

## Kapitel 3

# **Panikstörung mit Agoraphobie**

Jürgen Margraf und Christiane Junkers, Dresden

## Vorbemerkung

Hauptmerkmal der Panikstörung mit Agoraphobie sind häufige Angst bzw. Panikanfälle oder die dauerhafte Sorge über die Bedeutung oder das erneute Auftreten solcher Anfälle. Angstanfälle sind plötzlich auftretende Zustände intensiver Furcht oder großen Unbehagens mit einer Vielzahl körperlicher und psychischer Symptome und dem Gefühl drohender Gefahr. Sie dauern im Durchschnitt etwa 30 Minuten, können aber auch erheblich kürzer sein. Typisches Merkmal ist die „Angst vor der Angst“ bzw. vor den befürchteten katastrophalen Konsequenzen der Angstsymptome. Viele Angstanfälle treten „spontan“ bzw. unerwartet auf, d. h. sie entstehen ohne für den Patienten erkennliche Ursache und sind nicht regelmäßig an bestimmte Situationen gebunden. In der Folge kommt es häufig zu Vermeidungsverhalten: Die Patienten schränken ihren Lebensstil ein, sie gehen nicht mehr an Orte, wo sie Angstanfälle befürchten oder wo die Konsequenzen im Falle eines Angstanfalles besonders unangenehm wären (z. B. Autofahren, Kaufhäuser, Supermärkte, Fahrstühle, Menschenmengen, allein das Haus verlassen). Manchmal können die gefürchteten Situationen unter extremer Angst ertragen werden.

In großen epidemiologischen Studien konnte eine Lebenszeit-Prävalenz für die Panikstörung zwischen 2,1 % und 2,4 % gefunden werden. Für die Agoraphobie mit oder ohne Panikanfälle liegt die Lebenszeit-Prävalenz zwischen 4,8 % und 5,7 % (Wittchen, 1988). Frauen sind von Angstanfällen und Agoraphobien etwa 2–3 Mal häufiger betroffen als Männer. Im Unterschied zu den meisten anderen Phobien, die häufig bereits im Kindes- und Jugendalter beginnen, setzen Agoraphobien und Angstanfälle meist im frühen Erwachsenenalter zwischen 20 und 30 Jahren ein. Der unbehandelte Verlauf der Störungen ist langfristig ungünstig. Wenn die

Störung eine Dauer von einem Jahr überschritten hat, sind Spontanremissionen äußerst selten (ca. 10 %).

Die folgende Fallbeschreibung kann als typisch für das Beschwerdebild der Panikstörung mit Agoraphobie angesehen werden. Es handelt sich bei diesem Fall um eine besonders stark ausgeprägte Agoraphobie, bei der im Laufe der Zeit die Angstanfälle in den Hintergrund traten.

### *Biographische Angaben*

Frau F. war zum Zeitpunkt des Therapiebeginns 50 Jahre alt. Sie wuchs als Einzelkind in einem fürsorglichen Elternhaus auf. Die Mutter wird von der Patientin als kränklich und sich viele Sorgen um die Gesundheit machend beschrieben. Schon früh hatte ihr die Mutter vermittelt, auf körperliche Veränderungen zu achten und bei den kleinsten Anzeichen einer möglichen Krankheit sofort einen Arzt aufzusuchen. Der Vater war im Alter von 58 Jahren an einem Herzinfarkt gestorben, was für die Mutter und die Patientin ein großer Schock gewesen war.

Frau F. ist verheiratet und hat eine erwachsene Tochter. Mit ihrem Mann und der Tochter verbrachte sie vier Jahre im Ausland. Wieder zurück in Deutschland lebte sie in einer amerikanischen Wohnsiedlung und hatte seitdem fast nur Kontakte zu amerikanischen Freunden. Ihren Mann beschrieb sie als dominierend, aber gleichzeitig auch als verständnisvoll gegenüber ihren Ängsten. Mit ihrer Tochter hatte sie ein gutes und freundschaftliches Verhältnis. Die Tochter studierte am Wohnort, einer kleinen Universitätsstadt, und lebte in der elterlichen Wohnung.

## 1 Beschreibung der Störung

Beim Erstgespräch berichtete Frau F., an starken Ängsten zu leiden, die sie seit mehreren Jahren mit Lexotanil zu bewältigen versuchte. Die Ängste traten insbesondere dann auf, wenn sie ihre Wohnung verlassen sollte oder alleine zuhause war. Sie hatte eine ausgeprägte Angst, plötzlich umzufallen und zu sterben. Während der Ängste nahm sie starkes Herzklopfen, Schwindel, Benommenheit, heftiges Zittern, Schweißausbrüche und Gefühle der Unwirklichkeit wahr.

