

Die Weite der Dritten Welle

MKT, ACT, Selbstmanagement – ein Fallbericht zu Agoraphobie mit Panikstörung

Josef Mattes

Schmerzkompetenzzentrum, Bad Vöslau & Praxisgemeinschaft Hauptplatz, Wr.Neustadt

2024-04-10

Zusammenfassung

Dieser Fallbericht beschreibt die erfolgreiche Therapie eines schon lange dauernden und zunehmend schweren Falles von Agoraphobie mit Panikstörung, bei der schon zwei Gesprächstherapien erfolglos gewesen waren. Bei dem hier geschilderten therapeutischen Prozess handelte es sich im Kern um Hilfe zur Selbsthilfe: die Patientin hatte sich bereits wesentliche Therapieelemente aus Selbsthilfeliteratur und aus eigener Erfahrung angeeignet, der Therapeut half bei der Verfeinerung und konsequenten Umsetzung und gab wichtige Unterstützung bei Rückschlägen.

Schlüsselwörter

Agoraphobie, Metakognitive Therapie, Akzeptanz- und Commitment Therapie, Selbsthilfe.

Abstract

This case report describes the successful treatment of a long-standing and increasingly severe case of agoraphobia with panic disorder in which two talk therapies had failed. The core of the therapeutic process described here was help for self-help: the patient had already acquired essential therapy elements from self-help literature and from her own experience, the therapist helped with the refinement and consistent implementation and gave important support during setbacks.

keywords

Agoraphobia, Metacognitive Therapy, Acceptance- and Commitment Therapy, Self-help.

Inhaltsverzeichnis

Abkürzungen und Akronyme.....	2
1. Einleitung.....	2
Agoraphobie.....	3
Die Dritte Welle der KVT.....	3
MKT und ACT.....	4

2. Falldarstellung.....	5
2.1. Angaben zur spontan berichteten und erfragten Problematik.....	5
2.2. Therapiemotivation.....	6
2.3. Psychischer Befund.....	6
2.4. Diagnosen nach ICD-10/11.....	7
2.4.1. Aktuelle Diagnosen.....	7
2.4.2. Differentialdiagnosen.....	7
2.5. Verhaltens- und Bedingungsanalyse.....	8
2.5.1. Genese der Störung.....	8
2.5.2 Prädisponierende Faktoren.....	8
2.5.3. Beschreibung der aktuellen Krankheitssymptome / Problemverhalten.....	10
2.5.4. Horizontale Verhaltensanalyse (S-O-R-K-C- Modell).....	10
2.5.5. Vertikale Verhaltensanalyse.....	11
2.5.6 Ressourcen.....	12
2.6. Therapieziele und Prognose.....	13
2.7. Therapieplan.....	14
2.8. Therapieverlauf.....	14
2.9. Evaluation.....	17
2.10. Stabilisierung und Rückfallprophylaxe.....	17
2.11. Katamnese.....	17
3. Diskussion.....	18
Fallspezifisch.....	18
Allgemein.....	19
4. Literatur.....	19
5. Anschrift korrespondierender Autor.....	21
Danksagung.....	21

Abkürzungen und Akronyme

ACT = Akzeptanz- und Commitment Therapie

CAS = Cognitive Attentional Syndrome (Kognitives Aufmerksamkeitssyndrom)

DBT = Dialectical Behavioural Therapy (Dialektische Verhaltenstherapie)

KVT = Kognitive Verhaltenstherapie(n)

MBCT = Mindfulness Based Cognitive Therapy (Achtsamkeitsbasierte kognitive Therapie)

MBSR = Mindfulness Based Stress Reduction (deutsch meist: „Stressbewältigung durch Achtsamkeit“)

MCT = MKT = Metakognitive Therapie

MSC = Mindful Self-Compassion (Achtsames Selbstmitgefühl)

1. Einleitung

Der vorliegende Fallbericht beschreibt die verhaltenstherapeutische Behandlung einer Patientin, die seit etwa zehn Jahren an Agoraphobie litt und an den Therapeuten heran getreten war mit dem Wunsch nach Metakognitiver Therapie – einer der Methoden aus der sogenannten „dritten Welle“ der Kognitiven Verhaltenstherapien.

Agoraphobie

Die Diagnose Agoraphobie umfasst eine Gruppe von Phobien betreffend das Verlassen des eigenen Hauses, das Betreten von Geschäften, Menschenmengen, öffentliche Plätze, oder alleine zu reisen (besonders über große Entfernungen). Dabei ist das Fehlen eines “Fluchtweges” ein Schlüsselaspekt vieler agoraphobischer Situationen; oft wird heftige Angst empfunden bei dem Gedanken, in der Öffentlichkeit zu kollabieren und hilflos liegen zu bleiben. (Weltgesundheitsorganisation, 2015; 192)

Weit verbreitet ist das Zwei-Faktoren-Modell der Agoraphobie (Lang, Helbig-Lang, Westphal, Gloster & Wittchen, 2018; Kap.2.4), laut Schneider & Margraf (2017; 23) stellt es die Grundlage für die Ableitung der Konfrontationstherapie dar: Ursprünglich postulierte Mowrer (1960) aus lerntheoretischer Sicht, dass zunächst neutrale Reize durch klassische Konditionierung zu aversiven Stimuli wurden und die resultierenden Angstreaktionen operant durch negative Verstärkung aufrecht erhalten werden. Dieses Modell wurde erweitert durch Rachman (1984), der agoraphobische Ängste durch das Verhältnis von angstausslösenden Reizen zu Sicherheit suggerierenden „Safety Signals“ erklärte. Ein solches Safety Signal kann etwa in der Begleitung durch eine andere Person bestehen. Auch kann eine Erschütterung des allgemeinen Sicherheitsgefühls die wahrgenommene Balance zwischen Angst- und Sicherheitssignalen ändern. Daher kann, obwohl laut Lang et al. manche Schlussfolgerungen aus der Theorie von Rachman problematisch sein können (mögliche aufrechterhaltende Wirkung von „Sicherheits-Skills“), das Modell doch als Grundlage für die Fallkonzeption herangezogen werden, denn:

In Kombination mit der Annahme operanter Verstärkerprozesse in der Aufrechterhaltung agoraphobischer Ängste kann aus diesen Theorien meist ein kohärentes und plausibles Störungsmodell abgeleitet werden, das auch zur Ableitung therapeutischer Interventionen genutzt werden kann. (Lang et al., 2018; 29)

Für die in Verbindung mit Agoraphobie oft auftretende Panikstörung spielen einerseits erlernte Furcht vor interozeptiven Signalen und andererseits katastrophisierende kognitive Fehlinterpretationen von Körperwahrnehmungen entscheidende Rollen (Craske & Barlow, 2014; 8). Dabei wird postuliert, dass die wahrgenommene Unvorhersagbarkeit und Unkontrollierbarkeit von körperlichen Symptomen zu einem Aufschaukelungsprozess mit chronisch erhöhter Anspannung und Neigung zu Angstanfällen einschließlich Panikattacken führt. (Craske & Barlow, 2014; 9)

Die Dritte Welle der KVT

Es ist heute weithin üblich, von einer dritten Welle der KVT zu sprechen. Nach der ersten (behaviouristischen) und der zweiten (kognitiven) Welle umfasst diese eine Reihe von Methoden, welche Betonung auf Achtsamkeit und Akzeptanz¹, auf Selbstmitgefühl sowie auf Emotionen legen. Viele dieser Methoden sind Spezialisierungen von Jon Kabat-Zinn's *Mindfulness Based Stress Reduction* (MBSR: Kabat-Zinn, 2013), zu diesen gehören 8-Wochen Gruppenprogramme wie *Mindfulness Based Cognitive Therapy* (MBCT: Segal, Williams & Teasdale, 2013) und *Mindful Self-Compassion* (MSC: Germer, 2009) neben vielen anderen. Bekannte, nicht direkt auf MBSR beruhende, Teile der dritten Welle sind die *Dialektische Verhaltenstherapie* (DBT: Linehan, 1993), *Akzeptanz- und Commitment Therapie* (ACT: Hayes, Strosahl & Wilson, 2012) und *Metakognitive Therapie* (MKT). Inzwischen haben Methoden der dritten Welle schon Einzug in Standardlehrbücher der KVT, wie zum Beispiel Gatterer (2022), Einzug gehalten.

