

# Panikstörung & Agoraphobie

## Teil II

### Diagnostische Verfahren zur Erfassung von Panikstörung - Agoraphobie

- Mittlerweile Fülle von Fragebogen & Ratingskalen für unterschiedliche Bereiche.
- In der VT wichtig, gezielte Aspekte erfassen, die für diagnostischen und therapeutischen Prozess von Nutzen sind.
- Bspw. Fragen zu kognitiven Bewertungsmustern, zu körperlichen Angstsymptomen oder Vermeidungsverhalten

Verfahren	Beschreibung	Zeitaufwand	
ACQ	Fragebogen zu angst-bezogenen Kognitionen (S) [Ehlers et al. 1993]	14 Items, Kognitionen zu körperlichen Krisen, Kontrollverlust, Vermeidung	5 min
BSQ	Fragebogen zur Angst vor körperlichen Symptomen (S) [Ehlers et al. 1993]	17 Items, Angst vor der Angst und vor körperlichen Symptomen	5 min
MI	Mobilitätsinventar (S) [Ehlers et al. 1993]	27 Items, Vermeidungsverhalten mit und ohne Begleitung	5 min

### Weitere diagnostische Methoden

- Für Therapieplanung sinnvoll, eine Zielerreichungsskalierung vorzunehmen, um konkrete Ziele und Behandlungsschritte festzulegen
- Ausmaß der Belastungen bzw. Einschränkungen über die verschiedenen Lebensbereiche (privat, beruflich) erfragen
- Differentialdiagnose mit strukturiertem klinischem Interview (bspw. SKID I + II, DIPS)
- Organische Differentialdiagnose durch mitbehandelnden Arzt
- Problemanalyse & weitere diagnostische Maßnahmen

### Einsatz von Tagebüchern

- Wichtiges Hilfsmittel zur Erfassung der Ängste sind standardisierte Tagebücher
- Erfasst werden Ängste und deren Begleitumstände
- Erlaubt generellen Überblick über Aktivitätsmuster des Patienten → v.a. bei Vermeidungsverhalten wichtig
- Tagebücher sind damit hilfreich zur Hypothesenbildung zu Beginn der Therapie + zur Überprüfung von Fortschritten während d. Therapie
- Aus therapeutischer Sicht fördern Tagebücher zudem Übernahme von Selbstverantwortung des Patienten

## Praktische Hinweise zum Umgang mit Tagebüchern

- Tagebuch sollte gleich zur ersten oder zweiten Sitzung eingeführt werden
- Pat. darüber informieren, was er in Tagbuch warum und wann eintragen soll
- Das Tagebuch sollte zu Beginn jeder Sitzung kurz besprochen werden, um Pat. die Wichtigkeit des Tagebuchs zu verdeutlichen
- Fallen Unregelmäßigkeiten (fehlende Eintragungen) auf, sollten diese mit dem Patienten besprochen werden → bringt oft wichtige therapeutische Hinweise auf Vermeidungsverhalten oder dysfunktionale Annahmen

## Effektive psychologische Therapieverfahren der Panikstörung

- Kognitiv-behaviorale Therapie (z.B. Margraf 1990)
- Expositionsverfahren (z.B. Hand, 1982)
- Kombination der obigen mit Medikamenten
- ev. Applied Relaxation (Öst 1994)

## Indikation für unterschiedliche Behandlungsplanung

### 1. Leichte PAN, d.h. ...

- Weniger als 4 Attacken/M. mit geringer Symptomausprägung
- Geringe antizipatorische Angst
- Geringe APH
- Keine Komorbidität

### Therapeutische Intervention

- Psychoedukative Maßnahmen
- „Bedarfsmedikation“

### 2. Mittelgradige PAN, d.h.

- 4 und mehr Attacken/Monat mittlerer Symptomausprägung
- Mäßig depressive Störung oder Komorbidität
- Deutliche APH mit mäßiger Beeinträchtigung des „Social functioning“
- Deutliche antizipatorische Angst

