

KOGNITIVE VERHALTENSTHERAPIE BEI PANIK UND AGORAPHOBIE IM JUGEND- UND ERWACHSENENALTER

COGNITIVE BEHAVIOR THERAPY WITH ADOLESCENT AND ADULT PATIENTS SUFFERING FROM PANIC DISORDER AND AGORAPHOBIA

Sigrun Schmidt-Traub

Zusammenfassung

Im ersten Teil des Beitrags werden aktuelle Forschungsschwerpunkte und neueste wissenschaftliche Erkenntnisse aus der Panik- und Agoraphobieforschung referiert. Am Beispiel einer jungen Frau mit Panik und Agoraphobie nach überstandener Herzerkrankung und eines Mannes mit derselben kombinierten Angststörung und einer komorbiden rezidivierenden Depression werden im zweiten Teil verhaltenstherapeutisch ausgerichtete Diagnostik und Behandlung dieser Angststörungen beleuchtet. Nach Darstellung der gemeinsam mit den Patienten erarbeiteten Mikro-, Makro- und Zielanalysen wird die verhaltenstherapeutische Vorgehensweise bei panischen und phobischen Ängsten – Psychoedukation, Konfrontation, kognitive Verfahren, Gesundheitstraining, Kommunikationshilfen, Zukunftsplanung und Rückfallprophylaxe - veranschaulicht. Am Ende wird beider Therapieverlauf mit seinen Höhen und Tiefen skizziert.

Schlüsselwörter

Panikstörung – Agoraphobie – kognitive Verhaltenstherapie für Jugendliche und Erwachsene

Summary

In the first part of the article current scientific topics, newest developments and results from panic and agoraphobia research are reported. In part two the diagnostic assessment of these anxiety disorders and the treatment with cognitive behavior therapy is examined with the help of a case of a young woman suffering from panic and agoraphobia after recovery from coronary disease and a man with the same combination of anxiety disorders plus comorbid recurring major depression. After illustrating the micro-analysis, macro-analysis and goal-analysis, which were all won in joint actions with the patients, the cognitive behavior treatment procedures for panic and phobic anxieties are portrayed – psycho-education, confrontation, cognitive methods, health training, communication processes, planning for the future and relapse prophylaxis. Towards the end of the article both therapeutic courses with their highlights and lows are outlined.

Keywords

Panic disorder – agoraphobia – cognitive behavior therapy for adolescents and adults

“Es ist wie ein Traum, ich nehme alles nicht wirklich wahr. Ich sehe zwar, wie ich mich bewege, höre meine Schritte, denke dabei aber an nichts und erschrecke, wenn ich mich plötzlich woanders wieder finde. Dazu kommt meist noch der Schwindel. Mir ist schwindelig. Alles dreht sich. Das verwirrt meine Sinne zusätzlich. Oft ist mir auch übel, zum Kotzen übel. Meine Hände sind kalt, zittern, und ich bin kreidebleich. Besonders schlimm ist aber die Unruhe, die dabei ist. Es ist, als müsste ich wegrennen.

Das Schlimmste sind aber nicht die Symptome, sondern der Druck: Ich kann nicht mehr zur Schule gehen, verpasse womöglich etwas und bleibe kleben! Noch schlimmer ist die Angst, in der Schule vor allen zusammenzuklappen und zum Gespött der Schule zu werden!!! Fast genauso schlimm ist es, zu erklären, warum ich gefehlt habe und warum ich mich in letzter Zeit so komisch benehme, nicht vor den Lehrern, sondern vor den Freunden. Am allerschlimmsten ist wohl - dicht gefolgt von dem Druck, das Gesicht vor den Freunden zu verlieren -, mir selbst Schwäche eingestehen zu müssen!”

Sven, 17 Jahre

Sven kommt notfallmäßig mit der Verdachtsdiagnose “Schulphobie” vom Kinderarzt, der ihn von klein auf kennt. Vor 3 Monaten erlebte er den ersten Panikanfall im Klassenzimmer

und reagierte mit totaler Erschütterung. Seither steht er den Unterricht teils durch, teils flüchtet er nach Hause. Der erste Abschnitt der von ihm verfassten Angstdarstellung zeigt seinen subjektiven Erregungszustand während eines Panikanfalls. Der zweite spiegelt die von ihm befürchteten Auswirkungen wider: Leistungsversagen, soziale Abwertung und beginnender Verlust der Selbstachtung.

In der Exploration mit dem Jugendlichen werden zwei Themen gefunden, die wahrscheinlich hinter der Angst stehen: Zum einen hat Sven Angst vor dem Urteil seiner Peers, was zum Teil mit seiner pubertär bedingten Empfindsamkeit in Einklang steht; zum anderen erlebt er Angst vor Krankheit und Tod. Dieses Angstthema “Ohnmacht, Sterben, Tod” ist unter Panikpatienten besonders stark verbreitet. Nicht die Angstsituation “Schule”, sondern die Befürchtung derartiger Katastrophen ist Svens eigentliches Problem. Das gilt grundsätzlich für phobische und panische Patienten (vgl. Rachman, 2000). Offensichtlich hat er das Vertrauen in seinen Körper verloren und in die Art und Weise, wie ihn andere, vor allem seine Altersgenossen, sehen. Sven kann sich die dramatischen Veränderungen nicht erklären und ist zutiefst verunsichert. Er hat eine Panikstörung mit komorbider, leichter Schulphobie als eine Spielart von sozialer Phobie entwickelt.

Wie ist Sven und anderen mit einer ähnlichen, aber länger währenden Problematik zu helfen? Vor der Erörterung der praxisnahen diagnostischen und verhaltenstherapeutischen Mittel und Wege wird aber noch auf aktuelle Forschungsschwerpunkte und wissenschaftliche Ergebnisse eingegangen.

1 Stand der Forschung

Angststörungen gehören zu den häufigsten psychischen Problemen im Kindes-, Jugend- und Erwachsenenalter. Sie können sich über drei bis vier Generationen erstrecken: Sofern sie unbehandelt bleiben, halten sie sich meist persistierend bis ins hohe Alter. Konsequenzen sind nicht selten eine Steigerung oder Stabilisierung der Angst, depressive Verstimmungen, Alkohol-, Drogen- oder Medikamentenabhängigkeit und schulischer oder beruflicher Leistungsabfall. Sie gehen mit erheblichem Leidensdruck einher und führen häufig zu Behinderungen (Woodward et al., 2001).

Da ältere **Kinder und Jugendliche** vergleichbare Angststörungen entwickeln, hat es sich in den letzten Jahren eingebürgert, dieselben ICD-10- und DSM-IV-Kriterien zur diagnostischen Einschätzung heranzuziehen wie für Erwachsene (Essau et al., 1998; Schmidt-Traub, 2000). Auch **ältere Menschen** haben vergleichbare Angststörungen, wie die Autoren einer jüngeren Untersuchung, in der die Ängste älterer Personen (67-94 J.) mit denen von jüngeren (25-55 J.) verglichen wurden, unterstreichen (Fuentes et al., 2000): Angstsymptome verändern sich demnach nicht signifikant mit dem Alter, sondern bleiben in Frequenz und Intensität eher konstant.

Infolge der Ähnlichkeit im Erscheinungsbild von panischen und phobischen Ängsten über die Lebenszeit hinweg gelten die hier getroffenen Aussagen über Angststörungen für Jugendliche, Erwachsene und alte Menschen, vorausgesetzt, ihre primäre Störung ist eine panische oder phobische, ganz unabhängig davon, welche weiteren Auffälligkeiten sonst noch vorhanden sind. Weit mehr als die Hälfte aller Panikpatienten hat komorbide eine Agoraphobie, und viele von ihnen leiden unter einer depressiven Störung (Wittchen et al., 1995).

Normale Angst ist mittlerweile über hundert Jahre genau beobachtet worden (Gullone, 2000). Mit fortschreitendem Alter des Kindes nimmt sie an Intensität und Häufigkeit ab. Spezifische Ängste gehen in der Regel auf ganz natürliche Art und Weise vorüber. Die Inhalte der Angst verändern sich zudem im Verlaufe individueller Entwicklungen: Sie wechseln von ganz unmittelbaren, konkreten und nichtkognitiven Ängsten zu Befürchtungen, kognitiv-abstrakten und umfassenden Ängsten in später Kindheit und im Jugendalter.

Phobische und panische Ängste unterscheiden sich kaum. In einem Überblicksartikel unterstreichen Gorman et al. (2000) die erstaunliche Ähnlichkeit zwischen der ängstlichen Reaktion auf einen konditionierten Angstreiz hin und einer Panikattacke, vor allem im Hinblick auf die physiologischen und motorischen Symptome. In Tieren wird diese Angstreaktion durch ein Angst-Netzwerk im Gehirn moderiert, dessen Zentrum in der Amygdala liegt. Dieses Zentrum steht in wechselseitiger Verbindung mit dem Hippocampus und dem medialen Frontalhirn. Projektionen von der Amygdala zum Hypothalamus und zu Hirnstammregionen erklären viele der Angst-

symptome. Sehr wahrscheinlich gibt es zum Panikerleben ein ganz ähnliches cerebrales Netzwerk.

Vererbung - Lernen: In diesem Themenbereich gibt es derzeit wieder eine lebhaft geführte Diskussion darüber, ob Angststörungen eher das Ergebnis von assoziativen Lernprozessen oder von biologischen Einflüssen sind, obgleich eine ganze Reihe wissenschaftlicher Arbeiten zeigt, dass sowohl Vererbungsfaktoren als auch belastende Lebensereignisse für das Aufkommen einer Panikstörung verantwortlich sind (vgl. z. B. Gorman et al, 2000) und auch für soziale Phobie (Mathew et al., 2001).

Ausgelöst wurde diese kontroverse Diskussion durch einen Artikel der Neuseeländer Poulton und Menzies (2002), in dem sie Beweise dafür vorlegten, dass panische und phobische Ängste auch ohne direktes oder indirektes Konditionierungslernen, quasi spontan und angeboren, vor einem evolutionären Hintergrund entstehen können. Deshalb schlagen sie vor, die drei Lernprinzipien um einen vierten Zugangsweg zur Entstehung von irrationalen Ängsten zu ergänzen. Genetische Befunde würden ihr nicht assoziatives Modell der Angst stützen, versichern sie. Von den Herausgebern des renommierten Fachblatts *Behaviour Research and Therapy* (2002, 40, Heft 2) wurde Angstspezialisten wie I. Marks, R.J. McNally, S. Mineka, P. Muris, G.C.L. Davey u.a. dazu aufgefordert, in derselben Ausgabe Stellung zu beziehen. Sie werfen eine ganze Reihe offener Fragen auf, die zur genaueren Klärung erst noch untersucht werden müssen, z. B. über die Genauigkeit von retrospektiven Berichten - wo jeder doch weiß, wie notorisch unzuverlässig Erinnerungsphänomene sind - über die Auslöser von nicht assoziativen Ängsten, darüber, was überhaupt als konditionierendes Lernen bezeichnet werden kann, über Kontingenzvorstellungen usw.

Eine Meta-Analyse von Daten aus Familien- und Zwillingsstudien über Panikstörung, Phobien, Zwangsstörung und generalisierte Angststörung macht vorläufig gültige Aussagen über die Rolle von Genetik und Umgebungsfaktoren (Hettema et al., 2001). Aus Zwillingsstudien berechneten die Autoren eine Vererbbarkeit von 0.43 für Panikstörung und 0.32 für generalisierte Angststörung. Sämtliche Angststörungen lassen ein erhöhtes familiäres Vorkommen erkennen. Gemeinsame genetische Grundlagen würden diese Anhäufung erklären. Kendler et al. (2002) äußern Zweifel an den überlieferten ätiologischen Theorien zur Entstehung von phobischen Ängsten, die von Konditionierungslernen und sozialen Übertragungsprozessen ausgehen; sie glauben, dass die Vulnerabilität dafür weitgehend angeboren ist.

In einer australischen Untersuchung konnte der Einfluss von Modellverhalten der Mütter auf die Entstehung von Angst in ihren Kleinkindern im frühen Alter von 15-20 Monaten nachgewiesen werden (Gerull et al., 2002): Den Kleinen waren dreimal hintereinander Schlangen und Spinnen aus Gummi - alternativ gepaart mit einem negativen oder positiven Gesichtsausdruck der Mutter - gezeigt worden. Das modellierte Meidungsverhalten war bei den Mädchen größer als bei den Jungen.

In einer neueren Studie von Biederman et al. (2001) wurde der Frage nachgegangen, ob Panikstörung/Agoraphobie und depressive Störungen einen familiären Ursprung erkennen

lassen und wenn ja, ob ihnen eine ganz allgemeine familiäre Disposition zugrunde liegt oder ob nicht vielmehr spezifische Risikofaktoren zu spezifischen Angststörungen oder zu Depressionen führen. Entsprechend wurden 4 Gruppen von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen im Alter von 2-25 Jahren (n=380) ausgiebig untersucht: Kinder von Eltern

1. mit Panikstörung und komorbider Depression,
2. mit Panikstörung ohne Depression,
3. mit depressiven Störungen ohne Panikstörung und
4. ohne psychische Störungen.

Die Kinder von Eltern mit Panikstörung (egal ob mit oder ohne Depression) hatten ein erhöhtes Risiko, an Panikstörung und Agoraphobie zu erkranken. Demgegenüber zeigten Kinder von depressiven Eltern (mit oder ohne Panikstörung) ein erhöhtes Risiko für soziale Phobie, depressive Störung und Verhaltensstörungen. Schließlich begünstigten sowohl Panikstörung als auch Depressionen der Eltern, ganz gleichgültig, ob sie einzeln oder komorbide auftraten, Trennungsangst und andere Angststörungen in ihren Kindern. Bereits in früheren Arbeiten hatten die Autoren bei Panik- und Agoraphobiepatienten - im Vergleich zu depressiven Patienten - vermehrt gemeinsame familienätiologische Faktoren nachgewiesen.

Schwere traumatische Erlebnisse in der Kindheit sind nicht kennzeichnend für Personen, die unter panischen und phobischen Ängsten leiden, obwohl sie durchaus vorkommen können. In einer Studie wurde das so genannte übergeneralisierte autobiografische Gedächtnis für traumatische Erlebnisse in der Kindheit an 93 depressiven und ängstlichen Patienten und 24 Kontrollpersonen genauer beleuchtet. Alle füllten zunächst einen Fragebogen über Kindheitstraumata aus und nahmen dann an einem autobiografischen Gedächtnistest teil. Die Gedächtnisleistung der Versuchspersonen im Test konnte besser vorhergesagt werden, wenn eine depressive Störung in der Lebensgeschichte vorlag. Sie war dagegen weniger treffsicher vorherzusagen beim Vorkommen von traumatischem Erleben in der Vorgeschichte. Spezifische Gedächtnisleistungen standen weder in einer besonderen Beziehung zu einer Angststörung, noch zu einer erfolgreich behandelten Depression oder zu der Einschätzung der Schwere einer akuten depressiven Verstimmung (Wessel et al., 2001).

Die Mehrzahl der in einer eigenen Angststudie befragten 79 Panikpatienten mit und ohne Agoraphobie erlebten ihren initialen Panikanfall als traumatisierend (Schmidt-Traub, 2000). Von diesem Zeitpunkt an schienen sie das Vertrauen in den eigenen Körper verloren zu haben. 10% der befragten Panikpatienten hatten parallel zu einer dramatischen Kreislaufreaktion einen schweren Panikanfall nach der Einnahme von Medikamenten oder anderen Drogen erlebt. In den meisten Fällen mag es sich um eine Unverträglichkeitsreaktion gehandelt haben, die zu einem jähen Anstieg der interozeptiven Schärfe der Selbstwahrnehmung (vgl. dazu Barsky et al., 1994) geführt hat. Panikstörung, Agoraphobie und spezifische Phobien sind im Grunde genommen eine Spielart von **Stresserleben**, denn sie werden im Allgemeinen erst nach länger anhaltender Belastung ausgelöst. Eine derartige Auslegung ihrer Angststörung nehmen Betroffene meist gerne an.

