

Denise M. Ginzburg und Ulrich Stangier

Kognitive Verhaltenstherapie bei Sozialer Phobie

Cognitive therapy for social phobia

Zusammenfassung

Obwohl Soziale Phobien sehr verbreitet sind, werden sie oftmals nicht erkannt. Die Gründe hierfür liegen zum einen in der hohen Komorbidität mit anderen psychischen Störungen.

Zum anderen ist die Abgrenzung von anderen psychischen Störungen (Depression, Agoraphobie) und subklinischen sozialen Ängsten häufig nicht einfach. Aktuelle Metaanalysen zeigen, dass die kognitive Verhaltenstherapie die in ihrer Wirksamkeit am besten abgesicherte psychologische Behandlungsform bei Sozialer Phobie ist. Allerdings sind die hierbei erzielten Effektstärken über die Studien hinweg insgesamt verbesserungsbedürftig. Die eher moderaten Effektstärken in den Metaanalysen sind darauf zurückzuführen, dass bislang eine Vielzahl älterer Studien (teilweise vor 1980) eingeschlossen werden und die in den letzten Jahren erzielten Verbesserungen eine viel zu geringe Gewichtung erhalten. So wurde die kognitive Therapie nach dem Modell von Clark und Wells – die durchweg sehr hohe Effektstärken erzielte – erst in den letzten Jahren in sieben randomisierten, kontrollierten Therapiestudien evaluiert. In diesem Überblick wird der Therapieansatz nach Clark und Wells sowie das Wesen des Konzeptes reflektiert. Dabei wird der Rolle der Informationsverarbeitung bei der Aufrechterhaltung sozialer Ängste ein besonderer Stellenwert eingeräumt.

Schlüsselwörter

Soziale Phobie – kognitive Therapie – kognitives Modell – selektive Informationsverarbeitung

Summary

To date many clients suffering from social phobia do not receive adequate treatment. A lack of diagnostic and clinical acumen and high co-morbidity with other psychological disorders may explain this deficit. Therefore, diagnostic instruments need to be focused on more thoroughly in conceptualization. If clients are correctly diagnosed, recent meta-analyses of psychological treatments of social phobia show that cognitive behavioral treatments are effective in reducing social phobic symptoms. In several trials recently completed there was some evidence that when delivered in an individual format the effect sizes of the cognitive therapy were higher than that of other forms of cognitive behavioral group treatments and pharmacological treatments currently available. The first choice is the therapy approach based on the cognitive model of social phobia developed by Clark and Wells (1995). The treatment focuses on the specific biases in information processing and aims at the modification of self-focused attention, use of safety behaviors, biased representation of the social self and anticipatory and post-event processing.

Keywords

social phobia – cognitive therapy – safety behaviors – information processing

■ Diagnostik und Ätiologie

Soziale Angst ist ein universelles Phänomen. Die Furcht, von anderen negativ bewertet zu werden, die Tendenz zur Vermeidung der Situation und die hieraus resultierenden Beeinträchtigungen zeigen sich bei vielen Menschen. So ist z.B. die Angst vor öffentlichem Reden die häufigste soziale Angst bei Personen mit Sozialer Phobie (88%), aber auch bei Personen ohne Soziale Phobie (21%; Ruscio, 2008).

Der Übergang von subklinischen sozialen Ängsten zur Sozialen Phobie bzw. sozialen Angststörung ist graduell, andererseits erfordert die Diagnosestellung die Entscheidung, ob eine erhöhte Intensität und klinisch bedeutsame Beeinträchtigungen der Lebensqualität vorliegen. Zentrales Merkmal der Definitionen in der ICD-10 und im DSM-IV ist eine intensive und anhaltende Furcht vor Situationen, in denen man der Beobachtung anderer ausgesetzt ist und in denen eigenes Verhalten oder sichtbare Angstsymptome als inadäquat oder peinlich bewertet werden könnten. In dem aktuellen Entwurf des DSM-V zur

„Sozialen Angststörung“ werden einige Veränderungen vorgeschlagen, die sich vermutlich in den nächsten Jahren auch in der Praxis verbreiten werden (Bögels et al., 2010; s. Tab. 1). Obwohl Soziale Phobien sehr verbreitet sind, werden sie oftmals nicht erkannt. Die Gründe hierfür liegen zum einen in der hohen Komorbidität mit anderen psychischen Störungen (ca. 80% weisen zusätzliche Störungen auf). Beispielsweise machen depressive Störungen und Sucht oftmals unmittelbare therapeutische Interventionen notwendig, während die soziale Phobie hinsichtlich der sozialen Konsequenzen und psychischen Belastungen in der Regel unterschätzt wird. Zum anderen ist die Abgrenzung von anderen psychischen

Störungen (Depression, Agoraphobie) und subklinischen sozialen Ängsten häufig nicht einfach. Für eine eindeutige diagnostische Einordnung sind die Durchführung eines diagnostischen Interviews und der Einsatz störungsspezifischer Fragebögen für soziale Phobie unerlässlich, jedoch in der Praxis aus Zeitmangel bedauerlicherweise oftmals vernachlässigt. Häufig verschweigen sozial ängstliche Patienten auch ihre Probleme. Dahinter kann Scham liegen oder auch die Neigung, ihre Störung als eine persönliche Charakterschwäche oder unveränderlichen Persönlichkeitszug wahrzunehmen. Es ist daher notwendig, die Diagnosekriterien z.B. mit Hilfe diagnostischer Interviews oder Diagnose-Checklisten zu er-

Tabelle 1: Kriterien der Sozialen Angststörung (Sozialen Phobie):
Vorschlag für DSM-V (APA, 2010; Übersetzung durch die Autoren)

A. Eine intensive Furcht oder Angst vor einer oder mehreren sozialen Situationen, bei denen die Person von anderen beurteilt werden könnte. Beispiele sind soziale Interaktionen (z. B. eine Unterhaltung führen), beobachtet zu werden (z. B. beim Essen oder Trinken) oder vor anderen aufzutreten (z. B. eine Rede halten).

B. Die Person fürchtet, ein Verhalten oder Angstsymptome zu zeigen, das/die negativ bewertet werden (d. h. demütigend, peinlich, zu Ablehnung führt oder andere beleidigt).

C. Die Konfrontation mit der gefürchteten Situation ruft durchgängig Angst oder Furcht hervor. Hinweis: Bei Kindern kann sich die Furcht oder Angst in Form von Schreien, Wutanfällen, Gelähmtsein, Klammern, Zurückschrecken oder Weigerung zu sprechen in sozialen Situationen ausdrücken

D. Die sozialen Situationen werden vermieden oder nur mit intensiver Furcht oder Angst durchgestanden.

E. Die Furcht oder Angst steht nicht in einem angemessenen Verhältnis zu der tatsächlichen Gefahr, die von der sozialen Situation ausgeht. Hinweis: „nicht in einem angemessenen Verhältnis“ bezieht sich auf den soziokulturellen Kontext.

F. Die Störung hält über mindestens sechs Monate an.

G. Die Furcht, Angst und Vermeidung verursachen klinisch bedeutsames Leiden oder beeinträchtigen soziale, berufliche oder andere wichtige Lebensbereiche.

H. Die Furcht, Angst und Vermeidung sind nicht direkt auf physiologische Effekte einer Substanz (z. B. Drogenmissbrauch, Medikation) oder auf eine organische Erkrankung zurückzuführen.

I. Die Furcht, Angst und Vermeidung sind nicht auf Symptome einer anderen psychischen Störung begrenzt, wie Panikstörung (z. B. Angst, eine Panikattacke zu erleiden), Agoraphobie (z. B. Vermeidung von Situationen, in denen die Person hilflos werden könnte), Trennungsangst (z. B. Furcht, von zu Hause oder von Bezugspersonen getrennt zu sein), körperdysmorphe Störung (z. B. Furcht, dass ein körperlicher Defekt oder Mangel der Öffentlichkeit ausgesetzt wird) oder tiefgreifende Entwicklungsstörung.

J. Falls eine organische Erkrankung (z. B. Stottern, Parkinsonsche Krankheit, Adipositas, Entstellungen aufgrund von Verbrennungen oder Verletzungen) vorliegt, so stehen die Angst, Furcht oder Vermeidung nicht in Zusammenhang mit ihr oder ist exzessiv.

Spezifizieren Sie:

Generalisiert: falls die Angst in den meisten sozialen Situationen auftritt (und nicht auf Leistungssituationen begrenzt ist)

Leistungssituationen: falls die Furcht auf Sprechen oder Auftreten in der Öffentlichkeit begrenzt ist

Selektiver Mutismus: Andauernde Weigerung, in spezifischen sozialen Situationen (in denen Sprechen erwartet wird, z. B. in der Schule) zu sprechen, obwohl die Person in anderen Situationen spricht

fassen und zusätzlich die zunehmend Verbreitung findenden störungsspezifischen Fragebögen zu verwenden (Tab. 2). Eine ausführliche Darstellung der verfügbaren Instrumente findet sich bei Heidenreich und Stangier (2002).

