

KOGNITIVE VERHALTENSTHERAPIE BEI SOZIALER PHOBIE (SOZIALER ANGSTSTÖRUNG) - STATE OF THE ART

COGNITIVE-BEHAVIORAL THERAPY FOR SOCIAL PHOBIA (SOCIAL ANXIETY DISORDER) - STATE OF THE ART

Ulrich Stangier

Zusammenfassung

Metaanalysen der Wirksamkeit von psychologischen Therapien belegen, dass mit kognitiver Verhaltenstherapie deutliche Verbesserungen der sozialphobischen Symptomatik erzielt werden. Es besteht jedoch Übereinstimmung, dass die Effektivität verfügbarer Behandlungsansätze verbessert werden kann. Eine Weiterentwicklung stellt der auf dem kognitiven Modell basierende Therapieansatz von Clark und Wells dar. Dieser berücksichtigt Störungen in der Informationsverarbeitung von Personen mit Sozialen Phobien und zielt auf eine Veränderung von Aufmerksamkeitsprozessen, Sicherheitsverhalten und kognitiver Repräsentation des sozialen Selbst ab. Kürzlich abgeschlossene Therapiestudien von Clark et al. und Stangier et al. belegen, dass die Wirksamkeit des Behandlungsansatzes im Einzelsetting über den bislang in Metaanalysen angegebenen Effekten kognitiv-behavioraler (Gruppen) Behandlung liegt. Der auf dem kognitiven Modell beruhende Behandlungsansatz ist hochstrukturiert und sehr störungsspezifisch ausgerichtet. Durch entsprechende Erweiterungen und Anpassungen sind die Methoden auch bei komorbiden Störungen und im stationären Setting umsetzbar und dürften deshalb auch in der Versorgungspraxis einen effektiveren Behandlungsansatz für SP darstellen als die bislang verbreiteten Therapien.

Schlüsselwörter

Soziale Phobie - kognitiv-behaviorale Therapie - Einzel- versus Gruppentherapie - Sicherheitsverhalten - Informationsverarbeitung

Abstract

Meta-analyses of psychological treatments for social phobia show that cognitive-behavioral treatments are effective in reducing social phobic symptoms. Despite the positive findings reported for CBT, it is generally agreed that efficacy of psychological treatments for social phobia needs further improvement. Clark and Wells (1995) developed a new treatment approach based on the cognitive model of social phobia. 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. The results of two recently completed trials by Clark et al. and Stangier et al. found evidence that when delivered in an individual format, the effect sizes of the cognitive therapy were higher than other forms of cognitive-behavioral group treatments that are currently available. The treatment based on the cognitive model comprises highly structured and specific procedures. When adopted to specific applications, the approach is also effective in treating social phobic outpatients and inpatients with complex comorbid conditions. To sum up, this newer development in cognitive therapy is also suggested to show higher effectiveness in mental health care system than earlier forms of psychological treatments.

Keywords

Social phobia - cognitive-behavioral therapy - individual versus group treatment - safety behaviors - information processing

Die Wirksamkeit kognitiver Verhaltenstherapie

Zu den Methoden kognitiver Verhaltenstherapie, die bei SP (sozialer Phobie) bislang angewandt wurden, gehören Exposition, kognitive Umstrukturierung, soziales Kompetenztraining und Entspannungsverfahren. Die Wirksamkeit dieser Methoden wurde in einer Reihe von Metaanalysen untersucht (Ruhmland und Margraf, 2000; Federoff und Taylor, 2001).

In der aktuellsten und umfassendsten Analyse von Federoff und Taylor (2001; s. Tab. 1) wurden die "within-group"-Effektstärken (Prä/Post- bzw. Prä/Follow-up-Vergleiche) von kognitiv-behavioralen und pharmakologischen Therapieansätzen bei SP ermittelt. Insgesamt zeigten alle Behandlungsansätze moderate Effektstärken, die signifikant größer waren

als Wartekontrollgruppen. Die Therapieerfolge wurden nicht nur bis zu den Katamnese-Untersuchungen aufrechterhalten, sondern sogar noch ausgebaut. Auch wenn Entspannungsverfahren und soziales Kompetenztraining geringere Effektstärken erzielten, unterschieden sich die Ansätze nicht signifikant voneinander. Einzel- und Gruppenbehandlung waren von vergleichbarer Wirksamkeit. Allerdings wurde weitaus am häufigsten das kognitiv-behaviorale Gruppenprogramm von Heimberg untersucht, das Ende der 80er Jahre des letzten Jahrhunderts entstand und als Komponenten Psychoedukation bezüglich SP, kognitive Umstrukturierung und Exposition in Rollenspielen enthält (Heimberg und Becker, 2002; s. Tab. 2). In einer Reihe von kontrollierten Studien ergaben sich konsistent günstigere Ergebnisse als in Kontrollbedingungen, ein-

schließlich unterstützender psychoedukativer Gruppenbehandlung zur Kontrolle unspezifischer Therapiefaktoren. Darüber hinaus konnte gezeigt werden, dass die Behandlungseffekte noch bis zu einem 5-Jahres-Follow-up erhalten bleiben. Das Behandlungsprogramm kann somit als der Therapieansatz mit der besten empirischen Absicherung gelten.

Vergleich mit Pharmakotherapie

Zur pharmakologischen Behandlung von SP wurde eine Vielzahl von Studien mit verschiedensten Wirksubstanzen durchgeführt (Übersicht s. Blanco et al., 2002). In der Metaanalyse von Fedoroff und Taylor (2001; Tabelle 1) waren die Effektstärken der Akutbehandlung mit Serotonin-Wiederaufnahme-Hemmern und Benzodiazepinen, nicht jedoch MAOIs, gegenüber der psychologischen Behandlung deutlich höher. Dem stehen jedoch auch Nachteile der Pharmabehandlung gegenüber:

1. Es existieren im Gegensatz zur kognitiven Verhaltenstherapie kaum Studien zu Langzeiteffekten, so dass in der Metaanalyse von Fedoroff und Taylor (2001) keine Effektstärken berechnet werden konnten. Die wenigen Daten zum Verlauf nach Beendigung der Akutbehandlung sprechen für hohe Rückfallraten (von teilweise über 50%), die nur durch eine dauerhafte Erhaltungstherapie gewährleistet werden können (Blanco et al., 2002).
2. Die Effektivität der pharmakologischen Wirksubstanz könnte mit aktiven psychologischen Behandlungselementen in der begleitenden Betreuung (clinical management), wie z.B. Anleitung zur Selbstexposition, konfundiert sein. Dies entspricht zwar eher der klinischen Versorgungsrealität, kommt jedoch einer Kombinationsbehandlung näher und sollte daher kontrolliert werden.
3. Auch wenn die Sicherheit und Verträglichkeit neuerer Präparate stark zugenommen hat, so spricht das hohe Suchtrisiko bei Benzodiazepinen gegen eine Erhaltungstherapie. Darüber hinaus ist eine Fortsetzung der Behandlung auch aufgrund möglicher medizinischer Risiken (Behandlung körperlicher Krankheiten, Schwangerschaft) nicht immer möglich.

Lässt sich eine Verbesserung durch Kombination von kognitiver Verhaltenstherapie und Pharmakotherapie erreichen? Obwohl eine solche Kombination verbreitet ist, wurden hierzu erst in jüngster Zeit Studien begonnen, deren endgültige Ergebnisse jedoch noch nicht vorliegen (Arbeitsgruppen Heimberg/Liebowitz und Foa/Davidson). Für synergetische Effekte spricht, dass beide Ansätze unterschiedlichen Wirkmechanismen (Blockade der affektiven Angstsymptome vs. kognitive Umbewertung) folgen und sich sequentiell in ihrer Wirkung ergänzen könnten. Gegen eine zumindest längerfristige Überlegenheit spricht, dass Medikamente als Sicherheitsverhalten dienen können und hierdurch der Effekt einer Expositionstherapie blockiert werden könnte. Schließlich könnten Medikamente, insbesondere mit stärkeren Nebenwirkungen, eine interne Attribution der Therapieeffekte behindern, die für deren Aufrechterhaltung notwendig ist.

