Expo. Wirksam. Machen.

Die hochfrequente Konfrontationsbehandlung an der Angst-Tagesklinik des Universitätsklinikums Dresden

Peter Beiling, René Noack, Ruth Schmidt, Thomas Lorenz, Fabian Rottstädt, Katja Petrowski, Maria Lenk & Kerstin Weidner

Zusammenfassung

Angesichts der hohen Prävalenzen von Angststörungen, der bedeutsamen individuellen Einschränkungen und gesundheitsökonomischen Kosten sowie des häufig ungünstigen Spontanverlaufs besteht ein hohes Interesse an einer effektiven Behandlung. Die expositionsbasierte Verhaltenstherapie kann dies leisten, wird jedoch in der Praxis eher selten in ausreichendem Maße umgesetzt. Ein fünf-wöchiges, teilstationäres und auf Exposition fokussierendes Behandlungskonzept des Universitätsklinikums Carl Gustav Carus Dresden zur Therapie von Angst- und Zwangsstörungen wird hier vorgestellt. Der konzeptuelle Rahmen der Dresdner Angst-Tagesklinik umfasst: theoriegeleitetes und evidenzbasiertes Vorgehen, tagesklinisches Setting mit geschlossenem Gruppenkonzept, hochfrequente und begleitete Expositionstherapie, Zielorientierung und Strukturierung der Therapie, Einbettung in Vorbereitungs- und Nachsorgeangebote sowie regelmäßige Qualitätskontrollen.

Schlüsselwörter

Angststörungen, Zwangsstörungen, Exposition, Tagesklinik, kognitive Verhaltenstherapie

Abstract

High-frequency exposure therapy – the Anxiety Day Hospital at the University Hospital Dresden

Given the high prevalence and social impact of anxiety disorders, there is a great need for an effective and lasting treatment. The development of anxiety disorders has wide-ranging implications for both the healthcare system and the economy as a whole. Confrontation-based behavior therapy is an effective treatment method for these conditions, but is not used to a sufficient degree in practice. This paper presents a five-week day hospital concept, developed at the University Hospital Dresden, and focuses on the practical implementation of confrontation therapy for the treatment of anxiety and obsessive-compulsive disorders. The conceptual guidelines of the Dresden Anxiety Day Hospital consist of a strongly empirical approach based on both theory and objective evidence. High-frequency, chaperoned confrontation therapy is implemented in a day-clinic setting with fixed groups, goal orientation, and structured therapy procedures. The therapy is embedded in a larger structure composed of preparatory sessions and follow up-care, all of which are subject to continuous quality control procedures.

Key words

Anxiety disorders, obsessive compulsive disorder, exposure, day hospital, cognitive behavioral therapy.

Hintergrund

Angststörungen stellen mit einer 12-Monatsprävalenz von 16,2 % (DEGS, Jacobi et al., 2014) die größte Gruppe psychischer Störungen in Deutschland dar. Der Spontanverlauf ist häufig ungünstig, eher fluktuierend oder zunehmend chronifizierend und zeigt selten komplette Spontanremissionen (Robins & Regier, 1991; Wittchen, 1991). Angststörungen nehmen eine bedeutsame Position in Statistiken über Krankheitstage (Badura et al., 2014) und Berentung aufgrund verminderter Erwerbsfähigkeit (Deutsche Rentenversicherung Bund, 2014) ein. Zudem gelten PatientInnen mit Angststörungen als „high utilizer“ des Gesundheitssystems (Wittchen & Jacobi, 2004). Es entstehen somit neben den ausgeprägten psychosozialen Funktionseinschränkungen gesundheitsökonomisch relevante direkte und indirekte Kosten.

Angststörungen gehören zwar zu den am besten psychotherapeutisch behandelbaren Erkrankungen und insbesondere die expositionsbasierten Methoden der kognitiven Verhaltenstherapie weisen, je nach Form der Angststörung, gute bis sehr gute Effekte auf (Hans & Hiller, 2013; Norton & Price, 2007; Stewart & Chambless, 2009), jedoch steht dem eine defizitäre Versorgungsrealität gegenüber. So befanden sich in einer repräsentativen Bevölkerungserhebung laut Margraf und Pold-

