

Anita Lutz

# Der Mensch als Angstauslöser

Eine Herausforderung für die Sozialberatung

Bachelor-Thesis der Berner Fachhochschule – Soziale Arbeit  
Mai 2017



Sozialwissenschaftlicher Fachverlag Edition Soziothek

Edition Soziothek  
c/o Berner Fachhochschule BFH  
Soziale Arbeit  
Hallerstrasse 10  
3012 Bern  
www.soziothek.ch

Anita Lutz: Der Mensch als Angstauslöser. Eine Herausforderung für die Sozialberatung

ISBN 978-3-03796-634-1

Schriftenreihe Bachelor-Thesen der Berner Fachhochschule BFH – Soziale Arbeit.

In dieser Schriftenreihe werden Bachelor-Thesen von Studierenden publiziert, die mit Bestnote beurteilt und zur Publikation empfohlen wurden.



Dieses Werk wurde unter einer Creative-Commons-Lizenz veröffentlicht.

Lizenz: CC-BY-NC-ND 4.0

Weitere Informationen: <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.de>

Sie dürfen:

Teilen — das Material in jedwedem Format oder Medium vervielfältigen und weiterverbreiten

Unter folgenden Bedingungen:

Namensnennung — Sie müssen angemessene Urheber- und Rechteangaben machen, einen Link zur Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden. Diese Angaben dürfen in jeder angemessenen Art und Weise gemacht werden, allerdings nicht so, dass der Eindruck entsteht, der Lizenzgeber unterstütze gerade Sie oder Ihre Nutzung besonders.

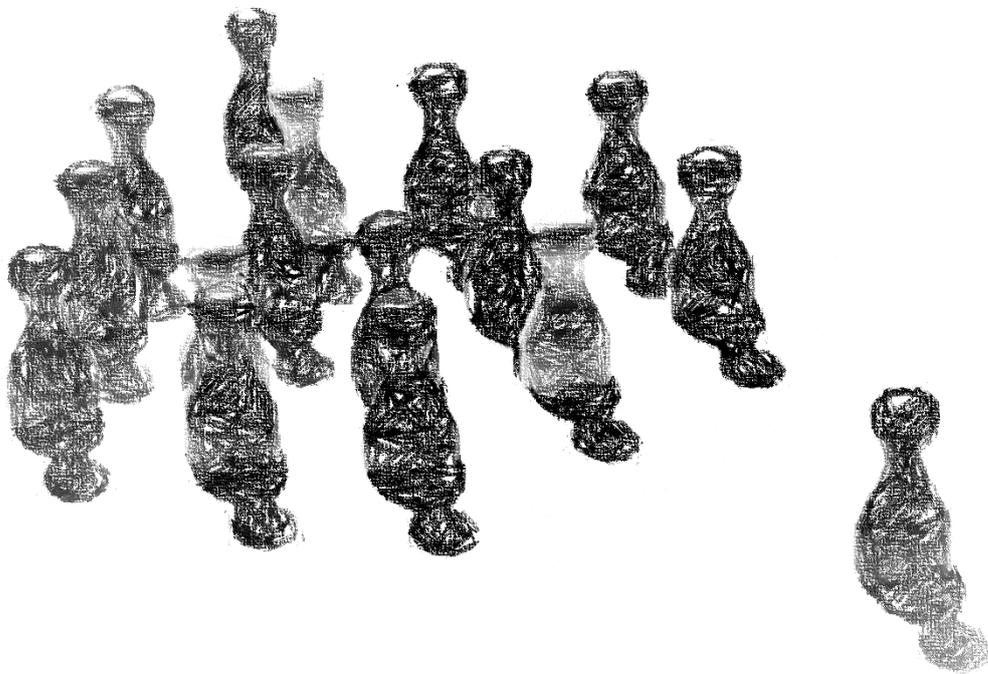
Nicht kommerziell — Sie dürfen das Material nicht für kommerzielle Zwecke nutzen.

Keine Bearbeitungen — Wenn Sie das Material remixen, verändern oder darauf anderweitig direkt aufbauen, dürfen Sie die bearbeitete Fassung des Materials nicht verbreiten.

Jede der vorgenannten Bedingungen kann aufgehoben werden, sofern Sie die Einwilligung des Rechteinhabers dazu erhalten.

Diese Lizenz lässt die Urheberpersönlichkeitsrechte nach Schweizer Recht unberührt.

# Der Mensch als Angstauslöser - eine Herausforderung für die Sozialberatung



Bachelor-Thesis zum Erwerb des Bachelor-Diploms in Sozialer Arbeit  
Berner Fachhochschule, Fachbereich Soziale Arbeit

Anita Lutz

## **Abstract**

Menschen mit Sozialen Angststörungen verspüren übermässige Angst in sozialen Situationen. Sie befürchten eine negative Bewertung von anderen und vermeiden daher entweder soziale Situationen bereits vorgängig, oder sie entwickeln Sicherheitsverhaltensweisen. Die Erkrankung wirkt sich auf die Lebensführung der Betroffenen negativ aus. Dies zeigt sich beispielsweise in den Bereichen der Ausbildung und Arbeit, der Finanzen, der Tagesstruktur oder bei sozialen Beziehungen. Die freiwillige ambulante sozialarbeiterische Beratung unterstützt in genau diesen Bereichen und stellt somit eine sinnvolle Ergänzung zu einer psychotherapeutischen Behandlung dar.

Bei einer sozialarbeiterischen Beratung handelt es sich um eine soziale und somit für Menschen mit einer Sozialen Angststörung um eine potentiell bedrohliche Situation. Entsprechend ergeben sich für die Betroffenen sowie Sozialarbeitenden im Beratungsprozess besondere Herausforderungen. Es stellt sich somit die Frage, welches die Hürden bei einer freiwilligen ambulanten sozialarbeiterischen Beratung von Menschen mit Sozialen Angststörungen sind, um daraus Empfehlungen für die Soziale Arbeit abzuleiten zu können. Denn Menschen mit Sozialen Angststörungen sollen eine Beratung erhalten, die sie als hilfreich empfinden, und die ihre soziale Inklusion, ihre Autonomie und Selbsthilfe anregt.

In verschiedener Literatur wird darauf hingewiesen, dass sich die Interaktion und insbesondere der Beziehungsaufbau mit Menschen mit Sozialen Angststörungen anspruchsvoll gestalten kann. Studien zur Inanspruchnahme von Psychotherapie lassen ausserdem den Rückschluss zu, wonach sozialarbeiterische Beratung zu wenig in Anspruch genommen wird. Vorliegende Arbeit fokussiert entsprechend zwei Schwerpunkte: Es werden Empfehlungen für die Förderung der Inanspruchnahme einer sozialarbeiterischen Beratung sowie Empfehlungen für den förderlichen Umgang in der Beratung formuliert. So kann zum einen Aufklärungsarbeit, zum Beispiel durch Sensibilisierungskampagnen, dazu beitragen, Betroffene auf unterstützende Institutionen und deren Beratungsangebot aufmerksam zu machen. Zum anderen können bestimmte Beratungskonzepte wie die Ressourcenorientierung, das Empowerment oder Recovery, bei von Sozialen Angststörungen Betroffenen gezielt zu einem gelingenden Beziehungsaufbau in der Beratung beitragen. Schliesslich werden konkrete Verhaltensempfehlungen für den Beratungsprozess aufgeführt, welche der Aktivierung von zusätzlichen Ängsten bei den Betroffenen entgegenwirken.

# Der Mensch als Angstauslöser - eine Herausforderung für die Sozialberatung

Die Bachelor-Thesis wurde für die Publikation formal überarbeitet,  
aber im Inhalt nicht geändert.

Bachelor-Thesis zum Erwerb  
des Bachelor-Diploms in Sozialer Arbeit

Berner Fachhochschule  
Fachbereich Soziale Arbeit

Vorgelegt von  
Anita Lutz

Ennetbaden, Mai 2017

Gutachterin: Prof. Esther Abplanalp

## Dank

An dieser Stelle bedankt sich die Autorin sehr herzlich bei folgenden Personen für die grosse Unterstützung bei der Erstellung vorliegender Bachelorarbeit:

- Esther Abplanalp als Fachbegleiterin dieser Bachelorarbeit. Sie stand mir bei Unklarheiten stets unterstützend zur Seite und gab mir wertvolle fachliche Hinweise.
- Den beiden Mitarbeitenden der Pro Infirmis für das aufschlussreiche Gespräch, sowie meinen ehemaligen Arbeitskolleginnen und -kollegen der Beratungsstelle Pro Infirmis Baden, die mir während des gesamten Prozesses motivierend zur Seite standen und deren grosser Erfahrungsschatz aus der Praxis in die Arbeit eingeflossen ist.
- Aurelia Bernasconi und Ann von Schumacher, die meine Arbeit gegengelesen und dabei wertvolle Anregungen gegeben haben.
- Mathias Bürki, meinem Lebenspartner, der mir in jeglicher Hinsicht eine sehr grosse Stütze war.

## Inhaltsverzeichnis

Abstract

Dank

1.	Einleitung .....	1
1.1	Ausgangslage.....	1
1.2	Fragestellung und Abgrenzung.....	2
1.3	Ziel der Arbeit.....	3
1.4	Motivation.....	3
1.5	Aufbau der Arbeit .....	4
2.	Soziale Angststörung.....	5
2.1	Symptomatik und klinisches Erscheinungsbild.....	5
2.2	Prävalenz und Verlauf .....	6
2.3	Komorbidität .....	7
2.4	Ätiologie und Aufrechterhaltung.....	7
2.4.1	Die Theorie von Beck.....	8
2.4.2	Das Modell von Clark und Wells.....	8
2.5	Die Behandlung.....	10
2.6	Auswirkungen einer Sozialen Angststörung.....	11
3.	Auftrag der Sozialen Arbeit.....	19
4.	Psychisch krank: Was heisst das?.....	20
4.1	Etikett 'psychisch krank' .....	20
4.2	Das Krankheits- bzw. Gesundheitsverständnis.....	21
5.	Soziale Angststörungen in der Beratung.....	22
5.1	Beratung in der Sozialen Arbeit.....	23
5.1.1	Abgrenzung zur Psychotherapie .....	24
5.1.2	Kontext der freiwilligen Beratung.....	24
5.1.3	Freiwillige, ambulante Beratung als eine sinnvolle Form der Unterstützung bei Sozialen Angststörungen.....	24
5.2	Hürden vor und in der Beratung .....	26

5.2.1	Inanspruchnahme der Beratung .....	26
5.2.1.1	Zahlen der Inanspruchnahme bei Sozialen Angststörungen.....	26
5.2.1.2	Die Faktoren .....	27
5.2.1.3	Hürden bei der Inanspruchnahme .....	28
5.2.2	Besonderheiten in der Interaktion und Beziehungsgestaltung .....	31
6.	Empfehlungen für die Soziale Arbeit.....	34
6.1	Förderung der Inanspruchnahme .....	34
6.1.1	Fehlende Triage.....	35
6.1.2	Mangel an Wissen und Selbsterkennungskompetenz sowie Vorstellungen/ Einstellungen/Bewertungen.....	35
6.1.3	Strukturelle Hürden .....	37
6.1.4	Vermeidungsverhalten bei Sozialen Angststörungen .....	39
6.2	Förderlicher Umgang in der Beratung.....	39
6.2.1	Förderliche Beratungskonzepte.....	39
6.2.1.1	Ressourcenorientierung .....	40
6.2.1.2	Empowerment und Recovery .....	43
6.2.2	Konkrete Beziehungsgestaltung und Interventionen.....	44
6.2.2.1	Einstieg in den Beratungsprozess .....	45
6.2.2.2	Ambivalenz bearbeiten.....	46
6.2.2.3	Rollengestaltung im Gespräch .....	48
6.2.2.4	Empathie und Wertschätzung .....	48
6.2.2.5	Verbalisierung von Gefühlen .....	49
6.2.2.6	Nichtverbales Verhalten .....	49
6.2.2.7	Negative Gefühle gegenüber der Klientel.....	50
6.2.2.8	Thematisierung von ungünstigen sozialen Gewohnheiten.....	50
6.2.2.9	Unterschätzung der Ängste.....	51
6.2.2.10	Weitere Hinweise zum Umgang .....	51
6.2.2.11	Einbezug von Angehörigen und dem sozialen Umfeld.....	52
6.2.2.12	Einschätzen der Suizidgefahr.....	52
7.	Schlussfolgerungen und Ausblick.....	53

Literaturverzeichnis .....	57
Anhang A: Diagnostische Kriterien .....	64
Anhang B: Typische Grundüberzeugungen .....	65
Anhang C: Typische Sicherheitsverhaltensweisen .....	66

## **Tabellenverzeichnis**

Mögliche Ausstattungsdefizite bei einer Sozialen Angststörung .....	18
Mögliche Hürden bei der Inanspruchnahme einer Beratung .....	30

## **Abbildungsverzeichnis**

Titelbild: Bild der Autorin.

Ausstattungsdimensionen der PSDF .....	13
Mögliche Hürden bei der Beratung .....	33
Kategorien der Hürden bei der Inanspruchnahme einer Beratung. ....	34

# 1. Einleitung

In diesem Kapitel wird die Ausgangslage dargelegt und die daraus resultierende Fragestellung erläutert. Anschliessend wird auf das Ziel der Arbeit eingegangen. Es folgen die Unterkapitel Motivation und Aufbau der Bachelorarbeit.

## 1.1 Ausgangslage

Ängste, Unsicherheit und Schamgefühle sind natürliche Phänomene in der zwischenmenschlichen Begegnung. Einige erleben sie bei mündlichen Prüfungen oder Meetings, andere im Gespräch mit Autoritätspersonen, Unbekannten oder beim Ansprechen von Personen, die als attraktiv empfunden werden. Nicht selten treten körperliche Begleitsymptome wie Herzklopfen, Schwitzen oder Zittern auf.

Ängste sind normale Gefühle, welche die Funktion erfüllen, Menschen in bedrohlichen Situationen rasch und effizient handeln zu lassen. Ängste können jedoch auch unverhältnismässig und der realen Bedrohung unangemessen auftreten und zu starken Beeinträchtigungen in sozialen wie auch beruflichen Lebensbereichen führen. Hat die Angst ihre Funktion in gesunder Masse vor Gefahren zu warnen verloren, wird sie selber zur Bedrohung für die Alltagsbewältigung und das eigene Wohlbefinden (Hamer & Plössl, 2015, S.194). In diesem Fall wird von einer Angststörung gesprochen. Eine Form von Angststörung ist die Soziale Angststörung, bei der Betroffene übermässige Angst in sozialen Situationen verspüren. Sie erleben sich im Zentrum der Aufmerksamkeit und meinen sich zu blamieren oder peinlich aufzufallen und befürchten die negative Bewertung des eigenen Verhaltens durch andere Menschen. Viele Betroffene leiden unter einer permanenten Erwartungsangst, weshalb angstauslösende Situationen bereits vorgängig vermieden werden. Oftmals treten gleichzeitig weitere psychische Störungen auf, zudem ist die Gefahr der Chronizität hoch. Aufgrund der vielfältigen möglichen Beeinträchtigungen in allen psychosozialen Lebensbereichen kann die Inanspruchnahme von sozialarbeiterischer Beratung sinnvoll sein.

Die Beratungssituation selber ist ebenfalls eine soziale Situation und kann - gerade zu Beginn - als bedrohlich eingestuft werden. Mit dieser Störung ergeben sich für die Betroffenen sowie für die beratenden Fachpersonen folglich besondere Herausforderungen. Die Beziehung zwischen den Interaktionspartnerinnen oder -partnern ist ohnehin von grosser Unsicherheit geprägt, muss doch für eine Beratung erst eine Beziehung und Vertrauen geschaffen werden. Diesen zusätzlich verunsichernden und für den Beziehungsaufbau hinderlichen Faktoren aufgrund der psychischen Störung muss von fachlicher Seite kompetent begegnet werden. Denn die Beschaffenheit der zwischenmenschlichen Beziehung zur Klientin bzw. zum Klienten ist das wichtigste Element für den Erfolg einer Beratung.

In diesem Zusammenhang stellt sich auch die Frage, inwiefern die Soziale Angststörung eine Hürde für die Inanspruchnahme einer Beratung darstellt. Wird die Inanspruchnahme als «vorgelagerte Stufe der Wirksamkeit» einer sozialen Dienstleistung (Wirth, 1982, S.8) betrachtet, lohnt es sich zu untersuchen, inwiefern die Hürden einer Inanspruchnahme von sozialarbeiterischer Beratung überwunden werden können.

Die Autorin vorliegender Arbeit geht von der Hypothese aus, dass die freiwillige ambulante Beratung der Sozialen Arbeit von Menschen mit Sozialen Angststörungen angesichts der anzunehmenden Bedarfslage nur unzureichend in Anspruch genommen wird. In der Beratungspraxis scheinen die Menschen, die von Sozialen Angststörungen betroffen sind gar unsichtbar. Dies ist erstaunlich, sind doch die durch die unbehandelte Störung verursachten psychosozialen Belastungen hoch.

## 1.2 Fragestellung und Abgrenzung

Aufgrund der geschilderten Ausgangslage ergibt sich folgende Forschungsfrage:

**Welches sind die Hürden bei einer freiwilligen ambulanten sozialarbeiterischen Beratung von Menschen mit Sozialen Angststörungen und welche Empfehlungen für die Soziale Arbeit lassen sich daraus ableiten?**

Es ergeben sich zudem folgende Unterfragestellungen, die im Rahmen dieser Arbeit beantwortet werden sollen:

1. Was sind Soziale Angststörungen und wie verbreitet sind diese?
2. Weshalb ist die Inanspruchnahme einer sozialarbeiterischen Beratung für Menschen mit einer Sozialen Angststörung sinnvoll?
3. Was können Organisationen der Sozialen Arbeit tun, damit mehr Betroffene das Beratungsangebot in Anspruch nehmen?
4. Was ist in der Interaktion und Beziehungsgestaltung mit von Sozialen Angststörungen erkrankten Menschen zu beachten, damit ein gelingender Beratungsprozess zustande kommt?

Die vorliegende Arbeit

- setzt den Fokus auf erwachsene Menschen, die von einer Sozialen Angststörung betroffen sind.
- beschränkt sich auf den Kontext der freiwilligen und ambulanten Beratung der Sozialen Arbeit.
- nimmt eine sozialarbeiterische Perspektive ein.

### **1.3 Ziel der Arbeit**

Vorliegende Arbeit zeigt auf, welche besonderen Herausforderungen sich in der Beratung von Menschen mit einer Sozialen Angststörung stellen. Angesichts dieser werden Empfehlungen für die Soziale Arbeit ausgearbeitet, damit Betroffene eine Beratung erhalten, die sie als hilfreich erachten, die ihr Wohlbefinden, ihre soziale Inklusion sowie ihre Selbsthilfe anregt.

Die Arbeit kann nicht als allgemeingültige Anleitung für den Umgang mit Menschen mit Sozialen Angststörungen verstanden werden. Nicht jede Person mit derselben Diagnose kann in der immer gleichen Weise beraten werden. In einer sozialarbeiterischen Beratung soll jedes Individuum aufmerksam und bemüht um Verständnis für das subjektive Erleben begleitet werden. Damit soll ein Beitrag zur fachlichen Weiterentwicklung hinsichtlich des Umgangs mit Menschen mit Sozialen Angststörungen in der Disziplin der Sozialen Arbeit geleistet werden.

Insbesondere in Institutionen, die auf die Beratung von Menschen mit psychischen Störungen spezialisiert sind, ist es wesentlich, über ein Basiswissen zu spezifischen Störungsbildern zu verfügen, um eine gelingende Beratung zu gewährleisten. Zugleich dürften die Resultate vorliegender Arbeit auch für Sozialarbeitende, die nicht in diesem Bereich spezialisiert sind, interessant sein. Nicht zuletzt, weil alle Sozialarbeitenden einen wichtigen Beitrag zur Früherkennung der Störung leisten können.

### **1.4 Motivation**

Die Pro Infirmis ist eine der Institutionen in der Schweiz, die sich unter anderem auf die Beratung von Menschen mit psychischen Störungen spezialisiert hat (Pro Infirmis, n.d., S.5). Die Autorin vorliegender Arbeit hat ihr Ausbildungspraktikum bei einer Beratungsstelle ebendieser Organisation absolviert. In diesem Zusammenhang ist sie mit der Thematik der Angststörungen in Berührung gekommen. Insbesondere das Krankheitsbild der Sozialen Angststörung erlangte die Aufmerksamkeit der Autorin, weil sie während ihrem sechsmonatigen Praktikum von lediglich einer Person erfuhr, bei der diese Störung diagnostiziert wurde. Gemäss den epidemiologischen Daten sind bei den Angststörungen die Sozialen Angststörungen jedoch am häufigsten vertreten. Es scheint, dass die Soziale Angststörung bisher in der Öffentlichkeit, aber auch in der Profession der Sozialen Arbeit, noch zu wenig wahrgenommen wird.

Erste Literaturrecherchen bestätigten diese Vermutung: Die Soziale Angststörung war lange Zeit ein vernachlässigtes Störungsbild und erst durch intensive Forschung seit den 2000er Jahren haben sich die Erkenntnisse bedeutend erweitert (Stangier, Heidenreich & Peitz,

2009, S.3-4). Die aus dieser Zeit stammenden Behandlungsansätze kommen vor allem aus den USA sowie Grossbritannien, weshalb sich das Wissen über Ursachen und Behandlung im deutschsprachigen Raum verzögert verbreitet (S.4). Selbst bei Ärztinnen und Ärzten besteht teilweise noch die Ansicht, dass Soziale Angststörungen nicht behandlungsbedürftig sind (S.4). Aufgrund dessen, und auch weil die diagnostische Einordnung der Symptome durch die Überschneidung mit anderen Störungen erschwert ist und somit die Gefahr besteht, dass die Soziale Angststörung nicht erkannt wird, ist eine Sensibilisierung von Fachpersonal notwendig (Veselinović & Schneider, 2014, S.72).

Dies führt zum Schluss, dass auch im Bereich der Sozialen Arbeit noch wenig Wissen und wenig Sensibilität hinsichtlich dieses Störungsbildes vorhanden ist. Die Neugier der Autorin war geweckt und veranlasste diese schliesslich, sich mit der Thematik im Rahmen dieser Bachelorarbeit vertieft auseinander zu setzen.

## **1.5 Aufbau der Arbeit**

Damit eruiert werden kann, welche Hürden sich bei der sozialarbeiterischen Beratung von Menschen mit Sozialen Angststörungen ergeben, bedarf es vorangehend einer Vermittlung von Wissen über das Störungsbild. Dies erfolgt im nachfolgenden 2. Kapitel. Am Ende des 2. Kapitels werden die möglichen Auswirkungen einer Sozialen Angststörungen aus der Perspektive der Sozialen Arbeit betrachtet. Anschliessend wird in Kapitel 3 der Handlungsauftrag von Fachpersonen der Sozialen Arbeit bei Menschen mit Sozialen Angststörungen erläutert.

In Kapitel 4 wird im Sinne der Erarbeitung von Grundlagenwissen bei einer Beratung von Menschen mit psychischen Störungen auf die Problematik der Stigmatisierung sowie das Gesundheits- bzw. Krankheitsverständnis eingegangen.

Kapitel 5 befasst sich mit der Frage, weshalb eine freiwillige, ambulante sozialarbeiterische Beratung eine sinnvolle Form der Unterstützung für Menschen mit Sozialen Angststörungen darstellt. Alsdann werden mögliche Hürden, die sich bei der Beratung von Betroffenen ergeben können, eruiert.

Schliesslich werden in Kapitel 6 Empfehlungen hinsichtlich der Förderung der Inanspruchnahme einer sozialarbeiterischen Beratung sowie für einen förderlichen Umgang in der Beratung formuliert. In Kapitel 7 findet sich die Schlussfolgerung in Bezug auf die Beantwortung der Fragestellung. Zudem wird ein Ausblick auf die weitere Forschung vorgenommen.

Angelehnt an Thiersch verwendet die Autorin den Begriff 'Soziale Arbeit' als Überbegriff für die Arbeitsfelder der Sozialarbeit sowie Sozialpädagogik (2004, S.115).

## **2. Soziale Angststörung**

### **2.1 Symptomatik und klinisches Erscheinungsbild**

Die Erscheinungsformen der Sozialen Angststörung sind vielseitig, die Bandbreite der angstauslösenden Situationen gross, das Erkennen einer Sozialen Angststörung anspruchsvoll: Während gewissen Menschen einzelne soziale Situationen wie zum Beispiel gemeinsames Essen oder öffentliches Reden Schwierigkeiten bereiten, leiden andere an generalisierten Ängsten (Stangier et al., 2009, S.3).

Die krankhafte Schüchternheit sowie die Vermeidung von sozialen Kontakten zu anderen Menschen ist nicht neu (Stangier, Clark, Ginzburg & Ehlers, 2016, S.1). Was Hippokrates in der Antike als seelisches Leiden beschrieb, wurde 1903 erstmals als Soziale Phobie bezeichnet (S.1). Über mehrere Jahrzehnte fand der Begriff keine Verwendung (S.1). Stattdessen wurde die Störung unter dem Begriff 'phobische Neurosen' zusammengefasst (S.1). Eingang in das Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) der American Psychiatric Association als eigenes Störungsbild fand die Soziale Phobie schliesslich 1980 (S.1). Später erfolgte eine Ausweitung des Störungskonzeptes auf generalisierte und chronische soziale Ängste (S.1). Die Aufnahme der Störung in die International Classification of Diseases and Causes of Death (ICD) erfolgte 1991 (Dilling, Mombour & Schmidt, zitiert nach Stangier et al., 2016, S.1). Die aktuellen Ausgaben der Klassifikationssysteme sind ICD-10 und DSM-5. Die Kriterien des ICD-10 überschneiden sich stark mit denen des DSM-5 (Stangier et al., 2009, S.11). Letztere Kriterien sind aufgrund ihres grösseren Detaillierungsgrads vorzuziehen (Stangier et al., 2016, S.1). Diese können dem Anhang A vorliegender Arbeit entnommen werden.