Klassische kognitive Therapie „is intended to correct distorted thinking“ (Craske & Barlow, 2014; 25). Im Gegensatz dazu ist in der sogenannten „dritten Welle“ nicht der *Inhalt* von Kognitionen, sondern das *Verhältnis zu diesen*, entscheidend. Im Grundlagenwerk zu MKT (Wells, 2008) ist zu lesen:

In cognitive-behavioral theories the content of thought has been given great importance as determining the presence of disorder. But how we think about an event, or how we think about a constellation of conversations, ourselves, and the world around us, is the more profound effect. In fact, how we respond to thoughts can, and all too frequently does, lead to emotional suffering. (p.vii)

For instance, if we consider the case of a depressed patient who believes “I’m worthless,” the [cognitive] therapist tackles the problem by asking, “What is your evidence?” In contrast, the MCT therapist asks, “What is the point in evaluating your worth?” (p.3)

Ähnlich in MBCT (Segal, Williams & Teasdale, 2013):

In MBCT, participants learn how to disengage from one mode of mind and enter another, incompatible, mode of mind that will allow them to process depression-related information in ways that are less likely to provoke relapse. This involves moving from a focus on content to a focus on process—away from cognitive therapy’s emphasis on changing the content of negative thinking, toward attending to the way all experience is processed. (p.74)

Auch aus der Sicht von ACT (Hayes, Strosahl & Wilson, 2012) gilt:

It is not so much that people are thinking the wrong thing; rather, the problem is thought itself and how the wider community supports the excessive literal use of words and symbols as a mode of behavioral regulation. (p.65)

Dabei wird, im Unterschied zu der oben erwähnten und von Craske and Barlow (2014) repräsentierten klassischen Sichtweise, nicht Unkontrollierbarkeit *per se* als Ursache von Leid angesehen, sondern der Versuch Unkontrollierbares zu kontrollieren. Zum Beispiel ist laut MKT „control of mental processes and selection of some ideas for sustained thinking [...] at the heart of emotional suffering“ (Wells, 2008; viii) wie auch ACT meint: „Kontrolle ist das Problem, nicht die Lösung.“ (vgl. Harris (2009; p.92) oder Mitmansgruber (2022; S.170), neben anderen)

¹ Diese Ideen wurden dem Buddhismus entnommen, allerdings wurden auch in manchen griechischen Philosophien ähnliche Gedanken vertreten. (Mattes, 2022)

Aus Gründen die später ersichtlich werden (siehe Abschnitt 2.7 „Therapieplan“) sind in dieser Arbeit sowohl MKT und ACT besonders relevant.

MKT und ACT

MKT und ACT haben viele Gemeinsamkeiten: Sie postulieren die selbe Ursache für (die meisten) psychischen Störungen: Rigidität im Verhalten. MKT spricht dabei von „thinking style and strategies [...] forms of behavior [...] that prevent adaptive learning.“ (Wells, 2008; 11) In ACT wird diese mangelnde Anpassungsfähigkeit „psychological inflexibility“ genannt (Hayes et al., 2012; 62). Weiters sehen sich beide Methoden als transdiagnostisch², werden meist im Einzelsetting angewandt, und haben gute bis sehr gute empirische Belege der Wirksamkeit für die Therapie einer Reihe von Störungen.

Entscheidend im gegenwärtigen Kontext ist, dass es trotz unterschiedlicher theoretischer Erklärungsmodelle³ zwischen MT und ACT große Übereinstimmungen in den praktisch angewandten Interventionen gibt. Beispielsweise ist der grundlegende therapeutische Zugang in MKT „standing back from thoughts and experiencing them in a detached way“ (Wells, 2008; 22); dazu passend ist ACT eine Weiterentwicklung der Methode des „comprehensive distancing“ (Zettle, 2011).⁴ Für weitere Diskussion siehe die Abschnitte 2.5.5 (Vertikale Verhaltensanalyse) sowie 2.8 (Therapieverlauf).

Der vorliegende Fallbericht zeigt, wie MKT und ACT wesentliche Elemente einer auf Selbstmanagement beruhenden Therapie bei Agoraphobie darstellten.

2. Falldarstellung

2.1. Angaben zur spontan berichteten und erfragten Problematik

Die kleine, etwa 30jährige Studentin suchte therapeutische Unterstützung wegen Panikanfällen. Diese traten auf, wenn sie sich in einer Situation ohne „Fluchtweg“, oder weit vom Wohnort, befand. Ihre zentrale Befürchtung war, im Falle gesundheitlicher Probleme nicht rechtzeitig Hilfe finden zu können. Besonders schwierig waren einerseits Reisen sowie andererseits zu Hause alleine Übernachten; aber auch Einkaufen oder der Besuch von Lehrveranstaltungen waren der Patientin nicht oder nur unter großen Ängsten möglich.

2 „A transdiagnostic approach to psychopathology emphasizes symptoms and predispositions that occur across multiple diagnostic categories of mental disorders.“ (Iverach, Menzies & Menzies, 2014) Eine bedeutende transdiagnostische Anwendung von ACT-Konzepten ist das Self-Help Plus (SH+) Programm der WHO, siehe https://contextualscience.org/act_self_help_and_the_world_health_organization_doing_what_matters_in_times

3 S-REF = Self-Regulatory Executive Function model für MKT (Wells, 2008, p.8; Wells, 2000, Kap.2) , RFT = Relational Frame Theory für ACT (Hayes et al., 2012, pp.39ff; Hayes, Barnes-Holmes & Roche, 2001)

4 Wichtig ist hier, das Abstandnehmen zu *Kognitionen* nicht mit *Emotionsvermeidung*, oder mit dem Versuch *Kognitionen* zu *unterdrücken*, zu verwechseln.

Die Panikanfälle traten vor der Therapie etwa alle 1-2 Wochen auf, Symptome umfassten Schwindel („Unterzucker“), Luftmangel (schnelles Atmen) und Herzrasen, sowie daraus resultierende Todesangst. Die Anfälle traten auf wenn die Patientin alleine war, oder sich eingeschlossen fühlte (z.B. in einem Flugzeug oder Autobus), oder weit von ihrem Heim entfernt. Es war ihr jedoch möglich alleine Spazieren zu gehen; in der Nacht trat Angst nur auf wenn die Patientin beim Schlafen alleine sein würde.

Weiters machte sich die Patientin nach eigenen Angaben „schon immer“ Sorgen und grübelte viel. Sorgen-Themen waren hauptsächlich eigene und fremde Gesundheit, bei anderen Menschen auch Unfälle, sowie die Bereiche Studienerfolg und Partnerschaft.

Die daraus resultierenden problematischen Verhaltensweisen umfassten u.a. Vermeidung (z.B. von Reisen), übertrieben Schonung (Vermeidung von körperlichen Anstrengungen), Grübeln, und eine von der Patientin unerwünschte Abhängigkeit von anderen (etwa der nächtlichen Anwesenheit einer anderen Person – speziell ihres Lebensgefährten).

2.2. Therapiemotivation

Die Patientin litt seit etwa zehn Jahren in zunehmendem Maße an ihrer Problematik. Vor einigen Monaten entdeckte sie zufällig im Internet Informationen über Selbsthilfe mittels Metakognitiver Therapie und konnte damit ihre Symptome zu einem gewissen Grad reduzieren. Sie wandte sich an den Therapeuten mit der Bitte um Unterstützung ihrer Bemühungen.

