



Hautzinger (Hrsg.)

Kognitive Verhaltenstherapie

Behandlung psychischer Störungen
im Erwachsenenalter



BELTZ

Inhaltsverzeichnis aus: Hautzinger, Kognitive Verhaltenstherapie, ISBN 978-3-621-27771-6
© 2011 Beltz Verlag, Weinheim Basel
<http://www.beltz.de/de/nc/verlagsgruppe-beltz/gesamtprogramm.html?isbn=978-3-621-27771-6>

Vorwort

Verhaltenstherapie ist heute eines der einflussreichsten Therapieverfahren zur Behandlung psychischer Störungen. Die verschiedenen nationalen und internationalen Leitlinien zur evidenzbasierten Therapie psychischer Störungen dokumentieren das in eindrucksvoller Weise. Die Verhaltenstherapie hat diesen Platz zum Wohle der Patienten und von den unterschiedlichsten psychischen und somatischen Erkrankungen Betroffenen dadurch erlangt, weil sie in den Theorien und Methoden der Psychologie verankert ist und sich rigoros der (natur-)wissenschaftlichen experimentellen Prüfung und kontrollierten empirischen Evaluation gestellt hat bzw. stetig stellt.

Die Verhaltenstherapie als erfolgreiches, wirksames klinisches Interventionsinstrument hat sich seit den Anfängen vor über einhundert Jahren immer durch ein hohes Maß an Innovation, Kreativität und Offenheit, hohe Flexibilität und die Bereitschaft zur stetigen Weiterentwicklung ausgezeichnet. Schnell wurden und werden die klinischen Erneuerungen und kreativen Behandlungsvorschläge auf den empirischen Prüfstand gestellt, um bei mangelnder Evidenz bereitwillig verändert, adaptiert oder aufgegeben zu werden. So sind über die Jahrzehnte viele (Neu-)Entwicklungen längst wieder verschwunden, durch andere Methoden und Programme ersetzt oder in erfolgreiche Behandlungsstrategien integriert worden. Dabei haben sich jedoch auch bestimmte Verfahren und Herangehensweisen gehalten und immer wieder klinisch sowie empirisch bewährt.

Eine dieser Weiterentwicklungen begann vor über fünfzig Jahren und wird gerne als die »kognitive Wende« oder die »zweite Welle« der damals noch stark behavioristisch ausgerichteten Verhaltenstherapie bezeichnet. Die mit dieser Entwicklung verbundenen und in der Kognitionspsychologie verankerten Herangehensweisen führten zur »Kognitiven Verhaltenstherapie«, deren Vorschläge sich vor allem bei komplexen, chronischen und komorbiden psychischen Störungen bewährten und einen psychotherapeutischen Zugang ermöglichten. Diese Entwicklung ist längst nicht abgeschlossen und bringt bis heute, oft unter sehr eigenwilligen Bezeichnungen, interessante Interventionen hervor. Diese oft als »dritte Welle« der Verhaltenstherapie bezeichneten »meta-kognitiven«, »dialektischen«, »schemafokussierten«, »achtsamkeitsbasierten« oder »interpersonellen« Programme haben sich inzwischen in verschiedensten Untersuchungen bei bestimmten Störungsbildern bewährt, sind jedoch noch längst nicht zweifelsfrei etabliert. Dort, wo diese Weiterentwicklungen der Kognitiven Verhaltenstherapie erfolgreich und angemessen sind, werden sie in den Buchbeiträgen (z. B. bei Generalisierten Angststörungen, Depression, Borderline- und Persönlichkeitsstörungen) vorgestellt und hinsichtlich ihrer klinischen Bedeutung diskutiert. Interessanterweise finden wir in einigen Bereichen, insbesondere bei schweren Ausprägungen bestimmter Störungen (z. B. Depressionen, Sexualstörungen), sogar eine »Rückbesinnung« auf rein »verhaltensorientierte« Interventionen (z. B. Behavioural Activation).

Obwohl dieses Buch völlig neu ist, hat es eine Vorgeschichte: Die erste Auflage der »Kognitiven Verhaltenstherapie bei psychischen Störungen« erschien 1994 und hat bis zur dritten Auflage (2000) wenige Veränderungen erfahren. Die zwischenzeitlich stattgefundenen Entwicklungen, Erweiterungen und Effizienzprüfungen machten bei den Überlegungen für eine vierte Auflage eine Neukonzeption, Neugestaltung, Erweiterungen und umfassende Ergänzung nötig. Daraus ergab sich, dass es nicht angemessen ist (vielleicht nie war), die Bemühungen der Kognitiven Verhaltenstherapie bei Störungen im Kindes- und Jugendalter mit wenigen Kapitel in einem Buch unterzubringen, das seinen Schwerpunkt bei der Therapie von Störungen des Erwachsenenalters hat. Konsequenterweise wurden die früheren Kapitel herausgenommen und der Verlag publiziert parallel ein eigenständiges Buch zur Kognitiven Verhaltenstherapie bei Kindern und Jugendlichen. Weiterhin sind alle Kapitel in einheitlicher Weise gestaltet und von mir als Herausgeber bearbeitet. Dies schmälert nicht die Leistung und die inhaltliche Verantwortung der Autoren, erlaubt jedoch eine sehr viel bessere Abstimmung, die Vergleichbarkeit der enthaltenen Informationen und des Umfangs der Beiträge. Zu jedem Kapitel liegen (einheitlich gestaltete) online verfügbare Materialien vor, die für Betroffene und deren Angehörige im Rahmen von Behandlungen genutzt werden können. Schließlich wurden zahlreiche neue Kapitel verfasst, um bislang unterrepräsentierte Erkrankungen (z. B. Aufmerksamkeitsstörungen, körperliche Erkrankungen, Demenz), für die inzwischen bewährte Kognitive Verhaltenstherapien vorliegen, aufzunehmen. Aufgrund dieser grundlegenden Neugestaltung und konzeptionellen Veränderung, stellt dieses Buch keine vierte Auflage des früheren Buch mit gleichem Titel dar, sondern es ist ein neues, modernes, praxisnahes Buch entstanden, das sich ideal zur Aus- und Weiterbildung, zur Prüfungsvorbereitung in der Psychotherapieausbildung, doch auch für vertiefende Seminare im Masterstudium der Psychologie eignet.

Den Autoren und dem Verlag, insbesondere Karin Ohms, bin ich zu großem Dank verpflichtet. Die durchweg therapeutisch erfahrenen, wissenschaftlich tätigen und mit dem jeweiligen Störungsbild bestens vertrauten Autoren haben neue Beiträge erstellt bzw. ihre früheren Beiträge grundlegend überarbeitet, sodass die Leser nun ein aktuelles Bild der Diagnostik und der evidenzbasierten Psychotherapie vorliegen haben. Kliniker, Praktiker, Psychotherapeuten, Ausbildungskandidaten und Studierende erhalten so eine wissenschaftlich fundierte, doch praxisnahe Darstellung des gegenwärtigen Wissenstandes, verbunden mit hilfreichen Empfehlungen für Therapiehandbücher, Materialien und weiterführende Literatur.

