

Zur Psychotherapie sozialer Ängste: Kognitive Verhaltenstherapie im Vergleich zu einem kombiniert ressourcenorientierten Vorgehen

Eine randomisierte kontrollierte Interventionsstudie

Ulrike Willutzki, Barbara Neumann, Hilde Haas, Christoph Koban und Dietmar Schulte

Ruhr-Universität Bochum

Zusammenfassung. Theoretischer Hintergrund: Im Rahmen einer Interpretation sozialer Ängste als Handlungsregulationsproblem wird die Relevanz von Ressourcen in der Psychotherapie herausgearbeitet. **Fragestellung:** Kann das Therapieangebot für Patienten mit sozialen Ängsten durch Fokussierung der Ressourcen der Person verbessert werden? **Methode:** In einer randomisierten kontrollierten Interventionsstudie für 83 Patienten mit sozialen Ängsten wird ein kombiniert kognitiv-verhaltenstherapeutisch/ressourcenorientiertes Vorgehen (KROT) mit einem fokal kognitiv-verhaltenstherapeutischen Angebot (KVT) verglichen. **Ergebnisse:** Bei insgesamt im Vergleich zu anderen Therapiestudien befriedigenden Ergebnissen profitiert die KROT-Gruppe sowohl auf der Ebene der sozialphobischen Symptomatik wie auch der psychischen Belastung stärker. Dies schlägt sich in höheren Effektstärken nieder (für die sozialphobische Symptomatik: KVT = .86, KROT = 1.39; psychische Belastung insgesamt: KVT = .84, KROT = 1.18).

Schlussfolgerungen: Der Therapieerfolg bei sozialer Phobie kann durch die Kombination kognitiv-verhaltenstherapeutischer Ansätze mit ressourcenorientierten Elementen verbessert werden

Schlüsselwörter: Soziale Phobie, Ressourcenorientierung, Kognitive Verhaltenstherapie, systemische Therapie

Psychotherapy for social phobia: cognitive behavioral therapy in comparison to a combined resource-oriented approach. A randomized controlled interventional trial

Abstract. Background: On the basis of interpreting social phobia as an action regulation problem the relevance of resources in psychotherapy is delineated. **Objective:** Can psychotherapy for patients with social phobia be improved by focusing on the patients' resources? **Method:** In a randomized controlled trial involving 83 patients with social phobia a combined resource-oriented plus cognitive-behavioral approach (KROT) was compared with a focally cognitive-behavioral treatment (KVT). **Results:** While results are altogether satisfactory, the KROT group profited more concerning social phobic symptomatology and general impairment; this is reflected in higher effect sizes (for social phobic symptoms KVT .86 vs. KROT 1.39; general impairment KVT .84 vs. KROT 1.18). **Conclusions:** Therapy outcome for social phobics can be improved by combining a cognitive-behavioral approach with resource-oriented methods.

Key words: social phobia, resource orientation, cognitive behaviour therapy, systemic therapy

In der Psychotherapieforschung wird zunehmend gefordert, die Ressourcen von Patienten als zentrales Wirkprinzip therapeutischen Handelns stärker zu berücksichtigen, um dadurch bestehende Therapieangebote zu verbessern (Kanfer, Reinecker & Schmelzer, 1991; Grawe, 1998; Grawe & Grawe-Gerber, 1999; Schulte, 1996; von

Schlippe & Schweitzer, 1996). Während Grawe (1997) die Stärken kognitiv-verhaltenstherapeutischer Ansätze eher bei der Problembearbeitung (z. B. der Problemaktivierung und Problembewältigung) sieht, seien für die Ressourcenorientierung vor allem im systemtherapeutischen Kontext entwickelte Heuristiken relevant. Ausgehend von diesen Postulaten wurde in einer kontrollierten Therapiestudie untersucht, inwieweit das Therapieangebot für Patienten mit sozialen Ängsten durch prononcierte Ausrichtung auf die Ressourcen der Person weiterentwickelt werden kann.

Die hier berichtete Studie entstand in einem dreijährigen, von der DFG geförderten Forschungsprojekt (Wi 1106-6-1 bzw. Wi 1106-6-2) zur „Ressourcenorientierung in der Psychotherapie“.

In der Literatur findet sich meist eine dispositionelle Definition von Ressourcen, nach der bestimmte Eigenschaften oder Fertigkeiten der Person (wie z. B. Optimismus; Carver & Scheier, 1985) pauschal als Ressourcen qualifiziert werden (vgl. Willutzki, 2000a). Hier wird dagegen eine Perspektive vertreten, bei der die Funktionalität von Person- und Umweltmerkmalen für bestimmte Aufgaben bzw. Personen entscheidend ist. Aus sozialpsychologischer Perspektive explizieren Gutscher, Hornung und Flury-Kleubler (1998) diese Position im „Transaktionspotentialmodell“: Sie verstehen die Optionen eines Individuums bzw. der Umwelt als „Transaktionspotentiale“, d. h. als Möglichkeiten zum Energie- bzw. Stofffluss zwischen Individuum und Umwelt. Ob die jeweiligen Transaktionspotentiale als Ressourcen oder Stressoren angesehen werden können, hängt letztlich vom Ergebnis der jeweiligen Transaktion ab: Treten dabei lebenserhaltende bzw. -verbessernde Effekte auf, so sind die Potentiale als Ressourcen zu betrachten; ist das Ergebnis eher leibenseinschränkend oder -belastend, stellen die jeweiligen Potentiale Stressoren dar. Ressourcen lassen sich demnach nicht als „Dinge“ oder Entitäten verstehen: Wesentlich für ihre Identifikation ist, dass das jeweilige Merkmal von Patient und/oder Therapeut a) positiv bewertet und b) als von der Person selbst nutzbar angesehen wird.

