



Hoffmann • Hofmann

3. Auflage

Expositionen bei Ängsten und Zwängen

BELTZ

Leseprobe aus: Hoffmann, Hofmann, Expositionen bei Ängsten und Zwängen, ISBN 978-3-621-27950-5

© 2012 Beltz Verlag, Weinheim Basel

<http://www.beltz.de/de/nc/verlagsgruppe-beltz/gesamtprogramm.html?isbn=978-3-621-27950-5>

2 Angsterkrankungen: Allgemeiner Teil

2.1 Geschichte der Therapie bei Ängsten

Ausbau der experimentellen Psychologie. Die Angst galt seit jeher vielen Autoren, die sich mit psychischen Störungen befasst haben, als das Achsensyndrom, als die basale Grundstörung, die vielen höchst unterschiedlichen Krankheitsbildern zugrunde liegt. In der Psychologie hingegen ist die Beschäftigung mit dem Phänomen relativ neu. Erst ab den 1930er-Jahren begann man, sich vermehrt mit Konzepten wie Angst, Aggression, Frustration, Schuldgefühlen usw. zu beschäftigen. Seit dieser Zeit wurde der Anspruch erhoben, die experimentelle Psychologie zu einer »allgemeinen Wissenschaft des menschlichen Verhaltens« (Dollard & Miller, 1950) auszubauen. Sollte die Lernpsychologie zum Rahmen für eine systematische Untersuchung der Persönlichkeit werden, so wurde die Bearbeitung »sekundärer Motive« wie Angst vorrangig. Nur in dem Maße, in dem es gelang, solche Motive in die Theorienbildung miteinzubeziehen, erschien die Entwicklung einer »Verhaltenstheorie«, die der Komplexität menschlicher Gegebenheiten Rechnung trägt, überhaupt möglich.

Verhaltenstheorie und Psychoanalyse. Das musste zwangsläufig zu einer Auseinandersetzung mit den psychoanalytischen Lehren führen, denn diese stellten die erste systematische, von empirischen Beobachtungen ausgehende Behandlung der Themen dar, die auch in der Psychologie in den Mittelpunkt des Interesses zu rücken begannen. Überdies führte diese Entwicklung zu einem zunehmenden Interesse an der psychotherapeutischen Situation. Intensive Fallstudien an Menschen in Krisensituationen schienen der beste Weg zum Verständnis grundlegender Reaktionen wie Angst zu sein, und viele sahen in der Psychotherapie die geeignetste Gelegenheit zum Studium menschlichen Verhaltens.

Bei den Versuchen einer Synthese zwischen Psychoanalyse und Lerntheorien wurden im Großen und Ganzen die psychoanalytischen Erklärungsmodelle und die darauf gegründeten Vorstellungen über Therapie unverändert übernommen.

Experimentelle Neurosenforschung. Aus einer anderen Richtung, der sogenannten experimentellen Neurosenforschung, sollten radikal neue Ätiologie-Modelle für viele psychische Störungen mit weitreichenden therapeutischen Implikationen entstehen. Seit Pawlows erster Beschreibung chronischer patholo-

gischer Zustände, die durch äußere Stimulation bei seinen Versuchstieren hervorgerufen wurden, ist das Interesse an diesen Phänomenen ständig wach geblieben.

Den größten Einfluss auf die Entwicklung späterer verhaltenstherapeutischer Methoden hatten die Arbeiten Massermans (1943). Neben der Erzeugung pathologischer Phänomene bei seinen Versuchstieren galt sein besonderes Interesse auch der Eliminierung des »neurotischen« Verhaltens. Dazu versuchte er unter anderem, seine Katzen in Gegenwart der Angstsignale durch Streicheln zu beruhigen und ihnen furchtlose Tiere als Modelle für Fressreaktionen vorzusetzen.

Entwicklung von Therapiemaßnahmen

Die Arbeiten Massermans zur Erzeugung und Beseitigung experimenteller Neurosen lieferten anderen Forschern Anregungen für die von ihm beschriebenen Trainingsmaßnahmen. Wolpe (1958) führte eine Reihe von Experimenten über die künstliche Induktion neurotischer Störungen bei Katzen durch. Er kam zu dem Schluss, dass der beste Weg zur Behandlung der neurotisierten Tiere ein schrittweiser Dekonditionierungsprozess war, in dem unangepasste Reaktionen durch Überlagerung durch eine antagonistische Reaktion gehemmt werden. So begann Wolpe damit, die Katzen in einer Umgebung zu füttern, die deutlich von der ursprünglich traumatischen Situation verschieden war. Er ging dann schrittweise durch eine Reihe sorgfältig arrangierter Stufen zu Situationen über, die der ursprünglich Angst auslösenden Situation immer ähnlicher wurden. Auf die Art konnte er die neurotischen Reaktionen der Tiere überwinden und sie zu einem normalen furchtlosen Verhalten zurückführen.

