

Psychotherapeut

<https://doi.org/10.1007/s00278-021-00567-6>

Angenommen: 29. November 2021

© The Author(s), under exclusive licence to Springer Medizin Verlag GmbH, ein Teil von Springer Nature 2022



Biopsychosoziale Therapie der generalisierten Angststörung

Ein integratives Behandlungskonzept

Ulrich T. Egle¹ · Isabelle Bättig¹ · Joel Neufeld¹ · Tobias Ballweg¹ · Katja Cattapan^{1,2}¹ Psychiatrische Klinik Sanatorium Kilchberg/ZH, Kilchberg/ZH, Schweiz² Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Universität Bern, Bern, Schweiz

Zusammenfassung

Die Coronapandemie hat bei vielen Menschen zum Erleben einer existenziellen Bedrohung geführt und unterschiedliche Formen der Bewältigung dieser anhaltenden Stresssituation ausgelöst. Besonders stark gestiegen ist das Risiko für die Entwicklung einer generalisierten Angsterkrankung („generalized anxiety disorder“, GAD). Die etablierten Konzepte der kognitiven Verhaltenstherapie („cognitive behavioral therapy“, CBT) sind in der Behandlung einer GAD nur mäßig wirksam. Daher wird unter Bezugnahme auf den biopsychosozialen Ansatz ein integratives Therapiekonzept entwickelt. Dieses vermittelt bereits im Rahmen der Psychoedukation einen Bezug zu frühen Prägungen in der Primärfamilie (unsicher-ambivalente Bindung, Unterdrückung von Neugierverhalten) als Ursache eines permanenten Sichsorgens und der dahinter stehenden Intoleranz für Ungewissheit. Zunächst steht der Aufbau einer tragfähigen therapeutischen Beziehung („alliance“) im Vordergrund, bei der die Autonomie und Selbstwirksamkeit des Patienten gefördert werden. Eine zentrale Bedeutung für den therapeutischen Fortschritt haben die Förderung von Erfahrungen, die die Selbstwirksamkeit erhöhen, sowie die Reduktion von Vermeidungsverhalten durch Exposition und Verhaltensexperimente. Der Abbau der maladaptiven Angstbewältigung durch Sorgenketten und Rückversicherungsverhalten geschieht durch die Entwicklung einer wachsenden Toleranz von Ungewissheit im jeweils aktuellen Lebensalltag. Prognostisch wesentlich sind die Berücksichtigung von Metakognitionen und dysfunktionalen Beziehungsmustern in der Partnerschaft sowie die Durchführung von Entspannungsverfahren und richtig dosierter Sporttherapie. Schließlich geht es um die Bearbeitung dysfunktionaler Coping-Strategien, die die Chronifizierung fördern.

Schlüsselwörter

Sorgen · Ungewissheit · Therapeutische Allianz · Selbstwirksamkeit · Coping-Strategien

Als Therapiemethode der ersten Wahl gilt bei generalisierter Angststörung („generalized anxiety disorder“, GAD) seit 30 Jahren die kognitive Verhaltenstherapie („cognitive behavioral therapy“, CBT). Allerdings können hiermit nur <50% aller GAD-Patienten erfolgreich behandelt werden. Neue Studienergebnisse schreiben dies der fehlenden Berücksichtigung von interpersonellen Aspekten sowie Kindheitsbelastungs- und Resilienzfaktoren für die Vulnerabilität zu. Das vorgestellte integrative Konzept unter Einbezug des biopsychosozialen Modells bietet dagegen eine personalisierte, therapieschulenübergreifende Behandlung unter Beachtung früher Prägungen, chronifizierender Bewältigungsstrategien ebenso wie sozialer, sozialmedizinischer und kultureller Kontextfaktoren.

sozialen Modells bietet dagegen eine personalisierte, therapieschulenübergreifende Behandlung unter Beachtung früher Prägungen, chronifizierender Bewältigungsstrategien ebenso wie sozialer, sozialmedizinischer und kultureller Kontextfaktoren.

Hintergrund

Die Coronapandemie hat bei vielen Menschen zum Erleben einer existenziellen Bedrohung geführt und unterschiedliche Formen der Bewältigung dieser anhaltenden



QR-Code scannen & Beitrag online lesen

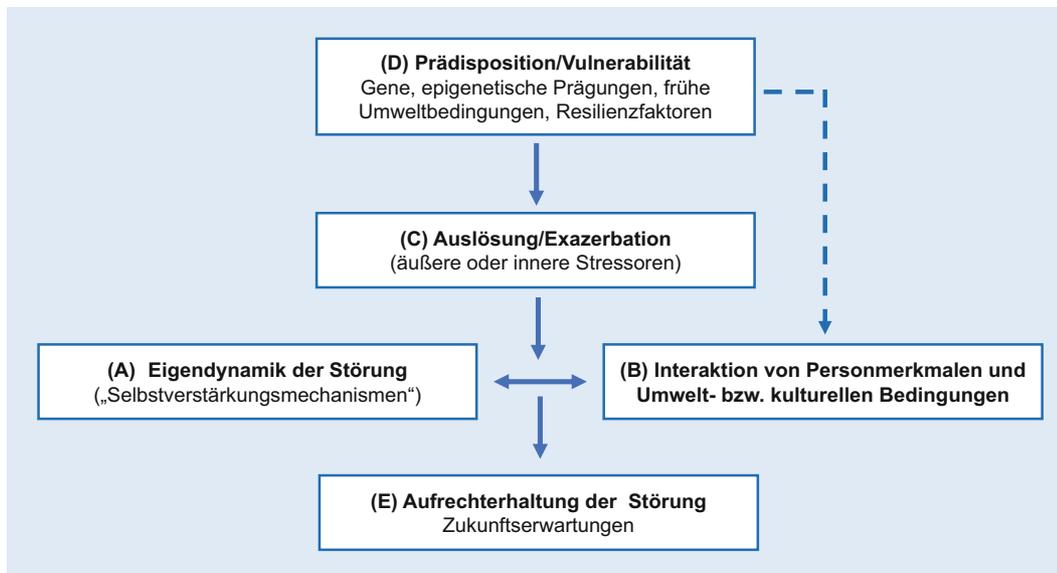


Abb. 1 ◀ Integriertes biopsychosoziales Störungsmodell als Grundlage einer psychotherapeutischen Behandlung psychischer und psychosomatischer Erkrankungen. (Modifiziert nach Rief und Strauß 2018)

