

Miriam Sichort-Hebing

Strategische Angsttherapie – wo Exposition allein nicht ausreicht, hilft die Veränderung der Überlebensregel

Strategic therapy of anxiety disorders – where exposure therapy alone is not sufficient, changing the rule of survival can be helpful

Die kürzlich erschienenen deutschen S3-Leitlinien für die Behandlung von Angststörungen (Bandelow et al., 2014) zeigen erneut, dass die kognitive Verhaltenstherapie (KVT) und dabei vor allem die Expositionstherapie sehr wirksam sind. Jedoch wurde in den Leitlinien auch auf höhere Rückfallraten bei Angstpatienten hingewiesen. Um langfristig stabile Therapieergebnisse zu erzielen, geht die Strategisch-Behaviorale Therapie (SBT; Sulz & Hauke, 2010), die der 3. Welle der Verhaltenstherapie zugeordnet werden kann, davon aus, dass neben der Symptomtherapie die Arbeit an den zugrunde liegenden dysfunktionalen kognitiv-affektiven Schemata der Patienten – den sogenannten Überlebensregeln – eine wichtige Bedeutung hat. Im vorliegenden Artikel wird das konkrete Vorgehen der Strategisch-Behavioralen Therapie bei den verschiedenen Angsterkrankungen (Panikstörung/Agoraphobie, Soziale Phobie, Spezifische Phobie und Generalisierte Angststörung) dargestellt. Neben der spezifischen Symptomtherapie (wie Expositionsbehandlung, kognitive Methoden) wird die strategische Fallkonzeption und Therapieplanung nach SBT bei der jeweiligen Angsterkrankung beschrieben. Die Arbeit mit der Überlebensregel nimmt eine zentrale Rolle ein, wobei auch auf weitere therapeutische Elemente wie therapeutische Beziehung, Emotionsarbeit, Achtsamkeit und Akzeptanz sowie Arbeit mit Werten in der Behandlung von Angstpatienten eingegangen wird.

Schlüsselwörter

Panikstörung – Agoraphobie – Soziale Phobie – Spezifische Phobie – Generalisierte Angststörung – SBT – Kognitive Verhaltenstherapie – Überlebensregel

The recently published S3-guidelines for the therapy of anxiety disorders (Bandelow et al., 2014) show again that cognitive-behavioral therapy (CBT) and especially exposure therapy is very effective. Nevertheless, the guidelines indicate higher rates of relapse for anxiety patients. To achieve stable long-term therapy results the Strategic-Behavioral Therapy (SBT) (Sulz & Hauke, 2010), which belongs to the third wave behavior therapies, assumes that, apart from symptom therapy, working with the underlying dysfunctional cognitive-affective schemes of the patients – the so called rules of survival – is important. The current article describes the concrete approach of the Strategic-Behavioral Therapy to patients with different anxiety disorders (panic disorder, agoraphobia, social phobia,

specific phobia, generalized anxiety disorder). In addition to specific symptom therapy (such as exposure therapy, cognitive methods) the strategic case conceptualization resulting in the basic therapeutic goals in accordance to SBT is described for each anxiety disorder. Applying the survival rule plays a central role, but other therapeutic elements such as therapeutic relationship, emotional work, attentiveness and acceptance, and working with values in the treatment of anxiety patients are described as well.

Keywords

panic disorder – agoraphobia – social phobia – specific phobia – generalized anxiety disorder – SBT – cognitive-behavioral therapy – survival rule

Einführung

Angst ist ein Gefühl, das wir alle kennen. Das Empfinden von Angst und der rasche Ablauf von Fluchtreaktionen stellen sowohl in unserer Evolutionsgeschichte als auch für uns heute lebende Menschen einen unverzichtbaren (Überlebens-)Vorteil dar, macht sie doch eine Anpassung an reale Bedrohungen möglich. Die körperlichen Ausdrucksformen der Angst wie Herzerasen, Schwitzen und muskuläre Anspannung sollen den Körper auf eine Flucht- oder Kampfreaktion vorbereiten, wohingegen die psychischen Ausdrucksformen wie Unwohlsein und Unruhe das Individuum schützen, indem Gefahrensituationen vermieden oder mit erhöhter Vigilanz durchgestanden werden. So gesehen sichert Angst unser Überleben. Doch nicht nur in lebensbedrohlichen Situationen, sondern auch in unserem täglichen Leben spielt Angst eine wichtige Rolle. In Leistungssituationen steigert Angst als Form der Aktivierung bis zu einem gewissen Grad unsere Leistungsfähigkeit, bei Extremsportarten wird der Nervenkitzel sogar aktiv herbeigeführt – und man denke nur an das offenbar angenehme Gruseln beim Besuch der Geisterbahn oder eines Thrillers im Kino. Angst ist aus unserem Leben nicht wegzudenken. Es gibt aber auch Ängste, die uns den Alltag schwer machen und die Lebensqualität einschränken. Angst kann krank machen. Bei pathologischer Angst geht die Reaktion weit über das normale Maß hinaus und ist der Situation nicht mehr angemessen.

Angststörungen sind die häufigsten psychischen Erkrankungen (Kessler et al., 2005). Im Rahmen einer Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland wurde für alle Angststörungen eine 12-Monatsprävalenz von 15,3 % der Bevölkerung errechnet (Jacobi et al., 2014). Dabei erkrankten Frauen deutlich häufiger an Angststörungen als Männer. In der Altersgruppe von 18-34 Jahren ist die 12 Monatsprävalenz am höchsten (Jacobi et al., 2014). In Bezug auf komorbide psychische Störungen besteht bei Angststörungen ein erhöhtes Risiko, zusätzlich an anderen Angststörungen, Depressionen, Suchterkrankungen und somatoformen Störungen zu erkranken (Jacobi et al., 2004). Alles in allem verursachen Angststörungen einen deutlichen Leidensdruck bei Betroffenen mit zum Teil massiven Einschränkungen des Handlungsspielraums und führen zu erheblichen Kosten für das Gesundheitssystem (Bandelow et al., 2014).

Die erst kürzlich erschienenen S3-Leitlinien (Bandelow et al., 2014) haben erneut bestätigt, dass sich die kognitive Verhaltenstherapie (KVT) als sehr effektiv in der Behandlung von allen Angststörungen erwiesen hat. Obwohl die Therapieerfolge auch nach Ende einer KVT auf einem hohen Level sind, verringern sich die Effekte in den Monaten nach Beendigung laut Follow-up-Studien mit Zeitintervallen von einem halben Jahr bis einem

Jahr. Naturalistische Nachbeobachtungen über mehrere Jahre gehen sogar davon aus, „(...) dass es Jahre nach Beendigung einer KVT zu einem Wiederauftreten der Symptome in nicht unerheblichem Ausmaß kommt“ (Bandelow et al. 2014, S. 79).

Um langfristig positive Therapieergebnisse zu erzielen, geht die Strategisch-Behaviorale Therapie (SBT) davon aus, dass neben der Arbeit an den Symptomen die Arbeit an den zugrunde liegenden dysfunktionalen kognitiv-affektiven Schemata der Patienten – den sogenannten Überlebensregeln – eine wichtige Bedeutung hat. Im Weiteren wird nun kurz auf den theoretischen Hintergrund der SBT eingegangen, bevor das konkrete therapeutische Vorgehen der SBT bei Angststörungen erläutert wird.

Strategisch-Behaviorale Therapie

Die Strategische Kurzzeittherapie, die Mitte der 1990er Jahre von Sulz (1994) entwickelt wurde, hat ihre Wurzeln in der kognitiven Verhaltenstherapie, jedoch waren von Beginn an therapeutische Themen, wie „Entwicklung“, „Emotionsregulation“, „Beziehungsoptimierung“, „Akzeptanz und Achtsamkeit“, „Metakognition“ und „Selbstregulation“ ebenfalls wichtige Bestandteile der SKT. Heute wird der Ansatz zu den neueren Therapieansätzen der 3rd wave gezählt (u. a. Hayes & Spencer, 2005; Linehan, 1994; McCullough, 2007; Young, Klosko & Weishaar, 2005). Nachdem eine empirische Studie zur Überprüfung der therapeutischen Wirksamkeit (Hebing, 2011) zum einen sehr hohe Effektstärken, zum anderen längere Therapiezeiten erbrachte, wurde die Strategische Kurzzeittherapie in Strategisch-Behaviorale Therapie (SBT) umbenannt (Sulz & Hauke, 2009). Der genuin-verhaltenstherapeutische Begriff „strategisch“ blieb im Namen erhalten und kann – wie bei der SKT – synonym für funktional verstanden werden. Das Menschenbild und das Störungsverständnis der SBT sind funktional. Die Frage nach dem Zweck eines Verhaltens („Wozu entwickelt gerade dieser Patient in genau dieser Situation dieses Symptom?“) und die Suche nach Antworten auf diese Frage bestimmen das therapeutische Denken. Dabei spielt das zentrale Konstrukt der SBT, das Konzept der Überlebensregel, eine zentrale Rolle. Die Überlebensregel wird als eine implizite Regel verstanden, die als Ergebnis eines frühen Lernprozesses individuelle Anweisungen darüber enthält, welche Handlungen unter bestimmten Bedingungen aktiviert bzw. vermieden werden müssen, um von der sozialen Umwelt die zum emotionalen Überleben und zur Stärkung der Identität und des Selbstwertes benötigten Reaktionen zu erhalten.