Soziale Ängste sind in der Bevölkerung weit verbreitet und der Übergang von subklinischen Ängsten zu einer bedeutsamen Angststörung ist fliessend. Als Kriterium für eine klinisch bedeutsame Beeinträchtigung werden unter anderem die durch die Vermeidung von angstbesetzten Situationen entstehenden sozialen Folgeprobleme empfohlen. (Stangier et al., 2016, S.4)

Der Begriff der Sozialen Phobie ist heute für die meisten Formen der Störung inadäquat (Stangier et al., 2016, S.1). Zwar ist der Begriff der Sozialen Phobie noch immer etabliert, in der Literatur wird jedoch vielfach bereits der passendere Begriff der Sozialen Angststörung verwendet (S.1). Die Autorin wird in vorliegender Arbeit ausschliesslich den Begriff der Sozialen Angststörung verwenden.

Die Befürchtungen, dass das eigene Verhalten oder sichtbare körperliche Symptome als lächerlich, merkwürdig, als Versagen oder Blamage bewertet werden, ist zentrales Merkmal der Sozialen Angststörung (Stangier et al., 2016, S.3). Diese Überzeugungen oder Erwartungen können in Performance- oder Interaktionssituationen ausgelöst werden (S.4). Als Performance- bzw. Leistungssituationen gelten Situationen, in denen das eigene Handeln der Beobachtung oder Bewertung anderer ausgesetzt ist (S.4). Typische Interaktionssituationen sind Situationen, in denen eine Interaktion mit einer anderen Person stattfindet (Stangier et al., 2009, S.9). Nebst den Befürchtungen hinsichtlich des eigenen Verhaltens können sich die Befürchtungen auch auf das Auftreten von sichtbaren körperlichen Symptomen fokussieren (Stangier et al., 2016, S.4). Die Konzentration erfolgt vor allem auf Erröten, Schwitzen und Zittern (S.4). Diese sind charakteristisch für ein erhöhtes autonomes Erregungsniveau wie zum Beispiel intensives Herzklopfen, Übelkeit, Durchfall oder Muskelanspannung (S.4). Erfolgt eine Konfrontation mit einer kritischen Situation, können sich diese Symptome steigern bis hin zu einer Panikattacke (S.4). Es kann der Eindruck entstehen, dass die Kontrolle über den Körper entgleitet (S.4).

Ein weiteres zentrales Merkmal der Sozialen Angststörung ist das Vermeidungsverhalten. Situationen, in denen eine Konfrontation mit einer negativen Bewertung möglich ist, werden gemieden. Diese Tendenz ist sehr stark und kann zur Folge haben, dass sich eine von Sozialen Angststörungen betroffene Person aus sozialen Beziehungen im privaten oder beruflichen Bereich zurückzieht. (Stangier et al., 2016, S.4)

## **2.2 Prävalenz und Verlauf**

Gemäss dem Monitoring-Bericht 'Psychische Gesundheit in der Schweiz' sind die Angststörungen die häufigsten psychischen Störungen in der Schweiz (Schuler & Burla, 2012, S.8). Aktuelle epidemiologische Studien an Bevölkerungen aus unterschiedlichen Kulturen weisen darauf hin, dass Soziale Angststörungen wiederum zu den häufigsten Angststörungen zählen (Stangier et al., 2016, S.7). Es bestehen jedoch beachtenswerte Schwankungen in den Schätzungen der Prävalenzraten, dies aufgrund der unterschiedlichen Untersuchungsmethoden, der diagnostischen Kriterien sowie der berücksichtigten Altersgruppen (S.7-8). In neueren Studien wird von Lebenszeitprävalenzraten zwischen 7% und 12% ausgegangen (S.7). In der Schweiz ist die Lebenszeitprävalenz gemäss der Zürich-Studie 7%, in Basel 16%, die Jahresprävalenz gemäss der Zürich-Studie 1.5%, in Basel 9%, (Ajdacic-Gross & Graf, 2003, S.36 und 134). Auch hier sind Unterschiede festzustellen. Stangier et al. bemerken jedoch, dass auch bei eng gefassten medizinischen Kriterien die Soziale Angststörung die häufigste Angststörung darstellt (2016, S.8).

Nach Ajdacic-Gross und Graf sind Frauen zwei bis drei Mal häufiger betroffen (2003, S.134). Soziale Angststörungen beginnen in der Regel in der Kindheit oder der frühen Jugend (S.134). Selten tritt die Störung erstmals im Erwachsenenalter auf (Stangier et al., 2016, S.8). Der Verlauf ist chronisch und die Soziale Angststörung dauert durchschnittlich 20 bis 30 Jahre (S.10). Lediglich eine Minderheit der Betroffenen erlebt eine Spontanremission (S.10). Erfolgt keine Behandlung der Störung, ist der Verlauf im Vergleich zur Depression deutlich ungünstiger einzuschätzen (S.10).

### **2.3 Komorbidität**

Die Wahrscheinlichkeit, dass neben der Sozialen Angststörung weitere psychische Störungen auftreten, ist sehr hoch (Stangier et al., 2016, S.11). 81% der Teilnehmenden an der National Comorbidity Survey litten gleichzeitig unter mindestens einer anderen Störung (Magee, Eaton, Wittchen, McGonagle & Kessler, zitiert nach Stangier et al., 2016, S.11). Besonders starke Assoziationen bestehen zu anderen Angststörungen, vor allem zu Spezifischen Phobien, Agoraphobien und Posttraumatischen Belastungsstörungen, aber auch zu depressiven Störungen und Substanzabhängigkeiten (S.11). Des Weiteren ist bei Angststörungen generell eine hohe Komorbidität mit somatischen Erkrankungen festzustellen (Veselinović & Schneider, 2014, S.72).

### **2.4 Ätiologie und Aufrechterhaltung**

Bei der Entstehung von Sozialen Angststörungen kann von einem vielschichtigen Bedingungsgefüge ausgegangen werden (Fehm & Knappe, 2011, S.956). Sowohl psychische als auch biologische (Tuschen-Caffier et al., 2009, S.26) sowie soziale Mechanismen (Büch, Döpfner & Petermann, 2015, S.18) kommen für die Entstehung von Angststörungen in Betracht.

Als Risikofaktoren bekannt sind genetische Faktoren, Temperament- bzw. Persönlichkeitsvariablen (Schüchternheit, Verhaltenshemmung), Umgebungseinflüsse wie die Eltern-Kind-Interaktion, aversive soziale Erfahrungen und negative Lebensereignisse (Stangier et al., 2016, S.8-9). Fachpersonen der Psychiatrie oder Psychologie explorieren die jeweils einzigartige Konstellation der Risikofaktoren (Fehm & Knappe, 2011, S.959).

Zum besseren Verständnis von kognitiven Vorgängen in sozial bedrohlichen Situationen werden nachfolgend die Theorie von Beck und Mitarbeitenden sowie das darauf aufbauende Modell von Clark und Wells vorgestellt. Letzteres wurde in vielen Studien empirisch bestätigt (Schäfer, Schmitz & Tuschen-Caffier, zitiert nach Büch et al., 2015, S.19). Bis heute fehlt jedoch der Nachweis, ob diese Besonderheiten eine Begleiterscheinung der Symptomatik sind oder ob sie zur Entstehung der Angststörung beitragen (Fehm & Knappe, 2011, S.959).

### **2.4.1 Die Theorie von Beck**

Negative kognitive Schemata sind nach der Theorie von Beck, Emery und Greenberg die zentrale Ursache für die Entwicklung psychischer Störungen. Solche kognitiven Schemata sind beispielsweise die Bewertung der eigenen Person als inkompetent und versagend, die übertriebene Gewichtung von gesellschaftlichen Normen sowie Bewertungen von anderen, die Auffassung, dass andere Personen stets sehr kritisch beurteilen und die Bewertung des eigenen Verhaltens mit perfektionistischen Richtlinien. (Beck et al., zitiert nach Stangier et al., 2016, S.14)

Beck et al. unterscheiden bei der Speicherung der Schemata im Gedächtnis zwischen un-konditionalen und konditionalen Annahmen (zitiert nach Stangier et al., 2016, S.14). Bei den un-konditionalen Annahmen handelt es sich um absolut bewertete Grundüberzeugungen, wie zum Beispiel «Ich bin ein Aussenseiter» (Stangier et al., 2016, S.14). Konditionale Annahmen sind Wenn-dann-Verknüpfungen (S.14): «Wenn meine Hände zittern, denken alle, dass ich unfähig bin» (Tuschen-Caffier et al., 2009, S.29). Weitere Beispiele zu den Grundüberzeugungen sind dem Anhang B zu entnehmen.

Negative kognitive Schemata können zum Beispiel durch Modelllernen von den Eltern übernommen oder durch deren Erziehungsstil (beispielsweise bei überbehütender, überkritischer Haltung) verstärkt worden sein. Ebenfalls zur Entstehung von negativen Schemata können soziale Traumata oder Misserfolgserlebnisse, zum Beispiel Mobbing durch Mitschülerinnen und Mitschüler, oder traumatisierende Erfahrungen im engeren Sinne, beispielsweise bei sexuellem Missbrauch, beitragen. Meist sind es ungünstige Erfahrungen, die im Übergang von einer Entwicklungsphase zur nächsten gemacht werden, die zur Entwicklung von Sozialen Angststörungen beitragen. (Stangier et al., 2016, S.15)

### **2.4.2 Das Modell von Clark und Wells**

Die eben erläuterte Theorie von Beck und Mitarbeitenden bildet die Grundlage für das nachfolgend vorgestellte Modell von Clark und Wells. In diesem Modell ist die kognitive Repräsentation des Selbst zentral. Danach erschaffen Menschen, die von Sozialen Angststörungen betroffen sind, eine Vorstellung oder ein verzerrtes Bild von sich selbst, wie andere sie sehen. (Stangier et al., 2009, S.29)

Clark und Wells gehen ebenfalls von konditionalen und un-konditionalen Überzeugungen oder auch übertriebenen Standards an das eigene Verhalten aus (für Beispiele siehe Anhang B). In den gefürchteten sozialen Situationen erfolgt jedoch oftmals nicht die erwartete Reaktion der anderen Menschen. Clark und Wells wollten daher herausfinden, weshalb die Betroffenen ihre Überzeugungen nicht geändert haben, obwohl sie im Alltag

Erfahrungen machten, die ihren sozialphobischen Überzeugungen widersprachen. (Clark & Wells, zitiert nach Stangier et al., 2016, S.16)

Die Aufrechterhaltung der sozialen Ängste und problematischen Überzeugungen ist erklärbar durch die Informationsverarbeitungsprozesse in sozialen Situationen. Zentrale Mechanismen sind: «(1) erhöhte Selbstaufmerksamkeit und Verarbeitung des Selbst als soziales Objekt (. . .); (2) Sicherheitsverhalten sowie (3) problematische antizipatorische und nachträgliche Verarbeitungsprozesse». (Clark & Wells, zitiert nach Stangier et al., 2016, S.16)

(1) Erhöhte Selbstaufmerksamkeit: Die Erwartung, wonach das eigene Verhalten negativ bewertet wird, führt zu einer detaillierten Selbstbeobachtung und -überprüfung (Stangier et al., 2016, S.16). Ständig wird versucht, Anzeichen für mögliche Fehler, Versagen, Blamagen und Peinlichkeiten im eigenen Verhalten wahrzunehmen (Stangier et al., 2009, S.30). Nicht selten kommt es dabei zu einer Fehlattribution von Angstsymptomen als Beweis für eine negative Bewertung, beispielsweise wird aufgrund von körperlicher Erregung auf eine negative soziale Bewertung geschlossen (S.30).

(2) Sicherheitsverhalten: Als Sicherheitsverhalten wird das Verhalten beschrieben, welches in bedrohlichen Situationen eingesetzt wird, um das gefürchtete Unheil zu verhindern oder dessen Folgen entgegenzuwirken (Stangier et al., 2016, S.18). Tritt das Unheil nicht ein, wird die Schlussfolgerung gezogen, wonach das Sicherheitsverhalten dieses verhindert hat und nicht, dass die Befürchtungen unbegründet waren, was zu einer Aufrechterhaltung der Störung führt (Wells et al., zitiert nach Stangier et al., 2016, S.18). Das Sicherheitsverhalten ist schwer zu identifizieren, da die Strategien auf höchst individuellen Vermutungen hinsichtlich ihrer Wirkung basieren (S.18). Ziel eines solchen oftmals automatisiert und nicht bewusst ablaufenden Verhaltens ist die Verhinderung einer Blamage oder Ablehnung (S.18). Eine Liste von typischen Sicherheitsverhaltensweisen ist dem Anhang C zu entnehmen.

Das Sicherheitsverhalten kann weitere ungünstige Auswirkungen zur Folge haben: Beispielsweise können Symptome, die verhindert werden sollen, durch das Sicherheitsverhalten paradoxerweise hervorgerufen werden. Wenn während einem Gespräch versucht wird, sich alles wörtlich zu merken, um den roten Faden nicht zu verlieren, so kann dies zu einer Überforderung des Gedächtnisses führen und dem Gesprächsverlauf kann nicht mehr gefolgt werden. Möglich ist auch, dass das Sicherheitsverhalten derart auffällig ist, dass sich andere Personen damit erst recht auf die betroffene Person konzentrieren: Wenn eine Person sehr leise spricht, um nicht aufzufallen, müssen sich andere Personen vielmehr auf sie konzentrieren, um sie akustisch verstehen zu können. (Stangier et al., 2016, S.18-19)

(3) Problematische antizipatorische und nachträgliche Verarbeitungsprozesse: Sämtliche sozialen Hinweisreize werden in verzerrter, negativer Weise wahrgenommen (Stangier et al., 2016, S.19). Der Fokus der Wahrnehmung liegt selektiv auf den negativen Reaktionen anderer (S.19). Auch zweideutige oder neutrale Verhaltensweisen werden als Zeichen der Zurückweisung interpretiert (Stopa & Clark, zitiert nach Stangier et al., 2016, S.19-20). Betroffene stellen sich bereits vor einer sozialen Situation vor, wie sie auf andere negativ wirken und abgelehnt werden (Stangier et al., 2016, S.20). Ist die soziale Situation vorbei, wird sie rückblickend geprüft und, aufgrund der negativen Selbstwahrnehmung, meist negativ beurteilt (S.20). Ein massgebender Faktor bei der negativen Umdeutung ist oft die Erinnerung an frühere Misserfolge (S.20).

## **2.5 Die Behandlung**

### **Psychotherapie**

Am besten untersucht sind die kognitiv-behavioralen Verfahren. Deren Effektivität wurde in mehreren Studien nachgewiesen (Fehm & Knappe, 2011, S.959; Stangier et al., 2016, S.109). In dieser Gruppe der Interventionen stehen die Identifikation und gezielte Veränderung dysfunktionaler Gedanken und Grundüberzeugungen sowie die Konfrontation mit bisher vermiedenen Situationen im Zentrum (Fehm & Knappe, 2011, S.959).

### **Medikamentöse Behandlung**

Verschiedene Studien haben die Wirksamkeit einer medikamentösen Behandlung der Sozialen Angststörung untersucht (Stangier et al., 2016, S.111). Eine Verbesserung der Symptome weisen die Serotoninwiederaufnahmehemmer sowie Benzodiazepine auf (Federoff & Taylor, zitiert nach Stangier et al., 2016, S.111). Gleichwohl fehlen noch immer Langzeitstudien zu den Effekten einer medikamentösen Behandlung und nach Absetzen der Medikamente sind Rückfälle nicht auszuschliessen (Fehm & Knappe, 2011, S.959). Eine medikamentöse Behandlung ohne gleichzeitige psychotherapeutische Behandlung erscheint nicht sinnvoll (Stangier et al., 2016, S.111).

### **Training sozialer Kompetenzen**

Eine Behandlung mit dem sozialen Kompetenztraining ist dann angezeigt, wenn die betroffene Person tatsächlich Kompetenzdefizite aufweist. Oftmals ist unklar, ob es sich bei den unsicheren Verhaltensweisen um Kompetenzdefizite oder vielmehr um Performanzprobleme handelt. Das heisst, Betroffene sind aufgrund der gesteigerten Selbstaufmerksamkeit und dem Sicherheitsverhalten nicht mehr in der Lage, ihr eigentlich vorhandenes selbstsicheres Verhalten zu zeigen. Es ist daher zuerst zu überprüfen, ob tatsächlich Defizite in der sozialen Kompetenz vorliegen. (Fehm & Knappe, 2011, S.966)

## **Selbsthilfe**

Fehm und Knappe schlagen folgende drei Ebenen der Selbsthilfe vor:

- 1) Eigentherapie mit Hilfe von Büchern: Ratgeber zum Thema soziale Ängste sind zahlreich (zum Beispiel Stangier & Consbruch, 2010; Rufer, Alsleben & Weiss, 2016) und bereits solch niederschwellige Hilfen können die Symptomatik deutlich verbessern (Furmark et al., zitiert nach Fehm & Knappe, 2011, S.966).
- 2) Selbsthilfegruppen: Ein Kontakt mit anderen Betroffenen kann entlastend wirken und zudem der totalen sozialen Isolation entgegenwirken. Personen, die bereits an ihren Ängsten arbeiten, können zudem als Modell dienen. Gleichwohl kann das Aufsuchen von Gruppensituationen auch Ängste auslösen. Dies führt zu einem vermeidenden Verhalten und damit eher zur Aufrechterhaltung der Symptomatik. Bei stark ängstlichen Personen wird die Gruppe vermutlich gar nicht erst aufgesucht. (Fehm & Knappe, 2011, S.966)
- 3) Virtuelle Selbsthilfegruppen in Form von Foren und Mailinglisten im Internet: Eine gute Alternative stellen damit die Möglichkeiten des virtuellen Kontaktes im Internet dar (Fehm & Knappe, 2011, S.966). 2004 wurde in einer Studie festgestellt, dass Betroffene bei der Nutzung des Internets weniger bis keine Ängste verspürten (Erwin, Turk, Heimberg, Fresco & Hantula, zitiert nach Fehm & Knappe, 2011, S.966). Auf diese vielversprechenden Optionen, die das Internet bietet, wird in Kapitel 6.1.3 näher eingegangen.

## **2.6 Auswirkungen einer Sozialen Angststörung**

In den vorangehenden Kapiteln wurde Beschreibungs- und Erklärungswissen über Soziale Angststörungen aus der Medizin und Psychologie vermittelt. In vorliegendem Kapitel wird der Fokus nun auf die möglichen Auswirkungen auf die Betroffenen gesetzt. Diese werden anhand der Prozessual-systemischen Denkfigur (PSDF) von Staub-Bernasconi erfasst. Es handelt sich bei diesem methodischen Systematisierungsraster um ein gängiges Erfassungsinstrument aus der Sozialen Arbeit (Geiser, 2013, S.22). Die bisherige Perspektive wird um die der Sozialen Arbeit erweitert. Diese umfassende Sichtweise auf das Individuum ist wesentlich, sind Betroffene doch nicht nur mit unmittelbar krankheitsbedingten Symptomen und Einschränkungen konfrontiert. Viel wichtiger ist es, zu erkennen, inwiefern sich die Soziale Angststörung auf die Lebensführung einer Person auswirkt. Anhand dessen können Fachpersonen der Sozialen Arbeit entscheiden, welche Unterstützung die erkrankte Person hinsichtlich einer kompetenten Lebensführung benötigt.

Nachfolgend wird zuerst die PSDF erläutert, anschliessend werden die möglichen Auswirkungen dargelegt.

### **Prozessual-systemische Denkfigur nach Staub-Bernasconi**

Gemäss Geiser entwickelte Staub-Bernasconi mit der PSDF ein Modell, mit welchem sich «Dimensionen sozialer Probleme, wie sie sich in der Sozialarbeit manifestieren, erfassen und beschreiben» lassen. Mit den Begriffen prozessual und systemisch wird darauf hingewiesen, dass «sowohl Struktur wie auch Prozesse innerhalb und zwischen biopsychischen und sozialen Systemen problematisch und damit Gegenstand der Sozialen Arbeit sein können». Fachpersonen der Sozialen Arbeit können anhand der PSDF Informationen aus deren Gegenstandsbereich systematisch und systemisch erfassen, strukturieren, beschreiben und bewerten. Mit der PSDF soll eine Problembestimmung möglich werden, aufgrund welcher schliesslich die vorhandenen Ressourcen erfasst werden, die zur Problembearbeitung genutzt werden können. Die mit diesem Instrument eruierten Ressourcen und Probleme einer Person erleichtern die Kreierung von Zielen und Interventionen und ermöglichen deren Begründung. (Geiser, 2013, S.22-25)

Nach Staub-Bernasconi ist «alles, was existiert, entweder ein System oder eine Komponente eines Systems» (2002, S.247). Die Arten von Systemen unterscheiden sich zwischen physikalischen, chemischen, biologischen, psychischen, sozialen und kulturellen (S.247). Jede hat spezifische Eigenschaften und Gesetzmässigkeiten (S.247). Jeder Mensch ist Teil von wenigstem einem, in der Regel jedoch mehreren sozialen Systemen (S.247). Ein Beispiel für ein solches System ist das Familiensystem (S.247). Soziale Systeme entstehen durch soziale Interaktionen (Geiser, 2013, S.49).

Der Mensch wird als psychobiologisches System verstanden (Geiser, 2013, S.53). Das Gehirn bildet hierbei die materielle und biologische Basis der psychischen Funktionen (S.53-55). Es registriert Bedürfnisse, welche das Individuum zum Handeln motiviert (Obrecht, 2000, S.128-129). Handlungsleitend sind die Bilder, die Individuen fortwährend über sich und die Umwelt erzeugen (Geiser, 2013, S.54). Dies führt zur Hypothese, «dass Bedürfnisse Zustände und Prozesse des biopsychischen Systems 'Mensch' sind, die als Ungleichgewichte, als Spannungen erlebt werden» (S.55). Es kann zwischen biologischen, psychischen und sozialen Bedürfnissen unterschieden werden (S.55). Damit ein Mensch zu Wohlbefinden und Gesundheit gelangt, müssen diese Bedürfnisse befriedigt sein (S.56). Nach Staub-Bernasconi ist die Bedürfniserfüllung abhängig von anderen Menschen (1996, S.20).

Im nachfolgenden Teil dieses Kapitels werden die möglichen Ausstattungsprobleme bei einer Sozialen Angststörung analysiert.

## Ausstattungsprobleme

Nach Staub-Bernasconi sind Ausstattungsprobleme «zunächst einmal Probleme, die mit der unterschiedlichen Teilhabe von Individuen an den gesundheitsbezogenen, medizinischen, psychischen, sozialen und kulturellen Ressourcen oder Errungenschaften einer Gesellschaft zusammenhängen». Bei sozialen Problemen im Ausstattungsbereich kann es sich um qualitative wie quantitative Ausstattungsdefizite oder auch -überschüsse handeln. (Staub-Bernasconi, 1996, S.15-17)

In diesem Kapitel werden die Auswirkungen der Sozialen Angststörung beschrieben, weshalb nachfolgend lediglich auf die Ausstattungsdefizite bzw. -risiken eingegangen wird. Die Ausstattungsdefizite zeigen sich in sechs Dimensionen (Staub-Bernasconi, 1996, S.15). Diese sind in untenstehender Denkfigur abgebildet. In den nachfolgenden Kapiteln werden sie kurz erläutert. Jeweils immer gleich anschliessend werden die möglichen Auswirkungen einer Sozialen Angststörung in der entsprechenden Dimension dargelegt.

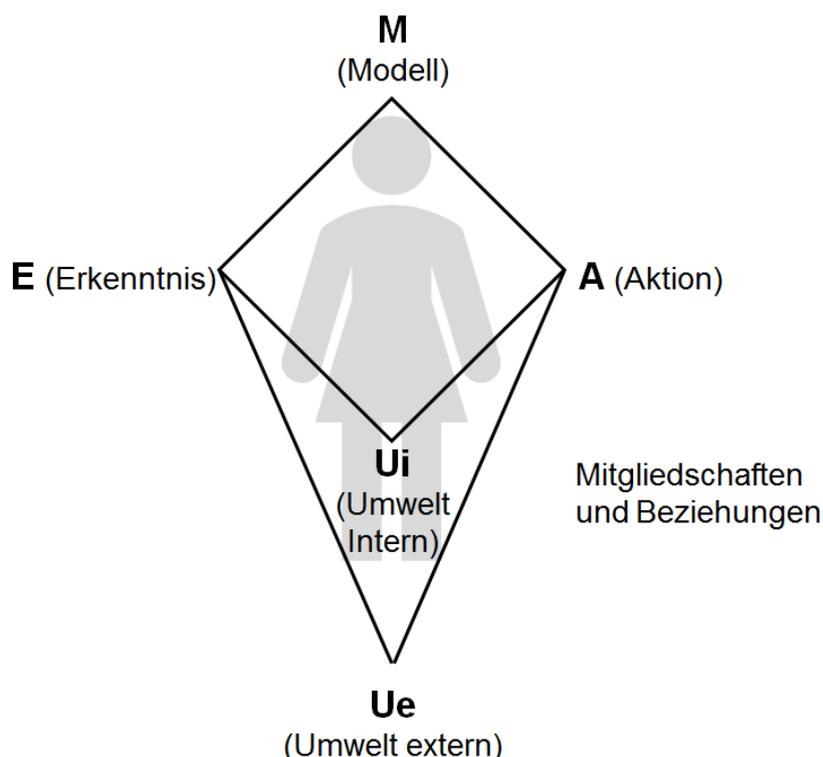


Abbildung 1. Ausstattungsdimensionen der PSDF nach Staub-Bernasconi (Eigene Darstellung).

