

Jürgen Hoyer • Ingmar Heinig

# Wie sind Angststörungen verhaltenstherapeutisch zu behandeln?

## Neue Entwicklungen



*Methodisch hochklassige Einzelstudien und Meta-Analysen zeigen: Verhaltenstherapie ist für alle Angststörungen sehr wirksam. Trotzdem erleben wir aktuell eine spannende Diskussion hinsichtlich der verantwortlichen Wirkmechanismen. Dabei erfährt das „klassische“ Therapierational, wonach primär das Erleben von Habituation für die bleibende Angstreduktion entscheidend sei, eine Revision und Differenzierung. Das alternative Konzept des Inhibitionslernens ist empirisch besser belegt. Daraus ergeben sich Implikationen für die praktische Arbeit in der Angsttherapie, insbesondere in Hinsicht darauf, wie die Konfrontationstherapie konkret auszugestalten ist.*

studien hinweg mittlere kontrollierte Effektstärken zugunsten der Behandlung von Angststörungen mit KVT finden.

- Zuletzt zeigten 2 große deutsche, vom Bundesforschungsministerium geförderte, methodisch nach strengsten Maßstäben durchgeführte Verbundstudien sehr gute Erfolgsraten der Verhaltenstherapie bei der Panikstörung mit Agoraphobie (Daten aus dem Paniknetz; Gloster et al. 2013) und bei der Sozialen Phobie (Daten aus SOPHONET; Leichsenring et al. 2013). Beide Studien waren randomisiert-kontrollierte Studien mit mehreren hundert (!) Patienten, wobei auch Patienten mit komorbiden Störungen eingeschlossen wurden.

**Vorteil Pluralismus** Eine bemerkenswerte Stärke der Verhaltenstherapie ist ihr Pluralismus und die Offenheit für neue wissenschaftliche Entwicklungen. Wenn möglich, ist verhaltenstherapeutische Angstbehandlung manualisiert, aber das Vorgehen lässt sich auf Basis der Verhaltensanalyse jederzeit individuellen Problemstellungen anpassen. Gruppen- oder Intensivbehandlungen sind möglich und erfolgreich. Ein besonders effizienter Ansatz, der das Potenzial verhaltenstherapeutischer Behandlung zeigt, ist das One-Session Treatment nach Lars-Göran Öst, d.h. Psychotherapie innerhalb einer einzigen 3-stündigen Therapiesitzung, das bei spezifischen Phobien eingesetzt wird.

**Wie wirkt die KVT?** Diese Erfolgsgeschichte führt nicht etwa dazu, dass das Forschungsinteresse an der verhaltenstherapeutischen Angsttherapie geringer wird. Gegenüber der Untersuchung der Wirksamkeit verschiebt sich das Interesse aber stärker in Richtung der Frage nach den entscheidenden Wirkfaktoren. Eine in den

### Verhaltenstherapie der Angststörungen: Eine Erfolgsgeschichte

**Studienlage** Angstbehandlung gehört zu den wichtigsten Indikationsfeldern der Verhaltenstherapie und der kognitiven Verhaltenstherapie (KVT).

- Metaanalysen ergeben regelmäßig hohe Effektstärken, werden aber in ihrer Aus-

sagekraft z. T. durch die Qualität der eingeschlossenen Originalstudien gemindert.

- Eine Metaanalyse von Hofmann und Smits (2008) beschränkte sich daher auf methodisch hochwertige Studien, die randomisiert und durch Placebobedingungen (also nicht nur Wartekontrollgruppen) kontrolliert waren. Sie konnte über die 27 eingeschlossenen Original-

letzten Jahrzehnten besonders favorisierte Erklärung war dabei das Konzept der „Habituation“, insbesondere wie es im Kontext der Emotional Processing Theory verstanden wurde.

## Emotional Processing Theory und die Rolle der Habituation

**Furchtstruktur als Grundidee** Die Emotional Processing Theory (EPT; Foa & Kozak 1986) beschreibt Angst als Emotion, die im Gedächtnis in Form eines assoziativen Netzwerks, der sogenannten Furchtstruktur, gespeichert ist. Bei Angststörungen ist die Furchtstruktur verzerrt, indem z. B. überzogen starke Angstreaktionen abgebildet sind oder Stimuli fälschlich mit Gefahr assoziiert werden. Expositionstherapie bewirkt eine Veränderung des Furchtnetzwerks – Emotional Processing –, indem das Netzwerk möglichst vollständig aktiviert wird und gleichzeitig korrektive Informationen eingespeist werden, die mit der bestehenden Struktur nicht vereinbar sind.

