

Vergleich der Einzeltherapie und des Gruppensettings bei der Behandlung von Sozialen Phobie

Betreuer: Iryna Struina

Abstrakt

Bislang haben nur wenige Studien die Effektivität der Einzel- und Gruppentherapie kognitiver Verhaltenstherapie bei Sozialen Phobien in der klinischen Praxis miteinander verglichen. Das mehrgliedrige Gruppensetting bietet gemeinsame Rollenspiel-Situationen und Gesellschaft von gleichartigen Personen mit Sozialen Phobien, aber bei der individuellen Behandlung werden nicht nur die sozialen Skills weiterentwickelt, sondern auch die hinter den negativen Gedanken steckenden persönlichen Lebensereignisse bearbeitet. Die Analyse der Fachliteratur hat aufgezeigt, dass beide Therapiebedingungen zu signifikanten Ergebnissen führen können. Von der ICBT-Gruppe ist eine größere Effektivität ausgegangen als von der GCBT, was die Überlegenheit der Einzeltherapie gegenüber dem Gruppensetting gezeigt hat. Um die Vorteile von ICBT und GCBT zu bewahren, kann eine Kombination von beiden benutzt werden: der Therapeut kann in der Einzeltherapie der Vorgeschichte der Patienten mit Sozialer Phobie tiefer nachgehen und der Patient kann sich mit seinen Befürchtungen in realen Lebenssituationen konfrontieren.

Schlüsselwörter auf Deutsch: Soziale Phobie. Kognitive Verhaltenstherapie nach Clark und Wells. Einzeltherapie. Gruppensetting. Kognitive Umstrukturierung.

Problemdarstellung

Fragestellung und Zielsetzung

Wir sind soziale Menschen, oft erleben wir soziale Situationen und von Zeit zu Zeit haben wir Angst vor alltäglichen sozialen Interaktionen. Im Fall einiger Personen gehen aber bestimmte soziale Situationen mit großer Angst und mit zahlreichen physikalischen Symptomen einher. Die Wissenschaft definiert diese psychische Krankheit als Soziale Phobie. Die dabei Betroffenen haben negative Gedanken, starke Befürchtungen und sie nehmen körperliche Veränderungen wahr, die so bedeutsam sein können, dass sie sich in den sozialen Interaktionen im Alltagsleben, im Privatleben und im Beruf sowie im öffentlichen Leben beeinträchtigt fühlen. Um dem entgegenwirken zu können, sind viele Theorien und daraus abgeleitet viele Therapieformen entstanden.

Menschen mit sozialer Phobie meiden gesellschaftliche Zusammenkünfte, da sie fürchten, Erwartungen anderer nicht zu erfüllen und auf Ablehnung stoßen zu können. Aber das bedeutet bei weitem nicht, dass sie keine guten kognitiven Fähigkeiten hätten. Man sollte die Behandlung von Personen mit Sozialer Phobie ernst nehmen, damit ihre Fähigkeiten und Potenzialen zugute der Interesse der Gesellschaft entdecken und benutzen zu können. Ist aber im Fall einer von Sozialer Phobie betroffenen Person die Gruppentherapie oder die Einzeltherapie wirksamer? Die soziale Phobie ist eine der am häufigsten vorkommenden psychologischen Krankheiten und wegen ihrer Anwesenheit im Leben von „normalen“ Menschen ist sie für niemanden ein unbekannter Begriff. Ziel meiner Arbeit ist es, die Vorteile und Nachteile der zwei Therapiearten unter die Lupe zu nehmen und dabei über ihre Wirksamkeit eine Beurteilung formieren zu können. Meinen Vermutungen nach setze ich voraus, dass es auf die Frage keine eindeutige Antwort gegeben kann, sondern dass dazu der Therapeut der Vorgeschichte der Patienten mit Sozialer Phobie tiefer nachgehen und auf die Persönlichkeit des Patienten Rücksicht nehmen muss.

Vorgehensweise

In dieser Arbeit stelle ich die Definition, die Epidemiologie und die Charakteristika der Sozialen Phobie dar und ich gehe auf die Therapiearten kurz ein. Den Schwerpunkt der Arbeit bildet die Untersuchung der Vor- und Nachteile der Einzel- und Gruppentherapie sowie die Beurteilungen ihrer Wirksamkeit. Dazu werden einige Studien und deren Ergebnisse ausführlicher gezeigt, um die Effizienz der beiden Therapiearten genauer begutachten zu können.

Haupttext

Was verstehen wir unter einer Sozialen Phobie?

Definition und Klassifikation der Sozialen Phobie

Die Soziale Phobie gehört zu dem Oberbegriff *phobischen Störungen* und ist darunter eine der am häufigsten vorkommenden. Die Soziale Phobie (oder Soziale Angststörungen) ist eine psychiatrische Krankheit, durch die der Patient in den sozialen Interaktionen und im Zentrum der Aufmerksamkeit dauerhaft irrationale Angst oder Befürchtungen fühlt. Die Erscheinung der Sozialen Phobie wurde bereits in der Antike durch Hippokrates beschrieben, sie wurde aber erst viel später in die psychische Klassifikation aufgenommen (Stangier, Clark & Ehlers, 2006). Erst im Jahr 1980 wurde die Soziale Phobie in das *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) der American Psychiatric Association (APA)* aufgenommen und erst im Jahr 1991 mit der zehnten Version des ICD-10 (*International Classification of Diseases and Causes of Death*) unter F40.1 klassifiziert (APA, 1980). Die Kriterien des Krankheitsbildes sind im DSM-IV detailliert beschrieben, deswegen wird häufig das DSM im Gegenteil zu dem ICD bevorzugt (Stangier, Clark & Ehlers, 2006).

