

Manfred E. Beutel, Jörg Wiltink, Claudia Subic-Wrana

## Psychodynamische Therapie von Angststörungen – aktuelle Entwicklungen

### Psychodynamic treatment of anxiety disorders – current trends

#### Zusammenfassung

Vor dem Hintergrund des störungsübergreifenden Angstverständnisses in der Psychoanalyse wurden die operationalen Definitionen von Angststörungen des DSM-III nur zögernd nachvollzogen, und es fehlten für systematische Wirksamkeitsstudien geeignete, störungsorientierte Behandlungsmanuale. Die Arbeit soll Störungsmodelle, therapeutische Strategien und Wirksamkeitsnachweise von aktuellen manualisierten psychodynamischen Behandlungen für Panikstörungen, generalisierte Angststörungen und soziale Phobie darstellen. Klinische Überlegungen zur Abgrenzung gegenüber kognitiv-verhaltenstherapeutischem Vorgehen werden diskutiert.

**Schlüsselwörter** psychodynamische Behandlungsmanuale – Wirksamkeit – Panikstörung – generalisierte Angststörung – soziale Phobie

#### Summary

Due to the broad conception as a basic mechanism of neurosis, psychoanalysts were hesitant to incorporate the operational criteria of anxiety disorders of DSM-III; thus there was a lack of disorder-specific treatment manuals suitable for systematic outcome studies. This paper presents models of disease, therapeutic strategies and outcome data on current manualized psychodynamic treatments for panic disorder, generalized anxiety disorder and social phobia. Clinical aspects differentiating between psychodynamic and behavioral treatment are discussed.

**Keywords** psychodynamic treatment manuals – effectiveness – panic disorder – generalized anxiety disorder – social phobia

#### ■ Einleitung

In der psychoanalytischen Krankheitslehre spielten von Anfang an Konzepte der Angst eine Schlüsselrolle für das störungsübergreifende Verständnis psychischer Symptombildungen und für Angststörungen im engeren Sinne. Bereits 1895 beschrieb Freud erstmals umfassend zentrale Merkmale der „Angstneurose“, die wir heute je nach Symptomausprägung und Verlauf als generalisierte Angststörung oder als Panikstörung einordnen würden. Diese unterschied er von der sog. Angsthysterie, die wir heute Phobien zuordnen würden. Es entwickelten sich drei störungsübergreifende psychoanalytische Modelle von Angst:

Freud sah in „der Angst das Grundphänomen und Hauptproblem der Neurose“ (1928, S. 85). Die sog. *Signalangst* markiert im Unterschied zur traumatischen Angst einen inneren Konflikt, der trotz Abwehranstrengung nicht gelöst werden konnte. Freud postulierte, dass Angstsymptome dazu dienen, um zur „Vermeidung (der Gefahrensituation) aufzufordern“ (S. 105). Die sog. Ichpsychologie ermöglichte störungsübergreifend die differenzierte Beschreibung von Ichstrukturen und -funktionen wie Selbst- und Objektdifferenzierung, Impuls-

und Affektregulation (vgl. OPD, Arbeitskreis OPD, 2006). Das klinisch zu beobachtende Kontinuum von diffusen zu zunehmend gerichteten Ängsten hängt mit dem Reife- und Entwicklungsgrad der Ichstruktur zusammen.

Nach der Bindungstheorie (Bowlby, 1975) gibt die Nähe zur Bindungsfigur Schutz und Sicherheit, entsprechend kommt es bei bindungsbezogenen Gefahren (z. B. Trennungswunsch oder reale Trennung) zur Angstentwicklung, die dazu motiviert, die Nähe zur Bindungsfigur wiederherzustellen oder früh internalisierte Abwehr- bzw. Bewältigungsmuster dieser Angst zu aktivieren.

Vor dem Hintergrund des konzeptuell breiter angelegten Angstverständnisses wurde die operationale Definition von Angststörungen durch das DSM-III 1980 mit den distinkten Kategorien der Panikstörung, der generalisierten Angststörung und der sozialen Phobie von Psychoanalytikern nur zögernd nachvollzogen. Angststörungen zählten in der psychoanalytischen und tiefenpsychologischen Praxis zwar weiterhin zu den hauptsächlichen Erkrankungen (Beutel, Rasting, Stuhr, Rüger & Leuzinger-Bohleber, 2004; Jakobsen et al., 2007; Milrod & Shear, 1991), es wurden aber erst in neuerer Zeit psychoanalytische Modelle zur Entstehung von spezifischen Angststörungen nach ICD-10 formuliert (Beutel, Doering,

Leichsenring & Reich, 2010a; Hoffmann, 2008; Shear, Cooper, Klerman, Busch & Shapiro, 1993), entsprechende Behandlungsmanuale entwickelt und in ersten Wirksamkeitsstudien geprüft. Dies sind vor allem die die panikfokussierte psychodynamische Psychotherapie (Milrod, Busch, Cooper & Shapiro, 1997; dt. Version Subic-Wrana, Milrod & Beutel, 2012) und die supportiv-expressive Therapie (SET) für generalisierte Angststörung (Leichsenring, Winkelbach & Leibing, 2005) sowie für die soziale Phobie (Leichsenring, Beutel & Leibing, 2008).

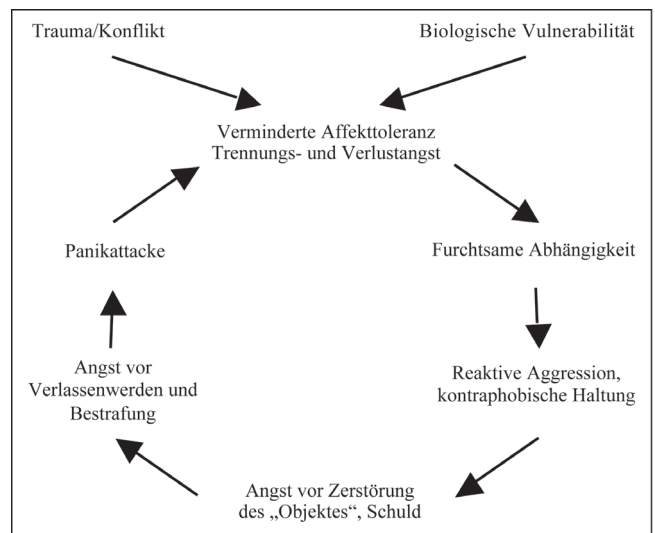
## ■ Panikstörung und Agoraphobie

Panikattacken oder die anfallsartige Überflutung mit Angst sind bei zahlreichen psychogenen und bei somatisch begründeten Krankheitsbildern zu beobachten (u. a. Angstneurose, Hysterie, Hypochondrie, Phobien, Depressionen). Die Überflutung mit Angst wurde in der psychoanalytischen Literatur als Folge des Abwehrversagens aufgefasst angesichts einer inneren oder äußeren Bedrohung, etwa in schweren regressiven oder traumatischen Zuständen (Fenichel, 1946; Rudden et al., 2003). Eine Panikstörung geht in der Mehrzahl der Fälle mit einer Agoraphobie einher.

Im Unterschied zu verhaltenstherapeutischen Modellen rücken aktuelle psychodynamische Theorien (Milrod et al., 1997; Rudden et al., 2003) interpersonelle Erfahrungen und deren Internalisierung im Sinne von inneren Objektrepräsentanzen in den Vordergrund. Sie postulieren, dass Panikpatienten nicht auf stabile innere Objektrepräsentanzen zurückgreifen können und daher ihre Beziehungen als unsicher und gefährdet sowie sich selbst als hilflos und schwach erleben. Neurobiologische Modelle zeigten vor allem tierexperimentell, dass mangelnde mütterliche Fürsorge oder Deprivation zu beeinträchtigter Stressregulation und Fürsorglichkeit gegenüber der Folgegeneration führen; hierzu wurden neurobiologische und genetische Bindeglieder ermittelt (z. B. Francis & Meaney, 1999). Bei Panikpatienten lässt sich im Einklang damit häufig angstauslösendes Verhalten von primären, ihrerseits ängstlichen Beziehungspersonen aufzeigen (Subic-Wrana et al., 2011). Wie Abbildung 1 zeigt, gehen Milrod et al. (1997) davon aus, dass kindliches *Trauma* und intrapsychische *Konflikte* zusammen mit einer dispositionellen *Vulnerabilität* zu einer *verminderten Toleranz gegenüber negativen Affekten* bzw. einer gesteigerten *Trennungs- und Verlustangst* beitragen können. Viele Panikpatienten fühlen sich unfähig, normale Entwicklungsaufgaben zu meistern, die Separation und Autonomie erfordern. Aufgrund ihrer geringen Affekttoleranz wird Ärger über nahestehende Personen abgewehrt. Mit der *furchtsamen Abhängigkeit* gegenüber Bezugspersonen korrespondiert eine Selbstwahrnehmung als hilflos, schwach und abhängig. Aufgrund unvermeidlicher Kränkungen oder Enttäuschungen kommt es zu reaktiver Aggression und Ärger über die als zurückweisend oder ängstigend wahrgenommene Bindungsfigur. Der Versuch, Gefühle von Abhängigkeit, Hilflosigkeit oder auch Beschämung über die unterlegene Position durch betonte Unabhängigkeit ungeschehen zu machen (kontraphobische Haltung), kann aber die Trennungs- und Verlustängste verstärken: Aufgrund der mangelnden Affekttoleranz wecken eigener

Ärger, Selbstbehauptungs- und Distanzierungsbestrebungen Ängste, die dringend benötigte Bezugsperson (ein „Objekt“, das z. B. für die innere Repräsentanz einer Elternfigur stehen kann) mit ihrem Wohlwollen und Zuwendung gleichsam zu zerstören. Dies führt zu intensivierten Ängsten vor Bestrafung und Verlassenwerden. Tatsächliche oder antizipierte Trennungen gehen daher häufig den Panikattacken voraus, auch wenn sie bei genauer Analyse ebenso von Versuchen des Patienten zu Selbstbehauptung oder Distanzierung in einer engen, auf Sicherheit angelegten Beziehung begleitet sind. Der beschriebene Teufelskreis mündet in zunehmende Panikattacken, die neuerliche Verlustängste schüren und die Angsttoleranz vermindern.