**Korrektur durch Habituation** Hauptquelle für solche korrektiven Informationen ist in der EPT Habituation, d. h. das Absinken der Angstreaktion im Verlauf der Expositionsübungen: Die kurzfristige Angstabnahme innerhalb der Sitzung widerlegt die Annahme vieler Patienten, die Angst dauere unendlich lang an oder steigere sich immer mehr. Indem Patienten in Anwesenheit des Angstreizes weniger Angst empfinden, werden außerdem überstarke Stimulus-Reaktions-Verbindungen korrigiert. Die langfristige Abnahme der Angst über mehrere Expositionsübungen hinweg erlaubt Patienten die Erfahrung, dass trotz wiederholtem Kontakt mit dem Angstreiz keine Bedrohung eintritt. In der Folge wird der Angstreiz als weniger gefährlich wahrgenommen.

- ▶ Alle diese Lernerfahrungen verändern die assoziativen Verbindungen in der Furchtstruktur und führen in der Summe dazu, dass sie bei zukünftigen Kontakten mit dem Angstreiz nicht mehr oder nur noch schwächer aktiviert wird.

Die EPT wird vielfach als theoretische Grundlage für die Gestaltung der Expositionstherapie verwendet. Sie impliziert u. a., dass während der Exposition ein möglichst hohes, jedoch nicht übermäßiges Ausmaß an Angst erlebt, jede Ablenkung vermieden und die Exposition so lange andauern sollte, bis die Angstreaktion deutlich zurückgegangen ist.

**Gegenargumente** Neuere Untersuchungen stellen jedoch infrage, ob ein Rückgang der Angstreaktion ein guter Indikator für neues Lernen während der Exposition ist. Insbesondere die Habituation innerhalb der Sitzungen erscheint eher nicht mit dem Therapieerfolg korreliert, für Habituation zwischen den Sitzungen sind die Befunde gemischt (Craske et al. 2008). Die Idee einer dauerhaften Veränderung des Furchtnetzwerkes ist außerdem schwer vereinbar mit der Tatsache, dass Gedächtnisinhalte persistieren und dem Befund, dass es auch nach erfolgreicher Expositionstherapie in vielen Fällen zu einem Wiederaufflammen der Angst kommt (Craske et al. 2014).

## Ein alternatives Konzept: Inhibitionslernen

**Klassische Furchtkonditionierung** Neuere Modelle nehmen daher an, dass es während der Exposition nicht zu einer Auflösung pathologischer Furchtassoziationen kommt, sondern diese lediglich durch neu erworbene Verbindungen gehemmt werden (Bouton 2004). Dies wird gestützt durch experimentelle Belege im Paradigma der klassischen Furchtkonditionierung.

- ▶ Dabei werden neutrale Reize wiederholt mit unangenehmen Ereignissen (unkonditionierte Reize, z. B. lautes Geräusch, leichte elektrische Stimulation) gepaart, sodass die Probanden auf diese Reize hin eine leichte Angstreaktion in Form physiologischer Erregung oder der Erwartung des unangenehmen Ereignisses zeigen.

- ▶ Anschließend wird der konditionierte Reiz wiederholt ohne das unangenehme Ereignis dargeboten. Diese Phase wird als Extinktion bezeichnet und führt zu einer schrittweisen Abnahme der Angstreaktion.

„Gelöscht“ ist die Angstreaktion damit jedoch keineswegs:

- ▶ Lässt man etwas Zeit verstreichen und präsentiert den konditionierten Reiz erneut, kehrt die Angst häufig wieder, was als Spontanerholung bezeichnet wird.
- ▶ Auch ein Wechsel der Lernumgebung (z. B. Darbietung des konditionierten Reizes in einem anderen Labor) führt zu einem Wiederaufflammen der Angst, der sogenannte Kontexterneuerungseffekt.
- ▶ Selbst nach der Darbietung eines bisher unbekanntem, unangenehmen Reizes kann die Angstreaktion auf den konditionierten Stimulus hin wieder auftreten, ein Effekt der Disinhibition genannt wird.