### Ausstattung mit Erkenntniskompetenzen (E)

Die Grundlage für die Ausstattung mit Erkenntniskompetenzen ist das Gehirn mit seinem Zentralnervensystem und den davon ausgehenden Gehirnfunktionen. Gemeint sind «Prozesse des Empfindens, Fühlens, der Aufmerksamkeit, des Gedächtnisses, der Wahrnehmung, des Lernens, Denkens, der Begriffsbildung und -verknüpfung einschließlich des Bewertens von Sachverhalten, der Bildung von Zielen und Plänen - und schließlich als übergeordnete Funktion: die Ermöglichung von (Selbst)Bewußtsein». Staub-Bernasconi

*unterscheidet beim Umgang mit Informationen zwischen 'übergeordneten Grundorientierungen' oder 'Erlebismodi'. Diese sind die ästhetisch-emotionale, normative sowie kognitive Grundorientierung. (Staub-Bernasconi, 1996, S.15)*

Bei Menschen mit Sozialen Angststörungen ist aufgrund der Krankheit mit einem Defizit der Erkenntniskompetenzen zu rechnen. Die kognitiven und affektiven Verarbeitungsprozesse sind oftmals ungünstig. Eine Soziale Angststörung wird deshalb auch in einer kognitiven Therapie versucht zu behandeln. Für Ausführungen zu den ungünstigen Informationsverarbeitungsprozessen wird auf das bereits erläuterte Modell von Clark und Wells verwiesen (vgl. Kapitel 2.4.2).

Die Dominanz der Ängste sowie die oftmals damit einhergehenden depressiven Verstimmungen können als Problem der ästhetisch-emotionalen Grundorientierung gesehen werden. Denn nach Geiser sollten Verarbeitungsmuster hinsichtlich der Situation und Problembearbeitung effektiv sein (2013, S.113). Fehlt jedoch die Flexibilität, um Verarbeitungsmuster angemessen zu wählen, führt dies innerhalb unserer hoch differenzierten Dienstleistungs- und Informationsgesellschaft zu sozialen Problemen (S.113-114). Komplexe private, schulische oder berufliche Anforderungen können nicht mehr erfüllt werden (S.113). Die sozialen Probleme manifestieren sich in Kommunikationsstörungen sowie Konflikten in Beziehungen (S.114). Die psychische Störung kann zur sozialen Isolation führen (S.114).

### **Körperliche Ausstattung (Ui)**

*Die körperliche Ausstattung beinhaltet unter anderem die Gesundheit, die Unversehrtheit, die physische Attraktivität sowie die Gehirnstrukturen, insbesondere das Zentralnervensystem, welches den psychischen Prozessen als Basis dient (Staub-Bernasconi, 1996, S.15). Defizite in der körperlichen Ausstattung verletzen zum Beispiel das Bedürfnis nach körperlicher Integrität und sozialer Anerkennung (Staub-Bernasconi, 2007, S.183).*

Die Soziale Angststörung manifestiert sich auch auf der physischen Ebene, insbesondere in den Gehirnstrukturen. Aufgrund des erhöhten autonomen Erregungsniveaus bei Sozialen Angststörungen sind zudem verschiedene körperliche Symptome festzustellen (Stangier et al., 2009, S.8). In der Regel werden diese Symptome von anderen viel weniger deutlich wahrgenommen als von den Betroffenen selber, die diese als Zeichen von Schwäche deuten (S.8). Oftmals treten auch gleichzeitig somatische Erkrankungen auf (vgl. Kapitel 2.3).

### **Sozioökonomische und sozialökologische Ausstattung (Ue)**

*Unter der sozioökonomischen Ausstattung begreift Staub-Bernasconi Bildung, Arbeit, Einkommen und Vermögen. Es lassen sich Ableitungen machen auf die gesellschaftliche Position (Bildungs-, Beschäftigungs- und Einkommensdimension) sowie auf ein bestimmtes Konsum- und Komfortgüterniveau, ein soziales Sicherheitsniveau, das Bildungsniveau, die Art und Qualifikation der Arbeit, usw. (Staub-Bernasconi, 1996, S.15)*

Gemäss Magee et al. ist der sozioökonomische Status von Menschen, die von Sozialen Angststörungen betroffen sind, gering (zitiert nach Stangier et al., 2009, S.20). Im Durchschnitt weisen Betroffene ein geringeres Einkommen, ein geringeres Bildungsniveau, die Zugehörigkeit zu einer geringeren sozialen Schicht sowie häufiger Arbeitslosigkeit auf (Stangier et al., 2016, S.8). Folgeprobleme des stetigen Vermeidungsverhaltens zeigen sich auch darin, dass Betroffene frühzeitig die Schule abbrechen und später Arbeit ausführen, für die sie unterqualifiziert sind (S.4). Aus Angst beispielsweise vor neuen Aufgaben werden mögliche Beförderungen abgelehnt oder sichere Stellen gekündet (Stangier et al., 2009, S.20-21). Es muss mit Leistungseinbussen und Krankheitsausfällen gerechnet werden (S.20). Hierdurch kann auch die finanzielle Existenzsicherung betroffen sein. Es besteht die Gefahr der Armut und Invalidität.

### **Symbolische Ausstattung (M)**

*Zu dieser Dimension gehören nach Staub-Bernasconi die Verfügung über Begriffe, Aussagen und Aussagesysteme (1996, S.16). Sie differenziert in unterschiedliche Wissensformen: «Bilder als Beschreibungswissen; Codes als Erklärungswissen; Werte/Ziele als Wertwissen; (...)» (S.16). Eine mangelhafte Ausstattung innerhalb dieser Dimension äussert sich in negativen Selbst-, Fremd- und Gesellschaftsbildern, beispielsweise in der Entwertung der eigenen Person oder Dritter, durch Vorurteile und fehlende Perspektiven (2007, S.183). Es wird das Bedürfnis nach Lebenssinn, persönlich bedeutsamen Zielen und sozialer Anerkennung verletzt (S.183).*

Nach Stangier et al. fokussieren sich Menschen mit Sozialen Angststörungen stark auf ihr negatives Selbstbild (2009, S.7). Eigene soziale Kompetenzen werden negativer wahrgenommen, als sie tatsächlich sind (S.7). Die Bewertung der Wirklichkeit stimmt damit nicht mit der Bewertung anderer überein. Das eigene Verhalten wird an perfektionistischen Richtlinien gemessen (Beck et al., zitiert nach Stangier et al., 2016, S.14). Gemachte Erfahrungen werden zu Ungunsten des eigenen Selbstbildes bewertet. Die Schamgefühle sind gross. Weil davon ausgegangen wird, dass andere stets sehr kritisch beurteilen (Beck et al., zitiert nach Stangier et al., 2016, S.14), liegt die Vermutung nahe, dass auch das Fremdbild negativ bewertet wird.

Nach Olfson et al. leiden Betroffene an Hoffnungslosigkeit, Sorgen, sowie der Unfähigkeit, Freude und Lust zu empfinden (2000, S.524). Stangier et al. sprechen vom Gefühl der verpassten Chancen, weil die Störung oft lange nicht entdeckt wird und entsprechend fortgeschritten ist (2009, S.21). Die Lebensperspektiven von Betroffenen sind damit pessimistisch und Suizidgedanken häufig (S.21).

Viele Menschen mit Sozialen Angststörungen haben ein soziales Trauma erlebt (Stangier et al., 2016, S.10). Nach Fischer und Riedesser zerstören Traumata, die durch Mitmenschen verursacht wurden, die Überzeugung in eine vertrauenswürdige und verlässliche soziale Welt (2009, S.90).

Zu erwähnen ist an dieser Stelle auch die Selbststigmatisierung, auf welche in Kapitel 4.1 detaillierter eingegangen wird.

### **Ausstattung mit Handlungskompetenzen (A)**

*Diese Dimension bezieht sich gemäss Staub-Bernasconi auf verschiedene Arten des Handelns. Sie unterscheidet dabei drei Handlungsweisen, nämlich routiniertes, rollenbezogenes und kognitiv gesteuertes Handeln, und versteht diese als Handlungskompetenzen, sofern sie im Laufe der Sozialisation weiterentwickelt worden sind. Beim routinierten Verhalten handelt es sich um starre, motorische Operationen, mittels denen Zwecke realisiert werden, welche dem Bewusstsein nicht (mehr) zugänglich sind. Hauptsächlich durch soziale Normen gesteuert ist das rollenbezogene Handeln. Gesellschaftliche Rollenerwartungen und kollektive Ziele sollen mit dem Verhalten erfüllt werden. Beim kognitiv gesteuerten Verhalten werden komplexe Situationsanalysen vorgenommen, es wird bewusst reflektiert, Ziele und Regeln sind mehrheitlich selbst definiert und Handlungsspielräume werden genutzt. (Staub-Bernasconi, 1996, S.16-17)*

Von Sozialen Angststörungen Betroffene sind im Alltag ständig mit sozialen Interaktionssituationen und damit angstausslösenden Situationen konfrontiert: Bei der Zugfahrt, beim Kauf von Lebensmitteln, bei Behördengängen, beim Sport, beim Gang in die Dentalhygiene, etc. Die Störung kann die Handlungskompetenzen daher in hohem Masse einschränken. Zur Bewältigung dieser Situationen entwickeln Betroffene typischerweise zwei Strategien: Das Vermeidungs- sowie das Sicherheitsverhalten. Soziale Situationen werden nur unter höchster emotionaler Belastung ausgehalten (Stangier et al., 2016, S.4). Wie im Modell von Clark und Wells (vgl. Kapitel 2.4.2) erläutert, tragen die Sicherheitsverhaltensweisen auch wesentlich zur Aufrechterhaltung der Sozialen Angststörung bei. Die unrealistischen Bewertungen können kaum widerlegt werden.

Das Handeln von Menschen mit Sozialen Angststörungen kann daher mehrheitlich als routiniert und, indem gesellschaftliche Normen sowie Bewertungen stark gewichtet werden, als rollenbezogen bezeichnet werden.

### **Ausstattung mit sozialen Mitgliedschaften und Beziehungen**

*Diese Dimension umfasst gemäss Staub-Bernasconi die Ausstattung mit zugeschriebenen sowie frei gewählten sozialen Beziehungen und Mitgliedschaften (1996, S.17). Soziale Isolation steht im Widerspruch zu dem Bedürfnis nach sozialer Zugehörigkeit und Fremdbestätigung (2007, S.183).*

Betroffene leben seltener in einer Ehe oder Partnerschaft (Stangier et al., 2009, S.21). Allgemein können die familiären Beziehungen als eingeschränkt beurteilt werden (S.21). Dies, weil die Folgeprobleme der Störung auch die Partnerschaft belasten (S.21). Zudem ist eine Person, die in einem unterqualifizierten Beruf arbeitet und damit eine geringere finanzielle Sicherheit hat, als Partnerin oder Partner womöglich weniger attraktiv (S.21). Aber auch depressive Verstimmungen oder Alkoholprobleme als Folge der Störung können die Partnerschaft und Familie belasten (S.21). Hinzu kommt, dass grosse Hemmungen bestehen, Personen des anderen Geschlechts anzusprechen (S.21). Insgesamt haben Menschen mit Sozialen Angststörungen auch weniger Freundschaften (Schneider et al., zitiert nach Stangier et al., 2009, S.21). Die Vermeidung führt schliesslich zu Einsamkeit und sozialer Isolation (Stangier et al., 2016, S.4). Diese sozialen Ressourcen wären jedoch gerade in Notzeiten wesentlich.

Sofern die Soziale Angststörung anderen bekannt ist, kann das Stigma dazu führen, dass die erkrankte Person nicht als vollwertige Interaktionspartnerin bzw. als vollwertigen Interaktionspartner anerkannt wird. Möglich sind Rollenverluste sowie erschwerte Zugänge zu gesellschaftlichen Positionen und Ressourcen. (Hohmeier, 1975)

### **Fazit zu den Auswirkungen einer Sozialen Angststörung**

Mit vorangehenden Ausführungen konnte aufgezeigt werden, dass sich eine Soziale Angststörung auf alle sechs Ausstattungsdimensionen negativ auswirken kann. Nach Geiser bestimmt die Dimension der Ausstattung über das Austausch- und Machtpotential eines Individuums und damit auch über dessen sozialen Chancen gegenüber anderen Individuen oder sozialen Systemen (2013, S.27). Die Ausstattung hat damit entscheidenden Einfluss auf die Attraktivität als Beziehungsperson und Austauschpartnerin bzw. -partner (Staub-Bernasconi, 1996, S.45).

Die nachfolgende Grafik bietet eine zusammenfassende Übersicht über die Auswirkungen einer Sozialen Angststörung auf die Ausstattungsdimensionen.

### Ausstattungsprobleme bei einer Sozialen Angststörung

Dimension	Mögliche Auswirkungen
<b>Ausstattung mit Erkenntniskompetenzen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ungünstige kognitive und affektive Verarbeitungsprozesse</li> <li>• Dominanz von Ängsten</li> <li>• Depressive Verstimmungen</li> </ul>
<b>Körperliche Ausstattung</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gehirnstrukturen</li> <li>• Erhöhtes autonomes Erregungsniveau</li> <li>• Hohe Komorbidität mit somatischen Erkrankungen</li> </ul>
<b>Sozioökonomische und sozialökologische Ausstattung</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Geringer sozioökonomischer Status</li> <li>• Geringes Einkommen, geringes Bildungsniveau, geringe soziale Schicht, häufige Arbeitslosigkeit, Ausführen unterqualifizierter Arbeit, Schulabbrüche, Leistungseinbußen und Krankheitsausfälle</li> <li>• Gefahr der Armut und Invalidität</li> </ul>
<b>Symbolische Ausstattung</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Negatives Selbstbild, negatives Fremdbild</li> <li>• Messung des Verhaltens an perfektionistischen Richtlinien</li> <li>• pessimistische Lebensperspektiven, häufig Suizidgedanken</li> <li>• Fehlende Überzeugung einer vertrauenswürdigen und verlässlichen sozialen Welt</li> <li>• Selbststigmatisierung</li> <li>• Schamgefühle</li> </ul>
<b>Ausstattung mit Handlungskompetenzen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Einschränkungen in alltäglichen Handlungen</li> <li>• Vermeidungs- und Sicherheitsverhalten</li> <li>• Aushalten von sozialen Situationen nur unter höchster emotionaler Belastung</li> </ul>
<b>Soziale Beziehungen und Mitgliedschaften</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Einsamkeit und soziale Isolation: Kaum soziale Beziehungen sowie soziale Mitgliedschaften möglich, selten in Ehe oder Partnerschaft, wenig Freundschaften</li> <li>• Fehlende Anerkennung als vollwertige Interaktionspartnerin bzw. als vollwertiger Interaktionspartner</li> </ul>

*Tabelle 1.* Mögliche Ausstattungsdefizite bei einer Sozialen Angststörung (Eigene Darstellung der Erkenntnisse aus dem Kapitel 2.6).

### 3. Auftrag der Sozialen Arbeit

Die Heilung von psychischen Störungen ist Auftrag von Fachpersonen der Psychiatrie und Psychologie. Damit stellt sich zu Recht die Frage nach der Zuständigkeit bzw. dem Auftrag der Sozialen Arbeit. Nachfolgend wird in Bezugnahme auf die bedürfnis-/systemtheoretische Konzeption von Staub-Bernasconi aufgezeigt, weshalb sich bei einer psychischen Störung auch ein Handlungsauftrag für die Soziale Arbeit ergibt.

Nach Staub-Bernasconi sind soziale Probleme Gegenstand der Sozialen Arbeit (1996, S.12 ff.). Soziale Probleme sind «primärer Ausdruck einer mangelhaften Einbindung von Individuen in sozialen Systemen, in der Form, dass für die Individuen praktische Probleme entstehen, ihre legitimen sozialen Rollen bzw. ihre Rechte und Pflichten wahrzunehmen» (Geiser, 2013, S.58). Soziale Arbeit bearbeitet soziale Probleme dort, wo Menschen als Mitglieder von sozialen Systemen mit mehrfach sich überlagernden und verstärkenden Problemen belastet sind und die Klientel diese Probleme aufgrund fehlender Ressourcen nicht aus eigener Kraft zu mildern, zu lösen oder neue Probleme zu vermeiden vermögen (S.66). Oftmals gelingt der Klientel die Einflussnahme auf die Positions- und Interaktionsstruktur von sozialen Beziehungen nicht (S.58). Probleme in der sozialen Position sind im Falle der Angststörungen beispielsweise der tiefe Status, das Statusungleichgewicht sowie die soziale Deklassierung, womit die Bedürfnisse nach Zugehörigkeit sowie sozialer Anerkennung nicht erfüllt wären. Ein Problem in der sozialen Interaktion ist im vorgenannten Falle das unfreiwillige Alleinsein; entsprechend wird das Bedürfnis nach Beziehungen und Austausch nicht erfüllt. Zur Befriedigung sozialer Bedürfnisse sind soziale Beziehungen unabdingbar (Geiser, 2013, S.58). Wer über längere Zeit an sozialen Problemen leidet, besitzt geringe soziale Integrationschancen und bleibt von wichtigen Mitgliedschaften möglicherweise dauerhaft ausgeschlossen (S.58).

Die Ausführungen in Kapitel 2.6 zeigen auf, dass durch die Soziale Angststörung Probleme in allen Ausstattungsdimensionen der PSDF entstehen können. Dies lässt nach der Konzeption von Staub-Bernasconi die Schlussfolgerung zu, dass Soziale Angststörungen zu sozialen Problemen führen. Ein Handlungsauftrag für die Soziale Arbeit ist damit gegeben.

Nach Geiser beinhaltet eine umfassende Analyse sozialer Probleme auch immer die physikalischen und chemischen, die biologischen sowie die psychischen Probleme (2013, S.66). Für die Analyse und Bearbeitung unter anderem der psychischen Probleme arbeitet die Soziale Arbeit deshalb mit Angehörigen anderer Professionen zusammen (S.66). Umgekehrt ist es wesentlich, dass die Fachpersonen für den Bereich der psychischen Probleme auch immer die soziale Dimension mitbedenken und somit Sozialarbeitende als Expertinnen und Experten für diesen Bereich bei der Behandlung miteinbeziehen. Dies nicht zuletzt, weil

«alle Problemklassen ihren 'Beginn' in der jeweils anderen haben können, bzw. ein Problem einer bestimmten Klasse zu einem solchen einer anderen führen kann» (Geiser, 2013, S.63). Nicht selten ist die Lösung sozialer Probleme Voraussetzung zur Heilung von psychischen Störungen.

Die Zuständigkeit der Sozialen Arbeit bei von Sozialen Angststörungen Betroffenen ergibt sich zudem aus dem Berufskodex: Die Soziale Arbeit definiert sich als eine Profession, die den sozialen Wandel sowie Problemlösungen in menschlichen Beziehungen fördert sowie die Ermächtigung und Befreiung von Menschen zum Ziel hat, um deren Wohlbefinden zu heben (Avenir Social, 2014, S.1). Es wird dort vermittelt, wo Menschen und ihre sozialen Systeme aufeinander einwirken (S.1). Im vorliegenden Fall soll an der Schnittstelle zwischen dem Individuum mit der Sozialen Angststörung und den Akteurinnen und Akteuren seiner sozialen Umwelt, welche für die Alltags- und Problembewältigung wesentlich sind, vermittelt werden.

#### **4. Psychisch krank: Was heisst das?**

Bevor in den nachfolgenden Kapiteln der Fokus auf die Soziale Angststörung in der sozialarbeiterischen Beratung gelegt wird, wird die Leserin bzw. der Leser angeregt, eine gewisse Distanz einzunehmen und sich mit der Frage zu befassen, weshalb psychiatrische Diagnosen überhaupt gestellt werden, und was diese Diagnosen für Betroffene schliesslich bedeuten. Als Fachperson ist die Auseinandersetzung mit psychiatrischen Diagnosen, der Thematik der Stigmatisierung sowie dem Verständnis von Gesundheit und Krankheit zentral, denn die professionelle Haltung wird dadurch massgeblich beeinflusst.

##### **4.1 Etikett 'psychisch krank'**

Menschen, die bereits lange an einer psychischen Störung leiden, haben oftmals eine Odyssee hinter sich. Sie spüren, dass etwas nicht stimmt, sie leiden an den vielen Einschränkungen in alltäglichen Situationen und möglicherweise haben sie schon zahlreiche ergebnislose Gespräche und Untersuchungen hinter sich. Wenn sie schliesslich die Diagnose Soziale Angststörung erhalten, hat dies meist zwei Seiten: Einerseits kann die Diagnose entlasten, weil damit die vielfältigen Beeinträchtigungen erklärt werden können und auch, weil es sich um ein bekanntes Störungsbild handelt und Therapiemöglichkeiten vorhanden sind. Andererseits ist für viele Betroffene die Diagnose einer psychischen Störung eine zusätzliche Belastung. Die Angst vor Konsequenzen ist gross (Clausen & Eichenbrenner, 2010, S.169). Oftmals besteht die Erwartung einer negativen Prognose (S.170). Erhält zudem das soziale Umfeld Kenntnis von der psychischen Störung, werden die Betroffenen vielfach mit Vorurteilen und negativen Bewertungen konfrontiert.

Bei letztgenanntem Phänomen, das unter dem Begriff Stigma bekannt ist, handelt es sich um ein Etikett zu Kategorisierung von Personen, die in gewissen Merkmalen nicht der Vorstellung des 'Normalen' entsprechen. Die negative Bewertung des einzelnen Merkmals kann sich hin zur Generalisierung auf die ganze Person entwickeln. Dies resultiert in einer Gesamtverurteilung der Person, was Aus- und Abgrenzungen und Diskriminierungen zur Folge hat. (Grausgruber, 2005, S.28)

Nicht zu unterschätzen ist auch die mögliche Selbststigmatisierung. Im Gegensatz zu vielen Körperbehinderungen treten psychische Störungen erst später im Leben auf. Betroffene sind unter 'Normalen' sozialisiert worden und kennen deren Vorurteile gegenüber Menschen mit psychischen Störungen (Grausgruber, 2005, S.22). Wird diesen zugestimmt, können Selbstvorurteile und Selbstdiskriminierung entstehen (Rüsch & Berger, 2012, S.952). Aus den Selbstvorurteilen resultiert häufig ein erniedrigtes Selbstwertgefühl und Scham über die eigene Erkrankung (S.952).

Die Hälfte aller Stigmatisierungserfahrungen werden in der direkten sozialen Interaktion gemacht (Schulze, 2005, S.127). Gerade bei Menschen, die sich vor sozialen Situationen und vor der Bewertung anderer fürchten, kann das Stigma einen zusätzlichen nicht zu unterschätzenden und die Genesung behindernden Faktor darstellen.

Auf die Stigmatisierung selber können Sozialarbeitende im Beratungskontext keinen Einfluss nehmen. Fachpersonen sollten sich jedoch der zusätzlichen Belastung der Klientinnen und Klienten aufgrund der Stigmatisierung bewusst sein und diesen zu Bewältigungsstrategien verhelfen. Gleichzeitig müssen Sozialarbeitende dafür besorgt sein, selber nicht stigmatisierend zu handeln. Dies geschieht zum Beispiel über die Sprache, indem von der 'psychisch Kranken' bzw. von dem 'psychisch Kranken' gesprochen wird, anstatt vom Menschen, der eine psychische Störung hat. Klientinnen und Klienten sind schliesslich vielmehr als nur ihre psychische Störung. Stigmatisierend ist aber auch, wenn die Haltung vertreten und Betroffenen gegenüber kommuniziert wird, dass diese den Rest ihres Lebens krank sein werden, oder wenn die Bedürfnisse und Sichtweisen der betroffenen Person nicht ernst genommen werden (Schulze & Angermeyer, zitiert nach Schulze, 2005, S.129). Aus diesem Grund erachtet es die Autorin vorliegender Arbeit als zwingend, als Fachperson über ein Krankheits- bzw. Gesundheitsverständnis zu verfügen, welches der Gesundheit förderlich sowie nicht stigmatisierend ist. Hierzu mehr im folgenden Kapitel.

## **4.2 Das Krankheits- bzw. Gesundheitsverständnis**

Das Krankheitsverständnis einer Fachperson der Sozialen Arbeit prägt deren Haltung und damit jede Tätigkeit und jedes Gespräch mit Betroffenen, Angehörigen und anderen Fachpersonen. Bis heute lässt sich nicht eindeutig beantworten, was bei einer psychischen

Störung genau erkrankt: Ist es die Seele, der Körper oder das Gehirn (Clausen & Eichenbrenner, 2010, S.165)? Die jeweils vorherrschenden Ideen und Konzepte, der Stand des Wissens, bestimmte wissenschafts-historische Strömungen sowie die jeweilige Kultur prägen das Verständnis von psychischen Störungen (S.166). Prägend für unser heutiges Verständnis war bisher vor allem die Forschung zu organischen und sozialen Hintergründen sowie die Erkundung des Unbewussten (S.167). Psychische Störungen haben nicht eine einzige Ursache, sondern sind multifaktoriell bedingt (S.167). Die Dynamik zwischen Körper und Seele ist eingebettet in eine ständige Wechselwirkung mit der Umwelt (S.167). Die Gesundheit und Krankheit eines Menschen wird heute interdisziplinär und biopsychosozial erklärt und behandelt. Eine psychische Störung ist damit nicht ausschliesslich eine medizinische Störung, denn sie macht sich auch auf der sozialen Systemebene bemerkbar (vgl. Kapitel 2.6).

Diagnosen sind vom aktuellen Stand der Wissenschaft abhängig und eingeschränkt durch die Verfügbarkeit von diagnostischen Methoden. Sie sind hypothetische Konstrukte mit einem vorläufigen Charakter. Diagnostiziert wird im Sinne einer Zweiteilung in gesund und krank: Entweder hat die Person eine Störung, oder sie hat keine Störung. Dies ist für das System gesellschaftlicher bzw. staatlicher Institutionen relevant, denn oftmals ist eine Diagnose Bedingung für den Erhalt von Unterstützungsleistungen, Behandlungen oder einer Rente. Gleichwohl ist es ein grundlegendes Problem, denn in Wirklichkeit entspricht die Symptomatik der Störungsbilder vielmehr einem Kontinuum zwischen keine Beeinträchtigung und maximale Beeinträchtigung. Gesunde und kranke Anteile existieren nebeneinander und oftmals ist die Frage nach gesund und krank auch eine Frage nach dem eigenen Erleben und Verhalten. (Clausen & Eichenbrenner, 2010, S.168-169)

Damit in der Psychiatrie international einheitliche Diagnosen gemacht werden können und auch über die Grenzen der Fachdisziplinen hinweg eine bessere Verständigung möglich ist, wurden Klassifikationssysteme entwickelt: Die ICD der World Health Organization sowie die DSM der American Psychiatric Association. Diese sind als vorläufige Ordnungsversuche zu verstehen. (Clausen & Eichenbrenner, 2010, S.166-170)

## **5. Soziale Angststörungen in der Beratung**

Im ersten Teil dieses Kapitels wird erläutert, weshalb die Inanspruchnahme einer freiwilligen, ambulanten sozialarbeiterischen Beratung für Menschen mit Sozialen Angststörungen sinnvoll sein kann. Dafür wird zuerst das Verständnis von Beratung in der Sozialen Arbeit festgehalten und eine Abgrenzung zur Psychotherapie sowie der sozialarbeiterischen Beratung im

Zwangskontext vorgenommen. Im zweiten Teil, das heisst ab Kapitel 5.2, werden mögliche Hürden bei der freiwilligen, ambulanten Beratung von Menschen mit Sozialen Angststörungen aufgezeigt.