2.3. Psychischer Befund

Im Erstgespräch erscheint die Patientin intelligent und freundlich, die Stimme klingt leicht gedämpft-ängstlich, wirkt aber vertrauensvoll. Die Körperstatur ist klein, die Kleidung altersentsprechend gepflegt. Es sind keine psychopathologischen Auffälligkeiten erkennbar: Die Orientierung ist in allen Qualitäten gegeben, das Bewusstsein ist quantitativ und qualitativ unauffällig, Konzentrations- und Merkfähigkeit sind unbeeinträchtigt, es sind keine psychotischen Symptome fassbar, Antrieb und Motorik sind unauffällig. Die Problemeinsicht ist gegeben, es sind keine Anzeichen für Suizid- oder Selbstverletzungsgefahr vorhanden.

Zur allgemeine Abklärung wurden der Patientin zwei Fragebögen vorgelegt, der WHO5 (Topp, Østergaard, Søndergaard & Bech, 2015) und der PHQ (Spitzer et al., 1999; Löwe, Spitzer, Zipfel & Herzog, 2002). Der WHO5 ist ein kurzer, valider, reliabler und weithin verwendeter, von der WHO herausgegebener Fragebogen zur Einschätzung des Wohlbefindens während der letzten zwei Wochen, der auch zum Depressions-Screening verwendet werden kann. Der PHQ (Patient Health Questionnaire) ist ein kurzer und weithin verwendeter Fragebogen der WHO, der neben Depressions-, Angst- und Paniksymptomen auch somatische Beschwerden, Essstörungen, und Alkoholkonsum abdeckt. Weiters enthält er Fragen zu aktueller Suizidalität sowie zu Traumatisierung in jüngerer Zeit, und hat ausgezeichnete psychometrische Eigenschaften. Der PHQ bestätigte das Auftreten von Panikanfällen, Anzeichen für weitere Erkrankungen ergaben sich aus diesen Fragebögen nicht.

Um den Umfang der für die Patientin angstbesetzten Bereiche, und damit das eventuelle Vorhandensein anderer Angststörungen, abzuklären wurde der FSS3 (Wolpe & Lang, 1964) eingesetzt. Es ergaben sich keine Anzeichen für weitere Angststörungen neben der Agoraphobie mit Panikstörung.

Das Ergebnis der Therapie wurde primär nach Erreichung der (klar definierten und überprüfbaren) Ziele der Patientin beurteilt, nicht durch Fragebögen. Als sekundäres Ergebnis wurden die Stärke der Ängste, und der Stress unter dem sie litt, durch die entsprechenden Subskalen des DASS (Lovibond & Lovibond, 1995; Nilges & Essau, 2021) erfasst; weiters als Prozessvariable die für diese Patientin relevanten⁵ dysfunktionalen Kognitionen mittels des Metakognitions-Fragebogens MKF-30 (Wells, 2008, 281f; Korn & Rudolf, 2017, 178ff) Alle Fragebögen wurden in deutscher Sprache verwendet. Der WHO5, DASS und MKF-30 wurden als Prozesskontrolle mehrmals (die beiden ersten etwa jede fünfte Sitzung) ausgefüllt (siehe Abschnitt 2.11 „Evaluation“).

Es ergaben sich anfangs ein deutlicher erhöhter Wert der Angst-Subskala des DASS (12 auf einer Skala von 0 bis 21, bei einem cut-off von 6) wie auch ein erhöhter Wert des MKF-30 (71 auf einer Skala von 30 bis 180). Diese Ergebnisse sind konsistent mit der klinischen Einschätzung durch den Therapeuten und stützen daher die Diagnose in Abschnitt 2.4 unten.

Anzeichen für Selbst- oder Fremdgefährdung lagen keine vor.

Somatischer Befund: Medizinische Abklärung der Paniksymptome erfolgt nach Angaben der Patientin jährlich. An Medikamenten nimmt die Patientin nur Adjuvin (Sertralin) 25mg, verschrieben vom Hausarzt zur Behandlung der Schlafstörungen.

2.4. Diagnosen nach ICD-10/11

2.4.1. Aktuelle Diagnosen

Zu Therapiebeginn erfüllte die Patientin die Kriterien einer Agoraphobie mit Panikstörung (ICD-10 F40.01): Die Patientin vermied weite Reisen (nicht nur aber insbesondere auch Flugreisen) sowie alleine das Haus zu verlassen. Die zugrunde liegende Angst war dabei, keinen Fluchtweg zu haben bzw. im Fall des Falles keine Hilfe holen zu können. Damit sind die diagnostischen Kriterien einer Agoraphobie (Weltgesundheitsorganisation, 2015) erfüllt. Weiters berichtete die Patientin anfangs von wiederkehrenden Panikattacken in ausreichender Häufigkeit und Ausprägung, um die Diagnose „mit Panikstörung“ zu rechtfertigen (allerdings endeten die Panikattacken bald nach dem Beginn der Therapie, behandlungsrelevant war daher primär die Agoraphobie).

2.4.2. Differentialdiagnosen

Sozialphobie: Die Ängste treten auch auf, wenn die Patientin alleine ist, und beziehen sich nicht die soziale Beurteilung ihres nach außen erkennbaren Verhaltens.

Generalisierte Angststörung: Die Ängste sind nicht „frei flottierend“ und der Bereich der Sorgen ist eingeschränkt. Auch signalisierten weder der DASS noch der PHQ das Vorliegen einer solchen.

5 Vgl. Abschnitt 2.7 „Therapieplan“.

Emotionale Störung mit Trennungsangst des Kindesalters: Die Problematik hat zwar Wurzeln in der Kindheit, aber das Verlangen nach Sicherheit ist bei der Patientin nicht ein Drang zur Bezugsperson sondern zum Heim bzw. zu einer (beliebigen) Person, die wenn nötig Hilfe leisten könnte.

Depression: Laut Lang et al. (2018; 44) können panikartige oder agoraphobische Symptome auch bei schweren depressiven Erkrankungen auftreten, das entsprechende Gesamtbild an Symptomen liegt aber nicht vor und auch die Testergebnisse (WHO5, PHQ, DASS) sind damit nicht konsistent.

Organmedizinisch (Lang et al., 2018; 45): Da die Patientin regelmäßig medizinisch untersucht wird, wurden mögliche organische Ursachen nicht speziell überprüft.

2.5. Verhaltens- und Bedingungsanalyse

2.5.1. Genese der Störung

Vulnerabilitäten

Bereits in der Kindheit erlebte die Patientin die schwierige Scheidung der Eltern, möglicherweise dadurch entstand der Wunsch alleine zu sein (Streitvermeidung). Andererseits empfand die Patientin das folgende Aufwachsen bei Mutter und Großmutter als behütet, was vermutlich zur Folge hatte, dass sie „Heim“ mit „Sicherheit“ assoziierte. Es ging ihr dabei eher um Zuhause als sicherer Ort als um die Nähe zu einer fixe Bezugsperson.

In der Schule musste die Patientin Mobbing erleben und erlernte dadurch, ihre Emotionen zu unterdrücken (insbesondere nicht zu weinen, vgl. unten Abschnitt 2.5.2). Dieser dysfunktionale Umgang mit Emotionen könnte den Boden für die aktuelle Angststörung bereitet haben, das Mobbing könnte das Gefühl der mangelnden Sicherheit und fehlenden Hilfe abseits des eigenen Heimes bestärkt haben.

Auslöser

Stress gepaart mit Unterdrückung von Emotionen ist ein idealer Nährboden für eine Panikstörung, indem eine Fehlinterpretation von Angst als Zeichen tatsächliche Gefahr hinter an sich harmlosen Körperempfindungen begünstigt wird. Hinzu kamen noch Ereignisse im nahen Umkreis der Patientin: eine Großtante war plötzlich in der Nacht an einer Lungenembolie verstorben, ein Freund hatte nach einer Sportverletzung einige Tage Atemprobleme, machte sich aber keine Sorgen und war alleine zu Hause – als er dann doch die Rettung rief traf ihn diese nur mehr tot an, er war an einem Lungenriss verstorben.

