

Symptomatik	<ul style="list-style-type: none"> • Wendung der Aggression gegen sich selbst • selbstquälerische Bedrücktheit
Differenzialdiagnosen	<ul style="list-style-type: none"> • depressive Störungen bei Selbstwert-Pathologie mit narzisstischer Wut und Autoaggression • Borderline-Depression mit innerer Leere, Erstarrung und Selbstentfremdung (vgl. Konstriktion bei PTS)

Cave: Die ICD-10 kennt keine depressive Persönlichkeit/Persönlichkeitsstörung – F 34.1 bezeichnet die als „Dysthymie“ beschriebene chronische Verstimmung, deren Ausmaß aber die Kriterien der leichten depressiven Episode nicht erfüllen darf. Bei gravierenderen Störungen muss nach der jeweils vorherrschenden Symptomatik die Codierung F 60.6 oder F 60.7 gewählt werden (s. S. 65 f.).

Spezielle kognitiv-behaviorale Behandlungsstrategien

- **Schrittweiser Aktivitätsaufbau:** Tages- und Wochenplanung, Pflicht-Vergnügen-Planung, Verstärkerlisten
- Auf- bzw. Ausbau des **sozialen Netzes**, Aufbau **sozialer Kompetenzen** (Rollenspiele etc.)
- **Kognitive Techniken:** kognitive Umstrukturierung, Realitätstest, Reattribuierung, Modifikation negativer Attributionsstile, Entkatastrophisieren, Vorteils-Nachteils-Schema etc. – Grundelement ist die Sokratische Gesprächsführung (s.S. 168)

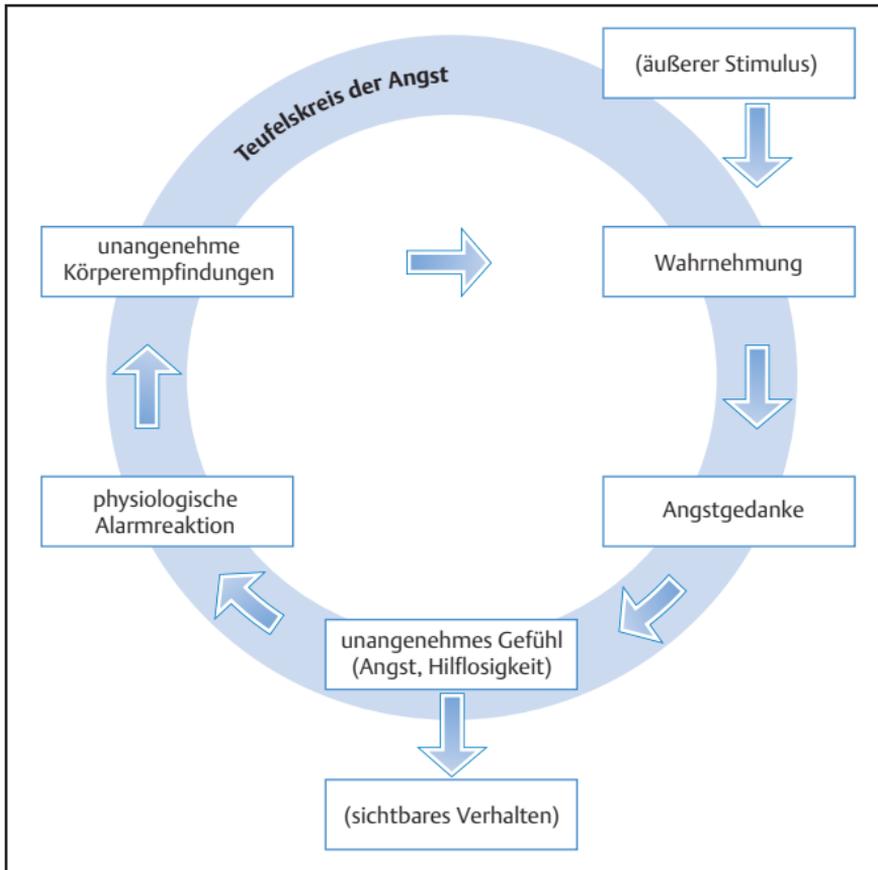
3.4.2 Angst

= schützender Affekt, der auf einem angeborenen Reaktionsmuster beruht (vgl. Schmerz), das bei Gefahr oder Bedrohung aktiviert und ihrer Vermeidung oder Bewältigung dient. „Angst ist also die allgemein gangbare Münze, gegen welche alle [aversiven] Affektregungen eingetauscht werden können“ (Freud 1917, GW XI, 419).