Systematische Desensibilisierung. Wolpe war von vornherein klar, dass Essreaktionen bei der Behandlung erwachsener Menschen weder angemessen noch wirksam sein würden. Jacobson (1938) hatte den Gebrauch von Entspannungsreaktionen bei der Behandlung der verschiedensten neurotischen Störungen vorgeschlagen. Auch Wolpe setzte nun Entspannung als inkompatible Reaktion zur Dämpfung phobischen Verhaltens ein. Zuerst versuchte er, seine Patienten in Anwesenheit des Angst auslösenden Objekts oder der Situation zu entspannen (In-vivo-Desensibilisierung). Diese Methode war jedoch zu mühsam und zu unpraktisch. So begann er, die Angst erzeugenden Stimuli in der Vorstellung hervorzurufen, und fand, dass diese Vorstellungen einen wirksamen Ersatz für reale Objekte oder Situationen darstellten (In-sensu-Desensibilisierung).

Wolpe benutzte sein Prinzip der reziproken Hemmung auch, um eine Reihe anderer Verfahren daraus abzuleiten wie Selbstsicherheitstraining und Sexualtherapie. In den 1960er-Jahren war die Situation im Bereich der verhaltenstherapeutischen Theorienbildung und Praxis recht einfach und überschaubar. Nicht wenige gingen davon aus, dass durch den Gebrauch dieser Methoden zentrale

Probleme der Beeinflussung psychopathologischer Zustände eine befriedigende Lösung gefunden hätten.

Kognitive Wende. Doch gleichzeitig wurden auch die ersten Kritiken laut. So behaupteten Breger und McGaugh (1965), dass das klassische Konditionierungsmodell, das die Verhaltenstherapeuten sowohl zur Erklärung der Genese von Störungen als auch als Grundlage ihrer Therapie in Anspruch nahmen, für beide Zwecke ungeeignet sei. Sie verlangten eine Neufassung des Neurosebegriffs und eine Analyse der Wirkungsweise von Therapieverfahren im Rahmen des Begriffssystems einer kognitiven Lerntheorie. So kam es zu einer Art »kognitiven Wende«, die einen zunehmenden Einfluss auf das Denken der führenden Theoretiker ausübte und die Jahre später zu einer Reihe von Verfahren führte, die man unter der Bezeichnung »Kognitive Therapie« zusammengefasst hat.

In-vivo-Exposition. Bei der Behandlung von Ängsten aber galt damals nach wie vor die systematische Desensibilisierung in der Vorstellung als das Verfahren der Wahl, doch auch hier bahnten sich bald entscheidende Veränderungen an. Vor allem Marks (1981) und seine Mitarbeiter stellten Folgendes fest: Probanden, die zwischen den einzelnen Desensibilisierungssitzungen vermehrt in vivo übten (spontan oder aufgrund von Hausaufgaben), machten größere Fortschritte als solche, die das nicht taten. Dadurch konnte die notwendige Therapiezeit deutlich reduziert werden. So rückte der systematische Einsatz von In-vivo-Expositionen bei komplexen Angstzuständen bald in den Vordergrund des Interesses.

Von der Angstreduktion zur Verhaltensänderung. Der Schwerpunkt verhaltenstherapeutischer Interventionen verlagerte sich: Bislang hatte man versucht, die Ängste zu reduzieren, um eine Veränderung des phobischen Verhaltens zu bewirken. Nun ging man dazu über, in Expositionssituationen die Patienten dazu zu bewegen, ihr Verhalten zu ändern, d. h., die Vermeidung aufzugeben und sich »normal« zu verhalten. Davon versprach man sich dann anschließend eine allmähliche Eliminierung der Ängste über Lösungsprozesse.

In den 1980er-Jahren begann man, anderen Formen der Angststörung vermehrt Aufmerksamkeit zu widmen. Man beschäftigte sich systematisch mit sozialen Phobien, Panikerkrankungen, generalisierten Angststörungen und Stressreaktionen.

