegengeschlechtlichen Personen (auf diese zugehen / kennenlernen / zwanglose Gespräche führen) unbeholfener / unsicherer als mit gleichgeschlechtlichen Personen.
18. Ich glaube, ich bin für andere Menschen nicht besonders interessant.
19. Ich fühle mich unbehaglich, wenn ich mit Leuten rede, die ich kaum kenne.
20. Wenn ich in öffentlichen Situationen sprechen muss, habe ich Angst, daß ich nicht verstanden werde / Unsinn von mir gebe.
21. Es macht mich nervös, wenn mir jemand zusieht, während ich schreibe.
22. In Gegenwart wenig bekannter / unbekannter Menschen zu essen (Feier, Restaurant, geselliges Beisammensein), verunsichert mich.
23. Ich befürchte, daß ich in sozialen Situationen unsicher / unbeholfen wirken könnte.
24. Der Gedanke, jemand könnte meine Leistungen negativ beurteilen, ist für mich schwer zu ertragen.
25. Bestimmte soziale Situationen lösen bei mir körperliche Reaktionen aus (Erröten / Zittern / Schwitzen o.ä.)
26. Ich fühle mich anderen unterlegen, was ungezwungenes Verhalten angeht.
27. Es ist mir peinlich, die Aufmerksamkeit anderer Menschen auf mich zu ziehen.
28. Ängste in öffentlichen Situationen sind für mich eine große Behinderung (z. B. bei der Arbeit, im Studium, in der Schule; mit unbekanntem Personen).
29. Ich leide darunter, daß ich wenig soziale Kontakte habe.
30. Ich habe Angst davor, von Personen des anderen Geschlechts zurückgewiesen und abgelehnt zu werden.
31. Aus Angst meide ich Orte, an denen sich viele Menschen aufhalten.
32. Ich schäme mich, über meine Sexualität zu sprechen.
33. Den Gedanken, jemand könnte sich über mich ärgern, kann ich schwer ertragen.
34. Ich habe Angst, mich lächerlich zu machen.
35. Ich fühle mich angespannt, wenn ich unter den Augen anderer etwas tun oder sagen soll.

### 38 Items zur Erfassung sozialer Defizite:

1. "Small talk" ist nicht meine Sache.
2. In Gegenwart anderer Menschen fällt es mir schwer, Gesprächsthemen zu finden.
3. Direkter Blickkontakt in Gesprächen ist mir unangenehm.
4. Meine Selbstbeobachtung in sozialen Situationen lenkt mich davon ab, mich aufs Thema zu konzentrieren.
5. Auf Parties / zwanglosen Zusammenkünften ist mir unbehaglich zumute, weil ich nicht weiß, wie ich mich verhalten soll.
6. Höflichkeiten und gesellige Gesten kann ich nur schwer erwidern.
7. In sozialen Situationen kann ich mich auf das Verhalten der anderen kaum konzentrieren.
8. Kontakt- oder Gesprächssituationen zu steuern, fällt mir schwer.
9. Ich kann schlecht "nein" sagen.
10. Ich weiß nicht recht, wie ich auf Menschen zugehen soll, wenn ich sie nicht gut kenne.
11. Ich kann das Verhalten anderer schlecht einordnen.
12. In Restaurants sitze ich lieber an Tischen, die eher am Rande stehen.
13. Ich habe wenig private soziale Kontakte.
14. In sozialen Situationen komme ich mir unbeholfen vor.
15. Andere Menschen haben mehr diplomatisches Geschick als ich.
16. Ich habe Schwierigkeiten, mich sprachlich gut auszudrücken (mir fehlen die passenden Worte / ich gerate ins Stocken / spreche nicht flüssig).
17. Es bereitet mir Mühe, im Kontakt mit anderen nicht unangenehm aufzufallen.
18. Ich weiß nicht, wohin mit meinen Händen, wenn ich mit anderen rede.
19. Im Beruf / Studium / in der Schule / Lehre habe ich wenig soziale Kontakte.
20. Andere Menschen sind selbstsicherer als ich.
21. Es kommt vor, daß mein Verhalten befremdlich auf andere wirkt.
22. Durch bewusste Zurückhaltung vermeide ich es, in sozialen Situationen ungeschickt zu wirken / peinlich aufzufallen.
23. In Gesprächen mit anderen wüßte ich zwar, was ich sagen könnte, habe aber Hemmungen, mich auszudrücken.
24. Ich würde mich als einzelgängerischen Menschen bezeichnen.
25. Ich verhalte mich anderen gegenüber lieber distanziert.
26. Meine Gefühle und Gedanken sind für andere nur schwer zu erkennen.
27. Ich wünschte, ich hätte mehr private soziale Kontakte.
28. Ich kann die Absichten und Motive anderer Menschen schlecht einschätzen.
29. In sozialen Situationen weiß ich nicht so recht, was andere von mir erwarten.
30. Ich kann im voraus schlecht einschätzen, wie mein Verhalten auf andere wirkt.
31. Ich werde aus dem Verhalten anderer Menschen nicht schlau.
32. Es fällt mir schwer, höfliche Konversation zu betreiben.
33. Mein Verhalten in sozialen Kontakten ist durch Unsicherheiten / Befürchtungen / Angstgefühle gehemmt.
34. Durch übertriebene Gedanken / Befürchtungen hindere ich mich selbst daran, in sozialen Situationen adäquat zu reagieren.
35. Ich weiß in Gesprächen nicht so recht, wann oder wie lange ich den anderen ansehen und wann ich wegsehen sollte.
36. Mich beschäftigt in sozialen Situationen mehr mein eigenes Verhalten (was ich tun / sagen soll, wie ich wirke) als das Verhalten der anderen.
37. Bei geselligen Anlässen kommt es vor, daß ich mich "fehl am Platz" fühle.
38. Ich könnte mich selbstsicher(er) verhalten, wenn ich weniger Gefühle von Unsicherheit / Ängstlichkeit hätte.

#### 4.2.2 Antwortformat und Beurteilungszeitraum

Der Fragebogen wurde als Selbstrating-Instrument konzipiert. Alle Items wurden als Statements abgefaßt, positiv formuliert und in Schlüsselrichtung gepolt. Für die Beantwortung der Items wurde ein unipolares, vierstufiges, intervallskaliertes Antwortformat verwendet:

	immer/ meistens	häufig	manch- mal	nie
Im Mittelpunkt der Aufmerksamkeit zu stehen, macht mich nervös.				

Bei der Entscheidung für ein vierstufiges Antwortformat spielte die Überlegung eine Rolle, sogenannte Antworttendenzen (response sets) möglichst zu vermeiden (Rost, 2004). Darunter ist die Neigung einer Testperson zu verstehen, unabhängig von dem zu messenden Merkmal auf bestimmte Weise zu antworten (Tendenz zum mittleren Urteil, Tendenz zu extremen Antworten bzw. Tendenz, ein mittleres bzw. extremes Urteil zu vermeiden). Solche Antworttendenzen erschweren den Schluss von den Itemantworten auf das zu messende Merkmal: „Die Beeinflussungsmöglichkeiten hängen insofern mit der Anzahl der Stufen der Ratingskala zusammen, als sich z. B. bei nur drei oder vier Antwortstufen eine Tendenz zum extremeren Urteil weniger gravierend bemerkbar macht als etwa bei 7 Stufen“ (ebd., S. 67).

Der Beurteilungszeitraum umfasste die zurückliegenden sechs Monate vor dem Befragungszeitpunkt. Die Bearbeitungsdauer aller Items lag bei etwa 15 - 20 Minuten.

Dem „*Fragebogen zur Selbstbeschreibung in sozialen Situationen*“ wurde eine Seite mit Informationen zum Untersuchungsgegenstand und mit Instruktionen zum Ausfüllen des Fragebogens vorangestellt.

#### 4.2.3 Anonymität und Angaben zur Person

In sämtlichen Untersuchungsabschnitten wurde der Fragebogen den Testteilnehmern zur anonymen Bearbeitung vorgelegt. Die Angaben zur Person beziehen sich auf Alter, Geschlecht, Schulbildung, Familienstand, Partnerschaft, Ausbildung und Berufstätigkeit.

#### 4.2.4 Screening-Skalen

Um Hinweise auf komorbide Störungen zu erhalten, die mit Sozialer Phobie / Sozialer Ängstlichkeit einhergehen können, wurden drei Screening-Skalen mit je fünf Items in das Analyseinstrument eingestreut. Erfasst wurden (ab Studie 1) Depressivität, Alkoholkonsum sowie (ab Studie 2) psychotische Symptome. Es handelt um drei noch unveröffentlichte Skalen von Maß (2003), die der Autor aus den Daten seiner Studie abgeleitet hat. Allen drei Skalen ist eine hohe differentialdiagnostische Validität gemeinsam. Hinsichtlich des Alkoholkonsums und der psychotischen Symptome diente das Screening außerdem einem etwaigen Ausschluss von Probanden, da bei starker Symptomausprägung das Antwortverhalten beeinträchtigt sein kann, was zur

Verfälschung der Ergebnisse führen würde. Zur Einschätzung der Offenheit des Antwortverhaltens wurde die ebenfalls fünf Items umfassende Offenheitsskala FR (Frankness) aus dem Eppendorfer Schizophrenie Inventar (ESI; Maß, 2001) eingesetzt. Alle Screening-Skalen wurden untereinander gemischt und zwischen die übrigen Items des Fragebogens gestreut. Das Antwortformat der Screening-Skalen entspricht dem der Angst- und Defizit-Items (unipolar, vierstufig intervallskaliert), ebenso der Beurteilungszeitraum über die zurückliegenden sechs Monate. Die Screening-Skalen enthalten folgende Items:

Depressivität (DEP)	Ich fühle mich niedergeschlagen und schwermütig. Morgens fühle ich mich besonders schlecht. Meine sexuellen Bedürfnisse haben nachgelassen. Am liebsten würde ich mir das Leben nehmen. Ich habe keine Gefühle mehr.
Alkoholkonsum (ALK)	Es kommt vor, daß ich vor dem Mittagessen bzw. zweiten Frühstück Alkohol trinke. Ich glaube, ich sollte das Trinken von Alkohol einschränken. Viele meiner Probleme habe ich durch Alkohol. Ich glaube, der Alkohol zerstört mein Leben. Andere Leute können nicht verstehen, warum ich Alkohol trinke.
Psychotische Symptome (PSY)	Wenn ich mir normale Gegenstände wie Tische oder Stühle ansehe, erscheinen sie mir manchmal fremdartig. Ich muss bei ganz alltäglichen Wörtern oft überlegen, was sie bedeuten. Manchmal höre ich in mir die Stimmen von nicht anwesenden Menschen oder geistigen Wesen (Gott, Engel, Teufel). Manchmal glaube ich, daß mir persönlich besondere Zeichen gegeben werden, die kein anderer bemerkt. Oft habe ich das Gefühl, daß etwas Eigenartiges und Ungewöhnliches um mich herum geschieht.
Offenheit (FR)	Es kommt vor, daß ich ein wenig schadenfroh bin. Es kommt vor, daß ich häßliche Bemerkungen über andere Menschen mache. Es kommt vor, daß ich auch mal eine Lüge erzähle. Es kommt vor, daß ich etwas aufschiebe, was ich sofort tun sollte. Ich bin beleidigt, wenn es nicht nach meinem Willen geht.

Der Fragebogen befindet sich im **Anhang 4<sup>16</sup>**.

#### **4.2.5 Items zu möglichen Entstehungsbedingungen der Sozialen Phobie**

Unabhängig vom Forschungsanliegen der vorliegenden Arbeit, soziale Ängste und soziale Defizite differentiell zu erfassen, enthielt der Fragebogen zwölf separate, lebenszeitbezogene Items, die im Hinblick auf die Dauer der Symptomatik sowie mögliche Entstehungsfaktoren der Sozialen Phobie konstruiert wurden. Da diese Items Teil des Fragebogens waren, werden sie der Voll-

---

<sup>16</sup> Im Anhang 4 befindet sich die hier vorgestellte Ursprungsfassung des Analyse-Instruments mit 73 störungsbezogenen Items. Aus der Hauptstudie resultierte eine kürzere Fassung mit 59 störungsbezogenen Items, die in den weiteren Untersuchungsabschnitten (Studie 2, 3, 4) evaluiert wurde. Auf die Abbildung des kürzeren Fragebogens im Anhang wird verzichtet.

ständigkeit halber hier beschrieben - *die diesbezügliche Auswertung und Ergebnisdarstellung sind jedoch nicht Teil der vorliegenden Arbeit* und soll deshalb an anderer Stelle erfolgen.

Inhaltlich beziehen sich diese zwölf Statements auf Erfahrungen in der Kindheit und Jugend. Sie fragen global nach früheren sozialen Kontakten mit Gleichaltrigen, bestimmten Aspekten elterlicher Erziehung (Behütung, Kritik, Beschämung) sowie nach dem Vorhandensein oder Nichtvorhandensein von sozialen Kontakten der Eltern. Außerdem betreffen zwei Items etwaige Beeinträchtigungen durch soziale Unsicherheiten im bisherigen Lebensverlauf. Die Items waren im „Fragebogen zur Selbstbeschreibung in sozialen Situationen“ als abschließender separater Block enthalten. Wie bei allen anderen Items wurde auch hier das oben beschriebene vierstufige Antwortformat verwendet. Der Beurteilungszeitraum bezog sich *auf die gesamte Lebenszeit*.

1. Ich wurde besonders behütet erzogen.
2. Meine Eltern (Elternteil) haben während meiner Kindheit / Jugend auffallend wenig soziale Kontakte gehabt.
3. Als Kind war ich schüchtern / zurückhaltend.
4. Meine Eltern (Elternteil) haben mein früheres Verhalten in sozialen Situationen stark kritisiert / abgelehnt.
5. Beschämung wurde in meiner Erziehung als Mittel eingesetzt, damit ich lerne, mich in sozialen Situationen angemessen zu verhalten.
6. Als Jugendliche/r fühlte ich mich von Gleichaltrigen abgelehnt.
7. In meinem Berufsleben / im Studium / in der Lehre gab es Phasen, in denen mich meine sozialen Unsicherheiten regelrecht am Arbeiten gehindert haben.
8. In meiner Kindheit / Jugend hatte ich wenig Gelegenheiten, Selbstsicherheit im sozialen Umgang mit anderen zu gewinnen.
9. Eigene Unsicherheiten im sozialen Umgang sind in meinem bisherigen Leben als Erwachsene/r schon zur Belastung für mich geworden.
10. In meiner Jugendzeit wurde ich von Gleichaltrigen gemocht / anerkannt.
11. Meine Eltern (Elternteil) haben sehr darauf geachtet, außerhalb der Familie einen guten Eindruck zu machen.
12. In meiner Kindheit hatte ich gute Kontakte zu Gleichaltrigen.

## **5 Empirischer Teil**

In den folgenden Abschnitten 5.1 bis 5.4 werden die empirischen Ergebnisse der einzelnen Untersuchungsabschnitte dargestellt: Hauptstudie (Studie 1), Replikationsstudie (Studie 2), Retest-Studie (Studie 3), klinische Validierungsstudie (Studie 4).

### **5.1 Hauptstudie (Studie 1)**

Die Hauptstudie diente der Exploration einer Faktorenstruktur zur Abbildung der für die Soziale Phobie wesentlichen Störungsmerkmale soziale Ängste und soziale Defizite. Ein weiteres Ziel der Hauptstudie war es, bei Auffinden einer entsprechenden Faktorenstruktur aussagefähige Items für den weiteren Entwicklungsprozess des Testinstruments zu selektieren.

#### **5.1.1 Untersuchung**

##### **5.1.1.1 Fragebogen-Entwurf**

Den Testteilnehmern der Hauptstudie wurde das im Abschnitt 4.2 beschriebene Analyse-Instrument vorgelegt.

##### **5.1.1.2 Rekrutierung der Analysestichprobe**

Die Rekrutierung erfolgte über 22 MultiplikatorInnen (s. Abschnitt 4.1) und die Untersucherin selbst. Alle Testpersonen wurden persönlich angesprochen. Einen materiellen Motivationsanreiz für die Teilnahme an der Studie gab es nicht.

##### **5.1.1.3 Ausschlusskriterien**

Der Fragebogen wurde anhand einer Stichprobe von gesunden erwachsenen Personen aus der Normalbevölkerung ab 18 Jahren getestet. Ausschlusskriterien für die Teilnahme an der Studie waren eine psychologische oder psychiatrische Behandlung zum Zeitpunkt der Befragung sowie unzureichende Kenntnis der deutschen Sprache.

Ein weiteres Ausschlusskriterium wurde auf die vorliegenden Daten angewandt: bei erhöhten Werten in der eingesetzten Screening-Skala Alkoholkonsum (Cutoff  $\geq 11$  Rohpunkte) war der vollständige Datensatz auszuschließen. (Die Screening-Skala Psychotische Symptome wurde erst ab Studie 2 eingesetzt, vgl. Abschnitt 4.2.4).

##### **5.1.1.4 Ablauf der Datenerhebung**

Die Datenerhebung fand von Februar bis Mai 2004 statt. In diesem Zeitraum wurden die Fragebögen von 22 MultiplikatorInnen sowie der Untersucherin selbst an die Testpersonen ausgegeben.

Um die Anonymität zu wahren, wurde jedem Fragebogen bei der Verteilung ein Umschlag beigelegt, in welchem der ausgefüllte Fragebogen zurückzugeben war. Die MultiplikatorInnen kontrollierten jeweils „ihren“ Rücklauf und sorgten bei Verzögerungen dafür, die Testpersonen an das Ausfüllen und die Rückgabe der Fragebögen zu erinnern. Die eingesammelten Fragebögen wurden von den MultiplikatorInnen entweder durch persönliche Übergabe oder auf dem Postweg an die Untersucherin weitergeleitet.

## **5.1.2 Ergebnisse**

Die erhobenen Daten wurden mit dem Statistikprogramm SPSS 12.0 für Windows ausgewertet. Alle Item-Antworten wurden in der Hauptstudie und allen folgenden Untersuchungsabschnitten für die Auswertungen wie folgt codiert: immer/meistens = 3, häufig = 2, manchmal = 1, nie = 0.

### **5.1.2.1 Datenrücklauf und fehlende Werte**

Rücklaufquote: Von 265 verteilten Fragebögen wurden 243 ausgefüllt zurückgegeben (91.3%). Ein Fragebogen konnte nicht verwendet werden, weil die zweite Seite nicht ausgefüllt war. Kein Fragebogen musste aufgrund einer anzunehmenden Alkoholproblematik (Cutoff  $\geq 11$  Rohpunkte) ausgeschlossen werden (höchster Wert in der Screeningskala ALK: 6 Rohpunkte). Somit gingen 242 Datensätze in die Datenanalyse ein.

Fehlende Werte: Mit der entsprechenden Analysefunktion des SPSS-Programms wurde das Datenmaterial auf fehlende Werte hin untersucht. Über alle 242 verwendeten Datensätze und sämtliche Items des Fragebogens hinweg einschliesslich der Screeningskalen fehlten lediglich 63 Werte (0.26%). Eine separate Analyse der 73 merkmalsbezogenen Items ergab über alle Fälle 37 fehlende Werte (0.21%). Fehlende Werte wurden durch Mittelwerte ersetzt. Bei den Angaben zur Person fehlte in einem Fragebogen eine Altersangabe, in einem zweiten eine Angabe zum Geschlecht, in einem dritten eine Angabe zum Schulabschluss.

### **5.1.2.2 Merkmale der Analytestichprobe**

*Stichprobenumfang:* Die Stichprobe der Hauptstudie bestand aus insgesamt  $n = 242$  gesunden erwachsenen Personen. *Geschlecht, Alter:* An der Untersuchung beteiligten sich 145 Frauen (59.9%) und 97 Männer (40.1%). Die Altersspanne reichte von 18 bis 70 Jahren (Mittelwert 41.83 Jahre; Standardabweichung = 11.94). Die Altersverteilung folgt einer Normalverteilung (Kolmogorov-Smirnov-Anpassungstest,  $p = .567$ ).

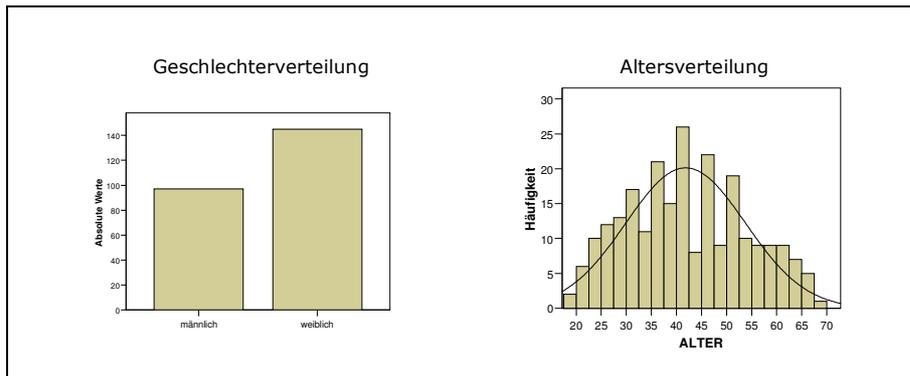


Abbildung 9:  
Hauptstudie (n = 242): Geschlechterverteilung und Altersverteilung

*Schulabschlüsse:* Zum Zeitpunkt der Befragung hatten 30 Personen (12.4%) einen Hauptschulabschluss, 57 Personen (23.6%) hatten Mittlere Reife, 45 Personen (18.6%) besaßen die Fachhochschulreife und 109 Personen (45.0%) hatten Abitur. *Berufsausbildung:* Über eine abgeschlossene Berufsausbildung verfügten 146 (60.3%) der Befragten; 90 Probanden (37.2%) gaben an, keine Berufsausbildung absolviert zu haben. 6 Probanden (2.5%) hatten ihre Ausbildung zum Zeitpunkt der Befragung nicht abgeschlossen (noch in Ausbildung/Ausbildung abgebrochen). *Studium:* Ein Studium hatten 97 Testpersonen (40.1%) absolviert, 119 Befragte (49.2%) hatten nicht studiert. 26 Personen (10.7%) gaben ein nicht abgeschlossenes Studium an (noch studierend/Studium abgebrochen). *Berufstätigkeit:* 197 (81.4%) Personen waren zum Untersuchungszeitpunkt berufstätig (Umfang und Art der Berufstätigkeit wurden nicht erhoben). 38 Probanden (15.7%) gaben an, nicht erwerbstätig (ohne arbeitslos) zu sein. Arbeitslosigkeit bzw. in Rente/Pension wurde insgesamt von 7 Personen (2.9%) angegeben. *Partnerschaft/Ehe:* Von den 242 Teilnehmern der Studie lebten 190 (78.5%) zum Befragungszeitpunkt in einer Ehe oder Partnerschaft, 52 Teilnehmer (21.5%) hatten keinen Partner.

### 5.1.2.3 Exploratorische Faktorenanalyse

Zur Exploration der latenten Faktoren wurde eine orthogonale Hauptkomponentenanalyse (PCA) mit anschließender Varimax-Rotation durchgeführt. In die explorative Faktorenanalyse gingen alle 73 Angst- und Defizit-bezogenen Items des Fragebogen-Entwurfs ein.

Die Voraussetzungen zur Anwendung der Faktorenanalyse waren gegeben: es lagen intervallskalierte Ausgangsdaten vor, und das geforderte Verhältnis der dreifachen Fallzahl gegenüber der Anzahl der Variablen war mit 242 : 73 erfüllt (Backhaus et al. 2006, S. 331, bezugn. auf Überla 1972). Hinsichtlich des Stichprobenumfangs wird für die Faktorenanalyse gefordert, dass mindestens 50 Personen, nach Möglichkeit aber mehr als 100 Personen untersucht werden, um Verzerrungen der faktorenanalytischen Ergebnisse durch spezifische Stichprobeneigenschaften auszuschließen (Wirtz und Nachtigall, 2006, S. 2002). Die vorliegende Stichprobe von n = 242 Personen war somit hinreichend groß.

Es ergaben sich 18 Faktoren mit einem Eigenwert > 1. Wie der Screeplot in Abbildung 10 zeigt, ergab sich ein varianzstarker erster Faktor, dem mit deutlichem Abstand die weiteren Faktoren folgten. Die Ausschnittsvergrößerung verdeutlicht, dass es verschiedene Faktoren-Lösungen gab: obwohl die Extraktion von drei Faktoren danach am naheliegendsten erschien, war ein leichter „Knick“ auch nach dem fünften bzw. sechsten Faktor zu erkennen. Ein Vergleich der unterschiedlichen Lösungen fiel zugunsten der 5-Faktoren-Lösung aus (Eigenwerte > 2). Die Entscheidung, fünf Faktoren zu extrahieren, ergab sich aus theoretisch-inhaltlichen Erwägungen: die ersten vier Faktoren konnten eindeutig im Sinne der gesuchten Dimensionen auf dem Hintergrund des Störungskonstrukts der Sozialen Phobie interpretiert werden; der fünfte Faktor repräsentierte ein Merkmal, das bezüglich der störungsspezifischen Symptome relevant sein könnte, ohne dass es jedoch im Störungskonstrukt verankert ist (s. Interpretation der Faktoren, nächster Abschnitt).

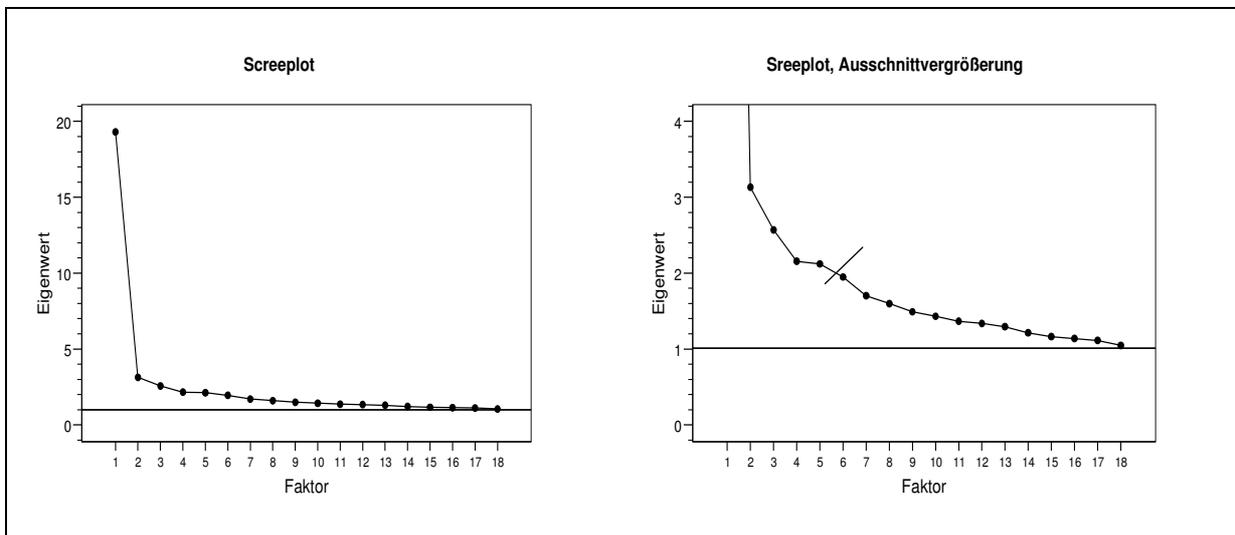


Abbildung 10:  
Hauptstudie: Scree-Plot (unrotiert); rechts Ausschnittsvergrößerung: Extraktion nach dem fünften Faktor

Die fünf Faktoren erklären zusammen 40.1% der Gesamtvarianz.

Tabelle 7  
Hauptstudie: Aufgeklärte Varianz (anfänglich und nach Rotation)

Faktor	Extrahierte Summe der quadrierten Ladungen			Summe der rotierten quadrierten Ladungen		
	Total	% der Varianz	kumulativ %	Total	% der Varianz	kumulativ %
1	19.298	26.435	26.435	9.656	13.227	13.227
2	3.131	4.290	30.725	6.408	8.777	22.005
3	2.571	3.521	34.246	5.589	7.656	29.661
4	2.157	2.955	37.201	4.456	6.104	35.765
5	2.121	2.905	40.107	3.169	4.341	40.107

Die Ladungsmatrix befindet sich im **Anhang 5**.

### 5.1.2.4 Interpretation der Faktoren und dimensionale Faktorenstruktur

#### **Interpretation der Faktoren**

Zur Frage der Interpretierbarkeit von Faktoren wird in der Literatur als grobe Orientierung empfohlen, dass hierzu Items mit einer Ladung  $\geq .5$  verwendet werden sollten (Backhaus 2006; Wirtz und Nachtigall 2006). Abweichend davon geben Guadagnoli und Velicer (zit. nach Clauß et al., 2002, S. 301, bezugn. auf Bortz, 1993, S. 509) die folgenden Empfehlungen für „bedeutsame Faktorenladungen“: ein Faktor kann interpretiert werden, wenn mindestens 4 Variablen eine Ladung über 0.60 aufweisen. Die am höchsten ladenden Variablen sind die Markiervariablen für die Interpretation. Weiterhin kann ein Faktor interpretiert werden, wenn mindestens 10 Variablen eine Ladung über 0.40 haben. Haben weniger als 10 Variablen eine Ladung von 0.40, dann sollte nur interpretiert werden, wenn die Stichprobe aus mindestens 300 Versuchspersonen bestand. Haben weniger als 10 Variablen eine Ladung von 0.40 und ist der Stichprobenumfang kleiner als 300, muss mit zufälligen Ladungsstrukturen gerechnet werden.

Orientiert an den o. g. Empfehlungen kann die vorliegende 5-Faktoren-Lösung recht gut interpretiert werden. Zwar war die Stichprobengröße von 300 nicht ganz erreicht ( $n = 242$ ), die Unterschreitung der empfohlenen Untergrenze erscheint jedoch nicht gravierend genug, um auf die Interpretation der Faktoren zu verzichten. Die Ladungsmatrix weist genügend Substanz auf, um die Deutung der Faktoren zu rechtfertigen. Auch was die Ladungshöhe und der Anzahl der Variablen betrifft, ergibt sich für die explorierte 5-Faktoren-Lösung ebenfalls noch eine akzeptable Interpretierbarkeit, wie Tabelle 8 zeigt.

Tabelle 8  
Hauptstudie: Interpretierbarkeit der ermittelten Faktorenstruktur anhand der Ladungshöhe und Anzahl der Variablen nach den Empfehlungen von Guadagnoli und Velicer (zit. nach Clauß et al., 2002, S. 301, bezugn. auf Bortz, 1993, S. 509)

	Anzahl der Variablen mit Ladung $> .60$ (Empfehlung: mindestens 4)	<i>alternativ:</i> Anzahl der Variablen mit Ladung $> .40$ (Empfehlung: mindestens 10)
Faktor 1	3	27
Faktor 2	3	10
Faktor 3	-	9
Faktor 4	2	8
Faktor 5	4	5

Obwohl Faktor 3 den Empfehlungen nach ein Item und Faktor 4 zwei Items zuwenig aufweist, wurde dennoch entschieden, die Interpretierbarkeit der Faktoren als vollwertig zu betrachten. Zum einen erscheint auch diese Unterschreitung nicht gravierend. Zum zweiten hängt die Anzahl interpretierbarer Faktoren nicht nur von der Qualität der Operationalisierung der Items ab, sondern immer auch von der Gesamtzahl der in eine Faktorenanalyse eingehenden Variablen. Das bedeutet, wenn statt 73 Items z. B. 78 Items verwendet worden wären, hätte sich dies auf die Anzahl der Items unter den Faktoren ausgewirkt. Da Empfehlungen immer einen Ermessensspielraum zulassen und die Abweichungen der Ladungsmatrix zudem geringfügig sind, wurde entschieden, die Abweichungen zu tolerieren.

## Beschreibung der Faktoren

Die Interpretation der Faktoren orientierte sich an den Markiervariablen sowie an den fünf höchst-ladenenden Items des jeweiligen Faktors. Im Folgenden werden die Faktoren kurz beschrieben. Dabei wird zu jedem Faktor der entsprechende Ausschnitt aus der Ladungsmatrix mit den jeweils fünf höchst-ladenenden Items präsentiert; die zugehörigen Itemtexte ergänzen die Angaben. Zu jedem Faktor ist der jeweilige Varianzanteil der rotierten Faktorenlösung angegeben.

**Faktor 1** (Varianzanteil 13.2%): Faktor 1 wurde **„Sprech- und Mittelpunktsangst“** genannt. Die unter diesem Faktor hoch-ladenenden Items beziehen sich auf die sehr typische sozialphobische Angst vor dem Sprechen (Items 012, 053), vor Versagen in Kommunikationssituationen (Item 047), vor Mittelpunktsituationen (Item 001) und auf die angstbesetzte Befürchtung, Unsinn zu reden (Item 047). Außerdem repräsentiert dieser Faktor eine möglicherweise situationsunabhängige, generelle Zurückhaltung (Item 010). Die bei diesen Faktor im Zentrum stehende Angst vor dem Sprechen bezieht sich sowohl auf soziale Situationen, in denen strukturierte Leistungen gefordert sind (Vortrag/Rede halten, Item 012) als auch auf unstrukturierte Interaktionssituationen (zwanglose Gespräche, Item 053).

Tabelle 9  
Hauptstudie: Faktor 1, fünf höchst-ladende Items

Item-Nr.	Faktor 1 Sprech- und Mittelpunktsangst	Faktor 2	Faktor 3	Faktor 4	Faktor 5	h <sup>2</sup>
012	.715	.139	.066	.069	.143	.560
047	.630	.252	.020	.192	.015	.499
010	.605	.132	.288	-.013	.154	.490
053	.593	.277	.179	.240	.174	.548
001	.590	.185	.209	.103	-.038	.438

Item-Nr.	Itemtext
012	Die Vorstellung, vor einer Gruppe von Menschen eine Rede/einen Vortrag zu halten, macht mir Angst.
047	Wenn ich in öffentlichen Situationen sprechen muss, habe ich Angst, daß ich nicht verstanden werde / Unsinn von mir gebe.
010	Ich würde mich als scheuen / schüchternen Menschen bezeichnen.
053	In Gesprächen wüßte ich zwar, was ich sagen könnte, habe aber Hemmungen, mich auszudrücken.
001	Im Mittelpunkt der Aufmerksamkeit zu stehen, macht mich nervös.

**Faktor 2** (Varianzanteil 8.8%): Faktor 2 wurde als **„Angst vor Ablehnung“** interpretiert, da er durch Aussagen charakterisiert wird, die sich durch die störungsspezifische Angst vor Ärger (Item 078), negativer Kritik (Items 029, 057), Blamage (Item 081) und Zurückweisung (Item 071) auszeichnen. Ein Teil der Items spiegelt die Bedeutung der kognitiven Komponente des Angsterlebens in sozialen Situationen wider (Gedanken, Vorgestellungen, Befürchtungen: Items 078, 029, 057). Wie sich schon bei der „Sprech- und Mittelpunktsangst“ zeigte, bezieht sich auch dieser zweite sozialphobische Angstaspekt, die „Angst vor Ablehnung“, sowohl auf Leistungssituationen (Item 057) als auch auf Interaktionssituationen (Item 071).

Tabelle 10  
Hauptstudie: Faktor 2, fünf höchstladende Items

Item-Nr.	Faktor 1 Sprech- und Mittelpunktsangst	Faktor 2 Angst vor Ablehnung	Faktor 3	Faktor 4	Faktor 5	h <sup>2</sup>
078	.191	.724	.055	.109	-.072	.580
029	.238	.682	.056	.124	.022	.540
057	.208	.654	.105	.139	.053	.504
081	.322	.558	.134	.229	-.028	.486
071	.096	.525	-.138	.143	.289	.409

Item-Nr.	Itemtext
078	Den Gedanken, jemand könnte sich über mich ärgern, kann ich schwer ertragen.
029	Die Vorstellung, von jemandem kritisiert oder abgelehnt zu werden, ist für mich schwer auszuhalten.
057	Der Gedanke, jemand könnte meine Leistungen negativ beurteilen, ist für mich schwer zu ertragen.
081	Ich habe Angst, mich lächerlich zu machen.
071	Ich habe Angst davor, von Personen des anderen Geschlechts zurückgewiesen und abgelehnt zu werden.

**Faktor 3** (Varianzanteil 7.7%): Faktor 3 wurde als „**Interaktionsdefizite**“ bezeichnet. Dieser Faktor ist anhand von zwei Markiervariablen mit gleicher Ladungshöhe zu interpretieren. Die eine Variable könnte einen agoraphobischen Aspekt widerspiegeln, der bei der Sozialphobie zusätzlich vorhanden sein kann (Item 015), die Aussage kann sich aber auch auf Ängste in ausschließlich sozialen Situationen beziehen. Die zweite Markiervariable (Item 077) deutet auf Verhaltensschwierigkeiten in der Kommunikation mit anderen Menschen hin. In diese Richtung verweist auch eine Aussage, die ein unzureichendes eigenes Verhaltensrepertoire in typischen sozialen Interaktionssituationen betont (Item 011). In Verbindung mit diesen Aussagen stehen Aspekte eines fehlenden Zugehörigkeitsgefühls (Item 087) sowie eine gewisse Distanzierung gegenüber anderen Menschen (Item 055). Das Item Nr. 055 lädt außerdem in nahezu gleicher Höhe (.498) auch auf dem fünften Faktor, der als „Einsamkeit“ interpretiert werden konnte (s. u.).

Tabelle 11  
Hauptstudie: Faktor 3, fünf höchstladende Items

Item-Nr.	Faktor 1 Sprech- und Mittelpunktsangst	Faktor 2 Angst vor Ablehnung	Faktor 3 Interaktions- defizite	Faktor 4	Faktor 5	h <sup>2</sup>
015	.185	.074	.534	.027	-.118	.339
077	.192	-.044	.534	.205	.012	.364
087	.074	.242	.529	.089	.151	.366
055	.068	.081	.504	.055	.498	.516
011	.389	.147	.497	-.060	.178	.455

Item-Nr.	Itemtext
015	Orte, an denen sich viele Menschen aufhalten, machen mir Angst.
077	Es fällt mir schwer, höfliche Konversation zu betreiben.
087	Bei geselligen Anlässen kommt es vor, daß ich mich "fehl am Platz" fühle.
055	Ich würde mich als einzelgängerischen Menschen bezeichnen. (Doppelladung auf Faktor 5)
011	Auf Parties/zwanglosen Zusammenkünften ist mir unbehaglich zumute, weil ich nicht weiß, wie ich mich verhalten soll.

**Faktor 4** (Varianzanteil 6.1%): Faktor 4 wurde „**Informationsverarbeitungs-Defizite**“ genannt. Die Items, die diesen Faktor erklären, spiegeln die für die Soziale Phobie relevanten Aspekte mangelnder sozialer Wahrnehmung und dysfunktionaler Informationsverarbeitung im interaktionellen Kontext wider. Kennzeichnend sind hier eingeschränkte kognitive Kompetenzen,

das Verhalten der anderen sowie deren Absichten, Motive und Erwartungen einzuschätzen (Items 074, 066, 025, 069). Ein weiteres „klassisches“ Problem der sozialphobischen/soziallängstlichen Informationsverarbeitung zeigt sich in der mangelnden Konzentration auf den oder die Interaktionspartner (Item 016), die aus der störungsspezifischen selbstbezogenen Aufmerksamkeit resultiert (Fokussierung auf Befürchtungen, peinlich/dumm/ungeschickt zu wirken, und auf etwaige physiologische Reaktionen; Ablenkung durch Anstrengung, die Angst zu verbergen; Vermeidung von Interaktion).

Tabelle 12  
Hauptstudie: Faktor 4, fünf höchstladende Items

Item-Nr.	Faktor 1 Sprech- und Mittelpunktsangst	Faktor 2 Angst vor Ablehnung	Faktor 3 Interaktions- defizite	Faktor 4 Informations- verarbeitungs- defizite	Faktor 5	h <sup>2</sup>
074	.020	.090	.109	.747	.078	.585
066	.108	.019	-.083	.699	.070	.513
025	.218	-.037	-.060	.594	.168	.432
016	.156	-.038	.273	.481	-.047	.334
069	.162	.314	.158	.459	.090	.369

Item-Nr.	Itemtext
074	Ich werde aus dem Verhalten anderer Menschen nicht schlau.
066	Ich kann die Absichten und Motive anderer Menschen schlecht einschätzen.
025	Ich kann das Verhalten anderer schlecht einordnen.
016	In sozialen Situationen kann ich mich auf das Verhalten der anderen kaum konzentrieren.
069	In sozialen Situationen weiß ich nicht so recht, was andere von mir erwarten.

**Faktor 5** (Varianzanteil 4.3%): Faktor 5 wurde als „**Einsamkeit**“ bezeichnet. Die Bezeichnung „Einsamkeit“ wurde nach Augenschein gewählt, sie beruht nicht auf einer Auseinandersetzung mit dem theoretischen Konstrukt Einsamkeit, da dieses Merkmal nicht als notwendiges Kriterium im Störungskonstrukt der Sozialphobie verankert ist. Items, die unter diesem Faktor hoch laden, kennzeichnen einen gewissen Leidensdruck, der mit einem selbstempfundenen Mangel an sozialen Kontakten einhergeht (Items 063, 070). Dieser Mangel betrifft sowohl den öffentlichen als auch den privaten Lebensbereich (Items 044, 030). Außerdem manifestiert sich hier (wie auch im Faktor 3) der Aspekt des Einzelgängertums (Item 055).

Durch die Doppelladung des Items Nr. 055 (Einzelgängertum) besteht ein enger Zusammenhang zwischen „Einsamkeit“ und „Interaktionsdefiziten“ (Faktor 3), was plausibel erscheint, da ein Mangel an sozialen Kontakten mit Interaktionsdefiziten einhergehen kann (Einsamkeit als Folge von Interaktionsdefiziten oder vice versa). Da sich Einzelgängertum hier unter Faktor 5 in Verbindung mit Einsamkeit bzw. Leidensdruck sowie dem Wunsch nach mehr Kontakten zeigt, spricht dies gegen eine Interpretation dieser Aussage im Sinne von Ungeselligkeit.

Tabelle 13  
Hauptstudie: Faktor 5, fünf höchstladende Items

Item-Nr.	Faktor 1 Sprech- und Mittel- punktsangst	Faktor 2 Angst vor Ablehnung	Faktor 3 Interaktions- defizite	Faktor 4 Informations- verarbeitungs- defizite	Faktor 5 Einsamkeit	h <sup>2</sup>
063	.156	.093	-.114	.117	.750	.622
070	.139	.123	-.029	.093	.733	.580
044	.073	.037	.111	.161	.645	.461
030	.130	-.037	.304	.085	.643	.531
055	.068	.081	.504	.055	.498	.516

Item-Nr.	Itemtext
063	Ich wünschte, ich hätte mehr private soziale Kontakte.
070	Ich leide darunter, daß ich wenig soziale Kontakte habe.
044	Im Beruf / Studium / in der Schule / Lehre habe ich wenig soziale Kontakte.
030	Ich habe wenig private soziale Kontakte.
055	Ich würde mich als einzelgängerischen Menschen bezeichnen. (Doppelladung auf Faktor 3)

### **Nebenladungen**

Aus einer orthogonalen Hauptkomponentenanalyse sollten idealerweise unabhängige Faktoren resultieren. Dies ist jedoch häufig nicht erreichbar, weshalb in der Praxis auch Analyseergebnisse als akzeptabel gelten, die diesem Anspruch näherungsweise gerecht werden. Zur Bestimmung der inhaltlichen Bedeutung der Faktoren ist es „wünschenswert, dass jedes Item aufgrund seiner Faktorladungen eindeutig einem Faktor zugeordnet werden kann“ (Wirtz und Nachtigall, 2006, S. 211), d.h. es sollte optimalerweise nur auf einem Faktor eine hohe Ladung und auf allen anderen Faktoren eine „möglichst geringe“ Ladung aufweisen (Einfachstruktur). Ergeben sich dennoch auf mehr als einem Faktor hohe Ladungen, ist nach Backhaus et al. (2006) darauf zu achten, dass die betreffende Variable „bei jedem dieser Faktoren zur Interpretation herangezogen werden muß“ (S. 299).

Die in der vorliegenden Analyse zur Faktoreninterpretation herangezogenen Items weisen insgesamt geringe oder sehr geringe Nebenladungen auf, abgesehen von wenigen Ausnahmen, die im Folgenden genannt werden. Bei den Ausnahmen handelt es sich um Nebenladungen von  $>.3$  bei insgesamt vier Items. So stützt die Aussage „*Ich habe Angst, mich lächerlich zu machen*“ (Item 081) nicht nur Faktor 2, Angst vor Ablehnung ( $\alpha = .558$ ), sondern kennzeichnet tendenziell auch Faktor 1, Sprech- und Mittelpunktsangst (.322). Das Item „*Auf Parties/zwanglosen Zusammenkünften ist mir unbehaglich zumute, weil ich nicht weiß, wie ich mich verhalten soll*“ (Item 011) charakterisiert in erster Linie Faktor 3, Interaktionsdefizite (.497), ist aber offensichtlich auch nicht ganz untypisch für Faktor 1, Sprech- und Mittelpunktsangst (.389). Das Item „*In sozialen Situationen weiß ich nicht so recht, was andere von mir erwarten*“ (Item 069) erklärt mit der Hauptladung Faktor 4, Informationsverarbeitungs-Defizite (.459), und lädt zugleich auf Faktor 2, Angst vor Ablehnung (.304). Schließlich charakterisiert Item 030 „*Ich habe wenig private soziale Kontakte*“ den Faktor 5, Einsamkeit (.643), und diese Aussage läßt einen gewissen Zusammenhang mit Faktor 3, Interaktionsdefizite erkennen (.304).

Einen Sonderstatus nimmt Item 055 ein mit der Aussage „*Ich würde mich als einzelgängerischen Menschen bezeichnen*“: es weist eine hohe Doppelladung in nahezu gleicher Höhe auf den beiden Faktoren 3, Interaktionsdefizite, und 5, Einsamkeit, auf (.504 und .498), wobei die Ladungen auf den übrigen drei Faktoren sehr gering ausfallen (zwischen .055 und .081).

### **Dimensionale Faktorenstruktur**

Die ersten vier der extrahierten Faktoren repräsentieren je zwei Angst- und zwei Defizit-Facetten, die mit dem Störungskonstrukt der Sozialphobie in Einklang stehen. Faktor 5 spiegelt darüber hinaus einen zusätzlichen, möglicherweise störungsrelevanten Aspekt wider, der konzeptionell weder als soziale Angst noch als soziale Defizite zu fassen ist, aber im weiteren Verlauf der Untersuchungen unter Beobachtung bleibt. Die Faktoren konnten wie folgt interpretiert werden:

*Sprech- und Mittelpunktangst* (Faktor 1)  
*Angst vor Ablehnung* (Faktor 2)  
*Interaktionsdefizite* (Faktor 3)  
*Informationsverarbeitungs-Defizite* (Faktor 4)  
*Einsamkeit* (Faktor 5).

Als Zwischenresultat kann festgehalten werden, dass die exploratorische Faktorenanalyse mit den Datensätzen von 242 gesunden erwachsenen Probanden deutliche Hinweise erbrachte, wonach die gesuchten Dimensionen (soziale Ängste, soziale Defizite) in der ermittelten Faktorenstruktur nachweisbar sind. Dieser positive Befund rechtfertigt die weitere Itemauswahl zur Skalenbildung sowie weitere Untersuchungen zur Überprüfung der Reliabilität und Validität.

#### **5.1.2.5 Kriterien der Itemselektion**

Die Selektion der Items für die anstehende Skalenbildung orientierte sich an den folgenden Kriterien:

- *Ladungshöhe* ( $a$ ): Hauptladung  $\geq .4$
- *Nebenladungen*  $< .3$
- *Kommunalität* ( $h^2$ )  $\geq .3$ ; Faktorenladungen und Kommunalitäten gelten als Indikatoren der Trennschärfe (Lienert und Raatz, 1994, S. 122);
- *Anteil des Faktors an der Item-Varianz* ( $a^2$ )  $\geq 50\%$  als zusätzliches Trennschärfe-Kriterium. Eine Variable kann als charakterisierend für einen Faktor gelten, wenn der Faktor mindestens 50% der Kommunalität der Variablen aufklärt (Fürntratt, 1969): das bedeutet, die Aussagekraft eines Items für den fraglichen Faktor ist umso größer, je geringer die Anteile der übrigen Faktoren an der Item-Kommunalität sind; im **Anhang 6** befindet sich die Prozent-Tabelle für die vorliegende Faktorenlösung;
- *inhaltlich-psychologische, störungsbezogene Gesichtspunkte.*

Die Überprüfung der Brauchbarkeit der Items erfolgte in drei Schritten:

1. Im ersten Schritt wurden alle Items eliminiert, die eine ungenügende Hauptladung aufwiesen und zugleich auch die übrigen Kriterien nicht oder weitestgehend nicht erfüllten.
2. Im zweiten Schritt wurden aus den verbleibenden Items diejenigen selektiert, die sämtliche o.g. Kriterien erfüllten.
3. Im dritten Schritt wurden diejenigen Items einer genaueren Inspektion unterzogen, bei denen einzelne Kennwerte nicht wunschgemäß ausfielen. Hierbei erschien eine gleichrangige Betrachtungsweise der Selektionskriterien und ein sorgfältiger Abwägungsprozess angemessener als eine rein hierarchisch gestaffelte Itemauslese in der Reihenfolge der genannten Kriterien (oder einer anderen Reihenfolge).

Zusätzlich waren zwei weitere Aspekte bei der Itemselektion zu bedenken. Zum einen hat die Entscheidung zu Ungunsten eines Items in diesem frühen Entwicklungsstadium eines Testinstruments weitreichende Konsequenzen: Items, die aufgrund einer zu strengen Auslese zu früh eliminiert werden, bleiben von der Beobachtung in den nachfolgenden Untersuchungen ausgeschlossen, sie können später nicht einfach wieder hinzugefügt werden. Zum anderen beruhen die Ergebnisse der Hauptstudie auf den Daten gesunder Probanden (soziale Ängste und soziale Defizite kommen in unterschiedlicher Ausprägung auch bei Gesunden vor), das Analyse-Instrument soll jedoch im weiteren Untersuchungsverlauf auch noch an der eigentlichen Zielgruppe (Patienten mit Sozialphobie) evaluiert werden. So führte der Selektionsprozess bei einer Reihe von Items, die nicht alle o. g. Kriterien erfüllten, dazu, dass Ausnahmen hinsichtlich des Verbleibs von Items im Fragebogen toleriert wurden. Im Folgenden wird der dreischrittige Selektionsprozeß beschrieben.

**Erster Schritt.** Von den 73 Items, die in die Faktorenanalyse gingen, mussten insgesamt 14 Items eliminiert werden, deren Hauptladung unter .4 lag. Bei diesen Items waren außerdem die übrigen Kriterien weitestgehend nicht erfüllt, so dass von einer zu geringen Aussagekraft dieser Items auszugehen war (eliminierte Items s. **Anhang 7**). Somit verblieben 59 Items für die weitere Analyse.

**Zweiter Schritt.** Von den 59 verbleibenden Items erfüllten 29 Items alle o. g. bezifferbaren Kriterien: Hauptladungen zwischen .439 und .750; Kommunalitätswerte zwischen .320 und .622; erklärte Itemvarianz durch den jeweiligen Faktor 58,0 bis 95,4%; geringe bis sehr geringe Nebenladungen -.156 bis .289. Eine Inspektion der Items mit Nebenladungen nach inhaltlichen Gesichtspunkten ergab, dass die Aussagen jeweils mit dem Aspekt übereinstimmen, die der Faktor, auf dem die Hauptladung liegt, repräsentiert. Lediglich zwei Items könnten ihrer Aussage nach abweichende Aspekte beinhalten: bereits bei der Beschreibung der Faktoren (Abschnitt 5.1.2.4) wurde hervorgehoben, dass das Item 015, „Orte, an denen sich viele Menschen aufhalten, machen mir Angst“ (eine von zwei gleich hoch ladenden Markiertvariablen auf Faktors 3, Interaktionsdefizite) entweder auf die sozialphobische/sozialängstliche oder die agoraphobische Symptomatik hindeuten kann. Ein zweites Item fand sich unter Faktor 3, das ebenfalls einen

agoraphobischen Aspekt repräsentieren könnte: Item 078, „*Aus Angst meide ich Orte, an denen sich viele Menschen aufhalten*“. Da die Bedeutung dieser beiden Items zum jetzigen Zeitpunkt nicht geklärt werden kann, wurde entschieden, dass sie im weiteren Untersuchungsverlauf im Fragebogen verbleiben. Damit blieben für die weitere Inspektion 30 Items übrig.

**Dritter Schritt.** Bei den verbleibenden 30 Items wurde in allen Fällen trotz teilweiser Nicht-Erfüllung des einen oder anderen Kriteriums zugunsten einer weiteren Verwendung der Items entschieden, da die Abweichungen in jedem einzelnen Fall nicht so schwerwiegend erschienen, dass eine Eliminierung gerechtfertigt gewesen wäre. So hatten zwei Items (Nr. 006, 013) eine Hauptladung unter .4 (.348 bzw. .333) und eine Kommunalität unter 3. (.181 bzw. .214), die übrigen bezifferbaren Kriterien waren jedoch erfüllt. Den Ausschlag, diese beiden Items zu selektieren, gaben inhaltliche Gründe: die Aussagen „*Direkter Blickkontakt in Gesprächen ist mir unangenehm*“ und „*Ich fühle mich körperlich unattraktiv*“ gelten als typisch für die sozial-phobische/sozialängstliche Problematik, und sie passen psychologisch-inhaltlich zu den beiden identifizierten Faktoren (Faktor 3, Interaktionsdefizite, bzw. Faktor 2, Angst vor Ablehnung).

Vier weitere Items (Nr. 031, 051, 085, 088) wiesen zufriedenstellende Hauptladungen (.498 bis .511) und gute Kommunalitäten (.468 bis .617) auf, hatten jedoch zugleich eine weitere Ladung über .4 (.405 bis .472) auf einem zweiten Faktor. Obwohl das Fürntratt-Kriterium bei drei dieser Items leicht unterschritten wurde (40,2 bis 47,4%), passten die Items ihrer Aussage nach inhaltlich gut zu den ermittelten Faktoren. So steht z. B. das Item 031, „*Die Vorstellung, von anderen Menschen intensiv beobachtet zu werden, bereitet mir Unbehagen*“, im Einklang mit Sprech- und Mittelpunktangst. Auf diese Weise konnte auch in Bezug auf die anderen drei Items zugunsten eines Verbleibs im Fragebogen entschieden werden.

Das bereits im vorigen Abschnitt 5.1.2.4 erwähnte Item 055 („*Ich würde mich als einzelgängerischen Menschen bezeichnen*“), das mit zwei fast identischen Hauptladungen sowohl Faktor 3, Interaktionsdefizite (.504) als auch Faktor 5, Einsamkeit (.498) stützt, soll dementsprechend in beide Skalen eingehen. Auf dem Hintergrund des Störungskonstrukts der Sozialen Phobie erscheint dieser Zusammenhang plausibel, da eine ausgeprägte Symptomatik mit anhaltender Vermeidung bis zur sozialen Isolation führen kann. Die Kommunalität (.516) ist hoch; Faktor 3 erklärt 49,2% und Faktor 5 erklärt 48,1% der Kommunalität (zusammen 97,3%). Die restlichen 2,7% werden durch die übrigen drei Faktoren erklärt, die Nebenladungen sind dementsprechend gering (zwischen .055 und .081).

Bei acht Items (Nr. 011, 018, 030, 046, 050, 065, 069, 081) waren die Hauptladungen gut (.417 bis .643), ebenso lagen die Kommunalitäten über dem definierten Schwellenwert von .3 (.312 bis .531), außerdem war das Fürntratt-Kriterium in jedem Fall erfüllt (54,3 bis 77,9%), und die inhaltliche Übereinstimmung der Items hinsichtlich der Faktoren, auf denen die Hauptladungen lagen, war gegeben. Beispielsweise passt die Aussage „*Auf Parties/zwanglosen Zusammenkünften ist mir unbehaglich zumute, weil ich nicht weiß, wie ich mich verhalten soll*“ (Item 011) zu

Interaktionsdefiziten (Faktor 3); das Statement „*In sozialen Situationen weiß ich nicht so recht, was andere von mir erwarten*“ (Item 069) verweist auf Informationsverarbeitungsdefizite (Faktor 4) und das Item „*Ich habe wenig private soziale Kontakte*“ (Item 030) deutet auf Einsamkeit hin (Faktor 5). Die acht Items hatten lediglich eine grenzwert-überschreitende Nebenladung über .3, jedoch unter .4 (.304 bis .389) auf einem weiteren Faktor. Deshalb wurde entschieden, diese Items zu selektieren. Da die Brauchbarkeit von Items auch von der Eindeutigkeit ihrer Formulierung abhängt, könnte sich das Item „*Andere Menschen sind selbstsicherer als ich*“ (Nr. 046) möglicherweise als zu unspezifisch formuliert erweisen, da es wohl von fast jedem Menschen positiv beantwortet werden kann und seine Aussagekraft daher begrenzt erscheint.

Desweiteren gab es sechs Items (Nr. 002, 007, 014, 035, 039, 060) mit Kommunalitätswerten unter .3 (zwischen .233 und .283). Aufgrund ausreichender Hauptladungen (.407 bis .476), genügend erklärter Itemvarianz durch den jeweiligen Faktor (.59,1 bis 84,9), durchweg geringen Nebenladungen (-.134 bis .266) sowie mit der jeweiligen Faktoreninterpretation übereinstimmenden inhaltlichen Aussagen (z. B. „*Autoritätspersonen schüchtern mich ein*“, Item 007, steht im Einklang mit Faktor 1, Sprech- und Mittelpunktangst) schien jedoch genügend Substanz vorzuliegen, um die Items im Fragebogen zu belassen.

Schließlich verblieben neun Items, bei denen das Fürntratt-Kriterium  $\geq 50\%$  nicht erfüllt war (erklärte Item-Varianz durch den jeweiligen Faktor 33,9 bis 49,5%) und Nebenladungen unter .4 (.309 bis .396) auf einem oder zwei weiteren Faktoren vorlagen. Hier bleibt im weiteren Untersuchungsverlauf abzuwarten, ob sich diese Items möglicherweise als zu unspezifisch für die jeweilige Skala erweisen. Da die übrigen Selektionskriterien jedoch erfüllt waren (Hauptladungen .401 bis .499, Kommunalitäten .375 bis .610), wurde entschieden, diese neun Items ebenfalls auszuwählen.

Insgesamt wurden auf der Basis der Faktorenanalyse 59 Items für die Skalenbildung selektiert. Bevor die Skalenwerte präsentiert werden (s. Abschnitt 5.1.2.7) wird zunächst ein Überblick über die Kennwerte der selektierten Items gegeben.

#### **5.1.2.6 Item-Kennwerte**

Eine Übersicht über die Kennwerte der 59 selektierten Items befindet sich im **Anhang 8** (bereits nach Skalen geordnet). Über alle selektierten Items hinweg stellten sich die Verteilungsformen, Mittelwerte, Standardabweichungen, Item-Schwierigkeiten und Trennschärfen wie folgt dar:

*Verteilungsformen.* Von den Probanden der Analysestichprobe wurde bei den meisten Items die gesamte Bandbreite der Antwortmöglichkeiten ausgeschöpft (nie [0] – manchmal [1] – häufig [2] – immer/meistens [3]). Das Minimum lag für alle Items bei 0, das Maximum zumeist bei 3, bei einigen Items bei 2. Kein einziges Item wurde ausschließlich mit 0 oder mit einem Maximum von lediglich 1 beantwortet. Das bedeutet, das interessierende Merkmal lag in der untersuchten Gesunden-Stichprobe in hinreichender Ausprägung und Variabilität vor. Die Messwerte konzen-

trierten sich insgesamt überwiegend auf den unteren bis mittleren Antwortbereich und waren weitgehend positiv schief und schmalgipflig verteilt, was bei gesunden Personen nicht anders erwartet wurde und im Hinblick auf eine gute Differenzierungsfähigkeit des Instruments zwischen Gesunden und Patienten wünschenswert ist. Die Schiefewerte der Angst- und Defizit-bezogenen Items lagen zwischen  $-0.356$  und  $+2.056$ , deren Werte für Exzess bewegten sich zwischen  $-0.674$  und  $+4.465$ . Die Einsamkeits-Items wiesen Schiefewerte von  $+1.132$  bis  $+2.037$  und Exzesswerte von  $+1.005$  bis  $+4.976$  auf.

*Mittelwerte, Standardabweichungen.* Die Mittelwerte der einzelnen Items lagen über alle Items hinweg zwischen  $.24$  und  $1.29$  (Standardabweichungen von  $.49$  bis  $.95$ ). Die Item-Streuungen bewegten sich in Standardabweichungen von  $.47$  bis  $.95$  um die Mittelwerte. Das Item mit dem geringsten Mittelwert gehört der Subskala EINSAM an („*Ich leide darunter, daß ich wenig soziale Kontakte habe*“, Item 070; MW  $.24$ , SD  $.47$ ), das Item mit dem höchsten Mittelwert der Subskala INTERAK („*Small talk' ist nicht meine Sache*“, Item 002; MW  $1.29$ , SD  $.85$ ). In den Angst- und Defizit-Skalen finden sich weitere „hohe“ Mittelwerte (über  $.1$ ).