- **Realangst:** realistisches Gefühl der Bedrohung (im Extremfall → traumatische Angst, die bei PTS zum Symptom wird; bei Wiederholung → Signalangst)
- **vs. irrationale Angst**, z. B. aus neurotischen Konflikten
→ **neurotische Ängste**
 - Fragmentierung-/Verfolgungs-/Verlassenheitsängste auf niederem Strukturniveau
 - Verlust-/Trennungsängste auf mittlerem Strukturniveau
 - Liebesverlust-/Straf-/Gewissensängste auf höherem Strukturniveau

Merke: Bei allen neurotischen Störungen bestehen solche unbewussten, aus den Entwicklungskonflikten der Kindheit stammenden Ängste, die ihren psychodynamischen Kern bilden und durch Symptombildung (z. B. Zwang) abgewehrt (d. h. unbewusst gehalten) werden! (Freud 1926, Riemann 1961)

- **vs. bewusste Angst** als (Leit-)Symptom
→ **Angststörungen** (Angstneurosen)



Einteilung nach dem Grad der Angstbindung an einen auslösenden Reiz

Gerichtete Angst (gebunden, auf bestimmte Objekte oder Situationen bezogen)	Ungerichtete bis generalisierte Angst (ungebunden, frei flottierend, diffus, anfallsartig oder chronisch)
Phobie	Panik
<ul style="list-style-type: none"> • Situationsphobie (Agora-, Klaustrophobie) • soziale Phobie • isolierte Phobie (z. B. Tierphobie) • hypochondrische Ängste 	<ul style="list-style-type: none"> • Panikstörung • generalisierte Angststörung
stärkeres Ich bei Störungen auf mittlerem und höherem Strukturniveau	geschwächtes (bei chronischen Störungen) oder schwaches Ich (niederes Strukturniveau)

Häufigkeit:

- Lebenszeitprävalenz aller Angsterkrankungen: 15 %
- Erkrankungsgipfel: 20. – 40. Lebensjahr
- 2/3 Frauen, 1/3 Männer

Panikstörung – F 41.0

= attackenartig auftretende Angst mit ausgeprägten vegetativen Begleitreaktionen.

- im anfallsfreien Intervall: Angst vor der Angst und vor dem Alleinsein
- Chronifizierung, phobische Weiterverarbeitung (z. B. Agoraphobie mit Panikstörung – F 40.01) oder Übergang in Somatisierungsstörungen

Entstehung	Aufgrund fehlender emotionaler Interaktion und Resonanz bei ausreichender materieller Versorgung können sich Beziehungserfahrungen nicht festigen und so keine stabilen Subjekt-Objekt-Repräsentanzen ausbilden. Sie bleiben „blass“ und fragil (vs. widersprüchlich-diffundiert bei Borderline-Störungen)
Kernkomplex	<ul style="list-style-type: none"> • Ich-Schwäche im Rahmen einer Strukturpathologie • Panik als unverarbeitete Widerspiegelung der Fragmentierungs- und Verlassenheitsängste bei Verlust stützender Selbstobjekte aus präsymbolischer Zeit
Auslöser	oft nicht wahrgenommenes inneres Erleben diffuser Gefährdung (z. B. Bedrohung des Sicherheitsgefühls oder der Orientierung)
Abgrenzung	<ul style="list-style-type: none"> • unreife Abwehrraffekte andrängender aggressiver oder sexueller Impulse bei vorübergehender Ich-Regression im Rahmen einer Konfliktpathologie bei narzisstischen oder hysterischen Persönlichkeiten • Panik im Rahmen akuter Traumareaktionen oder PTS • biologisch bedingte, „endogene“ Angststörungen

