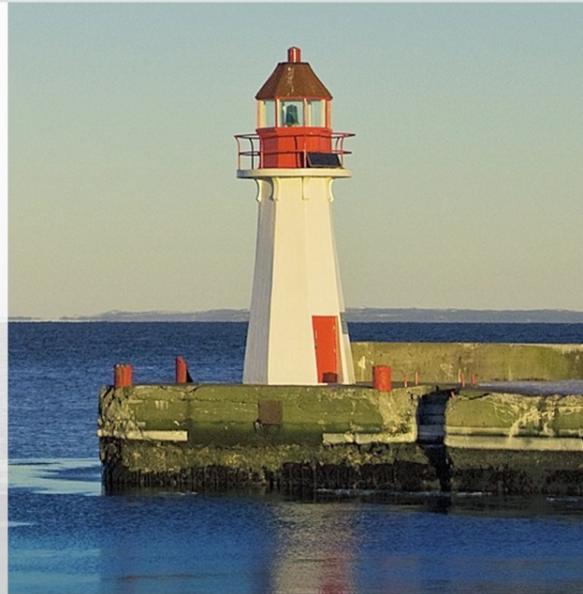


Margraf
Schneider

Lehrbuch der Verhaltens- therapie

3. Auflage

 Springer



Band 2

- Störungen im Erwachsenenalter
- Spezielle Indikationen
- Glossar

Jürgen Margraf, Silvia Schneider (Hrsg.)

Lehrbuch der Verhaltenstherapie

Band 2: Störungen im Erwachsenenalter – Spezielle Indikationen – Glossar

3., vollständig bearbeitete und erweiterte Auflage

Jürgen Margraf
Silvia Schneider (Hrsg.)

Lehrbuch der Verhaltenstherapie

**Band 2:
Störungen im Erwachsenenalter –
Spezielle Indikationen – Glossar**

3., vollständig bearbeitete und erweiterte Auflage

Mit 79 Abbildungen und 80 Tabellen

Prof. Dr. Jürgen Margraf

Klinische Psychologie und Psychotherapie
Fakultät für Psychologie der Universität Basel
Missionsstraße 60–62
4055 Basel, Schweiz

Prof. Dr. Silvia Schneider

Klinische Kinder- und Jugendpsychologie
Fakultät für Psychologie der Universität Basel
Missionsstraße 60–62
4055 Basel, Schweiz

ISBN 978-3-540-79542-1 Springer Medizin Verlag Heidelberg
Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek
Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie;
detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

Dieses Werk ist urheberrechtlich geschützt. Die dadurch begründeten Rechte, insbesondere die der Übersetzung, des Nachdrucks, des Vortrags, der Entnahme von Abbildungen und Tabellen, der Funksendung, der Mikroverfilmung oder der Vervielfältigung auf anderen Wegen und der Speicherung in Datenverarbeitungsanlagen, bleiben, auch bei nur auszugsweiser Verwertung, vorbehalten. Eine Vervielfältigung dieses Werkes oder von Teilen dieses Werkes ist auch im Einzelfall nur in den Grenzen der gesetzlichen Bestimmungen des Urheberrechtsgesetzes der Bundesrepublik Deutschland vom 9. September 1965 in der jeweils geltenden Fassung zulässig. Sie ist grundsätzlich vergütungspflichtig. Zuwiderhandlungen unterliegen den Strafbestimmungen des Urheberrechtsgesetzes.

Springer Medizin Verlag

springer.de
© Springer Medizin Verlag Heidelberg 2009

Die Wiedergabe von Gebrauchsnamen, Handelsnamen, Warenbezeichnungen usw. in diesem Werk berechtigt auch ohne besondere Kennzeichnung nicht zu der Annahme, dass solche Namen im Sinne der Warenzeichen- und Markenschutz-Gesetzgebung als frei zu betrachten wären und daher von jedermann benutzt werden dürften.

Produkthaftung: Für Angaben über Dosierungsanweisungen und Applikationsformen kann vom Verlag keine Gewähr übernommen werden. Derartige Angaben müssen vom jeweiligen Anwender im Einzelfall anhand anderer Literaturstellen auf ihre Richtigkeit überprüft werden.

Planung: Renate Scheddin
Projektmanagement: Renate Schulz
Lektorat: Christine Bier, Nußloch; Annette Allée, Dinslaken
Layout und Einbandgestaltung: deblik Berlin
Satz: Fotosatz-Service Köhler GmbH, Würzburg

SPIN: 10998908

Gedruckt auf säurefreiem Papier 2126 – 5 4 3 2 1 0

Vorwort

Warum Lehrbuch, warum Neuauflage?

Die Verhaltenstherapie befindet sich in ständiger Weiterentwicklung. Während sich Anfang der 1960er Jahre noch mancher fragte, ob denn überhaupt genügend Substanz für eigene Zeitschriften oder Handbücher vorhanden sei, ist heute die Informationsflut kaum noch zu übersehen. Mittlerweile ist die Verhaltenstherapie die am besten abgesicherte Form von Psychotherapie, bei vielen Störungen ist sie die Methode der Wahl. Dennoch sind Patienten, Fachleute und Administrationen unzureichend informiert und wird kompetente Verhaltenstherapie nach wie vor zu selten angeboten. Mit seinen ersten beiden Auflagen 1996 und 2000 hatte sich das Lehrbuch der Verhaltenstherapie die Aufgabe gestellt, die wachsende Bedeutung der Verhaltenstherapie in Versorgung, Ausbildung und Forschung adäquat abzubilden. Zusammen mit den Autoren freuen sich die Herausgeber sehr, dass Umfragen bei Universitäten, Ausbildungsinstituten und klinischen Einrichtungen zeigen, dass das Lehrbuch nicht nur nahezu flächendeckend in Lehre und Psychotherapie-Ausbildung eingesetzt wird, sondern auch in der klinischen Praxis weit verbreitet ist.

Die anhaltende Weiterentwicklung macht nun eine neue Auflage des Lehrbuches notwendig. Diese soll sicherstellen, dass die Verhaltenstherapie umfassend und auf dem neuesten Wissensstand dargestellt wird. Dabei werden erneut Grundlagen, Forschung, Praxis und Rahmenbedingungen behandelt. Besondere Aufmerksamkeit gilt der praxisrelevanten Darstellung des konkreten therapeutischen Vorgehens sowie der Verankerung der Therapieverfahren in der klinischen Grundlagenforschung. Daneben soll erstmals explizit auch die Verhaltenstherapie bei Störungen des Kindes- und Jugendalters in einem eigenen Band behandelt werden. Aus diesem Grund fungiert auch Silvia Schneider, Professorin für Klinische Kinder- und Jugendpsychologie an der Universität Basel, als Herausgeberin. Darüber hinaus werden in einem künftigen vierten Band zu den Themen der ersten drei Bände die notwendigen konkreten Werkzeuge (z. B. Anschauungsmaterial, Fragebogen, Patientenmerkblätter) für den alltäglichen therapeutischen Gebrauch kompakt zur Verfügung gestellt. Insgesamt geht die Neuauflage deutlich über eine bloße Aktualisierung hinaus. Sie stellt eine wesentliche Erweiterung dar, die notwendig ist, um dem faszinierenden Gebiet der Verhaltenstherapie und ihren Grundlagen gerecht zu werden.

Warum der Begriff »Verhaltenstherapie«?

Die meisten Psychotherapeuten betrachten sich als Eklektiker, und der Wunsch nach einer Überwindung des Schulenstreites und dem Aufbau einer »allgemeinen Psychotherapie« ist weit verbreitet. Warum also nicht ein Lehrbuch der allgemeinen Psychotherapie? Aussagen zu einer allgemeinen Psychotherapie können leicht auf einem so hohen Abstraktionsniveau liegen, dass sie kaum noch konkrete Inhalte aufweisen. Zudem erscheint es uns nicht sinnvoll, eine nur oberflächliche Gemeinsamkeit vorzugeben. Ob die breite psychotherapeutische Grundorientierung, die die Verhaltenstherapie heute ist, einmal mit anderen Ansätzen zu einer »allgemeinen Psychotherapie« zusammenwachsen wird, ist nicht absehbar. Fraglich ist auch, ob der Psychotherapie anders als anderen Wissenschaften jemals der große Wurf einer »allgemeinen« Theorie gelingen kann (man denke nur an die Physik). Zum gegenwärtigen Zeitpunkt sind die psychotherapeutischen Grundorientierungen jedenfalls zu unterschiedlich, als dass sie problemlos zusammengeführt werden könnten. Darüber hinaus sind Konkurrenz und gegenseitige Kritik ein wichtiger Entwicklungsantrieb, wie nicht zuletzt die Geschichte der Verhaltenstherapie zeigt.

Als genuin psychologischer Heilkundeansatz könnte die Verhaltenstherapie mit besonderem Recht als psychologische Behandlung oder (in der Sprache des deutschen Psychotherapeutengesetzes) als psychologische Psychotherapie bezeichnet werden. Andererseits hat sich Verhaltenstherapie als Begriff eingebürgert, ist quasi ein »Markenbegriff« geworden, unter dem sich immer mehr Menschen etwas vorstellen können. Der Begriff und die ihm innewohnende Tradition sollten daher nicht leichtfertig aufgegeben werden. Auch eine genauere Festlegung einer bestimmten Ausrichtung (z. B. »kognitive Verhaltenstherapie«) erscheint uns für ein umfassendes Lehrbuch wenig sinnvoll. Verhaltenstherapeutische und kognitive Verfahren sind Teile einer gemeinsamen Grundströmung, deren wichtigste gemeinsame Klammer die Fundierung in der empirischen Psy-

chologie ist. Folgerichtig wird in Studium und postgradualen Ausbildungsgängen zwischen kognitiven und verhaltensorientierten Methoden nicht stärker unterschieden als innerhalb der Gruppe der kognitiven und oder der verhaltensorientierten Verfahren. Deshalb wird im vorliegenden Lehrbuch darauf verzichtet, eine neuere oder »modernere« Form begrifflich abzugrenzen. Allerdings muss die Auffassung von Verhaltenstherapie, die dem Lehrbuch zugrunde liegt, explizit kenntlich gemacht werden. Dies geschieht ausführlich in dem einleitenden Kapitel von Band 1 »Hintergründe und Entwicklung«.

Warum in dieser Form?

Die Differenziertheit der Verhaltenstherapie stellt hohe theoretische und praktische Ansprüche an diejenigen, die sie ausüben. Ihre kompetente Anwendung setzt daher eine fundierte Ausbildung voraus. Diese muss nicht nur Grundlagenwissen aus der Psychologie und ihren Nachbardisziplinen, sondern auch klinisch-psychologisches Störungs- und Veränderungswissen sowie hinreichend konkrete Anwendungsfertigkeiten vermitteln. Wenngleich kein Lehrbuch alle diese Punkte umfassend abdecken kann, so wird doch die Aufbereitung des Wissensstandes in einem praxisorientierten Rahmen einen Beitrag zur besseren Verfügbarkeit leisten, so dass mehr Menschen von den in der verhaltenstherapeutischen Forschung erzielten Fortschritten profitieren können.

Da die Verhaltenstherapie heute von keinem Einzelnen mehr im Detail überblickt werden kann, wurde eine Gruppe von Experten aus dem deutschsprachigen und internationalen Raum als Autoren gewonnen. Die der großen Autorenzahl innewohnende Vielfalt kann eine Stärke, aber auch ein Problem darstellen. Durch Vorgabe gemeinsamer Richtlinien und intensive Bearbeitung haben Herausgeber und Verlag versucht zu erreichen, dass sich vor allem die positiven Seiten der Vielfalt auswirken. Der beachtliche Umfang des demnächst vierbändigen Lehrbuches geht dabei sowohl auf die große Differenziertheit der Verhaltenstherapie als auch auf den Wunsch zurück, die Beiträge hinreichend konkret für die praktische Umsetzung zu gestalten. Auch wenn dies manchmal schwerer als erwartet war, hoffen wir doch, dass wir uns unserem Anspruch angenähert haben.

Der neue Band zu Kindern und Jugendlichen trägt der Bedeutung dieses vernachlässigten Gebietes für das Gesundheitswesen Rechnung. Dies wird nicht zuletzt durch neue Forschungsbeobachtungen aus Epidemiologie und Risikoforschung unterstrichen: Demnach sind psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters ähnlich häufig wie die des Erwachsenenalters und zudem wichtige Risikofaktoren für das Auftreten psychischer Störungen des Erwachsenenalters. Gleichzeitig hat es in den letzten Jahren eine erfolgreiche Weiterentwicklung in der Verhaltenstherapie mit Kindern und Jugendlichen gegeben. Ziel des neuen Bandes ist es daher, das Wissen um die moderne verhaltenstherapeutische Behandlung im Kindes- und Jugendalter einer breiten Leserschaft zugänglich zu machen.

Die im künftigen Band 4 geplante kompakte Zusammenstellung der konkreten Arbeitswerkzeuge für den alltäglichen psychotherapeutischen Gebrauch ist im deutschsprachigen Raum vollkommen neu. Bisher bieten Fachbücher höchstens Materialien zu einigen wenigen Störungsbildern, so dass für den Praktiker umfassende Buchsammlungen notwendig sind, um die wichtigsten Themen abzudecken. Außerdem sind Materialien zu einer Störung oft nicht umfassend, sondern beinhalten nur einzelne der benötigten Kategorien: Fragebogen, Anschauungsmaterial oder Patientenmerkblätter etc. Daneben müssen sich die Praktiker oftmals benötigte störungsübergreifende Materialien aus unterschiedlichen Quellen zusammensuchen. Im vierten Band des Lehrbuchs für Verhaltenstherapie, der im Moment in Vorbereitung ist, sollen deshalb überwiegend von den Autoren der ersten drei Bände störungsspezifische und störungsübergreifende Materialien für die psychotherapeutische Praxis vorgestellt werden (z. B. Anschauungsmaterial, Arbeitsanweisungen, Patientenmerkblätter, Fragebogen, allgemeine Informationen).

An wen wendet sich das Lehrbuch?

