

Zur Behandlung sozialer Phobien

Trotz positiver Therapieergebnisse sind Vollremissionen die Ausnahme

Giovanni Carraro, Aba Delsignore

Soziale Phobien sind durch phobische Reaktionen auf die vermeintlich prüfende Betrachtung durch andere Menschen in bestimmten (z.B. Sprechen in der Öffentlichkeit) oder fast allen sozialen Situationen ausserhalb des Familienkreises charakterisiert. Der Schwerpunkt dieses Artikels liegt, neben einer Übersicht über die wirksamen psychopharmakotherapeutischen Ansätze, in der Darstellung kognitiver und verhaltenstherapeutischer Elemente im Gruppensetting.

Soziale Phobien beginnen meist im Pubertätsalter, sind häufig (Lebenszeit-Prävalenzrate zwischen 4–14%), betreffen häufiger Frauen als Männer (rund 2:1), nehmen oft einen chronisch fluktuierenden Verlauf und können zu erheblichen psychosozialen Beeinträchtigungen führen. Eine hohe Komorbidität mit anderen Angststörungen, depressiven Störungen sowie Suchterkrankungen ist bekannt. Soziale Phobien stellen dabei meist die vorausgehende Störung dazu dar und sind mit einem maligneren Verlauf der depressiven Störungen sowie einem erhöhten Suizidalitätsrisiko assoziiert (5). Die breiteste Evidenz für eine wirksame Behandlung der sozialen Phobien liegt für die kognitive Verhaltenstherapie (4) sowie für die Pharmakotherapie mit Antidepressiva (2) vor.

Pharmakotherapie

SSRI gelten aufgrund der nachgewiesenen Wirksamkeit, der Stabilität ihrer Effekte, aus Sicherheitsüberlegungen und aufgrund der guten Verträglichkeit als Mittel erster Wahl in der Behandlung von sozialen Phobien (2). Vergleichbar gute Resultate sind mit einigen trizyklischen Antidepressiva (z.B. Clomipramin), SNRI (Venlafaxin) und, etwas weniger Erfolg versprechend, mit (reversiblen) MAO-Hemmern zu erzielen. Betablocker sind, wenn überhaupt, nur bei isolierten Formen zur Reduktion der somatischen Begleitsymptome (Zittern, Herzklopfen, Schwitzen) sinnvoll. Benzodiazepine sind kurzfristig wirksam, aber unter anderem wegen des Suchtpotenzials nicht zu empfehlen (12).

Hohe Rückfallraten nach Absetzen einer alleinigen Medikation wurden beschrieben, was suggeriert, dass die Pharmakotherapie der sozialen Phobie als Langzeittherapie zu verstehen ist. Die Frage nach der empfehlenswerten Dauer der Behandlung ist allerdings noch offen. Zur Thematik der Kombination mit Psychotherapie verweisen wir auf den Artikel von M. Rufer in diesem Heft.

Kognitive Verhaltenstherapie: Störungsrationale, therapeutische Grundelemente

Soziale Phobien können als multifaktoriell bedingte Störungen angesehen werden, wobei bisher verschiedene prädisponierende und aufrechterhaltende Faktoren nachgewiesen wurden. Dabei spielen internale (spezifische und unspezifische genetische Prädisposition, Temperamentaspekte, kognitive Schemata, Defizite in sozialen Fertigkeiten) sowie Umweltfaktoren (Eltern-Kind-Beziehung, aversive Erfahrungen in Peergroups, negative Life-Events) die wichtigste Rolle (11).

Störungsrationale

Die kognitive Verhaltenstherapie fokussiert in der Ausarbeitung eines Störungsrationales auf störungsaufrechterhaltende Faktoren. Ein brauchbares Modell unterscheidet dabei kognitive, physiologische sowie Verhaltenselemente, die ihrerseits in den Phasen vor, während und nach der Konfrontation mit sozialphobischen Reizen unterteilt sind (*Abbildung 1*).