Generalisierte Angststörung – F 41.1

= umfassende, vielgestaltige, frei flottierende und meist chronische Ängste, eingebettet in eine ängstliche Persönlichkeit mit multiplen Sorgen, Befürchtungen und Grübeleien über Gefahren jeder Art (auch hypochondrische Ängste) sowie umfangreichem Vermeidungsverhalten, sozialem Rückzug, ständiger Anspannung und zunehmender Depressivität.

- meist als Chronifizierung und Ausweitung anderer definierter Angststörungen, so durch:
 - Generalisierung von Panikstörungen *oder*
 - sekundäre Ich-Schwächung bei phobischen oder hypochondrischen Störungen v. a. bei narzisstischen Persönlichkeiten
- Nach ICD-10 dürfen nicht gleichzeitig die Kriterien für eine depressive Episode (F 32/33), phobische Störung (F 40), Panikstörung (F 41.0) oder Zwangsstörung (F 42) erfüllt sein.

Phobien – F 40

= an bestimmte Reize oder Bedingungen gebundene Ängste, was erst zu Erwartungsangst und dann zu Vermeidungs-, Rückzugs- oder Anklammerungsverhalten führt.

Phobische Angstverarbeitung	Verkehrung eines unbewussten, konflikthaftern Bedürfnisses oder Affektes in Angst und Verschiebung desselben auf ein zunächst neutrales äußeres Objekt
Phobische Angstbindung	Zunächst diffuse Angst (aus neurotischem Konflikt oder Strukturdefizit) wird sekundär an bestimmte Situationen oder Objekte durch Konditionierung gebunden
Erscheinungsformen und Strukturniveau	<ul style="list-style-type: none"> • Situationsphobien: Klaustrophobie und Fahrphobie zur Vermeidung aktiver Trennung bei Ambivalenz zw. Trennungswunsch und Trennungsangst im Rahmen des Autonomiekonflikts auf mittlerem Strukturniveau; • Agoraphobie bei unbewussten Kontrollverlustängsten (sexuelle Hingabewünsche vs. Straf- und Gewissensängste) oder Verlassensängste bei narzisstischen Störungen auf mittlerem Strukturniveau • Soziale Phobie: häufig abgewehrte Scham- und Schuldgefühle • Isolierte Phobien: Tierphobien, Höhenangst u. v. a. – zumeist Über-Ich-Konflikte bei ödipal fixierten Patienten auf höherem Strukturniveau; Ängste vor verletzenden Gegenständen zur Abwehr heftiger sadistischer Impulse und Phantasien bei Borderline-Störungen

Hypochondrie – F 45.2

= übertriebene Selbstbeobachtung aus Sorge um den Körper.

Das Körper-Selbst wird zum Projektionsfeld für Spannungen und Besorgnis, die aus Konflikten zwischen Selbst- und Fremdbezug, zwischen Kontaktwunsch und Abgrenzung entstehen und psychodynamisch in sehr frühen und darum körperbezogen erlebten Interaktionsstörungen gründen.

- **Dysmorphophobie:** Störung des Körperschemas mit Besorgnis um Aussehen und Gestaltung des Körpers
 - leichtere Formen im Rahmen von Selbstwertproblemen in der Adoleszenz
 - schwere bis wahnhaftige Formen bei tief gestörtem Selbstgefühl im Rahmen narzisstischer (Borderline-)Störungen
- **Krankheitsphobie:** Besorgnis, an bestimmten Krankheiten (z. B. Herzneurose, AIDS-Phobie, Karzinophobie) erkranken zu können, bis hin zu der Überzeugung, an derselben bereits zu leiden, wobei körperliche Erscheinungen als bedrohliche Symptome fehlinterpretiert werden; auch hypochondrische Verarbeitung harmloser Befindlichkeitsstörungen und Diagnosen (z. B. Laktoseintoleranz).

