

7 Phase 2: Kognitive Vorbereitung auf Exposition

Wichtigstes Ziel der Therapiephase 2 ist es, solche Faktoren der Informationsverarbeitung zu verändern, die zur Stabilisierung und Aufrechterhaltung unrealistischer Bewertungen beitragen. Dies sind vor allem Selbstaufmerksamkeit, bildhafte Vorstellungen und Sicherheitsverhalten. Gelingt es dem Patienten, fehlerhafte Verarbeitungsprozesse in sozialen Situationen zu erkennen, wird er in der nächsten Therapiephase eher in der Lage sein, sich den vermiedenen angstauslösenden Situationen zu stellen und vor allem auch korrigierende Erfahrungen zu machen (Phase 3). Hierzu werden Verhaltensexperimente eingesetzt, in denen der Patient im Sinne des geleiteten Entdeckens Zusammenhänge zwischen den folgenden Komponenten des Erklärungsmodells überprüft:

- (1) Welche Auswirkungen haben eine erhöhte Selbstaufmerksamkeit und Sicherheitsverhalten auf die in der Situation empfundene Angst?
- (2) Stimmt das Bild des Selbst mit dem tatsächlichen Erscheinungsbild überein?

Diese Hypothesen werden in Verhaltensexperimenten überprüft, die in Form von Rollenspielen sowie durch die Technik des Videofeedbacks durchgeführt werden. Der Ablauf folgt dem VETS-Prinzip (s. Kap. 5.2):

- ▶ Vorbereitung (Operationalisierung der Modellkomponenten und Rationale)
- ▶ Exposition (Aktivierung der Angstreaktion)
- ▶ Test (Erfassung der Modellkomponenten)
- ▶ Schlussfolgerung (bezüglich der Modellkomponenten).

7.1 Verhaltensexperiment zur Selbstaufmerksamkeit und Sicherheitsverhalten

7.1.1 Vorbereitung: Operationalisierung der Modellkomponenten und Rationale

Die Verhaltensexperimente erfordern eine sorgfältige Planung von Therapeut (in der Vorbereitung der Sitzungen) und Patient (gemeinsam in den Sitzungen), um möglichst eindeutige Schlussfolgerungen ableiten zu können. Hier-

durch soll gewährleistet werden, dass die Ergebnisse der Verhaltensexperimente potentiell eine ausreichende Evidenz aufweisen, um die Überzeugungen des Patienten ins Wanken bringen zu können. Deshalb kann es z.B. erforderlich sein, zur möglichst validen Gestaltung einer angstauslösenden Situation (z.B. Gespräch mit einer fremden Person) eine weitere Person in die Rollenspiele einzubeziehen. Damit der Patient das angstauslösende Verhalten (z.B. Zittern beim Trinken) ausführen kann, sollten entsprechende Utensilien (z.B. Tassen oder Gläser) zur Verfügung stehen.

Die Rollenspiele werden auf Video aufgenommen, um eine Grundlage für das Videofeedback in der nachfolgenden Therapiesitzung zu schaffen. Hierzu wird dem Patienten zu Beginn der Therapiesitzung eine Begründung für die Videoaufnahme gegeben: „Die Videoaufnahmen sind notwendig, um einen Vergleich zwischen dem subjektiven Eindruck, wie man auf andere wirkt, und dem tatsächlichen Aussehen zu ermöglichen. Die Videokamera läuft bei den Rollenspielen nebenher mit. Sie ist jedoch zunächst nicht wichtig, erfahrungsgemäß vergisst man sie auch schnell.“

Die Vorbereitung der Rollenspiele bezieht sich auf die Operationalisierung der Modellkomponenten, die untersucht werden sollen.

Auswahl der Situation. Zu Beginn der Verhaltensexperimente wird eine kritische Situation ausgewählt, in der eine Angstreaktion mittlerer Intensität ausgelöst wird und die zunächst mit dem Therapeuten umgesetzt werden kann. Zu stark angstauslösende Situationen schränken die Möglichkeiten des Patienten ein, sein Sicherheitsverhalten zu beeinflussen, während zu wenig angstauslösende Situationen als nicht repräsentativ abgewertet werden.

Auswahl der Dimensionen. Anschließend werden die wichtigsten Komponenten des individuellen Modells konkretisiert, die jeweils nach den Verhaltensexperimenten in quantifizierbarer Form festgehalten werden sollen:

- ▶ Selbstaufmerksamkeit (global) und Sicherheitsverhalten (abgeleitet aus Exploration und SPK, max. zwei relevante Sicherheitsverhaltensweisen, z.B. Selbstüberprüfung, schnelles Sprechen)
- ▶ Angst bzw. Anspannung (global)
- ▶ Sichtbare Auswirkungen der Angst: Angstsymptome (z.B. Erröten, Zittern, Schwitzen), soziales Erscheinungsbild (z.B. „unsicher wirken“, „wie ein psychisch Kranker aussehen“).