Tabella 1: Diagnostische Kriterien für Soziale Phobie nach DSM-IV

Soziale Phobie (Soziale Angststörung) (DSM IV; 300.23)

A: Eine dauerhafte und übertriebene Angst vor einer oder mehreren sozialen oder Leistungssituationen, bei denen die Person mit unbekanntem Personen konfrontiert ist oder von anderen Personen beurteilt werden könnte. Die Person fürchtet, ein Verhalten (oder Angstsymptome) zu zeigen, das demütigend oder peinlich sein könnte.

Hinweis: Bei Kindern muss gewährleistet sein, dass das Kind über altersgemäße soziale Beziehungen mit vertrauten Personen verfügt. Die Angst tritt bei Gleichaltrigen und nicht nur bei Interaktionen mit Erwachsenen auf.

B: Die Konfrontation mit der gefürchteten Situation ruft fast immer eine unmittelbare Angstreaktion hervor, die das Erscheinungsbild eines situationsgebundenen oder eines situativ vorbereiteten Panikanfalls annehmen kann.

Hinweis: Bei Kindern kann sich die Angst in Form von Schreien, Wutanfällen, Gelähmtsein oder Zurückweichen von sozialen Situationen mit unvertrauten Personen ausdrücken.

C: Die Person sieht ein, dass die Angst übertrieben und unvernünftig ist.

Hinweis: Bei Kindern kann dieses Merkmal fehlen.

D: Die gefürchtete soziale oder Leistungssituation wird vermieden oder nur unter intensiver Angst oder Unbehagen ertragen.

E: Das Vermeidungsverhalten, die ängstliche Erwartungshaltung oder das Unbehagen in den gefürchteten sozialen oder Leistungssituationen beeinträchtigt deutlich die normale Lebensführung, schulische (oder berufliche) Funktionsfähigkeit oder soziale Aktivitäten oder Beziehungen, oder die Phobie verursacht erhebliches Leiden.

F: Bei Personen unter 18 Jahren hält die Phobie über mindestens sechs Monate an.

G: Die Angst oder das Vermeidungsverhalten wird nicht direkt durch physiologische Effekte einer Substanz (z.B. Drogenmissbrauch, Medikation) oder durch eine organische Erkrankung hervorgerufen und kann nicht besser durch eine andere Psychische Störung (z.B. Paniksyndrom mit oder ohne Agoraphobie, Trennungsangst, Dysmorphophobie, Tiefgreifende Entwicklungsstörung oder Schizoide Persönlichkeitsstörung) erklärt werden.

H: Falls eine organische Erkrankung oder eine andere psychische Störung vorliegt, so steht sie nicht in Zusammenhang mit dem Kriterium A beschriebenen Angst, z.B. nicht Angst vor Stottern oder Zittern bei einem Parkinson-Syndrom oder dem Zeigen von abnormen Essverhalten bei Anorexia nervosa oder Bulimia nervosa.

Spezifizieren Sie Generalisiert, falls die Angst fast alle sozialen Situationen umfasst.

In der Praxis ist aber die Soziale Phobie auch weiterhin sehr unterdiagnostiziert geblieben. Es ist nämlich sehr schwer zwischen der alltäglichen normalen Angst und der pathologischen sozialen Angst eine Abgrenzung festzulegen. Die Angst muss aber mindestens ein mittelmäßiges Ausmaß erreichen und damit die normale Angstgrenze überschritten werden, damit die soziale Angst als Störung definiert werden kann (Heidenreich & Stangier, 2003).

Wegen der hohen Komorbidität mit anderen psychischen Krankheiten ist es relativ schwer, die Eventualität einer vorliegenden Angststörung in Erwägung ziehen (Berghändler, Stieglitz & Vriends 2007). Deswegen ist es notwendig, die Diagnostik im Fall einer Sozialen Phobie nicht nur auf die Soziale Phobie an sich zu beschränken, sondern sie muss auf ein breiteres Spektrum potentiell verwandter Krankheitsbilder gerichtet werden (Heidenreich & Stangier, 2003).