Differenzialdiagnosen von Angststörungen

- reaktive und posttraumatische Angststörungen
- Zwangsvorstellungen, somatoforme und depressive Störungen
- Panik, chronisch-diffuse Angst und hypochondrischer Wahn bei psychotischen Störungen
- Angst als Symptom bei Hypo-/Hyperthyreose, ZNS-Erkrankungen, Herz-, Lungenkrankheiten, Stoffwechselstörungen (Hypoglykämie) und postinfektiös
- Angst als Entzugssymptom bei Suchterkrankungen
- pharmakogene Angst (Nebenwirkung oder Absetzphänomen)

Verhaltenstherapie von Angststörungen (s. auch S. 158 ff.)

	Störungsmodelle	Spezielle Behandlungsstrategien
Panikstörung	<ul style="list-style-type: none"> • positiver Rückkopplungsprozess zwischen körperlichen Symptomen, deren Wahrnehmung und Interpretation/Bewertung als gefährlich erscheinen, und der daraus entstehenden Angstreaktion (s. S. 75) • Entstehung/Aufrechterhaltung durch: <ul style="list-style-type: none"> – biologische Disposition, z. B. leicht erregbares Furchtsystem – Modell-Lernen – dysfunktionale kognitive Muster – Preparedness (s. S. 14) 	<ul style="list-style-type: none"> • kognitive Methoden: Konfrontation mit inneren Reizen (interozeptive Exposition), v. a. Modifikation der Fehlinterpretation körperlicher Symptome (kognitive Umstrukturierung, Verhaltensexperimente, wie Hyperventilationstest) • Strategien zur aktiven Angstbewältigung: Erlernen und gezielter Einsatz von Entspannungstechniken in angstauslösenden Situationen → Angst-Management statt Angst-Vermeidung
Agoraphobie	<ul style="list-style-type: none"> • Zwei-Faktoren-Theorie (Mowrer 1947)*: <ul style="list-style-type: none"> – Entstehung durch klassische Konditionierung: Ein neutraler Reiz wird durch ein traumatisches Erlebnis mit der Angst verknüpft – Aufrechterhaltung durch operante Konditionierung (z. B. Vermeidung) • einfache Agoraphobie (Furcht vor der phobischen Situation an sich – Erinnerung an ein auslösendes Ereignis) • vs. komplexe Agoraphobie (Furcht v. a. vor den Konsequenzen der Angst, z. B. Kontrollverlust, Scham, Ohnmacht → „Angst vor der Angst“) 	<ul style="list-style-type: none"> • kognitive Vorbereitung: Gedankenexperimente, Verdeutlichung des Vermeidungsverhaltens, Erarbeiten einer Angsthierarchie (minimale bis maximale Symptomausprägung) • Konfrontation (Exposition) mit Reaktionsverhinderung** <ul style="list-style-type: none"> → Neubewertung des Angsterlebens (Erfahrung, die Angst aushalten zu können). Entscheidend (Erfolgskriterium) ist das Aushalten bzw. die Auseinandersetzung mit der Angst, nicht die Angstfreiheit
Generalisierte Angststörung	<ul style="list-style-type: none"> • Verzerrung der Informationsverarbeitung: Aufmerksamkeit wird auf potenziell bedrohliche Stimuli ausgerichtet („Sorgenscheinwerfer“) • Sorgen dienen zur kognitiven Vermeidung emotionaler und somatischer Verarbeitung • negative Verstärkung durch das Ausbleiben der Angst • weitere operante Verstärkung durch Vermeidungs- und Rückversicherungsverhalten (Sorgen statt Handeln) • Aufrechterhaltung durch dysfunktionale Schemata, z. B. „Die Welt ist gefährlich, ich bin hilflos“ 	<ul style="list-style-type: none"> • Konfrontation mit Reaktionsverhinderung**: Sorgenkonfrontation, z. B. durch Imaginationen, „Drehbuch-Technik“ • kognitive Techniken: Realitätsprüfung, Entkatastrophisieren • Abbau des Vermeidungs- und Rückversicherungsverhaltens • Aufbau von Bewältigungsstrategien: Problemlösen, Zeitmanagement • Förderung von mit der Angst inkompatiblen Verhaltensweisen