Trotz einiger interessanter Weiterentwicklungen in der Theorienbildung, z. B. die »Einbindung der Selbstwirksamkeit« (Bandura, 1977) und die »affektive Therapie« von Barlow (1988), gilt in der verhaltenstherapeutischen Routinepraxis die In-vivo-Exposition besonders in Kombination mit kognitionszentrierten Verfahren als der Ansatz der Wahl.

2.2 Allgemeine Struktur von Angsterkrankungen

Definition

Angst ist ein Gefühl unangenehmer Beunruhigung und angespannter Erwartung eines bedrohlichen Ereignisses. Sie lässt sich in drei Hauptkomponenten unterteilen:

- (1) den Gedanken, bedroht zu sein,
- (2) damit einhergehende physiologische Veränderungen und
- (3) Tendenzen, aus der bedrohlichen Situation zu fliehen oder diese zu vermeiden.

Bei Angsterkrankungen haben wir es mit einer generellen übertriebenen Angst oder mit einer übertriebenen Angst vor bestimmten Objekten, Personen oder Situationen zu tun, wobei diese dem allgemeinen Verständnis nach nicht als wirklich gefährlich anzusehen sind. In einem solchen Falle wird eine Bedrohung von außen vermutet. Die Bedrohung kann aber auch erlebt werden als »von innen« kommend, z. B. vom eigenen Körper oder der eigenen Psyche.

Zwei Seiten der Störung

Es gibt zwei Seiten der Angststörung, die Bedrohungsseite und die Abwehrseite. Sie sind nachfolgend detailliert beschrieben.

Tabelle 2.1 Zwei Seiten der Angststörung

Bedrohungsseite	Abwehrseite
Gefühle <ul style="list-style-type: none">▶ Angst, Unsicherheit, existenzielle Angst, Panik▶ Hilflosigkeit, Ohnmächtigkeit, Ratlosigkeit▶ man fühlt sich der Angst ausgeliefert, dadurch wird die Angst verstärkt (Angst vor der Angst)▶ zunehmende Sensibilität und Schreckhaftigkeit bei Angstreizen▶ Gefühl der Andersartigkeit, der Peinlichkeit oder Scham▶ bei sehr hoher Lebenseinschränkung und Hilflosigkeit: depressive Verstimmung	passive Vermeidung <ul style="list-style-type: none">▶ potenziell »gefährliche Situationen« werden nicht mehr aufgesucht▶ zunehmende Erstarrung, Passivität, Lähmung, Blockierung des Denkens und Verhaltens beim Auftreten von Angst (sich »tot« stellen, nicht ganz da sein) aktive Vermeidung <ul style="list-style-type: none">▶ sofort fliehen▶ Hilfe suchen/anfordern▶ Fixiertsein auf ein ständiges anstrengendes »Abchecken« (Körper, Umgebung) nach möglichen Gefahren

Bedrohungsseite	Abwehrseite
<p>Wahrnehmung</p> <ul style="list-style-type: none">▶ ständig erhöhte Daueraufmerksamkeit▶ höhere Fokussierung auf Gefahrenreize, ständiges Abtasten nach möglichen Gefahrensignalen in der Umwelt (bei äußerer Bedrohung, z. B. soziale oder Höhenphobie) und im Selbst (bei Bedrohung von innen, etwa bei Panik)▶ röhrenförmige Wahrnehmung, hektische Blickbewegungen▶ Fehlwahrnehmungen: z. B. wird ein Fleck als Spinne gesehen (Insektenphobie); Brücken werden als extrem hoch und lang wahrgenommen (Höhenphobie) <p>Denken</p> <ul style="list-style-type: none">▶ katastrophisierendes Denken («Oh Gott, nicht schon wieder!«, «Muss das jetzt sein?«, «Jetzt geht es wieder los!«, «Ich halte das nicht aus.»)▶ Angstsymptome, besonders körperliche, werden für »gefährlich« und unerträglich gehalten▶ Suche nach Sicherheitssignalen, eindimensionale Betrachtung der Welt: Einteilen der Welt bloß nach Gefahrensignalen versus Sicherheitssignalen▶ es gelingt nicht mehr, eine Vogelperspektive einzunehmen (sogenannte höhere, metakognitive Steuerungsebene), um von dort aus die Angstobjekte realistischer wahrzunehmen, ihre Bedrohlich-	<ul style="list-style-type: none">▶ Anhäufen von Sicherheit gebenden Faktoren (nicht mehr allein sein, Medikamente immer bei sich tragen usw.)

