

4.5 Angst- und Zwangsstörungen

4.5.1 Panikstörungen und Agoraphobie

SIMONE MUNSCH, SILVIA SCHNEIDER UND JÜRGEN MARGRAF

1 Einleitung

Panikstörungen und Agoraphobie sind die häufigsten Angststörungen. Angstpatienten wiederum machen den größten Teil der Patientenstichprobe in der klinischen Praxis aus. Da sich die Störung oft hinter rein somatischen Symptomen verbirgt, werden im Verlauf vielfach aufwändige und kostspielige differentialdiagnostische Untersuchungen durchgeführt. Dies hat nicht nur für die Kostenträger schwerwiegende Folgen, sondern insbesondere für den betroffenen Patienten, da sich im Verlauf die Angststörung chronifiziert und selten eine Spontanheilung auftritt. Im Durchschnitt dauert es ca. 7 Jahre, bis die Angsterkrankung richtig diagnostiziert wird. Zudem kann es zu einer Art Abwärtsspirale kommen, indem die Angststörung nicht nur die Lebensqualität massiv beeinträchtigt, sondern langfristig auch die Prävalenz zur Entwicklung weiterer psychischer Störungen erhöht.

Im vorliegenden Kapitel sollen Behandlungsformen beider Störungsformen in der klinischen Praxis diskutiert werden. Zunächst wird jedoch auf theoretische Inhalte und Kenntnisse, betreffend Epidemiologie, Verlauf, klinische Merkmale, Diagnostik und Differentialdiagnostik, sowie auf vorhandene Störungsmodelle eingegangen.

2 Theoretische Inhalte und Kenntnisse

Hauptmerkmale von Panikstörungen und Agoraphobie

Charakteristisch für Panikstörungen sind spontan auftretende, zeitlich umgrenzte Episoden akuter Angst. Unter dem Begriff Agoraphobie wird die Vielzahl der Situationen zusammengefasst, die die Patienten vermeiden und fürchten. In Tabelle 1 werden die wichtigsten Charakteristika der Panikstörung und der Agoraphobie in einem klinischen Steckbrief aufgeführt.

Epidemiologie

Mit der Einführung der modernen operationalen Diagnostik im DSM-III 1980 wurde eine Reihe großer epidemiologischer Studien in verschiedenen Kontinenten durchgeführt (für eine genaue Übersicht siehe Schneider und Margraf (1998). Insgesamt ergaben sich sowohl für Panikstörungen wie auch für Agoraphobie hohe Prävalenzraten (Tab. 2).

Untersuchungen über Panikstörungen und Agoraphobien bei Kindern und Jugendlichen zeigen eine ähnliche Symptomatik sowie eine ähnliche Geschlechtsverteilung und Komorbiditätsrate (Schneider, 2003).

Tabelle 1: Klinischer Steckbrief Panikstörungen und Agoraphobie

Panikstörung

- Spontanes Auftreten akuter Angst ohne reale Gefahr während eines umgrenzten Zeitraums (ca. 30. Min.)
- Auslöser: körperinterne Reize, seltener kognitive Stimuli (Gedanken, Vorstellungen)
- Häufigste somatische Symptome: Herzklopfen, Herzrasen, Atemnot, Schwindel, Benommenheit, Schwitzen, Brustschmerzen, Druck- und Engegefühl in der Brust
- Subjektiv geschildertes Ausmaß körperlicher Symptome ohne entsprechende somatische Erregung
- Häufigste kognitive Symptome: Interpretation der körperlichen Empfindungen, bspw. „Angst, zu sterben, Kontrolle zu verlieren“
- Häufigstes Symptom auf Verhaltens Ebene: Hilfesuchendes Verhalten, Fluchtverhalten

Agoraphobie

- Umgrenzt bis generalisiertes Vermeidungsverhalten, betreffend Situationen, aus denen Flucht bei Panikanfall schwierig oder peinlich wäre
- Selten verdecktes Vermeidungsverhalten (Situation wird unter starkem Angstanstieg ausgehalten)
- Entfernung von sicheren Orten (meist zu Hause) wird als bedrohlich erlebt: Gefühl des In-der-Falle-Sitzens, „trapped“
- Agoraphobische Situationen werden in Begleitung oder mit Sicherheitssignalen (Medikamente, Riechsubstanzen, Telefonnummer der Behandlungsperson) leichter ertragen

Tabelle 2: Epidemiologie bei Panikstörungen und Agoraphobie

	Panikstörung	Agoraphobie
Lebenszeitprävalenz	2.4%	5.7%
7-Jahres-Inzidenz	1.2%	1.3%
Beginn der Störung (MW)	24 Jahre	28 Jahre
Geschlechtsverteilung (m:w)	2:1	3:1

Ersterkrankung und Verlauf

Die Erstmanifestation bei Panikstörungen und Agoraphobie erfolgt im Durchschnitt mit ca. 24 bzw. ca. 28 Jahren (Tab. 2). Bei Männern existiert ein zweiter Gipfel der Erstmanifestation nach dem 40. Lebensjahr. Der Verlauf ist bei suboptimaler Behandlung ungünstig und die Tendenz zur Chronifizierung hoch. In einer Studie von Wittchen (1991) zeigte sich, dass lediglich 14.3% der Probanden nach 7 Jahren eine Spontanremission aufwiesen. Oft treten im Verlauf zusätzlich affektive Störungen und Substanzabhängigkeit oder -missbrauch auf. Ausgeprägte Beeinträchtigungen im psychosozialen Bereich und eine starke Inanspruchnahme des Gesundheitssystems sind weitere Konsequenzen.

Klinische Merkmale

Ein wichtiges klinisches Merkmal von Panikstörungen und Agoraphobie stellt die hohe Komorbiditätsrate dar. Nur ca. 14.2% der Panikpatienten weisen keine komorbiden psychischen Störungen auf (Wittchen, 1991).

Dass Komorbidität nicht die Ausnahme, sondern die Regel ist, zeigt auch die hohe Prävalenzrate für affektive Störungen, die sich im Durchschnitt ca. 3 Jahre nach Erstmanifestation der Angststörung entwickeln. Weiter weisen ca. 50% aller Patienten mit unbehandelter Panikstörung einen Alkohol- und ca. 28.6% einen Medikamentenabusus auf.

Bei rund 80% der Patienten konnten kurz vor dem ersten Auftreten einer Panikstörung schwerwiegende Lebensereignisse (critical life events), wie z.B. Tod oder schwere Erkrankung nahe stehender Personen, Erkrankung oder akute Gefährdung der Patienten selbst, Schwangerschaft oder Geburt, festgestellt werden. Zudem stellen psychosoziale Belastungen, wie z.B. Trennung und Scheidung Risikofaktoren, dar. Hingegen fanden sich keine Hinweise auf einen Einfluss der Schichtzugehörigkeit, des beruflichen Status oder des Wohnortes (Stadt/Land). Als weiteres klinisches Merkmal gilt, dass ca. 90% der ersten Panikattacken an einem öffentlichen Ort auftreten.

Zu den individuellen prädisponierenden Merkmalen gehören habituelle kognitive Prozesse wie z.B. die Aufmerksamkeitszuwendung auf Gefahrenreize (meist über Modell-Lernen erworben) oder eine ausgeprägtere Introspektionsfähigkeit. Betreffend körperlicher prädisponierender Eigenschaften werden eine erhöhte Sensitivität der Chemorezeptoren oder mangelnde körperliche Fitness diskutiert.

Diagnostik und Differentialdiagnostik

Panikstörungen und Agoraphobie werden im ICD-10 unter F41.0 und F40.0 diagnostiziert (Tab. 3 und 4).

Tabelle 3: Diagnosekriterien der Panikstörung (F41.0) nach ICD-10

Diagnosekriterien der Panikstörung (F41.0) nach ICD-10

- A. Wiederholte Panikanfälle, die oft spontan auftreten und nicht ausschließlich auf eine spezifische Situation, ein spezifisches Objekt, eine reale Gefahr oder besondere Anstrengung bezogen sind.
- B. Eine Panikattacke ist eine einzelne Episode intensiver Angst oder Unbehagens. Sie beginnt abrupt und erreicht innerhalb weniger Minuten ein Maximum und dauert mindestens einige Minuten. Es müssen mindestens vier Symptome der folgenden Liste vorhanden sein. Ein Symptom muss dabei aus der Gruppe der ersten vier Symptome stammen:
1. Palpitationen, Herzklopfen oder erhöhte Herzfrequenz
 2. Schweißausbrüche
 3. Fein- oder grobschlägiger Tremor
 4. Mundtrockenheit
 5. Atembeschwerden
 6. Beklemmungsgefühl
 7. Thoraxschmerzen und -missempfindungen
 8. Nausea oder abdominale Missempfindungen (z.B. Unruhegefühl im Magen)
 9. Gefühl von Schwindel, Unsicherheit, Schwäche oder Benommenheit
 10. Gefühl, die Objekte sind unwirklich (Derealisation), oder man ist selbst weit entfernt oder nicht wirklich hier (Depersonalisation)
 11. Angst vor Kontrollverlust, verrückt zu werden oder „auszuflippen“
 12. Angst zu sterben
- C. Ausschlusskriterium: Die Panikattacken dürfen nicht Folge einer körperlichen, organischen psychischen Störung oder anderen psychischen Störung sein.

Aufgrund der großen Variationsbreite in der Auftretenshäufigkeit von Panikanfällen werden in der ICD-10 zwei Schweregrade unterschieden. Bei mindestens vier Panikanfällen in vier Wochen wird die Panikstörung als mittelgradig (F41.00) eingestuft, bei mindestens vier Panikanfällen pro Woche über einen Zeitraum von vier Wochen wird eine schwere Panikstörung (F41.01) diagnostiziert.

4.5 Angst- und Zwangsstörungen

Tabelle 4: Diagnosekriterien der Agoraphobie (F40.0) nach ICD-10

Diagnosekriterien der Agoraphobie (F40.0) nach ICD-10

- A. Eine deutliche und anhaltende Furcht vor oder Vermeidung von mindestens zwei der folgenden Situationen:
- Menschenmengen
 - Öffentliche Plätze
 - Alleine reisen
 - Reisen mit weiterer Entfernung von zu Hause
- B. Mindestens einmal nach dem Beginn der Störung müssen mindestens zwei Angstsymptome der Panik-Symptomliste (zusätzlich wird die Liste der Symptome der Agoraphobie um die Symptome 13: Hitzewallungen und 14: Gefühlslosigkeit oder Kribbelgefühl ergänzt) gleichzeitig vorhanden gewesen sein. Ein Symptom muss dabei aus der Gruppe der ersten vier Symptome stammen.
- C. Die Betroffenen müssen sich durch das Vermeidungsverhalten oder die Angstsymptome sehr belastet fühlen und haben die Einsicht, dass ihr Verhalten übertrieben und unvernünftig ist.
- D. Die Symptome müssen sich ausschließlich oder vornehmlich auf die gefürchteten Situationen oder Gedanken an sie beschränken.
- E. Ausschlusskriterium: Die Furcht oder Vermeidung darf nicht durch Wahn, Halluzinationen oder andere Symptome organischer psychischer Störungen, Schizophrenien, affektive Störungen oder Zwangsstörung bedingt sein. Sie darf auch nicht Folge einer kulturell akzeptierten Anschauung sein (z.B. Frauen, die in islamischen Kulturen das Haus nicht alleine verlassen dürfen).
- Je nachdem, ob gleichzeitig zur Agoraphobie eine Panikstörung vorliegt, wird die Diagnose „Agoraphobie ohne Panikstörung“ (F40.00) oder „Agoraphobie mit Panikstörung“ (F40.01) gestellt.

Für differentialdiagnostische Überlegungen ist insbesondere der Kontext, in dem Ängste auftreten wichtig. Panikfälle kommen bei unterschiedlichen Angst- und anderen Störungen vor. Bei Panikstörungen und Agoraphobie steht die Furcht vor einer körperlichen oder geistigen Katastrophe im Vordergrund.

Merke: Gefürchtet wird der Panikfall und seine Folgen und nicht die spezifische Situation, in der er auftritt.

Tabelle 5: Abgrenzung von Panikstörung und Agoraphobie von anderen Angst- bzw. psychischen Störungen

Differentialdiagnostische Überlegung	Angstinhalt
Sozialphobie	Angst vor Bewertung oder Blamage in sozialen Situationen (öffentliches Sprechen, fremde Menschen ansprechen usw.)
Spezifische Phobie	Angst vor best. Aspekten spezifischer Situationen (Fliegen: „das Flugzeug könnte abstürzen“, Fahrstuhl, Höhe usw.)
Zwangsstörungen	Angst vor Konfrontation mit dem Objekt der Zwangsvorstellung, z.B. Angst vor Kontamination bei Berührung von Schmutz
Generalisierte Angststörung	Sorgen in mindestens 2 Bereichen, die nicht mit der Panikstörung in Verbindung stehen
Posttraumatische Belastungsstörung	Symptome des Wiedererlebens, der Vermeidung und anhaltender erhöhter Aktivierung infolge eines extrem traumatischen Erlebnisses. Angst oder Vermeidung wird durch Stimuli ausgelöst, die an das Trauma erinnern
Schwere affektive Störungen	Vermeiden von Situationen aufgrund Hoffnungslosigkeit und Antriebsmangel oder dem Gefühl des Überfordertseins
Hypochondrie	Furcht bzw. Überzeugung, die Symptome stellten sicheres Zeichen einer somatischen Krankheit dar
Somatisierungssyndrom	Fokussieren auf rezidivierende, klinische bedeutsame Symptome: treten meist nicht anfallsartig auf!
Organische Differentialdiagnose	Hyper- und Hypothyreose, Phäochromozytom (Panikstörung und Agoraphobie können auch zusätzlich zur somatischen Diagnose auftreten)

Merke: Die sorgfältige Differentialdiagnose stellt die Grundlage einer differenziellen Indikation bzw. einer wirksamen Behandlung dar. So erfordert eine Sozialphobie oder eine Posttraumatische Belastungsstörung ein anderes therapeutisches Vorgehen als eine Agoraphobie.

ben. Ein weiteres wichtiges Element der Diagnostikphase ist der Hyperventilationstest. Die Hyperventilation stellt, ohne dass sie bewusst wahrgenommen wird, bei vielen Patienten einen wichtigen Angstauslöser und aufrechterhaltenden Faktor dar. Vor der Durchführung müssen somatische Komplikationen ausgeschlossen werden (genaue Anleitung zur Durchführung vgl. auch Margraf und Schneider, 1990). Im Folgenden werden die wichtigsten Fragebögen dargestellt werden, die den diagnostischen und therapeutischen Prozess unterstützen (Tab. 6).