### Therapeutische Intervention

#### Wahlweise Pharmakotherapie

- TCA (Imipramin)
- SSRI (Paroxetin, Fluvoxamin)
- Benzodiazepine (Alprazolam)

### Schwere Panikstörung

- Hohe Attackenzahl (10 oder mehr) mit erheblicher Symptomausprägung
- Ausgeprägte APH mit erheblicher Beeinträchtigung der Lebensqualität (z.B. Arbeitsunfähigkeit)
- Komorbidität: MDD, Alkohol- / Medikamentenmissbrauch, SOPH, GAS, Persönlichkeitsstörung

### Therapeutische Intervention

#### Kombination Pharmakotherapie und VT

- Kombination verschiedener Substanzgruppen:
  - TCA und SSRI
  - TCA und reversible MAO-Hemmer
  - TCA und Benzodiazepine
- Erweiterte Pharmakotherapie (Kombination verschiedener Substanzgruppen und VT)

### **Kognitiv-behaviorale Therapie der PAN (Margraf & Schneider, 1990)**

- Das Rational zur Behandlung der PAN leitet sich aus dem Teufelskreismodell ab.
- Es ist geeignet für PAN ohne oder mit leichter bis moderater APH (PAN im Vordergrund)
- Bei Komorbidität (bspw. Angst & Depression) sollte zeitliche Abfolge der Beschwerdenkomplexe geklärt werden → tritt die Depression infolge der Angst auf, sollte zunächst die Angst behandelt werden, da sich allein durch die Angstbehandlung die Symptomatik reduziert
- Liegen mehrere Störungen vor, sollte immer mit der Störung begonnen werden, die die größte Beeinträchtigung für den Pat. darstellt.
- Bei mehreren gleichwertigen Störungsbildern sollte mit der Behandlung begonnen werden, die die meisten Erfolgsaussichten verspricht.

### **Komponenten der Therapie (nach Margraf & Schneider 1990)**

- Informationsvermittlung
- Konfrontation mit internen Reizen (v.a. körperlichen Symptomen)
- Erlernen von Bewältigungsstrategien (für Angst und körperliche Symptome)
- Kognitive Therapie zur Veränderung von inadäquaten Symptominterpretationen

### **Rahmenbedingungen der Therapie:**

- **Umfang:**  
~ 15 Sitzung à 50 min.
- **Häufigkeit:**  
erste 10 Sitzungen 2x wöchentlich, danach 1x wöchentlich
- **Tonbandaufnahmen:**  
alle Sitzungen werden aufgenommen und vom Patienten zu Hause nochmals angehört

### **Vorgehen in der Therapie - Überblick**

- Zunächst werden *Ereignisse der vergangenen Woche* kurz besprochen
- Dann legt der Therapeut eine *Tagesordnung* fest
- Ab der 2. Sitzung werden danach die *Hausaufgaben* besprochen
- *Kernstück jeder Sitzung bilden Informationen und Techniken zur Veränderung der Angstreaktion*
- **Erste 3 Sitzungen:** Informationen werden gegeben, die Patienten werden in der „systematischen Datensammlung“ über ihre Ängste geschult
- **Sitzungen 4-12:** Die Angstreaktionen werden mit Hilfe spezifischer kognitiver Techniken und Konfrontation mit angstauslösenden körperlichen und situativen Reizen gezielt verändert
- **Letzte 3 Sitzungen:** Maßnahmen zur Generalisierung und Rückfallprophylaxe stehen im Vordergrund
- Zum Abschluss jeder Sitzung fasst der Therapeut die abgelaufene Sitzung zusammen und fragt die Pat. nach Rückmeldungen, offenen Fragen o. Zweifeln.