Über fünf Jahre vermied Frau F. möglichst alle öffentlichen Orte wie etwa Kaufhäuser, Supermärkte, Einkaufsstraßen, öffentliche Verkehrsmittel (Bus, Zug, Flugzeug) und ging nur noch in Begleitung ihrer Tochter oder

ihres Mannes außer Haus. Richtig sicher fühlte sie sich erst in ihren eigenen vier Wänden, in der Nähe ihres Telefons, denn von dort konnte sie jederzeit ihren Arzt anrufen. Doch selbst hier überkamen sie manchmal anfallsweise starke Ängste, bei denen sie fürchtete zu sterben.

Sie berichtete, daß ihr Mann durch ihre Krankheit stark beansprucht wurde, da er ca. zweimal pro Woche seine Arbeitsstelle verlassen mußte, um sich um sie zu kümmern. Diese Situation belastete ihre Ehe von Zeit zu Zeit, obschon ihr Mann noch immer viel Verständnis für Frau F. aufbrachte.

Frau F. hatte mehrere fehlgeschlagene Therapieversuche hinter sich, u. a. eine zweijährige psychoanalytische Gruppentherapie, eine einjährige Gesprächspsychotherapie und verschiedene medikamentöse Behandlungen. Wegen der Angstsymptomatik war Frau F. vor drei Jahren vorzeitig befristet berentet worden, nachdem sie davor bereits über ein Jahr krankgeschrieben gewesen war. Seit ihrer Berentung machte sich die Tochter große Sorgen um ihre Mutter und fing auch selbst an, Ängste in Kaufhäusern und öffentlichen Verkehrsmitteln zu zeigen. Frau F. schilderte, daß dies für sie ein Alarmzeichen war, und sie daraufhin noch einmal einen letzten Therapieversuch starten wollte. Nachdem sie in einer Zeitschrift über Möglichkeiten einer gezielten Angstbehandlung gelesen hatte, meldete sie sich in unserer Einrichtung.

In verhaltensanalytischen Termini ausgedrückt wird die Angstsymptomatik bei Frau F. in erster Linie ausgelöst, wenn sie sich von der häuslichen, sicheren Umgebung entfernt, aber auch durch Kognitionen wie „Was wäre, wenn die Symptome plötzlich aufträten?“ oder „Es ist kein Arzt in erreichbarer Nähe!“. Auf diese Auslöser folgen auf physiologischer Ebene Palpitationen, Dyspnoe, starker Schwindel, Kribbeln in Händen und Beinen. Auf kognitiver Ebene tritt auf dem Höhepunkt der Angst die Furcht, einen Herzinfarkt zu erleiden und zu sterben, auf. Auf emotionaler Ebene empfindet die Patientin massive Angst. Auf der Verhaltensebene reagiert sie mit Fluchtverhalten bzw. hat sie im Laufe der Zeit ausgeprägtes Vermeidungsverhalten entwickelt, so daß die Angst erst gar nicht auftritt. Daneben verfügt die Patientin über eine Reihe von Sicherheitssignalen wie z. B. Lexotanil mit sich zu führen oder die Nähe eines Telefons zu suchen, was ihr das Gefühl von Kontrollmöglichkeiten und Sicherheit in potentiell angstauslösenden Situationen vermittelt.

Als auslösende Situation für ihre Ängste schilderte die Patientin folgendes Erlebnis: Eines Tages sei sie von ihrer Arbeit mit dem Auto nach Hause gefahren. Während dieser Fahrt hatte sie das Gefühl, verfolgt zu werden. Zuhause angekommen erzählte sie ihrem Mann von diesem Erlebnis, und ihr wurde dabei plötzlich ganz heiß, ihr Herz fing an zu klopfen und sie bekam starke Todesangst. Erst, nachdem ihr Mann einen Arzt angerufen

hatte und sie mit einem Notarzwagen zur nächsten Klinik gebracht worden war, beruhigte sie sich wieder. Interessanterweise brachte die Patientin ihre Angst nicht in Verbindung mit dem berichteten Erlebnis. Monate später erfuhr sie, daß der vermeintliche Verfolger der Mann ihrer Freundin war, der sie grüßen wollte. Ein paar Tage nach dem „Verfolgungserlebnis“ erlitt sie auf einer Autofahrt in die Stadt erneut die gleichen Symptome. Sie fuhr mit dem Auto an den Straßenrand und bat ihre Freundin, die mit ihr fuhr, weiterzufahren und sie so schnell wie möglich zu einem Arzt zu bringen. Da sie in der Nähe einer Polizeistation waren, fuhr ihre Freundin sie dorthin. Dort rief man einen Notarzwagen, und die Patientin wurde ins nächste Krankenhaus geliefert. Schon in dem Moment, als sich ein Arzt ihr näherte, ließen die körperlichen Symptome der Patientin nach und noch bevor sie eine Spritze zur Beruhigung erhalten hatte, fühlte sie sich besser. Der Arzt veranlaßte eine internistische Untersuchung, die aber keine Hinweise auf eine organische Erkrankung ergab. In den nächsten Wochen traten die Ängste bei der Patientin immer öfter auf, so daß sie bald in der ständigen Angst vor ihnen lebte und nach und nach immer mehr Orte vermied.

