

Ulrich Stangier:

Prozessbasierte Therapie der Sozialen Angststörung

Manuskript, akzeptiert von Verhaltenstherapie + Verhaltensmedizin, September 2023

Zusammenfassung: Die prozessbasierte Therapie stellt eine neue Sichtweise dar, Diagnostik, Therapieplanung und Therapieprozess zu konzipieren (Hofmann & Hayes, 2019). Im Zentrum des Verständnisses von psychischen Störungen steht die Auffassung, dass die „Ursache“ nicht etwa auf latente „Krankheiten“ zurückgeführt wird, sondern diese in dynamischen Netzwerken von psychologischen Prozessen eines Individuums gesehen wird. Durch Selbstbeobachtung in Alltagssituationen können zentrale Prozesse („Knoten“) identifiziert werden, die diese Netzwerke von sich wechselseitig beeinflussenden Störungsprozessen aufrechterhalten. Aus der konkreten Erfassung von Verarbeitungsprozessen, Emotionen, Kognitionen und interpersonalen Verhaltensmustern und motivationalen Schemata im Problemkontext lassen sich individuell relevante Ansatzpunkte für evidenzbasierte Interventionen ableiten, die das maladaptive Muster des Störungs-Netzwerkes verändern und adaptivere Erlebnis- und Verhaltensweisen aufbauen. Dabei sind auch die Interaktionsprozesse berücksichtigt, die zu einer förderlichen therapeutischen Beziehung beitragen. In dem Artikel werden die wichtigsten Störungs- und Behandlungskonzepte zur Sozialen Angststörung in eine prozessbasierte Sichtweise integriert und die praktische Umsetzung veranschaulicht.

Schlüsselwörter: Prozessbasierte Therapie, Soziale Angststörung, dynamische Netzwerke, evidenzbasierte Interventionen, Beziehungsgestaltung

Process-based Therapy of Social Anxiety Disorder

Abstract: Process-based therapy represents a new way of looking at how to conceptualize diagnosis, treatment planning, and the process of therapy (Hofmann & Hayes, 2019). A key in the understanding of mental disorders is the turning away from the latent illness concept towards the dynamic network theory of psychological processes. Data from highly frequent self-observation in everyday situations are the empirical basis to identify key processes ("nodes") that maintain these networks of interacting processes. Cognitive processes, emotions, cognitions, behaviors and motivational schemas related to the specific context of the problem represent individual targets for evidence-based interventions. The primary goal is to change maladaptive patterns of network and enhance more adaptive psychological processes. The process-based approach also takes into account the significant contribution of interaction processes to a beneficial therapeutic relationship. The article integrates the empirical status of research on social anxiety disorder and its treatment within a process-based concept and illustrates its practical implementation.

Keywords: Process-based therapy, social anxiety disorder, dynamic networks, evidence-based interventions, therapeutic relationship.

1. Prozessbasierte Therapie

Prozessbasierte Therapie stellt ein neues Paradigma für die Anwendung von therapeutischen Interventionen dar, das darauf abzielt, die „kontextspezifische Anwendung von evidenzbasierten Veränderungsprozessen auf der Grundlage evidenzbasierten Verfahren, um Probleme von Menschen zu lösen und ihr Wohlergehen zu fördern“ (Hayes und Hofmann, 2019). Prozessbasierte Therapie (Process-based Therapy, PBT) stellt somit kein neues Therapieverfahren dar, sondern eher den Entwurf einer neuen Konzeption der Definition und Diagnostik von Störungen sowie der Wahl von Interventionen.

Kennzeichnend für den prozessbasierten Ansatz ist eine neue Sichtweise auf die Erklärung von Störungen, Behandlung und die Gestaltung der therapeutischen Beziehung:

1. Störungsmodell: psychische Störungen werden als maladaptive Muster von psychischen Prozessen aufgefasst. Diese psychischen Prozesse bilden durch ein Netzwerk wechselseitiger Verstärkung und Aufrechterhaltung ein stabiles und rigides Muster von Symptomen. Das Netzwerk-Modell verzichtet dabei auf die Annahme einer latenten Krankheit, die durch beobachtbare Symptome zu erschließen ist. Stattdessen wird durch Selbstbeobachtung ermittelt, welche Prozesse eine zentrale Rolle in der Aufrechterhaltung spielen.
2. Behandlungsmodell: Im Gegensatz zu schulenbezogenen Therapiemodellen fordern Hofmann und Hayes, dass evidenzbasierte, d.h. in der Psychotherapieforschung empirisch nachgewiesene Wirkmechanismen die Grundlage für die Wahl der Intervention bilden sollten. Diese sollten, wie zuvor herausgestellt, an den zentralen Störungsmechanismen ansetzen, die bei einem individuellen Patienten auch identifiziert wurden. Diese Art der Therapieplanung grenzt sich einerseits von diagnosespezifischen Behandlungspaketen und andererseits auch von traditionellen Schulkonzepten ab. Anstelle dessen schlagen Hofmann und Hayes ein evolutionstheoretisches Meta-Modell vor, das Veränderungsprozesse durch die Prinzipien der Variation, Selektion und Retention erklärt.
3. In Erweiterung dieser Definition wurde an anderer Stelle (Stangier, 2019) argumentiert, dass neben Störungs- und Veränderungsprozessen auch die Interaktionsprozesse zwischen Therapeut*in und Patient*in berücksichtigt werden sollten, die zu einer guten therapeutischen Beziehung und Allianz beitragen. Diese Interaktionsprozesse werden durch das interpersonale Verhalten und die Verarbeitungsprozesse von Therapeut*in und Patient*in im therapeutischen Kontext geprägt und bilden eine dritte Prozessebene ab. Ähnlich wie Störungs- und Veränderungsprozesse sind auch Prozesse auf der interaktionellen Ebene nach empirisch validierten Prinzipien zu gestalten und differenzielle Konzepte bei der Beziehungsgestaltung gegenüber starren Schulkonzepten zu bevorzugen (Norcross & Wampold, 2018).

Hayes, Hofmann, Stanton, Carpenter, Sanford, Curtiss et al. (2019) sehen in der Schwierigkeit, aus Mittelwerten in Gruppenstudien auf individuelle Prozesse und

Zusammenhänge zu schließen (Ergodizität), ein wesentliches Argument für die Individualisierung von Diagnostik und Therapieplanung. Diese Problematik ist besonders ausgeprägt, wenn hochstrukturierte störungsspezifische Manuale ausschließlich auf der Grundlage von Diagnosen angewandt werden. Sie plädieren daher dafür, in stärkerem Maße

1. Diagnostik und Therapie zu individualisieren
2. transdiagnostische Aspekte zu berücksichtigen (z.B. psychologische Flexibilität).

