# Konfrontationstherapie bei psychischen Störungen

*Theorie und Praxis*

herausgegeben von
Peter Neudeck und
Hans-Ulrich Wittchen

Hogrefe

Göttingen · Bern · Toronto · Seattle · Oxford · Prag

# „Bedrohliche Hasen" – Konfrontationstherapie bei Panikstörungen

*Peter Neudeck*

Panikanfälle können im Kontext aller Angsterkrankungen, bei Zwangserkrankungen, aber auch bei Depressionen und anderen psychiatrischen Erkrankungen auftreten (Barlow et al., 1985; Reed & Wittchen, 1998; Goodwin & Hamilton, 2001; Goodwin et al., in press). Im Rahmen dieses Beitrags wird der Fokus auf die Behandlung von Panikanfällen bei der Diagnose Panikstörung ohne Agoraphobie (ICD-10: F41.0) gelegt. Es ist prinzipiell möglich, sofern keine Kontraindikation auf Grund der Ausschlusskriterien für Konfrontationsbehandlung vorliegt (vgl. Hand, 2001), die beschriebene Vorgehensweise auch in den Rahmen einer Therapie, z. B. von Panikstörung mit Agoraphobie, sozialen Ängsten, generalisiertem Angstsyndrom oder spezifischen Ängsten, einfließen zu lassen. Lediglich der situationale Kontext wird für jede Erkrankung verschieden sein.

## 1 Panikanfälle und Panikstörung

Ein Panikanfall ist nach DSM-IV (APA, 1998) ein abgrenzbarer Zustand intensiver Angst oder Unbehagens, der einhergeht mit einer Reihe körperlicher Symptome und typischen Kognitionen. Die Angst tritt plötzlich und („wie aus heiterem Himmel") scheinbar ohne Ursache in objektiv ungefährlichen Situationen auf und wird von den Betroffenen subjektiv oft als lebensbedrohlich erlebt. Ein Panikanfall beginnt abrupt, d.h. nicht vorhersagbar, erreicht innerhalb von einigen Minuten ein Maximum und dauert mindestens einige Minuten an (durchschnittlich ca. 30 Minuten, mit einer großen Streubreite) (Taylor et al., 1986; Margraf & Schneider, 1998).

Panikstörung (episodisch paroxysmale Angst) bezeichnet eine Angststörung, die durch situationsunabhängige Panikanfälle, Erwartungsangst und zu einem hohen Prozentsatz auch durch Vermeidungsverhalten charakterisiert ist. Bis zur Einführung des Klassifikationssystems DSM-III wurde die Panikstörung gemeinsam mit der Generalisierten Angststörung (GAS) häufig auch als „Angstneurose" bezeichnet. In den heute aktuellen Diagnosesystemen DSM-IV und ICD-10 bilden diese Erkrankungen sowie die Posttraumatische Belastungsstörung eine Gruppe der Angsterkrankungen; Spezifische, Soziale Angst und Agoraphobie bilden die andere Gruppe der (phobischen) Angsterkrankungen. Diese Einteilung wurde nicht auf ätiologischen Grundlagen, sondern aus epidemiologischen, neurobiologischen und therapeutischen Gründen so vorgenommen (Hand & Wittchen, 1986, 1988).

Anders als bei den phobischen Angststörungen werden bei der Panikstörung nicht bestimmte Orte oder Situationen gemieden; es handelt sich vielmehr um eine Vermeidung hauptsächlich interner körperlicher Reize, die einen Panikanfall auslösen könnten. Dies ist hinsichtlich der Durchführung von Reizkonfrontationen von erheblicher Bedeutung. Im DSM-IV wird dieser Tatsache Rechnung getragen, indem die Kriterien eines Panikanfalls den spezifischen Angststörungen vorangestellt sind. Unerwartete (nicht ausge-

löste) sowie situationsbegünstigte Panikanfälle (das Aufreten von Panikanfällen ist in bestimmten Situationen wahrscheinlicher) werden von situationsgebundenen Panikanfällen abgegrenzt. Unerwartete Panikattacken sind notwendig für die Diagnose einer Panikstörung, situationsgebundene Panikattacken sind charaktersitisch für andere Angststörungen (z.B. Spezifische und Soziale Phobien).

Die Lebenszeitprävalenz von klinisch diagnostizierten Panikstörungen liegt über verschiedene Kulturen hinweg zwischen 0,4 % (Taiwan) und 3,5 % (USA, National Comorbidity Survey) (Weissman et al., 1997). Für den deutschen Raum fanden Reed und Wittchen (1998) in einer Bevölkerungsstichprobe von insgesamt 3021 14- bis 24-jährigen Probanden eine Prävalenzrate von 1,6 %. Für die deutsche Gesamtbevölkerung im Alter von 18 bis 65 Jahren ergab sich im Bundesgesundheitssurvey für Frauen eine Lebenszeitprävalenz von 5,5 % und für Männer von 2,2 % (Jacobi et al., 2004).

Panikstörungen können bereits in der Adoleszenz auftreten, die Hochrisikozeit für Panikstörungen liegt aber im frühen Erwachsenenalter. Dabei ergab sich im National Comorbidity Survey eine bimodale Ersterkrankungskurve mit einer ersten Hochrisikoperiode zwischen dem 15. und 24. Lebensjahr und einem zweiten Gipfel zwischen dem 45. und 54. Lebensjahr (Eaton et al., 1994). Der Verlauf ist unterschiedlich und variiert von – allerdings seltenen – kompletten Remissionen bis zu den häufigeren chronischen Verläufen.

An der Entstehung von Panikstörungen sind eine Vielzahl von Faktoren beteiligt, die von genetischen Einflüssen bis zu proximalen Ereignissen im Alltag reichen. Obwohl Panikstörungen familiär gehäuft auftreten, handelt es sich offensichtlich zumeist um familiär vermittelte Risikoerhöhungen (z.B. Modelllernen). Der Beitrag einzelner Gene ist als gering einzuschätzen. Studien legen nahe, dass es sich wahrscheinlich um solche Gene handelt, über deren Proteine Panikanfälle ausgelöst werden können. Es ist wahrscheinlich, dass eine unspezifische Vulnerabilität weitergegeben wird, die spezifische Ausformung der Störung jedoch von Umweltfaktoren beeinflusst wird (Scherrer et al., 2000; Andrews et al., 1990). Spezifische traumatische und kritische Lebensereignisse können das Risiko für Panikstörungen erhöhen. Gut belegt sind dabei Verlust/Trennung eines Elternteils, frühe emotionale Deprivation sowie sexueller Missbrauch (z.B. Kessler et al., 1997). Weitere etablierte distale Vulnerabilitäts- und Risikokonstellationen sind „Behavioral Inhibition" als Temperamentsvariable, Trennungsangst in der Kindheit sowie Substanzstörungen (z.B. Craske et al., 2001; Isensee et al., 2003; Wittchen et al., 2000). Den Verlauf der Erkrankung beeinflussen ferner Persönlichkeitsfaktoren, das Verhalten der Bezugspersonen und die Komorbidität mit anderen Störungen bzw. Folgeerkrankungen (Alkoholmissbrauch, Depression). Ohne therapeutische Intervention zeigten nur 14,3 % der Probanden einer Studie nach sieben Jahren Spontanremissionen (Wittchen, 1991).

## 2 Klinische und nichtklinische Panikanfälle

Panikattacken sind nicht spezifisch für die Panikstörung, sondern sie treten auch bei anderen psychischen Störungen auf. Jüngere Forschungsergebnisse belegen zudem, dass Panikattacken höchst sensible Marker für spätere schwerere psychopathologische Komplikationen (nicht nur Panikstörung und Agoraphobie) sind (Reed & Wittchen, 1998;

Goodwin & Hamilton, 2001; Goodwin et al., in press). Panikattacken werden bedeutend häufiger diagnostiziert als das volle Syndrom der Panikstörung. Große epidemiologische Studien zeigen, dass ca. 15 % der Menschen in westlichen Industrienationen (USA, National Comorbidity Survey) zumindest einmal im Leben einen Panikanfall haben (Eaton et al., 1994).

Der Hauptunterschied zwischen klinischen und nichtklinischen Panikanfällen besteht darin, dass sich die Betroffenen nichtklinischer Panikanfälle wenig oder gar keine Sorgen über das Auftreten weiterer Panikanfälle machen und keine professionelle Hilfe suchen (Telch et al., 1989; Mattis & Ollendick, 2002). Sie sehen die Ursache des Anfalls z. B. in einer unbekömmlichen Mahlzeit oder einem schweren Arbeitstag. Mit klinisch relevanten Panikanfällen in Zusammenhang stehen die besorgte Erwartung einen weiteren Panikanfall zu erleiden, das Erleben des Anfalls als unkontrollierbar und eine extreme Aufmerksamkeit gegenüber körperlichen Veränderungen, die den Beginn eines Anfalls signalisieren könnten (Barlow, 1992). Auf diese Forschungsergebnisse bezieht sich ein diagnostisches Kriterium für eine Panikstörung nach DSM-IV: Nach dem ersten Panikanfall muss sich die betreffende Person mindestens vier Wochen über das Auftreten weiterer Panikanfälle oder die Bedeutung des ersten Panikanfalls Sorgen machen oder deutliche Verhaltensänderungen infolge des Panikanfalls zeigen.

Ob sich aus nichtklinischen Panikanfällen eine Panikstörung entwickelt, hängt von verschiedenen Faktoren ab. Eine erhöhte Vigilanz gegenüber körperlichen Symptomen, erhöhte Trait-Ängstlichkeit und negative internale Attributionsmuster sind Vulnerabilitätsfaktoren, die mit einer Panikstörung in Zusammenhang stehen (Mattis & Ollendick, 2002; Schmidt et al., 1997). Ein zu übermäßiger Aktivität prädisponiertes autonomes Nervensystem, verbunden mit einer auf Grund von Lernprozessen vorhandenen Grundängstlichkeit ist bei der Entwicklung einer Panikstörung ebenso zu berücksichtigen (Barlow, 1988; Bouton et al., 2002). Wird ein Zustand starker körperlicher Erregung erreicht, interpretieren die Betroffenen diese ungewöhnlichen Reaktionen des autonomen Nervensystems (wie etwa einen schnellen Herzschlag) als Zeichen großer Gefahr oder sogar des drohenden Todes. Diese Missinterpretationen beschreiben Clark et al. (1997) als Vulnerabilität. Die körperlichen Symptome werden subjektiv so bedrohlich erlebt, dass viele Betroffene nicht den Eindruck haben, unter einer Angststörung, sondern unter einer unbekannten körperlichen Störung zu leiden. Dies kann dazu führen, dass es lange Zeit dauert, bis die Störung erkannt und korrekt diagnostiziert werden kann. Verschiedene Studien berichten über einen kognitiven Bias von Panikpatienten (Westling & Öst, 1993, 1995), der sich in der Tendenz, körperliche Veränderungen als gefährlich zu bewerten, manifestiert.

Schneider, Unnewehr, Florin und Margraf (2002) fanden in einer Studie mit gesunden Kindern von Panikpatienten, dass auch diese einen Interpretationsbias hin zu katastrophisierenden (panischen) Bewertungen aufweisen und beschreiben dies als Vulnerabilitätsfaktor.

Häufig entsteht der erste klinische Panikanfall vor dem Hintergrund eines erhöhten Stressniveaus (Margraf & Schneider, 2000). Da Angst- und Stresserleben physiologisch auf der Tätigkeit des autonomen Nervensystems basieren, kann es sein, dass in alltäglichen Situationen vor dem Hintergrund chronisch oder aktuell belastender Lebensereignisse plötzlich grundlos Angst erlebt wird. Die Stressreaktion des Organismus ist zu stark. Dem ersten Panikanfall gehen meist psychophysiologische, körperliche und psychosozi-

ale Belastungen voraus. Da die Betroffenen über keine zufriedenstellende Erklärung ihrer Symptome verfügen (obwohl die psychosozialen Belastungen durchweg als solche wahrgenommen werden), kommt es zur Verstärkung der Ängste (s.a. Diathese-Stress-Modell in: Margraf & Schneider, 1989; Schneider & Margraf, 1998).

## 3 Diagnostik und Differenzialdiagnostik

In Kasten 1 sind die diagnostischen Kriterien für eine Panikattacke und die Panikstörung nach DSM-IV-TR dargestellt.

**Kasten 1:** Diagnostische Kriterien für Panikattacke und Panikstörung nach DSM-IV-TR (Saß, Wittchen, Zaudig & Houben, 2003)

**1. Kriterien für Panikattacke**

Beachte: Eine Panikattacke ist keine kodierbare Störung. Kodiert wird die spezifische Diagnose, innerhalb der die Panikattacken auftreten (z.B. 300.21 (F40.01) Panikstörung mit Agoraphobie).

Eine klar abgrenzbare Episode intensiver Angst und Unbehagens, bei der mindestens 4 der nachfolgend genannten Symptome abrupt auftreten und innerhalb von 10 Minuten einen Höhepunkt erreichen:

(1) Palpitationen, Herzklopfen oder beschleunigter Herzschlag,
(2) Schwitzen,
(3) Zittern oder Beben,
(4) Gefühl der Kurzatmigkeit oder Atemnot,
(5) Erstickungsgefühle,
(6) Schmerzen oder Beklemmungsgefühle in der Brust,
(7) Übelkeit oder Magen-Darm-Beschwerden,
(8) Schwindel, Unsicherheit, Benommenheit oder der Ohnmacht nahe sein,
(9) Derealisation (Gefühl der Unwirklichkeit) oder Depersonalisation (sich losgelöst fühlen),
(10) Angst, die Kontrolle zu verlieren oder verrückt zu werden,
(11) Angst zu sterben,
(12) Parästhesien (Taubheit oder Kribbelgefühle),
(13) Hitzewallungen oder Kälteschauer.

**2. Diagnostische Kriterien für 300.01 (F41.0) Panikstörung ohne Agoraphobie**

A. Sowohl (1) als auch (2):
   (1) wiederkehrende unerwartete Panikattacken,
   (2) bei mindestens einer der Attacken folgte mindestens ein Monat mit mindestens einem der nachfolgend genannten Symptome:
      (a) anhaltende Besorgnis über das Auftreten weiterer Panikattacken,
      (b) Sorgen über die Bedeutung der Attacke oder ihre Konsequenzen (z.B. die Kontrolle zu verlieren, einen Herzinfarkt zu erleiden, verrückt zu werden),
      (c) deutliche Verhaltensänderung infolge der Attacken.

