

ungelösten Konflikt zwischen Bindungswunsch und Bindungsangst der ängstlich-vermeidenden Persönlichkeitsstörung (Fiedler & Marwitz 2016), der meist zugunsten der Bindungsangst entschieden wird, stellen die sozialen Medien die zunächst optimale Form dar, beide Motive zu bedienen. Hier haben die Betroffenen die Möglichkeit, anonym zu bleiben, sich nicht real zeigen zu müssen oder in Form eines Avatars eine Figur zu erschaffen, die spielend interaktiv agieren kann.

Gleichzeitig werden durch das Sicherheits- und Vermeidungsverhalten die sozialen Ängste negativ verstärkt. Allmählich baut sich eine »Als-ob«-Realität auf, das Netz wird zum »eigentlichen Leben«. So können Partnerschaften in über einjährigen Kontakten rein über soziale Medien bestehen, ohne dass sich die Partner je »real«, »analog« getroffen haben. (An dieser Stelle wird deutlich, dass selbst unsere Sprache mit dieser Situation überfordert ist: Was ist denn real? Und wie soll man eine Beziehung ohne den Umweg über die elektronischen Medien bezeichnen, die ja deswegen noch nicht »körperlich« zu sein braucht?) Über den Aufbau des eigenen Avatars und dessen Interaktionsmöglichkeiten im Internet können soziale Bedürfnisse »gefahrlos« erfüllt werden, ohne das befürchtete Risiko der Beschämung, Enttäuschung und Zurückweisung, das den sozialen Ängsten zugrunde liegt. Eine auch hier mögliche Zurückweisung kann auf den Avatar attribuiert werden, was als weniger kränkend erlebt wird, als wenn direkt die eigene Person adressiert wird. Die eigene Persönlichkeit kann als »unsichtbar und nicht greifbar« geschützt werden, allerdings auf diese Weise auch bestimmte Entwicklungsschritte nicht leisten. Der Patient kann sich auch zu einer Kunstfigur stilisieren und durch bestimmte Kleidung und einen bestimmten Stil zur Kopie eines Idols oder einer Comicfigur werden. Der Vorteil für den Patienten liegt darin, dass die positiven und negativen Reaktionen kalkulierbar sind, das eigene Selbst aber nicht betreffen.

Die Möglichkeiten der Beschämung und Abwertung werden durch die Schnelligkeit und große Reichweite dieser Medien allerdings auch intensiviert. Die zweite Komponente der sozialen Angststörung besteht häufig darin, als Kompensation für das defizitäre Selbstbild ein unbewusstes Größenselbst zu entwickeln und auf die Außenwelt

zu projizieren (Brückner et al. 2019). Durch ständige Selbstoptimierung und -darstellung im Netz versuchen die Betroffenen dieses Größenselbst immer wieder zu bestätigen. Dadurch kann die Nutzung sozialer Medien schnell einen suchtartigen Charakter annehmen. Zudem sind Personen mit einer sozialen Angststörung gefährdet, eine Computerspielsucht zu entwickeln, da sie in den Spielen eine ungefährliche Ersatzwelt, häufig mit virtuellen »Ersatzbeziehungen«, und Erfolgserlebnisse suchen. Immer wichtiger wird es daher, von therapeutischer Seite nach dem Umgang mit den sozialen Medien und interaktiven Spielen zu fragen und diesen in die Therapie miteinzubeziehen.

Die Adoleszenz ist eine Zeit der Übergänge, der Schwellen. Eine besonders prägende Veränderung ist der Wegfall des Pflichtrahmens Schule als Kontakt- und Kommunikationsplattform, mit dem es sich zu arrangieren galt. Hierdurch verringert sich die Interaktion mit der realen Welt, sie verschiebt sich bei vielen Betroffenen in Richtung der virtuellen Welt, zumal der Benutzung sozialer Medien und elektronischer Möglichkeiten (Spiele!) heute zum festen Verhaltensrepertoire von Schülerinnen und Schülern gehört, also quasi schon eingeübt war. Die virtuelle Welt erlaubt, sich neu zu erfinden, ein Ideal- und Wunschbild des eigenen Selbst zu entwerfen und zu präsentieren, ohne sich mit dem als unzulänglich erlebten eigenen Ich auseinandersetzen zu müssen.

Wie das Interaktions- und Kontaktbedürfnis in der virtuellen Welt ausgelebt wird, kann sich dabei ganz unterschiedlich gestalten. Manch eine Patientin bewegt sich geschickt in den sozialen Medien, entwickelt und pflegt dort durch entsprechend designte und aufbereitete Posts ein Image, das ihrem imaginierten Größenselbst nahekommt, mit den äußerlichen Attributen von Schönheit, Makellosigkeit, Coolness, Weltgewandtheit und Sexappeal. Ein anderer Patient taucht nicht einmal als geschöntes Abbild auf, sondern benutzt einen Avatar, eine Kunstfigur, etwa als Tier oder Comicfigur. Diese Menschen posten Memes und nicht-personale Bilder oder betreiben sogar einen eigenen Video-Channel. Ihre Darstellungen und Veröffentlichungen kennzeichnen eine Fantasie- oder Wunschwelt, der sie mit ihren oft umfangreichen IT-Kenntnissen

Bewegung, Sprache und »Leben« verleihen und die es ihnen erlaubt, aus ihrer realen Welt zu entkommen - ohne ihr Zimmer verlassen zu müssen.

