

Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie von Angststörungen

PD Dr.med. Markus Bassler

Vortrag, 23. April 2002, im Rahmen der
52. Lindauer Psychotherapiewochen 2002 (www.Lptw.de)

1. Einleitung:

In der Theorie und Praxis der Psychoanalyse und der von ihr abgeleiteten psychodynamischen Therapieverfahren wurde Angst schon früh als ein Kernproblem für die Pathogenese verschiedener psychischer Störungen angesehen. Einige bis heute unverändert gebliebene Überlegungen zur Angst entwickelte Freud in seinem 1926 erschienenen Aufsatz: „Hemmung, Symptom und Angst“. Freud interpretierte damals die Funktion des Angsteffekts vor allem als eine Art Warn- bzw. Gefahrssignal, das vom Ich bei Gefahrensituationen ausgelöst wird. Die Angstausslösung hat dabei vor allem den Zweck, adaptive Verhaltensweisen in Gang zu setzen, um der Gefahr besser begegnen zu können: so fördert die Angst als direkte Reaktion auf eine äußere Bedrohung rasch die Bereitstellung von maximaler körperlicher Kraft, um je nach Einschätzung der eigenen Kräfte entweder anzugreifen oder aber die Flucht zu ergreifen. Handelt es sich dabei etwa um eine lebensbedrohliche Bedrohung, bewerten wir die dabei auftretende Todesangst durchaus als angemessen, d.h. als „realistisch“. Bei der neurotischen Angst dagegen besteht ein deutliches Missverhältnis zwischen objektiver äußerer Bedrohung und dabei empfundener Angst. Dieses Missverhältnis bei der Angstentstehung ist besonders bei Phobien zu beobachten. Freud erklärte sich dieses Phänomen mit der seinerzeit bahnbrechenden Hypothese, dass bei den Phobien die bewusst wahrgenommene äußere Bedrohung in Wahrheit symbolisch für eine innerpsychische Bedrohung steht, welche dem Individuum jedoch unbewusst ist.

Eine solche unbewusste innere Bedrohung kann z.B. durch triebhafte Strebungen verursacht sein, die in Konflikt mit Gewissensnormen stehen. Über den Abwehrvorgang der Verschiebung von innen nach außen wird der unbewusste intrapsychische Konflikt vom Ich wie eine äußere Bedrohung behandelt. Damit wird die entscheidende Frage, warum eine vergleichsweise harmlose äußere Situation oder Objekt so ängstigend erlebt werden kann, aus psychoanalytischer Perspektive mit der bedrängenden Dynamik unbewusster intrapsychischer Konflikte erklärt. Letztlich, so die Annahme Freuds, antizipiert das Ich dabei die Gefahr einer traumatisierenden

Überwältigung durch Reizüberflutung, der es sich hilflos ausgeliefert fühlt. Das kann zum einen der Fall sein, wenn die ungebremsste Befriedigung eines Triebanspruchs zu schwerwiegenden Konflikten mit der äußeren Realität führt (z.B. Bestrafung), zum anderen, wenn der Triebanspruch von der eigenen Gewissensinstanz als bedrohlich bzw. verwerflich erlebt wird: z.B. bei sadistischen bzw. perversen Triebimpulsen.

Der Angsteffekt lässt sich nicht nur hinsichtlich seiner Intensität bzw. Angemessenheit differenzieren, sondern auch hinsichtlich seiner qualitativen Ausprägung. In der psychoanalytischen Entwicklungspsychologie wird angenommen, dass jeder Mensch im Verlauf seiner Kindheit phasentypischen Konflikten und daraus entspringenden spezifischen Ängsten ausgesetzt ist: "Die Gefahr der psychischen Hilflosigkeit passt zur Lebenszeit der Unreife des Ichs, wie die Gefahr des Objektverlustes zur Unselbstständigkeit der ersten Kinderjahre, die Kastrationsgefahr zur phallischen Phase, die Über-Ich-Angst zur Latenzzeit" (Freud 1926). Aus der Qualität der vorherrschenden Ängste (was von psychotischer Selbstverlustangst bis hin zur reifen Gewissensangst reichen kann), lassen sich somit beim Erwachsenen implizit Rückschlüsse auf unbewältigte phasentypischen Konfliktkonstellationen ziehen.

In diesem Zusammenhang gewinnen auch Konzepte der empirischen Säuglingsforschung zunehmend an Bedeutung (vgl. Dornes 1992). Dies zeigt sich insbesondere in einem Wandel des bisher gültigen Verständnis der affektiv-kognitiven Fähigkeiten des Säuglings. Die frühen Phasen der Säuglingsentwicklung lassen sich vielleicht noch am ehesten mit dem einfachen Modell des "Reflexbogens" erklären - gleichwohl als gesichert gelten kann, dass das Repertoire angeborener Reaktionsmuster, die sich autochthon ausdifferenzieren, erheblich größer ist, als bisher angenommen wurde (vgl. Izard 1977). Hier ist besonders auf Bowlby (1976) zu verweisen, der anhand von empirischen Beobachtungen zur wesentlichen Schlussfolgerung kam, dass der menschliche Säugling die angeborene Neigung hat, die Nähe einer vertrauten Person zu suchen. Dieses "Bindungsverhalten" dürfte maßgeblich den Anstoß dafür geben, dass der Differenzierungsprozess affektiver bzw. emotionaler Reaktionen wesentlich über die Erfahrung sozialer Interaktionen gesteuert wird. Bei drohendem Verlust von Bindung wird Angst als Affekt mobilisiert, um dadurch das Bindungssystem des Interaktionspartners zu aktivieren. Das Zeigen von Angst soll dabei erreichen, dass der Partner (z.B. Eltern), das Kind nicht allein lässt, d.h. Trennung vermieden wird. Beim Interaktionspartner wird durch die wahrgenommene Ängstlichkeit des anderen in der Regel ein verstärktes Fürsorgeverhalten initiiert, was impliziert auf die sozial-kommunikative Funktion von Angst (bzw. Affekten überhaupt) verweist.

Gegenwärtig werden vier Bindungstypen (A-D) unterschieden, die auf Verhaltensbeobachtungen von Ainsworth et al. (1978) an kleinen Kindern zurückgehen: A) unsicher-vermeidend gebunden, B) sicher gebunden, C) unsicher-ambivalent gebunden. Eine weitere Kategorie kam später noch hinzu: D) desorganisiert/desorientiert gebunden. Mit dieser Bindungstypologie ist implizit auch angesprochen, wie frühe und prägende Beziehungserfahrungen internalisiert werden. Für die psychoanalytische Entwicklungspsychologie ist dabei von entscheidender Bedeutung, dass Beziehungserfahrungen sich intrapsychisch in der affektiv-kognitiven Ausformung von Objekt- und Selbstrepräsentanzen niederschlagen. Die Selbstrepräsentanz bildet sich nach diesem Verständnis notwendigerweise über den „Umweg des Objekts“: ich lerne mich so zu sehen (und zu empfinden), wie ich erlebt habe, dass andere mich sehen und behandeln. Daraus ergibt sich zwanglos die Schlussfolgerung, dass unsichere Bindungserfahrungen (etwa mit der Mutter) zu einem unsicheren Selbstbild und mittelbar auch zu einem unsicheren *Selbstwertgefühl* disponieren. Lässt die Mutter ihr Kind z.B. wiederholt unempathisch allein, wenn es bei

Explorierung seiner Umgebung oder Kontaktversuchen mit anderen Menschen in Nöte kommt (etwa Angst empfindet), wird es Alleinsein bzw. Autonomie zunehmend als bedrohlich, vielleicht sogar vital gefährlich erleben. Ängstlichkeit als Persönlichkeitsmerkmal wird neben einem Anteil genetischer Disposition vor allem über diesen Modus von Beziehungs- bzw. Bindungserfahrung biographisch erworben. Der Beginn einer manifesten Angsterkrankung wird bei ängstlicher Persönlichkeitsdisposition oft durch eine akute Belastung (sei sie real schon eingetreten oder nur befürchtet) ausgelöst.

Zu erwähnen in diesem Zusammenhang ist noch, dass viele Angstpatienten sich sehr auf Schutz und Geborgenheit angewiesen fühlen, wobei diese Funktion nicht nur von Menschen, sondern symbolisch auch von dafür geeignet gehaltenen Objekten (z.B. Mitführen eines Talismans oder Medikaments) übernommen werden kann. Winnicott, Kinderarzt und Psychoanalytiker, beobachtete ein ähnliches Verhalten bei Kleinkindern (vgl. Winnicott 1953). Ihm zufolge verschafft sich ein Kleinkind unter dem Druck, zunehmend mehr auf die Präsenz bzw. ständige Verfügbarkeit seiner Mutter verzichten zu müssen, kreativ eine Art „Ersatzmutter“, mit der es vergleichbar wie bei der realen Mutter tröstende bzw. geborgenheitsspendende Erfahrungen machen möchte. Diese Rolle kann ein besonders geliebtes Spielzeug (z.B. „Teddybär“) oder sonst geeignetes Objekt (z.B. „Schmusedecke“) übernehmen, das wenigsten in einigen Aspekten an die Mutter erinnert (z.B. kuschelige Wärme). Das Objekt vertritt symbolisch die abwesende bzw. nicht verfügbare Mutter und ist in diesem Sinn ein „Übergangsobjekt“, das die allmähliche innere Loslösung von der realen Mutter erleichtern soll. Findet sich auch beim Erwachsenen noch ein ausgeprägtes Bedürfnis nach solchen Übergangsobjekten (wie z.B. bei Angstpatienten), lässt dies auf eine anhaltend starke (infantile) Abhängigkeit von schutzgebenden Personen bzw. Objekten rückschließen.