B. Es liegt keine Agoraphobie vor.
C. Die Panikattacken gehen nicht auf die direkte körperliche Wirkung einer Substanz (z.B. Droge, Medikament) oder eines medizinischen Krankheitsfaktors (z.B. Hyperthyreose) zurück.
D. Die Panikattacken werden nicht durch eine andere psychische Störung besser erklärt, wie z.B. Soziale Phobie (Panikattacken nur bei Konfrontation mit gefürchteten sozialen Situationen), Spezifische Phobie (Panikattacken nur bei Konfrontation mit spezifischer phobischer Situation), Zwangsstörung (Panikattacken nur bei Konfrontation mit Schmutz bei zwanghafter Angst vor Kontamination), Posttraumatische Belastungsstörung (Panikattacken nur als Reaktion auf Reize, die mit einer schweren, belastenden Situation assoziiert sind) oder Störung mit Trennungsangst (Panikattacken als Reaktion auf die Abwesenheit von zu Hause oder engen Angehörigen).

Differenzialdiagnostisch auszuschließen sind:

- *Endokrine Angstsyndrome, Metabolische Angstsyndrome, Herzangstsyndrome* (Myokardinfarkt, Herzrhythmusstörungen, Postkardiotomie-Syndrom, Herzphobie, psychogene Rhythmusstörungen),
- *Andere zerebrale Angstsyndrome* (ICD F10-F19 Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen, F1x.8 Substanzinduzierte Angststörung, F06.4 Organische Angststörung),
- *Psychiatrische Grunderkrankungen:* (ICD F30-F39 Affektive Störungen, ICD F34.1 Dysthymie, ICD F20-F29 Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störungen, ICD F42 Zwangsstörung).

Weiterhin ist der Kontext, in dem die Panikanfälle auftreten, bei der differenzialdiagnostischen Einordnung zu beachten. Zur Abgrenzung eignen sich die zentralen Befürchtungen der Patienten während eines Panikanfalls. Im Rahmen einer Panikstörung beziehen sich die Befürchtungen zumeist auf eine drohende körperliche oder geistige Katastrophe, während bei anderen Angststörungen eher konkrete Gefahren (Spezifische Phobie) oder Peinlichkeit (Soziale Phobie) im Vordergrund stehen.

Wichtige diagnostische Hilfsmittel sind Fragebögen (AKV, Ehlers et al., 1993), diagnostische Interviews (DIPS: Margraf et al., 1994; CIDI, DIA-X: Wittchen & Pfister, 1997) sowie Tagebücher (z.B. Marburger Angsttagebuch) und der Hyperventilationstest (Margraf & Schneider, 1989). Die Diagnose einer Panikstörung kann nicht allein aus Fragebögen abgeleitet werden, sondern sie erfordert strukturierte diagnostische Entscheidungsfragen aus standardisierten diagnostischen Interviews.

In faktorenanalytischen Untersuchungen zur Symptomstruktur von Panikstörungen (Marks et al., 1991; Argyle, 1988; Kenardy, 1992; Cox et al., 1994) ergab sich neben Faktoren, die körperliche Symptome repräsentieren (kardiovaskuläre/respiratorische Symptome, Unruhe, Schwindel/Benommenheit), auch ein Faktor, auf dem nur kognitive Symptome laden (katastrophisierende Gedanken). Diese Ergebnisse unterstützen das Modell von Rachman (Rachman et al., 1987), nach dem Panikanfälle mit (katastrophisierenden) Kognitionen von Panikanfällen ohne (katastrophisierende) Kognitionen unterschieden werden. Ley (1992) schlägt folgende Differenzierung vor: kognitiver Panikanfall (die katastrophisierenden Gedanken folgen dem Angst auslösenden Ereignis, die

körperlichen Symptome sind nur schwach ausgeprägt), klassischer Panikanfall (der mit sehr heftigen körperlichen Symptomen beginnt und durch ein sehr starkes Bedürfnis, der Situation zu entkommen, gekennzeichnet ist) und antizipatorischer Panikanfall (in Erwartung einer bedrohlichen Konsequenz). Für die therapeutische Praxis sind diese Unterscheidungen von Bedeutung, weil sie die Aufmerksamkeit auf die Berücksichtigung unterschiedlicher Arten und Verläufe von Panikanfällen lenken.

## 4 Behandlungsansätze und therapeutisches Vorgehen

Auf Grund der Ergebnisse empirisch klinischer Studien in den letzten 20 Jahren ist eine eindimensionale Betrachtung der Panikstörung aus neurobiologischer oder psychologischer Sicht heute nicht mehr haltbar. Bis in die 80er Jahre war man auf Grund der Wirksamkeit von Psychopharmaka bei der Behandlung von Panikstörungen und der Möglichkeit, Panikanfälle durch bestimmte Substanzen experimentell zu provozieren (Laktat, Yohimbine, CCK-4, $CO_2$, Koffein), der Ansicht, dass es im Wesentlichen biologische Mechanismen seien, die an der Entstehung von Panikanfällen beteiligt sind. Hinweise ergaben sich vor allem durch die Möglichkeit, Panikanfälle pharmakologisch zu provozieren. Lässt man z. B. Menschen mit einer Panikstörung 20 Minuten lang eine um 5 % $CO_2$ angereicherte Luft atmen, so berichten die Versuchspersonen über Symptome eines Panikanfalls. Auch mit anderen pharmakologischen Substanzen lassen sich Panikanfälle experimentell provozieren (für eine detaillierte Darstellung der Provokationsverfahren siehe Ströhle, 2002). Haben die Versuchspersonen jedoch die Illusion der Kontrolle über die Situation (in dem Sinne, dass sie glauben, die verabreichte Menge des Gases bestimmen zu können), ergeben sich weniger Panikanfälle mit weniger stark ausgeprägten und auch mit quantitativ weniger Symptomen (Sanderson et al., 1989). Dies spricht für ein Zusammenwirken von körperlicher Veränderung und Kognitionen. Eine Sichtweise, die den Schwerpunkt auf psychologische Faktoren legt und die biologischen Grundlagen des Verhaltens weniger berücksichtigt, ist die von Beck und Emery (1985) vertretene Auffassung, dass Panikanfälle ausschließlich durch die Missinterpretation von Körperempfindungen hervorgerufen werden.

Die gemeinsame Annahme von psychophysiologischen oder kognitiven Modellvorstellungen besagt, dass Panikanfälle durch positive Rückkopplung zwischen körperlichen Symptomen, deren katastrophisierender Bewertung und der daraus folgenden Angstreaktion entstehen (Ehlers & Margraf, 1989). Die Forschergruppe um Barlow (Barlow et al., 1985; Barlow, 1992; Bouton et al., 2002) legt dabei den Schwerpunkt auf sog. niedrige Lernprozesse wie Habituation, „Trial and Error"-Lernen oder assoziative Lernprozesse, während die Gruppe um Clark und Salkovskis (Clark, 1986; Clark et al., 1997) den Schwerpunkt bei der Behandlung vor allem auf höhere Lernprozesse wie Logisches Schlussfolgern, Attribuieren oder explizite Hypothesenformulierung und deren Testung legt. Für die Therapie bedeutet dies, dass Barlow und Kollegen einen kognitiv-verhaltenstherapeutischen Ansatz mit Reizkonfrontation entwickelten, Clark und Salkovskis dagegen einen rein kognitiven Ansatz, der ohne Reizkonfrontation auskommt.

Barlow (Barlow, 1992; Bouton et al., 2002) schlägt ein psychobiologisches Modell der Panikstörung vor, das biologische und psychologische Vulnerabilität gleichermaßen gewichtet und sowohl biologische als auch psychische Reaktionen auf ein Ereignis berück-

sichtigt. Belastende Lebensereignisse aktivieren die Vulnerabilitäten, die durch eine Interaktion zur Panik führen. Dieses Modell ist so etwas wie der Vorläufer des Teufelskreismodells, das weiter unten beschrieben wird. Barlow schreibt: „Panic itself is an emotion comprising strong biological and behavioral action tendencies that fire at inappropriate times" (Barlow, 1992). Diese Aussage beinhaltet eine wichtige Implikation, die für Patienten eine große Entlastung darstellt. Bei der Panikstörung handelt es sich nicht um eine qualitative Veränderung des Verhaltens oder dessen biologischen Grundlagen. Ein Panikanfall ist vielmehr quantitativ verschieden von alltäglicher Angst. Das Alarmsystem „Angst" ist „übersensibilisiert" und warnt uns auch in Situationen, in denen es keinen Nutzen bringt.

Auf der Grundlage dieser theoretischen Überlegungen entwickelten Barlow und Kollegen ein Therapieprogramm zur Behandlung von Panikstörungen, die Panic Control Therapy (PCT). Das Kernstück dieses Programms bildet die systematische Konfrontation mit Angst auslösenden inneren Reizen. Zu Beginn der Behandlung werden die Ängste der Teilnehmer durch Übungen, welche die befürchteten Symptome produzieren, exakt diagnostiziert (Hyperventilationstest). Nachdem die Angstmuster oder Kombinationen aus verschiedenen Angstmustern klar sind, werden diese zum Ziel der Therapie. Das Programm arbeitet mit Techniken wie z. B. Visualisation, Symptominduktion und Exposition. Großer Wert wird auf selbstständiges Üben im Selbstmanagement gelegt.

Der von Clark (Clark, 1986; Clark et al., 1988) und Kollegen entwickelte kognitive Ansatz zeigt viele Parallelen zur PCT und unterscheidet sich im Wesentlichen durch die vermittelte Erklärung zur Aufrechterhaltung der Panikstörung sowie durch das Fehlen von Reizkonfrontationen. Die Panic Control Therapy legt den Schwerpunkt bei der Erklärung der Störung auf die phobische Angst vor Körperempfindungen, die im Zusammenhang mit Panikanfällen erlebt wird und dem daraus resultierenden Vermeideverhalten, während der kognitive Erklärungsansatz den Zusammenhang zwischen Körperempfindungen, katastrophisierenden Gedanken und Angst betont. Bei der kognitiven Behandlung nach Clark und Kollegen wird zwar in der diagnostischen Phase z. B. ein Hyperventilationstest durchgeführt, allerdings nur zu dem Zwecke festzustellen, ob es dabei zu Angstsymptomen kommt. In der Folge wird durch kognitive Umstrukturierung (alternative Erklärungen für die körperlichen Symptome finden, korrigieren der Missinterpretationen) versucht, eine Reduktion der Panikanfälle zu erreichen. Bei Panikstörungen mit geringem Vermeideverhalten scheint ein rein kognitives Vorgehen ausreichend zu sein, um die Frequenz von Panikanfällen zu reduzieren (Arntz & van den Hout, 1996).

Beide Ansätze sind in verschiedenen Varianten empirisch überprüft und gelten als erfolgreich (Barlow, 1990, 1992; Craske et al., 1991; Craske et al., 2003 [für Panikstörung mit Agoraphobie]; Brown & Barlow, 1995; Clark, 1999 [Kurzzeittherapie]; Arntz, 2002).

Das im deutschsprachigen Raum bekannteste und in der Praxis wohl auch am häufigsten zur Anwendung kommende Behandlungsprogramm von Margraf und Schneider (1989, 1998) vereint die beiden Ansätze. Es handelt sich um ein Programm, das aus 15 Sitzungen besteht und sowohl Konfrontationsübungen als auch kognitive Elemente beinhaltet. Das vermittelte Erklärungsmodell verbindet die Faktoren Vermeidung und Fehlinterpretation körperlicher Empfindungen zu einem erweiterten Ansatz. Das Programm wird sowohl im ambulanten als auch im stationären Setting durchgeführt.

Die folgenden Ausführungen zum Vorgehen, den Besonderheiten und Schwierigkeiten bei der Behandlung von Panikanfällen beziehen sich auf das von Margraf und Schneider entwickelte Manual. Die dort vorgesehenen Schritte und das Vorgehen in den einzelnen Sitzungen werden an dieser Stelle jedoch nicht wiederholt. Um die Besonderheiten und Schwierigkeiten auch im strukturellen Rahmen des Therapieprozesses innerhalb einer von den Krankenkassen bewilligten Kurzzeittherapie von 25 Stunden darzustellen, wurde folgende Unterteilung der einzelnen Therapieschritte vorgenommen. Es hat sich in der Praxis als sinnvoll erwiesen, vier Therapieschritte, die nach dem diagnostischen Prozess (der bis zu fünf Sitzungen in Anspruch nehmen kann) stattfinden, voneinander zu trennen:

1. Mitteilung der Diagnose und Psychoedukative Phase (1 bis 2 Stunden)
2. Kognitive Vorbereitung (2 bis 3 Stunden)
3. Konfrontationsübungen und Kognitive Interventionen (10 bis 15 Stunden)
4. Rückfallprophylaxe (2 Stunden)

Es folgt dann eine Stabilisierungsphase oder Selbstkontrollphase, während der die therapeutischen Kontakte langsam ausgeschlichen werden. Die Sitzungsfrequenz von einer Stunde pro Woche, die Margraf und Schneider vorschlagen, kann auch variiert werden. So ist es manchmal sinnvoll, z.B. für die Ableitung des therapeutischen Rationals eine Doppelsitzung anzusetzen. Auch für Konfrontationsübungen erweisen sich mehrstündige Therapiesitzungen als günstig.

Sicherlich ist die vorgenommene Einteilung der Therapieschritte etwas willkürlich. So ist z.B. schon die Vermittlung eines plausiblen Erklärungsmodells oder die Mitteilung der Diagnose eine kognitive Intervention. Wird beispielsweise bei der Diagnose von einer schweren psychischen Beeinträchtigung, von starken psychischen Problemen und von Kindheitstraumata gesprochen, hat dies eine andere Perspektivität der Patienten zur Folge, als eine Erklärung, die auf eine durch verhaltenstherapeutische Methoden sehr gut und erfolgreich behandelbaren Problematik fokussiert.

Der Schwerpunkt dieses Beitrags liegt in der Darstellung des therapeutischen Vorgehens und den Besonderheiten bei der Vorbereitung und Durchführung der Konfrontationsübungen. Da bei der Panikstörung Kognitionen eine große Rolle bei Konfrontationsübungen spielen und sich hier in der Praxis die größten Schwierigkeiten ergeben, wird sich die Beschreibung einer Therapie bei Panikstörung nicht auf den konfrontativen Teil der Behandlung beschränken können. Es erscheint sinnvoll, vor allem die Phase der kognitiven Vorbereitung der Patienten auf Expositionsübungen genauer darzustellen, denn diese ist eine wichtige Voraussetzung für die Qualität und den Erfolg der Reizkonfrontation.