Mir als Herausgeber bleibt neben dem Dank an alle Beteiligten und dem Verlag nur den Lesern das Versprechen zu geben, dass Neuentwicklungen und Verbesserungen der Kognitiven Verhaltenstherapie auch weiterhin zu erwarten sind und diese, sollten sie sich bewähren, in einer Neuauflage selbstverständlich Berücksichtigung finden werden.

Tübingen, im Frühjahr 2011

Martin Hautzinger

3 Generalisierte Angststörung

Jürgen Hoyer



Fallbeispiel

Frau K., 43 Jahre alt, alleinerziehende Mutter zweier Kinder, Vertriebsleiterin in einem Anzeigenblatt, leidet seit Jahren zunehmend unter übermäßigen Sorgen hinsichtlich verschiedener Themen (u. a. Gesundheit, Wohlergehen der Kinder, soziale Beziehungen, finanzielle Sicherheit). Momentan reagiert sie bereits bei alltäglichen Problemen mit Angst und Gereiztheit, fühlt sich im sozialen Kontext auch bei eigentlich neutralen Bemerkungen leicht angegriffen. Aus Angst vor Unfällen meidet sie Autofahrten. Sie plant ihren Alltag akribisch, gerät aber bei kleinsten Störungen des Tagesablaufs (z. B. Stau, überraschende Anrufe) in Panik. Sie hat dann Sorge, der gesamte Tagesablauf könne »zusammenbrechen«, sie könne die daraus resultierenden Alltagsschwierigkeiten allein nicht bewältigen und dieser Situation dann emotional nicht gewachsen sein, was sich in Anspannung und Gereiztheit äußert. Sie leidet unter massiven Schlafproblemen, Muskelverspannungen und wochenlang andauernden Kopfschmerzen. Frau K. erklärt ihre Erkrankung mit mehrfachen Belastungen, die sie nach der Trennung von ihrem Ehemann allein bewältigen musste. Den Ausschlag zur Therapieaufnahme hat dann eine einzelne Panikattacke nach einem Verdacht auf Gebärmutterhalskrebs gegeben, der sich aber nicht bestätigt habe.

Bei der Generalisierten Angststörung (GAS) stehen überzogene Sorgen bzw. Erwartungssängste im Vordergrund. Die Besorgnis ist exzessiv, aber nicht unbedingt unrealistisch. Begleitet werden die Sorgen von einem hohen Anspannungsniveau und unterschiedlichen körperlichen Symptomen, die für viele Patienten erst den Anlass darstellen, therapeutische Hilfe in Anspruch zu nehmen. Vor allem klagen Patienten über Schlafschwierigkeiten, Ruhelosigkeit, Muskelverspannungen, Nervosität und erhöhte Reizbarkeit. Da dem Störungsbild ein auffälliges Merkmal (wie zum Beispiel das Paniksyndrom bei der Panikstörung) zu fehlen scheint, wird die Generalisierte Angststörung oft nicht erkannt, sodass die Patienten ohne effektive Behandlung bleiben.

3.1 Klassifikation

Die diagnostischen Kriterien für die Generalisierte Angststörung nach ICD-10 sind bemerkenswert unspezifisch (vgl. Tab. 3.1). Im A-Kriterium wird nicht zwischen »Anspannung«, »Besorgnis« und »Befürchtungen« differenziert. Unter das B-Kriterium werden zahlreiche heterogene und recht unspezifische Symptome subsumiert, was die Abgrenzung zu anderen Störungen erschwert. Diesen Punkt »kompensiert« das ICD, indem die Diagnose Generalisierte Angststörung nicht vergeben werden darf, wenn die Kriterien anderer Angststörungen (wie z. B. der Panikstörung) erfüllt sind. Dies geht darauf zurück, dass in früheren diagnostischen Systemen Generalisierte Angststörung als Restkategorie betrachtet wurde – eine inzwischen überholte Vorstellung.

In der deutschen Modifikation (GM) des ICD-10 wird die Generalisierte Angststörung wie folgt beschrieben: Die Angst ist generalisiert und anhaltend. Sie ist nicht auf

Tabelle 3.1 Diagnostische Kriterien für die Generalisierte Angststörung nach ICD-10

A.	Ein Zeitraum von mindestens 6 Monaten mit vorherrschender Anspannung, Besorgnis und Befürchtungen in Bezug auf alltägliche Ereignisse und Probleme
B.	Mindestens 4 Symptome aus einer Liste mit 22 Symptomen (Vegetative Symptome, Thorax und Abdomen betreffend, psychische Symptome, allgemeine Symptome, Symptome der Anspannung, unspezifische Symptome)
C.	Die Störung erfüllt nicht die vollständigen Kriterien für eine Panikstörung, eine phobische Störung, eine Zwangsstörung oder eine hypochondrische Störung
D.	Die Störung ist nicht zurückzuführen auf eine organische Krankheit, eine organische psychische Störung oder auf eine durch psychotrope Substanzen bedingte Störung

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.

Die Kriterien der Generalisierten Angststörung werden im DSM-IV spezifischer definiert. Unter anderem versucht man, die Sorgen von Alltagsorgen abzugrenzen, indem man sie als »unkontrollierbar« charakterisiert. Ferner werden alle psychophysiologischen Symptome der Panikstörung nicht der Generalisierten Angststörung zugerechnet; die Zahl der störungsrelevanten eher körperlichen Symptome ist damit deutlich kleiner. Außerdem darf die Diagnose zusammen mit der für andere Angststörungen vergeben werden.

Die Kriterien der Generalisierten Angststörung sind zwischen ICD-10 und DSM-IV damit weniger konkordant als für die meisten anderen Störungen. Diagnostiziert man Patienten jeweils nach beiden Kriterienkatalogen, so ergibt sich nur in 41 Prozent der Fälle eine Übereinstimmung.

3.2 Epidemiologie, Verlauf und Komorbidität

Prävalenz. Die Generalisierte Angststörung ist eine Störung mit einer Lebenszeitprävalenz von ca. 5 Prozent und einer Punktprävalenz von 1,5 bis 3 Prozent. Das Geschlechterverhältnis (Frauen/Männer) liegt etwa bei 3 zu 2. Die Störung ist die häufigste Angststörung in der Primärversorgung. Viele Patienten erleben ihre Symptome eher als stress- und anspannungsbedingtes, letztlich körperliches Problem, für das der Allgemeinarzt zuständig ist; viele werden nicht richtig diagnostiziert und effektiv behandelt und stellen sich deshalb wiederholt mit unspezifischen Beschwerden vor (»high health care utilizer«). Dies impliziert hohe direkte und indirekte Kosten für das Gesundheitswesen, zumal die Störung unbehandelt meist chronisch verläuft. Ein Zuwachs an Wissen um das Problem und verbesserte Zuweisungswege sind somit dringend erforderlich.