*Item-Schwierigkeiten.* Die Item-Schwierigkeit (P) bezeichnet den prozentualen Anteil derjenigen Probanden, die eine Aufgabe in Schlüsselrichtung „richtig“, im vorliegenden Fall also ein Statement positiv im Sinne des interessierenden Merkmals beantwortet haben. Bei der positiven Antwort wird nicht nach dem Grad der Ausprägung unterschieden, sondern alle positiven Antworten (im vorliegenden Fall: manchmal – häufig – meistens/immer) werden gleichermaßen berücksichtigt. Die Schwierigkeiten der selektierten 59 Items liegen zwischen  $P = 22.3$  und  $95.5\%$ . Eine untere und obere Selektionsgrenze für die Item-Schwierigkeit ist nicht fest definiert. Nach den Empfehlungen der klassischen Testtheorie eliminiert man im allgemeinen Items, deren Schwierigkeitsindex unterhalb von  $10$  oder  $20\%$  und oberhalb von  $80$  oder  $90\%$  liegt. Ein Item gilt als extrem schwierig bzw. leicht, wenn es entweder von fast keinem Probanden (weniger als  $10$  oder  $20\%$ ) bzw. fast allen Probanden (mehr als  $80$  oder  $90\%$ ) positiv beantwortet wird. Die meisten Unterscheidungen sollen Items mit einer mittleren Schwierigkeit um  $P = .50$  treffen (Lienert und Raatz, 1994, S. 73f), da hier die Trennschärfen (s. u.) am höchsten sind. Wie der Übersicht im Anhang 8 zu entnehmen ist, kommen Item-Schwierigkeiten mit  $P < 20\%$  in der untersuchten Stichprobe nicht vor. Je nachdem, welcher obere Grenzwert verwendet wird, liegen zehn Items mit  $P > 80\%$  bzw. drei Items mit  $P > 90\%$  im kritischen Bereich. Die weit überwiegende Mehrheit der Item-Schwierigkeiten liegt im akzeptablen Bereich.

*Trennschärfen.* Die Trennschärfe gilt als wichtigstes Kriterium zur Beurteilung der Brauchbarkeit eines Items. Sie wird durch die Korrelation des Items mit ‚seiner‘ Skala berechnet. Die Trennschärfe besagt, wie effektiv ein Item zwischen „guten“ und „schlechten“ Probanden unterscheidet, hier also zwischen Probanden mit bzw. ohne Ausprägung einer sozialphobischen/sozialängstlichen Symptomatik. So sollten Probanden mit einer vorliegenden sozialphobischen/sozialängstlichen Symptomatik, die ein bestimmtes Item positiv beantworten, auch in den übrigen Items derselben Skala hohe Punktwerte haben. Items, die diesem Anspruch nicht genügen, sollten im allgemeinen

nicht für die Skalenbildung verwendet werden, wobei die klassische Testtheorie auch hier keine klaren Grenzwerte für den Trennschärfekoeffizienten vorschlägt (Lienert und Raatz, 1994, S. 78f). Die selektierten Items weisen part-whole-korrigierte Trennschärfen zwischen .252 und .756 auf.

Die Skalenkonstruktion anhand der Trennschärfe als Selektionskriterium wird jedoch auch kritisiert. Die Gefahr bei der Konstruktion allzu homogener Skalen besteht darin, dass ähnliche Items nicht nur dasselbe Merkmal abbilden, sondern „vorwiegend dieselben spezifischen Varianzanteile („bloated specific“), die eigentlich nicht Gegenstand der Messung sind. Bei Selektion anhand der Trennschärfe besteht sogar die Gefahr, dass die Homogenisierung des Tests nicht auf inhaltliche Überschneidungen, sondern auf korrelierte Fehler zurückzuführen ist“ (Yousfi, 2005, S. 65), was zu einer Überschätzung der Testreliabilität führt.

Abschließend soll noch einmal betont werden, dass auf eine voreilige Entfernung von Items, die nicht ganz den Empfehlungen der klassischen Testtheorie entsprechen, in diesem frühen Stadium der Testentwicklung verzichtet wird, damit die betreffenden Items für die weiteren Untersuchungen zur Verfügung stehen. Einige kritische Item-Kennwerte werden daher in Kauf genommen.

#### **5.1.2.7 Skalenbildung, Skalenkennwerte und Interkorrelationen**

Die Skalenbildung erfolgte durch einfache Summation der selektierten Items entsprechend der Faktoren. Eine Beschreibung der Skalen erübrigt sich, da die Faktoren bereits eingehender beschrieben wurden (vgl. Abschnitt 5.1.2.4). Die folgende Tabelle 14 präsentiert die fünf Subskalen mit den zugehörigen Items. Die Skala 1 beruht auf dem varianzstärksten Faktor und beinhaltet daher deutlich mehr Items als die übrigen Skalen. Das Item Nr. 055 („*Ich würde mich als einzelgängerischen Menschen bezeichnen*“) mit der fast gleich hohen Doppelladung auf Faktor 3 und 5 (.504 und .498) wurde in beiden Skalen berücksichtigt (daher beträgt die Item-Summe auf Gesamtskalen-Ebene 59 Items, auf Subskalen-Ebene aber 60 Items). In der Tabelle sind außerdem die Skalen-Kurzbezeichnungen angegeben, wie sie im weiteren Verlauf der Arbeit verwendet werden.

Tabelle 14

Hauptstudie (n = 242): Faktorenanalytisch basierte Skalenbildung

	Item-Anzahl	Skalenbezeichnung	Kurzbezeichnung der Skalen	Dimension
Subskala 1	27	Sprech- und Mittelpunktsangst (Items 001, 003, 004, 007, 010, 012, 018, 019, 024, 026, 031, 032, 036, 038, 039, 045, 046, 047, 051, 053, 056, 060, 064, 065, 067, 079, 088)	<u>SPRECH</u>	Angst
Subskala 2	10	Angst vor Ablehnung (Items 017, 029, 033, 050, 057, 071, 078, 081, 082, 085)	<u>ABLEHN</u>	Angst
Subskala 3	10	Interaktionsdefizite (Items 002, 006, 011, 014, 015, 055, 058, 073, 077, 087)	<u>INTERAK</u>	Defizit
Subskala 4	8	Informationsverarbeitungs-Defizite (Items 016, 025, 035, 066, 069, 072, 074, 086)	<u>INFORMAT</u>	Defizit
Subskala 5	5	Einsamkeit (Items 030, 044, 055, 063, 070)	<u>EINSAM</u>	

Zur Berechnung der Skalen-Kennwerte wurde für jede Subskala eine neue Variable gebildet, indem der jeweilige Skalen-Rohsummenscore durch die Item-Anzahl der Skala dividiert wurde. Dies ermöglicht aufgrund der unterschiedlichen Anzahl der Items in den Skalen eine bessere Vergleichbarkeit der Mittelwerte. Das jeweilige Maximum, das in jeder Skala bei 3 lag (höchster Messwert: immer/meistens), reduziert sich durch die Umrechnung entsprechend. Zur Beurteilung der internen Konsistenzen wurde Cronbachs Alpha berechnet. Die folgende Tabelle 15 enthält die Lagemaße und Verteilungsparameter, die gemittelten Item-Schwierigkeiten und Trennschärfen sowie die internen Konsistenzen der Skalen.

Tabelle 15

Hauptstudie (n = 242): Skalen-Kennwerte

	Itemanzahl	Min.	Max.	MW	SD	Schiefe	Kurtosis	P	$r_{it}$	Alpha
SPRECH	27	0	2.59	.7792	.42334	.738	.571	66.38	.586	.94
ABLEHN	10	0	2.50	.7764	.44244	.888	.900	62.80	.541	.84
INTERAK	10	0	2.20	.6640	.37922	.804	.902	52.05	.423	.76
INFORMAT	8	0	2.25	.8760	.35171	.207	1.014	77.23	.469	.77
EINSAM	5	0	2.60	.4719	.48849	1.105	1.164	37.50	.711	.75

MW: Mittelwert, SD: Standardabweichung, P = mittlere Item-Schwierigkeit,  $r_{it}$  = mittlere Trennschärfe (part-whole-korrigiert)

Der K-S-Anpassungstest ergab für alle Skalen hochsignifikante Abweichungen von der Normalverteilung (alle  $p \leq .001$ ). Die Messwerte verteilen sich weitestgehend im unteren Bereich. Dies wurde nicht anders erwartet, da es sich bei der untersuchten Stichprobe um gesunde Probanden handelt, bei denen die fraglichen Merkmale der Sozialphobie gering ausgeprägt sein sollten. Im **Anhang 9** befinden sich die Histogramme der fünf Subskalen.

Desweiteren wurden die Skalen-Interkorrelationen berechnet (Tabelle 16). Aufgrund der nicht normalverteilten Daten sowie einigen, nicht bedeutsamen Ausreißern (dies wurde durch

vergleichende Berechnung der Korrelationen unter Ausschluss der Ausreisser überprüft) wurde der Kendall-Korrelationskoeffizient verwendet (5%-Niveau, zweiseitig). Die insgesamt moderaten Zusammenhänge waren statistisch hochsignifikant (alle  $p \leq .001$ ).

Tabelle 16  
Hauptstudie (n = 242): Interkorrelationen der Subskalen

	ABLEHN	INTERAK	INFORMAT	EINSAM
SPRECH	.564	.454	.439	.280
ABLEHN		.337	.391	.185
INTERAK			.311	.393
INFORMAT				.252

Kendall-Korrelationen (5%-Niveau, zweiseitig; alle  $p \leq .001$ )

Die relativ hohen Interkorrelationen zwischen SPRECH und ABLEHN, INTERAK und INFORMAT dürften darauf beruhen, dass SPRECH auf dem varianzstärksten Faktor beruht. Die ebenfalls vergleichsweise hohe Korrelation zwischen INTERAK und EINSAM beruht im wesentlichen auf dem Item Nr. 055, das wegen seiner Doppelladung (.504 auf Interaktionsdefizite, .498 auf Einsam) in beide Skalen einging. Belässt man das Item entsprechend seiner „Hauptladung“ in der Skala INTERAK und entfernt es aus EINSAM, sinkt die Korrelation zwischen INTERAK und EINSAM auf .291 ( $p \leq .001$ ).

#### 5.1.2.8 Resultierende Fragebogen-Fassung „SASKO“

Als Ergebnis der Hauptstudie liegt ein Analyse-Instrument mit fünf Unterskalen vor, von denen die ersten vier Skalen den zentralen Untersuchungsgegenstand der vorliegenden Arbeit – die beiden Dimensionen soziale Ängste und soziale Defizite – betreffen. Die fünfte Skala „Einsamkeit“ könnte sich als zusätzlicher störungsrelevanter Aspekt erweisen, da schwere Ausprägungen der Sozialen Phobie mit wenig sozialen Kontakten und weitgehender Isolation einhergehen können.

Die vier angst- und defizitbezogenen Subskalen SPRECH (Sprech- und Mittelpunktangst), ABLEHN (Angst vor Ablehnung), INTERAK (Interaktionsdefizite) und INFORMAT (Informationsverarbeitungsdefizite) bilden zusammen die – soziale Ängste und soziale Defizite umfassende – Gesamtskala mit 55 Items.

Für die Angst-Defizit-Gesamtskala (ohne Einsamkeit) wird im Folgenden die Arbeitsbezeichnung „SASKO“ (Soziale Angst – Soziale Kompetenzdefizite) verwendet.

Die fünfte Subskala EINSAM (Einsamkeit) ist *nicht* Bestandteil der Gesamtskala SASKO, sie bleibt jedoch Teil des Analyse-Instruments und wird im weiteren Untersuchungsverlauf auf ihre psychometrischen Eigenschaften hin beobachtet. Die Subskala EINSAM besteht aus 5 Items, wovon ein Item (Nr. 055) wegen seiner Doppelladung in zwei Subskalen einging (EINSAM und INTERAK; s. Abschnitt 5.1.2.5).

Allen Probanden der noch folgenden Untersuchungsabschnitte (Replikationsstudie, Reteststudie, klinische Validierungsstudie) wurde der Fragebogen unverändert unter der Bezeichnung „Fragebogen zur Selbstbeschreibung in sozialen Situationen“ vorgelegt (vgl. Abschnitt 4.2.1).

### **Deskriptive Statistik der Gesamtskala SASKO**

Abschließend zur Hauptstudie werden die deskriptiven Kennwerte der Gesamtskala SASKO berichtet. Es ergab sich keine statistisch signifikante Abweichung von der Normalverteilung (K-S-Test, 5%-Niveau,  $p = .081$ ), dennoch zeigt das Histogramm die Häufung der Messwerte im unteren Messwertebereich.

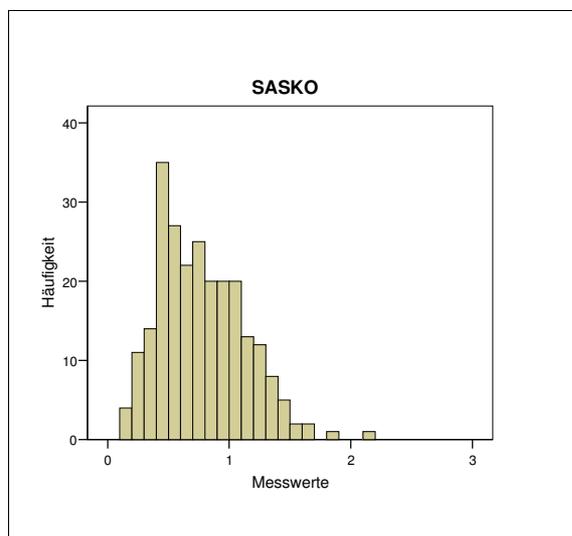


Abbildung 11:  
Hauptstudie (n = 242): Histogramm, Gesamtskala SASKO

Für die Darstellung der Mittelwerte wurde für die Gesamtskala – analog zur Vorgehensweise bei den Subskalen – der Rohsummenscore durch die Gesamtzahl der Angst- und Defizit-Items (55 Items) dividiert. Dies erleichtert die Vergleichbarkeit der Mittelwerte der Gesamtskala und der Subskalen in späteren Untersuchungsabschnitten. Durch die Umrechnung reduziert sich das gemittelte Rohsummen-Maximum, das auf Item-Ebene bei 3 lag, auf unter 3. Die folgende Tabelle 17 präsentiert die Kennwerte der Gesamtskala SASKO.

Tabelle 17  
Hauptstudie (n = 242): Kennwerte der Gesamtskala SASKO

	Itemanzahl	Min.	Max.	MW	SD	Schiefe	Kurtosis	P	$r_{it}$	Alpha
SASKO	55	0	2.20	.7718	.35186	.660	.459	64.62	.505	.95

MW: Mittelwert, SD: Standardabweichung, P: mittlere Item-Schwierigkeit,  $r_{it}$ : mittlere Trennschärfe (part-whole-korrigiert)

### 5.1.2.9 Deskriptive Ergebnisse der Screening-Skalen

Die Teilnehmer der Analysestichprobe erreichten in den eingesetzten Screening-Skalen zur Depressivität (DEP) und zum Alkoholkonsum (ALK) keine klinisch relevanten Werte. Depressivität war jedoch stärker ausgeprägt als Alkoholkonsum (t-Test für eine Stichprobe;  $t = 8,095$ ,  $df = 241$ ,  $p \leq .001$ ); der Unterschied ist jedoch aufgrund der gegen null tendierenden Mittelwerte in beiden Skalen von keiner praktischen Bedeutung. Die Ausprägungen der Skala Offenheit (OFF) weisen auf ein hinreichend offenes Antwortverhalten hin. Tabelle 18 zeigt die deskriptiven Statistiken der Screening-Skalen. Zur Darstellung der Ergebnisse wurden (entsprechend der Vorgehensweise in der Hauptstudie, s. Abschnitt 5.1.2.7) die Skalen-Rohsummenscores durch die Itemzahl in der jeweiligen Skala geteilt.

Tabelle 18  
Hauptstudie (n = 242): Deskriptive Statistiken der Screeningskalen

	Min.	Max.	MW	SD	Schiefe	Kurtosis
DEP	0	2	.47	.334	1.021	1.735
ALK	0	2	.18	.263	1.931	4.718
OFF	0	2	.98	.339	.809	2.128

MW: Mittelwert, SD: Standardabweichung; DEP: Depressivität, ALK: Alkoholkonsum, Off: Offenheit

### 5.1.2.10 Zusammenfassung der Ergebnisse der Hauptstudie

Auf dem Hintergrund des Störungskonstrukts der Sozialen Phobie wurde ein Selbstrating-Instrument mit 73 Items konstruiert, um die beiden störungsspezifischen Kernmerkmale soziale Angst und soziale Defizite auf ihre Differenzierbarkeit hin zu untersuchen. Das Instrument wurde einer Stichprobe von 242 gesunden erwachsenen Frauen (60%) und Männern (40%) zwischen 18 und 70 Jahren zur Bearbeitung vorgelegt. Ausschlusskriterium für die Teilnahme an der Untersuchung war eine psychologische/psychiatrische Behandlung zum Zeitpunkt der Befragung.

Faktorenanalytisch ließen sich fünf Faktoren ermitteln, von denen Faktor 1 und 2 die Angst-Dimension („Sprech- und Mittelpunktangst“ und „Angst vor Ablehnung“) und Faktor 3 und 4 die Defizit-Dimension („Interaktionsdefizite“ und „Informationsverarbeitungs-Defizite“) widerspiegeln. Der fünfte Faktor konnte als „Einsamkeit“ interpretiert werden. Die internen Konsistenzen (Cronbach’s Alpha) der aus den extrahierten Faktoren abgeleiteten Skalen sind zufriedenstellend bis hoch. Sie bewegen sich hinsichtlich der Angst- und Defizit-Subskalen zwischen  $\alpha = .76$  und  $.94$ . (Einsamkeit  $\alpha = .75$ ). Die aus den vier Angst- und Defizit-Subskalen gebildete Gesamtskala „SASKO“ („Soziale Angst – Soziale Kompetenzdefizite“) weist eine interne Konsistenz von  $\alpha = .95$  auf. Die Skalen-Interkorrelationen variieren statistisch hochsignifikant zwischen  $r = .252$  und  $.564$  (Kendall-Korrelationen). Die beobachteten Testwerte der Probanden liegen weitgehend im unteren bis mittleren Messwertebereich (niedrige Mittelwerte, geringe Streuungen, linksgipflige Verteilungen). Diese Verteilungen waren bei gesunden Proban-

den zu erwarten könnten einen ersten Hinweis auf die wünschenswerte Differenzierungsfähigkeit des Instruments liefern.

Die Befunde der Hauptstudie lassen erkennen, dass es möglich ist, soziale Ängste und soziale Defizite mit dem dafür konstruierten Messinstrument differentiell zu erfassen. Die Ergebnisse rechtfertigen weitere Untersuchungen zur Replikation der Faktorenstruktur sowie zur Reliabilitäts- und Validitätsprüfung.

## **5.2 Replikationsstudie (Studie 2)**

Ziel der Replikationsstudie war die Überprüfung der in der Hauptstudie (Studie 1) ermittelten Faktorenstruktur zu sozialen Ängsten und sozialen Defiziten an einer neuen – unabhängigen – Stichprobe gesunder Probanden im Hinblick auf die Evaluation der globalen Modellgüte. Ein weiteres Ziel war der Vergleich der beiden Gesunden-Stichproben aus Studie 1 und 2, um festzustellen, ob sich die beiden Stichproben hinreichend ähnlich sind, um sie für den späteren Vergleich mit Sozialphobikern zu einer größeren Stichprobe zusammenfassen zu können.

### **5.2.1 Untersuchung**

#### **5.2.1.1 Fragebogen**

Den Probanden der Studie 2 wurde die aus der Hauptstudie resultierende Form des Testinstruments mit den vier SASKO-Subskalen zu sozialen Ängsten und sozialen Defiziten (SPRECH, ABLEHN, INTERAK, INFORMAT) und der zusätzlichen Subskala EINSAM vorgelegt. Der Fragebogen enthielt weiterhin unverändert die Screening-Skalen zu Alkoholismus, Depressivität und Offenheit sowie die neu aufgenommene Screeningskala zu psychotischen Symptomen (vgl. Abschnitt 4.2.4).

Zwecks späterer Vergleiche zwischen gesunden Personen und Patienten mit Sozialphobie (Abschnitt 5.4) wurden den Teilnehmern der Replikationsstudie außerdem die zur klinischen Validierung herangezogenen Instrumente SPIN, SIAS und SPS (Beschreibung der Skalen s. Abschnitt 2.3) zur Bearbeitung vorgelegt.

#### **5.2.1.2 Rekrutierung der Replikationsstichprobe**

Die Gewinnung der Stichprobe erfolgte durch 13 MultiplikatorInnen nach der im Abschnitt 4.1 beschriebenen Weise sowie durch die Untersucherin selbst. Im fortgeschrittenen Untersuchungsverlauf (bei rund 130 Fällen) war abzusehen, dass der Stichprobenumfang ohne Verlängerung der Erhebungsdauer bei gleichbleibendem Organisationsaufwand nur noch unwesentlich hätte vergrößert werden können. Deshalb wurden schließlich ca. 30 Studenten eines Psychologieseminars in die Stichprobe aufgenommen, wodurch sich der Studentenanteil in Stichprobe 2 gegenüber Stichprobe 1 leicht erhöhte. Dieser bewusst in Kauf genommene Nachteil erschien gegenüber dem Vorteil einer größeren Fallzahl vernachlässigbar angesichts der großen Stichprobenumfänge und der sonst ähnlichen Zusammensetzung beider Stichproben. Es galten dieselben Ausschlusskriterien wie in Studie 1 (s. Abschnitt 5.1.1.3).

#### **5.2.1.3 Ablauf der Datenerhebung**

Die Datenerhebung fand zwischen November 2004 und April 2005 statt. Der Ablauf und die Vorgehensweise erfolgten wie in Studie 1 (s. Abschnitt 5.1.1.4).

#### 5.2.1.4 Zur Methode der konfirmatorischen Faktorenanalyse

Die Überprüfung der in Studie 1 ermittelten Faktorenstruktur erfolgte anhand eines Strukturgleichungsmodells (SGM) im Rahmen einer konfirmatorischen Faktorenanalyse (CFA: confirmatory factor analysis). Die Methode der Strukturgleichungen (ursprünglich entwickelt von Jöreskog, 1978; Jöreskog und Sörbom, 1982) hat – anders als die exploratorische Faktorenanalyse – bis heute keine allzu weite Verbreitung gefunden. Sie soll deshalb im Folgenden kurz umrissen werden (ausführlich z. B. Backhaus et al., 2006; Maydeu-Olivares und McArdle, 2005).

Im Gegensatz zur exploratorischen Faktorenanalyse (Datenreduktion zur Ermittlung einer Faktoren-Struktur) wird bei der CFA ein postuliertes Modell auf seine Passung hin untersucht (Prüfung auf Übereinstimmung des Modells mit den vorliegenden Daten). Bei der Modellierung eines Modells werden Mess- und Strukturmodell unterschieden. Das Messmodell untersucht die Beziehungen zwischen latenten Variablen (Faktoren) und den manifesten Variablen (Items). Die latenten Variablen stellen die hypothetischen Konstrukte dar, die einer direkten Messung nicht zugänglich sind. Sie werden indirekt durch einen Satz manifester, beobachtbarer Variablen (Indikatoren) erfasst. Das Messmodell entspricht dem Ansatz der Faktorenanalyse. Im Strukturmodell sind die Beziehungen zwischen den latenten Variablen definiert. Es werden latent endogene (im Modell erklärte) Variablen und latent exogene (im Modell nicht erklärte) Variablen unterschieden, die jeweils durch eine oder mehrere Indikatorvariablen beschrieben werden. Zu jeder latenten Variablen gehört ein empirisches Messmodell. Aufgrund des regressionsanalytischen Ansatzes von Strukturgleichungsmodellen können kausale Beziehungen zwischen den hypothetischen Konstrukten definiert und geschätzt werden. Für jede Variable wird der Fehlereinfluss (Anteil der Varianz, der nicht erklärt werden kann) durch eine Residualvariable berücksichtigt.

Hinter der Spezifikation der Modellstruktur stehen vorab angestellte, theoretisch und empirisch fundierte Überlegungen hinsichtlich der postulierten Beziehungen zwischen den Variablen. Getestet wird, ob die Nullhypothese angenommen werden kann ( $H_0$ : Modell passt zu den Daten; d.h. kein bedeutsamer Unterschied zwischen modelltheoretischer und empirischer Kovarianzmatrix), oder ob das Modell aufgrund signifikanter Abweichungen verworfen werden muss ( $H_1$ : Modell unterscheidet sich von der empirischen Datenstruktur). Anhand der Schätzungen der einzelnen Modellparameter erfolgt die Prüfung und Beurteilung der Modellpassung („Goodness of fit“). Besteht die Notwendigkeit, die Modellstruktur aufgrund einer schlechten Passung anhand neuer theoretischer Überlegungen und neuer Hypthesen partiell oder insgesamt zu modifizieren, „so verläßt man damit den ‚Pfad‘ der konfirmatorischen Datenanalyse, und die Analyse der Strukturgleichungsmodelle erhält exploratorischen Charakter“ (Backhaus et al., 2006, S. 417). Das neue Modell ist dann wiederum an einer neuen unabhängigen Stichprobe zu überprüfen. Mit der Strukturgleichungsmethode lassen sich alternative Modelle modellieren, um das aussagekräftigste Modell auszuwählen.

### 5.2.1.5 Modellspezifikationen

In der Hauptstudie wurde eine fünf-faktorielle Modellstruktur extrahiert, wobei die Faktoren 1 bis 4 jeweils zwei Aspekte sozialer Ängste und sozialer Defizite repräsentieren, die im Störungskonzept der Sozialen Phobie verankert sind. Faktor 5 wurde als Einsamkeit identifiziert, das kein zwangsläufiges Kriterium der Sozialen Phobie darstellt, deshalb bleibt der fünfte Faktor im Rahmen der nachfolgenden Modellprüfung unberücksichtigt.

Aufgrund theoretischer Vorüberlegungen (vgl. Kap. 2) sollen zwei Modellvarianten geprüft werden, die vom gleichen Grundmodell (identischen Meßmodellen) ausgehen: einem Modell mit vier unabhängigen Faktoren (Modell 1a) und einem Modell mit vier interkorrelierenden Faktoren (Modell 1b). Es soll jeweils die globale Modellgüte evaluiert werden, um festzustellen, ob eines der Modelle aussagekräftig genug ist, um die angenommene Faktorenstruktur zu replizieren. Eine Beurteilung der Modell-Teilstrukturen wird nicht vorgenommen (dies bleibt eine Aufgabe nach Abschluss der vorliegenden Arbeit).

In die Modellprüfung gehen als latente endogene Variablen die empirisch ermittelten vier Faktoren ein, die mit dem Störungskonstrukt der Sozialen Phobie in Einklang gebracht werden konnten (s. Abschnitt 5.1.2.4):

- *Sprech- und Mittelpunktsangst* (SPRECH)
- *Angst vor Ablehnung* (ABLEHN)
- *Interaktionsdefizit* (INTERAK)
- *Informationsverarbeitungs-Defizit* (INFORMAT).

Die Messmodelle zu den latenten endogenen Variablen in beiden zu prüfenden Modellen sind identisch: die Messvariablen entsprechen jeweils exakt den unter den Skalen der Hauptstudie aggregierten Items<sup>17</sup>. Die Unterschiede zwischen den Modellen betreffen lediglich die Beziehungen der Faktoren untereinander (unabhängige bzw. interkorrelierende Faktoren). Latente exogene Variablen enthält das Modell nicht. Zwar ist mit Sicherheit von der Existenz erklärender Variablen für die latenten endogenen Faktoren auszugehen, ein Modell dieser Komplexität zu entwickeln, war jedoch nicht Gegenstand der vorliegenden Arbeit.

---

<sup>17</sup> *Hinweis zu den Modell-Abbildungen auf den folgenden Seitenn:* Die Itemnummern in Studie 2 unterscheiden sich von denen in Studie 1: durch die in der Hauptstudie eliminierten Items ergab sich in der Replikationsstudie aufgrund der reduzierten Itemzahl eine andere Numerierung der Items im Fragebogen. Für die Auswertungen wurden daher zur Arbeitserleichterung zusammengesetzte Itemnummern aus alter und neuer Nummer geschaffen, wie sie in den folgenden Modell-Abbildungen zu sehen sind. Beispiel: F032n028; dabei bezeichnet die Zahl hinter dem F („032“) die alte Itemnummer der Hauptstudie, die Zahl hinter dem n („028“) die neue Itemnummer der Replikationsstudie.

**Modell 1a:** Es wird davon ausgegangen, dass die in der Hauptstudie ermittelten Faktoren auf der theoretischen Ebene vier konzeptionell voneinander abgrenzbare Aspekte der sozialphobischen/sozialängstlichen Symptomatik darstellen. Modell 1a nimmt daher an, dass alle vier Faktoren unkorreliert sind. Die Faktoren Sprech- und Mittelpunktangst, Angst vor Ablehnung, Interaktionsdefizite und Informationsverarbeitungs-Defizite bilden latente endogene Variablen, die durch die beobachtbaren Indikatorvariablen operationalisiert sind. Weiterhin wird angenommen, dass jedes Item eine Ladung > Null aufweist und die Fehlervarianzen unkorreliert sind.

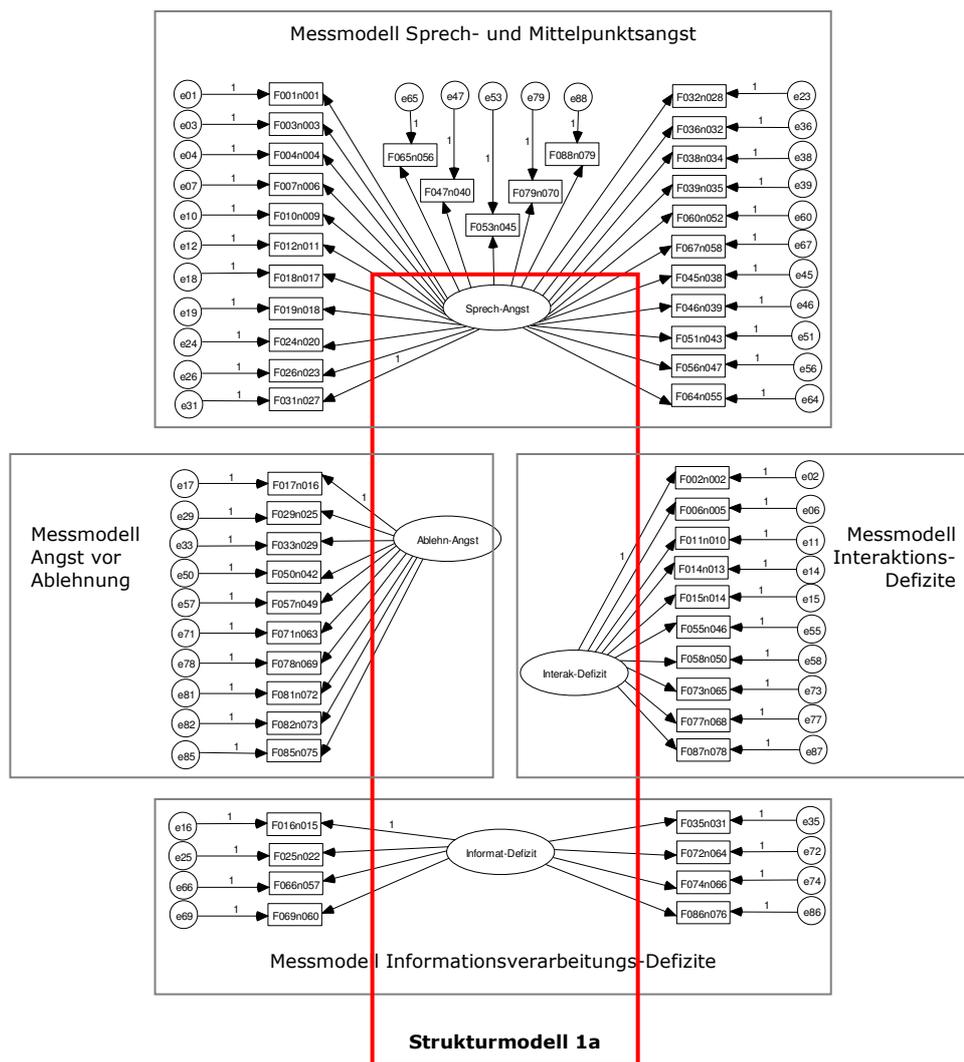


Abbildung 12:  
 Replikationsstudie (n = 171);  
 Modell 1a (Input), Mess- und Strukturmodell  
 mit vier unkorrelierten Faktoren

**Modell 1b:** Aufgrund der Charakteristik des Störungsbildes der Sozialen Phobie ist davon auszugehen, dass die theoretisch getrennt beschreibbaren Faktoren wechselseitig miteinander interagieren. Das Modell 1b nimmt daher Zusammenhänge zwischen den latenten Variablen an (Doppelpfeile). Weiterhin wird angenommen, dass alle Items Ladungen > Null aufweisen und die Fehlervarianzen unkorreliert sind.

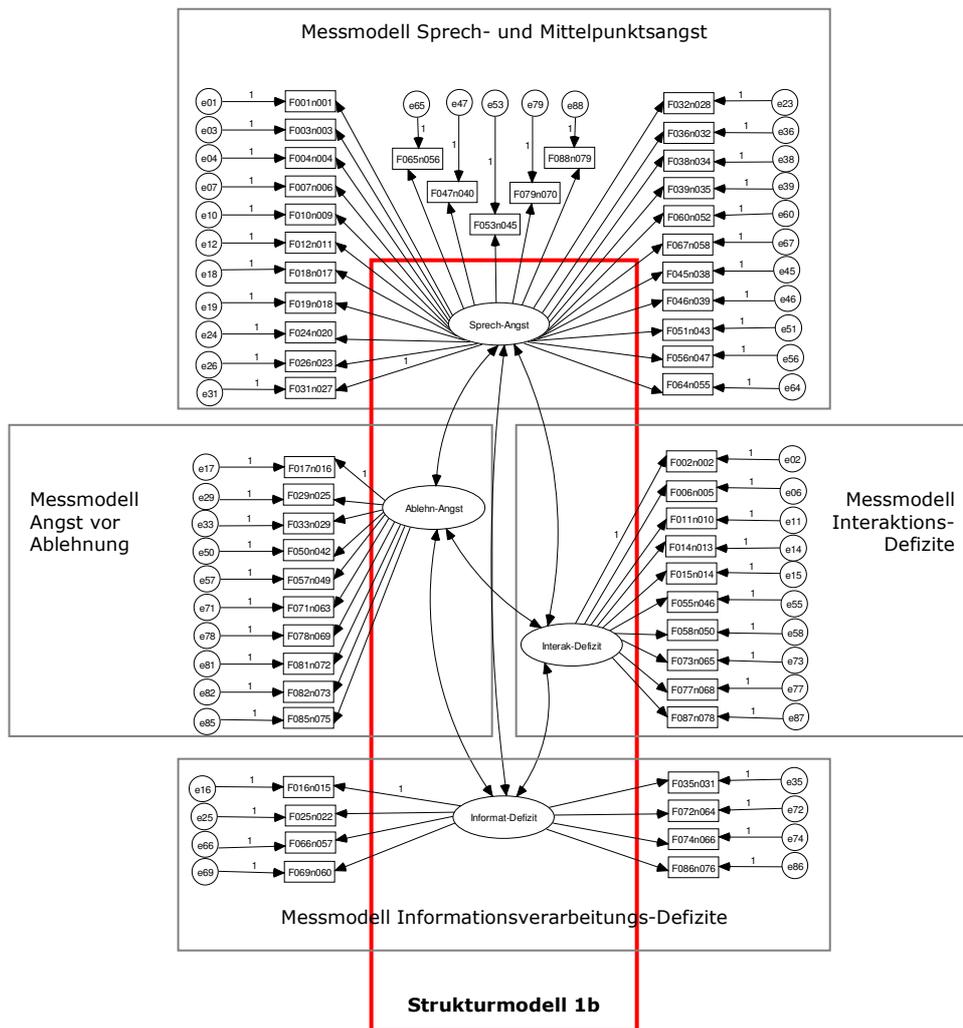


Abbildung 13:  
Replikationsstudie (n = 171);  
Modell 1b (Input), Mess- und Strukturmodell  
mit vier interkorrelierenden Faktoren

## 5.2.2 Ergebnisse

Die Modellanalysen wurden mit dem Statistikprogramm SPSS 12.0 in Verbindung mit dem Grafikprogramm AMOS 4.0 (Arbuckle und Wothke, 2001) vorgenommen. Für die graphische Erstellung wurde desweiteren Baltés-Götz (2005; zu AMOS 5.0) herangezogen.

### 5.2.2.1 Datenrücklauf und fehlende Werte

Rücklaufquote: Von 230 verteilten Fragebögen wurden 173 (75%) zurückgeschickt. Zwei Fragebögen konnten nicht verwendet werden: einmal war der Teilnehmer erst 16 Jahre alt, im anderen Fall war die zweite Seite des Fragebogens nicht ausgefüllt. Somit gingen 171 vollständige Datensätze in die Auswertung ein.

Fehlende Werte: Die Datensätze wurden mit der entsprechenden Analysefunktion des SPSS-Programms auf fehlende Werte hin untersucht. Über alle Datensätze und sämtliche Items hinweg (und inkl. der drei Validierungsskalen) fehlten insgesamt 116 Werte (0.86%). Nur bezogen auf die 55 Angst- und Defizit-Items fehlten 67 Werte (0.71%). Fehlende Werte wurden durch Mittelwerte ersetzt. Bei den personenbezogenen Daten fehlte eine Altersangabe und eine Angabe zur Schulbildung.

### 5.2.2.2 Merkmale der Replikationsstichprobe

*Geschlecht und Alter:* An der Befragung beteiligten sich  $n = 171$  gesunde erwachsene Personen (117 Frauen und 54 Männer; 68.4 bzw. 31.6%) im Alter zwischen 18 und 78 Jahren (MW 39.5 Jahre, SD 13.9). Die Altersverteilung ist hinreichend normalverteilt (K-S-Test,  $p = .528$ ).

*Schulbildung:* Die Schulabschlüsse verteilten sich wie folgt: Hauptschulabschluss 12 Pbn (7%), Mittlere Reife 26 Pbn (15%), Fachhochschulreife 27 Pbn (16%), Abitur 105 Pbn (61%), ein Pbn gab keinen Bildungsabschluss an.

*Berufsausbildung:* Über die Hälfte der Testteilnehmer (61%) verfügte zum Befragungszeitpunkt über eine abgeschlossene Berufsausbildung, die übrigen hatten ihre Ausbildung noch nicht abgeschlossen oder keine absolviert.

*Studium:* Ein abgeschlossenes Studium gab mehr als ein Drittel der Befragten an (39%), ein knappes Drittel (31%) hatte nicht studiert, ein gutes Viertel der Befragten studierte zum Zeitpunkt der Befragung noch (27%).

*Berufstätigkeit:* Einer Berufstätigkeit gingen 35% der befragten Personen in Form einer Vollzeit-tätigkeit nach, 30% waren teilzeitbeschäftigt, 5% berentet/pensioniert, 7% waren Hausfrau bzw. Hausmann, 20% befanden sich in Ausbildung (Schule, Lehre); 1,8% waren arbeitslos.

*Ehe/Partnerschaft und Kinder:* In einer Ehe bzw. Partnerschaft lebten zum Zeitpunkt der Befragung 119 (70%) der Befragten, 52 (30%) der Teilnehmer hatten keinen Partner. Die Zahl der Kinder (in der Hauptstudie nicht erhoben) verteilte sich wie folgt: 74 Teilnehmer (43%) waren kinderlos, 47 (28%) Probanden hatten ein Kind, 38 (22%) zwei Kinder, die übrigen Teilnehmer (rund 7%) hatten drei oder mehr Kinder.

### 5.2.2.3 Evaluation der globalen Modellgüte

Die Validität eines Modells wird bei gegebenen Voraussetzungen (normalverteilte Daten; durchgeführte Schätzung basiert auf einer Stichproben-Kovarianz-Matrix; ausreichend großer Stichprobenumfang) mit einem Chi<sup>2</sup>-Anpassungstest geschätzt. Dieser Wert sollte im Verhältnis zu den Freiheitsgraden möglichst klein sein (kleiner oder gleich der Anzahl der Freiheitsgrade). Als empfohlener Grenzwert für einen akzeptablen globalen Modellfit gilt  $\text{Chi}^2/\text{df} \leq 2.5$  (Backhaus et al., 2006, S. 382). Anhand der Wahrscheinlichkeit p kann beurteilt werden, ob die Ablehnung der Nullhypothese eine Fehlentscheidung darstellen würde ( $H_0$ : Modell paßt zu den Daten, kein bedeutsamer Unterschied zwischen modelltheoretischer und empirischer Kovarianzmatrix). Der Chi<sup>2</sup>-Wert reagiert sensibel auf Verletzungen der Voraussetzungen und erlaubt keine Einschätzung dahingehend, dass eine falsche Modellstruktur als wahr angenommen wird (Backhaus et al., 2006; Schermelleh-Engel und Keith, 1998). Daher werden weitere, in der Literatur angegebene Gütekriterien als Maße der praktischen Relevanz zur Beurteilung des globalen Modellfits herangezogen, die als relativ robust gegenüber nicht normalverteilten Daten gelten und unabhängig vom Stichprobenumfang sind. Tabelle 19 gibt die für diese Kennwerte allgemein empfohlenen Schwellenwerte wieder (vgl. Backhaus et al., 2006; Schermelleh-Engel und Keith, 1998; Langer, Internet-Ressource ohne Jahresangabe).

Tabelle 19  
Gütekriterien zur Beurteilung des globalen Modellfits; empfohlene Richtwerte  
(vgl. Backhaus et al., 2006; Schermelleh-Engel und Keith, 1998; Langer 1999/2000)

Fit-Indikatoren	Richtwerte	
	guter Modellfit	akzeptabler Modellfit
<b>GFI</b> ( <i>Goodness-of-Fit-Index</i> ) Maß für die relative Menge an Varianz und Kovarianz, die insgesamt durch das Modell erklärt wird. Der GFI entspricht dem Bestimmtheitsmaß im Rahmen der Regressionsanalyse. Möglich sind Werte zwischen 0 und 1. GFI = 1: perfekter Modellfit (alle empirischen Varianzen und Kovarianzen werden exakt erklärt).	≥ .0.95	≥ 0.9
<b>AGFI</b> ( <i>Adjusted-Goodness-of-fit-Index</i> ) Wie GFI, zusätzlich wird die Modellkomplexität berücksichtigt (Zahl der Freiheitsgrade). Möglich sind Werte zwischen 0 und 1. AGFI = 1: perfekter Modellfit.	≥ .0.95 möglichst nahe am GFI*	≥ 0.9 möglichst nahe am GFI*
<b>NFI</b> ( <i>Normed Fit Index</i> ) Vergleich des Minimalwerts der Diskrepanzfunktion des postulierten Modells mit dem eines Basismodells. Zum Vergleich dient einerseits das „Independance Model“ (schlechtest möglicher Fit), andererseits das sog. „saturierte Modell“ (bestmöglicher Fit). NFI = 1: perfekte Übereinstimmung mit dem saturierten Modell.	≥ .0.95	≥ 0.9
<b>RMR</b> ( <i>Root Mean Square Residual</i> ) Größe des geschätzten durchschnittlichen Residuums des Modells. Je größer dieses ist, umso schlechter ist der Modellfit. 0 = exakter Modellfit.	≤ 0.05	≤ 0.1
<b>RMSEA</b> ( <i>Root Mean Square Error of Approximation</i> ) Prüfung, ob das Modell die Realität hinreichend gut approximiert. Wurzel aus dem um die Modellkomplexität bereinigten, geschätzten Minimum der Diskrepanzfunktion in der Grundgesamtheit. Inakzeptabler Modellfit bei ≥ 0.10.	≤ 0.05	≤ 0.08

\* vgl. Schermelleh-Engel und Keith (1998)

Die vorliegenden Daten sind nicht normalverteilt. Hinsichtlich der Stichprobengröße (n = 171) ist festzuhalten, dass sie im Rahmen der Mindestanforderungen liegt. Zur Auswahl des Schätzverfahrens sind folgende Kriterien heranzuziehen:

Tabelle 20  
Anforderungen und Eigenschaften verschiedener iterativer Schätzverfahren  
(Backhaus et al., 2006, S. 371)

Kriterium	ML	GLS	ULS	SLS	ADF
Annahme einer Multinormalverteilung	ja	ja	nein	nein	nein
Skaleninvarianz	ja	ja	nein	ja	ja
Stichprobengröße	>100	>100	>100	>100	$1,5 \cdot p(p+1)$
Inferenzstatistiken (Chi <sup>2</sup> )	ja	ja	nein	nein	ja

Aufgrund der nicht normalverteilten Daten wird der Modellfit nach der ULS Methode (Unweighted Least Squares) geschätzt. Der Chi<sup>2</sup>-Wert nach der Maximum Likelihood-Schätzung wird zusätzlich berechnet; wichtiger als dieser ist jedoch seine Adjustierung an den Freiheitsgraden (Chi<sup>2</sup>/df). Außerdem gibt das Programm AMOS bei der ML-Schätzung den RMSEA aus, bei der ULS-Methode jedoch nicht. Die folgende Tabelle 21 gibt die Anpassungsgüte der beiden geprüften Modellvarianten 1a und 1b wieder.

Tabelle 21  
Replikationsstudie (n = 171);  
Anpassungsgüte für die Modellvarianten 1a und 1b

	<i>Richtwert</i>	<b>Modell 1a</b> 4 unkorrelierte Faktoren	<b>Modell 1b</b> 4 interkorrelierende Faktoren
ML-Schätzung			
<b>Chi<sup>2</sup> (df)</b>		2789,64 (1438)	2370,83 (1424)
<b>p</b>		0.000	0.000
<b>Chi<sup>2</sup>/df</b>	≤ 2.5	1.94	1.66
<b>RMSEA</b>	≤ .08	.07	.06
ULS-Schätzung			
<b>GFI</b>	≥ .9	.52	.96
<b>AGFI</b>	≥ .9	.48	.95
<b>NFI</b>	≥ .9	.41	.95
<b>RMR</b>	≤ .1	.08	.03

Der mittels ML-Methode geschätzte Chi<sup>2</sup>-Wert ist für beide Modellvarianten signifikant geworden (p = 0.000), womit die Nullhypothese (Modell paßt zu den Daten) jeweils abzulehnen wäre. Aussagekräftiger ist der Chi<sup>2</sup>/df-Wert (vgl. Backhaus et al., 2006), der in beiden Fällen einen akzeptablen Gesamtfitt zeigt. Allerdings weisen die nach der ULS-Methode geschätzten Kennwerte des Modells 1a auf einen vollkommen inakzeptablen Modellfit hin. Die Annahme von vier unkorrelierten Faktoren stellt offensichtlich ein theoretisches Ideal dar, das angesichts der Komplexität der psychologischen Wirklichkeit und der Beschaffenheit psychologischer Störungen unrealistisch ist; auf die Ergebnisdarstellung des Modells 1a wird daher verzichtet. Das Modell 1b hingegen weist eine recht zufriedenstellende Passung an die empirischen Daten auf. Die

Abbildungen 14.1 und 14.2 zeigen die graphischen Darstellungen der Ergebnisse der Parameterschätzungen (unstandardisierte bzw. standardisierte Parameterkennwerte) für das Modell 1b.

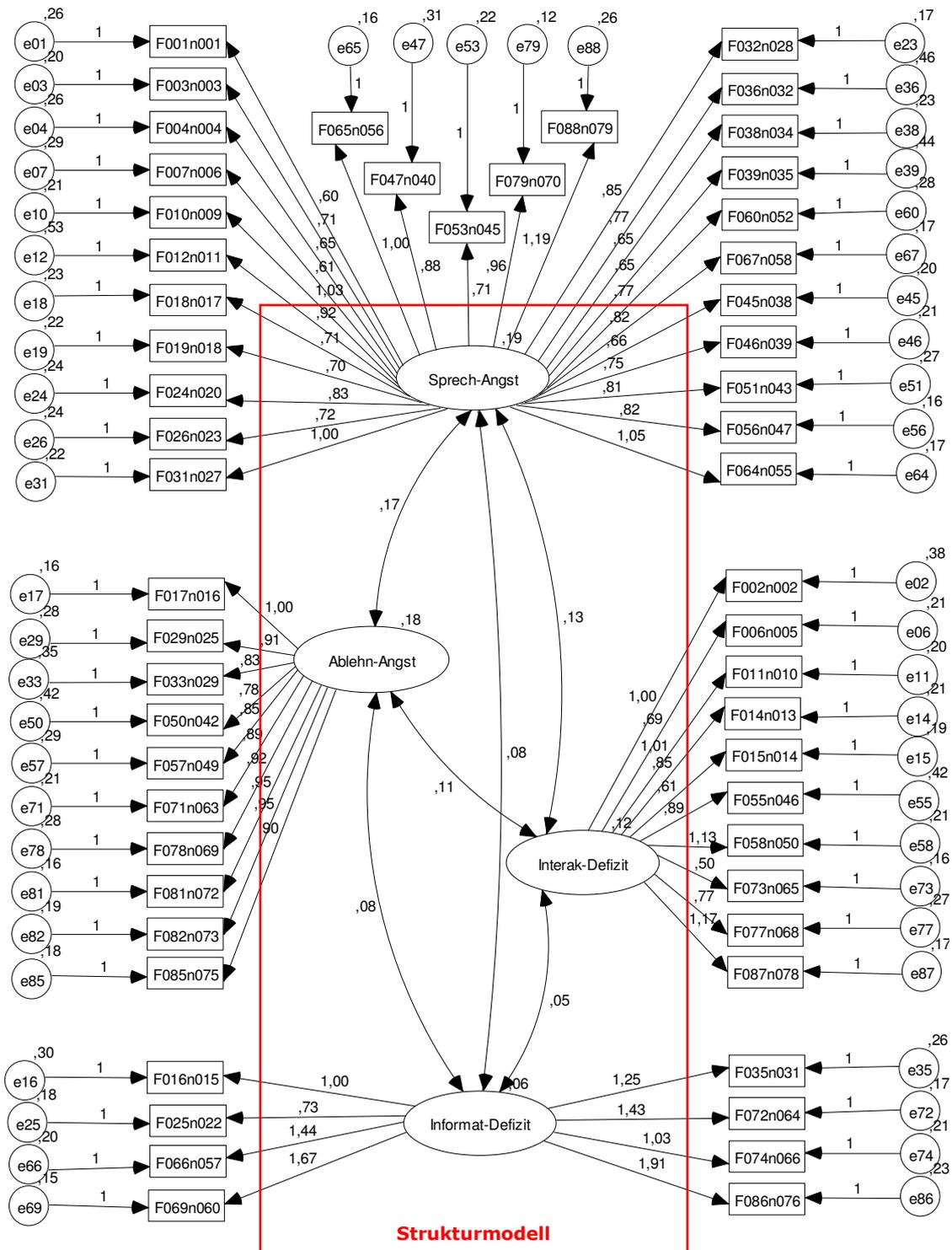


Abbildung 14.1:  
 Modell 1b: Strukturmodell mit 4 interkorrelierten Faktoren und 55 Meßvariablen; n = 171;  
 ULS-Methode, unstandardisierte Parameterkennwerte. F... = Itemnummer, e.. = Fehlereinfluß

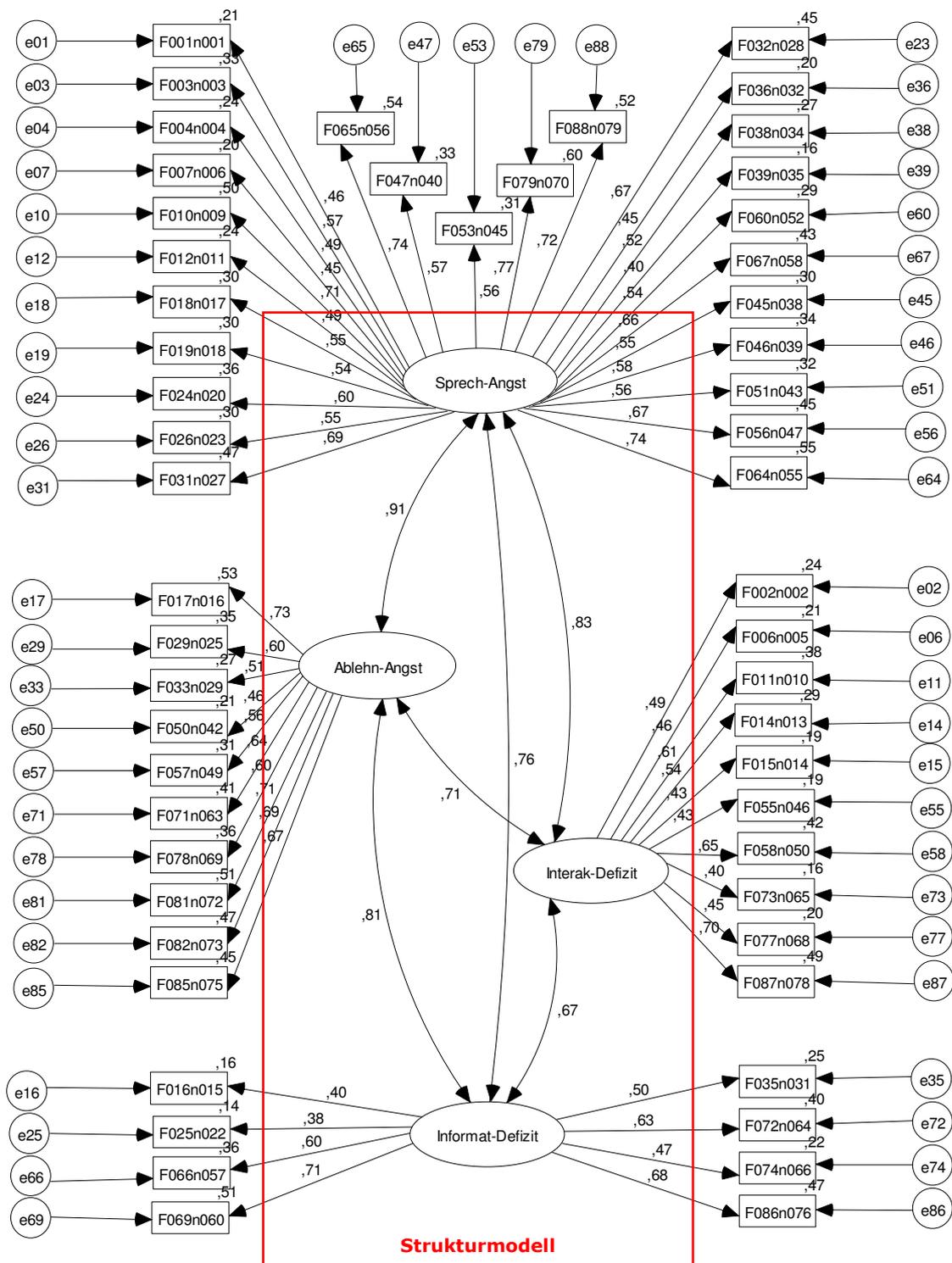


Abbildung 14.2:  
 Modell 1b: Strukturmodell mit 4 interkorrelierten Faktoren und 55 Meßvariablen; n = 171;  
 ULS-Methode, standardisierte Parameterkennwerte. F... = Itemnummer, e.. = Fehlereinfluß

Das Zulassen korrelativer Zusammenhänge zwischen den latenten Variablen im Modell 1b erscheint sowohl aus theoretischer als auch aus statistischer Sicht angemessen. Die vier latenten Variablen korrelieren recht hoch miteinander (s. Anhang 9.2, standardisierte Lösung). Dies dürfte, wie theoretisch expliziert, dadurch bedingt sein, dass die vier Faktoren Ausdruck ein und derselben zugrundeliegenden Störung sind. Außerdem können die Korrelationen durch eine oder mehrere Drittvariable moderiert sein, die im Modell nicht expliziert wurden. Zudem ist davon auszugehen, dass die einzelnen Messmodelle, die der Itemzuordnung zu den gebildeten Skalen entsprechen (vgl. Abschnitt 5.1.2.7), einige Variablen enthalten, die sich ungünstig auf den Modellfit auswirken. Die standardisierte Lösung zeigt, dass einige Items hinsichtlich ihrer Reliabilität (quadrierte Faktorladungen) zu wünschen übrig lassen, wenn man die üblicherweise verwendeten Grenzwerte von .4 oder .5 für akzeptable Faktorladungen zugrunde legt (vgl. Backhaus et al., 2006, S. 378). Durch Auslassung der betreffenden Items oder durch eine inhaltlich begründete Zuordnung einiger Items unter einen anderen Faktor könnten möglicherweise geringere Interkorrelationen der latenten Variablen erreicht werden. Es finden sich daneben jedoch genügend Items, deren Reliabilität als zufriedenstellend bezeichnet werden kann.

Wie bereits gesagt, ist die Einschätzung und Modifikation von Teilstrukturen des Modells nicht Ziel der Replikationsstudie bzw. der vorliegenden Arbeit. Zum einen sollen die Untersuchungen an einer klinischen Population abgewartet werden, bevor über Veränderungen des Testinstruments nachgedacht wird. Zum anderen entspräche eine Modifikation von Teilstrukturen einem erneuten exploratorischen Ansatz, der die Überprüfung der veränderten Modellstrukturen an einer neuen vergleichbaren Stichprobe erfordern würde (Backhaus et al., 2006, S. 417). Da die Modellprüfung hinsichtlich des globalen Modellfits für das Modell 1b zufriedenstellend ausfällt, erscheinen weitere Untersuchungen zur Reliabilität und Validität des Analyse-Instruments gerechtfertigt.

#### **5.2.2.4 Skalen-Kennwerte**

Die Testwerte der Stichprobe 2 in den SASKO-Subskalen reichten über die gesamte Spannweite der möglichen Antworten (0 bis 3). Auch in dieser Gesunden-Stichprobe sind die Daten zumeist schief verteilt und folgen überwiegend keiner Normalverteilung (K-S-Anpassungstest). Die Skalen-Reliabilitäten (Cronbach's Alpha) für die SASKO-Subskalen SPRECH, ABLEHN, INTERAK und INFORMAT liegen zwischen  $\alpha = .78$  und  $.93$ . Tabelle 22 gibt die Skalen-Statistiken für die Subskalen und die Gesamtskala SASKO wieder. Zusätzlich werden auch die Kennwerte der Subskala EINSAM, die nicht in die Modellprüfung einbezogen wurde, berichtet.

Wie in der Hauptstudie wurden für die Ergebnisdarstellung auch hier die Skalen-Rohsummenscores durch die Item-Anzahl in der jeweiligen Skala geteilt. Dies ermöglicht aufgrund der unterschiedlichen Anzahl der Items in den Skalen (27, 10, 10, 8, 5) eine bessere Vergleichbarkeit der Skalen-Mittelwerte untereinander sowie mit den Ergebnissen der Hauptstudie. Das Skalen-Maximum, das in jeder Skala bei 3 lag (höchster Meßwert: immer/meistens), reduziert sich durch die Umrechnung entsprechend.

Tabelle 22  
Replikationsstudie (n = 171): Skalen-Kennwerte

	Abweichung von Normal	Min.	Max.	MW	SD	Schiefe	Kurtosis	P	r <sub>it</sub>	Alpha
SPRECH	.126 ns.	0	2.30	.7031	.3711	.734	1.221	65.5	.564	.93
ABLEHN	.035	0	2.40	.6953	.4178	.672	1.021	64.3	.565	.86
INTERAK	.035	0	1.70	.5456	.3384	.813	.766	52.8	.451	.78
INFORMAT	.040	0	2.50	.7624	.3573	.779	2.950	72.0	.502	.80
SASKO	.420 n.s.	0	1.89	.6817	.3306	.705	.618	63.7	.524	.96
EINSAM	.000	0	.180	.4304	.40817	.783	-.253	36.7	.478	.72

p: Irrtumswahrscheinlichkeit, ns.: nicht signifikant, MW: Mittelwert, SD: Standardabweichung, P = mittlere Item-Schwierigkeit, r<sub>it</sub> = mittlere Trennschärfe (part-whole-korrigiert)

Zusätzlich wurden die Skalen-Interkorrelationen berechnet. Hierfür wurde der Kendall-Korrelationskoeffizient verwendet, da Ausreißer vorlagen, die sich jedoch bei einer Inspektion als nicht bedeutsam erwiesen.