## **5.1 Beratung in der Sozialen Arbeit**

Das Feld der Beratung in der Sozialen Arbeit ist umfassend und stark diversifiziert, Fachpersonen sind psychologisch, pädagogisch und sozialarbeiterisch tätig, entsprechend sind auch die Definitionen vielfältig (Schäfter, 2010, S.15-16). Beratung kann in jedem zwischenmenschlichen Kontakt entstehen, weshalb diese auch informell und nicht institutionalisiert sein kann (Widulle, 2012, S.152). Viele Fragen, Anliegen und Krisen werden so lange mit der Unterstützung des informellen sozialen Netzwerkes bewältigt, wie dieses noch angemessen helfen kann (Sickendiek, Engel & Nestmann, 1999, S.22). Menschen, die isoliert leben und keine oder nur wenige Bezugspersonen haben, sind auf professionelle Hilfe angewiesen (S.22). Auch in sehr komplexen Problemlagen oder wenn Fachwissen und -kompetenz gefordert ist, kann eine solche Beratung angezeigt sein (S.22). Beratung ist damit nicht nur auf kommunikative Problemlösung und Vermittlung zwischen Systemen beschränkt, sondern es wird auch Fachwissen weitergegeben oder konkrete Hilfe geleistet, beispielsweise bei materiellen oder sozialversicherungsrechtlichen Fragestellungen (Widulle, 2012, S.35).

Professionelle Beratung ist zielgerichtet, kontext-spezifisch, temporär und unterstützt Menschen bei Problemen (Brunner & Schönig, 1990, S.153). Unter Beratung wird heute vor allem ein gemeinsames Überlegen und Besprechen sowie ein 'sich beraten' verstanden (Weisbach, 1990, S.62). Es kann als eine gemeinsame Suche nach Lösungen umschrieben werden (Schäfter, 2010, S.17). Ziel der Beratung ist eine kognitive, emotionale oder praktische Problemlösung und -bewältigung von Klientinnen und Klienten oder von Personensystemen (Einzelpersonen, Familien, Gruppen) (Schäfter, 2010, S.16). Am Ende der Beratung soll die ratsuchende Person in ihrer Autonomie, Selbstlenkung und Eigenverantwortung gestärkt sein (Sanders, 2007, S.798).

Zur Kategorisierung des Beratungsbegriffs wird zwischen funktionaler und spezialisierter bzw. institutionalisierter Beratung unterschieden (Sickendiek et al., 1999, S.22). Die funktionale Beratung kann als Querschnittsmethode bezeichnet werden, die in allen Feldern der Sozialen Arbeit eingesetzt wird (Schäfter, 2010, S.20). Institutionalisierte Beratung hingegen erfolgt in speziellen Beratungseinrichtungen als spezifische Tätigkeit von Fachpersonen (S.20). Mit dem in vorliegender Arbeit verwendeten Begriff der Beratung ist die institutionalisierte Beratung mit deren grundlegenden Methode des Beratungsgespräches gemeint.

### **5.1.1 Abgrenzung zur Psychotherapie**

Das Verhältnis von Sozialer Arbeit und Psychotherapie ist seit jeher gespannt (Gahleitner & Pauls, 2012, S.368). Die Grenzen sind unklar, so bearbeiten beide oftmals ähnliche Themen und Probleme (Wendt, 2017, S.45). Psychotherapie ist ein »bewusster, geplanter, interaktioneller Prozess zur Beeinflussung von Verhaltensstörungen und Leidenszuständen (...) mittels lehrbarer Techniken auf der Basis einer Theorie des normalen und pathologischen Verhaltens« (Strotzka, 1975, S.4). Ziel ist die Minimalisierung von Symptomen und/oder die Strukturveränderung der Persönlichkeit (Gahleitner & Pauls, 2012, S.369). In der Sozialen Arbeit hingegen ist der Gegenstand nicht das psychische Leiden, sondern die Alltagsbewältigung (Wendt, 2017, S.46). Zur Zielgruppe gehört jeder Mensch mit Schwierigkeiten in der Lebensführung und/oder (sozialen) Versorgungsansprüchen (S.46). Soziale Arbeit arbeitet zudem stark netzwerkbezogen, was in der Psychotherapiepraxis kaum praktikabel ist (Gahleitner & Pauls, 2012, S.368).

### **5.1.2 Kontext der freiwilligen Beratung**

Freiwillige Soziale Arbeit wird als Gegenpol zu Sozialer Arbeit im Zwangskontext verstanden. Der Begriff freiwillig scheint jedoch trügerisch bzw. es stellt sich die Frage, wann eine Person freiwillig die Unterstützung von Sozialarbeitenden in Anspruch nimmt. Menschen, die Rat bei Fachpersonen suchen, sind schliesslich immer in einer Drucksituation. Die Unterscheidung zwischen einem freiwilligen und einem unfreiwilligen Kontext ist damit nicht präzise genug (Zobrist & Klug, 2013, S.15). Gemäss Zobrist und Klug definiert sich ein Zwangskontext durch das Merkmal, dass sich Klientinnen und Klienten, wenn sie sich nicht an die rechtlichen Vorgaben halten, unter empfindlichen Konsequenzen gezwungen werden, Soziale Arbeit in Anspruch zu nehmen (S.16). Nebst der Zwangslage an sich ergeben sich die Konsequenzen in erster Linie aus dem Gesetz selbst (S. 16).

In der freiwilligen Sozialen Arbeit gibt es keine Sanktionen. Sozialarbeitende müssen weder Zwang noch Druck ausüben, da der klientinnen- bzw. klientenbezogene Auftrag nicht von Dritten oder einer Behörde, sondern von der ratsuchenden Person selber formuliert wird. Der freiwillige Kontext erlaubt es Sozialarbeitenden, die Klientin als Expertin bzw. den Klienten als Experten zu sehen, sowie diesen die Vorgabe des Tempos des Hilfeprozesses zu überlassen.

### **5.1.3 Freiwillige, ambulante Beratung als eine sinnvolle Form der Unterstützung bei Sozialen Angststörungen**

Menschen mit Sozialen Angststörungen haben je nach Ausprägungsgrad der Störung nur wenig bis keine informellen sozialen Ressourcen (vgl. Kapitel 2.6). Es fehlt ihnen damit an sozialen Kontakten, die ihnen in schwierigen Lebenssituationen helfen können. Wie in Kapitel 2.6 erläutert, wirkt sich eine Soziale Angststörung negativ auf die Lebensführung

einer Person aus. Konkret sichtbar ist dies in verschiedenen Lebensbereichen, wie zum Beispiel im Bereich der Ausbildung oder Arbeit, der Finanzen, der Tagesstruktur oder auch des Wohnens. Angesichts der Chronizität der Sozialen Angststörung sowie der hohen Komorbidität mit anderen psychischen Störungen ist von komplexen Problemlagen auszugehen. Nicht selten dürften sich auch sozialversicherungsrechtliche Fragestellungen ergeben, die Fachkenntnisse erfordern.

Eine freiwillige, ambulante sozialarbeiterische Beratung kann Menschen mit Sozialen Angststörungen in genau diesen Bereichen und auf dem Weg hin zu einer gelingenden Lebensführung Unterstützung bieten. Einige der Unterstützungsmöglichkeiten werden nachfolgend erläutert.

Im Bereich der Ausbildung oder Arbeit reichen die Möglichkeiten von Gesprächen mit Arbeitgebenden, der Überprüfung von Kündigungsfristen und noch ausstehenden Entschädigungen, der Vermittlung von Informationen über geschützte Arbeitsplätze, bis hin zur Aufgleisung von Ausbildungskursen oder einem Job Coaching. Weiter ist eine Aufklärung über die Angebote der Invalidenversicherung sinnvoll.

Die finanzielle Existenzsicherung beeinflusst alle anderen Lebensbereiche und ist daher zentral. Sozialarbeitende unterstützen bei der Erschliessung finanzieller Ressourcen. Hinsichtlich der Rechtsansprüche im Sozialversicherungsbereich kann beraten und bei deren Geltendmachung beigestanden werden. Häufig wird auch mit Finanzierungsanträgen an Fonds gelangt. Wird in der Beratung zum Beispiel festgestellt, dass eine Person mit Sozialen Angststörungen ihre Wohnung nur gemeinsam mit ihrem Hund verlassen kann, lebt sie jedoch in knappen finanziellen Verhältnissen, können gewisse Positionen der Finanzierung des Haustieres (Tierarztkosten, etc.) über einen Fonds beantragt werden.

Auch im Bereich des Wohnens sind die Unterstützungsoptionen zahlreich und die Vermittlung von Informationen wiederum zentral: Welches sind die Entlastungsmöglichkeiten im Haushalt, wer finanziert eine Haushaltshilfe oder Psychiatriespitex? Muss allenfalls eine Angehörigenperson unterstützt werden, damit die Beziehung entlastet werden kann und weiterhin eine Ressource darstellt? Möglich ist die Aufgleisung von Unterstützung bei der Suche nach einer neuen Wohnung, wenn die Suche aufgrund der Ängste oder finanziellen Engpässen erfolglos bleibt. Allenfalls können auch anderweitige Wohnformen besprochen und bei deren Organisation unterstützt werden.

Schliesslich können Klientinnen und Klienten mit Sozialen Angststörungen in der Planung ihres Alltages bzw. ihrer Tagesstruktur und deren Umsetzung unterstützt werden.

Diese eben erwähnte Unterstützung wird auch im stationären psychiatrischen Bereich durch die Sozialdienste der psychiatrischen Kliniken angeboten. Nicht immer wird bei einer

Erkrankung an Sozialen Angststörungen ein stationäres Behandlungsangebot einer psychiatrischen Klinik in Anspruch genommen. Denn zum einen ist eine solche stationäre Behandlung nicht in jedem Fall adäquat, zum anderen bevorzugt die betroffene Person möglicherweise eine ambulante Psychotherapie, beispielsweise bei einer privat praktizierenden Fachperson. Die Leistungen des Sozialdienstes einer psychiatrischen Klinik können zudem nur in Anspruch genommen werden, wenn in derselben Institution eine psychotherapeutische Behandlung erfolgt. Eine freiwillige, ambulante Beratung ist daher sinnvoll bei Menschen mit Sozialen Angststörungen, die sich entweder nicht, oder noch nicht in psychotherapeutischer Behandlung befinden oder auch für die Menschen, welche eine privat praktizierende psychotherapeutische Fachperson aufsuchen.

Das Merkmal der Freiwilligkeit bringt für Menschen mit Sozialen Angststörungen zudem einige Vorteile mit sich: Ratsuchende benötigen - zumindest zu Beginn des Beratungsprozesses - noch keine psychiatrische Diagnose und sie können selber entscheiden, ob und zu welchem Zeitpunkt sie sich der womöglich angstauslösenden Situation eines Beratungsgespräches stellen wollen. Die Beratung ist zeitlich nicht begrenzt und kann beispielsweise in unregelmässigen grösseren Abständen erfolgen. Zudem müssen sie bei einem Nichterscheinen zum Termin oder beim Nichterfüllen von Abmachungen nicht mit Sanktionen rechnen (vgl. Kapitel 6.2.2.10).

## **5.2 Hürden vor und in der Beratung**

In diesem Kapitel wird beschrieben, weshalb die Soziale Angststörung die Betroffenen sowie die Fachpersonen der Sozialen Arbeit im Rahmen der Beratung vor störungsspezifische Herausforderungen stellen kann. Zu Beginn wird aufgezeigt, dass die sozialarbeiterische Beratung von Menschen mit Sozialen Angststörungen zu wenig in Anspruch genommen wird. Alsdann wird auf die Faktoren der Inanspruchnahme eingegangen und anschliessend unter Bezug von Studien aus dem In- und Ausland dargelegt, was Betroffene davon abhält, Beratung in Anspruch zu nehmen. Im zweiten Teil erfolgt eine Fokussierung auf die Herausforderungen während bzw. vor allem zu Beginn eines Beratungsprozesses.

### **5.2.1 Inanspruchnahme der Beratung**

#### **5.2.1.1 Zahlen der Inanspruchnahme bei Sozialen Angststörungen**

Hinsichtlich der Inanspruchnahme von sozialarbeiterischer Beratung von Menschen mit Sozialen Angststörungen sind weder Studien noch Literatur vorhanden. In der Organisation Pro Infirmis sowie auch bei Pro Mente Sana<sup>1</sup> werden keine detaillierten Informationen zu der Art der psychischen Störung registriert. Studien zur Inanspruchnahme von psychothera-

---

<sup>1</sup> Pro Mente Sana ist eine schweizweit tätige Stiftung, die sich für Anliegen von Menschen mit psychischen Störungen einsetzt. Sie bietet unter anderem Telefon- und Online-Beratungen für Betroffene an.

apeutischer Hilfe lassen jedoch auch Rückschlüsse auf die Inanspruchnahme sozialarbeiterischer Beratung zu.

Oftmals wird Jahre oder Jahrzehnte mit der Sozialen Angststörung gelebt, bis Hilfe gesucht wird (Fehm et al., 2005, S.458). In Befragungen gaben nur ca. 15-20% der Betroffenen an, aufgrund ihrer Sozialen Angststörung eine Ärztin, einen Arzt oder eine Psychotherapeutin, einen Psychotherapeuten aufgesucht zu haben (Magee et al., zitiert nach Stangier et al., 2009, S.6). Bei den ambulanten psychotherapeutischen Behandlungen waren es gar nur 5% (Magee et al., zitiert nach Stangier et al., 2009, S.6). Generell kann die Inanspruchnahme von professioneller Hilfe als gering bezeichnet werden (Fehm et al., 2005, S.458). Bei Angststörungen allgemein erhalten nur ca. die Hälfte der Betroffenen eine Diagnose und nur ein Drittel dieser wird behandelt (5th Swiss Forum for Mood and Anxiety Disorders, 2014, S.31).

Wird schliesslich auf professionelle Hilfe zurückgegriffen, ist dies nicht in erster Linie wegen der sozialen Ängste (Wittchen & Beloch, zitiert nach Stangier et al., 2009, S.6), sondern aufgrund der Folgen im persönlichen oder beruflichen Bereich (Stangier et al., 2009, S.6), oder beim Auftreten von weiteren Problemen wie beispielsweise Depressionen oder Substanzmissbrauch (Magee et al.; Wittchen, Stein & Kessler, zitiert nach Fehm et al., 2005, S.458). Der von Stangier et al. gewählte Begriff der 'stillen Störung' für die Soziale Angststörung scheint damit zutreffend (2009, S.6).

Angesichts der hohen Komorbidität mit anderen psychischen Störungen, des chronischen Verlaufs sowie der geringen Spontanremission und den schliesslich aus der Sozialen Angststörungen resultierenden Beeinträchtigungen in der Lebensführung scheint eine frühe und umfassende Versorgung der Betroffenen von hoher Relevanz. Es ist davon auszugehen, dass auch ein nicht zu unterschätzender Bedarf an sozialarbeiterischer Beratung besteht. Dennoch lassen die Zahlen der Inanspruchnahme von psychotherapeutischer Unterstützung den Rückschluss zu, dass auch die sozialarbeiterische Beratung zu wenig in Anspruch genommen wird.

#### **5.2.1.2 Die Faktoren**

Wie in der Einleitung dieser Arbeit erwähnt, ist gemäss Wirth die Inanspruchnahme als „vorgelagerte Stufe der Wirksamkeit« einer sozialen Dienstleistung zu verstehen (1982, S.8). Entsprechend ist es notwendig, die Faktoren einer Inanspruchnahme zu kennen. In einer Untersuchung des Schweizerischen Gesundheitsobservatoriums zeigte sich, dass die Einflussfaktoren der Inanspruchnahme von medizinischen und psychiatrischen Behandlungsangeboten durch Menschen mit einer psychischen Störung sowie ihre komplexen und dynamischen Wechselwirkungen jedoch erst in Ansätzen bekannt sind (Fasel, Baer & Frick,

2010, S.9 und 47). Es lässt sich nicht im Detail prognostizieren, wie sich eine an Sozialen Angststörungen erkrankte Person mit bestimmten soziodemographischen Merkmalen in einem bestimmten Versorgungssystem bewegen wird (S.9).

Nebst den epidemiologischen Gegebenheiten lassen sich folgende Faktoren der Inanspruchnahme eruieren:

- Soziodemographische Merkmale (Geschlecht, Beziehungsstatus, Arbeitssituation, soziale Unterstützung, u.a.),
- regionale Charakteristika (Urbanität, Arbeitslosenquote, Ärztedichte, u.a.),
- krankheitsbezogene Faktoren (Schweregrad, Chronizität, Behinderungsfolgen, subjektiver Gesundheitszustand, Gesundheitsverhalten, Einstellungen, u.a.),
- systembezogene Indikatoren (Verfügbarkeit und Erreichbarkeit von Behandlungsangeboten, Qualität der Nachsorge bei Klinikaustritten, u.a.) (Fasel et al., 2010, S.47).

Merkmale der betroffenen Person, sozialstrukturelle und regionale Charakteristika sowie Merkmale des medizinischen Versorgungssystems wirken determinierend (Fasel et al., 2010, S.47).

### **5.2.1.3 Hürden bei der Inanspruchnahme**

Die Gründe für die mangelnde Behandlungsbereitschaft bei Menschen mit psychischen Störungen sind nach Jacobi, Klose und Wittchen empirisch schlecht untersucht (2004, S.743). Die in der Literatur vorhandenen Ergebnisse werden nachfolgend zusammengefasst. Diese lassen sich den krankheits- und systembezogenen Faktoren zuordnen (vgl. Kapitel 5.2.1.2).

Eichenberger stellte fest, dass im Raum Zürich die Gründe für die fehlende Inanspruchnahme von Therapie bei Angststörungen nicht am fehlenden Angebot, sondern vielmehr an der fehlenden Triage-Funktion der Primärversorgenden sowie an den Betroffenen selbst liegen, da diese wenig Bereitschaft zeigen, Hilfe aufzusuchen (2001, S.40). Nach Stangier et al. sind insbesondere von Sozialen Angststörungen Betroffene der Ansicht, dass ihre Probleme Ausdruck einer persönlichen Charakterschwäche sind, diese folglich zu ihnen gehören und nicht in der Therapie verändert werden können (2009, S.6). In der Studie von Eichenberger waren zudem beinahe 80% der Befragten überzeugt, das Problem alleine bewältigen zu können (2001, S.17). Dieses Bild zeigt sich auch in einer Studie von Mojtabai et al., in welcher die Hürden der Inanspruchnahme bei den verbreiteten psychischen Störungen, zu welchen auch die Angststörungen zählen, untersucht wurden: 72.6% der Befragten, die einen Behandlungsbedarf anerkannten, begaben sich nicht in Therapie, weil sie ihr Problem alleine bewältigen wollten (2011, S.1755). Bei den Personen, die ein

Behandlungsbedarf anerkannten, schätzt eine von vier Personen ihre Erkrankung als nicht schwer ein oder glaubt, dass es von selbst besser werden würde (S.1757). Aber auch ein Drittel der befragten Personen, die an einer schweren Störung litten, wollten keine Behandlung in Anspruch nehmen (S.1757). Die subjektive Einschätzung der Befragten stimmt oftmals nicht mit dem objektiv gemessenen Bedarf an Behandlung überein (S.1757). Bei psychischen Störungen handelt es sich in der Regel um extreme Varianten von normalen Gefühlen, Kognitionen und Verhalten, weshalb es für Menschen schwierig zu erkennen ist, wann diese nicht mehr normal sind (S.1758).

Die Angst, was andere denken oder sagen könnten, wurde von Menschen mit Sozialen Angststörungen als weiterer Hinderungsgrund für die Inanspruchnahme genannt (Olfson et al., 2000, S.524). Bei den erkrankten Personen dominiert die Befürchtung, dass die helfende Person sie lächerlich oder peinlich finden könnte und sie ablehnt (Stangier et al., 2009, S.6). Diese Zweifel von Betroffenen, ob sie denn von Fachpersonen überhaupt verstanden werden und ihnen diese helfen können, äusserten in Zürich ein Viertel der Befragten (Eichenberger, 2001, S.17). In der Studie von Mojtabai et al. zeigte sich, dass der Faktor der Einstellung bzw. Bewertung eine der bedeutendsten Hürden bei der Inanspruchnahme sowie auch bei der Weiterführung der Therapie darstellt (2010, S.1755). Darunter verstanden wird zum Beispiel das Stigma, negative Erfahrungen mit Fachpersonen oder die Erwartung, dass die Behandlung nicht effektiv ist (S.1757-1758).

Strukturelle Hürden wurden vor allem von den Personen, die eine Behandlung nötig hätten, öfters genannt als von den Personen, die diese weniger nötig hätten (Mojtabai et al., 2011, S.1757). In einer Evaluation der Hürden der Inanspruchnahme der Teilnehmenden in dem 1996 durchgeführten 'National Anxiety Disorders Screening Day' war die häufigste Antwort der Menschen, die noch nie professionelle Hilfe in Anspruch genommen hatten, dass sie unsicher sind, wohin sie sich für Hilfe wenden sollten (Olfson et al., 2000, S.523-524). Weitere Hinderungsgründe stellen zudem eine fehlende Versicherung sowie die fehlenden materiellen Möglichkeiten, die Therapie zu bezahlen, dar (S.524). Insbesondere ersterer Aspekt dürfte in der Schweiz aufgrund des gut ausgebauten Gesundheitssystems nicht als eine derart grosse Hürde gesehen werden.

Es kann davon ausgegangen werden, dass die genannten Gründe für die fehlende Inanspruchnahme von Psychotherapie vergleichbar sind mit den Hürden der Inanspruchnahme einer sozialarbeiterischen Beratung.

Die Autorin hat obenerwähnte Hürden strukturiert, zusammengefasst und in Kategorien eingeteilt. Auf der linken Seite der Tabelle sind die Kategorien, auf der rechten Seite die dazugehörigen Beispiele bzw. Erklärungen aufgelistet.

### Hürden bei der Inanspruchnahme

Kategorien	Beispiele/Erklärungen
<b>Fehlende Triage</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Durch Primärversorgende</li> </ul>
<b>Mangel an Wissen und Selbsterkennungskompetenz</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mangel an Wissen über Symptome der psychischen Störungen</li> <li>• Mangel an Kompetenz, den eigenen psychischen Gesundheitszustand einschätzen zu können</li> <li>• Mangel an Verständnis, dass ein behandlungsbedürftiges Problem vorliegt</li> </ul>
<b>Vorstellungen/Einstellungen/Bewertungen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Überzeugung, das Problem alleine bewältigen zu können</li> <li>• Einstellung bzw. Erwartung gegenüber der helfenden Organisation sowie deren Dienstleistung</li> <li>• Ansicht, dass ihnen nicht geholfen werden kann, zum Beispiel, weil sie das Gefühl haben, die einzige Person mit diesem Problem zu sein</li> <li>• Zweifel, von Fachperson verstanden zu werden</li> <li>• Angst, bewertet oder abgelehnt zu werden</li> </ul>
<b>Strukturelle/institutionelle Hürden</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Betroffene sind unsicher, wohin sie sich für Hilfe wenden sollen</li> <li>• Fehlende Versicherung bzw. fehlende materielle Möglichkeiten, die Beratung zu bezahlen</li> <li>• Mögliche Hürden aus der Praxiserfahrung der Autorin: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Aufnahmeprozess / fehlende Niederschwelligkeit</li> <li>○ Motivationsbekenntnis als Voraussetzung für die Beratung</li> <li>○ Weg in die Beratungsstelle</li> <li>○ Gestaltung des Warteraumes</li> </ul> </li> </ul>
<b>Vermeidungsverhalten</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Typisches Merkmal der Sozialen Angststörung, welches dazu führen kann, dass die Beratung bereits vorgängig vermieden wird.</li> </ul>

Tabelle 2. Mögliche Hürden bei der Inanspruchnahme einer Beratung bei Menschen mit Sozialen Angststörungen (Eigene Darstellung der Erkenntnisse aus dem Kapitel 5.2.1.3).

## **5.2.2 Besonderheiten in der Interaktion und Beziehungsgestaltung**

Die Gestaltung einer professionellen Beziehung ist einer der Wirkfaktoren für eine effektive und effiziente Beratung (Wälte, Borg-Laufs & Brückner, 2011, S.173). Dies gilt unabhängig von den Klientinnen und Klienten, der theoretischen Grundkonzeption oder der Beratungsmethode (S.174). Gerade zu Beginn eines Beratungsprozesses ist der Aufbau einer professionellen Beziehung sehr wichtig (S.174). Auch bei einer wirksamen Behandlung von Ängsten ist die Beziehung von der ratsuchenden zur therapierenden bzw. beratenden Person die wichtigste Voraussetzung (Röttgers & Wittbrock, 2012, S.210; Kusserow, 2014, S.313). Aufgrund dessen wird nachfolgend ein besonderes Augenmerk auf die Besonderheiten in der Interaktion und Beziehungsgestaltung in der Beratung von Menschen mit Sozialen Angststörungen gelegt.

Die Soziale Angststörung hat einen starken negativen Einfluss auf die Interaktion mit anderen Menschen, entsprechend ist auch die Interaktion mit der Therapeutin bzw. dem Therapeuten tangiert (Röttgers & Wittbrock, 2012, S.210). Dasselbe gilt für die Interaktion zwischen Sozialarbeitenden sowie Ratsuchenden mit einer Sozialen Angststörung. Bei Menschen, die schon über längere Zeit soziale Situationen und damit soziale Kontakte vermeiden, gestaltet sich ein Vertrauens- und Beziehungsaufbau anspruchsvoll (Kusserow, 2014, S.314).