**Übertragung auf die KVT** In Modellen des Inhibitionslernens wird Konfrontation als klinische Analogie zu Extinktion betrachtet (Craske et al. 2008, 2014): Die angstbesetzten Situationen oder Objekte entsprechen konditionierten Stimuli, die vom Patienten befürchteten negativen Konsequenzen den unkonditionierten Stimuli.

Bei jeder erfolgreichen Konfrontationsübung macht der Patient die Erfahrung, dass auf den für ihn relevanten Angstreiz keine negative Konsequenz folgt bzw. dass er die Konsequenzen gut aushalten kann. Die Angstreaktion nimmt daraufhin ab – die zugrundeliegende Assoziation wird jedoch nicht „verlernt“, sondern durch eine entgegengesetzte inhibitorische Assoziation ergänzt.

**Kontextabhängigkeit** Während das ursprüngliche Furchtlernen situationsübergreifend ist, scheint Inhibitionslernen als eine Art Ausnahme von der vorher eta-

blierten Regel gespeichert zu werden (die Assoziation „Hunde sind gefährlich“ kann beispielsweise ergänzt werden durch „dieser Hund ist nicht gefährlich“). Ob das Inhibitionslernen auf eine neue Situation übertragen wird, hängt also davon ab, wie stark sich der Kontext unterscheidet. Der Kontext umfasst dabei alle äußeren und inneren Umstände der Situation, inklusive der Zeit, die seit der letzten Inhibitionserfahrung verstrichen ist.

**Praktische Bedeutung** Inhibitionsmodelle machen demgemäß den Erfolg einer Expositionsübung nicht primär an der Angstreduktion fest und verzichten auf die Annahme, Gedächtnisspuren im Furchtnetzwerk ließen sich durch Konfrontation abschwächen oder gar löschen. Aus praktischer Sicht stimmen sie mit der klinischen Erfahrung überein, dass Angstreaktionen auch nach erfolgreicher Exposition häufig wieder auftreten („return of fear“) und geben Hinweise darauf, was man dagegen tun kann:

---

Konfrontationsübungen sollten so gestaltet werden, dass die inhibitorische Ausnahme-regel in möglichst vielen unterschiedlichen Situationen etabliert wird, damit sie stabil und leicht abrufbar ist.

---

Im folgenden Abschnitt sind einige therapeutische Strategien aufgeführt, die dies nach Craske et al. (2014) erleichtern können.

### Wie lässt sich das Inhibitionslernen verbessern?

**Verletzung negativer Erwartungen** In der Exposition sollte möglichst deutlich werden, dass das vom Patienten erwartete negative Ergebnis nicht eintritt. Patienten sollten dazu vor der Exposition explizit formulieren, welchen schlimmstmöglichen Ausgang der Situation sie erwarten. Therapeutische Fragen dazu können sein: „Was macht Ihnen in der Situation am meisten

Angst? Was könnte schlimmstenfalls passieren?“ Nach der Exposition soll der Patient feststellen, ob das befürchtete Ergebnis eingetreten ist und wie wahrscheinlich es ihm in zukünftigen vergleichbaren Situationen erscheint. Im Unterschied zum Verhaltensexperiment liegt der Fokus hier nicht nur darauf, dass die Personen kognitiv Hypothesen über die Situation überprüfen, sondern, dass in der Situation eine neue, bisher vermiedene Erfahrung auf allen Ebenen des Erlebens ermöglicht wird (physiologisch, kognitiv, behavioral, emotional).

**Vertiefte Extinktion** Bei dieser Strategie werden unterschiedliche Angststreize zunächst einzeln aufgesucht und danach gemeinsam in einer Expositionsübung zusammengeführt. Beispielsweise würde eine Person mit Panikstörung und Agoraphobie zunächst unabhängig voneinander eine bisher vermiedene Tätigkeit durchführen (joggen) und einen vermiedenen Ort aufsuchen (Einkaufszentrum). Bei der anschließenden vertieften Extinktion bestünde die Aufgabe darin, sich beiden Reizen zugleich auszusetzen (durch ein Einkaufszentrum joggen). Vertiefte Extinktion kann auch durchgeführt werden, indem in einer beliebigen Expositionsübung bereits vorher exponierte Stimuli mit hinzugenommen werden.