Tabelle 23  
Replikationsstudie (n = 171): Interkorrelationen der SASKO-Subskalen

	ABLEHN	INTERAK	INFORMAT	EINSAM
SPRECH	.611	.552	.486	.377
ABLEHN		.441	.477	.338
INTERAK			.393	.539
INFORMAT				.376

Kendall-Korrelationen (5%-Niveau, zweiseitig; alle p ≤ .001)

Als wesentliches Resultat der Studie 2 kann festgehalten werden: die in Studie 1 auf dem Hintergrund des Störungskonstrukts der Sozialen Phobie identifizierte Faktorenstruktur – zwei Angst-Faktoren (Sprech- und Mittelpunktangst; Angst vor Ablehnung) und zwei Defizit-Faktoren (Interaktionsdefizite; Informationsverarbeitungsdefizite) – konnte an einem zweiten, unabhängigen Datensatz gesunder Probanden repliziert werden. Die internen Konsistenzen der SASKO-Subskalen und der Gesamtskala sind zufriedenstellend bis hoch.

### 5.2.2.5 Deskriptive Ergebnisse der Screening-Skalen

Die mit den Screening-Skalen in der vorliegenden Stichprobe erhobenen Werte für Depressivität (DEP), Alkoholkonsum (ALK) und psychotische Symptome (PSY) fielen gering aus, wie Tabelle 24 zu entnehmen ist (analog zum bisherigen Vorgehen bei der Ergebnisdarstellung wurden auch hier die Skalen-Rohsummenscores durch die Itemzahl in der jeweiligen Screeningskala dividiert). In der Skala DEP hatten die Teilnehmer deutlich höhere Werte als in den Skalen ALK und PSY. Der Vergleich der Mittelwerte (t-Test für eine Stichprobe) zeigte statistisch signifikante Unterschiede zwischen den mittleren DEP- und ALK- bzw. PSY-Werten (gleiches Ergebnis für ALK und PSY: t = 12,982, df = 170, p ≤ .001). Da die Depressivitätswerte sich ebenfalls noch nahe null bewegen, ist der Unterschied jedoch praktisch nicht bedeutsam. Alle Werte blieben ohne klinisch relevante Ausprägung. Die Werte der Skala Offenheit (OFF) lassen auf ein insgesamt offenes Antwortverhalten beim Ausfüllen des Fragebogens schließen.

Tabelle 24

Replikationsstudie (n = 171): Deskriptive Statistiken der Screeningskalen

	Min.	Max.	MW	SD	Schiefe	Kurtosis
DEP	0	2	.44	.311	.939	1.809
ALK	0	1	.13	.236	2.221	4.857
PSY	0	2	.13	.247	3.060	13.481
OFF	0	2	.92	.335	.207	.184

MW: Mittelwert, SD: Standardabweichung; DEP: Depressivität, ALK: Alkoholkonsum, PSY: Psychotische Symptome, Off: Offenheit

### 5.2.2.6 Stichproben-Vergleich Studie 1 und 2

Bevor die weiteren Untersuchungsabschnitte zur Reliabilität und Validität folgen, gilt der Blick dem Vergleich der beiden Stichproben aus Studie 1 (Hauptstudie) und Studie 2 (Replikationsstudie), um die beiden folgenden Fragen zu beantworten:

1. Ist es gelungen, für die Faktorenreplikation eine Stichprobe zu finden, die der Analysestichprobe hinreichend ähnlich ist?
2. Können die beiden Gesunden-Stichproben für den späteren Vergleich mit klinischen Probanden zu einer größeren Stichprobe zusammengefasst werden?

Bei der Stichprobenrekrutierung und der Durchführung der Datenerhebung wurde darauf geachtet, dass beides in Studie 1 und Studie 2 auf die gleiche Weise erfolgte (vgl. Abschnitte 4.1., 5.1.1.2, 5.1.1.4, 5.2.1.2, 5.2.1.3). Für den folgenden Vergleich der Stichproben wurden die soziodemographischen Kernmerkmale Alter, Geschlecht und Schulbildung sowie die Stichproben-Mittelwerte in den SASKO-Subskalen betrachtet.

#### **Vergleich der soziodemographischen Merkmale**

*Alter.* Wegen zwei fehlender Altersangaben reduzierten sich beide Stichproben um je einen Fall (Studie 1: n = 241, Studie 2: n = 170). Die Altersverteilungen beider Stichproben folgten näherungsweise einer Normalverteilung (K-S-Tests; Studie 1: p = .567; Studie 2: p = .528). Der Vergleich der Mittelwerte ergab keinen statistisch signifikanten Altersunterschied (t-Test für unabhängige Stichproben, 5%-Niveau, zweiseitig; t = 1,779, df = 327,749, p = .076), das Ergebnis lag jedoch nur knapp über der Signifikanzgrenze, die Varianzen erwiesen sich als heterogen (Levene-Test; F = 4,466, p = .035). Der Grund dafür dürfte die Häufung jüngerer Personen in Studie 2 sein (s. Abbildung 15). In Studie 2 gab es mehr studierende Personen als in Studie 1: 47 (27.5%) vs. 26 (10.7%). Dadurch, dass die Stichprobe 2 bei höherem Anteil jüngerer Personen zugleich weniger Probanden umfasst, ist der Unterschied umso augenfälliger.

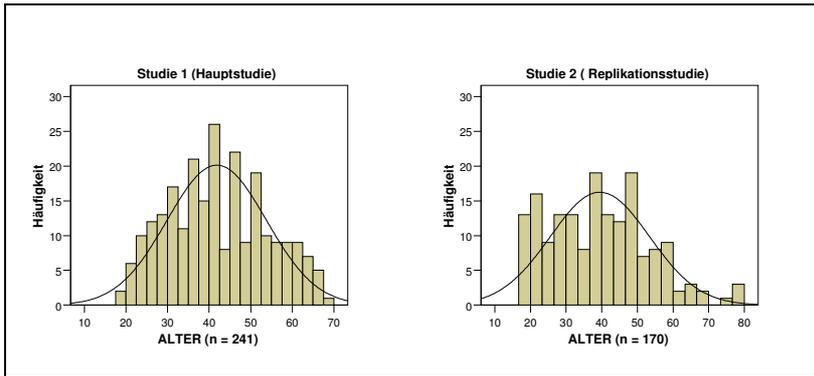


Abbildung 15:  
Stichprobenvergleich Studie 1 und 2: Altersverteilungen, Histogramme

Die folgende Tabelle zeigt die deskriptiven Statistiken der Altersverteilungen:

Tabelle 25  
Stichprobenvergleich Studie 1 (Hauptstudie) und Studie 2 (Replikationsstudie): Alter

	n	Min	Max	MW	SD	Schiefe	Kurtosis
Studie 1	241	18	70	41.83	11.945	.159	-.763
Studie 2	170	18	78	39.49	13.927	.404	-.303
Studie 1+2	411	18	78	40.86	12.84	.245	-.513

*Geschlecht.* Wie in vielen psychologischen Studien überwog auch hier in beiden Stichproben der Frauenanteil. Der Unterschied zwischen den Stichproben ist nicht signifikant ( $\chi^2 = 3,124$ ,  $df = 1$ ,  $p = .077$ ). Tabelle 26 gibt die absoluten Häufigkeiten und prozentualen Anteile männlicher und weiblicher Probanden wieder.

Tabelle 26  
Stichprobenvergleich Studie 1 (Hauptstudie) und Studie 2 (Replikationsstudie):  
Geschlechterverteilung

	n	männlich	Prozent	weiblich	Prozent
Studie 1	242	97	40.1	145	59.9
Studie 2	171	54	31.6	117	68.4
Studie 1+2	413	151	36.6	262	63.4

*Schulbildung.* In beiden Stichproben fehlte je eine Angabe zur Schulbildung. Hinsichtlich der Schulbildung zeigten sich ein signifikanter Unterschied zwischen den Stichproben ( $\chi^2 = 11,959$ ,  $df = 3$ ,  $p = .008$ ). In Studie 1 war der prozentuale Anteil von Personen mit Hauptschulabschluss und Mittlerer Reife etwas höher als in Studie 2. Personen mit Abitur kamen absolut betrachtet in beiden Stichproben fast gleich häufig vor, durch die unterschiedlichen Stichprobenumfänge ergibt sich jedoch ein prozentual deutlich höherer Anteil von Personen mit Hochschulbildung in Studie 2. Dieser kann dadurch erklärt werden, dass der größere Anteil akademisch ausgebildeter Multiplika-

torInnen in Studie 2 vermehrt Personen mit gleicher Schulbildung erreicht hat. Tabelle 27 gibt die absoluten Häufigkeiten und Prozentangaben bezüglich der Schulbildung wieder.

Tabelle 27  
Stichprobenvergleich Studie 1 (Hauptstudie) und Studie 2 (Replikationsstudie): Schulabschlüsse

	n	HS	Prozent	MR	Prozent	FH	Prozent	ABI	Prozent
Studie 1	241	30	12.4	57	23.6	45	18.6	109	45.0
Studie 2	170	12	7.0	26	15.2	27	15.8	105	61.4
Studie 1+2	411	42	10.2	83	20.1	72	17.4	214	51.8

Fehlende Anteile an 100% ergeben sich aus je einer fehlenden Angabe zur Schulbildung in Studie 1 und 2.  
HS: Hauptschule; MR: Mittlere Reife; FH: Fachhochschulreife; ABI: Abitur.

Der Stichprobenvergleich anhand der soziographischen Merkmale Alter, Geschlecht und Schulbildung weist geringfügige, aber plausible Unterschiede auf. Es kann davon ausgegangen werden, dass die beiden Stichproben der gleichen Grundgesamtheit (Normalbevölkerung) entstammen. Eine tabellarische Übersicht aller erfassten Stichprobenmerkmale (Studie 1, Studie 2 und Gesamtstichprobe) befindet sich im **Anhang 10**.

### **Vergleich der Mittelwerte in den SASKO-Skalen**

Zum Vergleich der Testwerte wurden Mittelwertvergleiche durchgeführt (U-Tests). Außerdem wurden Effektstärken berechnet, da der Signifikanztest für sich genommen keine Beurteilung der praktischen Relevanz von Mittelwertdifferenzen erlaubt. Die Berechnung der Effektstärken erfolgte nach folgender Formel (CEM, 2006):

$$d = \frac{MW_{Stichprobe1} - MW_{Stichprobe2}}{SD_{gepooit}}$$

mit Bias-Korrektur nach Hedges und Olkin (1985, zit. nach CEM, 2006). Für die Interpretation von Effektstärken werden in der Literatur unter Bezugnahme auf Cohen (1988) folgende Schwellenwerte angegeben (Bortz und Lienert, 2003, S. 52; Wirtz und Nachtigall, 2006, S. 92):

d  ≈ 0.2	schwacher Effekt
d  ≈ 0.5	mittlerer Effekt
d  ≈ 0.8	starker Effekt

Kritisch zur Interpretation dieser Richtwerte ist anzumerken, dass nicht eindeutig gehandhabt wird, ob Varianzhomogenität und Normalverteilung der Daten zwingend vorausgesetzt werden müssen. Verbindliche Regeln zur Bestimmung verteilungsfreier Effektgrößen stehen nach Bortz und Lienert (2003, S. 53) noch aus. Zu beachten ist im Allgemeinen, dass die als Bezugsgröße gewählte Standardabweichung und die Verteilungsformen die Effektstärke beeinflussen (vgl. Maier-Riehle und Zwingmann, 2000, S. 191). Die Anwendung des t-Tests bei der Effektstärkenberechnung setzt üblicherweise normalverteilte Daten voraus, das Verfahren gilt jedoch als robust genug, um trotz Verletzung dieser Voraussetzung bei hinreichend großen Stichproben (> 100)

angewendet zu werden (Nachtigall und Wirtz, 2006, S. 138ff). Die Unsicherheiten hinsichtlich der Interpretation von Effektstärken bei nicht normalverteilten Daten ließen es ratsam erscheinen, die Mittelwertvergleiche sowohl U-Test- als auch t-Test-basiert statistisch abzusichern, um mögliche Verzerrungen besser einschätzen zu können. Die nachfolgende Tabelle 28 enthält die Ergebnisse beider Prüfverfahren. Wie sich zeigt, liefern beide Verfahren ähnliche Ergebnisse, so dass die Interpretation der Effektstärken nach den Empfehlungen von Cohen (s.o.) gerechtfertigt erscheint.

Tabelle 28  
Stichprobenvergleich Studie 1 (Hauptstudie, n = 242) und Studie 2 (Replikationsstudie, n = 171):  
interne Konsistenzen, Mittelwertvergleiche; SASKO-Subskalen, SASKO-Gesamtskala und Subskala EINSAM

	Stichprobe	Alpha	Abweichung von Normal p	MW	SD	U-Test p	t-Test p	d
<b>SPRECH</b>	Studie 1	.94	.032	.7792	.42334	.154 ns.	.054 ns.	0.19
	Studie 2	.93	.126	.7031	.37112			
<b>ABLEHN</b>	Studie 1	.84	.001	.7764	.44244	.127 ns.	.061 ns.	0.19
	Studie 2	.86	.035	.6953	.41781			
<b>INTERAK</b>	Studie 1	.76	.010	.6640	.37922	.002	.001	0.33
	Studie 2	.78	.035	.5456	.33837			
<b>INFORMAT</b>	Studie 1	.77	.003	.8760	.35171	≤ .001	.001	0.32
	Studie 2	.80	.040	.7624	.35734			
<b>SASKO</b>	Studie 1	.95	.081	.7718	.35186	.013	.009	0.26
	Studie 2	.96	.420	.6817	.33055			
<b>EINSAM</b>	Studie 1	.75	.000	.4719	.48849	.794 ns.	.349 ns.	0.09
	Studie 2	.72	.000	.4304	.40817			

MW: Mittelwert, SD: Standardabweichung, d: Effektstärke, p: Irrtumswahrscheinlichkeit, ns.: nicht signifikant.

Die Befunde zeigen, dass sich die Mittelwerte zwar teilweise statistisch signifikant, aber hinsichtlich der praktischen Relevanz nur geringfügig unterscheiden. Die internen Skalenkonsistenzen (Cronbach`s Alpha) fallen in beiden Stichproben sehr ähnlich aus.

### **Vergleich der Messwerte in den Screeningskalen DEP, ALK, PSY und OFF**

Der Mittelwertvergleich (U-Test) hinsichtlich der in beiden Stichproben erhobenen Werte zu Depressivität (DEP), Alkoholkonsum (ALK) und Offenheit (OFF) ergab keine signifikanten Mittelwertunterschiede für DEP ( $z = -.864$ ,  $p = .388$ ; Effektstärke  $d = 0.10$ ) und OFF ( $z = -1.708$ ,  $p = .088$ ;  $d = 0.18$ ). Für ALK hingegen zeigte sich ein zwar statistisch signifikanter Unterschied ( $z = -2.060$ ,  $p = .039$ ;  $d = 0.21$ ), der jedoch angesichts der in beiden Gruppen gegen null gehenden Mittelwerte (s. Tabelle 29) praktisch irrelevant ist. Die Screeningskala PSY war in der ersten Fassung des Analyse-Instruments (Studie 1) noch nicht enthalten.

Tabelle 29  
 Stichprobenvergleich Studie 1 (Hauptstudie, n = 242) und  
 Studie 2 (Replikationsstudie, n = 171): Deskriptive Statistiken der Screeningskalen

	Stichprobe	MW	SD	Schiefe	Kurtosis
<b>DEP</b>	Studie 1	.47	.334	1.021	1.735
	Studie 2	.44	.311	.939	1.809
<b>ALK</b>	Studie 1	.18	.263	1.931	4.718
	Studie 2	.13	.236	2.221	4.857
<b>PSY</b>	Studie 1	nicht erhoben			
	Studie 2	.13	.247	3.060	13.481
<b>OFF</b>	Studie 1	.98	.339	.809	2.128
	Studie 2	.92	.335	.207	.184

MW: Mittelwert, SD: Standardabweichung; DEP: Depressivität,  
 ALK: Alkoholkonsum, PSY: Psychotische Symptome, Off: Offenheit

### **Gesunden-Gesamtstichprobe (n = 413)**

Als Befund des Stichprobenvergleichs ergibt sich eine weitgehende Ähnlichkeit der beiden Gesunden-Sichproben aus Studie 1 und 2. Es kann daher angenommen werden, dass die Stichproben der gleichen Grundgesamtheit entstammen. Hinsichtlich der Faktorenreplikation ist festzuhalten, dass diese also anhand einer weitestgehend ähnlichen Stichprobe erfolgte.

Die Ähnlichkeit der Stichproben erlaubt die Zusammenfassung zu einer großen Gesunden-Stichprobe, die für Vergleiche mit Sozialphobikern herangezogen werden kann. Abbildung 16 veranschaulicht die Verhältnisse in der Gesamtstichprobe (n = 413) hinsichtlich Alter, Geschlecht und Schulbildung; Tabelle 30 präsentiert die deskriptiven Skalenstatistiken.

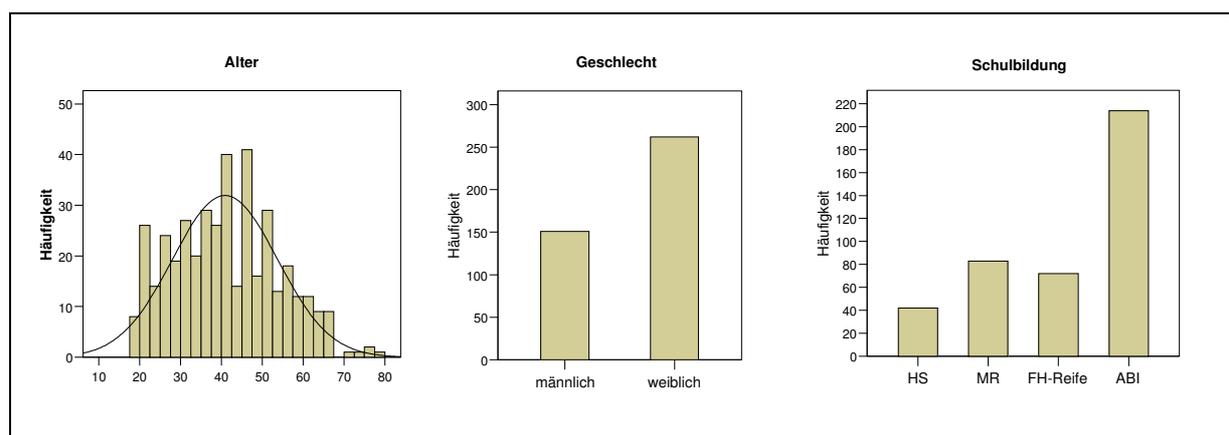


Abbildung 16:  
 Zusammengefasste Gesunden-Stichprobe (n = 413) aus Studie 1 und Studie 2;  
 Altersverteilung, Geschlechterverteilung und Bildungsabschlüsse

Tabelle 30

Zusammengefaßte Gesunden-Stichprobe (n = 413) aus Studie 1 und Studie 2:

Deskriptive Skalenskennwerte, interne Konsistenzen; SASKO-Subskalen, SASKO-Gesamtskala und Subskala EINSAM

	Abweichung von Normal $p$	Min.	Max.	MW	SD	Schiefe	Kurtosis	Alpha
<b>SPRECH</b>	.002	0	2.59	.7476	.40382	.764	.836	.94
<b>ABLEHN</b>	$\leq .001$	0	2.50	.7429	.43374	.811	.977	.85
<b>INTERAK</b>	$\leq .001$	0	2.20	.6150	.36712	.828	.913	.77
<b>INFORMAT</b>	$\leq .001$	0	2.50	.8290	.35803	.424	1.539	.79
<b>SASKO</b>	.019	0	2.20	.7345	.34566	.681	.511	.96
<b>EINSAM</b>	$\leq .001$	0	2.60	.4547	.45689	1.039	.959	.75

MW: Mittelwert, SD: Standardabweichung

### 5.2.2.7 Einfluss ausgewählter Merkmale auf die SASKO-Testwerte bei Gesunden

Für die im vorigen Abschnitt präsentierte Gesamtstichprobe der Gesunden wurden (nicht hypothesengeleitet) etwaige Einflüsse ausgewählter Variablen auf die Testwerte in den Angst- und Defizit-Skalen SPRECH, ABLEHN, INTERAK und INFORMAT untersucht. Hierzu wurden folgende Variablen herangezogen:

- die soziodemographischen Kernmerkmale Alter, Geschlecht und Schulbildung,
- die Werte in der Screeningskala Depressivität (DEP) und der Subskala EINSAM.

Es wurden jeweils schrittweise multiple Regressionsanalysen gerechnet. Dies lag auch hinsichtlich DEP und EINSAM nahe, da die beiden Merkmale miteinander assoziiert sind ( $r_{DEP, EINSAM} = .316$ ; Spearman, 5%-Niveau,  $p \leq .001$ ).

Als nennenswert varianzerklärend gilt allgemein, dass der Determinationskoeffizient mindestens 10% der Varianz der Kriteriumsvariable aufklären soll (Haupt, 2003, S. 9), um annehmen zu können, dass ein praktisch relevanter Einfluss vorliegt. Die Tabellen 31 (soziodemographische Merkmale) und 32 (DEP und EINSAM) zeigen die Ergebnisse der Analysen. Da jedes korrigierte  $R^2$  nahezu identisch mit dem unkorrigierten war (Änderung auf der jeweils dritten Kommastelle), wird das korrigierte  $R^2$  in den Tabellen nicht gesondert ausgewiesen. Die standardisierten Residuen waren annähernd normalverteilt. Aufgrund zwei fehlender soziodemographischer Angaben (Alter, Geschlecht) mussten zwei Datensätze aus den Berechnungen ausgeschlossen werden.

Tabelle 31  
 Einflüsse von Alter, Geschlecht und Schulbildung auf die SASKO-Testwerte  
 in der Gesamtstichprobe der Gesunden (n = 411)

Kriteriumsvariable	Einflussvariable (p < .05)	$\Delta R^2$	$\beta$	p	R <sup>2</sup>
SPRECH	Geschlecht	ausgeschlossen			1.5
	Alter	1.5	-.124	.012	
	Schulbildung	ausgeschlossen			
ABLEHN	Geschlecht	ausgeschlossen			2.2
	Alter	2.2	-.149	.002	
	Schulbildung	ausgeschlossen			
INTERAK Kriteriumsvariable ausgeschlossen*	Geschlecht	ausgeschlossen			
	Alter	ausgeschlossen			
	Schulbildung	ausgeschlossen			
INFORMAT	Geschlecht	1.3	-.113	.021	2.7
	Alter	ausgeschlossen			
	Schulbildung	1.4	-.116	.018	

$\Delta R^2$  zusätzlich erklärte Varianz (%) der einzelnen Einflussvariable

$\beta$  standardisierte Regressionskoeffizienten

R<sup>2</sup> durch die Regressionsgleichung erklärte Gesamtvarianz (%)

ausgeschlossen: Einschlusskriterium nicht erfüllt (p < .10)

\* Kriteriumsvariable INTERAK ausgeschlossen, da Regressionsfunktion als ganze inakzeptabel (keine Einflussvariable erfüllte das Einschlusskriterium)

Die Ergebnisse zeigen in der Gesunden-Stichprobe zwar statistisch signifikante, aber keine praktisch relevanten Einflüsse von Alter, Geschlecht und Schulbildung auf die SASKO-Skalen. Alle erklärten Varianzbeiträge liegen weit unter 10%. Erwähnenswert ist allenfalls, dass die negativen Vorzeichen der Regressionskoeffizienten einen negativen Zusammenhang anzeigen. Tendenziell sinken also im Fall der beiden Angst-Skalen SPRECH und ABLEHN die Werte mit zunehmendem Alter. Das erscheint plausibel, wenn man annimmt, dass gesunde Personen bestehende soziale Unsicherheiten in jüngeren Jahren durch wachsende Lebenserfahrung, die Integration neuer Verhaltensweisen und fortschreitende Persönlichkeitsentwicklung im Laufe des Lebens reduzieren bzw. abbauen können. Der negative geschlechtsabhängige Einfluss bei INFORMAT ist so zu interpretieren, dass ein „geringerer Wert“ (Codierung: 1 = männlich, 2 = weiblich) mit höheren INFORMAT-Werten einhergeht. Das heißt, Männer erreichen in der Stichprobe der Gesunden – sehr geringfügig – höhere Testwerte als Frauen hinsichtlich dysfunktionaler Informationsverarbeitung in sozialen Situationen. Möglicherweise spiegeln sich hier geschlechtsspezifische Sozialisations- und Erziehungseinflüsse wider, wonach Jungen (in der älteren Generation) weniger als Mädchen dazu angehalten wurden, sich mit zwischenmenschlich-interaktionellen Aspekten in sozialen Beziehungen zu beschäftigen. Was die Schulbildung betrifft, sind die INFORMAT-Werte umso höher, je geringer der Schulabschluss ist (Codierung: 1 = Hauptschulabschluss, 2 = Mittlere Reife, 3 = Fachhochschulreife, 4 = Abitur). Auch dies erscheint plausibel, da Bildungsabschlüsse hinsichtlich der kognitiven Leistungen unterschiedlich komplexe Anforderungen stellen, was sich auf die Fähigkeiten der sozialen Informationsverarbeitung auswirken dürfte. Es könnte hier aber auch Intelligenz als moderierende Drittvariable beteiligt sein. Insgesamt bleibt aber, wie gesagt, die Erklärungskraft der untersuchten Variablen vernachlässigbar.

Ganz im Gegensatz dazu zeigte sich ein deutlich stärkerer Einfluss von Depressivität und Einsamkeit auf die SASKO-Angst- und Defizit-Testwerte, wie aus der folgenden Tabelle 32 zu ersehen ist.

Tabelle 32  
Einflüsse von Depressivität (DEP) und Einsamkeit (Subskala EINSAM) auf die SASKO-Testwerte in der Gesamtstichprobe der Gesunden (n = 413)

Kriteriumsvariable	Einflussvariable (p < .05)	ΔR <sup>2</sup>	β	p	R <sup>2</sup>
SPRECH	DEP	7.3	.294	≤ .001	25.4
	EINSAM	18.1	.425	≤ .001	
ABLEHN	DEP	19.9	.446	≤ .001	22.7
	EINSAM	2.9	.183	≤ .001	
INTERAK	DEP	5.2	.249	≤ .001	37.0
	EINSAM	31.8	.564	≤ .001	
INFORMAT	DEP	6.6	.280	≤ .001	22.1
	EINSAM	15.5	.393	≤ .001	

ΔR<sup>2</sup> zusätzlich erklärte Varianz (%) der einzelnen Einflussvariable  
β standardisierte Regressionskoeffizienten  
R<sup>2</sup> durch die Regressionsgleichung erklärte Gesamtvarianz (%)

DEP und EINSAM haben einen statistisch hochsignifikanten Einfluss auf die Testwerte in allen SASKO-Subskalen. Dabei zeigt sich, dass bei SPRECH, INTERAK und INFORMAT ein ganz erheblicher Varianzanteil durch EINSAM erklärt wird, während ABLEHN hingegen deutlich dem Einfluss von DEP unterliegt.

### 5.2.2.8 Zusammenfassung der Ergebnisse der Replikationsstudie

Die in der Hauptstudie extrahierte Faktorenstruktur wurde mittels eines Strukturgleichungsmodells im Rahmen einer konfirmatorischen Faktorenanalyse an einer zweiten, unabhängigen Stichprobe überprüft. Hierzu wurden 171 gesunden erwachsenen Personen (68% Frauen, 32% Männer) im Alter von 18 bis 78 Jahren untersucht. Entsprechend dem zentralen Untersuchungsgegenstand der Studie wurden die vier Angst- und Defizit-Faktoren für die Modellprüfung herangezogen; der fünfte Faktor Einsamkeit als ein von Ängsten und Defiziten verschiedenes Merkmal wurde nicht berücksichtigt. Evaluiert wurde die Anpassung der globalen Modellstruktur an die vorliegenden Daten (ULS-Methode). Dabei wurden zwei Modellvarianten mit identischen Messmodellen aufgestellt: eines mit unkorrelierten, eines mit interkorrelierenden Faktoren.

Obwohl der Chi<sup>2</sup>-Test für beide Modelle eine hochsignifikante Abweichung von den empirischen Daten ergab (jeweils p < .001), zeigte das Modell mit den interkorrelierenden Faktoren einen zufriedenstellenden globalen Modellfit (Chi<sup>2</sup>/df = 1.66, RMSEA = .06, GFI = .96, AGFI = .95, NFI = .95, RMR = .03), während das Modell mit den unkorrelierten Faktoren verworfen werden musste. Die internen Konsistenzen der Angst- und Defizit-Subskalen bewegen sich zwischen α = .78 und .93 (SASKO-Gesamtskala α = .96; Einsamkeit: α = .72). Die Skalen-Interkorrelationen (Kendall) über alle fünf Subskalen lagen zwischen r = .338 und .611. Die Skalen-Mittelwerte

konzentrierten sich auf den unteren mit mittleren Messwertebereich (geringe Streuungen, linksgipflige Verteilungen).

Ein eingehender Vergleich der in Studie 1 und Studie 2 untersuchten Gesunden-Stichproben ergab eine weitestgehende Ähnlichkeit hinsichtlich der Zusammensetzung der Stichproben, der erreichten Testwerte in allen Skalen des Messinstruments sowie in den eingesetzten Screening-skalen (Depressivität, Alkoholkonsum, Offenheit). Die beiden Stichproben wurden für weitere Untersuchungszwecke daher zu einer Gesunden-Stichprobe (n = 413) zusammengefasst. Untersuchungen zum Einfluss von Alter, Geschlecht und Schulbildung auf die Angst- und Defizit-Testwerte der Gesunden ergaben keine nennenswerten Befunde. Hingegen erklären die Einflüsse der Subskala Einsamkeit und der Screeningskala Depressivität erhebliche Varianzanteile der SASKO-Testwerte (zwischen 22.1 und 37%).

Die Replikation der Faktorenstruktur erlaubt weitere Untersuchungen zur Überprüfung der Reliabilität und Validität des Analyse-Instruments.

### **5.3 Retest-Studie (Studie 3)**

Studie 3 diente der Überprüfung der Skalen-Stabilität durch Testwiederholung.

Psychologische Wiederholungsmessungen haben es mit einer Reihe von Einflüssen auf das Messergebnis zu tun, die die wahre Varianz mindern und dadurch die Reliabilität verringern. Zur Fehlervarianz gehören – neben Ungenauigkeiten oder mangelnder Konsistenz des Instruments an sich – auch Effekte durch veränderte Motivationslagen, aktuelle stimmungsbedingte Wahrnehmungen der Selbsteinschätzung sowie äußere Situationsbedingungen bei der Testdurchführung. Auch Erinnerungs- und Lerneffekte bei der Wahl eines zu kurzen Zeitabstands zwischen den Messungen beeinflussen den Wiederholungskoeffizienten ungünstig. Erinnerungseffekten kann am ehesten durch die Wahl eines möglichst großen Zeitintervalls zwischen den Testzeitpunkten begegnet werden, zugleich soll jedoch das zu untersuchende Merkmal über die Zeit stabil bleiben (Merkmalskonstanz). Lienert und Raatz bezeichnen dies als „Dilemma“ und halten im Hinblick auf das Merkmal fest: „Gleichgültig, wie groß das Intervall ist, Schwankungen des Persönlichkeitsmerkmals werden in der Regel in den Wiederholungskoeffizienten eingehen. In diesem Sinne macht dieser Koeffizient auch eine Aussage über die zeitliche Stabilität des untersuchten Persönlichkeitsmerkmals“ (Lienert und Raatz, 1994, S. 181).

Für die vorliegende Untersuchung wurde ein Zeitintervall von acht Wochen gewählt. Dabei handelt es sich um einen Kompromiss: der Abstand erschien einerseits groß genug, um Erinnerungseffekten einigermaßen vorzubeugen und zugleich die Merkmalskonstanz einschätzen zu können; andererseits sollte der Zeitraum klein genug sein, um den Ablauf des gesamten Forschungsprojekts nicht übermäßig zu verlängern.

#### **5.3.1 Untersuchung**

##### **5.3.1.1 Rekrutierung der Retest-Stichprobe**

Die Retest-Stichprobe bestand aus einem Teil der Replikationstichprobe (Studie 2). In Studie 2 war jedem Fragebogen ein Begleitschreiben vorangestellt, mit dem für die Teilnahme an der Testwiederholung nach acht Wochen geworben wurde. Das Begleitschreiben informierte über den Zweck der Testwiederholung und enthielt Hinweise zum Datenschutz. Im Falle der Zustimmung gaben die Teilnehmer ihren Namen und ihre Anschrift für die Zusendung der Testunterlagen auf einem gesonderten Blatt an.

##### **5.3.1.2 Datenerhebung**

Diejenigen Probanden, die der Testwiederholung zugestimmt hatten, erhielten acht Wochen später die Testunterlagen zur erneuten Bearbeitung per Post von der Untersucherin zugeschickt mit der Bitte, den ausgefüllten Fragebogen innerhalb von drei Tagen zurückzusenden. Den Testunterlagen lag als Dankeschön ein Merci-Bonbon bei, sonstige materielle Motivationsanreize gab es nicht.

Entsprechend des Datenrücklaufs in Studie 2, der sich über den Zeitraum von Mitte November 2004 bis Ende April 2005 erstreckte (Testzeitpunkt 1), fand die Retest-Erhebung von Januar bis Juni 2005 statt (Testzeitpunkt 2).

### **5.3.1.3 Datenschutz**

Die Namen und Anschriften der Probanden, die der Testwiederholung schriftlich zugestimmt hatten, dienten ausschließlich dem Versand der Testunterlagen. Sie wurden separat von den Fragebogendaten aufbewahrt und weder zusammen mit diesen noch getrennt von ihnen verarbeitet.

## **5.3.2 Ergebnisse**

Die statistischen Auswertungen erfolgten mit dem Statistikprogramm SPSS 12.0 für Windows.

### **5.3.2.1 Datenrücklauf und fehlende Werte**

Von den 171 Probanden der Studie 2 erklärten sich 113 Personen bereit, an der Testwiederholung teilzunehmen. Von diesen schickten 87 Teilnehmer (77%) den Retest-Fragebogen ausgefüllt zurück. Alle 87 Datensätze konnten verwendet werden. Die Quote fehlender Werte betrug 0.9%. Fehlende Werte wurden durch Mittelwerte ersetzt.

### **5.3.2.2 Stichprobe**

Die Retest-Stichprobe ( $n = 87$ ) bestand aus 24 Männern (27,6%) und 63 Frauen (72,4%). Die Altersspanne lag zwischen 18 und 74 Jahren (MW 42,1, SD 13.3). Hinsichtlich der soziodemographischen Kernmerkmale Alter, Geschlecht und Schulbildung wurde geprüft, ob sich die Teilnehmer der Retest-Studie von denjenigen Teilnehmern der Studie 2 unterschieden, die einer Testwiederholung nicht zugestimmt hatten. Bei den Nicht-Teilnehmern fehlte in einem Datensatz eine Altersangabe, in einem weiteren eine Angabe zur Schulbildung. Die Retest-Teilnehmer waren im Durchschnitt etwas älter als die Nicht-Teilnehmer (Retest-Teilnehmer: MW 42.14, SD 13.32; Nicht-Teilnehmer: MW 36.71, SD 14.03; t-Test für unabhängige Stichproben:  $t = -2,582$ ,  $df = 168$ ,  $p = .011$ ). Unterschiede bezüglich Geschlecht und Schulbildung lagen nicht vor (Geschlecht:  $\chi^2 = 1,307$ ,  $df = 1$ ,  $p = .253$ ; Schulbildung:  $\chi^2 = 2,405$ ,  $df = 3$ ,  $p = .493$ ).

### **5.3.2.3 Deskriptive Skalen-Statistiken des 1. und 2. Testzeitpunkts**

Die Überprüfung der Verteilungsformen (K-S-Test; 5%-Niveau) für den 1. und 2. Testzeitpunkt ergab hinreichend normalverteilte Daten mit Ausnahme der Subskala EINSAM. Die nachfolgende Tabelle 33 enthält die deskriptiven Skalen-Statistiken für beide Testzeitpunkte. Im **Anhang 11** befinden sich die Skalen-Histogramme als Gegenüberstellung des ersten und zweiten Testzeitpunkts. Wie in Studie 1 und 2 wurden – wegen der unterschiedlichen Itemanzahl in den Skalen – auch für die Darstellungen der Retest-Ergebnisse die Skalen-Rohsummenscores jeweils durch die Itemzahl dividiert, damit die Mittelwerte besser zu vergleichen sind.

Tabelle 33  
Retest-Studie (n = 87): Deskriptive Skalenstatistiken; 1. und 2. Testzeitpunkt (8-Wochen-Intervall)

Skala	Test-Zeitpunkt	K-S-Test p	Min.	Max.	MW	SD	Schiefe	Kurtosis
SPRECH	T1	.452	0	1.52	.6705	.31801	.360	.222
	T2	.976	0	1.30	.5913	.25576	.252	-.190
ABLEHN	T1	.117	0	1.80	.6667	.36557	.645	1.006
	T2	.070	0	1.40	.6379	.28662	.679	.454
INTERAK	T1	.386	0	1.70	.5356	.32813	.668	.881
	T2	.171	0	1.20	.4885	.30055	.337	-.614
INFORMAT	T1	.097	0	2.50	.7284	.35775	1.347	5.909
	T2	.249	0	1.50	.5790	.31904	.341	.091
SASKO	T1	.607	0	1.64	.6537	.29166	.718	1.251
	T2	.599	0	1.22	.5793	.25206	.320	-.133
EINSAM	T1	.000	0	1.60	.3816	.40535	1.063	.384
	T2	.001	0	1.20	.3448	.29045	.684	-.117

T1: erster Testzeitpunkt, T2: zweiter Testzeitpunkt; K-S-Test: Kolmogorov-Smirnov-Anpassungstest, p: Irrtumswahrscheinlichkeit; Min.: Minimum, Max.: Maximum, MW: Mittelwert, SD: Standardabweichung.

Für sämtliche Subskalen und die SASKO-Gesamtskala fällt ein Rückgang der Mittelwerte beim zweiten Testzeitpunkt auf. Ein solcher Befund ist ein allgemein bekanntes Phänomen und lässt sich durch motivationale Aspekte und Erinnerungseffekte erklären.

#### 5.3.2.4 Vergleich der Mittelwerte T1 und T2

Die Skalen-Mittelwerte beider Testzeitpunkte wurden mit dem t-Test für Differenzen für zwei abhängige Stichproben überprüft (5%-Niveau; zweiseitig). Mit Ausnahme der Subskala EINSAM erfüllten die vorliegenden Daten die Voraussetzungen für die Anwendung des t-Tests (metrische Daten, hinreichend normalverteilt). Der Mittelwertvergleich für die Subskala EINSAM erfolgte mit einem nonparametrischen Verfahren für zwei abhängige Stichproben (Wilcoxon). Zur Beurteilung des Ausmaßes signifikanter Mittelwertdifferenzen wurden Effektstärken auf der Basis der gepoolten Standardabweichung beider Stichproben berechnet (CEM, 2006). Die Interpretation der Effektstärken orientierte sich an den Empfehlungen von Cohen (1988):

d  ≈ 0.2	schwacher Effekt
d  ≈ 0.5	mittlerer Effekt
d  ≈ 0.8	starker Effekt

Die folgende Tabelle 34 zeigt die Ergebnisse der Mittelwertvergleiche.

Tabelle 34  
Retest-Studie (n = 87): Mittelwertdifferenzen und Effektstärken

Skala	Test-Zeitpunkt	MW	SD	MW-Differenz p	Effektstärke d
SPRECH	T1	.6705	.31801	.000	0.27
	T2	.5913	.25576		
ABLEHN	T1	.6667	.36557	.375	0.09
	T2	.6379	.28662		
INTERAK	T1	.5356	.32813	.108	0.15
	T2	.4885	.30055		
INFORMAT	T1	.7284	.35775	.000	0.44
	T2	.5790	.31904		
SASKO	T1	.6537	.29166	.000	0.27
	T2	.5793	.25206		
EINSAM	T1	.3816	.40535	.328 (Wilcoxon)	0.10
	T2	.3448	.29045		

p: Irrtumswahrscheinlichkeit (t-Test für Mittelwertdifferenzen, 5%-Niveau, zweiseitig; für EINSAM: Wilcoxon-Test)

Für alle Skalen konnte ein Rückgang der Messwerte festgestellt werden, die jedoch nur für die Subskalen SPRECH und INFORMAT und für die SASKO-Gesamtskala signifikant wurden ( $p \leq .001$ ). Dabei zeigten sich insgesamt – außer für INFORMAT – schwache bis sehr schwache Effekte.

### 5.3.2.5 Test-Retest-Korrelationen

Zur Überprüfung der Zusammenhänge zwischen den beobachteten Werten des ersten und zweiten Testzeitpunkts wurden für die normalverteilten Skalenpaare Produkt-Moment-Korrelationen nach Pearson berechnet; für die nicht normalverteilte Subskala EINSAM wurde der Spearman-Korrelationskoeffizient verwendet. Getestet wurde jeweils auf dem 5%-Niveau (zweiseitig). Das Korrelationsmaß  $r$  kennzeichnet – analog zum Effektstärkemaß  $d$  zur Charakterisierung von Mittelwertdifferenzen - die Stärke des linearen Zusammenhangs zweier Variablen. Nach Cohen (1988, zit. nach Wirtz und Nachtigall, 2006, S. 107) wird die Stärke des Zusammenhangs bei zwei intervallskalierten Merkmalen auf der Basis des Effektstärkemaßes  $r$  wie folgt beurteilt:

$ r  \approx .1$	schwacher Zusammenhang
$ r  \approx .3$	mittlerer Zusammenhang
$ r  \approx .5$	starker Zusammenhang

Wirtz und Nachtigall weisen darauf hin, die Beurteilung der Güte einer Korrelation auch daran zu orientieren, „welche alternativen Zusammenhänge in dem betreffenden Forschungsbereich gemessen wurden“ ( ebd., S. 107). Die folgende Tabelle 35 enthält die in der vorliegenden Stichprobe beobachteten Zusammenhänge der Messwerte zwischen dem ersten und zweiten Messzeitpunkt.

Tabelle 35  
Retest-Studie (n = 87): Korrelationen der Messwerte  
zwischen dem 1. und 2. Testzeitpunkt

Skala	$r_{tt}$ (8-Wochen-Intervall)	p-Wert
SPRECH	.779	≤ .001
ABLEHN	.598	≤ .001
INTERAK	.631	≤ .001
INFORMAT	.509	≤ .001
SASKO	.820	≤ .001
EINSAM	.212 (Spearman)	.049

Korrelationen: Pearson (außer EINSAM: Spearman), 5%-Niveau (zweiseitig)

Abgesehen von der Subskala EINSAM wurden alle Korrelationen statistisch hochsignifikant. Nach den oben zitierten Interpretationsempfehlungen von Cohen (1988) liegen für die vier Angst- und Defizit-Skalen und die SASKO-Gesamtskala zwar unterschiedlich enge, jedoch durchweg starke Zusammenhänge vor, die darauf hindeuten, dass die untersuchten Merkmale relativ stabil sind (*traits*). Bei der Skala INFORMAT könnten drei Ausreißer sich reduzierend auf den Wiederholungskoeffizienten ausgewirkt haben. Durchgeführte Berechnungen unter Ausschluss der betreffenden Items legen diesen Schluss nahe, weil sich der Zusammenhang so leicht verbesserte. Ebenso verbesserten sich auch die Korrelationen für SPRECH und ABLEHN geringfügig, für INTERAK ergab sich jedoch ein etwas geringerer Zusammenhang. Insgesamt sind diese Ergebnisse jedoch nicht aussagekräftig genug, weshalb auf die Darstellung verzichtet wird. Was die Subskala EINSAM betrifft, verweist der sehr geringe Zusammenhang auf ein veränderliches Merkmal (*state*), wodurch sich dieses qualitativ von den Merkmalen Ängste und Defizite unterscheidet.

Insgesamt kann die Retest-Reliabilität auf der Ebene der Angst- und Defizit-Subskalen als akzeptabel bis sehr gut bezeichnet werden. Das Instrument verfügt hinsichtlich seiner vier störungsbezogenen Skalen über einen Zeitraum von acht Wochen hinweg über eine hinreichende Messgenauigkeit. Der lineare Zusammenhang zwischen Test und Testwiederholung ist deutlich zu erkennen, wie das Overlay-Streudiagramm (Abbildung 17) für die vier Angst- und Defizit-Skalen zeigt.

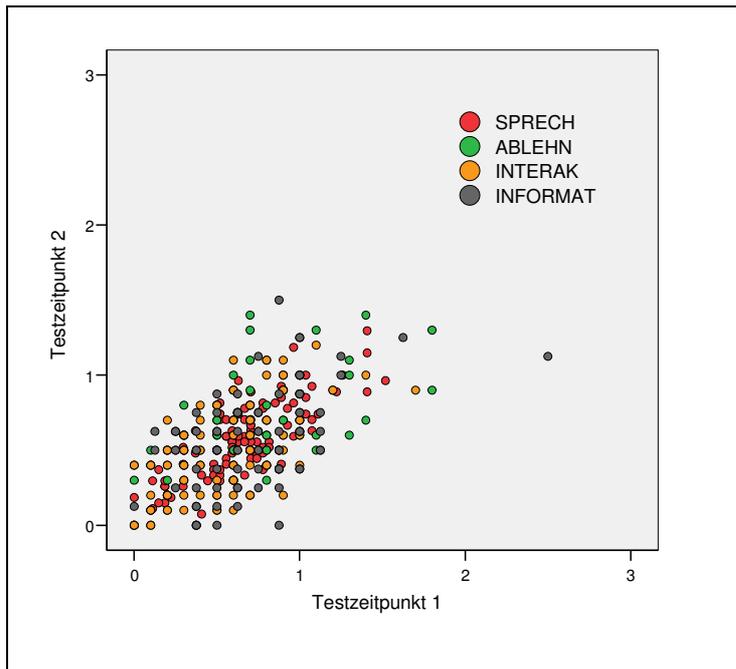


Abbildung 17:  
Retest-Studie (n = 87): Overlay-Streudiagramm der Test-Retest-Korrelationen für die Angst- und Defizit-Subskalen SPRECH, ABLEHN, INTERAK und INFORMAT

### 5.3.2.6 Korrigierter Reliabilitätskoeffizient

Lienert und Ratz (1994, S. 181) vertreten die Auffassung, dass der durch Testwiederholung gewonnene Reliabilitäts-Koeffizient nicht ohne Weiteres auch als Stabilitäts-Koeffizient interpretiert werden kann: „Der Konsistenzkoeffizient [...] ist dann mit den anderen Reliabilitätskoeffizienten identisch, wenn die jeweils hinzukommenden Fehlervarianzen keinen Einfluss auf das Testergebnis haben oder absolut konstant gehalten werden können. Keine der beiden Voraussetzungen wird in der Testpraxis jemals gegeben sein, so dass der Konsistenzkoeffizient stets eine ‚optimistischere‘ Auskunft über die Reliabilität eines Tests gibt als Retest- oder Paralleltestkoeffizienten, die mehr die empirischen Gegebenheiten der Praxis berücksichtigen“ (ebd., S. 179). Die Autoren schlagen deshalb eine Korrekturformel für die Reliabilität eines Instruments vor (S. 181, bezugnehmend auf Cureton 1971), in die beide Aspekte der Reliabilität eingehen: sowohl die instrumentelle Test-Konsistenz als auch der Wiederholungszusammenhang. Unter Berücksichtigung beider Reliabilitätsaspekte ergebe sich der sog. „Stabilitäts-Koeffizient“, der nach Ansicht der Autoren eine genauere Aussage über die zeitliche Stabilität des untersuchten Merkmals erlaube:

$$r_{tt(stab)} = \frac{r_{tt (Wiederholung)}}{r_{tt (Konsistenz)}}$$

Die folgende Tabelle 36 zeigt die beiden Reliabilitätskennwerte (interne Konsistenz, Wiederholungskoeffizient) für alle Skalen sowie den daraus nach obiger Formel sich ergebenden korrigierten Reliabilitätskoeffizienten (Stabilitätskoeffizient).

Tabelle 36  
Retest-Studie (n = 87): Stabilitäts-Koeffizienten  
(nach Lienert und Raatz, 1994, bezugn. auf Cureton, 1971)

Skala	Intere Konsistenz (Alpha)	Wiederholungs-koeffizient	Stabilitäts-koeffizient
SPRECH	.906	.779	.860
ABLEHN	.828	.598	.722
INTERAK	.770	.631	.819
INFORMAT	.802	.509	.635
SASKO	.945	.820	.868
EINSAM	.754	.212	.281

### 5.3.2.7 Zusammenfassung der Ergebnisse der Retest-Studie

Die Überprüfung der Skalen-Stabilität erfolgte an einer Unterstichprobe von Studie 2. Dazu füllten 87 Teilnehmer den Fragebogen nach einem Zeitintervall von acht Wochen ein zweites Mal aus (72% Frauen, 28% Männer; Altersspanne 18 bis 74 Jahre).

Die Wiederholungsreliabilität der SASKO-Gesamtskala liegt bei  $r_{tt} = .820$ , die der Angst- und Defizit-Subskalen zwischen  $r_{tt} = .509$  und  $.779$ . Die Subskala EINSAM erwies sich als äußerst instabil ( $r_{tt} = .212$ ). Die internen Skalen-Konsistenzen in der vorliegenden Stichprobe sind gut (Angst- und Defizit-Subskalen  $\alpha = .770$  bis  $.906$ ; SASKO-Gesamtskala  $.924$ ; Einsamkeit  $.754$ ). Unter Berücksichtigung beider Reliabilitätsaspekte – der internen Konsistenz und der Wiederholungsreliabilität – ergeben sich (nach Lienert und Raatz, 1994) korrigierte Stabilitätskoeffizienten für die Angst- und Defizit-Subskalen und die Gesamtskala von  $r_{tt(stab)} = .635$  bis  $.868$ , die insgesamt akzeptabel sind. Für die Subskala EINSAM blieb der korrigierte Stabilitätskoeffizient schwach.

Insgesamt erwiesen sich die Angst- und die Defizit-Skalen bei der Testwiederholung – im deutlichen Unterschied zur Subskala Einsamkeit – als relativ stabil.

## 5.4 Klinische Validierungsstudie (Studie 4)

Ziel der klinischen Validierungsstudie war es, die differentielle, konvergente und Kriteriumsvalidität des neu entwickelten Fragebogens zu überprüfen. Hierzu wurde eine Stichprobe von Patienten mit diagnostizierter Sozialphobie herangezogen. Im Zentrum der Betrachtungen standen die störungsbezogenen Angst- und Defizit-Subskalen (SPRECH, ABLEHN, INTERAK und INFORMAT) sowie die Gesamtskala SASKO, deren faktorielle Validität und Reliabilität in den vorangegangenen Untersuchungsabschnitten hinreichend belegt werden konnte. Parallel dazu wird weiterhin über die Subskala EINSAM berichtet, die sich im Rahmen der Retest-Analyse als Merkmal mit *state*-Charakteristik erwiesen hat.

### 5.4.1 Untersuchung

#### 5.4.1.1 Fragebogen

Den klinischen Probanden wurde die aus der Hauptstudie resultierende Fassung des Analyse-Instruments (s. Abschnitt 5.1.2.8) zusammen mit den Validierungsskalen SPIN, SIAS und SPS (s. nächster Abschnitt) zur Bearbeitung vorgelegt. Weiterhin war den Testunterlagen ein gesondertes Blatt vorangestellt, auf dem die Patienten gebeten wurden, Angaben zu ihrer Störung und ggf. einer Medikation zu machen (s. **Anhang 12**).

#### 5.4.1.2 Validierungsinstrumente

Die Überprüfung der Konstrukt- und konvergenten Validität erfolgte mittels konstruktnaher Skalen zur Erfassung sozialphobischer/sozialängstlicher Symptomatik. Als Validierungsinstrumente wurden die folgenden, in der klinisch-psychologischen Diagnostik der Sozialen Phobie bereits etablierten Selbstrating-Skalen eingesetzt (Beschreibung der Instrumente s. Abschnitt 2.3):

*Fragebogen zu Sozialer Phobie - Sozialer Angst (SPIN)*

17 Items zur Erfassung von Furcht, Vermeidung und physiologischer Erregung

*Soziale Interaktionsangstskala (SIAS)*

20 Items zur Erfassung von Angst in Interaktionssituationen (mit direkter Rückmeldung zum eigenen Verhalten)

*Soziale-Phobie-Skala (SPS)*

20 Items zur Erfassung von Angst in Situationen unter Beobachtung durch andere (ohne direkte Rückmeldung zum eigenen Verhalten)

Die Validierungsinstrumente befinden sich im **Anhang 13.1 bis 13.3**.

#### 5.4.1.3 Einschlusskriterien

Aufgrund der breiten Überlappung der Symptomatik sozialer Ängste und sozialer Defizite bei der Sozialphobie und der Ängstlichen (vermeidenden) Persönlichkeitsstörung (s. Theorieteil, Abschnitt 2.2.3.2) wurden beide Störungen in die vorliegende Untersuchung einbezogen. Die Einschlusskriterien lauteten:

- Hauptdiagnose einer primären Sozialphobie nach ICD-10 (F40.1) bzw. Sozialen Phobie/Sozialen Angststörung nach DSM-IV (300.23) und/oder einer Ängstlichen (vermeidenden) Persönlichkeitsstörung nach ICD-10 (F60.6) bzw. Vermeidend-selbstunsicheren Persönlichkeitsstörung nach DSM-IV (301.82). Zusatzdiagnosen waren möglich.
- Andere Diagnosen (Depression, Alkoholabhängigkeit, Essstörungen, Schizophrenie/schizotype und wahnhaftige Störungen) mit Zusatzdiagnose Sozialphobie, Soziale Angststörung, Ängstliche (vermeidende) bzw. Vermeidend-selbstunsichere Persönlichkeitsstörung.
- Hinreichendes Verständnis der deutschen Sprache.

Ausschlusskriterien waren dementsprechend andere Diagnosen ohne diagnostizierte Sozialphobie/Soziale Angststörung und Ängstliche (vermeidende) bzw. Vermeidend-selbstunsichere Persönlichkeitsstörung sowie nicht ausreichendes Verständnis der deutschen Sprache. Als zusätzliches Ausschlusskriterium in Bezug auf die vorliegenden Daten diente ein Cutoff von  $\geq 11$  in den Screening-Skalen Alkoholkonsum (ALK) und Psychotische Symptome (PSY).

Die Diagnosestellung erfolgte durch Expertenurteil der psychotherapeutischen und ärztlichen Behandlerinnen und Behandler in den an der Datenerhebung beteiligten Einrichtungen im Rahmen der Eingangsdiagnostik.

#### **5.4.1.4 Rekrutierung der klinischen Stichprobe**

Um eine ausreichend große Datenbasis für die klinische Validierungsstudie zu erhalten, wurden Patienten aus mehreren Kliniken und Ambulanzen rekrutiert. Folgende Einrichtungen unterstützten die Datenerhebung:

Verhaltenstherapie-Ambulanz<sup>18</sup> (Prof. Dr. Hand), Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Universitäts-Klinikums Hamburg-Eppendorf;

Abtlg. Neuropsychiatrie und Psychosomatik (Dr. Krause), DIANA Klinik, Bad Bevensen;

Zentrum für Seelische Gesundheit (Prof. Dr. Maß), Klinik Marienheide, Gummersbach/Marienheide

Verhaltenstherapie-Tagesklinik (Prof. Dr. Andresen), Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Universitäts-Klinikums Hamburg-Eppendorf;

Abteilung Psychiatrie und Psychotherapie (Prof. Dr. Sadre-Chirazi-Stark), Asklepios-Westklinikum, Hamburg.

Die Kontaktaufnahme zu den jeweiligen Abteilungsleitern erfolgte telefonisch und per E-Mail. Zusätzlich zu den schriftlichen Unterlagen über das Forschungsprojekt (Information zur klinischen

<sup>18</sup> Die Verhaltenstherapie-Ambulanz der Universitätsklinik Hamburg-Eppendorf wurde im Zuge klinikinterner Umstrukturierungsmaßnahmen im Frühjahr 2006 aufgelöst und schied daher vorzeitig aus der Datenerhebung aus.

Validierungsstudie, s. **Anhang 14**) bestand das Angebot seitens der Untersucherin, die Studie in Form eines Kurzreferats vor Ort vorzustellen, falls die Abteilungsleiter und Behandlungsteams dies wünschten. Die Datenerhebung in der DIANA Klinik fand mit Genehmigung der Bundesversicherungsanstalt für Angestellte (BfA) nach eingehender medizinischer und datenschutzrechtlicher Prüfung des Forschungsprojekts statt (**Anhang 15**, Genehmigungsschreiben der BfA an die DIANA-Klinik).

#### **5.4.1.5 Ablauf der Datenerhebung**

Die Datenerhebung zur klinischen Validierungsstudie fand zwischen Frühjahr 2005 und Herbst 2006 statt, wobei die beteiligten Einrichtungen aufgrund organisatorischer und institutioneller Gegebenheiten zeitversetzt in die Datenerhebung einstiegen. Die Datenerhebung erfolgte durch die Behandlerinnen und Behandler in den beteiligten Kliniken und Ambulanzen. Die Behandlerinnen und Behandler händigten den Patienten die Testunterlagen aus und vermerkten nach Rückgabe der ausgefüllten Testunterlagen die Diagnose(n) auf dem vorgehefteten Blatt mit den Patientenangaben zur Störung und Medikation in einem dafür vorgesehenen Abschnitt.

Die Patienten der DIANA Klinik erhielten nach Maßgabe der BfA zusätzlich zu den Testunterlagen eine dreiseitige detaillierte Information zum Forschungsvorhaben (**Anhang 16**) und waren im Falle der Teilnahme durch eine entsprechende BfA-Auflage gehalten, ihr Einverständnis zur Teilnahme an der Studie der Untersucherin gegenüber schriftlich zu erklären (**Anhang 17**) und diese Einverständniserklärung den ausgefüllten Testunterlagen beizufügen.

Alle Angaben auf sämtlichen Fragebögen sowie die Angaben zur Erkrankung und Medikation erfolgten anonym. Die Patienten gaben die ausgefüllten Testunterlagen jeweils „ihrem“ Behandler/„ihrer“ Behandlerin für den Eintrag der Diagnose(n) auf dem vorgehefteten Blatt (Angaben zur Erkrankung/Medikation) zurück. Die Patienten der DIANA-Klinik gaben die ausgefüllten Fragebögen entsprechend der BfA-Vorgaben in einem verschlossenen Umschlag jeweils an „ihren“/ „ihre“ Behandler/in zurück, die die Diagnosen auf dem verschlossenen Umschlag vermerkten. Die Fragebogen-Rückläufe wurden in den Kliniken gesammelt und in Abständen per Post an die Untersucherin geschickt, sofern nicht vereinbart war, dass die Fragebögen persönlich durch die Untersucherin abgeholt wurden.

#### **5.4.1.6 Motivationsanreiz: Individuelle patientenbezogene Auswertung**

Als Motivationsanreiz, die Studie zu unterstützen, wurde den Patienten optional eine individuelle Auswertung der Fragebogendaten angeboten, die die BehandlerInnen mit den Patienten besprechen konnten. Wurde eine individuelle Auswertung gewünscht, vermerkten die BehandlerInnen zusätzlich zur Diagnose lediglich ihren eigenen Namen sowie eine Auswertungsnummer auf den Testunterlagen. Die Testunterlagen enthielten keine Patientennamen. Das individuelle Testergebnis wurde von der Untersucherin unter Angabe der Auswertungsnummer an die jeweiligen BehandlerInnen geschickt. Diese führten bei sich eine entsprechende Liste mit Auswertungs-

nummern und Patientennamen, um die erhaltenen Auswertungen zuordnen zu können. Über die individuellen Auswertungen wird im Rahmen der vorliegenden Untersuchung *nicht* berichtet.

#### **5.4.1.7 Datenschutz**

Sämtliche Angaben in den Fragebögen einschließlich der Angaben zur Erkrankung und Medikation auf dem gesondert beigefügten Blatt erfolgten anonym. Die Angaben auf den separaten Einverständniserklärungen der Patienten der DIANA-Klinik wurden in keiner Weise weder zusammen mit, noch getrennt von den Fragebogendaten, den Angaben zur Erkrankung und Medikation und den Diagnosen verarbeitet. Die Einverständniserklärungen wurden getrennt von den übrigen Forschungsunterlagen aufbewahrt und nach Abschluss der Untersuchungen vernichtet.

Die individuellen patientenbezogenen Auswertungen der Fragebogen-Daten erfolgten vollständig getrennt von allen übrigen statistischen Berechnungen und Auswertungen der Forschungsstudie. Es gingen keine individuellen patientenbezogenen Ergebnisse in die Daten der Forschungsstudie ein.

#### **5.4.2 Ergebnisse**

Die statistischen Berechnungen erfolgten mit dem Programm SPSS für Windows (Versionen 12.0 und 14.0). *Datenaufbereitung*: Vor Beginn der statistischen Auswertungen waren in der SIAS-Skala drei invertierte Items (Nr. 5, 9, 11) umzucodieren.

##### **5.4.2.1 Datenrücklauf und fehlende Werte**

*Fragebogen-Rücklauf*: An die Behandler in den beteiligten Kliniken und Ambulanzen wurden insgesamt 250 Fragebögen ausgegeben, wovon 89 ausgefüllte Fragebögen zurückkamen (Rücklaufquote 36%).