# 5 Das Vorgehen in den Therapiephasen

## *5.1 Mitteilung der Diagnose und psychoedukative Phase*

Während dieser Therapiephase werden die Patienten über ihre Erkrankung informiert. Die Patienten lernen ein allgemeines psychologisches Störungsmodell ihrer Angsterkrankung kennen, mit dem sie die Panikanfälle differenzierter betrachten und besser in

ihren jeweiligen Lebenskontext einordnen können. Dies ist wichtig in Hinsicht auf die Plausibilität des therapeutischen Rationals, sowie den Einsatz von Konfrontationsübungen in therapeutischer Begleitung und im Selbstmanagement. In der praktischen Arbeit zeigt sich, dass es von Vorteil ist, die Patienten gleich zu Beginn für aktive Mitarbeit in der Therapie zu verstärken. So wird ein Gefühl gleichberechtigter Allianz vermittelt und Patienten werden ermutigt, „Experten ihrer Störung" zu werden. Sie fühlen sich wertgeschätzt, wenn auf die aktive Mitarbeit im diagnostischen Prozess Bezug genommen wird und die Mitteilung der Diagnose z. B. in der folgenden Art erfolgt:

**Beispiel:**

**Th: „Wir haben uns jetzt einige Stunden über Ihre Probleme unterhalten und ich wollte eine ganze Menge von Ihnen wissen. Sie haben viele Fragebögen bearbeitet, Sie führen ein Angsttagebuch, wir haben uns gemeinsam Ihre persönliche Biographie angeschaut und ich habe mit Ihnen ein diagnostisches Interview [CIDI] durchgeführt. Das alles war bestimmt ganz schön anstrengend für Sie, und deshalb möchte ich mich herzlich für Ihre Mitarbeit bedanken. Jetzt sind Sie bestimmt schon gespannt, was für eine Diagnose ich Ihnen mitteile, nicht wahr?"**

***Die Diagnose wird mitgeteilt. Anschließend fragt die Therapeutin:***

**Th: „Können Sie mit dem Begriff Panikstörung etwas anfangen? Haben Sie das schon einmal gehört?"**

***Diese Frage erspart unter Umständen viel Arbeit. Die Therapeutin macht sich ein genaues Bild über den Kenntnisstand der Patienten. Nicht immer ist die therapeutische Vorerfahrung die einzige Wissensgrundlage von Betroffenen über ihre Störung.***

Die Therapeutin erklärt den Begriff Panikstörung als die Angst vor unerwarteten Angstanfällen, die in verschiedenen Situationen, meist ganz ohne Zusammenhang zur Situation auftreten und die von sehr unangenehmen körperlichen Empfindungen und (individuell) der Angst zu sterben, verrückt zu werden etc. begleitet werden. Es wird erwähnt, dass es sich um eine Angststörung handelt, die mit verhaltenstherapeutischen Methoden sehr gut und erfolgreich behandelt werden kann. Dies stellt in der Regel eine große Erleichterung für Patienten dar, glaubten sie doch möglicherweise bisher an einer unbekannten, vielleicht unheilbaren schweren Krankheit zu leiden.

Denken oder fürchten Patienten, an einem Hirntumor zu leiden, in Gefahr zu sein, einen Schlaganfall zu bekommen oder eine andere schwere Erkrankung zu haben, und geschieht dies nicht im Rahmen einer hypochondrischen Störung oder einer anderen psychiatrischen Erkrankung (Wahn, bestimmte Persönlichkeitsstörung, Zwangsstörung), spricht nichts dagegen, diese Befürchtungen mit Techniken der modernen Medizin (EEG, PET, MRT) zu überprüfen. Die Patienten erfahren so, dass sie in der Therapie ernstgenommen werden, und es entsteht eine gemeinsame Grundlage, auf der die Befürchtungen neu diskutiert werden können.

Die Therapeutin beginnt dann mit der psychoedukativen Phase. Der Begriff Psychoedukation verleitet vielleicht zu der Annahme, dass in dieser Zeit eine Art Frontalunterricht stattfindet, während dem die Therapeutin die Patienten über die Störung unterrichtet. Dies sollte vermieden werden, weil auf Grund der sozialen Rolle der Patienten – aus Unsicherheit, Angst oder sozialer Erwünschtheit – nach der Sitzung viel vom Gelernten in Vergessenheit geraten kann. Es wird gemeinsam Schritt für Schritt ein Modell der Natur der Störung erarbeitet, dem dann in der nächsten Phase ein Modell der Entstehung

und Aufrechterhaltung folgt. Dieses sollen die Patienten aus eigenen Überlegungen entwerfen, wobei die Therapeutin sie mit ihrem Störungs- und Veränderungswissen unterstützt.

## Vermittlung der Natur der Störung

Im Wesentlichen handelt es sich hierbei um eine Erarbeitung dessen, was im Informationsblatt 11 (Ursachen) des Manuals von Margraf und Schneider (1989) nachzulesen ist. Es zeigt sich in der Praxis, dass eine gemeinsame Erarbeitung während einer Therapiestunde fruchtbar ist, bevor Patienten das Informationsblatt als Hausaufgabe lesen.

Von Bedeutung ist die Botschaft, dass Angst etwas ist, was alle Menschen kennen, was sogar sinnvoll sein kann und dass sich das Erleben der Angst von Patienten nicht grundsätzlich von dem anderer Menschen unterscheidet. Dies ist besonders unter dem Gesichtspunkt der Perspektivität der Therapie (Frank & Fiegenbaum, 2000; Fiegenbaum & Tuschen, 1999) wichtig. Die Symptome können im Rahmen ihrer evolutionsgeschichtlichen und phylogenetischen Bedeutung erklärt werden. Die Angstanfälle werden entkatastrophisiert, indem sie in ihrem quantitativen Aspekt von normaler Angst unterschieden werden. Die Patienten erkennen, dass sich die erlebte Angst während eines Angstanfalls auf die unangenehmen, unerwarteten körperlichen Empfindungen der Kampf-/Fluchtreaktion bezieht. Nicht die Angstreaktion an sich ist gefährlich, es ist das Ausmaß der Angst, das unangemessen ist.

**Beispiel:**

**Th: „Sie sind bestimmt schon einmal nachts alleine durch eine leere Straße gegangen und haben Angst gehabt, nicht wahr?"**

**Pat: „Ja, das hab' ich schon erlebt."**

**Th: „Ist das etwas anderes, diese Angst nachts im Park und die Angst, die Sie z.B. erleben, wenn Ihnen schwindlig und flau im Magen wird?"**

**Pat: „Wenn mir schwindlig ist, hab' ich Angst umzufallen, wenn ich nachts alleine bin, hab' ich Angst überfallen zu werden."**

**Th: „Gibt es noch einen Unterschied?"**

**Pat: „Ich weiß nicht."**

**Th: „Denken Sie, dass es Menschen gibt, die völlig ohne Angst nachts im Park spazieren gehen?"**

**Pat: „Kann ich mir eigentlich nicht vorstellen."**

**Th: „Denken Sie, dass alle Menschen, denen es flau im Magen ist oder denen es schwindlig wird, Angst haben umzufallen?"**

**Pat: „Nein, eigentlich nicht."**

**Th: „Könnte das vielleicht daran liegen, dass die eine Angst nachts schon ganz sinnvoll ist, die andere Angst – die vor dem Umfallen – aber eigentlich unerklärlich?"**

**Pat: „Ja, die Angst überfallen zu werden ist ganz konkret, die Angst umzufallen ist selbst bedrohlich und unbenennbar."**

**Th: „Angst ist ein grundsätzliches Gefühl, vielleicht das älteste, das wir kennen. Im Zustand der Angst warnt uns unser Organismus vor einer drohenden Gefahr, es han-**

delt sich sozusagen um ein Alarmsystem. Im Zustand der Angst bereitet uns unser Organismus vor zu kämpfen oder zu fliehen. Ist das nachvollziehbar für Sie?"
**Pat:** „Sie meinen, dass alle Menschen diese Angst kennen?"
**Th:** „Grundsätzlich ja. Angst ist grundsätzlich etwas Sinnvolles. Die mildere Form der Angst kennen wir als Vorsicht. Ohne Vorsicht, also ohne Angst, würden wir uns in Gefahren begeben und könnten schweren Schaden nehmen. Also ist die Angst auch eine Art Schutz vor Gefahren. Das hört sich für Sie jetzt bestimmt verrückt an, wo Sie doch so unter der Angst leiden, nicht wahr?"
**Pat:** „Nein, nein, das ist ja was anderes. Aber so hab' ich das noch nicht gesehen."
**Th:** „Ich sagte vorhin, im Zustand der Angst bereiten wir uns vor zu kämpfen oder zu fliehen. Können Sie sich vorstellen, was wir brauchen, um zu kämpfen oder zu fliehen?"
**Pat:** „Mh, mh, vielleicht Kraft?"
**Th:** „Genau, wir brauchen vermehrt Energie."

Im Anschluss werden die einzelnen Symptome der Angst hinsichtlich ihrer Bedeutung für die Bereitstellung von Energie (Kampf-Fluchtreaktion) erklärt. Dies allerdings nicht in Form eines Vortrags, sondern ebenfalls im Frage- und Antwortmodus.

| **Beispiele:** |
|---|
| Schnelles Einatmen bis zur Hyperventilation = es wird mehr Sauerstoff in das Muskelgewebe transportiert; Beklemmungsgefühle = notwendige Gegenregulation des Organismus, da zu wenig ausgeatmet wird; Zittern = unwillkürliches Aufwärmen der Muskulatur; Schwitzen = schützt den Körper vor Überhitzung; schnelle Pupillenbewegungen = dienen dazu, mögliche Gefahren zu erkennen; vermehrtes Herzrasen = es wäre paradox, wenn das Herz im Zustand von Erregung langsamer schlagen würde; Schwindel = optisches und auditorisches System erhalten unterschiedliche Informationen (unbewegliches Stehen vs. sehr schnelle Augenbewegungen). |

Bei der Einführung von Begriffen wie z.B. „Autonomes Nervensystem" wird der Bildungsstand der Patienten berücksichtigt. Dies gilt auch für Begriffe wie Sympathikus, Adrenalin oder Noradrenalin, Hyperventilation etc. Es kann ausreichend sein, von zwei Nervenbahnen, von Botenstoffen im Gehirn und extremer Kurzatmigkeit zu sprechen. Die Patienten lernen, dass körperliche Veränderungen tatsächlich stattfinden und sie sich nicht alles bloß einbilden. Margraf und Schneider (1998) schrieben: „Panik ist nicht Nichts."

Im Anschluss erfolgt eine Zusammenfassung über das bisher Erarbeitete und die Schlussfolgerung.

Angst wird erklärt als ein Alarmsystem, welches bei Angststörungen außer Kontrolle geraten ist, es meldet aus bestimmten – gelernten – Gründen häufig Fehlalarm. Ein anschauliches Beispiel ist das des Sprinters, der im Startloch steht und auf den Start wartet. Es folgt ein „Auf die Plätze", „Fertig", aber kein Startschuss. So ähnlich reagiert der Organismus im Zustand der Angst. Es wird Energie bereitgestellt, aber es ist in der Tat niemand da, mit dem zu kämpfen oder vor dem zu fliehen wäre.

Nach dieser Zusammenfassung erklärt die Therapeutin die Komponenten (Ebenen) der Angst: die kognitive (gedankliche), emotionale (gefühlsmäßige), physiologische (kör-

perliche) und Verhaltensebene. Die Patienten lernen, typische Angstgedanken, Gefühle und körperliche Empfindungen während eines Angstanfalls sowie das anschließende Verhalten zu benennen. Mit anderen Worten: Die Therapeutin führt gemeinsam mit den Patienten einen Teil einer Verhaltensanalyse durch. Dies erleichtert einen konkreten, operationalen Zugang zur Angst; weiterhin ist es so möglich, Angst differenzierter zu betrachten. Der erste Schritt in diese Richtung – die Einführung des Angsttagebuchs – erfolgt während der diagnostischen Phase. Im Hinblick auf Konfrontationsübungen ist dies von Bedeutung, da die Patienten vor, während und nach den Expositionsübungen ihre Gedanken, Gefühle etc. schildern sollen und in dieser Phase schon damit vertraut werden.

Zu Beginn der nächsten Sitzung findet zunächst eine Wiederholung statt, während der sich die Therapeutin ein Bild macht, was tatsächlich „hängen" geblieben ist. Es ist möglich, dies z. B. in Form eines Rollenspiels durchzuführen, in dem die Therapeutin einen Bekannten des Patienten spielt, der fragt, was denn eigentlich Angst sei. Ist das Behaltene nur fragmentarisch oder haben Patienten entscheidende Dinge falsch verstanden, geht man einen Schritt zurück und wiederholt das Notwendige. In der Regel ist das erinnerte Wissen – sofern es in patientengerechter Sprache vermittelt wurde – aber ausreichend, um zum nächsten Schritt überzugehen.

## *5.2 Kognitive Vorbereitung*

Diese Phase besteht aus zwei Abschnitten und dauert in der Regel zwei bis drei Sitzungen: Der Erklärung der Entstehung und Aufrechterhaltung der Störung folgt ein Gedankenexperiment, aus dem das Therapie-Rational abgeleitet wird. War die Phase der Psychoedukation noch von eher allgemeiner Art (Informationsvermittlung), wird in diesem Teil ein auf die Patienten zugeschnittenes Modell gesucht, dass dann als Grundlage für das weitere Vorgehen dient.