**Verstärkte Extinktion** „Verstärkte Extinktion“ ist die gelegentliche gezielte Herbeiführung unangenehmer Ereignisse in der Exposition. Beispielsweise könnte eine Person mit sozialer Angststörung tatsächlich einmal soziale Ablehnung provozieren oder eine Person mit Generalisierter Angststörung bewusst einen Fehler machen, der einen ihrer Sorgenbereiche betrifft. Hintergrund dieses Vorgehens ist, dass die Angst nach erfolgreicher Extinktion häufig im Anschluss an solche unangenehmen Erlebnisse wieder auftritt. Durch verstärkte Extinktion werden diese Situationen vorweggenommen und der Patient kann präventiv die Erfahrung machen, dass Therapieerfolge auch durch aversive Ereignisse nicht zunichte gemacht werden.

**Verzicht auf Sicherheitsverhalten und -signale** Sicherheitssignale und -verhaltensweisen sind alle Umstände, die Patienten in der Exposition helfen, ihre Angst zu kontrollieren oder zu reduzieren. Diese Verhaltensweisen erleichtern Patienten subjektiv das Durchstehen der Situation. Sie können jedoch inhibitorisches Lernen unterbinden, da der Patient möglicherweise nicht die Erfahrung macht, dass auf den Angstreiz keine Katastrophe folgt, sondern dass er die Katastrophe mithilfe seines Sicherheitsverhaltens gerade noch einmal vermieden hat. Therapeuten identifizieren interne und externe Sicherheitssignale mit Fragen wie: „Was tun Sie, um die Situation leichter aushalten zu können? Gibt es irgendwelche äußeren Umstände, die es für Sie leichter machen?“

**Stimulusvariation** Über mehrere Expositionsübungen hinweg sollten Patienten sich möglichst unterschiedlichen Angstreizen aussetzen, statt ähnliche Angstreize wiederholt zu exponieren. Dadurch wird die Generalisierung der neuen Erfahrung erleichtert und der Zugriff auf das Extinktionsgedächtnis in zukünftigen Situationen wahrscheinlicher. Personen mit Angst vor Höhen können beispielsweise abwechselnd mehr oder weniger hohe Plätze, unterschiedliche Arten von Orten (Turm, Brücke, Aussichtspunkt) oder hohe Plätze mit unterschiedlichen Schutzvorrichtungen (Glasfassade, Geländer, kein Schutz) aufsuchen. Therapeutische Fragen könnten sein: „Wenn Sie sich den Angstreiz bildlich vorstellen: Was daran ruft bei Ihnen besondere Angst hervor? Was müsste sich an dem Angstreiz aus der vergangenen Übung verändern, damit er Sie noch stärker ängstigt?“

**Kontextvariation** Bei aufeinanderfolgenden Expositionsübungen sollte das Umfeld variiert werden. Expositionen können z. B. an verschiedenen Orten, zu unterschiedlichen Tageszeiten, in unterschiedlicher Stimmung, mit oder ohne Begleitpersonen oder nach unterschiedlichen vorausgehenden Aktivitäten durchgeführt werden. Je stärker hier variiert wird, umso

größer ist die Wahrscheinlichkeit, dass auch neue Kontexte Elemente enthalten, die bereits extingiert sind.

**Abrufhinweise** Eine weitere Möglichkeit, inhibitorisches Lernen zu unterstützen, ist, dem Patienten Gedächtnisstützen an die Hand zu geben, die ihn später im Alltag an die Lernerfahrung in der Exposition erinnern. Neben dem Einsatz von Therapietagebüchern kann man Expositionsübungen filmen oder ein Foto von der Situation machen, das der Patient sichtbar in seiner Wohnung aufstellen kann. Eine hilfreiche therapeutische Frage könnte sein: „Was würde Ihnen helfen, sich später wieder an diesen Moment zu erinnern?“. Es sollte jedoch darauf geachtet werden, dass Abrufhinweise nicht als Sicherheitssignale missbraucht werden.

**Rekonsolidierung** Konsolidierung bezeichnet die Verfestigung von Gedächtnisinhalten in den Minuten oder Stunden nach der Enkodierung. Werden diese Gedächtnisinhalte später wieder aktiviert (z. B. indem man sich bewusst an einer Ereignis erinnert oder ein vergleichbares Ereignis erlebt) kann es zu einer Rekonsolidierung der Inhalte kommen, d. h. sie werden neu im Langzeitgedächtnis abgelegt. In dieser Phase sind die Inhalte also empfänglich für Modifikationen.