Kognitiv stehen demnach vor der Konfrontation hohe Leistungsansprüche zusammen mit der Erwartung schmerzhafter Misserfolge im Vordergrund (bis zu rich-

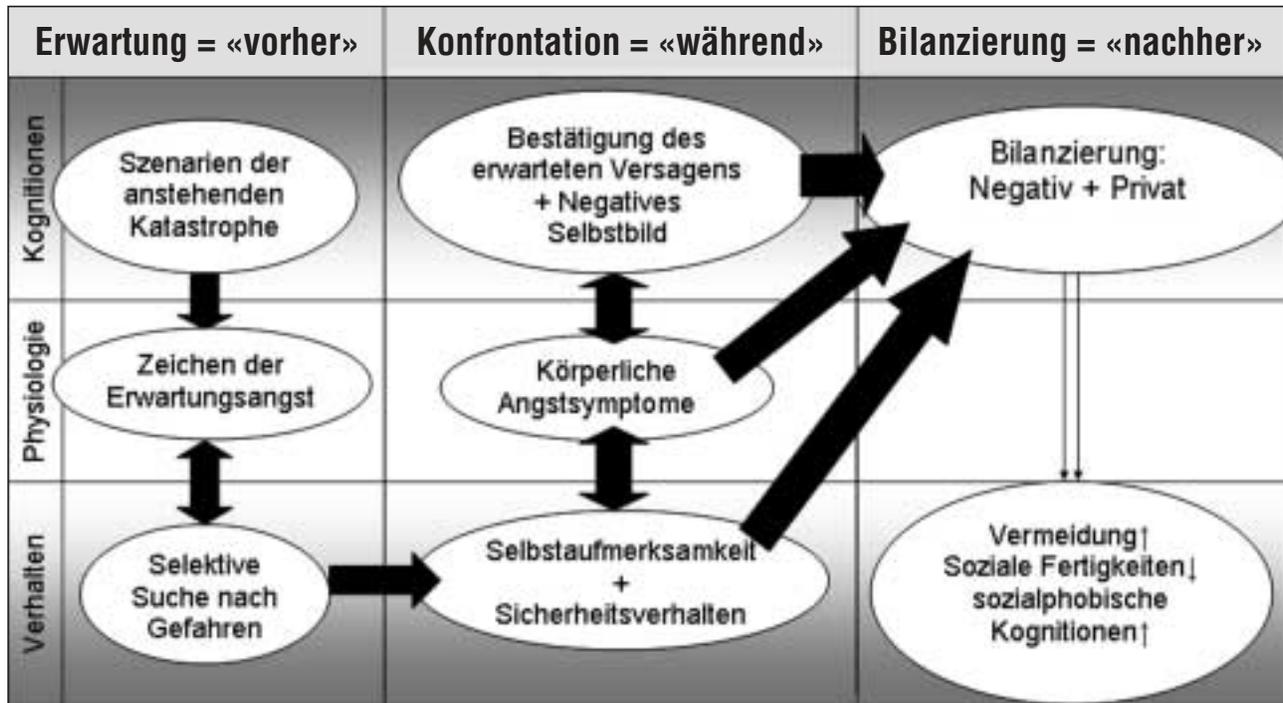


Abbildung 1: Störungsrationalen sozialer Phobien

tigen Katastrophenszenarien), die von physiologischen Korrelaten der Erwartungsangst begleitet und ihrerseits bestätigt werden. Dies fördert eine selektive Aufmerksamkeitsfokussierung auf die Hinweise des Misserfolges sowie leistungsminderndes Sicherheitsverhalten (z.B. Blickkontakt meiden; Kontrolle, ob die Hände zittern). Während der Konfrontation werden somit physiologische Merkmale der Leistungsanspannung konsequent wahrgenommen und als Bestätigung des erwarteten Versagens missinterpretiert. Dabei spielt das kognitive Bild von sich selbst, oft regelrecht grotesk verzerrt, eine wichtige Rolle für die weitere Erhöhung des Arousal sowie für die Aufrechterhaltung der negativen Selbstbewertung (7). Schliesslich erfolgt nach der Konfrontation eine negativ betonte Bilanzierung, die typischerweise «privat» erfolgt, weil die Rückmeldung anderer als phobischer Reiz vermieden wird.