Im Sommer 2021 traten nach einer Zahnbehandlung Schlafstörungen auf (vermutlich als Nebenwirkung der Antibiotika), Behandlung anfangs mittels Quetiapin und dann mit Adjuvin war nur teilweise erfolgreich. Die Schlafstörungen erweckten in der Patientin massive Befürchtungen, dass Schlafmangel ihren Körper überfordern und dies lebensgefährlich werden könnte – diese abends auftretenden Ängste verstärkten wiederum die Schlafstörungen.

2.5.2 Prädisponierende Faktoren

Kindheit und Primärfamilie

Die Eltern der Patientin leben getrennt seit ihrer im Streit erfolgten Scheidung, diese geschah als Patientin etwa sechs Jahre alt war. Die Patientin wuchs bei Mutter und Großmutter auf; sie empfindet ihre Kindheit als eine gute, in der sie sich behütet fühlte und sich auf die Familie verlassen konnte. Den Vater betreffend habe sie weder Erinnerungen noch Kontakt, und auch kein Bedürfnis danach. Auch zur sechs Jahre jüngeren Halbschwester bestehen wenig Kontakte. Die Mutter war zwischendurch ein zweites Mal verheiratet, auch diese Ehe ist inzwischen geschieden.

Die Patientin erinnert sich, immer gerne alleine gewesen zu sein. Im Kindergarten habe sie viel geweint, da sie heim wollte. Dadurch wäre sie Außenseiterin gewesen und gemobbt worden. Dies habe sich in der Volksschule fortgesetzt, wie auch danach (siehe unten, Abschnitt „Schulische und berufliche Entwicklung“).

Sozialanamnese

Die kinderlose Patientin lebt in einem kleinen Ort im Burgenland. Sie hat seit dreieinhalb Jahren einen Lebensgefährten, dazu (trotz Allergie) zwei Katzen. Ihr Lebensgefährte versucht unterstützend zu sein, fühlt sich aber in Anbetracht der Problematik hilflos. Positiv anzumerken ist, dass die Patientin daneben noch weitere Sozialkontakte hat und mit diesen manchmal gemeinsames unternimmt, zum Beispiel besuchte sie mit Freunden eine Anime-Convention (wobei diese Freunde oft nicht über ihre Angststörung informiert sind). Weitere Hobbies sind Nähen, Lesen, Radfahren (ebike, bzw. Mountainbike).

Schulische und berufliche Entwicklung

Da die Patientin in einem kleinen Ort aufwuchs, war sie in der Mittelschule mit den gleichen Mitschülerinnen wie in der Volksschule konfrontiert. Daher setzte sich auch das Mobbing der Volksschulzeit fort: Schubsen, Haare ziehen, Beleidigungen führten zu Rückzug und Unterdrückung von Emotionen, dann zum Schulabbruch. Daraufhin absolvierte die Patientin eine Lehre und arbeitete insgesamt etwa zehn Jahre (2006-2015) im Einzelhandel. Danach holte sie die Matura nach und studiert nun an einer Fachhochschule.

Krankheitsanamnese

Die aktuelle Problematik habe in einer stressvollen Lebensphase (Umzug) 2012 begonnen und sich über die letzten zehn Jahre zunehmend verschlimmert, beispielsweise war die Patientin 2016 zum letzten mal in einem Flugzeug. Besonders stark seien die Probleme seit der beginnend im März 2020 auch in Österreich aufgetretenen Covid19-Pandemie: Anfangs habe die Patientin sich über die Lockdowns und das zugehörige Homeoffice gefreut, da sie ihr Haus nicht mehr verlassen musste; jedoch musste sie feststellen, dass die Ängste nun erstmals auch in den eigenen vier Wänden auftraten. Die Angst alleine zu übernachten begann massiv im Sommer 2021 nach Schlafstörungen in Folge einer medizinischen Zahnbehandlung.

An früheren psychotherapeutischen Behandlungsversuchen der Angstprobleme gab es bereits 2013 und dann wieder 2020/21 Gesprächstherapien, die jeweils ohne Erfolg blieben. Jedoch habe die Patientin vor einigen Monaten im Internet Selbsthilfemethoden der Metakognitive Therapie

entdeckt, diese haben ihr geholfen: z.B. wäre es ihr zuletzt gelegentlich wieder, wenn auch mit Schwierigkeiten, möglich gewesen in Autobussen mitzufahren.

2.5.3. Beschreibung der aktuellen Krankheitssymptome / Problemverhalten

Kognitionen

Die Patientin ist hypervigilant betreffend Körperempfindungen. Sie grübelt und macht sich viele Sorgen (vor allem über ihre Gesundheit und ihren weiteren beruflichen Werdegang, sowie auch die Gesundheit ihrer nahestehenden Personen). Dabei kommen ihr oft Gedanken betreffend die scheinbare Notwendigkeit, physiologische Reaktionen und inneres Erleben zu kontrollieren, wie z.B.: „Ich muss den Atem regulieren.“, „Mein Herz darf nicht schnell schlagen.“; „Ich sollte meine Gedanken immer unter Kontrolle haben.“, „Meine Sorgen halten an, egal wie ich mich bemühe, sie zu stoppen.“, „Meine Neigung, mich zu sorgen, ist gefährlich für mich.“

Emotionen

Die wichtigsten negativen Emotionen der Patientin sind Nervosität, Angst vor Krankheit/Tod, Panik.

Physiologie

Auf der physiologischen Ebene treten Schwindel, schnelles Atmen, Herzrasen, Kribbeln und das Gefühl „nicht geerdet“ zu sein auf. Die Hände schwitzen, die Atmung erfolgt unregelmäßig, das Herz schlägt schneller, der Nacken ist verspannt.

Verhalten

Die Patientin flüchtet manchmal aus angstbesetzten Situationen (z.B. aus dem Hörsaal als die Lehrveranstaltung verspätet begann und sie sich ohne konkreten Anlass zunehmend unwohl fühlte), sie vermeidet wo möglich Situationen die ihr ohne geeignete Fluchtmöglichkeit erscheinen (z.B. Busfahrten). Bei Stress tendiert sie dazu, den Bauch einzuziehen, was das Gefühl eingeschränkter Atmung verstärkt.

Auch in anderen Bereichen zeigt sie Sicherheitsverhalten, etwa in dem sie vor Desensibilisierung ihrer Katzenallergie wiederholte Versicherung einholte, dass dies risikofrei wäre. Wie bei Angststörungen üblich führen diese Flucht- und Sicherheitsverhalten kurzfristig zur Reduktion der Angst, dadurch sowohl zur Verstärkung dieser Verhaltenstendenzen durch operantes Lernen, zu weiterer Hypervigilanz, wie auch zur scheinbaren Bestätigung der entsprechenden dysfunktionalen Grundannahmen. Diese Effekte bewirken wiederum die Aufrechterhaltung der Problematik.

2.5.4. Horizontale Verhaltensanalyse (S-O-R-K-C Modell)

Der Lebensgefährte plante für einige Tage mit Freunden eine Motorradreise zu unternehmen. Dies war gegen Ende der Therapie, die Patientin nahm an, dies in Sinne einer Konfrontationsübung nutzen zu können. Am Vorabend der Motorradreise des Lebensgefährten saß die Patientin mit diesem vor dem Fernseher. Die Patientin bekam massive Angst davor, mehrere Tage alleine zu Hause sein zu müssen; daraufhin verzichtet ihr Lebensgefährte auf die Reise. Die Patientin verspürt starke Erleichterung, aber auch (vor allem längerfristig) Versagen, Schuldgefühle und Ärger, sowohl weil sie die Angstkonfrontation konnte nicht wie geplant durchs stand als auch weil sie ihren Lebensgefährten dadurch an seiner Urlaubsreise gehindert hatte.

Das eben beschriebene Ereignis lässt sich wie folgt im SORKC-Schema aufschlüsseln:

S:

Die Patientin sitzt gemeinsam mit ihrem Lebensgefährte vor dem Fernseher, sie sehen eine Mystery-Serie. Es war geplant, dass die Patientin die nachfolgenden vier Nächte alleine zu Hause bleibt, während er mit Freunden eine Motorradreise macht. Bis dahin war die Patientin auf Grund der Therapiefortschritte optimistisch gewesen, dies bewältigen zu können.

