

# REPORT

CHRISTOPH-DORNIER-KLINIK FÜR PSYCHOTHERAPIE

» Angstbehandlung » Schwerpunkt Panik » Neue Partner » DBT » Neue Mitarbeiter

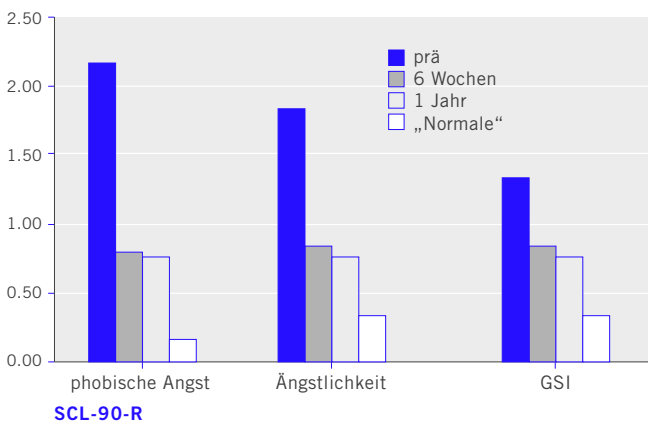
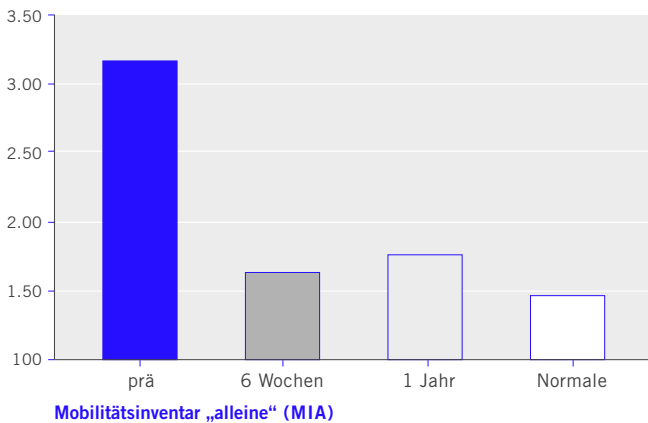
CDK AKTUELL

## Ergebnisse unserer Angstbehandlung in der CDK

Deutlicher Rückgang der Symptomatik

»» (su) In den Jahren 1993 bis einschließlich 2001 wurden in der CDK 859 Patienten wegen einer Panikstörung mit/ohne Agoraphobie bzw. wegen einer Agoraphobie ohne Panikstörung behandelt. Im Rahmen unserer internen Qualitätssicherung wurde die Angstsymptomatik, die Depressivität und die allgemeine psychische Bela-

den. Als relevantes Maß zur Beurteilung eines Therapieeffektes wird eine Effektstärke berechnet (Mittelwert prä – Mittelwert post (6-Wochen oder 1-Jahr) / [(Standardabweichung prä + Standardabweichung post (6-Wochen oder 1-Jahr) / 2]. Nach Cohen (1) gelten Effektstärken von  $\geq .80$  als sehr großer Effekt.



stung bei den Patienten zum Diagnostiktag, also vor der Therapie, 6 Wochen und 1 Jahr nach der Therapie mit normierten Fragebögen erhoben. Nachfolgend sollen die Ergebnisse dieser Befragungen dargestellt wer-

den. Das MIA (Mobilitätsinventar „alleine“, Ehlers und Margraf (2)) misst, inwieweit bestimmte angstauslösende Situationen wie z. B. Menschenmengen, öffentliche Verkehrsmittel, Schlange stehen etc. vermieden werden, wenn keine Begleitperson dabei ist. Der Fragebogen misst dabei Werte auf einer Skala von 1 = „vermeide die Situation niemals“ bis 5 = „vermeide die Situation immer“. Bei den Patienten kam es zu einer deutlichen Reduktion des Vermeidungsverhaltens. Dabei wurden Effektstärken von 1.75 zum 6-Wochen Follow up und 1.58 zum 1-Jahres Follow up erreicht.

Von dem Fragebogen SCL-90-R (Die Symptom Checkliste, Franke (3)) wurden die Skalen „Phobische Angst“, „Ängstlichkeit“ sowie die globale psychische Beeinträchtigung (GSI) ausgewertet. Hierbei liegen die Wertebereiche auf einer Skala von 0 = „überhaupt keine Symptomatik“ bis 4 = „sehr starke Symptomatik“.

Auch hierbei kam es zu einem deutlichen Rückgang der Symptomatik. Die Effektstärken betragen zum 6-Wochen Follow up bei der Skala „Phobische Angst“ 1.23 (1.34 zum 1-Jahres-Follow up), bei der Skala „Ängstlichkeit“ 1.53 (1.53) und bei der Skala Globale psychische Belastung (GSI) 1.07 (1.16).

Außerdem wurde bei den Patienten »» Fortsetzung auf Seite 7

EDITORIAL

LIEBE KOLLEGINNEN UND KOLLEGEN,



ich freue mich, Ihnen den aktuellen CDK-Report vorlegen zu können.

Das inhaltliche Schwerpunktthema dieser Ausgabe sind die Panikstörungen. Wir fassen den „state of the art“ in Entstehung, Diagnostik und Behandlungsstrategien zusammen und stellen Ihnen einige Ergebnisse der Therapie von Angsterkrankungen in der CDK vor. Außerdem informieren wir Sie über unsere weiteren Behandlungsangebote und Fortbildungsaktivitäten.

Unsere Themen im Herbst 2004 sind:

- Zwangserkrankungen
- Depressionen bei Frauen
- Sexualmedizin
- ADHS bei Erwachsenen.

Darüber hinaus stellen wir Ihnen im Rahmen unseres Essstörungssymposiums unser langjähriges erprobtes und erfolgreiches Konzept zur Behandlung von Essstörungen vor.

Wie immer gibt es auch einige interessante Neuigkeiten aus der psychotherapeutischen Diskussion.

Erlauben Sie mir auch noch eine kurze Mitteilung in eigener Sache: In der therapeutischen wie in der kaufmännischen Leitung der CDK hat es einige Neuerungen gegeben. Wir werden unser bewährtes qualitätsgesichertes, evidenzbasiertes und hochintensives Behandlungskonzept fortführen und weiterentwickeln und Ihnen auch in Zukunft als Kooperationspartner zur Verfügung stehen.

In diesem Sinne wünsche ich Ihnen eine angenehme Lektüre und uns weiterhin eine gute Zusammenarbeit im Interesse unserer gemeinsamen Patientinnen und Patienten.

