



Masterarbeit im Rahmen des Master of Advanced Studies  
ZFH in Berufs-, Studien- und Laufbahnberatung

## **Soziale Angst in der Berufsberatung**

Hilfreiche Strategien für Berufsberatende

Eingereicht dem IAP Institut für Angewandte Psychologie,  
Departement Angewandte Psychologie der ZHAW

von

Angela Armbruster & Denise Furler

am

02.12.2022

Erstbetreuung: Susanna Borner, lic.phil., Beraterin & Dozentin,  
Studienleitung BSLB, IAP ZHAW

Zweitbetreuung: André Zeder, Dr. phil. BSLB CC & HRM  
Psychologe Rekrutierungszentrum Aarau

«Diese Arbeit wurde im Rahmen der Weiterbildung an der ZHAW, IAP Institut für Angewandte Psychologie, Zürich, verfasst. Eine Publikation bedarf der vorgängigen schriftlichen Bewilligung des IAP».

In der vorliegenden Arbeit wird der sogenannte «Genderstern» \* verwendet. Dieser weist darauf hin, dass Geschlecht nicht nur binär – also als weiblich oder männlich – verstanden werden kann. Der Genderstern dient der sprachlichen Gleichbehandlung aller Geschlechter.

## **Abstract**

Die vorliegende Arbeit im Rahmen des Weiterbildungsmasters in Berufs-, Studien- und Laufbahnberatung thematisiert die Hürden und Chancen in der Berufswahl bei Betroffenen von Sozialer Angst.

Soziale Angststörungen gehören gemäss epidemiologischen Studien zu den häufigsten psychischen Problemen junger Menschen und können auch als Trigger für komorbide Störungen wirken. Die Beeinträchtigung der Lebensqualität ist erheblich und kann sich auf die gesamte Lebensspanne ausdehnen. Bei der Berufswahl sind Betroffene oft in ihrem Handlungsspielraum eingeschränkt und durch die Ängste für das Erkunden ihrer eigentlichen Interessen und Fähigkeiten blockiert.

Für Berufsberatende stellt sich die Frage, inwiefern Jugendliche und junge Erwachsene mit Sozialen Ängsten beim Berufswahlprozess optimal unterstützt werden können. Mithilfe von sechs Interviews mit Expert\*innen aus der IV-Berufsberatung sowie aus dem Bereich des Jobcoachings werden Strategien aus dem praktischen Umfeld ermittelt, die für die Gesprächssituation, die Ressourcenaktivierung und Begleitung in die Arbeitswelt unterstützend sind.

Die Auswertung erfolgt anhand strukturierender, qualitativer Inhaltsanalyse. Die Resultate werden vor dem Hintergrund der einschlägigen Literatur diskutiert. Zum Schluss folgt ein Ausblick auf mögliche weiterführende Forschung.

## **Danksagung**

Einen besonderen Dank richten wir an unsere interne Betreuerin des IAPs, Frau Susanna Borner (dipl. Berufs-, Studien- und Laufbahnberaterin sowie Studiengangleiterin und Dozentin am IAP, ZHAW Zürich). Ihre wertvolle Unterstützung insbesondere bei der Erstellung der Disposition haben wir sehr geschätzt sowie weitere hilfreiche Anmerkungen gerne umgesetzt. Ebenfalls möchten wir uns herzlich bei unserem externen Zweitbetreuer Herrn André Zeder (dipl. Berufs-, Studien- und Laufbahnberater und Psychologe im Rekrutierungszentrum in Aarau) für die motivierenden, hilfreichen Impulse und die zeitlich unkomplizierte Verfügbarkeit bedanken.

Den Expert\*innen möchten wir einen Dank aussprechen für die engagierte Teilnahme an den Interviews, den Erfahrungsaustausch und ihre Offenheit sowie Begeisterung dem Thema gegenüber.

Ein letztes Dankeschön geht an unsere Familien, welche uns über die gesamte Dauer der Arbeit emotional unterstützt und uns immer wieder Freiraum gewährt haben.

## Inhaltverzeichnis

1	Einleitung.....	11
1.1	Fragestellungen und Zielsetzung .....	12
1.2	Aufbau der Arbeit.....	12
2	Theoretischer Hintergrund .....	13
2.1	Angst: ein Grundgefühl / Funktionen der Angst.....	13
2.2	Soziale Angststörung: Störungsbild und Diagnostik .....	14
2.2.1	Diagnosekriterien nach ICD-10 .....	15
2.2.2	Diagnosekriterien nach DSM-5 .....	17
2.2.3	Begriffsklärung.....	17
2.2.4	Die Soziale Angststörung im Kindes- und Jugendalter.....	18
2.2.5	Konsequenzen.....	19
2.3	Epidemiologie .....	20
2.4	Komorbidität.....	21
2.5	Ätiologie.....	22
2.5.1	Erbliche Faktoren.....	22
2.5.2	Umweltbedingte Faktoren .....	23
2.5.3	Störungsmodell der Sozialen Phobie .....	25
2.6	Therapeutische Intervention.....	26
2.6.1	Selbstöffnung und Selbsthilfe.....	26
2.6.2	Pharmakologische Therapie .....	27
2.6.3	Psychotherapien.....	28
2.7	Selbstkonzept und Selbstwert.....	32
2.7.1	Selbstkonzept .....	32
2.7.2	Selbstwert.....	33
2.8	Soziale Kompetenz bei Sozialer Ängstlichkeit.....	34
2.9	Berufswahltheorien und Berufswahlbereitschaft.....	35
2.9.1	Der passungstheoretische Ansatz.....	35
2.9.2	Der entwicklungsorientierte Ansatz .....	36

2.9.3	Die sozial-kognitive Laufbahntheorie .....	37
2.9.4	Berufswahlbereitschaft.....	40
3	Methodisches Vorgehen .....	42
3.1	Untersuchungsdesign und Datenerhebung .....	42
3.2	Beschreibung der Stichprobe .....	42
3.3	Gestaltung des Interviewleitfadens .....	43
3.4	Untersuchungsablauf .....	44
3.5	Transkription .....	44
3.6	Qualitative Inhaltsanalyse .....	44
4	Ergebnisse .....	46
4.1	Häufigkeit und Erkennen sozialer Ängstlichkeit.....	46
4.1.1	Schätzung der Häufigkeit sozialer Ängstlichkeit.....	46
4.1.2	Erkennen einer Sozialen Angst.....	47
4.2	Strategien zur Beziehungsgestaltung und Gesprächsführung.....	48
4.2.1	Kontaktaufnahme.....	48
4.2.2	Grundhaltung.....	49
4.2.3	Gesprächssetting.....	50
4.2.4	Gesprächsstrategien und Methoden .....	50
4.3	Hürden in der Beratungssituation.....	52
4.3.1	Komorbidität .....	52
4.3.2	Selbstwert.....	53
4.3.3	Weitere Hürden in der Beratungssituation.....	53
4.4	Ressourcen.....	55
4.4.1	Häufig vorhandene Ressourcen.....	55
4.4.2	Wie können Ressourcen aktiviert werden? .....	58
4.5	Unterstützung im Berufswahlprozess .....	60
4.6	Geeignete Berufe und ihre Rahmenbedingungen .....	62
4.6.1	Geeignete Berufe.....	62
4.6.2	Unterstützende Rahmenbedingungen.....	63

5	Diskussion und Ausblick .....	65
5.1	Häufigkeit und Erkennen einer Sozialen Angststörung.....	65
5.1.1	Häufigkeit einer Sozialen Angststörung.....	65
5.1.2	Erkennen von Sozialen Ängsten .....	66
5.2	Strategien für Gesprächsführung / Beziehungsgestaltung.....	67
5.3	Hürden in der Beratung bei Vorliegen von Sozialer Angst.....	69
5.3.1	Komorbidität .....	70
5.3.2	Selbstwert.....	70
5.3.3	Interessenentwicklung .....	71
5.3.4	Vermeidungsverhalten .....	72
5.4	Ressourcen.....	73
5.5	Unterstützung des Berufswahlprozesses bei Jugendlichen mit Sozialer Angst .....	75
5.5.1	Förderung der Selbstwirksamkeitserwartung .....	76
5.5.2	Wirksamkeit von therapeutischen Interventionen .....	78
5.5.3	Förderung der Berufswahlbereitschaft .....	79
5.6	Berufe und Rahmenbedingungen .....	80
5.7	Fazit.....	82
5.8	Methodenkritik und Ausblick .....	84
6	Literaturverzeichnis.....	86
7	Anhang.....	93

## Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1. Kompetenzorientiertes Störungsmodell der Sozialen Phobie (Fydrich, 2003). 25	
Abbildung 2. Modell der Sozialen Phobie nach Clark & Wells (Rusch et al., 2012). .... 29	
Abbildung 3. Modell der Interessenentwicklung (vereinfacht nach Lent et al., 1994), aus Hirschi (2008b). .... 38	



## Tabellenverzeichnis

Tabelle 1 <i>Angaben zu den Expert*innen (eigene Darstellung)</i> .....	43
Tabelle 2 <i>Auswertung gemäss der qualitativen Inhaltsanalyse (Beispiel zu Forschungsfrage 1): Hauptkategorie mit Unterkategorien (eigene Darstellung)</i> .....	45
Tabelle 3 <i>Angaben der Expert*innen zu komorbiden Störungen (eigene Darstellung)</i> .....	52

## Abkürzungsverzeichnis

ask!	Beratungsdienste für Ausbildung und Beruf Aargau
BIZ	Berufsinformationszentrum
BSLB	Berufs-, Studien- und Laufbahnberatung
DSM	Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen
ICD	Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme
IV	Invalidenversicherung
KVT	Kognitive Verhaltenstherapie
SCCT	Sozial-kognitive Laufbahntheorie
SE	Supported Employment
SVA	Sozialversicherungsanstalt

## 1 Einleitung

Im Rahmen unserer Praxiserfahrungen im Bereich des Jobcoachings, auf der öffentlichen Berufsberatungsstelle und in der IV-Beratung sind wir in Gesprächssituationen immer wieder auf Klient\*innen gestossen, die von unterschiedlich starken Sozialen Ängsten geplagt werden, wodurch der Berufswahlprozess erheblich erschwert wird. In der Literatur wird berichtet, dass Soziale Angst zu den häufigsten psychischen Störungen gehört und besonders oft gleichzeitig mit anderen psychischen Problemen auftritt (Fydrich, 2003). Bei der Themensuche für die vorliegende Arbeit haben wir bei der Literaturrecherche festgestellt, dass in der Berufsberatung dieses Störungsbild wenig thematisiert wird. Dennoch bringt es für Betroffene hohe Konsequenzen für die berufliche Laufbahn und die Lebensqualität mit sich und kann auch den Beratungsprozess erheblich erschweren. Das folgende Beispiel einer jungen Person mit Sozialen Ängsten macht deutlich, wieviel Leid eine Soziale Angststörung im beruflichen wie auch privaten Leben bewirken kann und was für Konsequenzen sich daraus ergeben können:

*Fallbeispiel Nadia 16-jährig, SVA Zürich*

*Nach einer erfolgten IV-Anmeldung für Minderjährige, lade ich (Denise Furler) Nadia und ihre Eltern zu einem Erstgespräch in die SVA Zürich ein. Ihr Dossier habe ich vorgängig durchgelesen und die Diagnose Soziale Phobie sticht mir ins Auge. Als ich die Kundin beim Empfang abholen möchte, stehen nur ihre Eltern da. Die Kundin habe sich nicht aus dem Haus getraut. Die Eltern wünschen dennoch ein Gespräch mit mir, da sie mit der Situation komplett überfordert seien und nicht mehr weiterwissen. Sie erzählen mir, dass die Kundin schon seit Monaten nicht mehr in die Schule gehe. Sie habe eine solche Angst vor anderen Menschen entwickelt, dass sie die Schule komplett meide. Manchmal schaffe sie es aus der Haustüre, komme jedoch auf halbem Weg wieder zurück. Auch das Fahren in öffentlichen Verkehrsmitteln stelle zunehmend eine unüberwindbare Hürde dar. Nadia könne sich mit dem Thema Berufswahl gar nicht auseinandersetzen. Früher wollte sie Primarlehrerin werden, aktuell erscheine dieser Berufswunsch unmöglich in der Umsetzung. Aufgrund ihrer kognitiven Fähigkeiten würde Nadia vieles offenstehen, ihre Tochter sei vor dem Schulabsentismus eine sehr gute Schülerin gewesen. Als in der zweiten Oberstufe das Schnuppern ein Thema wurde, sei Nadia nicht mehr in die Schule gegangen. Die Mutter konnte sie auch nicht überzeugen, mit ihr auf ein BIZ zu gehen, um andere Berufe anzuschauen. Bei jeder Ausbildung male sie sich aus, wie gross die Angst sein würde und das nehme ihr das Interesse am jeweiligen Beruf.*

## 1.1 Fragestellungen und Zielsetzung

Für Berufsberatende stellt sich die Frage, inwiefern Jugendliche und junge Erwachsene mit Sozialen Ängsten beim Berufswahlprozess optimal unterstützt werden können. Die vorliegende Arbeit möchte mithilfe von sechs Expert\*innen-Interviews Erfahrungen und Strategien aus dem praktischen Umfeld ermitteln, die für die Gesprächssituation, die Ressourcenaktivierung und die Begleitung in die Arbeitswelt unterstützend sind. Folgende fünf Forschungsfragen sollen beantwortet werden:

- Forschungsfrage 1:** Welche Strategien sind hilfreich für die Gesprächsführung / Beziehungsgestaltung in der Beratung?
- Forschungsfrage 2:** Was sind mögliche Hürden in der Beratungssituation bei sozialer Ängstlichkeit?
- Forschungsfrage 3:** Welche Ressourcen bringen sozialängstliche Personen mit?
- Forschungsfrage 4:** Wie können Beratungspersonen den Berufswahlprozess unterstützen, wenn eine soziale Ängstlichkeit vorliegt?
- Forschungsfrage 5:** Welche Rahmenbedingungen / Berufe eignen sich eher für Menschen mit Sozialer Angst?

## 1.2 Aufbau der Arbeit

Im folgenden Kapitel soll zunächst ein theoretisches Fundament gebildet werden, indem aktuelle Literatur zu Sozialer Angst und den Themenbereichen der obigen Forschungsfragen zusammengefasst wird. Weiter werden im dritten Kapitel die Methoden vorgestellt, welche zur Datenerhebung und -auswertung genutzt wurden. Im vierten Kapitel werden dann die Ergebnisse aus den Interviews dargestellt und anschliessend im fünften Kapitel ausgewertet und vor dem theoretischen Hintergrund sowie aktuellen Forschungsergebnissen diskutiert. Abschliessend wird die Arbeit kritisch reflektiert sowie einige Gedanken in Form eines Ausblicks formuliert.

## 2 Theoretischer Hintergrund

Der erste Teil des Theoriekapitels befasst sich mit verschiedenen Funktionen der Angst. Anschliessend wird das Störungsbild beschrieben und auf die Ätiologie und therapeutische Intervention eingegangen. Es folgt eine Darstellung der Begriffe Selbstkonzept, Selbstwert und Soziale Kompetenz. Der letzte Teil des Kapitels befasst sich mit dem Thema der Berufswahl.

### 2.1 Angst: ein Grundgefühl / Funktionen der Angst

Angst ist eine Emotion, die grundsätzlich für uns Menschen gesund und wichtig ist. Im Alltag Angst zu spüren, gehört zum normalen Leben. Sie dient als Alarm- bzw. Warnsignal, das immer dann aktiviert wird, wenn unser Körper, unsere Seele oder wichtige soziale Bezüge in Gefahr sind (Pohl, 2016).

Die Funktion der Angst besteht darin, die Aufmerksamkeit auf mögliche Gefahren zu lenken, Flucht und Abwehr zu bahnen und somit das Überleben zu sichern (Hoyer & Härtling, 2019). Die Angst ist daher ein lebensnotwendiger Affekt, ohne Angst würden wir nicht lange überleben (Bassler, 2005).

Auch Angst in sozialen Situationen ist ein normales Gefühl, das die meisten Menschen aus ihrem Alltag kennen. Angst beschränkt sich nicht nur auf physische Gefahren, sondern entsteht auch dann, wenn unsere Zugehörigkeit zu einer Gruppe oder die Anerkennung durch andere bedroht sind. Andere Menschen bestimmen unseren sozialen Erfolg mit, ihre Reaktionen können Hochgefühle oder auch tiefe Kränkungen auslösen. Wir sind ständiger Bewertungen durch unsere Mitmenschen ausgesetzt, ob bewusst oder unbewusst. Fast jeder Mensch kennt Furcht vor Zurückweisung oder Blamage durch das soziale Umfeld in gewissen Situationen. Wenn jedoch eine ausgeprägte und anhaltende Angst davor besteht, im Zentrum der Aufmerksamkeit zu stehen oder sich peinlich zu verhalten und dadurch immer häufiger soziale Situationen vermieden werden, dann spricht man nicht mehr von einer normalen Angst (Bandelow & Wedekind, 2014).

Durch das Vermeidungsverhalten und dem damit verbundenen sozialen Rückzug minimieren sich mögliche positive Erfahrungen in der Gesellschaft. Die unterstützenden Aspekte des sozialen Integriertseins für die Gesundheit eines Menschen sind wissenschaftlich gut belegbar. Wer sich in seinem sozialen Umfeld wohl und eingebunden fühlt, ist aktiver und motivierter, empfindet mehr Freude am Leben und entwickelt eine stärker ausgeprägte Selbst- und Fremdfürsorge. In schwierigen Lebensphasen bleiben diese Motive aktiv und können unterstützend wirken. Die menschliche Bedürfnisstruktur orientiert sich stark am sozialen Miteinander (Dowling & Bertram, 2021). Dementsprechend sind Menschen hoch

motiviert, Zuneigung und Anerkennung bei anderen auszulösen, sich ihrer Unterstützung zu versichern und vertrauensvolle Beziehungen aufzubauen. Umgekehrt sind soziale Isolation, Einsamkeit und das Gefühl, der Gesellschaft nicht zugehörig zu sein, wie dies bei Betroffenen von Sozialen Ängsten der Fall sein kann, Faktoren, welche Stress und chronische Krankheiten mitbedingen können (Hoyer, 2019). Es ist allerdings sehr schwierig, eine klare Grenze zu ziehen zwischen adäquater und pathologischer Angst. Selbst für Fachpersonen kann es herausfordernd sein, zwischen milden Formen von Sozialer Angststörung und «normaler» Schüchternheit zu unterscheiden (Bandelow & Wedekind, 2014). Im folgenden Kapitel wird auf das Störungsbild und die Diagnostik von Sozialen Angststörungen eingegangen.

## **2.2 Soziale Angststörung: Störungsbild und Diagnostik**

Bei einer Sozialen Angststörung besteht als Kernmerkmal eine übertriebene und irrationale Angst, von anderen Menschen negativ bewertet zu werden (Fehm & Knappe, 2020).

Personen mit Sozialer Angst befürchten, sich in sozialen Situationen oder in Leistungssituationen peinlich zu verhalten, sich zu blamieren oder körperliche Angstsymptome wie z.B. Erröten, Zittern oder Schwitzen zu zeigen und in der Folge von anderen abgewertet oder abgelehnt zu werden (Jacobi & Chaker, 2010). Als zugehörige beobachtbare Merkmale werden eine übermässig steife Körperhaltung, unangemessener Augenkontakt oder das Sprechen mit sehr leiser Stimme genannt. Zudem werden betroffene Personen als scheu, verschlossen und weniger offen in Gesprächen beschrieben (Falkai et al., 2018).

Soziale Phobien können beschränkt sein auf klar abgegrenzte soziale Situationen (z.B. Essen oder Sprechen in der Öffentlichkeit), oder aber generell in fast allen sozialen Situationen ausserhalb der Familie auftreten (Dilling et al., 2015). Laut Fehm und Knappe (2020) weisen empirische Studien allerdings darauf hin, dass dabei eher von einem Kontinuum als von zwei Subtypen auszugehen ist. Die Angst kann sich in körperlichen Symptomen wie beispielsweise Herzklopfen, Schwächegefühl, Übelkeit oder Drang zum Wasserlassen äussern. Manchmal interpretieren Betroffene diese sekundären Manifestationen der Angst als das primäre Problem. Die Angstsymptome können sich bis hin zum Erleben einer Panikattacke verstärken (Dilling et al., 2015) Typischerweise vermeiden Betroffene anhaltend die gefürchteten sozialen Situationen, auch wenn sie einsehen, dass die Symptome und Ängste übertrieben und irrational sind (Leidig & Bassler, 2005). Das Vermeidungsverhalten kann von sehr subtil (Augenkontakt einschränken) bis zu sehr umfassend (keine Partys besuchen) ausgeprägt sein (Falkai et al., 2018) und hat eine eingeschränkte Bewegungsfreiheit zur Folge, die in schweren Fällen bis hin zu einer vollständigen sozialen Isolation reichen kann (Bandelow & Wedekind, 2014; Falkai et al.,

2018). Insgesamt lässt sich sagen, dass die Begriffe Soziale Phobie bzw. Soziale Angststörung eine grosse Bandbreite und verschiedenste Facetten Sozialer Ängste umfassen (Fehm & Knappe, 2020).

### 2.2.1 Diagnosekriterien nach ICD-10

Die ICD (Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme) der Weltgesundheitsorganisation (WHO) wird weltweit zur Einteilung und Kodierung von Diagnosen angewendet. Seit dem ersten Januar 2022 ist die 11. Version in Kraft, allerdings besteht diese für den deutschen Sprachraum aktuell erst in einer durch automatisierte Übersetzungsverfahren erstellten Version. Das bisherige ICD-10 wird daher in der Schweiz erst nach einer Übergangsfrist bis 2027 definitiv abgelöst (Traber, 2022), weshalb folgend die Diagnose-Kriterien gemäss ICD-10 (Dilling et al., 2011) wiedergegeben werden:

#### F40.1 Soziale Phobien

A. Entweder 1 oder 2:

1. deutliche Furcht im Zentrum der Aufmerksamkeit zu stehen oder sich peinlich oder erniedrigend zu verhalten
2. deutliche Vermeidung im Zentrum der Aufmerksamkeit zu stehen oder von Situationen, in denen die Angst besteht, sich peinlich oder erniedrigend zu verhalten

Diese Ängste treten in sozialen Situationen auf, wie Essen oder Sprechen in der Öffentlichkeit, Begegnung von Bekannten in der Öffentlichkeit, Hinzukommen oder Teilnahme an kleinen Gruppen, wie z.B. bei Partys, Konferenzen oder in Klassenräumen.

B. Mindestens zwei Angstsymptome in den gefürchteten Situationen mindestens einmal seit Auftreten der Störung, wie in F40.0, Kriterium B, definiert [siehe unten], sowie zusätzlich mindestens eines der folgenden Symptome:

1. Erröten oder Zittern
2. Angst zu erbrechen
3. Miktions- oder Defäkationsdrang bzw. Angst davor.

C. Deutliche emotionale Belastung durch die Angstsymptome oder das Vermeidungsverhalten. Einsicht, dass die Symptome oder das Vermeidungsverhalten übertrieben und unvernünftig sind.

D. Die Symptome beschränken sich ausschliesslich oder vornehmlich auf die gefürchteten Situationen oder auf Gedanken an diese.

E. Ausschlussvorbehalt: Die Symptome der Kriterien A und B sind nicht bedingt durch Wahn, Halluzinationen oder andere Symptome der Störungsgruppen organische psychische Störungen (F0), Schizophrenie und verwandte Störungen (F2), affektive Störungen (F3) oder eine Zwangsstörung (F42) und sind nicht Folge von kulturell akzeptierten Anschauungen.

#### **F40.0 Agoraphobie, Kriterium B**

B. Seit Auftreten der Störung müssen in den gefürchteten Situationen mindestens zwei Angstsymptome aus der unten angegebenen Liste, davon eins der vegetativen Symptome 1 bis 4, wenigstens zu einem Zeitpunkt gemeinsam vorhanden gewesen sein:

*Vegetative Symptome:*

1. Palpitationen, Herzklopfen oder erhöhte Herzfrequenz
2. Schweissausbrüche
3. Fein- oder grobschlägiger Tremor
4. Mundtrockenheit (nicht infolge Medikation oder Exsikkose)

*Symptome, die Thorax und Abdomen betreffen:*

5. Atembeschwerden
6. Beklemmungsgefühl
7. Thoraxschmerzen oder –missempfindungen
8. Nausea oder abdominelle Missempfindungen (z.B. Unruhegefühl im Magen)

*Psychische Symptome:*

9. Gefühl von Schwindel, Unsicherheit, Schwäche oder Benommenheit
10. Gefühl, die Objekte sind unwirklich (Derealisation) oder man selbst ist weit entfernt oder «nicht wirklich hier» (Depersonalisation)
11. Angst vor Kontrollverlust, verrückt zu werden oder «auszuflippen»
12. Angst zu sterben

*Allgemeine Symptome:*

13. Hitzewallungen oder Kälteschauer
14. Gefühllosigkeit oder Kribbelgefühle



Anders als in der ICD-10 wird in der neuen Version ICD-11 die Bezeichnung Soziale Angststörung anstatt Soziale Phobie verwendet. Auch das im anglo-amerikanischen Raum sowie in der internationalen Forschung vornehmlich verwendete Klassifikationssystem DSM-5 (Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen) der American Psychiatric Association (APA) benutzt diese aktuellere Bezeichnung. Dadurch werden die Sozialen Ängste besser von spezifischen phobischen Ängsten abgegrenzt (Schmitz & Asbrand, 2020).

### **2.2.2 Diagnosekriterien nach DSM-5**

Im Unterschied zu den Diagnosekriterien der ICD enthalten diejenigen des DSM-5 keine Notwendigkeit physiologischer Angstsymptome. Ein weiterer wichtiger Unterschied liegt darin, dass im DSM-5 keine Einsicht in die Übertriebenheit der Sozialen Ängste für eine Diagnosestellung notwendig ist (Schmitz & Asbrand, 2020). Hingegen ist es nach DSM-5 möglich, eine Soziale Angststörung zu diagnostizieren, welche ausschliesslich auf Leistungssituationen wie das Sprechen vor anderen bzw. das Erbringen von Leistungen vor anderen beschränkt ist. Solche Leistungsängste beeinträchtigen Betroffene typischerweise am stärksten in der Ausbildung und im Berufsleben oder bei Rollenfunktionen, die regelmässig das Sprechen vor anderen oder in der Öffentlichkeit erfordern. Andere soziale Situationen werden von Personen mit einer solchen «Sozialen Angststörung nur in Leistungssituationen» nicht gefürchtet und nicht vermieden. Laut DSM-5 ist eine Diagnosestellung jedoch nicht angezeigt, wenn eine Person zwar Angst vor öffentlichem Sprechen hat, diese Situation aber nicht regelmässig antrifft und entsprechend nicht ausgesprochen darunter leidet. Vermeidet eine Person hingegen aufgrund der sozialen Angstsymptome einen gewünschten Beruf oder eine Ausbildung oder wird hierfür nicht ausgewählt, dann ist das Kriterium erfüllt (Falkai et al., 2018).

### **2.2.3 Begriffsklärung**

In der vorliegenden Arbeit werden die Begriffe «Soziale Phobie», «Soziale Angststörung» und «Soziale Angst» synonym verwendet. Sie weisen darauf hin, dass die Diagnosekriterien erfüllt sind und eine diagnostizierte Störung vorliegt. Aus diesem Grund wird in der vorliegenden Arbeit bei diesen Begriffen 'Sozial' grossgeschrieben. «Soziale Ängstlichkeit» hingegen wird breiter verstanden. Dieser Begriff schliesst auch subklinische Ängste ein, die das Vollbild einer Störung nicht erfüllen. Es handelt sich also um Ängste von geringerem Ausmass, die aber dennoch Vermeidungsverhalten und Leidensdruck mit sich bringen (Tuschen-Caffier et al., 2009). «Schüchternheit» wiederum ist eine über die Lebenszeit relativ stabile Persönlichkeitseigenschaft und nicht mit Sozialer Angst gleichzusetzen (Hoyer & Härtling, 2019). Schüchternheit beschreibt eine generelle Zurückhaltung in neuen und

unvertrauten sozialen Situationen. Schüchterne Kinder und Jugendliche zeigen in solchen Situationen wenig Selbstvertrauen oder reagieren mit Vermeidungsverhalten (Büch et al., 2015).

#### **2.2.4 Die Soziale Angststörung im Kindes- und Jugendalter**

Konsistente Befunde zeigen, dass die Soziale Angststörung in den meisten Fällen bereits in der Kindheit oder Adoleszenz beginnt (Wittchen et al., 1999). Ab wann die Soziale Angst frühestens auftritt, kann aktuell noch nicht beantwortet werden. Zwar gibt es in einzelnen Studien Hinweise dafür, dass bereits drei- oder vierjährige Kinder die Kriterien für eine Soziale Angststörung erfüllen können, die Prävalenzzahlen für Kinder unter acht Jahren sind jedoch sehr gering. In vielen Fällen geht diesem Störungsbild allerdings bereits im Vorschulalter ein deutlich gehemmtes Temperament und Schüchternheit voraus (Schmitz & Asbrand, 2020).

Gemäss Schmitz und Asbrand (2020) sind Kinder im Grundschulalter mit Leistungssituationen konfrontiert und gleichzeitig einem Vergleich mit gleichaltrigen Kindern ausgesetzt. Zudem stehen die Kinder vor der Aufgabe, sich in eine Gruppe einzugliedern. Aus der damit verbundenen Sorge, von anderen negativ bewertet zu werden, erwächst bei einigen Kindern eine Soziale Angststörung. Insbesondere jüngere Kinder benennen ihre Angst aber nicht, sondern diese äussert sich eher in somatischen Reaktionen wie vermehrten Bauch- oder Kopfschmerzen. Schmitz und Asbrand (2020) berichten von aktueller Forschung, die zeigt, dass bereits im Kindesalter den Kognitionen eine hohe Bedeutung zukommt. So beurteilen Kinder mit Sozialer Angst mehrdeutige soziale Situationen häufiger als bedrohlich und nehmen bedrohliche Reize (z.B. verärgerte Gesichter) mit erhöhter Aufmerksamkeit wahr. Weiter bestehen Hinweise, dass bereits Kinder im Alter von acht bis zwölf Jahren bei Vorliegen einer Sozialen Angststörung im Anschluss an soziale Situationen stark auf negative Gedanken fokussieren und zum Grübeln neigen. Ausserdem sorgen sich diese Kinder auch bereits darüber, dass körperliche Angstsymptome, wie beispielsweise Schwitzen, sichtbar werden könnten.

Zum Jugendalter berichten Schmitz und Asbrand (2020), dass die Symptome einer Sozialen Angststörung denjenigen im Erwachsenenalter ähneln. So nehmen bei betroffenen Jugendlichen körperliche Symptome wie Bauchschmerzen, Unruhe und Anspannung in sozialen Situationen weiter zu. Das Sicherheitsverhalten wird wichtiger, was sich beispielsweise in möglichst unscheinbarem Verhalten im Unterricht zeigt, oder indem das Gesicht hinter den Haaren versteckt und Blickkontakt vermieden wird. Auch problematische Kognitionen nehmen zu, wie Sorgen im Voraus, dass eine soziale Situation peinlich verlaufen könnte. Mit stärkerem Ausprägungsgrad der Störung verstärken sich auch die Ein-

schränkungen im schulischen Alltag und in der Freizeit. Häufig kommen dann zur Sozialen Angststörung weitere komorbide Störungen hinzu (vgl. Kapitel 2.4.). Bei einer hoch ausgeprägten Sozialen Angststörung kann es zu einem fast vollständigen Rückzug aus sozialen Situationen kommen.