- ▶ Ein therapeutischer Nutzen dieses Effekts könnte entstehen, wenn man einige Zeit vor der Exposition die Furchtstruktur aktiviert, z. B. indem der Patient sich intensiv an ungünstige Lernerfahrungen erinnert oder eine Exposition in sensu durchgeführt wird. Bei der anschließenden Exposition in vivo sind Patienten dann möglicherweise besonders aufnahmefähig für korrigierende Erfahrungen.
- ▶ Therapeuten sollten Patienten demnach instruieren, eigenständige Expositionsübungen im Abstand von wenigen Stunden bis zu einem Tag nach der therapeutenbegleiteten Exposition durchzuführen.

**Studienlage** Jede der genannten Strategien (Abb. 1) wurde in ersten Humanstudien bestätigt, die Empfehlungen können in

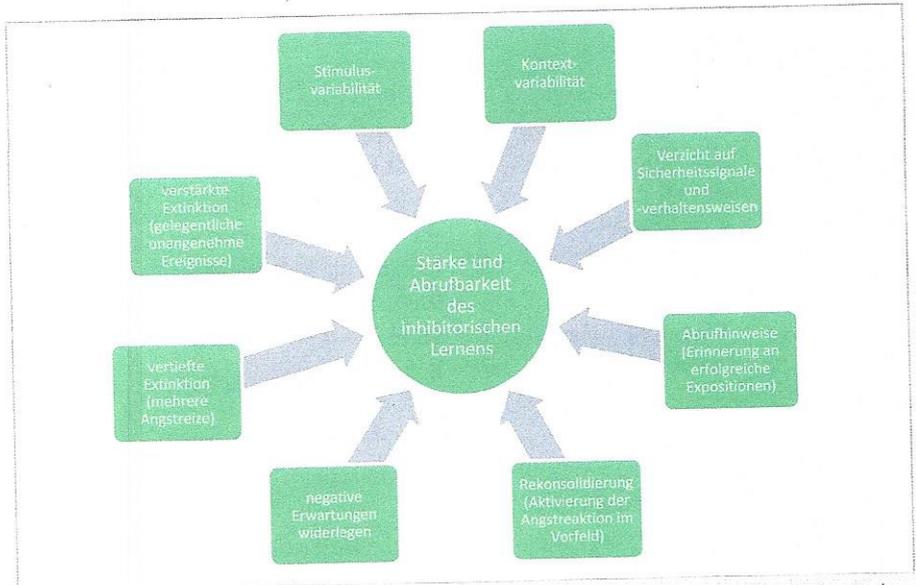


Abb. 1 Anregungen, wie das Inhibitionlernen und damit die Nachhaltigkeit der Angsttherapie zu fördern sind (angelehnt an Craske et al. 2014).

der Summe aber noch nicht als ausreichend empirisch abgesichert gelten. So fanden einige Studien einen positiven Effekt verstärkter Kontextvariation, der in anderen nicht bestätigt werden konnte.

Für die Praxis sollten die Empfehlungen von Craske et al. (2014) in jedem Fall als Aufforderung verstanden werden, vielfältigere Methoden in der Konfrontationstherapie zu verwenden, um dem Patient eine nachhaltige Extinktionserfahrung zu ermöglichen.

### Kontroversen: Verhaltenstherapie muss noch patientennäher werden!

**Therapeutensicht** Das Konzept des Inhibitionlernens gibt zahlreiche Anstöße dafür, wie die Expositionstherapie konkret auszugestalten und im Detail zu verbessern ist, damit sich optimale, stabile Erfolge einstellen. Therapeut und Patient sollen dabei die Erfahrung mit den zuvor vermiedenen (oder nur unzureichend verarbeiteten) Angststimuli auf möglichst vielfältige Weise herbeiführen und möglichst intensiv durchleben. Das Ziel ist klar und die damit

verbundenen Erfolgsaussichten prinzipiell überzeugend.

