

# »Jetzt weiß ich, dass ich weder verrückt bin noch sterben werde!«

## Die Verhaltenstherapie-Ambulanz verbindet Forschung, Lehre und Praxis

Von  
Matthias  
Kuhl  
und  
Alexander  
Noyon

Psychische Störungen überschreiten alle Grenzen – es gibt sie in allen Kulturen, zu allen Zeiten, in allen soziodemografischen Schichten und in jedem Lebensalter. Sie sind häufige Themen sowohl in Talkshows, Fernsehserien und Illustrierten als auch in Literatur, Theater und bildender Kunst. Jeden können sie treffen, und beinahe jeder kennt zumindest eine Person, die an einer klinisch bedeutsamen psychischen Störung leidet. Zu deren Behandlung und Erforschung sowie zur Ausbildung von Psychologischen Psychotherapeuten wurde 1999 am Fachbereich Psychologie und Sportwissenschaften der Universität Frankfurt die Verhaltenstherapie-Ambulanz eingerichtet. Primäres Ziel der universitären Ambulanz ist dabei, die Forschung und Lehre des Fachs »Klinische Psychologie und Psychotherapie« mit der praktischen therapeutischen Arbeit an Klienten zusammenzuführen, um damit die Verbindung aus Forschung, Lehre, Ausbildung und Praxis herzustellen.

Seit Monaten leide ich an starken, unvorhersehbar auftretenden und extremen Ängsten«, berichtet Herr B. im Erstgespräch bei der Verhaltenstherapie-Ambulanz der Universität Frankfurt. »Am Samstag, da war es wieder soweit ... Ich war zu Hause und las Zeitung ... Ich spürte mein Herz pochen ... der Mund wurde trocken ... und dann, innerhalb von ein paar Sekunden, war ich wie verrückt ... mir wurde schwarz vor Augen, der Schweiß brach mir aus, ich zitterte am ganzen Körper und dachte, ich würde ohnmächtig ... ich hatte keine Kontrolle mehr über meinen Körper und fühlte mich unglaublich schwach ... und dann, dann schlug mir das Herz bis zum Hals und pochte in meinem Kopf, pochte in den Ohren ... ich hatte Schmerzen in der Brust und dachte, ich müsste sterben ... ich hatte nur noch Angst, Angst, Angst ... es war die Hölle! Ich konnte an nichts anderes mehr denken, fühlte nur noch meinen Körper zu Grunde gehen und dachte: ›Raus, du musst hier raus!‹ ... aber ich konnte nicht ... es kam mir wie eine Ewigkeit vor ... plötzlich sah ich wie von weit weg, wie sich Gesichter über mich beugten und meinen Namen riefen...das waren die Rettungssanitäter, die meine Frau gerufen hatte ... das war jetzt schon das fünfte Mal in diesem Monat ... «

Arachnophobie, die nicht durch reale Gefahr begründete Angst vor Spinnen, kann sich sogar darin zeigen, dass bereits das Betrachten der Abbildung einer Spinne einen starken Angstanfall auslöst.



## Häufiges Leiden – defizitäre Versorgung

Einer aktuellen Studie<sup>11</sup> zufolge erkranken jedes Jahr 27 Prozent der EU-Bevölkerung an mindestens einer psychischen Störung. Die Wahrscheinlichkeit, irgendwann einmal im Leben eine psychische Störung zu bekommen, liegt mit über 50 Prozent sogar noch wesentlich darüber. Pro Jahr bleiben jedoch zwei Drittel aller psychischen Störungen unbehandelt. Nur 26 Prozent der Betroffenen erhalten zumindest eine minimale Intervention, beispielsweise in Form eines kurzen Gesprächs mit dem Hausarzt. Professionelle Psychotherapie wird dabei nur selten angewendet. So vergehen im Durchschnitt sieben Jahre, bevor eine erste fachgerechte Diagnose erstellt wird. Unbehandelt verlaufen 40 Prozent der Störungen chronisch und bringen zunehmend Komplikationen mit sich, wie körperliche Folgeschäden, massive Leistungseinschränkungen und eine erhöhte Wahrscheinlichkeit, an weiteren psychischen Störungen zu erkranken.