rack (2000) nur 18,5 % der erfassten Personen mit klinisch relevanten Angststörungen in psychotherapeutischer Behandlung, davon nur ein Bruchteil in einer laut S3-Behandlungsleitlinie (Bandelow et al., 2014) empfohlenen expositionsbasierten Verhaltenspsychotherapie. Befragungen von PsychotherapeutInnen und PatientInnen zeigen, dass nur rund ein bis zwei Drittel der Patienten mit Angst- oder Zwangsstörungen mittels expositionsbasierter Methoden behandelt werden (Böhm et al., 2008; Roth et al., 2004; Külz et al., 2010). Unklar bleibt dabei noch, ob durchgeführte expositionsbasierte Behandlungen tatsächlich den evidenzbasierten Empfehlungen entsprechen: als massierte Exposition in vivo (Fiegenbaum & Thomas, 1988; Ruhmland & Margraf, 2001a–c), mit wiederholter Durchführung (Hillebrand & Niedermeier, 2014; Wambach & Rief, 2012), in verschiedenen Kontexten (Craske et al., 2014), bei zeitoffener Gestaltung (Hillebrand & Niedermeier, 2014; Wambach & Rief, 2012) und anfänglicher therapeutischer Begleitung (Abramowitz et al., 2011; Gloster et al., 2009).
Von TherapeutInnen benannte Schwierigkeiten bei Expositionen sind vor allem Zeitprobleme und versicherungsrechtliche sowie organisatorische Probleme (Neudeck, 2010), jedoch auch unzureichende Erfahrung oder negative Einstellungen gegenüber Expositionsverfahren (Hillebrand & Niedermeier, 2014; Külz et al., 2010).
Vor dem Hintergrund der Versorgungsrealität wurde in der Klinik und Poliklinik für Psychotherapie und Psychosomatik am Universitätsklinikum Carl Gustav Carus Dresden ein für Angst- und Zwangsstörungen spezifisches, theoriegeleitetes, strukturiertes tagesklinisches Behandlungskonzept entwickelt.

Die Dresdner Angst-Tagesklinik

Die Schwerpunkte liegen in der Behandlung der Angststörungen: Panikstörung, Agoraphobie, soziale Phobien, spezifische Phobien, generalisierte Angststörung sowie Zwangsstörungen, die sich durch ihre Nähe zu den Angststörungen und aufgrund der effektiven Behandlungsmöglichkeiten mittels Exposition gut in das Behandlungskonzept integrieren lassen.
PatientInnen erhalten nach einem Kurzscreening am Telefon zunächst einen Termin in der Angst-Ambulanz. Bei positiven Einschlusskriterien wird anschließend in einem teilstationären Probetherapietag eine ausführliche Diagnostik einschließlich psychosozialer Anamnese, medizinischer Anamnese und standardisierter Testdiagnostik durchgeführt und die Therapie- und Veränderungsbereitschaft überprüft. Die Aufnahme erfolgt dann nach Warteliste in ein geschlossenes fünfwöchiges Behandlungsmodul mit den Möglichkeiten für vor- und nachstationäre Therapieangebote und in enger Absprache mit ambulanten Vorbehandlern. Auch durch schriftliche Befundberichte wird der Kontakt zu externen ambulanten Behandlern gesichert.

Von 2009 bis Ende des Jahres 2015 wurden insgesamt 322 PatientInnen mit dem Fokus auf intensive Exposition behandelt. Diese waren entsprechend epidemiologischer Kenntnisse zu Angststörungen mit einem Altersdurchschnitt von 37,4 Jahren (SD 13.1) wesentlich jünger als die meisten PatientInnen in psychotherapeutisch-psychosomatischer Behandlung in anderen Klinikabteilungen. Etwa 65 % waren weiblich. Die häufigste zum Behandlungsanliegen an die Dresdner Angst-Tagesklinik führende psychische Erkrankung ist die Agoraphobie mit Panikstörung (F40.01 nach ICD-10). Etwa 71 % der Patienten erfüllen die Kriterien für diese Störung. Mit Abstand folgen die isolierte Panikstörung mit 18 %, die soziale Phobie mit 16 %, die spezifische Phobie mit 11 % sowie die Zwangsstörungen mit 7 % (Mehrfachangaben möglich). Es bestanden bei etwa 47 % der Patienten krankheitswertige affektive Komorbiditäten.
Das Behandlungskonzept und -setting der Dresdener Angst-Tagesklinik orientiert sich an den Anforderungen an eine effektive Behandlung von Angst- und Zwangsstörungen, woraus sich folgende *konzeptuelle Leitlinien* ergeben:

Theoriegeleitet und evidenzbasiert: Die inhaltliche, strukturelle und organisatorische Gestaltung der Rahmenbedingungen der psychotherapeutischen Behandlung erfolgte unter der Maßgabe, Expositionsbehandlungen leitliniengerecht und im Sinne der Evidenzen für die Behandlung von Angst- und Zwangsstörungen umzusetzen. Den Befunden zur Effektivität zeitoffener, häufiger und therapeutenbegleiteter Expositionen wird Rechnung getragen, indem mit einem adäquaten TherapeutInnen-PatientInnen-Schlüssel gearbeitet wird. Vier Mal wöchentlich können zeitoffene therapeutenbegleitete Expositionen für jeden Patienten/Patientin stattfinden. Die erste Woche ist inhaltlich geprägt durch Psychoedukation und Erarbeitung eines individuellen Störungsmodells. Damit sind in den weiteren vier Wochen 16 zeitoffene begleitete Expositionssitzungen möglich. Neben den strukturellen Rahmenbedingungen der Therapie orientiert sich auch die inhaltliche Ausgestaltung der Expositionseinheiten klar an aktuellen Ergebnissen der Therapieforschung. Das evidenzbasierte Wissen zu Optimierungsstrategien von Exposition (Craske et al. 2014; Lang et al., 2009), beispielsweise die Exposition in verschiedenen situativen Kontexten wird konsequent umgesetzt. Das grundlegende psychotherapeutische Vorgehen orientiert sich an aktuellen verhaltenstherapeutischen Manualen wie dem von Lang et al. (2012) bei Panikstörung und Agoraphobie, Lakatos und Reinecker (2016) bei Zwangsstörungen oder Stangier et al. (2009) bei sozialer Phobie.

Expositionsfokussiert: Das Ziel, eine evidenzbasierte, effektive Expositionstherapie anzubieten, ist der zentrale Leitgedanke der Behandlung. Deshalb ist der strukturelle und inhaltliche Aufbau der Therapie wie oben beschrieben ganz auf dieses Ziel ausgerichtet. Über die strukturellen und personellen Ressourcen hinaus entwickelte sich im Behandlungsteam eine Expertise in der Planung und Ausgestaltung von Expositionen. So besteht beispielsweise Zugang zu einem abgelegenen, abschließbaren und komplett verdunkelten Panikraum, ein Reservoir von Materialien und Instrumenten zur Durchführung verschiedener Expositionen, beispielsweise Ergometer oder Schwindelbrillen zur interozeptiven Exposition sowie die Möglichkeit therapeutisch begleiteter Autofahr-Expositionen. Auch andere zeitaufwendige Expositions-Situationen, wie etwa Zwangsexpositionen bei PatientInnen zu Hause oder Joggen in abgelegenen Wäldern können therapeutisch begleitet durchgeführt werden. Es entstanden Kooperationen mit Zahnärzten zur Therapie bei Zahnbehandlungs-Phobie und zahlreiche Kontakte zur Ermöglichung von Arbeitserprobungen, bei-

spielsweise bei Patienten mit sozialer Phobie. Therapeutisch indizierte, jedoch mit großem Aufwand verbundene Expositionen wie Fernbusfahrten oder Besuche von beispielsweise Hochseilgärten können ebenfalls über die Klinik realisiert werden. PatientInnen, die in ihrer Mobilität durch starke agoraphobische Symptome weitgehend eingeschränkt sind, kann während der ersten Therapiewochen ein Taxischein ausgestellt werden, um die Behandlung zu ermöglichen. Durch die intensive Erfahrung mit PatientInnen im Expositionskontext besteht zudem spezifisches Wissen bezüglich motivationaler Gesprächsführung oder Gestaltung von Details der Exposition.

Abb. 1: Exposition von Höhenängsten an der Angst-Tagesklinik des Universitätsklinikums Dresden, nachgestellte Szene (Foto: Peter Beiling)

Abb. 2: Exposition von Blut-Spritzen-Ängste an der Angst-Tagesklinik des Universitätsklinikums Dresden, nachgestellte Szene (Foto: Peter Beiling)

Tagesklinisch und multiprofessionell: Das tagesklinische Konzept bietet die Möglichkeit, zeitlich längere und häufigere Expositionsübungen durchzuführen, als dies in einem ambulanten Setting möglich wäre, gleichzeitig erleichtert es gegenüber einer stationären Behandlung die Implementierung und Etablierung des Gelernten im realen Lebensumfeld. Ein Vorteil intensiver tagesklinischer Behandlung gegenüber ambulanter Psychotherapie besteht weiterhin darin, dass durch den engeren Kontakt und durch die Arbeit im Behandlungsteam Expositionserfolge einschränkende Faktoren wie Vermeidungsverhalten, sekundärer Krankheitsgewinn oder schwierige interaktionelle Stile schneller und leichter identifiziert und thematisiert werden können. Die tagesklinische therapeutische Arbeit in einem multimodalen Setting erlaubt durch die Vernetzung verschiedener Berufsgruppen (ÄrztInnen, PsychologInnen, Körper- und KunsttherapeutInnen, Pflegekräfte) weiterhin schnelle und unkomplizierte Absprachen beispielsweise zu medizinischen Kontraindikationen bei Expositionen oder zur Identifikation von Rückversichersicherungsverhalten bei Gesundheitsängsten.

