E. S. Becker^a
S. Schneider^b

^a Institut für Klinische Psychologie, TU Dresden

^b Christoph-Dornier-Stiftung Dresden

Die Konfrontationsbehandlung einer Spezifischen Phobie vor dem Verschlucken

Exposure in the Treatment of Specific Phobia of Swallowing

Schlüsselwörter

Spezifische Phobie · Verschlucken · Ersticken · Konfrontationstherapie

Key Words

Specific phobia · Swallowing · Choking · Exposure therapy

Zusammenfassung

Die Spezifischen Phobien stellen die häufigste Gruppe der Angststörungen dar. Die Angst vor dem Verschlucken bzw. dem Ersticken wurde jedoch nur sehr selten beschrieben. Bei der Behandlung der Spezifischen Phobien wird fast immer eine Konfrontation in vivo eingesetzt. Die Angst vor dem Verschlucken scheint aber eine der Spezifischen Phobien zu sein, bei der eine Konfrontation schwierig ist. Die hier vorgestellte Fallgeschichte schildert eine mögliche Vorgehensweise, die Ängste vor dem Verschlucken mit einer Reizkonfrontation in vivo zu behandeln. Dabei werden die verschiedenen Schwierigkeiten, die aufgetreten sind, und ihre Lösungen geschildert. Die Therapie wurde erfolgreich abgeschlossen, und auch die Ergebnisse der Nachuntersuchungen zeigten eine stabile Verbesserung.

Summary

Specific phobias are the most common anxiety disorders. However, the fear of swallowing the wrong way and choking has rarely been described. Specific phobias are usually treated using exposure therapy. The excessive fear of swallowing the wrong way does not seem to be very well suited for an exposure in vivo. In this case study, a patient afflicted with the fear of swallowing and choking was treated with flooding. The various difficulties encountered during treatment and their remedies will be described. The therapy was successful. The patient showed stable and lasting improvements at posttreatment and at one-year follow-up.

Einleitung

Eine Phobie vor dem Verschlucken zählt zu den Spezifischen Phobien. Diese zeichnen sich durch eine dauerhafte, unangemessene und intensive Furcht vor bzw. Vermeidung von spezifischen Objekten oder Situationen aus. Die häufigsten Phobien betreffen Tiere (z. B. Spinnen, Hunde), Höhen, enge Räume, Flugzeuge und Blut oder Verletzungen. Bei Phobikern sind diese weit verbreiteten Ängste so stark, daß sie die normale Lebensführung beeinträchtigen und ausgeprägtes Leiden verursachen. Eine exzessive Angst, sich zu verschlucken und daraufhin eventuell zu ersticken, wurde in der Literatur kaum jemals beschrieben, kommt aber in der Praxis durchaus häufiger vor. So wird mittlerweile in den neuesten diagnostischen Interviews auch nach der Angst vor dem Er-

brechen oder Ersticken gefragt [ADIS-R, Brown et al., 1994; F-DIPS, Margraf et al., 1996].

Die Spezifischen Phobien stellen die häufigsten Angststörungen dar. Die Schätzungen der Lebenszeitprävalenz schwanken zwischen ca. 7–8 % [Bland et al., 1988; Wittchen, 1986] und 15 % [Robins et al., 1984] bzw. 19,9 % [Fredrikson et al., 1996]. Die Spezifischen Phobien sind bei Frauen ungefähr doppelt bis dreimal so häufig wie bei Männern [Bourden et al., 1988; Bland et al., 1988]. Die starken Schwankungen der Prävalenzraten könnten darin begründet sein, daß es nicht immer leicht ist, zwischen einer starken Angst und einer Phobie zu unterscheiden. Das wichtigste Kriterium zur Unterscheidung ist die signifikante Beeinträchtigung und Belastung, die eine Phobie verursacht. Somit fällt eine reliable Diagnose nicht immer ganz leicht.

Es wird zwischen vier Obergruppen der Spezifischen Phobien unterschieden: Tierphobien (Hunde, Spinnen), Situationale Phobien (Höhen, enge Räume), Phobien vor Naturereignissen (Wasser, Gewitter) und Verletzungsphobien (Spritzen und Arztbehandlungen) [DSM-IV, American Psychiatric Association, 1996; Fredrikson et al., 1996]. Die Verletzungsphobien, zu denen man wohl auch die Angst vor dem Verschlucken zählen kann, sind nach Fredrikson et al. die seltenste Untergruppe. Auch kommt diese Phobie anscheinend gleich häufig bei beiden Geschlechtern vor [Fredrikson et al., 1996]. Über eine Schluck- oder Erstickungsphobie wurde nach Kenntnis der Autoren nichts veröffentlicht. Allerdings gibt es den «Globus Hystericus». Aus heutiger Sicht könnte sich hinter dieser Bezeichnung eine Spezifische Phobie verstecken. Personen mit Globus Hystericus leiden unter einem Kloßgefühl im Hals, welches häufig mit Schluckbeschwerden oder Erstickungsängsten einhergeht. Die Einordnung dieser Störung ist nicht einfach, so wird sie historisch gesehen unter den Hysterien eingeordnet. Betroffene Personen wollen eine «Zumutung nicht schlucken», «ein Kummer würgt sie» [Bleuler, 1916; Shorter, 1994]. Im ICD 10 [Weltgesundheitsorganisation, 1993] ist die Störung unter den Somatoformen Störungen zu finden. Die Diagnose des Globus Hystericus ist äußerst schwierig, so weisen eine ganze Reihe von Studien darauf hin, daß die meisten Patienten fehldiagnostiziert sind. Häufig scheint eine organische Verursachung und nicht eine psychogene Ursache vorzuliegen [Leelamanit et al., 1996; Ravich et al., 1989; Stacher, 1983]. Über die Behandlung des Globus Hystericus liegen sehr wenig Studien vor [Bishop und Riley, 1988; Brown et al., 1986]. Es gibt jedoch Hinweise auf einen Zusammenhang mit Ängsten [Mersky und Mersky, 1993], wenn auch nicht aus kontrollierten Studien. So kommt Klein [1987] zu dem Schluß, daß der Globus Hystericus wohl nicht immer hysterisch, sondern sehr häufig im Rahmen einer Angststörung auftritt. Zur Diagnose des Globus Hystericus gibt es keinerlei Studien. Es sieht jedoch so aus, als ob es sich häufiger um eine spezielle Form der Panikstörung oder um eine Spezifische Phobie vor dem Verschlucken handeln könnte. Wäre dies der Fall, so wäre auch eine psychologische Behandlung indiziert und vielversprechend.

