

Vorwort zur 2. Auflage

Unter dem Begriff „soziale Phobie“ wird in den beiden Klassifikationssystemen ICD-10 und DSM V leider nur der Angaspekt dieser Störung dargestellt. Die im Rahmen psychischer Störungen vermutlich viel relevanteren sozialen Defizite werden nicht gesondert erfasst. Das ist im Hinblick auf die Therapie-Indikationsstellung ein erhebliches Defizit in den Klassifikationssystemen. Eine „reine“ soziale Phobie lässt sich nämlich – unter Berücksichtigung ihrer Entstehungsbedingungen und ihrer Stellung im Gesamtstörungsmuster des Individuums – meist relativ einfach und rasch (wie andere Phobien auch) verhaltenstherapeutisch behandeln. Bei hinreichender Dauer kann sie aber auch zu sekundären sozialen Kompetenzdefiziten führen. Soziale Defizite sind dagegen überwiegend früh angelegte Entwicklungsdefizite. Sie können einerseits zu sekundären sozialen Ängsten führen, werden aber andererseits oft „pseudokompensiert“ – z. B. durch Rigidität bis hin zur Zwangsstörung, Aggressivität, psychosomatische oder psychotische Störungen, Alkohol-/Drogenmissbrauch. Sie sind dann hinter dieser „Verkleidung“ oft schwer erkennbar (Hand 1991). Es sind auch „Symptomverschachtelungen“ möglich: Über Angst vor Kritik können sich sowohl Depression wie Zwangsverhalten entwickeln, die sich dann gegenseitig verstärken und z. B. vordergründig als Agoraphobie ohne Panikstörung imponieren. Solche Verschachtelungen sollten dann möglichst in ein hierarchisiertes Hypothesenmodell zur adäquaten Indikationsstellung für den Einstieg in eine multimodale Verhaltenstherapie überführt werden (Hand 2008).

Die Bedeutung sozialer Defizite und Ängste auch bei anderen psychischen Störungen wurde erstmalig in überzeugender Weise in den einige Jahrzehnte zurückliegenden Katamnese-studien Ciompis mit schizophrenen Patienten bezüglich der Identifizierung von Risikofaktoren für einen chronischen Krankheitsverlauf dargestellt. Einer von drei Risikofaktoren waren frühe soziale Defizite und Ängste. Bei chronisch verlaufenden Zwangsstörungen haben frühe soziale Defizite und Ängste – und die oftmals ableitbare Pseudokompensation durch Zwangsverhalten – bei mindestens der Hälfte dieser Patienten wesentlich zur Chronifizierung der Zwangsstörung beigetragen. Dementsprechend muss ein erfolgsversprechender multimodaler Behandlungsplan nicht nur den Abbau sozialer Ängste, sondern vor allem den Aufbau sozialer Kompetenzen zum Inhalt haben.

Ähnliches gilt in der Psychosomatik, wo z. B. chronifizierende Kopfschmerzen zunehmend der Vermeidung der Konfrontation mit den sozialen Defiziten und Ängsten in sozialen Kontakten „dienen“ können.

Die Abgrenzung sozialer Ängste von sozialen Defiziten musste bis vor Kurzem über „klinische Interviews“ erfolgen. Valide und reliable (Selbstrating-)Messinstrumente standen nicht zur Verfügung. Das dürfte sich jetzt durch die Publikation des (SASKO, Kolbeck u. Maß 2009) geändert haben. Dieses Selbstrating kann von den Patienten in 5–10 Minuten ausgefüllt und leicht berechnet werden, woraus dann – auch einzelfallbezogen – die anteilige Bedeutung von sozialer Angst einerseits und Defiziten andererseits dargestellt werden kann (► Kap. 11).