Tabelle 2: Diagnostische Instrumente zur Erfassung der Sozialen Phobie

Methoden	Instrument
Strukturierte Interviews	Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV (SKID-I) Diagnostisches Interview für Psychische Störungen (DIPS)
Fremdbeurteilung	Liebowitz-Soziale-Angst-Skala (LSAS)
Standardisierte Selbstbeurteilungsinstrumente	Soziale Phobie-Inventar (SPIN) Soziale Interaktions-Angst-Skala (SIAS) Soziale Phobie-Skala (SPS) Social Phobia and Anxiety Inventory (SPAI)
Kognitions- und Verhaltens-Checklisten	Fragebogen zu sozialphobischen Kognitionen (SPK) Fragebogen zu sozialphobischem Verhalten (SPV) Fragebogen zu sozialphobischen Einstellungen (SPE)

Neben dem Einsatz standardisierter Fragebögen empfiehlt sich auch die Durchführung eines Interviews auf der Grundlage der Liebowitz-Soziale-Angst-Skala (LSAS). Diese Fremdbeurteilungsskala enthält 24 Items, die auf vierstufigen Skalen zu Angstintensität und Vermeidungstendenzen beurteilt werden. Aus der Skala können zuverlässige Anhaltspunkte hinsichtlich der Spezifizierung eines generalisierten Subtyps abgeleitet werden (Stangier & Heidenreich, 2004).

■ Aktueller Stand der Forschung zur Behandlung von Sozialen Phobien

Aktuelle Metaanalysen (Acarturk, Cuijpers, van Straten & de Graaf, 2009; Ponniah & Hollon, 2008) zeigen, dass die kognitive Verhaltenstherapie die in ihrer Wirksamkeit am besten abgesicherte psychologische Behandlungsform bei Sozialer Phobie darstellt. Allerdings sind die hierbei erzielten Effektstärken über die Studien hinweg insgesamt verbesserungsbedürftig. Während Acarturk et al. (2009) aus 29 Studien aus den Jahren 1979 bis 2007 lediglich eine durchschnittliche Effektstärke von 0,7 ermittelte und keine signifikanten Unterschiede zwischen den verschiedenen Verfahren der kognitiven Verhaltenstherapie feststellte, fanden Ponniah und Hollon (2008) eine Überlegenheit der Kognitiven Verhaltenstherapie (einschließlich der Ansätze von Heimberg und Clark) und der Exposition gegenüber sozialen Kompetenztrainings. Darüber hinaus konnte Aderka (2009) zeigen, dass Gruppenbehand-

lungen der Einzelbehandlung entgegen der landläufigen Auffassung unterlegen sind.

Die eher moderaten Effektstärken in den Metaanalysen sind darauf zurückzuführen, dass bislang eine Vielzahl älterer Studien (teilweise vor 1980) eingeschlossen werden und die in den letzten Jahren erzielten Verbesserungen eine viel zu geringe Gewichtung erhalten. So wurde die kognitive Therapie nach dem Modell von Clark und Wells erst in den letzten Jahren in sieben randomisierten, kontrollierten Therapiestudien evaluiert (Borge et al., 2008; Clark et al., 2003; Clark et al., 2006; Hoffart, Borge, Sexton & Clark, 2009; Stangier, Schramm, Heidenreich, Berger & Clark, 2011; Mörtberg, Clark, Sundin & Aberg, 2007; Stangier, Heidenreich, Peitz, Lauterbach & Clark, 2003). Dabei wies der Therapieansatz signifikant günstigere Ergebnisse auf als der Serotonin-Wiederaufnahmehemmer Fluoxetin plus Selbstexposition (Clark et al., 2003) und auch als traditionelle habituationsorientierte Exposition (Clark et al., 2006). In zwei Studien erwies sich der Behandlungsansatz im Einzelsetting signifikant effektiver als im Gruppensetting (Stangier et al., 2003; Mörtberg et al., 2007). Willutzki, Neumann, Haas, Koban und Schulte (2004) konnten zudem belegen, dass die Wirksamkeit der kognitiv-behavioralen Therapie nach Clark und Wells durch explizit ressourcenaktivierende Interventionen noch verbessert werden kann. Während eine Studie im stationären Setting keinen signifikanten Unterschied zwischen dem kognitiven Therapieansatz und interpersoneller Psychotherapie fand (Borge et al., 2008), erwies sich der kognitive Ansatz im ambulanten Setting gegenüber interpersoneller Psychotherapie zu Therapieabschluss und auch in der Einjahres-Katamnese als deutlich überlegen (Stangier et al., 2011). Insgesamt wurden mit dem kognitiven Behandlungsansatz von Clark und Wells wesentlich günstigere Resultate erzielt als in den Metaanalysen zur Wirksamkeit der kognitiven Verhaltenstherapie.

Im Hinblick auf die pharmakologische Behandlung zeigen Metaanalysen, dass die kurzfristigen Effekte von selektiven Serotonin-Wiederaufnahmehemmern (SSRIs) und Serotonin-Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmer (SNRIs) mit denen von kognitiver Verhaltenstherapie vergleichbar sind (Bandelow, Seidler-Brandler, Becker, Wedekind, & Ruether, 2007). Im direkten Vergleich war in einigen wenigen Studien die Kombinationsbehandlung von KVT (in der Regel das Gruppenprogramm nach Heimberg) und Pharmakotherapie gegenüber den Monotherapien und Medikamentenplacebo geringfügig überlegen. Bei der Behandlung der Pharmakotherapie sind jedoch folgende Gesichtspunkte abzuwägen. Die wenigen Daten zeigen zwar, dass die Kombinationsbehandlung von Pharmaka und kognitiver Verhaltenstherapie zu besseren Kurzzeiteffekten führt, jedoch liegen kaum Langzeitergebnisse vor (Stein, Ipser & van-Balkom, 2009). Nach Beendigung der pharmakologischen Akut-Behandlung wurden hohe Rückfallraten (von teilweise über 50%) beobachtet, die in der Praxis nur durch eine dauerhafte Erhaltungstherapie verhindert werden können (Blanco, Antia & Liebowitz, 2002). Die Compliance in einer Langzeitbehandlung ist jedoch wegen der Nebenwirkungen nicht immer gegeben bzw. aufgrund körperlicher Risiken sogar mitunter kontraindiziert.

Darüber hinaus sind bei der Kombinationsbehandlung auch Interferenzen möglich, da die Medikation eine habituationsorientierte Exposition behindern könnte. Darüber hinaus könnten Medikamente auch als Sicherheitsverhalten dienen und hierdurch den Effekt einer Expositionstherapie blockieren. Schließlich könnten Medikamente, insbesondere mit stärkeren Nebenwirkungen, eine Attribution der Therapieeffekte auf Medikamente fördern; fallen diese weg, so werden mit diesem Kontext auch die günstigen Effekte von kognitiver Verhaltenstherapie entfernt.

Insgesamt sprechen die in den kontrollierten Studien erzielten Ergebnisse dafür, dass die kognitive Einzeltherapie bei Sozialen Phobien die Behandlung 1. Wahl darstellt. Die Effektivität der habituationsorientierten Expositionsbehandlung sowie der Behandlung mit SSRIs erscheinen demgegenüber geringer, wobei im Hinblick auf das kleinere Rückfallrisiko psychologische Behandlungsansätze vorzuziehen sind.

■ Kognitive Behandlungsansätze bei Sozialer Phobie

In ihrem kognitiven Modell erklären Beck, Emery und Greenberg (1985) die Entstehung und Aufrechterhaltung der sozialen Phobie vor allem mit Hilfe von kognitiven Schemata, die im Kindes- und Jugendalter entwickelt und zu einem späteren Zeitpunkt aktiviert werden. Diese Aktivierung kann dann zur Erklärung der Entstehung der Sozialen Phobie herangezogen werden. Dabei wirkt die Vermeidung sozialer Situationen als aufrechterhaltender Faktor. Aufbauend auf dem Erklärungsmodell von Beck entwickelten Heimberg und Becker (2002) ein kognitiv-verhaltenstherapeutisches Gruppenprogramm,

das der am häufigsten evaluierte Behandlungsansatz für Soziale Phobien ist. Es umfasst als wichtigste Komponenten die Entwicklung eines Erklärungsmodells, die Identifizierung und Bearbeitung automatischer negativer Gedanken, weiterhin die Konfrontation mit angstauslösenden Situationen zunächst in Rollenspielen und schließlich die selbstangeleitete Exposition und kognitive Umstrukturierung im Lebensalltag.

Allerdings kann dieses ursprüngliche kognitive Modell nicht erklären, warum die Konfrontation mit sozialen Situationen nicht zu einer Habituation und dadurch zu einer Abnahme der empfundenen Angst führt. Clark und Wells (1995) erweiterten das kognitive Modell um fehlerhafte Prozesse der Informationsverarbeitung, die für die Aufrechterhaltung der Sozialen Phobie verantwortlich sind. Dabei werden in einem ersten Schritt dysfunktionale Verarbeitungsprozesse modifiziert, um anschließend neue Erfahrungen durch Exposition und kognitive Umstrukturierung integrieren zu können.

Aufbauend auf dem kognitiven Modell entwickelten Clark und Wells (1995; Wells, 1997) ein kognitives Therapieprogramm, das die Basiselemente Exposition und kognitive Umstrukturierung integriert und zusätzliche Techniken enthält, die auf eine Veränderung der fehlerhaften Informationsverarbeitung abzielen. Neben dem Therapieansatz wurden auch die einzelnen Modellkomponenten in zahlreichen Studien untersucht (Clark & McManus, 2002; Stopa & Clark, 2000; Amir et al., 2009). Die Ergebnisse dokumentieren, dass die kognitive Verhaltenstherapie bei Sozialer Phobie deutlich günstigere Resultate erzielt, wenn sie die zentralen Elemente des kognitiven Modells berücksichtigt. Der schematische Ablauf des kognitiven Therapieprogramms ist in Tabelle 3 dargestellt.