Somatische Sensibilität und Angstsensibilität: In der Angstforschung hat sich eingebürgert, von einer somatischen Sensibilität und einer Angstsensibilität bei Personen auszugehen, die zu Panikattacken neigen. Panikpatienten mit **somatischer Sensibilität** haben eine erhöhte Wahrnehmungsbereitschaft für körperliche Empfindungen, seien es Herzbeschleunigung (Herzrasen), vestibuläre Veränderungen (Schwindel), neurologische Reaktionen im Gefäßbereich (Kreislaufschwankungen, systolischer Blutdruckanstieg) oder Veränderung des Atemrhythmus (Luftnot, Hyperventilation) (vgl. Schmidt-Traub, 2000). Zur Überprüfung dieser somatischen Sensibilität ließen Zoellner et al. (1999) Panikpatienten und Kontrollpersonen die eigenen Herzschläge vor und nach Einnahme einer ihnen unbekanntes Flüssigkeit (Koffein) zählen. Die Panikpatienten konnten ihre Herzrate wesentlich genauer einschätzen. Aufgrund dieser gesteigerten Empfindsamkeit in der Wahrnehmung von körperlichen Reaktionen nimmt es nicht Wunder, wie schnell Panikpatienten Gefahr für Leib und Leben heraufkommen sehen und ihr Sicherheitsgefühl gegenüber dem eigenen Körper verlieren als Personen mit einer weniger differenzierten somatischen Sensibilität (Clark, 1999). Panikpatienten haben eine erhöhte **Angstsensibilität**, da sie häufiger harmlose körperliche Reize als potenziell bedrohlich erleben. Der Begriff Angstsensibilität geht auf Reiss (1991 – vgl. auch den von ihm mitentwickelten Anxiety Sensitivity Index von Petersen und Reiss, 1993) zurück und gilt als eine persönliche Eigenschaft und als wesentlicher Bestandteil der Vulnerabilität für panische und phobische Angst. Angstsensible Personen beachten körperliche Empfindungen verstärkt (Aufmerksamkeits-Bias). Sie nehmen sie besonders früh wahr, neigen dazu, sie negativ verzerrt zu bewerten, und können sich besonders gut an sie erinnern (Gedächtnis-Bias). Angstsensibilität ist demnach eine erhöhte interozeptive Wahrnehmungsbereitschaft bei gleichzeitiger Befürchtung von katastrophalen somatischen Erregungssymptomen. Sie ist eine psychologische Eigenschaft und hat eine hereditäre Komponente (Stein et al., 1999). Eine faktorenanalytische Studie der Angstsensibilität von 12-18 Jährigen, die mit dem revidierten Childhood Anxiety Sensitivity Index untersucht wurden, ergab 4 untergeordnete Faktoren, die den bei Panik- und Agoraphobiepatienten häufig beobachteten Angstthemen – Angst vor Ohnmacht, Sterben und Tod, Angst vor Verrücktwerden und Angst vor dem Urteil der Leute - sehr nahe kommen:

Angst vor

1. kardiologischen Symptomen,
2. öffentlich wahrnehmbaren Reaktionen,
3. dem Verlust der kognitiven Kontrolle und
4. Atemsymptomen (Muris, 2002).

In einer Untersuchung der Wechselwirkung von Serotonin Transporter Gen (5-HTT) und Angstsensibilität an einer Versuchsgruppe (72 Personen aus der Normalbevölkerung) konnte während einer Kohlendioxid-Reizung (von 35%) demonstriert werden, wie die Gruppe vom Genotyp L eine stärkere Angstreaktion auf die biologische Reizung vorhersagen ließ als die Genotyp-Gruppe S (Schmidt et al., 2000). Personen mit erhöhter Angstsensibilität und Zugehörigkeit zur Gruppe L neigten auch zu deutlich mehr Herzrasen.

Auf der Suche nach Risikofaktoren für die Entstehung von Panikattacken stießen Hayward et al. (2000) in einer prospektiven Kohort-Studie an 2365 Highschool-Schülern (Durchschnittsalter 15.4 Jahre) auf "negative Affektivität" und "Angstsensibilität". Das Geschlecht der Jugendlichen war hingegen kein Risikofaktor für Panik, genauso wenig wie Trennungsangst im Kindesalter – beides dürfte meiner Einschätzung nach Anlass zu Kontroversen geben. "Negative Affektivität" und "weibliches Geschlecht" erwiesen sich jedoch als Risikovariablen für depressive Störungen.

In einer vergleichenden klinischen Studie an 38 Patienten mit depressiven Episoden und 38 mit Panikstörung/Agoraphobie (Cox et al., 2001) ergaben sich verschiedenartige Vulnerabilitäten: Auf einer Ebene höherer Ordnung unterschieden sich die Panikpatienten von den depressiven Patienten durch Erregungsbereitschaft und positivem Affekt. Auf einer Ebene unterer Ordnung wurden Angstsensibilität und Grübelneigung als weitere diskriminierende Variablen mit Vorhersagekraft gefunden.

Stewart et al. (2001) zufolge wird die Häufigkeit von Panikattacken im frühen Erwachsenenalter in direkter Weise - aber auch indirekt über ihre Auswirkungen auf die Angstsensibilität - durch Lernprozesse (instrumentelles und stellvertretendes Lernen) in der Kindheit beeinflusst. 478 Studenten wurden nach ihrer retrospektiven Einschätzung von frühen Lernerfahrungen mit erregungsreaktiven Empfindungen, wie Herzrasen, Schwindel, Kurzatmigkeit, Übelkeit usw., zum einen und zum anderen mit erregungsunabhängigen körperlichen Empfindungen, wie Schmerzen, Erkältungen und Hautbeschwerden, befragt. Erregungsabhängige Symptome hatten sowohl die Angstsensibilität als auch die Panikbereitschaft der Befragten verstärkt. Angstsensibilität beeinflusste direkt ihre Panikhäufigkeit, während die Lerngeschichte von erregungsunabhängigen somatischen Beschwerden zwar direkte Auswirkungen auf die Angstsensibilität hatte, dafür aber nicht auf die Häufigkeit von Panikanfällen. Demnach scheint Angstsensibilität eine moderierende Rolle zwischen Lernerfahrungen in der Kindheit und Panikanfällen im frühen Erwachsenenalter zu spielen.

Fixierung auf ein körperliches Angstsymptom, z. B. Schwindel oder Atmungsprobleme: In der Regel beachten Panikpatienten vornehmlich ein oder zwei bestimmte körperliche Paniksymptome. Das kann z. B. Herzrasen, Atemnot oder Schwindel sein. In einer epidemiologischen Studie wurde der Zusammenhang von Schwindel und Panik unter die Lupe genommen. 128 Personen im Alter von 18-65 Jahren gaben an, unter Schwindel zu leiden. Zwei Drittel von ihnen hatten Panikattacken und jeder Vierte eine Panikstörung mit oder ohne Agoraphobie. Diejenigen, zu deren Paniksymptomen konsistent Schwindel gehörte, gaben vermehrt Drehschwindel (Vertigo) an im Vergleich zu jenen, die verschiedenartige somatische Paniksymptome erlebten (Yardley et al., 2001). Außerdem mieden sie mehr Angstsituationen und waren auch häufiger berufsunfähig. Den Autoren zufolge erhöht die Zuschreibung von Desorientierung an subjektiv empfundene motorische Auslöser oftmals die Vorhersagbarkeit von Panikattacken. In einer Studie wurde die dynamische Atmungsphysiologie der gesunden Kinder von Panikpatienten untersucht und mit

derjenigen von Kindern, die Eltern ohne psychiatrische Auffälligkeiten hatten, verglichen: Die erste Gruppe wies signifikant mehr Unregelmäßigkeiten in der Atmung auf, weshalb die Untersucher überlegen, ob Atemrhythmusstörungen nicht vielleicht diskriminierende Variablen sind für eine familiär bedingte Angstvulnerabilität (Perna et al., 2002).

Persönlichkeitseigenschaften von Personen mit Panikstörung und Agoraphobie: Um mit einem 5-Faktoren-Modell die Persönlichkeitseigenschaften von Angstpatienten (mit Panikstörung und Agoraphobie, spezifischer Phobie und sozialer Phobie) und Patienten mit depressiven Achse-I-Störungen heraus zu arbeiten, wurden Daten von 333 Erwachsenen aus der "Baltimore Epidemiologic Catchment Area Follow-up"- Studie ausgewertet (Bienvenu et al., 2001). Die untersuchten Personen hatten das Revised NEO Personality Inventory ausgefüllt und waren von Psychiatern mit einem standardisierten Leitfadens (Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry) exploriert worden. Alle Angststörungen – bis auf die spezifische Phobie – traten zusammen mit erhöhten Neurotizismuswerten auf. Für Sozialphobiker und Agoraphobiker waren niedrige Werte von Extraversion kennzeichnend. Bei Personen mit Panikstörung kamen übrigens noch einige untergeordnete Variablen von Extraversion in etwas schwächerer Form zum Vorschein: Liebenswürdigkeit und Gewissenhaftigkeit. Das deckt sich zum Teil mit der eigenen Beobachtung von freundlich-hilfsbereitem, harmonisierendem und zuverlässigem Verhalten bei Patienten mit Panikstörung und Agoraphobie (Schmidt-Traub, 2000).

Perfektionismus: Die Persönlichkeitseigenschaft Perfektionismus soll nach einer Fragebogen-Studie von Chang (2000) an jüngeren (durchschnittlich 20 J.) und an älteren Erwachsenen (im Schnitt 47 J.) gesundheitsschädlich sein, denn der Perfektionismus der 270 befragten Personen korreliert mit stärkerem negativem Affekt, vermehrten Sorgen und einer geringeren Lebenszufriedenheit. Die Autoren empfehlen deshalb, bei der Behandlung von perfektionistischen Patienten auf therapeutische Methoden zur Stressreduktion zurückzugreifen. Kawamura et al. (2001) fanden in einer faktorenanalytischen Studie über Perfektionismus bei Personen mit Depressionen und verschiedenen Angststörungen unterschiedliche Qualitäten von Perfektionismus; eine Variante von, wie sie sagen, schlecht angepasstem Perfektionismus, der besonders mit Angst, nicht aber mit Depressionen verwandt ist, und umgekehrt eine Art von schlecht adaptiertem Perfektionismus bei Depressionen, der jedoch unabhängig von Angst sei. Schließlich sollen Patienten mit panischen und phobischen Ängsten auch dazu neigen, sich übermäßig Sorgen zu machen, sobald sie einen Fehler begangen haben. Im Vergleich zu Kontrollpersonen stellen sie ihr eigenes Verhalten sehr viel leichter in Frage (Antony et al., 1998).

Denkfehler: Um die Verbindung von negativen Kognitionen und Angst zu klären, untersuchten Weems et al. (2001) die kognitiven Fehler (Katastrophisieren, Übergeneralisieren, Personalisieren und selektive Abstraktion) von ängstlichen Kindern und Jugendlichen: Die Denkfehler "Katastrophisieren" und "Per-

sonalisieren“ zeigten die stärkste Vorhersagekraft für Angstsensibilität und manifeste Angst, “Übeneralisieren“ für Überängstlichkeit, während “Übeneralisieren“ zusammen mit “selektiver Abstraktion“ auf depressive Störungen hinwies.

Pessimismus/Sorgen: Erwartungsangst in Form von sorgenvollen Gedanken und Abwägen ist das wesentlichste Kennzeichen einer generalisierten Angststörung (GAS). Eine sorgenvolle Denkweise kommt aber auch bei anderen Angststörungen wie Panikstörung und Agoraphobie vor (Breitholtz et al., 1999). Wer sich Sorgen macht, katastrophisiert auch mehr, bezieht seine Sorgen häufiger auf persönliche Schwächen, die eigene gesundheitliche Verfassung und das gesamte Wohlbefinden.

Überängstliche Personen sollen pessimistischer eingestellt sein als die Normalbevölkerung, aber weniger pessimistisch als Depressive. In einer Untersuchung der Informationsprozesse und kognitiven Organisationsweise von Patienten mit Depressionen und/oder Angststörungen ergaben sich entsprechend signifikante Unterschiede zwischen den Patientengruppen und Kontrollpersonen. Angstpatienten erinnerten sich häufiger an positive Informationen als depressive Patienten. Sie teilten auch vermehrt auf sich bezogene, persönliche Informationen positiven Inhalts mit als Depressive (Dozois et al., 2001).

Sich exzessiv Sorgen machen führt verstärkt zu katastrophalen Vorhersagen über künftige Ereignisse und Risiken, obgleich diese sich nur mit ganz geringer Wahrscheinlichkeit einstellen. Sorgen sind eher verbal-linguistische als imaginative Erlebnisse und gehen meist mit einem niedrigen autonomen Erregungsniveau einher. Roemer et al. (2002) vertreten die These, dass Personen mit GAS eigentlich unangenehmen inneren Ereignissen und externen Herausforderungen auszuweichen trachten, indem sie sich ausgiebigst Sorgen machen über künftige Ereignisse. Ironischerweise werden dieses sorgenvollen Gedanken aber zu einem unerwünschten inneren Erlebnis, dem die Betroffenen ausweichen wollen. Dadurch entsteht eine paradoxe Reaktion, die das Grübeln im Endeffekt verstärkt. Damit Patienten nicht so leicht in diese paradoxe Falle tapsen, empfehlen die Autoren unter Berufung auf Linehan (1993) und Hayes et al. (1999) therapeutische Vorgehensweisen, wie “gerichtete Aufmerksamkeit“ und “Akzeptanz“, die sich in eine kognitive Verhaltenstherapie recht gut einbauen lassen. Sie sehen darin eine Alternative zu den nicht immer erfolgreichen therapeutischen Strategien “Veränderung“ oder “Vermeiden von Kognitionen“.

Unter gerichteter Aufmerksamkeit (mindfulness) verstehen sie eine Form von Akzeptanz, bei der die Person ihre Aufmerksamkeit willkürlich auf internale oder externale Ereignisse richtet, ohne diese beurteilen oder verändern zu wollen. Diese fokussierte Aufmerksamkeit steht im Kontrast zur Erwartungsangst der GAS, die mehr auf die Zukunft ausgerichtet ist. Sie kontrastiert auch mit den Schuldgefühlen der Depression, die eher auf Vergangenes bezogen sind. Durch Bewusstmachen von Erfahrungen des Augenblicks können automatisierte negative Gewohnheiten durch willkürliche, flexibel und frei gewählte Reaktionen ersetzt werden (Roemer et al., 2002). Dieses Vorgehen dürfte grundsätzlich hilfreich sein für negativ eingestellte Personen, z. B. besonders pessimistische Panik- und Agoraphobiepatienten.

Depersonalisierung – Realitätsferne: Patienten mit Panikstörung (ab 16 Jahren) wurden in einer Untersuchung danach unterschieden, ob sie gegenwärtig psychosensorische Symptome wie Entfremdung und Depersonalisierung erlebten oder nicht. Patienten mit diesen Erscheinungen erreichten in fast allen diagnostischen Fragebögen höhere Werte und hatten mehr Panikattacken, mieden mehr und waren folglich auch stärker in ihrer Lebensführung eingeschränkt. Gleichzeitig zeigt die Studie die herausragende Bedeutung von kardiovaskulären und vestibulären Beschwerden beim Panikerleben, die einen größeren Teil der Varianz ausmachen (Marquez et al., 2001). Konträr zur Ausgangshypothese der Autoren konnte sich in einer weiteren Untersuchung (Marshall et al., 2000) keine Verbindung zu traumatischem Erleben im Kindesalter bei Panik- und Agoraphobiepatienten herstellen lassen, die vornehmlich unter Depersonalisierung und Derealisation litten.

Alkohol: Angststörungen und Alkoholmissbrauch treten häufig komorbide auf. In einem Überblicksartikel über publizierte experimentelle, klinische, prospektive und Familienstudien gelangen Kushner et al. (2000) zu der Schlussfolgerung, dass Angststörungen und Alkoholmissbrauch sich jeweils gegenseitig initiieren können. Sie sprechen von einem teuflischen “feed-forward“-Kreis, in dem Trinkverhalten zwar kurzfristig von Angst entlastet, chronisches Trinken mit Rückzugsverhalten aber langfristig Ängste verstärkt.