Tabelle 1: Syntax der Überlebensregel (Sulz, 1994) und Beispiel einer Überlebensregel (angelehnt an Hebing, 2011)

Syntax der Überlebensregel ohne spezifischen Inhalt	Syntax der Überlebensregel anhand einer Angstpatientin
<p>Nur wenn ich immer ... gebotenes, nützliches Verhalten zeige</p> <p>und wenn ich niemals ... tabuisiertes, verbotenes Verhalten zeige</p>	<p>Nur wenn ich immer ... versuche, die Bedürfnisse anderer zu erspüren, mich anpasse und pflegeleicht bin</p> <p>und wenn ich niemals ... Ärger zeige, Konflikte anspreche, eigene Wege gehe</p>

Syntax der Überlebensregel ohne spezifischen Inhalt	Syntax der Überlebensregel anhand einer Angstpatientin
bewahre ich mir... Befriedigung meiner zentralen Bedürfnisse	bewahre ich mir ... Geborgenheit, Zuneigung, Sicherheit, Schutz
und verhindere... überlebensgefährdende Bedrohung.	und verhindere, ... dass ich verlassen werde und alleine bin.

Je frustrierender und traumatisierender die Kindheitsbedingungen sind, umso präziser muss die Regel gefasst sein und umso rigider muss auf ihre Einhaltung geachtet werden. Hat sich die Überlebensregel in der Kindheit noch als hoch funktional bewiesen, kann sie im Erwachsenenalter Probleme mit sich bringen (Sulz, 1994). Oft verbietet eine rigide Überlebensregel die Adaption des Menschen an situative Aufgabenstellungen und schafft im Erwachsenenalter eine Vulnerabilität, die spezifische Umweltbedingungen zur symptomauslösenden Situation macht. Psychotherapie, die das Symptom entbehrlich machen will, ist deshalb aufgerufen, in einen ebenso kreativen Prozess einzutreten, um ein alternatives Verhalten zu finden, mit dem diese auslösende Situation zu bewältigen ist – ohne die Nachteile des Symptoms. Wird nur Symptomtherapie gemacht und kein Wert auf die Bearbeitung der zugrunde liegenden Ursachen der Symptomatik, und somit auch auf eine Veränderung der aktuellen Lebens- und Beziehungsgestaltung, gelegt, besteht die Gefahr eines Rückfalles, wenn ähnlich auslösende Situationen auftreten. Im Weiteren wird nun auf die Inhalte und die Durchführung der SBT bei Angststörungen eingegangen.

Behandlung von Angstpatienten nach SBT

Die Strategisch-Behaviorale Therapie geht von sechs – häufig nebeneinander – eingesetzten Modulen der Therapie aus (siehe Abb. 1), auf die im weiteren Verlauf des Artikels

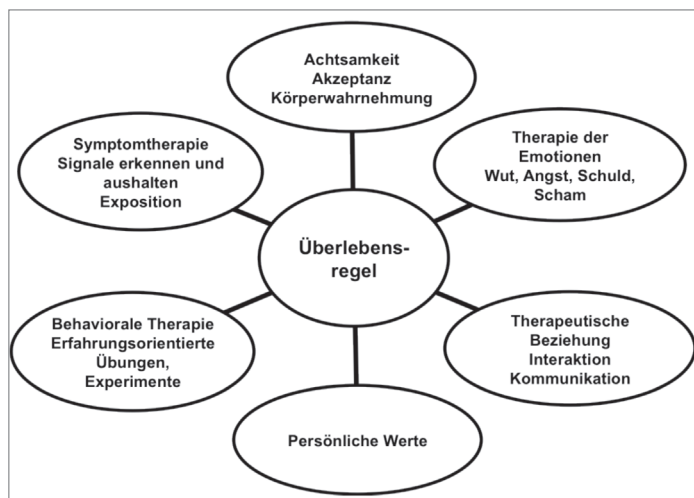


Abbildung 1:
Arbeitsmodule der
SBT (in Anlehnung
an Sulz & Hauke,
2010, S. 12)

genauer eingegangen wird. Im Zentrum steht die Überlebensregel. Da bei Angstpatienten die Symptome oft so stark ausgeprägt sind, dass ihr Handlungsspielraum und somit ihr tägliches Leben enorm beeinträchtigt sind, gilt die therapeutische Arbeit im Rahmen der SBT meist zunächst den Symptomen.

1 Symptomtherapie

Angsterkrankungen werden nach der International Classification of Diseases, Tenth Revision ICD-10-GM (DIMDI, 2014) eingeteilt in „Phobische Störungen“ (F40), bei denen eine konkrete Furcht (Phobie) vor einem Objekt bzw. Situation besteht und „Sonstige Angsterkrankungen“ (F41), bei denen eine unspezifische Angst vorliegt. Eine Kurzbeschreibung der häufigsten Angststörungen findet sich in Tabelle 1.

Tabelle 1: Kurzbeschreibung der häufigsten Angststörungen nach ICD-10-GM (DIMDI, 2014)

Angststörung ICD-10	Beschreibung
Panikstörung F41.0	Das wesentliche Kennzeichen sind wiederkehrende schwere Angstattacken (Panik), die sich nicht auf eine spezifische Situation oder besondere Umstände beschränken und deshalb auch nicht vorhersehbar sind. Wie bei anderen Angsterkrankungen zählen zu den wesentlichen Symptomen plötzlich auftretendes Herzklopfen, Brustschmerz, Erstickungsgefühle, Schwindel und Entfremdungsgefühle (Depersonalisation oder Derealisation). Oft entsteht sekundär auch die Furcht zu sterben, vor Kontrollverlust oder die Angst, wahnsinnig zu werden. Die Panikstörung soll nicht als Hauptdiagnose verwendet werden, wenn der Betroffene bei Beginn der Panikattacken an einer depressiven Störung leidet. Unter diesen Umständen sind die Panikattacken wahrscheinlich sekundäre Folge der Depression.
Agoraphobie F40.0 ohne Panikstörung F40.00 mit Panikstörung F40.01	Eine relativ gut definierte Gruppe von Phobien, mit Befürchtungen, das Haus zu verlassen, Geschäfte zu betreten, in Menschenmengen und auf öffentlichen Plätzen zu sein, alleine mit Bahn, Bus oder Flugzeug zu reisen. Eine Panikstörung kommt als häufiges Merkmal bei gegenwärtigen oder zurückliegenden Episoden vor. Depressive und zwanghafte Symptome sowie soziale Phobien sind als zusätzliche Merkmale gleichfalls häufig vorhanden. Die Vermeidung der phobischen Situation steht oft im Vordergrund, und einige Agoraphobiker erleben nur wenig Angst, da sie die phobischen Situationen meiden können.

Angststörung ICD-10	Beschreibung
Generalisierte Angststörung F41.1	Die Angst ist generalisiert und anhaltend. Sie ist nicht auf bestimmte Umgebungsbedingungen beschränkt oder auch nur besonders betont in solchen Situationen, sie ist vielmehr „frei flottierend“. Die wesentlichen Symptome sind variabel, Beschwerden wie ständige Nervosität, Zittern, Muskelspannung, Schwitzen, Benommenheit, Herzklopfen, Schwindelgefühle oder Oberbauchbeschwerden gehören zu diesem Bild. Häufig wird die Befürchtung geäußert, der Patient selbst oder ein Angehöriger könnten demnächst erkranken oder einen Unfall haben.
Soziale Phobie F40.1	Furcht vor prüfender Betrachtung durch andere Menschen, die zu Vermeidung sozialer Situationen führt. Umfassendere soziale Phobien sind in der Regel mit niedrigem Selbstwertgefühl und Furcht vor Kritik verbunden. Sie können sich in Beschwerden wie Erröten, Händezittern, Übelkeit oder Drang zum Wasserlassen äußern. Dabei meint die betreffende Person manchmal, dass eine dieser sekundären Manifestationen der Angst das primäre Problem darstellt. Die Symptome können sich bis zu Panikattacken steigern.
Spezifische (isolierte) Phobie F40.2	Phobien, die auf eng umschriebene Situationen wie Nähe von bestimmten Tieren, Höhen, Donner, Dunkelheit, Fliegen, geschlossene Räume, Urinieren oder Defäkieren auf öffentlichen Toiletten, Genuss bestimmter Speisen, Zahnarztbesuch oder auf den Anblick von Blut oder Verletzungen beschränkt sind. Obwohl die auslösende Situation streng begrenzt ist, kann sie Panikzustände wie bei Agoraphobie oder sozialer Phobie hervorrufen.

