Psychotherapeut 2021 · 66:478–486
<https://doi.org/10.1007/s00278-021-00539-w>
Angenommen: 9. September 2021
Online publiziert: 19. Oktober 2021
© Der/die Autor(en) 2021

Systemische Therapie und soziale Ängste im Erwachsenenalter

Überblick über therapeutische Ansätze und ihre Wirksamkeit

Christina Hunger-Schoppe¹ · Nina Immel^{1,2} · Niels Braus¹ · Rebecca von Oepen¹ · Jochen Schweitzer³

¹ Lehrstuhl für Klinische Psychologie und Psychotherapie III, Department für Psychologie und Psychotherapie, Universität Witten/Herdecke, Witten, Deutschland

² Department of Psychology, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile

³ Institut für Medizinische Psychologie, Universitätsklinikum Heidelberg, Heidelberg, Deutschland

In diesem Beitrag

- Ziel der Arbeit
- Erscheinungsbild und diagnostische Kriterien sozialer Angststörungen
- Systemtherapeutisches Störungsverständnis
- Systemtherapeutische Ansätze und Wirksamkeitsstudien
Auswahlkriterien · Systemtherapeutische Ansätze · Systemtherapeutische Wirksamkeitsstudien
- Schlussfolgerungen und Ausblick

Wenn von Patient:innen, Therapeut:innen, etc. gesprochen wird, bezieht dies auf sowohl die männliche, weibliche sowie diverse Form der genannten Personen als auch auf diese Personen in der Ein- sowie Mehrzahl, d. h. ja nach Kombination ist damit das Ein- und/oder Mehrpersonensetting gemeint.

QR-Code scannen & Beitrag online lesen

Zusammenfassung

Hintergrund: Soziale Angststörungen zählen zu den häufigsten Angststörungen in der Allgemeinbevölkerung. Der Beitrag gibt einen Überblick über verschiedene systemtherapeutische Ansätze zur Behandlung sozialer Ängste und die Evidenz störungsspezifischer Systemischer Therapie bei diagnostizierten sozialen Angststörungen.

Material und Methoden: Entlang zuvor festgelegter Kriterien und über elektronische Suchmaschinen (*PsycINFO*, *PSYINDEX*, *Google Scholar*) erfolgte eine Auswahl systemtherapeutischer Arbeiten zur Behandlung sozialer Ängste und zur Erfassung der Wirksamkeit bei der systemtherapeutischen Behandlung diagnostizierter sozialer Angststörungen.

Ergebnisse: Es fanden sich 6 Ansätze einer Systemischen Therapie sozialer Ängste und 3 Wirksamkeitsstudien zu diagnostizierten sozialen Angststörungen. Die systemtherapeutischen Ansätze fokussieren ressourcenorientierte, problemaktualisierende, symptomverschreibende und systemtherapeutisch-integrative Interventionen. Die Wirksamkeitsstudien berichten Vorteile der Systemischen Therapie gegenüber den Vergleichsbedingungen mit Blick auf v. a. die patientenbezogene Symptomreduktion sozialer Ängste. In einem Fall wurde auch die bezugspersonenbezogene Reduktion psychosozialer Belastungen erfasst. Es werden zumeist Systemische Therapien im Einzelsetting und weniger im Mehrpersonensetting realisiert.

Schlussfolgerung: Die Systemische Therapie verfügt über vielfältige und effektive Ansätze zur Behandlung sozialer Ängste und diagnostizierter sozialer Angststörungen. Zukünftige Forschung und Praxis sollte sich verstärkt der symptom- und gleichfalls systembezogenen Perspektive auf betroffene soziale Systeme unter Einbezug aller bedeutsamen Systemmitglieder widmen. Diese Betrachtungsweise sollte auch stärker in systemtherapeutischen Ansätzen im Mehrpersonensetting zum Ausdruck kommen.

Schlüsselwörter

Wirksamkeit · Psychotherapie · Familie · Paar · Setting

In der Systemischen Therapie werden psychische Störungen hinsichtlich ihrer Funktionalität und gleichfalls Herausforderung für das betroffene soziale System betrachtet (Systemorientierung). Die Zuschreibung psychischer Störungen im Sinne der Internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme

(ICD; World Health Organization 2019) ist für den deutschen Sprachraum ein Novum, weil die Systemische Therapie erst seit Kurzem Teil der kassenfinanzierten Gesundheitsversorgung ist (Gemeinsamer Bundesausschuss 2018). Bisher sind störungsspezifische Behandlungsansätze und insbesondere Wirksamkeitsstudien wenig umfassend beschrieben. Sie

Tab. 1 Diagnostische Kriterien sozialer Angststörung (nach ICD-10 und DSM-5)	
Kriterien sozialer Angststörung	
A	Eine ausgeprägte Angst vor mind. einer sozialen Interaktions- oder Leistungssituationen bei Konfrontation mit unbekannten Personen und (antizipierter) negativer Beurteilung
B	Die Konfrontation mit der gefürchteten Situation ruft fast immer eine unmittelbare Angstreaktion hervor, die das Erscheinungsbild einer situationsgebundenen Panikattacke annehmen kann
C	Die Person sieht ein , dass die Angst übertrieben ist (<i>im DSM-5 spielt dieses Kriterium keine Rolle</i>)
D	Die gefürchtete Situation wird vermieden oder nur unter intensiver Angst ertragen
E	Die ängstliche Erwartungshaltung und/oder das Vermeidungsverhalten beeinträchtigen deutlich die Lebensführung, berufliche/schulische Leistung oder soziale Aktivitäten, verbunden mit erheblichem Leiden
F	Personen < 18 Jahre: Symptome liegen mindestens 6 Monate vor
G	Die Angst und/oder das Vermeidungsverhalten gehen/geht nicht auf die Wirkung einer Substanz (z. B. Droge, Medikament) oder eines medizinischen Krankheitsfaktors zurück und ist nicht durch andere psychische Störungen erklärt
H	Falls ein medizinischer Krankheitsfaktor oder eine andere psychische Störung vorliegen, steht diese nicht im Zusammenhang mit der in Kriterium A beschriebenen Angst (z. B. nicht Angst vor Stottern und Zittern bei Parkinson-Krankheit)
<i>ICD-10</i> Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Aufl., <i>DSM-5</i> Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder, 5. Ausg.	

leisten jedoch einen wichtigen Beitrag zur Integration der Systemischen Therapie in die psychotherapeutische Praxis und Forschung. Dies gilt umso mehr für psychische Störungen wie soziale Angststörungen mit der höchsten Lebenszeitprävalenz innerhalb dieses Anwendungsbereich (Wittchen und Fem 2003).