Unter Berücksichtigung dieser allgemeinen entwicklungspsychologischen Aspekte lassen sich aus psychodynamischer Perspektive zwei grundsätzliche Modelle zur Entstehung neurotischer Symptome auflisten (Hoffmann & Bassler 1996, Bassler 2000):

1. das Konfliktmodell: zu Beginn einer neurotischen Symptombildung (z.B. phobische Reaktion) steht eine auslösende Ursache, die für den Patienten in ihrer eigentlichen Tragweite unbewusst ist. Häufig handelt es sich um eine „Versuchungs- und Versagungssituation“, durch die beim Patienten ein unbewusster intrapsychischer Konflikt angestoßen wird (z.B. Gewissenskonflikt). Nicht selten knüpft der aktuelle Konflikt zugleich unbewusst an vergleichbare frühere (vor allem in der Kindheit) Konfliktkonstellationen an und wird dann entsprechend aus infantiler Perspektive erlebt (ein Vorgang, der in der Psychoanalyse mit „Regression“ bezeichnet wird). Dieser Prozess bedingt insgesamt manifeste Angst, die ihrerseits Abwehrmaßnahmen initiiert. Im Idealfall wäre dies die vollständige Verdrängung des angstausslösenden (unbewussten Konflikts); misslingt dies jedoch (etwa wegen der Heftigkeit des abzuwehrenden Konflikts), bleiben nur neurotische Kompromisslösungen. Dabei amalgamieren die abgewehrten verpönten Triebstrebungen und die Abwehr dagegen meist zu einem neurotischen Symptom (etwa Zwangshandlung). Um den Preis der neurotischen Symptombildung wird auch die Angst eingedämmt. Genügt jedoch auch die Symptombildung nicht, den andrängenden unbewussten Konflikt in Schach zu halten, bricht heftige Angst als ungerichtete Reaktion durch, die sich rasch zu einer Panikattacke steigern kann. Diese Form von Angst erfüllt keinerlei adaptive Funktionen mehr, sondern signalisiert nur noch die psychische Dekompensation. Insgesamt beschreibt das

Konfliktmodell somit neurotische Störungen als „unteroptimale Lösungen von Triebimpuls-Abwehrkonflikten bzw. Reaktualisierungen infantiler Konflikte.

2. das Defizitmodell (Traumatisierung): aufgrund einer schwerwiegenden Ich-struktureller Schwäche besteht eine sehr geringe Konflikttoleranz - schon bei minimalen Belastungen kommt es zum Auftreten von starker Angst in Verbindung mit heftigen Überforderungsgefühlen; nicht selten schlägt die ursprüngliche Angst in impulsives aggressives Verhalten um (z.B. bei Borderline-Persönlichkeitsstörung). Die fehlenden Konfliktbewältigungsmöglichkeiten sind direkte Folgen eines primären Entwicklungsschadens, wie er z.B. unter den Bedingungen von grober Vernachlässigung emotionaler Basisbedürfnisse, Misshandlung, sexuellen und/oder aggressiven Missbrauchs eintreten kann.

Beide Modelle lassen sich fruchtbar um die bereits erwähnten bindungstheoretischen Annahmen bezüglich der Internalisierung von Beziehungserfahrungen im Kindesalter ergänzen, wobei hier vor allem die Ausgestaltung von intrapsychischen Selbst- und Objektrepräsentanzen angesprochen ist. Unsichere Bindungserfahrungen bedingen häufig eine ängstlich-unsichere, vor allem auf Außensteuerung (Bezugspersonen) angewiesene Selbststeuerung des Individuums, wie oben skizziert wurde.

In diesen psychoanalytischen Konzepten fehlen bislang weitgehend lerntheoretische Überlegungen, insbesondere mit Hinblick auf die symptomhaltenden Bedingungen (z.B. negative Verstärkung von Vermeidungsverhalten). Gerade diese dürften aber für den Prozess der Chronifizierung von Angststörungen eine wesentliche Rolle spielen (vgl. Hand 2000, Schneider & Margraf 1998).

Shear et al. (1993) haben in jüngerer Zeit ein beispielhaftes Modell zur Ätiopathogenese der Panikstörung vorgestellt, bei der neben psychologischen wesentlich auch neurophysiologische Gesichtspunkte berücksichtigt wurden: begünstigend für die Entwicklung einer Panikstörung ist demzufolge vermutlich eine angeborene erhöhte neurophysiologische Erregbarkeit. Kinder, die davon betroffen sind, werden durch einen ungünstigen Erziehungsstil der Eltern (der z.B. primär angstmachend ist) zusätzlich in ihrer psychischen Entwicklung beeinträchtigt, insbesondere, was das Erleben von stabilen und empathischen Beziehungen und Ausbildung reiferer Bewältigungsmöglichkeiten von Konflikten anbelangt. In der Folge werden vermehrt intensive negative Affekte erlebt, die ihrerseits zu einer weiteren Zunahme der neurophysiologischen Erregbarkeit führen. Treten später nun biologisch oder psychologisch bedeutsame Belastungsereignisse auf, werden die ohnehin eingeschränkten Möglichkeiten der intrapsychischen Konfliktbewältigung überschritten, neben einer zunehmenden Erosion des Sicherheitsgefühls in Verbindung mit dem Erlebnis eines inneren Kontrollverlusts kommt es zu einer massiven neurophysiologischen Aktivierung, was sich schließlich bis zu einem Panikanfall aufschaukeln kann.

In seiner Integration unterschiedlicher Theorieansätze, das auch neurobiologische Aspekte mit berücksichtigt, scheint das zuletzt skizzierte Modell richtungsweisend zu sein.

Im folgenden sollen nun die einzelnen Angststörungen, wie sie in der ICD-10 aufgelistet sind (F40 und F41), im einzelnen näher dargestellt werden. Dabei werden bei allen wesentlichen Angststörungen zunächst deren klinisches Bild, danach deren Epidemiologie und Verlauf, sodann schließlich die Ätiopathogenese vorgestellt.

2.1. Phobische Störungen

Bei den Phobien handelt es sich um zielgerichtete Ängste, die sich auf Objekte oder Situationen beziehen, die als bedrohlich bzw. ängstigend erlebt werden. Die davon betroffenen Patienten können die Unangemessenheit ihrer Furcht meist durchaus einsehen, was jedoch keinen angstmindernden Effekt hat. Hatte man früher versucht, die Phobien mit zahlreichen griechischen bzw. lateinischen Bezeichnungen zu katalogisieren, hat sich sowohl in der ICD-10 als auch im DSM-IV eine Gliederung durchgesetzt, die maßgeblich auf Marks (Marks, 1970) zurückgeht. Dieser differenzierte zwischen der Gruppe der Agoraphobie, der sozialen und spezifischen Phobien und der Gruppe der Krankheits- bzw. Zwangsphobien, wobei die ersteren sich meist auf externe angstausslösende Reize beziehen, die zweite dagegen auf körperliche interne.

2.1.1. Agoraphobie mit/ohne Panikstörung

2.1.1.1. Klinik

Die Agoraphobie leitet sich vom griechischen Wort „agora“ (Marktplatz) her, womit vor allen Dingen zum Ausdruck kommen soll, dass eine ausgeprägte Furcht vor öffentlichen Plätzen bzw. Menschenansammlungen besteht. Darüberhinaus werden typischerweise Situationen vermieden, in denen entweder keine Aussicht auf Hilfe oder keine Möglichkeit der Flucht bei Auftreten von Angst antizipiert werden. Darunter fallen Angst vor Benutzung öffentlicher Verkehrsmittel, Fahren mit dem eigenen Auto, Einkaufen in Kaufhäusern bzw. Supermärkten, Schlangestehen. Auch klaustrophobische Ängste (z.B. Angst vor Fahrstühlen bzw. engen Räumen) zählen heute zur Agoraphobie. Viele agoraphobe Patienten können meist recht gut erinnern, dass ihre Vermeidungsangst mit einem Panikanfall begann, den sie „wie aus heiterem Himmel“ bei einer der eben aufgezählten Situationen erlebt haben. Diese Erfahrung erleben viele Patienten als so einschneidend, dass sie seitdem diese Situation konsequent zu vermeiden suchen. Durch die Vermeidung erreichen sie in der Regel Angstfreiheit, was das Vermeidungsverhalten sehr stabilisiert. Im weiteren Verlauf der Erkrankung entwickelt sich häufig eine beständig anhaltende „Angst vor der Angst“, was vor allem durch die Phantasie gefördert wird, neuerlich einem Panikanfall hilflos ausgeliefert zu sein, d.h ohne Aussicht auf Hilfe Dritter. Soweit sie in Begleitung von anderen sind, können agoraphobe Patienten die sonst gemiedenen Situationen gerade noch bewältigen. Manchmal kann diese sicherheitsgebende Funktion eines Partners auch durch ein sicherheitsgebendes Objekt, das man mit sich führt, „stellvertretend“ übernommen werden. Dies ist etwa durch die Mitnahme eines rasch wirkenden Anxiolytikums erreichbar, häufig aber auch durch ein Talisman bzw. Gegenständen, denen eine vergleichbare Wirkung zugeschrieben wird. Dieser Effekt lässt sich aus psychodynamischer Perspektive mit der Funktion von Übergangsobjekten vergleichen (vgl. Winnicott 1953), deren Zweck in der beruhigenden Phantasie besteht, mittels ihrer Hilfe der ängstigenden Situation nicht mehr schutzlos ausgeliefert zu sein.

2.1.1.2. Epidemiologie und Verlauf

Bei der amerikanischen ECA-Studie als auch Münchener Follow-up Studie lagen die 6-Monatsprävalenzraten zwischen 2,7% und 5,5% bzw. die Lebenszeitprävalenz zwischen 3,4% und 9% bei einem Geschlechtsverhältnis zwischen 3-4:1 zugunsten der Frauen (Robins et al. 1984, Wittchen 1986). Der Verlauf der unbehandelten Erkrankung ist ungünstig, bei der Münchener Follow-up-Studie wiesen auch nach 7 Jahren etwa 90% der untersuchten Patienten weiterhin eine agoraphobe Symptomatik auf.

2.1.1.3. Ätiopathogenese

Die kognitiv-behaviorale Erklärung basiert bis heute im wesentlichen auf den Annahmen des „Zwei-Faktoren-Modells“ von Mowrer (1960). Demzufolge wird ein neutraler Reiz (z.B. Straße bzw. offener Platz) aufgrund eines traumatischen Ereignisses mit einem Panikanfall assoziiert, was dem Prinzip des klassischen Konditionierens entspricht. Wie sich jedoch durch empirische Überprüfung ergab, gaben viele agoraphobe Patienten keine traumatischen Ereignisse an, die ihrem ersten Panikanfall zeitlich vorausgingen. Deswegen wurde dieses Konzept insoweit abgeändert, dass auch zufällige körperliche Sensationen (z.B. Kreislaufschwankungen, Tachykardien) wie auch zufällige kognitive Faktoren (z.B. einen ängstigen Gedanken haben) einen Panikanfall induzieren können. Aufgrund einer kausal falschen Attribuierung wird der Ort oder Situation, bei dem es erstmalig zu einem Panikanfall kam, in der Zukunft vermieden, was meist eine deutliche Angstminderung bewirkt bzw. weitere Panikanfälle unterbindet. Die Vermeidung des ursprünglich neutralen Reizes wird also durch Minderung des aversiven Angsteffekts negativ verstärkt, was zugleich dem Prinzip der operanten Konditionierung entspricht. Da das Vermeidungsverhalten für viele agoraphobe Patienten weitgehend Angstfreiheit garantiert, wird es bald zu einem stabilen Verhaltensmuster. Bei einigen Patienten nimmt das Vermeidungsverhalten infolge anhaltender ängstlicher Verunsicherung deutlich zu (Generalisierung), bei anderen bleibt es bei einer umschriebenen agoraphoben Symptomatik.