Das Lehrbuch wendet sich vor allem an Studenten, Ausbildungskandidaten, Praktiker und Forscher aus den Bereichen klinische Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie sowie deren Nachbardisziplinen. Darüber hinaus sollen auch Interessenten aus Gesundheits- und Erziehungswesen, Kostenträgern, Verwaltung und Politik angesprochen werden.

Die einzelnen Kapitel sollen möglichst auch ohne Bezug auf den Rest des Buches verständlich sein, was natürlich manchmal auf Grenzen stößt. Weiterführende Literaturempfehlungen, ein aus-

fürliches Glossar und ein praktischer Anhang (mit Informationen z. B. zu Fachgesellschaften, Fachzeitschriften etc.) sowie der künftige Band 4 mit seinen Therapiematerialien sollen die Nutzbarkeit erhöhen. Das Lehrbuch wurde nicht in erster Linie für Patienten und ihre Angehörigen geschrieben. Bücher reichen als Therapie meist nicht aus, sie können aber sehr wohl über Therapie informieren. Solche Informationen können nützliche Entscheidungsgrundlagen sein. Für den knappen Überblick stehen im deutschsprachigen Raum mehrere populärwissenschaftliche Bücher zur Verfügung. Wenn jedoch Umfang, Preis oder Fachsprache nicht abschrecken, spricht auch nichts gegen die Lektüre eines Lehrbuches. Sollte eine Behandlung angebracht sein, wird es in der Regel aber sinnvoll sein, die schriftlichen Informationen noch einmal persönlich mit Therapeut oder Therapeutin zu besprechen.

Aufbau und Gestaltung des Lehrbuches

Das Lehrbuch besteht aus vier einander ergänzenden Bänden, die folgendermaßen aufgebaut sind:

- Band 1: Verhaltenstherapie – Grundlagen und Verfahren
 - Grundlagen – Diagnostik – Verfahren – Rahmenbedingungen
- Band 2: Verhaltenstherapie – Störungen des Erwachsenenalters
 - Störungen – Spezielle Indikationen – Glossar
- Band 3: Verhaltenstherapie – Störungen des Kindes- und Jugendalters
 - Spezifische Grundlagen für die VT mit Kindern und Jugendlichen – Verfahren – Spezifische Störungen – Spezielle Indikationen – Rahmenbedingungen
- Band 4: Therapiematerialien (in Vorbereitung)
 - Störungsspezifische und störungsübergreifende Therapiematerialien zu allen relevanten Themenbereichen der ersten drei Bände

Die praktische Arbeit mit dem Lehrbuch wird durch ausführliche Sachwort- und Autorenregister sowie ein umfassendes Glossar erleichtert. Die Methoden-, Störungs-, Diagnostik- und Grundlagenkapitel folgen einheitlichen Gliederungen, deren zentrale Elemente im folgenden Kasten dargestellt sind. Da jede Regel schädlich werden kann, wenn sie zu dogmatisch ausgelegt wird, konnten die Autoren aber im Einzelfall von diesen Vorgaben abweichen.

Aufbau der Verfahrenskapitel

1. Theoretische Grundlagen
2. Praktische Voraussetzungen und Diagnostik
3. Darstellung des Verfahrens
4. Anwendungsbereiche und mögliche Grenzen (Indikationen und Kontraindikationen)
5. Empirie: Wirkmechanismen und Effektivität

Aufbau der Diagnostikkapitel

1. Hintergrundwissen
2. Praktische Hinweise für den Einsatz
3. Grenzen und typische Probleme

Aufbau der Störungskapitel

1. Darstellung der Störung
2. Modelle zu Ätiologie und Verlauf
3. Diagnostik
4. Therapeutisches Vorgehen
5. Fallbeispiel
6. Empirische Belege

Zwei Bemerkungen zur Terminologie:

- Es gibt verschiedene Wege, das Problem unangemessener geschlechtsspezifischer Begrifflichkeiten anzugehen. Am wenigsten geeignet erscheinen uns Doppelnennungen, Schrägstrichlösungen oder das große »I«. Sofern die Geschlechtszugehörigkeit keine spezielle Rolle spielt, werden im vorliegenden Lehrbuch Begriffe wie »Patient« oder »Therapeut« grundsätzlich geschlechtsneutral verwandt, betreffen also stets beide Geschlechter. Abweichungen von dieser Regel werden explizit vermerkt.
- Dem in der Medizin etablierten Patientenbegriff wurde im Zuge der Kritik am »medizinischen Modell« vorgeworfen, er drücke ein Abhängigkeitsverhältnis aus und entspreche nicht dem Ideal des aufgeklärten, mündigen Partners in der therapeutischen Beziehung. Als Alternative wurde mancherorts der Klientenbegriff vorgeschlagen, der frei von den genannten Bedeutungen sein sollte. Aufschlussreich ist hier die Wortgeschichte [vgl. Kluge: Etymologisches Wörterbuch der deutschen Sprache (22. Aufl.). Berlin: De Gruyter, 1989]. »Patient« bedeutet wortwörtlich »Leidender«. Im 16. Jahrhundert wurde der Begriff aus dem lateinischen »patiens« (dulddend, leidend) gebildet, um kranke oder pflegebedürftige Personen zu bezeichnen. Ungefähr zur gleichen Zeit wurde »Klient« ebenfalls aus dem Latein entlehnt (von »cliens«, älter »cluens«). Die wörtliche Bedeutung dieses Begriffes lautet »Höriger« (abgeleitet vom altlateinischen Verb »cluere«: hören). Klienten waren ursprünglich landlose und unselbstständige Personen, die von einem Patron abhängig waren. Dieses Abhängigkeitsverhältnis bedingte zwar gewisse Rechte (z. B. Rechtsschutz durch den Patron), vor allem aber eine Vielzahl von Pflichten. Drei Gründe sprachen demnach für die Verwendung von »Patient« anstelle von »Klient«:
 - Die tatsächliche Bedeutung des Begriffes »Klient« widerspricht der erklärten Absicht seiner Einführung.
 - Eine bloße terminologische Verschleierung des teilweise realen »Machtgefälles« zwischen Behandelnden und Behandelten ist wenig sinnvoll.
 - Der Begriff »Patient« beschreibt adäquat das Leiden hilfeschender Menschen.

Danksagungen

Ein Projekt wie das vorliegende Lehrbuch erfordert umfangreiche Unterstützung, die wir anerkennen und für die wir uns bedanken möchten. Die Neuauflage des Lehrbuches hat in ganz besonderer Weise von der Kompetenz, Geduld und positiven Ausstrahlung von Eva Wilhelm profitiert. Ihre Mitarbeit war ein enormer Gewinn. Daneben haben auch Frank Wilhelm, Claudia Arnold, Helen Kessler und Martina Tremp an der Universität Basel tatkräftig geholfen. Sehr herzlich möchten wir uns bei den Autoren der Kapitel bedanken, die manchmal viel Geduld aufbrachten (wegen Anpassungen an das Gesamtkonzept, langwierigen Überarbeitungen oder Zeitverzögerungen durch die unvermeidbaren Nachzügler). Unsere Entschuldigung gilt denjenigen, die die Terminvorgaben einhielten, unser zusätzlicher Dank denen, die wegen Krankheiten oder anderer Unwägbarkeiten kurzfristig »einsprangen«. Ihre Ausdauer ganz besonders unter Beweis gestellt haben Renate Scheddin, die das Projekt beim Springer-Verlag kompetent betreute, sowie Renate Schulz, Annette Allée und Christine Bier, die das sachkundige Lektorat besorgten. Alle zusammen haben wir den Patienten zu danken, deren aktive Mitarbeit in der Verhaltenstherapie besonders wichtig ist.

Für die langjährige Unterstützung unserer Forschung zur Verhaltenstherapie durch Sachbeihilfen und Personalmittel danken wir der Deutschen Forschungsgemeinschaft (DFG), dem deutschen Bundesministerium für Bildung, Wissenschaft, Forschung und Technologie (BMBF) und dem Schweizerischen Nationalfonds (SNF). Während unserer Marburger Zeit profitierten wir sehr von der aktiven, uneigennütigen Förderung durch unsere damalige Chefin Irmela Florin und vom Austausch mit den dortigen Kollegen. Später bot uns die TU Dresden ein anregendes Umfeld, wobei der Aufbau der klinischen Psychologie und Psychotherapie der tatkräftigen und entscheidungsstarken Unterstützung durch die Universität viel verdankte. Der Aufbau eigener verhaltenstherapeutischer Ambulanzen in Marburg, Dresden und Basel, die Zusammenarbeit mit psychosomatischen, verhaltensmedizinischen und psychiatrischen Kliniken, insbesondere der Psychiatrischen Universitätsklinik Basel unter der Leitung von Franz Müller-Spahn, der ständige Kontakt mit niedergelassenen Kollegen und die jahrelange Tätigkeit in der psychotherapeutischen Fort- und Weiterbildung gaben ebenfalls wesentliche Impulse, die ihren direkten Niederschlag in Konzeption und Autorschaft des Lehrbuches fanden. Um den fruchtbaren Austausch fortzusetzen,

möchten wir ausdrücklich darum bitten, Rückmeldungen oder Vorschläge an unsere im Innenumschlag angegebene Anschrift zu schicken.

In den ersten beiden Auflagen galt der Dank zudem den Mitarbeitern der Klinischen Psychologie und Psychotherapie an der TU Dresden, allen voran Kerstin Raum für die organisatorische Koordination sowie Frank Jacobi, Klaus Dilcher, Juliane Junge und Heiko Mühler. Im Springer-Verlag leistete Heike Berger zusammen mit Stefanie Zöller, Bernd Stoll, Renate Schulz, Simone Ernst, Miriam Geissler und Regine Körkel-Hinkfoth tatkräftige Hilfe.

Das vorliegende Buch ist ein Projekt, das uns besonders am Herzen liegt, widmen möchten wir es unseren Eltern.

Jürgen Margraf und Silvia Schneider
Riehen, im Sommer 2008

Lehrbuch der Verhaltenstherapie: Dritte, neu bearbeitete und erweiterte Auflage

Das Lehrbuch besteht aus vier einander ergänzenden Bänden, die jedoch auch unabhängig voneinander genutzt werden können. Die Bände haben folgende Inhalte:

Band 1: Verhaltenstherapie – Grundlagen und Verfahren

- Grundlagen
- Diagnostik
- Verfahren
- Rahmenbedingungen
- Personenverzeichnis
- Sachverzeichnis

Band 2: Verhaltenstherapie – Störungen des Erwachsenenalters – Spezielle Indikationen – Glossar

- Störungen des Erwachsenenalters
- Spezielle Indikationen im Erwachsenenalter
- Glossar
- Anhang
- Personenverzeichnis
- Sachverzeichnis

Band 3: Verhaltenstherapie – Störungen des Kindes- und Jugendalters

- Spezielle Grundlagen für die Verhaltenstherapie mit Kindern und Jugendlichen
- Verfahren
- Störungen des Kindes- und Jugendalters
- Spezielle Indikationen im Kindes- und Jugendalter
- Rahmenbedingungen
- Personenverzeichnis
- Sachverzeichnis

Band 4 (in Vorbereitung): Therapiematerialien zu den relevanten Themen der ersten drei Bände

- Störungsspezifische Therapiematerialien
- Störungsübergreifende Therapiematerialien
- Personenverzeichnis
- Sachverzeichnis

Inhaltsverzeichnis Band 2

I Störungen des Erwachsenenalters

1 Panikstörung und Agoraphobie	3
<i>Jürgen Margraf, Silvia Schneider</i>	
2 Spezifische Phobien	31
<i>Lars-Göran Öst</i>	
3 Soziale Phobie	45
<i>Thomas Fydrich</i>	
4 Zwangsstörung	65
<i>Paul M. Salkovskis, Andrea Ertle, Joan Kirk</i>	
5 Generalisierte Angststörung	87
<i>Eni S. Becker</i>	
6 Posttraumatische Belastungsstörungen	105
<i>Andreas Maercker, Tanja Michael</i>	
7 Depression	125
<i>Martin Hautzinger</i>	
8 Bipolare Störungen	139
<i>Thomas D. Meyer</i>	
9 Suizidalität	175
<i>Armin Schmidtke, Sylvia Schaller</i>	
10 Schlafstörungen	187
<i>Ernst Hermann, Daniel Gassmann, Simone Munsch</i>	
11 Hypochondrie	225
<i>Paul M. Salkovskis, Andrea Ertle</i>	
12 Somatisierungsstörung	245
<i>Winfried Rief</i>	
13 Chronischer Schmerz	265
<i>Birgit Kröner-Herwig</i>	
14 Anorexia Nervosa und Bulimia Nervosa	281
<i>Reinhold G. Laessle, Johann Kim</i>	
15 Binge Eating Disorder	301
<i>Simone Munsch, Esther Biedert</i>	
16 Adipositas	325
<i>Volker Pudel</i>	
17 Störungen durch Konsum von Alkohol und illegalen Drogen	345
<i>Gerhard Bühringer, Karin Metz</i>	
18 Tabakabhängigkeit und -entwöhnung	371
<i>Gerhard Buchkremer, Anil Batra</i>	
19 Medikamentenabhängigkeit	383
<i>Karin Elsesser, Gudrun Sartory</i>	
20 Schizophrenie	407
<i>Kurt Hahlweg</i>	

21 Sexuelle Störungen	435
<i>Götz Kockott</i>	
22 Sexuelle Deviationen und Paraphilien	461
<i>Peter Fiedler</i>	
23 Dissoziative Störungen	477
<i>Peter Fiedler</i>	
24 Störungen der Impulskontrolle	497
<i>Peter Fiedler</i>	
25 Artificielle (vorgetäuschte) Störungen	507
<i>Peter Fiedler</i>	
26 Persönlichkeitsstörungen	515
<i>Peter Fiedler</i>	
27 Borderline-Persönlichkeitsstörung	533
<i>Martin Bohus</i>	

II Spezielle Indikationen

28 Partnerschafts- und Eheprobleme	563
<i>Kurt Hahlweg, Brigitte Schröder</i>	
29 Altersprobleme	583
<i>Simon Forstmeier, Andreas Maercker</i>	
30 Stressbewältigung	617
<i>Guy Bodenmann, Simone Gmelch</i>	
31 Bearbeitung von Ambivalenzen	631
<i>Martin Grosse Holtforth, Johannes Michalak</i>	

Anhang

A1 Hinweise auf Fachgesellschaften und Zeitschriften mit unmittelbarer Bedeutung für die Verhaltenstherapie	649
A2 Auswahl verhaltenstherapierelevanter Zeitschriften (deutsch- und englischsprachig)	652
A3 Weiterbildungsinstitute	654
Glossar	659
Personenverzeichnis	745
Sachverzeichnis	755

Autorenverzeichnis

Batra, Anil, Prof. Dr.

Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Abt. Allgemeine Psychiatrie und Psychotherapie mit Poliklinik
Osianderstraße 24
72076 Tübingen
ukpp@uni-tuebingen.de

Becker, Eni, Prof. Dr.

Department of clinical psychology
University of Nijmegen
Montessorilaan 3
NL-6525 HR Nijmegen
Niederlande
e.becker@psych.ru.nl

Biedert, Esther, Dr.

Abt. Klinische Psychologie und Psychotherapie
Fakultät für Psychologie der Universität Basel
Missionsstraße 60/62
CH-4055 Basel
Schweiz
Esther.Biedert@unibas.ch

Bodenmann, Guy, Prof. Dr.

Institut für Familienforschung und -beratung
der Universität Fribourg
Avenue de la Gare 1
CH-1700 Fribourg
Schweiz
joseguy.bodenmann@unifr.ch

Bohus, Martin, Prof. Dr.

Klinik für Psychosomatik und Psychotherapeutische Medizin
Zentralinstitut für Seelische Gesundheit
J 5
68159 Mannheim
martin_bohus@web.de

Buchkremer, Gerhard, Prof. Dr.

Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Abt. Allgemeine Psychiatrie und Psychotherapie mit Poliklinik
Osianderstraße 24
72076 Tübingen
ukpp@uni-tuebingen.de

Bühringer, Gerhard, Prof. Dr. Dipl.-Psych.

IFT Institut für Therapieforchung
Parzivalstraße 25
80804 München
buehringer@ift.de

Elsesser, Karin, Priv.-Doz. Dr.

Bergische Universität Wuppertal
Max-Horkheimer-Straße 20, Gebäude Z
42119 Wuppertal

Ertle, Andrea, Dipl.-Psych.

Humboldt-Universität zu Berlin
Institut für Psychologie
Psychotherapie und Somatopsychologie
Raum 0`210
Rudower Chaussee 18
12489 Berlin
andrea.ertle@psychologie.hu-berlin.de

Fiedler, Peter, Prof. Dr.

Praxis- und Forschungsstelle für Psychotherapie
und Beratung (PFPB)
Psychologisches Institut der Universität Heidelberg
Hauptstraße 47–51
69117 Heidelberg
peter.fiedler@psychologie.uni-heidelberg.de

Forstmeier, Simon, Dr.

Universität Zürich
Fachrichtung Psychopathologie und Klinische Intervention
Binzmühlestraße 14/17
CH-8050 Zürich
Schweiz
s.forstmeier@psychologie.unizh.ch

Fydrich, Thomas, Prof. Dr.

Institut für Psychologie
Mathematisch-Naturwissenschaftliche Fakultät II
Humboldt-Universität zu Berlin
Rudower Chaussee 18, Wolfgang-Köhler-Haus
12489 Berlin
fydrich@psychologie.hu-berlin.de

Gassmann, Daniel, Dr. phil.

Universität Bern
Psychotherapeutische Praxisstelle
Gesellschaftsstrasse 49
CH-3012 Bern
Schweiz
daniel.gassmann@ptp.unibe.ch

Gmelch, Simone, Dipl.-Psych.

Institut für Familienforschung und -beratung
der Universität Fribourg
Avenue de la Gare 1
CH-1700 Fribourg
Schweiz
simone.gmelch@unifr.ch

Grosse Holtforth, Martin, Dr.

Universität Bern
Abteilung für Psychologie
Muesmattstraße 45
CH-3000 Bern 9
Schweiz
martin.grosse-holtforth@ptp.unibe.ch

Hahlweg, Kurt, Prof. Dr.

Institut für Psychologie
Technische Universität Braunschweig
Humboldtstraße 33
38106 Braunschweig
k.hahlweg@tu-bs.de

Hautzinger, Martin, Prof. Dr.

Psychologisches Institut der Universität Tübingen
Friedrichstraße 21
72072 Tübingen
martin.hautzinger@uni-tuebingen.de

Hermann, Ernst, Priv.-Doz. Dr.

Abt. Klinische Psychologie und Psychotherapie
Fakultät für Psychologie der Universität Basel
Missionsstraße 60–62
CH-4055 Basel
Schweiz
Ernst.Hermann@unibas.ch

Kim, Johann

Fachbereich I – Psychologie
Universität Trier
Psychophysiologisches Labor
Tarforst, Gebäude D
54286 Trier
uni@johannkim.de

Kirk, Joan, Dr.

Oxford Cognitive Therapy Centre
Warneford Hospital
Oxford OX3 7JX
United Kingdom

Kockott, Götz, Prof. Dr. Dr. (em.)

Konrad-Witz-Straße 15
81479 München
gkockott@web.de

Kröner-Herwig, Birgit, Prof. Dr.

Abteilung 7, Klinische Psychologie und Psychotherapie
Goßler Straße 14
37073 Göttingen
bkroene@uni-goettingen.de

Laessle, Reinhold G., Prof. (apl.) Dr.

Fachbereich I – Psychologie
Universität Trier
Tarforst, Gebäude D
54286 Trier
laessle@uni-trier.de

Maercker, Andreas, Prof. Dr. Dr.

Universität Zürich
Abt. Psychopathologie und Klinische Intervention
Binzmühlstraße 14/17
CH-8050 Zürich
Schweiz
maercker@psychologie.unizh.ch

Margraf, Jürgen, Prof. Dr.

Klinische Psychologie und Psychotherapie
Fakultät für Psychologie der Universität Basel
Missionsstraße 60–62
CH-4055 Basel
Schweiz
juergen.margraf@unibas.ch

Meyer, Thomas D., Ph.-Doz. Dr. Dipl.-Psych.

Senior Lecturer
Newcastle University
School of Psychology/Institute of Neuroscience
Doctorate in Clinical Psychology
Ridley Building
Newcastle upon Tyne, NE1 7RU
United Kingdom
th.meyer@uni-tuebingen.de

Metz, Karin, Dr.

IFT Institut für Therapieforschung
Parzivalstraße 25
80804 München
metz@ift.de

Michael, Tanja, Dr.

Universität Basel
Fakultät für Psychologie
Abt. Klinische Psychologie und Psychotherapie
Missionsstraße 60–62
CH-4055 Basel
Schweiz
tanja.michael@unibas.ch

Michalak, Johannes, Priv.-Doz. Dr.

Fakultät für Psychologie
Ruhr-Universität Bochum
GAFO 03/926
44780 Bochum
micha@kli.psy.ruhr-uni-bochum.de

Munsch, Simone, Priv.-Doz. Dr.

Abt. für Klinische Psychologie und Psychotherapie
Fakultät für Psychologie der Universität Basel
Missionsstrasse 60–62
CH-4055 Basel
Schweiz
simone.munsch@unibas.ch

Öst, Lars-Göran, Prof.

Frescati Hagv. 8
Room B403
Department of Psychology
Stockholm University
S-106 91 Stockholm
Ost@Psychology.Su.Se

Pudel, Volker, Prof. Dr.

Ernährungspsychologische Forschungsstelle, Zentrum 16
Psychosoziale Medizin
Universitätsklinikum Göttingen
Von-Siebold-Straße 5
37075 Göttingen
volker@pudel.de

Rief, Winfried, Prof. Dr.

Universität Marburg
Fachbereich Psychologie
Gutenbergstraße 18
35032 Marburg
rief@staff.uni-marburg.de

Salkovskis, Paul M., PhD.

Centre for Anxiety Disorders and Trauma
Institute of Psychiatry
King's College London
99 Denmark Hill
SE5 8AF London
United Kingdom
P.Salkovskis@iop.kcl.ac.uk

Sartory, Gudrun, Prof. Dr.

Bergische Universität Wuppertal
Professur für Klinische Psychologie und Psychotherapie
Max-Horkheimer-Straße 20, Gebäude Z
42119 Wuppertal
sartory@uni-wuppertal.de

Schaller, Sylvia, Dr.

Otto-Selz-Institut für Angewandte Psychologie
Universität Mannheim
Schloß
68131 Mannheim
schaller@ppe.uni-mannheim.de

Schmidtke, Armin, Prof. Dr. phil., Dr. med. habil.

Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Universitätsklinikum Würzburg
Abteilung Klinische Psychologie
Füchsleinstraße 15
97080 Würzburg
clips-psychiatry@mail.uni-wuerzburg.de

Schneider, Silvia, Prof. Dr.

Klinische Kinder- und Jugendpsychologie
Fakultät für Psychologie der Universität Basel
Missionsstraße 60–62
CH-4055 Basel
Schweiz
silvia.schneider@unibas.ch

Schröder, Brigitte, Dipl.-Psych.

Landratsamt Rhein-Neckar-Kreis
Schulpsych. Beratungsstelle
Kurfürstenanlage 38–40
69115 Heidelberg
spsb-hd@rhein-neckar-kreis.de

I Störungen des Erwachsenenalters

- 1 Panikstörung und Agoraphobie – 3**
Jürgen Margraf, Silvia Schneider
- 2 Spezifische Phobien – 31**
Lars-Göran Öst
- 3 Soziale Phobie – 45**
Thomas Fydrich
- 4 Zwangsstörung – 65**
Paul M. Salkovskis, Andrea Ertle, Joan Kirk
- 5 Generalisierte Angststörung – 87**
Eni S. Becker
- 6 Posttraumatische Belastungsstörungen – 105**
Andreas Maercker, Tanja Michael
- 7 Depression – 125**
Martin Hautzinger
- 8 Bipolare Störungen – 139**
Thomas D. Meyer
- 9 Suizidalität – 175**
Armin Schmidtke, Sylvia Schaller
- 10 Schlafstörungen – 187**
Ernst Hermann, Daniel Gassmann, Simone Munsch
- 11 Hypochondrie – 225**
Paul M. Salkovskis, Andrea Ertle
- 12 Somatisierungsstörung – 245**
Winfried Rief
- 13 Chronischer Schmerz – 265**
Birgit Kröner-Herwig

- 14 Anorexia Nervosa und Bulimia Nervosa – 281**
Reinhold G. Laessle, Johann Kim
- 15 Binge Eating Disorder – 301**
Simone Munsch, Esther Biedert
- 16 Adipositas – 325**
Volker Pudel
- 17 Störungen durch Konsum von Alkohol
und illegalen Drogen – 345**
Gerhard Bühringer, Karin Metz
- 18 Tabakabhängigkeit und -entwöhnung – 371**
Gerhard Buchkremer, Anil Batra
- 19 Medikamentenabhängigkeit – 383**
Karin Elsesser, Gudrun Sartory
- 20 Schizophrenie – 407**
Kurt Hahlweg
- 21 Sexuelle Störungen – 435**
Götz Kockott
- 22 Sexuelle Deviationen und Paraphilien – 461**
Peter Fiedler
- 23 Dissoziative Störungen – 477**
Peter Fiedler
- 24 Störungen der Impulskontrolle – 497**
Peter Fiedler
- 25 Artificielle (vorgetäuschte) Störungen – 507**
Peter Fiedler
- 26 Persönlichkeitsstörungen – 515**
Peter Fiedler
- 27 Borderline-Persönlichkeitsstörung – 533**
Martin Bohus

1 Panikstörung und Agoraphobie

Jürgen Margraf, Silvia Schneider

- 1.1 Einleitung – 4**
- 1.2 Darstellung der Störungen – 6**
 - 1.2.1 Phänomenologie – 6
 - 1.2.2 Epidemiologie und Verlauf – 10
 - 1.2.3 Diagnostik – 10
- 1.3 Kognitiv-verhaltenstherapeutische Störungskonzepte – 12**
 - 1.3.1 Das psychophysiologische Modell der Panikstörung – 12
 - 1.3.2 Das kognitiv-verhaltenstherapeutische Konzept der Agoraphobie – 14
- 1.4 Therapeutisches Vorgehen – 15**
 - 1.4.1 Behandlung von Panikanfällen – 16
 - 1.4.2 Behandlung von Agoraphobien – 21
- 1.5 Fallbeispiel – 24**
- 1.6 Empirische Überprüfung – 25**
- Zusammenfassung – 29**
- Literatur – 29**
- Weiterführende Literatur – 30**

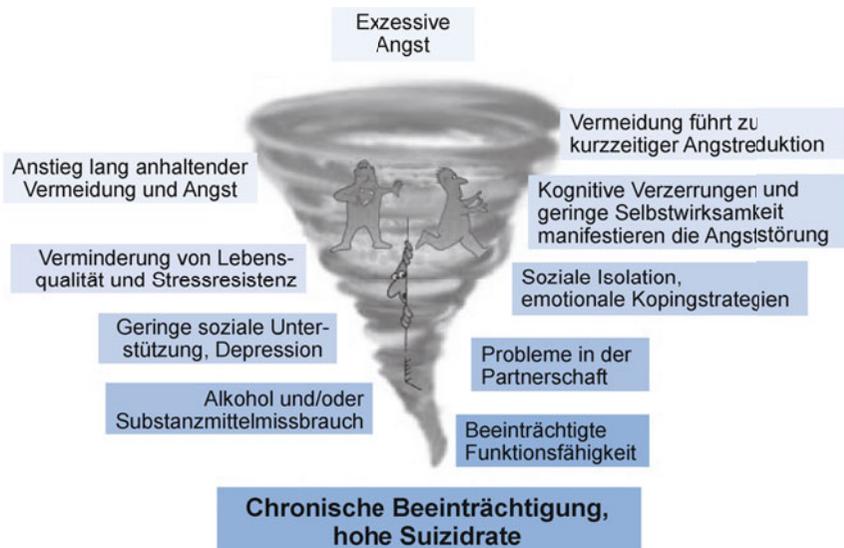
1.1 Einleitung

Was haben Goethe, Freud und Brecht gemeinsam? Alle drei waren nicht nur erfolgreiche Autoren, sondern litten auch unter Angststörungen, die heutzutage als Panikstörung bzw. Agoraphobie diagnostiziert werden würden. Während Goethe seine Panikanfälle und Phobien mit einer frühen Form von Verhaltenstherapie bewältigte, versuchte Freud, Angstanfälle und »Reisefieber« mit einer Selbstanalyse in den Griff zu bekommen. Von Brecht sind dagegen keine derartigen Selbstheilungsversuche seiner »herzneurotischen« Ängste bekannt. Die eng verknüpften Störungsbilder der Panikstörung und der Agoraphobie betreffen aber nicht nur berühmte Künstler und Wissenschaftler. In der klinischen Praxis machen sie den größten

Teil der Angstpatienten aus, die ihrerseits wiederum die häufigste Form psychischer Störungen darstellen. Die Tatsache, dass Anxiolytika die am häufigsten verordneten Psychopharmaka sind, drückt ebenfalls die große Bedeutung dieser Störungen aus. Beide Beschwerdebilder zeigen langfristig einen ungünstigen Verlauf, bei dem Spontanremissionen nur selten vorkommen. Ohne adäquate professionelle Hilfe führen Panikstörung und Agoraphobie für Betroffene und Angehörige meist zu massiven Beeinträchtigungen der Lebensqualität. Derartige Folgeprobleme stellen wiederum selbst eine Belastung dar. So kommt es oft zu einer »Abwärtsspirale« (Abb. 1.1), an deren Ende Depressionen, Alkoholabhängigkeit, Medikamentenmissbrauch und eine stark erhöhte Suizidgefahr stehen können.

