

Petra Jansch

## Die strategische Therapie der Agoraphobie und Panikstörung in der psychotherapeutischen Praxis

The strategic therapy of Agoraphobia and panic disorder  
in the psychotherapeutic praxis

### Zusammenfassung

Der vorliegende Artikel beschreibt das verhaltenstherapeutische Vorgehen in der psychotherapeutischen Praxis, indem er die erprobte evidenzbasierte Methode der Konfrontationstherapie in die strategische Fallkonzeption und Therapieplanung der Strategisch-Behavioralen Therapie (SBT; Sulz & Hauke, 2010) integriert.

Es werden theoretische motivationspsychologische Überlegungen zum Sicherheitsbedürfnis bei Angstpatienten erläutert (Hauke, 2008, 2009) und in Verbindung gebracht mit dem Lebensalter bei Erstmanifestation der Störung und den damit verbundenen Entwicklungsaufgaben. Der Artikel geht ein auf die typische Dichotomie der Überlebensregeln von Angstpatienten, die das Verhalten in Beziehungen und der Lebensgestaltung determinieren.

Weiter wird die strategische Fallkonzeption detailliert dargestellt, aus der sich dann die wesentlichen Therapieziele ergeben. Der Artikel versucht möglichst konkret, das Vorgehen der strategisch angelegten Therapie zu schildern. Neben der Konfrontationstherapie sind die Bausteine der Achtsamkeit und Akzeptanz wesentlich für die SBT, die der 3rd wave der Verhaltenstherapie zugeordnet ist. Die Arbeit an der Überlebensregel wird als wesentlicher Baustein zur Rückfallprävention angesehen

### Schlüsselwörter

Agoraphobie – Panikstörung – SBT – Verhaltenstherapie – Überlebensregel

### Summary

The article describes the behavior-therapeutic approach in psychotherapy practice integrating the proven and evidence-based method of exposure therapy in the strategic case conceptualization and therapy planning of the Strategic Behavior Therapy (SBT) (Sulz & Hauke, 2010). Theoretical motivational-psychological considerations regarding the need for safety in anxious patients are defined (Hauke, 2008, 2009) and related to the time of initial manifestation of the disorder and its related development tasks. The article goes into the typical dichotomy of the rules of survival in anxious patients, which determine their behavior in relationships and life creation.

Furthermore, the strategic case conceptualization resulting in the basic therapeutic goals is described in detail. The article attempts to depict the approach of the strategically planned therapy as specifically as possible. Apart from confrontation therapy, the building blocks of attentiveness and acceptance are essential for SBT, which is dedicated to the 3rd wave of behavior therapy. The work on the rule of survival is considered as the essential building block of relapse prevention.

### Keywords

agoraphobia – panic disorder – SBT – behavior therapy – rule of survival

### ■ Einführung

Angst ist eine überlebenswichtige Emotion. Angst zeigt uns an, wo Gefahren auf uns lauern. Angst gibt uns einen wichtigen Handlungsimpuls: entweder zu fliehen oder zu kämpfen. Ohne Angst wäre der Mensch schon lange ausgestorben. Wenn unsere Vorfahren keine Angst gehabt hätten, wären sie mutig dem Tiger gegenübergetreten und getötet worden. Wenn wir in unserer heutigen Welt keine Angst hätten, würden wir uns

mutig auf der Autobahn dem LKW in den Weg stellen und ebenfalls getötet werden. Demnach kann es nicht das Ziel sein, keine Angst zu haben, sondern unterscheiden zu können, wo die Angst real und funktional und wo sie phobisch und dysfunktional ist. Wie kommt es nun dazu, dass Menschen über die reale, gesunde und überlebenswichtige Angstreaktion hinaus irrationale, übertriebene und phobische Ängste entwickeln, die sie in einem unsichtbaren Käfig halten und das Leben bis

zur Unerträglichkeit einschränken. Die lerntheoretischen Erklärungen der klassischen und operanten Konditionierung sind schlüssig und bieten ein hilfreiches und anschauliches Modell. Ein unkonditionierter Stimulus – z.B. die Fahrt in der U-Bahn – wird in Verbindung mit einer unkonditionierten Reaktion – z.B. leichter Schwindel und Schwitzen wegen Enge und Hitze – zu einem konditionierten Stimulus. So löst schon das Betreten der U-Bahn die konditionierte Reaktion Angst aus. Durch das Vermeiden der U-Bahn und damit der Angst wird das Verhalten operant verstärkt und somit aufrechterhalten. So ist auf einer vertikalen Verhaltensanalyse die Entstehung plausibel und nachvollziehbar. Auch die Befunde einer erhöhten Angstsensibilität (Reiss & McNally, 1985) bzw. einer erhöhten somatischen Sensibilität (Schmidt-Traub, 2000, 2003) bei Panikpatienten erklären plausibel die Entstehung eines Panikanfalls. Auf makroanalytischer Ebene stellt sich aber weiter die Frage, warum bestimmte Menschen zu einem bestimmten Zeitpunkt in ihrem Leben genau diese Störung entwickeln.

Die epidemiologischen Daten zeigen, dass die Agoraphobie und die Panikstörung vorwiegend Erkrankungen des Jugendalters und des (Schneider & Margraf, 1998) frühen Erwachsenenalters sind, mit einem Mittelwert bei Erstmanifestation von 24 Jahren. Eine Überblicksarbeit über die Epidemiologie von Angststörungen von Lieb, Schreiner und Müller (2003) zeigt, dass die Hochrisikozeit für die Entstehung zwischen 10 und 25 Jahren liegt. In 80% bis 90% der Fälle manifestiert sich das Störungsbild bis zum Alter von 35 Jahren. Welche Faktoren nehmen Einfluss auf die Vulnerabilität dieses Lebensabschnitts für Angststörungen?

## ■ Theoretische Vorüberlegungen

Hauke (2008, 2009) bringt in seinem Artikel den Aspekt der zu wenig erlebten subjektiven Sicherheit in seine motivationspsychologischen Vorüberlegungen zur Entstehung von Angsterkrankungen ein. Er bezieht sich auf die Sicherheitsregulation gemäß dem Züricher Modell der sozialen Motivation von Bischof (1993). Im Mittelpunkt der Überlegungen steht ein Sicherheitsreservoir, das gespeist wird von drei Quellen:

1. von außen durch die Nähe von vertrauten Personen, die Schutz und Geborgenheit geben;
2. von innen durch Selbstsicherheit, durch Selbstwirksamkeitsüberzeugung, eben durch den Autonomieanspruch;
3. durch das Urvertrauen, das sich aus internalisierten Erinnerungen an frühere zuverlässig erlebte Geborgenheit entwickelt hat.

Ist das individuelle Sicherheitsreservoir einer Person zu gering, so löst es Furcht und Unsicherheit aus.

Ist es zu voll, so löst es Überdross und Langeweile aus.

Betrachtet man nun die Alterskohorte, die diese deutliche Vulnerabilität für Angsterkrankungen hat, so trifft man auf viele bedeutende Entwicklungsaufgaben, die in diesem Alter bewältigt werden müssen. Es ist die Zeit der Ablösung vom Elternhaus, Entscheidung für einen Beruf oder ein Studium, Auszug aus dem Elternhaus, Verantwortungsübernahme für das eigene Einkommen (Entwicklungsaufgaben, die ein Maß

an autonomen Fähigkeiten erfordern). Gleichzeitig werden in dieser Zeit feste Paarbeziehungen eingegangen, man zieht mit einem Partner in eine gemeinsame Wohnung oder heiratet. Man bekommt Kinder, kauft sich eine Immobilie (Entwicklungsaufgaben, die ein Maß an Bindungsfähigkeit erfordern). Die Bewältigung dieser Entwicklungsaufgaben erfordert, dass Personen pendeln können zwischen einem auf Autonomie ausgerichteten Verhalten und einem auf Bindung ausgerichteten Verhalten. Gleichzeitig führen diese anstehenden mannigfachen Entwicklungsaufgaben dazu, dass übergangsweise partiell Unsicherheiten entstehen. Um diese unsicheren Zeiten gut zu bewältigen, ist es nötig, dass junge Erwachsene alternative Fähigkeiten haben, um ihr Sicherheitsreservoir individuell zu füllen: Sie brauchen die Fähigkeit,

- Verantwortung zu übernehmen, Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten zu haben, sich Fertigkeiten und Wissen aneignen zu können,
- und sie brauchen
- die Fähigkeit, sich ein soziales Netz und eine feste Beziehung aufzubauen, auf die sie zurückgreifen können. Sie brauchen die Fähigkeit, um Unterstützung bitten und Hilfe annehmen zu können.