### **2.2.5 Konsequenzen**

Die Soziale Angststörung ist mit erheblichem subjektivem Leiden und einer deutlich verminderten subjektiven Lebensqualität verbunden. Personen mit einer Sozialen Angststörung sind in verschiedensten Lebensbereichen, u.a. auch in Ausbildung und Berufsleben, von gravierenden Einschränkungen betroffen (Fehm et al., 2007; Fehm & Knappe, 2020). So geht eine Soziale Angststörung oft mit geringerem schulischem Erfolg sowie in der Folge mit einer geringeren Wahrscheinlichkeit, einen Hochschulabschluss zu erwerben, einher. Weiter befinden sich betroffene Erwachsene mit höherer Wahrscheinlichkeit in finanzieller Abhängigkeit (Arbeitslosengeld, weitere Sozialleistungen) oder in einer beruflichen Position, die nicht ihrem Potenzial entspricht. Es ist jedoch zu beachten, dass der geringere berufliche Erfolg ein Durchschnittswert ist und es durchaus Gegenbeispiele gibt. Einige Betroffene können ihre beruflichen Ziele trotz oder sogar wegen ihrer Sozialen Angst umsetzen. Vermutlich führt in diesen Fällen die Befürchtung, nicht gut genug zu sein oder sich zu blamieren zu besonderer Anstrengung, um den befürchteten Mangel zu kompensieren. In diesen Fällen sind berufliche Nachteile aufgrund Sozialer Angst weniger wahrscheinlich. Die höhere Anstrengung, um das Gleiche zu erreichen, kann wiederum zu beruflichen Stressbelastungen wie beispielsweise Burnout führen (Hoyer & Härtling, 2019). Selbst wenn die Diagnosekriterien einer Sozialen Angststörung nicht voll erfüllt sind und die Ausprägung im subklinischen Bereich liegt, leiden die betroffenen Personen unter bedeutsamen Beeinträchtigungen (Fehm et al., 2007). Zusammenfassend lässt sich also sagen, dass Soziale Angst sowohl die persönliche wie auch die berufliche Entwicklung zum Teil gravierend behindert (Fehm & Knappe, 2020).

Mit Blick auf die gesellschaftlichen Kosten sind bei einer Sozialen Angststörung zwar die direkten Kosten (Versorgung der Betroffenen) meist geringer als bei anderen Angststörungen, die indirekten Kosten (z.B. krankheitsbedingte Produktivitätsausfälle) jedoch höher. Dies könnte ein Hinweis sein, dass Betroffene nicht genügend professionelle Hilfe suchen. Es ist aber auch zu beachten, dass die indirekten Kosten bei Vorliegen von komorbiden Störungen ansteigen und daher v.a. auf diese zurückzuführen sind (Stuhldreher et al., 2014).

## 2.3 Epidemiologie

Angststörungen gehören neben depressiven Störungen zu den häufigsten psychischen Erkrankungen (Bassler, 2005). Allerdings zeigen selbst grosse, repräsentative epidemiologische Studien eine beachtliche Bandbreite in den gefundenen Prävalenzen. So ziehen Bandelow und Michaelis (2015) vier grosse, methodisch sorgfältig durchgeführte, epidemiologische Untersuchungen westlicher Stichproben heran. Die gefundenen Lebenszeitprävalenzen für irgendeine Angststörung liegen dabei zwischen 15% und 34%, diejenigen für eine Soziale Phobie liegen zwischen 3% und 13%. Li et al. (2001) haben sogar Lebenszeitprävalenzen zwischen 13% und 16% angegeben. Diese beträchtlichen Unterschiede in den gefundenen Prävalenzen werden v.a. durch methodische Unterschiede erklärt, wie beispielsweise die Auswahl der untersuchten Stichprobe oder die verwendeten Diagnosekriterien (Bandelow & Michaelis, 2015). Bei der Sozialen Angststörung hingegen wird nur ein geringer Geschlechtsunterschied gefunden. So wird beispielsweise für weibliche Teenager (13-18 Jahre) eine Prävalenz von 11%, für männliche eine Prävalenz von 7% berichtet (Amin et al., 2019). Fehm und Knappe (2020) fassen zusammen, dass Frauen zwar insgesamt häufiger von Angststörungen betroffen zu sein scheinen als Männer, dieser Unterschied jedoch bei der Sozialen Angststörung deutlich geringer ausfällt als bei anderen Angststörungen. Als mögliche Erklärung dafür wird diskutiert, dass von Sozialer Angst betroffene Männer eine höhere Behandlungsmotivation entwickeln, da sie unter einem höheren Druck stehen, sich durchsetzungsfähig und selbstsicher zu zeigen.

Die Soziale Angststörung beginnt in der deutlichen Mehrheit der Fälle bereits vor dem 18. Lebensjahr (Schmitz & Asbrand, 2020) und zeigt in der frühen Adoleszenz einen steilen Anstieg im ersten Auftreten (Beesdo-Baum & Knappe, 2012). In ihrem Review berichten Beesdo-Baum und Knappe (2012), dass die Soziale Angststörung bei Kindern und Adoleszenten von einer beträchtlichen Fluktuation der Symptomatik gekennzeichnet ist und es durchaus auch zu spontanen Remissionen kommen kann. Die grosse Mehrheit der betroffenen Kinder und Adoleszenten leidet aber auch im späteren Lebensverlauf unter Sozialer Angst oder unter anderen psychischen Störungen (wie anderen Angststörungen, Depressionen oder Substanzabhängigkeiten). Als Prädiktoren für eine hohe Stabilität der Sozialen Angst berichten die Autorinnen ein frühes Erstauftreten der Störung, generalisierte Soziale Ängste (in unterschiedlichen sozialen Kontexten auftretend), eine hohe Anzahl katastrophisierender Kognitionen sowie ausgeprägtes Vermeidungsverhalten. Insgesamt lässt sich festhalten, dass ein frühzeitiges Erkennen und Behandeln einer Sozialen Angststörung von grosser Bedeutung ist, um eine Chronifizierung sowie die Entwicklung von komorbiden Störungen und weiteren negativen psychosozialen Folgen zu verhindern (Jacobi & Chaker, 2010; Schmitz & Asbrand, 2020).

## 2.4 Komorbidität

Wie bereits erwähnt, gehört die Soziale Phobie zu den häufigsten psychischen Störungen und tritt oft gemeinsam mit anderen psychischen Problemen auf (Fydrich, 2003). Verschiedene Studien weisen darauf hin, dass bei der Mehrheit aller Betroffenen mit einer Sozialen Angststörung weitere psychische Störungen vorliegen. Die Komorbidität stellt also eher die Regel als die Ausnahme dar. Die Schwierigkeit beim Vorhandensein von komorbiden Störungen liegt darin, dass stärkere Einschränkungen hinsichtlich der sozialen Beziehungen und Rollenfunktionen erlebt werden als bei Sozialen Phobien ohne Komorbiditäten (Steil et al., 2011). Abhängigkeitsprobleme, affektive Störungen und weitere Angststörungen scheinen besonders starke Assoziationen zu Sozialen Ängsten aufzuweisen. Depressionen und Abhängigkeitsstörungen treten zeitlich oft nachgeordnet auf, so dass es wichtig ist, Überlegungen zu einem funktionalen Zusammenhang zu formulieren. Eine Komorbidität mit depressiven Störungen wird als Folge der durch die Soziale Angst verursachten Einschränkungen im sozialen wie auch im beruflichen Umfeld gesehen (Fehm & Knappe, 2020). Gemäss ICD-10 verschlimmert sich die Angst massiv bei einer zusätzlichen depressiven Episode (Dilling et al., 2015). Der sekundäre Substanzmissbrauch bis hin zu einer Abhängigkeit kann eine Folgeerscheinung sein, wenn Alkohol als Selbstmedikation gegen hohe Anspannung eingesetzt wird. Die Strategie, Alkohol zu konsumieren, um ein Gefühl von Sicherheit und Entspannung in herausfordernden sozialen Situationen herzustellen, wird auch schon im Jugendalter eingesetzt (Steil et al., 2011). Zu den in der Literatur meistgenannten Komorbiditäten wird auch die Suizidalität als Folge eines jahrelangen Leidens genannt. Suizidversuche bei Angststörungen mit komorbider Depression seien gemäss Bandelow und Wedekind (2014) im Vergleich zum Bevölkerungsdurchschnitt 13-fach erhöht. Ähnliche Resultate konnten auch von Stein et al. (2001) gezeigt werden. Es wurden bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen mit einer Sozialen Phobie und einer komorbiden depressiven Episode häufiger Suizidgedanken und -versuche beschrieben als bei Jugendlichen mit einer depressiven Episode ohne Vorliegen einer Sozialen Phobie (Steil et al., 2011).

Es wird jedoch auch von weiteren Komorbiditäten berichtet, beispielsweise wiesen Stein et al. (2001) in einer Studie mit sozialphobischen Kindern bei 10% eine zusätzliche ADHS-Diagnose nach. Im DSM-5 wird die Autismus-Spektrum-Störung und der Selektive Mutismus als Komorbidität aufgelistet. Ausserdem wird ein gemeinsames Auftreten mit einer körperdysmorphen Störung (beispielsweise bei einer übermässigen Beschäftigung mit der eigenen Nase) beobachtet. Bei Sozialphobikern, die nicht nur in Leistungssituationen eine hohe Alltagseinschränkung aufweisen, kann auch zusätzlich eine ängstlich-vermeidende Persönlichkeitsstörung vorhanden sein (Falkai et al., 2018).

Eine Schwierigkeit bei der Behandlung von Sozialen Ängsten liegt darin, dass durch das Vorhandensein von komorbiden Störungen häufig die grundlegende Soziale Angststörung nicht erkannt und daher auch nicht therapiert wird (Melfsen & Walitza, 2013). Stuhldreher et al. (2014) präzisieren und geben an, dass Patient\*innen im Frühstadium einer Sozialphobie oft keine Therapeut\*innen aufsuchen, weil sie sich ihres Zustandes zu wenig bewusst sind und erst eine Behandlung in Anspruch nehmen, wenn sie medikamentöse Unterstützung für die komorbiden Störungen benötigen und die Soziale Angst schon sehr ausgereift ist.

Abschliessend kann gesagt werden, dass die Soziale Phobie ein Trigger für die Entwicklung weiterer komorbider Störungen darstellt und daher der Fokus auf eine frühzeitige Erkennung und Behandlung gelegt werden muss (Brunello et al., 2000).

## **2.5 Ätiologie**

In diesem Unterkapitel werden verschiedene Risikofaktoren vorgestellt, die für die Entstehung einer pathologischen Sozialen Angst mitverantwortlich sein können. Es gibt nicht nur eine Ursache, die auf alle Betroffenen zutrifft. Vielmehr handelt es sich um zahlreiche Bedingungen und Auslöser, die miteinander in Verbindung auftreten müssen, damit eine Soziale Angst entstehen kann (Hoyer & Härtling, 2017). Diese Arbeit beschränkt sich auf die wichtigsten dieser Faktoren. Gemäss Hoyer und Härtling (2019) zählen dazu erbliche (genetische) Ursachen, Persönlichkeitsmerkmale wie Schüchternheit, das Konzept der Verhaltenshemmung, Erziehungsfaktoren sowie negative Erlebnisse bis hin zur Ausgrenzung und sozialen Isolation. Auch Faktoren wie eigene hohe Ansprüche, Angst vor Bewertung, Angst vor Erfolg und das Thema Selbstwert und Selbstsicherheit dürfen nicht ausser Acht gelassen werden.

### **2.5.1 Erbliche Faktoren**

Die Frage, ob eine Soziale Phobie einfach angeboren ist, kann gemäss Hoyer und Härtling (2017) klar verneint werden. Generell sind Angststörungen viel zu komplex, als dass sie allein durch ein genetisches Programm erklärt werden könnten. Fydrich (2018) geht aufgrund verschiedener Zwillings- und Familienstudien von einem moderaten Einfluss einer genetischen Komponente bei Sozialer Phobie aus. Li et al. (2001) geben an, dass aufgrund der Studienlage von einer wesentlichen genetischen Komponente ausgegangen werden kann. Beispielsweise erwähnt die Autorenschaft, dass der Grad der Übereinstimmung (Konkordanzrate) für das Auftreten einer Sozialen Phobie signifikant höher ist bei monozygoten Zwillingen (homogenes genetisches Material) im Vergleich zu dizygoten Zwillingen. Zu den genetischen Faktoren werden auch dispositionelle Eigenschaften wie z.B. Schüchternheit oder Verhaltenshemmung diskutiert. Die Schüchternheit gilt als genetisches

Temperamentsmerkmal, das im frühen Alter (< 1 Jahr) durch Furcht vor Fremden charakterisiert ist und im späteren Alter (> 4 Jahre) bereits mit kognitiven Auffälligkeiten und einer erhöhten Selbstbeobachtung einhergeht (Steil et al., 2011). Schüchternheit tritt in verschiedenen Modellen als zentrales Merkmal für die Entwicklung einer Sozialen Phobie auf (Vriends & Margraf, 2005). Unter Verhaltenshemmung (behavioral inhibition) wird eine dispositionelle Veranlagung zu Angst in / Rückzug aus ungewohnten oder fremden Situationen verstanden. Sie wird als spezifischer Vulnerabilitätsfaktor für Soziale Ängste angesehen (Steil et al., 2011). Im Alter von zwei bis fünf Jahren ist häufigeres Weinen, Reizbarkeit, Schüchternheit und Furchtsamkeit sowie ein geringeres Explorationsverhalten zu beobachten. Die Kinder reagieren in neuen, unbekannteren Situationen eher gehemmt, scheu und zurückhaltend, weisen gleichzeitig jedoch eine vergleichsweise hohe autonome physiologische Aktivierung auf (Fydrich, 2018). In einer Längsschnittstudie wurden die psychopathologischen Korrelate der Verhaltenshemmung bei Kleinkindern mit der Entwicklung einer Sozialen Phobie in späteren Jahren untersucht. Im Vergleich zur Kontrollgruppe war die Wahrscheinlichkeit für die Entwicklung einer Sozialen Phobie deutlich höher bei den Kindern mit einer Verhaltenshemmung (Biederman et al., 2001). Laut Fydrich (2018) werden weitere biologische Faktoren der Vulnerabilität wie Hellhäutigkeit, schnellere kardiovaskuläre Erregbarkeit, sowie die Tendenz zum Erröten angenommen.

Es wird auch ein Zusammenhang mit einer Dysbalance im Neurotransmitterhaushalt bei einer Sozialen Phobie vermutet, vor allem im Serotonin- und Dopaminsystem (Bandelow & Wedekind, 2014). Dies wird auch gestützt durch die gut dokumentierte Wirksamkeit von Medikamenten wie SSRI (Selektive Serotonin-Wiederaufnahmehemmer) und SSNRI (Selektive Serotonin-Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmer) bei Sozialen Phobien (Li et al., 2001). Diese Medikamente wiesen bei Studien zur pharmakologischen Therapie die besten Ergebnisse auf und sind somit bei medikamentöser Unterstützung zu bevorzugen (Vriends & Margraf, 2005). In strukturellen und funktionalen Bildgebungsuntersuchungen zeigten sich bei Sozialphobiker\*innen im Vergleich zu Kontrollgruppen abweichende Aktivierungen im Bereich der Amygdala, in der medialen Temporallappenregion, der Insula und im Striatum. Diese Strukturen scheinen in einen neuronalen Angstkreislauf eingebunden zu sein (Bandelow & Wedekind, 2014). Im Rahmen dieser Arbeit wird aber nicht weiter auf diese spannenden Forschungsergebnisse eingegangen, da die Diskussion zu weit gehen würde.

## **2.5.2 Umweltbedingte Faktoren**

Neben erblichen spielen auch umweltbedingte Faktoren eine wichtige Rolle. Erfahrungen mit ungünstigen persönlichen Modellen hinsichtlich sozialen Verhaltens in der Lebens- und Lerngeschichte haben sowohl auf die kognitiven Schemata als auch auf die Soziale Kompetenz einen Einfluss (Vriends & Margraf, 2005). Eine sichere Eltern-Kind-Beziehung wie auch

ein Erziehungsstil, der von emotionaler Wärme und geringer autoritärer Kontrolle gekennzeichnet ist, werden in retrospektiven Untersuchungen als protektive Faktoren diskutiert (Fydrich, 2018). Insbesondere wenn sich die Soziale Angst in der Kommunikation mit anderen Menschen äussert, scheint dies ein Hinweis darauf zu sein, dass Betroffene in ihrer Kindheit von ihren Eltern weniger emotionale Wärme erfahren haben (Hoyer & Härtling, 2017). Auch ein abwertender oder überbehütender Erziehungsstil ist mit der Entwicklung einer Sozialen Phobie assoziiert (Vriends & Margraf, 2005). Hoyer und Härtling (2017) gehen davon aus, dass überbehütende Eltern ihren Kindern oftmals die Teilnahme an ausserschulischen Aktivitäten verbieten, aus Angst, dass ihrem Kind etwas Schlimmes passieren könnte. Infolgedessen hat das Kind weniger Gelegenheit, soziale Fähigkeiten zu entwickeln. Zudem entsteht der Eindruck, dass die Umwelt gefährlich sei. Dadurch wird auch die Entwicklung von Selbständigkeit erschwert. Darüber hinaus scheinen Eltern oft übertrieben hohe Erwartungen an ihre Kinder zu stellen und sehr leistungsorientiert unterwegs zu sein.

Stein et al. (2001) weisen zudem auf den negativen Einfluss von Modelllernen hin. Ängstliche Eltern leben ihre Ängste den Kindern vor und transportieren somit die Emotionen auf die Kinder. Ein weiterer Risikofaktor, der in Zusammenhang mit dem familiären Umfeld steht, ist eine vorhandene Psychopathologie bei den Eltern. Dabei werden meist eine eigene Soziale Angststörung eines Elternteils, Depressionen, schwerwiegende Alkoholabhängigkeiten sowie andere Angst-, Zwangs- und posttraumatische Belastungsstörungen beobachtet (Hoyer & Härtling, 2017). Neben dem elterlichen Umfeld müssen auch negative Einflüsse vom nicht-familiären Umfeld miteinbezogen werden. Spence und Rapee (2016) gehen davon aus, dass Diskriminierung, Mobbing und Hänseleien von Peers die Wahrscheinlichkeit für die Entwicklung einer Sozialen Phobie erhöhen. Bei Kindern mit gering ausgeprägten sozialen Fertigkeiten oder bereits ängstlichem Verhalten, ist die Tendenz vorhanden, in Konflikten mit Peers unterwürfiger zu reagieren oder sich in Streitigkeiten nicht zu wehren. Sie sind auch häufiger allein unterwegs und haben weniger Freunde, die sie unterstützen könnten. Als Konsequenz wird die Soziale Angst aufrechterhalten oder sogar noch verstärkt.

Wie bei vielen anderen psychischen Störungen handelt es sich folglich um ein Aufeinandertreffen von verschiedenen Ursachen und Risikofaktoren, die zusammenkommen müssen, damit sich eine solche Störung ausprägen kann (Hoyer & Härtling, 2017). Abschliessend wird auf das im Zusammenhang der Sozialen Phobie in der Literatur viel diskutierte Modell von Fydrich (2003) eingegangen (s. Abbildung 1).



### 2.5.3 Störungsmodell der Sozialen Phobie

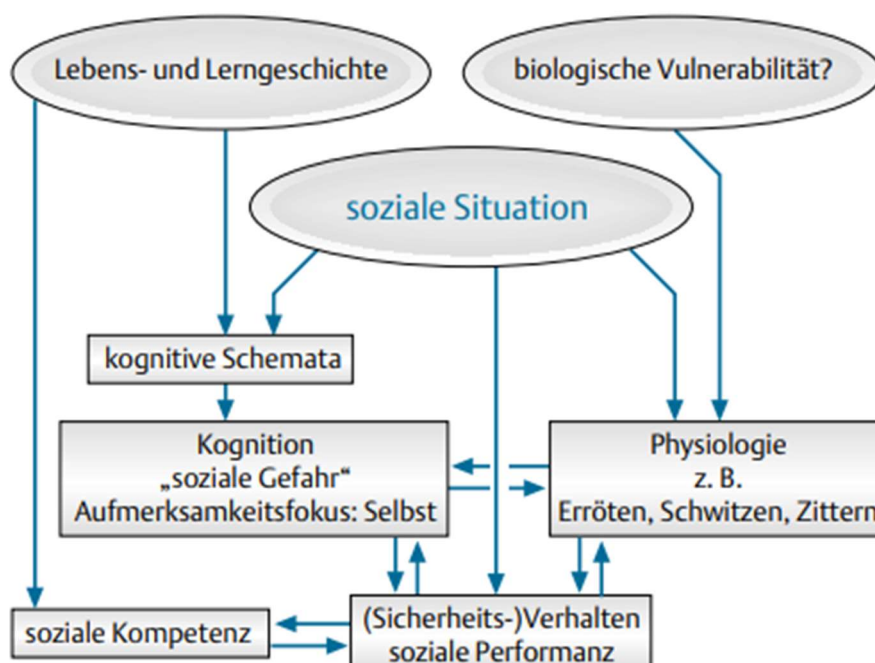


Abbildung 1. Kompetenzorientiertes Störungsmodell der Sozialen Phobie (Fydrich, 2003).

Das kompetenz- und performanzorientierte Störungsmodell der Sozialen Phobie von Fydrich (2003) fasst verschiedene Komponenten zusammen, die zur Entstehung einer Sozialen Angst führen. Das Modell setzt die soziale Situation in den Mittelpunkt, die als auslösende Bedingung für sozialängstliches Verhalten steht. Symptome der Angst in oder vor sozialen Situationen umfassen folgende Reaktionsbereiche: a) Kognitionen, die mit starker Angst vor Ablehnung und Versagen einhergehen; b) körperliche Reaktionen wie beispielsweise Schwitzen, Erröten, Herzklopfen und c) nonverbales und verbales motorisches Verhalten wie beispielsweise Vermeidungsverhalten oder Sicherheitsverhaltensweisen. Ein besonderer Fokus bei diesem Modell liegt auf kognitiven Besonderheiten. Wichtig ist, dass die soziale Situation als Gefahr interpretiert wird. Es können Befürchtungen sein, von anderen abgewertet zu werden, sich zu blamieren oder auch von Menschen ausgegrenzt zu werden. Fydrich (2003) geht davon aus, dass Sozialphobiker\*innen grundsätzlich in sozialen Situationen übertrieben hohe Erwartungen an sich selbst stellen. Ausserdem sind irrationale Überzeugungen über ungünstige Verhaltensweisen und negative sowie abwertende Einstellungen zur eigenen Person vorhanden. Durch die Aktivierung dieser Grundannahmen in einer sozialen Situation, wird die Lage als bedrohlich bewertet. Zusätzlich wird die Aufmerksamkeit auf sozial bedrohliche Reize und auf eigene vermeintlich unzureichende Verhaltensweisen gelenkt. Sehr entscheidend sind auch die Rückblicke auf eine erlebte soziale

Situation. In der Selbstwahrnehmung wird das eigene Verhalten als unzulänglich, versagend oder beschämend abgestempelt und reiht die Erfahrung als Misserfolg ein. Die Verknüpfung der Kognitionen, physiologischen Reaktionen und Verhaltensweisen führt dazu, dass sich die einzelnen Elemente wechselseitig ungünstig beeinflussen und damit einen Kreislaufprozess auslösen. Somit wird die Störung schlussendlich aufrechterhalten (Fydrich, 2003).

## **2.6 Therapeutische Intervention**

Hoyer und Härtling (2017) beschreiben drei verschiedene Behandlungsmöglichkeiten, die allesamt eine merkliche Verbesserung der Symptomatik versprechen. Es handelt sich dabei um Selbstöffnung / Selbsthilfe, Medikation und Psychotherapie. Wichtig ist bei allen Behandlungsansätzen, dass Betroffene aktiv etwas gegen die Angst tun wollen. Die Möglichkeiten schliessen sich nicht gegenseitig aus, sondern können sich ergänzen. Die Autorenschaft betont die Wichtigkeit, Soziale Ängste nicht unbehandelt zu lassen. Da es sich nicht um ein reines Entwicklungsproblem handelt, wachse sich die Störung nicht von selbst aus. Bei nicht adäquater Behandlung kann sie zu einem chronischen Verlauf neigen (vgl. Kapitel Konsequenzen).

### **2.6.1 Selbstöffnung und Selbsthilfe**

Für die Behandlung einer Sozialen Phobie existieren zahlreiche Bücher und Ratgeber zur Selbsthilfe, die sogenannte Bibliotherapie (Fischer-Klepsch, 2021). In diesen Selbsthilfeprogrammen lässt sich meist der Hinweis finden, dass bei einem chronifizierten Verlauf, bei Suizidalität oder komorbiden Störungen eine Psychotherapie hinzugezogen werden soll. Der Versuch jedoch, sich mit Büchern selbst zu helfen hat sich gemäss Studien bei diesem Störungsbild bewährt, vorausgesetzt natürlich, das Gelesene wird in die Praxis umgesetzt. Es gibt auch computergestützte Anwendungen, die stetig verbessert und auf ihre Wirksamkeit hin untersucht werden. Ausserdem bilden Selbsthilfegruppen eine zusätzlich erfolgsversprechende Möglichkeit. Die Gruppen ermöglichen eine Selbstoffenbarung gegenüber anderen und eine gewisse Verpflichtung, sich regelmässig mit den Ängsten zu konfrontieren (Hoyer & Härtling, 2017). Auch die Erfahrung, dass andere Personen ähnliche oder dieselben Probleme haben, kann positive Effekte haben (Melfsen & Walitza, 2013). Bisher gibt es jedoch keine Studien zur Wirksamkeit von Selbsthilfegruppen (Hoyer & Härtling, 2017).

Alternative Methoden zur Selbsthilfe wie Entspannungstechniken fördern den gezielten Abbau von Stress- und Anspannungspegel. Bei Angst kommt es zu einer reflexhaften Anspannung der Muskulatur (sympathische Reaktion des vegetativen Nervensystems), umgekehrt führt die Lockerung durch beispielsweise die Progressive Muskelrelaxation zu einem Ruhegefühl und wirkt der Angstreaktion entgegen (parasympathische Aktivierung). Regelmässige Entspannungsübungen im Alltag können den Transfer in eine phobische

Situation erleichtern (Fischer-Klepsch, 2021). Petzold et al. (2020) diskutieren auch die körperliche Aktivität als Therapieoption oder -ergänzung. Hinweise aus Metaanalysen zeigen, dass Personen mit Angsterkrankungen durchschnittlich weniger körperlich aktiv sind als Menschen ohne Angsterkrankungen, u.a. bedingt durch die zunehmende soziale Isolation. Es ist wissenschaftlich erwiesen, dass Sport einen positiven Effekt auf die psychische Gesundheit hat. Durch den Ausdauersport kommt es zunächst zu einer Erhöhung des Pulses und im Laufe der Zeit zu einem niedrigeren Puls. Die Atmung wird aktiviert und beruhigt sich wieder. Stress und Angstsymptome werden ausgeschwitzt. Ausserdem wird das Selbstwertgefühl durch Sport gesteigert, wenn man sich Ziele setzt und diese erreicht (Fischer-Klepsch, 2021).

### **2.6.2 Pharmakologische Therapie**

In der Literatur werden vor allem zwei Gruppen von Medikamenten für Betroffene mit Sozialen Ängsten beschrieben: Antidepressiva und angstlösende Medikamente, sogenannte Benzodiazepine. Antidepressiva wie der Selektive Serotonin-Wiederaufnahmehemmer (SSRI) beziehungsweise der Serotonin-Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmer (SRNI) sind die gängigsten Präparate bei einer medikamentösen Behandlung von Angsterkrankungen (Hoyer & Härtling, 2017). Hartley und Casey (2013) weisen darauf hin, dass die Verschreibung von Antidepressiva zur gängigen Praxis gehört, jedoch der Wirkmechanismus bislang immer noch mehr oder weniger unklar ist. Die Antidepressiva machen nicht abhängig und haben meist keine grossen Nebenwirkungen. Der erwünschte, angstlösende Effekt tritt aber häufig erst zwei bis vier Wochen nach der Medikamenteneinnahme ein, wodurch Patienten oft verunsichert sind. Dies kann zu einem vorzeitigen Absetzen verleiten. Die Gabe von Benzodiazepinen ist umstritten. Die Wirksamkeit scheint zwar nachgewiesen zu sein, allerdings können bei der Behandlung schwere Nebenwirkungen auftreten, die kognitive Funktionen und die Fahrtüchtigkeit beeinträchtigen können. Zusätzlich können Benzodiazepine bereits nach wenigen Wochen zu einer Abhängigkeit führen. Daher sollte man sie nur einsetzen, wenn andere therapeutische oder medikamentöse Behandlungen nicht erfolgreich waren oder nicht toleriert wurden. Medikamentöse Interventionen bei Sozialen Angststörungen sind aus psychotherapeutischer Sicht kritisch zu betrachten. Sie haben den Vorteil, dass sie bei langen Wartezeiten auf eine Psychotherapie schnell verfügbar sind. Andererseits besteht die Gefahr, dass Betroffene Erfolge vermeintlich auf die Medikamente anstatt auf das eigene Handeln attribuieren (Hoyer & Härtling, 2017). Bei einer ausgeprägten komorbiden Störung können Medikamente indiziert sein, die dann auch indirekt zur Minderung der Angstsymptomatik beitragen. Die pharmakotherapeutische Behandlung sollte aber immer in eine multimodale Therapie eingebettet werden (Büch et al., 2015).

### **2.6.3 Psychotherapien**

Psychotherapeutische Interventionen haben sich laut wissenschaftlichen Studien ausserordentlich gut bewährt. Hoyer und Härtling (2017) sprechen von Erfolgsraten bis zu 75% bei Patient\*innen, die ein Therapieprogramm vollständig durchlaufen haben. Sie erleben eine wesentliche Verbesserung der Angstsymptomatik und können am sozialen Leben wieder teilnehmen, auch in vielen Bereichen, die sie vorher vermieden hatten. Störungsfrei durch Behandlung, also vollkommen gesund, kann bei gut einem Drittel der Betroffenen erwartet werden. Es gibt sogar Hinweise, dass diese Rate nach Ende der Behandlung noch weiter ansteigt. Der Schweregrad der Störung selbst stellt eine wichtige Grösse dar, um den Erfolg einer Therapie vorherzusagen. Bei leichteren Fällen ist die Wahrscheinlichkeit für einen Erfolg höher, bei sehr schweren chronifizierten Störungsbildern ist die Erfolgsaussicht dementsprechend geringer.

In der Praxis kommen verschiedene Psychotherapieformen zum Einsatz. Die kognitive Verhaltenstherapie (KVT) zählt laut Steil et al. (2011) hinsichtlich ihrer Wirksamkeit zu den am besten evaluierten und in der Praxis am meisten eingesetzten Therapieverfahren zur Behandlung sozialer Ängstlichkeit, daher wird in der vorliegenden Arbeit diese Therapie-richtung auch am ausführlichsten besprochen. Erst wenn sich durch die KVT keine Besserung einstellt oder Betroffene eine Präferenz für eine bestimmte andere Therapie-richtung aufweisen, sollte über einen Wechsel der Methode nachgedacht werden (Ströhle & Fydrich, 2018).

#### **Kognitiv-verhaltenstherapeutische Richtung (KVT)**

Steil et al. (2011) zufolge zielt die KVT darauf ab, sozialphobische Überzeugungen und Kognitionen zu verändern. Dabei wird in der Literatur häufig das Modell der Sozialen Phobie nach Clark & Wells als Grundlage für die Therapieplanung hinzugezogen.

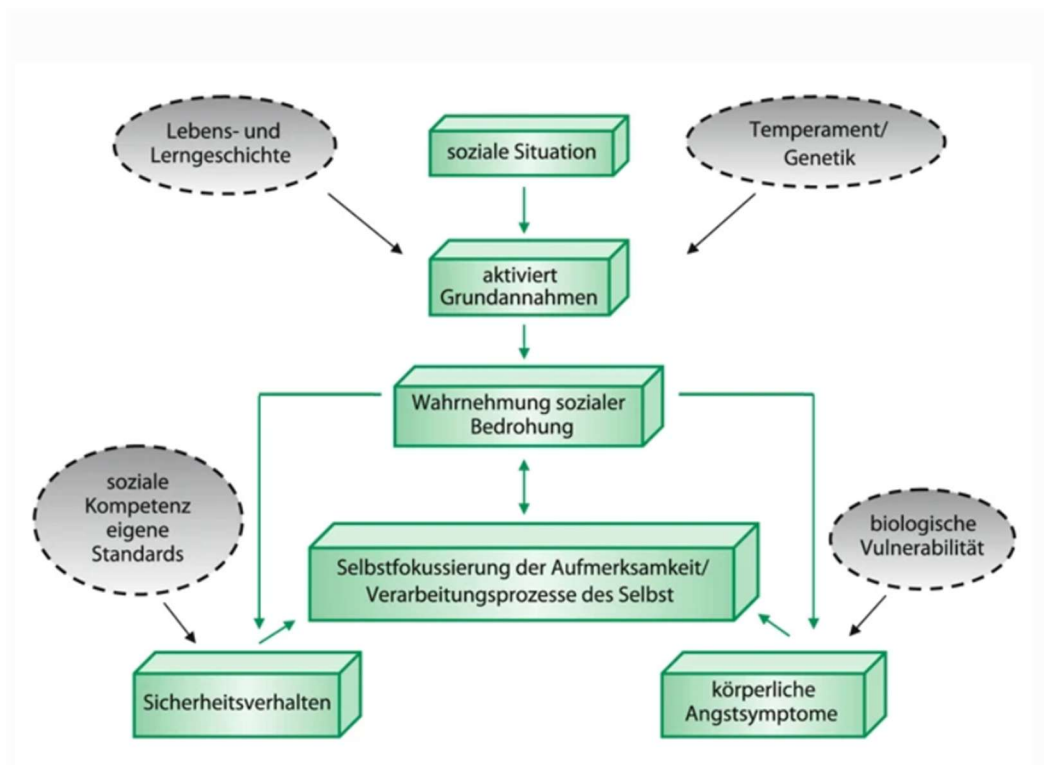


Abbildung 2. Modell der Sozialen Phobie nach Clark & Wells (Rusch et al., 2012).

