

# Zur Psychotherapie sozialer Ängste

## Veränderungen des Wohlbefindens bei kognitiver Verhaltenstherapie im Vergleich zu einem kombiniert-ressourcenorientierten Vorgehen

Ulrike Willutzki, Tobias Teismann und Dietmar Schulte

Ruhr-Universität Bochum

**Zusammenfassung. Theoretischer Hintergrund:** Obwohl bekannt ist, dass Soziale Angststörungen mit geringem Wohlbefinden assoziiert sind, gibt es nur wenige Studien zur Auswirkung symptombezogener Behandlungen auf die Verbesserung des Wohlbefindens. **Fragestellung:** Inwieweit verbessert sich durch eine Psychotherapie das Wohlbefinden von Patienten mit sozialen Ängsten? Trägt ein kombiniert ressourcenorientiertes therapeutisches Vorgehen (KROT) stärker zur Verbesserung des Wohlbefindens bei als ein fokal kognitiv-verhaltenstherapeutisches Therapieangebot (KVT)? **Methode:** In einer randomisiert-kontrollierten Studie zur Psychotherapie sozialer Ängste ( $N = 62$ ) wurde mittels abhängiger Varianzanalysen die Auswirkung einer KVT- und einer KROT-Behandlung auf Optimismus, Kohärenzgefühl, Selbstakzeptierung und Lebenszufriedenheit untersucht. **Ergebnisse:** Insgesamt kam es in beiden Behandlungsbedingungen zu einer signifikanten Zunahme von Optimismus, Selbstakzeptanz und Kohärenzempfinden sowie einer Abnahme von Pessimismus. Die Lebenszufriedenheit wurde durch die KROT-Behandlung in stärkerem Maße gefördert als durch die KVT-Behandlung. **Schlussfolgerungen:** Störungsspezifische Behandlungskonzepte scheinen nicht ausschließlich symptombezogene Verbesserungen zu erzielen, sondern darüber hinaus Wohlbefinden zu fördern.

**Schlüsselwörter:** Wohlbefinden, Lebenszufriedenheit, Soziale Phobie, Ressourcenorientierung, Kognitive Verhaltenstherapie

Psychotherapy for social phobia. Changes in well-being after cognitive behavioral therapy in comparison to a combined resource-oriented approach

**Abstract. Background:** Even though it is known that social anxiety disorders are associated with low well-being, few studies have investigated the effect of symptom-focused interventions on patients' well-being. **Objective:** How far does psychotherapy for patients with social anxiety contribute to an increase in patients' well-being? Is a treatment that includes an additional focus on the patients' resources more effective than a cognitive-behavioral psychotherapy approach concerning the improvement in patients' well-being? **Method:** Within a randomized controlled study with patients suffering from social phobia ( $N = 62$ ) the effect of cognitive behavioral therapy (CBT) in comparison to a combined resource-oriented cognitive behavioral treatment (CROT) on optimism, sense of coherence, self-acceptance, and life satisfaction was investigated using repeated measure MANOVAs. **Results:** In both treatment conditions significant increases in optimism, self-acceptance, and sense of coherence and a decline in pessimism occurred. Life satisfaction increased more in the combined treatment condition than in the CBT-alone condition. **Conclusions:** Disorder-specific treatment approaches seem to evoke not only symptom-related improvements but also to enhance patients' well-being.

**Key words:** well-being, life satisfaction, social phobia, resource orientation, cognitive behavior therapy

Soziale Angststörungen sind in der Regel chronifizierte psychische Störungen, die mit breitem Belastungsprofil einhergehen: Neben der sozialphobischen Symptomatik leiden Betroffene unter ausgeprägten negativen Affekten sowie einem reduzierten Wohlbefinden (z.B. Stein & Kean, 2000). Es stellt sich entsprechend die Frage, inwieweit eine fokal auf soziale Ängste ausgerichtete psychotherapeutische Behandlung zum Aufbau von Wohlbefinden beiträgt. Wohlbefinden – als multidimensionales Konzept – umfasst zum einen die Facette des „subjektiven Wohlbefindens“, d.h. positive Affektivität und Lebens-