Zu Beginn des diagnostischen Prozesses steht die gemeinsame Problemanalyse. Entsprechende Informationen werden im Gespräch und mit Hilfe von Tagebüchern (Margraf, 2000) erho-

Tabelle 6: Fragebogen zur Erfassung von Panikstörungen und Agoraphobie

Fragebogen/ Ratingskala	Inhalt	Altersbereich	Dauer
ACQ Fragebogen zu angst-bezogenen Kognitionen (Ehlers et al., 1993)	Selbstbeurteilungsfragebogen: Ausmaß angstbezogener Kognitionen, Kontrollverlust, Vermeidung	ab 16 Jahren	3 min
BSQ Fragebogen zur Angst vor körperlichen Symptomen (Ehlers et al., 1993)	Selbstbeurteilungsfragebogen: Ausmaß der Angst vor der Angst/ Angst vor körperlichen Symptomen	ab 16 Jahren	3 min
MI Mobilitätsinventar (Ehlers et al., 1993)	Selbstbeurteilungsfragebogen: Ausmaß agoraphobischen Vermeidungsverhaltens	ab 16 Jahren	5 min
Beeinträchtigungsrating (Margraf und Schneider, 1990)	Selbstbeurteilungsfragebogen: Ausmaß der Einschränkung des Bewegungsraums		
Globales Erfolgsrating (Schneider und Margraf, 1998)	Selbst- und Fremdbeurteilungsrating: Globale Einschätzung der Verbesserungen bzw. Verschlechterungen im Therapieverlauf	ab 16 Jahren	3 min
Zielerreichungsskalierung (Schulte, 1996)	Selbst- und Fremdbeurteilungsrating: Konkretisieren des Therapieprozesses, -ziele	keine Angaben	ca. 15-30 min

Störungsmodell

Es werden die wichtigsten, aktuellen Modellvorstellungen der Panikstörung und Agoraphobie erläutert, die die Grundlage der verhaltenstherapeutischen Behandlung darstellen.

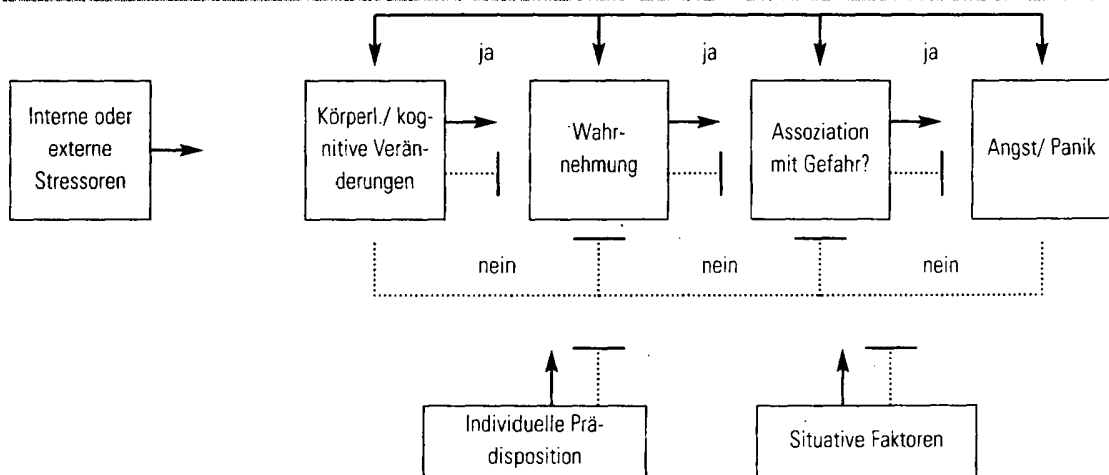
Panikstörung:

Aktuelle Modellvorstellungen gehen davon aus, dass Panikattacken durch positive Rückkoppelungsprozesse zwischen körperlichen Symptomen, deren Assoziation mit Gefahr und der daraus resultierenden Angstreaktion entstehen. Den Beginn des psychophysiologischen Teufelskreises stellt meist ein psychologischer Reiz dar. Die Wahrnehmung der Symptome und deren Assoziation mit Gefahr löst einen weiteren Erregungsanstieg aus und verstärkt die Symptomatik. Panikattacken können durch negative Rückkoppelungsprozesse (siehe gestrichelte Linien in Abb. 1) wie Habituation, Ermüdung oder der respiratorische Reflex bei Hyperventilation unterbrochen werden. Werden Bewältigungsstrategien wie Flucht- und Vermeidungsverhalten

oder Reattribution der Symptomatik eingesetzt, kommt es ebenfalls zum Abflachen der Angstkurve. Bei Versagen sämtlicher Bewältigungsstrategien steigt die Angst weiter an. Angstmodulierend wirken individuelle Prädisposition und situative Faktoren. Hier kann zwischen kurz- und langfristig wirksamen Einflussgrößen unterschieden werden. Während individuelle Faktoren, wie z.B. die Fähigkeit zur Interozeption, Angst vor dem Erleben weiterer Panikanfälle oder situative Umstände im Sinne belastender Lebensereignisse, langfristig wirksam sind, können momentane situative Faktoren, wie z.B. Hitze, Einnahme von Koffein, Veränderung der Körperposition usw., das Auftreten einer Panikattacke kurzfristig begünstigen.

Merke: Kurzfristig und langfristig wirksame situative und individuelle Faktoren können für das Auftreten von Panikanfällen prädisponieren. Panikattacken sind Folgen von psychophysiologischen Aufschaukelungsprozessen. Eine Angstreaktion kann jederzeit durch negative Rückkoppelungsprozesse unterbrochen oder beendet werden.

Abbildung 1: Das psychophysiologische Modell der Panikstörung (modifiziert nach Ehlers und Margraf, 1989)



4.5 Angst- und Zwangsstörungen

Agoraphobie:

Die verhaltenstherapeutische Behandlung der Agoraphobie basiert auf der Zwei-Faktoren-Theorie von Mowrer (1960), in der angenommen wird, dass bei Phobien ursprünglich neutrale Reize (z.B. Restaurantbesuch) aufgrund traumatischer Ereignisse (z.B. Ohnmacht) mit dem Angstzustand assoziiert werden (klassische Konditionierung). Die darauf folgende Vermeidung dieses Zustands wird durch den Abbau des unangenehmen Zustands verstärkt (operante Konditionierung). Die Theorie Mowrers ist jedoch für die Erklärung klinischer Phobien nicht ausreichend. So erinnern sich Agoraphobiker oft nicht an traumatische Ereignisse zu Beginn der Störung. Weiter scheiterte der Versuch, tierversimentelle Resultate auf den Menschen zu übertragen und Phobien klassisch zu konditionieren. Reize für agoraphobische Ängste zeigen zudem über verschiedene Kulturen hinweg eine stabile Verteilung, die weder der Wahrscheinlichkeit unangenehmer oder traumatischer Erfahrungen noch der Häufigkeit, mit der diese Reize im Alltag auftreten, entspricht (mangelnde Äquipotenzialität phobischer Reize bzw. „preparedness“). Goldstein und Chambless (1978) nahmen Bezug auf die Einschränkungen der Zwei-Faktoren-Theorie und postulierten eine „einfache“ und eine „komplexe“ Form der Agoraphobie. Bei der einfachen Form fürchten die Patienten die angstausslösende Situation selbst. Bei der häufigeren komplexen Phobie steht die „Angst vor der Angst“ bzw. die Angst vor den Konsequenzen der Angst im Vordergrund. Diese Annahme ist für das Verständnis des Zusammenhangs von Panikanfällen und Agoraphobie zentral.

Merke: Bei der Entstehung der Agoraphobie spielen Konditionierungsprozesse und die „Angst vor der Angst“ (Angstsensitivität) eine wesentliche Rolle. Die Zwei-Faktoren-Theorie stellt die Grundlage der Ableitung konfrontativer Interventionen zur Behandlung dar.

3 Umsetzung in die klinische Praxis

Behandlung von Panikstörungen:

Das therapeutische Vorgehen bei Panikstörungen wird am Beispiel des auf seine Wirksamkeit validierten kognitiv-verhaltenstherapeutischen Behandlungsprogramms für Panikanfälle (Margraf und Schneider, 1990) erläutert.

Das Behandlungsprogramm ist formal folgendermaßen aufgebaut:

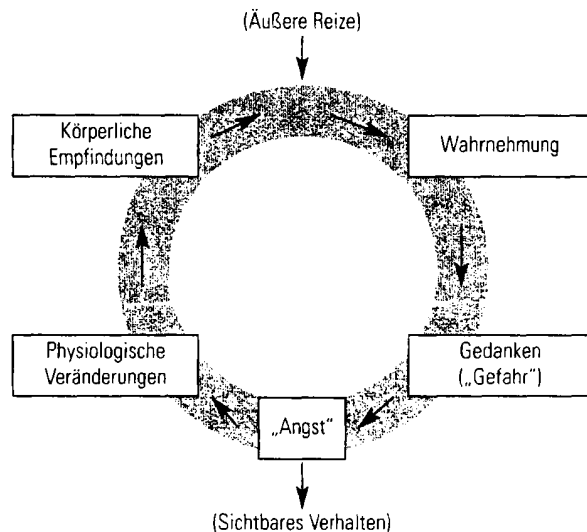
- Einzeltherapie
 - 15 Sitzungen von ca. 50 Minuten Dauer
 - Sitzungsfrequenz: 10-mal zweimal wöchentlich, anschließend fünfmal wöchentlich
 - alle Sitzungen werden auf Tonband aufgenommen, und die Patienten erhalten die Aufgabe, die Bänder zu Hause anzuhören
- Inhaltlich kann das Behandlungsprogramm in vier Phasen unterteilt werden:
- Psychoedukation: Vermitteln eines Erklärungsmodells
 - Kognitive Therapie: Korrektur der Fehlinterpretationen körperlicher Symptome
 - Verhaltensexperimente
 - Rückfallprophylaxe

Im Folgenden werden die einzelnen Interventionsphasen und mögliche Schwierigkeiten bei der Umsetzung besprochen.

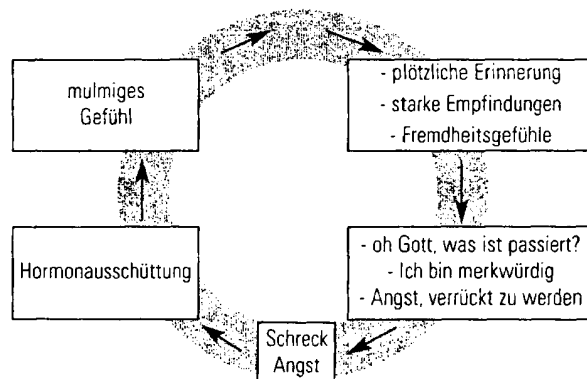
- Vermitteln eines Erklärungsmodells:

Vor dem Hintergrund des individuellen Erklärungsmodells (Abb. 2, 3) können therapeutische Interventionen hergeleitet und deren Akzeptanz bzw. die Generalisierung der Erfolge gefördert werden. Zudem stellt das Modell den Patienten eine alternative Erklärung der Angstsymptome zur Verfügung und dient der Rückfallprophylaxe. Für die meisten Patienten in klinischen Settings ist es eine Erleichterung, eine Erklärung für ihre Beschwerden zu erhalten. Wichtig ist die Information, dass die Beschwerden nicht „nichts“ sind, sondern einen Namen haben und eine oft vorkommende psychische Erkrankung darstellen, die Leiden verursacht und sachgemäß behandelt werden muss.

Abbildung 2.3: Teufelskreis bei Panikanfällen nach Schneider und Margraf (1998)



Der „Teufelskreis“ bei Angstfällen. Typischer Aufschaukelungsprozess, der während Panikanfällen auftritt, und für den raschen Angstanstieg verantwortlich ist (nach Margraf und Schneider, 1998, S. 37, mit freundlicher Genehmigung des Hogrefe-Verlags).



Individualisierter „Teufelskreis“ für einen konkreten Patienten (nach Schneider und Margraf, 1998, S. 38, mit freundlicher Genehmigung des Hogrefe-Verlags).

Bei der Umsetzung dieser Inhalte in die klinische Praxis hat sich die Technik des „geleiteten Entdeckens“ bewährt. Mit dieser Technik wird gewährleistet, dass der Therapeut den Patienten durch gezielte Fragen unterstützt, die individuellen Bedingungen und Folgereaktionen in „seinem“ Teufelskreis selbst zu entdecken.

Beispiel: Geleitetes Entdecken beim Erarbeiten des individuellen Teufelskreises der Angst

Therapeut: Berichten Sie mir doch bitte, womit Ihr letzter Angstanfall begonnen hat.

Patient: Zuerst habe ich dieses Engegefühl in der Brust gespürt, und ich hatte das Gefühl, keine Luft mehr zu bekommen. Dann fing mein Herz wieder an, so schnell zu klopfen, und ich spürte dieses Kribbeln in den Fingern.

Therapeut: Was ist Ihnen dann durch den Kopf gegangen?

Patient: Mein erster Gedanke war: Jetzt beginnt das schon wieder, und das Atmen wurde immer schwieriger.

Therapeut: Und dann, wie ging es weiter? Kamen noch Symptome dazu?

Patient: Mein Herz schlug immer schneller, und ich musste mich richtig anstrengen, um überhaupt noch Luft zu bekommen.

Therapeut: Welche Gedanken gingen Ihnen durch den Kopf, als es so schlimm wurde?

Patient: Ich hatte nur einen Gedanken, nämlich raus hier, bevor etwas passiert!

Therapeut: Was befürchteten Sie, was hätte passieren können?

Patient: Ich hatte Angst, zu ersticken oder vor allen Leuten in Ohnmacht zu fallen! Ich ging dann auch sofort aus dem Theater raus. Draußen ging es mir bald ein bisschen besser.

