

Agoraphobie und Panikstörung

WAS IST EINE PANIKSTÖRUNG?

Eine Panikattacke (Angstanfall) ist eine abgrenzbare Periode intensiver Angst und starken Unbehagens und besteht aus mehreren, plötzlich und unerwartet („wie aus heiterem Himmel“), scheinbar ohne Ursachen in objektiv ungefährlichen Situationen auftretenden somatischen und kognitiven Symptomen von subjektiv oft lebensbedrohlichem Charakter.

Eine Panikattacke als einzelne Episode von intensiver Angst oder Unbehagen beginnt abrupt, d.h. nicht vorhersagbar, erreicht innerhalb von einigen Minuten ein Maximum und dauert mindestens einige Minuten an (nach Forschungsergebnissen durchschnittlich eine knappe halbe Stunde).

Eine Panikstörung besteht aus wiederholten, spontan und unerwartet auftretenden Panikattacken. Die Panikattacken sind nicht auf spezifische Situationen oder besondere Umstände bezogen, stehen in keinem Zusammenhang mit besonderen Anstrengungen, gefährlichen oder lebensbedrohlichen Situationen und sind auch nicht durch eine körperliche oder eine andere psychische Störung bedingt.

Die Furcht vor einer weiteren, sehr bedrohlich und nicht kontrollierbar erscheinenden Panikattacke führt oft zu einer ausgeprägten Erwartungsangst, die das ganze Leben negativ beeinflusst. Als Folge davon entwickelt sich häufig eine „Platzangst“ (Agoraphobie) mit einer massiven Einschränkung des Bewegungsspielraumes.

Bei einer Panikstörung stehen die körperlichen Symptome – zumindest anfangs – derart im Vordergrund, dass viele Betroffene nicht den Eindruck haben, unter einer Angststörung, sondern unter einer unbekanntem körperlichen Störung zu leiden.

SYMPTOME EINER PANIKATTACKE

Vegetative Symptome:

1. Herzrasen, Herzklopfen oder erhöhte Herzfrequenz,
2. Schweißausbrüche,
3. fein- oder grobschlägiges Zittern (Tremor),
4. Mundtrockenheit (nicht als Folge von Medikamenten oder Austrocknung).

Symptome, die den Brustkorb oder den Bauch betreffen:

5. Atembeschwerden,
6. Beklemmungsgefühl,
7. Schmerzen und Missempfindungen in der Brust,
8. Übelkeit oder Missempfindungen im Magen.

Psychische Symptome:

9. Schwindel, Unsicherheit, Schwäche oder Benommenheit,
10. Entfremdungsgefühl gegenüber der eigenen Person (Depersonalisation) oder Gefühl der Unwirklichkeit der Umwelt (Derealisation),
11. Angst die Kontrolle zu verlieren, verrückt zu werden oder „auszuflippen“,
12. Angst zu sterben (die auftretenden Symptome lösen Todesangst aus).

Allgemeine Symptome:

13. Hitzegefühle oder Kälteschauer,
14. Gefühllosigkeit oder Kribbelgefühle.

DIAGNOSE EINER PANIKSTÖRUNG

Das Diagnoseschema „**Internationale Klassifikation psychischer Störungen**“ der WHO (ICD-10) setzt folgende Kriterien für die Diagnose einer Panikstörung (F41.0) voraus:

Tritt eine Panikattacke in einer eindeutig phobischen Situation auf, wird sie in der vorliegenden Klassifikation als Ausdruck des Schweregrades einer Phobie (Angst vor klar definierten, im Allgemeinen ungefährlichen Situationen oder Objekten - außerhalb des Patienten) gewertet, der diagnostisch Priorität eingeräumt wird. Eine Panikstörung soll nur bei Fehlen der unter F40 genannten Phobien diagnostiziert werden.

Eine eindeutige Diagnose ist nur bei mehreren schweren vegetativen Angstanfällen zu stellen, die innerhalb eines Zeitraums von etwa 1 Monat aufgetreten sind,

- in Situationen, in denen keine objektive Gefahr besteht;
- wenn die Angstanfälle nicht auf bekannte oder vorhersagbare Situationen begrenzt sind;
- zwischen den Attacken müssen weitgehend angstfreie Zeiträume liegen (Erwartungsangst ist jedoch häufig).

Differentialdiagnostisch muss auch dringend an eine organische Ursache der Angstanfälle gedacht werden (z.B. Herzinfarkt, Coronarinsuffizienz, paroxysmale Tachykardie). Daher sollte vor Diagnosestellung eine fachärztliche Untersuchung in dieser Richtung erfolgen.

Im **ICD-10** kann die Panikstörung alleine oder bei der Agoraphobie („Platzangst“ – mit bzw. ohne Panikstörung) diagnostiziert werden während im **DSM-IV** („Diagnostisches und Statistisches Manual für psychische Störungen“ der Amerikanischen Psychiatrischen Vereinigung) die Panikstörung entweder mit oder ohne Agoraphobie diagnostiziert wird.

WAS IST EINE AGORAPHOBIE

Agoraphobie (vom Griechischen „agora“ = Marktplatz und „phobos“ = Angst) heißt auf Deutsch „Platzangst“. Der Begriff „Agoraphobie“ wurde 1871 erstmals von dem deutschen Psychiater Westphal verwendet und verstanden als „Unmöglichkeit, durch bestimmte Straßen oder über bestimmte Plätze zu gehen oder die Gewissheit, dies nur unter Angst tun zu können“.

Die Agoraphobie wurde unter der Bezeichnung „Platzangst“ 1887 von Kraepelin, dem damals bedeutendsten deutschen Psychiater, in die psychiatrische Krankheitslehre eingeführt.

Bereits Freud wies auf die Agoraphobie-Entstehung als Folge von Panikattacken hin: „In Wirklichkeit ist das, was der Kranke befürchtet, das Ereignis eines solchen Anfalls unter solchen speziellen Bedingungen, dass er glaubt, ihm nicht entkommen zu können.“

Als Agoraphobie bezeichnet man aber nicht nur alle Ängste vor offenen Plätzen, sondern auch alle Ängste vor öffentlichen Orten, Situationen und Menschenansammlungen, wo beim plötzlichen Auftreten einer unerwarteten oder durch die Situation ausgelösten Panikattacke oder ähnlichen, milderer Symptomen (Schwindel, Ohnmachtsangst, Herzrasen, Schwitzen, Verlust der Blasen-/Darmkontrolle usw.) eine Flucht schwierig oder peinlich wäre oder aber keine Hilfe verfügbar wäre. Besonders Angst machend ist die Vorstellung, die Kontrolle über sich und die Körperreaktionen zu verlieren, in der Öffentlichkeit umzufallen und hilflos liegen zu bleiben oder der Reaktion der Umwelt ausgeliefert zu sein bzw. „durchzudrehen und verrückt zu werden“.

Phobische Situationen werden konsequent gemieden, wenn kein Fluchtweg in Aussicht ist, oder können nur unter großer Angst und Belastung durchgestanden werden. Manche Agoraphobiker erleben aktuell wenig Angst, weil es ihnen gelingt, den gefürchteten Situationen auszuweichen. Als Folge der Angst bestehen entweder Einschränkungen der Bewegungsfreiheit, vor allem beim Reisen, die Notwendigkeit einer Begleitperson außerhalb der Wohnung, oder die phobischen Situationen können nur unter intensiver Angst durchgestanden werden.

Das ausgeprägte Vermeidungsverhalten von Agoraphobikern führt oft zu einem totalen Rückzug in die eigene Wohnung und damit zur sozialen Isolierung. Doch auch zu Hause kann das Gefühl der Sicherheit verloren gehen durch die Angst vor dem Alleinsein, wo die beschützende Wirkung vertrauter Personen fehlt.

Sogenannte Sicherheitssignale sind für das Verständnis der agoraphobischen Symptomatik von Bedeutung. Diese zeigen den Patienten an, dass Angst unwahrscheinlich ist bzw. ohne

gefährliche oder unangenehme Folgen wäre. Solche Sicherheitssignale reduzieren Angst, ihre Abwesenheit wird jedoch wiederum zum Angstauslöser. Häufige Beispiele sind Medikamente, etwas zum Festhalten, die Telefonnummer des Therapeuten oder die Anwesenheit des Partners oder eines Arztes.

DIAGNOSE DER AGORAPHOBIE

Nach dem **internationalen Diagnoseschema (ICD-10)** müssen alle folgenden Kriterien für die eindeutige Diagnose einer Agoraphobie (F40.0) erfüllt sein:

1. Die psychischen oder vegetativen Symptome müssen primäre Manifestationen der Angst sein und nicht auf anderen Symptomen wie Wahn- oder Zwangsgedanken beruhen.
2. Die Angst muss in mindestens zwei der folgenden umschriebenen Situationen auftreten:
 - in Menschenmengen
 - auf öffentlichen Plätzen
 - bei Reisen mit weiter Entfernung von zu Hause
 - bei Reisen alleine.
3. Vermeidung der phobischen Situation muss ein entscheidendes Symptom sein oder gewesen sein.