### 5.2.1 Modell zur Entstehung und Aufrechterhaltung der Störung

Der Schwerpunkt in dieser Phase sollte auf der Erklärung der Aufrechterhaltung der Störung liegen. Wird der Fokus zu sehr auf die Entwicklung eines Modells zur Entstehung der Störung gelegt, ist es möglich, dass sich eine für die Therapie ungünstige Perspektivität (Frank & Fiegenbaum, 2000) ergibt. Ein Modell, das die Ursachen der Störung in der Kindheit sieht, vermittelt Patienten möglicherweise den Eindruck einer schweren Störung, die sich vielleicht gar nicht mehr verbessern lässt (weil alles schon so lange zurückliegt). Oftmals ist es den Patienten auch gar nicht wichtig zu wissen, woher ihre Störung kommt, sondern es geht ihnen darum, sie endlich loszuwerden. Legen Patienten jedoch besonderen Wert auf die Ursache der Störung, kann man gemeinsam nach möglichen ungünstigen Bedingungen suchen, ohne diesen jedoch einen zu hohen Stellenwert beizumessen. Eine hohe Grundängstlichkeit, eine Unsicherheit gegenüber den eigenen Körperfunktionen, viele Krankheiten in der Kindheit oder ein überängstlicher Elternteil (Modell) können als Vulnerabilitätsfaktoren und Dispositionen zur Erklärung einer Störung herangezogen werden. In vielen Fällen geht dem ersten Panikanfall eine Phase von starken Belastungen (Stress) voraus. Für die Patienten ist es wichtig, diese Ereignisse differenziert in ihrer gegenseitigen Beeinflussung zu betrachten. Dann ergibt

sich meist schon ein Bild einer Störung, die auf Grund von passageren psychischen Veränderungen aufgetreten ist und nicht etwa eine notwendige Folge einer gestörten Kindheit oder einer gestörten Persönlichkeit ist. Man kann an dieser Stelle mit Marks' Modell der evoked stimuli und evoked response (Marks, 1987) arbeiten und so den Fokus auf die Aufrechterhaltung der Problematik legen. Das mögliche Trauma in der Kindheit ist vielleicht ein Faktor bei der Entstehung der Angststörung gewesen, der aktuelle Umgang mit der Angst und den Angst auslösenden Reizen ist jedoch viel entscheidender für therapeutische Veränderungen.

Ein gutes Hilfsmittel, mit Patienten ein Modell der Entstehung und Aufrechterhaltung zu erarbeiten, ist das Zeichnen einer Angstkurve über die bisherige Lebenszeit. Dies hat nicht nur den Vorteil, dass die Patienten ihre Angststörung als Lernprozess zu verstehen beginnen, es führt darüber hinaus durch das Erkennen von Oszillationen und Remissionen zu einer neuen Perspektive, die Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft einbezieht. Dazu zeichnet die Therapeutin auf einer Unterlage zwei Achsen, von denen eine die Stärke der Angst (0 bis 100) und die andere (x-Achse) den Zeitverlauf beschreibt. Die Patienten tragen nun hier ihre bisher erlebte Ängstlichkeit und Angstanfälle ab.

Um den mit der Auslösesituation verbundenen Distress, den die Patienten möglicherweise erlebt haben, zu erklären und diesen in Zusammenhang mit der Angst zu bringen, wird das Diathese-Stress-Modell eingeführt. Hier wird der Zusammenhang zwischen allgemeiner Anspannung, aktuell belastenden Lebensereignissen und dem Auslösen eines Angstanfalls beschrieben.

Das Erklärungsmodell der Störung ist gut abzuleiten etwa vom Zwei-Faktoren-Modell der Angst, der Sicherheitssignalhypothese, der Preparednesstheorie, der Inkubationstheorie, dem Garcia-Effekt, der Theorie des Modelllernens und kognitiven Modellen (für die genannten Theorien siehe Reinecker, 1993). Die Therapeutin sollte auf die Angaben der Patienten zur Angstkurve über die Lebenszeit auf dem Hintergrund verschiedener Hypothesen eingehen und dann gemeinsam mit der Patientin die plausibelste Erklärung erarbeiten.

Zu Beginn der Erarbeitung der Aufrechterhaltung der Störung wird dann das Teufelskreismodell eingeführt. Dies ist eine vereinfachte Darstellung des psychophysiologischen Modells zur Erklärung der Entstehung von Angstanfällen. Das Ziel ist, den Patienten den Zusammenhang zwischen katastrophisierenden Gedanken einerseits und den durch physiologische Veränderungen, die mit der Angst verbunden sind, ausgelösten körperlichen Empfindungen zu vermitteln. Auch dies sollte nicht im Vortragsstil geschehen, sondern, wie Margraf und Schneider (1989, 1998) betonen, im Stile des geleiteten Entdeckens. Zu lange Ausführungen wirken ermüdend und es wird für die Patienten schwierig, alles zu behalten.

Am Beispiel eines typischen Angstanfalls wird der individuelle Teufelskreis erarbeitet und dann wird das allgemeine Prinzip der Aufschaukelung von physiologischen Veränderungen und katastrophisierenden Gedanken erklärt. Um zu überprüfen, ob die Patienten das Prinzip verstanden haben, kann sich die Therapeutin am Whiteboard, Flipchart oder mit Papier und Kugelschreiber die Entstehung eines typischen Angstanfalls mit dem Teufelskreis erklären lassen.

Nach der Einführung des Teufelskreismodells erfolgt die Überleitung zum nächsten Schritt:

**Beispiel:**
**Th: „Wir haben uns jetzt angeschaut, wie der Teufelskreis der Angst ausgelöst werden kann und wie sich dann Gedanken und durch die Angst ausgelöste körperliche Veränderungen aufschaukeln. Als Nächstes wollen wir uns anschauen, was denn in einer Situation, in der dieser Teufelskreis in Gang gesetzt wird, geschieht. Sie wissen ja, wir können Angst auf verschiedenen Ebenen beschreiben. Die Entstehung eines Angstanfalls, wie wir sie im Teufelskreismodell beschrieben haben, legt den Fokus auf die körperlichen Veränderungen und Gedanken. Wir wollen jetzt noch etwas mehr über den Verhaltensaspekt erfahren, der mit den Angstanfällen in Verbindung steht."**

Dies ist eine mögliche Überleitung zu der nun zu erstellenden situationsspezifischen Angstkurve. Gemeinsam mit den Patienten wird eine typische Angstsituation der letzten Zeit durchgesprochen. Dies geschieht mit der gleichen Methode wie bei der Lebenszeitkurve, mit dem Unterschied, dass es sich um eine einzelne Situation handelt. Ziel ist, dass die Patienten ihre Vermeidungsstrategien kennenlernen und den Zusammenhang zwischen den Befürchtungen bzgl. der Angst und den Vermeidungsstrategien verstehen. Der Begriff der „Angst vor der Angst" wird eingeführt. Die Patienten zeichnen die Angstkurve für einen in der letzten Zeit erlebten Angstanfall, schreiben Gedanken, Gefühle und körperlichen Symptome an die entscheidenden Punkte der Kurve und beschreiben so einen Anstieg und Abfall der Angst, der durch Vermeidung verursacht wird. Die Aufgabe der Therapeutin besteht nun darin, die Vermeidungsstrategie mit der Aufrechterhaltung der Störung in Verbindung zu bringen.

**Beispiel:**
**Th: „Nachdem Sie also den Notarzt gerufen hatten, verspürten Sie zum ersten Mal ein leichtes Rückgehen der Angst, und als der Arzt dann endlich da war, hatten Sie sich auch wieder soweit beruhigt, habe ich das richtig verstanden?"**
**Pat: „Ja, das war schon wirklich peinlich, aber als der Arzt kam, war fast alles wie weggeblasen, ich war ziemlich kaputt, hatte aber keine Angst mehr."**
**Th: „Nun könnten wir sagen, Sie haben völlig richtig gehandelt. So wie es der gesunde Menschenverstand vorgibt. Wenn man eine so unangenehme und quälende Erfahrung macht, versucht man sie zu beenden, man sucht nach Hilfe in irgendeiner Form. Können Sie sich vorstellen, was das für einen Nachteil hat?"**
**Pat: „Nein eigentlich nicht, die Angst geht wenigstens weg."**
**Th: „Stimmt, kurzfristig geht die Angst weg. Könnte es aber sein, dass es langfristige Nachteile gibt?"**
**Pat: „Ja, auf die Dauer ist das ätzend. Ich muss immer wieder den Arzt rufen, die halten mich dann irgendwann für verrückt."**
**Th: „Könnte es noch einen weiteren Nachteil geben?"**
**Pat: „Das reicht ja. Glauben Sie etwa, das ist schön, überall die Symptome?"**
**Th: „Ich kann verstehen, dass Sie das alles als sehr belastend und schlimm erleben und auch Ihre Befürchtung, für verrückt gehalten zu werden, nehme ich ernst. Darüber werden wir später noch sprechen. Ich meine, könnte es sein, dass Ihr Verhalten in Bezug auf Ihre Angst Nachteile haben könnte?"**
**Pat: „Ich weiß nicht, welche denn?"**
**Th: „Sie erleben das Erscheinen des Arztes als Erleichterung. Heißt das aber, dass Sie in Zukunft keine Angstanfälle mehr haben?"**

**Pat:** „Nein, ich werde bestimmt weitere haben."

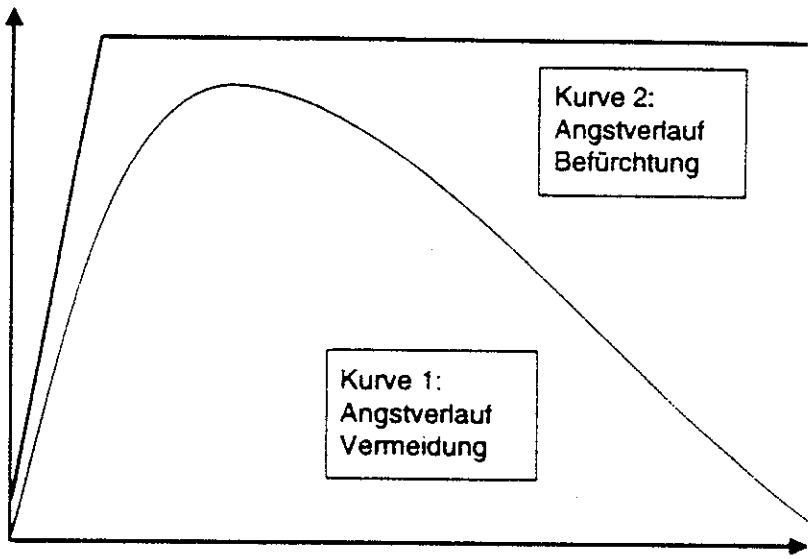
**Th:** „Könnte das etwas mit Ihrem Verhalten in der Situation zu tun haben?"

**Pat:** „Wieso, meinen Sie, weil ich den Arzt rufe, bekomme ich später wieder Angst?"

*An dieser Stelle lässt die Therapeutin den Patienten zur bereits aufgezeichneten Kurve eine weitere zeichnen und zwar mit der Instruktion:*

**Th:** „Wie wäre denn der Angstverlauf gewesen, wenn Sie den Arzt nicht gerufen hätten?"

*Der Patient zeichnet eine Kurve, die unten als Kurve 2 abgebildet ist.*




*Kurve 1 beschreibt den Angstverlauf über die Zeit bei gezeigtem Vermeideverhalten (Arzt rufen). Kurve 2 zeigt nun den hypothetischen Verlauf der Angst, wie er von der Patientin erwartet, oder besser befürchtet wird. Dies wird jetzt von der Therapeutin aufgegriffen:*

**Th:** „Sie fürchten, dass der Angstverlauf so sein wird, wie Sie ihn in der zweiten Kurve zeichneten, nicht wahr? Die Angst hört nie auf."

**Pat:** „Ja, ganz genau, die geht immer weiter."

**Th:** „Jetzt wird es etwas kompliziert, Sie müssen mit mir zusammen um zwei Ecken denken. Dadurch, dass Sie den Arzt rufen, geht die Angst weg, richtig?"

**Pat:** „Also, wenn er da ist, ist auch die Angst weg, das ist verrückt."

**Th:** „Gut, der Arzt kommt also, die Angst nimmt ab, sie hätte aber nicht abgenommen, wenn Sie nichts unternommen hätten, oder?"

**Pat:** „Ja, genau deshalb hab' ich ihn ja gerufen. Die Ärzte kommen ja sonst nicht. Nicht mal, wenn man sie wirklich braucht."

**Th:** „Dann könnte man ja sagen, das Kommen des Arztes bestätigt indirekt Ihre Befürchtung in Bezug auf die Angst. Wären Sie von der Befürchtung nicht wirklich überzeugt, hätten Sie den Arzt ja nicht rufen müssen."

**Pat:** „Ja, so gesehen stimmt das. Aber die Angst lässt doch nach."

**Th:** „Das stimmt, aber nur kurzfristig. Durch dieses Verhalten müssen Sie ja immer, wenn die Angst auftaucht – Sie einen Angstanfall haben – etwas unternehmen, sonst hört die Angst nie auf, richtig?"

**Pat:** „Ich kann mir nie sicher sein. Das stimmt. Die Angst kann immer wiederkehren."

**Th: „Das Anrufen des Arztes nennen wir Vermeideverhalten. Dieses Verhalten führt zu einem kurzfristigen Rückgang der Angst, aber langfristig ist es genau das, was Ihre Problematik aufrechterhält. Sie haben keine Möglichkeit Ihre Befürchtung bezüglich des Angstverlaufs zu überprüfen und so entsteht ein Phänomen, das wir Angst vor der Angst nennen. Kennen Sie das?"**
**Pat: „Und ob."**
**Th: „Wie gehen Sie damit um?"**
**Pat: „Ich versuche, alles zu vermeiden, was Angst auslösen kann – Stress, Aufregung, körperliche Anstrengung, Sport, solche Gespräche wie die hier."**
**Th: „Und wenn das nicht gelingt?"**
**Pat: „Dann hab' ich eine Beruhigungstablette dabei und die Nummer vom Notarzt."**
**Th: „Können Sie nachvollziehen, dass es genau dieses Vermeideverhalten ist, das die Störung aufrechterhält?"**
**Pat: „Ich würd' ja was drum geben, wenn ich das nicht bräuchte, aber ich verstehe jetzt, glaube ich, ungefähr was Sie meinen."**

Die Erarbeitung von Vermeidungsstrategien ist oft selbst von gedanklicher Vermeidung der Patienten begleitet. Die deutlichen Beziehungssignale der Patientin in der oben beschriebenen Situation stellen einen Versuch dar, die Gedanken an Angstanfälle zu vermeiden. In einem gesonderten Gespräch wird auf die Beziehungsaspekte eingegangen und Verständnis für die Verärgerung und den Unmut der Patientin signalisiert.