Tabelle 3: Schematischer Ablauf des Therapieprogramms nach Clark & Wells (1995)

Behandlungsphase	Ziel der Behandlungsphase	Behandlungselemente
1. Ableitung eines individuellen Modells der SP	Vermittlung eines Erklärungsmodells und Therapierationales	<ul style="list-style-type: none"> • Exploration
2. Kognitive Vorbereitung	Modifikation fehlerhafter Informationsverarbeitungsprozesse	<ul style="list-style-type: none"> • Verhaltensexperimente im Rollenspiel zur Reduktion von Selbstaufmerksamkeit und Sicherheitsverhalten, • Videofeedback zur Korrektur verzerrter Vorstellungen bezüglich des sozialen Erscheinungsbildes
3. Verhaltensexperimente (therapeutegeleitet = Exposition in vivo und selbstgeleitet)	(Behaviorale) Überprüfung von negativen Überzeugungen	<ul style="list-style-type: none"> • Operationalisierung von Erwartungen • Abbau des Sicherheitsverhaltens • Genaues Beobachten der Umgebung (außengerichtete Aufmerksamkeit)
4. Kognitive Umstrukturierung	(Verbale) Überprüfung von negativen Überzeugungen	<ul style="list-style-type: none"> • Identifikation und Überprüfung automatischer Gedanken, antizipatorischer und nachträglicher Verarbeitung und Grundüberzeugungen • Gedankentagebuch, Sokratischer Dialog, Verhaltensexperimente
5. Imaginative Techniken	Modifikation verzerrter Repräsentationen des Selbst	<ul style="list-style-type: none"> • Imagery Rescripting
6. Rückfallprophylaxe und Erhaltungstherapie	Aufrechterhaltung der kognitiven Veränderungen und Selbstexposition	<ul style="list-style-type: none"> • Therapieevaluation und Abschlussbilanz • Erstellen eines „Rückfall-Plans“ • Einüben der erworbenen Fähigkeiten bei Rückfällen

■ Die kognitive Therapie nach Clark und Wells

Im Zentrum der kognitiven Therapie nach Clark und Wells steht die Identifikation und Modifikation von verzerrten und unrealistischen Befürchtungen. Durch eine selektive Aufmerksamkeitsfokussierung, Einsatz von Sicherheitsverhaltensweisen, antizipatorische und nachträgliche Verarbeitung und verzerrte negative Vorstellungen über das Selbst besteht jedoch nur eine begrenzte kognitive Kapazität, um neue Erfahrungen zu integrieren, so dass die soziale Angst aufrechterhalten bleibt (Hirsch, Mathews, Clark, Williams & Morrison, 2003).

Fallbeispiel 1 verdeutlicht das Zusammenspiel der verzerrten Informationsverarbeitungsprozesse:

Eine 20-jährige Auszubildende befürchtete in Anwesenheit von Kollegen oder Bekannten zu Erröten und dann von diesen abgewertet zu werden, indem die anderen denken sie sei dadurch unsicher und sehe unattraktiv aus. Die Patientin befürchte aufgrund des Errötens ausgelacht zu werden. Im Arbeitskontext trage sie daher die Haare immer „offen ins Gesicht“ und verwende viel Make-up, um ein Erröten zu kaschieren. Außerdem gehe sie ins Solarium, um eine „Grundbräune“ zu haben, da dann Erröten weniger auffalle. Während Gesprächssituationen achte sie darauf, ob „ihre Wangen glühen und ob mein Gesprächspartner mich angewidert anschaut“. Sie versuche dann zu Boden zu blicken oder das Gespräch unter einem Vorwand schnell zu beenden. In diesen Situationen sehe sie sich wieder zurückversetzt in ihre Schulzeit, in der sie mit „hochrotem Kopf an der Tafel steht und der Lehrer mit kritisiert, weil ich eine Antwort nicht weiß. Es war so peinlich.“

Die Ängste waren erstmals aufgetreten, nachdem Sie als Jugendliche in der Schule bei einem Referat errötet sei, und anschließend daraufhin angesprochen worden sei. Sie habe sich sehr geschämt und habe sich dann schnell wieder auf ihren Platz gesetzt. Dort habe sie sofort in ein Buch geschaut und die Klassenkameraden nicht mehr angeblickt. Seit dieser Zeit waren die Ängste stetig angewachsen und behindern sie, sich beruflich weiterzuentwickeln und neue Herausforderungen anzunehmen. Die Patientin habe bislang keine professionelle Hilfe in Anspruch genommen.

■ Ableitung eines individuellen Modells der Sozialen Phobie

In der Eingangsphase der Therapie werden die zentralen sozialphobischen Befürchtungen gründlich exploriert, gemeinsam bei der Entwicklung eines individuellen Störungsmodells festgehalten und in Beziehung zu den aufrechterhaltenden Faktoren (Sicherheitsverhalten und Aufmerksamkeitsfokus) gesetzt. Abbildung 1 verdeutlicht das kognitive Modell anhand des zuvor geschilderten Fallbeispiels.

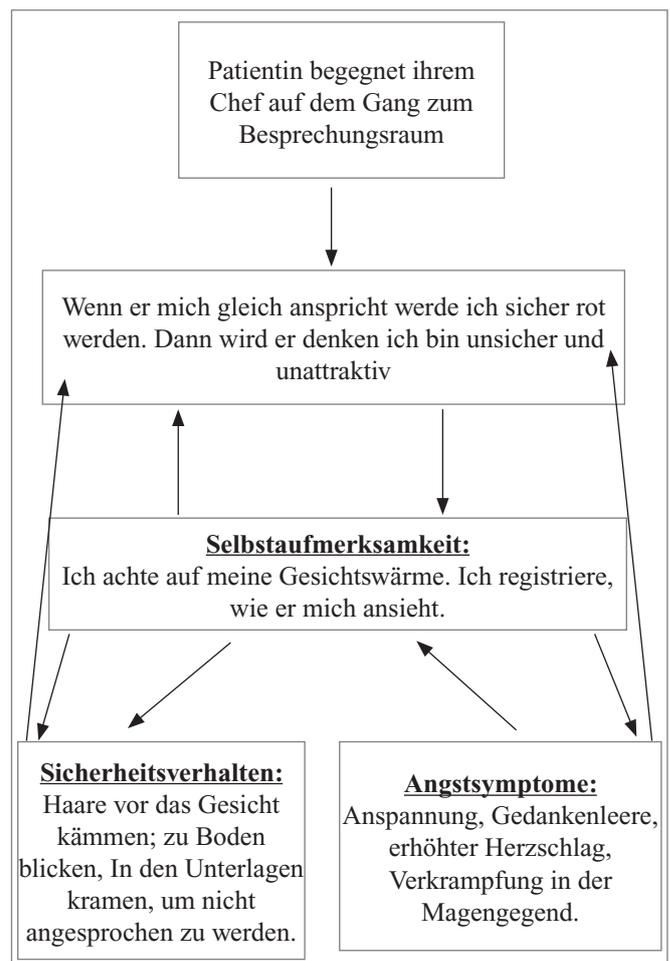
Das Modell geht davon aus, dass in einer kritischen sozialen Situation bei Personen mit sozialer Phobie negative automatische Gedanken ausgelöst werden, die sich auf zwei Aspekte beziehen:

1. „Ich verhalte mich in unakzeptabler Weise bzw. zeige Angstsymptome.“
2. „Dies führt zur Ablehnung durch andere.“

Diese Erwartungen lösen einerseits Angstsymptome aus, andererseits das Bestreben, mit Hilfe von Sicherheitsverhalten die befürchtete Blamage zu verhindern oder abzuschwächen. Zusätzlich sind die negativen automatischen Gedanken mit einer verstärkten Ausrichtung der Aufmerksamkeit nach innen verbunden. Vielfach konzentrieren sich Personen mit SP auf bildhafte Vorstellungen des Selbst aus der Beobachterperspektive (und nicht aus der eigenen Perspektive), die entsprechend ihren Überzeugungen negativ verzerrt sind.

Anhand einer aktuellen Episode sozialer Angst werden die einzelnen Elemente des kognitiven Modells exploriert. Um eine erhöhte Selbstaufmerksamkeit des Patienten zu vermeiden und eine Grundlage für gezielte Interventionen zu schaffen, werden die Antworten des Patienten in ein Schema, wie in Abb. 1 dargestellt, auf einem Zettel oder einer Flipchart aufgeschrieben. Tabelle 4 gibt Beispiele für Fragen, mit denen die Modellkomponenten exploriert werden.