Eine sozialarbeiterische Beratung stellt eine Interaktions-, allenfalls sogar eine Performance-Situation dar. Beim Wahrnehmen eines Beratungstermins können Betroffene mit vielen Situationen konfrontiert werden, die sie fürchten und möglicherweise vermeiden. Bereits der Weg in die Beratungsstelle kann zur Herausforderung werden, weil unterwegs vielfältige soziale Situationen eintreten können. In der Beratungsstelle selber ist das Umfeld fremd und die Möglichkeiten, mit anderen Menschen in Kontakt zu kommen, sind zahlreich: Zu Beginn muss das eigene Erscheinen zum Beratungstermin bei der Person, die am Empfang arbeitet, angemeldet werden. Alsdann ist ein Kontakt mit anderen Klientinnen und Klienten im Wartezimmer möglich und schliesslich steht ein Gespräch mit einer Fachperson der Sozialen Arbeit an.

Das Gespräch mit einer Fachperson kann durch die Ängste stark beeinträchtigt werden (Kusserow, 2014, S.314). Die Schamgefühle bezüglich der eigenen Problematik sind dominant und führen dazu, dass Betroffene nicht offen über ihre Ängste sprechen können (Röttgers & Wittbrock, 2012, S.210). Oftmals ist viel Übung im Verbergen der Problematik vorhanden (S.210). Die Befürchtung einer negativen Bewertung durch die Fachperson führt zu Zurückhaltung sowie Sicherheits- und Vermeidungsverhalten (S.210). Damit stellt die Beratung, in der es zu grossen Teilen um Selbstoffenbarung geht, eine Situation dar, die Betroffene besonders herausfordert.

Im Gespräch überprüfen und bewerten Menschen mit Sozialen Angststörungen die eigenen Aussagen ständig auf deren Peinlichkeit und Unangemessenheit (Sicherheitsverhalten), so werden zum Beispiel Worte und Sätze durchdacht und zurechtgelegt (Röttgers & Wittbrock, 2012, S.210). Die Klientin bzw. der Klient ist während der Beratung in hohem Masse auf sich selber fokussiert. Die eigenen Verhaltensweisen und körperliche Symptome werden genau beobachtet. Damit ist die Aufmerksamkeit für die Beratungssituation und damit die Aufgaben und Ziele der Beratung deutlich gemindert (Röttgers & Wittbrock, 2012, S.210). Nicht selten wirken die Klientinnen und Klienten deshalb distanziert, gedankenverloren, arrogant, abwertend und uninteressiert (Stangier et al., 2016, S.19). Es besteht die Gefahr, dass Sozialarbeitende dies als Ablehnung anstatt als Resultat einer unangemessenen Alltagsbewältigung interpretieren (Stangier et al., 2009, S.64). Grundannahmen von Betroffenen bezüglich sich selber («ich bin minderwertig», «ich bin nicht liebenswert») und anderen («andere sind überlegen und kompetent») können weitere Hindernisse darstellen (Kusserow, 2014, S.314).

Missverständnisse, umständliche Schilderungen sowie länger andauernde Pausen können im Gespräch auftreten und irritieren (Röttgers & Wittbrock, 2012, S.210). Nonverbale Verhaltensweisen wie Gestik und Blickkontakt, die in einem anderen Gespräch üblich und selbstverständlich sind, können Ängste auslösen (Kusserow, 2014, S.314). Dasselbe gilt für das konkrete Nachfragen (S.314).

Schliesslich können die Vermeidungstendenzen auch dazu führen, dass sich das Vereinbaren von Beratungsterminen erschwert (Stangier et al., 2009, S.64) oder die Beratungstermine nicht wahrgenommen werden (Röttgers & Wittbrock, 2012, S.210). Allgemein führen das Sicherheits- sowie Vermeidungsverhalten zu einer erhöhten Anspannung bei den Betroffenen, womit das Risiko eines Abbruchs verstärkt ist (Stangier et al., 2009, S.64). Im Gespräch getroffene Vereinbarungen werden nicht eingehalten, die eigenen Probleme bagatellisiert, negative Resultate, wie zum Beispiel das Nichterledigen einer vereinbarten Aufgabe, verschwiegen, um sich selber positiver darstellen zu können (Röttgers & Wittbrock, 2012, S.210). Möglich ist auch, dass Termine bei wichtigen Ämtern, wie zum Beispiel der Invalidenversicherung, nicht wahrgenommen oder deren Massnahmen verweigert werden. Ein konkretes Beispiel wäre hier das Nichtantreten eines Arbeitsversuches. Empfindliche Konsequenzen im Sinne einer Ablehnung von sozialversicherungsrechtlichen Ansprüchen sind möglich.

Im Beratungsalltag müssen oftmals die sozialversicherungsrechtlichen Ansprüche der Klientinnen und Klienten abgeklärt und koordiniert werden. Voraussetzung hierfür ist die Einsicht beispielsweise in medizinische Berichte und Akten der Invaliden- oder Taggeldversicherung. Ein Austausch mit medizinischen Fachpersonen oder Arbeitgebenden kann für

die materielle Absicherung wesentlich sein. Es ist möglich, dass eine von Sozialen Angststörungen betroffene Person dies aus Angst vor Bewertung verwehrt.

Bei Angststörungen allgemein können sich Schwierigkeiten ergeben, wenn eine betroffene Person sich nicht ernst genommen fühlt, beispielsweise in ihrer Angst vor körperlichen Symptomen, wenn eine Fachperson zu voreilig auf psychologische Erklärungsmodelle Bezug nimmt (Röttgers & Wittbrock, 2012, S.210).

Nicht zu unterschätzen ist auch die Reaktion, die durch das Vermeidungs- und Sicherheitsverhalten der Klientel bei Fachpersonen ausgelöst werden kann, wenn eine Soziale Angststörung nicht bekannt ist. Beispielsweise zeigt sich im ersten Beratungsgespräch, dass ein dringlicher Handlungsbedarf bestünde, die ratsuchende Person gibt sich jedoch sehr zurückhaltend und möchte auf keinen Fall einen zweiten Beratungstermin wahrnehmen. Dies kann auf Seiten der Fachperson Frust und Ohnmachtsgefühle auslösen. Einerseits möchte die Fachperson helfen und kann das Klientel kaum mit gutem Gewissen gehen lassen, weil sie erkennt, dass die Situation sich verschlimmert, würde nichts unternommen werden. Andererseits kann es frustrierend sein nicht zu wissen, weshalb eine ratsuchende Person ein weiteres Gespräch ablehnt und trotz aller Bemühungen scheinbar nichts erreicht wird. Gleichzeitig kann sich daraus auch einen 'Frust-Kreis' für die Klientel ergeben, da immer wieder dieselben Erfahrungen gemacht werden. Wiederholt erleben diese, dass ihnen nicht geholfen werden kann.

In nachfolgender Grafik werden die eruierten Hürden zusammenfassend abgebildet. Es ist zu beachten, dass angesichts der hohen Komorbidität mit anderen psychischen Störungen allenfalls auch Eigenheiten der anderen auftretenden Störungen in der Interaktion und Beziehungsgestaltung mitbeachtet werden müssen.



Abbildung 2. Mögliche Hürden bei der Beratung von Menschen mit Sozialen Angststörungen (Eigene Darstellung der Erkenntnisse aus dem Kapitel 5.2.2).

## 6. Empfehlungen für die Soziale Arbeit

In diesem Kapitel wird erläutert, was Organisationen der Sozialen Arbeit tun können, damit mehr Menschen, die von Sozialen Angststörungen betroffen sind, das Beratungsangebot in Anspruch nehmen. Es werden zudem konkrete Empfehlungen für die Fachpersonen der Sozialen Arbeit für die Beratung von Menschen mit Sozialen Angststörungen formuliert.

### 6.1 Förderung der Inanspruchnahme

Wie in Kapitel 5.2.1.3 ersichtlich wurde, sind bereits vor dem Zustandekommen eines ersten Gespräches mit einer Sozialarbeiterin oder einem Sozialarbeiter verschiedenste Hürden zu überwinden. Viele dieser Herausforderungen hinsichtlich der Inanspruchnahme können nicht von den beratenden Sozialarbeitenden beeinflusst werden. Die Verantwortlichkeit zur Bearbeitung dieser Hürden bzw. zur Förderung der Inanspruchnahme liegt auf Ebene Public Health und damit bei verschiedenen Akteurinnen und Akteuren wie zum Beispiel dem Bund, den Kantonen und Gemeinden, der Gesundheitsförderung sowie Fachverbänden und verschiedenen Non-Profit-Organisationen (NPO). Diese arbeiten idealerweise in Kooperation, ergreifen entsprechende Massnahmen und schaffen Angebote. Für Sozialarbeitende ist es dennoch wesentlich, den Blick über den Einzelfall hinaus zu richten und ein Bewusstsein dafür zu entwickeln, welche Hürden auf welcher Ebene angegangen werden können.

Untenstehende Grafik gibt einen Überblick über die in Kapitel 5.2.1.3 eruierten Hürden hinsichtlich der Inanspruchnahme einer sozialarbeiterischen Beratung. Anhand der NPO Pro Infirmis wird exemplarisch aufgezeigt, wie diese Hürden von Seiten einer Organisation der Sozialen Arbeit angegangen werden können. Die Autorin vorliegender Bachelorarbeit hat mit einer wissenschaftlichen Mitarbeiterin sowie einer Kommunikationsberaterin der Pro Infirmis ein Gespräch geführt. In den folgenden Unterkapiteln werden die Aussagen aus dem Gespräch zusammengefasst und diskutiert.

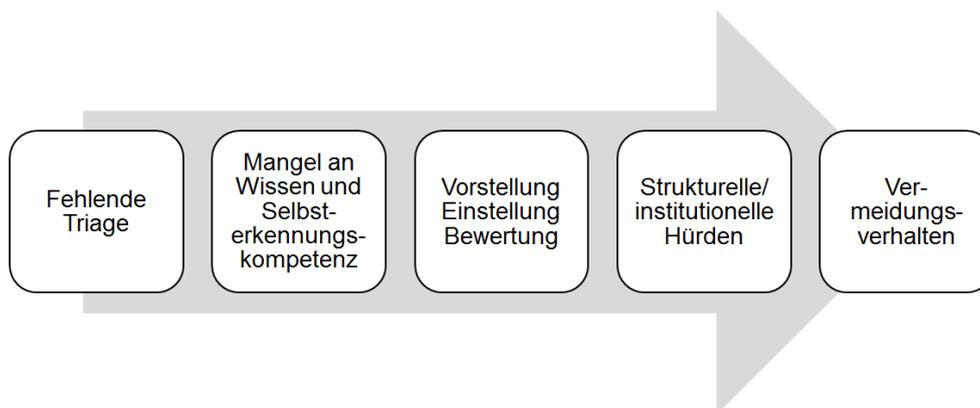


Abbildung 3. Kategorien der Hürden bei der Inanspruchnahme einer Beratung bei Menschen mit Sozialen Angststörungen (Eigene Darstellung der Erkenntnisse aus dem Kapitel 5.2.1.3).

### **6.1.1 Fehlende Triage**

Bei Pro Infirmis kommt der Vernetzung mit Institutionen des Gesundheitswesens und der Sozialen Arbeit im Einzelfall und einzelfallunabhängig ein hoher Stellenwert zu. Gepflegt wird diese auf allen Ebenen. Auch sind die Akteurinnen und Akteure im Gesundheits- und Sozialbereich je nach Region sehr unterschiedlich, weshalb vor allem die Leitungspersonen der jeweiligen kantonalen Geschäftsstelle die Vernetzung in ihrem Gebiet pflegen. (Mitarbeiterin der Pro Infirmis, pers. Mitteilung, 1.3.2017)

Hinsichtlich der Triage sind folgende Schnittstellenprobleme bekannt: (1) Zwischen dem ambulanten und stationären psychiatrischen Bereich und (2) zwischen der Medizin und der Sozialen Arbeit. Noch immer wird von Kliniken sowie Fachpersonen der Medizin, Psychiatrie und Psychologie in zu geringem Masse auf Angebote sozialer Organisationen, wie zum Beispiel Pro Infirmis, aufmerksam gemacht. Dies mag daran liegen, dass ihnen das Angebot unbekannt ist, hauptsächlich lässt es sich jedoch mit den unterschiedlichen Systemlogiken erklären.<sup>2</sup> Ärztinnen und Ärzte werden für ihre Triage-Tätigkeiten von den Krankenkassen nicht entschädigt. Dies betrifft auch die Aufklärung ihrer Patientinnen und Patienten über das Beratungsangebot der Pro Infirmis. (Mitarbeiterin der Pro Infirmis, pers. Mitteilung, 1.3.2017)

Eichenberger fordert eine explizite Übertragung der Rolle der Triage an die Hausärztinnen und -ärzte (2001, S.41). Weil dies zurzeit noch nicht konsequent der Fall ist, sieht die Pro Infirmis ihre Möglichkeiten nebst sozialpolitischen Bemühungen vor allem darin, möglichst aktiv auf die Ärzteschaft zuzugehen (Mitarbeiterin der Pro Infirmis, pers. Mitteilung, 1.3.2017). In den vergangenen Jahren ist beim medizinischen Fachpersonal das Bewusstsein für psychosoziale Probleme gestiegen, so wird auch Pro Infirmis heute mancherorts als entlastende Partnerin anerkannt (Mitarbeiterin der Pro Infirmis, pers. Mitteilung, 1.3.2017).

### **6.1.2 Mangel an Wissen und Selbsterkennungskompetenz sowie Vorstellungen/Einstellungen/Bewertungen**

Zwischen der Krankheitseinsicht und der Akzeptanz von professioneller Hilfe besteht ein enger Zusammenhang (Buckley et al., zitiert nach Mojtabai et al., 2011, S.1757). Dies verweist auf die Relevanz der Bemühungen, die breite Bevölkerung sowie Betroffene über die Anzeichen von psychischen Störungen sowie adäquaten Behandlungsmöglichkeiten zu informieren (Paykel et al.; Hickie; Jorm et al.; Highet et al., zitiert nach Mojtabai et al., 2011, S.1757).

---

<sup>2</sup> Weitere Informationen hierzu sind einer durch das Bundesamt für Gesundheit in Auftrag gegebenen Studie zur Versorgungssituation psychisch erkrankter Personen in der Schweiz zu entnehmen: [www.public-health.ch/logicio/client/publichealth/file/170213\\_BAG\\_2016\\_Versorgungssituation\\_psychisch\\_erkrankter\\_Personen\\_in\\_der\\_Schweiz\\_Schlussbericht\\_BASS.pdf](http://www.public-health.ch/logicio/client/publichealth/file/170213_BAG_2016_Versorgungssituation_psychisch_erkrankter_Personen_in_der_Schweiz_Schlussbericht_BASS.pdf) (Abgerufen am 27.04.2017)

Möglich ist dies mit öffentlichen Initiativen zur Förderung der Erkennung der Krankheit sowie zur Reduzierung der Stigmatisierung (Mojtabai et al., 2011, S.1758).

Die Pro Infirmis hat im Jahr 2016 die schweizweite Kampagne 'Angst lähmt' lanciert<sup>3</sup>. Deren Ziel ist die Sensibilisierung der breiten Bevölkerung zum Thema der Angststörungen, die Entstigmatisierung sowie die Imagepflege. Dies sieht die Pro Infirmis als ihren Auftrag, wohingegen die Verbreitung von Wissen über die Symptome in der Verantwortung von anderen Akteurinnen oder Akteuren, zum Beispiel aus dem Bereich der Medizin, liegt. Betroffene sollen mittels der Kampagne ein Bewusstsein erhalten, dass sie mit ihrem Problem nicht alleine sind, es Hoffnung gibt, und sie hinsichtlich der Auswirkungen der psychischen Störung auf ihre Lebensführung Unterstützung erhalten. Die Kampagne der Pro Infirmis ist auf sehr grosse Resonanz gestossen. Die Institution erhielt zahlreiche Mitteilungen von Betroffenen, wonach sich diese von der Kampagne angesprochen fühlten und ein Bewusstsein für ihre Situation sowie Zuversicht auf Unterstützung erhielten. (Mitarbeiterin der Pro Infirmis, pers. Mitteilung, 1.3.2017)

Gemäss Coles und Coleman reicht die alleinige Vermittlung von Wissen nicht aus, um das Inanspruchnahmeverhalten zu verändern (2010, S.68). Die Verbesserung der Kompetenz zur Einschätzung der eigenen Gesundheit ist ein wichtiger Wegbereiter zur Inanspruchnahme von Hilfe (Coles, Frost, Heimberg & Rheume, zitiert nach Coles & Coleman, 2010, S.68). Gemäss Pro Infirmis müsste die Förderung dieser Kompetenz vor allem präventiv und in einem jungen Alter (zum Beispiel in der Schule) erfolgen (Mitarbeiterin der Pro Infirmis, pers. Mitteilung, 1.3.2017). Solche Programme haben sich bei anderen Erkrankungen bereits als erfolgreich erwiesen (Coles & Coleman, 2010, S.68). Die Chancen der Pro Infirmis bestehen vor allem in der psychosozialen Beratung selber: In dieser kann mit der betroffenen Person in den Prozess der Selbstreflexion und Krankheitseinsicht eingestiegen werden, vorausgesetzt diese befindet sich nicht gerade in einer akuten Phase einer psychischen Störung (Mitarbeiterin der Pro Infirmis, pers. Mitteilung, 1.3.2017). Auch Eichenberger vertritt die Ansicht, dass die Vermittlung des Wissens, dass überhaupt ein behandlungsbedürftiges Problem vorliegt, auf individueller Ebene erfolgen muss (2001, S.41). Für Betroffene ist es somit wesentlich, dass Organisationen wie die Pro Infirmis eine individuelle Beratung anbieten, in welcher die Selbsterkennungskompetenz gefördert werden kann.

Gleichzeitig leisten jedoch auch die Kampagnen einen wichtigen Beitrag: Angesichts der Hürden betreffend Einstellung und Bewertung gegenüber der unterstützenden Institution scheint es zentral, dass sich diese auf eine Art und Weise präsentiert und kommuniziert, durch die sich die Klientel angesprochen fühlt und ein Aufbau von Vertrauen in die

---

<sup>3</sup> Weitere Informationen dazu auf der Homepage der Pro Infirmis: <http://www.proinfirmis.ch/de/medien/kampagne-2016.html> (Abgerufen am 27.04.2017)

Kompetenzen der beratenden Fachpersonen gefördert wird. Dies zeigt sich am Beispiel der Auswahl der Thematik der Angststörungen für die Kampagne im vergangenen Jahr: Zwar sind Angststörungen weder sichtbar noch richtig fassbar, dennoch kennt jeder Mensch das Gefühl der Angst und fühlt sich somit angesprochen. Sehr gute Erfahrungen macht die Pro Infirmis beispielsweise auch mit Social Media: Erfahrungsberichte von Betroffenen werden auf der Facebook-Seite von Pro Infirmis verlinkt. Menschen mit einer Erkrankung fühlen sich dadurch viel mehr angesprochen als durch eine Mitteilung von Kommunikationsfachpersonen einer Organisation. Die Arbeit am Image der Organisation ist ständige Aufgabe und erfolgt nicht nur über die Kampagnen, sondern es ist Teil von allem, was von den in der Institution tätigen Personen nach aussen kommuniziert wird. (Mitarbeiterin der Pro Infirmis, pers. Mitteilung, 1.3.2017)

### **6.1.3 Strukturelle Hürden**

Bei Pro Infirmis werden Menschen mit Sozialen Angststörungen über das Dienstleistungsmarketing, das heisst über die Website, Broschüren usw. sowie beim telefonischen oder persönlichen Erstkontakt informiert, zu welchen Konditionen die Beratung in Anspruch genommen werden kann. Indem die Aufwände der Sozialarbeitenden über Leistungsverträge mit Bund und Kantonen gedeckt werden, kann die Beratung kostenlos angeboten werden. (Mitarbeiterin der Pro Infirmis, pers. Mitteilung, 1.3.2017)

Daneben gibt es jedoch zahlreiche institutionsspezifische Hürden (vgl. Tabelle 2). Bei Menschen mit Sozialen Angststörungen kann bereits der Weg in die Beratungsstelle eine Herausforderung darstellen, weil unterwegs zahlreiche soziale Situationen drohen (vgl. Kapitel 5.2.2). Diese Hürde wird nachfolgend exemplarisch aufgegriffen.

Pro Infirmis hat zwar 50 Beratungsstellen in allen Kantonen der Schweiz sowie diverse Aussenstellen, die temporär besetzt sind und Randregionen abdecken, dennoch kann der Weg in die nächste Beratungsstelle aufwendig sein, dies vor allem in sehr ländlichen Regionen. Bestehen gute Gründe, bieten die Beratungsstellen auch Hausbesuche an. Die Beratungsstellen entscheiden in eigener Kompetenz, ob aufgrund der individuellen Situation ein Hausbesuch adäquat erscheint. (Mitarbeiterin der Pro Infirmis, pers. Mitteilung, 1.3.2017)

Eine weitere Chance besteht in der Online-Beratung der Pro Infirmis. Betroffene können auf diesem Weg Kontakt mit Sozialarbeitenden aufnehmen, ohne das Haus verlassen zu müssen. Zwar ersetzt bei Pro Infirmis die Online-Beratung in keinem Fall die Face-to-face-Beratung, sie kann aber im Falle der Sozialen Angststörungen als Türöffner dienen (Mitarbeiterin der Pro Infirmis, pers. Mitteilung, 1.3.2017).

Der Kontext der freiwilligen Beratung sowie die verschiedenen Möglichkeiten der Kommunikation mit Klientinnen und Klienten erlauben es den Sozialarbeitenden, ein massgeschneidertes Beratungssetting zu gestalten. Die individuellen Bedürfnisse der ratsuchenden Person und deren aktuelle psychische Verfassung können mitberücksichtigt werden bei der Auswahl und Kombination der verschiedenen Beratungsmedien (face-to-face, online, per E-Mail oder Telefon). Bei Menschen, die sich vor dem Verlassen der eigenen Wohnung fürchten, kann es erleichternd sein, wenn ein erster Kontakt via Online-Beratung oder Hausbesuch erfolgt. Es ist grossen Wert darauf zu legen, dass der Erstkontakt niederschwellig ist (Mitarbeiterin der Pro Infirmis, pers. Mitteilung, 1.3.2017). Es ist möglich, dass die Interaktion vorwiegend via E-Mail oder Telefon erfolgt. Damit kann ohne Druck und mit genügend Zeit am Vertrauensaufbau gearbeitet werden, um die betroffene Person schliesslich für das Kernmedium der Face-to-face-Beratung zu motivieren.

### **Exkurs E-Mental-Health**

Seit dem Aufkommen der Smartphones ist das Internet zum ständigen Begleiter geworden, der Zugriff ist nahezu jederzeit und ortsunabhängig möglich. Hinsichtlich von psychischen Problemen finden sich im Internet inzwischen eine Vielzahl von Gesundheitsdiensten, die von rein textbasierten Informationen bis hin zu spezifischen Interventionsprogrammen reichen (Eichenberg & Brähle, 2013, S.63). Nachfolgend wird in knapper Form auf die neuesten Entwicklungen hinsichtlich der Sozialen Angststörungen hingewiesen.

Die internetbasierten Behandlungen und Beratungen sind vielversprechend (Berger et al., 2010, S.158): Psychosoziale Onlineberatungen erwiesen sich zu 91% als effektiv (Eichenberg & Ott, zitiert nach Eichenberg & Brähle, 2013, S.63). Insbesondere internetbasierte Interventionen zur Behandlung von Angststörungen und Depressionen erwiesen sich als sehr wirksam (Klein et al., 2016, S.1187). Bei der Sozialen Angststörung zeigte sich auch bei einer minimalen Form der Unterstützung (via E-Mail) eine signifikante Reduktion der Symptome (S.158).

Die generelle Nutzungsbereitschaft von E-Mental-Health-Angeboten kann als ausgeprägt beschrieben werden (Eichenberg & Brähle, 2013, S.70). Ein Grossteil der Bevölkerung ist sich jedoch der Vielfalt der Angebote im Internet noch nicht bewusst (Eichenberg & Brähle, 2013, S.71). Zudem lässt die Übersichtlichkeit zu wünschen übrig (Klein et al., 2016, S.1191). Eichenberg und Brähle fordern eine Aufklärung der Bevölkerung über die Möglichkeiten und Risiken dieser Angebote (2013, S.71). Potentielle Nutzerinnen und Nutzer sollen identifiziert und mit Informationen versorgt werden (S.71). Fachpersonen aus der Praxis sollen zudem für die Veränderung des Hilfesystems offen sein (S.71). Schliesslich soll die internetbasierte Intervention eine sinnvolle Ergänzung zu den bestehenden Therapien darstellen und diese nicht ersetzen (Klein et al., 2016, S.1191).

Der Autorin scheint es gerade bei einer Sozialen Angststörung wichtig, hinsichtlich der Gefahr der Stabilisierung der Störung sensibel zu sein. Im schlimmsten Fall würde mit einer Beratung, die nur online erfolgt, eine soziale Isolation gefördert.

#### **6.1.4 Vermeidungsverhalten bei Sozialen Angststörungen**

Wird eine Beratung aufgrund der Vermeidungsstrategie nicht in Anspruch genommen, kann von Seiten einer Organisation der Sozialen Arbeit wenig unternommen werden. Wie die bisherigen Resultate der Arbeit zeigen, ist es hilfreich, wenn die Einstellung zur Institution positiv ist und Betroffene sich vorstellen können, dass sie aus der Beratung einen Nutzen gewinnen. Da sie wissen, dass sie von Fachpersonen beraten werden, ist möglicherweise auch die Angst vor einer Bewertung und Stigmatisierung geringer. Dennoch ist zu beachten, dass jede Person, die Rat bei einer professionellen Stelle sucht, einen natürlichen Prozess der Entscheidungsfindung und Zielabsicht durchgeht. Dieser Prozess ist beeinflusst von vielen verschiedenen in Wechselwirkung stehenden Faktoren, die zu diesem Zeitpunkt nur schwer beeinflusst werden können. Die Chancen der Organisation sowie der Sozialarbeitenden liegt hier wiederum in der Beratung selber, in welcher die Klientinnen und Klienten im Prozess dahin, etwas verändern zu wollen, unterstützt werden können (Mitarbeiterin der Pro Infirmis, pers. Mitteilung, 1.3.2017).