In einer prospektiven Studie mit Jugendlichen, die als Kinder entweder unter Trennungsangst oder unter generalisierter Angststörung gelitten hatten, wurde der Nachweis erbracht, dass Kinder mit frühen Symptomen einer generalisierten Angststörung ein erhöhtes Risiko tragen, Alkoholmissbrauch zu betreiben. Im Gegensatz zu ihnen hatten Kinder mit Trennungsangst in der Vergangenheit ein deutlich geringeres Risiko (Kaplow et al., 2001).

Nikotin: Die meisten Angstpatienten rauchen. Rauchen hat aber anxiolytische Wirkungen. In einer Untersuchung (Breslau et al., 1999) von Personen mit Panikstörung/Agoraphobie, die aus 2 epidemiologischen Studien über Managed-care mit 974 21-30-Jährigen und 4411 im Alter von 15-54 Jahren rekrutiert wurden, konnte dieser Effekt belegt werden. Tägliches Rauchen korrelierte mit einer signifikanten Zunahme des Risikos, einen Panikanfall oder eine Panikstörung zu bekommen. Dieses Risiko war bei gegenwärtig rauchenden Personen höher als bei früheren Rauchern.

In einer experimentellen Studie wurden die angstfördernde Wirkung von Nikotinkonsum in unterschiedlichen Intensitäten und die Rolle von Aufmerksamkeitsverhalten beim Rauchen untersucht. Nikotin – und nicht irgendwelche sensorischen Aspekte oder bestimmte Verhaltensweisen beim Rauchen – führte zu einer Verminderung des Angsterlebens, sobald die Versuchspersonen sich gleichzeitig ablenkten. Ohne ablenkendes Verhalten erlebten die Raucher eine leichte Intensivierung ihres Angsterlebens (Kassel et al., 2000).

Geschlechtsunterschiede: Die erwähnten epidemiologischen Studien weisen auf ein höheres Vorkommen von Panikstörung, Agoraphobie, und spezifischer Phobie bei Frauen hin. In ei-

ner wissenschaftlichen Arbeit über soziale Angststörung bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen (Müller, 2002) wurden entsprechende Geschlechtsunterschiede für soziale Ängste in leichter Form ermittelt, nicht aber für das voll ausgeprägte Bild der sozialen Angststörung, die bei beiden Geschlechtern mit ähnlichen Vermeidungsreaktionen und subjektiver Beeinträchtigung einhergeht. Möglicherweise, so die Schlussfolgerung der Autorin, lassen sich unterschwellige soziale Ängste wie die Befürchtung des eigenen Ungenügens und der eigenen Hilflosigkeit besser in das weibliche Rollenschema integrieren (Müller, 2002).

Sheikh et al. (2002) untersuchten Geschlechtsunterschiede in spezifischen Paniksymptomen. Sie zogen die Befragten des National Comorbidity Survey heran und fanden bei den Frauen mit Panikstörung/Agoraphobie eine größere Auftretenswahrscheinlichkeit von atlungsrelevanten Schwierigkeiten während des Panikerlebens als bei Männern.

Komorbidität: Unter Komorbidität wird das gleichzeitige Auftreten von mindestens zwei psychischen Störungen verstanden. Aus großen sozial-epidemiologischen Studien, wie der Epidemiological Catchment Area Study (ECA), dem National Comorbidity Survey (NCS) für amerikanische Verhältnisse und der Münchner Follow-up-Studie (MFS), geht hervor, dass reine Angststörungen ohne weitere begleitende psychische Störungen selten vorkommen. Wittchen et al. (1995) beziffern sie auf 26% unter Berufung auf NCS und MFS. Die meisten Komorbiditäten von Panikstörung und Agoraphobie sind weitere Angststörungen und depressive Störbilder.

In einer Bremer Studie an 1035 Jugendlichen im Alter von 12-17 Jahren aus 36 Schulen hatten 3,5% spezifische Phobien nach DSM-IV (v. a. Tierphobien und natürliche Umweltängste) in der Lebensgeschichte (Essau et al., 2000). Wieder waren mehr Mädchen als Jungen betroffen. Ein Drittel der phobischen Jugendlichen hatten auch depressive und somatoforme Störungen. Nur ein geringfügiger Prozentsatz bemühte sich um professionelle Hilfe.

Suizid: Patienten mit gegenwärtiger oder überwundener Panikstörung und Agoraphobie sind nicht suizidal gefährdet, es sei denn, es liegen noch andere Risikofaktoren vor (Schmidt et al., 2001; Warshaw et al., 2000).

In einer größeren Studie (Placidi et al., 2000) wurde die Beziehung zwischen Panikstörung und Selbstmordversuchen bei depressiven Patienten (n=272) im Alter von 17-72 Jahren über die gesamte Lebenszeit hinweg untersucht. Die Häufigkeit von komorbider Panikstörung/Agoraphobie und anderen Angststörungen war etwa gleich verteilt in den Patientengruppen mit Selbstmordversuchen in der Vergangenheit und ohne. Folglich erhöht Panik als komorbide Störung bei Depressiven nicht das Selbstmordrisiko (über die Lebensspanne). Patienten mit panischen und phobischen Ängsten setzen sich im Vergleich zu Kontrollpersonen jedoch kognitiv häufiger mit den Themen Sterben und Tod auseinander. Manche wünschen sich gelegentlich, tot zu sein, aber nicht mit der Absicht, sich zu suizidieren (Overbeek et al., 1998).

Unbehandelte Ängste – Risiko für mehr Angst, Depressionen und Drogenprobleme: Goodwin et al. (2001) wollten herausfinden, inwieweit die Behandlung von Panikattacken einen Schutz darstellt gegenüber dem Risiko, depressiv zu erkranken. Sie zogen ein für die USA repräsentatives Sample aus dem NCS, 425 Personen im Alter von 15-54 Jahren. Ein signifikant kleinerer Anteil derjenigen, die sich vormals einer Panikbehandlung unterzogen hatten (19%), entwickelten eine depressive Störung im Gegensatz zu nicht Behandelten: 45% von ihnen wurden in klinisch auffälliger Weise depressiv. Die Wissenschaftler folgern daraus, dass eine genaue diagnostische Einschätzung und psychotherapeutische Behandlung von Panikerleben das Depressionsrisiko senkt.

Gesundheitsverhalten: Patienten mit Panikstörung, Agoraphobie, spezifischer Phobie und generalisierter Angststörung haben erhöhte Cholesterinwerte von noch weitgehend ungeklärter Genese. In einer Studie haben Peter et al. (1999) die Ernährungs- und Sportgewohnheiten von Angstpatienten untersucht, um den Wechselwirkungen von Gesamt-Cholesterinwert, LDL-Werten (low density lipoproteins) und HDL-Werten (high density lipoproteins) auf die Spur zu kommen. Im Vergleich zu Kontrollpersonen wiesen die Angstpatienten in klinisch relevanter Weise fast dreimal so hohe Cholesterinwerte im Blut auf. Wahrscheinlich wird der Cholesterinspiegel von Angstpatienten einmal durch das Meiden von sportlicher Bewegung und zum anderen durch spezielle Ernährungsgewohnheiten in geringer, aber dennoch signifikanter Weise beeinflusst.

Es ist schon länger bekannt, dass **Sport** den Cholesterinspiegel im Blut senkt (Peter et al., 1999, zitieren zahlreiche Studien). Sportliche Bewegung gilt zudem als geeignete Methode zur Stresskontrolle (Salmon, 2001). Folglich dürfte Sport für Psychotherapeuten eine wirkungsvolle, wenn auch unspezifische Vorgehensweise sein, mit der sie soziale und psychologische Prozesse bei Klienten anregen können, namentlich bei denen, die nicht auf herkömmliche therapeutische Interventionen ansprechen (Salmon, 2001).

Regelmäßiges Fitnesstraining schützt den Patienten vor Stress, verbessert den Fettstoffwechsel und die Herzfähigkeit, reduziert Übergewicht, stärkt das Immunsystem und erhöht die Lebensfreude.

Aktives Bewältigen, Konzentrationslenkung, konkurrierende Reaktionen: Zur therapeutischen Wirkung von Konzentrationslenkung bei der Behandlung von panischen und phobischen Ängsten gibt es manche Kontroverse. Hierzu eine weitere interessante Untersuchung: Vor dem Hintergrund einer emotionalen Prozesstheorie zur Angstreduktion konnte in der kognitiv-verhaltenstherapeutischen Behandlung von 58 Agoraphobikern unter 4 verschiedenen Behandlungsbedingungen (1. Konfrontation in vivo mit geleiteter Neubewertung bedrohlicher Reize; 2. Konfrontation mit kognitiver Ablenkungsaufgabe, 3. mit 1. und 2. zusammen und 4. ohne 1. und 2.) nachgewiesen werden, dass in der Konfrontationsgruppe mit geleiteter Neubewertung von bedrohlichen Reizen sowohl die stärkste Angstreduktion als auch die geringste Rückfallrate erzielt wird (Kamphuis et al., 2000).

Nach dem 11.9.2001 und der "World Trade Center"-Katastrophe in New York wurde die Rolle der Psychotherapie bei der Behandlung von Alpträumen, Flashbacks, Schlafstörungen, traumatischer Trauerarbeit, emotionalen Blockaden, Depressionen und Vermeidungsverhalten bei Traumaopfern gründlich überdacht (LeDoux et al., 2001). Die Autoren referieren Ergebnisse aus der Grundlagenforschung, die ihren Vorschlag unterstützen, das Vermeiden von Angstsituationen in eine erfolgreiche Bewältigungsstrategie umzukehren, in der alternative Gedanken und Handlungsweisen die Konfrontation mit dem konditionierten Angstreiz beenden und gleichzeitig das Individuum am Leben weiter teilhaben lassen.

Kognitive Verhaltenstherapie: Es gibt zwar noch keine wissenschaftlich abgerundete Theorie der Angst, dafür aber eine Reihe von ermutigenden Forschungsergebnissen über die therapeutische Wirkung von kognitiver Verhaltenstherapie. Sie wird aufgrund einer ganzen Reihe von gut kontrollierten Therapiestudien, auch aus jüngster Zeit, für die Methode der Wahl gehalten bei der Behandlung von panischen und phobischen Ängsten im Einzel- oder Gruppentherapie-Setting, sowohl bei Jugendlichen (Barrett et al., 2001; Flannery-Schroeder et al., 2000; Piacentini et al., 2001) als auch bei Erwachsenen (Angenendt et al., 1998; Öst et al., 2001; Stuart et al., 2000). Ähnliches gilt für die Behandlung von akuter Belastungsreaktion und posttraumatischer Belastungsstörung (Bryant et al., 1999; Tarrier et al., 2000).

Öst et al. (2001) haben Ergebnisse einer Kurzzeitbehandlung von Patienten mit Klaustrophobie vorgelegt. Die phobischen Patienten wurden mit einer Batterie aus Verhaltenstests, physiologischen Untersuchungen und Fragebögen bei Untersuchungsbeginn, Therapieende und nach einem Jahr getestet. Sie waren in eine von drei Behandlungsbedingungen eingeteilt:

1. eine dreistündige Sitzung mit massierter Übung,
2. 5 Sitzungen mit gradueller Exposition,
3. 5 Sitzungen kognitive Verhaltenstherapie mit gestuftem Vorgehen.

Die 3 Behandlungsbedingungen ergaben ähnlich gute therapeutische Wirkungen: In der Vergleichsgruppe der Wartelistepatienten, die 5 Wochen bestand, gab es eine Verbesserung von 18%, in der 1. Therapiegruppe waren 80% angstfrei (in der 1-Jahres-Katamnese sogar 100%), in der 2. Gruppe 81% (81%) und in der 3. Gruppe 79% (93%).

In dieser und in den anderen zitierten Therapiewirkstudien erweist sich die (In-vivo- und imaginative) **Konfrontation** mit der Angst als besonders wichtige Behandlungskomponente. Patienten, die Expositionsbehandlungen nicht aushalten können, profitieren möglicherweise mehr von kognitiver Therapie (Tarrier et al., 2000). Panikpatienten ohne Agoraphobie, die gar kein oder nur sehr wenig Meideverhalten zeigen, können mit interozeptiver Konfrontation und mit kognitiver Therapie erfolgreich behandelt werden (Arntz, 2002).

Für den kognitiven Verhaltenstherapeuten kann die eine oder andere Agoraphobie-Behandlung schwierig werden, weil der Patient aus lauter Angst vor Krankheit, Ohnmacht, Sterben, sozialem Urteil oder Verlust der (mentalen) Kontrolle jegli-

ches Risiko scheut und sich einfach nicht in die Angstsituation traut. Bei Frauen kommt dies nach meinen Erfahrungen wesentlich häufiger vor. Warum es darüber hinaus Unterschiede von Patient zu Patient gibt, vermag die "risk as feelings"-Hypothese von Loewenstein et al. (2001) zu erklären. Sie fokussiert auf die Rolle des Affekts, der im Moment der Entscheidungsfindung erlebt wird. Emotionale Reaktionen auf riskante Situationen weichen oft von der kognitiven Einschätzung dieser Risiken ab. Sobald eine derartige Divergenz auftritt, motivieren Emotionen das weitere Verhalten. Bei Agoraphobikerinnen führt das meist zu Verhaltenskonsequenzen, wie Vermeiden und Fluchtverhalten. Ihre Hypothese kontrastieren die Autoren bewusst mit anderen Theorien über Entscheidungen in riskanten Situationen, vor allem mit solchen, in denen Personen die Erwünschtheit und Wahrscheinlichkeit etwaiger Folgen von Entscheidungsalternativen einschätzen und diese Einschätzung dann mit irgendwelchen persönlichen Berechnungen und Erwartungen in eine Entscheidung einfließen lassen.

Bei der Gestaltung des kognitiven Teils der Therapieplanung zur Behandlung von Phobikern mag es hilfreich sein, dass Agoraphobiker (im Vergleich zu Kontrollpersonen) bei der Unterdrückung von Befürchtungen und anderen negativen Angstgedanken ein spezifisches Defizit aufweisen. Sozialphobiker leiden demgegenüber sogar unter einer generellen Kontrollschwäche bei der Unterdrückung von negativen Gedanken (Fehm et al., 2002).

In drei Kliniken der Christoph-Dornier-Stiftung (52 Therapeuten) wurde die therapeutische Wirkung von **Überflutung** an 416 Patienten mit der primären Diagnose Panikstörung/Agoraphobie belegt. Sie machten an durchschnittlich 4-10 Tagen 2-3-mal wöchentlich Konfrontationsübungen über den ganzen Tag hinweg und begannen jeweils mit einer besonders beängstigenden Situation. Therapeuten begleiteten zunächst die Patienten, zogen sich aber im Verlaufe der Behandlung auf Supervisionsaufgaben zurück (Hahlweg et al., 2001). Die therapeutischen Wirkungen (nach Ablauf eines Jahres bewerteten sich 78% als sehr gebessert, 5,6% als unverändert und 1,8% als sehr verschlechtert) waren vergleichbar mit den Angaben von Wirkungen, die aus meta-analytischen Studien hervorgehen. Interessanterweise sind sie zudem unabhängig von der Dauer der Störung, der Zahl der Behandlungsstunden und dem Erfahrungshorizont des Therapeuten.

Bei der Behandlung von überängstlichen Kindern und Jugendlichen erscheint es sinnvoll, darauf zu achten, ob ein Elternteil ebenfalls unter panischer oder phobischer Angst leidet. Falls ja, muss dieser Elternteil (manchmal sogar beide) mitbehandelt werden, um stabile Ergebnisse beim Kind oder Jugendlichen zu erzielen. In einer Studie (Rosenbaum et al., 2000) wurden 129 Kinder im Alter von 2-6 Jahren beim Spielen beobachtet. Darunter waren Kinder von Eltern

1. mit depressiver Episode plus Panikstörung,
2. mit Panikstörung alleine,
3. mit depressiver Episode alleine und
4. ohne Ängste und Depressionen.

Die Kinder der ängstlichen Eltern und die der ängstlich-depressiven Eltern waren eindeutig gehemmter in ihrem Spielverhalten als diejenigen der Eltern ohne psychische Störungen.