Therapeut: Lassen Sie mich das, was Sie gesagt haben, zusammenfassen, um zu sehen, ob ich Sie richtig verstanden habe. Korrigieren Sie mich bitte, wenn etwas nicht zutrifft ...

- Korrektur der Fehlinterpretationen körperlicher Symptome:

Aus dem Erarbeiten des individuellen Teufelskreises resultiert die Erkenntnis, dass Fehlinterpretationen körperlicher Symptome als Zeichen aktiver Bedrohung Angst auslösen, aufrechterhalten und verstärken. Panikpatienten zeigen typische Fehlinterpretationen, die in Tabelle 7 aufgelistet werden.

Die kognitive Umstrukturierung der individuellen Fehlannahmen folgt einem allgemeinen Schema, bestehend aus acht Schritten:

1. Identifikation der Fehlinterpretation
2. Überzeugungsrating (Skala von 0-100%), die Fehlinterpretation betreffend, getrennt für Zeitpunkt während eines Panikfalls und danach.
3. Sammeln aller Daten, die für die Fehlinterpretation sprechen
4. Sammeln aller Daten, die gegen die Fehlinterpretation sprechen
5. Erarbeiten alternativer Erklärungen (Wechsel von Technik des geleiteten Entdeckens zu z.B.: „Wir haben nun Argumente dafür und dagegen gesammelt. Ihre bisherige Erklärung deckt nur eine Sichtweise ab, wir brauchen aber ein umfassendes Erklärungsmodell“)
6. Sammeln aller Daten, die für die alternative Erklärung sprechen (evtl. nochmals Daten aus Punkt 3 und 4 durchgehen)
7. Überzeugungsrating für Fehlinterpretation

Tabelle 7: Typische Fehlinterpretationen bei Panikstörungen (nach Margraf und Schneider, 1990)

Symptome	Interpretation
Palpitationen	„Herzrasen, ich bekomme einen Herzinfarkt“
Brustschmerzen	
Schwitzen	
Atembeschwerden	
Schwindel	„Ich werde in Ohnmacht fallen“
Schwächegefühle	„Ich habe einen Hirntumor“
Benommenheit	„Ich bekomme einen Schlaganfall“
Visuelle Symptome	
Zittern, Blässe	
Atemnot	„Ich erstickte“
Würgegefühl	
Kloß im Hals	
Kribbeln im Körper	„Ich werde gelähmt, bin schwer krank“
Derealisations- und Depersonalisationsgefühle	„Ich verliere die Kontrolle, werde verrückt“
Rasende Gedanken	
Konzentrationsstörungen	
Alle intensiven Angstsymptome	„Diese Angst bringt mich um“

8. Überzeugungsrating für alternative Erklärung

Das Schema ermöglicht dem Patienten, zunächst seine Beschwerden und seine Interpretation zu schildern. Erst dann werden Argumente erarbeitet, die für eine alternative Erklärung sprechen. Auf diese Weise wird verhindert, dass sich der Patient überredet und nicht verstanden fühlt.

Beispiel: Korrektur von Fehlinterpretationen

Therapeut: Ich möchte jetzt mit Ihnen alle Argumente sammeln, die dafür sprechen, dass Sie ersticken könnten. Unabhängig davon, ob diese Ihnen jetzt plausibel vorkommen oder nicht.

Patient: Diese Atemnot muss doch von den Lungen herkommen, das kann nicht nur Angst sein. Und wenn es doch nur Angst ist, dann muss es mir doch auf Dauer schaden.

Therapeut: Was spricht weiter für Ihre Befürchtung?

Patient: Ich erinnere mich natürlich auch an meine Mutter, die mit 45 Jahren plötzlich Asthma bekam und mehrere Erstickenfälle hatte, an denen sie beinahe gestorben wäre.

Therapeut: Gibt es noch etwas, was für Ihre Befürchtung zu ersticken spricht?

Patient: Mehr fällt mir im Moment nicht ein.

Therapeut: Gut. Vielleicht fallen Ihnen zu Hause noch mehr Dinge ein. Dann schreiben Sie sie doch bitte auf und bringen Sie die Notiz in die nächste Stunde mit. Ich möchte nun mit Ihnen überlegen, ob es auch Hinweise gibt, die gegen Ihre Befürchtung sprechen, die Symptome während eines Angstanfalls könnten Zeichen dafür sein, dass Sie ersticken.

Patient: Das gibt es schon immer wieder, z.B. wenn ich hier sitze, dann denke ich auch, du bist noch nie erstickt, obwohl du so stark Atemnot hattest. Zudem sagt mir mein Hausarzt immer wieder, dass alles in Ordnung sei!

Therapeut: Kommt Ihnen sonst noch etwas in den Sinn, das gegen Ihre Befürchtung zu ersticken spricht?

4.5 Angst- und Zwangsstörungen

Tabelle 8: Angstausslösende Symptome und Verhaltensexperimente

Angstausslösender Reiz	Verhaltensexperiment
Herzklopfen, -rasen	- Übungen zur körperlichen Belastung: Treppensteigen, Kniebeugen, Laufen - Konfrontation mit dem eigenen EEG - Koffeinkonsum
Atemnot, -beschwerden	- Hyperventilation - Aufforderung, Atmung willentlich zu stoppen
Schwindel	- Auf der Stelle oder auf Drehstuhl drehen, Kopf hin und her drehen
Schwitzen	- Saunabesuch
Angst verrückt zu werden	- Versuch, „ganz normal zu denken“ - Gedankenunterdrückung

Patient: Ja, das ist mir auch oft peinlich! Die Symptome lassen nach, sobald ich an die frische Luft gehe. Oder auch dann, wenn ich meinen Arzt anrufen kann. Meist ist alles vorbei, bis er kommt.

- Verhaltensexperimente:

Verhaltensexperimente sind wichtige Hilfsmittel bei der Korrektur von Fehlinterpretationen und erlauben zudem, Befürchtungen in konkreten Situationen zu konfrontieren, überprüfen bzw. alternative Erklärungen unterstützen. Die Konfrontation erfolgt im Unterschied zur Behandlung von Phobien mit internalen Stimuli, wie z.B. Herzklopfen, Hyperventilation, Gedankenkreisen usw. Tabelle 8 zeigt eine Auswahl an Verhaltensexperimenten, die in Abhängigkeit von den individuellen Symptomen durchgeführt werden können.

- Rückfallprophylaxe

Panikstörungen weisen einen stark fluktuierenden Verlauf auf. Deshalb ist die Rückfallprophylaxe ein besonders wichtiger Bestandteil der Behandlung. Folgende Techniken zur Rückfallprophylaxe sind im Therapieverlauf eingebettet:

- Transfer in den Alltag: Erlernte Fertigkeiten im Umgang mit der Angst werden vom Patienten von Beginn an im Alltag erprobt (Hausaufgaben)
- Kognitive Umstrukturierung des Alles-oder-nichts-Denkens: ein Rückschlag bedeutet ein Rückfall: Die Patienten werden über den fluktuierenden Verlauf der Panikstörung informiert
- Früher Aufbau von Fertigkeiten zur Selbstverstärkung für Bemühungen im Umgang mit der Angst
- Wiederholtes Überprüfen der Umstrukturierung individueller Fehlinterpretationen

Behandlung der Agoraphobie:

Die Methode der Wahl bei der Behandlung von phobischem Vermeidungsverhalten stellt die Konfrontation in vivo dar. Die massierte Konfrontation bzw. Reizüberflutung hat sich als langfristig effektivste Methode herausgestellt. Im Unterschied zur graduellen Konfrontation weist sie verschiedene Vorteile auf:

- Signalisieren der eindeutigen Metabotschaft: „Angst ist nicht gefährlich“

- Schnelle Angstreduktion und geringere Belastung für Patienten (häufig schon nach dem 3. Tag der Konfrontationstherapie)
- Weniger Erwartungsangst („Wenn ich das Schlimmste überstanden habe, werde ich wohl auch weniger schwierige Situationen bewältigen“)

Kontraindikationen für die massierte Konfrontation stellen real gefährliche Situationen (Autofahren, Bergsteigen), Komorbidität mit somatischen Krankheiten (Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Epilepsie, Asthma) und Leistungssituationen dar. In diesen Fällen sollte ein graduelles Verfahren angewendet werden, in dem der Patient Schritt für Schritt an die angstausslösenden Situationen herangeführt wird.

Optimalerweise ist die massierte Konfrontationsbehandlung wie folgt aufgebaut:

- Einzeltherapie
- 5-10 Tage Konfrontation (Dauer: mehrere Stunden)
- Ausschleichen des Therapeutenkontakts

Inhaltlich lässt sich das Vorgehen in vier Phasen unterteilen:

- Psychoedukation: Vorbereitung auf die Konfrontationsübungen
- Planung der Konfrontationsübung
- Durchführung der massierten Konfrontation in vivo
- Rückfallprophylaxe

Im Folgenden wird das Vorgehen bei der massierten Reizkonfrontation dargestellt.

- Vorbereitung auf die Konfrontationsübung

Der Schwerpunkt liegt auf dem gemeinsamen Erarbeiten eines individuell plausiblen Erklärungsmodells in Anlehnung an die Zwei-Faktoren-Theorie der Angst, ergänzt durch Erläuterungen zur der Preparedness-Theorie (evolutionsgeschichtlich vorbereitete Angstreize) sowie der Funktion von Sicherheitssignalen. Dem Patienten soll die Erkenntnis vermittelt werden, dass das Vermeidungs- und Fluchtverhalten den zentralen aufrechterhaltenden Faktor der Störung darstellt. Als therapeutische Mittel zur Erarbeitung eines individuellen Genesemodells können die Kurven zum Angstverlauf in agoraphobischen Situationen mit und ohne Behandlung (Abb. 4 und 5) verwendet werden.

Folgende Vorgehensweise hat sich für das Erarbeiten der Erklärungsmodells in der klinischen Praxis bewährt:

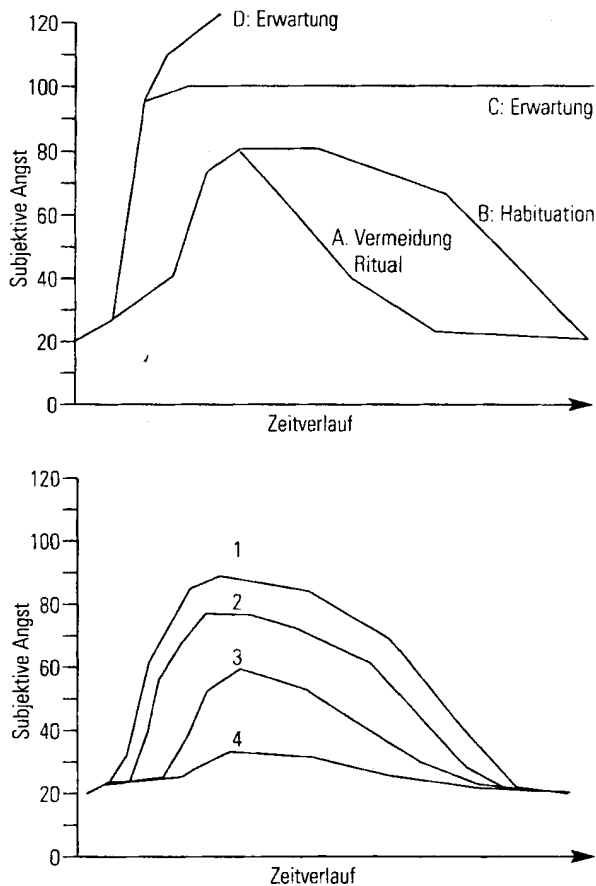
1. Patient stellt bisherige Erfahrungen graphisch dar (Vorlage entsprechend Abb. 4). Am besten wird mit stark angstausslösender Situation begonnen
2. Informationsvermittlung zur bisherigen Lerngeschichte: Informationen zur Angst und ihrer aufrechterhaltenden Funktion bei der Agoraphobie
3. Gedankenexperiment: Was wäre, wenn ...? Patienten denkt den Gedanken, was in agoraphobischer Situation passieren würde, wenn eine Flucht oder Vermeidung unmöglich wäre, zu Ende. Ziel: Auch die schlimmste Angst flacht ab!
4. Therapieziel erläutern: Konfrontation der Angst und Erleben des Angstrückgangs

- Planen der Konfrontationsübung

Folgende Punkte sollten bei der Planung berücksichtigt und mit dem Patienten vorbesprochen werden:

- Ggf. aktuelle Medikation vor Beginn der Konfrontation in Ab-

Abbildung 4. 5: Angstverlauf in phobischen Situationen mit und ohne Behandlung nach Schneider und Margraf (1998)



Graphische Darstellung des Verlaufes von Angst bzw. Erregung bei der Konfrontation mit Angstreizen. Der erste Teil der Abbildung zeigt Verlaufskurven ohne therapeutische Intervention. Typisch ist der rasche Anstieg mit einem langsameren Abfallen der Angst. Ohne Behandlung zeigen die Patienten in der Regel Vermeidungsverhalten (Kurve A: Vermeidung) und erreichen so nicht den Punkt, an dem die Kurve von allein abfällt (Kurve B: Habituation). Die Kurven C und D zeigen vom Patienten befürchtete Verläufe mit einer scheinbar „unendlich“ anhaltenden (C) oder immer weiter ansteigenden (D) Angst, die erst durch eine als imminenz wahrgenommene Katastrophe (z.B. Tod durch Herzstillstand) beendet werden könnte. Der zweite Teil der Abbildung zeigt die Verlaufskurven bei therapeutischer Konfrontation: Dabei machen die Patienten die Erfahrung, dass Angst von allein abnimmt („habituiert“), wobei die Kurve bei wiederholter Konfrontation (1. bis 4. Durchgang) immer weiter abflacht (nach Schneider und Margraf, 1998, S. 49, mit freundlicher Genehmigung des Hogrefe-Verlags).

sprache mit dem behandelnden Arzt absetzen, da ansonsten die Wirksamkeit der Übung beeinträchtigt und die Therapiedauer verlängert wird („Ohne die Medikamente hätte ich das nicht ausgehalten!“)

- Gegenseitiges Einverständnis darüber, dass mögliche Flucht-tendenzen vom Therapeuten aktiv verhindert werden
- Während der Übung sind keine Sicherheitssignale erlaubt! Eine einzige mitgebrachte Tablette (auch homöopathische Mittel) kann den Erfolg einer ganzen Konfrontationsübung verhindern
- Vor Beginn der Konfrontationsübung: Bedenkzeit von mehreren Tagen einräumen

Beispiel:

Fördern der Therapiemotivation, Entscheidungsfindung für oder gegen massierte Konfrontation

Patient: Ich habe einfach wahnsinnige Angst davor, als Erstes gleich auf den Turm zu gehen. Können wir nicht mit einer einfacheren Übung anfangen?