Aus psychodynamischer Perspektive hat vor allem Bowlby (1976) dafür plädiert, die Agoraphobie als eine Sonderform der Angstneurose (nach heutigem Sprachgebrauch: generalisierte Angststörung) aufzufassen. Im Gegensatz zu den klassischen Phobien, bei denen das Objekt oder Situation primär angstausslösend sind und deshalb vermieden werden, erlebt der agoraphobe Patient als angstausslösenden Stimulus vor allem die Abwesenheit bzw. Verlust einer Bezugsperson oder einer sicherheitsgebenden Basis, auf die er sich zubewegen könnte. Bowlby bezeichnete die Agoraphobie daher konsequenterweise als „Pseudophobie“, da pathogenetisch nicht die phobische Vermeidung im Vordergrund steht, sondern die dringende Angewiesenheit auf Schutz und Geborgenheit, die man vermisst (z.B. wenn man die schützende Wohnung verlässt). Damit ist zugleich implizit angesprochen, dass agoraphobe Patienten unter Konfliktdruck häufig zu einem ängstlich-vermeidenden Bindungsverhalten tendieren. Befragt man agoraphobe Patienten nach ihren Phantasien, was ihnen z.B. bei Aufsuchen der ängstigen Situationen bzw. Orte zustoßen könnte, geben viele an, dass sie sich ausmalen, einen vital gefährlichen Panikanfall erleiden zu werden und „niemand“ da wäre, ihnen dabei zur Seite zu stehen. Manche Patienten thematisieren aber auch, dass sie sich besonders davor fürchten, bei einem Panikanfall von anderen gesehen und dabei beschämt zu werden. Diese mehr bindungstheoretische Pathogenese der Agoraphobie macht vor allem plausibel, warum viele agoraphobe Patienten in Begleitung einer schützenden Bezugsperson oder sicherheitsvermittelnden „Ersatzobjektes“ die sonst zu vermeidenden Situationen oder Orte relativ angstfrei aufsuchen können.

Die auf Freud zurückgehende konfliktdynamische Perspektive fokussiert vor allem auf die Annahme einer unbewussten „Versuchungs- bzw. Versagungssituation“, in die der Patient bei Verlassen der Wohnung geraten könnte. Die unbewusste Versuchung könnte z.B. darin bestehen, jemandem zu begegnen, der einem attraktiver als der eigene Partner erscheint. Oder ein Merkmal an einem Ort begünstigt Assoziationen zu einem unbewussten Konflikt, der dadurch ins Bewusstsein zu drängen droht, weswegen der Ort künftig vermieden werden muss (was der klassischen phobischen Vermeidung entspricht – s.u.).

Vergleicht man die kognitiv-behavioralen und psychodynamischen Erklärungsmodelle direkt miteinander, so fällt auf, dass aus psychodynamischer Perspektive ein vorbestehender unbewusster Konflikt als notwendige (wenngleich nicht hinreichende) Bedingung dafür angesehen wird, dass es über den oben beschriebenen circulus vitiosus des „Angstkreises“ schließlich zum Panikanfall kommt. Dieser psychodynamischen Auffassung ist empirischerseits widersprochen worden: so verweist Hand (2000) darauf, dass bei den von ihm untersuchten agoraphoben Patienten keine signifikante Häufung von Partnerschaftskonflikten nachweisbar war. Aus psychodynamischer Seite wurde solchen Schlussfolgerungen entgegengehalten, dass wahrscheinlich zu sehr der bewussten Selbstauskunft der Patienten vertraut wurde, d.h. der Möglichkeit eines unbewussten Partnerschaftskonflikts nicht angemessen Rechnung getragen wurde. Diese anhaltende kontroverse Diskussion wird vermutlich nur dadurch entscheidbar sein, dass in künftigen empirischen Studien mittels adäquater Untersuchungsmethoden auch unbewusste Konfliktkonstellationen berücksichtigt werden.

2.1.2. Soziale Phobie

2.1.2.1. Klinik

Bei der sozialen Phobie besteht grundsätzlich eine ausgeprägte und anhaltende Angst davor, im Zentrum der Aufmerksamkeit zu stehen oder sich peinlich oder erniedrigend zu verhalten. Diese Ängste treten bevorzugt in sozialen Situationen auf, wie Essen oder Sprechen in der Öffentlichkeit, Begegnung von Bekannten in der Öffentlichkeit, Hinzukommen oder Teilhaben an kleinen Gruppen, wie z.B. bei Parties, Konferenzen oder in Klassenräumen. Häufige Begleitsymptome sind zusätzlich Erröten oder Zittern (bzw. Angst davor), Angst zu erbrechen oder ausgeprägter Miktions- oder Defäkationsdrang (bzw. Angst davor). Meist kommt es zu einem ausgeprägten und anhaltendem Vermeidungsverhalten, wobei Einsicht besteht, dass diese Symptome oder Befürchtungen übertrieben und unvernünftig sind. Wie für phobische Reaktionsweisen typisch beschränken sich die Symptome auf die gefürchteten Situationen oder auf Gedanken an diese. Bei ungünstigen Verläufen kann es zu einer ausgeprägten Generalisierung sozialer Ängste kommen, oft auf dem Boden einer vermeidend-selbstunsicheren Persönlichkeitsstörung, weshalb in solchen Fällen die Persönlichkeitsstörung als Zusatzdiagnose gestellt werden sollte. Differentialdiagnostisch ist insbesondere auszuschließen, dass eine wahnhaft (paranoide) Störung vorliegt bzw. eine Störung aus dem schizophrenen Formenkreis.

2.1.2.2. Epidemiologie und Verlauf

Die bereits oben erwähnte ECA-Studie berichtet eine 6-Monatsprävalenz von 2,7% und eine Lebenszeitprävalenz von 3,8% (Davidson et al., 1983). Andere Studien geben bis zu 13% an, wobei die erhebliche prozentuale Schwankungsbreite wahrscheinlich durch unterschiedliche Schwellenwerte bedingt ist. Während bei den klinischen Stichproben das Geschlechterverhältnis entweder gleich ist oder eher die Männer überwiegen, scheinen die vorliegenden epidemiologischen Studien eher auf ein Überwiegen der Frauen hinzuweisen. Bei sozialen Ängsten ist öffentliches Sprechen am häufigsten vertreten, deutlich weniger häufig Angst vor dem Sprechen mit Fremden oder Angst, neue Menschen kennen zu lernen. Ängste vor Essen, Trinken oder Schreiben vor anderen sowie Aufsuchen öffentlicher Toiletten scheinen vergleichsweise seltener aufzutreten. Die Erkrankung beginnt meist um die Pubertät, in der Vorgeschichte fällt häufig eine spürbare Tendenz zu Schüchternheit bzw. sozialer Hemmung auf. Der Beginn kann akut nach einem belastenden Ereignis oder aber auch schleichend sein, die Symptomatik bleibt häufig lebenslang unverändert bestehen, jedoch sind bevorzugt in der Adoleszenz auch Spontanremissionen, aber

auch weitere Verschlimmerungen beobachtet worden. Treten im späteren Leben spezifische Belastungssituationen auf (z.B. berufliche Verpflichtung zum Sprechen in der Öffentlichkeit), kann es ebenfalls zu akuten Exacerbationen sozialer Ängste kommen.

2.1.2.3. Ätiopathogenese:

Das Phänomen sozialer Ängste ist in der Psychoanalyse schon seit langem bekannt. In der dritten Auflage der einflussreichen Neurosenlehre von Fenichel (1981) werden soziale Ängste als „ein Mittelding zwischen kindlicher Angst vor Kastration und vor Liebesverlust sowie dem schlechten Gewissen Erwachsener“ charakterisiert. Fenichel zufolge ist der ursprüngliche Inhalt der infantilen Ängste, die Befürchtung der Kastration nicht mehr bewusst, wohl aber bliebe das Gefühl der Bedrohung anhaltend verinnerlicht. Aus psychodynamischer Sicht leiten sich solche Kastrationsbefürchtungen aus der ödipalen Phase her und verweisen auf ungelöste Konflikte im Rahmen der ödipalen Dreiecksbeziehung, die bis in die Erwachsenenzeit andauern können. Die ihrem Ursprung nach infantilen Kastrationsängste (mit konkreten Befürchtungen um die Integrität des eigenen Körpers) können sich später beim Erwachsenen beispielsweise in abgewandelter Form in Phantasien symbolisch niederschlagen, von anderen in sozialen Situationen grundsätzlich „entwertet“ bzw. „beschämt“ zu werden. Unbewusst sieht man sich meist schon „kastriert“, d.h. entwertet und traut sich entsprechend wenig zu - was die Angst vor dem vermeintlich Offenbarwerden dieser Situation vor anderen nur noch verstärkt und entsprechende Rückzugs- bzw. Vermeidungsreaktionen entscheidend begünstigt.

Neben der eben skizzierten triebtheoretischen Perspektive lassen sich ergänzend auch Konzepte der psychoanalytischen Objektbeziehungstheorie heranziehen. Im wesentlichen geht es dabei darum zu beschreiben, wie aus verinnerlichten frühen negativen Beziehungserfahrungen ein Selbstbild erwächst, das von Selbstzweifel bzw. Selbstunsicherheit geprägt ist - was seinerseits wieder Versagensängste in sozialen Situationen begünstigt. Letzteres steht auch in enger Beziehung zu Scham. Wurmser (1986) führt den Schamaffekt vor allem auf konkrete Beschämungserlebnisse zurück, wobei das Kind, das ein von seinen Eltern missbilligtes Verhalten zeigt, von ihnen als ganze Person, z.B. durch erniedrigenden, entwertenden Spott bloßgestellt wird. Diese Angst vor Bloßstellung durch andere ist ein Kernproblem vieler soziophober Patienten, die häufig schon in ihrer frühen Jugend (z.B. Schule) diesbezüglich auffällig werden.