Es liegt auf der Hand, dass solche unangenehmen Erfahrungen am liebsten gar nicht zu wiederholen sind und dass eine Vermeidungsstrategie sich dabei geradezu anbietet. Vermeidung wird dann zunehmend negativ verstärkt (durch das Ausbleiben weiterer aversiver Angstzustände). Allerdings führt dies längerfristig zur Entmutigung, zur Verfestigung dysfunktionaler Kognitionen sowie zum Verlust sozialer Fertigkeiten.

Grundelemente der kognitiven Verhaltenstherapie

Konfrontation mit der sozialen Situation bedingt zwar kurzfristig einen eindeutigen Anstieg des Angstniveaus, ermöglicht es aber, kognitive Grundschemata sowie ungünstige Verhaltensweisen überhaupt anzugehen.

Hauptziele der Konfrontation sind, neben der Habituation, die Verifizierung und Korrektur der sozialphobischen Befürchtungen sowie ein Gewinn an sozialen Fertigkeiten.

In der Motivation der Betroffenen für dieses Therapie-rationale kann das Prinzip von «Zuckerbrot und Peitsche» hilfreich sein: Sowohl Vermeidung als auch Konfrontation beinhalten an sich beide Komponenten, allerdings bedingt die Vermeidung zunächst das Zuckerbrot (Entspannung, Ausbleiben von Angstreaktionen) und erst längerfristig die Peitsche (Entmutigung und Verlust von sozialen Kompetenzen). Es ist daher gut verständlich, dass die Betroffenen spontan die Vermeidungsstrategie wählen, da die positiven Anteile in unmittelbarer Nähe liegen (sogenannte *kontingente Verstärkung*). Der Weg der Konfrontation beschert hingegen zunächst die Peitsche (intensive Angstgefühle), verspricht aber mittelfristig das ersehnte Zuckerbrot (Gewinn an Selbstsicherheit und sozialer Kompetenz). Da die positiven Anteile erst nach den negativen zu erwarten sind, braucht es eine willentliche Entscheidung, um diesen Weg einzuschlagen (*Abbildung 2*).

Ein weiterer Zugang ist für diejenigen Betroffenen notwendig, die soziale Situationen per se nicht vermeiden, aber trotzdem unter sozialer Angst chronisch leiden. Die «private» Bilanzierung eigener Leistung ist dabei massgeblich dafür verantwortlich, denn sie verunmöglicht, dysfunktionale kognitive Schemata zu verifizieren und konsequent zu revidieren. Das *bewusste Einholen der Rückmeldung Dritter* wird daher konsequent bis zur Automatisierung eingeübt.

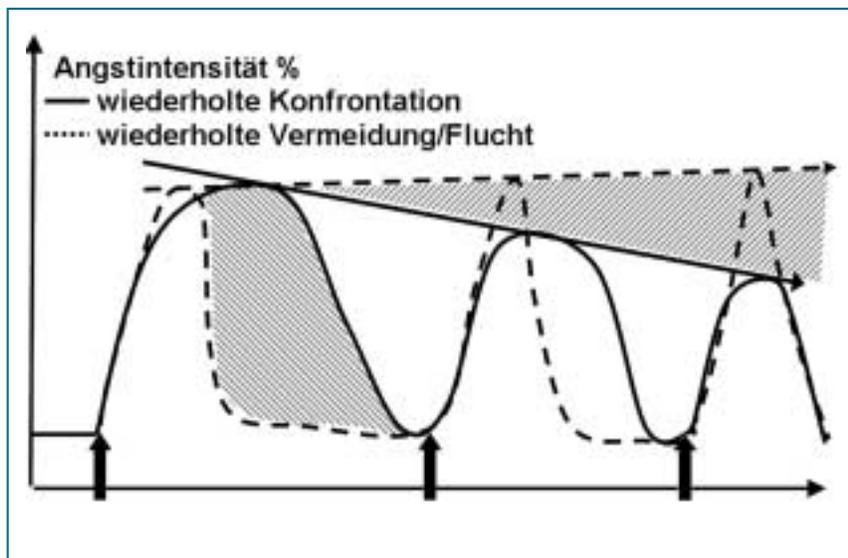


Abbildung 2: Verhaltenstherapeutische Therapierationale: Konsequenzen wiederholter Konfrontation vs. wiederholter Vermeidung von sozialen Situationen; kurzfristig bedingt Konfrontation eine deutlich längere Angstreaktion (links-geneigte Schraffierung); erst im Längsschnitt zeigen sich deren Vorteile (rechtsgeneigte Schraffierung)