Stresssituation ausgelöst. Besonders stark gestiegen ist das Risiko für die Entwicklung einer GAD. Als Therapiemethode der ersten Wahl gilt bei GAD seit 30 Jahren die CBT (Barlow et al. 1992; Ballenger et al. 2001). Neuere Metaanalysen (Cuijpers et al. 2014, 2016; Carl et al. 2020) zeigen jedoch, dass nur <50 % aller GAD-Patienten erfolgreich mithilfe einer CBT behandelt werden können. Positive CBT-Studien-Ergebnisse bei Angsterkrankungen haben damit zu tun, dass in 80 % aller Studien ein Wartekontroll-Gruppen-Design verwendet wurde, das durch eine Art Noceboeffekt in der Kontrollgruppe besonders große Unterschiede zur Experimentalgruppe erbringt (Furukawa et al. 2014; Cuijpers und Cristea 2015). Auch hohe Abbruch- und noch höhere Nonresponderraten (Hofman und Smits 2008; Carpenter et al. 2018) machen deutlich, dass das verbreitete CBT-Konzept für mehr als die Hälfte der GAD-Patienten nicht hinreichend geeignet ist. Als eine Ursache konnte inzwischen u. a. die fehlende Berücksichtigung von interpersonellen Aspekten (Newman et al. 2011; Malivoire et al. 2020) sowie Kindheitsbelastungs- und Resilienzfaktoren für die Vulnerabilität (Hughes et al. 2017) identifiziert werden. Zu den Ursachen gehört vermutlich auch, dass die evaluierten CBT-Konzepte bei Angst aus einer Zeit stammen, in der wissenschaftlich weder die zugrunde liegenden neurobiologischen Mechanismen noch die Wirkfaktoren im Rahmen der therapeutischen Beziehung gut erforscht wa-

ren und deshalb konzeptuell keine explizite Berücksichtigung fanden.

Inzwischen hat sich die Psychotherapieforschung – ausgehend von den wegweisenden Arbeiten von Grawe (2004) sowie Orlinsky (1994) – verstärkt einer therapieschulenübergreifenden Methodenintegration zugewandt, die einer biopsychosozialen Konzeption von Gesundheit und Krankheit Rechnung trägt (Abb. 1; Rief und Strauß 2018).

Dieses Modell berücksichtigt im Hinblick auf die Krankheitsentstehung Gene und frühe Prägungen durch ungünstige Umweltbedingungen ebenso wie Resilienzfaktoren (Abb. 1, D). Bei GAD spielen epigenetische Mechanismen (Schiele et al. 2020) ebenso eine Rolle wie psychosoziale Lernprozesse, z. B. Bindungs- und Beziehungserfahrungen (Nolte et al. 2011). Im Rahmen Letzterer können der von einem Elternteil vorgelebte Umgang mit Ungewissheit im Alltag bzw. eine Unterdrückung des Neugierverhaltens in Verbindung mit fehlender emotionaler Verlässlichkeit und Feinfühligkeit bedeutsam sein. Diese psychosozialen Prägungen führen zu einer Einschränkung der Ungewissheitstoleranz – ein zentrales Problem bei GAD – und auch einigen anderen psychischen Störungen (Carleton 2012). Hinzu kommt die „Eigendynamik der Störung“ (Abb. 1, A) – immer wieder auftretendes Sichsorgen –, wenn diese durch äußere oder innere Stressoren bzw. Konflikte (Abb. 1, C) einmal ausgelöst wurden

(„Teufelskreis der Angst“). Je nach kulturellem Kontext bzw. familiärem oder beruflichem Umfeld, individuellen Coping-Strategien und bereits früh geprägten interpersonellen Verhaltensmustern (Abb. 1, B) kann es zu unterschiedlichen Wechselwirkungen mit der Eigendynamik der Störung kommen. Beispielhaft ist eine Person mit geringer Ungewissheitstoleranz, die beruflich in eine Leitungsposition befördert wird, oder eine Partnerbeziehung mit dysfunktionalen oder kollusiven Beziehungsmustern zu nennen. Diese Wechselwirkungen beeinflussen die Chronifizierung: Katastrophisierende Coping-Strategien mit generalisierten Sorgenketten und (befürchtete oder reale) finanzielle Probleme z. B. infolge eines krankheitsbedingten Verlusts des Arbeitsplatzes können die Zukunftsperspektiven erheblich beeinträchtigen. Zudem kann z. B. ein mehrjähriger Rechtsstreit mit Begutachtungen wegen Frühberentung wesentlich zu Aufrechterhaltung und Chronifizierung der Störung beitragen (Abb. 1, E).

Das biopsychosoziale Modell bietet die Grundlagen für eine individuelle Diagnostik, eine darauf beruhende Vereinbarung von Therapiezielen sowie eine personalisierte, therapieschulenübergreifende Behandlungsplanung unter Einbeziehung früher Prägungen, chronifizierender Bewältigungsstrategien ebenso wie sozialer, sozialmedizinischer und kultureller Kontextfaktoren. Die „Puzzlesteine“ dieses therapieschulenübergreifenden, integra-

tiven Therapieansatzes der GAD werden unter Bezugnahme auf neue Erkenntnisse der Psychotherapieforschung im Folgenden genauer dargestellt und miteinander verbunden.

Definition des Krankheitsbilds

Das Hauptmerkmal der GAD besteht in einem übermäßigen und ständig vorhandenen Sichsorgen. Im Mittelpunkt steht die grundsätzlich sinnvolle Absicht, auf unangenehme Ereignisse vorbereitet zu sein und diesen, wenn möglich, zuvorzukommen, um sie zu verhindern. Dieses antizipatorische Problemverhalten nimmt jedoch überhand: Der Alltag ist davon geprägt, permanent nur Risiken und Gefahren zu sehen. Die Sorgen treten über verschiedene Lebensbereiche hinweg auf, beispielsweise in Beziehungen zu Familienmitgliedern und Freunden. Möglicherweise sind sie begleitet von Gesundheitsängsten und Sorgen um das Wohlbefinden von sich selbst oder von anderen Familienmitgliedern, Sorgen über Ordnung und Sauberkeit im eigenen Haushalt, über die Arbeitsbelastung, über die eigene finanzielle Situation und/oder über selbstbewusstes Durchsetzungsvermögen. Üblicherweise gehen die Sorgen mit einem übertriebenen Perfektionismus einher, Fehler verhindern zu wollen, sowie mit einem übersteigerten Verantwortungsbewusstsein und dem permanenten Bemühen, die Kontrolle aufrechtzuerhalten.

Um von einer generalisierten Angstproblematik zu sprechen, sollte diese Art des Besorgtseins seit mindestens 4 Wochen andauern. Außerdem dürfen die Sorgen nicht auf ein unmittelbar vorangegangenes traumatisches Erlebnis, wie beispielsweise einen schweren Autounfall, zurückzuführen sein. Es ist jedoch möglich, dass die Symptome sich in stressreichen Zeiten ausweiten. Auch werden Schwierigkeiten beim Unterbrechen der Sorgen hervorgehoben. Manche Patienten mit einer GAD berichten, dass sie genau wissen, dass ihre Sorgen übertrieben sind. Sie können diese jedoch nicht abschalten – was viele Betroffene wiederum als zusätzlichen Kontrollverlust erleben.