Im Anschluss erläutert die Therapeutin die individuell relevanten Vermeidungsstrategien. Diese können sein: a) Flucht, b) Ablenken, c) sich über die Zeit retten oder d) Sicherheitssignale bzw. eine Kombination verschiedener Strategien. Dabei wird nochmals herausgestellt, dass sich durch dieses Verhalten eine hohe Erwartungsangst (Angst vor der Angst) aufbaut, die es erschwert, dem Teufelskreis der Angst zu entkommen.

### 5.2.2 Das Gedankenexperiment und die Ableitung des therapeutischen Rationals

Der letzte Schritt vor der Einführung von Konfrontationsübungen ist die Ableitung des therapeutischen Rationals mit Hilfe eines Gedankenexperiments. Die Patienten werden gebeten, eine Vorstellungsübung mitzumachen, während der sie sich in eine subjektiv sehr schreckliche Situation begeben, in der es zu einem Angstanfall kommen wird. Das Vorgehen ist auch hier das gleiche wie bei der Darstellung eines speziellen Angstanfalls und der Lebenszeitkurve. Die Therapeutin gestaltet allerdings die Situation in der Vorstellung so, dass Vermeidung nicht mehr möglich ist (z.B. kein Arzt ist erreichbar, alle Apotheken und Krankenhäuser haben geschlossen, das Telefon ist kaputt etc.). Wichtig ist eine möglichst präzise Instruktion und ein direktives Vorgehen während des Gedankenexperiments. Die Therapeutin führt die Situation zeitlich immer weiter und erfragt den Angstverlauf mit Symptomen, Gedanken und Gefühlen. Zunächst wird die Angst hochgehen, und wenn keine Vermeidung möglich ist, sicherlich eine Zeit lang auf 100 persistieren. Irgendwann jedoch (in der Vorstellung der meisten Patienten zwischen 15 Minuten und 5 Stunden) können sich die Patienten nicht mehr vorstellen, dass die Angst auf 100 bleibt und vermuten, dass sie nachlassen könnte. Es wird genau exploriert, warum die Angst nachlässt. Das Experiment wird nur beendet, wenn die Angst ohne das

Zutun der Patienten oder eines äußeren Einflusses von selbst nachlässt. Nachdem die Angst in der Vorstellung zurückgegangen ist, wird das Prinzip der Habituation erklärt. Die Therapeutin beschreibt die Habituation als eine Gewöhnung an die Angst auslösenden Reize (ein Nachlassen der Reaktionsbereitschaft), die dazu führt, dass die Symptome und damit die Angst nachlassen. Durch gezieltes Nachfragen wird in Erfahrung gebracht, ob der Unterschied zwischen Habituation und Ermüdung verstanden wurde. Als Nächstes wird erfragt, was denn geschehen würde, wenn die Patienten gleich nochmal in diese Situation kommen würden. Meist geben die Patienten an, dass die Angst dann schon geringer wäre, und die Therapeutin kann das Prinzip der Löschung als eine Entkopplung von Reiz und Reaktion erklären.

Da es sich um eine Möglichkeit des Vorgehens handelt, erfolgt die Ableitung des therapeutischen Rationals wie auch weitere Vorschläge bis zur Einwilligung der Patienten im Konjunktiv.

**Beispiel:**
**Th: „Was könnte dies jetzt für ein mögliches therapeutisches Vorgehen bedeuten?"**
**Pat: „Dass ich die Symptome erleben muss?"**
**Th: „Dadurch, dass Sie die Reize, von denen Sie annehmen, dass sie Ihre Angst auslösen, bisher vermeiden oder ihnen so gut, wie es geht, aus dem Weg gehen, wird die Störung aufrechterhalten. Wie wir im Gedankenexperiment gesehen haben, ist es theoretisch möglich und rational nachvollziehbar, dass Angst auch ohne diese Strategien nachlässt. Wenn Sie sich also den Angst auslösenden Reizen aussetzen, könnte genau dies eintreffen und das würde dann ein wichtiger Bestandteil der Therapie sein. Den Zweifel, den Sie jetzt haben, verstehe ich, und deshalb haben Sie Zeit, sich das alles nochmal durch den Kopf gehen zu lassen."**

Patienten werden an diesem Punkt der Therapie meist unsicher. Es liegt dann in der fachlichen Einschätzung der Therapeutin, inwieweit sie die Ambivalenz fördert. Grundsätzlich gilt hier: Je überzeugter die Patienten vom Vorgehen sind, desto mehr kann die Ambivalenz gefördert werden.

Sind Patienten mit einem solchen Vorgehen einverstanden, werden die Einzelheiten der nachfolgenden Übungen erläutert.

## Probleme und Schwierigkeiten

*Kognitive Vermeidung.* Patienten erleben die Angst eine Zeit lang auf 100 und stellen sich dann vor, einen Herzinfarkt zu bekommen oder umzufallen, verrückt zu werden oder sich aufzulösen. Es hat sich als sinnvoll erwiesen, solche Vorstellungen als kognitive Vermeidung im Gedankenexperiment zu erklären. Dazu erklärt die Therapeutin, dass es nur allzu gut verständlich sei, die Angst schon jetzt, in der Vorstellung zu vermeiden, und fragt dann: „In unserem Experiment gehen wir einmal davon aus, dass Sie nicht sterben/verrückt werden/sich auflösen, was denken Sie, was geschieht dann mit Ihrer Angst?" Die Therapeutin erfragt immer wieder den Verlauf der Angst und hält die Situation so konstant wie möglich. Weiterhin ist es sinnvoll, die Patienten zu fragen, was sie denken, was mit der Angst geschieht (spricht den Verstand an) und nicht, was sie glauben (spricht die Erfahrung und Emotion an).

Die Angst geht in der Vorstellung hoch und runter, schwankt z.B. zwischen 100 und 60. In diesem Fall ist eine genaue Exploration der Gründe erforderlich. Sehr wahrscheinlich vermeiden die Patienten in der Vorstellung und denken sich z.B. „irgendwann wird ja doch Hilfe kommen" oder „das Ganze ist ja nur eine Vorstellung". Im ersten Fall wird diese Möglichkeit direktiv ausgeschlossen, im zweiten Fall wird die Relevanz der Vorstellungsübung deutlich hervorgehoben. Die Motivation kann z.B. mit dem Hinweis erhöht werden, dass es durch diese Übung möglich ist, sehr viel Neues über die Angst zu erfahren.

*Angstsymptome treten auf.* Patienten bekommen während der Vorstellungsübung starke Angstsymptome. In diesem Falle ist zunächst wichtig, dass die Therapeutin dies ernst nimmt und dann versucht, die Symptomatik genau zu erfragen, und Vorschläge macht, wie es leichter sein würde weiterzumachen (z.B. kurze Pause, Fenster öffnen etc.). Dabei wirkt ein Hinweis, dass diese Reaktion häufig ist und dass es ja besonders die Gedanken sind, die Angst auslösen können, entpathologisierend.

*Die Angst lässt niemals nach.* Patienten können sich nicht vorstellen, dass die Angst jemals nachlässt. Dies tritt eher selten auf. Trotzdem gilt es generell genügend Zeit für die Vorstellungsübung zu reservieren. Es ist so möglich, weitgehend alle Befürchtungen und Eventualitäten zu besprechen. Auch ist es gut zu fragen, ob sich die Patienten vorstellen können, über 7 Stunden eine solche Angst zu haben, wie sie es bisher maximal 10 Minuten erlebt haben. Wenn dies bejaht wird, fragt die Therapeutin nach, ob dies auf Grund der Erfahrung mit der Angst bejaht wurde. Dies wird sehr wahrscheinlich der Fall sein. Die Therapeutin kann dann erfragen, ob es denn überhaupt eine andere Möglichkeit des Verlaufs gebe, die man sich denken kann, besonders in Hinsicht auf die bereits besprochene Natur der Angst. Es kommt vor, dass Patienten dann sagen, sie würden also doch sterben. In diesem Fall wird das kognitive Vermeiden (s.o) besprochen. Für Betroffene ist es nicht möglich, aus Erfahrung nachzuvollziehen, dass die Angst irgendwann von selbst nachlässt. Ansonsten wären sie gar nicht in Behandlung. Von Bedeutung ist, dass die Patienten dies rational nachvollziehen können und dass es ihnen in der Vorstellung plausibel erscheint.

*Einmal und nie wieder.* Patienten sagen, sie würden auf keinen Fall nochmals in die Situation hineingehen, weil sie eine solch große Angst gehabt haben. Es wird dann auf den Rückgang der Angst ohne die alten Vermeidungsstrategien fokussiert und erfragt, ob dies nicht eine neue Erfahrung gewesen sei. Möglicherweise bestehen aber die Patienten auf der Bedrohlichkeit und Traumatisierung durch die Situation. Es ist dann möglich zu erfragen, was ein solches Verhalten für die weitere Entwicklung der Angst bedeuten könnte. Dabei wird deutlich, dass dieses Verhalten ein altes Vermeidungsmuster ist, das ja unterbunden werden soll. Weiterhin ist es möglich, dass die Metabotschaft hinter der Weigerung lautet: „Meine Krankheit ist unheilbar, es nützt alles nichts." Dies sollte exploriert werden, und es ist dann u.U. sinnvoll, noch einmal über die Natur der Störung zu sprechen. Im Anschluss stellt sich die Frage, ob es nicht lohnend sein könnte, die neue Erfahrung in Bezug auf die Angst zu wiederholen.

*Mangelnde Plausibilität.* Die Patienten können das Erklärungsmodell nicht nachvollziehen. Möglicherweise wurde an der individuellen Problematik vorbeigearbeitet, und die Patienten denken, das Modell sei viel zu einfach für ihre subjektiv als komplex und undurchsichtig erlebte Krankheit. Es lohnt sich oft, dann einen Schritt zurückzugehen und nochmals das subjektive Erklärungsmodell zu explorieren und durch geleitetes Entdecken herauszufinden, an welcher Stelle die Patienten das Vorgehen nicht mehr nach-

vollziehen. Es ist an dieser Stelle der Therapie nicht besonders nützlich, Patienten überzeugen zu wollen, wenn diese Zweifel und Unsicherheit gegenüber dem Erklärungsmodell zeigen. Die Betroffenen sind womöglich schon in verschiedenen medizinischen und/oder psychologischen Beratungen und Praxen gewesen. Niemand hatte bisher eine Erklärung, die sich als nützlich für sie herausstellte. Wenn Patienten also den Eindruck haben, man wolle ihre Störung vereinfachen oder banalisieren, ist dies schlecht für die Therapeut-Patienten-Beziehung, die ebenfalls ein Wirkfaktor bei der Konfrontationstherapie ist. Dies sollte dann thematisiert werden, und es sollten auch Alternativvorschläge (rein kognitives Vorgehen, graduiertes Vorgehen) gemacht werden. Sind Patienten der Überzeugung, das Erklärungsmodell ginge völlig an ihnen vorbei, werden sie das wahrscheinlich schon zu einem früheren Zeitpunkt erkennen, und es ist durchaus sinnvoll, dann die Therapie als Ganzes in Frage zu stellen und Alternativen (Tiefenpsychologische Therapie oder Gesprächspsychotherapie) zu diskutieren.

*Mangelnde Motivation.* Konfrontationsübungen haben allem Anschein nach etwas Technisches und sehr Strukturiertes. Weiterhin sind sie anstrengend und kräftezehrend. Deshalb sollten die Übungen in eine Gesamtstrategie eingebettet werden, die Lebenszusammenhänge und Ziele der Patienten berücksichtigt. Reizkonfrontation ohne Einbindung in eine übergeordnete Gesamtstrategie bleibt Stückwerk, und die Patienten erkennen möglicherweise nicht den Nutzen, den es ihnen bringen kann, sondern sehen ausschließlich die Kosten. Wenn Patienten das Vorgehen nicht überzeugend finden, ist das ihr gutes Recht, und sie haben ebenso das Recht ihre Angst zu behalten. Überzeugend sollte die Qualität und Plausibilität des Vorgehens sein, periphere Persuation scheint hier – besonders langfristig und unter dem Kosten-Nutzen-Aspekt – wenig sinnvoll. Für eine Kosten-Nutzen-Abwägung wird ein Vier-Felder-Schema erarbeitet, in dem Vor- und Nachteile der Therapie den Vor- und Nachteilen eines Beibehaltens der Störung gegenübergestellt werden. Weiterhin ist es möglich, die Störung nochmals genau vor ihrem funktionalen Hintergrund (z. B. Plananalyse) zu diskutieren.

## 5.3 Konfrontationsübungen bei Panikstörung

Im Folgenden wird an einem Fallbeispiel das Vorgehen im Konfrontationsteil der Therapie beschrieben und auf Schwierigkeiten eingegangen, die sich dabei ergeben können.

### 5.3.1 Symptomatik

Frau M. klagt über häufig wiederkehrende Angstanfälle, die mit starken körperlichen Symptomen, wie Herzrasen, Verkrampfungsgefühl in der Herzgegend, Schweißausbruch, Schwindel, starker innerer Unruhe und der Angst, verrückt zu werden, einhergehen. Diese Ängste treten ohne einen Bezug zu externen Reizen auf. Meistens treten die Panikanfälle auf, wenn Frau M. subjektiv das Gefühl hat, überanstrengt zu sein oder der Gesamtkontext der Situation für sie emotional belastend ist, und weiterhin, wenn sie das Gefühl hat, eigentlich entspannt sein zu müssen.

Die Patientin beschreibt ihre Panik und ihre Interpretation der Panik folgendermaßen: „Etwas stimmt nicht mit mir, etwas Unbenennbares ist bedrohlich und nicht kontrollier-

bar. Wenn das nicht bald aufhört, werde ich verrückt. Das Unbestimmte und Unbenennbare bzw. scheinbar Grundlose der Angst steigerte sie zusätzlich, so dass ich in vielen Paniksituationen versuchte, einen aktuellen Bezug herzustellen bzw. einen Grund innerhalb von mir zu finden. Besonders beunruhigt bzw. panisch war ich, wenn ich meinte, allen Grund zu haben, entspannt zu sein oder mich entspannen zu müssen, und das nicht funktionierte. Die Wiederholung der Panikattacken löste Zweifel an mir selbst, an meinem Leben aus. Ich hielt mich für nicht mehr belastbar."