Defizite in sozialen Fertigkeiten prägen soziale Phobien in verschiedenen Graden. Obwohl es umstritten ist, ob es sich dabei um reelles Nichtkönnen oder um angstbedingte Inhibition an sich vorhandener Fertigkeiten handelt, ist das konsequente Training sozialer Fertigkeiten ein Hauptbestandteil der Therapie. Leistungssituationen, die Wahrnehmung und Durchsetzung eigener Rechte, Gesprächstechnik sowie das «Erwecken von Sympathie» stellen die thematischen Schwerpunkte des Trainings dar.

Die *Erkennung von dysfunktionalen automatischen Gedanken* bildet den Ausgang des kognitiven Ansatzes. Dabei geht es nicht um ein einfaches Registrieren der expliziten Anteile («Alle merken, dass ich übermässig schwitze»), sondern auch und vor allem um die implizit gekoppelten Kognitionen («Sie halten mich für inkompetent und werden veranlassen, dass ich aus diesem Ausbildungsgang ausgeschlossen werde»). Die Infragestellung solcher automatischer Gedanken (Tabelle 2), die *Bildung von differenzierteren Alternativgedanken* sowie die Verifizierung derselben (oft gerade durch das Einholen von Rückmeldungen Dritter) ergänzen diesen an sich klassischen kognitiven Zugang.

Das negative, häufig grotesk verzerrte Selbstbild des Betroffenen in der Konfrontationssituation wird durch standardisiertes Einsetzen von *Videoaufnahmen* spezifisch angegangen. Neben dem Einholen von Rückmeldungen Dritter erweist sich dies als ideales Mittel zur Verifizierung und Anpassung des eigenen Selbstbildes.

Der chronische Charakter der Störung und die häufige depressive Komorbidität bedingen oft das Gefühl einer

tiefen Selbstwirksamkeit. Die Formulierung realistischer Ziele, die konsequente entsprechende Arbeit sowie erste Erfolge haben daher zentrale Bedeutung in der *Stärkung der wahrgenommenen Selbstwirksamkeit und in der Induktion einer positiven Behandlungserwartung*.

Dazu werden die Betroffenen auch transparent über realistische Erfolgchancen informiert (siehe unten).

Ob diese Elemente am besten im Gruppen- oder im Einzelsetting durchzuführen sind, ist zum Teil umstritten (13). Wir betrachten diese Zugänge als sich ergänzende Bausteine. Im folgenden praktischen Abschnitt wird auf die konkrete Durchführung im Gruppensetting fokussiert, welches eine intensivere und vielfältigere Problemaktualisierung erlaubt.

Praktische Durchführung im Gruppensetting

Nachfolgend wird die Durchführung der Gruppentherapie «Soziale Angst verstehen und bewältigen» vorgestellt, die in Anlehnung an die Konzepte von Hope und Heimberg (8), Ambühl (1) sowie aufgrund eigener Gruppenerfahrungen (10) von den Autoren dieses Artikels entwickelt wurde. Die Gruppentherapie umfasst zehn Sitzungen zu je 1,5 Stunden in einem Zeitraum von drei Monaten (zunächst wöchentlich, danach alle zwei Wochen, um die Autonomie zu stärken und die Generalisierung erlernter Strategien im Alltag zu fördern). Die Gruppe besteht aus sechs bis acht Teilnehmern mit sozialer Phobie und/oder Persönlichkeitsstörung (insbesondere ängstlich-vermeidende und abhängige Persönlichkeitsstörung) und wird von zwei Therapeuten geleitet. Dem Therapiebeginn geht ein Abklärungsgespräch voraus, in dem die Indikation überprüft und akute Komorbiditäten (z.B. schwere depressive Episode, akute Panikstörung) ausgeschlossen werden, die eine Fokussierung auf die Gruppenarbeit erschweren würden und deshalb zunächst behandelt werden sollten.