Eine Zwischenbilanz

Kognitive Verhaltenstherapie gilt als der empirisch am besten abgesicherte psychologische Therapieansatz bei SP. Dennoch zeigen die Metaanalysen, dass die Wirksamkeit begrenzt ist:

- Die Effekte sind nur moderat und im Vergleich zu den Ergebnissen aus Pharmakotherapiestudien deutlich niedriger. Der Anteil von Patienten, die von der Behandlung profitieren, liegt nur bei 40 bis 60% (Heimberg et al., 1998).
- In Metaanalysen der vergangenen Jahre ließ sich eine zunehmende Überlegenheit der pharmakologischen Akutbehandlung gegenüber der kognitiven Verhaltenstherapie feststellen; letztere zeigte konstant moderate Effektstärken, während die Wirksamkeit von Pharmakotherapie anstieg.
- Eine Kombination von Exposition und kognitiver Umstrukturierung war nicht effektiver als Exposition allein. Die Erweiterung durch kognitive Umstrukturierung scheint somit keine Vorteile zu bringen, obwohl die Veränderung von Kognitionen, d.h. der Erwartung von negativer Bewertung durch andere, als ein zentraler Wirkfaktor angenommen wird.

Tabelle 1: Effektstärken der Metaanalyse von Fedoroff und Taylor (2001) zur Behandlung der sozialen Angststörung (berücksichtigt sind Therapiestudien bis einschließlich 1999)

Behandlungsansatz	Prä-/Post- ES	Prä-/Follow-up- ES
Kognitive Verhaltenstherapie		
Exposition	1,08 (7)	1,31 (7)
Kognitive Umstrukturierung	0,72 (7)	0,78 (5)
Exposition + kognitive Umstrukturierung	0,84 (21)	0,95 (10)
Soziales Kompetenztraining	0,64 (7)	0,86 (4)
Angewandte Entspannung	0,51 (4)	-
Pharmakologische Behandlung		
Serotonin-Wiederaufnahme-Hemmer (SSRI)	2,10 (12)	-
Benzodiazepine	1,70 (4)	-
Monoaminoxidase-Hemmer (MAOI)	1,08 (15)	-
Placebo	0,67 (17)	-
ES = "within-group"-Effektstärke. (in Klammern: Anzahl der Studien).		

- Die untersuchten Therapien einschließlich des kognitiv-behavioralen Gruppentherapieprogramms von Heimberg berücksichtigen nur begrenzt die Erkenntnisse zur Bedeutung von Aufmerksamkeitsprozessen, Sicherheitsverhalten und kognitiver Repräsentation des Selbst bei der Aufrechterhaltung der SP. Diese Faktoren führen jedoch zu Verzerrungen der Informationsverarbeitung, die die Wirksamkeit von Exposition erheblich beeinträchtigen.

Es gibt daher Übereinstimmung zwischen den Therapeuten, dass eine Weiterentwicklung der kognitiven Verhaltenstherapie notwendig ist. Ein wichtiger Ansatzpunkt besteht in der Verbesserung der kognitiven Behandlungselemente und ihrer Integration in die Exposition.

Neuentwicklungen kognitiver Verhaltenstherapie

Das kognitive Modell von Clark und Wells (1995) stellt die bislang umfassendste und durch eine Vielzahl von Befunden der kognitiven Grundlagenforschung empirisch am besten abgesicherte Konzeption der SP dar (Übersicht s. Clark und Ehlers, 2002). In stringenter Weise leiteten Clark und Wells (1995; Wells, 1997) aus dem Modell ein kognitives Therapieprogramm ab, das neben Exposition und kognitiver Umstrukturierung zusätzliche Techniken enthält, die auf eine Veränderung der fehlerhaften Informationsverarbeitung abzielen. Die Behandlung enthält folgende Komponenten: 1. Ableitung eines individuellen Modells, 2. Abbau von Sicherheitsverhalten, 3. Umlenkung der Aufmerksamkeit auf die externe Situation, 4. Videofeedback, 5. Verhaltensexperimente (Exposition), 6. Veränderung von antizipatorischer und nachträglicher Verarbeitung sowie negativer Grundüberzeugungen (kognitive Umstrukturierung). Das Therapieprogramm wird unten näher beschrieben; in Tabelle 2 wird der Aufbau der Programme von Clark und Wells sowie Heimbergs Gruppentherapieprogramm gegenübergestellt.

In einer randomisierten, kontrollierten Therapiestudie verglichen Clark et al. (zur Veröffentlichung eingereicht) das Therapieprogramm mit dem Serotonin-Wiederaufnahme-Hemmer Fluoxetin plus Instruktionen zur Selbstexposition sowie Placebo plus Instruktionen zur Selbstexposition. Es zeigte sich zum Behandlungsabschluss, im 3-Monats- und im 12-Monats-Follow-up eine deutliche Überlegenheit des kognitiven Therapieprogramms gegenüber Fluoxetin + Selbstinstruktion. Keine signifikanten Unterschiede ergaben sich zwischen

Fluoxetin + Selbstinstruktion und Placebo + Selbstinstruktion, das nur bis zum Behandlungsabschluss nach 16 Wochen gegeben worden war. Stangier, Heidenreich, Peitz et al. (2003) verglichen die Wirksamkeit des von Clark und Wells entwickelten Therapieprogramms im Einzel- und Gruppensetting. In beiden Behandlungsmodalitäten ergaben sich signifikante Verbesserungen der SP, die auch zu einem 6-Monats-Follow-up erhalten blieben. Jedoch war die Einzelbehandlung sowohl nach Behandlung als auch im Follow-up der Gruppenbehandlung signifikant überlegen. Die Wirkung der Behandlung auf depressive und allgemeine psychopathologische Symptome war weniger ausgeprägt und in beiden Behandlungsmodalitäten nicht unterschiedlich. Darüber hinaus untersuchten Willutzki et al. (2000), ob die Wirksamkeit der kognitiv-behavioralen Therapie nach Clark und Wells durch ressourcenaktivierende Interventionen noch verbessert werden kann. Sie fanden, dass diese Komponenten zu einer weiteren, signifikanten Erhöhung der Therapieeffekte führten.

Verglichen mit den Ergebnissen vorangegangener Studien zur Wirksamkeit kognitiver Verhaltenstherapie (z.B. Feodoroff und Taylor, 2001: nach Behandlung $d=0.84$ und im Follow-up 0.95), wurden in den Studien mit dem Therapieprogramm deutlich höhere Effektstärken in den Soziophobie-Maßen erzielt (mittlere Effektstärken von Clark und Stangier: nach Behandlung $d=1.61$ und im Follow-up 2.0 ; Clark et al.: nach Behandlung $d=2.14$ und im 12-Mo.-Follow-up 2.50 , Stangier et al.: nach Behandlung $d=1.17$ und im 6-Mo.-Follow-up 1.57). Die Ergebnisse dokumentieren, dass die kognitive Verhaltenstherapie bei SP deutlich günstigere Resultate erzielt, wenn sie die zentralen Elemente des kognitiven Modells berücksichtigt. Im direkten Vergleich mit einer potenten SSRI-Behandlung, die zudem mit gezielten Instruktionen zur Selbstexposition unterstützt wurde, zeigte der Behandlungsansatz eine deutliche Überlegenheit. Auch im indirekten Vergleich liegen die von Clark et al. ermittelten Effektstärken nicht nur über dem Durchschnitt der Wirkung von Exposition und kognitiver Umstrukturierung, sondern auch über der Wirkung von SSRIs. Darüber hinaus sprechen die Ergebnisse für eine Überlegenheit der Einzelbehandlung über die Gruppenbehandlung. Eine mögliche Erklärung hierfür könnte darin liegen, dass in diesem Setting genauer auf die Aufmerksamkeitsprozesse und das individuelle Sicherheitsverhalten eingegangen werden kann und die Patienten hierdurch stärker von den Expositionen profitieren können.