### **6.2 Förderlicher Umgang in der Beratung**

In Kapitel 5.2.2 wurde aufgezeigt, inwiefern die Erkrankung an einer Sozialen Angststörung die Ratsuchenden wie auch die Beratenden herausfordert. Zentral scheinen insbesondere der anspruchsvolle Beziehungs- und Vertrauensaufbau zu Beginn einer Beratung. Ausgeführt wurden weitere mögliche Hürden, wie zum Beispiel die Schamgefühle, die Befürchtung, bewertet zu werden, oder die verminderte Aufnahmekapazität der Ratsuchenden.

In den folgenden Ausführungen werden Empfehlungen für Sozialarbeitende für den Umgang mit Menschen mit Sozialen Angststörungen in der Beratung formuliert. Zuerst werden in Kapitel 6.2.1 förderliche Beratungskonzepte vorgeschlagen. Ab dem Kapitel 6.2.2 folgen Ausführungen zur konkreten Beziehungsgestaltung und zu Interventionen, die im Umgang mit Menschen mit Sozialen Angststörungen hilfreich sein können.

#### **6.2.1 Förderliche Beratungskonzepte**

An dieser Stelle werden förderliche Beratungskonzepte dargestellt, weil es sich bei der Frage nach dem Umgang von Sozialarbeitenden mit psychischen Störungen im Wesentlichen um eine Haltungsfrage handelt. Handlungsleitende Konzepte spiegeln die Grundhaltung von Fachpersonen gegenüber ihrer Klientel und der gesamten Arbeitsweise (Stimmer, 2012, S.154). Sie geben Rahmenbedingungen vor, innerhalb derer bezogen auf den Fall

methodisch gearbeitet werden kann (S.154). Sie sind strukturierte Arbeitshilfen, mit derer sich eine sinnvolle Hierarchie von Arbeitsformen, Interaktionsmedien, spezifischen Methoden und Techniken erstellen lässt (S.154). Konzepte verfügen über Schwerpunkte (S.154). Manchmal sind sie überschneidend, ergänzend oder lassen sich kombinieren (S.154).

Für die Beratung von Menschen mit Sozialen Angststörungen sind Konzepte zu wählen, welche eine vertrauensvolle professionelle Beziehung begünstigen, die Selbsthilfe und Autonomie der Klientel fördern sowie deren Genesung unterstützen. Speziell geeignet erscheinen die Konzepte Ressourcenorientierung, Empowerment und Recovery. Diese werden nachfolgend erläutert.

### **6.2.1.1 Ressourcenorientierung**

Eine ausschliessliche Fokussierung auf die Störung hat eine verkürzte Sichtweise auf die Klientinnen und Klienten zur Folge (Willutzki, 2002, S.370). Die Fachperson läuft Gefahr, lediglich die Symptome beseitigen zu wollen, ohne zum Beispiel krankheitsbegünstigende Faktoren oder präventive Aspekte zu berücksichtigen (S.370). Die Kategorisierung kann auch dazu führen, dass Fachpersonen versucht sind, bei einer bestimmten psychischen Störung immer gleich zu intervenieren. Eine derartige Herangehensweise und die Sicht, dass für alle Menschen mit einer Sozialen Angststörung dieselbe Intervention passt, ist falsch. Die Perspektive der Sozialen Arbeit ist vielmehr ganzheitlich und betrachtet die verschiedenen Systemebenen. Zudem verleiht das symptom- und defizitorientierte Denken Sozialarbeitenden Definitions- und Entscheidungsmacht. Es besteht die Gefahr, dass Klientinnen und Klienten zum passiven Objekt werden.

Mit der Ressourcenorientierung wird bewusst ein Gegensatz zur defizitorientierten Sicht auf die Klientinnen und Klienten geschaffen (Nestmann, 2007, S.730-731). Anstatt einseitig mit den Störungen und Problemen einer Person zu arbeiten, werden Kompetenzen und Potentiale zur Bezugsgrösse für die Problembearbeitung (Möbius, 2010, S.15). In vielen Ansätzen wird die Ressourcenorientierung als wichtiges Element erachtet (Schäfter, 2010, S.95). Zwar soll das Defizit nicht einfach ausser Acht gelassen werden (Biestek; Bang; Heiner, zitiert nach Schäfter, 2010, S.97), die Ressourcenorientierung verschiebt jedoch den Wahrnehmungsfokus weg von der erlebten Hilflosigkeit hin zu neuen Perspektiven, Erfolgen und Fortschritten (Schäfter, 2010, S.97).

Unter Ressourcen werden Mittel, Gegebenheiten oder Merkmale verstanden, die Menschen einsetzen, um Aufgaben und Lebensanforderungen zu bewältigen, Veränderungsprozesse umzusetzen sowie individuelle und gemeinschaftliche Bedürfnisse und Ziele zu verfolgen und zu erfüllen. Zudem werden Ressourcen eingesetzt, um andere zu erhalten, zu erweitern oder Ressourcen mit anderen

Menschen zu tauschen. Existenz und Einsatz von Ressourcen sind somit von ausschlaggebender Bedeutung für gelingende Lebensführung, Schaffung von Lebensqualität, Gesundheit und Wohlbefinden. (Knecht et al., 2014, S.109)

Ressourcen sind damit Potentiale von Menschen und deren Umwelt, mit Hilfe deren Aufgaben und Lebensereignisse bewältigt und Ziele erreicht werden (Wendt, 2017, S.32). Es kann sich dabei um Begabungen, angeeignete Fähigkeiten, Kenntnisse, Erfahrungen, physische oder psychische Potentiale, Kontakte, soziale Beziehungen, Überzeugungen, Werthaltungen oder Einstellungen handeln (Wendt, 2017, S.32). Möbius unterscheidet zwischen drei Kategorien: individuelle (persönliche Kompetenzen, Talente, etc.), soziale (soziale Netzwerke, professionelle Unterstützungssysteme, etc.) und materielle Ressourcen (finanzielle Situation, Wohnraum, etc.) (2010, S.14).

Die Verfügbarkeit sowie Einsetzbarkeit von Ressourcen bestimmen über die psychische und physische Gesundheit sowie das Wohlbefinden (Willutzki, 2002, S.373). Sie sind wesentlich für die Lebensführung und -bewältigung (Wendt, 2017, S.32). Menschen sind dann verletzlich und anfällig für psychische Störungen, wenn Ressourcen fehlen, verloren gehen oder ein Verlust der Ressourcen befürchtet wird (Nestmann, 2007, S.729).

Die Ressourcenorientierung bestimmt nicht nur über das Handeln, sondern auch massgeblich über die Haltung einer Fachperson (Möbius, 2010, S.24). Es wird davon ausgegangen bzw. unterstellt, dass eine Person a priori über Möglichkeiten verfügt, mit belastenden Lebensumständen und persönlichen Notlagen umzugehen (Wendt, 2017, S.31). Indem die Person als handelnd gesehen wird, erhält sie Wahlmöglichkeiten und Kontrolle über sich selbst (Willutzki, 2002, S.375).

Klientinnen und Klienten der Sozialen Arbeit sehen oftmals selber keinen Zugang zu ihren Ressourcen, weshalb diese in der Beratung aktiviert werden müssen (Wendt, 2017, S.31). Die positive Wirkung der Aktivierung von Ressourcen ist empirisch breit abgestützt (Grawe, 1995, S.135). Das Entdecken von Potentialen und Kompetenzen und die Vermittlung von Unterstützungsangeboten leisten einen wesentlichen Beitrag zu einem gelingenderen Alltag sowie einer selbstbestimmten Teilhabe der Klientinnen und Klienten (Möbius, 2010, S.13-14). Eine methodisch strukturierte Vorgehensweise ist für die Ressourcenarbeit zwingend, denn diese kann nicht beiläufig oder beliebig erfolgen (Wendt, 2017, S.33).

Folgende Empfehlungen ergeben sich aus der Ressourcenorientierung für die Soziale Arbeit:

- **Veränderung des Fokus hin zu den Stärken, Potentialen und Kompetenzen der Klientin bzw. des Klienten**

Der Fokus ist nicht mehr in erster Linie auf den Defiziten. Als Bezugsgrösse für die Problembearbeitung dienen die Kompetenzen und Potentiale der ratsuchenden Person

und ihres Umfeldes, welche für die Bewältigung der Probleme aktiviert werden können. (Möbius, 2010, S.15)

- **Klientinnen und Klienten als aktive Koproduzentinnen und Koproduzenten der Hilfeplanung**

Die Klientinnen und Klienten sind die Expertinnen bzw. Experten ihres Lebens und wissen am besten, was sie brauchen, was ihre Ziele sind und welche Schritte dazu nötig sind. Ressourcenarbeit ist als gemeinsamer Aushandlungsprozess auf Augenhöhe zu sehen. (Möbius, 2010, S.15 und 29)

Diese Empfehlung ist bei Menschen mit Sozialen Angststörungen wesentlich. Für weitere Ausführungen diesbezüglich wird auf die Kapitel 6.2.2.1 sowie 6.2.2.3 verwiesen.

- **Stärkung der Beziehungen jenseits der professionellen Hilfe**

»Das Leid des Menschen, der psychisch erkrankt, ist nicht nur ein gesundheitliches, sondern in erster Linie ein soziales« (Clausen & Eichenbrenner, 2010, S.172). Soziale Kontakte sind für das Wohlbefinden und die psychische als auch körperliche Gesundheit zentral (Schuler & Burla, 2012, S.36). Fehlen sie, sind sie ein gesundheitlicher Risikofaktor (S.36). Umgekehrt wurden in einer Meta-Analyse von 148 Studien eindrucksvoll die gesundheitsfördernden Wirkungen von sozialen Beziehungen belegt (Klemperer, 2015, S.78).

Indem belastbare und positive Beziehungen jenseits der professionellen Hilfe aufgebaut und gestärkt werden, soll sich zudem die emotionale Beziehung zwischen der Fachkraft und den Klientinnen und Klienten reduzieren. Die Unabhängigkeit von institutioneller und somit zeitlich befristeter Hilfe soll damit gefördert werden. (Möbius, 2010, S.15)

Menschen mit Sozialen Angststörungen können über das Angebot an Selbsthilfegruppe informiert werden. Je nach Problemkonstellation ist es zudem ratsam, Angehörige, vorgesetzte Personen, Nachbarinnen und Nachbarn oder weitere relevante soziale Kontakte zu einem gemeinsamen Gespräch mit der betroffenen Person einzuladen. Mehr dazu in Kapitel 6.2.2.11.

- **Transparenz der Hilfeplanung und -gestaltung**

Das Handeln wird gemeinsam geplant und reflektiert. Mit der Orientierung an fassbaren individuellen und sozialen Ressourcen sowie einer verbindlichen Klärungsphase wird das Handeln für alle Beteiligten nachvollziehbar. (Möbius, 2010, S.29)

Insbesondere bei Menschen mit Sozialen Angststörungen, die eine negative Bewertung durch andere befürchten, scheint ein transparentes Vorgehen wesentlich hinsichtlich des Vertrauensaufbaus.

- **Förderung der Teilhabe am gesellschaftlichen Leben (Hilfe zur Selbsthilfe)**

(Möbius, 2010, S.29)

Diesbezüglich eignet sich insbesondere das nachfolgend vorgestellte Konzept des Empowerments.

### **6.2.1.2 Empowerment und Recovery**

Das Empowerment und das eher neuere Konzept des Recovery sind im psychiatrischen Kontext in aller Munde. Das Empowerment, das auch in der Sozialen Arbeit weit verbreitet ist, stammt aus dem Englischen und kann wie folgt übersetzt werden: Selbstbefähigung, Selbstbemächtigung, Stärkung (Herriger, 2014, S.13). Unter Recovery wird Gesundheit, Genesung oder Wiedererlangung von Gesundheit verstanden (Hammer & Plössl, 2015, S.26). Beides sind nicht einfach zusätzliche Methoden, sondern es sind Grundsätze, Haltungen und veränderte Rollenverständnisse, die Sozialarbeitenden helfen können, im Sinne der Selbstbefähigung und Genesungsförderung zu arbeiten (S.26).

Gemäss dem Empowerment sollen Klientinnen und Klienten befähigt werden, ihre eigenen Lebenswege und -räume selbstbestimmt zu gestalten (Lenz, 2011, S.13). Autonomie, soziale Teilhabe und eine eigenbestimmte Lebensführung sollen möglich werden (Herriger, 2014, S.7). Ziel des Prozesses des Empowerments ist es, von Abhängigkeit, Kontrollverlust und Hilflosigkeit wegzukommen (Rössler & Lauber, 2013, S.354). Oder anders: Nicht mehr die 'Reparaturmentalität' soll herrschen, sondern Klientinnen und Klienten sollen darin unterstützt werden, zu mehr Selbstverantwortung, erweiterten Handlungsmöglichkeiten und einem verstärkten Selbstwirksamkeitsgefühl zu gelangen (Herriger, 2014, S.17). Kann beispielsweise eine ratsuchende Person aufgrund der Sozialen Angststörung ihre Wohnung nicht mehr verlassen und daher auch keine Lebensmitteleinkäufe mehr tätigen, könnte das Problem theoretisch damit gelöst werden, dass die Person sich die Esswaren online bestellt und sich nach Hause liefern lässt. Aus professioneller Sicht kann dies jedoch problematisch sein, weil die Soziale Angststörung damit möglicherweise gefestigt wird. Es kann förderlicher sein, die ratsuchende Person zu unterstützen und in kleinen Schritten anzuleiten, die Einkäufe wieder selber zu tätigen. Auf diese Weise hat sie die Möglichkeit, ihr Handlungsspektrum zu erweitern und mit kleinen Erfolgserlebnissen an Selbstwirksamkeit zu gewinnen.

Die Ressourcenorientierung steht auch im Empowerment im Fokus (S.11). Gerade bei Menschen mit einer Sozialen Angststörung, die oftmals nur sehr eingeschränkten Zugang zu ihren Ressourcen haben, ist dem Aufdecken und Aktivieren derselben eine hohe Relevanz beizumessen. Methoden und Techniken zur Aktivierung von Ressourcen gibt es verschiedene. Als hilfreich erweisen sich insbesondere Fragetechniken aus systemischen Beratungsansätzen (Bosshart, Ebert & Lazarus, 2010, S.403). Einige Beispiele hierzu: 'In welchen sozialen Situationen verspüren Sie keine Angst?', 'Was hilft Ihnen dort?', 'Wer aus

Ihrem privaten Umfeld könnte Sie in schwierigen Situationen begleiten?', 'Was haben Sie schon unternommen, dass die sozialen Ängste weniger werden?' 'Was hat geholfen?', 'Gab es Zeiten, in denen die Angst weniger ausgeprägt war?'

Wie verschiedene Studien aufgezeigt haben, ist es für den Genesungsprozess von Betroffenen wesentlich, Hoffnung zu haben, dass sich der eigene Zustand verbessert (Hammer & Plössl, 2015, S.29). Es ist verständlich, dass Menschen mit psychischen Störungen die Hoffnung manchmal nur schwer bewahren können, so ist der Verlauf oft phasenhaft und vor Rückschlägen nicht gefeit (S.29). Hinzu kommt das Stigma als ein sich selbst erhaltender Teufelskreis, der nur schwerlich ausgemerzt werden kann (Link & Phelan, 2001, S.380). Stellvertretend für die Betroffenen müssen daher andere Hoffnung haben und an eine Besserung der Situation glauben (Hammer & Plössl, 2015, S.29). Nach Schäfer muss die positive Veränderungserwartung der Sozialarbeitenden der Hoffnung der betroffenen Person vorausgehen: In zeitlich geordneter Hinsicht und auch in deren Intensität (2010, S.114). Auch wenn Sozialarbeitende in ihrer langjährigen Berufserfahrung zahlreiche Rückschläge von Betroffenen erleben, so gibt es doch genug Anlass zur Hoffnung: In internationalen Verlaufsstudien konnte aufgezeigt werden, dass einerseits auch bei schweren psychischen Störungen Besserung möglich ist, andererseits sich ein Zustand nicht fortschreitend verschlechtern muss (Amering & Schmolke, zitiert nach Hammer & Plössl, 2015, S.29). Nicht zu vergessen ist hierbei, dass die gesunden und die kranken Anteile bei der Klientin bzw. dem Klienten immer nebeneinander existieren und zu einer Zeit die Gesundheit oder zu einer anderen Zeit die Krankheit überwiegt (vgl. Kapitel 4.2). Der Teufelskreis der Stigmatisierung von Menschen mit einer Sozialen Angststörung kann auch durch das Recovery durchbrochen werden. Beispielsweise mit der 'Peer-Arbeit', die aus dem Recovery entstanden ist: Menschen, die selber Erfahrungen mit psychischen Störungen gemacht und eigene Recovery-Wege gegangen sind, können sich in einer Weiterbildung als 'Peer' qualifizieren und schliesslich andere Betroffene auf ihrem Genesungsweg unterstützen (Pro Mente Sana, n.d.).

### **6.2.2 Konkrete Beziehungsgestaltung und Interventionen**

In den nachfolgenden Unterkapiteln werden Hinweise und Empfehlungen zum Umgang mit Menschen mit Sozialen Angststörungen in der Beratung aufgeführt. Diese basieren auf den gewonnenen Erkenntnissen hinsichtlich der Hürden in der Beratung (vgl. Kapitel 5.2.2).

Die Hinweise und Empfehlungen sind so zu verstehen, dass sie für gewisse Aspekte des Störungsbildes sensibilisieren und damit helfen, dass Sozialarbeitende das bei der rat-suchenden Person erlebte Verhalten zu Gunsten eines gelingenden Beratungsprozesses einordnen und adäquat reagieren können.

### **6.2.2.1 Einstieg in den Beratungsprozess**

Die Startphase eines Beratungsprozesses ist von grosser Bedeutung (Widulle, 2012, S.142). Der erste Eindruck wirkt nachhaltig und ist gleichzeitig schwer zu korrigieren, er kann jedoch auch stark trügen (S.142). Der Erstkontakt und die nachfolgende Anfangsphase (Auftragsklärung und Bildung eines Arbeitsbündnisses) beeinflussen den weiteren Unterstützungsprozess entscheidend (S.142). In den vorangehenden Kapiteln wurde festgestellt, dass sich jedoch gerade dieser Beginn bei Menschen mit Sozialen Angststörungen besonders herausfordernd gestalten kann. Schon alleine das in Gang bringen eines Gespräches kann sich schwierig gestalten, wenn sich die Klientin bzw. der Klient verschlossen und wortkarg gibt.

Von Beginn an sollte bei der Gestaltung des Beratungssettings ein Augenmerk darauf gelegt werden, die Ängste der ratsuchenden Person nicht zu stark zu aktivieren. Ein absolut sicherer Raum, in dem keine Ängste mehr entstehen können, kann und sollte die Beratung jedoch nicht werden. Es sollte vor allem darauf geachtet werden, durch die Gestaltung der Beratung zusätzliche Aktivierungen der Angst zu verhindern und während des Prozesses Veränderungen bei der ratsuchenden Person wahrzunehmen. Werden Ängste festgestellt, sollte sich die Fachperson der Sozialen Arbeit hinsichtlich eines möglichen Beitrages zur Auslösung dieser reflektieren und sich überlegen, wie derartige Aktivierungen der Ängste in Zukunft vermieden werden können. (Willutzki, 2002, S.387-389)

Ein strukturiertes methodisches Vorgehen scheint sinnvoll. Hierauf wurde auch schon in Kapitel 6.2.1.1 verwiesen. Im professionellen Handeln in der Sozialen Arbeit ist eine strukturelle Unsicherheit gegeben, so ist dieses nicht standardisierbar und es gibt auch nicht die eine richtige Methode (Hochuli Freund & Stotz, 2011, S.51 und 132). Mit einem Prozessmodell der Interventionsplanung kann dem professionellen Handeln dennoch Struktur und Denkraum gegeben werden (S.129). Notwendig erscheint ein solches Modell auch aufgrund der Involviertheit der sozialarbeitenden Person (S.132). Indem die Person der Sozialarbeiterin bzw. des Sozialarbeiters ‚das‘ Arbeitsinstrument ist, muss das Vorgehen reflektiert werden (S.132-133). Ein verbreitetes Modell ist das von Hochuli Freund und Stotz, welches methodenintegrativ ist und im Vergleich zu anderen Prozessmodellen die Kooperation mit der Klientel und deren Bezugssystem einerseits sowie die Kooperation mit Fachpersonen der eigenen oder auch anderen Disziplinen andererseits explizit ausweist (Hochuli Freund & Stotz, 2011).

Nebst dem Strukturieren des Gespräches ist es wichtig, sich gegenüber der Klientel transparent zu verhalten (Fydrich, 2009, S.56). Angesichts der perfektionistischen Grundeinstellungen und der überhöhten Standards mancher Betroffenen, können unrealistische Erwartungen an die Beratung vorhanden sein (Stangier et al., 2016, S.35). Es empfiehlt sich

daher, zu Beginn eine sorgfältige Auftragsklärung vorzunehmen. In dieser werden die vielfältigen und möglicherweise widersprüchlichen Erwartungen aller der an der Beratung Beteiligten abgeholt (Von Schlippe & Schweitzer, 2003, S.148). Die Möglichkeiten und Grenzen der Fachperson der Sozialen Arbeit werden definiert und die Rahmenbedingungen der Beratung bekannt gegeben (zeitlicher und finanzieller Rahmen, Umgang mit Daten, usw.). Wichtig ist ebenfalls die Klärung der Rollen (vgl. Kapitel 6.2.2.3).

Auch hinsichtlich der äusseren Rahmenbedingungen können Vorkehrungen getroffen werden, um keine zusätzlichen Ängste zu aktivieren. Ein Warteraum sollte derart gestaltet sein, dass die Klientinnen und Klienten nicht zu eng zusammensitzen müssen (Willutzki, 2002, S.387). Nicht immer kann bei der Gestaltung eines solchen Raumes auf konkrete Störungsbilder Rücksicht genommen werden. Zudem erfolgen oft auch Einschränkungen durch bauliche Vorschriften oder schlicht den vorhandenen Möglichkeiten in den Räumlichkeiten. In solchen Fällen sollten Sozialarbeitende vor allem am Anfang darauf achten, die Betroffenen nicht lange warten zu lassen (Willutzki, 2002, S.387). Allenfalls kann anstelle des Warteraumes ein reserviertes Besprechungszimmer angeboten werden.

Stellen Sozialarbeitende Sicherheitsverhaltensweisen fest, sollten sie dieses verständnisvoll und sachlich ansprechen. Bestenfalls geschieht dies nach wenigen Sitzungen, denn ein späteres Ansprechen von Verhaltensweisen, welche die betroffene Person schon vorher immer gezeigt hat, kann bei der Klientin bzw. beim Klienten Fragen aufwerfen: «Habe ich jetzt etwas falsch gemacht?», «Hätte ich das schon längst verändern sollen?», «Wurde ich bisher geschont?». Dies kann die Beziehung und damit die weitere Beratung beeinträchtigen. Gleichzeitig soll gewürdigt werden, dass die betroffene Person sich dennoch in die Beratung begeben hat. (Willutzki, 2002, S.390)

Es ist jedoch zu beachten, dass die Bearbeitung von dysfunktionalen Verhaltensweisen in erster Linie in der Psychotherapie erfolgt.

### **6.2.2.2    Ambivalenz bearbeiten**

Aus den vorangehenden Kapiteln wurde ersichtlich, dass die Bereitschaft, Hilfe in Anspruch zu nehmen, von vielen verschiedenen Faktoren abhängig ist. Eine wesentliche Hürde stellt die mangelnde Kompetenz zur Einschätzung der eigenen psychischen Gesundheit dar. Vielen Betroffenen fehlt die sogenannte 'Krankheitseinsicht'. Ersichtlich wurde auch, dass erst dann Hilfe in Anspruch genommen wird, wenn bereits vielfältige Probleme im persönlichen, beruflichen oder gesundheitlichen Bereich aufgetreten sind (vgl. Kapitel 5.2.1.1) Aufgrund dieser Folgen ist es beispielsweise nicht unwahrscheinlich, dass Betroffene eine Beratungsstelle der Sozialen Arbeit aufsuchen, noch bevor sie sich einer Störung ihrer Psyche bewusst sind oder bei einer Ärztin oder Psychiaterin bzw. einem Arzt oder Psychiater nach Unterstützung suchen.

Jede Klientin und jeder Klient durchschreitet einen natürlichen Prozess der Entscheidungsfindung und Zielabsicht. Zu Beginn eines Beratungsprozesses befinden sich viele Personen in einer Art Erstarrungs- oder Stagnationsphase. Die Bereitschaft und Motivation zur Veränderung ist nicht immer so ausgeprägt, wie dies die Aussensicht vermuten lässt (Widulle, 2012, S.124). In der Beratung können Sozialarbeitende zusammen mit den Betroffenen in einen Prozess der Selbsterkennung bzw. Selbstreflexion einsteigen (Mitarbeiterin der Pro Infirmis, pers. Mitteilung, 1.3.2017). Beispielsweise mit der Technik des Spiegeln kann den Ratsuchenden aufgezeigt werden, wie sie wirken und somit eine Änderung des Selbstbildes angeregt werden. Dieser Prozess hin von der Erstarrung über Ambivalenz hin zum Entschluss, etwas verändern zu wollen, kann mit bestimmten Beratungsmethoden der Sozialen Arbeit unterstützt werden.

