

„Verhaltenstherapie bei Panikstörung und Phobien“
Dr. Andreas Veith, Zentrum für Psychotherapie Dortmund
andreas.veith@zpt-dortmund.de

„Verhaltenstherapie bei Panikstörung und Phobien“
Dr. Andreas Veith, Zentrum für Psychotherapie
Dortmund

- **Panik und Phobie: Was ist das?**
- **Einordnung der Workshopinhalte in das 7 -Phasen-Modell (Kanfer, 1991)**
- **"Leitstörung". Agoraphobie mit Panikstörung**
- **Zwischendurch: Grundzüge verhaltenstherapeutischer Angsttherapie, Therapeut*innenverhalten**

Vermittlung des Störungsmodells und des therapeutischen Rationals:

- **Vermittlung des Teufelskreises von Angstanfällen**
- **Drei-Komponenten-Modell und Ableitung des therapeutischen Rationals**

Behandlung von Angstanfällen durch Symptomprovokationsübungen: Konfrontation mit internen Stimuli

- **Hyperventilation**
- **andere symptomprovozierende Verhaltensexperimente**
- **(kognitive Interventionen)**

Vermittlung des Stress- und Genesemodells

- **Erarbeiten eines Genesemodells auf der Basis des Stressmodells**
- **Erweiterung des therapeutischen Rationals um die angstunspezifischen Stressoren**

Behandlung von Phobien durch Reizkonfrontationsverfahren: Konfrontation mit externen Stimuli

Theoretische Grundlagen der therapeutischen Veränderung von Phobien und Panikstörungen

- **Implikationen für das TherapeutInnenverhalten und die Durchführung therapeutischer Interventionen**
- **Vorbereitung der Reizkonfrontationen**
- **Durchführung einer Reizkonfrontation**
- **Nachbereitung der Reizkonfrontation**

Rückfallprophylaxe

Angststörungen im engeren Sinne
--

Generalisierte Angststörung

Panikstörung

← Panikstörung
ohne Agoraphobie
Panikstörung
mit Agoraphobie

Phobien

Agoraphobie

← Agoraphobie ohne
Panikstörung in der
Vorgeschichte

Soziale Phobie

Spezifische Phobie

Posttraumatische Belastungsstörung

Akute Belastungsstörung

Zwangsstörung

Angststörung aufgrund eines medizinischen Krankheitsfaktors
--

Nicht Näher Bezeichnete Angststörung

Klassifikation der Angststörungen nach ICD-10

F40	Phobische Störung
-----	-------------------

F40.0	Agoraphobie
--------------	--------------------

F40.00	Ohne Angaben einer Panikstörung
---------------	--

F40.01	Mit Panikstörung
---------------	-------------------------

F40.1	Soziale Phobien
-------	-----------------

F40.2	Spezifische (isolierte) Phobien
--------------	--

F40.8	Sonstige phobische Störungen
-------	------------------------------

F41	Sonstige Angststörungen
-----	-------------------------

F41.0	Panikstörung (episodisch paroxysmale Angst)
--------------	--

F41.1	Generalisierte Angststörung
-------	-----------------------------

F41.2	Angst und depressive Störung, gemischt
-------	--

F41.3	Sonstige gemischte Angststörungen
-------	-----------------------------------

F41.8	Sonstige näher bezeichnete Angststörung
-------	---

F41.9	Nicht näher bezeichnete Angststörung
-------	--------------------------------------

DSM-IV

Panikattacke

* Abgrenzbare Periode intensiver Angst und Unbehagens

* mit mindestens 4 von 13 Symptomen

* die 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 Gefühl, 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

DSM-IV

Panikstörung

- A. (1.) Wiederholte, unerwartete Panikattacken
(2.) nach mindestens einer Panikattacke
1 Monat lang mindestens 1 Symptom:
(a) anhaltende Besorgnis über weitere Attacken
(b) oder Sorge über die Bedeutung oder Folgen der Attacke
(c) oder deutliche Verhaltensänderungen infolge der Attacke

- C. Die Panikattacken gehen nicht auf die direkte körperliche Wirkung einer Substanz oder eines medizinischen Krankheitsfaktors zurück

300.01 (F 41.0) Panikstörung ohne Agoraphobie

- B. Es liegt keine Agoraphobie vor

300.21 (F 40.01) Panikstörung mit Agoraphobie

- B. Es liegt eine Agoraphobie vor

DSM-IV

Agoraphobie

A. Angst, an Orten zu sein,

- in denen im Falle einer Panikattacke oder panikartiger Symptome
- eine Flucht schwierig (oder peinlich) wäre
- oder Hilfe nicht erreichbar wäre (z.B. alleine außer Haus, in Menschenmengen, in Verkehrsmitteln in Schlange stehen)

B. Situationen werden

- ganz oder teilweise vermieden
- oder nur mit Angst vor einer Panik/Paniksymptomen durchgestanden
- oder nur in Begleitung aufgesucht

C. Angst/Vermeidung werden nicht besser durch eine andere Angststörung erklärt

DSM-IV

300.22 (F 40.00)

Agoraphobie ohne Panikstörung in der Vorgeschichte

- A. Es liegt eine Agoraphobie mit Angst vor panikähnlichen Symptomen vor
- B. Kriterien für eine Panikstörung waren nie erfüllt
- C. Nicht Folgen von Substanzen oder medizinischen Krankheitsfaktoren
- D. Falls ein medizinischer Krankheitsfaktor vorliegt, so ist die Angst (Kriterium A) deutlich ausgeprägter als zu erwarten

DSM-IV

300.29 (F 40.2) Spezifische Phobie

- A. * Anhaltende, übertriebene oder unbegründete Angst
* ausgelöst durch erwartete oder vorhandene
* spezifische Objekte oder Situationen (z.B. Fliegen, Höhen, Tiere, Blut)

Typen:

- * Tier-Typus
- * Umwelt-Typus (z.B. Höhen, Stürme, Wasser)
- * Blut-Spritzen-Verletzungs-Typus
- * Situativer Typus (z.B. Verkehrsmittel, enge Räume)
- * Anderer Typus (z.B. vor Krankheiten, bei Kindern: vor Geräuschen)

Das 7. Phasen-Modell im Überblick

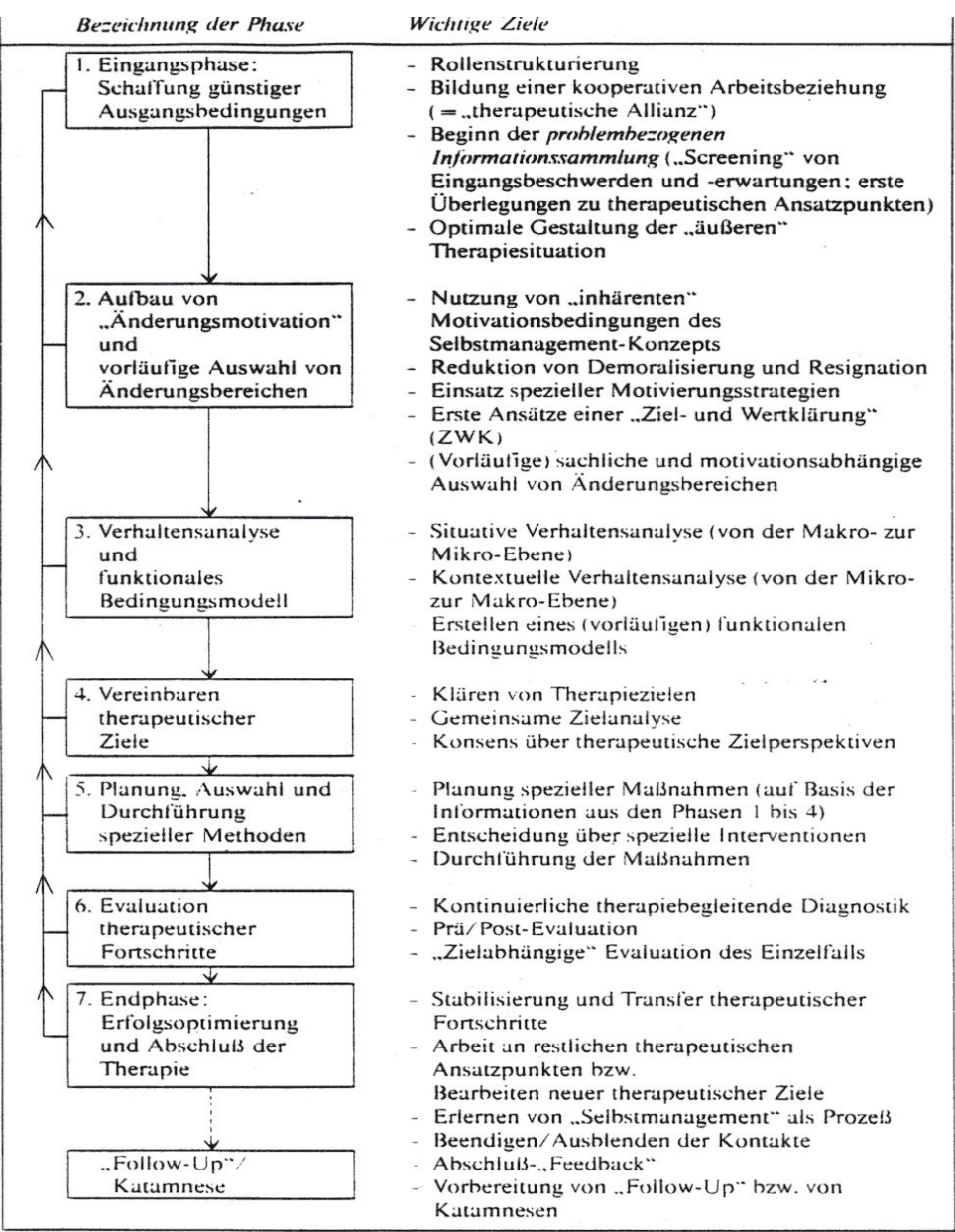


Abb. 26. Das 7-Phasen-Modell im Überblick

„Verhaltenstherapie bei Panikstörung und Phobien“

Dr. Andreas Veith, Zentrum für Psychotherapie Dortmund

- Panik und Phobie: Was ist das?
- Einordnung der Workshopinhalte in das 7 -Phasen-Modell (Kanfer, 1991)
- "Leitstörung". Agoraphobie mit Panikstörung
- Zwischendurch: Grundzüge verhaltenstherapeutischer Angsttherapie, Therapeut*innenverhalten

Vermittlung des Störungsmodells und des therapeutischen Rationals:

- Vermittlung des Teufelskreises von Angstanfällen
- Drei-Komponenten-Modell und Ableitung des therapeutischen Rationals

Behandlung von Angstanfällen durch Symptomprovokationsübungen: Konfrontation mit internen Stimuli

- Hyperventilation
- andere symptomprovozierende Verhaltensexperimente
- (kognitive Interventionen)