O:

Bedürfnis jemanden in der Nähe zu haben der gegebenenfalls Hilfe holen kann („Wenn ich alleine bin kann ich bei gegebenenfalls auftretenden gesundheitlichen Problemen nicht rechtzeitig Hilfe holen.“ „Ich bin verletzlich, ich brauche jemand der mir Sicherheit gibt.“)

Angst vor Schlafmangel („Wenn ich nicht genügend schlafe, dann kann der Körper das womöglich nicht bewältigen.“) und daher insbesondere Angst alleine zu Hause zu übernachten („Ich werde nicht schlafen können, der Körper wird es nicht verkraften und es ist dann niemand da der mir helfen kann.“).

Dysfunktionale metakognitive Überzeugungen: „Wenn die Angst so stark ist, muss etwas dran sein.“ „Diese Gefühle sind gefährlich für mich.“ „Ich schaffe das jetzt nicht.“ „Ich muss erst meine Gefühle kontrollieren können, bevor ich mich auf das einlassen kann.“

R:

Kognitionen: „es könnte nicht gut gehen“, „Herzrasen könnte kommen und nicht zurück gehen, ebenso Blutdruck auf 170“, „ich kann mich vielleicht nicht beruhigen“, „ich könnte sterben“

Emotionen: Angst, Hoffnung auf Unterstützung

Physiologie: innerlich angespannt („enger Schlauch“), erstarrt, übel

Verhalten: P sprach mit LG, überzeugte ihn es wäre wirklich gefährlich, dieser sagt Reise ab

K:

K_{kf}^- : Wegfall der Angst, Erleichterung; K_{kf}^+ : Sicherheitsgefühl, guter Schlaf

K_{kf}^- : Ärger, Schuldgefühle, da Lebensgefährte auf Reise verzichtet, Symptomatik wird aufrecht erhalten und verstärkt; K_{kf}^+ : Selbstwirksamkeitsgefühl beeinträchtigt, Hoffnung reduziert.

2.5.5. Vertikale Verhaltensanalyse

Der Erfolg der anfänglichen MKT-Selbsthilfebemühungen der Patientin legt nahe, die Erkrankung im Rahmen der der MKT zugrunde liegenden Störungstheorie zu sehen. Diese beruht auf einem Modell, das drei interagierende Ebenen kognitiver Verarbeitung umfasst: (1) eine stimulusgetriebene Grundebene großteils außerhalb des Bewusstseins, (2) eine Ebene bewusster Verarbeitung von Gedanken und Verhalten, und (3) eine metakognitive Ebene. (Wells, 2008; 9, Figure 1.1) Unterschiedliche metakognitive Überzeugungen auf Ebene 3 führen dabei zu unterschiedlichen Verarbeitungsmodi auf der mittleren Ebene 2. Insbesondere wird in MKT unterschieden zwischen einem „Objektmodus“, in dem Gedanken als wörtliche Wahrheiten genommen werden⁶, während im „metakognitiven Modus“ diese bloß als Ereignisse gesehen werden zu denen man in verschiedener Art in Beziehung treten kann – etwa in Form „losgelöster Achtsamkeit“. Psychische Störungen werden auf das Aktivieren eines besonders dysfunktionalen kognitiven Verarbeitungsstils zurückgeführt, das sogenannte Kognitive Aufmerksamkeitsyndrom (CAS: Cognitive Attentional Syndrome, Wells, 2008, 10ff), welches auf irrigen metakognitiven Überzeugungen beruht: dass wahrgenommene Bedrohungen Bewältigungsstrategien wie ständiges Grübeln, sich-Sorgen-machen und ständige Wachsamkeit notwendig machen würden, obwohl diese in Wahrheit kurzfristig nicht notwendig und langfristig dysfunktional sind. Das CAS führt auch zu Vermeidungsverhalten, das wiederum zur Aufrechterhaltung und Verstärkung problematischer metakognitiver Überzeugungen beiträgt. (Wells, 2008; 15f)

Dies liefert ein stimmiges Bild des Verhaltens der Patientin: In der Vorgeschichte fallen ein starkes Bedürfnis nach der zu Hause empfundenen Sicherheit, sowie die durch Mobbing bedingte Angstbesetzung von Emotionen und dazu gehörigen physiologischen Reaktionen, auf. Es entstand ein Kreislauf aus sich gegenseitig verstärkenden Ängsten und Panikanfällen, Aufmerksamkeit auf Bedrohungssignale, sowie dysfunktionalen metakognitiven Überzeugungen (z.B. einerseits „ich kann meine sorgenvollen Gedanken nicht ignorieren“, „ich sollte meine Gedanken immer unter Kontrolle haben“; „mich sorgen hilft mir, mit Situationen fertig zu werden“, aber andererseits auch „meine Neigung mich zu sorgen ist gefährlich für mich“, „die vielen Sorgen machen mich krank“); verstärkt noch durch die oben in 2.5.1 erwähnten plötzlichen Todesfälle sowie durch die iatrogenen Schlafstörungen.

2.5.6 Ressourcen

Die Patientin hat erhebliche Ressourcen zur Bewältigung ihrer Problematik. Tatsächlich ist es ihr gelungen, ihre Störung zu einem nicht unbedeutenden Grad eigenständig zu verbessern. Dies erfolgte auf zwei Arten:

Einerseits bemerkte die Patientin, dass gewisse körperliche Tätigkeiten (Stiegensteigen, Radfahren) physiologische Empfindungen mit sich bringen, die den Panik-Symptomen entsprechen, und zog daraus den korrekten Schluss, dass diese Symptome nicht notwendig gefährlich sind.

⁶ In ACT spricht man von „cognitive fusion“, und auch Wells (2008; 8) schreibt „we fuse them [thoughts or beliefs] with reality“.

Zweitens hatte die Patientin einige Monate vor Beginn der Therapie am Internet MKT-basierte Selbsthilfeanleitungen gefunden, diese ausprobiert und für sich als wirksam entdeckt. Auch das Buch von Korn and Rudolf (2017) war für sie nützlich.

2.6. Therapieziele und Prognose

Ziele der Patientin

- Verbesserung der MKT Übungen
- Reduktion der Panikattacken
- Bewältigung von Alltagstätigkeiten (z.B. Einkaufen, Studium), untertags alleine zu Hause sein können
- Urlaub am Meer, eventuell Flugreise.
- Längere Zeit alleine zu Hause sein können (insbesondere alleine Übernachten zu können).

Ziele des Therapeuten:

- Information über Möglichkeiten und Grenzen des Therapeuten
- Aufbau einer tragfähigen therapeutischen Beziehung.
- Überprüfung der Selbsttherapieversuche (Erkennen und Modifikation dysfunktionaler Metakognitionen, Angstkonfrontation) der Patientin:
 - Korrekte Durchführung
 - Wirksamkeit
 - Dadurch Abbau der aufrechterhaltenden Dynamik.
- Alltagstätigkeiten (z.B. Einkaufen, Studium), untertags alleine zu Hause sein können
- Fernreisen
- alleine Übernachten

Gemeinsame Zielbestimmung⁷:

1. Psychoedukation, Übungen korrigieren und vertiefen, Erhöhung der psychologischen Flexibilität (Hayes et al., 2012; 62; vergleiche: Wells, 2008; 11). Dadurch Abbau der aufrechterhaltenden Dynamik und Verbesserung der Fähigkeit zu:
2. Bewältigung von Alltagstätigkeiten (z.B. Einkaufen, Studium), untertags alleine zu Hause sein können
3. Reisen; zu Hause alleine Übernachten

⁷ Reduktion der Panikattacken war zum Zeitpunkt der gemeinsamen Zielbestimmung schon durch die Bemühungen der Patientin gelungen.

Prognose

Auf Grund der Anfangserfolge der Patientin und ihrer hohen Motivation erschien die Prognose günstig, allerdings waren die schon lange Dauer der Störung sowie die beiden erfolglosen Vortherapien negative Aspekte.