zufriedenheit, und zum anderen die Facette des „psychologischen Wohlbefindens“, d.h. eine positive Einstellung zum Leben und zur Lebensbewältigung (vgl. Keyes, Shmotkin & Ryff, 2002), wie u. a. Selbstakzeptanz, Optimismus, Sinnerleben (Huppert, Marks, Clark et al., 2009). Während eine Reduktion sozialphobischer Symptomatik, wie auch allgemeiner Ängstlichkeit und Depressivität unter psychotherapeutischer Behandlung durchgängig beschrieben wird (Acatürk, Cuijpers, van Straten & de Graaf, 2009; Ruhlmann & Margraf, 2001), finden sich insgesamt nur selten Hinweise dazu, inwieweit störungsspezifische Behandlungen zur Förderung subjektiven und psychologischen Wohlbefindens beitragen. Crits-Christoph, Conolly Gibbons, Ring-Kurtz et al. (2008) konnten in einer Untersuchung an verschiedenen Patientengruppen

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

zeigen, dass kognitive und interpersonelle Therapien mit einer moderaten Steigerung der Lebenszufriedenheit bzw. Lebensqualität (erfasst mit dem Quality of Life Inventory, QOLI; Frisch, 1994) einhergehen (Cohen's  $d = .61$ ) – und dies zum einen weitgehend unabhängig von der jeweiligen Symptomverbesserung und zum anderen auch ohne dass ein spezifischer Fokus auf die Förderung von Wohlbefinden gelegt wurde. In Bezug auf die Behandlung sozialer Ängste zeigte sich, dass sowohl eine kognitiv-verhaltenstherapeutische Gruppentherapie (Eng, Coles, Heimberg & Safren, 2001; 2005) als auch eine Kombinationsbehandlung – bestehend aus internetbasierter Selbsthilfe und therapeutengestützter Exposition (Andersson, Calbring, Holmström et al., 2006) – zu einer signifikanten Verbesserung (Cohen's  $d = .35$  bis  $.62$ ) der mit dem QOLI erfassten Lebenszufriedenheit führt. Untersuchungen zur Auswirkung kognitiv-verhaltenstherapeutischer Einzelbehandlung auf die allgemeine Lebenszufriedenheit sowie auf weitere Facetten allgemeinen Wohlbefindens stehen bislang aus. Zudem stellt sich die Frage, ob ein Vorgehen, bei dem die Ressourcen und Stärken von Patienten aktiv genutzt werden, in stärkerem Maße zu Veränderungen des Wohlbefindens beiträgt, als ein klassisch kognitiv-verhaltenstherapeutisch ausgerichtetes Therapieangebot.

Willutzki, Neumann, Haas et al. (2004) verglichen ein therapeutisches Vorgehen, bei dem die Ressourcen von Patienten systematisch in die Gestaltung der psychotherapeutischen Behandlung einbezogen wurden (kombiniert ressourcenorientierte Gruppe; KROT) mit einem kognitiv-behavioralen Vorgehen (KVT; Clark & Wells, 1995) in der Behandlung sozialer Ängste. Bei insgesamt im Vergleich zu anderen Therapiestudien befriedigenden Ergebnissen profitierte die KROT-Gruppe auf Ebene der sozialphobischen Symptomatik stärker als die KVT-Gruppe. So ergab sich bezüglich der sozialphobischen Symptomatik in der KVT-Gruppe eine über neun Instrumente gemittelte Gesamteffektstärke von  $.86$ . In der KROT-Gruppe lagen bei einer gemittelten Gesamteffektstärke von  $1.39$  alle Einzeleffektstärken über  $1$  (Willutzki et al., 2004). Es zeigte sich zudem eine – im Vergleich zu anderen Studien (Ruhmland & Margraf, 2001) – überdurchschnittliche Abnahme depressiver und allgemeiner Symptombelastung sowie eine bedeutsame Reduktion interpersoneller Schwierigkeiten (Willutzki, Teismann, Koban & Dymel, 2009). In beiden Behandlungsbedingungen kam es zu einer signifikanten Zunahme positiver Affektivität (Koban & Willutzki, 2007; Koban, Willutzki & Schulte, 2005).