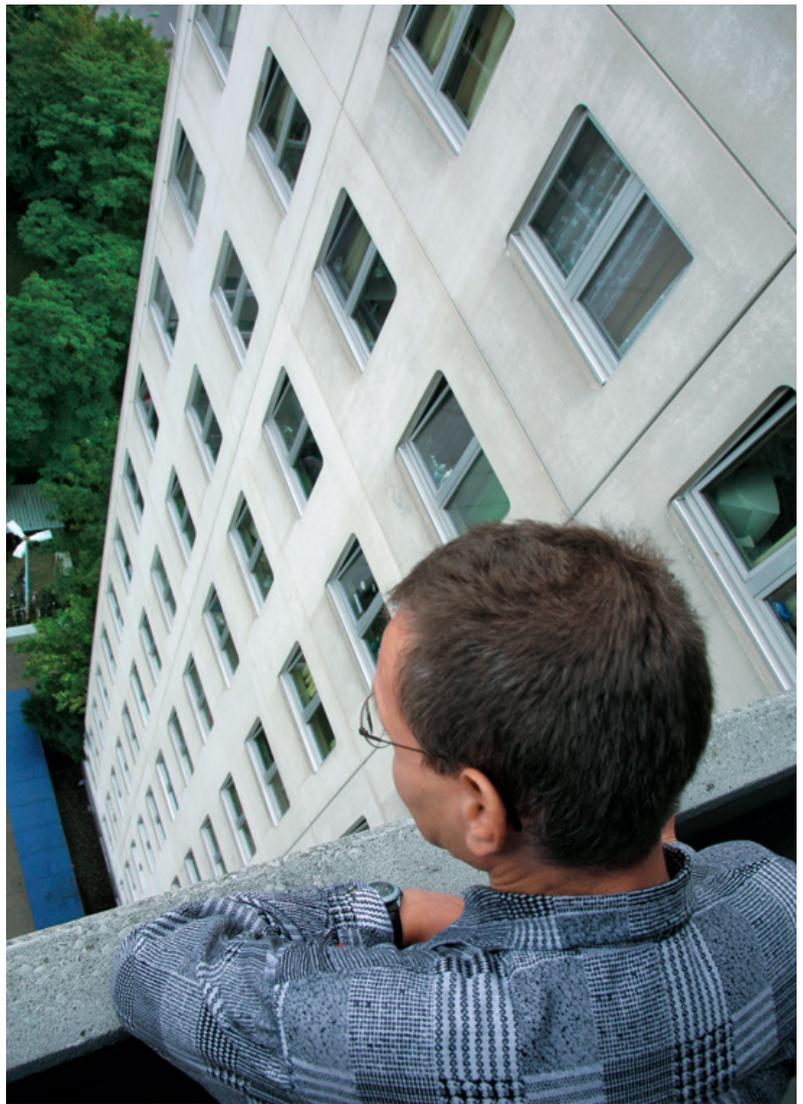
Neben dem beträchtlichen Leid der Betroffenen sind auch die Folgekosten erheblich. So sind von allen Arbeitsunfähigkeitstagen pro Jahr in der EU die Mehrzahl direkt oder indirekt auf psychische Störungen zurückzuführen. Insgesamt belaufen sich die Kosten europaweit auf etwa 300 Milliarden Euro – direkt verursacht durch Arbeitsunfähigkeitstage, die Versetzung in den Vorruhestand und verringerte Produktivität sowie indirekt durch Hospitalisierung und Behandlungskosten. Dem massiven Auftreten psychischer Störungen steht eine defizitäre Versorgungslage gegenüber. Sie drückt sich darin aus, dass die psychotherapeutischen Behandlungskosten nur einen verschwindend geringen Anteil von 1 Prozent der Gesamtkosten ausmachen. Einer Studie der BKK-Krankenkasse zufolge<sup>12</sup> nehmen in Deutschland psychische Störungen als einzige Krankheitsart zu. Während sich die krankheitsbedingten Fehlzeiten aufgrund aller anderen Erkrankungen zusammengenommen seit 1991 beinahe halbiert haben, nahmen die Fehlzeiten aufgrund psychischer Störungen um 33 Prozent zu. So waren beispielsweise im Jahr 2005 8,5 Prozent der Fehlzeiten allein direkt auf psychische Störungen zurückzuführen.

Herr B. berichtet weiter:

»Ich bekam ein Beruhigungsmittel und kam langsam wieder zu mir ... und im Gehen sagte dann einer der Sanitäter, ich solle mal eine Psychotherapie machen ... ich dachte: ›Eine Psychotherapie?! Jetzt ist es soweit, jetzt bist du also wirklich verrückt geworden!‹ ... Aber sämtliche organmedizinische Untersuchungen der vergangenen Monate haben mir außer einem leicht erhöhten Blutdruck und etwas Stress eine gute Gesundheit bescheinigt ... Vielleicht könnte eine Therapie mir helfen, aber was werden die anderen von mir denken?«

## Was ist Psychotherapie?

Psychotherapie wird zur Heilbehandlung von psychischen und psychosomatischen Störungen sowie verstärkt auch begleitend zur organmedizinischen Behandlung bei körperlichen Erkrankungen eingesetzt. Der