Der optimale Zustand ist, dass sie über ein gesundes Urvertrauen verfügen, das sie entwickeln konnten, indem die Eltern sowohl die kindlichen Bedürfnisse nach Zugehörigkeit als auch nach Autonomie erfüllten. Der klinische Eindruck, der in der Behandlung mit Angstpatienten entsteht, ist, dass dieses Pendeln zwischen den Polen Autonomie und Zugehörigkeit aus dem Gleichgewicht ist.

Hauke (2008, 2009) bezieht sich auf bindungstheoretische Erkenntnisse von Bowlby (1988) und prägt die Begriffe für die zwei Angsttypen, die **Nesthocker** und die **Nestflüchter**. Die Nesthocker sind die stark Zugehörigkeitsorientierten, und die **Nestflüchter** sind die stark Autonomieorientierten. Je nach Angsttyp ist das Annäherungsverhalten different:

### die Nesthocker:

- füllen ihr Sicherheitsreservoir durch das Herstellen von ganz viel äußerer Geborgenheit
- der Wunsch nach Selbständigkeit wird zu wenig wahrgenommen (Dauerdilemma)
- vermeiden durchgängig Unternehmungen und Bereiche, in denen sie völlig auf sich selbst gestellt sind
- Auslöser der Angsterkrankung ist allgemein die Gefährdung enger Bindungen durch z.B. eigene oder fremde Trennungsimpulse

### die Nestflüchter:

- füllen ihr Sicherheitsreservoir durch übermäßig hohen Autonomieanspruch
- die Sehnsucht nach Anlehnung und Nähe wird zu wenig wahrgenommen (Dauerdilemma)
- vermeiden das Eingehen von stärkeren Bindungen, Partnerschaften bzw. kontrollieren diese stark
- Auslöser für Angsterkrankungen: allgemein Beschneidung des Autonomieanspruchs durch z.B. Zusammenziehen mit dem Partner, bei Heirat, Positionsverlust

Nesthocker und Nestflüchter haben demnach verschiedene Strategien, ihr Leben und ihre Beziehungen zu gestalten. Beide wollen aber über ihre Strategie ein hohes Maß an Sicherheit erhalten. Ihre **Überlebensregeln** sind demnach different. Der Begriff Überlebensregel ist das Kernelement der Strategischen Kurzzeittherapie (SKT) nach Sulz (1994), die weiterentwickelt wurde zur Strategisch-Behavioralen Therapie, kurz SBT (Sulz & Hauke, 2009). Die SBT ist ein kognitiv-behavioraler Ansatz, der sich der 3<sup>rd</sup> wave der Verhaltenstherapie zurechnet. Wesentlich ist die stringent funktionsanalytische Herangehensweise an die Fallkonzeption, die Erarbeitung einer Überlebensregel, deren Modifikation, das Erarbeiten der emotionalen Bedeutung jeglicher intra- und interpersoneller Schemata und die Erleichterung der Veränderungsbereitschaft. Die SBT stellt sich in der Fallkonzeption die zentrale Frage: Warum entwickelt gerade dieser Patient in genau dieser Situation dieses Symptom? Wie lautet seine übergeordnete Überlebensregel, die sein Verhalten in Beziehungen determiniert, und die Art und Weise, wie er sein Leben gestaltet (Sulz, 2001).

Warum konnte er die Situation nicht ohne symptomatisches Verhalten meistern, warum ist ein Entwicklungsschritt nicht gelungen?

Die Überlebensregel ist ein kognitiv-affektives Schema. Sie ist eine implizite Regel, die normalerweise nicht bewusst ist und sprachlich nicht formuliert wird. Sie enthält implizit-individuelle Anweisungen darüber, 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. Somit sorgt die autonome Psyche mit Hilfe der strikten Einhaltung der Überlebensregel für die Sicherung des emotionalen Überlebens in wichtigen Beziehungen der Kindheit (Hebing, 2011).

Hat sich die Überlebensregel in der Kindheit noch als hoch funktional bewiesen, kann sie im Erwachsenenalter Probleme mit sich bringen. Manche Menschen versäumen es, ihr kindliches Selbst- und Weltbild der allgemeinen psychischen Reifung entsprechend zu modifizieren, und halten somit Aspekte des kindlichen Selbst- und Weltbildes in einer undifferenzierten und unrealistischen Weise im Erwachsenenleben aufrecht (Sulz, 1994).

Während Beck (1996) das Selbst- und das Weltbild zu einer Grundannahme über das Funktionieren der Welt im Sinne einer kausalen Schlussfolgerung (Wenn-dann-Aussage) logisch verknüpft und Grawe (1998) in seinen Verhaltensplänen den aus dieser Schlussfolgerung resultierenden Imperativ formuliert, verbindet die Überlebensregel von Sulz beides zu einer affektiv-kognitiven Verhaltensregel (Sulz & Hauke, 2010; Sulz, 2009)

Die Überlebensregeln der Angststypen Nesthocker bzw. Nestflüchter lassen sich exemplarisch folgendermaßen formulieren.

Nesthocker	Nestflüchter
<p><b>Nur wenn ich immer</b> aktiv die Zuwendung anderer erreiche  <b>und wenn ich niemals</b> eigene Autonomiebestrebungen und eigene Bedürfnisse zeige,  <b>bewahre ich mir</b> Sicherheit, Schutz und Geborgenheit  <b>und verhindere</b>, verlassen zu werden und alleine zu sein</p>	<p><b>Nur wenn ich immer</b> auf Kontrolle und Überlegenheit achte  <b>und wenn ich niemals</b> bedürftig bin und Schwächen zeige,  <b>bewahre ich mir</b> Sicherheit, Unabhängigkeit und Selbstbestimmung  <b>und verhindere</b> Herabsetzung, Zurückweisung und Verletzung</p>

■ **Die Fall- und Zielkonzeption: Welche Strategie hat sich das Symptom gebahnt, wie lautet die Strategie der Therapie?**

**Ein Fall aus der Praxis:**

*Kasuistik: Frau R. ist eine 29-jährige, auffallend hübsche und gepflegte Patientin, verheiratet, ein Sohn von 8 Jahren. Sie arbeitet in Teilzeit als Bäckereiverkäuferin. Frau R. stellt sich vor mit einer starken Angstsymptomatik: Sie könne keine öffentlichen Verkehrsmittel benutzen, sie könne mit dem Auto nicht auf Ring-, Land- oder Autobahnen fahren. Sie könne nicht über Brücken gehen, keine Türme besteigen oder Aufzug fahren. Aufgetreten seien die Ängste erstmals vor fünf Jahren. Dies stehe in zeitlichem Zusammenhang mit dem Kauf einer Immobilie, für die sie sich langfristig verschuldet haben. Die Ehe wird als belastet beschrieben, der Ehemann sei kontrollierend und einengend. Er möchte nicht, dass sie sich mit Kolleginnen oder Freundinnen trifft. Er erwartet, dass sie sich als gute Ehefrau ausschließlich der Familie widmet. Frau R. begibt sich jetzt in Therapie, weil sie merkt, dass der Sohn gerne mit der U-Bahn ins Einkaufszentrum fahren würde oder einen Ausflug zu einem See machen möchte. Sie möchte nicht, dass der Sohn von ihrer Angstproblematik erfährt, sie schämt sich dafür und erfindet immer Ausreden für ihre Vermeidungen.*

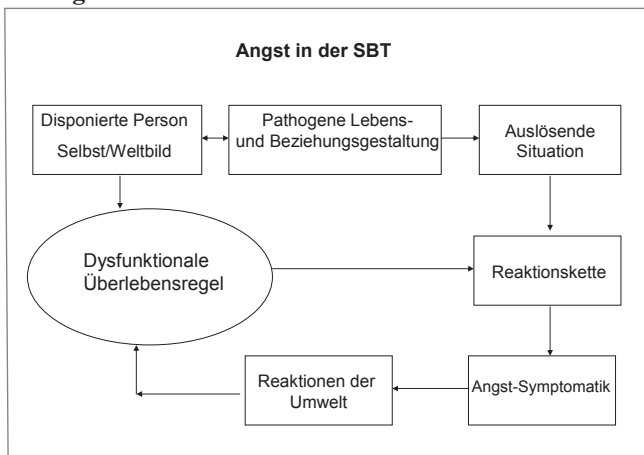
**Fallkonzeption**

Betrachten wir nun die Strategie, die sich das Symptom im Fall von Frau R. gebahnt hat. Was sind die zentralen Motive der Patientin? Welches Bedürfnis war so wichtig, dass sie die auslösende Situation nicht mit ihren Überlebensstrategien meistern konnte. Welche zentrale Angst war so groß, dass sie durch eine Veränderung ihres Verhaltens in der Situation aktiviert worden wäre?