Ziel der Arbeit

Für Behandler:innen und Forscher:innen soll eine Übersicht über die bisherigen systemtherapeutischen Ansätze zur Behandlung sozialer Ängste sowie diagnostizierter sozialer Angststörungen und deren Wirksamkeit gegeben werden. Es zeigt sich, dass die Systemische Therapie mit ihren Möglichkeiten einer bedürfnisangepassten Integration wichtiger Bezugspersonen bzw. einer Arbeit mit dem betroffenen sozialen System als Ganzes eine für die psychotherapeutische Arbeit bereichernde Perspektive in der Gesundheitsversorgung anbieten kann. Erste Wirksamkeitsstudien zu sozialen Angststörungen bestätigen klinisch bedeutsame Effekte, und auch die aktuell revidierte Fassung der S3-Leitlinie zur Behandlung von Angststörungen bewertet die Systemische Therapie für diesen Anwendungsbereich positiv (Bandelow et al. 2021).

Erscheinungsbild und diagnostische Kriterien sozialer Angststörungen

Soziale Angststörungen gehören zu den häufigsten Angststörungen in der Allgemeinbevölkerung (Lebenszeitprävalenz: 7–16 %; Wittchen und Fem 2003). Frauen erscheinen häufiger betroffen als Männer, wobei in klinischen Populationen beide Geschlechter gleich häufig anzutreffen sind (Stangier et al. 2016). Soziale Angststörungen gehen mit bedeutsamen psychosozialen und beruflichen Einschränkungen einher (Stein und Kean 2000). Unbehandelt verlaufen sie eher chronisch; die Wahrscheinlichkeit einer spontanen Remission beträgt unter 20 % in den ersten beiden Jahren bzw. unter 40 % 8 Jahre nach Störungsbeginn (Keller 2003 in: Stangier et al. 2006; ■ Tab. 1).

Systemtherapeutisches Störungsverständnis

Das systemtherapeutische Störungsverständnis sozialer Ängste und sozialer Angststörungen stellt die Funktionalität der Störung in den Vordergrund. Ein gewisses Maß an sozialer Ängstlichkeit erscheint sinnvoll, wenn sie als Trigger für eine 1) *adaptive Selbstorganisation* (z. B. Auszug von Jugendlichen aus dem elterlichen Haus; Konzentration der Eltern auf mehr frei verfügbare Zeiten), 2) *Nutzung angeborener Verhaltensprogramme* (z. B. Fähigkeit, in Krisenzeiten Endorphine auszuschütten) und 3) *adap-*

tive Modifikation sowie Reorganisation verhaltenssteuernder neuronaler Netzwerke (z. B. aus Erfahrungen lernen) wirkt. Eine gewisse Fehlertoleranz begünstigt in diesem Fall entwicklungsbedingtes soziales Lernen. Soziale Fehlritte („Fett-näpfchen“) machen deutlich, wo sicheres Terrain aufhört und unsicheres Terrain beginnt. Gleichfalls machen sie Angst, z. B. vor sozialem Ausschluss. Soziale Angst ist daher eine existenzielle Grunderfahrung und Bestandteil unseres ganz alltäglichen zwischenmenschlichen Erlebens (Hüther 2008).

Die inter- und intrapersonale Funktionalität sozialängstlicher Symptomatik wird im multipersonalen soziopsychobiologischen Modell deutlich (Luhmann 2017) (■ Abb. 1).

Im Sinne *interpersonaler Funktionalität* werden soziale Ängste als Indikator nichtbefriedigender sozialer Interaktionen innerhalb eines betroffenen sozialen Systems verstanden, denen ein noch nicht gelöster Entwicklungsprozess eines betroffenen sozialen Systems insgesamt zugrunde liegt. Zentral ist die zwischenmenschliche Verhandlung (sub-)systembezogener sowie individueller Freiheitsräume bei einem gleichzeitig ausgeprägten Bedürfnis nach gegenseitiger Bezogenheit im Sinne von Zugehörigkeit, Geborgenheit und Sicherheit (*bezogene Individuation*; Stierlin 1976). Symptome sozialer Angststörungen schützen die Mitglieder eines betroffenen sozialen Systems davor, Freiheitswünsche offen zu kommunizieren, da sie erwarten, mit der Selbstöffnung, z. B. einzelner Mit-

Abb. 1 ▲ Interpersonales soziopsychobiologisches Modell. (Hunger 2021; modifiziert nach Luhmann 2017).

glieder und auch des gesamten Systems, die Existenz dieses für sie bedeutsamen betroffenen sozialen Systems zu gefährden. Stattdessen schweißen sie alle Beteiligten zusammen. Der Wunsch nach angemessener Distanz besteht jedoch weiterhin und äußert sich in (non)verbalen Handlungen (z. B. Beziehungsabbruch, Aggression). Die erfolgreiche „Entwicklung“ im Sinne von Lösung z. T. verstrickter sozialer Beziehungen gilt nicht als individueller, sondern stets koevolutiver Prozess aller bedeutsamen Mitglieder innerhalb des betroffenen sozialen Systems (■ Tab. 2).

Die *intrapersonale Funktionalität* sozialängstlicher Symptomatik bestimmt sich in ihrem intrapsychischen „Gewinn“, z. B. im Schutz vor negativen Emotionen (z. B. Angst, Wut) sowie der Pseudokompensation von Entwicklungsdefiziten. Diese werden insbesondere im Übergang von einer Entwicklungsphase in eine andere deutlich, z. B. beim Übergang von der zentripetalen Phase mit Konzentration der Familie auf sich selbst rund um die Geburt und Aufwachsen eines jungen Kindes in die zentrifugale Phase mit Konzentration der Familie auf eine sich erweiternde Beziehungsgestaltung durch Auszug und Partnersuche der

jungen Erwachsenen (Hunger 2018). Jedoch verstärkt die Vermeidung erwarteter negativer Konsequenzen einer solchen „Entwicklung“ die Vorstellung dessen, was alles Negatives geschehen könnte, und gleichfalls die damit einhergehenden negativen Emotionen. Wenn Sie z. B. dem Satz folgen: „Denken Sie nicht (!) an einen rosaroten Elefanten!“, dann war der rosarote Elefant vermutlich genau in dem Augenblick in ihrer Vorstellung mehr oder weniger präsent, als Sie die Wörter „rosaroter Elefant“ lasen, obwohl Sie explizit diese Vorstellung vermeiden sollten. Dies ist ein Beispiel für den Mechanismus, wie versuchte Vermeidung das zu vermeiden Versuchte reziprok hervorbringt. Eine mögliche *emotionale Ansteckung* der sozialen Umgebung bedingt schließlich auch eine z. T. sehr ausgeprägte physische und psychische Beeinträchtigung familiärer und freundschaftlicher Beziehungen (Priest 2009).