Therapeut: Es ist absolut verständlich, dass Ihnen diese Vorstellung Angst macht. Aber überlegen Sie selbst: Was lernen Sie, wenn Sie schrittweise immer nur leichte Angst zulassen, im Vergleich zu der Erfahrung ganz starke Angst überwunden zu haben? ... Ich befürchte einfach, dass Sie im ersten Fall lernen, „nur nicht zu viel Angst zulassen, denn dann passiert wirklich etwas Schlimmes“. Im zweiten Fall würden Sie stattdessen erkennen, dass selbst starke Angst von alleine abnimmt. Was meinen Sie dazu? ... Meist ist es sogar so, dass ein schnelleres Abflachen der Angst stattfindet und es wird später leichter, andere angstauslösende Situationen aufzusuchen. Denken Sie immer daran! Das Auftreten von starker Angst ist zwar sehr belastend, stellt aber keine reale körperliche oder psychische Gefahr dar! Lassen Sie uns die Argumente, die dafür und dagegen sprechen, nochmals gemeinsam aufzählen. Anschließend können Sie sich dann einige Tage Zeit nehmen und sich in Ruhe entscheiden.

- Durchführung der massierten Konfrontationsübung

Bei der Durchführung der massierten Konfrontation ist es wichtig, genügend lange zu üben und einen deutlichen Angstanstieg bzw.-abfall zu bewirken. Weiter sollte der Patient für das Aushalten der Angst und nicht für Angstfreiheit verstärkt werden (Beispiel siehe Tab. 9).

Tabelle 10 fasst die therapeutischen Ziele, Techniken, Schwierigkeiten und Lösungsvorschläge bei der Behandlung von Panikstörungen und Agoraphobie zusammen.

Wirksamkeit der Behandlung von Panikstörungen und Agoraphobie:

Die Wirksamkeit des hier geschilderten kognitiv-verhaltenstherapeutischen Vorgehens bei Panikstörungen wurde sowohl kurz- wie auch langfristig in Katamnesen belegt (Margraf et al., 1993; Ruhmland und Margraf, 2001). Über 80% der Patienten waren nach der Behandlung anfallsfrei. Eine zusätzliche Behandlung mit Antidepressiva brachte infolge der Nebenwir-

Tabelle 9: Beispiel für zwei Tage massiertes Konfrontationstraining

Tag 1	Tag 2
- Autofahrt zu Turm	- im Hotel: Sauna- und Solariumbesuch
- Turmbesteigung	- Bummeln in der Bahnhofstraße
- Zugfahrt von Basel nach Zürich	- Mittagessen im Kaufhaus Globus
- Mahlzeit im Zugrestaurant	- Schifffahrt auf Zürichsee
- Ankunft Zürich: Stadtrundfahrt in Tram	- Tramfahrt allein
- Abendessen in überfülltem Restaurant	- Besuch einer überfüllten Bar
- Besuch einer Vorstellung im Stadttheater	- In Hotel auf dem Land übernachten
- Übernachtung im Hotel	- Zugfahrt nach Basel

4.5 Angst- und Zwangsstörungen

Tabelle 10: Therapeutische Ziele, Techniken, Schwierigkeiten und Lösungsmöglichkeiten bei der Behandlung von Panikstörungen und Agoraphobie

	Ziele	Techniken	Schwierigkeiten	Lösungsmöglichkeiten
Panikstörungen	- Angstreduktion (Intensität und Frequenz)	→ Erklärungsmodell vermitteln	- Mangelnde Auseinandersetzung des Patienten mit dem psychophysiologischen Erklärungsmodell - Patienten überreden, „overkill“, Kreuzverhör	→ Individualisierung des Erklärungsmodells, Wiederholungen → Geleitetes Entdecken
	- Kognitive Umstrukturierung	→ Korrektur der Fehlinterpretationen → Verhaltensexperiment	- Alternative Erklärung verkaufen wollen	→ Perspektive des Patienten aufgreifen, keine Erklärung verkaufen, medizinisches Wissen vermitteln, für Zweifel und Fragen aktiv verstärken; Geduld, nicht drängen!
	- Alternative Erklärungen auf Verhaltensebene überprüfen, Generalisierung (Konfrontation mit angstausslösenden Stimuli)	→ Fertigkeiten zum Umgang mit Angst trainieren	- Angst vor Übung zu groß (ungenügende Vorbereitung), Übung wird nicht lange genug durchgeführt, zu Hause nicht geübt	→ Sorgfältiges gemeinsames Herleiten der Verhaltensübungen als Test zur Überprüfung der Fehlannahmen, Besprechen des Übungsablaufs
	- Rückfallprophylaxe		- Alles-oder-nichts-Denken: Ein Rückschlag ist ein Rückfall - Wunsch nach 100%iger Sicherheit	→ Psychoedukation: Verlauf von Panikstörungen, Selbstverstärkungstechniken trainieren → Signalisieren, dass Wunsch nachvollziehbar, aber unrealistisch ist, Wunsch ad absurdum führen, Kosten-Nutzen-Rechnung aufstellen
Agoraphobie	- Angstreduktion, Ausweitung des Bewegungsradius	→ Massierte Konfrontation in vivo (Reizüberflutung)	- Motivationsprobleme beim Patienten, Angst vor der Angst - Angsthöhepunkt wird in Übung nicht erreicht - Transfer in den Alltag gelingt nicht	→ Sorgfältiges individualisiertes Herleiten des Rationals, Vorbesprechen des Konfrontationsablaufs, stringente Botschaft: Angst ist ungefährlich! (Überzeugung des Therapeuten überprüfen) → Konfrontationsdauer, Sicherheitsverhalten des Patienten? Therapeutenkontakt ausschleichen → Selbstverstärkungstechniken des Patienten? Antizipation von Schwierigkeiten
	- Rückfallprophylaxe (siehe Panik)			

kungen und damit assoziierten hohen Abbrechquoten nur begrenzt Vorteile. Zusammenfassend gilt, dass die Behandlung von Panikstörungen und Agoraphobie mit kognitiver Verhaltenstherapie wirksamer ist als die kombinierte Behandlung mit psychologischer Intervention und Anxiolytika. Bei der Behandlung der Agoraphobie ist die Wirksamkeit der bereits seit langer Zeit untersuchten Methode der Konfrontationstherapie deutlich belegt. Studien zur massierten Konfrontation zeigen starke Wirkungen auf die individuellen Zielsymptome sowie Verbesserungen in psychosozialen Bereichen, wie z.B. allgemeine Lebensqualität, Arbeit und Freizeit. Das Auftreten anderer Symptome anstelle des phobischen Vermeidungsverhaltens (Symptomverschiebung) wird nicht häufiger als in der Allgemeinbevölkerung beobachtet (für weiterführende Literatur zum Thema Evaluation kognitiv-verhaltenstherapeutischer Interventionen siehe Grawe et al., 1994).

Zur Behandlung und deren Wirksamkeitsnachweis bei Kindern und Jugendlichen siehe Schneider, in Druck.

4 Frequently Asked Questions (FAQ)

Folgende Fragen und Unsicherheiten ergeben sich bei vielen Therapeuten in Ausbildung:

1. *Wie gehe ich vor, wenn der Patient nicht nur eine Panikstörung und Agoraphobie hat, sondern zusätzlich unter einer anderen psychischen Störung, z.B. einer affektiven Störung oder Borderline-Störung leidet?*
→ Für die Behandlung bei Mehrfachdiagnosen ist eine gründliche diagnostische Untersuchung mittels strukturierter klinischer Interviews notwendig (Mini-DIPS, DIPS für DSM-IV, SKID I oder II). Die im Vordergrund stehende psychische Störung wird dabei zuerst behandelt. Weitere psychische Störungen können nachfolgend angegangen oder eine Kooperation mit einem anderen Therapeuten (z.B. Gruppenpsychotherapie der affektiven Störung) geplant werden.
2. *Das standardisierte Vorgehen nach Manual wird dem einzelnen Patienten nicht gerecht!*
→ Die manualisierte standardisierte Behandlung stellt dem Therapeuten eine Vorlage zur Verfügung, von der die Interventionen abgeleitet werden können. Wichtig ist jedoch, dass es dem Therapeuten gelingt, die Inhalte so zu individualisieren, dass der Patient sich persönlich angesprochen fühlt.

4.5 Angst- und Zwangsstörungen

4.5.2 Spezifische Phobien

NICOLE AUFDERMAUER UND HANS REINECKER

1 Einleitung

Das Empfinden von Angst und der rasche Ablauf von Fluchtreaktionen stellen sowohl in der Phylogenese als auch für den heute lebenden Menschen einen unverzichtbaren (Überlebens-) Vorteil dar, machen sie doch eine Anpassung an reale Bedrohungen möglich. Bis zu einem gewissen Grad steigert Angst als Form der Aktivierung sogar die Leistungsfähigkeit bzw. wird als Nervenkitzel aktiv herbeigeführt, man denke an Extremsportarten oder das offenbar angenehme Gruseln beim Besuchen der Geisterbahn, eines Thrillers im Kino etc.

Angst ist somit aus dem Leben jedes Einzelnen nicht wegzudenken, eine spezifische Phobie geht jedoch weit über dieses normale Maß hinaus und behindert den Betroffenen zumindest in bestimmten Bereichen seiner Lebensführung. Therapeuten sollen bereits an dieser Stelle davor gewarnt werden anzunehmen, die „einfache Phobie“ sei in jedem Fall einfach zu behandeln. Auch wenn Studien immer wieder von Heilungserfolgen in nur einer oder wenigen Sitzungen berichten, ist dies nicht zu verallgemeinern, zu unterschiedlich ist die Einbettung der Phobie in den Lebenskontext.

In diesem Kapitel sollen generell wirksame Interventionsstrategien bei spezifischen Phobien dargestellt werden. Zudem wird auf einige Besonderheiten bei den Untergruppen der Blutphobie und der Krankheitsphobie eingegangen. Allgemeine ätiologische Aspekte werden an dieser Stelle nicht behandelt (vgl. hierzu Kap. 2.1 zur lern- und verhaltenspsychologischen Krankheitslehre).

Übersicht 1: Merkmale der Angst nach Marks (1987).

- Die Angstreaktionen sind der Situation nicht angemessen.
- Die Angstreaktionen sind überdauernd.
- Das Individuum besitzt keine Möglichkeit zur Erklärung, zur Reduktion oder zur Bewältigung der Angst.
- Die Angstzustände führen zu einer massiven Beeinträchtigung des Lebensvollzugs der Person

2 Theoretische Inhalte und Kenntnisse

Hauptmerkmale

Charakteristisch für die spezifische Phobie ist die ausgeprägte und unbegründete Angst vor einem spezifischen Objekt oder spezifischen Situationen, die bis zu situationsgebundenen Panikattacken führen kann.

Im Gegensatz zur Agoraphobie oder zur sozialen Phobie sind die angstauslösenden Stimuli enger umgrenzt. Deshalb ist vielfach der Leidensdruck auch nicht so hoch wie bei den genannten anderen Störungen, eine Behandlung aus Sicht der Betroffenen oft nicht nötig. Das vierte Kriterium der pathologischen Angst nach Marks (vgl. Übersicht) erhält somit zentrale Bedeutung – es werden nur solche Personen mit spezifischer Phobie eine

Tabelle 1: Kriterien der spezifischen Phobien in den Klassifikationssystemen

DSM-IV

Ausgeprägte und anhaltende Angst, die übertrieben oder unbegründet ist und die durch das Vorhandensein oder die Erwartung eines spezifischen Objekts oder einer spezifischen Situation ausgelöst wird.

Die Konfrontation mit dem phobischen Reiz ruft fast immer eine unmittelbare Angstreaktion hervor, die das Erscheinungsbild einer situationsgebundenen oder einer situationsbegünstigten Panikattacke annehmen kann (Bei Kindern kann sich die Angst in Form von Weinen, Wutanfällen, Erstarren oder Anklammern ausdrücken).

Die Person erkennt, dass die Angst übertrieben oder unbegründet ist (Bei Kindern darf dieses Merkmal fehlen).

Deutliche Einschränkung in der Lebensführung, der beruflichen Leistungsfähigkeit, sozialen Aktivitäten, oder die Phobie verursacht erhebliches Leiden für die Person.

Bei Personen unter 18 Jahren hält die Phobie über mindestens 6 Monate an.

Die Angst, Panikattacken oder das phobische Vermeidungsverhalten werden nicht besser durch eine andere psychische Störung erklärt.

ICD-10

Deutliche Furcht oder Vermeidung eines bestimmten Objekts oder einer bestimmten Situation.

Mindestens einmal seit Auftreten der Störung müssen Symptome einer Panikattacke (vgl. entsprechende Liste) aufgetreten sein.

Deutliche emotionale Belastung durch die Symptome oder das Vermeidungsverhalten; Einsicht, dass diese übertrieben und unvernünftig sind.

Therapie aufsuchen, bei denen die Störung mit dem Lebenskontext in erheblichem Maße kollidiert. Es ist zum Beispiel für die meisten Menschen kein Problem, ihr Leben zu führen, ohne jemals in ein Flugzeug zu steigen – für jemanden, der im Rahmen einer neuen Stelle viele Geschäftsreisen unternehmen muss, stellt Flugangst jedoch ein ernstes Problem dar. Sehr deutlich werden Einschränkungen im Alltag, wenn sich jemand wegen Hunde- oder Taubenphobie nicht mehr auf die Straße wagt oder wenn medizinische Behandlungen aufgrund einer Blut-/Spritzenphobie nicht möglich sind.

Auch in den Klassifikationssystemen ist dieser Aspekt einer deutlichen Beeinträchtigung aufgenommen (vgl. Tabelle 1).