**Disponierte Person Selbst-/Weltbild:**

Der Vater sei sehr maskulin, stark und autoritär gewesen. Er sei der Versorger der Familie gewesen. Sie habe als kleines Kind sehr an ihrem Vater gehangen. Er sei aber häufig außer Haus gewesen, habe Affären mit anderen Frauen gehabt und die Familie verlassen, als die Patientin 15 Jahre alt war. Die Mutter

Abbildung 1:



sei sehr sprunghaft und launisch gewesen, habe nicht mit Geld umgehen können und habe ausschließlich um sich gekreist. Die Ehe der Eltern sei von lautstarken Auseinandersetzungen geprägt gewesen. Sie selbst habe sich als Kind sehr angepasst verhalten, um nicht noch mehr Konflikte anzuheizen. Sie habe sich in der Schule sehr angestrengt und sei fleißig gewesen. Das kindliche Selbstbild lautete: „Ich muss besonders brav und angepasst sein, damit ich nicht noch mehr Streit in die Familie bringe. Ich muss dafür sorgen, dass die Familie nicht auseinanderbricht.“ Das kindliche Weltbild lautete: „Beziehungen sind nicht sicher. Man kann sich nicht auf den anderen verlassen“. Aus der familiären Disposition, des kindlichen Selbst- und Weltbilds formt sich die Persönlichkeit und ergibt sich folgende Überlebensregel

**Die Überlebensregel von Frau R:**

„Nur wenn ich immer angenehm und pflegeleicht bin und mich anpasse  
 Und wenn ich niemals eigene Bedürfnisse einfordere oder durchsetze,  
 Bewahre ich mir Sicherheit, Schutz und Geborgenheit  
 Und verhindere, verlassen zu werden und alleine zu sein.“

**Pathogene Lebens- und Beziehungsgestaltung:**

Der Ehemann erschien ihr anfangs stark und beschützend. Sie sah ihr als Kind unbefriedigtes Bedürfnis nach Schutz und Sicherheit endlich befriedigt. Sie verhielt sich angepasst, liebevoll und ordnete sich anfangs ihrem Ehemann unter. Als das Kind zur Welt kam, wurde der Ehemann immer kontrollierender und autoritärer. Was sie anfangs als Zeichen seiner großen Liebe zu ihr gewertet hatte, wurde immer einengender und kontrollierender. Anfangs versuchte sie noch, ihre Bedürfnisse nach eigenen Unternehmungen zu äußern. Als der Ehemann aber auf seinen Vorstellungen eines Familienlebens bestand und dagegen war, dass sie ohne ihn ausging oder ihre Freundinnen traf und sich stattdessen ganz der Kleinfamilie widmen sollte, ordnete sie sich unter und unternahm ausschließlich Unternehmungen als Familie. Sie kümmert sich in erster Linie um die Erziehung des Sohnes und arbeitet nur in Teilzeit. Dadurch ist sie finanziell vom Ehemann abhängig. Auch an ihrer Arbeitsstelle ist sie im Kreis der Kolleginnen als die Gutmütige bekannt, die klaglos die unangenehmen

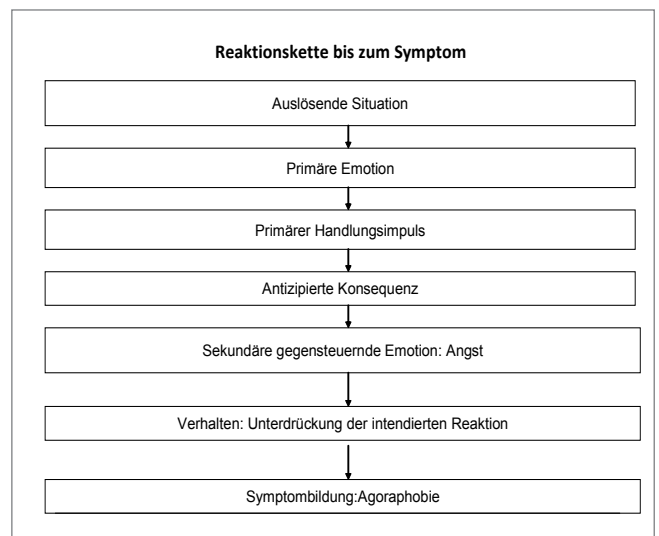
Aufgaben übernimmt und von allen gemocht wird. Im Kreis ihrer drei Geschwister ist sie diejenige, die gerne für die anderen da ist, wenn sie sie brauchen.

Frau R. hat die Verhaltensstrategien eines Nesthockers, um ihr Bedürfnis nach Sicherheit und Schutz nicht zu gefährden.

**Auslösende Situation:**

Die Patientin war schon länger ambivalent ihrer Beziehung gegenüber. Sie trug sich bereits teilweise mit Trennungsgedanken. Nach einer Aussprache gelobte der Ehemann Besserung, und sie entschloss sich, der Ehe noch eine Chance zu geben. Der Ehemann überredete sie zum Kauf einer gemeinsamen Immobilie, für die das Ehepaar viele Schulden machen musste. Frau R. ist finanziell vom Ehemann abhängig. Auf der Autofahrt vom Notar nach Hause überfiel sie die erste heftige Panikattacke. Sie habe Herzrasen und Atemnot bekommen und Angst gehabt, „durchzudrehen“. Der Ehemann musste auf den Standstreifen fahren und holte den Notarzt. Seither exazerbierten die Angstanfälle. Frau R. entwickelte eine starke Angst vor der Angst und vermied immer mehr die gefürchteten Situationen. So schränkte sich ihr Aktionsradius immer weiter ein, und sie machte schließlich nur noch Unternehmungen mit dem Ehemann.

Abbildung 2:



**Reaktionskette:**

Die Reaktionen in der auslösenden Situation lassen sich als Reaktionskette folgendermaßen explorieren:

**Primäre Emotion:** Wut und Ärger auf den Ehemann, der sie einschränken will und an den sie jetzt durch die gemeinsame Immobilie noch stärker gekettet ist.

**Primärer Handlungsimpuls:** Ihn wütend anschreien, dass sie nicht über sich bestimmen lässt, und trotzdem ohne ihn weggehen.

**Antizipierte Konsequenz:** Dann geht meine Ehe kaputt. Ich stehe allein da, habe keinen Schutz und keine Sicherheit. Ich werde mit meinem Sohn allein nicht klarkommen.

**Sekundäre Emotion:** Angst als Stoppergefühl. Die Angst stoppt die intendierte Reaktion.

**Verhalten:** Frau R. unterdrückt ihren Handlungsimpuls. Sie passt sich an, unternimmt keinen Versuch mehr, sich gegen den Ehemann zu wehren. Sie gibt ihre wehrhaften Tendenzen auf. Es kommt zu einem inneren Konflikt. Die Patientin will ihr Leben nicht wie bisher weiterführen, sie kann es aber auch nicht verändern.