Bei den in Tabelle 1 genannten Angsterkrankungen gibt es einige therapeutische Elemente, die in der Symptomtherapie aller Angststörungen angewandt werden sollten und die im Folgenden beschrieben werden.

Da die Agoraphobie meist gemeinsam mit der Panikstörung auftritt, wird in den Abschnitten zur Behandlung immer gemeinsam auf die beiden Störungsbilder eingegangen.

1.1 Allgemeine Symptomtherapie bei Angsterkrankungen

Da viele Angstpatienten ihre Beschwerden und Symptome als bedrohliche Folge einer möglicherweise unerkannten körperlichen Erkrankung wahrnehmen, ist es von vorrangiger Bedeutung, gemeinsam mit dem Patienten ein *individuelles Krankheitsmodell der Entstehung und Aufrechterhaltung der Angststörung* zu erarbeiten. Dazu muss auch abgeklärt werden, ob körperliche Ursachen für die Angsterkrankung (z. B. Schilddrüsenunterfunktion, Herzfehler, Asthma) vom Arzt tatsächlich ausgeschlossen werden können. Für den Großteil der Angstpatienten bedeuten die Informationen, dass sie nicht „verrückt“ sind, ihre Beschwerden einen Namen haben, es sich um eine häufig vorkommende psychische Erkrankung handelt, die Leiden verursacht und sachgemäß behandelt werden muss, bereits eine große Erleichterung.

Um gemeinsam mit dem Angstpatienten ein individuelles Krankheitsmodell zu entwickeln, spielt die *systematische Selbstbeobachtung* in Form eines „Angsttagebuches“ eine wichtige Rolle. Die Patienten werden angeleitet, auslösende Situationen zu identifizieren, das Ausmaß der erlebten Angst zu bestimmen und automatisch ablaufende Prozesse auf kognitiver, emotionaler, physiologischer und behavioraler Ebene zu identifizieren und zu differenzieren. Dadurch werden die Patienten unterstützt, eine Distanz zu ihrem innerpsychischen Geschehen und den automatisch ablaufenden Prozessen herzustellen. Gleichzeitig erkennen Patienten in welchen Situationen Angstsymptome am häufigsten auftreten und wie ihr individuelles Sicherheitsverhalten die Symptomatik aufrechterhält. Bereits die Psychoedukation kann die Wahrnehmung der Angstpatienten und somit den Umgang mit der Erkrankung verändern.

Um die zumeist erhöhte Grundanspannung und die vegetative Übererregbarkeit von Angstpatienten zu senken, spielt der *Aufbau von entspannenden/angstinkompatiblen Aktivitäten* (z. B. Sport, Einsatz von Entspannungsverfahren) eine wichtige Rolle. Dabei muss aber berücksichtigt werden, dass gerade beim Einsatz von Entspannungsverfahren, wie z. B. der Progressiven Muskelrelaxation (Jacobson, 1938), die Wahrnehmung auf Körperprozesse gelenkt und so Angstsymptome wie Panikattacken ausgelöst werden können.

Bei allen Angsterkrankungen spielt die *Expositionstherapie* eine wichtige Rolle. Kontraindiziert ist die Exposition bei gleichzeitig vorliegenden körperlichen Erkrankungen, welche die körperliche Belastbarkeit deutlich einschränken, wie z. B. Herz-Kreislauf-Erkrankungen, schweres Asthma oder Epilepsie. Expositionssitzungen können erst beginnen, wenn der Angstpatient aufgeklärt ist über Sinn und Zweck der Expositionssitzungen und Konsens über das Vorgehen besteht. Ohne eine solche kognitive Vorbereitung kann es zur Überforderung des Patienten und zu Therapieabbrüchen kommen. „Angstverlaufskurven“ (Schneider & Margraf, 1998) sollen dem Patienten verdeutlichen, welchen Angstverlauf sie befürchten, wie ihr Sicherheitsverhalten die Störung aufrechterhält und wie durch eine Exposition mit der Angst eine Habituation einsetzen kann. Der Angstpatient soll lernen zu verstehen, dass das Ziel der Exposition nicht darin besteht, keine Angst zu haben, sondern dass das Ziel ist, sich Situationen zu stellen, in denen die Angst kommt, er lernt die Angst zu akzeptieren und auszuhalten, um so die Erfahrung zu machen, dass die Angst von alleine abnimmt, ohne dass er die gefürchtete Situation verlassen oder sich ablenken muss. Der Patient soll lernen, eine akzeptierende, einladende Haltung zu seiner Angst einzunehmen. Falls der Patient Medikamente gegen die Angst nimmt, muss dies rechtzeitig vor der Exposition besprochen werden. Das zeitgleiche Einnehmen von Medikamenten gegen die Angst kann einen deutlichen Therapieerfolg verhindern, da der Patient häufig bei ersten Erfolgen in den Expositionsübungen auf die Wirkung des Medikaments attribuiert (Schneider & Margraf, 1998). Deshalb sollte das Medikament in der Regel vor der Exposition nach Rücksprache mit dem behandelnden Psychiater ausgeschlichen werden. Falls Psychotherapie bei Angststörungen nicht anschlägt, bei sehr schweren Formen der Angststörungen und Komorbiditäten sollte eine zusätzliche Behandlung mit Psychopharmaka (SSRI, SNRI) diskutiert werden.

Zusätzlich zur Psychoedukation durch den Therapeuten können dem Patienten *Selbsthilfematerialien*, wie z. B. der Hexal-Ratgeber Angst (Wittchen et al., 1995), empfohlen werden. In vielen Fällen kann es hilfreich sein, mit Einverständnis des Patienten die Angehörigen in die Behandlung mit einzubeziehen. Oft sind Angehörige Teil des komplexen Vermeidungssystems des Patienten, so dass es für eine erfolgreiche Therapie notwendig

ist, die Angehörigen ebenfalls über die jeweilige Angststörung und deren Behandlung zu informieren sowie ihre Rolle bei der Aufrechterhaltung der Angststörung zu explorieren und ggf. zu modifizieren.

Die *Rückfallprophylaxe* spielt bei Patienten mit einer Angststörung eine wichtige Rolle und sollte bereits von Beginn an in der Therapie berücksichtigt werden. Durch Förderung der Selbstmanagementfertigkeiten, Vergabe von Hausaufgaben, Durchführung alltagsrelevanter Übungen soll der Therapeut dafür sorgen, dass schon früh ein Transfer des Gelernten in den Alltag möglich ist. Patienten müssen darauf vorbereitet werden, dass es Zeiten geben kann, in denen erneut Ängste/Panik auftreten, und wie sie damit umgehen können (Rückfall bedeutet nicht automatisch „Ich stehe wieder bei Null“).

1.2 Spezielles Vorgehen bei der Symptombehandlung der einzelnen Angsterkrankungen

Zur konkreten Durchführung der speziellen Techniken bei den einzelnen Angsterkrankungen wird auch auf die Therapiemanuale zur Panikstörung und Agoraphobie (z. B. Schneider & Margraf, 1998; Lang, Helbig-Lang, Gloster & Wittchen, 2012), zur Generalisierten Angststörung (z. B. Wells, 2009), zur spezifischen Phobie (z. B. Hamm et al., 2006) und zur sozialen Phobie (z. B. Stangier, Clark & Ehlers, 2006) verwiesen.

Spezielle Techniken der Symptomtherapie bei Panikstörung/Agoraphobie

Wie bereits erläutert, steht zunächst die Informationsvermittlung im Vordergrund. Diese basiert bei der Panikstörung mit und ohne Agoraphobie auf den Grundlagen psychophysiologischer Modelle wie dem „Teufelskreismodell der Angst“ (Schneider & Margraf, 1998) oder dem „Diathese-Stressmodell“.