Bei der Wahl der Behandlungsmethoden für Spezifische Phobien scheint weitgehend Einigkeit zu bestehen. Es wird überwiegend eine Verhaltenstherapie empfohlen, die Konfrontationselemente möglichst in vivo enthält [Hand, 1993]. So findet mindestens eine Sitzung statt, in der der Patient bzw. die Patientin mit dem angstausslösenden Reiz bzw. der ängstigenden Situation konfrontiert wird. Schon 1969 zeigte eine Studie, daß In-vivo-Desensibilisierung erfolgreicher war als andere Behandlungsmöglichkeiten [Ritter, 1969]. Eine Behandlung, die Konfrontationselemente enthält, erzielt sehr gute Therapieergebnisse; 77–95 % aller Patienten mit einer Spezifischen Phobie verbessern sich signifikant. Es gibt jedoch überraschenderweise nicht allzu viele gute kontrollierte Therapiestudien bei Spezifischen Phobien. Einen Überblick gibt Öst

[1996]; dieser fand nur fünf Therapiestudien zu Blut-, Spritzen- und Verletzungsphobien und keine Studie zu der Angst vor dem Erstickten. Sowohl Öst [1996] als auch Barlow [1988] kommen zu dem Schluß, daß es an Therapiestudien und Fallberichten zu Spezifischen Phobien mangelt.

Die Voraussetzung für eine erfolgreiche Konfrontationstherapie (in diesem Artikel wird der Begriff Konfrontation gewählt, ähnliche Begriffe sind Exposition, Reizüberflutung oder Reizkonfrontation) ist eine gute Diagnostik. Spezifische Phobien sind nicht so einfach zu diagnostizieren, wie ihr Name vielleicht nahelegt. Zum einen liegen häufig weitere psychische Störungen vor; zum anderen fällt die Abgrenzung zu den anderen Angststörungen nicht immer leicht. So läßt sich die Agoraphobie nicht immer leicht von den Situationalen Spezifischen Phobien abgrenzen. Auch verschiedene Zwänge oder die Soziale Phobie sind nicht immer leicht abzugrenzen. Der vorgestellte Fall wird einen Teil dieser Probleme verdeutlichen. Es gibt unterschiedliche Vorgehensweisen bei der Konfrontationstherapie, so kann das graduierte Vorgehen vom massierten Vorgehen unterschieden werden. Bei der graduierten Vorgehensweise werden die Situationen, die aufgesucht werden sollen, nach ihrem Schwierigkeitsgrad geordnet und schrittweise von der leichteren zur schwereren Situation geübt. Bei dem massierten Vorgehen wird gleich mit einer möglichst schwierigen Situation begonnen und diese solange aufgesucht, bis Habituation einsetzt. Des weiteren kann die Konfrontation in vivo von der Konfrontation in sensu unterschieden werden.

Es gibt Hinweise, daß ein massiertes Vorgehen Vorteile gegenüber einem graduierten Vorgehen bietet [Fiegenbaum, 1986], allerdings gibt es Situationen, in denen nicht massiert vorgegangen werden kann. Im allgemeinen wird bei der Behandlung von Spezifischen Phobien häufiger graduiert und möglichst in vivo vorgegangen [Reinecker, 1993; Öst, 1987, 1993].

Damit die Konfrontationsbehandlung erfolgreich ist, müssen längere Expositionszeiten eingeplant oder überhaupt möglich sein. Nur so kann es zur erwünschten Habituation an die ängstigende Situation kommen. Eine weitere sehr wichtige Voraussetzung für einen Therapieerfolg ist die Vorbereitung des Patienten auf die Behandlung, d. h. die Vermittlung des Therapierationalen. Gerade bei Konfrontationsbehandlungen kommt es immer wieder zu Therapieabbrüchen oder «Verweigerungen» der Therapie [Fiegenbaum, 1986; Barlow, 1988]. Diese können deutlich verringert werden, wenn die Patienten sorgfältig auf die Therapie vorbereitet werden. In dieser Fallgeschichte wird eine mögliche Vorgehensweise dargestellt.

Eine Phobie vor dem Verschlucken erscheint auf den ersten Blick nicht sehr geeignet, um eine Konfrontationsbehandlung in vivo durchzuführen. Denn genau die Angst, sich zu verschlucken, kann das Schlucken unmöglich machen, weil die Patientin sich völlig verkrampft. Diese physische Besonderheit macht eine Konfrontation nicht einfach. Auch kann man

die Patientin wenig unterstützen bzw. die Therapeutin hat sehr wenig Kontrolle über das Geschehen. Ein weiteres Problem besteht darin, daß der Expositionszeit Grenzen gesetzt sind, da die Betroffene nicht stundenlang essen bzw. schlucken kann. Des weiteren besteht die Gefahr, daß die Habituation durch Ekel oder Übersättigung verhindert oder verzögert wird. Im folgenden soll die Behandlung einer Patientin mit massiver Angst vor dem Verschlucken mit Hilfe von Konfrontationsverfahren geschildert werden. Die Schwierigkeiten, die während der Behandlung auftraten, werden dargestellt und das Ergebnis der Behandlung diskutiert.