Außerdem werden Hausaufgaben gegeben und das weitere Vorgehen besprochen

## **Beispiele zu den einzelnen Therapiephasen**

### **Das Erstgespräch**

- Dient dazu, allgemeinen Eindruck vom Pat. und seinen Beschwerden zu bekommen
- Pat. soll ersten Überblick über Therapieverlauf bekommen
  - Kurzdarstellung des typischen Therapieverlaufs (Diagnostik, Interventions- und Selbstkontrollphase)
  - Typische Therapiedauer
  - Dauer der einzelnen Sitzungen

### **Formulierungstips für das Erstgespräch....**

- **Erste Sitzung kann mit folgenden Fragen eröffnet werden:**
  - „Sie haben bereits angegeben, dass Sie Angst haben, alleine das Haus zu verlassen. Erzählen Sie mir mehr über Ihre Angst“
  - „Welche Symptome erleben Sie am häufigsten?“
  - „Was bedeuten diese Symptome für Sie?“
  - „Wie sehr werden Sie in Ihrem Leben durch Ihre Angst beeinträchtigt?“
- **Vermittlung von Fachwissen durch gezielte Anmerkungen oder Fragen:**
  - Bspw. APH-Pat. der von Angst in Kaufhäusern berichtet: „Ich kann mir vorstellen, dass diese Situation für Sie besonders beängstigend war, da Sie ja hier nicht schnell raus und Hilfe holen können, wenn die Symptome beginnen.“

### **Psychoedukation**

- Angst und Stress als normale Anpassungsreaktionen
- Gemeinsamkeiten von Angst- und Stress-symptomen
- Diagnose, Entstehung, Verlauf von Angsterkrankungen
- Behandlungsmöglichkeiten
- Prognose

### **Umgang mit „Angst“**

- Angst und Angstsymptome sind normale, aber verstärkte Streßreaktionen
- Akute Angstreaktionen sind nicht schädlich für die Gesundheit
- Verhindern Sie furchterregende Phantasie-vorstellungen durch positive Gedanken
- Bleiben Sie in der Realität! Beschreiben Sie, was wirklich um Sie herum geschieht
- Bleiben Sie in der Angstsituation, bis die Angst abnimmt
- Beobachten Sie bewußt, wie die Angst abnimmt
- Setzen Sie sich Situationen bewußt aus, die Ihnen Angst machen
- Seien Sie stolz auf Erfolge – auch auf die kleinen
- Nehmen Sie sich Zeit zur Bewältigung von Angstsituationen

### **Die Vermittlung des Störungsmodells....**

- bildet Grundlage der Behandlung

- trägt zur Wirksamkeit und Akzeptanz therapeutischer Maßnahmen bei
  - hilft zu verstehen, „was man eigentlich hat“, obwohl die Ärzte bislang nichts entdecken konnten → entlastet von Angst, unentdeckte schlimme körperliche Erkrankung zu haben oder „verrückt“ zu sein
- Therapeut übernimmt dabei Begriffe des Patienten und geht auf die individuellen Symptome ein.

### **Das Störungsmodell soll...**

- für Pat. plausibel sein
- im Einklang mit seinen wichtigsten Überzeugungen stehen
- es sollte nicht durch seine Erfahrungen falsifiziert werden können
- Und eine Heilungsperspektive eröffnen

Das Modell wird über die Technik des geleiteten Entdeckens vermittelt (Fallbeispiel)

### **Ableitung Störungsmodell**

- Aus Dialog ersichtlich, dass sich ein Teufelskreis etabliert → gemeinsame Nenner der verschiedenen Situationen: „Angst vor der Angst“
- Deutung der Symptome als körperliche Bedrohung verständlich, aber führt zur Verschlimmerung der Symptome
- Wichtig: Überprüfen, ob vermitteltes Wissen verstanden wurden über Rollenspiele und Rückfragen sowie Hausaufgaben

### **Weitere Behandlungsschritte aus dem Teufelskreismodell abgeleitet**

Korrektur der Fehlinterpretation als Kernstück der Behandlung:

- Identifikation der Fehlinterpretation
- Einschätzung des Ausmaßes, in dem die Pat. Von der Fehlinterpretation überzeugt sind
- Sammeln aller Daten, die für die Fehlinterpretation sprechen
- Sammeln aller Daten, die gegen die Fehlinterpretation sprechen
- Erstellen einer alternativen Erklärung („Wir haben jetzt sowohl Argumente für als auch gegen Ihre Interpretation gesammelt. Ihre bisherige Annahme kann nur die eine Seite erklären, wir brauchen aber eine Erklärung für alles.“)
- Erstellen einer alternativen Erklärung („Wir haben jetzt sowohl Argumente für als auch gegen Ihre Interpretation gesammelt. Ihre bisherige Annahme kann nur die eine Seite erklären, wir brauchen aber eine Erklärung für alles.“)
- Sammeln aller Daten, die für die alternative Erklärung sprechen
- Überzeugungsrating für die Fehlinterpretation
- Überzeugungsrating für die alternative Erklärung

### **Korrektur von Fehlinterpretationen**

- Geleitetes Entdecken
- Immer wieder die Sichtweise des Pat. Aufgreifen (anstatt „neue Perspektive zu verkaufen“)
- Jegliche Fragen und Zweifel ermutigen und ausgiebig besprechen
- Entscheidungskonflikte aufbauen (durch Etablierung von Extrempositionen)

- Geduld mit dem Patienten haben

## **Kognitive Maßnahmen**

### **Vorgehen**

- Aktuellen Panikanfall durchsprechen
- Reihenfolge beachten (dominante körperliche Symptome zuerst)
- Wenn Empfindung X, was geht Ihnen dabei durch den Kopf? Wie fühlen Sie sich?
- Wenn Gefühl X und Gedanke Y, wie reagiert Ihr Körper?
- Gegenseitige Aufschaukelung von X, Y und Körper herausarbeiten

**WICHTIG:** Bei Fehlinterpretationen gemeinsame Erarbeitung von Alternativerklärungen (nicht Gegenargumentieren!)

## **Konfrontationsübungen**

### **Vorgehen**

Konkrete Übungsaufgaben, um...

- körperliche Symptome unter Kontrolle zu bringen
- furchterregende Gedanken zu kontrollieren

Dazu.....

- Zulassen der Angstsymptome
- Beobachtung des Symptomanstiegs und -abfalls
- ggf. Entspannungsverfahren
- Bewusstes Vorstellen, lautes Aussprechen
- Beschreiben der Gedanken-Symptomspirale
- Stoppen der Gedanken durch Angstregeln

## **Die 10 Regeln für das Selbstgespräch in Paniksituationen**

- „Angst- und Körperreaktion sind normale Stressreaktion“
- „Angstreaktionen sind nicht schädlich für Gesundheit“
- „Ich verstärke sie nicht durch Furcht erregende Phantasien“
- „Ich bleibe in der Realität - beobachte, was “wirklich” geschieht“
- „Ich warte bis die Angstreaktion vorüber ist“
- „Ich beobachte wann und wie sie von alleine abnimmt“
- „Ich vermeide nicht und gebe mir die Chance zu lernen“
- „Ich führe die Übung bis zum Abschluß durch“
- „Ich nehme mir Zeit für die Übungen, setze mich nicht unter Druck“

## **Korrektur der Fehlinterpretationen**

### **Verhaltensexperimente**

- Verhaltensexperimente dienen dazu, Fehlinterpretationen des Pat. Und die erarbeiteten Alternativerklärungen auf ihren Wahrheitsgehalt zu überprüfen
  - Bspw. Angst vor Ohnmacht im Kaufhaus → Kaufhausbesuch

- Bspw. Angst vor körperlicher Belastung → Treppensteigen
- Durch das Erleben beim Verhaltensexperiment bessere Annahme der alternativen Erklärungen
- Zusätzlich: Aussetzen gegenüber den internalen Reizen führt zur Gewöhnung und Abebben der Erregung bei der Wahrnehmung der körperlichen Symptome