Transgenerational wirken bedeutsame Beziehungsmuster über mehrere Generationen in den aktuellen inter- und intrapersonalen Konflikt hinein. Jede Einzelheit einer Familienbiografie ist Teil eines vielschichtigen Musters, das die Identität der Systemmitglieder mitbestimmt. Dabei

wird die Vergangenheit zum Prolog (McGoldrick et al. 2016). Soziale Zurückhaltung, ein Sich-bedeckt-Halten, kann z. B. in Kriegszeiten überlebenswichtig sein. Kinder lernen von ihren Eltern im Sinne des *Modelllernens*, und elterliche *Delegationen* dienen der Orientierung und Sinngebung, indem sie die Familienmitglieder in generationsübergreifenden Loyalitätsbanden im Sinne *unsichtbarer Bindungen* miteinander zusammenhalten (Boszorményi-Nagy und Spark 2015; Stierlin 1976, 2007). Ist aber der Krieg vorbei und ein Heraustreten aus der Gruppe, z. B. bei der Bewerbung auf einen Ausbildungsplatz, gefordert, kann die Familienbiografie dazu beitragen, dass soziale Ängste die erfolgreiche Bewältigung dieses Entwicklungsschritts (z. B. Einstieg in das Berufsleben) nicht nur für ein einzelnes Familienmitglied verhindern, sondern gleichfalls für das System als Ganzes.

Die Symptomatik Sozialer Ängste kann auch als maladaptives und repetitives „prophylaktisches“ Machtspiel (Hand 2002, S. 84) entlang der Frage: „Wer definiert die Beziehung?“ beschrieben werden. Dies kann die Person mit der Diagnose der sozialen Angststörung sein, indem sie z. B. den Schutz des Partners stimuliert,

Tab. 2 Beispielhafte Entwicklungsaufgaben sozialer Systeme. (Rotthaus 2015)		
Entwicklungsbereich	Kind/Jugendliche	Eltern
Bezogene Autonomie	Wie kann ich eigenständig werden und einen Unterschied zu meinen Eltern machen und in Kontakt bleiben?	Wie kann ich (wieder) eigenständig(er) werden und (neue) freie (Zeit-)Räume nutzen und in Kontakt bleiben?
Selbstbild	Wie möchte ich der Welt begegnen und als wer?	Was möchte ich (noch) in der Welt erfahren und als wer?
Soziale Kontaktgestaltung	Welche Freundschaften möchte ich pflegen? Wie möchte ich Vorgesetzten (vs. Eltern) begegnen?	Welche Freundschaften möchte ich (wieder) intensivieren? Welchen Teil meines Berufslebens möchte ich (noch) ausbauen?
Körperliches Erscheinungsbild	Akzeptanz wachstumsbedingter Veränderungen	Akzeptanz altersbedingter Veränderungen

Tab. 3 Suchstrategien				
PsycINFO via EBSCO host no time limit to 2021; Searched 21.05.2021				
Limiter: Age Groups (Young Adulthood (18–29 yrs), Thirties (30–39 yrs), Middle Age (40–64 yrs))				
#	–	–	Searches	Results
1	–	TX All Text	„Social anxiety“ or „social phobia“ or „social anxiety disorder“	4161
2	AND	TX All Text	„Systemic“ or „strategic“ or „structural“ or „solution“ or „resource“	288
3	AND	TX All Text	„Therapy“ or „intervention“ or „treatment“	110
4	AND	TX All Text	„Effect“	18
5	AND	TX All Text	„Random“	7
Web Of Science Core Collection via Clarivate Analytics no time limit to 2021; Searched 21.05.2021				
#	–	–	Searches	Results
1	–	All Fields	„Social anxiety“ or „social phobia“ or „social anxiety disorder“	16.415
2	AND	All Fields	„Systemic“ or „strategic“ or „structural“ or „solution“ or „resource“	1257
3	AND	All Fields	„Therapy“ or „intervention“ or „treatment“	491
4	AND	All Fields	„Effect“	221
5	AND	All Fields	„Random“	88

der im Extrem alle außerhäuslichen Aktivitäten übernimmt. Dies kann ebenso der Partner sein, der dem sich weniger zutrauenden Verhalten der Partnerin Einhalt gebietet, indem er z.B. die exzessive Referatsvorbereitung unterbricht und zu einem Spaziergang oder Kinobesuch einlädt. Die entscheidende Rolle in diesen „Macht- und Beziehungsspielen“ spielt die *Sinngebung*. Um Sinn zu konstruieren, muss eine Person etwas mitteilen und eine andere Person das Kommunizierte als Sinn beobachten (z.B. durch Verstehen der Äußerung: „Bitte begleite mich zur Psychotherapie!“) und kommunikativ daran anschließen (z.B. durch Zustimmung oder Ablehnung: „Ich würde Dich niemals alleine aus dem Haus gehen lassen!“ oder „Ich glaube, das schaffst Du auch schon ganz gut ohne mich!“) (Emlein 2010). Fehlt dieser Sinnbezug (*Fokus*) auf etwas Gemeinsames, können psychische Störungen wie soziale Angststörungen zum organisierenden Prinzip der zwischenmenschlichen Beziehungen innerhalb des betroffenen sozialen Systems werden (Luhmann 1984, 2017). Insgesamt

lässt sich aus den beschriebenen systemtherapeutischen Störungsmodellen der inter- und intrapersonalen Funktionalität, Transgenerationalität und Sinngebung ableiten, wieso es in der Forschung und Praxis vielfach sinnvoll erscheint, alle für die Entstehung, Aufrechterhaltung und Veränderung der sozialängstlichen Symptomatik bedeutsamen Systemmitglieder in den angestrebten systemtherapeutischen Veränderungsprozess einzubinden.

Systemtherapeutische Ansätze und Wirksamkeitsstudien

Auswahlkriterien

Die Auswahl der systemtherapeutischen Ansätze zur Behandlung sozialer Ängste sowie der Wirksamkeitsstudien zu diagnostizierten sozialen Angststörungen orientierte sich an den in **Tab. 3** beschriebenen Suchstrategien. Darüber hinaus wurde Zitationen in den Originalarbeiten nachgegangen. Es wurden Schwerpunktheft zum Thema sozialer Ängste und sozialer Angststörung sowie Systemischer Thera-

pie von system-, paar- und familienorientierten Zeitschriften mit Gutachterverfahren gesichtet (z.B. *Familiendynamik*, *Family Process*, *Journal of Marital and Family Therapy*, *Human Systems*, *Journal of Family Therapy*), ebenso wie Monografien und Herausgeberwerke von Buchverlagen, die auch systemtherapeutische Publikationen veröffentlichen (z.B. Carl-Auer, Klett-Cotta, Vandenhoeck und Ruprecht, Beltz, Springer, Hogrefe).

