

kehrt ist das Vorliegen einer Sozialen Phobie ein deutliches Risiko für die Entwicklung anderer psychischer Störungen, besonders Depressionen, anderen Angststörungen und Suchtmittelabhängigkeit (v.a. Alkohol und Nikotin). Dabei geht die Soziale Phobie der Entwicklung anderer psychischer Störungen meist voraus (Merikangas und Angst, 1995).

Nach der Zwei-Faktoren-Theorie der Angst (Mowrer, 1960) können Soziale Phobien durch schwerwiegende, unangenehme Erfahrungen ausgelöst werden (z.B. gravierende oder andauernde Hänseleien; Erfahrungen von sehr beschämendem Versagen in Leistungssituationen). Dies entspricht dem respondenten Paradigma. Die Aufrechterhaltung sozialer Ängste wird mit der negativen Verstärkung des Vermeidungsverhaltens begründet. Diese operante Sichtweise kann auch für den Bereich der Sozialen Phobie um das Konzept der „Preparedness“, einer evolutionär begründeten, biologisch verankerten Tendenz, Angst vor aggressiven, kritischen oder ablehnenden Personen zu zeigen, erweitert werden. Der evolutionäre Selektionsvorteil einer solchen Bereitschaft zu sozialer Angst könnte darin bestehen, dass es günstiger ist, sich auch als unterlegenes Gruppenmitglied wechselnden Dominanzhierarchien anzupassen, um damit aus einer (möglicherweise lebensnotwendigen) Gruppe nicht ausgeschlossen zu werden.

2.6 Kompetenzorientiertes Störungsmodell der Sozialen Phobie

Im kompetenz- und performanzorientierten Störungsmodell der Sozialen Phobie (Fydrich, 2002) werden hypothetisch angenommene Zusammenhänge und empirisch belegte Befunde über die Entstehung und die Aufrechterhaltung sozialer Ängste und Phobien berücksichtigt. Im dargestellten pathopsychologischen Modell finden sich sowohl Anteile der Vulnerabilitäts-Stress-Hypothese als auch kognitive Modelle der Ätiologie und Aufrechterhaltung psychischer Störungen im Allgemeinen (Beck, 1979) und der Sozialen Phobie im Besonderen (Clark und Wells, 1995).

Im Mittelpunkt des Modells (siehe Abb. 1) steht die soziale Situation als auslösende Bedingung für sozial ängstliches Verhalten. Ebenfalls als auslösende Bedingungen gelten gedankliche Antizipationen einer als (sozial) bedrohlich angenommenen Situation. Symptome der Angst in oder vor sozialen Situationen umfassen danach folgende Reaktionsbereiche:

- negative Gedanken (Kognitionen), die mit starken Angstempfindungen einhergehen
- körperliche Reaktionen (hierzu gehören die für sozial ängstliche Personen besonders wichtigen und unerwünschten Reaktionen Erröten, Schwitzen, Zittern, aber auch Herzklopfen und Atembeschwerden)
- nonverbales und verbales motorisches Verhalten (u.a. Vermeidungsverhalten, Sicherheitsverhaltensweisen und die „soziale Performanz“).

Zu den wichtigen kognitiven Symptomen gehört die Interpretation der sozialen Situation als *soziale Gefahr*. Diese kann sich in Befürchtungen äußern, von anderen lächerlich gemacht zu werden, abgewertet zu werden und damit auch von der Gesellschaft oder einer Gruppe ausgestoßen zu sein oder von einzelnen Personen abgelehnt zu werden.

Drei kognitive Besonderheiten sind bei Sozialphobikern häufig festzustellen:

1. **übertrieben hohe Standards** für das Auftreten in sozialen Situationen,
2. **konditionale** (d.h. in sozialen Situationen auftretende) **Überzeugungen** über ungünstige oder gar „katastrophale“ Konsequenzen des eigenen Verhaltens oder der eigenen Erscheinung sowie
3. **unkonditionale** (d.h. eher dauerhaft vorhandene) **negative und abwertende Überzeugungen** über die eigene Person (vgl. Clark und Ehlers, 2002; Clark und Wells, 1995).

Übertrieben hohe Standards spielen auch im sozialpsychologischen Modell der Sozialen Phobie von Leary und Kowalsky (1995) eine bedeutsame Rolle, wonach soziale Ängste dann auftreten, wenn ein bestimmter (positiver) Eindruck bei anderen Personen erzielt werden soll, sich die Person jedoch nicht in der Lage sieht, diese (überhöhten) Anforderungen zu erfüllen; zum Teil auch aufgrund selbst wahrgenommener inadäquater oder nicht ausreichender sozialer Fertigkeiten.

Nach dem kognitiven Modell psychischer Störungen werden entsprechende Annahmen in spezifischen Situationen oder in Antizipation solcher Situationen ausgelöst. Entsprechende negative Interpretationen einer (sozialen) Situation sind durch so genannte kognitive Schemata (Grundannahmen) bedingt (vgl. Beck, 1979; Beck und Emery, 1981). Kognitive Schemata können dabei als „Filter“ verstanden werden, die die Interpretation gegebener (sozialer) Situationen direkt beeinflussen. Im Sinne von Beck und Mitarbeitern beziehen sich die wichtigsten Schemata auf die Sicht der eigenen Person und die Sicht anderer Menschen. Für Personen mit sozialen Ängsten kann daher etwa von folgenden beiden Schemata ausgegangen werden:

Sicht der eigenen Person: „Ich bin ungeschickt“, „Ich bin minderwertig“, „Ich bin unfähig und dumm“, „Ich bin nicht liebenswert“.

Sicht der anderen: „Andere sind kritisch und demütigend“, „Andere sind überlegen“, „Andere sind intelligent und kompetent“.

Diese „Grundannahmen“ werden in einer sozialen Situation so aktiviert, dass die Situation als (sozial) bedrohlich interpretiert wird und infolgedessen soziale Angst auftritt. Weitere kognitive Aspekte betreffen die Lenkung der Aufmerksamkeit auf

- a) die eigene Person und dabei besonders auf eigene, als minderwertig oder peinlich interpretierte Attribute, Verhaltensweisen und körperliche Symptome und
- b) die selektive Fokussierung der Aufmerksamkeit auf sozial bedrohliche Reize.

Wichtig sind auch die bei Clark und Ehlers (2002) beschriebenen ungünstigen Rückblicke („post mortem“) auf die erlebte soziale Situation: die Selbstwahrnehmung als unzulänglich, ungeschickt oder als versagend, als peinlich reiht das Ereignis in die so wahrgenommene Serie vergangener Misserfolgserfahrungen ein und determiniert damit meist eine verstärkt negative Antizipation für ähnliche zukünftige Situationen.

Auf der *physiologischen Ebene* treten Symptome auf, die auch von anderen Angststörungen bekannt sind: adrenerge Reaktio-

4.5 Angst- und Zwangsstörungen

nen wie die Erhöhung der Pulsfrequenz und des Blutdrucks, Veränderung der Atemfrequenz, Erhöhung des Harn- oder Stuhldrangs. Zusätzlich sind jedoch gerade bei der Sozialen Phobie physiologische Reaktionen häufig, die in besonderer Weise eine Relevanz für soziale Interaktionen haben (vor allem Erröten und Schwitzen; vgl. Gerlach, 2002). Besonders die zuletzt genannten physiologischen Reaktionen haben die Besonderheit, dass sie prinzipiell von anderen beobachtet werden können. Dies ist Personen mit sozialen Ängsten bewusst, und es ist daher für sozial phobische Menschen besonders wichtig, diese körperlichen Reaktionen mit allen erdenklichen Mitteln zu verbergen, um in der eigenen Einschätzung von anderen nicht mehr als schwach oder als versagend eingeschätzt zu werden.

Das (offene, motorische und/oder verbale) sozial phobische Verhalten besteht häufig darin, dass entsprechende Situationen vermieden werden. Nicht allen sozialen Situationen kann jedoch zeitüberdauernd aus dem Weg gegangen werden. Daher sehen sich Personen mit Sozialen Phobien häufig genötigt, soziale Situationen „durchzustehen“, was diesen dann aber nur mit einem starken Gefühl der Angst möglich ist.

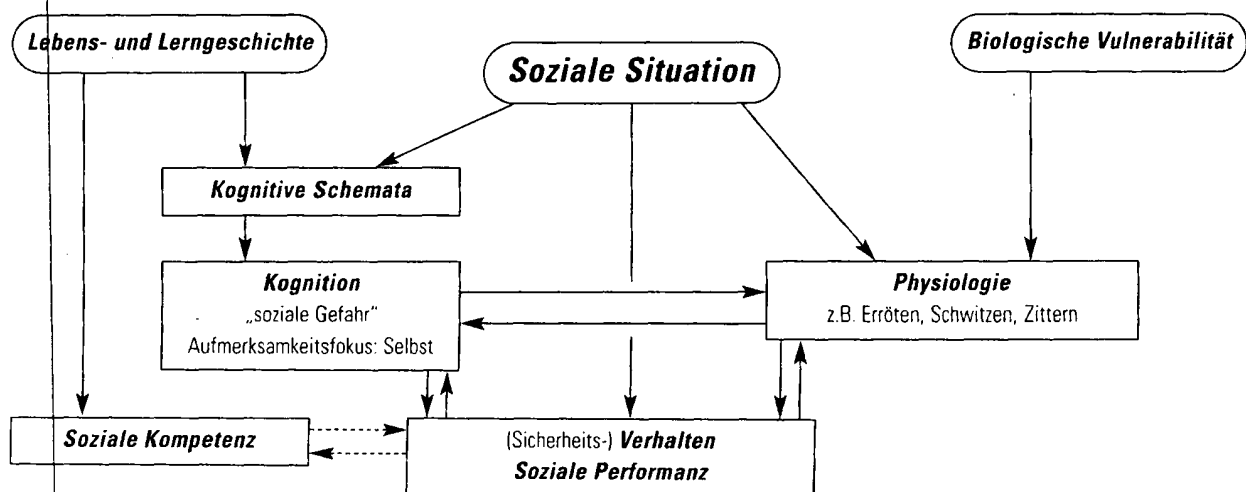
Ein weiterer, hier besonders betonter Aspekt des phobischen Verhaltens sind die konkreten Interaktionen mit anderen und damit das gezeigte Verhalten in (angstauslösenden) sozialen Situationen, die *soziale Performanz*. Personen mit sozialen Ängsten verhalten sich in sozialen Situationen meist ungünstiger und oft der Situation unangemessen, wobei solches Verhalten im Sinne der Sicherheitsverhaltensweisen interpretiert werden kann: Rückzug, Verstecken, Schweigen, Meiden von Augenkontakt, Manipulieren am eigenen Körper oder an der Kleidung, kurzer, sehr sparsamer oder wenig flüssiger Konversationsstil. Durch die starke Fokussierung auf die eigene Person ist es jedoch ebenso wahrscheinlich, dass hierdurch das Zuhören erschwert wird, die Aufmerksamkeit für Inhalte eines Gesprächs reduziert ist und damit die Kontaktaufnahme mit anderen und die Empathie für andere ebenfalls eingeschränkt ist.

Die drei dargestellten Faktoren des Verhaltens bei Sozialen Phobien (motorisch-sprachlich, physiologisch, kognitiv) sind so miteinander verknüpft, dass sie sich wechselseitig ungünstig beeinflussen können und damit ein sich aufschaukelnder Prozess in Gang kommen kann, der zu starken Angstsymptomen führt. Dysfunktionale und negative, auf die eigene Person bezogene Gedanken führen somit – zusammen mit dem dominanten Motiv, in Gesellschaft auf keinen Fall negativ auffallen zu dürfen – zu erhöhter Erregung. Diese wird – begründet durch die hohe Aufmerksamkeit für die eigene Person und die eigenen Reaktionen – von Soziophobikern besonders deutlich wahrgenommen und als eine Bestätigung der antizipierten Ängste erlebt, was erneut eine weitere Erhöhung der physiologischen Aktivierung hervorrufen kann. Hierdurch werden die Situation und die eigenen Reaktionen als immer „gefährlicher“ eingeschätzt. Damit ist für Betroffene die Notwendigkeit gegeben, entweder Sicherheitsverhaltensweisen zu intensivieren oder aber aus der Situation zu fliehen.

Die Modelldarstellung in Abbildung 1 verdeutlicht zudem, dass der Einsatz der möglicherweise vorhandenen sozialen Kompetenz durch die oben dargestellten kreisförmigen Prozesse der sozialen Angstreaktion gehemmt werden kann. Die Wahrscheinlichkeit, dass soziale Performanz in sozialen Situationen ungünstiger ist als das aufgrund der vorhandenen Repertoires erwartet werden kann, ist damit deutlich erhöht.

Bis hierher erklärt das Modell im Wesentlichen die Aufrechterhaltung sozialer Ängste sowie einige Zusammenhänge zwischen aktuellen angstverstärkenden Verhaltensanteilen und den sich über die Zeit akkumulierenden Defiziten hinsichtlich der sozialen Performanz, aber auch der sozialen Fertigkeiten. Kurz und schematisch ist im Modell angedeutet, dass die *Ätiologie der psychologischen Vulnerabilität*, in unserem Modell also die ungünstig wirkenden kognitiven Schemata oder die Ausbildung von möglicherweise zu geringen sozialen Kompetenzen, über Faktoren und Ereignisse in der Lebensgeschichte gesehen werden kann. Zu erwähnen sind Erfahrungen mit ungünstigen persönlichen Modellen des sozialen Verhaltens (z.B. starke Normorientierung, soziale Isolierung), Erziehungsstile (z.B. überbehütend, kontrol-

Abbildung 1: Kompetenzorientiertes Störungsmodell der Sozialen Phobie



lierend und/oder abwertend, kühl), die Instabilität persönlicher Beziehungen einschließlich dem Erleben häufiger Missachtungen oder die gleichgültige Haltung wichtiger Bezugspersonen. Weiterhin können auch einzelne besonders negative Erfahrungen in sozialen Situationen ebenso wie Persönlichkeitsfaktoren oder Charaktereigenschaften, z.B. Schüchternheit oder soziale Zurückgezogenheit, als psychologische Vulnerabilitätsfaktoren betrachtet werden (vgl. Asendorpf, 2002).

Die *biologische Vulnerabilität* bei Sozialen Phobien kann aus körperlichen Dispositionen zu starken physiologischen Reaktionen bestehen; spezifisch sind dabei beispielsweise eine „dünne Haut“, die eine stärkere Durchblutung über Errötung leichter sichtbar werden lässt, oder eine leichte Erregbarkeit, die möglicherweise mit ungünstigerem Temperament zusammenhängt (vgl. Konzept der „social inhibition“; Kagan et al., 1987). Zu einem gewissen Anteil (etwa 30-50%; Hermann, 2002) werden solche körperlichen Faktoren auch durch Vererbung übertragen.

3 Umsetzung in die klinische Praxis

Dem dargestellten Modell entsprechend werden im Rahmen verhaltenstherapeutischer Interventionen bei Sozialen Phobien nach Diagnostik, Anamnese sowie Problem- und Verhaltensanalyse vier Behandlungsmodule realisiert:

1. Darstellung des Störungsmodells und individuelle Validierung
2. Entspannungsverfahren
3. Verhaltensorientierte Interventionen (Rollenspiel, Video-Feedback, Exposition in vivo und therapeutische Transfer-Aufgaben)
4. Kognitive Interventionen

3.1 Darstellung des Störungsmodells und individuelle Validierung

Die Störungsanamnese und die Darstellung der individuellen Problematik sollen für den Patienten so zusammengefasst werden, dass eine einfache Form des Störungsmodells nachvollziehbar ist und die bei ihm auftretenden individuellen Schwierigkeiten in dem Modell ihren Platz finden (individuelle Anpassung des Modells; Validierung).

Beispiel:

Therapeut: „Ängste in sozialen Situationen oder Ängste vor sozialen Situationen haben immer drei Anteile des Erlebens und Verhaltens. Angst ist zunächst ein sehr starkes Gefühl des Unbehagens und des Leidens und geht mit stark selbstabwertenden Gedanken einher. Bei Ihnen tritt beispielsweise immer wieder der Gedanke auf, dass Sie unattraktiv, langweilig und weniger schlau sind als andere. Zusätzlich nährt sich das Gefühl der Angst aus Befürchtungen, dass andere Ihre empfundenen Unzulänglichkeiten sofort bemerken werden. Oft gehen die Befürchtungen so weit, dass Sie sich sagen, dass Ihr Leben total verbaut sein wird, wenn Sie sich diese Blöße geben oder in der erwarteten Situation versagen. Wir nennen solche extremen Gedanken auch „Katastrophengedanken“.