### **Verhaltensexperimente zur Überprüfung und Konfrontation mit inneren Reizen**

- **Hyperventilationstest**
  - schnelles, flaches Ein- und Ausatmen
  - z.B. zur Demonstration von nicht-krankheitsbedingten Symptomen
  - Sollte mit Pat. erst nach medizinischer Abklärung durchgeführt werden,
  - Vorgehen: 1. Exploration der Symptome während eines Panikanfalls; Erläuterung des Hyperventilationstests; Durchführung; Auswertung; Symptome während des Hyperventilationstests werden mit denen während eines Angstanfalls verglichen; Erarbeiten von Implikationen, die sich aus der Ähnlichkeit der Symptome während des Tests und der Angstanfälle ergeben
- **Körperliche Belastung**
  - wie 1 Minute auf der Stelle laufen, Kniebeugen, Treppensteigen
  - z.B. bei der Befürchtung, Anstrengung könne dem Herzen schaden
- **Atemtechnik**
  - z.B. können schmerzhaft Stiche im Bereich der Brust erzeugt werden durch eine Atemtechnik, bei der Betreffende immer wieder tief einatmet, aber nicht vollständig ausatmet (Überdehnung der Muskulatur zwischen den Rippen)
- **Drehen bzw. schnelles Bewegen des Kopfes**
- **Konfrontation mit dem eigenen EKG**

### **Maßnahmen zur Rückfallprophylaxe im Rahmen der Panikbehandlung**

- **Aspekt des Lernens** wird in der Therapie betont. Patient soll die erworbenen Strategien selbständig außerhalb der Therapiesituation einsetzen können.
- **Hausaufgaben** in möglichst vielen verschiedenen, realistischen und für den Patienten praktisch relevanten Situationen dienen sowohl der Generalisierung als auch zur Verhütung von Rückfällen.
- Th. legt Wert auf **eigene Entscheidungen** des Patienten bzw. **Eigenverantwortlichkeit**. Insbesondere gegen Ende der Therapie wird versucht, die Beteiligung der Pat. an der Therapieplanung so stark wie möglich zu gestalten. Weiterhin wird die Selbstverstärkung des Patienten betont und immer wieder eingeübt.
- Dem Patienten werden **Rückschläge bzw. Fluktuationen im Angstniveau «vorhersagt»**.
- Sollte aber nicht als Katastrophe oder Alles-oder-Nichts-Phänomen bewertet werden (« ein Panikanfall - und die Behandlung war umsonst »).
- Unterschied zwischen Rückschlägen und vollständigen Rückfällen erklärt. Dazu dient ein **Diathese-Stress-Modell**.
- Am Ende der Therapie wird überprüft, ob noch irgendwelche Fehlinterpretationen unbearbeitet geblieben sind. **Insbesondere soll der Wunsch nach 100%iger Sicherheit für den Pat. bewusst in Frage gestellt sein.**

## Stressmodell

### Therapie-Non-Response oder Resistenz

#### Mögliche Ursachen von Non-Response

- Mangelhafte Compliance
  - Ungenügender Wirksamkeitsspiegel der Substanz im Serum
  - Inkompatible Therapieerwartungen von Patient und Therapeut
- Empfehlungen bei Non-Response bzw. Resistenz
- Kombination verschiedener Substanzgruppen:
    - TCA und Benzodiazepine
    - SSRI und Benzodiazepine
  - Erwägung stationärer Aufnahme

### Kognitive Verhaltenstherapie der Panikstörung

- **Effektivität** durch viele Studien klar belegt
- **Barlow et al. (1989):**
  - KVT vs. PMR vs. Kombination c durch KVT 80% bei Therapieende frei von Panikanfällen,
  - durch PMR nur 40%;
  - Kombination der einfachen KVT nicht überlegen;
  - Effekt der PMR-Gruppe nicht besser als bei einer Wartegruppe;
  - Follow-up nach 24 Monaten (% ohne Panikanfälle): KVT 81,3%, PMR 35,7%, Kombination 42,9%

#### Generell:

- bei KVT etwa 80% Responder
- stabile Langzeiteffekte
- besser als unspezifische Therapieverfahren oder Pharmakotherapie
- durchgehend auch Besserung von Begleitproblemen wie allgemeine Ängstlichkeit, Depressivität, interpersonelle Beziehungen