Wiener Psychotherapeut Hans Strotzka definierte 1978 die Psychotherapie, also die »Behandlung der Seele« bei Störungen des Denkens, Fühlens, Erlebens und Verhaltens wie folgt<sup>13</sup>: »Psychotherapie ist ein bewusster und geplanter interaktioneller Prozess zur Beeinflussung von Verhaltensstörungen und Leidenszuständen, die in einem Konsensus (möglichst zwischen Patient, Therapeut und Bezugsgruppe) für behandlungsbedürftig gehalten werden, mit psychologischen Mitteln (durch Kommunikation), meist verbal, aber auch a verbal, in Richtung auf ein definiertes, nach Möglichkeit gemeinsam erarbeitetes Ziel (Symptomminimalisierung und/oder Strukturänderung der Persönlichkeit) mittels lehrbarer Techniken auf der Basis einer Theorie des normalen und pathologischen Verhaltens.«

Eine »Beziehungsgestaltung mit dem Ziel der Lindering seelischer und emotionaler Leiden« gab und gibt es in allen bekannten Kulturen. Die Idee einer psychischen Störung war dabei jedoch nicht immer gegeben. Weit häufiger war sie in religiöse Kontexte eingebunden und galt als Folge dämonischer Besessenheit oder Flüche. Dementsprechend wurden diese »Psychotherapien« oft von Priestern, Schamanen oder Philosophen durchgeführt, die in ihren Behandlungen sogar bereits einige der Kriterien aus Strotzkas Definition erfüllten. Erste Darstellungen und Charakterisierungen psychischer Störungen verfasste der griechische Arzt

Akrophobie, die unbegründete und unangemessene Höhenangst, ist eine Unterform der Angststörungen. Um bei Betroffenen panikartige Ängste auszulösen sind nicht zwingend die großen Höhen eines Hochhauses erforderlich – oftmals reichen dazu schon wenige Meter hohe Brücken oder auch Leitern aus.

Hippokrates im 4. Jahrhundert vor Christus. Ihm zufolge gingen psychische Störungen wie alle anderen Krankheiten auf ein Ungleichgewicht der Körpersäfte zurück. Im Mittelalter war solches Wissen wieder nahezu vollständig verloren gegangen. Die Betroffenen waren vom Teufel oder bösen Geistern besessen. Sie wurden mit meist wirkungslosen und grausamen »Behandlungsmethoden« traktiert und bis in die Neuzeit hinein unter zumeist unwürdigen Bedingungen in »Irrenhäusern« oder auf »Narrenschiffen« außerhalb der Gesellschaft weggesperrt.

Trotz der Abkehr von diesen Erklärungs- und Behandlungsweisen, die im späten 18. Jahrhundert ihren Anfang nahm, und der beträchtlichen Fortschritte im Bereich der Psychiatrie und Psychotherapie sind es solche Vorstellungen, die noch heute die Sichtweise von psychischen Störungen und deren Behandlung beeinflussen. So herrscht häufig die Meinung vor, Betroffene seien charakterschwach, würden sich nur nicht genug »zusammenreißen« und hätten ihre Probleme selbst herbeigeführt oder diese seien sogar Folge von sündhaftem Verhalten. Eine psychische Störung ist also oft noch zusätzlich belastend durch die mit ihr einhergehende Stigmatisierung. Entschließt sich der oder die Betroffene

trotz dieser unhaltbaren, aber verbreiteten Vorurteile und Befürchtungen zu einer Therapie, so ist der Weg zu einem Psychotherapeuten noch nicht klar.

»So ganz bin ich noch nicht davon überzeugt, dass meine körperlichen Reaktionen »psychisch« bedingt sind ... das fühlt sich doch alles so real an, das bilde ich mir doch nicht ein! Andererseits habe ich es in den letzten Monaten nicht geschafft, damit allein fertig zu werden. Dass ich seit zwei Monaten krankgeschrieben bin und mehr Ruhe habe, hat nichts geändert. Es ist eher noch schlimmer geworden. Ich fühle mich traurig, verstimmt, mag nicht mehr unter Leute gehen, habe kein Vertrauen mehr in die Zukunft. An wen kann ich mich denn mit meinen Schwierigkeiten wenden?«