Systemtherapeutische Ansätze

Die systematische Literatursuche ergab 6 systemtherapeutische Ansätze in der Behandlung sozialer Ängste und diagnostizierter sozialer Angststörungen; diese werden im Folgenden dargestellt. Sie fokussieren v.a. ressourcenorientierte, problemaktualisierende und symptomverschreibende Interventionen in der Tradition des Mental Research Institute (Watzlawick et al. 2011) sowie systemtherapeutisch-integrative Ansätze.

Tab. 4 Diskursfiguren in der Behandlung sozialer Ängste. (Schumacher 2008a, 2008b)	
Acht Lösungen der Angst	
1	<i>Echte Ablenkung</i> : Diskurs des Paradox, dass Angst nicht spontan und unwillkürlich erzeugt wird, sondern paradoxerweise auftritt, wenn wir versuchen, sie auszublenden, dabei aber umso mehr das Auszublenkende, d. h. die Angst, fokussieren
2	<i>Kanalisation der Energie echter Ablenkung</i> : in Beruf, Sport, Hobbys
3	<i>Depression</i> : Diskurs der Lösung, wenn „keine Angst mehr zu haben“ mit dem Verlust (scheinbar) sinnstiftender Energie einhergeht
4	<i>Vernichtung von Energie</i> : Diskurs von kurzfristigen Lösungen (z. B. Psychopharmaka) und langfristig negativen Folgen (z. B. Substanzabhängigkeit)
5	<i>Alkohol</i> : Diskurs als kurzfristig kontrollierbarer Kontrollverlust, mit schädlicher Langzeitfolge
6	<i>Wut</i> : Diskurs als eine Verteidigungsstrategie, die die durch Angst freigesetzte Energie nutzt
7	<i>Gottvertrauen (Religion)</i> : Diskurs als Selbstsuggestion, im Sinne, wer Gott vertraut, ist in der Lage, sich selbst und anderen zu vertrauen
8	<i>„Schau'n mer mal“</i> : Diskurs des „Nichts ist je sicher“

Tab. 5 Idealtypischer Ablauf der Integrativen Systemischen Psychotherapie. (Schweitzer et al. 2020)	
<i>Phase 1: Anfangsphase zu Orientierung und Planung</i>	
1. Sitzung	Joining und Vertrauensaufbau; Anliegenkonstruktion (Problemdruck/-aktualität), subjektive Theorie (Problemerkklärung), Auftrag (Zielsetzung)
2. Sitzung	Genogramm mit mind. 3 bis 4 Generationen (Großeltern, Eltern; Geschwister, Partner; Kinder)
3. Sitzung	Wenn nicht bisher: Systemgespräch ^a (Doppelsitzung)
4. Sitzung	Gemeinsames Fallverständnis und Therapieplanung
<i>Phase 2: Experimentieren mit Veränderungen</i>	
5. Sitzung	Planung erster leicht bis mittelschwerer Intervention, mit Experiment für zu Hause
6. Sitzung	Aufsuchend: Durchführung der Intervention
7. Sitzung	Wenn noch nicht in Phase 2: Systemgespräch ^a (Doppelsitzung) zur Inszenierung einer zweiten schwierigeren Intervention, unter Einbezug bedeutsamer Systemmitglieder, mit Experiment für zu Hause
8. Sitzung	Auswertung der Interventionen; Planung einer dritten Intervention, mit Experiment für zu Hause
9. Sitzung	Aufsuchend: Durchführung der dritten Intervention
10. Sitzung	Gruppensetting: Sprechchorübung (Patient:innen, Therapeut:innen, Supervisor:innen)
11. Sitzung	Auswertung der Interventionen, ggf. Planung einer vierten Intervention, mit Experiment für zu Hause
<i>Phase 3: Rückfallprophylaxe und Therapieabschluss</i>	
12. Sitzung	Bilanzierung der Therapie, Vorausblick auf ein Leben nach der Therapie
13. Sitzung	Wenn noch nicht in Phase 3: Systemgespräch ^a zur Bilanzierung der Therapie
14. Sitzung	Rückfallprophylaxe, je nach Bilanzierungsergebnis
<i>Phase 4: Auffrischungsgespräche zur Konsolidierung</i>	
15. Sitzung	Bilanzierung und konsolidierende Experimente für zu Hause
16. Sitzung	Wenn noch nicht in Phase 4: Systemgespräche
17. Sitzung	Bilanzierung und konsolidierende Experimente für zu Hause

^aSystemgespräche umfassen alle bedeutsamen Mitglieder eines betroffenen sozialen System (z. B. Partner:in; Familie; (beste)Freunde; Kolleg:innen)

Kombiniert-ressourcenorientierte Therapie (Ulrike Willutzki, Barbara Neumann, Hilde Haas, Christoph Koban, Tobias Teismann). Die kombiniert-ressourcenorientierte Therapie (KROT) diagnostizierter sozialer Angststörungen beschreibt einen Therapieansatz, der in der Patient:innen-Therapeut:innen-Beziehung stark systemtherapeutisch und ressourcenorientiert arbeitet. Es wird eine dyadische Therapie (Patient:in, Therapeut:in) mit max. 30 wöchentlichen Sitzungen durchgeführt, die sich in 3 Bereiche gliedert: 1) Die *Diagnostik der Ressourcen* klärt, wie die Klient:innen bis-

lang anstehende Entwicklungsaufgaben meisterten, etwa durch Nutzung inter- und intrapersonaler Ressourcen. 2) *Ressourcenorientierte Basisinterventionen* knüpfen an die systemische Auftragskonstruktion, Exploration von Ausnahmen sowie hypothetischen Lösungen und die Arbeit mit Fortschritten sowie Strategien zur Vergrößerung des intra- und interpersonellen Kontrollbereichs an. 3) *Ressourcenorientiert interpretierte kognitiv-verhaltens-therapeutische Interventionen* nehmen den Umgang mit Vermeidungsverhalten, die Bearbeitung von Sicherheitsverhalten und Durchführung von Expositionen in

den Blick. Gemeinsam mit den Klient:innen wird ein Störungsmodell abgeleitet und einem Lösungsmodell („Stattdessen-Modell“) gegenübergestellt, das auch in der Exposition handlungsleitend wirkt.

Von der Verschreibung des Symptoms zur Symptommelösung (Rakowska 2011).