Falldarstellung

Vorstellungsgrund

Frau S. war zum Zeitpunkt der Therapie 29 Jahre alt, verheiratet und hatte einen zehnjährigen Sohn. Sie half ihren Eltern im Geschäft, seitdem sie arbeitslos geworden war. Frau S. klagte über Ängste, wenn sie schluckte. Sie befürchtete, sie könnte sich verschlucken und in Folge ersticken. Besonders stark waren die Ängste, wenn sie mit anderen zusammen essen mußte, die sie sehen oder auch ablenken könnten. Zeitweise konnte sie noch nicht einmal in Gegenwart ihres Mannes und Sohnes essen und nahm alle Mahlzeiten allein ein. In den allerschlimmsten Phasen konnte sie fast nur flüssige Nahrung oder Brei zu sich nehmen und war stark untergewichtig. Sie aß sehr langsam, kaute ausführlich, trank nach fast jedem Bissen einen Schluck. Bestimmte Nahrungsmittel vermied sie ganz. Zur Zeit der Vorstellung waren die Beschwerden nicht ganz so stark: Sie konnte im kleinen Kreis ihrer Familie wieder essen. Einladungen umging sie jedoch so weit wie möglich. Essen mit Fremden war ihr nicht möglich, und auch eine große Anzahl von Lebensmitteln wurde vermieden, weil sie besonders «gefährlich» erschienen.

Vorgeschichte

In Frau S.' Familie wird sehr auf die Gesundheit geachtet, da ihr Vater an einer chronischen Bronchitis leidet. Seine Husten- und Erstickungsanfälle, die auch schon zu mehreren Besuchen des Notarztes geführt haben, sind für Frau S. immer sehr erschreckend gewesen. Frau S. berichtet, daß er sich einmal verschluckt habe und fast gestorben sei, und wie sehr sie sich geängstigt habe. Auch sie sei als Kind einmal fast an einem Bonbon erstickt. Als junge Frau erlitt Frau S. 1983 einen Angstanfall. Sie hatte Angst zu ersticken, ihr wurde heiß und kalt, der Notarzt mußte gerufen werden. Im Krankenhaus bekam sie eine Beruhigungsspritze; eine organische Ursache konnte trotz sorgfältiger Diagnostik nicht festgestellt werden. Es kam noch zu zwei, drei weiteren Angstanfällen, es entwickelte sich jedoch kein Paniksyndrom.

Ungefähr zur gleichen Zeit hatte sie ein zweites für sie traumatisches Erlebnis, bei dem sie sich an einem alkoholischen Getränk so verschluckte, daß sie zu ersticken meinte und einen Panikanfall erlebte.

Die spontanen Panikanfälle traten nicht mehr auf, statt dessen kam es Mitte 1986 dann zu einer immer stärkeren Angst vor dem Schlucken. In der Öffentlichkeit kommt hinzu, daß ihr ein Verschlucken auch sehr peinlich wäre und sie daher Essen, z. B. in Restaurants oder mit Freunden, völlig vermeidet. Sie konnte nicht wirklich sagen, was das Essen vor anderen so besonders schlimm macht, sie fühle sich eingeengt, sie könne einfach nicht vor anderen schlucken. Aufgrund ihrer Beschwerden wurde Frau S. ausführlich medizinisch diagnostiziert und ein Knoten in der Schilddrüse festgestellt, der operativ entfernt wurde. Die Probleme ließen jedoch nicht nach. Außerdem machte sich Frau S. relativ viele Sorgen, vor allem um die Gesundheit, sowohl ihre eigene als auch von Personen, die ihr nahestehen.

Diagnostik

Nach dem Erstgespräch waren mehrere Diagnosen möglich. Es konnte sich um eine komplizierte Art von Panikstörung handeln, in deren Vordergrund das Symptom des Erstickens stand. Zweifellos lag auch eine hypochondrische Symptomatik vor, Frau S. war allgemein um ihre Gesundheit sehr besorgt. Auch eine Spezifische Phobie vor dem Verschlucken oder eine Soziale Phobie mit der Angst, in der Öffentlichkeit zu essen, waren denkbare Diagnosen. Ebenso war es möglich, daß es sich um ein Zwangssyndrom handelt, mit der Angst, sich zu verschlucken, und ausgedehnten Eßritualen. Um die Diagnose abzuklären, wurde mit Frau S. ein strukturiertes Interview [DIPS, Margraf et al., 1994] durchgeführt. Ihre Symptomatik erfüllte die Kriterien einer Spezifischen Phobie, allerdings mit deutlichen sozialen Aspekten. So war das Essen in der Öffentlichkeit die angstausslösendste Situation für Frau S. Sie zeigte sonst jedoch kein soziales Vermeidungsverhalten oder Ängste.

Außerdem hatte sie auch große Probleme, allein zu essen, und einige Nahrungsmittel vermied sie, daher waren die Kriterien einer Spezifischen Phobie und nicht einer Sozialen Phobie erfüllt. Hinzu kommt, daß Frau S. Angst hatte, sich zu verschlucken und zu sterben und nicht sosehr, sich zu blamieren. Zwar zeigte sie Besonderheiten beim Essen, jedoch ließen sich weder Zwangsgedanken noch ausgereifte Rituale erkennen. Ihr langes Kauen war eine Sicherheitsvorkehrung, ohne daß feste Regeln eingehalten werden mußten und ohne daß die Angst merklich dabei zurückging. Auch die Diagnose «Paniksyndrom ohne Agoraphobie» traf nicht zu, da es immer einen festen Auslöser der Ängste gab, nämlich das Essen, somit kam die Angst nicht unerwartet. Frau S. litt früher unter Hypochondrie, aber seit ca. einem Jahr hat die Angst vor anderen Krankheiten nachgelassen. Eine Psychose, Suizidalität oder organische Ursachen wurden ausgeschlossen.