Neben den Ängsten traten bei Frau F. seit ihrer Berufsunfähigkeit starke Schlafstörungen auf. Sie schlief keine Nacht mehr durch und hatte wenig Appetit. Ihre frühere optimistische Lebenseinstellung war fast völlig verschwunden. Sie mußte sich jeden Morgen überwinden aufzustehen, fühlte sich erschöpft und energielos und konnte ihren Haushalt nur mit größtem Kraftaufwand erledigen.

Therapeutische Interventionen waren bei Frau F. dringend angezeigt, da die Angstsymptomatik sich so stark ausgeprägt hatte, daß sie ihrer Arbeit nicht mehr nachgehen konnte und sie auch im familiären sowie Freizeitbereich von den Ängsten massiv beeinträchtigt wurde. Die depressiven Verstimmungen der Patientin trugen zu einer weiteren Verschlechterung ihres psychischen Zustandes bei, so daß ein erhöhtes Suizidrisiko bestand.

## 2 Differentialdiagnostik

Mit Hilfe eines strukturierten Interviews, dem „Diagnostischen Interview bei psychischen Störungen“ (DIPS, Margraf, Schneider & Ehlers, 1994), ergab sich folgender psychopathologischer Befund: Hauptmerkmal der von der Patientin geschilderten Beschwerden sind die immer wiederkehrenden Angst- bzw. Panikanfälle, bei denen Frau F eine Vielzahl körperlicher (Herzklopfen, Schwindel, Zittern etc.) und psychischer (Derealisation) Symptome erlebt. Diese Symptome lösten bei der Patientin typischerweise starke Furcht vor einer drohenden körperlichen Katastrophe (Angst,

zu sterben) aus. Die Anfälle traten zu Anfang, später allerdings nur noch teilweise, plötzlich und unerwartet auf, d. h. für Frau F. nicht an Auslöser wie etwa bestimmte Situationen oder Personen gebunden. Angstanfälle sind das charakteristische Merkmal einer Panikstörung. Eine generalisierte Angststörung, bei der ein chronisch erhöhtes Angst- und Anspannungsniveau vorherrscht, konnte bei der Patientin ausgeschlossen werden, da sie die für eine Panikstörung klar abgrenzbaren Episoden starker Angst oder Unwohlseins als im Vordergrund stehend beschrieb. Nachdem mehrere spontane Angstanfälle aufgetreten waren, begann die Patientin Orte, an denen Angstanfälle aufgetreten waren, zu vermeiden. Mit der Zeit entwickelte sie so neben der Panikstörung eine ausgeprägte Agoraphobie, bei der die Patientin das Haus nur noch ganz selten verließ. Infolge des Vermeidungsverhaltens traten die Angstanfälle kaum noch auf, doch ganz verhindern konnte sie die Patientin nicht. Auf dem Höhepunkt der Agoraphobie verließ die Patientin nur noch selten das Haus und entwickelte ein zusätzliches Dysthymes Syndrom mit Schlafstörungen, Energielosigkeit, Appetitstörungen, das bei Beginn der Therapie schon über drei Jahre bestand. Die depressiven Symptome waren jedoch nicht massiv genug, um die Kriterien einer schweren depressiven Störung zu erfüllen.

Die Ergebnisse einer klinischen Fragebogenbatterie stimmten mit den Angaben in dem diagnostischen Interview überein. Im Fragebogen zu körperbezogenen Ängsten, Kognitionen und Vermeidung (Ehlers, Margraf & Chambless, 1993) wies die Patientin hohe Werte auf (Fragebogen zu angstbezogenen Kognitionen: 2,3, Fragebogen zur Angst vor körperlichen Symptomen: 3,9, Mobilitätsinventar: 3,4 auf der „Allein“-Skala und 2,9 auf der Skala „in Begleitung“). Im Beck-Depressionsinventar zeigte sich mit einem Wert von 28,5 eine deutliche Depression. Im Fragebogen zur Belastung und Einschränkung infolge des Angstproblems gab die Patientin an, sich in den Bereichen Arbeit und Freizeit sehr massiv beeinträchtigt zu fühlen. Im familiären Bereich gab sie an, sich mäßig beeinträchtigt zu fühlen.

