

Journal für

Neurologie, Neurochirurgie und Psychiatrie

www.kup.at/
JNeurolNeurochirPsychiatr

Zeitschrift für Erkrankungen des Nervensystems

**Verhaltenstherapeutische
Angstbehandlung durch Strategische
Kurzzeittherapie (SKT)**

Hauke G

Journal für Neurologie

Neurochirurgie und Psychiatrie

2008; 9 (4), 35-45

Homepage:

www.kup.at/

JNeurolNeurochirPsychiatr

Online-Datenbank
mit Autoren-
und Stichwortsuche

Indexed in
EMBASE/Excerpta Medica/BIOBASE/SCOPUS

Krause & Pachernegg GmbH • Verlag für Medizin und Wirtschaft • A-3003 Gablitz

P.b.b. 02Z031117M,

Verlagsort: 3003 Gablitz, Linzerstraße 177A/21

Preis: EUR 10,-

UPDATE

Spezifische Migräneprophylaxe mit CGRP-Antikörpern in der Praxis

VORTRAGENDE

Dr.ⁱⁿ Sonja-Maria Tesar

Medizinische Direktorin des LKH Wolfsberg und Leiterin der Kopfschmerzambulanz am Klinikum Klagenfurt
Präsidentin der Österreichischen Kopfschmerzgesellschaft

Dr. Francis Baudet

Facharzt für Allgemeinmedizin, spezielle Schmerzmedizin und psychotherapeutische Medizin



INHALTE & FORTBILDUNGSZIELE

- Differentialdiagnose Kopfschmerz und Migräne
- Aktueller Wissensstand zur Pathophysiologie der Migräne
- Warum ist Migräneprophylaxe wichtig?
- Wer kann von der modernen Migräneprophylaxe profitieren?
- Wie wirken CGRP-Antikörper und wie werden sie in der Praxis angewendet?
- Welche Bedeutung haben die unterschiedlichen Verabreichungsformen und Verabreichungsintervalle in der Praxis?
- Was sind die Spezifika der neuen Therapie mit Eptinezumab?
- Gatekeeper:in Hausärzt:in: Die wichtige Rolle der Allgemeinmediziner:innen bei der Migränetherapie
- Zahlen, Fakten, Q & A rund um Migräneprophylaxe mit CGRP-Antikörpern



2 DFP-Punkte



LINK ZUM E-LEARNING

[https://learn.meindfp.at/evaluate/
org/44238808/courses/
view-event?item_id=65379886](https://learn.meindfp.at/evaluate/org/44238808/courses/view-event?item_id=65379886)

Fortbildung verfügbar bis 29.2.2026

Verhaltenstherapeutische Angstbehandlung durch Strategische Kurzzeittherapie (SKT)

G. Hauke

Kurzfassung: Die besondere Stärke verhaltenstherapeutischer Angstbehandlung in der Praxis liegt in ihren erprobten Methoden für eine zügige Symptomreduktion. Daneben richten neuere Entwicklungen der Verhaltenstherapie zusätzlich ihre Aufmerksamkeit auf funktionelle Zusammenhänge hinter der Symptomatik. Sie entwickelten sich aus der Erfahrung, dass eine reine Symptombehandlung oft nicht ausreicht, um ein stabiles Behandlungsergebnis zu erzielen. Strategische Kurzzeittherapie bündelt diese Entwicklungen zu einem stringenten Behandlungsansatz. Unter Berücksichtigung primärer und sekundärer Emotionen lassen sich Reaktionsketten konzipieren, die ein tieferes Verständnis der

Angstsymptomatik ermöglichen. Die Therapiekonzeption erarbeitet dabei kognitiv-affektive Schemata der Patienten, so genannte Überlebensregeln, die in entscheidender Weise die Entwicklung von zielführenden Therapiestrategien definieren.

Abstract: Behavioral Therapeutic Treatment of Anxieties by Strategic Brief Therapy. The specific strength of behavioral-therapeutic treatment of anxieties in practice lies in its approved methodology for a speedy symptom reduction. Besides, newer developments in the area of behavior therapies direct, in addition, their attention upon functional connec-

tions behind the symptomatology. They developed from the experience that mere symptom reduction often did not produce a treatment outcome that was stable across time. Strategic Brief Therapy bundles up these developments to a stringent treatment approach. Considering primary and secondary emotion response chains may be conceptualized that enable a more thorough understanding of the anxiety syndrome. The present therapeutic approach also takes into account cognitive-affective schemes, termed survival strategies, whose characteristics determine the therapeutic strategy in a decisive manner. **J Neurol Neurochir Psychiatr 2008; 9 (4): 35–45.**

■ Einleitung

Analog zu Kanfers Selbstregulationssatz [1] entwickelte sich die Strategische Kurzzeittherapie (SKT) als eine weitere Form eines Selbstregulationskonzepts. Seit ihrer Begründung im Jahre 1994 haben sich die wesentlichen wissenschaftlichen und therapeutischen Weiterentwicklungen dieses Ansatzes theoretisch und konzeptionell bestätigt [2, 3]. Was zunächst als Entfernung vom klassischen behavioralen Ansatz erschien, befindet sich nun im Mainstream, erkennbar an der Übereinstimmung mit den Aussagen der „3rd wave“ der Verhaltenstherapie [4–7]. Kanfers großer Verdienst ist, dass er als erster und über Jahrzehnte als einziger die Verhaltenstheorie zur Systemtheorie erweiterte und damit sehr früh neben der Lernpsychologie die wissenschaftlichen Erkenntnisse der gesamten Psychologie einbeziehen konnte. Die Lernpsychologie ist zwar Basis der kognitiv-behavioralen Therapieverfahren geblieben, aber sie bauen heute auf allen Bereichen der wissenschaftlichen Psychologie und der Neurobiologie auf [8, 9]. Im Zuge dieser lebhaften Entwicklung sind insbesondere die genuin verhaltenstherapeutischen bzw. kognitiv-therapeutischen Begriffe der Strategie und Zielorientierung erhalten geblieben. Ihre Verankerung in diese Tradition will die Strategische Kurzzeittherapie durch ihren Namen betonen.

■ Angstpatienten erleben zu wenig Sicherheit

SKT fokussiert noch vor der Symptombehandlung den bei Angstpatienten hervorstechenden Konflikt zwischen Autonomie und Bindung [10]. Schon in der psychoedukativen Phase

der Therapie wird dieser anhand von Alltagserfahrungen plastisch herausgearbeitet. Angstpatienten sind oft in exzessiver Weise damit befasst, Sicherheit zu schaffen. Die Qualität ihrer diversen Bemühungen analysieren wir gemeinsam mit Hilfe des Schaubildes in Abbildung 1.

Im Mittelpunkt dieser Betrachtung steht ein Sicherheitsreservoir, das im optimalen Falle weder entleert noch überfüllt sein sollte. Dabei stellt der optimale Pegel den von Person zu Person variierenden subjektiven Sicherheitsollwert dar. Ist das Reservoir entleert, so löst dies Unsicherheit, Furcht und Bindungssuche aus. Ist es überfüllt, so resultieren Überdross und Langeweile. Es wird von mehreren Quellen

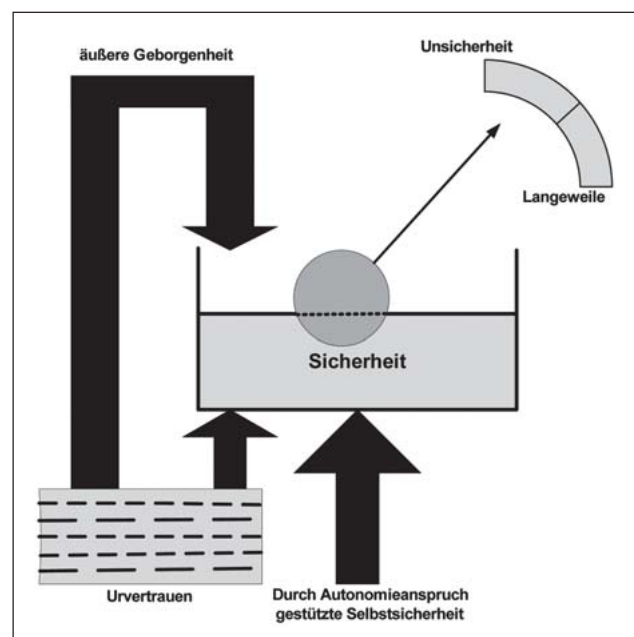


Abbildung 1: Modell der Sicherheitsregulation. Mod. nach [11].

Aus dem Centrum für Integrative Psychotherapie (CIP), München.

Korrespondenzadresse: Dr. phil. Gernot Hauke, Centrum für Integrative Psychotherapie (CIP), D-80637 München, Landshuter Allee 45; E-Mail: gernothonauke@arcor.de

Tabelle 1: Bedürfnisausprägungen aus den Bereichen Bindung und Autonomie

Bindung	Autonomie
Dazu gehören	Einfluss, Führung wollen
Zuverlässigkeit erfahren	Sich profilieren
Ein Gegenüber, ein Ideal haben, gefordert und gefördert werden	Hindernisse überwinden
Liebe, Zuneigung erhalten	Leistung
Empathie, Verständnis erfahren	Konkurrieren
Wertschätzung, Lob bekommen	Selbstbehauptung
Grenzen bekommen	Geltung und Ansehen
Willkommen sein	Freiraum
Harmonie	Selbst machen, selbst können
Schutz	Eigene Wege gehen
Geborgenheit	Spielerisches Ausprobieren
Wärme	Risiko- u. Experimentierbereitschaft

gespeist. Von außen durch die Nähe vertrauter Personen, welche Schutz und Geborgenheit vermitteln. Von innen durch (1) die vom Autonomieanspruch gestützte Selbstsicherheit und (2) die im Urvertrauen internalisierte Erinnerung an früher zuverlässig erfahrene externe Geborgenheit. Hoher Autonomieanspruch drosselt die Abhängigkeit und verstärkt die Unternehmungslust. Er stellt seinerseits eine Sicherheitsquelle dar, da er von innen heraus selbstsicher macht, so dass Geborgenheit nicht mehr so sehr bei vertrauten Mitmenschen gesucht werden muss. Das Urvertrauen repräsentiert frühe Lernerfahrungen und puffert den Sicherheitspegel gleich dem Autonomieanspruch von innen heraus gegen die Schwankungen situativer Außeneinflüsse ab. Diese Lernerfahrungen werden einerseits durch die Erfahrung sicherer Bindung geprägt, andererseits durch die früh ermutigte und bestätigte Selbsteffizienz. In Tabelle 1 sind verschiedene Bedürfnisausprägungen aus den Bereichen „Bindung“ und „Autonomie“ zusammengefasst.