Das Fehlen eines sofort nutzbaren „Fluchtweges“ ist ein Schlüsselsymptom vieler agoraphobischen Situationen.

Das Vorliegen oder Fehlen einer *Panikstörung* bei der Mehrzahl der agoraphobischen Situationen kann mit der fünften Stelle angegeben werden:

F40.00 ohne Panikstörung
F40.01 mit Panikstörung

Tritt Agoraphobie ohne diagnostizierbare Panikstörung auf, hat der Betroffene normalerweise Paniksymptome, jedoch keine regelrechten Attacken erlebt. In beiden Fällen ist die Agoraphobie mit der Angst vor einer Attacke verbunden.

EPIDEMIOLOGIE:

Die Lebenszeitprävalenz der Panikstörung liegt zwischen 1,5 – 5 % und die der Agoraphobie zwischen 0,6 – 6 %. Die weite Spanne kommt durch die unterschiedlichen diagnostischen Kriterien verschiedener großangelegter epidemiologischer Studien zustande [einige der wichtigsten sind z.B. das „Epidemiological Catchment Area Program“ („ECA“) des amerikanischen National Institute of Mental Health, die „Zürich-Studie“ und die „Münchener Follow-up Studie“ („MFS“)]. Nach diesen Studien stellen die Angststörungen bei Frauen die häufigste und bei Männern nach den Abhängigkeitssyndromen die zweithäufigste Form psychischer Störungen dar. Agoraphobie tritt nach o.g. Studien bei Frauen etwa zwei- bis dreimal häufiger als bei Männern auf, bei der Panikstörung beträgt das Verhältnis etwa 2 zu 1. In klinischen Stichproben sind Agoraphobien die weitaus häufigsten Angststörungen (ca. 10 – 50 %).

VERLAUF:

Im Gegensatz zu allen anderen Phobien, die meist in der Kindheit oder Jugend beginnen, setzen Agoraphobien und Angstanfälle in der Regel erst im frühen Erwachsenenalter zwischen 20 und 35 Jahren ein. Die meisten Studien berichten einen Mittelwert von etwa 28 Jahren, ein Beginn vor dem 16. oder nach dem 40. Lebensjahr ist selten (jeweils unter 10 % aller Fälle). Nach den retrospektiven Aussagen der Patienten in klinischen Stichproben beginnen die Störungen in mindestens 80 % aller Fälle mit einem Angstanfall an einem öffentlichen Ort. Es fand sich jedoch auch eine große Gruppe von Agoraphobikern, die keine Angstanfälle hatten. Ein schleichender Beginn ist eher selten.

Sowohl Agoraphobien als auch Angstanfälle ohne phobisches Vermeidungsverhalten zeigen oft starke Fluktuationen, sowohl kurzfristig („gute und schlechte Tage“) als auch längerfristig. So kann es im Verlauf der Störung auch zu beschwerdefreien Phasen kommen. Dennoch ist

der Verlauf der Störung langfristig ungünstig. Sobald die Problematik eine gewisse Zeit (etwa ein Jahr) angehalten hat, sind völlige Spontanremissionen sehr selten.

Agoraphobien und Angstanfälle führen häufig zu Folgeproblemen wie Depressionen oder Alkohol- oder Medikamentenmissbrauch. Die Qualität der Partnerbeziehungen ist jedoch in der Regel wenig beeinträchtigt. Die Patienten sind im Gegensatz zu anderen Angstpatienten zum weitaus größten Teil verheiratet und führen Ehen von durchschnittlicher Qualität.

NOSOLOGIE

Die Klassifikation der Angststörungen und ihre Abgrenzungen von anderen Störungen werden kontrovers diskutiert. Die gegenwärtig gebräuchlichen Klassifikationssysteme basieren weitgehend auf klinischen Erfahrungen und Querschnittsbefunden. Besonders zur Abgrenzung von Angststörungen und Depressionen liegen inkonsistente Befunde vor. Eine relativ hohe Komorbidität zwischen Angststörungen und Depressionen wurde vielfach belegt. Dabei wurde auch festgestellt, dass bei der überwiegenden Anzahl der Patienten mit Angststörungen und Depressionen, die Angststörungen zuerst aufgetreten waren.

Unterscheidung zwischen Panikstörung und anderen Angststörungen

Zwischen Panikattacken und anderen Angstformen bestehen keine qualitativen Unterschiede, wohl aber quantitative Besonderheiten. Charakteristisch für Panikattacken sind:

- das stärkere Vorherrschen somatischer Symptome (dieselben vegetativen Symptome sind bei anderen Angststörungen meistens nicht so ausgeprägt),
- der akute Zeitverlauf der Symptomatik (eine generalisierte Angststörung beginnt dagegen meist langsam),
- die Unmittelbarkeit der befürchteten Gefahren bzw. Folgen des Angstanfalls (andere Angststörungen werden wohl als sehr lästig und lebenseinengend, nicht jedoch als lebensbedrohlich erlebt),
- die Unvorhersehbarkeit der Angstanfälle (im Gegensatz zu den situationsbezogenen und daher vorhersehbaren Panikattacken bei sozialer oder spezifischer Phobie),
- die zentrale Bedeutung interner Angst auslösender Reize (Phobien werden dagegen durch spezifische äußere Auslöser bewirkt).

Unterscheidung zwischen Agoraphobie und anderen Angststörungen

Im Gegensatz zu einer Agoraphobie werden bei einer *spezifischen Phobie* nur bestimmte Objekte und Situationen gefürchtet, z.B. Fliegen, Liffahren, Spinnen, Hunde.

Bei einer *sozialen Phobie* werden Situationen nicht wegen der körperlichen Bedrohlichkeit gefürchtet und gemieden, sondern wegen möglicher negativer Beurteilung durch andere Menschen, d.h. es werden soziale und Leistungssituationen vermieden.

Bei Agoraphobikern sind oft zwei Arten von Ängsten anzutreffen:

- Angst vor Panikattacken oder einer panikähnlichen Symptomatik. Die fehlende Garantie für die Sicherheit und Unversehrtheit der Person führt bei Panikpatienten oft zur Einschränkung des Aktionsradius und zur Abhängigkeit von bestimmten Sicherheitsgarantien (andere Personen, Medikamente usw.).
- Angst vor sozialer Auffälligkeit („Was werden die anderen Menschen von mir denken, wenn sie mich während einer Panikattacke sehen?“). Hinter der Angst vor dem Sichtbarwerden körperlicher Symptome steht oft eine soziale Unsicherheit und soziale Ängstlichkeit. Sozialphobische Agoraphobiker fürchten den „sozialen Tod“, den Verlust des Sozialprestiges als Folge der sozialen Auffälligkeit, was durch bestimmte sichtbare, als an sich ungefährlich erkannte Symptome (Rotwerden, Zittern, Schwitzen, Ausbleiben oder Veränderungen der Stimme) verstärkt wird.

Personen mit *Zwangsstörungen* vermeiden Situationen wegen möglicher Verunreinigungen (z.B. um sich dadurch vermehrtes Waschen und Reinigen zu ersparen).

Bei einer *Depression* erfolgt der Rückzug nicht aus körperlichen oder sozialen Ängsten, sondern aus Antriebsmangel und Lustlosigkeit. Oft verstärkt eine sekundäre Depression eine ursprüngliche Agoraphobie oder Sozialphobie. Die Beseitigung der Depression ist die Voraussetzung für eine erfolgreiche Angstbewältigung.

ÄTIOLOGIE DER PANIKSTÖRUNG

Biologische Theorien:

Genetisch:

Die Panikstörung tritt familiär gehäuft auf und weist bei eineiigen Zwillingen eine höhere Konkordanz auf, als bei zweieiigen, was auf eine genetische Diathese hinweisen könnte.

Biochemisch:

Eine andere biologische Theorie geht davon aus, dass Panik durch übermäßige Aktivität des noradrenergen Systems (Neuronen, die Norepinephrin als Neurotransmitter verwenden) verursacht wird (übermäßige Stimulierung der für die Auslösung von Angst verantwortlichen Neuronen und/oder verminderte Hemmung derselben).

Eine weitere Hypothese besagt, dass Panikattacken mit einer erhöhten Sensibilität der Betroffenen gegenüber Kohlendioxid (CO₂) zusammenhängen.

Psychologische Theorien:

Die gemeinsame zentrale Annahme verschiedener psychologischer Ansätze besagt, dass Angstanfälle durch einen Aufschaukelungsprozess zwischen körperlichen Symptomen, deren Assoziation mit Gefahr und der daraus resultierenden Angstreaktion entstehen.