Für die kognitiv-behavioralen Therapieverfahren erwähnen Heimberg & Juster (1995), dass vor allem kognitive Faktoren eine entscheidende Bedeutung für die Ausbildung sozialer Ängste haben, womit auch erklärbar ist, weshalb ausschließlich angewandte Expositionstechniken keinen zufriedenstellenden Therapieerfolg erreichen konnten. Diese kognitiven Faktoren sind dem Individuum als solche meist bewusst und von daher auch direkt therapeutisch angebar. Im deutlicher Abgrenzung zu den eben erwähnten psychoanalytischen Konzepten wird keine tieferliegende unbewusste Konfliktdynamik vorausgesetzt, die den bewusstseinsnahen sozialen Ängsten erst ihre eigentliche Brisanz verleiht.

2.1.3. Spezifische Phobien

2.1.3.1. Klinik

Bei den spezifischen Phobien besteht eine ausgeprägte und anhaltende Angst, die übertrieben oder unbegründet ist und durch das Vorhandensein oder die Erwartung eines spezifischen Objekts oder einer spezifischen Situation ausgelöst wird. Die Konfrontation mit dem phobischen Reiz bedingt eine akut einsetzende Angstreaktion,

die das Erscheinungsbild eines situationsgebundenen oder einer situationsbegünstigten Panikanfalls annehmen kann. Bei Kindern kann sich die Angstreaktion auch durch Weinen, Wutanfällen, Erstarren oder Anklammern ausdrücken. Die gefürchteten Situationen oder Objekte werden wenn möglich gemieden, wobei die Einsicht besteht, dass die Angst übertrieben und unvernünftig ist – wobei dieses Kriterium jedoch bei Kindern fehlen darf. Die Angstsymptome sind auf die gefürchtete Situation oder Gedanken an diese beschränkt. Man kann die spezifischen Phobien noch in Untergruppen einteilen: 1) beim Tiertypus wird die Angst durch Tiere oder Insekten ausgelöst und beginnt im allgemeinen schon in der Kindheit. 2) beim Umwelt- bzw. Naturgewaltentypus besteht Angst vor natürlichen Umweltphänomenen wie beispielsweise Stürme, Höhen oder Wasser; der Beginn ist ebenfalls meist in der Kindheit. 3) beim Blut-Injektions-Verletzungstypus besteht Angst vor dem Anblick von Blut (oft besonders das eigene) oder einer Injektion bzw. Verletzung – für diesen Subtypus ist eine familiäre Häufung nachweisbar, typischerweise kommt es bei ihm oft zu einer ausgeprägten vasovagalen Reaktion (Ohnmachtsanfall). 4) beim situativen Typus wird die Angst durch spezifische Situationen wie öffentliche Verkehrsmittel, Tunnel, Brücken, Fahrstühle, Fliegen, Autofahren oder eingeschlossene Räume ausgelöst. Phänomenologisch bestehen Überschneidungen mit der Agoraphobie, wobei letztere jedoch durch eine anhaltende Ängstlichkeit („Angst vor der Angst“) auch außerhalb der vermiedenen Situation auffallen, was bei den spezifischen Phobien nicht der Fall ist. 5) beim anderen Typus werden auch noch Ängste berücksichtigt, die sich auf das Vermeiden von Situationen beziehen, bei denen Erstickten, Erbrechen oder Erwerb einer Krankheit (z.B. Krankenhaus) befürchtet wird. Bei Kindern kann dies auch Angst vor lauten Geräuschen oder verkleideten Personen einschließen. Wie sich aus klinischer Beobachtung ergibt, besteht eine hohe Wahrscheinlichkeit, dass mehrere Situationen oder Objekte des gleichen Subtypus zugleich phobisch vermieden werden.

2.1.3.2. Epidemiologie und Verlauf

Bei der ECA-Studie (Robins et al. 1984) ergab sich eine Lebenszeit-Prävalenz von 14,7% für klinisch relevante Phobien, wobei aber die Prozenrate schwächer ausgeprägten Phobien erheblich höher liegen dürfte. Vorläufige Befunde weisen speziell beim Subtypus „Blut-Injektions-Verletzungstyp“ eine deutliche familiäre Häufung nach, bei den anderen Subtypen dagegen nicht oder zu schwach ausgeprägt, um gesicherte Aussagen treffen zu können. Frauen überwiegen deutlich (75-90%) je nach phobischem Subtypus. Viele spezifische Phobien beginnen bereits in der Kindheit, speziell beim situativen Subtypus scheint eine bimodale Verteilung mit einem Gipfel in der Kindheit und einem zweiten Gipfel Mitte der zwanziger Lebensjahre vorzuliegen. Spezifische Phobien dauern unbehandelt oft lebenslang, sie remittieren wie die übrigen Angststörungen nur selten (<20% der Fälle; Wittchen, 1986).

2.1.3.3. Ätiopathogenese

Aus kognitiv-behavioraler Sicht gelten als prädisponierende Faktoren für den Beginn einer spezifischen Phobie entweder traumatische Erlebnisse ein (z.B. von einem Tier angegriffen werden oder in einem engen Raum eingeschlossen sein) sowie unerwartete Panikanfälle in der später phobischen Situation. Weiterhin können auch die Beobachtung anderer, die einem Trauma ausgesetzt sind oder die Angstreaktionen zeigen sowie wiederholte Warnungen vor der Gefährlichkeit eines Objektes oder Situation, das Auftreten einer spezifischen Phobie begünstigen. Auffallend ist, dass vorzugsweise phobische Reaktionen gegenüber Objekte oder Situationen auftreten, die im Verlauf der Evolutionsgeschichte für den Menschen tatsächlich gefährlich waren (z.B. Schlangen). Seligman (1971) nahm daher an, dass für diese Phobien eine

biologische Disposition („preparedness“) besteht – mit diesem Konzept wird auch plausibel, warum nur vergleichsweise selten Phobien gegen technische Geräte entwickelt werden, selbst wenn mit ihnen traumatische Erfahrungen gemacht wurden (z.B. Stromschlag aus Steckdose).

Aus psychodynamischer Sicht ist von zentraler Bedeutung, dass die Wahl des gefürchteten Objekts oder Situation nicht „zufällig“ erfolgt, sondern in unbewusster assoziativer Verbindung mit einem unbewussten intrapsychischen Konflikt steht. Der Abwehrvorgang der „Verschiebung“ bewirkt, dass die Angst vor einem intrapsychischen Konflikt, dem man nicht ausweichen kann, auf ein äußeres Objekt oder Situation verlagert wird, dem man nun erfolgreich ausweichen kann. Entscheidend für dieses Verständnis der phobischen Reaktion ist, dass die symbolische Bedeutung dem Patienten nicht bewusst ist – sie lässt sich nur indirekt erschließen aufgrund der Angstreaktion, die darauf hindeutet, dass bei unmittelbarem Gewährwerden der gefürchteten Situation oder Objekt der ursprüngliche intrapsychische Konflikt ins Bewusstsein einzubrechen droht. Typische Beispiele für solche intrapsychischen Konflikte sind sexuelle, aber auch aggressive Triebstreben, die in scharfen Gegensatz zum Gewissen bzw. Über-Ich geraten und von daher vom Bewusstsein (und der Chance ihrer Realisierung) ferngehalten werden. Implizit ist damit zugleich angesprochen, dass das gefürchtete phobische Objekt oder Situation unbewusst einer „Versuchungs- und Versagungssituation“ entspricht, in der bis dahin abgewehrte verpönte Triebimpulse so sehr ins Bewusstsein anzudrängen drohen, dass das Ich in Ermangelung anderer Abwehrmaßnahmen nur noch zur „Notfallreaktion“ eines Panikanfalls greifen kann.

Diese konflikt-dynamische Konzept zur Ätiologie phobischer Reaktionen wird nach Auffassung Freuds zusätzlich dadurch gestützt, dass bei den sogenannten „Zwangsbefürchtungen“ anders als bei den spezifischen Phobien der abgewehrte Triebimpuls zumindest als Vorstellungsinhalt ins Bewusstsein einbricht, wobei die Abwehr aber erreicht, dass er als Ich-dyston, d.h. nicht zu einem selbst gehörig bzw. fremdartig empfunden wird. Die begleitende Angst bei der Zwangsbefürchtung ergibt sich daraus, dass trotz der erreichten „Ich-Fremdheit“ die Befürchtung aufkommt, dem Impuls handelnd nachgeben zu müssen. Um hierfür ein Beispiel zu geben: die Angst beim Anblick von scharfen bzw. spitzen Gegenständen kann durch die Phantasie ausgelöst werden, mit diesem Gegenstand jemanden verletzen zu können, wobei diese zunächst nur phantasierte Möglichkeit wie ein innerer Zwang zur Handlungsausführung erlebt wird, dem man kaum widerstehen kann. Kann sich der verpönte (Trieb-) Impuls dennoch auf der Handlungsebene durchsetzen, geschieht dies meist in abgewandelter, symbolischer Form, wobei nunmehr wieder eine „Gegenhandlung“ erforderlich wird, um die dadurch erreichte Triebbefriedigung wieder aufzuheben, d.h. „ungeschehen“ zu machen. Damit wäre aus psychoanalytischer Sicht der Bogen von der phobischen Reaktion über die Zwangsbefürchtung zum Zwangssymptom geschlagen. Dieser klassischen Auffassung Freuds muss nach heutigem Kenntnisstand entgegengehalten werden, dass sie sicherlich nur einen Teil der Symptombildung erklärt, d.h. im Sinne einer Ergänzungsreihe auch neurobiologische bzw. konstitutionelle Faktoren Einfluss nehmen – was Freud speziell für die Zwangsneurose auch ausdrücklich anerkannte.

Zusammenfassend bleibt festzuhalten, dass das psychodynamische Erklärungsmodell der spezifischen Phobien eine symbolische Repräsentanz intrapsychischer Konflikte durch äußere Objekte und Situationen annimmt – was implizit den Schluss nahe legt, dass die erfolgreiche Aufdeckung der ursächlichen intrapsychischen Konflikte zugleich auch die phobische Abwehr überflüssig macht.