Bedrohungsseite	Abwehrseite
keit klar zu hinterfragen, um die Angst wirklich bewältigen zu können ▶ ggf. Selbstabwertung, Selbstwürfe, die das Gefühl von Ausgeliefertsein und Angst noch verstärken	

Pathologische Angst als Relikt einer Überlebensstrategie

Aus der Aufzählung ist ein hervorstechendes Merkmal zu erkennen: die Gefühle, die Wahrnehmung, das Denken und das Verhalten des Menschen sind beim Auftreten von stärkeren Ängsten sehr eingeschränkt. Ängste blockieren ab einer bestimmten Intensität unsere kognitiven Funktionen. Diese sind nicht mehr flexibel genug, um die Hintergründe der Angst wirkungsvoll zu analysieren und sie dadurch eventuell bewältigen zu können. Stattdessen werden uralte Angst-Instinktmuster automatisch reaktiviert und erweisen sich als stärker als der Versuch zu denken. Es kommt zu einer erhöhten Anspannung, verbunden mit Lähmung (Totstellreflex) oder mit Flucht bzw. Angriff.

Sinnvolle Ängste in der Frühzeit. Bestimmte Formen von Angst sind in der frühen Menschheitsgeschichte sehr sinnvoll gewesen und deshalb in unserem Erbgedächtnis verankert: Tauchte ein gefährlich erscheinendes Tier auf, so war es überlebensnotwendig, sofort zu fliehen oder sich zu verstecken (Tierphobie). In Höhlen konnten gefährliche Tiere hausen, und auch auf weiten Feldern wurde man leicht zum Opfer (Agoraphobie). Das Analysieren und Denken vor der Flucht (»Ist es wirklich gefährlich?«) hätte zu viel Zeit verbraucht und eine Flucht möglicherweise vereitelt. Dadurch wäre das Überleben unsicherer geworden.

Heute: Dysfunktionale Angst. Dieser Sicherheitsmechanismus funktioniert immer noch. Doch in den meisten Fällen, bei denen wir es mit einer Angstreaktion zu tun haben, ist es von Vorteil, das Denken einzuschalten, um die Situation genauer zu analysieren und eventuelle Gefahrensignale auf ihren realen Hintergrund zu untersuchen. Das genau tun Angstpatienten nicht.

Sie bleiben starr fokussiert auf angebliche Anzeichen von Gefahr. Mit starrem Blick tasten sie vermeintlich Gefährliches ab, fixieren es (die Intensität der Angst ist mit einiger Erfahrung an den Augen leicht abzulesen). Die Orientierungsfähigkeit ist gemindert, das Blickfeld eingeengt und die Wahrnehmung oft verzerrt. Da aber ohne eine gute, flexible Orientierung kein gutes, flexibles Denken und Prüfen möglich ist, bleiben die Patienten in der »Orientierungsphase« stecken. Zu welchen »Lösungen« sie auf die Art gelangen, wird im Nachfolgenden beschrieben.

Unterteilung in eine Sicherheit gebende und eine Gefahrenwelt

Diese rigide Unterteilung ist die Folge einer extrem reduzierten Orientierungs- und Analysefähigkeit. Stattdessen gilt eine einfache Regel: Die Anwesenheit von Sicherheitssignalen reduziert die Angst, ihr Fehlen kann sie auslösen.

Tabelle 2.2 Die Unterteilung der Welt bei Angstpatienten

Gefahrenwelt, die unbedingt zu vermeiden ist	Sicherheit gebende Welt, die die Patienten aufsuchen und an der sie sich »festkrallen«
<ul style="list-style-type: none">▶ z. B. bei Panik und Agoraphobie: der eigene Körper in einer fremden, unvertrauten Umgebung, wo »Hilfe fern ist« ▶ als besonders prekär erlebte Situationen wie in der Höhe, im Dunkeln sein oder Eingeschlossensein führen zur Vermeidung von alltäglichen Orten wie Verkehrsmittel, volle Räume, hohe Gebäude usw. ▶ z. B. bei Insektenphobien: Wald, Wiesen, Garten, Bänke ▶ z. B. bei sozialen Phobien: viele Menschen, im Blickfeld von »Ranghohen« sein usw.	<ul style="list-style-type: none">▶ das eigene Zuhause▶ Ärztehaus, Klinik in der Nähe▶ Anwesenheit von Vertrauenspersonen (Ehefrau, Kind)▶ etwas zum Festhalten (Mauer, Stock, Fahrrad oder das Beisichtragen von Beruhigungsmitteln, Handy usw.) ▶ die Kenntnis und die leichte Erreichbarkeit von Fluchtwegen ▶ zu Hause mit geschlossenen Fenstern leben▶ die Gegenwart von Personen, die für die Entfernung der Insekten sorgen▶ die Verborgenheit aufsuchen, sich körperlich wenig exponieren und v. a. nicht »gesehen werden«