Treten solche Befürchtungen auf, so ist es logisch, solche Situationen zu meiden, was Sie bisher oft getan haben. Bei einer solchen Angst versuchen die meisten Menschen, entsprechenden Situationen aus dem Weg zu gehen. Bei Ihnen war das bisher so, dass Sie über viele Jahre hinweg vermieden haben, das notwendige Referat in Ihrer Ausbildung zu halten. Andere Tendenzen, das Gefürchtete zu vermeiden, finden sich bei Ihnen in der Tatsache, dass Sie sich nur ganz selten in der Öffentlichkeit mit anderen verabreden oder dass Sie sich in öffentlichen Situationen „verstecken“, indem Sie beispielsweise einen Platz im Restaurant suchen, an dem Sie nicht oder kaum beobachtet werden können. Nach solchen Situationen fühlen Sie sich dann immer beschämt, minderwertig, überlegen lange und ausführlich, was Sie hätten besser machen müssen.

Auf der körperlichen Seite gibt es bei Ihnen das Problem, dass Sie eine helle Haut haben und dass Sie dazu neigen, schneller rot zu werden als andere. Sie wissen dies und versuchen daher, in entsprechenden Situationen, sich zu verbieten, rot zu werden. Dies hat jedoch in aller Regel genau den gegenteiligen Effekt. Sie spüren eine gewisse Errötung und fühlen sich dann von anderen „ertappt“ und abgewertet; dies führt dann zu einer weiteren Erhöhung der Anspannung und zu größer werdender Angst. Dies ist ein sich aufschaukelnder Prozess so wie in einem Teufelskreis.“

Die Modellerläuterung und Validierung helfen, dem Patienten den Sinn der einzelnen Therapiebausteine zu erklären: Entspannungsverfahren als Intervention gegen die körperliche Erregung; Rollenspiele und In-vivo-Konfrontation zum Erlernen bzw. zur Übung angemessener Verhaltensweisen und kognitive Interventionstechniken, um ungünstige, nicht hilfreiche Gedanken zu erkennen und hilfreiche, Mut machende und förderliche Einstellungen zu unterstützen.

3.2 Entspannungsverfahren

Die Reduktion ungünstiger körperlicher Anspannung und Nervosität erfolgt durch das Erlernen eines Entspannungsverfahrens (z.B. progressive Muskelentspannung oder autogenes Training). Besondere Bedeutung kommt diesem Modul zu, um die Nervosität in der Antizipation sozialer Situationen zu reduzieren. Da Entspannungsverfahren in den relevanten Situationen selbst nur sehr selten erfolgreich eingesetzt werden, ist es bei Anspannungen und Ängsten in sozialen Situationen hilfreicher, eine akzeptierende Haltung gegenüber körperlichen Reaktionen einzunehmen; beispielsweise in der folgenden Form: „Du bist jetzt in einer für dich schwierigen Situation, und da ist es logisch, dass dein Körper nervös reagiert.“

3.3 Verhaltensorientierte Interventionen

Den verhaltensorientierten Interventionen bei sozialen Ängsten und Phobien kommt eine sehr zentrale Bedeutung zu. Bei vielen Menschen mit Sozialen Phobien ist ein Mangel an Fertigkeiten festzustellen, soziale Aufgaben kompetent zu meistern oder eigene Interessen angemessen zu vertreten. Zumindest aber erleben sich Betroffene in sozialen Situationen als ungeschickt

4.5 Angst- und Zwangsstörungen

und minderwertig. Sowohl für die Verbesserung sozialer Performanz als auch die Veränderung ungünstiger Kognitionen (meist negative Selbstbewertung) sind daher konkrete, für die Person relevante Verhaltensübungen unerlässlich. Hierbei bietet sich an, die Verhaltensübungen und den Transfer in den Alltag der Patienten mit kognitiven Interventionsbausteinen (siehe unten) zu kombinieren. Zu den verhaltensorientierten und kognitiven Behandlungsmodulen gehören:

- a) Rollenspiele
- b) Rollenspiele mit Video-Feedback
- c) Exposition in vivo und therapeutische Transfer-Aufgaben

Bei der Durchführung der jeweiligen Module ist es nicht so sehr bedeutsam und oft auch nicht möglich, dass auf alle individuell relevanten Situationen eingegangen wird. Im therapeutischen Kontext zeigt sich vielmehr, dass von den Patienten eine weitgehende Transferleistung auf andere bedeutsame Situationen und den Alltag geleistet wird. Im Folgenden werden die Behandlungsmodule genauer erläutert:

a) Rollenspiele

Vor der Durchführung der therapeutischen Rollenspiele müssen zunächst persönlich relevante Situationen identifiziert und ausgewählt werden. Hierzu ist es hilfreich, dass Patienten angstauslösende Situationen protokollieren und im Sinne einer Angsthierarchie beurteilen (Skala 100 = „extrem schwierig und beängstigend“ bis 0 = „neutral, ohne Angst zu bewältigen“). Nach der Zielfestlegung („Was möchte die Patientin in der Situation erreichen; wie möchte sie sich verhalten?“) kann mit dem Rollenspiel begonnen werden, wobei folgende Prinzipien hilfreich sind:

- *Patienten in die Situation führen.* Dies gelingt mit kleinen Veränderungen im Raum (z.B. Stühle in andere Position rücken), durch Einsatz einfacher Requisiten (Tisch, Stühle) sowie durch Nutzung des Präsens in der Sprache (Beispiel: „Hier ist jetzt Ihr Büro, dort ist die Tür, durch die Ihr Vater jetzt gleich den Raum betritt“); ggf. auch durch Übernahme von Rollen eines Interaktionspartners.
- *Graduiertes Vorgehen:* Einfache Situationen sollen zuerst geübt werden.
- *Kleine Schritte:* Sehr kurze Sequenzen üben und erst nach verbesserter Bewältigung die Übung erweitern (z.B. nur einen Satz sprechen oder bei der Wiederholung den Satz in einer anderen Körperhaltung aussprechen).
- *Therapeut als Modell und Coach:* Oft haben Patienten nicht hinreichende Vorstellungen über angemessenes Verhalten oder angemessene Formulierungen in sozialen Interaktionen. Der Therapeut kann und soll durch Übernahme der Rolle konkrete Vorschläge machen. Dabei muss sowohl auf verbale als auch auf nonverbale Aspekte des Verhaltens geachtet werden.
- *Wiederholungen:* Sequenzen so lange üben, bis eine positive Veränderung des Verhaltens erkennbar ist.
- *Einsatz von Lob und Verstärkung:* Selbst kleine positive Veränderungen rückmelden und bekräftigen; dabei positive Selbstattribution fördern.
- *Trennung von Verhalten und Gefühlen.* Oftmals „fühlt“ sich selbstsicheres oder nicht-phobisches Verhalten für die Patienten „unecht“ an. Hilfreich ist dabei, dass Patienten ermuntert werden, lediglich das vorgeschlagene oder modellhafte Ver-

halten „wie ein Schauspieler“ nachzuahmen und dabei zunächst eine „innere Distanz“ zu dem neuen Verhalten zu behalten. Hierdurch ist es möglich, Patientinnen und Patienten zunächst überhaupt dazu zu bewegen, eine entsprechende Übung durchzuführen. Bei mehrfachen Wiederholungen entwickeln Patienten dann oft sehr schnell einen eigenen Stil.

Beispiel:

Instruktion für einen jungen Mann, der in der Firma seines Vaters sich gegen dessen andauernde Bevormundungen und Kontrolle wehren möchte: „Ich weiß, dass dies für Sie jetzt sehr schwierig ist und dass es sich für Sie absolut fremd anfühlt. Ich schlage Ihnen daher vor, dass Sie jetzt lediglich den von mir vorgeschlagenen einfachen Satz nachsprechen. Fühlen Sie dabei ruhig die innere Distanz zum Inhalt des Satzes, denn ein solches – eher selbstsicheres Verhalten – kennen Sie von sich kaum oder gar nicht. Vor allem nicht Ihrem Vater gegenüber. Ich möchte nur, dass Sie mit dem Nachsprechen des Satzes so tun, als wären Sie selbstsicher. So wie Sie die Situation geschildert haben, haben Sie eine Reihe von Briefen mit Angeboten an Kunden fertig gestellt und Ihr Vater kommt, um sie – wie gewöhnlich – vor dem Ausgang nochmals zu kontrollieren. Sie merken die Anspannung in Ihrem Inneren, wenn er sich Ihnen, die Sie am Schreibtisch sitzen, nähert. Jetzt sagen Sie ihm Folgendes: „Vater, ich weiß, dass ich die Angebote fachgerecht fertig gestellt habe und dass sie so in Ordnung sind. Ich möchte, dass du mir vertraust und die Briefe ab heute ohne deine Kontrolle die Firma verlassen.“

- *Individuelle und soziale Validierung:* Das nach mehreren Übungssequenzen gezeigte Verhalten in Rollenspielen wird hinsichtlich der individuellen „Validität“ (passt das Verhalten zu mir? Entspricht es meinem Ziel?) und der Angemessenheit für die soziale Situation geprüft. Diese Überprüfung kann von dem Patienten selbst und dem Therapeuten vorgenommen werden; ggf. auch über die Rückmeldung von Gruppenmitgliedern erfolgen.

b) Rollenspielübungen mit Video-Feedback

Rollenspiele mit Video-Feedback ermöglichen die Einnahme einer Beobachterperspektive, die es den Patientinnen und Patienten ermöglicht, die befürchtete Sichtbarkeit ihrer Unzulänglichkeit und Angstreaktionen selbst zu beurteilen und ggf. das eigene Verhalten hinsichtlich der Funktionalität (erreiche ich das, was ich möchte?) und der sozialen Performanz (tatsächlich beobachtbares Verhalten) zu verbessern. Meist wird dabei deutlich, dass auch die Patienten selbst ihre eigene Erscheinung und ihr Verhalten als besser und adäquater einschätzen, als sie selbst vorher antizipierten. Für die praktische Durchführung der Rollenspiele gelten die gleichen Prinzipien wie unter (a). Zusätzlich werden (möglichst kurze) Video-Sequenzen gemeinsam angesehen und auf dieser Basis Handlungssequenzen weiter verbessert oder ggf. „validiert“.

c) Exposition in vivo und therapeutische Transfer-Aufgaben

Die Konfrontation mit realen, angstauss lösenden Situationen in der Behandlung von Personen mit Sozialen Phobien dient – im Unterschied zur Expositionstherapie bei Agoraphobien und

Panikstörungen – weniger der (physiologischen) Habituation, sondern eher der Widerlegung der übersteigerten negativen Annahmen über die Folgen der Situation und des eigenen Verhaltens (vgl. Peitz et al., 2002). Die kognitive Vorbereitung der Expositionsübungen beinhaltet dabei auch die Integration der Befunde zur Aufmerksamkeitsfokussierung in interpersonalen Situationen: Der Fokus soll auf die Interaktion mit anderen gerichtet werden: Wie reagiert mein Gegenüber? Was genau antwortet es? Wie ist sein Gesichtsausdruck, sein Blickkontakt? Nach einer Vorbereitung, ggf. auch einer Rollenspielübung, werden gefürchtete Situationen aufgesucht und dabei überprüft, in welchem Ausmaß die erwarteten negativen Reaktionen anderer tatsächlich auftreten.

Beispiel:

Die 29-jährige Studentin fürchtet, beim Eintreten in ein Café von den anderen Gästen genau gemustert und als hässlich eingestuft zu werden. Bei der Vorbereitung einer entsprechenden Exposition werden ihre ungünstigen Erwartungen notiert. Diese beinhalten, dass etwa drei Viertel der Gäste sie beobachten und mustern werden und davon mindestens die Hälfte sie auch negativ beurteilen wird. Die Situation ist für die Studentin besonders schwer, wenn das Café voll besetzt ist und sie lange braucht, um einen Platz zu finden. Die Patientin erhält die Instruktion, zunächst zusammen mit dem Therapeuten das Café aufzusuchen und dabei die anwesenden Gäste aktiv daraufhin zu beobachten, ob und wie sie sie beobachten. Sie wird angeleitet, diese Beobachtungen sowie alle sichtbaren Anzeichen von Ablehnung anschließend zu protokollieren. Danach werden die befürchteten Reaktionen mit den beobachteten Ereignissen verglichen. Die Übung wird (unter Umständen an anderen Orten) mehrfach wiederholt.

Auch bei Expositionsübungen in vivo ist es ratsam, ebenso wie bei Rollenspielen graduell vorzugehen. Dabei können zunehmend auch so genannte Mittelpunktübungen vorgenommen werden, in denen Patienten Verhaltensweisen zeigen, die die Aufmerksamkeit anderer erhöhen (z.B. in der Öffentlichkeit jemandem etwas zurufen; andere Personen ansprechen; mit erhobenen Händen durch eine Fußgängerzone laufen; sich gezielt ungeschickt verhalten). Weitere Übungen sind das Telefonieren mit einem Mobiltelefon in der Öffentlichkeit, in einem vollen Bus sich durch die Menschenmenge zum Ausgang hin bewegen, in einem vollen Raum nach Beginn einer Veranstaltung einen vorderen Platz einnehmen; vorzeitig eine Veranstaltung verlassen oder absichtlich zu spät kommen (vgl. Wlazio, 1995).

3.4 Kognitive Interventionen

Es bietet sich an, kognitive Interventionsmodule parallel zu den verhaltensorientierten Übungen durchzuführen. Einzelne Schritte und Techniken sind dabei:

a) Identifikation und Veränderung dysfunktionaler Gedanken

- Identifizieren und Antizipieren der ungünstigen Gedanken (Beispiel: „Da Sie sich selbst immer wieder als unzulänglich und

unfähig erlebt haben, wird es auch in der kommenden Situation so sein, dass Sie nicht an einen Erfolg glauben können, sondern voller negativer Erwartungen stecken. Dabei werden Sie es sich kaum vorstellen können, erfolgreich und selbstsicher aufzutreten. Ich schlage Ihnen vor, dass Sie diese Gedanken erwarten. Können wir noch einmal darüber sprechen, was das für negative Erwartungen sind?“).

- Negative Gedanken tolerieren, aber nicht daran festhalten (Therapeut: „Ich möchte, dass Sie die negativen Gedanken zur Seite stellen, sie beobachten und sie prüfen. Sie können feststellen, dass das Wiederholen und Grübeln negativer Gedanken Ihnen vor und während der Situation nicht hilft“).
- Positive Gedanken ermöglichen (Therapeut: „Versuchen Sie, auch neutralen oder gar positiven Gedanken eine Chance zu geben. Welche Gedanken könnten neutral sein oder Ihnen sogar Mut machen?“).
- Experimentieren mit alternativen Gedanken („Wie ist es für Sie, wenn Sie annehmen, dass die Ihnen gegenüberstehende Person Sie nicht negativ beurteilt, sondern generell ein eher unfreundlicher Mensch ist?“).

b) Förderung positiver Selbsteinstellungen (Spiegelübung)

Ein weiteres für Sozialphobiker relevantes kognitives Interventionsmodul ist die Förderung positiver Selbstsicht (positive Selbstverbalisation). Hierzu ist die so genannte Spiegelübung eine hilfreiche Methode. Dabei stellt sich der Patient vor einen Spiegel und wird aufgefordert, eine positive Aussage über sich selbst zu treffen. Dies fällt Personen mit Sozialen Phobien in der Regel besonders schwer. Die Hilfestellung des Therapeuten umfasst dabei

1. eine Vorbereitung der Übung, die auf die besondere Schwierigkeit hinweist;
2. die Erläuterung, dass im Sinne „automatischer Gedanken“ bei Selbstunsicherheit und Sozialer Phobie nahezu in allen sozialen Situationen und Anforderungen automatisch negative, selbstabwertende Gedanken über die eigene Person auftreten und es daher Sinn und Ziel dieser Übung ist, diesen ungünstigen Automatismus zu verändern;
3. möglicherweise auch trivial erscheinende Aussagen (z.B. über Körpergröße, „innere Werte“, Aussehen, spezifische Fertigkeiten) zu erlauben.

Bei dieser Übung ist es möglich, vergleichbar mit den oben genannten Aspekten bei der Durchführung von Rollenspielen, dass die erste Verbalisation einer positiven Aussage vom Therapeuten vorgenommen wird und der Patient ggf. aufgefordert wird, diese Äußerung „wie ein Schauspieler“ nachzusprechen. Dabei ist es hilfreich, auch bei dieser Übung die Patienten zu ermuntern, den (positiven) Inhalt der Aussage von der emotionalen Bedeutung zu trennen (siehe Durchführungsprinzipien bei Rollenspielen). Nach mehreren Wiederholungen kurzer Aussagen kann zunehmend geprüft werden, in welchem Ausmaß die Patienten von dem positiven Inhalt der Aussage überzeugt sind. Auch hierbei bietet es sich an, eine Ratingskala einzusetzen. Wie bei den therapeutischen Rollenspielen ist es auch bei dieser Übung hilfreich, die Aussagen kurz und einfach zu halten. Es kommt nicht darauf an, dass die Betroffenen viele positive Aussagen über sich selbst finden. Wichtig ist, dass die Patienten

4.5 Angst- und Zwangsstörungen

üben, eine positive Haltung sich selbst gegenüber einzunehmen, sich selbst etwas Gutes zu tun und mit sich selbst fürsorglich und wohlwollend umzugehen.