Abbildung 1: Kognitives Modell nach Clark und Wells (1995)



■ Die Rolle von Sicherheitsverhalten bei der Aufrechterhaltung sozialer Angst

Von zentraler Bedeutung für die Planung der Therapie ist die Identifizierung der konkreten Sicherheitsverhaltensweisen (Salkovskis, Clark & Hackmann, 1991). Obwohl Sicherheitsverhalten intentional, d. h. mit der Absicht der Verhinderung einer Blamage oder Ablehnung eingesetzt wird, ist es dennoch häufig automatisiert und den Betroffenen nicht bewusst. Sie zielen darauf ab, durch erhöhte Selbstbeobachtung und Selbstkontrolle, peinliches Verhalten oder Symptome zu unterdrücken bzw. zu verhindern (z. B. Sätze vorher zurechtlegen) oder, falls sie doch auftreten, diese zu verbergen (z. B. Wahl der Kleidung bei übermäßigem Schwitzen). Andere Strategien haben das Ziel, durch „unauffälliges“ Verhalten keine Aufmerksamkeit auf sich zu ziehen (z. B. schweigen) oder die eigene Aufmerksamkeit von unangenehmen Gedanken oder Gefühlen wegzulenken, die peinliche Verhaltensweisen oder Körpersymptome hervorrufen könnten (z. B. gezielt an etwas Positives denken). Sicherheitsverhaltensweisen können sehr vielschichtig sein, und oftmals setzen Patienten mehrere Strategien gleichzeitig ein. Je stärker die soziale Angst ausgeprägt ist, umso mehr Sicherheitsverhaltensweisen werden angewendet, da die Betroffenen das Einsetzen der Strategien als angstreduzierend erleben (McManus, Sacadura & Clark, 2008). Salkovskis et al. (1991) unterscheiden zwei Arten

Tabelle 4: Exploration der Modellkomponenten

Element des kognitiven Modells	Fragen in der Exploration	Antworten der Patientin
Gedanken	Was befürchteten Sie, als Ihnen Ihr Chef auf dem Gang entgegenkam? Was ging Ihnen durch den Kopf, als Sie in der Situation waren?	<i>Ich hatte Angst, dass er mich gleich auf unser Meeting ansprechen wird und mir keine gute Antwort einfällt. Dann wäre ich – wie immer – knallrot geworden und er hätte sich gedacht: „Das ist aber eine unattraktive und sehr unsichere Mitarbeiterin“.</i>
Angst-Symptome	Als Sie befürchteten, dass Sie rot werden könnten, was haben Sie in Ihrem Körper bemerkt? Wie auffällig sind Ihrer Meinung nach diese Symptome? Welche Bedeutung hätte es, wenn andere diese Symptome bemerkten?	<i>Ich habe bemerkt, dass mein Gesicht ganz heiß wird und ich schweißnasse Hände bekomme. Außerdem wurde ich ganz angespannt, und mein Magen hat sich zusammengezogen. Alle können sehen, wenn ich rot werde, es leuchtet förmlich.</i>

Sicherheitsverhalten	Was haben Sie getan, um zu verhindern, dass Sie erröten? ... um sicherzustellen, dass Sie einen guten Eindruck machen? ... um Ihre Symptome unter Kontrolle zu halten? ... um zu verhindern, dass die Aufmerksamkeit auf Sie gelenkt wird?	<i>Ich habe sofort den Blick gesenkt und in meinen Unterlagen etwas gesucht, damit mein Chef mich nicht direkt ansieht. Dann habe ich mir noch etwas die Haare vor das Gesicht gekämmt, um es zu verdecken. Meistens trage ich auch viel Make-up, um das Erröten im Vorhinein zu kaschieren. In unvermeidbaren Situationen gehe ich raus oder stelle mich an die kalte Luft, um mein Gesicht abzukühlen.</i>
----------------------	--	--

Konzentration auf Gedanken/Gefühle/Bild von sich selbst	Als Sie befürchteten, dass ... passieren würde, ... wohin richtete sich Ihre Aufmerksamkeit? ... haben Sie sich auf sich selbst konzentriert und darauf, wie Sie nach außen wirken? ... was glaubten Sie, wie Sie aussahen? ... haben Sie sich vorgestellt, wie Sie auf andere wirken?	<i>Ich habe versucht, zu registrieren, ob mein Chef mich abwertend anblickt. Außerdem habe ich auf meine schwitzigen Hände geachtet und versucht, sie an der Hose unauffällig abzuwischen, falls er mir die Hand zur Begrüßung geben will. Dann habe ich noch auf die Hitze in meinem Gesicht geachtet. Von außen betrachtet sah ich sicherlich aus wie eine Frau mit knallrotem Kopf. Ganz hässlich und ungepflegt. Von so einer will man sich lieber fernhalten.</i>
---	---	--

von Sicherheitsverhaltensweisen: Vermeidungsverhaltensweisen und Performanz-sichernde Verhaltensweisen. Zu den vermeidenden Sicherheitsverhaltensweisen zählen: Vermeidung von Blickkontakt, geringe Selbstöffnung oder wenig Sprechen. Im Gegensatz dazu stehen Strategien, die eingesetzt werden, um einen guten Eindruck zu machen, indem eine konstante Selbstüberwachung durchgeführt wird. Durch den Einsatz von Sicherheitsverhalten können jedoch keine neuen Erfahrungen gemacht werden, die die sozialphobischen Befürchtungen widerlegen könnten (Plasencia, Alden & Taylor, 2011). Zweitens erhöhen Sicherheitsverhaltensweisen die Selbstbeobachtung und Selbstaufmerksamkeit und damit auch die Wahrnehmung von Angst (McManus et al., 2008). Außerdem können sie oftmals mit einer verstärkten Aufmerksamkeitszuwendung verbunden sein. So vermeiden z. B. manche Patienten durch leises Sprechen, im Mittelpunkt der Aufmerksamkeit zu stehen.

Hierdurch können andere Personen sie jedoch schlechter verstehen und sind gezwungen, sich ihnen noch stärker zuzuwenden (Rachman, Radomsky & Shafran, 2008). Paradoxerweise ist der Einsatz von Sicherheitsverhaltensweisen oftmals mit einem Aufmerksamkeitsfokus auf sich selbst verbunden, so dass die Betroffenen häufig distanziert oder uninteressiert erscheinen. Zum Beispiel lässt der Versuch, Angstsymptome zu verstecken und möglichst kein Anzeichen von Schwäche zu zeigen, Personen häufig arrogant oder unfreundlich erscheinen und löst bei den Gesprächspartnern negative Reaktionen aus. Diese negativen Reaktionen können dann von Sozialphobikern als Bestätigung ihrer Hypothesen gewertet werden. Hinzu kommt, dass Sicherheitsverhaltensweisen das Eintreten von Befürchtungen noch begünstigen können. So kann das starre Festhalten eines Glases eher dazu führen, dass die Hand zittert oder man Inhalt verschüttet, als wenn das Glas entspannt festgehalten wird. Versucht man, Schweißflecken unter den Achseln durch das Tragen einer Jacke oder festes Andrücken der Arme an den Körper zu verbergen, kann dies zu vermehrtem Schwitzen führen. Oder das Zufächeln von kalter Luft ins Gesicht regt eher die Durchblutung an und kann Erröten verstärken. Vielfach können die tatsächlich wirksamen Sicherheitsverhaltensweisen erst in den nachfolgenden Sitzungen, im Rahmen der Verhaltensexperimente, erkannt werden, so dass in der Anfangsphase nur vorläufiges Sicherheitsverhalten in dem individuellen Modell festgehalten werden.

■ Der Einfluss von erhöhter Selbstaufmerksamkeit auf die Informationsverarbeitung

Patienten, die unter Sozialer Phobie leiden, haben eine übermäßige Aufmerksamkeit für Sinnesempfindungen, Gefühle oder Gedanken und eine reduzierte Aufmerksamkeit für externale (soziale Hinweisreize). Sie achten besonders stark darauf, ob Symptome auftreten und wie andere darauf reagieren. Durch diesen selektiven Aufmerksamkeitsfokus nehmen die Betroffenen ihre Umwelt jedoch verzerrt wahr. Wichtige Informationen werden nicht berücksichtigt, und die sozialphobische Überzeugung kann nicht widerlegt werden (Clark & McManus, 2002). Die exzessive Aufmerksamkeit kann das Gefühl, im Mittelpunkt der Aufmerksamkeit zu stehen, noch erhöhen. Im Sinne der sogenannten emotionalen Beweisführung setzen die Betroffenen das ängstliche Gefühl mit ängstlichem Aussehen gleich: „Weil ich mich ängstlich fühle, sehe ich bestimmt auch ängstlich aus.“ Tatsächlich sind diese körperlichen Symptome jedoch kaum oder überhaupt nicht sichtbar (Hackmann, Clark & McManus, 2000).

Durch die Gewöhnung richtet sich die Aufmerksamkeit in sozialen Situationen fast automatisch nach innen, und vielen Betroffenen fällt es schwer, diese stark automatisierten Aufmerksamkeitsprozesse willkürlich zu beeinflussen. Eine wichtige Element des kognitiven Ansatzes nach Clark ist daher ein gezieltes Aufmerksamkeitstraining (siehe Stangier, Clark & Ehlers, 2006) mit dem Ziel, die Aufmerksamkeit auf ein Interaktionsziel zu richten. Angelehnt an das Aufmerksamkeitstraining von Wells (2007), wird die Verbesserung der Aufmerksamkeit in einem mehrere Sitzungen umfassenden speziellen Aufgaben-

Konzentrationstraining eingeübt (Chaker, Hofmann & Hoyer, 2010; Stangier et al., 2006). In drei Schritten wird die Aufmerksamkeit zunächst ohne speziellen Fokus nach außen gerichtet. Anschließend wird der Patient instruiert, seine Aufmerksamkeit zwischen verschiedenen Geräuschquellen zu verlagern und schließlich im dritten Schritt die Aufmerksamkeit auf die verschiedenen Geräuschquellen aufzuteilen. Dieser Prozess soll so lange eingeübt werden, bis Patienten auch in sozialen Situationen ihre Aufmerksamkeit auf das Interaktionsziel richten können. Studien zeigen, dass ein gezieltes Aufmerksamkeitstraining bereits einen bedeutenden Einfluss auf die Reduktion sozialer Ängste hat (Wells, White & Carter, 1997).