Mit besten Grüßen  
Ihre Dr. Schide Nedjat

# Schwerpunktthema Panikstörungen

## Theorie und Praxis evidenzbasierter Behandlung

**Panikstörungen gehören zu den am besten behandelbaren psychischen Störungen überhaupt. Dies liegt vermutlich zum Teil auch darin begründet, dass sie zu den psychischen Störungen gehören, von denen unser Wissen am differenziertesten ist. Aus diesem breit gefächerten Wissen ergeben sich eine Reihe von Empfehlungen zu Inhalten und Strategien in der Behandlung von Panikstörungen. Wie sieht es aber mit deren Umsetzung in der Praxis aus?**

»» (fm) In der Literaturodatenbank "Medline" finden sich aktuell mehr als 8400 Artikel allein zu den Stichworten "panic" oder "agoraphobia". Diese schier unüberschaubare Zahl von Veröffentlichungen zum Thema Panikstörungen verdeutlicht zum einen das sehr detaillierte Wissen, sie macht zum anderen aber auch deutlich, dass es für jeden einzelnen Behandler gar nicht mehr möglich ist, alle Ergebnisse aus den unterschiedlichen Studien im Blick zu haben, geschweige denn in seinen therapeutischen Alltag zu integrieren. Wir möchten daher an dieser Stelle in aller Kürze den aktuellen Wissensstand über die Panikstörung und die häufig mit ihr verbundene Agoraphobie im Wesentlichen darstellen und daraus resultierende Konsequenzen für die Behandlung diskutieren.

Zentrales Symptom der Panikstörung oder episodisch paroxysmalen Angst sind wiederkehrende unerwartete Panikattacken, bei denen sich innerhalb kurzer Zeit Herzerassen, Schwindel, Zittern und andere körperliche Symptome im Wechselspiel mit katastrophisierenden Gedanken immer weiter aufschaukeln. Von einer Panikstörung spricht man, wenn solche Panikattacken über einen Zeitraum von mehr als einem Monat wiederholt auftreten oder eine ausgeprägte Angst vor weiteren Attacken besteht.

### DIFFERENTIALDIAGNOSTIK

Im Rahmen der Diagnostik von Panikstörungen ist die Berücksichtigung möglicher medizinischer Krankheitsfaktoren von besonderer Bedeutung. Es gibt eine Vielzahl solcher Faktoren, die Panikattacken auslösen können. Zu nennen sind hier z.B. Hyperthyreose, Hyperparathyreose, Phäochromozytom, vestibuläres Syndrom, Anfallsleiden und Herzerkrankungen. Darüber hinaus können sie auch durch zentralnervös stimulierende Substanzen (z.B. Kokain, Amphetamine, Koffein) oder Cannabis ausgelöst werden bzw. im Rah-

men des Entzugs von zentralnervös dämpfenden Substanzen (z.B. Alkohol, Barbiturate) auftreten. Außerdem treten Panikattacken aber auch im Zusammenhang mit verschiedenen psychischen Störungen auf. Neben phobischen und depressiven Störungen sind differentialdiagnostisch vor allem die generalisierte Angststörung, Somatisierungs- und hypochondrische Störungen sowie Anpassungsstörungen und Posttraumatische Belastungsstörungen zu beachten. Darüber hinaus können Panikattacken auch im Rahmen von Psychosen, organisch bedingten psychischen Störungen (z.B. Demenzen) oder bei emotional instabilen Patienten auftreten. Zusätzlich sei an dieser Stelle noch darauf verwiesen, dass die früher häufig gestellten Diagnosen Herzneurose, Herzphobie oder auch Hyperventilationssyndrom nach den aktuellen Diagnosekriterien der Panikstörung zuzuordnen sind.

### PANIKATTACKEN UND AGORAPHOBIE

Am häufigsten sind Panikattacken, wie sie im Rahmen einer Panikstörung auftreten, allerdings in Verbindung mit einer Agoraphobie zu beobachten. Von einer Agoraphobie spricht man dann, wenn die Betroffenen Angst in Situationen erleben, in denen (bei Auftreten von Angstsymptomen) eine Flucht unmöglich oder peinlich wäre bzw. in denen für sie keine Hilfe erreichbar wäre.

In verschiedenen Studien wurde gezeigt, dass ca. 80% der Fälle, in denen eine Agoraphobie zu diagnostizieren war, auch die Kriterien für eine Panikstörung erfüllt waren. Aus diesem Grund erscheint es sinnvoll, bei Überlegungen zur Behandlung von Panikstörungen auch die Behandlung der mit dieser Störung offensichtlich eng verbundenen Agoraphobie mit zu berücksichtigen.

Die enge Verknüpfung zwischen Panikstörung und Agoraphobie kann man sich so erklären, dass schon beim einmaligen Auftreten einer Panikattacke auf Grund der Intensität der erlebten körperlichen und psychischen Symptome ein Konditionierungsprozess stattfindet, in dem situative Faktoren mit den erlebten Symptomen verknüpft werden. Da es für die Betroffenen in der Situation aber meistens keinen klar erkennbaren Auslöser für die Angstattacke gibt, wird diese, neben einer Verknüpfung mit dem Auftreten von Unregelmäßigkeiten bei körperlichen Funktionen, wie z.B. Herzschlag, Atmung, Gleichgewichtssinn wie sie für die Panikstörung charakteristisch ist, häufig auch mit dem Ort des Auftretens bzw. mit der Abwesenheit bestimmter Sicherheitssignale assoziiert. Je häufiger nun Panikattacken an unterschiedlichen Orten und unter unterschiedlichen situativen Rahmenbedingungen auftreten, desto unspezifischer werden die Auslöser für die konditionierte Angstreaktion und desto ausgeprägter wird auch das agoraphobische Flucht- und Vermeidungsverhalten.

Das Ziel des Flucht- und Vermeidungsverhaltens bei einer Agoraphobie mit Panikstörung ist es, die als bedrohlich er-

# Panik

leben körperlichen Symptome zu vermeiden bzw. bei deren Auftreten möglichst umgehend auf Hilfe zurückgreifen zu können. So haben die Betroffenen in den ihnen noch zugänglichen Bereichen in der Regel verschiedene kurzfristig erreichbare „sichere Inseln“. Dies können z.B. Arztpraxen, Apotheken oder auch Freunde oder Verwandte sein, bei denen sie sich bei Auftreten von Symptomen Hilfe holen könnten. Häufig werden als weitere Sicherheitsmassnahmen auch Handys, Medikamente oder teilweise auch Glücksbringer mitgeführt, die im Falle einer Panikattacke Linderung bringen sollen.