Andererseits haben störungsspezifische Grundlagen- und Therapieforschung zu höchst effektiven Erklärungs- und Behandlungskonzepten geführt (Ginat-Frolich, Gilboa-Schechtman, Huppert, Aderka, Alden, Bar-Haim et al., in press). Ein Grund hierfür liegt zum einen in der Verbindung von individualisierter funktionaler Störungsdiagnostik und experimenteller Grundlagenforschung. Ein Beispiel hierfür ist die Exploration von Verarbeitungsmechanismen wie z.B. Aufmerksamkeits- und Gedächtnisprozessen, deren Relevanz für die Aufrechterhaltung von Störungen nachgewiesen wurde (Stangier, 2016) und somit mit einer hohen Wahrscheinlichkeit auch für den Einzelfall gültig ist. Zudem sind häufig Behandlungsansätze nicht starr festgeschrieben, sondern modular organisiert und bauen auf individueller therapiebezogener Diagnostik auf, wie dies etwa bei Verhaltensexperimenten der Fall ist (Stangier, 2023).

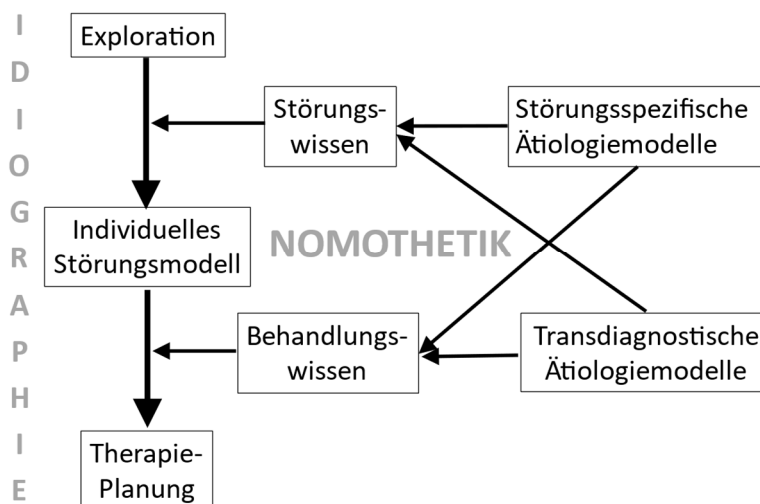


Abbildung 1: Integration von idiographischem und nomothetischem Ansatz bei Störungsmodellen und Therapieplanung

Insofern ist zu vermuten, dass eine flexible, individualisierte Therapie, die neben individueller Modellbildung gleichzeitig evidenzbasiertes Störungs- und Behandlungswissen berücksichtigt, die höchste Effektivität bieten sollte. Der Aufwand für eine maximal individualisierte Diagnostik und Therapie, wie sie im folgenden für die prozessbasierte Therapie beschrieben wird, sollte vor allem bei komplexen, therapieresistenten Fällen von sozialer Angststörung mit starker

Komorbidität gerechtfertigt sein. Für viele Patient*innen könnte jedoch die strukturierte Durchführung von Therapiemanualen (z.B. Stangier, Clark, Ginzburg & Ehlers, 2016) ausreichend sein.

2. Definition von Störungsprozessen

Prozessbasierte Therapie fußt auf der individuellen Diagnostik des dynamischen Netzwerkes von Prozessen, die das problematische Muster aufrechterhalten. Dies impliziert, die funktionale Analyse der Aspekte, die zur Aufrechterhaltung der sozialen Angststörung beitragen, den Ausgangspunkt der Therapie darstellt. Zu Beginn der Therapie sollte daher ein hypothetisches Erklärungsmodell abgeleitet werden, das durch die anschließende Phase einer intensiven, hochfrequenten Selbstbeobachtung der Elemente im Alltag (ecological momentary assessment) und der Analyse der Wechselbeziehungen in dynamischen Netzwerkanalysen empirisch überprüft und ggf. revidiert wird.

	Adaptiv			
Veränderungsprozesse	Variation	Selektion	Retention	Kontext
Störungsprozesse				
Affekt				
Kognition				
Verarbeitungsprozesse				
Selbst				
Motivation				
Verhalten				
Körperreaktion				
Sozial/Kulturell				

Abbildung 2: Erweitertes Evolutionäres Meta-Modell von Störungs- und Veränderungsprozessen (nach Hayes, Hofmann & Ciarrochi, 2020)

Welche Elemente sind hierbei zu berücksichtigen? Hayes Hofmann und Ciarrochi (2020) nennen in dem erweiterten evolutionärem Meta-Modell (EEMM) als wichtigste Dimensionen Affekt, Kognition, Aufmerksamkeit, Selbst, Motivation, Verhalten, Körperreaktion und soziale und kulturelle Faktoren. Darüber hinaus betonen die beiden Autoren, dass eine möglichst breite, durch das subjektive Erleben der Patient*innen und nicht durch die theoretische Orientierung der Therapeut*in geprägte Auswahl wichtig ist, um ein repräsentatives Netzwerkmodell zu erhalten. Dieses Modell deckt sich in wesentlichen Punkten mit dem Modell von Clark und Wells (1995) für die soziale Angststörung. Allerdings gehen Clark und Wells aufgrund der Ergebnisse aus der experimentellen Grundlagenforschung zur

sozialen Angststörung von einer zentralen Rolle der Informationsverarbeitungsprozesse aus: exzessive Selbstaufmerksamkeit, verzerrte bildhafte Vorstellung des Selbst und Sicherheitsverhalten haben in ihrem Modell die größte Bedeutung für die Aufrechterhaltung der Störung.