Anschließend wird das Ziel des Rollenspiels erklärt: „In dem Rollenspiel wollen wir herausfinden, welche Auswirkungen eine erhöhte Selbstaufmerksamkeit und Sicherheitsverhalten auf Ihre Angst und Erscheinung in sozialen Situationen haben. Hierzu ist es notwendig, dass Sie ein gewisses Maß an Angst und Anspannung erleben.“

Tabelle 7.1. Beispiele für Rollenspiele zu Selbstaufmerksamkeit/Sicherheitsverhalten

Zentrale Befürchtung	Sicherheitsverhalten/ Selbstaufmerksamkeit	Verhaltensexperiment	Operationalisierung der übrigen Modell- komponenten
<p>Sekretärin, 30 J.: Wenn ich im Gespräch etwas Persönliches sage, werde ich erröten; Männer werden denken: „Was für eine unsichere Frau, Erröten ist ein Zeichen von Schwäche und mangelndem Selbstbewusstsein, sie kann noch nicht einmal mit anderen reden, Mauerblümchen“</p>	<p>Erröten durch Kleidung, Make-up kaschieren; Kühlen; Blickkontakt vermeiden, durch Handlungen oder Gesprächsthemen von Erröten ablenken; Erröten mit Hitze entschuldigen; Selbstaufmerksamkeit: Konzentration auf Wärme der Gesichtshaut; Vorstellung: feuerrotes Mondgesicht haben, „blöd aussehen“</p>	<p>Mit unbekannter Person (Kollege aus Praxis) eine Unterhaltung führen 1.+3. Rollenspiel: auf Gesichtswärme achten/von unangenehmen Themen ablenken 2. Rollenspiel: auf Thema des Gesprächspartners konzentrieren, persönliche Themen ansprechen</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Angst ▶ Angstsymptome ▶ Soziales Erscheinungsbild
<p>Student, 23 J.: Befürchtung, etwas Unpassendes zu sagen oder eine Sprechblockade zu bekommen; „Sie werden mich auslachen und denken: ein komischer Kauz“</p>	<p>Sich die Sätze vorher genau zurechtlegen; kurze Sätze, schnelles, abgehacktes und leises Sprechen, Vermeiden von Blickkontakt, Wegdrehen des Körpers; Selbstaufmerksamkeit: akustische/bildhafte Vorstellung, „wie ein Komiker wider Willen klingen/aussehen“</p>	<p>Unterhaltung zu dritt (mit Kollegen aus Ambulanz) 1.+3. Rollenspiel: schnell sprechen, sich Worte zurechtlegen 2. Rollenspiel: langsam sprechen, sich auf Unterhaltung konzentrieren</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Angst ▶ Wortflüssigkeit ▶ merkwürdig wirken
<p>Büroangestellte, 35 J.: Befürchtung, Grimassen zu ziehen oder ruckartige Bewegungen mit dem Kopf zu machen; „Sie werden denken, ich habe eine neurologische Krankheit“</p>	<p>Alkohol/Tabletten zur Entspannung nehmen; Muskeln in Gesicht und Nacken anspannen, starre Körperhaltung einnehmen; langsam sprechen; Aufmerksamkeit vermeiden (kein Blickkontakt); Konzentration auf Bild: „wie eine Epileptikerin den Kopf ruckartig drehen“</p>	<p>Therapeut ist Gesprächspartner (kein Alkohol, Tabletten vor Therapiesitzung) 1.+3. Rollenspiel: über eigene Arbeit berichten, dabei auf Muskelspannung achten, Muskeln fest anspannen 2. Rollenspiel: lockere Körperhaltung einnehmen, sich auf eigenen Bericht und Fragen des Gesprächspartners konzentrieren</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Angst ▶ Zuckungen (sichtbar? Intensität) ▶ Merkwürdig wirken