Spezifisch für Panikattacken

Die Fehlinterpretationen körperlicher Symptome (z. B. „Mein beschleunigter Herzschlag muss bedeuten, dass ich gleich einen Herzinfarkt erleide“) sollen mithilfe interozeptiver Expositionsübungen korrigiert werden. Zur Provokation von Körpersymptomen werden Patienten aufgefordert, z. B. zu hyperventilieren (Atemnot, Schwindel, Parästhesien, Herzsensationen), Treppen zu steigen (Herzrasen, Atemnot) oder sich auf der Stelle zu drehen (Schwindel, Übelkeit, Derealisation). Das Ziel ist eine kognitive Umbewertung von an sich ungefährlichen körperlichen Symptomen („Herzrasen führt nicht zwangsläufig zu einem Herzinfarkt“). Zudem ist es wichtig, Vermeidungsverhalten in Form von kognitiver Vermeidung (z. B. gedankliche Ablenkungen), Vermeidung von körperlichen Sensationen (z. B. Vermeidung von Stress, Anstrengung, Sport, Koffein) oder Absicherungsverhalten (z. B. eine erneute EKG-Untersuchung, obwohl bereits mehrere ohne Befund waren) abzubauen.

Spezifisch für Agoraphobie

Vor den Expositionssitzungen wird anhand der Daten aus dem Angsttagebuch eine individuelle Angsthierarchie erstellt. Je nach erwarteter Angst oder Ausprägung der Vermeidung werden auf einer Skala von 0 % bis 100 % die phobischen Situationen angeordnet, die während der Expositionssitzungen konfrontiert werden. Bei Patienten mit einer Agoraphobie hat sich vor allem die In-vivo-Exposition bewährt (Sanchez-Meca, Rosa-Alcazar, Marin-Martinez & Gomez-Conesa, 2010). Dabei kann zwischen massierter Exposition

(Flooding) und graduierter Exposition unterschieden werden. In der klinischen Praxis findet häufig graduierte Exposition statt, da Angstpatienten für ein gestuftes Vorgehen meist leichter zu motivieren sind. Begonnen wird mit Situationen aus dem mittleren Schwierigkeitsbereich, um dann im Therapieverlauf die Intensität langsam zu steigern. Zudem ist es wichtig, dass Patienten während der Exposition auf Vermeidungsverhalten (z. B. Patient unterhält sich während der Exposition viel mit seinem Therapeuten, um sich abzulenken) und auf Sicherheitssignale (z. B. Handy, Wasserflasche, Tavor etc.) verzichten, da sonst die Gefahr besteht, dass Erfolge während der Exposition external attribuiert werden („Ich habe nur deswegen die U-Bahnfahrt gut gemeistert, weil ich das Tavor in der Jackentasche hatte, auf das ich im Notfall hätte zurückgreifen können“). Um dem Patienten Sicherheit und eine konkrete Anleitung zu geben, wie er die Exposition durchführen soll bzw. um korrigierend eingreifen zu können, ist es wichtig, dass der Therapeut den Patienten während der ersten Expositionssitzungen begleitet. Dies wird auch nach den neuen S3-Leitlinien (Bandelow et al., 2014) empfohlen. Dabei ist wichtig, dass der Therapeut den Patienten zu nichts drängt oder ihn zu etwas zwingt, was der Patient nicht möchte. Der Therapeut unterstützt den Patienten, dass er nicht aus der Situation flieht, sondern die Angst aushält. Nach erfolgreicher Durchführung der Expositionssitzung soll der Patient dafür gelobt werden, dass er in die angstausslösende Situation gegangen ist, und nicht dafür, dass er diese angstfrei erlebt und bewältigt hat. Der Patient führt nun die weiteren Expositionsübungen der Angst-Hierarchie selbständig durch. Dabei ist es notwendig, regelmäßige Patient-Therapeut-Kontakte durchzuführen, um auftretende Probleme oder kognitive/behaviorale Vermeidungen rechtzeitig zu korrigieren.

Spezielle Techniken der Symptomtherapie bei der Generalisierten Angststörung

Die Sorgenkonfrontation in sensu ist eine der wichtigsten Therapiebausteine in der Behandlung von GAS-Patienten. GAS-Patienten vermeiden mithilfe der Sorgen eine tiefere emotionale Verarbeitung (Leichsenring, Winkelbach & Leibing, 2002) – sie versuchen, nicht an das Schlimmste zu denken, und springen deshalb von einer Sorge zur nächsten. Im Rahmen der Sorgenexposition soll eine tiefere emotionale Verarbeitung und Habituation und somit eine Reduktion der Sorgen erreicht werden. Das Prinzip der Sorgenexposition liegt darin, dass sich der Patient jede einzelne Sorge – erneut beginnend mit einem mittleren Schwierigkeitsniveau der individuellen Sorgenhierarchie – bis zum Ende, also bis zum schlimmstmöglichen Ausgang hin auf einer bildhaften Ebene vorstellt und die dabei auftretenden Angstgefühle aushält, bis sie im Zuge einer Habituation absinken. Dabei versucht der Therapeut, die Aufmerksamkeit des Patienten während der Exposition in sensu immer wieder auf den „schlimmsten Moment“ zu lenken und gegebenenfalls Vermeidungsverhalten (zumeist kognitiv) und Sicherheitsverhalten (z. B. in Form von Rückversicherung) zu unterbinden. Der GAS-Patient soll durch die Exposition lernen, angstbesetzte Erfahrungen zu tolerieren, anstatt diese zu vermeiden. Kognitive und metakognitive Ansätze spielen in der Behandlung von GAS-Patienten ebenfalls eine wichtige Rolle. So sollen GAS-Patienten lernen, ihre meist einseitige negative Aufmerksamkeitsausrichtung auf Ereignisse (z. B. „Handy aus, bedeutet Katastrophe“) und die Überschätzung der Wahrscheinlichkeit von negativen Ereignissen („Die Wahrscheinlichkeit, dass mein Kind einen Unfall hat, wenn es sich nicht meldet, liegt bei 90 %“) mithilfe von kognitiven Techniken (z. B. Zwei-Spaltentechnik, Entkatastrophisieren, Realitätstestung) zu modifizieren.

GAS-Patienten leiden oft unter dem körperlichen Korrelat ihrer übermäßigen Sorgen. Innere Unruhe, Verspannungen, Kopfschmerzen, Schlafstörungen etc. sind häufige Symptome. Wenn diese im Vordergrund stehen, sollten Entspannungsverfahren eingesetzt werden, durch die der Patient lernt, die erhöhte körperliche Anspannung und Aktivierung zu reduzieren. Besonders gut geeignet ist die Methode der Progressiven Muskelrelaxation (Jacobson, 1938), die sich im Vergleich zu anderen Entspannungsverfahren schnell erlernen lässt und den meisten Patienten nach einiger Übung sehr gut tut.

Spezielle Techniken der Symptomtherapie bei der Sozialen Phobie

Im Zuge der Psychoedukation werden mit dem Patienten im Rahmen der Erarbeitung des individuellen Krankheitsmodells die prädisponierenden, auslösenden und aufrechterhaltenden Faktoren und der Zusammenhang zwischen unrealistischen Vorstellungen über soziale Standards, erhöhter Anspannung, dysfunktionalen Gedanken, erhöhter Aufmerksamkeitsfokussierung nach innen und Vermeidungsverhalten besprochen (Stangier et al., 2006). Da das wesentliche Merkmal der sozialen Phobie dysfunktionale Kognitionen sind über die eigene Person („Ich bin dumm, unattraktiv“) und über erwartete abwertende Reaktionen anderer („Die anderen denken, ich bin nicht normal, und werten mich ab“), spielt im Therapieverlauf die kognitive Umstrukturierung der negativen Selbst- und Weltsicht mithilfe kognitiver Techniken (Realitätstestung, Zwei-Spaltentechnik, Entkatastrophisieren etc.) eine wichtige Rolle. Dabei sollte gerade auch auf die Förderung einer positiven Selbsteinstellung (z. B. mit der Spiegelübung) Wert gelegt werden. Diese kognitive Arbeit geht einher mit Verhaltensexperimenten, Rollenspielen, ggf. mit Videofeedback und Expositionsübungen in vivo (z. B. Vortrag halten), in denen der Patient sein übliches Sicherheitsverhalten (z. B. wortwörtliche Ausarbeitung des Vortrags, Einnahme von Betablockern) unterlässt und seine Aufmerksamkeit auf die Umgebung (Beobachtung und Beschreibung der Gesichter, Verhaltensweisen, Reaktionen) richtet. Dies setzt zum Teil eine intensive Schulung der sozialen Wahrnehmung voraus, damit Sozialphobiker die Reaktionen anderer Menschen richtig einzuschätzen lernen. Ziel der Verhaltensübungen ist eine externe Realitätsüberprüfung („Die anderen tun nichts, was negativ oder bedrohlich ist“) sowie eine interne Realitätsüberprüfung („Ich kann mit den negativen Urteilen anderer besser leben, als ich geglaubt habe“). In Abhängigkeit von der Ausprägung der sozialen Defizite kann zusätzlich ein Training der sozialen Kompetenzen z. B. das Assertivness-Training-Programm (Ullrich & de Muynck, 2002) oder das Gruppentraining sozialer Kompetenzen (Hinsch & Pfingsten, 2007) im Gruppen- oder Einzelsetting durchgeführt werden.