Beispiel:

In einer Spiegelübung zur positiven Selbstverbalisation fiel es Herrn V., einem Geschäftsmann im mittleren Management, besonders schwer, irgendetwas Positives an sich selbst zu finden und dies in der Gruppensituation zu äußern. Mit Hilfe des Therapeuten war es möglich, herauszuarbeiten, dass er mit seiner Körpergröße einverstanden und zufrieden war. Die daraus resultierende positive Äußerung war: „Es gefällt mir, dass ich 1,82 m groß bin.“ Diese trivial erscheinende Äußerung wirkte auf Herrn V. wie ein Durchbruch. Nach der mehrfachen Wiederholung dieser Aussage und der Nachbesprechung der Übung wurde deutlich, dass er über viele Jahre hinweg sich nahezu ausschließlich negativ beurteilt hatte und für anerkennende und positive Bewertungen eigener Fähigkeiten nicht offen gewesen war.

Beim Aufbau positiver Selbstverbalisationen ist es wichtig, dass die selbstbezogenen Äußerungen der Patienten authentisch sind. Ein therapeutisches Vorgehen nach dem Motto „think positive and you'll be happy“ wird nicht den erwünschten Effekt haben. Für die Durchführung dieses Behandlungsmoduls ist es weiterhin bedeutsam, die Übungen im Alltag fortzusetzen: Hierfür ist es wichtig, dass die Patienten auch zu Hause positive Selbstverbalisationen (zu Beginn in Form der Spiegelübung) üben. Weiterhin werden Patienten und Patientinnen ermuntert, in Situationen, in denen häufig hinderliche, negative Gedanken auftreten, mögliche alternative Gedanken zu finden und besonders hilfreiche zu notieren.

3.5 Therapie Sozialer Ängste und Phobien in Gruppen

Die erläuterten Module zur Behandlung Sozialer Ängste und Phobien eignen sich auch sehr gut zur Durchführung strukturierter Gruppentherapien (Renneberg und Fydrich, 1999). Um das gesamte Programm durchzuführen, sollte bei einer Gruppengröße von sechs bis maximal acht Personen etwa ein Umfang von 15 Doppelstunden zur Verfügung stehen. Auf der Basis der individuellen Eingangsdiagnostik muss darauf geachtet werden, dass die Patientinnen und Patienten „teamfähig“ sind. Bei deutlich vorhandenen ko-prävalenten Störungen ist eine Kombination mit einer einzeltherapeutischen Behandlung ratsam.

Strukturierte verhaltenstherapeutische Gruppentherapien bei Sozialen Phobien bringen eine Reihe günstiger Rahmenbedingungen mit sich. Im Unterschied zur Einzeltherapie können für die Gruppenbehandlung zusätzlich besondere Wirkfaktoren im Sinne instrumenteller Gruppenbedingungen angenommen werden (vgl. Fiedler, 1996):

- Gruppenkohäsion
- Förderung der Selbstöffnungsbereitschaft
- Entwicklung kooperativer Arbeitsbeziehungen
- Erleben und Erlernen von Altruismus und Identifikation
- Anregungs- und Feedbackfunktionen

- Möglichkeiten zum Modelllernen
- Ressourcen hinsichtlich der Problemlösekompetenzen
- Stützfunktionen der Gruppenmitglieder
- soziale Validierung von Erlebens- und Verhaltensweisen

Für die Behandlung von Angst in sozialen Situationen hat die Gruppe als sozialer Mikrokosmos eine besondere Wirkung, und zwar durch

- die Konfrontation mit einer neuen sozialen Situation; hierdurch werden Löschung, Habituation und Normalisierung ängstlicher Gefühle und Verhaltensweisen erleichtert;
- die Möglichkeit, soziale Fertigkeiten im Umgang mit anderen auszubilden;
- die Chance, im Rahmen von Rollenspielen Verhaltensweisen auszuprobieren und zu trainieren (therapeutisches Probedaheln);
- die vorhandenen Rückmeldekompetenzen der Gruppenmitglieder besonders hinsichtlich interpersonellen Verhaltens („soziale Validierung“) und
- die Möglichkeit, Problemlösekompetenzen der Gruppenmitglieder besonders hinsichtlich sozialer Konfliktsituationen zu nutzen.

3.6 Wie erfolgreich ist die kognitiv-verhaltenstherapeutische Behandlung bei Sozialen Phobien?

Meta-analytische Überblicke von Chambless und Hope (1996) sowie von Ruhmland und Margraf (2001) zeigen mittlere Effektstärken (Prä-post-Effektstärken) etwa in der Größenordnung von $d=1.0$. Danach kann für einen „durchschnittlichen“ Patienten erwartet werden, dass seine Symptomatik im Verlauf einer Therapie sich um etwa eine Standardabweichung verbessert. Die Befunde weisen darauf hin, dass mit einer Kombination kognitiver Verfahren und In-vivo-Konfrontation im Vergleich zu rein kognitiven Verfahren oder zu Trainingsverfahren zur sozialen Kompetenz die besten Erfolge erzielt werden. Diese Effekte sind auch nach dem Ende der Behandlung stabil; nach den Ergebnissen einiger Studien sind im Katamnesezeitraum sogar weitere Verbesserungen feststellbar.

Auch für die Behandlung von Patientinnen und Patienten mit generalisierten sozialen Phobien und zusätzlicher selbstunsicherer Persönlichkeitsstörung liegen ebenfalls positive Befunde vor (z.B. Alden, 1989; Renneberg et al., 1990).

Häufig wird davon ausgegangen, dass die kognitive Verhaltenstherapie im Gruppensetting die Therapie der Wahl darstellt. Jüngste Studien weisen jedoch darauf hin, dass soziale Angststörungen auch erfolgreich in Einzeltherapie behandelt werden können (vgl. Harb und Heimberg, 2002).

Insgesamt kann festgestellt werden, dass mit dem Einsatz kognitiver und handlungsorientierter Interventionen Personen mit sozialen Angststörungen mit befriedigendem Erfolg behandelt werden können. Problematisch erscheinen Hinweise, dass in der Alltagspraxis von Verhaltenstherapeuten aktuelle Behandlungsansätze, die In-vivo-Konfrontationen enthalten, teilweise wider besseren Wissens zu wenig eingesetzt werden.

4 Frequently Asked Questions (FAQ)

1. *Wie gehe ich damit um, wenn Patienten sich nur schwer oder gar nicht mit dem Störungsmodell identifizieren?*
→ Es ist notwendig, das Störungsmodell schrittweise an die individuell geäußerten Beschwerden des Patienten anzupassen. Dies gelingt am besten, wenn schon bei der Erläuterung einzelner Teile des Störungsmodells auf die Erfahrungen, subjektiven Theorien und Erklärungen eingegangen wird. Dies wird durch Nachfragen erleichtert („Wie war das bei Ihnen?“, „Stimmt das so für Sie?“). Hierdurch gelingt es, das Störungsmodell genau auf den Einzelfall abzustimmen.
2. *Was tue ich, wenn die Patienten die Übungsaufgaben zu Hause nicht gemacht haben?*
→ Prüfen, ob die Schritte zu groß oder zu schwierig waren; Barrieren erfragen, Motivation des Patienten prüfen („Ist es wichtig genug für Sie?“). Danach kann die Aufgabe in anderer Form neu gestellt werden.
3. *Ist eine Gruppentherapie mit weniger als 15 Sitzungen möglich und sinnvoll?*
→ Teilweise erlauben Rahmenbedingungen der Therapie nur wenige Sitzungen (z.B. in Reha-Einrichtungen mit kurzen Verweilzeiten). Hier zeigt sich, dass auch einzelne Module des Therapieprogramms sinnvoll eingesetzt werden können. Am wichtigsten sind die Rollenspiele.
4. *Was mache ich, wenn einem Patienten während der Spiegelübung nichts Positives über sich selbst einfällt?*
→ Bereits einleitend wird erläutert, dass es sich um Kleinigkeiten (hilfreiche Verhaltensweisen anderen gegenüber, „innere Werte“) oder vermeintlich Triviales handeln kann, die angesprochen werden können. Dazu fällt in der Regel allen Patienten etwas ein. Hilfreich ist auch, z.B. Verhaltensweisen zu erwähnen, die der Therapeut beim Patienten während der Therapie beobachtet hat oder die in der Gruppe positiv aufgefallen sind.

5 Prüfungsfragen

1. Welches sind wichtige Module der verhaltenstherapeutischen Behandlung Sozialer Phobien?
2. Sollte bei der Reizkonfrontation und bei Rollenspielen eher mit schwierigen oder mit weniger schwierigen Situationen begonnen werden?
3. Welche Rolle spielen Kompetenzdefizite bei Sozialen Phobien und wie wird dies in der Behandlung berücksichtigt?
4. Stellen Sie kurz ein einfaches Störungsmodell der sozialen Phobie dar, so wie Sie es einem Patienten erklären würden!
5. Mit welchen besonderen dysfunktionalen Kognitionen müssen Sie bei einer Person mit einer Sozialen Phobie rechnen?
6. Welche Ko-Diagnosen sind bei Sozialphobikern häufig anzutreffen?
7. Geben Sie Beispiele für die biologischen Aspekte der Vulnerabilität bei der Entwicklung einer Sozialen Phobie!
8. Wie gehe ich mit einem Patienten um, der starke Angst vor Erröten hat und tatsächlich häufig errötet?
9. Gehören Prüfungsängste und Lampenfieber zu den Sozialen Phobien?

10. Geben Sie Beispiele für angemessene Reizkonfrontationsverfahren bei Personen mit Sozialen Phobien.
11. Welche Interventionstechnik kann man einsetzen, um positive Selbstsicht zu fördern?
12. Welche Vorteile hat die Durchführung eines strukturierten Behandlungsprogramms für Soziale Phobien in Gruppen?

6 Literatur

a) zitierte Literatur

- Alden L. Short-term structured treatment for Avoidant Personality Disorder. *J Consult Clin Psychol* 1989;57:756-764
- Asendorpf J: Risikofaktoren in der Kindheit für Soziale Phobien im Erwachsenenalter. In: Fydrich T, Stangier U (Hrsg.): *Soziale Phobie und Soziale Angststörung*. Göttingen: Hogrefe, 2002, 246-263
- Beck AT: *Cognitive therapies and the emotional disorders*. New York: International Universities Press, 1979
- Beck AT, Emery G: *Kognitive Verhaltenstherapie bei Angst und Phobien*. Tübingen: Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie, 1981
- Chambless D, Hope DA: Cognitive approaches to the psychopathology and treatment of social phobia. In: Salkovskis PM (ed.): *Frontiers of cognitive therapy*. New York: Guilford, 1996, 345-382
- Clark D, Ehlers A: Soziale Phobie: Eine kognitive Perspektive. In: Fydrich T, Stangier U (Hrsg.): *Soziale Phobie und Soziale Angststörung*. Göttingen: Hogrefe, 2002, 157-180
- Clark DM, Wells A: A cognitive model of social phobia. In: Heimberg RG, Liebowitz MR, Hope DA, Schneier FR (eds.): *Social phobia: diagnosis, assessment, treatment*. New York: Guilford, 1995, 69-93
- Fiedler P: *Verhaltenstherapie in und mit Gruppen*. Weinheim: Psychologie Verlags Union, 1996
- Fydrich T: Soziale Kompetenz und soziale Performanz bei Sozialer Phobie. In: Fydrich T, Stangier U (Hrsg.): *Soziale Phobie und Soziale Angststörung*. Göttingen: Hogrefe, 2002, 181-203
- Gerlach A. (2002). Psychophysiologie der Sozialen Phobie – Symptom oder Ursache? In: Fydrich T, Stangier U (Hrsg.): *Soziale Phobie und Soziale Angststörung*. Göttingen: Hogrefe, 2002, 87-111
- Harb GC, Heimberg RG: Kognitiv-behaviorale Therapie der Sozialen Phobie: Ein Überblick. In: Fydrich T, Stangier U (Hrsg.): *Soziale Phobie und Soziale Angststörung*. Göttingen: Hogrefe, 2002, 311-338
- Hermann C: Neurobiologische Aspekte und lerntheoretische Grundlagen der Sozialen Phobie. In: Fydrich T, Stangier U (Hrsg.): *Soziale Phobie und Soziale Angststörung*. Göttingen: Hogrefe, 2002, 112-156
- Kagan J, Reznick J, Snidman N: The physiology and psychology of behavioral inhibition in children. *Child development* 1987;58, 1459-1473
- Kessler RC, McGonagle K, Zhao S, Nelson C, Hughes M, Eschleman S, Wittchen H-U, Kendler KS: Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. Results from the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry* 1994;51:8-19
- Leary ML, Kowalski RM: *Social Anxiety*. New York: Guilford, 1995
- Lieb R, Müller N: Epidemiologie und Komorbidität der Sozialen Phobie. In: Fydrich T, Stangier U (Hrsg.): *Soziale Phobie und Soziale Angststörung*. Göttingen: Hogrefe, 2002, 34-63
- Merikangas KR, Angst J: Comorbidity and social phobia: Evidence from clinical, epidemiologic, and genetic studies. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 1995;244:297-303
- Mowrer OH: *Learning theory and behavior*. New York: Wiley, 1960
- Peitz M, Heidenreich T, Stangier U: Kognitive Therapie bei Sozialer Pho-

4.5 Angst- und Zwangsstörungen

4.5.4 Generalisierte Angststörung

DORIS ZUBRÄGEL, THOMAS BÄR UND MICHAEL LINDEN

1 Einleitung

Generalisierte Angststörungen (Generalized Anxiety Disorder, GAD) haben in den letzten Jahren zunehmend an wissenschaftlichem und klinischem Interesse gewonnen. Nach epidemiologischen Studien leiden etwa 5% der Bevölkerung an dieser Erkrankung, was die GAD zu einer der häufigsten Angststörungen bzw. häufigsten psychischen Erkrankungen überhaupt macht. Obwohl diese chronisch verlaufende Angststörung zu deutlichen Beeinträchtigungen führt, suchen Patienten mit GAD häufig erst dann psychiatrische bzw. psychotherapeutische Hilfe, wenn komorbide Störungen auftreten. Ein Grund hierfür ist sicherlich, dass sich Patienten mit einer GAD oft nicht bewusst sind, dass sie unter einer Angststörung leiden, sondern eher das Gefühl haben, durch vielfache Lebensanforderungen belastet oder überfordert zu sein.

Sowohl die Konzeptualisierung der GAD als auch mögliche Behandlungsansätze sind derzeit noch in der Entwicklung begriffen. Übersichten oder Meta-Analysen zu Befunden zur Psychotherapie der GAD sprechen für eine mittlere bis gute Wirkung der kognitiven Verhaltenstherapie, sowie eine Überlegenheit gegenüber Kontrollbedingungen oder anderen Therapieformen (u.a. Fisher und Durham, 1999; Ruhmland und Margraf, 2001).

Im vorliegenden Beitrag soll zunächst ein Überblick gegeben werden über die klinischen Merkmale der GAD, die Epidemiologie sowie Diagnostik und Differenzialdiagnostik, bevor das therapeutische Vorgehen in der Behandlung der GAD dargestellt wird.

2 Theoretische Inhalte und Kenntnisse

2.1 Hauptmerkmale der GAD

Hauptmerkmal der Generalisierten Angststörung sind exzessive, allgemeine und vielfältige Sorgen, Befürchtungen oder Ängste, die zu einer deutlichen Beeinträchtigung des Lebens der betroffenen Personen führen. Die lang andauernden Sorgen, Befürchtungen und Ängste sind nicht auf bestimmte Situationen beschränkt, wie z.B. bei den phobischen Störungen. Von den Patienten werden die Sorgen als schwer kontrollierbar erlebt. Neben diesem kognitiven Phänomen der Sorgen finden sich bei

GAD-Patienten häufig Symptome wie Schlafstörungen, Muskelverspannungen, leichte Ermüdbarkeit, Konzentrationsstörungen, Reizbarkeit, aber auch körperliche Symptome wie Schwitzen, Herzrasen, Magenbeschwerden, Übelkeit, Erstickungsgefühle und Schwindel.