Individualisierte Therapieplanung

Damit möglichst jeder Gruppenteilnehmer von der Gruppentherapie profitieren kann, ist es sehr wichtig, dass die Planung relevanter Therapieziele *individuell* erfolgt. In einem Vorgespräch definiert jeder Patient mit Unterstützung des Therapeuten drei Ziele, an denen er in und ausserhalb der Gruppenbehandlung arbeiten möchte. Diese werden nach dem Goal-Attainment Scaling (GAS)-Verfahren (9) schriftlich festgehalten und im Verlauf der ersten drei Gruppensitzungen in Bezug

auf mögliche Zwischenschritte ergänzt. Die Ziele sollen möglichst überprüfbar und realitätsorientiert formuliert werden, sodass die Patienten in einem Zeitraum von drei Monaten Erfolge sammeln und als solche erkennen können.

Ein Beispiel für eine verständliche, jedoch in ihrer Formulierung ungünstige Zielsetzung wäre: «Mit Unterstützung der Gruppentherapie möchte ich wieder einen Partner finden, der mich liebt und so akzeptiert, wie ich bin.» Aus einem solchen Wunsch kann das bescheidenere, jedoch kurzfristig realisierbare Ziel «Ich möchte neue Kontakte knüpfen» formuliert werden. Nach ersten Gruppenübungen zu den Themen «ein Gespräch anfangen und aufrechterhalten» könnten sich beim gegebenen Beispiel folgende Zwischenschritte ergeben:

- «mindestens dreimal pro Woche mit meinen Arbeitskollegen in die Kaffeepause gehen – ohne Zeitung»
- «Nachbarn im Garten und ausgewählte Leute im Zug ansprechen»
- «mich für einen Spanischkurs anmelden und den Kurs besuchen»
- «zu meinem Geburtstag eine kleine Grillparty organisieren und neue Bekanntschaften einladen».

Die individuell definierten Ziele aller Teilnehmer werden von den Therapeuten zusammengetragen, in Themenbereiche gruppiert und bilden die Basis für die konkreten Übungen. Eine Übersicht häufiger Themen befindet sich in *Tabelle 1*.

Tabelle 1:

Häufige Themenbereiche der individualisierten Zielplanung

- Umgang mit wahrgenommenen kritischen Blicken oder negativen Beurteilungen, wenn der Patient im Zentrum der Aufmerksamkeit steht (beim Essen/Trinken, beim [Unter]schreiben, beim Reden, in Leistungssituationen)
- Reduktion der übertriebenen Fokussierung auf körperliche Symptome und auf die damit verbundenen katastrophisierenden Kognitionen
- Gespräche anfangen, aufrechterhalten, beenden, ohne sich dabei abzuwerten oder zuviel Verantwortung für den Verlauf des Gesprächs übernehmen zu müssen. Zur eigenen Meinung stehen. Abgrenzung von ausgewählten Leuten («Wie viel gebe ich von mir preis?»)
- Eigene Rechte wahrnehmen und vertreten, Nein sagen können, um etwas bitten
- Leistung im Beruf oder in der Ausbildung: eigene Ansprüche definieren und ggf. anpassen
- Konfliktverhalten am Arbeitsplatz, zu Hause, mit Freunden
- Akzeptanz von nicht veränderbaren Zuständen oder Personen (vs. Resignation)