Weiter müssen 3 oder mehr der folgenden Symptome während mindestens 4 Wochen durchgehend vorhanden sein:

- Rastlosigkeit, das Gefühl von Anspannung oder Ungeduld,
- schnelle Ermüdbarkeit,
- Konzentrationsschwierigkeiten,
- Reizbarkeit,
- Muskelverspannungen (und daraus resultierende Schmerzen),
- Schlafstörungen (Ein- oder Durchschlafschwierigkeiten, nichterholsamer Schlaf).

Diese Symptome dürfen nicht direkte Folge einer körperlichen Krankheit (z. B. einer Schilddrüsenfunktionsstörung) sein. Falls im vorangegangenen Jahr keine Hausarztkonsultation erfolgt ist, kann eine medizinische Voruntersuchung angebracht sein, um eine mögliche körperliche Ursache auszuschließen zu können. Die übermäßigen Sorgen bei vorliegender GAD kreisen oft auch um mögliche körperliche Krankheiten. Aufgrund von Muskelverspannungen können Schmerzen auftreten, sodass der Patient mit diesem Leitsymptom einen Arzt aufsuchen kann bzw. seine Sorgen um die Ursachen dieser Symptomatik kreisen könnten. Besonders häufig sind Kopfschmerzen, die vom Neurologen meist als Spannungskopfschmerzen eingeordnet werden, und Ganzkörperschmerzen, die vom Rheumatologen als Fibromyalgiesyndrom diagnostiziert werden. Klinisch zu klären sind das zusätzliche Auftreten von Panikattacken sowie das zusätzliche Vorhandensein einer depressiven Komorbidität oder einer Persönlichkeitsstörung. Auch die differenzialdiagnostische Abgrenzung zur Zwangsstörung, zur posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) sowie zur somatoformen Schmerzstörung ist relevant.

Pathogenetische Mechanismen

Lange wurde davon ausgegangen, dass genetische Faktoren zu 30–40% der Varianzaufklärung in der Ätiopathogenese von Angsterkrankungen beitragen (Hertema et al. 2001). Unter Berücksichtigung epigenetischer Zusammenhänge reduzierte sich inzwischen die Bedeutung genetischer Faktoren deutlich. Ganz im Vordergrund steht heute eine signifikante Vulnerabilitätserhöhung durch Gen-Umwelt-Wechselwirkungen (Schiele et al. 2020). Es wird von einem komplexen Prozess ausge-

gangen, bei dem genetische, umweltbezogene und epigenetische Faktoren in frühen und späteren Entwicklungsphasen interagieren sowie zu emotionalen und verhaltensbezogenen Prägungen führen. Dies bedingt eine Dysfunktion in der Stressregulation, die durch sozial-kognitive ebenso wie biologische Funktionsveränderungen aufrechterhalten werden (Nolte et al. 2011; Schiele et al. 2020). Der elterliche Erziehungsstil ist durch einen Wechsel von emotionaler Zurückweisung und einengender Überprotektivität gekennzeichnet. Überfürsorglichkeit und stark regelorientierte Erziehungsprinzipien schränken das Neugierverhalten der Kinder bereits früh ein. Bei Kindern konnte ein direkter Zusammenhang zwischen unsicherer Bindung und Ängstlichkeit nachgewiesen werden (Colonnesi et al. 2011). Seitens des Kindes wurde ein zurückhaltend-scheues Temperament beobachtet. Dieses kann genetisch determiniert sein, jedoch auch auf die pränatale Einwirkung von Stressfaktoren bei der Mutter während der Schwangerschaft zurückzuführen sein, die bereits beim Embryo neurobiologische Veränderungen auslösen können (Abb. 2).

Neurobiologisch sind bei GAD gegenwärtig folgende endokrine und inflammatorische Stressmechanismen wissenschaftlich gesichert (Hou et al. 2017):

- eine Überaktivierung der Hypothalamus-Hypophysen-Nebennierenrinden (HPA)-Achse (Jurueña et al. 2020) mit einer auf Dauer eingeschränkten Ausschüttung von Glukokortikoiden (Cortisol);
- eine Dysbalance zwischen verstärktem aktiviertem Locus-caeruleus(LC)-Norpinephrin(NE)-System (Sympathikus) einerseits und einer reduzierten Parasympathikusaktivierung. Es kommt zu einer mehr oder weniger ausgeprägten Hypervigilanz mit permanenter Anspannung („immer auf dem Sprung sein“), was sich in teilweise wenig fokussierter Überaktivität sowie in Einschränkungen der Konzentrationsfähigkeit zeigt;
- eine verstärkte Aktivierung proinflammatorischer Zytokine. Dadurch können Schlafstörungen induziert werden, die wiederum die Dysbalance zwischen pro- und antiinflammatorischen