Komorbidität. Komorbide psychische Störungen sind bei Patienten mit Generalisierter Angststörung sehr häufig; dies gilt allerdings in ähnlicher Weise für die meisten anderen Angststörungen. Komorbide Angststörungen sind auf Basis der Lebenszeitprävalenz in über 50 Prozent der Fälle mit Generalisierter Angststörung gegeben; am häufigsten ist die Soziale Phobie. Auch Major Depression und Dysthymie treten vermehrt gemeinsam mit der Generalisierten Angststörung auf, wobei die Generalisierte Angststörung der Depression häufiger vorausgeht als umgekehrt.

Ferner ist eine überzufällige Komorbidität für die Generalisierte Angststörung auch im Hinblick auf verschiedene *körperliche* Erkrankungen beschrieben worden. Dies gilt insbesondere für gastrointestinale Erkrankungen wie Magengeschwüre und das Reizdarmsyndrom.

3.3 Diagnostik

Die Diagnose der Generalisierten Angststörung erwies sich in Studien als weniger reliabel als die anderer Angststörungen. Die Anwendung eines strukturierten klinischen Interviews (z. B. SKID) sollte deshalb der Standard sein. Nach unseren Erfahrungen kann die Generalisierte Angststörung auch von erfahrenen Angsttherapeuten übersehen werden, wenn sie als komorbide Störung zusammen mit anderen Angststörungen auftritt. Selbst nach Remission zum Beispiel einer Panikstörung würden die Patienten dann weiter klagen, es gehe ihnen nicht gut, sie machten sich »zu viele Gedanken«, seien nach wie vor nervös etc. Wird eine komorbide Generalisierte Angststörung jedoch bereits bei Behandlungsbeginn erkannt, so kann der Therapeut die für diese Patienten typischen Schwierigkeiten, unsichere und subjektiv risikobehaftete Situationen aufzusuchen, antizipieren und in der Fallkonzeption berücksichtigen.

Ein bewährter Fragebogen zur Quantifizierung und damit zur vergleichenden Bewertung der Sorgenproblematik ist der Penn State Worry Questionnaire. Die Skala 2 des Metakognitionsfragebogens hilft, die spezifischen, auf die Sorgen bezogenen Befürchtungen (»Sorgen schwächen mich«, »Ich muss unbedingt etwas gegen die Sorgen unternehmen«) zu identifizieren, die für klinische relevante Sorgen typisch sind. Beide Fragebögen sind in Becker und Margraf (2007) abgedruckt.

3.4 Bedingungsmodell

Die derzeit wichtigste Theorie zur Erklärung der Entstehung und Aufrechterhaltung der Generalisierten Angststörung ist die »Vermeidungstheorie der Sorgen« von Borkovec und Kollegen (Borkovec et al., 2004). Danach können Sorgen dann übermäßig stark und chronisch werden, wenn sie vor allem die Funktion haben, emotionale Erregung und aversive emotionale Erfahrungen zu vermeiden.

Sorgen werden in diesem Ansatz als vornehmlich kognitiver Prozess aufgefasst, wobei abstrakte gedankliche Überlegungen (»Es könnte etwas geschehen«) gegenüber konkreten Vorstellungsbildern (die auch intensive Emotionen auslösen könnten) im Vordergrund stehen. Borkovec und Kollegen fanden experimentelle Belege, dass Sorgen die physiologische Reaktionskomponente der Emotionen bei Patienten mit Generalisierter Angststörung abmildern. So ist zu erklären, dass es bei der Generalisierten Angststörung zwar zu exzessiven Sorgen kommt, aber eben nicht zu intensiver Angst, z. B. in Form von Panikanfällen. Ebenfalls gut bestätigt ist, dass bei Patienten mit Generalisierter Angststörung die Vigilanz erhöht und die Herzratenvariabilität geringer ist: Sie sind durch ihre Sorgen in einer Art dauerndem Vor-Alarm-Zustand. Weiterentwicklungen dieser Theorie gehen davon aus, dass nicht nur Angst durch übermäßige Sorgen reguliert wird, sondern auch andere starke Emotionen, zum Beispiel Trauer, Wut, Frustration oder starke Freude.

Kurzfristig verringern die Sorgen also die physiologische Erregung (was potentiell als negative Verstärkung wirkt). Langfristig werden die Emotionen jedoch nicht ange-

messen verarbeitet. Die entsprechenden kognitiven Netzwerke werden nicht aktiviert und es findet kein ausreichendes Inhibitionslernen statt. Dazu passen auch Befunde, dass Sorgen während eines unangenehmen Films zunächst die Ängste reduzieren, aber über einen Zeitraum von drei Tagen zu mehr Intrusionen durch den Film führen. Zudem gibt es auch Berichte von Betroffenen, dass sie die Sorgen bewusst einsetzten, um noch emotionalere Themen zu vermeiden. Auch andere Hintergründe der Vermeidungsfunktion werden diskutiert. So ist aus Sicht der kanadischen Arbeitsgruppe um Michel Dugas die Unsicherheitsintoleranz ein wesentliches psychologisches Merkmal der Generalisierten Angststörung. Wer aber Unsicherheit schlecht ertragen kann, der wird sich häufig sorgen, um alle Eventualitäten bedacht zu haben. Die Arbeitsgruppe von Michelle Newman legt wiederum den Schwerpunkt auf die aus ihrer Sicht für GAS typischen interpersonellen Probleme und Konflikte.

Allen genannten Ansätzen ist die Annahme gemeinsam, die Sorgen deckten eine Vermeidungsfunktion ab:

- ▶ Vermeidung von physiologischer Hypervigilanz
- ▶ Vermeidung von intensiven Emotionen
- ▶ Vermeidung interpersoneller Konflikte/Probleme
- ▶ Vermeidung von Unsicherheit

Was würde passieren, wenn die Patienten die Erfahrung machten, dass starke physiologische Erregung, intensive Emotionen sowie Situationen, die von starker Unsicherheit geprägt sind, sie *nicht* überfordern, sondern einfach nur (kurzzeitig) unangenehm sind? Wenn sie lernten, dass sie das, was sie befürchten, überwinden und daraus gestärkt hervorgehen könnten? Sie wären dann nicht mehr einseitig auf den Bewältigungsmechanismus »Sich Sorgen machen« angewiesen! Genau dies ist die Logik des im Folgenden beschriebenen Behandlungsansatzes.

3.5 Therapieplanung und -durchführung

Zahlreiche Verfeinerungen oder Erweiterungen der verhaltenstherapeutischen Behandlungsformen wurden für die Generalisierte Angststörung entwickelt und empirisch geprüft:

- ▶ Die massierte Sorgenexposition (vgl. Becker & Margraf, 2007; Hoyer et al., 2009), bei der das bei anderen Angststörungen erfolgreiche Prinzip der Konfrontationsbehandlung mittels Exposition in sensu auf die Generalisierte Angststörung übertragen wird.
- ▶ Interpersonell-experientielle Ansätze, bei denen das verhaltenstherapeutische Vorgehen um Übungen aus der interpersonellen und der experientiellen Therapie ergänzt wird.
- ▶ Akzeptanz- bzw. Mindfulness-basierte Verhaltenstherapie.
- ▶ Ein das Problem der Unsicherheitsintoleranz besonders berücksichtigendes Vorgehen, bei dem ein zusätzliches Therapiemodul der kognitiven Umstrukturierung bezüglich der Unsicherheitsintoleranz gewidmet ist.