Vermittlung des Stress- und Genesemodells

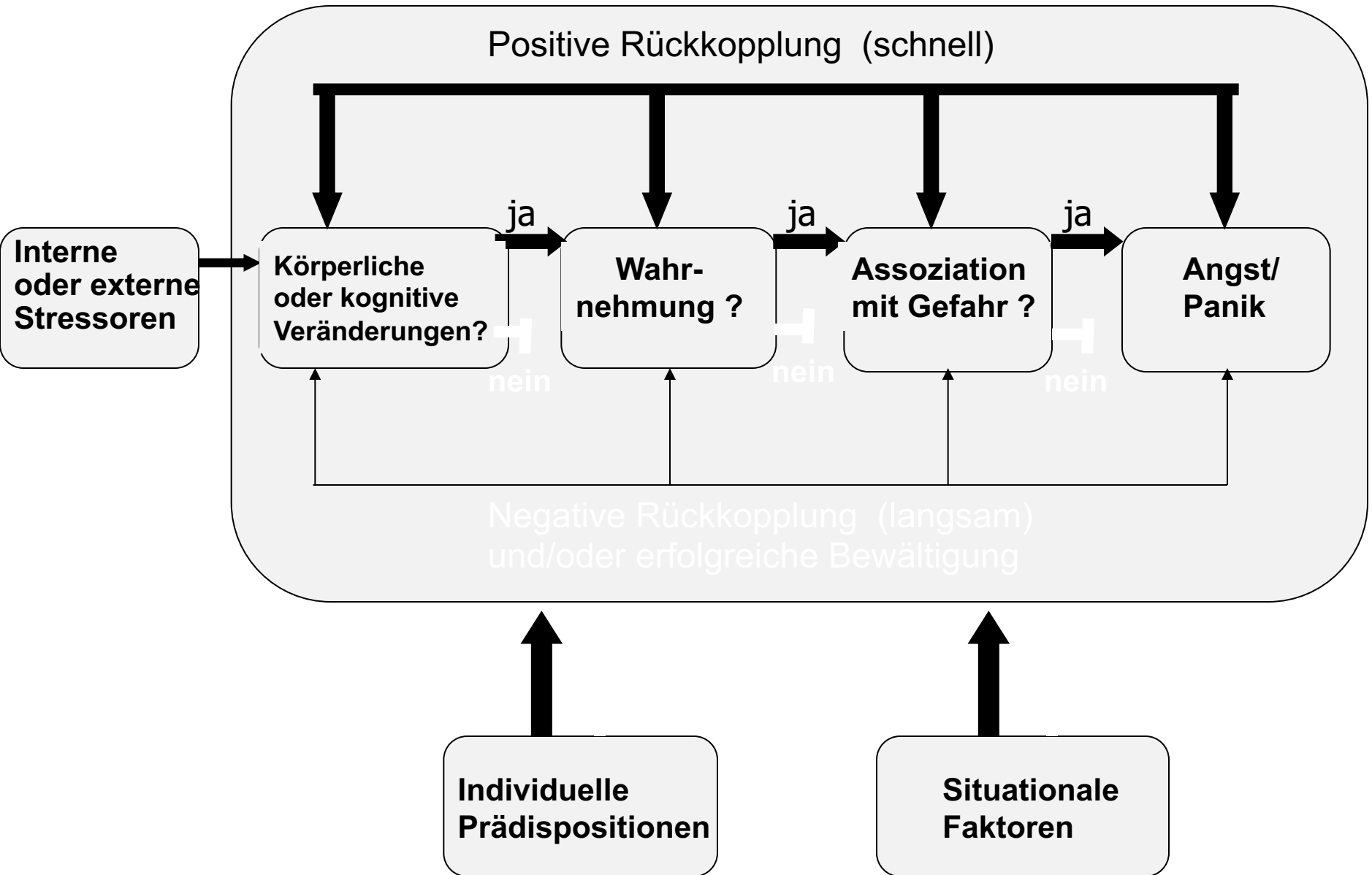
- Erarbeiten eines Genesemodells auf der Basis des Stressmodells
- Erweiterung des therapeutischen Rationals um die angstunspezifischen Stressoren

Behandlung von Phobien durch Reizkonfrontationsverfahren: Konfrontation mit externen Stimuli

- Theoretische Grundlagen der therapeutischen Veränderung von Phobien und Panikstörungen
- Implikationen für das TherapeutInnenverhalten und die Durchführung therapeutischer Interventionen
 - Vorbereitung der Reizkonfrontationen
 - Durchführung einer Reizkonfrontation
 - Nachbereitung der Reizkonfrontation

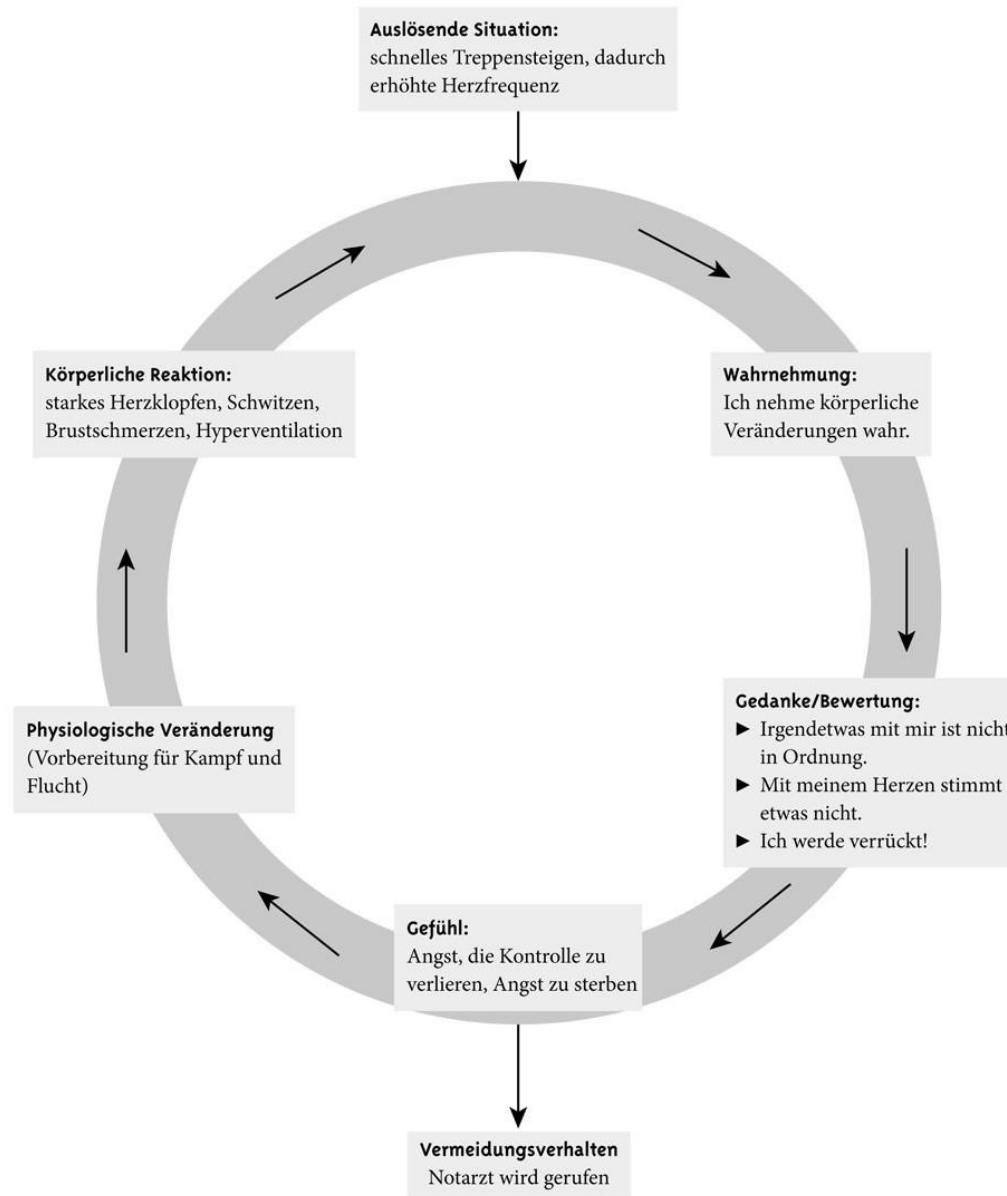
Rückfallprophylaxe

Das psychophysiologische Modell der Angstanfälle (Ehlers ,1988)



Teufelskreis der Angst (nach Margraf & Schneider, 2008)

Teufelskreis am Beispiel der Panikstörung



Marburger Angsttagebuch

Bitte sofort nach jedem Angstanfall eintragen. Wenn nötig, machen Sie zusätzliche Notizen auf der Rückseite	Datum (Mo.)	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Samstag	Sonntag	Zahlenschlüssel für körperliche Symptome
	Anfang/Ende								1. Kurzatmigkeit oder Atemnot 2. Todesangst 3. Herzklopfen, Herzrasen oder unregelmäßiger Herzschlag 4. Schwitzen 5. Erstickungs- oder Würgegefühle 6. Schwindel, Benommenheit, Schwächegefühle 7. Angst, verrückt zu werden 8. Schmerzen oder Beklemmungsgefühle in der Brust 9. Zittern oder Beben 10. Kribbeln oder Taubheit im Körper 11. Hitzewallungen oder Kälteschauer 12. Übelkeit, Magen- oder Darmbeschwerden 13. Gefühle der Unwirklichkeit 14. Angst, die Kontrolle zu verlieren 15. Andere Symptome (diese halten Sie ebenfalls auf der Rückseite des Blattes fest)
	Angst (0-10)								
	Symptome								
	Erste Anzeichen								
	Wo? (E/U)								
	Wer?								
	Was?								
	Gedanken?								
	Anfang/Ende								
	Angst (0-10)								
	Symptome								
	Erste Anzeichen								
	Wo? (E/U)								
	Wer?								
	Was?								
	Gedanken?								
	Anfang/Ende								
	Angst (0-10)								
	Symptome								
	Erste Anzeichen								
	Wo? (E/U)								
	Wer?								
	Was?								
	Gedanken?								
	Durchschnittliche Angst								
Einschlafzeit (gestern)									
Aufwachzeit (heute)									

„Verhaltenstherapie bei Panikstörung und Phobien“
Dr. Andreas Veith, Zentrum für Psychotherapie
Dortmund

- Panik und Phobie: Was ist das?
- Einordnung der Workshopinhalte in das 7 -Phasen-Modell (Kanfer, 1991)
- "Leitstörung". Agoraphobie mit Panikstörung
- **Zwischendurch: Grundzüge verhaltenstherapeutischer Angsttherapie, Therapeut*innenverhalten**

Vermittlung des Störungsmodells und des therapeutischen Rationals:

- Vermittlung des Teufelskreises von Angstanfällen
- Drei-Komponenten-Modell und Ableitung des therapeutischen Rationals

Behandlung von Angstanfällen durch Symptomprovokationsübungen: Konfrontation mit internen Stimuli

- Hyperventilation
- andere symptomprovozierende Verhaltensexperimente
- (kognitive Interventionen)

Vermittlung des Stress- und Genesemodells

- Erarbeiten eines Genesemodells auf der Basis des Stressmodells
- Erweiterung des therapeutischen Rationals um die angstunspezifischen Stressoren

Behandlung von Phobien durch Reizkonfrontationsverfahren: Konfrontation mit externen Stimuli

Theoretische Grundlagen der therapeutischen Veränderung von Phobien und Panikstörungen

- Implikationen für das TherapeutInnenverhalten und die Durchführung therapeutischer Interventionen
- Vorbereitung der Reizkonfrontationen
- Durchführung einer Reizkonfrontation
- Nachbereitung der Reizkonfrontation