Spezielle Techniken der Symptomtherapie bei der Spezifischen Phobie

Bei der spezifischen Phobie steht die Expositionsbehandlung (wie bereits mehrfach beschrieben) im Vordergrund. Ein Sonderfall der spezifischen Phobien ist die Blutphobie, die zur Gruppe der Blut-Verletzungs- und Spritzenphobie gezählt wird. Bei der Konfrontation mit Blut steigen Herzrate und Blutdruck zunächst an, wie es der typischen Angstreaktion entspricht, fallen dann aber ab, was zur Ohnmacht führen kann (diphasische vasovagale Reaktion). Um dem entgegenzuwirken, werden Patienten in der Methode der „Applied Tension“ (Öst & Sterner, 1987) unterrichtet. Während der graduierten Exposition werden bei den ersten Anzeichen einer Ohnmacht (z. B. mulmiges Gefühl im Magen, Schwindel, Ohrensausen) Arme, Beine und Brustbereich angespannt, die

Spannung 15 Sekunden gehalten und dann wieder bis zum Ausgangsniveau gelockert. Dies wird so lange durchgeführt, bis die Symptome verschwinden. Dadurch wird dem Blutdruckabfall entgegengewirkt.

Eine erfolgreiche Symptomtherapie bei Angstpatienten bedeutet in der Regel einen erheblichen Abbau des Vermeidungsverhaltens und somit einen deutlich größeren Handlungsspielraum für den Patienten. Mit der daraus resultierenden Motivation kann zur Arbeit an den der Symptomatik zugrunde liegenden Ursachen („Wozu hat gerade dieser Mensch in genau dieser Situation diese Symptomatik entwickelt?“) übergegangen werden. Da sich aus klinischer Erfahrung eine Arbeit mit der dysfunktionalen Überlebensregel bei Patienten mit einer spezifischen Phobie nicht anbietet (Patienten haben meist keinen großen Leidensdruck und keine weiteren Ziele nach der Symptomtherapie), wird im Folgenden nur bei der Panikstörung/Agoraphobie, Sozialen Phobie und Generalisierten Angststörung auf die Arbeit mit der Überlebensregel eingegangen.

2 Erarbeitung der Überlebensregel

Zusätzlich zur Analyse der Symptome auf der Mikroebene rücken nun Fallverständnis und Fallkonzeption auf der Makroebene in den Vordergrund der Therapie. Das Ziel ist, dass der Patient die Funktion des Symptoms vor dem Hintergrund der Überlebensregel erkennen und verstehen lernt. Die Funktion des Symptoms eruiert der Therapeut mit Fragen zur auslösenden Situation wie „Welche Lebensereignisse oder -umstände wirkten in den letzten sechs Monaten auf den Patienten ein?“, „An welcher Situation ist der Patient mit seiner Art und Weise, wie er sein Leben und seine Beziehungen gestaltet, gescheitert?“, „Was wäre ein funktionaler Umgang mit der Lebenssituation gewesen, und warum war das dem Patienten nicht möglich?“. Die SBT versteht die Symptombildung als die zum Zeitpunkt der Symptomentstehung einzig verfügbare oder „erlaubte“ Form der jeweiligen Konflikt- bzw. Problemlösung vor dem Hintergrund der Überlebensregel (Sulz, 2011). Für die Erarbeitung der Überlebensregel liefern das Verhalten des Patienten in der therapeutischen Beziehung, die vom Patienten geschilderten aktuellen Beziehungserfahrungen und die Erhebung seiner Lebens- und Lerngeschichte wichtige Informationen. Um gemeinsam mit dem Patienten die Überlebensregel zu erarbeiten, bietet sich eine erlebnisaktivierende Herangehensweise (z. B. mit Rollenspielen, Aufstellungen, Imagination) an, in welcher der Patient möglichst konkret über aktuell schwierige Interaktionserfahrungen, beispielsweise in der Arbeit oder in der Partnerschaft, berichtet (Hauke, 2010). Auf diese Weise erhalten Therapeuten am ehesten ein Gefühl für die Bedürftigkeit, für Angst- und Wutgefühle der Patienten und daraus resultierende Annäherungs- und Vermeidungsstrategien. Aus diesen Informationen wird gemeinsam mit dem Patienten die Überlebensregel nach der in Tabelle 1 angegebenen Syntax ausformuliert. Mit systematischer Selbstbeobachtung und Verhaltensexperimenten wird die erarbeitete Überlebensregel im Alltag validiert und gegebenenfalls noch mal angepasst, bis der Patient das Gefühl hat, es handelt sich um „seine Überlebensregel“. Das Ziel ist, dass Patienten den Einfluss ihrer Überlebensregel auf das dysfunktionale Verhalten und Erleben erkennen und zu verstehen lernen, inwiefern die Überlebensregel zur Symptombildung beigetragen hat.

Im Folgenden werden nun die makroanalytische Ebene und Beispiele für Überlebensregeln bei der Panikstörung/Agoraphobie, der Generalisierten Angststörung und der Sozialen Phobie beleuchtet.

Makroanalytische Ebene bei der Panikstörung/Agoraphobie

Bei einem hohen Prozentsatz der Panik-/Agoraphobiepatienten liegt als auslösende Lebenssituation einerseits eine tatsächliche oder antizipierte Trennung von einer wichtigen Bezugsperson (z. B. Trennung vom Partner, Scheidung etc.) oder andererseits eine tatsächliche oder antizipierte Einengung durch eine Beziehung (z. B. durch Heirat, Geburt eines Kindes etc.) vor. Nicht ohne Grund häuft sich das erstmalige Auftreten der Panikstörung/Agoraphobie im Jugend- und frühen Erwachsenenalter mit einem Mittelwert bei Erstmanifestation von 24 bzw. 28 Jahren (Leibing, Hiller & Sulz, 2005). In dieser Zeit stehen viele bedeutende Entwicklungsaufgaben an, die sowohl ein Maß an autonomen Fähigkeiten verlangen (wie Ablösung vom Elternhaus, Entscheidung für einen Beruf oder ein Studium, Auszug aus dem Elternhaus) als auch ein Maß an Bindungsfähigkeit erfordern (wie Eingehen fester Paarbeziehungen, Zusammenzug mit dem Partner in eine gemeinsame Wohnung, Heirat, Geburt von Kindern). Die Bewältigung dieser Entwicklungsaufgaben setzt voraus, dass die Personen zwischen einem auf Autonomie ausgerichteten Verhalten und einem auf Bindung ausgerichteten Verhalten pendeln können. Im Optimum verfügen die Personen über ein gesundes Urvertrauen, das sie entwickeln konnten, indem die Eltern sowohl die kindlichen Bedürfnisse nach Zugehörigkeit als auch nach Autonomie erfüllten. Bei Panik-/Agoraphobiepatienten ist dieses Pendeln zwischen den Polen Autonomie und Zugehörigkeit aus dem Gleichgewicht (Jänsch, 2012). So haben viele Panik-/Agoraphobiepatienten Schwierigkeiten, sich von wichtigen Bezugspersonen abzugrenzen und sich als autonom wahrzunehmen. Da sie sich oft alleine nicht lebensfähig und von anderen abhängig fühlen, neigen sie dazu, Bestrebungen nach Eigenständigkeit zu verleugnen. Ärger wird als gefährlich angesehen und weitgehend verdrängt, während er zugleich zu einem erhöhten Anspannungsniveau führt. Psychophysiologisch haben Panik-/Agoraphobiepatienten eine Disposition für eine erhöhte körperliche Alarmbereitschaft. Oben genannte Entwicklungsaufgaben stellen diese Personen vor dem Hintergrund ihrer Überlebensregel (z. B. „Nur wenn ich immer versuche, mich anzupassen, und niemals Ärger äußere, meine Bedürfnisse und Wünsche in den Vordergrund stelle, eigene Wege gehe, bewahre ich mir Zuneigung und verhindere, verlassen zu werden und alleine zu sein“) vor eine große Herausforderung. Das Symptom der Angst hat dabei die Funktion, das soziale System zu stabilisieren, indem wegen der Angst jegliche Selbständigkeit vermieden und stattdessen das schützende Nest der Familie/Partnerschaft gesucht wird (Sulz, 2000).