- ▶ Die metakognitive Therapie, bei der kognitive Therapie sich speziell auf die oben beschriebenen »Meta-Sorgen« (Sorgen darüber, dass Sorgen auf die Dauer selbst gefährlich werden könnten) bezieht.

Für die genannten Ansätze gilt, dass sie auf die Vermeidungstheorie der Sorgen Bezug nehmen und dass Exposition eine mehr oder weniger zentrale Rolle in der Behandlung spielt. Die Expositionsbehandlung, speziell die im Falle der Generalisierten Angststörung zentrale Exposition in sensu, stellen wir deshalb in den Vordergrund. Folgende Interventionsphasen sind zu unterscheiden:

(1) Informationsvermittlung

Die wichtigsten Inhalte in der psychoedukativen Phase der Therapie sollten sein (Becker & Hoyer, 2005):

- ▶ Was versteht man unter einer Generalisierten Angststörung?
- ▶ Was ist Angst?
- ▶ Welche Funktionen hat sie, wie kann sie beschrieben werden?
- ▶ Wie entsteht eine Generalisierte Angststörung?
- ▶ Wie sieht das persönliche Bedingungsmodell des Patienten aus?

Compliance schaffen. Zudem sollten in dieser Phase die Grundlagen für eine aktive Kooperation des Patienten gelegt werden. Hierzu zählen frühzeitige, geeignete Absprachen über therapeutische Hausaufgaben, eine verbesserte Selbstbeobachtung (z. B. strukturierte Tagebücher in Bezug auf Sorgen; ihre Thematik, Häufigkeit und Konsequenzen) und die Erwartung an den Patienten, dass er grundsätzlich bereit ist, sich auf neue Erfahrungen und Sichtweisen einzulassen. Die ersten Therapiephasen (Informationsvermittlung und kognitive Vorbereitung) sollten also angesichts der oft sehr festgefahrenen Vermeidungstendenzen der Patienten dazu genutzt werden, Ängste vor der Therapie und der Veränderung abzubauen und umgekehrt positive Erwartungen zu aufzubauen, die ein Klima erzeugen, in dem der Patient sich wirklich auf die neuen Erfahrungen der Expositionsbehandlung einlassen kann.

Gefährliche Welt? In diesem Zusammenhang wäre zu besprechen, ob sich ein Schema »Die Welt ist ein gefährlicher Ort« entwickelt hat: Wie wurde mit Krankheiten oder auch Stress umgegangen? Wie wurden Probleme gelöst? Wie »gefährlich« schienen die Eltern die Welt zu finden? Welche Modelle gaben sie im Umgang mit Angst? Inwieweit fühlten die Kinder Kontrolle, hatten das Gefühl, Kompetenzen entwickelt zu haben, die sie auf Probleme vorbereiteten?

Hat sich vor einem solchen Hintergrund eine Schwäche (Vulnerabilität) ausgebildet, auf Angst vorschnell oder übermäßig stark zu reagieren, so können, wie im einleitenden Fallbeispiel beschrieben, kritische Lebensereignisse oder kumulierende alltägliche Belastungen eine Generalisierte Angststörung auslösen. Nach solchen Belastungen ist gezielt zu fragen. Vulnerabilitäten und aktuelle Belastungen können dann in einer einfachen und griffigen Variante des Vulnerabilitäts-Stress-Modells integriert werden.

Es gilt nun, die Patienten dafür zu sensibilisieren, wie sie in der Therapie lernen können, mit dieser Schwäche langfristig umzugehen. Viele Patienten möchten »angstfrei« werden und ein Leben ohne Stress führen. Diesen Auftrag darf der Therapeut

nicht annehmen! Es wird immer wieder Herausforderungen geben und Unsicherheiten gehören zum Leben.



Es ist deshalb wichtig zu vermitteln, dass es nicht darum gehen kann, Stressoren rigoros zu beseitigen (auch wenn in bestimmten Fällen eine Reduktion sinnvoll sein kann), sondern vielmehr, grundsätzlich neue Wege und Bewältigungsformen für die Probleme und Belastungen zu erlernen.

(2) Kognitive Vorbereitung

Eine erfolgreiche Vorbereitung auf die Konfrontationsbehandlung beginnt mit der Erarbeitung eines patientennahen Erklärungsmodells pathologischer Sorgen. Dieses berücksichtigt nicht nur Informationen über die Vulnerabilität, sich Sorgen zu machen (s. o.), sondern erklärt auch die Aufrechterhaltung bzw. die Tendenz, dass die Sorgen subjektiv immer stärker werden. Letzteres geht zum einen großen Teil auf kontraproduktive Gegenregulationsversuche zurück, und dies lässt sich dem Patienten gut über strukturierte Sorgentagebücher vermitteln: Bittet man die Patienten, in einem strukturierten Sorgenprotokoll zu vermerken, wann Sorgen aufgetaucht sind und was die Patienten gegen die Sorgen unternommen haben, dann findet man vornehmlich die folgenden Strategien:

(a) Sich rückversichern. Um sich keine Sorgen mehr »machen zu müssen«, versuchen sich die Patienten bei Familienmitgliedern, Freunden, Bekannten oder Fachleuten Bestätigung dafür zu holen, dass kein Grund zur Sorge besteht. Ferner versuchen sie zum Beispiel, Familienmitglieder oder Partner zu »kontrollieren«, sie telefonieren hinter jemandem her, um die Information zu erhalten, dass »alles gut gegangen ist«. Solche Kontrollversuche sind hier aber nicht der besondere, vielleicht auch angemessene Fall, sondern sie sind die Regel. Die Beschäftigung mit der Sorge kann erst aufgegeben werden, wenn die gewünschte, Sicherheit stiftende Information eingetroffen ist. Solange dies nicht der Fall ist, stehen die Sorgen aber im Zentrum der Aufmerksamkeit. Dass dies auf Dauer keinen angemessenen Umgang mit den Erwartungsängsten darstellt, ist den Betroffenen meist selbst klar. Denn was wäre, wenn die Sicherheit stiftende Information einmal nicht zu erhalten ist (zum Beispiel, weil das Telefonnetz gestört ist, jemand im Stau steht etc.)?