**Abbildung 1:** Psychodynamisches Modell der Panikstörung (nach Milrod et al., 1997; Rudden et al., 2003)



Nach diesem Muster können auch aggressive Bestrebungen, die aus späteren Entwicklungsphasen stammen, Panikattacken auslösen. Dies gilt für phantasierte oder tatsächliche Erfolge, die einen ödipalen Sieg über einen Rivalen bedeuten, unbewusst aber zugleich Angst vor dem Verlust einer Bindungsfigur auslösen. Die Regression auf einen hilflosen, abhängigen Zustand in der Panik wehrt aggressive, kompetitive oder sexuelle Phantasien ab. Insofern kann Panik als Kompromissbildung angesehen werden, indem sich (1) Panikpatienten als hilflos, bedürftig und ungefährlich präsentieren, (2) diese Abhängigkeitswünsche hinter einer somatischen Präsentation verbergen und (3) sie somit zumindest partiell erfüllen können.

Damit lässt sich auch die ausgeprägte „Komorbidität“ mit depressiven Störungen erklären: Selbstwahrnehmungen als schwach, inkompetent und hilflos können zu Selbsteinschätzungen von Unzulänglichkeit oder geringem Selbstwertgefühl beitragen, die wesentliche Elemente in der Entwicklung von Depressionen sind. Werden reaktive Aggressionen aufgrund von Enttäuschung gegen die eigene Person gewendet, können Gefühle überhandnehmen, selbst schlecht, wertlos oder nicht liebenswert zu sein oder Strafe, Zurückweisung oder Verlassenwerden zu verdienen.

Psychodynamische Ansätze erklären zudem die Entstehung von Fehlinterpretationen körperlicher Reaktionen und erhöhter

Angstsensitivität. Die verminderte Toleranz für intensive Affekte aufgrund unsicherer Selbst- und Objektrepräsentanzen begünstigt die Verdrängung oder Verleugnung von Ärger, Wut und/oder sexueller Erregung, um die dringend benötigte Bindungsfigur nicht zu verlieren oder zu zerstören. Begleitende physiologische Erregungssymptome lösen Angst aus (erhöhte Angstsensitivität), da sie nicht im Sinne der zugrunde liegenden Emotionen interpretiert werden. Die körperlichen Erregungssymptome der abgewehrten Affekte werden vielmehr als Zeichen schwerer körperlicher Gefährdung interpretiert. Demnach lässt sich der in kognitiven Modellen zentrale Mechanismus der Fehlinterpretationen auch als bevorzugter Abwehrmechanismus auffassen, der sich aufgrund einer biologischen Vulnerabilität oder frühen traumatischen Erfahrungen ausgebildet hat. Psychodynamische Ansätze zielen daher darauf, diese Konflikte und Entwicklungsdefizite zu verstehen und die psychologische Vulnerabilität gegenüber Panik und somit auch das Rezidivrisiko zu reduzieren (Milrod et al., 1997).

### ■ Panikfokussierte psychodynamische Psychotherapie (PFPP)

Die panikfokussierte psychodynamische Psychotherapie (Milrod et al., 1997) eignet sich für die Kurz- und Langzeitbehandlung von Panikstörungen (zu Kombinationen mit medikamentösen oder verhaltenstherapeutischen Verfahren s. Milrod et al., 1997). Die Kurzzeitbehandlung mit je zwei Behandlungsstunden pro Woche lässt sich in 3 Abschnitte gliedern (Subic-Wrana et al., 2012):

- (1) Behandlung der akuten Panik: (etwa 1.–8. Sitzung)
  - aktive Exploration der mit Paniksymptomen verbundenen Gedanken und Gefühle
  - Herausarbeiten der Kernkonflikte
- (2) Behandlung der Panikvulnerabilität: (9.–16. Sitzung)
  - Bearbeitung von Beziehungskonflikten in der Übertragung
- (3) Beendigung der Behandlung: (17.–25. Sitzung)
  - Aktivierung der typischen Trennungsprobleme in der Beziehung zum Therapeuten
  - Durcharbeiten von damit verbundenem Ärger und Angst

Wesentlich für den Therapieerfolg ist die Symptomorientierung. Erforderlich zur *Behandlung der akuten Panik* (1) ist zunächst die äußerst sorgfältige und aktive Exploration der mit den Paniksymptomen verbundenen unbewussten Gedanken und Gefühle und das Aufdecken unbewusster intrapsychischer/interpersonaler Auslöser (Angst/Wut). Dieses Vorgehen ermöglicht, unbewusste Kernkonflikte herauszuarbeiten, die sich um die Abhängigkeit von übermächtig erlebten anderen zentrieren. Der Patient lernt, seine Panikattacke als Ausdruck der Angstüberflutung zu erkennen und nicht mehr als lebensbedrohliche Krankheit zu interpretieren. Wenn es dem Patienten in dieser Phase gelingt, die emotionale Bedeutung der Paniksymptome bewusst werden zu lassen und zu tolerieren, kommt es zur Besserung der akuten Panik.

Zur *Behandlung der Panikvulnerabilität* (2) ist es von entscheidender Bedeutung, ambivalente Abhängigkeitsbezie-

hungen nicht nur im Leben des Patienten, sondern auch in der Übertragung zu bearbeiten. Das Erkennen der Einbettung der Paniksymptome in diese Beziehungsambivalenz stärkt die Autonomie des Patienten und durchbricht den Teufelskreis aus Abhängigkeit und Angst, wenn der Patient erkennt, dass er nicht so hilflos ist, wie er sich phantasiert.

Das folgende Fallbeispiel (Subic-Wrana et al., 2012) illustriert, wie die Exploration der Umstände der Panikattacke den Zugang zum vermiedenen Erleben des auslösenden psychodynamischen Konflikts und der damit verbundenen negativen Affekte eröffnet. Herr A. (49 Jahre) litt seit einem Jahr an rezidivierenden Panikattacken. Die folgende Zusammenfassung der 12. Behandlungsstunde illustriert die mittlere Behandlungsphase einer 24-stündigen Kurzzeittherapie nach dem PFPP-Manual.

#### Fallbeispiel

Wie im Manual vorgesehen, erkundigte sich die Therapeutin zu Stundenbeginn, ob Herr A. seit der letzten Sitzung unter Paniksymptomen gelitten habe. Der Patient sagte, er habe sich am Samstagvormittag plötzlich schwindelig und derealisiert gefühlt, wie er es von seinen Panikattacken kenne. Da er aber „ganz ruhig“ zu Hause gewesen sei, könne er sich keinen psychischen Auslöser dieser Symptome vorstellen und nehme an, er sei vielleicht in einen Unterzuckerungszustand geraten. Erst nach mehrmaligem Nachfragen der Therapeutin, wie er den Samstagvormittag denn im Einzelnen verbracht habe, erinnerte sich Herr A., dass der Heizungsmonteur da gewesen sei, um nach einer Störung zu sehen. Der Schwindel habe eingesetzt, als er gemeinsam mit dem Monteur den Heizungskeller wieder verlassen habe und die Treppe zur Wohnung hochgestiegen sei. Fragen zu seinem Kontakt mit dem Heizungsmonteur beantwortete Herr A. zögerlich. Es stellt sich heraus, dass er den Heizungsmonteur schon seit einigen Jahren kannte („immer der gleiche Depp“) und dass sich ein vertrauter Vorgang wiederholt hat: Herr A. hatte den Monteur zur Routinewartung der Heizung gerufen, diese funktionierte kurz nach der Wartung nicht mehr, und er musste den Monteur wieder zu einem Notfalleinsatz rufen. Durch das Nachfragen der Therapeutin kam der Patient affektiv in Bewegung, in Wortwahl, Stimmmodulation und Gestik wurde der Ärger über den Monteur deutlich spürbar. Dadurch wurde eine Konfrontation möglich – warum wechselt Herr A. nicht die Wartungsfirma, wenn er mit ihrer Leistung so unzufrieden ist? Herr A. sagte, dass er sich in einer so heiklen Sache wie der Heizung auf die Handwerker angewiesen fühle – die Firma sei zwar teuer und die Leistung schlecht, aber wenn die Heizung total ausfallen würde, käme eben auch jemand am Wochenende; er sei sich nicht sicher, ob er das von einer anderen Firma erwarten könne. Das durch die Exploration der panikauslösenden Situation zusammengetragene Material erlaubte nun eine spezifische Konfliktformulierung – ob es sein könne, dass Herr A. seine Wut auf den Heizungsmonteur unterdrücken musste, weil er sich auf ihn so angewiesen fühlte und dass hier – ebenso wie in weiteren Situationen, die in anderen Stunden Thema