Beide Ansätze vernachlässigen jedoch motivationale und Gedächtnisprozesse, die eine große Rolle in der Steuerung und Ausrichtung von Verhaltensmuster haben (Stangier, 2019). Die Entwicklung sozialer Ängste ist eng verbunden mit der Motivation zur Vermeidung von Versagen in sozialen Situationen und trägt zur Entwicklung von konflikthafter Mustern von Annäherungsmotivation (Bedürfnis nach Kontakt) und Vermeidungsmotivation (Vermeidung von Unzulänglichkeit und Abwertung) bei (Neal & Edelman, 2003). Neuere neurobiologische Theorien (Richey, Brewer, Sullivan-Toole, Strege, Kim-Spoon, White & Ollendick, 2019) gehen von einer Hemmung des sozialen Belohnungssystems bei sozialen Angststörungen aus, die sich in einer sozialen Anhedonie zeigen (Reilly, Whitton, Pizzagalli, Rutherford, Stein, Paulus & Taylor, 2020). Viele Betroffene mit sozialer Angststörung zeigen intrusive, mit bildhaften Vorstellungen einhergehende Erinnerungen an belastende Situationen („soziale Traumata“) in der Kindheit und Jugend auf, in denen sie ausgelacht und gehänselt wurden (McCabe, Antony, Summerfeldt, Liss, & Swinson, 2003).

Darüber hinaus zeigen eine Vielfalt von Studien, dass die Erinnerungen von sozialängstlichen Personen verzerrt sind, z.B. durch eine übermäßige „objekthafte“ Selbstzentrierung aus der Beobachterperspektive (im Gegensatz zur Feldperspektive), eine verstärkte Repräsentanz von Körperempfindungen (Folge einer erhöhten Selbstaufmerksamkeit) und selektiv negative Erinnerungen (Folge einer selektiven negativen Aufmerksamkeit) (Morgan, 2010). Aufmerksamkeits- und Gedächtnisprozesse wiederum prägen nicht nur die Salienz vergangener Versagenserlebnisse und fördern auf diese Weise ein negatives Selbstbild. Zusätzlich erhöhen Verarbeitungsprozesse im Alltag die subjektive Evidenz, sich tatsächlich peinlich zu verhalten (emotional reasoning: weil ich das Gefühl habe, ist meine Überzeugung Realität). Vermeidungsmotivation und Gedächtnisprozesse sind somit wesentliche Faktoren für die intensive Überzeugung, sich peinlich zu verhalten und von anderen negativ bewertet zu werden (s. Abbildung 3).

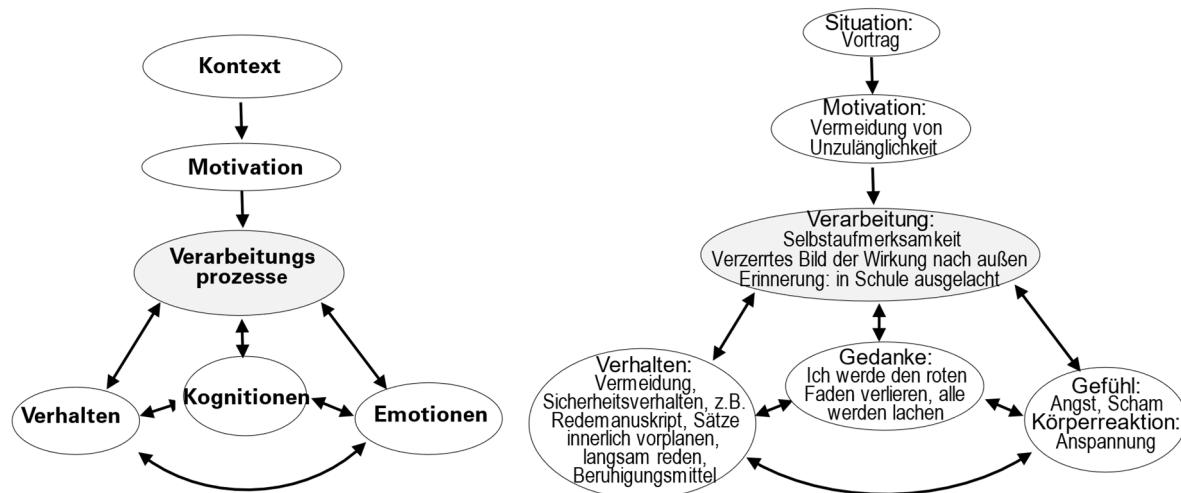


Abbildung 3: Hypothetisches Erklärungsmodell der Aufrechterhaltung der sozialen Angst: transdiagnostisches Grundmodell (links) und individuelles Fallbeispiel (rechts)

3. Erfassung von Störungsprozessen

Therapeut*in und Patient*in entwickeln gemeinsam zu Therapiebeginn zunächst auf der Grundlage von Exploration ein hypothetisches Modell, das relevante Kontextbedingungen (Problemsituationen) und mögliche Komponenten des problematischen Erlebens und Verhaltens (Motivation, Verarbeitungsprozesse, Kognitionen, Emotionen/Körperreaktionen, Verhalten) enthält. Im prozessbasierten Therapieansatz folgt nun eine Phase der Selbstbeobachtung, in der die Relevanz der Komponenten und deren Wechselwirkungen empirisch überprüft wird.

In der Praxis wird sich diese Selbstbeobachtung auf den subjektiven Eindruck der Patient*innen beschränken, dass das Modell in unterschiedlichen Problemsituationen stimmig erscheint. Spezifisch auf die Therapieplanung ausgerichtete Fragebögen (z.B. zu Sicherheitsverhalten und Kognitionen; Stangier, Clark, Ginzburg & Ehlers, 2016) können hierbei hilfreich sein, indem sie vorhandenes Störungswissen für die therapiebezogene Diagnostik nutzen.

Aufgrund der rasanten technischen Entwicklungen ist jedoch auch eine tatsächliche empirische Überprüfung der Wechselbeziehungen und Zentralität einzelner Element durch momentanes ökologisches Assessment möglich. Hierzu geben Patient*innen mit Hilfe einer App täglich Einschätzungen in Problemsituationen zu den genannten Variablen in ihr Handy ein. Die Daten werden dann mit Hilfe dynamischer Netzwerkanalysen ausgewertet und die Zentralität einzelner Variablen (Anzahl und Stärke der Wirkung auf andere Variablen) ermittelt (Hofmann et al., 2016). Auf diese Weise erhält man Informationen, an welchen Variablen therapeutische Interventionen am besten ansetzen könnten, um eine große Wirkung auf das Gesamtnetzwerk zu erzielen. Eine derzeit laufende Pilotstudie (PBaPP - Prozessbasierte Psychotherapie in der Praxis; Stangier, Hufschmidt, Kohl, Sendig, Nemani, Görg & Hofmann, 2023) erprobt die Umsetzung dieser neuen technischen Perspektive in einer Praxisbewährungsstudie mit Hilfe einer Beta-version der Firma Status.