Ein Großteil der Patienten mit GAD zeigt korrekatives, präventives oder rituelles Verhalten, das sowohl mit einer Reduktion einer vegetativen Symptomatik als auch der Auftretenswahrscheinlichkeit von Sorgen verbunden ist. Beispiele für dieses so genannte „Sorgen-Verhalten“ sind häufige Anrufe bei der Familie, um sich nach deren Wohlbefinden zu erkundigen, oder das Vermeiden von Nachrichtensendungen im Fernsehen, um einer Beunruhigung durch unangenehme Neuigkeiten vorzubeugen. Werden Patienten daran gehindert, beispielsweise durch Kontrollanrufe bei den Kindern sich um deren Wohlergehen „zu sorgen“, dann treten Unruhe, Angst und verstärkte Besorgnis auf. Klinische Erfahrungen zeigen, dass sich GAD-Patienten typischerweise weniger als ängstlich erleben als vielmehr gestresst aufgrund der vielen Problemsituationen, denen sie sich ausgesetzt fühlen. Für viele GAD-Patienten ist es daher schwierig, ihre Beschwerden als Teil einer psychischen Erkrankung zu akzeptieren. Dies wiederum beeinflusst die Darstellung der Symptomatik gegenüber dem Arzt bzw. dem Psychotherapeuten.

Zu der Belastung von Patienten mit Generalisierter Angststörung und/oder Panikstörung stellten Massion et al. (1993) fest, dass 9% der Patienten mit einer oder beiden Angststörungen schon einen Suizidversuch in der Vergangenheit verübt hatten, 31 % mindestens einmal stationär behandelt worden waren und 25% der Patienten mit einer Generalisierten Angststörung Bezüge wegen Berufsunfähigkeit erhielten. Der chronifizierte Zustand der GAD bedeutet also auch eine chronische Beeinträchtigung im Alltags- und Berufsleben.

Fallbeispiel:

Zum Erstgespräch kommt eine 35-jährige Patientin, die auf Nachfrage berichtet, seit Monaten nicht mehr richtig ein- und durchschlafen zu können. Sie fühle sich sehr erschöpft: manchmal sei sie morgens schon so müde, dass sie am liebsten wieder ins Bett gehen möchte. Dabei sei sie aber so aufgedreht, dass sie kaum still sitzen und damit auch nicht still liegen könne. Auch berichtet sie eine große Vergesslichkeit. Sie habe sich große Sorgen um ihr Gedächtnis gemacht, habe Befürchtungen gehabt, an einer „Art von juvenilem Alzheimer“ erkrankt zu sein, da sie „wirklich alles vergesse, was ich nicht

sofort aufschreibe“. In der Gedächtnissprechstunde habe man jedoch nichts festgestellt, außer dass sie sehr nervös und sehr verkrampft sei - aber das habe sie auch vorher schon gewusst, v.a. da sie seit Monaten unter starken Verspannungsschmerzen im Nackenbereich leide. Auch ihr Orthopäde habe gesagt, dass die Schmerzen im Nacken-Schulterbereich nichts mit einer HWS-Problematik zu tun haben, sondern „wohl psychisch sein müssen“. Und dass sie – damit sie schmerzfrei leben könne – lernen müsse, besser mit Stress umzugehen. Er könne nach Ansicht der Pat. ja auch Recht haben, da sie bei Unterbrechungen des Alltags, „der sowieso schon stressig ist, vollkommen überdrehe, wie mein Mann das nennt“. So seien Urlaubsvorbereitungen für sie ein „Horror“: Sie mache sich schon Tage vor Urlaubsbeginn Gedanken darüber, welche und wie viel Kleidung sie für welches Wetter und welche Gelegenheit für die Kinder, ihren Mann und sich mitnehmen müsse. Das dauere dann nicht „mal eben 10 Minuten“, sondern „verfolgt mich den ganzen Tag, wenn mir dann so ein Gedanke einschießt wie: Was ist denn, wenn es 14 Tage am Stück regnet und die Wäsche nicht draußen trocknen kann und die Kinder nicht rauskönnen und sich langweilen oder sich erkälten ...“. Auf Nachfrage berichtet die Patientin, dass sie sich häufig und viele Sorgen mache, wobei „meine Lieblingsthemen“ die Gesundheit der Kinder, die finanzielle Situation der Familie und die eigene Gesundheit seien. Um ihren Mann mache sie sich vor allem dann Sorgen, wenn er auf Dienstreise sei und mit dem Auto Strecken fahren müsse, die er noch nicht kenne. An solchen Tagen stünde sie häufig am Fenster und warte auf ihn.

Merke: Hauptmerkmal der GAD sind allgemeine, vielfältige und schwer kontrollierbare Sorgen, die von den Patienten häufig nicht als pathologisch erkannt werden!

2.2 Epidemiologie

Nach epidemiologischen Studien ist die GAD eine der häufigsten Angststörungen bzw. häufigsten psychischen Erkrankungen überhaupt. Je nach Studie werden Punktprävalenzraten zwischen ca. 1,2 und 6,4 % in der Bevölkerung gefunden. In der primärärztlichen Versorgung wurden institutionelle Prävalenzraten für GAD von bis zu 10% festgestellt (Linden et al., 1996; Wittchen und Hoyer, 2001). Im Vergleich hierzu sind die viel eindrücklicheren Panikerkrankungen mit ca. 1% eher selten. Etwa zwei Drittel der Patienten mit GAD sind Frauen (APA, 1994).

Für GAD-Patienten sind hohe Komorbiditätsraten charakteristisch. Besonders häufige komorbide Störungen sind Soziale Phobien, die bei 16-59 % der GAD-Patienten auftreten, einfache Phobien (21-55%), Panikstörungen (3-27%) und Depressionen (8-39%). Persönlichkeitsstörungen werden bei 37-90% der Patienten berichtet, wobei am häufigsten ängstlich-vermeidende Persönlichkeitsstörungen genannt werden (Brawman-Mintzer und Lydiard, 1996; Dyck et al., 2001; Kessler et al., 2001).

Die Entwicklung einer sekundären Erkrankung, wie z.B. einer depressiven Episode, schafft im Verlauf einer GAD zusätzliche

psychosoziale Integrationsprobleme und kann der Grund für die Inanspruchnahme ärztlicher und/oder psychotherapeutischer Hilfe werden.

Merke: Die GAD ist eine der häufigsten psychischen Erkrankungen, die mit hohen Komorbiditätsraten und einer hohen Beeinträchtigung einhergeht.

2.3 Onset und Verlauf der GAD

Die Ersterkrankung tritt im Allgemeinen am Anfang des Erwachsenenalters auf, wobei Patienten mit GAD oftmals berichten, schon in der Kindheit und Jugend sehr ängstlich und nervös gewesen zu sein. Die Patienten berichten typischerweise auch, dass die GAD eher schleichend und allmählich aufgetreten ist.

Der Verlauf der GAD ist in der Regel chronisch persistent und durch Fluktuationen gekennzeichnet, wobei es unter Belastungen zu einer Exazerbation der Symptomatik kommen kann. Patienten mit einer über ein Jahr bestehenden GAD zeigen eine deutlich erhöhte Komorbidität mit anderen psychischen Störungen (Mancuse et al., 1993), was als zusätzliches Verlaufsrisiko gelten kann. Im Rahmen einer prospektiven Studie untersuchten Yonkers et al. (1996) den Verlauf der Generalisierten Angststörung über einen Zeitraum von 2 Jahren. Die Wahrscheinlichkeit einer Remission nach einem Jahr betrug .15, nach 2 Jahren .25, wobei eine komorbide psychiatrische Erkrankung die Remission nach einem Jahr deutlich unwahrscheinlicher machte.

2.4 Diagnostik und Differenzialdiagnostik

Als eigenständige Diagnose wurde die Generalisierte Angststörung erstmals in das DSM-III aufgenommen. Damals war es noch eine Art Restkategorie, während die Diagnose heute im DSM-IV eindeutig zu einer Primärdiagnose geworden ist.

In der ICD-10 wird anderen Angststörungen oder auch depressiven Störungen im Vergleich zur GAD eine höhere Priorität eingeräumt. In der Praxis bedeutet dies, dass z.B. bei einem gleichzeitigen Auftreten einer agoraphobischen und einer GAD-Symptomatik nach ICD-10 die Diagnose einer GAD nicht vergeben werden darf.

Während sowohl in den ICD-10- als auch den DSM-IV-Kriterien eine erhöhte Häufigkeit von Sorgen vorliegen muss, findet sich nur in den DSM-IV-Diagnosekriterien der Aspekt der Unkontrollierbarkeit von Sorgen. Sonstige eher unspezifische Angstsymptome wie innere Unruhe, die noch im DSM-III-R zwingend verlangt wurden, haben heute nur noch die Bedeutung von Nebensymptomen (s.a. Tab. 1). Das GAD-typische Vermeidungs- und Rückversicherungsverhalten hat bislang weder in den diagnostischen Kriterien des DSM-IV noch der ICD-10 Berücksichtigung gefunden, obwohl es, wie bereits dargestellt, ein wichtiger Faktor bei der Aufrechterhaltung von Sorgen und Ängsten ist.

4.5 Angst- und Zwangsstörungen

Tabelle 1: Diagnosekriterien für die Generalisierte Angststörung nach DSM-IV und ICD-10

300.02 nach DSM-IV (APA, 1994)

- A.** Übermäßige Angst und Sorge (furchtsame Erwartungen) bezüglich mehrerer Ereignisse oder Tätigkeiten, die mindestens über 6 Monate hinweg an der Mehrzahl der Tage auftraten
- B.** Die Person hat Schwierigkeiten, die Sorgen zu kontrollieren
- C.** Angst und Sorgen sind mit mindestens drei (bei Kindern genügt eines) der folgenden sechs Symptome verbunden, wobei zumindest einige der Symptome in den vergangenen sechs Monaten an der Mehrzahl der Tage auftraten:
1. Ruhelosigkeit
 2. leichte Ermüdbarkeit
 3. Konzentrationsschwierigkeiten oder Leere im Kopf
 4. Reizbarkeit
 5. Muskelspannung
 6. Schlafstörungen (Ein- oder Durchschlafschwierigkeiten, unruhiger, nicht erholsamer Schlaf)
- D.** Angst und Sorgen sind nicht auf Merkmale einer anderen Achse-I-Störung beschränkt, z.B. die Angst und Sorge beziehen sich nicht darauf, eine Panikattacke zu erleiden (wie bei Panikstörung), sich in der Öffentlichkeit zu blamieren (wie bei Sozialer Phobie), verunreinigt zu werden (wie bei Zwangsstörung), eine ernsthafte Krankheit zu haben (wie bei Hypochondrie) etc., und die Angst und Sorge treten nicht ausschließlich im Verlauf einer Posttraumatischen Belastungsstörung auf
- E.** Die Angst, Sorge oder körperlichen Symptome verursachen in klinisch bedeutsamer Weise Leiden oder Beeinträchtigungen in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen
- F.** Das Störungsbild geht nicht auf die direkte körperliche Wirkung einer Substanz (z.B. Droge, Medikament) oder eines medizinischen Krankheitsfaktors (wie z.B. Schilddrüsen-überfunktion) zurück und tritt nicht ausschließlich im Verlauf einer affektiven Störung, einer psychotischen Störung oder einer tief greifenden Entwicklungsstörung auf

F 41.1 nach ICD-10 (WHO, 1993)

Der Patient muss primäre Symptome von Angst an den meisten Tagen, mindestens mehrere Wochen lang, meist mehrere Monate, aufweisen.

In der Regel sind folgende Einzelsymptome festzustellen:

1. Befürchtungen (Sorge über zukünftiges Unglück, Nervosität, Konzentrationsschwierigkeiten usw.)
2. motorische Spannung (körperliche Unruhe, Spannungskopfschmerz, Zittern, Unfähigkeit, sich zu entspannen)
3. vegetative Übererregbarkeit (Benommenheit, Schwitzen, Tachykardie oder Tachypnoe, Oberbauchbeschwerden, Schwindelgefühle, Mundtrockenheit etc.)

Ein vorübergehendes Auftreten anderer Symptome während jeweils weniger Tage, besonders von Depression, schließt eine Generalisierte Angststörung als Hauptdiagnose nicht aus.

Der Betreffende darf aber nicht die vollständigen Kriterien für eine depressive Episode, phobische Störung, Panikstörung oder Zwangsstörung erfüllen.

! Merke: Ein wesentliches Merkmal der GAD ist ein Vermeidungs- bzw. Rückversicherungsverhalten, das in der Behandlung der GAD Berücksichtigung finden muss!

Sorgen bei GAD

Wissenschaftliche Untersuchungen zu Sorgen oder „Worrying“, dem Leitsymptom der GAD, zeigen, dass bei den Inhalten der Sorgen zwischen Patienten mit GAD und gesunden Kontrollen keine wesentlichen Unterschiede festgestellt werden können. GAD-Patienten scheinen jedoch eine größere Bandbreite von Sorgen Themen zu haben, sich mehr über alltägliche Kleinigkeiten (sog. Hassles), Probleme im interpersonellen Bereich und über zukünftige Ereignisse zu sorgen. Am deutlichsten unterscheiden sich GAD-Patienten jedoch von gesunden Kontrollen, wenn man formale Aspekte, wie z.B. die Häufigkeit, Dauer und Kontrollierbarkeit der katastrophisierenden Kognitionen, betrachtet.

! Merke: Sorgen von GAD-Patienten unterscheiden sich von den Sorgen gesunder Kontrollen weniger inhaltlich als vielmehr durch formale Aspekte wie Dauer, Häufigkeit und erlebte Kontrollierbarkeit der Sorgen.

Versucht man eine differenzialdiagnostische Abgrenzung der Sorgen von GAD-Patienten zu Sorgen bzw. kognitiven Phänomenen bei anderen psychischen Erkrankungen, so zeigen sich für eine Vielzahl von Störungen spezifische Unterschiede in inhaltlichen und/oder formalen Aspekten. So konnte gezeigt werden, dass GAD-Patienten deutlich mehr Zeit am Tag mit Sorgen verbringen (mehrere Stunden) als Patienten mit anderen Angststörungen oder ohne psychische Erkrankung, dieses emotional belastender erleben und stärkere Schwierigkeiten haben, das „Worrying“ zu beenden. Derzeit geht man davon aus, dass depressive Patienten ähnlich viel Zeit mit Grübeln oder Sorgen verbringen. Für das Grübeln der depressiven Patienten ist jedoch charakteristisch, dass es inhaltlich vor allem von Trauer, Verlust, eigenem Versagen oder einer starren negativen Sicht der eigenen Zukunft handelt, wohingegen die GAD-Patienten in ihren Sorgen typischerweise versuchen, sich auf zukünftige Bedrohungen oder Stressoren vorzubereiten. Hierbei ist der begleitende Affekt auch eher Anspannung und nicht so sehr depressive Herabgestimmtheit oder Anhedonie (s.a. Tab. 2).

! Merke: Zur sorgfältigen differenzialdiagnostischen Abklärung müssen sowohl formale als auch inhaltliche Aspekte der Sorgen überprüft werden.

Tabelle 2: Differenzialdiagnostische Abgrenzung der Generalisierten Angststörung

Störungsbild	Charakteristika der kognitiven Phänomene (in Abgrenzung zur GAD)
Depression/Dysthymie	Inhalte des Sorgens/Grübelns bei depressiven Störungen sind eher auf Trauer, Verlust, eigenes Versagen gerichtet; eher wenig zukunftsgerichtete Sorgen; begleitender Affekt im Unterschied zur GAD herabgestimmt
Zwangsstörungen	Inhalte beim Zwang sind eher auf Themen wie Versündigung, Verunreinigung bei Berührung oder Kontrolle gerichtet; die Themen der Zwangsgedanken variieren im Vergleich zu GAD-Sorgen weniger; Zwangspatienten erleben Zwangsgedanken als ich-dyston, GAD-Patienten ihre Sorgen i.d.R. als ich-synton
Sozialphobie	Inhalte der Sorgen sind auf soziale Interaktionen bzw. Konsequenzen des Versagens oder Blamierens in diesen Interaktionen konzentriert
Panikstörung/Agoraphobie	Inhalte der Sorgen stehen im Zusammenhang mit dem erwarteten oder unerwarteten Auftreten und Erleben von Panikattacken oder den Konsequenzen des Erlebens von Panikattacken.
Hypochondrie	Inhalte der Sorgen sind auf die Hypothese des Vorhandenseins einer bestimmten körperlichen Erkrankung konzentriert

Instrumente zur Diagnose und Erfassung der Symptomatik

Ein Problem – nicht nur für die Generalisierte Angststörung – stellt in der primärärztlichen, aber auch psychotherapeutischen Versorgung die Erkennungsrate psychischer Erkrankungen dar.

In einer Studie der WHO wurden ca. 60% aller psychiatrischen Erkrankungen von den Ärzten erkannt, wobei die Rate für Generalisierte Angststörungen mit 46% nochmals niedriger liegt (Linden et al., 1996).