<p>Wirtschaftsprüfer, 49 Jahre; Befürchtung in wichtigen Sitzungen zu zittern: „Sie werden mich nicht ernst nehmen und denken, dass ich den Anforderungen nicht mehr gewachsen bin“</p>	<p>Versuchen „unauffällig zu wirken“, nichts zum Gespräch beitragen, um Blicke der Anwesenden nicht auf sich zu lenken; Jackett ausziehen; aus dem Raum gehen („zur Toilette“); schwitzen „unterdrücken“; genau darauf achten, „wann es gefährlich wird“</p>	<p>Kleine Gruppe aus Therapeut, zwei Studenten und Patient 1.+3. Rollenspiel: Vorstellen eines Prüfberichtes, dabei regelmäßig checken, ob schwitzen sich anbahnt; sich auf Unterdrücken des Schwitzens konzentrieren 2. Rollenspiel: Aufmerksamkeit auf Inhalt und Gruppe richten, sich nicht um Schwitzen kümmern, keinen Versuch der „Unterdrückung“ machen</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Angst ▶ Schwitzen (sichtbar? Intensität?) ▶ Kompetenz
<p>Ingenieur, 39 Jahre, Angst beim Essen zu zittern: „Mir könnte ein Missgeschick passieren und ich würde unangenehm auf-fallen“!</p>	<p>Feste Speisen auswählen; an den Rand des Tisches setzen; Teller zu Tischkante ziehen; abwarten, ob jemand guckt; Kontrolle der Arme und Hände</p>	<p>Gemeinsam mit Therapeut Essen zu sich nehmen 1.+3. Rollenspiel: Auf Arme und Hände konzentrieren, überprüfen, ob Therapeut hinsieht, Teller zurechtrücken 1. Rollenspiel: Konzentration auf das Gegenüber; Teller stehenlassen</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Unbehagen ▶ Vibrieren ▶ Zittern wie ein Parkinsonkranker

7.1.2 Exposition: Aktivierung der Angstreaktion im Rollenspiel

Die kritische Situation wird optimalerweise in mindestens drei Rollenspielen mit unterschiedlicher Instruktion simuliert: Zunächst soll der Patient die Selbstaufmerksamkeit und spezifische Sicherheitsverhaltensweisen so stark ausgeprägt wie möglich einsetzen.

„Zunächst sollten wir prüfen, wie es sich auf Ihre Angst auswirkt, wenn Sie Ihre Selbstaufmerksamkeit und Sicherheitsverhalten verstärken. Bitte versuchen Sie deshalb,

- ▶ Ihre Aufmerksamkeit so stark wie möglich auf sich selbst zu konzentrieren, d.h. auf Ihre Gedanken, Gefühle oder Vorstellungen, wie Sie auf andere wirken (konkretisieren)
- ▶ Ihr Sicherheitsverhalten ... (konkrete Verhaltensweisen ansprechen) zu verstärken.“

Danach wird die gleiche Situation noch einmal simuliert, dieses Mal mit der Instruktion, die Aufmerksamkeit nach außen/auf die Aufgabe zu richten, und das Sicherheitsverhalten so weit wie möglich zu unterlassen

„Jetzt wollen wir untersuchen, wie es sich auf Ihre Angst auswirkt, wenn Sie Ihre Aufmerksamkeit stärker nach außen richten und Ihr Sicherheitsverhalten so weit wie möglich weglassen. Bitte versuchen Sie deshalb,

- ▶ Ihre Aufmerksamkeit so stark wie möglich auf die Aufgabe zu konzentrieren, d.h. auf ... (konkretisieren)
- ▶ Ihr Sicherheitsverhalten abzubauen und ... (konkrete Verhaltensweisen vorschlagen, die gezeigt werden sollten).“

Im dritten Durchgang wird der Patient erneut dazu angeleitet, Selbstaufmerksamkeit und Sicherheitsverhalten zu verstärken. In dem ursprünglichen Konzept von Clark und Wells (1995) waren lediglich die ersten beiden Rollenspieldurchgänge vorgesehen. Die klinische Erfahrung zeigte jedoch, dass Patienten eine Angstminderung im zweiten Durchgang oft zu Recht nicht allein auf die Reduktion des Sicherheitsverhaltens, sondern auch auf Gewöhnung zurückführen; dies wertet die Bedeutung des Sicherheitsverhaltens ab. Deshalb ermöglicht der dritte Durchgang im Sinne eines ABA-Einzelfalldesigns, zu überprüfen, ob mit einer erneuten Umkehr des Sicherheitsverhaltens auch die Angst wieder ansteigt, obwohl die Gewöhnung eine weitere Abnahme nahe legt.

7.1.3 Test: Erfassung der Modellkomponenten

Nach jedem Rollenspiel (also idealerweise dreimal) werden die ausgewählten Dimensionen vom Patienten eingeschätzt:

- ▶ Ausmaß von Selbstaufmerksamkeit und Sicherheitsverhalten
- ▶ Intensität der Angst
- ▶ Sichtbare Auswirkungen der Angst (Angstsymptome; soziales Erscheinungsbild).