Wie bei allen Angststörungen spielt **Vermeidungsverhalten** eine entscheidende Rolle, es wird in der Regel jede andere Art von Unannehmlichkeiten in Kauf genommen, wenn dadurch eine Konfrontation mit dem angstbesetzten Stimulus verhindert werden kann. Der betroffenen Person ist dabei durchaus klar, dass ihre Angst unbegründet oder übertrieben ist.

Epidemiologie

In der Allgemeinbevölkerung sind spezifische Phobien ausgesprochen häufig, sie bewirken jedoch in vielen Fällen keine größere Beeinträchtigung im Lebensvollzug der Person. Das Vorliegen einer spezifischen Phobie sagt also noch wenig über die Behandlungsbedürftigkeit aus. Die Prävalenzzahlen in den betreffenden Studien hängen somit auch davon ab, ob bzw. wie hoch die Schwelle für die Beeinträchtigung im Alltag jeweils angelegt wurde. Die Angaben der Tabelle beziehen sich auf groß angelegte epidemiologische Studien, die in der Normalbevölkerung der USA und der BRD durchgeführt wurden.

Tabelle 2: Prävalenz der spezifischen Phobien

	<i>ECA</i>	<i>MFS</i>	<i>NCS</i>
6-Monatsprävalenz	4,5-11,8%	4,1%	-
Lebenszeitprävalenz	11,3%	8%	11,3%
	Epidemiological Catchment Area Study: Eaton et al. (1991)	Münchener Follow-up-Studie: Wittchen et al. (1989)	National Comorbidity Survey: Kessler et al. (1994)

Frauen überwiegen mit einem Anteil von 90 bis 95% der Betroffenen deutlich. Es ist anzunehmen, dass diese Zahlen für die westlichen Industriestaaten eine gute Annäherung liefern, sie sind jedoch keinesfalls übertragbar auf andere Kulturräume.

Beginn und Verlauf

Spezifische Phobien weisen einen weniger klaren Gipfel in der Altersverteilung des Störungsbegins auf als soziale Phobie und Agoraphobie. Generell können sie in jedem Lebensalter auftreten, etwa aufgrund bestimmter traumatischer Erfahrungen. Die Kindheit stellt einen Altersabschnitt für vielerlei Ängste dar, die aber meist nur vorübergehender Natur sind. Nichtsdestoweni-

ger entstehen viele der chronischen Phobien bereits sehr früh, noch vor dem Alter von 10 Jahren. Wenn also kindliche Phobien nicht relativ rasch remittieren, sinkt die Wahrscheinlichkeit späterer Spontanheilungen. Der Beginn der Phobie variiert mit dem Typ der Phobie: Tierphobien stellen die Störung mit dem durchschnittlich frühesten Beginn dar (7 Jahre), gefolgt von der Blutphobie (9 Jahre), der Zahnarztphobie (12 Jahre) und schließlich der Klaustrophobie (20 Jahre) (nach Emmelkamp, 1988).

Wie bei anderen Angststörungen sind Spontanremissionen selten. Hat die Angst erst einmal über einen gewissen Zeitraum Bestand, ist ein chronischer Verlauf wahrscheinlich.

Zusammenfassung: Spezifische Phobien sind subklinisch sehr häufig, die Beeinträchtigung im Lebensvollzug ist die entscheidende Determinante für die Behandlungsbedürftigkeit. Der Beginn chronischer spezifischer Phobien liegt oft bereits in der Kindheit, ist jedoch prinzipiell in jedem Alter möglich. Ca. 90% der Betroffenen sind Frauen.

Klinische Merkmale

Komorbidität

Folgeprobleme wie Depression oder Alkoholismus finden sich im Vergleich zu sozialer Phobie oder Agoraphobie in weniger ausgeprägtem Maße, was mit der tendenziell geringeren Beeinträchtigung im Alltag zusammenhängen dürfte. Dennoch liegt das Risiko für die Entwicklung einer Depression oder von Alkoholabusus mit einer Komorbiditätsrate von etwa einem Drittel deutlich höher als in der Allgemeinbevölkerung.

Prädisponierende Faktoren

Traumatische Erlebnisse können nach DSM-IV als prädisponierende Faktoren angesehen werden, z.B. also der Angriff eines Tieres oder eine Panikattacke in einer bestimmten Situation. Diese Erfahrungen können auch stellvertretend gemacht werden, beispielsweise wenn jemand beobachtet, wie eine andere Person einer traumatischen Erfahrung ausgesetzt ist, oder aber schlichtweg erlebt, dass eine andere Person in einer bestimmten Situation ängstlich reagiert. Schließlich können Instruktionen über die Gefährlichkeit einer Situation, z.B. durch Eltern oder Medien, prädisponierend wirksam werden. Die Grenze zwischen prädisponierenden und auslösenden Faktoren bleibt unscharf.

Übersicht 2: Die drei Wege zur Angst (Rachman, 1990):

- Konditionierung
- Modelllernen
- Kognitionen/Informationsverarbeitung

Familiäre Häufung

Es zeigt sich eine familiäre Häufung im Bezug auf die Untergruppen der spezifischen Phobie, d.h., das Risiko, dass Verwandte ersten Grades eine Phobie desselben Untertypus entwickeln wie

4.5 Angst- und Zwangsstörungen

die Indexperson, ist erhöht. In besonderem Maße trifft dies für den Typus der Blut-/Verletzungsphobie zu.

3 Untergruppen der spezifischen Phobie

Bei den genannten Untergruppen wird deutlich, dass offenbar nicht jede Art von Stimulus gleichermaßen geeignet ist, sich zum phobisch besetzten Reiz zu entwickeln (Äquipotenzannahme), sondern dass sich charakteristische Häufungen bei bestimmten Stimuli/Situationen bilden. Diese Selektivität wird durch die evolutionäre Bahnung bestimmter assoziativer Verknüpfungen erklärt. Aus phylogenetischer Perspektive ist es sinnvoll, dass gerade Ängste vor potenziell gefährlichen Tieren, Räumen ohne Fluchtmöglichkeit etc. schnell erlernt werden und stabil bleiben (preparedness; vgl. Seligman, 1971; McNally, 1987).

Übersicht 3: Untergruppen der spezifischen Phobie nach DSM-IV:

- Tier-Typus
- Umwelt-Typus, z.B. Höhen, Stürme, Wasser
- Blut-Spritzen-Verletzungs-Typus
- Situativer Typus, z.B. Flugzeuge, Fahrstühle, enge geschlossene Räume
- Anderer Typus, z.B. phobische Vermeidung von Situationen, die zum Ersticken, Erbrechen oder zum Erwerb einer Krankheit führen könnten

Phobien des Tier- und Umwelttypus

Die Angst vor bestimmten Tieren wie Spinnen, Schlangen, Mäusen, Hunden, Insekten, Vögeln etc. ist weit verbreitet, meist jedoch nur subklinisch ausgeprägt. In extremer Stärke kann jedoch auch die Tierphobie zu starken Belastungen führen, wenn beispielsweise die Angst vor Tauben oder Hunden solche Ausmaße annimmt, dass sich die betroffene Person kaum mehr auf die Straße wagt. Die Möglichkeit zur Vermeidung des Stimulus spielt eine entscheidende Rolle; so kann sich beispielsweise eine Spinnenphobikerin, die in der Stadt wohnt, womöglich relativ leicht mit ihrer Angst arrangieren, ein Umzug in ein altes Haus auf dem Land bringt jedoch große Schwierigkeiten mit sich. Ähnlich sind Ängste vor Höhe, Stürmen, Gewittern, Wasser etc. zusammengefasst als Phobie des Umwelt-Typus einzuordnen. Betroffene Personen sind selten behandlungsbedürftig. Allerdings kann z.B. auch eine Gewitterphobie beeinträchtigend sein, wenn die betroffene Person schon bei Gewittergefahr das Haus nicht verlässt.

Blut-Spritzen-Verletzungs-Typus

Ein gewisses Unwohlsein befällt wohl die meisten Menschen in Zusammenhang mit Bildern von Blut, Verletzungen etc. Bestimmte Erregungsprozesse sind im Falle einer eigenen Verletzung auch durchaus sinnvoll, sie bewirken auf physiologischer Ebene u.a. die Verengung der Blutgefäße und somit einen möglichst geringen Blutverlust.

Bei der klinisch relevanten Phobie dieses Untertypus ist die Angst vor Blut oder Spritzen derart stark ausgeprägt, dass sie zu gravierenden Beeinträchtigungen führt, bis hin zur Vermeidung wichtiger medizinischer Untersuchungen oder Eingriffe. Eine kontinuierliche Vermeidung des angstbesetzten Stimulus ist hier nicht möglich bzw. u.U. mit einer erheblichen sekundären Selbstschädigung verbunden: Wichtige Routineuntersuchungen werden unterlassen, da sie mit einer Blutentnahme verbunden sind, größere Eingriffe oder Schwangerschaften werden vermieden. Auch beruflich kann es zu Einschränkungen kommen, wenn beispielsweise eine Lehrerin sich nicht im Stände fühlt, kleinere Verletzungen der Schulkinder zu versorgen etc.

Eine Besonderheit der Blutphobie besteht in einem **spezifischen physiologischen Reaktionsmuster**: Bei der Konfrontation mit Blut steigen Herzrate und Blutdruck zunächst an, wie es der typischen Angstreaktion entspricht, fallen dann aber schnell ab, was bis zur Ohnmacht führen kann (diphaseische vasovagale Reaktion). Speziell bei Männern findet sich nach Öst und Hellström (1997) manchmal eine weitere physiologische Besonderheit: Asystolen bis hin zu einer halben Minute Dauer, die dann ihrerseits wiederum Ohnmacht hervorrufen können. Die Ätiologie dieser Reaktionsmuster ist weitgehend unklar: Es kann spekuliert werden, inwieweit sie eine Entsprechung zu einem evolutionär gebahntem Totstellreflex repräsentieren.

Oft schildern Betroffene ihr Problem gar nicht als Angst, sondern als Übelkeit oder eben unpassende Ohnmachtsreaktion – ein Großteil der Betroffenen hat bereits Ohnmachtsanfälle bei der Konfrontation mit Blut erlebt. Diese besonderen psychophysiologischen Aspekte implizieren Konsequenzen für die Therapie dieser Phobie (vgl. unten). Der Beginn der Blutphobie liegt meist schon vor dem 10. Lebensjahr, und es ist eine starke familiäre Häufung zu beobachten.

Erwähnt werden soll in diesem Zusammenhang noch die **Zahnarztphobie**, die ebenfalls weit verbreitet ist (ca. 3 bis 5% der Normalbevölkerung) und im Extremfall auch zu gesundheitlichen Problemen führen kann.

Situativer Typus

Diese Kategorie umfasst eine heterogene Gruppe von Ängsten, die in spezifischen Situationen auftreten. Ein prominentes Beispiel ist die **Klaustrophobie**, die oft im Rahmen der Agoraphobie auftritt, aber auch als spezifische Phobie in Form von Angst vor engen Räumen, Fahrstühlen, Zügen etc.

Einen besonderen Fall stellt die **Flugphobie** dar, die ebenfalls im Rahmen einer Klaustrophobie auftreten kann – im Mittelpunkt steht dann die Angst vor der Enge und des Eingeschlossenseins. Es können aber auch ganz andere Aspekte die entscheidende Rolle spielen, wie die Befürchtung eines Unfalls, die Angst vor instabilen Flugbedingungen, die Höhe des Fluges oder die Angst vor den eigenen Reaktionen während des Fluges und einer eventuellen Blamage.

Als **Sphinkter-Phobien** ist eine weitere Gruppe von Ängsten zusammenzufassen, die sich um den Vorgang des Wasserlassens und/oder Stuhlgangs drehen. Die Betroffenen sind u.U. nicht mehr in der Lage, öffentliche Toiletten zu benutzen, was naturgemäß

den Bewegungsradius deutlich einschränkt und bei starker Urinretention gesundheitsgefährdend sein kann. Umgekehrt kann das Problem darin liegen, dass sich Betroffene nicht weit von Toiletten zu entfernen wagen, um beim geringsten Harndrang sofort die Toilette aufsuchen zu können. Die Sorge kann hierbei auch darin bestehen, die Kleidung zu verschmutzen.

Sexualphobien sind vor allem im Zusammenhang mit funktionellen Sexualstörungen zu sehen und müssen bei deren – meist komplexen – Behandlung mitbedacht werden. Häufig spielen hierbei mangelnde Informationen, aber auch traumatische Vorerfahrungen eine wichtige Rolle. Problematische Interaktionsmuster in der Partnerschaft können die Aufrechterhaltung der Ängste fördern und müssen in die Therapie einbezogen werden – es ist somit meist ein deutlich breiterer therapeutischer Ansatz gefordert als die reine Phobiebehandlung.

Anderer Typus

In dieser Restkategorie sind besonders die Ängste vor dem Erwerb einer Krankheit hervorzuheben, was hier am Beispiel der **Aidsphobie** erörtert werden soll – mittlerweile auch von der Prävalenzrate her ein prominenter Untertypus. Deutlich wird hierbei die Rolle von historisch-kulturellen Einflüssen bei der Auftretenshäufigkeit von bestimmten Krankheitsphobien (Beispielsweise spielt heute in unserem Kulturraum die Syphilisphobie keine Rolle mehr, sehr wohl aber die Cancerphobie). Die Angst davor, sich mit HIV zu infizieren, ist durchaus real, und es ist vernünftig, entsprechende Vorsichtsmaßnahmen zu ergreifen. Aidsphobiker zeigen allerdings keinerlei Risikoverhalten für den Erwerb der Krankheit, fürchten sich jedoch unbegründet vor einer Reihe von objektiv ungefährlichen Situationen/Stimuli wie Toiletten, Arztbesuchen, Händeschütteln etc. und vermeiden diese. Es bestehen etliche Ähnlichkeiten und z.T. fließende Übergänge zur Zwangsstörung, wo die Angst vor Verseuchung irgendeiner Art häufig anzutreffen ist und von den Betroffenen in der Regel durch extrem häufiges Waschen bekämpft wird. Differenzialdiagnostisch fehlt bei Phobikern diese Komponente der aktiven Vermeidung durch Zwangshandlungen, zumindest in einem für eine Zwangsstörung charakteristischen Ausmaß.