■ Modifikation fehlerhafter Informationsverarbeitungsprozesse in der Therapie

Um die Auswirkungen von Selbstaufmerksamkeit und Sicherheitsverhalten auf die Angst zu überprüfen, werden – basierend auf dem zuvor abgeleiteten kognitiven Modell – diese Prozesse in Rollenspielen und anschließend mit Hilfe von Videofeedback analysiert. Im Sinne eines geleiteten Entdeckens leitet der Therapeut aus dem Modell das Therapierational ab und schlägt dem Patienten vor, in Experimenten die Zusammenhänge zwischen Selbstaufmerksamkeit, Sicherheitsverhalten und Angst zu überprüfen. Kernstück dieses, aber auch aller folgenden Verhaltensexperimente ist die konkrete Operationalisierung der sozialphobischen Befürchtung. Zunächst sollte eine kritische Situation ausgewählt werden, die dem individuellen Modell des Patienten entspricht, in der eine Angstreaktion mittlerer Intensität ausgelöst wird und die auch mit dem Therapeuten realisiert werden kann. Beispiele sind Unterhaltungen, gemeinsames Kaffeetrinken oder einen Vortrag halten. Um die Rollenspiele für das spätere Videofeedback zu nutzen, werden die Verhaltensexperimente auf Video aufgenommen.

Die kritische Situation wird in drei Rollenspielen mit unterschiedlicher Instruktion simuliert: Zunächst soll der Patient seine individuellen Sicherheitsverhaltensweisen (z. B. Vermeiden von Blickkontakt, schnelles Sprechen) so stark ausgeprägt wie möglich einsetzen (SV+); gleichzeitig sollte er sich ganz auf seine Gefühle und Vorstellungsbilder konzentrieren. Danach wird die gleiche Situation noch einmal durchgespielt, dieses Mal mit der Instruktion, das Sicherheitsverhalten so weit wie möglich zu unterlassen (SV-) und die Aufmerksamkeit nach außen, auf den Interaktionspartner, zu richten. Schließlich wird in einem dritten Durchgang der Patient dazu angeleitet, in der Situation erneut verstärktes Sicherheitsverhalten zu zeigen (SV+) und wieder die Aufmerksamkeit nach innen zu konzentrieren. Von allergrößter Bedeutung für die Auswertung der Verhaltensexperimente ist, dass nach jedem Rollenspiel die wichtigsten Modellaspekte jeweils in quantitativer Form (auf 10-stufigen Skalen) beurteilt werden:

1. Ausmaß des Sicherheitsverhalten, das angewendet wurde,
2. subjektive Intensität der Angst/Anspannung,
3. sichtbare Auswirkungen der Angst (soziales Erscheinungsbild, Angstsymptome) entsprechend den typischen Ängsten des Patienten.

Abbildung 2 veranschaulicht, wie die Ergebnisse des Rollenspiels protokolliert werden.

In der Regel verdeutlicht die Auswertung, dass

1. Sicherheitsverhalten nicht hilft (oder kontraproduktiv ist), die Angst zu reduzieren,
2. das vermutete Erscheinungsbild jeweils bei stärkerer Angst negativer beurteilt wird.

Abbildung 2: Auswertung zum Rollenspiel mit Sicherheitsverhalten und Selbstaufmerksamkeit

	Rollenspiel mit SA und SV	Rollenspiel ohne SA und SV	Rollenspiel mit SA und SV
SV: Blick nach unten wenden	8	3	6
Anspannung/ Angst	10	6	8
Symptom (Erröten)	9	5	7
Erscheinungsbild (unsicher und unattraktiv)	7	4	7

In der anschließenden Sitzung werden die Videoaufnahmen der Rollenspiele benutzt, um die verzerrten subjektiven Vorstellungen über das eigene Erscheinungsbild mit dem objektiven Erscheinungsbild auf den Videoaufnahmen zu vergleichen. Patienten mit SP gehen in der Regel davon aus, dass körperliche Reaktionen oder ihr Unsicherheitsgefühl in der gleichen Art und Weise nach außen sichtbar sind, wie sie diese wahrnehmen. Anhand des Videofeedbacks hat der Patient die Möglichkeit, validere Informationen hinsichtlich seiner Erscheinung zu erhalten. Aus diesem Grund werden die Patienten instruiert, sich auf dem Video „wie eine fremde Person“ zu betrachten. Anschließend wird erneut eine Einschätzung der Modellaspekte vorgenommen, wie sie auf dem Videoband „aus objektiver Perspektive“ zu sehen ist. Zur besseren Vergleichbarkeit sollen die Einschätzungen auf vergleichbaren Skalen in eine gemeinsame Tabelle eingetragen werden (s. Abb. 3). Für gewöhnlich widersprechen die Ergebnisse den Erwartungen des Patienten: die Einschätzungen auf Grundlage der „objektiveren“ Videoanalysen sind günstiger als die Selbsteinschätzung unmittelbar nach den Rollenspielen. Anschließend sollte der Therapeut nach der Methode des geleiteten Entdeckens mit dem Patienten auf mögliche Schlussfolgerungen eingehen. Ein wichtiges Ergebnis kann sein, dass subjektive Gefühle als Evidenz für die Wirkung auf andere fehlerhaft (emotionale Beweisführung) sind und dass die Sichtbarkeit der Angstsymptome überschätzt wird. Studien belegen, dass bereits diese Interventionen allein zu einer Reduktion der sozialen Ängstlichkeit in der darauffolgenden Woche führen können (McManus et al., 2008; McManus et al., 2009).

Abbildung 3: Auswertung zum Rollenspiel mit Sicherheitsverhalten und Selbstaufmerksamkeit nach Videofeedback

	Rollenspiel mit SA und SV		Rollenspiel ohne SA und SV		Rollenspiel mit SA und SV	
	Subjektiv Videofeedback		Subjektiv Videofeedback		Subjektiv Videofeedback	
SV: Blick nach unten wenden	8		3		6	
Anspannung/ Angst	10	6	6	3	8	5
Symptom (Erröten)	9	2	5	1	7	1
Erscheinungsbild (unsicher und unattraktiv)	7	3	4	1	7	2

■ Der Einsatz von Verhaltensexperimenten in der Therapie

Nachdem der Patient die Erfahrung gemacht hat, dass Selbstaufmerksamkeit und Sicherheitsverhalten eine ungünstige Wirkung auf die Angst haben, ist es sinnvoll, zur Exposition mit angstaktivierenden Situationen außerhalb des Therapiezimmers überzugehen. Die Expositionsübungen werden als Verhaltensexperimente gestaltet mit dem Ziel, negative Überzeugungen zu überprüfen und neue Erfahrungen zu machen, die bislang aufgrund eingeschränkter Verarbeitungskapazitäten oder Attributionsprozesse ausblieben. Die Aufgabe des Therapeuten ist es, die Verhaltensexperimente so zu planen, dass für den Patienten auch erwartungsdiskrepante Ergebnisse eine hohe Evidenz aufweisen. Deshalb werden die negativen Überzeugungen zunächst operationalisiert, d. h.

1. welches konkrete Verhalten oder Symptom auftreten wird (z.B. Ausmaß des Errötens oder: keinen klaren Satz äußern können), und
2. an welchen möglichst eindeutigen Indikatoren die negative Bewertung anderer festgestellt werden kann (z.B. abwertende Äußerungen, Mimik, Lachen, Kopfschütteln, Augenverdrehen).

Die Erwartungen werden auf elfstufigen Skalen quantitativ erfasst und sollten in einem Protokoll (Tagebuch zu Verhaltensexperimenten, s. Stangier et al., 2003) unmittelbar nach der Exposition schriftlich festgehalten werden.

Ein häufiges Problem ist, dass das peinliche Verhalten oder Angstsymptom in der Exposition nicht oder nicht in dem befürchteten Ausmaß auftritt. Um dennoch die negativen Erwartungen überprüfen zu können, ist die bewusste Herbeiführung des problematischen Verhaltens oder der Angstsymptome sinnvoll. Vor dem Aufsuchen der angstaktivierenden Situation ist es wichtig, genaue Instruktionen zu geben, die eine realitätsangemessene Überprüfung der negativen Überzeugung gewährleisten, d.h., die Aufmerksamkeit nach außen zu richten und Sicherheitsverhalten zu unterlassen.