Tabelle 3: Instrumente zur Erfassung globaler und spezifischer Aspekte der GAD

Instrument	Items	Kurzbeschreibung
Instrumente zur Erfassung GAD-spezifischer Symptomatik		
GAD-Q	9	Items des GAD-Q sind an DSM-IV-Kriterien orientiert; eignet sich zur Vor-Diagnostik klinischer GAD-Symptome
PSWQ	16	derzeit gängigstes Instrument zur Erfassung von pathologischem „Worrying“; in den Score gehen diverse formale Aspekte der Sorgen (Häufigkeit, Exzessivität, Kontrollierbarkeit) mit ein; klinische GAD-Populationen weisen typischerweise Mittelwerte zwischen 60 und 70 (SD 7-10) auf, Kontrollpopulationen im Mittel ca. 40 (SD ca. 10); der Grenzwert zwischen Normal- und klinischer Population liegt bei ca. 53 Punkten
Penn State Worry Questionnaire		
MKF	65	gut geeignet zur Abklärung des Vorliegens von mit Sorgenverhalten assoziierten Meta-Kognitionen; enthält u.a. Skalen zu positiven Überzeugungen bezüglich „Worrying“ oder dessen Unkontrollierbarkeit; bislang sind keine Angaben zu Kennwerten von GAD-Populationen bekannt
Metakognitions-Fragebogen		
WDO	25	Messinstrument zur Erfassung allgemeiner Besorgnis; wurde ursprünglich nicht für den klinischen Bereich konzipiert, weswegen die Charakteristika pathologischen „Worryings“ nicht erfragt werden; umfasst allerdings 5 Sorgenbereiche, die einen Anhalt auf spezifische Sorgen Themen liefern können
Worry Domains Questionnaire		
AnTI	22	erfasst sowohl 2 GAD-typische Inhaltsbereiche von Sorgen („social worry“, health worry“) als auch Meta-Worry; bislang sind keine Angaben zu Kennwerten von GAD-Populationen bekannt
Anxious Thoughts Inventory		
FAS	35	bislang unpubliziert; erfasst für fünf konkrete GAD-typische Alltagssituationen jeweils sieben formale Aspekte von Sorgen (Häufigkeit, Stärke, Sorgenketten, Kontrollierbarkeit, externale und internale Attribution, Sinnhaftigkeit der Sorgen); das Instrument und Kennwerte zu klinischen Populationen können bei den Autoren erfragt werden
Formale Aspekte von Sorgen – Ratingskala		
Einige gängige Instrumente zur Erfassung globaler Angstsymptomatik		
HAM-A	14	Standard-Fremdrating-Instrument für Ängstlichkeit in klinischen Studien; nicht GAD-spezifisch, erfasst sowohl psychische als auch somatische Aspekte der Angst; Referenzwerte sind problematisch, da überwiegend keine hinreichend objektiven Rating-Instruktionen verwendet werden; zur Verlaufsmessung jedoch geeignet
Hamilton Anxiety Scale		
STAI	20	sehr verbreitetes Instrument zur Erfassung von Trait- und Zustandsangst, jedoch nicht spezifisch für GAD; GAD-Populationen haben typischerweise Mittelwerte zwischen 55-60 (SD 7-9.5), Kontrollpopulationen ca. 35 (SD 7-9.5); der Grenzwert zwischen Normal- und klinischer Population liegt bei ca. 46 Punkten
State-Trait-Angstinventar		
HADS	14 da- von 7 Angst-Items	sehr kurzes und ökonomisches Messinstrument, nicht GAD-spezifisch, gibt jedoch guten Überblick über allgemeine Ängstlichkeit und Depressivität der Patienten; GAD-Populationen haben typischerweise Mittelwerte zwischen 13.5-15 Punkten (SD 2.5-3) auf der Ängstlichkeit-Skala, Kontrollpopulationen Mittelwerte um 6 Punkte (SD 2-4); nach den Autoren sind Werte <8 „unauffällig“, der Cut-Off-Score zur klinischen Ängstlichkeit liegt bei ca. 10-11 Punkten
Hospital Anxiety and Depression Scale		

(Instrumente in Hoyer und Margraf, 2002)

4.5 Angst- und Zwangsstörungen

In der Praxis bietet sich die Diagnosestellung mit Hilfe standardisierter Interviews an. Alle gängigen diagnostischen Interviews, wie beispielsweise das Composite International Diagnostic Interview (CIDI; Wittchen et al., 1997), enthalten Module zur Generalisierten Angststörung.

Eine Messung der aktuellen Schwere der GAD-Symptomatik kann über Fremdratinginstrumente wie die HAM-A (Hamilton, 1959) oder Selbstratingskalen zur Erfassung unspezifischer Ängstlichkeit erfolgen. Die Spezifität dieser Skalen für die Erfassung der Symptomatik der Generalisierten Angststörung ist jedoch fraglich, da diese Skalen in der Regel auch Items beinhalten, welche eher untypisch bzw. nicht ausschließlich typisch für GAD sind.

Spezifische Instrumente zur Beurteilung der GAD-Hauptsymptomatik, dem exzessiven „Worrying“, sind in Tabelle 4 dargestellt. Hierbei handelt es sich sowohl um Adaptationen eingeführter englischsprachiger Fragebögen (wie dem PSWQ oder dem WDO) als auch um aktuelle Neuentwicklungen. Bei den Angaben zu Kennwerten klinischer Populationen handelt es sich um Angaben, die einen Anhalt zur Einschätzung der Schwere der Symptomatik oder der Verlaufsbeurteilung der Therapie geben können (zu den Instrumenten s. Hoyer und Margraf, 2002).

2.5 Störungsmodell

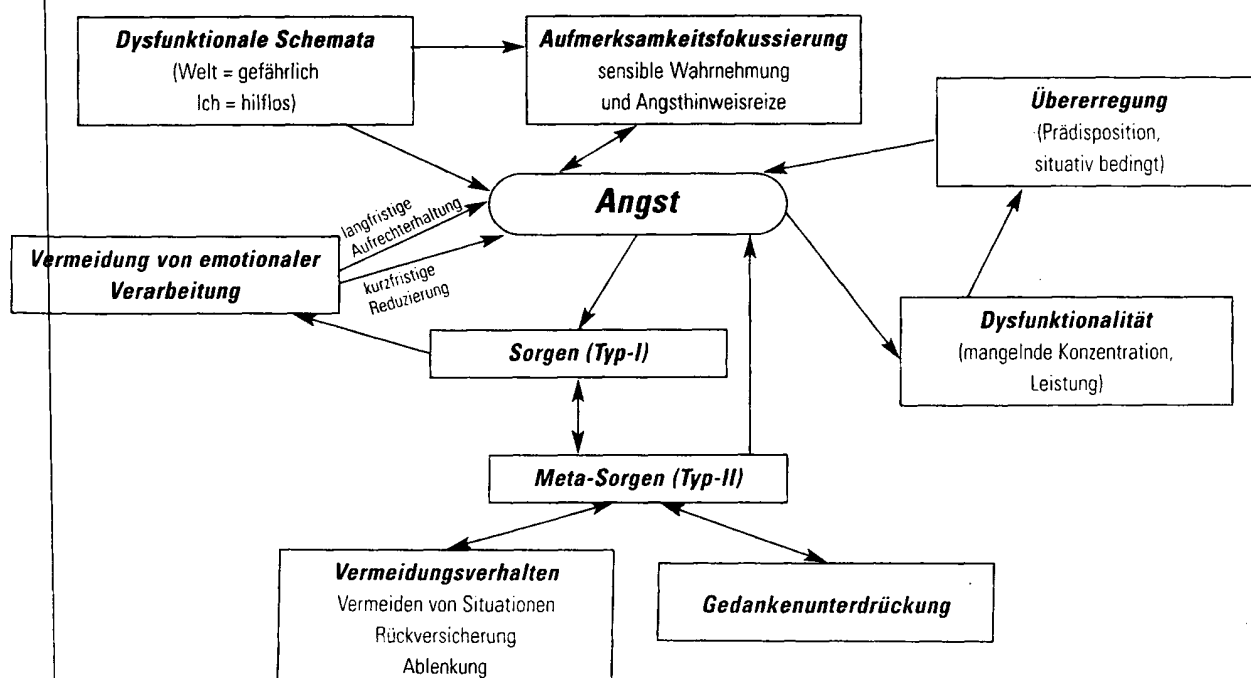
In den vergangenen Jahren sind zahlreiche Erklärungsansätze für die GAD publiziert worden, die zum Teil einander ergänzende Aspekte beschreiben. Neben einer genetisch bedingten Vulnerabilität wird auch eine psychologisch bedingte Vulnerabilität diskutiert. Hinsichtlich des frühkindlichen Erziehungsstils wurden für GAD-Patienten sowohl ein unsicheres Attachment, ein

Mangel an emotionaler Wärme oder eine Überprotektion aufgezeigt. Folge dieser frühkindlichen Erfahrungen, in denen entscheidende Aspekte der Umwelt als unkontrollierbar und nicht bewältigbar wahrgenommen wurden, können sowohl Defizite im Bewältigungsrepertoire als auch die Entwicklung von spezifischen Grundannahmen sein („Die Welt ist gefährlich“). Ebenso scheint das Erleben bzw. die unzureichende Bewältigung von traumatischen und belastenden Lebensereignissen ein Risikofaktor für die Entstehung der GAD zu sein, wie erhöhte Prävalenzraten nach Katastrophen bzw. anderen unerwarteten, negativen und von den Betroffenen als sehr bedeutsam wahrgenommenen Lebensereignissen annehmen lassen.

Die wichtigsten Erklärungsansätze für GAD konzentrieren sich auf das pathologische „Worrying“, das nicht nur Leitsymptom der GAD ist, sondern gleichzeitig auch der zentrale pathogenetische Mechanismus. Da Sorgen ein Alltagsphänomen sind, wird in diesen Modellen unterschieden zwischen der „normalen“ Tendenz, sich Sorgen zu machen, und dem exzessiven pathologischen „Worrying“ bei der Generalisierten Angststörung. Pathologisches „Worrying“ wird durch ein häufiges Auftreten und Schwierigkeiten bei der Kontrolle dieser Gedanken definiert. Sorgen werden durch externe und interne Stimuli ausgelöst. Da Patienten mit GAD eine Tendenz haben, den Fokus der Aufmerksamkeit eher auf unsichere oder nicht eindeutige Situationen zu lenken und negativ auf diese zu reagieren, ergeben sich vielfältige Sorgen auslösende Stimuli.

Es herrscht weitgehende Übereinstimmung, dass Sorgen als Versuch einer antizipatorischen Bewältigung einer wahrgenommenen Bedrohung verstanden werden können. Dies bedeutet, dass über Sorgen versucht wird, sich auf ein zukünftiges Problem vorzubereiten, was mit einem leichten Anstieg der körperlichen Erregung verbunden ist. Die hierbei generierten Gedan-

Abbildung 1: Vereinfachtes Störungsmodell der GAD (Leichsenring et al., 2002)



kensequenzen werden als vorwiegend verbal-gedanklich und nur wenig bildhaft beschrieben. Nach Borkovec et al. (1999) werden durch die Beschäftigung mit sorgenvollen Gedanken vergleichsweise noch unangenehmere bildliche Vorstellungen gehemmt und die durch eine konkrete körperliche Erregung und Angst unterdrückt. Somit wird verhindert, dass es zu einer Habituation an diese unangenehmen bildlichen Vorstellungen kommen kann. In diesem Sinne haben Sorgen die Funktion einer kognitiven Vermeidungsreaktion. Lerntheoretisch gesehen wird somit das „Worrying“ durch das Ausbleiben von starker Angst bei einer wahrgenommenen Bedrohung negativ verstärkt, was zum Teil auch die Aufrechterhaltung des exzessiven „Worryings“ erklärt.

Darüber hinaus sind Sorgen unkonkreter als andere Problemlösungen. Dies gilt speziell für Sorgen von Patienten mit Generalisierten Angststörungen. Hierbei scheint die Unkonkretheit von exzessiven Sorgen unter anderem deswegen zur Aufrechterhaltung von GAD beizutragen, weil dadurch konstruktive Problemlösungen behindert werden könnten. Diese könnten zusätzlich dadurch erschwert sein, dass GAD-Patienten ein geringes Vertrauen in die eigenen Problemlösefertigkeiten haben.

Die Aufrechterhaltung von „Worrying“ kann zudem durch ein abergläubisches Verstärkungsparadigma erklärt werden, da die in Sorgenketten enthaltenen Konsequenzen in der Regel nicht eintreten, was dazu führt, dass zwischen dem Sorgenprozess und möglichen Konsequenzen objektiv nicht existierende Kontingenzen wahrgenommen werden.

Darüber hinaus spielen sowohl positive als auch negative Überzeugungen gegenüber dem „Worrying“ (Metakognitionen) eine Rolle bei der Aufrechterhaltung der GAD. Positive Annahmen gegenüber dem Prozess des Sichsorgens sind z.B., dass Sorgen als Bewältigungsstrategie der Entwicklung von Lösungen, zur Vermeidung negativer Ereignisse und zur Vorbereitung auf den Fall, dass das Befürchtete dennoch eintreten könnte, dient (Sorgen Typ I). Negative Einstellungen über Besorgnis wie z.B., dass häufiges Sorgen verrückt mache oder dass der Sorgenvorgang unkontrollierbar oder gefährlich sei, lösen Sorgen über das Sorgen aus, was von Wells und Carter (1999) als Meta-Besorgnis beschrieben wird. Meta-Worry (Sorgen Typ II) verstärkt Angstsymptome, die wiederum sorgenvoll interpretiert werden und bis zu panikartigen Zuständen führen können. Um negative Konsequenzen als Folge der Sorge über die Sorgensequenzen zu vermeiden, versuchen GAD-Patienten Strategien zur Vermeidung sorgenvoller Gedanken einzusetzen (z.B. ablenkende Tätigkeiten, Rückversicherungen) bzw. sorgenvolle Gedanken zu unterdrücken. Dieser Versuch scheitert jedoch in der Regel, da aktive Versuche, bestimmte Gedanken zu unterdrücken, automatisch zu „Intrusive Thoughts“ führen, d.h. einer Erhöhung der Häufigkeit dieser Gedanken, was wiederum ein Kontrollverlust erleben nach sich ziehen kann. Hierdurch werden Meta-Sorgen, aber auch Vermeidungs- und Ablenkungsversuche aufrechterhalten, was dazu führt, dass GAD-Patienten ihre positiven und gleichzeitig negativen Meta-Kognitionen bezüglich der Besorgnis nicht ändern können.

Merke: Bei der Aufrechterhaltung der GAD spielen eine entscheidende Rolle:

- Aufmerksamkeitsbias für bedrohliche Informationen
- Unkonkretheit und der verbalgedankliche Charakter der Sorgen
- positive und negative Annahmen über Sorgen
- Vermeidungs- und Rückversicherungsverhalten
- Gedankenunterdrückungsversuche

3 Praktische Umsetzung

Aufgrund des klinischen Bildes und der theoretischen Modelle zur GAD und zu pathologischen Sorgen richtet sich eine kognitive Verhaltenstherapie bei GAD auf folgende Ziele (Tab. 4):

Tabelle 4: Ziele kognitiver VT bei GAD

- vegetative Übererregung
- Sorgen und kognitive Verzerrungen
- Vermeidungs- und Rückversicherungsverhalten
- Defizite bei der Bewältigung von Problemen und Alltagsbelastungen

Die Wirksamkeit des im Folgenden dargestellten kognitiv-verhaltenstherapeutischen Vorgehens bei der Behandlung von ambulanten Patienten mit GAD ist im Rahmen einer kontrollierten Therapiestudie in Zusammenarbeit mit trainierten, in der Routineversorgung tätigen Verhaltenstherapeuten evaluiert worden (s.a. Linden et al., 2002). Dieses geprüfte Vorgehen beschreibt therapeutische Schwerpunkte für die Initialphase und die eigentliche Haupttherapiephase.

3.1 Initialphase (probatorische Sitzungen)

Ziele des Vorgehens in dieser Phase ist neben dem Aufbau einer vertrauensvollen Beziehung die Informationsgewinnung als Grundlage für die Erarbeitung eines Störungsmodells

Zur **Informationsgewinnung** sollten im Rahmen einer *Mikroanalyse* analog zum SORCK-Modell die für GAD typischen Problemverhaltensweisen (z.B. „Worrying“, vegetative Reaktionen, Vermeidung), Antezedenzen (z.B. „minor hassles“, angstausslösende Kognitionen), Konsequenzen (z.B. Angstreduktion, Vermeidung, soziale Konsequenzen) und Organismusvariablen (z.B. Stress- und Überlastungssymptome, vegetative Übererregbarkeit) erhoben werden. Wichtig ist auch die Erfassung von Ressourcen. Die *Makroanalyse* bezieht sich auf die biografische und kontextuelle Entwicklung der Symptomatik über die Lebensspanne hin. Eine Vertiefung von Mikro- und Makroanalyse kann beispielsweise durch Selbstbeobachtungsaufgaben erfolgen und dient der Vervollständigung des funktionalen Modells der Störung.