Angstpatienten unterscheiden sich nicht nur durch die Höhe ihres Sicherheitsanspruchs, sondern vor allem in der Art, ihr Sicherheitsreservoir zu füllen. Demnach unterscheidet SKT idealtypisch zwei Extremvarianten der Sicherheitsregulation:

1. Nestflüchter: Abweisend, geringschätzig, Nähe vermeidend
 - Die Bedürfnisse nach Geborgenheit, Behaglichkeit und Unterstützung lässt man nicht aufkommen
 - Erinnerungen an Verletzbarkeit und Zurückweisung durch Bindungsfiguren in der Kindheit werden unterdrückt
 - Die Wichtigkeit von Bindung wird stark relativiert
 - Autonomie wird überbetont. Solche Patienten füllen ihr Sicherheitsreservoir durch einen übermäßig hohen Autonomieanspruch.

Das Nähesuchen stößt hier auf innere Barrieren: Das Bindungssystem wird hier durch verschiedene Strategien deaktiviert. Man kann der Bezugsperson nicht wirklich vertrauen, verlässt sich am besten möglichst ausschließlich auf sich selbst. Alles, was auf eine Verleugnung von Bindungsbedürfnissen und einen Rückzug auf eigene Aktivitäten zur Vergrö-

ßerung der Unabhängigkeit hinausläuft, kommt als deaktivierende Strategie in Frage (z. B. Herunterspielen von Gefahren).

2. Nesthocker: Besorgt, klammernd, besitzergreifend
 - Tiefe, durchdringende Ungewissheit bezüglich der Bereitschaft von Bindungsfiguren, große Zweifel und Unsicherheit die eigene Attraktivität betreffend
 - Klammernd, dependent.
 - Unfähigkeit, unangenehme Erfahrungen mit Bindungsfiguren der Kindheit und Jugend zu verarbeiten. Das führt zu lebenslanger Verstrickung und oft tief sitzendem Ärger mit Eltern und anderen Bindungsfiguren.
 - Emotionale Abhängigkeit wird überbetont. Dieser Angststypus füllt sein Sicherheitsreservoir durch das Herstellen übermäßiger äußerer Geborgenheit.

In diesem Fall ist ein Nähesuchen prinzipiell möglich: Hyperaktivierende Strategien werden eingebracht. Sie sollen einer erreichbaren, aber nicht responsiven oder nicht aufmerksamen Bindungsfigur die Gefahr deutlich machen, um sie zu bewegen, Schutz und Geborgenheit zu spenden. Dies schließt die Übertreibung von Gefahren ebenso ein, wie die ängstliche Überwachung des Verhaltens der Bindungsfigur. Entsprechende Copingstrategien sind darauf ausgerichtet, die Barriere, die einen Abgleich des aktuellen Sicherheitsgefühls mit dem Sicherheitsanspruch behindert, zu beseitigen: Aggressive, supplikative, weitere explorative Maßnahmen, wobei supplikative und explorative Strategien hier am häufigsten auftreten [12].

Aus dieser Sicht entstehen Sicherheitsdefizite und Angst dadurch, dass der hauptsächliche Weg das Sicherheitsreservoir aufzufüllen in irgendeiner Weise verstellt ist, so z. B. wenn Nestflüchter der Heirat zustimmen sollen bzw. wenn sich Nesthocker in einer Trennungssituation befinden.

■ Entwicklung der Fallkonzeption in der SKT

In Abbildung 2 werden Zusammenhänge dargestellt, die die Entstehung und Aufrechterhaltung einer psychischen Störung beschreiben. Diese wollen wir auf Problembereiche von Angststörungen anwenden.

Selbst- und Weltsicht

Patienten mit Angstsymptomen sind für entsprechende Reaktionsweisen in bestimmter Hinsicht disponiert. Insbesondere entwickelt sich bei ihnen eine spezielle Form der Selbst- und Weltsicht. Verhalten und Kognition sind stark beeinflusst durch eine Anzahl von Annahmen und Glaubenssätzen über das Leben und die Realität. Selbst- und Weltsicht sind nicht unabhängig voneinander. Vielmehr sieht das Selbst die Welt durch seine „Brille“. So stellt eine Weltsicht bzw. ein Weltbild die Art und Weise dar, das Universum mit seinem Leben darin und den erwarteten Vorgängen zu beschreiben. Es besteht aus einer Anzahl von Glaubenssätzen in Hinblick darauf, was existiert und was nicht existiert, was gut oder was schlecht ist, welche Erfahrungen wünschenswert oder nicht wünschenswert sind. Ein individuelles Weltbild definiert, was das Selbst in seiner Welt wissen oder tun kann, wie es

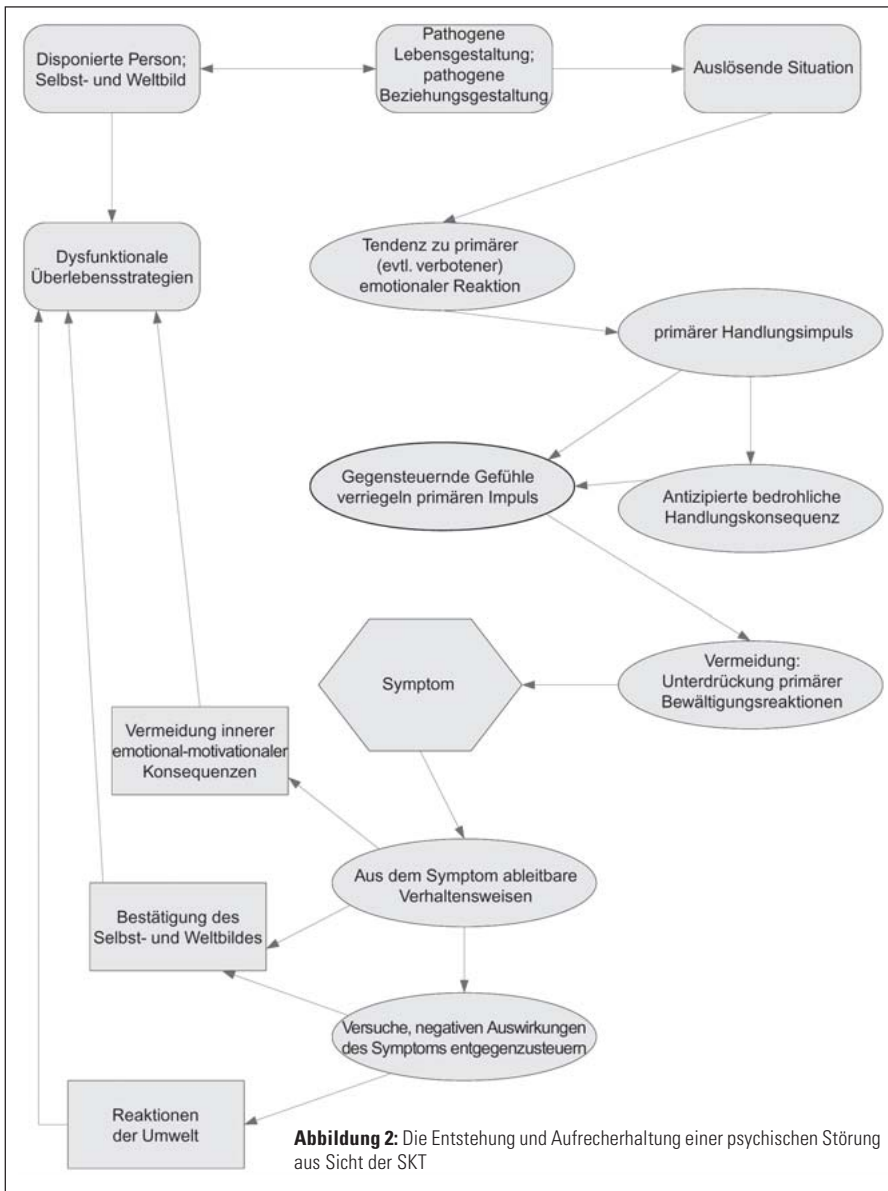


Abbildung 2: Die Entstehung und Aufrechterhaltung einer psychischen Störung aus Sicht der SKT

Solche Wahrnehmungsmuster sind bei Angstpatienten darauf ausgerichtet, Bedingungen zu erkennen und zu nutzen, um das benötigte Maß an subjektiver Sicherheit herzustellen und unter allen Umständen zu erhalten. Angstpatienten leben grundsätzlich in einer als unsicher oder sogar als gefährlich erlebten Umwelt. Es ist ein Ort, wo sich Nesthocker unbedingt die Gunst wichtiger, Sicherheit spendender Personen erhalten müssen, um emotional zu „überleben“. Nestflüchter dürfen bei ihrer Bedürfnisbefriedigung einen bestimmten Sicherheitsabstand zu solchen Personen nicht überschreiten. Sie fürchten um ihre Autonomie, die sie auf jeden Fall brauchen, da sie auf die zuverlässige Bindung an eine begehrte Umwelt nicht ohne Weiteres vertrauen können.

Überlebensregel

Personen, die Angst haben, kämpfen immer wieder um die Befriedigung ihres Sicherheitsbedarfs. Sie haben gelernt, sich auch in schwierigen Situationen, wenigstens ein Minimum davon zu verschaffen. Während Beck und Wright [13] das Selbst- und das Weltbild zu einer Grundannahme über das Funktionieren der Welt im Sinne einer Wenn-Dann-Aussage logisch verknüpfen und Grawe und Caspar [14] mit dem

dies tun kann und wie es zu jenem Wissen gelangen kann. Ein Weltbild definiert nicht nur, welche Ziele man im Leben anstreben kann, sondern auch, welche Ziele angestrebt werden sollten. Weltbilder enthalten in der Regel eine Anzahl ungeprüfter Annahmen. Obwohl unüberprüft, haben diese Annahmen jedoch eine übergeordnete Funktion dahingehend, dass sie epistemische und ontologische Grundlagen für andere Glaubenssätze innerhalb eines subjektiven Glaubenssystems zur Verfügung stellen. Die Selbstsicht präzisiert dann die Vorstellung, die jemand von sich selbst hat, seine Positionierung zu jener Welt und insbesondere den Platz, den das Selbst dort für sich sieht.