Eine andere Störungsgruppe, die eng verwandt ist mit den Krankheitsphobien, ist die Hypochondrie (vgl. somatoforme Störungen): Von diesem Störungsbild betroffene Patienten leben in der ständigen Furcht, an einer bedrohlichen Krankheit zu leiden, sie suchen ihren Körper nach Symptomen ab und frequentieren Arztpraxen auf der Suche nach Rückversicherung. Differenzialdiagnostisch besteht bei Personen mit einer Krankheitsphobie die Angst, sich mit einer Krankheit zu infizieren. Im Kontrast dazu hegen Personen mit einer hypochondrischen Störung die Befürchtung, bereits erkrankt zu sein.

Die befürchteten Konsequenzen bei einer Krankheitsphobie (z.B. der Nachweis einer HIV-Infektion) liegen in der ferneren Zukunft, was für die Therapie ein im Vergleich zu anderen Phobien verändertes Vorgehen impliziert (vgl. unten).

Es existiert eine Reihe weiterer seltener Phobien wie die Angst, ersticken oder erbrechen zu müssen, die Angst vor dem Schlucken, vor dem Fallen etc., auf die an dieser Stelle nicht gesondert eingegangen werden kann (vgl. Davey, 1997).

4 Therapie

Bei Personen mit einer spezifischen Phobie stellt sich, genau wie bei allen anderen psychischen Störungen, zu Beginn der Therapie die Frage, warum sie gerade jetzt eine Behandlung aufsuchen (vgl. Kasten). Am Anfang der Therapie ist somit nicht klar, wie stark die Phobie mit dem Alltag des Patienten vernetzt ist und ob die Störung eine bestimmte Funktion im Leben der Person erfüllt. Ob es bei einer Behandlung der isolierten Phobie bleibt, ist ebenfalls noch nicht sicher. Daher sollten Problemanalyse, Zielklärung und Therapieplanung auch bei einer sehr einfach erscheinenden Phobie gewissenhaft durchgeführt werden (vgl. die entsprechenden Kapitel dieses Buches). Im Idealfall einer umgrenzten Phobie ohne weitere Probleme erfolgt dies freilich wesentlich schneller und stellt sich weniger komplex dar wie z.B. bei einer Agoraphobie. Am Ende der verhaltensdiagnostischen Phase erfolgt dann die Entscheidung für ein bestimmtes methodisches Vorgehen.

Übersicht 4: Gründe für das Aufsuchen einer Therapie bei Phobikern (Marks, 1987)

- Situationale oder personale Umstellungen (Umzug, Stellenwechsel etc.)
- Information über Behandlungsmöglichkeiten
- Wunsch, über den Umweg der spezifischen Phobie Hilfe für anderen Probleme (Depressivität, Partnerschaftwierigkeiten etc.) zu erhalten.

5 Konfrontationsverfahren: Exposition und Reaktionsverhinderung

Das Therapieprinzip der **Exposition und Reaktionsverhinderung** in vivo gilt als Methode der Wahl bei spezifischen Phobien. Exposition bezeichnet die Konfrontation eines Patienten mit einer von ihm gefürchteten Situation, Reaktionsverhinderung meint das Unterlassen der Flucht- bzw. Vermeidungsreaktion (weitere Begriffsklärungen vgl. Kap. 3.3). Der Patient wird dazu angehalten, in der Situation zu verbleiben, bis die Angst nachlässt, was letztendlich die Voraussetzung für ein „Verlernen“ der unangemessenen Angstreaktion darstellt. Aus theoretischer Sicht ist das Modell der Löschung grundlegend, für das in der Literatur auf verschiedene Erklärungen verwiesen wird. Besonders plausibel und auch für Klienten einsichtig erscheint seine kognitive Interpretation, d.h., dass Löschung vor allem auf der Veränderung von Erwartungen beruht. Durch die Aufgabe des Vermeidungsverhaltens und das Verbleiben in der Situation geht der Betroffene dieser Theorie folgend eine Realitätstestung ein und kann so mittels neuer Erfahrungen allmählich seine Katastrophenerwartungen korrigieren. Somit wird durch Konfrontation neues Verhalten geübt und wiedererlernt (= **Aspekt der Übung**) und zugleich eine Veränderung des kognitiven Repräsentationssystems vorgenommen, indem die angstbesetzten Objekte nach und nach eine andere Bedeutung erlangen (= **kognitiver Aspekt**).

Ein wesentlicher Schritt in der Therapie besteht darin, dies dem Patienten in Form eines plausiblen Therapiemodells nahe zu

4.5 Angst- und Zwangsstörungen

bringen. Nur wenn der Patient das Modell verstanden hat und als schlüssig bewertet, wird er motiviert sein für die anstrengenden und für ihn zunächst durchaus unangenehmen Übungen. Für die Erklärung wird typischerweise die Skizze der Angstverlaufskurve herangezogen (vgl. Kap. 3.3)

Beispiel: Erklärung des Modells für eine Patientin mit Hundephobie (sinngemäß)

„Bislang, Frau E., ist Folgendes passiert, wenn Sie einen Hund in ihrer Nähe wahrgenommen haben: Zunächst haben Sie oft versucht, nicht zu fliehen, obwohl Ihnen schon mulmig wurde. Wenn sich der Hund dann näherte, haben Sie gemerkt, wie die Angst kommt, wie Ihr Herz rast, der Schweiß ausbricht usw. Sie haben festgestellt, dass die Angst noch größer wird, und hatten die Befürchtung, dass sie immer weiter ansteigen würde. Schließlich hatten Sie den Eindruck, es nicht mehr auszuhalten zu können, und haben daraufhin die Flucht angetreten. Die Angst ließ nach. Durch das Flucht- bzw. Vermeidungsverhalten kam es nie dazu, dass Sie Ihre Erwartungen überprüft haben, dass Sie erlebt haben, was tatsächlich geschieht, wenn Sie in der Situation bleiben. Was in der Therapie nun ansteht, ist zu erleben, dass Ihre Befürchtungen so nicht eintreffen. Die Angst wird in der Nähe des Hundes noch ein bisschen ansteigen, das ist richtig, sie wird einige Zeit auf einem hohen Niveau bleiben, aber dann wird sie allmählich nachlassen. Und nur indem Sie das erleben – zunächst mit meiner Unterstützung –, werden Sie mit der Zeit in dieser Situation immer weniger Angst empfinden.“

Unter Umständen bietet sich bei einigen spezifischen Phobien eher an, mit dem Prozess der Gewöhnung zu argumentieren. Eine Spinnenphobikerin mag auf das Erwartungsmodell entgegen, sie habe keine Katastrophenerwartungen, was mit ihr passieren könnte, sie würde bei dem Anblick einer Spinne schlicht reflexartig mit Flucht reagieren, außerdem sei das Gefühl nicht unbedingt Angst, sondern Ekel. In diesem Fall kann die Rolle der Erwartungen in der Erklärung des Therapieprinzips zurück-, der Prozess der Gewöhnung an bestimmte Reize in den Vordergrund treten. Die sonstige Argumentation bleibt gleich, es geht darum, dass die Patientin sich so lange bestimmten Stimuli aussetzt, bis die Angst/der Ekel nachlässt.

Der Prozess der Reaktionsverhinderung kann durch den Therapeuten gefördert werden, liegt jedoch letztlich in der Kontrolle des Klienten. Aufgabe des Therapeuten ist es, an vorher getroffene Vereinbarungen zu erinnern und den Klienten zu ermutigen, in der Situation zu verbleiben – er wird aber keinesfalls mit Gewalt eine Flucht verhindern. Kognitive Vermeidungsstrategien entziehen sich ohnehin der therapeutischen Kontrolle – entscheidend ist somit letztlich die Motivation des Klienten, sich wirklich auf diese Intervention einzulassen. Dementsprechend ist Motivationsaufbau eine nicht zu vernachlässigende therapeutische Aufgabe. Die Technik der Exposition und Reaktionsverhinderung kann in verschiedenen Variationen durchgeführt werden.

Varianten der Durchführung

Eine grundsätzliche Variable betrifft die Frage, ob in der Vorstellung oder in der Realität – **in sensu vs. in vivo** – konfrontiert wird. Dieser Punkt ist von der Entwicklungsgeschichte der Verfahren beeinflusst, denn die Technik der systematischen Desensibilisierung basiert größtenteils auf der Vorstellung des angstbesetzten Stimulus (vgl. Kap. 3.3). Die heutige Datenlage spricht jedoch für die Priorität von Konfrontation *in vivo*, was aufgrund der größeren Realitätsnähe einleuchtend ist. Manchmal allerdings ist eine solche Exposition nur schwer oder nur mit großem zeitlichen Aufwand zu verwirklichen – man denke z.B. an eine Flugphobie. Hier kann Konfrontation *in sensu* zumindest am Anfang eine brauchbare Option darstellen. Verschiedene Techniken der Konfrontation *in sensu* (systematische Desensibilisierung, verdecktes Gegenkonditionieren etc.) sind in Kap. 3.3 beschrieben.

Eine zweite wichtige Variable der Exposition und Reaktionsverhinderung ist durch die **massierte oder graduierte Darbietung** der angstbesetzten Stimuli gegeben. Ein graduiertes Vorgehen basiert auf der Erstellung einer **Angsthierarchie**, d.h., der Patient wird aufgefordert, verschiedene Stimuli/Situationen auf einer Skala von 0 bis 100 nach Schwierigkeitsgrad einzuordnen. Bei den Expositionsübungen wird dann mit den leichteren bis mittelschweren Items begonnen und bei erfolgreicher Bewältigung allmählich zu den schwierigeren übergegangen.

Beispiel:

Ein gestuftes Vorgehen bei einer Spinnenphobie könnte wie folgt aussehen:

- Spinnenphotos betrachten, evtl. eines zu Hause aufhängen,
- Spinnenfilm anschauen,
- allmähliche Annäherung an Spinnen verschiedener Größe, mit verschieden großem Abstand, in Glas mit Abdeckung/ohne,
- je nach Ziel bis zum Item „Spinne in die Hand nehmen oder über den Arm laufen lassen“.

Das Vorgehen bei massierter Konfrontation konzentriert sich von Anfang an auf die sehr stark angstbesetzten Stimuli/Situationen und wird deswegen auch bildhaft „**flooding**“ genannt. Welche Strategie geeignet ist, muss vom individuellen Fall abhängig gemacht werden und ist sicherlich auch vom Behandlungsrahmen beeinflusst. Die entscheidende Variable stellt die kognitive Vorbereitung und die Motivation des Patienten dar – wenn er bereit ist, massierte Konfrontation durchzuführen, so verspricht dies prinzipiell einen schnelleren Erfolg als ein graduiertes Vorgehen. Allerdings betrifft dies eher einen kleinen, hoch motivierten Teil der Betroffenen. Die Mehrzahl ist für ein solches Prozedere nicht zu gewinnen, möchte sich lieber allmählich an die Angst herantasten. Ein wesentlicher Faktor ist hierbei auch das **Gefühl der Kontrolle** bzw. die Angst vor Kontrollverlust, die bei der Konfrontation mit dem Top-Item größer ist. Bei graduiertem ERV ist es üblich, die Betroffenen selbst bestimmen zu lassen, wann zur nächsten Stufe der Hierarchie übergegangen wird, was diesem Wunsch nach Kontrolle stärker gerecht wird. Beide Varianten haben somit ihre Vorzüge, entscheidend für den Erfolg ist, dass sich der Patient dem Angsterleben aussetzt – also auch

nicht gedanklich vermeidet – und wieder eine Steigerung seiner Selbstwirksamkeitserwartungen erfährt. Letzteres ist auch für die Rückfallprophylaxe zentral. Das Extrembeispiel der graduier-ten Vorgehensweise ist die graduierte Löschung: Hier werden die angsterzeugenden Stimuli in so kleinen Schritten gesteigert, dass kaum Angst aufkommt und keine Vermeidungsreaktion ausgelöst wird.

Auch wenn die Technik der Exposition und Reaktionsverhinderung immer breiten Raum bei der Darstellung der Therapie der spezifischen Phobie einnimmt, bedeutet dies nicht, dass sie als der alleinig wirksame Faktor der Behandlung begriffen werden sollte. Andere Interventionen wie **Modelllernen** und Veränderung der **Informationsverarbeitung** sind nicht zu vernachlässigen, finden jedoch oft implizit statt und sind somit schwer in standardisierter Form zu beschreiben.

Manchen Patienten hilft es, wenn der Therapeut modellhaft Übungen vormacht, z.B. also beschreibt, was er alles an einer Spinne im Glas wahrnehmen kann, oder sie in die Hand nimmt – andere reagieren auf eine modellhafte Darstellung mit der Aussage „dass Sie das können, weiß ich schon – *ich* kann es aber nicht“.

Ähnliches gilt für Informationsvermittlung: Bei einer Flugphobie kann es beispielsweise hilfreich sein, Gefährlichkeitsüberschätzungen anhand von Statistiken zu korrigieren oder auch gezielt die einzelnen Geräusche des Flugzeugs bei Start, Landung etc. durchzusprechen (wie es z.B. bei den Programmen der Fluggesellschaften durch einen Flugkapitän geschieht). Es gibt aber auch Patienten, die angeben, all dies sehr wohl zu wissen, es ändere aber nichts an ihrer Angst.

Es ist somit im Einzelfall herauszufinden, welche zusätzlichen Interventionselemente für den jeweiligen Patienten zielführend sind. Grundlage für Indikationsentscheidungen ist in jedem Fall die genaue funktionale Analyse des Problemverhaltens.

Aus dem heterogenen Feld der spezifischen Phobien sollen im Folgenden die Blut- und die Krankheitsphobie hervorgehoben werden, sind hier doch einige Besonderheiten der Therapie zu beachten.

Zusammenfassung: Zu Beginn der Therapie wird eine individuelle Problemanalyse und Zielbestimmung durchgeführt. Vor Beginn der Konfrontationsübungen wird dem Patienten ein plausibles Modell seiner Angst vermittelt, aus dem die Notwendigkeit der Konfrontation ersichtlich wird. Konfrontation in vivo ist normalerweise die Methode der Wahl, wobei die Entscheidung für ein graduiertes oder massiertes Vorgehen in Abhängigkeit von der Motivation des Klienten getroffen werden sollte. Entscheidend für den Erfolg des Verfahrens ist die echte emotionale Auseinandersetzung des Klienten mit der Angst (emotional processing; vgl. Foa und Kozak, 1986).