Die besten Therapieresultate bei spezifischen Störbildern sollen nach Experteneinschätzung mit Hilfe von **manualgeleiteten Vorgehensweisen** erzielt werden. Eine Meta-Analyse von 34 neueren Therapiewirkstudien (Westen et al., 2001) vermittelt hierzu ziemlich ernüchternde Ergebnisse. In diesen Studien wurden entweder Patienten mit Depressionen, Panikstörung/Agoraphobie oder generalisierter Angststörung unter Rückgriff auf empirisch abgesicherte Therapiemanuale behandelt. Fazit der kritischen Analyse: Die herangezogenen Therapien sollten lieber nicht als Therapie der Wahl dargestellt werden, da sie entscheidende Mängel aufwiesen:

1. Nur 32-36% der potenziellen Teilnehmer wurden nach einer diagnostischen Einschätzung in die Studie aufgenommen, da die meisten Patienten, die vorgestellt wurden, komorbide Störungen hatten.
2. Die Drop-out-Rate war verhältnismäßig groß und der Prozentsatz deutlich verbesserter Patienten entsprechend gering: 53% der depressiven Patienten zeigten eine klare Verbesserung am Ende der Behandlung (unter Berücksichtigung der ausgeschiedenen Patienten sinkt dieser Prozentsatz allerdings auf 37%). Bei den Panikpatienten waren es 63% (54%). Nach Beendigung der Therapie erfüllte der durchschnittliche Patient immer noch milde Kriterien seiner ursprünglichen Störung (Anmerkung: Das verwundert insofern nicht, als ein Anwachsen von Vertrauen in die körperlichen oder mentalen Funktionen lange braucht – vgl. Therapie, 6. Rückfallprophylaxe).
3. Ausgedehnte Follow-ups wurden verhältnismäßig selten durchgeführt. 2-18 Monate nach Therapieende waren nur noch 37% der vormals depressiven Patienten deutlich gebessert und 86% der Patienten, die ursprünglich Panikstörung/Agoraphobie hatten. Aber bei einem Follow-up 2 Jahre nach Therapieschluss stellte sich heraus, dass 50% der Patienten über alle Diagnosen hinweg sich bereits wieder in psychotherapeutische Behandlung begeben hatten.

Die manualgeleiteten Therapien (dieser Untersuchung) sollten also nicht überschätzt werden, da sie nur bei etwa der Hälfte der Patienten anschlagen (Westen et al., 2001). Die Autoren empfehlen deshalb, sich nicht nur auf die Vorlieben und Meinungen von Wissenschaftlern zu verlassen. Klinische Praktiker könnten sich zu einem Netzwerk zusammenschließen und entscheiden, bei welchen therapeutischen Behandlungen sich weitere Forschung zur empirischen Absicherung lohnen würde.

Diese zuletzt referierten Ergebnisse sollen den therapeutisch geschulten Leser weniger desillusionieren als aufrütteln, um wachsamer bei der therapeutischen Arbeit zu sein. Niemals sollte jedoch die Hoffnung aufgegeben werden! Denn Hoffnung spielt eine wichtige Rolle in der kognitiven Verhaltenstherapie: Sie wird als die Fähigkeit definiert,

1. Wege zu gewünschten Zielen zu finden und
2. sich und andere mit Hilfe von selbständigem und handlungsorientiertem Denken zu motivieren, zielorientierte Initiativen zu beginnen und durch zu halten (Snyder et al., 2000).

Diese Theorie der Hoffnung stehe anderen motivationalen und emotionalen Theorien recht nahe, so z. B. den Theorien von Optimismus, Selbstverwirklichung, Selbstwertgefühl und Pro-

blemlösen. Die Autoren vertreten die Ansicht, dass Hoffnung einen wertvollen Bezugsrahmen darstellt, der das Verständnis von wichtigen Aspekten der Verhaltenstherapie erleichtert.

Am Ende wirkt sich therapieübergreifend eine gute therapeutische Beziehung besonders positiv auf den Therapieerfolg aus (Norcross, 2002).

2 Verhaltenstherapeutisches Vorgehen bei der Behandlung von Panikstörung, Agoraphobie und spezifischen Phobien

Wichtig für die Qualitätssicherung und den Erfolg einer Psychotherapie ist die Orientierung des Therapeuten an theoretischen Grundannahmen und wissenschaftlich gesicherten Erkenntnissen aus der Therapieforschung. Die im Folgenden vorgestellten diagnostischen und therapeutischen Vorgehensweisen sind auf Panikstörung, Agoraphobie und spezifische Phobien zugeschnitten. Mit gewissen Ergänzungen können Patienten mit sozialer Phobie in ähnlicher Weise behandelt werden, insbesondere die gut 50% unter ihnen, die unter Panikattacken leiden. Sozialphobiker fürchten sich davor, im Zentrum der Aufmerksamkeit zu stehen, denn sie könnten blamiert oder gedemütigt werden. Die Behandlung dieser Angststörung ist meist schwieriger, denn oft sind ausgeprägter Pessimismus und komorbide depressive Verstimmungen mitzubehandeln. Patienten mit generalisierter Angststörung, die sich übermäßig Sorgen machen und anhaltend in Erwartungsangst leben, können mit den kognitiven Therapiebausteinen in Kombination mit Gesundheitsverhalten erfolgversprechend therapiert werden.

2.1 Diagnostik

Von großer Bedeutung ist eine möglichst genaue Differenzialdiagnose. Je präziser sie ausfällt, desto eher gelingt die Therapie. Diagnostisch erfasst werden Intensität und Häufigkeit von Panikattacken, Angstinhalte, Angstsituationen und vor allem das hinter der panischen und phobischen Angst stehende Angstthema. Panikstörung treibt viele Betroffene zu Flucht- und Meideverhalten und geht damit in Agoraphobie über. Zumindest kommen Panikattacken und Vermeiden häufig zusammen vor. Mit der Agoraphobie verwandt sind situationsgebundene spezifische Phobien.

Es gibt eine ganze Reihe von Angstfragebögen für Patienten zur **Selbsterfassung** der Angst, z. B. der Fragebogen zu körperbezogenen Ängsten, Kognitionen und Vermeidung - für Diagnostik, Therapieplanung und Erfolgskontrolle - von A. Ehlers, J. Margraf und D. Chambless, das Beck-Angstinventar, deutsche Version von J. Margraf und A. Ehlers - für Patienten ab 12 Jahren, geeignet für die Kontrolle therapeutischer Wirkungen - oder die Panik- und Agoraphobie-Skala von B. Bandelow – als Fremd- wie auch als Selbstbeurteilungsversion - für Patienten ab 18 Jahren.

Darüber hinaus können Angstpatienten zur Selbstbeobachtung ihrer Angst einschließlich der auslösenden und aufrechterhaltenden Bedingungen angeleitet werden. Bewährt haben sich Verhaltensbeobachtungen zu folgenden Beobachtungskategorien, die vom Patienten am einfachsten stichwortartig in tabellarischer Form protokolliert werden:

1. Häufigkeit
2. Situation, in der die panische oder phobische Angst auftritt
3. die ersten 4 Paniksymptome
4. Intensität der Angst - auf einer Skala von 1 (ganz schwach) bis 10 (heftigste Panik)
5. Dauer des Angstanfalls
6. welche Angstgedanken macht sich der Klient (wortwörtlich notieren lassen) und
7. was folgt auf das Panikerleben, was macht er?

Die Selbstbeobachtung dient nicht nur diagnostischen Zwecken. Sie kann auch als Evaluationsmethode genutzt werden, vorausgesetzt, der Patient ist bereit, über den gesamten Therapieverlauf hinweg oder zumindest in größeren Abständen jeweils 1-2 Wochen lang Aufzeichnungen vorzunehmen. In der Exploration kann sich der Therapeut an die Angst-Items des DSM-IV halten und gelangt damit zu einer hinreichend umfassenden und präzisen **Fremdeinschätzung**. Um das für die Therapie zentral bedeutsame Angstthema herauszuarbeiten, muss der Therapeut mitunter ein wenig eigenwillig und beharrlich nachfragen – z. B. was im Moment der Panik oder während des phobischen Erlebens an Katastrophalem geschehen könnte. Weiß der Patient es nicht, kann der Therapeut nachhelfen mit Fragen, wie viel Angst er hat, aus der Ohnmacht nicht mehr aufzuwachen, oder ob er befürchtet, keiner käme ihm zu Hilfe, oder ob andere ihn für unkontrolliert, verwirrt oder betrunken halten würden.

Zwei Fallbeispiele: Mann und Frau mit dominierender Panikstörung und Agoraphobie

Hier zwei Fallbeispiele, die wahrscheinlich von den meisten Ausbildungs-Supervisanden in verhaltenstherapeutischer Supervision als besonders schwere Behandlungsfälle eingestuft werden dürften. Die diagnostische Einschätzung, zu der Bedingungs-, Verhaltens- und Zielanalyse gehören, wurde mit Hilfe von explorativen Gesprächen - orientiert am DSM-IV - und einer schriftlichen Eigenbeobachtung der Klienten über 2 Wochen hinweg vorgenommen. Sie dient als Baseline für die Evaluation der therapeutischen Fortschritte.

Beate, 30 J., ist eine hübsche, kess und selbstbewusst auftretende junge Frau, redegewandt, wenn auch manchmal etwas distanzlos. Seit dem Abschluss einer Umschulungsmaßnahme vor 2 Jahren arbeitet sie ganztags als Bürokauffrau, ist zweimal geschieden, Alleinerziehende von 2 Kindern, 7 und 10 J. Mit 15 J. begann ihre Panikstörung mit Agoraphobie (F41.01; 300.21). Sie verschlimmerte sich nach zwei schweren Anfällen mit Herz-Rhythmus-Störungen und Vorhofflimmern vor 2 J., die einen Herzeingriff erforderlich machten (Elektrostrom-Behandlung einer Stromleitungsstörung mit 4 Herzkathetern über 4 Stunden bei vollem Bewusstsein). Seither ist ihr Herz wieder "zu 99% gesund", sagen die Ärzte. Zeitgleich starb der Vater, an dem sie sehr hing.

Vor lauter Schreck hörte sie auf, zu rauchen. Ihre Herzbeschwerden wurden mit Panik – Schwindel, Unruhe, Übelkeit, Herzrasen, "Druck ums Herz herum", Herzstichen und ständigem Pulsfühlen – überlagert. Seither kommen ihre Panikanfälle mit Wucht, treten nahezu täglich, manchmal sogar mehrfach am Tag auf und dauern meist 30 bis 45 Minuten. Sie hat Angst davor, umzufallen, schwer (vor allem herz-, aber auch krebs-)krank zu werden und zu sterben. Beim Schlafengehen steigert sie sich oft in Panik hinein, weshalb sie

sich davor fürchtet, allein zu Bett zu gehen. Nach Möglichkeit vermeidet sie, überhaupt allein zu sein. Beim Autofahren bekommt sie ebenfalls Angstanfälle, vornehmlich auf der Autobahn, erst recht bei Regen oder Nebel, noch mehr bei Nacht (sie bezeichnet sich als "nachtblind"). Deshalb meidet sie Autofahren, insbesondere bei Regenwetter und nachts, aber auch Fahrstuhlfahren und Fliegen. Schließlich hat sie schreckliche Angst vor Gewitter. Kommt eins auf, flüchtet sie in den Flur, rollt sich ein und hält sich die Augen zu. Sie schaltet alle Fernsehsendungen ab, in denen ihre Angstthemen vorkommen. Für Notfälle hält sie stets das Handy und ein Beruhigungsmittel bereit. Es hat den Anschein, als liege bei ihr eine ängstlich-vermeidende Persönlichkeit vor. Sie kommt auf Empfehlung ihres Hausarztes.

Ernst, 51 J., Gießereifacharbeiter und -meister, verheiratet, 2 erwachsene Söhne, leidet an einer heftigen Panikstörung mit leichterer Agoraphobie (F41.01; 300.21) und einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig leichte Episode (F33.0; 296.31). Er ist ein sehr sensibler, aktiver, aber leiser Mann, kontaktoffen, der sich um gute Compliance bemüht. Vor 10 J. erlebte er seinen ersten Panikanfall – 5 Monate nach dem plötzlichen Herztod seiner ihm besonders nahe stehenden Mutter. Sie kollabierte auf offener Straße, wurde nicht früh und auch nicht fachgerecht genug reanimiert und starb im Krankenhaus. Die Leitsymptome sind Schwindel und Hyperventilation neben Schweißausbrüchen, Herzrasen, Zittern, Schmerzen in der linken Wade beim Laufen und im linken Arm beim Aufstützen. Seine Angstthemen sind panische Angst vor Kontrollverlust, Tod durch Herzversagen, Ohnmacht und was andere mit ihm dann anstellen – schlimmstenfalls das, was mit der Mutter geschah. Ausgelöst wird die Panik, sobald er tagsüber (meist am Arbeitsplatz) ein Problem nicht lösen kann oder wenn er nachts wach im Bett liegt und sich Sorgen macht. Dann belauert er seinen Körper unentwegt und sorgt sich speziell um sein Herz-Gefäß-System und ganz allgemein um seine Gesundheit. Starke Panikanfälle hat er mindestens zweimal die Woche. Infolge der hohen Panikbereitschaft meidet er Urlaubsfahrten und überhaupt das Wegfahren von Essen, denn damit würde er sich von seinen Ärzten entfernen. Privat meidet er auch Menschenmengen, allerdings weniger aus Angst als vielmehr aus Gründen der Verlegenheit, weil seine alkoholranke Frau wiederholt peinliche Auftritte veranstaltet. Außerdem leidet er zum wiederholten Male unter depressiven Verstimmungen, Durchschlafstörungen und Vielessen (mit bis zu 20 kg Gewichtszunahme während einer depressiven Episode bei durchschnittlich 86 kg/175 Größe) und Vieltrinken (ca. 2- bis 3-mal/Woche ist er mit 1-2 Flaschen Wein Co-Trinker seiner Frau). Er raucht 50-60 Zigaretten/Tag und liest regelmäßig die Todesanzeigen in der Zeitung.

Der mitbehandelnde Psychiater schickt ihn als Notfall nach einem schweren nächtlichen Panikanfall vor 4 Wochen mit anschließenden Selbstmordgedanken. Seither nimmt er 0-0-1 25 mg Deprilept, 0-1/2-1/2- 40 mg Dipiperon, 1-0-1 300 mg Jarsin (Johanniskraut) und 0,5 mg Alprazolam-ratiopharm während eines Panikanfalls.

An körperlichen Erkrankungen nennt er Rückenverschleiß im Brustwirbelbereich, inoperablen Zwerchfellbruch, der Sodbrennen verursacht, "nervösen Magen", häufig blutende Hämorrhoiden, Sehenscheidenentzündung in der linken Achillessehne, allergisch bedingten Schnupfen, Husten und Atemnot (Hausstaubmilben).

Panikpatienten fühlen sich außerordentlich bedroht von ihrer Panik. Fast drei Viertel der Paniksymptome sind physiologisch oder motorisch, also weitgehend körperlich, weshalb die Mehrzahl meint, am leiblichen Wohl gefährdet zu sein. Beate und Ernst haben beide eine erhöhte interozeptive Wahrnehmung, speziell für solche somatischen Symptome, die mit ihrem Angstthema assoziiert sind (erhöhte Angstsensibilität): In beiden Fällen ist es die Angst vor Herztod, die von Panik-

patienten besonders häufig genannt wird. Andere Panikpatienten fürchten sich davor, zu ersticken oder an einem Tumor zu sterben.

Panik- und Agoraphobiepatienten fixieren sich in der Regel auf ein oder zwei Angstsymptome. So fokussiert Beate auf das Hauptsymptom Schwindel. Sie hat zusätzlich eine ausgeprägte somatische Sensibilität gegenüber ihrer Herzrhythmusentwicklung, die zeitweilig eine ernste reale Grundlage hatte. Sie registriert mit äußerstem Argwohn jede unregelmäßige Herzrhythmusentwicklung. Diese somatische Sensibilität ist mit ihrer bereits vorhandenen Angstsensibilität fest verknüpft. Bei Ernst steht ebenfalls der Schwindel im Fokus seiner negativen Selbstbeobachtung und zusätzlich noch die flache Atmung.