gewesen seien – der unterdrückte Ärger die Angstsymptome ausgelöst haben könnte. Herr A. stimmte leicht widerwillig zu; er leugnete zwar nicht den in der Stunde so deutlich hervorgetretenen Ärger auf den Heizungsmonteur, merkte aber an, dass dieser Mann doch eigentlich gar nicht so wichtig für ihn sei. Diese Bemerkung führte die Therapeutin zu der eher beiläufigen Frage, was denn Frau A. von der Heizungsfirma halte. Herr A. erwiderte, in der Aufgabenteilung zwischen ihm und seiner Frau sei er für den Umgang mit Handwerkern zuständig – diese frage ihn zum Beispiel, warum er es nicht schaffe, eine kompetentere Firma zu finden, oder mache spöttische Bemerkungen darüber, was er sich von dem Heizungsmonteur alles bieten lasse. Eine zweite, potenziell mit negativen Affekten verbundene Konfliktlinie (z. B. Beschämung über die mangelnde Durchsetzungskraft gegenüber dem Heizungsmonteur; Ärger über die Ehefrau, die ihn offen kritisiert) wurde deutlich, die dynamisch für die Auslösung der Paniksymptome noch wichtiger sein könnte als der unterdrückte Ärger auf den Heizungsmonteur, war doch die Ehefrau für den sozial zurückgezogen lebenden Patienten die wichtigste Bezugsperson. Das Durcharbeiten dieses Themas war wegen der fortgeschrittenen Zeit in dieser Stunde nicht mehr möglich; die Thematisierung von Ärger auf die Ehefrau gelang erst im letzten Drittel der Behandlung.

Die für Angstpatienten charakteristische Vermeidung der angstauslösenden Situation erfordert eine geduldige Exploration; ohne gezieltes Nachfragen der Therapeutin würde der Patient die angstauslösende Situation übergehen. Die Exploration konfrontierte den Patienten mit dem angstauslösenden Affekt – den Ärger auf den Heizungsmonteur (und die spöttelnde Ehefrau), aber auch die Angst, ohne diesen auskommen zu müssen –, damit konnte der symptomauslösende Konflikt nicht nur verstanden, sondern auch nacherlebt werden.

In der Beendigungsphase (3) der PFPP gehen Milrod et al. (1997) davon aus, dass die Kürze der Behandlung die für Panikpatienten typischen Trennungprobleme in der Beziehung zum Therapeuten aktiviert. Entscheidend für den dauerhaften Erfolg ist das Durcharbeiten von damit verbundenem Ärger und Angst. Damit soll die Fähigkeit gestärkt werden, Trennung und Unabhängigkeit zu handhaben.

Hinweise auf die Wirksamkeit der PFPP sammelten Milrod et al. (2001) zunächst mit einer offenen, naturalistischen Studie. Die randomisiert-kontrollierte Studie von Milrod, Leon, Barber, Markowitz und Graf (2007) belegte die Wirksamkeit der panikfokussierten psychodynamischen Psychotherapie über 24 Sitzungen bei insgesamt 49 Patienten mit einer Panikstörung mit und ohne Agoraphobie im Vergleich zu einem nachgewiesenen wirksamen Entspannungstraining (Applied relaxation training; Sánchez-Meca, Rosa-Alcázar, Marín-Martínez & Gómez-Conesa, 2010). Signifikante Unterschiede ergaben sich bei Behandlungsende zum einen hinsichtlich des primären Zielkriteriums, dem Schweregrad der Paniksymptomatik, gemessen mit der „Panic Disorder Severity Scale“ (PDSS; Furukawa et al., 2009), zum anderen

hinsichtlich der psychosozialen Beeinträchtigung als sekundärem Zielparameter.

In einer Subgruppenauswertung konnten die Autoren (Milrod, Leon, Barber, Markowitz & Graf, 2007) darüber hinaus bei Patienten mit Persönlichkeitsstörungen (49%, meist Cluster C, ängstlich-vermeidende Persönlichkeitsstörung) die stärksten Effekte gegenüber dem Entspannungstraining nachweisen. Eine deutsche Replikationsstudie der PFPP im Vergleich zu kognitiver Verhaltenstherapie wurde kürzlich abgeschlossen (Subic-Wrana, Knebel & Beutel, 2010; zu hirnfunktionellen Veränderungen bei PFPP s. Beutel, Stark, Pan, Silbersweig & Dietrich, 2010b).

### ■ Generalisierte Angststörung (GAS)

Freud hatte unter dem Begriff der Angstneurose bereits Kernsymptome der GAS ausführlich beschrieben, insbesondere die ängstliche Erwartung, die vegetative Übererregung und die daraus resultierenden körpernahen Angstsymptome. Die aktuelle ICD-10 definiert sie als generalisierte und anhaltende Angst mit vorherrschender Anspannung, Sorgen oder Befürchtungen in Bezug auf alltägliche Ereignisse und Probleme, begleitet von mindestens vier Symptomen aus den Bereichen vegetative Symptome, Thorax/Abdomen betreffend, psychische, allgemeine, Anspannungs- und unspezifische Symptome.

Aus psychoanalytischer Sicht weist Angst als anhaltende, generalisierte Beunruhigung, Befürchtung und Sorge auf ichstrukturelle Defizite im Sinne einer verminderten Fähigkeit, Sicherheit, Gewissheit und Ruhe herzustellen, d. h., es sind sicherheitsgebende Beziehungserfahrungen unzureichend internalisiert. Klinisch liegen häufig widersprüchliche und verunsichernde Beziehungserfahrungen mit Eltern zugrunde, die z. B. ihrerseits unter einer Angsterkrankung litten. Die Vulnerabilität für Beunruhigung und Sorge ist erhöht, zugleich aber auch die Toleranz gegenüber solchen Zuständen vermindert. Daher zeichnet diese Menschen ein hohes Streben nach Sicherheit aus, das sich u. a. in einem Lebens- und Beziehungsarrangement der Herstellung räumlicher Nähe zu Bindungspersonen äußern kann. Als sog. steuerndes Objekt sollen diese Schutz und Sicherheit garantieren. Bereits umschriebene Abweichungen (Reisen, Umzüge, berufliche Versetzung) können daher zu Symptombildungen führen, dies gilt umso mehr für kritische Lebensereignisse wie Verlust des Arbeitsplatzes oder des Partners.

Vielfach lässt sich in den Beziehungen Betroffener eine meist unbewusste Ambivalenz zwischen Anklammern, Autonomie- und Separationsbestrebungen feststellen. Angstklammern und stete Suche nach Präsenz und beruhigendem Zuspruch ermöglichen ein hohes Maß an Kontrolle über den Anderen, engen aber den Kranken und den Partner in ihrer Entwicklung ein und laufen einer reifen Partnerschaft mit einer erfüllten Sexualität zuwider. Resultierende Spannungen und Konflikte werden jedoch aus den genannten Gründen vermieden und mit neuerlichen Symptombildungen beantwortet. Diese Beziehungsdynamik findet sich in der therapeutischen Beziehung wieder, indem der Therapeut als „steuerndes“ Objekt dem Patienten als beständige Quelle von Rat, Beruhigung und Vergewisserung dienen soll, um aufkommende Spannungen zu vermeiden.

Wird diese Übertragungsdynamik nicht thematisiert, kann dies zu langen Therapien ohne nennenswerten Fortschritt führen.

### ■ Supportiv-expressive Therapie der generalisierten Angststörung

Von Luborsky (1995) als psychoanalytische Fokaltherapie entwickelt, wurde die supportiv-expressive Psychotherapie an vielfältigen Krankheitsbildern störungsspezifisch adaptiert und geprüft, z. B. Depression, soziale Phobie, generalisierte Angst, Bulimie, Sucht, Persönlichkeitsstörung (Barber, Morse, Krakauer, Chitams & Crits-Christoph, 1997; Garner et al., 1993; Luborsky, 1995; Mark, Barber & Crits-Christoph, 2003; Leichsenring et al., 2008). Sie geht von der Annahme aus, dass psychischen Symptomen ein zentraler Beziehungskonflikt zugrunde liegt, auf den die meist als Kurzzeittherapie angelegte Behandlung fokussiert wird. Das zentrale Beziehungskonfliktthema (ZBKT) extrahiert aus Schilderungen von Beziehungserfahrungen prototypische und charakteristische Subjekt-Objekt-Handlungsrelationen.