Auf der inhaltlichen Ebene wird unterschieden zwischen *externen*, *interpersonellen* und *intrapersonellen Ressourcen*. *Externe Ressourcen* können alle natürlichen, sozialen und technischen Hilfsmittel bzw. Helfer in der Umwelt sein – in der Psychotherapie insbesondere die Therapiebeziehung, aber auch sozioökonomischer Status. *Relationale oder interpersonelle Ressourcen* können z. B. Beziehungsmuster und -charakteristika darstellen, die Pathologie und Destruktivität in sozialen Beziehungen begrenzen (z. B. Verlässlichkeit oder die Fähigkeit, Verletzungen wiedergutzumachen). *Interne oder intrapersonelle Ressourcen* werden als „habitualisierte, d. h. situationskonstante, aber zugleich flexibel gesundheitserhaltende und wiederherstellende Handlungsmuster sowie kognitive Überzeugungssysteme der Person“ charakterisiert (Kraft, Udris, Musmann & Muheim, 1994, S. 219). Prinzipiell können dies Persönlichkeitsvariablen, persönliche Fähigkeiten und Fertigkeiten der Person sein (Willutzki, 2000a). Externe Ressourcen stellen Rahmenbedingungen für die Entwicklung der für die Handlungssteuerung letztlich relevanteren intrapersonellen Ressourcen dar.

Die Wirkweise eines ressourcenorientierten Vorgehens lässt sich herausarbeiten, indem soziale Ängste als Handlungsregulationsproblem rekonstruiert werden (vgl. Wittchen, 1987; de Jong-Meyer & Engberding, 1996). Im Handlungsregulationsprozess wird unterschieden zwischen der Motivationsphase, die durch die Intentionsbildung abgeschlossen wird, und der Volitionsphase, in der die Handlung geplant und umgesetzt wird (Heckhausen, 1987). Die Motivationsphase spielt bei unerwarteten Ereignissen, Situationen fraglicher Günstigkeit oder neu aufgetauchten Problemen (um die es sich bei sozialen

Ängsten aus Sicht der Person fraglos handelt) eine wichtige Rolle. Wie z. B. Gollwitzer (1993) zeigen konnte, wägen Personen hier nicht systematisch ab, sondern beschäftigen sich am Anfang vor allem mit Gründen gegen eine Intention (im Sinne einer ‚advocatus diaboli‘- oder Gegenredephase). Erst anschließend werden negative Folgen einer Unterlassung und schließlich positive Aspekte der Handlung bedacht. Hierbei wirken sich die Voreingenommenheiten bei sozialen Ängsten ungünstig aus: Im Vergleich zu Kontrollpersonen lenken soziale Phobiker die Aufmerksamkeit habituell stärker auf die Wahrnehmung von Worten, die für soziale Bewertungen relevant sind (Heinrichs & Hofmann, 2000), negative interpersonelle Reaktionen werden besser erinnert (Foa, Gilboa-Schechtman, Amir & Freshman, 2000) und die Wahrscheinlichkeit einer negativen sozialen Situation als wesentlich höher geschätzt (Clark & Ehlers, 2002; Lucock & Salkovskis, 1988).

Besonders wichtig ist in der Motivationsphase die Kompetenzerwartung (Bandura, 1997; Heckhausen, 1987): Je mehr die Person überzeugt ist, mit Hilfe positiv eingeschätzter Verhaltensweisen die Probleme zu bewältigen, desto eher bildet sie entsprechende, zum Handeln führende Intentionen. Die Kompetenzerwartung bei sozialen Ängsten ist im Vergleich zu anderen Angststörungen besonders niedrig (Stopa & Clark, 1993; Heinrichs & Hofmann, 2000). Sie geht mit defensivem Rückzugsverhalten der Person einher, so dass der Handlungsprozess vermutlich oft bereits in der Motivationsphase abbricht. Entsprechend haben Patienten in sozialen Situationen einen deutlich höheren Anteil an Vermeidungsgedanken als Personen mit anderen Angststörungen (Stopa & Clark, 2000).

Die niedrige Kompetenzerwartung spielt auch in der präaktionalen oder Planungsphase eine Rolle: Nur wenn sich die Person prinzipiell in der Lage sieht, bestimmte Teilhandlungen auszuführen, wird sie eine weitere Detailplanung vornehmen (Gollwitzer, 1993). Personen mit sozialen Ängsten weisen gegenüber Personen mit anderen Angststörungen in sozialen Situationen weniger Planungs- und Bewältigungsgedanken auf (Stopa & Clark, 1993). Im aktionalen Abschnitt der Volitionsphase ist die Handlungsausführungskontrolle wesentlich: Handlung und Intentionen müssen gegen Distraktoren abgeschirmt werden (vgl. Kuhl & Goshke, 1994). Ausgehend von diesen Handlungsregulationsproblemen lässt sich das Vorgehen im Rahmen eines ressourcenorientierten Ansatzes bei sozialen Ängsten folgendermaßen beschreiben (vgl. Kanfer et al., 1991; de Jong-Meyer & Engberding, 1996; Michalak & Vielhaber, 1996): Um die positiven Valenzen befriedigender sozialer Kontakte salienter zu machen und ihren Wert zu erhöhen, werden die Handlungsziele aktiviert und genau exploriert. Durch Betonung der Fähigkeiten der Person wird die Kompetenzerwartung positiv beeinflusst. Die systematische Herausarbeitung zielführender Elemente im bisherigen Umgang mit den Schwierigkeiten (z. B. durch Analyse von Schwankungen und ‚Ausnahmen‘ zum Positiven) steigert die Ergebniserwartung. Dadurch, dass die Kon-

trolle von Patienten über solche Ausnahmen bzw. Fortschritte betont wird, wird die Kompetenzerwartung verbessert. Unvollständig repräsentierte Handlungsaspekte werden durch Nachzeichnung zielführenden Verhaltens vervollständigt. Durch Orientierung auf das Ziel wird verhindert, dass die Person in der Beschäftigung mit den Gründen gegen die Handlung steckenbleibt. Insgesamt wird so eine größere Intentionsstärke gefördert. Die Exploration der personalen Ziele und Betonung aktiver Verhaltensanteile unterstützt Detailplanung und Bildung von Ausführungsintentionen. Durch Rückgriff auf die Kompetenzstruktur im Sinne bereits vorhandener Routinen bzw. Verhaltensmuster wird die Handlungsausführungskontrolle erleichtert. Ein – neben der Aktivierung längerfristiger Ziele – kleinschrittiges Vorgehen fördert ein realistisches Anspruchsniveau und ermöglicht, dass kleine Veränderungen überhaupt als Fortschritt erlebt werden können. Vermieden wird durch die Orientierung an Ressourcen zudem, dass sich die Person angesichts der Hilfen des Therapeuten weiter abwertet und Fortschritte external lediglich auf dessen Unterstützung attribuiert.