Exkurs	
Götter, Griechen und Gelehrte: Woher die Begriffe kommen	
<p>Die Phänomene, die heutzutage Angststörungen wie den Phobien oder der Panikstörung zugeordnet werden, sind seit dem Altertum bekannt. So ist etwa das Wort »Panik« von dem Namen des altgriechischen Hirtengottes Pan abgeleitet. Pan zeichnete sich durch ein solch hässliches Äußeres aus, dass seine Mutter aufsprang und ihn verließ, als sie sah, was sie in die Welt gesetzt hatte. Trotz seines eher fröhlichen Wesens war er gelegentlich schlecht aufgelegt. Am meisten zürnte er, wenn man ihn im Schlaf störte, sei es nachts oder mittags. Dann neigte er dazu, Menschen ebenso wie Viehherden in plötzlichen Schrecken zu versetzen. Die dergestalt Überraschten flohen in heller Aufregung und viele von ihnen vermieden den Ort des Geschehens fortan. Pan half aber auch den Athenern, als diese von den Persern angegriffen wurden, indem er</p>	<p>bei den Angreifern eine »panische« Angst auslöste und sie so in die Flucht schlug. Eine weitere griechische Gottheit mit der besonderen Fähigkeit, Feinde zu erschrecken, war Phobos, der Mythologie zufolge der Zwillingsbruder des Deimos und Sohn des Kriegsgottes Ares und der Aphrodite. Die Namen von Deimos und Phobos können wörtlich mit »Furcht« und »Schrecken« übersetzt werden. Manche Zeitgenossen machten sich die erschreckende Eigenschaft des Phobos zunutze, indem sie sein Abbild auf Rüstungen malten, um Gegner einzuschüchtern. So wurde sein Name zu einem Begriff für ein Ausmaß an Angst und Schrecken, das zur Flucht führt. Obwohl der Gott nicht tatsächlich erschien, kam es dennoch zur Flucht. Dieser Sachverhalt hat zu der Bezeichnung Phobie für unangemessenes Vermeidungsverhalten bzw. übermäßige Angst geführt.</p>

Abb. 1.1. Abwärtsspirale bei Angststörungen



Panikstörung und Agoraphobie galten lange Zeit als kaum behandelbar. Dies ist umso bemerkenswerter, als Panikattacken häufiger als andere psychische Störungen zum Behandlungswunsch führen und typische Paniksymptome zu den häufigsten Vorstellungsgründen in der ärztlichen Praxis gehören. Ein praktisches Problem ist, dass Panikattacken sich oft hinter einer rein körperlichen Präsentation verbergen und dann häufig falsch diagnostiziert und behandelt werden. Durch die Konsultation zahlreicher Spezialisten sowie aufwendige und z. T. wiederholte differenzialdiagnostische

Untersuchungen verursachen die Patienten erhebliche Kosten. Dauermedikation und suboptimale Behandlungen verstärken oft die Chronifizierung der Störungen. Es ist somit nicht verwunderlich, dass Panikstörung und Agoraphobie ein besonders wichtiges Arbeitsfeld für klinische Psychologie, Psychotherapie, Psychiatrie und ihre Nachbardisziplinen darstellen. Die verschiedenen Disziplinen hatten dabei schon früh eine verwirrende Vielzahl von Fachbegriffen für Störungen entwickelt, die plötzliche Angst und Flucht- oder Vermeidungsverhalten zum Inhalt haben.

Exkurs

Babylon lässt grüßen

Im Laufe von über 100 Jahren wurden zahlreiche diagnostische Begriffe für die scheinbar unerklärlichen Angstzustände geprägt, die für Panikstörung und Agoraphobie typisch sind. Die verwirrende Vielfalt der Bezeichnungen stellte lange Zeit ein Hindernis für einen fachübergreifenden Fortschritt dar. Je nach Spezialisierung des zuerst aufgesuchten Diagnostikers konnten für ein- und dasselbe Problem eher kardiologisch, neurologisch, psychiatrisch oder psychotherapeutisch klingende Diagnosen vergeben werden. Ein Großteil der folgenden Begriffe betrifft jedoch die modernen Störungskonzepte der Panikstörung bzw. der Agoraphobie.

Schwerpunkt Angst

- Angstneurose, Angsthysterie, Angstreaktion
- Endogene bzw. somatische Angst
- Phobisches Angst-Depersonalisations-Syndrom
- Herzphobie, Herzneurose, Herzhypochondrie
- Vasomotorische Neurose
- Kardiovaskuläre Neurose
- Reizherz, Soldatenherz
- Da-Costa-Syndrom
- Chronisches Hyperventilationssyndrom
- Kardiorespiratorisches Syndrom

Schwerpunkt körperliche Symptome

- Neurozirkulatorische Asthenie
- Neurasthenie
- Nervöses Erschöpfungssyndrom
- Neurovegetative Störung
- (Psycho-)vegetative Labilität, Dysregulation
- Vegetative Dystonie
- Psychophysischer Erschöpfungszustand
- Psychophysisches Erschöpfungssyndrom
- Funktionelles kardiovaskuläres Syndrom
- Hyperkinetisches Herzsyndrom

Schwerpunkt Vermeidungsverhalten

- Platzangst, Platzschwindel
- Agoraphobie
- Panphobie
- Polyphobie
- Multiple Situationsphobie
- Topophobie
- Kenophobie
- Straßenfurcht
- Lokomotorische Angst
- Hausfrauensyndrom
- Friseurstuhlsyndrom
- Anstrengungsphobie

Fazit. Die Diagnose hängt vor allem von der Spezialisierung der Diagnostiker ab!

In den letzten Jahrzehnten schuf die Vereinheitlichung der diagnostischen Begriffe eine Grundlage für neue Fortschritte beim Verständnis und der Behandlung der Störungen. Nach Marks (1987) ist die Entwicklung und systematische Überprüfung von Konfrontationstherapien eine der »größten Erfolgsgeschichten« im Bereich der psychischen Gesundheit. Angesichts dieser Erfolge wurde zunächst die Behandlung von Panikpatienten ohne phobisches Vermeidungsverhalten vernachlässigt. Die 1980er Jahre erbrachten aber auch in diesem Bereich entscheidende Fortschritte mithilfe vorwiegend kognitiver Methoden. Beide

Gruppen von Ansätzen sollen im vorliegenden Kapitel behandelt werden. Zuvor müssen jedoch die Störungsbilder und die der Behandlung zugrunde liegenden ätiologischen Konzepte dargestellt werden.

1.2 Darstellung der Störungen

1.2.1 Phänomenologie

Panikstörung

Auch im Licht neuer Forschungen hat sich Freuds klassische Beschreibung der Angstanfälle als bemerkenswert bestätigt erwiesen.

Ein solcher Angstanfall besteht entweder einzig aus dem Angstgefühle ohne jede assoziierte Vorstellung oder mit der naheliegenden Deutung der Lebensvernichtung, des ›Schlagtreffens‹, des drohenden Wahnsinns, oder aber dem Angstgefühle ist irgendwelche Parästhesie beigemischt (ähnlich der hysterischen



Aura), oder endlich mit der Angstempfindung ist eine Störung irgend einer oder mehrerer Körperfunktionen, der Atmung, Herz-tätigkeit, der vasomotorischen Innervation, der Drüsentätigkeit verbunden. Aus dieser Kombination hebt der Patient bald das eine, bald das andere Moment besonders hervor, erklagt über ›Herzkrampf‹, ›Atemnot‹, ›Schweißausbruch‹, ›Heißhunger‹, u. dgl., und in seiner Darstellung tritt das Angstgefühl häufig ganz zurück oder wird recht unkenntlich als ein ›Schlechtwerden‹, ›Unbehagen‹ usw. bezeichnet (Freud 1895a, Bd.1, S. 319, vgl. auch den Fall ›Katharina‹ aus den Studien zur Hysterie).

Eine mögliche Erklärung für die Genauigkeit dieser Beschreibungen mag darin liegen, dass Freud selbst an Angstanfällen und agoraphobischen Befürchtungen – wenngleich ohne starkes Vermeidungsverhalten – litt (s. unten).

Exkurs

Die Panikanfälle des Sigmund Freud

Freuds Angstanfälle waren zumindest in dem Jahrzehnt, in dem die oben zitierten Schriften entstanden, sehr ausgeprägt. Nach seinem Biographen Ernest Jones (1960) bestand Freuds ›Neurose‹ im Wesentlichen ›in äußerst starken Stimmungsschwankungen‹, die sich in Anfällen von ›Todesangst und Reiseieber‹ äußerten (S. 357, kursiv im Original). Daneben kam es auch zu Depressionen. Freud müsse unter seiner Neurose ›schwer gelitten haben, und während jener zehn Jahre erschien ihm das Leben wohl nur für kurze Zeitspannen lebenswert‹ (Jones 1960, S. 356). Obwohl er i. Allg. eine ausgezeichnete körperliche Gesundheit und insbesondere ein ungewöhnlich gesundes Herz hatte, machte er sich doch große Sorgen um sein Herz und hielt es für wahrscheinlich, dass er an einem Herzschlag sterben würde. Wegen Arrhythmien suchte er ärztliche Hilfe und versuchte auf Anraten seines Freundes Fließ, auf das Rauchen zu verzichten. Dies erwies sich aber nicht als der richtige Weg zur Lösung seines Problems.

Bald nach der Entziehung kamen leidliche Tage ...; da kam plötzlich ein großes Herzelen, größer als je beim Rauchen. Tollste Arrhythmie, beständige Herzspannung – Pressung – Brennung, heißes Laufen in den linken Arm, etwas Dyspnoe von verdächtig organischer Mäßigung, das alles eigentlich in Anfällen, d. h. über zwei zu drei des Tages in continuo erstreckt und dabei ein Druck auf die Stimmung, der sich in Ersatz der gangbaren Beschäftigungsdelirien durch Toten- und Abschiedsmalereien äußerte ... Es ist ja peinlich für einen

Medicus, der sich alle Stunden des Tages mit dem Verständnis der Neurosen quält, nicht zu wissen, ob er an einer logischen oder an einer hypochondrischen Verstimmung leidet (Brief an Fließ vom 19. April 1894, zitiert nach Jones 1960, S. 361f.).

Freuds Angstanfälle traten zu einer Zeit auf, in der er unter beruflichen und privaten Konflikten litt und viele gute Freunde durch Tod oder auf andere Weise verloren hatte. Phasen intensiver Herzbeschwerden gingen körperliche Belastungen wie schwere Grippeerkrankungen oder Nikotinentzug voraus. Durch ›das Periodengesetz‹ war ihm nur ein Lebensalter von 51 Jahren vorherbestimmt, wobei er es aber für wahrscheinlicher hielt, dass er bereits zwischen 40 und 50 Jahren sterben würde. Sein 40. Geburtstag fiel genau in die Mitte des Jahrzehntes seiner schlimmsten Angstbeschwerden. Nachdem sich trotz intensiver Bemühungen (siehe etwa die ›nasale‹ Theorie, der Fließ und er eine Weile anhängen) keine organische Ursache für seine Anfälle finden ließ, suchte Freud sein Heil in der Selbstanalyse. Diese scheint aber auch nach den Vermutungen seines Biographen Ernest Jones nicht völlig erfolgreich gewesen zu sein, da auch nach ihrem Ende noch Beschwerden auftraten. Freud blieb weiterhin auf der Suche nach der Ursache seiner Angstprobleme und meinte z. B. zwei Jahre nach der angeblichen Überwindung seiner Reisephobie erneut, den Schlüssel dazu bei einem neuen Fall gefunden zu haben. Später aber wies er dann auf die Grenzen der psychoanalytischen Therapie und die Bedeutung konfrontativer Maßnahmen bei Phobien hin (■ Kap. II/1.4.2).

In der modernen Definition der Panikstörung sind zeitlich umgrenzte Episoden (›Anfälle‹) akuter Angst, die mit den synonymen Begriffen Panikattacken, Panikanfälle oder Angstanfälle bezeichnet werden, das Hauptmerkmal der Störung.

Charakteristisch ist dabei das plötzliche und z. T. als spontan erlebte Einsetzen unangenehmer Symptome. Spontaneität bedeutet hier, dass die Betroffenen die einsetzenden körperlichen Symptome nicht mit externalen Stimuli (z. B. Höhe, Kaufhaus) in Verbindung bringen

bzw. dass die Angst sich nicht einer realen Gefahr zuschreiben lässt.

Im Vordergrund der Beschwerden stehen in der Regel körperliche Symptome wie:

- Herzklopfen,
- Herzrasen,
- Atemnot,
- Schwindel,
- Benommenheit,
- Schwitzen,
- Brustschmerzen sowie
- Druck oder Engegefühl in der Brust.