Das in Abbildung 2 dargestellte Modell postuliert, dass drei Arten von Prozessen diese Kognitionen aufrechterhalten und daher verändert werden müssen. Es handelt sich um die exzessive Selbstaufmerksamkeit, das Sicherheitsverhalten und die verzerrten Vorstellungsbilder der betroffenen Person von sich selbst in sozialen Situationen. In der Therapie wird gelernt, bei bedrohlichen Situationen die eigene Aufmerksamkeit nach aussen zu richten anstatt den Fokus auf irrationale Befürchtungen, Ängste und Körperempfindungen zu legen. Durch gezieltes Üben und Aufnahme von Informationen über die Reaktionen anderer können realistischere Einschätzungen gemacht werden. In sozialen Situationen setzen Betroffene verschiedene Sicherheitsverhaltensweisen ein, um dadurch ihre gefürchteten Körperempfindungen zu verhindern. Es wird ihnen vermittelt, dass dieses Sicherheitsverhalten die Beurteilung durch andere Personen nicht positiv beeinflusst, sondern eher dazu führt, dass sie von anderen als seltsam eingeschätzt werden. Die häufige Diskrepanz zwischen ihrer eigenen Einschätzung wie sie sich in sozialen Situationen verhalten und wie sie in der Realität tatsächlich wirken, kann durch Verhaltensexperimente entkräftet werden. Bei Verhaltensexperimenten werden Aktivitäten gezielt geplant, die Patient\*innen während der Therapie oder im Alltag durchführen können. Somit lernen sie, herausfordernde Situationen durch praktisches Üben zu meistern. Das Verhaltensexperiment wird als die wirkungsvollste Methode angesehen, um negative Gedanken und Überzeugungen in sozialen Situationen zu überprüfen. Oft werden Rollenspiele in vivo wie auch in sensu

eingesetzt oder Videofeedback, um irrationale Vorstellungen über die eigene Wirkung wegzubringen (Steil et al., 2011). Ein weiteres Problem ist auch der ungünstige Rückblick auf die erlebte soziale Situation, welcher die Störung weiter aufrechterhält. Betroffene nehmen sich selbst als unzulänglich wahr und reihen das Ereignis als Misserfolgserfahrung ein. In der Folge wird für eine zukünftige Situation negativ antizipiert (Fydrich, 2003). Dieses katastrophisierende Grübeln kann durch realistisches Feedback über die in der Übung gezeigten Verhaltensweisen reduziert werden (Steil et al., 2011). Ein weit verbreiteter Begriff der KVT ist die systematische Desensibilisierung. In der Therapie wird in Gesprächen der Auslöser für die Angst eruiert und dann erfolgt durch wiederholte Präsentation des angstauslösenden Reizes gekoppelt mit neutralen Stimuli eine systematische Löschung der angstbesetzten Situation (Hartley & Casey, 2013). Eine weitere Konfrontationsstrategie besteht auch in der Habituation. Ziel aus verhaltenstherapeutischer Perspektive ist dabei, den Rückgang von Angstreaktionen zu bewirken. Betroffene werden dazu ermutigt, eine Übung so lange durchzuführen, bis ein merklicher Rückgang der Angstsymptomatik erreicht wird (Melfsen & Walitza, 2013).

Die bisher genannten kognitiv-behavioralen Methoden zur Behandlung der Sozialen Angst eignen sich Fydrich (2003) zufolge neben dem Einzelsetting sehr gut auch zur Durchführung in strukturierten Gruppenkonstellationen. Im Falle von komorbiden Störungen ist eine Kombination mit einer einzeltherapeutischen Intervention aber sicher empfehlenswert. Gruppentherapien bringen eine Reihe günstiger Rahmenbedingungen mit sich wie beispielsweise die Möglichkeit zum Modelllernen und Feedback einholen, Rollenspiele durchführen, gemeinsames Evaluieren von Ressourcen, Unterstützungsfunktion, Förderung der Selbstöffnungsbereitschaft usw. Dennoch weisen die Ergebnisse vergleichender Untersuchungen zur Wirksamkeit der beiden Settings entgegen intuitiv angenommener Vorteile der Gruppentherapie gegenüber der Einzeltherapie nicht auf eine Überlegenheit der Gruppentherapie hin (Fydrich, 2003). In einer Studie mit 71 Sozialphobiker\*innen haben Stangier et al. (2003) herausgefunden, dass grundsätzlich Einzel- wie auch Gruppentherapien zu einer signifikanten Verbesserung durch die KVT im prä-/post-Vergleich geführt haben. Die Resultate wiesen aber auf eine Überlegenheit des Einzelsettings hin.

Melfsen und Walitza (2013) argumentieren ähnlich, das Gruppensetting sei früher als Methode der Wahl zur Behandlung Sozialer Ängste eingesetzt worden, das Einzelsetting erziele aber vergleichbare oder sogar bessere Resultate. Die stärkere Anpassung an die individuellen Besonderheiten der Betroffenen ist in der Einzeltherapie ein grosser Vorteil. Auch die Tatsache, dass Gruppen häufig von Sozialphobiker\*innen vermieden werden oder die Gruppenaktivität durch die Angst nicht optimal genutzt werden kann, darf nicht ausser Acht gelassen werden (Melfsen & Walitza, 2013).

### **Systemische Richtung**

Die systemische Psychotherapie beschäftigt sich mit zirkulären Wechselbeziehungen zwischen zwei und mehr Menschen, ihren Symptomen und ihre Wirkung auf die weitere Umwelt. Es geht um die Interaktionen innerhalb von Familien und deren Auswirkung auf die Symptome eines Familienmitglieds. Daher wird nicht nur die sozialängstliche Person in die Behandlung miteinbezogen, sondern auch weitere Bezugspersonen (Familie, Freund\*innen, Lehrpersonen, Mitarbeitende) und mögliche weitere mitbeteiligte professionelle Helfende (Ärzt\*innen, Therapeut\*innen, Betreuende und Beratende). Ziel ist, symptomfördernde familiäre und / oder umweltbedingte Interaktionen, dysfunktionale Lösungsansätze und starre Familienannahmen in Frage zu stellen und neue, gesundheitsfördernde Lösungsversuche zu generieren. Die Wirksamkeit der systemischen Therapie ist aber bei einzelnen Störungsgruppen wie für Angststörungen noch unzureichend erforscht und sollte nur dann eingesetzt werden, wenn andere Therapieverfahren nicht wirksamer sind (von Sydow, 2010). Systemische Ansätze, wie beispielsweise die Fokussierung auf Ressourcen, werden gemäss Willutzki et al. (2004) häufig nicht als Alternative zur KVT gesehen, sondern vielmehr als gezielte Ergänzung, um die Wirksamkeit eines bereits bewährten Therapieangebots zu verbessern. Die Autorenschaft hat eine Studie durchgeführt und Methoden der KVT mit systemischen Ansätzen für die Behandlung bei Sozialphobiker\*innen kombiniert. Die eine Gruppe hat nur von einer KVT profitiert, die andere Gruppe von einem kombinierten Ansatz. Es hat sich für die Gruppe mit kombiniert ressourcenorientiertem Vorgehen hinsichtlich der sozialphobischen Symptomatik wie auch der empfundenen psychischen Belastung eine höhere Wirksamkeit ergeben (Willutzki et al., 2004).

### **Psychodynamische Richtung**

Tiefenpsychologische Verfahren fassen die psychodynamische Kurzzeittherapie und die Psychoanalyse zusammen, wobei nur der Erfolg der psychodynamischen Kurzzeittherapie bei einer Sozialen Angststörung wissenschaftlich erwiesen ist. In der Therapie werden unbewusste Wünsche, Motive und Konflikte beleuchtet. Ausserdem werden Einflüsse aus der Kindheit sowie Besonderheiten in zwischenmenschlichen Beziehungen geklärt. Eine Ausarbeitung der aktuellen sozialphobischen Beschwerden kann durch Offenlegung zugrundeliegender Ursachen erreicht werden (Hoyer & Härtling, 2017).

In einer grossangelegten Interventionsstudie von Salzer et al. (2015) wurden Patient\*innen randomisiert entweder einer psychodynamischen Therapie, einer kognitiven Verhaltenstherapie oder einer Kontrollgruppe zugewiesen. Die Effekte wurden unmittelbar nach sechs, zwölf sowie 24 Monaten nach Therapieende untersucht. Beide Psychotherapien erwiesen sich hinsichtlich der Wirksamkeit gegenüber der Kontrollgruppe als signifikant überlegen und

nicht nur in Bezug auf eine Reduzierung der sozialängstlichen Symptomatik, sondern auch auf eine Reduktion der komorbiden Depression. Zwischen den Therapierichtungen fand sich ein kleiner Unterschied, der jedoch statistisch nicht signifikant war. Insgesamt liegen aber zur tiefenpsychologischen Behandlung wenige Studien vor und es müssten sicher noch weitere Untersuchungen folgen, um Vergleiche hinsichtlich der Wirksamkeit machen zu können (Hoyer & Härtling, 2017).

## **2.7 Selbstkonzept und Selbstwert**

Psychopathologische Störungen gehen allgemein häufig mit einem tiefen Selbstwertgefühl einher (Bos et al., 2010). Auch Soziale Angststörungen sind laut ICD-10 i.d.R. mit Furcht vor Kritik und einem niedrigen Selbstwertgefühl verbunden (Dilling et al., 2015). In der Literatur wird das Selbst in verschiedene Komponenten unterteilt. Dieses Kapitel beleuchtet das Selbstkonzept (kognitiv-deskriptive Komponente) sowie den Selbstwert (affektiv-evaluative Komponente). Auf die konative Komponente, welche selbst- und handlungsregulierende Konstrukte wie beispielsweise die Selbstwirksamkeitserwartungen beinhaltet (Schröder-Abé & Schütz, 2007), wird im Kapitel der Berufswahltheorien näher eingegangen.

### **2.7.1 Selbstkonzept**

Das Selbstkonzept enthält das selbstbezogene Wissen einer Person und besteht aus einer Vielzahl an Selbstbeschreibungen. Es wird davon ausgegangen, dass diese Gedächtnisinhalte in einer mehrdimensionalen Struktur organisiert sind. Sie umfassen mehrere inhaltliche Dimensionen wie selbstbezogenes Wissen zum Körper, zu Eigenschaften, Fähigkeiten, Einstellungen und zur Wirkung auf andere. Zudem bestehen auch mehrere zeitliche Dimensionen. Diese beinhalten Wissen zur gegenwärtigen Person (so bin ich), zu biografischen Erinnerungen (so war ich) sowie zukunftsgerichtete Inhalte (so will ich sein) (Thomsen et al., 2018). Selbstbezogenes Wissen wird aus verschiedenen Quellen bezogen. Informationen werden einerseits direkt aus Merkmalszuschreibungen anderer Personen gewonnen, andererseits aber auch indirekt erschlossen durch Interpretation von Verhaltensweisen anderer gegenüber der eigenen Person. Hinzu kommen Selbstzuweisungen, welche auf Vergleiche mit der sozialen Umwelt sowie auf Selbstreflexion beruhen (Filipp & Mayer, 2005). Selbstschemata, wie relativ stabile und differenzierte Wissensstrukturen über das eigene Selbst bezeichnet werden, beeinflussen unter anderem Wahrnehmungen, Erinnerungen und mögliche Schlussfolgerungen. Sie sind also von grosser Bedeutung für die Informationsverarbeitungsprozesse der Person. Das Selbst wird entsprechend als dynamisches System beschrieben, welches einerseits die Wahrnehmung und das Handeln einer Person beeinflusst, gleichzeitig wiederum durch die Reaktionen aus der Umwelt beeinflusst wird (Schröder-Abé & Schütz, 2007).



### 2.7.2 Selbstwert

Der Selbstwert als affektiv-evaluative Komponente beschreibt die Bewertung des selbstbezogenen Wissens oder in anderen Worten das subjektive Empfinden des eigenen Wertes. Wie das Selbstkonzept wird auch der Selbstwert häufig in verschiedene Dimensionen unterteilt, beispielsweise in körperbezogene, leistungsbezogene und soziale (wie Sicherheit im Kontakt, Umgang mit Kritik) (Schröder-Abé & Schütz, 2007). Ein hohes Selbstwertgefühl ist mit vielfältigen positiven Gesundheitsfolgen verknüpft. Konsistente Befunde zeigen, dass ein hohes Selbstwertgefühl mit dem Erleben von mehr positiven und weniger negativen Affekten einhergeht sowie mit weniger physischen und psychischen Problemen (Thomsen et al., 2018).

Aus entwicklungspsychologischer Sicht wird das Selbstbild mit fortschreitender kognitiver Entwicklung immer differenzierter und abstrakter. Zunehmend gelingt es Jugendlichen, auch widersprüchliche Anteile in ihr Selbstbild zu integrieren, indem sie ihr Selbst als variierend zwischen verschiedenen Situationen (z.B. in der Schule oder zu Hause) sowie zwischen unterschiedlichen Rollen (z.B. Schüler\*in, Freund\*in oder Kind der Eltern) wahrnehmen. Im mittleren Jugendalter wird die Bedeutung sozialer Beziehungen mit Gleichaltrigen sowie deren Bewertung und Anerkennung immer wichtiger. Soziale Vergleiche im Alltagsleben aber auch in den sozialen Medien führen dazu, dass Diskrepanzen zwischen dem realen und idealen Selbst wahrgenommen und bewertet werden. Auch Bewertungen von selbstgesetzten Standards und verinnerlichten Normen werden im Entwicklungsverlauf immer wichtiger (Thomsen et al., 2018). In der Literatur wird entsprechend unterschieden zwischen dem Real-Selbst, welches die gegenwärtigen Selbstbeschreibungen einer Person umfasst, dem Ideal-Selbst, welches beschreibt, wie eine Person idealerweise sein möchte, sowie dem normativen Selbst, welches sich an Erwartungen und Verpflichtungen orientiert. Werden Diskrepanzen zwischen diesen Komponenten wahrgenommen, führt dies zu negativen emotionalen Reaktionen. Diskrepanzen zwischen Real- und Ideal-Selbst sind mit Niedergeschlagenheit, Scham und Frustration verbunden, Diskrepanzen zwischen Real- und Norm-Selbst mit der Antizipation von Bestrafung und Gefühlen von Schuld (Schröder-Abé & Schütz, 2007). Im Entwicklungsverlauf wird also eine immer differenziertere Bewertung der eigenen Person auf verschiedenen Ebenen möglich. Die Integration von widersprüchlichen Selbstaspekten, Ist-Soll-Diskrepanzen und von positiven, aber auch negativen Selbstbewertungen, stellt eine grosse Herausforderung dar. Dies erklärt, weshalb der allgemeine Selbstwert von der Kindheit bis zum späten Jugendalter deutlich absinkt. Im weiteren Entwicklungsverlauf gelingt es dann jedoch immer besser, die divergenten Aspekte zu integrieren, womit i.d.R auch der Selbstwert wieder ansteigt und sich auf einem mittleren Niveau stabilisiert (Thomsen et al., 2018). In Zusammenhang mit Angstsymptomen wird

beim Konstrukt Selbstwert auch auf die Facette der Selbstwertkontingenz hingewiesen (Bos et al., 2010), worauf nachfolgend eingegangen wird.

### **Selbstwertkontingenz**

Selbstwertkontingenz bezieht sich auf das Ausmass, in dem eine Person ihr Selbstwertgefühl von erreichten Leistungen abhängig macht. Menschen mit einem hohen kontingenten Selbstwertgefühl messen ihren Leistungen und den Bewertungen anderer sehr viel Wert bei. Ihr Selbstwertgefühl schwankt je nach Erfolgs- oder Misserfolgserfahrung, was heisst, dass solche Personen ihr Wohlbefinden nur aufrechterhalten können, wenn sie kontinuierlich erfolgreich sind (Bos et al., 2010). Es werden verschiedene Kontingenzbereiche beschrieben, also Faktoren, von denen das Selbstwertgefühl abhängig ist, beispielsweise eigene Fähigkeiten / Kompetenzen, familiäre Unterstützung, Anerkennung durch andere, Aussehen und ethische Wertorientierungen. Externale Kontingenzen, die von anderen Personen abhängig sind (z.B. Anerkennung), führen öfter zu negativen Folgen für die psychische Gesundheit als internale Kontingenzen, die eine Person selbst regulieren kann (z.B. Werthaltungen) (Schröder-Abé & Schütz, 2007). Studienergebnisse weisen darauf hin, dass bei Adoleszenten eine höhere Selbstwertkontingenz mit mehr Angstsymptomen einhergeht, insbesondere, wenn die hohe Selbstwertkontingenz mit tiefem globalem Selbstwert kombiniert ist (Bos et al., 2010). Insgesamt lässt sich sagen, dass ein stark kontingentes Selbstwertgefühl eher dysfunktional ist (Schröder-Abé & Schütz, 2007).

## **2.8 Soziale Kompetenz bei Sozialer Ängstlichkeit**

Neben dem Interesse für den Selbstwert in Zusammenhang mit der Sozialen Angst werden auch Soziale Kompetenzen häufig in der Literatur erwähnt. Die Bedeutung der Sozialen Kompetenz ergibt sich einerseits aus dem zentralen Stellenwert, den soziale Beziehungen für den Menschen und seine Entwicklung haben. Andererseits verlangen soziokulturell steigende Anforderungen nach einem zunehmend kompetenteren, sozialen Interagieren. Ausserdem machen gesellschaftliche Schwierigkeiten wie die Gewalt an Schulen und in Familien, die Diskriminierung von Minderheiten, Mobbing usw. auf die Notwendigkeit einer gezielten und verstärkten Förderung Sozialer Kompetenzen aufmerksam (Wittmann, 2005). Sozial kompetentes Verhalten bezieht sich auf eine Reihe von Verhaltensweisen, die im Umgang mit Interaktionspartnern für alle Beteiligten als vorteilhaft beschrieben werden können. Kompetentes Verhalten setzt soziale Fertigkeiten wie Aspekte der sozialen Wahrnehmung, der Selbstkontrolle und des Einfühlungsvermögens voraus. Diese Fertigkeiten tragen dazu bei, dass eine Person von anderen akzeptiert wird. Neben allgemeinen Kommunikationsfähigkeiten umfasst die Soziale Kompetenz auch verschiedene Qualitäten der Beziehungsgestaltung. Wichtig ist das Äussern von Gefühlen (Freude, Trauer, Ärger) sowie

das Durchsetzen eigener Bedürfnisse gegenüber anderen Personen. Diese eher selbst-bezogenen Qualitäten werden durch fremdbezogene Fertigkeiten (z.B. eine Bitte erfüllen, Bedürfnisse anderer erkennen oder anderen helfen) ergänzt, um so zu einem differenzierten Verhaltensrepertoire zu gelangen (Petermann, 2005).

Fehm und Margraf (2005) zufolge war die Behandlung der Sozialen Angststörung lange Zeit geprägt von der Annahme, dass Betroffene defizitäre Soziale Kompetenzen aufweisen. Daher wurden viele soziale Kompetenztrainings entwickelt und angewendet. Soziale Fertigkeiten wurden beispielsweise in Rollenspielen systematisch trainiert, indem die entsprechende Situation nachgestellt und in einem schrittweisen Vorgehen die angestrebte Veränderung vorgenommen wurde. Jedoch weisen bei weitem nicht alle Sozialphobiker\*innen Defizite in der Sozialkompetenz auf. Hingegen wird die eigene Leistung häufig abgewertet, was erklären könnte, warum Betroffene sich häufig als sozial weniger kompetent einschätzen als Aussenstehende das tun würden. Ausserdem mangelt es häufig auch nur an der Umsetzung angemessenen Verhaltens in der entsprechenden Situation, obwohl Kenntnisse und Fertigkeiten verfügbar wären (Fydrich & Bürgener, 2005).

Da nicht alle Sozialphobiker\*innen soziale Kompetenzdefizite aufweisen, sind Behandlungsangebote, die hauptsächlich auf die Steigerung der Sozialen Kompetenz ausgerichtet sind, nicht ausreichend und könnten für Betroffene unterfordernd sein (Fehm & Margraf, 2005). Dennoch stellt gemäss Büch et al. (2015) das Training von sozialen Fertigkeiten ein wirksamer Therapiebaustein in der Behandlung von Sozialen Ängsten dar und wird gerne in Kombination mit anderen Methoden erfolgreich angewendet.

## **2.9 Berufswahltheorien und Berufswahlbereitschaft**

Die Berufswahl stellt in der Jugend eine bedeutsame Entwicklungsaufgabe dar. Zur Erklärung, wie Jugendliche einen Beruf oder ein Studienfach wählen, wurden verschiedene Berufswahl-Modelle entwickelt. Folgend werden drei der wichtigsten etablierten Theorien vorgestellt: der passungstheoretische Ansatz, die entwicklungsorientierte Laufbahntheorie und die sozial-kognitive Laufbahntheorie. Letztere bietet verschiedene Ansatzpunkte für Interventionen, um den Prozess der Berufswahl zu unterstützen, insbesondere auch, wenn Hindernisse und Schwierigkeiten vorliegen. Dies ist interessant mit Blick auf die Forschungsfrage vier, welche sich mit der Berufswahl bei Jugendlichen mit Sozialer Angst befasst. Anschliessend wird das Konstrukt der Berufswahlbereitschaft beschrieben.

### **2.9.1 Der passungstheoretische Ansatz**

Der passungstheoretische Ansatz richtet den Blick auf die Übereinstimmung zwischen Merkmalen der Person (Interessen, Werte, Fähigkeiten) und Merkmalen des Berufs

(Aktivitäten, Verantwortlichkeiten) (Steinmann & Maier, 2018). Zugrunde liegt die Annahme, dass eine hohe Kongruenz von Merkmalen des Individuums mit denjenigen der Arbeit zu höherer Arbeitszufriedenheit, Stabilität in der Laufbahnentwicklung sowie zu besserer Arbeitsleistung führt (Hirschi & Baumeler, 2020). Das am besten erforschte und in der Praxis am weitesten verbreitete passungstheoretische Modell ist das Hexagonmodell von John Holland (1997). Es beschreibt sechs grundlegende Typen: den handwerklich-technischen (Realistic), den untersuchend-forschenden (Investigative), den künstlerisch-kreativen (Artistic), den erziehend-pflegenden (Social), den führend-verkaufenden (Enterprising) und den ordnend-verwaltenden (Conventional) Typ (Steinmann & Maier, 2018). Verschiedene Forschungsarbeiten zeigen die Nützlichkeit des Konstrukts der Kongruenz, um Berufswahlentscheidungen zu erklären und bestätigen einen moderaten positiven Zusammenhang von hoher Kongruenz und Arbeitszufriedenheit, -leistung und Wohlbefinden. Aufgrund der Einfachheit dieses Typenmodells und der darauf aufbauenden, gut etablierten Berufsinteressentests erfreut sich die Theorie nach wie vor grosser Beliebtheit (Hirschi & Baumeler, 2020). Kritisch gesehen wird allerdings die statische Sichtweise der passungstheoretischen Ansätze. Veränderungen von Person und Umwelt wie auch eine gegenseitige Beeinflussung oder aktive Gestaltung der Umwelt werden nicht berücksichtigt. In der modernen, dynamischen Arbeitswelt ist die Passung zwischen Person und Organisation jedoch eher als ein kontinuierlicher Interaktionsprozess zu verstehen (Gasteiger, 2014).

### **2.9.2 Der entwicklungsorientierte Ansatz**

Der bekannteste Vertreter der entwicklungsbezogenen Ansätze ist Donald Super. Er versteht die Berufswahl als längerfristigen Entwicklungsprozess, da im Laufe des Berufslebens immer wieder bedeutsame berufliche Entscheidungen getroffen werden müssen (Gasteiger, 2014). Entwicklung wird hier als Anpassung der Person an die Anforderungen ihrer Umwelt verstanden. Im persönlichen Werdegang spielt laut dieser Theorie die Entfaltung und Verwirklichung des Selbstkonzeptes eine wichtige Rolle (Steinmann & Maier, 2018). Eine Person wählt berufliche Tätigkeiten aus, die möglichst gut mit dem eigenen Selbstkonzept übereinstimmen, damit die eigenen Bedürfnisse, Interessen und Werthaltungen optimal erfüllt werden. Bei Entscheidungen dient das Selbstkonzept somit als eine Art Leitsystem (Gasteiger, 2014). Laut dem konstruktivistischen Ansatz, einer Weiterentwicklung von Supers Theorie, ist nicht die objektive, sondern die subjektive Realität einer Person entscheidend (Hirschi & Baumeler, 2020). Dabei wird davon ausgegangen, dass die eigene Realität durch einen aktiven Konstruktionsprozess entsteht. Individuen interpretieren ihre subjektiven Wahrnehmungen der Umwelt und sozialen Interaktionen anhand bisheriger Erfahrungen sowie Zukunftswünschen und schreiben ihnen Bedeutung zu. Auch das berufliche Selbstkonzept von Jugendlichen entsteht durch einen solchen Konstruktionsprozess

(Steinmann & Maier, 2018). Der bekannteste Vertreter der entwicklungsbezogenen Ansätze ist Donald Super. Er versteht die Berufswahl als längerfristigen Entwicklungsprozess, da im Laufe des Berufslebens immer wieder bedeutsame berufliche Entscheidungen getroffen werden müssen (Gasteiger, 2014). Entwicklung wird hier als Anpassung der Person an die Anforderungen ihrer Umwelt verstanden. Im persönlichen Werdegang spielt laut dieser Theorie die Entfaltung und Verwirklichung des Selbstkonzeptes eine wichtige Rolle (Steinmann & Maier, 2018). Eine Person wählt berufliche Tätigkeiten aus, die möglichst gut mit dem eigenen Selbstkonzept übereinstimmen, damit die eigenen Bedürfnisse, Interessen und Werthaltungen optimal erfüllt werden. Bei Entscheidungen dient das Selbstkonzept somit als eine Art Leitsystem (Gasteiger, 2014). Laut dem konstruktivistischen Ansatz, einer Weiterentwicklung von Supers Theorie, ist nicht die objektive, sondern die subjektive Realität einer Person entscheidend (Hirschi & Baumeler, 2020). Dabei wird davon ausgegangen, dass die eigene Realität durch einen aktiven Konstruktionsprozess entsteht. Individuen interpretieren ihre subjektiven Wahrnehmungen der Umwelt und sozialen Interaktionen anhand bisheriger Erfahrungen sowie Zukunftswünschen und schreiben ihnen Bedeutung zu. Auch das berufliche Selbstkonzept von Jugendlichen entsteht durch einen solchen Konstruktionsprozess (Steinmann & Maier, 2018).

### **2.9.3 Die sozial-kognitive Laufbahntheorie**

Laut Hirschi und Baumeler (2020) ist die sozial-kognitive Laufbahntheorie (SCCT) von Lent et al. (1994) aktuell die einflussreichste Theorie in der Berufswahl- und Laufbahnforschung. Zentrale Variablen dieses lerntheoretisch geprägten Ansatzes sind die Selbstwirksamkeitserwartung, die Ergebniserwartung sowie die persönlichen Ziele. «Gemäss Bandura (1986) wird unter Selbstwirksamkeitserwartung die subjektive Überzeugung einer Person verstanden, über die notwendigen Fähigkeiten und Fertigkeiten zu verfügen, um bestimmte Handlungen ausüben und Ergebnisse erreichen zu können» (Steinmann & Maier, 2018, S. 230). Sie bezieht sich jeweils auf einzelne Bereiche (z.B. mathematisch-naturwissenschaftlicher Bereich) oder Aktivitäten (z.B. rechnen) und wird durch Lernerfahrungen und soziale Einflüsse moduliert. Es handelt sich also um ein dynamisches Konstrukt, das sich auf die wahrgenommenen eigenen Kompetenzen bezieht. Die Ergebniserwartungen hingegen sind subjektive Überzeugungen über die Konsequenzen einer bestimmten Handlung (Steinmann & Maier, 2018). Es kann sich dabei um extrinsische (z.B. Belohnung) oder intrinsische (z.B. Stolz) Verstärker handeln oder auch um solche, die sich aus der Handlung selbst ergeben (z.B. Flowerleben) (Hirschi, 2008b). Die SCCT beschreibt ein integratives Modell zur Erklärung der Interessentwicklung, der Berufswahl sowie der Arbeitsleistung (Hirschi & Baumeler, 2020).

## Interessenentwicklung

Interesse für eine bestimmte Aktivität wird gemäss dem Modell dann entwickelt, wenn eine Person überzeugt ist, die Fähigkeiten zur erfolgreichen Ausführung dieser Aktivität mitzubringen und zusätzlich die erwarteten Ergebnisse der Aktivität als erstrebenswert beurteilt. Die Entwicklung von Interessen steht also in Zusammenhang mit dem subjektiven Selbstbild einer Person bezüglich ihrer Fähigkeiten sowie dem Wert, der bestimmten Handlungsergebnissen zugeschrieben wird. Durch eine Feedback-Schleife beeinflussen gezeigte Leistungen wiederum die Selbstwirksamkeits- und die Ergebniserwartung, wodurch das System in ständiger Bewegung bleibt und im Verlauf des Lebens diverse Interessenstrukturen entwickelt werden können (Hirschi, 2008b). Gemäss Hirschi und Baumeler (2020) zeigen verschiedene Studien, dass Interessen und Selbstwirksamkeitserwartungen nicht gleichzusetzen sind, aber positiv korrelieren. In anderen Worten: Wer sich in einem Bereich mehr zutraut, zeigt auch höheres Interesse für diesen Bereich. Abbildung 3 veranschaulicht das beschriebene Modell der Interessenentwicklung (Hirschi, 2008b).

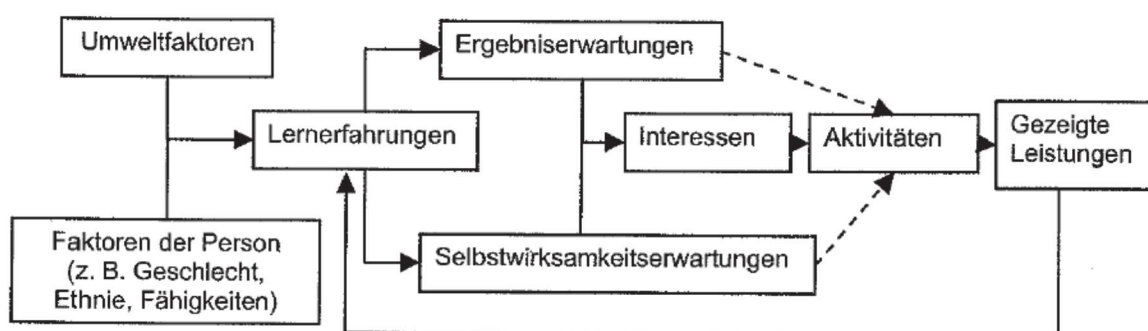


Abbildung 3. Modell der Interessenentwicklung (vereinfacht nach Lent et al., 1994), aus Hirschi (2008b).

## Berufswahl

Wie beim passungstheoretischen Ansatz wird auch bei der SCCT davon ausgegangen, dass unter optimalen Umständen ein zu den eigenen Interessen passender Beruf gewählt wird. Als Unterschied zur Passungstheorie spielen aber bei der SCCT persönliche Ziele als Verbindung zwischen Interessen und Handlungen eine wichtige Rolle. Interesse allein reicht nicht aus, um sich für einen bestimmten Beruf zu entscheiden, sondern es braucht zusätzlich ein spezifisches Ziel, damit eine Handlung ausgeführt wird. Das Modell beschreibt weiter die wichtige Rolle von Umwelteinflüssen bei der Berufswahl. Dabei wird zwischen fernen (z.B. kulturelle Sozialisationsprozesse) und unmittelbaren (z.B. emotionale oder finanzielle Unterstützung für eine bestimmte Berufswahl) Einflüssen unterschieden. Umwelteinflüsse

genauso wie persönliche Faktoren (z.B. eine geringe Selbstwirksamkeitserwartung) können gewichtige Hindernisse im Berufswahlprozess darstellen (Hirschi, 2008b).