Außerdem werden bestimmte Aktivitäten, die auch ohne Vorliegen einer Panikstörung die befürchteten körperlichen Symptome hervorrufen könnten, weitestgehend vermieden oder nur bei Anwesenheit eines potentiellen Helfers durchgeführt. Am häufigsten ist hier die Vermeidung von körperlichen Anstrengungen zu beobachten.

In Abgrenzung dazu steht bei einer Agoraphobie ohne Panikstörung in der Vorgeschichte meist nicht die Furcht vor den körperlichen Symptomen und deren befürchteten direkten katastrophalen Auswirkungen im Vordergrund, sondern eher die Furcht vor z.B. Peinlichkeit oder Unannehmlichkeiten, die in den vermiedenen Situationen entstehen könnten. Als Beispiel sei hier die Befürchtung, auf öffentlichen Plätzen bei Harndrang keine Toilette zu finden, genannt.

## NEUROBIOLOGISCHE GRUNDLAGEN DER ANGST

Angst an sich ist eine höchst sinnvolle, ja sogar lebensnotwendige Reaktion von Lebewesen, durch die gewissermaßen ein Notfallprogramm für bedrohliche Situationen ausgelöst wird. Dieses Notfallprogramm wird von einem Teil unseres Nervensystems, dem sogenannten Sympathikus, ausgelöst und gesteuert. Stresshormone werden ausgeschüttet, Herzfrequenz und Blutdruck steigen, um die Muskulatur und das Gehirn für den Fall eines bevorstehenden Kampfes oder einer notwendigen Flucht ausreichend mit Nährstoffen und Sauerstoff zu versorgen. Entsprechend steigt auch die Atemfrequenz: Blutzucker wird ausgeschüttet, um zusätzliche Energie zur Verfügung zu stellen. Es kommt zu verstärktem Schwitzen, um einer Überhitzung des Körpers durch die bevorstehende Anstrengung entgegenzuwirken. Der Speichelfluss und die gesamte Aktivität des Verdauungsapparates sowie die Aktivität von nicht an der Alarmreaktion beteiligten Organen wird hingegen gesenkt, was zu den häufig im Zusammenhang mit Angst berichteten Magen- und Darm-symptomen führt.

Alle Sinne sind auf die potentielle Gefahrenquelle hin ausgerichtet und nicht angstrelevante Wahrnehmungseindrücke werden gefiltert oder ganz ausgeschaltet. Dies führt dazu, dass Betroffene berichten, ein Gefühl der Unwirklichkeit zu erleben bzw. die ganze Situation wie durch einen Tunnel wahrzunehmen.

Dieser Alarmzustand bleibt so lange bestehen, bis entweder die als gefährlich bewertete Situation nicht mehr besteht oder die Energiereserven des Körpers aufgebraucht sind. Bei dieser Darstellung handelt es sich allerdings nur um ein sehr grobes Modell der neurobiologischen Abläufe während einer Angstreaktion. Trotz der oben genannten großen Zahl von Untersuchungen zum Thema Panikattacken gibt es bis heute keine übergreifende detaillierte neurobiologische Theorie über mögliche Ursachen für die Entstehung von Panikstörungen oder gar eine spezifische Fehlfunktion in einem abgrenzbaren Hirnareal, die die Entstehung einer Panikstörung erklären könnte.

Am interessantesten erscheint vielleicht noch die "Falscher Erstickungsalarm-Hypothese" von Klein(1), die zumindest einige neurobiologische Befunde zu Entstehung und Ablauf

von Panikattacken integriert. Diese Hypothese besagt, dass Panikattacken dadurch entstehen können, dass Betroffene besonders sensibel für eine Anreicherung von Kohlendioxid im Blut sind und darauf mit Hyperventilation reagieren, wodurch es zu den typischen Paniksymptomen kommt. Diese Theorie läßt sich auf eine Vielzahl anderer körperlicher Symptome verallgemeinern. Zentrales Element ist immer die katastrophisierende Fehlinterpretation körperlicher Symptome. Weitere Beispiele für solche Fehlinterpretationen sind Herzbeschwerden in Folge eines Mitralklappenprolapses, die als Symptome eines Herzinfarktes interpretiert werden oder auf Störungen des Gleichgewichtssinns zurückgehende Schwindelgefühle, die als Anzeichen für einen bevorstehenden Schlaganfall gedeutet werden.

## PSYCHOLOGISCHE MODELLE

In den oben beschriebenen Modellen wird deutlich, dass neben dem Auftreten von Unregelmäßigkeiten im "normalen" Ablauf von körperlichen Prozessen zusätzlich psychologische Faktoren von entscheidender Bedeutung für die Entwicklung und Aufrechterhaltung einer Panikstörung sind. Als erster Faktor ist hier die Fehlinterpretation der körperlichen Symptome als bedrohlich zu benennen. Einige Beispiele dafür, wie es zu ersten körperlichen Missempfindungen kommen kann, wurden bereits oben beschrieben.

Entscheidend für die Entwicklung einer Panikstörung scheint zu sein, dass das Auftreten der körperlichen Symptome als Indiz für eine ernste körperliche Erkrankung gesehen wird. Die resultierenden Angstsymptome bekräftigen die Betroffenen noch in dieser Annahme, was zu einer weiteren Intensivierung der Angst und einem raschen Aufschaukelungsprozess von körperlichen Symptomen und katastrophisierenden Bewertungen und schließlich zum Vollbild einer Panikattacke führt.

Im weiteren Verlauf werden die Angstsymptome selber als bedrohlich wahrgenommen und die betroffenen Personen unternehmen alles, um weitere Angstanfälle zu vermeiden. Sie beobachten ständig ihren Körper, um möglichst frühzeitig auf erste Angstsymptome reagieren zu können. In diesem Zusammenhang sei auch darauf hingewiesen, dass bei vielen Patienten Angstatacken im Rahmen von Entspannungsverfahren, wie z.B. der Herzübung aus dem autogenen Training, provoziert werden können.

Ein weiterer Faktor, der für die Entwicklung von Panikattacken von großer Bedeutung zu sein scheint, ist der Faktor "Stress". So ist zu beobachten, dass Panikattacken häufig in Situationen auftreten, die durch ein übergreifend gesteigertes Spannungsniveau gekennzeichnet sind. Neben beruflichen Belastungen können dies z.B. partnerschaftliche Probleme, Veränderungen der familiären Situation oder der Tod einer nahestehenden Person sein. In dieser häufig durch ein Gefühl von Hilflosigkeit und Überforderung gekennzeichneten Anspannungssituation steigt sowohl die Wahrscheinlichkeit, körperliche Missempfindungen zu erleben, als auch diese aus dem Gefühl der Überforderung heraus katastrophal zu bewerten.