Neben körperlichen Symptomen treten üblicherweise kognitive Symptome auf, die die mögliche Bedeutung dieser somatischen Empfindungen betreffen, z. B. »Angst zu sterben«, »Angst, verrückt zu werden« oder »Angst, die Kontrolle zu verlieren«. Während eines Panikanfalls zeigen die Patienten oft ausgeprägt hilfessuchendes Verhalten: Sie rufen den Notarzt, bitten Angehörige um Hilfe oder nehmen Beruhigungsmittel ein. Tritt der Panikanfall an öffentlichen Orten wie z. B. Supermärkten auf, versuchen die Patienten meist, diese Orte möglichst schnell zu verlassen und an einen sicheren Platz zu flüchten.

Fallbeispiel

Panik aus der Sicht einer Betroffenen

»Ich war schon so ein bisschen unruhig, mehr nervös als sonst und dann innerhalb von Sekunden, das waren also 30 Sekunden, da wurde das ganz schlimm. Es fing im Kopf an. Ich dachte, der ganze Kopf ist so taub, alles so kribbelig, und dann fing das Herz ganz fürchterlich an zu schlagen und ... ich war schweißgebadet. Und dann fing die Hände an zu zittern, und dann wurde es so schlimm, dass die Beine so ganz weich wurden, so, so wackelig, so, so ... wie ständig Stromschläge ... und mir wurde kalt und ... ganz schlimm war das. Und dann war dieses Gefühl, dass man nicht richtig dabei ist und sich irgendwie so rundum in Watte gehüllt fühlt, so, man ist zwar da, aber man gehört einfach nicht dazu. Das Ganze dauerte so ungefähr zehn Minuten. Zehn Minuten war das, als das wieder so ganz schlimm war mit Zittern und Schwitzen und ... dem Herzklopfen. Und dann war diese schlimme Angst, und ich dachte, was ist jetzt mit dir, was passiert mit dir. Ich dachte nur noch, hoffentlich ist es jetzt gleich wieder vorbei, also das ist ..., das kann man so schlimm, wie das ist, gar nicht ausdrücken. Man weiß nicht, stirbst du jetzt oder fällst du einfach nur um, man ist einfach nicht mehr sich selbst. Das Unangenehmste ist dieses Herzklopfen, wo man wirklich denkt, man fällt um, man ... man stirbt« (Schneider u. Margraf 1994, S. 63).

Die zzt. gültige vierte Auflage des »Diagnostischen und statistischen Manuals psychischer Störungen« der Amerikanischen Psychiatrischen Gesellschaft (DSM-IV-TR; APA 2000) legt als zentrales Merkmal für die Diagnose Panikstörung das wiederkehrende Auftreten unerwarteter Panikanfälle fest. Außerdem werden kognitive Symptome, die Interpretationen oder Konsequenzen der Anfälle darstellen sowie bedeutsame Verhaltensänderungen infolge der Anfälle in die Definition der Panikstörung mit eingeschlossen. Während eines Anfalls müssen mindestens vier von 13 aufgelisteten körperlichen und kognitiven Symptomen auftreten. Weiterhin fordert das DSM-IV-TR, dass zumindest manchmal die Symptome unerwartet, d. h. »aus heiterem Himmel« auftreten und mindestens vier Symptome innerhalb von 10 min einen Gipfel erreichen.

Für die Diagnose einer Panikstörung muss im Anschluss an einen Panikanfall über mindestens einen Monat mindestens eines der folgenden Symptome auftreten:

- anhaltende Sorgen über das Auftreten weiterer Panikanfälle,
- Sorgen über die Bedeutung des Anfalls oder seiner Konsequenzen (z. B. die Kontrolle zu verlieren oder einen Herzinfarkt zu erleiden),
- deutliche Verhaltensänderungen infolge der Anfälle.

Tritt neben den Panikanfällen auch Vermeidungsverhalten auf, wird nach dem DSM-IV-TR eine Panikstörung mit Agoraphobie diagnostiziert.

Systematische deskriptive Daten zeigen übereinstimmend, dass Herzklopfen/-rasen, Schwindel/Benommenheit und Atemnot die am häufigsten wahrgenommenen Symptome während eines Panikanfalls sind. Die durchschnittliche Dauer eines Panikanfalls beträgt 30 min (mit großer Streubreite). Interessanterweise gibt es eine ausgeprägte retrospektive Verzerrungstendenz: rückblickend schildern die Patienten eher prototypische und besonders schwere Panikanfälle (Gespräch nach einer Woche oder später), bei sofortiger Befunderhebung gleich nach dem Anfall (per standardisiertem Tagebuch) hingegen werden die Panikanfälle mit moderater Intensität und einer begrenzten Anzahl an Symptomen geschildert. Die physiologische Untersuchung von Panikanfällen in der natürlichen Umgebung der Patienten mithilfe von tragbaren Messgeräten relativieren ebenfalls die meist dramatisch anmutenden retrospektiven Aussagen der Patienten (Margraf 1990): Während ihrer Panikanfälle zeigen Panikpatienten nur vereinzelt drastische Anstiege der Herzfrequenz, bei dem größten Teil der Panikanfälle kommt es dagegen lediglich zu einem geringen Anstieg der Herzfrequenz. In der bisher größten untersuchten Stichprobe zeigte sich ein durchschnittlicher Herzfrequenzanstieg von 11 Schlägen pro Minute bei spon-

tanen und 8 Schlägen bei situativen Panikanfällen. Es zeigt sich also eine deutliche Diskrepanz zwischen der geringen tatsächlichen körperlichen Erregung während der Panikanfälle und dem massiven subjektiven Erleben körperlicher Symptome. Dies weist darauf hin, dass körperliche Symptome von Panikpatienten in übermäßiger Weise als bedrohlich bewertet werden. Wichtig ist darüber

hinaus, dass auch für sog. »spontane« Panikanfälle Auslöser vorliegen. In den meisten Fällen handelt es sich dabei um körperinterne Reize wie die Wahrnehmung von Herzklopfen oder Atembeschwerden. Seltener stehen auch Gedanken oder Vorstellungsbilder am Anfang eines Panikanfalls (z. B. »Ich könnte an einem Herzinfarkt sterben.«).

Panik und Stimmritzenkrampf – die diagnostische Abgrenzung ähnlicher Symptome

Wiederkehrende, aus »heiterem Himmel« auftretende Angstanfälle verbunden mit körperlichen Begleiterscheinungen wie z. B. Atemnot, Erstickungsgefühlen und dem Eindruck akuter Lebensgefahr können Ausdruck verschiedener Krankheitsbilder sein. Die Panikstörung muss deshalb von Erkrankungen körperlichen Ursprungs, die mit ähnlichen somatischen und psychischen Symptomen einhergehen, abgegrenzt werden. So leiden z. B. Patienten mit Stimmritzenkrampf, auch »Vocal Cord Dysfunction« (VCD) genannt, an einer akut einsetzenden Verkrampfung der Stimmbänder, die von plötzlicher Luftnot, Todesangst und einem Gefühl höchster Bedrohung begleitet ist – Empfindungen, die auch von Panikpatienten erlebt werden können. Die psychischen Folgeerscheinungen, kognitiven Fehlinterpretationen und Verhaltensänderungen aufgrund dieser Erkrankung sind ebenfalls mit denen der Panikstörung vergleichbar – VCD-Patienten trauen sich oft nur noch mit einer Begleitperson aus dem Haus und haben anhaltende Sorgen, dass solche Anfälle erneut auftreten könnten.

Differenzialdiagnostisch lassen sich Panikstörung und VCD dennoch anhand der im Vordergrund stehenden Beschwerden und der Reihenfolge ihres Auftretens voneinander abgrenzen. Während bei Panikpatienten die Anfälle akuter Angst meist mit unterschiedlichen körperlichen Beschwerden einhergehen, geben VCD-Patienten in erster Linie Anfälle akuter Atemnot an, die von starker Angst und dem subjektiven Gefühl zu sterben begleitet sind. Meist dauern die Erstickungsanfälle von VCD-Patienten nur 30–60 s, die Symptome einer Panikstörung hingegen erreichen ihren Gipfel innerhalb weniger, maximal 10, Minuten.

Bei beiden Erkrankungen kann ein Aufschaukelungsprozess von Angst und körperlichen Symptomen (physiologische Veränderungen, körperliche Empfindungen, gesteigerte Körperwahrnehmung und kognitive Assoziation mit Gefahr) die Beschwerden verstärken. Die Information der Patienten über die Entstehung und den Verlauf solcher Anfälle ist somit in jedem Fall ein wichtiger Bestandteil der Therapie.

Agoraphobie

In der Arbeit, in der der Begriff »Agoraphobie« geprägt wurde, schrieb Westphal (1871) über einen seiner drei geschilderten Patienten: »Was ihm Angst mache, davon hat er selbst keine Vorstellung, es ist gleichsam die Angst vor der Angst« (S. 141). Das Angstgefühl trete oft zusammen mit der »Furcht vor dem Irrewerden« auf und verschwinde in Begleitung einer bekannten Person. Ohne Bezug auf Westphal zu nehmen, betonte später auch Freud, dass bei Agoraphobikern oft die Erinnerung an einen Angstanfall anzutreffen sei: »In Wirklichkeit ist das, was der Kranke befürchtet, das Ereignis eines solchen Anfalls unter solchen speziellen Bedingungen, dass er glaubt, ihm nicht entkommen zu können« (Freud 1895a, in Gesammelte Werke, Bd. 1, S. 352, Übersetzung der Autoren). Im Laufe der Zeit entwickeln die meisten Patienten mit Panikanfällen Vermeidungsverhalten. Sie beginnen, Orte zu vermeiden, an denen Panikanfälle aufgetreten waren oder an denen im Falle eines Panikanfalls die Flucht schwierig oder peinlich wäre. Das Vermeidungsverhalten kann eng umgrenzt sein, kann aber auch in extremen Fällen so stark generalisieren, dass die Betroffenen ohne Begleitung das Haus nicht mehr verlassen können. In seltenen Fällen zeigen die Betroffenen

kein offenes Vermeidungsverhalten, sondern ertragen die gefürchteten Situationen unter starker Angst. Das folgende Zitat gibt eine typische Schilderung dieses Beschwerdebildes. Charakteristisch sind dabei das ausgeprägte Vermeidungsverhalten, die massive Beeinträchtigung der Lebensführung, die Furcht zu sterben und die Tatsache, dass allein der Gedanke an phobische Situationen bereits Angst auslöst.

Fallbeispiel

Agoraphobie aus der Sicht einer Betroffenen

Als meine Ängste am schlimmsten waren, konnte ich mich nur noch in einem Zimmer unserer Wohnung aufhalten. In diesem Zimmer waren alle Dinge, die ich tagtäglich so brauchte. Ganz wichtig war, dass immer ein Telefon in meiner Nähe war, damit ich jederzeit meinen Hausarzt anrufen konnte. Wenn mein Mann tagsüber zur Arbeit ging, kam immer eine Frau zu uns ins Haus, damit ich nicht alleine war. Sie konnte dann meinen Mann oder meinen Arzt anrufen, falls ich, mal wieder



die Panik bekam. Das Zimmer verließ ich nur mit ihr. Aus der Wohnung bin ich zu dieser Zeit überhaupt nur ganz selten raus. Und auch das nur mit meinem Mann. Schon der Gedanke, das Haus zu verlassen, versetzte mich in Panik. Kaufhäuser, Einkaufsstraßen, Restaurants oder Auto- und Zugfahren machten mir wahnsinnige Angst. Sobald ich das Haus verließ, bekam ich Panik. Ich hatte dann ständig Angst, ich könnte jeden Moment umfallen und kein Arzt ist in der Nähe, der mir helfen könnte. Das ging über mehrere Jahre so. Diese Zeit war schrecklich« (Schneider u. Margraf 1994, S. 63).

Im DSM-IV-TR wird die Vielzahl der Situationen, die diese Patienten meiden bzw. fürchten, unter dem Begriff der Agoraphobie zusammengefasst. Agoraphobie i. S. des DSM-IV-TR bezeichnet also nicht nur große, offene Plätze, wie dies vielleicht der griechische Begriff »agora« nahelegen mag, sondern eine Reihe öffentlicher Orte und Menschenansammlungen. Typische Situationen, die von Agoraphobikern vermieden oder nur mit starker Angst ertragen werden, sind

- allein außer Haus sein,
- in einer Menschenmenge sein,
- in einer Schlange stehen,
- auf einer Brücke sein,
- mit Bus, Zug oder Auto fahren.

Das Gemeinsame dieser Situationen ist nicht ein bestimmtes Merkmal der Situation an sich, sondern dass im Falle ausgeprägter Angst die Situation nur schwer zu verlassen wäre oder keine Hilfe zur Verfügung stünde oder es sehr peinlich wäre, die Situation zu verlassen. Deshalb werden von Agoraphobikern vor allem Situationen als bedrohlich erlebt, die eine Entfernung von »sicheren« Orten (meist das Zuhause) oder eine Einschränkung ihrer Bewegungsfreiheit bedeuten, in denen sie also subjektiv »in der Falle sitzen«.

Die meisten agoraphobischen Patienten berichten, in Begleitung die gefürchteten Situationen besser ertragen zu können. Auch sog. Sicherheitssignale helfen den Patienten, die phobischen Situationen zu bewältigen und die Angst zu reduzieren. Typische Sicherheitssignale sind das Mitbringen von Medikamenten, Riechsubstanzen, Entspannungsformeln oder der Telefonnummer des Arztes. Im Falle starker Angst können diese Dinge benutzt werden, um die Angst zu reduzieren.

Nur eine kleine Gruppe von Agoraphobikern weist keine Panikanfälle in den gefürchteten Situationen auf. Sie ängstigt in den phobischen Situationen nicht das Auftreten eines plötzlichen Panikanfalls, sondern dass sie in einer solchen Situation z. B. ohnmächtig werden oder die Kontrolle über die Magen-/Darmtätigkeit verlieren könnten. Im DSM-IV-TR erhält diese Patientengruppe die Diagnose Agoraphobie ohne eine Anamnese von Panikanfällen (in ICD-10: Agoraphobie ohne Panikstörung).