### Orientierung auf dem »Psychomarkt«

Der florierende »Psychomarkt« bietet eine Vielzahl an unterschiedlichen Behandlungsmöglichkeiten, die sich häufig noch mit Esoterik und anderen wohlklingenden, aber unwissenschaftlichen Strömungen vermischen, was die Entscheidung für eine konkrete Therapierichtung erheblich erschwert. Eine entscheidende Richtschnur bei der Suche nach dem richtigen Angebot stellt die bereits zitierte Definition dar. Sie bildet, in leicht abgewandelter Form, eine der Bewertungsgrundlagen, nach denen der »Wissenschaftliche Beirat Psychotherapie« seine Gutachten zur Anerkennung von Psychotherapieverfahren erstellt. Nach dessen Empfehlung sind in Deutschland derzeit die Psychoanalyse, die tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie und die Verhaltenstherapie offiziell anerkannte Verfahren, deren Kosten von den gesetzlichen Krankenversicherungen übernommen werden. Leistungserbringer für die gesetzlichen Krankenversicherungen sind in der Regel approbierte Psychologische oder Ärztliche Psychotherapeuten, die beide eine Psychotherapie-Zusatzbezeichnung in einem der drei anerkannten Verfahren erworben haben müssen. Für Psychologische Psychotherapeuten bedeutet das, dass sie nach ihrem Studium zusätzlich in drei bis fünf Jahren eine der Facharztausbildung vergleichbare Ausbildung im Umfang von zirka 3500 Stunden absolvieren müssen. Dabei ist zu beachten, dass nur der Titel »Psychologischer Psychotherapeut« geschützt ist. Große Vorsicht ist gegenüber solchen »Behandlern« geboten, die ohne ein Medizin- oder Psychologiestudium und eine psychotherapeutische Qualifikation eine »Psychotherapie« (dieser Begriff ist nicht gesetzlich geschützt!) offerieren.

Während die Psychiatrie davon ausgeht, dass psychische Störungen vorrangig medizinisch behandelbare Erkrankungen des Gehirns sind und die psychoanalytisch fundierten Psychotherapien aktuelle Probleme insbesondere als Ausdruck von frühkindlichen Traumata und unbewussten Konflikten oder Wünschen ansehen, hat die Verhaltenstherapie (VT) die Sichtweise, dass das gestörte Verhalten selbst das zu behandelnde Problem darstellt. Gestörtes Verhalten wird dabei verstanden als ein Verhaltensmuster, das in Reaktion auf bestimmte Umstände erlernt wurde und das es zu verändern gilt. Dabei ist mit Verhalten sowohl Handeln als auch Denken, Bewerten und Fühlen gemeint.

Klaustrophobie, die unangemessene Angst vor geschlossenen und/oder engen Räumen, kann in extremen Fällen schon eine Panikattacke auslösen, wenn sich die Tür eines Aufzuges schließt.



## Verhaltenstherapie – Hilfe zur Selbsthilfe

Die Verhaltenstherapie gründet auf den Erkenntnissen der psychologischen Grundlagenwissenschaften und der Klinischen Psychologie und ist empirischen Methoden verpflichtet. Auf dieser Basis kann sie gut neue effektive Modelle und Theorien in ihre Behandlungsmethoden integrieren, wie in den letzten Jahren achtsamkeits- und akzeptanzbasierte Verfahren. Die Verhaltenstherapie geht allgemein davon aus, dass menschliches Verhalten nicht angeboren ist, sondern erlernt wurde und somit aktuell beobachtbares problematisches Verhalten auch wieder durch Verhaltens- und Lernprinzipien verändert werden kann. Denn ebenso wie Menschen im Laufe ihres Lebens viele nützliche und notwendige Dinge lernen, um ihr Leben zu meistern, so können sie auch ungünstige und ungesunde Verhaltensweisen – wie irrationale Ängste oder Süchte – erlernen. Die Vermeidung belastender Situationen stellt dabei meist ein Problemverhalten dar, mit dem die Betroffenen sich von vorneherein die Chance verbauen, ein angemessenes Verhaltensrepertoire zu entwickeln und korrigierende Erfahrungen zu machen. Auf diese Weise werden sie mehr und mehr vom Leben abgeschnitten.

Die korrigierenden Lernprozesse finden in der therapeutischen Situation statt oder werden dort in Gang gesetzt. Dabei stützt sich die Verhaltenstherapie ressourcenorientiert auf die vorhandene Fähigkeiten und bereits erworbene Kompetenzen der Persönlichkeit des Patienten. Dies verdeutlicht die Notwendigkeit, die Behandlungsstrategie individuell an die Probleme des jeweiligen Patienten anzupassen. Zentral ist aber auch die Bearbeitung kognitiver und emotionaler Barrieren, die funktionales Verhalten verhindern und so zum Beispiel auch zur Vermeidung ungefährlicher Situationen führen.

Anders als bei einer körperlichen Erkrankung genügt es hierbei nicht, einfach in die Sprechstunde zu kommen, etwas einzunehmen und dann auf Besserung zu warten. Die Wirkfaktoren, die zur Besserung beitragen, liegen hier vielmehr im Patienten selbst – der Therapeut kann nicht für den Patienten neu- oder umlernen und auch nicht seine Motive, Einstellungen oder Befürchtungen ohne dessen Mitarbeit erkennen und korrigieren. Dazu bedarf es der kontinuierlichen Selbstbeobachtung und Selbstmodifikation des Patienten. Dies soll in den zumeist einstündig wöchentlich stattfindenden Sitzungen erreicht werden.