Oberplan den aus dieser Schlussfolgerung resultierenden Imperativ formulieren, verbindet die Überlebensregel beides zu einer Verhaltensregel im Sinne von O'Donohue et al. [15]. Sie kann für Nestflüchter bzw. Nesthocker den Satzbau aus Tabelle 2 haben.

Der Name Überlebensregel weist darauf hin, dass die Psyche einen Verstoß gegen diese Regel für nicht verträglich mit dem emotionalen Überleben in wichtigen Beziehungen hält [16, 17]. Die letzte Zeile in Tabelle 2 differenziert die zentrale Angst, die Patienten im interaktiven Kontext bei der Herstellung von Sicherheit erleben. Empirisch konnten hier 7 Angst-

Tabelle 2: Syntax dysfunktionaler Überlebensregeln für Nesthocker und Nestflüchter

Syntax	„Nestflüchter“	„Nesthocker“
Nur wenn ich immer ... niemals ... bewahre ich mir ... verhindere ich ...	auf Unabhängigkeit und Überlegenheit achte und bedürftig bin, Schwächen zeige, dann Kontrolle und Enttäuschungen, Zurückweisungen, Verletzungen	aktiv die Zuwendung anderer erreiche und Konflikte und eigene Bedürfnisse zeige dann Schutz, Geborgenheit und Harmonie und verlassen zu werden

kategorien, z. B. Trennungsangst, Angst vor Gegenaggression, usw. ermittelt werden [18, 19]. In der Therapie wird versucht, den übergeneralisierten Einfluss dieser Regeln auf das Verhalten zu minimieren, damit der Mensch freieren Zugang zu adaptiven Bewältigungsmöglichkeiten schwieriger Situationen hat.

Pathogene Lebens- und Beziehungsgestaltung

Die Umweltbedingungen sind in ständiger Wechselwirkung mit der Person und sind zugleich kennzeichnend für diese, da sie nicht eine von der Person völlig unabhängige Ursache darstellen, sondern von ihr konstruiert sind. Angst entsteht also im Wechselspiel zwischen Merkmalen der Person und der Situation, die zu einer Einheit, einem System, verschmelzen. Diese einzigartige dynamische Beziehung wird als Transaktion bezeichnet [20]. Dabei enthält jede Emotion eine spezifische handlungsleitende Bedeutung, die von der Person in der Beziehung zur Umwelt konstruiert wird. Solche Bedeutungen werden durch so genannte relationale Kernthemen beschrieben. Danach resultiert Angst, wenn ein solches Thema Aspekte von Bedrohung als dominante Einschätzungskategorie enthält. Pathogene Lebensgestaltungen (z. B. ständiges Vermeiden von Aktivitäten, bei denen man völlig auf sich selbst gestellt ist) bilden bald eine Sollbruchstelle, die schließlich zu einer Symptombildung führen muss. D. h., ohne die dysfunktionale Lebensgestaltung hätte die Problemsituation kein Symptom ausgelöst, da die Person andernfalls über genügend Ressourcen verfügen würde, die eine Problemlösung wahrscheinlicher machen. Wer sein Erleben nur auf einen einzigen Bereich gründet, z. B. Beruf oder Partnerschaft einschränkt, verliert sämtliche Verstärkungsquellen, wenn dieser Bereich extrem belastet wird. Wer aber noch über einen oder besser noch mehrere Bereiche, die ihm wichtig sind, verfügt, kann sich dort stärken, wenn andere Bereiche verkümmern, wegbrechen oder vergiftet sind.

Eine dysfunktionale bzw. pathogene Beziehungsgestaltung bildet sehr häufig den Hintergrund der Symptombildung bei Angststörungen. Die auslösende Situation wirkt dann eigentlich nur noch als der letzte Tropfen, der das Fass zum Überlaufen bringt. Hier finden wir verschiedene Formen der Beziehungsgestaltung im Dienste der jeweiligen Sicherheitsregulation. So gehen z. B. Nesthocker in die Position des Schutzsuchenden und machen sich emotional abhängig von einer sie leitenden und schützenden Person. Sie versuchen diese Beziehung zu stärken, indem sie wie ein Schatten auf die Bedürfnisse des Schutzspenders reagieren und selbst zu lange und zu viel auf die eigene Bedürfnisbefriedigung verzichten, so dass oft uneingestandene Trennungswünsche für Zündstoff sorgen können. Nestflüchter hingegen vermeiden nach Möglichkeit gefühlsmäßig nähere Beziehungen. Sie sehen z. B. ihr inneres Gleichgewicht gefährdet, wenn der Beziehungspartner einen bestimmten Sicherheitsabstand überschreitet und damit ihre Autonomie gefährden könnte.

Auslöser

Meist ist der Auslöser ein kritisches Lebensereignis, das die bisherige Praxis der Sicherheitsregulation überstrapaziert, wie z. B. das Erleben einer Trennung oder ein uneingestande-

ner Trennungswunsch in einer einengenden Partnerschaft. Nestflüchter entwickeln z. B. die Phobie, wenn die Vereinbarung zur Heirat gefallen ist. Seltener wirkt der Verlust eines Partners als Auslöser.

Primäre und sekundäre Emotionen und Reaktionen

Die meisten Emotionsforscher anerkennen den außerordentlichen Facettenreichtum des emotionalen Erlebens, mit dem der Praktiker in seinem Arbeitsalltag konfrontiert ist. Insbesondere erkennt man mehr und mehr die Bedeutung von so genannten Kognitionen höherer Ordnung, sowie der Interpretationen emotionaler Komponenten. In der Tat erkennt die psychologische Modellbildung immer mehr die Bedeutung von Reaktionen der Person auf ihre eigenen inneren bzw. emotionalen Erfahrungen (z. B. [21–23]). Man schlug vor, die emotionale Reaktion nach primärer und sekundärer Emotion zu unterscheiden.

Primäre Emotionen sind affektive Reaktionen, die man sich am besten als Bündel sensorischer und perzeptiver, also über die Körpererfahrung vermittelter, Informationen vorstellt. Primär meint ein zeitlich erstes und unmittelbares Gefühl als Resultat der Transaktion von Person und Umwelt. Primäre Gefühle wie Furcht oder Trauer werden z. B. sehr schnell durch Stimuluskonstellationen in Zusammenhang mit physischer Bedrohung bzw. dem Verlust eines geliebten Menschen ausgelöst. Ihre kognitive Verarbeitungstiefe ist vergleichsweise gering, verläuft subkortikal und außerhalb unseres Bewusstseins und ermöglicht eine schnelle Reaktion. Sekundäre Emotionen sind die Reaktionen auf die primären Emotionen und lassen sich ebenfalls neurowissenschaftlich gut begründen [24–26]. Es handelt sich dabei um gelernte emotionale Reaktionen. Oft wird das primäre Gefühl der Wut durch eine heftige Angstreaktion beantwortet: „Wenn ich meine Wut rauslasse, dann verlässt sie mich“ oder „wenn ich meine Wut rauslasse, dann erzeuge ich Gegenaggressionen, denen ich nicht gewachsen bin“. Je frustrierender, dramatischer die Situation ist, umso heftiger die primäre Emotion und umso massiver drängt der primäre Impuls zum Handlungsvollzug. Da die antizipierten Folgen unerträglich erscheinen, dürfen sie auf keinen Fall riskiert werden. Es muss alles versucht werden, damit der primäre Impuls nicht zum Vollzug kommt. Die Psyche erledigt dies, indem sie die primäre Emotion durch das sekundäre Gefühl ersetzt [27].

Damit verändert sich die Transaktion zwischen der Person und ihrer Umwelt. Dies zeigt sich z. B. in einer veränderten Selbstwahrnehmung, die das Kräfteverhältnis zugunsten des Gegenübers verschiebt. Dadurch ist der primäre Handlungsimpuls nicht mehr die beste Antwort und es kommt zu einer Unterdrückung des primären Handlungsentwurfs. Es ist nicht mehr die Situation, in der der andere auf höchst ärgerliche Weise frustriert oder provoziert. Stattdessen findet sich die Person in einer Situation, in der sie sich ohnmächtig ausgeliefert fühlt oder sich selbst daran die Schuld gibt, dass alles so gekommen ist. Möglicherweise wird auch nicht mehr der Gegenüber als Verursacher identifiziert, sondern das Schicksal. Diese sekundäre Einschätzung und das damit verbundene sekundäre Gefühl führen nun zu einem beobachtbaren Ver-

halten, das versucht, der Konfrontation mit dem Konflikt aus dem Wege zu gehen und mögliche negative Folgen eines assertiven Verhaltens zu vermeiden. Anders betrachtet handelt es sich dabei um ein Verhalten, das dem Selbstschutz dient und das Sicherheitsreservoir wieder auffüllt. Abbildung 1 verweist dabei auf die „äußere“ Sicherheitsquelle, die nicht aufs Spiel gesetzt werden soll. Die kognitiv-affektive Überlebensregel, die dieser Orientierung entspricht, könnte etwa lauten: „Nur wenn ich immer gemäß den Wünschen wichtiger Bezugspersonen denke, fühle und handle, und niemals eigene Bedürfnisse zulasse, die mit den ihren nicht vereinbar sind, bewahre ich mir den Schutz, die Wärme und Geborgenheit und verhindere ich, verlassen zu werden.“