Der Umgang mit diesen virtuellen Aktivitäten während der Behandlung bedeutet eine besondere Herausforderung für Therapeutinnen und Therapeuten, aber durchaus auch eine Chance eines raschen Zugangs zum inneren Erleben der Betroffenen. Viele Patientinnen und Patienten legen ihre Online-Aktivitäten und -identitäten nicht von Beginn an offen, sondern gewähren erst im Verlauf der Therapie einen Einblick in ihre »zweite Welt«. Die Online-Aktivitäten sind jedoch sehr prägend für die Betroffenen und aufschlussreich für die Therapeutinnen und Therapeuten. Sie ergänzen das durch Anamnese und Exploration entstandene Bild, ihre Thematisierung stellt einen wesentlichen Fortschritt in der Therapie dar. Der erlaubte Blick ins Innere kann massive Schamgefühle dem Therapeuten gegenüber mobilisieren, ist aber auch ein erster Test, wie wertschätzend er oder sie mit diesem durchaus delikaten Bereich umgeht. Wird der Therapeut diese Welt als unwichtig, »Kinderkram« oder unverständlich abtun, zumal wenn er oder sie doch ein Stück (oder deutlich) älter ist und sich vielleicht ohnehin schwer tut mit Computern, Smartphones und sozialen Medien? Ist dieses Geheimnis bei ihm/ihr gut aufgehoben?

Deutlich gezeigtes Interesse einer Therapeutin, Offenheit und auch gezieltes Nachfragen nach diesem Bereich sind also essenziell, um den Patienten »abzuholen«. Dabei kann er vielleicht auch besondere Fähigkeiten und Kenntnisse vorweisen und erleben, dass er der Therapeutin gegenüber einen Vorsprung hat, den diese auch anerkennt und wertschätzt. Dabei lernt er die Therapeutin als Modell kennen, die mit Schwächen oder Wissenslücken umgehen kann, sie aushält und zugibt, ohne deswegen in Scham zu versinken oder sich zurückzuziehen.

Schließlich kann das Gespräch über die Online-Aktivitäten auch ein höchst individuelles Vokabular zur Verfügung stellen, das in der Therapie leitmotivische Arbeit ermöglicht, wenn etwa unterschiedliche Avatare oder Posts zu Chiffren für unterschiedliche Persönlichkeitsanteile werden (► [Kap. 2.1](#), Fallbeispiel Herr M.). Der Umgang mit den Reaktionen im Netz kann Material für die

Beziehungsarbeit liefern. Und gelegentlich mag es natürlich auch nötig sein, therapeutische Verträge zur Begrenzung dysfunktionalen Internetgebrauchs auszuhandeln. Eine völlige Abstinenz sollte aber nicht angestrebt werden, da dies realitätsfern ist und nur unnötigen Widerstand provoziert. Das Ziel muss vielmehr das Einüben eines funktionalen und selbstwertförderlichen Umgangs mit sozialen Medien und den heutigen Kommunikationsmöglichkeiten sein.

Die erschreckende Zunahme psychischer Störungen bei jungen Erwachsenen und die besonderen Ausprägungsformen der sozialen Ängste gerade in dieser Altersgruppe durch die Möglichkeiten und Versuchungen einer digitalisierten Welt erfordern therapeutische Antworten. Diagnostische und therapeutische Konzepte müssen angepasst werden, Therapeutinnen und Therapeuten sollten sich wenigstens in Ansätzen auf die »Welt im Netz« einlassen und die häufig verborgenen dysfunktionalen Verhaltensweisen ihrer Patientinnen und Patienten kennen. Gelingt dann aber der »Sprung« in die unmittelbar erfahrbare therapeutische Beziehung, kann die Behandlung für beide Seiten befriedigend sein und zeigt gute Erfolgsaussichten.

2 Was sind soziale Ängste? – Symptomatik und Konzepte

GÖTZ BERBERICH

2.1 Fallbeispiel: Herr M.

Der 21-jährige ledige Herr M. wirkt bei Aufnahme in die Psychosomatische Klinik gedrückt und verschlossen. Er kann kaum Blickkontakt halten, spricht leise und stockend. Erst langsam kann er sich auf den Kontakt mit der Therapeutin einlassen, behält aber lange eine distanzierte und misstrauische Haltung. Während des Berichts über seine Beschwerden und seine Vorgeschichte fühlt sich die Therapeutin immer wieder genötigt, ihn zu ermuntern und ihm viel Raum und Zeit zu gewähren.

Er lebe noch bei den Eltern, habe vor drei Jahren das Fachabitur abgelegt, danach aber »nichts mehr auf die Reihe gebracht«.

Zunehmend flüssig schildert er seine Symptomatik mit massivem Herzrasen, Schwitzen, Kopfschmerzen, Zittern, »Atemproblemen« und der Sorge, zu sterben oder verrückt zu werden. Er befürchte, im Gesicht zu erröten, sodass dies andere Menschen sofort bemerken würden. Diese Symptomatik sei bei Treffen mit Bekannten, Partys oder gesellschaftlichen Anlässen in immer häufigerer Frequenz aufgetreten. Er erfahre solche Situationen als unvorhersehbar, unkalkulierbar und unspezifisch. Er befürchte, die Aufmerksamkeit anderer auf sich zu ziehen, beobachtet zu werden, im Mittelpunkt zu stehen, negativ bewertet zu werden und vor allem Ablehnung zu erfahren. Daher habe er diese Situationen zunehmend vermieden, vernachlässige aushäusige Hobbys wie das Fußballspielen und Kontakte. Er gehe insgesamt nur noch selten aus dem Haus. Reisen seien ihm praktisch unmöglich gewesen, selbst Aufenthalte außer Haus nach 23 Uhr (wenn Freunde zu Partys aufbrechen würden) seien ihm unmöglich. In größeren