Zur Therapie diagnostizierter sozialer Angststörungen, auch in Kombination mit Persönlichkeitsstörungen, nutzt Rakowska die *strategische Kurzzeittherapie* („brief strategic therapy“, BST) in Anlehnung an das *Mental Research Institute* (Watzlawick et al. 1974). Das Manual

umfasst 10 wöchentliche Sitzungen in der Dyade. Zentrale Intervention ist die *Symptomverschreibung*, basierend auf der Annahme, dass Symptome Teil eines zwischenmenschlichen Rituals sind. Ziel der Symptomverschreibung ist es, einen bedeutsamen Unterschied in das soziale System einzuführen (Bateson 1983), indem das System ermuntert wird, bestimmte Symptomkomponenten absichtlich und kontrolliert herbeizuführen: Im Kontext sozialer Ängste kann z.B. die Mutter aufgefordert werden, bewusst alle außerhäuslichen Besorgungen für ihre Tochter zu übernehmen, ihr jeden Wunsch von den Lippen abzulesen und so die Tochter davon abhalten, jemals aus dem Haus zu gehen. Im Rational der Symptomverschreibung wird so die Mutter zur „Problemtäterin“ und ermöglicht der Tochter die Erfahrung als „Lösungsoffer“, wenn diese der Mutter schließlich an einem heißen Sommertag mitteilt, dass sie sich durchaus in der Lage sieht, ein Eis am Kiosk an der Ecke zu kaufen. In der ersten leisen Vorahnung, sie könne doch eigenständiger Etwas-tun-Wollen als 16-jährige junge Frau, und auch der Erfahrung der Umsetzung, liegt ein entscheidender Veränderungsmoment. Diese geht mit einer Steigerung der system- und selbstbezogenen Wirksamkeit einher und ermöglicht so eine bedeutungsvolle Erfahrung durch kontraintuitive Lösungsszenarien.

Wenn Leistung blockiert (Nardone und Hildenbrand 2007). Ebenfalls in Anlehnung an das *Mental Research Institute* beschreibt Nardone eine Kombination von *Symptomverschreibungen mit der Trans-Logik Ericksons*. Letztere ermöglicht in ihrer Logik des „Sowohl-als-auch“ eine Lösung ambivalenten Erlebens. Ziele sind die Auflösung der Selbstabwertungskämpfe der Klient:innen und die Anregung zu einem ganzheitlichen Integrationsprozess, bei dem das Ende bereits am Anfang gedacht wird. So arbeitete Nardone mit einem jungen Mann, der seine Promotion seit 10 Jahren nicht zu Ende brachte. Die unterschiedsbildende Symptomverschreibung bestand hier nicht in der Ermutigung, die Arbeit schrittweise fertigzustellen und sich mit der eigenen Unfähigkeit nach und nach zu konfrontieren, sondern in der Bitte an den Klienten, zur nächsten Stunde

den finalen Satz der Dissertation mitzubringen. Der Patient tat, wie ihm beauftragt. Nardone würdigte diesen Satz und forderte den Klienten auf, zur nächsten Stunde nun die allerletzte Seite der Promotion mitzubringen. Erneut tat der Klient, wie ihm geheißen, und Therapeut und Klient diskutierten diese letzte Seite. Bei allen offenen Fragen gab der Klient zur Antwort, dass er diese auf den vorherigen – wohlgemerkt noch zu schreibenden – Seiten klären würde. Der Therapeut zeigte sich erfreut und interessiert an dem fertigen Schlusskapitel der Dissertation, dass in der nächsten Therapiestunde diskutiert werden würde. So ging es drei Monate, dann war die Dissertation fertig, und der erste Satz konnte schließlich an den Anfang der Arbeit gesetzt werden. In diesem Fall folgte Nardone dem Prinzip, dass es manchmal hilfreich ist, Dinge einfach andersherum anzugehen.

Von der Choreografie der Unterscheidung (Eder 2003). Auch Eder orientiert sich am *Mental Research Institute* in seiner Einzel- sowie auch Paartherapie. Er beschreibt Menschen mit sozialen Ängsten als besonders fähig, intensiv in Vorstellungsszenarios einzutauchen. Gleichzeitig sind sie *Meister der Zukunftsorientierung (Antizipation)* in der Überzeugung, dass das Befürchtete tatsächlich eintritt. Eder berichtet von einem Paar, bei dem der Ehemann ausgeprägte Ängste vor peinlichem Verhalten (z.B. starkem Schwitzen) erlebt. Der Fokus seiner systemtherapeutischen Arbeit liegt sodann auf dem Folgeproblem der negativen Bewertungsängste, des Schwitzens. So führt er das Paar in die Wahrnehmung ein, dass das Schwitzen des Ehemannes als geteiltes Problem erscheint, wenn die Ehefrau sich in derselben Situation mitaufregt und mitschwitzt. Er ermöglicht der Ehefrau ebenfalls eine Beschreibung inter- und intrapersonaler Unsicherheit, und die Verbalisierung ihrer Frage nach dem, was sie falsch mache, dass reziprok ihr Ehemann sich unsicher fühle: Das Tun des einen wird zum Tun des anderen (Stierlin 1976). Schließlich erkennt der Ehemann an den Blicken seiner Ehefrau immer früher, wann sie glaubt, dass er schwitzt, und sich fragt, was sie falsch gemacht habe, was ihm wiederum den Schweiß umso mehr auf die Stirn

treibt. In einer *Symptomverschreibung* teilt Eder dem Paar mit, dass die sofortige Abschaffung der Schwitzgelegenheiten die fein abgestimmte Beziehungsbalance verstöre. Stattdessen schlägt er vor, die Ehefrau solle bis zur nächsten Sitzung für 10 Situationen mit Schwitzgelegenheiten sorgen, ihrem Ehemann aber nicht verraten, welche Situationen dies seien (Eder 2003). Das Paar zeigt sich auch über mehrere Sitzungen unfähig zur Symptomverozierung: Die Ehefrau schafft es nicht, ihren Ehemann intentional zum Schwitzen zu bringen, und der Ehemann schafft es nicht, intentional mehr oder überhaupt noch zu schwitzen. In dieser Dynamik liegt das Paradox der Veränderung: Das Ehepaar ist quasi zum Opfer der eigenen Lösungstäterschaft geworden (vgl. das Spontaneitätsdilemma bei Watzlawick et al. 1974).

Systemische Angsttherapie in einer Sitzung (Schumacher 2008a, b). Das Konzept von Schumacher lässt sich in einer einmalig stattfindenden 3-stündigen Sitzung umsetzen. Schumacher fokussiert auf die Entstörung problemaufrechterhaltender Muster in der Beziehung der Klient:innen zu ihrer Angst. Mit der Frage, *woher der Klient oder die Klientin weiß, dass er oder sie Angst hat*, werden die eindeutige Zuordnung von Bewusstseinsprozessen und körperlichen Phänomenen gestört sowie alternative Interpretationsmöglichkeiten angeboten: Herzrasen, Schwitzen etc. sind auch bei z.B. sportlicher Betätigung zu spüren. Ziel ist ein Perspektivenwechsel von der Frage „Was ist etwas?“ hin zu der Frage „Wie ist etwas?“. Nicht die Angst „an sich“ ist das Problem, sondern die Art, wie Klient:innen ihre Beziehung zu ihren Ängsten gestalten. Ein gemeinsam erarbeitetes Lösungsmodell zu den „Acht Lösungen der Angst“ leitet die weitere Sitzung. Hierbei spielen die in **Tab. 4** beschriebenen Diskursfiguren eine zentrale Rolle, angereichert durch systemtherapeutische Interventionen zur Störung von Vermeidungsverhalten.