4.5 Angst- und Zwangsstörungen

Als eine der Hauptschwierigkeiten wird in dieser Phase die gemeinsame Erarbeitung eines für den Patienten **plausiblen initialen Störungsmodells** gesehen. Oft ist dem Patienten die Unterscheidung zwischen normalen Sorgen als Alltagsphänomen und dem pathologischen „Sichsorgen“ nicht klar. Sie erleben das Sich-Sorgen-Machen häufig als normal, wenn nicht sogar zwingend geboten. Man denke nur, was es heißt, wenn eine Mutter behaupten würde, sie würde sich keine Sorgen um die Gesundheit ihres erkrankten Kindes machen. Den Patienten muss zu Beginn der Therapie klar vermittelt werden, dass nicht zu viel Alltagsstress, nicht die Erkrankung des Kindes oder die Lebenssituation an sich, sondern die pathologische Reaktion im Sinne eines Sich-zu-viel-Sorgens bzw. die Versuche, Sorgen zu vermeiden, die Grundlage ihrer Störung sind (s. hierzu auch das Beispiel). In diesem Zusammenhang sollte auch darauf hingewiesen werden, dass das Therapieziel nicht daran bestehen kann, dass die Patienten keine Sorgen und keine Angst mehr erleben werden, sondern dass das Therapieziel darin besteht, dass die Patienten lernen sollen, zwischen pathologischer Sorge und Angst und normaler Angst und Sorge unterscheiden zu können, den pathologischen Anteil erkennen und bewältigen zu können. Diese Modellentwicklung darf jedoch nicht die Form einer theoretischen Unterweisung annehmen, sondern sollte am Erleben der Patienten selbst ansetzen. In der Regel haben sie schon häufiger vom Partner oder anderen Personen gehört, dass sie sich nicht so viel Sorgen machen sollen. Sie haben regelhaft das Gefühl, dass es schön wäre, wenn man die Dinge auch einmal etwas entspannter angehen könnte. Es werden in der Initialphase also nicht die Sorgen an sich in Frage gestellt, sondern mit dem Patienten als Ziel vereinbart, Wege zu finden, wie man mit etwas weniger Sichsorgen trotzdem nicht „fahrlässig“ wird.

Beispiel für eine Sensibilisierung für die Störung

Therapeut: Sie haben gerade berichtet, dass Sie immer unruhiger geworden sind, als sich Ihre Tochter verspätet hat.

Patientin: Das stimmt. Als sie um 10 nach 12 immer noch nicht da war, habe ich wirklich gedacht, dass ihr irgendwas zugestoßen ist.

Therapeut: Was haben Sie denn gedacht, was ihr zugestoßen sein könnte?

Patientin: Na ja, ich habe an einen Fahrradunfall gedacht oder dass sie von einem Auto überfahren worden ist, oder dass jemand sie angesprochen und mitgenommen hat, man hört ja gerade in letzter Zeit so viel von gestörten Männern, die Kinder entführen und umbringen ... Meine Güte, war ich durcheinander und fürchterlich unruhig.

Therapeut: Das hat Sie also ziemlich mitgenommen, als Sie daran gedacht haben, was der Grund für die Verspätung Ihrer Tochter hätte sein können. ... Wann ist sie denn dann gekommen, und was war letztlich der Grund fürs Späterkommen?

Patientin: Meine Tochter kam dann endlich um 20 nach 12. Die Mutter ihrer Freundin hat die beiden Mädchen noch zum Eis eingeladen, weil sie beide eine Eins in der Mathearbeit hatten.

Therapeut: Hatten Sie, als die Tochter zu spät war, auch an diese positive Erklärung gedacht?

Patientin: Nein

Therapeut: Wenn ich Sie recht verstehe, fallen Ihnen mögliche

Gefahren und Katastrophen schneller ein als mögliche positive Erklärungen?

Patientin: Ja, ich habe wohl einen Hang dazu, immer gleich an was Negatives zu denken.

Therapeut: Mhm, nur probeweise: Könnten Sie mal aus dem Stand 10 negative Gründe nennen, warum Ihre Tochter zu spät kommt, und danach 10 positive?

Patientin berichtet innerhalb von 4 Minuten 10 negative Erklärungen und braucht für wenige Positivgründe über 10 Minuten

Patientin: Ich habe wirklich Schwierigkeiten, mir positive Gründe vorzustellen. Das hätte ich gar nicht gedacht.

Therapeut: Was halten Sie davon, Ihre Fähigkeit zu schulen, ausbalancierter zu denken und alle Optionen bei der Suche nach Erklärungen zu berücksichtigen? Sie könnten ja mal Ihre Tochter fragen, welche Gründe es haben kann, wenn sie zu spät aus der Schule kommt.

3.2 Haupttherapiephase

Ziele des Vorgehens in dieser Therapiephase sind

- Vermittlung von Entspannungsverfahren
- Veränderung von Sorgen, kognitiven Verzerrungen und dysfunktionalen Kognitionen
- Abbau des Vermeidungs- und Rückversicherungsverhaltens
- Aufbau von Bewältigungsstrategien
- Förderung von mit Angst inkompatiblen Aktivitäten

Vermittlung von Entspannungsverfahren: Während der gesamten Haupttherapiephase empfiehlt sich die Arbeit mit Entspannungsverfahren. Eine hierfür geeignete Methode ist die Progressive Muskelrelaxation nach Jacobson (1938). Das Ziel des Entspannungstrainings besteht in einer graduellen Reduktion des typischerweise erhöhten allgemeinen Anspannungsniveaus und der vegetativen Übererregbarkeit des Patienten. Im Verlauf des Trainings sollte der Patient lernen, sich auch unter belastenden Alltagsbedingungen auf Wunsch hin zu entspannen. Ebenso sollten spontan auftretende Angst und Anspannung hierdurch innerlich kontrolliert und herabreguliert werden (angstinkompatible Entspannung). Zur Einübung und Routinierung der Entspannung kann dem Patienten auch eine besprochene Kassette mit nach Hause gegeben werden.

Veränderung von Sorgen, kognitiven Verzerrungen und dysfunktionalen Kognitionen: Zentraler Bestandteil des kognitiv-verhaltenstherapeutischen Vorgehens ist die Modifikation kognitiver Verzerrungen, grundlegender Denkhaltungen, Anschauungen und Regeln im Sinne einer kognitiven Umstrukturierung. Diese erfolgt in Anlehnung an Verfahren, wie sie von Beck et al. (1985) beschrieben wurden (Tab. 5).

Durch diese Verfahren soll der Patient erkennen lernen, dass er eine Tendenz hat, wie ein „Sicherheitsingenieur“ auf der Suche nach potenziellen Gefahren durch die Welt zu laufen. Es gilt, diese einseitige Aufmerksamkeitsausrichtung zu erweitern. Es ist dann die Tendenz zu fortlaufenden und sich selbst verstärkenden Katastrophenphantasien herauszuarbeiten und Metho-

Tabelle 5: Verhaltenstherapeutische Verfahren bei GAD

- Selbstbeobachtungsaufgaben
- gelenkte Phantasie
- Reframing
- sokratische Dialoge
- Zweispaltentechnik
- Entkatastrophisieren
- interne Dialoge
- Realitätsprüfung

(s. zu diesen Verfahren auch Linden und Hautzinger, 2000).

den zu entwickeln, sie frühzeitig zu unterbrechen und mit Hilfe o.g. Techniken durch Alternativgedanken zu relativieren. Die genannten kognitiven Verfahren – vor allem Entkatastrophisieren und Realitätsprüfung – kommen auch zum Einsatz, wenn bei einem Patienten starke negative Annahmen über das Sorgen vorliegen (Meta-Worry) – wie z.B. dass Sorgen unkontrollierbar seien. Ziel ist eine Korrektur dieser negativen Annahmen, die zur Aufrechterhaltung der Störung beitragen.

Beispiel für eine Entkatastrophisierung

Therapeut: Ich möchte mir jetzt gerne mit Ihnen gemeinsam anschauen, was wäre, wenn Sie wie befürchtet in der nächsten Woche die Führerscheinprüfung nicht bestehen?

Patientin: Das wäre entsetzlich ...

Therapeut: Was genau wäre entsetzlich?

Patientin: Ich würde mich nicht nach Hause trauen. Meine Eltern und Großeltern wären enttäuscht, auch mein Fahrlehrer. Der hat sich schon so viel Mühe mit mir gegeben. Grausam.

Therapeut: Wenn Sie den Führerschein nicht bestehen, würde es Ihnen schlecht gehen, weil Sie glauben, andere enttäuscht zu haben. Hm. Ich würde gern mit Ihnen 6 Monate in die Zukunft gehen. Wie wäre es dann: Sie haben vor 6 Monaten den Führerschein nicht bestanden. Was glauben Sie, wie es Ihnen geht und wie es den anderen ergeht?

Patientin: Oi, ... ich denke, dass ich die Prüfung noch mal versucht hätte. Mein Opa, hätte bestimmt noch mal Geld dazu gegeben. Ich hätte einfach noch mal mit dem Fahrlehrer geübt. Meine Mutter hätte mir da schon geholfen, dass ich noch mal in die Fahrschule gehe.

Therapeut: Wie würde es Ihnen in 6 Monaten gehen?

Patientin: Ich glaube, ich wäre froh, dass ich es noch mal probiert habe.

Therapeut: Wie würde es Ihren Eltern, den Großeltern oder dem Fahrlehrer gehen?

Patientin: Na ja (lacht), der Fahrlehrer ist wahrscheinlich froh, noch mal Geld dazuverdient zu haben. Ja, und meine Mutter sagt mir ja auch heute andauernd, dass einmal Durchfallen dazugehört – hat sie ja schließlich auch. Ach, und die Großeltern sehen das ganz locker. Ich glaube, die reden gar nicht mehr davon. Irgendwie scheint es doch nicht so ein Drama zu sein, wenn ich das so betrachte.

Ein besonderes Verfahren der kognitiven Verhaltenstherapie bei GAD ist die „Exposition gegen Sorgen“, wie sie z.B. von Brown

et al. (1993) oder Becker und Margraf (2002) beschrieben wurde. Ziel der Sorgenexposition ist die Unterbindung von gedanklichem Meideverhalten, das Erzeugen von bildlichen statt kognitiven Inhalten, die Konkretisierung von Sorgen und den damit verbundenen schlimmsten Befürchtungen sowie indirekt eine Veränderung ungünstiger Annahmen über die Sorgen, d.h. eine Beeinflussung vor allem negativer Meta-Kognitionen, wie z.B. der Sorge, dass zu viel Sorgen verrückt mache. Über die Sorgenkonfrontation soll eine Habituation bzw. eine emotionale Verarbeitung der Sorgen ermöglicht werden. Geeignet ist der Einsatz dieses Verfahrens vor allem bei Patienten ohne komorbide Störungen bzw. bei Patienten mit GAD und komorbiden Angststörungen. Bei depressiven GAD-Patienten scheint der Einsatz der anderen kognitiven Techniken – u.a. Entkatastrophisieren – geeigneter.

Wie bei allen anderen Angststörungen muss auch mit den GAD-Patienten der Einsatz von Expositionsverfahren ausführlich vorbereitet werden, indem sowohl der theoretische Hintergrund als auch die Ziele der Exposition dargestellt werden. Nach dieser Einführung des Therapierationals erfolgt die Erarbeitung einer Sorgenhierarchie: der Patient ordnet seine „Hauptsorgen“ hinsichtlich der durch sie ausgelösten emotionalen Belastung hierarchisch.

Tabelle 6: Sorgenhierarchie von Frau T. Bereich berufliches Versagen

Angst Sorge

(0-100%)

95%	Gesetzte Frist verpassen und vom Chef fristlos entlassen werden
70%	Wegen eines Fehlers in eine andere Abteilung versetzt werden
70%	Einen Vorgang falsch bearbeiten und vor den Kollegen und vom Chef angebrüllt werden
50%	Während eines dringenden Projektes krank werden und die Arbeit bleibt unerledigt
25%	Zu spät zur Arbeit kommen, und jemand bemerkt es

Nach einer genauen Exploration der Sorgen (s.u.) stellt sich der Patient unter Anleitung des Therapeuten im Sinne eines kognitiven Rehearsal dann für eine Situation aus dem Bereich der am wenigsten belastenden „Hauptsorge“ den schlimmsten Ausgang lebhaft vor und hält diese Szene gedanklich ca. 25-30 min.

Beispiel für eine Sorgenexploration

Therapeut: Wie sieht das nun konkret aus, „wegen eines Fehlers in eine andere Abteilung versetzt werden?“ Was stellen Sie sich da vor?

Patientin: Hm, das wäre fürchterlich, ich würde mich schämen und wäre total verunsichert und wüsste gar nicht, was ich den Kollegen erzählen soll.

Therapeut: Was denken Sie, wie geht es da weiter?

Patientin: Ich wäre aufgeregt und ... ich mag gar nicht daran denken, da wird mir schon ganz schlecht (holt tief Luft).

Therapeut: Sie spüren jetzt die Angst ... aber lassen Sie uns mal dranbleiben und ganz genau hinschauen, was Sie da genau befürchten.

Patientin: Ich würde kein Wort rauskriegen und mich nicht

4.5 Angst- und Zwangsstörungen

zurechtfinden, und ich müsste andauernd fragen, ob jemand mir helfen kann und würde den Kollegen damit auf den Nerv gehen

Therapeut: Was passiert dann?

Patientin: Die Kollegen würden mir nicht mehr helfen.

Therapeut: Was würde dann passieren, wenn Sie von den Kollegen keine Hilfe mehr bekommen?

Patientin: Ich würde mich noch hilfloser fühlen auf der Arbeit und hätte noch mehr Angst hinzugehen.

Therapeut: Wie geht es dann weiter? Was könnte jetzt schlimmstenfalls passieren?

Patientin: Das Schlimmste wäre, wenn die Kollegen dann auch noch aufhören würden, mit mir zu reden und ich den ganzen Tag allein in meinem Zimmer bin und mich nicht mehr raus-traue.

Dieser schlimmste Ausgang ist zuvor als „Sorgenszenario“ entwickelt worden. Hierbei hat der Therapeut den Patienten dabei unterstützt, eine möglichst lebendige und bildhafte Vorstellung der gefürchteten Situation zu erzeugen – im Beispiel wäre es die Szene „Patientin sitzt allein in ihrem Zimmer und traut sich nicht heraus“. Fragen, mit denen der Patient unterstützt werden kann, eine möglichst bildhafte Vorstellung dieses schlimmsten Ausgangs zu entwickeln, sind z.B.

- Was würde sich abspielen?
- Was befürchten Sie genau?
- Wie geht es dann weiter?
- Welche Gedanken gehen Ihnen durch den Kopf?
- Was fühlen, hören, sehen und riechen Sie?
- Welche körperlichen Symptome erleben Sie in dieser Situation?

Da es für eine Habituation wichtig ist, dass der Patient sich der Angst stellt, kann der Therapeut während der Konfrontationsübung den Patienten in seiner Vorstellung führen und unterstützen, indem er z.B. auf diese Fragen zurückgreift.

Während und nach Ablauf der Übung gibt der Patient wiederholt das Ausmaß der erlebten Angst auf einer Skala von 1 bis 10 an. Die gleichen Schritte werden mit anderen Situationen aus diesem Hauptsorgenbereich wiederholt. Wenn die Vorstellung nur noch geringe Angst erzeugt, erfolgt der Übergang zum nächsten Hauptsorgenbereich. Dieses Vorgehen sollte als Hausaufgabe wiederholt werden. Wünschenswert ist hierbei, dass der Patient mindestens mäßige Angst bei den ersten Konfrontationsübungen, eine Habituation während der Sitzung und Habituation zwischen den Sitzungen über wiederholte Konfrontationsübungen hinweg erlebt.

In dem Vorgehen von Brown et al. (1993) soll der Patient nach der Vorstellungsübung möglichst viele Alternativen zum schlimmsten Ausgang der vorgestellten Sorgen auslösenden Szene entwickeln und im Anschluss daran erneut das Ausmaß seiner Angst einschätzen. Diese Variante, die eher in Richtung „Angstbewältigung“ bzw. „Worry Control“ weist, birgt jedoch als Problem in sich, dass eine Unterscheidung zwischen Angstbewältigung und Angstvermeidung in der Durchführungssituation schwer möglich ist. Es empfiehlt sich daher eher, entweder

eine Exposition mit Ziel der Habituation oder aber ein kognitives Rehearsal im Sinne einer Realitätsprüfung mit dem Ziel der Entwicklung von Alternativen zum schlimmsten Ausgang durchzuführen.