*Fehlende Werte*: Über sämtliche Fragebogen-Items gab es insgesamt 40 fehlende Werte (0.80%). Ausschließlich bezogen auf die 59 störungsbezogenen Items zu sozialen Ängsten und sozialen Defiziten fehlten 23 Werte (0.62%). Fehlende Werte wurden durch Mittelwerte ersetzt.

##### **5.4.2.2 Diagnosen**

Alle Diagnosen wurden nach ICD-10 vergeben (Eingangsdagnostik). Bei der Überprüfung der Diagnosen hinsichtlich der Einschlusskriterien zeigte sich, dass für 18 der vorliegenden 89 Datensätze diese nicht erfüllt waren: hier lag weder eine Sozialphobie noch eine Ängstliche (vermeidende) Persönlichkeitsstörung als Haupt- oder Nebendiagnose vor (Fallnrn. 804, 842, 843, 848, 849, 850, 859, 860, 864, 867, 868, 869, 871, 873, 875, 877, 878, 880). Zu drei weiteren vollständig ausgefüllten Fragebögen fehlten die Diagnoseangaben (Fallnrn. 801, 820, 830). Aufgrund der anonymen Befragung gelang es der Untersucherin nicht, diese drei fehlenden Diagnosen nachträglich zu recherchieren. So mussten insgesamt 21 Datensätze aus der klinischen Stichprobe ausgeschlossen werden. Von den übrigen Fällen musste kein Fall aufgrund höherer Werte in den

Screening-Skalen Alkoholkonsum (ALK) und Psychotische Symptome (PSY) ausgeschlossen werden.

Die klinische Stichprobe umfasste damit n = 68 Patienten mit Sozialphobie und/oder Ängstlicher (vermeidender) Persönlichkeitsstörung als Haupt-, Neben- oder Doppeldiagnose. Davon gaben 39 Patienten kontinuierliche oder bedarfsweise Einnahme von Medikamenten an, 28 Patienten nahmen keine Medikamente, ein Patient machte keine Angaben.

**Sozialphobie (F40.1)**

wurde insgesamt 60 mal diagnostiziert (davon zweimal Verdacht):

- 36 mal als Erstdiagnose (davon 13 mal als Einzeldiagnose)
- 16 mal als Zweitdiagnose
- 2 mal als Drittdiagnose
- 4 mal als Doppeldiagnose mit Ängstlicher (vermeidender) Persönlichkeitsstörung
- 2 mal Verdacht auf Sozialphobie

**Ängstliche (vermeidende) Persönlichkeitsstörung (F60.6)**

wurde insgesamt 12 mal diagnostiziert:

- 5 mal als Erstdiagnose (davon 2 mal als Einzeldiagnose)
- 3 mal als Zweitdiagnose
- 4 mal als Doppeldiagnose mit Sozialphobie

Die alleinige Diagnose einer Sozialen Phobie (n = 13) bzw. Ängstlichen (vermeidenden) Persönlichkeitsstörung (n = 2) kam in der vorliegenden Stichprobe leider nicht oft genug vor, so dass keine Untergruppen gebildet werden konnten.

Die zusätzlichen Diagnosen in der vorliegenden Stichprobe entfielen auf die folgenden Störungsbereiche (in Klammern: Störungen in der Reihenfolge der Diagnose-Häufigkeiten):

**Co-Diagnosen:**

- 20 mal affektive Störungen: F32, F33, F31 (davon 15 mal als Erstdiagnose)
- 19 mal neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen: F40, F45, F43, F42, F41 (davon 8 mal als Erstdiagnose)
- 5 mal sonstige Störungen: F50, F52, Q71, Z63, Z73

Im **Anhang 18** gibt die mehrteilige Übersicht a - g Auskunft über die Diagnosen auf Einzelfall-Ebene, so dass die Anzahl der jeweiligen komobiden Störungen pro Fall ersichtlich ist.

→ Im Folgenden wird die klinische Stichprobe trotz des Vorliegens weiterer Diagnosen bei der Mehrheit der Patienten und aufgrund der geringen Zahl von Fällen mit einer Ängstlichen (vermeidenden) Persönlichkeitsstörung zusammengefaßt als „**Sozialphobiker**“ bezeichnet.

### 5.4.2.3 Merkmale der klinischen Stichprobe

*Geschlecht, Alter:* Von den 68 Patienten der klinischen Stichprobe waren 40 weiblich (59%) und 28 männlich (41%). Die Altersspanne lag zwischen 22 und 62 Jahren (Mittelwert 37 Jahre, Standardabweichung 10 Jahre). *Schulabschlüsse:* Die Schulabschlüsse verteilten sich wie folgt: 14 Patienten (20,6%) hatten einen Hauptschulabschluss, 24 (35,3%) Mittlere Reife, 9 (13,2%) hatten Fachhochschulreife und 21 (30,9%) Abitur. *Berufsausbildung:* Eine abgeschlossene Berufsausbildung gaben 49 Personen an (71,2%), 4 Patienten (5,9%) hatten ihre Ausbildung nicht abgeschlossen, 12 (17,6%) hatten keine absolviert. 3 Patienten machten keine Angaben. *Studium:* Ein abgeschlossenes Studium gaben 12 Patienten (17,6%) an, in 8 Fällen (11,8%) war das Studium nicht abgeschlossen, 46 Probanden (67,6%) hatten kein Studium absolviert. 2 Teilnehmer machten keine Angaben. *Berufstätigkeit:* Zum Zeitpunkt der Diagnosestellung waren 35 Patienten (51,5%) berufstätig; nicht berufstätig waren 10 Personen (14,7%) und 20 Personen (29,4%) waren arbeitslos. 3 Patienten machten keine Angaben. Weitergehende Angaben zu den Tätigkeiten sind der folgenden Tabelle 37 zu entnehmen.

Tabelle 37  
Klinische Validierungsstudie:  
Berufliche Tätigkeiten der untersuchten Sozialphobiker (n = 68)

	Häufigkeit	Prozent
voll berufstätig	31	45.6
teilzeit berufstätig	5	7.4
aktuell arbeitslos	20	29.4
berentet/pensioniert	1	1.5
Hausfrau/Hausmann	3	4.4
in Ausbildung (Schule, Lehre, Studium)	4	5.9
Umschulung/Reha	1	1.5
keine Angabe	3	4.4

*Ehe/Partnerschaft:* 45 Probanden (66,2%) der klinischen Stichprobe lebten in einer Partnerschaft bzw. Ehe, 22 Patienten (32,4%) hatten keinen Partner. Eine Person machte keine Angaben. *Kinder:* 44 Teilnehmer (64,7%) hatten keine Kinder. 10 Personen (14,7%) hatten 1 Kind, ebenso viele 2 Kinder. Jeweils 1 Person (1,5%) hatte 3 bzw. 5 Kinder. Zwei Patienten machten keine Angaben. Von den insgesamt 22 Patienten, die Kinder hatten, lebten in 18 Fällen alle Kinder oder ein Teil von ihnen noch im Haus.

### 5.4.2.4 Deskriptive Skalen-Statistiken

In diesem Abschnitt werden die Skalen-Kennwerte und die internen Konsistenzen der klinischen Stichprobe für die SASKO-Skalen SPRECH, ABLEHN, INTERAK und INFORMAT, die Gesamtskala SASKO sowie die Subskala EINSAM präsentiert. Anschließend werden die Werte der Validierungsskalen berichtet. Zum Schluss folgen die deskriptiven Ergebnisse für die Screening-Skalen.

**SASKO-Skalen und Subskala EINSAM**

Von den Probanden der klinischen Stichprobe wurde die Bandbreite der möglichen Item-Antworten ausgeschöpft (0 = nie; 1 = manchmal; 2 = häufig; 3 = immer/meistens). Dabei konzentrieren sich die Messwerte überwiegend auf den mittelhohen bis hohen Bereich. Die explorative Datenanalyse ergab keine Ausreisser im unteren Messwertebereich. Die Überprüfung der Daten auf Normalverteilung (K-S-Anpassungstest, 5%-Niveau) ergab für die vier Angst- und Defizit-Subskalen, die Gesamtskala SASKO und die Subskala EINSAM näherungsweise normalverteilte Daten.

Tabelle 38 gibt die Skalen-Kennwerte sowie die internen Konsistenzen (Cronbachs Alpha) wieder. Für die Ergebnisdarstellung wurden, wie in den vorangegangenen Studienabschnitten, zur Berechnung der Skalen-Kennwerte die Skalen-Rohsummenscores durch die Item-Anzahl der jeweiligen Skala geteilt, um die Mittelwerte aufgrund der unterschiedlichen Anzahl der Items in den Skalen (27, 10, 10, 8, 5) untereinander besser vergleichen zu können. Abbildung 18 unter der Tabelle illustriert die Verteilung der Messwerte für die Gesamtskala SASKO. Im **Anhang 19** befinden sich die Histogramme der vier Angst- und Defizit-Subskalen sowie der Subskala EINSAM.

Tabelle 38  
Klinische Validierungsstudie (n = 68 Sozialphobiker): Deskriptive Skalenkennwerte, interne Konsistenzen; SASKO-Subskalen, SASKO-Gesamtskala und EINSAM

	Normalverteilung p	Min	Max	MW	SD	Schiefe	Kurtosis	Alpha
SPRECH	.507	.78	2.96	2.0528	.52333	-.426	-.396	.942
ABLEHN	.738	.80	3.00	1.8779	.51423	.198	-.231	.803
INTERAK	.672	.50	3.00	1.6397	.56202	.192	-.592	.841
INFORMAT	.303	.75	3.00	1.6250	.49295	.457	.111	.813
SASKO	.929	.78	2.96	1.8837	.46377	-.096	-.283	.959
EINSAM	.775	.00	3.00	1.7529	.76655	-.344	-.366	.819

p: Irrtumswahrscheinlichkeit, Min: Minimum, Max: Maximum, MW: Mittelwert, SD: Standardabweichung

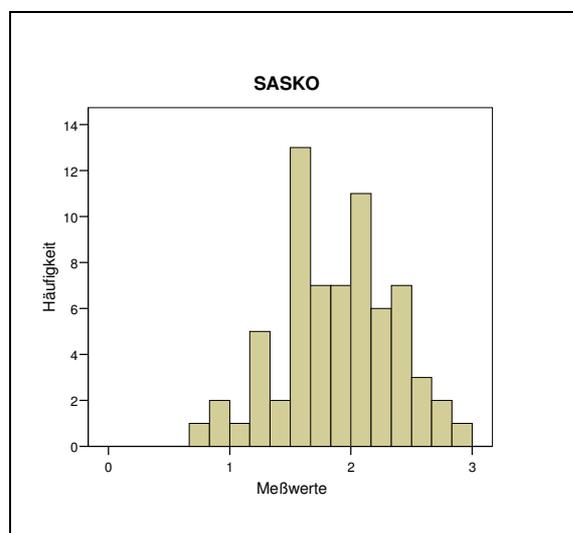


Abbildung 18:  
Klinische Validierungsstudie: Histogramm der SASKO-Gesamtskala; Messwerteverteilung der Sozialphobiker (n=68)

Desweiteren wurden die Skalen-Interkorrelationen berechnet (Pearson-Korrelation, 5%-Niveau, zweiseitig; s. Tabelle 39).

Tabelle 39  
Klinische Validierungsstudie (n = 68 Sozialphobiker): Skalen-Interkorrelationen

	ABLEHN	INTERAK	INFORMAT	EINSAM
SPRECH	.782	.678	.652	.438
ABLEHN		.560	.648	.381
INTERAK			.556	.715
INFORMAT				.364

Pearson-Korrelationen, 5%-Niveau, zweiseitig; alle  $p \leq .001$

Die Interkorrelationen der SASKO-Skalen fallen recht hoch aus. Unabhängige Skalen zu erwarten, wäre aufgrund der Wechselwirkungen von Ängsten und Defiziten jedoch unrealistisch gewesen (vgl. Abschnitt 2.1.1). Die einzelnen Merkmalsaspekte, die mit den Skalen erfaßt werden, sind Ausdruck derselben zugrundeliegenden Störung. Die Enge der Verbindungen könnte auch durch das gleichzeitige Vorliegen weiterer psychischer Erkrankungen (Komorbidität) in der vorliegenden Stichprobe beeinflusst sein (z.B. Depressionen, vgl. Übersicht Diagnosen, Anhang 18). Neben störungsimmanenten Gründen und dem Einfluss von Drittvariablen wird sicherlich auch das Analyse-Instrument selbst für die Höhe der Interkorrelationen mitverantwortlich sein: so dürfte sich die Vorläufigkeit der Itemselektion (vgl. Hauptstudie, Abschnitt 5.1.2.5) auswirken, da in den Skalen noch Items mit substanziellen Nebenladungen enthalten sind. Insbesondere SPRECH erklärt als Skala, die auf dem varianzstärksten Faktor beruht und die meisten Items beinhaltet, somit auch einen Teil der Varianz der übrigen Skalen. Was die beiden Skalen INTERAK und EINSAM betrifft, zeigt sich, wie in der Hauptstudie, auch hier ein enger Zusammenhang, der u. a. durch das Item Nr. 055 erklärbar ist, das wegen seiner Doppelladung in beide Skalen einging. Würde das Item nur in INTERAK berücksichtigt, beliefe sich die Skalen-Interkorrelation in der hier untersuchten klinischen Stichprobe auf  $r = .684$ . Die Verringerung der Korrelation fällt allerdings nicht so stark ins Gewicht wie bei den gesunden Probanden (s. Abschnitt 5.1.2.7, Tabelle 16).

### **Validierungsskalen SPIN, SIAS, SPS**

Alle 68 Patienten der klinischen Stichprobe haben die Validierungsfragebögen SPIN, SIAS und SPS ausgefüllt. Fehlende Werte (0.18%) wurden durch Mittelwerte ersetzt. Der K-S-Test ergab hinreichend normalverteilte Daten für alle drei Skalen. Tabelle 40 zeigt die deskriptiven Kennwerte der Validierungsskalen.

Wie bisher bei den SASKO-Skalen und der Subskala EINSAM wurden auch die Skalen-Rohsummenscores der Validierungsskalen durch die Item-Anzahl der jeweiligen Skala geteilt, damit trotz der unterschiedlichen Itemzahlen in den verschiedenen Skalen alle Mittelwerte untereinander besser vergleichbar sind.

Tabelle 40

Klinische Validierungsstudie (n = 68 Sozialphobiker):  
Skalenkennwerte der Validierungsinstrumente SPIN, SIAS und SPS

	Test Normal p	Min	Max	MW	SD	Varianz	Schiefe	Kurtosis	Alpha
SPIN	.819	.35	4.00	2.1946	.64328	.414	-.032	.846	.890
SIAS	.897	.50	3.60	2.1824	.65299	.426	-.154	-.124	.889
SPS	.675	.20	3.40	1.5971	.80376	.646	.425	-.541	.912

Überraschenderweise verteilen sich die mit den Validierungsskalen erhobenen Daten nicht ganz so eindeutig auf den höheren Messwertebereich, wie es für klinische Probanden mit Sozialer Phobie zu erwarten ist und bei der Gesamtskala SASKO zu beobachten war (s.o., Abbildung 18). Insbesondere die SPS-Werte bewegen sich in der hier untersuchten Stichprobe im geringen bis mittelhohen Messwertebereich. Beim SPIN und bei der SIAS konzentrieren sich die Patientenwerte auf den mittleren bis höheren Bereich. Die folgende Abbildung 19 stellt die Histogramme für die drei Skalen SPIN, SIAS und SPS einander gegenüber.

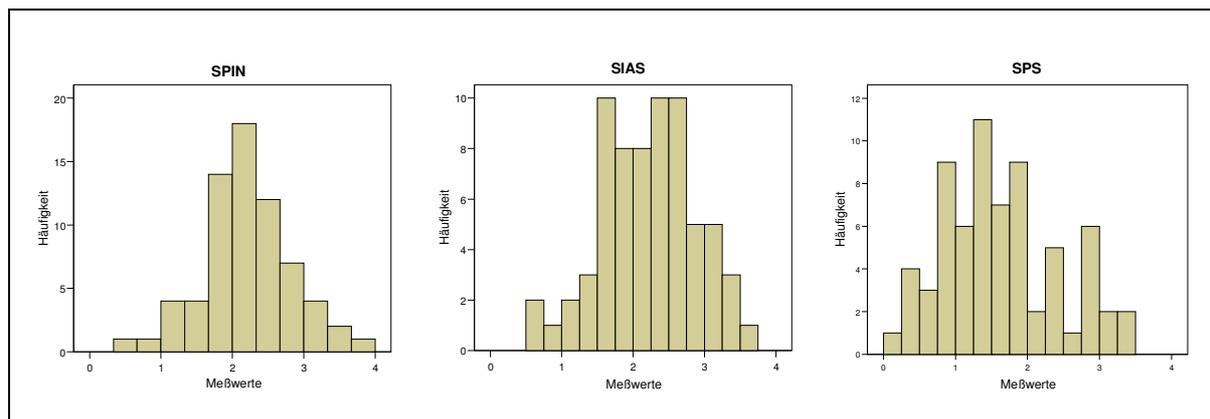


Abbildung 19:  
Klinische Validierungsstudie: Histogramme der Validierungsskalen SPIN, SIAS und SPS;  
Messwertverteilungen der Sozialphobiker

### **Screening-Skalen DEP, ALK, PSY**

In den Screening-Skalen zur Erfassung von Depressivität (DEP), Alkoholkonsum (ALK) und psychotischen Symptomen (PSY) erreichten die Sozialphobiker unterschiedlich hohe Werte: die ALK- und PSY-Werte konzentrierten sich im untersten Messwertebereich, während die DEP-Werte sich fast über die gesamte Bandbreite verteilen und sich im mittleren Bereich häufen. Für DEP liegen hinreichend normalverteilte Daten vor (K-S-Test;  $p = .309$ ), für ALK und PSY ergaben sich signifikante Abweichungen von der Normalverteilung (ALK:  $p \leq .001$ ; PSY:  $p \leq .05$ ). Die Mittelwertdifferenzen (t-Test für eine Stichprobe) zwischen DEP und ALK sind statistisch hochsignifikant ( $t = -14.732$ ,  $df = 67$ ,  $p \leq .001$ ), ebenso zwischen DEP und PSY ( $t = -24,985$ ,  $df = 67$ ,  $p \leq .001$ ). Die folgende Tabelle 41 gibt die deskriptiven Kennwerte der Kontrollskalen wieder, einschließlich der Skala Offenheit.

Tabelle 41  
Klinische Validierungsstudie (n = 68 Sozialphobiker): Deskriptive Statistiken der Screeningskalen

	Min.	Max.	MW	SD	Schiefe	Kurtosis
DEP	0	2	1.19	.551	.091	-.484
ALK	0	2	.30	.497	1.917	3.035
PSY	0	1	.27	.304	1.312	1.522
OFF	0	2	1.21	.455	.547	-.205

MW: Mittelwert, SD: Standardabweichung, DEP: Depressivität, ALK: Alkoholkonsum, PSY: Psychotische Symptome, Off: Offenheit

#### 5.4.2.5 Konvergente Validität

Zur Ermittlung der konvergenten Validität wurde der Pearson-Korrelationskoeffizient berechnet (5%-Niveau, zweiseitig). Alle vorliegenden Daten erfüllen die erforderlichen Voraussetzungen (hinreichend normalverteilte, metrische Daten). Zunächst werden die Befunde für die Angst- und Defizit-Subskalen SPRECH, ABLEHN, INTERAK und INFORMAT sowie für die SASKO-Gesamtskala präsentiert; die Ergebnisse für die Skala EINSAM werden anschließend berichtet.

#### **Angst- und Defizit-Subskalen und SASKO-Gesamtskala**

Tabelle 42 zeigt die Zusammenhänge zwischen den SASKO-Subskalen und der Gesamtskala SASKO mit den Validierungsskalen SPIN, SIAS und SPS.

Tabelle 42  
Klinische Validierungsstudie (n = 68 Sozialphobiker):  
Zusammenhänge der SASKO-Subskalen und -Gesamtskala  
mit den Validierungsinstrumenten SPIN, SIAS und SPS

		SPIN Furcht, Vermeidung, phys. Erregung		SIAS Angst in Interaktions- situationen		SPS Angst in Leistungs- situationen	
		r	p	r	p	r	p
SPRECH	(Angst)	.778	< .001	.779	< .001	.607	< .001
ABLEHN	(Angst)	.667	< .001	.650	< .001	.522	< .001
INTERAK	(Defizite)	.574	< .001	.676	< .001	.550	< .001
INFORMAT	(Defizite)	.544	< .001	.568	< .001	.487	< .001
SASKO	(Angst, Defizite)	.776	< .001	.799	< .001	.638	< .001

Pearson-Korrekationen, 5%-Niveau, zweiseitig

Die Angst-Skalen weisen statistisch hochsignifikante konvergente Korrelationen (alle  $p < .001$ ) mit den konstrukt-nahen Skalen zwischen .522 und .778 auf. Die ABLEHN/SPS-Korrelation mit  $r = .522$  bleibt jedoch unter dem erwarteten Mindestwert von .6. Die ebenfalls statistisch hochsignifikanten Zusammenhänge der Defizit-Skalen mit den Validierungsinstrumenten (alle  $p < .001$ ) liegen zwischen .487 und .676. Hierbei fällt die INTERAK/SIAS-Korrelation mit  $r = .676$  wider Erwarten höher als .6 aus. Es liegen somit enge Zusammenhänge aller Angst- und Defizit-Subskalen mit den konstrukt-nahen Skalen vor. Die SASKO-Gesamtskala korreliert sehr hoch mit dem SPIN und der SIAS ( $r = .776$  bzw.  $.799$ ) und deutlich geringer mit der SPS ( $r = .638$ ).

Desweiteren wurden die Korrelationen der Angst- und Defizit-Skalen mit den Validierungsskalen auf statistisch signifikante Unterschiede hin getestet. Das heißt, es wurde für jede Validierungsskala überprüft, ob sich jede einzelne Angst-Korrelation von jeder einzelnen Defizit-Korrelation statistisch signifikant unterscheidet. Da in diesem Fall aus guten Gründen klar gerichtete Hypothesen formuliert wurden (Angst korreliert höher als Defizit mit den Validierungsskalen, vgl. Hypothese 4), ist die einseitige Hypothesentestung zulässig. Dazu wurde nach dem Vorschlag von Olkin und Siotani (1964, zit. nach Bortz, 1993) folgende Formel verwendet, die eine normalverteilte Prüfgröße z ergibt:

$$z = \frac{\sqrt{(n-3)} \cdot (Z_{ab} - Z_{ac})}{\sqrt{2 - 2CV_1}}$$

wobei n = Stichprobenumfang; a = SPIN oder SIAS oder SPS, b = SPRECH oder ABLEHN, c = INTERAK oder INFORMAT;  $Z_{ab}$  und  $Z_{ac}$  = Fishers Z-Werte für die Korrelationen  $r_{ab}$  und  $r_{ac}$ ;  $CV_1$  = Kovarianz der Korrelationsverteilungen von  $r_{ab}$  und  $r_{ac}$ . Überschreitet die Prüfgröße z den Wert von 1.64, liegt ein signifikanter Unterschied vor (Irrtumswahrscheinlichkeit < .05). Zur Darstellung der Ergebnisse in der folgenden Tabelle 43 werden die jeweils zu vergleichenden Angst- und Defizit-Korrelationen mit den Validierungsskalen in den ersten beiden Spalten nebeneinander gestellt (Angst: rote Spalte, Defizit: blaue Spalte). Da die Interkorrelationen der SASKO-Skalen in die Berechnung einfließen, werden auch diese in der Tabelle angegeben. In den letzten beiden Spalten finden sich die jeweiligen z-Werte und die Irrtumswahrscheinlichkeit.

Tabelle 43  
Klinische Validierungsstudie (n = 68). Vergleich der Korrelationen:  
Angstskalen – SPIN/SIAS/SPS vs. Defizitskalen – SPIN/SIAS/SPS

SASKO-Angst mit SPIN/SIAS/SPS		SASKO-Defizit mit SPIN/SIAS/SPS		SASKO-Skalen- Interkorrelationen		Prüfgröße z	p-Wert
SPRECH-SPIN	<b>.778</b>	INTERAK-SPIN	<b>.574</b>	SPRECH-INTERAK	.678	3.080	p < .05
SPRECH-SPIN	<b>.778</b>	INFORMAT-SPIN	<b>.544</b>	SPRECH-INFORMAT	.652	3.356	p < .05
ABLEHN-SPIN	<b>.667</b>	INTERAK-SPIN	<b>.574</b>	ABLEHN-INTERAK	.560	1.102	n.s.
ABLEHN-SPIN	<b>.667</b>	INFORMAT-SPIN	<b>.544</b>	ABLEHN-IMFORMAT	.648	1.578	p < .1
SPRECH-SIAS	<b>.779</b>	INTERAK-SIAS	<b>.676</b>	SPRECH-INTERAK	.678	1.684	p < .05
SPRECH-SIAS	<b>.779</b>	INFORMAT-SIAS	<b>.568</b>	SPRECH-INFORMAT	.652	3.076	p < .05
ABLEHN-SIAS	<b>.650</b>	INTERAK-SIAS	<b>.676</b>	ABLEHN-INTERAK	.560	-0.328	n.s.
ABLEHN-SIAS	<b>.650</b>	INFORMAT-SIAS	<b>.568</b>	ABLEHN-IMFORMAT	.648	1.052	n.s.
SPRECH-SPS	<b>.607</b>	INTERAK-SPS	<b>.550</b>	SPRECH-INTERAK	.678	0.733	n.s.
SPRECH-SPS	<b>.607</b>	INFORMAT-SPS	<b>.487</b>	SPRECH-INFORMAT	.652	1.447	p < .1
ABLEHN-SPS	<b>.522</b>	INTERAK-SPS	<b>.550</b>	ABLEHN-INTERAK	.560	-0.299	n.s.
ABLEHN-SPS	<b>.522</b>	INFORMAT-SPS	<b>.487</b>	ABLEHN-IMFORMAT	.648	0.402	n.s.

Die Korrelationsvergleiche ergeben ein gemischtes Bild. In vier Fällen unterscheiden sich die Angst- und Defizit-Korrelationen sehr signifikant: sowohl beim SPIN als auch bei der SIAS fällt die SPRECH(Angst)-Korrelation jeweils signifikant höher aus als die INTERAK-(Defizit)- und die INFORMAT(Defizit)-Korrelation (jeweils  $p < .05$ ). Eine Tendenz in der erwarteten Richtung mit jeweils  $p < .1$  ist erkennbar beim SPIN bezüglich der höheren ABLEHN(Angst)- gegenüber der geringeren INFORMAT(Defizit)-Korrelation; ebenso bei der SPS im Fall der höheren SPRECH(Angst)- gegenüber der geringeren INFORMAT(Defizit)-Korrelation. Die übrigen Korrelationsunterschiede wurden nicht signifikant, wobei sich wider Erwarten auch zwei negative Ergebnisse zeigten: hier korrelierten (allerdings nicht signifikant) die Defizit-Skalen höher als die Angst-Skalen mit den Validierungsinstrumenten.

### **Subskala EINSAM**

Für die Subskala EINSAM ergab sich ein statistisch hoch signifikanter Zusammenhang nur hinsichtlich der SIAS, der betragsmäßig jedoch eher moderat ausfiel. Mit dem SPIN und der SPS ist EINSAM nur schwach assoziiert.

Tabelle 44  
Klinische Validierungsstudie (n = 68 Sozialphobiker):  
Zusammenhänge der Subskala EINSAM mit den Validierungsinstrumenten SPIN, SIAS und SPS

	<b>SPIN</b> Furcht, Vermeidung, phys. Erregung		<b>SIAS</b> Angst in Interaktions- situationen		<b>SPS</b> Angst in Leistungs- situationen	
	r	p	r	p	r	p
EINSAM	.258	.034	.477	≤ .001	.216	.077

#### **5.4.2.6 Mittelwertvergleiche: Sozialphobiker vs. Gesunde**

Um das Analyse-Instrument auf seine Differenzierungsfähigkeit hin zu überprüfen, wurden Mittelwertvergleiche zwischen den Sozialphobikern und der Gesamtstichprobe der gesunden Probanden (n = 413) angestellt. Die Daten der Gesunden-Stichprobe weichen signifikant von der Normalverteilung ab, die der Patienten-Stichprobe nicht (vgl. Abschnitt 5.2.2.6, Tabelle 28, und Abschnitt 5.4.2.4, Tabelle 38). Der Vergleich der Mittelwerte erfolgte mittels t-Tests für zwei unabhängige Stichproben (5%-Niveau, zweiseitig). Das Verfahren kann nach Nachtigall und Wirtz (2006, S. 138ff) auch bei nicht normalverteilten Daten angewendet werden, wenn die Stichprobe hinreichend groß ist (> 100). Zur Einschätzung der praktischen Relevanz etwaiger Mittelwertdifferenzen wurden außerdem Effektstärken auf der Basis der gepolten Standardabweichungen berechnet (CEM 2006; s. auch Ausführungen zur Effektstärkenberechnung im Abschnitt 5.2.2.6).

Wie die folgende Tabelle 45 zeigt, ergaben sich für alle Skalen ausnahmslos hochsignifikante Mittelwertunterschiede sowohl auf Subskalen- als auch auf der SASKO-Gesamtskalen-Ebene (alle  $p \leq .001$ ). Die Skalenmittelwerte der untersuchten Sozialphobiker sind über alle Skalen hinweg bedeutend höher als die der Gesunden, die Effektstärken bewegen sich zwischen  $d = 2.09$  und

3.07, d. h. die Patientenwerte liegen durchweg um zwei bis drei Standardabweichungen über denen der Gesunden.

Tabelle 45  
 Klinische Validierungsstudie: Mittelwertvergleiche Sozialphobiker (n = 68) vs. Gesunde (Gesamtstichprobe n = 413);  
 SASKO-Subskalen und -Gesamtskala und Subskala EINSAM

	Gruppe	MW	SD	t	p	Effektstärke
SPRECH	Patienten	2.0528	.52333	-19,627	≤ .001	3.07
	Gesunde	.7476	.40382			
ABLEHN	Patienten	1.8779	.51423	-19,425	≤ .001	2.53
	Gesunde	.7429	.43374			
INTERAK	Patienten	1.6397	.56202	-14,533	≤ .001	2.55
	Gesunde	.6150	.36712			
INFORMAT	Patienten	1.6250	.49295	-12.773	≤ .001	2.09
	Gesunde	.8290	.35803			
SASKO	Patienten	1.8837	.46377	-19,559	≤ .001	3.07
	Gesunde	.7345	.35566			
EINSAM	Patienten	1.7529	.76655	-13,574	≤ .001	2.52
	Gesunde	.4547	.45689			

t-Test für zwei unabhängige Stichproben (5%-Niveau, zweiseitig), df = 479  
 MW: Mittelwert, SD: Standardabweichung

Die Histogramme der SASKO-Gesamtskala für die Gruppe der Sozialphobiker und der Gesunden veranschaulichen die großen Mittelwertunterschiede noch einmal (Abbildung 20). Die Verteilungen zeigen deutlich, dass sich die Testwerte der Patienten auf den oberen Messwertebereich, die der Gesunden auf den unteren Bereich konzentrieren.

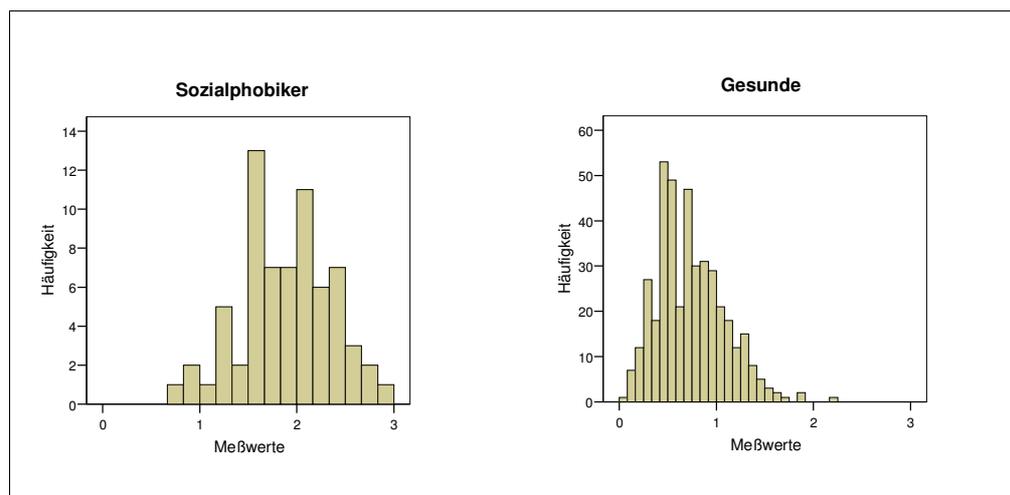


Abbildung 20:  
 Klinische Validierungsstudie: Histogramme der SASKO-Gesamtskala;  
 Messwerteverteilungen von Sozialphobikern (n = 68) und Gesunden (n = 413)

Abschließend zu den Mittelwertvergleichen wurde geprüft, ob sich vergleichbar große Unterschiede zwischen den Testwerten der Sozialphobiker und denen der Gesunden auch hinsichtlich der Validierungsskalen SPIN, SIAS und SPS zeigen. Dieser Vergleich ist allerdings nur mit den gesunden Probanden der Studie 2 möglich, da den Teilnehmern der Studie 1 die Validierungsinventare nicht zur Bearbeitung vorgelegt wurden. Wie Tabelle 46 zu entnehmen ist, fallen die Ergebnisse ähnlich aus. Es zeigen sich durchweg hochsignifikante Unterschiede für alle drei Skalen (alle  $p \leq .001$ ) mit großen Effektstärken.

Tabelle 46  
Klinische Validierungsstudie: Mittelwertvergleiche Sozialphobiker (n = 68) vs. Gesunde (Studie 2, n = 168\*);  
Validierungsskalen SPIN, SIAS und SPS

	Gruppe	MW	SD	t	p	Effektstärke
SPIN	Patienten	2.1946	.64328	-18,953	$\leq .001$	2.71
	Gesunde	.7108	.49973			
SIAS	Patienten	2.1824	.65299	-17,286	$\leq .001$	2.97
	Gesunde	.7054	.41607			
SPS	Patienten	1.5971	.80376	-12,404	$\leq .001$	1.55
	Gesunde	.3396	.36134			

t-Test für zwei unabhängige Stichproben (5%-Niveau, zweiseitig), df = 234

MW: Mittelwert, SD: Standardabweichung

\* 3 von 171 Probanden hatten die Validierungsfragebögen nicht ausgefüllt

Auffallend ist, dass sich hinsichtlich der SPS die Werte der Patienten von denen der Gesunden - mit einer Effektstärke von „nur“ 1.55 - bei weitem nicht so stark unterscheiden wie dies beim SPIN und der SIAS der Fall ist.

#### 5.4.2.7 Sensitivität und Spezifität

Als weitere Belege für die differentielle Validität eines diagnostischen Fragebogens zählen die Kriterien der Sensitivität (Anteil der richtig positiven Befunde an der Gesamtzahl der untersuchten Patienten) und der Spezifität (Anteil der richtig negativen Befunde an der Gesamtzahl der untersuchten Gesunden). Da beide Kriterien sich komplementär zueinander verhalten, ergibt sich die Eignung des Instruments daraus, anhand eines optimalen Cutoffs möglichst viele Personen mit der fraglichen Störung richtig positiv zu erfassen und möglichst viele gesunde Personen richtig negativ auszuschließen. Die Werte für Sensitivität und Spezifität können prinzipiell Werte zwischen 0 und 1 annehmen. Als akzeptabel gelten in beiden Fällen Kennwerte von  $\geq .7$ .

Die Sensitivitäts- und Spezifitätswerte für die vorliegenden Stichproben (Sozialphobiker vs. Gesunden-Gesamtstichprobe) wurden durch ROC-Kurven-Analysen (Receiver Operating Characteristic) ermittelt. Die Fläche unter der Kurve (AUC: Area under Curve) kann zwischen 0,5 und 1 betragen; je größer die Fläche, d.h. je „bauchiger“ die Kurve ist, umso besser ist die diagnostische Eignung des Instruments. Abbildung 21 zeigt die ROC-Kurve für die SASKO-Gesamtskala mit AUC = 0.973 ( $p \leq .001$ ; 5%-Niveau). Die ROC-Kurven für die Subskalen sind im **Anhang 20** enthalten (SPRECH AUC = .970; ABLEHN .952; INTERAK .939; INFORMAT .912; EINSAM .916).

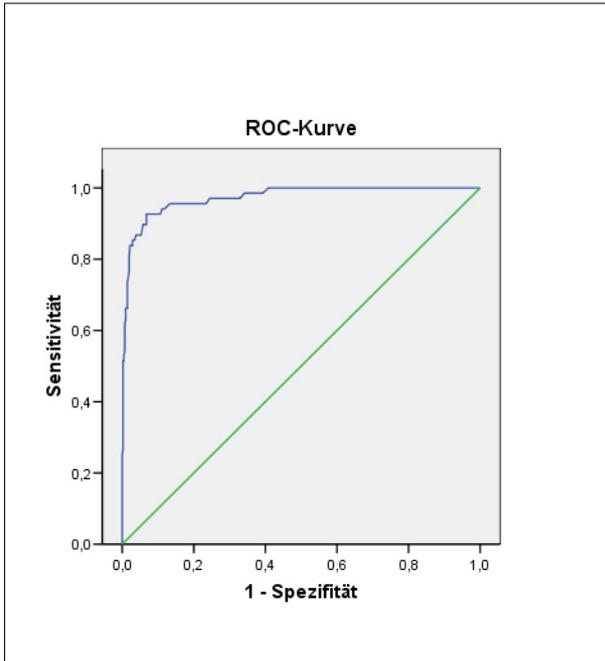


Abbildung 21:  
Klinische Validierungsstudie; Sensitivität und Spezifität der SASKO-Gesamtskala; ROC-Kurve (Sozialphobiker n = 68, Gesunde n = 413); AUC: Area under Curve

Auf der Skala aller möglichen Rohsummenscores (0 – 165) wurde anhand der Koordinaten der Kurve ein optimaler Cutoff von 70,5 Rohpunkten für die SASKO-Gesamtskala (Angst und Defizite) ermittelt. Die folgende Tabelle 47 gibt den entsprechenden Ausschnitt aus den Koordinaten der Kurve wieder.

Tabelle 47  
Klinische Validierungsstudie: Sensitivität und Spezifität der SASKO-Gesamtskala; Koordinaten der ROC-Kurve (hier Ausschnitt: Cutoffs von 65,5 bis 75,5 aus allen möglichen Cutoffs von 0 bis 164 Rohpunkten)

	Sensitivität	1 - Spezifität
65,5000	,941	,111
66,5000	,926	,107
67,5000	,926	,094
68,5000	,926	,090
69,5000	,926	,080
<b>70,5000 optimaler Cutoff</b>	<b>,926</b>	<b>,068</b>
71,5000	,897	,068
72,5000	,897	,058
73,5000	,868	,053
74,5000	,868	,048
75,5000	,868	,041

Die Werte für Sensitivität und Spezifität der SASKO-Gesamtskala übertreffen den Richtwert von .7 bei weitem; beide Kennwerte liegen damit in einem sehr guten Bereich:

Sensitivität .926  
Spezifität .932

Bei einem optimalen Cutoff von 70,5 ergeben sich für die SASKO-Gesamtskala die in der folgenden Tabelle 48 aufgeführten absoluten Zahlen hinsichtlich der richtigen und falschen Befunde für die hier untersuchten Patienten und gesunden Probanden.

Tabelle 48  
Klinische Validierungsstudie: Sensitivität und Spezifität, Trefferquoten (absolute Zahlen) der SASKO-Gesamtskala

		<b>Sozialphobiker</b> n = 68	<b>Gesunde (Studie 1+2)</b> n = 413
Cutoff 70,5	Befund negativ	5 falsch negativ	385 richtig negativ
	Befund positiv	63 richtig positiv	28 falsch positiv

In die bekannten Formeln zur Berechnung der Sensitivität und Spezifität eingesetzt, ergeben sich die durch die ROC-Analysen ermittelten Werte (Trefferquote SASKO-Gesamtskala: jeweils 93%):

$$\text{Sensitivität} = \frac{\text{richtig positiv}}{\text{richtig positiv} + \text{falsch negativ}} = \frac{63}{63 + 5} = .926$$

$$\text{Spezifität} = \frac{\text{richtig negativ}}{\text{richtig negativ} + \text{falsch positiv}} = \frac{385}{385 + 28} = .932$$

Die SASKO-Subskalen weisen gegenüber der Gesamtskala eine etwas geringere Sensitivität und Spezifität auf, die aber immer noch in einem hohen Bereich liegen. Tabelle 49 zeigt die Ergebnisse für die SASKO-Angst- und Defizit-Subskalen sowie für die Subskala EINSAM.

Tabelle 49  
Klinische Validierungsstudie: Spezifität und Sensitivität der SASKO-Subskalen und der Subskala EINSAM; Sozialphobiker (n = 68; ICD-10-Diagnosen) vs. Gesunde (n = 413)

	AUC	Cutoff	Sensitivität		Spezifität	
			Koordinaten	richtig positiv	Koordinaten	richtig negativ
SPRECH	.970	37,5	.926	93%	.932	93%
ABLEHN	.952	12,5	.897	90%	.864	86%
INTERAK	.939	9,5	.897	90%	.814	81%
INFORMAT	.912	8,5	.882	88%	.780	78%
EINSAM	.916	4,5	.897	90%	.811	81%

AUC = area under the curve, Koordinaten = Koordinaten der ROC-Kurve

### 5.4.2.8 Einfluss ausgewählter Merkmale auf die SASKO-Testwerte bei Sozialphobikern

Wie für die Gesamtstichprobe der Gesunden (vgl. Abschnitt 5.2.2.7) wurde auch für die klinische Stichprobe (nicht hypothesengeleitet) der Einfluss von soziodemographischen Merkmalen (Alter, Geschlecht, Schulbildung), Depressivität (Screeningskala DEP) und EINSAM auf die SASKO-Angst- und Defizit-Werte mittels multipler schrittweiser Regressionsanalysen geprüft. Per Konvention liegt ein relevanter Einfluss bei  $R^2 < 10\%$  vor (Haupt, 2003, S. 9). In der klinischen Stichprobe lagen alle Daten vollständig vor. Tabelle 50 enthält die Ergebnisse hinsichtlich der soziodemographischen Variablen, Tabelle 51 gibt die Ergebnisse für DEP und EINSAM wieder. In allen Berechnungen wies das korrigierte  $R^2$  gegenüber dem unkorrigierten lediglich Änderungen auf der zweiten Kommastelle auf, weshalb auf die Darstellung in den Tabellen verzichtet wird. Die standardisierten Residuen waren annähernd normalverteilt.

Tabelle 50  
Klinische Validierungsstudie: Einflüsse von Alter, Geschlecht und Schulbildung auf die SASKO-Testwerte bei Sozialphobikern (n = 68)

Kriteriumsvariable	Einflussvariable (p < .05)	$\Delta R^2$	$\beta$	p	$R^2$
SPRECH	Geschlecht	20.6	.454	.000	20.6
	Alter	ausgeschlossen			
	Schulbildung	ausgeschlossen			
ABLEHN	Geschlecht	21.8	.492	.000	30.3
	Alter	ausgeschlossen			
	Schulbildung	8.4	-.291	.007	
INTERAK	Geschlecht	6.1	.247	.042	6.1
	Alter	ausgeschlossen			
	Schulbildung	ausgeschlossen			
INFORMAT	Geschlecht	11.3	.360	.002	18.9
	Alter	ausgeschlossen			
	Schulbildung	7.6	-.277	.016	

$\Delta R^2$  zusätzlich erklärte Varianz (%) der einzelnen Einflussvariable  
 $\beta$  standardisierte Regressionskoeffizienten  
 $R^2$  durch die Regressionsgleichung erklärte Gesamtvarianz (%)  
 ausgeschlossen: Einschlusskriterium nicht erfüllt (p < .10)

Bei den untersuchten Sozialphobikern zeigte sich ein statistisch signifikanter Geschlechtseinfluss auf die Testwerte in allen SASKO-Skalen, wobei dieser hinsichtlich der beiden Angst-Skalen (SPRECH, ABLEHN) sichtlich größer ist als bei den beiden Defizit-Skalen (INTERAK, INFORMAT). Die Regressionskoeffizienten sind positiv, das heißt, höhere Werte in den SASKO-Skalen gehen mit „höheren Werten“ hinsichtlich des Geschlechts einher (Codierung: 1 = männlich, 2 = weiblich). Einen geringfügigen Beitrag zur Varianzaufklärung von ABLEHN und INFORMAT leistet ferner die Schulbildung. Mit in beiden Fällen negativen Regressionskoeffizienten bedeutet dies: höhere Testwerte gehen mit geringerem Schulabschluss einher (Codierung: 1 = Hauptschulabschluss, 2 = Mittlere Reife, 3 = Fachhochschulreife, 4 = Abitur). Das Alter ist für die Werte in allen SASKO-Skalen ohne Belang.

Der Einfluss von DEP und EINSAM in der untersuchten klinischen Stichprobe stellt sich wie folgt dar:

Tabelle 51  
Klinische Validierungsstudie: Einflüsse von Depressivität (DEP) und Einsamkeit (Subskala EINSAM) auf die SASKO-Testwerte bei Sozialphobikern (n = 68)

Kriteriumsvariable	Einflussvariable (p < .05)	$\Delta R^2$	$\beta$	p	R <sup>2</sup>
SPRECH	DEP	6.1	.273	≤ .05	25.3
	EINSAM	19.2	.438	≤ .001	
ABLEHN	DEP	22.0	.469	≤ .001	22.0
	EINSAM	ausgeschlossen			
INTERAK	DEP	7.9	.311	≤ .001	59.1
	EINSAM	51.2	.715	≤ .001	
INFORMAT	DEP	ausgeschlossen			13.3
	EINSAM	13.3	.364	≤ .001	

$\Delta R^2$  zusätzlich erklärte Varianz (%) der einzelnen Einflussvariable  
 $\beta$  standardisierte Regressionskoeffizienten  
 $R^2$  durch die Regressionsgleichung erklärte Gesamtvarianz (%)  
 ausgeschlossen: Einschlusskriterium nicht erfüllt (p < .1)

Wie bei den gesunden Probanden (s. Abschnitt 5.2.2.7) zeigt sich auch in der klinischen Stichprobe, dass die ABLEHN-Werte dem Einfluss von DEP, nicht aber dem Einfluss von EINSAM unterliegen. Die SPRECH-, INTERAK- und INFORMAT-Werte werden hingegen durch EINSAM, aber kaum bzw. nicht durch DEP erklärt. Im **Anhang 21** sind die Korrelationen zwischen der Screening-Skala DEP mit den SASKO-Skalen sowie der Subskala EINSAM für die Patienten und die Gesunden enthalten.

#### 5.4.2.9 Zusammenfassung der Ergebnisse der klinischen Validierungsstudie

Erste Untersuchungen zur konvergenten Validität des Messinstruments zeigen, dass die beiden Angst-Skalen SPRECH und ABLEHN mit konstruktnahen Instrumenten zur Erfassung der Sozialen Phobie signifikant und in zufriedenstellendem Ausmaß korrelieren. Dies ist der Fall bei der Validierung am SPIN ( $r_{\text{SPRECH, SPIN}} = .778$ ,  $r_{\text{ABLEHN, SPIN}} = .667$ ) und an der SIAS ( $r_{\text{SPRECH, SIAS}} = .779$ ,  $r_{\text{ABLEHN, SIAS}} = .650$ ). Die konvergenten Zusammenhänge beider Angst-Skalen mit der SPS erwiesen sich als grenzwertig bzw. unzureichend ( $r_{\text{SPRECH, SPS}} = .607$ ,  $r_{\text{ABLEHN, SPS}} = .522$ ).

Untersuchungen zur konvergenten Validität der Defizit-Skalen waren mangels spezifischer Selbstbeurteilungsinstrumente für soziale Defizite bei der Sozialen Phobie nicht durchführbar. Die Defizit-Skalen weisen ebenfalls signifikante Zusammenhänge mit den etablierten Inventaren zur Erfassung der Sozialen Phobie auf. Korrelationsvergleiche zeigten, dass die Angst-Skalen zum Teil signifikant höher als die Defizit-Skalen mit den anderen Instrumenten assoziiert sind (einseitige Testung; 5%-Niveau). Die Angst-Skala SPRECH korrelierte gegenüber den beiden Defizit-Skalen INTERAK und INFORMAT signifikant höher sowohl mit dem SPIN als auch der SIAS. Die Skala

ABLEHN zeigte gegenüber der Defizit-Skala INFORMAT einen tendenziell höheren Zusammenhang in Bezug auf den SPIN ( $p < .10$ ), ebenso die Skala SPRECH gegenüber INFORMAT in Bezug auf die SPS. Die übrigen Korrelationsunterschiede wurden nicht signifikant.

Gegenüber den gesunden Probanden erreichten die Sozialphobiker signifikant höhere Mittelwerte in sämtlichen Skalen des Analyse-Instruments; die Effektstärken zeigten Unterschiede von zwei bis drei Standardabweichungen über alle Skalen. Untersuchungen zur Sensitivität und Spezifität belegten für die SASKO-Gesamtskala eine jeweils 93-prozentige Trefferquote hinsichtlich einer richtig positiven bzw. richtig negativen Befundung (Angst- und Defizit-Subskalen: Sensitivität 88 bis 93%, Spezifität 78 bis 92%; Einsamkeit: Sensitivität 90%, Spezifität 81%).

In der Patienten-Stichprobe erwies sich das weibliche Geschlecht als signifikant einflussreiche Variable bei allen vier Angst- und Defizit-Subskalen, insbesondere was die beiden Angst-Skalen betrifft (SPRECH 20.6%, ABLEHN 21.8% vs. INTERAK 6.1%, INFORMAT 11.3%). Die Schulbildung zeigte einen geringen Einfluss auf die INFORMAT-Werte der Sozialphobiker (7.6%). Das Merkmal Einsamkeit (Subskala EINSAM) klärt bedeutsame Anteile der Varianzen von SPRECH (19.2%), INTERAK (51.2%) und INFORMAT (13.3%), während Depressivität vor allem die ABLEHN-Werte beeinflusst (22%).

## 6 Diskussion

### 6.1 Interpretation und Einordnung der zentralen Ergebnisse

**Hypothese 1:** Die theoretischen Konstrukte soziale Angst und soziale Defizite lassen sich psychometrisch voneinander trennen und faktorenanalytisch differentiell abbilden.

Die Kernergebnisse der Hauptstudie (Studie 1) und der Replikationsstudie (Studie 2) sind die Identifikation und Replikation von vier Faktoren, die sich als *soziale Ängste* und *soziale Defizite* auf dem Hintergrund des Störungskonzepts der Sozialen Phobie interpretieren lassen (auf den fünften Faktor *Einsamkeit* wird unter Punkt 6.2 gesondert eingegangen). Dabei spiegeln jeweils zwei Faktoren charakteristische Unter Aspekte von sozialen Ängsten und sozialen Defiziten wider, die bei Patienten mit Sozialer Phobie beobachtet werden:

<i>Faktor 1</i>	<i>Angst</i>	<i>Sprech- und Mittelpunktsangst</i>
<i>Faktor 2</i>	<i>Angst</i>	<i>Angst vor Ablehnung</i>
<i>Faktor 3</i>	<i>Defizit</i>	<i>Interaktions-Defizite</i>
<i>Faktor 4</i>	<i>Defizit</i>	<i>Informationsverarbeitungs-Defizite</i>

**Sprech- und Mittelpunktsangst** (Faktor 1) ist der varianzstärkste Faktor. Er wird vornehmlich durch Items repräsentiert, die sich auf Nervosität, Unsicherheit, Gefühle von Unbeholfenheit und Unterlegenheit beziehen sowie auf die Angst, Fehler zu machen, peinlich oder dumm zu wirken. Angesprochen sind Mittelpunktsituationen, Leistungssituationen, Gespräche und zwangloses Beisammensein.

Eine Differenzierung nach Interaktions- und Leistungssituationen, wie es der gängigen, wenn auch umstrittenen Auffassung vom Störungsbild der Sozialen Phobie entspricht (vgl. Abschnitt 2.2.3.1), ergab sich als faktorenanalytisches Ergebnis in der vorliegenden Untersuchung nicht. Unter Faktor 1 befinden sich Items, die beide Situationsarten betreffen, wie etwa: „Die Vorstellung, vor einer Gruppe von Menschen eine Rede/einen Vortrag zu halten, macht mir Angst“ (Item 012), aber auch: „Ich befürchte, dass ich in bestimmten sozialen Situationen (Gespräche, vor einer Gruppe reden, andere kennenlernen, zwangloses Beisammensein) auf andere Menschen ungeschickt wirke“ (Item 003) und „In Gesprächen mit anderen wüßte ich zwar, was ich sagen könnte, habe aber Hemmungen, mich auszudrücken“ (Item 053).

Da sich eine Unterscheidung nach Interaktions- und Leistungssituationen in den vorliegenden Ergebnissen nicht widerspiegelt, kann es sein, dass diese an sich nicht wirklich existiert, oder dass beide Situationstypen eine bislang zu wenig beachtete Gemeinsamkeit aufweisen. Die Debatte um die Subtypen-Differenzierung (vgl. Abschnitt 2.2.3.1) belegt, dass diese Frage in der Forschung

offen ist. Dabei kam auch Buss (1980) zu Wort, der etwa den Bewertungsaspekt nicht auf Leistungängste beschränkt, sondern die meisten sozialen Situationen zumindest als *nicht explizite* Bewertungssituationen einstuft. Das bedeutet, implizit können sie es durchaus sein. Dies könnte zum Beispiel schon in einfachsten Gesprächen der Fall sein, wenn man als Sprecher die formale Fehlleistung begeht, das „Kooperationsprinzip“ in einer Konversation nicht zu befolgen, dessen Anweisung nach dem Philosophen Grice (1975) lautet: „Fasse deinen Beitrag zum Gespräch an jeder Stelle so ab, wie es dem akzeptierten Zweck oder dem Verlauf des Gesprächs nach notwendig ist“ (S. 45, zit. nach Zimbardo und Gerrig, 1999, S. 282). Für einen sozialphobischen/sozialängstlichen Menschen, noch dazu mit der Tendenz, Gespräche zu vermeiden, kann die Rolle des kooperativen Sprechers (d.h. eine Vorstellung davon haben, was der andere weiss und versteht, welche Informationen er braucht) eine Überforderung bedeuten, wenn er allein die folgenden Regeln beachten soll:

Tabelle 52  
Regeln für die Sprachproduktion: Grices Konversationsmaximen (zit. nach Zimbardo und Gerrig, 1999, S. 284)

Regel	Konsequenz für den Sprecher
1. <i>Quantität</i> : Mache Deinen Gesprächsbeitrag so informativ, wie es erforderlich ist (im gegebenen Kommunikationsrahmen). Mache Deinen Beitrag nicht informativer, als es erforderlich ist.	Er muss zu beurteilen versuchen, welche Information der Hörer wirklich braucht. Oftmals setzt dieses Urteil voraus, daß man zunächst einmal herausfindet, was der Hörer wahrscheinlich schon weiß.
2. <i>Qualität</i> : Versuche, einen wahren Gesprächsbeitrag zu geben. Sage nichts, von dem Du glaubst, daß es nicht wahr ist. Sage nichts, für das Du nicht angemessene Beweise hast.	Während der Sprachäußerung nimmt der Hörer an, daß der Sprecher seine Äußerungen mit angemessenen Beweisen belegen kann. Der Sprecher sollte bei der Planung seiner Äußerung die Beweise, auf denen seine Feststellung beruht, im Kopf haben.
3. <i>Relation</i> : Sei relevant.	Er muss sicherstellen, daß der Hörer versteht, daß die Äußerung für das, was vorausgegangen ist, relevant ist. Wenn der Sprecher das Thema des Gesprächs ändern will, so daß die Äußerung für das Vorhergehende nicht mehr direkt relevant ist, so muss er den Themenwechsel deutlich machen.
4. <i>Art und Weise</i> : Sei klar. Vermeide unklare Äußerungen. Vermeide Ambiguitäten (Mehrdeutigkeiten). Fasse Dich kurz. Ordne Deinen Beitrag.	Er hat die Verantwortung, sich so klar wie möglich zu äußern. Obwohl es unvermeidlich ist, daß er Fehler macht, versucht ein kooperativer Sprecher sicherzustellen, daß der Hörer seine Botschaft verstehen kann.

So gesehen erscheint es logisch, dass ein Sprecher sich in jeder sozialen Situation permanent bewertet fühlen kann bzw. sich selbst bewertet (oder auch tatsächlich von anderen – implizit – bewertet wird): weniger danach, ob er etwas mehr oder weniger Interessantes sagt (z. B. wo er im Urlaub gewesen ist, oder dass sein Auto defekt ist), sondern danach, ob er die o.g. Regeln einhält. Erfährt nämlich der Sprecher aufgrund verbaler oder nonverbaler Reaktionen seines Gegenübers (z. B. Langeweile bei Verletzung der Regel 1; Skepsis oder Verärgerung bei Verletzung der Regel 2; Irritation bei Verletzung der Regel 3; Unverständnis bei Verletzung der Regel 4), dass ein Bruch in der Kommunikation entstanden ist, den er selbst verursacht hat, könnte dies beim Sprecher Bewertungsangst erzeugen; insbesondere wenn der Sprecher weiterhin merkt, dass er einen begangenen Fehler aufgrund mangelnder Kommunikationskompetenzen nicht richtig erkennen, nicht klären und nicht beheben *kann*. Möglicherweise kann ein sozialängstlicher Sprecher auch nicht erkennen, ob er selbst oder der Gesprächspartner die Prinzipien missachtet hat, und kann auf Fehlleistungen des Gegenübers nicht angemessen

reagieren (z. B. Nachfragen). Solange ein Gespräch ungehindert fließt, dürfte der negative Bewertungsaspekt keine Rolle spielen. Erst wenn Brüche in der interaktionellen Kommunikation produziert werden *und* es an der Leistungsfähigkeit des Sprechers mangelt, situationsadäquat damit umzugehen (Mangel an prozessbezogenen Skills und/oder verfügbarer sprachlicher/motorischer Verhaltenskomponenten; vgl. Abschnitt 2.1.2), könnte Angst aufkommen.

Die in der vorliegenden Untersuchung beobachtete, situationsübergreifende Sprechangst (in Leistungs- und Interaktionssituationen) steht im Einklang mit empirischen Befunden, wonach bei Menschen mit Sozialer Phobie die Sprechangst in beiden Situationen besonderes Gewicht hat, wie Turner et al. (1986) betonten: „[...] formal (public) speaking is the most commonly avoided social situation. It is also the situation most often reported as creating significant distress, whether strict avoidance is present or not. Informal speaking situations (cocktail parties, speaking to co-workers) are also avoided by more than 50% of the sample, and are described as stressful by more than 75%“ (S. 390). Später stießen Manuzza et al. (1995) auf ähnliche Befunde bei der von ihnen untersuchten Stichprobe an Sozialphobikern (67 generalisiert, 62 nicht-generalisiert): „Nearly 90% of patients with generalized social phobia and 79% of patients with nongeneralized social phobia were diagnosed as having speaking phobia. Also, all of the social situations generally categorized as „interactional“ were significantly more prevalent among patients with generalized social phobia (attending social affairs, dealing with authority figures, speaking to strangers, and asking directions)“ (S. 234).

Der Bewertungsaspekt – explizit oder implizit – könnte also eine fundamentale Gemeinsamkeit aller Situationen darstellen, die mit Sprechen verbunden sind, wenn man Sprechen auch im zwanglosen, unstrukturierten, interaktionellen Kontext als bewertbare Leistung betrachtet. Rodebaugh et al. (2004) streifen den Gedanken, Sprechen als Handeln aufzufassen – „if the term behavior is used very broadly“ (S. 889) – in einem Nebensatz, führen ihn jedoch nicht weiter aus.

**Angst vor Ablehnung** (Faktor 2) kennzeichnet einen Angstaspekt, der außer der Furcht vor negativer Beurteilung eine grundlegende interpersonelle Angst vor Ablehnung und Zurückweisung betrifft, die eher in Bezug auf ein geringes Selbstwertgefühl und tiefergehende Unsicherheiten im Umgang mit Gefühlen zu sehen ist. Die Items „Den Gedanken, jemand könnte sich über mich ärgern, kann ich schwer ertragen“ (Item 078) und „Ich habe Angst davor, von Personen des anderen Geschlechts zurückgewiesen und abgelehnt zu werden“ (Item 071) weisen in diese Richtung. Nach Kenntnis der Untersucherin liegen bislang keine Untersuchungen vor, wonach neben der Angst vor Kritik auch die Angst vor Ärger kennzeichnend für die Soziale Phobie sein könnte. Nach Coles und Heimberg (2005) haben sich zwar einige Studien mit Verzerrungen der Aufmerksamkeit von Sozialphobikern hin zu bedrohlichen Reizen (Darbietung von kritischen/ärgerlichen Gesichtern und linguistischen Reizen) beschäftigt, deren Ergebnisse sind jedoch inkonsistent und nach Ansicht der Autoren aufgrund zu unterschiedlicher Untersuchungsdesigns schlecht vergleichbar. Coles und Heimberg halten die Anwendbarkeit von ärgerfokussierter Aufmerksamkeit auf den Aspekt der negativen Bewertung als dem Kernmerkmal der Sozialen

Phobie („core of SP“, S. 110) für fraglich. Kürzlich wurde die Bedeutung von Ärger als ein Einflussfaktor auf das Behandlungsergebnis bei Sozialphobikern berücksichtigt (Erwin et al., 2003, zit. nach Rodebaugh, 2004), wobei sich zeigte, dass Sozialphobiker mit eingangsdagnostisch hohen State-Trait-Ärgerwerten und der Tendenz, den Ausdruck ärgerlicher Gefühle zu unterdrücken, signifikant schlechtere Therapieergebnisse erzielen als Sozialphobiker mit geringeren Ärgerwerten. Es wäre durchaus denkbar, dass Sozialphobiker eigenen Ärger unterdrücken, um immer „einen guten Eindruck“ zu machen, und dass der Ärger anderer, der sich auf die eigene Person bezieht, folglich im Sinne von Abwertung, Ablehnung und Zurückweisung erlebt wird.