(b) Gedankenunterdrückung. Spätestens seit den experimentellen Untersuchungen zur Gedankenunterdrückung (vgl. z. B. Becker & Hoyer, 2005) weiß man, dass der Versuch, Gedanken zu unterdrücken, allenfalls kurzfristig erfolgreich sein kann. Im Gegenteil: Die Selbstinstruktion »Denke nicht an...!« macht auf paradoxe Weise genau diejenigen Gedächtnisinhalte, an die nicht gedacht werden soll, kognitiv besser verfügbar (der sog. Rebound-Effekt). Den meisten Patienten ist auch dieses Problem bewusst. Aber selbst wenn Patienten sagen, sie wüssten schon, dass man Gedanken nicht unterdrücken könne, ist es in der Therapie sinnvoll, ein kurzes Verhaltensexperiment a la »Denke nicht an einen weißen Bären!« durchzuführen. Jede eigene Erfahrung ist eindrucksvoller als ein bloßer Informationsaustausch! In den drei Minuten,

die der Patient nicht an weiße Bären denken soll, wird er mehr oder weniger kläglich an dieser Aufgabe scheitern. Ein eindrucksvoller Beleg dafür, wie wenig aussichtsreich diese Strategie ist! Sollte es – ein seltener Ausnahmefall – dem Patienten hingegen gut gelingen, nicht an den weißen Bären zu denken, dann heißt das übrigens, der Patient ist hervorragend in der Lage, seine Aufmerksamkeit an (andere) mentale Inhalte zu binden; eine Fähigkeit, die man bei der eigentlichen Sorgenexposition gut wird gebrauchen können. Dass der zu unterdrückende Gedanke dann im Nachhinein umso stärker auftaucht, ist aber eine bestens empirisch abgesicherte Vorhersage.

(c) Ablenkung und Sorgenketten. Ablenkung hilft ebenfalls nur kurzfristig, denn sie muss ja mehr Aufmerksamkeit binden, als es die Sorgen tun. Bei GAS-Patienten gibt es da nicht allzu viele Möglichkeiten. Was aber oft wirkt, sind: andere Sorgen! Bei den sogenannten Sorgenketten springen Patienten von Sorgenthema zu Sorgenthema, denn über keines der Themen wollen sie vertieft nachdenken; auf keines der Themen möchte sie sich emotional voll einlassen. Hier hilft, sich über weitere Themen »Gedanken zu machen«, um sich vom jeweils vorhergehenden Sorgenthema abzulenken. Wohin das aber langfristig führt, ist klar: Der Patient kann zu nahezu jedem beliebigen Thema auch sorgenvolle Gedanken assoziieren. So konnte kürzlich experimentell mit Hilfe impliziter Assoziationstests nachgewiesen werden, dass die Furchtstruktur bei GAS-Patienten größer als bei Gesunden ist.

(d) Medikamente und Alkohol-/Drogengebrauch. Um subjektiv wieder zur Ruhe zu kommen, setzen nicht wenige Patienten auch Medikamente als Hilfsmittel ein oder konsumieren Alkohol oder andere Drogen, um kurzfristig Entlastung von ihren belastenden Gedanken zu erfahren. Auch hier ist dem Patienten meist bewusst, dass dies nur ein (oft gefährliches) Hilfsmittel sein kann, aber keine Lösung.

Alle diese Bewältigungsversuche für die Sorgen können nur kurzfristig wirken; manche stärken langfristig sogar die Wahrscheinlichkeit, dass mehr Sorgen aufkommen. An dieser Stelle sollte die gemeinsame Auseinandersetzung mit der Frage stehen, was geschehen würde, wenn sich der Patient seinen Sorgen stellt (vgl. Becker & Hoyer, 2005). Hierbei können Angstkurven hilfreich sein. Welchen Verlauf würde die Angst nehmen, wenn eine Sorge bis zum Ende gedacht (bzw. gefühlt) würde? Was sind die Befürchtungen des Patienten? Viele Patienten befürchten einen starken Anstieg der Angst und sind sich außerdem nicht sicher, wie schnell die Angst wieder zurückgeht. Hier schließt sich dann oft die Angst an, verrückt zu werden, »durchzudrehen« oder nicht zur Ruhe zu kommen. Hier ist die Gesprächsstrategie des Konkretisierens von zentraler Bedeutung: Was *genau* könnte passieren? Hätte dies vermeintlich bleibende Konsequenzen? Sind die Befürchtungen des Patienten genau exploriert worden (zum Beispiel: »Ich würde durchdrehen und irgendwann in die Klinik müssen«; »Ich könnte nicht einschlafen und müsste mich krank schreiben lassen« etc.), gilt es, die alternativen, weniger katastrophalen Möglichkeiten zu erörtern. Einige Patienten kommen von allein zu dem Schluss, dass die Angst von selbst zurückgehen könnte. Wenn der Patient diese Möglichkeit anspricht, sollte sie ausführlich erörtert werden, ansonsten muss der Therapeut selber diese Möglichkeit nennen und Wirkungsweisen der Ha-

bituation beschreiben. Es sollte vermittelt werden, dass bei der ersten Konfrontation mit relativ viel Angst zu rechnen ist, und diese vermutlich eine ganze Weile bestehen bleibt, dann aber von allein zurückgehen kann. Auf jeden Fall wäre der Patient einen Schritt weiter: Er wüsste nun, was wirklich passiert, wenn er nicht mit vielfältigen Strategien versucht, der Angst auszuweichen. Der Patient muss allerdings wissen: Brauchbare neue Erfahrungen sind nur möglich, wenn keine Vermeidungsstrategien eingesetzt werden. Voraussetzung für die Habituation ist, dass man die Angst zulässt und einfach abwartet, ohne den Versuch, sie aktiv zu reduzieren. Es muss außerdem klar sein: Nur über diese Dinge zu reden, ist nicht ausreichend, neue Erfahrungen sind hingegen das A und O der Therapie!

(3) Sorgenexposition

Eine geeignete Sorge auswählen. Welche Sorgen sind für die Sorgenexposition geeignet? Die Sorge, der Wagen könnte versehentlich im Parkverbot abgestellt worden sein? Vermutlich eher nicht, denn das ist eine nur vorübergehende Sorge. (Typische Intervention eines kognitiven Verhaltenstherapeuten: »Würde Sie dieses Problem eine Woche später noch beschäftigen?«). Oder die Sorge, man könnte durch die Prüfung fallen? Diese Sorgen ist ebenfalls weniger gut geeignet, denn um dieser Art von Sorgen Herr zu werden, sollte man die Ausgangslage ändern (und sich gut vorbereiten). Grundsätzlich gilt es demnach, wichtige (nicht nur vorübergehende) Sorgenthemen auszuwählen, hinter denen keine gut lösbaren Probleme stehen. Die häufig wiederkehrende Angst einer Mutter, ihren Kindern könnte etwas zustoßen, würde diesem Grundsatz entsprechen. Diese Art von Sorgen wäre zwar nicht als unrealistisch einzustufen (passieren kann immer etwas), sie ist aber überzogen, weil sie (in diesem Fall) soviel Zeit und mentale Ressourcen beansprucht. Da Patienten häufig eine Flut von Sorgenthemen mitbringen, helfen Hausaufgabenblätter, auf den sie ihre Sorgen danach ordnen müssen, ob die Probleme wichtig, unlösbar und überzogen sind (Hoyer & Heidrich, 2009). Ein solches Übungsblatt findet sich in folgendem Kasten.