**Symptombildung:** Der Ausweg aus diesem unerträglichen Konflikt ist die Symptombildung. Bestimmte Situationen wie Fahrten mit öffentlichen Verkehrsmitteln, Autofahrten, Brücken, Türme lösen Angst aus. Besonders oft tritt die Angst auf dem Weg von zu Hause nach draußen auf. Sie vermeidet nun phobische Situationen, und Unternehmungen finden nur noch mit dem Ehemann oder mit der Familie statt. Einerseits wird durch das Vermeiden von autonomen Unternehmungen die Angst reduziert. Gleichzeitig ist sie nicht in Gefahr, ihre Überlebensregel zu übertreten und ihre zentrale Angst vor dem Alleinsein und dem Verlust der Sicherheit zu aktivieren.

**Reaktionen der Umwelt:**

Operant wird das Verhalten durch den Ehemann verstärkt. Er muss sich weniger autoritär und kontrollierend verhalten, da durch die Angsterkrankung die autonomen Bestrebungen in Schach gehalten werden. Es kommt kaum mehr zu Ehekonflikten.

Dies wiederum verstärkt die Überlebensregel. Die Überlebensregel kann beibehalten und muss nicht übertreten werden. Dadurch bleibt Sicherheit erhalten.

**Die Zielkonzeption**

Durch diese stringente Fallkonzeption ergeben sich die Therapieziele sowie der Therapieplan.

**Symptom: Was ist das Ziel?**

Frau R. soll lernen, mit ihrer Angst adäquat umzugehen. Sie soll lernen, die Angst wahrzunehmen, zu prüfen, ob die Angst in der Situation angemessen ist. Sie soll lernen, dass ihre Angst ein Fehlalarm ist und sie dem Fluchtimpuls nicht folgen muss. Sie soll lernen, ihre Angst auszuhalten, und die Erfahrung machen, dass sie von alleine langsam vergeht.

Frau R. soll ihr Vermeidungsverhalten abbauen. Sie soll wieder lernen, sich in die phobischen Situationen zu begeben, ihre Angst auszuhalten und damit ihren Bewegungsspielraum wieder zu erweitern.

**Reaktionskette: Was ist das Ziel?**

**Primäre Emotion:** Frau R. soll lernen, ihre Wut und ihren Ärger wahrzunehmen. Sie soll lernen, ihr Bedürfnis, auch etwas ohne den Ehemann und die Familie zu unternehmen, wieder wahrzunehmen.

**Primärer Handlungsimpuls:** Frau R. soll lernen, ihren Impuls wahrzunehmen und zu prüfen, ob der Handlungsimpuls adäquat ist.

**Antizipierte Konsequenz:** Frau R. soll lernen, dass auch ein Konflikt in der Ehe möglich ist, ohne dass man sich gleich trennt. Sie soll eine realistischere Einschätzung darüber bekommen, ob sie im Notfall wirklich alleine nicht „überleben“ könnte.

**Sekundäre Emotion:** Frau R. soll lernen, die Angst als Stoppergefühl zu identifizieren, auf das man nicht reagieren muss.

**Verhalten:** Frau R. soll adäquate Verhaltensstrategien entwickeln, um sich gegen die Einengung des Ehemanns zu wehren.

**Symptombildung:** Frau R. soll lernen, mit der Angst umzugehen, und das Vermeidungsverhalten abbauen.

**Pathogene Lebens- und Beziehungsgestaltung: Was ist das Ziel?**

Frau R. soll lernen, dass sie auch Autonomie in der Beziehung leben kann. Sie soll lernen, ihre Bedürfnisse zu äußern und sich nicht nur unterzuordnen. Sie soll lernen, auch mal eine Disharmonie in der Beziehung auszuhalten. Sie soll nicht immer pflegeleicht und angepasst sein, sondern auch mal unbequem. Sie soll von einer Überlebensregel zu einer Lebensregel kommen, die flexibler ist und den Handlungsspielraum erweitert und ihr damit mehr Freiheit lässt.

**Die Überlebensregel von Frau R: Was ist das Ziel?**

Frau R. soll von der Überlebensregel zu einer Lebensregel kommen, die in etwa lauten könnte:

„Ich kann auch meine eigenen Bedürfnisse zeigen

Und muss mich nicht immer für jeden angenehm und pflegeleicht sein und mich anpassen

Und bin trotzdem sicher und geborgen

Und gehe kein allzu großes Risiko ein, verlassen zu werden.“

**Die Strategische Angsttherapie: Wie sieht die Behandlung anhand der strategischen Fallkonzeption konkret in der verhaltenstherapeutischen Praxis aus?**

**Die therapeutisch-diagnostische Phase**

**Systematische Selbstbeobachtung:**

Zu Beginn der Therapie steht die systematische Selbstbeobachtung. Die Patienten werden angeleitet, anhand von Ereignisprotokollen auslösende Situationen zu protokollieren und das Ausmaß der Angst zu bestimmen. An dieser Stelle wird die Angstskala erstmals eingeführt. Die sogenannte Angstskala reicht von 0 bis 10, wobei die 0 „keine Angst“ definiert und die 10 die „maximal vorstellbare Angst“. Diese Angstskala unterstützt die Patienten, zu „distanzierten Beobachtern“ ihrer Angst zu werden. Die Patienten lernen, über die systematische Selbstbeobachtung automatisch ablaufende Prozesse auf kognitiver, emotionaler, physiologischer und behavioraler Ebene zu identifizieren und zu differenzieren. Auch dadurch werden die Patienten unterstützt, Distanz zu ihrem innerpsychischen Geschehen und den automatisch ablaufenden Prozessen zu bekommen. Gleichzeitig machen die Patienten die Erfahrung, dass die Angst in der gleichen Situation unterschiedlich ausgeprägt sein kann. Gleichzeitig gibt die systematische Selbstbeobachtung Hinweise, in welchen Situationen die Panikattacken vermehrt auftreten. Dadurch entsteht die erste Hypothese auf mögliche primäre Emotionen oder unterdrückte Bedürfnisse.

Als hilfreich hat sich dabei erwiesen, gemeinsam mit den Patienten eine Verhaltensbeobachtung in vivo durchzuführen.

Die Verhaltensbeobachtung in vivo unterscheidet sich von der Konfrontation dadurch, dass sich die Patienten zwar auch der phobischen Situation aussetzen, der Therapeut den Patienten anleitet, seine Angst mit den dazugehörigen somatischen Markern wahrzunehmen, seine Gedanken zu identifizieren. Er muss aber nicht in der Situation bleiben, bis die Angst nachlässt, sondern darf sie verlassen. In der Praxis bietet es sich an, eine Situation auszuwählen, die eine gewisse Angst erzeugt, aber für die Patienten noch gut zu bewältigen ist. Man könnte z. B. nur auf den Bahnsteig gehen – ohne in den Zug einzusteigen – und dort eine Verhaltensbeobachtung vornehmen. Es ist wichtig, im Vorfeld dies genau mit dem Patienten vorzubesprechen und explizit hinzuweisen, dass es sich nicht um eine Konfrontation handelt, sondern dass erst gemeinsam die beim Patienten ablaufenden Prozesse differenziert werden sollen. Eine gemeinsame Verhaltensbeobachtung in vivo fördert auch das Vertrauen zum Therapeuten.