Angst vor der Angst

Die wichtigste psychologische Theorie der Agoraphobie, die oft eine Begleiterscheinung der Panikstörung ist, geht von der Angst vor der Angst aus. Danach ist die Agoraphobie nicht die Angst vor großen freien Plätzen (Menschenmengen etc.) an sich, sondern die Angst vor einer Panikattacke in der Öffentlichkeit.

Wie bei Panikattacken selbst könnte die Ursache dafür ein zu übermäßiger Aktivität prädisponiertes autonomes Nervensystem sein (Barlow, 1988) verbunden mit einer psychischen Neigung, sich über diese Empfindungen stark aufzuregen. Wird ein Zustand starker körperlicher Erregung erreicht, interpretieren manche Menschen diese ungewöhnlichen Reaktionen des autonomen Systems (wie etwa einen schnellen Herzschlag) als Zeichen großer Gefahr oder sogar des drohenden Todes. Wenn diese Episoden wiederholt auftreten, bekommt der Betroffene Angst vor diesen Empfindungen und macht sie dann noch dadurch schlimmer, dass er sich darüber aufregt. So schließt dann die Psyche des Betroffenen an das an, was die Biologie an Grundlage geschaffen hatte. Wenn man sich über eine mögliche weitere Panikattacke sorgt und diese antizipiert, wird sie sich mit umso größerer Wahrscheinlichkeit auch einstellen. Der Betroffene achtet mehr auf auch noch so geringe Anzeichen einer drohenden Panikattacke, was die Wahrscheinlichkeit einer solchen Attacke wiederum erhöht. Es kommt zu einem Teufelskreis: die Furcht vor einer weiteren Panikattacke führt zu erhöhter Aktivität des autonomen Systems, die dann als Katastrophe interpretiert wird, was wiederum die Angst verstärkt und schließlich in einer richtiggehenden Panikattacke ihren Höhepunkt findet (Craske & Barlow, 1993).

Bestimmte Situationen führen bei hierfür sensiblen Personen zu unangenehmen körperlichen Empfindungen, aus denen sich dann Panikattacken entwickeln können:

- Heißes oder schwüles Wetter begünstigt unangenehmes Schwitzen, Schwindel, Herz- und Kreislaufbeschwerden (Blutgefäßerweiterung mit Blutdruckabfall).
- Enge und geschlossene Räume bewirken das Gefühl, zu wenig Luft zu bekommen (erhöhte CO₂-Sensitivität).

Angst vor Kontrollverlust

Das Konzept der Kontrolle spielt bei der Panik ebenfalls eine Rolle. Panikpatienten haben extreme Angst davor, die Kontrolle zu verlieren, was ja geschehen könnte, wenn sie in der Öffentlichkeit einen Anfall bekämen.

AUSLÖSER DER ERSTEN PANIKATTACKE

Als Hintergrund für die erste Panikattacke, gilt ein allgemein erhöhtes Stressniveau. Die erste Panikattacke tritt meistens in der Zeit einer erhöhten Stressbelastung auf (körperlich, psychisch, geistig, sozial, familiär, beruflich, finanziell). Vor der Auslösesituation der ersten Panikattacke finden sich oft Überlastungen oder chronische Konflikte (z.B. in der Partnerschaft oder am Arbeitsplatz).

Die erste Panikattacke entsteht gewöhnlich im Rahmen einer Kombination von zwei Arten von Stressfaktoren:

- Psychophysiologische (körperliche) Belastung: niedriger Blutdruck, Blutdruckabfall, Allergie, Genesungsphase nach einer Krankheit (z.B. plötzliches Aufstehen nach einer Grippe), prämenstruelle Phase, Schwangerschaft, Geburt, zuviel Kaffee, Alkohol oder Drogen, körperliche Aktivierung nach längerer Inaktivität usw.
- Psychosoziale Belastung: völlig unerwarteter Todesfall oder schwere Erkrankung eines Angehörigen (oft Herzinfarkt oder Krebs), akute familiäre oder berufliche Konflikte, Trennungserlebnisse, Kündigung usw.

Panikattacken lassen sich durch das Stressmodell erklären. In Phasen eines allgemein hohen Anspannungsniveaus kann schon eine alltägliche Stress-Situation (z.B. eine kleine Verletzung) zum Auslöser für eine Panikattacke werden. Panikattacken sind zu verstehen als besonders dramatisch ablaufende Alarmreaktionen auf Stress oder auf eine Häufung von Stressoren. Im Laufe der Zeit verselbständigt sich dieses Angsterleben aufgrund von kognitiven Prozessen als permanente Angst vor einem Panikanfall (Erwartungsangst), was die allgemeine Anspannung erhöht. Die Unfähigkeit, sich die Symptome erklären zu können (obwohl die psychosozialen Belastungen durchwegs als solche wahrgenommen werden), verstärkt die Ängste.

Panikpatienten haben nicht mehr Stress als die Normalbevölkerung zu bewältigen, sie bewerten die Belastungen jedoch viel negativer, weil sie aufgrund ihres größeren Sicherheitsbedürfnisses mit möglicher Bedrohung und Unsicherheit nicht gut umgehen können, was oft lebensgeschichtlich verständlich ist (z.B. ängstliche Mutter, Herzkrankheiten, Asthma, Schlaganfall, Krebs, unerwartete Todesfälle in der Familie oder Bekanntschaft). Am belastendsten ist jener Stress, den man gerne kontrollieren möchte, jedoch bei noch so viel Aufwand nicht kontrollieren kann. Als Folge davon entwickelt sich eine „erlernte Hilflosigkeit“, die zu Resignation, depressiver Erschöpfung und vermehrten Erwartungsängsten führt.

AUSLÖSEFAKTOREN EINER AGORAPHOBIE

Auslöser von Agoraphobien sind in der Regel länger dauernde belastende oder traumatische Stresszustände, die oft zur ersten Panikattacke führen, in deren Folge häufig eine Agoraphobie auftritt. Agoraphobiker unterscheiden sich von anderen Personen weniger durch die Art der ersten Reaktion auf eine real belastende Lebenssituation als vielmehr durch den Umstand, dass diese Reaktion beibehalten bzw. situationsunangemessen generalisiert wird.

Bei näherer Betrachtung ist zumindest für einen Psychotherapeuten oft bald erkennbar, dass das Schicksal einer Panikattacke mit einer daraus resultierenden Agoraphobie trotz der Belastung einem sinnvollen Zweck dienen kann, nämlich einem ersten, wenngleich auf Dauer ungenügenden Lösungsversuch einer vorhandenen Konfliktsituation.

Eine Agoraphobie beginnt bei rund 90% der Patienten mit einer Panikattacke außer Haus. Plötzlich, unerwartet und unerklärlich kommt es zu massiven vegetativen Beschwerden: Herzrasen, Atemnot, Schwindelgefühle, Ohnmachtsangst, Übelkeit, Schwächegefühl in den Beinen usw. Wenn nach der ersten Panikattacke längere Zeit keine zweite folgt, kommt es trotz der Dramatik des Erlebten meist zu keiner Einschränkung des Bewegungsspielraums. Oft schon nach dem zweiten oder dritten Angstanfall beginnt sich der Aktionsradius zunehmend einzuengen, obwohl die durchgeführten Untersuchungen keinen organischen Befund ergaben. Der Schweregrad einer Agoraphobie lässt sich weder durch die Intensität noch durch die Häufigkeit von Panikattacken ausreichend vorhersagen, viel besser dagegen

durch die Angst vor bestimmten agoraphobischen Situationen. Nach einer Wiener Studie lässt sich aus dem Auftreten von Gefühlen der Peinlichkeit bei der ersten Panikattacke eine spätere Agoraphobie vorhersagen.

Der typische Problemlösungsmechanismus von Menschen mit Agoraphobie besteht im Vermeiden angst machender Situationen. Das Ausweichen vor der Angst verhindert die Erfahrung, dass die gefürchtete Situation gar nicht gefährlich und relativ leicht bewältigbar ist. Mangelnde positive Erfahrungen im Umgang mit anfangs unbekanntem oder unberechenbarem Situationen führen zu immer größerem Meidungsverhalten. Es erfolgt eine Generalisierung, d.h. eine Ausweitung der Angst auf ähnliche Situationen bis hin zur lebensdienenden Behinderung. Selbstbewusstsein und Zukunftshoffnung schwinden derart, dass Betroffene, Außenstehende und auch Ärzte schließlich nicht mehr wissen, ob aus hemmender Angst, antriebslähmender Depression oder beidem die schützende Wohnung nicht mehr verlassen werden kann. Es kommt zu einem Teufelskreis: eine nicht bewältigbare Agoraphobie führt zu einer Depression, die wiederum die Phobie verstärkt, so dass ein chronischer Verlauf wahrscheinlich wird.