**Patientensicht** Eine andere Frage ist, ob sich Angstpatienten ein solches Vorgehen wünschen oder auch nur hinter ihm stehen, auch wenn es noch so logisch und gut begründet ist. Diese Frage ist eindeutig zu beantworten: Gerade weil sie Angstpatienten sind, kann von „Wünschen“ keine Rede sein. Eine solche Behandlung erfordert nämlich eine hohe Änderungsbereitschaft, einen erheblichen Aufwand und ist mehr oder weniger unbequem. Wenn es sich Angstpatienten aussuchen könnten, würde die Behandlung in vollkommener Sicherheit durchgeführt werden und aus harmlos-angenehmen Gesprächen im Therapieraum bestehen.

**Praxisexperimente** Eine Serie spannender experimenteller Studien zeigt, dass Patienten es vorziehen, bei der Exposition auf Sicherheitsverhalten zurückzugreifen, wenn es ihnen vorher zugestanden wird. Patienten mit Kontaminationsangst durften sich z. B. unmittelbar nach der Berührung kontaminierter Gegenstände die Hände reinigen, Patienten mit Schlangenangst eine Reihe von Vorkehrungen treffen (Schutzbrille, Handschuhe, etc.), bevor sie die Schlangen berührten.

- ▶ Im Vergleich zu Behandlungen, bei denen die Nutzung von Sicherheitsverhalten ausgeschlossen wurde, zeigten sich überraschend keine systematischen Nachteile (vgl. z. B. Milosevic & Radomsky 2013). Dies scheint auf den ersten Blick gegen die Theorie des Inhibitionslernens zu sprechen.
- ▶ Wahrscheinlicher ist aber folgende Interpretation: Eine Konfrontation, die vollständig auf Sicherheitsverhalten verzichtet, ist im Sinne des Inhibitionslernens optimal, führt aber auch dazu, dass sich einige Patienten bestimmte Übungen nicht zutrauen, im Extremfall die Therapie abbrechen oder aber während der Exposition verdecktes Vermeidungsverhalten zeigen.
- ▶ Hat ein Mensch mit Schlangenangst hingegen die Möglichkeit, Handschuhe zu nutzen, so ist die Situation besser tolerabel, Abbruchraten sind geringer und „unter dem Strich“ bleibt die durchschnittliche Erfolgsrate ebenso hoch.

Für die Praxis heißt dies: **Arbeite an der Kante des Möglichen, aber überfordere Patienten nicht!**

### Kollaborativer Empirismus als Prinzip

Verhaltenstherapie muss noch patientennäher werden, indem sie auf Sorgen und Befürchtungen der Patienten so eingeht, dass sie die Therapie nicht abbrechen (oder unterbrechen/verzögern) oder den Erfolg der Therapie durch verdecktes Sicherheitsverhalten gefährden. Als Prinzip, das hier eine gute Arbeitsbeziehung sichert, kann Becks „kollaborativer Empirismus“ dienen: Therapeut und Patient arbeiten kooperativ und kreativ zusammen, um neue Beobachtungen zu machen. Das Vorgehen ist weniger schematisch als ergebnisoffen, und auf die individuellen Möglichkeiten des Patienten abgestimmt.

### Wichtige neue Entwicklungen

Mit dem zurzeit viel diskutierten Terminus der „3. Welle der Verhaltenstherapie“ sind recht heterogene Weiterentwicklungen zu verbinden. Wir greifen die für die Therapie der Angststörungen wichtigsten heraus, nämlich die Metakognitive Therapie sensu Wells (2011) und die Akzeptanzbasierte Verhaltenstherapie sensu Steven Hayes und Kollegen (1999).

#### Metakognitive Therapie

Die Metakognitive Therapie (MKT) nach Wells (aktuelle Einführung: Wells 2011) teilt die klassische Position der kognitiven Therapie (z. B. nach Beck), wonach Fehler oder Verzerrungen im Denken psychische Störungen verursachen. Die MKT konzentriert sich jedoch nicht auf einzelne negative Inhalte des Denkens, sondern auf die persönliche Strategie, wie Menschen denken (Wells 2011). Die Kernannahme ist dabei, dass „das Problem in unflexiblen und perseverierenden kognitiven Prozessen liegt, die als Reaktion auf negative Gedanken, Gefühle und Überzeugungen stattfinden“ (Wells 2011, S. 18).