2.2. Panikstörung (episodisch paroxysmale Angst)

2.2.1. Klinik

Wesentlich für die Panikstörung ist das Auftreten wiederholter, unvorhersehbarer schwerer Panikanfälle, die sich nicht auf eine spezifische Situation oder besondere Umstände beschränken. Die Panikanfälle sind nicht verbunden mit einer besonderen Anstrengung, gefährlichen oder lebensbedrohenden Situationen. Der Panikanfall hat dabei folgende Charakteristika: 1) er ist eine einzelne Episode von intensiver Angst oder Unbehagen; 2) er beginnt abrupt; 3) er erreicht innerhalb weniger Minuten ein Maximum und dauert mindestens einige Minuten. Vegetative Symptome wie Palpitationen, Herzklopfen, erhöhte Herzfrequenz, Schweißausbruch, fein- oder grobschlägiger Tremor sowie Mundtrockenheit können vorherrschen; des weiteren Symptome, die Thorax und Abdomen betreffen wie z.B. Atembeschwerden, Beklemmungsgefühl, Thoraxschmerzen sowie Nausea bzw. abdominale Missempfindungen. Auf der psychischen Ebene werden Symptome wie Schwindel, Benommenheit, Unsicherheit und Schwäche wahrgenommen, des weiteren Derealisation bzw. Depersonalisation (sich selbst „weit entfernt“ oder „nicht richtig hier“ fühlen). Häufig besteht auch Angst vor Kontrollverlust, insbesondere die Furcht, verrückt zu werden. Je nach Schweregrad der Symptomatik empfinden viele Patienten Todesangst. Weitere mehr allgemeine Symptome sind Hitzegefühle oder Kälteschauer sowie Parästhesien. Klinisch unterscheidet die ICD-10 zwei Schweregrade der Panikstörung: mittelgradige Panikstörung bei mindestens vier Panikanfällen innerhalb von vier Wochen, schwere Panikstörung bei mindestens vier Panikanfällen pro Woche über einen Zeitraum von wenigstens vier Wochen. Viele Patienten entwickeln eine ausgeprägte Angst vor weiteren Panikanfällen, da diese nicht vorhersehbar erscheinen und somit ein gezieltes Vermeidungsverhalten wie etwa bei der Agoraphobie nicht mehr möglich ist. Aufgrund der Unheimlichkeit und Schweregrad der Panikanfälle entwickelt sich häufig die Phantasie, daran versterben zu können, was sich besonders in der Furcht vor einem Herzversagen bzw. -infarkt niederschlägt. Die speziell auf das Herz bezogene Angst wird auch unter der diagnostischen Rubrik der „somatoformen autonomen Funktionsstörung“ eingeordnet, soweit sie nicht in ausgeprägten Panikanfällen kulminiert.

2.2.2. Epidemiologie und Verlauf

In der ECA - Studie ergab sich eine Lebenszeit-Prävalenz für die Panikstörung von 1.5% (Eaton et al., 1991), in der Münchner Follow-up Studie von Wittchen (1986) 2.4%. Der Verlauf der Erkrankung ist chronisch, aber eher schwankend, in einigen Fällen tritt die Störung episodisch auf mit dazwischenliegenden Jahren der Remission. Wahrscheinlich besteht eine bimodale Verteilung mit einem Gipfel in der späten Adoleszenz und einem weiteren niedrigeren Gipfel Mitte 30. Eine überwiegend biologische Verursachung, wie sie vor allem von Klein (1981) wiederholt postuliert wurde, wird gegenwärtig nicht mehr angenommen, eine genetische Disposition ist jedoch wahrscheinlich (vgl. Crowe et al., 1983), wenngleich in ihrem Beitrag noch nicht ausreichend geklärt.

2.2.3. Ätiopathogenese

Im wesentlichen gelten die gleichen ätiopathogenetischen Hypothesen, wie sie für die Agoraphobie bereits abgehandelt wurden. Speziell bei der herzbezogenen Panikstörung (früher „Herzangstneurose“) handelt es sich um eine Sonderform der phobischen Symptombildung, da sie sich auf ein Organ des eigenen Körpers bezieht, das man nicht „loswerden“ bzw. vermeiden kann. Aus psychodynamischer Perspektive wird angenommen, dass sich das Herz symbolisch als Repräsentanz eines mächtigen

Objekts eignet, von dem man sich vital abhängig fühlt und gleichzeitig loszukommen trachtet – damit wird eine ursprüngliche bedeutsame Objektbeziehung (wie z.B. zur Mutter) symbolisch am Körper bzw. Körperorganen widergespiegelt. Im Prinzip handelt es sich dabei um einen ähnlichen Abwehrvorgang, wie er bei hypochondrischen Symptombildungen beobachtbar ist. Fließende Übergänge zu wahnhaften Prozessen sind hierbei möglich, wie z.B. bei der Dysmorphophobie (Angst, körperlich missgestaltet zu sein). So sehr diese psychodynamischen Hypothesen einer spezifischen Konfliktdynamik bei herzbezogenen Panikanfällen klinisch evident erscheinen, konnten empirische Untersuchungen dies so nicht bestätigen – offenbar eignen sich unterschiedliche Konfliktkonstellationen (und nicht nur der Autonomie-Abhängigkeitskonflikt) in vergleichbarer Weise als Auslöser von (herzbezogenen) Panikanfällen.

2.3. Generalisierte Angststörung

2.3.1. Klinik

Das wesentliche Symptom ist eine generalisierte und anhaltende Angst, die über einen Zeitraum von mindestens sechs Monaten bestehen muss mit vorherrschender Anspannung, Besorgnis oder Befürchtungen in Bezug auf alltägliche Ereignisse und Probleme. Wie schon bei der Panikstörung aufgeführt können diverse vegetative und psychische Symptome vorkommen, die überwiegend Angstkorrelaten bzw. – äquivalenten entsprechen. Insbesondere zeigen sich spezifische somatische Symptome der Anspannung wie Muskelverspannungen (mit akuten und chronischen Schmerzen), Ruhelosigkeit und Unfähigkeit zur Entspannung oder auch Kloßgefühl im Hals und Schluckbeschwerden, darüber hinaus anhaltende Reizbarkeit, Konzentrationsschwierigkeiten, Leeregefühl im Kopf wegen Sorgen oder Angst sowie Einschlafschwierigkeiten.

Phänomenologisch besteht eine erhebliche Überschneidung mit depressiven Symptomen, teilweise aber auch mit hypochondrischen Befürchtungen im engeren Sinn (ICD-10: F 45.2). Hierbei werden eigene (oft feindselige) Strebungen bzw. interpersonale Konflikte mit wichtigen Bezugspersonen auf Funktionen oder Organe des eigenen Körpers projiziert (vgl. Mentzos, 1984) und in der Folge vom Patienten so erlebt, als führten diese eine Art „Eigenleben“ (z.B.: „mein Herz will nicht mehr, bestraft mich usw.“). Dieses objektbeziehungstheoretische Verständnis der Pathogenese hypochondrischer Ängste spielt vor allem in der psychosomatischen Medizin eine wesentliche Rolle. Differentialdiagnostisch fällt oft auf, dass sich hypochondrische Patienten auch in Gegenwart eines Arztes bezüglich ihrer körperlichen Befürchtungen (z.B. Krebsangst) kaum beruhigen lassen, während dies bei den Patienten mit Panikstörung oder generalisierter Angststörung sehr viel besser gelingt. Bei der Hypochondrie kann es bei schweren Verlaufsformen zu wahnhaften Entwicklungen kommen, die an psychotisches Erleben grenzen. Hier wird vor allem eine eingehende psychiatrische Abklärung entscheiden müssen, ob nicht eine Psychose (z.B. aus dem schizophrenen Formenkreis) vorliegt. Manche eher blande verlaufenden Prozesspsychosen können sich vorwiegend in der Form hypochondrischer Wahnbildungen manifestieren.

2.3.2. Epidemiologie und Verlauf

Für die generalisierte Angststörung sind bislang keine ausreichend verlässlichen epidemiologischen Angaben verfügbar, da in zahlreichen Studien die diagnostischen Kriterien für die generalisierte Angststörung im Gegensatz zu noch „normaler Ängstlichkeit“ unterschiedlich verwendet wurden. Für eine Teilstichprobe der bereits mehrfach erwähnten ECA-Studie wurden etwa 4% Lebenszeitprävalenz für die

Gesamtbevölkerung ermittelt. Der Verlauf ist chronisch, eine stärkere genetische Disposition gilt als wahrscheinlich.

2.3.3. Ätiopathogenese

Aus psychodynamischer Sicht versagen bei der generalisierten Angststörung die üblichen angstbindenden neurotischen Abwehrfunktionen aufgrund einer allgemeinen Ich-strukturellen Schwäche so weitgehend, dass nunmehr anhaltende Angst als manifestes Symptom durchbricht (Mentzos 1984). Damit ist implizit auch angesprochen, dass fließende Übergänge zum Borderline-Syndrom bzw. auch Psychose bestehen können: je ausgeprägter der Grad der Ich-strukturellen Schwäche, um so geringer die Möglichkeiten der Angstbindung durch das Ich, je größer eine anhaltende und ausgeprägte frei flottierende Angst. Insbesondere durch Neuinterpretation der Ergebnisse von Arbeiten anderer Autoren über Angstpatienten konnte Bowlby (1976) überzeugend zeigen, dass viele dieser Patienten eine erheblich traumatisch belastete Kindheit hatten, wobei insbesondere widersprüchliche und bindungsverunsichernde Beziehungserfahrungen mit den Eltern im Vordergrund stehen. Diese Hypothese teilen zwischenzeitlich auch viele nicht der Psychoanalyse nahestehende Autoren. Im Kontext der psychoanalytischen Objektbeziehungstheorie ist es naheliegend, dass Patienten, die solche verunsichernden Beziehungserfahrungen gemacht haben, keine stabilen bzw. verlässlichen Objekt- bzw. Selbstrepräsentanzen (die sich über Erfahrungen mit dem Objekt erst konstituieren) internalisieren konnten, weshalb sie auch als Erwachsene weshalb schon geringe Konfliktspannungen zu intensiven Gefühlen von Überforderung und Hilflosigkeit führen, was zugleich ausgeprägte Angst und Besorgtheit auslöst.