Wird festgestellt, dass die Klientin bzw. der Klient hinsichtlich der Fortführung der Beratung ambivalente Überlegungen zeigt, kann versucht werden, die Verbindlichkeit zu erhöhen, indem aufgezeigt wird, weshalb weitere Gespräche nötig sind. Es kann zudem eine Vereinbarung getroffen werden, wie vorgegangen wird, wenn es der betroffenen Person nicht gelingen sollte, den Beratungstermin wahrzunehmen. (Willutzki, 2002, S.387)

Wenn es um die Bearbeitung von Ambivalenzen gegenüber Veränderung sowie erforderlichen Schritten zur Umsetzung der Veränderung geht, eignet sich die motivierende Gesprächsführung besonders (Westra & Dozois, 2010, S.33). Die von Westra und Dozois beschriebene motivierende Gesprächsführung in der Therapie von Angststörungen (S.29 ff.) kann auf die sozialarbeiterische Beratung von Menschen mit Sozialen Angststörungen übertragen werden. Die Methode ist in der Sozialen Arbeit auch im Suchtbereich verbreitet.

In der motivierenden Gesprächsführung anerkennen Sozialarbeitende die Ambivalenz, beziehen diese in die Arbeit mit ein und unterstützen damit die Durcharbeitung des Dilemmas. Es soll Raum geschaffen werden für die Verarbeitung, Integration und Würdigung der unterschiedlichen Bestandteile des eigenen Selbst. Die Bedürfnisse, die bei Klientinnen und Klienten Widerstand auslösen (zum Beispiel Kontrollbedürfnis, Sicherheit, Vermeidung von negativen Konsequenzen wie Ablehnung, usw.) sind mächtig und müssen aufmerksam betrachtet werden. Wichtig ist es, eine nichtabschätzige Auffassung von Widerstand gegenüber Veränderung zu fördern, denn es geht auch darum, für die eigene Person ein grösseres Mitgefühl zu schaffen. Sind Sozialarbeitende offen für die Anerkennung des Wertes der geleugneten Aspekte des Selbst, und zeigen sie sich einfühlsam hinsichtlich der grundlegenden Bedürfnisse und Wünsche, so stellen sie ein Rollenmodell für einen mitfühlenden Ansatz dar. Dieser Ansatz fördert das Offene und Gewährende und führt weg von der Selbstkritik und vom Abwertenden. Die motivierende Gesprächsführung eignet sich insbesondere in Ergänzung zu anderen Methoden. (Westra & Dozois, 2010, S.33-55)

### **6.2.2.3 Rollengestaltung im Gespräch**

Klientinnen und Klienten mit Sozialen Angststörungen neigen aufgrund ihres niedrigen Selbstwertgefühls dazu, sich in der Beziehung zur Sozialarbeiterin bzw. zum Sozialarbeiter unterlegen und unzulänglich zu fühlen (Stangier et al., 2016, S.35). Ein zu starkes Ungleichgewicht kann jedoch das Bündnis zwischen der Beratungsperson sowie der Klientin oder dem Klienten gefährden (Stangier et al., 2009, S.65). Sozialarbeitende sollten in der Beratung sicherlich eine Expertinnen- bzw. Experten- sowie Modellrolle einnehmen. Klientel mit Sozialen Angststörungen haben jedoch die Tendenz, sich zu vergleichen und die eigenen Fähigkeiten abzuwerten (S.65). Die mit der Rolle der Beratenden verknüpfte Kompetenz kann daher bei Betroffenen zur Überzeugung führen, unterlegen und inkompetent zu sein (S.65).

Nach Spiegel ist es Aufgabe der Sozialarbeitenden, das Mass der Kompetenzpräsentation auf die jeweilige Klientin bzw. den jeweiligen Klienten abzustimmen: Ein Zuviel an Wissensdarstellung kann als Bedrohung empfunden werden, ein Vorenthalten von Informationen hingegen kann zu einer Entmündigung der Klientel führen (zitiert nach Schäfter, 2010, S.100). Es soll eine Balance in der Beziehung gefunden werden, damit die Fachperson der Sozialen Arbeit nicht als allwissend und perfekt erscheint und sich die Klientel nicht abgewertet und unterlegen fühlt (Stangier et al., 2016, S.35).

Auch hier empfiehlt sich wieder ein kooperativer Arbeitsstil (Stangier et al., 2016, S.35). Betroffene sollen ein Gefühl entwickeln können, wonach sie kompetent sind, ihre Probleme selber zu lösen (S.35). Dieses Erleben der Klientin als Expertin bzw. des Klienten als Experten wird gemäss Gregusch in allen Ansätzen der Sozialen Arbeit durch die Steuerung der Selbststeuerungsprozesse gefördert (2013, S.245). Der systemisch-konstruktivistische, der lösungsorientierte sowie der kooperative Ansatz fokussieren fast ausschliesslich hierauf (S.245). Auch die in Kapitel 6.2.1 empfohlenen Konzepte eignen sich hierzu besonders.

### **6.2.2.4 Empathie und Wertschätzung**

In nahezu allen Konzepten der Gesprächsführung in psychosozialen Kontexten finden sich Grundannahmen und Gesprächstechniken aus der personenzentrierten Beratung (Seithe; Pallasch & Harmsen; Weinberger, zitiert nach Widulle, 2012, S.101). Auch in der Beratung von Menschen mit Angststörungen sind Empathie und Wertschätzung zentral (Röttgers & Wittbrock, 2012, S.211). Indem Sozialarbeitende eine ruhige und Sicherheit vermittelnde Atmosphäre schaffen, können Ängste, Gefühle, Gedanken und Wahrnehmungen verbalisiert werden (Kusserow, 2014, S.315). Mit einer wertschätzenden, ernstnehmenden und empathischen Haltung wird es möglich, auf die Lösung der Problematik zu fokussieren (S.315). Gleichwohl ist zu beachten, dass eine explizite wertschätzende Aussage (zum Beispiel «Sie haben eine gute Rede gehalten») überhöhte Bewertungsstandards und Leistungsängste

aktiveren und damit zur Belastung für die professionelle Beziehung werden kann (Stangier et al., 2009, S.64).

#### **6.2.2.5 Verbalisierung von Gefühlen**

In der Beratung sind Gefühle oftmals Gegenstand der Klärung, da diese wesentliche Bestandteile des menschlichen Erlebens und Handelns sind (Redlich, 2009, S.43). Indem Klientinnen und Klienten sich ihrer Gefühle bewusst werden und diese benennen, verändert sich das Erleben und es wird eine gewisse emotionale Distanz zum Problem und zum Gefühl selbst möglich (Widulle, 2012, S.107-108).

Bei Sozialen Angststörungen wird empfohlen, aufgrund der Gefahr der Überforderung der Betroffenen auf die direkte Verbalisierung von Schamgefühlen in der Anfangsphase zu verzichten. Durch die Konfrontation mit dem negativen Selbstbild können Schamaffekte ausgelöst werden, die derart Widerwillen hervorrufen, dass sich die betroffene Person kaum von diesen distanzieren kann. Sozialarbeitende sollten zudem keinen zusätzlichen Bewertungsdruck schaffen, der zu weiterem Vermeiden führen könnte. Ein primär neutrales und aufgabenbezogenes Verhalten ist für Betroffene leichter zu erwidern, als wenn der Fokus stark auf den Emotionen liegt. Problematische Aspekte in der professionellen Beziehung können später im Beratungsverlauf, wenn ein gewisses Vertrauen aufgebaut ist, angesprochen werden. (Stangier et al., 2009, S.65)

#### **6.2.2.6 Nichtverbales Verhalten**

Das nichtverbale Verhalten der beratenden Fachperson kann den Beratungsprozess entscheidend beeinflussen (Sickendiek, Engel & Nestmann, 2008, S.143). Gestik, Mimik und Körperhaltung beispielsweise sind wichtige Schlüsselreize in der Kommunikation, wobei die Interpretation der Verhaltensweisen durch die Klientel oft nicht bewusst erfolgt (S.143). In der Beratung von Menschen mit Sozialen Angststörungen ist auf einen übermässigen Blickkontakt oder eine speziell zugewandte Körperhaltung zu verzichten (Stangier et al., 2009, S.64-65). In einer alltäglichen Interaktionssituation, in der jemand unterstützt und ermuntert wird, neigen ratgebende Personen dazu, sich besonders zuzuwenden und den Blickkontakt zu verstärken, mit der Absicht, ein besonderes Interesse an der Situation der Person zu vermitteln (Willutzki, 2002, S.387). Für eine von Sozialen Angststörungen betroffene Person kann dieses gut gemeinte Verhalten jedoch sehr angstausslösend sein, weil sie sich damit besonders genau beobachtet fühlt (S.387).

Sozialarbeitende sollten versuchen, den Freiraum der ratsuchenden Person zu vergrössern, damit die Ängste nicht weiter aktiviert werden. Besonders schriftliche Aufzeichnungen oder die Arbeit mit Bildern bieten sich an, weil sowohl Ratsuchende als auch Sozialarbeitende sich darauf konzentrieren können und zugleich der Blickkontakt reduziert wird. Sollte der

Sitzabstand von der ratsuchenden Person als unangenehm empfunden werden, kann zum Beispiel mit der Arbeit mit einer Flipchart räumliche Distanz geschaffen werden. (Willutzki, 2002, S.387-388)

Pausen im Gespräch können ebenfalls zur Aktivierung von Ängsten führen. Während Sozialarbeitende den Ratsuchenden Raum zum Nachdenken lassen und ohne Druck arbeiten wollen, können von Sozialen Angststörungen Betroffene die Pausen als unangenehm empfinden. Die steigende Selbstaufmerksamkeit sowie die negative Bewertung können sich gegenseitig verstärken und damit die Handlungsmöglichkeiten der Klientel zunehmend einschränken. (Willutzki, 2002, S.388)

#### **6.2.2.7 Negative Gefühle gegenüber der Klientel**

Klientinnen und Klienten mit Sozialen Angststörungen wirken auf Sozialarbeitende wegen ihrer Sicherheitsverhaltensweisen womöglich nicht primär ängstlich, sondern arrogant, abwertend und desinteressiert (Stangier et al., 2009, S.64). Sie können den Eindruck hinterlassen, als wären sie auch gegenüber der beratenden Person kritisch (Stangier et al., 2016, S.33). Sozialarbeitende können diese Verhaltensweisen als Ablehnung interpretieren (Stangier et al., 2009, S.64). Negative Gefühle wie zum Beispiel Frust, Ärger, Wut, Unsicherheit oder Enttäuschung können entstehen. Weitere krankheitsbedingte negative Einflüsse auf die Interaktion, die verzerrte Wahrnehmung der Klientel oder deren pessimistische Sichtweise können ebenfalls zu negativen Gefühlen bei Sozialarbeitenden führen. Wird das Auftreten derartiger Gefühle festgestellt, sollten diese reflektiert und allenfalls mit anderen Fachpersonen der Sozialen Arbeit diskutiert werden. Die Verhaltensweisen der Ratsuchenden sind oftmals Folge einer unangemessenen Alltagsbewältigung und dürfen daher nicht als Ablehnung verstanden werden (Stangier et al., 2009, S.64). Es empfiehlt sich zudem, die Gefühle nicht gegenüber der Klientel zu kommunizieren, da diese überfordern und als zusätzliche Belastung empfunden werden können.

#### **6.2.2.8 Thematisierung von ungünstigen sozialen Gewohnheiten**

Indem von Sozialen Angststörungen Betroffene teilweise jahrelang kaum mehr soziale Rückmeldungen erhalten haben oder auch bedingt durch die Angstsymptomatik selbst, kann es sein, dass Betroffene Eigenheiten oder Gewohnheiten entwickelt haben, welche zu negativen Bewertungen anderer führen. Beispiele hierfür sind Körpergerüche, ungepflegte Kleidung und Haare oder Nasenbohren. Soziale Normen sind kulturell unterschiedlich und grundsätzlich soll die Lebensform der Ratsuchenden akzeptiert werden. Gleichwohl kann ein Verhalten derart sozial unangemessen sein, dass es alleine deswegen zur negativen Bewertung und sozialen Ausgrenzung kommt. Sozialarbeitende sind damit vor einen ethischen Konflikt gestellt und die Thematisierung dieser Eigenheiten kann die professionelle Beziehung belasten. Willutzki plädiert dafür, Betroffene damit nicht allein zu lassen: Ein deut-

lich unangenehmer Körpergeruch sollte zum Beispiel angesprochen werden. Dies sollte jeweils auf Basis einer stabilen professionellen Beziehung geschehen und Sozialarbeitende sollten zudem mit ihrer Ausdrucksweise beachten, dass sie damit ihre persönliche Wahrnehmung einbringen («Mir ist aufgefallen, ...»). Es kann förderlich sein, zu verdeutlichen, dass solche Probleme für Menschen mit Sozialen Angststörungen typisch sind, weil eben in der Vergangenheit die Rückmeldung gefehlt hat. (Willutzki, 2002, S.391-392)

#### **6.2.2.9 Unterschätzung der Ängste**

Von Sozialen Angststörungen Betroffene weisen einerseits ein hohes Mass an interpersoneller Sensibilität auf, vor allem wenn sie sich in der Beratungsbeziehung wohl fühlen und keine Ängste verspüren, andererseits ist selbst in bedrohlichen Situationen eine grosse Diskrepanz zwischen dem Selbst- und Fremdbild festzustellen: Betroffene fühlen sich wesentlich ängstlicher und weniger geschickt als Beobachtende sie wahrnehmen (Willutzki, 2002, S.392). Für Sozialarbeitende bedeutet dies, dass die sozialen Ängste entweder gar nicht erkannt oder sofern sie bekannt sind, möglicherweise unterschätzt werden. Damit einher geht die Gefahr, dass Klientinnen und Klienten überschätzt werden. Interventionen der Fachperson oder auch zu erledigende Aufgaben der Klientel (zum Beispiel Gespräche mit Leitungspersonen bei der Arbeit, Vorsprechen bei der Invalidenversicherung oder Regionalen Arbeitsvermittlungszentren, usw.) können starke Ängste auslösen, zur Überforderung führen und damit zu Misserfolgen beitragen. Gemäss Willutzki können diese selbstwert-schädlich verarbeitet werden (2002, S.393). Beispielsweise denkt sich eine betroffene Person, dass sie doch eigentlich wissen müsste, was zu tun gewesen wäre und dennoch ist sie gescheitert, weshalb sie sich selber für unfähig oder zu wenig intelligent hält (S.393). Sozialarbeitende müssen hinsichtlich der subjektiven Perspektive der Klientin bzw. des Klienten sensibel sein und die Ängste ernst nehmen.

#### **6.2.2.10 Weitere Hinweise zum Umgang**

##### **Eingeschränkte Aufnahmefähigkeit**

Sozialarbeitende sollten dafür besorgt sein, die Beratungssituation derart zu gestalten, dass sich die betroffene Person öffnen und auf die Beratungsinhalte konzentrieren kann. Erscheint die Aufnahmekapazität gering, kann es hilfreich sein, die ratsuchende Person um Rückmeldung zu bitten und Wichtiges zu wiederholen oder zusammenzufassen (Willutzki, 2002, S.387). Die Klientel kann auch ermuntert werden, für sich Notizen zu erstellen (S.387).

##### **Konkretes Nachfragen**

Fragen Sozialarbeitende genau nach, kann dies bei Betroffenen zur Aktivierung von Ängsten führen. Betroffene erleben ihre Antworten möglicherweise als zu undifferenziert und zu wenig eloquent oder sie sind verunsichert, weil sie sich dazu noch nie Gedanken gemacht haben. Es können sich selbstabwertende Gedanken einstellen wie «das müsste ich doch eigentlich

wissen, so schwierig ist das nicht». Auch hier empfiehlt es sich, auf direkte Fragen zu verzichten und vermehrt mit der Technik des Paraphrasierens zu arbeiten. (Willutzki, 2002, S.388)

### **Umgang mit Druck**

Auf eine strenge, unnachgiebige und strafende Haltung gegenüber Vermeidungstendenzen sollte in jedem Fall verzichtet werden. Denn Zwang und Druck führen nicht zu nachhaltigen Fortschritten. Idealerweise entscheiden sich Betroffene aus eigener Motivation und nicht aus Verpflichtung gegenüber einer Fachperson, ob sie sich einer angstausslösenden Situation aussetzen wollen. (Stangier et al., 2009, S.66-67)

#### **6.2.2.11 Einbezug von Angehörigen und dem sozialen Umfeld**

Familienmitglieder, Angehörige und das soziale Umfeld sind durch die Soziale Angststörung mitbetroffen und herausgefordert. Deren Auswirkungen müssen sie zu gewisse Teilen mittragen, und insbesondere Familienangehörige übernehmen oftmals zusätzliche Aufgaben. Dabei können Probleme entstehen: Angehörige verlieren selber die Hoffnung, oder sie wollen helfen, tun aber zu viel des Guten. Zum Beispiel übernehmen sie regelmässig Erledigungen, die bei der betroffenen Person Ängste auslösen. Damit verfestigen sie die Ängste, weil sich die Betroffenen diesen nicht mehr selber stellen müssen. Indem die erkrankte Person immer mehr um Hilfe bittet, kann bei Angehörigen der Wunsch nach Distanz wachsen. (Rufer, Alsleben & Weiss, 2016, S.87)

Wie wir aus Kapitel 6.2.1.1 wissen, beeinflusst das Vorhandensein von helfenden Beziehungen und die soziale Vernetzung mit unterstützenden sozialen Systemen den Heilungsverlauf von psychischen Erkrankungen positiv. Es ist daher sinnvoll, das soziale Umfeld in den Beratungsprozess miteinzubeziehen. Indem Sozialarbeitende den Angehörigen gewisse Hilfestellungen im Umgang mit der Krankheit oder auch Informationen über Angehörigengruppen vermitteln, kann diese Ressource erhalten oder reaktiviert werden.

#### **6.2.2.12 Einschätzen der Suizidgefahr**

Suizidgedanken sind bei Menschen, die von Sozialen Angststörungen betroffen sind, häufig (vgl. Kapitel 2.6). Sozialarbeitende müssen entsprechend in der Lage sein, Suizidalität zu erkennen und einzuschätzen. Diese müssen einerseits die konkrete psychische Verfassung einer ratsuchenden Person beurteilen können, sowie die Risikofaktoren für Suizidalität kennen. Weiter muss in der individuellen Situation geklärt werden, ob sich die ratsuchende Person akut sicher genug von den suizidalen Absichten distanzieren kann (Distanzierungsfähigkeit) und ob mit dieser eine verlässliche Vereinbarung getroffen werden kann, sich nichts anzutun und Hilfe aufzusuchen (Absprachefähigkeit). Bei suizidalen Krisen handelt es sich häufig um Ambivalenzkonflikte, weshalb Sozialarbeitende die Haltung vertreten sollen,

wonach die ratsuchende Person sie überzeugen muss, dass sie entgegen aller Schwierigkeiten am Leben bleiben will und dies auch begründen kann, und nicht umgekehrt. (Noyon & Heidenreich, 2013, S.135-140)

Wird nach gründlicher Exploration der Situation deutlich, dass die ratsuchende Person keine ausreichenden Gründe hat, am Leben zu bleiben, ist eine Klinikeinweisung notwendig. In der Kombination von Suizidalität und psychischen Störungen, und damit auch Sozialen Angststörungen, ist die Situation oftmals komplex und schwer überschaubar, vor allem wenn kein störungsspezifisches Hintergrundwissen vorhanden ist. Die Behandlung gehört daher in die Hände von gut ausgebildeten und erfahrenen Fachpersonen. Es empfiehlt sich zudem, in der beratenden Institution vorgängig einen Notfallplan auszuarbeiten. (Noyon & Heidenreich, 2013, S.137-148)

## **7. Schlussfolgerungen und Ausblick**

In diesem Kapitel werden die wichtigsten Erkenntnisse vorliegender Bachelorarbeit zusammenfassend vorgestellt. Das Kapitel schliesst mit einem Ausblick auf weitere notwendige Forschung.

Ziel dieser Arbeit war es, die Hürden bei einer freiwilligen ambulanten sozialarbeiterischen Beratung von Menschen mit Sozialen Angststörungen zu eruieren, um aufgrund dieser Empfehlungen für die Soziale Arbeit zu formulieren. Von Sozialen Angststörungen Betroffene sollen eine Beratung erhalten, die sie als hilfreich erachten, die ihre soziale Inklusion sowie ihre Selbsthilfe anregt.

Zu Beginn wurde anhand von Beschreibungs- und Erklärungswissen aus der Medizin die Soziale Angststörung erläutert. Menschen, die daran erkranken, leiden unter übermässigen Ängsten in sozialen Situationen. Sie befürchten, dass ihr Verhalten oder ihre körperlichen Symptome von anderen als lächerlich oder merkwürdig empfunden und sie deshalb abgelehnt werden. Aufgrund dieser oftmals antizipatorischen Angst besteht eine starke Tendenz zur Vermeidung von angstauslösenden Situationen. In der Schweiz stellen die Angststörungen die häufigste psychische Störung dar, wobei die Soziale Angststörung die Unterform darstellt, die am meisten auftritt. Es ist sehr wahrscheinlich, dass neben der Sozialen Angststörung weitere psychische Störungen auftreten. Zudem ist der Verlauf der Störung vielfach chronisch und nur eine Minderheit der Erkrankten erlebt eine Spontanremission.

Die Auswirkungen einer Sozialen Angststörung wurden aus der ganzheitlichen Perspektive der Sozialen Arbeit betrachtet. Anhand einer Analyse mithilfe des Instrumentes der Prozessual-systemischen Denkfigur wurde aufgezeigt, dass sich eine Soziale Angststörung auf alle sechs Ausstattungsdimensionen negativ auswirken kann. Die Dominanz der Ängste

sowie die ungünstigen Informationsverarbeitungsprozesse zeigen sich insbesondere in der Ausstattung mit Erkenntniskompetenzen. Weil soziale Situationen im alltäglichen Leben häufig sind und Betroffene ihren Ängsten mit den Strategien der Vermeidung oder des Sicherheitsverhaltens begegnen, ist auch die Handlungskompetenz eingeschränkt. Die Ausstattung mit sozialen Beziehungen und Mitgliedschaften sowie auch die sozioökonomische Ausstattung haben sich als gering erwiesen. Schliesslich kann aufgrund des negativen Selbst- sowie Fremdbildes und den pessimistischen Lebensperspektiven von einem Defizit in der symbolischen Ausstattung ausgegangen werden.

Die Behandlung der Sozialen Angststörung erfolgt durch Fachpersonen der Psychiatrie oder Psychologie. Indem eine Soziale Angststörung auch zu sozialen Problemen führt, ist zudem ein Handlungsauftrag für die Soziale Arbeit gegeben. Die Beeinträchtigungen einer Sozialen Angststörung zeigen sich in verschiedenen Lebensbereichen, zum Beispiel im Bereich der Ausbildung und Arbeit, der Finanzen, der Tagesstruktur oder auch des Wohnens. Eine freiwillige, ambulante sozialarbeiterische Beratung kann in genau diesen Bereichen unterstützen, womit sie eine sinnvolle Form der Unterstützung darstellt. Das Merkmal der Freiwilligkeit kann für Menschen mit Sozialen Angststörungen zudem attraktiv sein, da beispielsweise ohne Zwang gearbeitet werden kann.

Bei einer sozialarbeiterischen Beratung handelt es sich um eine soziale Situation und damit für Menschen mit einer Sozialen Angststörung um eine potentiell bedrohliche Situation. Bei einer Beratung von Betroffenen können sich damit störungsspezifische Herausforderungen ergeben: Bereits die Inanspruchnahme stellt eine nicht zu unterschätzende Hürde dar. Zahlen zur Inanspruchnahme von Psychotherapie lassen den Rückschluss zu, wonach auch sozialarbeiterische Beratung zu wenig in Anspruch genommen wird. Mögliche Gründe für die mangelnde Inanspruchnahme sind die fehlende Triage der Ärzteschaft, ein fehlendes Wissen über die psychische Störung oder eine zu geringe Selbsterkennungskompetenz hinsichtlich der eigenen Erkrankung.

In der Beratung selber gestaltet sich der Beziehungs- und Vertrauensaufbau und somit insbesondere der Beginn eines Beratungsprozesses anspruchsvoll. Als Hürden erweisen sich zudem die Befürchtung, von der Fachperson negativ bewertet oder abgewiesen zu werden, die langjährige Übung in der Vermeidung und der Verbergung der Problematik, die perfektionistischen Standards sowie die verminderte Aufnahmefähigkeit.

Angesichts der möglichen Hürden bezüglich der Inanspruchnahme einer freiwilligen, ambulanten sozialarbeiterischen Beratung wurden die Empfehlungen ausgearbeitet, wonach Organisationen der Sozialen Arbeit sich aktiv um eine Vernetzung mit anderen Organisationen im Bereich der Gesundheit und des Sozialen bemühen sollten. Mit Sensibilisierungs-

kampagnen können Betroffene darüber informiert werden, dass sie mit ihren Problemen nicht alleine sind, es Hoffnung auf Besserung gibt und Unterstützungsangebote vorhanden sind. Gleichzeitig kann damit das Vertrauen in die Institution und die Kompetenzen der beratenden Person begünstigt werden. Die Problematik der mangelnden Selbsterkennungskompetenz hingegen müsste entweder bereits im Kindesalter gefördert werden, oder aber in der individuellen psychosozialen Beratung. Bei den strukturellen und institutionellen Hürden wurde exemplarisch auf die Problematik des Weges in die Beratungsstelle eingegangen. Hierbei stellte sich die Online-Beratung als interessant heraus, da diese bei einer Sozialen Angststörung als Türöffner dienen kann oder auch andere Kommunikationsformate auf vielversprechende Weise ergänzt.

Hinsichtlich der möglichen Hürden in einer freiwilligen ambulanten sozialarbeiterischen Beratung wurden zu Beginn geeignete Beratungskonzepte empfohlen, da es sich bei der Frage nach dem Umgang mit Menschen mit Sozialen Angststörungen in erster Linie um eine Handlungsfrage handelt. Als besonders geeignet erscheinen die Konzepte Ressourcenorientierung, Empowerment und Recovery, da diese eine vertrauensvolle professionelle Beziehung begünstigen sowie die Selbsthilfe und Genesung der Klientel unterstützen.