### **Berufliche Leistung**

Das Modell zur Beschreibung der beruflichen Leistung postuliert, dass nicht nur die realen Fähigkeiten einer Person die gezeigte Leistung beeinflussen, sondern auch die subjektive Wahrnehmung der eigenen Fähigkeiten. Es wird davon ausgegangen, dass die Fähigkeit direkt die gezeigte Leistung und diese wiederum indirekt via eine Feedback-Schleife die subjektiv wahrgenommene Selbstwirksamkeits- und Ergebniserwartung beeinflusst. Höhere Fähigkeiten in einem Bereich führen zu höheren Leistungen und diese wiederum haben eine höhere Selbstwirksamkeitserwartung sowie eine positivere Ergebniserwartung zur Folge. Dadurch setzt sich die Person höhere Leistungsziele in diesem Bereich, strengt sich entsprechend stärker an, um die Ziele zu erreichen, und zeigt letztlich eine bessere Leistung. Gemäss diesem Modell sind Selbstwirksamkeitserwartungen, die die momentanen Fähigkeiten leicht überschätzen am vorteilhaftesten. Denn dadurch setzen sich die Personen zwar ehrgeizige, aber auch realistische Ziele, deren Erreichung dann wiederum zur Steigerung der Fähigkeiten sowie der Selbstwirksamkeitserwartungen führen. Entsprechend problematisch sind stark über- oder untertriebene Selbstwirksamkeitserwartungen (Hirschi, 2008b).

### **Praktische Anwendung**

Die SCCT bildet die theoretische Grundlage von verschiedenen Interventionen. Ein Hauptanwendungsbereich liegt darin, Personengruppen mit vermehrtem Unterstützungsbedarf in der beruflichen Entwicklung zu begleiten. Die Interventionen lassen sich in drei Kernbereiche einteilen:

#### *Erweiterung der beruflichen Interessen*

Um das Interessenspektrum zu erweitern, sollte auf Diskrepanzen zwischen Selbstwirksamkeitserwartungen und den tatsächlichen Fähigkeiten sowie auf Diskrepanzen zwischen den Ergebniserwartungen und den tatsächlichen Realitäten des Berufs geachtet werden.

Interessant sind also jene Bereiche, für die eine Person zwar hohes Interesse berichtet, aber gleichzeitig ihre eigenen Fähigkeiten in diesem Bereich als gering einschätzt. Oder Bereiche, für die eine Person kein Interesse zeigt, obwohl diese den beruflichen Bedürfnissen und Werten der Person gut entsprechen.

### *Überwindung von Hindernissen in der Berufswahl*

Um Hindernisse zu überwinden, werden vier Schritte vorgeschlagen:

- Mögliche Hindernisse antizipieren
- Wahrscheinlichkeit des Eintretens abschätzen
- Strategien erarbeiten, um die Hindernisse zu vermeiden oder zu umgehen
- Soziale Unterstützung in der Familie / im Freundeskreis einbeziehen

### *Entwicklung von Selbstwirksamkeitserwartungen*

Das Modell illustriert, wie bei einer geringen Selbstwirksamkeitserwartung durch Self-fulfilling-Prophecy ein Teufelskreis entstehen kann. Um diesen zu durchbrechen, ist es sehr wichtig, die Selbstwirksamkeitserwartungen zu erhöhen. Dazu schlägt Hirschi (2008b) in Anlehnung an Bandura folgende Strategien vor, wobei die Stärke ihres Einflusses in der Rangfolge widerspiegelt wird (Jerusalem, 2005):

- 1) Persönliche Erfolgserlebnisse in einem bestimmten Bereich herbeiführen
- 2) Modell-Lernen: Erfolge anderer Personen (die in relevanten Merkmalen der eigenen Person möglichst ähnlich sind) im betreffenden Bereich beobachten oder auch vermittelt durch Erfahrungsberichte davon hören
- 3) Mut zusprechen und aufzeigen, dass die notwendigen Fähigkeiten für ein bestimmtes Berufsfeld vorhanden sind
- 4) Körperliche und affektive Empfindungen neu interpretieren, z.B. Herzrasen und feuchte Hände als Zeichen freudiger Erregung, anstatt als Zeichen für Scheitern oder Angst (Pädagogische Hochschule Zürich, 2020)

## **2.9.4 Berufswahlbereitschaft**

Die Berufswahlbereitschaft ist ein viel diskutiertes Konstrukt, das eng mit entwicklungsorientierten Laufbahntheorien verknüpft ist. Hirschi (2008a) beschreibt Berufswahlbereitschaft in Anlehnung an Super und Savickas als die Fähigkeit und Bereitschaft einer Person, «eine den Umständen angepasste Berufswahl zu fällen und mit beruflichen Entwicklungsaufgaben erfolgreich umgehen zu können» (S.164). Ursprünglich wurde von Super in den 50er Jahren der Begriff «vocational maturity» eingeführt. Dieses Konzept war an normativen beruflichen Entwicklungsaufgaben im Jugendalter orientiert und wurde als vom Lebensalter abhängig begriffen. Moderne Theorien verstehen Entwicklung jedoch nicht als rein biologischen Reifungsprozess, sondern vielmehr als Interaktion von Person und Umwelt, bei der auch das Umfeld eine zentrale Rolle spielt. Das Konzept der Berufswahlbereitschaft wurde seither entsprechend ergänzt und erweitert. Hirschi (2008a) nennt in



Anlehnung an Savickas Theorie der Laufbahnkonstruktion folgende vier grundlegende Komponenten der Berufswahlbereitschaft:

- Planung: das Bewusstsein der Wichtigkeit der Berufswahl, Auseinandersetzung mit der eigenen beruflichen Zukunft und Konkretheit der weiteren Planung
- Kontrolle: Verantwortung für die eigene berufliche Zukunft übernehmen
- Neugierde: aktives Erkunden der beruflichen Möglichkeiten sowie der eigenen Interessen, Fähigkeiten und Werte
- Zutrauen: sich die Umsetzung der eigenen Wünsche zutrauen, Selbstvertrauen statt Ängstlichkeit

Hirschi (2008a) fasst Forschungsergebnisse zusammen, welche beispielsweise zeigen, dass Jugendliche mit einer höheren Berufswahlbereitschaft öfters ihren Wunschberuf erreichen sowie im Bewerbungsprozess zu einem früheren Zeitpunkt eine Lehrstelle zugesagt erhalten. Auch wurde bei Mittelschüler\*innen mit hoher Berufswahlbereitschaft gefunden, dass diese häufiger ein Studienfach entsprechend ihren Interessen wählen und dass sie im Studium zufriedener sind. Insgesamt lässt sich sagen, dass für einen erfolgreichen Übergang in die Berufswelt die Berufswahlbereitschaft entscheidend ist (Hirschi, 2008a).

### **3 Methodisches Vorgehen**

Das folgende Kapitel befasst sich mit der Darstellung der Methoden, welche im Rahmen der vorliegenden Arbeit verwendet wurden. Es folgt eine Beschreibung des Untersuchungsdesigns, der Datenerhebung, der verwendeten Stichprobe und der Auswertungsmethode.

#### **3.1 Untersuchungsdesign und Datenerhebung**

Zur Beantwortung der eingangs vorgestellten Fragestellungen soll subjektives Erfahrungswissen aus dem Feld herangezogen werden, weshalb eine qualitative Herangehensweise gewählt wurde. Dabei wird bestehendes Wissen aus der Literatur mit bereichsspezifischem Wissen von Personen mit langjähriger Praxiserfahrung verknüpft. Um zeiteffektiv erfahrungsgestütztes Expert\*innen-Wissen zu erfassen, eignet sich nach Mieg und Brunner (2004) das leitfadenbasierte Expert\*innen-Interview. Gemäss Mayring (2016) stellt der Leitfaden eine teilweise Standardisierung sicher, welche die Vergleichbarkeit mehrerer Interviews erleichtert. Dennoch kann in halbstandardisierten Interviews die Reihenfolge der Fragen dem Gesprächsverlauf angepasst werden und bei der Formulierung der Fragen bleibt eine gewisse Flexibilität bestehen. Tauchen im Verlauf des Interviews Aspekte auf, die nicht im Leitfaden enthalten, jedoch für die Thematik bedeutsam sind, kann die interviewende Person Ad-hoc-Fragen formulieren. Dadurch kommen die Befragten im Interview möglichst frei zu Wort, während die interviewende Person das Gespräch immer wieder auf die zu bearbeitende Problemstellung zentriert. Da die Arbeit zu zweit verfasst wurde, konnten Tandeminterviews durchgeführt werden. Dabei stellt eine Person die Fragen und die zweite Person behält den Überblick, um möglichst alle relevanten Aspekte des Interviewleitfadens abzudecken (Hussy et al., 2013).

#### **3.2 Beschreibung der Stichprobe**

Es wurden insgesamt sechs Expert\*innen befragt, wovon drei bei der IV als Berufsberatende tätig sind und drei im Bereich Arbeitsintegration als Jobcoaches arbeiten. Die Ausdehnung auf den Bereich Arbeitsintegration wurde nach ausführlicher Diskussion beschlossen, da Jobcoaches, welche Klient\*innen sehr eng bei der Berufswahl und dem (Wieder-) Einstieg in die Arbeitswelt begleiten, über sehr vielfältiges und wertvolles Wissen zur Beantwortung der Fragestellungen verfügen.

Das Auswahlverfahren fand Ende Mai 2022 statt. Aufgrund von Kontakten aus Studium, Weiterbildung, Praktika und dem persönlichen Netzwerk wurden verschiedene Personen angeschrieben und angefragt, ob sie sich für ein Interview zur Verfügung stellen würden. Die Rücklaufquote und das Interesse an der Fragestellung waren sehr hoch, weshalb es einfach war, die sechs Expert\*innen zu finden. Es wurden vier weibliche und zwei männliche

Personen interviewt. Den Teilnehmenden wurde freigestellt, ob das Interview vor Ort oder über MS Teams stattfinden soll. Zwei Personen wählten die Befragung in ihrer Institution, die anderen zogen das Online-Setting vor. Der nachfolgenden Tabelle 1 kann entnommen werden, in welcher Institution und Funktion die interviewten Personen aktuell tätig sind sowie welche Ausbildungen sie abgeschlossen haben. Zur Sicherstellung der Anonymisierung werden keine genaueren Angaben zu den Standorten der SVA und den Institutionen aufgeführt.

Tabelle 1

*Angaben zu den Expert\*innen (eigene Darstellung)*

Expert*innen	Institution	Funktion	Ausbildung	Arbeits- erfahrung Arbeits- integration
E1	SVA	IV-Berufsberaterin	MsC Psychologie, MAS BSLB	10 Jahre
E2	SVA	IV-Berufsberater	MsC Psychologie, MAS BSLB	15 Jahre
E3	SVA	IV-Berufsberaterin	BsC Psychologie, MAS BSLB i.A.	3 Jahre
E4	Arbeitsintegration	Jobcoach, Case Managerin	EFZ MPA, MsC Psychologie, Doktorandin Uni Bern BSLB	2 Jahre
E5	Arbeitsintegration	Jobcoach, Case Manager	EFZ Schreiner, Sozialpädagoge	10 Jahre
E6	Arbeitsintegration	Jobcoach, Case Managerin	EFZ KV, Sozialpädagogin	3 Jahre

### 3.3 Gestaltung des Interviewleitfadens

In einem ersten Schritt wurde aktuelle Literatur zu den Themen Soziale Angst / Soziale Phobie sowie Berufswahl gesichtet und relevante Themenaspekte identifiziert. Basierend darauf wurde ein Interviewleitfaden zusammengestellt. Bei dessen Erstellung wurden möglichst klare und prägnante Fragen formuliert. Weiter wurde darauf geachtet, keine Suggestiv- oder Warum-Fragen zu stellen, da letztere beim Gegenüber das Gefühl erzeugen könnten, sich rechtfertigen zu müssen (Hussy et al., 2013). Der Interviewleitfaden wurde im Juni 2022 in einer Pilotphase mit einer Testprobandin sowie mit dem Zweitbetreuer dieser Arbeit besprochen. Anschliessend wurden noch kleinere Anpassungen vorgenommen. Einleitend wurden demographische Daten sowie Angaben zur jeweiligen Institution erhoben. Danach orientiert sich der Interviewleitfaden an den fünf Forschungsfragen. Eine offene Schlussfrage ermöglichte es den Expert\*innen, aus ihrer Sicht wichtige Ergänzungen einzubringen. Die Verfasserinnen dieser Arbeit waren mit allen Teilnehmenden per Du, daher ist der Interviewleitfaden in Du-Form geschrieben (vgl. Anhang A).

### **3.4 Untersuchungsablauf**

Der Leitfaden wurde auf Hochdeutsch verfasst, die Interviews jedoch auf Mundart durchgeführt, da dies allen Interviewpartner\*innen lieber war. Die Interviews dauerten zwischen 32 und 50 Minuten. Für die Aufzeichnung wurde die Sprachmemo-Funktion des Smartphones beziehungsweise im Online-Setting der Video-Mitschnitt von MS Teams genutzt. Vorgängig haben die Teilnehmenden den Interviewleitfaden sowie die Einverständniserklärung für die Mitarbeit bei einer Weiterbildungsarbeit am IAP per E-Mail erhalten.

### **3.5 Transkription**

Für die Datenauswertung wurden die Interviews zunächst transkribiert. Die Transkription ist ein aufwendiger, aber notwendiger Schritt, da die wörtliche Transkription die Grundlage für die meisten Auswertungstechniken bildet (Mayring, 2016). Da die Interviews auf Mundart durchgeführt wurden, konnte keine Transkriptionssoftware eingesetzt werden. Zur Erreichung einer besseren Lesbarkeit wurden die Interviews von Mundart in Schriftdeutsch übertragen. Auf eine aufwendige Codierung sprachlicher Auffälligkeiten wie Betonungen, Sprechweisen, Lachen etc. wurde gemäss Mayring (2016) verzichtet, weil in der vorliegenden Arbeit die inhaltlich-thematische Ebene im Vordergrund steht. Um die Nachvollziehbarkeit der Auswertung zu gewährleisten, sind die originalen Tonaufnahmen sowie die Transkriptionen bei den Verfasserinnen dieser Arbeit aufbewahrt.

### **3.6 Qualitative Inhaltsanalyse**

Anschliessend wurde das Textmaterial anhand einer qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (2015) ausgewertet. Dieses systematische, datenreduzierende Verfahren dient der vergleichenden Analyse von bedeutungshaltigem Material (Hussy et al., 2013). Zunächst wurden entlang der Forschungsfragen deduktiv Kategorien definiert, um die zu analysierenden Textpassagen auszuwählen. Während der Durcharbeitung der Transkripte wurden anschliessend aus dem spezifischen Material heraus induktiv zusätzliche, ergänzende Unterkategorien gebildet. Tabelle 2 veranschaulicht beispielhaft anhand der Forschungsfrage 1 die vorgenommenen Kategorienbildungen. In einem letzten Schritt erfolgte eine Zuordnung der Textsegmente zum inhaltsanalytischen Kategoriensystem. Zur Erreichung einer besseren Vergleichbarkeit der einzelnen Aussagen wurden diese für den Ergebnisteil paraphrasiert und durch Generalisierung auf wesentliche Inhalte zusammengefasst.

Tabelle 2

Auswertung gemäss der qualitativen Inhaltsanalyse (Beispiel zu Forschungsfrage 1):  
Hauptkategorie mit Unterkategorien (eigene Darstellung)

<b>Forschungsfrage 1</b> Welche Strategien sind hilfreich für die Gesprächsführung / Beziehungsgestaltung in der Beratung?	
<b>Hauptkategorie 1</b> Gestaltung von Beratungsgesprächen	
<b>Beschreibung</b> In diese Kategorie fallen: <ul style="list-style-type: none"> <li>- alle Aussagen zu Art und Weise der Durchführung von Beratungsgesprächen sowie</li> <li>- Strategien zur Beziehungsgestaltung, welche die Expert*innen aufgrund ihrer Erfahrung bei Vorliegen von Sozialer Angst als wichtig oder hilfreich empfinden.</li> </ul>	
<b>Unterkategorie</b>	<b>Ankerbeispiel</b>
<b>U1:</b> Gestaltung der Kontaktaufnahme	«Und ich mache es so, dass ich diese Leute dann anrufe, bevor ich überhaupt eine Einladung rauslasse. Das, weil ich einerseits frage, willst du lieber online oder willst du mich im Büro erleben?» E2
<b>U2:</b> Grundhaltung der Beratungsperson	«Sicher grosses Verständnis dafür, dass die Person grosse Angst hat. Das Anerkennen von Ängsten ist sehr, sehr wichtig.» E2
<b>U3:</b> Gesprächssetting	«In den Gesprächen ist es dann so, dass dann noch andere dabei sind, z.B. die Eltern oder Heilpädagogen oder Lehrer, ähm... und ich tue dann eigentlich mehr diese Leute sprechen lassen (...)» E3
<b>U4:</b> Gesprächsstrategien / Methoden	«Auch einmal Stille aushalten (...)» E6

## 4 Ergebnisse

Im folgenden Kapitel werden die mittels Interviews erhobenen Daten berichtet. Die Darstellung der Ergebnisse folgt der Struktur der Forschungsfragen und den verschiedenen Kategorien, die bei der Auswertung nach qualitativer Inhaltsanalyse definiert wurden. Die Interviews gaben vielfältige und bereichernde Einblicke in die Thematik der Sozialen Ängstlichkeit in der Berufsberatung. Die Aussagen der Expert\*innen werden zusammengefasst, einander gegenübergestellt und vereinzelte Aussagen direkt zitiert. Dabei wird nicht zwischen den beiden Tätigkeitsfeldern der IV-Berufsberatung und des Jobcoachings differenziert. Dies wurde so entschieden, da die Erfahrungen aus diesen beiden Feldern und den damit verbundenen unterschiedlichen Rollen interessanterweise ziemlich ähnlich ausfallen und vergleichbar variieren. Dennoch blickt bei vereinzelt Aussagen der Tätigkeitsbereich bzw. die Funktion der Expert\*innen durch.

### 4.1. Häufigkeit und Erkennen sozialer Ängstlichkeit

In diesem Kapitel wird die Häufigkeit von Sozialen Ängsten aus subjektiver Sicht der Interviewpartner\*innen beschrieben. Die Expert\*innen wurden gefragt, wie häufig sie in Relation zu anderen psychischen Störungen konfrontiert sind mit sozialer Ängstlichkeit in ihrer beruflichen Tätigkeit. Weiter wurde erhoben, wie in einem Beratungsgespräch das Vorliegen einer sozialen Ängstlichkeit erkannt werden kann.

#### 4.1.1 Schätzung der Häufigkeit sozialer Ängstlichkeit

E1 gibt auf die Frage nach der Häufigkeit einer sozialen Ängstlichkeit in ihrer beruflichen Tätigkeit keine konkrete Zahl an. Sie meint aber, dass Soziale Angst sehr häufig ein Thema sei. Oft würden die Ängste stärker, wenn beispielsweise ein Schulwechsel anstehe oder bei Mobbing Erfahrungen. Auf jeden Fall könnten sich die Ängste verstärken, wenn junge Leute das Gefühl hätten, dass sie keine Lehrstelle finden oder sie sich vor fremden Leuten am Arbeitsplatz fürchten, sozusagen wenn sie aus ihrem gewohnten Umfeld gerissen werden.

E2 gibt an, dass über die Häufigkeit nichts Zuverlässiges gesagt werden könne, vielleicht bei 20% seiner Fälle sei die Diagnose ausgewiesen. Häufig werde es aber erst im Gespräch deutlich, dass auch noch Soziale Ängste mitspielen. Auch E3 geht von ungefähr 20% der Fälle aus und gibt an, dass eine Soziale Phobie meist nicht als Hauptdiagnose ausgewiesen sei, sondern die Bewältigung anderer psychischer Schwierigkeiten noch zusätzlich erschwere. E4 sagt aus, dass bei ihrer täglichen Arbeit eine soziale Ängstlichkeit sehr oft vorkomme. Einerseits könne es ein Teil des Störungsbildes sein, andererseits würden die Sozialen Ängste auch bei anstehenden beruflichen Neuorientierungen ausgelöst. Vielen

Leuten falle es schwer, neue Kontakte zu knüpfen, ein Netzwerk zu pflegen und neue berufliche Herausforderungen anzugehen. Dies fördere Unsicherheiten.

E5 gibt eine noch höhere Schätzung an, die Jugendlichen hätten sehr häufig in der Auseinandersetzung mit der Berufswahl mit Sozialen Ängsten zu kämpfen. Spontan würde er den Anteil einer diagnostizierten Sozialen Phobie bei den Jugendlichen bei seiner Arbeit auf etwa 40% schätzen. E6 meint sogar, dass bei ihrer Klientel jede zweite Person mit Sozialen Ängsten zu kämpfen habe. Nicht unbedingt mit einer ausgewiesenen Diagnose, aber aus Berichten von stationären Aufenthalten, Psychotherapeut\*innen, Ärzt\*innen gehe hervor, dass die Soziale Angst häufig Thema sei. Neben Depression sei dies an ihrem Arbeitsplatz die meistgenannte Diagnose.

#### **4.1.2 Erkennen einer Sozialen Angst**

Eine Expertin sagt, dass sie das Vorliegen von sozialer Ängstlichkeit im Erstgespräch nicht erkenne. In den Gruppen hingegen kommen die Ängste jeweils klar zum Vorschein: *«... wir haben ja auch verschiedene Gruppensettings. Dass dann dort jemand nichts sagt, vielleicht die Kapuze oben hat, die Haare nach vorne, immer bei diesen Sachen krank ist. Aber im Erstgespräch, das bei uns im kleinen Rahmen ist, erkenne ich es nicht.» (E6).*

Gemäss der Erfahrung von E3 und E5 reden Personen mit sozialer Ängstlichkeit in einem Erstkontakt sehr wenig und wirken sehr ruhig, schüchtern, nervös oder ängstlich. E4 beschreibt es so, dass ein Dialog nicht gut möglich sei und man sehr oft nachfragen müsse, um Antworten zu bekommen. Laut E3 können es ganz unterschiedliche Gründe sein, wenn Jugendliche sehr wenig sagen. Bei Sozialer Angst werde jedoch gleichzeitig ein Leidensdruck spürbar und es werde deutlich, dass sich jemand sehr unwohl fühle und eigentlich gerne etwas sagen würde, sich aber nicht traue. E5 beobachtet zusätzlich auch im affektiven sowie im para- und nonverbalen Bereich einen eingeschränkten Ausdruck.

Gemäss E2 lässt sich das Vorliegen einer sozialen Ängstlichkeit aus Verhaltensbeschreibungen erschliessen. Beispielsweise, wenn ein Elternteil berichtet, die Tochter oder der Sohn telefoniere nicht gern oder habe Angst auf Leute zuzugehen. Auch für E6 zeigt sich eine Soziale Ängstlichkeit deutlich, wenn jemand in der Berufsintegration Probleme beim Telefonieren habe oder wenn es ums Thema Schnuppern gehe. E4 weist darauf hin, dass soziale Ängstlichkeit an einem tiefen Selbstwertgefühl erkennbar sei. Sie beobachtet bei betroffenen Personen eine gewisse Resignation und mangelndes Zutrauen in die eigenen Fähigkeiten oder Unsicherheitsgefühlen am Arbeitsplatz.

## 4.2 Strategien zur Beziehungsgestaltung und Gesprächsführung

### Forschungsfrage 1: Welche Strategien sind hilfreich für die Gesprächsführung sowie die Beziehungsgestaltung?

Zu dieser Forschungsfrage wurde erfragt, was bei Vorliegen einer sozialen Ängstlichkeit bei der ersten Kontaktaufnahme beachtet werden sollte und welche Strategien sich für die Expert\*innen im Hinblick auf die Beziehungsgestaltung und auf die Gesprächsführung mit sozialängstlichen Personen als hilfreich erwiesen haben. Die Ergebnisse werden entlang der gebildeten Unterkategorien dargestellt.

#### 4.2.1 Kontaktaufnahme

Eine grosse Schwierigkeit stellt sich laut E2 und E3, da Personen mit einer sozialen Angstproblematik oft für ein Erstgespräch gar nicht erscheinen. Auch E1 hat die Erfahrung gemacht, dass der Termin häufiger verschoben oder abgesagt wird oder dass die Person unentschuldigt gar nicht zum Gespräch kommt. E1 zufolge brauchen Personen mit Sozialer Angst häufig Vorbereitungszeit, um an ein Gespräch zu kommen und man sollte ihnen da entgegenkommen und Geduld zeigen. Sie betont: *«Man braucht einfach etwas mehr Schnauf»* (E1). Auch E3 unterstreicht, dass es Zeit und Geduld brauche, da sich Personen mit Sozialen Ängsten immer mal wieder etwas zurückziehen.

Bei Vorliegen einer sozialen Ängstlichkeit gestalten E3 und E4 die Kontaktaufnahme per Telefon oder per E-Mail. E2 hat die Erfahrung gemacht, dass es meistens nicht klappt, wenn Personen mit Sozialer Angststörung eine schriftliche Einladung zu einem Termin erhalten. Er gestaltet deshalb i.d.R. den Erstkontakt telefonisch und stellt sich erst mal vor, um das Eis zu brechen. Dieses Vorgehen erleichtert gemäss seiner Erfahrung den Erstkontakt, solange die Soziale Phobie nicht so stark ausgeprägt ist, dass keine Telefongespräche möglich sind.

E2: *«Und ich mache es so, dass ich diese Leute dann anrufe, bevor ich überhaupt eine Einladung rauslasse. Das weil ich einerseits frage, willst du lieber online oder willst du mich im Büro erleben?»*

E2 führt weiter aus, dass ein Onlinesetting das Erstgespräch für Personen mit Sozialer Angst sicherlich erleichtere. Das habe sich insbesondere auch während der Corona-Pandemie gezeigt, während der viele Beratungen online erfolgt seien, was Betroffenen sehr entgegengekommen sei. Auch gemäss E4 bevorzugen Personen mit Sozialer Angst meistens den Erstkontakt per Online- oder Telefongespräch. E3 begründet, dass es für Personen mit Sozialer Angst angenehmer sei, wenn sie zu Hause bleiben können und sich nicht in einen unbekanntem Raum zu fremden Personen begeben müssen. Ausserdem biete das Online-Gespräch auch die Möglichkeit, die Kamera auszuschalten. Durch Auflegen



könne die Situation zudem jederzeit verlassen werden. Damit stehe ein Fluchtweg offen, was die Situation für Betroffene erleichtern könne.

E1 berichtet, dass bereits der Weg zum Ort des Gespräches schwierig sein könne, weshalb es dann hilfreich sei, selbst zu den Betroffenen hinzugehen und das Gespräch z.B. in der Schule durchzuführen. Auch dadurch werde Betroffenen ermöglicht, das Gespräch an einem ihnen vertrauten Ort zu führen.

Bei E4 läuft die erste Kontaktaufnahme i.d.R. über eine Bezugsperson und auch E3 erwähnt diese Möglichkeit. Diese beiden Expert\*innen berichten, dass bei ausgeprägter Sozialer Angst gar keine direkte Kommunikation zustande komme. Laut E4 sei dann die Teilnahme einer Drittperson am Gespräch notwendig. E3 berichtet von Fällen, bei denen kein direkter Kontakt möglich gewesen sei und ein Informationsaustausch nur via Therapeutin stattgefunden habe. Auch E1 bezieht die Eltern oder andere Personen, zu denen ein gutes Vertrauen bestehe, beim Erstgespräch mit ein, wenn Jugendliche gar nicht reden wollen oder können.

#### **4.2.2 Grundhaltung**

E2: *«Sicher grosses Verständnis dafür, dass die Person grosse Angst hat. Das Anerkennen von Ängsten ist sehr, sehr wichtig.»*

Das Anerkennen der Schwierigkeiten findet auch E4 wichtig. Sie achtet darauf, zu signalisieren, dass die Störung Platz habe und dass man sich nicht verstellen müsse. Ausserdem wolle sie das Gefühl vermitteln, dass keinerlei negative Konsequenzen zu befürchten seien.

Neben der Anerkennung der Ängste ist es für E2 aber auch zentral, dass er Vermeidungsverhalten nicht unterstütze, weshalb er die betroffene Person nicht anders anspreche als andere. Eigene Authentizität sei ihm sehr wichtig. Dies äussert auch E1. Sie gehe offen, natürlich und mit Feingefühl ins Gespräch, ohne die Schwierigkeiten gross zum Thema zu machen.

E2 betont ausserdem stark sein Anliegen, neben dem Ernstnehmen der Ängste auch die Überzeugung zu vermitteln, dass diese Ängste mittels geeigneter Massnahmen wahrscheinlich überwindbar oder zumindest reduzierbar sind. Dabei anerkenne und formuliere er aber auch, dass dies kein einfacher, sondern ein steiler und steiniger Weg sei. Wichtig ist es ihm, Hoffnung zu spenden und Perspektiven aufzuzeigen, vielleicht auch anhand von Beispielen. Die Bedeutung von Erfahrungsberichten anderer Betroffener beschreibt auch E1 als sehr wertvoll.

E5 berichtet, dass Jugendliche mit Sozialer Angst öfter schlechte Erfahrungen auf der öffentlichen Berufsberatung gemacht hätten. Beispielsweise wenn nach einer kurzen Begegnung

die Einschätzung vermittelt werde, dass jemand für die Berufswahl noch nicht bereit sei oder etwas nicht schaffen könne, ohne weiter darauf einzugehen. Dies werde dann oft als sehr verletzende Bewertung und als Abweisung empfunden.

E5: «Und ich glaube, das ist etwas, das man wirklich versuchen muss zu vermeiden, dass man den Menschen so bewertet.»

### 4.2.3 Gesprächssetting

E5 findet es wichtig, dass ein klarer Rahmen gegeben wird, um den Inhalt des Gesprächs zu definieren. Anfangs erzähle er gerne etwas von sich selbst (wie auch E2), damit das Gegenüber einfach mal zuhören könne und nicht von Beginn an selbst sprechen müsse. Weiter achte er darauf, die Gespräche eher kurz zu halten, weil Gespräche mit Fachpersonen jeweils sehr anstrengend und eine grosse Herausforderung seien. Auch E4 und E6 achten darauf, die Gespräche kurz zu halten und wenn notwendig zu unterbrechen und an einem anderen Tag weiterzufahren.

Bei stark ausgeprägter Sozialer Angst lädt E4 eine Drittperson mit ans Gespräch ein. Auch E3 berichtet, dass sie, wenn angezeigt, mehr die Eltern oder andere anwesende Personen aus dem Umfeld sprechen lasse. Dabei achte sie jeweils darauf, dass sich die betroffene Person nicht ausgeschlossen vorkomme und beziehe diese beispielsweise via Blickkontakt immer wieder mit ein. E1 bezieht ebenfalls wenn nötig die Eltern im Gespräch mit ein. Sie weist jedoch darauf hin, dabei stark darauf zu achten, bei Aussagen der Jugendlichen keine Blicke mit den Eltern auszutauschen, da diese dann wiederum das Kind stark verunsichern könnten. Wenn mehrere Personen am Gespräch teilnehmen, achtet E3 bei der Sitzordnung ausserdem darauf, dass die Person mit sozialer Ängstlichkeit nicht im Mittelpunkt sitzt, sondern dort, wo es ihr am wohlsten ist.