Die Fokussierung von Ressourcen wird hier im Unterschied zu einer therapieschulenbezogenen Argumentation nicht als Alternative zu z.B. kognitiv-verhaltenstherapeutischen Konzepten verstanden, sondern vielmehr als gezielte Nutzung eines allgemeinen therapeutischen Wirkfaktors, der die Effektivität eines bereits bewährten Zugangs weiter verbessert, indem systematisch Verhaltensaktiva der Person genutzt und Kompetenzerwartungen gefördert werden. Hieraus ergibt sich die Fragestellung der Studie: Lässt sich durch die explizite und systematische Ausrichtung des therapeutischen Angebots auf die Ressourcen das Therapieangebot für Patienten mit sozialen Ängsten verbessern?

Methode

Stichprobe

In die Studie aufgenommen wurden Patienten, bei denen die als soziale Phobie (im Sinne des DSM-IV; APA, 1994) diagnostizierten Schwierigkeiten eindeutig im Vordergrund standen. Eine strikt monosymptomatische Stichprobe ist wegen der hohen Komorbidität bei sozialen Ängsten klinisch nicht adäquat (Lieb & Müller, 2002) und auch in anderen Studien nicht üblich (z.B. Heimberg, 1998). Ausschlusskriterien waren: Andere Angststörungen genauso oder schwerer als die Symptome der sozialen Phobie; weitere psychiatrische Erkrankungen von primärer Bedeutung; andere ernsthafte somatische Erkrankung; bei Alkohol- oder Medikamentenmissbrauch in der Vorgeschichte Abstinenz für sechs Monate vor Beginn der Behandlung. Die diagnostische Abklärung erfolgte eingangs durch Erstgespräch und SKID (Wittchen et al., 1997).

Rekrutiert für die Studie wurden Patienten, die das Zentrum für Psychotherapie im Rahmen der allgemeinen Versorgung nutzten; zusätzlich wurden Patienten aufge-

nommen, die sich auf eine Pressemitteilung hin meldeten. Insgesamt nahmen an der Untersuchung 83 Patienten teil. Patienten, die die Einschlusskriterien nicht erfüllten, wurden im Rahmen des regulären Therapieangebots des Zentrums für Psychotherapie weiterbehandelt.

Den Empfehlungen von Pocock (1983) folgend wurden ungleiche Gruppengrößen gewählt, um ausgedehntere Erfahrungen mit dem kombiniert ressourcenorientierten Verfahren zu sammeln; dementsprechend wurde eine Randomisierungsliste für die ungleiche Gruppengröße erstellt. 36 Patienten wurden in der kognitiv-verhaltenstherapeutischen Gruppe (KVT-Gruppe), 47 in der kombiniert-ressourcenorientierten Gruppe (KROT-Gruppe) behandelt. Die Behandlungsgruppen unterschieden sich zum Prae-Zeitpunkt in keiner der untersuchten Variablen voneinander; die Kennwerte für alle Instrumente sind Tabelle 1 zu entnehmen.

Insgesamt waren bei einem mittleren Alter von 38.2 Jahren (KVT: 37.5, SD = 10.0; KROT: 38.7, SD = 9.5) 42.2% der Patienten weiblich (KVT: 41.7%; KROT: 42.6%). Bei 8.4% wurde der Schweregrad der sozialen Phobie als leicht (KVT: 8.3%; KROT: 8.5%), bei 60.2% als mittelschwer (KVT: 58.3%; KROT: 61.7%) und bei 31.3% als schwer (KVT: 33.3%; KROT: 29.8%) eingeschätzt. Bei insgesamt 47% der Patienten wurde neben der sozialen Phobie keine weitere Achse-I-Diagnose gestellt (KVT: 45.5%; KROT: 48.9%), bei 42.2% eine weitere (KVT: 41.6%; KROT: 42.6%), bei 7.2% zwei weitere (KVT: 8.3%; KROT: 6.4%) und bei 3.6% drei weitere (KVT: 5.6%; KROT: 2.1%). Bei den komorbiden Störungen handelte es sich insbesondere um andere Angststörungen sowie affektive Störungen.

Therapeuten und Therapeutentraining

Die Therapien wurden von insgesamt 22 Therapeuten durchgeführt (Mitarbeiter des Lehrstuhls für Klinische Psychologie und Psychotherapie – Prof. Schulte – an der Ruhr-Universität Bochum). Der Ausbildungsschwerpunkt aller Therapeuten lag im kognitiv-verhaltenstherapeutischen Bereich. Acht Therapeuten arbeiteten in der KVT-Gruppe (darunter zwei Männer) und 14 in der KROT-Gruppe (darunter sechs Männer). Die Therapeuten führten Therapien nur in einer Gruppe durch. Im Mittel verfügten die Therapeuten über 2.9 (SD = 1.9) Jahre Therapieerfahrung (in der KVT-Gruppe: 3.6 (SD = 2.2); in der KROT-Gruppe: 2.1 (SD = 1.5)).

Alle Therapeuten nahmen an zwei von Prof. David M. Clark (Oxford) durchgeführten Workshops teil. Zusätzlich wurden die Therapeuten in der KROT-Gruppe bezüglich des ressourcenorientierten Vorgehens trainiert. Während der Therapien erfolgte eine regelmäßige Gruppensupervision sowie nach Bedarf Einzelsupervision (durch sehr erfahrenen kognitiven Verhaltenstherapeuten in der KVT-Gruppe; in der KROT-Gruppe durch entsprechend geschulte Supervisorin bzw. die Erstautorin). In beiden Gruppen fanden im Abstand von 6 Wochen konzeptuelle Auffrischungssitzungen statt.