#### **Aufbau von Akzeptanz durch Achtsamkeit:**

Die Patienten, die sich in psychotherapeutische Behandlung begeben, haben in der Regel das Ziel, keine Angst mehr zu haben. Das ist verständlich und nachvollziehbar. Um keine Angst mehr haben zu müssen, haben sie meist schon ausgefeilte Vermeidungsstrategien entwickelt. Sie sind bei Agoraphobikern das Vermeiden von angstausslösenden Situationen – wie oben bei Frau R. beschrieben, das Vermeiden von öffentlichen Verkehrsmitteln. Der Weg zur Arbeit wird so ausgetüftelt, dass nur Straßen benutzt werden, wo jederzeit ein schnelles Anhalten im „Notfall“ möglich ist, wobei der Notfall nicht ein objektiver Notfall ist (wie z. B. das Aufleuchten einer Kontrolllampe im Auto), sondern ihr subjektiv empfundenes Angstgefühl. Die Patienten benützen die Treppen statt des Aufzuges usw. Bei der Panikstörung wird oft vermieden, Kaffee zu trinken, weil es vermeintlich den Herzschlag erhöht. Körperliche Betätigung wie Sport wird eingestellt. Oft wird ständig ein Diazepam in der Tasche mitgeführt, um jederzeit für den „Notfall“ gerüstet zu sein. Die Konfrontationstherapie bedeutet aber ein Sichstellen der Angst, ein bewusstes Wahrnehmen und Akzeptieren der eigenen Angst. Nichtakzeptanz bedeutet Weglaufen und bedeutet Vermeiden der Angst. Somit bleibt alles beim Alten. Deshalb sollen bereits zu Beginn der Therapie Achtsamkeitsübungen eingeführt werden. Achtsamkeit ist eine gelenkte Aufmerksamkeit auf das Hier und Jetzt. Achtsamkeitstraining fördert ein nicht wertendes Wahrnehmen und eine Distanz zu inneren Prozessen. Die Patienten lernen Gedanken und Gefühle wahrzunehmen, ohne sie verändern zu wollen. Es bieten sich Übungen an wie das bewusste Beobachten des eigenen Atems oder der Body-Scan (Kabat-Zinn, 2001; Michalak Heidenreich, 2009). Achtsamkeitsübungen dienen dazu, dass der Patient angeleitet wird, Distanz zu seinen körperlichen Sensationen aufzunehmen im Sinne von „Ich habe Angst“ und nicht „Ich bin die Angst“. Er lernt seine körperlichen Symptome wahrzunehmen, ohne sie zu werten und ohne verändern zu wollen. Die Arbeit an der Akzeptanz der Angst ist ein zentraler Baustein, der Voraussetzung für Veränderung ist.

#### **Erhebung der Lerngeschichte:**

Wichtiger als Fakten ist für die Therapie, dass das emotionale Klima in der Herkunftsfamilie im therapeutischen Setting spürbar wird. Welches Weltbild, welches Selbstbild wurde im Elternhaus vermittelt? Wie wurde in der Herkunftsfamilie mit den Bedürfnissen des Kindes umgegangen. Wurden Zugehörigkeitsbedürfnisse erfüllt oder ständig frustriert? Wurden die Bedürfnisse des Kindes nach Autonomie gesehen? Wurde das Kind bei seinen ersten Autonomiebestrebungen in die Welt liebevoll unterstützt, oder wurden sie sanktioniert? Konnte das Kind seine Entwicklungsstufen bewältigen, oder gab es krisenhafte Übergänge? Welche Hürden haben die Patienten erfolgreich gemeistert, woran sind sie gescheitert? Was waren die Glaubenssätze in der Familie, welche Anpassungsleistungen in der Herkunftsfamilie waren nötig? Was sind die Ressourcen? Die Erhebung der Lerngeschichte soll möglichst kein Abfragen von Eckdaten sein, sondern auf eine erlebnisorientierte Weise stattfinden. Hierbei bieten sich imaginative Verfahren an oder das Nachstellen einer Familienskulptur oder Rollenspiele. Dies alles gibt uns erste Hinweise zur Hypothesenbildung, wie unser Patient gelernt hat, sein Leben und seine Beziehungen zu gestalten. Generell kann man grob zwei Einteilungen vornehmen: Ist der Patient jemand, der Sicherheit aus dem Herstellen von viel Bindung und Beziehungen gewinnt? Oder gewinnt der Patient Sicherheit, indem er autonom ist, sich auf sich selbst verlässt und Abgängigkeit von anderen vermeidet?

#### **Eruierung der symptomauslösenden Lebenssituation:**

An welcher Situation ist der Patient mit seiner Art und Weise, wie er sein Leben und seine Beziehungen gestaltet, gescheitert? Wann hat die Überlebensregel versagt oder wurde überstrapaziert? Was wäre ein funktionaler Umgang mit der Lebenssituation gewesen, warum war das dem Patienten nicht möglich? Die symptomauslösende Situation würde dem Menschen ein Problem bewältigendes Handeln abverlangen, das gegen seine Überlebensregel verstößt (Sulz, 1994). Warum musste der Patient mit einem Symptom reagieren, was wurde dadurch vermieden, was wurde dadurch aufrechterhalten? Die Patienten nennen meist keinen eindeutigen Auslöser. Der Therapeut fragt nach, wie das Leben zum Zeitpunkt der Symptomentstehung ausgesehen hat und wie es bis zu einem halben Jahr vor der Symptomentstehung ausgesehen hat. Er eruiert, was sich im Negativen sowie im Positiven verändert hat. So kann sich beispielsweise eine Frau sehr über die Geburt ihres Kindes freuen und trotzdem ein Gefühl der Einengung erleben.

#### **Erhebung der Überlebensregel:**

Überlebensregeln sind keine bewusst gedachten Gedanken der willkürlichen Psyche, sondern Regeln der autonomen Psyche, die mir ihrer Hilfe die psychische Homöostase reguliert (Sulz, 1994). Die Überlebensregel ist ich-synton und dem Patienten nicht bewusst. Ziel ist es, durch emotionsaktivierende Interventionen Zugang zu bekommen. Hier eine exemplarische Anleitung für das therapeutische Vorgehen zur Erhebung der Überlebensregel (Hauke, 2009; Sulz, 1994):

1. Der Patient soll eine typische zwischenmenschliche Situation schildern, die er als unbefriedigend erlebt und ihm immer wieder passiert
2. Aktivierung des Erlebens durch die angeleitete Imagination der Situation
3. Frage: „Was brauchen Sie in dieser Situation?“, „Was wäre jetzt so wichtig für Sie?“, „Was würden Sie sich jetzt so dringend wünschen?“ (zentrales Bedürfnis)
4. Frage: „Was tun Sie dafür, um das zu bekommen? Wie versuchen Sie, dies zu kriegen?“ (Verhaltensstereotypien)
5. „Was würden Sie keinesfalls tun? Was müssen Sie unterlassen?“ (verbotener Wut- oder Lust-auf-Impuls)
6. Frage: „Was verhindern Sie damit, was darf auf keinen Fall passieren, was ist das, was Sie fürchten?“ (zentrale Angst)
7. Den Patienten das Ausmaß der Anstrengung spüren lassen, den ihn dieses Verhalten bzw. die Unterdrückung der Impulse kostet
8. Ausformulierung der Überlebensregel nach folgender Syntax:

Nur wenn ich immer .....  
 Und wenn ich niemals .....  
 Bewahre ich mir .....  
 Und verhindere .....

Die Überlebensregel wird gemeinsam mit dem Patienten ausformuliert und validiert bzw. korrigiert. Entscheidend dabei ist, dass sich der Patient damit identifizieren kann, dass er es als „seine Überlebensregel“ sieht und dass sie nicht „übergestülpt“ ist. Bei einer Ausprägung der Panikstörung bzw. der agoraphobischen Störung in einem leichten bis mittleren Bereich, kann man die Überlebensregel bereits gut am Anfang erheben, so dass man mit dem Patienten schon zu Beginn ein gemeinsames individuelles hypothetisches Bedingungsmodell erstellen und gemeinsam Ziele neben der Symptomreduktion vereinbaren kann. Bei einer stark ausgeprägten Symptomatik ist es nach Erfahrung der Autorin zu Beginn der Therapie oft nicht möglich, an der Überlebensregel zu arbeiten, da häufig viele intrapersonale sowie auch interpersonale Konflikte durch die Angstsymptomatik maskiert werden bzw. sich Beziehungsprobleme um die Einschränkungen aus der Symptomatik drehen. So ist der Ehemann beispielsweise wütend, weil die Frau nicht alleine zum Einkaufen fahren kann, und die Patientin ist verärgert, dass der Partner kein Verständnis für ihre Angsterkrankung hat. Ziel der Therapie ist es, dass die Patienten lernen, ihre primären Emotionen wahrzunehmen und adäquat damit umzugehen. Es ist in der Therapie häufig zu beobachten, dass erst durch eine Reduktion der Angstsymptomatik und des Vermeidungsverhaltens Platz für die Arbeit an den darunterliegenden Emotionen möglich ist. Hier kann sich der Therapeut aus dem Verhalten in der therapeutischen Beziehung, aus den geschilderten Beziehungserfahrungen, aus den biographischen Gegebenheiten Hypothesen zur Überlebensregel bilden, das heißt, ist der Patient eher autonomioorientiert, also ein Nestflüchter, oder zugehörigkeitsorientiert, also ein Nesthocker (Hauke, 2008, 2009).