»Hmm, dass ich selbst soviel in der Therapie arbeiten muss, hätte ich allerdings nicht gedacht...aber es ist wohl wie beim Muskeltraining, da bringt es mir ja auch nichts, wenn mein Trainer die Hanteln hebt ... «

Wichtig ist zunächst der Aufbau einer hilfreichen, vertrauensvollen und bestärkenden Beziehung zwischen Patient und Therapeut («Therapeutische Allianz»). Auf dieser Grundlage erlernen die Patienten Techniken zur Ausbildung, Stärkung und Förderung eigener Fähigkeiten und werden zu selbstständiger Problembewältigung angeleitet. Entscheidend ist also die aktive Mitarbeit des Patienten auch in den Tagen zwischen den einzelnen Sitzungen. Verhaltenstherapie zielt auf Veränderung,



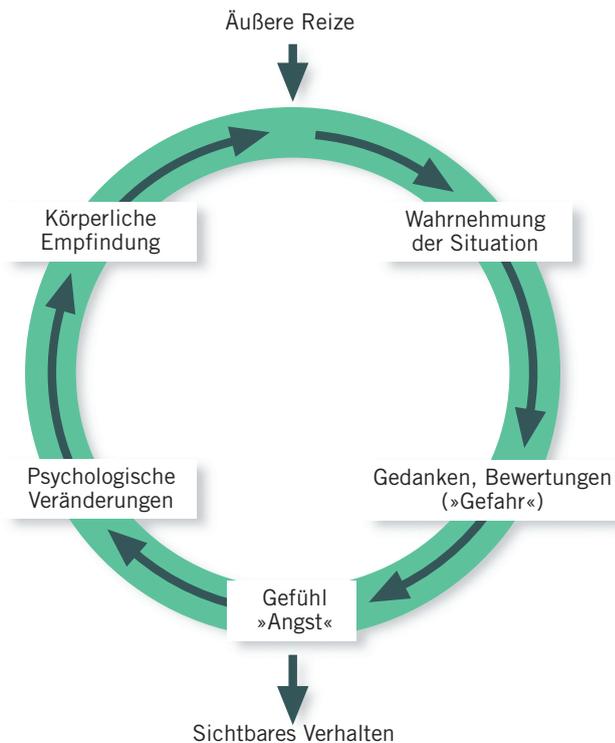
Das Modell des wechselseitigen Zusammenhangs von Gefühlen, Gedanken und Verhalten ist eines der ersten Modelle, das einem Patienten in der Verhaltenstherapie-Ambulanz vermittelt wird. Es veranschaulicht die entscheidenden verhaltenstherapeutischen Konzepte und Ansatzpunkte und unterstützt die Ableitung von individuellen Störungsmodellen.

und diese kann nur eintreten, wenn die Patienten zwischen den Sitzungen die theoretisch gewonnenen Erkenntnisse in relevanten Alltagssituationen umsetzen. Nur so können Einsichten auch glaubhaft erfahrbar werden. Alle diese Prozesse laufen dabei für den Patienten völlig transparent ab. Ganz im Sinne der Hilfe zur Selbsthilfe, mit dem eigenen Leben wieder selbst zurechtzukommen, ist er über alle Behandlungsschritte informiert und an deren Planung beteiligt.

Ziel der Verhaltenstherapie ist also, menschliches Leiden zu lindern und die Handlungsfähigkeit zu erweitern. Zur Umsetzung dieser Ziele genehmigen die gesetzlichen Krankenkassen festgelegte Zeitkontingente. Für die ambulante Verhaltenstherapie bedeutet das, dass nach fünf probatorischen Sitzungen, die der Indikationsprüfung dienen, je nach Schwere der Störung 25 bis maximal 80 Sitzungen genehmigt werden können. Voraussetzung dafür ist, dass eine psychische Störung mit Krankheitswert vorliegt.