Doch wenn Frustration und Bedrohung weiter ansteigen, das Sicherheitsreservoir also noch weitergehend entleert wird, um die Balance zwischen Selbst- und Beziehungsinteressen, zwischen Person und Umwelt auszutariieren, muss eine wirksamere Maßnahme gefunden werden. Wenn die Überlebensregel keine anderen potenziell wirksamen Handlungen erlaubt, so muss zum Symptom gegriffen werden, das einerseits hilft, die Überlebensregel einzuhalten und andererseits Entlastung im interpersonellen Bereich schafft, da es die symptomauslösende Situation erheblich verändert. Die Transaktion zwischen Symptomträger und Umwelt hat sich nun gänzlich verändert. Alle sind alarmiert und in der Beziehung ist nun das Problem der akuten Angsterkrankung eingetreten. Die Beziehung ist nun nicht mehr durch den Änderungsdruck des ursprünglichen Problems, z. B. Trennungsabsicht, gefährdet. Das soziale System ist vorerst stabilisiert und das Selbst wird vor dem Verlust seines sozialen Systems geschützt. Aus Sicht der selbstregulatorischen Bemühungen kommt noch ein anderer Aspekt hinzu. Die Aufmerksamkeit ist auf sehr konkrete und direkte Niveaus des Denkens und Handelns fixiert: Das ständige Umgehen mit den körperlichen und emotionalen Angstsymptomen, die ständige Beschäftigung mit Details der vermeidenden Alltagsbewältigung lassen wenig Raum für das Reflektieren übergeordneter Lebenszusammenhänge, für Gedanken über das Selbstverständnis, Zielsetzungen, Werte und Zukunftsprojekte. Diese Fixierung der Aufmerksamkeit auf sehr unmittelbare und konkrete Ebenen der Handlungssteuerung lässt das bisherige Selbstverständnis unangetastet, schützt die bestehende Identität [28]. Diese Konsequenz des Symptoms ist seine aufrechterhaltende Funktion: Das Vermeiden von Zugehörigkeits- und Beziehungsverlust, das Bewahren von selbstschützenden Befriedigungen, z. B. Schutz, Zugehörigkeit oder auch ein Minimum von Selbstständigkeit und Autonomie sind die rettenden Ergebnisse der Symptombildung. Das Bestätigen von Selbst- und Weltbild als kognitiver Repräsentanz des Selbst und der sozialen Umwelt ist eine ebenso bedeutsame Folge der Symptombildung. Die vorübergehende Diskrepanz ist abgebaut, die Psyche hat es vorerst geschafft, die Konfliktzone zu verlassen.

Ein Fall aus der Praxis

Die 32-jährige Patientin leidet seit etwa einem Jahr unter Agoraphobie mit Panik. Diese erlebe sie in Engesituationen wie in Warteschlangen, im Kaufhaus, beim U-Bahn-Fahren, aber auch ganz plötzlich, wenn sie alleine zu Hause

ist. Bei der Arbeit überfallen sie immer wieder Übelkeit, Schwindel und plötzliche Schweißausbrüche. Sie arbeitet in der Touristikbranche als Verantwortliche für die Programmgestaltung in einem Team.

Auslösende Situation: Frau R. lebte mit ihrem Freund zusammen, den sie sehr liebte und von dem sie sich ein Kind wünschte. Ihr Wunsch wurde immer drängender, worauf der Freund ihr die Trennung androhte und vorübergehend aus der gemeinsamen Wohnung auszog. Ein weiterer Auslöser war vor zwei Monaten das Angebot der Geschäftsleitung, beruflich aufzusteigen, mehr Verantwortung zu übernehmen und überregionale Koordinationstätigkeiten durchzuführen. Dies wäre mit intensiver Reisetätigkeit verbunden gewesen. Nach diesem Angebot erreichte die Angst Spitzenwerte, so dass sie nicht in die Arbeit gehen konnte.

Pathogene Lebensgestaltung: Die Patientin hatte sich ganz ihrer Beziehung gewidmet. Tagsüber ging sie in die Arbeit, die ihr leicht von der Hand ging und die sie nicht besonders forderte. Die Abende verbrachte sie mit dem Partner vor dem Fernseher sitzend. Ihre Hobbies und Interessen hatte sie vernachlässigt; ihre sozialen Kontakte beschränkten sich auf Arbeitsbeziehungen. Ansonsten pflegte sie keinerlei freundschaftliche Beziehungen, abgesehen von gelegentlichen Telefonaten auch keine Bekanntschaften. Ein nebenberufliches Studium hatte sie wieder aufgegeben, da sich der Partner über ihre häufige Abwesenheit ärgerte und sich beklagte, dass sie zu wenig Zeit für die Beziehung investiere.

Pathogene Beziehungsgestaltung: Sie pflegte die Beziehung zu ihrem Freund mit großer Hingabe, versuchte ihn mit gutem Essen, kleinen Aufmerksamkeiten und Fürsorge zu verwöhnen. Es galt ihr immer als Erfolgserlebnis, wenn er in ihrer Gegenwart Freudlosigkeit, Ärger und Verdruss abstreifen konnte und stattdessen gute Laune und Zuversicht zeigte. Sie bemerkte, dass er diese Art von Kontakt im Laufe der Zeit auch immer mehr suchte. Wenn er zu seinem Stammtisch oder zum Sport ging, blieb sie zu Hause und wartete sehnsüchtig, bis er wieder zurück war.

Was brachte sie als Persönlichkeit in diese Lebenssituation mit?

Ihre entwicklungsgeschichtliche Disposition: Ihre Lerngeschichte können wir als Transaktion mit ihrer familiären Umwelt verstehen. Ihren Vater, einen Bundeswehroffizier, schildert sie als stark, beschützend, jedoch wenig verfügbar. Sie ist immer gern in seiner Nähe gewesen. Die Beziehung, insbesondere die Nähe zu ihm, konnte sie immer durch Späße und gute Stimmung beeinflussen, dennoch schaffte sie es nur selten, ihn gefühlsmäßig vollkommen zu erreichen. Ständig hatte sie das Gefühl, dass er nicht ganz bei ihr war, dass sie seinen Maßstäben nicht wirklich genügen könne. Die Mutter hätte immer nur von sich geredet, habe insgesamt überfordert, ängstlich, launisch gewirkt und strikten Gehorsam eingefordert. Die Patientin war als

Kind sehr aufgeweckt, eine exzellente Schülerin und sehr gesellig.

Ihr kindliches Selbst- und Weltbild: „Ich brauche Schutz, Sicherheit, Zuverlässigkeit. Die bekomme ich vom Vater nur, wenn ich die aufgeweckte Tochter bin. Von der Mutter bekomme ich dies nur, wenn ich ihr eine verständnisvolle Zuhörerin bin, unter ihrer Aufsicht bleibe, sowie Gefahren und ihren Unmut vermeide.“

Daraus ergibt sich die Überlebensregel: Insgesamt resultierte ein eher unsicherer Bindungsstil, der ihr nur dann ein Minimum an Sicherheit und Geborgenheit vermittelt, wenn sie sich selbst in ihren Bedürfnissen zurücknimmt, negative Gefühle vermeidet oder unterdrückt und die Bedürfnisse ihrer Bezugspersonen möglichst gut bedient: „Nur wenn ich meinen Eltern eine angenehme Tochter bin und niemals eigene Wege gehe, bewahre ich mir Schutz und Sicherheit und verhindere es, allein der fremden bedrohlichen Außenwelt ausgeliefert zu sein.“ Diese für ein Erwachsenenalter dysfunktionale Überlebensregel führte zu einem eingeschränkten Verhaltensrepertoire.

Ihr dysfunktionaler Verhaltensstereotyp: Mit signifikanten Bezugspersonen stets lebhaft, innig und auf deren Bedürfnisse ausgerichtete Beziehungen eingehen und sich dadurch ihre zuverlässige Verfügbarkeit versichern. Darauf achten, möglichst nie allein von zu Hause wegzugehen; selektive Aufmerksamkeit für Hinweisreize möglicher Unmutsreaktionen bei wichtigen Beziehungspartnern.

Daraus ergab sich im Laufe der Zeit ein zunehmendes Dauerdilemma: Ihre großen Abhängigkeitsbedürfnisse, ihre Sollwerte an Schutz und Zuverlässigkeit konnte sie nur in einer entsprechend dependenten Beziehungsgestaltung ausreichend befriedigen. Vor dem Hintergrund des auf diese Weise gut gesättigten Sicherheitsbedarfs wuchsen aber auch immer wieder Bedürfnisse nach Selbstständigkeit und Autonomie an, die sich aber in der Beziehung nicht verwirklichen ließen. Dadurch wächst die Spannung eines latenten Konflikts zwischen Sicherheit und Autonomie.

Ihre Reaktionen in der auslösenden Lebenssituation lassen sich als Reaktionskette analog Abbildung 2 explorieren.

Ihre primäre Emotion war ein Gefühl des Schmerzes und der Wut über die Drohung des Partners, die Beziehung zu verlassen.

Ihr primärer Handlungsimpuls war, zuzuschlagen und ihn zu würgen.

Die von ihr antizipierte Konsequenz war, ihn dann endgültig zu verlieren und ganz allein bleiben zu müssen, was sie durch ihre Anstrengungen immer zuverlässig vermeiden wollte. Damit würde sie also ihre Überlebensregel verletzen mit der Folge, Schutz, Sicherheit und Zuverlässigkeit zu verlieren.

Das brachte die gegensteuernde Emotion der Angst als Stoppergefühl ins Spiel. Bei manchen Patienten ist dies schon die erste Panikattacke. Diese Emotion zielte damit auf die Unterdrückung und Vermeidung der ursprünglich intendierten Reaktion. Dabei hätte es ohne Symptombildung bleiben können, wenn diese Angst so einschüchternd gewirkt hätte, dass die Patientin ihre Selbstständigkeitstendenzen resignierend ein für alle Mal aufgegeben hätte. Die Ängste flammen jedoch immer wieder auf, bleiben in ihrer Intensität erhalten und erinnern an die Forderungen ihrer Überlebensregel. Die Patientin kann ihr Leben wie bisher nicht weiter führen, sie kann es aber auch nicht verändern. Dieser unerträgliche Konflikt muss irgendwie aufgelöst werden.

Das Symptom Phobie schafft die benötigte Entlastung. Bestimmte räumliche Bereiche wie Lift, U-Bahn oder ein stark besuchtes Kaufhaus lösen ebenso Angst aus wie fremde Umgebungen oder weite, freie Gegenden, in denen der einzelne Mensch ein kleines, verlorenes Etwas ist und wo sofortige Hilfe nicht möglich ist. Besonders häufig tritt die Angst auf dem Weg von Zuhause nach draußen auf. Die Möglichkeit einer beruflichen Veränderung mit ausgeprägter Reisetätigkeit, eine Herausforderung an autonome Verhaltensweisen, erzeugt Spitzenwerte an Panik. Sie vermeidet konsequent alle phobischen Stimuli und geht nach Möglichkeit nur noch mit ihrem Partner aus dem Haus.