Ressourcenorientierung wird in der Literatur in der Regel als allgemeiner Wirkfaktor psychotherapeutischen Handelns verstanden (Grawe, 1998), der nicht nur bei speziellen Störungen zur Geltung kommen und sich damit nicht allein auf die Veränderung von Symptomen, sondern auch auf die Förderung von Lebenszufriedenheit bzw. Wohlbefinden beziehen sollte. In diesem Beitrag soll dementsprechend zwei Fragestellungen nachgegangen werden: Inwieweit verbessert sich durch eine Psychotherapie das Wohlbefinden von Patienten mit sozialen Ängsten? Trägt ein kombiniert ressourcenorientiertes therapeuti-

sches Vorgehen (KROT) stärker zur Verbesserung des Wohlbefindens bei als ein fokal kognitiv-verhaltenstherapeutisches Therapieangebot (KVT)?

## Methode

### Stichprobe

In die Studie aufgenommen wurden Patienten, bei denen eine soziale Phobie (im Sinne des DSM-IV; APA, 1994) im Vordergrund stand. Ausgeschlossen wurden Patienten mit akuter Suchtproblematik, ernsthaften körperlichen Erkrankungen und solche, die an einer weiteren äquivalent ausgeprägten psychischen Störung litten. Die diagnostische Abklärung erfolgte eingangs durch Erstgespräch und SKID (Wittchen, Zaudig & Fydrich, 1997). Insgesamt nahmen an der Untersuchung 83 Patienten teil. Neun Patienten brachen die Therapie ab. Von 12 weiteren Patienten lag hinsichtlich der Wohlbefindensmaße kein vollständiger Datensatz vor, so dass insgesamt 62 Patienten (Alter:  $M = 39,2$ ;  $SD = 9,6$ ; Geschlecht: 27 w (= 43,5 %); 35 m (= 56,5 %)) in die hier untersuchte Stichprobe eingingen (KVT:  $n = 23$ ; KROT:  $n = 39$ ). Genauere Angaben zu den Therapeuten, zum Therapeutentraining, zu den Interventionsmethoden, zur Manualtreue sowie zur Stichprobe und deren Rekrutierung finden sich bei Willutzki et al. (2004).

### Behandlung

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). Neben Hinweisen für eine ressourcenorientierte Beziehungsgestaltung umfasste das *Therapiemanual für die KROT-Gruppe* drei Bereiche: 1. Diagnostik von Ressourcen, 2. ressourcenorientierte Basisinterventionen, die zum größten Teil im Rahmen einer systemtherapeutischen Perspektive entwickelt wurden (u. a. Arbeit mit Ausnahmen und hypothetischen Lösungen) und 3. ressourcenorientiert interpretierte kognitiv-verhaltenstherapeutische Interventionsbausteine. Letztere beinhalten beispielsweise, dass statt eines Erklärungsmodells für die Probleme ein Modell über den Zielzustand ohne Probleme entwickelt wurde, oder dass systematisch unter Analyse anderer hilfreicher Interaktionen erarbeitet wurde, wie der Patient den Therapeuten im Rahmen einer Reizkonfrontation als Helfer nutzen kann (vgl. im Einzelnen Willutzki et al., 2004; Willutzki & Teismann, in Vorbereitung).

### Design und Auswertung

Der Untersuchung liegt ein zweifaktorielles Kontrollgruppendesign zugrunde (Treatment  $\times$  Messzeitpunkt). Alle Fragebögen wurden vor Therapiebeginn („Prä“) und nach

*Tabelle 1.* Veränderungen von Lebenszufriedenheit, Optimismus, Kohärenzgefühl und Selbstakzeptierung im Therapieverlauf (Kennwerte (MW, SD) zu Therapiebeginn und Therapieende; Ergebnisse der abhängigen Varianzanalysen; Effektstärken der einzelnen Instrumente)