Agoraphobikern erscheint ihr Verhalten selbst als unsinnig und peinlich, so dass sie die wahren Gründe anfangs auch vor Bekannten und Verwandten verbergen, indem sie Ausreden für ihr Vermeidungsverhalten gebrauchen (Kreislaufbeschwerden, Übelkeit, Kopfschmerzen u.a.). Wenn die Störung im Angehörigenkreis bekannt wird, erleben die Betroffenen anfangs oft erstaunlich viel Nachsicht und Unterstützung.

Verschiedene Agoraphobiker können nur mit dem Partner zusammen in die Arbeit gehen und nur in seiner Begleitung an verschiedenen sozialen Aktivitäten teilnehmen. Oft müssen Partner und Kinder von agoraphobischen Frauen die Einkäufe erledigen. Manchmal nimmt sich der Gatte sogar Urlaub, um an der Seite seiner furchtsamen Frau bleiben zu können. Ein Drittel der Agoraphobiker ist so behindert, dass die Erfüllung der beruflichen und familiären Verpflichtungen nicht mehr möglich ist. Wenn die Angehörigen die Agoraphobie des Familienmitglieds nicht mehr länger unterstützen möchten und sich heftig dagegen wehren, sind ständige Streitereien wahrscheinlich.

Die übrige soziale Umwelt erfährt oft auch weiterhin nichts oder nur wenig von der agoraphobischen Beeinträchtigung. Im Laufe der Zeit entwickelt sich ein immer stärkerer Rückzug vom früheren Bekanntenkreis, eine Einschränkung der Freizeitaktivitäten, ein zunehmender Leidensdruck, zeitweise auch eine Arbeitsunfähigkeit.

In Notsituationen des alltäglichen Lebens (z.B. bei einem Unfall mit Verletzten oder bei schwerer Erkrankung des Kindes) können agoraphobische Patienten ebenfalls plötzlich ihre Agoraphobie überwinden. Das Fluktuieren der Symptomatik kann bei Verwandten und Bekannten zur Auffassung führen, der Betroffene sei einfach nur unwillig, bequem und wolle sich vor schwierigen Situationen drücken. Demgegenüber ist festzuhalten, dass Höchstleistungen nicht dauernd erbracht werden können.

Das Fehlen einer fix vorgegebenen Tagesstruktur ist der Grund, warum eine Agoraphobie bei Hausfrauen, Studenten und Selbständigen leichter ausfunkt als bei unselbständig Beschäftigten. Dies erklärt auch, warum viele früher recht selbständige und beruflich erfolgreiche Frauen eine lebensdienende Agoraphobie erst dann entwickeln, wenn sie wegen der Heirat und der Kindererziehung ihren Beruf aufgegeben haben.

Stationäre Aufenthalte können bei allgemeinen Überlastungssituationen, depressiven Erschöpfungszuständen und gezielten symptombezogenen Therapiemaßnahmen einen heilenden Effekt haben, sie können jedoch auch die Gefahr einer überlangen Aufenthaltsdauer in sich bergen. Verschiedene Patienten möchten das Krankenhaus am liebsten erst dann verlassen, wenn ihre Erwartungsängste bezüglich des Auftretens von Panikattacken in agoraphobischen Situationen völlig verschwunden sind.

Eine Agoraphobie zu haben bedeutet, ständig auf der Suche nach Sicherheit bzw. Sicherheitssignalen zu sein, wenn man sich potenziell bedrohlichen Situationen mental oder real aussetzen soll. Das agoraphobische Vermeidungsverhalten spiegelt ein gestörtes Gleichgewicht zwischen subjektiv empfundener Gefahr und Sicherheit wider.

Dies ist oft nur verständlich durch die Lebensgeschichte der Betroffenen. Vor dem Auftreten der Agoraphobie findet man häufig sehr einschneidende Ereignisse: Tod oder schwere Erkrankung von Verwandten (Eltern, Partner, Kinder) oder Freunden, eigene schwere Krankheit mit oft unsicherem Ausgang, Angst vor Tod, Behinderung oder Krankheit, Ehekrise, Scheidung, Fehlgeburt, Gefährdung des Arbeitsplatzes, Kündigung, Konkurs,

finanzielle Notlage, Umzug mit sozialer Isolierung, öffentliche Kränkung, bewusste physische und/oder psychische Bedrohung durch jemand, von dem man abhängig ist, Sinnkrise, Enttäuschung durch einen Bekannten, Drogenerfahrung usw.

Therapeuten müssen sich nach Rachman mit den konkreten Lebensumständen und Befürchtungen der Patienten beschäftigen und dürfen deren Probleme nicht reduzieren auf eine Furcht vor agoraphobischen Situationen. Die Angst ohnmächtig zu werden, physisch zusammenzubrechen, psychisch aus dem Tief nicht mehr herauszukommen, geistig durchzudrehen, keinen Ausweg mehr zu wissen, buchstäblich „in der Falle zu sitzen“ u.a. stellt die Reaktion auf reale und nicht nur auf befürchtete Umstände dar.

THERAPIE DER PANIKSTÖRUNG UND DER AGORAPHOBIE

Bei der Behandlung der Panikstörung werden sowohl biologische als auch psychologische Ansätze gewählt.

Biologische Behandlungsverfahren:

Antidepressiva und Anxiolytika. Sowohl Antidepressiva (selektive Serotonin-Wiederaufnahmehemmer, wie z.B. Fluclin, oder trizyklische Antidepressiva, wie z.B. Tofranil) als auch Anxiolytika (z.B. Alprazolam oder Xanax) haben sich als somatische Behandlung in gewissem Maße als erfolgreich erwiesen. Besonders überzeugend ist der Nachweis der Wirksamkeit von Aprazolam, da er in einer groß angelegten multinationalen Untersuchung geführt wurde (Ballenger et al., 1998).

Nachteile: Der Nachteil der medikamentösen Behandlung besteht darin, dass sie unendlich fortgesetzt werden muss, da beim Absetzen der Medikamente die Symptome in fast allen Fällen erneut auftreten (Fyer, Sandberg & Klein, 1991). Außerdem bricht immerhin die Hälfte der Patienten mit Panikstörung die Behandlung mit trizyklischen Antidepressiva wegen ihrer Nebenwirkungen (nervöses Zittern, Gewichtszunahme sowie schwerwiegendere Nebenwirkungen wie Herzrasen und Bluthochdruck) ab (Taylor et al., 1990). Darüber hinaus machen die Benzodiazepine süchtig und haben sowohl kognitive als auch motorische Nebenwirkungen, wie Gedächtnisschwächen und Probleme beim Autofahren. Viele Patienten greifen von sich auch zu Anxiolytika oder Alkohol, um ihre Angst zu reduzieren; diese Verwendung bzw. auch der Missbrauch von Medikamenten ist unter Angst geplagten Menschen weit verbreitet.

Psychologische Behandlungsverfahren

Verhaltenstherapie bei Agoraphobie

In der Verhaltenstherapie wurden im Laufe der Zeit zwei verschiedene Strategien zur Behandlung von phobischen Ängsten entwickelt:

1. Systematische Desensibilisierung: Aushaltenlernen immer schwierigerer Angst machender Situationen in der Vorstellung unter angstdämpfenden Entspannungsbedingungen oder in der Realität bei dosierter, leicht erträglicher Angst („gestufte Reizkonfrontation“).
2. Reizkonfrontation mit Reaktionsverhinderung („massierte Reizkonfrontation“ im Sinne von Reizüberflutung/Flooding): intensive Konfrontation mit den Angst machenden Situationen in der Realität ohne Entspannung, sondern bei bewusster Angst- und Panikprovokation mit dem Ziel der Erlernung von Bewältigungsstrategien bei erlebten Panikreaktionen („Angstbewältigungstraining“).

Die verschiedenen verhaltenstherapeutischen Behandlungsansätze bei Angststörungen lassen sich anhand von zwei Kategorien klassifizieren:

- Art der Angstkonfrontation: graduell oder massiert,
- Realitätsgrad der Angstkonfrontation: in der Vorstellung oder in der Realität.

Systematische Desensibilisierung - Die Angst erfolgreich meiden

1958 stellte der Psychiater Wolpe in Südafrika die *systematische Desensibilisierung* zur gezielten Behandlung von Angst vor. Er übertrug konsequent die Prinzipien der Lerntheorien auf den klinischen Bereich und wurde damit Ende der 50er Jahre einer der Mitbegründer der Verhaltenstherapie, die sich aus lerntheoretischen Wurzeln gleichzeitig in Südafrika, in den USA und in England entwickelte.

Entspannung wird als die gesuchte angstdämpfende Bedingung angesehen, weshalb die rasch erlernbare Technik der progressiven Muskelentspannung nach Jacobson eingeübt wird. Es können aber auch andere Entspannungstechniken eingesetzt werden (Atemtechniken, autogenes Training, Biofeedback, Hypnose).