Bei der Verhaltensanalyse zeigte sich, daß die Ängste immer durch das Essen oder Trinken bzw. durch Situationen, in denen sie bewußt schluckte, ausgelöst wurden. Die Ängste wurden verschlimmert, wenn sich Frau S. beobachtet fühlte. Wenn sie schlucken wollte, merkte sie, wie sich ihr Hals zusammenzog, oder sie hatte ein Kloßgefühl. Sie versuchte genau auf das Schlucken zu achten, um ein Verschlucken vermeiden zu können. Beobachteten sie andere, hatte sie das Gefühl, sich nicht gut genug auf das Schlucken konzentrieren zu können und so ein Verschlucken zu riskieren. Sie war sicher, daß sie sich verschlucken würde, wenn sie nicht gut genug aufpaßte und dies wiederum zum Ersticken führen würde. Diese Ängste machten es ihr fast unmöglich zu schlucken. Frau S. erzählte, daß Ärzte beim Ultraschall gesehen hätten, daß ihre Speiseröhre sich völlig verengen würde, wenn sie schlucken sollte. Ihre Sorgfalt beim Essen und das Vermeiden ihr gefährlich erscheinender Speisen hielten wiederum die Ängste aufrecht, da sie nie die Erfahrung machen konnte, daß sie sich ohne die vielen Sicherheitsvorkehrungen nicht verschlucken oder gar erstickten würde. Kurzfristig konnte Frau S. so sichergehen, am Leben zu bleiben, langfristig hatten die Sicherheitsvorkehrungen jedoch eine starke Einschränkung der erlaubten Lebensmittel und vor allem eine soziale Isolation zur Folge. In der Familie gab es keine Konflikte. Frau S. und ihr Mann gingen wenig aus, und Herr S. traf sich durchaus auch alleine mit seinen Freunden, so daß die Einschränkungen hingenommen wurden. Herr S. war froh, daß seine Frau nun etwas gegen ihre Ängste unternehmen wollte, und versuchte sie zu unterstützen, ohne dabei zu sehr zu drängen. Auch mit ihrer Lebens- und Arbeitssituation war Frau S. zufrieden, so daß hier keine möglichen Auslöser für die Schwierigkeiten gesehen wurden.

Therapieplanung

Gemeinsam mit der Patientin wurden folgende Therapieziele vereinbart: Frau S. wollte wieder alle Speisen zu sich nehmen können, nicht mehr alles exzessiv kauen müssen und wieder

in Gemeinschaft essen können. Gerade das letzte Ziel war Frau S. das wichtigste. Sie vermißte die Gesellschaft anderer sehr stark und bedauerte, nicht mehr auf Feiern gehen zu können. Der Schwerpunkt der Behandlung sollte auf der Konfrontation liegen. Dabei sollten verschiedene Situationen geübt werden: das Essen von «gefährlichen» Speisen (Fleisch, Erbsen, Tabletten) und das Essen in der Öffentlichkeit. Wenn möglich, sollte massiert vorgegangen werden. Begleitend sollten außerdem kognitive Behandlungselemente eingesetzt werden, um zu einer realistischeren Einschätzung der «Gefahren» zu gelangen und ihre Krankheitsfurcht mildern zu können.

Therapiedurchführung

Die Vorbereitung auf die Konfrontationstherapie

Zunächst wurden gemeinsam die möglichen Ursachen für Frau S.' Ängste diskutiert. Da waren zum einen das Modell ihres Vaters, zum anderen ihre eigenen Erfahrungen mit dem Verschlucken. Dann wurde das Modell eines Teufelskreises entwickelt [angelehnt an den Teufelskreis der Angst, Margraf und Schneider, 1989]: Ihre besondere Aufmerksamkeit auf das Schlucken führt dazu, daß sie Veränderungen während des Essens besonders gut wahrnimmt. Diese Veränderungen deuten für sie an, daß es zum Verschlucken kommen könnte, dies führt wiederum zu Angst.

Durch die Angst bekommt Frau S. einen «Kloß im Hals», und die Speiseröhre verengt sich. Es wird immer schwieriger zu schlucken, und die Angst wird zur Panik. Im nächsten Schritt wurde vermittelt, wie die Vermeidung aufrechterhaltend für die Angst wirkt. Dadurch, daß sie möglichst «sicher» ißt (z. B. kleine Bissen), macht sie nie die Erfahrung, daß Essen ungefährlich ist. Davon ausgehend wurde das Rational der Konfrontationstherapie vermittelt.

Frau S. hatte Angst vor der Therapie. Ihre Bedenken wurden ausführlich besprochen. Sie hatte eine Woche Zeit, sich für oder gegen die Behandlung zu entschließen. Frau S. rief in der folgenden Woche mehrmals mit Fragen an, wie die Therapie konkret ablaufen würde und ob eine Konfrontation wirklich nötig sei, ob nicht Gespräche oder Entspannungsverfahren helfen könnten. Ihre Bedenken wurden immer ernst genommen, und das Therapierational wurde erneut mit ihr durchgegangen. So wurde mit ihr gemeinsam überlegt, ob eine allgemeine Entspannung ihr helfen würde zu schlucken. Oder ob sie glaubt, sich beim Schlucken völlig entspannen zu können, wenn sie doch überzeugt sei, beim falschen Schlucken zu sterben. Außerdem sollte nicht die Botschaft gesendet werden, daß nur entspanntes Schlucken ungefährlich sei und verkramptes Schlucken zum Tode führen kann. Frau S. sah selber ein, daß ihr Entspannung nicht helfen wird, ja nicht möglich sein wird, solange sie eine Todesangst vor dem Schlucken hat. Genauso war sie leicht zu überzeugen, daß nicht das Reden, sondern nur Erfahrungen helfen können, mit dem Essen anders umzugehen. Dabei wurde ihr immer wieder die Ent-

scheidung selbst überlassen, ob sie das Risiko einer Konfrontationstherapie eingehen kann. Wichtig war auch, daß die Therapeutin selber mögliche Bedenken ansprach. So fragte die Therapeutin, ob Frau S. nicht Angst habe, durch die Therapie die Fortschritte, die sie bislang alleine erzielt habe, zu gefährden. Frau S. war sehr erleichtert, daß diese Bedenken, die sie sehr wohl hatte, angesprochen wurden. Sie konnte nun darüber erzählen, fühlte sich in ihren Ängsten verstanden und war daher viel eher bereit, sich auf die Therapie einzulassen.

Die Konfrontationstherapie

Frau S. entschied sich schließlich für die Therapie, aber unter großer Angst und mit starken Vorbehalten. Sie machte deutlich, daß sie gegebenenfalls die Therapie abbrechen würde, falls sie merkte, daß sich alles noch verschlimmerte.