Epidemiologie, Ätiologie und Verlauf des Störung

Die sozialen Ängste haben eine weite Verbreitung in der Allgemeinbevölkerung und sie zählen zu den häufigsten Angststörungen. Die Prävalenzraten liegen in den früheren Studien bei 1 bis 4%, in späteren Studien reichen sie von 7 bis 16%. Das Auftreten datiert sich auf die Kindheit oder Adoleszenz und liegt zwischen dem 10. und dem 17. Lebensjahr (Wittchen & Fehm, 2003). Die soziale Angst kann schon in den ersten Lebensjahren auftreten. Erst im Alter von 8 Jahren ist es jedoch möglich Soziale Phobie zu diagnostizieren, da das Kind typischerweise erst ab diesem Lebensalter mit den Lebenssituationen, in denen sich eine Soziale Phobie bemerkbar machen kann, konfrontiert wird (Stangier, Clark & Ehlers, 2006). Laut einiger epidemiologischen Studien haben die Frauen im Vergleich zu Männern (3;2) ein höheres Risiko von Sozialen Phobien betroffen zu sein (Wittchen & Fehm, 2003). Unterschiede in dem klinischen Bereich können trotzdem nicht aufgezeigt werden (Stangier, Clark & Ehlers, 2006).

Epidemiologische Studien weisen darauf hin, dass nur eine Minderheit der Patienten mit Sozialen Phobien eine dauerhafte Spontanremission erleben können. Der chronische Verlauf dauert im Durchschnitt 20 bis 30 Jahre (Stangier, Clark & Ehlers, 2006). In einer prospektiven Längsschnittstudie mit Jugendlichen wurde gezeigt, dass die Soziale Phobie mit der Zeit bei den meisten Jugendlichen eine Verschlechterung über die Zeit verursacht. Eine Spontanregression war nach einem Alter von 24 Jahren im Allgemeinen nicht mehr möglich (Wittchen & Fehm, 2003).

Charakteristika der Sozialen Phobie

Patienten mit Sozialen Phobien haben das Gefühl, dass die anderen die Aufmerksamkeit auf sie richten werden und dass ihre Angstreaktionen und Symptome von den anderen wahrnehmbar und auffällig sind und als peinlich bezeichnet werden (Stangier & Fydrich, 2002). Patienten mit Sozialen Phobien haben das Gefühl, dass die anderen die Aufmerksamkeit auf sie richten werden und dass ihre Angstreaktionen und Symptome für die anderen wahrnehmbar und auffällig sind und von ihnen als peinlich bezeichnet werden (Stangier & Fydrich, 2002). Die Patienten mit Sozialer Phobie weisen eine geänderte Selbstaufmerksamkeit auf und richten ihre Aufmerksamkeit

nicht nach außen, sondern nach innen und beschäftigen sich deshalb mehr mit ihren eigenen Gedanken, Gefühlen und Befürchtungen. Wegen der Konzentration darauf können die negativen Gedanken eine überdurchschnittliche Sensibilität oder Überempfindlichkeit gegenüber Kritik oder negativer Bewertung enthalten (Stangier & Fydrich, 2002).

Die Personen mit Sozialen Phobien führen verschiedenes individuelles Sicherheitsverhalten durch, um unauffälliger wirken zu können, um Blamage und negative Beurteilung des anderen zu vermeiden (Stangier, Clark & Ehlers, 2006). In der Realität fallen die Personen mit Sozialen Phobien aber auch ohne Sicherheitsverhalten weniger auf (Clark & Wells, 1995). Zentrales Merkmal von Sozialen Phobien sind auch körperliche Symptome, z.B. Erröten, Schwitzen oder Zittern (Stangier, Clark & Ehlers, 2006). Diese körperlichen Merkmale werden von der Person mit einer Sozialen Phobie als intensiv erlebt und sie werden die negativen Gedanken über sich selbst bestätigen und dadurch wieder zu Scham und Angst führen. Dadurch werden die körperlichen Symptome noch intensiver auftreten und erlebt werden. Die dadurch erhöhte Interozeption richtet die Aufmerksamkeit nach innen anstatt nach außen und führt zu konstant negativen Gedanken und einer negativen Selbstperzeption (Stangier & Fydrich, 2002).

Erklärungsmodelle

Zur die Soziale Phobie gibt es verschiedene Erklärungsmodelle, nach denen man über die Entstehung und Aufrechterhaltung der Störung verschiedene Erklärungen formulieren kann. Nach der *lerntheoretischen Perspektive* (meistens die *Konditionierungstheorien*) ist der spontane Gefühlsausdruck verhindert und somit für die Entwicklung der Sozialen Phobie verantwortlich. *Die Sozialen Kompetenzdefizitmodelle* setzen voraus, dass die Personen mit einer Sozialen Phobie primäre soziale Defizite aufweisen können, mit denen sie in den sozialen Situationen nicht zurechtkommen können. *Die Bindungstheoretischen Ansätze* nehmen an, dass die Ursachen für eine Soziale Phobie in frühkindlichen Bindungserfahrungen zu suchen sind. *Interpersonellen Theorien* und die *psychodynamischen Ansätze* bedienen sich ebenfalls diesen Erklärungen. In den *entwicklungspsychologischen Theorien* spielen die erbliche Disposition eine wichtige Rolle. In den *neurobiologischen Theorien* spielen hingegen neuronale Schaltkreise eine wichtige Rolle (Heidenreich & Stangier, 2003). Nach den kognitiven Theorien bewerten sich die Menschen selbst als unzureichend. Diese Therapie beschäftigt sich mit den negativen Gedanken der Patienten, wobei die kognitive Umstrukturierung und der Sokratische Dialog wichtige Bestandteile der Therapie bilden.