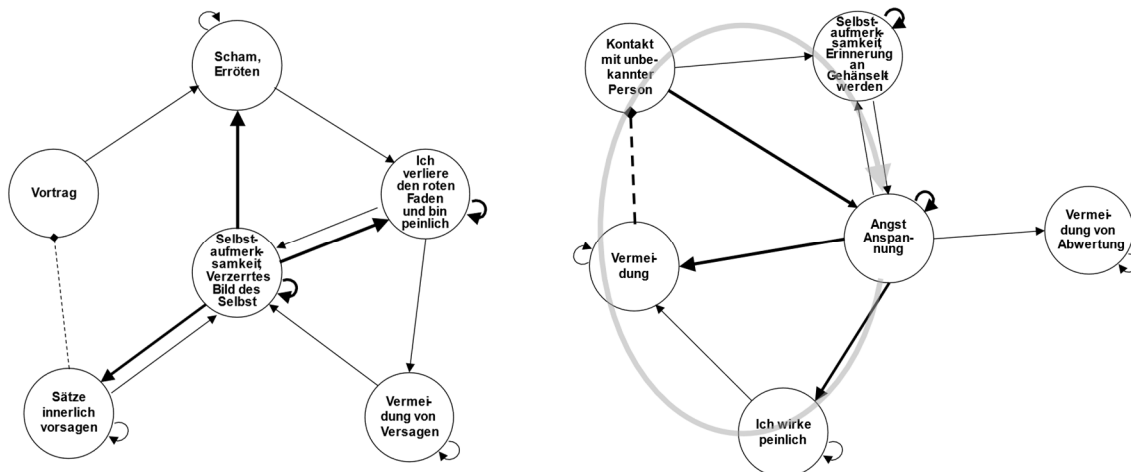


Abbildung 4: Empirische Netzwerkmodelle von zwei Fallbeispielen

Die Elemente des Modells bilden sog. „Knoten“, deren Wechselwirkung durch Verbindungen („Kanten“) dargestellt wird. Die Pfeile entsprechen der Art der Beeinflussung (durchgezogen: Verstärkung, gestrichelt: Hemmung), deren Stärke dem Ausmaß der Beeinflussung. Die kleinen, kreisförmigen Pfeile (self-loops) geben Auskunft über die Stabilität. In der linken Abbildung gehen die meisten ausgehenden Verbindungen von Verarbeitungsprozessen aus, in der rechten von Angst und Anspannung. Das rechte Netzwerk enthält eine positive Rückkopplungsschleife (grau).

In Abbildung 4 sind Beispiele für dynamische Netzwerkanalysen dargestellt. In beiden Modellen zeigen die Netzwerke eine hohe Konnektivität, d.h. es bestehen vergleichsweise viele Verbindungen im Sinn von Wirkungen und Wechselwirkungen der Elemente. Dies führt dazu, dass diese Netzwerke in ihrer Gesamtheit relativ leicht ausgelöst werden können. Beide Modelle zeigen insgesamt eine hohe Zentralität im Sinn einer starken Wechselwirkung untereinander. Jedoch weisen unterschiedliche Prozesse die höchste Zentralität der erfassten Komponenten auf: im linken Modell sind es Selbstaufmerksamkeit und verzerrte Vorstellungen des Selbst, im rechten Modell Angst und Anspannung. Aufgrund der hohen Zahl ausgehender Verbindungen bieten sich somit unterschiedliche Prozesse als Ansatzpunkte für Interventionen an: in dem einen Fall Aufmerksamkeitsprozesse und Veränderung der Vorstellungen, im anderen Fall die Fähigkeit zur Emotionsregulation und Vermeidungsverhalten. Das individuelle Netzwerk ermöglicht es somit, noch genauer auf die Wechselbeziehungen der verschiedenen Aspekte einzugehen.

4. Förderung von Veränderungsprozessen

Der prozessbasierte Therapieansatz sieht in der adaptiven Indikation das Potenzial zu einer Anpassung der Interventionen an die individuellen Problemkonstellationen der Patient*innen. Anstelle jedoch der festen Zuweisung von Behandlungsprotokollen zu Diagnosen (z.B. Soziale Angststörung \Rightarrow Exposition), die sich in Behandlungsleitlinien niederschlägt und eher einem traditionellen medizinischen Modell entspricht, postuliert prozessbasierte Therapie die Wahl einer Intervention auf

der Grundlage der Passung zugrundeliegender Wirkmechanismen zu den zentralen Knoten des Netzwerkes (Hofmann, Curtiss, & Hayes, 2020).

Zu berücksichtigen ist, dass Wirkmechanismen oftmals vor dem Hintergrund von schulenbezogenen Behandlungstheorien definiert werden. Die Wirkung von Exposition z.B. wurde ursprünglich mit Habituation begründet (Craske, Treanor, Conway, Zbozinek, & Vervliet, 2014). Hieraus resultierte die bis heute weit verbreitete therapeutische Strategie, bei Konfrontation mit der angstausslösenden Situation eine maximale emotionale Aktivierung zu erreichen und Patient*innen dazu zu motivieren, in der Situation zu bleiben, bis Gewöhnung eintritt. Dieses Wirkprinzip hat sich in der Behandlung Sozialer Angststörungen als wenig effektiv erwiesen (Clark et al., 2006). Experimentelle Studien zeigen zudem, dass Inhibitionslernen (Craske, Treanor, Conway, Zbozinek, & Vervliet, 2014) und nicht etwa Habituation (McGlade et al., 2023) das Wirkprinzip von Exposition bei Angststörungen ist, und dass Inhibitionslernen vor allem von kognitiven Verarbeitungsprozessen (Gedächtnis, Vorstellung, Attributionen etc.) vor, während und nach der Aktivierung der Angst abhängig ist.

Darüber hinaus können unterschiedliche Techniken die gleichen Wirkmechanismen verwenden. Ein Beispiel wäre die Veränderung der Bewertung des eigenen Verhaltens als peinlich: dies könnte durch Exposition (Konfrontation ohne explizite kognitive Interventionen), aber auch durch Sokratischen Dialog oder Verhaltensexperimente erreicht werden, wenn auch möglicherweise mit unterschiedlicher Effektivität. Zugleich können durch eine Intervention unterschiedliche Wirkmechanismen in Gang gesetzt werden: Verhaltensexperimente führen gleichzeitig zu einer emotionalen Aktivierung, veränderten Aufmerksamkeitslenkung und zu einer Umbewertung der Peinlichkeit eigenen Verhaltens (Landkroon, Meyerbröker, Salemink, & Engelhard, 2022).