Tabelle 2: Vergleich von Heimbergs kognitiv-behavioralem Gruppenprogramm und dem kognitiven Therapieprogramm von Clark und Wells

	Heimberg	Clark, Wells
Setting:	Gruppe (ggf. Einzel)	Einzel (ggf. Gruppe)
Umfang:	12 Sitzungen (2-2 _ Std.)	16 Sitzungen (1-1 _ Std.)
Aufbau:	1. Sitzung: Modellableitung 2. Sitzung: kognitive Umstrukturierung 3.-11. Sitzung: Exposition in Rollenspielen und selbst angeleitete Exposition in Hausaufgaben 12. Sitzung: Abschlussbewertung	1. Sitzung: Modellableitung ab 2. Sitzung: kognitive Vorbereitung: Rollenspiele bezüglich Selbstaufmerksamkeit / Sicherheitsverhalten, Videofeedback ab 5. Sitzung: Exposition in vivo + selbst angeleitete Exposition in Hausaufgaben ab 9. Sitzung: kognitive Umstrukturierung 16. Sitzung: Abschlussbewertung / Rückfallprophylaxe

Diagnostik

Trotz der großen Verbreitung werden SP oftmals nicht erkannt. Hierfür sind verschiedene Faktoren verantwortlich:

1. Die hohe Komorbidität mit anderen psychischen Störungen lässt die SP nicht selten in den Hintergrund treten. Zum Beispiel machen depressive Störungen und Sucht oftmals unmittelbare therapeutische Interventionen notwendig, während SP hinsichtlich der sozialen Konsequenzen und psychischen Belastungen in der Regel unterschätzt wird.
2. Die Abgrenzung von anderen psychischen Störungen (Depression) und subklinischen sozialen Ängsten ist häufig nicht einfach. Für eine eindeutige diagnostische Einordnung ist die Durchführung eines diagnostischen Interviews

und der Einsatz störungsspezifischer Fragebögen für SP unerlässlich, wird jedoch in der Praxis bedauerlicherweise oftmals vernachlässigt.

3. Aus Scham verschweigen sozial ängstliche Patienten häufig ihre Probleme. Zudem neigen die Betroffenen dazu, ihre Störung als eine persönliche Charakterschwäche oder einen unveränderlichen Persönlichkeitszug wahrzunehmen. Es ist daher notwendig, die Diagnosekriterien z.B. mit Hilfe diagnostischer Interviews oder Diagnose-Checklisten zu erfassen und zusätzlich die zunehmend Verbreitung findenden störungsspezifischen Fragebögen zu verwenden (s. Tab. 3). Eine ausführliche Darstellung der verfügbaren Instrumente findet sich bei Heidenreich und Stangier (2002).

Tab. 3: Klassifikatorische und störungsspezifische Diagnostik bei Sozialer Phobie (nach Heidenreich und Stangier, 2002)

Methoden	Instrumente
Strukturierte Interviews	Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV (SKID-I u. -II) Diagnostisches Interview für Psychische Störungen (DIPS)
Fremdbeurteilung	Münchener Diagnose-Checklisten (MDCL)
Standardisierte	Liebowitz-Soziale-Angst-Skala (LSAS)
Selbstbeurteilungsinstrumente	Soziale Phobie-Inventar (SPIN) Soziale Interaktions-Angst-Skala (SIAS) Soziale Phobie-Skala (SPS)
Kognitions- und Verhaltens-Checklisten	Social Phobia and Anxiety Inventory (SPAI) 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 Fremdbeurteilungs-Skala enthält 24 Items, die auf vierstufigen Skalen zu Angstintensität und Vermeidungstendenzen beurteilt werden. Aus der Skala können zuverlässige Anhaltspunkte für die Spezifizierung eines generalisierten Subtyps abgeleitet werden (Stangier und Heidenreich, 2003). Zusätzlich wurden von der Arbeitsgruppe um Clark und Wells auch Kognitions- und Verhaltenslisten entwickelt, die auf dem kognitiven Modell von Clark und Wells (1995) basieren und die Entwicklung einer kognitiven Fallkonzeption ermöglichen (deutsche Übersetzungen s. Stangier, Heidenreich und Peitz, 2003).

Behandlung

Eine kognitive Perspektive der Expositionsbehandlung

Ausgehend von dem aktuellen Forschungsstand enthält eine wirksame kognitiv-behaviorale Behandlung von SP Exposition in vivo und kognitive Umstrukturierung als Kernelemente. Eine deutliche Verbesserung ist jedoch mit einer Korrektur fehlerhafter Informationsprozesse (Selbstaufmerksamkeit, Sicherheitsverhalten, Vorstellungen) zu erzielen. Im Folgenden wird daher ein Behandlungsansatz vorgestellt, der von Clark und Wells (1995; Wells, 1997) entwickelt wurde und konsequent einer kognitiven Perspektive folgt.

Danach wird Exposition als ein aktiver Prozess gesehen, bei dem nicht Angstreaktionen gelöscht werden, sondern Sicherheit in der phobischen Situation neu erlernt wird. Vorausset-

zung ist, dass kritische Reize angemessen verarbeitet werden (d.h., die Aufmerksamkeit auf die soziale Realität gerichtet wird) und Sicherheitsverhalten korrigiert wird. Im Gegensatz zu klassischen Expositionsübungen wird Exposition als ein Mittel eingesetzt, um die kritischen kognitiven Schemata auszulösen und korrigieren zu können (*behaviorale Überprüfung*). Der Schwerpunkt liegt somit mehr auf der kognitiven Umstrukturierung als auf Habituation: Nicht der Angstabfall und die Gewöhnung an die Situation werden als Wirkfaktoren gesehen, sondern die Konfrontation mit Erfahrungen, die nicht mit den sozialphobischen Kognitionen vereinbar sind. Deshalb stellt Exposition im Kern ein *Verhaltensexperiment* dar: Das Aufsuchen von angstausslösenden Situationen dient der Überprüfung von sozialphobischen Überzeugungen. Somit ist Exposition eine Komponente des Verhaltensexperimentes. Anders als in der Flooding-Therapie, die eine Konfrontation mit der maximalen Angst anstrebt, wird ein mittleres Angstniveau, bei dem eine minimale Kontrolle über eigenes Verhalten und die Verarbeitungsprozesse erhalten bleibt, als optimal angesehen. Die Methoden der kognitiven Umstrukturierung (Gedankentagebuch, Sokratischer Dialog) zielen in expliziter Form, d.h. im Gespräch, auf eine Überprüfung der negativen Überzeugungen ab (*verbale Überprüfung*). Sie beziehen sich auf die *Inhalte* der kognitiven Schemata (und nicht auf kognitive Prozesse).

Der schematische Ablauf des kognitiven Therapieprogramms ist in Tabelle 4 dargestellt. Die Abfolge der Interventionen orientiert sich an dem übergeordneten Ziel, den Patienten in

Tabelle 4: Elemente der kognitiv-behavioralen Therapie von Clark und 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 (Therapeutengeleitet = Exposition in vivo und selbst geleitet)	(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. Rückfallprophylaxe und Erhaltungstherapie	Aufrechterhaltung der kognitiven Veränderungen und Selbstexposition	<ul style="list-style-type: none"> • Therapieevaluation und Abschlussbilanz • Erstellen eines "Rückfallplans" • Einüben der erworbenen Fähigkeiten bei Rückfällen

einen Prozess der Überprüfung seiner negativer Überzeugungen zu führen. Ausgangspunkt ist die Vermittlung eines individuellen Erklärungsmodells, das auf dem kognitiven Modell basiert. Im Unterschied zur kognitiv-behavioralen Gruppentherapie von Heimberg (Heimberg und Becker, 2002) enthält das Programm zur Vorbereitung auf die Konfrontation mit angstauslösenden Situationen zunächst Interventionen zur Korrektur von Sicherheitsverhalten, Selbstaufmerksamkeit und verzerrte Verarbeitung des sozialen Erscheinungsbildes. Diese Verarbeitungs-"fehler" werden zunächst in Rollenspielen modifiziert, um eine realitätsangemessenere Verarbeitung von sozialen Situationen in der anschließenden Expositionsphase zu gewährleisten. Methoden der kognitiven Umstrukturierung werden nicht wie in dem Programm von Heimberg in der An-

fangsphase, sondern erst nach den In-vivo-Expositionen eingesetzt, da die Erfahrungen genutzt werden sollen, die der Patient in den Verhaltensexperimenten sammelt.