Makroanalytische Ebene bei der Generalisierten Angststörung

Bei einem Großteil der Patienten mit einer Generalisierten Angststörung liegen in der Biografie widersprüchliche und verunsichernde Beziehungserfahrungen mit den Eltern vor, die oft ihrerseits unter einer Angststörung litten. Vor diesem Hintergrund konnten die Patienten keine ausreichenden Fähigkeiten aufbauen, um Sicherheit, Gewissheit und Ruhe herzustellen. Ihre Vulnerabilität für Beunruhigung und Sorge ist erhöht, gleichzeitig ist aber auch die Toleranz gegenüber solchen emotionalen Zuständen vermindert. Die Umwelt wird als nicht kontrollierbar und nicht bewältigbar erlebt. Daher zeichnet diese Menschen ein hohes Streben nach Sicherheit aus, das sich auch in der Lebens- und Beziehungsgestaltung niederschlägt. So führen sie meist enge Beziehungen, in denen der Partner als beständige Quelle von Rat, Beruhigung und Vergewisserung dienen soll und aufkommende Konflikte vermieden werden. Die Überlebensregel eines Patienten

mit einer Generalisierten Angststörung könnte beispielhaft lauten „Nur wenn ich immer Gefahren durch Vorsicht und Vorsorge vorbeuge und niemals unbekümmert vertraue, dass etwas gut geht, bewahre ich mir Sicherheit und Kontrolle und verhindere, dass mir oder den meinigen etwas Schlimmes passiert“. Auslösende Ereignisse können „normale“ Abweichungen im Leben sein wie Reisen, Umzüge, berufliche Veränderungen, gilt aber umso mehr für kritische Lebensereignisse wie Verlust des Partners oder des Arbeitsplatzes. Die Funktion des Symptoms liegt darin, Unsicherheit zu vermeiden und Sicherheit und Schutz durch die entsprechende Lebens- und Beziehungsgestaltung u. a. die Nähe von Bezugspersonen herzustellen.

Soziale Phobie

Anamnestisch kann oft gefunden werden, dass sozialphobische Patienten bereits in ihrer Kindheit und Jugend in der Interaktion mit ihrer Herkunftsfamilie negative Beziehungserfahrungen in Form von Beschämung, Zurückweisung und Entwertung gemacht haben und es ihnen an positiver Rückmeldung durch wichtige Bezugspersonen gemangelt hat. Die Überlebensregel eines Sozialphobikers könnte beispielhaft lauten „*Nur wenn ich immer darauf achte, nichts Falsches zu sagen, lieber nichts sage und niemals eigene Wünsche äußere, Forderungen anderer ablehne oder den Unmut anderer provoziere, bewahre ich mir die Chance auf Zugehörigkeit und Akzeptanz und verhindere Ablehnung und Zurückweisung*“. Oftmals bemühen sich die Patienten, möglichst perfekt zu sein und nichts zu tun, was den Unmut des anderen auslöst und zu Kritik führt. Dieser Anspruch intensiviert jedoch die ohnehin schon bestehende Anspannung, die Gefahr des Scheiterns und die damit verbundene Beschämung nochmals. Häufig lässt sich bei sozialphobischen Patienten kein konkret auslösendes Ereignis finden, vielmehr handelt es sich um eine allmähliche Steigerung ihrer Selbstunsicherheit. Bei anderen ist eine Situation symptomauslösend, in der uneingestandene starke Impulse bestehen wie heimliches Verliebtsein, aggressive Tendenzen oder sich stolz mit eigenem Können hervorzuheben, was mit Abwertung/Zurückweisung assoziiert wird und deshalb eigentlich verborgen bleiben soll. Die Funktion der sozialen Phobie ist das Bewahren der Chance auf Angenommenwerden von anderen Menschen und das Vermeiden von Abgewiesen- und Verstoßenwerden, um den Preis des Verzichts auf Selbstverwirklichung (Sulz, 2000).

3 Behaviorale Therapie

Nach der oben beschriebenen Klärungs- und Akzeptanzphase, in der mit dem Patienten die Überlebensregel erarbeitet und validiert wurde, folgt die konsequente, zielorientierte Änderungsphase (Sulz, 2001). Das Ziel besteht darin, die Überlebensregel einer Realitätsprüfung zu unterziehen und sie zu falsifizieren, um zu beweisen, dass sich das Erwachsenenalter auch ohne diese Überlebenskämpfe leben lässt – entsprechend der „empirischen Hypothesenprüfung“ nach Beck (1996). Mithilfe von konkreten Veränderungsprojekten, die sich aus der jeweiligen Überlebensregel ableiten lassen, soll schrittweise gegen die Überlebensregel verstoßen und eine neue „Lebensregel“ erarbeitet werden. In bewährter verhaltenstherapeutischer Tradition kann auch hier graduiert vorgegangen werden, d. h., es wird mit leichteren Situationen begonnen, und bei erfolgreicher Bewältigung kann allmählich zu den schwierigeren Situationen übergegangen werden. Das tatsächliche Üben im Alltag ermöglicht dem Patienten neue Erfahrungen, die zu einem veränderten Selbst- und Weltbild und somit auch zu wirklichen, langfristigen Verhaltensänderungen

führen. Die SBT initiiert somit eine „(...) Entwicklung, die vom Überleben zum Leben führt“ (Sulz, 2009, S. 31) – von Geboten und Verboten zur Erlaubnis von bisher unterdrückten Verhaltensweisen.

Das übergeordnete Ziel, das sich aus der Überlebensregel von Patienten mit einer Panikstörung/Agoraphobie ableiten lässt, ist Autonomie in der Beziehung zu leben. Sie sollten in konkreten Verhaltensübungen die Erfahrung machen, dass sie zwischen Autonomie und Bindung pendeln können, dass sie sich in einer Beziehung befinden, aber dennoch Autonomieimpulse, Veränderungswünsche und -tendenzen bewusst wahrnehmen und auch besprechen können. Nähe sowie Autonomie- und Veränderungswünsche sollen als ungefährliche und wichtige Aspekte der Lebens- und Beziehungsgestaltung definiert werden. Das übergeordnete Ziel, das sich aus der Überlebensregel von Patienten mit einer Generalisierten Angststörung ableiten lässt, ist zu lernen und zu akzeptieren, dass es keine 100 %ige Sicherheit im Leben gibt. Patienten sollen in konkreten Übungen schrittweise lernen, mit aversiven Emotionen, die zu Unsicherheit führen (wie Angst, Ärger, Trauer), adäquater umzugehen und aus sich heraus Sicherheit aufbauen zu können, ohne dabei von anderen Personen als Ratgeber und Schutzspender abhängig zu sein.

Bei Patienten mit einer Sozialen Phobie, lassen sich aus der Überlebensregel meist folgende übergeordneten Ziele und damit verbundene konkrete Handlungsschritte ableiten: Die Angst vor Kritik und Zurückweisung und das damit verbundene Vermeidungsverhalten sollen reduziert werden, so dass eigene Interessen und Anliegen selbstverantwortlich in soziale Begegnungen eingebracht werden können (Sulz, 2000).

Bereits an dieser kurzen Darstellung der im Rahmen der Überlebensregel erarbeiteten übergeordneten Ziele für Angstpatienten lässt sich erkennen, dass für die Entstehung von Symptomen, und somit auch für die Therapie, emotionale Prozesse eine wichtige Rolle spielen, weshalb im nächsten Kapitel auf die emotionale Arbeit in der SBT bei Angststörungen näher eingegangen wird.

4 Emotionstherapie

Im Laufe ihrer Sozialisation lernen Menschen Gefühle zu vermeiden, die sie in nicht zu bewältigende Situationen bringen, das heißt, ihre sozialen Beziehungen, ihren Selbstwert gefährden. Sie schränken ihr aktives Gefühlsrepertoire ein, so dass nur noch diejenigen Verhaltensweisen resultieren können, die ihnen beim emotionalen Überleben helfen. Gerade Angstpatienten vermeiden in der Regel Gefühle von Ärger, aus Angst vor Ablehnung/Kritik (Soziale Phobie) oder um das Bedürfnis nach Zugehörigkeit (Panikstörung/Agoraphobie) bzw. das Bedürfnisse nach Sicherheit (Generalisierte Angststörung) nicht zu gefährden. Neben der Wahrnehmung bislang vermiedener Gefühle, dem Erfassen des bisherigen Umgangs mit diesen sowie dem Erarbeiten der Funktionalität der Gefühle ist die Emotionsexposition – bei Angsterkrankungen in der Regel vor allem die Wutexposition – als tiefe emotionale Erfahrung ein wichtiger Interventionsschritt in der SBT, damit der Angstpatient lernt, bislang vermiedene Gefühle zu handhaben, zu modulieren und zu steuern (Sulz, 2001).

