

COGNITIVE BEHAVIORAL THERAPY FOR SOCIAL PHOBIA

VERHALTENSTHERAPIE BEI SOZIALER ANGSTSTÖRUNG

Ulrike Demal

Klinische Psychologin, Psychotherapeutin (VT), Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie,
Währinger Gürtel 18-20, 1090 Wien, Austria

SUMMARY

This article discusses diagnostic features of social phobia, social skills and (anxious) avoidant personality disorder, and gives an overview on principles of cognitive behaviour therapy strategies used in social anxiety patients. Motivation to change and the therapeutic relationship are important issues to be worked on at the beginning and throughout therapy. Functional analysis focuses on interactional and systemic features. Three specific programmes dealing with anxiety management, social skills training and relaxation techniques are presented (Gruppentraining sozialer Kompetenzen, Hinsch und Pflingsten (2007); Soziale Phobien, ein kognitiv-verhaltenstherapeutisches Behandlungsmanual, Stangier et al. (2003) und Soziales Kompetenztraining, Gruppentherapie bei sozialen Ängsten und Defiziten, Alsleben und Hand (2006)).

Key words: social phobia - social anxiety - cognitive behaviour therapy - social skills training

ZUSAMMENFASSUNG

Im vorliegenden Beitrag wird nach einer Begriffsklärung (soziale Phobie, soziale Kompetenz, ängstlich-vermeidende Persönlichkeitsstörung) verhaltenstherapeutisches Handeln bei Menschen mit Sozialer Angststörung vorgestellt. Am Beginn der Behandlung ist Beziehungs- und Motivationsarbeit zu leisten, wobei im Beitrag auf Besonderheiten in der Beziehungsgestaltung hingewiesen wird. Im Rahmen der Bedingungs- und Funktionsanalyse wird auf interaktionelle und systemische Bedeutungen der sozialen Ängste eingegangen. Die wichtigsten therapeutischen Strategien sind Soziales Kompetenztraining, Kognitive Therapie, Angstmanagement/Exposition und Entspannungstherapie. Exemplarisch werden derzeit gängige Therapieprogramme vorgestellt (Gruppentraining sozialer Kompetenzen, Hinsch und Pflingsten (2007); Soziale Phobien, ein kognitiv-verhaltenstherapeutisches Behandlungsmanual, Stangier et al. (2003) und Soziales Kompetenztraining, Gruppentherapie bei sozialen Ängsten und Defiziten, Alsleben und Hand (2006)).

Schlüsselwörter: Soziale Phobie - Soziale Angststörung - Kognitive Verhaltenstherapie - Soziales Kompetenztraining

* * * * *

EINLEITUNG

Die Soziale Phobie und die unter dem Begriff subsumierten weiteren Störungen im sozialen Kontaktverhalten haben erst durch psychopharmakologische Forschung gebührend Beachtung innerhalb der Psychiatrie gefunden. Zwei Jahrzehnte erfolgreicher psychologischer/ verhaltenstherapeutischer Beforschung verschiedener Behandlungsstrategien für die Behandlung sozialer Ängste und Defizite hatten diesbezüglich vorher vergleichsweise wenig Einfluss.

Die Bereiche Soziale Ängste und soziale Kompetenz gehören seit den 70er Jahren zu den intensiv beforschten Gebieten innerhalb der Verhaltenstherapie. Das Störungsbild ist jedoch in seinem Erscheinungsbild und auch in seiner Begriffsbestimmung sehr heterogen. Unterschiedliche Begriffe (Soziale Gehemmtheit, Soziale Angst, Soziale Phobie, Selbstunsicherheit, Soziale (In)kompetenz, Ängstlich (vermeidende) Persönlichkeitsstörung, Soziale Defizite, Mangelndes

Selbstvertrauen etc.) werden oftmals synonym gebraucht und sind unklar gegeneinander abgegrenzt.

DEFINITION UND DESKRIPTION

Im ICD-10 (WHO 2007) wird die Soziale Phobie unter den phobischen Störungen geführt (ICD-10: F40.1), weil sie ursprünglich als eine auf spezifische soziale Situationen eingegrenzte Phobie verstanden wurde. Nicht berücksichtigt werden dabei stark beeinträchtigende chronische soziale Ängste. Der Begriff „Phobie“, der einen geringen Grad der Beeinträchtigung und geringen Behandlungsbedarf nahe legt, ist für viele Betroffene nicht angemessen. Von einigen Autoren wird daher der Begriff „Soziale Angststörung“ vorgeschlagen (Stangier et al. 2003).