Therapeutische Beziehung

Bei der Behandlung der SP, insbesondere der generalisierten Form, ist das Arbeitsbündnis aufgrund der Angst vor Abwertung und Schamgefühlen in der Regel stärker gefährdet als bei anderen Angststörungen. Sicherheitsverhalten und Vermeidung im Kontakt zum Therapeuten können die therapeutische Zusammenarbeit gefährden und sind mit einem erhöhten Risiko für einen Therapieabbruch verbunden. So können z.B. Schweigen oder Blickkontakt des Therapeuten und übermäßige räumliche Nähe in der Therapiesitzung den zwischenmenschlichen Kontakt zu stark intensivieren und die Angst vor negativer Bewertung verstärken (Butler und Wells, 1995). Eine direkte Verbalisierung und Bearbeitung von Schamgefühlen kann den Patienten, insbesondere in der Anfangsphase der Therapie, überfordern. Daher ist es in der Anfangsphase günstiger, kritische Situationen in der therapeutischen Beziehung zu vermeiden und sich auf die Identifikation und Veränderung von Sicherheitsverhalten und negativen Kognitionen in Rollenspielen zu konzentrieren.

Von zentraler Bedeutung für die Motivation des Patienten ist ein therapeutischer Stil, der durch geleitetes Entdecken gekennzeichnet ist: Der Therapeut gibt lediglich die Struktur des Vorgehens vor und schlägt Interventionen vor, während der Patient die Ergebnisse und Schlussfolgerungen zieht. Hierdurch kann eine Verunsicherung bei Patienten vermieden werden, bei denen leicht Gefühle der Unterlegenheit und Unzulänglichkeit ausgelöst werden.

Fallbeispiel (I):

Eine 35 J. alte Büroangestellte, ledig, befürchtete, Grimassen zu ziehen oder ruckartige Bewegungen mit dem Kopf zu machen. Sowohl bei privaten Kontakten als auch in ihrer Arbeit löste die Anwesenheit anderer den Gedanken aus: "Ich werde mit dem Kopf ruckartige Bewegungen machen. Andere werden denken, ich habe eine neurologische Krankheit oder bin verrückt, und werden mich ablehnen." Soweit sie konnte, vermied sie Kontaktsituationen und lebte sozial isoliert; lediglich zu einem Bruder hatte sie regelmäßige Kontakte. Die Ängste waren erstmals aufgetreten, nachdem sie als Jugendliche in einer Disco Drogen zu sich genommen hatte und dann, als sie jemand plötzlich von der Seite angesprochen hatte, den Kopf "ruckartig" gedreht hatte. Sie schämte sich und verließ sofort fluchtartig die Disco und erklärte auf spätere Nachfragen, ihr sei es wegen der Drogen nicht gut gegangen. Seit dieser Zeit waren die Ängste stetig angewachsen und überschatteten ihr Leben. Sie hatte noch niemals eine Partnerschaft gehabt und litt unter regelmäßigen depressiven Verstimmungen, ohne jedoch bislang professionelle Hilfe gesucht zu haben.

Phase 1: Ableitung eines individuellen Modells der SP

Mit Hilfe der Exploration und Verhaltensanalyse werden die grundlegenden Informationen zur kognitiven Fallkonzeption gesammelt. Diese basiert im Gegensatz zur klassischen Verhaltensanalyse, die sich an dem Vier-Ebenen-Modell (Kognition, Emotion, Physiologie, Verhalten) und Verstärkungsmechanismen orientiert, auf dem kognitiven Modell nach Clark und Wells (1995). Abbildung 1 verdeutlicht das kognitive Modell anhand eines Fallbeispiels.

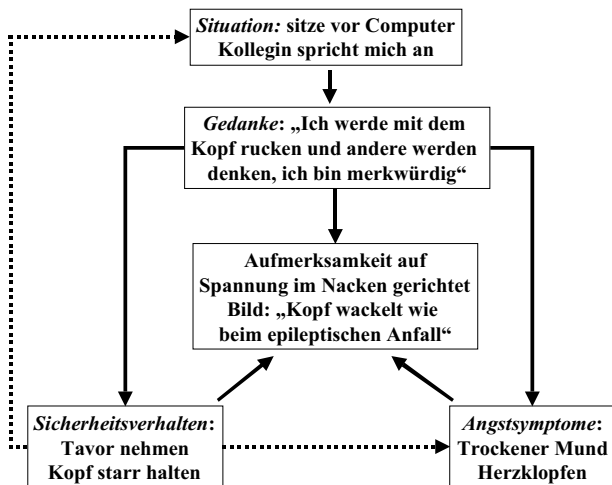


Abbildung 1: Kognitives Modell einer Sozialen Phobie (s. Fallbeispiel im Text; gestrichelte Linien symbolisieren Zusammenhänge, die erst in den Verhaltensexperimenten überprüft werden)

Das Modell geht davon aus, dass in einer kritischen sozialen Situation bei Personen mit SP 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 Abbildung 1 dargestellt, auf einem Zettel oder einer Flipchart aufgeschrieben. Tabelle 5 gibt Beispiele für Fragen, mit denen die Modellkomponenten exploriert werden.

Von zentraler Bedeutung für die Planung der Therapie ist die Identifizierung der konkreten Sicherheitsverhaltensweisen. Diese verhaltensbezogenen oder auch kognitiven Strategien sind den Patienten nicht immer bewusst. Erschwerend kommt hinzu, dass in der Regel mehrere Strategien gleichzeitig eingesetzt werden. Eine wichtige Hilfe kann der Fragebogen zu sozialphobischem Verhalten von Clark (Stangier, Heidenreich und Peitz, 2003) leisten, der eine Liste von häufigen Sicherheitsverhaltensweisen vorgibt. Tabelle 6 zeigt, dass Sicherheitsverhalten teilweise bereits im Vorfeld einer Situation, im Rahmen der antizipatorischen Angst, gezeigt wird und sich auf die Unterdrückung von Angstsymptomen, die Kontrolle eigenen Verhaltens wie auch die Beeinflussung der Bewertung durch andere beziehen kann.

Vielfach können die tatsächlich wirksamen Sicherheitsverhaltensweisen erst in den nachfolgenden Sitzungen, im Rahmen der Verhaltensexperimente, erkannt werden, so dass in der Anfangsphase nur vorläufige Sicherheitsverhalten in dem individuellen Modell festgehalten werden.

Tabelle 5: Exploration zentraler Elemente des Modells von Clark und Wells (1995)

Element des kognitiven Modells	Fragen in der Exploration
Gedanken	Was befürchteten Sie?
Angstsymptome	Was ging Ihnen durch den Kopf, als Sie in der Situation waren? Als Sie befürchteten, dass ... eintreten könnte, was haben Sie in Ihrem Körper bemerkt? Wie auffällig sind Ihrer Meinung nach diese Symptome?
Sicherheitsverhalten	Welche Bedeutung hätte es, wenn andere diese Symptome bemerkten? Was haben Sie getan, um zu verhindern, dass ... (befürchtetes Ereignis/Symptom) eintritt? ... 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?
Konzentration auf Gedanken / Gefühle / Bild von sich selbst	Als Sie befürchteten, dass ... passieren würde, ... worauf richtete sich Ihre Aufmerksamkeit? ... haben Sie sich auf sich selbst konzentriert und auf Ihr Erscheinungsbild ... was glaubten Sie, wie Sie aussahen? ... haben Sie sich vorgestellt, wie Sie auf andere wirken?