Konfrontation mit angstauslösenden Situationen

Bereits in der ersten Sitzung machen die meisten Teilnehmer die positive Erfahrung, dass sich die Überwindung der Angst in Bezug auf die Gruppenteilnahme gelohnt hat und dass sich in den meisten Fällen die subjektiven Befürchtungen nicht bestätigen. Diese Wahrnehmung wird mit positiver Verstärkung und mit der gemeinsamen Erarbeitung eines Erklärungsmodells (vgl. *Abbildung 1*) unterstützt. Gleichzeitig wird versucht, gut funktionierende Bereiche zu identifizieren (z.B. einzelne Personen, mit denen sich der Patient frei fühlt, die eigene Meinung zu äussern), diese im Sinne eines Selbst-Modelings auch in anderen Situationen zu verwenden und somit die Selbstwirksamkeit zu stärken. Mittels Selbstbeobachtung (Erkennen des selbstsicheren, unsicheren, aggressiven und vermeidenden Verhaltens), Rollenspielen, Modellernen, Hausaufgaben, Feedback in der Gruppe sowie durch Experimente ausserhalb der Sitzungen können Patienten explorative und korrektive Erfahrungen sammeln und somit ein neues Repertoire von Kompetenzen aufbauen. Bei den Rollenspielen wird versucht, möglichst jeden Teilnehmer aktiv zu involvieren, sei es als direkter Mitspieler, als Beobachter oder als Coach in einer für ihn unproblematischen Situation. Die gleiche Situation muss oft mehrmals geübt werden, bis die Hauptdarsteller mit ihrem Verhalten zufrieden sind und dieses im Alltag ausprobieren können. Bei der Wahl der Rollenspiele wird auf die Relevanz für die einzelnen Gruppenteilnehmer besonders geachtet. Zur Erarbeitung eines realistischeren Selbstbildes und als zusätzliche Feedback-Quelle werden Rollenspiele auf Video aufgenommen und analysiert.

Zur Unterstützung der Generalisierung neu erworbener Strategien im Alltag werden für gezielte Übungen externe Interaktionspartner (z.B. Klinikdirektor als Autorität) einbezogen. Im zweiten Teil der Therapie werden in vivo Expositionen in der Stadt durchgeführt.

Graduelle kognitive Umstrukturierung

Parallel zur Konfrontation mit den befürchteten Situationen erfolgt die Auseinandersetzung mit eigenen verzerrten Kognitionen. In den ersten Sitzungen lernen die Patienten auf die eigenen dysfunktionalen Gedanken vor, während und nach der Situation zu achten, diese schriftlich festzuhalten und in Zusammenhang mit emotionalen, situationsbedingten (wie z.B. die subjektive Schwierigkeit der Situation) und handlungsbezogenen Komponenten zu bringen. Ausgehend von den automatischen Gedanken (Beispiel: «Niemand hört mir zu») kristallisieren sich typische, sich wiederholende Gedankenmuster heraus («Wenn ich sage, was ich denke, rennen mir alle davon»), die zu Grundschemata führen («Ich bin ein uninteressanter Mensch, den niemand gerne hat»). Im Verlauf neuer korrektiver Erfahrungen werden die aktuelle Gültigkeit der Grundschemata überprüft,

Tabelle 2:

Infragestellung automatischer negativer Gedanken

- Gibt es irgendwelche positive Aspekte, die ich im Moment übersehe?
- Was ist bei der aktuellen Situation anders als bei früheren ähnlichen Situationen?
- Würde ich in einem ruhigeren Moment anders denken als jetzt?
- Wenn ich in 5 Jahren an diese Situation zurückdenken würde, würde ich sie möglicherweise anders bewerten?
- Wäre ein Vertrauter von mir hundertprozentig mit meinen Schlussfolgerungen einverstanden?
- Was würde ich einem guten Freund von mir raten, der ähnlich denkt wie ich jetzt?
- Rollentausch: Was würde ich als Beobachter über einen Anwesenden denken, der sich wie ich jetzt verhält?
- Bei dem, was ich mir vorwerfe, wie gross (in %) könnte die Verantwortung anderer sein?