Dies war der Ausgangspunkt, an dem mit der ersten Übung begonnen wurde. Zunächst gingen wir gemeinsam in ein kleines Restaurant. Im Restaurant bestellte Frau S. ein Putenschnitzel, was sie recht schwierig zu essen fand. Sie schnitt alles vom Fleisch ab, was schwer zu kauen aussah und ließ dies auch trotz Aufforderung nicht bleiben. Auch schnitt sie nur sehr kleine Bissen ab. Sie kaute jeden Bissen etwa 50mal. Darauf angesprochen sagte sie, vorher könne sie das Fleisch nicht schlucken, es sei für sie dann einfach nicht «richtig». Sie wurde gebeten, jeden Bissen nur 15mal zu kauen, dies gelang ihr jedoch nicht. Hier zeigten sich die ersten Grenzen der Konfrontationstherapie: Der Patientin kann nicht geholfen werden, weniger zu kauen, sie muß sich alleine zwingen, und dies gelang ihr nicht.

Es wurde daraufhin eine Übung gewählt, bei der die Therapeutin etwas mehr Kontrolle hat, das Schlucken von «Pillen» (mit «Pillen» sind zunächst einfach Liebesperlen gemeint, die sich gut eignen, da sie unterschiedliche Größe aufweisen, später wurden dann Placebos aus der Apotheke benutzt). Frau S. verweigerte diese Aufgabe jedoch. Es stellte sich heraus, daß Frau S. 100prozentig überzeugt war, daß sie an den «Pillen» ersticken würde. Sie war sicher, daß ihre Speiseröhre sich vor Angst schließe, dann die «Pille» zwangsläufig in die Luftröhre geraten würde und sie diese anschließend keinesfalls aushusten könne. Frau S. war sehr ängstlich und erregt. Sie zitterte sichtbar, ihr Herz klopfte. Sie schlug vor, ins Krankenhaus zu fahren, vor Ärzten würde sie sich vielleicht trauen, die «Pillen» zu schlucken. Sie mußte weinen, weil sie so frustriert war, sie war enttäuscht von sich, fühlte sich hilflos.

Das anschließende ausführliche Gespräch endete damit, daß sie drei Alternativen hatte: Sie konnte sich überwinden, sie konnte die Therapie «halb» durchführen, d. h. nur das Essen üben, oder sie konnte die Therapie abbrechen. Das Für und Wider jeder Alternative wurde besprochen. Frau S. ging, um sich für ihre Entscheidung einen Tag Zeit zu nehmen.

Sie entschied sich, die Therapie fortzuführen und auch das «Pillenschlucken» zu üben. Wir einigten uns jedoch auf ein graduiertes Vorgehen, d. h. wir würden mit kleinen «Pillen» beginnen und die Größe schrittweise erhöhen. Parallel dazu

sollte das Essengehen weiter geübt werden. Frau S. begann mit den kleinen «Pillen». Sie hatte große Probleme. Sie beklagte sich häufig, daß sie Angst habe, es werde ihr schlecht. Sie fürchtete, die «Pillen» würden weiter in ihrem Hals stecken und gar nicht rutschen, ihre Speiseröhre tue ihr weh. Bei diesen Äußerungen schien es sich vor allem um Versuche zu handeln, mit dem Schlucken aufhören zu dürfen und zu vermeiden. Es gelang aber im Laufe von drei Stunden, zu größeren «Pillen» überzugehen. Frau S. sah die ersten Erfolge.

Auch beim anschließenden Essen zeigte sie Fortschritte. Es gelang ihr, Bissen nur noch 20–30mal zu kauen. Nachmittags sollte sie alleine «Pillen» schlucken. Dies war für sie besonders schwer, weil ihr dann niemand helfen konnte, falls sie sich verschlucken sollte. Es gelang ihr, drei «Pillen» zu schlucken. Die Fortschritte waren jedoch klein und mühsam erarbeitet; die Habituation stellte sich nicht oder nur langsam ein. Trotzdem und trotz einer deutlich depressiven Stimmung – Frau S. weinte häufiger, dachte alles sei sinnlos – übte Frau S. weiter. Das Schlucken wurde deutlich unverkrampfter, die Auswahl an möglichen Speisen größer.

Gleichzeitig wurden immer wieder Gespräche geführt und kognitive Strategien eingesetzt. So wurde über das Risiko gesprochen, sich zu verschlucken und anschließend zu ersticken. Frau S. war beunruhigt, daß die Therapeutin hier evtl. ein Risiko sehen könnte. Sie mochte nicht über dieses Thema sprechen, sonst erschien ihr das Risiko noch höher. So beunruhigten sie Überlegungen oder auch Erzählungen über das Ersticken sehr, und sie vermied die Auseinandersetzung mit diesem Thema. Wir versuchten erneut, das Risiko einzuschätzen, sich zu verschlucken und zu ersticken. Alle Argumente auflistend und diese bewertend, schätzte Frau S. ihr persönliches Risiko auf 50 %, sich zu verschlucken und zu ersticken. Daraufhin sprach die Therapeutin an, daß es sich bei einer solchen Rate vielleicht wirklich lohnt, die Sicherheitsvorkehrungen beizubehalten. Diese paradoxe Intervention brachte den erwünschten Erfolg, daß sich Widerspruch bei Frau S. regte.

Die Übungen gingen weiter, und Frau S. machte einige Fortschritte. Sie konnte nun «Pillen» allein schlucken. Auch wurde sie schneller und unverkrampfter. Sie schluckte immer größere Tabletten, lernte diese weiter hinten auf die Zunge zu legen und schaffte es schließlich auch ohne Wasser zu schlucken. Auch das öffentliche Essen wurde weiter geübt. Um ihr zu helfen, schneller und unauffälliger zu essen, aßen Frau S. und die Therapeutin synchron, d. h. immer wenn die Therapeutin einen Bissen nahm, mußte auch Frau S. einen nehmen. Sie mußte zudem vor organisierten Zuschauern essen. Auch diese Übung, vor der sie sehr viel Angst hatte, meisterte sie sehr gut. Frau S. war zum erstenmal richtig stolz auf sich.