Für die weitere Differentialdiagnose mußte geklärt werden, daß die Anfälle nicht durch organische Erkrankungen verursacht wurden, wie etwa Hypoglykämie, Phäochromocytome etc. Diese Erkrankungen können ähnliche Symptome hervorrufen wie die eines Angstanfalls. Hierzu wurde die Patientin an einen kooperierenden Arzt überwiesen, der mit der somatischen Differentialdiagnose der Panikstörung vertraut war. Ausführliche frühere medizinische Untersuchungen (kardiologische, neurologische, HNO-Diagnostik) hatten keine Hinweise auf organische Ursachen der Beschwerden ergeben, und auch die erneute medizinische Untersuchung ergab, daß die Patientin organisch völlig gesund und lediglich in einem schlechten Trainingszustand war, der durch das starke Schonverhalten infolge der Angsterkrankung erklärt werden konnte.

Da etwa die Hälfte der Patienten mit einer Panikstörung mit Agoraphobie während ihrer Angstanfälle hyperventilieren und sich auch bei Frau F. aus der Exploration Hinweise auf Hyperventilation ergeben hatten, wurde als weitere diagnostische Maßnahme ein Hyperventilationstest durchgeführt. Bei einer positiven Reaktion auf Hyperventilation ergeben sich spezifische Interventionen für den weiteren Therapieverlauf. Die Patientin wurde während des Hyperventilierens sehr ängstlich (Wert von 8 auf einer Skala von 0–10) und bekam massive körperliche Symptome. Sie empfand die Hyperventilation als den typischen Angstanfällen sehr ähnlich (Wert von 7 auf einer Skala von 0–10). Für die weitere Therapieplanung sollte dieser positive Befund berücksichtigt werden.

*Diagnose nach dem DSM-IV:*

- *Primärdiagnose:* Panikstörung mit Agoraphobie (300.21, ICD-10: F 40.01)
- *Zusatzdiagnose:* Dysthyme Störung (300.40, ICD-10: F 34.1)

### 3 Erklärungsansätze

Als prädisponierende Faktoren für die Entwicklung einer Panikstörung können bei Frau F. die von der Mutter erlernten Gesundheitssorgen und die daraus resultierenden übertriebenen Aufmerksamkeitsprozesse gegenüber körperlichen Symptomen betrachtet werden. Hinzu kam die Erfahrung, daß der Vater unerwartet früh an einem Herzinfarkt gestorben war.

Auslösend für die Angstproblematik der Patientin war offensichtlich das Erlebnis des ersten Angstanfalls, der infolge einer Streßsituation (s. o., Angst vor Verfolgung) eingetreten und als lebensbedrohlich interpretiert worden war.

Aufrechterhaltende Faktoren für das Störungsbild bestehen im wesentlichen aus Lernprozessen wie Konditionierung (nachdem der erste Angstanfall auf eine Streßsituation im Auto erfolgt war, trat nach einigen Tagen ein weiterer Anfall im Auto auf) und Generalisierung (mit der Zeit entwickelte Frau F. zunehmend in allen Situationen Angst, die den Aspekt „Hilfe ist nicht in erreichbarer Nähe“ gemeinsam hatten).

Das Zusammenspiel der physiologischen, kognitiven und emotionalen Reaktionen während eines Angstanfalls läßt sich mit Hilfe eines Teufelskreises oder Aufschaukelungsprozesses sehr gut erklären (vgl. Ehlers & Mar-

graf, 1998). Während eines Angstanfalls kommt es bei der Patientin zu einer positiven Rückkoppelung zwischen der Wahrnehmung körperlicher Symptome, deren Bewertung als gefährlich und der daraus resultierenden Angstreaktion. Auf einen konkreten Angstanfall der Patientin bezogen bedeutet das: Sie nimmt ein Herzstolpern wahr, sie denkt sich „Oh Gott, was ist mit meinem Herzen los?“. Dieser Gedanke macht ihr Angst, was automatisch physiologische Veränderungen wie etwa erhöhte Adrenalinausschüttung hervorruft. An dieser Stelle fängt die Patientin in der Regel zusätzlich an, zu hyperventilieren, was ebenfalls physiologische Veränderungen und wiederum weitere körperliche Symptome bewirkt. Das Herzklopfen der Patientin verstärkt sich, ihr wird zusätzlich schwindlig etc. Die Verstärkung der Symptome nimmt die Patientin ebenfalls wahr, und denkt jetzt erst recht, daß gleich eine körperliche Katastrophe eintreten wird (sie womöglich einen Herzinfarkt erleidet). Diese Kognitionen machen der Patientin noch mehr Angst, es kommt zur weiteren körperlichen Erregung mit noch mehr Symptomen etc. Der Aufschaukelungsprozeß wird von der Patientin nun in der Regel durch verschiedene Vermeidungsmaßnahmen unterbrochen: Besuch eines Arztes, Fluchtverhalten, Einnahme eines Medikamentes.