Bewährt haben sich Einschätzungen auf elfstufigen Skalen (mit 0 = eingeschätztes Element überhaupt nicht vorhanden bis 10 = eingeschätztes Element vollständig vorhanden). Die Beurteilungen des Patienten zu jeder Dimension werden unkommentiert auf ein Protokollblatt (Anhang: Arbeitsblatt 7) eingetragen. Abbildung 7.1 veranschaulicht, wie die Ergebnisse des Rollenspiels so protokolliert werden, dass ein abschließender Vergleich mit den Ergebnissen der nachfolgenden Rollenspiele möglich wird. Die derzeit noch leeren Spalten werden in der darauf folgenden Sitzung bearbeitet.

	1. Rollenspiel Sicherheits- verhalten +	2. Rollenspiel Sicherheits- verhalten -	3. Rollenspiel Sicherheits- verhalten +
Sicherheitsverhalten: von unangenehmen Themen ablenken und auf Hitzewallun- gen im Gesicht achten	7	4	6
Selbstaufmerksamkeit	8	4	6
Anspannung	8	6	7
Ängstliches Aussehen	8	4	7
Erröten Intensität	5	3	4
Erröten sichtbar?	Ja	Nein	Ja?
Wie gut war Unterhaltung?	3	6	5

Abbildung 7.1. Protokoll des Rollenspiels zu Selbstaufmerksamkeit/Sicherheitsverhalten (elfstufige Skala)

7.1.4 Schlussfolgerung: Auswertung und Bewertung der Ergebnisse

Vergleich der Rollenspiele

Erst nach dem dritten Rollenspiel werden die Ergebnisse ausgewertet und bewertet. Die Auswertung hat jedoch nur dann Sinn, wenn ein mittleres Angstniveau aktiviert werden konnte und es dem Patienten gelang, seine Selbstaufmerksamkeit und sein Sicherheitsverhalten zu beeinflussen. Von zentraler Bedeutung ist in dieser Phase, dass der Therapeut dem Patienten die Möglichkeit gibt, im Sinne des geleiteten Entdeckens selbständig Schlussfolgerungen zu ziehen (s. Kap. 5.1). Der Therapeut hat in dieser Phase lediglich die Aufgabe, die Aspekte herauszugreifen, die im Sinne der zu überprüfenden Hypothesen relevant sind, d.h.:

- ▶ Wurden Selbstaufmerksamkeit und Sicherheitsverhalten entsprechend der Instruktion im zweiten Rollenspiel verringert und im dritten Rollenspiel erhöht? Wenn ja, ist eine Voraussetzung erfüllt, damit Veränderungen in anderen Variablen mit Veränderungen in Selbstaufmerksamkeit und Sicherheitsverhalten erklärt werden können.
- ▶ Wie veränderte sich die Angst im zweiten und dritten Rollenspiel? Verhalten sich Angst und Selbstaufmerksamkeit/Sicherheitsverhalten gleichsinnig oder gegensinnig?

- ▶ Wie war die (vermutete) Wirkung nach außen? Waren Angstsymptome (z.B. Zittern) nach der subjektiven Einschätzung des Patienten überhaupt sichtbar, und hatten Selbstaufmerksamkeit/Sicherheitsverhalten Einfluss hierauf? In welchem Maße variierte das vermutete soziale Erscheinungsbild (z.B. „unsicher wirken“) mit einer Reduktion oder Erhöhung der Angst?

Schlussfolgerungen

In der Regel verdeutlicht die Auswertung zwei zentrale Aspekte des kognitiven Modells, die der Therapeut zum Abschluss des Verhaltensexperiments noch einmal zusammenfasst:

- (1) „Sicherheitsverhalten hilft nicht (oder ist gar kontraproduktiv), die Angst zu reduzieren. Auch eine hohe Selbstaufmerksamkeit verstärkt Angst oder führt zumindest zu keiner Reduktion.“
- (2) Wenn Sie stärkere Angst erleben, vermuten Sie auch, ängstlich zu wirken, bei geringer Angst schätzen Sie die Wirkung auf andere als weniger ängstlich ein. Offenbar schließen Sie aus einem Gefühl von Angst darauf, auf andere auch wirklich ängstlich zu wirken.