Tabelle 1. Sozial-phobische Symptomatik und psychische Belastung insgesamt (SCL-90-R). Kennwerte (Mittelwerte, SD) vor der Therapie und zum Therapieende

Instrument	KVT-Gruppe		KROT-Gruppe	
	prae	post	prae	post
– Fear Survey Schedule; soziale Ängste (FSS)	1.35 (.49)	1.14 (.56)	1.49 (.41)	.91 (.44)
– Angst vor negativer Bewertung (SANB)	3.11 (.52)	2.60 (.65)	3.10 (.47)	2.37 (.52)
– Vermeidung soz. Situationen (SVSS-Gesamt)	3.06 (.56)	2.68 (.70)	3.02 (.50)	2.31 (.50)
– Soziale Ängste in Inter- aktionssituationen (SIAS)	46.23 (16.22)	34.08 (17.92)	45.00 (11.87)	27.48 (12.45)
– Social Phobia Scale (SPS)	34.89 (16.03)	20.58 (13.54)	36.85 (13.52)	18.18 (13.69)
– Forderungen stellen (U-Fb-Fordern)	1.83 (.83)	2.38 (.92)	1.72 (.75)	2.65 (.93)
– Sozialphobische Kognitionen; Häufigkeit (SPKH)	3.09 (.74)	2.44 (1.06)	3.09 (.57)	2.14 (.69)
– Sozialphobische Kognitionen; Intensität (SPKI)	5.13 (1.78)	3.60 (2.41)	5.02 (1.49)	2.68 (1.86)
– Sicherheitsverhaltensweisen (SPV)	2.54 (.37)	2.87 (.52)	2.56 (.29)	3.08 (.31)
– Psychische Belastung insgesamt (GSI)	1.30 (.73)	.69 (.74)	1.22 (.57)	.37 (.42)
– Soziale Unsicherheit	2.06 (.93)	1.03 (.90)	2.01 (.89)	.72 (.64)
– Depressivität	1.71 (1.01)	.96 (1.05)	1.58 (.80)	.63 (.60)
– Phobische Angst	1.03 (.85)	.40 (.70)	.84 (.72)	.26 (.40)

Zu den Interventionen

Die Therapien wurden als Einzeltherapien (Höchstumfang 30 Sitzungen) auf Basis von Therapiemanualen durchgeführt. Das *Manual für die KVT-Gruppe* basierte auf neueren kognitiv-verhaltenstherapeutischen Konzeptualisierungen sozialer Ängste (Clark & Wells, 1995; Wells, 1997; im einzelnen Ambühl et al., 2001) und umfasste die folgenden Elemente: Entwicklung eines individualisierten Störungsmodells; Problematisierung der Selbstaufmerksamkeit; Problematisierung von Sicherheitsverhaltensweisen; Problematisierung emotionaler Argumentation; Reizkonfrontationen bzw. Befragungen der sozialen Umgebung, die speziell auf die Überprüfung einzelner Überzeugungen ausgerichtet waren („Verhaltensexperimente“); Bearbeitung verbliebener kognitiver Annahmen; Rückfallprophylaxe.

Neben Hinweisen für eine ressourcenorientierte Beziehungsgestaltung umfasste das *Therapiemanual für die*

KROT-Gruppe drei Bereiche: 1. Diagnostik von Ressourcen, 2. ressourcenorientierte Basisinterventionen, 3. ressourcenorientiert interpretierte kognitiv-verhaltenstherapeutische Interventionsbausteine. Zur Diagnostik von Ressourcen wurde die Auseinandersetzung der Person mit Lebensaufgaben insgesamt, mit früheren Krisen und den aktuellen Problemen im Hinblick auf personale, interpersonale und externe Ressourcen analysiert und Implikationen für die Therapie erarbeitet. Ressourcenorientierte Basisinterventionen, die zum größten Teil im Rahmen einer systemtherapeutischen Perspektive entwickelt wurden beziehen sich auf die Auftragserarbeitung, die Exploration von Ausnahmen bzw. hypothetischen Lösungen, die Arbeit mit Fortschritten sowie auf Strategien, das Problemverhalten in den Kontrollbereich der Person zu bringen (de Jong & Berg, 1998). Kognitiv-verhaltenstherapeutische Bausteine – z. B. Umgang mit Vermeidungsverhalten, Bearbeitung von Sicherheitsverhalten, Exposition, Berücksichtigung emotionaler Argumentation – wurden im Einzelnen ressourcenorientiert interpretiert:

Hierzu wurde z.B. statt eines Erklärungsmodells für die Probleme ein Modell über den Zielzustand ohne Probleme entwickelt oder systematisch unter Analyse anderer hilfreicher Interaktionen erarbeitet, wie der Patient den Therapeuten im Rahmen einer Reizkonfrontation als Helfer nutzen kann¹.

Die von den Therapeuten nach jeder Sitzung eingeschätzte Manualtreue lag auf einer Skala von „0 = überhaupt nicht“ bis „5 = vollständig“ über alle Sitzungen gemittelt bei 3.61 ($SD = .51$). Für die KVT-Gruppe lag sie bei 3.51 ($SD = .46$) und für die KROT-Gruppe bei 3.68 ($SD = .54$); die Gruppen unterschieden sich damit nicht deutlich voneinander ($F(1/70)=1.74, p = .19$).

Design und Auswertung

Der Untersuchung liegt ein zweifaktorielles Kontrollgruppendesign zu Grunde (Treatment \times Messzeitpunkt). Fokal wird in diesem Beitrag auf die Ergebnisse zur sozial-phobischen Symptomatik und ausschnittsweise auf die psychische Belastung im weiteren Sinne eingegangen. Die Evaluation der Behandlung erfolgte in beiden Behandlungsgruppen zu maximal sechs Messzeitpunkten, wobei hier nur die prae- und post-Messungen dargestellt werden.

Die Überprüfung der treatmentabhängigen Therapieeffekte erfolgt für alle Variablen durch 2×2 -faktorielle Varianzanalysen (Treatment \times prae-post Messzeitpunkt). Zusätzlich werden die Prae-Post-Effektstärken berechnet ($M_{\text{prae}} - M_{\text{post}}/SD_{\text{pooled_prae}}$).