Diagnostisch werden prototypische Beziehungsepisoden im sog. Beziehungsepisodeninterview erhoben:

*„Bitte erzählen Sie mir Begebenheiten aus Ihrem Leben, in welchen Sie mit einer anderen Person zu tun hatten. Jede Ihrer Erzählungen sollte eine konkrete Situation behandeln, die für Sie im Positiven wie im Negativen von Bedeutung gewesen ist (...) Bei jeder Begebenheit sagen Sie bitte, wann und mit wem sie sich ereignete, was Sie sich von der anderen Person gewünscht haben, was die andere Person sagte oder tat und was Sie selbst sagten oder taten.“*

Aus mehreren Beziehungsepisoden wird der zentrale Beziehungskonflikt formuliert. Er besteht stets aus dem Wunsch (W) an das Gegenüber („Objekt“), der erwarteten oder erlebten Reaktion der anderen (RO) und der Reaktion des Selbst (RS). Für einen Patienten mit generalisierter Angststörung könnte dieses ZBKT beispielsweise lauten:

- Wunsch (W): „Ich wünsche mir jemanden, der mir uneingeschränkt Sicherheit gibt.“
- Reaktion der anderen (RO): „Die anderen sind unzuverlässig.“
- Reaktion des Selbst (RS): „Ich habe immer Angst (mache mir Sorgen), dass etwas Schreckliches passiert.“

Im Sinne eines maladaptiven Beziehungszirkels führt der Wunsch nach uneingeschränkter Sicherheit jedoch zwangsläufig zu der beschriebenen Enttäuschung, und die subjektiv erlebte Unzuverlässigkeit steigert und bestätigt in der bereits beschriebenen Weise die Sorge und damit wieder die Abhängigkeit vom steuernden Objekt. Luborsky geht davon aus, dass psychodynamische Psychotherapien auf einem Kontinuum von supportiven und expressiven Interventionen arbeiten. Je schwerer die Störung des Patienten, desto mehr supportive Interventionen sollen durchgeführt werden. Supportive (stützende/entwicklungsfördernde) Elemente sind (vgl. Leichsenring et al., 2008):

- Vereinbarung eines bestimmten Behandlungsrahmens mit regelmäßigen Sitzungen

- Vereinbarung von Zielen (z. B. Symptome reduzieren, Konflikt verstehen)
- Aufbau einer hilfreichen Beziehung mit den beiden Dimensionen (erfasst mit der Helping Alliance Scale HAQ; Bassler, Potratz & Krauthauser, 1995): Typ I: Der Patient erlebt den Therapeuten als hilfreich und nimmt die Hilfe an („Ich habe das Gefühl, mich auf den Therapeuten verlassen zu können“). Typ II: Therapeut und Patient arbeiten zusammen in dem Bemühen, dem Patienten zu helfen (Luborsky, 1995). („Ich habe das Gefühl, dass ich mit dem Therapeuten an einem Strang ziehe“).
- Typ-I-Interventionen beziehen sich auf die Erfahrung, dass der Therapeut hilfreich ist und der Patient Hilfe erhält, z. B. „Vermittle ein Gefühl von Verständnis und Akzeptanz“ oder „Vermittle durch Worte und Handlungen Unterstützung für den Wunsch des Patienten, seine Ziele zu erreichen“ (Luborsky, 1995).
- Typ-II-Interventionen beziehen sich auf die Erfahrung des Patienten, mit dem Therapeuten in einem Team zusammenzuarbeiten (Luborsky, 1995). Dies umfasst die Etablierung eines „Wir-Bündnisses“ (z. B. „Wie wir in den letzten Sitzungen herausgefunden haben ...“) oder die Anerkennung der wachsenden Fähigkeit des Patienten, an seinen Problemen in derselben Weise zu arbeiten, wie es der Therapeut tut (z. B. „Diesmal haben Sie selbst herausgefunden, warum Ihnen andere so viel Angst machen. Sie haben es auf dieselbe Weise herausgefunden, wie wir es hier tun“).
- Auch das Verständnis der Symptome (expressiver Aspekt) hat einen supportiven Effekt (Luborsky, 1995), da sich Patienten nicht mehr so sehr ihren Symptomen und Problemen ausgeliefert fühlen.
- Weitere supportive Interventionen sind beispielsweise Verständnis und Akzeptanz, Anerkennen notwendiger Abwehrformen und Anknüpfen an Ressourcen des Patienten.

Expressive (deutende) Interventionen richten sich auf eine oder mehrere Komponenten des zentralen Beziehungskonfliktthemas (ZBKT), das sie im Zusammenhang mit verschiedenen Beziehungen (aktuelle und frühere interpersonale Beziehungen, in der Übertragung auf den Therapeuten) bearbeiten. Sie verbessern das kognitive und emotionale Verständnis des Patienten für das Entstehen und Auftreten seiner Symptome („Durcharbeiten“). Veränderungen des ZBKT im Therapieverlauf deuten auf strukturelle psychische Veränderungen hin; die Genauigkeit der Formulierungen ist prädiktiv für Therapieerfolg (z. B. Crits-Christoph et al., 1988).

Die Pilotstudie von Crits-Christoph, Connolly Gibbons, Narducci, Schamberger und Gallop (2005) untersuchte in einem randomisiert-kontrollierten Studiendesign die Wirksamkeit der STPP im Vergleich zu einer supportiven Therapie bei 31 Patienten mit der Diagnose einer generalisierten Angststörung. Hinsichtlich der Remissionsraten zum Behandlungsende ließ sich eine signifikante Überlegenheit der STPP gegenüber der supportiven Therapie zeigen. Hinsichtlich der anderen Outcome-Parameter (u. a. Hamilton Anxiety Rating Scale, Hamilton Depression Rating Scale, Beck Depression Inventory, Beck Anxiety Inventory) ließen sich nicht zuletzt vor dem Hintergrund des begrenzten Stichprobenumfangs statistisch keine Unterschiede absichern.

Die komparative randomisiert-kontrollierte Studie von Leichsenring et al. (2009b) vergleicht die Wirksamkeit der SET bis zu 30 Sitzungen mit gleich langer kognitiver Verhaltenstherapie bei 57 Patienten mit einer generalisierten Angststörung (GAD). Für beide Verfahren ließen sich zum Sechsmonats- und zum Einjahres-Follow-up auf den primären und sekundären Zielparametern signifikante Besserungen nachweisen. Für das primäre Zielkriterium (Hamilton-Angstskala) lassen sich keine bedeutsamen Unterschiede zwischen den beiden Behandlungsverfahren finden; bezüglich sekundärer Messgrößen wie Sorge oder Depressivität ergab sich hingegen eine Überlegenheit für KVT. Milrod (2009) kritisierte an dieser Studie allerdings, dass die durchgeführte psychodynamische Therapie nicht das Potenzial psychodynamischer Verfahren ausschöpfe, da für das Störungsbild relevante unbewusste Phantasien und Ängste (z. B. Verlust von Kontrolle und persönliche Separation/Autonomie) unzureichend beachtet worden seien.

### ■ Soziale Phobie

Aus psychodynamischer Sicht stellt sich der Teufelskreis der sozialen Phobie wie folgt dar: Zentral im Erleben ist der Wunsch nach Akzeptanz und Bestätigung bei gleichzeitig antizipierter Demütigung bzw. Beschämung durch das bedeutsame Gegenüber. Betroffene bemühen sich, „perfekt“ zu sein, um der gefürchteten Zurückweisung zu entgehen – ein Anspruch jedoch, der die ohnehin schon bestehende Anspannung, die Gefahr des Scheiterns und die damit verbundene Beschämung nochmals intensiviert.

Psychodynamische Modelle fokussieren vor dem Hintergrund der jeweiligen theoretischen Ausrichtung auf unterschiedliche Aspekte der Genese:

- Die Triebpsychologie hebt die Bedeutung von Aggression (Wunsch, den nach Aufmerksamkeit strebenden Rivalen zu vertreiben) sowie den resultierenden Schuldgefühlen hervor; überdies können bei einer Teilgruppe (Erythrophobie) sexuelle Triebkonflikte eine Rolle spielen.
- Ichpsychologische Autoren befassen sich vor allem mit strukturell vulnerablen Sozialphobikern und betonen die Defizite in der Affektwahrnehmung und -steuerung sowie die unzureichende Differenzierung zwischen Selbst- und Objektrepräsentanzen.
- Aus selbstpsychologischer Sicht stehen das Fehlen an anerkennenden Introjekten (Internalisierung positiver Spiegelung durch primäre Bezugspersonen) und das resultierende gestörte Selbstkonzept im Mittelpunkt, wobei besonders dem Affekt der Scham entscheidende verhaltensmotivierende Bedeutung zukommt.
- Die objektbeziehungpsychologische Perspektive begreift die soziale Angst als Ergebnis der Internalisierung früher negativer Beziehungserfahrungen mit Beschämung, Zurückweisung und Entwertung.
- Aus bindungstheoretischer Sicht fehlt Sozialphobikern eine „sichere“ Basis für die angstfreie Erkundung sozialer Situationen.