Behandlungsmöglichkeiten nichtmedikamentöser und medikamentöser Art

Für die Behandlung von Sozialen Phobien können sowohl psychopharmatologische als auch psychotherapeutische Strategien angewendet werden. Beide Strategien können aber in der klinischen Praxis miteinander kombiniert werden. Die für die Behandlung der Sozialen Phobie verwendeten Medikamente sind MAOIs, RIMAs, selektive serotonin reuptake inhibitors (SSRIs), serotonin norepinephrine reuptake inhibitors

(SNRIs), Benzodiazepinen und Beta (adrenerg) Blocker. Trotz des geprüften Erfolges von MAOIs haben jedoch ihre Nebeneffekte zur Suche nach neuen Alternativen geführt. Diese Alternative waren die RIMAs (die reversible MAOIs), die in der Gegenwart in der Anfangsphase von Sozialen Phobien angewendet werden. Die SSRIs sind auch in der Anfangsphase von Sozialen Phobien besonders empfehlenswert. Insofern es nicht über eine generalisierte Soziale Phobie geht, ist aber die ständige Einnahme von SSRI/SNRI oder vergleichbaren Medikamenten nicht notwendig (Belzer, PhD, McKee & Liebowitz (2005).

Die Soziale Phobie kann innerhalb einer Verhaltenstherapie, einer kognitiven Therapie oder in einer kombinierten Therapie in der sogenannten kognitiven Verhaltenstherapie (cognitive- behavioral therapies: CBT) behandelt werden. Die klassische Verhaltenstherapie fokussiert sich auf die Probleme und Skill-Defizite. Das Ziel der Therapie ist es, dem Patienten verschiedene Strategien und Methoden an die Hand zu geben, die seine schwach ausgebildeten Skills kompensieren können um die gefährlichen sozialen Situation bewältigen zu können. Die kognitive Therapie stellt die negativen Gedanken und maladaptive Überzeugungen in den Mittelpunkt. Im Rahmen der kognitiven Therapie erlernt der Patient, auf seine automatisch negativen Gedanken aufmerksam zu werden. Durch kognitive Umstrukturierung soll der Patient seine Gedanken als Hypothesen behandeln und als solche ihre Evidenz überlegen. Nach der Überprüfung von negativen Gedanken soll das Potential zu negativem Gedankengut verringert werden (Belzer, PhD, McKee & Liebowitz (2005).

Die meisten Studien haben die Effektivität der kognitiven Verhaltenstherapie erwiesen. In einer Metaanalyse führten Acarturk, Cuijpers, van Straten und de Graaf (2009) eine Nachprüfung durch, die 30 Studien mit 1628 Erwachsenen zwischen dem Lebensalter von 18 und 65 umfasste. Fast alle in die Untersuchung aufgenommenen psychologischen Studien betrafen die kognitive Verhaltenstherapie. Eine andere Metaanalyse von Segool (2008) und Carlson umfasst 14 Studien mit 332 Teilnehmern mit Sozialer Phobie zwischen dem Lebensalter von 5 und 19, die die Effektivität der kognitiven Verhaltenstherapie und die des Selektiven Serotonin Reuptake Inhibitor (SSRI) gezeigt haben (Hunsley, Elliott & Therrien, 2013).

Vergleich von Gruppentherapie und Einzeltherapie

Beschreibung der kognitiven Verhaltenstherapie im Einzeltherapie

Die kognitive Verhaltenstherapie ist vor allem eine Einzeltherapie. Sie ist zeitlich beschränkt, gegenwartsorientiert und ihr Ziel ist es, den Patienten angemessene kognitive und verhaltensorientierte Fähigkeiten beizubringen, damit sie in ihren inter- und intrapersonellen Tätigkeiten alleine zurechtkommen können (Heimberg, 2002). In der klassischen kognitiv-verhaltenstherapeutischen Behandlung werden Elemente aus beiden, der kognitiven und der verhaltensorientierten Therapie einbezogen. Die Entspannungstechniken, Expositionen und die kognitive Umstrukturierung sowie ihre Kombinationsmöglichkeiten werden hierbei verwendet (Heidenreich & Stangier, 2003).

Heimberg (2002) hat in seiner Studie die vier Komponenten der kognitiven Verhaltenstherapie beschrieben. Diese beinhaltet die Phasen von Exposition, kognitiver Umstrukturierung, Relaxation Training und das Social Skills Training. In der Expositionsphase stellt der Patient mit Hilfe des Therapeuten eine Liste der Rangfolge der Ängste des Patienten auf, mit denen der Patient sich während der Imagination in der Rollenspielen und außerhalb der Therapie in realen Lebenssituationen konfrontieren soll. Der Patient soll sich in diese Situationen einfühlen, aber er soll seine Aufmerksamkeit nicht auf die Details der Angst auslösenden Situation richten. Die Relaxation Trainings helfen dem Patienten bei der Wahrnehmung seiner Körpergefühle. Er soll erfahren, wie sich der Unterschied z.B. beim Muskeltraining zwischen einem gestressten Muskelzustand und einem ruhigen, relaxten „normalen“ Muskelzustand anfühlt. Dazu kommen noch verschiedene psychologische Retrainings, wie Atmungsübungen und progressive Muskelentspannungen. Im Social Skills Training geht die Theorie davon aus, dass die Patienten mit besseren sozialen Fähigkeiten besser mit den menschlichen sozialen Situationen umgehen können. Die Kausalität steht aber hier mindestens in der Frage, ob der Patient wegen seiner Persönlichkeit für die unangemessen handelnden sozialen Situationen anfälliger ist oder ebenso wegen der Sozialen Phobie benimmt er in den sozialen Situationen nicht unbegabt((Der Satz ist völlig falsch formuliert! Sinn aber leider unverständlich!)). Die Beschaffung sozialer Kompetenzen kann aber dabei hilfreich sein, weil der Patient dabei erlernen kann, wie er ein Gespräch ohne peinliche Pausen aufrechterhalten kann oder wie er mit seinen Blickkontakten zu den anderen umgehen kann.