Für die Planung von Konfrontationsübungen lassen sich aus der Beschreibung folgende Schlüsse ziehen:

- *Auslösende Reize/Situationen:* das Gefühl der Überanstrengung; das Gefühl, Belastungen nicht gewachsen zu sein; der Gedanke, entspannt sein zu müssen
- *Angstsymptome:* Herzrasen, Schwitzen, innere Unruhe, Verkrampfungsgefühl in der Herzgegend
- *Befürchtungen:* Kontrollverlust, verrückt zu werden

## 5.3.2 Praktische Durchführung der Reizkonfrontation

Die Konfrontationsübungen wurden so gestaltet, dass Angstsymptome provoziert wurden und diese mit den Gefühlen des Kontrollverlusts, dem Gefühl der Belastung und dem Gefühl, entspannt zu sein, also den angstauslösenden Reizen, gekoppelt waren. Das Ziel war, die Angst vor den körperlichen Symptomen, die mit der Angst verbunden sind, zu reduzieren. Das Bedrohliche, das Unbenennbare sollte seine Bedrohlichkeit verlieren und benennbar werden. Die Metabotschaft der Konfrontationsübung lautete: „Angst ist nicht gefährlich." Auf die Vorteile von massierter Reizkonfrontation gegenüber anderen Expositionsmethoden wurde schon in vielen Beiträgen eingegangen, weshalb hier darauf verzichtet wird (siehe z. B. Fiegenbaum, 1988; Fiegenbaum & Tuschen, 1999).

### 5.3.2.1 Übungsbeispiel A

Der als erster Schritt von Margraf und Schneider (1989,1998) eingeführte und dort ausführlich beschriebene Hyperventilationstest wurde nicht als Verhaltensexperiment, sondern als Reizkonfrontation mit der Instruktion: „Wir werden jetzt eine Übung machen, in der Sie sich mit denen von ihnen gefürchteten Symptomen auseinandersetzen" durchgeführt. Nachdem Frau M. hyperventilierte, wurde sie aufgefordert, 20 Kniebeugen zu machen. Anschließend setzte sie sich auf einen Drehstuhl und wurde für eine Minute im Sitzen um die eigene Achse gedreht. Es folgte eine weitere Hyperventilation, nochmals 20 Kniebeugen und eine weitere Minute Drehschwindel.

Frau M. beschrieb folgende Symptome: schnellerer Herzschlag, Schwindel, leichte Übelkeit, leichte Erschöpfung.

Sie erlebte die Übung folgendermaßen: „Ich interpretierte die Symptome als Folge der körperlichen Anstrengung bzw. es waren normale, gewohnte Reaktionen, deren Verlauf ich kenne und von denen ich weiß, dass sie nach einer Weile wieder verschwinden. Nichts daran war bedrohlich."

Die Patientin erlebte die körperlichen Symptome der Panik, es kam allerdings nicht zu einer Panikattacke. Dies wurde zum Anlass genommen, die Rolle der Attribution von Körpersymptomen anhand des Diathese-Stress-Modells und des Teufelskreises erneut zu besprechen und stellte einen Ansatz zum kognitiven Reattribuieren dar. Im dargestellten Fall musste die Patientin nach der therapeutischen Sitzung zur Arbeit. Sie fühlte sich übel und wenig belastbar. Es kam dort trotzdem nicht zu einem Panikanfall, weil, so die Patientin, „mir klar war, warum es mir so geht". Die Übung war insgesamt erfolgreich. Die Patientin machte neue Erfahrungen in Bezug auf das Gefühl der Belastung und damit verbundenen körperlichen Symptomen. Diese Erfahrungen wurden mit kognitiven Methoden therapeutisch nutzbar gemacht.

#### 5.3.2.2 Übungsbeispiel B

Die Patientin berichtete über einen Opernbesuch, bei dem sie einen Angstanfall bekommen habe. Dies sei nicht aus Gründen, die im Zusammenhang mit einer agoraphobischen Symptomatik standen (bedrohliche Außenreize), geschehen, sondern durch innere Auslöser (Palpitationen), die dann durch die Bewertung als „schrecklich, das ist bedrohlich" perpetuiert wurden und sich bis zum Panikanfall hochschaukelten. Die Patientin überstand die Situation mit ihren typischen Vermeidungsstrategien (beruhigen und über die Zeit retten). Die Palpitationen brachte sie subjektiv in Zusammenhang mit der „disharmonischen und unbekannten Musik".

Die Übung war so aufgebaut, dass sich im Therapieraum, für die Patientin nicht sichtbar, ein CD-Spieler mit Verstärker befand. Während der Therapiesitzung ging die Therapeutin zu einer Stehlampe mit dem Vorwand, „das Licht etwas zu dimmen". Sie stellte den CD-Player an, in dem sich eine CD mit moderner klassischer Musik befand. Das Gerät war sehr laut gestellt. Unmittelbar danach beschrieb die Patientin folgende Symptome: Unwohlsein, innere Unruhe, Herzklopfen, schwitzende Hände.

Sie interpretierte diese Symptome als Angst, sah jedoch keinen Grund, vor Musik Angst zu haben. Sie beschrieb die Musik als fremdartig und disharmonisch, äußerte aber zugleich die Überzeugung, dass dies kein Grund sei Angst zu haben. Die Diskrepanz zwischen ihrem kognitiven Schema und der körperlichen Erregung ließ die Patientin in den Teufelskreis einsteigen. Die Patientin gewöhnte sich nach einer Weile (ca. 20 Minuten) an die Musik und die Angst nahm ab. Die Therapeutin stellte während der Übung folgende Fragen: „Wie stark ist die Angst auf einer Skala von 0 bis 100? Was, denken Sie, wird geschehen? Wie sicher sind Sie, dass die Befürchtung eintritt? Was denken Sie? Was fühlen Sie? Welche Symptome spüren Sie?"

Diese Fragen werden in einem der Übung angemessenen Abstand wiederholt. Die Patientin hat so die Möglichkeit, die Angst über die Zeit differenziert wahrzunehmen, und lernt gleichzeitig das Vorgehen der Therapeutin, deren Part sie später bei Konfrontationsübungen im Selbstmanagement mit übernehmen soll. Weiterhin ist es sehr wichtig, die Patienten in den Übungen zu verstärken, und zwar für das Aushalten der Angst, nicht für das Nachlassen! Das Nachlassen wird in Beziehung zum Gedankenexperiment gesetzt und als erleichternd erlebt; es sollte nicht verstärkt werden, da dies zur Vermeidung führen kann. Das Verhindern von Vermeidung ist eine weitere Aufgabe der Therapeutin während der Übung. Die Einzelheiten darüber, wie weit sie dabei gehen darf (z. B. die

Patientin mit Körpereinsatz in der Situation halten), werden vor den Übungen genau besprochen und vereinbart.

In der zweiten Phase dieser Übung wurde die Patientin instruiert, sich zu entspannen. Mit Hilfe von Anweisungen zur Tiefenentspannung begann die Therapeutin, eine Entspannung zu induzieren. Obwohl die Angst der Patientin jetzt schon recht weit nach unten gegangen war, konnte sie sich überhaupt nicht entspannen. Dies ließ die Angst wieder ansteigen. Die Therapeutin forcierte dies noch, indem sie der Patientin deren Befürchtungen laut vorsagte („Es könnte sein, dass wirklich etwas nicht mit Ihnen stimmt.", „Wenn Sie jetzt schon wieder nicht entspannen können, obwohl die Situation nichts Bedrohliches hat, und Ihr Herz wie toll schlägt, werden Sie vielleicht tatsächlich verrückt."). Nach einer Weile (ca. 10 Minuten) sagte die Patientin dann, sie sehe jetzt auch gar keinen Sinn sich zu entspannen, und gleich darauf fiel die Angst wieder auf ein sehr erträgliches Maß zurück, und die Übung konnte beendet werden. Im Nachgespräch wurde dann die Angst, verrückt zu werden, und das Problem der Entspannung thematisiert. Als Hausaufgabe nahm die Patientin die CD mit und hörte sie jeden Tag am Abend, wenn sie im Bett lag, an (dies war die Zeit häufiger Angstanfälle).

## 5.3.3 Schwierigkeiten bei den Übungen

### 5.3.3.1 Schwierigkeiten bei Übung 1

*„Hoffentlich bekomme ich Angst."* Die Patientin sagte sich: „Jetzt muss ich gleich Angst bekommen, sonst ist die Übung nicht erfolgreich. Was ist, wenn ich keine Angst bekomme?" Durch die Mitteilung der Therapeutin, es komme nicht darauf an, Angst zu bekommen, sondern es gehe darum, die Symptome zu erzeugen, die normalerweise Angst machen, löste sich das Gefühl, unter Druck zu stehen. Weiterhin wurde der Patientin vermittelt, es gehe nicht darum etwas falsch oder richtig zu machen, es könne sein, dass gar keine Angst auftritt, die Patientin solle dann trotzdem weitermachen.

*„Es passiert nichts, was mache ich falsch?"* Die Therapeutin sagte, dass es ganz normal sei, dass die Angst jetzt nicht hochgehe, und fokussierte die Wahrnehmungen auf die körperlichen Empfindungen. Die Patientin berichtete nach der Übung, sie habe gedacht, „was soll das alles, na ja, die weiß schon, was sie tut". Es wird deutlich, dass eine stabile Therapeut-Patienten-Beziehung bei Konfrontationsübungen wichtig ist (Margraf & Schneider, 1992). Patienten geben immer ein Stück Verantwortung während einer solchen Therapie ab, das darf aber auf keinen Fall zur Entmündigung führen. Selbst wenn die Patientin im Augenblick größter Angst aus der Situation fliehen will, sollte sie lediglich über mögliche negative Konsequenzen informiert werden (Hand, 2001), ihr aber unbedingt die Freiheit gewährt werden, dies zu tun. In der Nachbesprechung kann dies aufgearbeitet werden.

Besteht aber, anders als beim vorliegenden Fall, kein Zusammenhang zu kognitiven Prozessen wie Neubewertung, Reattribution etc., ist Folgendes möglich: Es kann sein, dass die Patientin irgendwie doch vermeidet (über die Zeit retten, unbekannte Sicherheitssignale, ablenken). Dies wird überprüft, indem eine detaillierte Nachbesprechung erfolgt („Gab es irgendetwas, was Ihnen die Situation erleichtert hat?"). Eine andere Möglichkeit besteht darin, dass die Patientin vor der Übung viel mehr Angst hatte als in der Übung (Dissonanzerfahrung) oder dass die Übung wirklich zu einfach war.

### 5.3.3.2 Schwierigkeiten bei Übung 2

*„Was soll dieser Unsinn?"* Es kommt vor, dass Patienten die ihnen vorgeschlagene Konfrontationsübung als lebensfern, unsinnig oder abwegig bezeichnen. Eine typische Beschwerde lautet: „Im wirklichen Leben mache ich das ja auch nicht, also was soll das?" Es wird dann hervorgehoben, dass es nicht um die Situation oder den Ort geht, an dem die Übung stattfindet, sondern darum, dass die Angst wirklich steigt und die Körpersymptome auch wirklich wahrgenommen werden. Weiterhin kann die Therapeutin Patienten darauf aufmerksam machen, dass sie im Augenblick kognitiv vermeiden, da sie sich eben nicht mit ihrer Angst, sondern der Situation beschäftigen. Im Beispiel intervenierte die Therapeutin so: „Es geht jetzt nicht darum, ob die Musik schön oder nervtötend ist. Sie müssen diese Musik nach der Therapie nicht mehr hören. Es geht darum, sich mit den Angstsymptomen zu konfrontieren, aber im Augenblick machen Sie genau das Gegenteil, Sie lenken sich ab." Außerdem: „Wenn Sie nach erfolgreicher Therapie entscheiden, diese Musik erneut zu hören, oder eben nicht mehr, dann ist diese Entscheidung eine angstfreie."

*„Ich werde verrückt."* Diese Befürchtung wurde von der Therapeutin ernst genommen. Sie erfragte, wie hoch die Wahrscheinlichkeit sei. Sie fragte weiter, was im Falle des „Verrücktseins", des „Kontrollverlusts" etc. mit der Angst geschehen würde. Die Patientin beschrieb eine Rückläufigkeit der Angst, die sie sich in diesem Moment erhoffte. So konnten diese Befürchtungen als kognitive Vermeidungen interpretiert werden.

Es wäre nicht günstig gewesen, beruhigend auf die Patientin einzuwirken. Die Patientin hätte sich dann möglicherweise nicht ernst genommen gefühlt oder hätte die beruhigende Versicherung als Sicherheitssignal benutzt. Nach der Übung wurde genau exploriert, was „verrückt werden" bedeutet. Dabei wurden kognitive Methoden, insbesondere das geleitete Entdecken, eingesetzt. In den meisten Fällen haben Patienten nur diffuse Vorstellungen über das „Verrücktwerden", häufig endet genau an diesem Punkt die Vorstellung der Patienten. Durch weiteres Explorieren wurde erfragt, was genau geschehen würde, ob z. B. eine Einlieferung in ein Krankenhaus erfolgen würde, ob Medikamente verabreicht würden etc. Die Phantasie von Frau M. ging jedoch nicht so weit. Die Befürchtung, verrückt zu werden bedeutet oft Angst zu haben, laut loszuschreien, nicht mehr ruhig gehen zu können, laufen zu müssen, andere Menschen um Hilfe anzuflehen u. Ä. Nachdem die Patientin dies erkannte, kam es zu einer Relativierung der Bedrohlichkeit von Verrücktheit. Dies ist auch bei Befürchtungen wie „Kontrolle verlieren", „Durchdrehen", „einen Herz- oder Schlaganfall bekommen" möglich.

*„Ich muss entspannen."* Die Patientin erlebte die Musik als ungewöhnlich laut und bedrohlich. Zumindest was die Lautstärke betraf, war dies nicht nur eine durch Angst gefärbte Wahrnehmung der Patientin. Die Musik hatte nichts Behagliches, Harmonisches oder gar Entspannendes. Die Therapeutin fragte: „Ist es denn überhaupt möglich, dass man sich bei solcher Musik entspannen kann? Fordert diese Musik nicht gerade unsere Aufmerksamkeit und Konzentration?" Der Patientin fielen sofort weitere Situationen ein, in denen sie entspannen wollte und die äußeren Umstände ebensowenig dazu gepasst haben. Sie erkannte, dass sie sich selbst unter Druck setzte und diesem Druck dann nicht mehr standhalten konnte. Sie wurde dann unsicher, achtete vermehrt auf ihren Körper und stieg so in den Teufelskreis der Angst ein. Als sie sich während der Übung sagte, dass es jetzt keinen Sinn mehr mache, sich zu entspannen, ließ die Angst sofort nach.