Beate hat wie die meisten Frauen mit panischen Ängsten ein ausgeprägtes Meideverhalten entwickelt und weicht mehr Angstsituationen aus als ihr männlicher Leidensgenosse. Ernst nimmt seit 4 Wochen angstdämpfende Medikamente ein und weicht damit seiner Angst aus. Couragiert setzte er die Medikamente bereits nach 3-5 Wochen ab und fuhr auch wieder mutig von Essen weg. Somit ging er seinen Meidetendenzen schneller, energischer und aggressiver zu Leibe als Beate und die Mehrzahl weiblicher Angstpatienten.

Patient und Therapeut analysieren zunächst gemeinsam das wesentliche Problemverhalten auf der Verhaltensebene. Betrachten sie die panische Angst in ihrem Ablauf - von der auslösenden Situation bis zu den unmittelbaren und langfristigen Konsequenzen - und unterziehen sie auf der **Mikroebene** einer Verhaltensanalyse, dann kommen ihnen höchst wahrscheinlich auch leichter Ideen, an welchen Gliedern der Verhaltenskette sie therapeutisch ansetzen könnten – an der Angstsituation, an den Erwartungen des Klienten, seiner Angstreaktion und/oder an den kurz- und langfristigen Folgen auf die Angstreaktion hin.

Verhaltensanalyse von Ernsts panischer Angst (**S-E/O-R-K-C-Modell**): Sobald er einen neuen Arbeitsauftrag vom technischen Direktor bekommt, fühlt er sich "komisch", befürchtet eine gesundheitliche Schwäche (auslösende Situation S, die zur Angstreaktion führt und kontingent K vorkommt), und das bei gesteigerter Angstsensibilität (E/O) und der Lebenseinstellung (E), ein Mann müsse im Leben, besonders am Arbeitsplatz, immer seinen Mann stehen und Stärke zeigen.

Seine Unruhe nimmt zu und steigert sich zur emotionalen Reaktion Panik (R) mit

- Beschwerden auf der physiologischen Ebene (Rphysiol) wie Schweißausbrüche, Schwindel, Hyperventilationsatmung, Übelkeit, Herzrasen, Druck auf der Brust und "Herzschmerzen" (spielen Muskelverkrampfungen im Rücken auf der Höhe der Brustwirbel, seine atopische Bereitschaft und/oder sein Zwerchfellbruch eventuell als Organismusvariable O eine begünstigende Rolle?),
- Beschwerden auf der motorischen Ebene (Rmot) wie Zittern, Schmerzen aufgrund von Muskelverkrampfungen in der linken Wade, "verkrampftem Gefühl im linken Arm" und dem Gefühl, "als würden mir die Augen aus dem Kopf treten", und
- negativen Gedanken auf der kognitiven Ebene (Rkogn): "Ich spüre meinen Körper nicht mehr!", "Mir wird es genauso gehen wie der Mutter!" oder "Was stellen die Leute bloß mit mir an?".

Die Konsequenzen (C): Der Panikanfall legt ihn kurzfristig, ca. 15-20 Minuten, völlig lahm. Danach quälen ihn stundenlang peinigende

de Kognitionen über einen drohenden Herz-Kreislauf-Zusammenbruch und zusätzlich Angst-vor-der-Angst-Gedanken. Er arbeitet verbissen dagegen an und macht Überstunden, weil er sich und dem Betrieb beweisen will, dass er leistungsfähig ist. Um den Arbeitgeber nicht zu erzürnen, wehrt er sich immer weniger gegen unzumutbare Forderungen, macht mehr Überstunden als andere und erholt sich infolgedessen nicht genügend in seiner Freizeit von der professionellen Anspannung. Im Gegenteil, zu Hause muss er noch den Haushalt für die alkoholranke Frau übernehmen. In der Absicht, sich zu entspannen, raucht er stark und isst mehr, wodurch er seine Lunge belastet und zunimmt. Er ist in der Lage, Panikanfälle auszuhalten und weiterzuarbeiten, aber um welchen Preis! Da er sich keinen Urlaub gönnt, wird er zusehends unruhiger, erschöpfter und damit auch depressiver.

S-E/O-R-K-C von Beates Panik: Häufig muss sie Wegstrecken mit dem Auto hinter sich bringen, auch nachts, z. B. die behinderte Mutter nach Düsseldorf fahren (S): Infolge ihrer Herzerkrankung (gesteigerte somatische Sensibilität - O) und erhöhten Angstsensibilität (E/O) registriert sie seismographisch jede kardiologische Unregelmäßigkeit. Außerdem sieht sie schlecht in der Dunkelheit (O). Sie zwingt sich, zu fahren, zur Not auch ohne Begleitperson, denn in ihrer Kindheit, vor allem in den 6 Jahren Heimerziehung, hat sie als Lebensregel (E) gelernt: "Du musst kämpfen und dich durchsetzen." Dadurch hält sich die agoraphobische Komponente ihrer aufkommenden Angst (R) noch in Grenzen. Bei jeder Herz-Rhythmus-Veränderung - Beate erlebt sie während etwa drei Viertel der Fahrten - gerät sie jedoch in heilloser Panik (R) der Stufe 8-10, fühlt sich völlig ausgeliefert und vom Sterben bedroht, erst recht wenn sie in der Dunkelheit allein zurückfahren muss. Noch schlimmer ist es bei Regen, Schneefall oder Nebel. "Du kriegst gleich wieder Vorhofflimmern und keiner ist da, der dir hilft!" (Rkogn). Physiologisch reagiert sie mit Schwindel, Übelkeit, Herzstischen und "Druckgefühl ums Herz herum" (Rphysiol). Auf der motorischen Ebene bekommt sie einen starken Bewegungsdrang, kann Arme und Beine kaum still halten und muss unbedingt mit jemandem sprechen (Rmot).

Konsequenzen – unmittelbare C:

Sie schluckt sofort eine Beruhigungstablette, fingert an ihrem Handy herum, das sie zur Sicherheit stets bei sich trägt, und wählt die Nummer ihres Freundes, einer Freundin oder der Therapeutin. Erreicht sie keinen, nimmt die Panik für sie höllische Ausmaße an. Das Reden beruhigt sie etwas. - Längerfristige C: Sie geht zwar mit dem Mut der Verzweiflung in die Angstsituation hinein; dennoch nimmt ihre Erwartungsangst zu. Panikattacken rauben ihr immer wieder jegliches Vertrauen in Körper und Gesundheit. Beates Angst beeinflusst auch die Angstbereitschaft ihres 8-jährigen Sohnes, der sich immer weniger zutraut und sich zunehmend schlecht von ihr lösen kann. Sie sucht fieberhaft nach Begleitpersonen als Sicherheitsventil. Sie leidet darunter, keinen verlässlichen Freund zu haben, der ihr in ihrer Panik beisteht und sie beschützt. Sie versucht mit allen Mitteln, die Freundschaft zu einem Kollegen zu intensivieren.

Eigentlich könnten Verhaltenstherapeut und Klient mit diesen diagnostischen Erkenntnissen bereits eine Zielanalyse und einen Behandlungsplan entwickeln. Zweifellos ist es nicht nur spannend und interessant für beide, einiges über die entstehenden und auslösenden Bedingungen auf der **Makroebene** in Erfahrung zu bringen: Vermutungen zu angeborenen Dispositionen und Erkenntnisse über ursächliche Zusammenhänge, die sich mit den 3 Lernprinzipien weitgehend erklären lassen, überzeugen Patienten davon, dass sie einiges hinnehmen lernen müssen, aber manches umlernen oder neu hinzulernen können. Das motiviert sie, durch gezielte Lernbemühungen einige unglückliche Bedingungen im Hier und

Jetzt mit Blick auf die Zukunft zu verändern. Im Folgenden für beide Patienten die **Bedingungsanalyse**:

Bedingungsmodell für Beate: Bei ihr liegt eine ausgeprägte, teils angeborene Angstsensibilität vor. Zusammen mit den beiden älteren Brüdern wurde sie von den unreifen Eltern zu wenig geschützt, vielmehr regelrecht vernachlässigt (operantes Konditionieren). Deshalb kam sie mit den Geschwistern im Alter von 4-10 Jahren ins Heim. Nach 6 J. durften sie zurück zu den Eltern. Diese führten eine disharmonische Ehe und wurden wieder nicht mit den Kindern fertig: Die Jungen zeigten dissoziales Verhalten im Jugendalter, und Beate reagierte sehr aufmüpfig. Die Mutter hatte ebenfalls Angst vor Krankheit und lief oft zum Arzt (Lernen am sozialen Modell). Sie rauchte exzessiv (Beate ausdrücklich nicht!), hat bereits 5 Hirnschläge hinter sich und mental abgebaut. Der ältere Bruder (+ 2 J.) entwickelte lebensgefährdende Lungenprobleme (eingefallene Lungenflügel). Kurz danach starb der Vater ausgerechnet dann an Kehlkopfkrebs, als sie wegen ihres Herzeingriffes im Krankenhaus lag, so dass sie sich nicht mehr von ihm verabschieden konnte. Die Erkrankungen der Familienmitglieder nahmen sie sehr mit und verstärkten ihre Angst vor Krankheit und Sterben.

Beate hat einige traumatisierende Erfahrungen hinter sich: Den Vergewaltigungsversuch von drei älteren Jungen im Alter von 13 J. scheint sie vielleicht deshalb schadlos überstanden zu haben, weil sie sich heftig zur Wehr gesetzt hat. Mit 15 J. bekam sie "Platzangst" im Zug, dennoch zwang sie sich, zu fahren. Mit 18 J. machte sie den Führerschein: Zwei Wochen danach drehte sich ihr Auto bei Tempo 120 Stundenkilometer auf der Autobahn um die eigene Achse - infolge von Aquaplaning. Es war Nacht und regnete stark. Sie erschrak sich zu Tode (klassisches Konditionieren). Seither hat sie einen Horror vor Autofahrten und zu hohen Geschwindigkeiten. 1997 verursachte sie einen Auffahrunfall auf einer Autobahnauffahrt an einer Stelle ohne Seitenstreifen. Als sie auf einen Laster aufprallte, schlug ihr damals 4-jähriger Sohn auf den Vordersitz, blieb aber unverletzt. Vor 4 J. erlitt sie zweimal eine anaphylaktische Reaktion mit starkem Herzrasen - einmal auf ein Antibiotikum hin, dann nach dem Gebrauch von Mundwasser. Wiederum war sie regelrecht geschockt, denn sie wusste nicht, was mit ihrem Körper geschah. Heute lebt sie als Alleinerziehende mit ihren Kindern, arbeitet ganztags, denn die beiden Väter der Kinder sind unzuverlässig mit ihren Unterhaltszahlungen. Infolge dieser Doppelbelastung steht sie unter chronischem Druck. Sie leidet unter der Partnerlosigkeit und klammert sich deshalb an den Arbeitskollegen. Aus Eifersucht kontrolliert sie ihn jedoch zu sehr und läuft damit Gefahr, ihn von sich zu stoßen.

Bedingungsanalyse für Ernsts Angstentwicklung: Auch er ist ausgesprochen angstsensibel, entstammt einer Familie mit extrem hohem Angstvorkommen und vielen sozialen Modellen für Angst. Die Mutter hatte seit dem "Herztod" ihrer Mutter eine "Herzphobie". Ernst sei ihr vom Wesen her sehr ähnlich und war der Liebling ihrer 8 Kinder. Sie erzog ihn besonders liebevoll und beschützend (operantes Lernen). Ein Bruder (- 16 J.) und eine Schwester (- 14 J.) leiden ebenfalls unter schwerer Panikstörung mit Agoraphobie und sind deswegen seit Jahren arbeitsunfähig. Selbst der Vater hatte 6 Jahre lang panische Angst vor einem Herztod, nachdem er beim Frisör einen heftigen Panikanfall erlitten hatte. In der Zeit war Ernst 8-14 J. alt. Seither verlässt der Vater niemals das Haus ohne Herztropfen. Ernsts Angst fing nach dem plötzlichen Herztod der Mutter vor 11 J. an. Dieses Erlebnis hatte infolge der erlebten Todesangst eine traumatisierende Wirkung, ebenso wie seine erste Panikattacke, die 5 Monate später auftrat (klassisches Konditionieren). Danach ließ er sich eine Woche stationär durchchecken: Bis auf eine leichte Erhöhung der Leberwerte (möglicherweise Folge seines gelegentlichen Co-Trinkens) gab es keinen krankhaften Befund.

Früher konnte er autogenes Training nur unvollständig lernen, weil er bei der Herzübung "Herzschmerzen" bekam. Jahrelang nahm er Antidepressiva und bei Panik Tranquilizer. Zwei Jahre nach dem Tod der Mutter wurde ihm eine psychosomatische Kur verschrieben. Die positiven Nachwirkungen hielten 6 Wochen an, bis er an einem Bizepssehnenriss operiert und Gips angelegt werden sollte: Er reagierte darauf mit panischer Erstickungsangst und konnte den Gips nicht ohne Valium ertragen. Vor einem Jahr ging er wieder in psychosomatische stationäre Behandlung, diesmal psychoanalytisch ausgerichtet: "Es schadete mir mehr, als es half", resümiert er kritisch. "Auf die Panik gingen die gar nicht ein. Ich bekam schwere Depressionen." Im Anschluss daran wurde er auch noch als Produktionsleiter in seiner Firma abgesetzt (zu lange Fehlzeiten?). Ihm wurde ein wesentlich jüngerer, unerfahrener Kollege vor die Nase gesetzt. Das kränkte ihn gewaltig, denn er war viel Anerkennung für seinen Arbeitseinsatz gewohnt.

Mit seiner alkoholkranken Frau lebt er extrem zurückgezogen. Sie "geht rabiat mit meinen Ängsten um und nimmt keinerlei Rücksicht". Er sucht heute zwar mutig Angstsituationen auf, quält sich aber damit, ist sehr pessimistisch und oft depressiv. "Ich trotzte der Angst den ganzen Tag und bin froh, wenn ich abends ins Bett gehen kann".

Da nun alle wichtigen diagnostischen Informationen vorliegen und mit den Klienten durchgesprochen sind, wird gemeinsam an einer **Zielanalyse** gearbeitet:

Ernsts Ziele: Er möchte seine panischen Ängste und depressiven Verstimmungen eigenständig abbauen und den Umgang mit seinen Grundbedürfnissen (Essen/Trinken, Schlafverhalten, Sexualität) verbessern. Zudem hat er sich vorgenommen, seine sozialen Kompetenzen zu stärken, insbesondere seine Fähigkeit, sich durchzusetzen, vor allem gegenüber dem Arbeitgeber und der Ehefrau. Außerdem will er Kritik üben und kritische Bemerkungen anderer besser hinnehmen lernen, seinen übersteigerten Arbeitseifer reduzieren und seine persönlichen Arbeitsbedingungen verbessern. Die Partnerschaft möchte er realistischer einschätzen lernen und gegebenenfalls die Konsequenzen ziehen. Er hat vor, sich körperlich fit zu halten und täglichen Belastungen besser standhalten zu lernen. Schließlich möchte er seine Psychopharmaka ausblenden.

Beates Zielvorstellungen: Sie möchte ihr Leben selbständiger und stressfreier führen. Außerdem hat sie vor, die eigene Angst und die des Sohnes in Selbsthilfe zu bewältigen. Sie will ihre hohe Personenabhängigkeit abschwächen und Bezugspersonen, die sie klammert, eine längere Leine lassen. Sie möchte in ausgewogener Weise ihren Kindern und dem Partner gegenüber emotionale Nähe und Distanz einhalten lernen. Zudem hat sie vor, regelmäßig Sport zu treiben und noch einiges mehr für ihre Gesundheit zu tun, um sich regelmäßig von der Aufgabenhäufung im Alltag zu regenerieren, belastbarer zu werden und wieder Vertrauen in die eigene Herzfähigkeit, das Immunsystem und den gesamten Körper zu entwickeln.