Der aktuelle Stand der Forschung zu evidenzbasierten Wirkmechanismen ist aktuell noch sehr stark auf die kognitive Verhaltenstherapie (Kazantzis, Luong, Usatoff, Impala, Yew & Hofmann, 2018) bezogen oder enthalten umfassendere transdiagnostische Analysen (Hayes, Ciarrochi, Hofmann, Chin, & Sahdra, 2022). In Tabelle 1 sind die wichtigsten evidenzbasierten Interventionen und zugrundeliegenden Wirkmechanismen für die Behandlung der Sozialen Angststörung zusammengefaßt.

Intervention	Postulierter Wirkmechanismus	Empirische Belege für Wirkmechanismus
Verarbeitungsprozesse		
Aufmerksamkeitstraining	Reduktion von Selbstaufmerksamkeit	Schmidt et al., 2009
Videofeedback	Korrektur verzerrter Vorstellungen des sozialen Selbst	Rodebaugh et al., 2010
Verarbeitungsexperiment	Reduktion von Selbstaufmerksamkeit und Sicherheitsverhalten	Schreiber et al., 2015
Achtsamkeitstraining	Distanzierung von negativen Bewertungen	Goldin et al., 2017
Imagery Rescripting	Reduktion intrusiver Erinnerungen	Romano et al., 2020
Defusion	Akzeptanz	Niles et al., 2014
Kognitionen		
Verhaltensexperimente zur Testung von Überzeugungen	Umbewertung der sozialen Bewertung eigenen Verhaltens	Smits et al., 2006
Sokratischer Dialog	Umbewertung der sozialen Bewertung eigenen Verhaltens	Taylor et al., 1997
Emotionen		
Self-compassion Übungen	Förderung des Selbstmitgefühls	Teale Sapach et al., 2023
Exposition	Inhibitionslernen	Hayes et al., 2007; Craske et al., 2014 ; McGlade et al., 2023
Stuhldialog	Reduktion selbstkritischer Bewertungen	Clarke & Greenberg, 1986
Verhalten		
Soziales Kompetenztraining	Aufbau sozial kompetenten Verhaltens	Beidel et al., 2014
Motivation		
Deutung des zentralen Beziehungskonfliktthemas	Motivationale Klärung, interpersonelle Flexibilität	Wilczek et al., 2004 (Leichsenring et al., 2013)
Motivational interviewing	Veränderungsmotivation	Romano et al., 2021

Tabelle 1: Interventionen und evidenzbasierte Wirkmechanismen in der Behandlung der Sozialen Angststörung

Prozessbasierte Therapie impliziert, dass die Interventionen aufgrund der Wirkmechanismen zu einem gezielten Veränderungsprozess beitragen, der an den zentralen Knoten des Störungsnetzwerks ansetzt. Hayes et al. (2020) sehen hierbei die Evolutionstheorie als einen geeigneten Rahmen, die Wirkmechanismen von den Behandlungstheorien der Psychotherapieschulen zu lösen. Das erweiterte evolutionäre Meta-Modell der Veränderungsprozesse beruht auf den Grundprinzipien der Variation, Selektion und Retention. Prinzipiell könnten somit alle auf diesen Prinzipien basierenden Interventionen, die in effektiver Weise einen spezifischen Veränderungsprozess in Gang setzen, adaptive Prozesse herbeiführen und zur Perturbation des Netzwerkes beitragen.

Paradigmatisch für diese Sichtweise sind Verhaltensexperimente, die durch die Berücksichtigung von motivationalen und Verarbeitungsprozessen, Erwartungen und Verhalten eine flexible Orientierung an Störungsnetzwerken ermöglichen (Stangier, 2023).

Daneben können auch die von Hayes, Hofmann und Ciarrochi (2020)

vorgeschlagenen evolutionstheoretischen Grundprinzipien umgesetzt werden:

1. Variation: in Verhaltensexperimenten stellt das Ausprobieren einer neuen Verhaltensweise in einem spezifischen, problematischen Kontext den zentralen Ausgangspunkt dar. Diese können sowohl explorativ als auch zur Prüfung von spezifischen Erwartungen verwendet werden.
2. Selektion: es werden gezielt solche Verhaltensweisen und Verarbeitungsprozesse (Aufsuchen statt Vermeiden, aktives statt Sicherheitsverhalten) ausgewählt, die sich in dem gewählten Kontext als adaptiv erweisen könnten. Kriterium für die Selektion ist die Wirkung eines Verhaltens, die beobachtet und analysiert wird.
3. Retention: Prozesse und Verhalten wird beibehalten, wenn es der Anpassung nützt. Bei Verhaltensexperimenten wird dies durch die Reflexion der Bedeutung der Erfahrung aus dem Experiment realisiert. Ist diese eindeutig, so findet eine Umbewertung statt, und die revidierte Überzeugung steuert den zukünftigen Umgang mit der Situation. Ist die Bedeutung nicht eindeutig (was eher häufig vorkommt), so ist ein neuer Zyklus des Verhaltensexperimentes notwendig, um bessere Evidenzen zu erzielen. Insofern greifen Einsichts- und Erfahrungslernen bei der Aufrechterhaltung ineinander.

5. Interaktionsprozesse und therapeutische Beziehungsgestaltung

Als eine wichtige Ebene der prozessbasierten Therapie werden die Interaktionsprozesse gesehen, die zu einer therapeutischen Beziehungsgestaltung beitragen. Für die Zusammenarbeit von Therapeut*in und Patient*in ist die Berücksichtigung von interpersonellen Bedürfnissen und Motiven der Patient*in eine wichtige Grundlage, da die Angst vor negativer Bewertung als peinlich, das negative Selbstwertgefühl und auch der Perfektionismus bezüglich sozialer Normen zu erheblichen Einschränkungen in der therapeutischen Beziehung führen kann (Stangier, Clark, Ginzburg & Ehlers, 2016). Eine gute therapeutische Allianz stellt eine wichtige Voraussetzung für die Umsetzung insbesondere von Konfrontationstherapie

(Exposition oder Verhaltensexperimente) dar (Hayes, Hope, VanDyke & Heimberg, 2007).