Therapie der Blut-/Verletzungsphobie

Auf die speziellen physiologischen Reaktionsmuster der Blut- und Verletzungsphobie wurde oben hingewiesen. Bei der Löschung der Angstreaktion durch Exposition und Reaktionsverhinderung muss somit berücksichtigt werden, dass die Gefahr einer Ohnmacht besteht, die ihrerseits den Lösungsprozess verhindert. Öst und Sterner (1987) haben eine Technik entwickelt, um diesem autonomen Prozess des Blutdruckabfalls entgegenzuwirken. Auch bei Patienten, die keine Ohnmachten erleben aber andere unangenehme Begleiterscheinungen wie Übelkeit, Schwäche etc., ist der Einsatz dieser Strategie sicherlich sinnvoll.

Die Autoren bezeichnen die Methode als „**applied tension**“: Vor der ersten Exposition werden die Patienten darin unterrichtet, gezielt die großen Skelettmuskeln (Arme, Beine, Brustbereich) anzuspannen, die Spannung für 15 bis 20 sec zu halten und dann wieder zu lockern, jedoch nicht bis zur Entspannung, sondern nur bis zum Ausgangsniveau. Dies wird alle 30 sec wiederholt. Erst wenn der Patient die Technik beherrscht, wird zur graduierten Konfrontation übergegangen. Hierbei gilt es, die ersten Anzeichen (z.B. mulmiges Gefühl im Magen, Schwindel, Ohrensausen etc.) eines beginnenden Blutdruckabfalls mit der Anspannungstechnik zu beantworten und diese so lange durchzuführen, bis die entsprechenden Symptome verschwinden. Es wird deutlich, dass bei dieser Problematik ein graduiertes Vorgehen vorzuziehen ist. Öst und Sterner (1987) geben die Items standardisiert vor – Dias mit Verletzten, Blutspendezentrum, Beobachtung einer Herzoperation – es spricht jedoch unseren Erachtens nichts gegen (sondern viel für) eine individualisierte Vorgehensweise mit einer vom Patienten entwickelten Angsthierarchie.

Fazit: Bei Blut-/Verletzungsphobie sind Konfrontationsübungen durch den Blutdruck stützende Anspannungsübungen zu ergänzen.

Therapie der Krankheitsphobien

Die Krankheitsphobien sind durch Überlappungen mit Zwängen, somatoformen Störungen (insbesondere Hypochondrie) gekennzeichnet (vgl. oben). Im Vergleich zu den anderen spezifischen Phobien ergeben sich hieraus einige Besonderheiten, auch Schwierigkeiten für die Therapie, die am Beispiel der Aidsphobie erläutert werden.

Wie beschrieben basiert das Prinzip der Exposition und Reaktionsverhinderung vor allem darauf, dass der Patient selbst die Erfahrung macht, dass seine Katastrophenerwartungen nicht eintreten und seine Angst nachlässt. Im Fall der Aidsphobie beziehen sich die Ängste auf eine HIV-Infektion in einer Situation, wo dies nicht zu befürchten ist. Dass durch die Konfrontation mit einer Situation aber wirklich keine Erreger übertragen wurden, ist erst Monate später feststellbar. Die befürchtete Konsequenz liegt weit in der Zukunft, Realitätsprüfung kann somit zum Zeitpunkt der Exposition nur sehr begrenzt stattfinden. Hier gewinnen **kognitive Interventionen** an Stellenwert, zum Teil

4.5 Angst- und Zwangsstörungen

ganz ähnlich wie bei Zwängen (vgl. Therapiemanual von Lakatos und Reinecker, 1999). Zum einen gilt es, die Einschätzung der Wahrscheinlichkeit einer Infektion durch den Patienten zu explorieren. Wenn diese realistisch ausfällt, der Patient also weiß, dass seine Sorge unbegründet ist (so wie die meisten Spinnenphobiker sich im Klaren sind, dass Spinnen in Deutschland nicht gefährlich sind), dann wird er relativ rasch bereit sein, sich mit seinen Ängsten zu konfrontieren. Leider ist diese Einsicht am Anfang der Therapie meist nicht oder nur sehr bedingt gegeben. Es geht also zunächst – vor der Exposition – darum, eine Verschiebung der Problemdefinition zu bewirken: weg von der „Gefahr“ der Situation, hin zu „das Problem ist die Angst und die Unsicherheit“.

Beispiel zur Verschiebung der Problemdefinition:

Pat.: Ich kann nicht auf die Toilette in der Arbeit gehen, da ich Angst habe, mich dort mit Aids zu infizieren.

Ther.: Wie machen sie das mit Ihren Kindern, verbieten Sie ihnen, auf öffentliche Toiletten zu gehen?

Pat.: Nein, natürlich nicht. Bei ihnen habe ich keine Angst, dass etwas passiert.

Ther.: Ah, dann scheint es eher um die Angst an sich zu gehen als um eine reale Gefahr – denn wenn eine reale Gefahr bestünde, würden Sie sicherlich versuchen, auch Ihre Kinder davor zu schützen ...

Insgesamt ist die Methode der Exposition und Reaktionsverhinderung bei einer Aidsphobie also weniger als Realitätstestung zu sehen denn als Übung, sich mit Ängsten und Unsicherheiten auseinander zu setzen und neue **Bewältigungsstrategien** für diese zu entwickeln.

Eine weitere Möglichkeit liegt in der Disputation der Gefahren-einschätzung im Anschluss an eine Konfrontationsübung, um so zumindest auf dieser kognitiven Ebene das Erleben von Ungefährlichkeit zu bewirken. Allerdings besteht die Gefahr, dass eine solche rationale Erörterung mit dem Therapeuten die gefühlsmäßige Auseinandersetzung mit der Angst behindert, die im Sinne von „emotional processing“ (Foa und Kozak, 1986) aber unbedingt nötig ist.

Fazit: Bei Krankheitsphobien sind – ähnlich wie bei Zwängen – oft kognitive Interventionsstrategien zur Verschiebung der Problemdefinition und Reduktion der Gefahrenüberschätzung heranzuziehen. Ein weiterer Schwerpunkt liegt auf dem Erwerb von Bewältigungsstrategien für Gefühle der Angst und Unsicherheit.

Bearbeitung weiterer Problembereiche

Wie anfangs erwähnt, nützen Patienten manchmal die Behandlung der spezifischen Phobie als eine Art Einstieg in die Therapie. Es ist somit gut möglich, dass mit der erfolgreichen Angstbewältigung die Therapie nicht beendet ist, sondern andere Probleme deutlich werden, die vielleicht wesentlich komplizierter erscheinen. Auf der anderen Seite besteht die Möglichkeit, dass die Phobie eine derart wichtige Funktion im Leben des

Klienten erfüllt, dass das therapeutische Ansetzen an der Angst nicht ausreicht, sondern parallel z.B. Beziehungsprobleme bearbeitet werden müssen.

Insofern gilt es für den Therapeuten, auch bei einer scheinbar klar umgrenzten Problematik offen für neue Informationen zu bleiben und gegebenenfalls seine Therapiestrategie zu modifizieren.

6 Frequently Asked Questions (FAQ)

1. *Der Patient ist der Meinung, er müsse erst die Ursachen seiner Angst kennen, sonst könne nichts vorgehen. Wie reagiere ich als Therapeut?*

→ Es gibt nicht *die* Ursache für die Angst, rückblickend kann gar nicht genau festgestellt werden, was zur Ausprägung der Störung geführt hat. Es ist freilich möglich, über das Zusammenwirken verschiedener Faktoren Hypothesen anzustellen, was u.U. subjektiv befriedigend sein mag, aber in aller Regel keine Veränderung des Problems bewirkt. Die Verhaltenstherapie ist hier stark gegenwartsorientiert, ihr geht es darum herauszufinden, welche Bedingungen aktuell das Problemverhalten – die Angst – aufrechterhalten, um an diesen therapeutisch ansetzen zu können.

2. *Der Patient berichtet: „Ich mache alle Übungen wie vereinbart, aber bei mir sinkt die Angst nicht ab!“*

→ Hier besteht die Notwendigkeit, genau zu überprüfen, wie der Patient die Übungen macht, wobei eine verbale Darstellung bei diesem Problem nicht ausreichend ist (verbal behavior ≠ behavior). Der Therapeut sollte deshalb mit dem Patienten Expositionsübungen machen und darauf achten, wie der Patient diese genau durchführt. Eventuell verlässt der Patient die Situation zu frühzeitig, oder verhindert durch subtile Vermeidungsstrategien eine echte emotionale Auseinandersetzung mit der Angst und dadurch letztendlich auch ihr Absinken (indem die Angst durch kognitives Vermeidungsverhalten immer wieder leicht reduziert wird, dann aber wieder ansteigt ...).

3. *Was ist zu tun, wenn ein neues Problem auftritt, sobald der Patient eine Angstsituation bewältigt hat?*

→ Zentral ist bei dieser Sachlage die nochmalige Beschäftigung mit der funktionalen Analyse der Angst. Das Auftreten eines neuen Problems stellt einen Hinweis dafür dar, dass bestimmte Bedingungen (auf α -, β - oder γ -Ebene) nicht ausreichend berücksichtigt und verändert worden sind. Mit anderen Worten, bestimmte funktionale Zusammenhänge lassen es nicht zu, dass die Angstproblematik bewältigt wird. Diese gilt es herauszufinden und zu bearbeiten.

4. *Der Patient fragt: „Was ist, wenn wirklich etwas passiert, wenn ich z.B. bei der Konfrontation einen Herzanfall bekomme oder einen Autounfall verursache?“*

→ Dem Patienten sollte vermittelt werden, dass das eigentliche Problem nicht in einem potenziellen Unfall oder einer Herzattacke liegt, sondern in der lähmenden Angst vor einem solchen Ereignis. Kein Mensch ist sicher davor, beim Autofahren einen plötzlichen Herzanfall zu erleiden oder einen Unfall zu verursachen – die meisten Menschen lassen sich jedoch von einer solchen Angst nicht lähmen und einschränken. Für

4.5 Angst- und Zwangsstörungen

4.5.3 Soziale Phobie

THOMAS FYDRICH UND BABETTE RENNEBERG

1 Einleitung

Es gibt wohl kaum einen Menschen, der sich nicht schon einmal in sozialen Situationen als ungeschickt, unfähig oder sogar dumm erlebt hat oder Angst davor hatte, Leistungsanforderungen nicht zu erfüllen. Schüchternheit ebenso wie Prüfungsängste, Lampenfieber oder Befürchtungen, in Konversationen nicht hinreichend klug und informiert zu sein oder sich schlecht ausdrücken zu können und dabei auf andere unsicher zu wirken, gehören in vielen Fällen zu normalen, nicht pathologischen Formen sozialer Ängstlichkeit. Manche Menschen gelten als scheu, schüchtern, zurückhaltend und ruhig, möglicherweise auch als ungesellig. Selbst bei „Profis“, wie beispielsweise Künstlern, Politikern oder Sportlern sind öffentliche Auftritte häufig von Anspannung und Lampenfieber begleitet – dies ist ja vielleicht in gewissem Maß sogar notwendig für deren Erfolg.

Wenn Ängste und Befürchtungen in sozialen Situationen jedoch so stark werden, dass sie die betroffenen Personen in ihrer Lebensführung deutlich einschränken und das berufliche und soziale Leben darunter leidet, kann unter den unten angegebenen Voraussetzungen von einer Sozialen Phobie im Sinne einer Angststörung oder von einer selbstunsicheren Persönlichkeit (bzw. Persönlichkeitsstörung) gesprochen werden. Charakteristisch für Soziale Phobien ist eine intensive Angst, in sozialen Situationen durch bestimmte Verhaltensweisen oder durch das Sichtbarwerden von körperlichen Angstsymptomen peinlich aufzufallen und abgelehnt zu werden. Die Angst kann sich dabei auf Interaktionen mit anderen beziehen, z.B. eine fremde Person anzusprechen, zu einer Gruppe hinzuzutreten oder alltägliche Smalltalk-Situationen nicht meistern zu können. Andere typische Situationen für soziale Ängste oder Phobien sind das Essen, Trinken, Sprechen oder Schreiben in der Öffentlichkeit, aber auch die Benutzung öffentlicher Toiletten. Personen mit Sozialen Phobien leiden meist unter erheblichen Einschränkungen der Lebensqualität. Diese betreffen die Partnerschaft, die schulische oder berufliche Ausbildung und die Berufsausübung, Sozialkontakte und die Gestaltung der Freizeit.

2 Diagnostik und Differenzialdiagnostik

2.1 Hauptmerkmale der Sozialen Phobie

Wichtig: Von einer Sozialen Phobie spricht man, wenn dauerhaft eine übertriebene Angst vor einer oder mehreren sozialen oder Leistungssituationen besteht, bei denen eine Konfrontation oder Interaktion mit anderen stattfindet oder erwartet wird. Dabei wird befürchtet, zu versagen, von anderen negativ beurteilt zu werden oder ein Verhalten zu zeigen, das demütigend oder peinlich sein könnte. Die Konfrontation mit der Situation oder auch deren bloße Antizipation muss dabei Angstreaktionen hervorrufen, zu denen physiologische Reaktionen (z.B. Herzklopfen, Erröten), negative Gedanken („Katastrophengedanken“) mit der Befürchtung der Abwertung durch andere und/oder Vermeidungsverhalten gehören. Die Ängste müssen so stark sein, dass die Lebensführung im privaten und/oder beruflichen Alltag deutlich beeinträchtigt ist.

Nach den **Kriterien der ICD-10** wird darüber hinaus spezifiziert, dass in den gefürchteten Situationen mindestens eines der folgenden Symptome auftritt: (1) Erröten oder Zittern, (2) Angst zu erbrechen oder (3) Drang zum Stuhlgang oder zum Urinieren bzw. die Angst davor. Weiterhin muss bei der betroffenen Person die Einsicht vorhanden sein, dass die Ängste übertrieben und/oder unvernünftig sind.