Tabelle 6: Formen von Sicherheitsverhalten

1. Antizipatorisch:	Übermäßige Vorbereitung auf eine Situation, um eine akzeptable Leistung zu zeigen, oder Versuche zur Reduktion von Angst (z.B. durch Alkohol)
2. Präventiv:	Versuche, das Auftreten der befürchteten Körpersymptome zu verhindern (bei Angst vor Schwitzen z. B. durch Kühlen)
3. Kaschierend:	Versuche, die befürchteten Symptome zu verbergen (bei Angst vor Erröten z. B. durch Tragen von Make-up)
4. Prophylaktisch:	Versuche zur Vorbeugung negativer Bewertung (z.B. Schwitzen durch Hitze zu entschuldigen)
5. Kontrolle:	Versuche, das eigene Verhalten oder Wirkung auf andere zu kontrollieren (z.B. durch erhöhte Selbstaufmerksamkeit)

Im Sinne eines geleiteten Entdeckens werden die Auswirkungen von Sicherheitsverhalten und Selbstaufmerksamkeit nicht bewertet, auch wenn die meisten Patienten das Bedürfnis haben, vom Therapeuten eine Vorgabe zu erhalten. Vielmehr leitet der Therapeut hieraus das Therapierationale ab und schlägt vor, in Experimenten die Zusammenhänge zwischen Selbstaufmerksamkeit, Sicherheitsverhalten und Angst zu überprüfen.

Fallbeispiel (II):

Die oben beschriebene Patientin nahm täglich vor Beginn der Arbeit regelmäßig Tabletten (Tavor) zur Entspannung, die sie sich "irgendwie" verschaffte. Vor besonders schwierigen Situationen, wenn sie der Meinung war, dass diese nicht reichen würden (z.B. Versammlung mit Kolleginnen), trank sie zusätzlich Alkohol; hierzu hatte sie immer mindestens einen "Flachmann" bereitgehalten. In den Situationen selbst versuchte sie, durch Anspannung der Muskulatur in Gesicht und Nacken und Einnehmen einer starren Körperhaltung einem Kopfrucken entgegenzuwirken. Sie sprach (auch ohne den Einfluss von Alkohol und Tabletten) sehr langsam und vermied es, durch Blickkontakt die Aufmerksamkeit anderer auf sich zu ziehen. Bereits vor und in solchen Situationen konzentrierte sie sich völlig auf lebhafte Vorstellungen, wie sie vor anderen den Kopf ruckartig dreht "wie eine Epileptikerin".

Phase 2: Kognitive Vorbereitung (Modifikation fehlerhafter Informationsverarbeitungsprozesse)

Sobald ein (vorläufiges) Modell der SP aufgestellt ist, werden in Rollenspielen zunächst die Auswirkungen von Selbstaufmerksamkeit und Sicherheitsverhalten auf die Angst überprüft und anschließend mit Hilfe von Videofeedback eine realistischere Vorstellung des sozialen Erscheinungsbildes vermittelt. Die Rollenspiele werden im Sinne von Verhaltensexperimenten strukturiert und haben folgenden Standardablauf:

1. **Vorbereitung:** Operationalisierung der Modellkomponente und Instruktionen
2. **Exposition:** Aktivierung der Angstreaktion im Rollenspiel
3. **Test:** Erfassung der Modellkomponenten
4. **Schlussfolgerung:** Auswertung und Bewertung der Ergebnisse

Die Verhaltensexperimente müssen vom Therapeuten strategisch gut vorbereitet werden. Es 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. Falls möglich, kann eine weitere Person in die Rollenspiele einbezogen wer-

den, die auf Video aufgenommen werden, um die Verhaltensexperimente für das spätere Videofeedback zu nutzen.

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 Bilder konzentrieren. Danach wird die gleiche Situation noch einmal gespielt, 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 der Patient dazu angeleitet, in der Situation erneut verstärktes Sicherheitsverhalten zu zeigen (SV+) und wieder die Aufmerksamkeit nach innen zu konzentrieren. Falls eine gleichzeitige Beeinflussung von Sicherheitsverhalten und Selbstaufmerksamkeit zu schwierig ist, können diese ggf. auch in separaten Verhaltensexperimenten überprüft werden. Fällt es dem Patienten dennoch schwer, seine Aufmerksamkeitsrichtung zu beeinflussen, ist ein Aufmerksamkeitsstraining sinnvoll (Stangier, Heidenreich und Peitz, 2003).

Von allergrößter Bedeutung für die Auswertung der Verhaltensexperimente ist die Beurteilung der wichtigsten Modellaspekte nach jedem Rollenspiel jeweils in quantitativer Form (auf 10-stufigen Skalen): 1. Ausmaß des Sicherheitsverhaltens, 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.

	1. Rollenspiel mit SV	2. Rollenspiel ohne SV	3. Rollenspiel mit SV
SV (= Kopf starr halten)	8	4	7
Anspannung	9	4	7
Symptom (=Kopfwackeln)	7	3	6
Erscheinungsbild („merkwürdig“)	5	3	4

Abbildung 2: Protokoll eines Verhaltensexperimentes zu Sicherheitsverhalten (Einschätzungen Skala 0-10; s. Fallbeispiel im Text)

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.

In der anschließenden Sitzung werden die Videoaufnahmen der Rollenspiele benutzt, um die verzerrten subjektiven Vorstellungen über das eigene Erscheinungsbild mit dem objektiven Erscheinungsbild der Videoaufnahmen verglichen. Patienten mit SP gehen in der Regel davon aus, dass körperliche Reaktionen oder ihr Unsicherheitsgefühl in der gleichen Art und Weise sichtbar sind, wie sie diese wahrnehmen. Anhand des Videofeedbacks hat der Patient die Möglichkeit, valide Informationen hinsichtlich seiner Erscheinung zu erhalten.

Die Patienten werden 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 sind und dass die Sichtbarkeit der Angstsymptome überschätzt wird.

	1. Rollenspiel mit SV		2. Rollenspiel ohne SV		3. Rollenspiel mit SV	
	subjektiv	Video	subjektiv	Video	subjektiv	Video
SV (= Kopf starr halten)	8		4		7	
Anspannung	9	6	4	3	7	4
Symptom (=Kopfwackeln)	7	1	3	0	6	0
Erscheinungsbild („merkwürdig“)	5	3	3	2	4	2

Abbildung 3: Protokoll eines Verhaltensexperimentes zu Sicherheitsverhalten (Einschätzungen Skala 0-10; graue Schrift: Einschätzungen unmittelbar nach Verhaltenexperiment, schwarze Schrift nach Videofeedback; s. Fallbeispiel im Text)

Phase 3: Exposition in vivo und Verhaltensexperimente

Sobald der Patient in den Verhaltensexperimenten gelernt hat, seine Aufmerksamkeit zu externalisieren und das Sicherheitsverhalten zu unterlassen, ist es sinnvoll, zur Exposition mit angstaktivierenden Situationen außerhalb des Therapiezimmers überzugehen. Die Expositionsübungen werden als Verhaltensexperimente gestaltet: Ziel ist es, die negativen Überzeugungen zu überprüfen. Hierzu sind häufige Konfrontationen mit angstaktivierenden Situationen notwendig, die auf der Grundlage einer Angsthierarchie abgearbeitet werden.

Vorbereitung: Aufgabe des Therapeuten ist es, die Exposition 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 Zitterns oder Essen wird von der Gabel fallen) und
2. an welchen möglichst eindeutigen Indikatoren die negative Bewertung anderer festgestellt werden kann (z.B. abwertende Äußerungen, Mimik, Lachen, Kopfschütteln).

Die Erwartungen werden auf elfstufigen Skalen quantitativ erfasst und sollten in einem Protokoll (Tagebuch zu Verhaltensexperimenten, s. Stangier, Heidenreich und Peitz, 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 schwieriger als bei vielen anderen Angststörungen. Beispiele für In-vivo-Expositionen sind das Ansprechen fremder Personen (im Café, auf der Straße nach dem Weg/Uhrzeit fragen); bei Redeängsten einen Vortrag halten (z.B. vor einer Konferenz der Therapeuten); bei Angst vor Beobachtetwerden in der Fußgängerzone entgegenkommende Passanten aufmerksam ansehen; mit dem Bus fahren und andere Fahrgäste ansehen; in einem vollen Café essen/trinken. Prinzipiell werden Expositionen jedoch aus der individuellen Angsthierarchie abgeleitet und sollten keinesfalls wie standardisierte Übungen aus dem Selbstsicherheitstraining durchgeführt werden!