### ■ Supportiv-expressive Therapie der sozialen Phobie

Die supportiv-expressive Therapie wurde von Leichsenring, Beutel und Leibing (2008) auf die soziale Phobie adaptiert. Ein ausführliches Manual ist in Vorbereitung (Leichsenring, Beutel & Wiltink). Bei Patienten mit sozialer Phobie hat die akzeptierend-haltgebende Beziehung zum Therapeuten eine spezifische Bedeutung:

- Sie bietet eine „sichere Basis“ (Bowlby, 1988), die zu Explorationsverhalten und damit zur Selbstexposition ermutigt.
- Die akzeptierende Haltung korrigiert die Erfahrung, in wichtigen Beziehungen beschämt worden zu sein.
- Sie kann durch beginnende Internalisierung eines haltgebenden und wertschätzenden Objekts zur Verbesserung von Selbstwertregulierung und Impulssteuerung beitragen.

Behandlungselemente der SET bei der sozialen Phobie beinhalten neben den bereits bei der generalisierten Angststörung vorgestellten Behandlungselementen weitere Komponenten, die mit einer speziellen Fremdbeurteilungsskala (PACS-SE; weiterführend zur Erfassung von Adhärenz und Kompetenz, vgl. Wiltink, Edinger, Haselbacher, Imruck & Beutel, 2010) erfasst werden können:

- Fokussierung der Scham als Leitaffekt
- Konfrontation mit überhöhten Selbstanforderungen
- Selbstexposition, d. h., der Patient wird ermutigt, sich angstausslösenden sozialen Situationen zu stellen und dies in der Therapie zu besprechen
- Berücksichtigung der realen sozialen Einschränkungen des Patienten mit sozialer Phobie
- Respekt vor dem Patienten durch Aufmerksamkeit für abwertende Tendenzen in der Gegenübertragung
- Exploration und Problematisierung des Gebrauchs von Suchtmitteln und Medikamenten zur Angstdämpfung
- Weitere Interventionen sind sog. Präskriptionen, die Patienten „verordnen“, sich nicht ständig selbst abzuwerten. In dem sog. Bühnenparadigma wird der Patient aufgefordert, seine Erfahrungen wie eine Szene auf einer Bühne zu beschreiben und damit Distanz zu seinem selbstkritischen Erleben herzustellen. Mit Bedacht dosiert und eingeführt, kann Humor Patienten ermöglichen, sich von unrealistischen sozialen Ängsten zu distanzieren (Hoffmann, 2008).

Die Kurzzeittherapie lässt sich wie folgt untergliedern:

- Im Rahmen der bis zu fünf probatorischen Sitzungen erfolgt das Beziehungsepisodeninterview, das die Grundlage für die Formulierung des ZBKT bildet. Das anschließende Paktgespräch dient der Information des Patienten über Erkrankung und SET, der Besprechung und schriftlichen Formulierung des ZBKT („persönliche Angstformel“) und der Formulierung von Zielen. Allgemeine Informationen beinhalten die psychoanalytische Grundregel (der Patient äußert möglichst unzensuriert seine Gedanken, Gefühle und körperlichen Empfindungen), Sitzungszahl, Zwischenbilanz und die Möglichkeit der vorzeitigen Beendigung, wenn die Therapieziele erreicht sind. Spezifische Informationen werden über soziale Phobie, die supportiv-expressive Therapie und die Notwendigkeit der Selbstexposition gegeben: Der Therapeut untersucht gemeinsam mit dem Patienten,

welche Hintergründe seine Angst hat und wie sie mit den Wünschen und Erwartungen an andere zusammenhängt (ZBKT). Da die Vermeidung angstauslösender Situationen dazu beiträgt, die soziale Angst zu steigern, ist die Bereitschaft erforderlich, sich im Laufe der Behandlung nach Vorbereitung im Gespräch mit dem Therapeuten angstauslösenden Situationen auszusetzen (sog. Selbstexposition) und in den Behandlungsstunden zu untersuchen, was die gemachten Erfahrungen in Bezug auf die sozialen Ängste und die mit ihnen zusammenhängenden Wünsche, Erwartungen und Befürchtungen bedeuten.

- In der Anfangsphase (1.–8. Sitzung) ist die Aufgabe des Therapeuten die Etablierung einer guten therapeutischen Allianz durch supportive Interventionen. Der Patient wählt das Thema, und der Therapeut ermutigt ihn, über Beziehungen zu anderen zu sprechen. Es erfolgt die Identifikation und weitere Differenzierung des ZBKT und Verknüpfung der Symptome mit dem ZBKT.
- In der Mittleren Phase (9.–16. Sitzung) wird die Frequenz auf zwei Sitzungen pro Woche erhöht. Das ZBKT wird unter Bezugnahme auf verschiedene interpersonelle Beziehungen durchgearbeitet. Patienten werden in die Selbstexposition (selbstgesteuerte Konfrontation mit angstbesetzten sozialen Situationen) eingeführt und führen diese durch. Eine Bilanzierung hinsichtlich der Ziele sollte zwischen Sitzung 13 und 15 erfolgen.
- In der Abschlussphase (17.–22. Sitzung) wird das Therapieende thematisiert. Kehren Symptome zurück, erfolgt Deutung der Symptome und Bezug auf das ZBKT. Patienten werden ermutigt, die erlernten Reflexionsmöglichkeiten auch außerhalb und nach der Behandlung selbständig anzuwenden.
- Die letzten Sitzungen erfolgen als Booster-Sitzungen (23.–25. Sitzung) in 14-tägigem Abstand. Veränderungen im Hinblick auf die soziale Phobie werden supervidiert und unterstützt, Rückfälle als Reaktion auf Verlust des Therapeuten gedeutet.

Die randomisiert-kontrollierte Studie von Knijnik, Kapczinski, Chachamovich, Margis und Eizirik (2004) zeigt die Wirksamkeit einer psychodynamischen Gruppentherapie über 12 Sitzungen im Vergleich zu einer Placebo-Gruppentherapie bei insgesamt 30 Patienten mit einer sozialen Phobie hinsichtlich der Reduktion der sozialphobischen Symptomatik zum Behandlungsende. Bei der allgemeinen Angstsymptomatik und der Beeinträchtigungsschwere („Clinical Global Impression“ – CGI) ließen sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den beiden Behandlungsgruppen nachweisen.

Die randomisiert-kontrollierte Studie von Knijnik et al. (2008) belegt die Überlegenheit der Kombinationsbehandlung von psychodynamischer Gruppentherapie und Clonazepam bei insgesamt 57 Patienten mit einer generalisierten sozialen Angststörung im Vergleich zur Monotherapie mit Clonazepam hinsichtlich des primären Zielkriteriums des globalen Funktionsniveaus (CGI). Bei den sekundären Zielkriterien der spezifischen sozialphobischen Symptomatik waren keine signifikanten Unterschiede zwischen den beiden Behandlungsgruppen zu finden.

Die mit ca. 400 Patienten bislang größte und anspruchsvollste randomisierte kontrollierte Vergleichsstudie (RCT) zwischen SET und KVT, die im Rahmen des BMBF-Förderschwerpunkts Psychotherapie durchgeführt wird (Leichsenring et al., 2009a), befindet sich zurzeit in der zweiten Förderphase. In Kürze ist mit der Veröffentlichung der Prä-post- Auswertung zu rechnen.

### ■ Schlussfolgerungen

In diesem Kapitel wurden neue, manualisierte Kurzzeittherapieansätze zur psychodynamischen Behandlung von Angststörungen exemplarisch beschrieben. Am Beispiel der PFPP lassen sich gegenüber kognitiv-verhaltenstherapeutischen Ansätzen die in Tabelle 1 zusammengestellten Gemeinsamkeiten und Unterschiede herausarbeiten (Subic-Wrana, Maucher & Beutel, 2006).

**Tabelle 1:** Unterschiede zwischen der panikfokussierten psychodynamischen Psychotherapie (PFPP) und der kognitiv-behavioralen Psychotherapie (KVT)

PFPP	KVT
Exploriert emotionale Bedeutung und unbewusste Gründe von Angstvorstellungen	Kognitive Unterscheidung zwischen realen und vermeintlichen Gefahren
Strukturierung der Behandlungsbeziehung durch den Dialog zwischen Patient und Therapeut	Strukturierung der Behandlungsbeziehung durch Übungen und Hausaufgaben
Deutung der ambivalent-abhängigen Übertragungsbeziehung	Partnerschaftliche Zusammenarbeit
Verzicht auf Exposition, Fokus auf Beziehungshandeln und Beziehungserleben des Patienten und den damit verbundenen Angstquellen	Nach Vorbereitung Exposition gegenüber angstauslösenden Situationen

Symptomzentrierte KVT und PFPP ähneln sich im ersten Behandlungsschritt, der Umdeutung der Panikattacke vom Symptom einer lebensbedrohlichen Krankheit zum Anzeichen von Angstüberflutung. Die Bereitschaft des Patienten, seine bisherige Deutung der Paniksymptome zugunsten der neuen Interpretation aufzugeben, ist Voraussetzung für die Etablierung eines Behandlungsbündnisses, das genutzt wird, um dem Patienten im Umgang mit der Panik das Gegenteil dessen abzuverlangen, was er bisher getan hat: Anstatt die Auslöser der Panik zu vermeiden, muss er sich mit ihnen auseinandersetzen.