Aufgrund der kurzen Dauer, der Unvorhersehbarkeit und Mehrdeutigkeit vieler sozialer Situationen ist die Planung und Durchführung der Experimente schwierig und erfordert eine genaue Operationalisierung. Dabei ist darauf zu achten, dass sich die Verhaltensexperimente an den individuellen Befürchtungen der Patienten orientieren und keinesfalls wie standardisierte Übungen aus dem Selbstsicherheitstraining durchgeführt werden sollten. Im Anschluss an das Verhaltensexperiment werden die Beobachtungen schriftlich festgehalten, und mögliche Diskrepanzen zwischen den Erwartungen und den tatsächlich eingetretenen Beobachtungen werden im Sinne des geleiteten Entdeckens diskutiert. Im Anschluss an die therapeutegeleitete Verhaltensexperimente sollte der Patient auch selbstangeführte Verhaltensexperimente durchführen, deren Ergebnisse und Schlussfolgerungen in den Sitzungen besprochen werden.

■ Verarbeitungsprozesse vor, in und nach einer sozialen Situation

Sozialphobiker richten ihre Aufmerksamkeit nicht nur im geringeren Maße auf die soziale Situation, sondern sie interpretieren diese in verzerrter, negativer Weise. So konzentrieren sie sich selektiv auf negative Reaktionen anderer. Darüber hinaus deuten sie auch zweideutige oder neutrale Reaktionen als sicheres Zeichen der Zurückweisung (Stopa & Clark, 2000). Zum Beispiel interpretieren Sozialphobiker bei öffentlichen Reden das Fehlen positiver Reaktionen der Zuhörer (Nicken, Lächeln) und vieldeutige Reaktionen im Publikum (vom Redner abwenden, auf Notizen schauen etc.) als Anzeichen von Ablehnung, obwohl diese Reaktionen ebenso Hinweise auf eine anregende Wirkung ihrer Rede sein könnten.

Schon im Vorfeld einer sozialen Situation beschäftigen sich Sozialphobiker mit einem möglichen negativen Ausgang der Situation und erleben beträchtliche Angst (Hinrichsen & Clark, 2003). Diese **antizipatorische Verarbeitung** geht einher mit einer hohen Selbstaufmerksamkeit, Vorstellungen über eine negative Wirkung auf andere und dem Versuch, der drohenden Katastrophe mit Hilfe von Sicherheitsverhalten (z.B. intensiver Vorbereitung) entgegenzuwirken. Die Erinnerung an vergangene Misserfolge verstärkt antizipatorische Ängste zusätzlich, und viele Betroffene vermeiden die Situation sogar gänzlich. Begeben sie sich trotz der Angst in die Situation, so kann aufgrund der selektiven und eingeschränkten Verarbeitungsprozesse ein positiver Ausgang tatsächlich weniger wahrscheinlich werden (Wong & Moulds, 2011). Während der Therapie ist daher die Identifikation und Modifikation antizipatorischer Ängste von großer Bedeutung, da die Betroffenen oftmals Verhaltensexperimente nicht durchführen oder aber bereits eine sehr hohe Aufmerksamkeit auf eigene Symptome und Vorstellungsbilder haben, so dass sie den Ausgang der zu überprüfenden Situation nicht korrekt beobachten können. Die negativen Auswirkungen von antizipatorischer Verarbeitung sind in Fallbeispiel 2 zusammengefasst

Fallbeispiel 2:

Die Patientin berichtet sich bereits seit Tagen mit dem Ausgang des besprochenen Verhaltensexperimentes zu beschäftigen. Sie frage sich, vor wie vielen Leuten sie wohl den Vortrag halten solle und ob nicht doch jemand bemerken werde, dass sie Erröte. Für diesen Fall habe sie sich den Vortrag „zur Sicherheit mal auf Karteikärtchen“ geschrieben, die sie „im Notfall“ vorlesen wolle. Am Tag des Vortrages selbst ist sie so aufgeregt und klagt über Magenschmerzen und überlegt kurzzeitig, nicht zur Therapiesitzung zu erscheinen. Vor lauter Aufregung und ganz in Gedanken an die bevorstehende Situation ist sie an der falschen Haltestelle ausgestiegen und verspätet sich zum Termin.

Um der antizipatorischen Verarbeitung entgegenzuwirken, ist zunächst entscheidend, dass den Patienten dieser Prozess bewusst wird. Mit Hilfe eines Gedankentagebuchs lässt sich erkennen, wie häufig Patienten sich bereits im Vorfeld mit dem negativen Ausgang einer Situation beschäftigen und welche Gedanken ihnen dabei durch den Kopf gehen. Im therapeutischen Gespräch können die Folgen, jedoch auch die Funktionen von antizipatorischer Verarbeitung bewusst gemacht werden. So berichten die Patienten häufig davon, dass es ihnen ein Gefühl von Sicherheit gibt, sich mit allen möglichen Ausgängen einer sozialen Situation zu befassen und sich schon mal „innerlich“ darauf vorzubereiten. Der hohe Preis dieser Kontrollerfahrung kann mit einer Pro- und Kontra-Liste kritisch hinterfragt werden. Im Hinblick auf die antizipatorische Verarbeitung ist es sehr wichtig, dass der Patient lernt, zwischen angemessener und überzogen-grüblerischer antizipatorischer Verarbeitung zu unterscheiden.

Im Anschluss ist das Aufmerksamkeitstraining von Wells (2007) eine wichtige Ausgangsbasis, um die Aufmerksamkeit von der antizipatorischen Verarbeitung auf die aktuelle Situation zu richten.

Auch nach einer sozialen Situation setzt sich die verzerrte Verarbeitung fort. Fehm, Schneider & Hoyer (2007) konnten zeigen, dass dieser Verarbeitungsmechanismus sehr spezifisch für Sozialphobiker ist und überdurchschnittlich häufig bei dieser Patientengruppe zu finden ist. Obwohl der Patient möglicherweise keine negativen Erfahrungen gemacht hat, wird die Situation im Rückblick gedanklich erneut durchgespielt. Die im Nachhinein verzerrte Wahrnehmung entsteht, indem die in der Situation erlebten Angstgefühle, die hohe Selbstaufmerksamkeit und Vorstellungsbilder erneut aktiviert werden (Price & Anderson, 2011). Ambivalente Hinweise oder Reaktionen werden dann durch die negative Selbstwahrnehmung als Zeichen der Ablehnung interpretiert, und die Situation wird negativer beurteilt, als sie in Wirklichkeit war (Abbott & Rapee, 2004). Ein weiterer Faktor, der zu einer nachträglichen negativen Umdeutung von möglicherweise positiven oder neutralen Erfahrungen führt, ist die Erinnerung an frühere Misserfolge. Patienten erinnern sich selektiv an die Serie vergangener Misserfolgserfahrungen und reihen die aktuelle Interaktion in diese Serie ein. Die Folge ist, dass auch neutrale Reaktionen anderer oder eigentlich unbedeutende Aspekte der Interaktionen als Bestätigung, sozial inadäquat zu sein, interpretiert und hierdurch die sozialphobischen Überzeugungen

verstärkt werden. Price und Anderson (2011) konnten zeigen, dass das Ausmaß an nachträglicher Verarbeitung das Therapieergebnis negativ beeinflusst. Eine mögliche Begründung hierfür könnte sein, dass durch die nachträgliche Verarbeitung weniger Kapazität für kognitive Verarbeitungsprozesse zur Verfügung steht und neue Erfahrungen schlechter integriert und abgespeichert werden können (Telch et al., 2004).

Analog zur antizipatorischen Verarbeitung basieren Interventionen zu **nachträglichen Verarbeitungsprozessen** ebenfalls auf der Verwendung von schriftlichen Protokollen in Gedankentagebüchern und Verhaltensexperimenten. Der Patient wird gebeten, eine Einschätzung zum Ausgang eines bereits länger zurückliegenden Verhaltensexperimentes abzugeben. Diese wird mit den vorangegangenen Einschätzungen, die direkt nach dem Verhaltensexperiment abgegeben wurden, verglichen. In der Regel zeigt sich, dass die Einschätzungen mit zunehmendem zeitlichem Abstand dazu tendieren, negativer zu werden, da die Patienten selektiv negative Aspekte der Situation innerlich erneut durchspielen. Diese Intervention verdeutlicht, dass eigene Gefühle die Schlussfolgerung beeinflussen und nachträglich eine Umbewertung der Situation stattgefunden hat. Zusätzlich zur Überprüfung in Verhaltensexperimenten sollte auch eine verbale Überprüfung antizipatorischer und nachträglicher Verarbeitungsprozesse erfolgen. Daher ist es sinnvoll, die Patienten den exakten Inhalt der nachträglichen Verarbeitung aussprechen bzw. protokollieren zu lassen. Im Anschluss daran wird der Patient im Sokratischen Dialog angeregt, Diskrepanzen zu erkennen und angemessenere Bewertungen zu entwickeln.

■ Verbale Überprüfung negativer Kognitionen

Parallel zur Fortführung der selbstgeleiteten Verhaltensexperimente werden explizite verbale Methoden zur Überprüfung negativer Kognitionen eingesetzt. Wesentliches Ziel ist die Veränderung der dysfunktionalen Gedanken des Patienten durch verbale Überprüfung (sog. Sokratischer Dialog). Parallel werden jedoch weiterhin die selbstangeleiteten Expositionen als Verhaltensexperimente genutzt, um die Überzeugungen auch erfahrungsbasiert zu überprüfen.