2.4. Andere Angststörungen

Neben den bereits ausführlicher vorgestellten wesentlichen Angststörungen sind ergänzend noch zu nennen Angst und depressive Störung, gemischt (ICD-10: F 41.2). Diese Diagnose sollte nur vergeben werden, wenn weder die Angst noch die depressive Störung eindeutig vorherrscht bzw. ein solches Ausmaß bekommt, das eine entsprechende einzelne Diagnose gerechtfertigt wäre. Darüber hinaus muss die depressive Störung zeitgleich mit der Angstsymptomatik entstanden sein. Wenn die ängstlich-depressiven Symptome im Zusammenhang mit einem schwerwiegenden Lebensereignis erstmalig auftraten, ist zweckmäßigerweise die Kategorie Anpassungsstörungen (ICD-10: F 43.2) zu verwenden. Nach einem schwerwiegenden Trauma wie z.B. schwerer Unfall, Naturkatastrophen, Kampfhandlungen, Folterungen oder Vergewaltigungen, kommt es häufiger zur Posttraumatischen Belastungsstörung (ICD-10: F43.1), wobei neben anderen Symptomen auch Panikanfälle auftreten können. Differentialdiagnostisch ist wesentlich, dass bei der Panikstörung die Panikanfälle meist ohne schwerwiegenden äußeren Anlass geschehen, während bei der Posttraumatischen Belastungsstörung definitionsgemäß eine schwerwiegende Traumatisierung stattgefunden haben muss (in der Regel nicht länger als ein halbes Jahr vor Beginn der akuten Panikanfälle).

3. Psychodynamische Psychotherapie von Angststörungen

3.1. Grundsätzliches

Für die psychodynamische bzw. analytische Psychotherapie liegen mit einer Ausnahme (vgl. Milrod et al., 1997) keine für Angststörungen spezifische Therapiemanuale vor. Für ein fokalthérapeutisches Konzept (mit ca. 50 Stunden Therapiedauer) wurden erste Erfahrungen von Hoffmann & Bassler (1995) publiziert. In jüngerer Zeit zeichnet sich auch für die psychodynamischen Therapieverfahren zunehmend die Tendenz ab,

bei allen Angststörungen, bei denen das Vermeidungsverhalten eine besondere Rolle spielt, dieses möglichst frühzeitig und aktiv anzugehen (vgl. Hoffmann et al. 1998, Bassler 2000). Es ist interessant, dass Freud aus klinischer Sicht schon frühzeitig (1919) darauf hinwies, dass man an die konfliktrelevanten Phantasien einer Phobie nur dadurch herankomme, wenn man den Patienten aktiv dazu auffordere, sich aktiv der ängstigenden Situation oder Objekt zu stellen - um dann über seine dabei von ihm wahrgenommenen Gefühle und Phantasien in der Analysestunde zu sprechen. Freud hatte mit seiner damaligen Empfehlung sicher nicht im Sinn gehabt, den Patienten aktiv aufzufordern, solange in der ängstigenden Situation zu verbleiben, bis die Angst deutlich nachlässt, was als therapeutisch wirksames Prinzip erst sehr viel später entdeckt wurde.

Bevor eine spezifischere Indikation für eines der psychodynamischen Therapieverfahren gestellt wird, ist es zunächst erforderlich, eine sorgfältige Diagnostik durchzuführen, die allerdings in Ergänzung zu den erklärtermaßen nur deskriptiven Diagnoseschemata von ICD-10 oder DSM-IV auch konflikt- und beziehungs-dynamische Aspekte enthalten sollte. Darüber hinaus spielt auch die Einschätzung der Ich-strukturellen Ressourcen des Patienten eine besondere Rolle. Im deutschsprachigen Raum ist gegenwärtig die „operationalisierte psychodynamische Diagnostik“ ein vielversprechendes Instrument, das diese ergänzenden psychodynamischen Dimensionen in der Diagnosestellung berücksichtigt (Hoffmann et al., 1998). Häufig zeigt sich in der klinischen Praxis, dass Angstpatienten nicht nur an einer Angststörungen leiden, sondern noch weitere relevante psychische Störungen bestehen. Zu erwähnen sind hier vor allem depressive Begleitreaktionen wie auch Persönlichkeitsstörungen im engeren Sinn. Aus klinischer Sicht ist dann sorgfältig abzuwägen, welche psychische Störung vorrangig behandelt werden sollte.

Die meisten Autoren, die über ihre Erfahrungen in der psychodynamischen Therapie von Angststörungen publiziert haben, sind sich darin einig, dass es bei Ich-strukturell schwerer gestörten Patienten entscheidend darauf ankommt, zunächst deren Ressourcen zur Angstbewältigung zu fördern. Eine frühe konfliktaufdeckende Technik ist bei diesen Patienten kontraindiziert, da dadurch deren Angst bis zur akuten psychischen Dekompensation verstärkt werden kann. Überwiegend wird empfohlen, bei dieser Patientengruppe, bei der häufig komplizierend eine Persönlichkeitsstörung besteht, eine längerfristige analytische Psychotherapie durchzuführen (mit insgesamt > 100 Stunden). Diese sollte üblicherweise in einem niederfrequenten Setting mit 1-2 Stunden im Sitzen wöchentlich durchgeführt werden, bei besonderer Eignung in Ausnahmefällen auch im Rahmen einer hochfrequenten Psychoanalyse (3-4 Stunden wöchentlich im Liegen). Entscheidend ist hier, dass zunächst vorrangig die Persönlichkeitsstörung und weniger spezifisch die begleitende Angststörung behandelt wird, später kann sich dann dieses Verhältnis umkehren.

Da bei den mehr phobisch organisierten Angstsymptomen meist eine stabilere Ich-Struktur besteht, kann frühzeitig eine konfliktaufdeckende Technik angewendet werden. Die Gesamtdauer und Intensität der psychodynamischen Psychotherapie wird dabei vor allem vom Interesse des Patienten nach Selbstaufklärung abhängen. Das Spektrum der Behandlungsmöglichkeiten reicht dabei von fokal orientierter niederfrequenter Psychotherapie bis zu 50 Stunden (vgl. Hoffmann & Bassler 1995) bis hin zu Langzeittherapien mit insgesamt >100 Stunden, wobei bei letzteren allerdings die Frage zu diskutieren ist, ob bei einfachen Phobien solche langfristigen Psychotherapien von der Solidargemeinschaft der Versicherten zu finanzieren sind oder bei Interesse vom Patienten selbst bezahlt werden.

Die kognitiv-behavioralen Therapieverfahren bzw. Techniken bei der Behandlung von Angststörungen sind mehrheitlich gut evaluiert und dokumentiert, was sie deutlich von den bislang verfügbaren psychodynamischen Therapiemanualen unterscheidet. In diesem Zusammenhang kann nur auf die entsprechende ausführliche Literatur verwiesen werden (vgl. Grawe 1998, Schneider & Margraf 1998, Hand 2000). Aus dieser aktuellen empirischen Befundlage kann aber nicht geschlossen werden, dass zukünftig nicht auch für psychodynamische Therapieverfahren verbesserte Manuale entwickelt und empirisch überprüft werden (vgl. Hoffmann & Bassler 1995, Dengler & Selbmann, 2000).

In jüngerer Zeit wurden verschiedene naturalistische Studien mit praxisüblichen Settings von psychodynamischer Psychotherapie durchgeführt, die eine gute bis vergleichbare Wirksamkeit wie die kognitiv-behavioralen Therapieverfahren aufweisen (vgl. Bassler & Hoffmann 1994, Rudolf et al., 1994, Strauß & Burgmeier-Lohse, 1996, Wiborg & Dahl 1996, Dengler & Selbmann, 2000). Offenbar gelingt es sogar bei bestimmten Subgruppen agoraphober Patienten mit klassischer Gesprächspsychotherapie allein (ohne gezielte Angstkonfrontationstechniken) gute Ergebnisse zu erzielen (Teusch & Finke, 1995).

In der klinischen Praxis stellt sich häufig das Problem, dass ein Patient nicht nur mit einer „einfachen Angststörung“ zu behandeln ist, sondern daneben noch weitere psychische Störungen bestehen. Solche komorbiden Störungen dürften den zu erwartenden Behandlungserfolg bzw. die übliche Anwendung von Standardtechniken erheblich beeinträchtigen.

Erste Erfahrungen mit kombinierten psychodynamisch-verhaltenstherapeutischen Therapieansätzen sind ermutigend, da sie neben den angstkonfrontierenden Techniken auch konflikt-dynamische Aspekte berücksichtigen (vgl. Nickel et al. 1999). Ergänzend einzubeziehen ist hierbei oft auch eine pharmakotherapeutische Begleitbehandlung, wenn auf andere Weise keine Compliance bzw. Ansatzpunkte für nur psychologische Behandlungsmaßnahmen erreicht werden kann (vgl. Bassler, 1999, Dengler & Selbmann, 2000).

Ein weiteres bislang weitgehend ungeklärtes Problem der Therapieforschung ist die Frage, was sich bei einer empirischen Überprüfung der langfristigen Erfolgsstabilität verschiedener Therapieverfahren ergeben wird, sobald mehr Daten von mehrjährigen Katamneseintervallen (≥ 5 Jahre) verfügbar sind. Möglicherweise werden unter diesen Bedingungen die psychodynamischen Verfahren deutlich besser als bei kürzeren Beobachtungszeiträumen abschneiden, da sie ja von ihrem Selbstverständnis her mehr auf langfristig angelegte Veränderungsprozesse abzielen.

Im folgenden abschließenden Teil sollen zusammenfassend einige therapeutische Prinzipien besprochen werden, die sich bei der psychodynamischen Psychotherapie von Angststörungen bewährt haben. Die meisten Erfahrungen mit diesen Empfehlungen beziehen sich dabei auf eine mittlere Behandlungsdauer von 50 – 100 Stunden, womit vor allem der übliche Rahmen von tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie abgedeckt ist.