Bei der *systematischen Desensibilisierung* werden zuerst konkrete Situationen hinsichtlich eines phobischen Objekts oder Ereignisses gesammelt, dann in eine nach Schwierigkeitsgrad abgestufte Rangfolge gebracht (d.h. es wird eine Angsthierarchie erstellt) und anschließend von der leichtesten bis zur schwersten Aufgabe unter Entspannungsbedingungen in der Vorstellung ertragen gelernt, bis Angstfreiheit gegeben ist. Die jeweils schwierigere Situation wird erst dann angegangen, wenn die leichtere wiederholt ohne Angst durchgestanden werden kann.

Die Desensibilisierung kann nicht nur in der Vorstellung, sondern auch in der Realität erfolgen. In der Realität werden nur jene Situationen aufgesucht, die in der Vorstellung bereits sicher ertragen werden können. Es handelt sich dabei um eine Angstbehandlung nach dem Modell der gestuften Reizkonfrontation. Auf diesem Prinzip beruhen die verschiedenen Selbsthilfeprogramme.

Inzwischen hat sich allerdings das Modell der *massierten Reizkonfrontation* in der Realität (Flooding) als oft effektiver und vor allem weniger zeitaufwändig erwiesen. Es ist als Selbsthilfemethode vielen Agoraphobiepatienten mit Panikstörung allerdings nicht zumutbar, weil deren Problematik gerade darin besteht, dass sie intensive Angstzustände vermeiden. Mutige Angstpatienten können auf diese Weise jedoch rasch ihre Ängste verlieren.

Für bestimmte Patienten bleibt eine *gestufte Reizkonfrontation* angezeigt:

- Menschen mit Situationsängsten im Rahmen einer generalisierten Angststörung;
- Menschen mit geringer Stresstoleranz und übermäßig großen Belastungen (vor allem auch in Verbindung mit gleichzeitig vorhandenen anderen Störungen wie depressive Episode, Erschöpfungsdepression, Kreislaufinstabilität, hormonelle Störungen);
- Menschen mit psychotischen Episoden in der Vorgeschichte;
- Menschen mit Substanzmissbrauch (besonders jene, die die Übungen nur bei heimlicher Alkohol- oder Tranquilizereinnahme durchführen würden);
- Menschen mit zwanghaft-rigider Persönlichkeitsstruktur, die auf ihre Unabhängigkeit bedacht sind und durch derartige Übungen in einen Machtkampf mit dem Therapeuten geraten würden;
- Menschen mit der Unfähigkeit, emotionale Durchbrüche zulassen und sich fallen lassen zu können (diese Personen bleiben auch beim Flooding verspannt);
- Menschen mit ständiger Leistungshaltung, alles schaffen zu müssen, sogar schwierigste therapeutische Übungsaufgaben (das Motto „Man muss sich nur zusammenreißen“ ist gerade bei einer Reizüberflutungstherapie nicht erwünscht);
- Menschen mit Traumatisierung in Kindheit und Jugend durch einen überwiegend leistungsbezogenen, zuwendungsarmen Erziehungsstil der Eltern (eine massierte Reizkonfrontationstherapie könnte hier zu einer unkontrollierten Wiederholung traumatischer Situationen führen);
- Menschen, denen beim Vorgehen nach dem Selbsthilfeprinzip ausreichend geholfen werden kann, indem ihnen ein Therapiemanual zur Verfügung gestellt wird.

Konfrontationstherapie - Der Angst begegnen

Die Reizkonfrontationstherapie wurde in den 60er Jahren in England entwickelt, wo sie „exposure“ genannt wird, weshalb man im deutschen Sprachraum auch von „Exposition“ oder „Expositionstherapie“ spricht. In der letzten Zeit hat sich anstelle der Bezeichnung „Reizkonfrontationstherapie“ der Begriff „Konfrontationstherapie“ durchgesetzt, weil damit nicht nur die Konfrontation mit dem Reizaspekt der Situation („äußere Reize“), sondern auch die Konfrontation mit den eigenen (Angst-)Reaktionen („innere Reize“) erfasst wird.

Konfrontationstherapien beruhen auf dem Prinzip der Konfrontation mit den Angst machenden Situationen oder Objekten. Die Konfrontation im Sinne einer massierten Reizkonfrontation bezeichnet man als „Reizüberflutung“ (englisch „Flooding“).

Die Konfrontationstherapie beruht auf drei charakteristischen Prinzipien:

1. Massierte Reizkonfrontation. Es erfolgt eine direkte, sofortige und intensive Konfrontation mit den am meisten Angst machenden Situationen in der realen Umwelt.
2. Ununterbrochene und nicht ablenkende Konfrontation mit der Angstsituation bis zum Zeitpunkt eines deutlichen Absinkens der Angstreaktionen auf ein erträgliches Ausmaß. Die intensive Zuwendung zu den Angst machenden Reizen kann entweder durch inneres Verbalisieren und Kommentieren der momentanen Vorgänge oder durch lautes Sprechen über die aktuellen Vorgänge (z.B. in Begleitung des Therapeuten) aufrechterhalten werden.
3. Reaktionsverhinderung. Die Betroffenen sollen die gefürchtete Situation im Zeitpunkt der größten Angst nicht verlassen, sondern darin ausharren, um das Erlebnis der Bewältigung zu erfahren.

Die Wirkmechanismen der Konfrontationstherapie beruhen auf den Vorgängen der „Löschung“ und der „Habituation“:

Löschung bedeutet, dass die Angstreaktion auf einen phobischen Auslöser hin nicht durch Flucht oder Vermeidung beendet wird, sondern durch Gewöhnung (Habituation) an den phobischen Reiz in Form von regelmäßiger Konfrontation.

Habituation bedeutet eine Gewöhnung an bislang Angst machende Reize und Situationen, so dass die physiologische Erregung nachlässt. Anders formuliert ist Habituation „das Absinken der Reaktionswahrscheinlichkeit zentralnervöser und peripherer Strukturen bei wiederholter Reizdarbietung“.

Die Aufforderung, die Angst zuzulassen beinhaltet erhebliche Anteile einer paradoxen Instruktion und sollte vor und während des Intensivtrainings häufiger wiederholt werden.

Die Effektivität eines derartigen Vorgehens hatte bereits in den 30er Jahren der Wiener Psychiater Viktor Frankl mit seiner Technik der „paradoxen Intention“ aufgezeigt.

Die Reizüberflutungstherapie beginnt genau mit dem, was die systematische Desensibilisierung bzw. gestufte Reizkonfrontationstherapie gezielt zu verhindern sucht, nämlich mit der Provokation von Emotionen und körperlichen Angstreaktionen.

Durch rasche und massive Konfrontation mit den am meisten Angst machenden Situationen unter möglichst realistischen Bedingungen, d.h. in Alltagssituationen, werden die bisher gefürchteten körperlichen, emotionalen und kognitiven Reaktionen in Anwesenheit des Therapeuten provoziert und bewältigt. Die Patienten werden ermutigt, die Angst machenden Situationen zum Zeitpunkt der größten vegetativen Erregung nicht zu verlassen, sondern in einer Art Beobachterposition aushalten zu lernen. Durch das Erlebnis, dass auch die stärkste Angst ausgehalten werden kann und nach einiger Zeit (5-20 Minuten) zurückgeht, erfolgt gleichzeitig auch eine „kognitive Umstrukturierung“ („Ich erlebe, dass ich Angst aushalten kann, daher glaube ich auch zukünftig, dass ich Angst aushalten kann“).

Allerdings kann bei manchen Patienten die *Möglichkeit* zur Flucht auch ein Gefühl der Souveränität vermitteln und das Aushalten der Angst erleichtern.

Eine massierte Reizkonfrontationstherapie ist besonders bei Phobien mit Panikattacken und Vermeidungsverhalten (Kleintierphobie, Agoraphobie, soziale Phobie) angezeigt, weil die Betroffenen dazu neigen, Panikattacken durch Vermeidungsstrategien zu bewältigen, die in weiterer Folge die Angst vor der Angst nur verstärken und langfristig die Gefahr einer sekundären Depression oder eines Alkohol- bzw. Medikamentenmissbrauchs in sich bergen.

Der Erfolg von Konfrontationstherapien hängt sehr davon ab, dass die Betroffenen durch ein plausibles Erklärungsmodell von der Sinnhaftigkeit dieses Vorgehens überzeugt werden können. Dies setzt nicht nur eine optimale Vermittlung von Sachinformationen und technischen Anleitungen voraus, sondern auch eine gute Therapeut-Patient-Beziehung, durch die ein Mensch mit Angstzuständen erst Vertrauen und Zuversicht entwickeln kann.