Rückfallprophylaxe

Allgemeine Charakteristika der Therapie von Angststörungen

Struktur der Therapie:

1. Patientenschulung und Selbstbeobachtung
2. Veränderungsphase
3. Stabilisierung, Generalisierung und Rückfallprophylaxe

Struktur der Sitzungen:

1. gemeinsam Tagesordnung festlegen
2. Vergangene Woche und Hausaufgaben besprechen
3. Informationen und Techniken
zur Angstbewältigung (ja nach Zeitpunkt im Verlauf)
4. Rückblick, Zusammenfassung, Planung und Hausaufgaben

Stil der Therapie

1. Die Therapie ist strukturiert und direktiv

- Fokussierung von Teilproblemen
- Zielgerichtete Interventionen
- Festlegen einer Tagesordnung
- Feedback als Strukturierungs- und Orientierungshilfe
- Hausaufgaben
- Tagebücher

2. Der Stil ist interaktiv

- Gezielte Fragen
„Geleitetes Entdecken“
- Fragen nach dem Verständnis
- Zweifel und Fragen ermutigen
- Wiederholen und zusammenfassen

3. Die Therapie ist konfrontativ

- Systematische Konfrontation zum Abbau von Angst und Vermeidung
- „Verhaltensexperimente“ zum Überprüfen von Hypothesen

„Verhaltenstherapie bei Panikstörung und Phobien“

Dr. Andreas Veith, Zentrum für Psychotherapie Dortmund

- Panik und Phobie: Was ist das?
- Einordnung der Workshopinhalte in das 7 -Phasen-Modell (Kanfer, 1991)
- "Leitstörung". Agoraphobie mit Panikstörung
- Zwischendurch: Grundzüge verhaltenstherapeutischer Angsttherapie, Therapeut*innenverhalten

Vermittlung des Störungsmodells und des therapeutischen Rationals:

- Vermittlung des Teufelskreises von Angstanfällen
- Drei-Komponenten-Modell und Ableitung des therapeutischen Rationals

Behandlung von Angstanfällen durch Symptomprovokationsübungen: Konfrontation mit internen Stimuli

- Hyperventilation
- andere symptomprovozierende Verhaltensexperimente
- (kognitive Interventionen)

Vermittlung des Stress- und Genesemodells

- Erarbeiten eines Genesemodells auf der Basis des Stressmodells
- Erweiterung des therapeutischen Rationals um die angstunspezifischen Stressoren

Behandlung von Phobien durch Reizkonfrontationsverfahren: Konfrontation mit externen Stimuli

Theoretische Grundlagen der therapeutischen Veränderung von Phobien und Panikstörungen

- Implikationen für das TherapeutInnenverhalten und die Durchführung therapeutischer Interventionen
- Vorbereitung der Reizkonfrontationen
- Durchführung einer Reizkonfrontation
- Nachbereitung der Reizkonfrontation

Rückfallprophylaxe

VERMITTLUNG DES THERAPIERATIONALS

FRAGESCHEMA FÜR TEUFELSKREIS:

1. Möglichst typischer, "frischer" Angstanfall
2. Körperliche Symptome erfragen (Verlauf!)
3. "Was ging Ihnen während des Angstanfalls durch den Kopf?"
Bei unspezifischen Aussagen nachfragen:
"Was dachten Sie, hätte passieren können?"
"Was hätte schlimmstenfalls passieren können?"
"Was wäre passiert, wenn Sie nicht hätten fliehen können?"
"Was bedeuten die Symptome, als sie am schlimmsten waren?"
4. Spezifische Verbindungen von Symptomen und Kognitionen
"Wenn Sie X empfinden, was geht Ihnen dann durch den Kopf?"
"Wenn Sie Y denken, welche körperlichen Symptome empfinden Sie dann?"
5. Auslöser für den Teufelskreis explorieren.

Vermittlung des Drei-Komponenten-Modells der Angst

1. Rückbezug auf Teufelskreis

- Grobe Beschreibung der drei Komponenten
- Angst als normale Reaktion
(Bewältigungsorientierung. nicht Abbau)
- Jede Angst ist Gelegenheit zu üben

2. Detaillierte Informationen über die einzelnen Komponenten

a) physiologische Komponente

- Erläuterung des autonomen Nervensystems
- Veränderung der physiologischen Prozesse bei Angst
- Wahrnehmung dieser Prozesse als Symptome
- Aufklärung über "Normalität" und "Ungefährlichkeit" dieser Symptome
- (Angst als Vorbereitung auf Angriff oder Flucht)
- Stressmodell

b) Gedanken-Komponente

- Erläuterung der Rolle von Gedanken, Bewertungen, Interpretationen für Stimmung, Gefühle, Verhalten
- Verdeutlichung an Beispielen
- Erläuterung von automatischen Gedanken (Gedankenblitze, Selbstgespräche)
- Übertragung auf Angst

c) Verhaltens-Komponente

- Erläuterung des Einflusses von Angst auf Verhaltensaspekte
Konzentrations-, Geschicklichkeits-, Leistungsstörungen
hilfesuchendes Verhalten (Rettungsfaktoren)
Vermeidung. Flucht
Zuschauerrolle

3) Ableiten des therapeutischen Rationals

a) physiologische Komponente

- Kennenlernen und Provozieren der Symptome, um Angst davor zu verlieren
- Rückbezug auf das Stressmodell. Abbau allgemeinen Stresses

b) Gedanken-Komponente

- Identifizieren, überprüfen und Verändern der angstfördernden Gedanken

c) Verhaltenskomponente

- Erlernen von Verhaltensweisen, die helfen, die Angst zu bewältigen und wieder zu verlernen

„Verhaltenstherapie bei Panikstörung und Phobien“

Dr. Andreas Veith, Zentrum für Psychotherapie Dortmund

- Panik und Phobie: Was ist das?
- Einordnung der Workshopinhalte in das 7 -Phasen-Modell (Kanfer, 1991)
- "Leitstörung". Agoraphobie mit Panikstörung
- Zwischendurch: Grundzüge verhaltenstherapeutischer Angsttherapie, Therapeut*innenverhalten

Vermittlung des Störungsmodells und des therapeutischen Rationals:

- Vermittlung des Teufelskreises von Angstanfällen
- Drei-Komponenten-Modell und Ableitung des therapeutischen Rationals

Behandlung von Angstanfällen durch Symptomprovokationsübungen: Konfrontation mit internen Stimuli

- Hyperventilation
- andere symptomprovozierende Verhaltensexperimente
- (kognitive Interventionen)

Vermittlung des Stress- und Genesemodells

- Erarbeiten eines Genesemodells auf der Basis des Stressmodells
- Erweiterung des therapeutischen Rationals um die angstunspezifischen Stressoren

Behandlung von Phobien durch Reizkonfrontationsverfahren: Konfrontation mit externen Stimuli

Theoretische Grundlagen der therapeutischen
Veränderung von Phobien und Panikstörungen

- Implikationen für das TherapeutInnenverhalten und die Durchführung therapeutischer Interventionen
- Vorbereitung der Reizkonfrontationen
- Durchführung einer Reizkonfrontation
- Nachbereitung der Reizkonfrontation

Rückfallprophylaxe

Symptomprovokationsübungen

Was für den Phobiker der externe Stimulus, ist für den Panikpatienten ein interner Stimulus, nämlich eine

- Körpersensation,
- ein Gedanke oder
- eine kognitive Veränderung.

HYPERVENTILATIONSTEST

Große Überschneidung mit Angstanfällen.

Diagnostische Hinweise: Symptome Derealisation, Kopfschmerz, Benommenheit, Atemsymptome, Schwindel

Prinzipiell immer bei Angstanfallspatienten durchführen.

Chronische vs. akute Hyperventilation

Grundzüge des Vorgehens

1. Symptome während eines typischen Angstanfalls erfragen
2. Einführung des Hyperventilationstests
3. Durchführung des Hyperventilationstests
(aufrecht sitzen, 2 Minuten. 60 Atemzüge pro Minute, Hände auf Brust und Bauch, danach Aufmerksamkeit nach innen lenken, eventuell aufstehen)

4. Auswertung des Hyperventilationstests
(Ähnlichkeit, Symptome. Angst)

5. Vergleich mit Angstanfall
("geleitetes Entdecken", Unterschiede und Gemeinsamkeiten)

6. Konsequenzen aus der Ähnlichkeit der Symptome

7. Teufelskreis um Hyperventilations-Komponente erweitern

8. Fragen und Zweifel der Patientin bearbeiten

Mögliche spezielle Therapieverfahren Im Anschluss an HV-Test
Atemtraining
HV-Konfrontation

HÄUFIGSTE FEHLINTERPRETATIONEN BEI ANGSTANFÄLLEN

Körperliche Symptome

Gedanken/Interpretationen

PalpitationenHerzrasen

Brustschmerzen

Schwitzen

Atembeschwerden

Ich bekomme einen Herzinfarkt.

Schwindel

Schwächegefühle

Ich werde in Ohnmacht fallen.

Benommenheit

Visuelle Symptome

Zittern, Blässe

Ich habe einen Hirntumor.

Ich bekomme einen Schlaganfall.

Körperliche Symptome

Gedanken/Interpretationen

Atemnot

Würgegefühl

Kloß im Hals

Ich ersticke.

Ich höre auf zu atmen und sterbe.

Kribbeln in Extremitäten

ich werde gelähmt, bin schwerkrank.

Derealisations- und Deper-
sonalisations-Gefühle

Ich verliere die Kontrolle über mich.

Rasende Gedanken

Ich werde verrückt, muss ins Irrenhaus.

Konzentrationsstörungen

Alle intensiven

Angstsymptome

Diese Angst bringt mich um.

KÖRPERLICHE BELASTUNG ALS SYMPTOMPROVOKATIONSÜBUNG

- Möglichst Tätigkeit wählen, die auch im Alltag vorkommt (z.B. Treppensteigen), sonst auch Kniebeugen, Laufen etc.
- Durchführung und Auswertung analog zum Hyperventilationstest.
- Symptomliste vorgeben, um zu überprüfen, ob genügend Symptome hervorgerufen wurden. Dann Ähnlichkeit mit Angstanfällen einstufen lassen.
- Wenn ähnlich: aha. Erklärung für Panik.
- Wenn nicht ähnlich: worin könnte der Unterschied liegen? (Antwort: In der Bewertung.)

ANGST VOR OHNMACHT

Sind Sie schon einmal ohnmächtig geworden?

Falls ja:

1. Exploration der Ohnmacht
(Situation, Angst vorher oder nachher?)
2. Unterschiede von Angstanfall und Ohnmacht
(Blutdruck, Herzschlag, Angst, Ursache-Wirkung)
3. Erklären, warum Ohnmachtsgefühle auftreten, obwohl Blutdruck etc. hoch ist (mehr Blut in Muskeln, weniger Im Hirn, aber trotzdem ausreichend)

ANGST VOR OHNMACHT

Sind Sie schon einmal ohnmächtig geworden?