Die frühen verhaltenstherapeutischen Verfahren zur Behandlung sozialer Ängste und Defizite waren primär auf der Verhaltensebene auf das Training von sozialen Kompetenzen ausgerichtet. Das im deutschsprachigen Raum mit Abstand bekannteste Vorgehen wurde von Rita Ullrich de Muynck und Rüdiger Ullrich bereits in den späten 1960er/frühen 1970er Jahren entwickelt (1976). Es enthält zahlreiche spezifische In-vivo-Übungssituationen. Für sehr schwer gestörte sozial defizitäre und häufig auch psychotische Patienten entwickelte die Ar-

beitsgruppe um Liberman früh das Personal Effectiveness Training (PET; Liberman et al. 1975). Bei dieser Zielgruppe war ein Training sozialer Basisfertigkeiten in sehr kleinen Schritten erforderlich, mit intensivem Coaching (bis hin zum Einflüstern von Antwortsätzen) durch die Therapeuten während der anfänglich in vitro durchgeführten Übungssitzungen. Erst sehr viel später wurden Interventionen bei sozialer Phobie schwerpunktmäßig kognitiv orientiert (Clark u. Wels 1995; Stangier et al. 2003). Bezüglich der kognitiven Variante der Verhaltenstherapie von Angststörungen ist bis heute umstritten, welchen zusätzlichen Effekt zu den verhaltensorientierten Übungen die kognitiven Interventionen haben.

Wir haben seit 1976 in der Verhaltenstherapie-Ambulanz der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf Einzel- und Gruppentherapien für Patienten mit sozialen Ängsten und Defiziten durchgeführt. Anfangs waren diese stark an den Modellen von Ullrich und Ullrich de Muynck sowie Libermann et al. orientiert, wobei im Laufe der einzelnen Entwicklungsschritte dann zunehmend bei der Exposition statt der klassischen Exposition mit Reaktionsverhinderung (ERP) die Exposition mit Reaktionsmanagement (ERM; Hand 1993, 2011, 2013) eingesetzt wurde. Eine erste Zusammenfassung dieses Entwicklungsprozesses in unserer Ambulanz, an dem Dutzende von Therapeuten beteiligt waren und sind, wurde von Wlazlo (1995) publiziert. In die weiteren Entwicklungsschritte wurden auch jeweils die Erfahrungen aus der Anwendung der Exposition mit Reaktionsmanagement bei anderen Phobien und bei der Zwangsstörung mit einbezogen. Der aktuelle Entwicklungsstand der schwerpunktmäßigen Expositionstherapie mit den Anteilen der Phobiebewältigung einerseits und des Aufbaus von sozialer Kompetenz andererseits wird jetzt in diesem Manual vorgelegt. Es kann, wie bereits das Manual zu den übrigen Angststörungen (Alsleben et al. 2003), nicht nur von Verhaltenstherapeuten, sondern auch von Psychotherapeuten anderer Therapieschulen begleitend eingesetzt werden, ebenso wie von verhaltenstherapeutischen Kotherapeuten. Das therapeutische Vorgehen basiert auf der „handlungsorientierten Verhaltenstherapie“, beinhaltet aber selbstverständlich auch kognitive Interventionen. In Übereinstimmung mit der experimentellen Psychologie der 1920er Jahre liegt die Hypothese zu Grunde, dass Denken und Fühlen am schnellsten durch Veränderungen des Verhaltens veränderbar sind („learning by doing“; „korrektive emotionale Erfahrung“). Bei den meisten Patienten führen primär induzierte Veränderungen des Denkens zu eher zögerlichen Veränderungen des Verhaltens und der Emotionen. Die Indikation dafür, ob der Einstieg in eine multimodale Verhaltenstherapie (um die es letztlich fast immer geht) primär über „Verhaltensexperimente“, über kognitive Interventionen oder auch über ein (Biofeedback-)Training physiologischer Überreaktionen erfolgen sollte, ist aber immer im Einzelfall zu entscheiden.

Soziale Phobie und Kompetenzdefizite sind – wie jedes „Krankheitsverhalten“ – auch hinsichtlich ihrer intrapsychischen und/oder interaktionellen Funktionalitäten abzuklären (Hand 2008). Werden diese nicht erkannt, kann der Therapieplan nicht optimal auf die verbalisierte bzw. nicht verbalisierte (Nicht-)Veränderungsmotivation des Patienten abgestimmt werden.