Die Konsequenzen des Symptoms erhalten die Angststörung aufrecht. Sie wird dadurch aufrechterhalten, dass sie das Verletzen der Überlebensregel und damit schutzloses Alleinsein in einer Welt, die voll von Gefahren ist, verhindert. Insbesondere gibt es von operanter Seite her Zuwendung von ihrem Partner, sowie eine nie da gewesene Besorgnis ihrer Ursprungsfamilie. Das Herabregeln des Autonomieanspruchs reduziert die Angst. Die Angststörung bewahrt und stärkt damit jene Beziehungen, in denen Schutz, Sicherheit und zuverlässige Verfügbarkeit der Bezugspersonen gewährleistet erscheinen.

Die Therapie

In der SKT wird die Entstehung und Aufrechterhaltung einer Störung in kognitiv-behavioraler Weise konzipiert (Tab. 3). Diese Form der Therapie zeigt Gemeinsamkeiten, aber auch Unterschiede zu anderen Ansätzen kognitiv-behavioraler Angsttherapie (vgl. hierzu auch [29–31]):

- Als übergeordnetes Ziel will die Angsttherapie einen Wandel im Leben der Patienten herbeiführen helfen. Dabei sollen sie flexibler den zentralen Konflikt zwischen ihren Autonomie- und Bindungsbedürfnissen handhaben lernen, also gleichzeitig sowohl für ihre sicherheitsorientierten Bedürfnisse als auch für ihre Autonomiebedürfnisse sorgen lernen.
- Die Therapie instrumentalisiert die therapeutische Beziehung zur Bearbeitung interpersoneller Probleme der Patienten.
- Die Therapie ist ressourcenorientiert. In der Regel haben Patienten im Verlaufe ihres Lebens eine Fülle von Ressourcen angesammelt, die zum Teil erst aktiviert, zum Teil

Tabelle 3: Überblick zum Prozess der Angstbehandlung in der SKT.

1. **Therapeutisch-Diagnostische Phase:** Elaboration der Überlebensregel und Gestaltung einer sowohl hinreichend sicheren als auch fördernden und fordernden Beziehung.
2. **Symptomtherapie:** Testen des Zusammenhangs zwischen Überlebensregel und Symptom, Wertschätzung der Überlebensregel als Ressource. Massive Konfrontation in sensu und in vivo.
3. **Emotionstherapie:** Tiefe emotionale Erfahrung, beim sukzessiven Übertreten der Überlebensregel, alternativer Umgang v. a. mit primären Gefühlen wie Ärger und Wut. Bearbeitung der Überlebensregel als steuerndes Prinzip in der psychotherapeutischen Beziehung.
4. **Behaviorale Therapie:** Strategie der Verhaltensänderung aus der Überlebensregel entfalten, Implementationsintention und genaue Planung von Veränderungsprojekten: was, wann, wo, wie, mit wem.
5. **Zukunftsgestaltung:** Arbeit mit persönlichen Werten. Überlebensregel und antagonistische Werte bei ausgewählten Zukunftsprojekten. Rückfallprophylaxe.

aber auch erst wiederentdeckt und instrumentalisiert werden müssen.

- Die Therapie ist zielorientiert. Die Arbeit mit persönlichen Werten ergänzt dies noch wesentlich durch den besonderen Aspekt der Zukunftsorientierung.
- Die Intervention ist eine Kurzzeittherapie, also zeitlich deutlich begrenzt.
- Die Therapie ist edukativ und vermittelt Wissen und Transparenz über Entstehung und Aufrechterhaltung der Störung. Dies fördert ganz entscheidend die Selbstexposition und ganz allgemein das Selbstmanagement.
- Patient und Therapeut übernehmen eine aktive Rolle. Dies zeigt sich in einem übungsintensiven und erlebnisorientierten Arbeitsstil, der dem Patienten dabei helfen soll, neue Erfahrungen zu machen. Nur dies bringt wirkliche Verhaltensänderung.
- Die Therapie vermittelt Fertigkeiten für effizientere Bewältigung und Problemlösung, u. a.:
 - Aufmerksamkeitslenkung durch Achtsamkeit.
 - Lernen, mit Schutz- und Sicherheitsbedürfnissen angemessen umzugehen.
 - Angsttoleranz entwickeln.
 - „Verbotene“ Emotionen und Impulse erkennen und angemessen ausdrücken lernen.
 - Eine gefühlsmäßig stimmige Balance zwischen Selbst und Beziehung herstellen können.
 - Impulse steuern lernen.
 - Ressourcen gezielt für sich nutzen lernen.

Beziehungsgestaltung

Sowohl in den motivationspsychologischen Vorüberlegungen als auch in der Falldarstellung erkannten wir das große Ausmaß interpersoneller Einflussfaktoren auf Symptomentstehung und Krankheitsverlauf. Neuere verhaltenstherapeutische Ansätze, insbesondere jene der so genannten „dritten Welle“ der Verhaltenstherapie, nutzen solche Einflussfaktoren, indem etwa der Therapeut in kontingenter Weise auf bestimmte Zielverhaltensweisen reagiert [32, 33]. In der SKT wird ebenfalls der therapeutischen Beziehungsgestaltung große Aufmerksamkeit gewidmet. Besondere Hinweise dazu

liefern uns die bindungstheoretischen Betrachtungen zu Sicherheitsregulation. Idealtypisch lassen sich dabei zwei Formen der Beziehungsgestaltung, in denen jeweils die Balance zwischen Sicherheit und Autonomie unterschiedlich akzentuiert ist, unterscheiden. Nesthocker werden dazu ermutigt, weniger Bindung zu beanspruchen und stattdessen Selbstsicherheit durch Selbsteffizienz im Rahmen autonomer Verhaltensweisen zu tanken. Nestflüchtern werden die autonomen Verhaltensweisen validiert und anerkannt; gleichzeitig werden sie ermutigt, mit verschiedenen Graden der Bindung zu experimentieren. Darüber hinaus wird die therapeutische Beziehung als ein Feld angesehen, auf dem gemeinsam die entscheidenden interpersonellen Einflussfaktoren studiert und alternative Formen der Beziehungsgestaltung erprobt werden können. In der Tat sind wir der Meinung, dass sich viele Probleme im Leben der Patienten selbstverständlich auch innerhalb der Therapie abbilden. In diesem Sinne wird die Überlebensregel des Patienten in der therapeutischen Allianz thematisiert, sorgfältig durch Therapeuten beobachtet und etwas später, zunächst milde, herausgefordert. Gemeinsam wird ein Möglichkeitsraum gestaltet, in dem mittels erlebnisorientierter Experimente Verhaltensalternativen und ihre Auswirkungen auf die Überlebensregel erforscht werden. So formulierte die Patientin der Falldarstellung eine Alternative zu ihrer dependenten Überlebensregel und erprobte diese in der therapeutischen Beziehung. Feedback und Validierungsstrategien durch den Therapeuten brachten viel Bewegung in die Beziehungsgestaltungen auch außerhalb der Therapie. Die Expositionstherapie erbrachte sehr schnell die erste Gelegenheit zur Thematisierung der Überlebensregel in der therapeutischen Beziehung: Die harte Expositionsarbeit in Regen und Schneematsch über 6–8 Stunden pro Tag ließen Wut und Ärger u. a. auch auf den Therapeuten entstehen. Die Patientin gab sich zunächst große Mühe, ihren Ärger zu unterdrücken und zu verbergen. Dies gelang ihr jedoch nur sehr unvollkommen und somit konnte die Überlebensregel im Hier und Jetzt der Therapiesitzung thematisiert werden. Alternativen dazu konnten schließlich entwickelt und verstärkt werden. Weitere dazu passende Alltagserfahrungen der Patientin aus anderen Lebensbereichen wurden damit verglichen und es konnten entsprechende Zielsetzungen formuliert werden.

Prozessgestaltung: Die Strategie des Symptoms ergibt die Strategie der Therapie

Therapeutisch-diagnostische Phase

Der Therapieprozess entwickelt sich stringent aus dem Kernstück der SKT – der Überlebensregel. Selbstverständlich muss zunächst sehr sorgfältig der Kontext erhoben und verstanden werden, in den die Überlebensregel eingebettet ist. Erstgespräch, Befunderhebung, Diagnostik sowie Verhaltens- und Bedingungsanalyse der Symptomentstehung sind dabei reguläre Arbeitsschritte. Patienten erlernen gleich zu Beginn Fertigkeiten der systematischen Selbstbeobachtung und der Aufmerksamkeitslenkung durch Achtsamkeit. Ziel ist also zunächst einmal, mit der Symptomatik zu leben, um sie mit Hilfe von Achtsamkeit genauer zu studieren. Dem Bedürfnis des Patienten, die Angst möglichst schnell los zu werden, wird damit sanft aber entschieden entgegengetreten. Im Rahmen eines edukativen Moduls begründen wir die Wirk-

samkeit der Angsttherapie mit der Notwendigkeit, erst einmal „angstfähig“ werden zu müssen. Hierzu ziehen wir Erfahrungen und Befunde, die mit Hilfe von Expositionsverfahren erzielt wurden, heran. Die Effizienz dieser Phase wird dadurch deutlich verbessert. Für die meisten Patienten sind Achtsamkeitsübungen ungewohnt und anfangs schwierig. Um diesbezüglich ihre Möglichkeiten und Grenzen zu erforschen, sollen sie täglich zunächst 5–10 Minuten in sitzender Haltung die Aufmerksamkeit auf den Atem richten, dabei aufsteigende Gedanken und Gefühle in gewählender, nicht wertender Weise registrieren, um dann sofort wieder auf den Atem zu fokussieren. Weiterhin sollen sie sich auf zunächst eine Alltagsaktivität vollständig einlassen, d. h., die Aufmerksamkeit auf die entsprechende Verrichtung wie z. B. Essen, Gehen, etc. lenken. Bemerkt man, dass man mit Gedanken, Gefühlen oder inneren Bildern beschäftigt ist, so wird die Aufmerksamkeit wieder auf konkrete Details der Verrichtung gelenkt, z. B. die Bewegung des Kiefers beim Kauen, das Aufsetzen der Fußballen auf den Boden. Anfangs ist es für manche Patienten auch leichter, entsprechende imaginative Übungen [34] zu verwenden. Ebenfalls in der Anfangsphase wird die Organismusvariable erhoben. Dazu gehören die Lerngeschichte, aber auch aktuell relevante Bedürfnisse und Ressourcen.