Oft reicht schon eine einmalige Realitätstestung aus, um das weitere Vermeidungsverhalten zu beenden und den Betroffenen vor Augen zu führen, welche anderen Probleme vielleicht zum Vorschein kommen (berufliche oder partnerschaftliche Probleme, Konflikte zwischen Mutterschaft und Berufswunsch bei Frauen bzw. zwischen Autonomiewünschen der Ehefrau und Dominanzstreben des Gatten usw.). Wo dies der Fall ist, werden bereits durch eine

kurze Konfrontationstherapie die zugrunde liegenden Probleme auch für den Patienten deutlich, ohne dass der Therapeut den Betroffenen des Widerstands gegen diese Erkenntnis beschuldigen muss.

Die *massierte Konfrontationstherapie* erfolgt in der Regel an einigen aufeinanderfolgenden Tagen mit mehreren Stunden intensiver Übung, im Höchstfall bis zu 2 Wochen.

Die *gestufte Reizkonfrontation* im Sinne eines Angst-Meidungs-Trainings erfordert ca. 6 Wochen bis 6 Monate Zeit.

Einbeziehung des Partners

Für verheiratete Patienten, die vorwiegend oder ausschließlich an Agoraphobie leiden, haben sich Familientherapien als nützlich erwiesen, bei denen der nichtphobische Ehepartner aufgefordert wird, auf das Vermeidungsverhalten des Patienten, das Haus nicht mehr zu verlassen, keine Rücksicht mehr zu nehmen. In einem klinischen Forschungsprogramm hat sich herausgestellt, dass eine erfolgreiche Konfrontationsbehandlung, bei der der Agoraphobiker dazu angeregt wird, sich in kleinen Schritten allmählich aus sicheren Bereichen herauszuwagen, durch die Einbeziehung des Partners unterstützt wird.

Selbstmanagement-Therapie - Hilfe zur Selbsthilfe:

Als wesentlichste Therapie-Grundlage dient der verhaltenstherapeutisch orientierte Selbstmanagement-Ansatz von Kanfer, Reinecker & Schmelzer (1996).

Die Selbstmanagement-Therapie ist zielgerichtet, problemorientiert und zeitlich begrenzt. Der Therapeut sieht seine Hauptaufgabe darin, den Klienten möglichst schnell zu befähigen, mit seinen Problemen alleine fertig zu werden, also dessen Selbstheilungskräfte zu mobilisieren und sich selbst überflüssig zu machen.

Ziel ist die Autonomie des einzelnen und seine Fähigkeit, mit den Problemen des Lebens besser umgehen zu können. Dementsprechend pragmatisch sind die einzelnen Schritte der Selbstmanagement-Therapie. Klienten werden darin unterstützt,

- verhaltensorientiert zu denken, - in kleinen Schritten zu denken,
- lösungsorientiert zu denken, - flexibel zu denken,
- positiv zu denken, - zukunftsorientiert zu denken.

Verhaltensorientiert denken bedeutet, dass die Psychotherapie aktives Handeln und eine Verhaltensänderung bewirken soll. Die Kenntnis der Ursachen von Problemen ist zwar sehr wichtig, verändert jedoch noch nichts am Problem. Die Einsicht „Ich bin so ängstlich, weil ich in der Kindheit zu wenig Selbstbewusstsein entwickelt habe“ muss mit konkreten Taten einhergehen, um verhaltensrelevant zu werden.

Lösungsorientiert denken bedeutet, dass die vorhandenen Probleme und Beschwerden durch die Entwicklung spezieller Strategien bewältigt werden, um die gewünschten Ziele zu erreichen. Die Konstruktion von Lösungen ist der Kern einer Kurzzeittherapie.

Positiv denken bedeutet, dass der Schwerpunkt auf der Entwicklung der eigenen Stärken und Fähigkeiten liegt und nicht so sehr im langwierigen Analysieren und Erörtern von Problemen. Positiv denken bedeutet jedoch keine Leugnung der negativen Seiten des Lebens, sondern soll zu positivem Handeln führen.

In *kleinen Schritten denken* bedeutet, dass große Ziele über kleine Zwischenziele erreicht werden. Kleine Erfolge stärken die Hoffnung auf weitere Fortschritte.

Flexibel denken bedeutet, dass der Therapieplan rasch geändert wird, wenn ein bestimmter Weg nicht zum gewünschten Ziel führt.

Zukunftsorientiert denken bedeutet, dass die Beschäftigung mit der Vergangenheit auf das notwendige Ausmaß beschränkt wird und das gegenwärtige bzw. zukünftige Leben im Mittelpunkt der Psychotherapie steht.

UNTERSCHIEDE ZWISCHEN BERATUNG UND THERAPIE

Die Grenzen zwischen professioneller Beratung und Psychotherapie sind oft fließend, dennoch gibt es einige Kriterien der Unterscheidung:

Nach § 1 Absatz (3) Psychotherapeutengesetz ist Ausübung von Psychotherapie "jede mittels wissenschaftlich anerkannter psychotherapeutischer Verfahren vorgenommene **Tätigkeit zur Feststellung, Heilung oder Linderung von Störungen mit Krankheitswert**, bei denen Psychotherapie indiziert ist. Zur Ausübung von Psychotherapie gehören **nicht** psychologische Tätigkeiten, die die Aufarbeitung und Überwindung sozialer Konflikte oder sonstige Zwecke außerhalb der Heilkunde zum Gegenstand haben." Psychotherapie ist also im Gegensatz zur Beratung eine Heilbehandlung und wird daher von der Krankenkasse bezahlt.

Professionelle Beratung konzentriert sich im Gegensatz dazu auf Problembereiche ohne Krankheitswert. Sie ist immer dann angezeigt, wenn der Ratsuchende sein Leben trotz seiner Probleme bewältigt und psychisch so gefestigt ist, dass er nach Beratungsgesprächen in der Lage ist, Lösungsmöglichkeiten für seine Probleme zu erkennen und auch umzusetzen.

Beratung bezieht sich vor allem auf die Hilfe und Anleitung in Gegenwart und Zukunft zu gedanklicher, teils emotionaler Auseinandersetzung des Klienten mit sich und seiner Umwelt. Die Beratung sollte stärkend, situationsorientiert, problemlösend und bewusstseinsbezogen sein. Dabei sind wesentliche Merkmale zu beachten: methodische Gesichtspunkte, der Lösungsprozess, die Unterstützung des Eigenbemühens, die Verbesserung der Kompetenz zur Problemlösung sowie der Aufbau einer Introspektionsfähigkeit. Ziele der Beratung beinhalten Erkennung und Mobilisierung eigener Ressourcen, Erlangung und Erhaltung des seelischen Gleichgewichts.

Je länger dauernder, regelmäßiger und intensiver die Arbeit ist, je tiefgreifender die bearbeiteten Probleme sind usw., desto eher bewegt sich das, was in der Interaktion zwischen Berater und Klient geschieht, in Richtung Therapie.

Struktur der Beratung:

1. Kontaktaufnahme und Halten des Kontaktes
2. Problemidentifikation (warum kommt der Klient?)
3. Zielsetzung (was will der Klient erreichen?)

DER FALL

Die Klientin M. (62 J. alt) wird von ihrem Mann (65 J. alt, einem pensionierten Lehrer) in die Psychologische Praxis gebracht. Seine Frau leide zunehmend unter Angstzuständen unerklärlicher Art, die sich in den letzten Monaten immer mehr gesteigert hätten. Dabei habe sie eigentlich keinen Grund für diese Ängste. Sie hätten schon alles Mögliche versucht an Behandlungen, bei einer Heilpraktikerin, einem Akupunkteur, mit Bachblüten-Essenzen – aber bis jetzt habe alles nicht gefruchtet.

Während dieser Eröffnung sitzt Frau M. schweigsam daneben, ihre ineinander gefalteten Hände knetend. Nachdem der Mann das Beratungszimmer verlassen hat, bestätigt sie im Wesentlichen die Schilderung ihres Mannes und ergänzt: Sie sei innerlich so unruhig und angespannt, dass sie es kaum aushalten könne. Ihr Mann sei vor einem halben Jahr am Herzen operiert worden (Bypässe gelegt), so dass sie ihn auf keinen Fall belasten wolle. Er vertrage keine Aufregung und daher wolle sie ihn schonen. Aber nun ginge es ihr selbst so schlecht, dass er sich halt doch um sie kümmern müsse. Sie sei früher eine lebensfrohe Frau gewesen, habe vier Kinder groß gezogen, die jetzt alle ihre eigenen Familien hätten. Aber durch diese Angstzustände wage sie sich gar nicht mehr raus. Selbst zum wöchentlichen Handarbeitskreis gehe sie nicht mehr, obwohl ihre Freundinnen das nicht verstünden und sie immer überreden wollten, sich doch nicht so anzustellen. Auch zum Einkaufen traue sie sich nur noch mit ihrem Mann zusammen, weil sie im Geschäft, z.B. vor der Kasse oder wo sonst viele Menschen seien, einen Angstanfall bekommen könnte. Noch etwas belaste sie sehr stark, aber das dürfe ihr Mann unter keinen Umständen erfahren: Durch eine Nichte sei ihr unter dem Siegel der Verschwiegenheit mitgeteilt worden, dass der Mann ihrer jüngsten Tochter ein zwanghafter Spieler sei und dadurch die Familie hoch verschuldet. Der Schwiegersohn sei ihr nie sonderlich sympathisch gewesen, aber dass nun

so etwas dahinter stecke, erkläre ihr so manche Beobachtung bei ihrer Tochter. Diese und die Enkelkinder täten ihr unendlich leid. Aber sie dürfe ja mit niemandem darüber reden!