Welche meiner Sorgen sind überzogen?

Lernen Sie zu entscheiden, welche Sorgen wirklich Ihre Aufmerksamkeit verdienen, bei welchen Sie Lösungswege suchen sollten und bei welchen Sie versuchen sollten, die Erwartungsangst besser zu bewältigen!

Wenn Sie Ihre typischen Sorgen in der unten stehenden Tabelle jeweils von 0–10 danach einschätzen, wie wichtig sie sind, wie unlösbar das dahinterstehende Problem ist und wie überzogen Sie Ihre Beschäftigung mit dem Sorgenthema finden, dann kann Ihr Therapeut/Ihre Therapeutin besser beurteilen, welche Sorgenthemen auf welche Weise in der Therapie zu bearbeiten sind.

Sorgenthema (bitte eintragen)	Wie wichtig ist das Thema? (0–10)	Wie unlösbar ist das Problem? (0–10)	Wie überzogen sind meine Sorgen zu dem Thema? (0–10)

Eine geeignete Szene auswählen. Ist auf diese Weise eine geeignete Sorge ausgewählt, beinhaltet sie oft mehrere mögliche Szenerien oder auch katastrophale Ausgänge. Zum Beispiel könnte die Sorge »Meinem Kind wird etwas zustoßen« einzelne Szenarien beinhalten, wie »Wie werde ich die Nachricht aufnehmen?«, »Wie sage ich es meinem Mann?«, »Wie werde ich es aushalten, wenn ich erfahre, dass das Kind bleibende Schäden davon trägt?« etc. Diese Facetten der Sorgen müssen erarbeitet und dann eine Sorge ausgewählt werden, die besonders ängstigend ist. Häufig sind dies Szenen, in denen ein Angehöriger stirbt bzw. gestorben ist und die Person darüber informiert wird. Solche Szenen sind grundsätzlich durchaus gut für die Sorgenexposition geeignet, weil die Patienten gerade bei diesen Szenen erwarten, dies emotional nicht durchzustehen – und in der Therapie die Erfahrung machen können, dass es ihnen doch gelingt.

Es empfiehlt sich aber nur dann, mit diesen emotional besonders belastenden Szenen zu beginnen, wenn der Patient dies nicht als Überforderung erlebt. Man arbeitet nur mit Szenen, deren Bearbeitung sich der Patient nach der kognitiven Vorbereitung auch zutraut.

Die gewählte Szene soll nun bis zu ihrem katastrophalen Ende möglichst realistisch und konkret ausgestaltet werden. Die genauen Fragen des Therapeuten nach allen Details dieser möglichen Szene widersprechen den bisherigen routinemäßigen Verarbeitungsmechanismen des Patienten deutlich und verlangen vom Therapeuten zugleich Interventionssicherheit und Fingerspitzengefühl. Alle Sinnesqualitäten sollten konkret erfragt werden (visuelle, akustische, kinästhetische/taktile, olfaktorische und gustatorische). Gleichzeitig sind die spezifischen emotionalen und physiologischen Reaktionen des Patienten in der Szene zu berücksichtigen.

Zum Schluss wird die gesamte Szene zusammengestellt, einmal in der Gänze beschrieben und mit dem Patient besprochen, ob diese Vorstellung so zu ihm passt, ob seine Reaktionen seine Gefühle richtig beschreiben. Es sollte ein möglichst lebhaftes und gut ausgearbeitetes »Drehbuch« entstanden sein, das mit dem Patienten gemeinsam entwickelt wurde. Dabei ist es empfehlenswert, keine zu lange Vorstellung zu wählen und Szenenwechsel zu vermeiden.

Vorstellungstraining. Manche Patienten haben Schwierigkeiten, bildhafte Vorstellungen entstehen zu lassen. Da es aber für die Konfrontation sehr wichtig ist, ein lebhaftes Vorstellungsbild zu produzieren, muss ggf. ein Vorstellungstraining der eigentlichen Konfrontation vorangestellt werden. Hier werden in kleinen Schritten harmlose Vorstellungsbilder trainiert. Eine Beschreibung eines solchen Trainings findet sich bei Becker und Margraf (2007).

Konfrontation in sensu. Ist ein Vorstellungsszenario entwickelt, kann die Konfrontation durchgeführt werden. Es ist sinnvoll, zuvor noch einmal das Ziel der Übung in Erinnerung zu rufen: Es soll intensive Angst erlebt werden, damit alle Beobachtungen, die in diesem Moment gegeben sind, systematisch ausgewertet werden können. Der Patient sollte, wenn die Angst auftritt, nicht versuchen, sich abzulenken oder an etwas anderes zu denken und somit die Vorstellung »verlassen«. Er soll vielmehr in der Situation bleiben und auf die Angst achten und diese zulassen. Die Übung ist erfolgreich, wenn Angst auftritt und mit der Zeit in ihrer Intensität nachlässt.

Beim Vorgeben der Vorstellung bzw. beim Vorlesen des Sorgendrehbuchs baut der Therapeut an den Stellen, die vermutlich die stärkste Angst provozieren, längere Pausen ein. Ist der schlimmste Moment der Vorstellung erreicht, wiederholt er diese Szene in längerem Abstand. Eventuell kann ausgemacht werden, dass der Patient den Finger hebt, wenn es ihm nicht mehr gelingt, sich die Szenen vor Augen zu halten. Daraufhin kann der Therapeut die letzte Sequenz noch einmal wiederholen, um den Patienten möglichst lange in der Vorstellung einer Situation zu lassen. So eine Übung dauert in der Regel 10–20 Minuten, bevor der Therapeut sie beendet.

Nachbesprechung. An die Vorstellung schließt sich eine intensive Nachbesprechung an. Dabei sollten Therapeut und Patient einen Überblick darüber bekommen, wie viel Angst empfunden wurde. Es ist sinnvoll, gemeinsam für jeden Versuch die Angstkur-

ven aufzuschreiben. Bei der Vorstellung des schlimmsten Moments sollte die Angst mindestens in einen Bereich von über 50 auf einer Skala von 0 bis 100 liegen. Andernfalls ist verdecktes Vermeidungsverhalten wahrscheinlich. Wichtig ist insbesondere eine zielorientierte Gesprächsführung des Therapeuten, der kontinuierlich überprüft und ggf. nachfragt, ob es dem Patienten gelingt, das Sorgenszenario »in der Vorstellung zu halten«. Es kann auch sinnvoll sein, wenn die Vorstellung nicht intensiv genug ist, während der Sorgenkonfrontation nachzufragen »Was würde es jetzt noch schlimmer machen?«, »Welcher Teil der Szene macht besonders Angst (ist besonders schmerzlich)?« Es ist aber auch möglich, dass bereits durch die Entwicklung des Sorgendrehbuchs eine gewisse Gewöhnung an die Szene eingetreten ist. In diesem Fall sollte die Szene noch etwas »schwieriger« (= Angst auslösender) gemacht werden.