Für die weitere Therapie ergibt sich hieraus folgende Schlussfolgerung:

- (1) Sie sollten ausprobieren, ob die Ausrichtung der Aufmerksamkeit nach außen und das Unterlassen von Sicherheitsverhalten in realen Alltagssituationen zu Veränderungen Ihrer Angst führt bzw. hilft, die Ängste zu verringern.
- (2) Mit Hilfe der Videoaufnahmen ist es möglich, die Vorstellungen über das eigene Erscheinungsbild mit dem objektiven Erscheinungsbild zu vergleichen.“

Hausaufgabe: Verhaltensexperimente

Zum Abschluss der Therapiesitzung bespricht der Therapeut mit dem Patienten die Notwendigkeit, die Ergebnisse der Rollenspiele in Verhaltensexperimenten im Lebensalltag erneut zu überprüfen. Günstig ist es, wenn der Patient bereits auf die Unterschiede zwischen Rollenspielen und realem Lebensalltag hingewiesen hat. Ziel der Hausaufgaben ist es, so oft wie möglich bislang vermiedene, zunächst moderat angstausslösende Situationen aufzusuchen, um mit Selbstaufmerksamkeit und Sicherheitsverhalten zu experimentieren. Dabei sollte das Tagebuch zu Verhaltensexperimenten (Anhang: Arbeitsblatt 8) verwendet werden, um die Ergebnisse der Verhaltensexperimente festzuhalten. Der Therapeut verdeutlicht dem Patienten den Zweck der einzelnen Felder anhand eines Verhaltensexperimentes, das sich auf seine Befürchtungen bezieht (s. Beispiel in Abb. 7.2), genau erklärt. Als Vorlage für ein fiktives Beispiel kann man das Verhaltensexperiment zu Sicherheitsverhalten verwenden.

Das Tagebuch ermöglicht auch, den Einfluss antizipatorischer Ängste auf die Selbstaufmerksamkeit und das Sicherheitsverhalten sowie die Wirkung nachträglicher Umbewertungen zu kontrollieren (s. Kap. 9.2). Dem Patienten sollte

Tag, Zeit	Montag, 10.30 Uhr
Situation	Bereite Meeting vor, angespannt
Vorhersage: Was genau erwarteten Sie, würde geschehen? Wahrscheinlichkeit, dass Überzeugung zutrifft? 0-100	Ich bin zu nervös, um einen Beitrag zu machen, werde stammeln und redblockiert sein, die Kollegen werden denken, ich bin zu nichts in der Lage, wenn ich noch nicht mal ein Wort herausbringe, ich sollte mir einen andere Job suchen. 90 %
Experiment: Was haben Sie getan, um die Vorhersage zu überprüfen?	Stellte im Meeting Konzept vor, konzentrierte mich ganz darauf, den Kollegen das Konzept verständlich zu machen, ohne mir meine Worte vorher zurechtzulegen.
Ergebnis: Was geschah tatsächlich? War die Vorhersage richtig?	Nein, kam nicht ins Stottern, obwohl ich einmal kurz eine Pause machen musste, um mich zu ordnen. Habe die Kollegen beobachtet: Sie haben während des Vortrags aufmerksam geschaut, einige haben genickt. Bei der Pause haben sie sich einige Notizen gemacht, andere blieben ruhig.
Was ich daraus lerne: Hat sich die Überzeugung verändert? Wahrscheinlichkeit, dass Überzeugung (in Zukunft) zutrifft? 0-100	Auch wenn ich angespannt bin, kann ich einen kompetenten Beitrag machen. Allerdings sind die Kollegen nicht so kritisch wie Klienten. 40 %

Abbildung 7.2. Verhaltensexperiment-Tagebuch eines Patienten mit Redeangst

verdeutlicht werden, dass die Umsetzung der Anregungen aus den Therapiesitzungen in den Lebensalltag die wesentliche Voraussetzung für den Therapieerfolg ist. Daher sollten die Verhaltensexperimente möglichst häufig (idealerweise täglich, zumindest mehrere Male in der Woche) durchgeführt werden. Zusätzlich wird ein Wochenprotokoll (Anhang: Arbeitsblatt 6) ausgegeben, das der Patient kurz vor der nächsten Sitzung ausfüllt. Dieses dient zur wöchentlichen Erfassung der wichtigsten Komponenten des Modells, also Angst, Vermeidung, Selbstaufmerksamkeit, antizipatorische und nachträgliche Verarbeitung, Selbstexposition. Zur Motivierung des Patienten ist es sinnvoll, die wöchentlichen Einschätzungen von Angst und Selbstexposition auf ein besonderes Blatt in eine Kurve (s. Abb. 7.3) einzutragen.

(...)