Während sich aus den Panikattacken häufig ein Gefühl der Hilflosigkeit gegenüber den Symptomen, in der Folge depressive Verstimmung und oft der Missbrauch von Alkohol, Medikamenten oder Drogen entwickelt, ist mit der Agoraphobie in der Regel eine massive Einengung des Aktionsradius und starker sozialer Rückzug verbunden. Dies führt in vielen Fällen dazu, dass die Betroffenen sich außer Stande sehen, selbst kleinste Wege allein zurückzulegen oder sich allein in der Wohnung oder an einem anderen Ort aufzuhalten. In der Praxis begegnet man immer wieder Patienten, die ihre Wohnung seit mehreren Jahren nicht mehr verlassen haben.

PANIKATTACKEN  
SIND SO ETWAS WIE  
EIN DURCH  
KÖRPERLICHE  
SYMPTOME  
AUSGELÖSTER  
FEHLALARM...

# Panik

Für die Entwicklung einer Agoraphobie sind vermutlich zwei unterschiedliche Lernprozesse verantwortlich. Zum einen wird das Auftreten von Panikattacken im Rahmen eines Prozesses der klassischen Konditionierung mit bestimmten Orten assoziiert. Immer wenn Patienten sich an diesen Orten befinden, oder sie sich gedanklich mit dem Aufenthalt an diesen Orten befassen, wird automatisch die oben beschriebene Alarmreaktion ausgelöst. Die entsprechenden Symptome sind der Auslöser für einen zweiten Lernprozess. Die Betroffenen verlassen die als bedrohlich erlebte Situation bzw. entschliefen sich, diese erst gar nicht aufzusuchen. Dieses Schonverhalten wird durch den Rückgang oder das Ausbleiben der Symptome belohnt, so dass es immer häufiger gezeigt wird. Als Konsequenz hieraus haben die Betroffenen gar nicht mehr die Gelegenheit, die Erfahrung zu machen, dass die von ihnen als bedrohlich eingeschätzten Situationen objektiv gar nicht gefährlich sind. Ohne solche Erfahrungen verfestigt sich die Verknüpfung zwischen den als bedrohlich erlebten Situationen und der Angst immer mehr und das agoraphobische Verhalten weitet sich aus.

## BEHANDLUNG VON PANIKSTÖRUNGEN

Als Resultat der umfangreichen Forschungsaktivitäten zu Panikattacken sowie zu Panikstörungen mit und ohne Agoraphobie konnte zwar kein übergreifendes neurobiologisches Modell dieser Störungsgruppe entwickelt werden, es gibt aber sehr genaue Kenntnisse darüber, wie solche Störungen effektiv behandelt werden können. So wurden zur Therapie von Panikstörungen mit und ohne Agoraphobie sehr detaillierte gestufte Behandlungsleitlinien entwickelt. Als Beispiel sei hier verwiesen auf die Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN)(2). Hieraus lassen sich folgende in vier Stufen gegliederte Behandlungsempfehlungen ableiten:

### BEHANDLUNGSEMPFEHLUNG IN 4 STUFEN

Stufe A:	■ Information & Selbsthilfe (4 Wochen)
Stufe B:	■ Ambulante kognitive Verhaltenstherapie (12 Wochen)
Stufe C:	■ Intensivierung der kognitiven Verhaltenstherapie oder ■ Kognitive Verhaltenstherapie + Antidepressivum (ca. 12 Wochen)
Stufe D:	■ weitere Intensivierung der kognitiven Verhaltenstherapie; ■ anderes Psychotherapieverfahren ■ andere Medikamente; ■ andere Kombinationen; ■ stationäre Behandlung

Im Detail bedeutet dies Folgendes:

#### Diagnostik:

Am Beginn jeder Behandlung sollte eine genaue Abklärung möglicher körperlicher Ursachen für die Symptome des Patienten stehen. In der Regel ist dies bereits im Vorfeld geschehen, da Panikpatienten die auftretenden Symptome fast immer auf somatische Ursachen zurückführen. Es ist wichtig, sich vor Augen zu führen, dass die typischen Paniksymptome, wie sie oben beschrieben wurden, auf eine Vielzahl mehr oder weniger ernster Erkrankungen zurückzuführen sein können. Aus diesem Grund wird in der Behandlungsleitlinie zu Beginn der Behandlung neben einer allgemein-

körperlichen Untersuchung auch eine internistische und neurologische Untersuchung empfohlen. In den allermeisten Fällen sind diese Untersuchungen bei Patienten mit Panikattacken aber ohnehin schon mindestens einmal durchgeführt worden. Es scheint daher wenig sinnvoll, auf Grund der Angst der Patienten diese Untersuchungen mehrfach zu wiederholen, weil dadurch häufig anzutreffende hypochondrische Denkstrukturen des Patienten unterstützt werden könnten.

#### Sinnvolle psychodiagnostische Messinstrumente bei Patienten mit Panikattacken

Zusätzlich sollte differentialdiagnostisch abgeklärt werden, ob die Attacken besser durch eine phobische Störung, eine Zwangsstörung, eine posttraumatische Belastungsstörung, eine Hypochondrie oder Somatisierungsstörung erklärt werden können. Außerdem sollte überprüft werden, ob Abhängigkeit oder Missbrauch von Alkohol, Medikamenten oder Drogen besteht. Zur detaillierten differentialdiagnostischen Abklärung empfiehlt sich die Durchführung eines strukturierten Interviews wie des SKID (3) oder des DIPS (4).

Zur Erfassung des Ausmaßes der Symptomausprägung bei Panikanfällen und Agoraphobie sind der "Fragebogen zu angstbezogenen Kognitionen (ACQ)" (5), der "Fragebogen zur Angst vor körperlichen Symptomen (BSQ)" (6) und das "Mobilitätsinventar (MI)" (7) sinnvoll. Zur Erfassung von Komorbiditäten ist zusätzlich der Einsatz der "Symptom-Check-Liste (SCL-90-R)" (8) zu empfehlen.