Kognitive Verhaltenstherapie nach Clark und Wells

In der kognitiven Verhaltenstherapie wird das Modell nach Clark und Wells (1995) von Therapeut und Patient gemeinsam erarbeitet, wonach die negativen Gedanken, Angstsymptome, Sicherheitssymptome und der Eindruck des von außen sehbaren Selbst erfasst werden sollen. (Stangier, Clark & Ehlers, 2006). Nach diesem Modell bekommen nicht nur die Entstehungsformen, sondern auch die Ursachen der Aufrechterhaltung eine wichtige Rolle. Nach dem Modell von Clark und Wells (1995) haben die in den sozialen Situationen automatisch entstehenden negativen Gedanken drei direkte Auswirkungen: (1) sie führen zu dem bereits oben genannten Sicherheitsverhalten; (2) sie führen zu einer erhöhten Selbstaufmerksamkeit des Selbst; (3) und sie führen zu körperlichen Symptomen, die nachträgliche Verarbeitungsprozesse benötigen. Der größte Vorteil des Modells ist die Komplexität, wonach die Elemente miteinander interagieren und sich gegenseitig aufrechterhalten können (Heidenreich & Stangier, 2003).

Die Therapie nach dem Modell nach Clark und Wells (1995) besteht aus fünf Phasen. In der ersten Phase geht es um die Ableitung eines individuellen Modells mithilfe eines Flipcharts, wodurch der Patient seine Modellelemente wie seine Gedanken, Angstsymptome, sein Sicherheitsverhalten und seine Selbstaufmerksamkeit in einer gut beobachtbaren Struktur sehen kann. Die zweite Phase befasst sich mit der Vorbereitung auf Expositionen. In dem Modell von Clark und Wells ist es wichtig, dass es nicht

nur auf die Konfrontation mit der Angst auslösenden Situation, sondern auch auf die dahinter steckende Sicherheits-verhaltensform fokussiert. Die Videoaufnahme spielt dabei eine wichtige Rolle, weil der Patient auf seine Verhaltensweise von außen sehen kann. Hierbei werden verschiedene Rollenspielsituationen mit oder ohne Sicherheitsverhalten durchgeführt, wodurch der Patient ein Selbsterlebnis darüber bekommen kann, wie es in der Realität wäre, wenn er sein Sicherheitsverhalten weglassen würde. Diese kleinen Rollenspiele sollen in der dritten Phase Verhaltensexperimente (in vivo) durchgeführt werden. Der Patient soll alleine im Alltagsleben Angst auslösende Situationen aufsuchen. Danach sollte er versuchen, die in der Therapie erlernten Verhaltensformen in dieser Alltagssituation anzuwenden. In der vierten Phase geht es um die kognitive Umstrukturierung, wobei das Ziel hierbei ist die negativen Gedanken zusammenzufassen und zu modifizieren. Hierzu werden Tagebücher verwendet, worin der Patient seine Ereignisse und die damit verbundenen automatischen negativen Gedanken erfassen kann. Es ist wichtig, Fragebogen und „objektive“ Skalen während der Sitzungen zu benutzen, weil dadurch der Patient seine Verhaltensweisen und seine Beurteilungen genauer sehen kann. Er muss sein Verhalten dadurch nicht immer im unvoreilhaftesten Blickwinkel betrachten. In der fünften Phase wird die Therapie geschlossen und es werden die sogenannten „Booster Sessions“ vereinbart. Die Booster Sitzungen gehen darüber, dass der Therapeut den Zustand des Patienten nach der Therapie in weiteren Sitzungen verfolgen kann. Es ist deswegen nützlich, weil so zum einen Rückfälle effektiv vermieden werden können und dem Patienten zum anderen bei der Auffrischung der Inhalte der Therapie geholfen wird. (Heidenreich & Stangier, 2003).