In der Studie wurden die folgenden Messinstrumente eingesetzt (vgl. im einzelnen Heidenreich & Stangier, 2002):

- Subskala „soziale Ängste“ der Fear Survey Schedule (FSS) von Hallam und Hafner (1978); Erfassung des subjektiven Angstempfindens in sozialen Situationen.
- Skala zur Erfassung der Angst vor negativer Bewertung (SANB; Watson & Friend, 1969), deutsche Übersetzung von Vormbrock & Neuser (1983); Sorge um negative Bewertung sowie Antizipation der Meinung anderer über die eigene Person.
- Fragebogen „Vermeidung sozialer Situationen“ (SVSS) auf Basis der SAD von Watson & Friend (1969; deutsche Fassung von Vormbrock und Neuser, 1983) mit der Gesamtskala „Vermeidung sozialer Interaktionssituationen“.
- Die Skalen „Soziale Ängste in Interaktionssituationen“ (SIAS) und „Soziale Phobie Skala“ (SPS) von Mattick und Clarke (1998). Die SIAS erfasst soziale Ängste in sozialen Interaktionssituationen, die SPS, inwieweit die Person Angst hat, von anderen beobachtet zu werden.
- Die Skala „Fordern-Können“ des Unsicherheitsfragebogens von Ullrich de Muynck und Ullrich (1977).

- Fragebogen zu „Sozial-phobischen Kognitionen“ (SPK), der auf den „social cognitions questionnaire“ von Wells, Stopa und Clark (vgl. Heidenreich & Stangier, 2002) zurückgeht. Erfasst wird die Häufigkeit sozial-phobischer Gedanken (SPK-H) bzw. wie stark die Person von dem Gedanken überzeugt ist, wenn sie nervös ist (SPK-I).
- Fragebogen zu „Sozialphobischem Verhalten (SPV; „social behaviour questionnaire“ von Clark; vgl. Heidenreich & Stangier, 2002), der Sicherheitsverhaltensweisen in sozialen Situationen erfasst (z.B. „ich halte Tassen und Gläser sehr fest“).
- Zur breiten Erfassung der psychischen Belastung wurde die SCL-90-R von Derogatis in der deutschen Übersetzung von Franke (1995) eingesetzt. Berücksichtigt werden hier die Subskalen „Unsicherheit im Sozialkontakt“, „Depressivität“, „phobische Angst“ sowie die psychische Gesamtbelastung mit dem „Global severity index (GSI)“.

Die Reliabilität (interne Konsistenz; Cronbach's Alpha) der Messinstrumente ist insgesamt zufriedenstellend. Sie liegt mehrheitlich über .90; einzig die SPV liegt mit .69 unter .80 (vgl. im einzelnen Heidenreich & Stangier, 2002).

Ergebnisse

Therapieabbruch und Therapiedauer

Als Therapieabbruch wurde die nicht einverständliche Beendigung der Therapie durch Patienten definiert. Insgesamt brachen 9 Patienten (10.8%) die Therapie ab: 7 Patienten der KVT-Gruppe (19.4%) und 2 (4.3%) der KROT-Gruppe. Damit beendeten überzufällig viele Patienten der KVT-Gruppe die Behandlung vorzeitig ($\chi^2 = 4.86, df = 1, p \text{ (zweiseitig)} = .03$).

Waren sich Patienten und Therapeuten über die Beendigung der Therapie einig bzw. wurde die Grenze von 30 Sitzungen erreicht, galt die Therapie als regulär beendet. Die mittlere Sitzungsanzahl betrug für beide Gruppen 23.8 ($SD = 4.7$) Termine, wobei die Patienten in der KVT-Gruppe im Mittel 24.6 ($SD = 4.2$) und die Patienten der KROT-Gruppe im Mittel 23.4 ($SD = 4.9$) Termine in Anspruch nahmen ($F(1/72) = 1.25, p = .26$; jeweils ohne Abbrecher).

Überprüfung der Behandlungseffekte

Die Prüfung des Behandlungserfolgs mittels abhängiger Varianzanalyse (mit dem Gruppierungsfaktor „Behandlungsgruppe“ und dem zweistufigen Messwiederholungsfaktor „Zeit“) zeigt, dass beide Behandlungsgruppen gegenüber den Eingangswerten sehr deutliche Verbesserungen der sozialphobischen Symptomatik wie auch der psychischen Belastung (vgl. Tabelle 2) erzielen.

¹ Das Manual ist bei der Erstautorin erhältlich.

Tabelle 2. Sozialphobische Symptomatik und psychische Belastung (SCL-90-R) im Verlauf. Ergebnisse der abhängigen Varianzanalysen (Gruppierungsfaktor – Behandlungsgruppe; Zeitfaktor – vor bzw. am Ende der Therapie) sowie Effektstärken der einzelnen Instrumente

Instrument/Variable	df	Gruppe		Zeit		Zeit × Gruppe		Effektstärken für die einzelnen Instrumente	
		F	p	F	p	F	p	KVT-Gruppe	KROT-Gruppe
– Fear Survey Schedule; soziale Ängste (FSS)	1/1/57	.27	.60	34.05	.001	7.36	.009	.45	1.24
– Angst vor negativer Bewertung (SANB)	1/1/65	.67	.20	101.37	.001	1.37	.18	1.16	1.47
– Vermeidung soz. Situationen (SVSS-Gesamt)	1/1/65	2.51	.12	72.45	.001	6.22	.01	.77	1.40
– Soziale Ängste in Interaktions-situationen (SIAS)	1/1/58	1.99	.16	59.33	.001	2.38	.12	.86	1.29
– Social Phobia Scale (SPS)	1/1/58	.05	.82	74.07	.001	1.52	.22	.97	1.29
– Forderungen stellen (U-Fb-Fordern)	1/1/62	.01	.90	48.52	.001	4.34	.04	.68	1.26
– Sozialphobische Kognitionen; Häufigkeit (SPKH)	1/1/60	.04	.83	80.14	.001	3.50	.06	.95	1.46
– Sozialphobische Kognitionen; Intensität (SPKI)	1/1/60	.77	.38	79.26	.001	1.88	.17	1.06	1.45
– Sicherheitsverhaltensweisen (SPV)	1/1/65	1.39	.24	98.03	.001	4.64	.03	1.09	1.69
– Psychische Belastung insgesamt (GSI)	1/1/66	1.15	.28	96.42	.001	3.60	.06	.83	1.23
– Soziale Unsicherheit	1/1/66	.85	.36	113.12	.001	4.05	.04	1.04	1.53
– Depressivität	1/1/66	1.07	.30	62.45	.001	3.67	.06	.72	1.18
– Phobische Angst	1/1/66	1.81	.18	50.88	.001	.00	.95	.76	.77

Auf der Ebene der *sozialphobischen Symptomatik* ergeben sich neben durchgängig ausgeprägten Veränderungen über die Zeit teilweise deutliche Interaktionseffekte mit der Behandlungsbedingung: Patienten in der KROT-Gruppe geben zum Teil eine stärkere Reduktion ihrer sozialen Ängste an als Patienten der KVT-Gruppe. Dies betrifft eine ausgeprägtere Reduktion der Symptomatik in angstausslösenden Situationen (FSS), einen stärkeren Rückgang von Sicherheitsverhaltensweisen (SPV) und des Vermeidungsverhaltens in sozialen Situationen (SVSS). Tendenziell lässt weiterhin die Häufigkeit sozialphobischer Kognitionen (SPK-H) in der KROT-Gruppe stärker nach als in der KVT-Gruppe.