### 4.2.4 Gesprächsstrategien und Methoden

E6: *«Ich finde, es steht und fällt auch mit der Beziehung. Mit dem Vertrauen in die beratende Person so von der Klientin, vom Klienten aus.»*

E1, E4 und E6 weisen darauf hin, dass die Beziehung und das Vertrauen zur beratenden Person Grundvoraussetzungen seien. Der Aufbau einer tragfähigen Beziehung und Vertrauensbasis brauche jedoch Zeit, wie E4 und E6 übereinstimmend berichten. In diesem Zusammenhang erzählt E1, dass sie oft ihr Notizblatt offen sichtbar in die Mitte des Tisches lege, damit alle sehen können, was sie aufschreibe. Ausserdem gehe sie möglichst sensitiv auf den Menschen ein. Ihrer Erfahrung nach seien ausgeprägte Aufmerksamkeit und Achtsamkeit im Kontakt zentral wie auch Kleinigkeiten wichtig, um das Vertrauen aufzubauen. Auch E5 schildert, dass in der Gesprächsführung gutes Zuhören zentral sei und kleinste

Aussagen ernst genommen werden sollten. Er unterstütze im Gespräch durch Paraphrasieren, indem er Gefühle für das Gegenüber verbalisiere. Dadurch fühle sich die Person mit sozialer Ängstlichkeit wahrgenommen und verstanden. Auch E4 sagt, dass sie allgemein auf einen sehr einfühlsamen Umgang achte.

E6 erlebt Humor als unterstützend in der Beratungssituation und macht daher gerne zwischendurch einen lustigen Spruch. Weiter findet E6 es wichtig, dass man als beratende Person auch Stille aushalten könne und in solchen Situationen dann nicht selbst in einen Rede- und Frageschwall hineingerate. E6 wie auch E3 betonen beide, dass sie darauf achten, keinen Druck aufzusetzen, da dies ihrer Erfahrung nach keinerlei Sinn mache, beziehungsweise nicht förderlich sei.

*E6: «Mmmh, ja und das Akzeptieren, dass es halt nicht gerade dann kommt, wenn man als beratende Person das Gefühl hat, dass es jetzt raus muss. Dem Klienten, der Klientin die Entscheidung lassen, dass sie zu ihrem Zeitpunkt erzählen darf, was sie will.»*

E4 schätzt in diesem Zusammenhang den Einsatz von Fragebogen, da die Person mit einem solchen Instrument arbeiten könne, ohne dass eine Kommunikation mit der Beratungsperson notwendig sei. Auch E6 nutzt gern verschiedene Tools, wie beispielsweise Beratungskärtchen. Sie plädiert dafür, auch einfach spontan etwas auszuprobieren und zu schauen, was passiere. Da müsse man ihrer Meinung nach mit jeder Person individuell schauen, was passe.

*E6: «Also ich habe auch schon selbst ausprobiert und dann hat der Klient gesagt, das war jetzt etwas komisch. Und dann haben wir gedacht, ja, das machen wir nicht mehr.»*

Weiter führt E6 aus, dass neben dem Sprechen manchmal auch das Zeichnen einen alternativen Zugang biete. Hilfreich findet sie es ausserdem auch, dem Gespräch eine visuelle Struktur zu geben. Beispielsweise arbeite sie gerne mit einem Zeitstrahl, um das Berichten von biographischen Inhalten anzuregen und zu unterstützen.

E1 findet es wichtig, die betroffene Person bei der Zielsetzung unbedingt miteinzubeziehen, um ihr nicht das Gefühl zu geben, man wisse besser, was für sie gut sei. Ausserdem achte sie darauf, kleine Ziele zu setzen. Gemäss E5 werten sich Personen mit Sozialer Angst oft selbst ab und können positive Rückmeldungen von aussen nicht annehmen. Es brauche oft mehrere Anläufe, bis sie selbst ihre Erfolgserlebnisse sehen. Deshalb sei klare Führung und Begleitung notwendig, um Erfolge zu visualisieren und sichtbar zu machen. E5 beschreibt das so: *«Oder, dass sie jetzt wie etwas geschafft haben, dass man das auch sagt, ja, also wenn das jetzt jemand anders geschafft hätte, dann wäre er stolz darauf, oder. Da darfst du jetzt auch stolz darauf sein, oder, da hast du jetzt etwas geschafft. Und ich melde dir das zurück, das ist ein Erfolg, aus meiner Perspektive ist das ein Erfolg.»*

### 4.3 Hürden in der Beratungssituation

#### Forschungsfrage 2: Was sind mögliche Hürden in der Beratungssituation bei sozialer Ängstlichkeit?

Zur zweiten Forschungsfrage wurde nach möglichen Hürden in der Beratungssituation bei sozialer Ängstlichkeit gefragt. Da gemäss Literatur bei Sozialer Angst häufig komorbide Störungen sowie ein tiefer Selbstwert hinzukommen, wurde auch explizit danach gefragt.

#### 4.3.1 Komorbidität

Alle sechs Expert\*innen nennen als häufige komorbide Störung die Depression. E3 führt dazu aus, dass ein Teufelskreis entstehe, wenn sich jemand aufgrund der depressiven Störung sozial zurückziehe und dadurch die soziale Ängstlichkeit wiederum gesteigert werde. Diesen Punkt beschreibt auch E1 und weist als verbindendes Element der beiden Störungsbilder auf Antriebsschwäche hin. Zudem komme bei beiden Störungen vor, dass sich Betroffene nicht mehr aus dem Haus trauen.

Folgend werden in Tabelle 3 die in den Interviews genannten komorbiden Störungen zusammengefasst.

Tabelle 3

Angaben der Expert\*innen zu komorbiden Störungen (eigene Darstellung)

Komorbidie Störungen	E1	E2	E3	E4	E5	E6
Depression	x	x	x	x	x	x
Traumatische biografische Erlebnisse (z.B. Mobbing)	x	x				x
Persönlichkeitsstörungen	x			x	x	
Zwänge	x		x			
Essstörungen			x	x		
ADHS	x	x				
Autismus		x				
Andere Phobien			x			
Überlastung, Burnout					x	
Sucht				x		
Diverse Störungen		x				

E1, E2 und E4 heben alle hervor, dass eine Soziale Angststörung sehr selten als alleinige Diagnose vorkomme. E2 berichtet, dass beispielsweise bei ADHS oder auch Autismus sich die Soziale Angst durch negative Erfahrungen wie etwa Mobbing-Erlebnisse entwickelt habe. Auch E1 erwähnt, dass häufig biografische Erlebnisse wie ein Umzug und ein damit verbundener Verlust der Peers oder Mobbing-Erfahrungen in der Biografie vorgekommen seien. Weiter beobachtet sie, dass frühe Diagnosen wie beispielsweise eine Lese- / Rechtsschreibschwäche dazu führen können, dass sich Betroffene weniger integriert fühlen.

### 4.3.2 Selbstwert

Die sechs Expert\*innen sind sich einig darin, dass mit Sozialer Angst ein tiefer Selbstwert einhergeht. E6 drückt dies wie folgt aus: *«Also ich habe das Gefühl, das gehört wie zusammen. Also wenn jemand eine soziale Ängstlichkeit hat, (...) stelle ich eigentlich sehr viel fest, dass diese Leute einen geringen Selbstwert haben. (...) Dass sie einfach das Gefühl haben, sie reichen nicht.»*

E2 sieht einen tiefen Selbstwert als ursächlichen Faktor für die Entstehung einer Sozialen Angststörung. Er vermutet, dass sich ein Teufelskreis entwickle, da ein weniger hoch ausgeprägter Selbstwert sich bereits früh zeige und betroffene Kinder eher introvertiert seien. Allenfalls hätten sie auch Ausgrenzungserfahrungen gemacht und letztlich insgesamt weniger Gelegenheiten gehabt, im Schulalltag sowie im Leben allgemein Erfolgserlebnisse zu sammeln.

E5 findet, die Hauptarbeit liege darin, den Selbstwert zu erhöhen und versucht, zu kleinen Erfolgserlebnissen im Alltag zu verhelfen. Das sieht auch E1 so, indem sie darauf hinweist, dass die Stärkung des Selbstwertes kleinste Schritte und viel Geduld erfordere. Weiter findet sie es in diesem Zusammenhang auch wichtig, Perspektiven aufzuzeigen, beispielsweise über Erfahrungsberichte anderer Betroffener.

Weiter beobachtet E5 bei Sozialer Angst eine ausgeprägte Abwertung der eigenen Person, die auch dazu führe, dass teilweise positive Rückmeldungen von aussen nicht angenommen werden könnten. Für E4 liegt eine grosse Schwierigkeit darin, dass Betroffene sich selbst oft wenig zutrauen. Als Folge davon verlieren sie schneller das Interesse an einer Sache, die sie zuvor begeistert habe. E3 erwähnt aber, dass Betroffene mit besonderem Talent in einem spezifischen Bereich einen höheren Selbstwert in diesem Bereich mitbringen können.

### 4.3.3 Weitere Hürden in der Beratungssituation

Eine Haupthürde sehen E2 und E3 darin, dass Personen mit Sozialen Ängsten gar nicht erst zu Terminen erscheinen. Laut E3 könne bereits die Anreise und Benutzung eines öffentlichen Verkehrsmittels ein zu grosses Hindernis darstellen. Weiter beschreibt sie, dass sich

Menschen mit sozialer Ängstlichkeit im Kontakt immer wieder zurückziehen und dass man daher viel Geduld brauche. Der soziale Rückzug wird in den meisten Interviews als grosse Hürde genannt. E2 interpretiert diesen als eine Form von Vermeidungsverhalten, um sich vor einer möglichen Exposition zu drücken. E4 sagt, dass man als Beratungsperson aktiver dranbleiben, Durchhaltewillen zeigen und den Zugang immer wieder neu suchen müsse. Dies findet sie besonders wichtig, weil Personen mit Sozialen Ängsten sich oft gewöhnt seien, von anderen aufgegeben und im Stich gelassen zu werden. E1 beschreibt ausserdem, dass diese Menschen ihre Überzeugung, von niemandem gemocht zu werden, sich selbst immer wieder bestätigen würden, indem sie sich zurückziehen und andere zurückweisen. Sie fasst es wie folgt zusammen: *«Eigentlich sind sie mega soziale Leute, aber sie haben nie Anschluss gefunden und der Rückzug ist wie so die eigene Bestätigung, mich will ja niemand.»* (E1)

E5 findet es in Gesprächen zur Berufswahl immer wieder eine grosse Herausforderung, dass Jugendliche mit Sozialer Angst kaum eigene Interessen und Stärken benennen können. Dies berichtet auch E4, insbesondere, wenn zusätzlich eine depressive Gemütsstimmung dazukomme. Sie denkt, dass die Ängste vor den bevorstehenden sozialen Kontakten in der Arbeitswelt so gross seien, dass sie weitere Gedanken daran, sich in einem Berufsfeld einzubringen sowie die weitere Auseinandersetzung damit verunmöglichen. Auch laut E5 sei die Berufswahl und die Aussicht ins Arbeitsleben einzutreten für viele mit sehr grossen Ängsten verbunden, was die Gespräche schwierig mache.

Bei diagnostizierter Sozialer Angst sieht E1 eine Gefahr darin, dass man sich hinter der Diagnose verstecke. Es kann die Haltung entstehen, dass man gar nichts mehr machen könne und sich auch gar nicht mehr damit konfrontieren müsse. Dadurch entstehe laut E1 eine Abwärtsspirale, die das Problem noch verschlimmere. Sie finde es dann sehr schwierig, diesen Teufelskreis zu durchbrechen, da diese Personen sich gar nichts mehr zutrauen würden.

Eine Fluchtmöglichkeit zur Umgehung der Ängste stelle laut E5 auch das Gamen dar. Er beschreibt den Reiz der virtuellen Welt so: *«Und durch das auch ihre Ängste ablegen können oder dort auch z.T. Führungsrollen übernehmen und ganz anders funktionieren können als in der Gesellschaft. Natürlich wird dann auch wieder der Weg zurück in die Gesellschaft viel schwieriger, weil man in dem Erfolgserlebnisse hat und mal etwas anderes sein kann. Und das war für mich auch eine Erklärung dafür, als ich das gesehen habe, dass man sich auch darin verlieren kann in dieser virtuellen Welt.»* (E5)

E1 und E5 berichten beide davon, dass Personen mit Sozialen Ängsten oft sehr hohe Ansprüche an sich selbst stellen. E5 hat öfters erlebt, dass sich sozialängstliche Jugendliche

gerade wegen der hohen Angst sehr hohe Ziele setzen, die sie nicht erreichen können. Als Begleitperson steht er dann vor der Aufgabe, bereits aufgegleiste unerreichbare Ziele auf kleinere Schritte herunterzubrechen. Allerdings wertet er es bereits als Erfolg, wenn betroffene Jugendliche die Überforderung frühzeitig benennen können, bevor es zu einem Abbruch der beruflichen Massnahme kommt. Eine sehr grosse Hürde sieht er nämlich darin, dass sie sich während einer Massnahme oft nicht trauen, sich rechtzeitig abzumelden. Zudem tauchen sie häufig nicht auf, ohne sich abzumelden oder gehen während des Tagesprogramms einfach nach Hause.

E3 findet es schwierig, wenn Betroffene sich in soziale Situationen hineinbegeben, sich dort aber anders verhalten als andere und dadurch abgewiesen werden. Somit riskieren sie ein Negativerlebnis, das dann wiederum die Ängste verstärkt. Auch E4 berichtet davon, dass es nach einem gescheiterten Praktikum sehr schwierig sei, diese negative Erfahrung wieder zu verarbeiten und neues Vertrauen aufzubauen.

Als weitere Hürde nennt E1 auch Scham: *«Man sagt zwar, man hat mega viel zu tun, aber oftmals sitzen sie zuhause und schämen sich auch, dass sie eben nicht so Kollegen haben. Das ist etwas, das dann auch nicht so kommuniziert wird. Und dann begleitet man sie eben auch nicht so richtig, weil man denkt, sie haben ein gutes Netz und gute Leute um sie herum, aber es ist dann nicht der Fall.»*

## 4.4 Ressourcen

### **Forschungsfrage 3: Welche Ressourcen bringen sozialängstliche Personen mit und wie können die Ressourcen aktiviert werden?**

Bei der dritten Forschungsfrage wurden die Interviewpartner\*innen nach vorhandenen Ressourcen gefragt, die bei sozialer Ängstlichkeit häufig vorkommen. In einem zweiten Schritt wurden Möglichkeiten zur Aktivierung der genannten Ressourcen thematisiert.

#### **4.4.1 Häufig vorhandene Ressourcen**

Die Interviewpartner\*innen reagierten auf diese Forschungsfrage meist mit der Antwort, dass sehr viele Ressourcen vorhanden seien. Anschliessend erzählten sie entweder anhand konkreter Beispiele oder im generellen von unterschiedlichen und vielseitigen Ressourcen.

##### *Sensibilität*

E3: *«Sie können sehr Vieles wahrnehmen von der Aussenwelt, also eigentlich recht sensibel auf Leute oder auch Situationen eingehen.»*

E1 wie auch E2 unterstreichen diese hohe Sensibilität. E2 fügt an, dass die Leute sofort die Stimmung in einem Raum spüren und analysieren würden. E5 spricht von Gefühlsmenschen

mit einer sehr hohen Emotionalität, die sehr ausgeprägt positiv, aber natürlich auch von Angst, Wut, Scham oder Frust geprägt sein könne.

### *Empathie*

*E5: «Was ich schon bemerke, dass sie über sehr viel Empathie verfügen. Es sind sehr gefühlsvolle Menschen, die sich sehr viele Gedanken über Andere machen.»*

E3 gibt an, dass Betroffene eigentlich sehr gut mit anderen Menschen umgehen können, weil sie viel Verständnis haben und sich bei Schwierigkeiten anderer Menschen gut in die Situation hineinversetzen können. Laut E1 seien die Leute sehr fair im Umgang mit anderen und können feinfühlig auf ihre Mitmenschen eingehen.

### *Kognitive Fähigkeiten*

*E3: «Und was auch noch dazu kommt, dass die meisten gute kognitive Fähigkeiten oder sogar eine hohe Intelligenz aufweisen.»*

Fast alle Expert\*innen geben an, dass Betroffene über gute kognitive Fähigkeiten verfügen. Laut E1 können sozialängstliche Menschen viel Allgemeinwissen vorweisen, da sie sich ständig informieren, viel lesen und recherchieren. E2 bemerkt, dass diese eher überdurchschnittliche kognitive Fähigkeit natürlich eine wichtige Ressource darstelle, die aber auch im Weg stehen könne, wenn die Person zu viel nachdenke und sich mit Selbstzweifeln herumplage, obwohl sie es gar nicht nötig hätte. Kognitiv einfacher strukturierte Personen würden sich teilweise weniger Gedanken über sich selbst machen und dadurch weniger in diesen Negativstrudel kommen. E4 fügt an, dass die intakten kognitiven Funktionen aber sehr erfolgsversprechend seien, vor allem auch im Hinblick auf die Berufswahl und dem Reüssieren im beruflichen Umfeld. Sie beobachtet einen starken Durchhaltewillen und eine hohe Ausdauer, eine Aufgabe zu Ende zu führen.

### *Selbstreflexion*

*E6: «Ich stellte fest, dass ich selten Leute kennengelernt habe, die so eine gute Selbstreflexion haben. Sie kennen sich gut, auch wenn sie teilweise noch sehr jung sind. Das kommt sicher teils auch von den Klinikaufenthalten. Sie lernen über sich selbst nachdenken und reflektieren.»*

Laut E5 seien sozialängstliche Personen sehr nachdenklich und in gewissen Situationen richtige Kopfmenschen, die sich selbst ständig hinterfragen.

### *Sympathisches Auftreten*

*E4: «Eigentlich wirken sie sehr freundlich. Sie sind sehr freundlich im Umgang mit anderen Menschen.»*



E6 untermauert, dass sie immer wieder feststelle, dass sozialängstliche Menschen andere so akzeptieren wie sie sind. Sie würden Rücksicht auf Andere nehmen und sich selbst in den Hintergrund stellen. Das wirke sehr sympathisch.

### *Selbständigkeit*

*E1: «Ich begleite jetzt gerade eine junge Dame und sie ist eigentlich sehr selbständig. Ich mache mir bei diesen Menschen nicht so Sorgen, dass sie ihr Leben nicht managen können, gerade deshalb, weil sie alles allein schaffen müssen.»*

E6 verwendet in diesem Zusammenhang den Begriff Alleingänger. Durch das fehlende Netzwerk müssen sie sich selbständig organisieren. Die Selbständigkeit habe gemäss E1 einige Vorteile, aber berge natürlich auch Gefahren. Das Weltbild sei oft sehr negativ aufgrund schlechter Erfahrungen mit Menschen. Dadurch lassen sie sich auch nicht helfen und kapseln sich aufgrund ihrer Ängste ab. Ausserdem könnten dadurch keine positiven Erfahrungen gemacht werden. E2 betont an mehreren Stellen, dass eine Soziale Phobie aus seiner Sicht eigentlich keine invalidisierende Störung sei. Diese Diagnose sei überwindbar und therapeutisch gut behandelbar. In diesem Fall könne die Selbständigkeit genutzt werden für eine erfolgreiche berufliche Laufbahn.

### *Soziale Kompetenzen*

Nach dieser Ressource wurden die Expert\*innen gezielt gefragt, da Hinweise aus der Literatur zeigten, dass Personen mit einer Sozialen Phobie nicht unbedingt unter mangelnden Sozialen Kompetenzen leiden. Ressourcen, die oben bereits genannt wurden, sind teilweise unter dem Begriff 'Soziale Kompetenz' einzuordnen, dennoch führte die explizite Befragung nach diesen Kompetenzen zu spannenden Antworten.

*E3: «... starke Soziale Kompetenzen, die dann je nachdem etwas vergraben werden unter der sozialen Ängstlichkeit.»*

E5 geht ebenfalls davon aus, dass häufig eine hohe Soziale Kompetenz vorhanden ist. Wenn sie es schaffen, sich in einem sozialen Umfeld wohlfühlen und sich zu integrieren, dann können sie die Kompetenzen auch zeigen. E1 sagt, dass es nicht an den fehlenden Sozialen Kompetenzen liege, dass sie sich nicht zugehörig fühlten, sondern sie wüssten einfach nicht, wie sie funktionieren könnten oder wie Leute sie dann auch akzeptieren würden. E4 meint, dass vor allem im Arbeitskontext oder in einer Leistungssituation die Betroffenen enorm belastet seien und dadurch ihre Sozialen Kompetenzen nicht ausreichend zum Vorschein bringen könnten. Auch E2 argumentiert ähnlich, dass aufgrund von Bewertungs- und Versagensängsten die Anwendung dieser Kompetenzen nicht zum Zug komme und sie dadurch nicht zeigen könnten, was eigentlich in ihnen stecke. Und E6

musste im Interview lachen, da sie gar nicht verstand, weshalb ein solcher Zusammenhang überhaupt untersucht wird. Für sie sei es völlig klar, dass Soziale Kompetenzen bei Leuten mit einer sozialen Ängstlichkeit hoch ausgeprägt seien.

#### **4.4.2 Wie können Ressourcen aktiviert werden?**

Die Frage nach vorhandenen Ressourcen hat gezeigt, dass Personen mit einer sozialen Ängstlichkeit über sehr viele verschiedene Ressourcen verfügen, die in der Zusammenarbeit mit den Expert\*innen immer wieder zum Vorschein kommen. Häufig liegt die Schwierigkeit aber darin, dass diese Ressourcen aufgrund verschiedener Blockaden und Ängste nicht aktiviert werden können. Die nächste Interviewfrage widmet sich dem Thema, wie die vorhandenen Ressourcen aktiviert werden können.

##### *Familiäres Umfeld*

*E2: «Da kann das familiäre Umfeld beides, positiven oder negativen Einfluss haben, entweder ins kalte Wasser schupfen oder bewahren so quasi behüten und die Konfrontation vermeiden, indem das Mami die Bewerbung macht oder den Anruf bei der Firma tätigt...»*

E6 hat auch diese bremsende Wirkung von Familien erfahren, wenn Eltern das Kind schützen wollen und ihm alle Steine aus dem Weg räumen. Es brauche manchmal einen kleinen «Schupf» in die Konfrontation mit der Aussenwelt. Früher oder später müsse das sowieso geschehen. Sie erwähnt auch, dass es schön wäre, wenn betroffene Jugendliche für erste Erfolgserlebnisse von der Familie begleitet würden, beispielsweise gemeinsam eine öffentliche Veranstaltung oder ein Konzert besuchen, damit sie auch wieder einmal aus dem Haus kommen. E5 gibt an, dass Familien, die eng unterstützen und auch akzeptieren, dass Ängste und Schwierigkeiten da sind, wichtig seien für den Umgang und die Konfrontation mit den Herausforderungen.

E1 spricht eher die gesamte Schulzeit an, wenn der Fokus während der Kindheit ständig auf Schwächen ausgelegt sei. Wenn ein Kind Schwierigkeiten in der Schule zeige, dann werde mit Logopädie, Psychotherapie, Heilpädagogik und weiteren unterstützenden Massnahmen immer auf die Schwächen fokussiert. Auch zuhause ginge es dann häufig um Defizite anstatt dem Hervorheben von Ressourcen. Wichtig für Familien wäre der Fokus auf Stärken. E5 erwähnt den Zusammenhalt innerhalb von Familien. Wenn eine Person sich eine Ausbildung in einem fremden Umfeld nicht zutraue, gebe es vielleicht die Möglichkeit, innerhalb der erweiterten Familie eine Anstellung oder eine Ausbildung zu erhalten. Die Person fühle sich im familiären Umfeld wohler und könne dadurch auch eher auf ihre vorhandenen Ressourcen zurückgreifen.

*Soziales Netzwerk / Gruppen / Vereine*

E3 berichtet, dass sozialängstliche Personen meist nicht über einen grossen Freundeskreis verfügen, aber einfach ein paar wichtige Bezugspersonen ausserhalb der Familie haben, zu denen sie dann einen sehr engen Kontakt pflegen. Da fühlen sie sich wohl, können sich ausdrücken und dadurch ihre Ressourcen anwenden. E4 unterstützt diese Aussage und meint, dass soziale Kontakte eher Druck erzeugen. Wenn es jedoch möglich wäre, ein Vertrauensverhältnis zu einzelnen Personen aufzubauen, könne das eine gute Möglichkeit sein, erste Schritte auf Menschen zuzugehen. E5 spricht über seine Erfahrung, wie sich sozialängstliche Personen in Gruppen bewegen. Es komme sehr auf die Gruppendynamik an. Es gebe Leute, die den Zugang für zurückgezogene, stille oder sogar ängstliche Gruppenmitglieder gänzlich verhindern. Das fördere dann wiederum die Angst und eine Unfähigkeit, sich in der Gruppe einzubringen. Er habe aber in wohlwollenden Settings auch ein anderes Verhalten beobachtet: *«Grundsätzlich, wenn sie sich mal wohlfühlen in einer Gruppe, dann tritt auch das mit den Sozialen Ängsten in den Hintergrund, auch durch ihre Empathie Fähigkeit, dann sind sie sehr gut in einer Gruppe integriert. Es braucht einfach viel länger.»*

E4 äussert Bedenken, ob bei einer ausgeprägten Störung der Zugang zu Freizeitaktivitäten überhaupt möglich sei. E5 fügt an, dass ein Engagement in Vereinen leider eher selten sei, je grösser die Anzahl Menschen und je unverbundener die Beziehungen, desto höher die Schwelle für Leute mit Sozialer Angst. Auch E2 befürchtet, dass positive Erfahrungen in einer Gruppe häufig ausbleiben, da das Vermeidungsverhalten so gross sei und sie sich aus Angst vor negativer Bewertung nicht in eine Gruppe wagen oder sich nicht in der Gruppe exponieren. Meide eine Person von Anfang an solche Situationen, dann werde auch die Wahrscheinlichkeit kleiner, ein Erfolgserlebnis zu generieren. Dadurch bleiben die positiven Erfahrungen und das Wohlfühlen in der Gruppe aus. E5 sagt, dass es grundsätzlich von der Gruppe her mehr Verständnis brauche bis die Person erst einmal ankomme und sich traue in der Gruppe mitzuwirken. E1 hat eine interessante Beobachtung gemacht, wie die Gruppe genutzt werden kann, um Ressourcen zu aktivieren. Die Altersverteilung der Gruppenmitglieder spiele eine wesentliche Rolle. Sie habe sehr gute Erfahrungen gemacht mit vertikalen Beziehungen. Häufig sei bei Gleichaltrigen der Vergleich beängstigend und das Messen untereinander kontraproduktiv. Wenn aber eine Gruppe durchmischt werde mit beispielsweise Kindern oder Senioren, dann könne viel eher der Zugang geschaffen werden. Da sei dann teilweise auch das Verständnis für die Andersartigkeit grösser.

## 4.5 Unterstützung im Berufswahlprozess

### **Forschungsfrage 4: Wie können Beratungspersonen den Berufswahlprozess unterstützen, wenn eine soziale Ängstlichkeit vorliegt?**

Forschungsfrage 4 thematisiert den Berufswahlprozess bei Sozialer Angst und wie Beratungspersonen diesen Prozess optimal unterstützen können.

#### *Diagnostik*

E4 gibt an, dass sie sich gerne auf Testverfahren beziehe, weil dies eine eher objektive Sicht auf die Berufswahl zulasse und vielleicht etwas weniger eine durch Angst getriebene Wahl fördere. Den Personen werde somit der Zugang zu möglichen Berufsfeldern geöffnet, die sie sich vorher vielleicht noch gar nie überlegt hätten. Zudem lasse sie häufig eine Fremdeinschätzung ausfüllen und vergleiche dies mit der Selbsteinschätzung der Person. Die Unterschiede seien sehr interessant zu besprechen und hilfreich, um in der Beratung neue Perspektiven zu generieren. Oft würden Betroffene auch durch die positive Aussensicht von ihren Mitmenschen bestärkt.

#### *Erste kleine Schritte*

*E2: «Wenn sich eine Person lieber im stillen Kämmerlein verzieht und auch nicht bereit ist, kleine Schritte zu gehen, dann wird sie nicht weiterkommen.»*

Gemäss E6 trauen sich Betroffene in einer angenehmen, sicheren Umgebung eher, erste Schritte zu wagen. Bereits die Auseinandersetzung mit der Berufswahl stelle die erste Herausforderung dar. Wer sich vor allem ängstige und immer die negativen Konsequenzen vor Augen habe, könne gar nicht auf Interessen und Fähigkeiten fokussieren. Unter Umständen könne in diesem Fall der geschützte Rahmen miteinbezogen werden, um sich erstmalig mit der Berufswahl auseinanderzusetzen. Im Jobcoaching oder in der Gruppe biete sich die Möglichkeit, sich spielerisch an die eigentlichen Themen der Berufswahl heranzuwagen. Zuerst einen Freund anrufen, dann ein Telefonat an die Beratungsperson selbst machen und schliesslich einen potenziellen Arbeitgeber telefonisch anfragen, ob das Schnupperangebot noch gelte. Dorthin zu gehen sei dann der nächste herausfordernde Schritt. So könne man Schritt für Schritt die Situation zuerst in geschützter Umgebung üben und sich dann in die Realität wagen.

E1 fügt hinzu, dass erste kleine Schritte auch im privaten Umfeld gemacht werden können. Wenn die Person beispielsweise musikalisch sei, fühle sie sich mit anderen Musiker\*innen wohler, dadurch könne die Energie und das Vertrauen, das sie durch die Musik gewinne, für andere Herausforderungen genutzt werden.

### *Modelllernen*

E2 gibt an, dass Modelllernen sehr wichtig sei. Eine vertraute Person könnte beigezogen werden, um das erwünschte Verhalten vorzuleben oder das Schnuppern zu begleiten. Bei einer stark ausgeprägten Sozialen Phobie werden die Leute auf dem Weg zum Schnuppern sehr viele Möglichkeiten finden, um diesen Weg nicht zu beschreiten. Sie haben dann Bauchweh, erleben eine Blockade oder im Extremfall komme es zur Depersonalisierung. Wenn jemand als Unterstützung dabei sei und der Person zeige, wie man sich verhalte, werde das Ausweichen erschwert. E1 spricht von einer Interventionsmöglichkeit, die zunehmend von Beratungspersonen bei der IV genutzt werde. Es handle sich um die Arbeit mit Peers. Berufsleute, die ursprünglich die Diagnose Soziale Angst erhalten haben und bereits einen enormen Weg gegangen seien, werden in die Arbeit miteinbezogen. Solche Leute können von ihren Erfahrungen und Strategien berichten und Mut machen, dass die Situation sich mit der Zeit verbessern könne.

### *Schnuppern*

E5 erzählt, dass er gute Erfahrungen gemacht habe mit Schnuppermöglichkeiten im geschützten Rahmen. Dort seien Fachpersonen angestellt, die mehr Verständnis zeigen für psychische Beeinträchtigungen im Vergleich zu Arbeitgebenden an einem Schnupperangebot im ersten Arbeitsmarkt. Auch eine reduzierte Belastbarkeit werde im geschützten Rahmen besser akzeptiert. In einem weiteren Schritt könne dann im ersten Arbeitsmarkt geschnuppert werden. Eine genaue Vorbesprechung eines Schnuppertages mit dem Jobcoach sei hilfreich, um Sicherheit zu schaffen. Auch E6 hat beobachtet, dass die Jugendlichen mit einem Erfolgserlebnis zurückkommen, wenn sie das Schnuppern geschafft haben. E3 beurteilt ebenfalls verschiedene Schnuppererfahrungen als besonders hilfreich. Es gehe nicht nur primär um den Beruf, sondern auch darum, positive Erfahrungen zu sammeln. Und es gehe neben der beruflichen Auseinandersetzung auch darum, einen Einblick in den Betrieb zu erhalten, um die Atmosphäre und die Leute zu spüren, ob es passend sei.

### *Therapeutische Unterstützung*

Gemäss E4 könne es bereits mit dem Besuch einer Spitex zuhause anfangen oder einer regelmässigen therapeutischen Intervention, um die Person wieder ein wenig zum Reden zu bringen oder sich von daheim weg zu bewegen. E2 beschreibt, dass eine therapeutische Unterstützung während des Berufswahlprozesses enorm wichtig sei. Es sei nicht die Aufgabe der Berufsberatenden, therapeutisch zu wirken, aber vielleicht darauf aufmerksam zu machen, dass es notwendig und hilfreich wäre. E3 fügt an, dass in der Therapie Strategien zum Verhalten bei der neuen Arbeitsstelle erlernt werden können. E1 berichtet, dass es durchaus sinnvoll sein könne, wenn nicht nur die von der Sozialen Angst betroffene Person

beraten und begleitet werde, sondern auch die Familie lerne, wie mit dieser Problematik umgegangen werden könne. Häufig versuche man, das ganze System miteinzubeziehen.