Neben der Disputation negativer automatischer Gedanken sind auch folgende Interventionen ebenfalls gut geeignet (Stangier et al., 2006), um dysfunktionale Gedanken in sozialen Situationen und negative Grundannahmen zu verändern:

- Pfeilabwärts-Technik: Kaskade von Fragen nach der Bedeutung/Konsequenzen von Ereignissen zur Identifizierung der Schemata und Verdeutlichung von Katastrophisierungen;
- Bildung von Kontinua (Bildung von Abstufungen in selbst zugeschriebenen Eigenschaftsdimensionen) und Profil-Vergleiche (Abtragen der Einschätzung von Selbst und anderen Personen auf verschiedenen Eigenschaftsdimensionen) zur Differenzierung des Selbstbildes;
- „Historische“ Überprüfung: Sammeln von Ereignissen, die gegen negative Grundannahmen sprechen, zum Aufbau eines positiven Selbstbildes;
- Positiv-Tagebuch (als Hausaufgabe): Protokollieren von Ereignissen, die für positive Eigenschaften sprechen, zur Verankerung positiver Eigenschaften im Selbstbild.

Angesichts der Stabilität von Grundüberzeugungen ist es notwendig, in einem andauernden Prozess die verbale Überprüfung fortwährend mit Verhaltensexperimenten zu ergänzen, die die gewonnenen Einsichten durch Erfahrungen im Lebensalltag vertiefen.

■ Der Umgang mit Vorstellungsbildern in der Therapie der Sozialen Phobie

Trotz des Einsatzes von Verhaltensexperimenten, Videofeedback und kognitiver Umstrukturierung klagen einige Patienten weiterhin über Ängste in sozialen Situationen, die begleitet sind von **intensiven negativen Vorstellungsbildern**. Betroffene interpretieren diese Vorstellungsbilder als realistische Repräsentationen der eigenen Erscheinung und nicht als eine stark verzerrte Visualisierung oder gelegentlich auch akustische Vorstellung eigener Ängste (Wild & Clark, 2011). Häufig gehen diese Vorstellungsbilder auf beschämende Erfahrungen und Erinnerungen aus der Kindheit oder Jugend zurück (Wild, Hackmann & Clark, 2007). Eine Intervention, um mit den verzerrten Vorstellungsbildern umzugehen ist das Imagery Rescripting (Wild & Clark, 2011).

Fallbeispiel 3:

Die Patientin berichtet von einer Erinnerung, die sehr häufig in Vorstellungsbildern bei ihr auftaucht: Ich sehe mich als 13-jähriges Mädchen bei der Hausaufgabenbesprechung im Klassenraum sitzen und unterhalte mich mit meiner Freundin. Plötzlich ruft der Lehrer mich nach vorne an die Tafel. Ich kann die Aufgabe nicht lösen und mir ist das unangenehm. Ich stehe peinlich berührt an der Tafel. Der Lehrer fordert mich mehrmals auf irgendetwas hinzuschreiben, ich müsse die Lösung ja kennen, wenn ich mich auch unterhalten kann im Unterricht. Als ich die Kreide in die Hand nimmt, es ertönt ein langes quietschendes Geräusch und schließlich bricht ein Stück der Kreide ab und fällt zu Boden. Die ganze Klasse lacht und die ich habe das Gefühl ganz rot zu werden. Ich sage kleinlaut, dass sie die Lösung nicht weiß und gehe wieder zu meinem Platz zurück. Während sie wieder an den Platz geht habe ich das Gefühl, dass alle mich anstarren.

Ziel des Imagery Rescripting ist es, die Bedeutung der verzerrten und negativen Erinnerungen zu korrigieren, die in sozialen Situationen immer wieder aktiviert wird. Dabei soll der Unterschied zwischen den damaligen Reaktionen und den heutigen Erfahrungen in sozialen Situationen verdeutlicht werden. Dazu ist es zunächst nötig, die immer wieder auftauchenden Bilder zu explorieren und die damit verbundene Erinnerung zu identifizieren. Beispielsweise kann der Patient gefragt werden, ob und welche spontanen Bilder auftauchen, wenn er in sozialen Situationen ist. Um die Bedeutung der Erinnerung genau zu explorieren, ist es wichtig zu erfragen, was für den Patienten das Schlimmste an dieser Erinnerung gewesen sei und welche Bedeutung dies für ihn als Person hat. Im Fallbeispiel 3 war das Schlimmste die Überzeugung, dumm und ungeschickt zu sein. Die Patientin erlebte sich anders als andere und glaubte, wegen ihrer Plumpheit ausgelacht zu

werden. Das Vorstellungsbild, unter dem sie litt, war, ungelenkt und unattraktiv auszusehen und wie eine rote Tomate vor der ganzen Klasse zu stehen.

Das Imagery Rescripting ist in zwei Phasen aufgegliedert (Wild & Clark, 2011). In Phase 1 werden die negativen Überzeugungen, die der Bedeutung zugrunde liegen, mit Hilfe der kognitiven Umstrukturierung hinterfragt. Der Patient wird beispielsweise gebeten, alle Evidenzen aufzuführen, die für und gegen diese Überzeugung (z. B. dumm und ungeschickt zu sein) sprechen. Dabei können sowohl Erfahrungen aus vorangegangenen Verhaltensexperimenten oder dem Videofeedback herangezogen werden als auch Erfahrungen und Meinungen einfließen. In der zweiten Phase erfolgt die Umschreibung (Rescripting) der sozialphobischen Erinnerung, die sich in drei Schritte untergliedert.

1. Der Patient wird gebeten, das Ereignis aus der Ich-Perspektive zu berichten, zum Zeitpunkt, als es sich zugetragen hat.
2. Der Patient wird gebeten, das Ereignis aus der heutigen Perspektive zu berichten, indem er beschreibt, was ihm in seiner jüngeren Selbstrepräsentanz geschieht.
3. Der Patient berichtet das Ereignis wieder aus der damaligen Perspektive. Seine Erwachsenenrepräsentanz darf jedoch intervenieren und ihm Erfahrungen und Erkenntnisse, die heute zugänglich sind, anbieten und ihn ermutigen.

Imagery Rescripting sollte vor allem bei Sozialphobikern eingesetzt werden, die auch real beschämende oder vermeintlich beschämende Erfahrungen gemacht haben und diese Erinnerungen in sozialen Situationen unwillentlich aktivieren (Wild & Clark, 2011). Studien zur Effektivität dieser Intervention konnten zeigen, dass Patienten noch eine Woche nach dem Rescripting signifikant niedrigere Angstwerte hatten als Patienten, die diese Intervention nicht erhielten (Wild, Hackmann & Clark, 2008; Wild, Hackmann & Clark, 2007).

■ Therapieabschluss und Rückfallprophylaxe

Zum Therapieabschluss wird eine Bewertung vorgenommen, in welchem Ausmaß die Therapieziele erreicht wurden. Zur objektiveren Beurteilung des Therapieerfolges ist die erneute Vorlage der Fragebögen sinnvoll, die bereits zum Therapiebeginn ausgefüllt wurden. Um die Fortschritte zu verdeutlichen und Handlungsempfehlungen für Rückfallsituationen festzuhalten, wird der Patient dazu angeregt, seine persönliche „Therapiegeschichte“ niederzuschreiben (Fennell, 1999). Diese soll die Erkenntnisse zu den Ursachen und aufrechterhaltenden Faktoren der eigenen Sozialen Phobie, zu den Möglichkeiten der Veränderung von Verhalten und Kognitionen enthalten. Das Aufschreiben der Therapiegeschichte soll das Gelernte noch konsolidieren. Zur Aufrechterhaltung der Therapieeffekte ist es notwendig, Auffrischungssitzungen („booster sessions“) zu vereinbaren. Sie dienen dazu, die Therapieinhalte in konzentrierter Form zu wiederholen und eventuell aufgetretene Probleme aufzugreifen. Ist damit zu rechnen, dass sich z. B. aufgrund von Veränderungen der Lebensbedingungen das Rückfallrisiko erhöht, sind auch regelmäßige Sitzungen im Rahmen einer „Erhaltungstherapie“ sinnvoll.

■ Zusammenfassung und Schlussfolgerungen für die Praxis

Die kognitive Therapie nach dem Modell von Clark und Wells erzielt deutliche Verbesserungen der sozialphobischen Symptomatik. Dieser Therapieansatz berücksichtigt Störungen in der Informationsverarbeitung von Personen mit Sozialen Phobien und zielt auf eine Veränderung von Aufmerksamkeitsprozessen, Sicherheitsverhalten, kognitiven Verarbeitungsprozessen und kognitiver Repräsentation des sozialen Selbst ab. Neuere Studien befassen sich mit der Untersuchung einzelner Modellkomponenten und deren Wirkung auf den Abbau der sozialen Angst. Es kann davon ausgegangen werden, dass die soziale Angst durch eine reduzierte Kapazität bei der Informationsverarbeitung aufrechterhalten wird. Diese Kapazitätseinschränkungen werden vor allem durch selektive Aufmerksamkeitsprozesse, Einsatz von Sicherheitsverhaltensweisen und antizipatorischer sowie nachträglicher Verarbeitung bedingt. Die Identifikation und Modifikation ist für eine erfolgreiche Behandlung demnach unerlässlich.