Weitere Überlappungen ergeben sich mit der Diagnose der Ängstlich-Vermeidenden Persönlichkeitsstörung (ICD-10: F 60.6). Hauptmerkmal beider Diagnosen ist die Angst vor Ablehnung,

Kritik und Herabsetzung, die mit extremer Angst, körperlichen Begleiterscheinungen und ausgeprägtem Vermeidungsverhalten einhergehen kann. Die differentialdiagnostische Abgrenzung liegt darin, dass bei der sozialen Phobie spezifische soziale Situationen und bei der Ängstlich-Vermeidenden Persönlichkeitsstörung soziale Kontakte vermieden werden. Bleibt dann noch der Begriff der „Sozialen Kompetenz“, zu dem bisher keine einheitliche Definition vorliegt. Hinsch und Pfingsten (2007) halten eine allgemeine Definition für nötig, um eine allzu willkürliche Festlegung sozial kompetenten Verhaltens zu verhindern. In Anlehnung an Döpfner et al. (1981) formulieren sie: „Unter sozialer Kompetenz verstehen wir die Verfügbarkeit und Anwendung von kognitiven, emotionalen und motorischen Verhaltensweisen, die in bestimmten sozialen Situationen zu einem langfristig günstigen Verhältnis von positiven und negativen Konsequenzen für den Handelnden führen“. Konkrete Verhaltensweisen, die als Beispiele sozial kompetenten Verhaltens häufig genannt werden, sind: Nein-sagen, eigene Wünsche und Bedürfnisse äußern, Forderungen stellen/zurückweisen, Kontakte knüpfen/beenden, Komplimente geben/empfangen, Gespräche beginnen, aufrecht halten, beenden und Gefühle offen äußern.

Wichtige Hinweise für die Therapieplanung ergeben sich aufgrund jener Konstellationen, die auf phänomenologischer Ebene beschrieben werden können (Wlazlo 1995, Münchau et al. 1998):

1. niedrige soziale Angst und niedrige soziale Defizite („normal“)
2. hohe soziale Angst und niedrige soziale Defizite (Phobie, leicht behandelbar)
3. niedrige soziale Angst und hohe soziale Defizite (Defizite, schwieriger und langfristiger zu behandeln)
4. hohe soziale Angst und hohe soziale Defizite (schwere Störung, aufwendige, langwierige Behandlung).

Auf der funktionellen Ebene lassen sich Aussagen über die Kausalität der Störung herstellen, z.B.: führt die Angst über Vermeidung zu sozialen Defiziten (Angst als primäre Störung) oder soziale Defizite führen über negative Konsequenzen zur Angst.

BEHANDLUNGSSTRATEGIEN

Allgemeines

Ganz allgemein ist festzuhalten, dass im Rahmen jeder verantwortungsvoll durchgeführten Verhaltenstherapie am Beginn und auch während der gesamten Behandlungszeit Beziehungs- und Motivationsarbeit zu leisten ist. Eine vertrauensvolle, tragfähige Beziehung stellt für jede erfolgreiche psychotherapeutische Arbeit eine wichtige Grundlage dar. Ambühl et al. (2006) gehen auf Besonderheiten in der Beziehungsgestaltung ausführlich ein. In der therapeutischen Arbeit mit sozialphobischen Menschen ist die Realisierung einer vertrauensvollen und tragfähigen Beziehung nicht nur unabdingbare Voraussetzung, sondern sie stellt auch eine große Herausforderung dar, weil die therapeutische Situation selbst zu den gefürchteten sozialen Situationen gehört, in denen die Angst vor eigenem Versagen und Beschämung durch andere aktualisiert wird. Dies kann Beziehungsaufnahme und –gestaltung erschweren. Für Patienten, die nicht im Einzelsetting, sondern in einer Gruppe behandelt werden, gilt das umso mehr. Sozialphobische Bewertungsangst zeigt sich in der Therapie immer wieder als Befangenheit und erhöhte Selbstaufmerksamkeit. Patienten wirken gefangen in eigenen negativen Gefühlen und Empfindungen, sie erscheinen distanziert. In der Folge wird ihre Aufmerksamkeit durch selbstabwertende Gedanken oder Gefühle, die mit Scham verbunden sind, beeinträchtigt. Daher können sie sich oft schwer konzentrieren bzw. sich in der Therapie nicht mehr voll beteiligen. Ähnliche Effekte wie die genannte Selbstaufmerksamkeit zeigt, hat das sogenannte „Sicherheitsverhalten“ (Patienten nicken häufig und bemüht, um nicht dumm dazustehen oder lächeln viel um auf jeden Fall freundlich und angepasst zu wirken). Auch hinsichtlich Gesprächsführung ist zu beachten, dass Therapeuten verleitet sind, sehr viele Fragen zu stellen, wenn das Gegenüber wenig spricht. Diese Form der direkten Interaktion, in der der sozialphobische Patient im Mittelpunkt steht, kann Befürchtungen und weiteren Rückzug (bis zum Therapieabbruch) auslösen. Weiters ist ein auf viele Fragen mechanisches, abblockendes „ich weiß nicht“ auf Patientenseite ein Versuch, möglichst schnell aus der Situation „Therapiestunde“ hinaus zu kommen. Defensives Verhalten kann sich auch in