Allerdings ist noch wenig untersucht, welche spezifischen Interaktionsprozesse zu einer erfolgreichen Zusammenarbeit beitragen. Abbildung 5 veranschaulicht, wie komplex die Wechselbeziehung zwischen den unterschiedlichen Einflussfaktoren der therapeutischen Beziehung ist. Zudem gibt es nur wenige Studien, die über die Selbstberichte von Patient*innen und Therapeut*innen hinaus therapeutische Interaktionsprozesse untersucht haben. Auf nonverbaler Ebene zeigte sich zum Beispiel, dass eine höhere Synchronizität der Bewegung eher einen positiven, eine höhere Synchronizität der Stimmen jedoch eher einen negativen Einfluss auf den Therapieverlauf hat (Altmann, Schoenherr, Paulick, Deisenhofer, Schwartz, Rubel et al., 2020; Schoenherr, Strauss, Stangier & Altmann, 2021). Die Ergebnisse sind jedoch nur mit Schwierigkeiten zu interpretieren, da sowohl die Frage, wer in der therapeutischen Beziehung die Führung übernimmt, als auch die Frage einer spontanen vs. intentionalen Anpassung von Bedeutung sein kann.

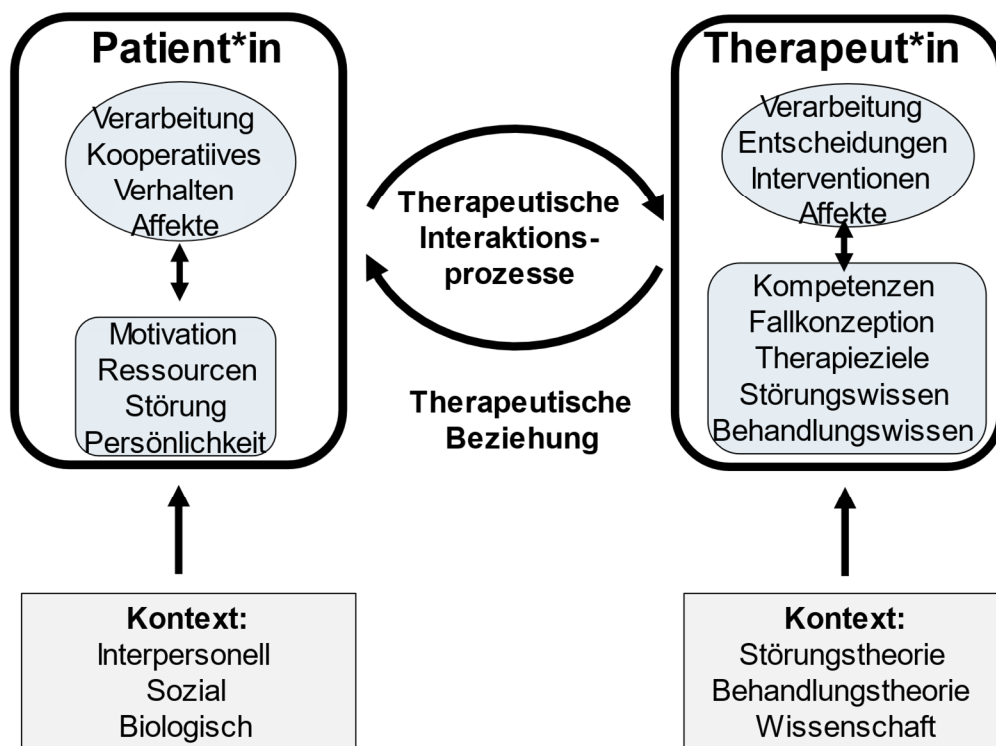


Abbildung 5: Prozessmodell der Therapeut-Patient-Interaktion

Angesichts der vor allem in der Anfangsphase großen Angst vor Blamage in der Therapiesituation sollten Therapeut*innen im Sinn einer Motivorientierten Beziehungsgestaltung (Stucki & Grawe, 2007) auf die interaktionellen Grundbedürfnisse nach Sicherheit und Bindung eingehen. Kivity, Strauss, Elizur, Weiss, Cohen und Huppert (2021) fanden eine erhebliche Instabilität der

therapeutischen Allianz; das Ausgangsniveau sagte signifikant den Therapieerfolg in kognitiver Verhaltenstherapie vorher, allerdings zeigten sich deutliche Muster von Zu- und Abnahme. Es ist deshalb davon auszugehen, dass Therapeut*innen nicht nur präventiv eine motivorientierte Beziehungsgestaltung gewährleisten sollten, sondern auch die therapeutische Beziehung aufmerksam verfolgen sollten. Im Sinne von rupture and repair (Muran, Eubanks & Samstag, 2021) sollten Hinweise auf Beziehungsprobleme (z.B. Absage von Therapiesitzungen, Vermeiden von Problemthemen, geringes Engagement in der Sitzung) aufgegriffen und in validierender Weise in der Zusammenarbeit berücksichtigt werden. Die Ausweitung des Störungsmodells auf therapeutische Situationen kann ggf. auch hilfreich sein, um das Verständnis für die Schwierigkeiten zu vertiefen und als einen Nebenschauplatz der therapeutischen Zielsetzungen zu relativieren.

6. Fazit und Ausblick

Wesentliche Grundprinzipien des prozessbasierten Therapiekonzeptes ist 1. die individualisierte Erfassung von Störungsprozessen im Alltag durch EMA zur Ableitung eines dynamischen Netzwerkmodells, 2. die Umsetzung evidenzbasierter Veränderungsprozesse durch eine Berücksichtigung empirisch ermittelter Wirkfaktoren von, die Interventionen zugrunde liegen, und 3. die kontinuierliche Erfassung von therapeutischen Interaktionsprozessen um die therapeutische Beziehung den individuellen Bedürfnissen anzupassen. Im Vergleich zu einer „vorgefertigten“, diagnosebasierten Behandlung sollen diese Prinzipien zu einer Verbesserung der therapeutischen Effektivität beitragen.

Die Entwicklung einer prozessbasierten Therapie befindet sich jedoch eher noch in einer Phase des Entwurfes als einer fertigen Konzeption. Sowohl die Erfordernisse einer hochfrequenten Eingabe von EMA-Daten wie auch deren Auswertung mit Hilfe dynamischer Netzwerke sind aktuell noch nicht praxistauglich. Die Bestimmung von Interventionen auf der Grundlage von Veränderungsprozessen ist schwierig, da sich unterschiedliche Interventionen eines Mechanismus „bedienen“ können (eine Umbewertung kann z.B. durch Sokratischen Dialog, Exposition oder Verhaltensexperiment erreicht werden), und umgekehrt kann eine Intervention unterschiedliche Wirkmechanismen ansprechen: Verhaltensexperimente können sowohl Umbewertungen als auch Gewöhnung, erhöhte Achtsamkeit oder verbesserte soziale Kompetenzen bewirken (Pfammater, Junghan & Tschacher, 2012).