5 Therapeutische Beziehung

In der SBT nimmt die Beschäftigung mit Beziehungsaspekten bereits zu Therapiebeginn eine wichtige Rolle ein – weiß man doch, dass die therapeutische Beziehung der am bes-

ten abgesicherte allgemeine Wirkfaktor von Psychotherapie ist (Orlinsky, Rønnestad & Willutzki, 2004). In der Behandlung von Angstpatienten stellen die Expositionssitzungen eine besondere Herausforderung für die therapeutische Beziehung dar. So sind eine gute therapeutische Beziehung und eine gute kognitive Vorarbeit (siehe Kapitel 1.1) die Voraussetzung dafür, dass sich Patienten überhaupt auf die Expositionssitzungen einlassen können. Während der Expositionssitzung muss der Therapeut versuchen, komplementär auf das Bedürfnis der Angstpatienten nach Sicherheit und Halt einzugehen (den Patienten immer wieder ermutigen, sich mit der Angst auseinanderzusetzen, ihm behilflich sein, nicht aus der Situation zu fliehen, ihn zu loben, dass er sich der Angst stellt), ohne den Patienten in seinem dysfunktionalen Verhalten, dem Vermeidungsverhalten, zu unterstützen. Dies kann zuweilen eine große Herausforderung bedeuten, führt aber bei einer erfolgreich verlaufenen Exposition gleichzeitig zu einer Stärkung der therapeutischen Beziehung und einem enormen Zuwachs an Motivation auf Seiten des Patienten.

Auch im weiteren Verlauf der SBT spielt die strategische Herstellung einer guten therapeutischen Beziehung eine wichtige Rolle. Vieles spricht dafür, dass es nicht bestimmte Variablen einer bestimmten Ausprägung sind, die durchgängig zu einer guten Therapiebeziehung führen, sondern die Anpassungsfähigkeit der Therapeuten an die einzelnen Patienten (Norcross, 2002). Dies ist in der SBT dadurch gewährleistet, dass der Therapeut von Beginn an versucht, die Struktur des Patienten – seine Überlebensregel – zu verstehen, um sich in geeigneter Weise zu seinen Bedürfnissen, Ängsten und dysfunktionalen Verhaltensweisen in Beziehung zu setzen. Dabei versucht der Therapeut, die zentralen Bedürfnisse des Patienten (z. B. nach Bindung oder Autonomie) komplementär zu befriedigen, ohne dass er sich kontingent zum dysfunktionalen Verhalten des Patienten verhält (siehe auch Grawe, 1998). Eine gute therapeutische Beziehung schafft hierbei nicht nur Voraussetzungen für inhaltliches Vorgehen (z. B. Expositionssitzungen), sondern kann als positive Beziehungserfahrung auch therapeutisch wirken, im Sinne einer „korrigierenden Beziehungserfahrung“. Im weiteren Therapieverlauf kann die therapeutische Beziehung in diesem Zusammenhang auch als „Übungsfeld“ angesehen werden, auf dem alternative Formen der Beziehungsgestaltung, ein Handeln entgegen der Überlebensregel („Ich darf auch meine Grenzen aufzeigen und muss nicht immer befürchten, dass ich deshalb abgelehnt werde“) erprobt werden können.

6 Achtsamkeit und Akzeptanz

Das Thema Akzeptanz spielt bei Angstpatienten von Beginn an eine wichtige Rolle im Therapieprozess. Angstpatienten äußern in der Regel zu Therapiebeginn das Ziel, keine Angst mehr haben zu wollen. In den Ohren vieler Angstpatienten klingt deshalb das Konzept der Expositionstherapie, in der sich der Patient seiner Angst stellen, die eigene Angst bewusst wahrnehmen und akzeptieren soll, erst mal paradox. Mithilfe kognitiver Arbeit sollen Patienten verstehen lernen, dass Nichtakzeptanz der Angst und Weglaufen vor der Angst Vermeidung und somit Aufrechterhaltung der Angst bedeutet (siehe Kapitel 1.1). Im Laufe der Expositionssitzungen sollen Angstpatienten unter Anleitung ihres Therapeuten lernen, ihre Angst achtsam zu beobachten. Mit Fragen wie: „Wie hoch schätzen Sie Ihre Angst auf dem Angstthermometer ein?“, „Wo spüren Sie Ihre Angst?“, „Wie fühlen sich der Kopf, der Brustbereich, die Beine etc. an?“, soll der Angstpatient lernen, seine körperlichen Symptome wahrzunehmen, ohne zu werten und ohne verändern zu wollen. Die Arbeit an der Akzeptanz der Angst ist ein zentraler Baustein, der Voraussetzung für Veränderung ist.

Um im Rahmen der Arbeit an der Überlebensregel die Akzeptanz unangenehmer Gefühle, Gedanken, Bilder zu fördern, bietet es sich an, Achtsamkeitsübungen einzuführen wie das bewusste Beobachten des eigenen Atems oder der Body-Scan (Kabat-Zinn, 2001; Michalak & Heidenreich, 2009). Patienten lernen aus einer achtsamen Grundhaltung heraus, ihre Aufmerksamkeit auf das Hier und Jetzt zu lenken und aufkommende Gedanken, Gefühle, Körpersensationen und Bilder wahrzunehmen, ohne diese zu bewerten oder zu handeln. Damit fördert das Achtsamkeitstraining die Fähigkeit zur Distanzierung von inneren Prozessen, wodurch oft „automatisch“ ablaufende affektiv-kognitive Verhaltensmuster (Überlebensregeln) bewusster werden und Spielräume und Optionen für mögliche Veränderungsprozesse entstehen (Hauke, 2006; Sulz & Hauke, 2010).

7 Arbeit mit Werten

Angstpatienten sind durch ihre Angstsymptome, aber auch durch die zugrunde liegende Überlebensregel und die daraus abgeleitete Lebens- und Beziehungsgestaltung eingeschränkt in ihrem Handlungsspielraum. Neben der Veränderung der Symptome und des dysfunktionalen Regelsystems macht es sich die SBT zu einem wichtigen Ziel, den Menschen dabei zu helfen, funktionales Verhalten entsprechend ihrer Werte zu entwickeln, damit sie die ihnen wichtigen Ziele erreichen können. Aus einem homöostatisch festgelegten, soll ein freier, selbstbestimmter Mensch bzw. aus einem bedürfnisorientierten ein wertorientierter Mensch werden (Sulz & Hauke, 2009). In diesem Zusammenhang hilft die SBT dem Angstpatienten, mithilfe erlebnisorientierter Interventionen (Hauke, 2006; Sulz & Hauke, 2010) erstrebenswerte Lebensziele zu finden und Handlungsanweisungen zu erarbeiten, mit denen diese Ziele erreicht werden können (siehe auch ACT, Hayes & Spencer, 2005).

Resümee

Es ist von großer Wichtigkeit, dass Angstpatienten im Sinne einer Rückfallprophylaxe nach der Symptomarbeit ein Verständnis dafür entwickeln, inwieweit eine pathogene Lebens- und Beziehungsgestaltung in einer problematischen Situation zu einer Symptomentstehung geführt hat. Ihre individuelle Überlebensregel bringt sie immer wieder dazu, sich so zu verhalten, dass ihre zentralen Bedürfnisse nicht gefährdet und ihre zentralen Ängste nicht aktiviert werden. So entwickelt der Patient Verhaltensstereotypen, die ihn in seinen Reaktionen einschränken und zur Ausbildung dysfunktionaler Persönlichkeitsstrukturen bis hin zu einer Persönlichkeitsstörung führen können. Durch die Art der Fallkonzeption ermöglicht die SBT eine strategische Angstbehandlung, die individuell auf jeden Patienten abgestimmt ist. Neben der Arbeit am Symptom hat der Ansatz der SBT eine Modifikation der zugrunde liegenden dysfunktionalen affektiv-kognitiven Schemata und somit eine Veränderung der pathogenen Lebens- und Beziehungsgestaltung des Patienten zum Ziel. Wenn die Angstpatienten gelernt haben, sich von ihrer starren Überlebensregel zu lösen, und es ihnen gelingt, sie gegen eine flexiblere Lebensregel einzutauschen, dann werden sie in einer der symptomauslösenden ähnlichen Lebenssituation nicht mehr mit einer Angsterkrankung reagieren müssen, sondern sich der Situation stellen und ein funktionaleres Verhalten zeigen können.