Einer der wichtigsten Bestandteile der Therapie von Sozialer Phobie bildet die Therapeut-Patient-Beziehung, weil die Beziehung zwischen dem Therapeut und dem Klient auch im weitesten Sinne eine soziale Situation darstellt. Hierdurch kann der Kontakt zum Therapeuten Angst vor Abwertung und Sicherheitsverhalten auslösen. Demzufolge würde sich der Patient zurückziehen oder sich sogar kritisch benehmen. In diesem Fall ist es besonders wichtig, dass diese Merkmale von dem Therapeuten wahrgenommen werden und dementsprechend angemessen behandelt werden sollen. Außerdem ist es im Vergleich zu den anderen Therapien empfehlenswert, das übliche Therapeutenverhalten wie explizite Äußerungen von Wertschätzung, zugewandte Körperhaltung und intensive Blickkontakte in der Behandlung einer Person mit Sozialer Phobie zu vermeiden. In der Therapie von Sozialer Phobie entsteht die Gefahr, dass der Therapeut als allwissend erscheint und dadurch zu der zu niedrigen Wertschätzung des Klienten beiträgt. In diesem Fall sollte der Therapeut von Anfang an bewusst darauf achten, eine ausgewogene Rollenverteilung zu gestalten. Durch einen sachlichen Interaktionsstil und durch die Methode des geleiteten Entdeckens können die Befürchtungen der Patienten vermieden werden (Stangier, Clark & Ehlers, 2006).

Beschreibung der kognitiven Verhaltenstherapie im Gruppensetting

Die Gruppentherapie bietet für Personen mit einer Sozialen Phobie die Möglichkeit, sich mit ihren Angst auslösenden Situationen nicht innerhalb einer Einzeltherapie,

sondern innerhalb einer mehrgliedrigen Gruppentherapie zu konfrontieren. Die kognitive Verhaltenstherapie im Gruppensetting dauert im Allgemeinen 12 Wochen lang und jede Sitzung umfasst ungefähr 2,5 Stunden. In den ersten zwei Sitzungen bekommen die Patienten die Grundlagen und Instruktionen für die Exposition und für die kognitive Umstrukturierung. Damit verbunden bekommen sie dazu Übungen als Hausaufgabe. Danach hilft der Therapeut den Patienten dabei, dass sie ihre individuellen Ängste in gemeinsamen Rollenspiel-Situationen zum Ausdruck bringen können (Heimberg, 2002).

In einer Gruppentherapie müssen einige Kriterien berücksichtigt werden. Vor allem ist hier die Gruppengestaltung gemeint: Die Gruppen sollen mit Rücksicht auf Gender, Lebensalter und den Schweregrad der Sozialen Phobie ausgeglichen sein. Die Patienten haben nämlich eventuell andere Krankheiten (Komorbidität) oder verfügen über zu unterschiedliche Persönlichkeitsmerkmale, was im schlimmsten Fall sogar zu Wut und/oder Aggressionen führen kann, was natürlich den Erfolg der Gruppensession untergräbt. Die ideale Teilnehmerzahl sind ungefähr sechs Leute, wobei es empfehlenswert ist, zwei Therapeuten dabeizuhaben (Ito et al, 2008).

Die kognitive Verhaltenstherapie in Gruppensettings (group cognitive behavioral therapy (GCBT)) kann die besten empirischen Ergebnisse für die Effektivität der Behandlung von Sozialer Phobie aufzeigen (Butler et al., 1991; Davidson et al., 2004; Heimberg, 1991; Hofmann & Bögels, 2006; Hofmann & Scepkowski, 2006; Hope et al., 2010; Piet et al., 2010, zitiert: Davis, 2012). In der Studie von Heimberg et al (1993) wurde der langfristige Erfolg bei Patienten mit Sozialer Phobie nach 4.5 und 5.25 Jahre untersucht. In der Studie wurden die Patienten mit Sozialer Phobie aufgrund der Therapiearten kognitive Verhaltenstherapie im Gruppensetting und alternative Therapie miteinander verglichen. Nach dem Ergebnis haben die Patienten mit GCBT-Behandlung nicht nur weniger Angst gezeigt als die alternative Behandlungsgruppe, sondern sie haben näher zur absoluten Norm gestanden (Hemberg, 1993).

Schluss

Diskussion positiver und negativer Aspekte

Die kognitive Verhaltenstherapie gehört zu den wirksamsten Therapieformen bei der Behandlung von Sozialer Phobie und führt am häufigsten zu einem Therapieerfolg und einer wieder ausgewogenen Lebensqualität der Patienten. Es ist aber weiterhin fraglich, ob die Einzeltherapie oder das Gruppensetting wirksamer sind oder ob man in dieser Frage verallgemeinern darf. Nach den bisher untersuchten Studien wird behauptet, dass die Wirksamkeit unter beiden Therapiebedingungen vorhanden war und dass beide Therapiebedingungen zu signifikanten Ergebnissen geführt haben. Die Studien haben aber auch die Überlegenheit der Einzeltherapie gegenüber dem Gruppensetting gezeigt. Welche Ursachen und Einflussfaktoren können sich hinter den Ergebnissen verstecken?