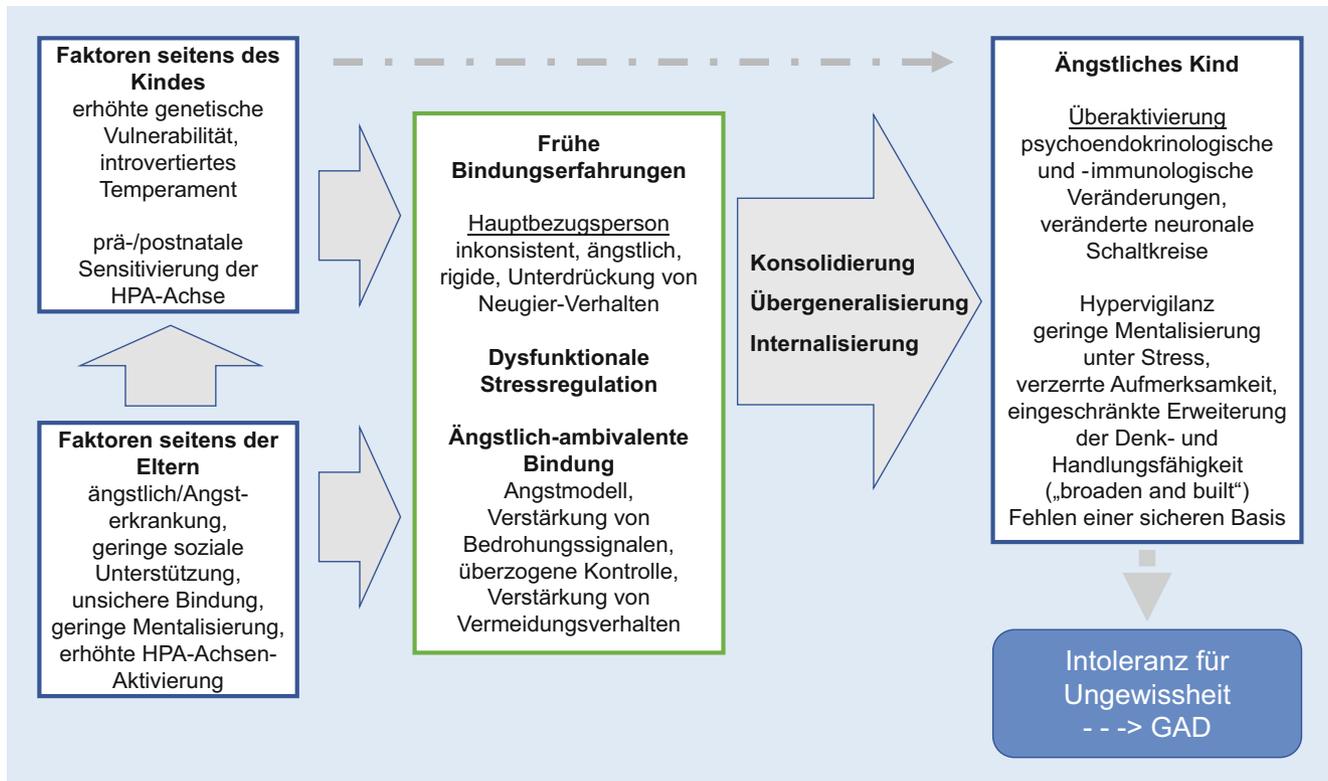


Abb. 2 ▲ Erhöhte Vulnerabilität für die generalisierte Angsterkrankung (GAD) durch frühe biopsychosoziale Prägungen. HPA-Achse Hypothalamus-Hypophysen-Nebennierenrinden-Achse. (Modifiziert nach Nolte et al. 2011)

Zytokinen verstärken (Costello et al. 2019);

- eine neuronale Dysfunktion zwischen medialem Präfrontalkortex und Amygdala (Beeinträchtigung der Affektregulation);
- eine Beeinträchtigung der Ausreifung von Putamen und Globus pallidus in der Pubertät als Folge von Mobbing und anderen Viktimisierungen durch Gleichaltrige (Quinlan et al. 2020).

Bei etwa 70% aller Angstpatienten konnte neben schlechten sozioökonomischen Rahmenbedingungen eine Reihe anhaltend traumatisierend wirkender Bedingungen in der Primärfamilie nachgewiesen werden, wobei familiäre Gewalt, schwerer Alkoholmissbrauch sowie längere Krankenhausaufenthalte bei einem oder beiden Elternteilen dominierten (>50%). Auch das Erleben des frühen Verlusts eines Elternteils oder Geschwisters wurde bei etwa einem Drittel beobachtet (Moffitt et al. 2007). Eine wissenschaftliche Metaanalyse bis zu diesem Zeitpunkt publizierter Studien kommt zu dem Er-

gebnis, dass die Vulnerabilität für die Entwicklung einer Angsterkrankung bei einer kumulativ stark belasteten Kindheit 3,7-fach gesteigert ist (Hughes et al. 2017). In den letzten Jahren konnte in prospektiven Untersuchungen gesichert werden, dass Ausgrenzung durch Gleichaltrige insbesondere in der Pubertät („peer victimization“) über neurobiologische Prozesse das spätere Auftreten einer GAD für sich allein signifikant erhöht (Singham et al. 2017; Quinlan et al. 2020).

Die neurobiologische Forschung führte im letzten Jahrzehnt auch zu einem weitreichenden Paradigmenwechsel im Hinblick auf das Funktionieren des menschlichen Gehirns: Es arbeitet antizipatorisch mit Erwartungen und Hypothesen („predictive brain“), die auf vorausgegangenen kognitiven, emotionalen und kontextuellen Prägungen beruhen. Vor dem Hintergrund der skizzierten Entwicklungsbedingungen erklärt dies die negative Erwartungshaltung bei GAD-Patienten und deren Intoleranz für Ungewissheit (Grupe und Nitschke 2013; Sussman et al. 2016).

Ungünstige Umweltbedingungen in Kindheit und Jugend wirken sich außerdem auf die Prägung von Verhaltensmustern im Umgang mit den psychischen Grundbedürfnissen (Bindung, Orientierung/Kontrolle, Lustgewinn/Unlustvermeidung, Selbstwert) aus. Um sich zu schützen, entwickeln sich Vermeidungsschemata, die nach der Konsistenztheorie von Grawe (1998) zu einer erhöhten Inkonsistenz und darüber zu einem verstärkten Stresserleben führen. Das Bemühen, sich gegenüber widrigen Umweltbedingungen bestmöglich zu wappnen (im Sinne einer Resilienzstrategie), hat seinen Preis (Ellis et al. 2020).

Ein wesentlicher Faktor ist, in welchem Ausmaß die Fähigkeit zur Emotionsregulation und zu einer adaptiven Stressbewältigung beeinträchtigt wird. Für die Affektregulation ist die neuronale Konnektivität zwischen medialem Präfrontalkortex und Amygdala bedeutsam, deren neurobiologische Dysregulation sowohl bei Angsterkrankungen als auch bei anderen psychischen Störungen (u.a. PTBS, Borderline-Persönlichkeitsstö-

rung) eine wesentliche Rolle spielt (Gruhn und Compas 2020). Bei der Stressbewältigung kommt es infolge von unsicherem Bindungsverhalten in Form von emotionaler Deprivation, Überfürsorglichkeit und überangepassten Verhaltensmustern sowie Misshandlung zu maladaptiven Strategien (Gruhn und Compas 2020), v. a. Affektunterdrückung, (Konflikt-)Vermeidung bzw. autoaggressiver Konfliktverarbeitung und Verleugnung.

Therapie

Häufig fokussieren in der Routineversorgung eingesetzte Behandlungsstrategien bei GAD in erster Linie weiterhin auf kognitive Aspekte (Margraf 2021), d. h. auf die Bearbeitung der Sorgenketten und der katastrophisierenden Coping-Strategien (Komponenten A und E der biopsychosozialen Krankheitskonzeption), während die Berücksichtigung bindungsbezogener Prägungen und ihrer Bedeutung für die Partnerbeziehung ebenso wie für die Gestaltung der therapeutischen Beziehung oft vernachlässigt wird.

Angstbezogene Edukation

Eine genaue Aufklärung des Patienten über seine Diagnose und die relevanten pathogenetischen Mechanismen ist ein wesentlicher erster Schritt zur Etablierung einer tragfähigen Therapiebeziehung („alliance“). Hierbei ist darauf zu achten, mit dem Patienten/der Patientin schrittweise die wichtigen Zusammenhänge zu erarbeiten, d. h., ihn/sie dabei nicht mit Informationen zu überfordern, sondern ihn/sie zum Experten für seine/ihre Innenwelt zu machen. Einerseits fördert dies das Kontrollbedürfnis der Patienten und gibt ihnen wieder mehr Orientierung, andererseits wird das Commitment der Patienten für die späteren Interventionen gestärkt. Für die Edukation zum Thema GAD bieten die Themenblöcke 1 bis 4 des Patienten-Leitfadens von Craske und Barlow (2006, S. 12–66, dt.: Flückiger et al. 2015) eine sehr gute Orientierung (einschließlich Arbeitsmaterialien).