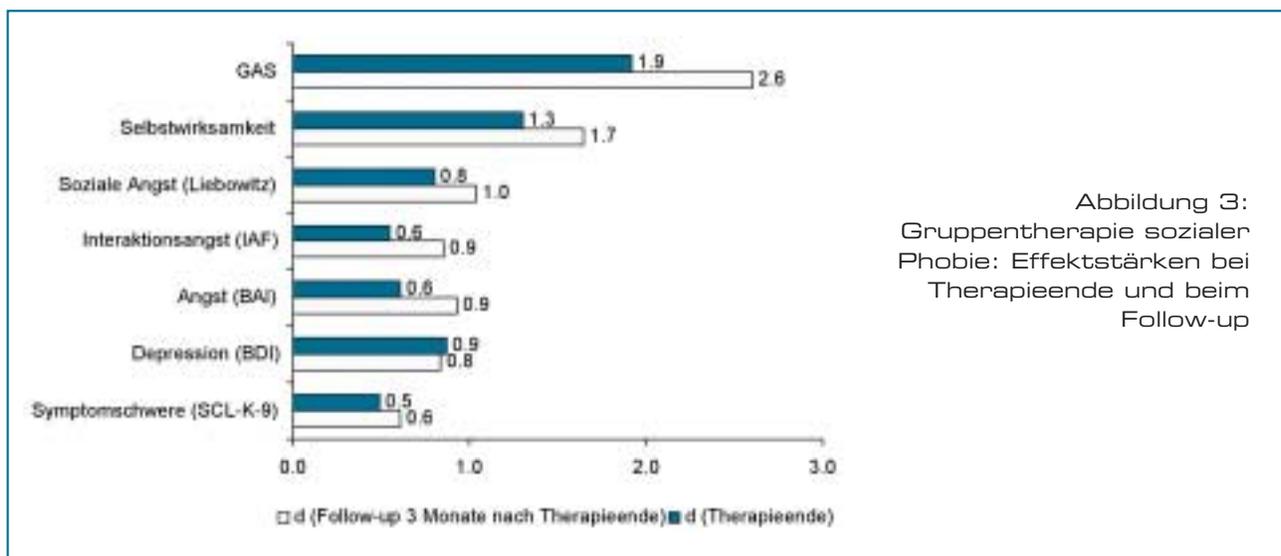


Abbildung 3:
Gruppentherapie sozialer
Phobie: Effektstärken bei
Therapieende und beim
Follow-up

typische Denkfehler erkannt (z.B. die Dichotomisierung in «nie oder immer», «alles oder nichts», vgl. auch *Tabelle 2*) und alternative, der Realität angepasste Denkweisen formuliert.

Konsolidierung und Transfer im Alltag

Die Anpassung und Konsolidierung geübter Strategien im konkreten Alltag der Patienten sollte möglichst schon nach den ersten Sitzungen beginnen und ist ein wichtiger Bestandteil der Gruppentherapie. Dieser Prozess wird zunächst mittels standardisierter, später durch individualisierte Hausaufgaben gefördert. Bei der letzten Sitzung erfolgt zur Rückfallprophylaxe eine Reflexion der Teilnehmer über die Wirkprinzipien der Gruppentherapie, wobei sie persönliche innere Bewältigungsstrategien und externe Unterstützung, die sich im Einzelfall bewährt haben, schriftlich festgehalten werden. Zudem plant jeder Teilnehmer konkrete Schritte, wie er den angefangenen Prozess auch nach Therapieabschluss weiterführen will. Die Follow-up-Sitzung drei Monate nach Therapieabschluss dient dazu, diese Auseinandersetzung weiter zu unterstützen.

Wirksamkeit der Gruppentherapie

Die Wirksamkeit der kognitiv-verhaltenstherapeutischen Gruppentherapie zur Behandlung sozialer Phobien ist heute klar bewiesen (3, 6). Eine Verlaufsuntersuchung der in diesem Kapitel dargestellten Gruppentherapie bei 36 Patienten (5 Gruppen) zeigt bei fast allen eingesetzten psychometrischen Skalen im Durchschnitt mittelstarke bis stark ausgeprägte Veränderungen, die auch nach Therapieabschluss stabil bleiben oder gar noch zunehmen. Die deutlichsten Effektstärken waren bei den individuell gesetzten Zielen (GAS) und bei der wahrgenommenen Selbstwirksamkeit zu verzeichnen (*Abbildung 3*).