In der Verhaltenstherapie versteht sich der Therapeut als partnerschaftlicher Experte, der den Patienten bei dieser Auseinandersetzung unterstützt. Er bietet Verständnismöglichkeiten der Panikstörung durch die Vermittlung des Modells der

Angstentstehung und die sorgfältige Klärung der individuellen Umstände, die Panikattacken auslösen, und er begleitet den Patienten zunächst persönlich bei der Exposition in sensu sowie in vivo durch Situationen, die Panik ausgelöst haben. Führt der Patient später die Exposition allein durch, ist der Therapeut vermutlich in der Erinnerung weiter präsent. In der PFPP stellt sich der Therapeut dem Patienten als Projektionsfläche für seine Beziehungserwartungen und -befürchtungen zur Verfügung. Diese werden durch die Deutung der sich in der Übertragung zeigenden ambivalenten Abhängigkeitsbeziehung bewusst gemacht. Um diesen Prozess zu fördern, wird der Patient aufgefordert, sich den Kognitionen und Emotionen, die mit den Panikattacken verknüpft sind, aktiv zuzuwenden, anstatt die Beschäftigung mit ihnen zu vermeiden.

Wo liegen nun die Unterschiede dieser in der Behandlungsbeziehung vorangetriebenen Auseinandersetzung? Zentral für die PFPP ist das Bewusstmachen der intersubjektiven Auslöser der Panikattacke: Wut auf diejenigen, von denen sich der Patient abhängig fühlt, und Angst, die Kontrolle über diese Wut zu verlieren. Die Arbeit mit der Übertragung macht diesen Zusammenhang im Hier und Jetzt erlebbar. Der Patient wird auf das, was sich in der Beziehung zum Therapeuten ereignet hat, verwiesen und kann so der Erkenntnis nicht mehr ausweichen, dass Wut- und Angstgefühle die Panikattacke auslösen. Zugleich macht der Patient die Erfahrung, dass die Exploration von Wut, Ärger und Konflikten möglich ist, ohne dass er oder der Therapeut die Kontrolle über sich verlieren. Die damit verbundene Beruhigung mindert die Paniksymptome: Die Exposition erfolgt gegenüber der bisher durch Vermeidung vom Bewusstsein ferngehaltenen intersubjektiven Bedeutung des Angstanfalls.

Aus psychoanalytischer Sicht macht der Patient in der KVT bei Vorbereitung und Durchführung der Exposition mit dem Therapeuten als „steuerndem Objekt“ Erfahrungen, die den bei Panikstörungen typischen negativen Erfahrungen mit den Eltern eine „korrigierende“ positive Erfahrung entgegenstellen. Ermutigung ersetzt Herabsetzung; Emotionen werden nicht ignoriert, sondern – beispielsweise in der Exploration der seelischen und körperlichen Zeichen des Angstanfalls und der Auslöser – ernst genommen, Modelle zur Entstehung von Angst bieten ebenso Halt wie die Begleitung durch die anflutende Angst in der Exposition bis zur Erfahrung der Beruhigung (Habituierung). Im Unterschied zur PFPP werden Anzeichen der von vergangenen Erfahrungen geprägten Erwartung, in der Behandlungsbeziehung wieder von einem verständnislosen, übermächtigen Gegenüber abhängig zu sein, nicht ausgearbeitet. Auch die in vergangenen oder aktuellen Abhängigkeitsbeziehungen erlebte Wut wird nicht wie in der PFPP systematisch mit der Paniksymptomatik verknüpft; in der Verhaltenstherapie muss sich der Patient dem Angsterleben denkend und handelnd aussetzen.

Auch wenn sich symptomzentrierte KVT und PFPP in ihren Behandlungsstrategien im direkten Umgang mit der Paniksymptomatik unterscheiden, setzen sie bei der Behandlung der Panikvulnerabilität auf Wirkmechanismen, die die Stärkung des Selbstwertgefühls zur Folge haben sollen. Die Verhaltenstherapie erreicht dies indirekt durch die Erweiterung der Fähigkeit, Angstspannung auszuhalten und sich bisher

vermiedenen Situationen zu stellen. Die so erreichte Stärkung des Selbstwertgefühls kann zur besseren Tolerierung von Wutaffekten führen, wenn der Patient durch ergänzende Arbeit an der sozialen Kompetenz auch hier die Erfahrung größerer Selbstwirksamkeit macht. Aus psychoanalytischer Sicht werden bei der KVT Verschiebungen (z. B. Angst, Panikattacken in engen Räumen zu bekommen als Verschiebung der Angst, in der Beziehung zum übermächtig erlebten Objekt erdrückt zu werden) nicht aufgearbeitet. PFPP fokussiert auf die Herausarbeitung des Beziehungsaspekts der Panikattacken; hier werden Verschiebungen durch die Frage nach ihrer Bedeutung aufgelöst und die für Abhängigkeitsbeziehungen charakteristische Gefühlsambivalenz in der Übertragungsbeziehung erfahren, benannt und ausgehalten. Auch diese Arbeit zielt darauf ab, das Selbstwertgefühl zu stärken und die Übertragung der in der Behandlungsbeziehung erfahrenen Konfliktfähigkeit auf die Alltagsbeziehungen des Patienten zu bewirken.

Die Frage, zu welchen Patienten psychodynamische oder kognitiv-verhaltenstherapeutische Behandlungsformen am besten passen, ist gegenwärtig nicht vor dem Hintergrund empirischer Befunde zu beantworten. Die PFPP war bei Panikpatienten, denen KVT nicht weitergeholfen hat, erfolgreich. Die kleine Zahl der in die Studie aufgenommenen Patienten lässt offen, ob das bei allen KVT-Versagern so sein wird. Schon heute kann jedoch festgestellt werden, dass die bei Panikstörungen vorliegende hohe Komorbidität mit Persönlichkeitsstörungen Behandlungsverfahren erforderlich macht, die gerade bei diesen Patienten Beziehungserwartungen und -erleben systematisch erforschen. Ebenso offen ist die Frage, ob den Patienten, die mit Erfolg verhaltenstherapeutisch behandelt worden sind, die PFPP ebenso gut weitergeholfen hätte.

Psychoanalytische Krankheitstheorien gehen im Unterschied zur ICD-10 von einem breiter gefassten Konzept der Entstehung von Angststörungen in inneren und äußeren Konfliktsituationen aus, vor dem Hintergrund von Defiziten in der Entwicklung psychischer Strukturen und Funktionen und der Ausbildung von sicheren Bindungsrepräsentanzen. In der Praxis zeigen sich isolierte Angststörungen – entgegen dem störungsspezifischen Konzept der ICD-10 – nur selten. Beispielsweise fanden Mergl et al. (2007) in einer Zufallsstichprobe von Patienten in Allgemeinarztpraxen Überlappungen bei der Mehrzahl von Angststörungen mit Depression (61%) und mit somatoformer Störung (52,2%); Mehrfachdiagnosen wurden bei 38,6% gestellt. Häufig liegt auch eine Komorbidität mit Persönlichkeitsstörungen (Achse II nach DSM-IV TR) vor (Shea et al., 2004). Eine besonders große Überlegenheit der PFPP gegenüber angewandter Relaxation fanden Milrod et al. (2007); dies könnte auf eine besondere Indikation psychodynamischer Ansätze für Angstpatienten mit komorbider Persönlichkeitsstörung deuten. Die Gruppe um Milrod (Busch et al., 2012) arbeitet daher in ihrem neuesten Behandlungsmanual sowohl die störungsübergreifenden als auch die spezifischen Charakteristika von Angststörungen und den häufig assoziierten Persönlichkeitsstörungen heraus und adaptiert das PFPP-Manual entsprechend.



Trotz der unbestreitbar großen Erfolge kognitiver Verhaltenstherapie ist die Evidenz für ihre Langzeitwirkung begrenzt (Sanchez-Meca et al., 2010). Dass es sich bei Angststörungen in der Praxis mehrheitlich um chronisch verlaufende Erkrankungen handelt, zeigt beispielsweise die Harvard-Brown-Studie, derzufolge noch 12 Jahre nach der ersten Dokumentation 42% der GAS und 63% der sozialen Phobien trotz vielfältigster Behandlungen fortbestanden; bei den Patienten, die sich besserten, wurden Rezidivraten bis zu 58% (Panikstörung mit Agoraphobie) gefunden (Bruce et al., 2005). Die sich als hoch wirksam erwiesene Expositionsbehandlung wird von einigen Patienten aus psychischen oder somatischen Gründen (z. B. Herzerkrankung) nicht toleriert (Neudeck & Lang, 2011).