Auch die weiteren Übungen verliefen erfolgreich. Das Vermeidungsverhalten wurde immer seltener. Von daher wurde auf die Bearbeitung ihrer Kindheitserlebnisse, die das Schlucken betrafen verzichtet, nach Kanfers Prinzip der minimalen Intervention [Kanfer et al., 1996]. Das Ende der Thera-

pie wurde vorbereitet. Frau S. stellte einen Übungsplan für zu Hause auf, der sehr gut geeignet war, die schwierigen Situationen weiter zu üben. Sollte sie Schwierigkeiten haben, wollte sie zunächst ihren Mann bitten zu helfen oder die Therapeutin anrufen. Des weiteren wurde besprochen, was sie tun soll, falls sie sich wirklich einmal verschluckt, eine Situation, die leider nicht geübt werden konnte. Auch hier trifft die Konfrontation auf ihre Grenzen. Frau S. war mit den Fortschritten, die in der Therapie erreicht worden waren, sehr zufrieden, sie habe viel mehr erreicht, als sie je vorher gedacht habe. Es gab für sie nun keine «gefährlichen» Speisen mehr, sie aß in einem fast normalen Tempo und konnte mit anderen und in der Öffentlichkeit essen. Es sei kein angenehmer Gedanke, weiter üben zu müssen, und sie habe auch noch Angst, aber sie hoffe, es werde gehen. Sie schätzte nun ihr persönliches Risiko, sich zu verschlucken und zu ersticken, auf ungefähr 15–20 %, was Frau S. als relativ geringe Rate sah.

Nachuntersuchung

Frau S. ging mit einem von ihr selbst erarbeiteten Übungsplan nach Hause. Nach zwei Wochen traf sie die Therapeutin zu einem Abschlußgespräch. Sie hatte zu Hause täglich «Pillen» geschluckt und empfand kaum noch Angst. Sie war mehrmals mit ihrem Mann essen gegangen und hatte sich auch zweimal mit Freunden getroffen und gemeinsam gegessen. Sie verspürte immer noch leichtes Unbehagen bei diesen Übungen und beschloß, weiter zu üben. Es wurde besprochen, was sie weiter tun konnte, vor allem, falls die Ängste schlimmer würden oder sie sich verschluckte. Frau S. war sehr zufrieden mit der Therapie, hatte allerdings ein klein wenig Angst, ob sie die Erfolge würde halten können. Sie konnte wieder normal essen und vor allem wieder soziale Aktivitäten ausüben.

Ein-Jahres-Katamnese

Nach einem Jahr kam Frau S. zur Nachuntersuchung. Sie nahm einmal im Monat nach wie vor große «Pillen», um «in Übung» zu bleiben. Sie hatte jedoch keine Probleme mehr mit dem Essen. Sie aß nun alle Speisen (die sie mag) und ging häufiger mit ihrem Mann ins Restaurant. Auch war sie wieder integriert in das Leben in ihrem Heimatort, ging ohne Probleme zu den Feiern und zum Kaffeetrinken. Sie war mit ihren Erfolgen ausgesprochen zufrieden. Sie hatte das Gefühl, besser noch ein wenig zu üben, aber sie hatte keine Angst mehr beim Schlucken. Sie sah die Therapie als vollen Erfolg an und war auch sicher, zukünftigen Schwierigkeiten begegnen zu können.

Zeitlicher Rahmen

Die Behandlung nahm 33 Behandlungseinheiten à 50 Minuten in Anspruch: ungefähr drei Behandlungseinheiten für die

Diagnostische Phase, 2,5 für die Kognitive Vorbereitung, 25,5 für die Konfrontationsbehandlung und zwei für die Nachbereitung. Während der Konfrontationsbehandlung folgten oft vier bis fünf Behandlungseinheiten aufeinander, teils zur ausführlichen Konfrontation, teils zu ihrer Vorbereitung und Begleitung. Die kognitiven Techniken wurden in kürzeren Einheiten durchgeführt. Die reine Konfrontationsbehandlung erstreckte sich über sechs Tage.

Erfolgskontrolle

Vor Therapiebeginn, zur Nachuntersuchung und ein Jahr nach Therapieabschluß wurden verschiedene Fragebögen gegeben, die Tabelle 1 zeigt die verschiedenen Werte. Diese spiegeln den Therapieerfolg deutlich wider. Frau S. hatte von Anfang an keine allzu hohen Werte auf den verschiedenen Fragebögen, da ihre Ängste sehr spezifisch waren und somit nur in kleinen Teilen in den Fragebogenwerten erfaßt wurden. Wie schon das diagnostische Interview zeigte, war sie nicht depressiv, allerdings verbesserte sich die Stimmung über die drei Meßzeitpunkte hinweg noch, wie die Werte des BDI [Beck et al., 1986] und der Depressivitätsskala der SCL-90-R [Franke, 1995] zeigten. Es wurden drei verschiedene Maße der Ängstlichkeit eingesetzt, der STAI-T [Laux et al., 1981], der ASI [Reiss et al., 1986] und der BAI [Margraf und Ehlers, im Druck]. Alle drei Maße zeigten eine deutliche Reduktion der Ängstlichkeit über die drei Meßzeitpunkte hinweg. Frau S.' Werte lagen ein Jahr nach der Therapie in einem völlig unauffälligen Bereich. Die SCL-90-R [Franke, 1995] gibt einen allgemeinen Überblick über psychische bzw. psychosomatische Beschwerden. Der Gesamtwert ergibt ein Maß der Beschwerden, Frau S. lag hier von Anfang an sehr niedrig, was vor allem die hohe Spezifität ihrer Beschwerden widerspiegelt. Ein Ausschnitt der interessierenden Skalen dieses Fragebogens zeigt Tabelle 1. Auch hier zeigte sich eine deutliche Verbesserung der Werte auf den Skalen «Ängstlichkeit», «Somatisierung» und «Soziale Unsicherheit».