2.7. Therapieplan

Die Patientin hatte sich, auf Grund ihrer Vorerfolge, mit dem Wunsch nach Metakognitiver Therapie (MKT) mit dem Therapeuten in Verbindung gesetzt. Der Therapeut ist allerdings weder in MKT ausgebildet, noch ist ihm eine Möglichkeiten zu entsprechender Weiterempfehlung im relevanten Gebiet bekannt. Andererseits sind, wie schon in der Einleitung erwähnt, die Methoden der MKT in vielem denen des ACT ähnlich, und in letzteren verfügt der Therapeut über die notwendigen Kompetenzen. Die Patientin wurde über diese Sachlage eingehend informiert und entschied sich, die Therapie zu beginnen.

Die Therapie orientierte sich daher an den Wünschen und Vorerfahrungen der Patientin. Dies ist konsistent mit der deutschen S3 Leitlinie zu Angststörungen⁸, welche im Abschnitt 1.7.1 „Panikstörung/Agoraphobie“ unter anderem besagt: „Dabei soll die Präferenz des informierten Patienten berücksichtigt werden“ und insbesondere unter Punkt 1.7.1.1.2 „Nichttherapeutengestützte KVT“:

Bei Patienten mit einer Panikstörung/Agoraphobie können [...] als therapiebegleitende Maßnahme nichttherapeutengestützte, auf der KVT basierende Interventionen mithilfe von Büchern, Audiomaterial, Computern oder Internet im Sinne einer Anleitung zur Selbsthilfe angeboten werden (Expertenkonsens/KKP).

Bezüglich Therapieziel 1 wurde geplant, Psychoedukation zu Angststörungen durchzuführen; daran anschließend Wiederholung der Grundelemente von MKT und Erläuterung von ACT sowie Klärung des Verhältnisses zwischen den beiden therapeutischen Zugängen, praktische Übungen in der Stunde sowie zu Hause, Nachbesprechung und gegebenenfalls Korrektur der Ausführung.

Zu Therapieziel 2 und 3 wurde geplant, die von der Patientin im Alltag schon selbständig teils erfolgreich durchgeführten Konfrontationsübungen therapeutisch zu unterstützen.

Abschließend waren Evaluation und Rückfallprophylaxe geplant.

2.8. Therapieverlauf

Rahmenbedingungen

Die Therapie erfolgte im ambulanten Setting, im Umfang von 20 in der Regel wöchentlichen Einzelsitzungen zu je 50 Minuten.

8 https://register.awmf.org/assets/guidelines/051-028k_S3_Angstst%C3%B6rungen_2014-05_1.pdf

Beziehungsgestaltung

Wie oben erwähnt wurde die Patientin eingehend über die Kenntnisse des Therapeuten sowie über das Verhältnis von MKT und anderen Formen der „dritten Welle“, insbesondere ACT, informiert und entschied sich die Therapie zu beginnen; eine vertrauensvolle therapeutische Beziehung ließ sich danach ohne Probleme aufbauen. Zum Beziehungsaufbau dienten insbesondere die Validierung der bereits lange andauernden Belastung der Patientin durch die Problematik sowie ihrer zuletzt teilweise erfolgreichen Selbsthilfebemühungen, sowie die Integration letzterer in ein umfassendes Störungsmodell und dessen Bezug zur therapeutischen Vorgangsweise in MKT und ACT. Bereits nach der ersten Stunde war die Patientin optimistisch in dieser Therapie (im Gegensatz zu zwei Vortherapien) Verbesserungen erreichen zu können.

Behandlungsverlauf

1.Ziel: Psychoedukation, Übungen korrigieren und vertiefen

Am Beginn der Therapie standen, neben Anamnese und Diagnostik, die gründliche Aufklärung über das Verhältnis von KVT, MKT und ACT sowie darauf aufbauend das informierte Einverständnis der Patientin zur vorgeschlagenen Therapie. Das Wesen von Akzeptanz wurde erläutert und an Hand des „ACT-Monsters“ greifbar gemacht.

Die Patientin zeigte bereits in den ersten Stunden, dass sie schon vor der Therapie ein grundlegendes Verständnis des Verlaufes von Angststörungen und Panikattacken erworben hatte: „Die Angst rückt nach wenn man ihr weicht“ bemerkte die Patientin in der dritten Stunde mit Bezug auf ihre Erfahrung während der Pandemie (siehe oben Abschnitt „Krankheitsanamnese“); und sie entwickelte Verständnis, dass schnelles Atmen nicht notwendig Lebensgefahr signalisiert (s.u.). Die Psychoedukation bestand daher im Bestätigen und Verfeinern dieses Wissens, und es wurde relativ rasch zur metakognitiven Arbeit übergegangen.

Die von der Patientin dem Internet sowie dem Selbsthilfebuch von Korn and Rudolf (2017) entnommenen Übungen wurden besprochen. Als besonders hilfreich hatte die Patientin unter anderem erfahren: den Gedankenaufschub (Korn & Rudolf, 2017; Kap.2.2) und Gedanken zurückschicken („wie Tennis“), die Flussmetapher mit Fischen (Korn & Rudolf, 2017; S.73f), sowie das „ATT“ Aufmerksamkeitstraining (Korn & Rudolf, 2017; S.92ff). Die Übungen wurden vom Therapeuten in den theoretischen Rahmen der MKT gestellt, die konkrete Durchführung detailliert durchgegangen, Parallelen zu ACT aufgezeigt (z.B. entspricht die Flussmetapher der ACT Defusionübung „Blätter im Bach“ (Mitmansgruber, 2022; S.178), das ATT fördert den ACT Kernprozess „Kontakt mit dem gegenwärtigen Moment“ (Harris, 2009; S.9)). Weiters wurden vom Therapeuten im Laufe der Therapie einige zusätzliche Übungen vorgeschlagen und von der Patientin in der Stunde ausprobiert (z.B. Gedanken als Gegenstände, vgl. Harris, 2009, S.114f). Dies erhöhte das Repertoire an einschlägigen Übungen, aus dem die Patientin die für sie jeweils wirksamsten auswählen konnte.

Neben den MKT Übungen hatte die Patientin bereits selbständig andere Elemente der Angst- und Paniktherapie entdeckt. Es war ihr aufgefallen, dass beim Stiegensteigen und Radfahren ähnliche körperliche Erscheinungen wie bei Panikattacken auftraten, ohne dass gesundheitliche Schäden folgten – allerdings verbunden mit dem Gedanken „vielleicht hatte ich nur Glück“, welcher die

Effektivität der Übungen beeinträchtigte. Die Patientin lernte aber rasch sich von letzterem Gedanken zu distanzieren (in den metakognitiven Modus zu wechseln, in MKT Terminologie; d.h. Defusion, in ACT Jargon), was die Wirksamkeit von Übungen wesentlich erhöhte.

2.Ziel: Bewältigung von Alltagstätigkeiten

Bereits zwischen dritter und vierter Stunde war die Patientin nicht nur in der Lage mit dem Autobus zum Studienort zu fahren, sondern sie konnte dies nun ohne sich abzulenken, und ohne dass dabei Ängste aufgetreten wären: die Arbeit in den Therapiestunden, zusammen mit den Übungen zu Hause, hatte es bereits ermöglicht, problematische Kognitionen im Objektmodus rascher zu erkennen und wenn notwendig in den metakognitiven Modus zu wechseln.

In der fünften Stunde hatte die Patientin wegen Prüfungsvorbereitungen weniger Zeit für Übungen, war unter mehr Stress und hatte daher wieder mehr Ängste. Der Therapeut setzte die Holzfäller-Metapher ein, um zu erläutern, dass die Übungen nicht zusätzlich Stress verursachen sollen sondern ein den Umständen angepasstes Übungspensum genau der angestrebten Flexibilität im Verhalten entspricht. Schon in der darauf folgenden sechsten Stunde war der Rückschritt kompensiert und die Patientin traute sich sogar schon kurze Flugreisen zu. Auch ihre Herz- und Atemängste waren nach ihrer Aussage „ganz gut im Griff“.