	Störungsmodelle	Spezielle Behandlungsstrategien
Hypochondrie	<p>Entstehung im positiven Rückkopplungsprozess (Teufelskreis) zwischen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • auslösenden Ereignissen, • körperlichen Symptomen und • deren Wahrnehmung und Bewertung als gefährlich <p>Verstärkung durch:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Schon-, Vermeidungs- und Rückversicherungsverhalten („Checking Behavior“), • fortgesetzte organische Diagnostik, • intensive Selbstbeobachtung und Symptominterpretation sowie • sekundären Krankheitsgewinn (z. B. Aufmerksamkeit, Zuwendung, Sozialleistungen) 	<ul style="list-style-type: none"> • Aufmerksamkeitslenkung: körperliche Beschwerden aus dem Fokus nehmen (z. B. durch Imaginationsübungen) • Verhaltensexperimente: (z. B. Hyperventilationstest) zur Erarbeitung eines realistischen Gesundheitsbegriffes • kognitive Umstrukturierung: v. a. hinsichtlich krankheitsbezogener Ängste • Veränderung des Krankheitsverhaltens: Abbau von Schon-, Vermeidungs- und Rückversicherungsverhalten („Checking Behavior“) durch Verhaltensverträge, Methoden zur Spannungsreduktion und Einsatz alternativer Verhaltensweisen • Beachtung der Funktionalität/des sekundären Krankheitsgewinns → Einbeziehung von Bezugspersonen
<p>* Cave: Die meisten Versuche, Ängste bei Menschen klassisch zu konditionieren, scheiterten. Viele Phobiker können sich nicht an eine auslösende (traumatische) Situation erinnern – Auslöser könnten auch eine Reihe mikrotraumatischer Ereignisse bzw. nur als traumatisch bewertete Situationen sein.</p> <p>** Kontraindikationen: reale Gefahr, eingeschränkte körperliche Belastbarkeit (somatische Komorbidität!), Leistungssituationen (z. B. Prüfungssituationen), psychotisches Erleben</p>		

3.4.3 Zwangsstörungen – F 42

= sich unwillkürlich und unkontrollierbar aufdrängende, ich-dystone (vs. automatische Gedanken oder Wahn – stets ich-synton), quälende Gedanken, Impulse und Handlungen:

- relativ selten (Lebenszeitprävalenz um 2%)
- auf höherem Strukturniveau bei zwanghaften Persönlichkeiten
- Beginn in der Pubertät im Kontext von Erlebnissen der sexuellen Reifung (Zusammenbruch der Verdrängungsabwehr in Versuchsungs-Versagungs-Situationen)
- umfangreiche Einbußen in der sozialen Entwicklung
- häufig soziale Isolation durch Rückzugs- und Vermeidungsverhalten
- chronischer Verlauf mit Okkupation des gesamten Lebens und schwierige Behandlung
- erbliche Disposition und Nähe zu ZNS-Erkrankungen:
v. a. gestörte serotonerge Transmission im Bereich des Frontalhirns, der Basalganglien und des limbischen Systems, z. B. Gilles-de-la-Tourette-Syndrom und Zwangsstörungen bei verschiedenen Hirnerkrankungen

Formen

- **Zwangsgedanken:** häufig aggressive oder sexuelle Inhalte oder als Grübelzwang
- **Zwangsimpulse:** ich-dystone Handlungsimpulse mit Angst vor deren Verwirklichung
- **Zwangshandlungen:** z. B. Wasch-, Kontroll-, Zählzwang mit erheblicher Angst bei Versuchen, sie zu unterdrücken
- **Zwangsrituale:** Kombination mehrerer Zwänge nach strikten Regeln