Eigene Bedürfnisse werden vernachlässigt. Es fehlt zunehmend eine allgemeine Orientierung in der Welt nach den eigenen Bedürfnissen (»Was gefällt mir, was könnte ich hier tun?«). Im Vordergrund des Erlebens steht die angstgetriebene Einteilung (Angst gegeben oder nicht gegeben). Dadurch fällt zwangsläufig der Blick zuerst auf die fragwürdigen oder negativen Seiten der Welt, bevor er frei wird für deren Anreizmomente. Das wirkt mit der Zeit antriebsreduzierend

(»Wozu soll ich mich noch nach außen wenden, da ja doch alles voller Risiken ist und ich wenig Schönes finde?«) und deprimierend (»Es ist alles so trostlos«).

Statt Subjekt zu sein, wird der Mensch zum Objekt

Je weniger die Funktionen des logischen Denkens zum Tragen kommen, umso mehr erlebt der Patient eine assoziative Ausbreitung von Angstphantasien und damit eine Ausdehnung der Gefahrenwelt. Das hängt damit zusammen, dass Ängste die Tendenz haben zu generalisieren, d. h., sie dehnen sich auf verschiedene Situationen aus. Wenn der Mensch nicht mehr in der Lage ist, durch den Einsatz seiner Diskriminationsfähigkeiten klare Urteile zu fällen, um zu unterscheiden, so liegt eine gewisse Logik darin, dass im Zweifelsfall eine Situation eher unter die gefährlichen eingeordnet wird. Auf diese Weise wird die Sicherheit gebende Welt immer kleiner.

So ist eine Entwicklung in Gang gesetzt, die in einer sehr negativen, einschränkenden Richtung fortschreitet: Die Angstphantasien (die innere Gefahrenwelt) werden immer mehr assoziativ ausgeweitet, frühere Sicherheitssignale werden infrage gestellt und helfen dann nicht mehr, inneren Halt, Ruhe und Sicherheit herzustellen. Anstatt einer realistischen gedächtnismäßigen Repräsentation der Wirklichkeit sind nun die Angstphantasien die »Brille«, durch die man die Welt wahrnimmt. Die Angst zeigt sich also in der Wahrnehmung und verzerrt sie. So werden z. B. Hunde von Hundephobikern »größer« gesehen, als sie in Wirklichkeit sind, Spinnen werden von Spinnenphobikern als »blitzschnell auf einen zulaufend« gesehen. Statt sich als ein steuerndes Subjekt zu erfahren, sieht sich der Mensch schließlich in einer diffusen, weitgehend unfassbaren »Phantasieangstwolke« gefangen.

2.3 Auswirkungen auf das Leben Betroffener

Denken und kognitive Funktionen. Dadurch, dass die Umwelt ständig übervorsichtig und angespannt nach Gefahrensignalen (eigener Körper, Insekten oder bei der sozialen Phobie bestimmte Anzeichen anderer Menschen) und nach Sicherheitssignalen abgetastet wird, ist kein lebendiges Leben im Hier und Jetzt möglich. Die Kapazität ist ausgeschöpft, ein Einlassen auf die wirkliche Welt mit ihren Anreizen und bedürfnisbefriedigenden Gegebenheiten ist immer weniger möglich. Abtasten und Suchen nehmen überhand, der Raum für Hingabe, Ruhe, Gelassenheit, Intuition und damit für positive Gefühle ist reduziert. Das führt in nicht wenigen Fällen zur depressiven Verstimmtheit.

Aktivitätsradius. Das Leben vollzieht sich in immer engeren Lebensräumen, der Aktionsradius wird immer eingeschränkter, zieht sich immer mehr zusammen.