Die Patienten fühlen sich oft sehr unterstützt durch die Erarbeitung der Überlebensregel. Sie fühlen sich entlastet, wenn sie erkennen, wie sehr die biographischen Gegebenheiten zur Ausformung ihres Selbst- und Weltbildes geführt haben und warum diese Überlebensregel tatsächlich „das kindliche Überleben“ gesichert hat. Es hilft den Patienten zu verstehen, warum sie zu einem bestimmten Zeitpunkt im Leben mit einem Symptom reagieren mussten, weil die Überlebensregel in Gefahr war oder überstrapaziert wurde.

#### Die Planung der Beziehungsgestaltung

*You will get further with a patient with a good therapeutic relationship and lousy techniques, than you will with good techniques and a lousy relationship.*  
 (Victor Meyer, nach Aubuchon & Malatesta, 1998)

Speziell bei der Therapie der Angst- und Zwangsstörungen, bei der sich die Patienten den subjektiv meist gefürchteten phobischen Situationen aussetzen sollen, ist eine vertrauensvolle, tragfähige therapeutische Beziehung die Voraussetzung für Erfolg. Neben den Basisvariablen einer tragfähigen Therapeut-Klient-Beziehung wie Empathie, unbedingte Wertschätzung, Kongruenz und Echtheit spricht vieles dafür, dass es nicht bestimmte Variablen einer bestimmten Ausprägung sind, die durchgängig zu guten Therapiebeziehungen führen, sondern die Anpassungsfähigkeit der Therapeuten an die einzelnen Patienten (Norcross, 2002). Im Modell der komplementären Beziehungsgestaltung (Grawe, 1998) ist eine explizite Beschäftigung mit Beziehungsaspekten schon zu Therapiebeginn vorgesehen. „Ohne das zentrale Beziehungsbedürfnis und die zentrale Beziehungsangst des Patienten zu kennen, kann der Therapeut das Beziehungsverhalten des Patienten nicht verstehen, und es bleibt dem Zufall überlassen, in welche Richtung sich die therapeutische Beziehung entwickelt“ (Sulz, 2001). Der Therapeut soll sich der Überlebensregel seines Patienten bewusst sein und diese komplementär beantworten, das heißt, er sollte das zentrale Bedürfnis des Patienten (z. B. nach Bindung) nicht kontingent zum dysfunktionalen Verhalten des Patienten befriedigen (siehe auch Grawe, 1998). Die strategische Planung der therapeutischen Beziehungsgestaltung geht davon aus, dass der Patient seine Überlebensregel auch in die therapeutische Beziehung einbringt. Die therapeutische Beziehung ist ein Beobachtungs- und Übungsfeld für interpersonelle Verhaltensweisen. Die Überlebensregel kommt auch in der therapeutischen Beziehung zur Anwendung, sie wird vom Therapeuten beobachtet, im Laufe der Therapie thematisiert und zu einem späteren Zeitpunkt im Prozess auch dosiert herausgefordert. Das heißt, das therapeutische Verhalten passt sich auch dem Veränderungsprozess des Patienten an und reagiert flexibel darauf.

Beispiele für ein komplementäres Therapeutenverhalten:  
 Bei einem **zugehörigkeitsorientierten** Patienten (Nesthocker) verhält sich der Therapeut zunächst komplementär, indem er Sicherheit durch Beziehungsangebot, durch Ermunterung und durch eine starke Leitung gibt. Im Laufe des Therapieprozesses werden dann die autonomen Bestrebungen des

Patienten gestärkt, und der Therapeut nimmt sich mehr zurück und fördert stattdessen Selbsteffizienz.

Bei einem **autonomieorientierten** Patienten (Nestflüchter) zeigt sich der Therapeut mehr als der „kompetente Coach“, der das evidenzbasierte Vorgehen erklärt und immer wieder dem Patienten die Entscheidung überlässt, inwieweit er die therapeutischen Schritte mitgehen kann. Im Verlauf des Therapieprozesses werden sie ermutigt, mit verschiedenen Graden der Bindung zu experimentieren (Hauke, 2009).

## Die Therapiephase

Die eigentliche Therapiephase – mit der Konfrontationstherapie – kann erst beginnen, wenn die Patienten aufgeklärt sind über das Vorgehen, wenn die Ziele besprochen sind und ein Konsens darüber herrscht. Der Patient muss entschieden erfüllt sein vom Wunsch, zum Wollen zu kommen, d. h., er muss bereit sein, die nötigen Schritte mit der therapeutischen Unterstützung zu gehen.

### Symptomtherapie:

Vorbereitung auf die Angstkonfrontation:

- Vor Beginn der Konfrontationsphase muss eine ärztliche Untersuchung stattfinden. Kontraindiziert ist die Exposition bei körperlichen Erkrankungen, die die körperliche Belastbarkeit deutlich einschränkt, wie z. B. Herz-Kreislauf-Erkrankungen, schweres Asthma oder Epilepsie).
- Falls der Patient Medikamente gegen die Angst nimmt, muss rechtzeitig das Absetzen der Medikamente besprochen werden. Das Einnehmen von Medikamenten verhindert einen deutlichen Therapiererfolg. Der Patient attribuiert häufig bei ersten Erfolgen aus den Konfrontationsübungen auf die Wirkung des Medikaments (Schneider & Margraf, 1996).
- Anschließend wird die sogenannte Angsthierarchie aus den Daten der Selbstbeobachtung erstellt. Auf einer Skala von 0% bis 100% werden die phobischen Situationen je nach erwarteter Angst oder Ausprägung der Vermeidung angeordnet.
- Das Expositions-Habituationsmodell wird noch einmal mit dem Patienten durchgesprochen. Der Patient muss wissen, dass das Ziel der Exposition nicht ist, 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, umso die Erfahrung zu machen, dass die Angst von alleine abnimmt, ohne dass er die gefürchtete Situation verlassen oder sich ablenken muss. Dies kann man den Angstpatienten nicht oft genug sagen. Hier entsteht häufig das größte Missverständnis: Der Patient bewertet dann eine Übung als „gut bewältigt“, wenn er keine Angst gehabt hat. Wohingegen er eine Übung als gescheitert erklärt, wenn die Angst gekommen ist.
- Vor dem Beginn der Exposition werden ganz klare Vereinbarungen getroffen: Der Patient muss einesteils sich bewusst entscheiden, sich seiner Angst und den gefürchteten Situationen zu stellen. Er wird vom Therapeuten zu nichts überredet, und keinesfalls darf er sich gedrängt fühlen.

Gleichzeitig ist es aber wichtig, dass der Therapeut die Fluchtimpulse nicht unterstützt. Patienten haben häufig die Vorstellung, dass sie sich in die gefürchtete Situation (z. B. U-Bahn) begeben und so lange fahren, wie sie es aushalten. Hier muss noch einmal erklärt werden, dass dies ihre Angst unterstützt. Da sie damit wieder die Erfahrung machen, wenn die Angst kommt, dann bedeutet dies, dass „Gefahr lauert, und ich muss etwas tun, d. h. fliehen“. Die Patienten müssen immer wieder darauf hingewiesen werden, dass ihre Angst in den phobischen Situationen ein „Fehlalarm“ ist und sie nichts tun müssen als abzuwarten, bis die Angst von alleine abflaut.