*„Ich weiß schon, was auf mich zukommt, ich habe jetzt schon Angst."* Um zu vermeiden, dass die Erwartungsangst übermäßig wird, wurde die Konfrontationsübung ohne Ankündigung durchgeführt. Bei der Vorbesprechung, nach Ableiten des therapeutischen Rationals, wies die Therapeutin darauf hin, dass man an Erwartungsangst nicht habituieren kann und es deshalb sinnvoll sei, wenn die Patientin nicht wisse, wann eine Übung stattfindet. Dies hat noch eine weitere Implikation. Hätte die Patientin schon vor der Sitzung gewusst, was auf sie zukommt, hätte sie zu ihrer Erwartungsangst auch noch die Möglichkeit wahrgenommen, sich „innerlich vorzubereiten", was nichts anderes bedeutet, als kognitiv zu vermeiden. In der Praxis ist es schwierig, gänzlich ohne Erwartungsangst zu arbeiten, das ist oft schon aus organisatorischen Gründen nicht möglich. Das Ausmaß der Erwartungsangst sollte so gering wie möglich gehalten werden, doch die Patienten dürfen nicht überrumpelt werden. Aus diesem Grund sind klare Absprachen vorher notwendig, vielleicht sogar in schriftlicher Form. Wenn Patienten fragen, was sie gegen Erwartungsangst tun können, kann man ihnen erklären, dass die Erwartungsangst durch wiederholtes Üben nachlässt.

*„Ich will hier raus."* Es wurde schon betont, dass es wichtig ist, klare Absprachen zu vereinbaren und diese auch während den Übungen zu berücksichtigen. Deshalb ist immer im Einzelfall zu entscheiden, welches die beste Lösung ist. Als sinnvoll hat sich erwiesen, Patienten ihren Wunsch, die Situation zu verlassen, als Vermeideverhalten zu erklären, so dass die Betroffenen erkennen, dass ein Verlassen der Situation in Bezug auf die Angst nichts ändert. Es wäre das soundsovielte Mal, dass eine Situation abgebrochen wurde, und genau das führt zur Aufrechterhaltung. Die Übung wird unterbrochen, und mit Hilfe einer Angstkurve für diese spezielle Situation können die Patienen neu entscheiden.

### 5.3.4 Weiteres Vorgehen und Schlussfolgerungen

Die Übungen wurden danach im Selbstmanagement durchgeführt. Dies trägt im Wesentlichen zur Stabilisierung der Erfolge bei. Der letzte Schritt in der Therapie stellt dann die Rückfallprophylaxe dar, die Margraf und Schneider schon an anderer Stelle ausführlich beschrieben haben (Margraf & Schneider, 1989, 1998) und worauf in diesem Beitrag nicht mehr näher eingegangen wird.

Nach Übung B hörte die Patientin die CD eine Woche lang jeden Abend und berichtete über wenig Erwartungsangst auf Grund der positiven Erfahrung während der Konfrontationsübung. Auch während des Hörens stieg die Angst nicht mehr an und die Patientin berichtete: „Ich konnte einen Zusammenhang zwischen Musik, Hintergrund und Libretto herstellen. Diese Übung fand ich nachhaltig sehr beeindruckend, da sich mir eine andere Rezeption der Musik erschloss."

An dieser Aussage lässt sich erkennen, dass eine Konfrontationsübung durchaus mehr sein kann, als ein bloß technischer Vorgang bei dem ein Vermeideverhalten unterbunden wird. Die Musik hatte nicht nur, genau wie das Herzrasen, ihre Bedrohlichkeit verloren, sie wurde in der Erlebniswelt der Patientin unter neuen Gesichtspunkten (nicht angstbezogenen) erfahren.

Zum Abschluss der Therapie wurde die Patientin von der Therapeutin über Ablauf der Therapie, Erfolge und Schwierigkeiten befragt. Die wichtigsten Punkte waren:

1. Die Erwartungen bezüglich körperlicher Veränderungen haben sich durch die Erklärung der Natur der Angst und des Teufelskreises zu Beginn der Therapie schon verändert.
2. Die Patientin sagte, durch die Übungen habe sie erkannt, dass es ihr nicht immer gut gehen müsse, sie nicht immer die Kontrolle haben müsse.

Die Patientin berichtete: „Vor der Therapie war der Alltag bestimmt von Panikanfällen. Jetzt ist die Angst vor den Panikanfällen weg, nicht die Anfälle selbst, die in milder Form (meist nur kognitiv) noch auftreten. Wenn jetzt das Herz schneller schlägt, ist das nicht mehr bedrohlich. Ich hatte Angst vor Hasen; ich dachte, sie seien eine Gefahr, sie seien bedrohlich. Durch die Übungen und Gespräche habe ich den Zusammenhang zwischen körperlichen Symptomen und Angst erkannt. Erst durch den Umgang mit Hasen habe ich gelernt, dass sie gar nicht bedrohlich sind. Ich kann auftretende körperliche Veränderungen jetzt besser zuschreiben, aber ich muss nicht mal alles zuschreiben können. Es gibt schon eine Ursache dafür, aber selbst wenn ich sie nicht kenne, es ist trotzdem nicht gefährlich."

Es wird durch die Aussagen der Patientin deutlich, dass es nicht nur das Wissen um die Zusammenhänge der Angst mit körperlichen Symptomen, Gedanken etc. war, was zur Verbesserung der Symptomatik führte. Die Reizkonfrontationsübungen trugen wesentlich zum Therapieerfolg bei. Dies ist die eigentliche Aufgabe der Reizkonfrontation als Baustein einer Kognitiven Verhaltenstherapie bei Ängsten: den Patienten durch neue Erfahrungen zu ermöglichen, einen neuen Umgang mit ihrer Angst zu erlernen.

## 6 Varianten und Kontraindikationen

Im vorliegenden Beitrag wurde im Wesentlichen auf die Konfrontation mit interozeptiven Reizen eingegangen. Diese Technik wird im Rahmen einer Therapie der Panikstörung durch kognitive Verfahren wie z.B. kognitives Umstrukturieren, Erkennen dysfunktionaler Gedanken, Analysieren fehlerhafter Logik, Hypothesen überprüfen, Explorieren von Alternativen und Selbstinstruktion ergänzt (Clark & Salkovskis, 1986). Steht bei Patienten die Angst vor Hyperventilation im Vordergrund, kann mit Atemtraining (Zwerchfellatmung) gearbeitet werden (Craske et al., 1997). Eine weitere Alternative sind Verhaltensexperimente, die dazu dienen, die Fehlinterpretationen der Patienten und die während der Therapie erarbeiteten neuen Erklärungsalternativen auf ihren Wahrheitsgehalt zu überprüfen (Margraf & Schneider, 2000). Weitere Varianten sind Exposition in sensu (massiert oder graduiert), die Durchführung von systematischer Desensibilisierung oder verdecktes Konditionieren. Die Expositionsübungen richten sich zum einen nach den befürchteten körperlichen Symptomen und zum anderen nach den Auslösereizen. Die einzelnen Situationen werden von den Therapeuten geplant und mit den Patienten aufgesucht. Um beispielsweise eine Belastungssituation herzustellen, kann man Patienten verschiedene Aufträge innerhalb einer bestimmten (knappen) Zeit geben, man kann sie dazu vorher ein oder zwei Tassen Kaffee trinken lassen. Um eine Auseinandersetzung mit emotionalen Auslösern von Panikanfällen zu ermöglichen, ist es möglich, Konflikte im Rollenspiel nachzuspielen. Margraf und Schneider beschreiben in ihrem Manual (1989) ausführlich eine Vorstellungsübung. Es liegt in der Bereitschaft und Kreativität der Therapeuten, Übungssituationen so zu gestalten, dass sie alltagsnah, schwierig, verantwortbar und für die Gesamttherapie nützlich sind.

Grundsätzlich gegen eine Reizkonfrontation spricht das Vorliegen von psychotischen Symptomen, einer Psychose in der Vorgeschichte und Erkrankungen des Herz-Kreislaufsystems. Hand (2000) weist darauf hin, dass Expositionsbehandlungen nicht „reflexartig" ohne Einbettung in eine therapeutische Gesamtstrategie angewandt werden sollen. Ebenso sollte nicht über sehr kurze Zeitintervalle konfrontiert werden. Mangelnde Motivation der Patienten ist ebenfalls ein Auschlusskriterium.

## 7 Wirkweise und empirische Überprüfung

Aus lerntheoretischer Sicht sind Habituation und Extinktion (Marks, 1987) die Wirkfaktoren bei konfrontativen Verfahren. Eine erweiterte Erklärung der Wirkweise postulierten Foa und Kozak (1986). Die Wirkung der Konfrontationsübungen wird über eine Modifikation semantischer Netzwerke, in denen phobische Objekte und Furchtreaktion repräsentiert sind, erklärt. Durch physiologische Habituation während der Konfrontation wird die Assoziation zwischen Auslösereiz und Reaktion gelockert. Dadurch wird eine neue Bewertung der gefürchteten Situation ermöglicht und in das kognitive Netzwerk integriert (z. B. die Symptone haben nicht dazu geführt, dass ich verrückt geworden bin, also sind sie weniger gefährlich, als ich dachte). Durch die Neubewertung werden die Reaktionen während der nächsten Konfrontationsübung weniger stark ausfallen und bei weiteren Übungen schließlich ganz rückläufig (Habituation zwischen den Sitzungen). Folgende Mechanismen spielen dabei eine Rolle:

1. Es entstehen neue Repräsentationen, die mit den alten koexistieren, diese aber überlagern.
2. Gleichzeitige Zerstörung einer aktuellen Repräsentation und Aufbau einer neuen.
3. Die Remodellierung einer alten Repräsentation in eine mehr adaptive.

Die Effektivität von Konfrontationsverfahren in der Therapie von Angststörungen ist, wie in Abschnitt 4 schon beschrieben, durch systematische Forschung belegt, weshalb an dieser Stelle auf zwei Punkte eingegangen werden soll, die in den Untersuchungen zur Effektivität der Behandlungen immer wieder diskutiert werden. Zum einen der Frage, ob eine konfrontative Behandlung einer kognitiven Behandlung, die ohne Exposition auskommt, überlegen ist und zum anderen, ob eine medikamentöse Behandlung den Erfolg einer kognitiven Verhaltenstherapie verbessern kann.

Margraf und Schneider (in Clark, 1999) berichteten die größten Erfolge bei einer Kombination von kognitiven und konfrontativen Methoden (91 % der Patienten waren ohne Panikanfälle), gefolgt von einem rein kognitiven Vorgehen (71 %) und einer ausschließlich konfrontativen Behandlung (53 %). Dieses Ergebnis wurde in einer neueren Untersuchung (Arntz, 2002) nicht bestätigt. Kognitive und konfrontative Behandlung waren gleichermaßen erfolgreich (auch beim 6-Monate-Follow-up). Die Veränderungsprozesse scheinen jedoch verschieden zu sein. Wohingegen die Patienten während einer kognitiven Therapie mehr zu Experten ihrer Störung werden (wissenschaftliches Denken), verläuft die Veränderung während einer Expositionstherapie mehr nach dem Trial-and-Error-Prinzip. Aus diesem Grund erscheint eine Kombination sinnvoll. Weiterhin war die rein konfrontative Behandlung für die Patienten weniger akzeptabel, es gab mehr Abbrüche. Eine Integration beider Methoden führte dagegen zu höherer Akzeptanz (Barlow & Craske, 1994) und auch nach einem Zeitraum von 24 Monaten zu stabilen Erfol-

gen (Craske et al., 1991). Für die Integration beider Ansätze spricht außerdem, dass die Patienten während der Expositionstherapie mehr „Handwerkszeug" als bei einem ausschließlich kognitiven Vorgehen haben und so praktische Erfahrung mit theoretischem Wissen kombinieren können (Arntz, 2002).

Bei der Pharmakotherapie von Panikstörungen kommen Benzodiazepine und Antidepressiva, in den letzten Jahren vermehrt Serotonin-Wiederaufnahmehemmer (SSRI) zum Einsatz. Verschiedene Studien (Barlow 1992; Margraf et al., 1993) berichten dagegen über signifikante Verbesserungen nach einer kognitiven Verhaltenstherapie mit Expositionsübungen. Mindestens 80% der Patienten waren auch zwei Jahre nach der Behandlung ohne Panikanfälle. Die generelle Ängstlichkeit, das Vermeideverhalten und die für Panikpatienten typischen Kognitionen gingen ebenfalls signifikant zurück. Die Autoren folgern, dass kognitive Verhaltenstherapie mit Expositionsbehandlung die Methode der Wahl bei der Behandlung von Panikstörungen ist. Marks et al. (1993) fanden sogar einen signifikant höheren Langzeiterfolg von Expositionsbehandlung plus Placebo gegenüber einer Kombination aus Pharmakotherapie (Alprazolam) und Expositionsbehandlung bei Panikstörung mit Agoraphobie. Für eine Behandlung ohne Medikamente spricht vor allem die Gefahr einer Abhängigkeit von Benzodiazepinen. Weiterhin kann es besonders nach Absetzen der Medikation zu Rückfällen kommen, wobei sich eine Kombination von kognitiver Verhaltenstherapie und Benzodiazepinen günstiger auf das agoraphobische Vermeideverhalten als auf Panikanfälle auswirkt (Spiegel & Bruce, 1996). Auch neuere Studien (Loerch, Graf-Morgenstern, Hautzinger, Schlegel, Hain, Sandmann & Benkert, 1999; Barlow, Gorman, Shear & Woods, 2000; Fava, Rafanelli, Grandi, Conti, Ruini, Mangelli & Belluardo, 2001) berichteten über dauerhafte Erfolge von Expositionsbehandlung und kognitiver Therapie, die einer rein pharmakologischen Behandlung oder einer Kombination aus Psycho- und Pharmakotherapie vergleichbar oder überlegen sind.

## Literatur


Andrews, G., Stewart, G., Allen, R. & Henderson, A. S. (1990). The genetics of six neurotic disorders: a twin study. *Journal of Affective Disorders, 19 (1)*, 23-29.

Argyle, N. (1988). The nature of cognitions in panic disorder. *Behavior Research and Therapy, 26*, 261-264.