#### Stufe A: Selbsthilfe

Wenn die Differentialdiagnostik ohne einen die Panikattacken ausreichend erklärenden Befund abgeschlossen wurde, sollte bei kurzer Dauer oder geringer Ausprägung der Symptomatik zunächst versucht werden, dem Patienten ein Störungsmodell zu vermitteln. Hierzu sind Informationen über Charakteristika der Angst von besonderer Bedeutung. Ziel ist es, dem Patienten zu verdeutlichen, dass Angst an sich nicht gefährlich, sondern für unser Leben unerlässlich ist und dass somit auch die Symptome, die er während einer Panikattacke erlebt, nicht gefährlich sind. Außerdem sollte dem Patienten der Teufelskreis der Angst (Abb.1) vermittelt werden, um es für ihn nachvollziehbar zu machen, wie es dazu kommt, dass sich seine Angst in kürzester Zeit zu einer Panikattacke entwickeln kann.

#### Stufe B: kognitive Verhaltenstherapie bei Panikstörungen.

Sollte sich durch Selbsthilfe keine deutliche Verbesserung der Symptomatik ergeben oder besteht die Symptomatik so lange oder ist so beeinträchtigend, dass durch Selbsthilfemaßnahmen keine durchgreifende Besserung zu erwarten ist, sollte eine ambulante psychotherapeutische Behandlung eingeleitet werden. Hierbei ist an erster Stelle eine kognitiv-verhaltenstherapeutische Behandlung zu nennen, die sich in einer Vielzahl von Untersuchungen als Methode der Wahl erwiesen hat. Erster Ansatzpunkt ist auch hier wieder die Entwicklung eines individuellen Störungsmodells. Grundsätzlich gelten hierbei die gleichen Prinzipien, die bereits unter Stufe A ausgeführt wurden. Zusätzlich sollte im Rahmen der kognitiven Therapie ein besonderes Augenmerk auf die Korrektur der Fehlinterpretationen körperlicher Symptome gelegt werden.

Hilfreich können bei der Korrektur von Fehlinterpretationen Verhaltensexperimente sein. Einige Verhaltensexperimente zu Fehlinterpretationen, die bei Panikpatienten besonders häufig vorkommen, sind in der Tabelle 1 dargestellt.

Ziel der Verhaltensexperimente ist es, dem Patienten zum einen Alternativerklärungen zu seinen Fehlinterpretationen entdecken zu lassen und zum anderen die Erfahrung machen zu lassen, dass diese alternativen Erklärungen auch dazu führen, dass die Symptome nicht zu einer Panikattacke führen.

Von zusätzlicher Bedeutung ist die Bearbeitung des häufig zu beobachtenden Bedürfnisses der Betroffenen nach 100% Sicherheit, dass die von ihnen befürchtete Katastrophe im Rahmen einer Panikattacke nicht auftreten wird. Bei der Bearbeitung dieses Themas sollte auf der einen Seite deutlich gemacht werden, dass dieses Bedürfnis absolut nachvollziehbar ist. Auf der anderen Seite sollte aber auch die Unerreichbarkeit von 100% Sicherheit verdeutlicht werden.

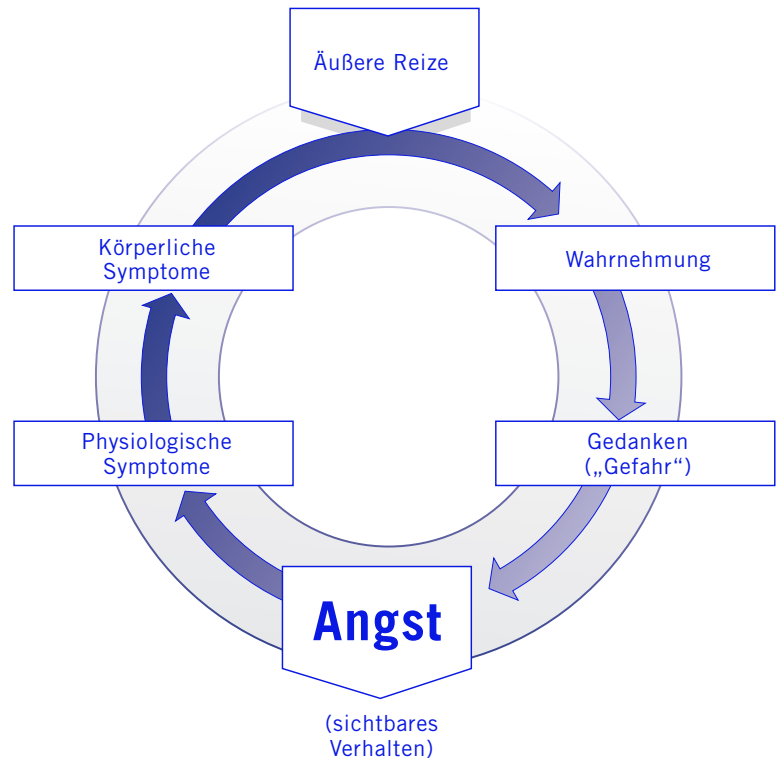


Fig. 1  
Der Teufelskreis der Angst  
nach Margraf und  
Schneider (9)

... DESSEN  
AUSLÖSUNG DURCH  
KORRIGIERENDE  
ERFAHRUNGEN FÜR  
DIE ZUKUNFT  
VERHINDERT  
WERDEN KANN.

### Stufe C: Intensivierung des kognitiv-verhaltenstherapeutischen Vorgehens

Falls durch Anleitung zur Selbsthilfe und Methoden der kognitiven Therapie keine ausreichende Besserung der Symptomatik erreicht wird, ist ein intensiveres Vorgehen als die weit verbreitete 50minütige Sitzung pro Woche indiziert. Dies wird vor allem auch dann der Fall sein, wenn neben den Panikattacken noch ein ausgeprägtes agoraphobisches Flucht- und Vermeidungsverhalten besteht.

Hier ist schon deshalb eine höhere Sitzungsfrequenz notwendig, um die Möglichkeit zu schaffen, Expositionsübungen lege artis durchzuführen, die in der Behandlung einer Agoraphobie und gemeinsam mit kognitiven Verfahren auch in der Behandlung der Panikstörung die Methode der Wahl darstellen. Exposition bedeutet, dass gemeinsam mit dem Patienten aus dem individuellen Störungsmodell ein Behandlungsplan entwickelt wird, dessen zentrales Element

das Aufsuchen der angstauslösenden Situationen ist. Hierbei ist von besonderer Bedeutung, dass weder der Patient noch der Therapeut in diesen Situationen etwas unternehmen, um das Angsterleben des Patienten zu reduzieren und solange in der Situation verbleiben, bis ein möglichst deutlicher Angstrückgang eingetreten ist.