Die Vorstellungsübungen mit dieser einen Szene sollten so lange wiederholt werden, bis die Angst gesunken ist (in den Bereich unter 40). Dementsprechend sollten für die Therapiesitzungen Doppelstunden (\approx 100 Minuten) eingeplant werden. Sollte sich anfangs nur ein geringer Rückgang der Angst einstellen, ohne dass der Patient verdecktes Vermeidungsverhalten zeigt, so lassen sich aber auch aus diesem Resultat förderliche Schlüsse ziehen: Der Patient war in der Lage, sich der Situation zu stellen, ohne dass »etwas passiert ist«. Auf dieser Grundlage lässt sich dann gut weiterexperimentieren und üben. Deutliche Habituation ist wünschenswert, aber nicht unverzichtbar, um die Befürchtungen zu falsifizieren.

Hausaufgaben. Die Patienten sollen die Sorgenexposition zu Hause allein weiterführen. Dafür ist zunächst eine Anleitung zu erarbeiten, wie eine Vorstellung gestaltet werden sollte (nur eine kürzere Szene, katastrophaler Ausgang, möglichst viele Sinne ansprechen ...). Die Entwicklung einer solchen Szene sollte gemeinsam während der Sitzungen geübt werden und die Regeln, nach denen das »Drehbuch« geschrieben wird, sollten dabei verdeutlicht werden. Zur eigenständigen Erarbeitung der Szenen sind vorgefertigte und strukturierte Hausaufgabenblätter eine wichtige Hilfe. Bei der Durchführung kann eine Tonbandaufnahme unterstützend sein. Auch zu Hause gilt die Regel, dass die Vorstellungen so lange wiederholt werden müssen, bis die Angst absinkt. Der Patient sollte jeden Abend bzw. einmal am Tag zu einer möglichst festen Zeit ca. eine Stunde üben.

Generalisierung. Anfangs ist damit zu rechnen, dass keine allzu starke Generalisierung von einem Sorgenthema zu einem anderen auftritt. Der Patient sollte dementsprechend »immunisiert« werden, damit er nicht enttäuscht ist oder den Erfolg der Methode in Zweifel zieht. Somit müssen zunächst mehrere Sorgenbereiche mit Hilfe der Konfrontation in sensu behandelt werden. Erst mit der Zeit stellt sich die Generalisierung ein. Die Sorgen lassen dann insgesamt nach. Die Erfahrung, dass die Sorgen »verblassen« und am Ende verschwinden, wenn sie intensiv und wiederholt vorgestellt werden, führt im Allgemeinen auch zu einer neuen Einschätzung der Sorgen und der eigenen Fähigkeit, emotionale Zustände zu durchleben. Sie werden nun als kontrollierbar erlebt. Hinzu kommt, dass Befürchtungen, vom intensiven Sich-Sorgen verrückt zu werden oder einen Zusammenbruch zu erleiden, sich nicht bewahrheiten. Somit verlieren die Sorgen ihre Bedrohlichkeit.

(4) Verhaltensexperimente und Stärkung der Unsicherheitstoleranz

Konfrontation in vivo. Unterstützt wird die Konfrontation in sensu durch Konfrontation in vivo. Wie beschrieben, zeigen Patienten mit einer Generalisierten Angststörung Rückversicherungsverhalten und andere Kontrollversuche hinsichtlich unangenehmer Emotionen. Diese Verhaltensweisen gehören zu den aufrechterhaltenden Faktoren der Generalisierten Angststörung und werden mit Hilfe von Konfrontationsübungen bzw. Verhaltensexperimenten behandelt. Diese werden etwas zeitversetzt zur Konfrontation in sensu durchgeführt. Ziel der Verhaltensexperimente ist es, fortgesetzt die Befürchtungen zu überprüfen, dass es ohne überzogene Sicherheitsmaßnahmen (andauernde Sorgen, Rückversichern) zu (emotionalen) »Katastrophen« kommen wird.

Die gefürchteten Situationen werden dabei gezielt herbeigeführt oder aufgesucht, ohne dass der Patient auf sein Rückversicherungsverhalten zurückgreift, z. B. sollte der Patient den Partner nicht mehr anrufen, wenn dieser sich verspätet; keine exzessiven Listen zur Vorbereitung des Tages führen; Dinge entscheiden, ohne sich x-mal abzusichern, usw. Vielfältige Situationen, in denen der Patient Unsicherheit erlebt, sollen bewusst aufgesucht werden. So kann der Patient erneut überprüfen, was er in der Konfrontation in sensu bereits erfahren hat: Dass er der Konfrontation mit emotional belastenden und potentiell unsicheren Situationen gewachsen ist, dass Emotionen nur temporärer Natur sind und keinen Schaden anrichten. Die Konfrontation in vivo leistet somit einen äußerst wichtigen Beitrag zur Rückfallprophylaxe.

Die Vermittlung des Rationals der Konfrontation in vivo geschieht analog zu der Vermittlung des Rationals der Exposition in sensu. Wieder sollen zwei Punkte verdeutlicht werden: Zum einen hilft die Habituation, die Ängste langfristig zu verringern, zum anderen erlauben die Verhaltensexperimente das Durchleben der gefürchteten Situationen; sie erlauben neue Erfahrungen zu machen und Annahmen über den Wert und die Konsequenzen der Sorgen zu überprüfen.

Dies setzt eine sorgfältige Planung voraus. Sinnvoll ist es, ausführliche Beispiele von Vermeidungs- und Rückversicherungsverhalten zu sammeln und Alternativen zu überlegen, die im Verhaltensexperiment ausgetestet werden können. Dabei ist es wichtig, dass der Patient den Sinn der Verhaltensexperimente wirklich erkannt hat. Sonst kann es passieren, dass er ein Vermeidungsverhalten durch ein anderes ersetzt (z. B. wird der Schreibtisch zwar abends nicht aufgeräumt, aber dafür kommt der Patient am nächsten Tag eine halbe Stunde früher, um Ordnung zu schaffen). Trotzdem sind Patienten, ihren jahrelangen Erfahrungen entsprechend, oft zögerlich, etwas Neues zu versuchen. Etwas Neues ist aber nun gerade das Ziel der Therapie und wie gut und aufschlussreich eine Übung ist, lässt sich am besten diskutieren, *nachdem* man sie gemacht hat.