Eine weitere Aufgabe der Psychoedukation besteht darin, die Funktion und die Gründe für das übermäßige Sichsorgen zu erarbeiten. Diesbezüglich sollte explizit auf

die relevanten kindlichen Prägungen und Lernerfahrungen eingegangen werden. Im Gespräch mit dem Patienten sollten die daraus resultierenden Schemata und Auswirkungen auf das aktuelle Problemerkennen sowie die Ursachen der eingeschränkten Toleranz für Ungewissheit herausgearbeitet werden. Wichtig erscheint in diesem Zusammenhang, dass diese früh erworbenen Schemata auch eine Schutzfunktion gegenüber unangenehmen/schwierigen Gefühlen bekommen haben, dass permanentes Sichsorgen eine Art Ablenkungsstrategie von der Auseinandersetzung mit den eigenen Gefühlen sein kann (Craske und Barlow 2006, S. 64).

Nach dem Prinzip Auslöser, Bewertung/Befürchtungen, Konsequenzen (ABC) ist eine sorgfältige Exploration individueller Grundüberzeugungen im Hinblick auf die „kognitive Architektur der Ungewissheitsintoleranz“ (Spitzer 2019) erforderlich:

- a. Für alle Situationen gibt es Gewissheit.
- b. Es ist möglich und absolut zwingend, hinsichtlich zukünftiger Entwicklungen Gewissheit zu haben.
- c. Es hat schlimme Folgen (Gefahr, Belastung, Handlungsunfähigkeit, Bewertung durch andere), wenn das, was auf einen zukommt, ungewiss bleibt.
- d. Es ist ungerecht, im Leben wiederholt einer Ungewissheit ausgesetzt zu sein.

Da gerade Patienten mit einer Ungewissheitsintoleranz dazu neigen, das Sichsorgen für eine erfolgversprechende Bewältigungsstrategie zu halten, ist es wichtig, neben negativen („Verrücktwerden“) auch positive Metakognitionen zu explorieren, da deren Fortbestehen die Prognose beeinträchtigen kann. Bedeutsam sind v. a. die Überzeugungen (Spitzer 2019), dass antizipatorisches Sichsorgen

- a. hilft, die anstehenden Probleme effektiver zu lösen;
- b. die emotionale Reaktion auf mögliche zukünftige Ereignisse dämpft;
- c. direkt – quasi magisch – Einfluss auf den Lauf der Ereignisse nimmt,
- d. eine positive Charaktereigenschaft darstellt.

Erst wenn dies hinreichend geschehen ist, ist eine gemeinsame Erarbeitung explizit-

ter Therapieziele möglich. Deren Formulierung sollte sehr konkret auf den individuellen Alltag des Patienten bezogen sein, um ihr Erreichen überprüfbar zu machen.

Gestaltung der therapeutischen Beziehung

Im Rahmen einer zunehmenden Integration der verschiedenen psychotherapeutischen Richtungen hat die Gestaltung der Beziehung zwischen Therapeut und Patient in den letzten Jahren eine wachsende Bedeutung bekommen (Norcross und Lambert 2019). Die Qualität der therapeutischen Beziehung/Allianz ist ein eigenständiger Wirkfaktor, der unabhängig von der Art der Psychotherapie bei der Behandlung von Patienten mit Angsterkrankungen relevant ist (Coyne et al. 2018). Die Ergebnisse dieser Studien bestätigen die Feststellung von Grawe (2002): „Die Ursachen für das Scheitern von Psychotherapien haben oft nichts mit der Störung zu tun, sondern liegen auf der Beziehungsebene“.

Bei GAD-Patienten ist das Bindungsverhalten (aufgrund ausgeprägter Vermeidungsziele wie Unsicherheit, Ablehnung, Nicht-ernst-genommen- oder Im-Stich-gelassen-Werden) oft überaktiviert: Die Stressregulation erfolgt meist über ein anklammerndes und/oder forderndes sowie kontrollierendes Verhalten. Die Patienten sind ängstlich-agitiert, da sie sich durch ihre Beschwerden bedroht fühlen. Sie tolerieren oft nicht gut, allein zu sein, und halten den Therapeuten bzw. das Therapieteam involviert, z. B. durch häufige Termine oder das Austesten der Grenzen. Dadurch provozieren sie oft Ärger und Zurückweisung, die sie aufgrund ihrer Vermeidungsziele tatsächlich auch befürchten, wodurch es zu einer sich selbst erfüllenden Prophezeiung kommt. In der Therapeut-Patient-Beziehung geht es um eine freundliche Grenzziehung gegenüber dem ängstlich-anklammernden Verhalten des Patienten sowie dessen nicht selten auch gesundheitsbezogenen Befürchtungen und subjektiven Einschränkungen. Ziel ist es, durch Bestätigung und positive Rückmeldungen das Selbstvertrauen und damit mehr Eigenaktivität, Autonomie und Selbstwirksamkeit des Patienten zu fördern. Insbesondere bei Patienten mit

submissivem Verhalten entscheidet dies ganz wesentlich über den Therapieerfolg.

Vor dem Hintergrund des oben skizzierten Beziehungsverhaltens ist es wichtig, dass seitens des Therapeuten zunächst über fachliche Informationen (vgl. Diagnostik, Therapieplanung, Psychoedukation) unter Berücksichtigung des subjektiven Krankheitsmodell des Patienten eine vertrauensvolle Arbeitsbeziehung geschaffen wird („epistemisches Vertrauen“), die von einer hohen Transparenz des therapeutischen Vorgehens gekennzeichnet ist. Die Interventionen sind primär supportiv, um den Patienten aus seiner Hocherregungsphase herauszuholen (Petrowski und Joraschky 2017). Ratschläge und andere Verhaltensweisen in Richtung Überfürsorglichkeit sollten jedoch vermieden werden, auch wenn der Patient diesbezüglich drängen sollte. Auch mit dem Aufzeigen kognitiver Denkfehler und der psychologischen Interpretation von Zusammenhängen sollte seitens des Therapeuten zurückhaltend umgegangen werden – bis eine stabile Vertrauensbeziehung aufgebaut ist –, da diese „Besserwisseri“ Gefühle von Unterlegenheit und Abhängigkeit beim Patienten fördern kann. Damit werden auch die unbefriedigenden Ergebnisse von CBT teilweise erklärt: Infolge der ambivalenten Bindung entwickelt sich häufiger ein Widerstand gegen therapeutische Veränderungen, weshalb seitens der CBT-Forschung in den letzten Jahren eine Ergänzung des eher direktiven und handlungsorientierten Vorgehens im Rahmen der CBT um ein beziehungsorientiertes Verhalten empfohlen wird (Coyne et al. 2018; Constantino et al. 2019). Dies gilt umso mehr, wenn eine Persönlichkeitsstörung als Komorbidität besteht, was etwa bei einem Viertel aller GAD-Patienten der Fall ist (Dyck et al. 2001).