Schließlich ist, gerade bei sozial-ängstlich-defizitären Menschen mit ihren oftmals frühen interaktionellen Verletzungen, der Aufbau einer vertrauensvollen Patient-Therapeut-Beziehung für die Motivation zu Veränderungsschritten von entscheidender Bedeutung – der (zu) früh Übungscompliance fordernde, vordergründig leistungs- und erfolgsorientierte Therapeut wird den Patienten eher abschrecken als motivieren.

Last but not least ein nachdrückliches Caveat: Soziales Kompetenztraining beinhaltet – wie jede effektive psychotherapeutische oder medikamentöse Intervention – auch Risiken. Eines davon ist das Antrainieren von Dominanzverhalten über „Kommunikationstricks“, bei

anhaltendem mangelndem Selbstwertgefühl und niedriger Selbstakzeptanz. Wird dieses Problem übersehen, dann hat die Therapie ein „Pseudo-Coping-Verhalten“ aufgebaut, das den Umgang des Patienten mit seinem natürlichen sozialen Umfeld möglicherweise gravierend beeinträchtigt. Dieses Risiko besteht im Besonderen bei den mittlerweile zahlreichen sozialen Kompetenztrainings außerhalb der Richtlinien-Verhaltenstherapie!

Gerade in diesem Kontext sollte auch bedacht werden, dass wir seit Jahren einen gesellschaftlichen Wandel von einer recht sozial orientierten Gesellschaftsform (u. a. „soziale Marktwirtschaft“) zu einer Konkurrenzgesellschaft durchlaufen. „Jeder gegen jeden“ wird von der Schule über das Berufsleben bis in den aktuellen „Generationenkonflikt“ immer häufiger verhaltenssteuernd. In diesem Kontext sind in vielen Arbeitsfeldern „Top-down-Entscheidungshierarchien“ entstanden, die im Einzelfall krank machen und gesellschaftlich zu gefährlichen sozialen Verwerfungen führen können. Als Verhaltenstherapeuten sollten wir uns fragen, wie weit die Techniken des sozialen Kompetenztrainings von den „Siegern“ in diesem sozialen Wandel auch missbraucht werden und wie wir unsere Patienten gegenüber dieser Entwicklung stärken können.

Wir danken allen ehemaligen und gegenwärtigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern unseres multiprofessionellen Teams (mit Verhaltenstherapeuten auch aus der Krankenpflege) und den oft jahrelang bei uns versorgend und forschend mitarbeitenden psychologischen Praktikanten, Diplomanden und Doktoranden für die engagierten Beiträge, die mit zu dem vorgelegten Inhalt beigetragen haben. Nicht zuletzt danken wir auch allen ehemaligen Patienten, die an unseren Soziale-Kompetenz-Trainingsgruppen teilgenommen und an deren kontinuierlicher Weiterentwicklung durch ihr Feedback aktiv mitgearbeitet haben.

Wir freuen uns, dass das vorliegende Manual zum sozialen Kompetenztraining bereits in zweiter Auflage erscheint. Die Neuauflage gab uns und den Autoren die Chance, tiefgehende Überarbeitungen und Ergänzungen vorzunehmen. Wir würden uns sehr freuen, wenn dieses neue Buch wieder so gut aufgenommen wird wie sein Vorgänger.

Für Rückmeldungen zum Nutzen dieses Programms und für Verbesserungsvorschläge wären wir Kolleginnen und Kollegen sehr dankbar.

Hamburg im Dezember 2012

Iver Hand
Heike Alsleben

Soziales Kompetenztraining
Leitfaden für die Einzel- und Gruppentherapie bei
Sozialer Phobie

Alsleben, H.; Hand, I. (Hrsg.)

2013, XV, 302 S. 65 Abb., 63 Abb. in Farbe. Mit

Online-Extras., Softcover

ISBN: 978-3-7091-1079-9