Ähnlich wie bei der KVT stützen sich randomisierte, kontrollierte Studien zur psychodynamischen Behandlung auf Kurzzeittherapien von bis zu 30 Sitzungen. Die hohe Komplexität von Angsterkrankungen in der klinischen Praxis (Komorbidität mit Achse-I- und Achse-II-Störungen) und ihre ausgeprägte Chronifizierungsneigung werfen jedoch die Frage nach der Indikation für Langzeit- und Kombinationsbehandlungen auf. Analytische Langzeittherapien zeigten sich in einer naturalistischen Studie als wirksam in der Therapie von (gemischten) Angststörungen (Jakobsen et al., 2007). Im Vergleich zu psychodynamischen sowie systemischen Kurzzeittherapien fanden sich bei analytischen Langzeittherapien erst nach längerer Zeit positive Effekte, aber bezogen auf die Langzeitwirkung (psychische Symptome, soziale Anpassung, Arbeitsfähigkeit), waren sie den Kurzzeittherapien überlegen (Knekt et al., 2008, 2011). In den vorliegenden Studien zur analytischen Langzeittherapie wurden Patienten mit verschiedenen Angststörungen und – in der Praxis regelhaft anzutreffenden – komorbiden weiteren Störungen untersucht, so dass keine Aussagen über spezifische Untergruppen von Angststörungen gemacht werden können.

Kombinationsbehandlungen mit psychodynamischer und Verhaltenstherapie (z. B. angeleitete Exposition) werden nicht selten in stationären Behandlungssettings durchgeführt, beispielsweise wenn infolge einer schweren Agoraphobie eine ambulante Therapie nicht möglich ist. Zur Kombination psychodynamischer Therapie mit Psychopharmaka liegen – im Unterschied zur KVT – nur wenige Studien vor. Klinisch kann z. B. bei einem hohen Maß von anhaltender Angsterregung und resultierenden Schlafstörungen oder Blutdruckspitzen eine Kombination mit Pharmakotherapie indiziert sein. So untersuchten Wiborg und Dahl (1996), ob eine psychodynamische Kurzzeittherapie (STPP) über 15 Sitzungen bei gleichzeitiger Behandlung mit dem Antidepressivum Clomipramin der alleinigen Clomipraminbehandlung überlegen ist. Die Kombinationsbehandlung bewirkte eine signifikant geringere Relapse-Rate im Follow-up-Zeitraum von neun Monaten nach Beendigung der pharmakologischen Behandlung im Vergleich zur Monotherapie mit Clomipramin (20 vs. 75%). Auch verhaltenstherapeutische Studien ergaben eine geringere Drop-out-Quote während der Therapie und eine geringere Rückfallrate nach Psychotherapie als nach reiner Psychopharmakotherapie (zu den teils beträchtlichen

Nebenwirkungen von Langzeitpharmakotherapie bei der generalisierten Angststörung; vgl. Davidson, 2009). Allerdings erwies es sich bei Kombinationsbehandlungen günstiger, wenn die Psychopharmakotherapie vor der Psychotherapie beendet wurde (Barlow, Gorman, Shear & Woods, 2000).

Auch wenn die genauen Ergebnisse der deutschen RCTs zu den psychodynamischen Behandlungen der sozialen Phobie (Leichsenring et al., 2009a) und der Panikstörung (Subic-Wrana et al., 2010) abzuwarten sind, hat sich auch klinisch als produktiv erwiesen, die vorliegenden Manuale anzuwenden und auf das enthaltene Störungswissen zurückzugreifen; der Vermittlung störungsbezogener Manuale wurde daher aktuell eine neue Reihe gewidmet, die wirksame psychodynamische Manuale der Fachöffentlichkeit zugänglich macht (Beutel, Doering, Leichsenring & Reich, 2010a; Arbeitskreis PISO, 2012; Subic-Wrana et al., 2012).

## ■ Literatur

- Arbeitskreis OPD (2006). Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik OPD-2. Das Manual für Diagnostik und Therapieplanung. Bern: Huber.
- Arbeitskreis PISO (Hrsg.). (2012). Somatoforme Störungen. Psychodynamisch-Interpersonelle Therapie. Praxis der psychodynamischen Psychotherapie (Bd. 2). In M. Beutel, S. Doering, F. Leichsenring & G. Reich (Hrsg.). Göttingen: Hogrefe.
- Barber, P., Morse, J.Q., Krakauer, I.D., Chitams, J. & Crits-Christoph, K. (1997). Change in obsessive compulsive and avoidant personality disorders following time-limited supportive-expressive therapy. *Psychotherapy*, 34, 133–143.
- Barlow, D.H., Gorman, J.M., Shear, M.K. & Woods, S.W. (2000). Cognitive-behavioral therapy, imipramine, or their combination for panic disorder: A randomized controlled trial. *JAMA*, 283, 2529–2536.
- Bassler, M., Potratz, B. & Krauthauser, H. (1995). Der „Helping Alliance Questionnaire“ (HAQ) von Luborsky. Möglichkeiten zur Evaluation des therapeutischen Prozesses von stationärer Psychotherapie. *Psychotherapeut*, 40, 23–32.
- Beutel, M.E., Rasting, M., Stuhr, U., Rüter, B. & Leuzinger-Bohleber, M. (2004). Assessing the impact of psychoanalyses and long-term psychoanalytic therapies on health care utilization and costs. *Psychotherapy Research*, 14, 146–160.
- Beutel, M.E., Doering, S., Leichsenring, F. & Reich, G. (2010a). Psychodynamische Psychotherapie – Störungsorientierung und Manualisierung in der therapeutischen Praxis. Göttingen: Hogrefe.
- Beutel, M.E., Stark, R., Pan, H., Silbersweig, D. & Dietrich, S. (2010b). Changes of brain activation pre- post short-term psychodynamic inpatient psychotherapy: An fMRI study of panic disorder patients. *Psychiatry Research-Neuroimaging*, 184, 96–104.
- Bowlby, J. (1975). Bindung. Frankfurt a. M.: Fischer.
- Bowlby, J. (1988). A secure base: clinical applications of attachment theory. London: Routledge.
- Bruce, S.E., Yonkers, K.A., Otto, M.W., Eisen, J.L., Weisberg, R.B., Pagano, M., Shea, M.T. & Keller, M.B. (2005). Influence of psychiatric comorbidity on recovery and recurrence in generalized anxiety disorder, social phobia, and panic disorder: a 12-year prospective study. *American Journal of Psychiatry*, 162, 1179–1187.