- Außerdem muss noch das Thema der sogenannten Sicherheitssignale besprochen werden. Patienten haben oft ein ausgefeiltes System an kognitiven Vermeidungsstrategien. Im Zeitalter der Mobiltelefone beruhigen sich viele mit dem Gedanken „Ich könnte ja – wenn es ganz schlimm wird – sofort den Notarzt holen.“ Andere haben immer ein Packung Tavor in der Tasche und beruhigen sich damit, zur Not zur Tablette greifen zu können. Es muss vorher vereinbart werden, dass die Sicherheitssignale nicht mitgenommen werden können, weil sonst der Erfolg der Übungen in Frage gestellt wird.

### Durchführung der Konfrontation:

Bei der Konfrontation unterscheidet man ein Flooding (also ein massiertes Vorgehen) von einer gestuften Konfrontation. Im ambulanten Setting findet häufig ein gestuftes Vorgehen statt. Patienten sind für ein gestuftes Vorgehen leichter zu motivieren, für Therapeuten ist es oft leichter in ihren Terminplan zu integrieren. Beim gestuften Vorgehen ist es wichtig, dem Patienten zu vermitteln, dass man deshalb auf einer niedrigen Stufe in der Angsthierarchie anfängt, weil **der Patient es sich eher zutraut**, sich dieser Angstsituation zu stellen, und nicht weil sie gefährlicher ist oder man als Therapeut glaubt, ihm das nicht zumuten zu können. Der Patient soll keinesfalls die Metabotschaft erhalten: „Angst ist doch gefährlich, da soll man vorsichtig rangehen.“ Beim massierten Vorgehen werden die Übungen mindestens über eine Woche an aufeinanderfolgenden Tagen durchgeführt. Dabei soll sich der Patient täglich mehrmals über die Dauer von mehreren Stunden den angstbesetzten Situationen aussetzen.

Bevor man mit dem Patienten die Konfrontationsübung startet, ist es wichtig, noch einmal klarzumachen, dass die Konfrontation keine „Mutprobe“ ist. Nach Erfahrung der Autorin sagen Patienten oft: „Augen zu und durch.“ Hier ist es immer wieder wichtig, den Patienten sanft, aber bestimmt darauf hinzuweisen, dass er genau das Gegenteil machen soll: Er soll sich achtsam seiner Angst stellen, der Angst mit offenen Augen begegnen und nicht wertend beobachten. Der Patient soll versuchen, eine akzeptierende, einladende Haltung zu seiner Angst einzunehmen.



Hilfreiche Sätze zu Beginn der Durchführung der Konfrontationsübungen sind:

„Denken Sie daran: Panik ist nur eine übertriebene normale Körperreaktion.“

„Achten Sie nur darauf, was gerade hier und jetzt passiert, nicht auf das, was Sie fürchten, was passieren könnte.“

„Konzentrieren Sie sich darauf, was Sie hören, sehen, riechen und tasten können.“

„Verschlimmern Sie die Angst nicht durch Angst erzeugende Gedanken.“

„Warten Sie ab und lassen Sie der Angst Zeit, von selbst wieder zu gehen.“

„Bekämpfen Sie sie nicht, laufen Sie nicht vor ihr davon.“

„Denken Sie daran: Jede Angst ist eine Gelegenheit zum Üben und um Fortschritte zu machen.“

Es ist wichtig, den Patienten zu den ersten Konfrontationsübungen zu begleiten, um ihn einestils zu unterstützen und ihm ein Stück Sicherheit zu geben und andererseits ihn anzuleiten, wie er sich konfrontieren soll. Die Angstskala, die die Patienten schon von der systematischen Selbstbeobachtung her kennen, hilft ihnen, Distanz zu dem aufsteigenden Gefühl zu bekommen.

Therapeutische Fragen zu Beginn, während und nach der Durchführung der Konfrontationsübungen sind:

„Wie hoch auf dem Angstthermometer ist gerade die Angst?“

„Wo spüren Sie dies im Körper? Wie ist der Brustbereich, wie ist die Atmung, wie sind die Muskeln?“ etc.

„Was geht Ihnen gerade durch den Kopf?“

„Prima, dass die Angst kommt, jetzt haben Sie Gelegenheit zu üben.“

Der Therapeut bleibt so lange bei dem Patienten, bis die Angst ca. auf die Stufe 4 der Angstskala gesunken ist. Erst dann kann man die Übung beenden und mit dem Patienten Hausaufgaben in Eigenregie besprechen. Hinterher ist es wichtig, den Patienten zu verstärken, dass er sich seiner Angst gestellt hat. Während der gesamten Konfrontationsphase ist es nötig, häufige Patient-Therapeut-Kontakte anzubieten, um auftretende Probleme oder kognitive Vermeidungen zu korrigieren. Die neuen Erfahrungen werden in den Sitzungen gemeinsam mit dem Patienten in einen kognitiven Rahmen gebracht. Beispiele hierfür sind:

„Wenn meine Angst kommt, kann ich entscheiden, ob sie angemessen oder phobisch ist.“

„Ich muss meinem Fehlalarm nicht mehr folgen. Ich kann selbst entscheiden, ob ich mich in die Situation begeben will oder nicht.“

„Ich lasse nicht mehr meine Angst darüber entscheiden, wie mein Leben aussieht. Wenn ich alleine verreisen will, dann werde ich es auch tun, notfalls muss meine Angst eben mitfahren.“

Der Patient erlebt nach einer erfolgreich verlaufenden Therapiephase wieder deutlich mehr Handlungsspielraum und Freiheit.

#### Arbeit an der Lebens- und Beziehungsgestaltung:

Durch den erweiterten Handlungsspielraum und die wieder größeren Freiheitsgrade des Patienten beginnt hier eine spannende Phase im Therapieprozess:

- Wie kann der Patient seine größere Freiheit nutzen?
- Wie reagieren die Bezugspersonen auf die Veränderungen?
- Wie verändern sich Beziehungen zu den wichtigen Bezugspersonen?
- Wie geht der Patient eventuell anstehende Entwicklungsschritte an?
- Was wurde bisher durch die Angstsymptomatik verhindert?

Nun erfolgt die Arbeit an der Veränderung dysfunktionaler Verhaltensstereotypen. Hier gibt es eine starke Analogie zum verhaltenstherapeutischen Vorgehen der Angstbehandlung. Die Betrachtung der Reaktionskette zeigt die Angststörung in ihrer Stopperfunktion wesentlicher Lust-auf- bzw. Abgrenzungs- oder Wutimpulse. Der Angstabbau allein hilft noch nicht, mit den primären Gefühlen funktional umzugehen, die mit der Angst funktionell verknüpft sind. In diesem Abschnitt der Therapie lernen die Patienten, diese Gefühle wahrzunehmen und zu differenzieren. Die Patienten sollen lernen, Gefühle zu steuern und zu modulieren. Damit soll die Fähigkeit gefördert werden, ein Verhalten zu entwickeln, das dem Gefühl entspricht und der Situation gerecht wird (Hauke, 2009).

- Überprüfen im Alltag und durch szenische Imagination
- Wie verhalte ich mich typischerweise, um mich möglichst sicher zu fühlen? Bin ich mit dem Ergebnis und den Konsequenzen zufrieden?
- Achtsamkeit für primäre Gefühle entwickeln: Was sagen sie mir?
- Regieübung: Wie möchte ich mich verhalten?
- Planung eines gestuften Veränderungsprojekts

Letztlich folgt die Therapie auch hier einem behavioralen Vorgehen. Der Patient macht sich kleine Projekte entgegen der Überlebensregel. Analog zur Symptomtherapie der Angststörung stellt er sich hier seinen zentralen Ängsten. Er geht gestuft vor und lernt auszuhalten, dass der Partner mal nicht bei einer Unternehmung dabei ist. Er lernt auch mal Bedürfnisse auszuleben, die der Partner nicht gut heißt. **Das übergeordnete Ziel ist Autonomie in der Beziehung zu leben!**

#### Arbeit an der Überlebensregel

Zugehörigkeitsorientierte Patienten, Nesthocker: Nesthocker gestalten ihr Leben so, dass sie sich sehr anpassen, Wünsche, etwas alleine zu machen, zurückstellen und ihr Leben so ausrichten, dass jederzeit Bezugspersonen verfügbar sind. Unternehmungen, die ein hohes Maß an Selbstverantwortung erfordern, werden vermieden. Aufgrund der neuen

Erfahrungen aus den behavioralen Projekten entgegen der Überlebensregel und auch nach korrigierenden Erfahrungen aus der therapeutischen Beziehung kann der Patient feststellen, dass seine Befürchtungen übertrieben sind. So machen die Patienten häufig die Erfahrung, dass sie Anforderungen alleine bewältigen können und gar nicht so auf den Partner angewiesen sind, wie sie dachten. Sie äußern mal ihren Ärger oder ihr Bedürfnis und passen sich nicht immer an und machen oft die Erfahrung, dass der Partner doch einlenkt oder dass eine Disharmonie in der Beziehung zwar unangenehm ist, aber nicht gleich zum Beziehungsabbruch führt.