Die Entwicklung der heutigen Klassifikationen

Als eigenständige diagnostische Kategorie wurde die Panikstörung erstmals im DSM-III (APA 1980) eingeführt. Bis dahin wurden Patienten mit Panikanfällen verschiedenen Diagnosen zugeordnet, je nachdem, ob starkes Vermeidungsverhalten vorlag (Diagnose: Agoraphobie bzw. Phobie) oder nicht (Diagnose: Angstneurose, galt gleichzeitig auch für das heutige generalisierte Angstsyndrom). Die Agoraphobie wurde im DSM-III danach unterteilt, ob Panikanfälle auftraten oder nicht (Agoraphobie mit und ohne Panikanfällen). Grundlage für die neue Unterscheidung zwischen Panikanfällen und anderen Angstformen waren sog. biologische Modelle der Panikstörung, die diese Anfälle als qualitativ besondersartig betrachteten (Klein 1980). Aus heutiger Sicht ist diese Modellvorstellung jedoch in vielen Teilen widerlegt (Margraf u. Ehlers 1990). In der revidierten Auflage von 1987 (DSM-III-R) wurde die Rolle plötzlicher Panikanfälle noch stärker betont. Bei Personen mit Agoraphobie und Panikanfällen wurde das phobische Vermeidungsverhalten den Panikanfällen untergeordnet, da man annahm, dass Panikanfälle als Auslöser für die Ätiologie der Agoraphobie verantwortlich seien. Die Unterordnung der Agoraphobie

unter die Panikstörung ist jedoch umstritten. In die ICD-10 der WHO wurde lediglich die Abgrenzung der Panikstörung von der generalisierten Angststörung übernommen (Dilling et al. 1994). Im Gegensatz zum derzeit gültigen DSM-IV-TR (APA 2000) wurde hier jedoch die Panikstörung teilweise der Agoraphobie untergeordnet. Ansonsten decken sich die operationalisierten Kriterien im Wesentlichen mit denjenigen des DSM-IV-TR, in dem eine Abkehr von der ursprünglich klaren Trennung von Panikanfällen und phobischer Angst erfolgte, da diese aufgrund systematischer Forschung nicht mehr haltbar war.

Da phänomenologisch gleiche Angstanfälle auch im Kontext anderer Angststörungen auftreten, werden im DSM-IV-TR die Kriterien für Panikanfälle separat von den spezifischen Angststörungen (nicht mehr unter der Panikstörung) aufgeführt. Panikanfälle müssen nun nicht immer unerwartet sein, sondern können auch situationsgebunden auftreten. Unerwartete Panikanfälle sind für die Panikstörung, situationsgebundene dagegen für spezifische und Sozialphobien charakteristisch. Für die Panikstörung werden auch Spezialfälle von sog. situativ vorbereiteten (»situational predisposed«) Panikanfällen aufgeführt. Diese haben



eine größere Wahrscheinlichkeit, bei Konfrontation mit bestimmten situativen Stimuli aufzutreten, müssen dabei aber nicht zwangsläufig ausgelöst werden. Bei der Panikstörung mit Agoraphobie können die Panikanfälle unerwartet oder situativ vorbereitet sein.

Weiterhin wurde ein konkretes Muster von phobischen Situationen festgelegt, das weniger Überschneidungen mit spezifischer oder Sozialphobie zu-

lässt. Panikanfälle, die ausschließlich in sozialen oder in klar begrenzten Situationen auftreten, sollen grundsätzlich als Teil von Sozialphobien bzw. spezifischen Phobien diagnostiziert werden. Bei der Agoraphobie ohne Panikstörung wurde der Ausschluss der Anamnese einer Panikstörung abgeschwächt. Hier heißt es statt dessen, dass der Agoraphobie keine Episode der Panikstörung vorausgehen darf.

1.2.2 Epidemiologie und Verlauf

Epidemiologie. Seit 1980, dem Jahr der Einführung der modernen operationalisierten Diagnostik im DSM-III, wurden eine Reihe großer epidemiologischer Studien in Kanada, Deutschland, Italien, Korea, Neuseeland, Puerto Rico, der Schweiz und den USA durchgeführt (Übersicht bei Perkonig u. Wittchen 1995). Dabei ergaben sich durchweg hohe Prävalenzen für die Panikstörung und die Agoraphobie. Schwankungen zwischen den verschiedenen Studien beruhen vor allem auf unterschiedlichen Methoden (z. B. Stichprobensammensetzung, Diagnosekriterien, Diagnoseinstrumente etc.).

➤ Fazit

Insgesamt schwankt die Lebenszeitprävalenz für die Panikstörung zwischen 0,5% und 4,7% (Median 2,1%), für die Agoraphobie sogar zwischen 0,9% und 7,8% (Median 2,3%; Michael et al. 2007). Einzelne Panikanfälle, ohne dass die vollen Diagnosekriterien erfüllt werden, sind noch deutlich häufiger (je nach Stichprobe und Methode 15–30%). Bei Frauen stellten die Angststörungen die häufigste und bei Männern nach den Abhängigkeitssyndromen die zweithäufigste psychische Erkrankung dar. Frauen sind etwa doppelt so häufig betroffen wie Männer, wobei der Frauenanteil um so größer ist, je stärker die phobische Komponente der Störung ist.

Komorbidität und Störungsbeginn. Die epidemiologischen Studien zeigen übereinstimmend eine hohe Komorbidität mit anderen Angststörungen sowie Depressionen, somatoformen Störungen und Abhängigkeitsstörungen. Wittchen (1991) fand in einem Längsschnitt über sieben Jahre, dass nur 14,2% der Panikpatienten keine Komorbidität aufwiesen. Bei unbehandelter Panikstörung zeigten 71,4% eine affektive Störung, 28,6% Medikamentenabusus und 50% Alkoholabusus. Im Unterschied zu den meisten anderen Angststörungen, die häufig bereits im Kindes- und Jugendalter beginnen, liegt der Beginn der Panikstörung meist im jungen Erwachsenenalter (Mitte 20). Der Beginn von Agoraphobien (mit und ohne Panikstörung) liegt in manchen Studien einige Jahre später, entspricht in anderen aber demjenigen der Panikstörung. Die Streuungen sind

jedoch sehr groß, und bei Männern gibt es außerdem einen zweiten Gipfel des Erstauftretens von Panikanfällen jenseits des 40. Lebensjahres. Generell kann der erste Panikanfall sowohl in der frühen Kindheit als auch im späten Erwachsenenalter liegen. Eine Reihe von Studien hat mittlerweile Panikanfälle und Agoraphobien auch im Kindes- und Jugendalter belegt (Schneider et al. 2006; Schneider u. Hensdiek 2003). Bezüglich der Geschlechterverteilung, der Symptome und der Komorbidität ist die Panikstörung im Kindes- und Jugendalter derjenigen im Erwachsenenalter sehr ähnlich.

Verlauf. Der Verlauf der Störungen ist ungünstig. In einer deutschen Studie zeigten nur 14,3% der Probanden nach sieben Jahren eine Spontanremission (Wittchen 1991). Häufige Folgeprobleme sind affektive Störungen sowie Alkohol- oder Medikamentenmissbrauch, der meist als fehlgeschlagener Selbstbehandlungsversuch aufgefasst wird. Generell finden sich eine starke psychosoziale Beeinträchtigung und ein hohes Inanspruchnahmeverhalten in Bezug auf das Gesundheitssystem. Kurz vor Beginn der Panikstörung wurden gehäuft schwerwiegende Lebensereignisse festgestellt (rund 80% der Patienten), wobei ein Großteil der Patienten mehr als ein Lebensereignis aufweist. Zu den häufigsten Ereignissen gehören Tod oder plötzliche, schwere Erkrankung von nahen Angehörigen oder Freunden, Erkrankung oder akute Gefahr des Patienten, Schwangerschaft und Geburt. Über 90% der ersten Panikanfälle treten an einem öffentlichen Ort auf. Neben Geschlecht, Lebensalter und Lebensereignissen ist der Familienstand als Risikofaktor belegt (häufiger nach Verlusten durch Trennung, Scheidung, Tod). Keine konsistenten Unterschiede fanden sich für die Faktoren Stadt/Land, beruflicher Status und soziale Schicht.

1.2.3 Diagnostik

Die Diagnostik wurde in Bd. I des vorliegenden Lehrbuches ausführlich besprochen. Daher soll hier nur auf Punkte von spezieller Bedeutung für die Panikstörung und die Agoraphobie eingegangen werden, die dort noch nicht besprochen wurden.

- **Zentrale Befürchtung:** Panikanfälle und phobische Ängste können auch im Kontext anderer Angststörungen auftreten. Zur differenzialdiagnostischen Abgrenzung eignen sich die zentralen Befürchtungen während des Anfalls. Ein Panikanfall im Rahmen von Panikstörung und Agoraphobie beinhaltet zumeist die Furcht vor einer unmittelbar drohenden körperlichen oder geistigen Katastrophe; Angstanfälle im Kontext anderer Angststörungen betreffen eher Peinlichkeit/Blamage (Sozialphobie), direkt vom phobischen Objekt ausgehende Gefahren (spezifische Phobie) oder Kontamination/mangelnde Verantwortlichkeit (Zwangssyndrom).
- **Komorbidität:** Bei Komorbidität mit anderen psychischen Störungen (z. B. Depressionen, Abusus) müssen die Abfolge des Auftretens sowie mögliche funktionale Beziehungen der Störungen untereinander abgeklärt werden. Falls Panikanfälle nur in Phasen schwerer Depression auftreten, kann es notwendig sein, zuerst die Depression zu behandeln. Auch andere häufige Komplikationen erfordern manchmal eine direkte Behandlung unabhängig von der Angstproblematik. In diesem Stadium des diagnostischen Prozesses haben sich strukturierte Interviews als hilfreich erwiesen (► Kap. I/10).
- **Somatische Differenzialdiagnose:** Besonders wichtig sind auch die genaue Erhebung der eingenommenen Medikamente (ggf. Liste der handelsüblichen Anxiolytika, Antidepressiva und Betarezeptorenblocker vorlegen; Patienten bitten, die Packungen aller aktuell eingenommenen Medikamente mitzubringen) und eine sorgfältige organische Differenzialdiagnose (► Kap. I/15), da viele der körperlichen Symptome auch durch organische Erkrankungen verursacht sein können. Panikpatienten sind besonders sensitiv gegenüber diesen Symptomen und überschätzen ihre Bedrohlichkeit. Eine ursprünglich organische Verursachung der Symptome muss nicht notwendigerweise einen Ausschluss der Panikstörung bedeuten, da diese auch zusätzlich zu der somatischen Störung vorliegen kann. Die meisten Patienten mit Panikanfällen und Agoraphobien haben bereits zahlreiche organmedizinische Untersuchungen hinter sich, bevor sie verhaltenstherapeutische Hilfe aufsuchen. Falls dies nicht der Fall ist, muss eine adäquate medizinische Untersuchung eingeleitet werden (vor allem Hausarzt!).
- **Problemanalyse:** Vor allem für die individuelle Ausgestaltung der Therapie müssen in einer Problemanalyse die Bedingungen untersucht werden, die die Ängste auslösen, verschlimmern, verringern und aufrechterhalten (► Kap. I/11). Weitere wichtige Punkte für die individuelle Therapieplanung sind das hilfeschende Verhalten, bisherige Behandlungsversuche, Bewältigungsstrategien und die Erklärungen des Patienten für sein Problem. Diese Informationen können für ein

glaubwürdiges Erklärungsmodell der Ängste des Patienten genutzt werden. Grundsätzlich muss die Rolle der Problemanalyse bei der Behandlung von Panikstörung und Agoraphobie aufgrund neuerer Studien überdacht werden (Schulte 1995). So zeigte sich, dass bei Agoraphobien ein standardisiertes Konfrontationsprogramm einem auf der Verhaltensanalyse basierenden individuell geplanten Behandlungsprogramm überlegen war. Auf der obersten Entscheidungsebene der Therapieplanung sind daher bei Agoraphobien Konfrontationsverfahren unabhängig von dem Ergebnis der Problemanalyse indiziert. Dies bedeutet eine gewisse Abkehr vom traditionellen verhaltenstherapeutischen Vorgehen, bei dem die Therapieplanung ausschließlich auf der Problemanalyse aufbaute.

- **Fragebögen:** Über das Gespräch hinaus können klinische Fragebögen zur effizienten Informationserhebung dienen. Speziell auf Panik und Agoraphobien zugeschnitten sind drei kurze Fragebögen von Chambless und Mitarbeitern, für die inzwischen auch offizielle deutschsprachige Ausgaben mit entsprechenden Normen vorliegen (Fragebogen zu körperbezogenen Ängsten, Kognitionen und Vermeidung, AKV; Ehlers et al. 1993): Das Mobilitätsinventar erfasst das Ausmaß, in dem 28 agoraphobierelevante Situationen vermieden werden und zwar in Abhängigkeit davon, ob der Patient allein oder in Begleitung mit der Situation konfrontiert wird. Die beiden anderen Skalen erheben typische katastrophisierende Gedanken während akuter Angstzustände (ACQ, »Agoraphobic Cognitions Questionnaire«) und die Furcht vor körperlichen Symptomen (BSQ, »Body Sensations Questionnaire«). Alle drei Fragebögen eignen sich sowohl für die Diagnostik als auch für die Therapieplanung und die Abschätzung des Therapieerfolges.
- **Tagebücher:** Ein weiteres wichtiges Hilfsmittel zur Erfassung der Ängste sind standardisierte Tagebücher, die die Patienten vom Erstgespräch an bis zum Ende der Therapie führen (ein standardisiertes Angsttagebuch ist in ► Kap. I/12, wiedergegeben). Dabei ist es wichtig, nicht nur die Ängste und die sie umgebenden Umstände zu erfassen, sondern auch einen generellen Überblick über die Aktivitäten der Patienten zu gewinnen. Viele Ängste treten im Zusammenhang mit bestimmten Aktivitäten oder Situationen auf, wobei die Betroffenen dies ohne sorgfältige Selbstbeobachtung oft nicht erkennen. Insbesondere beim Vorliegen von agoraphobischem Vermeidungsverhalten sollten Angsttagebücher daher durch Aktivitätstagebücher ergänzt werden. Gar mancher Patient erlebt nur deswegen keine Ängste bzw. Panikanfälle mehr, weil er die auslösenden Situationen erfolgreich vermeidet. Diese Vermeidung kann so subtile Formen annehmen, dass sie für Außenstehende nicht mehr als Einschränkung der Lebensführung sichtbar wird und teilweise auch den Betroffenen selbst

nicht mehr auffällt, nichtsdestotrotz aber zur Aufrechterhaltung des Problemverhaltens beiträgt.