Thematische Inhalte der Psychotherapie

Gelingt der Aufbau einer therapeutisch stabilen Arbeitsbeziehung, geht es um die Bearbeitung von negativen Affekten und ungeklärten Konflikten in Beziehungen im gegenwärtigen Alltag (Deschênes et al. 2012), die oft als unverlässlich und/oder manipulativ erlebt werden. Im Rahmen von Paargesprächen sollten Beziehungs-

muster in der Partnerbeziehung, bei denen es überwiegend um überfürsorglich-ausnutzbares, emotional zurückweisendes oder submissives Verhalten geht (Salzer et al. 2011), geklärt und ggf. an Veränderungen gearbeitet werden. Dies ist v.a. bei jenen GAD-Patienten, bei denen die Entwicklung in der Primärfamilie durch emotionale Vernachlässigung oder körperliche Gewalterfahrungen geprägt war, prognostisch bedeutsam (Zinbarg et al. 2007; Priest 2013).

Außerdem ist es hilfreich, das emotionale Erleben in der therapeutischen Beziehung genauer „unter die Lupe“ zu nehmen. Beides trägt zur Förderung der selbstreflexiven Kompetenzen des Patienten bei und kann seine Selbstwahrnehmung weitreichend verändern. Der Blick geht verstärkt „nach innen“ und ist nicht mehr einseitig körperbezogen und/oder von einer nach außen gerichteten Handlungsorientierung bzw. von Sorgenketten über potenzielle Ungewissheiten im Alltag bestimmt. Hilfreich kann das Führen eines Sorgentagebuchs sein (Craske und Barlow 2006, S. 23–36). Eine systematische Erfassung und Beschreibung des ängstlichen (oft körperlichen) Fühlens, der oft sehr flüchtigen Gedankenketten und des daraus resultierenden Handelns gibt dem Patienten zunächst ein Gefühl von besserer Kontrolle und bietet für die therapeutische Arbeit zusätzlich Ansatzpunkte zur Herstellung von äußeren und v.a. auch inneren Zusammenhängen beim Auftreten der Symptomatik. Damit kann – ausgehend von der Symptomatik – der Aufbau selbstreflexiver Fähigkeiten (u. a. Verbesserung des Selbstmitgefühls) eingeleitet werden. Unterstützend in der Erarbeitung von den Zusammenhängen zwischen negativen Affekten und Konflikten sowie einer durch Angst und Sorge geprägten Symptomatik kann das Festhalten von Alltagssituationen im Sorgetagebuch sein; die schriftliche Darstellung fördert zudem den Prozess der Distanzierung und kann helfen, aus automatischen Gedankenketten auszusteigen (Craske und Barlow 2006).

Eine zentrale Bedeutung für den therapeutischen Fortschritt haben die Förderung von Erfahrungen, die die Selbstwirksamkeit erhöhen, und die Reduktion von Vermeidungsverhalten durch Exposition und Verhaltensexperimente. Im Mittel-

punkt steht eine Verbesserung der Toleranz von Ungewissheit, die die Sorgenketten wesentlich induziert (Dugas et al. 2005, Bomyea et al. 2015). Ein Abbau der maladaptiven Angstbewältigung durch Sorgenketten und Rückversicherungsverhalten geschieht durch die Entwicklung einer wachsenden Toleranz von Ungewissheit im jeweils aktuellen Lebensalltag. Bedeutsam ist die Unterscheidung zwischen Unwissenheit, Ungewissheit und Risiko. Die Übungen beziehen sich zunächst auf die Differenzierung von Unwissenheit und ungewissem Ausgang sowie die Optionen, ein gewisses Ausmaß an Kontrolle durch die Nutzung individuell vorhandener Stellschrauben (Ressourcen) zu erreichen. Im nächsten Schritt geht es um die Differenzierung zwischen Ungewissheit und Risikoabwägung durch die Berücksichtigung realer Wahrscheinlichkeiten, d. h., in Entscheidungssituationen die individuelle Risikobereitschaft durch Risikoübungen auszuloten und zu erhöhen. Auch die Auseinandersetzung mit Metakognitionen ist therapeutisch sinnvoll. Dies gilt insbesondere für positive, deren Fortbestehen prognostisch ungünstig ist (Spitzer 2019).

Für die praktische Durchführung werden der vor Kurzem erschienene deutschsprachige Therapieleitfaden zum Umgang mit der „Ungewissheitsintoleranz“ von Spitzer (2019) sowie das bisher nur englischsprachig vorliegende Manual der kanadischen Arbeitsgruppe um Dugas (Robichaud et al. 2019) empfohlen.

Eine weitere wesentliche Aufgabe der Psychotherapie ist die Bearbeitung dysfunktionaler Coping-Strategien (z. B. Katastrophisieren, autoaggressive und teilweise auch paranoid eingefärbte Konfliktverarbeitung sowie Perfektionismus und anderes Kontrollverhalten) zur Reduktion der aufrechterhaltenden Bedingungen der Erkrankung. Auch dazu gibt es eine Reihe von Arbeitsmaterialien mit Übungen im Patientenmanual von Craske und Barlow (2006, S. 81 ff.).

Nach und nach kommt es durch diesen Therapieprozess auch zu einer Verbesserung des Selbstvertrauens, der Selbstreflexion und des Selbstmitgefühls sowie des Interaktionsverhaltens.

Verbesserung der Entspannungsfähigkeit und richtig dosierte Sporttherapie

Ein wesentlicher Wirkfaktor der Therapie ist die Verbesserung der Entspannungsfähigkeit, d.h. die Reduktion der Sympathikusüberaktivierung und eine verstärkte Aktivierung des Parasympathikus. Als Entspannungsverfahren können ein Biofeedback-Training oder die progressive Relaxation durchgeführt werden. Wichtig ist, dass das gewählte Entspannungsverfahren in der Behandlung nicht zu früh eingesetzt wird, d.h. erst nach der Edukation, dem Aufbau einer stabilen Arbeitsbeziehung sowie dem Verstehen früh geprägter Schemata im Umgang mit sich und anderen. Ansonsten besteht die Gefahr, dass es sich „verbraucht“, bevor überhaupt die Voraussetzungen gegeben sind, dass es wirksam werden kann. Die Wirksamkeit der Entspannungsübungen steigert sich bei regelmäßiger Praxis und kann durch das Feedback des Therapeuten gefördert werden. Neurobiologisch geht es ganz wesentlich um eine Aktivierung des efferenten Vagusastes mit dem Ziel, die Dysbalance zwischen Sympathikus und Parasympathikus über die Ausschüttung von Acetylcholin zu beeinflussen. Dazu dient auch die kontinuierliche Durchführung eines im aeroben Bereich richtig dosierten Sporttrainings, das über eine Aktivierung des afferenten Vagusastes ebenfalls die Stressresilienz fördern kann (Stonerock et al. 2015; Paolucci et al. 2018).