nonverbalen Signalen zeigen, die schnell als arrogant missinterpretiert werden.

Hinsichtlich Beziehungsgestaltung sollten Therapeuten daher alles unternehmen um den Patienten den Einstieg in einen Veränderungsprozess zu ermöglichen (gezielte Ressourcenaktivierung, komplementäre Beziehungsgestaltung). Die Grundidee komplementärer (oder motivorientierter) Beziehungsgestaltung besteht darin, dass das Therapeutenverhalten auf die individuellen Bedürfnisse, Ziele und Motive der Patienten zugeschnitten werden soll. Motivorientierte Beziehungsgestaltung dient der Ressourcenaktivierung und stellt eine Möglichkeit dar dem Problemverhalten die motivationale Basis zu nehmen (Grawe 2004).

Im Rahmen der Bedingungs- und Funktionsanalyse ist es wichtig, soziale Ängste und Defizite nicht als nur individuell begründet zu sehen, sondern vor allem ihre interaktionellen oder systemischen Bedeutungen ausreichend zu beachten. Andernfalls stellen sie relevante Misserfolgskriterien dar. Es sollte immer beachtet werden, dass, je nach Motivationslage, Funktionalität der Beschwerden und dem vorhandenen Verhaltensrepertoire der beteiligten Person eine symptomorientierte Therapie ohne Berücksichtigung des erweiterten Umfeldes entweder zu Therapieabbruch, unerklärlichem Widerstand oder zur Verlagerung der Symptomatik führen kann. Auf der individuellen und interaktionellen Ebene können weitere Zusammenhänge eine auslösende/aufrechterhaltende Rolle spielen: Überforderungssituationen (besonders am Arbeitsplatz), Unsicherheit aufgrund von Veränderungen der Lebensumstände (Geburt, Heirat, Arbeitsplatzwechsel), belastende emotionale Reaktionen (z.B. nach dem Tod naher Bezugspersonen), sexuelle Störungen, ausgeprägt pathologisches Familiensystem oder dysfunktionale Beziehungsstrukturen. Vor dem Einsatz von leistungsfördernden Verfahren (z.B. Exposition in vivo, Rollenspiel) ist besonders abzuklären, inwieweit in der Biografie (Kindheit, Jugend) Zuwendung nur über Leistung erfolgte und rückblickend dieser Interaktionsstil (Eltern, Lehrer) vom Patienten als traumatisierend interpretiert wird. Die Therapie darf diesen Prozess natürlich nicht fortsetzen.

Wesentliche Bausteine der Therapie sind neben kognitiven Strategien Angstmanagement (Varianten von Expositionsverfahren) und Entspannung. Die Bearbeitung der Selbstaufmerksam-

keit (Verlagerung der Aufmerksamkeit von internen auf externe Stimuli anhand visueller Orientierung) und die Fokussierung auf die Sicherheitsverhaltensweisen sind Spezifika der Therapie der Sozialangst. Ziel ist es aus der passiven Rolle des antizipierend Reagierenden in eine aktive Rolle des Agierens und Beobachtens zu kommen, um Auswirkungen des eigenen Verhaltens zu beobachten, und unabhängiger zu werden von der vermeintlichen Befürchtung, durch andere negativ beurteilt zu werden.