■ Literatur

- Abbott, M.J. & Rapee, R.M. (2004). Post-event rumination and negative self-appraisal in social phobia before and after treatment. *Journal of Abnormal Psychology*, 113, 136-144.
- Acarturk, C., Cuijpers, P., van Straten, A. & de Graaf, R. (2009). Psychological treatment of social anxiety disorder: a meta-analysis. *Psychological Medicine*, 39, 241-254.
- Aderka, I. M. (2009). Factors affecting treatment efficacy in social phobia: the use of video feedback and individual vs. group formats. *Journal of Anxiety Disorders*, 23, 12-17.
- Amir, N., Beard, C., Taylor, C. T., Klumpp, H., Elias, J., Burns, M. & Chen, X. (2009). Attention training in individuals with generalized social phobia: A randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77, 961-973.
- Bandelow, B., Seidler-Brandler, U., Becker, A., Wedekind, D. & Ruether, E. (2007). Meta-analysis of randomized controlled comparisons of psychopharmacological and psychological treatments for anxiety disorders. *World Journal of Biological Psychiatry*, 8, 175-187.
- Blanco, C., Antia, S.X. & Liebowitz, M.R. (2002). Pharmacotherapy of social anxiety disorder. *Biological Psychiatry*, 51, 109-120.
- Beck, A.T., Emery, G. & Greenberg, R.L. (1985). *Anxiety disorders and phobias: A cognitive perspective*. New York: Basic Books.
- Bögels, S.M., Alden, L., Beidel, D.C., Clark, L.A., Pine, D.S., Stein, M.B. & Voncken, M. (2010). Social anxiety disorder: questions and answers for the DSM-V. *Depress. Anxiety*, 27, 168-189.
- Borge, F.M., Hoffart, A., Sexton, H., Clark, D.M., Markowitz, J.C. & McManus, F. (2008). Residential cognitive therapy versus residential interpersonal therapy for social phobia: a randomized clinical trial. *Journal of Anxiety Disorders*, 22, 991-1010.
- Chaker, S., Hofmann, S.G. & Hoyer, J. (2010). Can a one-weekend group therapy reduce fear of blushing? Results of an open trial. *Anxiety, Stress & Coping*, 23, 303-318.
- Clark, D.M., Ehlers, A., Hackmann, A., McManus, F., Fennell, M., Grey, N., Waddington, L. & Wild, J. (2006). Cognitive therapy versus exposure and applied relaxation in social phobia: A randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74, 568-578.

- Clark, D.M., Ehlers, A., McManus, F., Hackmann, A., Fennell, M., Campbell, H., Flower, T., Davenport, C. & Louis, B. (2003). Cognitive therapy versus fluoxetine in generalized social phobia: a randomized placebo-controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, 1058-1067.
- Clark, D.M. & McManus, F. (2002). Information processing in social phobia. *Biological Psychiatry*, 51, 92-100.
- Clark, D.M. & Wells, A. (1995). A cognitive model of social phobia. In R. Heimberg, M.R. Liebowitz, D.A. Hope & F.R. Schneier (Eds.), *Social Phobia: Diagnosis, Assessment and Treatment* (pp. 69-93). New York: Guilford Press.
- Fehm, L., Schneider, G. & Hoyer, J. (2007). Is post-event processing specific for social anxiety? *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 38, 11-22.
- Fennell, M.M. (1999). *Overcoming low self-esteem: a self-help guide using cognitive behavioural techniques*. Robinson Publishing. ISBN 1854877259
- Hackmann, A., Clark, D.M. & McManus, F. (2000). Recurrent images and early memories in social phobia. *Behaviour Research and Therapy*, 38, 601-610.
- Heidenreich, T. & Stangier U. (2002). Selbstbeurteilungsinstrumente und Verhaltensdiagnostik bei Sozialer Phobie. In U. Stangier & T. Fydrich (Eds.), *Soziale Phobie/Soziale Angststörungen*. Psychologische Grundlagen – Diagnostik – Therapie (S. 66-86). Göttingen: Hogrefe.
- Heimberg, R.G. & Becker, R.E. (2002). *Cognitive Behavioral Group Therapy for Social Phobia*. New York: Guilford.
- Hinrichsen, H. & Clark, D.M. (2003). Anticipatory processing in social anxiety: two pilot studies. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 34, 205-218.
- Hirsch, C. R., Mathews, A., Clark, D. M., Williams, R., & Morrison, J. (2003). Negative self-imagery blocks inferences. *Behaviour Research and Therapy*, 41, 1383-1396.
- Hoffart, A., Borge, F.M., Sexton, H. & Clark, D.M. (2009). Change processes in residential cognitive and interpersonal psychotherapy for social phobia: a process-outcome study. *Behaviour Therapy*, 40, 10-22.
- McManus, F., Clark, D. M., Grey, N., Wild, J., Hirsch, C., Fennell, M., Hackmann, A., Waddington, L., Liness, S., & Manley, J. (2009). A demonstration of the efficacy of two of the components of cognitive therapy for social phobia. *J Anxiety Disord.*, 23 496-503.
- McManus, F., Sacadura, C., & Clark, D. M. (2008). Why social anxiety persists: an experimental investigation of the role of safety behaviours as a maintaining factor. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 39, 147-161.
- Mörtberg, E., Clark, D.M., Sundin, O. & Aberg, W.A. (2007). Intensive group cognitive treatment and individual cognitive therapy vs. treatment as usual in social phobia: a randomized controlled trial. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 115, 142-154.
- Plasencia, M.L., Alden, L.E. & Taylor, C.T. (2011). Differential effects of safety behaviour subtypes in social anxiety disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 49, 665-675.
- Ponniah, K. & Hollon, S. D. (2008). Empirically supported psychological interventions for social phobia in adults: a qualitative review of randomized controlled trials. *Psychological Medicine*, 38, 3-14.
- Price, M. & Anderson, P.L. (2011). The impact of cognitive behavioral therapy on post event processing among those with social anxiety disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 49, 132-137.
- Rachman, S., Radomsky, A.S. & Shafraan, R. (2008). Safety behaviour: a reconsideration. *Behaviour Research and Therapy*, 46, 163-173.
- Ruscio, A.M. (2008). Important questions remain to be addressed before adopting a dimensional classification of mental disorders. *American Psychologist*, 63, 61-62.
- Salkovskis, P.M., Clark, D.M. & Hackmann, A. (1991). Treatment of panic attacks using cognitive therapy without exposure or breathing retraining. *Behaviour Research and Therapy*, 29, 161-166.
- Stangier, U., Clark, D.M. & Ehlers, A. (2006). *Soziale Phobie*. Hogrefe.
- 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, 991-1007.
- Stangier, U. & Heidenreich, T. (2004). *Die Liebowitz Soziale Angst Skala (LSAS)*. Weinheim, Beltz. Internationale Skalen für Psychiatrie. Collegium Internationale Psychiatriae Sclaramum.
- Stangier, U., Schramm, E., Heidenreich, T., Berger, M. & Clark, D.M. (2011). Cognitive Therapy vs Interpersonal Psychotherapy in Social Anxiety Disorder A Randomized Controlled Trial. *Archives of General Psychiatry*, 68, 692-700.
- Stein, D.J., Ipser, J.C. & van Balkom, A.J. (2009). *Pharmacotherapy for social anxiety disorder*. Cochrane Database of Systematic Reviews. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.
- Stopa, L. & Clark, D.M. (2000). Social phobia and interpretation of social events. *Behaviour Research and Therapy*, 38, 273-283.
- Telch, M.J., Valentiner, D.P., Ilai, D., Young, P.R., Powers, M.B. & Smits, J.A. (2004). Fear activation and distraction during the emotional processing of claustrophobic fear. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 35, 219-232.
- Wells, A. (1997). *Cognitive therapy of anxiety disorders. A practical manual and conceptual guide*. Chichester: Wiley.
- Wells, A., White, J. & Carter, K. (1997). Attention training: Effects on anxiety and beliefs in panic and social phobia. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 4, 226-232.
- Wells, A. (2007). The attention training technique: Theory, effects, and a metacognitive hypothesis on auditory hallucinations. *Cognitive and Behavioral Practice*, 14, 134-138.
- Wild, J., Hackmann, A. & Clark, D.M. (2007). When the present visits the past: updating traumatic memories in social phobia. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 38, 386-401.
- Wild, J., Hackmann, A., & Clark, D.M. (2008). Rescripting early memories linked to negative images in social phobia: a pilot study. *Behaviour Therapy*, 39, 47-56.
- Wild, J. & Clark, D.M. (2011). Imagery Rescripting of Early Traumatic Memories in Social Phobia. *Cognitive and Behavioral Practice*, 18, 433-443.
- Willutzki, U., Neumann, B., Haas, H., Koban, C. & Schulte, D. (2004). Psychotherapy for social phobia: cognitive behavioral therapy in comparison to a combined resource-oriented approach. A randomized controlled interventional trial. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 33, 42-50.
- Wong, Q.J. & Moulds, M.L. (2011). Impact of anticipatory processing versus distraction on multiple indices of anxiety in socially anxious individuals. *Behaviour Research and Therapy*, 49, 700-706.

■ Korrespondenzadresse

Dipl. Psych. Denise M. Ginzburg
 Abteilung für Klinische Psychologie und Psychotherapie
 Goethe Universität Frankfurt
 ginzburg@psych.uni-frankfurt.de
 www.sopho-praxis.uni-frankfurt.de
 Varrentrappstraße 40-42 | 60486 Frankfurt