#### Jedoch:

Therapeutische Versorgung sehr schlecht:

- nur 40% aller Angstpatienten erhalten Psychotherapie,
- nur 4% aller Panikpatienten erhalten Verhaltenstherapie
- nur 2-3% KVT [Margraf 1996]

### Pharmakotherapie

#### Substanzen der Wahl:

- Trizyklische Antidepressiva (TCA; bspw. Imipramin Clomipramin Doxepin)
- Selektive Serotonin-Wiederaufnahme-hemmer (SSRI; bspw. Paroxetin Fluvoxamin Fluoxetin)
- Benzodiazepine (bspw. Alprazolam)

#### Therapiedauer:

- Akuttherapie bis 8 Wochen
- Erhaltungstherapie bis 6 Monate
- Rezidivprophylaxe bis 1 Jahr und länger

## **Pharmakotherapie**

Durchschnittliche Dosierung per die:

- Imipramin bis zu 150 mg
- Fluvoxamin bis zu 150 mg
- Paroxetin bis zu 60 mg
- Alprazolam bis zu 4 mg

- Additiver Effekt durch VT vor allem bei komplizierten Fällen und Komorbidität

## **Pharmakotherapie – TCA**

### **Imipramin**

- Bestuntersuchte Substanz
- Verzögerter Wirkungseintritt
- Zunächst Besserung der Panikstörung
- Später Besserung der Agoraphobie

### **Clomipramin**

- Alternative zu Imipramin
- Wirkspektrum wie Imipramin

### **Doxepin, Trazodon, Desipramin**

- Wenig Belege zur Effektivität

## **Pharmakotherapie – SSRI**

### **Fluvoxamin, Paroxetin**

- Wirksamkeitsbelege in kontrollierten Studien
- Geringere Nebenwirkungen als TCA
- Höhere Behandlungskosten
- Breite klinische Erfahrung fehlt noch

### **Phenelzin**

- Wirksamkeit belegt
- Substanz in Deutschland nicht zugelassen

### **Tranlycypromin**

- Keine eigenen kontrollierten Studien

### **Moclobemid**

- Bisher unzureichender Wirksamkeitsnachweis

## **Pharmakotherapie – Benzodiazepine und andere**

### **Alprazolam**

- Bestuntersuchte Substanz
- Schneller Wirkungseintritt
- Gute Verträglichkeit
- Auch nach Absetzen gute Stabilität der Behandlungsergebnisse
- Abhängigkeits- /Suchtproblematik

### **Diazepam, Clonazepam, Bromazepam**

- Wirksamkeitsnachweis in geringerem Umfang erbracht
- Abhängigkeits- /Suchtproblematik
- negative Effekte bei chronischer Einnahme: Nivellierung von

Persönlichkeitseigenschaften, Zeichen chronischer Intoxikation (z.B. psychomotorische Störungen, paradoxe Reaktionen, Vergesslichkeit, psychische Leistungsminderung, dysphorische Verstimmungszustände, muskuläre Schwäche)

### Andere Substanzen

- Beta-Blocker, Buspiron (Wirksamkeit unzureichend belegt)
- Neuroleptika (ungünstiges Nebenwirkungsprofil, verzichtbar)

### Expositionstherapie der Agoraphobie

- Pat. sucht die Situation auf und verweilt **so lange** in ihr, bis die Angstreaktion abnimmt
- Langandauernde Exposition begünstigt:
  - Habituation an Problemsituation (Rückgang der psycho-physiologischen Angstreaktion)
  - Veränderung in der Wahrnehmung und Bewertung der angstauslösenden Situation und Handlungskompetenzen (realistischere Einschätzung von Gefahren, positivere Einschätzung der eigenen Coping-Strategien)
  - Aufbau neuer Verhaltensmuster (sich aktiv den Problemsituationen stellen anstatt zu fliehen)