### Was ist eine psychische Störung?

Psychische Störungen sind klinisch bedeutsame Muster des Erlebens und Verhaltens, die zu Leiden und/oder einer Beeinträchtigung in relevanten Lebensbereichen führen. Im Einzelfall kann es hier schwierig sein, zum Beispiel zwischen normaler Traurigkeit nach Verlusterlebnissen und einer depressiven Verstimmung mit Krankheitswert zu unterscheiden. Liegt ein normales Erleben vor, wäre die Anwendung von Methoden der Psychotherapie als Beratung zu werten und fiel nicht in die Zuständigkeit der gesetzlichen Krankenkasse. Daher wird zu Beginn der Therapie in der Verhaltenstherapie-Ambulanz eine ausführliche Diagnostik durchgeführt. Dazu führt der Therapeut ein strukturiertes Interview mit dem Patienten durch, und dieser bearbeitet eine Reihe von Fragebögen und Selbstbeobachtungsprotokollen. Zusätzlich muss der Therapeut die intellektuelle und motivationale Psychotherapie-Fähigkeit des Patienten sowie seine psychische Stabilität und Belastbarkeit für eine ambulante Behandlung einschätzen.



Der »Teufelskreis der Angst« veranschaulicht die Entstehung von Panikattacken anhand eines positiven Rückkopplungsprozesses: Geringfügige und an sich ungefährliche körperliche Symptome (»Körperliche Empfindungen«) werden von Personen mit einer Panikstörung anders wahrgenommen (»Wahrnehmung«). Während Gesunde diese Körperreaktionen kaum beachten, fällt die Bewertung der Symptome bei Panikpatienten jedoch nicht harmlos, sondern vielmehr bedrohlich aus (»Gefahr!«) und sie geraten darüber in große Sorge (»Angst«). Der daraus resultierende Stress (»Psychologische Veränderungen«) führt wiederum zu einer Verstärkung der Symptome (»Körperliche Empfindungen«). Im Weiteren schaukelt sich dieser Prozess so zu einer vollen, als lebensbedrohlich erlebten Panikattacke auf. Dieses Modell wird zu Beginn der Therapie von Panikstörungen zusammen mit dem Patienten erarbeitet, um ein besseres Verständnis für die zugrunde liegende Problematik zu vermitteln und die einzelnen Behandlungsschritte abzuleiten.

In der Verhaltensanalyse wird schließlich versucht, das Problem des Patienten nachvollziehbar zu machen und die aktuellen Verhaltensdeterminanten (Auslöser, Merkmale der Person, Reaktionen und Konsequenzen) zu erheben. Hierbei wird die Lebensgeschichte als eine Lerngeschichte aufgefasst, in deren Verlauf der Patient Verhaltensweisen erlernt hat, die ihm zum Problem geworden sind. Dabei werden nicht nur das beobachtbare Verhalten, sondern auch Gefühle, Gedanken und körperliche Prozesse erhoben. Zudem werden Einflüsse des erweiterten Umfelds des Patienten wie das Verhalten von Familienangehörigen, Arbeitskollegen und Freunden mit einbezogen. Zusätzlich werden das störende Verhalten sowie die typischen Situationen, in denen es auftritt, genau analysiert. Gemeinsam wird erarbeitet, in welchen Situationen das Problem weniger auftritt und welche hilfreichen Verhaltensweisen der Patient selber schon ausprobiert hat, um anders handeln zu können. Dabei werden die Probleme in Abhängigkeit von ihren aufrechterhaltenden Bedingungen und im Hinblick auf ihre Konsequenzen untersucht.

»Also gehören meine Ängste, zu sterben oder die Kontrolle zu verlieren, und meine Symptome, wie Herzrasen und Atemnot, zu einer Panikstörung? Irgendwie bin ich erleichtert, endlich zu wissen, was ich habe, denn bisher haben mir alle gesagt, dass ich gesund

sei und es keinen Grund für meine Beschwerden gebe. Jetzt weiß ich, dass ich nicht verrückt bin und auch nicht daran sterben werde! Ich bin auch nicht der Einzige mit dieser Störung. Sie ist erklärbar und gut erforscht. Es gibt sogar sehr erfolgreiche verhaltenstherapeutische Behandlungsprogramme ... Das ändert zwar im Moment leider noch gar nichts an meinen Ängsten, aber irgendwie habe ich zum ersten Mal seit Monaten wieder die Hoffnung, dass es mir besser gehen kann...«