Diese Daten werden gemeinsam nach Abbildung 2 organisiert und zusammenfassend beschrieben. Daraus ergeben sich unmittelbar Zielanalyse und Therapieplanung. Beides hat vorläufigen Charakter und bedarf im Laufe der Behandlung ständiger Umformulierung.

Nachfolgend beschreiben wir weitere, für unser Vorgehen notwendige Prozessmodule. Ihre Reihenfolge kennzeichnet den Verlauf des Therapieprozesses; oft werden Module jedoch auch parallel verwendet.

Symptomtherapie: Angstfähig werden

Die systematische Selbstbeobachtung ermöglicht die Ausformulierung einer Hierarchie problematischer Situationen, wobei Einschätzungen von Angstmaßen, sowie insbesondere subtile Vermeidungsstrategien besprochen werden. Systematische Selbstbeobachtung ließ unsere Patientin obendrein sehr bald erkennen, dass sich die Symptomatik auch intensiviert, wenn die Überlebensregel strapaziert oder nicht perfekt eingehalten werden kann, z. B. bei Vorhaltungen der Eltern, Ärger mit dem Vermieter, usw. Solche Beobachtungen werden aufgegriffen und entsprechende Hypothesen formuliert, etwa dergestalt: „Immer wenn ich mich ärgere, brauche ich viel Angst, um nicht auszurasen.“

Symptomtherapie I

In einem nächsten Schritt werden solche Hypothesen durch Verhaltensexperimente überprüft. Dabei geht es um das bewusste Provozieren der Überlebensregel in graduell einfacheren Interaktionssituationen. Dieser Arbeitsschritt muss mit Sorgfalt implementiert und unterstützt werden, da sich hier im Prinzip ein Perspektivenwechsel vom hilflosen Opfer zum Beobachter vollzieht. Trotz weiterhin intensiv aufflammender Symptomatik erlebte unsere Patientin dabei deutlich ein gewisses Maß an Distanz. Ihre regelmäßigen Achtsamkeitsübungen hatten diesen Perspektivenwechsel offenbar sehr stark unterstützt. Damit gelangte die Patientin nicht etwa

durch kognitives Durcharbeiten im Praxissessel sondern durch ihr Erleben zu der für sie entscheidenden Erkenntnis, dass Angstgefühle und insbesondere körperliche Symptome ihren Autonomieanspruch in Schach halten und sie für diverse Interaktionspartner extrem pflegeleicht machen. Sie erkannte an dieser Stelle schon, dass dadurch aber auch eine von ihr ersehnte bessere berufliche Positionierung unterbleibt.

Würdigen der Überlebensregel – das Gute im Schlechten

Die Patientin erlebte zu diesem Zeitpunkt Empörung und Ärger über ihr angepasstes Verhalten und auch über verschiedene Beziehungspartner, die sich ihre pflegeleichte Art natürlich gerne gefallen ließen. An dieser Stelle ist es notwendig, in der Therapie nochmals die Bedeutung der Überlebensregel als kognitiv-affektives Notfallinstrument zu thematisieren, welches zu einer Zeit entstand, als es kaum Alternativen gab. Regelmäßig entsteht Überraschung mit der Sichtweise, dass es sich bei der Überlebensregel auch um eine Ressource handelt, die nutzbar gemacht werden kann [35]. Wir möchten dies wieder beispielhaft an unserer Patientin demonstrieren.

Jahrelanges Training an der Überlebensregel bewirkte:

- Sie wurde zu einem hochempathischen Menschen, der schnell die psychische Situation des Gegenübers erfasst. Dies ist eine wichtige Kompetenz. Hier muss aber auch ein inneres „Stoppsschild“ implementiert werden, bei dem die eigenen Ziele, Bedürfnisse und Gefühle ins Spiel gebracht werden. Diese Selbstvergessenheit muss durch stärkeren Selbstbezug ersetzt werden, damit ein präziserer Abwägungsprozess möglich wird.
- Frühzeitiges Erfassen der Anzeichen von Konflikten und negativen Gefühlen ist günstig, wenn dies genutzt wird, um sich auf diese vorzubereiten. Handlungsverläufe können dann wirkungsvoller gesteuert werden.
- Sicherheit ist wichtig, dafür zu sorgen, ein wesentlicher Bestandteil der Selbstfürsorge. Zu viel Sicherheit kann aber lähmen und das Leben langweilig machen. Verschiedene Dosen an Autonomie sind also angesagt.
- Vermeidung von Beziehungsverlusten enthält auch die durchaus positiven Fertigkeiten zu enger, verbindlicher Beziehungsbildung. Hier ist aber auch immer der Preis zu kalkulieren.

Die Patientin zeigte sich sehr berührt aufgrund dieser gemeinsam erarbeiteten Sichtweise. Immer wieder ergaben sich Anknüpfungen an ihre Lerngeschichte und Erinnerungen häufiger innerer Kämpfe und Erschöpfungssituationen.

Symptomtherapie II

Hier steht die Exposition *in vivo* und/oder *in sensu* im Vordergrund. Die Anpassung an verschiedene Formen der Angst nach ICD-10 folgt bewährten manualisierten Standardverfahren [36–38]. Die bisherigen Arbeitsschritte unterstützen sehr stark die Einsicht in die Notwendigkeit, der Angstsymptomatik auf direktem Wege zu begegnen. Entscheidung und Commitment für einen Angstabbau durch massierte Exposition *in vivo* stellen eine wichtige Wegmarke in der Therapie dar. Inzwischen sind auch hinreichende Fertigkeiten entwickelt, um die auch neben der Angst auftretenden Gefühle in achtsamer Weise beobachten zu können.

Überlebensregel in der therapeutischen Beziehung: Die anstrengende, mehrstündige Expositionsarbeit bei ungünstiger Witterung lässt Wut und Ärger u. a. auch auf den Therapeuten entstehen. Mit besonderer Beachtung der primären Gefühle von Frustration und Ärger, die sich oft nur in einem Gefühlscocktail mit Angst, Scham und Verlegenheit zeigen, wird die Überlebensregel im Hier und Jetzt der Therapiesitzung thematisiert. Alternativen dazu werden entwickelt und verstärkt. Ziel ist dabei, die Beschreibung des Ärgers gegenüber dem Therapeuten zu ermöglichen und zu validieren. Weitere dazu passende Alltagserfahrungen des Patienten aus anderen Lebensbereichen werden damit verglichen und entsprechende Zielsetzungen formuliert.

Emotionstherapie: Angsttherapie ist auch Wuttherapie

Betrachtungen zur Reaktionskette unserer Patientin machen deutlich, dass ihre Angstsymptomatik wesentlich eine Stopperfunktion für ihre primären Gefühle von Frustration, Ärger und Wut innehat. Insbesondere ihre Überlebensregel weist solchen Gefühlsqualitäten quasi den Status „verbotener Gefühle“ zu. Der ausschließliche Angstabbau, also die Symptomtherapie, würde der Patientin sicherlich schon helfen. Allein damit hat sie aber noch nicht gelernt, mit jenen primären Gefühlen umzugehen, die mit der Angst funktionell verknüpft sind. Solche Gefühle handhaben, steuern und modulieren zu können, stellt aber im psychosozialen Kontext eine ganz besonders wichtige Kompetenz dar. In der Emotionstherapie lernen Patienten zunächst, ihre primären Gefühle wahrzunehmen und zu diskriminieren. In einem weiteren Schritt geht es dann darum, sich solche Gefühle auch zu erlauben, sie zuzulassen, ihnen Raum zu geben, genau ihre Herkunft zu erfassen, ihre Bedeutung zu verstehen, sich ihre Funktion zu erklären. Dann geht es um das Erkennen, zu welchen Verhaltensweisen bestimmte Gefühle führen wollen und welches Ziel durch ein bestimmtes Gefühl erreicht werden soll. Dazu kommt die Fähigkeit, zu klären, ob das Gefühl und seine Intensität der Situation gerecht wird, ob das Verhalten, das durch das primäre Gefühl angestoßen werden würde, situationsadäquat bzw. erfolgversprechend ist. Damit wird die Entwicklung einer Fähigkeit angestrebt, ein Verhalten entstehen zu lassen, das dem Gefühl entspricht und der Situation gerecht wird. Dieser graduierte Shapingprozess wird in der SKT durch experimentierendes Lernen am Erfolg unterstützt. Inhalte unseres strukturierten Vorgehens fokussieren auf primäre Gefühle, Gedanken in Zusammenhang mit Gefühlen, Ausdruck und Kommunikation von Gefühlen und Handlungsimpulse, die sich unmittelbar aus dem primären Gefühl entwickeln wollen [39].

In diesem Zusammenhang hatte sich unsere Patientin sehr stark mit Ärger und Wut auseinanderzusetzen. Sie erkannte sehr schnell, dass solche Gefühle oftmals daher rühren, dass sie sich von ihren Mitmenschen daran hindern lässt, in bestimmten Situationen eine für sie befriedigende Lösung zu finden. Die damit verbundene Frustration der Bedürfnisbefriedigung ließ bei ihr oft das Gefühl des Ärgers entstehen. Hier werden im Sinne einer Wutexposition verschiedene Situationen aus ihrem Alltag imaginiert und im Hinblick auf den Schwierigkeitsgrad der Ausführung in eine Rangfolge gebracht. Mit Hilfe von Rollenspielen und erlebnisorientierten Übungen wird dann der Transfer in den Alltag vorbereitet. Es

geht uns dabei nicht um Katharsis. Wir bleiben mit unseren Interventionen völlig im psychischen Innenraum, wir führen also ausschließlich Konditionierung von verdeckten Reaktionen durch. Bei der Patientin ging es insbesondere um die Bahnung von bewusster kognitiv gesteuerter Verarbeitung ihrer Wut mit dem Ziel konstruktiver Verhandlungen, die sie dazu befähigen sollen, frühzeitig und kompetent für ihre Anliegen einzutreten. Ihre bewusst wahrgenommene Wut ist ihr jetzt zuverlässiger Helfer, gewissermaßen Maßstab der noch fehlenden Befriedigung ihrer Bedürfnisse.