(5) Kognitive Therapie und Rückfallprophylaxe

Welche Rolle sollte die Kognitive Therapie spielen? Man kann davon ausgehen, dass sich in dem hier beschriebenen Vorgehen fortgesetzt implizit Angst fördernde Kogni-

tionen ändern: Der Patient lernt zum Beispiel durch die Sorgenexposition, dass selbst Erlebnisse mit dem schlimmsten möglichen Ausgang ihn nicht »verrückt machen« würden, ihn nicht bleibend schädigen würden. Er lernt durch die Verhaltensexperimente, dass Rückversicherung und Kontrolle für die Lebensqualität bei ihm längst mehr Kosten als Nutzen haben – und dass es dementsprechend besser ist, darauf zu verzichten. Kognitive Therapie sollte heißen, diese neuen Erfahrungen explizit werden zu lassen und den Grad der Überzeugung hinsichtlich der neuen Erfahrungen zu steigern. Die Frage »Was haben Sie daraus gelernt?« oder »Was leiten Sie selbst aus der Übung ab« gehört dementsprechend zu jeder Verhaltensübung ohnehin dazu. Häufig kann der Therapeut dabei im Modus des »geleiteten Entdeckens« bleiben, zumal viele Patienten spontan kognitive Veränderungen in der gewünschten Richtung berichten.

Eine explizite kognitive Arbeit sollte sich weniger auf einzelne gefahrenbezogene Kognitionen beziehen. Wenn die Patientin die Frage stellte: »Es ist doch nicht gefährlich, dass meine Enkelin am Wochenende allein zu ihrem Onkel fährt?«, so könnte ein »naiver« kognitiver Verhaltenstherapeut die Patientin dazu anleiten, die empirische Evidenz für diese Aussage zu prüfen. Er würde also fragen: »Was spricht dafür und was dagegen, dass dies gefährlich ist?« Eine kognitive Standardintervention – hier aber problematisch. Die Gefahr wäre, dass die Patientin im Grunde nur einen weiteren Versuch unternimmt, sich rückzuversichern. Die kognitive Therapie wäre demgemäß nur ein (potentiell unendlicher) Versuch, sich immer wieder zu versichern, dass Gefahren doch nur gering sind und hätte damit die gleiche Funktion wie die Sorgen selbst!

Unsere eigenen Studien haben gezeigt, dass die relevanten Kognitionen sich nach erfolgreichen Sorgenexpositionen auch ohne ein zusätzliches Therapiemodul zur kognitiven Therapie ändern (Hoyer et al., 2009). Zusätzliche kognitive Therapie dürfte aber für die Rückfallprophylaxe wertvoll sein und sollte deshalb in der letzten Therapiephase unbedingt eingesetzt werden. Was aber sind die relevanten Kognitionen? Vorsicht: Offensichtlich sind es nicht die Varianten der Sorgen selbst! Vielmehr sind es Kognitionen, die sich auf die Funktion der Sorgen beziehen, also Metakognitionen (Überzeugungen, die sich auf die Gefährlichkeit bzw. Funktion der Sorgen selbst beziehen) sowie Grundüberzeugungen über Gefahren und Sicherheit.

Für die Rückfallprophylaxe ist es entscheidend, dass Patienten besser geeignete Verhaltensregeln aus der Therapie mitnehmen. Sie können dies wortwörtlich tun, wenn sie ein Therapietagebuch führen, in dem die Resultate ihrer Therapieübungen, Hausaufgaben und Verhaltensexperimente dokumentiert sind. Ferner ist im Rahmen der Rückfallprophylaxe zu erarbeiten, welche neuen Einsichten und welche neuen Erfahrungen der Patient selbst als wichtig einschätzt, um seinen verbesserten Zustand aufrecht zu erhalten und was er dafür aktiv dafür tun kann, dass dies auch nach der Therapie in seinem Alltag präsent bleibt. Dabei geht es auch darum, sich selbst zu verpflichten, die oben beschriebenen Kontroll- und Rückversicherungsverhaltensweisen einzuschränken.

3.6 Wirksamkeit

In vielen Arbeiten zur Generalisierten Angststörung lässt sich die Einschätzung finden, kognitive Verhaltenstherapie sei bei dieser Angststörung weniger erfolgreich als bei anderen Angststörungen. Nimmt man die Höhe der publizierten Effektstärken einiger älterer kontrollierter Studien, so ist dieser Eindruck zutreffend. Andererseits ist zu bedenken, dass bei der Generalisierten Angststörung das Kernsyndrom (»Sorgen«) gar nicht – wie zum Beispiel bei der Panikstörung die Panikattacken – auf Null reduziert werden kann; dass die Störung stärker als andere Angststörungen zu einem chronischen Verlauf tendiert und dass in vielen Studien nur die relativ unspezifische Angstsymptomatik erfasst wurde. Gerade die neueren Studien zur Verhaltenstherapie der Generalisierten Angststörungen zeigen sehr günstige Effektstärken und Remissionsraten an (Hoyer & Gloster, 2009). Insgesamt ist kognitive Verhaltenstherapie mit den Erweiterungen (z. B. Metakognitive Therapie, Achtsamkeitstraining) als empirisch wirksame Methode bewährt und erreicht gute Erfolgsquoten.

Auch die Angewandte Entspannung nach Öst (s. Hoyer et al., 2007) ist als alleinige Therapiekomponente wirksam. Angesichts dessen, dass das Behandlungsrational bei der letztgenannten Methode vordergründig ein ganz anderes ist als bei der Exposition, stellt sich die Frage, welcher allgemeine Wirkfaktor den Erfolg beider Methoden erklären könnte. Aus unserer Sicht liegt die Antwort darin, dass Angstpatienten in beiden Fällen lernen, ihre ängstlichen Erwartungen und Sorgen nicht passiv über sich ergehen zulassen oder mit kontraproduktiven Kontrollstrategien zu reagieren, sondern sie lernen in beiden Fällen, wieder aktiver mit ihren emotionalen Problemen umzugehen und gewinnen Selbstwirksamkeitserwartung zurück.

Literatur

- Becker, E.S. & Margraf, J. (2007). Generalisierte Angststörung (2. Aufl.). Ein Therapieprogramm. Weinheim: Beltz.
- Becker, E.S. & Margraf, J. (2008). Vor lauter Sorgen ... Hilfe für Betroffene mit Generalisierter Angststörung (GAS) und deren Angehörige. Weinheim: Beltz.
- Becker, E.S. & Hoyer, J. (2005). Generalisierte Angststörung. Göttingen: Hogrefe.
- Hoyer, J., Beesdo, K., Gloster, A.T., Runge, J., Höfler, M. & Becker, E.S. (2009). Worry exposure versus applied relaxation in the treatment of generalized anxiety disorder. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 78, 106–115.
- Hoyer, J. & Gloster, A.T. (2009). Psychotherapy for GAD: Don't worry – it works! *Psychiatric Clinics of North America*, 32, 629–640.
- Hoyer, J., & Heidrich, S. (2009). Wann sind Sorgen pathologisch? *Verhaltenstherapie*, 19, 33–9.
- Hoyer, J., Beesdo, K. & Becker, E.S. (2007). Ratgeber Generalisierte Angststörung. Göttingen: Hogrefe.
- Portman, M.E. (2009). *Generalized anxiety disorder across the lifespan*. New York: Springer.