## 4.6 Geeignete Berufe und ihre Rahmenbedingungen

### Forschungsfrage 5: Welche Berufe eignen sich eher und welches sind unterstützende Rahmenbedingungen?

Bei Forschungsfrage 5 wurden die Expert\*innen gefragt, welche Berufe sich ihrer Meinung nach bei sozialer Ängstlichkeit eignen und welche Berufe eher nicht zu empfehlen seien. Anschliessend wurden unterstützende Rahmenbedingungen beim Einstieg in die Berufswelt besprochen.

#### 4.6.1 Geeignete Berufe

*E3: «Ich würde jetzt sagen, bei einer sozialen Ängstlichkeit gibt es eigentlich keinen Beruf, der eben komplett ausgeschlossen ist.»*

E1 ist auch überzeugt, dass grundsätzlich alles möglich ist, da die Entwicklungsmöglichkeit bei dieser Störung sehr plastisch sei. Vielleicht müsse man einfach über einen Plan B mit weniger Exposition im Beruf zum eigentlichen Plan A kommen. Dies wird auch von E6 gestützt. Grundsätzlich sei ein Berufsfeld / Arbeitsort mit wenig sozialen Kontakten empfohlen, vielleicht eher ein Beruf im Büro hinter dem Computer. Wichtig sei ein sanfter Einstieg für die Person. Wenn das Krankheitsbild nicht mehr so stark ausgeprägt sei, sei eine berufliche Weiterentwicklung vielleicht möglich.

E2 zufolge wollen sozialängstliche Personen häufig Tätigkeiten ausüben, bei denen die Diagnose stark im Weg stehe. Er erklärt es so, dass die Berufswahl von darunterliegenden Motiven gelenkt werde und die sozialen Bedürfnisse von Betroffenen durch den sozialen Rückzug zu kurz kämen. Sie müssten sich einfach überlegen, ob die Ängste dafür überwunden werden können, damit eine berufliche Integration erfolgreich sein könne. Wenn sich die Person die Konfrontation zutraue, dann soll die Wahl unterstützt werden, da die Person dadurch am schnellsten weiterkomme und ein Leben lang davon zehren könne.

E4 hat auch schon die Erfahrung gemacht, dass Personen mit einer sozialen Ängstlichkeit Berufe lernen möchten, die viel Sozialkontakt erfordern. Dabei sei es enorm wichtig, dass man die Leute mit Tatsachen konfrontiere. Die Person auf dem Weg zu unterstützen, wenn man sehe, dass der Berufswunsch nicht ideal sei oder das Bestehen noch in weiter Ferne liege, sei falsch. Aber man dürfe der Person schon auch Mut machen und sagen, dass eine Arbeitsstelle viel zum Genesungsprozess beitrage, da man sich mit seinen Ängsten konfrontiere und positive Erfahrungen machen könne.

E6 erwähnt, dass es bei der Integration in die Arbeitswelt helfe, Berufe zu wählen, bei denen am Ende des Tages ein Ergebnis sichtbar werde. Gemeinsam eine Wand zu streichen oder ein Möbel zu schreinern, könne zu einem positiven Erleben führen. Der Verkauf sei aus ihrer Sicht nicht unbedingt zu empfehlen, weil man da ständig im Rampenlicht stehe und teils auch schwierigen Kunden ausgesetzt sei.

E2 fügt an, dass es bei dieser Störung sehr individuell sei. Es gebe nicht den einen passenden oder unpassenden Beruf. Es komme auf die Art der Einschränkung an und wieweit die Person bereit sei, sich mit ihren Ängsten zu konfrontieren. Unter der Annahme, dass die Soziale Angststörung stabil und unüberwindbar ist, wären aus medizinisch-theoretischer Sicht emotional anspruchsvolle Tätigkeiten nicht empfehlenswert. Da den Sozialen Ängsten aber mit geeigneten Copingstrategien ein Stückweit entgegengewirkt werden könne, sei sogar das Erlernen einer vermeintlich unpassenden Tätigkeit aus seiner Sicht unter Umständen zielführend. E3 meint, dass das Umfeld, indem sich die Person bewege, viel zentraler sei als die eigentliche Berufswahl, worauf im folgenden Abschnitt eingegangen wird.

#### **4.6.2 Unterstützende Rahmenbedingungen**

##### *Wohlwollendes Umfeld*

E3: *«Wichtig ist sicher ein wohlwollendes Umfeld, so dass man merkt, man ist akzeptiert, man wird nicht ausgelacht und zurückgewiesen wegen dieser sozialen Ängstlichkeit. Ja, dass man sich in dem Sinn wohlfühlt und vielleicht auch eine Möglichkeit hätte für einen Rückzug.»* Sie berichtet von einem konkreten Beispiel einer Schülerin, die unter starken Sozialen Ängsten litt. Sie hatte zwischendurch die Möglichkeit, sich aus der Schulklasse zu entfernen und für einige Minuten allein in einen anderen Raum zu gehen.

Die Expertin weist auch darauf hin, dass sozialängstliche Personen beim Schnuppern vielmehr auf die Mitarbeitenden im Betrieb und die Atmosphäre achten als auf den Beruf selbst.

##### *Arbeitgeber ins Boot holen*

E6: *«Neben einem sehr sanften Einstieg in einen geeigneten Beruf, besteht auch die Möglichkeit, transparent mit dem Arbeitgeber, den Vorgesetzten oder einem Lehrmeister zu kommunizieren und offen über die Einschränkung zu sprechen.»*

Auch E3 schliesst sich dieser Aussage an. Manchmal mache es Sinn, dem Arbeitgeber eine Vorinformation zukommen zu lassen, dass die Person unter einer sozialen Ängstlichkeit leide. Dann komme auch mehr Akzeptanz seitens Arbeitgeber entgegen und es werde verstanden, wieso sich die Person in Gesprächen oder Sitzungen wenig oder gar nicht beteilige. E6 gibt an, dass das Bewusstsein für eine Störung bei den Arbeitgebern manchmal

gefördert werden müsse. Es sollte mitgeteilt werden, dass es vielleicht mehr Zeit brauche eine gute Arbeitsbeziehung aufzubauen und das Vertrauen eventuell nicht von Anfang an vorhanden sei. Es gehe also darum, ein gewisses Feingefühl und Wissen über die Diagnose zu fördern. Und E5 fügt an, dass durch die Transparenz Missverständnisse aus dem Weg geräumt werden können. Wenn sich eine Person bei der Arbeit verspäte, dann habe das allenfalls nicht damit zu tun, dass sie unmotiviert sei, sondern vielmehr damit, dass sie sich aus Angst vor den Herausforderungen des Arbeitstages nicht aus dem Bett getraut habe. Häufig sei es für Menschen mit Sozialer Angst besonders schwierig, ein Fehlverhalten zu melden und sich nicht dafür zu schämen.

#### *Jobcoach involvieren*

*E3: «Wir haben zum Teil Jobcoaches drin, die den Prozess unterstützen und einfach näher dran sind.»*

E6 betont die Wichtigkeit eines Jobcoaches, der sich regelmässig mit der Person treffe, mögliche Situationen vorbespreche, allgemein beim Prozess unterstütze. Gemäss E5 sei es auch sehr wichtig, dass Ängste der betroffenen Person beim Betrieb kommuniziert werden können, um ein optimales Verständnis von Mitarbeitenden zu fördern. Dies könne mit einem Jobcoach vorgängig geübt werden.



## 5 Diskussion und Ausblick

In diesem Kapitel wird zunächst auf die beiden Fragen nach der Häufigkeit einer Sozialen Angststörung und dem Erkennen einer solchen im Erstgespräch eingegangen sowie Unterschiede und Gemeinsamkeiten zwischen den Antworten der Expert\*innen und Angaben in der Literatur diskutiert. Zur Beantwortung der fünf Forschungsfragen werden anschliessend die Ergebnisse aus den Interviews zu Kernaussagen zusammengefasst und diese vor dem Hintergrund der theoretischen Grundlagen sowie aktueller Forschungsergebnisse interpretiert und diskutiert. Zum Schluss folgen eine kritische Reflexion des Vorgehens und ein Ausblick auf weiterführende Forschung und Auseinandersetzung mit dem Thema.

### 5.1 Häufigkeit und Erkennen einer Sozialen Angststörung

Wie im Ergebnisteil wird vor der Diskussion der eigentlichen fünf Forschungsfragen auf die Fragen nach der Häufigkeit und dem Erkennen Sozialer Angststörungen eingegangen.

#### 5.1.1 Häufigkeit einer Sozialen Angststörung

Bei der Frage nach der Häufigkeit einer Sozialen Angststörung werden epidemiologische Studien mit den Aussagen der Expert\*innen verglichen und diskutiert. In gross angelegten Untersuchungen hat man Lebenszeitprävalenzen von einer Bandbreite zwischen 3% und 16% gefunden, wobei die Differenzen vor allem auf die Stichproben und methodischen Unterschiede zurückgeführt wurden (Bandelow & Michaelis, 2015; Li et al., 2001). Bassler (2005) gibt an, dass Angststörungen neben depressiven Störungen zu den häufigsten psychischen Erkrankungen gehören. Diese Aussage wird von den Interviewpartner\*innen geteilt, in ihrem Berufsalltag treffen sie Soziale Ängste häufig an. Die Einschätzungen variieren zwischen 20% - 50%. Dabei muss beachtet werden, dass es sich um eine Schätzung aus dem Bauch heraus handelt, die nicht statistisch belegt ist. Es ist jedoch nicht verwunderlich, dass im Arbeitsumfeld der Expert\*innen die Soziale Angst so häufig ein Thema ist. Einerseits arbeiten die Interviewpartner\*innen allesamt mit Jugendlichen, die Unterstützung bei ihrer beruflichen Laufbahn benötigen und entweder bei der IV angemeldet sind oder sich bereits in Integrationsmassnahmen für eine erstmalig berufliche Ausbildung (ebA) befinden. Dahingehend ist gut erklärbar, weshalb allgemein psychische Störungen bei dieser Zielgruppe vermehrt auftreten. Andererseits muss für die Berechnung der Lebenszeitprävalenz in wissenschaftlichen Studien eine Soziale Phobie als Diagnose gegeben sein, die Expert\*innen hingegen beleuchten vielmehr das Kontinuum sozialängstlicher Symptome. Den Interviews ist zu entnehmen, dass eine Soziale Phobie häufig nicht als Hauptdiagnose ausgewiesen ist. Erst durch das Gespräch wird jeweils deutlich, dass zu einer gegebenen Diagnose noch Soziale Ängste dazukommen. Auch Spence und Rapee (2016)

argumentieren, dass sich Soziale Angst auf einem Kontinuum erstreckt und viele junge Leute über stark beeinträchtigende sozialängstliche Symptome berichten, ohne die Schwelle zu einer klinisch relevanten Diagnose zu erreichen. Weiter kann auch die gezielte Auseinandersetzung mit beruflichen Herausforderungen mit dem Jobcoach oder den IV-Berufsberatenden zu Bewusstsein von vorhandenen Sozialen Ängsten führen, die vorgängig nicht Thema gewesen sind. Die Hälfte der Interviewpartner\*innen gibt an, dass sich die Ängste vor allem bei beruflichen Neuorientierungen bemerkbar machen, nämlich dann, wenn die jungen Leute aus ihrem gewohnten sozialen Umfeld herausgerissen werden oder sie keine Lehrstelle finden. Dies fördere Unsicherheiten und es können Ängste entstehen.

Die Expert\*innen arbeiten hauptsächlich mit jungen Erwachsenen, daher wurden sie nicht gefragt, wie sie die Entwicklung der Sozialen Angst über die Lebensspanne wahrnehmen. Schmitz und Asbrand (2020) geben an, dass die Soziale Angststörung in der deutlichen Mehrheit der Fälle bereits vor dem 18. Lebensjahr beginne und in der frühen Adoleszenz einen steilen Anstieg im ersten Auftreten aufweisen (Beesdo-Baum & Knappe, 2012). Gründe für diesen steilen Anstieg in der Adoleszenz werden von Hoyer und Härtling (2017) genannt. Sie schätzen das Durchschnittsalter des Beginns der Sozialen Angststörung auf 15.7 Jahre. In diesem Zeitraum durchleben die jungen Erwachsenen eine grosse Zahl von Entwicklungsaufgaben. Wer in dieser Zeit negative Erfahrungen macht, z.B. gekränkt und zurückgewiesen wird, kann Ängste entwickeln und Situationen vermeiden, anstatt Herausforderungen zu bewältigen. Daher werden viele junge Erwachsene durch Ängste in ihrem Lebensalltag gehindert. Auch wenn das junge Erwachsenenalter Schwerpunkt der Entstehung von Sozialen Ängsten ist, bestehen sie unbehandelt oft chronisch weiter. Die Mehrheit der betroffenen Adoleszenten leidet auch im späteren Lebensverlauf unter Sozialer Angst oder komorbiden Störungen (Beesdo-Baum & Knappe, 2012). Jedoch geht gemäss Hoyer und Härtling (2017) das Älterwerden mit Erfahrung einher: je mehr Situationen erfolgreich bewältigt wurden, desto mehr wächst das Vertrauen in sich selbst. Hinzu kommt, dass ältere Menschen sich nicht mehr so viele Gedanken machen, wie sie auf andere wirken. Auch Bandelow und Michaelis (2015) halten fest, dass Soziale Ängstlichkeit in der Kindheit, Jugendzeit oder im frühen Erwachsenenalter beginnt, im mittleren Alter hinsichtlich der Häufigkeit den Höhepunkt erreicht und anschliessend abnimmt.

### **5.1.2 Erkennen von Sozialen Ängsten**

Aus den Interviews wird ersichtlich, dass das Erkennen einer Sozialen Angst beim Erstgespräch sehr schwierig ist. Eine Expertin gibt an, dass die Ängste erst in Gruppen zum Vorschein kommen würden. Andere bemerken eine Schüchternheit, Nervosität und Ängstlichkeit im Gespräch und beschreiben einen erschwerten Dialog, bei dem ständig nachgefragt werden müsse. Eine Person berichtet von einer eingeschränkten Ausdrucks-

fähigkeit auch im non- und paraverbalen Bereich. Soziale Ängste werden z.T. auch erst durch Verhaltensschilderungen z.B. durch die Eltern für die Expert\*innen ersichtlich. Es könne damit zusammenhängen, dass sich Betroffene oft gar nicht bewusst seien, weshalb sie in ihrem Alltag so stark belastet sind. Stuhldreher et al. (2014) weisen darauf hin, dass manche Betroffene erst beim Vorhandensein von Komorbiditäten medizinische Hilfe holen, da sie sich der Ursache des Leidens nicht bewusst sind. Eine andere Erklärung für das schwierige Erkennen von Sozialen Ängsten wird von Hoyer und Härtling (2017) beschrieben. Bei der Sozialen Angststörung handelt es sich um eine 'stille Störung', von der in der öffentlichen Wahrnehmung sehr wenig bekannt ist. Ausserdem versuchen Betroffene mit aller Kraft zu vermeiden, dass ihr Umfeld etwas davon mitbekommt. Nicht einmal bei nahestehenden Personen wird über die Angst gesprochen. Jacobi und Chaker (2010) fügen an, dass Betroffene sich häufig für ihre Angst schämen, insbesondere wenn die Angst vor dem Sichtbarwerden von Körpersymptomen im Zentrum steht. Als Folge wird die Interaktion durch das Sicherheitsverhalten – wie das Vermeiden von Blickkontakt, besonders leises oder schnelles Sprechen – erheblich erschwert.

## **5.2 Strategien für Gesprächsführung / Beziehungsgestaltung**

### **Kernaussagen aus den Interviews**

Mehrere Expert\*innen betonen, dass die Beziehung und das Vertrauen zur Beratungsperson zentrale Grundvoraussetzungen für eine Beratung seien. Diese aufzubauen benötige viel Zeit. Viele weisen darauf hin, dass ein empathischer, achtsamer Umgang bei Personen mit Sozialer Angst besonders wichtig sei. Aufmerksames Zuhören und Paraphrasieren werden eingesetzt, damit die Betroffenen sich verstanden fühlen. Zur Vertrauensbildung können Kleinigkeiten hilfreich sein, wie z.B. das eigene Notizblatt offen und gut einsehbar auf den Tisch zu legen. Eigene Authentizität, Offenheit und Natürlichkeit werden in den Interviews als zentral beschrieben. Gleichzeitig sollte sehr sorgfältig formuliert werden, da Personen mit Sozialer Angst sich leicht abgewiesen oder negativ bewertet fühlen. Für Personen mit Sozialer Angst sei der Gang zu einem ersten Beratungsgespräch, also einer unbekannteren sozialen Situation, sehr schwierig. Aus diesem Grund erscheinen Betroffene oft nicht zum Termin. Als Entlastung gestalten die Expert\*innen den Erstkontakt daher gern als Online-Gespräch oder via Telefon oder E-Mail. Die Vorteile liegen darin, dass man zu Hause in der vertrauten Umgebung bleiben könne und zudem jederzeit ein Verlassen der Situation möglich sei, entweder durch das Ausschalten der Kamera oder vollständig durch das Auflegen des Hörers. Eine Variante bestehe darin, als Beratungsperson in die vertraute Umgebung der betroffenen Person zu gehen – z.B. in die Schule. Als erleichternd für den Erstkontakt wird auch der Einbezug von Bezugspersonen beschrieben. Im Gespräch sollte die

Angst klar anerkannt werden, gleichzeitig müsse aber darauf geachtet werden, kein Vermeidungsverhalten zu unterstützen. Mehrere Expert\*innen schildern, dass sie darauf achten, die Gespräche kurz zu halten, da sie für Jugendliche mit Sozialer Angst eine grosse Herausforderung darstellen. Folgende Gesprächsstrategien werden weiter als hilfreich genannt: Humor, Stille aushalten, keinen Druck aufsetzen und verschiedene Hilfsmittel wie Fragebogen und Beratungskärtchen einsetzen, wodurch weniger verbal kommuniziert werden müsse.

### **Beziehungsgestaltung**

Die Therapieforschung zeigt, dass Empathie, Echtheit und Wertschätzung sowie eine positive Erwartungshaltung und klare Ziele deutlich stärker den Erfolg einer Therapie beeinflussen als die eingesetzte Methode (Grolimund, 2014). Diese Ergebnisse dürften sich auch auf die Beratung übertragen lassen und stehen im Einklang mit den Aussagen der Expert\*innen. Die Qualität der Beziehung ist entscheidend für den Beratungserfolg. Dabei sind laut Pfingsten (2018) bei Personen mit Sozialer Angst einige Aspekte besonders zu beachten. So besteht bei diesen Menschen eine hohe Irritierbarkeit durch Kritik sowie eine besondere Empfindlichkeit gegenüber sozialen Misserfolgen, was auch die Beziehung zur Beratungsperson einschliesst. Entsprechend wird dazu von den Expert\*innen mehrfach betont, dass ein besonders achtsamer, geduldiger und feinfühligere Umgang zentral sei.

Laut Grolimund (2014) beginnt das Beratungsgespräch mit einer Aufwärmphase, deren Ziel es ist, Klient\*innen innerlich ankommen zu lassen und einen ersten Eindruck von der Beratungsperson zu gewinnen. Diese erste Phase dürfte bei Personen mit Sozialen Ängsten besonders wichtig sein und daher eher etwas mehr Zeit in Anspruch nehmen als bei anderen. Aus den Interviews geht hervor, dass mehrere Expert\*innen zunächst bewusst etwas von sich selbst erzählen, damit das Gegenüber erstmal einfach zuhören kann und sich noch nicht verbal äussern muss. Grolimund (2014) empfiehlt als nächsten Schritt, den Ablauf der Beratung etwas zu erläutern, damit die Klient\*innen wissen, worauf sie sich einlassen. Auch diese Gesprächsphase dürfte für Personen mit Sozialer Angst besonders wichtig sein, damit sie sich während des Gesprächs nicht sorgen müssen, was wohl noch von ihnen verlangt werden könnte. Während des gesamten Gesprächs sollten Klient\*innen die Erfahrung machen, dass die Beratungsperson interessiert zuhört, Schwierigkeiten nachvollziehen kann und versteht. Techniken des aktiven Zuhörens wie Paraphrasieren, Spiegeln und Zusammenfassen dienen dazu, dies zu erreichen. Weiter zeigen Reviews, dass sich positive, aber dennoch realistische Erwartungen günstig auf den Therapieerfolg auswirken. Entsprechend sollte die Bildung positiver Erwartungen gefördert werden (Grolimund, 2014). Es kann in diesem Zusammenhang auch hilfreich sein darauf hinzuweisen, dass Soziale Ängste sehr verbreitet sind (Fydrich, 2003). Dieses Wissen, nicht allein mit dem Problem zu

sein, kann positive Erwartungen hinsichtlich der Behandelbarkeit aktivieren (Grolimund, 2014). Auch dieser Aspekt wird von den Expert\*innen in den Interviews berichtet. So vermitteln sie beispielsweise ihre Überzeugung, dass die Ängste überwindbar sind, weisen gleichzeitig aber auch darauf hin, dass der Weg dahin nicht immer leicht ist. Sie fördern positive Erwartungen auch anhand von Beispielen anderer Betroffener.

### **Erstkontakt**

Um Personen mit Sozialer Angst das Erstgespräch zu erleichtern, bieten die Expert\*innen oft ein Telefon- oder Onlinegespräch an. Dadurch können die Betroffenen in ihrem vertrauten Umfeld bleiben und erhalten die Möglichkeit, jederzeit durch einen einfachen Klick aus der Situation auszusteigen. Engelhardt und Gerner (2017) beschreiben eine Videoberatung als bildgestützte, synchrone Kommunikation von räumlich getrennten Personen im Rahmen eines Beratungsprozesses. Dies ermöglicht es beispielsweise auch Menschen mit psychischen Einschränkungen ein face-to-face Kontakt ähnliches Gespräch zu führen, ohne dass physischer Kontakt notwendig ist. Es besteht zudem die Möglichkeit, eine individuell passende Variante zu finden, beispielsweise könnte nur die Beratungsperson das Videobild aktivieren, während die Person mit Sozialer Angst lediglich den Audiokanal aktiviert und unsichtbar bleibt (Engelhardt & Gerner, 2017). Schulz und Hoyer (2016) berichten in ihrem Review, dass Personen mit hoher Sozialer Angst Onlinekommunikation positiver bewerten als Offlinekommunikation und den Sozialkontext Internet bevorzugen. Die Ergebnisse deuten damit darauf hin, dass der Onlinekontext weniger angstbehaftet ist, was in Einklang mit den Erfahrungen der Expert\*innen steht.

## **5.3 Hürden in der Beratung bei Vorliegen von Sozialer Angst**

### **Kernaussagen aus den Interviews**

Die Interviews ergaben, dass Soziale Angststörungen selten als Einzeldiagnose angetroffen werden, sondern meist verbunden mit komorbiden Störungen auftreten. Es werden verschiedene komorbide Störungen genannt, aber alle sechs Expert\*innen berichten übereinstimmend, dass häufig Depression als komorbide Störung vorkomme. Weiter betonen alle sechs Interviewpartner\*innen klar, dass mit einer sozialen Ängstlichkeit ein tiefer Selbstwert einhergehe. Als eine Folge davon trauen sich Betroffene wenig zu und können zudem positive Rückmeldungen aufgrund ausgeprägter Selbstabwertung nicht annehmen. Allerdings wurde auch erwähnt, dass es einzelne Bereiche geben kann, für die der Selbstwert höher ausfalle (z.B. bei besonderem Talent). Als herausfordernd wird die Abwärtsspirale beschrieben, die einsetzt, weil sich Betroffene aufgrund ihrer Ängste immer mehr zurückziehen. Der Rückzug hat zur Folge, dass positive Erlebnisse ausbleiben, weshalb sich die Personen schliesslich immer weniger zutrauen. Erschwerend kommt hinzu, dass Jugend-

liche mit Sozialen Ängsten oft sehr hohe Ansprüche an sich selbst stellen und sich unerreichbare Ziele setzen. Dies ist sehr kritisch, da durch negative Erlebnisse, beispielsweise wenn ein Praktikum nicht gelingt, die Ängste verstärkt werden und es sehr schwierig ist, solche Misserfolge zu verarbeiten und neues Vertrauen aufzubauen. Das bei Sozialen Ängsten typische Vermeidungsverhalten führt weiter dazu, dass Betroffene gar nicht erst zu Terminen erscheinen. Zudem kann die Benutzung von öffentlichen Verkehrsmitteln bereits eine unüberwindbare Schwierigkeit darstellen. Als grosse Herausforderung für die Berufsberatung wird ausserdem gesehen, dass Jugendliche mit Sozialer Angststörung kaum eigene Interessen und Stärken benennen können und entdeckte Interessen schneller wieder fallen gelassen werden. Schliesslich wird als bedeutsame Hürde auch Scham genannt, die dazu führt, dass Betroffene ihre Ängste und ihr Leiden verstecken und keine angemessene Behandlung erhalten.

### **5.3.1 Komorbidität**

In der Literatur wird übereinstimmend mit den Aussagen der Expert\*innen berichtet, dass Personen mit einer Sozialen Angststörung ein erhöhtes Risiko für das Auftreten von einer Reihe weiterer Störungen aufweisen (Fehm & Knappe, 2020). Laut Fehm et al. (2005) stellt die Komorbidität eher die Regel als die Ausnahme dar, wodurch sich die Langzeitprognose wesentlich verschlechtert. Besonders starke Assoziationen werden für Depressionen wie auch für andere Angststörungen und Abhängigkeitsprobleme gefunden. Dabei werden sowohl depressive Störungen wie auch Abhängigkeitsprobleme als Folge der Sozialen Angststörung und den damit verbundenen Einschränkungen im sozialen und beruflichen Bereich interpretiert (Fehm & Knappe, 2020). Im ICD-10 wird ausserdem darauf hingewiesen, dass sich die Angst bei einer zusätzlichen depressiven Episode massiv verschlimmern kann (Dilling et al., 2015). In diese Richtung weisen auch Befunde, dass Jugendliche und junge Erwachsene mit einer Sozialen Phobie und einer komorbiden depressiven Episode häufiger Suizidgedanken und –versuche berichten als Betroffene ohne Soziale Phobie (Steil et al., 2011).

### **5.3.2 Selbstwert**

Soziale Angststörungen gehen i.d.R. mit einem niedrigen Selbstwertgefühl einher (Dilling et al., 2015). Die Interviews unterstreichen diese Aussage. Die von den Expert\*innen beobachtete Selbstabwertung sowie die hohen Selbstansprüche von Jugendlichen mit Sozialen Ängsten entsprechen den dysfunktionalen kognitiven Schemata, die laut kognitiven Erklärungsmodellen bei dieser Störung gefunden werden. So sind laut der Theorie von Beck aus den 80er Jahren perfektionistische Standards bei der Bewertung des eigenen Verhaltens charakteristisch für Personen mit Sozialer Angst. Das eigene Selbst wird zudem als

inkompetent oder versagend bewertet. Weiter schreiben Betroffene der Bewertung durch andere eine extreme Gewichtung zu, wobei andere Menschen stets als sehr kritisch in ihrer Beurteilung angenommen werden. Durch die selektive Wahrnehmung von negativen Reaktionen sowie die verzerrte, negative Interpretation sozialer Situationen bestätigen sich Personen mit Sozialer Angst diese Annahmen zudem immer wieder selbst (Steil et al., 2011). Aufgrund der sowohl in der Theorie als auch in den Interviews beschriebenen übertrieben hohen Erwartungen in sozialen Situationen lässt sich vermuten, dass Personen mit Sozialer Angst ein unerreichbares Ideal-Selbst konstruieren. Dieses unterscheidet sich stark von ihrem negativ verzerrten Real-Selbst. Wie in der Literatur berichtet, führen solche wahrgenommenen Diskrepanzen wiederum zu negativen Emotionen wie Niedergeschlagenheit, Scham und Frustration (Schröder-Abé & Schütz, 2007). In der Theorie wird weiter von einem stark kontingenten Selbstwertgefühl gesprochen, wenn Bewertungen anderer sowie die eigenen Leistungen einen grossen Einfluss auf das Selbstwertgefühl ausüben (Bos et al., 2010). Ein stark kontingentes Selbstwertgefühl wird als dysfunktional beschrieben und führt öfter zu negativen Folgen auf psychischer Ebene. Besonders problematisch wirken sich dabei externale Kontingenzen aus, die von anderen Personen abhängig sind, wie z.B. Anerkennung (Schröder-Abé & Schütz, 2007). Bei Personen mit Sozialer Angst dürften die negativen Folgen besonders gravierend sein, da diese Menschen aufgrund der dysfunktionalen Schemata die Beurteilungen anderer zudem bedeutend negativer annehmen als es der Realität entspricht.

Weiter ist es vorteilhaft, wenn sich der Selbstwert auf verschiedene Quellen oder eben Kontingenzbereiche abstützt. Studienergebnisse weisen darauf hin, dass die Abhängigkeit von nur einem einzigen Kontingenzbereich verletzlich macht und u.a. auch mit dem Erleben von Angstsymptomen korreliert (Hoyer & Härtling, 2019). Daher könnte es sehr wichtig sein, bei entdeckten Bereichen mit höherem Selbstwert (z.B. bei Vorhandensein von einem spezifischen Talent), diese weiter zu stärken, worauf auch in den Interviews hingewiesen wird.

### **5.3.3 Interessenentwicklung**

Die Beobachtung der Expert\*innen, dass Jugendliche mit Sozialer Angst oft ihre Interessen nicht benennen können, lässt sich anhand der SCCT erklären (siehe Kapitel 2.9.3). Das auf dieser Theorie basierende Modell der Interessenentwicklung geht davon aus, dass eine Person dann Interesse für eine bestimmte Aktivität entwickelt, wenn sie davon überzeugt ist, die notwendigen Fähigkeiten zur erfolgreichen Ausführung dieser Aktivität mitzubringen (Hirschi, 2008b). Die Ausbildung von Interessen hängt also vom subjektiven Selbstbild einer Person ab. Da für Menschen mit Sozialer Angst negative Bewertungen des Selbst als inkompetent und ungenügend charakteristisch sind (Steil et al., 2011), ist von einer tiefen

Selbstwirksamkeitserwartung auszugehen, was die Entwicklung von Interessen ausbremst. Wenn zudem durch Vermeidungsverhalten keine Erfolgserlebnisse gemacht werden, welche die Selbstwirksamkeitserwartung positiv beeinflussen könnten, entsteht eine Abwärtsspirale. Diese wird unter Umständen bei Vorliegen von Sozialer Angst noch befeuert durch perfektionistische Selbstansprüche, welche unrealistisch zu erreichen sind. Fördermöglichkeiten zur Interessenentwicklung werden im Kapitel 5.5 beschrieben.

#### **5.3.4 Vermeidungsverhalten**

Neben dem tiefen Selbstwert wird in den Interviews auch das Vermeidungsverhalten als grosse Hürde genannt. Dessen Entstehung wird ebenfalls vor dem Hintergrund der dysfunktionalen kognitiven Verarbeitungsprozesse erklärbar. Steil et al. (2011) fassen Forschungsarbeiten zusammen, die zeigen, dass sozialängstliche Jugendliche vergangene soziale Situationen auf negativ-verzerrte Weise verarbeiten, wodurch es zu einer negativeren Selbst-Beurteilung kommt als angemessen. Betroffene grübeln über das eigene Verhalten in der vergangenen Situation mit Fokus auf vermeintlich eigene Fehler und Unzulänglichkeiten nach. Dies führt zu einer Abwertung des Selbst (Edwards et al., 2003). Steht wieder eine ähnliche soziale Situation bevor, werden aufgrund des negativen Selbstbildes detaillierte, katastrophisierende Vorstellungen generiert, wodurch teilweise weit im Vorfeld der befürchteten Situation erhebliche Erwartungsängste aufgebaut werden (Rusch et al., 2012). Es bestehen konsistente Befunde zu bedeutend negativeren Leistungserwartungen sowie mehr negativen Kognitionen in Antizipation sozialer Situationen bei Jugendlichen mit Sozialen Ängsten. Um die antizipierte Katastrophe abzuwenden, wird Sicherheitsverhalten gezeigt oder die Situation vollständig vermieden (Steil et al., 2011). Wie von den Expert\*innen berichtet, entsteht ein Teufelskreis, indem die geschilderten Mechanismen dazu führen, dass eine gemeisterte soziale Situation im Nachgang als Misserfolg bewertet wird. Dadurch bestätigt die betroffene Person sich selbst ihre dysfunktionalen Grundannahmen und wird in der Folge auch zukünftige Situationen wiederum als bedrohlich wahrnehmen (Rusch et al., 2012). Durch das Vermeidungsverhalten bleiben jedoch einerseits korrigierende Erfahrungen aus, andererseits findet auch kein Kompetenzzuwachs für die Bewältigung zukünftiger derartiger Situationen statt (Tuschen-Caffier et al., 2009). Entsprechend betonen die Expert\*innen, wie wichtig es sei, Betroffene darin zu unterstützen, sich den gefürchteten Situationen zu stellen und sich zu exponieren. Mögliche Strategien dazu werden in Kapitel 5.5 zum Thema Berufswahlprozess besprochen.