Falls nein:

1. Unterschiede von Angstanfall und Ohnmacht
(Erst Wissenstand überprüfen, dann Information zu Blutdruck.
Herzschlag, Angst, Ursache-Wirkung)
2. Erklären, warum Ohnmachtsgefühle auftreten, obwohl
Blutdruck etc. hoch ist
(mehr Blut in Muskeln, weniger im Hirn, aber trotzdem
ausreichend) Mögliches Verhaltensexperiment:
lange Hyperventilation

WEITERE VERHALTENSEXPERIMENTE

1. Angst zu ersticken
(Informationen, ausatmen und Luft anhalten)
2. "Brustschmerzen bedeuten Herzkrankheit"
(Körperlich Belastung, aufgesetzte Hyperventilation)
3. „Wenn Ich Gedanken nicht kontrolliere, werde Ich verrückt.“
(Versuch, einen Gedanken nicht zu denken, unkontrolliert schlimme Gedanken denken)
4. „Es sind so viele Symptome“
(Fokussierung der Aufmerksamkeit)
5. „Wie können Gedanken Angst machen?“
(Assoziationspaare lesen)

6. Derealisation(auf einen Punkt starren, z.B. Hand, jemandem
In die Augen starren, auf weiße Wand starren)
7. Schwindel und Benommenheit(Hyperventilation, Drehstuhl,
Kopf drehen, Kopf zwischen die Beine und dann schnell hoch)
8. Visuelle Symptome
(Strahlenmuster, Gittermuster)
9. Schwitzen und Atemnot
(Sauna)

Generelles Prinzip:

Oft produzieren die Kontrollstrategien genau das, was sie verhindern sollen (z.B. Gedanken kontrollieren, um nicht verrückt zu werden; tief atmen, weil Atemnot; Beine steif halten, um nicht umzufallen etc.)

„Verhaltenstherapie bei Panikstörung und Phobien“
Dr. Andreas Veith, Zentrum für Psychotherapie
Dortmund

- Panik und Phobie: Was ist das?
- Einordnung der Workshopinhalte in das 7 -Phasen-Modell (Kanfer, 1991)
- "Leitstörung". Agoraphobie mit Panikstörung
- Zwischendurch: Grundzüge verhaltenstherapeutischer Angsttherapie, Therapeut*innenverhalten

Vermittlung des Störungsmodells und des therapeutischen Rationals:

- Vermittlung des Teufelskreises von Angstanfällen
- Drei-Komponenten-Modell und Ableitung des therapeutischen Rationals

Behandlung von Angstanfällen durch Symptomprovokationsübungen: Konfrontation mit internen Stimuli

- Hyperventilation
- andere symptomprovozierende Verhaltensexperimente
- (kognitive Interventionen)

Vermittlung des Stress- und Genesemodells

- Erarbeiten eines Genesemodells auf der Basis des Stressmodells
- Erweiterung des therapeutischen Rationals um die angstunspezifischen Stressoren

Behandlung von Phobien durch Reizkonfrontationsverfahren: Konfrontation mit externen Stimuli

Theoretische Grundlagen der therapeutischen Veränderung von Phobien und Panikstörungen

- Implikationen für das TherapeutInnenverhalten und die Durchführung therapeutischer Interventionen
- Vorbereitung der Reizkonfrontationen
- Durchführung einer Reizkonfrontation
- Nachbereitung der Reizkonfrontation

Rückfallprophylaxe

Effekte der Erarbeitung eines Genesemodells

- Therapeut bemüht sich um ein individuelles Erklärungsmodell für den Klienten, wodurch dieser sich in seiner persönlichen Geschichte verstanden fühlt
- Befriedigung des Bedürfnisses, die Angst und ihre Entwicklung zu verstehen
- Plausibilität des Erklärungsmodells und Kompatibilität mit dem Ist-Zustand führt zu Erklärbarkeit und zum Verständnis des Ist-Zustands als vorläufigem Endpunkt einer Entwicklung

- Begreifen der Schwankungen des Angsterlebens
- "Entdämonisierung" der Angst (Reduktion der Angst vor der Angst)
- Erhöht die Verständlichkeit, Akzeptanz und Wirksamkeit der therapeutischen Interventionen
- Steigert die Kompetenz-Einschätzung des Therapeuten durch den Klienten
- Festigt die therapeutische Beziehung

Vorgehen bei der Erarbeitung eines Genesemodells

1. Befragung über Situation und Symptomatik des ersten Angstanfalls

2. Auslösende Faktoren explorieren

- Verlustereignisse
- Unsicherheit über die Zukunft
- psychische Störungen in der Familie, verbunden mit dem Glauben an Vererbung oder unausweichlicher Übermittlung solcher Krankheiten
- stellvertretende Erfahrungen, z.B. das Lesen von Presse-Artikeln, die medizinische Symptome oder Krankheiten beschreiben
- Koffein, Kater, Sportübungen, Müdigkeit, Krankheit, prämenstruelle Angespanntheit, Übermüdung
- Erwartung von Ärger/Streit, Erregtheit
- positiver Streß

3. Prädispositionen explorieren

a) Genetische Faktoren

- allgemein höhere Angstbereitschaft
- physiologische Labilität
- spezifische Symptom-Diathese
- höhere Sensibilität gegenüber körperlichen Veränderungen
- spezifische organische Dysfunktionen (Herzarrhythmien, vestibuläre Abnormalitäten, Kreislauf/Blutdruck)

b) Erworbene Faktoren

- subklinische Abnormalitäten nach Erkrankungen oder Unfällen
- psychologische Prädispositionen

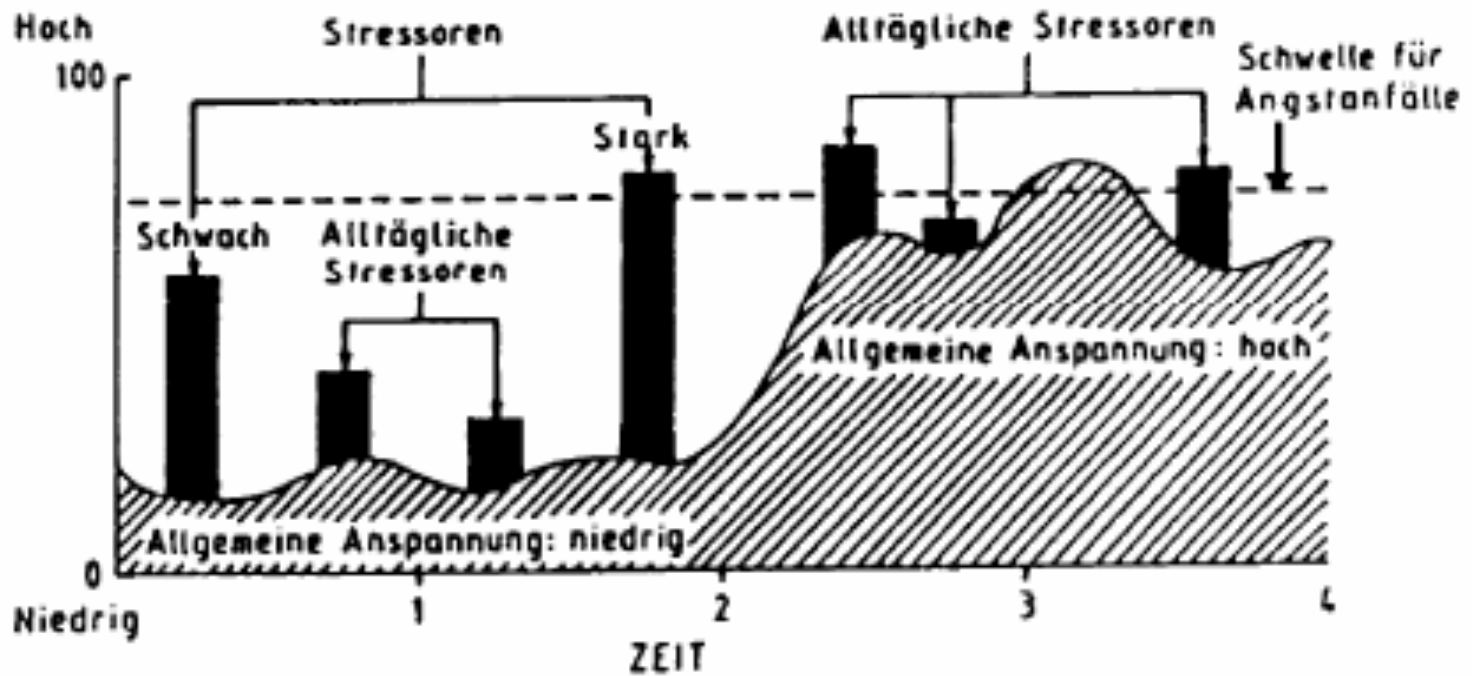
4. Aufrechterhaltende Faktoren explorieren

- Reaktion von Patient, Familie, Bezugspersonen
- Vermeidung, Flucht, usw.

5. Vermittlung des Entstehungsmodells

- Verknüpfende Zusammenfassung der einzelnen relevanten Entstehungsfaktoren
- Vermittlung des Streßmodells
- Entwicklung endet mit der irrationalen Interpretation von Körpersensationen

Stressmodell der Angst nach Fallon et al., 1984



ERARBEITEN EINES GENESEMODELLS FÜR ANGSTANFÄLLE

Ziel dieses therapeutischen Schrittes ist es, gemeinsam mit den Patienten ein individuelles und plausibles Erklärungsmodell der Angstentwicklung zu erarbeiten. Anhand eines prototypischen Beispiels soll an dieser Stelle das Zusammenspiel verschiedener Risikofaktoren veranschaulicht werden.

Beispiel: Eine ca. 40 Jahre alte Kassiererin hatte bei dem Besuch eines Restaurants einen ersten Angstanfall. Ihr Mann, mit dem sie gemeinsam das Restaurant aufgesucht hatte, verständigte einen Krankenwagen. Die Patientin wurde im Krankenhaus diagnostisch untersucht und als gesund befunden. In der nachfolgenden Zeit entwickelte die Patientin sehr starke, plötzlich auftretende Ängste.

Bei einer genaueren Befragung der Patientin ergab sich, dass sie an dem Tag ihres ersten Angstanfalls sehr viel gearbeitet hatte und zusätzlich auch erkältet gewesen war. Die Patientin war also in einem geschwächten Zustand. Weiterhin zeigte sich, dass die Patientin eine eher sozial ängstliche Person war, die große Menschenmengen scheute und ungern im Mittelpunkt stand.

Außerdem ergab sich bei einer genaueren Befragung über die Kindheit der Patientin, dass eine ihr nahestehende Tante an Herzbeschwerden litt, die nicht genauer spezifiziert werden konnten.

Die Tante suchte häufig den Arzt auf, beachtete jede körperliche Veränderung, vor allem jedes Herzstolpern, und war ständig darum besorgt, sich nicht zu überanstrengen und sich zu schonen.

Der Angstanfall und der anschließende Transport in das Krankenhaus, der sehr viel Aufsehen erregte, verunsicherten die Patientin sehr. Die Diagnose "ohne Befund" verstärkte noch zusätzlich ihre Unsicherheit, da ihr somit keine Erklärung für den Angstanfall gegeben werden konnte. Ihr Vertrauen in die eigene Fähigkeit, weitere ähnliche Situationen zu bewältigen, war gesunken und hinterließ eine bleibende Erinnerung. Sie war jetzt in der ständigen Erwartung, dass das Gleiche in Zukunft wieder passieren könnte. Sie entwickelte eine sehr lebendige, visuelle Vorstellung über einen weiteren Angstanfall. Diese Vorstellung war so stark, dass sie sie physiologisch und emotional wie eine reale Situation erlebte. Die Furcht vor der Konfrontation mit der angstausslösenden Situation führte dazu, dass die Patientin ein ständig erhöhtes Erregungsniveau zeigte.