Langfristig verstärkt und aufrechterhalten wird die Angst durch das hilfeschuchende und das Vermeidungsverhalten, das die Patientin kurz nach dem ersten Angstanfall entwickelte. Die Patientin lernte hier rasch, daß ihre Angst sich nur dann reduziert, wenn sie (a) hilfeschuchendes Verhalten zeigt (z. B. einen Arzt aufsuchen, Medikament einnehmen) oder (b) die angstauslösende Situation ganz schnell verläßt. Eine weitere Folge dieser Bewältigungsversuche der Patientin ist es, mit der Zeit erst gar nicht mehr Orte aufzusuchen, an denen die erhöhte Wahrscheinlichkeit eines weiteren Angstanfalls besteht. Das bedeutet, daß die Patientin öffentliche Orte meidet und sich nur noch an sicheren Orten aufhält (zu Hause in der Nähe des Telefons). Hierzu gehört auch, daß die Patientin über die Einsatzzeiten der Notarztdienste immer genau Bescheid weiß und ständig Telefongroschen mit sich trägt, um im Falle eines Angstanfalls schnell einen Arzt rufen zu können. Weitere „verdeckte“ Vermeidungsstrategien sind die sogenannten „Sicherheitssignale“, die die Patientin mit der Zeit entwickelte. So trägt sie ständig Benzodiazepine mit sich, die sie im Notfall einnehmen kann. Diese Vermeidungsstrategien (hilfeschuchendes Verhalten, Flucht, Sicherheitssignale) sind entscheidend für die Stabilisierung der Angstsymptomatik bei der Patientin und tragen zu einer schnellen Generalisierung auf vielfältige Situationen bei.

## 4 Interventionsprinzip

### Therapieplan

Aufgrund der in der diagnostischen Phase gewonnenen Informationen ergab sich folgender Therapieplan: Als erstes Therapieziel wurde mit der Patientin gemeinsam die Reduktion der Angstsymptomatik und das Absetzen der Medikamente beschlossen. Das Absetzen der Medikamente geschah in Absprache mit dem kooperierenden Arzt. Da der Schweregrad der depressiven Symptomatik weniger belastend und als Folgeerscheinung der Angstsymptomatik zu verstehen war, wurde die Behandlung der Dysthymen Störung lediglich als zweites Therapieziel formuliert, das ggf. im Anschluß an die Angstbehandlung angegangen werden sollte.

Der Patientin wurde zur Behandlung ihrer Agoraphobie eine massierte Konfrontationsbehandlung in vivo vorgeschlagen, da sich diese Art der Behandlung als die effektivste und langfristig stabilste Behandlungsform für Agoraphobien erwiesen hat (vgl. hierzu Ehlers & Margraf, 1998; Fiegenbaum, 1990). Weiterhin sollte im Anschluß an die Konfrontationsbehandlung eine spezifische kognitive Therapie zur Behandlung der spontanen Angstanfälle durchgeführt werden. Dies erschien als notwendig, da die Patientin neben dem ausgeprägten Vermeidungsverhalten auch an spontanen Angstanfällen litt. Die kognitive Therapie von spontanen Angstanfällen kann zudem als Maßnahme zur Rückfallprophylaxe betrachtet werden. In der Literatur wird immer wieder berichtet, daß spontane Angstanfälle häufige Auslöser für Rückfälle von Agoraphobikern sind.

Zur Vorbereitung der Therapie wurde die Patientin gebeten, ein Angstanfalls-Tagebuch und ein Aktivitäts-Tagebuch (Margraf & Schneider, 1990) zu führen. In dem Angstanfalls-Tagebuch sollte die Patientin direkt im Anschluß an einen Angstanfall die wichtigsten Merkmale (Auslöser, Angstintensität, Gedanken etc.) notieren. Im Aktivitätstagebuch sollte sie alle Aktivitäten außer Haus protokollieren. Die Tagebücher dienen der detaillierten Selbstbeobachtung der Angst und der Erfolgskontrolle im Therapieverlauf.