Beate und Ernst sind - wie die Mehrheit der Angstpatienten - emotional und intellektuell recht differenziert, lernfähig und erfreulich motiviert, mitzuarbeiten. Aber Ernst hat komorbide Depressionen und Beate eine Herzerkrankung in der jüngsten Vorgeschichte, und außerdem leiden beide Patienten unter so genannten herzphobischen Ängsten: Die erweisen sich in der klinischen Praxis entweder oft als therapieresistent oder zumindest als hartnäckig und beharrlich gegenüber dauerhafter Veränderung. Rückfälle kommen häufiger vor. Deshalb ist die Prognose bei beiden nur mit Einschränkung gut.

2.2 Therapie

Dieser Artikel kann natürlich keine Anleitung zur verhaltenstherapeutischen Behandlung von Angststörungen sein, sondern nur schlaglichtartig einen Überblick über den aktuellen Stand der Behandlung von panischen und phobischen Ängsten geben und "wie man's macht" aufzeigen. Zu den wichtigsten **Therapiebausteinen** einer ambulanten Verhaltenstherapie bei Panikstörung, Agoraphobie und spezifischer Phobie, die auch zur Behandlung von Beates und Ernsts Ängsten herangezogen wurden, gehören:

1. Psychoedukation und Motivieren
2. Konfrontation mit den Angstsituationen und mit den körperlichen Symptomen der Angst in vivo und imaginativ; so weit wie möglich geht der Patient dabei in Selbstorganisation vor
3. Kognitive Vorgehensweisen, an erster Stelle Problemlösetraining zur Bewältigung von besonders belastenden Lebensbedingungen (Probleme am Arbeitsplatz oder in der Partnerschaft), Konzentrationslenkung auf konkurrierende Reaktionen bei aufkommender Panik, positive Selbstverbalisationen usw.
4. Gesundheitsverhalten
5. Kommunikationshilfen und Zukunftsplanung
6. Rückfallprophylaxe

Meiner Meinung nach bewährt sich das Angebot einer Fülle von möglichen Vorgehensweisen, aus denen sich der Klient diejenigen aussuchen kann, die ihm besonders zusagen und mit denen er leichter arbeiten kann. Patienten, deren Ängste nicht länger als ein Jahr bestehen und infolgedessen noch nicht vollkommen habituiert sind, machen erstaunlich schnelle Fortschritte, die auch stabil bleiben. Sie benötigen in der Regel nur wenige Stunden Therapie. Meist reichen umfassende psychoedukative Hinweise über Angst und ihre Behandlungsmöglichkeiten aus, um sie zu beruhigen und zur Umsetzung der Angstbewältigungsstrategien zu bewegen. So war es auch beim 17-jährigen Sven: Ich sah ihn nur zweimal; einmal war die Mutter dabei und konnte ebenfalls über die diagnostische Einschätzung und Angstbewältigung informiert werden.

Zu 1: Psychoedukation

Weil Angstpatienten wissensdurstig sind und perfektionistische Informationen über Angst zusammentragen, kann dieses Interesse genutzt werden, indem jedem Angstpatienten auf der Warteliste gleich die Lektüre eines angemessenen Selbsthilfebuches empfohlen wird (z. B. Schmidt-Traub, 2001a). Dadurch inspiriert, beginnen schon viele in der Warteschleife eigenständig mit dem Angstabbau. Sven z. B. reichte die Lektüre eines Kapitels für Jugendliche aus einem Buch über Angst im Kindes- und Jugendalter (Schmidt-Traub, 2001b) sowie zwei probatorische Gespräche, um seine Angst zu verstehen und sicher unter Kontrolle zu bekommen.

Bei mir beginnt die Therapie bereits mit dem ersten probatorischen Gespräch, denn aufklärende Informationen über Angstprinzipien und verhaltensmedizinische Zusammenhänge werden am besten gleich dort gegeben, wo sie zur Sprache kommen. Der Therapeut geht unter Berücksichtigung der therapeutischen Variablen vom ersten Moment auf die Nöte des Angstpatienten ein und kann empathisch mitschwingen.

Angstpatienten sind verunsichert gegenüber ihren körperlichen und manchmal auch mentalen Abläufen und befürchten Kontrollverlust mit dramatisch negativen Folgen. Deshalb stellen sie gerade zu Beginn der Therapie oft auffallend viele Fragen über körperliche oder psychische Beschwerden. Viele können offensichtlich nicht genug hören über die Bedingungen ihrer unliebsamen körperlichen oder psychischen Empfindungen. Schon solche Informationen tun ihre Wirkung und führen - in interindividuell unterschiedlichem Ausmaß - zu kognitiven Umstrukturierungen, die das Angsterleben und die Angstsensibilität der Klienten bereits beeinflussen.

Ganz wichtig ist die minutiöse Durchführung der Verhaltens- und Bedingungsanalyse in Kooperation mit dem Patienten und gegebenenfalls auch mit wichtigen Sozialpartnern, sofern diese Einfluss nehmen auf das panische und agoraphobische Geschehen. Wie in Beates Fall helfen manche wohlmeinende Partner dem Patienten, vor der Angst auszuweichen, ohne zu realisieren, dass sie damit nur dazu beitragen, die Angst zu verfestigen. Deshalb sind auch diese unterstützenden Bezugspersonen unbedingt über Angstprinzipien und Therapie-rationale aufzuklären.

Einen großen Stellenwert in der Verhaltenstherapie nimmt das gemeinsame Durchsprechen des therapeutischen Konzepts ein. Damit erhält der Klient Transparenz und fühlt sich weniger ausgeliefert. Wird der Angstpatient mit in die diagnostische und therapeutische Arbeit einbezogen, erlebt er sich eher als Partner im therapeutischen Prozess. Außerdem lernt er dadurch von Anfang an, eigenverantwortlich mitzugehen, und es wird für ihn geradezu selbstverständlich, aktiv und kreativ in der therapeutischen Sitzung und zwischen den Gesprächen mitzuarbeiten.

Zu 2: Konfrontation

Konfrontation ist wahrscheinlich der bedeutsamste therapeutische Baustein und gehört zu den am häufigsten eingesetzten Vorgehensweisen. Sie ist zwar leicht erlernbar, erfordert aber Mut und Risikofreude, womit sich viele Frauen schwer tun. Konfrontation geht zurück auf Wolpes (1973) Arbeiten über systematische Desensibilisierung. Durch wiederholte Konfrontation mit der realen Angstsituation (in vivo) oder mit der imaginierten (in sensu) kommt es zu einer Habituiierung und allmählich zur Dekonditionierung der Angstreaktion bis hin zur Löschung. Auf diese Weise wird die Informationsverarbeitung des Angstpatienten verändert, gefolgt von einer entsprechenden emotionalen Verarbeitung. Konfrontation wird meistens gestuft durchgeführt, graduell in kleinen Schritten, mit häufigen Wiederholungen, möglichst täglich. Exposition ist aber auch massiert in Form von Überflutung möglich, wobei der Angstpatient in der Regel bei den ersten massierten Übungen vom Therapeuten begleitet wird. Dieser zieht sich dann langsam zurück.

Konfrontation ist eine anstrengende Vorgehensweise, die den Klienten fast genauso ermüdet, wie das nach einem Panikfall der Fall ist. Kleinere Schritte sind für die meisten Klienten, die in Selbstorganisation arbeiten, leichter zu vollziehen und eher durchzuhalten. Eigenständigkeit bei der Durchführung der Konfrontation hat noch einige weitere therapeutisch wertvolle Auswirkungen: Die Angstpatienten werden unabhängiger und selbständiger. Im Allgemeinen neigen sie zu ei-

ner sehr hohen Personenabhängigkeit gegenüber Angehörigen und Freunden. Lösen sie ihr Hauptproblem "Angst" nun weitgehend eigenständig und ohne allzu große Mithilfe von ihren Bezugspersonen, dann werden sie höchstwahrscheinlich auch andere Lebensprobleme selbständig bewältigen. Bei der Angstbewältigung im Alleingang lernen sie, vermehrt Risikoverhalten an den Tag zu legen, und sie müssen sich nicht wieder extra vom Therapeuten loslösen. Meine Erfahrung geht zudem dahin, dass mit der Anleitung zur Selbstregulation des Angstabbaus deutlich weniger Therapiestunden notwendig sind.

Jeder Klient möchte zwar wieder frei werden vom Diktat des Irrationalen, aber sobald panische Angst kommt, glauben Angstpatienten - im Moment des Panikerlebens - an das befürchtete Verhängnis und schrecken davor zurück. Von ganz entscheidender Bedeutung ist es folglich, die Klienten von der Notwendigkeit zu überzeugen, ihre Angst in der Angstsituation mutig auszuhalten, ohne zu flüchten. Damit bieten sie ihren unbegründeten Ängsten die Stirn, und mit der Zeit verlieren diese an Macht über ihren freien Willen und Handlungsspielraum. Der nicht immer gradlinig, geschweige denn reibungslos verlaufende Part der fortwährenden Motivierung des Patienten über den gesamten Therapieverlauf hinweg kommt dabei dem Therapeuten zu. Immer wieder schrecken vor allem weibliche Patienten davor zurück, in die Angstsituation hineinzugehen, weil sie durch die panische Angst gelähmt werden und nicht genügend Durchsetzungskraft dagegen aufbringen. Nicht selten wird dies von weniger erfahrenen Therapeuten - zu Unrecht - als Widerstandsverhalten interpretiert (Schmidt-Traub, 2000).

Weitere Varianten von Konfrontation sind:

- Mit dem Patienten wird über die Angstsituationen und - Angstthemen sowie über die gefürchteten Folgen geredet
- Einige körperliche Angstsymptome werden willkürlich hervorgerufen, z. B. durch absichtliches flaches Atmen wie bei der Hyperventilation oder durch Drehen oder Bücken, um Schwindel hervorzurufen, oder durch die Provokation von Herzrasen und Atemnot nach intensiver körperlicher Anstrengung (interozeptive Konfrontation).

Zu 3: Kognitive Vorgehensweisen

Angstpatienten *glauben* an die von ihnen erwarteten negativen Folgen bei panischer oder phobischer Angst. Gerade diesen Glauben gilt es, in der Therapie zu versetzen. Sobald sie in eine Angstsituation gehen müssen oder sich dies nur vorstellen oder sobald sie an sich körperliche Symptome der Angst wahrnehmen, entwickeln sie Erwartungsangst und geraten in den Teufelskreis der Angst (Margraf et al., 1989). Ihre negativen Kognitionen ranken sich um das Thema "Gefahr" und steuern ihre emotionalen Angstreaktionen sowie bestimmte körperliche Empfindungen. Oft dämpfen diese pessimistischen Kognitionen in folgenschwerer Weise ihre Motivation, gegen die Angst anzukämpfen. Aus diesen Gründen ist es notwendig, ihre systematischen Denkfehler und negativen automatisierten Gedanken aufzudecken und zu verändern, etwa in Anlehnung an Beck et al. (1992) oder andere Kognitionslehrtherapeuten.

Eine ganze Reihe von Angstpatienten traut sich nicht ohne weiteres allein in ihre Angstsituationen hinein. Um ihnen den Einstieg im Alleingang zu erleichtern, werden sie angeleitet,

bei Aufkommen von Panik sofort ihre Konzentration auf konstruktive und angenehme Dinge zu lenken, die konkurrierende Reaktionen zur Angst darstellen. Konzentrationslenkung ist somit eine Art Copingverhalten, mit dem Klienten lernen, einen beginnenden Angstanfall zu unterbrechen und damit zu kontrollieren. Sobald sie sich besser an die Angst gewöhnt haben, brauchen sie derlei abfedernde Hilfen, die ja gleichzeitig eine Art partielles Vermeiden darstellen, im Allgemeinen nicht mehr. Das Therapieziel ist ja schließlich, der panischen oder phobischen Angst standzuhalten und mit ihr leben zu lernen. Nur dadurch wird man sie effektiv los. Die Diskussion über die Wirkung von Konzentrationslenkung und Ablenkungsmanövern wird in der Fachliteratur kontrovers geführt. Hier haben wir ein anschauliches Beispiel dafür, dass sich eine therapeutische Vorgehensweise in der klinischen Praxis durchaus bewähren kann, obwohl sie wissenschaftlich noch nicht abgesichert ist (Schmidt-Traub, 2000).

Der Angst standzuhalten kostet viel Kraft. Nicht nur bei der Arbeit in Selbstorganisation ist Eigenlob eine in ihrer Wirkung nicht zu unterschätzende positive soziale Verstärkung. Angstpatienten sind es nicht anders gewohnt, als sich ihrer Angst gegenüber hilflos zu erleben, und fühlen sich meist unfähig, Einfluss auf sie zu nehmen. Schon ihre ersten tastenden Versuche zur Selbsthilfe sollten sie deshalb gebührend würdigen. Eine weitere bewährte kognitionstherapeutische Vorgehensweise ist das Problemlösetraining von D'Zurilla et al. (1971), ein 7-stufiges Verfahren für wirkungsvolles Copingverhalten als Stressmanagement in Alltagssituationen. In den letzten Jahren vor Ausbruch der Panik oder Agoraphobie waren die Angstpatienten häufig vermehrtem Stress ausgesetzt, z. B. Krankheits- und Todesfälle oder Druck am Arbeitsplatz, wodurch die Angst ausgelöst wurde. Problemlösen ist eine Stressbewältigungshilfe, welche die Wahrnehmung der Klienten für belastende Momente verfeinert und es ihnen erleichtert, Stress aktiv anzugehen. Letztendlich wird eine Dissoziation von Angstgefühl und den autonom gesteuerten physiologischen Reaktionen auf Stress angestrebt. Das Problemlösetraining ist gleichzeitig eine präventive Maßnahme.

Zu 4: Gesundheitsverhalten

Infolge ihrer erhöhten Angstsensibilität und oftmals gesteigerten somatischen Sensibilität sind Angstpatienten im Allgemeinen negativ fixiert auf bestimmte angstrelevante körperliche Empfindungen (Herzrasen bei Beate, Schwindel bei Ernst). Regelmäßig durchgeführtes Gesundheitsverhalten ist ein geeignetes Mittel, das zu einem gesunden Umgang mit dem Körper beiträgt. Mit gesundem Verhalten ändern sich allmählich auch negative Erwartungshaltungen gegenüber neuralgischen körperlichen Empfindungen.

Die vier Säulen des therapeutisch angestrebten Gesundheitsverhaltens sind (1) sportliche Bewegung, (2) gesunde Ernährung einschließlich Reduktion von Koffein-, Nikotin- und Alkoholmissbrauch, (3) Entspannung und (4) Gestaltung der Woche unter besonderer Berücksichtigung von genussvollen Erlebnissen. Die meisten Angstpatienten rauchen exzessiv und trinken zu viel Kaffee: Nikotin und Koffein gelten als Risikofaktoren für Panik, weil sie Stresshormone freisetzen. Betroffene ernähren sich nicht mehr regelmäßig und ausgewogen, vermeiden jede physische Anstrengung, um den Körper zu

schonen, haben fast nichts mehr im Alltag, worauf sie sich freuen, vernachlässigen allmählich ihr soziales Netzwerk, sehen ihre Welt und Zukunft zunehmend pessimistisch und leiden enorm (all dies machen sie übrigens mit dem ihnen eigenen Hang zum Perfektionismus). Um diesen schlechten Gewohnheiten und den Meidetendenzen entgegenzutreten und die Lebensqualität zu verbessern, wird mit jedem Klienten ein individuell zugeschnittener Gesundheitsplan ausgearbeitet (Schmidt-Traub, 2000).

Die Förderung von Gesundheitsverhalten ist eine unspezifische Vorgehensweise, die aber gerade bei den tendenziell zuverlässigen und in ihrer Compliance meist recht disziplinierten Angstpatienten gute Wirkungen zeigt - vorausgesetzt, es gelingt ihnen, sie konsistent in ihren Alltag einzubauen - mit dem anspruchsvollen Ziel, sich möglichst ihr Leben lang um gesundes Verhalten zu bemühen.