Diese Informationen machen deutlich, dass bei dem Angstanfall der Patientin mehrere "begünstigende" Faktoren zusammenkamen:

a) prädisponierende Faktoren:

- die allgemein höhere Ängstlichkeit (evtl. genetische Disposition und Modellernen)
- die durch die Tante vermittelte Einstellung, dass man seinen Körper immer unter Kontrolle haben muss und auf jede körperliche Veränderung achten muss (Modellernen)

b) Stressfaktoren: die Erschöpfung und Erkältung der Patientin

c) Situationsfaktor: das Restaurant, das ihre soziale Ängstlichkeit erhöhte

In der Therapie ist bei der Herausarbeitung der Genese der Angstsymptomatik wichtig zu betonen,

1. dass Angst multikausal bedingt ist. Es sollen individuelle Prädispositionen "Live-events" und Situationsfaktoren als wichtige Einflüsse besprochen werden.
2. dass es nie eine absolute Sicherheit über die Entstehungsgeschichte der Angst gibt, dass es aber naheliegende und plausible Entwicklungsmodelle gibt.

Erster Schritt: Befragung über Situation und Symptomatik des ersten Angstanfalles

Wann, wo, wie trat die erste Angstreaktion auf?

Zweiter Schritt: Auslöse-Faktoren explorieren

Gab es in dem Zeitraum, in dem die erste Angstreaktion auftrat, noch irgendwelche

andere für Sie belastende Ereignisse?

Mögliche Auslösefaktoren können sein:

- Verlustereignisse, z.B. Trennung vom Partner, Umzug, Arbeitsplatzwechsel
- Tod eines Angehörigen oder Freundes
- Unsicherheit über Zukunft
- psychische Störungen in der Familie, verbunden mit dem Glauben der Vererbung und unausweichlichen Übermittlung solcher Krankheiten
- stellvertretende Erfahrungen, z. B. das Lesen von Presse-Artikeln, die medizinische Symptome oder Krankheiten beschreiben
- Koffein, Kater, Sportübungen, Müdigkeit, Krankheit, prämenstruelle Angespanntheit
- Erwartung von Ärger/Streit, Erregtheit

Dritter Schritt: Prädisposition explorieren

1) genetische Faktoren: Wichtig ist hier, dass nicht die Angstsymptomatik an sich vererbt wird, sondern z. B.:

- a) allgemein höhere Angstbereitschaft
- b) physiologische Labilität: etwa eine stärkere Adrenalinausschüttung
- c) höhere Wahrscheinlichkeit, bestimmte Symptome zu bekommen
- d) höhere Sensibilität gegenüber körperlichen Veränderungen
- e) spezifische organische Dysfunktionen: z.B. ungefährliche Herzarrhythmien oder subklinische vestibuläre Abnormalität, die Schwindel verursachen können

2)

a) Organische erworbene Faktoren: Damit ist das Auftreten von subklinischen Abnormalitäten nach Erkrankungen oder Unfällen gemeint, z. B. spezifische organische Dysfunktionen: z.B. nach einer starken Mittelohrentzündung bleibt eine erhöhte Schwindelbereitschaft bestehen, die aber nicht neurologisch diagnostiziert werden kann.

b) Psychologische erworbene Faktoren

Beispiele möglicher physiologischer Prädispositionen:

- a) Selektive Aufmerksamkeit: Es wird z. B. über Eltern gelernt, besonders auf Veränderungen von körperlichen Prozessen zu achten.
- b) Gelernte Assoziationen: z.B. weit von zu Hause weg sein und Gefahr, Schwindel und Hirntumor.
- c) Modellernen: Wie ging man in der Familie mit Krankheiten um? Wurden körperliche Symptome besonders beachtet?
- d) Besondere Familien-Einstellungen und Redewendungen: z.B. Man muss immer sorgfältig auf seine Gesundheit achten.
- e) Tendenz zur ständigen Sorge: z.B. über ungewöhnliche Ereignisse oder auch schon über Kleinigkeiten.

Vierter Schritt: Aufrechterhaltende Faktoren explorieren

- Wie reagieren Familie/Bezugspersonen auf Angst?
- Wie ging Patientin mit ihrer Angstsymptomatik um? (Vermeidung, Flucht, hilfesuchendes Verhalten, Grübeln und Sorgen)

5. Vermittlung des Entstehungsmodells

- Verknüpfende Zusammenfassung der einzelnen relevanten Entstehungsfaktoren
- Vermittlung des Streßmodells
- Entwicklung endet mit der irrationalen Interpretation von Körpersensationen

„Verhaltenstherapie bei Panikstörung und Phobien“

Dr. Andreas Veith, Zentrum für Psychotherapie Dortmund

- Panik und Phobie: Was ist das?
- Einordnung der Workshopinhalte in das 7 -Phasen-Modell (Kanfer, 1991)
- "Leitstörung". Agoraphobie mit Panikstörung
- Zwischendurch: Grundzüge verhaltenstherapeutischer Angsttherapie, Therapeut*innenverhalten

Vermittlung des Störungsmodells und des therapeutischen Rationals:

- Vermittlung des Teufelskreises von Angstanfällen
- Drei-Komponenten-Modell und Ableitung des therapeutischen Rationals

Behandlung von Angstanfällen durch Symptomprovokationsübungen: Konfrontation mit internen Stimuli

- Hyperventilation
- andere symptomprovozierende Verhaltensexperimente
- (kognitive Interventionen)

Vermittlung des Stress- und Genesemodells

- Erarbeiten eines Genesemodells auf der Basis des Stressmodells
- Erweiterung des therapeutischen Rationals um die angstunspezifischen Stressoren

Behandlung von Phobien durch Reizkonfrontationsverfahren: Konfrontation mit externen Stimuli

Theoretische Grundlagen der therapeutischen Veränderung von Phobien und Panikstörungen

- Implikationen für das TherapeutInnenverhalten und die Durchführung therapeutischer Interventionen
- Vorbereitung der Reizkonfrontationen
- Durchführung einer Reizkonfrontation
- Nachbereitung der Reizkonfrontation

Rückfallprophylaxe

Kognitives Modell phobischer Ängste und Konsequenzen für die RK

nach Foa, E.B. & Kozak, M.J. (1986) und Lang, P.J. (1987)

Das kognitive Modell phobischer Ängste versucht stellt dar, wie man sich in den letzten Jahren die Aufrechterhaltung und Veränderung phobischer Ängste und Panikattacken unter kognitiver Perspektive vorstellt. Orientierungsrahmen sind die sogenannten Schematheorien. Unter Schemata werden "Gedächtnisinhalte" im weitesten Sinn (sowohl bewußtseins- wie auch nicht bewußtseinsfähig, "Erinnerungen" bzgl. der Motorik, Physiologie, Kognition/Emotion) verstanden. Sie werden gesehen als:

in Form prototypischer Fälle organisiert,

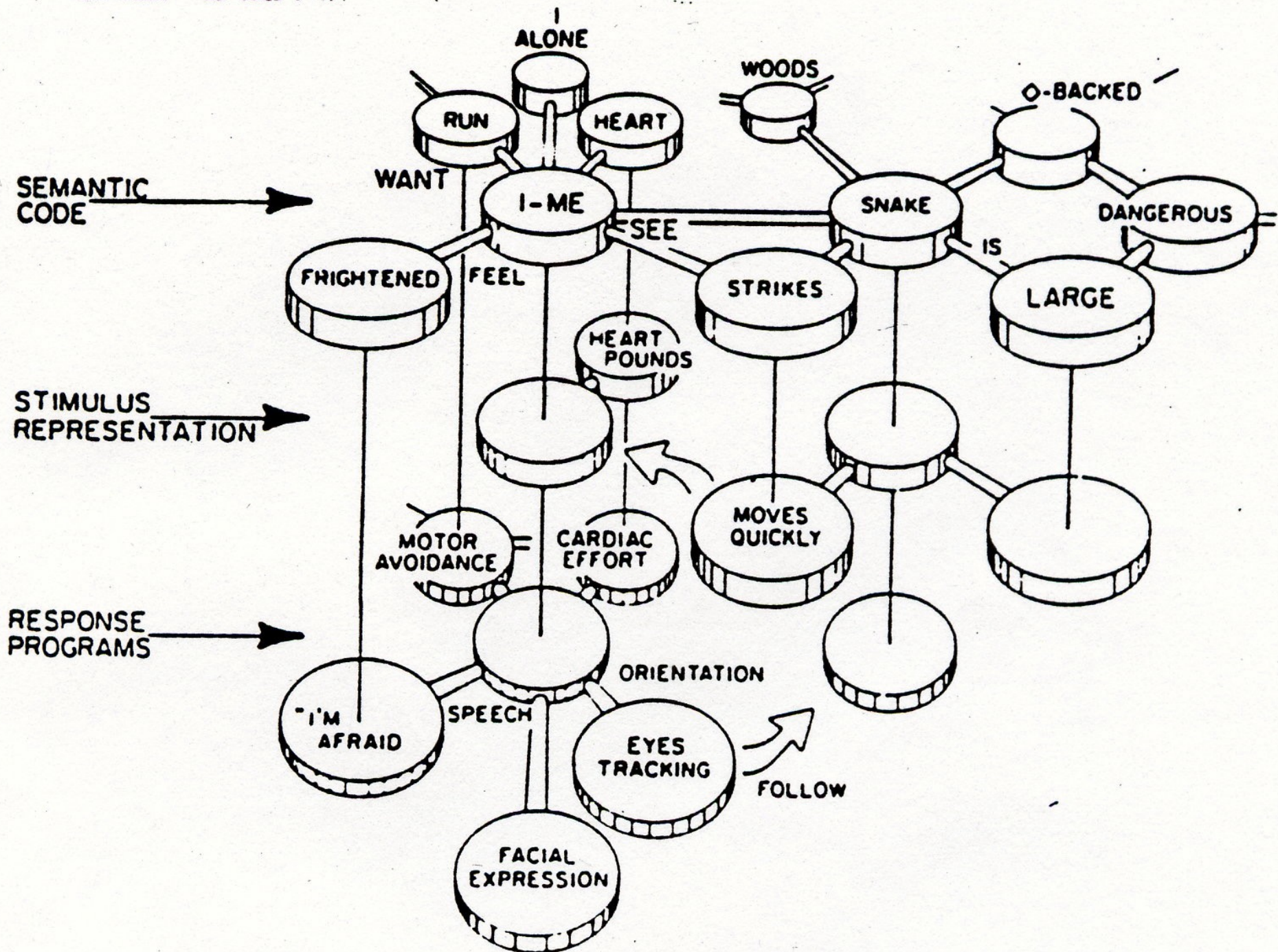
handlungsstrukturierend,

bereits die "Informationsaufnahme" im Sinne antizipatorischer Sets strukturierend, durch kompatible "Informationen" bestätigt und in ihren Verbindungen verstärkt, durch inkompatible "Informationen" prinzipiell veränderbar (wobei eine genaue Klärung, wie dieser Veränderungsprozess aussehen könnte, bislang fehlt).