Ergänzende Fragen:

(bezüglich der Panikstörung)

- Beschreiben Sie die genauen Symptome ihres Angstanfalls!
- Traten diese Symptome plötzlich auf und verschlimmerten sie sich innerhalb von Minuten?
- Wann und in welcher Situation trat der Angstanfall zum ersten Mal auf?
- Wann zum letzten Mal?
- Hatten Sie jemals vier Angstanfälle innerhalb von vier aufeinanderfolgenden Wochen?
- Treten diese Angstanfälle auch außerhalb der von Ihnen geschilderten Situationen auf?

(bezüglich der Agoraphobie)

- Hatten Sie Angst
 - verrückt zu werden?
 - oder, dass Ihnen etwas Peinliches passiert?
 - oder, dass Sie hilflos werden?
- Haben Sie mit einem Arzt über diese Ängste gesprochen?
- Haben Sie wegen dieser Ängste Medikamente eingenommen?

Diagnose:

Frau M. erfüllt nach dem internationalen Diagnoseschema ICD-10 folgende Kriterien für die Diagnose einer **Agoraphobie (F40.0)**

1. Die psychischen oder vegetativen Symptome sind primäre Manifestationen der Angst und beruhen nicht auf anderen Symptomen wie Wahn- oder Zwangsgedanken.
2. Die Angst tritt in mindestens zwei der folgenden umschriebenen Situationen auf:
 - in Menschenmengen
 - auf öffentlichen Plätzen
 - bei Reisen mit weiter Entfernung von zu Hause
 - bei Reisen alleine.
3. Vermeidung der phobischen Situation ist ein entscheidendes Symptom.

Dass es sich hierbei um eine **Agoraphobie mit Panikstörung (F40.01)** handelt, ist sehr wahrscheinlich, da Frau M. die Angst vor einem Angstanfall schildert. Durch zielgerichtete Fragestellung nach den genauen Symptomen, Dauer, Häufigkeit und das zeitliche Vorkommen des ersten und letzten Angstanfalls wäre diese Diagnosestellung noch zu sichern.

Vor Beginn einer Psychologischen Beratung bzw. Therapie muss eine organische Ursache der Angstzustände, unter denen Frau M. leidet, dringend abgeklärt werden, da auch körperliche Erkrankungen dafür verantwortlich sein könnten (z.B. Herzerkrankungen, Schilddrüsenerkrankungen, hormonelle Störungen).

Problemidentifikation:

Im Vordergrund stehen bei Frau M. zunehmende Angstsymptome, die sie durch ihr Vermeidungsverhalten mehr und mehr in ihrer Bewegungsfreiheit und ihren sozialen Kontakten einschränken. Durch die starke Unruhe und Anspannung, die sie empfindet, ist ihre Lebensqualität stark beeinträchtigt. Sie macht sich verständliche Sorgen um die Gesundheit ihres Mannes und die familiären und finanziellen Probleme ihrer jüngsten Tochter, was eine erhöhte Belastung in ihrem Leben darstellt. Dass sie ihrer Meinung nach mit niemandem über ihre Sorgen sprechen kann, verstärkt diesen emotionalen Druck enorm, was die innere Unruhe und Anspannung mit erklären könnte.

Mein erster Eindruck:

Frau M. wirkt zurückhaltend im Beisein ihres Mannes, jedoch durchaus gesprächsbereit, wenn er nicht dabei ist. Die typische Rollenverteilung dieser Generation (Ehemann: Ernährer, Beschützer; Ehefrau: Hausfrau und Mutter) scheint sich hier darzustellen. Möglicherweise daraus resultierende Abhängigkeitstendenzen bei Frau M. wären eine gute Basis für die Entwicklung von o. g. Angststörungen.

In der Vergangenheit vielleicht daran gewöhnt, familiäre Probleme von ihrem Mann fernzuhalten und selbst zu lösen, hindert sie das evtl. auch jetzt daran, mit ihrem Mann über ihre Sorgen zu sprechen. Auf jeden Fall ist sie aber um die Gesundheit ihres Mannes besorgt, was bei einer Herzerkrankung, wie die ihres Mannes durchaus berechtigt sein kann. Möglicherweise besteht auch ein zeitlicher Zusammenhang mit der Bypass-OP ihres Ehemannes und den verstärkten Angstsymptomen bei Frau M.

Die vier Kinder von Frau M. sind alle aus dem Haus. Ein erheblicher Teil ihrer bisherigen Lebensaufgabe ist nicht mehr vorhanden. Ein neuer Lebensabschnitt hat damit begonnen, was sicher auch zu Sinnfragen des eigenen Lebens geführt hat. Zunächst schien sie dies bewältigen zu können (Handarbeitskreis), mit der Pensionierung ihres Mannes bekam sie jedoch die Möglichkeit, sich abhängiger zu machen, als nötig. Wiederum ein Faktor, der zu ihrer Erkrankung beigetragen haben könnte.

Dies alles sind natürlich subjektive Eindrücke meinerseits, die ich nicht als unabdingbare Tatsachen ansehen darf. Es gilt, diese Dinge in weiteren Gesprächen herauszufinden.

Vorgehen:

Zunächst einmal belastet Frau M. akut ihre innere Unruhe. Daher empfehle ich ihr, wenn nicht schon durch die Heilpraktikerin geschehen, die unterstützende Einnahme eines Baldrian-Hopfen- oder Johanniskraut-Präparates. Diese wirken bei Unruhe und Angstzuständen. Baldrian z.B. bewirkt nach neueren Studien eine erhöhte GABA-Konzentration im synaptischen Spalt durch eine erhöhte GABA-Ausschüttung und eine gleichzeitige Hemmung der Wiederaufnahme, was Angst und Anspannung dämpft.

Im Rahmen eines mentalen Selbsthilfeprogramms, welches ich mit Frau M. bezüglich ihrer Agoraphobie erarbeiten würde, ließen sich ihre allgemeinen Unruhezustände außerdem hervorragend mit Hilfe eines Autogenen Trainings bewältigen.

Selbsthilfeprogramm:

Zunächst müsste Frau M. eine in der Intensität aufsteigende Liste der ihr Angst machenden Situationen erstellen (Angsthierarchie). Anschließend könnte das Selbsthilfeprogramm wie folgt aussehen:

1. **Erlernen von Entspannungstechniken.** Entspannung soll eine Sammlung der Aufmerksamkeit nach innen bewirken und die Lebendigkeit der Vorstellungen steigern.
 - Autogenes Training. Hierbei wird schrittweise durch regelmäßige Übungen eine Entspannung herbeigeführt. Die einzelnen Schritte werden jeweils etwa eine Woche lang regelmäßig 3 x tgl. 2-4 Minuten geübt bis die nächste Übung hinzugefügt wird (Ruhe, Schwere, Wärme, Atem, Herz, Leib, Kopf). Gezielte zusätzliche Formelsätze, individuell auf die Ängste von Frau M. abgestimmt, sollen ihr deren Bewältigung erleichtern (z.B.: Wenn mein Herz rast, wird es durch ruhiges Atmen wieder langsamer, rhythmisch und regelmäßig schlagen.)
2. **Mentale Reizkonfrontation (Exposition).** Intensive, plastisch-lebendige Begegnung mit den Angst machenden Situationen in der Vorstellung unter Einbeziehung aller Sinnesorgane, wodurch auch die bekannten körperlichen Angstreaktionen ausgelöst werden.
 - Visualisieren von Angst machenden Situationen (z.B. erlebte oder erwartete Panikattacke, gefürchteter Verlust eines geliebten Menschen, bevorstehendes Ereignis) mit dem Ziel der