Verhaltenstherapeutische Verfahren

Die derzeit am häufigsten angewandten und evaluierten Methoden in der Verhaltenstherapie sind das Training sozialer Kompetenzen, Varianten von Expositionsverfahren, Kognitive Verfahren und Entspannungstherapie.

Unter Berücksichtigung jener möglichen Konstellationen auf phänomenologischer Ebene, die bereits im Text beschrieben wurden, werden im Anschluss drei Therapiemanuale (Auswahl) dargestellt, die die oben genannten Methoden beinhalten und entsprechend defizit- und/oder phobieorientiert eingesetzt werden können:

GRUPPENTRAINING SOZIALER KOMPETENZEN, GSK

(Hinsch und Pfingsten 2007)

Beim Gruppentraining sozialer Kompetenzen, GSK als Standardverfahren finden sieben Sitzungen zu je 150 bis 180 Minuten statt. Eine Veränderung der Trainingsdauer läuft meist auf eine Verlängerung hinaus, wenn einzelne Elemente intensiver geübt oder mehrfach wiederholt werden. Die Trainingsdauer ist abhängig von Gruppengröße, Gruppenzusammensetzung und Klientenpopulation. Jeder Benutzer des Manuals kann Erweiterungen und Veränderungen vornehmen, und auch nur einzelne Teile des Manuals verwenden.

Das Training beinhaltet Kognitive Strategien (Analyse der Selbstverbalisation), Entspannungsverfahren (Progressive Muskelentspannung), Diskriminierungstraining zur Unterscheidung von selbstsicherem, unsicherem und aggressivem Verhalten und einen ausführlichen Übungsteil, in dem Rollenspiele, am besten mit Videofeedback, durchgeführt werden. Das GSK bietet eine große Auswahl an Rollenspielsituationen zu verschiedenen Situationstypen: Recht durchsetzen, Selbstsicheres Verhalten in Beziehungen und Um-

Sympathie werben. Es werden jeweils Instruktionen für selbstsicheres Verhalten in den Übungssituationen angeführt.

Das GSK ist ein intensives, aber zeitökonomisches Basisverfahren mit flexiblen Komponenten, so dass es gut an verschiedene Aufgabenstellungen, Klientengruppen und Settings angepasst werden kann.

SOZIALES KOMPETENZTRAINING, GRUPPENTHERAPIE BEI SOZIALEN ÄNGSTEN UND DEFIZITEN

(Alsleben und Hand 2006)

In diesem Manual werden Strategien zur Angstbewältigung und zum Aufbau sozialer Kompetenzen angeboten. Theoretische Grundlagen werden in alltagsnahen standardisierten Rollenspielen eingeübt und vertieft. Expositionssitzungen in vivo vermitteln lebensnahe Erfahrungen. Die Bearbeitung von Hintergrundproblemen erfolgt mit Hilfe eines individuellen Problemlösevorgehens im Rollenspiel und der Erarbeitung eines Störungsmodells, sowie im Aufbau von sozialen Aktivitäten und Kontakten. Wert wird auch auf die Übertragung von Erfahrungen aus der Therapiegruppe in das individuelle Lebensumfeld gelegt. Übungen zwischen den Sitzungen sind wesentlicher Bestandteil.

Bausteine des Themenbereichs Angstbewältigung sind Angstinformation, Erhöhung der Wahrnehmungs- und Diskriminationsfähigkeit, Arbeit an/mit Kognitionen, Angstmanagement, Exposition (Mittelpunktübungen, Unsicherheits- und Blamierübungen), Progressive Muskelentspannung. Die drei Sitzungen mit Schwerpunkt Exposition in vivo dauern jeweils 480 Minuten, die anderen drei Sitzungen der ersten Therapiephase dauern 150 Minuten.

Der Themenbereich Soziale Kompetenz beinhaltet Grundlagen zur Kommunikation (Gesprächsführung, Kontaktaufnahme, Übungen zur verbalen und nonverbalen Kommunikation). Im Rahmen von Rollenspielen werden spezielle Fertigkeiten der Kommunikation (Durchsetzungsfähigkeit, Nein-Sagen, Forderungen stellen/Wünsche äußern, Lob äußern, Kritik- und Konfliktfähigkeit) erarbeitet und geübt. Nach einer 14-tägigen Therapiepause beginnt die 2. Therapiephase mit der Bearbeitung der Hintergrundprobleme bzw. der individuell schwierigen Situationen (sechs Sitzungen zu je 150 Minuten).