Schliesslich wurden konkrete Empfehlungen zum Umgang mit Menschen mit Sozialen Angststörungen in der Beratung formuliert. Besonders hervorzuheben ist die nötige Sensibilität hinsichtlich der Gestaltung der Beratung, damit eine Aktivierung von Ängsten verhindert werden kann. Beispielsweise können durch die Gestaltung der äusseren Rahmenbedingungen oder durch bestimmte Techniken in der Beratung bereits vorgängig potentiell bedrohliche Situationen entschärft werden. Wesentlich scheint auch die Findung einer Balance hinsichtlich der Kompetenzpräsentation als Fachperson, denn Ratsuchende sollen sich nicht als unterlegen und inkompetent erleben. Gerade zu Beginn eines Beziehungsaufbaus sollte zudem auf die Verbalisierung von Schamgefühlen verzichtet werden, da eine von Sozialen Angststörungen betroffene Person auf diese Weise mit ihrem negativen Selbstbild konfrontiert wird und dies folglich zu Widerwillen und einer möglichen Ablehnung des Beziehungsangebotes führen kann.

Mit vorliegender Arbeit konnten wertvolle Ergebnisse für die sozialarbeiterische Beratungspraxis gewonnen werden. Einschränkend muss jedoch festgehalten werden, dass bei gleichzeitigem Vorhandensein von anderen psychischen Störungen eine deutlich höhere Komplexität vorliegt. Nicht zuletzt deshalb wäre die Einholung der Sicht der Betroffenen hinsichtlich der eruierten Hürden und den daraus abgeleiteten Empfehlungen interessant. Die Autorin hat aus ethischen Gründen auf ein Face-to-Face-Interview verzichtet, da Betroffene damit in eine für sie angstbesetzte Situation versetzt werden. Weil sich im Rahmen der Beantwortung vorliegender Fragestellung jedoch ergeben hat, dass Betroffene bei einer

Online-Kommunikationsform weniger bis keine Angst verspüren, könnte eine Befragung auf diesem Wege vertretbar sein. Dies müsste jedoch vorgängig genauer untersucht werden.

Überhaupt scheint das Angebot der psychosozialen Online-Beratung bei Menschen mit Sozialen Angststörungen vielversprechend. In einer weiteren Arbeit könnte untersucht werden, welche Formen der Online-Beratung in der Sozialen Arbeit bereits angeboten werden, wie diese ausgestaltet sind und eingesetzt werden und schliesslich, welche Erfahrungen in der Online-Beratung von Menschen mit Sozialen Angststörungen bereits gemacht wurden.

## Literaturverzeichnis

- 5th Swiss Forum for Mood and Anxiety Disorders (SFMAD). (2014). Aktueller Forschungsstand, Therapieoptionen und zukünftige Trends in der Behandlung von Depression und Angststörungen. *Neurologie & Psychiatrie*, 3, 31-32.
- Ajdacic-Gross, Vladeta & Graf, Martin. (2003). *Bestandesaufnahme und Daten zur psychiatrischen Epidemiologie* (Arbeitsdokument Nr. 2). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
- American Psychiatric Association (APA). (2015). *Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen DSM-5* (5. Aufl.). Deutsche Ausgabe, herausgegeben von Peter Falkai und Hans-Ulrich Wittchen. Göttingen: Hogrefe.
- Avenir Social. (2014). *Berufsbild der Professionellen Sozialer Arbeit*. Bern: Avenir Social.
- Berger, Thomas, Caspar, Franz, Richardson, Robert, Kneubühler, Bernhard, Sutter, Daniel & Andersson, Gerhard. (2010). Internet-based treatment of social phobia: A randomized controlled trial comparing unguided with two types of guided self-help. *Behaviour Research and Therapy*, 49, 158-169.
- Bosshard, Marianne, Ebert, Ursula & Lazarus, Horst. (2010). *Soziale Arbeit in der Psychiatrie* (4. Aufl.). Bonn: Psychiatrie Verlag.
- Brunner, Ewald Johannes & Schönig, Wolfgang. (1990). Umriss einer Beratungstheorie. In Ewald Johannes Brunner & Wolfgang Schönig (Hrsg.), *Theorie und Praxis von Beratung. Pädagogische und psychologische Konzepte* (S.152-158). Freiburg im Breisgau: Lambertus Verlag.
- Büch, Hendrik, Döpfner, Manfred & Petermann, Ulrike. (2015). *Soziale Ängste und Leistungsängste*. Göttingen Hogrefe.
- Clausen, Jens & Eichenbrenner, Ilse. (2010). *Soziale Psychiatrie. Grundlagen, Zielgruppen, Hilfeformen*. Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer.
- Coles, Meredith E. & Coleman, Shannon L. (2010). Barriers to treatment seeking for anxiety disorders: Initial data on the role of mental health literacy. *Depression and Anxiety*, 27, 63-71.
- Eichenberg, Christiane & Brähle, Elmar. (2013). Internet als Ratgeber bei psychischen Problemen. Bevölkerungsrepräsentative Befragung in Deutschland. *Psychotherapeut*, 58, 63-72.

- Eichenberger, Adrian. (2001). *Zugang zur Behandlung und Prädiktoren der Inanspruchnahme professioneller Hilfe bei Depressionen und Angststörungen* (Master-Thesis). Universitäten Basel, Bern, Zürich: Zürich.
- Fasel, Tanja, Baer, Niklas & Frick, Ulrich. (2010). *Dynamik der Inanspruchnahme bei psychischen Problemen. Soziodemographische, regionale, krankheits- und systembezogene Indikatoren* (Obsan Dossier 13). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
- Fehm, Lydia, Pelissolo, Antoine, Furmark, Tomas & Wittchen, Hans-Ulrich. (2005). Size and burden of social phobia in Europe. *European Neuropsychopharmacology*, 15, 453-462.
- Fehm, Lydia & Knappe, Susanne. (2011). Soziale Phobie. In Hans-Ulrich Wittchen & Jürgen Hoyer (Hrsg.), *Klinische Psychologie & Psychotherapie* (2. Aufl., S.953-969). Heidelberg: Springer Verlag.
- Fischer, Gottfried & Riedesser, Peter. (2009). *Lehrbuch der Psychotraumatologie* (4. Aufl.). München: Ernst Reinhardt Verlag.
- Fydrich, Thomas. (2009). Soziale Phobie. In Jürgen Margraf & Silvia Schneider (Hrsg.), *Lehrbuch der Verhaltenstherapie Band 2: Störungen im Erwachsenenalter - Spezielle Indikationen - Glossar* (3. Aufl., S.45-64). Heidelberg: Springer Verlag.
- Gahleitner, Silke Birgitta & Pauls, Helmut. (2012). Soziale Arbeit und Psychotherapie - zum Verhältnis sozialer und psychotherapeutischer Unterstützungen und Hilfen. In Werner Thole (Hrsg.), *Grundriss Soziale Arbeit. Ein einführendes Handbuch* (4. Aufl., S.367-374). Wiesbaden: VS Verlag.
- Geiser, Kaspar. (2013). *Problem- und Ressourcenanalyse in der Sozialen Arbeit. Eine Einführung in die Systemische Denkfigur und ihre Anwendung* (5. Aufl.). Luzern: interact; Freiburg im Breisgau: Lambertus Verlag.
- Grausgruber, Alfred. (2005). Formen und Entstehungsmodelle. In Wolfgang Gaebel, Hans J. Möller & Wulf Rössler (Hrsg.), *Stigma - Diskriminierung - Bewältigung. Der Umgang mit sozialer Ausgrenzung psychisch Kranker* (S.18-39). Stuttgart: Kohlhammer Verlag.
- Grawe, Klaus. (1995). Grundriss einer allgemeinen Psychotherapie. *Psychotherapeut*, 40, 130-145.

- Gregusch, Petra. (2013). *Auf dem Weg zu einem Selbstverständnis von Beratung in der Sozialen Arbeit. Beratung als transprofessionelle und sozialarbeitsspezifische Methode* [PDF]. Abgerufen von <http://www.socialnet.de/materialien/154.php>
- Hammer, Matthias & Plössl, Irmgard. (2015). *Irre verständlich. Menschen mit psychischer Erkrankung wirksam unterstützen* (3. Aufl.). Köln: Psychiatrie Verlag.
- Herriger, Norbert. (2014). *Empowerment in der Sozialen Arbeit. Eine Einführung* (5. Aufl.). Stuttgart: Kohlhammer.
- Hochuli Freund, Ursula & Stotz, Walter. (2011). *Kooperative Prozessgestaltung in der Sozialen Arbeit. Ein methodenintegratives Lehrbuch*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Hohmeier, Jürgen. (1975). *Stigmatisierung als sozialer Definitionsprozess*. Abgerufen von <http://bidok.uibk.ac.at/library/hohmeier-stigmatisierung.html>
- Jacobi, Frank, Klose, Michael & Wittchen, Hans-Ulrich. (2004). Psychische Störungen in der deutschen Allgemeinbevölkerung: Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen und Ausfalltage. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 8, 736-744.
- Klein, J. P., G. Gerlinger, C. Knaevelsrud, M. Bohus, E. Meisenzahl, A. Kersting, S. Röhr, S. G. Riedel-Heller, U. Sprick, J. Dirmaier, M. Härter, U. Hegerl, F. Hohagen, I. Hauth. (2016). Internetbasierte Interventionen in der Behandlung psychischer Störungen. Überblick, Qualitätskriterien, Perspektiven. *Nervenarzt*, 87, 1185–1193.<sup>4</sup>
- Klemperer, David. (2015). *Sozialmedizin - Public Health - Gesundheitswissenschaften. Lehrbuch für Gesundheits- und Sozialberufe* (3. Aufl.). Bern: Hogrefe.
- Knecht, Alban, Schubert, Franz-Christian, Gahleitner, Silke Birgitta, Glemser, Rolf, Klevenow, Gert-Holger & Röh, Dieter. (2014). Mit Ressourcenansätzen soziale Welten verstehen und Veränderungen aktivieren. In Michaela Köttig, Stefan Borrmann, Herbert Effinger, Silke Brigitta Gahleitner, Björn Kraus & Sabine Stövesand (Hrsg.), *Soziale Wirklichkeiten in der Sozialen Arbeit. Wahrnehmen - analysieren – intervenieren* (S.107-118). Opladen: Verlag Barbara Budrich.
- Kusserow, Anja. (2014). Angststörungen im klinischen Pflegealltag. In Anja Kusserow & Thomas Hax-Schoppenhorst (Hrsg.), *Das Angst-Buch für Pflege- und Gesundheitsberufe. Praxishandbuch für die Pflege- und Gesundheitsarbeit* (S.65-84). Bern: Verlag Hans Huber.

---

<sup>4</sup> Keine vollständige Angabe der Vornamen in der Originalquelle.

- Lenz, Albert. (2011). Aktivierung personaler Ressourcen. In Albert Lenz (Hrsg.), *Empowerment. Handbuch für die ressourcenorientierte Praxis* (S.203-222). Tübingen: Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie.
- Link, Bruce G., & Phelan, Jo C. (2001). Conceptualizing Stigma. *Annual Review of Sociology*, 27, 363-385.
- Möbius, Thomas. (2010). Ressourcenorientierung in der Sozialen Arbeit. In Thomas Möbius & Sibylle Friedrich (Hrsg.), *Ressourcenorientiert arbeiten. Anleitung zu einem gelingenden Praxistransfer im Sozialbereich* (S.13-30). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Mojtabai, Ramin, Olfson, Mark, Sampson, Nancy A., Jin, Robert, Druss, Benjamin, Wang, Philip S., Wells, Kenneth B., Pincus, Harold A. & Kessler, Ronald C. (2011). Barriers to mental health treatment: results from the National Comorbidity Survey Replication. *Psychological Medicine*, 41, 1751-1761.
- Nestmann, Frank. (2007). Ressourcenorientierte Beratung. In Frank Engel, Frank Nestmann & Ursel Sickendiek (Hrsg.), *Das Handbuch der Beratung. Band 2. Ansätze, Methoden und Felder* (2. Aufl., S.725-735). Tübingen: dgvt Verlag.
- Noyon, Alexander & Heidenreich, Thomas. (2013). *Schwierige Situationen in Therapie und Beratung. 30 Probleme und Lösungsvorschläge* (2. Aufl.). Weinheim: Beltz.
- Obrecht, Werner. (2000). Das Systemische Paradigma der Sozialarbeitswissenschaft und der Sozialen Arbeit. In Hans Pfaffenberger, Albert Scherr & Richard Sorg (Hrsg.), *Von der Wissenschaft des Sozialwesens. Standort und Entwicklungschancen der Sozialpädagogik, Sozialarbeitswissenschaft* (S.115-143). Rostock: Neuer Hochschulschriftenverlag.
- Olfson, Mark, Guardino, Mary, Struening, Elmer, Schneider, Franklin R., Hellman, Fred & Klein, Donald F. (2000). Barriers to the Treatment of Social Anxiety. *The American Journal of Psychiatry*, 4, 521-527.
- Pro Infirmis. (n.d.). *Jahresbericht 2015* [PDF]. Abgerufen von <http://www.proinfirmis.ch/de/medien/download/geschaeftsberichte.html>
- Pro Mente Sana. (n.d.). *Peer-Arbeit* [Website]. Abgerufen von <https://www.promentesana.ch/de/wissen/peer-arbeit.html>
- Redlich, Alexander. (2009). *Gesprächsführung in der Beratung von Lehrern, Eltern und Erziehern* [PDF]. Abgerufen von <http://alumni-psychologie.de/verlag>

- Rössler, Wulf & Lauber, Christoph. (2013). Empowerment. In Wulf Rössler & Kawohl Wolfram (Hrsg.), *Soziale Psychiatrie. Das Handbuch für die psychosoziale Praxis. Band 2: Anwendung* (S.352-363). Stuttgart: Kohlhammer.
- Röttgers, Hans Onno & Wittbrock, Sabine. (2012). Angststörungen: Panikstörung, Agoraphobie, Soziale Phobie. In Tilo Kircher (Hrsg.), *Kompendium der Psychotherapie für Ärzte und Psychologen* (S.209-244). Berlin Heidelberg: Springer Verlag.
- Rufer, Michael, Alsleben, Heike & Weiss, Angela. (2016). *Stärker als die Angst. Ein Ratgeber für Menschen mit Angst- und Panikstörungen und deren Angehörige* (2. Aufl.). Bern: Hogrefe.
- Rüsch, Nicolas & Berger, Mathias. (2012). Das Stigma psychischer Erkrankungen. In Mathias Berger (Hrsg.), *Psychische Erkrankungen. Klinik und Therapie* (4. Aufl., S.951-957). München: Urban und Fischer.
- Sanders, Rudolf. (2007). Die Beziehung zwischen Ratsuchendem und Berater. In Frank Engel, Frank Nestmann & Ursel Sickendiek (Hrsg.), *Das Handbuch der Beratung. Band 2. Ansätze, Methoden und Felder* (2. Aufl., S.797-807). Tübingen: dgvt-Verlag.
- Schäfter, Cornelia. (2010). *Die Beratungsbeziehung in der Sozialen Arbeit. Eine theoretische und empirische Annäherung*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Schuler, Daniela & Burla, Laila. (2012). *Psychische Gesundheit in der Schweiz. Monitoring 2012* (Obsan Bericht 52). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
- Schulze, Beate. (2005). Stigmatisierungserfahrungen von Betroffenen und Angehörigen: Ergebnisse von Fokusgruppeninterviews. In Wolfgang Gaebel, Möller Hans J. & Wulf Rössler (Hrsg.), *Stigma - Diskriminierung - Bewältigung. Der Umgang mit sozialer Ausgrenzung psychisch Kranker* (S.122-144). Stuttgart: Kohlhammer Verlag.
- Sickendiek, Ursel, Engel, Frank & Nestmann, Frank. (1999). *Beratung. Eine Einführung in sozialpädagogische und psychosoziale Beratungsansätze*. Weinheim: Juventa Verlag.
- Sickendiek, Ursel, Engel, Frank & Nestmann, Frank. (2008). *Beratung. Eine Einführung in sozialpädagogische und psychosoziale Beratungsansätze*. Weinheim: Juventa Verlag.
- Stangier, Ulrich, Heidenreich, Thomas & Peitz, Monika. (2009). *Soziale Phobien. Ein kognitiv-verhaltenstherapeutisches Behandlungsmanual* (2. Aufl.). Weinheim: Beltz Verlag.

- Stangier, Ulrich, Clark, David M., Ginzburg, Denise M. & Ehlers, Anke. (2016). *Soziale Angststörung* (2. Aufl.). Göttingen: Hogrefe.
- Staub-Bernasconi, Silvia. (1996). Soziale Probleme - soziale Berufe - soziale Praxis. In Maja Heiner (Hrsg.), *Methodisches Handeln in der Sozialen Arbeit* (S.11-101). Freiburg im Breisgau: Lambertus.
- Staub-Bernasconi, Silvia. (2002). Soziale Arbeit und soziale Probleme. Eine disziplin- und professionsbezogene Bestimmung. In Werner Thole (Hrsg.), *Grundriss Soziale Arbeit. Ein einführendes Handbuch* (S.245-258). Opladen: Leske + Budrich.
- Staub-Bernasconi, Silvia. (2007). *Soziale Arbeit als Handlungswissenschaft. Systemtheoretische Grundlagen und professionelle Praxis - Ein Lehrbuch*. Bern: Haupt Verlag.
- Stimmer, Franz. (2012). *Grundlagen des Methodischen Handelns in der Sozialen Arbeit* (3. Aufl.). Stuttgart: W. Kohlhammer.
- Strotzka, Hans. (1975). *Psychotherapie. Grundlagen, Verfahren, Indikationen*. München: Urban & Schwarzenberg.
- Thiersch, Hans. (2004). Sozialarbeit/Sozialpädagogik und Beratung. In Frank Engel, Frank Nestmann & Ursel Sickendiek (Hrsg.), *Das Handbuch der Beratung. Band 1: Disziplinen und Zugänge* (S.115-123). Tübingen: dgvt Verlag.
- Tuschen-Caffier, Brunna, Kühl, Sigrid & Bender, Caroline. (2009). *Soziale Ängste und soziale Angststörung im Kindes- und Jugendalter. Ein Therapiemanual*. Göttingen: Hogrefe.
- Veselinović, Tanja & Schneider, Frank. (2014). In Anja Kusserow & Thomas Hax-Schoppenhorst (Hrsg.), *Das Angst-Buch für Pflege- und Gesundheitsberufe. Praxishandbuch für die Pflege- und Gesundheitsarbeit* (S.313-324). Bern: Verlag Hans Huber.
- Von Schlippe, Arist & Schweitzer, Jochen. (2003). *Lehrbuch der systemischen Therapie und Beratung* (9. Aufl.). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Wälte, Dieter, Borg-Laufs, Michael & Brückner, Burkhard. (2011). *Psychologische Grundlagen der Sozialen Arbeit*. Stuttgart: W. Kohlhammer GmbH.
- Weisbach, Christian-Rainer. (1990). Beratung kann man lernen - ist empathische Kompetenz trainierbar? In Ewald Johannes Brunner & Wolfgang Schönig (Hrsg.), *Theorie und Praxis von Beratung. Pädagogische und psychologische Konzepte* (S.62-76). Freiburg im Breisgau: Lambertus Verlag.

- Wendt, Peter-Ulrich. (2017). *Lehrbuch Methoden der Sozialen Arbeit* (2. Aufl.). Weinheim: Beltz Juventa.
- Westra, Henny A. & Dozois, David J. A. (2010). Integration der motivierenden Gesprächsführung in die Behandlung der Angststörungen. In Hal Arkowitz, Henny A. Westra, William R. Miller, Stephen Rollnick (Hrsg.), *Motivierende Gesprächsführung bei der Behandlung psychischer Störungen* (S.29-58). Weinheim: Beltz.
- Widulle, Wolfgang. (2012). *Gesprächsführung in der Sozialen Arbeit. Grundlagen und Gestaltungshilfen* (2. Aufl.). Wiesbaden: Springer VS.
- Willutzki, Ulrike. (2002). Allgemeine Prinzipien der Psychotherapie sozialer Ängste: Die Rolle von Ressourcen. In Ulrich Stangier & Thomas Fydrich (Hrsg.), *Soziale Phobie und Soziale Angststörung. Psychologische Grundlagen, Diagnostik und Therapie* (S.370-396). Göttingen: Hogrefe Verlag.
- Wirth, Wolfgang. (1982). *Inanspruchnahme sozialer Dienste. Bedingungen und Barrieren*. Frankfurt am Main: Campus Verlag.
- Zobrist, Patrick & Klug, Wolfgang. (2013). *Motivierte Klienten trotz Zwangskontext. Tools für die soziale Arbeit*. München: E. Reinhardt.

## Anhang A: Diagnostische Kriterien

### Diagnostische Kriterien für Soziale Angststörung (Soziale Phobie) gemäss DSM-5

- «A. Ausgeprägte Furcht oder Angst vor einer oder mehreren sozialen Situationen, in denen die Person von anderen Personen beurteilt werden könnte. Beispiele hierfür sind soziale Interaktionen (z.B. Gespräche mit anderen, Treffen mit unbekanntem Personen), beobachtet zu werden (z.B. beim Essen oder Trinken) und vor anderen Leistungen zu erbringen (z.B. eine Rede halten). (. . .)
- B. Betroffene befürchten, dass sie sich in einer Weise verhalten könnten oder Symptome der Angst offenbaren, die von anderen negativ bewertet werden (d.h. die beschämend oder peinlich sind, zu Zurückweisung führen oder andere Personen kränken).
- C. Die sozialen Situationen rufen fast immer eine Furcht- oder Angstreaktion hervor. (. . .)
- D. Die sozialen Situationen werden vermieden oder unter intensiver Furcht oder Angst ertragen.
- E. Die Furcht oder Angst geht über das Ausmass der tatsächlichen Bedrohung durch die soziale Situation hinaus und ist im soziokulturellen Kontext unverhältnismässig.
- F. Die Furcht, Angst oder Vermeidung ist andauernd; typischerweise über 6 Monate oder länger.
- G. Die Furcht, Angst oder Vermeidung verursacht in klinisch bedeutsamer Weise Leiden oder Beeinträchtigungen in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen.
- H. Die Furcht, Angst oder Vermeidung ist nicht Folge der physiologischen Wirkung einer Substanz (z.B. Substanz mit Missbrauchspotential, medikamentöse Wirkstoffe) oder eines medizinischen Krankheitsfaktors.
- I. Die Furcht, Angst oder Vermeidung kann nicht besser durch die Symptome einer anderen psychischen Störung erklärt werden, wie z.B. Panikstörung, Körperdysmorphie Störung oder Autismus-Spektrum-Störung.
- J. Falls ein medizinischer Krankheitsfaktor (z.B. Morbus Parkinson, Adipositas, eine Entstellung durch Verbrennung oder Verletzung) vorliegt, so steht die Furcht, Angst oder Vermeidung nicht damit im Zusammenhang oder geht deutlich darüber hinaus. (. . .)»
- (American Psychiatric Association, 2015, S.274-275)

## Anhang B: Typische Grundüberzeugungen

### «Unkonditionale Grundüberzeugungen:

- Ich bin anderen immer unterlegen.
- Ich bin anders als andere.
- Ich bin dumm.
- Ich bin ein langweiliger Mensch.
- Ich bin ein merkwürdiger Mensch.
- Ich bin für andere nicht interessant.
- Ich bin für andere Leute nicht attraktiv.
- Ich bin nicht liebenswert.
- Ich bin weniger kompetent als andere.
- Andere denken häufig negative Dinge über mich.
- Andere nehmen meine Schwächen wahr und lehnen mich deshalb ab.
- Mein Verhalten in sozialen Situationen ist für andere niemals akzeptabel.

### Konditionale Grundüberzeugungen:

- Ich bin nur dann ein wertvoller Mensch, wenn ich die Bestätigung anderer bekomme.
- Ich muss immer alles richtig machen, sonst werde ich nicht akzeptiert.
- Wenn andere mitbekommen, wie unzulänglich ich wirklich bin, werden sie mich ablehnen.
- Andere halten mich für einen Versager, wenn ich meine Angst zeige.
- Andere Personen lehnen mich ab, wenn ich einen Fehler mache.
- Wenn ich ein Zeichen von Angst zeige, werden mich alle anstarren und denken, dass ich merkwürdig bin. (. . .)

### Perfektionismus:

- Ich darf anderen keine Anzeichen von Schwäche zeigen.
- Ich muss immer den Erwartungen anderer Leute genügen.
- Ich muss immer intelligent und interessant wirken.
- Ich muss immer ruhig, gelassen und gefasst wirken.
- Ich muss immer von jedem akzeptiert werden.
- Ich muss mich kontrollieren, um nicht aufzufallen.
- Es ist mein Fehler, wenn ich von anderen nicht akzeptiert werde.»

(Stangier et al., 2016, S.123)

## Anhang C: Typische Sicherheitsverhaltensweisen

- «• Sätze im Kopf ausprobieren
  - Sprechpausen vermeiden
  - Das Gesicht verstecken
  - Versuchen, an andere Dinge zu denken
  - Mehr reden
  - Versuchen, sich normal zu verhalten
  - Versuchen, das Verhalten unter Kontrolle zu halten
  - Sich vorstellen, wie man auf andere wirkt
  - Tassen oder Gläser sehr fest halten
  - Sich so platzieren, dass man nicht bemerkt wird
  - Positiv denken
  - Sich am Rand von Gruppen aufhalten
  - Alkohol trinken, um die Angst in den Griff zu bekommen
  - Versuchen, keine Aufmerksamkeit auf sich zu ziehen
  - Angestrengt versuchen, die richtigen Worte zu finden
  - Überprüfen, ob man auch gut wirkt
  - Blickkontakt vermeiden
  - Weniger reden
  - Keine Fragen stellen
  - Erst überprüfen, ob es angemessen ist, bevor man etwas sagt
  - Geistig wegtreten oder abschalten
  - Vermeiden, über sich selbst zu reden
  - Sich so wenig wie möglich bewegen
  - Viele Fragen stellen
  - Versuchen, Zittern zu kontrollieren
  - Kleidung wählen, die Schwitzen verhindert oder versteckt
  - Kleidung tragen oder Make-up benutzen, um Erröten weniger sichtbar zu machen»

(Stangier et al., 2016, S.122)