Auf der Ebene der *psychischen Belastung im weiteren Sinne* treten neben insgesamt sehr deutlichen Veränderungen über die Zeit teilweise deutliche Interaktionseffekte zugunsten der KROT-Gruppe auf (vgl. Tabelle 2): Patienten in der KROT-Gruppe reduzieren ihre soziale Unsicherheit deutlich stärker als die KVT-Gruppe. Tenden-

ziell lässt die Neigung zur Depressivität sowie die psychische Belastung insgesamt (GSI) in der KROT-Gruppe stärker nach.

Effektstärken für die prae-post-Veränderungen

Die gewisse Überlegenheit der KROT-Gruppe spiegelt sich in den Effektstärken wieder (vgl. Tabelle 2). Für die *sozialphobische Symptomatik* ergibt sich in der KVT-Gruppe eine über alle neun Instrumente gemittelte Gesamteffektstärke von .86. Die deutlichsten Effekte treten hinsichtlich der Angst vor negativer Bewertung (SANB), der Sicherheitsverhaltensweisen (SPV) und der Intensität sozialphobischer Gedanken (SPK-I) auf. Eher unbefriedigend sind die Resultate vor allem für die situationsbezogenen sozialen Ängste (FSS) sowie die Fähigkeit, nein sagen zu können (U-Fb-nein-sagen). In der

KROT-Gruppe liegen bei einer Gesamteffektstärke von 1.39 alle Einzeleffektstärken über 1. Parallel zur KVT-Gruppe werden auch in der KROT-Gruppe die größten Effekte bei den Sicherheitsverhaltensweisen (SPV), der Angst vor negativer Bewertung (SANB) und den sozialphobischen Kognitionen (SPK-H bzw. SPK-I) erzielt.

Für die *psychische Belastung im weiteren Sinn* liegt die über die Subskalen der SCL-90-R gemittelte Gesamteffektstärke in der KVT-Gruppe mit .84 recht hoch. Dies geht vor allem auf Veränderungen der sozialen Unsicherheit zurück. In der KROT-Gruppe liegt die gemittelte Gesamteffektstärke bei 1.18. Bei insgesamt höherem Niveau betreffen auch hier die Veränderungen vor allem die soziale Unsicherheit.

Diskussion

Insgesamt profitieren die Patienten beider Behandlungsgruppen deutlich vom therapeutischen Angebot, wobei sich die Ergebnisse für die kombiniert ressourcenorientierte Gruppe etwas günstiger darstellen. Zum einen gilt dies im Hinblick auf die Therapieabbrüche: Während ihr Prozentsatz in der KVT-Gruppe etwa der in der Literatur berichteten Quote entspricht (Taylor, 1996), liegt der Anteil der Abbrecher in der KROT-Gruppe deutlich niedriger. Durch prononcierte Abstimmung des Vorgehens auf die Ressourcen der Person wird die Passung zwischen den Voraussetzungen des Patienten und dem therapeutischen Angebot möglicherweise erhöht.

Zum zweiten sind die Ergebnisse auch hinsichtlich der sozialphobischen Symptomatik und der psychischen Belastung im weiteren Sinne für die kombiniert ressourcenorientierte Gruppe günstiger. Auf der Ebene der Symptomatik bezieht sich dies vor allem auf situationsbezogene Ängste, Vermeidung sozialer Situationen sowie die Fähigkeit, Forderungen zu stellen. Auch im Modell von Clark und Wells (1995) als aufrechterhaltende Faktoren – und zugleich Ansatzpunkte für das kognitiv-verhaltenstherapeutische Vorgehen – konzeptualisierte Aspekte wie Sicherheitsverhaltensweisen und sozialphobische Kognitionen gehen in der KROT-Gruppe deutlicher zurück. In der SCL-90-R profitiert die KROT-Gruppe bezüglich sozialer Unsicherheit stärker als die KVT-Gruppe. Tendenziell reduziert sich in der KROT-Gruppe auch die Depressivität und die Gesamtsymptombelastung stärker. Allerdings muss bei dieser Ergebnisinterpretation berücksichtigt werden, dass keine Alpha-Fehler-Adjustierung vorgenommen wurde. Würde man z. B. eine Bonferroni-Korrektur nur für die hier dargestellten multiplen Testungen vornehmen, so würde keiner der Interaktionseffekte zwischen Gruppe und Zeit als statistisch signifikant gelten (genaugenommen müsste man die Gesamtzahl der erhobenen Instrumente berücksichtigen).

Setzt man die Therapieergebnisse über Effektstärken in Bezug zu anderen Studien, so liegen die Effekte in der KVT-Gruppe mit im Mittel .86 etwas niedriger als in anderen Studien, in denen kognitive Verfahren mit Exposi-