Eine empirische Überprüfung zeigte gute unmittelbare Behandlungseffekte und eine gute Durchführbarkeit auch bei schwer soziophobischen Patienten. Eine Katamneseuntersuchung 2-11 Jahre nach Ende der Gruppentherapie zeigte, dass die Therapieeffekte im Mittel bis zum Follow-up stabil blieben und bei der Mehrzahl der Patienten im Intervall keine weiteren Behandlungen wegen sozialer Ängste stattfanden (Buluku 2005).

SOZIALE PHOBIEN, EIN KOGNITIV- VERHALTENSTHERAPEUTISCHES BEHANDLUNGSMANUAL

(Stangier et al. 2003)

Das Manual bietet ein Basiskonzept kognitiver Verhaltenstherapie, das individuell angepasst werden kann. Es besteht aus fünf Therapiephasen:

- Ableitung eines individuellen kognitiven Erklärungsmodells
- Kognitive Vorbereitung auf Exposition: Korrektur fehlerhafter Verarbeitungsprozesse in sozialen Situationen (Selbstaufmerksamkeit, Sicherheitsverhalten, Vermeidungsverhalten)
- Exposition in vivo/Verhaltensexperimente: Gelingt es, durch Veränderung von Selbstaufmerksamkeit, bildhaften Vorstellungen und Sicherheitsverhalten die einseitige oder verzerrte Informationsverarbeitung zu verändern, wird der Patient eher in der Lage sein, sich den vermiedenen Situationen zu stellen und korrigierende Erfahrungen zu machen. Exposition wird eingesetzt um kritische kognitive Schemata auszulösen und korrigieren zu können. Schwerpunkt liegt auf kognitiver Umstrukturierung (nicht Habituation). Exposition ist in diesem Fall eine Komponente des Verhaltensexperiments.
- Kognitive Umstrukturierung: Nach einer Veränderung konkreter Kognitionen in sozialen Situationen werden auch allgemeine Annahmen und Schemata verändert, die als prädisponierende Faktoren die Entwicklung der Störung begünstigt haben
- Rückfallprävention: Zusammenfassung von Erklärungsmodell und kognitiven/verhaltensbezogenen Veränderungsstrategien

Sicherheitsverhalten („Safety Behavior“)

Ein besonders wichtiger Bestandteil des Modells ist die Bearbeitung der individuellen

Sicherheitsverhaltensweisen. Darunter sind idiosynkratische kognitive und Verhaltensstrategien zu sehen, die darauf abzielen, die Angst in den kritischen Situationen, die nicht vermieden werden können, zu reduzieren und negative Bewertungen abzuwenden. Analog zu Vermeidungsverhalten ist Sicherheitsverhalten problematisch, weil es die Widerlegung unrealistischer Bewertung verhindert und dadurch zur Aufrechterhaltung der Angst beiträgt („Wenn ich meine Arme nicht so fest an den Körper pressen würde, würde mein Schwitzen noch unangenehmer auffallen“). Andere Beispiele für Sicherheitsverhalten ist das Tragen von Make-up bei Angst zu erröten, oder Versuche zur Reduktion von Angst durch Alkohol, oder übermäßige Vorbereitung auf eine Situation, um eine akzeptable Leistung zu bringen. Sicherheitsverhaltensweisen stellen somit eine Art von Vermeidung dar. Trotz des Aufsuchens sozialer Situationen bleibt Angst bestehen, weil trotz häufiger Exposition keine Habituation eintritt.

Clark et al (2003) verglichen das vorgestellte kognitiv-verhaltenstherapeutische Behandlungsmaterial (CBT, 16 wöchentliche Sitzungen) mit Fluoxetin plus Selbst-Exposition in einer randomisierten placebokontrollierten Studie. Der Follow-up Zeitraum betrug 1 Jahr. Die Effektstärken waren: CBT (post Therapie 2.14, Follow-up 2.53), Fluoxetin plus Selbst-Exposition (post Therapie 0.92, Follow-up 1.36), Placebo plus selbst-Exposition (post Therapie 0.56). CBT war Fluoxetin plus Selbst-Exposition signifikant überlegen, während kein Unterschied zwischen Fluoxetin plus Selbst-Exposition und Placebo plus Selbst-Exposition gefunden wurde. In einer anderen Untersuchung von Stangier et al. (2003) konnte gezeigt werden, dass die Anwendung im Einzelsetting der im Gruppensetting signifikant überlegen ist.