Konstrukt	Instrument	KVT (n = 23)		KROT (n = 39)		F-Statistik			Effektstärken	
		Prä M(SD)	Post M(SD)	Prä M(SD)	Post M(SD)	Gruppe	Zeit	Zeit x Gruppe	KVT	KROT
Subjektives Wohlbefinden	MLDL-Z Physis	5.15 (1.47)	5.40 (1.73)	4.44 (1.67)	5.57 (1.91)	.53	5.78**	2.38	.16	.72
	MLDL-Z Psyche	3.48 (2.11)	4.89 (1.78)	2.77 (1.50)	5.58 (1.87)	.01	54.72***	5.94**	.78	1.56
	MLDL-Z Sozial	5.2 (2.48)	5.18 (2.06)	4.32 (2.06)	5.42 (1.72)	.44	4.25*	4.58*	.01	.48
	MLDL-Z Alltag	5.88 (2.21)	5.44 (2.02)	4.67 (1.65)	5.77 (1.56)	1.14	1.51	8.06**	-.22	.57
Psychologisches Wohlbefinden	LOT Optimismus	2.69 (1.00)	3.20 (.96)	2.53 (.84)	3.31 (.98)	.02	28.98***	1.32	.55	.85
	LOT Pessimismus	3.00 (.98)	2.41 (.96)	2.83 (.70)	2.31 (.77)	.52	21.71***	.11	.70	.61
	SOC	4.12 (.88)	4.62 (.70)	3.90 (.78)	4.49 (.60)	1.12	30.03***	.21	.60	.71
	SESA	73.18 (20.42)	93.18 (21.66)	69.46 (16.24)	94.23 (22.86)	.10	44.27***	.50	.82	1.35

Anmerkungen: Abkürzungen siehe Text. \*\*\*  $p < .001$ , \*\*  $p < .01$ , \*  $p < .05$ .

Ende der Therapie („Post“) erfasst. Zur Erfassung des *subjektiven Wohlbefindens* wurde der folgende Fragebogen verwendet:

- *Münchener Lebensqualitäts-Dimensionen-Liste* (MLDL-Z; Heinisch, Ludwig & Bullinger, 1991). Die MLDL-Z erfasst mit 19 Items die aktuelle Lebenszufriedenheit in vier verschiedenen Bereichen (körperliche Befindlichkeit, psychische Befindlichkeit, Sozial- und Alltagsleben). Die Zufriedenheitseinschätzung erfolgt auf einer 10-stufigen Skala von „sehr unzufrieden“ bis „sehr zufrieden“. Heinisch et al. (1991) berichten für eine Stichprobe von Hypertoniepatienten Konsistenzkoeffizienten (Cronbach's  $\alpha$ ) von .74 bis .80.

Zur Erfassung des *psychologischen Wohlbefindens* wurden die folgenden Fragebögen verwendet:

- *Skala zur Erfassung der Selbstakzeptierung* (SESA; Sorembé & Westhoff, 1979). Die SESA erfasst mit 29 Items das Ausmaß, in dem eine Person sich selbst akzeptiert. Sämtliche Items werden auf einer 5-stufigen Skala von „ich stimme sehr zu“ bis „ich lehne ganz entschieden ab“ beantwortet. Die Autoren berichten eine Retest-Reliabilität (Kuder Richardson Formel) von  $r_{tt} = 0.83$  in Bezug auf eine nicht-klinische Stichprobe. Selbstakzeptierung gilt als zentrale Komponente psychischen Wohlbefindens (Frank, 2010).
- *Life-Orientation Test* (LOT; Scheier & Carver, 1985; dt. Übersetzung von Wieland-Eckelmann & Carver, 1990). Der LOT erfasst mit 12 Items die Einstellung einer Person auf der Dimension Optimismus – Pessimismus. Alle Items werden auf einer 5-stufigen Skala von „trifft auf mich überhaupt nicht zu“ bis „trifft auf mich ganz genau zu“ beantwortet (Cronbach's  $\alpha = .85$ ). In der vorliegenden Untersuchung wurde eine getrennte Berechnung des Optimismus- und des Pessimismuswertes vorgenommen (vgl. Glaesmer, Hoyer, Klotsche & Herberg, 2008).
- *Sense of Coherence Skala* (SOC-K; Antonovsky, 1987; dt. Noack, Bachmann, Oliveri et al., 1991). Der SOC-K erfasst mit 13 Items, inwieweit eine Person interne und externe Reize als vorhersehbar, bewältigbar und bedeutsam erlebt. Sämtliche Items werden auf einer 7-stufigen Skala hinsichtlich der Häufigkeit ihres Auftretens (z. B. „äußerst selten oder nie“ bis „sehr oft“) beantwortet. Die interne Konsistenz (Cronbach's  $\alpha$ ) der Kurzversion des SOC lag in Untersuchungen an unterschiedlichen Populationen zwischen .74 und .91 (Antonovsky, 1993).