Zum Zeitpunkt der Ein-Jahres-Katamnese wurde auch erneut ein diagnostisches Interview geführt [Mini-DIPS, Margraf, 1994]. Frau S. erfüllte erwartungsgemäß keine Kriterien einer Diagnose mehr. Damit spiegeln alle Maße den Therapieerfolg wider.

Diskussion

Im vorgestellten Fall wurde erfolgreich eine Spezifische Phobie vor dem Verschlucken mit einer Verhaltenstherapie behandelt. Hauptbestandteil der Behandlung war die Konfrontation in vivo, begleitet wurde diese von kognitiven Therapieelementen. Andere Behandlungsstrategien, wie z. B. eine medikamentöse Begleittherapie, wurden nicht durchgeführt. Die Art der Spezifischen Phobie, die Angst vor dem Verschlucken

Tab. 1. Fragebogenwerte zu den verschiedenen Untersuchungszeitpunkten

	Prä	Post	Ein-Jahres-Katamnese
STAI-T	43	36	30
ASI	30	12	7
BAI	16	5	0
BDI	6	0	0
SCL-90-R GSI	0,62	0,06	0,04
Ängstlichkeit	13	1	0
Somatisierung	13	1	2
Soziale Unsicherheit	9	1	1
Depressivität	7	0	0

und Erstickten, führte zu einigen Besonderheiten des Vorgehens. So war zwar eine massierte Konfrontation geplant, diese mußte jedoch weitgehend modifiziert werden, und ein graduiertes Vorgehen wurde stattdessen eingesetzt. Es war der Patientin nicht möglich, die am meisten angstauslösenden Situationen zuerst zu bewältigen. Die Therapeutin konnte weniger Hilfestellung leisten als beispielsweise bei einer Angst vor Höhen. Um die Angst vor dem Verschlucken zu bewältigen, müssen «gefährlich» erscheinende Speisen aktiv gegessen werden, während bei anderen Phobien ein weitgehend passives Verhalten während der Konfrontation zunächst ausreicht. Auch konnte die schlimmste Situation, das Verschlucken, gar nicht geübt werden (absichtliches Verschlucken ist unmöglich) und kam leider auch nicht zufällig während der Übungen vor.

Ein weiteres Problem war, daß die Habituation sich nur sehr langsam einstellte, zum einen, weil Frau S. noch sehr lange spezifisches Vermeidungsverhalten zeigte (z. B. wurde die «Pille» ganz vorne auf die Zunge gelegt und sie wurde mit sehr viel Wasser geschluckt). Zum anderen stellten sich Übelkeit oder Ekel ein und begrenzten die mögliche Zeit der Konfrontation. Es war nicht immer leicht zu erkennen, ob wirklich Übelkeit aufgetreten war, oder ob die Patientin die Sitzung abkürzen wollte, um zu vermeiden. Somit war es nötig, die Konfrontation an die besondere Gegebenheit dieser Phobie anzupassen. Dies gelang, und die Behandlung war erfolgreich.

Den größten Anteil am Therapieerfolg hatte sicherlich die Konfrontation in vivo, aber auch andere Therapiebausteine waren von Bedeutung. So stellte die Motivationslage der Patientin eine ganz besondere Herausforderung dar. Frau S. war von Anfang an sehr ängstlich und bedenklich, was die Konfrontation anging. Sie hatte alleine einige kleine Erfolge zu verbuchen, so konnte sie z. B. wieder mit ihrer Familie essen. Sie fürchtete, diese Erfolge durch die Therapie zu gefährden und ihre Ängste noch zu verstärken. Des weiteren war sie davon überzeugt, einem ganz besonderen Risiko ausgesetzt zu sein, sich zu verschlucken und zu ersticken. So erwähnte sie häufiger, daß sie vielleicht anatomisch anders sei als andere,

obwohl die Ärzte nichts Derartiges hatten feststellen können. Ihre persönlichen Risikoschätzungen waren nach langer Diskussion nach wie vor bei ca. 50 %. Wenn man glaubt, jede zweite «Pille» müßte tödlich sein, erfordert dies sehr viel Mut und erschwert die Konfrontation. Auch hielt Frau S. an dieser Risikoeinschätzung sehr lange fest; es waren viele Konfrontationsübungen nötig, um sie sicherer werden und Habituation einsetzen zu lassen. Es war sehr wichtig, auf ihre Bedenken einzugehen und ihnen genügend Raum in der Therapie zu lassen. Es drohte zweimal ein Therapieabbruch, der nur durch die Diskussion und das Annehmen ihrer Bedenken verhindert wurde. Sicherlich war auch das Erarbeiten des Therapieplans von großer Bedeutung. So wußte Frau S. genau, warum eine Konfrontation und nicht beispielsweise ein Entspannungsverfahren eingesetzt wurde. Die kognitiven Verfahren unterstützten die Therapie sehr. Vor allem die immer wieder durchgeführten Risikoeinschätzungen und das genaue Erläutern der positiven, negativen, kurz- und langfristigen Konsequenzen waren sehr wichtig. In diesem Rahmen wurde auch einmal paradox interveniert, wie z. B. der Patientin vorge schlagen, ihre Sicherheitsvorkehrungen beizubehalten. So wurde mit ihr durchgegangen, was sie alles tun könnte, um möglichst sicher zu sein, sich nicht zu verschlucken. Also welche Nahrungsmittel sind «sicher», sollte sie wieder nur alleine essen, um sich ausreichend konzentrieren zu können. So wur-

de zum einen erreicht, daß die Patientin bemerkte, daß es keine 100 %ige Sicherheit gibt, zum anderen regte sich wie erhofft Widerstand, sie wollte sich verändern, wollte wieder anders leben können.