Fazit für die Praxis

- Eine Beschränkung auf das traditionelle Konzept der kognitiven Verhaltenstherapie (CBT) ist gruppenstatistisch zwar wirksam, eine vollständige Remission ist nach den Ergebnissen umfassender Metaanalysen dadurch allerdings nur bei 40–50% aller Patienten zu erreichen.
- Das dargestellte therapieschulenübergreifende Behandlungskonzept für Patienten mit einer generalisierten Angststörung (GAD) fokussiert auf die zentrale Bedeutung der Ungewissheitsintoleranz und erweitert das etablierte CBT-Konzept um interaktionelle (Bindungstypologie, Paartherapie und therapeutische Beziehung) sowie biologische Komponenten (Entspannung, Sporttherapie, Insomniebehandlung), was zur besseren Wirksamkeit beitragen kann.

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. Ulrich T. Egle
Psychiatrische Klinik Sanatorium Kilchberg/ZH
Alte Landstr. 70, 8802 Kilchberg/ZH, Schweiz
UlrichT.Egle@sanatorium-kilchberg.ch

Einhaltung ethischer Richtlinien

Interessenkonflikt. U.T. Egle, I. Bättig, J. Neufeld, T. Ballweg und K. Cattapan geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Für diesen Beitrag wurden von den Autoren keine Studien an Menschen oder Tieren durchgeführt. Für die aufgeführten Studien gelten die jeweils dort angegebenen ethischen Richtlinien.

Literatur

- Ballenger JC, Davidson JRT, Lecrubier Y, Nutt DJ, Borkovec TD, Rickels K, Stein DJ, Wittchen H-U (2001) Consensus statement on generalized anxiety disorder from the international consensus group on depression and anxiety. *J Clin Psychiatry* 62(suppl 11):53–58
- Barlow DH, Rapee RM, Brown T (1992) Behavioral treatment of generalized anxiety disorder. *Behav Ther* 23:551–570
- Bomyea J, Ramsawh H, Ball TM, Taylor CT, Paulus MP, Lang AJ, Stein MB (2015) Intolerance of uncertainty as a mediator of reductions in worry in a cognitive behavioral treatment program for generalized anxiety disorder. *J Anxiety Disord* 33:90–94
- Carl E, Witcraft SM, Kauffman BY, Gillespie EM, Becker ES, Cuijpers P, Van Ameringen M, Smits JAJ, Powers MB (2020) Psychological and pharmacological treatments for generalized anxiety disorder (GAD): a meta-analysis of randomized controlled trials. *Cogn Behav Ther* 49:1–21
- Carleton RN (2012) The intolerance of uncertainty construct in the context of anxiety disorders: theoretical and practical perspectives. *Expert Rev Neurother* 12:937–947
- Carpenter JK, Andrews LA, Witcraft SM, Powers MB, Smits JAJ, Hofmann SG (2018) Cognitive behavioral therapy for anxiety and related disorders: a meta-analysis of randomized placebo-controlled trials. *Depress Anxiety* 35:502–514
- Colonnesi C, Draijer EM, Stams GJ, Van der Bruggen CO, Bögels SM, Noon MJ (2011) The relation between insecure attachment and child anxiety: a meta-analytic review. *J Clin Child Adolesc Psychol* 40:630–645
- Constantino MJ, Westra HA, Antony MM, Coyne AE (2019) Specific and common processes as mediators of the longterm effects of cognitive-behavioral therapy integrated with motivational interviewing for generalized anxiety disorder. *Psychother Res* 29:213–225
- Costello H, Gould RL, Abrol E, Howard R (2019) Systematic review and meta-analysis of the association between peripheral inflammatory cytokines and generalised anxiety disorder. *Bmj Open* 9(7):e27925
- Coyne AE, Constantino MJ, Laws HB, Westra HA, Antony MM (2018) Patient-therapist convergence in alliance ratings as a predictor of outcome in psychotherapy for generalized anxiety disorder. *Psychother Res* 28:969–984
- Craske MG, Barlow DH (2006) *Mastery of your anxiety and worry: workbook*, 2. Aufl., dt. Fassung: C. Flückiger et al. 2015, Hogrefe, Bern
- Cuijpers P, Cristea IA (2015) How to prove that your therapy is effective, even when it is not: a guideline. *Epidemiol Psychiatr Sci* 28:1–8
- Cuijpers P, Cristea IA, Karyotaki E, Reijnders M, Huibers MJ (2016) How effective are cognitive behavior therapies for major depression and anxiety disorders? A meta-analytic update of the evidence. *World Psychiatr* 15:245–258
- Cuijpers P, Sijbrandij M, Koole S, Huibers M, Berking M, Andersson G (2014) Psychological treatment of generalized anxiety disorder: a meta-analysis. *Clin Psychol Rev* 34:130–140
- Deschênes SS, Dugas MJ, Fracalanza K, Koerner N (2012) The role of anger in generalized anxiety disorder. *Cogn Behav Ther* 41:261–271
- Dugas MJ, Hedayati M, Karavidas A, Buhr K, Francis K, Phillips NA (2005) Intolerance of uncertainty and information processing: Evidence of biased recall and interpretations. *Cogn Ther Res* 29:57–70
- Dyck IR, Phillips KA, Warshaw MG, Dolan RT, Shea MT, Stout RL, Massion AO, Zlotnick C, Keller MB (2001) Patterns of personality pathology in patients with generalized anxiety disorder, panic disorder with and without agoraphobia, and social phobia. *J Personal Disord* 15:60–71
- Ellis BJ, Abrams LS, Masten AS, Sternberg RJ, Tottenham N, Frankenhuis WE (2020) Hidden talents in harsh environments. *Dev Psychopathol*. <https://doi.org/10.1017/S0954579420000887>
- Furukawa TA, Noma H, Caldwell DM et al (2014) Waiting list may be a nocebo condition in psychotherapy trials: a contribution from network metaanalysis. *Acta Psychiatr Scand* 130:181–192
- Grawe K (2002) Potential und Grenzen störungsspezifischer Behandlungen (Vortrag 52. Lindauer Psychotherapiewochen 2002)
- Grawe K (2004) *Neuropsychotherapie*. Hogrefe, Göttingen
- Gruhn MA, Compas BE (2020) Effects of maltreatment on coping and emotion regulation in childhood and adolescence: A meta-analytic review. *Child Abuse Negl* 103:104446
- Grupe DW, Nitschke JB (2013) Uncertainty and anticipation in anxiety: An integrated neurobiological and psychological perspective. *Nature Rev Neurosci* 14:488–501
- Hettema JM, Neale MC, Kendler KS (2001) A review and meta-analysis of the genetic epidemiology of anxiety disorders. *Am J Psychiatry* 158:1568–1578
- Hofman SG, Smits JA (2008) Cognitive-behavioral therapy for adult anxiety disorders: a meta-analysis of randomized placebo-controlled trials. *J Clin Psychiatry* 69:621–632
- Hou R, Garner M, Holmes C, Osmond C, Teeling J, Lau L, Baldwin DS (2017) Peripheral inflammatory cytokines and immune balance in generalised anxiety disorder: a case-controlled study. *Brain Behav Immun* 62:212–218
- Hughes K, Bellis MA, Hardcastle KA, Sethi D, Butchart A, Mikton C, Jones L, Dunne MP (2017) The effect of multiple adverse childhood experiences on health: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Public Health* 2(8):e356–e366
- Juruena MF, Eror F, Cleare AJ, Young AH (2020) The role of early life stress in HPA axis and anxiety. *Adv Exp Med Biol* 1191:141–153