Trotz dieser positiven Ergebnisse muss berücksichtigt werden, dass rund 20 Prozent aller Patienten in der Praxis von dieser Therapieform nicht profitieren (7) und dass einige Patienten eine solche Behandlung ablehnen. Auch bei einer deutlichen Abnahme der klinischen Symptomatik darf nicht vergessen werden, dass es sich bei sozialen Phobien oft um ein chronisches Leiden handelt: Selbst nach einer erfolgreichen Psychotherapie sind Vollremissionen die Ausnahme. Der Zeitpunkt für die Teilnahme an einer Gruppentherapie muss zudem sorgfältig

gewählt werden: Für einzelne Patienten können parallele, alternative oder vorübergehende Therapieformen (Einzeltherapie, Pharmakotherapie) durchaus sinnvoll sein. Resultate einer Pilotstudie an unserer Institution liefern Hinweise dafür, dass die Bereitschaft der Patienten zu einer aktiven Beteiligung am therapeutischen Prozess (innerhalb und ausserhalb der Gruppe) einen zentralen Wirkfaktor für die Erreichung, Aufrechterhaltung und Weiterentwicklung erlernter Kompetenzen darstellt. Aufgrund unserer Erfahrung gehen wir davon aus, dass die Auswahl und Formulierung von möglichst individualisierten Übungen, die regelmässige Überprüfung von Bedürfnissen und Schwierigkeiten sowie die explizite Förderung von Selbstinitiative und Selbstverantwortung diesen Prozess positiv beeinflussen. ■



Dr. med. Giovanni Carraro
Oberarzt, Konsiliar- und Notfallpsychiatrie
Psychiatrische Poliklinik USZ
Culmannstrasse 8
8091 Zürich



lic. phil. Aba Delsignore
Fachpsychologin für Psychotherapie FSP
Psychiatrische Poliklinik USZ
Culmannstrasse 8
8091 Zürich

Interessenskonflikte: keine

Literatur:

1. Ambühl C, Meier B, Willutzk U (2001) *Soziale Angst verstehen und behandeln*. Pfeiffer bei Klett-Cotta Verlag, Stuttgart.
2. Blanco C, Schneier F, Schmidt A, Blanco-Jerez C, Marshall R, Sanchez-Lacay A, Liebowitz M (2003) *Pharmacological treatment of social anxiety disorder: a meta-analysis*. *Depression and Anxiety* 18: 29-40.
3. Coles M, Hart T, Heimberg R (2005) *Cognitive-behavioral group treatment for social phobia*. In: Crozier W, Alden L (eds) *The essential handbook of social anxiety for clinicians*. John Wiley & Sons Ltd, New York, p 265-286.
4. Deacon B, Abramowitz J (2004) *Cognitive and behavioral treatments for anxiety disorders: a review of meta-analytic findings*. *Journal of Clinical Psychology* 60: 429-441.
5. Fehm L, Pelissolo A, Furmark T, Wittchen H (2005) *Size and burden of social phobia in Europe*. *European Neuropsychopharmacology* 2005; 15 (4): 453-462.
6. Fiedler P (1999) *Verhaltenstherapie in und mit Gruppen*. Psychologie Verlags Union, Weinheim.
7. Hirsch C, Clark DM, Mathews A, Williams R: (2003) *Self-images play a causal role in social phobia*. *Behavior Research Therapy* 41: 909-921.
8. Hope DA, Heimberg RG (1993) *Social phobia and social anxiety*. In: Barlow DH (ed) *Clinical handbook of Psychological Disorders*. The Guilford Press, New York, p 99-136.
9. Kiresuk TJ, Stelmachers ZT, Schultz SK (1982) *Quality assurance and Goal Attainment Scaling*. *Professional Psychology* 13: 145-152.
10. Mihaescu G, Delsignore A. (1997) *Traitement comportemental de groupe de patients souffrant de troubles de la personnalité*. *Revue Francophone de Thérapie Comportementale et Cognitive (RFCCC)* 2: 9-15.
11. Rapee R, Spence S (2004) *The etiology of social phobia: empirical evidence and an initial model*. *Clinical Psychology Review* 24: 737-767.
12. Rufer M, Hand I, Peter H (2001) *Kombinationstherapie bei Angststörungen: Aktuelle Datenlage und Empfehlungen für den klinischen Alltag*. *Verhaltenstherapie* 11: 160-172.
13. Stangier U, Heidenreich T, Peitz M, Lauterbach W, Clark D (2003) *Cognitive therapy for social phobia: Individual versus group treatment*. *Behaviour Research and Therapy* 41: 991-1007.