Faktor 3, **Interaktionsdefizite**, konnte im Sinne sozialer Performanz als geäußertes Verhalten bzw. als Performanzdefizite interpretiert werden. Aussagen wie „Ich verhalte mich anderen gegenüber lieber distanziert“ (Item 058) oder „Es fällt mir schwer, höfliche Konversation zu betreiben“ (Item 077) stehen im Einklang mit dem Störungsbild der Sozialen Phobie. Weiterhin wird dieser Faktor durch das Item „Direkter Blickkontakt in Gesprächen ist mir unangenehm“ (Item 006) gestützt. Blickkontakt wurde in quantitativer Hinsicht als interaktionelles Verhaltenselement seit Beginn der Forschungen zur Sozialen Phobie untersucht, und reduzierter Blickkontakt gilt als typischer Indikator für störungsspezifische Performanzdefizite (vgl. Studien zur sozialen Performanz, Abschnitt 2.1.2.2). Die statistischen Kennwerte des Items 006 lagen zwar unterhalb der definierten Kriterien zur Itemselektion (s. Abschnitt 5.1.2.5), trotzdem wurde das Item in das Analyse-Instrument aufgenommen, weil unter inhaltlichen Gesichtspunkten davon auszugehen war, dass seine Brauchbarkeit sich in der klinischen Validierungsstudie herauskristallisieren würde. So kann an dieser Stelle angemerkt werden, dass diese Überlegung berechtigt war, denn direkter Blickkontakt in Gesprächen war den untersuchten Sozialphobikern ungleich unangenehmer als den gesunden Probanden, was sich in einem deutlich höheren Item-Mittelwert ausdrückte (Sozialphobiker MW 1.60, SD .84 vs. Gesunde (Gesamtstichprobe) MW .38, SD .56).

Zurückhaltung in Interaktionssituationen könnte auch als Persönlichkeitsmerkmal im Sinne einer Verhaltenshemmung bei gering ausgeprägter Geselligkeit oder bei „normaler“ Schüchternheit interpretiert werden. Insbesondere das unter dem Faktor 3 befindliche Item „Ich würde mich als einzelgängerischen Menschen bezeichnen“ (Nr. 055) legt diesen Schluss nahe. Dagegen spricht jedoch der Befund einer Studie zur Unterscheidung von Soziabilität und Schüchternheit (Buss, 1988, bezugn. auf Cheek und Buss, 1981), der recht gut auf die Differenzierung von sozial-ängstlicher Zurückhaltung vs. Geselligkeit (bzw. „Ungeselligkeit“ im vorliegenden Fall) übertragen werden kann. In der besagten Studie wurde Geselligkeit definiert als „preference for being with others“ und Schüchternheit, als postulierter Gegenpol von Geselligkeit, als „discomfort and inhibition that occurs when with others“ (Buss, 1988, S. 127). Geselligkeit und Schüchternheit konnten faktorenanalytisch getrennt werden, die Merkmale waren negativ miteinander assoziiert (-.30). Damit wurde zum einen unterstrichen, dass Schüchternheit nicht als gering ausgeprägte Geselligkeit zu interpretieren ist, sondern die beiden Merkmale unabhängige und zudem diver-

gierende Dimensionen darstellten. Bezogen auf die hier geführte Diskussion ist interessant, dass zur Erfassung von Schüchternheit Items verwendet wurden, die große Nähe zu den Aussagen von Sozialphobikern aufweisen<sup>19</sup>. Obwohl Schüchternheit nicht mit Sozialer Phobie gleichzusetzen ist (vgl. Buss 1980; Riedesser, 2003), zeigt sich anhand der von Cheek und Buss verwendeten Schüchternheits-Items doch, dass dort ein Aspekt von Schüchternheit erfasst wurde, der offensichtlich sozialängstliches Verhalten widerspiegelt. „Shyness has elements not only of social self-consciousness (Buss, 1980) but also of social fearfulness. Shy people often are inhibited in social interaction because they are afraid of social novelty, of rejection, and in the most extreme cases, of losing control“ (Buss, 1988, S. 127f).

Ungeachtet der Unterschiede oder Gemeinsamkeiten von Schüchternheit und sozialer Ängstlichkeit, die hier nicht diskutiert werden sollen, ist nach dem oben zitierten Forschungsbefund davon auszugehen, dass interaktionelle Zurückhaltung bzw. Einzelgängertum im Kontext sozialer Ängstlichkeit schlecht als gering ausgeprägte Geselligkeit interpretiert werden kann.

Ein weiteres Argument, das dagegen spricht, speziell die Einzelgänger-Aussage im vorliegenden Zusammenhang als Ungeselligkeit zu deuten, ergibt sich aus der fast identischen Doppelladung des Items 055 auf zwei Faktoren: Interaktionsdefizite und Einsamkeit (vgl. Abschnitt 5.1.2.4). Die Ergebnisse zum Faktor Einsamkeit werden daher als Nebenbefund der vorliegenden Untersuchung im Abschnitt 6.2 diskutiert.

Andere Items unter dem Faktor Interaktionsdefizite lassen sich mit Aspekten sozialer Kompetenzmängel in Verbindung bringen, nämlich den skill components (abrufbare, im Gedächtnis gespeicherte Verhaltenskomponenten): „Auf Parties/zwanglosen Zusammenkünften ist mir unbehaglich zumute, weil ich nicht weiß, wie ich mich verhalten soll“ (011). Nicht zu wissen, wie man sich in einer Situation verhalten soll, kann bedeuten, dass die entsprechenden Verhaltensweisen nicht verfügbar sind, weil sie fehlen, also mental nicht repräsentiert sind. Ebenso kann die Aussage „Höflichkeiten und gesellige Gesten kann ich nur schwer erwidern“ (014) in diesem Sinne interpretiert werden. Beide Aussagen – nicht können, nicht wissen – könnten andeuten, dass das gezeigte Verhalten nicht primär durch Angst blockiert ist, sondern auf einem tatsächlich vorliegenden Mangel an Verhaltenskomponenten beruht.<sup>20</sup>

---

<sup>19</sup> Die Items der Skala Schüchternheit lauteten (Buss, 1988, S. 127, bezugn. auf Cheek und Buss, 1981):

1. I am socially somewhat awkward.
2. I don't find it hard to talk with strangers. (reversed scoring)
3. I feel tense when I'm with people I don't know well.
4. When conversing, I worry about saying something dumb.
5. I feel nervous when talking to someone in authority.
6. I am often uncomfortable at parties and other social functions.
7. I feel inhibited in social situations.
8. I have trouble looking someone right in the eye.
9. I am more shy with members of the opposite sex.

<sup>20</sup> In diese Richtung weisen Einzelfall-bezogene Beobachtungen in der vorliegenden Untersuchung, wonach bei gering ausgeprägten Ängsten zugleich ausgeprägte Defizite vorkommen. Die eingehende Einzelfall-basierte Analyse von individuellen Störungsprofilen bleibt eine Aufgabe nach Abschluss der vorliegenden Arbeit.

Faktor 4, **Informationsverarbeitungs-Defizite**, ist im Sinne des prozessbezogenen Aspekts der sozialen Kompetenz zu verstehen (*skill processes*), der den Wahrnehmungs-, Steuerungs- und Aktivierungsprozess betrifft, und der nötig ist, um sozial adäquates Verhalten zu zeigen (vgl. Abschnitt 2.1.2). Die unter diesem Faktor befindlichen Aussagen legen eine Beeinträchtigung diesbezüglicher Fähigkeiten nahe, z. B. „Ich werde aus dem Verhalten anderer Menschen nicht schlau“ (Item 074), „Ich kann die Absichten und Motive anderer Menschen schlecht einschätzen“ (Item 066) und „In sozialen Situationen weiß ich nicht so recht, was andere von mir erwarten“ (Item 069).

Die hier bezeichneten Defizite in der Informationsverarbeitung sind *nicht* gleichzusetzen mit den für die Soziale Phobie charakteristischen kognitiven Verzerrungen bzw. störungsspezifischen Überzeugungen nach Clark und Wells (1995). Die Kognitionen nach Clark und Wells beziehen sich (1.) auf inhaltliche Überzeugungen hinsichtlich übertrieben hoher Standards sozialen Verhaltens (immer einen guten Eindruck machen müssen, keine Schwäche zeigen dürfen); (2.) auf Überzeugungen hinsichtlich vermeintlicher kritischer Bewertungen von anderen und den daraus folgenden Konsequenzen (wenn ich keinen guten Eindruck mache/Schwächen zeige, blamiere ich mich/erscheine ich dumm/lehnen andere mich ab); und (3.) auf Überzeugungen über die eigene Person (ich bin unattraktiv, dumm, minderwertig).

Vielmehr deuten die Item-Aussagen zu Faktor 4 (nicht Wissen, nicht Können) einen Mangel an sozialen Kompetenzen hinsichtlich der Einschätzung von Erwartungen, Motiven, Zielen und Absichten anderer Menschen an, wie er als soziales Wahrnehmungsdefizit von Morrison und Bellack (1981) unter Verweis auf Curran aufgezeigt und als von Verhaltensdefiziten zu unterscheidendes Merkmal unterstrichen wurde: „Just as skill deficits must be differentiated from anxiety-based response inhibitions (cf. Curran, 1977), response deficits must be differentiated from perception deficits“ (S. 75). Desweiteren lassen sich Defizite der Informationsverarbeitung auf dem Hintergrund der Theorie of Mind (ToM; die Fähigkeit, sich in andere Menschen hineinzusetzen, ihre Gedanken, Gefühle, Handlungen etc. intuitiv und explorativ zu verstehen) interpretieren. Schwierigkeiten des Sprachverstehens und der Sprachproduktion im kommunikativen Prozess, die unter Faktor 1 diskutiert wurden, können mit einem Mangel an ToM-Fähigkeiten einhergehen. Neueste Hirnforschungsstudien bestätigen die Überlappung von Netzwerken, die an der ToM und am Sprachverstehen beteiligt sind. „Sich in andere hineinzusetzen, ihre Gefühle, ihr Denken und Wissen einzubeziehen, zu erkennen, dass die Handlungen anderer Menschen durch ihre mentalen und emotionalen Zustände bedingt sind – das gelingt mühelos, wenn man in Austausch bleibt, miteinander spricht und kommuniziert. Und in der Tat scheinen Menschen, deren Kommunikationsfähigkeiten interaktiv und sozial ausgerichtet sind, auch bessere ToM-Fähigkeiten zu besitzen“ (Ferstl, 2007, S. 68, bezugn. auf Baron-Cohen, 2004).

Weiterhin werden mit zwei Items eingeschränkte Kompetenzen hinsichtlich der Ausrichtung der Aufmerksamkeit auf das soziale Interaktionsgeschehen – als weitere Prozesselemente einer defizitären sozialen Informationsverarbeitung – erfasst: „In sozialen Situationen kann ich mich auf

das Verhalten der anderen kaum konzentrieren“ (Item 016) und „Mich beschäftigt in sozialen Situationen mehr mein eigenes Verhalten (was ich tun/sagen soll, wie ich wirke) als das Verhalten der anderen“ (Item 086). Beide Aspekte betreffen typische störungsspezifische Schwierigkeiten, die auf ToM-Defizite verweisen, aber auch Hinweise auf ein Vorliegen der von Clark und Wells (1995) beschriebenen, selbstbezogenen kognitiven Vorgänge liefern.

**Interkorrelation der Faktoren.** Die vier identifizierten Faktoren bilden also je zwei Angst- und zwei Defizit-Facetten ab, die im Einklang mit den Kernmerkmalen der Sozialen Phobie stehen und mit Forschungen, die eine Unterscheidung der einzelnen Aspekte zulassen, in Verbindung gebracht werden können. Im theoretischen Teil der Arbeit wurde dargelegt (vgl. Kapitel 2), dass soziale Ängste und soziale Defizite bei der Sozialen Phobie nicht unabhängig voneinander vorkommen. Dies spiegelt sich in den vorliegenden Ergebnissen wider. Zum einen zeigte sich in der Replikationsstudie (Studie 2), dass die Annahme eines Modells mit vier unkorrelierten Faktoren unrealistisch war, hingegen das Modell mit vier interkorrelierenden Faktoren einen guten globalen Modellfit aufwies (vgl. Abschnitt 5.2.2.3). Zum anderen lassen die Zusammenhänge der Faktoren bzw. der aus ihnen abgeleiteten Skalen erkennen, dass die fokussierten Merkmale Ausdruck ein und derselben Störung sind. Eine wichtige Frage bei der Beurteilung der faktoriellen Validität ist dennoch, in welchem Ausmaß die Subskalen miteinander assoziiert sind.

In den beiden Gesunden-Stichproben aus Studie 1 und 2 ergaben sich teils mäßige, teils höhere Skalen-Interkorrelationen (s. Abschnitte 5.1.2.7 und 5.2.2.4), in der klinischen Stichprobe fielen die Zusammenhänge deutlich höher aus (s. Abschnitt 5.4.2.4). Insbesondere die Skala SPRECH korrelierte mit den übrigen Skalen in allen drei Stichproben am höchsten. Hohe Skalen-Interkorrelationen sind im allgemeinen inakzeptabel, weil sie bedeuten, dass die Skalen dann inhaltlich nichts wesentlich Unterschiedliches mehr erfassen (Lienert und Raatz, 1994). In diesem Fall ließe sich jedoch argumentieren, dass das Sprechen nahezu jede soziale Interaktion, insbesondere mit weniger bekannten bzw. fremden Menschen, durchzieht (s.o., Diskussion der Faktoren). Ein wie auch immer gearteter Kontakt mit fremden oder wenig bekannten Menschen ist „sprachlos“ auf adäquate Weise schwer vorstellbar; insofern beruhen die hohen Interkorrelationen zwischen der Skala SPRECH (Sprech- und Mittelpunktangst) und den anderen Subskalen möglicherweise nicht allein darauf, dass diese Skala noch zu viele Items enthält (einige mit substanziellen Nebenladungen auf anderen Faktoren).

Auffallend an den Skalen-Interkorrelationen ist noch ein Weiteres, das möglicherweise als Ausdruck eines generellen strukturellen Aspektes der Sozialen Phobie gedeutet werden könnte: In den untersuchten Stichproben der Gesunden und der Sozialphobiker ergab sich ein augenscheinlich *stabiles Skalen-Interkorrelationsmuster* (gleiche Reihenfolge nach der Höhe der Korrelationen, s. Tab. 16, 23 und 39). Hier könnte man spekulieren, dass sich darin vielleicht eine Art „strukturelles Störungsmuster“ (in Bezug auf die hier untersuchten Aspekte) andeutet, das unabhängig von klinischen und nichtklinischen Merkmalsausprägungen ist. Wenn dem so ist, ließe sich diese Beobachtung mit der Kontinuitätshypothese in Verbindung bringen, die besagt, dass die jeweilige

Störungsausprägung dimensional auf einem Kontium liegt und die Grenzen zum Normalverhalten fließend sind (vgl. Stangier und Fydrich, 2002; Fiedler, 2000; s. auch Woschnik, 1999).

Aus der Diskussion zur Hypothese 1 ergibt sich, dass Hypothese 1 aufgrund der vorliegenden Befunde als bestätigt gelten kann.

Tabelle 53  
Relevante Teilergebnisse zur Hypothese 1

relevantes Teilergebnis zur Hypothese 1	pro H <sub>1</sub>	contra H <sub>1</sub>	unklar
Identifikation der Dimensionen soziale Angst und soziale Defizite mittels exploratorischer Faktorenanalyse	•		
vierfaktorielle Struktur spiegelt je zwei störungsrelevante Angst- und Defizit-Facetten der Sozialen Phobie wider	•		
Replikation der Faktorenstruktur an unabhängiger Stichprobe mittels konfirmatorischer Faktorenanalyse	•		

**Hypothese 2:** Die aufgrund der faktorenanalytischen Ergebnisse gebildeten Skalen weisen für klinisch-diagnostische Zwecke hinreichende Reliabilitätskennwerte auf. Die klassische Testtheorie gibt Normwerte für die Meßgenauigkeit von standardisierten Tests vor (Lienert und Raatz, 1994, S. 269): die interne Konsistenz sollte  $r_{tt} > .9$  und die Retestreliabilität sollte  $r_{tt} > .8$  betragen. Es wird erwartet, dass die Angst-Defizit-Gesamtskala diese Werte erreicht.

**Interne Konsistenz:** Die interne Konsistenz (Cronbach’s Alpha) der SASKO-Gesamtskala (mit den Subskalen SPRECH, ABLEHN, INTERAK, INFORMAT) liegt über alle Stichproben der Studien 1 bis 4 hinweg bei  $r_{Item,Skala} = .95$  bis  $.96$  und fällt damit hypotesenkonform aus. Verglichen mit den internen Konsistenzen der zur klinischen Validierung herangezogenen Skalen SPIN, SIAS und SPS, die in der hier untersuchten klinischen Stichprobe Reliabilitätskennwerte zwischen  $.89$  und  $.91$  aufweisen (s. Abschnitt 5.4.2.4), schneidet die Gesamtskala SASKO gut ab. Dies gilt ebenso beim Vergleich mit den internen Konsistenzen, die das SPIN, die SIAS und die SPS in anderen Untersuchungen zeigten (insgesamt zwischen  $.77$  und  $.96$ ; vgl. Tabelle 5, Abschnitt 2.3).

Bei einem mehrdimensionalen Instrument weisen die einzelnen Subskalen eine geringere Reliabilität auf, da sich die geringeren Skalenlängen der Einzelteile des Tests reliabilitätsvermindernd auswirken (Lienert und Raatz, 1994). Dennoch kann auch angesichts der etwas geringeren internen Konsistenzen der einzelnen SASKO-Subskalen noch davon ausgegangen werden, dass diese in akzeptablen Bereichen liegen. Die Skala SPRECH weist als einzige Skala durchgehend über alle Stichproben hinweg Werte zwischen  $.91$  und  $.94$  auf, während sich die Reliabilitäten der übrigen Skalen (ABLEHN, INTERAK, INFORMAT) über die einzelnen Stichproben hinweg zwischen  $.76$  und  $.86$  bewegen. Unter bestimmten Voraussetzungen ist eine hohe interne Konsistenz nicht in jedem Fall notwendig: „Tests mit logischer oder relativ hoher empirischer Validität können auch

als kurze Tests toleriert werden, wenn sie nur eine halbwegs ausreichende Konsistenz zeigen“ (S. 212). Da die klassische Testtheorie nicht genauer spezifiziert, was als „halbwegs ausreichend“ gelten kann, soll hier der Blick auf das dreidimensionale SPIN weiterhelfen, dessen Subskalen Konsistenzen zwischen .57 und .81 aufweisen (Gesunde, psychiatrische Patienten, Sozialphobiker; Connor et al., 2000). So kann für die Subskalen des vorliegenden Analyse-Instruments auch hinsichtlich der Subskalen festgestellt werden, dass die internen Konsistenzen in einem Bereich liegen, der für ein mehrdimensionales klinisches Messinstrument in der klinischen Anwendungspraxis akzeptabel ist.

**Retest-Reliabilität:** Mit Studie 3 wurde die Retestrelabilität überprüft. Auch diese fällt für die SASKO-Gesamtskala mit .82 erwartungsgemäß aus.

Für die einzelnen Subskalen fallen die Wiederholungskoeffizienten geringer aus ( $r_{tt} = .51$  bis  $.78$ ; vgl. Abschnitt 5.3.2.5), auch im Vergleich mit den in der Literatur berichteten Retest-Reliabilitäten der Validierungsskalen (.78 bis .96; s. Tabelle 5, Abschnitt 2.3). Es ist schwer zu eruieren, ob sich das Merkmal möglicherweise über die Zeit verändert hat, oder ob das Zeitintervall von acht Wochen zu lang gewählt war (bei Untersuchungen zur Reliabilitätsprüfung der SIAS/SPS wurde beispielsweise ein 2-Wochen-Intervall gewählt, s. Tabelle 5). Merkmalsfluktuation bzw. -stabilität und Zeitintervall steht miteinander in gegenläufiger Verbindung (kurzes Intervall/hohe Merkmalsstabilität, langes Intervall/geringere Merkmalsstabilität), was in der Literatur als „Dilemma“ bezeichnet wird (Lienert und Raatz, 1994; Meyer, 2004).

Davon abgesehen, unterliegt die Wiederholungsreliabilität weiteren Effekten, die kaum zu kontrollieren sind: unterschiedliche Motivations- und Stimmungslagen der Teilnehmer, möglicherweise Langeweile bei der wiederholten Testdurchführung (es wird nichts Neues geboten). Ebenso spielen äußere situative Einflüsse eine bedeutende Rolle (Ablenkungen, Störungen, Unterbrechungen, unterschiedliche räumliche Umgebung etc., Zeitdruck etc.). In der vorliegenden Untersuchung ist es sehr wahrscheinlich, dass sich unterschiedliche äußere Bedingungen bei der Testdurchführung besonders nachteilig ausgewirkt haben könnten: die Testteilnehmer (gesunde Personen) füllten die Fragebögen in ihren jeweiligen privaten Umgebungen aus; dabei können die Bedingungen bei der ersten und zweiten Testung vollkommen unterschiedlich gewesen sein, was zu deutlich unterschiedlichen Testergebnissen geführt haben kann. Solche Effekte hätten sicherlich bei einer Testwiederholung unter gleichen Bedingungen (z. B. in einem dafür vorgesehenen Raum) minimiert werden können. Dies wäre jedoch mit einem unvermeidbar hohen Organisationsaufwand verbunden gewesen, der im Rahmen dieser Untersuchung nicht zu leisten war.

Die geringste Retest-Reliabilität – und den stärksten Mittelwertrückgang – weist die Subskala INFORMAT auf (s. Abschnitte 5.3.2.4 und 5.3.2.5). Gerade, was die kognitive Wahrnehmung eigener Kompetenzen betrifft, könnte sich bei den Probanden allein durch die Teilnahme am Test ein verändertes Bewußtsein dahingehend eingestellt haben, dass die sozialen Kompetenzen beim zweiten Testzeitpunkt positiver eingeschätzt wurden (= geringere Messwerte). Darauf lassen

Rückmeldungen der Probanden an die Untersucherin nach dem erstmaligen Ausfüllen des Fragebogens schließen, wie z. B.: „So genau habe ich bis jetzt noch nicht über mein Verhalten nachgedacht, wenn ich mit anderen Menschen zusammentreffe“, "Von jetzt an werde ich genauer darauf achten, wie ich mich verhalte" und „In Zukunft werde ich mein Verhalten öfter beobachten“. Dass die bloße Teilnahme an einem Test bereits bewusstseinsverändernde Auswirkungen haben kann, ist bekannt.

Die Befunde zur Subskalen-Reliabilität zeigen insgesamt, dass es plausible Erklärungen für die erreichten Kennwerte gibt. Damit wird Hypothese 2 als verifiziert angesehen. Im Hinblick auf die Gesamtskala ist festzuhalten:

Tabelle 54  
Relevante Teilergebnisse zur Hypothese 2

relevantes Teilergebnis zur Hypothese 2	pro H <sub>2</sub>	contra H <sub>2</sub>	unklar
interne Konsistenz der Angst-Defizit-Gesamtskala $r_{tt} > .9$	•		
Wiederholungsreliabilität der Angst-Defizit-Gesamtskala $r_{tt} > .8$	•		

**Hypothese 3:** Der Angst-Faktor korreliert mit den zur Validierung herangezogenen konstruktnahen etablierten Selbstrating-Instrumenten statistisch signifikant und hinreichend hoch. Nach Lienert und Raatz (1994, S. 269) sind Korrelationskoeffizienten von  $r_{tc} \geq .7$  zum Nachweis der konvergenten Validität wünschenswert, jedoch werden in der Praxis auch Koeffizienten um  $.6$  schon als zufriedenstellend betrachtet. Zu hoch sollten die Zusammenhänge mit etablierten Skalen jedoch nicht ausfallen, da eine neue Skala sonst zuwenig zusätzlichen Informationsgehalt hätte. Es wird erwartet, dass sich die konvergente Validität der neuen Angst-Skala betragsmäßig zwischen  $.6$  und  $.8$  bewegt:

$$.6 \leq r_{(\text{Angst neu, etablierte Skalen})} \leq .8 \quad (5\% \text{-Niveau, zweiseitig})$$

Faktorenanalytisch ließen sich nicht nur einer, sondern zwei Angst-Faktoren identifizieren. Die entsprechend gebildeten Skalen SPRECH (Sprech- und Mittelpunktangst) und ABLEHN (Angst vor Ablehnung) wurden getrennt anhand der konstruktnahen Skalen SPIN, SIAS und SPS validiert (vgl. Abschnitt 5.4.2.5).

Im Zusammenhang mit dem SPIN (Messintention: Furcht, Vermeidung, physiologische Reaktionen) und der SIAS (Angst in Interaktionssituationen) ergaben sich nach den testtheoretischen Anforderungen klare Belege für die Gültigkeit der beiden neuen Angst-Skalen. Dabei korrelierte SPRECH mit beiden Validierungsskalen gleichermaßen hoch ( $r_{\text{SPRECH, SPIN}} = .778$ ;  $r_{\text{SPRECH, SIAS}} = .779$ ). Die für die Soziale Phobie typischen Sprech- und Mittelpunktängste werden somit gut erfasst. Die Skala ABLEHN hängt etwas weniger eng mit den Validierungsskalen zusammen, die Korrelationskoeffizienten lagen jedoch immer noch deutlich über dem geforderten Grenzwert von  $.6$  ( $r_{\text{ABLEHN, SPIN}} = .667$ ;  $r_{\text{ABLEHN, SIAS}} = .650$ ). Diese Befunde können dahingehend interpretiert

werden, dass die Skala ABLEHN einen über die Furcht vor Peinlichkeit und kritischer Bewertung hinausgehenden, grundlegenden selbstwertbezogenen Aspekt der Angst vor Ablehnung und Zurückweisung enthält, den der SPIN und die SPS – und ebenso die Skala SPRECH – nicht berücksichtigen.

Hinsichtlich der SPS ergibt sich ein anderes Bild: SPRECH korrelierte mit SPS nur eben grenzwertig ( $r_{\text{SPRECH, SPS}} = .607$ ), während der Zusammenhang zwischen ABLEHN und SPS kleiner als .6 und damit nicht hypothesenkonform ausfiel ( $r_{\text{ABLEHN, SPS}} = .522$ ). Dieser Befund ist erklärungsbedürftig.

Geht man von der Messintention der SPS aus, so wird diese von den Autoren der deutschen Version beschrieben mit „Angst in Situationen, in denen eine Handlung der Beobachtung durch andere ausgesetzt ist oder sein könnte, wie z. B. öffentliches Reden, Essen oder Schreiben“ (Stangier et al., 1999, S. 29; die Autoren weisen einleitend darauf hin, dass Handlungssituationen, die einer Bewertung unterliegen – im Englischen als *performance* situation bezeichnet –, häufig mißverständlich mit *Leistungssituation* übersetzt werden). Der mit ABLEHN erfasste Aspekt der Angst vor selbstwertrelevanter sozialer Ablehnung und Zurückweisung läßt sich inhaltlich in der Tat weniger gut mit den spezifischen Situationen in Einklang bringen, die durch die SPS angesprochen werden (z. B. „Ich werde ängstlich, wenn ich vor anderen Personen schreiben muss“ oder „Im Aufzug bin ich angepannt, wenn andere Leute mich anschauen“). Die geringe ABLEHN/SPS-Korrelation muss also nicht bedeuten, dass es der Subskala ABLEHN an Validität mangelt.

Bei der Beurteilung der Frage, ob ein neues Instrument das misst was es zu messen beabsichtigt, ist auch die Güte des zum Vergleich herangezogenen Instruments von Bedeutung. Die konvergente Validität einer neuen Skala mit einer etablierten Skala kann nicht höher ausfallen, als die Validität der Vergleichsskala es erlaubt (Lienert und Raatz, 1994). Eine kritische Betrachtung der SPS soll daher eine weitergehende Einordnung des erwartungswidrigen Befundes ermöglichen.

Heimberg (1992) berichtet für die Originalskalen SIAS/SPS zufriedenstellende psychometrische Eigenschaften, die Skalen wurden in vielen Untersuchungen eingesetzt (z. B. Wells und Papageorgiou, 1998; Hambrick et al., 2004; Hughes et al., 2006). Auch für die deutsche Version SIAS/SPS werden gute Werte berichtet (Stangier et al., 1999). Allerdings gab die kürzliche Überprüfung der psychometrischen Eigenschaften der beiden deutschen Skalen Anlass, die konvergente und diskriminante Validität der SPS in Frage zu stellen; d.h. es wurden für die SPS mittlere bis hohe diskriminante Korrelationen beobachtet, die ebenso hoch ausfielen wie die konvergenten Korrelationen (Heinrichs et al., 2002; Rabung et al., 2006). Eine weitere Studie zieht die faktorielle Validität in Zweifel (Brunhoeber und Maes, 2007). Diese Befunde lagen der Untersucherin leider nicht rechtzeitig vor, sie konnten daher bei den Überlegungen zur Auswahl der Validierungsinstrumente nicht berücksichtigt werden.

Zusätzlich zu den in der Literatur berichteten Befunden zur SPS sei auch noch einmal an die auffallende Verteilung der Messwerte in der hier untersuchten klinischen Stichprobe erinnert: die Werte der Sozialphobiker konzentrierten sich überraschenderweise im niedrigen Messwertebereich (s. Abschnitt 5.4.2.4, Abbildung 18, Histogramm).

Es muss also dahingestellt bleiben, wie die geringen Korrelationen von SPRECH und ABLEHN mit der SPS letztlich zu beurteilen sind. Da jedoch die konvergente Validität der beiden neuen Angstskalen mit dem SPIN und der SIAS erwartungsgemäß ausfallen, wird die Einschätzung der konvergenten Validität anhand der diesbezüglichen Ergebnisse als ausreichend angesehen. Hypothese 3 wird somit als bestätigt betrachtet.

Tabelle 55  
Relevante Teilergebnisse zur Hypothese 3

relevantes Teilergebnis zur Hypothese 3	pro H <sub>3</sub>	contra H <sub>3</sub>	unklar
konvergente Validität Subskala SPRECH mit SPIN r = .778	•		
konvergente Validität Subskala SPRECH mit SIAS r = .779	•		
konvergente Validität Subskala ABLEHN mit SPIN r = .667	•		
konvergente Validität Subskala ABLEHN mit SIAS r = .650	•		
konvergente Validität Subskala SPRECH mit SPS r = .607			•
konvergente Validität Subskala ABLEHN mit SPS r = .522			•

**Hypothese 4:** Es wird angenommen, dass die Korrelationen der Angst-Skala mit den Validierungsskalen signifikant höher als die Korrelationen der Defizit-Skala mit den Validierungsinstrumenten ausfallen:

$$r_{(\text{Angst neu, etablierte Skalen})} > r_{(\text{Defizit neu, etablierte Skalen})} \quad (5\% \text{-Niveau, einseitig})$$

Da bislang keine diagnostischen Instrumente existieren, die explizit soziale Defizite bei der Sozialen Phobie messen<sup>21</sup>, konnte die konvergente Validität der Defizit-Skalen in der vorliegenden Studie nicht überprüft werden (vgl. Ausführungen im Kapitel 3). Aufgrund der Störungscharakteristik der Sozialen Phobie (Wechselbeziehungen zwischen Ängsten und Defiziten) war davon auszugehen, dass auch die Defizit-Skalen nicht unwesentliche Zusammenhänge mit den Validierungsskalen aufweisen. Deshalb wurde untersucht, ob die Korrelationen der Angstskalen mit den Validierungsinstrumenten signifikant höher ausfielen als die Korrelationen der Defizit-Skalen mit den Validierungsinstrumenten. Dies stellt jedoch keine diskriminante Validitätsprüfung der Defizit-Skalen im testtheoretischen Sinn dar.

Die Ergebnisse der Korrelationsvergleiche ergaben ein gemischtes Bild (vgl. Tabelle 43, Abschnitt 5.4.2.5). Die Zusammenhänge der Skala SPRECH(Angst) sowohl mit dem SPIN als auch mit der

<sup>21</sup> s. Fußnote 10

SIAS fallen mit einer Irrtumswahrscheinlichkeit von  $p < .05$  (einseitig) signifikant höher aus als die Zusammenhänge der beiden Defizit-Skalen INTERAK und INFORMAT mit dem SPIN und der SIAS. Dieses Ergebnis kann dahingehend interpretiert werden, dass die Angst-Skalen nicht zufällig höher bzw. die Defizit-Skalen nicht zufällig geringer mit dem SPIN und der SIAS assoziiert sind, sondern aller Wahrscheinlichkeit nach auf der Verschiedenheit der Konstrukte beruhen. Tendenziell ( $p < .10$ ) zeigt sich diese Verschiedenheit auch bei dem höheren Zusammenhang der Skala ABLEHN(Angst) gegenüber dem weniger engen Zusammenhang von INFORMAT(Defizit) in Bezug auf den SPIN, und ebenso beim höheren Zusammenhang von SPRECH(Angst) gegenüber dem geringeren Zusammenhang von INFORMAT(Defizit) mit der SPS.

Aufgrund der weiter oben diskutierten kritischen Befunde zur Validität der Skala SPS in anderen Untersuchungen kann nicht sicher davon ausgegangen werden, dass die hier vorliegenden Befunde in Bezug auf die SPS zuverlässig sind. Daher wird, wie schon bei der konvergenten Validität, auch hier bei den Korrelationsvergleichen darauf verzichtet, die Ergebnisse im Zusammenhang mit der SPS zur Hypothesenprüfung heranzuziehen. Von den Ergebnissen der verbleibenden acht Korrelationsvergleiche stützen fünf die Hypothese 4 (eines davon tendenziell).

Die übrigen drei Korrelationsunterschiede wurden nicht signifikant. Betroffen war hiervon zum einen der Unterschied zwischen dem höheren Zusammenhang von ABLEHN(Angst) gegenüber dem geringeren Zusammenhang von INTERAK(Defizit) mit dem SPIN; ebenso wiederum der höhere Zusammenhang von ABLEHN(Angst) gegenüber dem geringeren Zusammenhang von INFORMAT(Defizit) mit der SIAS. Und schließlich erwies sich darüber hinaus der nicht bedeutsame Korrelationsunterschied zwischen ABLEHN(ANGST) und INTERAK(Defizit) bezüglich der SIAS als hypothesenkonträr.

Da sich bei der konvergenten Validitätsprüfung (Abschnitt 5.4.2.5) bereits zeigte, dass die Subskala ABLEHN offenbar einen zusätzlichen Angaspekt erfasst, der von den Validierungsinstrumenten nicht berücksichtigt wird - weshalb die konvergenten ABLEHN-Korrelationen weniger hoch ausfallen -, ist es nicht überraschend, wenn ABLEHN hier bei den Korrelationsvergleichen die Signifikanzprüfung nicht „besteht“; dies muss nicht bedeuten, dass ABLEHN sich inhaltlich nicht genügend von den Defizit-Skalen unterscheidet. Und was den hypothesenkonträren Befund betrifft - INTERAK(Defizit) korreliert *höher* als ABLEHN(Angst) mit SIAS -, ist zu bedenken, dass die SIAS Interaktions*angst* und INTERAK Interaktions*defizite* fokussiert. Beide Skalen fassen also aus unterschiedlicher Perspektive einen *interaktionellen* Aspekt ins Auge: SIAS im Hinblick auf Angst, INTERAK im Hinblick auf Defizite. So könnte sich der relativ enge Zusammenhang der Defizit-Skala INTERAK mit der SIAS erklären.

Insgesamt ergeben sich folgende Teilbefunde, die auf dem Hintergrund der vorangegangenen Überlegungen zu einer teilweisen Bestätigung von Hypothese 4 führen.

Tabelle 56  
 Relevante Teilergebnisse zur Hypothese 4

relevantes Teilergebnis zur Hypothese 4		pro H <sub>4</sub>	contra H <sub>4</sub>	unklar
SPRECH-SPIN > INTERAK-SPIN	p < .05	•		
SPRECH-SPIN > INFORMAT-SPIN	p < .05	•		
ABLEHN-SPIN > INTERAK-SPIN	n.s.		•	
ABLEHN-SPIN > INFORMAT-SPIN	p < .1	•		
SPRECH-SIAS > INTERAK-SIAS	p < .05	•		
SPRECH-SIAS > INFORMAT-SIAS	p < .05	•		
ABLEHN-SIAS < INTERAK-SIAS	n.s., <i>hypothesekonträr</i>		•	
ABLEHN-SIAS > INFORMAT-SIAS	n.s.		•	
SPRECH-SPS > INTERAK-SPS	n.s.			•
SPRECH-SPS > INFORMAT-SPS	p < .1			•
ABLEHN-SPS < INTERAK-SPS	n.s., <i>hypothesekonträr</i>			•
ABLEHN-SPS > INFORMAT-SPS	n.s.			•

**Hypothese 5:** Patienten mit Sozialer Phobie erreichen signifikant höhere Angst- und Defizit-Messwerte als gesunde Probanden. Dabei wird erwartet, dass sich die Skalen-Mittelwerte der beiden Gruppen stark unterscheiden:

$$\text{Mittelwerte}_{\text{Patienten}} > \text{Mittelwerte}_{\text{Gesunde}} \quad (5\% \text{-Niveau, einseitig}); \quad d = > 0.8$$

Die Mittelwertvergleiche zwischen Sozialphobikern und gesunden Probanden (s. Abschnitt 5.4.2.6) zeigten, dass die Werte der Sozialphobiker in sämtlichen Angst- und Defizit-Skalen sowie der SASKO-Gesamtskala nicht nur statistisch signifikant höher als die der Gesunden ausfielen (alle  $p \leq .001$ ), sondern auch, dass mit Effektstärken zwischen  $d = 2.09$  und  $3.07$  evidente Belege für eine sehr gute Differenzierungsleistung aller Skalen vorliegen. Zur Einordnung dieser Befunde wurden entsprechende Berechnungen auch für die verwendeten Validierungsskalen SPIN, SIAS und SPS vorgenommen. Auch hier ergaben sich für alle drei Skalen statistisch hochsignifikante Unterschiede zwischen den untersuchten Gruppen (alle  $p \leq .001$ ) mit vergleichbar hohen Effektstärken, allerdings nur bezüglich des SPIN ( $d = 2.71$ ) und der SIAS ( $d = 2.97$ ). Wiederum fällt die SPS auf, bei der die Werte von Sozialphobikern sich weniger von denen der Gesunden unterscheiden ( $d = 1.55$ ; vgl. auch Verteilung der SPS-Patienten-Messwerte, Abbildung 18 im Abschnitt 5.4.2.4).

Mit Hilfe des Effektstärkemaßes  $d$  können Mittelwertdifferenzen aus vergleichbaren Untersuchungen, auch bei Verwendung unterschiedlicher Meßinstrumente, einheitlich beurteilt werden (Wirtz und Nachtigall, 2006, S. 91). Zur Einordnung der hier vorliegenden Befunde ist daher von naheliegender Interesse, welche Ausmaße von Mittelwertunterschieden hinsichtlich des SPIN (Connor et al., 2000) und der SIAS/SPS (Stangier et al., 1999) im Hinblick auf Sozialphobiker und Gesunde in anderen Studien beobachtet wurden. Da von den Autoren keine Effektstärken berichtet wurden, können diese aus den publizierten Daten (Mittelwerte, Standardabweichungen,

Stichprobenumfänge) ermittelt werden. Einschränkend soll auf die Gefahr möglicher Verzerrungen bei der Berechnung von Effektstärken hingewiesen werden (vgl. dazu die kritischen Ausführungen im Abschnitt 5.2.2.6 zur Interpretation von Effektstärken).

Hinsichtlich des SPIN (Connor et al., 2002) untersuchten die Autoren u.a. eine Sozialphobiker-Gruppe (Gruppe IV, Patienten aus einer laufenden Medikamenten/VT-Studie: MW 38.8, SD 9.4, n = 67) und eine gesunde Kontrollgruppe (Gruppe I, gesunde Teilnehmer einer Blutdruckstudie: MW 33.0, SD 5.7, n = 68). Die Werte der Patienten lagen statistisch hochsignifikant ( $p \leq .001$ ) über denen der Gesunden, und die Mittelwertdifferenz ist mit  $d = 0.74$  erheblich. Jedoch fällt der Unterschied bei weitem nicht so stark aus wie zwischen den in der hier vorliegenden Studie untersuchten Sozialphobikern und Gesunden. Abgesehen von statistischen Verzerrungen kann es natürlich auch sein, dass die von Connor et al. untersuchten Sozialphobiker weniger stark beeinträchtigt waren.

Hinsichtlich der SIAS und der SPS konnten aus den Angaben von Stangier et al. (1999) Effektstärken berechnet werden (43 Patienten mit Sozialer Phobie ohne nennenswerten Schweregrad komorbider Störungen vs. 24 Kontrollpersonen ohne psychische Störung; SIAS-Patienten: MW 40.8, SD 16.6; SIAS-Gesunde: MW 12.5, SD 5.7; SPS-Patienten: MW 28.6, SD 16.2; SPS-Gesunde MW 6.8, SD 4.8). So zeigt sich für SIAS mit  $d = 2.03$ , dass dieser Befund eher mit den Verhältnissen in der vorliegenden Stichprobe (SIAS  $d = 2.97$ ) vergleichbar ist. Für die SPS ergibt sich für die von Stangier et al. untersuchten Gruppen eine Effektstärke von  $d = 1.64$ , das dem Ergebnis in der vorliegenden Stichprobe (SPS  $d = 1.55$ ) ähnlich ist.

Zu bedenken ist, dass die Vergleichbarkeit von Effektstärken aus unterschiedlichen Studien schwierig ist, da mögliche Unterschiede in den Patienten-Stichproben bezüglich der Schwere der Sozialphobie und des Vorliegens etwaiger komorbider Störungen sich unmittelbar auf die Messwerte auswirken. Deshalb sind die weiter oben angeführten Vergleiche mit dem SPIN, der SIAS und der SPS innerhalb der vorliegenden Studie am aussagekräftigsten, weil sie sich auf die selben untersuchten Stichproben beziehen.

Weiterhin wurden die Sensitivität und die Spezifität des Analyse-Instruments untersucht (s. Abschnitt 5.4.2.7). Hierzu wurden keine Hypothesen aufgestellt. Die Befunde zur Sensitivität und Spezifität belegen eine hohe differentielle Validität des Analyse-Instruments: die Gesamtskala befundete 93% der Patienten und ebenfalls 93% der gesunden Probanden richtig, während die Sensitivität der Subskalen 88 bis 93% und die Spezifität 78 bis 92% betrug.

Verglichen mit der Differenzierungsleistung der Validierungsinstrumente sind diese Werte sehr gut. Das SPIN differenziert zwischen Sozialphobikern und gesunden Kontrollpersonen in 80% der Fälle richtig (Connor et al., 2000). Die SIAS diskriminiert in 89.6% aller Fälle zwischen Sozialphobikern und nichtklinischen Kontrollpersonen, die SPS ordnet diese Gruppen zu 77.6% richtig zu (Stangier et al., 1999).

Hinsichtlich der Hypothese 5 bleibt festzuhalten, dass die untersuchten Patienten in den Skalen des Analyse-Instruments erwartungsgemäß im Mittel weitaus höhere Messwerte erreichten als gesunde Probanden, und dass das Ausmaß der Mittelwertunterschiede realistisch erscheint im Vergleich mit den festgestellten Mittelwertunterschieden bei den Validierungsskalen. Hypothese 5 kann damit als verifiziert angesehen werden.

Tabelle 57  
Relevante Teilergebnisse zur Hypothese 5

relevantes Teilergebnis zur Hypothese 5	pro H <sub>5</sub>	contra H <sub>5</sub>	unklar
SPRECH <sub>Patienten</sub> > SPRECH <sub>Gesunde</sub> (p ≤ .001)	•		
ABLEHN <sub>Patienten</sub> > ABLEHN <sub>Gesunde</sub> (p ≤ .001)	•		
INTERAK <sub>Patienten</sub> > INTERAK <sub>Gesunde</sub> (p ≤ .001)	•		
INFORMAT <sub>Patienten</sub> > INFORMAT <sub>Gesunde</sub> (p ≤ .001)	•		
Effektstärke Mittelwertdifferenz SPRECH d = 3.07	•		
Effektstärke Mittelwertdifferenz ABLEHN d = 2.53	•		
Effektstärke Mittelwertdifferenz INTERAK d = 2.55	•		
Effektstärke Mittelwertdifferenz INFORMAT d = 2.09	•		

## 6.2 Nebenbefund: Subskala Einsamkeit

Als nicht hypothesengeleitet Nebenbefund der vorliegenden Untersuchung ergab die exploratorische Faktorenanalyse einen fünften Faktor, der als **Einsamkeit** interpretiert werden konnte, und der weder dem Konzept der sozialen Angst noch dem der sozialen Defizite zuzuordnen ist. Da Einsamkeit jedoch für die Sozialphobie relevant zu sein scheint, wurde der Faktor bzw. die daraus abgeleitete Subskala EINSAM im Verlauf der Untersuchungen beobachtet.

Die Interpretation des Faktors erfolgte – ohne theoretische Auseinandersetzung mit dem Merkmal Einsamkeit – allein anhand der ihn repräsentierenden, recht hochladenden fünf Items (s. Abschnitt 5.1.2.4). Der Faktor wird charakterisiert durch den Wunsch nach mehr privaten sozialen Kontakten (Item 063, Markiertvariable), den Leidensdruck am Mangel an Kontakten (Item 070) sowie durch Aussagen, die sich auf die Feststellung weniger sozialer und beruflicher Kontakte beziehen (Items 044, 030). Das Item 055 „Ich würde mich als einzelgängerischen Menschen bezeichnen“ hat eine nahezu gleichhohe Doppelladung auf Faktor 3, Interaktionsdefizite. Hierzu wurde im Zusammenhang mit Faktor 3 erörtert, dass „Einzelgängertum“ im Kontext der Sozialen Phobie nicht als Persönlichkeitsmerkmal im Sinne von gering ausgeprägter Geselligkeit gesehen werden kann. Die Doppelladung des Items auf dem Faktor Einsamkeit unterstreicht dies, da die Aussage hier in Verbindung mit dem Wunsch nach sozialen Kontakten („Ich wünschte, ich hätte mehr private soziale Kontakte“, Item 063) und mit besagtem Leidensdruck („Ich leide darunter, daß ich wenig soziale Kontakte habe“, Item 070) in Erscheinung tritt. Dies steht im Einklang mit dem Störungskonzept, wonach der Wunsch nach Kontakten bei der Sozialen Phobie vorhanden ist. Die – wenn auch geringe – negative Nebenladung des Items 063 (Wunsch nach mehr sozialen

Kontakten) in Höhe von  $-.114$  auf dem Faktor Interaktionsdefizite könnte zusätzlich belegen, dass Einzelgängertum bei der Sozialen Phobie eben nicht den Charakter von Ungeselligkeit hat.

Die interne Konsistenz der Subskala EINSAM ist trotz der nur fünf darin enthaltenen Items mit  $\alpha = .75$  und  $.72$  in den beiden Gesunden-Stichproben und  $\alpha = .82$  in der klinischen Stichprobe vergleichsweise hoch. Bei der Testwiederholung zeigte sich die Skala im Gegensatz zu den SASKO-Angst- und Defizit-Skalen jedoch auffallend instabil ( $r_{tt} = .212$ ), was darauf verweist, dass es sich bei dem erfassten Merkmal offenbar um ein *state* handelt.

Der Mittelwert der Sozialphobiker in der Skala EINSAM liegt - ebenso wie die Mittelwerte aller SASKO-Skalen - beträchtlich über dem der Gesunden (Sozialphobiker: MW  $.1.75$ , SD  $.77$ ; Gesunde: MW  $.46$ , SD  $.46$ ;  $d = 2.52$ ), was die Bedeutung von Einsamkeit für das Störungsgeschehen der Sozialen Phobie hervorhebt. Die Störungsbeschreibung der ICD-10 weist auf die Möglichkeit der sozialen Isolierung hin: „In extremen Fällen kann beträchtliches Vermeidungsverhalten schließlich zu vollständiger Isolierung führen“, und im DSM-IV heißt es: „Das soziale Netz von Personen mit Sozialer Phobie ist häufig klein [...]“ oder die Betroffenen „verzichten vollständig auf Verabredungen oder ziehen sich in ihre Herkunftsfamilie zurück“. Möglicherweise können Gefühle von Einsamkeit bereits festgestellt werden, lange bevor soziale Isolierung eintritt, wenn das Vermeidungsverhalten noch nicht so ausgedehnt ist.

Wie sich in der vorliegenden Untersuchung zeigte, erwies sich der Einfluss von Einsamkeit auf die Testwerte in den SASKO-Skalen SPRECH, INTERAK und INFORMAT als beträchtlich, während die Skala ABLEHN nicht von Einsamkeit, sondern von Depressivität beeinflusst wurde. Dies war sowohl in der Gesunden-Stichprobe als auch bei den Sozialphobikern zu beobachten (vgl. Tab. 32 und 51). Im vorigen Diskussionsabschnitt wurde dargelegt, dass der Faktor Angst vor Ablehnung zwar auch die Angst vor Peinlichkeit und Kritik betrifft, jedoch darüber hinaus eine grundlegende Angst vor genereller Ablehnung und Zurückweisung zu erfassen scheint, die mehr noch den geringen Selbstwert berührt, der bei der Sozialen Phobie häufig vorkommt. Auch bei depressiven Erkrankungen kann ein geringer Selbstwert vorliegen. Der Faktor 2, Angst vor Ablehnung (und nur dieser), betrifft also scheinbar einen Merkmalsaspekt, den die Sozialphobie mit der Depression teilt. Daher scheint es plausibel, dass die Depressivitäts-Werte einen erheblichen Varianzanteil zwar der ABLEHN-Werte erklären, nicht aber der Werte in den übrigen SASKO-Subskalen (wenn diese Sozialphobie-spezifisch sind). Insofern könnte der unterschiedliche Einfluss von Einsamkeit und Depressivität gut zur inhaltlichen Unterscheidung der beiden Angst-Subskalen SPRECH und ABLEHN beitragen. Möglicherweise lassen sich diese Ergebnisse auch im Hinblick auf die Frage der Subtypen-Abgrenzung interpretieren (s. Abschnitt 2.2.3.1). So könnte es sein, dass die Sprech- und Mittelpunktangst für alle Grade der Störungsausprägung und beide Subtypen relevant ist (spezifischer *und* generalisierter Typus), die Angst vor Ablehnung – dann auch in Verbindung mit Einsamkeit – aber vor allem bei höheren Störungsgraden auftritt. Gerade der generalisierte Subtyp der Sozialphobie und ebenso die Vermeidend-Selbstunsichere Persönlich-

keitsstörung gehen oftmals mit komorbiden Störungen (besonders häufig Depressionen, vgl. Abschnitt 2.2) und einem ausgeprägt niedrigen Selbstwertgefühl einher.

Diese Überlegungen müssen jedoch spekulativ bleiben. Weitere Untersuchungen wären nötig, um die Bedeutung von Einsamkeit bei der Sozialen Phobie – auch im Zusammenhang mit Depressivität und im Hinblick auf die Subtypen-Abgrenzung – zu klären.

### **6.3 Anmerkungen zur Methodik**

*Forschungsansatz.* Der quantitative Ansatz und das Gesamtdesign der Untersuchung erscheinen dem Ziel der Arbeit, soziale Ängste und soziale Defizite unter psychometrischen Aspekten zu differenzieren, angemessen. Mit dem hierfür konstruierten Analyse-Instrument war es möglich, die Untersuchung auf große Datenmengen in den einzelnen Untersuchungsabschnitten zu stützen, was der Aussagekraft der Ergebnisse sicherlich zugute kommt.

*Item-Generierung.* Die Items des vorliegenden Fragebogens wurden auf dem Hintergrund des Forschungsstandes zur Sozialen Phobie, aus klinischen Beobachtungen und aus vorhandenen störungsspezifischen Diagnoseinstrumenten in abgewandelter Form gewonnen. Es sollte nicht das Rad neu erfunden werden, sondern es wurde davon ausgegangen, dass aus den bisherigen Forschungen zur Sozialen Phobie genügend Erkenntnisse und Wissen vorhanden sind, die es erlauben, soziale Ängste und soziale Defizite unter differentiellem Blickwinkel zu betrachten. Eine nützliche Ergänzung wäre aber sicherlich ein zusätzliches qualitatives Vorgehen gewesen, um von sozialphobischen/sozialängstlichen Patienten selbst formulierte Aussagen zu sammeln. Insbesondere hinsichtlich der Operationalisierung weiterer Defizit-Items hätte dieses Vorgehen die Itemsammlung bereichern können.

Die abschließende Selektion aus den für das Analyse-Instrument ausgewählten Items bleibt eine zu erledigende Aufgabe nach der Fertigstellung der Arbeit im Hinblick auf die Konstruktion eines klinisch-diagnostischen Fragebogens zur differentiellen Erfassung sozialer Ängste und sozialer Defizite bei der Sozialen Phobie.

*Strukturmodellierung im Rahmen einer konfirmatorischen Faktorenanalyse.* Zur faktoriellen Überprüfung wurde die Methode der Strukturmodellierung im Rahmen einer konfirmatorischen Faktorenanalyse verwendet. In der Literatur werden nicht nur die Vorteile dieser Methode betont, sondern auch offene Fragen aufgeworfen (vgl. z. B. Backhaus et al., 2006; Kline, 1988; Schermelleh-Engel und Keith, 1998). Bislang ungeklärt ist beispielsweise die Frage, wie nah ein postuliertes Modell überhaupt an das perfekte Modell heranreichen muss, um sagen zu können, dass es passt. Eine weitere fundamentale Schwierigkeit betrifft die Bedeutung eines Modells: wenn ein Modell auf die Daten passt, heißt das nicht, dass es das einzig passende Modell wäre. Es könnte viele hypothetische Faktorenstrukturen geben, die sich ebenso bestätigen ließen. Hier können nur theoretische Vorüberlegungen zumindest Anhaltspunkte dafür liefern, dass es sich nicht um ein völlig bedeutungsloses Modell handelt.

An dieser Stelle kann zusätzlich das Ergebnis einer post hoc durchgeführten explorativen Faktorenanalyse anhand der Daten von Studie 2 (unabhängige Stichprobe) erwähnt werden, die die faktorielle Validität des Analyse-Instruments unterstützt. Leonhart (2004) nimmt an: „Wenn die Validierung eines über eine explorative Faktorenanalyse definierten Modells durch eine zweite explorative Faktorenanalyse erfolgen würde, ergäbe sich meist nur ein einzelner [sic] Faktor (= Generalfaktor) und eine Anzahl von Restfaktoren. Gerade wenn ein Fragebogen mit vielen Faktoren validiert werden soll, kann über die explorative Faktorenanalyse die gewünschte Struktur nicht bestätigt werden“ (S. 371). Im vorliegenden Fall verhielt es sich anders: die vier Faktoren zu sozialen Ängsten und sozialen Defiziten ließen sich bei der zweiten exploratorischen Faktorenanalyse erneut identifizieren und konnten gleichsinnig interpretiert werden (die Faktoren 2 und 3 tauschen lediglich die Reihenfolge). 33 Items blieben stabil unter den gleichen Faktoren, die sie auch in Studie 1 stützten. Von den restlichen Items wechselten einige den Faktor innerhalb der gleichen Dimension (Angst/Angst bzw. Defizit/Defizit), und nur wenige Items wechselten zugleich die Dimension (Angst/Defizite bzw. versa vice).

*Stichproben.* Die Entwicklung des Analyse-Instruments stützte sich in Studie 1 und 2 auf zwei Stichproben gesunder Probanden (vgl. Abschnitt 4.1). Dies war möglich und sinnvoll, da soziale Ängste auch in der Normalbevölkerung hinreichend ausgeprägt vorkommen, um die interessierenden Merkmale messen zu können; außerdem konnten auf diese Weise Daten für den Vergleich mit klinischen Probanden gewonnen werden.

Als eine Besonderheit der vorliegenden Untersuchung ist hervorzuheben, dass es sich bei den beiden recht großen Gesunden-Stichproben (Studie 1: 242 Probanden, Studie 2: 171 Probanden) nicht um studentische Populationen handelt. Damit sollte die Wahrscheinlichkeit übergroßer Messfehler aufgrund von unrepräsentativen Stichproben eingeschränkt werden. „Die Durchsicht psychologischer Fachzeitschriften [...] zeigt, dass der größte Teil der verwendeten Versuchspersonenstichproben sich aus College- und Universitätsstudenten rekrutiert, von denen wieder ein unrepräsentativ hoher Anteil Psychologiestudenten sind“ (Amelang und Bartussek, 2001, S. 125). Auch Meyer (2004) kritisiert bezugnehmend auf Sader (1994), der sich seinerseits auf Sears (1986) bezieht, dass sich bereits 1979 der überwiegende Anteil der psychologischen Forschungsstudien (70% !) auf studentische Populationen bezog, und damit seien „wesentliche Teile der sozialpsychologischen Forschung [...] zu einem gewissen, quantitativ allerdings nicht recht abschätzbaren, Anteil ein Kunstprodukt hilfsbereiter und freundlicher Psychologiestudenten, teilweise in Ableistung ihrer Verpflichtung als Versuchspersonen“ (Meyer, 2004, S. 242).

Die Rekrutierung der beiden vorliegenden Gesunden-Stichproben durch insgesamt 45 geschulte MultiplikatorInnen (vgl. Abschnitt 4.1) war zwar ungleich aufwändiger, jedoch dürfte sich die zeitliche und finanzielle Investition im Hinblick auf die Aussagekraft der vorliegenden Ergebnisse gelohnt haben. Der Stichprobenvergleich der beiden Gesunden-Stichproben (vgl. Abschnitt 5.2.2.6) hat gezeigt, dass die Stichproben der gleichen Grundgesamtheit (Normalbevölkerung) entstammen. Die Verhältnisse in der Normalbevölkerung bilden die beiden Stichproben und auch die zusammengefasste Gesunden-Stichprobe jedoch nicht ab. Repräsentativität ist bei solchen

Untersuchungen wie der vorliegenden in aller Regel aus praktischen Gründen nicht herstellbar, weshalb gewisse Stichprobenfehler (z. B. unausgewogenes Geschlechterverhältnis) unvermeidlich sind (vgl. Nachtigall und Wirtz, 2006).

Zur klinischen Stichprobe ist zu sagen, dass das Komorbiditätsproblem, das in der Forschungsliteratur zur Sozialen Phobie durchgängig thematisiert wird, sich auch in der hier untersuchten Stichprobe widerspiegelt (vgl. Anhang 18, einzelfallbezogene Diagnosen). Auf eine ausreichend große Zahl von Patienten mit der Einzeldiagnose einer Sozialphobie zu warten, hätte jedoch den begrenzten zeitlichen Rahmen des Dissertationsprojekts gesprengt.

## **6.4 Limitierungen der Studie**

Die Ergebnisse der vorliegenden Studie unterliegen einigen Einschränkungen hinsichtlich ihrer Gültigkeit.