Zentraler Wirkmechanismus ist das Erleben des natürlichen Habituationsprozesses in den angstbesetzten Situationen. In verschiedenen Studien hat sich gezeigt, dass Expositionsübungen in vivo, also in der realen angstauslösenden Situation, effektiver sind als solche die nur in Gedanken (in sensu) durchgeführt werden. Außerdem sollten die Übungen möglichst massiert, d.h. in einer möglichst stark angstauslösenden Situation und zumindest zu Beginn besser in therapeutischer Begleitung als allein durchgeführt werden.

Als besonders effektiv hat sich ein Vorgehen erwiesen, dass wiederholte mehrstündige Konfrontationsübungen an mehreren aufeinanderfolgenden Tagen vorsieht. Schneider und Margraf (10) empfehlen für diese Phase der intensiven Exposition eine Zeitdauer von 5-10 Tagen.

Tabelle 1:  
Körperliche Symptome,  
typische Fehlinterpretationen  
und Vorschläge  
für Verhaltensexperimente  
zur Korrektur dieser  
Fehlinterpretationen

Körperliches Symptom	Fehlinterpretation	Verhaltensexperiment
Herzrasen	Bevorstehender Herzinfarkt	Körperliche Belastung (z.B. Treppensteigen); Koffein, Rückmeldung des eigenen Herzschlags
Atemnot	Ersticken	Hyperventilation, Atem willentlich anhalten
Schwindel	Bevorstehende Ohnmacht, Hirntumor, Schlaganfall	Drehstuhlübung, Hyperventilation
Schwitzen	Herzinfarkt, Symptom einer schweren körperlichen Erkrankung	Sauna, körperliche Belastung

### Kombination von kognitiver Verhaltenstherapie und Medikamentöser Behandlung

Zunächst muss darauf hingewiesen werden, dass die Behandlung von Panikstörungen mit Benzodiazepinen grundsätzlich als problematisch angesehen wird. Zwar ist die akut deutlich angstsenkende Wirkung dieser Medikamente unbestritten, ebenso unbestritten ist allerdings, dass diese Wirkung bei Absetzen des Medikaments ebenso rasch wieder verschwindet, die Angstsymptome kurzfristig sogar stärker werden können als vor Be-

EXPOSITIONS-  
BEHANDLUNGEN  
SIND DIE METHODE  
DER WAHL.

ginn der Behandlung und auf Dauer eine Toleranzsteigerung zu beobachten ist. Als Folge entsteht ein sehr hohes Suchtpotenzial. Problematisch ist auch der Einsatz von Benzodiazepinen als Bedarfsmedikation, die vom Patienten in Eigenverantwortung bei Erwartungsangst eingesetzt werden soll. Hier ist auf Dauer die Entwicklung einer Medikamentenabhängigkeit vorhersehbar. Benzodiazepine sollten grundsätzlich nur in absoluten Notsituationen und maximal über einige Tage unter enger ärztlicher Kontrolle verabreicht werden. Auch auf den Einsatz von Fluspirilen sollte aufgrund der nicht gesicherten Wirksamkeit und dem Risiko von gravierenden Nebenwirkungen abgesehen werden. Sinnvoll, vor allem bei Vorliegen komorbider depressiver Symptome, kann hingegen der Einsatz von selektiven Serotoninwiederaufnahmehemmern sein. Grundsätzlich ist bei der parallelen Behandlung mit Medikamenten und kognitiver Verhaltenstherapie darauf zu achten, dass es nicht zu einer Attribution des Angstrückgangs während der Exposition auf die Medikamente kommt.

### Effektivität unterschiedlicher Behandlungsansätze

Das hier skizzierte Vorgehen hat sich in einer Vielzahl von Studien als Methode der Wahl erwiesen. In Metaanalysen fanden sich folgende Effektstärken für unterschiedliche Behandlungsstrategien:

	Panikstörung mit & ohne Agoraphobie (11)	Nur Panik mit Agoraphobie (12)
Training von Copingstrategien (u.a. kognitive Verfahren & Exposition mit Körpersymptomen)	1,41	
Exposition alleine	1,36	2,23
Kombination aus Psychologischer-Parmakologischer Therapie	1,09	
Antidepressiva	0,82	1,28
Hochpotente Benzodiazepine	0,29	1,46
Sonstige Pharmaka	0,44	

### Expositionstherapie in der Praxis

In einer Studie zur Expositionsbehandlung von Angst- und Zwangsstörungen (13) zeigte sich, dass ein Vorgehen entsprechend dem hier vorgestellten Ablaufschema selbst unter kognitiv-verhaltenstherapeutisch orientierten Psychotherapeuten noch nicht die Regel ist. So planten nur 28,3% der Behandlerstichprobe mehr als eine Stunde zur Durchführung von Expositionsübungen ein. Nur 6,5% mehr als zwei Stunden und nur 26,8% verlassen im Verlauf einer Therapie immer oder meistens auch den Therapieraum. Diese Ergebnisse lassen vermuten, dass auch bei Patienten, die unter Angststörungen leiden, Expositionsverfahren noch zu selten in einer solchen Intensität durchgeführt werden, wie es nach dem aktuellen Stand der Wissenschaft wünschenswert wäre. ■

Die Literaturangaben finden Sie unter [www.c-d-k.de](http://www.c-d-k.de) im Bereich „Aktuelles“: „report\_4\_literatur.pdf“

## Neue Partner

Kooperation mit dem Förderverein „Schlaganfall und Thrombose im Kindesalter e.V.“ Münster

»»» (sne/np) Jedes Jahr erleiden ca. 300 Kinder und Jugendliche einen Schlaganfall. Oft wird der Schlaganfall bei diesen Patienten nicht oder zu spät als solcher erkannt.

Deshalb kommt es häufig zu neurologischen Schäden, die lange Zeit oder auch permanent andauern. Neben diesen konkreten körperlichen Symptomen stellt ein Schlaganfall in jungem Lebensalter eine kaum vorstellbare psychische Belastung dar.

Eine zentrale Rolle für die Rehabilitation kommt dabei der Familie des erkrankten Kindes zu. Die Familienangehörigen – herausgerissen aus den täglichen Abläufen – müssen nicht nur ihr Leben in vielen Fällen total auf den Kopf stellen, sondern auch verstehen lernen, was der

Kranke – das Kind – nach seinem Schlaganfall durchmacht und wie sich die Behinderung auf das Kind und das familiäre Umfeld auswirken kann (wie z. B. Aufgabe oder Änderung des Berufes, große finanzielle Belastungen, Geschwisterneid, Trennung der Ehepartner, Ausgrenzung aus dem bisherigen Freundeskreis, Vereinsamung, um nur einiges zu nennen).