Behaviorale Therapie

Wirkliche Verhaltensänderung wird nur durch die Möglichkeit neuer Erfahrungen gebahnt. Deshalb bezieht sich dieser Baustein des Therapieprozesses auf die Entwicklung und Erprobung von Handlungsplänen. Diese richten sich inhaltlich an der Überlebensregel aus, d. h. die Patientin soll Handlungspläne entwickeln, mit deren Hilfe sie – zunächst in kleinen Schritten – gegen die Überlebensregel verstößt. Dies wird eingebettet in die Konstruktion konkreter Projekte, die der Befriedigung verschiedenster aktueller Bedürfnisse dienen: Gespräch mit der Vorgesetzten über eine berufliche Veränderung, Planung eines gemeinsamen Urlaubs mit der Freundin, wobei eigene Bedürfnisse, Interessen und Grenzen einzubringen sind, Verhandlung mit den Eltern über die Handhabung eines Erballes, usw. Verbindlichkeit und Erfolgsaussicht werden ganz erheblich durch die Statuierung der so genannten Implementationsintention erhöht [40]. Dies bedeutet eine genaue Festlegung des Was, Wann, Wo und Wie eines Handelns wider die Überlebensregel. Die Patientin lernt dabei, in realistischem Maße ihren Sicherheitsbedarf zu befriedigen und vollzieht dabei gleichzeitig ein selbstgesteuertes sukzessives Nachdosieren autonomer Verhaltensweisen.

Zukunftsgestaltung durch Arbeit mit persönlichen Werten

Persönliche Werte sind immer positiv konnotiert; sie enthalten gewissermaßen eine konstruktive Intention. Sie ist eine aktive Ausrichtung auf die Schaffung der günstigsten Zukunft, d. h. etwas zustandezubringen, etwas aufzubauen, etwas zu verwirklichen, was man unter „gut“ oder „wahr“ versteht. SKT instrumentalisiert daher die Arbeit mit persönlichen Werten, um die Restriktionen des symptombehafteten Überlebenskampfes mit einer verheißungsvollen, lebendigen Zukunftsvision zu kontrastieren [41]. Nachdem die Patientin sich davon überzeugt hat, dass sie einigermaßen ohne Vermeidungsstrategien auskommt, Anspannung und primäre Gefühle und Belohnungsaufschub in puncto Sicherheitsbedarf aushalten kann, wird über die unmittelbare z. T. impulsive Bedürfnisbefriedigung hinaus nämlich eine breitere Zeitperspektive, die Zukunft, möglich.

Um die üblichen Schwierigkeiten bei der Arbeit mit Werten zu umgehen (Erwünschtheit, Unverbindlichkeit, Illusionen), wird die Arbeit mit konkreten Zukunftsprojekten verbunden [42].

In unseren Therapien überzeugen wir uns immer wieder davon, dass persönliche Projekte der Patienten am ehesten dann glaubwürdig und zukunftsfähig sind, wenn man ihre Ansätze und Wurzeln im Selbstentwurf der Person sucht [43].

Gestalterische Arbeit mit dem Selbstkonzept und der persönlichen Identität z. B. in Form einer Kollage erbrachte mit der Patientin zwei Projekte, die mit entsprechenden Wertvorstellungen assoziiert sind.

- Eingehen einer Partnerschaft, in der Selbstverwirklichung und gemeinsame Weiterentwicklung möglich sind.
- Berufliche Neuorientierung, die mehr Mobilität, wechselnde Aufgabenstellungen und Kontakte mit Menschen bringen.

Das weitere Durcharbeiten (z. B. „Stellen sie sich vor, Sie lernen einen entsprechenden Partner kennen: Wie ist das wohl, was ist Ihnen dabei wichtig?“) dieser Projekte erbrachte zu etwa 70 % wieder Leitprinzipien, die sich den Bereichen Sicherheit, Konformität und Tradition zuordnen lassen. Hier konnte klar eine gewisse Einseitigkeit in der Wertorientierung erkannt werden. Eine genauere Untersuchung dieses Befundes ergab wieder übertriebenen Sicherheitsbedarf und zu viel Vorsicht im Umgang mit diesen Projekten. Die Patientin erkannte auch, dass damit eine bedürfnisgerechte und konstruktive Veränderung zur erwünschten Zukunft geradezu verriegelt wird. Unterstrichen wurde dieser Befund noch zusätzlich durch eine erneut erhobene Überlebensregel, die der bisherigen recht ähnlich ist. Die Patientin war erstaunt, dass ein altes Thema in diesem Gewande daher kommt. Sie erkannte, wie schnell Veränderungsstress oder schlicht Gewohnheit zu „Rückfällen“ führen und welche Maße an Vorbereitung, Planung und Verbindlichkeit erforderlich sind, um tatsächlich Wandel herbei zu führen und zukunftsfähig zu machen. Unsere Arbeit mit persönlichen Werten liefert dazu die passende Strategie: Im Wertespektrum liegen, antagonistisch zu den Domänen Sicherheit, Tradition und Konformität, die Wertebereiche Anregung und Selbstverwirklichung, also im Wesentlichen auch die Qualitäten, die sich der Patient wünscht. Diese sind mit Hilfe konkreter Verhaltensziele zu besetzen. Dabei wird für den Wandlungsprozess vom Wertespektrum eine Strategie nahe gelegt, die zunächst ein Stück des bisher Vertrauten bewahrt und auf diesem Boden aber gleichzeitig in zunächst kontrollierten Dosen Ungewissheit, Risiko etc. toleriert und somit das Neue entstehen lässt und pflegt [44].

Durch sorgfältiges Dosieren der Antagonisten konnte Folgendes erreicht werden: Im Partnerbereich gestattete es sich die Patientin im Rahmen von After-work-Parties, verschiedene Männer kennenzulernen. Sie erkennt und widersteht dabei ihren sicherheitsorientierten Leitprinzipien und wird immer überzeugter von der Notwendigkeit einer Neuorientierung. Weiterhin hat sie Kontakt mit einem Bekannten aufgenommen, der ihr im Rahmen einer Selbstständigkeit einen Job angeboten hat. Sie hat sich dem neuen Team vorgestellt und nutzt nun strategisch eine „Abfindungswelle“ in ihrem Unternehmen aus, um sich die erwünschte neue Existenz aufzubauen.

Methodisch wird dabei von uns die so genannte mentale Kontrastierung als Entwicklungsintervention eingesetzt. Reines Phantasieren oder Schwelgen in einer erwünschten Zukunft oder auch hemmendes Grübeln werden durch einen handlungsorientierten, proaktiven Stil ersetzt. Gezielte mentale Kontrastierung von Phantasien über eine erwünschte langfristige Entwicklung (z. B. Auseinandersetzung mit dem erwünschten Partner über unterschiedliche Ansichten zur Lebensplanung, Vorbereitung auf die neue Arbeitssituation)

mit negativen Aspekten ihrer Realität (z. B. geringes Durchhaltevermögen beim Konfrontieren mit spezifischen Diskrepanzen, veralteter Lernstil) sollen Handlungsziele stiften, Lernmöglichkeiten zu entdecken und zu schaffen, die eine Bewältigung zukünftiger Anforderungen versprechen. Im Gegensatz zum Schwelgen und Grübeln, die ganz unabhängig von den Erfolgchancen zu nur mäßig verbindlichen Zielen führen, aktiviert die mentale Kontrastierung relevante Erfolgchancen (Erfolgserwartungen) und macht sie für die Zielsetzung nutzbar. Bei geringen Erfolgchancen scheuen Personen vor einer verbindlichen Zielsetzung zurück, bei hohen Erfolgchancen setzen sie sich jedoch die Realisierung der erwünschten Zukunft verbindlich zum Ziel [45].

■ Zusammenfassung

Angsttherapie durch SKT beinhaltet einerseits die Angstexposition als State-of-the-art der störungsspezifischen Verhaltenstherapie. Andererseits führt sie diesen partiell erfolgreichen Ansatz fort durch eine strategische Veränderung der die Symptome erzeugenden und aufrecht erhaltenden individuellen Faktoren. Dadurch kann erwartet werden, dass Patienten, die von Exposition allein nicht profitieren, ihre phobischen Reaktionen durch funktionale Situationsbewältigung und Beziehungsgestaltung ersetzen können.

■ Relevanz für die Praxis

Die Strategische Kurzzeittherapie (SKT) bietet Praktikern eine stringente Methodik, um gemeinsam mit ihren Patienten zielgenau und treffsicher den Weg zur Gesundheit zu gestalten. Je nach Individualität des Patienten können in unterschiedlichem Ausmaß die drei Säulen der Therapie dosiert werden: (1) Symptomtherapie, (2) Fertigkeiten- und (3) Persönlichkeitsentwicklung. Da auch in der therapeutischen Beziehung die Überlebensregeln der Beteiligten aktiviert sind, wird die Beziehung zwischen Patienten und ihren Therapeuten genutzt, um die Arbeitsweise dieser kognitiv-affektiven Schemata sozusagen *in vivo*, z. B. anlässlich von auftauchenden Hindernissen im Prozess, zu studieren. SKT ist eine aktivierende Form der Verhaltenstherapie, bei der sich Patienten und Therapeuten nicht nur im Sessel gegenüber sitzen. Sie ist belebend und erfrischend. Darüber hinaus erhalten Patienten viel Verantwortung, Hilfe zur Selbsthilfe und selbstverständlich Mitspracherecht, um für sie gangbare Lösungswege zu entwickeln. Auch Praktiker, die nicht primär der Verhaltenstherapie zuzurechnen sind, finden sich in der Regel sehr gut in der Denkweise von SKT zurecht. Die konsequente Verfolgung des Gedankens der impliziten Strategie des Symptoms führt zu einer Steigerung der Stringenz und der intuitiven Treffsicherheit praktizierter Psychotherapie.