Arntz, A. & van den Hout, M. (1996). Psychological Treatments of panic disorder without agoraphobia: cognitive therapy versus applied relaxation. *Behavior Research and Therapy 34*. 11-21.

Arntz, A. (2002). Cognitive therapy versus interoceptive exposure as treatmenbt of panic disorder without agoraphobia. *Behavior Research and Therapy, 40*, 325-341.

Barlow, D. H. (1988). *Anxiety and ist Disorders: The nature and treatment of anxiety disorders*. New York: Guilford press.

Barlow, D. H. (1990). Long-Term Outcome for Patients With Panic Disorder Treated With Cognitive Therapy. *Journal of Clinical Psychiatry, 51(12, suppl A)*,17-23.

Barlow, D. H. (1992). Cognitive-behavioral approaches to panic disorder and social phobia. *Bulletin of the Menninger Clinic, 56 (2, suppl. A)*, A14-A28.

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(19)*, 2529-2536.

Barlow, D. H., Vermilyea, J., Blanchard, E. B., Vermilyea, B. B., DiNardo, P. A. & Cerny, J. A. (1985). The phenomenon of panic. *Journal of Abnormal Psychology, 94*, 320-328.

Beck, T. A. & Emery, G. (1985). *Anxiety Disorders and Phobias: A Cognitive perspective*. New York: Basia Books.

Bouton, M. E., Mineka, S. & Barlow, D. H. (2001). A modern learning theory perspective on the etiology of panic disorder. *Psychological Review, 108 (1)*, 4-32.

Brown, T. A. & Barlow, D. H. (1995). Long-term outcome in cognitive-behavioral treatment of panic disorder: Clinical predictors and alternative strategies for assessment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 63 (5)*, 754-65.

Clark, D. M. (1986). A cognitive approach to panic. *Behavior Research and Therapy, 24*, 461-470.

Clark, D. M., Salkovskis, P. M., Gelder, M., Koehler, C., Martin, M., Anastasiades, P., Hackmann, A., Middelton, H. & Jeavons, A. (1988). Tests of a cognitive Theory of Panic. In I. Hand & H.-U. Wittchen (Eds.), *Panic and Phobias: Treatments and Variables Affecting Course and Outcome*. (pp. 149-158). Berlin: Springer.

Clark, D. M., Salkovskis, P. M., Hackmann, A., Wells, A., Ludgate, J. & Gelder, M. (1999). Brief Cognitive Therapy for Panic Disorder: A Randomized Controlled Trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 67 (4)*, 583-589.

Clark, D. M., Salkovskis, P. M., Ost, L. G., Breitholtz, E., Koehler, K. A., Westling, B. E., Jeavons, A. & Gelder, M. (1997). Misinterpretation of body sensations in panic disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 65 (2)*, 203-213.

Clark, D. M. (1999). Anxiety disorders: why they persist and how to treat them. *Behavior Research and Therapy*, 37 (Suppl. 1), 5-27.

Cox, B. J., Swinson, R. P., Endler, N. S. & Norton, G. R. (1994). The Symptom Structure of Panic Attacks. *Comprehensive Psychiatry, 35 (5)*, 349-353.

Craske, M. G., Brown, T.A. & Barlow, D. H. (1991). Behavioral Treatment of panic disorder: A two-year follow up. *Behavior Therapy, 22*, 289-304.

Craske, M. G., DeCola, J. P., Sachs, A. D. & Pontillo, D. C. (2003). Panic control treatment for agoraphobia. *Journal of Anxiety Disorders, 17 (3)*, 321-333.

Craske, M. G., Poulton, R., Tsao, J. C. I. & Plotkin, D. (2001). Paths to panic disorder/agoraphobia: An exploratory analysis from age 3 to 21 in an unselected birth cohort. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 40 (5)*, 556-563.

Eaton, W. W., Kessler, R. C., Wittchen, H.-U. & Magee, W. J. (1994). Panic and panic disorder in the United States. *American Journal of Psychiatry, 151 (3)*, 413-420.

Ehlers, A., Margraf, J. & Chambless, D. (1993). *Fragebogen zu körperbezogenen Ängsten, Kognitionen und Vermeidung (AKV)*. Weinheim, Göttingen: Beltz Test.

Fava, G. A., Rafanelli, C., Grandi, S., Conti, S., Ruini, C., Mangelli, L. & Belluardo, P. (2001). Long-term outcome of panic disorder with agoraphobia treated by exposure. *Psychological Medicine, 31 (5)*, 891-898.

Fiegenbaum, W. & Tuschen-Caffier, B. (1999). Rezkonfrontation. In J. Magraf (Hrsg.), *Lehrbuch der Verhaltenstherapie, Bd. 1* (S. 413-427). Berlin, Heidelberg: Springer.

Foa, E. B. & Kozak, M. J. (1986). Emotional processing of fear: Exposure to corrective information. *Psychological Bulletin, 99*, 20-35.

Frank, M. & Fiegenbaum, W. (2000). Wer kommt, wer geht, wer profitiert? Wirkfaktoren der kognitiven Vorbereitung auf eine massierte Konfrontationstherapie bei Angstpatienten. *Psychotherapie im Dialog, 3*, 61-66.

Goodwin, R. D. (2003). The prevalence of panic attacks in the United States: 1980 to 1995. *Journal of Clinical Epidemiology, 56 (9)*, 914-916.

Goodwin, R. D. & Hamilton, S. P. (2001). Panic attacks as a marker of core psychopathological processes. *Psychopathology, 34*, 278-288.

Goodwin, R. D., Lieb, R., Höfler, M., Pfister, H., Bittner, A., Beesdo, K. & Wittchen, H.-U. (in press). Panic attack as a risk factor for severe psychopathology. *American Journal of Psychiatry.*

Hand, I. (2000). Reizkonfrontation. In M. Linden & M. Hautzinger (Hrsg.), *Verhaltenstherapie, Techniken und Methoden* (S. 164-174). Berlin, New York: Springer.

Hand, I. & Wittchen, H.-U. (1986). *Panic and phobias – Empirical evidence of theoretical models and longterm effects of behavioral treatments.* Berlin, Heidelberg, New York, Tokyo: Springer.

Hand, I. & Wittchen, H.-U. (Eds.). (1988). *Panic and Phobias 2. Treatments and variables affecting course and outcome.* Berlin, Heidelberg, New York, Tokyo: Springer.

Isensee, B., Wittchen, H.-U., Stein, M. B., Höfler, M. & Lieb, R. (2003). Smoking increases the risk of panic. Findings from a prospektive community study. *Archives of General Psychiatry, 60 (7),* 692-700.

Jacobi, F., Wittchen, H.-U., Hölting, C., Höfler, M., Pfister, H., Müller, N. & Lieb, R. (2004). Prevalence, comorbidity and correlates of mental disorders in the general population: Results from the German Health Interview and Examination Survey (GHS). *Psychological Medicine, 34,* in press.

Kessler, R. C., Davis, C. G. & Kendler, K. S. (1997). Childhood adversity and adult psychiatric disorder in the US National Comorbidity Survey. *Psychological Medicine, 27,* 1101-1119.

Kenardy, J., Evans, L. & Oei, T. P. S. (1992). The latent structure of anxiety symptoms in anxiety disorders. *American Journal of Psychiatry 149,* 1058-1061.

Ley, R. (1992). The Many Faces Of Pan: Psychological And Physiological Differences Among Three Types Of Panic Attacks. *Behavior Research and Therapy, 30 (4),* 347-357.

Loerch, B., Graf-Morgenstern, M., Hautzinger, M., Schlegel, S., Hain, C., Sandmann, J. & Benkert, O. (1999). Randomised placebo-controlled trial of moclobemide, cognitive-behavioural therapy and their combination in panic disorder with agoraphobia. *British Journal of Psychiatry, 174,* 205-212.

Margraf, J. & Schneider, S. (1989). *Panik. Angstanfälle und ihre Behandlung.* Berlin, Heidelberg: Springer.

Margraf, J., Barlow, D. H., Clark, D. M. & Telch, M. J. (1993). Psychological treatment of panic: Work in progress on outcome, active ingredients, and follow-up. *Behavior Research and Therapy, 31 (1),* 1-8. Review.

Margraf, J. & Schneider, S. (1992). Therapeutische Beziehung und Therapieerfolg bei Angststörungen. In J. Magraf & J. C. Brengelmann (Hrsg.), *Die Therapeut-Patient-Beziehung in der Verhaltenstherapie* (S. 135-160). München: Röttger.

Margraf, J. & Schneider, S. (2000) Paniksyndrom und Agoraphobie. In J. Margraf (Hrsg.), *Lehrbuch der Verhaltenstherapie* (Band 2, S. 1-28). Berlin: Springer.

Margraf, J., Schneider, S. & Ehlers, A. (1994). *Diagnostisches Interview bei Psychischen Störungen (DIPS).* Berlin: Springer.

Marks, I. M. (1987). *Fears, Phobias and Rituals. Panic anxiety and their disorders.* New York: Oxford University Press.

Marks, I. M., Swinson, R. P., Basoglu, M., Kuch, K., Noshirvani, H., O'Sullivan, G., Lelliott, P., Kirby, M., McNamee, G., Sengun, S. & Wickwire, K. (1993). Alprazolam and exposure alone and combinded in panic disorder with agoraphobia: A controlled study in London and Toronto. *British Journal of Psychology, 162,* 776-787.

Marks, M. P., Basoglu, M., Alkubaisy, T., Sengun, S. & Marks, I. M. (1991). Are anxiety symptoms and catastrophic thoughts directly related? *Journal of Anxiety Disorders, 5,* 247-254.

Mattis, S. G. & Ollendick, T. H. (2002). Nonclinical panic attacks in late adolescence prevalence and associated psychopathology. *Journal of Anxiety Disorders, 16 (4),* 351-367.

Öst, L. G. (1987). Age of onset in different phobias. *Journal of Abnormal Psychology, 96,* 223-229.

Rachman, S., Levitt, K. & Lopatka, C. (1987). Panic: The Link between Cognitions and Bodily Symptoms-I. *Behavior Research and Therapy, 25 (5)*, 411-423.

Rapee, R., Ancis, J. & Barlow, D. H. (1987). Emotional reactions to physiological sensations: comparsion of panic disorder and non-clinical subjects. *Behavior Research and Therapy, 26*, 265-269.

Reed, V. & Wittchen, H.-U. (1998). DSM-IV panic attacks and panic disorder in a community sample of adolescents and young adults: How specific are panic attacks? *Journal of Psychiatric Research, 32 (6)*, 335-345.

Reinecker, H. (1993). *Phobien*. Göttingen: Hogrefe.

Sanderson, W. C., Rapee, R. M. & Barlow, D. H. (1989). The influence of illusion of control on panic attacks induced via inhalation of 5,5% carbon-dioxide enriched air. *Archieves of General Psychiatry, 46*, 157-162.

Saß, H., Wittchen, H.-U., Zaudig, M. & Houben, I. (Hrsg.). (2003). *Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen – Textrevision – DSM-IV-TR*. Göttingen: Hogrefe.

Scherrer, J. F., True, W. R., Xian, H., Lyons, M. J., Eisen, S. A., Goldberg, J., Lin, N. & Tsuang, M. T. (2000). Evidence for genetic influences common and specific to symptoms of generalized anxiety and panic. *Journal of Affective Disorders, 57 (1-3)*, 25-35.

Schmidt, N. B., Lerew, D. R. & Trakowski, J. H. (1997). Body vigilance in panic disorder: evaluating attention to bodily perturbations. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 65 (2)*, 214-220.

Schneider, S. & Margraf, J. (1998). *Agoraphobie und Panikstörung*. Göttingen: Hogrefe.

Schneider, S., Unnewehr, S., Florin, I. & Margraf, J. (2002). Priming panic interpretations in children of patients with panic disorder. *Journal of Anxiety Disorders, 16 (6)*, 605-624.

Spiegel, D. A. & Bruce, T. J. (1997). Benzodiazepines and exposure-based cognitive behavior therapies for panic disorder: conclusions from combined treatment trials. *American Journal of Psychiatry, 154 (6)*, 773-781.

Ströhle, A. (2002). Humanexperimentelle Angstmodelle: Die experimentelle Provokation von Panikattacken. *Psychotherpie, 2*, 220-227.

Taylor, C. B., Sheik, J., Agras, W. S., Roth, W. T., Margraf, J., Ehlers, A., Maddock, R. J. & Gossard, D. (1986). Ambulatory heart rate changes in patients with panic attacks. *American Journal of Psychiatry, 143*, 478-482.

Telch, M. J., Lucas, J. A. & Nelson, P. (1989). Nonclinical panic in college students: an investigation of prevalence and symptomatology. *Journal of Abnormal Psychology, 98*, 300-306.

Weissman, M. M., Bland, R. C., Canino, G. J., Faravelli, C., Greenwald, S., Hwu, H. G., Joyce, P. R., Karam, E. G., Lee, C. K., Lellouch, J., Lepine, J. P., Newman, S. C., Oakley-Browne, M. A., Rubio-Stipec, M., Wells, J. E., Wickramaratne, P. J., Wittchen, H.-U. & Yeh, E. K. (1997). The cross-national epidemiology of panic disorder. *Archives of General Psychiatry, 54 (4)*, 305-309.

Westling, B. E. & Öst, L. G. (1993). Relationship between panic attack symptoms and cognitions in panic disorder patients. *Journal of Anxiety Disorders, 7*, 181-194.

Westling, B. E. & Öst, L. G. (1995). Cognitive bias in panic disorder patients and changes after cognitive behavioral treatments. *Behavior Research and Therapy, 33 (5)*, 585-588.

Wittchen, H.-U. (1986). Epidemiology of panic attacks and panic disorder. In I. Hand & H.-U. Wittchen (Eds.), *Panic and Phobias: Empirical Evidence of Theoretical Models and Longterm effects of Behavioral Treatments* (pp. 18-28). Berlin: Springer.

Wittchen, H.-U. (1991). Der Langzeitverlauf unbehandelter Angststörungen: Wie häufig sind Spontanremissionen? *Verhaltenstherapie, 1*, 273-282.

Wittchen, H.-U., Kessler, R. C., Pfister, H. & Lieb, R. (2000). Why do people with anxiety disorders become depressed? A prospective-longitudinal community study. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 102 (Suppl. 406)*, 14-23.

Wittchen, H.-U. & Pfister, H. (1997). *DIA-X-Interview*. Frankfurt: Swets and Zeitlinger.