Abbau des Vermeidungs- und Rückversicherungsverhaltens:

Das angstreduzierende Rückversicherungs- bzw. Vermeidungsverhalten kann mit Hilfe von Tagesprotokollen aufgedeckt und im Sinne einer Exposition mit Reaktionsverhinderung modifiziert werden. So wird beispielsweise die Zahl der Anrufe reduziert, mit denen überprüft werden soll, ob mit den Kindern zu Hause „alles in Ordnung ist“. Wie bei jeder anderen Angststörung wird im Rahmen solcher Übungen die aufsteigende Angst identifiziert und Angstbewältigungsstrategien eingeübt.

Aufbau von Bewältigungsstrategien:

Zur Bearbeitung von Defiziten in der Bewältigung von Alltagsproblemen kann ein Problemlösetraining eingeführt werden. Vordergründig scheinen Patienten mit GAD weniger Defizite in den Problemlösefertigkeiten an sich zu haben als vielmehr Schwierigkeiten in der Anwendung der Problemlösefertigkeiten. Ziel des Problemlösetrainings ist, ineffizientes Sorgenverhalten durch effizientes Problemlöseverhalten zu ersetzen. In diesen Bereich fällt auch das Einüben von Basisfertigkeiten in Time Management, wenn die Patienten Überforderungen durch Verpflichtungen und Termine erleben. Zu den zu erlernenden Basisfertigkeiten gehören z. B. die Abgabe von Verantwortung, Selbstsicherheit (um z.B. nein zu sagen), aber auch die Fähigkeit, Aufgaben hinsichtlich ihrer Wichtigkeit zu ordnen. Ziel ist, dass die Patienten lernen, ihre Konzentration und Aufmerksamkeit auf die anstehende Aufgabe zu lenken und z.B. nicht auf die Sorge, ob sie diese Anforderung bewältigen oder nicht.

Förderung von mit Angst inkompatiblen Aktivitäten:

Während der gesamten Therapie sollte ein Augenmerk des Therapeuten auf den vorhandenen Ressourcen des Patienten liegen, d.h. der Therapeut sollte mit Angst inkompatibles Verhalten, das der Patient zeigt, fördern bzw. sollte aktiv mit dem Patienten am Aufbau von Verhalten arbeiten, das vom Patienten ohne Angst ausgeführt werden kann.

Merke: Die zentralen Inhalte eines kognitiv-verhaltenstherapeutischen Vorgehens sind

- Informationsgewinnung als Grundlage für die Erarbeitung eines Störungsmodells
- Vermittlung von Entspannungsverfahren
- Veränderung von Sorgen, kognitiven Verzerrungen und dysfunktionalen Kognitionen
- Abbau des Vermeidungs- und Rückversicherungsverhaltens
- Aufbau von Bewältigungsstrategien
- Förderung von mit Angst inkompatiblen Aktivitäten

4 Frequently Asked Questions (FAQ)

1. Welche Probleme können während der Sorgenexposition auftreten?

→ Ein Problem bei der Durchführung der Sorgenexposition stellt wie bei allen Expositionsverfahren das Phänomen der Vermeidung dar. Deshalb muss im Verlauf der Exposition immer wieder darauf geachtet werden, dass der Patient in der Vorstellung in der Sorgensituation bleibt, keine schnellen, beruhigenden Lösungen entwickelt („So schlimm wird's schon nicht werden“), sich die Sorgensituation bildhaft und konkret vorstellt und die Konfrontation mit den Sorgen ein adäquates Angstniveau hervorruft. Ebenso sollte dem Patienten genau erklärt werden, dass regelmäßige Übungen – vor allem als Hausaufgabe – zu einer dauerhaften Habituation führen. Sollte sich die Habituation trotz wiederholter Übung nicht einstellen, sollten die Gründe (ggf. Vermeidung, nichtbildhafte Vorstellungen, mehrere Sorgen zur gleichen Zeit) eruiert und bearbeitet werden.

2. Wie kann eine Sorgenexposition durchgeführt werden, wenn ein Patient Schwierigkeiten hat, sich eine Sorgenszene bildlich vorzustellen?

→ Wenn ein Patient Probleme mit der Visualisierung der Sorgenszene hat, sollte zunächst ein Vorstellungstraining durchgeführt werden, d.h., der Patient übt, sich angenehme Situationen sowohl bildhaft als auch mit allen anderen Sinnen vorzustellen. Erleichtert werden kann dies, indem der Patient die vorgestellte Szene verbalisiert. Zeigt sich, dass der Patient auch nach diesem Training weiterhin Schwierigkeiten mit der Visualisierung von bildhaften Vorstellungen hat, sollten zur Konkretisierung und Bearbeitung der Sorgen andere kognitive Verfahren wie Realitätsprüfung eingesetzt werden.

3. Welche Probleme können bei der Durchführung von Entspannungsverfahren auftreten?

→ GAD-Patienten können große Schwierigkeiten haben, sich aufgrund der inneren Anspannung und Erregung auf die Entspannungsübungen einzulassen. Empfehlenswert ist daher, ausreichend Zeit und gemeinsame Übungen für das Erlernen der Verfahren zur Verfügung zu stellen. Berichten die Patienten Probleme damit, sich einer „unkontrollierbaren“ Situation auszusetzen, wenn sie die Entspannungsübung mit geschlossenen Augen oder im Liegen durchführen sollen, sollte das Vorgehen entsprechend methodisch angepasst werden.

5 Prüfungsfragen

1. Nennen Sie die Diagnosekriterien der GAD!
2. Beschreiben Sie die charakteristischen Merkmale der Sorgen bei GAD-Patienten!
3. Schildern Sie die Durchführung einer Sorgenkonfrontation!
4. Erläutern Sie die Bedeutung der Theorie, dass Sorgen als eine kognitive Vermeidungsreaktion verstanden werden für die Behandlung von GAD!
5. Was ist bei der Erstellung einer Sorgenhierarchie zu beachten?

6. Wann ist eine Sorgenkonfrontation nicht sinnvoll?
7. Erläutern Sie den Unterschied zwischen Sorgenkonfrontation und Worry-Control!
8. Wie könnte ein interner Dialog eines GAD-Patienten nach erfolgreicher Therapie aussehen?
9. Wie kann man gewährleisten, dass Patienten sich einer bildhaften Vorstellung des schlimmsten Ausgangs ihrer Sorge stellen, und dieses nicht gedanklich vermeiden?

6 Literatur

a) zitierte Literatur

- American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Washington: D.C.: American Psychiatric Association, 1994
- Beck AT, Emery G, Greenberg RL: Anxiety disorders and phobias. New York: Basic Books, 1985
- Becker ES, Margraf J: Generalisierte Angststörungen. Ein Therapieprogramm. Weinheim: Beltz, 2002
- Borkovec TD, Hazlett-Stevens H, Diaz ML: The role of positive beliefs about worry in generalized anxiety disorder and its treatment. Clin Psychol Psychother 1999;6:126-138
- Brawman-Mintzer O, Lydiard RB: Generalized anxiety disorder: issues in epidemiology. J Clin Psychiatry 1996;57/Suppl 7:3-8
- Brown TA, O'Leary TA, Barlow DH: Generalized anxiety disorder. In Barlow DH (ed.): Clinical Handbook of Psychological Disorders. New York: Guilford Press, 1993, 137-188
- Dyck IR, Phillips KA, Warshaw MG, Dolan RT, Shea MT, Stout RL, Massion AO, Zlotnick C, Keller MB: Patterns of personality pathology in patients with generalized anxiety disorder, panic disorder with and without agoraphobia, and social phobia. J Pers Disord 2001;15:60-71
- Fisher PL, Durham RC: Recovery rates in generalized anxiety disorder following psychological therapy: an analysis of clinically significant change in the STAI-T across outcome studies since 1990. Psychol Med 1999;29:1425-1434
- Hoyer J, Margraf J (Hrsg.): Angstdiagnostik. Grundlagen und Messverfahren. Berlin: Springer, 2002
- Jacobson E: Progressive relaxation. Chicago: University of Chicago Press, 1938
- Kessler RC, Keller MB, Wittchen H-U: The epidemiology of Generalized Anxiety Disorder. Psychiatr Clin North Am 2001;24:19-39
- Leichenring F, Winkelbach C, Leibing E: Die Generalisierte Angststörung – Krankheitsbild, Diagnostik und Therapie. Z Psychosom Med Psychother 2002;48:235-255
- Linden M, Hautzinger M (Hrsg.): Verhaltenstherapiehandbuch. Berlin: Springer, 2000
- Linden M, Bär T, Zürrägel D, Ahrens B, Schlattmann P: Wirksamkeit der Kognitiven Verhaltenstherapie bei Generalisierten Angststörungen. Ergebnisse der Berliner KVT-GAD-Studie. Verhaltenstherapie 2002;12:173-181
- Linden M, Maier W, Achberger M, Herr R, Helmchen H, Benkert O: Psychische Erkrankungen und ihre Behandlung in Allgemeinarztpraxen in Deutschland. Ergebnisse aus einer Studie der Weltgesundheitsorganisation (WHO). Nervenarzt 1996;67:205-215
- Mancuse DM, Townsend MH, Mercante DE: Longterm follow-up of generalized anxiety disorder. Compr Psychiatry 1993;34:441-446
- Massion AO, Warshaw MG, Keller MB: (Quality of life and psychiatric

4.5 Angst- und Zwangsstörungen

4.5.5 Zwangsstörungen

ANGELIKA LAKATOS

1 Einleitung

Auch relativ erfahrene Therapeuten zeigen bei der Behandlung von Zwangsstörungen manchmal ein ausgeprägtes Vermeidungsverhalten. Das mag mit dem weit verbreiteten Vorurteil zusammenhängen, dass Zwangspatienten schwierig und die Symptomatik mühselig zu behandeln seien. Eine solche Pauschalaussage ist wenig hilfreich und aus dem Mund eines Patienten („Es ist alles so schwierig und anstrengend“...) würden wir sie nicht akzeptieren, ohne im Detail nachzufragen, was genau so schwierig ist ... etc. In diesem Sinne habe ich mich bemüht, in dem folgenden Artikel möglichst genau zu beschreiben,

- welche Schwierigkeiten und Fragen der Differenzialdiagnostik zu klären sind,
- was die wichtigsten Ätiologiemodelle beinhalten und erklären können,
- wie das therapeutische Vorgehen in der Praxis aussieht, d.h., welche störungsspezifischen Techniken sich bewährt haben und welche besonderen Anforderungen hinsichtlich der Beziehungsgestaltung, der Motivationsklärung und der Bearbeitung der oftmals komplexen Funktionalitäten bestehen.

? Theoretische Inhalte und Kenntnisse

2.1 Beschreibung der Störung und Definitionskriterien

Beispiel:

Liliane K., eine 37-jährige Sekretärin, ist auffallend blass und untergewichtig. Unter Tränen berichtet sie: „Ich kann kaum mehr etwas essen, weil ich Angst habe, an den Lebensmitteln könnten sich gefährliche Krankheitserreger befinden, Hepatitis oder Aids-Viren oder so etwas. Deshalb untersuche ich alle Lebensmittel und Verpackungen auf verdächtige Flecken hin, die Spuren von menschlichen Körperpartikeln sein könnten. Rote Flecken sind besonders schlimm, denn dann denke ich an getrocknete Blutreste. Die Nahrungsbeschaffung ist die reinste Tortur für mich. Oft kann ich das, was ich eigentlich brauche, auch gar nicht mitnehmen, weil es kein Stück gibt, das mir unverdächtig erscheint. Gemüse und Obst sind für mich von vornherein ausgeschlossen, weil sie unverpackt durch zu viele Hände gegangen sind und immer voll unidentifizierbarer Flecken. Wenn ich mit den Einkäufen zu Hause bin,

stelle ich alles auf den Küchentisch und dann wird Stück für Stück noch einmal genauestens kontrolliert. Diese Kontrollen können sich über Stunden hinziehen, weil selbst kleine Farbtupfer auf den Etiketten oder Verpackungen mir Probleme bereiten, mir gefährlich erscheinen. Ich weiß, es ist lächerlich, aber ich habe solche Angst davor, dass ich nicht anders kann. Ich nehme jede einzelne Packung in die Hand, drehe sie und betrachte sie von allen Seiten. Wenn ich einigermaßen sicher bin, dass nichts dran ist, verstaue ich es im Schrank, aber dann muss ich mir nach jedem Stück die Hände noch mehrmals waschen. Manchmal, wenn es ganz schlecht geht und ich einfach nicht sicher bin, werfe ich das Eingekaufte wieder weg. So wird es oft 21 Uhr oder später, bis ich etwas essen kann, sofern ich dann nicht schon zu erschöpft bin. Theoretisch könnte ich mir von meinen Eltern, in deren Haus ich eine Wohnung habe, etwas mitbringen oder kochen lassen, aber dann müsste ich ihnen erklären, warum, und dafür schäme ich mich zu sehr. Sie würden es auch nicht verstehen. Ich verstehe es ja selber nicht. Mein Freund ist der Einzige, der etwas von meinem Problem weiß. Er versucht manchmal, mir zu helfen, wird aber schnell ärgerlich und ungeduldig, und dann ist es besser, wenn ich es allein erledige. Er hat schon öfter mit Trennung gedroht, denn es bleibt uns ja kaum noch gemeinsame Freizeit. Am Wochenende liege ich auch viel im Bett, weil ich einfach zu erschöpft bin und den Kampf nicht mehr aufnehmen will. Solange ich im Bett bleibe, gibt es nichts, was ich tun muss, ohne es zu wollen.“

Anhand dieses typischen Beispiels lassen sich die entscheidenden Merkmale für Zwangsstörungen gut erläutern:

1. Die Betroffenen verspüren einen subjektiven Drang, bestimmte Dinge zu denken oder zu tun, um eine vermeintliche Gefahr abzuwenden, was quälend bzw. zeitaufwendig ist.
2. Sie versuchen deshalb, diese Gedanken abzuwehren bzw. den Handlungsimpulsen zu widerstehen, es gelingt ihnen aber nicht, sie zu unterlassen.
3. Sie erleben diesen Drang als etwas, was von ihnen selbst kommt (interner Ursprung), sie können sich aber davon distanzieren (ich-dyston). Sie besitzen eine Einsicht in die Übertriebenheit der Handlungen, sind sich aber mehr oder minder unsicher darüber, inwieweit sie sinnvoll und notwendig sind.

Entsprechend inkonsistent sind die Äußerungen der Betroffenen. In einem Satz betonen sie die Übertriebenheit ihres Verhaltens, im nächsten möchten sie den Therapeuten davon überzeugen, dass er die Gefahr doch erkennen möge. In einigen

wenigen Fällen beharren die Betroffenen auch auf intensives Nachfragen hin sehr starr darauf, dass ihr Verhalten sinnvoll und notwendig ist. Man spricht dann von einer Zwangsstörung mit „überwertigen Ideen“. Im DSM-IV gibt es hierfür die Zusatzcodierung „Zwangsstörung mit wenig Einsicht“.

Hinsichtlich dieser zentralen Kennzeichen gibt es von jeher eine erstaunliche Übereinstimmung, so dass sich auch die Kriterien von DSM und ICD gleichen. In beiden Diagnosesystemen werden Zwangsgedanken und Zwangshandlungen getrennt definiert. Die Bezeichnungen sind etwas irreführend, insofern als Zwangshandlungen durchaus keine beobachtbaren Handlungen sein müssen, sondern ebenso auf mentaler Ebene stattfinden können. Entscheidend ist der funktionale Unterschied, der in den Bezeichnungen **aufdringliche Gedanken** (intrusions) statt Zwangsgedanken und **Neutralisierungen** statt Zwangshandlungen für alle absichtlich durchgeführten Gegenmaßnahmen (seien sie nun beobachtbar oder gedanklicher Natur) besser zum Ausdruck kommt. Insbesondere bei rein mentalen Zwängen ist diese Unterscheidung sehr wichtig.

! Merke: Bei Zwangsgedanken müssen zwei Komponenten unterschieden werden: die Angst auslösenden **aufdringlichen Gedanken** (z.B. „Ich habe jemanden umgebracht“) und die als Gegenmaßnahmen eingesetzten **Neutralisierungsgedanken** („Ich war doch gar nicht aus dem Haus“ etc.)