Ein wesentliches Merkmal Sozialer Phobien sind dysfunktionale Kognitionen; die Störung wird hauptsächlich durch die *Erwartung* negativer Bewertung durch andere ausgelöst bzw. aufrechterhalten. Daher gehören negative, meist automatisch auftretende Gedanken über die eigene Person und über erwartete abwertende Reaktionen anderer zu den typischen Kognitionen von Personen mit Sozialen Phobien.

Beispiele für solche Gedanken sind:

„Ich bin dumm und ungeschickt, dies werden die anderen sicherlich bemerken“, „Andere bemerken meine Unsicherheit und meine Unattraktivität und werden mich ablehnen“, „Mir wird die Sprache wegbleiben; die Leute werden mich anstarren und denken, dass mit mir etwas nicht stimmt oder ich psychisch nicht in Ordnung bin“. Weiterhin sind die Gedanken von Sozialphobikern meist durch ungünstige soziale Vergleiche gekennzeichnet: „Alle anderen sind klüger, attraktiver und

selbstsicherer als ich“, „Die anderen sind sozialen und Leistungsanforderungen deutlich besser gewachsen als ich“. Bei Personen mit phobischen Sozialängsten findet sich zudem oft ein hohes Maß an Perfektionismus: „Du darfst auf keinen Fall Schwächen zeigen“, „Vermeide auf jeden Fall, dass du nach außen unsicher erscheinst“ sowie Erwartungen von persönlichen Katastrophen als ungünstigstes Ergebnis von sozialen Situationen: „Du wirst dich so blamieren, dass du dich nie mehr in diesem Personenkreis blicken lassen kannst“, „Wenn du in dieser Situation versagst, wird dies das Ende deiner beruflichen Laufbahn sein“ oder „Wenn du heute das Treffen mit der neuen Bekannten nicht arrangierst und dabei positiv auf sie wirkst, wirst du niemals eine Partnerin finden; dies ist deine letzte Chance“.

Zu den bei Sozialphobikern häufig auftretenden *körperlichen Symptomen* gehören Reaktionen, von denen einige auch von anderen bemerkt werden können: Erröten, Zittern, Schwitzen, Mundtrockenheit, Stottern, Herzrasen, Schwindelgefühle, Atemnot und Hitzewallungen, Übelkeit, Durchfall, aber auch Blutdruckabfall mit erniedrigter Körpertemperatur, vor allem in den Extremitäten.

Die typischen *Verhaltensweisen* von Personen mit Sozialen Phobien können eingeteilt werden in

- **Vermeidungs- oder Fluchtverhalten** bzw. Verhaltenshemmungen (auch: „sich verstecken“, starr werden, schweigen, ungünstige soziale Performanz)
- **Sicherheitsverhalten** (z.B. eine Tasse besonders fest umklammern, um nicht zu zittern)
- **sozial wenig angemessenes Verhalten** (distanziertes Verhalten, keinen oder scheuen Blickkontakt, Konversationen nicht beginnen oder nicht weiterführen, Einsilbigkeit in der Gesprächsführung)

Bei der Diagnostik Sozialer Phobien können unterschieden werden:

- **Distinkte** (umschriebene) **Formen Sozialer Phobie** (z.B. Sprechen in der Öffentlichkeit; Ängste vor Kontakt mit Personen des anderen Geschlechts: F40.1)

- **Generalisierte Soziale Phobie** (Ängste treten in vielen unterschiedlichen sozialen Situationen auf: F40.1)
- **Ängstlich-vermeidende** (im DSM-IV: selbstunsichere) **Persönlichkeit** bzw. Persönlichkeitsstörung (F60.6)

Die ICD-10 sieht die Differenzierung zwischen distinkter und generalisierter Form nicht vor. Die Unterscheidung ist jedoch klinisch sinnvoll und wird entsprechend den Kriterien des DSM-IV vorgenommen. Die Diagnose einer ängstlich-vermeidenden Persönlichkeitsstörung tritt meist nur als Zusatzdiagnose neben der (generalisierten) Sozialen Phobie auf (vgl. Differenzialdiagnostik).

2.2 Störungsspezifische Diagnostik

Zur kategorialen Diagnostik Sozialer Phobien und der ängstlich-vermeidenden Persönlichkeitsstörung können standardisierte oder strukturierte Interview- oder Checklistenverfahren eingesetzt werden (SKID-I und II, DIPS, CIDI, IDCL). Um den Schweregrad sozialer Ängste und Phobien festzustellen, werden spezifische psychometrische Instrumente eingesetzt. Je nach Konzept legen sie den Schwerpunkt auf kognitive oder verhaltensbezogene Aspekte und kommen als Selbst- und Fremdbeurteilungsverfahren zum Einsatz. Einen umfassenden Überblick geben Heidenreich und Stangier (2002). Eine Auswahl an (deutschsprachig verfügbaren) Verfahren zeigt Tabelle 1.

Die genannten Verfahren sind entweder deutschsprachige Entwicklungen oder als deutschsprachige Adaptationen verfügbar. Mit Ausnahme der LSAS und der RSK, mit denen Verhaltensaspekte sozialer Angst und sozialer Kompetenz von Beobachtern beurteilt werden, sind die aufgelisteten Verfahren Selbstbeurteilungs-Fragebögen. Im Kontext anderer Symptome, Einstellungen und (Persönlichkeits-)Merkmale werden soziale Ängste auch über einzelne Skalen verbreiteter Checklistenverfahren für psychische Beeinträchtigungen (SCL-90R und BSI) sowie in Persönlichkeitsfragebögen (FPI; IIP-D) erhoben.

Tabelle 1: Störungsspezifische diagnostische Verfahren/Skalen für Soziale Phobie (Auswahl)

Verfahren	Inhalte
1 IAF (Interaktions-Angst-Fragebogen)	u.a. Angst in Leistungssituationen
2 LSAS (Liebowitz Social Anxiety Scale)	soziale Angst v.a. in Leistungssituationen (Fremdrating)
3 RSK (Ratingskala soziale Kompetenz)	sozial kompetentes Verhalten (Fremdrating)
4 SIAS (Social Interaction Anxiety Scale)	Angst in sozialen Interaktionen
5 SIT (Fragebogen sozialphobischer Einstellungen)	dysfunktionale Grundannahmen
6 SPAI (Soziale Phobie und Angst-Inventar)	kognitive Symptome; Vermeidungstendenz; physiologische Symptome
7 SPIN (Social Phobia Inventory)	Vermeidungsverhalten; physiologische Symptome
8 SPK (Fragebogen zu sozialphobischen Kognitionen)	negative Gedanken in sozialen Situationen
9 SPS (Social Phobia Scale)	Angst vor Beobachtung durch andere
10 SPV (Fragebogen zu sozialphobischem Verhalten)	Sicherheitsverhalten in sozialen Situationen
11 U-Fragebogen	Selbstunsicherheit; Fehlschlag- und Kritikangst
Skalen	Inhalte
1 FPI (Freiburger Persönlichkeitsinventar)	Skala „Gehemmtheit“
2 IIP-D (Inventar Interpersonaler Probleme)	Skala „zu selbstunsicher“ und Dimension „Dominanz – Unterwürfigkeit“
3 SCL-90 R und BSI (Symptomcheckliste und Kurzform)	Skala 3: Unsicherheit im Sozialkontakt

4.5 Angst- und Zwangsstörungen

2.3 Differenzialdiagnostik

Symptome der Sozialphobie lassen sich auch bei einigen anderen psychischen Störungen feststellen. Bei einer Vielzahl von psychischen Störungen treten soziale Ängste oft als Empfindungen der Scham über die erlebte eigene Unzulänglichkeit auf, verbunden mit zusätzlichen Befürchtungen, dass andere diese bemerken könnten. Eine zusätzliche Soziale Phobie kann jedoch nur dann diagnostiziert werden, wenn die Angstsymptome, die sich auf die soziale Situation beziehen, (auch) unabhängig von der weiteren Störung (beispielsweise der Agoraphobie, der Zwangsstörung oder der affektiven Störung) auftreten, d.h., durch die soziale Situation oder die Antizipation der sozialen Situation ausgelöst werden. Umgekehrt treten bei Personen mit Sozialen Phobien ebenfalls Angstreaktionen auf, die zu den Merkmalen anderer Angst- und affektiver Störungen gehören: Reaktionen, die denen bei einem Panikanfall gleichen oder starke Selbstabwertungen, Empfindungen der Sinnlosigkeit und Antriebslosigkeit wie bei affektiven Störungen.

Ob die Unterscheidung der Sozialen Phobie von der ängstlich-vermeidenden (bzw. selbstunsicheren) Persönlichkeitsstörung sinnvoll ist, wird in der Fachliteratur vielfach angezweifelt. Schon die starke Überlappung der Bestimmungsmerkmale für diese beiden Diagnosen lässt es nicht zu, von zwei distinkten Störungen zu sprechen. Es gibt nahezu keine Person, die die Kriterien einer ängstlich-vermeidenden Persönlichkeitsstörung erfüllt, ohne nicht auch sozialphobisch zu sein. Zusammenfassend weisen Befunde einschlägiger Untersuchungen zu dieser Frage darauf hin, dass bei der Bestimmung unterschiedlicher Formen sozialer Ängste und Phobien in Abhängigkeit von der Stärke der Befürchtungen und der damit verbundenen Einschränkungen ein Kontinuum besteht: von Schüchternheit und sozialer Ängstlichkeit im Normalbereich über distinkte Formen (pathologischer) sozialer Angst (beispielsweise starke Prüfungsangst, Angst, in der Öffentlichkeit zu sprechen oder zu essen) bis hin zu starker generalisierter Sozialer Phobie, ggf. mit zusätzlichen Merkmalen der ängstlich-vermeidenden (selbstunsicheren) Persönlichkeitsstörung.

Wichtig: Schüchternheit, soziale Zurückgezogenheit, Scham, Verlegenheit und Unsicherheit in sozialen Kontakten („Selbstunsicherheit“) oder auch verübergehende leistungsbezogenen Ängste (z.B. Prüfungsangst) werden nur dann als Soziale Phobien bezeichnet, wenn neben den Inhalten der Angst auch die unter 2.1 genannten Kriterien (starke Einschränkung der Lebensführung; andauernder subjektiver Leistungsdruck) zutreffen.

Unterschieden werden Soziale Phobien hinsichtlich (a) ihres Inhalts: Interaktionsängste; leistungsbezogene Versagensängste und (b) des Schweregrades: distinkte (umschriebene) soziale Phobien, generalisierte soziale Phobien; Soziale Phobien bei gleichzeitiger ängstlich-vermeidender Persönlichkeitsstörung.

2.4 Epidemiologie

Im Vergleich zu sonstigen Angst- und/oder affektiven Störungen spielt die Soziale Phobie als Indexdiagnose bei Beginn einer stationären oder ambulanten Behandlung eine vergleichsweise geringe Rolle. Bei systematisch durchgeführter Diagnostik ist jedoch nach aktuellen epidemiologischen Befunden die Soziale Phobie nach Depressionen und Alkoholabhängigkeit die dritthäufigste psychische Störung (vgl. Kessler et al., 1994; Lieb und Müller, 2002).

Lieb und Müller (2002) zeigen im Überblick für die Allgemeinbevölkerung – basierend auf den diagnostischen Kriterien des DSM-III-R oder des DSM-IV – 12-Monats Prävalenzen zwischen 2,0% und 7,9%. Lebenszeitprävalenzen liegen zwischen 3,1% und 16,0%. Demgegenüber ist die jährliche Inzidenzrate mit 0,3% bis 1,0% vergleichsweise niedrig. Frauen haben im Vergleich zu Männern ein um etwa 1,5- bis 2fach erhöhtes Risiko für die Entwicklung einer Sozialen Phobie, wobei bei der Häufigkeit von generalisierten Formen der Sozialphobie kaum ein Geschlechterunterschied besteht. Vergleichende Studien zu unterschiedlichen Altersgruppen zeigen, dass bei Kohorten von Personen, die in den sechziger Jahren geboren sind, die kumulierte Lebenszeitinzidenz im Vergleich zu älteren Kohorten deutlich angestiegen ist. Erstmals tritt die Störung in der Regel im (oft frühen) Jugendalter auf; spätestens jedoch im jungen Erwachsenenalter, wobei Formen der generalisierten Sozialen Phobie (teilweise deutlich) früher beginnen. Unbehandelt hat die Soziale Phobie meist einen chronischen Verlauf; dabei geht ein frühes Auftreten der Störung mit einem höheren Risiko für Chronizität einher.

Als ko-prävalente Störung hat die Soziale Phobie eine sehr große Bedeutung. In klinischen Stichproben tritt sie zusätzlich bei bis zu 60% der Patienten auf; wobei höchste Ko-Prävalenzen für Personen mit Affektiven Störungen, spezifischen Phobien und Essstörungen (in unterschiedlichen Studien jeweils bis zu 60%) und Agoraphobie (45%) festgestellt wurden; etwas niedriger sind die Zahlen für das gemeinsame Auftreten der Sozialen Phobie und Substanzmittelmisbrauch bzw. -abhängigkeit (13-18%; vgl. Zusammenstellung bei Lieb und Müller, 2002). Dabei ist der Schweregrad der sozial phobischen Symptomatik bei ko-prävalent vorhandenen Störungen erwartungsgemäß meist besonders hoch.

2.5 Ätiologie und Risikofaktoren

Vergleichbar mit anderen psychischen Störungen gibt es auch für Soziale Phobien eine erhöhte Auftretenswahrscheinlichkeit innerhalb von Familien (etwa dreifach erhöhtes Risiko); dies gilt insbesondere für die generalisierte Form der Sozialphobie. Hierbei spielen sowohl hereditäre als auch soziale bzw. umweltbedingte Faktoren eine bedeutsame Rolle. Befunde zu Temperamentsunterschieden bei Kindern und der Entwicklung von Sozialen Phobien im Jugend- und Erwachsenenalter geben empirisch fundierte Hinweise darauf, dass eine – vermutlich erbliche – Disposition zur „behavioral inhibition“ (Tendenz, auf neue Situationen eher gehemmt, scheu und zurückhaltend zu reagieren bei gleichzeitiger hoher autonomer Aktivierung) ein Risiko für die Entwicklung einer Sozialen Phobie darstellt. Umge-