Die Überprüfung der treatmentabhängigen Therapieeffekte erfolgte zunächst durch 2 (Treatment)  $\times$  2 (prae-post Messzeitpunkt) MANOVAs mit Messwiederholung. Die Ratings auf den vier Skalen des MLDL-Z bildeten dabei die abhängige Variable „subjektives Wohlbefinden“ in einer ersten MANOVA. Die Ratings der weiteren vier Skalen (SOC, SESA, LOT-Optimismus, LOT-Pessimismus) bildeten die abhängige Variable „psychologisches Wohlbefinden“ in einer weiteren MANOVA. Mithilfe 2 $\times$ 2-faktorieller Varianzanalysen (Treatment  $\times$  prae-post Mess-

zeitpunkt) erfolgte eine spezifische Überprüfung signifikanter Effekte. Zusätzlich wurden Prä-Post-Effektstärken berechnet ( $M_{\text{prä}} - M_{\text{post}} / SD_{\text{pooled prä}}$ ). Zu Therapiebeginn unterschieden sich die Behandlungsgruppen in keiner der hier untersuchten Variablen [ $F(1, 59) \leq 1.37$ , *ns*], mit Ausnahme der MLDL-Z-Subskala Alltagsleben, in der die KROT-Patienten zu Therapiebeginn eine signifikant niedrigere Zufriedenheit angaben als die Patienten der KVT-Gruppe [ $F(1, 59) = 5.16$ ,  $p < .05$ ].

## Ergebnisse

Die Prüfung des Behandlungserfolgs mittels multivariater Varianzanalyse zeigt in Bezug auf den Faktor „subjektives Wohlbefinden“ sowohl einen signifikanten Zeit- [ $F(1, 57) = 17.07$ ,  $p < .001$ ], als auch Interaktionseffekt [ $F(1, 57) = 7.71$ ,  $p < .01$ ]. Ein Gruppeneffekt zeigte sich nicht [ $F(1, 57) = .58$ , *ns*]. In Bezug auf den Faktor „psychologisches Wohlbefinden“ fand sich ein Zeiteffekt [ $F(1, 59) = 44.5$ ,  $p < .001$ ], jedoch kein Interaktions- [ $F(1, 59) = .57$ , *ns*] oder Gruppeneffekt [ $F(1, 59) = .15$ , *ns*]. Die spezifische Prüfung mittels abhängiger Varianzanalysen zeigt, dass es in beiden Behandlungsgruppen zu einer signifikanten Zunahme psychologischen Wohlbefindens im Sinne von Optimismus, Selbstakzeptanz und Kohärenzempfinden sowie einer Abnahme von Pessimismus gekommen ist (vgl. Tabelle 1). Wie anhand signifikanter Interaktionseffekte deutlich wird, profitiert die KROT-Gruppe bezüglich des subjektiven Wohlbefindens bzw. der Lebenszufriedenheit mit der psychischen Befindlichkeit, sowie mit dem Sozial- und Alltagsleben deutlicher von der Therapie als die KVT-Gruppe.

In Bezug auf die Effektstärken findet sich mit einer mittleren Effektstärke von .85 durchgängig eine gewisse Überlegenheit der KROT-Gruppe gegenüber der KVT-Gruppe mit einer mittleren Effektstärke von .42. Die deutlichsten Effekte finden sich in beiden Behandlungsgruppen hinsichtlich der Selbstakzeptierung (SESA) und einer Zunahme der Zufriedenheit mit der psychischen Befindlichkeit. Keine bzw. nur geringe Effekte finden sich bei der Veränderung der Zufriedenheit mit dem Sozial- und Alltagsleben.<sup>1</sup>

## Diskussion

Insgesamt fand sich bei den Patienten beider Behandlungsgruppen eine signifikante Verbesserung des subjektiven Wohlbefindens im Sinne einzelner Bereiche der Lebenszufriedenheit und des psychologischen Wohlbefindens im Sinne von Selbstakzeptierung, Optimismus, Pessimismus, Kohärenzempfinden. Die Ergebnisse sprechen somit dafür, dass störungsspezifische Behandlungskonzepte nicht ausschließlich symptombezogene Verbesse-

<sup>1</sup> Eine intent-to-treat Analyse mit der „last observation carried forward“-Methode kommt – bei insgesamt niedrigeren Effektstärken – zu einem vergleichbaren Ergebnismuster.



rungen erzielen, sondern darüber hinaus Wohlbefinden fördern (Andersson et al., 2006; Crits-Cristoph et al., 2008; Eng et al., 2005).