3.2. Praktische Behandlungsempfehlungen

Vergleichbar den Empfehlungen von Schneider & Margraf 1998 sollte vor Beginn einer psychodynamischen Psychotherapie der Panikstörung eine sorgfältige Exploration der Panikanfälle und der sie begleitenden Phantasien stattfinden, wobei den meist katastrophisierenden Befürchtungen bezüglich verschiedener Körpersymptome besondere Aufmerksamkeit zu widmen ist. Darüber hinaus sollte der Therapeut einen

Eindruck von den unmittelbar den Panikanfall bzw. Angst auslösenden unbewussten Phantasien gewinnen. Hierbei ist zu berücksichtigen, dass viele Patienten auf direktes Befragen zunächst keine besonderen Phantasien oder Kognitionen benennen können, die einem Panikanfall vorangegangen sind. Hier bedarf es einer eingehenden Exploration, was etwa durch die Aufforderung eingeleitet werden kann, sich nochmals möglichst intensiv in die damalige Situation hinein zu versetzen und alles mitzuteilen, was einem dabei an Einfällen bzw. Erinnerungsfragmente in den Sinn kommt. Im Prinzip ähnelt diese Strategie der Methode der freien Assoziation in der Psychoanalyse; wie die klinische Erfahrung belegt, ist es erstaunlich, wie oft sich Patienten unter diesen Bedingungen doch an vermeintlich „belanglose Details“ erinnern, die in unbewusster oder vorbewusster Beziehung zum plötzlichen Auftreten der Panikattacke stehen. Vermutlich hat man in früheren Studien zur ausschließlich biologischen Pathogenese der Panikstörung auf diesen Aspekt kaum geachtet und zu sehr der unmittelbaren Selbstauskunft der Patienten vertraut, wenn diese von vermeintlich „unerklärlichen“ Panikattacken berichteten. Ergänzend zu dieser symptomspezifischen Exploration sollte schließlich eine erweiterte und sorgfältige diagnostische Anamneseerhebung mit spezieller Berücksichtigung der Biographie erfolgen.

Waelder (1963) hat einige wesentliche Gesichtspunkte aufgelistet, die ein psychodynamischer Therapeut bei jedem Patienten im Blick haben sollte: Was sind die Wünsche des Patienten? Was will er unbewusst? Und in engem Zusammenhang damit: Wovor hat er Angst? (z.B. wenn er den Wünschen nachgeben würde?). Schließlich mit Blick auf die Organisation der unbewussten Abwehr- und Widerstandsprozesse: Und wenn er Angst hat, was tut er dann?

- Vorrangig ist zunächst abzuklären, ob grundsätzlich ein mehr konfliktaufdeckendes oder alternativ ein mehr ressourcenorientiertes Vorgehen (z.B. vorrangig Verbesserung von Angstbewältigung) indiziert ist. Im ersten Fall sind ohne Einschränkung angstkonfrontierende Übungen in den Therapieplan mit aufzunehmen, im zweiten Fall dagegen zunächst die Voraussetzung zu schaffen, dass ein Patient ein stärkeres Ausmaß von Angst zu bewältigen lernt, andernfalls bei angstkonfrontierenden Übungen eine psychische Dekompensation mit traumatisierender Angstüberflutung droht.
- Bei der Panikstörung ohne ausgeprägte agoraphobe Begleitsymptomatik der Patient leidet vor allem unter der subjektiv erlebten „Unvorhersehbarkeit“ seiner Panikanfälle, weshalb es besonders wichtig ist, zunächst mit ihm ausführlich zu besprechen, wie er mit seinen Panikattacken besser zurechtkommen kann. Vergleichbar dem „Teufelskreis-Modell“ der Angst, wie es in der kognitiv-behavioralen Psychotherapie eingesetzt wird, sollte dabei mit dem Patienten ausführlich über alle seine Panik betreffenden Phantasien gesprochen werden, insbesondere hinsichtlich seiner auf den Körper bezogenen Befürchtungen. In diesem Zusammenhang ist der Patient auch darauf aufmerksam zu machen, dass vor Auftreten eines Panikanfalls man häufig unbemerkt zu hyperventilieren beginnt und die dabei auftretenden Körpersymptome katastrophisch fehlinterpretiert, was dann den eigentlich selbstverstärkenden circulus vitiosus der selbstverstärkenden Angst bis hin zum Panikanfall induziert. Diese Phase der „Erklärung“ von Angstsymptomen unterscheidet sich inhaltlich kaum von den Empfehlungen, wie sie etwa Schneider & Margraf 1998 in ihrem verhaltenstherapeutischen Therapiemanual für Agoraphobie und Panikstörung geben. Aufgrund unserer Erfahrungen ist der von ihnen vorgeschlagene Hyperventilationstest, bei dem der Patient aktiv zum probeweisen aktiven Hyperventilieren aufgefordert wird, um vergleichbar

wie bei der Exposition in vivo bei der Agoraphobie konkrete Angsterfahrungen zu machen, nicht zwingend erforderlich.

- Besteht eine ausgeprägte agoraphobe Vermeidungshaltung, wird es in der ersten Phase der Therapie vorrangig darum gehen, den Patienten frühzeitig zu einer aktiven Konfrontation mit der angstmachenden Situation zu bewegen, wobei als Grundprinzip gilt, solange in der Angstsituation zu verbleiben, bis die Angst merklich nachlässt. Im praktischen Vorgehen kann man sich hier ebenfalls an den Empfehlungen von Schneider & Margraf 1998 orientieren. Man mag aus kognitiv-behavioraler Seite einwenden, dass mit diesem Vorgehen bereits der größte Teil der therapeutischen Wirksamkeit abgedeckt ist und von daher unklar bleibt, wie es denn nun mit der Wirksamkeit bzw. der Spezifität der „psychodynamischen Therapie“ im engeren Sinn bestellt ist. In der Tat steht der empirische Nachweis noch aus, dass ein kombiniertes Vorgehen wie oben vorgeschlagen einen größeren Therapieerfolg als psychodynamische oder kognitiv-behaviorale Psychotherapie allein erreicht. Aufgrund eigener klinischer Erfahrungen (Bassler 2000, Nickel et al. 1999) scheinen aber nicht wenige Patienten schon von sich aus das Bedürfnis zu haben, neben der symptomatischen Behandlung ihrer Angstsymptomatik auch deren Hintergründe bzw. weitergehenden Ursachen kennen zu lernen. Viele Patienten haben eine Art „Evidenzerleben“ dafür, dass es nicht zufällig sein kann, wenn sie ohne „ersichtlichen äußeren Anlass“ plötzlich Panikanfälle bekommen und über Jahre zuvor keinerlei Symptome in dieser Richtung hatten.
- Erst nachdem sich verlässlich ein angstkonfrontierendes Übungsverhalten bei den Patienten etabliert hat, ist es zweckmäßig, im engeren Sinn konfliktaufdeckend zu arbeiten.
- Patienten mit ausgeprägten körpernahen Ängsten suchen häufig zunächst einen somatisch orientierten Arzt auf. In der Folge nehmen sie zahlreiche somatische Untersuchungen in Anspruch, meist mit dem Ergebnis, dass kein relevanter organpathologischer Befund festgestellt werden kann. Leider braucht es auch gegenwärtig noch bis zu 5 Jahren, bevor bei diesen Patienten auch eine psychologisch-psychosomatische Diagnostik erfolgt und darauf aufbauend adäquate Therapiemaßnahmen empfohlen werden. So werden Panikanfälle mit herzbezogenen Ängsten (z.B. an einem Herzinfarkt sterben zu können) nicht selten verkannt als z.B. „hyperkinetisches Herzsyndrom“, wobei die durchaus wahrnehmbare Angst beim Patienten zunächst vor allem als Folge, nicht aber als Ursache dieser Herzbeschwerden angesehen wird. Da den meisten Angststörungen eine ausgeprägte Chronifizierungstendenz innewohnt, ist dringend erforderlich, dass eine verbesserte psychosomatisch-psychologische Kompetenz der somatischen Ärzte erreicht wird und dann solche Patienten frühzeitiger an einen ärztlichen bzw. psychologischen Psychotherapeuten überwiesen werden.
- Überwiegen manifeste Ängste bis hin zu Panikanfällen sind die Patienten wegen ihres hohen Leidensdrucks für eine psychotherapeutische Behandlung meist aufgeschlossen. Dabei ist ein häufiges Charakteristikum, dass sie vor allem an einer raschen Entlastung von Angst, weniger aber einer intrapsychischen Veränderung interessiert sind. Aufgrund der geringen Angsttoleranz neigen sie frühzeitig zu einem mehr oder weniger ausgeprägten Medikamentenabusus (z.B. Tranquilizer). Nicht wenige neigen auch zu einem erheblichen Alkoholabusus, wobei bei Ich-strukturell weitergehend gestörten Patienten mit deutlichen Suchttendenzen zu rechnen ist. Bei stärkerer Medikamentenab-

hängigkeit erscheint es sinnvoll, einer ambulanten Psychotherapie zunächst eine stationäre Behandlung vorzuschalten.

- Sollte eine medikamentöse Begleittherapie der Angsterkrankung erforderlich sein, stellt es erfahrungsgemäß eine Überforderung dar, wenn die Patienten als Eingangsbedingung für eine psychodynamische Psychotherapie ihre Medikamente forciert absetzen sollen. Stattdessen empfiehlt sich eine konsequente schrittweise Dosisreduktion, nicht aber eine Verordnung nach Bedarf. Grundsätzlich sollte gelten, dass ein Patient mit so wenig wie möglich Medikamenten (z.B. Antidepressiva) auskommen sollte, aber nicht immer Medikamentenfreiheit erreichbar ist.
- Bei schwerer ängstlichen Patienten sollte zunächst im Vordergrund stehen, dass diese eine vertrauensvolle Beziehung zum Therapeuten aufbauen können. Mentzos (1984) verweist in diesem Zusammenhang auf ein technisches Grundproblem bei der Psychotherapie von Angststörungen: so sehr der Patient unter seinen intensiven Ängsten bzw. Panikanfällen leidet, möchte er doch nicht an die Quelle seiner Angst rühren, sondern am liebsten „beruhigt und immer wieder von neuem beruhigt werden“. Mit Blick auf die therapeutische Beziehung verlangt er entsprechend die räumliche Nähe und ständige Verfügbarkeit des Therapeuten, ist aber nur widerwillig bereit, über Art und Grund dieser Bedürfnisse von sich nachzudenken. Die meisten diesbezüglichen Deutungen scheinen zunächst wirkungslos zu bleiben; als Therapeut empfindet man sich ähnlich wie andere wichtige Bezugspersonen des Patienten zu einer Art mechanisch stützenden Einrichtung degradiert, als willenloses Hilfs-Ich, das keinerlei Ansprüche an den Patienten zu stellen hat. Trotz solcher teilweise massiven Widerstände ist zu empfehlen, dieses anklammernde Verhalten dem Patienten deutlich aufzuzeigen und auf seinen jeweiligen (unbewussten) Grund zurückzuführen.
- Schon in der Initialphase der Psychotherapie sollte die Rolle des Partners bzw. naher Bezugspersonen des Patienten sorgfältig berücksichtigt werden. Nicht selten kann auch der Partner unbewusst Interesse daran haben, das angstneurotische Arrangement aufrechtzuerhalten, z.B. weil er unbewusst Gewinn daraus zieht, für den Patienten die Rolle einer stets fürsorglichen Mutter spielen zu können. Gesundet der Patient, kann sich dadurch das bisherige Beziehungsarrangement erheblich destabilisieren. Da gerade psychoanalytische Einzel- bzw. Gruppentherapie in der Regel den Partner nicht mit einbezieht, ist hier von Anbeginn ein Spannungsverhältnis gegeben, das in ungünstigen Fällen den therapeutischen Prozess empfindlich stören kann - z.B. weil der Patient aus unbewussten Loyalitätsbedürfnis seinem Partner gegenüber keinen wirklichen Fortschritt in Richtung mehr Eigenständigkeit bzw. Autonomie machen möchte.
- Es sprechen zunehmend mehr Befunde dafür, dass eine sinnvolle Kombination aktiver angstkonfrontierender Technik in Verbindung mit einsichtsfördernder psychodynamischer Psychotherapie einen besseren Therapieerfolg als psychodynamische oder behaviorale Therapie allein zu erreichen vermag. In diesem Zusammenhang sollte noch erwähnt werden, dass Therapieerfolg hier mehr als nur die erreichte Symptomreduktion (z.B. des Vermeidungsverhaltens) meint. Viele Angstpatienten empfinden durchaus eine Art innere Evidenz dafür, dass das plötzliche Auftreten ihrer Angsterkrankung nicht „zufällig“ oder „unmotiviert“ geschah. Sie möchten einerseits zwar rasch etwas an die Hand bekommen, was ihnen hilft, mit ihren Ängsten besser zurecht zu kommen.