Mit der Reduktion der agrophobischen Symptome traten nun jedoch die Ängste vor Schlafproblemen und den befürchteten körperlichen Auswirkungen stärker in den Vordergrund.

3.Ziel: Reisen; zu Hause alleine Übernachten

In den folgenden Sitzungen wurden besonders die mit den Schlafängsten verbundenen Kognitionen exploriert und mittels Defusionsübungen bearbeitet (z.B. Blatt-am-Fluss Übung als „Schäfchenmetapher“ reinterpretiert; Metapher „Aufheben versuchen“; Gedanken versachlichen, entfremden, durch Wiederholung verfremden, Gedanken auf Tafel vor Gesicht.) Nützlich dabei war für die Patientin besonders das Wiederholen von Gedanken (Titchener's repetition: Harris, 2009; 111).

In der neunten Therapieeinheit meinte die Patientin, alleine zu Übernachten schiene ihr nun möglich. Die nächsten Einheiten waren der Vorbereitung einer solchen Übernachtung alleine gewidmet; wie auch einer Verlaufskontrolle mittels Fragebögen, die eine wesentliche Verbesserung der Angstproblematik und dazu passend auch im Bereich der Metakognitionen belegte (siehe unten Abschnitt 2.11 „Evaluation“). In der zwölften Einheit berichtete die Patientin, dass ihr ihre früheren Ängste „krankhaft“ erschienen. Als weitere Intervention wurde die Angst personifiziert und von der Patientin mit dem Namen „Kaa“ belegt (Kaa ist die hypnotisierende Schlange aus dem Dschungelbuch).

In der 13. Einheit sprach die Patientin von ihrer Angsterkrankung in der Vergangenheitsform. Zwischen den Therapieeinheiten verbrachte die Patientin dann tatsächlich eine Nacht alleine. Allerdings bezeugte sie in der Nachbesprechung noch erheblichen Respekt davor, einmal mehrere Tage alleine zu sein. Zwischen dieser und der folgenden 15. Einheit war geplant, dass die Patientin zu Hause vier Tage alleine bleiben würde während ihr Lebensgefährte mit Freunden eine Motorradreise durchführt.

Dazu war die Patientin allerdings noch nicht in der Lage (siehe Mikroanalyse oben im Abschnitt 2.5.4). Es gelang ihr aber mit Hilfe des Therapeuten diesen Rückschritt gut und rasch zu verkraften.

Gründe für den Rückschritt wurden gefunden (zuletzt während der Sommerferien mangelnde Konsequenz im Üben), ein Übungsplan erstellt und dessen Durchführung in nun zweiwöchigen Therapiesitzungen begleitet. Mit der 20. Sitzung fühlte sich die Patientin in der Lage mit ihren Problemen eigenständig umzugehen. Da sie in den darauffolgenden Monaten viel Zeit für Prüfungsvorbereitung aufwenden musste, wurde die Therapie auf ihren Wunsch im Einvernehmen mit dem Therapeuten ausgesetzt und vereinbart, sie würde sich bei Bedarf wieder melden. Da noch keine mehrtägige Übernachtung alleine erfolgt war, ging der Therapeut auf Grund der Erfahrungen im Sommer davon aus, dass die Patientin sich spätestens im Jänner tatsächlich wieder melden würde.

Noch offen war nach der letzten (20.) Therapieeinheit das mehrtägige Übernachten alleine. Die Patientin plante dies für die Weihnachtsferien.

2.9. Evaluation

Die meisten Therapieziele der Patientin waren erreicht worden: sowohl die Bewältigung des Alltags wie auch kurze Reisen gelangen ohne wesentliche Probleme. Auch die Fragebogenergebnisse sind konsistent mit der Remission der Angststörung, sowie mit der zentralen Rolle der Metakognitionen dabei:

Tabelle 1: Verlaufskontrolle an Hand der Fragebogenergebnisse

Skala	WHO5	DASS	DASS	DASS	MKF30
Subskala		Depression	Angst	Stress	
	max=25, höher ist besser	cut-off>10 max=21	cut-off>6 max=21	cut-off>10 max=21	Min=30, max=120
1.4.	16				
15.4.		1	12	10	
22.4.					71
10.6.	18	1	4	6	39
2.9.	18	1	3	2	37
4.11.	16	1	1	3	

Von den 30 problematischen Metakognitionen des MKF-30 stimmte die Patientin am Anfang der Therapie der Hälfte „überwiegend“ oder „stark“ zu, am Ende der Therapie keiner einzigen.

2.10. Stabilisierung und Rückfallprophylaxe

Da der Therapeut erwartete, dass sich die Patientin nochmals melden würde, erfolgte keine gesonderte Therapiephase zur Stabilisierung und Rückfallprophylaxe. Implizit wirkten in dieser Richtung das stetige Üben während der letzten Monate sowie die Versicherung, die Patientin könne

sich wenn notwendig gerne wieder an den Therapeuten wenden. Auch die Fragebogenergebnisse (siehe Tabelle 1 im vorigen Abschnitt) belegen die Stabilität des Therapieerfolges.

2.11. Katamnese

Da sich die Patientin wider Erwarten nicht mehr meldete, fragte der Therapeut drei Monate nach der letzten Therapiesitzung nach. Die Antwort der Patientin war sehr positiv:

Hin und wieder gibt es noch Situationen, die noch nicht funktionieren, an denen ich aber arbeite und stetig übe. Ganz generell geht es mir aber sehr gut und Kaa [die Schlange als Metapher für Angst] ist sehr viel kleiner geworden und kommt nur noch selten zu Besuch.

17 Monate nach der letzten Therapieeinheit fragte der Therapeut bei der Patientin wegen der Genehmigung, den Fallbericht zu veröffentlichen an, und erkundigte sich gleichzeitig nach dem Befinden. Sie antwortete, es ginge ihr noch immer „sehr gut“, sie habe das Studium abgeschlossen, könne normal arbeiten, sei schon geflogen sowie mehrere Tage alleine geblieben. Ihr Fazit: „Die Metakognitive Therapie war genau der richtige Ansatz für mich.“

3. Diskussion

Fallspezifisch

Dieser Fallbericht beschreibt die erfolgreiche Therapie eines schon lange dauernden und zunehmend schweren Falles von Agoraphobie mit Panikstörung, bei der schon zwei Gesprächstherapien erfolglos gewesen waren.

Bei dem hier geschilderten therapeutischen Prozess handelte es sich im Kern um Hilfe zur Selbsthilfe: die Patientin hatte sich bereits wesentliche Therapieelemente aus Selbsthilfeliteratur und aus eigener Erfahrung angeeignet, der Therapeut half bei der Verfeinerung und konsequenten Umsetzung und gab wichtige Unterstützung bei Rückschlägen. Die Therapie war daher ganz im Geist der

Selbstmanagement-Therapie [, die] eine hohe Selbstverantwortung der Klienten für ihre Entscheidungen, kontinuierliche Prozessorientierung, Ziel- und Motivationsklärung (als Orientierungshilfe) und die *strukturierte Anleitung zur Selbststeuerung*, dass die Klienten schließlich wieder ohne Unterstützung des Therapeuten leben können [betont.] (Kanfer, Reinecker & Schmelzer, 2012; 8)

Die Hilfe zur Selbsthilfe bestand insbesondere darin, dass das von der Patientin bereits erworbene Verständnis und ihre Bemühungen validiert wurden, ihr Repertoire an Übungen erweitert wurde, sie in der Stunde darauf aufmerksam gemacht wurde wenn sie in den Objektmodus verfiel (was ihre Fähigkeiten diesen bei sich zu erkennen und in den metakognitiven Modus zu wechseln wesentlich erhöhte), sie bei Rückschritten bestärkt wurde weiter zu machen, sowie in der Einbeziehung ihrer Schlafproblematik in den Gesamtkontext ihrer Angststörung (die Schlafprobleme hatte sie erst *en passant* in der sechsten Stunde erwähnte).