Geschlossenes Gruppenkonzept: Je acht PatientInnen durchlaufen in einer geschlossenen Gruppe die fünfwöchige Therapiezeit. Der gemeinsame Beginn und das gemeinsame Durchlaufen der jeweils gleichen Therapiephasen erzeugt eine starke Gruppenkohäsion, gegenseitige Motivation für Expositionsübungen und eine schnell wachsende Offenheit in der themenoffenen Gruppentherapie. Durch die Transparenz der festen Begrenzung der Therapiezeit kommen PatientInnen schneller ins Handeln, trauen sich mehr zu und haben eine geringere Tendenz, die Exposition im Rahmen des problematischen Vermeidungsverhaltens hinauszuzögern.

Zielorientiert: Aufgrund der kurzen Behandlungsdauer von fünf Wochen kommt einem fokussierten Arbeiten an wenigen, klar umgrenzten Zielen eine zentrale Bedeutung zu. Es werden daher die positiven Therapieeffekte einer expliziten Orientierung auf positiv formulierte Annäherungsziele (Elliot & Sheldon, 1998) genutzt. Mögliche Behandlungsziele werden gemeinsam mit den PatientInnen im Falle eines Behandlungsangebots bereits vor Beginn der tagesklinischen Behandlung reflektiert. Innerhalb der ersten Behandlungswoche werden die Behandlungsziele konkretisiert, festgeschrieben sowie aus diesen übergeordneten Zielen die jeweiligen Wochenziele abgeleitet. Ab der zweiten Behandlungswoche schätzen die PatientInnen im Rahmen einer therapeutisch begleiteten, jedoch von Patienten moderierten, „Zielegruppe“ ihre Wochenzielerreichung ein, ziehen ein wertschätzendes Resümee des Geleisteten und geben sich gegenseitig Unterstützung und Beratung bei Schwierigkeiten in der Exposition.

Strukturiertes Behandlungskonzept: Die geschlossenen PatientInnengruppen ermöglichen die Umsetzung eines immer gleichen Grundaufbaus der Behandlung, bestehend aus zwei Phasen. Während der ersten Woche finden vier thematisch festgelegte, psychoedukative Gruppensitzungen statt, welche am jeweils gleichen Tag individualisiert in der Einzeltherapie thematisch fortgeführt werden (siehe Abbildung 3). Zunächst werden hierbei grundlegende Informationen zur Emotion Angst vermittelt. Die insbesondere von PanikpatientInnen als aversiv erlebte Angstreaktion wird als Fehlalarm einer grundlegend adaptiven Notfallreaktion eingeordnet und in der anschließenden Einzeltherapie werden störungsspezifisch und individualisiert die Mechanismen der maladaptiven Angstreaktion erarbeitet, zum Beispiel anhand des Teufelskreises der Angst. Am zweiten Tag wird ein am Diathese-Stress-Modell

Gruppentherapien	Einzeltherapien
Allgemeine Psychoedukation zu Angst: – Komponenten der Angst – Funktion von Angst – Entkatastrophisierung von Körpersymptomen	Erarbeitung eines Modells der individuellen Mechanismen bei Angst (bspw. anhang des Teufelskreises der Angst)
Vorstellung des Fassmodells zur Sammlung potentieller spezifischer und unspezifischer Risikofaktoren	Erarbeitung eines individualisierten Störungsmodells
Erarbeitung des angstaufrechterhaltenden Charakters von Sicherheitsstrategien	Ableitung des Expositionsrationals
Pro-Contra-Schema: Exposition	Individuelle Entscheidung für oder gegen Exposition, Motivierung und erste Expositionsübung

Abb. 3: Psychoedukationsthemen in der ersten Woche der tagesklinischen Behandlung, angelehnt an Lang (2012)

orientiertes, individualisiertes Störungsmodell erarbeitet, welches Ursachen und Auslöser sowie deren Verknüpfung in den Fokus stellt. Am dritten Tag erfolgt gruppentherapeutisch die Erarbeitung des störungs-aufrechterhaltenden Charakters von Sicherheitsstrategien wie Flucht, Vermeidung, Beruhigung, Ablenkung oder der Verwendung von Hilfsmitteln. In der anschließenden Einzeltherapie erfolgt dann die Ableitung des Behandlungsrationals in Form eines Gedanken- oder Verhaltensexperiments. Abgeschlossen wird diese erste Therapiephase mit einer kritischen Abwägung potentieller Vor- und Nachteile, bzw. Risiken der Expositionstherapie mit dem Ziel der motivationalen Klärung. Einzeltherapeutisch wird auf dieser Grundlage bewusst die Entscheidung für oder gegen eine expositionsbasierte Behandlung getroffen und bei Zusage direkt mit ersten praktischen Übungen, zum Beispiel interozeptiven Übungen bei Panikstörung, begonnen. In der zweiten Therapiephase erfolgen dann neben den nachmittäglichen Einzelexpositionen vier Mal wöchentlich themenoffene gruppentherapeutische Sitzungen, in denen Patienten untereinander ihre Erfahrungen mit der Exposition reflektieren, sich gegenseitig unterstützen und beraten sowie andere, der Angstsymptomatik zugrunde liegende Themen bearbeiten können. Der Schwerpunkt liegt jedoch auf den wöchentlich vier zeitoffenen einzeltherapeutischen Sitzungen mit der Möglichkeit der Exposition. Zusätzliche Behandlungsmodule, wie wöchentliche Kunst- und Körpertherapie, Pflegegespräche, Genusstraining oder eine Freizeitgruppe ergänzen die expositionsbasierten Therapiebausteine.