Der Therapeut hilft dem Patienten, die Erfahrungen in einer Lebensregel sprachlich zusammenzufassen, die flexibler ist als die Überlebensregel. Die könnte idealerweise bei einem zugehörigkeitsorientierten Nesthocker lauten:

„Ich kann auch meine eigenen autonomen Wünsche leben und meine Bedürfnisse zeigen  
Und muss mich nicht immer um die Zuwendung anderer bemühen  
Und bin trotzdem sicher und geborgen  
Und gehe kein allzu großes Risiko ein, verlassen zu werden.“

#### **Autonomieorientierte Patienten, Nestflüchter:**

Nestflüchter gestalten ihr Leben, indem sie vermeiden, gefühlsmäßig nähere Beziehungen einzugehen. Sie haben gern die Kontrolle, verlassen sich nur auf sich selbst. Sie geben kaum Verantwortung ab. Die Angsterkrankung verhindert, dass sie sich gefühlsmäßig auf eine enge Beziehung einlassen, sich in einer Beziehung verpflichten.

Sie sollen aus ihren bewussten, dosierten, geplanten Übertretungen ihrer Überlebensregel die Erfahrung machen, dass die Befürchtungen, herabgesetzt, zurückgewiesen oder verletzt zu werden, übertrieben und unrealistisch sind. Sie machen idealerweise die Erfahrung, dass ihr Leben weniger anstrengend ist und stressfreier verläuft und damit auch die Gefahr für eine Panikattacke sinkt, wenn sie Verantwortung auch mal abgeben können. Gerade bei stark autonomieorientierten Patienten ist der Weg in eine Psychotherapie schon eine Verletzung ihrer Überlebensregel. Idealerweise machen sie in der Interaktion mit dem Therapeuten die Erfahrung, dass sie ihre Schwäche zeigen können, nicht überlegen sein müssen und Unterstützung erfahren und trotzdem ihre Selbstbestimmung behalten und nicht kleingemacht oder abgewertet werden. Die in der Therapie modifizierte Überlebensregel könnte zu folgender Lebensregel werden:

„Ich kann auch mal bedürftig und schwach sein  
Und muss nicht immer alles unter meiner Kontrolle haben und überlegen sein  
Und bin trotzdem sicher und selbstbestimmt  
Und gehe kein allzu großes Risiko ein, zurückgewiesen, verletzt oder herabgesetzt zu werden.“

## ■ Zusammenfassung

Patienten mit einer Agoraphobie oder Panikstörung sind durch ihre Angst eingeschränkt in ihrem Handlungsspielraum und in ihrer Freiheit. Die Angst hält sie in einem Käfig mit genau definierten Grenzen. Die Angst bestimmt, wie weit sie gehen kann. Nach der erfolgreichen Symptombehandlung ist es für den Patienten im Sinne einer Rückfallprophylaxe sinnvoll, ein Verständnis dafür zu entwickeln, inwieweit eine pathogene Lebens- und Beziehungsgestaltung in einer problematischen Situation zu einer Symptomentstehung geführt hat. Auch die individuelle Überlebensregel engt den Handlungsspielraum unserer Patienten enorm ein. Die Überlebensregel bringt sie immer wieder dazu, sich so zu verhalten, dass das zentrale Bedürfnis nicht gefährdet und die zentrale Angst nicht aktiviert ist. So entwickelt der Patient Verhaltensstereotypen, die ihn in seinen Reaktionen beschränken und beschneiden. Erst wenn die Überlebensregel zur Lebensregel wird, hat der Patient mehr Flexibilität in seiner Lebens- und Beziehungsgestaltung und kann Autonomie in der Beziehung leben. Der Ansatz der Strategisch-Behavioralen Therapie (SBT) ermöglicht durch die Art der Fallkonzeption eine strategische Behandlungsform, die auf den Patienten abgestimmt ist. Wenn die Patienten gelernt haben, nach einer flexibleren Lebensregel ihr Leben zu gestalten und ihre Beziehungen zu führen, dann werden sie in einer ähnlichen Lebenssituation nicht mehr mit einer Angsterkrankung reagieren müssen, sondern sich der Situation stellen und eine funktionale Umgehensweise damit zeigen können.

## ■ Literatur

- Aubuchon, P.G. & Malatesta, V.J. (1998). Managing the therapeutic relationship in behavior therapy: The need for a case formulation. In M. Bruch & F. W. Bond (Eds.), *Beyond diagnosis: Case formulation approaches in CBT* (pp. 141-166). Chichester: John Wiley.
- Beck, A.T. (1996). *Kognitive Therapie der Depression*. Weinheim: Beltz.
- Bischof, N. (1993). Untersuchungen zur Systemanalyse der sozialen Motivation I: Die Regulation der sozialen Distanz – von der Feldtheorie zur Systemtheorie. *Zeitschrift für Psychologie*, 201, 5-43.
- Bowlby, J. (1988). *A secure base: Clinical implications of attachment theory*. London: Routledge.
- Grawe, K. (1998). *Psychologische Therapie*. Göttingen: Hogrefe.
- 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 (Eds.), *Strategisch-Behaviorale Therapie SBT – Theorie und Praxis eines innovativen Psychotherapieansatzes*. München: CIP-Medien.
- 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

- Kabat-Zinn, J. (2001). *Gesund durch Meditation. Das große Buch der Selbstheilung*. Bern, München: O.W. Barth.
- Lieb, R., Schreiner, A. & Müller, N. (2003). Epidemiologie von Angststörungen. *Psychotherapie*, 8(1), 86-102.
- 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.
- Reiss, S. & McNally, R.J. (1985). Expectancy model of fear. In S. Reiss & R.R. Bootzin (Eds.), *Theoretical Issues in Behavior Therapy* (S107-121). New York: Academic Press.
- Schmidt-Traub, S. (2000). *Panikstörung und Agoraphobie. Ein Therapiemanual* (2. Aufl.). Göttingen: Hogrefe.
- Schmidt-Traub, S. (2003). Verhaltenstherapie bei Panik und Agoraphobie im Jugend- und Erwachsenenalter. *Psychotherapie*, 8(1), 114-130.
- Schneider, S. & Margraf, J. (1998). *Agoraphobie und Panikstörung*. Göttingen: Hogrefe.
- Sulz, S. (1994). *Strategische Kurzzeittherapie*. München: CIP-Medien.
- Sulz, S. (2001). *Von der Strategie des Symptoms zur Strategie der Therapie*. München: CIP-Medien.
- Sulz, S. (2009). Praxis der Strategisch-Behavioralen Therapie: wirksame Schritte zur Symptomreduktion, zur Persönlichkeitsentwicklung und zur funktionalen Beziehungsentwicklung. In S. Sulz & G. Hauke (Hrsg.), *Strategisch-Behaviorale Therapie SBT – Theorie und Praxis eines innovativen Psychotherapieansatzes*. München: CIP-Medien.
- Sulz, S. & Hauke, G. (2009). *Strategisch-Behaviorale Therapie SBT – Theorie und Praxis eines innovativen Psychotherapieansatzes*. München: CIP-Medien.
- Sulz, S. & 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.

## ■ Korrespondenzadresse

Petra Jänsch  
Dipl.-Psychologin, Psychologische Psychotherapeutin (VT)  
Kobellstr. 13 | 80336 München  
Tel.: 089-12163014 | Praxis.jaensch@web.de