Unmittelbar nach der Exposition gibt der Patient seine Einschätzungen zu befürchteten Ereignissen auf den vorbereiteten Skalen (s. Abb. 4). Dann werden die Einschätzungen der beobachteten mit denen der erwarteten Ereignisse verglichen. In der Regel widersprechen die Ergebnisse in den zentralen

Fallbeispiel (III):

Vor den Verhaltensexperimenten stellte der Therapeut die Bedingung, dass die Patientin vor den Therapiesitzungen keinen Alkohol und keine Tabletten zu sich nimmt. Simuliert wurde eine Situation, in der die Patientin mit einem Kollegen eine Unterhaltung über ihre Arbeit führt. In dem 1. und 3. Rollenspiel sollte die Patientin über die eigene Arbeit berichten, dabei auf Muskelspannung achten und die Muskeln fest anspannen. Im 2. Rollenspiel wurde sie angeleitet, eine möglichst lockere Körperhaltung einzunehmen und sich auf den eigenen Bericht und Fragen des Gesprächspartners zu konzentrieren.

Erfasst wurden die Angstintensität, die Intensität und Sichtbarkeit von Zuckungen und wie "merkwürdig" sie wirken würde.

Verhaltensexperiment-Tagebuch

Tag Zeit	Situation	Vorhersage Was genau erwarteten Sie, würde geschehen? Wahrscheinlichkeit, dass Überzeugung zutrifft? 0-100	Experiment Was haben Sie getan, um die Vorhersage zu überprüfen?	Ergebnis Was geschah tatsächlich? War die Vorhersage richtig?	Was ich daraus lerne Hat sich die Überzeugung verändert? Wahrscheinlichkeit, dass Überzeugung weiter zutrifft? 0-100
Mo 17,00 Uhr	Im Café sitzen, (absichtlich) Tasse umstoßen	Alle werden mich anstarren, einige werden den Kopf schütteln und eine abweisende Mimik zeigen (100%). Ich werde sehr angespannt sein und beim Umdrehen vor Aufregung mit dem Kopf wackeln (100%)	Stieß Tasse mit etwas Kaffee um, winkte die Bedienung herbei, konzentrierte mich ganz auf die Reaktionen der Anwesenden (ca. 8 Personen)	Keiner reagierte bis auf einen, der sich kurz in meine Richtung umdrehte und auf den Tisch schaute; er zeigte keine veränderte Mimik oder Kopfschütteln. Die Bedienung kam, um den Tisch abzuwischen, lächelte dabei, ohne etwas zu sagen. Ich war angespannt, das Kopfwackeln trat aber nicht auf.	Andere beobachten mich nicht so genau, wie ich es empfinde (40%). Das Kopfwackeln tritt immer nur unvermutet auf (70%).

Abbildung 4: Tagebuch zu Verhaltensexperiment (selbst geleitete Exposition; s. Fallbeispiel im Text)

Aspekten den Erwartungen: Andere Personen reagieren meist weitaus weniger (in der Regel gar nicht) ablehnend als befürchtet und zeigen nur neutrale Aufmerksamkeitsreaktionen. Vielfach schenken die meisten Personen den vermeintlich peinlichen Symptomen keine Beachtung.

Im Sinne eines geleiteten Entdeckens regt der Therapeut den Patienten dazu an, mögliche Diskrepanzen zu erklären. Zwar ist es Ziel, die negativen Überzeugungen ins Wanken zu bringen, jedoch soll der Patient nicht zur unmittelbaren Einsicht in die Unangemessenheit gedrängt werden. Es ist für den Erfolg der Therapie unerlässlich, die Therapeuten-geleiteten Expositionen in selbst geleiteten Expositionen weiterzuführen. Diese werden in Tagebüchern weiterhin protokolliert und in der Therapiesitzung ausführlich besprochen. Dabei sollte der Therapeut immer auf den konsequenten Abbau von Selbstaufmerksamkeit und Sicherheitsverhalten achten.

Phase 4: Verbale Überprüfung negativer Kognitionen (kognitive Umstrukturierung)

Parallel zur Fortführung der selbst geleiteten Exposition wird nun auch die explizite verbale Überprüfung negativer Kognitionen in den Vordergrund rückt. Wesentliches Ziel ist die Veränderung spezifischer Gedanken des Patienten durch verbale Überprüfung (sog. Sokratischer Dialog). Parallel werden jedoch weiterhin die selbst angeleiteten Expositionen als Verhaltensexperimente genutzt, um die Überzeugungen auch behavioral zu überprüfen.

Antizipatorische und nachträgliche Verarbeitungsprozesse sind zumeist schon zuvor in Verhaltensexperimenten oder Hausaufgaben deutlich geworden. Zusätzlichen Aufschluss geben detaillierte Explorationen des Verlaufs vor und nach kritischen Situationen und sog. Gedankentagebücher. Nun wird der Patient angeleitet, die ungünstigen Auswirkungen antizipatorischer und nachträglicher Verarbeitungsweisen zu erkennen und zu verändern.

Zur Bearbeitung **antizipatorischer** Verarbeitung werden zunächst die Erwartungen zu einer bevorstehenden Situation

operationalisiert (d.h. quantifiziert) und festgehalten. Häufig haben Patienten die katastrophisierende Erwartung, dass sie ohne diese Vorbereitung der Situation nicht gewachsen sein könnten. Überprüft wird nun, wie sich das Unterlassen antizipatorischer Verarbeitung auf das Erleben der Situation sowie die Reaktionen der anderen beteiligten Personen auswirkt. Dies kann in einem Verhaltensexperiment z.B. folgendermaßen erfolgen: Mit dem Patienten kann abgesprochen werden, dass nach ca. 10 Minuten eine vergleichsweise schwierige Rollenspielsituation stattfinden wird (z. B. eine kurze Rede vor mehreren Personen halten). Um eine (mentale) antizipatorische Vorbereitung zu unterbinden, wird der Patient zusätzlich mit einer Aufgabe (z.B. Gespräch mit Therapeuten) beschäftigt, die seine Aufmerksamkeit bindet. Nach einer Einschätzung dieser Erwartungen wird das Rollenspiel durchgeführt und direkt im Anschluss an die Situation der reale Ablauf auf den gleichen Dimensionen wie zuvor eingeschätzt.

Fallbeispiel (IV):

Mit der Patientin wurde zunächst eine Angsthierarchie aufgestellt. Als Einstieg in die Exposition wurde der Aufenthalt in der Lobby eines großen Hotels gewählt. Aufgabe war es, in dem kleinen Café einen Kaffee zu bestellen, sich an einen Tisch in der Mitte zu setzen (SV-) und die hereinkommenden Personen zu beobachten (Außenorientierung der Aufmerksamkeit). Die Patientin stand die Übungen zunächst nur unter großer Anspannung durch und konnte ihre hohe Selbstaufmerksamkeit kaum senken. Erst nach mehrmaligen Übungen gelang es ihr, den Aufenthalt auszudehnen und festzustellen, dass andere Personen ihr kaum Beachtung schenken. Im weiteren Verlauf steigerte sie die Bandbreite ihres Verhaltens; so stieß sie in einem Café absichtlich die Tasse um, um die Aufmerksamkeit auf sich zu ziehen. Schließlich wurde in einem Café absichtlich ein mehrmaliges Kopfrucken zunächst vom Therapeuten, dann von ihr selbst gezeigt. Zu ihrer Verwunderung nahmen die anwesenden Personen in keiner Situation Notiz von ihr. Dabei erwies sich die schriftliche Festlegung der Erwartungen als große Hilfe, da sie nach den Situationen dazu tendierte, andere Erklärungen zu suchen oder ihre Erwartungen abzuschwächen.

Der Vergleich beider Einschätzungen verdeutlicht, dass die Erwartungen deutlich negativer sind als die Bewertungen in der Situation selbst.