tion kombiniert wurden (ES: 1.06; Taylor, 1996). Gleichzeitig sind sie jedoch den Ergebnissen in der Frankfurter Studie von Stangier und Heidenreich (Heidenreich, Peitz & Stangier, 2001) vergleichbar, in der ebenfalls auf Basis des Clark-Konzepts (Clark & Wells, 1995) gearbeitet wurde: Für die Einzeltherapiegruppe wurden dort zum Therapieende mittlere Effektstärken von .90 auf der Ebene der sozialphobischen Symptomatik berichtet. Die KROT-Gruppe liegt mit einer mittleren Effektstärke von 1.34 günstiger. Aus anderen kognitiv-verhaltenstherapeutischen Studien werden jedoch z.T. deutlich höhere Effektstärken berichtet (z. B. Hope, Heimberg & Bruch, 1995: 1.99 für kognitive Therapie bzw. 2.30 für Exposition; Ruhmland & Margraf, 2001: 1.76 für Exposition). Auch wenn die KROT-Gruppe in dieser Studie somit recht günstig abschneidet, ermöglichen andere Behandlungskonzepte möglicherweise weit bessere Ergebnisse. Bei weitergehender Betrachtung hinsichtlich kognitiver Veränderungen bzw. dem Rückgang der Depressivität liegen die Verbesserungen in beiden Behandlungsgruppen im Vergleich zu anderen kognitiv-verhaltenstherapeutischen Studien im oberen Bereich: Nur in einer der von Gould, Buckminster, Pollack, Otto und Yap (1997) in ihrer Metaanalyse berücksichtigten Studien werden größere kognitive Veränderungen erzielt. Die KROT-Gruppe erreicht mit einer Effektstärke von 1.18 einen ausgeprägteren Rückgang der Depressivität als alle von Gould et al. (a. a. O.) oder Ruhmland und Margraf (2001) analysierten Psychotherapiestudien. Das Wirkungsspektrum des kombinierten Behandlungsangebotes scheint somit im Vergleich zu anderen Studien recht breit. Allerdings sind gerade in diesem Zusammenhang Analysen im Hinblick auf differentielle Effekte (für komorbide vs. monosymptomatische Teilgruppen bzw. Patienten unterschiedlicher Eingangsbelastung) notwendig.

Das kombiniert ressourcenorientierte Vorgehen stellt keinen „neuen“ Behandlungsansatz dar; vielmehr werden im Sinne einer schulenübergreifenden Perspektive theoretisch und praktisch sinnvoll erscheinende Zugangsweisen kognitiv-verhaltenstherapeutischer und systemischer Traditionen verknüpft. Kombiniert ressourcenorientiert bedeutet – neben globaler Ausrichtung auf Ressourcen und Arbeit mit speziellen, vor allem im systemischen Zusammenhang entwickelten Methoden – zugleich die Adaptation „klassischer“ KVT-Methoden im Hinblick auf die Ressourcen der Person. In weiteren Prozessanalysen wird der Frage nachzugehen sein, inwieweit die beiden Behandlungsansätze von den Patienten unterschiedlich wahrgenommen werden (z. B. im Sinne mehr oder weniger ausgeprägter Selbststeuerung des Prozesses) und wie sich solche Prozessmerkmale auf das Therapieergebnis auswirken. Zudem sind Videoanalysen zur Manualtreue der Therapeuten geplant.

Kritisch ist zu bewerten, dass den Autorinnen dieser Studie das Vorgehen in der KROT-Gruppe aus theoretischen und praktischen Gründen einleuchtend erscheint und die besseren Ergebnisse dieser Gruppe dementsprechend möglicherweise vor allem auf „allegiance“-Effekte (Luborsky et al., 1999) zurückgehen. Die mit den Ergebnissen der Frankfurter Studie (Heidenreich, Peitz & Stan-

gier, 2001) vergleichbaren Effekte in der KVT-Gruppe lassen jedoch vermuten, dass auch in der KVT-Gruppe die Möglichkeiten des Ansatzes genutzt wurden. Gleichwohl wäre eine Replikationsstudie wünschenswert. Hierbei stellt sich die Frage, ob eine Erweiterung bzw. Reinterpretation bewährter Ansätze durch eine Fokussierung von Ressourcen auch bei anderen Störungsbereichen sinnvoll sein könnte; das handlungstheoretische Begründungsmodell wie auch das breitere Wirkungsspektrum des KROT-Vorgehens legen eine störungsübergreifende Perspektive nahe.