Schließlich stellt auch die Anpassung der Interaktionsprozesse an die spezifischen Motivationen und Beziehungsmuster von Patient*innen hohe Anforderungen an die interaktionellen Fertigkeiten von Therapeut*innen. Die Komplexität der Prozesse kann zu einer Überforderung therapeutischer Urteils- und Entscheidungsprozesse führen, weshalb die Automatisierung und der Einsatz von digitalen Hilfsmitteln - und zukünftig wohl auch künstlicher Intelligenz - die Entwicklung prozessbasierter Therapie entscheidend mitbeeinflussen wird. Andererseits bietet gerade die Behandlung der sozialen Angststörung aufgrund der Ergebnisse intensiver Forschung der letzten 20 Jahre (s. Huppert, Ginat-Frolich, Gilboa-Schechtman, Aderka, Alden, Bar-Haim et al., 2023) eine gute Basis, um die Grundprinzipien auch schon in der heutigen Praxis umzusetzen.

Literatur:

- Altmann, U., Schoenherr, D., Paulick, J., Deisenhofer, A. K., Schwartz, B., Rubel, J. A., Stangier, U., Lutz, W., & Strauss, B. (2020). Associations between movement synchrony and outcome in patients with social anxiety disorder: Evidence for treatment specific effects. *Psychotherapy research : journal of the Society for Psychotherapy Research*, 30(5), 574–590.
<https://doi.org/10.1080/10503307.2019.1630779>
- Beidel, D. C., Alfano, C. A., Kofler, M. J., Rao, P. A., Scharfstein, L., & Wong Sarver, N. (2014). The impact of social skills training for social anxiety disorder: a randomized controlled trial. *Journal of anxiety disorders*, 28(8), 908–918.
<https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2014.09.016>
- 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 (Hrsg.), *Social Phobia: Diagnosis, assessment, and treatment* (S. 69-93). New York: Guilford Press.
- Clark, D. M., Ehlers, A., Hackmann, A., McManus, F., Fennell, M., Grey, N., Waddington, L., & Wild, J. (2006). Cognitive therapy versus exposure and applied relaxation in social phobia: A randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74(3), 568–578. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.74.3.568>
- Clarke, K. M., & Greenberg, L. S. (1986). Differential effects of the Gestalt two-chair intervention and problem solving in resolving decisional conflict. *Journal of Counseling Psychology*, 33(1), 11–15. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.33.1.11>
- Craske, M. G., Treanor, M., Conway, C. C., Zbozinek, T., & Vervliet, B. (2014). Maximizing exposure therapy: an inhibitory learning approach. *Behaviour research and therapy*, 58, 10–23. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2014.04.006>
- Ginat-Frolich, R., Gilboa-Schechtman, E. Huppert, J.D., Aderka, I.M., Alden, L.E., Bar-Haim, Y. et al. (2023). Vulnerabilities in social anxiety: Integrating intra- and interpersonal perspectives. *Clinical Psychology review* (in press).
- Goldin, P. R., Morrison, A. S., Jazaieri, H., Heimberg, R. G., & Gross, J. J. (2017). Trajectories of social anxiety, cognitive reappraisal, and mindfulness during an RCT of CBGT versus MBSR for social anxiety disorder. *Behaviour research and therapy*, 97, 1–13. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2017.06.001>
- Hayes, S. A., Hope, D. A., VanDyke, M. M., & Heimberg, R. G. (2007). Working alliance for clients with social anxiety disorder: relationship with session helpfulness and within-session habituation. *Cognitive behaviour therapy*, 36(1), 34–42. <https://doi.org/10.1080/16506070600947624>
- Hayes, S. C., Ciarrochi, J., Hofmann, S. G., Chin, F., & Sahdra, B. (2022). Evolving an idionomic approach to processes of change: Towards a unified personalized science of human improvement. *Behaviour research and therapy*, 156, 104155. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2022.104155>
- Hayes, S. C., Hofmann, S. G., & Ciarrochi, J. (2020). A process-based approach to psychological diagnosis and treatment: The conceptual and treatment utility of an extended evolutionary meta model. *Clinical psychology review*, 82, 101908. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2020.101908>

- Hayes, S. C., Hofmann, S. G., Stanton, C. E., Carpenter, J. K., Sanford, B. T., Curtiss, J. E., & Ciarrochi, J. (2019). The role of the individual in the coming era of process-based therapy. *Behaviour research and therapy*, 117, 40–53. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2018.10.005>
- Hofmann, S. G., Curtiss, J. E., & Hayes, S. C. (2020). Beyond linear mediation: Toward a dynamic network approach to study treatment processes. *Clinical psychology review*, 76, 101824. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2020.101824>
- Hofmann, S. G., & Hayes, S. C. (2019). The Future of Intervention Science: Process-Based Therapy. *Clinical Psychological Science*, 7(1), 37–50. <https://doi.org/10.1177/2167702618772296>
- Huppert, J.D., Ginat-Frolich, R., Gilboa-Schechtman, E., Aderka, I.M., Alden, L.E., Bar-Haim, Y. et al. (2023). Psychosocial treatments in social anxiety: Integrating intra- and inter-personal perspectives. *Clinical Psychology Review* (under review).
- Kazantzis, N., Luong, H. K., Usatoff, A. S., Impala, T., Yew, R. Y., & Hofmann, S. G. (2018). The processes of cognitive behavioral therapy: A review of meta-analyses. *Cognitive Therapy and Research*, 42(4), 349–357. <https://doi.org/10.1007/s10608-018-9920-y>
- Kivity, Y., Strauss, A. Y., Elizur, J., Weiss, M., Cohen, L., & Huppert, J. D. (2021). The alliance mediates outcome in cognitive-behavioral therapy for social anxiety disorder, but not in attention bias modification. *Psychotherapy research : journal of the Society for Psychotherapy Research*, 31(5), 589–603. <https://doi-org/10.1080/10503307.2020.1836423>
- Landkroon, E., Meyerbröcker, K., Salemink, E., & Engelhard, I. M. (2022). Future-oriented imagery rescripting facilitates conducting behavioral experiments in social anxiety. *Behaviour research and therapy*, 155, 104130. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2022.104130>
- Leichsenring, F., Salzer, S., Beutel, M. E., et al. (2013). Psychodynamic therapy and cognitive-behavioral therapy in social anxiety disorder: a multicenter randomized controlled trial. *The American journal of psychiatry*, 170(7), 759–767. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2013.12081125>
- McCabe, R. E., Antony, M. M., Summerfeldt, L. J., Liss, A., & Swinson, R. P. (2003). Preliminary examination of the relationship between anxiety disorders in adults and self-reported history of teasing or bullying experiences. *Cognitive behaviour therapy*, 32(4), 187–193. <https://doi.org/10.1080/16506070310005051>
- Morgan J. (2010). Autobiographical memory biases in social anxiety. *Clinical psychology review*, 30(3), 288–297. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2009.12.003>
- Muran, J. C., Eubanks, C. F., & Samstag, L. W. (2021). One more time with less jargon: An introduction to "Rupture Repair in Practice". *Journal of clinical psychology*, 77(2), 361–368. <https://doi.org/10.1002/jclp.23105>
- Neal, J. A., & Edelman, R. J. (2003). The etiology of social phobia: toward a developmental profile. *Clinical psychology review*, 23(6), 761–786. [https://doi.org/10.1016/s0272-7358\(03\)00076-x](https://doi.org/10.1016/s0272-7358(03)00076-x)
- Niles, A. N., Burklund, L. J., Arch, J. J., Lieberman, M. D., Saxbe, D., & Craske, M. G. (2014). Cognitive mediators of treatment for social anxiety disorder: comparing