Analog zur antizipatorischen Verarbeitung basieren Interventionen zu **nachträglichen** Verarbeitungsprozessen ebenfalls auf der Verwendung von schriftlichen Protokollen in Gedankentagebüchern. Direkt im Anschluss an eine Situation werden Einschätzungen zum eigenen Verhalten und der Bewertung durch andere Personen notiert. Die Einschätzungen werden erneut zu einem späteren Zeitpunkt erhoben und mit den vorangegangenen verglichen. In der Regel zeigt sich, dass die Bewertungen mit zunehmendem zeitlichen Abstand dazu tendieren, negativer zu werden, da die Patienten selektiv negative Aspekte der Situation innerlich erneut durchspielen. Ähnliche Verzerrungen können auch mit Hilfe von Aufzeichnungen aus vorher bearbeiteten Verhaltensexperiment-Tagebüchern verdeutlicht werden, indem der Patient sich an eine zurückliegende Situation erinnern und diese erneut einschätzen soll. 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 angemessener Bewertungen zu entwickeln. Im Hinblick auf die antizipatorische Verarbeitung ist es sehr wichtig, dass der Patient lernt, zwischen angemessener und überzogen-grüblerischer antizipatorischer Verarbeitung zu unterscheiden.

Nachdem Patienten für Verzerrungen in der antizipatorischen und nachträglichen Verarbeitung sensibilisiert worden sind, werden sie dazu angeleitet, diese im Alltag zu identifizieren, beim Auftreten sofort zu unterbrechen und ihre Aufmerksamkeit anderen Dingen zuzuwenden.

Negative automatische Gedanken in Situationen können auf vielfältigste Weise deutlich werden: durch die Analyse von kurz zurückliegenden Angstsituationen, aufgrund affektiver Veränderungen in der Therapiesituation oder im Rahmen von Verhaltensexperimenten (Rollenspielen oder Expositionen). Nun werden sie explizit durch Gedankentagebücher und Fragebögen (z.B. SPK; Stangier, Heidenreich und Peitz, 2003) herausgestellt und im Rahmen des Sokratischen Dialogs einer Überprüfung unterzogen. Die Disputation negativer Gedanken gehört zum Standardrepertoire kognitiver Verhaltenstherapeuten und umfasst folgende Schritte (J. Beck, 1999):

1. Sammeln von Anhaltspunkten ("Beweisen"), die für das Zutreffen der Überzeugung sprechen
2. Aufdecken systematischer Verzerrungen des Denkens (sog. logische Fehler)
3. Sammeln von Gegenargumenten ("Gegenbeweisen") durch Kosten-Nutzen-Analysen, sog. Tortendiagramme o.Ä.
4. Formulierung einer angemessenen Bewertung ("rationale Antwort")

Neben der verbalen Disputation ist das Gedankentagebuch ein zentrales Mittel zur Modifikation automatischer Gedanken im Alltag.

Erste Hinweise aus der Entwicklung von **negativen Grundüberzeugungen** können sich bereits aus der Exploration der biografischen Entwicklung ergeben (z.B. soziale Isolation der Herkunftsfamilie, "broken home"-Situation, überkritischer oder überbehütender Erziehungsstil). Auch bei der Bearbeitung negativer automatischer Gedanken wird deutlich, dass diese fortwährend um bestimmte Inhalte kreisen, die auf zugrunde liegende kognitive Schemata hinweisen. Zur Identifikation von Grundannahmen können zusätzlich Fragebögen verwendet werden (z.B. Fragebogen zu sozialphobischen Einstellungen, SPE; Stangier, Heidenreich und Peitz, 2003). Für Patienten mit SP, insbesondere bei zusätzlicher vermeidend-selbstunsicherer Persönlichkeitsstörung, sind folgende Grundüberzeugungen besonders typisch:

1. negatives Selbstbild, z.B.: "Ich bin ein Versager."
2. Perfektionismus: "Ich muss immer intelligent und witzig sein."
3. Sichtweise von anderen Menschen als übermäßig kritisch: "Jedes Zeichen von Schwäche wird bestraft."

Die Bearbeitung von Grundüberzeugungen erfolgt analog der automatischen Gedanken (J. Beck, 1999) und weist aufgrund der starken symptomatischen Überlappung große Parallelen zur kognitiven Verhaltenstherapie bei vermeidend-selbstunsicherer Persönlichkeitsstörung (A.T. Beck et al., 1995) auf. Zur Modifikation von Grundüberzeugungen sind neben dem Sokratischen Dialog folgende Interventionen ebenfalls gut geeignet (Stangier, Heidenreich und Peitz, 2003):

- 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 (Einschätzung von sich 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. So ist zum Beispiel zur Stabilisierung eines positiven Selbstbildes die positive Rückmeldung von anderen Menschen sehr förderlich. Voraussetzung hierfür ist es jedoch, sich intensiveren Kontaktsituationen auszusetzen, die gleichzeitig mit dem Risiko von Ablehnung oder Verletzung verbunden sind.

Phase 5: Therapieabschluss und Rückfallprophylaxe

Therapieevaluation: Zum Therapieabschluss wird eine Bewertung vorgenommen, in welchem Ausmaß die Therapieziele erreicht wurden. Zur objektiveren Beurteilung des The-

Fallbeispiel (V):

Mit der Patientin wurde ihre Grundüberzeugung herausgearbeitet: "Ich bin eine Außenseiterin, die von anderen als psychisch krank gesehen wird." Mit Hilfe einer Überprüfung ihrer Lebensbiografie und dem Positiv-Tagebuch wurde einerseits deutlich, dass sie aufgrund ihrer Herkunft aus einer kinderreichen Flüchtlingsfamilie schon frühzeitig und unverschuldet in eine soziale Isolation geriet, andererseits jedoch aktiv sich bietende Kontaktmöglichkeiten bis zum aktuellen Zeitpunkt konsequent vermieden hatte. In kleinen Schritten lernte sie, auf die Versuche anderer zur Kontaktaufnahme positiv zu reagieren. Als wichtigste Hilfe stellten sich Verhaltensexperimente heraus, in denen sie ihre negativen Erwartungen hinsichtlich der Ablehnung anderer überprüfen und widerlegen konnte. Trotz ihrer bleibenden Selbstunsicherheit gelang es der Patientin, ihre Isolation zu überwinden und schließlich einen engeren Kontakt zu einer Freundin aufzubauen, der ihr Selbstbewusstsein stärkte.

rapieerfolges ist die erneute Vorlage der Fragebögen sinnvoll, die bereits zum Therapiebeginn ausgefüllt wurden.

Abfassen einer "Blaupause" der Therapie: 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 aufrechterhaltende Faktoren der eigenen SP, zu den Möglichkeiten der Veränderung von Verhalten und Kognitionen zusammenfassen. Die Rückschau sollte verbunden werden mit einem Fazit, welche Auslöser Rückfälle auslösen können und wie diese zu bewältigen sind.

Booster Sessions und Erhaltungstherapie: 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. durch Veränderungen der Lebensbedingungen das Rückfallrisiko erhöht, sind auch regelmäßige Sitzungen im Rahmen einer "Erhaltungstherapie" sinnvoll.

Kognitive Therapie als Gruppentherapie und im stationären Setting

Obwohl die Ergebnisse von Stangier et al. (2003) dafür sprechen, dass der kognitive Therapieansatz im Einzelsetting wirksamer umgesetzt werden kann als in der Gruppe, ist eine Kombination von Einzel- und Gruppentherapie möglicherweise von Vorteil. Während in der Einzeltherapie die individuellen Sicherheitsverhaltensweisen und Aufmerksamkeitsprozesse besser identifiziert und verändert werden können, könnten in der Gruppentherapie eine unmittelbare Exposition, eine bessere Auslösung negativer Gedanken und eine leichtere Simulation von Rollenspielen erfolgen. Zudem ist denkbar, dass sich durch Modelllernen und Unterstützung von Gruppenmitgliedern eine günstigere Motivation zur Exposition ergibt. Tabelle 7 veranschaulicht, wie ein kombiniertes Behandlungskonzept aufgebaut sein könnte.