- Die untersuchte klinische Stichprobe setzte sich überwiegend aus Patienten mit Sozialer Phobie und zusätzlichen Störungen zusammen. Eine Soziale Phobie als alleinige Diagnose lag nur bei einem Fünftel der Patienten vor. Die Ergebnisse der klinischen Validierungsstudie (Studie 4) können daher vor allem auf Sozialphobiker mit zusätzlichen Störungen übertragen werden.
- Die inhaltliche Validität der Defizit-Skalen wurde theoriegeleitet begründet. Die Überprüfung der Kriteriumsvalidität konnte jedoch in Ermangelung geeigneter Vergleichsinstrumente empirisch nur vage eingeschätzt werden (anhand „diskriminanter“ Gesichtspunkte gegenüber den Angst-Skalen im Zusammenhang mit den verwendeten etablierten Skalen zur Diagnostik der Sozialen Phobie). Die Ergebnisse lassen zwar vermuten, dass die Erfassung sozialer Kompetenz- und Performanzdefizite mit dem vorliegenden Instrument in die richtige Richtung zielt. Trotzdem behält die Operationalisierung der Defizit-Aspekte vorläufig noch hypothetischen Charakter.
- Die diskriminante Validität des Analyse-Instruments anhand konstruktferner Skalen wurde im Rahmen der vorliegenden Studie nicht überprüft. Die Aufnahme zusätzlicher Skalen in das Testpaket hätte dies ermöglicht, jedoch sollten die Probanden durch das Ausfüllen weiterer Fragebögen nicht noch mehr belastet werden. Außerdem sollten mit dieser Arbeit zunächst ausreichende Hinweise zur faktoriellen und zur Kriteriumsvalidität sowie zur Reliabilität des Instruments gesammelt werden, die weitere Untersuchungen zur Validität überhaupt sinnvoll erscheinen lassen.
- Die zur Validierung unter anderem verwendete Skala SPS weist in Teilen Schwächen auf, die sich in anderen Studien gezeigt haben, und die auch in der vorliegenden Studie möglicherweise zu unklaren Teilbefunden führte. Die diesbezüglichen Ergebnisse sind deshalb nur mit Vorbehalt zu interpretieren.

- Die Untersuchungen zur differentiellen Validität des Instruments beschränken sich auf die Unterscheidungsfähigkeit zwischen nichtklinischen und klinischen Probanden mit Sozialphobie. Andere klinische Störungsgruppen wurden im Rahmen der vorliegenden Studie nicht untersucht.

## 6.5 Schlussfolgerungen und Ausblick

Bisher liegen keine Studien vor, die den Bereich der sozialen Kompetenzdefizite bei der Sozialen Phobie untersucht haben (vgl. Fydrich, 2002). Die vorliegende Arbeit stellt einen Beitrag dar, diesen vernachlässigten Forschungsgegenstand aufzugreifen. Sie kann für sich in Anspruch nehmen, soziale Ängste und soziale Defizite auf dem Hintergrund des Störungskonstrukts der Sozialen Phobie eingehender untersucht zu haben, mit dem Ziel, diese beiden wesentlichen Störungsmerkmale reliabel und valide differentiell zu erfassen.

Dass ein solches Instrument zur Diagnostik der Sozialen Phobie von unmittelbar praktischer Relevanz ist, wird durch den Bedarf an diagnostischen Instrumenten mit guten psychometrischen Eigenschaften für die Problemanalyse und die Therapieplanung deutlich (Stangier und Fydrich, 2002; Mitte et al., 2007). Die Frage, ob eine Angstbehandlung oder ein soziales Kompetenztraining (oder beides) indiziert ist, kommt an einer eingehenden Diagnostik sozialer Defizite nicht vorbei: kommunikativ-interaktionelle Performanzdefizite können angstmoderiert, aber ebenso das Resultat mangelnder Fähigkeiten der sozialen Wahrnehmung, Prozesssteuerung und Informationsverarbeitung sein (vgl. insbes. Morrison und Bellack, 1981; ebenso Ferstl, 2007). Dabei kann ein Messinstrument wie das vorliegende gute Dienste leisten, indem es spezifische Anhaltspunkte für das weitergehende diagnostische Interview liefert, die durch bereits existierende Inventare zur Erfassung der sozialphobischen/sozialängstlichen Symptomatik nicht ausreichend berücksichtigt werden. Das bedeutet nicht, dass das für den Zweck der vorliegenden Untersuchung konstruierte Instrument nicht optimierungsbedürftig wäre – die Erforschung sozialer Kompetenzdefizite bei der Sozialen Phobie steht, wie die aktuelle Forschungslage zeigt (vgl. Abschnitt 2.1.2), im Gegensatz zur wissenschaftlichen Analyse der Performanzdefizite noch sehr am Anfang. „Ein allumfassendes Instrument, das sich gleichsam wie der Hase aus dem Zylinder ziehen lässt und soziale Kompetenz [bzw. soziale Defizite; Anm. d. Verfasserin] als Ganzes zu messen vermag, gibt es nicht und wird es sicherlich auch niemals geben. Dies kann man bedauern, weil es die Arbeit des Diagnostikers nicht erleichtert, andererseits zwingt es auch immer wieder zur Auswahl bzw. zur Konstruktion spezifischer Instrumente, die auf die konkret vorliegende diagnostische Aufgabe abgestimmt sind und daher allemal nützlichere Ergebnisse versprechen als ein sehr globales Instrument.“ (Kanning, 2003, S. 30).

Ausgehend von den ermutigenden Befunden der vorliegenden Untersuchung ergeben sich eine Reihe von Anknüpfungspunkten für weitere Forschungen. Im direkten Zusammenhang mit der Optimierung der SASKO-Skalen ergeben sich diese zunächst aus den oben genannten Limitierungen:

- Zur Erweiterung des Spektrums von Aussagen zu sozialen Kompetenz- und Performanz-Defiziten könnten qualitative Studien beitragen, in denen Patienten mit Sozialer Phobie ihre diesbezüglich subjektiv wahrgenommenen Schwierigkeiten beschreiben. Die Exploration sollte nach Möglichkeit an getrennten Gruppen von Patienten mit alleiniger Sozialphobie und solchen mit zusätzlichen Störungen erfolgen, um die störungsbezogene Spezifität sozialer Defizite genauer herauszuarbeiten. „Die Merkmalsanalyse spielt [...] eine bevorzugte, ja ausschlaggebende Rolle, wenn es sich um die Untersuchung einer Fähigkeit, Fertigkeit oder Eigenschaft handelt, die bisher noch nicht oder nur unzulänglich mit einem Test erfasst worden ist. Da man hierbei gewissermaßen Neuland betritt, ist die Konzeptbildung aus den Ergebnissen der Merkmalsanalyse ein sehr mühevolleres und meist auch langwieriges Unterfangen, das von einem einzelnen Testautor kaum erfolgreich bewältigt werden kann“ (Lienert/Raatz, S. 50f).
- Das Instrument sollte an größeren Stichproben von Sozialphobikern ohne und mit komorbiden Störungen getestet werden. Stangier und Fydrich (2002) betonen die Notwendigkeit geeigneter Instrumente, die soziale Angststörungen auch bei Vorliegen komorbider Störungen identifizieren können.
- Die konvergente Validität der Angst-Skalen sollte aufgrund der unklaren Befunde im Zusammenhang mit der SPS anhand weiterer Selbstrating-Instrumente mit direktem Bezug zur Sozialen Phobie untersucht werden. Da die diesbezügliche Auswahl nicht sehr groß ist (s. Abschnitt 2.3), bietet sich eine Überprüfung anhand des SPAI (Fydrich, 2002b) an.
- Untersuchungen zur diskriminanten Validität anhand konstruktferner Instrumente sollten die Validierung der Angst-Skalen vervollständigen.
- Zur Überprüfung der Änderungssensitivität der SASKO-Skalen könnte das Instrument zur Therapieverlaufskontrolle eingesetzt werden, beispielsweise bei sozialphobischen Patienten vor und nach einer Verhaltenstherapie im Vergleich mit Kontrollgruppen. Besonders aufschlussreich wären diesbezügliche vergleichende Studien, bei denen entweder eine Angstbehandlung oder aber ein soziales Kompetenztraining im Vordergrund steht.

Darüber hinaus ergeben sich weitere Forschungsfragen:

Der Zusammenhang zwischen der Störungsausprägung der Sozialen Phobie und dem Therapieerfolg bzw. Therapiemißerfolg – auch unter Berücksichtigung der Überlappung der Sozialen Phobie mit der Ängstlichen (vermeidenden) Persönlichkeitsstörung bzw. der häufigen Komorbidität beider Störungen – wirft die Frage auf, wie sich die Behandlungsangebote für schwer beeinträchtigte Patienten verbessern lassen, insbesondere im Hinblick auf stark ausgeprägte soziale Defizite. Fiedler (2000) hebt hinsichtlich der Behandlung von Persönlichkeitsstörungen hervor, dass das Training sozialer Fertigkeiten Vorrang vor einsichtsorientierten Ansätzen haben sollte: „In *keiner* vorliegenden Vergleichsstudie geht die Wirksamkeit

alternativer Therapieangebote - was die Entwicklung prosozialer Kompetenzen angeht - über das Training sozialer Fertigkeiten hinaus. Zumeist erweist sich vielmehr das Sozialtraining als zum Teil deutlich überlegen - und zwar sehr tragfähig (die Katamnese-Studien umfassen gelegentlich mehrere Jahre)" (S. 221).

An anderer Stelle betont Fiedler jedoch, dass sich trotz der ermutigenden Befunde vorhandene Gefühle der Einsamkeit und des Alleingelassenwerdens durch ein Sozialtraining nicht beeinflussen lassen (2001, S. 499). Hier stellt sich die Frage, welche Grenzen soziale Einsamkeit dem Transfer von in der Therapie erworbenen Kompetenzen auf das Alltagsleben setzt bzw. ob bei schweren Sozialphobien nicht eigentlich die Anzahl neuer Kontakte ein Indikator für Therapieerfolg sein müsste. Dies würde nicht einfach nur eine Verlängerung standardisierter Kompetenztrainings bedeuten, sondern neu zu konzipierende Langzeit-Trainings erfordern, welche sich an den Lebenswirklichkeiten der Betroffenen orientieren (vgl. Morrison und Bellack, 1981). Und möglicherweise müssen dabei auch implizite Erwartungen und Urteile potentieller neuer Freunde bedacht werden:

*„[...] Es ist jetzt so schlimm geworden, dass ich gar keine Freunde mehr habe. Ich flüchte regelrecht, wenn ich neue Leute kennelernen [sic] will. Aber ich bin froh, dass es nicht ich bin, sonder [sic] SP. Leider habe ich noch nie jemanden getroffen, dem es ähnlich ging. Endlich habe ich mich getraut im Internet nachzuschauen und war überrascht. Vielleicht kann mir nie jemand helfen, aber es beruhigt mich schon, dass es anderen genauso geht. Vielleicht werde ich in eine Selbsthilfegruppe gehen, wenn ich mich traue - haha. Ich bin todunglücklich, denn ich bin immer allein und wenn man jemand kennenlernt und sagt, man hat keine Freunde und geht nie weg... dann wendet er sich ab...“*  
(Ausschnitt des Eintrags im „Gästebuch Sozialphobie“, Nr. 676 v. 18.11.06, Internet, gelesen 20.08.07)

Wie sich als Nebenbefund in der vorliegenden Studie herausstellte, spielt Einsamkeit eine nicht unerhebliche Rolle im Störungsgeschehen der Sozialen Phobie. Soziale Einsamkeit könnte – als Vorbote sozialer Isolation – zur Entstehung, zur Aufrechterhaltung oder zum Verlust sozialer Kompetenzen und zur Entwicklung einer Sozialen Phobie beitragen. Weitere Forschungen wären notwendig, um diesbezügliche Zusammenhänge zu erhellen.

Die Grenzen zwischen normalen sozialen Hemmungen/Unsicherheiten und klinischen Ausprägungen Sozialer Phobien sind fließend. Klinischen Beobachtungen und Forschungsbefunden zufolge werden die Auswirkungen der Sozialen Phobie oftmals unterschätzt. Schwere Störungsausprägungen gehen mitunter mit dramatischen Beeinträchtigungen im Lebensalltag der Betroffenen einher (z. B. Turner et al., 1986; Margraf und Rudolf, 1999; Stein und Kean, 2000; Erwin et al., 2004), und selbst bei schweren sozialen Ängsten und sozialen Defiziten wird oftmals keine Sozialphobie diagnostiziert (Dally et al., 2005). Kürzlich wurde ein vom Bundesministerium für Bildung und Forschung geförderter, interdisziplinärer Forschungsverbund (SOPHO-NET, 2007) gegründet, der sich zum Ziel gesetzt hat, das Verständnis und die Behandlung der Sozialen Phobie zu verbessern. So bleibt zu wünschen, dass den bislang vernachlässigten Störungsaspekten der Sozialen Phobie in Zukunft vermehrt Aufmerksamkeit geschenkt wird und Anstrengungen

unternommen werden, um eine Verbesserung der störungsbezogenen Aufklärung und Prävention zu erreichen.

## 7 Zusammenfassung

*Hintergrund:* Die Soziale Phobie gilt als eine psychische Erkrankung, die durch übertriebene Angst vor Peinlichkeit und Kritik in unterschiedlichsten sozialen Situationen charakterisiert ist. Die Störung zeichnet sich durch eine enge Verbundenheit und wechselseitige Beeinflussung der emotionalen, physiologischen, kognitiven und motorisch-behavioralen Erlebens- und Verhaltensebenen aus. Dabei kann die vorhandene Fähigkeit, sich sozial kompetent zu verhalten, entweder durch Angst blockiert sein, oder es können soziale Performanz- und Kompetenz-Defizite in unterschiedlichem Ausmaß vorliegen. Die Störung kann mit erheblichem Vermeidungsverhalten im interaktionellen Kontext einhergehen. Je nach Ausprägung und Konstellation der Symptome kann eine Angstbehandlung oder ein Soziales Kompetenztraining (oder beides) indiziert sein. Zur Diagnostik der Sozialen Phobie ist daher ein Messinstrument nützlich, das soziale Ängste und soziale Defizite differentiell erfasst. Ein solches Instrument existiert nach derzeitigem Kenntnisstand bislang nicht.

*Ziel der Studie:* Ziel der Studie war es zu untersuchen, ob beiden Dimensionen soziale Ängste und soziale Defizite bei der Sozialen Phobie differentiell in reliabler und valider Weise erfasst werden können.

*Methodik:* Für den Zweck der Untersuchung wurde ein Selbstrating-Instrument konstruiert, das in vier einzelnen Studienabschnitten an vier Stichproben evaluiert wurde. In *Studie 1* wurde die Differenzierbarkeit der beiden Dimensionen Angst und Defizite an 242 gesunden erwachsenen Probanden (Frauen und Männern) faktorenanalytisch exploriert und die Skalenbildung für den weiteren Untersuchungsprozess vorgenommen. Die Rekrutierung der Stichprobe erfolgte über die persönliche Ansprache potentieller Testteilnehmer durch 22 geschulte Multiplikatorinnen und Multiplikatoren sowie durch die Untersucherin selbst. *Studie 2* diente der Überprüfung der identifizierten Faktorenstruktur mittels konfirmatorischer Faktorenanalyse an einer zweiten, unabhängigen Stichprobe von 171 gesunden erwachsenen Personen (Frauen und Männern). Die Stichprobengewinnung erfolgte, analog zur Studie 1, über 13 andere, ebenfalls geschulte MultiplikatorInnen und die Untersucherin selbst. In *Studie 3* wurde die Retest-Reliabilität des Instruments anhand einer 89 Personen umfassenden Unterstichprobe von Studie 2 untersucht. In *Studie 4* erfolgte die Überprüfung der konvergenten Validität des Instruments. Hierfür wurde eine Stichprobe von 68 weiblichen und männlichen Patienten mit diagnostizierter Sozialphobie untersucht, die aus verschiedenen klinischen Einrichtungen stammten. Die Diagnosestellung und die Ausgabe der Testunterlagen im Rahmen der klinischen Studie erfolgten durch die jeweiligen psychologischen und ärztlichen Behandlerinnen und Behandler im Rahmen der Eingangsdagnostik (ambulantes und klinisches Setting). Zur Validierung wurden drei etablierte Selbstrating-Skalen eingesetzt, die auf dem Hintergrund des Störungskonstrukts der Sozialen Phobie entwickelt wurden: die deutschen Versionen der Social Interaction Anxiety Scale (SIAS) und der Social Phobia Scale (SPS) sowie das Social Phobia Inventory (SPIN) in deutscher Übersetzung.

*Ergebnisse:* Die mit dem für die vorliegende Studie konstruierten Messinstrument durchgeführten Analysen zeigten, dass die Dimensionen soziale Angst und soziale Defizite sich faktorenanalytisch gestützt unterscheiden lassen. Die exploratorische Faktorenanalyse führte zu einer 5-faktoriellen Lösung mit *zwei Angst-Faktoren* (Sprech- und Mittelpunktsangst, Angst vor Ablehnung) und *zwei Defizit-Faktoren* (Interaktionsdefizite, Informationsverarbeitungsdefizite), die mit dem Störungs-konstrukt der Sozialen Phobie im Einklang stehen. Der fünfte Faktor spiegelt offensichtlich ungewollte Einsamkeit wider - ein Merkmal, das konzeptionell weder unter Angst noch unter Defizite zu fassen ist, jedoch störungsrelevant zu sein scheint. Die Angst- und Defizit-Faktoren-struktur konnte mittels konfirmatorischer Faktorenanalyse repliziert werden ( $\chi^2/df = 1.66$ ; RMSEA = .06; GFI = .96; AGFI = .95; NFI = .95; RMR = .03).

Entsprechend der Faktorenlösung wurden fünf Skalen gebildet. Die aus den Angst- und Defizit-Subskalen gebildete Gesamtskala „SASKO“ (Soziale Angst – Soziale Kompetenzdefizite) weist über alle Stichproben hinweg erwartungsgemäß hohe *interne Konsistenzen* zwischen  $\alpha = .95$  und  $.96$  auf. Auch die internen Konsistenzen der Angst- und Defizit-Subskalen sind akzeptabel bis sehr hoch ( $\alpha = .75$  bis  $.94$ ; Subskala Einsamkeit:  $\alpha = .72$  bis  $.82$ ). Die *Skalen-Interkorrelationen* sind teilweise recht hoch, was aufgrund der Charakteristik der Störung zu erwarten war. Die Subskalen interkorrelieren in den Gesunden-Stichproben geringer als in der klinischen Stichprobe. Die *Retest-Reliabilität* für die SASKO-Gesamtskala lag entsprechend den Erwartungen bei  $r_{tt} = .82$ . Die Retest-Reliabilitäten der Subskalen fallen niedriger aus ( $r_{tt} = .51$  bis  $.78$ ), wofür unkontrollierbare äußere Bedingungen bei der Testdurchführung sowie Merkmalsveränderungen bzw. eine veränderte Wahrnehmung in Bezug auf bestimmte Merkmalsaspekte (hervorgerufen durch die Teilnahme am Test) als Erklärung infrage kommen. Die Subskala Einsamkeit erwies sich mit  $r_{tt} = .21$  als instabil.

Die konvergente Validität der beiden neuen Angst-Skalen in Bezug auf die deutschen Fassungen des Social Phobia Inventory (SPIN) und der Sozialen Interaktionsangstskala (SIAS) fällt hypothesenkonform aus und ist zufriedenstellend bis gut ( $r_{\text{Sprech- und Mittelpunktsangst, SPIN}} = .78$ ,  $r_{\text{Angst vor Ablehnung, SPIN}} = .67$ ;  $r_{\text{Sprech- und Mittelpunktsangst, SIAS}} = .78$ ,  $r_{\text{Angst vor Ablehnung, SIAS}} = .65$ ). Hinsichtlich der dritten Validierungsskala, der Soziale-Phobie-Skala (SPS), ergaben sich für beide Angst-Skalen geringere Zusammenhänge ( $r_{\text{Sprech- und Mittelpunktsangst, SPS}} = .61$ ,  $r_{\text{Angst vor Ablehnung, SPS}} = .52$ , was möglicherweise auf eine eingeschränkte Validität der SPS zurückzuführen ist, die in anderen Untersuchungen beobachtet wurde. Die Defizit-Skalen wurden keiner konvergenten Validitätsprüfung unterzogen, da keine diesbezüglichen spezifischen Instrumente für die Sozialphobie existieren. Korrelationsvergleiche zwischen den Angst- und Defizit-Skalen in Bezug auf den SPIN und die SIAS ergaben in Teilen hypothesenentsprechende Befunde in Form von signifikant höheren Korrelationen der Angst-Skalen gegenüber den Defizit-Skalen mit den beiden Validierungsfragebögen, was auf zugrundeliegende unterschiedliche Konstrukte verweist.

Das Analyse-Instrument zeigte eine sehr gute *Differenzierungsfähigkeit* zwischen den untersuchten Sozialphobikern und den gesunden Probanden. Sowohl in der SASKO-Gesamtskala als

auch auf der Ebene sämtlicher Subskalen waren die Mittelwerte der Patienten erwartungsgemäß bedeutsam höher als die der gesunden Probanden (alle  $p \leq .001$ ). Die Mittelwertunterschiede betragen über alle Skalen hinweg zwei bis drei Standardabweichungen, was die Erwartungen weit übertraf. *Sensitivität* und *Spezifität* liegen jeweils bei 93% für die SASKO-Gesamtskala (Angst- und Defizit-Subskalen: Sensitivität zwischen 88 und 93%, Spezifität zwischen 78 und 92%; Subskala Einsamkeit: Sensitivität 90%, Spezifität 81%).

*Schlussfolgerungen:* Das vorliegende Messinstrument weist in weiten Teilen akzeptable bis sehr gute psychometrische Eigenschaften auf und zeigt, dass soziale Ängste und soziale Defizite bei der Sozialen Phobie differentiell erfasst werden können. In Bezug auf die Defizit-Skalen sind die Befunde als vorläufig zu betrachten. Insgesamt sind die Ergebnisse vielversprechend und rechtfertigen Untersuchungen zur Weiterentwicklung des Instruments.

## 8 Literatur

- Alden LE, Wallace ST (1995): Social phobia and social appraisal in successful and unsuccessful social interactions. *Behaviour Research and Therapy*, 33, 497 – 505
- Amelang M, Bartussek D (2001): *Differentielle Psychologie und Persönlichkeitsforschung*. Kohlhammer, Stuttgart, 5. Auflage
- Amies PL, Gelder MG, Shaw PM (1983): Social phobia: a comparative clinical study. *British Journal of Psychiatry*, 142, 174 – 179.
- APA American Psychiatric Association (1980): *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, DSM-III*, 3rd edition. APA, Washington DC
- APA American Psychiatric Association (1987): *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, DSM-III-R*, 3rd edition (rev.). APA, Washington DC
- APA American Psychiatric Association (1994): *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, DSM-IV*, 4th edition. APA, Washington DC
- Arbuckle JL, Wothke W (2001): *Amos 4.0 User's Guide*. SmallWaters Corporation, Chicago
- Arntz A (1999): Do personality disorders exist? On the validity of the concept and its cognitive-behavioral formulation and treatment. *Behaviour Research and Therapy*, 37, 99 – 134
- Asendorpf JB (2004): *Psychologie der Persönlichkeit*. Springer, Berlin, 3. Auflage
- Backhaus K, Erichson B, Plinke W und Weiber R (2006): *Multivariate Analysemethoden. Eine anwendungsorientierte Einführung*. Springer, Berlin, 11. Auflage
- Baker SR, Edelman RJ (2002): Is social phobia related to lack of social skills? Duration of skill-related behaviours and ratings of behavioural adequacy. *British Journal of Clinical Psychology*, 41, 243 – 257
- Baltes-Götz B (2005): *Analyse von Strukturgleichungsmodellen mit Amos 5.0*. Herausgegeben vom Universitäts-Rechenzentrum Trier; Internet-Recherche am 01.10.06; <http://www.uni-trier.de/urt/user/baltes/docs/amos/v50/amos50.pdf>
- Bandelow B (2002): Medikamentöse Therapie der Sozialen Angststörung, in: U. Stangier und T. Fydrich (Hrsg.), *Soziale Phobie und Soziale Angststörung. Psychologische Grundlagen, Diagnostik und Therapie*; S. 397 – 405. Hogrefe, Göttingen

- Baron-Cohen S (2004): Vom ersten Tag an anders: Das weibliche und das männliche Gehirn. Walter, Düsseldorf
- Beck AT, Freeman A (1995): Kognitive Therapie der Persönlichkeitsstörungen. Psychologie Verlags-Union, Weinheim, 3. Auflage
- Beck AT (1979): Cognitive therapies and the emotional disorders. International Universities Press, New York
- Becker RE, Heimberg RG (1988): Assessment of social skills, in: A. Bellack und M. Hersen (Eds.): Behavioral assessment (pp. 365 – 395). Pergamon Press, Oxford
- Beesdo K, Meißner N, Fehm L, Wittchen H-U, Lieb R (2006): Wie stabil sind Soziale Phobien über zehn Jahre hinweg? Ergebnisse einer prospektiven Follow-up-Studie. Posterbeitrag auf dem 24. Symposium der Fachgruppe Klinische Psychologie und Psychotherapie der Deutschen Gesellschaft für Psychologie (DGPs), 25.-27. Mai 2006, Würzburg
- Birbaumer N, Schmidt RF (1991): Biologische Psychologie. Springer, Berlin, 2. Auflage
- Bowlby J (1975): Bindung. Eine Analyse der Mutter-Kind-Beziehung. Kindler, München
- Boone ML, McNeil DW, Masia CL, Turk CL, Carter LE, Ries BJ, Lewin MR (1999): Multimodal comparisons of social phobia subtypes and avoidant personality disorder. Journal of Anxiety Disorders, 13, 217 – 292
- Borgart E-J (1982): Kognitive Teilprozesse sozialer Kompetenz. Eine empirische Untersuchung über differentielle kognitive Prozesse bei selbstsicheren und selbstunsicheren Personen. Dissertation, Philosophische Fakultät der Westfälischen Wilhelms-Universität zu Münster (Westf.)
- Bortz J (1993): Statistik für Sozialwissenschaftler. 4., vollständig überarbeitete Auflage. Springer, Berlin
- Bortz J und Lienert GA (2003): Kurzgefasste Statistik für die klinische Forschung. Leitfaden für die verteilungsfreie Analyse kleiner Stichproben. Springer, Berlin, 2. Auflage
- Brähler E, Schumacher J, Strauß B (Hrsg.) (2002): Diagnostische Verfahren in der Psychotherapie. Hogrefe, Göttingen
- Bronisch T, Bohus M, Dose M, Reddemann L, Unkel C (2005): Krisenintervention bei Persönlichkeitsstörungen. Therapeutische Hilfe bei Suizidalität, Selbstschädigung, Impulsivität, Angst und Depression. Pfeiffer bei Klett-Cotta, Stuttgart, 3. Auflage

- Brown EJ, Heimberg RG, Juster HR (1995): Social phobia subtype and avoidant personality disorder: Effect on severity of social phobia, impairment, and outcome of cognitive behavioral treatment. *Behavior Therapy*, 26, 467 – 486
- Brunhoeber S, Maes J (2007): Diagnostik der Körperdysmorphen Störung. Entwicklung und Validierung eines Screeningfragebogens. *Diagnostica*, 53, 17 – 32
- Bühl A, Zöfel P (2005): SPSS 12. Einführung in die moderne Datenanalyse unter Windows. Pearson Studium/Imprint der Pearson Education Deutschland GmbH, München
- Buss AH (1980): *Self-consciousness and social anxiety*. Freeman, San Francisco
- Buss AH (1988): *Personality: Evolutionary Heritage and Human Distinctiveness*. Lawrence Erlbaum Associates, Hillsdale/New Jersey
- Butler G (2002): *Schüchtern – na und?.* Hans Huber, Bern
- CEM Curriculum, Evaluation and Management Centre/Durham Universität (2006): Effect Size Calculator (Microsoft Excel). Internet-Ressource, Download am 26.02.2007 <http://www.cemcentre.org/renderpage.asp?linkID=30325017#graph> zusammen mit der zugehörigen Seite „Effect Size Calculator: a user guide to using the spreadsheet“ (letzte Modifikation der Autoren am 01/02/2006).
- Cheek JM, Buss AH (1981): Shyness and sociability. *Journal of Personality and Social Psychology*, 41, 330 - 339
- Clark DM (1995): Social attitudes questionnaire. Unpublished manuscript. Department of Psychiatry, Oxford University, Oxford/UK
- Clark DM (1995): Social behaviour questionnaire. Unpublished manuscript. Department of Psychiatry, Oxford University, Oxford/UK
- Clark DM, Wells A ( 1995): A cognitive model of social phobia, in: R.G. Heimberg, M.R. Liebowitz, D.A. Hope und F.R. Scheier (Eds.): *Social phobia: Diagnosis, assessment, and treatment*. Guilford Press, New York, 69 – 93
- Clark DM, Ehlers A (2002): Soziale Phobie: Eine kognitive Perspektive, in: U. Stangier und T. Fydrich (Hrsg.), *Soziale Phobie und Soziale Angststörung. Psychologische Grundlagen, Diagnostik und Therapie*. Hogrefe, Göttingen, 157 – 180
- Clauß G, Finze F-R, Partzsch L (2002): *Statistik für Soziologen, Pädagogen, Psychologen und Mediziner. Grundlagen*. Wissenschaftlicher Verlag Harri Deutsch GmbH, Frankfurt am Main, 4. Auflage

- Cohen J (1962): The statistical power of abnormal-social psychological research: A review. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 65, 145 – 153
- Cohen J (1988): *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. Lawrence Erlbaum, Hillsdale/NJ, 2nd ed.
- Coles ME, Heimberg RG (2005): Recognition bias for critical faces in social phobia: a replication and extension. *Behaviour Research and Therapy*, 43, 109 – 120
- Connor KM, Davidson JRT, Churchill LE, Sherwood A, Foa E, Weisler RH (2000): Psychometric properties of the Social Phobia Inventory (SPIN): New self-rating scale. *British Journal of Psychiatry*, 176, 379 – 386
- Cureton EE (1971): The stability coefficient. *Educational and psychological measurement*, 31, 45 – 55
- Dally A, Falck O, Ferrari T, Leichsenring F, Rabung S, Streeck U (2005): Soziale Ängste in einer klinischen Population. *Psychotherapie · Psychosomatik · Medizinische Psychologie*, 55, S. 169 – 176
- Davidson JRT, Miner CM, De Veauh-Geiss J, Tulper LA, Colket JT, Potts NS (1997): The Brief Social Phobia Scale: a psychometric evaluation. *Psychological Medicine*, 27, 161 – 166
- de Mynck R, Ullrich R (2003): U-Fragebogen (Unsicherheitsfragebogen). Testdarstellung. In: J. Hoyer, J. Margraf (Hrsg.): *Angstdiagnostik: Grundlagen und Testverfahren*. Springer-Verlag, Berlin, Heidelberg, S. 315 – 319
- Dilling H, Mombour W, Schmidt MH (Hrsg.) (1993): *ICD-10 - Internationale Klassifikation psychischer Störungen*. Verlag Hans Huber, Bern, 2. Auflage
- Döpfner M, Schlüter S, Rey E-R (1981): Evaluation eines sozialen Kompetenztrainings für selbstunsichere Kinder im Alter von neun bis zwölf Jahren – Ein Therapievergleich. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie*, 9, 233 – 252
- Döpfner M (1989): Soziale Informationsverarbeitung – ein Beitrag zur Differenzierung sozialer Inkompetenzen. *Zeitschrift für Pädagogische Psychologie*, 3, S. 1 – 8
- Drosdowski G, Müller W, Scholz-Stubenrecht W, Wermke M (Hrsg.) (1989): *Duden „Ethymologie“*. Das Herkunftswörterbuch der deutschen Sprache. Dudenverlag, Mannheim

- Eder L (2003): Der systemische Ansatz in der Therapie sozialer Ängste – Eine fallorientierte Darstellung. Psychotherapie im Dialog, Zeitschrift für Psychoanalyse, Systemische Therapie und Verhaltenstherapie, Themenheft Soziale Ängste, 4, S. 17 – 24
- Elliot AJ, Church MA (1997): A hierarchical model of approach and avoidance achievement motivation. Journal for Personality and Social Psychology, 72, 218 - 232
- Elliot AJ, Sheldon KM (1997): Avoidance achievement motivation: A personal goals analysis. Journal for Personality and Social Psychology, 73, 181 – 185
- Eng W, Heimberg RG (2006): Interpersonal correlates of generalized anxiety disorder: Self versus other perception. Anxiety Disorders, 20, S. 380 – 387
- Erwin BA, Turk CL, Heimberg RG, Fresco DM, Hantula DA (2004): The Internet: home to a severe population of individuals with social anxiety disorder? Anxiety Disorders, 18, 629 – 646
- Erwin BA, Heimberg RG, Marx BP, Franklin ME (2006): Traumatic and socially stressful life events among persons with social anxiety disorder. Anxiety Disorders, 20, 869 – 914
- Fehm L, Wittchen H-U (2004): Wenn Schüchternheit krank macht. Ein Selbsthilfeprogramm zur Bewältigung Sozialer Phobie. Hogrefe, Göttingen
- Ferstl EC (2007): Theory of Mind und Kommunikation: Zwei Seiten derselben Medaille? in: H. Förstl (Hrsg.): Theory of Mind. Neurobiologie und Psychologie sozialen Verhaltens. Springer Medizin Verlag, Heidelberg
- Feske U, Chambless DL (1995): Cognitive Behavioral Versus Exposure Only Treatment for Social Phobia: A Meta-Analysis. Behavior Therapy, 26, 695 – 720
- Feske U, Perry KJ, Chambless DL, Renneberg B, Goldstein A (1996): Avoidant personality disorder as a predictor for treatment outcome among generalized social phobics. Journal of Personality Disorders, 10, 174-184
- Fiedler, P. (2001): Dissoziative Störungen und Konversion. Trauma und Traumabehandlung. Beltz, Weinheim, 2. Auflage
- Fiedler P (2000): Integrative Psychotherapie bei Persönlichkeitsstörungen. Hogrefe, Göttingen
- Fliegel S, Groeger WM, Künzel R, Schulte D, Sorgatz H (1993): Verhaltenstherapeutische Standardmethoden. Psychologie Verlags Union, Weinheim, 3. Auflage

- Foa BF, Kozak, MJ (1986): Emotional Processing of Fear: Exposure to Corrective Information. *Psychological Bulletin*, 99, 20 – 35
- Förstl H (Hrsg.) (2007): *Theory of Mind. Neurobiologie und Psychologie sozialen Verhaltens.* Springer Medizin Verlag, Heidelberg
- Franke GH (1995): *Die Symptom Checkliste von Derogatis. Deutsche Version.* Beltz Test, Göttingen
- Fürntratt E (1969): Zur Bestimmung der Anzahl interpretierbarer gemeinsamer Faktoren in Faktorenanalysen psychologischer Daten. *Diagnostica*, 15, 62-75
- Fydrich T, Bürgener F (1999): Ratingskala für soziale Kompetenz. In: J. Margraf und K. Rudolf: *Soziale Kompetenz – Soziale Phobie. Anwendungsfelder, Entwicklungslinien, Erfolgsaussichten*, S. 81 - 96. Schneider Verlag Hohengehren, Baltmannsweiler, 2. Auflage
- Fydrich T (2002a): Soziale Kompetenz und soziale Performanz bei Sozialer Phobie, in: U. Stangier und T. Fydrich (Hrsg.), *Soziale Phobie und Soziale Angststörung. Psychologische Grundlagen, Diagnostik und Therapie*, S. 181-203. Hogrefe, Göttingen
- Fydrich T (2002b): SPAI – Soziale Phobie und Angst Inventar, in: E. Brähler, J. Schumacher und B. Strauß (Hrsg.): *Diagnostische Verfahren in der Psychotherapie.* Hogrefe, Göttingen
- Gerlach A (2002): Psychophysiologie der Sozialen Phobie – Symptom oder Ursache?, in: U. Stangier und T. Fydrich (Hrsg.), *Soziale Phobie und Soziale Angststörung. Psychologische Grundlagen, Diagnostik und Therapie.* Hogrefe, Göttingen, S. 87 – 111
- Hambrick JP, Turk CL, Heimberg RG, Schneier FR, Liebowitz MR (2004): Psychometric properties of disability measures among patients with social anxiety disorder. *Anxiety Disorders*, 18, 825 – 839
- Harb GC, Heimberg RG (2002): Kognitiv-behaviorale Behandlung der Sozialen Phobie: Ein Überblick, in: U. Stangier und T. Fydrich (Hrsg.), *Soziale Phobie und Soziale Angststörung. Psychologische Grundlagen, Diagnostik und Therapie*; S. 311 - 369. Hogrefe, Göttingen
- Haupt TC (2003): Überblicks-Skript zur Regressions-, Faktoren- und Diskriminanzanalyse. Skript zum Seminar „Multivariate Verfahren in der Testkonstruktion unter Einsatz von SPSS“. Internet-Recherche am 27.03.07: [http://www.paed.uni-muenchen.de/~haupt/Skript\\_MMV.pdf](http://www.paed.uni-muenchen.de/~haupt/Skript_MMV.pdf)
- Hedges LV, Olkin I (1985): *Statistical Methods for Meta-Analysis.* Academic Press, San Diego, CA/USA

- Heidenreich T, Stangier U (2002): Störungsspezifische Diagnostik der Sozialen Phobie, in: U. Stangier und T. Fydrich (Hrsg.), Soziale Phobie und Soziale Angststörung. Psychologische Grundlagen, Diagnostik und Therapie; S. 66 – 86. Hogrefe, Göttingen
- Heidenreich T, Stangier U (2002): Die Ängstliche und Vermeidend-Selbstunsichere Persönlichkeitsstörung, in: U. Stangier und T. Fydrich (Hrsg.), Soziale Phobie und Soziale Angststörung. Psychologische Grundlagen, Diagnostik und Therapie; S. 291 - 310. Hogrefe, Göttingen
- Heidenreich T, Stangier U: Soziale Phobie (2003): Grundlagen und neue Entwicklungen kognitiver Verhaltenstherapie. Verhaltenstherapie und Psychosoziale Praxis, 35, 499 – 515. Als Internet-Artikel unter [www.afp-info.de/Heidenreich-T-Stangier-U.68.0.html](http://www.afp-info.de/Heidenreich-T-Stangier-U.68.0.html) gelesen am 03.05.2007.
- Heimberg RG, Hope DA, Dodge CS, Becker RE (1990): DSM-III-R subtypes of social phobia: Comparison of generalized subtypes and public speaking phobics. Journal of Nervous and Mental Disease, 178, 172 – 179
- Heimberg RG, Mueller GP, Holt CS, Hope DA, Liebowitz MR (1992): Assessment of Anxiety in Social Interaction and Being Observed by Others: The Social Interaction Anxiety Scale and the Social Phobia Scale. Behavior Therapy, 23, 53 – 73
- Heimberg RG, Holt CS, Schneier FR, Spitzer RL, Liebowitz MR (1993): The issue of subtypes in the diagnosis of social phobia. Journal of Anxiety Disorders, 7, 249 - 269
- Heimberg RG, Juster HR (1995): Cognitive-behavioral treatments: Literature review, in: R.G. Heimberg, M.R. Liebowitz, D.A. Hope und F.R. Schneier (Eds.): Social Phobia: Diagnosis, assessment and treatment; pp. 261 – 309. Guilford, New York
- Heinrichs N, Hahlweg K, Fiegenbaum W, Frank M, Schröder B, Witzleben I (2002): Validität und Reliabilität der Social Interaction Anxiety Scale (SIAS) und der Social Phobia Scale (SPS). Verhaltenstherapie, 12, 26 – 35
- Hermann C (2002): Neurobiologische Aspekte und lerntheoretische Grundlagen der Sozialen Phobie, in: U. Stangier und T. Fydrich (Hrsg.), Soziale Phobie und Soziale Angststörung. Psychologische Grundlagen, Diagnostik und Therapie; S. 112 – 156. Hogrefe, Göttingen
- Herrlich J, Pflug B (1997): Soziale Phobien, in: P. Hartwich, S. Haas, K. Maurer, B. Pflug (Hrsg.): Persönlichkeitsstörungen: Psychotherapie und Pharmakotherapie. Verlag Wissenschaft und Praxis, Sternenfels, Berlin, S. 89-98
- Hiemisch A (2000): Eine handlungstheoretische Beschreibung Sozialer Phobien. Pabst Science Publishers, Lengerich

- Hinsch R, Pfingsten U (1998): Gruppentraining sozialer Kompetenzen. Grundlagen, Durchführung, Materialien. Psychologie Verlags Union, Weinheim, 3. Auflage
- Hinsch R, Wittmann S (2003): Soziale Kompetenz kann man lernen. Beltz Verlag, Weinheim
- Hofmann SG, Newman MG, Ehlers A, Roth WT (1995): Psychophysiological differences between subgroups of social phobia. *Journal of Abnormal Psychology*, 104, 224 – 231
- Hofmann SG, Heinrichs N, Kim H-J (2002): Das Vulnerabilitäts-Stress Modell der Sozialen Phobie, in: U. Stangier und T. Fydrich (Hrsg.), *Soziale Phobie und Soziale Angststörung. Psychologische Grundlagen, Diagnostik und Therapie*; S. 225 - 245. Hogrefe, Göttingen
- Hoffmann SO (1999): Die phobischen Störungen (Phobien). *Forum Psychoanalyse*, 15, 237 – 252
- Hoffmann SO (2002): Die Psychodynamik der Sozialen Phobien. Mit Anmerkungen zur psychoanalytisch orientierten Psychotherapie, in: U. Stangier und T. Fydrich (Hrsg.), *Soziale Phobie und Soziale Angststörung. Psychologische Grundlagen, Diagnostik und Therapie*; S. 204 - 224. Hogrefe, Göttingen
- Hoffmann SO (2003): Soziale Ängste: Die psychodynamische Perspektive in Konzeptbildung und Behandlungsansätzen. *Psychotherapie im Dialog, Zeitschrift für Psychoanalyse, Systemische Therapie und Verhaltenstherapie, Themenheft Soziale Ängste*, 4, S. 32 – 41
- Hope DA, Herbert JD, White C (1995): Diagnostic subtype, avoidant personality disorder, and efficacy of cognitive-behavioral group therapy for social phobia. *Cognitive Therapy and Research*, 19, 399 – 417
- Hopko DR, McNeil DW, Zvolensky MJ, Eifert GH (2001): The Relation Between Anxiety and Skill in Performance-Based Anxiety Disorders: A Behavioral Formulation of Social Phobia. *Behavior Therapy*, 32, 185 – 207
- Hoyer J, Margraf J (Hrsg.) (2003): *Angstdiagnostik: Grundlagen und Testverfahren*. Springer-Verlag, Berlin, Heidelberg
- Hoyer J, Kunst H, Borchard B, Stangier U (1999): Paraphile versus impulskontrollgestörter Sexualstraftäter: Eine psychologisch valide Differenzierung? *Zeitschrift für klinische Psychologie*, 28, S. 37 – 44
- Hughes AA, Heimberg RG, Coles ME, Gibb BE, Liebowitz MR, Schneier FR (2006): Relations of the factors of the tripartite model of anxiety and depression to types of social anxiety. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 1629 – 1641

- Joraschky P, Petrowski K (2003): Soziale Phobie und Familie. Psychotherapie im Dialog, Zeitschrift für Psychoanalyse, Systemische Therapie und Verhaltenstherapie, Themenheft Soziale Ängste, 4, S. 25 – 31
- Jöreskog KG (1978): Structural Analysis of Covariance and Correlation Matrices, in: Psychometrika, 43, 443-477
- Jöreskog KG, Sörbom D (1982): Recent Developments in Structural Equation Modeling, in: Journal of Marketing research, XIX, 404-416
- Kanning UP (2003): Diagnostik sozialer Kompetenzen. Hogrefe Verlag für Psychologie, Göttingen
- Kline P (1988): The New Psychometrics. Science, Psychology and Measurement. Routledge, London
- Krohne HW (1996): Angst und Angstbewältigung. Kohlhammer, Stuttgart
- Lang PJ (1977): Imagery in therapy. Behaviour Therapy, 8, 862 – 886
- Lang PJ (1979): A bio-informational theory of emotional imagery. Psychophysiology, 16, 495 – 512
- Langer W (ohne Jahresangabe): Neuere Entwicklungen bei den Fitindizes für LISREL-Modelle. Internet-Ressource: <http://www.soziologie.uni-halle.de/langer/lisrel/skripten/lisfit2.pdf>, Recherche am 02.11.06
- Leary MR (1983a): Social anxiousness: The construct and its measurement. Journal of Personality Assessment, 47, 66 – 75
- Leary MR (1983b): A brief version of the Fear of Negative Evaluation Scale. Personality and Social Psychology Bulletin, 9, 371 – 375
- Leary MR, Knight PD, Johnson KA (1987): Social anxiety and dyadic conversation: A verbal response analysis. Journal of Social and Clinical Psychology, 5, 34 – 50
- Lehmann, S. (2004): Wissensgrundlagen und Handlungshinweise für den Umgang mit traumatisierten Kindern und Jugendlichen. Fachseminar. Teilnehmerunterlagen für pädagogische Fachkräfte. Fachinstitut für Angewandte Psychotraumatologie. Münster
- Leichsenring F, Jaeger U, Rabung S, Streeck U (2003): Soziale Ängste und psychische Krankheiten. Psychotherapie im Dialog, Zeitschrift für Psychoanalyse, Systemische Therapie und Verhaltenstherapie, Themenheft Soziale Ängste, 4, 68 – 73
- Leonhart R (2004): Lehrbuch Statistik. Einstieg und Vertiefung. Verlag Hans Huber, Bern

- Lewin MR, McNeil DW, Lipson JM (1996): Enduring without avoiding: Pauses and verbal dysfluencies in public speaking fear. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 18, 287 – 402
- Levin AP, Saoud JB, Strauman TJ, Gorman JM, Fyer AJ, Crawford R, Liebowitz MR (1993): Responses of „generalized“ and „discrete“ social phobics during public speaking. *Journal of Anxiety Disorders*, 7, 207 – 221
- Lieb R, Müller N (2002): Epidemiologie und Komorbidität der Sozialen Phobie. In: U. Stangier und T. Fydrich (Hrsg.), *Soziale Phobie und Soziale Angststörung*, S. 34-65. Hogrefe, Göttingen
- Liebowitz MR (1987): Social phobia. *Modern Problems in Pharmacopsychiatry*, 22, 141 - 173
- Liebowitz MR, Gorman JM, Fyer AJ, Klein DF (1985): Social Phobia: Review of a neglected anxiety disorder. *Archives of General Psychiatry*, 42, 729 - 736
- Lienert GA, Raatz U (1994): *Testaufbau und Testanalyse*. Beltz, Psychologie-Verlags-Union, Weinheim, 5. Auflage
- Magee WJ, Eaton WW, Wittchen HU, McGonagle KA, Kessler RC (1996): Agoraphobia, Simple Phobia, and Social Phobia in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 53, 159 - 168
- Maier-Riehle B, Zwingmann C (2000): Effektstärkevarianten beim Eingruppen-Prä-Post-Design: Eine kritische Betrachtung. *Rehabilitation* 2000, 39, 189 – 199, Georg Thieme Verlag, Stuttgart
- Manuzza S, Schneier FR, Chapman TF, Liebowitz MR, Klein DF, Fyer AJ (1995): Generalized Social Phobia. *Archives of General Psychiatry*, 52, S. 230 – 237
- Margraf J, Rudolf K (1999): *Soziale Kompetenz – Soziale Phobie. Anwendungsfelder, Entwicklungslinien, Erfolgsaussichten*. Schneider Verlag Hohengehren, Baltmannsweiler
- Marks I, Gelder M (1966): Different ages on onset in varieties of phobias. *American Journal of Psychiatry*, 123, 218 – 221
- Maß R (2001): *Eppendorfer Schizophrenie-Inventar (ESI)*. Hogrefe, Göttingen
- Maß R (2003): *Charakteristische Selbstwahrnehmungen kognitiver Dysfunktionen Schizophrener*. Shaker Verlag, Aachen
- Mattick R, Clark J (1998): Development and validation of measures of social phobia scrutiny fear and social interaction anxiety. *Behaviour Research and Therapy*, 36, 455 - 470

- Maydeu-Olivares A, McArdle JJ (2005): Contemporary Psychometrics. Lawrence Erlbaum Associates, Inc., Mahwah, New Jersey
- McFall RM (1982): A review and reformulation of the concept of social skills. *Behavioral Assessment*, 4, 1 – 33
- McNeil DW, Ries BJ, Taylor LJ, Bonne ML, Carter LE, Turk CL, Levin MR (1995): Comparison of social phobia subtypes using Stroop tests. *Journal of Anxiety Disorders*, 9, 47 – 57
- Merikangas KR, Angst J (1995): Comorbidity and social phobia: evidence from clinical, epidemiologic, and genetic studies. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 244, 297 – 303
- Meyer H (2004): Theorie und Qualitätsbeurteilung psychometrischer Tests. Kohlhammer, Stuttgart
- Millon, T (1991): Avoidant personality disorder: A brief review of issues and data. *Journal of Personality Disorders*, 5, 353-362
- Millon, T (1994): Personality Disorders: Conceptual Distinctions and Classification Issues, in: P. T. Costa jr., T. A. Widiger (eds.): *Personality Disorders and the Five-Factor-Model of Personality*. American Psychological Association, Washington, p. 279 – 301
- Mitte K, Heidenreich T, Stangier U (2007): Diagnostik bei Sozialen Phobien. *Kompandien, Psychologische Diagnostik, Band 9*. Hogrefe, Göttingen
- Morrison RL, Bellack AS (1981): The role of social perception in social skill. *Behaviour Therapy*, 12, 69 – 79
- Münchau N (1988): Soziale Gehemmtheit: Verläufe und Tendenzen 2 bis 7 Jahre nach der Kurzzeit-Verhaltenstherapie. Entwicklung und Verläufe unter besonderer Berücksichtigung der Mißerfolgspatienten. Unveröffentlichte Diplomarbeit am Fachbereich Psychologie, Universität Hamburg
- Münchau N (2001): Soziale Gehemmtheit: Reanalysen der Therapiemißerfolge und Therapieabbrucher 3 bis 13 Jahre nach der Verhaltenstherapie mit abschließender prospektiver Therapiestudie. Ein Beitrag zur Indikationsforschung in der Verhaltenstherapie. Dissertation, Fachbereich Psychologie, Universität Hamburg
- Nachtigall C, Wirtz M (2006): Wahrscheinlichkeitsrechnung und Inferenzstatistik. *Statistische Methoden für Psychologen, Teil 2*. Juventa, Weinheim und München, 4. Auflage
- Nichols KA (1974): Severe social anxiety. *British Journal of Medical Psychology*, 74, 301 – 306

- Oerter R, Montada L (1998): Entwicklungspsychologie. Beltz Psychologie Verlags Union, Weinheim, 4., korrigierte Auflage
- Olkin J, Siotani M (1964): Asymptotic distribution functions of a correlation matrix. Stanford California: Stanford Laboratory for Quantitative Research in Education. Report Nr. 6
- Patterson ML, Ritts V (1997): Social and communicative anxiety: A review and meta-analysis, in: B. R. Burleson (Ed.): Communication Yearbook 20 (pp. 263 – 303). CA: Sage, Thousand Oaks
- Peitz M, Stangier U, Heidenreich T (2000): Kognitive Verhaltenstherapie bei Sozialer Phobie: neuere Ansätze in Forschung und Therapie. Praxis klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation, 49, 26 – 32
- Peitz M, Heidenreich T, Stangier U (2002): Kognitive Therapie bei Sozialer Phobie: Grundlegende Techniken. In: U. Stangier und T. Fydrich (Hrsg.), Soziale Phobie und Soziale Angststörung, S. 339 – 369. Hogrefe, Göttingen
- Pilkonis PA, Feldman H, Himmelhoch J (1981): Social anxiety and substance abuse in affective disorders. Comprehensive Psychiatry, 22, 451 – 457
- Rabung S, Jaeger U, Streeck U, Leichsenring F (2006): Psychometrische Überprüfung der Social Phobia Scale (SPS) und der Social Interaction Anxiety Scale (SIAS) im stationären Setting. Diagnostica, 52, 143 – 153, Hogrefe Verlag, Göttingen
- Rapee RM, Lim L (1992): Discrepancy between self- and observer ratings of performance in social phobics. Journal of Abnormal Psychology, 101, 728 – 731
- Reddemann, L (2005): Dissoziation, in: T. Bronisch, M. Bohus, M. Dose, L. Reddemann, C. Unckel: Krisenintervention bei Persönlichkeitsstörungen. Therapeutische Hilfe bei Suizidalität, Selbstschädigung, Impulsivität, Angst und Dissoziation, Kapitel 7. Pfeiffer bei Klett-Cotta, Stuttgart, 3. Auflage
- Reeve J (2005): Understanding Motivation and Emotion, Chapter „Social Needs“ (pp. 162 – 195). John Wiley und Sons, Hoboken, NJ
- Reich J (2001): The relationship of social phobia to avoidant personality disorder. In: S. G. Hofmann und P. M. DiBartolo (Eds.): From social anxiety to social phobia. Multiple perspectives (pp. 148 – 161). Allyn und Bacon, Needham Heights/MA
- Reicherzer M (1993): Die Beziehung zwischen Persönlichkeitsstörung (Achse II) und Klinischer Störung (Achse I). Dissertation, Medizinische Fakultät der Universität München

- Renneberg B (1996): Verhaltenstherapeutische Gruppentherapie bei Patienten mit selbstunsicherer Persönlichkeitsstörung. In: B. Schmitz, T. Fydrich, K. Limbacher: Persönlichkeitsstörungen: Diagnostik und Psychotherapie, S. 344-358. Psychologie Verlags Union, Weinheim
- Revenstorf D (1976): Lehrbuch der Faktorenanalyse. Verlag W. Kohlhammer, Stuttgart
- Riedesser P (2003): Schüchternheit bei Jugendlichen. Psychotherapie im Dialog, Zeitschrift für Psychoanalyse, Systemische Therapie und Verhaltenstherapie, Themenheft Soziale Ängste, 4, 75 – 77
- Rodebaugh TL, Holaway RM, Heimberg RG (2004): The treatment of social anxiety disorder. Clinical Psychology Review, 24, 883-908
- Rost J (2004): Lehrbuch Testtheorie – Testkonstruktion. Verlag Hans Huber, Bern, 2. Auflage
- Rothenberg B (1970): Children's social sensitivity and the relationship to interpersonal competence, interpersonal comfort, and intellectual level. Development Psychology, 2, 335 – 350
- Sader M (1994): Psychologie der Gruppe. Juventa-Verlag, Weinheim, München
- Safren SA, Heimberg RG, Juster HR (1997): Clients' expectancies and their relationship to pretreatment symptomatology and outcome of cognitive-behavioral group treatment for social phobia. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 65, 694 – 698
- Saß H, Wittchen H-U, Zaudig M (1996): Diagnostisches Manual Psychischer Störungen (DSM-IV). Übersetzt nach der vierten Auflage des Diagnostic and Statistical Mental Disorders der American Psychiatric Association. Hogrefe, Göttingen
- Saß H, Herpertz S, Houben I, Steinmeyer E-M (1997): Zur Diagnostik der Persönlichkeitsstörungen, in: P. Hartwich, S. Haas, K. Maurer, B. Pflug (Hrsg): Persönlichkeitsstörungen: Psychotherapie und Pharmakotherapie. Verlag Wissenschaft & Praxis, Sternenfels, Berlin, S. 11 – 29
- Schermelleh-Engel K, Keith N (1998): Einführung in die Analyse von linearen Strukturgleichungsmodellen: Arbeitsmaterialien und Übungsbeispiele, Heft 2/1998. Institut für Psychologie, Johann Wolfgang Goethe-Universität, Frankfurt am Main. Internet-Ressource: [http://user.uni-frankfurt.de/~moosbrug/schermelleh/Heft298\\_Einfuehrung\\_in\\_SEM.pdf](http://user.uni-frankfurt.de/~moosbrug/schermelleh/Heft298_Einfuehrung_in_SEM.pdf), gelesen am 15.10.06
- Schlenker BR, Leary MR (1982): Social anxiety and self presentation: A conceptualization and model. Psychological Bulletin, 92, 641 – 649
- Smail P, Stockwell T, Canter S, Hodgson R (1984): Alcohol dependence and phobia anxiety states: I. A prevalence study. British Journal of Psychiatry, 144, 53 – 57

- Schneider K (1959): Klinische Psychopathologie. Thieme-Verlag, Stuttgart
- Schneier FR, Spitzer RL, Gibbon D, Fyer A, Liebowitz MR (1991): The relationship of social phobia subtypes and avoidant personality disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 32, 1 – 5
- Schuler H, Barthelme D (1995): Soziale Kompetenz als berufliche Anforderung. in: B. Seyfried (Hrsg.), "Stolperstein" Sozialkompetenz. Was macht es so schwierig, sie zu erfassen, zu fördern und zu beurteilen? *Berichte zur Beruflichen Bildung*. Bundesinstitut für Berufsbildung, Berlin/Bonn, S. 77 – 116
- Sears DO (1986): College sophomores in the laboratory: Influences of a narrow data base in the social psychology's view of human nature. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51, 515-530
- Seyfried B (1995): Problemfeld Sozialkompetenz, in: B. Seyfried (Hrsg.), "Stolperstein" Sozialkompetenz. Was macht es so schwierig, sie zu erfassen, zu fördern und zu beurteilen? *Berichte zur Beruflichen Bildung*. Bundesinstitut für Berufsbildung, Berlin/Bonn, S. 7 – 13
- SOPHO-NET (2007): Forschungsverbund zur Psychotherapie. Internet <http://www.sopho-net.de>, Recherche am 13.04.07
- Sosic Z, Giesler U, Stangier U (2006): Evaluation of the Social Phobia Inventory (SPIN) in the German population. Unveröffentlichtes Manuskript.
- Stangier U (2004): Leidensdruck bei sozialen Angststörungen wird oft unterschätzt. Diagnostik und Behandlung sozialer Phobien. *Neurologie & Psychiatrie*, Vol. 6, Nr. 5, S. 44 – 47
- Stangier U, Fydrich T (Hrsg.) (2002): Soziale Phobie und Soziale Angststörung. Psychologische Grundlagen, Diagnostik und Therapie. Hogrefe, Göttingen
- Stangier U, Heidenreich T, Berardi A, Golbs U, Hoyer J (1999): Die Erfassung sozialer Phobie durch die Social Interaction Anxiety Scale (SIAS) und die Social Phobia Scale (SPS). *Zeitschrift für klinische Psychologie*, 28, 28 – 36
- Stangier U (2003): Fragebogen zu sozialphobischen Einstellungen (SPE). Testdarstellung. In: J. Hoyer, J. Margraf (Hrsg.): *Angstdiagnostik: Grundlagen und Testverfahren*. Springer-Verlag, Berlin, Heidelberg, S. 244 – 247
- Stangier U (2003): Fragebogen zu sozialphobischen Kognitionen (SPK). Testdarstellung. In: J. Hoyer, J. Margraf (Hrsg.): *Angstdiagnostik: Grundlagen und Testverfahren*. Springer-Verlag, Berlin, Heidelberg, S. 248 – 252

- Stangier U (2003): Fragebogen zu sozialphobischem Verhalten (SPV). Testdarstellung. In: J. Hoyer, J. Margraf (Hrsg.): *Angstdiagnostik: Grundlagen und Testverfahren*. Springer-Verlag, Berlin, Heidelberg, S. 253 – 258
- Stangier U, Fydrich T (2002): Soziale Phobie und Soziale Angststörung: Perspektiven für Forschung und Praxis. In: U. Stangier und T. Fydrich (Hrsg.), *Soziale Phobie und Soziale Angststörung*, S. 406 – 420. Hogrefe, Göttingen
- Stangier U, Heidenreich T, Peitz M (2003): *Soziale Phobien. Ein kognitiv-verhaltenstherapeutisches Behandlungsmanual*. Beltz Verlag, Weinheim
- Stangier U, Trenk-Hinterberger I, Erfert N, Heidenreich T (2001): Soziale Phobie und Vermeidend-Selbstunsichere Persönlichkeitsstörung: Komorbidität und Behandlungsprognose in kognitiv-behavioraler Therapie. *Persönlichkeitsstörungen*, 5, S. 248 – 261
- Steele M (2005): Bindung, reale Erfahrung und mentale Repräsentation, in: V. Green (Hrsg.): *Emotionale Entwicklung in Psychoanalyse, Bindungstheorie und Neurowissenschaften*. Brandes und Apsel Verlag, Frankfurt am Main, S. 115-140
- Stein MB, Kean YM (2000): Disability and Quality of Life in Social Phobia: Epidemiologic Findings. *American Journal of Psychiatry*, 157, 1606 – 1613
- Stein M, Walker J, Ford D (1994): Setting diagnostic thresholds for social phobia. *American Journal of Psychiatry*, 151, 408 – 412
- Stemberger RT, SM Turner, Beidel DC, Calhoun KS (1995): Social Phobia: An Analysis of Possible Developmental Factors. *Journal of Abnormal Psychology*, 104, S. 526 – 531
- Stopa L, Clark DM (1993): Cognitive process in social phobia. *Behaviour Research and Therapy*, 31, 255 – 267
- Stravynski A, Grey S, Elie R (1987): Outline of the Therapeutic Process in Social Skills Training With Socially Dysfunctional Patients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55, 224 – 228
- Stravynski A, Amado D (2001): Social Phobia as a deficit in social skills, in: S.G. Hofmann und P.O. DiBartolo (Eds.): *From social anxiety to social phobia*, pp. 107 – 129. Allyn und Bacon, Needham Heights/MA
- Taiguri R (1969): Person perception. In: G. Lindzey und E. Aronson (Eds.), *The handbook of social psychology* (Vol. 3). Reading, MA: Addison-Wesley
- Taylor S (1996) Meta-analysis of cognitive-behavioral treatments for social phobia. *Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 27, 1 – 9

- Trower P (1979): Fundamentals of interpersonal behaviour: A social psychological perspective, in: A. S. Bellack, M. Hersen (Eds.), Research and practice in social skills training. Plenum, New York
- Trower P (1980): Situational analyses of the components and processes of behaviour of socially skilled and unskilled patients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 48, 327 – 339
- Trower P, Turland O (1984): Social Phobia, in: S. Turner (ed.): Behavioral theories and treatment of anxiety. New York, Plenum Press, 1984
- Turner SM, Beidel DC, Dancu CV, Keys DJ (1986): Psychopathology of Social Phobia and Comparison to Avoidant Personality Disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 95, 389 – 394
- Turner SM, Beidel DC, Dancu CV, Stanley MA (1989): An empirically derived inventory to measure social fears and anxiety: The social phobia and anxiety inventory (SPAI). *Psychological Assessment*, 1, 35 – 40; dtsch.: T. Fydrich, A. Scheurich, E. Kasten (1995): Fragebogen zur sozialen Angst; deutsche Bearbeitung des Social Phobia and Anxiety Inventory (SPAI) von Turner und Beidel. Heidelberg, Psychologisches Institut der Universität Heidelberg
- Turner SM, Beidel DC, Townsley RM (1992): Social Phobia: A Comparison of Specific and Generalized Subtypes and Avoidant Personality Disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 101, 326 – 331
- Ullrich R, Ullrich de Muynck R (1979): Der Unsicherheitsfragebogen. Testmanual U. Anleitung für den Therapeuten, Teil 2, Nr. 23/II, Reihe „Leben lernen“, Nr. 23/II. Pfeiffer, München, 2. Auflage
- Ullrich R, Ullrich de Muynck R (1980): Diagnose und Therapie sozialer Störungen. Das Assertiveness-Training-Programm ATP. Anleitung für den Therapeuten. Teil 1, Reihe „Leben lernen“, Nr. 23. Pfeiffer, München
- Vogt K, Pöllner S (2003): Stationäre Gruppentherapie sozialer Ängste. *Psychotherapie im Dialog*, Zeitschrift für Psychoanalyse, Systemische Therapie und Verhaltenstherapie, Themenheft Soziale Ängste, 4, 52 – 57
- Wells A, Stopa LA, Clark DM (1993): Social cognitions questionnaire. Unpublished manuscript. Department of Psychiatry, Oxford University, Oxford/UK
- Wells A, Clark DM (1997): Sozial Phobia: a cognitive approach. In: G. C. L. Davey (Ed.), *Phobias: a handbook of description, treatment and theory* (pp. 3 – 26). Wiley, Chichester/UK

- Wells A, Clark DM, Salkovskis P, Ludgate J, Hackmann A, Gelder M (1995): Social Phobia: The Role of In-Situation Safety Behaviors in Maintaining Anxiety and Negative Beliefs. *Behavior Therapy*, 26, 153 – 161
- Wells A, Papageorgiou C (1998): Social Phobia: Effects of External Attention on Anxiety, Negative Beliefs, and Perspective Taking. *Behaviour Therapy*, 29, 357 – 370
- WHO World Health Organization (1992): The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders. Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines. World Health Organization, Genf
- Widiger TA (1992): Generalized social phobia versus avoidant personality disorder: a commentary on three studies. *Journal of Abnormal Psychology*, 101, 340-343
- Willutzki U (2000): Ressourcenorientierung in der Psychotherapie – Eine „Neue“ Perspektive?, in: M. Hermer: *Psychotherapeutische Perspektiven am Beginn des 21. Jahrhunderts*. DGVT-Verlag, Tübingen, S. 193 – 212
- Willutzki U (2002): Allgemeine Prinzipien der Psychotherapie sozialer Ängste: Die Rolle von Ressourcen, in: U. Stangier und T. Fydrich (Hrsg.): *Soziale Phobie und Soziale Angststörung. Psychologische Grundlagen, Diagnostik und Therapie*. Hogrefe, Göttingen, S. 370 – 396
- Wittchen HU, Stein MB, Kessler RC (1999): Social fears and social phobia in a community sample of adolescents and young adults: prevalence, risk factors and comorbidity. *Psychology Medicine*, 29, 309 – 323
- Wirtz M, Nachtigall C (2006): *Deskriptive Statistik. Statistische Methoden für Psychologen*, Teil 1. Juventa, Weinheim und München, 4. Auflage
- Wlazlo Z (1989): *Exposure in-vivo bei sozialen Ängsten und Defiziten. Therapievergleichs-/Verlaufsstudie unter Berücksichtigung der differentiellen, prognostischen und Langzeiteffekte bei zwei Formen sozialer Gehemmtheit und Erfolgs-/Mißerfolgspatienten*. Dissertation, Fachbereich Psychologie der Universität Hamburg. S. Roderer Verlag, Regensburg
- Wlazlo Z, Schröder-Hartwig K, Hand I, Kaiser G, Münchau N (1990): Exposure in vivo versus social skills training in social phobia. Long-term outcome and differential effects. *Behaviour Research and Therapy*, 28, 181 - 193
- Wlazlo Z, Schroeder-Hartwig K, Münchau N, Kaiser G, Hand I (1992): Exposition in-vivo bei sozialen Ängsten und Defiziten. *Verhaltenstherapie*, 2, 23 – 39
- Woschnik M (1999): *Facettentheoretische Untersuchung und Validierung der Ähnlichkeitsbeziehungen von Persönlichkeitsstörungen, akzentuierten Persönlichkeiten und übergeordneten Faktoren der Persönlichkeit*. Dissertation, Hohe Medizinische Fakultät, Universität Köln

Yousfi S (2005): Mythen und Paradoxien der klassischen Testtheorie (II). Trennschärfe und Gütekriterien. *Diagnostica*, 51, 55-66

Zimbardo PG, Gerrig RJ (1999): *Psychologie*. Springer, Berlin, 7. Auflage

Zubin J, Spring B (1977): Vulnerability – A new view of schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology*, 86, 103 – 126



## **9 Anhang**

Das Verzeichnis der Anhänge befindet sich auf Seite VI.