Während sich die Behandlungsgruppen hinsichtlich des Zuwachses von Optimismus, Kohärenzsinn und der Selbstakzeptierung nicht unterscheiden, berichten die Patienten der kombiniert-ressourcenorientierten Behandlungsgruppe eine ausgeprägtere Zunahme der Zufriedenheit mit ihrem psychischen Zustand, ihrem Sozial- und Alltagsleben. Bei eingangs bestehenden Unterschieden hinsichtlich der alltagsbezogenen Lebenszufriedenheit erreichen die Patienten der KROT-Gruppe allerdings nur ein Niveau, welches in der KVT-Gruppe ohnehin schon bestand. Über alle Konstrukte gemittelt ergibt sich für die KVT-Gruppe eine Effektstärke von .42 gegenüber einer mittleren Effektstärke von .85 in der KROT-Gruppe. Dabei stehen sehr deutliche Zuwächse der Selbstakzeptierung und der Zufriedenheit mit dem eigenen psychischen Zustand geringeren Zuwächsen in den anderen Komponenten von Wohlbefinden – insbesondere der Lebenszufriedenheit mit dem Sozial- und Alltagsleben – gegenüber. Allerdings erreichen die Patienten beider Behandlungsgruppen hinsichtlich Lebenszufriedenheit, Selbstakzeptierung und Kohärenzsinn nicht das Niveau gesunder Vergleichsstichproben (Heinisch et al., 1991; Schumacher, Gunzelmann & Brähler, 2000; Sorembé & Westhoff, 1979); einzig hinsichtlich Optimismus und Pessimismus liegen die Patienten im Normbereich (Glaesmer et al., 2008). Entsprechend erscheint eine weitergehende therapeutische Förderung des Wohlbefindens sinnvoll (Frank, 2010).

Die hier berichteten Ergebnisse fügen sich ein in eine Reihe von Untersuchungen, die zeigen, dass die Aktivierung von Ressourcen assoziiert ist mit einer geringeren Symptombelastung zu Therapieende (z. B. Flückiger & Grosse Holtforth, 2008; Stangier, Von Consbruch, Schramm & Heidenreich, 2010) und einem verbesserten Selbstwerterleben im Therapieprozess (Flückiger, Caspar, Grosse Holtforth & Willutzki, 2009). Vor dem Hintergrund einer Analyse von Koban und Willutzki (2007) in der sich zeigte, dass ein geringes Ausmaß negativer Stimmung im Therapieprozess prädiktiv ist für eine verbesserte Selbstakzeptierung und vermehrtes Kohärenzerleben zu Therapieende, lässt sich mutmaßen, dass der Zusammenhang zwischen ressourcenorientiertem therapeutischen Handeln und dem Therapieerfolg vermittelt wird durch die stimmungsstabilisierende Wirkung ressourcenorientierter Interventionen im Therapieprozess (vgl. Grawe & Grawe-Gerber, 1999). Eine explizite Überprüfung dieses Zusammenhangs steht allerdings noch aus.

Kritisch ist anzumerken, dass in dieser Studie nur einzelne Komponenten des subjektiven und psychischen Wohlbefindens berücksichtigt werden konnten – generalisierende Schlussfolgerungen bezüglich der wohlbefindensfördernden Qualitäten der hier beschriebenen Behandlungsverfahren verbieten sich somit. Zudem ist die Vergleichbarkeit der hier berichteten Ergebnisse mit anderen Untersuchungen (Andersson et al., 2006; Crits-Cristoph et al., 2008; Eng et al., 2005) durch die Verwendung

jeweils unterschiedlicher Messmethoden nur eingeschränkt möglich. Genau wie bei den symptom-spezifischen Maßen kann zudem nicht ausgeschlossen werden, dass die leichte Überlegenheit der KROT-Behandlung darauf zurückgeht, dass die Studie von Personen durchgeführt wurde, die eine stärkere Ausrichtung der Psychotherapie auf die Ressourcen der Person für sinnvoll halten („allegiance“-Effekt; Luborsky, Diguier, Seligman et al., 1999). Vor dem Hintergrund, einer Untersuchung von Teismann, Dymel, Schulte und Willutzki (im Druck) in der sich zeigte, dass die kombiniert-ressourcenorientierte Therapie in der Behandlung akuter Depressionen einem klassisch kognitiv-verhaltenstherapeutischen Vorgehen nicht überlegen ist, bedarf es schließlich weitere Untersuchungen, die den Indikationsbereich einer ressourcenorientierten Ausrichtung des therapeutischen Vorgehens untersuchen.