- Malivoire BL, Mutschler C, Monson CM (2020) Interpersonal dysfunction and treatment outcome in GAD: A systematic review. *J Anxiety Disord* 76:102310. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2020.102310>
- Margraf J (2021) Angststörungen. In: Rief W, Schramm E, Strauß B (Hrsg) *Psychotherapie*. Springer, Heidelberg, S 109–153
- Moffitt TE, Caspi A, Harrington H, Milne BJ, Melchior M, Goldberg D, Poulton R (2007) Generalized anxiety disorder and depression: childhood risk factors in a birth cohort followed to age 32. *Psychol Med* 37:441–452
- Newman MG, Castonguay LG, Borkovec TD, Fisher AJ, Boswell JF, Szokodny LE et al (2011) A randomized controlled trial of cognitive-behavioral therapy for generalized anxiety disorder with integrated techniques from emotion-focused and interpersonal therapies. *J Consult Clin Psychol* 79:171–181
- Nolte T, Guiney J, Fonagy P, Mayes LC, Luyten P (2011) Interpersonal stress regulation and the development of anxiety disorders: an attachment-based developmental framework. *Front Behav Neurosci* 5:55
- Norcross JC, Lambert MJ (2019) Evidence-based psychotherapy relationship: the third task force. In: Norcross JC, Lambert ML (Hrsg) *Psychotherapy relationships that work*, 3. Aufl. Oxford University Press, Oxford, S 1–23
- Orlinsky DE (1994) Learning from many masters. Ansätze zu einer wissenschaftlichen Integration psychotherapeutischer Behandlungsmodelle. *Psychotherapeut* 39:2–9
- Paolucci EM, Loukov D, Bowdish DME, Heisz JJ (2018) Exercise reduces depression and inflammation but intensity matters. *Biol Psychol* 133:79–84
- Petrowski K, Joraschky P (2017) Bindungsprozesse bei Angststörungen. In: Strauß B, Schauenburg H (Hrsg) *Bindung in Psychologie und Medizin*. Kohlhammer, Stuttgart, S 162–178
- Priest JB (2013) Anxiety disorders and the quality of relationships with friends, relatives, and romantic partners. *J Clin Psychol* 69:78–88
- Quinlan EB, Barker ED, Luo Q, Banaschewski T, Bokde ALW, Bromberg U, Büchel C, Desrivieres S et al (2020) Peer victimization and its impact on adolescent brain development and psychopathology. *Mol Psychiatry* 25:3066–3076
- Rief W, Strauß B (2018) Integratives Störungsmodell als Grundlage der Therapieplanung. *Psychotherapeut* 63:401–408
- Robichaud M, Koerner N, Dugas MJ (2019) *Cognitive behavioral treatment for generalized anxiety disorder. From science to practice*. Routledge, New York
- Salzer S, Pincus AL, Winkelbach C, Leichsenring F, Leising E (2011) Interpersonal subtypes and change of interpersonal problems in the treatment of patients with generalized anxiety disorder: A pilot study. *Psychotherapy* 48:304–310
- Schiele MA, Gottschalk MG, Domschke K (2020) The applied implications of epigenetics in anxiety, affective and stress-related disorders—A review and synthesis on psychosocial stress, psychotherapy and prevention. *Clin Psychol Rev* 77:101830
- Singham T, Viding E, Schoeler T, Arseneault L, Ronald A, Cecil CM et al (2017) Concurrent and longitudinal contribution of exposure to bullying in childhood to mental health: the role of vulnerability and resilience. *Jama Psychiatry* 74:1112–1119
- Spitzer N (2019) Ungewissheitsintoleranz und die psychischen Folgen. *Behandlungsleitfaden*

Biopsychosocial therapy of generalized anxiety disorder. Integrative treatment concept

The corona pandemic has led many people to experience an existential threat and has triggered different forms of coping with this persistent stress situation. The risk for the development of a generalized anxiety disorder (GAD) in particular has significantly increased. The established concepts of cognitive behavioral therapy (CBT) are only moderately effective in the treatment of GAD. Therefore, an integrative therapy concept is developed with reference to the biopsychosocial approach. This mediates a reference to early influences in the primary family (insecure ambivalent attachment, suppression of curiosity behavior) even during the psychoeducation as the cause of a permanent worrying and the underlying intolerance of uncertainty. The initial priority is on establishing a sustainable therapeutic relationship (alliance) in which the patient's autonomy and self-efficacy are promoted. Of central importance to therapeutic progress is the promotion of experiences that enhance self-efficacy and the reduction of avoidance behavior through exposure and behavioral experiments. The reduction of maladaptive anxiety coping through worry chains and reassurance behavior occurs through the development of an increasingly greater tolerance of uncertainty in actual daily life. Essential for the prognosis are the consideration of metacognitions and dysfunctional relationship patterns in the couple relationship as well as carrying out relaxation procedures and correctly dosed exercises. Finally, it is a matter of the processing of dysfunctional coping strategies, which promote chronification.

Keywords

Worries · Uncertainty · Therapeutic alliance · Self efficacy · Coping strategies

für Psychotherapie und Beratung. Springer, Heidelberg

- Stonerock GL, Hoffman BM, Smith PJ, Blumenthal JA (2015) Exercise as treatment for anxiety: systematic review and analysis. *Ann Behav Med* 49:542–556
- Sussman TJ, Szekeley A, Hajcak G, Mohanty A (2016) It's all in the anticipation: How perception of threat is enhanced in anxiety. *Emotion* 16:320–327
- Zinbarg RE, Lee JE, Yoon KL (2007) Dyadic predictors of outcome in a cognitive-behavioral program for patients with generalized anxiety disorder in committed relationships: A spoonful of sugar and a dose of non-hostile criticism may help. *Behav Res Ther* 45:699–713