Literatur

- Bandelow, B., Wiltink, J., Alpers, G.W., Benecke, C., Deckert, J., Eckhardt-Henn, A., Ehrig, C., Engel, E., Falkai, P., Geiser, F., Gerlach, A.L., Harfst, T., Hau, S., Joraschky, P., Kellner, M., Köllner, V., Kopp, I., Langs, G., Lichte, T., Liebeck, H., Matzat, J., Reitt, M., Rüddel, H.P., Rudolf, S., Schick, G., Schweiger, U., Simon, R., Springer, A., Staats, H., Ströhle, A., Ströhm, W., Waldherr, B., Watzke, B., Wedekind, D., Zottl, C., Zwanzger, P. & Beutel, M.E. (2014). Deutsche S3-Leitlinie Behandlung von Angststörungen. www.awmf.org/leitlinien.html
- Beck, A.T. (1996). Kognitive Therapie der Depression. Weinheim: Beltz.
- DIMDI (2014). Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision, German Modification (ICD-10-GM). Vol: 2014.
- Grawe, K. (1998). Psychologische Therapie. Göttingen: Hogrefe.
- Hamm, A. (2006). Spezifische Phobien. Göttingen: Hogrefe.
- Hauke, G. (2006). Das Potenzial der 3. Welle VT: Mit Achtsamkeit und Akzeptanz zu wertorientierter Identität. *Psychotherapie*, 11(2), 202-229.
- Hauke, G. (2008). Verhaltenstherapeutische Angstbehandlung mit SKT. *Journal für Neurologie, Neurochirurgie und Psychiatrie*, 9(4), 35-45.
- Hauke, G. (2009). Angstbehandlung in der Strategisch-Behavioralen Therapie (SBT). In S. Sulz & G. Hauke (Hrsg.), *Strategisch-Behaviorale Therapie SBT – Theorie und Praxis eines innovativen Psychotherapieansatzes*. München: CIP-Medien.
- Hauke, G. (2010). Strategisch-Behaviorale Therapie (SBT): Von der Bindungserfahrung zur Strategie der Therapie. *Psychotherapie*, 15(1), 75-95.
- Hayes, S.C. & Spencer, S. (2005). *Get out of your mind and into your life: the new acceptance and commitment therapy*. Oakland: New Harbinger Publications.
- Hebing, M. (2011). Evaluation und Prädiktion therapeutischer Veränderung im Rahmen der Strategisch-Behavioralen Therapie (SBT). Inaugural-Dissertation der Philosophisch-Pädagogischen Fakultät der Katholischen Universität Eichstätt-Ingolstadt.
- Hinsch, R. & Pfingsten, U. (2007). *Gruppentraining sozialer Kompetenzen (GSK). Grundlagen, Durchführung, Anwendungsbeispiele (5. Aufl.)*. Weinheim: PVU.
- Jacobi, F., Hoyer, M., Strehle, J. et al. (2014). Mental disorders in the general population: Study on the health of adults in Germany and the additional module mental health. *Nervenarzt*, 85(1):77-87.
- Jacobi, F., Wittchen, H.U., Holtung, C. et al. (2004). Prevalence, co-morbidity and correlates of mental disorders in the general population: results from the German Health Interview and Examination Survey (GHS). *Psychological Medicine*, 34(4), 597-611.
- Jacobson, E. (1938). *Progressive Relaxation*. Chicago: University Press.
- Jänsch, P. (2012). Die strategische Therapie der Agoraphobie und Panikstörung in der psychotherapeutischen Praxis. *Psychotherapie*, 17(1): 144-154.
- Kessler, R.C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K.R. & Walters, E.E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 62 (6): 593-602.
- Kabat-Zinn, J. (2001). *Gesund durch Meditation. Das große Buch der Selbstheilung*. Bern: O.W. Barth.
- Lang, T., Helbig-Lang, S., Westphal, D., Gloster, A.T. & Wittchen, H.-U. (2012). *Expositionsbasierte Therapie der Panikstörung mit Agoraphobie*. Göttingen: Hogrefe.
- Leibing, E., Hiller, W. & Sulz, S. (2005). *Lehrbuch der Psychotherapie (Bd. 3; 3. Aufl.)*. Verhaltenstherapie. München: CIP-Medien.
- Leichsenring, F., Winkelbach, C. & Leibing, E. (2002). Die Generalisierte Angststörung – Krankheitsbild, Diagnostik und Therapie. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, 48, 235-255.

- Linehan, M. (1994). *Dialektisch-Behaviorale Therapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung*. München: CIP-Medien.
- McCullough, J. (2007). *Therapie von chronischer Depression mit dem Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy (CBASP) – Trainingsmanual*. München: CIP-Medien.
- Michalak, J. & Heidenreich, T. (2009). Achtsamkeitsbasierte kognitive Therapie zur Rückfallprophylaxe bei Depressionen. In T. Heidenreich & J. Michalak (Hrsg.), *Achtsamkeit und Akzeptanz in der Psychotherapie* (3. Aufl.; S. 195-256). Tübingen: DGVT.
- Norcross, J. (2002). *Psychotherapy relationships that work*. New York: Oxford University Press.
- Orlinsky, D.E., Rønnestad, M.H. & Willutzki, U. (2004). Fifty Years of Psychotherapy Process-Outcome Research: Continuity and Change. In M.J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (Vol. 5, pp. 307-389). New York: John Wiley & Sons.
- Öst, L.G. & Sterner, U. (1987). Applied tension: aspecific behavioral method for treatment of blood phobia. *Behaviour Research and Therapy*, 25, 25-29.
- Sanchez-Meca, J., Rosa-Alcazar, A.I., Marin-Martinez, F. & Gomez-Conesa, A. (2010). Psychological treatment of panic disorder with or without agoraphobia: a meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 30(1), 37-50.
- Schneider, S. & Margraf, J. (1998). *Agoraphobie und Panikstörung*. Göttingen: Hogrefe.
- Stangier, U., Clark, D.M. & Ehlers, A. (2006). *Soziale Phobie*. Göttingen: Hogrefe.
- Sulz, S.K.D. (1994). *Strategische Kurzzeittherapie – Wege zur effizienten Psychotherapie*. München: CIP-Medien.
- Sulz, S.K.D. (2000). *Verhaltensdiagnostik und Fallkonzeption. Bericht an den Gutachter und Antragstellung* (3. Aufl.). München: CIP-Medien.
- Sulz, S.K.D. (2001). *Von der Strategie des Symptoms zur Strategie der Therapie: Planung und Gestaltung der Psychotherapie*. München: CIP-Medien.
- Sulz, S.K.D. (2009). *Von der Strategie des Symptoms zur Strategie der Therapie: Selbstregulation und -organisation als Therapieprinzip*. In S. Sulz & G. Hauke (Hrsg.), *Strategisch-Behaviorale Therapie SBT – Theorie und Praxis eines innovativen Psychotherapieansatzes* (Vol. 1, S. 1-37). München: CIP-Medien.
- Sulz, S.K.D. (2011). *Therapiebuch III. Von der Strategie des Symptoms zur Strategie der Therapie*. München: CIP-Medien.
- Sulz, S.K.D. & Hauke, G. (2009). *Strategisch-Behaviorale Therapie SBT – Theorie und Praxis eines innovativen Psychotherapieansatzes*. München: CIP-Medien.
- Sulz, S.K.D. & Hauke, G. (2010). Was ist SBT? Und was war SKT? „3rd wave“-Therapie bzw. Kognitiv-Behaviorale Therapie (CBT) der dritten Generation. *Psychotherapie*, 15(1), 10-19.
- Ullrich, R. & de Muynck, R. (2002). *ATP: Anleitung für den Therapeuten. Einübung von Selbstvertrauen und sozialer Kompetenz* (2. Aufl.). Stuttgart: Pfeiffer bei Klett-Cotta.
- Wells, A. (2009). *Metacognitive Therapy for Anxiety and Depression*. New York: Guilford.
- Wittchen, H.U., Bullinger-Naber, M., Dorfmueller, M., Hand, I., Kasper, S., Katschnig, H., Linden, M., Margraf, J., Möller, H.J., Naber, D., Pödlinger, W. & van de Roemer, A. (1995). *Hexal-Ratgeber Angst: Angsterkrankungen, Behandlungsmöglichkeiten*. Basel: Karger.
- Young, J.E., Klosko, J.S. & Weishaar, M.E. (2005). *Schematherapie – Ein praxisorientiertes Handbuch*. Paderborn: Junfermann.

Korrespondenzadresse

Dr. phil. Dipl.-Psych. Miriam Sichort-Hebing | Psychologische Psychotherapeutin (VT)
Rotkreuzplatz 1 | 80634 München | miriam.sichort-hebing@cip-akademie.de