ZUSAMMENFASSUNG UND AUSBLICK

Derzeit stehen verschiedene Behandlungsmethoden für die soziale Angststörung zur Verfügung. Je nach individueller Problemlage kann ein Training sozialer Kompetenz (defizitorientiert) oder eine Angsttherapie mit Angstmanagement bzw. Exposition (phobieorientiert), jeweils angereichert mit kognitiven Elementen (selbstorientiert) oder eine Kombination, angewendet werden. Wichtig ist die Behandlungsstrategie auf die individuellen Merkmale des

Patienten abzustimmen. Bei der kognitiven Variante der Verhaltenstherapie bei Angststörungen ist bis heute nicht geklärt, welchen zusätzlichen Effekt zu den verhaltensorientierten Übungen die kognitiven Interventionen tatsächlich haben, da bei der kognitiven Verhaltenstherapie die Verhaltensexperimente, die nichts weiter sind als Expositionen, unerlässlicher Bestandteil geworden sind.

Zusätzliche wichtige Elemente in der Behandlung sind Veränderung von Sicherheitsverhalten und Training der Aufmerksamkeit. Einzelsetting scheint Gruppensetting überlegen. Im Einzelfall kann die Einzeltherapie als Vorbereitung auf ein Gruppensetting genutzt werden. Der Einsatz von Videofeedback ist hilfreich.

LITERATUR

1. Alsleben H, Hand I: *Soziales Kompetenztraining, Gruppentherapie bei sozialen Ängsten und Defiziten*. München: Elsevier, 2006.
2. Ambühl HR, Meier B, Willutzki U: *Soziale Angst verstehen und behandeln. Ein kognitiv-verhaltenstherapeutischer Zugang*. *Leben lernen* 145. Stuttgart: Klett-Cotta, 2006.
3. Buluku J: *Eine Katamnesestudie zur Verhaltenstherapie in Gruppen bei sozialer Phobie*. Diplomarbeit, Universität Hamburg, Fachbereich Psychologie, 2005.
4. Clark DM, Ehlers A, McManus F et al.: *Cognitive therapy vs Fluoxetine plus self-exposure in the treatment of generalized social phobia (Social Anxiety Disorder): a randomized placebo controlled trial*. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 2003; 71, 1058-1067.
5. Döpfner M, Schlüter S, Rey ER: *Evaluation eines sozialen Kompetenztrainings für selbstunsichere Kinder im Alter von neun bis zwölf Jahren – ein Therapievergleich*. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie* 1981; 9, 233-252.
6. Grawe K: *Neuropsychotherapie*. Göttingen: Hogrefe, 2004.
7. Hinsch R, Pflingsten U: *Gruppentraining sozialer Kompetenzen (GSK)*. Weinheim: BeltzPVU, 2007.
8. Stangier U, Heidenreich T, Peitz M, Lauterbach W, Clark DM: *Cognitive therapy for Social Phobia: individual versus group treatment*. *Behaviour Research and Therapy* 2003; 41, 991-1007.
9. Stangier U, Heidenreich T, Peitz M: *Soziale Phobien. Ein kognitiv-verhaltenstherapeutisches Behandlungsmanual*. Weinheim: BeltzPVU 2003.
10. Münchau N, Demal U, Hand I: *Verhaltenstherapie bei sozialer Gehemmtheit*. In Katschnig H, Demal U, Windhaber J (Hrsg.) *Wenn Schüchternheit zur Krankheit wird*. Wien: Facultas, 1998.

11. Weltgesundheitsorganisation, WHO: *Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V*. H. Dilling, W. Mombour, M.H. Schmidt (Hrsg.), Bern: Hans Huber, 2007.

12. Wlazolek Z: *Soziale Phobie. Eine Anleitung zu Durchführung einer Exposition in vivo*. Freiburg: Karger, 1995.

Correspondence:

Mag. Dr. Ulrike Demal

Klinische Psychologin, Psychotherapeutin (VT)

Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie

Währinger Gürtel 18-20, 1090 Wien, Austria

E-mail: ulrike.demal@meduniwien.ac.at