Setting	Behandlungsphase
Einzel	1. Ableitung eines individuellen Modells der SP
Gruppe	2. Kognitive Vorbereitung
	3. Verhaltensexperimente (Therapeuten-geleitet = Exposition in vivo und selbst geleitet)
	4. Kognitive Umstrukturierung
Einzel	5. Rückfallprophylaxe Erhaltungstherapie (Fortführung der Verhaltensexperimente und kognitiven Umstrukturierung)

Tabelle 7: Kombination von Einzel- und Gruppensetting

Ein grundsätzlicher Nachteil von Gruppentherapie ist deren schwierige Organisation und Koordination. Dieser Nachteil könnte am besten im Rahmen eines stationären Behandlungssettings überwunden werden. Daher erscheint das oben beschriebene Kombinationskonzept besonders für die stationäre Behandlung der SP geeignet. Es ist davon auszugehen, dass die Abfolge der Therapiesitzungen zeitlich stärker gestrafft sowie die Verhaltensexperimente und die kognitive Umstrukturierung in einer ambulanten Therapie oder selbst geleitet fortgesetzt werden müssen.

Erweiterung der Therapiemaßnahmen

Training sozialer Kompetenzen:

Obwohl bei der Mehrzahl der Patienten mit SP keine sozialen Defizite bestehen, kann dennoch zumindest eine Untergruppe von Patienten, insbesondere mit komorbider vermeidend-selbstunsicherer Persönlichkeitsstörung, von einem sozialen Kompetenztraining profitieren. Hinweise auf Kompetenzdefizite können sich aus der Exploration sowie aus den Verhaltensexperimenten ergeben. Schwierigkeiten, das Sicherheitsverhalten entsprechend den Instruktionen zu variieren, und durchgängige Muster von Angst, unsicherem Verhalten und rigidem Sicherheitsverhalten sprechen für Kompetenzdefizite. Zu berücksichtigen ist, dass ein Training von spezifischem Zielverhalten (z.B. Blickkontakt halten) vom Patienten als soziale Norm und deren Nichterfüllen als peinliches Zeichen von Schwäche bewerten könnte. "Selbstsichere" Verhaltensweisen könnten somit als Sicherheitsverhalten missbraucht werden ("Wenn ich nicht Blickkontakt halte, ist dies peinlich"). Es empfiehlt sich daher eine sehr flexible Einbindung des sozialen Kompetenztrainings in das dargestellte Behandlungskonzept.

Entspannungstraining:

Bei einzelnen Patienten mit habituell erhöhtem Anspannungsniveau kann die Einübung eines Entspannungsverfahrens, z.B. Progressive Muskelentspannung, hilfreich sein. Auch bei diesem Verfahren sollte gewährleistet sein, dass es nicht als "Hilfe" (d.h. Sicherheitsverhalten) in angstbesetzten sozialen Situationen eingesetzt wird, sondern zur Reduktion des allgemeinen Anspannungsniveaus.

Anpassung des Vorgehens bei komorbiden Störungen:

Die bisherigen Therapiestudien zeigen, dass komorbide depressive Störungen ebenso wie vermeidend-selbstunsichere

Persönlichkeitsstörung die Effektivität des Behandlungsansatzes nicht beeinträchtigen. Dennoch erreichen viele betroffene Patienten nach Behandlung nicht eine Remission ihrer Symptome. Dies spricht dafür, dass zusätzlich zu einer kognitiv-behavioralen Behandlung der SP Interventionen notwendig sind, die sich gezielt auf die komorbide Störungen richten. Bei komorbider Depression ist davon auszugehen, dass zunächst eine Veränderung der depressiven Verstimmung und Antriebshemmung durch Aktivitätssteigerung erfolgen muss, bevor eine Behandlung der SP sinnvoll ist. Bei komorbiden Suchtstörungen sollte ebenfalls zunächst durch eine Entwöhnungsbehandlung Abstinenz hergestellt werden. Insgesamt erscheinen jedoch Probleme in der Umsetzung bei komorbiden Störungen durch eine entsprechende Modifikation und Anpassung der Therapieplanung gut lösbar.

Literatur

- Beck AT, Freeman A (Hrsg.): Kognitive Therapie der Persönlichkeitsstörungen. 3. Aufl. Weinheim: Psychologie Verlags Union, 1995
- Beck J: Praxis der kognitiven Therapie. Weinheim: Beltz PVU, 1999
- Blanco C, Antia SX, Liebowitz MR: Pharmacotherapy of Social Anxiety Disorder. *Biol Psychiatry* 2002;51:109-120
- Butler G, Wells A: Cognitive-behavioral treatments: Clinical applications. In: Heimberg RG, Liebowitz MR, Hope DA, Schneier FR (eds.): *Social Phobia*. New York: The Guilford Press, 1995
- Clark DM, Ehlers A: Soziale Phobie: Eine kognitive Perspektive. In: Stangier U, Fydrich T (Hrsg.): *Soziale Phobie/Soziale Angststörung*. Psychologische Grundlagen – Diagnostik – Therapie. Göttingen: Hogrefe, 2002, 157-180
- Clark D M, Ehlers A, McManus F, Hackman A, Fennell M, Campbell H, Flower T, Davenport C, Louis B: Cognitive therapy vs Fluoxetine plus self exposure in the treatment of generalized social phobia (social anxiety disorder): A randomized placebo controlled trial. *J Consult Clin Psychol* (submitted)
- Clark DM, Wells A: A cognitive model of social phobia. In: Heimberg RG, Liebowitz M, Hope D, Schneier F (eds.): *Social Phobia: Diagnosis, assessment, and treatment*. New York: Guilford, 1995, 69-93
- Fedoroff IC, Taylor S: Psychological and pharmacological treatments of social phobia: a meta-analysis. *J Clin Psychopharmacol* 2001;21 :311-324
- Fennell MJV: *Overcoming low self-esteem*. London: Robinson, 1999
- Heidenreich T, Stangier U: Selbstbeurteilungsinstrumente und Verhaltensdiagnostik bei sozialer Phobie. In: Stangier U, Fydrich T (Hrsg.): *Soziale Phobie / Soziale Angststörungen*. Psychologische Grundlagen – Diagnostik – Therapie. Göttingen: Hogrefe, 2002, 66-86
- Heimberg RG, Becker RE: *Cognitive-Behavioral Group Therapy for Social Phobia*. New York: Guilford, 2002
- Heimberg RG, Liebowitz MR, Hope DA, Schneier FR, Holt CS, Welkowitz L, Juster HR, Campeas R, Bruch MA, Cloitre M, Fallon B, Klein DF: Cognitive-behavioral group therapy versus phenelzine in social phobia: 12 week outcome. *Arch Gen Psychiatry* 1998;55:1133-1141
- Ruhmland M, Margraf J: Effektivität psychologischer Therapien von generalisierter Angststörung und sozialer Phobie: Meta-Analysen auf Störungsebene. *Verhaltenstherapie* 2001;11:27-40
- Stangier U, Heidenreich T: Die Liebowitz Soziale Angst-Skala (LSAS). In: *Collegium Internationale Psychiatriae Scalarum* (Hrsg.): *Internationale Skalen für Psychiatrie*. Weinheim: Beltz, 2003 (im Druck)
- Stangier U, Heidenreich T, Peitz M: Kognitive Verhaltenstherapie bei Sozialer Phobie - ein Behandlungsmanual. Weinheim, Beltz, 2003 (im Druck).
- Stangier U, Heidenreich T, Peitz M, Lauterbach W, Clark DM: Cognitive therapy for social phobia: individual versus group treatment. *Behav Res Ther* 2003 (in press).
- Wells A: *Cognitive therapy of anxiety disorders. A practice manual and conceptual guide*. Chichester, Wiley, 1997.
- Willutzki U, Neumann B, Haas H: Zur Psychotherapie sozialer Ängste: Was bringt die Ergänzung ressourcenorientierter Elemente zu einem kognitiv-verhaltenstherapeutischen Zugang? Ergebnisse zur Effektivität und zum therapeutischen Prozess. Vortrag auf dem 42. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Psychologie, Jena 24.-28.9.2000

Privatdozent Dr. Ulrich Stangier

Institut für Psychologie

J.W. Goethe-Universität Frankfurt

PF 111932 Fach 54

D-60054 Frankfurt

Tel. 069/798 28259 • FAX: 069/798 28110

E-Mail: stangier@psych.uni-frankfurt.de