Eingebettet in Therapieangebote der Vorbereitung und Nachsorge: Damit die PatientInnen die vergleichsweise kurze Therapiezeit von fünf Wochen von Beginn an intensiv nutzen können, d. h. das Rational einer Expositionsbehandlung rasch annehmen, verinnerlichen und umsetzen, werden sie bereits vor der Behandlung über den grundlegenden Ansatz der Expositionstherapie informiert. Dies kann in der wöchentlich stattfindenden, therapeutisch begleiteten Vorbereitungsgruppe gefestigt und vertieft werden. Damit wird auch bereits eine therapeutische Allianz aufgebaut, grundlegend zu Angst und Zwang informiert und die PatientInnen auf den Abbau von Vermeidungsverhalten orientiert. Zu Behandlungsbeginn erfolgt zudem gegebenenfalls eine Kontaktaufnahme mit den bestehenden niedergelassenen ambulanten Behandlern, um die Einbettung der tagesklinischen Behandlung in die ambulante Vor- bzw. Nachbehandlung abzustimmen. Weiterhin wird PatientInnen, die sich zu dem Zeitpunkt noch nicht in psychotherapeutischer Behandlung befinden, die Aufnahme einer ambulanten Psychotherapie empfohlen, mit dem Ziel, die Effekte der tagesklinischen Behandlung zu festigen bzw. kausale Faktoren der Angststörung zu bearbeiten. Zuletzt bestehen verschiedene Angebote der Nachsorge: eine wöchentlich stattfindende, themenoffene, therapeutisch begleitete Nachsorgegruppe, einzeltherapeutische, ambulante Weiterbehandlung sowie die Teilnahme an einem ein bis zwei Mal jährlich stattfindenden, zweiwöchigen „Booster"-Modul mit dem Ziel der Wiederauffrischung von Gelerntem (siehe Abbildung 4).

Qualitätskontrolle: Die Effekte der Behandlung in den Bereichen Symptomreduktion und Verbesserung des Funktionsniveaus werden zu Therapieende sowie bei einer Drei-Monats- und Ein-Jahres-Katamnese mittels standardisierter Fragebogenmaße und in Form eines strukturierten Interviews mit dem ehemaligen Einzeltherapeuten überprüft. Zudem erfolgt zu Therapieende die direkte Befragung aller Patienten nach einem kritischen Feedback der Behandlung und Veränderungswünschen. Das geschlossene Gruppenkonzept ermöglicht darauf aufbauend fortlaufend strukturelle und inhaltliche Anpassungen des Settings zur weiteren Verbesserung. Zusätzlich erfolgt eine regelmäßige Konzeptsupervision durch Experten in verschiedenen Störungsfeldern.

Diskussion

Eine tagesklinische Behandlung von Angst- und Zwangsstörungen im Rahmen eines spezifischen, theoriegeleiteten Therapiekonzepts und -settings, wie sie die Angsttagesklinik am Universitätsklinikum Dresden bereitstellt, bietet die Möglichkeit, eine leitliniengerechte Expositionsbehandlung im Sinne der bestehenden Evidenzen auch tatsächlich umzusetzen. Hier sind, anders als häufig bei niedergelassenen ambulant tätigen KollegInnen, hochfrequente, zeitoffene und therapeutisch begleitete Expositionssitzungen gut realisierbar. Eine tagesklinische Behandlung bietet zusätzlich den Effekt, dass sich PatientInnen in geschlossenen Therapiegruppen gegenseitig unterstützen und motivieren sowie die Chance, durch ein multimodales Konzept, Schwierigkeiten während einer Expositionstherapie schneller zu identifizieren und zu bearbeiten.
Das Konzept einer zeitlich kurzen, intensiven Expositionstherapie im tagesklinischen Setting kann damit eine Ergänzung einer einrahmenden ambulanten Behandlung darstellen und somit einen Lückenschluss in der aktuell oft wenig leitliniengerechten und evidenzbasierten Behandlung von Angst- und Zwangsstörungen bieten.