- Klärung und Identifizierung der konkreten Ängste: wahrnehmen und erkennen lernen, wovor man sich tatsächlich fürchtet, z.B. vor einer bestimmten körperlichen Reaktion, vor dem Blick der Leute, vor deren Nachrede.
 - Differenzierung von Gefühlszuständen in bestimmten Situationen: könnte die angenommene Angst nicht vielleicht auch eine wutbedingte Erregung sein?
 - Vorstellung der katastrophalen Folgen, die man in realen Situationen noch nicht zulassen kann und daher meidet bzw. flieht.
3. **Bewältigung.** Angstbewältigungsstrategien werden mental durchgespielt mit dem Ziel der
- Stärkung des Glaubens, dass man eine bestimmte Situation bewältigen kann, indem man sich diese einfach als bewältigbar vorstellt.
 - Gewöhnung an Angst machende Situationen durch besseren Umgang mit Erwartungsängsten.
 - Mentale Einübung neuer Fertigkeiten und Vorbereitung auf das Üben in einer ungewohnten oder gefürchteten Realsituation.
4. **Erfolgsinduktion (realistischer Erfolg).** Die vorstellungsmäßige Vermittlung von realistischen Erfolgserlebnissen sichert die Motivation und bestärkt den Glauben an die Angstbewältigung in der Realität.
5. **Stufenweises „Abarbeiten“** der von Frau M. erstellten Liste.
Dabei können ihr einige Selbstinstruktionen in Angstsituationen nützlich sein:
- Meine Angstgefühle und die dabei auftretenden körperlichen Symptome sind verstärkte normale Stressreaktionen.
 - Ich bin und bleibe körperlich gesund, trotz der Angstreaktionen.
 - Ich schwäche meine Angstreaktionen, wenn ich an etwas anderes denke.
 - Ich bleibe trotz Panikgefühlen in der Realität. Ich beobachte und beschreibe, was ich momentan wirklich erlebe.
 - Ich warte in der Situation, bis die Angst vorübergeht.
 - Ich beobachte, wann und wie die Angst von alleine wieder abnimmt.
 - Ich gebe mir eine Chance, einen Fortschritt zu machen und stelle mich jeder Angstsituation ohne Vermeidung.
 - Ich führe jede Übung bis zum Abschluss durch.
 - Ich kann stolz sein auf meine bisherigen Bemühungen und Erfolge, auch die kleinsten.
 - Ich nehme mir Zeit für die Übungen.

Die einzelnen Schritte können teilweise anfangs in der Praxis und parallel zu Hause durchgeführt werden. Ziel ist jedoch, dass Frau M. diese Übungen ohne Hilfe oder Beisein einer anderen Person durchführt.

Frau M. soll durch dieses Programm lernen, ihre eigenen Ressourcen zu mobilisieren, sich nicht mehr als Opfer ihrer Angst zu sehen, sondern erfahren, dass sie allein die Macht hat, ihre Angst zu bewältigen. Sie soll die körperlichen Symptome lediglich als eine Reaktion ihres Körpers zur Wiederherstellung eines normal funktionierenden Kreislaufsystems erleben und durch das Annehmen eben dieser Symptome eine Abschwächung bzw. das völlige Verschwinden derselben erreichen.

Weiteres bzw. paralleles Vorgehen:

Eine Angstbewältigung gelingt möglicherweise nicht allein durch die Anwendung der richtigen Technik. Daher gilt es auch, nach den Gründen für den Ausbruch dieser Ängste zu suchen. Ich würde in Gesprächen mit Frau M. folgende Punkte aufnehmen: Welche Vorteile könnte sie mit dem Verlust der Agoraphobie ebenfalls verlieren? Welche anderen Probleme vermeidet sie durch ihre Agoraphobie? Welche Auswirkungen hätte die Bewältigung ihrer Ängste auf ihr Leben, insbesondere auf ihre familiäre Situation? Was möchte sie nach Beseitigung ihrer Ängste tun, und wie wichtig ist ihr dies?

Wie schon erwähnt, belastet es Frau M. außerdem sehr, dass sie mit niemandem über ihre Sorgen sprechen kann. Hier würde ich in weiteren Gesprächen mit ihr ansetzen. Durch gelenkte Fragen versuche ich herauszufinden, warum sie dieser Ansicht ist. Liegt es nur an der Sorge um die Gesundheit ihres Mannes oder gibt es noch weitere Gründe? Wie ist die Beziehung zu ihm? Konnte sie früher wichtige Probleme mit ihm besprechen?

Dann die Sorgen um ihre Tochter: Frau M. hat ihre Informationen nur aus zweiter Hand. Wie ist die Beziehung zur Tochter? Besteht nicht vielleicht doch die Möglichkeit zu einem klärenden Gespräch? Hilft sie ihrer Tochter und ihren Enkeln, indem sie sich Sorgen macht?

In ähnlicher Weise würde ich fortfahren. Ich möchte damit eine kognitive Umstrukturierung in Frau M.s Gedankenabfolgen erreichen. Ihr bewusst machen, dass Probleme in der Vorstellung gewaltig sein können, dies aber in der Realität nicht unbedingt der Fall sein muss. Erst durch Klärung der Fakten und gezielte Handlungen besteht die Möglichkeit einer Veränderung. Ansonsten ist auch hier die Gefahr eines Aufschaukelungsprozesses gegeben.

Weiterhin würde ich in Erfahrung bringen, welche Beschäftigungen Frau M. Freude bereiten. Hat sie jemals einen Beruf ausgeübt? Ich würde sie darin unterstützen, wieder einen für sie sinnvollen Lebensinhalt zu finden. Vielleicht könnte sie sich mit dem Gedanken an eine geringfügige berufliche Tätigkeit, wie z.B. Babysitten, anfreunden (es müssen ja nicht immer die eigenen Enkel sein), womit sie eine Aufgabe und gleichzeitig die Möglichkeit eines strukturierten Tagesablaufs hätte.

Erfolgskontrolle:

Zur Einübung des Autogenen Trainings lasse ich mir regelmäßig schildern, ob sich die verschiedenen Empfindungen wie Ruhe, Schwere, Wärme usw. bei Frau M. eingestellt haben. Dadurch erfahre ich auch, ob sie die Übungen regelmäßig durchführt, was eine wichtige Voraussetzung für die Wirkung des Autogenen Trainings darstellt.

Die einzelnen Schritte des Selbsthilfeprogramms sind jeweils von einer Beratungsstunde bis zur nächsten als Hausaufgabe gedacht. Ich befrage sie daher auch regelmäßig nach Erfolg oder Misserfolg dieser Schritte (angefangen von der mentalen Vorstellung bis hin zur realistischen Konfrontation) und ihren jeweiligen Empfindungen dazu. Wenn sie beispielsweise in der Lage ist, ohne besondere Ängste allein in der Praxis zu erscheinen, hat sie enorme Fortschritte erzielt. Dabei lasse ich natürlich auch meine Anteilnehmende Freude über ihre Erfolge erkennen und ermutige sie bei Misserfolgen.

Zur kognitiven Umstrukturierung: Frau M. sollte immer mehr in der Lage sein, verschiedene realistische Möglichkeiten für gegebene Lebenssituationen in Betracht zu ziehen. Durch die Bereitschaft sich ihren Ängsten zu stellen, hat sie gelernt, Probleme am Schopf zu packen, daher sollte sie dies auch vermehrt in anderen Lebensbereichen einsetzen können. Zumindest aber, müsste es ihr möglich werden, sich Klarheit über Situationen zu verschaffen, die ihr Sorgen bereiten.

Die Aufnahme von Tätigkeiten, die Frau M. Freude bereiten (z.B. Handarbeitskreis, Babysitten o.a.), wären für mich weitere Zeichen einer erfolgreichen Beratung.

Meine Funktion als Beraterin ist beendet, wenn Frau M. zu positiver Lebensqualität gefunden hat und mir mitteilt, dass sie nun in der Lage ist, ihr Leben selbst aktiv gestaltend in die Hand zu nehmen.

Für eine langfristige Erfolgskontrolle, bitte ich sie zu einem kurzen abschließenden Gespräch in ca. 6 Monaten in meine Praxis zu kommen.

LITERATUR

Psychologie

(Zimbardo – Gerrig; Springer-Verlag, 7. Auflage)

Psychiatrie

(Tölle; Springer-Verlag 12. Auflage)

Lehrbuch der klinischen Psychologie

(Hans Reinecker; Hogrefe-Verlag, 3. Auflage)

Lehrbuch Klinische Psychologie

(Hautzinger – *Davison - Neale*; Beltz-Verlag, 6. Auflage)

Psychotherapie

(Reimer – Eckert – Hautzinger – Wilke; Springer-Verlag, 2. Auflage)

Grundkonzepte der Psychotherapie

(Kriz; Beltz-Verlag, 5. Auflage)

Angststörungen. Diagnostik, Konzepte, Therapie, Selbsthilfe

(H. Morschitzky; Springer-Verlag, 2002)

Die zehn Gesichter der Angst. Ein Selbsthilfe-Programm in 7 Schritten.

(H. Morschitzky – S. Sator; Walter-Verlag, 2002)

Internationale Klassifikation psychischer Störungen (ICD-10), WHO

(H. Dilling – W. Mombour – M.H. Schmidt; Hans-Huber-Verlag, 4. Auflage)

Praxis des Autogenen Trainings: Selbsthypnose nach I.H. Schultz

(K. Thomas; TRIAS, 7. Auflage)

Handbuch des Autogenen Trainings

(B. Hoffmann; dtv, 14. Auflage)