Schemata sollen zur schnelleren Verarbeitung mancher Informationen führen, nämlich solcher Infos, die redundant, zentral, affektiv neutral und/oder in Bezug auf evaluative Komponenten schemakonsistent sind (z.B. bei Ängsten: schnellere Identifikation von Hunden);

langsamer sollen dagegen Informationen verarbeitet werden, die neu, eher unwichtig, affektiv belastet und/oder evaluativ eher schemainkonsistent sind. Vgl. hier auch an die Unterscheidung von Schneider und Shiffrin zwischen automatischer und kontrollierter Verarbeitung: Schemakonsistente Infos können automatisch verarbeitet werden (d.h. auch, dass sie keine besondere kognitive Kapazität in Anspruch nehmen), während bei der Verarbeitung schemainkonsistenter Informationen ein Bruch mit den bisherigen Gewohnheiten und ein gewisser kognitiver Aufwand notwendig ist.

Obwohl Schemata in der experimentellen Kognitionspsychologie primär in Gruppendesigns untersucht werden (indem etwa Personen mit Material konfrontiert werden, über das sie keine Vorinformationen haben und dann der Aufbau von Schemata per Manipulation der Versuchssituation einerseits und etwa Gedächtnistests andererseits untersucht wird), werden Schemata im Alltag als hochgradig idiosynkratisch gesehen: Wie eine Person in ihrem Alltag mit ihrer Umwelt umgeht, was sie woran erinnert, welche körperlichen Erscheinungen auftreten, welches Verhalten sie zeigt, hängt von der (nicht nachzuzeichnenden) Lerngeschichte der Person ab. Wendet man diese Konzepte nun auf Ängste und Phobien an stellt sich etwa Lang ein solches Angstschema oder einen Angstprototyp etwa folgendermaßen vor:



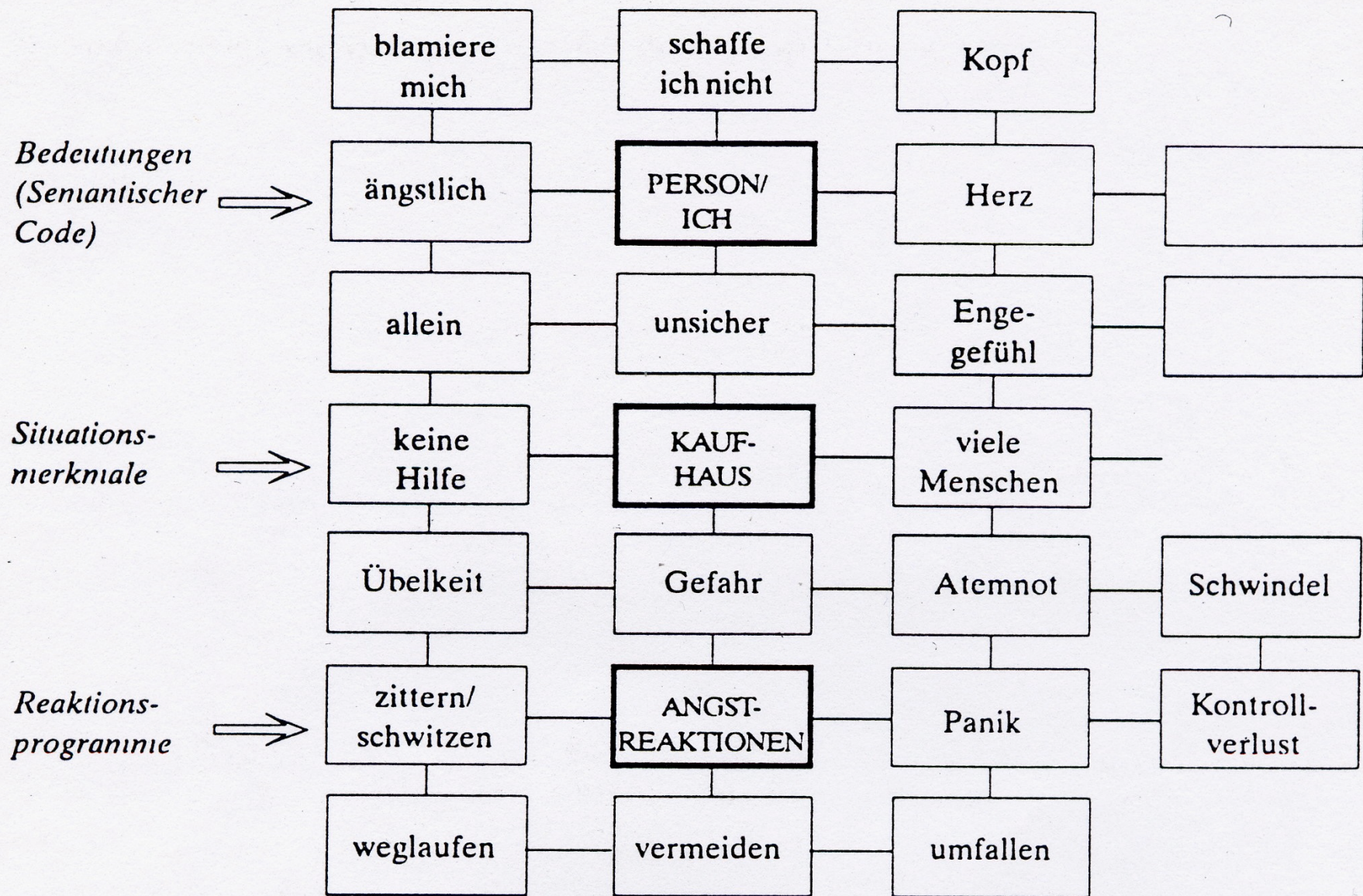


Abb.4.7: Beispiel für die netzwerkartige Struktur von Phobien nach P. Lang (1979, 1985, 1986)

Es werden drei miteinander in Verbindung stehende Ebenen unterschieden, die Ebene der Stimulusrepräsentation, die Ebene der Semantischen Bedeutung und die Ebene der Reaktionsprogramme.

Die Verbindungen dieser Ebenen und der einzelnen Bedeutungsknoten diesen Ebenen werden durch Aktivierung stabilisiert, sind aber prinzipiell veränderbar, wenn sie aktiviert sind. Auf verschiedene Art sind Schemata mit anderen Schemata verbunden (über Qualität und Intensität; s. kontextabhängige Angstintensität bzw. -bereitschaft; Verbindungen mit anderem biographischem Material).

Wie sieht nun Veränderung in so einem Angstschema aus?

Foa & Kozak stellen sich den Prozess auf der kognitiven Ebene, im Rahmen der Schema-Metapher, als Dissoziationsprozess vor.

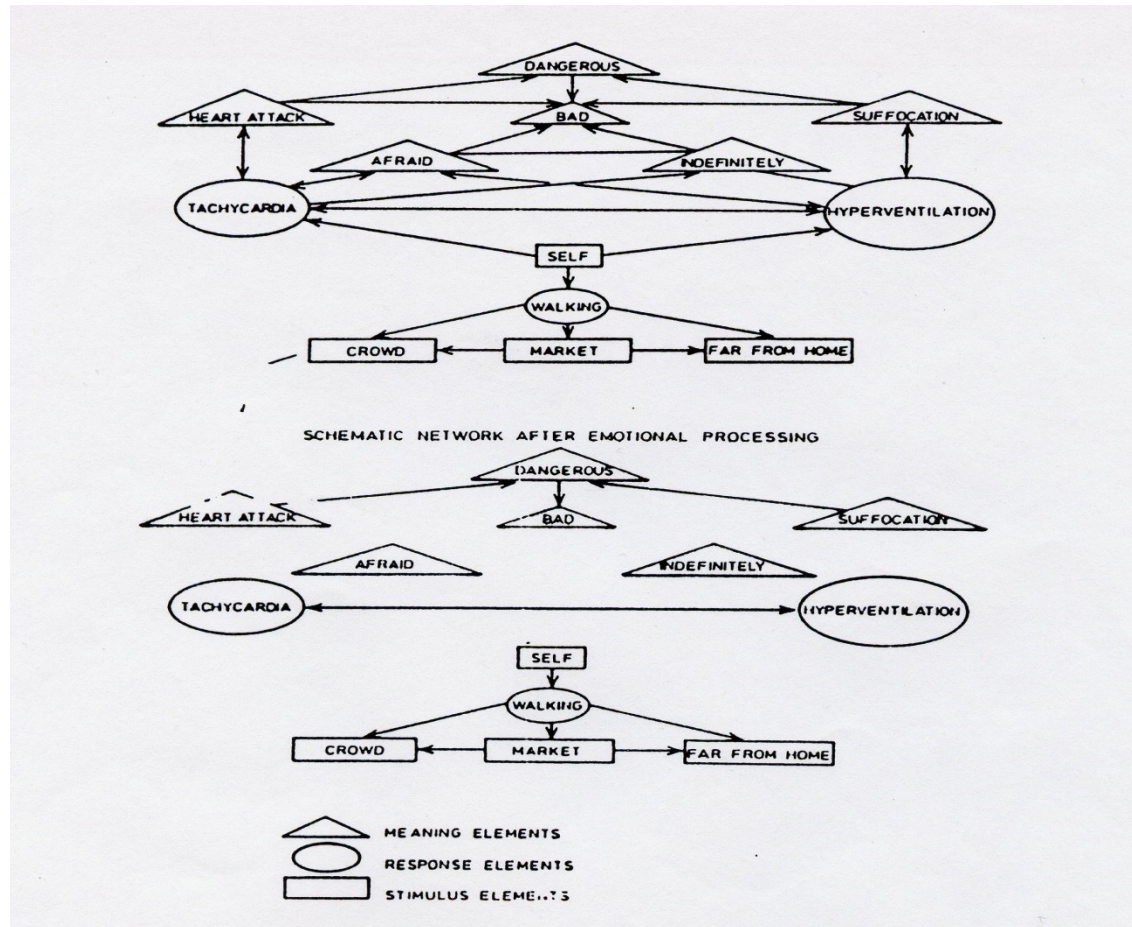
Die Information, dass physiologische Kurzzeithabituation stattgefunden hat, soll zu einer Dissoziation von Stimulus- und Responseelementen führen. Das dadurch erreichte, niedrigere Erregungsniveau soll wiederum die Integration neuer, korrigierender Information über die Bedeutung gefürchteter Stimuli und Responses erleichtern. Geringere Einschätzung der von einem Stimulus ausgehenden Gefahr und geringere negative Valenz sollen die Vermeidungstendenz beeinflussen und dadurch die vorbereitende physiologische Erregung reduzieren. Dadurch kommt es zur Langzeithabituation. Reduktion der Angst über einen längeren Zeitraum wird als zusätzliche Information verstanden, die durch Akkumulation allgemeine Überzeugungen über die eigene Fähigkeit, mit gefürchteten Stimuli umgehen zu können, modifiziert.

Was könnte diese Konzeption nun für die Therapie phobischer Ängste heißen?

Zentral für eine Veränderung wäre demnach eine Aktivierung der relevanten Inhalte sowie dass Personen (auf der verbalen, motorischen und physiologischen Ebene) zur Kenntnis nehmen, dass die Zusammenhänge nicht so sind, wie sie aufgrund des Angstschemas antizipiert und auch bisher wahrgenommen wurden (von einer top-down zu einer mindestens ansatzweisen bottom-up-Verarbeitung). Auszugehen wäre außerdem davon, dass ein solcher Veränderungsprozess besser im Rahmen kontrollierter Verarbeitung verläuft, also immer wieder mit automatisierten Verarbeitungsprozessen bzgl. der Angst "gebrochen" werden muss.