## 5.4 Ressourcen

### Kernaussagen aus den Interviews

Die Expert\*innen schreiben Personen mit einer sozialen Ängstlichkeit vielfältige Ressourcen zu. Diese reichen von einer hohen Sensibilität und Empathiefähigkeit bis zu einer ausgeprägten Reflexionsfähigkeit und es wurden auch Äusserungen über ein generell hohes kognitives Niveau gemacht. Eine Expertin gab an, dass Betroffene rücksichtsvoll im Umgang mit anderen seien, sich oft in den Hintergrund stellen und dadurch dem Gegenüber genug Raum lassen. Einige Interviewpartner\*innen erwähnten die Selbständigkeit als Ressource. Durch das fehlende soziale Netzwerk müssen sie sich selbst organisieren und zu helfen wissen. Bei der Frage nach der Sozialkompetenz waren sich alle einig, nämlich dass ein Zusammenhang zwischen sozialängstlichen Personen und einer grundsätzlich intakten Sozialkompetenz bestehe. Die Schwierigkeit stelle sich eher beim Nutzen der Ressourcen, da die Anwendung durch die Ängste blockiert werde.

### Vorhandene Ressourcen aktivieren

Aus den Ergebnissen kann geschlussfolgert werden, dass zwar viele Ressourcen vorhanden sind, diese aber nicht optimal genutzt werden können, da oft die Ängste im Weg stehen. Häufig ist auch der Zugang zu den eigenen Ressourcen blockiert und muss über aussenstehende Personen aktiviert werden. Rohwetter (2020) berichtet von interessanten Erfahrungen im Therapiesetting. Betroffene reagieren bei der Frage, wie sie denn ihr Leben trotz massiver Ängste so gut meistern, häufig mit Ahnungslosigkeit. In der Anamnese kommen dann viele Ereignisse zum Vorschein, die auf eine Menge Ressourcen hinweisen. Es gilt diese aber zu erkennen und aktivieren.

Gemäss Expert\*innen gibt es fast immer zwei Seiten der Medaille. Eine hoch ausgeprägte Sensibilität kann unterstützend sein, um sich der Umwelt anzupassen, sie kann aber auch zur Wahrnehmung von vermeintlich sozialer Bedrohung oder zur Antizipation eigenen Versagens führen. Oft ist bei Sozialphobiker\*innen eine erhöhte Selbstaufmerksamkeit vorhanden. Wenn sie den Raum betreten, analysieren sie das Umfeld sofort nach sozialen Gefahren. Die Angst äussert sich dann in körperlicher Erregung und kognitiven Symptomen wie beispielsweise Blackouts, die wiederum schambehaftet sein können und als Zeichen von Versagen interpretiert werden (Tuschen-Caffier et al., 2009).

Zwei Expert\*innen erwähnten das sympathische Auftreten von Betroffenen, da sie Personen, die sich bevorzugt ins Zentrum stellen, gerne den Vortritt lassen. Gemäss Melfsen und Walitza (2013) kann dieses zurückhaltende Verhalten gut in der Schule beobachtet werden. Sozialängstliche Kinder werden häufig als angenehme Schüler\*innen wahr-

genommen. Sie arbeiten still mit und stören kaum den Unterricht, damit sie nicht ins Zentrum der Aufmerksamkeit geraten. Dadurch werden sie aber von Lehrpersonen auch häufig unterschätzt. Sie melden sich nur dann zu Wort, wenn es unbedingt sein muss und bieten dadurch immer wieder Anlass zu einer schlechteren Leistungsbeurteilung. Einige Interviewpartner\*innen sprachen über hohe kognitive Fähigkeiten. Diesen Zusammenhang weiter zu untersuchen, wäre sicher spannend. Melfsen und Walitza (2013) weisen lediglich darauf hin, dass Korrelationen zwischen Leistungsfähigkeit und Sozialer Angst schwach seien, falls überhaupt nachweisbar. Ein wichtiges Kennzeichen bei sozialängstlichen Menschen sei jedoch die subjektive Unterschätzung der eigenen Leistungsfähigkeit. Vielversprechend ist aber die Aussage einer Expertin, dass Betroffene sehr belesen seien und viel recherchieren und sich dadurch nutzbares Wissen aneignen.

### **Soziales Umfeld**

Bei der Frage nach der Aktivierung von Ressourcen im sozialen Umfeld von Betroffenen, haben die Expert\*innen vor allem zwei Themen angesprochen:

- a) Das familiäre Umfeld kann unterstützend sein und erste wichtige Schritte begleiten, um Erfolgserlebnisse zu generieren. Der Fokus sollte beim sozialängstlichen Kind vor allem auf seinen Stärken und Ressourcen liegen. Ausserdem kann das Netzwerk innerhalb der Familie zu beruflichen Möglichkeiten verhelfen. Im ungünstigen Fall kann Hoyer und Härtling (2017) zufolge das familiäre Umfeld aber auch eine bremsende Wirkung haben, nämlich dann, wenn dem Kind alle Steine aus dem Weg geräumt werden und dadurch eine selbständig erworbene positive Erfahrung ausbleibt. Zudem wird dem Kind die Möglichkeit verwehrt, soziale Fähigkeiten zu entwickeln.
- b) Neben der Familie spielt auch die Zugehörigkeit zu Gruppen eine wichtige Rolle, um vorhandene Ressourcen zu aktivieren. Oft ist das soziale Umfeld, in dem sich betroffene Personen bewegen, klein, aber dort fühlen sie sich wohl und können ihre Ressourcen anwenden. Eine Expertin berichtet von einem positiven Effekt, der durch vertikale Gruppen entsteht. Gleichaltrige würden häufig eine Bedrohung darstellen, z.B. in der Schule, wenn aber das Alter durchmischt ist (Senioren oder Kleinkinder gegenüber sozialängstlichen Kindern / Jugendlichen), dann kann viel eher ein Zugang geschaffen und Ressourcen angewendet werden.

### **Soziale Kompetenzen**

Die Frage, ob sozialängstliche Personen unter defizitären Sozialen Kompetenzen leiden, ist sehr spannend und wird in der Literatur unterschiedlich diskutiert. Fischer-Klepsch (2021) geht davon aus, dass Defizite in der Sozialen Kompetenz eine wichtige Rolle bei der

Entstehung der Sozialen Phobie spielen. Jedoch wird eingeräumt, dass die defizitären Fertigkeiten auch die Folge von Vermeidung sozialer Interaktionen sein könnten, weil diese nicht praktiziert oder geübt werden. Gemäss Hoyer und Härtling (2017) sprechen verschiedene Untersuchungen dafür, dass eine geringere Soziale Kompetenz als Folge der Sozialen Angst gesehen wird und weniger als ihre Ursache. Die Expert\*innen waren sich einig, dass es sich bei Betroffenen nicht um mangelnde Soziale Kompetenzen handelt, sondern um die fehlende Gelegenheit, diese adäquat in ihrem sozialen Umfeld anzuwenden. Gut ist, dass diese Kompetenzen erlernte Verhaltensweisen sind und Defizite demzufolge über Trainings- oder therapeutische Massnahmen reduziert werden können (Fydrich & Bürgener, 2005). Büch et al. (2015) weisen darauf hin, dass das Training sozialer Fertigkeiten gerne zusätzlich zu anderen Methoden erfolgreich angewendet wird. Ein allgemeines Ziel im Training besteht darin, Betroffene zu befähigen, eigene Ansprüche zu stellen, sie zu äussern und die Fähigkeit zu entwickeln, ihre Wünsche / Ziele durchzusetzen (Mehl, 2005). Pfingsten (2018) fügt an, dass soziale Kompetenzprobleme mit sehr vielen verschiedenen psychischen Störungen zusammenhängen und entsprechende Trainings regelmässig in der Therapie zur Anwendung kommen.

Abschliessend lässt sich zu diesem Thema sagen, dass viele Ressourcen vorhanden sind, diese aber auch vergleichbar zu nicht-ängstlichen Personen individuell sehr unterschiedlich ausfallen. Je nach Ausprägung der Ängste variiert die Möglichkeit, diese Ressourcen zu nutzen. Werden sie aber aktiviert und Fertigkeiten gezielt trainiert, sind die Ressourcen erfolgsversprechend für die berufliche und persönliche Entwicklung.

## **5.5 Unterstützung des Berufswahlprozesses bei Jugendlichen mit Sozialer Angst**

### **Kernaussagen aus den Interviews**

Da das Thema Berufswahl für betroffene Jugendliche häufig angstbesetzt ist, kann es hilfreich sein, bei der Diagnostik Interessenfragebogen einzusetzen mit der Instruktion, sich nur auf die Interessen zu fokussieren und dabei Ängste und vermeintliche Barrieren auszublenken. Eine wertvolle Ergänzung bieten auch Fremdeinschätzungen, da diese eine objektivere Sicht auf Fähigkeiten und Interessen zulassen. Bei der weiteren Auseinandersetzung mit konkreten Berufen kann der geschützte Rahmen helfen, um erste Schritte zu wagen. Es geht darum, in kleinen Schritten vorwärtszugehen (z.B. Telefonanrufe üben, Schnupperlehre sorgfältig vorbereiten) und dadurch Erfolgserlebnisse zu generieren. Stärkende Erfolgserlebnisse können auch in anderen Bereichen, in denen mehr Selbstvertrauen besteht, angestrebt werden. Modelllernen wird ebenfalls als sehr wichtig geschildert. Dazu können auch vertraute Personen aus dem persönlichen Umfeld beigezogen

werden, die das gewünschte Verhalten vorzeigen oder begleiten (z.B. Anreise zur Schnupperlehre). Besonders hervorgehoben wird von einer Expertin die Arbeit mit Peers, also (ehemals) betroffenen Personen, die von ihren Erfahrungen berichten, Mut zusprechen und positive Zukunftsperspektiven fördern können. Weiter wird darauf hingewiesen, dass therapeutische Unterstützung sehr wichtig sein kann. Es ist daher eine wichtige Aufgabe von Berufsberatungspersonen darauf aufmerksam zu machen und zu erklären, dass eine therapeutische Begleitung notwendig und hilfreich wäre. In der Therapie erarbeitete Strategien können eine wichtige Unterstützung für die berufliche Integration darstellen.

### **5.5.1 Förderung der Selbstwirksamkeitserwartung**

Das typischerweise bei Sozialen Ängsten negative Selbstbild sowie die hohen Selbstansprüche lassen vermuten, dass die Selbstwirksamkeitserwartung der betroffenen Personen tief ist. Zu deren Steigerung beschreibt Hirschi (2008b) in Anlehnung an Bandura vier Strategien, wovon die einflussreichsten drei (persönliche Erfolgserlebnisse, Modelllernen, verbale Ermutigung) folgend in Bezug zu den Interviews diskutiert werden.

#### **Persönliche Erfolgserlebnisse**

Am wirkungsvollsten für den Aufbau einer positiven Selbstwirksamkeitserwartung sind persönliche Erfolgserlebnisse, die auf eigene Anstrengung und Fähigkeit zurückgeführt werden. Um solche Erfolgserlebnisse zu fördern, sind persönlich herausfordernde, aber bewältigbare und realistische Nahziele wichtig (Jerusalem, 2005). So kann eine grosse Herausforderung (wie z.B. ein Telefonanruf für eine Schnupperlehre) in kleinere Teilschritte gegliedert werden (Freund anrufen, Beratungsperson anrufen, Betrieb anrufen), wodurch die Aufgabe bewältigbar wird. Durch Üben können die Teilschritte vorbereitet und das Zutrauen in die eigenen Fähigkeiten gestärkt werden. Auch der Einbezug von sozialer Unterstützung in Familie oder Freundeskreis kann hilfreich sein (z.B. Begleitung der Anreise zur Schnupperlehre durch eine vertraute Person). Bleibt die Herausforderung zu gross, kann es sinnvoll sein, für erste Schritte den geschützten Rahmen zu wählen. Dadurch trauen sich die Betroffenen die Bewältigung der gestellten Anforderungen eher zu (höhere Selbstwirksamkeitserwartung), was wiederum Erfolgserlebnisse wahrscheinlicher macht. Bei Personen mit Sozialen Ängsten kommt eine weitere Schwierigkeit hinzu, da durch dysfunktionale kognitive Muster eigene Erfolgserlebnisse oft nicht als solche wahrgenommen werden. Aus den Interviews geht hervor, dass Betroffene sogar explizit positive Rückmeldungen von aussen häufig nicht annehmen können. Deshalb wird vorgeschlagen, Erfolge bewusst für das Gegenüber (wiederholt) auszuformulieren sowie zu visualisieren und dadurch sichtbar zu machen.

### **Modelllernen**

Neben persönlichen Erfolgserlebnissen fördern auch stellvertretende Erfahrungen erfolgreicher Verhaltensmodelle, welche beobachtet und anschliessend nachgeahmt werden können, die Selbstwirksamkeit. Modelllernen gilt nach persönlichen Erfolgserlebnissen als zweitwirksamste Strategie zur Förderung der Selbstwirksamkeitserwartung und funktioniert besonders gut, wenn die Modelle bezüglich zentraler Merkmale möglichst ähnlich sind (Jerusalem, 2005). In den Interviews wird berichtet, dass vertraute Personen aus dem Umfeld als Modelle dienen können. Die Expert\*innen erzählen den Betroffenen aber auch Beispiele von anderen Personen, die von Sozialen Ängsten betroffen sind oder waren, die also das Kriterium der Ähnlichkeit gut erfüllen. Dies ist sinnvoll, da Modelllernen nicht nur über direkte Beobachtung funktioniert, sondern auch über Geschichten und Erfahrungsberichte (Hirschi, 2008b). Eine weitere Möglichkeit für Modelllernen anhand möglichst ähnlicher Rollenmodelle stellt der ebenfalls berichtete Einbezug von Peers dar. Als Peer oder auch Genesungsbegleiter\*in werden Menschen bezeichnet, die selbst Betroffene sind oder waren und die auf Basis ihres persönlichen Erfahrungswissens andere Menschen bei der Bewältigung von psychischen Krankheiten und deren Folgewirkungen unterstützen. Überblicksarbeiten berichten von verschiedenen positiven Effekten bei Nutzer\*innen, beispielsweise mehr Selbstwirksamkeit und ein höheres Selbstbewusstsein, ein grösseres soziales Netzwerk, grössere Hoffnung und mehr Lebensqualität. Aufgrund ihrer eigenen Erfahrung können Peers den Glauben an Genesung und persönliche Weiterentwicklung besonders glaubwürdig vermitteln und die Funktion als Rollenvorbild authentisch übernehmen (Weibold & Aigner, 2022).

### **Mut zusprechen**

Eine weitere Strategie, um die Selbstwirksamkeitserwartung zu erhöhen, liegt in der verbalen Ermutigung. In den Interviews wird diese nicht explizit erwähnt. Dennoch wurde aus den Gesprächen deutlich spürbar, dass die Expert\*innen an die Fähigkeiten der Betroffenen glauben. Möglicherweise wurde dieser Aspekt nicht explizit genannt, da er für die Expert\*innen selbstverständlich ist. Bei Personen mit Sozialen Ängsten könnte die Strategie der verbalen Ermutigung allerdings weniger wirksam sein als bei anderen. Ein Experte berichtet, wie weiter oben bereits beschrieben, dass Betroffene positives Feedback oft nicht annehmen können. Grund dafür dürften die verinnerlichten dysfunktionalen Denkschemata und kognitiven Überzeugungen sein. Um diese zu verändern, bedarf es jedoch einer psychotherapeutischen Behandlung. Entsprechend weisen mehrere Expert\*innen darauf hin, dass es sehr wichtig sein könne zu vermitteln, dass Soziale Angst überwindbar oder zumindest deutlich reduzierbar sei und sich eine therapeutische Intervention lohne oder sogar notwendig sei. Dies ist insbesondere zu unterstreichen, da bei unbehandelter Sozialer

Angst eine Chronifizierung und die Entwicklung von komorbiden Störungen sowie weiteren negativen psychosozialen Folgen droht (Schmitz & Asbrand, 2020).

### **5.5.2 Wirksamkeit von therapeutischen Interventionen**

Die Wirksamkeit von psychotherapeutischen Interventionen bei Sozialer Angst ist wissenschaftlich gut belegt. Am häufigsten zum Einsatz kommt die KVT, welche im Kapitel 2.6.3 näher erläutert wird. Bei vollständig absolviertem Therapieprogramm werden bei bis zu 75% der Patient\*innen deutliche Verbesserungen gefunden (Hoyer & Härtling, 2019). Problematischerweise ist natürlich auch die Therapiesituation eine soziale Situation und kann entsprechend angstausslösend sein. Dazu kommt häufig Scham, insbesondere, wenn die Angst vor dem Sichtbarwerden von Körpersymptomen im Zentrum steht (Jacobi & Chaker, 2010). Wenn Personen mit Sozialer Angst sich den Gang in eine Psychotherapie nicht vorstellen können, dann kann auch auf Selbsthilfe mittels Büchern und Ratgebern verwiesen werden. Auch diese Herangehensweise kann zu Fortschritten führen, was laut Hoyer und Härtling (2019) in verschiedenen Studien belegt wird. Jedoch reicht es nicht, lediglich mehr zu wissen, sondern die vorgestellten Übungen müssen gewissenhaft umgesetzt werden. Weiter könnte auch auf computergestützte Anwendungen verwiesen werden. Diese neuen Ansätze befinden sich jedoch aktuell noch in stetiger Evaluation und Weiterentwicklung. Anders als bei Selbsthilfe durch Literatur und bei Selbsttherapie über das Internet, verlangen Selbsthilfegruppen eine Öffnung gegenüber anderen. Dies kann vorteilhaft sein, da dadurch eine Erweiterung des sozialen Netzwerks und Modelllernen ermöglicht wird. Es bestehen zahlreiche Selbsthilfegruppen, allerdings ist deren Wirksamkeit aktuell noch nicht wissenschaftlich belegt (Hoyer & Härtling, 2019). Die Angaben in der Literatur bestätigen damit die Aussagen der Expert\*innen. Betroffene sollten dazu ermutigt werden, ihre Sozialen Ängste aktiv anzugehen, indem sie den Schritt in eine Therapie wagen. Grolimund (2014) empfiehlt Beratungspersonen, betroffenen Jugendlichen klar zu signalisieren, dass sie ein Recht auf Hilfe haben und kompetente Hilfe kostenlos verfügbar ist. Zudem sollte darauf hingewiesen werden, dass man selbst als Ansprechperson weiterhin erreichbar bleibt. Im Gespräch können Bedenken ausgeräumt und zu einer ersten «Probesitzung» motiviert werden. Dabei gilt es darauf zu achten, keine vorschnellen Diagnosen zu stellen. Mit Diagnosen gilt es allgemein vorsichtig umzugehen und die genauere Abklärung ausgebildeten Fachpersonen zu überlassen. Da für Personen mit einer Sozialen Angststörung ein Telefonanruf ein unüberwindbares Hindernis darstellen kann, sollte die Beratungsperson bei der Kontaktaufnahme behilflich sein und allenfalls aktiv nachfragen, ob die Überweisung geklappt hat (Grolimund, 2014).

### 5.5.3 Förderung der Berufswahlbereitschaft

Wie im Theorieteil beschrieben, ist die Berufswahlbereitschaft ein entscheidender Faktor für einen gelungenen Übergang in die Berufswelt (siehe Kapitel 2.9.4). Daher stellt sich die Frage, wie diese bei Jugendlichen systematisch gefördert werden kann. Anhaltspunkte geben die vier grundlegenden Komponenten dieses Konstrukts: zukunftsgerichtete Planung, Kontrolle, Neugierde und Zutrauen (Hirschi, 2008a). Dabei ist anzunehmen, dass sich Soziale Ängste auf alle diese Komponenten negativ auswirken. So ist mit Sozialer Angst i.d.R. ein negatives Selbstbild verbunden, weshalb sozialängstliche Jugendliche sich weder die Übernahme von Verantwortung für die eigene Berufswahl (Kontrolle) noch die Umsetzung der eigenen Wünsche zutrauen (Zutrauen). Zudem wird die Beschäftigung mit der eigenen beruflichen Zukunft von grossen Ängsten belastet. Dies führt oft zu Vermeidungsverhalten und erschwert sowohl Planungsaktivitäten wie auch aktives Explorationsverhalten (Neugierde).

Folgende von den Expert\*innen berichteten Interventionen lassen sich vor dem Hintergrund der Theorie als Interventionen zur Steigerung der Berufswahlbereitschaft interpretieren:

- Aktive Exploration fördern, indem diese so weit wie notwendig unterstützt und begleitet wird, z.B. Telefonanrufe üben, zur Schnupperlehre begleiten
- Falls notwendig erste Schritte im geschützten Rahmen gehen, um eine Exploration zu ermöglichen sowie das Zutrauen zu fördern und Erfolgserlebnisse zu schaffen
- Gibt es Bereiche mit positiverem Selbstbild (z.B. bei einem Talent), diese Bereiche einbeziehen, um stärkende Erfolgserlebnisse zu generieren und dadurch das Selbstvertrauen zu stärken
- Peers einbeziehen, um die Auseinandersetzung mit der eigenen beruflichen Zukunft anzuregen und positive Perspektiven zu eröffnen
- Realistische Nahziele setzen und Umsetzungsschritte planen
- Fremdbeurteilungen der vorhandenen Fähigkeiten beiziehen, um das negative Selbstbild infrage zu stellen

Grundlage für die Entwicklung der Berufswahlbereitschaft und damit für eine gelungene Berufswahl ist, dass Jugendliche eine positive und gleichzeitig realistische Selbstwirksamkeitserwartung betreffend ihrer Berufswahl entwickeln. Eine positive Selbstwirksamkeitserwartung ist wie oben beschrieben wichtig, damit sich spezifische berufliche Interessen entwickeln können. Jugendliche sollten weiter genügend Zeit mit der Exploration der Arbeitswelt verbringen, denn dadurch verbessern sie sowohl ihre Berufskennntnisse als auch ihre Selbstkennntnisse (Hirschi, 2008a).

## 5.6 Berufe und Rahmenbedingungen

### Kernaussagen aus den Interviews

Die Frage nach geeigneten Berufen für sozialängstliche Menschen hat gezeigt, dass eigentlich kein Beruf komplett auszuschliessen ist, da die Soziale Phobie gut behandelbar und dadurch eine gute Prognose möglich ist. Allenfalls muss ein Umweg in Erwägung gezogen werden, um einen sanfteren Einstieg in die Berufswelt zu ermöglichen und erst in einem zweiten Schritt das eigentliche Berufsziel angestrebt werden. Grundsätzlich trägt eine Arbeitsstelle zur Genesung bei, da die Person sich den Ängsten stellen muss. Betroffene sollten sich aber bei der ersten Berufswahl überlegen, wie stark sie sich mit den Ängsten konfrontieren wollen. Eine Expertin erwähnt handwerklich oder kreative Berufe als weniger konfrontativ, zudem kann am Ende des Tages ein Ergebnis gesichtet werden, das wiederum Erfolgserlebnisse generiert. Eine weitere Expertin weist darauf hin, dass die Rahmenbedingungen bei sozialängstlichen Menschen fast wichtiger seien als der Beruf selbst. Dabei spielen ein wohlwollendes Umfeld, Jobcoaches und transparente Gespräche mit den Arbeitgebern eine wichtige Rolle.

### Geeignete Berufe

In der Literatur lässt sich keine Studie zum Thema geeignete Berufswahl bei sozialer Ängstlichkeit finden. Auch die Expert\*innen haben sich nicht gross zu konkreten Berufen geäussert, die bei sozialer Ängstlichkeit eher passend oder unpassend wären. Es wurde aber mehrheitlich darauf hingewiesen, dass nicht von starren Grenzen in der Berufswahl ausgegangen werden muss, da durch geeignete therapeutische Interventionen die Störung dynamisch verlaufen kann und gut behandelbar ist (Hoyer & Härtling, 2017). Wichtig ist gemäss Expert\*innen, dass Betroffene sich in die Arbeitswelt wagen und sich mit ihren Ängsten konfrontieren, da diese nur durch den aktiven Schritt in den Betrieb überwunden werden können. Muschalla und Linden (2013) betonen, dass das Vermeidungsverhalten einer der wesentlichen Gründe für die Verschlimmerung von Angsterkrankungen darstellt und die Exposition der Weg zur Heilung ist. Ausserdem wird die Arbeit als wichtiger, gesundheitsfördernder Faktor beschrieben und dient neben der Sicherung des Lebensunterhaltes auch der Anerkennung, der Entwicklung neuer Fähigkeiten, dem Knüpfen von sozialen Kontakten und dem Erleben von mehr Lebensqualität. Stengler et al. (2014) führen aus, dass die berufliche Tätigkeit ein zentraler Bestandteil unseres Lebens ist und eine wichtige Voraussetzung für die psychische Gesundheit und Stabilität darstellt.

Gemäss Expert\*innen stellen Berufsfelder mit einer hohen sozialen Exposition, wie beispielsweise der Verkauf, in einem ersten Schritt vermutlich eine Überforderung für Betroffene dar. Handwerklich-technische Berufe, Tätigkeiten im kreativen Bereich oder auch



Büroarbeiten könnten einen sanfteren Einstieg in die Berufswelt ermöglichen. Sie erwähnen auch, dass es bei der Berufswahl immer darauf ankomme, wie weit Betroffene bereit sind, sich mit ihren Ängsten zu konfrontieren. Wenn sie sich mehr Exposition zutrauen und eine realistische Vorstellung vom Beruf haben, dann steht aus der Perspektive der Störung eigentlich nichts im Weg. Dennoch beschreiben Muschalla und Linden (2013) den Arbeitsplatz als ein Lebensbereich mit hohen Ansprüchen und oft wenig Toleranz, wenn die Anforderungen nicht erfüllt werden. Pünktlichkeit, Freundlichkeit, Belastbarkeit und eine produktive Leistung werden in den Betrieben vorausgesetzt. Dadurch fühlen sich psychisch kranke Menschen oft zusätzlich unter Druck gesetzt. Für sie ist der Zugang zur Berufswelt besonders schwierig, denn dieser sowieso schon herausfordernde Lebensabschnitt ist noch mit zusätzlichen Schwierigkeiten verbunden.

Aus den Interviews wurde ersichtlich, dass bei Sozialen Ängsten der Fokus auf die Unterstützung bei der beruflichen Integration gelegt sowie auf geeignete Rahmenbedingungen bei der Arbeitsstelle geachtet werden muss.

### **Unterstützende Rahmenbedingungen**

Eine Interviewpartnerin spricht bei unterstützenden Rahmenbedingungen vor allem ein wohlwollendes Umfeld seitens Arbeitgebenden an. Riechert (2015) spricht von einer menschenfreundlichen Grundhaltung im Betrieb, die ein gutes Fundament für den Aufbau vertrauensvoller Beziehungen darstellt und wesentlich dazu beiträgt, einander wertschätzend und respektvoll zu begegnen. Auch das Wissen um menschliche Unvollkommenheit, das Schwächen, Zweifel und Ängste erlaubt, ist für Mitarbeitende eine enorme Erleichterung. Wenn im Betrieb eine offene und wohlwollende Haltung dem Thema psychische Störungen gegenüber spürbar ist, erzeugt das bei psychisch Erkrankten weniger Druck. Eine Expertin berichtet, dass sozialängstliche Personen bereits beim Schnuppern vielmehr auf die Atmosphäre und die Leute im Betrieb achten als auf die eigentlichen beruflichen Anforderungen. Muschalla und Linden (2013) erwähnen nebst einer angenehmen Atmosphäre die erlebte soziale Unterstützung am Arbeitsplatz als wichtigen Kontextfaktor. Insbesondere bei hoher psychischer Belastung erzielt die gefühlte Unterstützung eine positive Wirkung. Es gibt aber nicht für alle Menschen dieselben optimalen Arbeitsbedingungen, es gilt vor Ort und Stelle herauszufinden, was passend ist.

In den Interviews wurde erwähnt, dass es Sinn machen würde, Arbeitgebende bereits vor der Integration eines psychisch kranken Menschen über die Einschränkungen transparent zu informieren. Allenfalls müsse auch das Bewusstsein bei Vorgesetzten für psychische Erkrankungen gefördert werden. Muschalla und Linden (2013) sprechen von einer grossen Hemmschwelle bei Mitarbeitenden, ihre Ängste gegenüber Vorgesetzten zu kommunizieren,

zumal die eigenen Ängste bei Sozialphobiker\*innen häufig sehr schambesetzt sind (Tuschen-Caffier et al., 2009). Führungskräfte sollten regelmässig das Gespräch mit Mitarbeitenden suchen und nach Zufriedenheit sowie Problemen bei der Arbeit fragen. Betroffene sollten spüren, dass sich für sie keine Nachteile ergeben, wenn sie krankheitsbedingte Beeinträchtigungen offenbaren (Muschalla & Linden, 2013). Hier könnte gemäss Expert\*innen ein Jobcoaching interessant werden. Ein Jobcoach könnte die Kommunikation zwischen Arbeitgebenden und sozialängstlichen Menschen unterstützen und bereits vor dem Stellenantritt geeignete Vorinformation mit den Coachees herausarbeiten. Eine weitere Begleitung während und nach der Einarbeitung durch einen Jobcoach könne die Chancen auf eine erfolgreiche Integration erhöhen. Stengler et al. (2014) erwähnen in diesem Zusammenhang den «First place, then train»-Ansatz, auch «supported employment» (unterstützte Beschäftigung) genannt. Der Ansatz wurde ursprünglich in den USA entwickelt und konnte in seiner Wirksamkeit in Bezug auf die berufliche Wiedereingliederungsquote wissenschaftlich gut belegt werden. Inhaltlich meint supported employment die zeitnahe Platzierung auf einem Arbeitsplatz des ersten Arbeitsmarktes, wobei dort eine Unterstützung durch einen spezialisierten Jobcoach erfolgt. Supported employment kann sogar die gezielte Vorbereitung auf eine berufliche Massnahme in seiner Länge reduzieren und ist damit eine kostengünstigere Variante.

## 5.7 Fazit

Einleitend wurde in der vorliegenden Arbeit das Fallbeispiel von einer jungen Frau (Nadia) geschildert, die sich aufgrund ihrer Sozialen Ängste nicht mehr aus dem Haus traute. Die altersgerechte Auseinandersetzung mit beruflichen Interessen und / oder Fähigkeiten blieb ihr durch das erhebliche Leiden im Alltag und in der Schule verwehrt.

Die vorliegende Arbeit hat sich zum Ziel gesetzt, die Themen «Soziale Angst» und «Berufsberatung» miteinander in Verbindung zu bringen. Zu beiden Themenbereichen gibt es viel Forschung, aber in Kombination wird die Suche schwieriger. In den Interviews hat sich gezeigt, dass Soziale Ängste bei der Berufswahl eine wesentliche Rolle spielen und junge Menschen in ihrer beruflichen Entwicklung erheblich behindern.

Soziale Ängste zu erkennen, kann auch für erfahrene Expert\*innen eine Herausforderung darstellen. In der Literatur wird von einer stillen Störung berichtet, die sich schleichend entwickelt und für Betroffene schwerwiegende Folgen mit sich bringt. Da bei unbehandelter Sozialer Angst die Entwicklung von Komorbiditäten sehr wahrscheinlich ist und sich die Prognose dadurch erheblich verschlechtert, scheint es wichtig zu sein, Ängste frühzeitig zu erkennen und adäquat zu behandeln. Subtile Hinweise (z.B. Jugendliche haben noch nie geschnuppert, können ihre Interessen und Fähigkeiten nicht benennen, trauen sich generell

wenig zu) können Berufsberatende hellhörig machen und sollen veranlassen, noch etwas genauer nachzufragen. Gegebenenfalls könnten hilfreiche Kontakte vermittelt, Unterstützung angeboten oder eine Therapie empfohlen werden.