Integrative Systemische Psychotherapie (Jochen Schweitzer, Christina Hunger, Rebecca Hilzinger, Hans Lieb). Die Integrative Systemische Therapie (IST) diagnostizierter sozialer Angststörungen

kombiniert systemische Interventionsangebote in verschiedenen Settings und bezieht wichtige Bezugspersonen direkt von Beginn an ein. Es werden Einzel-, Mehrpersonen- und ein Gruppensetting in max. 29 Therapiestunden, einschließlich 3 Auffrischungssitzungen, realisiert. Therapeutische Bestandteile sind allgemeine systemtherapeutische Elemente (Schlippe und Schweitzer 2016) in der Systemdiagnostik (v.a. Genogramm, soziale Netzwerkdiagnostik), Auftragskonstruktion (v.a. radikale Kundenorientierung, Zielorientierung), Gesprächsführung (v.a. hypothesengeleitet-zirkuläres Fragen, systemische Fragen) und therapeutische Haltungen (v.a. Neugier, viel gerichtete Parteilichkeit, Lösungs- und Ressourcenorientierung). Daneben kommen v.a. *paradoxe Verschreibungen* sowie Elemente der Systemischen Kinder- und Jugendlichen-therapie (Retzlaff 2008; Rothhaus 2015), übersetzt auf die Erwachsenentherapie, zum Einsatz (Schweitzer et al. 2020). Die 3 Therapiephasen und ihre Inhalte sind in ■ Tab. 5 beschrieben.

Systemtherapeutische Wirksamkeitsstudien

Es wurden 3 Wirksamkeitsstudien zu Systemischer Therapie bei diagnostizierten sozialen Angststörungen gefunden. Die einzelnen Wirksamkeitsstudien und ihre Ergebnisse werden im Folgenden überblickartig dargestellt.

Willutzki et al. (2004) vergleichen eine manualisierte KROT mit kognitiver Verhaltenstherapie (KVT; Stangier et al. 2016) in 30 wöchentlichen, dyadischen Therapiestunden. Die Adhärenz wurde im Selbstbericht der Therapeut:innen erfasst und zeigte sich zwischen beiden Behandlungsbedingungen ausbalanciert. Von den 83 Patient:innen wurden 47 der KROT und 36 der KVT zugeordnet. Signifikante Symptomverbesserungen (Social Interaction Anxiety Scale [SIAS], Social Phobia Scale [SPS]) zeigten sich in beiden Behandlungsbedingungen und v.a. zugunsten der KROT ($d = 1,29$) vs. KVT ($d = 0,86$ bis $d = 0,97$). Veränderungen im interpersonalen und systembezogenen Funktionsniveau wurden nicht erfasst. Die Effekte waren über 2 bis 10 Jahre stabil. Die Drop-out-Rate betrug 19% in der KVT vs. 4% in der KROT.

Daten von Bezugspersonen wurden in dieser Studie nicht erfasst.

Rakowska (2011) verglich die BST mit minimal-unterstützender Therapie (MST) in 10 wöchentlichen, dyadischen Therapiestunden. Die Adhärenz wurde über unabhängige Videorater:innen erfasst und zeigte sich zwischen beiden Behandlungsbedingungen ausbalanciert. Von den 120 Patient:innen hatten 60 „nur“ eine soziale Angststörung und 60 zusätzlich eine selbstunsichere Persönlichkeitsstörung, die jeweils gleichverteilt der BST vs. MST zugeordnet wurden. Es fand sich eine Verbesserung („response“) von 50% in der BST im Vergleich zu 20% in der MST für Patient:innen mit nur sozialer Angststörung. Bei kombiniertem Vorliegen einer sozialen Angststörung und selbstunsicherer Persönlichkeitsstörung betrug die Verbesserungsrate in beiden Therapiebedingungen 7%. Veränderungen im interpersonalen und systembezogenen Funktionsniveau wurden nicht erfasst. Die Drop-out-Rate betrug jeweils 10% in der BST und MST. Daten von Bezugspersonen wurden nicht erfasst.

Hunger et al. (2020) verglichen die IST (Schweitzer et al. 2020) mit KVT nach Stangier et al. (2016) in 26 wöchentlichen bis hin zu 2- bis 4-wöchentlichen, dyadischen und gruppenbezogenen Therapiestunden. Die Adhärenz wurde über unabhängige Videorater:innen erfasst und zeigte sich zwischen beiden Behandlungsbedingungen ausbalanciert (Hilzinger et al. 2016). Von den 38 Patient:innen wurden 18 der IST und 20 der KVT zugeordnet. Es fand sich eine Verbesserung („remission“) von 39% in der IST im Vergleich zu 15% in der KVT. Signifikante Symptomverbesserungen (LSAS, SIAS, SPS) stellten sich in beiden Behandlungsbedingungen und v.a. zugunsten der IST ein (IST: Liebowitz Social Anxiety Scale [LSAS]: $d = 1,67$; SIAS: $d = 1,91$; SPS: $d = 1,88$; KVT: LSAS: $d = 1,04$; SIAS: $d = 0,97$; SPS: $d = 0,67$). Veränderungen im interpersonalen Funktionsniveau (IIP: IST, $d = 1,27$; KVT, $d = 0,53$) und systembezogenen Funktionsniveau (EXIS: IST, $d = 1,06$; KVT, $d = 0,23$) wurden ebenfalls in beiden Behandlungsbedingungen und zugunsten der IST signifikant. Die Drop-out-Rate betrug überzufällig 25% in der KVT vs. 0% in der IST. Bezugspersonen wurden vor Therapiebeginn und nach Therapie-

ende erfasst, mit signifikanter Reduktion der psychosozialen Belastung bedeutsamer Dritter in beiden Behandlungsbedingungen (IST: $d = 0,59$; KVT: $d = 0,56$; Hunger et al. 2018).

Fazit. Die 3 Studien weisen auf eine signifikant stärkere Reduktion der sozialängstlichen Symptomatik zugunsten der Systemischen Therapien hin. Begrenzungen in der Aussagekraft der Studien ergeben sich einerseits aus der Verwendung einer wenig spezifischen Vergleichsbedingung wie der MST (Rakowska 2011), der Kombination systemischer mit KVT-Elementen, die eine Extraktion rein systemischer Effekte nicht möglich macht (Willutzki et al. 2004) und der Konzeptualisierung als Machbarkeitsstudie mit geringer, wenngleich für dieses Studiendesign geworderter Fallzahl (Hunger et al. 2020).