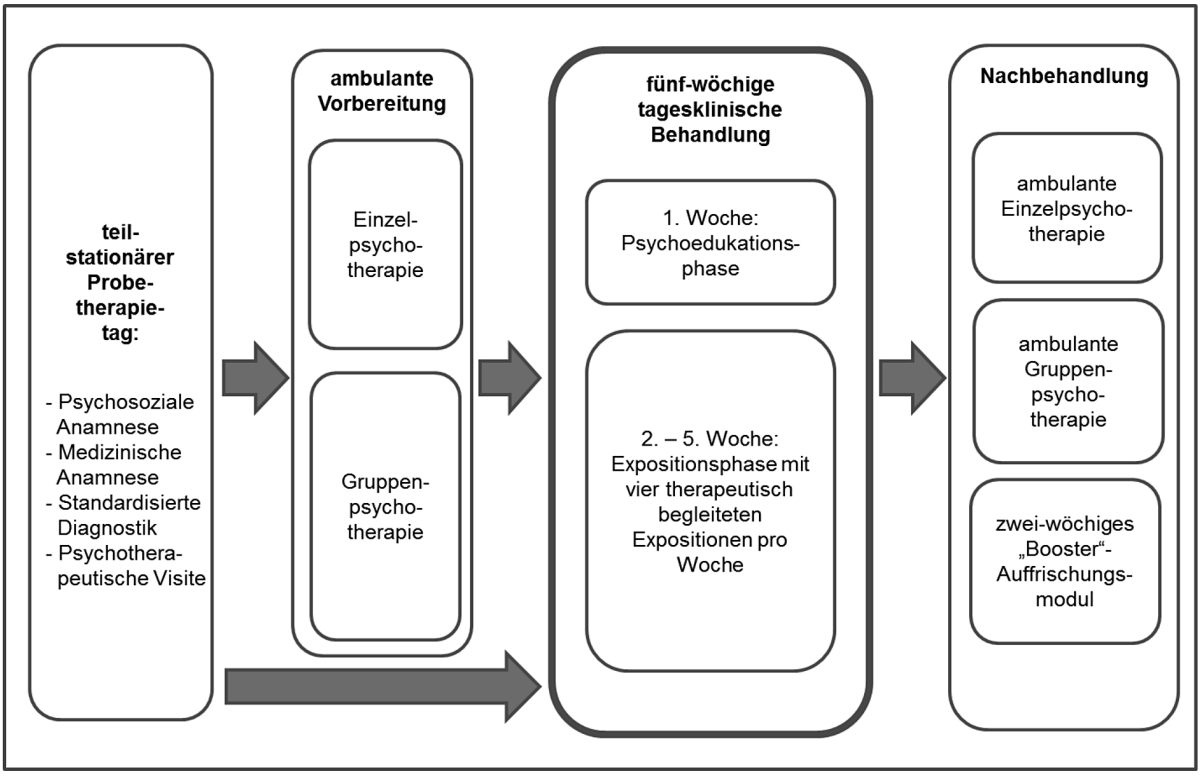

Abb. 4: Behandlungsfluss innerhalb der Angst-Tagesklinik

Im klinischen Eindruck wird das hier vorgestellte Konzept einer expositionsorientierten, tagesklinischen Behandlung von Angst- und Zwangsstörungen gut angenommen. Die Zufriedenheit mit der Behandlung erscheint hoch und es besteht eine geringe Therapieabbruchrate. Auch erste statistische Analysen der Therapieeffekte erscheinen vielversprechend, eine entsprechende Veröffentlichung ist aktuell in Arbeit.

Dennoch gibt es bei der Implementierung eines solchen Klinikkonzeptes auch eine Reihe von ökonomischen und organisatorischen Schwierigkeiten, für die Lösungen gefunden werden müssen. Das geschlossene Gruppenkonzept birgt betriebswirtschaftliche Unwägbarkeiten, da durch Therapieabbruch frei gewordene Therapieplätze während eines laufenden Behandlungsmoduls nicht aufgefüllt werden können. Um dieses Risiko zu minimieren, ist eine intensive Diagnostik und Motivationsprüfung zur Optimierung der Allokation notwendig. Die Angsttagesklinik realisiert dies im Rahmen eines für das Konzept unabdingbaren teilstationären Probetherapietages. Weiterhin kann eine regelmäßige Teilnahme an der ambulanten Vorbereitungsgruppe als verlängerte Diagnostik- und Motivationsphase weiteren Aufschluss über die Indikation für eine teilstationäre Therapie geben.