- Hyperventilation:** Bei vielen Panikpatienten spielt Hyperventilation eine wichtige Rolle als angstauslösendes oder verstärkendes Moment. Da die Betroffenen jedoch häufig nicht wahrnehmen, dass sie hyperventilieren, empfiehlt sich als diagnostische Maßnahme ein Hyperventilationstest (z. B. zweiminütiges, möglichst tiefes und schnelles Atmen). Obwohl dieser Test i. Allg. ungefährlich ist, sollte er erst nach der Abklärung möglicher organischer Komplikationen durchgeführt werden, da z. B. bei Epileptikern pathologische EEG-Veränderungen ausgelöst werden können. Das standardisierte Vorgehen ist bei Margraf u. Schneider (1990, S. 100ff.) dargestellt.

1.3 Kognitiv-verhaltenstherapeutische Störungskonzepte

Glaut man nicht an die eingangs zitierten griechischen Götter, so ist die Ursache unangemessener Ängste zunächst unklar. In diesem Abschnitt wird auf die wichtigsten psychologischen Modellvorstellungen zur Panikstörung und zur Agoraphobie eingegangen, die der kognitiven Verhaltenstherapie dieser Störungen zugrunde liegen.

1.3.1 Das psychophysiologische Modell der Panikstörung

In Reaktion auf die ursprünglich rein »biologischen« Modelle der Panikstörung entwickelten verschiedene Forschergruppen psychologische bzw. psychophysiologische oder kognitive Modellvorstellungen. Die gemeinsame zentrale Annahme dieser Ansätze besagt, dass Panikanfälle durch

positive Rückkopplung zwischen körperlichen Symptomen, deren Assoziation mit Gefahr und der daraus resultierenden Angstreaktion entstehen. Die Panikreaktion wird in diesen Modellen als eine besonders intensive Form der Angst verstanden und unterscheidet sich nicht qualitativ von anderen Angstreaktionen. Im Folgenden soll das psychophysiologische Modell genauer dargestellt werden (hierzu Ehlers u. Margraf 1989; Margraf u. Ehlers 1989). Eine graphische Darstellung dieses Modells zeigt **Abb. 1.2.**

Ein psychophysiologischer Teufelskreis: Der Aufschaukelungsprozeß bei Panikanfällen. Typischerweise beginnt ein Panikanfall mit einer physiologischen (z. B. Herzklopfen, Schwitzen, Schwindel) oder psychischen (z. B. Gedankenrasen, Konzentrationsprobleme) Veränderung, die Folge sehr unterschiedlicher Ursachen sein können (z. B. Erregung, körperliche Anstrengung, Koffeineinnahme, Hitze etc.). Die Veränderungen müssen von der betreffenden Person wahrgenommen und mit Gefahr assoziiert werden. Auf die wahrgenommene Bedrohung wird mit Angst bzw. Panik reagiert, die zu weiteren physiologischen Veränderungen, körperlichen und/oder kognitiven Symptomen führt. Werden diese Symptome wiederum wahrgenommen und mit Gefahr assoziiert, kommt es zu einer Steigerung der Angst. Dieser Rückkopplungsprozess, der meist sehr schnell abläuft, kann mehrmals durchlaufen werden.

Eine explizite Trennung von internen Vorgängen und Wahrnehmung ist nötig, da keine Eins-zu-Eins-Zuordnung besteht. Zum Beispiel kann eine Person nach dem Zubettgehen einen beschleunigten Herzschlag allein deshalb empfinden, weil die veränderte Körperposition ihre Herzwahrnehmung verbessert. Die positive Rückkopplung würde in diesem Fall also bei der Wahrnehmung beginnen. Auch der Begriff der Assoziation wurde bewusst gewählt, um der

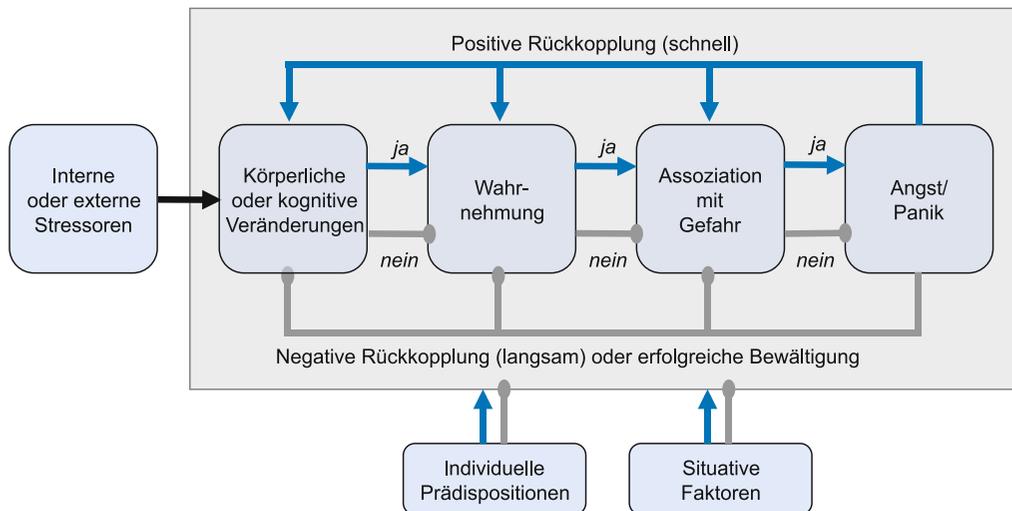
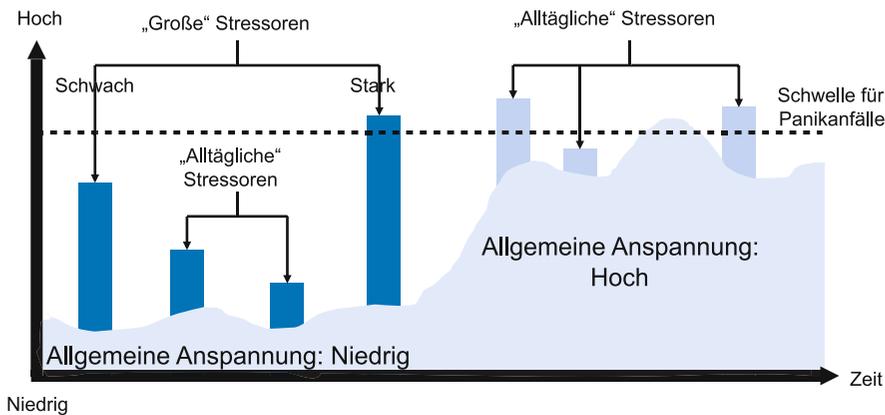


Abb. 1.2. Graphische Darstellung des psychophysiologischen Modells. Die Linien mit den spitzen Pfeilenden stellen den positiven Rückkopplungskreis dar, der an jeder seiner Komponenten beginnen kann. (Mod. nach Ehlers u. Margraf 1989)



■ **Abb. 1.3.** Zusammenhang zwischen Stressoren und Panikanfällen: Die Schwelle für Panikanfälle wird eher erreicht, wenn das Niveau der

allgemeinen Anspannung hoch ist. Dann können schon alltägliche Stressoren einen Panikanfall auslösen

breiten Palette möglicher Mechanismen von interozeptiver Konditionierung bis zu bewussten Interpretationsvorgängen Rechnung zu tragen.

Reduktion der Angst. Dem psychophysiologischen Modell zufolge kann der Panikanfall auf zwei Arten beendet werden: durch die wahrgenommene Verfügbarkeit von Bewältigungsmöglichkeiten und durch automatisch einsetzende negative Rückkopplungsprozesse (Linie mit stumpfen Pfeilenden in ■ Abb. 1.2). Beide Arten wirken auf alle Komponenten des Modells. Beispiele für negative Rückkopplungsprozesse sind die Habituation und die Ermüdung sowie der respiratorische Reflex bei Hyperventilation. Die wichtigsten Bewältigungsstrategien sind ein hilfeschendes und ein Vermeidungsverhalten. Aber auch Verhaltensweisen wie das flache Atmen, die Ablenkung auf externe Reize oder die Reattribution von Körperempfindungen führen zu einer Angstreduktion. Ein Versagen der Bewältigungsversuche hingegen führt zu einem weiteren Angstanstieg.

Einflussgrößen auf den Aufschaukelungsprozess. Auf die Rückkopplungsprozesse können verschiedene angstmodulierende Faktoren einwirken. Eher kurzfristig wirken momentane psychische und physiologische Zustände (z. B. generelles Angstniveau, intensive positive und negative

affektive Zustände, körperliche Erschöpfung, Säure-Basen-Gleichgewicht des Blutes, hormonelle Schwankungen etc.) und momentane situative Faktoren (z. B. Hitze, körperliche Aktivität, Veränderung der Körperposition, Rauchen, Einnahme von Koffein, Medikamenten oder Drogen, Anwesenheit von Sicherheitssignalen). Eher längerfristig wirken relativ überdauernde situative Einflüsse (z. B. langanhaltende schwierige Lebenssituationen, belastende Lebensereignisse oder auch Reaktionen anderer, die nahelegen, dass bestimmte Symptome potenziell gefährlich sein können) und individuelle Prädispositionen einer Person, die bereits vor dem ersten Panikanfall bestehen, sich aber auch erst im Verlauf der Störung ausbilden können (■ Abb. 1.3). Beispiele sind Aufmerksamkeitszuwendungen auf Gefahrenreize und eine bessere Interozeptionsfähigkeit. Zusätzlich kann die Sorge, weitere Panikanfälle zu erleben, zu einem tonisch erhöhten Niveau von Angst und Erregung führen. Weiterhin können die individuelle Lerngeschichte oder kognitive Stile die Assoziation körperlicher oder kognitiver Veränderungen mit unmittelbarer Gefahr beeinflussen. Zu den diskutierten physiologischen Dispositionen gehören eine erhöhte Sensitivität der α_2 -adrenergen Rezeptoren, der zentralen Chemorezeptoren oder mangelnde körperliche Fitness. Alle Einflussgrößen können den Beginn des Aufschaukelungsprozesses begünstigen.

Empirische Belege für das psychophysiologische Modell

Mittlerweile existieren zahlreiche Fragebogen-, Interview- und experimentelle Reaktionszeitstudien, die die zentralen Annahmen der psychologischen Erklärungsansätze belegen (Überblick bei Ehlers u. Margraf 1989; Margraf u. Ehlers 1990; McNally 1990, zur Kritik Roth et al. 2005). So bestätigen standardisierte Interviews, dass Panikanfälle häufig mit der Wahrnehmung körperlicher Empfindungen beginnen. Panikpatienten neigen besonders dazu, Kör-

perempfindungen mit Gefahr zu assoziieren und schätzen zudem die Wahrscheinlichkeit, mit der physiologische Reaktionen Schaden anrichten zu können, viel höher ein als normale Kontrollpersonen oder Patienten mit anderen Angststörungen. Weitaus häufiger als andere Menschen geben Panikpatienten körperlich bedrohliche Ereignisse als ihre Hauptsorge an. Mit experimentalspsychologischen Methoden konnten unabhängig von Introspektion oder



Erinnerung der Patienten automatische kognitive Verarbeitungsprozesse untersucht werden (z. B. modifiziertes Stroop-Paradigma, »Contextual Priming« etc.). Dabei zeigte sich bei Panikpatienten wiederholt eine selektive Aufmerksamkeitszuwendung auf Reize, die mit körperlichen Gefahren zusammenhängen. In jüngster Zeit haben Roth et al. (2005) darauf hingewiesen, dass die Theorie der positiven Rückkopplung nur dann falsifizierbar ist, wenn die Natur der internen Auslöser von Panikanfällen genau spezifiziert wird. Bereits 1988 konnten Ehlers et al. (auch Margraf et al. 1987) die positive Rückkopplung von wahrgenommenen körperlichen Symptomen und Angstreaktionen mithilfe falscher Rückmeldung der Herzfrequenz nachweisen. Bei Vorspiegelung eines abrupten Anstiegs der Herzfrequenz reagierten nur die Panikpatienten mit einem Anstieg in subjektiver Angst und Aufregung, Herzfrequenz, Blutdruck und elektrodermaler Aktivität. Normale Kontrollpersonen und Patienten, die die Herzfrequenzrückmeldung als falsch erkannt hatten, zeigten diese Reaktion nicht.

Weniger gut geklärt ist die Genese des ersten Panikanfalls. Familien- und Zwillingsstudien zeigen eine familiäre Häufung, belegen jedoch keine spezifische genetische Transmission der Panikstörung. Wahrscheinlich wird eine unspezifische genetische Vulnerabilität für neurotische Störungen allgemein weitergegeben, während die Ausformung der spezifischen Störung eher durch Umweltfaktoren geschieht (Andrews et al. 1990; Kendler et al. 1987, 1992). In einer Untersuchungsreihe zur Rolle psychologischer Prädispositionen fanden wir, dass Kinder von Panikpatienten gemeinsame kognitive Merkmale mit ihren Eltern aufweisen (Schneider 1995). Kinder von Panikpatienten bewerten panikrelevante Symptome als bedrohlicher und zeigen eine stärkere Aufmerksamkeitszuwendung auf panikrelevante Reize als Kinder von Tierphobikern und Kinder von Eltern ohne Anamnese psychischer Störungen. Auf ein Modell, das einen schweren Panikanfall berichtet, reagierten nur Kinder von Panikpatienten mit einem Anstieg panikrelevanter Interpretationen mehrdeutiger Kurzgeschichten.