Schlussfolgerungen und Ausblick

Bemerkenswert ist, dass die Systemische Therapie zur Behandlung sozialer Ängste und diagnostizierter sozialer Angststörungen in allen Ansätzen recht praktisch, angemessen nachvollziehbar und mit gut umsetzbaren Interventionen bis hin zu ausformulierten Therapiemanualen (z.B. Hunger et al. 2020; Schumacher 2008a, 2008b; Willutzki et al. 2004) beschrieben ist. Es werden v.a. ressourcenorientierte, problemaktualisierende und systemtherapeutisch-integrative Interventionen umgesetzt sowie mit individuellen und systemorientierten Lösungsmodellen in Erweiterung der Fokussierung auf individuelle und systemorientierte Störungsmodelle gearbeitet. Symptomverschreibungen zeigen sich als zentrale Interventionsmethode in der Arbeit fast aller genannten Ansätze. Ins Auge fällt darüber hinaus, dass sowohl in den systemtherapeutischen Expertenberichten aus der Praxis als auch den Wirksamkeitsstudien zu Systemischer Therapie überwiegend im Einzelsetting gearbeitet wird. Bezugspersonen werden explizit nur in der Behandlung bei Eder (2003) sowie Schweitzer et al. (2020) erwähnt und ausschließlich in der Wirksamkeitsstudie von Hunger et al. (2020) erfasst. Die Autor:innen dieses Beitrags hoffen, dass zukünftig das Mehrpersonensetting er-

neut unter Berücksichtigung differenzieller Indikatoren verstärkt in der systemtherapeutischen Praxis genutzt und in einer systemorientierten bzw. systemischen Forschung untersucht wird. Erste Schritte in diese Richtung sind die sozialrechtliche Anerkennung der Systemischen Therapie (Gemeinsamer Bundesausschuss 2018), die kassenfinanzierte Etablierung des Mehrpersonensettings (Kassenärztliche Bundesvereinigung 2019) und die positive Bewertung der Systemischen Therapie für die sozialen Angststörungen in der S3-Leitlinie Angststörungen (Bandelow et al. 2021).

Fazit für die Praxis

- Die Systemische Therapie ist wirksam in der Behandlung sozialer Angststörungen im Erwachsenenalter aus Sicht von Patient:innen und wichtigen Bezugspersonen.
- Es werden v.a. ressourcenorientierte, problemaktualisierende, symptomverschreibende und systemtherapeutisch-integrative Interventionen genutzt. Die Symptomverschreibung gilt als die am häufigsten genutzte systemtherapeutische Intervention.
- Bedeutsame Effekte zeigen sich sowohl in der Reduktion der störungsspezifischen Symptomatik als auch in der Verbesserung des systembezogenen Funktionsniveaus.
- Expertenberichte aus der Praxis fokussieren v.a. das multipersonale Setting (z.B. Patient:innen, Bezugspersonen, Therapeut:innen), Wirksamkeitsstudien im Sinne randomisierter kontrollierter Studien (RCT) hingegen v.a. das dyadische Setting (Patient:in, Therapeut:in).
- Multipersonale Settings sollten daher essenzieller Bestandteil der theoretischen und praxisbasierten Curricula in der Aus- bzw. Weiterbildung psychologischer Psychotherapeut:innen im Schwerpunkt Systemische Therapie sein.
- Umfassender Forschungsbedarf besteht in der klinisch-psychotherapeutischen Untersuchung multipersonaler Settings hinsichtlich ihrer Wirksamkeit, Wirkmechanismen und Veränderungsindikatoren, v.a. auch in RCTs, und unter Einbezug aller bedeutsamen Mitglieder eines betroffenen sozialen Systems.

Korrespondenzadresse

Christina Hunger-Schoppe

Lehrstuhl für Klinische Psychologie und Psychotherapie III, Department für Psychologie und Psychotherapie, Universität Witten/Herdecke
Alfred-Herrhausen-Str. 44, 58455 Witten, Deutschland
christina.hunger-schoppe@uni-wh.de

Funding. Open Access funding enabled and organized by Projekt DEAL.

Einhaltung ethischer Richtlinien

Interessenkonflikt. C. Hunger-Schoppe, N. Immel, N. Braus, R. von Oepen und J. Schweitzer geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Für diesen Beitrag wurden von den Autoren keine Studien an Menschen oder Tieren durchgeführt. Für die aufgeführten Studien gelten die jeweils dort angegebenen ethischen Richtlinien.

Open Access. Dieser Artikel wird unter der Creative Commons Namensnennung 4.0 International Lizenz veröffentlicht, welche die Nutzung, Vervielfältigung, Bearbeitung, Verbreitung und Wiedergabe in jeglichem Medium und Format erlaubt, sofern Sie den/die ursprünglichen Autor(en) und die Quelle ordnungsgemäß nennen, einen Link zur Creative Commons Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden.

Die in diesem Artikel enthaltenen Bilder und sonstiges Drittmaterial unterliegen ebenfalls der genannten Creative Commons Lizenz, sofern sich aus der Abbildungslegende nichts anderes ergibt. Sofern das betreffende Material nicht unter der genannten Creative Commons Lizenz steht und die betreffende Handlung nicht nach gesetzlichen Vorschriften erlaubt ist, ist für die oben aufgeführten Weiterverwendungen des Materials die Einwilligung des jeweiligen Rechteinhabers einzuholen.

Weitere Details zur Lizenz entnehmen Sie bitte der Lizenzinformation auf <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de>.

Literatur

- Bandelow B, Aden I, Alpers GW, Benecke A, Benecke C, Deckert J et al (2021) Deutsche S3-Leitlinie Behandlung von Angststörungen, 1. Revision. <https://www.awmf.org/leitlinien.htm>. Zugriffen: 18.08.2021
- Bateson G (1983) Ökologie des Geistes. Suhrkamp
- Boszorményi-Nagy I, Spark GM (2015) Unsichtbare Bindungen: Die Dynamik familiärer Systeme, 10. Aufl. Klett-Cotta, Stuttgart
- Eder L (2003) Der systemische Ansatz in der Therapie sozialer Ängste. PiD 4(01):17–24
- Emlein G (2010) Luhmann, Niklas: Soziale Systeme – Grundriß einer allgemeinen Theorie. Familiendynamik 35(2):168–172
- Gemeinsamer Bundesausschuss (2018) Nutzen und medizinische Notwendigkeit der systemischen

Therapie anerkannt. <https://www.g-ba.de/presse/pressemitteilungen/775/>. Zugriffen: 18.08.2021