Stangier (2003) hat nach dem Modell von Heimberg und nach dem von Clark & Wells einen Vergleich dargestellt. Obwohl beide Modelle sowohl unter Einzeltherapie als

auch unter Gruppensetting vorstellbar sind, ist das Modell nach Clark und Wells eher auf die Einzeltherapie fokussiert, während das Heimbergs Modell auf die Gruppentherapie gerichtet ist. Die wesentlichen Unterschiede sind in der Therapiedauer und in dem Therapieaufbau zu sehen. Das Gruppensetting umfasst mindestens 2 Stunden und die ganze Therapie dauert durchschnittlich 12 Wochen lang, im Gegensatz zur Einzeltherapie, die während des Therapieablaufs nur 16 Sitzungen mit durchschnittlich einstündigen Sitzungen beinhaltet. Die erste Phase der beiden Therapiebedingungen beginnt mit der Modellableitung, aber bei dem Gruppensetting kommt danach gleich die kognitive Umstrukturierung, gefolgt von den Expositionen in Rollenspielen und von den selbst angeleiteten Expositionen in Hausaufgaben. Bei der Einzeltherapie kommen nach der Modellableitung zunächst die kognitiven Vorbereitungen, wobei die Zusammenhänge zwischen Selbstaufmerksamkeit, negativen Gedanken und durchgeführtem Sicherheitsverhalten durch Rollenspiele beleuchtet werden. Ab der fünften Sitzung folgen die Rollenspiele, die realen In-Vivo-Verhaltensexperimente und die außerhalb der Therapie durchzuführenden Hausaufgaben bezüglich verschiedener Angst auslösender Situationen. Zu den praxisorientierten Aufgaben kommt in der Einzeltherapie die kognitive Umstrukturierung. Es ist außerdem beachtenswert, dass die Patienten nur bei der Einzeltherapie sich durch selbst geschriebene Tagebücher und am Ende durch Booster-Sitzungen auf die Bewältigung vorbereiten, um Rückfälle zu vermeiden.

Tabelle 2: Vergleich von Heimbergs kognitiv-behavioralem Gruppenprogramm und dem kognitiven Therapieprogramm von Clark und Wells (Stangier, 2003)

	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

Ergebnis

Die Wirksamkeit der GCBT und der kognitiven Verhaltenstherapie im Einzelsetting (individual cognitive behavioral therapy: ICBT)) haben Stangier und Mitarbeiter (2003) untersucht. Sie haben drei Gruppen geformt, die GCBT, die ICBT und die Warte-Liste-Gruppe, die bis jetzt keine Behandlung bekommen haben. Alle Teilnehmer haben während der 15 Wochen eine 12-wöchige GCBT oder 15 ICBT-Therapiestunden bekommen. Von der ICBT-Gruppe ist eine größere Effektivität ausgegangen als von der GCBT, die nur eine mittlere Effektstärke aufweisen konnte. Nach der Behandlung haben nur 50% der ICBT- Patienten den Kriterien von Sozialer Phobie nach DSM-IV

entsprochen, bis diese Prozentanzahl bei den GCBT-Patienten 13,6% war (Stangier et al, 2003).

Die Resultate zeigen eindeutig die Überlegenheit der Einzeltherapie gegenüber dem Gruppensetting. Eine mögliche Erklärung für die Einzeltherapie könnte darin liegen, dass die individuelle Form eine vorteilhafte Möglichkeit für die Patienten bieten kann, ihre individuellen und idiosynkratischen Verhaltensweisen, Strategien und Gedanken zu bearbeiten und deren Therapie zu fördern. In dieser Art von Setting kann nämlich die Aufmerksamkeitsprozesse und das individuelle Sicherheitsverhalten genauer eingegangen werden, und daraus können die Patienten mehr profitieren (Stangier, 2003). Bei der individuellen Behandlung gibt es mehr Möglichkeiten, nicht nur die sozialen Skills weiterzuentwickeln, sondern die hinter den negativen Gedanken steckenden persönlichen Lebensereignisse zu verarbeiten und zu behandeln. Dafür sind die Gruppensitzungen nicht oder nur wenig geeignet.

Die CBT wurde von Anfang an in den westlichen Kulturen verwendet. Mit Bezug auf die einzelnen westlichen Kulturen und auf die kollektiven östlichen Kulturen haben Yoshinga et al. (2013) eine Studie über die Verwendbarkeit der CBT durchgeführt. Yoshinga hat nach einer 14-wöchigen CBT-Therapie vor, zwischen und nach der Therapie mit dem Liebowitz Social Anxiety Scale (LSAS) die Zustände der Patienten erfasst. 73% der Patienten haben auf die CBT reagiert, und bei 40% der Patienten waren die Kriterien von Sozialer Phobie nicht mehr anzutreffen. Nach dieser Studie können die CBT unabhängig von dem kulturellen Unterschied frei verwendet werden.

In der Gruppentherapie kann aber auch weiterhin eine leichtere Simulation von Rollenspielen erfolgen, wobei die Patienten eine unmittelbare und direkte Rückmeldung bekommen. Außerdem bekommen die Teilnehmer und die Beobachter mit Sozialer Phobie durch Modelllernen und Unterstützung von den anderen eine gute Motivation und Begeisterung (Stangier et al. 2003). Sie fühlen sich nicht allein und dabei können sie sich selbst wahrscheinlich besser akzeptieren.

Wenn wir die Vorteile von ICBT und GCBT bewahren möchten, können wir nach Stangier (2003) deren kombinierte Art benutzen. Deren Nachteil ist die schwierige Organisation, aber in regelmäßigen Sitzungen können diese Probleme gelöst werden.