Wie kann aber sichergestellt werden, dass Personen mit Sozialen Ängsten die Angebote auf einer öffentlichen Berufsberatung überhaupt nutzen können, wenn sich wie im Beispiel von Nadia bereits ein Gang aus dem Haus als unüberwindbare Schwierigkeit darstellt? Die Expert\*innen erwähnten den Telefontermin oder das Online-Setting als Angebot, um sozial-ängstlichen Jugendlichen entgegenzukommen. Wenn sich die Person in die Beratungssituation traut, können Fragebogen und Hilfsmittel wie Kärtchen, Illustrationen oder andere kreative Elemente unterstützend sein, um den Fokus von der belasteten Person wegzunehmen. Eine empathische, wertschätzende und echte Haltung der Beratungsperson gegenüber Betroffenen wie auch eine spürbar positive Erwartungshaltung kann in einer aussichtslosen Situation Hoffnung spenden. Soziale Angst ist gut behandelbar, da darf auch Mut gemacht werden.

Neben einem häufig vorhandenen niedrigen Selbstwertgefühl stellt auch das Benennen von Interessen eine grosse Herausforderung dar. Von den Betroffenen wird befürchtet, nicht die nötigen Fähigkeiten mitzubringen. Diese tiefe Selbstwirksamkeitserwartung bremst die Entwicklung von Interessen aus. Werden zusätzlich soziale Situationen vermieden, bleiben positive Erfahrungen weitgehend aus. Hier erscheint wichtig, die Person zu motivieren, sich in einem wohlwollenden Umfeld zu exponieren und sich den Ängsten zu stellen. Fühlt sich die Person im familiären Kontext wohl, kann sie sich im gewohnten Umfeld ins Zentrum der Aufmerksamkeit stellen, ohne zu riskieren, abgewertet zu werden. Traut sich die Person zu, bei einer spezifischen Interessengruppe oder in einem Verein mitzuwirken, wird dem sozialen Rückzug entgegengewirkt. Eine Konfrontation mit den Ängsten könnte auch in Bereichen stattfinden, in denen eine Person besondere Fähigkeiten oder Talent mitbringt. Die dadurch ermöglichten Erfolgserlebnisse wiederum können weitere durch die Angst blockierte Ressourcen aktivieren. Zudem kann die erfolgreiche Anwendung Sozialer Kompetenzen durch spezifische Trainings gestärkt werden.

Die nachfolgende Begleitung in eine Lehr- oder Arbeitsstelle wird dann eher von IV-Berufsberatenden oder Expert\*innen im Bereich des Jobcoachings weiterverfolgt. Die Expert\*innen betonen die Herangehensweise durch erste kleine Schritte. Die erstmalige Auseinandersetzung mit Berufen, Schnuppereinsätzen sowie die konkrete Kontaktaufnahme mit zukünftigen Arbeitgebenden können im geschützten Rahmen geübt und verinnerlicht werden. Eine Begleitung zum Erstgespräch, Modelllernen und die Arbeit mit Peers, die authentisch über ihre eigenen Bewältigungsstrategien berichten können, unterstützen den herausfordernden Prozess. Fast noch wichtiger als den für die Soziale Angst geeigneten

Beruf zu finden, scheinen die Rahmenbedingungen im Betrieb zu sein. Da Betroffene häufig sensibel auf die Atmosphäre achten und sich schnell vom Gegenüber abgewertet fühlen, scheint ein wohlwollendes Umfeld zentral zu sein. Eine transparente Information an den Arbeitgebenden über die psychische Beeinträchtigung kann zielführend sein. Dabei kann ein Jobcoach unterstützen, um das richtige Mass an Information zu steuern. Schlussendlich ist die Aufnahme einer Arbeitsstelle gesundheitsfördernd, da sie existenzielle Bedeutung hat. Zudem löst die Konfrontation das Vermeidungsverhalten ab und wirkt somit der Sozialen Angst entgegen.

Nadia hat durch die IV-Anmeldung für Jugendliche die Möglichkeit, von Integrationsmassnahmen zu profitieren, solange sie sich den Einstieg in eine berufliche Herausforderung nicht vorstellen kann. In einem Aufbautraining wird schrittweise versucht, ihre Präsenz und Belastbarkeit zu erhöhen und ihr in einem geschützten Umfeld hilfreiche Strategien an die Hand zu geben. Durch zusätzlich unterstützende therapeutische Massnahmen wird Nadia im Idealfall in einiger Zeit eine Ausbildung beginnen und sich ihren Ängsten stellen können. Der Weg ist steinig und für die betroffene Person schwer, dennoch lohnt es sich gemäss Expert\*innen, dranzubleiben.

## **5.8 Methodenkritik und Ausblick**

Die gewählte Methode der qualitativen Inhaltsanalyse mittels halbstrukturierten Interviews hat sich für das Thema dieser Masterarbeit bewährt. Die Expert\*innen hatten durch den Interviewleitfaden die Möglichkeit, praxisnah von ihrer Erfahrung mit Betroffenen zu berichten. Sie konnten ausserdem über die gestellten Fragen hinaus auch weitere, aus ihrer Sicht zentrale Aspekte, hinzufügen. Allerdings ist die Stichprobe mit insgesamt sechs Interviewpartner\*innen relativ klein, weshalb keine allgemeingültigen Aussagen gemacht werden dürfen.

Die Kombination der beiden Begriffe «Soziale Angst» und «Berufsberatung» war zu Beginn herausfordernd, da wenig Literatur dazu gefunden wurde. Die Verfasserinnen dieser Arbeit haben diskutiert, ob das Thema für eine Masterarbeit überhaupt weiterverfolgt werden soll. Aufgrund der hohen Prävalenzzahlen, die für Soziale Angst gefunden werden, haben sie sich aber entschieden, die Arbeit diesem Thema zu widmen und das Bewusstsein von Berufsberatenden für diese Problematik zu fördern.

Während des Schreibens der MAS-Arbeit stellte auch die Rollenklärung eine Herausforderung dar. Zum Zeitpunkt der Entscheidung für das gewählte Thema befand sich eine Verfasserin dieser Arbeit auf der öffentlichen Berufsberatung und die zweite im Praktikum im Bereich des Jobcoachings. Nach den Interviews startete die Zweite bei der IV als Berufsberaterin. Das Ziel der Arbeit war, einen Nutzen für Berufsberatende zu generieren. Die

Funktion und der Auftrag bei den verschiedenen Rollen unterscheiden sich aber voneinander und können deshalb nicht vergleichbar diskutiert werden. Dies hat beim Schreiben der Diskussion teilweise zu einem Rollenkonflikt geführt.

Ursprünglich wurde sogar überlegt, die Datenerhebung zudem auf Psychotherapeut\*innen auszuweiten. Diese sind aufgrund einer intensiveren Auseinandersetzung mit dem Störungsbild besser vertraut und sind Fachpersonen in der Arbeit mit Betroffenen. Dadurch wären bestimmt weitere hilfreiche Ergebnisse zur Beantwortung der Fragestellungen generiert worden. Jedoch hätte sich gleichzeitig die Abgrenzung von berufsberaterischen Fragestellungen zu therapeutischen Interventionen sehr schwierig gestaltet. Daher haben sich die Autorinnen dieser Arbeit schliesslich dagegen entschieden.

Ebenfalls spannend gewesen wäre der Einbezug von Beratungspersonen auf der öffentlichen Berufsberatung. Im Vergleich zu den Interviewpartner\*innen, die bei ihrer Arbeit oft mit stark belasteten Jugendlichen zu tun haben, begegnen Beratende beim BIZ / ask! den jungen Menschen ohne das Wissen über eine allfällige Diagnose. Gerade bei Fragen zum Erkennen von Sozialen Ängsten, zu Gesprächsstrategien oder geeigneten Berufen und deren Rahmenbedingungen hätten diese Fachpersonen vermutlich andere Antworten gegeben als die interviewten Expert\*innen. Zudem könnten sich Berufsberatende in unterschiedlichen Funktionen und Rollen gleichermaßen angesprochen fühlen.

Neben der Sicht von Beratenden wären Interviews mit Betroffenen, die eine Berufswahl treffen konnten und sich erfolgreich in den Arbeitsmarkt integriert haben, sehr interessant. Was beurteilen Betroffene als hilfreich, um ein Beratungsgespräch möglichst angenehm und zielführend zu gestalten? Wo bestanden für sie die grössten Hürden bei der Berufswahl? Wie ist es ihnen gelungen, diese zu überwinden? Was könnte seitens öffentlicher Berufsberatung während der obligatorischen Schulzeit verbessert werden, um Betroffene für den Berufswahlprozess angemessen abzuholen?

Eine weitere Auseinandersetzung mit diesem Thema ist sicher wünschenswert. Vielleicht hat diese MAS-Arbeit bereits beim Durchlesen weitere Interessensfelder oder Fragestellungen eröffnet.

## 6 Literaturverzeichnis

- Amin, R., Svedberg, P., & Narusyte, J. (2019). Associations between adolescent social phobia, sickness absence and unemployment: A prospective study of twins in Sweden. *European Journal of Public Health, 29*(5), 931–936.  
<https://doi.org/10.1093/eurpub/ckz033>
- Bandelow, B., & Michaelis, S. (2015). Epidemiology of anxiety disorders in the 21st century. *Dialogues in Clinical Neuroscience, 17*(3), 327–335.  
<https://doi.org/10.31887/DCNS.2015.17.3/bbandelow>
- Bandelow, B., & Wedekind, D. (2014). Soziale Phobie. *Der Nervenarzt, 85*(5), 635–647.  
<https://doi.org/10.1007/s00115-013-3955-9>
- Bassler, M. (2005). Diagnostik bei Angststörungen. In M. Bassler & S. Leidig (Hrsg.), *Psychotherapie der Angsterkrankungen. Krankheitsmodelle und Therapiepraxis – störungsspezifisch und schulenübergreifend* (S. 1–10). Thieme Verlag.  
<https://doi.org/10.1055/b-0034-37716>
- Beesdo-Baum, K., & Knappe, S. (2012). Developmental Epidemiology of Anxiety Disorders. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America, 21*(3), 457–478.  
<https://doi.org/10.1016/j.chc.2012.05.001>
- Biederman, J., Hirshfeld-Becker, D. R., Rosenbaum, J. F., Hérot, C., Friedman, D., Snidman, N., Kagan, J., & Faraone, S. V. (2001). Further Evidence of Association Between Behavioral Inhibition and Social Anxiety in Children. *The American Journal of Psychiatry, 158*(10), 1673–1679. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.158.10.1673>
- Bos, A. E. R., Huijding, J., Muris, P., Vogel, L. R. R., & Biesheuvel, J. (2010). Global, contingent and implicit self-esteem and psychopathological symptoms in adolescents. *Personality and Individual Differences, 48*(3), 311–316.  
<https://doi.org/10.1016/j.paid.2009.10.025>
- Brunello, N., den Boer, J. A., Judd, L. L., Kasper, S., Kelsey, J. E., Lader, M., Lecrubier, Y., Lepine, J. P., Lydiard, R. B., Mendlewicz, J., Montgomery, S. A., Racagni, G., Stein, M. B., & Wittchen, H.-U. (2000). Social phobia: Diagnosis and epidemiology, neurobiology and pharmacology, comorbidity and treatment. *Journal of Affective Disorders, 60*(1), 61–74. [https://doi.org/10.1016/S0165-0327\(99\)00140-8](https://doi.org/10.1016/S0165-0327(99)00140-8)
- Büch, H., Döpfner, M., & Petermann, U. (2015). *Soziale Ängste und Leistungsängste*. Hogrefe.
- Dilling, H., Mombour, W., Schmidt, M. H., Schulte-Markwort, E., & World Health Organisation (Hrsg.). (2011). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V (F). Diagnostische Kriterien für Forschung und Praxis* (5., überarbeitete Auflage nach ICD-10-GM 2011). Huber.

- Dilling, H., Mombour, W., Schmidt, M. H., & World Health Organisation (Hrsg.). (2015). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V (F). Klinisch-diagnostische Leitlinien* (10. Auflage, unter Berücksichtigung der Änderungen entsprechend ICD-10-GM-2015). Hogrefe.
- Dowling, C., & Bertram, A. (2021). Sozialpsychologie für die Polizei. Ein Lehrbuch für die Ausbildung und Praxis. Springer. <https://doi.org/10.1007/978-3-662-64047-0>
- Edwards, S. L., Rapee, R. M., & Franklin, J. (2003). Postevent Rumination and Recall Bias for a Social Performance Event in High and Low Socially Anxious Individuals. *Cognitive Therapy and Research*, 27(6), 603–617. <https://doi.org/10.1023/A:1026395526858>
- Engelhardt, E. M., & Gerner, V. (2017). Einführung in die Onlineberatung per Video. *Fachzeitschrift für Onlineberatung und computervermittelte Kommunikation*, 13(1), 18–29. [https://www.e-beratungsjournal.net/ausgabe\\_0117/Engelhardt\\_Gerner.pdf](https://www.e-beratungsjournal.net/ausgabe_0117/Engelhardt_Gerner.pdf)
- Falkai, P., Wittchen, H.-U., & American Psychiatric Association (Hrsg.). (2018). Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen DSM-5® (2., korrigierte Auflage). Hogrefe. <https://doi.org/10.1026/02803-000>
- Fehm, L., Beesdo, K., Jacobi, F., & Fiedler, A. (2007). Social anxiety disorder above and below the diagnostic threshold: prevalence, comorbidity and impairment in the general population. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 43(4), 257–265. <https://doi.org/10.1007/s00127-007-0299-4>
- Fehm, L., & Knappe, S. (2020). Soziale Angststörung. In J. Hoyer & S. Knappe (Hrsg.), *Klinische Psychologie & Psychotherapie* (3., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage, S. 1121–1140). Springer. <https://doi.org/10.1007/978-3-662-61814-1>
- Fehm, L., & Margraf, J. (2005). Soziale Phobie und Soziale Ängstlichkeit. Kognitive Verhaltenstherapie bei Sozialer Phobie. In N. Vriends & J. Margraf (Hrsg.), *Soziale Kompetenz, soziale Unsicherheit, soziale Phobie. Verstehen und verändern* (3., aktualisierte und vollständig überarbeitete Auflage, S. 105–116). Schneider.
- Fehm, L., Pelissolo, A., Furmark, T., & Wittchen, H.-U. (2005). Size and burden of social phobia in Europe. *European Neuropsychopharmacology*, 15(4), 453–462. <https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2005.04.002>
- Filipp, S.-H., & Mayer, A.-K. (2005). Selbst und Selbstkonzept. In H. Weber & T. Rammsayer (Hrsg.), *Handbuch der Persönlichkeitspsychologie und Differentiellen Psychologie* (Band 2, S. 266–276). Hogrefe.
- Fischer-Klepsch, M. (2021). *Soziale Phobie – die heimliche Angst. Selbsthilfeprogramm mit Übungen aus der Praxis* (1. Auflage). Junfermann. <https://content-select.com/de/portal/media/view/606f24b0-0dc0-4ba7-8cf7-378eb0dd2d03?forceauth=1>

- Fydrich, T. (2003). Soziale Phobie: Psychologisches Störungsmodell und kognitiv-verhaltenstherapeutische Behandlung. *PiD - Psychotherapie im Dialog*, 4(1), 10–16. <https://doi.org/10.1055/s-2003-37601>
- Fydrich, T. (2018). Soziale Phobie. In J. Margraf & S. Schneider (Hrsg.), *Lehrbuch der Verhaltenstherapie. Grundlagen, Diagnostik, Verfahren und Rahmenbedingungen psychologischer Therapie* (4., vollständig überarbeitete und aktualisierte Auflage, Bd. 1, S. 49–66). Springer.
- Fydrich, T., & Bürgener, F. (2005). Ratingskala für soziale Kompetenz. In N. Vriends & J. Margraf (Hrsg.), *Soziale Phobie und Soziale Ängstlichkeit. Kognitive Verhaltenstherapie bei Sozialer Phobie* (3., aktualisierte und vollständig überarbeitete Auflage, S. 86–101). Schneider.
- Gasteiger, R. M. (2014). *Laufbahnentwicklung und -beratung. Berufliche Entwicklung begleiten und fördern*. Hogrefe.
- Grolimund, F. (2014). *Psychologische Beratung und Coaching. Lehr- und Praxisbuch für Einsteiger* (1. Auflage). Huber.
- Hartley, C. A., & Casey, B. J. (2013). Risk for anxiety and implications for treatment: developmental, environmental, and genetic factors governing fear regulation. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1304(1), 1–13. <https://doi.org/10.1111/nyas.12287>
- Hirschi, A. (2008a). Die Rolle der Berufswahlbereitschaft für eine erfolgreiche Berufswahl. In D. Läge & A. Hirschi (Hrsg.), *Berufliche Übergänge. Psychologische Grundlagen der Berufs-, Studien- und Laufbahnberatung* (S. 155–172). LIT.
- Hirschi, A. (2008b). Kognitive Laufbahntheorien und ihre Anwendung in der beruflichen Beratung. In D. Läge & A. Hirschi (Hrsg.), *Berufliche Übergänge. Psychologische Grundlagen der Berufs-, Studien- und Laufbahnberatung* (S. 9–34). LIT.
- Hirschi, A., & Baumeler, F. (2020). Berufswahltheorien – Entwicklung und Stand der Diskussion. In T. Brüggemann & S. Rahn (Hrsg.), *Berufsorientierung. Ein Lehr- und Arbeitsbuch* (2., überarbeitete und erweiterte Auflage, S. 31–42). Waxmann. <https://doi.org/10.36198/9783838552491>
- Holland, J. L. (1997). *Making vocational choices: A theory of vocational personalities and work environments* (3rd ed.). PAR Psychological Assessment Resources.
- Hoyer, J. (2019). Unter den Augen der anderen: soziale Angst als Antrieb und Hemmnis. In A. Beniermann & M. C. Bauer (Hrsg.), *Nerven kitzeln. Wie Angst unsere Gedanken, Einstellungen und Entscheidungen prägt* (S. 35–50). Springer. <https://doi.org/10.1007/978-3-662-59549-7>
- Hoyer, J., & Härtling, S. (2017). *Soziale Angst verstehen und verändern* (1. Auflage). Springer. <https://doi.org/10.1007/978-3-642-37167-7>



- Hoyer, J., & Härtling, S. (2019). *Soziale Angst verstehen und verändern* (2. Auflage). Springer. <https://doi.org/10.1007/978-3-662-59076-8>
- Hoyer, J., & Knappe, S. (Hrsg.). (2020). *Klinische Psychologie & Psychotherapie* (3., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage). Springer. <https://doi.org/10.1007/978-3-662-61814-1>
- Hussy, W., Schreier, M., & Echterhoff, G. (2013). *Forschungsmethoden in Psychologie und Sozialwissenschaften für Bachelor* (2., überarbeitete Auflage). Springer. <https://doi.org/10.1007/978-3-642-34362-9>
- Jacobi, F., & Chaker, S. (2010). Das Erstgespräch bei Angststörungen. In J. Eckert, S. Barnow, & R. Richter (Hrsg.), *Das Erstgespräch in der Klinischen Psychologie. Diagnostik und Indikation zur Psychotherapie* (1. Auflage, S. 114–135). Huber.
- Jerusalem, M. (2005). Selbstwirksamkeit. In H. Weber & T. Rammsayer (Hrsg.), *Handbuch der Persönlichkeitspsychologie und differentiellen Psychologie* (Band 2, S. 438–445). Hogrefe.
- Leidig, S., & Bassler, M. (2005). Soziale Phobie. In M. Bassler & S. Leidig (Hrsg.), *Psychotherapie der Angsterkrankungen. Krankheitsmodelle und Therapiepraxis – störungsspezifisch und schulenübergreifend* (S. 66–83). Thieme Verlag. <https://doi.org/10.1055/b-0034-37720>
- Lent, R. W., Brown, S. D., & Hackett, G. (1994). Toward a unifying social cognitive theory of career and academic interest, choice, and performance. *Journal of vocational behavior*, 45(1), 79–122. <https://doi.org/10.1006/jvbe.1994.1027>
- Li, D., Chokka, P., & Tibbo, P. (2001). Toward an integrative understanding of social phobia. *Journal of Psychiatry and Neuroscience*, 26(3), 190–202. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1408296/>
- Mayring, P. (2015). *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken* (12., überarbeitete Auflage). Beltz.
- Mayring, P. (2016). *Einführung in die qualitative Sozialforschung* (6., überarbeitete Auflage). Beltz. <https://content-select.com/de/portal/media/view/56cc0a39-1a9c-4eb3-bf70-5eeeb0dd2d03?forceauth=1>
- Mehl, J. (2005). Soziale Kompetenz als Therapieziel im Selbstsicherheitstraining: Probleme des Menschenbildes in einer Umbruchsituation. In N. Vriends & J. Margraf (Hrsg.), *Soziale Kompetenz, soziale Unsicherheit, soziale Phobie. Verstehen und verändern* (3., aktualisierte und vollständig überarbeitete Auflage, S. 71–85). Schneider.
- Melfsen, S., & Walitza, S. (2013). *Soziale Ängste und Schulangst. Entwicklungsrisiken erkennen und behandeln* (1. Auflage). Beltz.

- Mieg, H. A., & Brunner, B. (2004). Experteninterviews. Reflexionen zur Methodologie und Erhebungstechnik. *Schweizerische Zeitschrift für Soziologie*, 30(2), 199–222.  
[https://www.academia.edu/41304617/Experteninterviews Reflexionen zur Methodologie und Erhebungstechnik](https://www.academia.edu/41304617/Experteninterviews_Reflexionen_zur_Methodologie_und_Erhebungstechnik)
- Muschalla, B., & Linden, M. (2013). *Arbeitsplatzbezogene Ängste und Arbeitsplatzphobie. Phänomenologie, Diagnostik, Behandlung, Sozialmedizin* (1. Auflage). Kohlhammer.
- Pädagogische Hochschule Zürich (2020). *Selbstwirksamkeit*.  
<https://phzh.ch/de/Dienstleistungen/materialien-fuers-schulfeld/planungshilfen-gesundheit-praevention/glossar/selbstwirksamkeit/>
- Petermann, F. (2005). Diagnostik und Training sozialer Kompetenzen bei Kindern und Jugendlichen. In N. Vriends & J. Margraf (Hrsg.), *Soziale Kompetenz, soziale Unsicherheit, soziale Phobie. Verstehen und verändern* (3., aktualisierte und vollständig überarbeitete Auflage, S. 204–220). Schneider.
- Petzold, M. B., Bendau, A., & Ströhle, A. (2020). Körperliche Aktivität in der Prävention und Behandlung von Angsterkrankungen. *Psychotherapeut*, 65(3), 135–142.  
<https://doi.org/10.1007/s00278-020-00414-0>
- Pfingsten, U. (2018). Training sozialer Kompetenz. In J. Margraf & S. Schneider (Hrsg.), *Lehrbuch der Verhaltenstherapie. Grundlagen, Diagnostik, Verfahren und Rahmenbedingungen psychologischer Therapie* (4., vollständig überarbeitete und aktualisierte Auflage, Bd. 1, S. 477–485). Springer.
- Pohl, G. (2016). *Angsthasen, Alpträumer und Alltagshelden*. Springer Spektrum.  
<https://doi.org/10.1007/978-3-662-47008-4>
- Riechert, I. (2015). Psychische Störungen bei Mitarbeitern. Ein Leitfaden für Führungskräfte und Personalverantwortliche – von der Prävention zur Wiedereingliederung. (2., überarbeitete Auflage). Springer. <https://doi.org/10.1007/978-3-662-43522-9>
- Rohwetter, A. (2020). *Nur Mut! Vom Umgang mit Ängsten* (1. Aufl.). Klett-Cotta.
- Rusch, S., Ziegler, M., & Lincoln, T. M. (2012). Soziale Phobie. In M. Berking & W. Rief (Hrsg.), *Klinische Psychologie und Psychotherapie für Bachelor. Grundlagen und Störungswissen. Lesen, Hören, Lernen im Web* (Bd. 1, S. 77–85). Springer Medizin.  
<https://doi.org/10.1007/978-3-642-16974-8>
- Salzer, S., Leichsenring, F., & Leibling, E. (2015). Manualisierte psychodynamische und kognitiv-behaviorale Therapie der Sozialen Phobie. *PiD - Psychotherapie im Dialog*, 16(2), 36–39. <https://doi.org/10.1055/s-0041-101050>
- Schmitz, J., & Asbrand, J. (2020). *Soziale Angststörung im Kindes- und Jugendalter* (1. Auflage). Kohlhammer. <https://content-select.com/de/portal/media/view/5f64d12f-1494-447a-8530-3098b0dd2d03?forceauth=1>

- Schröder-Abé, M., & Schütz, A. (2007). Selbstkonzept und Selbstwertgefühl. *Persönlichkeitsstörungen – Theorie und Therapie*, 11(1), 3–11.  
<https://elibrary.klett-cotta.de/journal/ptt/11/1>
- Schulz, A., & Hoyer, J. (2016). Onlinekommunikation und soziale Angst. Eine Übersicht. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 45(2), 132–144.  
<https://doi.org/10.1026/1616-3443/a000360>
- Spence, S. H., & Rapee, R. M. (2016). The etiology of social anxiety disorder: An evidence-based model. *Behaviour Research and Therapy*, 86, 50–67.  
<https://doi.org/10.1016/j.brat.2016.06.007>
- Stangier, U., Heidenreich, T., Peitz, M., Lauterbach, W., & Clark, D. M. (2003). Cognitive therapy for social phobia: individual versus group treatment. *Behaviour Research and Therapy*, 41(9), 991–1007. [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(02\)00176-6](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(02)00176-6)
- Steil, R., Matulis, S., Schreiber, F., & Stangier, U. (2011). *Soziale Phobie bei Jugendlichen. Behandlungsmanual für die Kognitive Therapie* (1. Auflage). Beltz.
- Stein, M. B., Chavira, D. A., & Jang, K. L. (2001). Bringing up bashful baby: Developmental Pathways to Social Phobia. *Psychiatric Clinics of North America*, 24(4), 661–675.  
[https://doi.org/10.1016/S0193-953X\(05\)70256-2](https://doi.org/10.1016/S0193-953X(05)70256-2)
- Steinmann, B., & Maier, G. W. (2018). Berufswahl. In A. Lohaus (Hrsg.), *Entwicklungspsychologie des Jugendalters* (S. 223–250). Springer.  
[https://doi.org/10.1007/978-3-662-55792-1\\_10](https://doi.org/10.1007/978-3-662-55792-1_10)
- Stengler, K., Riedel-Heller, S. G., & Becker, T. (2014). Berufliche Rehabilitation bei schweren psychischen Erkrankungen. *Der Nervenarzt*, 85(1), 97–107.  
<https://doi.org/10.1007/s00115-013-3846-0>
- Ströhle, A., & Fydrich, T. (2018). Angsterkrankungen: Welche Psychotherapie für wen? *Der Nervenarzt*, 89(3), 271–275. <https://doi.org/10.1007/s00115-018-0481-9>
- Stuhldreher, N., Leibing, E., Leichsenring, F., Beutel, M. E., Herpertz, S., Hoyer, J., Konnopka, A., Salzer, S., Strauss, B., Wiltink, J., & Koenig, H.-H. (2014). The costs of social anxiety disorder: The role of symptom severity and comorbidities. *Journal of Affective Disorders*, 165, 87–94. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2014.04.039>
- Thomsen, T., Lessing, N., Greve, W., & Dresbach, S. (2018). Selbstkonzept und Selbstwert. In A. Lohaus (Hrsg.), *Entwicklungspsychologie des Jugendalters* (S. 91–111). Springer. [https://doi.org/10.1007/978-3-662-55792-1\\_5](https://doi.org/10.1007/978-3-662-55792-1_5)
- Traber, R. (2022). *ICD-11: Das müssen Sie wissen* [Newsletter 04/2022]. FMPP Verbindung der psychiatrisch-psychotherapeutisch tätigen Ärztinnen und Ärzte der Schweiz.  
<https://www.psychiatrie.ch/fmpp/newsletter-04-2022/icd-11-das-muessen-sie-wissen>
- Tuschen-Caffier, B., Kühl, S., & Bender, C. (2009). *Soziale Ängste und soziale Angststörung im Kindes- und Jugendalter. Ein Therapiemanual*. Hogrefe.

- von Sydow, K. (2010). Das Erstgespräch in der Systemischen Therapie. In J. Eckert, S. Barnow, & R. Richter (Hrsg.), *Das Erstgespräch in der Klinischen Psychologie. Diagnostik und Indikation zur Psychotherapie* (1. Auflage, S. 84–101). Huber.
- Vriends, N., & Margraf, J. (2005). Angst in sozialen Situationen: Das Konzept der Sozialphobie. In N. Vriends & J. Margraf (Hrsg.), *Soziale Kompetenz, soziale Unsicherheit, soziale Phobie. Verstehen und verändern* (3., aktualisierte und vollständig überarbeitete Auflage, S. 3–31). Schneider.
- Weibold, B., & Aigner, M. (2022). Peer-Arbeit in der Psychiatrie am Beispiel von EX-IN. Hintergründe, Entwicklungen und praktische Erfahrungen mit Genesungsbegleitung im Universitätsklinikum Tulln. *psychopraxis. neuropraxis*.  
<https://doi.org/10.1007/s00739-022-00847-z>
- Willutzki, U., Neumann, B., Haas, H., Koban, C., & Schulte, D. (2004). Zur Psychotherapie sozialer Ängste: Kognitive Verhaltenstherapie im Vergleich zu einem kombiniert ressourcenorientierten Vorgehen. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 33(1), 42–50. <https://doi.org/10.1026/0084-5345.33.1.42>
- Wittchen, H.-U., Stein, M. B., & Kessler, R. C. (1999). Social fears and social phobia in a community sample of adolescents and young adults: Prevalence, risk factors and comorbidity. *Psychological Medicine*, 29(2), 309–323.  
<https://doi.org/10.1017/S0033291798008174>
- Wittmann, S. (2005). Das Konzept Soziale Kompetenz. In N. Vriends & J. Margraf (Hrsg.), *Soziale Kompetenz, Soziale Unsicherheit, Soziale Phobie. Verstehen und verändern* (3., aktualisierte und vollständig überarbeitete Auflage, S. 55–70). Schneider.

## 7 Anhang

Anhang A: Interviewleitfaden (Expert\*inneninterview)

### Interviewleitfaden zur Masterarbeit

#### A) Fragen zur Person und Arbeit

1. Demographie:
  - Alter
  - Geschlecht (wird eingetragen, aber nicht erfragt)
  - Berufserfahrung
  - Werdegang: Ausbildungen und Weiterbildungen
2. Was ist der Auftrag deiner Institution?
3. Was ist genau deine Funktion bei der Arbeit?
4. Wie lange arbeitest du schon in dieser Funktion?

#### B) Fragen zur Arbeit mit sozial ängstlichen Personen

5. Wie häufig – in Relation zu anderen psychischen Störungen – bist du konfrontiert mit sozialer Ängstlichkeit in deiner beruflichen Tätigkeit?
6. Gibt es Ressourcen, welche du bei den Betroffenen häufig wiedererkennst? Welche sind das und wie können sie aktiviert werden?
7. In der Literatur wird berichtet, dass Personen mit sozialer Phobie nicht unbedingt unter mangelnden sozialen Kompetenzen leiden. Entspricht das auch deiner Erfahrung? Wie häufig zeigt sich ein niedriger Selbstwert?
8. Wie verhält es sich mit komorbiden Störungen?
9. Welchen Einfluss hat das soziale Umfeld? Inwiefern kann dieses unterstützend oder bremsend wirken?
10. Was sind aus deiner Sicht die grössten Herausforderungen für die Berufswahl und wie unterstützt du den Prozess?
11. Welche Rahmenbedingungen im Betrieb für die Berufswahl sind zu beachten? Welche Berufe eignen sich eher?

#### C) Klienten-Beziehung

12. Woran ist eine soziale Phobie im Erstgespräch erkennbar?
13. Wie gestaltet sich die Kontaktaufnahme bei sozial ängstlichen Personen?
14. Welche Strategien sind hilfreich für die Gesprächsführung/Beziehungsgestaltung in der Beratung?
15. Was sind gemäss deiner Erfahrung mögliche Hürden in der Beratungssituation bei sozialer Ängstlichkeit?

#### D) Abschlussfrage

Gibt es noch Ergänzungen oder persönliche Tipps, welche deiner Ansicht nach wichtig sind?

#### E) Debriefing

Den Interviewpartner\*innen wird erklärt, wozu die Daten benutzt werden und dass diese anonymisiert bleiben. Ausserdem werden die Auswertungskriterien erläutert (s. Disposition) und allfällige nachträgliche Bemerkungen aufgenommen.

Unterzeichnung der Einverständniserklärung und Abgabe des Infoblattes.