- Hand I (2002) Systemische Aspekte in der Verhaltenstherapie von Zwangsstörungen. In: Ecker W (Hrsg) Die Behandlung von Zwängen. Perspektiven für die klinische Praxis. Huber, Bern. S.81–100
- Hilzinger R, Schweitzer J, Hunger C (2016) Wie prüfe ich, ob es systemisch war? Ein Überblick über systemische Adhärenzskalen am Beispiel von psychotherapeutischen Wirksamkeitsstudien zu sozialer Angst [How do I evaluate whether it was systemic? An overview of systemic adherence scales exemplified by psychotherapeutic efficacy studies on social anxiety. Familiendynamik 43(3):2–11]
- Hunger C (2018) Das Drei-Ebenen-Modell der Familien- und Systemdiagnostik: Überblick und Erhebungsverfahren [Sonderheft In Memoriam Manfred Cierpka]. Psychotherapeut 63(5):381–392
- Hunger C (2021) Systemische Therapie. Kohlhammer, Stuttgart
- Hunger C, Hilzinger R, Klewinghaus L, Deusser L, Sander A, Mander J et al (2020) Comparing cognitive behavioral therapy and systemic therapy for social anxiety disorder: randomized controlled pilot trial (SOPHO-CBT/ST). Fam Proc 59(4):1389–1406. <https://doi.org/10.1111/famp.12492>
- Hunger C, Hilzinger R, Bergmann NL, Mander J, Bents H, Ditzel B, Schweitzer J (2018) Bezugspersonenbelastung erwachsener Patienten mit sozialer Angststörung [Burden of significant others of adult patients with social anxiety disorder]. Psychotherapeut 63(3):204–212. <https://doi.org/10.1007/s00278-018-0281-5>
- Hüther G (2008) Wozu Angst? Neurobiologische Hintergründe und Auswirkungen psychoemotionaler Belastungen. Familiendynamik 33(1):6–15
- Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) (2019) Systemische Therapie für Erwachsene: Kontingente und Bewilligungsschritte. https://www.kbv.de/media/sp/Psychotherapie_Uebersicht_Systemische_Therapie.pdf. Zugriffen: 18.8.2021
- Luhmann N (1984) Soziale Systeme. Suhrkamp, Frankfurt a.M.
- Luhmann N (2017) Einführung in die Systemtheorie, 7. Aufl. Carl-Auer, Heidelberg
- McGoldrick M, Gerson R, Petry SS (2016) Genogramme in der Familienberatung, 4. Aufl. Hogrefe, Göttingen
- Nardone G, Hildenbrand A (2007) Pirouetten im Supermarkt: strategische Interventionen für Therapie und Selbsthilfe [Pirouettes in the supermarket. Strategic interventions for therapy and self-help]. Carl-Auer
- Priest JB (2009) Anxiety disorders and the quality of relationships with friends, relatives, and romantic partners. J Clin Psychol 68(19):78–88. <https://doi.org/10.1002/jclp.21925>. PMID: 23033057
- Rakowska JM (2011) Brief strategic therapy in patients with social phobia with or without personality disorder. Psychother Res 21(4):462–471. <https://doi.org/10.1080/10503307.2011.581707>
- Retzlaff R (2008) Spiel-Räume. Lehrbuch der systemischen Therapie mit Kindern und Jugendlichen. Klett-Cotta, Stuttgart
- Rotthaus W (2015) Ängste von Kindern und Jugendlichen. Carl-Auer, Heidelberg
- v Schlippe A, Schweitzer J (2016) Lehrbuch der systemischen Therapie und Beratung I: Das

- Grundlagenwissen [Textbook of systemic therapy and counseling I: Fundamental knowledge], 3 edn. V&R
- Schumacher B (2008a) Systemische Angsttherapie in einer Sitzung, Teil I. Familiendynamik 33(1):16–34
- Schumacher B (2008b) Systemische Angsttherapie in einer Sitzung, Teil II. Familiendynamik 33(2):177–193
- Schweitzer J, Hunger-Schoppe C, Hilzinger R, Lieb H (2020) Soziale Ängste. Carl-Auer, Heidelberg
- Stangier U, Clark DM, Ginzburg DM, Ehlers A (2016) Soziale Phobie. Hogrefe, Göttingen
- Stein MB, Kean YM (2000) Disability and quality of life in social phobia: Epidemiologic findings. The American Journal of Psychiatry. 157(10):1606–1613. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.157.10.1606>
- Stierlin H (1976) Das Tun des Einen ist das Tun des Anderen. Eine Dynamik menschlicher Beziehungen. Suhrkamp, Frankfurt a.M.
- Stierlin H (2007) Gerechtigkeit in nahen Beziehungen. Carl-Auer, Heidelberg
- Watzlawick P, Weakland JH, Fisch R (1974) Change: Principles of problem formation and problem resolution. Norton
- Watzlawick P, Beavin JH, Jackson DD (2011) Menschliche Kommunikation: Formen, Störungen, Paradoxien, 12. Aufl. Huber, Bern
- Wittchen H-U, Fehm L (2003) Epidemiology and natural course of social fears and social phobia. Acta Psychiatr Scand. 108(417):4–18. <https://doi.org/10.1034/j.1600-0447.108.s417.1.x>
- Willutzki U, Neumann B, Haas H, Koban C, Schulte D (2004) Zur Psychotherapie sozialer Ängste: Kognitive Verhaltenstherapie im Vergleich zu einem kombiniert ressourcenorientierten Vorgehen. Z Klin Psychol Psychother 33(1):42–50. <https://doi.org/10.1026/1616-3443.33.1.42>
- World Health Organization (2019) International Classification of Diseases, ICD-11 (icd.who.int)

Systemic therapy and social anxiety in adulthood. Overview on therapeutic approaches and their efficacy

Background: Social anxiety disorders are among the most frequent anxiety disorders in the general population. This article provides an overview of various systemic therapy approaches for treating social anxiety and the evidence of disorder-specific systemic therapy for diagnosed social anxiety disorders.

Material and methods: Based on previously established criteria and via electronic search engines (PsycINFO, PSYINDEX, GoogleScholar), a selection was carried out of publications on systemic therapy for the systemic treatment of social anxiety and the efficacy of systemic therapy for diagnosed social anxiety disorders.

Results: A total of 6 systemic therapy approaches for social anxiety and 3 efficacy studies on diagnosed social anxiety disorders were found. The systemic therapy approaches focus on resource-oriented, problem-actualizing, symptom-prescribing and systemic therapeutic integrative interventions. The efficacy studies report advantages of systemic therapy compared to control conditions, particularly with respect to patient-related symptom reduction of social anxiety. In one study, the reduction of psychosocial burdens related to significant others was also included. Systemic therapies were less frequently implemented in multiperson settings compared to individual settings.

Conclusion: Systemic therapy provides different and effective approaches for the treatment of social anxiety and diagnosed social anxiety disorders. Future research and practice should be dedicated to a more balanced understanding of both the symptom-related and system-related perspectives on the affected social system, including all important social system members. This perspective should also be part of systemic therapy approaches that use multiperson settings.

Keywords

Efficacy · Psychotherapy · Family · Couple · Setting