## Anhang 1

DSM-IV-Störungskriterien Soziale: Phobie/Soziale Angststörung (Saß et al., 1996)

### Soziale Phobie (Soziale Angststörung) (300.23) - auszugsweise -

#### Diagnostische Merkmale

Das Hauptmerkmal der Sozialen Phobie ist eine ausgeprägte und anhaltende Angst vor sozialen oder Leistungssituationen, in denen Peinlichkeiten auftreten können (**Kriterium A**). Die Konfrontation mit der sozialen oder Leistungssituation ruft fast immer eine unmittelbare Angstreaktion hervor (**Kriterium B**). Diese Reaktion kann die Form einer situationsgebundenen oder einer situationsbegünstigten Panikattacke annehmen [...]. Obwohl Jugendliche und Erwachsene mit dieser Störung ihre Angst als übertrieben und unbegründet einschätzen (**Kriterium C**), muß dies bei Kindern nicht der Fall sein. In den meisten Fällen wird die soziale oder Leistungssituation vermieden, manchmal wird sie jedoch unter starker Angst ertragen (**Kriterium D**). Die Diagnose sollte nur dann gestellt werden, wenn die Vermeidung, Angst oder ängstliche Erwartungshaltung bezüglich der Konfrontation mit der sozialen oder Leistungssituation alltägliche Routinearbeiten, die berufliche Funktionsfähigkeit oder das Sozialleben der Person deutlich beeinträchtigen oder wenn die Person stark unter der Phobie leidet (**Kriterium E**). Bei Personen unter 18 Jahren müssen die Symptome mindestens sechs Monate angehalten haben, bevor eine Soziale Phobie diagnostiziert wird (**Kriterium F**). Die Angst oder Vermeidung gehen nicht auf die direkte körperliche Wirkung einer Substanz oder eines medizinischen Krankheitsfaktors zurück und können nicht besser durch eine andere psychische Störung (z.B. Panikstörung, Störung mit Trennungsangst, Körperdysmorphie Störung, Tiefgreifende Entwicklungsstörung oder Schizoide Persönlichkeitsstörung) erklärt werden (**Kriterium G**). Falls eine andere psychische Störung oder ein medizinischer Krankheitsfaktor vorliegen, sollten die Angst oder die Vermeidung nicht auf die Besorgnis über deren soziale Auswirkungen beschränkt sein (**Kriterium H**).

In den gefürchteten sozialen oder Leistungssituationen entwickeln Personen mit Sozialer Phobie Angst, sich zu blamieren, und befürchten, daß andere sie als ängstlich, schwach, „verrückt“ oder dumm beurteilen. Sie können öffentliches Sprechen fürchten, da sie sich sorgen, daß andere das Zittern ihrer Hände oder Stimme bemerken könnten, oder sie können extreme Angst entwickeln, wenn sie sich mit anderen unterhalten, da sie befürchten, nicht wortgewandt zu wirken. Sie können Essen, Trinken oder Schreiben in der Öffentlichkeit vermeiden, aus Angst sich zu blamieren, wenn andere sehen, daß ihre Hand zittert. Personen mit Soziale Phobie nehmen fast immer Angstsymptome (z.B. Herzklopfen, Zittern, Schwitzen, Magen-Darm-Beschwerden, Durchfall, Muskelverspannungen, Erröten, „durcheinander sein“) in den gefürchteten sozialen Situationen wahr, wobei diese in schweren Fällen die Kriterien für eine Panikattacke erfüllen können [...]. Erröten kann eher typisch für Soziale Phobie sein.

Erwachsene mit Sozialer Phobie erkennen, daß ihre Angst übertrieben und unbegründet ist. [...]

Typischerweise vermeidet die Person mit Sozialer Phobie die gefürchtete Situation. Weniger häufig zwingt sich die Person, die soziale oder Leistungssituation auszuhalten, wobei sie intensive Angst empfindet. [...]

Die Angst oder Vermeidung muß deutlich die normale Lebensführung, die berufliche oder schulische Funktionsfähigkeit oder soziale Aktivitäten und Beziehungen einschränken, oder die Phobie verursacht erhebliches Leiden. [...]

#### Zusatzcodierung

**Generalisiert.** Diese Zusatzcodierung kann benutzt werden, wenn die Ängste viele verschiedene soziale Situationen betreffen (z.B. Gespräch beginnen oder aufrechterhalten, Teilnahme an kleinen Gruppen, Verabredungen, mit Autoritätspersonen sprechen, an Parties teilnehmen). Personen mit Sozialer Phobie, Generalisiert, fürchten meist sowohl öffentliche Leistungssituationen als auch soziale Interaktionen. Da Personen mit Sozialer Phobie das volle Ausmaß ihrer sozialen Ängste häufig nicht spontan berichten, ist es für den Untersucher hilfreich, die Person mit Hilfe einer Liste zu sozialen und Leistungssituationen zu befragen. Personen, deren klinisches Erscheinungsbild nicht die Definition für Generalisiert erfüllt, stellen eine heterogene Gruppe dar, die sowohl Personen mit Angst vor einer einzigen Leistungssituation als auch solche mit Angst vor mehreren, aber nicht vor fast allen sozialen Situationen einschließt. Personen mit Sozialer Phobie, Generalisiert, können häufiger Defizite in sozialen Fertigkeiten entwickeln und zeigen schwere Beeinträchtigung in sozialen und beruflichen Funktionsbereichen.

#### Zugehörige Merkmale und Störungen

[...] Merkmale, die häufig mit Sozialer Phobie einhergehen, sind Überempfindlichkeit gegenüber Kritik, negativer Bewertung oder Ablehnung; Schwierigkeiten, sich selbst zu behaupten, und geringes Selbstbewußtsein oder Minderwertigkeitsgefühle. Personen mit Sozialer Phobie fürchten auch häufig die indirekte Bewertung durch andere, z.B. an einem Test teilzunehmen. Sie können mangelnde soziale Fertigkeiten (z.B. Augenkontakt) oder beobachtbare Anzeichen von Angst (z.B. kalte, feuchte Hände, Zittern, zittrige Stimme) aufweisen. Personen mit Soziale Phobie schneiden in der Schule wegen der Prüfungsangst oder Vermeidung der Teilnahme am Unterricht häufig schlechter ab. Sie erbringen möglicherweise schlechtere Leistungen bei der Arbeit aufgrund der Angst vor oder der Vermeidung von Sprechen vor anderen oder in der Öffentlichkeit oder mit Autoritätspersonen und Kollegen. Das soziale Netz von Personen mit Sozialer Phobie ist häufig klein, und sie heiraten wahrscheinlich seltener. In besonders schweren Fällen verlassen die Betroffenen die Schule, sind arbeitslos oder bekommen keine Arbeit, da sie nicht in der Lage sind, Bewerbungsgespräche zu führen, haben keine Freunde oder hängen an unbefriedigenden Beziehungen, verzichten vollständig auf Verabredungen oder ziehen sich in ihre Herkunftsfamilie zurück.

[...]

## Anhang 2

ICD-10-Störungskriterien\*: Ängstliche (vermeidende) Persönlichkeitsstörung (Dilling et al., 1993)

<b>Ängstliche (vermeidende) Persönlichkeitsstörung nach ICD-10 (F60.6)</b>
<ol style="list-style-type: none"><li>1. Andauernde und umfassende Gefühle von Anspannung und Besorgtheit.</li><li>2. Überzeugung, selbst sozial unbeholfen, unattraktiv und minderwertig im Vergleich mit anderen zu sein.</li><li>3. Ausgeprägte Sorge, in sozialen Situationen kritisiert oder abgelehnt zu werden.</li><li>4. Abneigung, sich auf persönliche Kontakte einzulassen, außer man ist sicher, gemocht zu werden.</li><li>5. Eingeschränkter Lebensstil wegen des Bedürfnisses nach körperlicher Sicherheit.</li><li>6. Vermeidung sozialer und beruflicher Aktivitäten, die zwischenmenschliche Kontakte voraussetzen, aus Furcht vor Kritik, Mißbilligung oder Ablehnung.</li></ol> <p>Überempfindlichkeit gegenüber Ablehnung und Kritik können zusätzliche Merkmale sein.</p> <p><i>Dazugehöriger Begriff:</i></p> <p>- selbstunsichere Persönlichkeit(sstörung)</p>

\* Die Beschreibungen der Störungsbilder sind in der ICD wesentlich knapper gehalten als im DSM. Als gemeinsame Merkmale aller Persönlichkeitsstörungen werden in der ICD-10 genannt:

„[...] tief verwurzelte, anhaltende Verhaltensmuster, die sich in starren Reaktionen auf unterschiedliche persönliche und soziale Lebenslagen zeigen. Dabei findet man bei Personen mit Persönlichkeitsstörungen gegenüber der Mehrheit der betreffenden Bevölkerung deutliche Abweichungen im Wahrnehmen, Denken, Fühlen und in Beziehungen zu anderen. Solche Verhaltensmuster sind meistens stabil und beziehen sich auf vielfältige Bereiche von Verhalten und psychischen Funktionen. Häufig gehen sie mit persönlichem Leiden und gestörter sozialer Funktions- und Leistungsfähigkeit einher.

Persönlichkeitsstörungen [...] beginnen in der Kindheit oder Adoleszenz und dauern bis ins Erwachsenenalter an. [...]“ (Dilling et al., 1993, S. 225).

## Anhang 3

DSM-IV-Störungskriterien: Vermeidend-Selbstunsichere Persönlichkeitsstörung (Saß et al., 1996)

### Vermeidend-Selbstunsichere Persönlichkeitsstörung nach DSM-IV (301.82) - auszugsweise -

#### Diagnostische Merkmale

Das Hauptmerkmal der Vermeidend-Selbstunsicheren Persönlichkeitsstörung ist ein tiefgreifendes Muster von sozialer Gehemmtheit, Insuffizienzgefühlen und Überempfindlichkeit gegenüber negativer Bewertung. Der Beginn liegt im frühen Erwachsenenalter und die Störung zeigt sich in verschiedenen Situationen.

Aus Angst vor Kritik vermeiden Menschen mit Vermeidend-Selbstunsicherer Persönlichkeitsstörung häufig schulische oder berufliche Aktivitäten, die engere zwischenmenschliche Kontakte mit sich bringen (Kriterium 1). Angebote einer beruflichen Förderung können abgelehnt werden, weil die neuen Verpflichtungen mit der kritischen Beurteilung durch Mitarbeiter verbunden sein könnten. Die Betroffenen vermeiden neue Freundschaften, sofern sie sich nicht sicher sind, kritiklos akzeptiert und gemocht zu werden (Kriterium 2). Von anderen Menschen wird solange angenommen, daß sie kritisch und ablehnend eingestellt sind, bis sie überzeugend das Gegenteil bewiesen haben. Personen mit dieser Störung meiden Gruppenaktivitäten, sofern nicht wiederholt großzügige Angebote der Unterstützung und Akzeptanz unterbreitet werden. Obwohl die Betroffenen fähig sind, innige Beziehungen einzugehen, wenn sie sich der unkritischen Annahme sicher sind, fällt es ihnen oft schwer, zwischenmenschliche Nähe aufzubauen. Aus Angst, bloßgestellt, beschämt oder lächerlich gemacht zu werden, können sie gehemmt sein, Schwierigkeiten haben, über sich selbst zu sprechen und intimere Gefühle zurückhalten (Kriterium 3).

Da Personen mit dieser Störung ganz davon eingenommen sind, daß sie in sozialen Situationen kritisiert oder abgelehnt werden, können sie eine deutlich verminderte Wahrnehmungsschwelle für solches Verhalten haben (Kriterium 4). Verhält sich ein anderer nur leicht ablehnend oder kritisch, können sie sich äußerst verletzt fühlen. Aus der Angst, jegliche Beachtung könnte erniedrigend oder zurückweisend sein, neigen sie zu schüchternem, stillem, gehemmtem und „unsichtbarem“ Verhalten. Da sie erwarten, daß alles, was sie äußern, von anderen für falsch gehalten wird, kann es sein, daß sie überhaupt nichts sagen. Sie reagieren heftig bei geringsten Hinweisen auf Spott oder Hohn. Trotz des Verlangens, aktiv am gesellschaftlichen Leben teilzunehmen, fürchten sie sich davor, ihr Wohlergehen in die Hände anderer zu legen. Menschen mit Vermeidend-Selbstunsicherer Persönlichkeitsstörung verhalten sich in neuen zwischenmenschlichen Situationen gehemmt, weil sie sich als unzulänglich empfinden und geringe Selbstachtung besitzen (Kriterium 5). Zweifel an sozialer Kompetenz und persönlicher Ausstrahlung werden besonders in Situationen deutlich, bei denen Interaktionen mit Fremden gefordert sind. Die Betroffenen halten sich für gesellschaftlich unbeholfen, persönlich unattraktiv oder anderen gegenüber unterlegen (Kriterium 6). Sie nehmen außergewöhnlich ungern persönliche Risiken auf sich oder neue Unternehmungen in Angriff, weil dies sich als beschämend erweisen könnte (Kriterium 7). Sie neigen dazu, die möglichen Risiken alltäglicher Situationen zu überschätzen. Aus dem Bedürfnis nach Gewißheit und Sicherheit kann eine eingeschränkte Lebensweise resultieren. So kann ein von dieser Störung Betroffener ein Vorstellungsgespräch absagen, aus Angst, in Verlegenheit zu geraten, da er nicht passend gekleidet ist. Geringfügige körperliche Symptome oder andere Probleme können zur Begründung herangezogen werden, neuen Aktivitäten aus dem Weg zu gehen.

#### Zugehörige Merkmale und Störungen

Menschen mit Vermeidend-Selbstunsicherer Persönlichkeitsstörung schätzen die Handlungen und Äußerungen der Menschen, mit denen sie Kontakt haben, oft aufmerksam ab. Ihr ängstliches und angespanntes Benehmen kann bei anderen Spott und Hohn hervorrufen, der wiederum ihre Selbstzweifel bestätigt. Sie sind sehr besorgt, daß sie auf Kritik mit Erröten oder Weinen reagieren. Von anderen werden sie als „schüchtern“, „ängstlich“, „einsam“ und „isoliert“ beschrieben. Die mit dieser Störung verbundenen Hauptprobleme treten bei der Bewältigung sozialer und beruflicher Aufgaben auf. Die geringe Selbstachtung und Überempfindlichkeit gegenüber Ablehnung ist mit eingeschränkten zwischenmenschlichen Kontakten verbunden. Die Betroffenen können relativ isoliert sein und haben in der Regel kein ausgedehntes unterstützendes soziales Netzwerk, das bei der Bewältigung von Krisen helfen könnte. Sie wünschen sich Liebe und Anerkennung und können von idealisierten Beziehungen zu anderen träumen. Das vermeidende Verhalten kann sich nachteilig auf die beruflichen Aktivitäten auswirken, da die Betroffenen versuchen, solche sozialen Situationen zu vermeiden, die wichtig sein könnten, um die grundlegenden beruflichen Anforderungen zu erfüllen oder ein Weiterkommen zu erreichen.

Affektive Störungen und Angststörungen (insbesondere die Soziale Phobie vom Generalisierten Typus) werden häufig gemeinsam mit der Vermeidend-Selbstunsicheren Persönlichkeitsstörung diagnostiziert. Die Vermeidend-Selbstunsichere Persönlichkeitsstörung wird auch oft gemeinsam mit der Dependenten Persönlichkeitsstörung diagnostiziert, weil Menschen mit Vermeidend-Selbstunsicherer Persönlichkeitsstörung eine enge Bindung und Abhängigkeit zu den wenigen Menschen, mit denen sie befreundet sind, entwickeln. Die Diagnose Vermeidend-Selbstunsichere Persönlichkeitsstörung wird ebenfalls oft zusammen mit der Borderline-Persönlichkeitsstörung und den Cluster A Persönlichkeitsstörungen (Paranoide, Schizoide oder Schizotypische Persönlichkeitsstörung) gestellt.

#### Differentialdiagnose [auszugsweise]

Zwischen der Vermeidend-Selbstunsicheren Persönlichkeitsstörung und der Sozialen Phobie, Generalisierter Typus scheinen so große Überschneidungen zu bestehen, daß sie alternative Konzeptualisierungen der gleichen oder ähnlicher Zustände darstellen könnten. [...]

Andere Persönlichkeitsstörungen können mit der Vermeidend-Selbstunsicheren Persönlichkeitsstörung verwechselt werden, da bestimmte gemeinsame Merkmale vorliegen. Daher ist es wichtig, diese Störungen aufgrund der Unterschiede in ihren charakteristischen Merkmalen abzugrenzen. Wenn allerdings eine Person Persönlichkeitsmerkmale aufweist, die die Kriterien einer oder mehrerer Persönlichkeitsstörungen zusätzlich zu denen der Vermeidend-Selbstunsicheren Persönlichkeitsstörung erfüllen, können alle diese diagnostiziert werden. [...]

Fragebogen zur  
Selbstbeschreibung  
in sozialen Situationen

**Anonym - bitte ohne Namen abgeben !**

**Datum:** .....

Fast jeder Mensch kennt gelegentliche Schwierigkeiten im Umgang mit anderen. Das kann verschiedene Bereiche betreffen: so kann man unsicher sein, wie man sich in bestimmten Situationen verhalten soll, oder sich fragen, wie man auf andere wirkt oder was andere denken könnten. Oft kann man die Schwierigkeiten im Kontakt mit anderen nicht genau benennen, sondern merkt nur, daß man sich manchmal "irgendwie" unwohl fühlt. Für viele Menschen sind das alles keine oder geringe Probleme, für andere können es starke Belastungen sein.

Auf den folgenden beiden Seiten finden Sie eine Sammlung von Beschreibungen derartiger Aspekte im Umgang mit anderen. Einiges davon werden Sie aus eigenem Erleben kennen. Mit diesem Fragebogen soll das zwischenmenschliche Verhalten und Erleben näher untersucht werden.

**Beim Ausfüllen des Fragebogens beachten Sie bitte folgendes:**

- Vielleicht decken sich einige der Formulierungen nicht ganz genau mit Ihren Erfahrungen. Entscheiden Sie bitte trotzdem, inwieweit die Aussage für Sie zutrifft.
- **Lassen Sie bitte keine Aussage aus!**
- Bitte bewerten Sie die Aussagen so, wie es Ihrem **eigentlichen Zustand** entspricht, also wie es für Sie normal ist. Erfahrungen, die mit *Medikamenten* oder *Suchtmitteln* (z.B. Alkohol) zusammenhängen, sind hier *nicht gemeint*.

Bitte zögern Sie nicht lange mit der Antwort, der erste Eindruck ist meistens der richtige. **Es kommt nicht darauf an, welche Antwort den "besten Eindruck" macht. Es gibt keine "richtigen" oder "falschen" Antworten**, weil jeder Mensch seine ganz persönlichen Lebenserfahrungen hat.

**Alle Aussagen beziehen sich auf die letzten 6 Monate !**

	immer/ meistens	häufig	manch- mal	nie
1 Im Mittelpunkt der Aufmerksamkeit zu stehen, macht mich nervös.				
2 "Small talk" ist nicht meine Sache.				
3 Ich befürchte, daß ich in bestimmten sozialen Situationen (Gespräche, vor einer Gruppe reden, andere kennenlernen, zwangloses Beisammensein) auf andere Menschen ungeschickt wirke.				
4 In Gegenwart anderer Menschen fällt es mir schwer, Gesprächsthemen zu finden.				
5 Ich beschwere mich nicht über mangelhafte Ware oder schlechten Service, selbst wenn ich im Recht bin.				
6 Direkter Blickkontakt in Gesprächen ist mir unangenehm.				
7 Autoritätspersonen schüchtern mich ein.				
8 Es kommt vor, daß ich ein wenig schadenfroh bin.				
9 Meine Selbstbeobachtung in sozialen Situationen lenkt mich davon ab, mich aufs Thema zu konzentrieren.				
10 Ich würde mich als scheuen / schüchternen Menschen bezeichnen.				
11 Auf Parties / zwanglosen Zusammenkünften ist mir unbehaglich zumute, weil ich nicht weiß, wie ich mich verhalten soll.				
12 Die Vorstellung, vor einer Gruppe von Menschen eine Rede/einen Vortrag zu halten, macht mir Angst.				
13 Ich fühle mich niedergeschlagen und schwermütig.				
14 Höflichkeiten und gesellige Gesten kann ich nur schwer erwidern.				
15 Orte, an denen sich viele Menschen aufhalten, machen mir Angst.				
16 In sozialen Situationen kann ich mich auf das Verhalten der anderen kaum konzentrieren.				
17 Ich habe Angst davor, mich zu blamieren.				
18 Kontakt- oder Gesprächssituationen zu steuern, fällt mir schwer.				
19 Ich vermeide absichtlich bestimmte soziale Situationen, weil ich Angst habe, etwas falsch zu machen.				
20 Ich kann schlecht "nein" sagen.				
21 Es kommt vor, daß ich vor dem Mittagessen bzw. zweiten Frühstück Alkohol trinke.				
22 Ich befürchte, daß andere schnell von mir gelangweilt sind.				
23 Die bloße Vorstellung bestimmter sozialer Situationen löst bei mir körperliche Reaktionen aus (Zittern / Erröten / Schwitzen / Harndrang o.ä.).				
24 Ich weiß nicht recht, wie ich auf Menschen zugehen soll, wenn ich sie nicht gut kenne.				
25 Ich kann das Verhalten anderer schlecht einordnen.				
26 Ich könnte im Erdboden versinken, wenn ich im Mittelpunkt stehe.				
27 Es kommt vor, daß ich häßliche Bemerkungen über andere Menschen mache.				
28 In Restaurants sitze ich lieber an Tischen, die eher am Rande stehen.				
29 Die Vorstellung, von jemandem kritisiert oder abgelehnt zu werden, ist für mich schwer auszuhalten.				
30 Ich habe wenig private soziale Kontakte.				
31 Die Vorstellung, von anderen Menschen intensiv beobachtet zu werden, bereitet mir Unbehagen.				
32 In sozialen Situationen komme ich mir unbeholfen vor.				
33 Ich fühle mich körperlich unattraktiv.				

**Alle Aussagen beziehen sich auf die letzten 6 Monate !**

	immer/ meistens	häufig	manch- mal	nie
34 Morgens fühle ich mich besonders schlecht.				
35 Andere Menschen haben mehr diplomatisches Geschick als ich.				
36 Auf andere lasse ich mich nur ein, wenn ich sie sehr gut kenne.				
37 Ich glaube, ich sollte das Trinken von Alkohol einschränken.				
38 Ich habe Schwierigkeiten, mich sprachlich gut auszudrücken (mir fehlen die passenden Worte / ich gerate ins Stocken / spreche nicht flüssig).				
39 Ich fühle mich im Kontakt mit unbekanntem gegengeschlechtlichen Personen (auf diese zugehen / kennenlernen / zwanglose Gespräche führen) unbeholfener / unsicherer als mit gleichgeschlechtlichen Personen.				
40 Es bereitet mir Mühe, im Kontakt mit anderen nicht unangenehm aufzufallen.				
41 Ich glaube, ich bin für andere Menschen nicht besonders interessant.				
42 Ich weiß nicht, wohin mit meinen Händen, wenn ich mit anderen rede.				
43 Es kommt vor, daß ich auch mal eine Lüge erzähle.				
44 Im Beruf / Studium / in der Schule / Lehre habe ich wenig soziale Kontakte.				
45 Ich fühle mich unbehaglich, wenn ich mit Leuten rede, die ich kaum kenne.				
46 Andere Menschen sind selbstsicherer als ich.				
47 Wenn ich in öffentlichen Situationen sprechen muß, habe ich Angst, daß ich nicht verstanden werde / Unsinn von mir gebe.				
48 Meine sexuellen Bedürfnisse haben nachgelassen.				
49 Es kommt vor, daß mein Verhalten befremdlich auf andere wirkt.				
50 Es macht mich nervös, wenn mir jemand zusieht, während ich schreibe.				
51 Durch bewußte Zurückhaltung vermeide ich es, in sozialen Situationen ungeschickt zu wirken / peinlich aufzufallen.				
52 Viele meiner Probleme habe ich durch Alkohol.				
53 In Gesprächen mit anderen wüßte ich zwar, was ich sagen könnte, habe aber Hemmungen, mich auszudrücken.				
54 In Gegenwart wenig bekannter / unbekannter Menschen zu essen (Feier, Restaurant, geselliges Beisammensein), verunsichert mich.				
55 Ich würde mich als einzelgängerischen Menschen bezeichnen.				
56 Ich befürchte, daß ich in sozialen Situationen unsicher / unbeholfen wirken könnte.				
57 Der Gedanke, jemand könnte meine Leistungen negativ beurteilen, ist für mich schwer zu ertragen.				
58 Ich verhalte mich anderen gegenüber lieber distanziert.				
59 Es kommt vor, daß ich etwas aufschiebe, was ich sofort tun sollte.				
60 Bestimmte soziale Situationen lösen bei mir körperliche Reaktionen aus (Erröten / Zittern / Schwitzen o.ä.)				
61 Meine Gefühle und Gedanken sind für andere nur schwer zu erkennen.				
62 Am liebsten würde ich mir das Leben nehmen.				
63 Ich wünschte, ich hätte mehr private soziale Kontakte.				
64 Ich fühle mich anderen unterlegen, was ungezwungenes Verhalten angeht.				
65 Es ist mir peinlich, die Aufmerksamkeit anderer Menschen auf mich zu ziehen.				
66 Ich kann die Absichten und Motive anderer Menschen schlecht einschätzen.				

**Alle Aussagen beziehen sich auf die letzten 6 Monate !**

	immer/ meistens	häufig	manch- mal	nie
67 Ängste in öffentlichen Situationen sind für mich eine große Behinderung (z.B. bei der Arbeit, im Studium, in der Schule; mit unbekanntem Personen).				
68 Ich glaube, der Alkohol zerstört mein Leben.				
69 In sozialen Situationen weiß ich nicht so recht, was andere von mir erwarten.				
70 Ich leide darunter, daß ich wenig soziale Kontakte habe.				
71 Ich habe Angst davor, von Personen des anderen Geschlechts zurückgewiesen und abgelehnt zu werden.				
72 Ich kann im voraus schlecht einschätzen, wie mein Verhalten auf andere wirkt.				
73 Aus Angst meide ich Orte, an denen sich viele Menschen aufhalten.				
74 Ich werde aus dem Verhalten anderer Menschen nicht schlau.				
75 Andere Leute können nicht verstehen, warum ich Alkohol trinke.				
76 Ich schäme mich, über meine Sexualität zu sprechen.				
77 Es fällt mir schwer, höfliche Konversation zu betreiben.				
78 Den Gedanken, jemand könnte sich über mich ärgern, kann ich schwer ertragen.				
79 Mein Verhalten in sozialen Kontakten ist durch Unsicherheiten / Befürchtungen / Angstgefühle gehemmt.				
80 Ich habe keine Gefühle mehr.				
81 Ich habe Angst, mich lächerlich zu machen.				
82 Durch übertriebene Gedanken / Befürchtungen hindere ich mich selbst daran, in sozialen Situationen adäquat zu reagieren.				
83 Ich weiß in Gesprächen nicht so recht, wann oder wie lange ich den anderen ansehen und wann ich wegsehen sollte.				
84 Ich bin beleidigt, wenn es nicht nach meinem Willen geht.				
85 Ich fühle mich angespannt, wenn ich unter den Augen anderer etwas tun oder sagen soll.				
86 Mich beschäftigt in sozialen Situationen mehr mein eigenes Verhalten (was ich tun / sagen soll, wie ich wirke) als das Verhalten der anderen.				
87 Bei geselligen Anlässen kommt es vor, daß ich mich "fehl am Platz" fühle.				
88 Ich könnte mich selbstsicher(er) verhalten, wenn ich weniger Gefühle von Unsicherheit / Ängstlichkeit hätte.				

**Die folgenden Aussagen beziehen sich auf Ihre Lebenszeit !**

	immer/ meistens	häufig	manch- mal	nie
89 Ich wurde besonders behütet erzogen.				
90 Meine Eltern (Elternteil) haben während meiner Kindheit / Jugend auffallend wenig soziale Kontakte gehabt.				
91 Als Kind war ich schüchtern / zurückhaltend.				
92 Meine Eltern (Elternteil) haben mein früheres Verhalten in sozialen Situationen stark kritisiert / abgelehnt.				
93 Beschämung wurde in meiner Erziehung als Mittel eingesetzt, damit ich lerne, mich in sozialen Situationen angemessen zu verhalten.				
94 Als Jugendliche/r fühlte ich mich von Gleichaltrigen abgelehnt.				

**Die folgenden Aussagen beziehen sich auf Ihre Lebenszeit !**

	immer/ meistens	häufig	manch- mal	nie
95 In meinem Berufsleben / im Studium / in der Lehre gab es Phasen, in denen mich meine sozialen Unsicherheiten regelrecht am Arbeiten gehindert haben.				
96 In meiner Kindheit / Jugend hatte ich wenig Gelegenheiten, Selbstsicherheit im sozialen Umgang mit anderen zu gewinnen.				
97 Eigene Unsicherheiten im sozialen Umgang sind in meinem bisherigen Leben als Erwachsene/r schon zur Belastung für mich geworden.				
98 In meiner Jugendzeit wurde ich von Gleichaltrigen gemocht / anerkannt.				
99 Meine Eltern (Elternteil) haben sehr darauf geachtet, außerhalb der Familie einen guten Eindruck zu machen.				
100 In meiner Kindheit hatte ich gute Kontakte zu Gleichaltrigen.				

	ja	eher ja	eher nein	nein
101 Ich habe alle Fragen so genau wie möglich beantwortet.				

Die Befragung ist anonym. Der Fragebogen enthält keinen Identifikationscode. Rückschlüsse auf die Person sind daher nicht möglich !

**Die folgenden Angaben sind für die Gesamtauswertung wichtig:**

<b>Alter:</b> ..... Jahre	<b>Familienstand:</b> <input type="radio"/> verheiratet <input type="radio"/> mit Partner getrennt lebend		
<b>Geschlecht:</b> <input type="radio"/> m <input type="radio"/> w	<input type="radio"/> ledig <input type="radio"/> mit Partner zusammenlebend		
<input type="radio"/> alleinstehend			
<b>Schulabschluß:</b>	<b>Lehre:</b>	<b>Studium:</b>	<b>aktuell berufstätig:</b>
<input type="radio"/> Hauptschulabschluß	<input type="radio"/> abgeschlossen	<input type="radio"/> abgeschlossen	<input type="radio"/> ja
<input type="radio"/> Mittlere Reife	<input type="radio"/> nicht abgeschlossen	<input type="radio"/> nicht abgeschlossen	<input type="radio"/> nein
<input type="radio"/> Fachhochschulreife	<input type="radio"/> keine Lehre	<input type="radio"/> kein Studium	<input type="radio"/> aktuell arbeitslos
<input type="radio"/> Abitur			

**Vielen Dank für Ihre Mitwirkung !**

Fragebogen bitte im Umschlag zurückgeben.

## Anhang 5

### Studie 1, Hauptstudie: Ladungsmatrix

Item	Faktor 1	Faktor 2	Faktor 3	Faktor 4	Faktor 5	Kommunalität
F001	<b>.590</b>	.185	.209	.103	-.038	<b>.438</b>
F002	.197	.015	.476	-.032	-.060	<b>.267</b>
F003	.551	.041	.111	.166	.175	<b>.375</b>
F004	.539	-.068	.265	.070	.115	<b>.383</b>
F005	.113	.148	.130	.088	-.099	<b>.069</b>
F006	.176	.176	.343	-.034	.057	<b>.181</b>
F007	.445	.183	-.058	-.090	-.084	<b>.247</b>
F008	.160	.219	.374	.299	-.088	<b>.310</b>
F010	<b>.605</b>	.132	.288	-.013	.154	<b>.490</b>
F011	.389	.147	<b>.497</b>	-.060	.178	<b>.455</b>
F012	<b>.715</b>	.139	.066	.069	.143	<b>.560</b>
F014	.164	-.134	.407	.216	.020	<b>.257</b>
F015	.185	.074	<b>.534</b>	.027	-.118	<b>.339</b>
F016	.156	-.038	.273	<b>.481</b>	-.047	<b>.334</b>
F017	.396	.426	.206	.058	-.011	<b>.384</b>
F018	.545	.086	.077	.352	.057	<b>.437</b>
F019	.463	.244	.379	.223	.100	<b>.476</b>
F020	.306	.180	-.010	.260	-.191	<b>.230</b>
F022	.352	.305	.178	.167	.031	<b>.276</b>
F023	.381	.333	.249	.094	.107	<b>.338</b>
F024	.497	.166	.280	.172	.169	<b>.412</b>
F025	.218	-.037	-.060	<b>.594</b>	.168	<b>.432</b>
F026	.587	.162	.169	.199	-.156	<b>.463</b>
F028	.149	.363	.280	-.242	.167	<b>.319</b>
F029	.238	<b>.682</b>	.056	.124	.022	<b>.540</b>
F030	.130	-.037	.304	.085	<b>.643</b>	<b>.531</b>
F031	.471	.405	.274	.083	.050	<b>.468</b>
F032	.443	.258	.374	.209	.012	<b>.446</b>
F033	.208	.333	-.019	.103	-.220	<b>.214</b>
F035	.086	.074	.118	.441	.112	<b>.233</b>
F036	.439	-.086	.234	.159	.227	<b>.332</b>
F038	.514	.182	.097	.162	.070	<b>.338</b>
F039	.434	.251	.042	.047	.044	<b>.255</b>
F040	.055	.278	.346	.306	.062	<b>.297</b>
F041	.226	.243	.226	.306	.100	<b>.265</b>
F042	.286	.390	.253	.080	.046	<b>.307</b>
F044	.073	.037	.111	.161	<b>.645</b>	<b>.461</b>
F045	.501	.232	.234	.169	.126	<b>.404</b>
F046	.552	.317	.119	.204	.052	<b>.464</b>
F047	<b>.630</b>	.252	.020	.192	.015	<b>.499</b>
F049	-.189	.229	.271	.359	.126	<b>.306</b>
F050	.309	.417	.106	-.129	.122	<b>.312</b>
F051	.511	.427	.156	.104	.189	<b>.515</b>
F053	<b>.593</b>	.277	.179	.240	.174	<b>.548</b>
F054	.362	.381	.337	-.081	.112	<b>.408</b>
F055	.068	.081	<b>.504</b>	.055	<b>.498</b>	<b>.516</b>
F056	.469	.334	.309	.257	.120	<b>.508</b>
F057	.208	<b>.654</b>	.105	.139	.053	<b>.504</b>
F058	.184	.162	.476	.231	.170	<b>.368</b>
F060	.409	.201	.266	.066	-.066	<b>.283</b>
F061	.110	.079	.265	.237	.286	<b>.227</b>
F063	.156	.093	-.114	.117	<b>.750</b>	<b>.622</b>
F064	.529	.230	.256	.035	.131	<b>.417</b>
F065	.492	.318	.265	.049	-.047	<b>.418</b>
F066	.108	.019	-.083	<b>.699</b>	.070	<b>.513</b>
F067	.414	.297	.368	.174	.087	<b>.433</b>
F069	.162	.314	.158	<b>.459</b>	.090	<b>.369</b>
F070	.139	.123	-.029	.093	<b>.733</b>	<b>.580</b>
F071	.096	<b>.525</b>	-.138	.143	.289	<b>.409</b>
F072	.216	.330	.168	.431	.072	<b>.375</b>
F073	.102	.101	.479	.216	.153	<b>.320</b>
F074	.020	.090	.109	<b>.747</b>	.078	<b>.585</b>
F076	.300	.185	.110	.352	.017	<b>.261</b>
F077	.192	-.044	<b>.534</b>	.205	.012	<b>.364</b>
F078	.191	<b>.724</b>	.055	.109	-.072	<b>.580</b>
F079	.477	.353	.362	.199	.167	<b>.552</b>
F081	.322	<b>.558</b>	.134	.229	-.028	<b>.486</b>
F082	.297	.499	.375	.357	.072	<b>.610</b>
F083	.144	.393	.379	.152	.093	<b>.350</b>
F085	.472	.500	.253	.084	.106	<b>.556</b>
F086	.205	.343	.371	.401	.125	<b>.474</b>
F087	.074	.242	<b>.529</b>	.089	.151	<b>.366</b>
F088	.498	.464	.345	.151	.109	<b>.617</b>

Rotierte Komponentenmatrix; fett: 5 höchstladende Items unter dem jeweiligen Faktor

## Anhang 6

Studie 1, Hauptstudie: Prozentualer Anteil der aufgeklärten Varianz an der Item-Kommunalität durch den jeweiligen Faktor (Fürrtratt-Tabelle)

Item	Faktor 1	Faktor 2	Faktor 3	Faktor 4	Faktor 5
F001	79,5	7,8	10,0	2,4	0,3
F002	14,5	0,1	84,9	0,4	1,3
F003	81,0	0,4	3,3	7,3	8,2
F004	75,9	1,2	18,3	1,3	3,5
F005	18,5	31,7	24,5	11,2	14,2
F006	17,1	17,1	65,0	0,6	1,8
F007	80,2	13,6	1,4	3,3	2,9
F008	8,3	15,5	45,1	28,8	2,5
F010	74,7	3,6	16,9	0,03	4,8
F011	33,3	4,7	54,3	0,8	7,0
F012	91,3	3,5	0,8	0,9	3,7
F014	10,5	7,0	64,5	18,2	0,2
F015	10,1	1,6	84,1	0,2	4,1
F016	7,3	0,4	22,3	69,3	0,7
F017	40,8	47,3	11,1	0,9	0,03
F018	68,0	1,7	1,4	28,4	0,7
F019	45,0	12,5	30,2	10,4	2,1
F020	40,7	14,1	0,04	29,4	15,9
F022	44,9	33,7	11,5	10,1	0,3
F023	42,9	32,8	18,3	2,6	3,4
F024	60,0	6,7	19,0	7,2	6,9
F025	11,0	0,3	0,8	81,7	6,5
F026	74,4	5,7	6,2	8,6	5,3
F028	7,0	41,3	24,6	18,4	8,7
F029	10,5	86,1	0,6	2,8	0,1
F030	3,2	0,3	17,4	1,4	77,9
F031	47,4	35,0	16,0	1,5	0,5
F032	44,0	14,9	31,4	9,8	0,03
F033	20,2	51,8	0,2	5,0	22,6
F035	3,2	2,4	6,0	83,5	5,4
F036	58,0	2,2	16,5	7,6	15,5
F038	78,2	9,8	2,8	7,8	1,4
F039	73,9	24,7	0,7	0,9	0,8
F040	1,0	26,0	40,3	31,5	1,3
F041	19,3	22,3	19,3	35,3	3,8
F042	26,6	49,5	20,8	2,1	0,7
F044	1,2	0,3	2,7	5,6	90,2
F045	62,1	13,3	13,6	7,1	3,9
F046	65,7	21,7	3,1	9,0	0,6
F047	79,5	12,7	0,1	7,4	0,05
F049	11,7	17,1	24,0	42,1	5,2
F050	30,6	55,7	3,6	5,3	4,8
F051	50,7	35,4	4,7	2,1	6,9
F053	64,2	14,0	5,8	10,5	5,5
F054	32,1	35,6	27,8	1,6	3,1
F055	0,9	1,3	49,2	0,6	48,1
F056	43,3	22,0	18,8	13,0	2,8
F057	8,6	84,9	2,2	3,8	0,6
F058	9,2	7,1	61,6	14,5	7,9
F060	59,1	14,3	25,0	1,5	1,5
F061	5,3	2,7	30,9	24,7	36,0
F063	3,9	1,4	2,1	2,2	90,4
F064	67,1	12,7	15,7	0,3	4,1
F065	57,9	24,2	16,8	0,6	0,5
F066	2,3	0,1	1,3	95,2	1,0
F067	39,6	20,4	31,3	7,0	1,7
F069	7,1	26,7	6,8	57,1	2,2
F070	3,3	2,6	0,1	1,5	92,6
F071	2,3	67,4	4,7	5,0	20,4
F072	12,4	29,0	7,5	49,5	1,4
F073	3,3	3,2	71,7	14,6	7,3
F074	0,1	1,4	2,0	95,4	1,0
F076	34,5	13,1	4,6	47,5	0,1
F077	10,1	0,5	78,3	11,5	0,04
F078	6,3	90,4	0,5	2,0	0,9
F079	41,2	22,6	23,7	7,2	5,1
F081	21,3	64,1	3,7	10,8	0,2
F082	14,5	40,8	23,1	20,9	0,8
F083	5,9	44,1	41,0	6,6	2,5
F085	40,1	45,0	11,5	1,3	2,0
F086	8,9	24,8	29,0	33,9	3,3
F087	1,5	16,0	76,5	2,2	6,2
F088	40,2	34,9	19,3	3,7	1,9

**Anhang 7**

Studie 1, Hauptstudie: Eliminierte Items

<b>Item-nr.</b>	<b>Itemtext</b>	<b><math>\alpha</math></b>	<b><math>h^2</math></b>	<b><math>\alpha^2</math></b>	<b>MW</b>	<b>SD</b>
005	Ich beschwere mich nicht über mangelhafte Ware oder schlechten Service, selbst wenn ich im Recht bin.	.148	.069	31,7	1.07	.77
008	Meine Selbstbeobachtung in sozialen Situationen lenkt mich davon ab, mich aufs Thema zu konzentrieren.	.374	.310	45,1	.62	.59
020	Ich kann schlecht "nein" sagen.	.306	.230	40,7	1.32	.80
022	Ich befürchte, daß andere schnell von mir gelangweilt sind.	.352	.276	44,9	.60	.62
023	Die bloße Vorstellung bestimmter sozialer Situationen löst bei mir körperliche Reaktionen aus (Zittern / Erröten / Schwitzen / Harndrang o.ä.).	.381	.338	42,9	.41	.61
028	In Restaurants sitze ich lieber an Tischen, die eher am Rande stehen.	.363	.319	41,3	1.34	1.03
040	Es bereitet mir Mühe, im Kontakt mit anderen nicht unangenehm aufzufallen.	.346	.297	40,3	.26	.48
041	Ich glaube, ich bin für andere Menschen nicht besonders interessant.	.306	.265	35,3	.79	.57
042	Ich weiß nicht, wohin mit meinen Händen, wenn ich mit anderen rede.	.390	.307	35,3	.35	.54
049	Es kommt vor, daß mein Verhalten befremdlich auf andere wirkt.	.359	.306	42,1	.80	.55
054	In Gegenwart wenig bekannter / unbekannter Menschen zu essen (Feier, Restaurant, geselliges Beisammensein), verunsichert mich.	.381	.408	35,6	.31	.60
061	Meine Gefühle und Gedanken sind für andere nur schwer zu erkennen.	.286	.227	30,9	1.08	.69
076	Ich schäme mich, über meine Sexualität zu sprechen.	.352	.261	47,5	.67	.74
083	Ich weiß in Gesprächen nicht so recht, wann oder wie lange ich den anderen ansehen und wann ich wegsehen sollte.	.393	.350	44,1	.33	.53

## Anhang 8

Studie 1, Hauptstudie: Item-Kennwerte, 59 selektierte Angst- und Defizit-Items

### Faktor 1: Sprech- und Mittelpunktsangst (27 Items)

Item-nr.	Itemtext	a	h <sup>2</sup>	a <sup>2</sup>	MW	SD	p	r <sub>it</sub>
001	Im Mittelpunkt der Aufmerksamkeit zu stehen, macht mich nervös.	.590	.438	79,5	1.21	.65	91.7	.596
003	Ich befürchte, daß ich in bestimmten sozialen Situationen (Gespräche, vor einer Gruppe reden, andere kennenlernen, zwangloses Beisammensein) auf andere Menschen ungeschickt wirke.	.551	.375	81,0	.91	.63	76.9	.525
004	In Gegenwart anderer Menschen fällt es mir schwer, Gesprächsthemen zu finden.	.539	.383	75,9	.78	.61	68.2	.499
007	Autoritätspersonen schüchtern mich ein	.445	.247	80,2	.81	.59	71.9	.347
010	Ich würde mich als scheuen / schüchternen Menschen bezeichnen.	.605	.490	74,7	.73	.68	61.2	.620
012	Die Vorstellung, vor einer Gruppe von Menschen eine Rede/einen Vortrag zu halten, macht mir Angst.	.715	.560	91,3	1.26	.95	78.5	.643
018	Kontakt- oder Gesprächssituationen zu steuern, fällt mir schwer.	.545	.437	68,0	.85	.63	71.7	.547
019	Ich vermeide absichtlich bestimmte soziale Situationen, weil ich Angst habe, etwas falsch zu machen.	.463	.476	45,0	.55	.60	51.2	.637
024	Ich weiß nicht recht, wie ich auf Menschen zugehen soll, wenn ich sie nicht gut kenne.	.497	.412	60,0	.82	.68	67.4	.605
026	Ich könnte im Erdboden versinken, wenn ich im Mittelpunkt stehe.	.587	.463	74,4	.63	.73	50.8	.583
031	Die Vorstellung, von anderen Menschen intensiv beobachtet zu werden, bereitet mir Unbehagen.	.471	.468	47,4	.99	.78	74,0	.621
032	In sozialen Situationen komme ich mir unbeholfen vor.	.443	.446	44,0	.67	.56	62,8	.610
036	Auf andere lasse ich mich nur ein, wenn ich sie sehr gut kenne.	.439	.332	58,0	.97	.84	68.2	.438
038	Ich habe Schwierigkeiten, mich sprachlich gut auszudrücken (mir fehlen die passenden Worte / ich gerate ins Stocken / spreche nicht flüssig).	.514	.338	78,2	.73	.69	61.2	.528
039	Ich fühle mich im Kontakt mit unbekanntem gegengeschlechtlichen Personen (auf diese zugehen / kennenlernen / zwanglose Gespräche führen) unbeholfener / unsicherer als mit gleichgeschlechtlichen Personen.	.434	.255	73,9	.64	.75	50.0	.436
045	Ich fühle mich unbehaglich, wenn ich mit Leuten rede, die ich kaum kenne.	.501	.404	62,1	.56	.61	50.0	.608
046	Anderer Menschen sind selbstsicherer als ich.	.552	.464	65,7	1.22	.60	93.0	.624
047	Wenn ich in öffentlichen Situationen sprechen muß, habe ich Angst, daß ich nicht verstanden werde / Unsinn von mir gebe.	.630	.499	79,5	.73	.73	57.9	.643
051	Durch bewußte Zurückhaltung vermeide ich es, in sozialen Situationen ungeschickt zu wirken / peinlich aufzufallen.	.511	.515	50,7	.76	.74	60.7	.653
053	In Gesprächen mit anderen wüßte ich zwar, was ich sagen könnte, habe aber Hemmungen, mich auszudrücken.	.593	.548	64,2	.59	.65	50.4	.704
056	Ich befürchte, daß ich in sozialen Situationen unsicher / unbeholfen wirken könnte.	.496	.508	43,3	.62	.60	55.8	.667
060	Bestimmte soziale Situationen lösen bei mir körperliche Reaktionen aus (Erröten / Zittern / Schwitzen o.ä.)	.409	.283	59,1	.71	.63	62.0	.471
064	Ich fühle mich anderen unterlegen, was ungezwungenes Verhalten angeht.	.529	.417	67,1	.69	.63	59.9	.605
065	Es ist mir peinlich, die Aufmerksamkeit anderer Menschen auf mich zu ziehen.	.492	.418	57,9	.77	.67	64.9	.578
067	Ängste in öffentlichen Situationen sind für mich eine große Behinderung (z.B. bei der Arbeit, im Studium, in der Schule; mit unbekanntem Personen).	.414	.433	39,6	.49	.64	42.1	.610
079	Mein Verhalten in sozialen Kontakten ist durch Unsicherheiten / Befürchtungen / Angstgefühle gehemmt.	.477	.552	41,2	.55	.60	49.6	.697
088	Ich könnte mich selbstsicher(er) verhalten, wenn ich weniger Gefühle von Unsicherheit / Ängstlichkeit hätte.	.498	.617	40,2	.82	.83	59.5	.734

**Faktor 2: Angst vor Ablehnung (10 Items)**

Item-nr.	Itemtext	$\alpha$	$h^2$	$\alpha^2$	MW	SD	p	$r_{it}$
017	Ich habe Angst davor, mich zu blamieren.	.426	.384	47,3	.97	.62	81.0	.526
029	Die Vorstellung, von jemandem kritisiert oder abgelehnt zu werden, ist für mich schwer auszuhalten.	.682	.540	86,1	1.13	.72	83.5	.655
033	Ich fühle mich körperlich unattraktiv.	.333	.214	51,8	.81	.57	73.1	.303
050	Es macht mich nervös, wenn mir jemand zusieht, während ich schreibe.	.417	.312	55,7	.57	.78	41.7	.388
057	Der Gedanke, jemand könnte meine Leistungen negativ beurteilen, ist für mich schwer zu ertragen.	.654	.504	84,9	1.03	.76	77.3	.625
071	Ich habe Angst davor, von Personen des anderen Geschlechts zurückgewiesen und abgelehnt zu werden.	.525	.409	67,4	.48	.65	40.9	.411
078	Den Gedanken, jemand könnte sich über mich ärgern, kann ich schwer ertragen.	.724	.580	90,4	.78	.75	60.7	.636
081	Ich habe Angst, mich lächerlich zu machen.	.558	.486	64,1	.57	.60	51.2	.615
082	Durch übertriebene Gedanken / Befürchtungen hindere ich mich selbst daran, in sozialen Situationen adäquat zu reagieren.	.499	.610	40,8	.63	.67	53.7	.617
085	Ich fühle mich angespannt, wenn ich unter den Augen anderer etwas tun oder sagen soll.	.500	.556	45,0	.80	.71	64.9	.635

**Faktor 3: Interaktionsdefizite (10 Items)** (Item Nr. 055 mit Doppelladung auf Faktor 5)

Item-nr.	Itemtext	$\alpha$	$h^2$	$\alpha^2$	MW	SD	p	$r_{it}$
002	"Small talk" ist nicht meine Sache.	.476	.267	84,9	1.29	.85	83.9	.378
006	Direkter Blickkontakt in Gesprächen ist mir unangenehm.	.343	.181	65,0	.40	.58	35.5	.252
011	Auf Parties / zwanglosen Zusammenkünften ist mir unbehaglich zumute, weil ich nicht weiß, wie ich mich verhalten soll.	.497	.455	54,3	.62	.70	51.7	.534
014	Höflichkeiten und gesellige Gesten kann ich nur schwer erwidern.	.407	.257	64,5	.52	.71	43.0	.315
015	Orte, an denen sich viele Menschen aufhalten, machen mir Angst.	.534	.339	84,1	.49	.63	41.7	.425
055	Ich würde mich als einzelgängerischen Menschen bezeichnen.	.504	.516	49,2	.67	.84	47.9	.456
058	Ich verhalte mich anderen gegenüber lieber distanziert.	.476	.368	61,6	1.01	.65	71.4	.502
073	Aus Angst meide ich Orte, an denen sich viele Menschen aufhalten.	.479	.320	71,7	.30	.57	24.8	.427
077	Es fällt mir schwer, höfliche Konversation zu betreiben.	.534	.364	78,3	.51	.64	45.0	.458
087	Bei geselligen Anlässen kommt es vor, daß ich mich "fehl am Platz" fühle.	.529	.366	76,5	.83	.55	75.6	.487

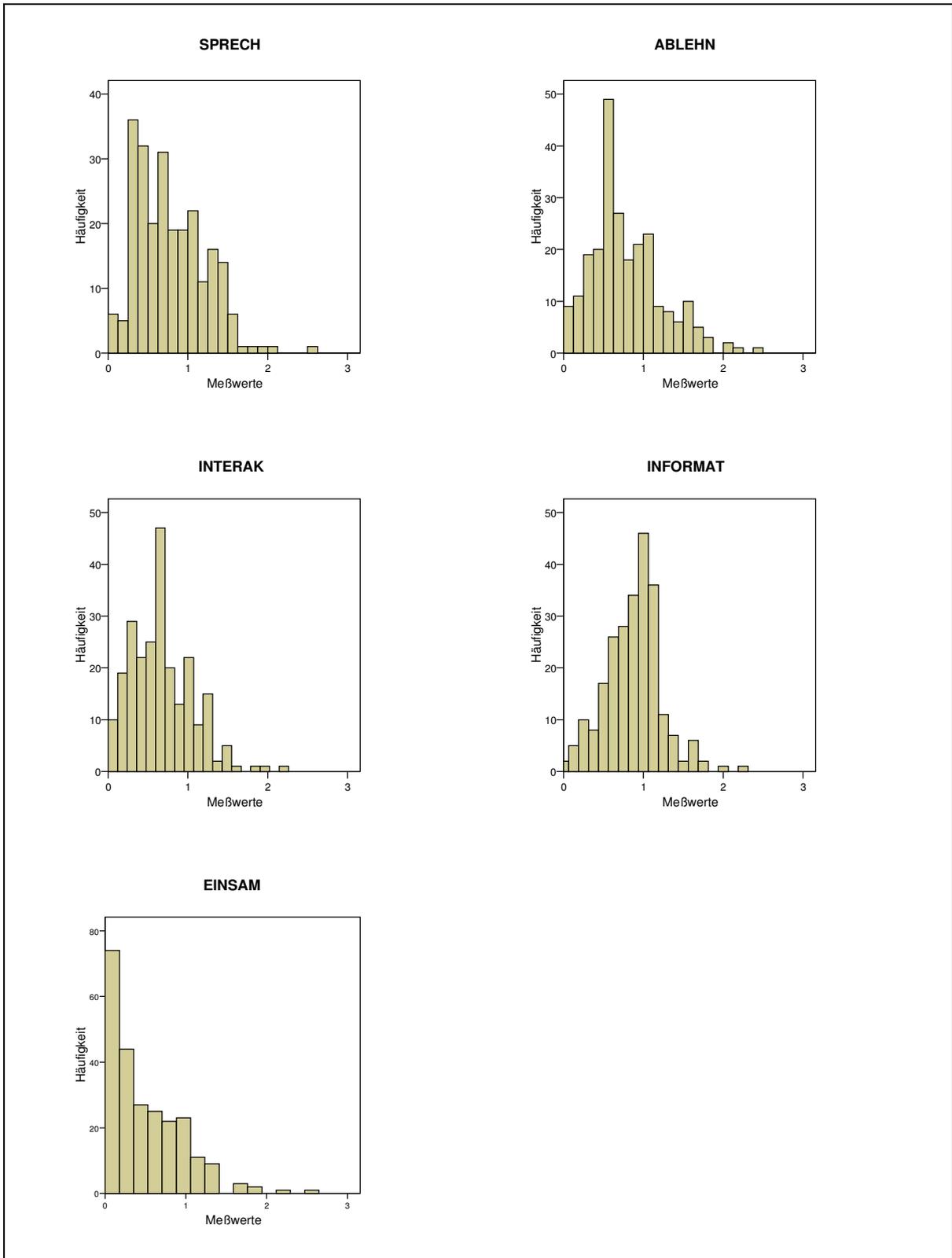
**Faktor 4: Informationsverarbeitungs-Defizite (8 Items)**