### Ablauf einer Verhaltenstherapie

Auf Grundlage der Diagnostik sowie der Verhaltens- und Problemanalysen erfolgt als nächster Schritt die Zielanalyse. Dabei werden unter Berücksichtigung der Lebensziele des Patienten die konkreten Therapieziele gemeinsam mit ihm entwickelt. Eines der wichtigsten Kriterien für die Auswahl ist dabei, dass die Ziele realistisch zu erreichen sind und auch nach der Therapie aufrechterhalten werden können. In einem Therapievertrag wird festgelegt, welche Aufgaben der Patient zur Erreichung seiner Ziele während der Therapie übernehmen muss und wie der Therapeut ihn dabei unterstützen wird. Anschließend werden die aufgestellten Ziele gemeinsam operationalisiert – das heißt in konkrete und überprüfbare Handlungsanweisungen übersetzt, die es umzusetzen gilt. Abschließend erstellt der Therapeut in Rücksprache mit und nach Zustimmung des Patienten den individuellen Behandlungsplan. Er führt die Maßnahmen oder Interventionen auf, mit deren Hilfe die Therapieziele erreicht werden sollen. Der Verhaltenstherapeut kann dabei aus einem großen Fundus an Techniken schöpfen: Aktivitätenaufbau, Entspannungstraining, Konfrontation, Rollenspiele, Psychoedukation, kognitive Umstrukturierung, Emotionsregulation, Problemlösetraining, Selbst- und Fremdbeobachtung, soziales Kompetenztraining, Selbstsicherheitstraining, Selbstkontrollverfahren oder Angstbewältigungsstrategien sind dabei nur einige wichtige Hilfsmittel.

»Also, mein Behandlungsplan für die nächsten Wochen: Zuerst wollen sie mir meine Angststörung erklären, damit ich selbst Experte dafür werde. Darauf aufbauend werden wir ein Störungsmodell entwickeln, damit ich verstehe, wie mein Problem aufrechterhalten wird und ich eine alternative Erklärung meiner körperlichen Symptome bekomme, nämlich dass das normale Reaktionen meines Körpers sind und kein Grund zur Beunruhigung besteht. Als nächstes wollen sie mir vermitteln, wie ich meinen »Teufelskreis der Angst« immer weiter selbst aufschaukele und so zur Entstehung der Panik beitrage. Sie wollen mir auch klar machen, wie ich durch mein Vermeidungsverhalten die Panikstörung aufrechterhalte. Ja, und dann sollen die Verhaltensexperimente kommen ... vor dem Teil habe ich ja schon etwas Angst... Ich soll mich dabei mit meinen Befürchtungen in konkreten Situationen auseinandersetzen, aber auch mit meinen Angst machenden Körperreaktionen. Nach und nach sollen die Übungen dann in den Alltag verlegt werden. Ich soll auch versuchen, meine übermä-

ßige Beschäftigung mit bestimmten Körperreaktionen abzulegen. Denn wenn ich ständig überlege, ob das jetzt normal ist oder nicht, kann ich abnorme Zustände selbst provozieren.«

Der letzte Teil der Therapie dient schließlich der Rückfallprophylaxe. Genauso, wie sich Muskeln ohne dauerhaftes Training wieder zurückentwickeln, kann auch funktionales Verhalten ohne andauernde Anwendung nach und nach wieder verlernt werden und so Platz machen für altbekanntes Problemverhalten. Dieses Risiko ist gerade in Stresssituationen sehr hoch. Damit die Patienten auch in belastenden Situationen klarkommen, »packen« sie gemeinsam mit ihrem Therapeuten einen »Notfallkoffer«, der eine Zusammenfassung der erarbeiteten Modelle und korrigierten Gedanken enthält. Sie üben ein Entspannungsverfahren und Selbstverstärkung ein und erarbeiten Strategien zum Umgang mit Rückfällen.

## Messbarer Erfolg

So wie Herr B. sind inzwischen etwa 1400 Patienten von mehr als 120 Therapeuten erfolgreich in unserer Verhaltenstherapie-Ambulanz behandelt worden. Dabei sind die Angststörungen, zu denen auch die beschriebene Panikstörung gehört, mit 28,6 Prozent die häufigsten behandelten Störungen, gefolgt von den affektiven Störungen (beispielsweise Depressionen, 21 Prozent) und den Persönlichkeitsstörungen (6 Prozent). Zur Qualitätssicherung durchläuft jede in der Verhaltenstherapie-Ambulanz durchgeführte Therapie einen standardisierten Evaluationsprozess, in dem der Erfolg überprüft wird. Zu diesem Zweck wird mit den Patienten zum Ende der Therapie eine Abschlussdiagnostik erstellt, bei der unter anderem überprüft wird, wie stark die erreichte Verbesserung ausfällt. Dabei ergibt sich für die bislang abgeschlossenen Therapien, dass sich bei 47 Prozent der Behandelten die Symptomatik verbessert und bei 32 Prozent stark verbessert hat. Dies spiegelt sich auch in einer signifikanten Verbesserung der allgemeinen Symptombelastung wider.

Um die Qualitätskontrolle noch weiter zu verbessern, wurde erst kürzlich eine so genannte Katamneseunter-

suchung in der Verhaltenstherapie-Ambulanz eingeführt. Dabei erhalten die Patienten ein halbes Jahr nach Abschluss der Therapie nochmals Fragebögen zugeschickt. Ziel ist es, die Stabilität und Langzeitwirkung der Therapieerfolge zu erheben und zu überprüfen, inwieweit die individuellen Therapieziele erreicht wurden. Hierzu liegen jedoch noch keine aussagekräftigen Daten vor. Ebenfalls der Qualitätskontrolle und -sicherung dienen die parallel zur Therapie stattfindenden Ambulanzkonferenzen und Supervision sowie die kontinuierliche Weiterbildung der Therapeuten.