Andererseits haben viele auch ein großes Interesse daran, die tieferliegenden Hintergründe ihrer Ängste näher kennen zu lernen.

- Bei ausgeprägter phobischer Symptomatik, bei der Patient im ambulanten Rahmen nicht bereit ist, sich aktiv ühend mit seinem Vermeidungsverhalten auseinanderzusetzen, ist es zweckmäßig, zunächst im Rahmen einer stationären Psychotherapie eine initiale Expositionsbehandlung in vivo durchführen. Dies könnte sowohl in verhaltenstherapeutischen wie psychodynamisch strukturierten Kliniksettings geschehen.
- Von grundsätzlicher Bedeutung ist die Empfehlung, dass auch psychodynamische Psychotherapeuten sich in ihrer beruflichen Fort- und Weiterbildung fundierte verhaltenstherapeutische Kompetenz aneignen, vor allem dann, wenn sie wie beim Beispiel der Angsterkrankungen psychische Störungen behandeln wollen, bei denen es frühzeitig zu einer deutlichen Verselbstständigung von Symptomen bzw. Etablierung von Vermeidungsverhalten kommt.

3. Literaturverzeichnis:

Ainsworth, M., Blehar, M., Waters, E., Wall, S. (1978): Patterns of attachment. A psychological study of the strange situation. Hillsdale/NY: Erlbaum.

American Psychiatric Association (eds.) (1994): Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. IVth edition. American Psychiatric Association, Washington DC.

Bassler, M. & S.O. Hoffmann (1994): Psychoanalytisch fundierte stationäre Psychotherapie bei Angstpatienten - ein Vergleich der therapeutischen Wirksamkeit bei generalisierter Angststörung, Agoraphobie und Panikstörung. Psychother. Psychosom. Med. Psychol. 44:217-225.

Bassler, M. (1999): Differentialindikation von Psychotherapie und Pharmakotherapie bei Angststörungen. Psycho 7:439-446.

Bassler, M. (2000): Psychodynamische Therapie bei Patienten mit Angststörungen. In Möller, H., J. (Hrsg.): Psychiatrische Therapie. 2. Aufl. Berlin, Göttingen, Heidelberg, Springer: 722-731.

Bowlby, J. (1976): Trennung. Psychische Schäden als Folge der Trennung von Mutter und Kind. Kindler-Verlag, München.

Crowe, R.R., R. Noyes, D.L. Pauls & D.J. Slymen (1983): A family study of panic disorder. Arch. Gen. Psychiat. 36:652-653.

Davidson, J.R.T., D.L. Hughes, L.K. George & D.G. Blazer (1993): The epidemiology of social phobia: findings from the Duke Epidemiological Catchment Area Study. Psychol. Medicine 23:709-718.

Dengler, W., H.K. Selbmann (Hrsg.) (2000): Leitlinien zur Diagnostik und Therapie von Angsterkrankungen. Ergebnis einer Konsensuskonferenz. Steinkopff, Darmstadt.

- Dilling, H., W. Mombour & M.H. Schmidt (Hrsg.) (1993): Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10, Kapitel V (F). Klinisch diagnostische Leitlinien. 2. Aufl. Huber, Bern.
- Dornes, M. (1992): Der kompetente Säugling. Die präverbale Entwicklung des Menschen. Fischer, Frankfurt.
- Eaton, W.W., A. Dryman & M.M. Weissman (1991): Panic and phobia. In: Robins L.N., D.A. Regier (eds.): Psychiatric disorders in America. The Free Press, New York.
- Egle, U.T., S.O. Hoffmann & P. Joraschky (2001): Sexueller Mißbrauch, Mißhandlung, Vernachlässigung. 2. Aufl., Schattauer, Stuttgart, New York.
- Fenichel, O. (1974): The Psychoanalytic Theory of Neurosis. New York: Norton 1945; dt.: Psychoanalytische Neurosenlehre. Walter, Olten, Freiburg.
- Freud, S. (1975): Wege der Psychoanalytischen Therapie (1919). Ges. W. Bd. XII. Fischer, Frankfurt.
- Freud, S. (1975): Hemmung, Symptom, Angst (1926). Ges. W. Bd. XIV. Fischer, Frankfurt.
- Grawe, K. (1998): Psychologische Therapie. Hogrefe, Göttingen-Bern-Toronto-Seattle.
- Hand, I. (2000): Verhaltenstherapie bei Patienten mit Angsterkrankungen. In: Möller, H.-J. (Hrsg.): Therapie psychiatrischer Erkrankungen. Thieme, Stuttgart, New York.
- Heimberg, R.G. & H.R. Juster (1995): Cognitive-behavioral treatments: literature review. In: Heimberg, R.G., M.R. Liebowitz, D.A. Hope, F.R. Schneier (eds.): Social Phobia. Diagnosis, assessment and treatment. Guilford Press, New York.
- Hoffmann, S.O. & M. Bassler (1995): "Manual" für fokal orientierte psychoanalytische Psychotherapie bei Angststörungen. Erste Erfahrungen aus einer Therapiestudie. Forum. Psychoanal. 11:2-14.
- Hoffmann, S.O. & M. Bassler (1996): Phobische Störungen. In: Ahrens, S. (Hrsg.): Lehrbuch für Psychotherapeutische Medizin. Schattauer, Stuttgart.
- Izard, C.E. (1977): Human Emotions. Plenum Press, New York.
- Klein, D.F. (1981): Anxiety reconceptualized. In: Klein, D.F., J. Rabkin (eds.): Anxiety: new research and changing concepts. Raven Press, New York.
- Marks, I.M. (1970): The classification of phobic disorders. Brit. J. Psychiat. 116:377-386
- Mentzos, S. (1984): Angstneurose. Psychodynamische und psychotherapeutische Aspekte. Fischer, Frankfurt.
- Milrod, B., F. Busch, A. Cooper & T. Shapiro (1997): Manual of panic-focused psychodynamic psychotherapy. American Psychiatric press, Washington.
- Mowrer, O.H. (1960): Learning Theory and Behavior. Wiley, New York.

- Nickel, R., F. Petrak, M. Bassler & S.O. Hoffmann(1999): Stationäre verhaltenstherapeutisch-psychodynamische Kombinationsbehandlung. Fallbericht zur Behandlung eines Patienten mit Angststörung. *Psychotherapeut* 44:241-247.
- Robins, L.N., J.E. Helzer et al. (1984): Lifetime prevalence of specific psychiatric disorders in three sites. *Arch. Gen. Psychiat.* 41:949-958.
- Rudolf, G., R. Manz & C. Öri (1994): Ergebnisse psychoanalytischer Therapien. *Z. Psychosom. Med.* 40:25-40.
- Schneider, S. & Margraf, J. (1998): Agoraphobie und Panikstörung. Hogrefe-Verlag, Göttingen, Bern, Toronto, Seattle.
- Shear, M.K., A.M. Cooper, G.L. Klerman, F.N. Busch & T. Shapiro (1993): A psychodynamic model of panic disorder. *Am J Psychiatry* 150:859-866.
- Seligman, M.E P. (1971): Phobias and preparedness. *Behav. Ther.* 2:307-320.
- Strian, F. (1986): Psychophysiologische Differenzierung von Angst und Depression. In: Helmchen, H., M. Linden (Hrsg.): *Die Differenzierung von Angst und Depression.* Springer, Berlin, Heidelberg, New York.
- Strauß, B. & M. Burgmeier-Lohse (1994): Evaluation einer stationären Langzeitgruppen-psychotherapie. Ein Beitrag zur differentiellen Psychotherapieforschung im stationären Feld. *Psychother. Psychosom. Med. Psychol.* 44:184-192.
- Teusch, L. & J. Finke (1995): Die Grundlagen eines Manuals für die gesprächspsychotherapeutische Behandlung bei Panik mit Agoraphobie. *Psychotherapeut* 40:88-95.
- Wiborg, I.M. & A.A. Dahl (1996): Does brief psychodynamic psychotherapy reduce the relapse rate of panic disorder? *Arch. Gen. Psychiat.* 53:689-694.
- Winnicott, D.W. (1953): Übergangsobjekte und Übergangsphänomene. *Psyche* 23: 666-682.
- Wittchen, H.U. (1986): The natural course and outcome of anxiety disorders. What case remit without treatment? In: Hand, I., H.U. Wittchen (ed.): *Treatment of panic and phobias.* Springer, Berlin.
- Wurmser, L. (1986): Die innere Grenze. Das Schamgefühl - ein Beitrag zur Überich-Analyse. *Jahrbuch der Psychoanalyse* 18:16-41.

PD Dr.med. Markus Bassler
 Klinik für psychosomatische Medizin
 und Psychotherapie der Universität Mainz
 Untere Zahlbacher Str. 8, D - 55131 Mainz