Sportlicher Bewegung kommt dabei eine Schlüsselrolle zu: *Sport* entspannt besser als jedes andere Verhalten - deutlich intensiver als Entspannungsübungen wie autogenes Training oder progressive Muskelentspannung. Panik- und Agoraphobiepatienten sind nach meinen Erfahrungen vor dem Angstbeginn überzufällig häufig mit großer Freude sportlich aktiv gewesen, haben mittlerweile aber eine Schonhaltung angenommen. Das häufigste Motiv fürs Schonen dürfte die Befürchtung sein, durch Atemnot oder beschleunigte Herzaktivität erneut Panik auszulösen. Es ist immer gut, den Körper langsam und graduell an Sport zu gewöhnen, ganz gleich an welchen: Joggen, Walken, Aerobik, Beine-Bauch-Po, Kampfsport oder Saunen - mindestens einmal in der Woche. Nach wenigen Wochen regelmäßiger sportlicher Betätigung kann Sport bereits therapeutisch genutzt werden. Überdies können Klienten sich mit intensiver Körperarbeit auf belastende Angstsituationen vorbereiten, indem sie unmittelbar davor Sport machen. Danach sind sie im Allgemeinen für mindestens zwei Stunden spürbar ruhiger. Sportliche Betätigung ist zudem eine Art Konfrontationsübung, bei der mit der Zeit gelernt wird, körperliche Empfindungen unter Anstrengung auszuhalten und neu zu bewerten.

Zu 5: Kommunikationshilfen und Zukunftsplanung

Viele Angstpatienten haben sich noch nicht ausreichend abgenabelt von ihrer Ursprungsfamilie. Oder sie sind infolge ihres charakteristischen starken Sicherheitsbedürfnisses nach Auftreten der Angst wieder stärker in den Schoß der Familie zurückgekehrt. Die Mehrzahl der überängstlichen Personen verhält sich sozial und rücksichtsvoll anderen gegenüber. Über die Gründe lässt sich nur mutmaßen: Vermutlich fürchten sie Kritik und Ablehnung. Ihr soziales Verhalten könnte auch Ausdruck von Harmoniestreben sein (Schmidt-Traub, 2001a).

Klienten mit panischen und agoraphobischen Ängsten lernen nach meinen Erfahrungen förmlich im Handumdrehen und mühelos Kommunikationshilfen wie Nein sagen, Kritik üben oder sich zur Wehr setzen, als wären diese sozialen Kompetenzen bereits in ihnen vorbereitet, nur trauen sie sich nicht, sie anzuwenden.

Weil sie so sehr beschäftigt sind mit ihrer interozeptiven Wahrnehmung und dem Ausweichen vor Katastrophen, leben Angstpatienten gegenwartsorientierter und schauen so gut wie gar nicht mehr in die Zukunft. Gewöhnlich halten sie nicht mehr

Ausschau nach Neuem und Erstrebenswertem, an dem sie ihr Leben ausrichten wollen. Vielmehr beschränken sie sich zunehmend auf die Verteidigung ihres Sicherheitsradius, der langsam engmaschiger wird und zu Einschränkungen und sogar zu Behinderungen führt. Infolgedessen ist es sinnvoll, den Klienten Mut zu machen, wieder mehr über ihren Tellerrand in die nahe und ferne Zukunft zu blicken und Pläne zu schmieden. Frauen entscheiden sich oft, wieder stundenweise oder ganztags berufstätig zu werden. Indem sie stärker in ein aktives Leben eintreten, wagen sie mehr und bekommen auch vermehrt soziale Rückkopplung. Männer greifen mit Vorliebe Sport auf, um mehr Selbstvertrauen ihrem Körper gegenüber zu entwickeln und auch von der Arbeit zu regenerieren. Außerdem finden sie in Sportgruppen weitere soziale Netzwerke.

Zu 6: Rückfallprophylaxe und Evaluation

Rückfälle kommen wahrscheinlich bei solchen Klienten leichter vor, deren Ängste nicht vollständig abgebaut wurden, sicherlich aber auch bei einigen erfolgreich behandelten Patienten, sobald sie erneut unter extremen Belastungsdruck geraten - z. B. wenn ein noch relativ junger Kollege plötzlich am Herzinfarkt gestorben ist. Zur Vorsorge sollte deshalb jeder Angstpatient am Ende der Therapie lernen, was er bei einem Rückfall tun kann. Informationen zum Nachlesen bei Bedarf sollten ihm mitgegeben werden.

Das ist deshalb so wichtig, weil bei Abschluss einer verhaltenstherapeutischen Kurzzeitbehandlung, die in der Regel für die Behandlung der meisten Patienten mit panischen und phobischen Ängsten ausreicht, zwar im Allgemeinen nichts mehr vom Patienten gemieden wird. Dennoch leidet er noch unter Erwartungsangst oder Angst vor der Angst. Es dauert einfach sehr lange, 1 bis 2 Jahre, bis Gefühle, wie das verloren gegangene Vertrauen in den Körper, die mentalen Prozesse oder das Urteil der Leute entscheidend aufgebaut und stabilisiert worden sind. Aus diesem Grund ist es sinnvoll, eine Kurzzeittherapie zunächst niedrig-frequent durchzuführen und dann die Gesprächsabstände entsprechend dem Sicherheitsgefühl des Klienten beim Umgang mit den neu gelernten Angstbewältigungsmethoden zu strecken. Zum Schluss kann ein Termin im Quartal reichen.

Unverzichtbar für eine Qualitätssicherung sind Evaluationen kontinuierlich über den therapeutischen Prozess hinweg und Follow-ups nach Therapieabschluss. Bei der Katamnese (nach 6, 12 oder 18 Monaten) stellt sich zur Freude des Therapeuten oft heraus, dass sich die Angst in der Einschätzung vieler Patienten mittlerweile um 100% gebessert hat im Vergleich zur Baseline am Anfang der Therapie und im Vergleich zur Einschätzung am Therapieende, wo der Therapieerfolg von den meisten mit etwa 80% angegeben wurde.

Therapieverlauf von Beate und Ernst

Beates Therapie zieht sich über 2 J. hin (40 Sitzungen plus 5 probatorische Gespräche): Sie war sehr bemüht, gegen die Angst vorzugehen, aber die Notwendigkeiten des Alltags - Versorgung der Kinder, volle Berufstätigkeit - lassen ihr zu wenig Zeit zum regelmäßigen Üben, weshalb große Lernfortschritte nicht zu erwarten sind. Sie hastet weiterhin von einer Verpflichtung zur nächsten. Dennoch erreicht sie im ersten Behandlungsjahr einige der von ihr gesteckten Ziele: Sie fährt jeden Tag Fahrstuhl im Büro und auch wieder Auto bei jeder Gelegenheit und auf jeder Strecke, ganz gleich ob tagsüber

oder in der Nacht, wenngleich noch nicht angstfrei. Weil sie motiviert ist, ihren Freund möglichst oft zu sehen, und am schnellsten über die Autobahn zu ihm gelangt, übt sie häufig Autobahnfahrten. Immerhin sind die Panikattacken in ihrer Häufigkeit auf etwa 10% zurückgegangen und sie dauern auch nicht mehr so lange an (meist nur noch 5-10 Minuten). Hat sie einen heftigen Panikanfall der Stufe 9-10, muss sie ganz dringend mit jemandem telefonieren.

Um ihre starke Belastung im Alltag zu reduzieren, bemüht sie sich um ein besseres Gesundheitsverhalten, das sie aber aus Zeitmangel nicht kontinuierlich umsetzen kann. Sie konzentriert sich monatelang darauf, dem Freund, der dreimal versuchte, sich aus ihrer eifersüchtigen und kontrollierenden Umklammerung zu befreien, mehr Freiraum zu lassen. Tatsächlich gelingt es ihr, die Beziehung zu retten: Sie wird für beide sogar innig und sexuell stimmig.

Gewitter hält sie leichter aus. Die Angstbereitschaft ihres Sohnes schwächt sie erfolgreich ab, indem sie ihn mit seiner Einstimmung in den Angstsituationen – allein auf dem Spielplatz und auch zu Hause bis zu einer halben Stunde – häufiger konfrontiert hat.

Am Arbeitsplatz war sie weniger mit den Tätigkeitsmerkmalen als vielmehr mit dem Wechseldienst von Früh- zu Spätdienst überfordert. Der Geschäftsführer zeigte Erbarmen und erlaubte ihr, konstant in einer Schicht zu arbeiten. Diese Bevorzugung rief jedoch Missgunst bei den Kolleginnen hervor. Diese verunsicherten sie zunehmend mit unfreundlichem Verhalten und setzten ihr mit Kritik heftig zu, wodurch ihre Fehlerquote stieg. Im Rahmen einer in die Verhaltenstherapie integrierten beruflichen Rehabilitation (Schmidt-Traub, 2001c) konnte sie mit Hilfe des Betriebsrates eine Versetzungskündigung erwirken. Ihrer Einschätzung nach blieben die beruflichen Probleme für sie zweitrangig hinter den Beziehungsschwierigkeiten. Nach einem Jahr Behandlung nahm sie ihren ganzen Mut zusammen und flog mit dem Freund in den Urlaub nach Tunesien. Vor lauter Freude rief sie von dort aus an und berichtete stolz, es ohne Beruhigungsmittel geschafft zu haben. Gleich nach dem Urlaub wird sie unverschuldet in einen Autounfall verwickelt, bei dem sie eine Hirnerschütterung sowie ein Zervikaltrauma erleidet und eine Woche hospitalisiert werden muss. Zur gleichen Zeit bekommt ihre Mutter den 6. Hirnschlag. Beate klagt daraufhin über quälende Kopfschmerzen, die angesichts ihrer erhöhten somatischen Sensibilität phobische Ängste vor einem Hirnschlag hervorrufen. Ihre Panikbereitschaft nimmt wieder kräftig zu.

Ihr Freund und sie ziehen zusammen, und die Kinder kommen auf eine Ganztagschule, wodurch sie ungemein entlastet wird. Der Weg zur Arbeitsstelle beträgt nun aber 40 Fahrminuten, und sie fehlt häufiger wegen der HWS-Beschwerden. Die Kolleginnen sticheln, und sie bekommt eine Abmahnung wegen zu spät eingereichter Krankenschreibung. Sie sucht sich eine neue Stelle in der Nähe und hat Glück. Am neuen Arbeitsplatz fühlt sie sich rundum wohl. Nun hat sie genügend Zeit für ihre häuslichen Verpflichtungen und intensiviert ihre Kontakte zum Freundeskreis. Inzwischen bemüht sie sich kontinuierlich um Gesundheitsverhalten, organisiert z. B. Massagen für Nacken und Wirbelsäule, geht ins Fitnessstudio und mit dem Freund zur Tanzstunde.

Derart stabilisiert, bekommt sie ihre panischen und phobischen Ängste wieder fest in den Griff: Sie kann alleine sein, jederzeit Auto fahren, meidet nichts mehr, auch keine Fernsehsendungen oder Gespräche über Sterben und Tod, und blickt zuversichtlich in die Zukunft. Sie hält sich für 90% gebessert und bezeichnet sich als glücklich und zufrieden. Bei der 1-Jahres-Katamnese haben sich diese Ergebnisse stabilisiert; Beate ist sogar noch zuversichtlicher eingestellt. Ganz zweifelsfrei kann eine vermeidende, ängstliche Persönlichkeitsstörung ausgeschlossen werden.

Ernsts Verhaltenstherapie zog sich über einen Zeitraum von 2 Jahren mit 42 einstündigen Sitzungen (plus 5 probatorische Gespräche) hin. Er lernte rasch, seine Panikanfälle unter Kontrolle zu bringen, größere Strecken mit dem Auto zu bewältigen, seine Medikamente

auszublenden, den Weinkonsum zu reduzieren und die Lektüre der Todesanzeigen aufzugeben. Er benötigte jedoch viel Zeit und einiges an Kraftanstrengung, um seine belastenden Lebensbedingungen entscheidend zu verändern.

Im Rahmen der Stressbewältigung konzentrierte er sich parallel zum Angstabbau auf die Verbesserung seiner Arbeitsbedingungen und seines Ansehens in der Firma: Er machte zunächst kaum Überstunden, obwohl alle Mehrarbeit von ihm gewohnt waren. Außerdem konzentrierte er sich auf zugewandtes, aufmerksames und sachkundiges Verhalten gegenüber Kollegen und Vorgesetzten, die er in allen Angelegenheiten beriet. Den neuen technischen Betriebsleiter, der ihm zu Beginn mit erheblichem Misstrauen begegnete, konnte er bald von seiner hohen Qualifikation überzeugen, woraufhin dieser ihm immer anspruchsvollere Spezialaufgaben delegierte. Mit der Zeit ließ sich Ernst zu viele und zu schwierige Aufgaben aufladen. Um nicht wieder einzubrechen, musste er lernen, sich mit größerer Entschiedenheit zur Wehr zu setzen. Zunächst gelang ihm das nur schlecht und recht, weil er den starken Drang verspürte, alle zufrieden zu stellen. Nachdem er wieder über 8 Wochen Tag und Nacht gearbeitet hatte, um ein kniffliges Konzept zu realisieren, kamen prompt erneut psychosomatische Beschwerden auf, diesmal in Form von persistierenden Atemwegsinfektionen vor einem psychosomatischen Hintergrund. Die Kurzzeittherapie musste aus diesen Gründen in eine Langzeittherapie umgewandelt werden.

Weitere Gründe ergaben sich aus der Entwicklung seines Beziehungslebens. Ernst weigerte sich mehr als ein Jahr lang, über die Trennung von seiner Frau nachzudenken. Stattdessen konzentrierte er sich fast verbohrt auf die Verbesserung seiner Ehe, in der Sexualität schon lange nicht mehr stattfand. Seine Frau bewegte sich jedoch nicht im Geringsten. In seiner Verzweiflung darüber kamen erotische Sehnsüchte, die er für eine ehemalige Mitpatientin empfand, zum Durchbruch. Er trennte sich von seiner Frau und nahm sich eine eigene Wohnung, um unabhängig zu werden. Im ersten Glücksrausch – so habe er noch nie geliebt – wollte er $\frac{1}{2}$ J. lang keine therapeutische Unterstützung.

Doch auch die neue Beziehung wurde mit der Zeit belastend, denn die Freundin litt ebenfalls unter Ängsten und Depressionen. Im Gegensatz zu ihm war sie aber sehr antriebsgestört und sprach häufiger dem Alkohol zu. Sie konnte, er meinte sogar, sie wollte nicht arbeiten gehen, vernachlässigte den Haushalt, stülpte ihm ihren Tagesablauf auf und wollte ihn immer mehr um sich haben. Beide stritten viel, auch über ihre unterschiedlichen Therapien. Durch ihr klammerndes Verhalten wurde sein Freiraum erneut bedrohlich eingengt. Er kam nicht weg, außer zur Arbeit, setzte mit dem Sport aus, mied zwar weiterhin den Alkohol, aß aber dafür zu viel, nahm 20 kg zu und verfiel wieder in depressive Verstimmungen. Als er erneut heftige Panikattacken bekam, wurde ihm klar, dass er angesichts seiner Stresslage keine andere Wahl hatte, als sich sehr viel entschiedener um emotionalen Abstand, Selbstbehauptung und Eigenständigkeit in der Lebensführung zu bemühen. Vorübergehend benötigte er Antidepressiva (75 mg Deprilep/Tag) und niedrig-frequente Gespräche.

Nachdem dies alles gemeinsam analysiert wurde, achtete er peinlichst genau auf mehr Autonomie im Umgang mit Freundin, Vorgesetzten und Kollegen sowie auf konsistent durchgeführtes Gesundheitsverhalten. Während der Arbeitswoche übernachtete er bei sich, überließ der Freundin ihren Haushalt, traf seine eigenen Entscheidungen und argumentierte wesentlich selbstbewusster. Bald setzte er sich nicht nur besser durch, sondern rief auch mehr Respekt in seinen Sozialpartnern hervor. Jetzt kam er voran.

Am Ende der Therapie meinte er, seine therapeutischen Zielvorstellungen im Wesentlichen erreicht zu haben. Er fühlte sich um mindestens 80% gebessert bei spürbar steigender Tendenz, wie er bei einem Gespräch nach 6 Monaten angab, und konzentrierte sich auf die Beibehaltung der neu gelernten sozialen Kompetenzen. Er

rechnet realistischerweise damit, unter unvorhersehbaren belastenden Lebensbedingungen angesichts seiner ausgeprägten Angstsensibilität eventuell wieder panisch und depressiv zu reagieren, gab sich aber zuversichtlich, selbständig dagegen anzukommen. Er hätte noch vor, sich das (Angststrisiko) Rauchen abzugewöhnen.