Der hochfrequente Rhythmus von vier mal vier begleiteten Expositionssitzungen erlaubt mit fünf Wochen eine kürzere Behandlungsdauer, als sie in anderen (teil-) stationären psychosomatischen Versorgungskonzepten üblich ist. Für die höhere Sitzungsfrequenz ist ein höherer TherapeutInnen-PatientInnen-Schlüssel notwendig als bei anderen (teil-)stationären psychosomatischen Versorgungskonzepten und es entstehen mehr Sachkosten bei der Realisierung der Expositionen, zum Beispiel Fahrkosten oder Eintrittsgelder. Im Moment wird dieser Mehraufwand durch die Kostenträger nicht vergütet und die verkürzte Behandlungsdauer, die den Patienten eine gute Integration der Therapie in Berufs- und Familienleben ermöglicht, nicht honoriert.

Limitationen des Behandlungskonzeptes ergeben sich auch dahingehend, dass es durch das dichte Expositionsprogramm wenig Raum für die Identifizierung und Bearbeitung kausaler, zum Beispiel biografischer oder psychosozialer bzw. krankheitsaufrechterhaltender, Faktoren gibt. Insofern wird jedem Patienten/in ein individuelles psychotherapeutisches Weiterbehandlungsangebot unterbreitet und ggf. vermittelt.

Das beschriebene strukturierte Vorgehen während der Therapie ermöglicht die Sicherstellung eines theoriegeleiteten und evidenzbasierten Vorgehens während der Behandlung. Vor dem Hintergrund, dass Patienten aufgrund von unterschiedlicher Symptombelastung, eventuellen strukturellen Schwierigkeiten oder unterschiedlicher therapeutischer Vorerfahrung von verschiedenen Geschwindigkeiten im therapeutischen Prozess profitieren, besteht jedoch durch das strukturierte Vorgehen eher wenig Flexibilität. In Zukunft könnten sich in Dauer und Psychoedukationsinhalten unterscheidende Behandlungsmodule angeboten werden für eine noch störungsspezifischere Behandlung im Sinne von spezifischen Behandlungsmodulen für einzelne Angststörungen.

Prioritäre Ziele des vorgestellten Behandlungskonzeptes bleiben rasche, Funktionsniveau verbessernde Veränderungen auf der Verhaltensebene der Patienten, wie die Wiederherstellung

der Wegefähigkeit, Auflösung des sozialen Rückzuges oder der Reintegration in das Berufs- und Arbeitsleben. Diese Veränderungen können dann weitere positive kognitive und emotionale Prozesse fördern, die eine Linderung individuellen Leidens durch Angst- und Zwangsstörungen ermöglichen.

Literatur

Abramowitz, J.S., Deacon, B.J. & Whiteside, S.P.H. (2011). *Exposure therapy for Anxiety- Principles and Practice*. New York: The Guilford Press.

Badura, B., Ducki, A., Schröder, H., Klose, J. & Meyer, M. (Eds.). (2014). *Fehlzeiten-Report 2014: Erfolgreiche Unternehmen von morgen-gesunde Zukunft heute gestalten*. Springer-Verlag.

Bandelow, B., Lichte, T., Rudolf, S., Wiltink, J. & Beutel, M. (Eds.). (2014). *S3-Leitlinie Angststörungen*. Springer-Verlag.

Böhm, K., Förstner, U., Külz, A. & Voderholzer, U. (2008). Versorgungsrealität der Zwangsstörungen: Werden Expositionsverfahren eingesetzt? *Verhaltenstherapie, 18*, 18–24.

Craske, M. G., Treanor, M., Conway, C. C., Zbozinek, T. & Vervliet, B. (2014). Maximizing exposure therapy: an inhibitory learning approach. *Behaviour research and therapy, 58*, 10–23.

Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.) (2014). *Positionspapier der Deutschen Rentenversicherung zur Bedeutung psychischer Erkrankungen in der Rehabilitation und bei Erwerbsminderung.* Berlin: DRV

Elliot, A. J., & Sheldon, K. M. (1998). Avoidance personal goals and the personality-illness relationship. *Journal of personality and social psychology*, *75*(5), 1282.

Fiegenbaum, A. & Thomas, H. (1988). Attitudes toward risk and the risk-return paradox: prospect theory explanations. *Academy of Management journal, 31*(1), 85–106.

Gloster, A. T., Wittchen, H. U., Einsle, F., Höfler, M., Lang, T., Helbig-Lang, S., ... & Alpers, G. W. (2009). Mechanism of action in CBT (MAC): methods of a multi-center randomized controlled trial in 369 patients with panic disorder and agoraphobia. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience, 259*(2), 155–166.

Hans, E. & Hiller, W. (2013). A meta-analysis of nonrandomized effectiveness studies on outpatient cognitive behavioral therapy for adult anxiety disorders. *Clinical Psychology Review*, *33*(8), 954–964.

Hillebrand, T. & Niedermeier, N. (2014). Intensive ambulante Expositionsbehandlung bei schweren Zwängen – zwei Modelle aus der Praxis für die Praxis. *Verhaltenstherapie*, *24*(3), 201–210.