Oft sind Freizeitaktivitäten wie Einladungen annehmen, Reisen etc. kaum mehr möglich. Auch im Berufsleben fühlen sich Betroffene sehr eingeschränkt: »Meine Arbeitsfähigkeit ist beeinträchtigt, ich kann mich wegen der drohenden Übelkeit nicht richtig konzentrieren«, »Es könnte jederzeit plötzlich etwas Schlimmes passieren, ich fühle mich plötzlich so beobachtet, fange an zu schwitzen« usw.

Selbstbild. Betroffene verstehen ihre Symptomatik kaum oder gar nicht. Sie haben Angst, aus der »Falle«, in die sie geraten sind, nicht mehr herauszukommen. Sie nehmen die körperlichen und psychischen Entgleisungen wie auch das Gefühl, »neben sich zu stehen«, als Indiz dafür, verrückt zu werden. Sie trauen sich immer weniger zu, begeben sich nicht selten in die soziale Isolation und nehmen den Herausforderungen des Lebens gegenüber eine Art Schonhaltung ein, die sie in ihren eigenen Augen fast zu »hoffnungslos Behinderten« werden lässt.

Beziehungen zu anderen Menschen. In den meisten Fällen geraten die Betroffenen in eine größere Abhängigkeit von der Außenwelt, die die notwendigen Sicherheitssignale enthalten muss, damit sie als zumutbar gilt. Vor allem entstehen auch Abhängigkeiten von bestimmten Personen, die eine Hilfsfunktion im Rahmen des Angstsystems einnehmen müssen und sich nicht selten starken negativen Sanktionen ausgesetzt sehen, wenn sie diese Rolle nicht adäquat ausführen oder gar verweigern. Bis zu einem gewissen Grad helfen sie am Anfang auch aus echter Anteilnahme, doch diese innere Haltung wird bald durch Überdross und Ärger abgelöst. Sie fühlen sich in ihren Lebensmöglichkeiten eingeschränkt, und es tauchen erste Trennungswünsche auf, die den Druck und die Angst bei den Betroffenen noch verstärken können.

2.4 Allgemeine Ziele in der Therapie von Angsterkrankungen

Schaffen einer Therapiemotivation. Der Patient soll durch

- ▶ Erarbeiten eines plausiblen Erklärungsmodells für die Störung, das auch Veränderungsmöglichkeiten aufzeigt,
- ▶ Herausarbeiten der Vorteile eines störungsfreien Lebens,
- ▶ das Angebot, bei den jeweiligen Therapieschritten je nach seinen Möglichkeiten mitzubestimmen,

zur Therapie motiviert werden.

Angsttoleranz erhöhen. Die verminderte Angsttoleranz soll erhöht werden, d. h., der Patient soll zunehmend bereiter werden, das Gefühl der Angst zuzulassen, ohne Vermeidung oder Flucht. Er soll immer wieder, so gut er schon dazu in der Lage ist, den Entschluss fassen: »Ich bin bereit, mich wirklich mit der Angst auseinanderzusetzen.«

Selbstbestimmung bewahren. Der Patient soll lernen, Selbstbestimmung und Selbstständigkeit trotz Angstevoziehung zu bewahren und eigene Ich-Funktionen wie sich zu orientieren, zu analysieren, vergleichen, Entscheidungen zu treffen usw. auszuüben. Er soll lernen, mit großer Bewusstheit in die Angstsituationen hineinzugehen und dabei ganz reflektiert zu bleiben.

Strukturierung des Wahrnehmungsraumes nach eigenen Bedürfnissen. Die Betroffenen lernen, dass die phobischen Situationen sich nicht nur aus einer inneren Ohnmachts- und Objekthaltung in eine bedrohliche, gefährliche Welt und in eine sichere Welt unterteilen lassen. Sie lassen sich bei einer aktiven Orientierung immer stärker von der Möglichkeit der Bedürfnisbefriedigung leiten (Was gefällt mir hier, was kann ich hier für mich tun?).

Erweiterung von Probierraum und Handlungsspielraum. Der Patient soll immer größere Bereitschaft entwickeln, mit der Wirklichkeit zu experimentieren und Dinge auszuprobieren, die er sich lange Zeit nicht mehr zugetraut hat.

Verstehen von Zusammenhängen. Der Patient soll lernen, den Zusammenhang zwischen seiner Angst und typischen Lebenssituationen (aus dem Familien- und Berufsleben) zu verstehen, um typische Angstauslöser zu identifizieren und evtl. abzubauen.