Item-nr.	Itemtext	$\alpha$	$h^2$	$\alpha^2$	MW	SD	p	$r_{it}$
016	In sozialen Situationen kann ich mich auf das Verhalten der anderen kaum konzentrieren.	.481	.334	69,3	.58	.64	51.7	.388
025	Ich kann das Verhalten anderer schlecht einordnen.	.594	.432	81,7	.90	.51	82.2	.488
035	Anderer Menschen haben mehr diplomatisches Geschick als ich.	.441	.233	83,5	1.18	.62	95.5	.379
066	Ich kann die Absichten und Motive anderer Menschen schlecht einschätzen.	.699	.513	95,2	.95	.50	86.0	.500
069	In sozialen Situationen weiß ich nicht so recht, was andere von mir erwarten.	.459	.369	57,1	.79	.50	74.8	.492
072	Ich kann im voraus schlecht einschätzen, wie mein Verhalten auf andere wirkt.	.431	.375	49,5	.95	.53	84.3	.499
074	Ich werde aus dem Verhalten anderer Menschen nicht schlau.	.747	.585	95,4	.93	.49	84.3	.596
086	Mich beschäftigt in sozialen Situationen mehr mein eigenes Verhalten (was ich tun / sagen soll, wie ich wirke) als das Verhalten der anderen.	.401	.474	33,9	.73	.72	59.1	.497

**Faktor 5: Einsamkeit (5 Items)** (Item Nr. 055 mit Doppelladung auf Faktor 3)

Item-nr.	Itemtext	$\alpha$	$h^2$	$\alpha^2$	MW	SD	p	$r_{it}$
030	Ich habe wenig private soziale Kontakte.	.643	.531	77,9	.51	.73	39.7	.681
044	Im Beruf / Studium / in der Schule / Lehre habe ich wenig soziale Kontakte.	.645	.461	90,2	.42	.70	32.6	.725
055	Ich würde mich als einzelgängerischen Menschen bezeichnen.	.498	.516	48,1	.67	.84	47.9	.756
063	Ich wünschte, ich hätte mehr private soziale Kontakte.	.750	.622	90,4	.52	.65	45.0	.691
070	Ich leide darunter, daß ich wenig soziale Kontakte habe.	.733	.580	92,6	.24	.47	22.3	.704

**Anhang 9**  
 Studie 1, Hauptstudie: Histogramme, Subskalen



## Anhang 10

Studie 2, Replikationsstudie: Stichprobenvergleich Studie 1 und 2, Stichprobenmerkmale

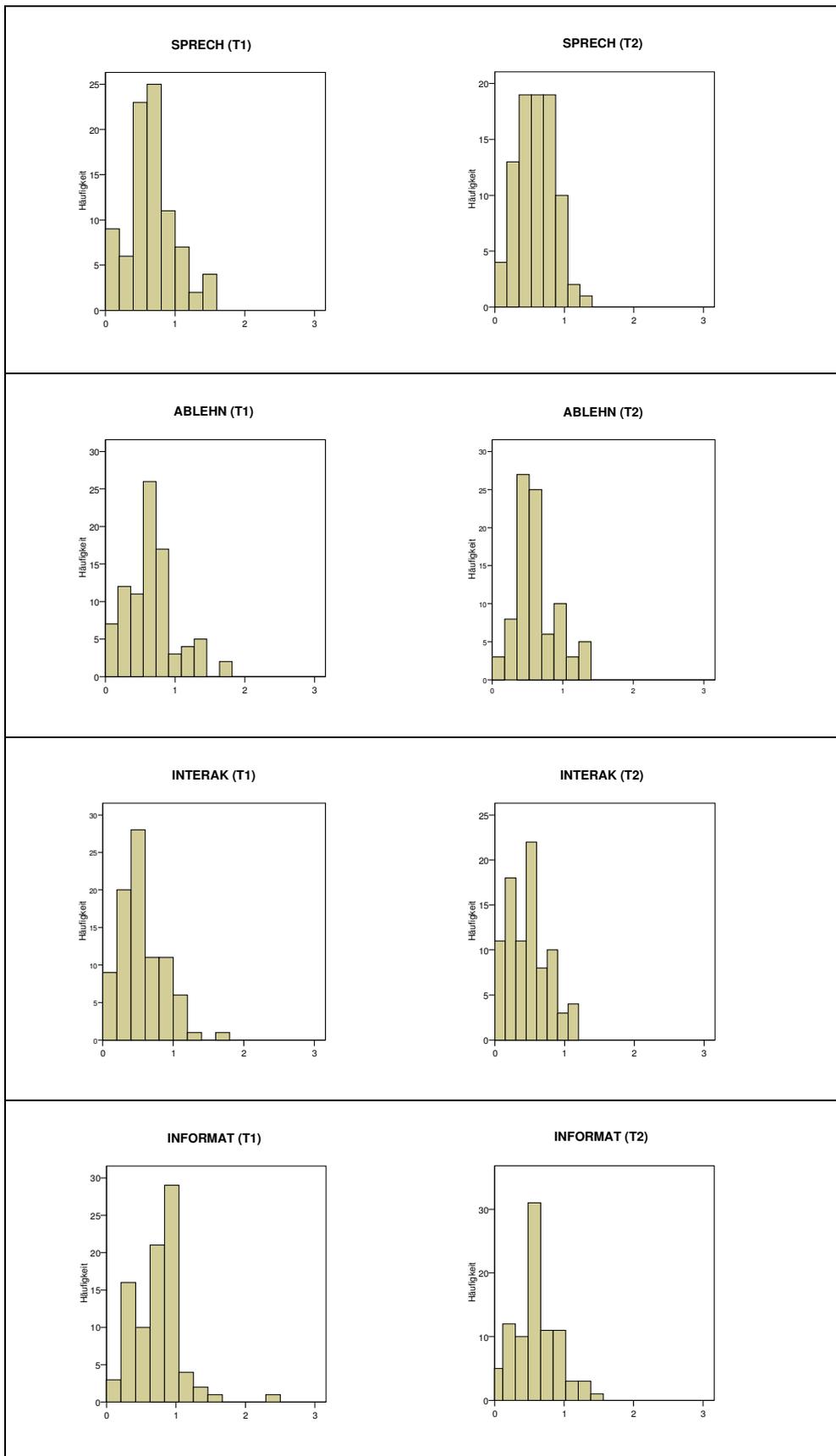
	Studie 1 Hauptstudie		Studie 2 Replikationsstudie		Gesamtstichprobe Gesunde	
<b>Stichprobenumfang</b>	242		171		413	
	Häufigkeit	%	Häufigkeit	%	Häufigkeit	%
<b>Rücklauf, fehlende Werte</b>						
verteilte Fragebögen	265		230		495	
Rücklauf	242	91.3	173	75.2	415	83.8
verwertbare Fragebögen	242		171		413	
fehlende Werte*	63	0.26	116	0.86	179	0.48
<b>Alter</b>						
Altersspanne	18 - 70		18 - 78		18 - 78	
Median	41.0		39.0		40.0	
MW	41.8		39.5		40.9	
SD	11.9		13.9		12.8	
<b>Geschlecht</b>						
Frauen	145	59.9	117	68.4	262	63.4
Männer	97	40.1	54	31.6	151	36.6
<b>Ehe/Partnerschaft</b>						
ja	190	78.5	120	70.2	310	75.1
nein	52	21.5	50	29.2	102	24.7
keine Angabe	-	-	1	0.02	1	0.2
<b>Schulabschlüsse</b>						
Hauptschulabschluß	30	12.4	12	7.0	42	10.2
Mittlere Reife	57	23.6	26	15.2	83	20.1
Fachhochschulreife	45	18.6	27	15.8	72	17.4
Abitur	109	45.0	105	61.4	214	51.8
keine Angabe	1	0.4	1	0.6	2	0.5
<b>Berufsausbildung</b>						
abgeschlossen	146	60.3	107	62.6	253	61.3
noch nicht abgeschlossen	6	2.5	6	3.5	12	2.9
keine Berufsausbildung	90	37.2	52	30.4	142	24.4
keine Angabe	-	-	6	3.5	6	1.5
<b>Studium</b>						
abgeschlossen	97	40.1	67	39.2	164	39.7
nicht abgeschlossen	26	10.7	47	27.5	73	17.7
kein Studium	119	49.2	53	31.0	172	41.6
keine Angabe	-	-	4	2.3	4	1.0
<b>Berufstätigkeit</b>						
ja (vollzeit/teilzeit)	197	81.4	111	64.9	308	74.6
nein**	38	15.7	56	32.7	94	22.8
arbeitslos	7	2.9	3	1.8	10	2.4
keine Angabe	-	-	1	0.6	1	0.2

\* ohne fehlende Werte in den Validierungsskalen in Studie 2

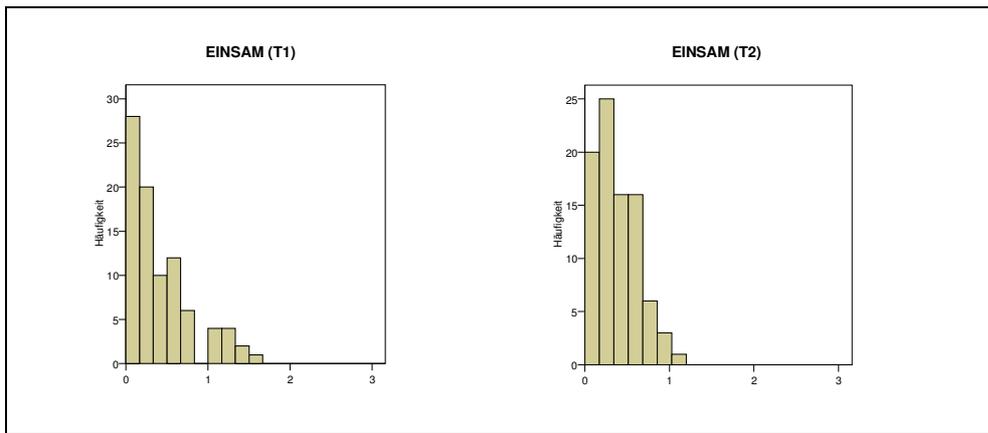
\*\* Auszubildende, Rentner/Pensionäre, Hausfrauen/Hausmänner u. Studierende, die keiner bezahlten Tätigkeit nachgehen

**Anhang 11**

Studie 3, Reteststudie: Histogramme, Subskalen, Testzeitpunkt 1 und 2 (T1, T2)



Fortsetzung Anhang 11  
Studie 3, Reteststudie: Histogramme, Subskalen, Testzeitpunkt 1 und 2 (T1, T2)





**Anhang 13.1**

Studie 4, Klinische Validierungsstudie: Validierungsinstrument SPIN

**SOCIAL PHOBIA INVENTORY (SPIN)**  
Fragebogen zu Sozialer Phobie - Sozialer Angst

Kenn-Nr. \_\_\_\_\_ Alter \_\_\_\_\_ Geschlecht \_\_\_\_\_ Datum \_\_\_\_\_

Bitte überprüfen Sie, wie sehr Sie die folgenden Probleme während der letzten Woche belastet haben. Kreuzen Sie bitte nur ein Kästchen für jedes Problem an, und denken Sie daran, alle Fragen zu beantworten.

	Oberhaupt nicht	wenig	ziemlich	sehr stark	extrem
1. Ich habe Angst vor Autoritätspersonen.	<input type="checkbox"/>				
2. Es macht mir etwas aus, vor anderen zu erröten.	<input type="checkbox"/>				
3. Parties und soziale Veranstaltungen ängstigen mich.	<input type="checkbox"/>				
4. Ich vermeide es, mit Fremden zu sprechen.	<input type="checkbox"/>				
5. Es macht mir große Angst, kritisiert zu werden.	<input type="checkbox"/>				
6. Aus Angst vor Verlegenheit vermeide ich es, bestimmte Dinge zu tun oder Personen anzusprechen.	<input type="checkbox"/>				
7. Es belastet mich, vor anderen Leuten zu schwitzen.	<input type="checkbox"/>				
8. Ich vermeide den Besuch von Parties.	<input type="checkbox"/>				
9. Ich vermeide Aktivitäten durch die ich im Mittelpunkt der Aufmerksamkeit stehe.	<input type="checkbox"/>				
10. Ich fürchte mich vor Unterhaltungen mit Fremden.	<input type="checkbox"/>				
11. Ich vermeide es, Reden halten zu müssen.	<input type="checkbox"/>				
12. Ich würde alles tun um zu verhindern, kritisiert zu werden.	<input type="checkbox"/>				
13. Ich leide unter Herzklopfen wenn ich mit anderen Personen zusammen bin.	<input type="checkbox"/>				
14. Ich habe Angst davor, etwas zu tun, wenn andere Personen mir zusehen.	<input type="checkbox"/>				
15. Sich zu schämen oder dumm zu wirken, gehören zu meinen schlimmsten Ängsten.	<input type="checkbox"/>				
16. Ich vermeide es, jegliche Autoritätsperson anzusprechen.	<input type="checkbox"/>				
17. Zittern oder Schwanken vor anderen ist mir peinlich.	<input type="checkbox"/>				

Englisches Original: Jonathan Davidson, 1995; deutsche Übersetzung: Ulrich Stangier & Merith Steffens

## Anhang 13.2

Studie 4, Klinische Validierungsstudie: Validierungsinstrument SIAS

### SIAS

Bitte geben Sie bei den folgenden Aussagen an, in welchem Ausmaß diese auf Sie zutreffen. Kreuzen Sie möglichst bei jeder Frage eine Zahl an. Dabei bedeutet:

0 = *überhaupt nicht* zutreffend

1 = *ein wenig* zutreffend

2 = *ziemlich* zutreffend

3 = *stark* zutreffend

4 = *sehr stark* zutreffend

	überhaupt nicht	ein wenig	ziemlich zutreffend	stark	sehr stark
1. Ich werde nervös, wenn ich mit einer Autoritätsperson (Lehrer, Vorgesetzten) sprechen muß.	0	1	2	3	4
2. Ich habe Schwierigkeiten, Blickkontakt mit anderen herzustellen.	0	1	2	3	4
3. Ich werde angespannt, wenn ich über mich oder meine Gefühle sprechen muß.	0	1	2	3	4
4. Ich finde es schwierig, mit Leuten zurechtzukommen, mit denen ich zusammenarbeite.	0	1	2	3	4
5. Mir fällt es leicht, Freunde in meinem Alter zu finden.	0	1	2	3	4
6. Ich werde angespannt, wenn ich einen Bekannten auf der Straße treffe.	0	1	2	3	4
7. Wenn ich mit Anderen zusammen bin, fühle ich mich unwohl.	0	1	2	3	4
8. Ich fühle mich angespannt, wenn ich mit einer Person alleine zusammen bin.	0	1	2	3	4
9. Ich fühle mich wohl, wenn ich Leute bei Parties usw. kennenlerne.	0	1	2	3	4
10. Es fällt mir schwer, mich mit anderen Leuten zu unterhalten.	0	1	2	3	4
11. Mir fallen leicht Dinge ein, über die man reden kann.	0	1	2	3	4
12. Ich mache mir Sorgen, daß ich durch meine Äußerungen ungeschickt erscheinen könnte.	0	1	2	3	4
13. Mir fällt es schwer, einen anderen Standpunkt als andere zu vertreten.	0	1	2	3	4
14. Ich finde es schwierig, mit einer attraktiven Person des anderen Geschlechts zu reden.	0	1	2	3	4
15. Es kommt vor, daß ich mir darüber Sorgen mache, in sozialen Situationen nicht zu wissen, was ich sagen könnte.	0	1	2	3	4
16. Ich bin nervös, wenn ich Leute treffe, die ich nicht gut kenne.	0	1	2	3	4
17. Ich glaube immer, daß ich beim Reden etwas Peinliches sagen könnte.	0	1	2	3	4
18. Wenn ich zu einer Gruppe dazukomme, mache ich mir Sorgen, daß ich ignoriert werden könnte.	0	1	2	3	4
19. Ich fühle mich angespannt, wenn ich zu einer Gruppe dazukomme.	0	1	2	3	4
20. Ich bin unsicher, ob ich jemanden grüßen soll, den ich nur oberflächlich kenne.	0	1	2	3	4

(Mattick & Clarke, 1998, deutsch: Stangier et al., 1999)

### Anhang 13.3

#### Studie 4, Klinische Validierungsstudie: Validierungsinstrument SPS

##### SPS

Bitte geben Sie bei den folgenden Aussagen an, in welchem Ausmaß diese auf Sie zutreffen. Kreuzen Sie möglichst bei jeder Frage eine Zahl an. Dabei bedeutet: 0 = *überhaupt nicht* zutreffend, 1 = *ein wenig* zutreffend, 2 = *ziemlich* zutreffend, 3 = *stark* zutreffend, 4 = *sehr stark* zutreffend.

	überhaupt nicht	ein wenig	ziemlich zutreffend	stark	sehr stark
1. Ich werde ängstlich, wenn ich vor anderen Personen schreiben muß.	0	1	2	3	4
2. Ich werde verunsichert, wenn ich öffentliche Toiletten benutze.	0	1	2	3	4
3. Es kann sein, daß mir plötzlich meine eigene Stimme bewußt wird, und wie andere mir zuhören.	0	1	2	3	4
4. Wenn ich auf der Straße gehe, werde ich nervös, weil ich glaube, andere Leute starren mir nach.	0	1	2	3	4
5. Ich befürchte, zu erröten, wenn ich mit anderen zusammen bin.	0	1	2	3	4
6. Ich fühle mich befangen, wenn ich einen Raum betreten muß, in dem bereits andere Personen sitzen.	0	1	2	3	4
7. Ich mache mir darüber Sorgen, daß ich zittern könnte, wenn ich von anderen Personen beobachtet werde.	0	1	2	3	4
8. Ich würde angespannt werden, wenn ich im Bus oder Zug anderen Leuten gegenüber sitzen müßte.	0	1	2	3	4
9. Ich bekomme Panik, wenn ich glaube, andere könnten sehen, wie ich ohnmächtig werde oder mir übel wird oder ich krank werde.	0	1	2	3	4
10. Es würde mir schwer fallen, in einer Gruppe etwas zu trinken.	0	1	2	3	4
11. Ich würde mich befangen fühlen, wenn ich vor einem Fremden in einem Restaurant essen würde.	0	1	2	3	4
12. Ich mache mir Sorgen, daß andere mein Verhalten seltsam finden könnten.	0	1	2	3	4
13. Ich würde angespannt werden, wenn ich ein Tablett durch eine überfüllte Cafeteria tragen müßte.	0	1	2	3	4
14. Ich habe die Befürchtung, vor anderen die Kontrolle über mich zu verlieren.	0	1	2	3	4
15. Ich mache mir Sorgen, daß ich etwas tun könnte, das die Aufmerksamkeit anderer auf mich zieht.	0	1	2	3	4
16. Im Aufzug bin ich angespannt, wenn andere Leute mich anschauen.	0	1	2	3	4
17. Wenn ich in einer Schlange stehe, kommt es vor, daß ich das Gefühl habe, aufzufallen.	0	1	2	3	4
18. Manchmal werde ich angespannt, wenn ich vor anderen Leuten rede.	0	1	2	3	4
19. Ich mache mir Sorgen, daß sich mein Kopf vor anderen schütteln könnte oder daß er nicken könnte.	0	1	2	3	4
20. Ich fühle mich ungeschickt und angespannt, wenn ich weiß, daß andere mich beobachten.	0	1	2	3	4

(Mattick & Clarke, 1998, deutsch: Stangier et al., 1999)

## Anhang 14

Studie 4: Information zur klinischen Validierungsstudie für Kliniken/Ambulanzen

**HINWEIS:** Die hier als **Pilotstudie** bezeichnete Untersuchung ist identisch mit der **Hauptstudie** (sie wurde später in Hauptstudie umbenannt).

Juni 05

Sabine Kolbeck / Dissertationsstudie:

### **Entwicklung eines psychometrischen Instruments zur differentiellen Erfassung sozialer Ängste und sozialer Defizite**

Betreuer: PD Dr. phil. Reinhard Maß

Für teilnehmende Kliniken / Ambulanzen:

### **Informationen zur klinischen Validierungsstudie**

(Patienten mit Sozialphobie / Sozialer Ängstlichkeit)

Ziel der Studie mit klinischen Probanden ist die Validierung des "Fragebogens zur Selbstbeschreibung in sozialen Situationen", dessen vorliegende Form auf den Ergebnissen einer erfolgreich abgeschlossenen Pilotstudie basiert. Um eine ausreichend große Datenbasis für die klinische Validierungsstudie zu erhalten, werden Patienten aus verschiedenen Kliniken/Ambulanzen rekrutiert.

#### **Einschlußkriterien**

- a) Hauptdiagnose einer primären **Sozialphobie** nach ICD-10 (F40.1) bzw. **Soziale Phobie/Soziale Angststörung** nach DSM-IV (300.23) und/oder **Ängstliche (vermeidende) Persönlichkeitsstörung** nach ICD-10 (F60.6) bzw. **Vermeidend-selbstunsichere Persönlichkeitsstörung** nach DSM-IV (301.82). Zusatzdiagnosen sind möglich.
- b) Andere Diagnosen (Depression, Alkoholabhängigkeit, Eßstörungen, Schizophrenie/schizotype und wahnhaftige Störungen) mit Zusatzdiagnose Sozialphobie, Soziale Angststörung, Vermeidend-selbstunsichere Persönlichkeitsstörung.

#### **Zum Fragebogen**

Basierend auf den Ergebnissen einer vorangegangenen Pilotstudie enthält der vorliegende Fragebogen 59 Items zur sozialphobischen/sozialängstlichen Kernsymptomatik (soziale Ängste, soziale Defizite). Daneben sind 12 Items zu möglichen Entstehungsbedingungen der Sozialphobie enthalten sowie vier Screening-Skalen mit je fünf Items (Depressivität, Alkoholproblem, psychotische Symptome, Offenheit).

#### **Durchführung der Patientenbefragung und zeitlicher Rahmen**

Der Fragebogen wird den Probanden zusammen mit zwei erprobten Selbstrating-Instrumenten<sup>22,23</sup> (sowie der Patienteninformation und einer Einverständniserklärung) zur Erfassung der sozialphobischen/sozialängstlichen Symptomatik vorgelegt. Das Ausfüllen der Testunterlagen nimmt 20 – 30 Minuten in Anspruch. Die Probanden geben ihren Behandlern die ausgefüllten Testunterlagen in einem verschlossenen Umschlag. Der Behandler/die Behandlerin vermerkt Haupt- und ggf. Nebendiagnose/n auf dem verschlossenen Umschlag. Die Umschläge werden in den teilnehmenden Kliniken gesammelt und der Forschungsstelle auf dem Postweg übersandt.

Für die Datenerhebung ist ein Zeitraum von ca. 12 Monaten vorgesehen (bis Juni 2006).

#### **Serviceleistung der Forschungsstelle: Patientenbezogene Auswertung**

Falls der/die Patient/in eine individuelle Auswertung der eigenen Fragebogendaten wünscht, hat er/sie die Möglichkeit, dies auf dem verschlossenen Umschlag anzukreuzen. Der Behandler/die Behandlerin vermerkt dann eine Auswertungsnummer auf dem Umschlag und notiert sich Nummer und Namen des Patienten in einer Liste. In anonymisierter Form, d.h. nur unter Bezugnahme auf die Auswertungsnummer sowie den Namen des *Behandlers*, wird die Auswertung (Befundung in Textform) dem Behandler/der Behandlerin übermittelt.

<sup>22</sup> **Soziale Interaktionsangstskala (SIAS) mit Soziale-Phobie-Skala (SPS):** Stangier, U. & Heidenreich, Th. (Testmanual im Druck; engl. Original: Mattick & Clarke, 1998), mit freundlicher Genehmigung von Prof. Dr. phil. U. Stangier, Institut für Psychologie, Universität Jena

<sup>23</sup> **Social Phobia Inventory (SPIN)** in deutscher Fassung (engl. Original: J. Davidson, 1995; deutsche Übersetzung: U. Stangier & M. Steffens), mit freundlicher Genehmigung von Kathryn M. Connor, M.D., Research Director, Dept. of Psychiatry and Behavioral Sciences, Duke University, Durham/USA

Anhang 15

Studie 4, Klinische Validierungsstudie: Genehmigungsschreiben der BfA an die DIANA-Klinik



# Bundesversicherungsanstalt für Angestellte

Abteilung Rehabilitation

Dienstgebäude: Hohenzollerndamm 46/47, 10713 Berlin (Wilmerdorf)

DIANA-Krankenhausbetriebs-				
gesellschaft mbH				
13. April 2005				

Bundesversicherungsanstalt für Angestellte

10704 Berlin

Aktenzeichen (bitte stets angeben)

8022-4-H-Bevensen, Diana-Klinik / 05

Diana-Klinik und Reha-Zentrum  
Herrn Dr. Krause  
Dahlenburger Str. 2 a  
29549 Bad Bevensen

Datum und Zeichen Ihrer Nachricht

Auskunft erteilt Heike Barnow

Telefon 030 865-23618

Telefax 030 865-27372

Sprechzeiten Mo. - Do. 8 - 17 Uhr, Fr. 8 - 15 Uhr

Datum 08.04 .2005

## Forschungsvorhaben: Entwicklung eines psychometrischen Instruments zur differentiellen Erfassung sozialer Ängste und sozialer Defizite

Sehr geehrter Herr Krause ,

die von Ihnen eingereichten Unterlagen zu dem geplanten Forschungsvorhaben wurden aus medizinischer und datenschutzrechtlicher Sicht eingehend geprüft.

Aus unserer Sicht bestehen keine Bedenken gegen eine Einbeziehung von BfA-Versicherten in dieses Vorhaben.

Mit freundlichen Grüßen

Martin Hagemann

**Girokonten:**

Nr.	10001601	Deutsche Bundesbank Fil Berlin
Nr.	1000310300	SEB AG, Berlin
Nr.	433044400	Dresdner Bank AG in Berlin
Nr.	200100600	Commerzbank AG Fil Berlin

BLZ = 100 000 00
BLZ = 100 101 11
BLZ = 100 800 00
BLZ = 100 400 00

Nr.	0077000106	Postbank Ndl Berlin
Nr.	017845900	Deutsche Bank AG Fil Berlin
Nr.	8843004017	Berliner Volksbank eG
Nr.	0990007014	LandesBank Berlin - GZ

BLZ = 100 100 10
BLZ = 100 700 00
BLZ = 100 900 00
BLZ = 100 500 00

Institutionskennzeichen (IKZ): 111170019

Für EU-Standardüberweisungen aus dem Ausland verwenden Sie bitte eines der nebenstehenden Konten unter Angabe der genannten IBAN und des BIC

Deutsche Bank	IBAN = DE06 1007 0000 0017 8459 00
Postbank	IBAN = DE44 1001 0010 0077 0001 06

BIC = DEUT DEBB 100
BIC = PSBK DEFF 100

## Anhang 16

Studie 4, Klinische Validierungsstudie: Information für die Patienten der DIANA-Klinik (BfA-Auflage)

*Forschungsvorhaben:*

### **Entwicklung eines Fragebogens zur Selbstbeschreibung in sozialen Situationen**

*Projektverantwortliche:*

Sabine Kolbeck (Doktorandin)

PD Dr. phil. Reinhard Maß (Projektbetreuung), Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf,  
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Martinistr. 52, 20251 Hamburg

*in Kooperation mit:*

Dr. med. Eckard Krause, Chefarzt und stellv. Ärztlicher Direktor,  
Neuropsychiatrie/Psychosomatik, DIANA Klinik und Reha-Zentrum, 29544 Bad Bevensen

## **Patienteninformation zur Studie**

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Sie erhalten in der Diana-Klinik im Rahmen ihrer medizinischen Rehabilitation / Anschlußheilbehandlung alle notwendigen und geeigneten Untersuchungen und Behandlungen zur wesentlichen Besserung oder Wiederherstellung Ihrer Gesundheit und Leistungsfähigkeit.

Neueste wissenschaftliche Erkenntnisse tragen zur ständigen Verbesserung von Diagnostik und Behandlung bei. Im Rahmen des o.g. Forschungsvorhabens wird ein Fragebogen zur Diagnostik von Beeinträchtigungen im zwischenmenschlichen Erleben und Verhalten entwickelt (s. Punkt 1). Die Diana-Klinik sowie weitere Kliniken und Ambulanzen (u.a. die Verhaltenstherapie-Ambulanz der Universitätsklinik Hamburg-Eppendorf) unterstützen diese Forschungsstudie durch Beteiligung an der Datenerhebung.

Das Forschungsvorhaben erfolgt im Interesse der teilnehmenden Klinik und wurde nicht von der BfA veranlaßt.

Indem Sie diese Studie unterstützen, leisten Sie einen wichtigen Beitrag zur Verbesserung von diagnostischen Untersuchungen bei Unsicherheiten im zwischenmenschlichen Verhalten und Erleben, so dass Behandlungen hiervon betroffener Patienten und Patientinnen in Zukunft noch gezielter erfolgen können.

**Ihre Teilnahme an der Studie ist freiwillig. Bevor Sie Ihr Einverständnis erteilen, lesen Sie bitte diese Information sorgfältig durch.**

### **1. Beschreibung des Forschungsvorhabens**

**Das Forschungsvorhaben hat zum Ziel, die Qualität des neu entwickelten Fragebogens zu überprüfen. Um eine statistisch relevante Aussage treffen zu können, kommt es daher auf eine möglichst große Zahl von Teilnehmern an.**

#### Der Fragebogen zur Selbstbeschreibung in sozialen Situationen

Sie werden gebeten, den "Fragebogen zur Selbstbeschreibung in sozialen Situationen" durch Ankreuzen auszufüllen. Der Fragebogen enthält Aussagen zu Gefühlen und Verhalten im alltäglichen Umgang mit fremden bzw. wenig bekannten Personen während des zurückliegenden Zeitraums von 6 Monaten. Beeinträchtigungen in diesem Bereich *können* bei einigen Menschen im Zusammenhang mit anderen Beschwerden auftreten oder diese beeinflussen. Art und Umfang der Unsicherheiten und Beeinträchtigungen können individuell sehr unterschiedlich ausgeprägt sein. Daneben bezieht sich ein separater Teil der Fragen auf soziale Aspekte in früheren Lebensphasen (Kindheit und Jugend). Außerdem werden Sie gebeten, einige Angaben zu Ihrer Person zu machen (z.B. Alter, Geschlecht, Angaben zur Ausbildung, zur Berufstätigkeit etc.).

### Das gelbe Extrablatt mit Angaben zu Ihrer Erkrankung

Auf dem gelben Extrablatt, das dem Fragebogen vorangestellt ist, werden Sie gebeten, einige allgemeine Angaben zu Ihrer Erkrankung zu machen, die zu ihrem jetzigen Klinikaufenthalt geführt hat (z.B. Alter bei Auftreten der Erkrankung), sowie ggf. zur Medikamenteneinnahme.

*Die ID-Nummer (Forschungsnummer) auf dem gelben Blatt bleibt frei.*

Sie wird von der Forschungsstelle nach Eingang des ausgefüllten Fragebogens vergeben und besteht aus einer laufenden Nummer für den eingehenden Fragebogen sowie der Nummer der jeweiligen Klinik oder Ambulanz. Die gleiche Nummer wird auf der Einverständniserklärung vermerkt, damit ein Fragebogen nachträglich aufgefunden werden kann, falls dies nötig sein sollte (z.B. falls ein Teilnehmer auf eigenen Wunsch später aus der Studie ausscheiden möchte).

Zu wissenschaftlichen Vergleichszwecken sind diesem Fragebogen zwei weitere diagnostische Fragebögen beigelegt, deren Entwicklung bereits abgeschlossen ist. Wenn Sie sich für eine Teilnahme entscheiden, füllen Sie bitte alle Fragebögen aus. Das Ausfüllen der Fragebögen dauert insgesamt ca. 20 - 30 Minuten.

### **Alle Fragebögen und das gelbe Extrablatt werden ohne Namensangabe ausgefüllt !**

Außer den Angaben aus den Fragebögen benötigt die Forschungsstelle die Angabe der Diagnose(n). Diese werden von Ihrer Behandlerin / Ihrem Behandler erfragt. Behandlerin oder Behandler schreiben die Diagnosen in vorbereitete Felder auf dem Antwortumschlag (*ohne* Angabe Ihres Namens, Ihrer Anschrift oder anderen persönlichen Daten).

### **Außer den Diagnosen und den Fragebögen erhält die Forschungsstelle keine weiteren Daten (weder aus Ihrer Krankenakte, noch von der BfA oder anderen Sozialleistungsträgern) !**

Beachten Sie bitte auch die "Hinweise zum Datenschutz".

## **2. Wünschen Sie eine persönliche Auswertung Ihrer Fragebogen-Daten?**

Die Forschungsstelle bietet einen zusätzlichen Service an. Falls Sie dies wünschen, würden wir das Ergebnis der Auswertung Ihres Fragebogens Ihrer Behandlerin / Ihrem Behandler übermitteln. Diese/r würde Sie danach über das Ergebnis informieren.

Sie haben die Möglichkeit, der Übermittlung des Auswertungsergebnisses Ihres Fragebogens auf der Einverständniserklärung zuzustimmen. Vermerken Sie diesen Wunsch bitte auch in dem entsprechenden Feld auf dem Antwortumschlag. Wie die Ergebnisse an die Klinik mitgeteilt werden, wird im Abschnitt "Hinweise zum Datenschutz" erläutert.

Wünschen Sie keine Auswertung Ihrer persönlichen Fragebogen-Daten, lassen Sie das entsprechende Feld in der Einverständniserklärung einfach frei.

## **3. Hinweise zum Datenschutz**

Datenschutzrechtliche Bestimmungen sind immer dann zu beachten, wenn Einzelangaben (Daten) einer natürlichen Person zugeordnet werden können. Für die wissenschaftliche Auswertung spielt es jedoch keine Rolle, woher die Daten stammen (z.B. aus einer Reha-Einrichtung oder einem Krankenhaus oder vom Hausarzt) und von welchem Patienten (Name, Anschrift, Telefonnummer) die einzelnen Daten stammen.

In der vorliegenden Studie liegen der Forschungsstelle personenbezogene Daten nur in der Einverständniserklärung vor. Diese Erklärungen werden als Nachweis für Ihre Einwilligung benötigt, jedoch nicht für die Auswertung. Diese Erklärungen werden getrennt von den Fragebögen aufbewahrt. Auf die Erklärungen wird nur zugegriffen, wenn Aufsichtsstellen (z.B. Datenschutzbeauftragte oder 'Kontrolleure' der Ethik-Kommission) sich von der Ordnungsmäßigkeit des Studienablaufs überzeugen wollen. Falls Sie sich später gegen die Verwendung Ihrer Daten aussprechen, benötigen wir die Erklärung auch, um die zutreffende Forschungsnummer zu ermitteln und Ihre Fragebögen danach zu löschen.

Falls Sie sich für eine Teilnahme entscheiden:

- ✓ Unterschreiben Sie die Einverständniserklärung.
- ✓ Dann füllen Sie die Fragebögen aus.
- ✓ Danach stecken Sie Einverständniserklärung und Fragebogen in den beigefügten Umschlag. Verkleben Sie den Umschlag.
- ✓ Kreuzen Sie auf dem Umschlag ggf. den Hinweis an, dass ein Auswertungsergebnis der Klinik (Behandler) mitgeteilt werden darf.
- ✓ Den verschlossenen Umschlag geben Sie Ihrer Behandlerin oder Ihrem Behandler. (Die ausgefüllten Fragebögen sehen nur die Auswerter der Forschungsstelle.)

Die Behandlerin bzw. der Behandler ergänzen die Diagnosen und leiten die verschlossenen Umschläge an die Forschungsstelle weiter (persönliche Übergabe).

Die Forschungsstelle wertet Ihre Fragebogen-Daten individuell aus und übermittelt das Ergebnis der Behandlerin / dem Behandler ausschließlich unter Angabe der auf dem Umschlag vermerkten Auswertungs-Nummer. Anhand der Zuordnungs-Liste kann Ihre Behandlerin / Ihr Behandler das übermittelte Ergebnis ihrem Namen zuordnen. Nach Abschluß der Datenerhebung in der Diana-Klinik wird die Zuordnungs-Liste vernichtet.

In der Forschungsstelle werden Ihre Fragebogen-Daten entsprechend der Datenschutzgesetze streng getrennt von Ihrer Einverständniserklärung aufbewahrt. Sämtliche Fragebogen-Daten werden ausschließlich *anonymisiert*, also ohne Namen und Anschrift, verarbeitet, so daß keine Rückschlüsse auf Ihre Person möglich sind. Namen und Anschriften werden weder zusammen mit den Fragebogen-Daten noch getrennt davon gespeichert.

Die Einverständniserklärungen werden nach Abschluß der Studie vernichtet.

Hinweis zur individuellen Auswertung: In diesem Fall schreibt Ihre Behandlerin / Ihr Behandler eine fortlaufende Nummer (Auswertungs-Nummer) auf den Umschlag und notiert diese Nummer mit Ihrem Namen in einer Zuordnungsliste. Die Zuordnungsliste ist nur den Behandlern in der Klinik zugänglich und wird weder der BfA noch anderen Stellen bekanntgegeben.

Die Forschungsstelle wertet Ihre Fragebogen-Daten individuell aus und übermittelt das Ergebnis der Behandlerin / dem Behandler ausschließlich unter Angabe der auf dem Umschlag vermerkten Auswertungs-Nummer. Anhand der Zuordnungsliste kann Ihre Behandlerin / Ihr Behandler das übermittelte Ergebnis Ihrem Namen zuordnen und Ihnen mitteilen.

Nach Abschluß der Datenerhebung in der Diana-Klinik wird die Zuordnungsliste vernichtet.

#### **4. Hinweise zur Freiwilligkeit**

Die Teilnahme an diesem Forschungsvorhaben ist freiwillig. Sie können die Teilnahme ohne Angabe von Gründen ablehnen. Weder aus der Teilnahme noch aus einer Nichtteilnahme erwachsen Ihnen Nachteile. Ihre Entscheidung hat keinen Einfluß auf die Durchführung der Rehabilitation.

Wenn Sie einen ausgefüllten Fragebogen abgegeben und zu einem späteren Zeitpunkt aus der Studie ausscheiden möchten, teilen Sie das bitte schriftlich an folgende Anschrift mit: *Frau Dipl.-Sozialpäd. Sabine Kolbeck, Forschungsstudie, Kerbelweg 19, 22337 Hamburg*. Die Forschungsstelle wird dann Ihre Fragebogen-Daten aus der Datensammlung löschen und die schriftlichen Aufzeichnungen (Fragebögen, Einverständniserklärung) vernichten.

**Sie können sich darauf verlassen, dass Ihre Daten nur verwendet werden, wenn Sie die Einverständniserklärung unterschrieben haben.**

**Wenn Sie nicht teilnehmen möchten, müssen Sie gar nichts machen (keine Erklärung unterschreiben, keine Fragebögen ausfüllen).**

## **5. Bitte um Teilnahme unter den beschriebenen Bedingungen**

Wenn Sie diese Patienteninformation gelesen haben, Ihnen der Inhalt klar ist und Sie an der Studie teilnehmen möchten, bitten wir Sie, die Einverständniserklärung zu unterschreiben und mit dem ausgefüllten Fragebogen im verschlossenen Umschlag abzugeben. Das Zweitexemplar der Einverständniserklärung und dieses Informationsschreiben behalten Sie, damit Sie jederzeit nachlesen können, in was Sie eingewilligt haben.

Sollten Sie nicht teilnehmen wollen, geben Sie bitte sämtliche Unterlagen (Fragebogen, Umschlag, Einverständniserklärung, Informationsschreiben) unausgefüllt Ihrer Behandlerin / Ihrem Behandler zurück.

Verantwortlich für die Durchführung  
und Organisation der Studie:

Kontaktanschrift:

.....

**Anhang 17**

Studie 4, Klinische Validierungsstudie: Einverständniserklärung für Patienten der DIANA-Klinik (BfA-Auflage)

*Forschungsvorhaben:*  
**Entwicklung eines Fragebogens  
zur Selbstbeschreibung in sozialen Situationen**

**Einverständniserklärung**

Ich habe die Patienten-Information gelesen, den Inhalt verstanden und erkläre mich hiermit einverstanden, das o.g. Forschungsvorhaben zu unterstützen.

Name: .....

Straße: .....

Plz, Ort: .....

Telefon: .....

.....  
Datum

.....  
Unterschrift

Ich wünsche eine persönliche Auswertung meiner Fragebogen-Daten und bin mit der Übermittlung der Ergebnisdaten an meine Behandlerin / meinen Behandler bei der Diana-Klinik einverstanden.

**(Hinweis: Kreuzen Sie bitte auch das entsprechende Feld auf dem Antwortumschlag an, damit Ihr Behandler die erforderlichen Angaben für die Antwort-Adressierung machen kann!)**

.....  
Datum

.....  
Unterschrift

## Anhang 18

Studie 4, Klinische Validierungsstudie: Übersicht Diagnosen

### a. Sozialphobie (F40.1) als Erstdiagnose (36 Fälle)

<b>Idnr.</b>	<b>Zweit-, Dritt- u. Viertdiagnosen</b>	<b>1. Diag.</b>	<b>2. Diag.</b>	<b>3. Diag.</b>	<b>4. Diag.</b>	<b>Medikation</b>
805		<b>F40.1</b>	-	-	-	nein
806	• leichte depressive Episode	<b>F40.1</b>	F32.0	-	-	ja
807		<b>F40.1</b>	-	-	-	ja
808	• leichte depressive Episode	<b>F40.1</b>	F32.0	-	-	ja
809		<b>F40.1</b>	-	-	-	ja
810	• leichte depressive Episode	<b>F40.1</b>	F32.0	-	-	ja
811	• leichte depr. Episode • Verdacht auf undifferenzierte Somatisierungsstörung	<b>F40.1</b>	F32.0	F45.1 Va	-	nein
812		<b>F40.1</b>	-	-	-	ja
813		<b>F40.1</b>	-	-	-	ja
814	• leichte depressive Episode	<b>F40.1</b>	F32.0	-	-	nein
815	• mittelgradige depr. Episode	<b>F40.1</b>	F32.1	-	-	nein
816	• Verdacht auf Dysthymia	<b>F40.1</b>	F38.1 Va	-	-	ja
817		<b>F40.1</b>	-	-	-	nein
818	• Verdacht auf leicht. depr. Episode	<b>F40.1</b>	F32.0Va	-	-	ja
824		<b>F40.1</b>	-	-	-	nein
825		<b>F40.1</b>	-	-	-	nein
826	• leichte depressive Episode	<b>F40.1</b>	F32.0	-	-	ja
827		<b>F40.1</b>	-	-	-	k.A. ?
828		<b>F40.1</b>	-	-	-	nein
829	• posttraumatische Belastungsstörung • Vorhandensein eines implantierten Herzschrittmachers od. Kardiofibrillators • Kardiale Arrhythmie	<b>F40.1</b>	F43.1	Z95.0	I 49.9	ja
837	• mittelgradige depr. Episode	<b>F40.1</b>	F32.1	-	-	ja
839	• leichte depressive Episode	<b>F40.1</b>	F32.0	-	-	nein
840	• Verdacht auf Dysthymia	<b>F40.1</b>	F34.1 Va	-	-	nein
844	• leichte depr. Episode • Transsexualismus	<b>F40.1</b>	F32.0	F64.0	-	ja
845	• leichte depr. Episode • Vorhandensein eines aortokoronaren Bypasses	<b>F40.1</b>	F32.0	F95.1	-	ja
846		<b>F40.1</b>	-	-	-	nein
851		<b>F40.1</b>	-	-	-	ja
852	• Verdacht auf Dysthymia • Bulimia nervosa	<b>F40.1</b>	F34.1Va	F50.2		nein
853	• mittelgradige depr. Episode • Panikstörung	<b>F40.1</b>	F32.1	F41.0	-	ja
863	• mittelgradige depr. Episode	<b>F40.1</b>	F32.1	-	-	nein
866	• leichte depr. Episode • Störungen durch Alkohol, gegenwärtig abstinent • Störungen durch Sedativa od. Hypnotika, schädlicher Gebrauch	<b>F40.1</b>	F32.0	F10.20	F13.1	ja
874	• rezidivierende depr. Störung, gegenwärtig leichte Episode	<b>F40.1</b>	F33.0	-	-	ja
876	• Somatisierungsstörung • mittelgradige depr. Episode	<b>F40.1</b>	F45.0	F32.1	-	ja
887		<b>F40.1</b>	-	-	-	nein
888	• rezidivierende depr. Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode	<b>F40.1</b>	F33.1	-	-	nein
889	• leichte depr. Episode • Störungen durch Sedativa oder Hypnotika, schädlicher Gebrauch	<b>F40.1</b>	F32.0	F13.1	-	nein

**b. Sozialphobie (F40.1) als Zweitdiagnose (16 Fälle)**

Idnr.	Erst-, Dritt- u. Viertdiagnosen	1. Diag.	2. Diag.	3. Diag.	4. Diag.	Medik.
802	<ul style="list-style-type: none"> <li>rezidiv. depr. Störung, gegenwärtig leichte Episode</li> <li>kombinierte Persönlichkeitsstörung</li> </ul>	F33.0	<b>F40.1</b>	F61.0	-	nein
819	<ul style="list-style-type: none"> <li>rezidiv. depr. Störung, gegenwärtig leichte Episode</li> </ul>	F33.0	<b>F40.1</b>	-	-	ja
821	<ul style="list-style-type: none"> <li>mittelgr. depr. Episode</li> <li>Panikstörung</li> <li>atypische Bulimia nervosa</li> </ul>	F32.1	<b>F40.1</b>	F41.0	F50.3	ja
823	<ul style="list-style-type: none"> <li>mittelgr. depr. Episode ohne somatisches Syndrom</li> </ul>	F32.10	<b>F40.1</b>	-	-	ja
831	<ul style="list-style-type: none"> <li>mittelgr. depr. Episode</li> </ul>	F32.1	<b>F40.1</b>	-	-	ja
832	<ul style="list-style-type: none"> <li>Anpassungsstörung</li> </ul>	F43.2	<b>F40.1</b>	-	-	nein
834	<ul style="list-style-type: none"> <li>mittelgr. depr. Episode</li> </ul>	F32.1	<b>F40.1</b>	-	-	nein
841	<ul style="list-style-type: none"> <li>Anpassungsstörung</li> </ul>	F43.2	<b>F40.1</b>	-	-	ja
854	<ul style="list-style-type: none"> <li>kombinierte Persönlichkeitsstörung</li> </ul>	F61.0	<b>F40.1</b>	-	-	ja
856	<ul style="list-style-type: none"> <li>posttraum. Belastungsstörung</li> <li>Agoraphobie mit Panikstörung</li> </ul>	F43.1	<b>F40.1</b>	F40.01	-	ja
857	<ul style="list-style-type: none"> <li>schwere depr. Episode ohne psychotische Symptome</li> <li>Agoraphobie ohne Panikstörung</li> </ul>	F32.2	<b>F40.1</b>	F40.00	-	ja
862	<ul style="list-style-type: none"> <li>Anpassungsstörung</li> <li>Spalthand</li> </ul>	F43.2	<b>F40.1</b>	Q71.6	-	nein
870	<ul style="list-style-type: none"> <li>mittelgr. depr. Episode</li> </ul>	F32.1	<b>F40.1</b>	-	-	ja
879	<ul style="list-style-type: none"> <li>Agoraphobie mit Panikstörung</li> </ul>	F40.01	<b>F40.1</b>	-	-	ja
884	<ul style="list-style-type: none"> <li>mittelgr. depr. Episode</li> </ul>	F32.1	<b>F40.1</b>	-	-	nein
885	<ul style="list-style-type: none"> <li>bipolare affektiver Störung, gegenwärtig manische Episode, ohne psychotische Symptome</li> <li>sonstige phobische Störungen</li> <li>Vaginismus</li> </ul>	F31.1	<b>F40.1</b>	F40.8	F52.5	nein

**c. Sozialphobie (F40.1) als Drittdiagnose (2 Fälle)**

Idnr.	Erst-, Zweit- u. Viertdiagnosen	1. Diag.	2. Diag.	3. Diag.	4. Diag.	Medik.
822	<ul style="list-style-type: none"> <li>Verdacht auf hypochondrische Störung</li> <li>rezidiv. depr. Störung, gegenwärtig leichte Episode</li> <li>Probleme in der Beziehung zum (Ehe)Partner + Probleme im Hinblick auf Sexualeinstellung, -verhalten, -orientierung</li> </ul>	F45.2Va	F33.0	<b>F40.1</b>	Z63.0+Z7	nein
881	<ul style="list-style-type: none"> <li>Agoraphobie mit Panikstörung</li> <li>leichte depressive Episode</li> </ul>	F40.01	F32.0	<b>F40.1</b>	-	ja

**d. Verdacht auf Sozialphobie (2 Fälle)**

Idnr.	Erst-, Zweit- u. Viertdiagnosen	1. Diag.	2. Diag.	3. Diag.	4. Diag.	Medik.
882	<ul style="list-style-type: none"> <li>rezidiv. depr. Störung, gegenwärtig leichte Episode</li> <li>akzentuierte Persönlichkeitszüge</li> </ul>	F33.0	Z73.1	<b>F40.1 Va</b>	-	nein
833	<ul style="list-style-type: none"> <li>anhaltende somatoforme Schmerzstörung</li> <li>somatoforme autonome Funktionsstörung, respiratorisches System</li> <li>dto., kardiovaskuläres System</li> </ul>	F45.4	F45.33	<b>F40.1 Va</b>	F45.30	ja

**e. Ängstlich-Vermeidende Persönlichkeitsstörung (F60.6) als Erstdiagnose (5 Fälle)**

Idnr.	Zweit-, Dritt- u. Viertdiagnosen	1. Diag.	2. Diag.	3. Diag.	4. Diag.	Medik.
855		<b>F60.6</b>	-	-	-	nein
858		<b>F60.6</b>	-	-	-	nein
872	• mittelgradige depressive Episode	<b>F60.6</b>	F32.1	-	-	nein
847	• Zwangsgedanken u. Handlungen, gemischt	<b>F60.6</b>	F42.2	-	-	ja
835	• Angst u. depr. Störung, gemischt • Zwangshandlungen (Zwangssituale)	<b>F60.6</b>	F41.2	F42.1	-	ja

**f. Ängstlich-Vermeidende Persönlichkeitsstörung (F60.6) als Zweitdiagnose (3 Fälle)**

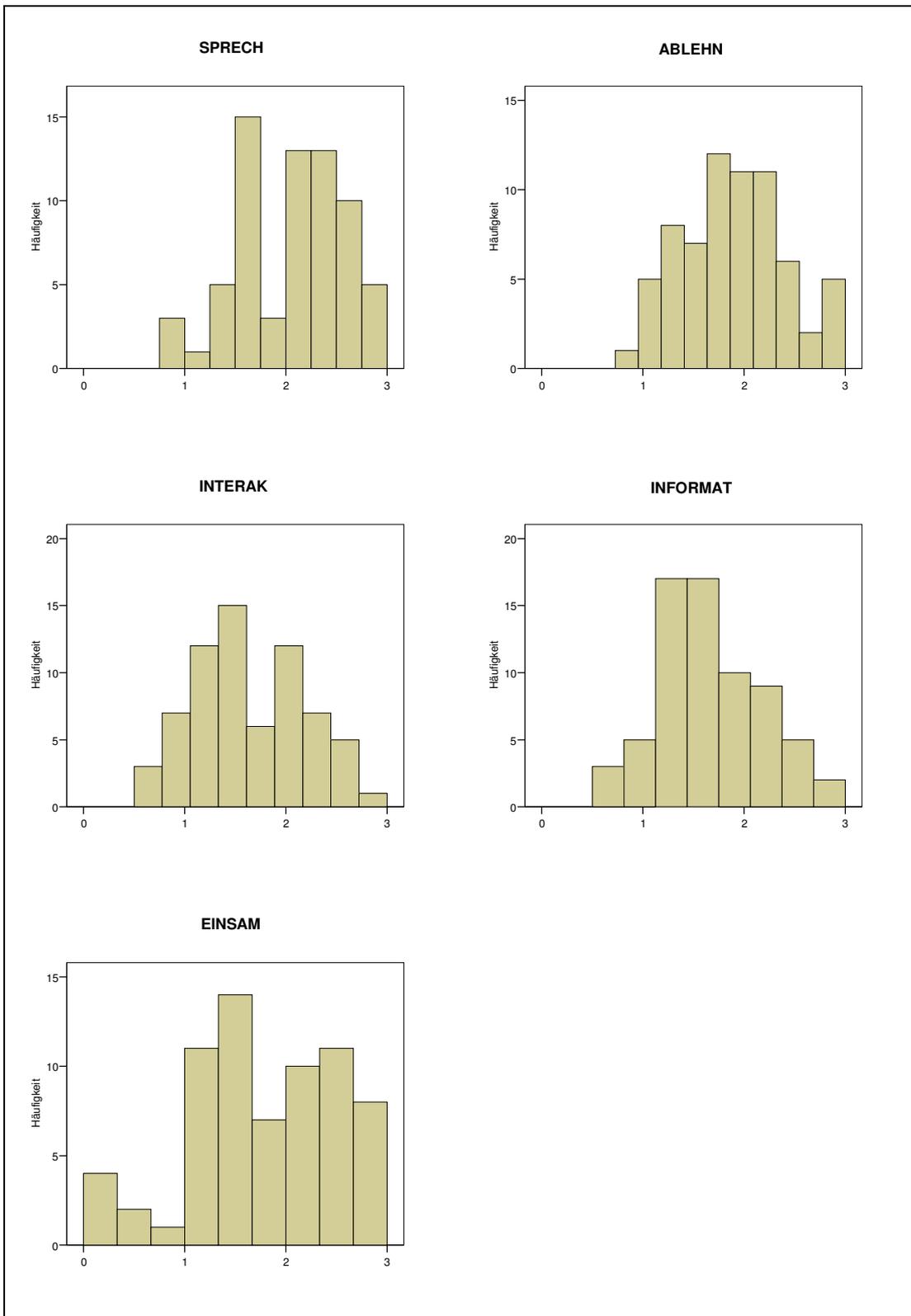
Idnr.	Erst-, Dritt- u. Viertdiagnosen	1. Diag.	2. Diag.	3. Diag.	4. Diag.	Medik.
861	• bipolare affektive Störung, gegenw. manische Episode, oh. psychotische Symptome	F31.1	<b>F60.6</b>	-	-	ja
836	• rezidiv. depr. Störung, gegenw. mittelgradige Episode	F33.1	<b>F60.6</b>	-	-	ja
838	• Anpassungsstörung	F43.2	<b>F60.6</b>	-	-	nein

**g. Doppeldiagnosen F40.1 / F60.6 (4 Fälle) ohne und mit zusätzliche Störungen**

Idnr.	zusätzliche Diagnosen	1. Diag.	2. Diag.	3. Diag.	4. Diag.	Medik.
803		<b>F40.1</b>	<b>F60.6</b>	-	-	ja
886		<b>F40.1</b>	<b>F60.6</b>	-	-	ja
865	• leichte depressive Episode	F32.0	<b>F60.6</b>	<b>F40.1</b>	-	ja
883	• rezidiv. depr. Störung, gegenw. leichte Episode	<b>F40.1</b>	F33.0	<b>F60.6</b>	-	ja

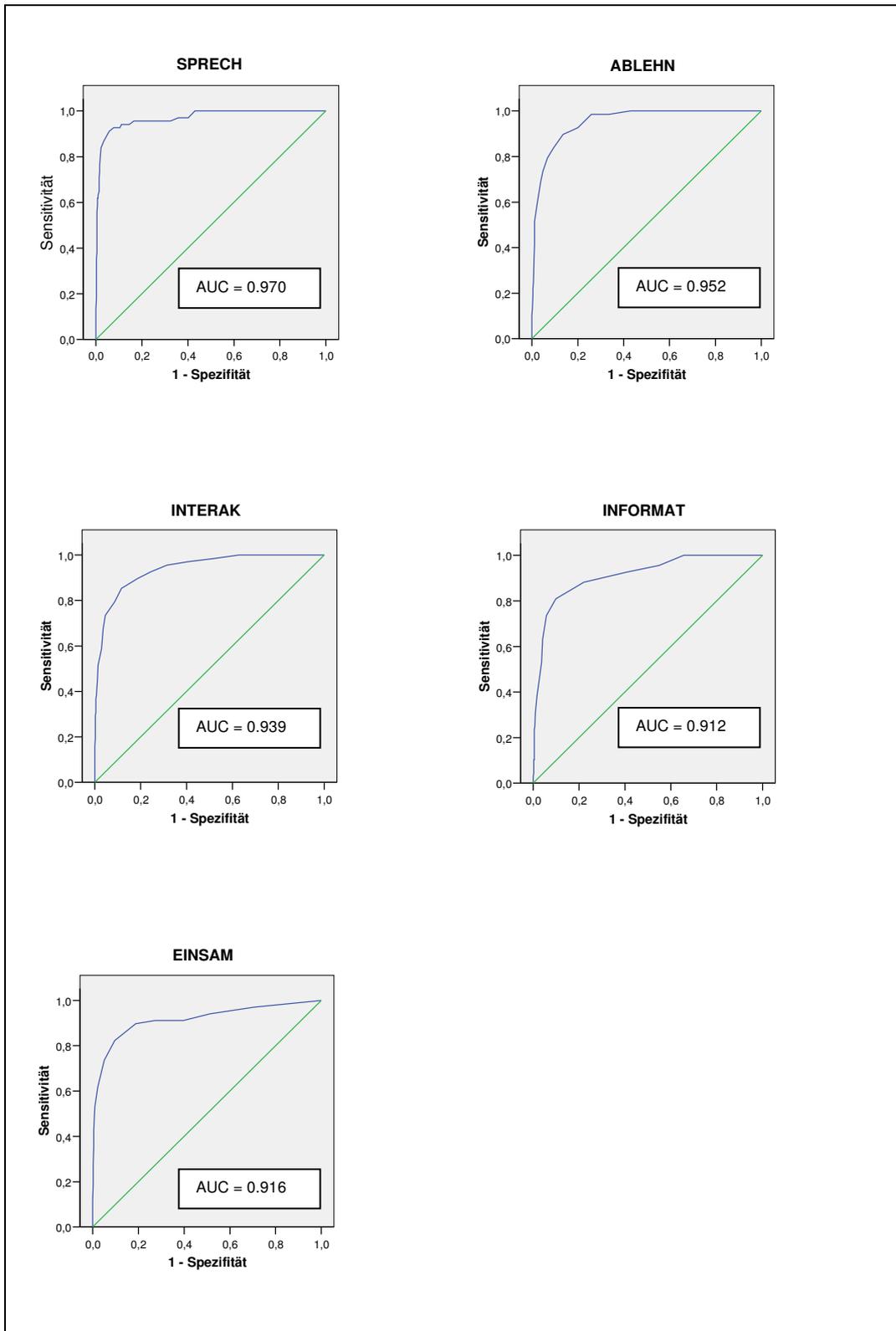
**Anhang 19**

Studie 4, Klinische Validierungsstudie: Histogramme, Subskalen



## Anhang 20

Studie 4, Klinische Validierungsstudie: ROC-Kurven; Subskalen SPRECH, ABLEHN, INTERAK, INFORMAT und EINSAM



AUC: Area under Curve

## Anhang 21

Studie 4, Klinische Validierungsstudie: Zusammenhänge zwischen den SASKO-Skalen bzw. der Skala EINSAM mit den Screening-Skalen Alkoholkonsum (ALK), Depressivität (DEP) und psychotische Symptome (PSY) bei Sozialphobikern und Gesunden

Korrelationen: Spearman, außer Depressivität bei Sozialphobikern: Pearson; alle 5%-Niveau (zweiseitig)

	Alkoholkonsum (ALK)			
	Gesunde (Spearman) n = 413		Sozialphobiker (Spearman) n = 68	
	r	p	r	p
SPRECH	.128	.009	-.003	.978
ABLEHN	.095	.053	-.042	.737
INTERAK	.161	≤ .001	.020	.869
INFORMAT	.251	≤ .001	.090	.464
SASKO-55	.162	≤ .001	.018	.887
EINSAM	.175	≤ .001	-.011	.926

	Depressivität (DEP)			
	Gesunde (Spearman) n = 413		Sozialphobiker (Pearson) n = 68	
	r	p	r	p
SPRECH	.406	≤ .001	.409	≤ .001
ABLEHN	.445	≤ .001	.469	≤ .001
INTERAK	.390	≤ .001	.557	≤ .001
INFORMAT	.390	≤ .001	.291	.016
SASKO-55	.467	≤ .001	.489	≤ .001
EINSAM	.328	≤ .001	.421	≤ .001

	Psychotische Symptome (PSY)			
	Gesunde (Spearman) n = 171*		Sozialphobiker (Spearman) n = 68	
	r	p	r	p
SPRECH	.242	≤ .001	-.033	.790
ABLEHN	.265	≤ .001	.106	.389
INTERAK	.326	≤ .001	.162	.188
INFORMAT	.294	≤ .001	.090	.466
SASKO-55	.291	≤ .001	.018	.885
EINSAM	.333	≤ .001	.135	.274

\*Die Skala PSY wurde erst ab Studie 2 eingesetzt, daher hier nur 171 Gesunde (statt 413)

Hiermit versichere ich, dass ich die vorliegende Arbeit selbständig und ohne fremde Hilfe verfasst, durchgeführt und keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel verwendet habe.

Hamburg, 30.08.2007

Sabine Kolbeck