In Einzelfall kann es dabei unter diesen Belastungen auch zu ernsthaften psychischen Erkrankungen der Betroffenen und/oder ihren Angehörigen kommen.

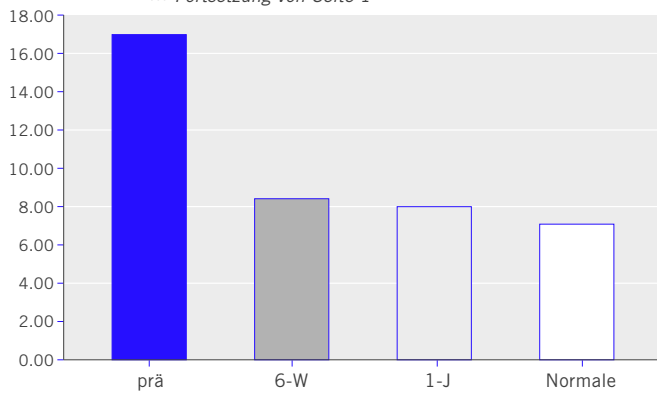
Typischerweise handelt es sich dabei um Angst, Depression, Belastungsstörungen und Partnerschaftskonflikte. Die Christoph-Dornier-Klinik für Psychotherapie hat sich unter anderem auf diese Störungen und ihre quali-

tätsgesicherte, intensive Behandlung spezialisiert und kann auch im Vorfeld eine kompetente Beratung anbieten.

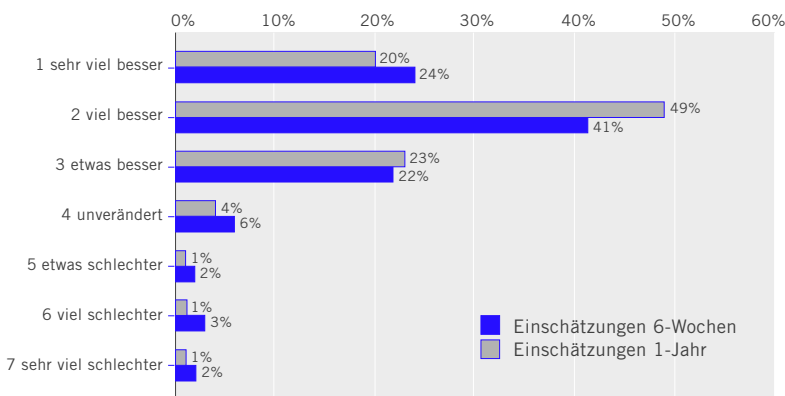
Deshalb hatten sich Vertreter beider Institutionen Anfang 2004 auf eine Zusammenarbeit verständigt.

Die sehr gut besuchte Startveranstaltung unter dem Motto "Elterntreffen zum Thema Schlaganfall" am 17.07.2004 in den Räumen der Klinik zeigt, dass hier eine zukunftsweisende Kooperation aufgenommen wurde. ■

» Fortsetzung von Seite 1



Beck-Depressions-Inventar (BDI)



Patienteneinschätzungen 1993-2001

die Höhe der Depressivität mit Hilfe des Beck-Depressions-Inventar (Hautzinger et al. (4)) gemessen. Das Maximum an erreichbaren Punktwerten beträgt 63. Vor Aufnahme zeigte sich bei den Patienten eine Beein-

Insgesamt betrachtet kam es bei allen eingesetzten Fragebögen zu statistisch hoch signifikanten ( $p < 0,001$ ) Reduktionen der jeweils gemessenen Symptomatik bei durchweg sehr großen Effektstärken. Ein bemerkens-

trächtigung durch eine begleitende depressive Symptomatik (mittlerer Summenwert von 17,10 Punkten). Diese reduzierte sich ebenfalls signifikant, zum 6-Wochen Follow up wurde eine Effektstärke von 1.04 und zum 1-Jahres-Follow up von 1.05 erreicht.

Ein weiteres wichtiges Erfolgskriterium ist die subjektive Erfolgseinschätzung der Patienten. Diese sollten auf einer Skala von 1 = sehr viel besser bis 7 = sehr viel schlechter ihren Therapieerfolg global einschätzen. 92% Prozent der Patienten gaben 6 Wochen nach der Therapie eine Verbesserung an, 69% der Patienten empfanden sich als sehr verbessert. Nach einem Jahr gaben 87% eine Verbesserung an, davon erlebten sich 66% als deutlich gebessert.

werter zusätzlicher Effekt ist die Reduktion der bei vielen Patienten zusätzlich vorhandenen depressiven Symptomatik, ohne dass dafür gezielte Interventionen durchgeführt wurden. Eine Erklärung hierfür könnte sein, dass einerseits sich die Symptomatik sekundär zur Angststörung entwickelt hat und es mit zunehmender Selbstwirksamkeit bzgl. der Angststörung automatisch zur Reduktion der Depressivität kommt. Andererseits werden durch die kognitive Therapie im Rahmen einer Angstbehandlung evtl. auch bestehende depressiogene Denkmuster „mitbehandelt“.

Der Forderung vieler Praktiker, die Übertragbarkeit von sogenannten, in Forschungsstudien nachgewiesenen „empirically supported treatments“ (5-7) auf den klinischen Alltag zu prüfen, konnte mit unserer Studie nachgekommen werden. Die bei unserer Untersuchung unter klinischen Bedingungen („effectiveness study“) gefundenen großen Effektstärken sprechen für die Generalisierbarkeit der in kontrollierten Studien („efficacy studies“) gefundenen Wirkungsnachweise für kognitiv-behaviorale Behandlungsmethoden bei Angststörungen (8-11) auf das „naturalistische“ Setting einer Klinik für Psychotherapie, in der evidenzbasiert gearbeitet wird. ■

Die Literaturangaben finden Sie unter [www.c-d-k.de](http://www.c-d-k.de) im Bereich „Aktuelles“: „report\_4\_literatur.pdf“

## DBT bei Bulimie

Bei der Behandlung therapierefraktärer Bulimie und Essanfallstörungen

»» (bm) Generell gilt die kognitive Verhaltenstherapie als Mittel der Wahl zur Behandlung von Bulimia nervosa. Dennoch erlebt ein großer Teil der Patientinnen auch nach Abschluss einer solchen Therapie noch Essanfälle und Erbrechen.