Literaturverzeichnis

- Acarturk C, Cuijpers P, van Straten A, de Graaf R. (2009). Psychological treatment of social anxiety disorder: a meta-analysis. *Psychological Medicine*, 39(2), 241-254.
- American Psychiatric Association (Ed.). (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, Fourth edition (DSM-IV)*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Belzer K. D., McKee, M. B., & Liebowitz, M. R. (2005). Social Anxiety Disorder: Current Perspectives on Diagnosis and Treatment. *Primary Psychiatry*, 12(11), 35-38.
- Berghändler, T., Stieglitz, R.T. & Vriends, N. (2007). Die Soziale Phobie: Ätiologie, Diagnostik und Behandlung Psychosomatik, *Klinik Gais AR Schweiz Med Forum*, 7, 225-230.
- Clark, D.M. & Wells, A. (1995). A cognitive model of social phobia. In R.G. Heimberg,

M. Liebowitz, D. Hope & F. Schneier (Eds.). *Social Phobia: Diagnosis, assessment, and treatment*. New York: Guilford, 69–93.

- Davis, M.A. (2012). Literature Review on Counseling Groups for Social Phobia. *Graduate Journal of Counseling Psychology*. Volume 3. Issue 1. Article 1.
- Heidenreich, T. & Stangier, U. (2003). Soziale Phobie: Grundlagen und neue Entwicklungen kognitiver Verhaltenstherapie. *Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis*, 35 (3), 499–515.
- Helmberg, R.G., Salzman D.G., Holt, C.S. & Blendell, K.A. (1993). Cognitive Behavioral Group Treatment for Social Phobia: Effectiveness at Five-Year Followup. *Cognitive Therapy and Research*, Vol.17, No.4.
- Ito L. M., Roso M. C.; Tiwari S., Kendall P.C., Asbahr F.R. (2008). Cognitive-behavioral therapy in social phobia. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 30(2), 96-101.
- Mitte, K., Stangier, U. & Heidenreich, T. (2007). *Diagnostik der Sozialen Phobie*. Göttingen: Hogrefe.
- Reinecker, H. (1993). Phobien: Agoraphobien, soziale und spezifische Phobien. Göttingen: Hogrefe. 86-111
- Shafar, S. (1976). Aspects of phobic illness – a study of 90 personal cases. *British Journal of Medical Psychology*, 49, 221–236.
- Stangier, U., Clark D. M. & Ehlers, A. (2006). *Soziale Phobie*. Göttingen: Hogrefe.
- Stangier, U., & Fydrich T. (2002). *Soziale Phobie und Soziale Angststörung*. Göttingen: Hogrefe. 1-34.
- 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.
- Stein, M. B., Walker, J. & Forde, D. (1994). Setting thresholds for Social Phobia. *American Journal of Psychiatry*, 15, 408–412.
- Wittchen HU, Fehm L. (2003). Epidemiology and natural course of social fears and social phobia. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 108, 417, 4–18.

Abstrakt Auf Englisch

Only few studies have compared the effectiveness of individual and group therapy in the cognitive behavioral therapy for social phobia in the clinical practice. The group cognitive behavioral therapy provides common role-playing situations and company of similar types of people with social phobias, but in the individual treatment not only the social skills could be developed but also the negative thoughts behind personal life events could be handled. The analysis of the technical literature has shown that both treatment conditions can lead to significant results. From the ICBT group a greater effect can be expected than the group of GCBT, which shows the superiority of the ICBT therapy over the GCBT one. In order to unite the advantages of ICBT and GCBT the combined type of thereof needs to be used: the therapist can engage the history of the patient with social phobia deeper in the individual therapy and the patient can confront his fears in the real life.

Schlüsselwörter auf Englisch: Social phobia (SP). Cognitive behavioral therapy (CBT) using the Clark & Wells model. Individual cognitive behavioral therapy (ICBT). Group cognitive behavioral therapy (GCBT). Cognitive restructuring (CR).

Absztrakt

A szociális fóbia betegségének kezelésében a kognitív viselkedésterápia egyéni és csoportos terápiájának hatékonyságbeli különbségeit eddig kevés tanulmány kutatta. A többszemélyes csoportos terápia aktívabb, közös szerepjáték szituációkat és szociális fóbiában szenvedők társaságát kínálja fel, míg az individuális kezelésben a betegség mögött rejtőző személyes életesemények kerülnek átdolgozásra, a szociális skillek fejlesztő gyakorlatai mellett. A szakirodalom mindkét terápiafajta effektív hatását kimutatta, az egyéni terápiától azonban nagyobb hatékonysági fok várható el, mint a csoportterápiától. Az egyéni és csoportos terápia előnyeinek megőrzése céljából lehetséges a két terápiafajta kombinációja is: az egyéni terápiák a szociális fóbia mélyebb feldolgozására, a csoportos ülések pedig páciens a félelmeivel a reális élethelyzetekben való konfrontálódására biztosítanak lehetőséget.

Kulcsszavak: szociális fóbia, kognitív viselkedésterápia Clark és Wells modell szerint, egyéni terápia, csoportos terápia, kognitív átstrukturálás