Jacobi, F., Höfler, M., Strehle, J., Mack, S., Gerschler, A., Scholl, L., ... & Maier, W. (2014). Psychische Störungen in der Allgemeinbevölkerung: Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland und ihr Zusatzmodul Psychische Gesundheit (DEGS1-MH). *Der Nervenarzt, 85*(1), 77–87.

Külz, A. K., Hassenpflug, K., Riemann, D., Linster, H. W., Dornberg, M. & Voderholzer, U. (2010). Ambulante psychotherapeutische Versorgung bei Zwangserkrankungen. *PPmP-Psychotherapie· Psychosomatik· Medizinische Psychologie*, *60*(06), 194–201.

Lakatos A. & Reinecker H. (2016). *Kognitive Verhaltenstherapie bei Zwangsstörungen (4., überarb. Aufl.)*. Göttingen: Hogrefe.

Lang, T., Helbig-Lang, S. & Petermann, F. (2009). Was wirkt in der kognitiven Verhaltenstherapie der Panikstörung mit Agoraphobie? Ein systematisches Review. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie*, *57*(3), 161–175.

Lang, T., Helbig-Lang, S., Westphal, D., Gloster, A. T. & Wittchen, H. U. (2012). *Expositionsbasierte Therapie der Panikstörung mit Agoraphobie. Ein Behandlungsmanual.* Göttingen: Hogrefe.

Margraf, J. & Poldrack, A. (2000). Angstsyndrome in Ost- und Westdeutschland: Eine repräsentative Bevölkerungsstudie. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie, 29*, 157–169.

Neudeck, P. & Einsle, F. (2010). Expositionstherapie: Was hindert Praktiker an deren Anwendung in der klinischen Praxis? Ein kritisches Review. *Verhaltenstherapie & Verhaltensmedizin*, *31*(3), 247–258.

Norton, P. J. & Price, E. C. (2007). A meta-analytic review of adult cognitive-behavioral treatment outcome across the anxiety disorders. *The Journal of nervous and mental disease, 195*(6), 521–531.

Robins L. N. & Regier D. A. (1991). *Psychiatric Disorders in America: The Epidemiologic Catchment Area Study*. New York: The Free Press.

Roth, C., Siegl, J., Aufdermauer, N. & Reinecker, H. (2004). Therapie von Angst-und Zwangspatienten in der verhaltenstherapeutischen Praxis. *Verhaltenstherapie, 14*(1), 16–21.{, 2004 #767}

Ruhmland, M. & Margraf, J. (2001a). Effektivität psychologischer Therapien von Generalisierter Angststörung und Aozialer Phobie: Meta-Analysen auf Störungsebene. *Verhaltenstherapie, 11*(1), 27–40.

Ruhmland, M. & Margraf, J. (2001b). Effektivität psychologischer Therapien von Panik und Agoraphobie: Meta-Analysen auf Störungsebene. *Verhaltenstherapie*, *11*(1), 41–53.

Ruhmland, M. & Margraf, J. (2001c). Effektivität psychologischer Therapien von Spezifischer Phobie und Zwangsstörung: Meta-Analysen auf Störungsebene. *Verhaltenstherapie, 11*(1), 14–26.

Stangier, U., Heidenreich, T. & Peitz M. (2009). *Soziale Phobien. Ein kognitiv-verhaltenstherapeutisches Behandlungsmanual.* Weinheim: Beltz Verlag.

Stewart, R. E. & Chambless, D. L. (2009). Cognitive–behavioral therapy for adult anxiety disorders in clinical practice: A meta-analysis of effectiveness studies. *Journal of consulting and clinical psychology, 77*(4), 595.

Wambach, K. & Rief, W. (2012). Effekte kognitiver Verhaltenstherapie bei Panikstörung: Mehr Exposition bringt stabilere Therapieerfolge. *Verhaltenstherapie, 22*(2), 95–105.

Wittchen, H. U. (1991). Der Langzeitverlauf unbehandelter Angststörungen: wie häufig sind Spontanremissionen?. *Verhaltenstherapie*, *1*(4), 273–282.

Wittchen, H. U. & Jacobi, F. (2004). *Gesundheitsberichterstattung des Bundes Heft 21*. Robert Koch Institut.

Anschrift des Erstautors

Dipl.-Psych. Peter Beiling
Diplompsychologe, Technische Universität Dresden, Medizinische Fakultät Carl Gustav Carus, Klinik und Poliklinik für Psychotherapie und Psychosomatik, Fetscherstraße 74, 01307 Dresden
Tel.: ++49-351-458-7098
Fax: ++49-351-458-7286
E-Mail: Peter.Beiling@uniklinikum-dresden.de