### Kognitive Vorbereitung

Im Rahmen einer kognitiven Vorbereitungsphase wurden gemeinsam mit der Patientin prädisponierende, auslösende und aufrechterhaltende Fakto-

ren für ihre Angstsymptomatik zusammengetragen und besprochen. Das Erklärungsmodell trägt entscheidend zur Akzeptanz und Wirksamkeit therapeutischer Interventionen bei. Wichtig hierbei war es auch, die eigenen Erklärungsversuche der Patientin (z. B. der frühe Tod des Vaters, die kränkelnde Mutter) in das Genesemodell zu integrieren. Als weiterer Schritt wurden mit der Patientin gemeinsam die aufrechterhaltenden Faktoren der Angstsymptomatik besprochen. Dem Verständnis dieses Modells, das auf der Zwei-Faktoren-Theorie Mowrers (1960) aufbaut, wird in der Konfrontationsbehandlung ein wichtige Bedeutung beigemessen. Die kognitive Vorbereitung wird als entscheidender Schritt für die erfolgreiche Durchführung der Konfrontationsbehandlung angesehen. Aus der Erklärung der aufrechterhaltenden Bedingungen läßt sich dann folgerichtig das notwendige therapeutische Vorgehen ableiten.

Frau F. wurde zunächst gebeten, auf einem Koordinatensystem mit der vertikalen Achse „Angstintensität“ (0–100) und der horizontal verlaufenden Achse „Zeit“ (Min./Std.) den Angstverlauf bei ihrer ersten Flucht aus einer agoraphobischen Situation einzuzeichnen. Daran anschließend wurde sie gebeten, den Angstverlauf beim zweiten Kontakt mit dieser Situation einzuzeichnen. Frau F. beschrieb hier, daß sie allein schon bei dem Gedanken an die Situation Angst empfand und nach ganz kurzer Zeit mit dem Auto wieder nach Hause fuhr. Frau F. wurde erläutert, daß ihre Reaktion, bei Angst die gefürchtete Situation zu verlassen, sehr verständlich sei und kurzfristig für sie eine Erleichterung bedeute. Langfristig bewirke ein solches Verhalten allerdings, daß ihre Angstreaktion verstärkt und stabilisiert wird (negative Verstärkung), da sie nämlich lerne, daß nur durch Flucht oder durch Vermeidung die Angst bewältigt werden könne. Mit der Zeit führe dieses Verhalten zu immer größer werdenden Einschränkungen ihres Lebensraumes, was sie ja auch deutlich erfahren habe. In der schlimmsten Phase ihrer Angstsymptomatik habe dies dazu geführt, daß sie nur noch ganz selten das Haus verließ und wenn, so nur in Begleitung.

Anhand eines Gedankenexperiments wurde die Patientin aufgefordert sich vorzustellen, welchen Verlauf ihre Angst nehmen würde, wenn sie keine Möglichkeit hätte, aus der von ihr gefürchteten Situation zu flüchten. Erst nach langem Überlegen konnte sie sich vorstellen, daß die Angst möglicherweise auch von alleine wieder weggehen könnte, ohne daß sie irgend etwas dazu tun müßte. Frau F. wurde die Erkenntnis bestätigt und sie erhielt ergänzend hierzu die Information, daß Gegenregulationsprozesse des Körpers nach Erschöpfung der Stresshormone das Angstniveau automatisch herabsetzen. Frau F. wurde nun darauf hingewiesen, daß sie im Rahmen der Therapie diese zentrale Erfahrung mehrmals machen müsse, indem sie alle Situationen, die sie bislang gemieden hat, aufsuche und erst nach einem Angstabfall wieder verlasse. Nach ausführlicher Diskussion

aller ihrer Zweifel fand Frau F. das ihr angebotene Erklärungsmodell und den daraus resultierenden Behandlungsvorschlag plausibel und zeigte sich bereit, trotz starker Angst die Konfrontationsbehandlung zu beginnen. Dennoch erhielt sie einige Tage Bedenkzeit, um der Gefahr eines Therapieabbruchs infolge mangelnder Therapiemotivation vorzubeugen.

## Konfrontationsbehandlung

Frau F. wurde an den ersten Tagen der Behandlung massiv mit stark angstauslösenden Situationen konfrontiert. Hierzu gehörte u. a. das Autofahren in starkem Verkehr, der Aufenthalt in Waschanlagen, lange Einkäufe in überfüllten Supermärkten, Kinobesuche und das Besteigen von Türmen. Es wurde jeweils dafür gesorgt, daß die Situationen erst nach einem Angstabfall, d. h. nach der Habituation verlassen wurden. Im Verlauf der Übungen sank das Angstniveau bei der Patientin zunehmend.