Literatur:

1. Kanfer FH, Reinecker H, Schmelzer D. Selbstmanagement-Therapie. Ein Lehrbuch für die klinische Praxis. Springer-Verlag, Berlin, 2006.
2. Sulz S. Strategische Kurzzeittherapie – effiziente Wege zur wirksamen Psychotherapie. Verlag CIP-Medien, München, 1994.
3. Sulz S. From the symptom as strategy to Strategic Brief Therapy: self-regulation and self-organization as fundamental therapeutic principles. Eur Psychother 2006; 6: 55–94.
4. Linehan M. Dialektisch-Behaviorale Therapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung. Verlag CIP-Medien, München, 1994.
5. Hayes SC, Spencer S. Get out of your mind and into your life: the new acceptance and

- commitment therapy. New Harbinger Publications, Oakland, 2005.
6. Hauke G. Self-regulation and mindfulness. *Eur Psychother* 2006; 6: 19–52.
7. McCullough J. Therapie von chronischer Depression mit dem Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy (CBASP) – Trainingsmanual. Verlag CIP-Medien, München, 2007.
8. Grawe K. Psychologische Therapie. Verlag Hogrefe, Göttingen, 1998.
9. Grawe K. Neuropsychotherapie. Verlag Hogrefe, Göttingen, 2004.
10. Hauke G. From need oriented to value oriented living. *Eur Psychother* 2006; 6: 77–115.
11. Bischof N. Das Kraftfeld der Mythen – Signale aus einer Zeit, in der wir die Mythen erschaffen haben. Piper, München, 1996.
12. Mikulincer M, Shaver PR. Security-based self-representations in adulthood: contents and processes. In: Rholes WS, Simpson JA (eds). *Adult Attachment: Theory, Research, and Clinical Implications*. Guilford Press, New York, 2004; 159–95.
13. Beck AT, Wright J. Kognitive Therapie der Depression. In: Sulz S (Hrsg). *Verständnis und Therapie der Depression*. Verlag Reinhardt, München, 1986; 124–49.
14. Grawe K, Caspar F. Die Plananalyse als Konzept und Instrument für die Psychotherapieforschung. In: Baumann U (Hrsg). *Psychotherapie: Makro- und Mikroperspektiven*. Verlag Hogrefe, Göttingen, 1984; 177–9.
15. O'Donohue WT, Fisher JE, Hayes SC. *Cognitive behavior therapy: a guide for clinicians*. Wiley, New York, 2003.
16. Sulz S. Als Sisyphus seinen Stein losließ. Oder: Verlieben ist verrückt. 2. Aufl. Verlag CIP-Medien, München, 1999.
17. Sulz S. Von der Strategie des Symptoms zur Strategie der Therapie. Verlag CIP-Medien, München, 2001.
18. Sulz S, Müller S. Bedürfnisse, Angst und Wut als Komponenten der Persönlichkeit. *Psychother* 2000; 5: 22–37.
19. Sulz S, Maßun M. Angst als steuerndes Prinzip in Beziehungen – Ergebnis einer qualitativen Analyse von Interviews. *Psychother* 2008; 13: im Druck.
20. Lazarus R. Appraisal: the long and the short of it. In: Ekman P, Davidson RJ (eds). *The Nature of Emotion: Fundamental Questions*. Oxford University Press, New York, 1994; 208–15.
21. Chambless DL, Goldstein AJ. Clinical treatment of agoraphobia. In: Mavissakalian M, Barlow DH (eds). *Phobia: Psychological and Pharmacological Treatment*. Guilford, New York, 1981; 103–44.
22. Greenberg LS, Safran JD. Emotion in psychotherapy: affect, cognition, and the process of change. Guilford, New York, 1987.
23. Hayes SC, Wilson KG, Gifford EV, Follette VM, Strosahl K. Experiential avoidance and behavioral disorders: a functional dimensional approach to diagnosis and treatment. *J Consul Clin Psychol* 1996; 64: 1152–68.
24. Damasio A. Der Spinoza-Effekt. In: *Wie Gefühle unser Leben bestimmen*. Verlag List, München, 2003.
25. Greenberg LS. Von der Kognition zur Emotion in der Psychotherapie. In: Sulz S, Lenz G (Hrsg). *Von der Kognition zur Emotion – Psychotherapie mit Gefühlen*. Verlag CIP-Medien, München, 2000; 77–110.
26. LeDoux JE. *The emotional brain*. Simon & Schuster, New York, 1996.
27. Greenberg LS, Rice LN, Elliot R. Facilitating emotional change: the moment by moment process. Guilford, New York, 1993.
28. Baumeister RF. Anxiety and deconstruction: on escaping the self. In: Olson JM, Zanna MP (eds). *Self-Inference Processes*. The Ontario Symposium, 6. Erlbaum, Hillsdale, 1990; 259–91.
29. Barlow DH, Allen LB. Scientific basis of psychological treatments for anxiety disorders: Past, present, and future. In: Gorman JM (ed). *Fear and Anxiety – the Benefits of Translational Research*. American Psychiatric Publishing, Washington, 2004; 71–139.
30. Grant P, Young P, deRubeis R. Cognitive and behavioural therapies. In: Gabbard GO, Beck JS, Holmes J (eds). *Oxford Textbook of Psychotherapy*. Oxford University Press, Oxford, 2005; 117–64.
31. Eifert GH, Forsyth JP. *Acceptance and commitment therapy for anxiety disorders*. New Harbinger Publications, Oakland, 2005.
32. Kohlenberg RJ, Tsai M. Functional analytic psychotherapy: creating intense and curative therapeutic relationships. Plenum, New York, 1991.
33. Kohlenberg RJ, Kanter JW, Bolling M, Wexner R, Parker C, Tsai M. Functional analytic psychotherapy, cognitive therapy, and acceptance. In: Hayes SC, Follette VM, Linehan M (eds). *The New Behaviour Therapies: Expanding the Cognitive Behavioral Tradition*. Guilford Press, New York, 2004; 96–119.
34. Hayes SC, Strosahl KD, Wilson KG. Acceptance and commitment therapy – an experiential approach to behavior change. Guilford Press, New York, 1999.
35. Hauke G. Über die Bedeutung persönlicher Werte in der Psychotherapie mit Heranwachsenden. In: Metzmacher B, Wetzorke F (Hrsg). *Entwicklungsprozesse und die Beteiligten – Perspektiven einer schulübergreifenden Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie*. Verlag Vandenhoeck und Ruprecht, Göttingen, 2004; 254–75.
36. Margraf J, Schneider S. *Panik. Angstanfälle und ihre Behandlung*. 2. Aufl. Springer-Verlag, Berlin, 1990.
37. Heidenreich T, Stangier U. *Soziale Phobie: Grundlagen und neue Entwicklungen kognitiver Verhaltenstherapie*. *Verhaltensther Psychozoz Prax* 2003; 35: 499–515.
38. Hoffmann N, Hofmann B. *Expositionen bei Ängsten und Zwängen*. 2. ergänzte Aufl. Verlag Beltz, Weinheim, 2008.
39. Sulz S. Lernen, mit Gefühlen umzugehen – Training der Emotionsregulation. In: Sulz S, Lenz G (Hrsg). *Von der Kognition zur Emotion – Psychotherapie mit Gefühlen*. Verlag CIP-Medien, München, 2000; 407–48.
40. Gollwitzer PM. Implementation intentions. Strong effects of simple plans. *Am Psychol* 1999; 54: 493–503.
41. Hauke G. Treating anxiety with strategic brief therapy. *Eur Psychother* 2006; 6: 149–72.
42. Wilson KG, Murrell AR. Values work in acceptance and commitment therapy: setting a course for behavioural treatment. In: Hayes SC, Follette VM, Linehan M (eds). *The New Behaviour Therapies: Expanding the Cognitive Behavioral Tradition*. Guilford Press, New York, 2004; 120–41.
43. Hauke G. Das Potenzial der 3. Welle VT: Mit Achtsamkeit und Akzeptanz zu wertorientierter Identität. *Psychother* 2006; 11: 202–29.
44. Hauke G. Die Herausforderung starker Dauerbelastungen: Navigation durch wertorientiertes Strategisches Coaching. In: Hauke G, Sulz S (Hrsg). *Management vor der Zerreißprobe? Oder: Zukunft durch Coaching*. CIP-Medien, München, 2004; 93–120.
45. Oettingen G, Hyeon-Ju P, Schnetter K. Selfregulation of goal setting: Turning free fantasies about the future into binding goals. *J Pers Soc Psychol* 2001; 80: 736–53.

Dr. med. Gernot Hauke

Diplom-Psychologe, Approbation als Psychologischer Psychotherapeut (Verhaltenstherapie); Dozent, Lehrtherapeut, Supervisor und Managementcoach. **Schwerpunkte:** *Neuere Entwicklungen der Verhaltenstherapie, Angst und depressive Störungen, Persönlichkeitsstörungen, Persönlichkeitsentwicklung, Coaching, Psychologie der Arbeit, Sinn- und wertorientiertes Handeln; Einzel- und Gruppentherapie.*



Mitteilungen aus der Redaktion

Besuchen Sie unsere zeitschriftenübergreifende Datenbank

[Bilddatenbank](#)

[Artikeldatenbank](#)

[Fallberichte](#)

e-Journal-Abo

Beziehen Sie die elektronischen Ausgaben dieser Zeitschrift hier.

Die Lieferung umfasst 4–5 Ausgaben pro Jahr zzgl. allfälliger Sonderhefte.

Unsere e-Journale stehen als PDF-Datei zur Verfügung und sind auf den meisten der marktüblichen e-Book-Readern, Tablets sowie auf iPad funktionsfähig.

[Bestellung e-Journal-Abo](#)

Haftungsausschluss

Die in unseren Webseiten publizierten Informationen richten sich **ausschließlich an geprüfte und autorisierte medizinische Berufsgruppen** und entbinden nicht von der ärztlichen Sorgfaltspflicht sowie von einer ausführlichen Patientenaufklärung über therapeutische Optionen und deren Wirkungen bzw. Nebenwirkungen. Die entsprechenden Angaben werden von den Autoren mit der größten Sorgfalt recherchiert und zusammengestellt. Die angegebenen Dosierungen sind im Einzelfall anhand der Fachinformationen zu überprüfen. Weder die Autoren, noch die tragenden Gesellschaften noch der Verlag übernehmen irgendwelche Haftungsansprüche.

Bitte beachten Sie auch diese Seiten:

[Impressum](#)

[Disclaimers & Copyright](#)

[Datenschutzerklärung](#)