- Busch, F.N., Milrod, B.L., Singer, M.B. & Aronson, A.C. (2012). *Manual of Panic-Focused Psychodynamic Psychotherapy – Extended range*. New York: Routledge Taylor & Francis Group.
- Crits-Christoph, P., Luborsky, L., Dahl, L., Popp, C., Mellon, J. & Mark, D. (1988). Clinicians can agree in assessing relationship patterns in psychotherapy. *The Core Conflictual Relationship Theme method*. *Archives of General Psychiatry*, 45, 1001–1004.
- Crits-Christoph, P., Connolly Gibbons, M.B., Narducci, J., Schamberger, M. & Gallop, R. (2005). Interpersonal problems and the outcome of interpersonally oriented psychodynamic treatment of GAD. *Psychotherapy: Theory/Research/Practice/Training*, 42, 211–224.
- Davidson, J.R. (2009). First-line pharmacotherapy approaches for generalized anxiety disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 70, Suppl 2, 25–31.
- Fenichel, O. (1946). *The psychoanalytic theory of neurosis*. London: Routledge & Kegan Paul.
- Francis, D.D. & Meaney, M.J. (1999). Maternal care and the development of stress responses. *Current Opinion in Neurobiology*, 9, 128–134.
- Freud, S. (1895). Über die Berechtigung, ein bestimmtes Syndrom der Angstneurose von der Neurasthenie abzugrenzen. SE 3, 85–115.
- Freud, S. (1928). Hemmung, Symptom und Angst. SE 20, 75–176.
- Furukawa, T.A., Katherine, Shear, M., Barlow, D.H., Gorman, J.M., Woods, S.W., Money, R., Etschel, E., Engel, R.R. & Leucht, S. (2009). Evidence-based guidelines for interpretation of the Panic Disorder Severity Scale. *Depression and Anxiety*, 26, 922–929.
- Garner, D.M., Rockert, W., Davis, R., Garner, M.V., Olmsted, M.P. & Eagle, M. (1993). Comparison of cognitive-behavioral and supportive-expressive therapy for bulimia nervosa. *American Journal of Psychiatry*, 150, 37–46.
- Hoffmann, S.O. (2008). *Psychodynamische Therapie von Angststörungen. Einführung und Manual für die kurz- und mittelfristige Therapie*. Stuttgart: Schattauer.
- Jakobsen, T., Rudolf, G., Brockmann, J., Eckert, J., Huber, D., Klug, G., Grande, T., Keller, W., Staats, H. & Leichsenring, F. (2007). Results of psychoanalytic long-term therapy in specific diagnostic groups: improvement in symptoms and interpersonal relationships. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, 53, 87–110.
- Knekt, P., Lindfors, O., Laaksonen, M.A., Raitasalo, R., Haaramo, P., Järvikoski, A.; Helsinki Psychotherapy Study Group (2008). Effectiveness of short-term and long-term psychotherapy on work ability and functional capacity – a randomized clinical trial on depressive and anxiety disorders. *Journal of Affective Disorders*, 107, 95–106.
- Knekt, P., Lindfors, O., Laaksonen, M.A., Renlund, C., Haaramo, P., Härkänen, T., Virtala, E.; Helsinki Psychotherapy Study Group (2011). Quasi-experimental study on the effectiveness of psychoanalysis, long-term and short-term psychotherapy on psychiatric symptoms, work ability and functional capacity during a 5-year follow-up. *Journal of Affective Disorders*, 132, 37–47.
- Knjiznik, D.Z., Kapczinski, F., Chachamovich, E., Margis, R. & Eizirik, C.L. (2004). Psychodynamic group treatment for generalized social phobia. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 26, 77–81.
- Knjiznik, D.Z., Blanco, C., Salum, G.A., Moraes, C.U., Mombach, C., Almeida, E., Pereira, M., Strapasson, A., Manfro, G.G. & Eizirik, C.L. (2008). A pilot study of clonazepam versus psychodynamic group therapy plus clonazepam in the treatment of generalized social anxiety disorder. *European Psychiatry*, 23, 567–574.
- Leichsenring, F., Winkelbach, C. & Leibling, E. (2005). Psychoanalytisch orientierte Kurzzeittherapie der generalisierten Angststörung – ein Behandlungsmanual. *Psychotherapeut*, 50, 258–264.
- Leichsenring, F., Beutel, M.E. & Leibling, E. (2008). *Psychoanalytisch orientierte Fokaltherapie der sozialen Phobie: Ein Behandlungsmanual auf der Grundlage der supportiv-expressiven Therapie Luborskys*. *Psychotherapeut*, 53, 185–197.
- Leichsenring, F., Hoyer, J., Beutel, M., Herpertz, S., Hiller, W., Irl, E., Joraschky, P., König, H.H., de Liz, T.M., Nolting, B., Pohlmann, K., Salzer, S., Schauenburg, H., Stangier, U., Strauss, B., Subic-Wrana, C., Vormfelde, S., Weniger, G., Willutzki, U., Wiltink, J. & Leibling, E. (2009a). The social phobia psychotherapy research network. The first multicenter randomized controlled trial of psychotherapy for social phobia: rationale, methods and patient characteristics. *Psychotherapie – Psychosomatik*, 78, 35–41.
- Leichsenring, F., Salzer, S., Jaeger, U., Kächele, H., Kreische, R., Le-weke, F., Rüger, U., Winkelbach, C. & Leibling, E. (2009b). Short-term psychodynamic psychotherapy and cognitive-behavioral therapy in generalized anxiety disorder: a randomized, controlled trial. *American Journal of Psychiatry*, 166, 875–881.
- Leichsenring, F., Beutel, M.E. & Wiltink, J. (in Vorber). *Supportiv-expressive Therapie der sozialen Phobie: Ein Behandlungsmanual*. Hogrefe: Göttingen.
- Luborsky, L. (1995). *Einführung in die analytische Psychotherapie. Ein Lehrbuch*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Luborsky, L., Mark, D., Hole, A.V., Popp, C., Goldsmith, B. & Cacciola, J. (1995). Supportive-expressive psychotherapy of depression, a time-limited version. In J.P. Barber & P. Crits-Christoph (Eds.). *Dynamic therapies for psychiatric disorders (Axis I, pp. 13–42)*. New York: Basic Books.
- Mark, D.G., Barber, J.P. & Crits-Christoph, P. (2003). Supportive-expressive therapy for chronic depression. *Journal of Clinical Psychology*, 59, 859–872.
- Mergl, R., Seidscheck, I., Allgaier, A.K., Möller, H.J., Hegerl, U. & Henkel, V. (2007). Depressive, anxiety, and somatoform disorders in primary care: prevalence and recognition. *Depression and Anxiety*, 24, 185–195.
- Milrod, B. (2009). Psychodynamic psychotherapy outcome for generalized anxiety disorder. *American Journal of Psychiatry*, 166, 841–844.
- Milrod, B. & Shear, M.K. (1991). Psychodynamic treatment of panic: three case histories. *Hospital & Community Psychiatry*, 42, 311–312.
- Milrod, B.L., Busch, F.N., Cooper, A.M. & Shapiro, T. (1997). *Manual of panic-focused psychodynamic psychotherapy*. Washington, DC/London: American Psychiatric Press.
- Milrod, B., Busch, F., Leon, A.C., Aronson, A., Roiphe, J., Rudden, M., Singer, M., Shapiro, T., Goldman, H., Richter, D. & Shear, M.K. (2001). A pilot open trial of brief psychodynamic psychotherapy for panic disorder. *Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 10, 239–245.
- Milrod, B.L., Leon, A.C., Barber, J.P., Markowitz, J.C. & Graf, E. (2007). Do comorbid personality disorders moderate panic-focused psychotherapy? An exploratory examination of the American Psychiatric Association practice guideline. *Journal of Clinical Psychiatry*, 68, 885–891.
- Neudeck, P. & Lang, T.H. (2011). Reizkonfrontationsmethoden. In H.-U. Wittchen & J. Hoyer (Hrsg.), *Klinische Psychologie & Psychotherapie (S. 530–542)*. Heidelberg: Springer.

- Rudden, M., Busch, F.N., Milrod, B., Singer, M., Aronson, A., Rophie, J. & Shapiro, T. (2003). Panic disorder and depression: A psychodynamic exploration of comorbidity. *International Journal of Psychoanalysis*, 84, 997–1015.
- Sánchez-Meca, J., Rosa-Alcázar, A.I., Marín-Martínez, F. & Gómez-Conesa, A. (2010). Psychological treatment of panic disorder with or without agoraphobia: a meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 30, 37–50.
- Shea, M.T., Stout, R.L., Yen, S., Pagano, M.E., Skodol, A.E., Morey, L.C., Gunderson, J.G., McGlashan, T.H., Grilo, C.M., Sanislow, C.A., Bender, D.S. & Zanarini, M.C. (2004). Associations in the course of personality disorders and Axis I disorders over time. *The Journal of Abnormal Psychology*, 113, 499–508.
- Shear, M.K., Cooper, A.M., Klerman, G.L., Busch, F.N. & Shapiro, T. (1993). A psychodynamic model of panic disorder. *American Journal of Psychiatry*, 150, 859–866.
- Subic-Wrana, C., Maucher, V. & Beutel, M.E. (2006). Psychotherapie der Panikstörung. Therapeutische Zugänge, Behandlungsprinzipien und Wirksamkeit aktueller Behandlungsmethoden. *Psychotherapeut*, 51, 334–345.
- Subic-Wrana, C., Knebel, A. & Beutel, M. (2010). The Mainz PFPP study: An RCT comparing a psychodynamic and a cognitive behavioral short term psychotherapy for panic disorder. Society for Psychotherapy Research 41st International Meeting, June 23–27.
- Subic-Wrana, C., Tschan, R., Michal, M., Zwerenz, R., Beutel, M. & Wiltink, J. (2011). Kindheitstraumatisierungen, psychische Beschwerden und Diagnosen bei Patienten in einer psychosomatischen Universitätsambulanz. *Psychotherapie – Psychosomatik – Medizinische Psychologie*, 61, 54–61.
- Subic-Wrana, C., Milrod, B. & Beutel, M.E. (2012). PFPP - Panikfokussierte Psychodynamische Psychotherapie der Panikstörung. Göttingen: Hogrefe.
- Wiborg, I.M. & Dahl, A.A. (1996). Does brief dynamic psychotherapy reduce the relapse rate of panic disorder? *Archives of General Psychiatry*, 53, 689–694.
- Wiltink, J., Edinger, J., Haselbacher, A., Imruck, B.H. & Beutel, M.E. (2010). Adherence und Competence in der Psychotherapieforschung: Neuere Entwicklungen. *Klinische Diagnostik und Evaluation*, 3, 76–93.

### ■ Korrespondenzadresse

Prof. Dr. med. Dipl. Psych. Manfred E. Beutel  
Klinik und Poliklinik für Psychosomatische Medizin und  
Psychotherapie | Universitätsmedizin Mainz  
Untere Zahlbacher Str. 8 | 55131 Mainz  
Tel. 06131-172841 | Fax: 06131-176688  
E-Mail: manfred.beutel@unimedizin-mainz.de