**Ansatz** Die MKT führt die Unterscheidung zwischen Kognition und Metakognition ein. Eine Metakognition wäre z. B. eine Annahme über die Richtigkeit einer bestimmten kognitiven Strategie („Grübeln oder Mir-Sorgen-zu-machen hilft mir, eine weitere Verschlechterung aufzuhalten“). Weil durch eine Veränderung der Metakognitionen grundsätzliche Annahmen über die Bewältigung von Gedanken und Gefühlen revidiert werden können, setzt die Therapie genau hier an (im Beispiel: „Mich ohne großes Grübeln auf den Moment einzulassen, bringt mich schneller auf neue Gedanken“).

**Wirksamkeit** Aktuelle Studien zeigen gerade bei schwer behandelbaren Störungen wie der Generalisierten Angststörung überzeugende Erfolge der MKT (van der Heiden, Muris & van der Molen 2012).

### Akzeptanz- und Commitment-Therapie (ACT)

ACT (für Acceptance and Commitment Therapy; Hayes et al. 1999) ist ein „kognitiv-verhaltenstherapeutischer Ansatz, der darauf abzielt, Menschen beizubringen, emotionalen Problemen mit Achtsamkeit und Mitgefühl zu begegnen und gleichzeitig in ihrem Leben das zu verfolgen, was ihnen wirklich wichtig ist“ (Eifert 2011; S. 1).

**Ziele** Patienten sollen lernen,

1. statt mit aversiven Gefühlen zu kämpfen, sie zuzulassen, anzuerkennen und zu akzeptieren und
2. eine Neuorientierung und engagiertes Handeln vor dem Hintergrund persönlicher Werte auch dann zu verfolgen, wenn emotionale Probleme gegeben sind (Eifert 2011).

Aus ACT stammen unzählige Angsttherapeuten inspirierende Übungen und Interventionen, die geeignet sind, den Patienten die oben ausgeführten erfahrungsleitenden Prinzipien auf oft spielerische und symbolische Weise zu vermitteln.

**Wirksamkeit** Ob die mit ACT verbundenen Neuerungen wirklich neu und „revolutionär“ (Buchklappentext) sind, ist ebenso umstritten, wie die Frage, ob durch ACT bessere Erfolge erzielt werden.

- ▶ Meta-Analysen auf Basis der bisher erschienenen direkten Vergleiche zwischen ACT und KVT lassen noch nicht auf einen Vorteil von ACT schließen (Öst 2014);
- ▶ auch die methodisch besonders gute Vergleichsstudie unter Leitung von Michelle Craske und Georg Eifert zeigt weitgehend gleiche Erfolgsraten (Arch et al. 2012).

Genau genommen, geht es in der ACT-Variante der KVT auch gar nicht um größere Effizienz im Sinne höherer Erfolgsraten, sondern um „Akzeptanz“ der Symptome und Belastungen, die mit Angst verbunden sind.

Das kann aber natürlich auch Akzeptanz der bei einer Exposition auftretenden Gefühle heißen. In diesem Sinne könnte eine Therapie also auch dann erfolgreich sein, wenn zwar keine Symptommfreiheit erreicht wird, aber eine bessere Angstbewältigung (übrigens eine Parallele zur MKT).

**Aktuelle Studie** In einer Studie an der Dresdner Institutsambulanz für Psychotherapie haben wir diese Logik ernst genommen und ACT bei Angstpatienten durchgeführt, bei denen die Störung durch eine frühere Angsttherapie (Psychotherapie oder Pharmakotherapie) ohne Erfolg behandelt worden war. Unsere Ausgangsüberlegung war, dass gerade bei erfolglos Behandelten („Non-Respondern“) das Rational der ACT eine gute Voraussetzung für einen erneuten Therapieversuch darstellt.

- ▶ Die Ergebnisse sind ermutigend, da wir bei den zuvor erfolglos behandelten Patienten trotz ihrer chronischen Angststörungen akzeptable Erfolgsraten feststellen konnten (Gloster et al. 2015).

**Fazit**

Misstrauen Sie dem, was Ihr Supervisor noch in der Ausbildung zur Angsttherapie sagte! Das Prinzip „Angsttherapie kommt ohne Exposition nicht aus“, gilt zwar nach wie vor, aber im Hinblick auf die optimierte Umsetzung einer Expositionstherapie gibt es wichtige neue Entwicklungen. Lediglich darauf zu achten, dass Habituation eintritt, vermittelt die falsche Botschaft. Angst soll nicht per se bekämpft werden, denn sie ist nicht gefährlich. Wichtiger ist es, vielfältige neue Erfahrungen in angstauslösenden Situationen zu sammeln und zu speichern (Inhibitionslernen) und eine neue Strategie im Umgang mit Angstgefühlen zu erlernen (MKT, ACT).