Insgesamt lässt sich gleichwohl festhalten, dass es im Rahmen einer Psychotherapie sozialer Ängste neben einer Reduktion der Symptomatik zu einer Verbesserung des Wohlbefindens kommt. Dabei scheint eine Fokussierung der Ressourcen in der Therapie zu einer Verbreiterung des Wirkprofils beizutragen.

## Literatur

- Acatürk, C., Cuipers, P., van Straten, A. & de Graaf, R. (2009). Psychological treatment of social anxiety disorder: a meta-analysis. *Psychological Medicine*, 39, 241–254.
- American Psychiatric Association (Ed.). (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Fourth edition (DSM-IV). Washington, D.C., American Psychiatric.
- Andersson, G., Carlbring, P., Holmström, A., Sparthán, E. M., Furmark, T., Nilsson-Ihrfelt, E., Buhrman, M. & Ekselius, L. (2006). Internet-based self-help with therapist feedback and in-vivo group exposure for social phobia: A randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 4, 677–686.
- Antonovsky, A. (1987). *Unraveling the mystery of health – How people manage stress and stay well*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Antonovsky, A. (1993). The structure and properties of the Sense of Coherence scale. *Social Science & Medicine*, 36, 725–733.
- Clark, D. M. & Wells, A. (1995). A cognitive model of social phobia. In R. G. Heimberg, M. R. Liebowitz, D. A. Hope & F. R. Schneier (Eds.), *Social phobia: diagnosis, assessment and treatment* (pp. 69–93). New York: Guildford Press.
- Crits-Cristoph, P., Connolly Gibbons, M. B., Ring-Kurtz, S., Gallop, R., Stirman, S., Present, J., Temes, C. & Goldstein, L. (2008). Changes in positive quality of life over the course of psychotherapy. *Psychotherapy Theory, Research, Practice, Training*, 45, 419–430.
- Eng, W., Coles, M. E., Heimberg, R. G. & Safren, S. A. (2001). Quality of life following cognitive behavioral treatment for social anxiety disorder: Preliminary findings. *Depression and Anxiety*, 13, 192–193.
- Eng, W., Coles, M. E., Heimberg, R. G. & Safren, S. A. (2005). Domains of life satisfaction in social anxiety disorder: relation to symptoms and response to cognitive-behavioral therapy. *Journal of Anxiety Disorders*, 19, 143–156.
- Frank, R. (2010). *Wohlbefinden fördern*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Frisch, M. B. (1994). *Quality of Life Inventory*. Minneapolis: National Computer System.