Wiewohl die Konfrontation dieser Phobie eine besondere Herausforderung vor allem für die betroffene Patientin war, so hat sie sich doch als erfolgreich erwiesen. Vor allem die Fragebogendaten und die Gespräche zu den Katamnesezeitpunkten zeigen, daß der Therapieerfolg auch über einen längeren Zeitraum aufrechterhalten wurde. Alle Maße weisen darauf hin, daß sogar noch eine weitere Verbesserung und Stabilisierung eintrat. Dies alles spricht dafür, die Konfrontation zur Behandlung einer Spezifischen Phobie vor dem Verschlucken einzusetzen. Auch in diesem Fall hat sie sich als Methode der Wahl erwiesen. Es ist bedauerlich, daß zu den Phobien vor dem Verschlucken und Ersticken keine kontrollierten Therapiestudien vorliegen. Vielleicht gibt dieser Fall Anregung dazu, solche Studien durchzuführen, um zu aussagekräftigeren Ergebnissen zu gelangen.

Dank

Wir danken Andrea Hähnel für die Auswertung der Fragebögen und ihre hilfreichen Kommentare.

Literatur

- American Psychiatric Association, Deutsche Bearbeitung: Saß H, Wittchen H-U, Zaudig M: Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen, DSM-IV. Göttingen, Hogrefe, 1996.
- Barlow DH: Anxiety and Its Disorders. The Nature and Treatment of Anxiety and Panic. New York, Guilford, 1988.
- Beck AT, Rush AJ, Shaw BF, Emery G: Kognitive Therapie der Depression. München, Urban & Schwarzenberg, 1986.
- Bishop LC, Riley WT: The psychiatric management of the globus syndrom. *Gen Hosp Psychiatry* 1988;10: 214–219.
- Bland RC, Newman SC, Orn H: Lifetime prevalence of psychiatric disorders in Edmonton. *Acta Scand* 1988;77:24–32.
- Bleuler M: Lehrbuch der Psychiatrie. Berlin, Springer, 1916.
- Bourdon KH, Boyd JH, Rae DS, Burns BJ, Thompson JW, Locke BZ: Gender differences in phobias: Results of the ECA community survey. *J Anx Dis* 1988;2:227–241.
- Brown SR, Schwartz JM, Summergrad P, Jenike MA: Globus hystericus syndrome responsive to antidepressants. *Am J Psychiatry* 1986;143:917–918.
- Brown TA, DiNardo PA, Barlow DH: Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV. Albany, Graywind, 1994.
- Fiengenbaum W: Agoraphobie – Theoretische Konzepte und Behandlungsmethoden. Opladen, Westdeutscher Verlag, 1986.
- Franke GH: SCL-90-R. Die Symptom-Checklist von Derogatis, deutsche Version. Göttingen, Beltz Test GmbH, 1995.
- Fredrikson M, Annas P, Fischer H, Wik G: Gender and age differences in the prevalence of specific fears and phobias. *Behav Res Ther* 1996;34:33–39.
- Hand I: Expositionsbehandlung; in Linden M, Hautzinger M (Hrsg): Verhaltenstherapie. Berlin, Springer, 1993.
- Kanfer FH, Reinecker H, Schmelzer D: Selbstmanagement-Therapie. Berlin, Springer, 1996.
- Klein MR: Globus hystericus and panic attacks (letter to the editor). *Am J Psychiatry* 1987;144:390–391.
- Laux L, Glanzmann P, Schaffner P, Spielberger CD: State-Trait Angstinventar. Weinheim, Beltz Test GmbH, 1981.
- Leelanamit V, Geater A, Sinkitjaroenchai W: A study of 111 cases of globus hystericus. *J Med Assoc Thai* 1996;79:460–467.
- Margraf J: Mini-DIPS. Diagnostisches Kurz-Interview bei psychischen Störungen. Berlin, Springer, 1994.
- Margraf J, Ehlers A: Das Beck-Angstinventar. Bern, Huber, im Druck.
- Margraf J, Schneider S: Panik. Angstanfälle und ihre Behandlung. Berlin, Springer, 1989.
- Margraf J, Schneider S, Ehlers A (Hrsg): Diagnostisches Interview bei psychischen Störungen (DIPS). Berlin, Springer, 1991. Zweite Auflage 1994.
- Margraf J, Schneider S, Soeder U, Neumer S, Becker E: F-DIPS. Diagnostisches Interview bei psychischen Störungen (Forschungsversion, 1996). Unveröffentlichtes Manuskript.
- Mersky H, Mersky SJ: Hysteria, or 'suffocation of the mother'. *Can Med Assoc J* 1993;148:381–382.
- Öst L-G: Applied relaxation: Description of a coping technique and review of controlled studies. *Behav Res Ther* 1987;25:397–409.
- Öst L-G: Applied relaxation, exposure in vivo and cognitive methods in the treatment of panic disorder with agoraphobia. *Behav Res Ther* 1993;31:383–394.
- Öst L-G: Spezifische Phobien; in Margraf J (Hrsg): Lehrbuch der Verhaltenstherapie. Band 2. Berlin, Springer, 1996.
- Ravich WJ, Wilson RS, Jones B, Donner MW: Psychogenic dysphagia and globus: Reevaluation of 23 patients. *Dysphagia* 1989;4:35–38.
- Reinecker H: Phobien: Agoraphobie, soziale und spezifische Ängste. Göttingen, Hogrefe, 1993.
- Reiss S, Peterson RA, Gursky DM, McNally RJ: Anxiety sensitivity, anxiety frequency and prediction of fearfulness. *Behav Res Ther* 1986;24:1–8.
- Ritter B: Treatment of acrophobia with contact desensitisation. *Behav Res Ther*, 1969;7:41–45.
- Robins LN, Helzer JE, Weisman MM, Orvaschel H, Gruenberg E, Burke JD, Regier DA: Lifetime prevalence of specific psychiatric disorders in three sites. *Arch Gen Psychiatry* 1984;41:949–958.
- Shorter E: Moderne Leiden. Reinbek, Rowohlt, 1994.
- Stacher G: Schlucken und Psyche. *Wien Klin Wochenschr* 1983;95:502–511.
- Weltgesundheitsorganisation: Internationale Klassifikation psychischer Störungen. Göttingen, Huber, 1993.
- Wittchen HU: Epidemiology of panic attacks and panic disorder; in Hand I, Wittchen HU (eds): Anxiety and panic disorder. Berlin, Springer, 1986.