**Literatur**

Arch JJ, Eifert GH, Davies C et al. Randomized clinical trial of cognitive behavioral therapy (CBT) versus acceptance and commitment therapy (ACT) for mixed anxiety disorders. *J Consult Clin Psychol* 2012;80:750-765

Bouton ME. Context and behavioral processes in extinction. *Learning & Memory* 2004; 11: 485-494

Craske MG, Kircanski K, Zelikowsky M et al. Optimizing inhibitory learning during exposure therapy. *Behav Res Ther* 2008; 46: 5-27

Craske MG, Treanor M, Conway CC et al. Maximizing exposure therapy: An inhibitory learning approach. *Behav Res Ther* 2014; 58: 10-23

Eifert GH. Akzeptanz- und Commitment-Therapie. Göttingen: Hogrefe; 2011

Foa EB, Kozak M. Emotional processing of fear: Exposure to corrective information. *Psychol Bull* 1986; 99: 20-35

Gloster AT, Hauke C, Höfler M et al. Long-term stability of cognitive behavioral therapy effects for panic disorder with agoraphobia: A two-year follow-up study. *Behav Res Ther* 2013; 51: 830-839

Gloster AT, Sonntag R, Hoyer J et al. Treating treatment-resistant patients with panic disorder and agoraphobia using psychotherapy: A randomized controlled switching Trial. *Psychother Psychosom* 2015; 84: 100-109

Hayes SC, Strosahl KD, Wilson KG. *Acceptance and Commitment Therapy: An experiential approach to behavior change*. New York: Guilford Press; 1999

Hofmann SG, Smits JAJ. Cognitive-behavioral therapy for adult anxiety disorders: A meta-analysis of randomized placebo-controlled trials. *J Clin Psychiatry* 2008; 69: 621-632

Leichsenring F, Salzer S, Beutel ME et al. Psychodynamic therapy and cognitive-behavioral therapy in social anxiety disorder: A multicenter randomized controlled trial. *Am J Psychiatry* 2013; 170: 759-767

Milosevic I, Radomsky AS. Keep your eye on the target: Safety behavior reduces targeted threat beliefs following a behavioral experiment. *Cogn Ther Res* 2013; 37: 557-571

Öst LG. The efficacy of Acceptance and Commitment Therapy: An updated systematic review and meta-analysis. *Behav Res Ther* 2014; 61: 105-121

Van der Heiden C, Muris P, Van der Molen HT. Randomized controlled trial on the effectiveness of metacognitive therapy and tolerance-of-uncertainty therapy for generalized anxiety disorder. *Behav Res Ther* 2012; 50: 100-109

Wells A. *Metakognitive Therapie bei Angststörungen und Depression*. Weinheim: Beltz; 2011



**Prof. Dr. phil. Jürgen Hoyer, Dipl.-Psych.**  
 Institut für Klinische Psychologie und Psychotherapie  
 Technische Universität Dresden  
 Hohe Str. 53  
 01187 Dresden  
 juergen.hoyer@psychologie.tu-dresden.de

Professor für Behaviorale Psychotherapie an der Technischen Universität Dresden, Leiter der dortigen Institutsambulanz und Tagesklinik für Psychotherapie (IAP) sowie des Aufbaustudiengang Psychologische Psychotherapie; Forschungsschwerpunkte: Wirkmechanismen und neue Settings in der Psychotherapie der Angststörungen und der Depression.



**Dipl.-Psych. Ingmar Heinig**  
 wissenschaftlicher Mitarbeiter in der vom Bundesforschungsministerium geförderten PROTECT-AD-Studie, welche in einem bundesweiten Forschungsnetzwerk die Grundlagen und Mechanismen der Verhaltenstherapie der Angststörungen untersucht (Principal Investigator: Prof. Dr. Wittchen, TU Dresden).

**Interessenkonflikt**

Der korrespondierende Autor gibt an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Beitrag online zu finden unter <http://dx.doi.org/10.1055/s-0041-100942>