Literatur

- Ambühl, H., Meier, B. & Willutzki, U. (2001). *Soziale Angst verstehen und behandeln*. München: Pfeiffer.
- American Psychiatric Association (Ed.). (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-IV)* (4th ed.). Washington, D.C., American Psychiatric.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy*. New York: Freeman.
- Carver, C. S. & Scheier, M. F. (1985). Optimism, coping and health: Assessment and implications of generalized outcome expectancies. *Health Psychology*, 4 (3), 219–247.
- Clark, D. M. & Ehlers, A. (2002). Soziale Phobie: Eine kognitive Perspektive. In U. Stangier & T. Fydrich (Hrsg.), *Soziale Phobie und Soziale Angststörung* (S. 157–181). Göttingen: Hogrefe.
- 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* (pp. 69–93). New York: Guilford.
- De Jong, P. & Berg, I. K. (1998). *Lösungen (er-)finden*. Dortmund: verlag modernes lernen.
- de Jong-Meyer, R. & Engberding, M. (1996). Anwendung motivations- und volitionspsychologischer Konzepte auf Erklärung und Behandlung von Depression. In H. S. Reinecker & D. Schmelzer (Hrsg.), *Verhaltenstherapie – Selbstregulation – Selbstmanagement* (S. 283–306). Göttingen: Hogrefe.
- Foa, E. B., Gilboa-Schechtman, E., Amir, N. & Freshman, M. (2000). Memory bias in generalized social phobia. *Journal of Anxiety Disorders*, 12, 501–519.
- Franke, G. H. (1995). *Die Symptom-Checkliste von Derogatis*. Deutsche Version. Weinheim: Beltz.
- Gollwitzer, P. (1993). Goal achievement: The role of intentions. In M. Hewstone & W. Stroebe (Eds.), *European Review of Social Psychology* (pp. 223–248). Chichester: Wiley.
- Gould, R. A., Buckminster, S., Pollack, M. H., Otto, M. W. & Yap, L. (1997). Cognitive-behavioral and pharmacological treatment for social phobia: A meta-analysis. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 4, 291–306.
- Grawe, K. (1997). Research-informed psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 7, 1–20.
- Grawe, K. (1998). *Psychologische Therapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Grawe, K. & Grawe-Gerber, M. (1999). Ressourcenaktivierung – ein primäres Wirkprinzip der Psychotherapie. *Psychotherapeut*, 44, 63–73.
- Gutscher, H., Hornung, R. & Flury-Kleubler, P. (1998). Das Transaktionspotentialmodell: Eine Brücke zwischen salutogenetischer und pathogenetischer Sichtweise. In J. Margraf, J. Siegrist & S. Neumer (Hrsg.), *Gesundheits- oder Krankheitstheorie* (S. 49–72). Berlin: Springer.
- Hallam, R. S. & Hafner, R. J. (1978). Fears of phobic patients: Factor analyses of self-report data. *Behavior Research & Therapy*, 16, 1–6.
- Heckhausen, H. (1987). Perspektiven einer Psychologie des Wollens. In H. Heckhausen, P. Gollwitzer & F. E. Weinert (Hrsg.), *Jenseits des Rubikon* (S. 121–142). Berlin: Springer.
- Heidenreich, T., Peitz, M. & Stangier, U. (2001). *Cognitive-behavioral treatment of social phobia: Individual versus group treatment*. Vortrag auf dem 31. Annual Congress der EABCT. Istanbul, Türkei: 14. 9. 2001.
- Heidenreich, T. & Stangier, U. (2002). Störungsspezifische Diagnostik der sozialen Phobie. In U. Stangier & T. Fydrich (Hrsg.), *Soziale Phobie und Soziale Angststörung* (S. 66–86). Göttingen: Hogrefe.
- Heimberg, R. G. (1998). Manual-based treatment: An essential ingredient of clinical practice in the 21st century. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 5, 387–390.
- Heinrichs, N. & Hofmann, S. G. (2000). Information processing in social phobia: A critical review. *Clinical Psychology Review*, 20, 1–20.
- Hope, D. A., Heimberg, R. G. & Bruch, M. A. (1995). Dismantling cognitive-behavioral group therapy for social phobia. *Behaviour Research & Therapy*, 33, 637–659.
- Kanfer, F. H., Reinecker, H. & Schmelzer, D. (1991). *Selbstmanagement-Therapie*. Berlin: Springer.
- Kuhl, J. & Goshke, T. (1994). A theory of action control: Mental subsystems, modes of control, and volitional conflict-resolution strategies. In J. Kuhl & J. Beckmann (Eds.), *Volition and Personality* (pp. 93–124). Seattle: Hogrefe & Huber.
- Kraft, U., Udris, I., Mussmann, C. & Muheim, M. (1994). Gesunde Personen – salutogenetisch betrachtet. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*, 2, 216–239.
- Lieb, R. & Müller, N. (2002). Epidemiologie und Komorbidität der sozialen Phobie. In U. Stangier & T. Fydrich (Hrsg.), *Soziale Phobie und soziale Angststörungen* (S. 34–65). Göttingen: Hogrefe.
- Luborsky, L. et al. (1999). The researcher's own allegiances: A "wild card" in comparisons of treatment efficacy. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 6, 96–132.
- Lucock, M. P. & Salkovskis, P. M. (1988). Cognitive factors in social anxiety and its treatment. *Behaviour Research and Therapy*, 26, 297–302.
- Mattick, R. P. & Clarke, J. C. (1998). Development and validation of measures of social phobia scrutiny fear and social interaction anxiety. *Behaviour Research and Therapy*, 20, 3–23.
- Michalak, U. & Vielhaber, N. (1996). Ansatzpunkte und Strategien zur Förderung von Veränderungsmotivation. In H. S. Reinecker & D. Schmelzer (Hrsg.), *Verhaltenstherapie – Selbstregulation – Selbstmanagement* (S. 146–164). Göttingen: Hogrefe.
- Pocock, S. J. (1983). *Clinical trials*. Chichester: Wiley.
- Ruhmland, M. & Margraf, J. (2001). Effektivität psychologischer Therapien von generalisierter Angststörung und sozialer Phobie. *Verhaltenstherapie*, 11, 27–40.
- Schlippe, A. von & Schweitzer, J. (1996). *Lehrbuch der systemischen Therapie und Beratung*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Schulte, D. (1996). *Therapieplanung*. Göttingen: Hogrefe.
- Stopa, L. & Clark, D. M. (1993). Cognitive processes in social phobia. *Behaviour Research and Therapy*, 31, 255–267.
- Stopa, L. & Clark, D. M. (2000). Social phobia and the interpretation of social events. *Behaviour Research and Therapy*, 38, 273–283.
- Taylor, S. (1996). Meta-analysis of cognitive-behavioral treatments for social phobia. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 27, 1–9.
- Ullrich de Muynck, R. & Ullrich, R. (1977). *Der Unsicherheitsfragebogen (Testmanual U)*. München: Pfeiffer.
- Vormbrock, F. & Neuser, J. (1983). Konstruktion zweier spezifischer Trait-Fragebogen zur Erfassung von Angst in

- sozialen Situationen (SANB und SVSS). *Diagnostica*, 2, 165–182.
- Watson, D. & Friend, R. (1969). Measurement of social evaluative anxiety. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 33, 448–457.
- Wells, A. (1997). *Cognitive therapy of anxiety disorders*. London: Wiley.
- Willutzki, U. (2000a). Positive Perspektiven in der Psychotherapie. Ruhr-Universität Bochum, Fakultät für Psychologie: Unveröffentlichte Habilitationsschrift.
- Willutzki, U. (2000b). Ressourcenorientierung in der Psychotherapie. In M. Hermer (Hrsg.), *Psychotherapeutische Perspektiven am Beginn des 21. Jahrhunderts* (S. 193–212). Tübingen: DGVT-Verlag.
- Wittchen, H.-U. (1987). Volitionsunfähigkeit bei psychischen Störungen. In H. Heckhausen, P. Gollwitzer & F. E. Weinert (Hrsg.), *Jenseits des Rubikon* (S. 300–313). Berlin: Springer.
- Wittchen, H.-U., Zaudig, M & Fydrich, T. (1997). *Strukturiertes klinisches Interview für DSM-IV*. Göttingen: Hogrefe.
- Manuskript eingereicht: 07. 02. 2002
Manuskript angenommen: 17. 03. 2003
- PD Dr. Ulrike Willutzki, Dipl.-Psych. Barbara Neumann
Dipl.-Psych. Hilde Haas, Dipl.-Psych. Christoph Koban
Prof. Dr. Dietmar Schulte
- Ruhr-Universität Bochum
Fakultät für Psychologie
Arbeitseinheit Klinische Psychologie und Psychotherapie
44780 Bochum