Die Hyperventilationstheorie der Panikstörung

Die Ähnlichkeit der Symptome ließ verschiedene Autoren (Ley 1987; Lum 1981) vermuten, dass Hyperventilation die hauptsächliche Ursache für Panikanfälle sei. Sie nahmen an, dass chronisch hyperventilierende Personen vulnerabel für Panikanfälle seien. Chronische Hyperventilation könne durch überdauernde Ängstlichkeit infolge von belastenden Lebensereignissen oder ständiges Mundatmen entstehen (etwa bei Nebenhöhlenentzündungen, Schnupfen oder Polypen). Vor dem Hintergrund chronischer Hyperventilation lösten dann schon belanglose alltägliche Ereignisse akute Hyperventilation aus, die wiederum körperliche Symptome und damit einen Panikfall hervorriefen. Die zentralen Annahmen dieser Theorie konnten jedoch durch systematische Forschung nicht belegt werden. So treten weder chronische noch akute Hyperventilation regelmäßig bei Panikanfällen auf.

Eine wichtige Rolle spielen dagegen kognitive Faktoren: Verschiedene Studien zeigen, dass bei Hyperventi-

lation subjektive und physiologische Angstreaktionen durch entsprechende Instruktionen erzeugt bzw. beseitigt werden können. Entsprechend der Vorhersage des psychophysiologischen Modells reagieren Panikpatienten nur dann mit Angst auf Hyperventilation, wenn sie durch eine entsprechende Erwartung veranlasst werden, die auftretenden Symptome mit körperlicher Gefahr in Verbindung zu bringen (Übersicht bei Margraf 1993). Roth et al. (2005) kamen daher zu dem ebenso knappen wie klaren Urteil »Die Hyperventilationstheorie ist falsifiziert worden.« (deutsche Übersetzung durch die Autoren). Hyperventilation ist heute weniger als ätiologische Theorie und mehr als therapeutischer Ansatzpunkt von Bedeutung. Sie kann genutzt werden, um bei Panikpatienten die gefürchteten körperlichen Symptome zu produzieren. Eine solche Demonstration harmloser physiologischer Mechanismen als Ursache bedrohlicher Symptome hilft bei der Reattribution der Symptome. Zudem kann durch wiederholtes Hyperventilieren eine Habituation der Angstreaktion erreicht werden.

1.3.2 Das kognitiv-verhaltenstherapeutische Konzept der Agoraphobie

Der einflussreichste lerntheoretische Ansatz zur Ätiologie der Phobien war lange Zeit die sog. Zwei-Faktoren-Theorie Mowrers (1960). Bei den beiden Faktoren handelt es sich um die klassische und die operante Konditionierung. Mowrer nahm an, dass bei Phobien ursprünglich neutrale Reize

aufgrund traumatischer Ereignisse mit einem zentralen motivationalen Angstzustand assoziiert (klassische Konditionierung) und die darauf folgende Vermeidung dieser Reize durch den Abbau dieses unangenehmen Zustandes verstärkt werden (operante Konditionierung).

Obwohl diese Theorie im Einklang mit vielen tierexperimentellen Befunden steht, ist sie als Erklärung für klinische Phobien nicht ausreichend. So kann sich ein großer

Teil der Phobiker nicht an traumatische Ereignisse zu Beginn der Störung erinnern (wenn man nicht die erst zu erklärende Angst als traumatische Erfahrung akzeptiert). Auch wenn Personen ihr Verhalten nicht immer korrekt mit den relevanten Reizen in Bezug setzen, widerspricht dies der Hypothese der einfachen klassischen Konditionierung phobischer Ängste. Es ist allerdings möglich, wenn nicht sogar wahrscheinlich, dass bei Phobikern vergleichsweise harmlose Erfahrungen traumatisch verarbeitet worden sind. Auch die Übertragbarkeit der tierexperimentellen Befunde zur Zwei-Faktoren-Theorie auf den Menschen ist zweifelhaft, vor allem da die meisten Versuche, Phobien bei Menschen zu konditionieren, scheiterten. So konnte die klassische Studie zum »kleinen Albert« (Watson u. Rayner 1920) von anderen Autoren nicht repliziert werden (Bregman 1934; English 1929; Valentine 1930).

Gut »vorbereitet«: das Erlernen phobischer Reaktionen und die »Preparedness«

Die Annahme der klassischen Konditionierung phobischer Reaktionen stößt auf das Problem der mangelnden Äquipotenzialität potenziell phobischer Reize. Tatsächlich tauchen nicht alle Reize mit gleicher Wahrscheinlichkeit als phobische Objekte auf. Im Gegenteil, die auslösenden Reize für agoraphobische Ängste zeigen eine charakteristische und über verschiedene Kulturen hinweg stabile Verteilung, die weder der Häufigkeit dieser Reize im täglichen Leben noch der Wahrscheinlichkeit unangenehmer (traumatischer) Erfahrungen entspricht. Äquipotenzialität i. S. gleich wahrscheinlicher Angstausslösung ist also nicht gegeben. Seligman (1971) nahm daher an, dass bestimmte Reiz-Reaktions-Verbindungen leichter gelernt werden, weil sie biologisch »vorbereitet« (»prepared«) sind. Laborexperimente und die Verteilung klinischer Phobien sprechen für diese Annahme.

Beispiel

Ein klinisches Beispiel für die Entwicklung einer »vorbereiteten« Phobie gibt Marks (1987): Ein Kind spielt im Sandkasten, das Auto der Eltern ist etwa 40 m entfernt geparkt. Plötzlich sieht es eine kleine Schlange, die sich in zwei Meter Entfernung am Sandkasten vorbei bewegt. Das Kind erschreckt sich, rennt zum Auto, schlägt die Tür zu und klemmt sich dabei sehr schmerzhaft die Hand ein. In der Folge entwickelt das Kind eine ausgeprägte Phobie, jedoch nicht vor Autotüren, sondern vor Schlangen.

Aus der Erkenntnis heraus, dass die Zwei-Faktoren-Theorie in ihrer ursprünglichen Form nicht ausreicht, formulierten

Goldstein u. Chambless (1978) eine »Reanalyse« zur Ätiologie der Agoraphobie. Sie unterschieden zwei Formen der Agoraphobie: eine einfache und eine komplexe Agoraphobie. Für die seltenere einfache Agoraphobie nehmen sie an, dass die Patienten die phobische Situation an sich fürchten. Als Auslöser der Phobie lassen sich bei diesen Patienten meist traumatische Erfahrungen mit der gefürchteten Situation finden. Bei der weitaus häufigeren komplexen Form der Agoraphobie hingegen fürchten die Patienten vor allem die Konsequenzen der Angst. Im Unterschied zu der ersten Gruppe zeichnen sich diese Patienten also durch die »Angst vor der Angst« aus. Diese Neigung, körperliche Empfindungen als einen Hinweis auf Bedrohung oder Krankheit zu bewerten und in der Folge darauf ängstlich zu reagieren, wurde später von anderen Autoren auch als Angstsensitivität (Reiss u. McNally 1985) beschrieben. Diese Aussage stellt heute eine zentrale Annahme für das Verständnis des Zusammenhanges von Panikanfällen und Agoraphobien dar (► Kap. II/1.3.1).

Weiterhin wiesen Goldstein u. Chambless (1978) bereits frühzeitig auf die Rolle interozeptiven Konditionierens hin: Hierdurch würden körperliche Empfindungen wie schneller Herzschlag zu konditionierten Reizen für Panikanfälle, an die wiederum externe Situationen durch Konditionierung höherer Ordnung gekoppelt werden könnten (vgl. allerdings McNally 1990, zu den konzeptuellen Problemen einer interozeptiven Konditionierung).

Die empirische Forschung hat die besondere Bedeutung des Konzeptes der »Angst vor der Angst« bei Agoraphobikern inzwischen gut bestätigt. Weniger gut schnitten die Annahmen von Goldstein u. Chambless (1978) zu spezifischen Prädispositionen und Auslösern ab. Zwar können Faktoren wie allgemeine Ängstlichkeit, Selbstunsicherheit, Abhängigkeit und die Unfähigkeit, die Auslöser unangenehmer Emotionen adäquat zu identifizieren, prädisponierend wirken. Für die meisten Patienten konnte jedoch keiner dieser Faktoren nachgewiesen werden. Auch die Annahme, dass die Störung in vorwiegend interpersonellen Konfliktsituationen (z. B. Wunsch nach Auszug aus der elterlichen Wohnung) ausgelöst würde, hat sich im Durchschnitt nicht bewahrheitet. Trotz der genannten Probleme ist die ursprüngliche Zwei-Faktoren-Theorie mitsamt ihren Weiterentwicklungen jedoch noch immer als Erklärungsmodell für die Ableitung konfrontativer Interventionsmethoden von großer Bedeutung für die Agoraphobiebehandlung (► Kap. II/1.4.2).

1.4 Therapeutisches Vorgehen

Beim konkreten therapeutischen Vorgehen muss berücksichtigt werden, ob die Panikanfälle, das agoraphobische Vermeidungsverhalten oder andere Beschwerden im Vordergrund stehen.

- Das im folgenden ▶ Kap. II/1.4.1 vorgestellte kognitiv-verhaltenstherapeutische Behandlungsprogramm eignet sich am besten für Angstpatienten mit plötzlich auftretenden Panikanfällen, bei denen das Vermeidungsverhalten von sekundärer Bedeutung ist. Bei Patienten mit starkem agoraphobischem Vermeidungsverhalten, die möglicherweise aufgrund erfolgreicher Vermeidung überhaupt keine aktuellen Panikanfälle mehr erleiden, ist hingegen die Konfrontationsbehandlung, wie sie in ▶ Kap. II/1.4.2 vorgestellt wird, die Methode der Wahl. Zeigen Patienten sowohl plötzliche Panikanfälle als auch agoraphobisches Vermeidungsverhalten, ist eine Kombination der beiden Behandlungsansätze möglich. Begonnen werden sollte dabei mit dem Beschwerdenkomplex, der schwerer ausgeprägt ist oder bei dem schneller ein Erfolgserlebnis zu erwarten ist.
- Bei Patienten, bei denen Angst und Depression gleichzeitig auftreten, ist zunächst die zeitliche Abfolge der beiden Beschwerdenkomplexe abzuklären. Ist die Depression eine Folgeerscheinung der Angst, so sollte zunächst die Angstsymptomatik behandelt werden. In mehreren Studien konnte übereinstimmend gezeigt werden, dass mit der Reduktion der Angstsymptomatik eine Verbesserung der Depression einhergeht. Tritt hingegen die Angst immer nur in depressiven Phasen auf, empfiehlt sich zunächst eine Depressionsbehandlung (mit evtl. anschließender Angstbehandlung).
- Falls Patienten mehrere psychische Störungen gleichzeitig aufweisen, sollte mit dem Beschwerdenkomplex begonnen werden, der für den Patienten am meisten beeinträchtigend ist. Liegen jedoch mehrere gleich schwere psychische Störungen vor, bietet es sich an, zunächst mit der Angstbehandlung zu beginnen, da sie hohe Erfolgsaussichten in vergleichsweise kurzer Zeit bietet. Im Anschluss an eine erfolgreiche Angstbehandlung können dann weitere Probleme des Patienten auf dieser Basis meist umso besser angegangen werden.

1.4.1 Behandlung von Panikanfällen

Die direkte Behandlung von Panikanfällen steht erst seit Kurzem im Mittelpunkt des Interesses. Bis vor wenigen Jahren beschäftigte sich die Verhaltenstherapie vor allem mit Phobien und Zwängen. Selbst bei Agoraphobikern wurden Panikanfälle kaum beachtet. Eine Ursache dafür lag sicher an dem Mangel an erfolgversprechenden Behandlungsansätzen. In den letzten zehn Jahren wurden jedoch von verschiedenen Autoren sehr gute Erfolge mit der gezielten Behandlung von Panikanfällen berichtet.

Die meisten Ansätze kombinieren die Konfrontation mit internen Reizen (besonders körperlichen Symptomen) mit der Vermittlung von Strategien zur Bewältigung von Angst und körperlichen Symptomen und kognitiven Methoden, die auf eine veränderte Interpretation der ursprünglich als bedrohlich erlebten Angstsymptome abzielen.

Diese Verfahren wurden hauptsächlich für Patienten mit Panikstörung ohne phobisches Vermeidungsverhalten entwickelt, sind jedoch auch sinnvoll in der Behandlung agoraphobischer Patienten mit spontanen Panikanfällen, da Rückfälle bei Agoraphobikern häufig dem Auftreten von einem oder mehreren erneuten Panikanfällen zu folgen scheinen.

Als Beispiel für das konkrete Vorgehen wird im Folgenden das von den Autoren entwickelte kognitiv-verhaltenstherapeutische Behandlungsprogramm für Panikanfälle (Margraf u. Schneider 1990) dargestellt. Die Effektivität dieses Programms wurde im Rahmen eines von der Deutschen Forschungsgemeinschaft unterstützten Projektes überprüft. Die Behandlungen erstrecken sich über 15 Sitzungen von je ca. 50 min Länge. Selbstverständlich muss der im Folgenden dargestellte typische Ablauf der Behandlung an den konkreten Einzelfall angepasst werden. Auch die Angaben zur Anzahl der Sitzungen oder deren Dauer sind als Hinweise zu verstehen, die in der Praxis einer erheblichen Streuung unterliegen. Es werden nur Einzeltherapien durchgeführt. Die ersten zehn Sitzungen finden zweimal wöchentlich statt, die letzten fünf Sitzungen einmal wöchentlich. Alle Sitzungen werden auf Tonband aufgenommen, und die Patienten erhalten die Aufgabe, diese Bänder zu Hause anzuhören. Alle dabei auftretenden Fragen und Zweifel werden dann in der folgenden Sitzung bearbeitet, was zur Auflösung von Missverständnissen beiträgt und die Therapie erheblich effektiver gestaltet.

Die Therapie besteht aus den Komponenten

- Informationsvermittlung,
- kognitive Therapie und
- Konfrontation mit angstauslösenden Reizen.

Grundprinzip der Therapie ist es, nicht nur die Angst der Patienten zu reduzieren, sondern ihnen Fertigkeiten und Strategien zu vermitteln, die sie auch ohne Therapeuten selbstständig einsetzen können.

Vermittlung eines Erklärungsmodells

Grundlage der Behandlung bildet die Vermittlung eines glaubwürdigen Erklärungsmodells für die Panikanfälle. Dies trägt zur Wirksamkeit und Akzeptanz der therapeuti-