Abschließend die **Ergebnisse der Verhaltenstherapie** von Beate und Ernst: Die Geschlechtsunterschiede, die typisch sind für Angstpatienten, hielten sich in Grenzen, denn die Gemeinsamkeiten im Therapieverlauf überwogen eindeutig. Wahrscheinlich sind die wichtigsten therapeutischen Wirkungen bei beiden die Umkehrung ihrer Befürchtungen in eine zuversichtlichere Erwartungshaltung und die Abschwächung ihres Glaubens an die Katastrophe "Kontrollverlust" (Sterben, Tod, Verücktwerden oder Blamage). Im Einzelnen haben sie erkennen gelernt, welche inneren und äußeren Ereignisse im Alltag zu emotionaler Erregung mit physiologischen und motorischen Veränderungen führen. Sie wissen und sehen nun auch klarer, wie sie durch ihre gesteigerte interozeptive Wahrnehmung und negative Bewertung über autosuggestive Mechanismen panische Angst auslösen können. Insbesondere negative Kognitionen schaukeln den Teufelskreis von Panik hoch. Sie haben Mittel und Wege gelernt, aktiv dagegen und auch gegen ihre Angst-vor-der-Angst-Gedanken anzugehen. Diese Befürchtungen blieben noch eine ganze Weile bestehen, nachdem sie ihr Meideverhalten abgebaut hatten. Mit dem Zielvorhaben einer besseren Stresskontrolle leben sie gesünder und eigenständiger. In ihrem Handeln insgesamt sind sie wesentlich selbstbewusster geworden und haben erstaunlich mühelos gelernt, sich gegen sozialen Druck wie Bevormundungen oder überzogene Forderungen von anderen zu schützen. Gegen Ende der Therapie haben sie sich neue Nah- und Fernziele für Beruf und Freizeit gesteckt. Im katamnestischen Gespräch reden sie von Angstfreiheit und einer erfreulich verbesserten Lebensqualität.

Literatur

- Angenendt J, Frommberger U, Berger M: Zum Stellenwert psychotherapeutisch-pharmakologischer Kombinationstherapien bei Angststörungen. *Verhaltenstherapie* 1998;8:160-169
- Antony MM, Purdon CL, Huta V, Swinson RP: Dimensions of perfectionism across the anxiety disorders. *Behav Res Ther* 1998; 36:1143-1154
- Arntz A: Cognitive therapy versus interoceptive exposure as treatment for panic disorder without agoraphobia. *Behav Res Ther* 2002;40:325-341
- Barrett PM, Duffy AL, Dadds MR, Rapee RM: Cognitive-behavioral treatment of anxiety disorders in children: Long-term (6 year) follow-up. *J Consult Clin Psychol* 2001 ;69 :135-141
- Barsky AJ, Cleary PD, Sarnie MK, Ruskin JN : Panic disorder, palpitations, and the awareness of cardiac activity. *J Nerv Ment Dis* 1994 ;182 :63-71
- Beck AT, Rush AJ, Shaw BF, Emery G: *Kognitive Therapie der Depression*. 3. Auf. Weinheim: Psychologie Verlags Union, 1992
- Biederman J, Faraone SV, Hirschfeld-Becker DR, Friedman D: Patterns of psychopathology and dysfunction in high-risk children of parents with panic disorder and major depression. *Am J Psychiatry* 2001;158:49-57
- Bienvenu OJ, Neustadt G, Samuels JF, Costa P: Phobic, panic, and major depressive disorders and the five-factor model of personality. *J Nerv Ment Dis* 2001;189:154-161
- Breitholtz E, Johansson B, Öst L-G: Cognitions in generalized anxiety disorder and panic disorder patients. A prospective approach. *Behav Res Ther* 1999;37:533-544
- Breslau N, Klein DF: Smoking and panic attacks: An epidemiologic investigation. *Arch Gen Psychiatry* 1999;56:1141-1147
- Bryant RA, Sackville T, Dang ST, Moulds M: Treating acute stress disorder: An evaluation of cognitive behavior therapy and supporting counseling techniques. *Am J Psychiatry* 1999;156:1780-1786
- Chang EC: Perfectionism and psychological health. *Journal of Counseling Psychology* 2000;47:18-26
- Clark DM: Anxiety disorders: Why they persist and how to treat them. *Behav Res Ther* 1999;37:S5-S27
- Cox BJ, Enns MW, Walker JR: Psychological vulnerabilities in patients with major depression vs. panic disorder. *Behavior Research & Therapy*. 2001;39:567-573
- Dozois DJA, Dobson KS : Information processing and cognitive organization in unipolar depression: Specificity and comorbidity issues. *J Abnorm Psychol* 2001;110:236-246
- D'Zurilla TJ, Goldfried MR: Problem solving and behavior modification. *J Abnorm Psychol* 1971;78:107-126
- Essau CA, Conradt J, Petermann F: Frequency, comorbidity, and psychosocial impairment of specific phobia in adolescents. *J Clin Child Psychol* 2000;29:221-231
- Essau CA, Karpinski NA, Petermann F, Conradt J: Häufigkeit und Komorbidität von Angststörungen bei Jugendlichen: Ergebnisse der Bremer Jugendstudie. *Verhaltenstherapie* 1998;8:180-187
- Fehm L, Margraf J: Thought suppression: Specificity in agoraphobia versus broad impairment in social phobia? *Behav Res Ther* 2002;40:57-66
- Flannery-Schroeder EC, Kendall PC: Group and individual cognitive-behavioral treatments for youth with anxiety disorders: A randomized clinical trial. *Cognit Ther Res* 2000;24:251-278
- Fuentes K, Cox B : Assessment of anxiety in older adults : A community-based survey and comparison with younger adults. *Behav Res Ther* 2000;38:297-309
- Gerull FC, Rapee RM: Mother knows best: The effects of maternal modelling on the acquisition of fear and avoidance behaviour in toddlers. *Behav Res Ther* 2002;40:279-287
- Goodwin R, Olfson M: Treatment of panic attacks and risk of major depressive disorder in the community. *Am J Psychiatry* 2001;158: 1146-1148
- Gorman JM, Kent JM, Sullivan GM, Coplan JD: Neuroanatomical hypothesis of panic disorder, revised. *Am J Psychiatry* 2000;157: 493-505
- Gullone E: The development of normal fear: A century of research. *Clin Psychol Rev* 2000 ;20 :429-451
- Hahlweg K, Fiegenbaum W, Frank M, Schroeder B: Short- and long-term effectiveness of an empirically supported treatment of agoraphobia. *J Consult Clin Psychol* 2001 ;69 :375-382
- Hayes SC, Strosahl KD, Wilson KG: *Acceptance and commitment therapy: An experiential approach to behavior change*. New York: Guilford, 1999
- Hayward C, Killen JD, Kraemer HC, Taylor CB: Predictors of panic attacks in adolescence. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2000;39:207-214
- Hettema JM, Neale MC, Kendler KS: A review and meta-analysis of the genetic epidemiology of anxiety disorders. *Am J Psychiatry* 2001;158:1568-1578
- Kamphuis JH, Telch MJ: Effects of distraction and guided threat reappraisal on fear reduction during exposure-based treatments for specific fears. *Behav Res Ther* 2000;38:1163-1181
- Kaplow JB, Curran PJ, Angold A, Costello EJ: The prospective relation between dimensions of anxiety and the initiation of adolescent alcohol abuse. *J Clin Child Psychol* 2001;30:316-326
- Kassel JD, Unrod M: Smoking, anxiety, and attention: Support for the role of nicotine in attentionally mediated anxiety. *J Abnorm Psychol* 2000;109:161-166
- Kawamura KY, Hunt SL, Frost RO, DiBartolo PM: Perfectionism, anxiety, and depression: Are the relationships independent? *Cognit Ther Res* 2001;25:291-301

- Kendler KS, Myers J, Prescott CA: The etiology of phobias: An evaluation of the stress-diathesis model. *Arch Gen Psychiatry* 2002;59:242-248
- Kushner MG, Abrams K, Borchardt C: The relationship between anxiety disorders and alcohol use disorders: A review of major perspectives and findings. *Clin Psychol Rev* 2000;20 :149-171
- LeDoux JE, Gorman JM : A call to action: Overcoming anxiety through active coping. *Am J Psychiatry* 2001;158:1953-1955
- Linehan MM: *Cognitive-behavioral treatment of borderline disorder*. New York: Guilford, 1993
- Loewenstein GF, Weber EU, Hsee CK, Welch N: Risk as feelings. *Psychol Bull* 2001;127:267-286
- Margraf J, Schneider S: *Panik. Angstanfälle und ihre Behandlung*. Berlin: Springer, 1989
- Marquez M, Seguí J, Garcia L, Canet J: Is panic disorder with psychosensorial symptoms (depersonalization-derealization) a more severe clinical subtype? *J Nerv Ment Dis* 2001 ;189 :332-335
- Marshall RD, Schneier FR, Lin S-H, Simpson HB: Childhood trauma and dissociative symptoms in panic disorder. *Am J Psychiatry* 2000;157:451-453
- Mathew SJ, Coplan JD, Gorman JM: Neurobiological mechanisms of social anxiety disorder. *Am J Psychiatry* 2001;158:1558-1567
- Müller N: *Die soziale Angststörung bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen. Erscheinungsformen, Verlauf und Konsequenzen*. Münster: Waxmann, 2002
- Muris P: An expanded Childhood Anxiety Sensitivity Index: Its factor structure, reliability, and validity in a non-clinical adolescent sample. *Behav Res Ther* 2002;40:299-311
- Norcross JC (Hrsg.): *Psychotherapy relationships that work. Therapist contributions and responsiveness to patients*. New York: Oxford University Press, 2002
- Öst L-G, Alm T, Brandberg M, Breitholz E: One versus five sessions of exposure and five sessions of cognitive therapy in the treatment of claustrophobia. *Behav Res Ther* 2001;39:167-183
- Overbeek T, Rikken J, Schruers K, Griez E: Suicidal ideation in panic disorder patients. *J Nerv Ment Dis* 1998 ;186 :577-580
- Perna G, Ieva A, Caldirola D, Bertani A: Respiration in children at risk for panic disorder. *Arch Gen Psychiatry* 2002;59:185-186
- Peter H, Goebel P, Müller S, Hand I: Clinically relevant cholesterol elevation in anxiety disorders: A comparison with normal controls. *Int J Behav Med* 1999;6:30-39
- Petersen RA, Reis S: *Anxiety Sensivity Index revised test manual*. Worthington OH: IDS Publishing corporation, 1993
- Piacentini J, Bergman RL: Developmental issues in cognitive therapy for childhood anxiety disorders. *J Cognit Psychother* 20001;15: 165-182
- Placidi GPA, Oquendo MA, Malone KM, Brodsky B: Anxiety in major depression: Relationship to suicide attempts. *Am J Psychiatry* 2000;157:1614-1618
- Poulton R, Menzies RG: Non-associative fear acquisition: A review of the evidence from retrospective and longitudinal research. *Behav Res Ther* 2002;40:127-149
- Rachman SJ: *Angst. Diagnose, Klassifikation und Therapie*. Bern: Huber, 2000
- Reiss S: Expectancy theory of fear, anxiety, and panic. *Clin Psychol Rev* 1991;11 :141-153
- Roemer L, Orsillo SM: Expanding our conceptualization of and treatment for generalized anxiety disorder: Integrating mindfulness/acceptance-based approaches with existing cognitive-behavioral models. *Clinical Psychology: Science and Practice* 2002;9:54-68
- Rosenbaum J, Biedermann J, Hirschfeld-Becker DR, Kagan J: A controlled study of behavioral inhibition in children of parents with panic disorder and depression. *Am J Psychiatry* 2000;157: 2002-2010
- Salmon P: Effects of physical exercise on anxiety, depression, and sensitivity to stress: A unifying theory. *Clin Psychol Rev* 2001 ;21 :33-61
- Schmidt NB, Storey J, Greenberg BD, Santiago HAT: Evaluating gene x psychological risk factor effects in the pathogenesis of anxiety: A new model approach. *J Abnorm Psychol* 2000;109: 308-320
- Schmidt NB, Woolaway-Bickel K, Bates M: Evaluating panic-specific factors in the relationship between suicide and panic disorder. *Behav Res Ther* 2001;39:635-649
- Schmidt-Traub S: *Panikstörung und Agoraphobie. Ein Therapie-manual*. 2. überarbeit. u. erweit. Aufl. Göttingen: Hogrefe, 2000
- Schmidt-Traub S: *Angst bewältigen. Selbsthilfe bei Panik und Agoraphobie*. 2. neu bearbeitete Aufl. Berlin: Springer, 2001^a
- Schmidt-Traub S: *Selbsthilfe bei Angst im Kindes- und Jugendalter. Ein Ratgeber für Kinder, Jugendliche, Eltern und Erzieher*. Göttingen: Hogrefe, 2001^b
- Schmidt-Traub S: *Arbeitsrehabilitation – Baustein ambulanter Psychotherapie*. *Psychotherapeutische Praxis* 2001c;1:2-24
- Sheikh JI, Leskin GA, Klein DF: Gender differences in panic disorder: Findings from the National Comorbidity Survey. *Am J Psychiatry* 2002;159:55-58
- Snyder CR, Ilardi SS, Cheavens J, Michael ST: The role of hope in cognitive-behavior therapy. *Cognit Ther Res* 2000;24:747-762
- Stein MB, Jang KL, Livesley WJ: Heritability of anxiety sensitivity: A twin study. *Am J Psychiatry* 1999;156:246-251
- Stewart SH, Taylor S, Jang K.L, Cox BJ: Causal modeling of relations among learning history, anxiety sensitivity, and panic attacks. *Behav Res Ther* 2001;39:443-456
- Stuart GL, Treat TA, Wade WA: Effectiveness of an empirically based treatment for panic disorder delivered in a service clinic setting: 1 year follow-up. *J Consult Clin Psychol* 2000 ;68 :506-512
- Tarrier N, Humphreys L: Subjective improvements in PTSD patients with treatment by imaginal exposure or cognitive therapy. *Br J Clin Psychol* 2000 ;39 :27-34
- Warshaw MG, Dolan RT, Keller MB: Suicidal behavior in patients with current or past panic disorder: Five years of prospective data from the Harvard/Brown Anxiety Research Program. *Am J Psychiatry* 2000;157:1876-1878
- Weems CF, Berman SL, Silverman WK, Saavedra LM: Cognitive errors in youths with anxiety disorder: The linkage between negative cognitive errors and anxious symptoms. *Cognit Ther Res* 2001;25:559-575
- Wessel I, Meeren M, Peeters F, Arntz A: Correlates of autobiographical memory specificity: The role of depression, anxiety and childhood trauma. *Behav Res Ther* 2001;39:409-421
- Westen D, Morrison K: A multi-dimensional meta-analysis of treatment for depression, panic and generalized anxiety disorder: An empirical examination of the status of empirically supported therapies. *J Consult Clin Psychol* 2001 ;69 :875-899
- Wittchen HU, Vossen A: *Implikationen von Komorbidität bei Angststörungen. Ein kritischer Überblick*. *Verhaltenstherapie* 1995; 5:120-133
- Wolpe J: *Praxis der Verhaltenstherapie*. Bern: Huber, 1973
- Woodward LJ, Fergusson DM: Life course outcomes of young people with anxiety disorders in adolescence. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2001;40:1086-1093
- Yardley L, Owen N, Nazareth I, Luxon L: Panic disorder with agoraphobia associated with dizziness. *J Nerv Ment Dis* 2001 ;189 :321-327
- Zoellner LA, Craske MG: Panickers and internal body cues. *Behavior Research and Therapy*, 1999; 31:1141-1158

Dr. Sigrun Schmidt-Traub

Dixbäume 775 • 45257 Essen • Tel. 0201-48 12 35

Fax 0201-8486881 • E-Mail: Schmidt-Traub@t-online.de