Prinzipiell wären alle therapeutischen Methoden hier erst einmal gleich brauchbar, solange sie eine Aktivierung des Angstprototyps sowie andere Erfahrungen ermöglichen (auch Informationen, kognitive Verfahren allein oder auch Methoden anderer Therapieschulen können also prinzipiell wirksam sein). Wegen der häufig sehr großen physiologischen und motorischen Anteile bei Angststörungen lässt sich vermuten, dass gerade solche Methoden besonders sinnvoll sind, die auch "Erfahrungen" auf diesen Ebenen erlauben - und da nun mal hauptsächlich RK in vivo, da das Angstschema bei einer Reizkonfrontation in vivo auf allen drei Ebenen voll aktiviert wird.

In Therapievergleichsstudien sind in-vivo RKs zumeist anderen Therapiemethoden überlegen; trotzdem wird bei immerhin einem Viertel bis einem Drittel der Klientinnen eine wesentliche therapeutische Veränderung nicht erzielt. In diesem Modell ließe sich vermuten, dass die relevante Aktivierung des Angstprototyps nicht erreicht wurde.



Fear network before and after emotional processing, illustrating that successful therapy disintegrates this fear structure into three clusters of stimulus, response, and meaning elements. (Connecting vectors suggest directions for the various conceptual relations among the elements; e.g. tachycardia causes heart attack, heart attack brings tachycardia, self is walking in the market.)

Die These ist also, dass die Aktivierung und Integration neuer Aspekte in das Angstschema, entscheidend ist. Deswegen scheinen Reizkonfrontationsverfahren besonders geeignet zu sein.

Wie gestalte man dem folgend eine Reizkonfrontation optimalerweise? Worauf sollte man achten?

Soweit irgend möglich - wenn die Klienten dazu bereit sind - sollten die zentralen Befürchtungen der Kl. sowie leider auch die entsprechenden physiologischen Prozesse direkt in der RK auftreten: Nur wenn die Person diese erlebt, kann es zu einem Umlernen kommen. Therapeutinnen müssen hier auch gegen Tendenzen angehen, die Situation für die Klientin zu erleichtern, indem etwa über andere Aspekte in der Situation gesprochen wird etc. .

Außerdem braucht der Prozess (bei immer wieder neuer Konfrontation mit den Inhalten) Zeit (optimal scheint - je nach Problem - eine Dauer von mindestens 90-120min zu sein.)

Was können Indikatoren für eine Veränderung des Angstprototyps sein?

Hohe physiologische Erregung während der Exposition

In-session-Habituatation

Across-session-Habituatation

Welches sind die Hauptschwierigkeiten bei der RK?

Kognitive Vermeidung, d.h. der Klient lenkt sich während der RK (oder auch einer anderen Methode) ab. Unter dieser Perspektive sei auch angemerkt, dass u.U. von den Kl. nach Vereinbarung eingesetzte Selbstverbalisationen zur Ablenkung eingesetzt werden können (bzw. der Akzeptanz der Angst entgegenstehen können). So arbeiten einige Autoren gar nicht mit Selbstverbalisationen, weil sie die Gefahr der kognitiven Vermeidung als zu groß einschätzen.

Fehlen von Kurzzeithabituation durch ein durchgängig zu hohes Erregungsniveau (hohes Eingangsniveau ist eher günstig)

Ungünstige Attributionsstile und gelernte Hilflosigkeit (Depressive Stimmungen, Depression)

"Überbewertete" Vorstellungen, d.h. Personen sehen ihre Überzeugungen als im Grunde realistisch an und immunisieren sie gegen Veränderung, indem sie zwar eine Reduktion der Angst in der Situation anerkennen, die Stimuluskonfiguration jedoch als mit der "eigentlichen" Situation nicht vergleichbar beschreiben

Varianten der Konfrontationsverfahren

	graduier t	massier t
in sensu	Systematische Desensibilisierung	Implosions- training
in vivo	Habituations- training	Flooding

Vorbereitung der Reizkonfrontationen

1) Festlegung der zu erreichenden Ziele

- genaue Operationalisierung der zu bewältigenden Situationen (Angsthierarchie)
- detaillierte organisatorische Vorbereitung
- körperliche Erschöpfung zu erwarten
- Commitment, eigene Wahl betonen

2) Erläuterung der während der Konfrontation stattfindenden Prozesse und Verhaltensregeln

- Rolle von Gedanken
- Angstanstieg und Angstabfall
(nicht Nullangst, sondern Reduktion)
- Fluchtimpuls, Überredungsversuche
- Rolle der Aufmerksamkeit, interne Vermeidung
- Hilfsmittel ansprechen

Angstbewältigung während der Konfrontation

1. Erst Habituation erleben lassen. D.h., erst die Angst voll kommen lassen, Zeitverlauf kennen lernen, erfahren, dass katastrophale Konsequenzen nicht eintreten.
2. Nicht versuchen, die Angst mit aller Gewalt kontrollieren zu wollen.
Dies führt nur zu weiterer Angstverstärkung, da meist Misserfolg (z.B. können die körperlichen Anteile der Angst nicht innerhalb einer Sekunde abgestellt werden.)
3. Angstverstärkende bzw. auslösende Gedanken identifizieren und Alternativen aufbauen.

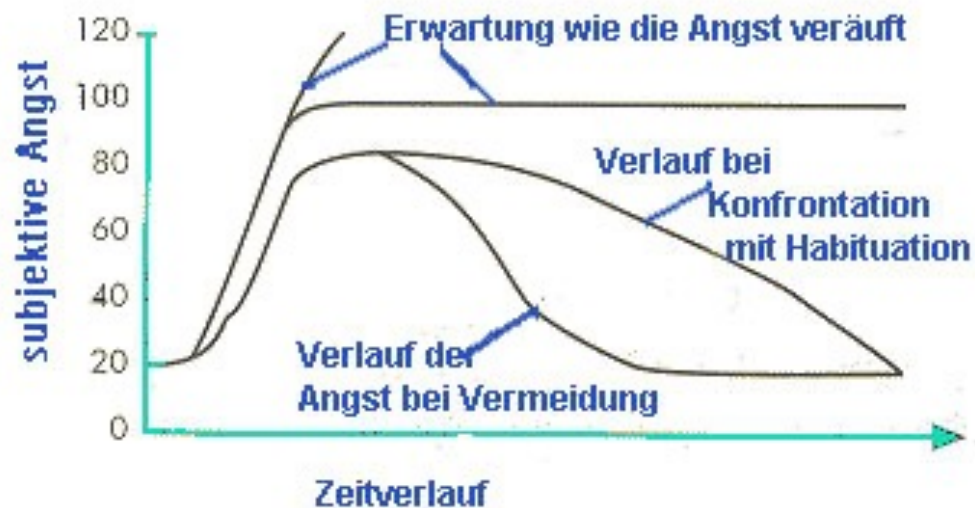
4. Spezielle Regeln zur Angstbewältigung

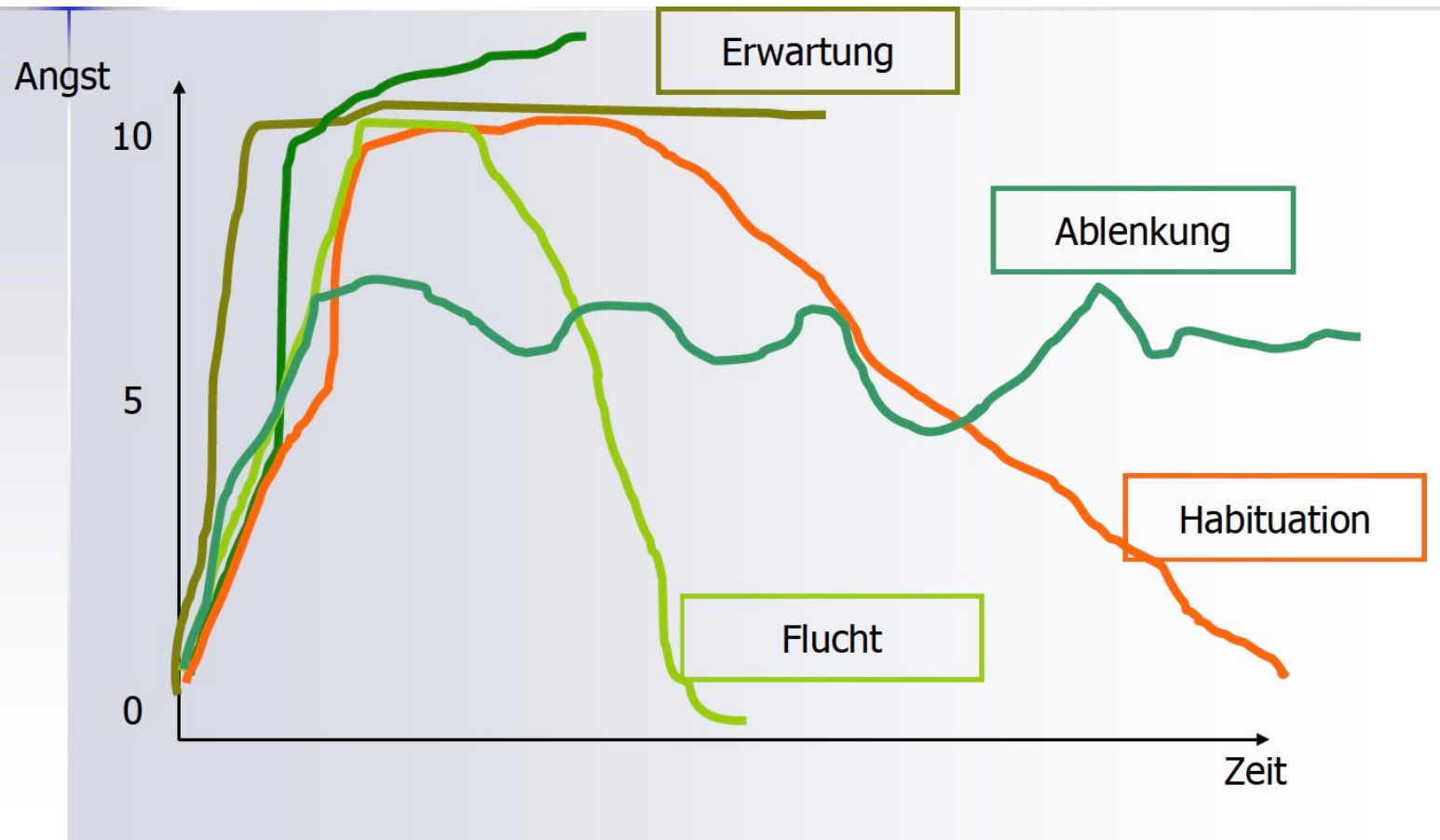
- Hier und Jetzt statt Zukunft, Reales statt Mögliches ("katastrophisieren")
- Konzentration auf Außensinne statt Interozeption (beschreiben lassen)
- Konkret statt abstrakt
- Alternativen (Mund zu, ruhig, langsam, flach)

5. Neun Regeln zum Umgang mit Panik

Neun Regeln zum Umgang mit Panik

- Denken Sie daran, dass Panik nur eine übertriebene **normale** Körperreaktion ist.
- Gefühle der Panik sind **nicht schädlich** oder gefährlich - nur sehr unangenehm.
- Achten Sie nur darauf, was gerade hier und jetzt passiert, *nicht* aber auf das, was Sie *fürchten*, was passieren *könnte*.
- Konzentrieren Sie sich darauf, was Sie hören, sehen, riechen und tasten können, **nicht** aber auf Ihre Körperempfindungen.
- Verschlimmern Sie die Angst nicht durch **angsterzeugende Gedanken.**
- Warten Sie ab und lassen Sie der Angst **Zeit, von selbst zu vergehen.** *Bekämpfen Sie sie nicht und laufen Sie nicht vor ihr davon.*
- Denken Sie daran, dass jedes Auftreten von Angst eine **gute Gelegenheit** ist, Fortschritte zu machen.
- **Atmen** Sie ruhig und langsam, aber nicht zu tief.
- Wenn Sie bereit sind, weiterzumachen, fangen Sie **langsam und besonnen** an. Es ist nicht nötig, sich zu beeilen.