Beispiel:

Herr S. ist 38 Jahre alt, verheiratet, hat zwei Kinder und ist Musiklehrer von Beruf. Er leidet unter dem Gedanken, er könnte ein Kind sexuell missbrauchen (Zwangsgedanke = **aufdringlicher Gedanke**). Aus diesem Grund vermeidet er eine ganze Reihe von Dingen. Er versucht, nicht mit Schülerinnen allein in einem Raum zu sein, gibt keinen Einzel- Klavierunterricht mehr, vermeidet die Nähe von Schülerinnen im Klassenzimmer etc. (passive Vermeidung). Zusätzlich hat er eine Reihe von aktiven Strategien mentaler Art, um sicherzugehen, dass er kein Kind missbraucht haben kann (aktive Vermeidung = Zwangshandlungen = **Neutralisierung**). So kontrolliert er seinen Körper mental auf Zeichen sexueller Erregung hin. Und er sagt sich selbst beruhigende Sätze, z.B. „Du hast noch nie etwas in der Art getan“ und „Du willst es auch nicht tun“ usw. Zusätzlich versucht er, sich nach Begegnungen mit Mädchen genau zu erinnern, was er dabei getan hat, wo er stand etc.

Worauf ist diagnostisch zu achten?

Bei diesem Beispiel drängt sich natürlich sofort die Frage auf, inwieweit man als Therapeutin sicher sein kann, dass es sich um Zwangsgedanken handelt und der Klient nicht tatsächlich paraphile Neigungen hat, die er mit seinen Vermeidungsstrategien unter Kontrolle zu halten versucht? (Die gleiche Frage wird in Bezug auf aggressive Zwangsgedanken häufig gestellt: Woher weiß ich, dass der Betreffende den Gedanken nicht ausführt und wirklich jemanden verletzt, misshandelt etc.?)

Dagegen spricht, dass für einen paraphilen Veranlagten Vorstel-

lungen von sexuellen Kontakten mit Kindern zumindest partiell angenehm sind und er entsprechende Reize sucht (z.B. Bilder von nackten Kindern), auch wenn er sich gleichzeitig der gesellschaftlichen Sanktionierung solchen Verhaltens bewusst ist und sich von der tatsächlichen Ausführung sexueller Kontakte zu Kindern zurückhält.

Herr S. hingegen empfindet auch nicht ansatzweise Vergnügen oder Lust beim Gedanken an Sex mit Kindern, sondern massive Angst, Abscheu und Ekel vor sich selber. Und er sucht keine entsprechenden Reize, sondern vermeidet diese und darüber hinaus noch sehr viel mehr Stimuli und Situationen, die man gemeinhin als absolut nicht sexuell erachten würde, z.B. das Sitzen neben einem Kind auf der Klavierbank.

Es gibt auch keinerlei Hinweise aus der Vergangenheit oder Gegenwart auf ein tatsächlich abweichendes Sexualverhalten bei Herrn S. Er beschreibt ein normales und befriedigendes Sexualleben mit seiner Frau.

Sehr typisch für eine Zwangsstörung ist außerdem die Entwicklung der Problematik: Herr S. hatte bereits in der Kindheit subklinische Kontrollzwänge und war ängstlich.

Ausgelöst wurde die aktuelle Zwangsproblematik in einer stark belasteten Lebensphase durch eine Berichterstattung im Fernsehen über einen Sexualmord bei einem zehnjährigen Mädchen, der die Nation erschütterte hatte. In der Folge ließ ihn der Gedanke „Könntest du das gewesen sein?“ nicht mehr los und verursachte massive Angst beim Klienten. Zur Bewältigung des Gedankens wurden die oben zitierten Gegengedanken und das Vermeidungsverhalten eingesetzt, das anfänglich nur Körperkontakte betraf, dann aber zunehmend generalisierte.

Für die diagnostische Einordnung entscheidend ist, dass Herr S. bereits den Gedanken an Sex mit Kindern/Kindesmissbrauch als nicht tolerabel beurteilt und als ein Zeichen dafür, dass etwas mit ihm nicht stimmt/er sich selbst nicht trauen kann etc. Danach befragt, was es für ihn bedeuten würde, wenn er tatsächlich ein Kind missbraucht hätte/missbrauchen würde, sagt er: „Wenn ich so etwas getan hätte, hätte ich kein Recht mehr, weiterzuleben, denn das ist das Verabscheuungswürdigste, was ich mir vorstellen kann.“

! Merke: Entscheidend für die Einordnung eines Gedankens als **Zwangsgedanken** bzw. **aufdringlichen Gedanken** ist die abwehrende Haltung des Patienten gegenüber dem Gedanken. Die Betroffenen wissen, dass es ihre eigenen Gedanken sind, aber empfinden sie als unsinnig, verurteilenswert, nicht tolerabel und kämpfen dagegen an.

Wenn man aufgrund dieser Fakten die Diagnose „Zwangsgedanke“ abgesichert hat, so braucht man als Therapeut keine Sorge zu haben, dass der Gedanke in eine (z.B. aggressive oder obszöne) Handlung umgesetzt wird. Eben diese Gleichsetzung bzw. Verwechslung von Gedanken und Handlungen (thought-action-fusion) ist ein wichtiges aufrechterhaltendes Element der Problematik und daher Ziel therapeutischer Interventionen (siehe Punkt 3.3.3). Es ist wichtig, dass beim Therapeuten diese Konfusion nicht besteht!

4.5 Angst- und Zwangsstörungen

2.2 Erscheinungsformen, Untergruppen und Inhalte

Zur besseren Orientierung innerhalb der Vielfalt von Zwangsstörungen wurden Untergruppen gebildet (s. Kasten), doch sind die konkreten Auslöser, die Vorstellungen über vermeintliche Gefahren und Verbreitungswege sowie die Vermeidungsstrategien immer hochgradig idiosynkratisch. Auch weisen die wenigsten Klienten nur eine Form von Zwang auf. Zudem wechselt die Symptomatik häufiger, verschiebt sich im Verlauf der Störung auf andere Stimuli oder Zwangsformen.

Tabelle 1: Untergruppen der Zwangsstörungen und die damit typischerweise verbundenen Befürchtungen

A. Zwangshandlungen

Wasch- und Putzwänge

Damit verbundene Befürchtungen: die Ansteckung mit HIV oder anderen Krankheitskeimen, Verunreinigung mit menschlichen Ausscheidungen, Tierhaaren, Chemikalien etc.

Kontrollzwänge Typische Ausformungen: Kontrollieren von Fenstern, Türen oder Elektrogeräten.

Kontrollieren, ob man einen anderen Menschen verletzt hat, z.B. beim Autofahren, oder einen folgenschweren Fehler begangen haben könnte

Wiederholungszwänge, Zählzwänge und Ordnungszwänge

Verbunden typischerweise mit einer Art magischen Denkens (z.B. der Befürchtung, dass einem Angehörigen ein Unglück zustoßen könnte, wenn bestimmte Tätigkeiten nicht wiederholt werden oder die Dinge nicht am richtigen Platz stehen)

Zwanghaftes Horten oder Sammeln.

Sammeln bzw. Nicht-wegwerfen-Können von eigentlich nutzlosen Dingen z.B. alten Zeitungen, Tüten, Dosen, Haushaltsmüll oder – in extremen Fällen – den eigenen Exkrementen (Das Schlagwort „messies“ wird neuerdings verwendet um Menschen zu bezeichnen, die in einer chronischen Unordnung leben. Diese Bezeichnung hat keine Entsprechung in den psychiatrischen Diagnose-Systemen. In den extremen Ausprägungen verbirgt sich dahinter jedoch häufig ein Hort- bzw. Sammelzwang.)

B. Zwangsgedanken

Ausprägungsformen: Gedanken im engeren Sinne (z.B. jemandem etwas anzutun), zwanghafte Impulse (z.B. Herausschreien obszöner Worte) oder zwanghafter Vorstellungen/Bilder (z.B. Bilder von Katastrophen, Autounfällen etc.)

Inhaltlich handelt es sich dabei um Befürchtungen, gegen ein soziales Tabu zu verstoßen, also sich unbeabsichtigt aggressiv zu verhalten, einen Schaden zu verursachen, gegen sexuelle, religiöse oder sonstige Verhaltensnormen zu handeln

2.3 Epidemiologie, Verlauf und Komorbidität

Die Lebenszeitprävalenz von Zwangsstörungen wird in der Allgemeinbevölkerung auf 2-3% und die 6-Monats-Prävalenz auf 1-2% geschätzt (Rasmussen und Eisen, 1992). Das durchschnittliche Erkrankungsalter liegt zwischen 20 und 25 Jahren. Im Allgemeinen sind Männer und Frauen etwa gleich häufig betroffen, Männer im Schnitt etwa 5 Jahre früher.

Ohne adäquate Behandlung ist der Verlauf der Störung durch eine sehr geringe Spontanremissionsrate und eine lange Störungsdauer geprägt, weshalb Zwänge häufig auch als „chronische Erkrankung“ bezeichnet werden. Die überwältigende Mehrheit der Klienten beschreibt eine ununterbrochene, in der Intensität jedoch schwankende Symptomatik, die sich vor allem in Stressphasen verschlimmern würde (Rasmussen und Eisen, 1991).

Häufigste Begleiterscheinung von Zwängen ist eine sekundäre depressive Symptomatik. Epidemiologische Studien haben gezeigt, dass etwas ein Drittel der unter Zwängen Leidenden auch die Kriterien einer Depression erfüllt. Aber auch Alkohol- und Medikamentenmissbrauch kommen als Folge von Selbstbehandlungsversuchen vor (Karno et al., 1991). Weiter sind häufiger Überschneidungen mit den anderen Angststörungen und Magersucht festzustellen.

Etwa 50% der Behandlungssuchenden mit Zwängen, weisen gleichzeitig auch eine **Persönlichkeitsstörung** auf, wobei die selbstunsicheren und dependenten Stile dominieren (vgl. Ecker und Dehmlow, 1994; Winkelmann et al., 1994).

Weitere Daten zur Nosologie sind den Lehrbüchern zur klinischen Psychologie zu entnehmen.

2.4 Differenzialdiagnostik

Untersuchungen über die Wege und Irrwege von Betroffenen im Gesundheitssystem zeigen, dass Zwangsstörungen erschütternd oft fehldiagnostiziert werden. Mögliche Gründe mögen darin zu suchen sein, dass Zwänge sehr schambesetzt sind und nicht ohne weiteres berichtet werden, aber auch bei Fachleuten viel Unkenntnis herrscht und es neben den klassischen Zwängen einige gibt, die zunächst sehr bizarr wirken:

Beispiel:

Ein Sozialpädagoge, 31 Jahre alt, bat am Telefon um einen Termin, der jedoch nicht im Therapiezimmer stattfinden sollte, sondern auf dem (für ihn jederzeit wieder zugänglichen) Flur. Bei diesem Treffen erklärte sich sein Wunsch durch die spezielle Problematik: Er hatte die Befürchtung, im Cyberspace verloren gehen zu können, und daher bedeutet das Betreten eines Zimmers durch eine Tür für ihn die potenzielle Gefahr, eine imaginäre Grenze zwischen Realität und Cyberspace überschritten haben zu können, ohne dies zu wissen. Alles was sich dann im Zimmer abspielt, könnte nicht Realität, sondern Fiktion sein.

Daran kettet sich eine ganze Reihe von ungewöhnlichen Zwangshandlungen, z.B. Rückwärtsgang, beim Überschreiten einer Schwelle seitwärts wackeln etc.

Solche abstrusen Geschichten über eine andere Realität verleiten natürlich zu dem Gedanken an eine Psychose. Bei einem anderen Patienten war es seine Formulierung: „Meine innere Stimme befiehlt mir“, (womit er die Stimme seines Gewissens meinte), die zur Fehldiagnose Schizophrenie führte.

Zur **Abgrenzung** dieser Zwänge **gegenüber der Schizophrenie** bzw. einem Wahn ist wichtig, dass abgesehen von der berichteten Symptomatik bei den Betroffenen eine völlige Intaktheit des Denkens und Handelns in allen anderen Lebensbereichen gegeben war (außer in den Momenten, in denen der Zwang sie überlagerte). So war der Zwangsgedanke, im Cyberspace verloren gehen zu können, eindeutig ich-dyston. Er sprach selbst davon, dass dieser Gedanke „irre“ sei. Bei einem Wahn hingegen ist der Patient unbeeinträchtigt von der Richtigkeit seiner Gedanken und Wahrnehmungen überzeugt.

Merke: Die Inhalte und Verhaltensweisen können bei einer Zwangsstörung durchaus sehr bizarr sein. Wenn sonst alle Merkmale der Zwangsstörung erfüllt sind bzw. keine anderen psychotischen Symptome feststellbar sind, ist dies kein Grund, von der Diagnose Zwang abzurücken.

Trotz manchmal vorhandener Ähnlichkeiten zwischen Zwangsstörungen und **zwanghafter Persönlichkeit**, z.B. einer extremen Ordnung im häuslichen Milieu oder dem Ansammeln von wertlosen Dingen, sind Zwangsstörungen anhand der subjektiven Merkmale (innerer Drang, ich-dyston, Widerstand, Einsicht) gut von zwanghaften Persönlichkeitsstörungen zu unterscheiden.

Weitere Störungen, die zumindest in Teilbereichen Ähnlichkeiten und Überschneidungen mit Zwängen zeigen, werden unter dem Begriff **Störungen des Zwangsspektrums** beschrieben. Die Gemeinsamkeit dieser Störungen mit den Zwängen besteht entweder in dem Vorliegen stereotyper bzw. ritualisierter Verhaltensweisen oder in der zwanghaften Beschäftigung mit bestimmten Gedankeninhalten (somatoforme Störungen wie Dismorphophobie und Hypochondrie, Störungen der Impulskontrolle wie Trichotillomanie, pathologisches Spielen, Kleptomanie und Tic-Störungen (Gilles-de-la-Tourette-Syndrom). Für Einzelheiten verweise ich auf Hollander (1993).

2.5 Erklärungsmodelle

Aus therapeutischer Perspektive ist das gegenwärtig wichtigste Modell zur Erklärung von Zwängen das kognitiv-behaviorale Modell von Salkovskis (1989, 1998). Es beruht auf dem klassischen Zwei-Faktoren-Modell (Mowrer, 1947) und erweitert dieses um kognitive Elemente.

Das Modell geht davon aus, dass das Auftreten aufdringlicher Gedanken zunächst einmal ein völlig normales Ereignis darstellt. Der Schlüssel zum Verständnis des Problems liegt in der Art und Weise, wie auf diese Gedanken reagiert wird, nämlich mit speziellen Bedeutungszuschreibungen. Die Gedanken werden aufgrund dysfunktionaler beliefs als höchst relevant, negativ und – im Falle tabuisierter Inhalte – als nicht zulässig erlebt.

Durch diese Bedeutungszuschreibungen erlangen die aufdringlichen Gedanken eine affektive Bedeutung und lösen einen Spannungszustand bzw. einen negativen Affekt, meist Angst/Unruhe oder Ekel, aus. Um diesen unangenehmen Emotionszustand wieder zu beenden, wird eine Neutralisierung ausgeführt.

Dabei ist unerheblich, ob der Neutralisierungsversuch auf der Verhaltensebene oder in gedanklicher Form stattfindet. In jedem Fall besteht der **Effekt des Neutralisierens** darin, dass die **Spannung/Angst/Unruhe/Ekel** zwar **kurzfristig reduziert wird**, gleichzeitig damit aber auch ein **weiteres Signal** für die **Relevanz des Gedankens und die Richtigkeit der dysfunktionalen Annahmen** geliefert wird. Einerseits wird der Betreffende in dem Glauben bestärkt, dass es tatsächlich zu einer Katastrophe gekommen wäre, wenn er sich nicht so verhalten hätte. Andererseits überschätzt er seine eigenen Einflussmöglichkeiten und damit die Verantwortung, die er für das Nichteintreten der Katastrophe trägt (auf dem linken Rückkopplungsast dargestellt). Menschen mit Zwangsstörungen handeln nach dem Motto: „Wenn ich die Möglichkeit habe, etwas Schlimmes zu verhindern, dann muss ich es auch tun, denn sonst mache ich mich genauso schuldig, als hätte ich das Unheil selbst verursacht.“ Diesbezüglich unterscheiden sie sich klar von Normalpersonen, die in ihrer Verantwortlichkeitsüberzeugung immer einen so genannten omission bias haben, d.h., sich für negative Folgen ihres Verhaltens, wenn sie etwas unterlassen haben, weniger verantwortlich fühlen als wenn sie eine aktive Handlung vollzogen haben (vgl. Salkovskis, 1996; Wroe et al., 2000). Durch das Ausführen des aktiven Vermeidungsverhaltens in Form des Zwangs wird die Korrektur dieser dysfunktionalen Annahmen ständig verhindert. Dadurch wird der Zwang stabilisiert. Abbildung 1 veranschaulicht diesen Prozess.

Abbildung 1: Modell (nach Salkovskis und Warwick, 1988)