### Vorbereitung auf die Exposition

- Dem Pat. wird ein Erklärungsmodell vermittelt, zugeschnitten auf seine individuellen Symptome, Verhaltensweisen, Befürchtungen und Erklärungsschemata
- Erarbeitung eines Veränderungsmodells (Implikationen für die Therapie werden abgeleitet)
- Besprechung des erwarteten und realistischen Verlaufs der Angst (s. Kurven)

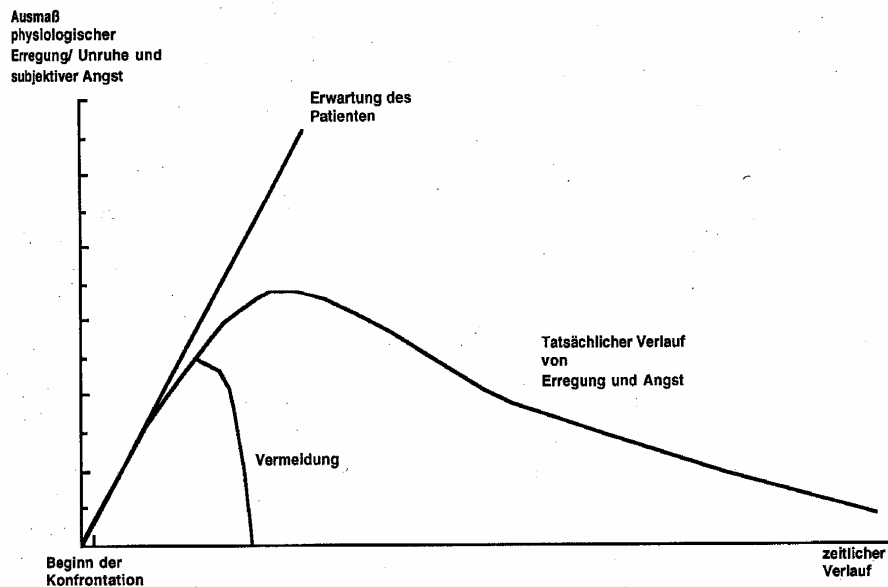


Abb. 1: Verlauf von Angst und Unruhe bei der Konfrontation und Vermeidung der Situation (nach Reinecker, 1994)

### Wahl der Expositionssituation

- Zuerst Standardsituationen
- Dann Alltagssituationen
- In vivo oder in sensu
- Gestuft oder massiert (Flooding)

### **Praktische Umsetzung für den Alltag**

- Selbstkonfrontation
- Überprüfung von Fehlinterpretationen
- Rezidivprophylaxe durch Auffrischungssitzungen

### **Beispiel für eine Expositionstherapie der Agoraphobie**

- Tag 1:
  - Autofahrt zu einer Bergbahn
  - 3 Berg- und Talfahrten in der Gondeln
  - Autofahrt in eine Stadt zu einer großen Waschanlage, 5x im Auto durch die Waschanlage fahren
  - Zugfahrt nach München
  - Weiterfahrt innerhalb der Stadt mit U-/S-Bahn nach vorgegebener Route
  - Besuch eines überfüllten Kaufhauses
  - Besteigung des Alten Peter (Turm mit enger Aussichtsplattform), Verweilen 3x 10 min. auf der Plattform
  - Abendessen in überfülltem Restaurant
  - Übernachtung alleine im Hotel
- Tag 2:
  - Besuch der Hotelsauna und Sonnenbank
  - U-Bahnfahrt zur Innenstadt, Bummel durch die Fußgängerzone
  - Mittagessen in einem Kaufhausrestaurant
  - Fahrt zum Olympiazentrum
  - Liftfahrt zur Aussichtsplattform des Olympiaturms
  - weitere U-/S-Bahnfahrten
  - Zugfahrt zurück
  - Abendessen in überfüllter Kneipe

### **Reaktionsverhinderung bei der Exposition**

- Vermeidungsverhalten (auch kognitiv) muss **verhindert** werden
- Th. darf sich **nicht** auf ablenkende Gespräche einlassen
- Pat. muss angeleitet werden, seine **Aufmerksamkeit** auf auslösende Reize richten, Gefühle zulassen, ängstigende Gedanken aussprechen
- Dazu sollten die symptomauslösenden Reize und damit verbundenen Gedanken und Gefühle durch ihn **genau beschrieben** werden