Dieses bulimische Verhalten, genauso wie die Essanfälle bei der Essanfallstörung, steht häufig in starkem Zusammenhang zum Erleben negativer Emotionen, was durch zahlreiche Untersuchungen, einschließlich experimenteller Studien, belegt werden konnte. Seit einiger Zeit gibt es Hinweise darauf, dass diese Patientinnen positiv auf Interventionen, die Affektregulation zum Ziel haben, ansprechen (1).

Das umfassendste und am besten evaluierte Therapieprogramm zur Affekt-

regulation stellt zur Zeit die Dialektisch-Behaviorale Therapie (DBT) nach Linehan (2,3) dar, die für Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörungen entwickelt wurde. Erste Untersuchungen konnten zeigen, dass DBT auch zur Behandlung von Affektregulationsdefiziten bei Bulimikerinnen und Frauen mit Essanfallstörung beitragen kann (4-9).

Dabei wurden das klassische DBT-Programm sowie spezielle Adaptationen für Essgestörte untersucht. Von dieser Behandlung können nicht nur Patientinnen profitieren, die zusätzlich an einer Borderline-Persönlichkeitsstörung oder selbstverletzendem Verhalten leiden, sondern auch solche, bei denen unangenehme affektive Zustände hauptsächlich zu Essanfällen führen.

Für diese Patientinnen sind Essanfälle und Erbrechen der dysfunktionale Versuch unangenehme emotionale Zustände zu kontrollieren, zu beeinflussen oder zu vermeiden. Durch das DBT-Programm für Essgestörte sollen die Patientinnen vor allem lernen Gefühle zu identifizieren, deren Auswirkungen zu verstehen und ernst zu nehmen, emotionale Verwundbarkeit und emotionales Leiden zu verringern. Außerdem sind das Erlernen von innerer Achtsamkeit und Stresstoleranz wichtige Therapieziele.

Eine Beschreibung einer Adaptation des DBT-Programms für Patientinnen mit Essanfällen findet sich bei Wisner & Telch (8). ■

Die Literaturangaben finden Sie unter [www.c-d-k.de](http://www.c-d-k.de) im Bereich „Aktuelles“: „report\_4\_literatur.pdf“

# Neue Mitarbeiter



Frank Meyer

**Frank Meyer**  
Dipl.-Psych. Dr.phil. Frank Meyer, Psychologischer Psychotherapeut und Supervisor für Verhaltenstherapie, ist seit dem 1. Juli 2004 als Leitender Psychologe der Abteilung für Depressionsbehandlung in der Christoph-Dornier-Klinik für Psychotherapie tätig.

motion zum Dr. phil. mit einer Dissertation über Planungsprozesse von psychologischen Psychotherapeuten. 2001 bis 2004 Psychologischer Leiter der Fliedner Klinik Duisburg, einer verhaltenstherapeutisch orientierten Klinik mit intensivpsychotherapeutischem Ansatz.

Im Rahmen seiner Tätigkeit in der Christoph-Dornier-Klinik liegt der Schwerpunkt seiner Tätigkeit in der Fortentwicklung der störungsspezifischen Behandlungsansätze für Patienten mit Angst- und Zwangsstörungen sowie mit depressiven Erkrankungen.

Neben den bereits genannten Themenbereichen richtet sich sein wissenschaftliches Interesse auf die Prozessqualität und Erfolgsmessung in der Psychotherapie sowie auf die Entwicklung von sektorenübergreifenden (ambulant, teilstationär, stationär) psychotherapeutischen Behandlungskonzepten.

Studium der Psychologie an der Universität Osnabrück und der Ruhr-Universität Bochum. 1991 Diplom. Von 1991 bis 2001 Lehr- und Forschungstätigkeit am Lehrstuhl für Klinische Psychologie und Psychotherapie der Ruhr-Universität Bochum. Arbeitsschwerpunkte waren hier die Psychotherapieprozessforschung sowie Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement in der ambulanten Psychotherapie mit Schwerpunkten in der Behandlung von Angststörungen und Depressionen.

1991-1994 psychotherapeutische Ausbildung mit Schwerpunkt Verhaltenstherapie. Seit 1995 Dozent und seit 1998 Supervisor an verschiedenen Ausbildungsinstituten für psychologische Psychotherapie mit Schwerpunkt Verhaltenstherapie. 1997 Pro-

**Norbert Pietsch**  
Diplom Ökonom Norbert Pietsch, geb. 1948 in Amern, Kreis Kempen-Krefeld ist neuer Geschäftsführer der Christoph-Dornier-Klinik.

Studium der Informatik an der Universität in Köln und Studium der Wirtschaftswissenschaften an den Universitäten in Hagen und Oldenburg.

Von 1973 bis 1989: Geschäftsführer mehrerer internationaler Produktions- und Dienstleistungsunternehmen, u. a. MASCO-Konzern (USA-Indianapolis), TA-Tour & Anderson (in Stockholm).

Seit 1989 ist er als Geschäftsführer für eine Klinik für Innere Medizin, ein Fachkrankenhaus für Hämato-Onkologie und ein Kinderneurologisches Fachkrankenhaus tätig gewesen. Seit 01.04.2004 ist er Geschäftsführer der Christoph-Dornier-Klinik.

Neben der Unternehmensführung hat Herr Pietsch umfangreiche Erfahrung in den Bereichen Restrukturierungsmanagement, Sanierung, Controlling, EDV und Marketing. ■

## IMPRESSUM

Herausgeber: Christoph-Dornier-Klinik

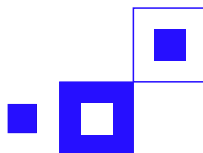
Gestaltung: o8 Design, Max Eichner  
Hannover  
www.o8design.de

Inhalt: Dr. Schide Nedjat (sne)  
Norbert Pietsch (np)  
Birgit Mauler (bm)  
Dr. Frank Meyer (fm)  
Silvia Uhle (su)

Druck: Druckerei Hartmann,  
Hannover

Denken Sie bitte daran, das Antwort-Formular mit Ihrer E-Mail-Adresse zurückzufaxen!

Sollten Sie Kollegen kennen, die sich für den CDK-Report interessieren, so lassen Sie uns dies bitte wissen: Neue Interessenten werden auf Wunsch in unsere Mailing-Liste aufgenommen.



**CHRISTOPH-DORNIER-KLINIK FÜR PSYCHOTHERAPIE**

Tibusstraße 7-11 , 48143 Münster, Telefon (0251) 4810-0, Fax (0251) 4810-105 email: info@c-d-k.de  
internet: www.c-d-k.de