## Forschen für die Praxis

Schwerpunkte der Forschung in der Verhaltenstherapie-Ambulanz sind Soziale Phobien, Depression und Psychotherapeutische Basiskompetenzen. Hierzu liefern und laufen zahlreiche von der Deutschen Forschungsgemeinschaft oder dem Bundesministerium für Bildung und Forschung geförderte Forschungsprojekte. Diese sind zum Teil multizentrisch und mit internationalen Kooperationen, beispielsweise mit Universitäten in London, Bologna, Cambridge, Texas und Providence (Rhode Island). Sie konzentrieren sich dabei auf solche Faktoren, die bei der Entstehung und Behandlung psychischer Störungen eine Rolle spielen. Aus experimenteller und klinischer Forschung sowie Interviews werden Therapieansätze entwickelt, die zunächst in Pilottherapien erprobt und dann in Therapieprojekten evaluiert werden, bevor sie schließlich in die Routineangebote nicht allein der Verhaltenstherapie-Ambulanz, sondern auch anderer Einrichtungen eingehen. Nicht nur durch diese Projekte ergeben sich zahlreiche Möglichkeiten zu Praktika, Diplom- und Doktorarbeiten, was wiederum die Schnittstelle von Lehre und Forschung unterstützt.

Somit trägt die Verhaltenstherapie-Ambulanz unmittelbar, nachhaltig und auf vielfältige Weise auf den Gebieten der Forschung, Lehre, Ausbildung und nicht zuletzt der psychotherapeutischen Behandlung von Patienten dazu bei, die Versorgung im Bereich psychischer Erkrankungen zu verbessern und neue Konzepte zu entwickeln, zu überprüfen, der Bevölkerung zugänglich zu machen, in der Behandlung zu etablieren und stetig weiterzuentwickeln. ♦

**Literatur**  
/1/ Wittchen, H.-U. & Jacobi, F. (2006), Psychische Störungen in Deutschland und der EU – Größenordnung und Belastung, Verhaltenstherapie & Psychosoziale Praxis, 38 (1), S. 189–192.

/2/ BKK-Gesundheitsreport 2006, »Demografischer und wirtschaftlicher Wandel – gesundheitliche Folgen«, www.bkk.de

/3/ Strotzka, H. (1978), Was ist Psychotherapie? In H. Strotzka (Hrsg.), Psychotherapie: Grundlagen, Verfahren, Indikation (S. 3–6), München: Urban & Schwarzenberg.

## Die Autoren



**Matthias Kuhl**, 32, studierte Psychologie an der Universität Frankfurt. Während seines Studiums war er in den Bereichen Allgemeine Psychologie, Arbeits- und Organisationspsychologie und schließlich Klinische Psychologie beschäftigt. Seit 1999 ist der Diplom-Psychologe Mitarbeiter der Verhaltenstherapie-Ambulanz und dort vor allem für die Bereiche Ambulanzorganisation, Quar-

talsabrechnung und die Einarbeitung neuer Therapeuten zuständig. Daneben ist er aktuell Teilnehmer des Ausbildungsprogramms Psychologische Psychotherapie der Universität Frankfurt und tätig als teilapprobierter Ambulanztherapeut, Doktorand in einem von der DFG geförderten Projekt zur Sozialen Phobie sowie Dozent für die Ausbildung Psychologischer Psychotherapeuten. E-Mail: kuhlmatthias@t-online.de



**Dr. Alexander Noyon**, 39, studierte Psychologie an der Universität Saarbrücken. Im Anschluss an das Studium arbeitete er einige Jahre in neurologischen und psychiatrischen Kliniken und absolvierte Ausbildungen in Verhaltenstherapie sowie Logotherapie/ Existenzanalyse. Die letzten elf Jahre war er beschäftigt an der Universität Frankfurt und wirkte in den Bereichen Forschung und Lehre der Abteilung Klinische Psychologie und Psychotherapie. Daneben ist er als Dozent und Supervisor aktiv an der Ausbildung von Diplom-Psychologen zu Psychologischen

Psychotherapeuten beteiligt. Seit März 2006 leitet er die Verhaltenstherapie-Ambulanz der Goethe-Universität.  
E-Mail: Noyon@psych.uni-frankfurt.de

Homepage der Ambulanz:  
<http://www.psychotherapie-ambulanz-frankfurt.de>