Die Übungen und die eingetretenen Habituationsprozesse wurden zwischendurch mit Frau F. besprochen, und sie wurde immer wieder dazu angehalten, sich selbst für die Fortschritte in der Therapie zu verstärken.

Am Ende einer Woche konnte keine der Übungen mehr bei der Patientin starke Angst auslösen. Das Erlebnis des Angstabfalls ohne daß die Situation verlassen wurde, hatte eine entscheidende Lernerfahrung hinsichtlich der Angstbewältigung hinterlassen, die schnell generalisiert wurde. In den folgenden Tagen führte Frau F. ein ähnliches Konfrontationsprogramm immer wieder allein und selbständig durch, so daß sich die positiven Erfahrungen verfestigen konnten. Frau F. bewies hierbei eine hohe Motivation und berichtete anschließend, daß selbst verstärkte Bemühungen, Angst in den kritischen Situationen zu provozieren, keinen Angstanfall mehr auslösen konnten.

Frau F. wurde dazu ermutigt, weiterhin potentiell angstauslösende Situationen aufzusuchen und, falls einmal wieder ein Angstanstieg eintreten sollte, auf jeden Fall in der Situation zu bleiben, bis die Angst abgefallen sei und sodann die Übung zu wiederholen.

## Behandlung der spontanen Anfälle

Da die Patientin neben dem starken Vermeidungsverhalten auch von spontanen, nicht zwangsläufig an Situationen gebundenen Angstanfällen berichtete, wurde im zweiten Abschnitt der Therapie die gezielte Behandlung

der spontanen Angstanfälle fokussiert. Gleichzeitig sollte dieser Teil der Behandlung als Rückfallprophylaxe dienen, da wie oben schon erläutert die meisten Rückfälle bei Agoraphobikern durch spontane Angstanfälle zustande kommen.

Die Behandlung der spontanen Anfälle bestand vorwiegend aus kognitiver Arbeit. Mithilfe des „geleiteten Entdeckens“ erfaßte Frau F. problemlos die Bedeutung des oben dargestellten Teufelskreises der Angst und konnte den Aufschaukelungsprozeß der Angst infolge fehlangepaßter Kognitionen gut nachvollziehen. Auch die in vielen Fällen bedeutende Rolle der Hyperventilation bei der Symptomverschlimmerung während eines Angstanfalls wurde der Patientin anhand der ablaufenden physiologischen Prozesse eingehend erläutert.

Weiterhin wurden sehr detailliert alle Befürchtungen, die für Frau F. im Zusammenhang mit den Angstanfällen standen (z. B. „Mir droht der Herzinfarkt“) zusammengetragen und bearbeitet. Hierzu wurden alle Argumente, die für die Richtigkeit der Befürchtungen sprachen und alle, die dagegen sprachen gesammelt und wiederholt diskutiert. Zusätzlich wurden mit Hilfe von „Verhaltensexperimenten“ wie Hyperventilation, Übungen zur körperlichen Belastung (Fahrradergometer fahren), erhöhter Kaffeekonsum gezielt die gefürchteten Symptome der Patientin provoziert, damit die Patientin überprüfen konnte, ob ihre Befürchtungen eintraten. Nach weiteren fünf Sitzungen konnte dieser Teil der Therapie erfolgreich beendet werden.

Eine weitere diagnostische Phase, in der insbesondere die Depressivität der Patientin exploriert werden sollte, ergab keine Hinweise auf weitere notwendige therapeutische Maßnahmen. Die Depression der Patientin war remittiert. Des weiteren zeigte sich hinsichtlich der Angststörung, daß alle zuvor auffälligen Maße der o. g. Fragebogenbatterie nach der Therapie im Normalbereich lagen.

## Rückfallprophylaxe

Zum Abschluß der Therapie wurde die Patientin noch einmal darauf hingewiesen, auch in den nächsten Wochen so häufig wie möglich potentiell angstausslösende Situationen aufzusuchen, damit sich ihre Lernerfahrungen noch weiter verfestigten. Weiterhin wurden alle in der Therapie bearbeiteten Fehlinterpretationen der Patientin erneut angesprochen, um zu prüfen, ob neue Zweifel an den Alternativerklärungen aufgetaucht waren. Es ergaben sich aber hier keine Hinweise, die eine weitere Behandlung notwendig gemacht hätten. Die Patientin wurde in der vorletzten Stunde

gebeten, zuhause all das aufzuschreiben, was für sie in der Therapie besonders wichtig war und was sie in der Therapie gelernt habe. Diese Aufgabe hatte zum Ziel, noch einmal zu überprüfen, ob die Patientin die zentralen Punkte der Therapie verinnerlicht hatte und sollte erneut eine Auseinandersetzung mit Themen der Therapie fördern.