### **Selbstkontrolle und Stabilisierung**

- Damit Veränderungen langfristig stabil bleiben:
  - I eigenverantwortliches Weiterarbeiten des Pat.
  - I während der Intensivphase zunehmend Übungen alleine durchführen

- Eigene Expo-Übungen des Pat. genau vorplanen:
  - I welche Situation konkret
  - I wie lange
  - I wie häufig
  - I was bei Flucht- und Vermeidungsverhalten hilfreich ist
  - I worauf besonders achten ist
- Th. zieht sich immer mehr zurück

### 3-Phasen-Modell der Behandlung von Agoraphobie und/oder Panikattacken nach Rief & Fichter 1995)

1. Phase: Vorbereitung	2. Phase: Symptom-orientierte Therapie	3. Phase: Erweitere Therapie zur psychischen Stabilisierung
Diagnostik und Beziehungsaufbau	Exposition interner Auslöser	Selbstsicherheit und soziale Kompetenz
Exploration der "inneren Welt"	Exposition externer Auslöser	Steigerung des Selbst- wertgefühls
Krankheitsmodell des Patienten	Kognitive Neubewertung	Klärung familiärer Beziehungen
Information vermitteln		Biographische Auf- arbeitung
Gemeinsames Störungs- modell erarbeiten		Auseinandersetzung mit persönlichen Traumata
Therapierational ableiten		

### Konfrontationstherapie der APH

- **Effektivität** von Konfrontationstherapie durch viele Studien gut belegt
- **Massierte Konfrontation** besser als graduierte bzw. in-sensu-Konfrontation oder systematische Desensibilisierung:  
[Studie von Fiegenbaum (1988): → von 104 behandelten Agoraphobikern 78% nach 5 J. noch beschwerdefrei]
- **Akzeptanz** des Konfrontationsvorgehens (10-25% lehnen diese Methode ab) jedoch geringer als beim graduierten Vorgehen

### Tatsächliche Anwendung der massierten Expositionstherapie

- Trotz ausgezeichneter Wirksamkeit nur unzureichende Anwendung in der allgemeinen Versorgung
  - ♦ *Taylor et al. (1989)*: 794 Pat. in den USA mit PAN (mit oder ohne APH), nur 4% hatten eine verhaltenstherapeutische Behandlung erhalten, nur bei 2.6% war eine Expositionstherapie erfolgt
  - ♦ *Margraf (unveröffentlichte repräsentative Bevölkerungserhebung aus Ost- und Westdeutschland mit N = 3000)*: von Personen mit Angststörung hatten nur rund 40% eine psychotherapeutische

Behandlung erhalten, von diesen wiederum nur jeder Hunderste eine Verhaltenstherapie

### **Zusammenfassung: KVT bei PAN**

- Diagnostik/Indikation (individuelle Bedingungsanalyse)
- Psychoedukation: Aufbau Krankheitsmodell/Erklärung der Therapieprinzipien (Vermittlung des Teufelskreis- und physiologischen Modells, Vermeidung verstärkt!)
- Identifikation der kognitiven “Fehler”
- Durchführung kognitiver Übungen anhand konkreter Situationsbeispiele
- Haus- und Übungsaufgaben (Ermutigung oder konkrete Exposition)
- Iterativ: Aufgaben- und Übungswiederholung
- Rückfallprävention

### **Zusammenfassung: Expothérapie bei APH**

- Diagnostik/Indikation (Bedingungsanalyse)
- Psychoedukation: Aufbau eines Krankheitsmodells/Erklärung der Therapieprinzipien (Vermeidung verstärkt!)
- Einübung der Expositionsprinzipien und Regeln
- Exposition in vivo (lange genug bis Angstabfall)
- Modus 1: gestuft, Modus 2 massiert
- Iterativ: Aufgaben-Wiederholung der Exposition und Bearbeitung der Konsequenzen
- Rückfallprävention