- Flückinger, C., Caspar, F., Grosse Holtforth, M. & Willutzki, U. (2009). Working with patients' strengths: a microprocess approach. *Psychotherapy Research*, 19, 213–223.
- Flückinger, C. & Grosse Holtforth, M. (2008). Focusing the therapist's attention on the patient's strength: A preliminary study to foster a mechanism of change in outpatient psychotherapy. *Journal of Clinical Psychology*, 64, 876–890.
- Glaesmer, H., Hoyer, J., Klotzsch, J. & Herzberg, P. Y. (2008). Die deutsche Version des Life-Orientation-Tests (LOT-R) zum dispositionellen Optimismus und Pessimismus. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*, 16, 26–31.
- Grawe, K. (1998). *Psychologische Therapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Grawe, K. & Grawe-Gerber, M. (1999). Ressourcenaktivierung – ein primäres Wirkprinzip der Psychotherapie. *Psychotherapeut*, 44, 63–73.
- Heinisch, M., Ludwig, M. & Bullinger, M. (1991). Psychometrische Testung der „Münchener lebensqualitäts-Dimensionen Liste (MLDL)“. In M. Bullinger, M. Ludwig & N. von Steinbüchel (Hrsg.), *Lebensqualität bei kardiovaskulären Erkrankungen* (S. 73–90). Göttingen: Hogrefe.
- Huppert, F. A., Marks, N., Clark, A., Siegrist, J., Stutzer, A., Vitterso, J. & Warendorf, M. (2009). Measuring well-being across Europe: Description of the ESS well-being module and preliminary findings. *Social Indicators Research*, 91, 301–315.
- Keyes, C. L. M., Shmotkin, D. & Ryff, C. D. (2002). Optimizing well-being: The empirical encounter of two traditions. *Journal of Personality and Social Psychology*, 82, 1007–1022.
- Koban, C. & Willutzki, U. (2007). Stimmung und Therapieerfolg in der Psychotherapie. *Verhaltenstherapie*, 17, 100–108.
- Koban, C., Willutzki, U. & Schulte, D. (2005). Zur aktuellen Stimmung von Patienten: Wie relevant ist sie im Therapiegeschehen? *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 34, 39–46.
- Luborsky, L., Diguer, L., Seligman, D. A., Rosenthal, R., Krause, E. D., Johnson, S., Halperin, G., Bishop, M., Berman, J. S. & Schweitzer, E. (1999). The researcher's own allegiances: A „wild card“ in comparisons of treatment efficacy. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 6, 96–132.
- Noack, H., Bachmann, N., Oliveri, M., Kopp, H. G. & Udris, I. (1991). *Fragebogen zum Kohärenzgefühl*. Autorisierte Übersetzung des „Sense of Coherence Questionnaire“, von Antonovsky. Universität Bern.
- Ruhmland, M. & Margraf, J. (2001). Effektivität psychologischer Therapien von generalisierter Angststörung und sozialer Phobie. *Verhaltenstherapie*, 11, 27–40.
- Scheier, M. F. & Carver, C. S. (1985). Optimism, coping, and health: Assessment and implications of generalized outcome expectancies. *Health Psychology*, 4, 219–247.
- Schumacher, J., Gunzelmann, T. & Brähler, E. (2000). Deutsche Normierung der Sense of Coherence Scale von Antonovsky. *Diagnostica*, 46, 208–213.
- Soremba, V. & Westhoff, K. (1979). *Skala zur Erfassung der Selbstakzeptierung (SESA)*. Göttingen: Hogrefe.
- Stangier, U., Von Consbruch, K., Schramm, E. & Heidenreich, T. (2010). Common factors of cognitive therapy and interpersonal psychotherapy in the treatment of social phobia. *Anxiety, Stress & Coping*, 23, 289–301.
- Stein, M. B. & Kean, Y. M. (2000). Disability and quality of life in social phobia: Epidemiologic findings. *American Journal of Psychiatry*, 157, 1606–1613.
- Teismann, T., Dymel, W., Schulte, D. & Willutzki, U. (im Druck). Ressourcenorientierte Akutbehandlung unipolarer Depressionen: Eine randomisierte kontrollierte Psychotherapiestudie. *Psychotherapie, Psychosomatik und medizinische Psychologie*.
- Wieland-Eckelmann, R. & Carver, C. S. (1990). Dispositionelle Bewältigungsstile, Optimismus und Bewältigung: Ein interkultureller Vergleich. *Zeitschrift für Differentielle und Diagnostische Psychologie*, 11, 167–184.
- Willutzki, U., Neumann, B., Haas, H., Koban, C. & Schulte, D. (2004). Zur Psychotherapie sozialer Ängste: Kognitive Verhaltenstherapie im Vergleich zu einem kombiniert ressourcenorientierten Vorgehen. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 33, 42–50.
- Willutzki, U., Teismann, T., Koban, C. & Dymel, W. (2009). Veränderungen interpersoneller Probleme in der Psychotherapie sozialer Ängste. *Zeitschrift für klinische Psychologie und Psychotherapie*, 38, 52–60.
- Willutzki, U. & Teismann, T. (in Vorbereitung). *Ressourcenaktivierung*. Göttingen: Hogrefe.
- Wittchen, H.-U., Zaudig, M. & Fydrich, T. (1997). *Strukturiertes klinisches Interview für DSM-IV*. Göttingen: Hogrefe.

Manuskript eingereicht: 07. 07. 2010  
 Manuskript angenommen: 08. 12. 2010

Prof. Dr. Ulrike Willutzki  
 Dr. Tobias Teismann  
 Prof. Dr. Dietmar Schulte

Ruhr-Universität Bochum  
 Fakultät für Psychologie  
 Arbeitseinheit Klinische Psychologie und Psychotherapie  
 44780 Bochum  
 E-Mail: willutz@kli.psy.ruhr-uni-bochum.de