In der letzten Sitzung wurde die Patientin darauf vorbereitet, daß es auch wieder Phasen geben könnte, in denen sie, vielleicht bedingt durch erhöhten Streß, mehr Angst empfinden könnte und es möglicherweise wieder zu einem Angstanfall kommen könnte. Dies sei aber keine Katastrophe. Wichtig sei dann, die gelernten Fertigkeiten aus der Therapie erneut anzuwenden und sich zum einen systematisch zu konfrontieren und zum anderen zu überprüfen, welche neuen Befürchtungen aufgetreten seien.

### Ein-Jahres- und Vier-Jahres-Katamnese

Die deutliche Verbesserung in den Fragebogenmaßen waren über die folgenden Katamnesezeitpunkte ein Jahr und vier Jahre nach Therapie stabil geblieben. Darüber hinaus berichtete Frau E, sie sei in dieser Zeit insgesamt selbstbewußter geworden und arbeite erneut. Für den Fall, daß wieder einmal ein Angstanfall auftreten werde, fühlte sie sich durchaus in der Lage, anhand der neugewonnenen Fertigkeiten damit umzugehen. Prognostisch ist der Therapieerfolg als stabil zu betrachten. Dies ist insbesondere aus der Tatsache ersichtlich, daß die Patientin die zentralen Punkte der Therapie im katamnestischen Gespräch noch einmal zusammenfaßte und die erzielten therapeutischen Erfolge vom Therapieende bis zum Katamnesezeitpunkt stabil blieben.

## 5 Resümee

Der Erfolg der oben beschriebenen Therapie ist in erster Linie auf die Wahl der Therapieinterventionen „massierte Konfrontation plus kognitive Behandlung der Angstanfälle“ zurückzuführen. Als günstig hat sich auch die Reihenfolge, in der die beiden Behandlungskomponenten angewandt wurden, erwiesen. Da starkes Vermeidungsverhalten im Vordergrund stand und die stärkste Belastung für die Patientin bedeutete, war eine massierte Konfrontationsbehandlung günstig, um (a) die Angstsymptomatik so schnell wie möglich abzubauen und (b) die Depressivität der Patientin, die als Folge der Angst zu sehen war, zu lindern. Die darauf folgende kognitive Behandlung konnte in idealer Weise auf Erfahrungen aus dem Konfronta-

tionstraining zurückgreifen, die für die Reattribuierung der Fehlinterpretationen sinnvoll genutzt werden konnten. Gleichzeitig bedeutete die kognitive Therapie eine Rückfallprophylaxe für den Fall erneuter Angstanfälle.

Die Depressivität der Patientin mußte nicht gesondert behandelt werden, da sie stark durch die Angst modifiziert wurde und nach entsprechender erfolgreicher Angstbehandlung verschwunden war. Weiterhin generalisierten die erzielten Fortschritte der Patientin auf weitere Bereiche, so daß sie insgesamt selbstbewußter und konfrontativer mit schwierigen Situationen umging.

## Literatur

- Ehlers, A. & Margraf, J. (1998). Agoraphobien und Angstanfälle. In H. Reinecker (Hrsg.), *Lehrbuch der Klinischen Psychologie* (3. Auflage). Göttingen: Hogrefe.
- Ehlers, A., Margraf, J. & Chambless, D. (1993). *Fragebogen zu körperbezogenen Ängsten, Kognitionen und Vermeidung*. Weinheim: Beltz Test Gesellschaft.
- Fiegenbaum, W. (1990). Langzeiteffektivität von nicht graduiertes versus graduiertes massierter Konfrontation bei Agoraphobikern. In W. Fiegenbaum & J.C. Brengelmann (Hrsg.), *Angststörungen: Diagnose und Therapie*. München: Gerhard Röttger Verlag.
- Margraf, J. & Schneider, S. (1990). *Panik: Angstanfälle und ihre Behandlung* (2. Aufl.). Berlin, Heidelberg: Springer.
- Margraf, J., Schneider, S., Ehlers, A. (1994). *Diagnostisches Interview bei psychischen Störungen (DIPS)* (2. Aufl.). Berlin, Heidelberg: Springer.
- Mowrer, O.H. (1960). *Learning Theory and Behavior*. New York: Wiley.
- Wittchen, H.-U. (1988). Natural course and spontaneous remissions of untreated anxiety disorders: Results of the Munich follow-up study (MFS). In I. Hand & H.-U. Wittchen (Eds.), *Panic and Phobias 2* (pp. 3–17). Berlin: Springer.