Nicht ganz befriedigend scheint dem Therapeuten der Abschluss des Prozesses. Er hatte fest damit gerechnet, dass sich die Patientin nochmals melden wird, sobald sie versucht mehrere Nächte alleine zu verbringen. Im Nachhinein betrachtet wäre es wohl besser gewesen, eine fixe 21. Therapiesitzung zum Abschluss sowie einen formalen Katamnesetermin zu vereinbaren.

Allgemein

Auch wenn Schlussfolgerungen aus einem einzigen Fallbeispiel nur mit größter Vorsicht gezogen werden sollten, so mag der obige Fall einige Gedanken zumindest anregen:

Obwohl sowohl ACT als auch MKT in der Literatur für verschiedene Angststörungen beschrieben werden, ist dies bei ACT wenig und insbesondere bei MKT nicht im Zusammenhang mit Agoraphobie der Fall. Beispielsweise behandelt das Standardwerk von Wells (2008) als Indikationen die Generalisierte Angststörung, Posttraumatische Belastungsstörung, Zwang, Depression, und erwähnt *en passant* Panikanfälle, Korn and Rudolf (2017) fügen noch die Soziale Phobie hinzu; weder das eine noch das andere Werk erwähnen Agoraphobie. Dies scheint umso überraschender, als Rachmans Safety-Signals Theorie gut zu dem der MKT zugrunde liegenden S-REF Modell zu passen scheint. Dies könnte eine fruchtbare Richtung für zukünftige empirische Forschung darstellen.

Zweitens mag dieser Fall ein Hinweis sein, dass eine zu strenge Trennung zwischen Methoden der dritten Welle nicht angebracht ist. Auch wenn der historische Hintergrund teilweise unterschiedlich ist, so gibt es in den Methoden wesentliche Überschneidungen, und es mag im Interesse der Patienten sein die praktischen Techniken eklektischer zu verwenden. Ein verhaltenstherapeutischer Rahmen für ein umfassenderes Verständnis therapeutischer Interventionen könnte dabei z.B. in einer Verallgemeinerung der Idee der ACT Kernprozesse, nämlich der gerade neu entwickelten prozessbasierten Therapie (Hayes & Hofmann, 2018), gegeben sein.

4. Literatur

- Craske, M. G. & Barlow, D. H. (2014). Panic disorder and agoraphobia. In D. H. Barlow (Ed.), *Clinical Handbook of Psychological Disorders: a step-by-step treatment manual* (5th ed.). The Guilford Press.
- Gatterer, G. (Ed.) (2022). *Praxis Verhaltenstherapie: Methoden und Anwendungsbeispiele*. Springer.
- Germer, C. (2009). *The Mindful Path to Self-compassion: Freeing yourself from destructive thoughts and emotions*. The Guilford Press.
- Harris, R. (2009). *ACT Made Simple*. Oakland: New Harbinger Publications.
- Hayes, S. C., Barnes-Holmes, D. & Roche, B. (Ed.) (2001). *Relational Frame Theory: A post-Skinnerian account of human language and cognition*. New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers.
- Hayes, S. C. & Hofmann, S. G. (2018). *Process-based CBT: The science and core clinical competencies of cognitive behavioral therapy*. New Harbinger Publications.

- Hayes, S. C., Strosahl, K. D. & Wilson, K. G. (2012). *Acceptance and Commitment Therapy: The Process and Practice of Mindful Change* (Second Edition). New York: Guilford Press.
- Iverach, L., Menzies, R. G. & Menzies, R. E. (2014). Death anxiety and its role in psychopathology: Reviewing the status of a transdiagnostic construct. *Clinical Psychology Review*, 34, 580 – 593.
- Kabat-Zinn, J. (2013). *Full Catastrophe Living: how to cope with stress, pain and illness using mindfulness meditation*. London: Piatkus. (1st edition: 1990)
- Kanfer, F. H., Reinecker, H. & Schmelzer, D. (2012). *Selbstmanagement-Therapie : ein Lehrbuch für die klinische Praxis* (5., korrigierte und durchgesehene Auflage). Berlin, New York: Springer.
- Korn, O. & Rudolf, S. (2017). *Sorgenlos und Grübelfrei: Wie der Ausstieg aus der Grübelfalle gelingt*. (2., korrigierte Auflage). Beltz.
- Lang, T., Helbig-Lang, S., Westphal, D., Gloster, A. T. & Wittchen, H.-U. (2018). *Expositionsbasierte Therapie der Panikstörung mit Agoraphobie : ein Behandlungsmanual* (2., aktualisierte Auflage). Göttingen: Hogrefe.
- Linehan, M. (1993). *Cognitive-behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder*. The Guilford Press.
- Löwe, B., Spitzer, R., Zipfel, S. & Herzog, W. (2002). PHQ-D Gesundheitsfragebogen für Patienten, Manual (Komplettversion und Kurzform): Autorisierte Deutsche Version des Prime MD Patient Health Questionnaire (PHQ). https://www.klinikum.uni-heidelberg.de/fileadmin/Psychosomatische_Klinik/download/PHQ_Manual1.pdf Zugriff 6.März 2023
- Lovibond, P. F. & Lovibond, S. H. (1995). The structure of negative emotional states: Comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behaviour Research and Therapy*, 33, 335-343.
- Mattes, J. (2022). ACTing as a Pyrrhonist. *International Journal for the Study of Skepticism*, 12, 101-125.
- Mitmansgruber, H. Die Arbeit mit der „3.Welle“ in der Verhaltenstherapie. In: Gatterer, G. (Ed.) (2022). *Praxis Verhaltenstherapie: Methoden und Anwendungsbeispiele*, Kapitel 4.5 Springer.
- Mowrer, O. (1960). *Learning Theory and Behavior*. John Wiley & Sons Inc.
- Nilges, P. & Essau, C. (2021). DASS: Depressions-Angst-Stress-Skalen - deutschsprachige Kurzfassung. <https://www.testarchiv.eu/de/test/9008223> Zugriff 6.März 2023.
- Rachman, S. (1984). Agoraphobia—a safety-signal perspective. *Behaviour Research and Therapy*, 22, 59-70.
- Schneider, S. & Margraf, J. (2017). *Agoraphobie und Panikstörung* (2., überarbeitete Auflage). Göttingen : Hogrefe.
- Segal, Z. V., Williams, J. M. G. & Teasdale, J. D. (2013). *Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Depression* (2nd ed.). New York: Guilford Press.
- Spitzer, R. L., Kroenke, K., Williams, J. B., Patient Health Questionnaire Primary Care Study Group, Patient Health Questionnaire Primary Care Study Group & others (1999). Validation and utility of a self-report version of PRIME-MD: the PHQ primary care study. *JAMA*, 282, 1737-1744.

- Topp, C. W., Østergaard, S. D., Søndergaard, S. & Bech, P. (2015). The WHO-5 Well-Being Index: a systematic review of the literature. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 84, 167-176.
- Wells, A. (2000). *Emotional Disorders and Metacognition: innovative cognitive therapy*. Chichester: Wiley.
- Wells, A. (2008). *Metacognitive Therapy for Anxiety and Depression*. New York, London: The Guilford Press.
- Weltgesundheitsorganisation (2015). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen : ICD-10 Kapitel V (F) : klinisch-diagnostische Leitlinien*. (10. Auflage unter Berücksichtigung der Änderungen entsprechend ICD-10-GM 2015). Bern: Hogrefe Verlag.

Wolpe, J. & Lang, P. J. (1964). A fear survey schedule for use in behaviour therapy. *Behaviour Research and Therapy*, 2, 27-30.

Zettle, R. D. (2011). The evolution of a contextual approach to therapy: From comprehensive distancing to ACT. *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy*, 7, 76-82.

5. Anschrift korrespondierender Autor

Josef Mattes, PhD, MSc

Schmerzkompetenzzentrum, Bad Vöslau & Praxisgemeinschaft Hauptplatz, Wr. Neustadt

<https://www.moderne-psychotherapie.at>

Danksagung

Ich danke der Patientin für die Genehmigung zur Veröffentlichung dieses Fallberichtes, und den anonymen Gutachtern für Ihre Kommentare.