- acceptance and commitment therapy and cognitive-behavioral therapy. *Behavior therapy*, 45(5), 664–677. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2014.04.006>
- Pfammatter, M., Junghan, U. & Tschacher, W. (2012) Allgemeine Wirkfaktoren der Psychotherapie: Konzepte, Widersprüche und eine Synthese. *Psychotherapie in Psychiatrie, Psychotherapeutischer Medizin und Klinischer Psychologie*, 17, 17-31
- Reilly, E. E., Whitton, A. E., Pizzagalli, D. A., Rutherford, A. V., Stein, M. B., Paulus, M. P., & Taylor, C. T. (2020). Diagnostic and dimensional evaluation of implicit reward learning in social anxiety disorder and major depression. *Depression and anxiety*, 37(12), 1221–1230. <https://doi.org/10.1002/da.23081>
- Richey, J. A., Brewer, J. A., Sullivan-Toole, H., Strege, M. V., Kim-Spoon, J., White, S. W., & Ollendick, T. H. (2019). Sensitivity shift theory: A developmental model of positive affect and motivational deficits in social anxiety disorder. *Clinical psychology review*, 72, 101756. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2019.101756>
- Rodebaugh, T. L., Heimberg, R. G., Schultz, L. T., & Blackmore, M. (2010). The moderated effects of video feedback for social anxiety disorder. *Journal of anxiety disorders*, 24(7), 663–671. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2010.04.007>
- Romano, M., Moscovitch, D. A., Huppert, J. D., Reimer, S. G., & Moscovitch, M. (2020). The effects of imagery rescripting on memory outcomes in social anxiety disorder. *Journal of anxiety disorders*, 69, 102169. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2019.102169>
- Romano, M., Arambasic, J., & Peters, L. (2021). Motivational interviewing for social anxiety disorder: An examination of the technical hypothesis. *Psychotherapy research : journal of the Society for Psychotherapy Research*, 31(2), 224–235. <https://doi.org/10.1080/10503307.2020.1751892>
- Schmidt, N. B., Richey, J. A., Buckner, J. D., & Timpano, K. R. (2009). Attention training for generalized social anxiety disorder. *Journal of abnormal psychology*, 118(1), 5–14. <https://doi.org/10.1037/a0013643>
- Schoenherr, D., Strauss, B., Stangier, U., & Altmann, U. (2021). The influence of vocal synchrony on outcome and attachment anxiety/avoidance in treatments of social anxiety disorder. *Psychotherapy*, 58, 510–522. <https://doi.org/10.1037/pst0000393>
- Schreiber, F., Heimlich, C., Schweitzer, C., & Stangier, U. (2015). Cognitive therapy for social anxiety disorder: the impact of the "self-focused attention and safety behaviours experiment" on the course of treatment. *Behavioural and cognitive psychotherapy*, 43(2), 158–166. <https://doi.org/10.1017/S1352465813000672>
- Smits, J. A. J., Rosenfield, D., McDonald, R., & Telch, M. J. (2006). Cognitive mechanisms of social anxiety reduction: An examination of specificity and temporality. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74(6), 1203–1212. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.74.6.1203>
- Stangier, U. (2019). Prozessbasierte kognitive Verhaltenstherapie – Integration von kognitiver Verhaltenstherapie und Dritter Welle unter der Perspektive der Prozessorientierung. *Psychotherapeutenjournal*, 3, 236-243.
- Stangier, U. (2023). Verhaltensexperimente. *Standards der Psychotherapie*. Hogrefe: Göttingen.

- Stangier, U., Clark, D.M., Ginzburg, D.M. & Ehlers, A. (2016). Soziale Angststörung (2., überarbeitete und erweiterte Auflage). Göttingen: Hogrefe.
- Stangier U. (2016). New Developments in Cognitive-Behavioral Therapy for Social Anxiety Disorder. *Current psychiatry reports*, 18(3), 25.
<https://doi.org/10.1007/s11920-016-0667-4>
- Stangier, U., Hufschmidt, B., Kohl, V., Sendig, L., Nemani, A., Görg, N. & Hofmann, S. (2023). PBaPP - Prozessbasierte Psychotherapie in der Praxis.
<https://www.psychologie.uni-frankfurt.de/138668778>
- Stucki, C. & Grawe, K. (2007). Bedürfnis- und Motivorientierte Beziehungsgestaltung. *Psychotherapeut*, 52, 16–23. <https://doi.org/10.1007/s00278-006-0507-9>
- Taylor, S., Woody, S., Koch, W. J., Mclean, P., Paterson, R. J., & Anderson, K. W. (1997). Cognitive Restructuring in the Treatment of Social Phobia: Efficacy and Mode of Action. *Behavior Modification*, 21(4), 487–511.
<https://doi.org/10.1177/01454455970214006>
- Teale Sapach, M. J. N., & Carleton, R. N. (2023). Self-compassion training for individuals with social anxiety disorder: a preliminary randomized controlled trial. *Cognitive behaviour therapy*, 52(1), 18–37.
<https://doi.org/10.1080/16506073.2022.2130820>