3) Erläuterung der Folgen eines Abbruchs der Reizkonfrontation (auch Vermeidung nach der Reizkonfrontation)

4) Erläuterungen zum Therapeutenverhalten und Einwilligung des Patienten

5) Festlegung von Verstärkern für gelungene Reizkonfrontation

Nachbereitung der Reizkonfrontationen

- Vorbereitung der Übungen in der Woche
- Angst wird erst wieder schlimmer sein
- Auf keinen Fall vermeiden. Wenn Zurückweichen auftritt, Situation sofort wieder aufsuchen bis zur Bewältigung
- Nicht gleich sehr schwierige Situationen aufsuchen
- Verstärkung, Vergegenständlichung der Erfolge ("Trophäen")

**„Verhaltenstherapie bei Panikstörung und Phobien“
Dr. Andreas Veith, Zentrum für Psychotherapie
Dortmund**

- Panik und Phobie: Was ist das?
- Einordnung der Workshopinhalte in das 7 -Phasen-Modell (Kanfer, 1991)
- "Leitstörung". Agoraphobie mit Panikstörung
- Zwischendurch: Grundzüge verhaltenstherapeutischer Angsttherapie, Therapeut*innenverhalten

Vermittlung des Störungsmodells und des therapeutischen Rationals:

- Vermittlung des Teufelskreises von Angstanfällen
- Drei-Komponenten-Modell und Ableitung des therapeutischen Rationals

Behandlung von Angstanfällen durch Symptomprovokationsübungen: Konfrontation mit internen Stimuli

- Hyperventilation
- andere symptomprovozierende Verhaltensexperimente
- (kognitive Interventionen)

Vermittlung des Stress- und Genesemodells

- Erarbeiten eines Genesemodells auf der Basis des Stressmodells
- Erweiterung des therapeutischen Rationals um die angstunspezifischen Stressoren

Behandlung von Phobien durch Reizkonfrontationsverfahren: Konfrontation mit externen Stimuli

Theoretische Grundlagen der therapeutischen Veränderung von Phobien und Panikstörungen

- Implikationen für das TherapeutInnenverhalten und die Durchführung therapeutischer Interventionen
- Vorbereitung der Reizkonfrontationen
- Durchführung einer Reizkonfrontation
- Nachbereitung der Reizkonfrontation

Rückfallprophylaxe

RÜCKFALLPRÄVENTION UND GENERALISIERUNG

- Betonen, dass Fertigkeiten gelernt wurden
- Fluktuationen vorhersagen
- Rückschläge vs. Rückfälle ("Alles oder Nichts")
- Endziel ist nicht "Nullangst"
- Andere, ungelöste Probleme
- Hausaufgaben in vielen, realistischen Situationen
- Zunehmende Selbstverantwortung
- Selbstverstärkung!
- Restliche irrationale Überzeugungen explorieren
- (alte Katastropheninterpretationen, allgem.
Gefährlichkeit körperlicher Symptome,
Angst unbedingt verhindern)

FLOODING IN DER VORSTELLUNG (s. AUCH ENTKATASTROPHISIERUNG)

Kann etwa dann eingesetzt werden, wenn reale Herstellung der Situation unmöglich, gefährlich oder unkontrollierbar wäre (z.B. soziale Situation, irrationale Befürchtungen). Eventuell mit "blow-up" nach Lazarus.

Detailliertes Drehbuch erstellen

Mit Patienten besprechen, dazu Situation möglichst konkret explorieren, einschließlich der schlimmsten Befürchtungen der Patienten. Beispielfragen: Wo würde das befürchtete Ereignis stattfinden, wer würde dabei sein, würde über Sie geredet werden, welche körperlichen Veränderungen würden Sie wahrnehmen

2. Probelauf

(zusammenfassen, durchgehen, ggfs. Korrekturen und Verbesserungen)

3. Vorstellungssübung durchführen

(bequem hinsetzen, Augen schließen, lebhaft beschreiben, v.a. auch körperliche Reaktionen beschreiben, Patienten beobachten)

4. Besprechen der Übung

Systematische Desensibilisierung

Drei wesentliche Aspekte

- Entspannung
- Angsthierarchie
- gestufte Darbietung der hierarchisierten Angstsituationen in sensu (oder in vivo) während der Entspannung

Entspannung

- erster Behandlungsschritt nach Exploration und Entscheidung für SD: Erlernen eines Entspannungstrainings (meist Jacobson-Training, aber auch andere Verfahren möglich)
- 3-4 Sitzungen in 3-4 Wochen, täglich mindestens zweimaliges Üben
- ungünstig: pharmakologisch induzierte Entspannung

Erstellen der Angsthierarchie

- Während Patientin Entspannung erlernt wird Angsthierarchie erstellt
- Angsthierarchie: Ordnung von Angstsituationen anhand des "Angstthermometers" (0-10 oder 0-100) nach subjektiver Angstintensität
- Informationen dazu aus Explorationsgesprächen, Angstfragebögen, Verhaltens-beobachtungen (i.d. Realität oder im Rollenspiel), Angstprotokolle, Beobachtungen von Partner, Eltern oder anderen wichtigen Bezugspersonen

Erstellen der Angsthierarchie

1. Ordnung der Angstsituationen nach Themen
(Orientierung an der Verhaltensanalyse)

2. Erstellung der Hierarchien für
verschiedene Themenkreise, dazu:

- ✓ genaue Konkretisierung der einzelnen Situationen
- ✓ Einschätzen der Angstintensität dieser Situationen auf dem Angstthermometer
- ✓ dabei: Beginn mit der die stärkste Angst auslösenden Situation, darauf angstthematische 0-Situation, dann Ordnung der weiteren Situationen (insgesamt möglichst ung. 10 verschiedene Situationen)
- ✓ zusätzlich ein nicht-angstthematisches Ruhebild

Mögliches Problem:

Stärke der Angst ist von mehreren Dimensionen abhängig, dann:

- Erstellen einer Hierarchie pro Dimension oder
- Erstellen einer Hierarchie, deren einzelne Stufen
Möglichst auf allen Dimensionen variieren

Unterscheidung von Annäherungshierarchien
(zugrundeliegende messbare Dimension) versus Objekthierarchien
(Items sprechen unterschiedliche Sachverhalte an)

Ablauf der Systematischen Desensibilisierung

- 1.** Therapeutin gibt Entspannungsinstruktion
- 2.** Therapeutin induziert Vorstellung der 0-Situation
- 3.** Nach ung. 15 Sek.: Zurücknehmen der 0-Situation und Konzentration auf Entspannung
- 4.** Nach ung. 20 Sek.: Therapeutin induziert Vorstellung der ersten Angst-Situation

5.

a. Bei Angst oder Beunruhigung teilt Patientin dies Therapeutin durch vorher vereinbartes Zeichen mit:

=> Rücknahme der Situation und Entspannung,
nach 10-30 Sek. Vorstellung der Ruhesituation, wenn
volle Entspannung wiederhergestellt:
Wiederholung der Szene

b. Bei angstfreier Vorstellung:

=> Rücknahme der vorgestellten Szene, Konzentration auf
Entspannung, ein- bis zweimaliges Wiederholen, dann
weiter zur nächsten Szene

6. Beendigung der SD:

- Rücknahme der Entspannung
- Bericht von Patientin:
 - Grad der Entspannung
 - Qualität der Vorstellungen
 - Stärke der Angst

7. Hausaufgabe:

Aufsuchen der in der Vorstellung
bewältigten Situation in der Realität
(Abstinenzregel!)

Beachte:

- Dauer nicht länger als 20-30 Minuten
- Imaginationen sollen möglichst konkret und plastisch sein, ggfs. vorheriges Training der Imaginationsfähigkeit, ggfs. Verwendung von Bildern oder Dias
- ggfs. laute Beschreibung der Vorstellung durch Patientin.
Vorteil: Korrekturmöglichkeit, Möglichkeit zur verbalen Verstärkung imaginierten erwünschten Verhaltens
- Bei Blutphobie: Anspannung statt Entspannung!

Anwendungsbereiche der SD

(zum Teil bevor spezifische Therapiemanuale entwickelt wurden):

bei Ängsten:

SD wurde vor allem zur Behandlung diverser Ängste eingesetzt, wobei Forschung insgesamt auf Überlegenheit der in-vivo Verfahren (ohne Entspannung) (insbesondere bei stimulusgebundenen Ängsten).

Indikation gegeben bei:

- Wenn im Rahmen von stimulusgebundenen Angststörungen die spezifische angstausslösende Situation nicht hergestellt werden kann oder Patientin nicht bereit ist, sich auf andere Verfahren (RK in vivo) einzulassen

- Sexuelle Funktionsstörungen

(zur Therapie von Angstreaktionen, aber auch Ekel und anderer aversive Gefühle)

Früher: Sämtliche Angststörungen und Zwänge, Stottern, Ängste im Zusammenhang mit anderen psychischen oder somatischen Störungen (z. B. Depression, Asthma u. a.), früher auch Behandlung von Homosexualität (umwerfende Logik: Homosexualität = Angst vor Frauen!!!)

Varianten der Systematischen Desensibilisierung

- In-vivo Desensibilisierung
- Kontaktdesensibilisierung
 1. Modellvorgabe
 2. Direkte Hilfestellung (Prompting)
 3. Zurücknehmen der Hilfestellung (Fading out)
- Desensibilisierung bei Kindern:
 - In klassischer Form ab 6 bis 8 Jahre
 - Verwendung anderer angstinkompatibler Gegenreaktionen (Spielen, Essen, Streicheln)
 - Verwendung emotiver Gegenvorstellungen und/oder Kontaktdesensibilisierung
 - gleichzeitige Behandlung der Eltern

- Selbstkontroll-Desensibilisierung:

angstauslösende Vorstellung soll aufrechterhalten werden, gleichzeitig versucht Patientin sich zu entspannen, Rücknahme der Vorstellung erst bei deutlichem Angstrückgang

- Gruppendesensibilisierung

Theoretische Erklärungsmodelle:

Wirkung der Systematischen Desensibilisierung durch:

- reziproke Hemmung (Wolpe, 1958)
- Habituation (Lader & Wing, 1966; Lader & Matthews, 1968)
- Löschung (Wilson & Davison, 1971; Tunner, 1975)
- Erwartungsänderung (Valins & Ray, 1967; Murray & Jacobson, 1971; Bandura, 1971)
- kognitiv-physiologische Theorien:
Neubewertung führt zu Habituation (Birbaumer, 1977)