

**Deutsche Paracelsus Schulen  
Abschlussarbeit zur Ausbildung  
Psychologische Beraterin**

**Themenbereich: Angst und Depression  
Thema: Agoraphobie**

**Barbara Rohrmüller  
Matterhornstr.4, 81825 München  
b.rohrmueller@gmx.de  
Matrikelnummer: 7645 PSY / 110**

## Inhaltsübersicht:

<b>1</b>	<b>Fallskizze.....</b>	<b>3</b>
<b>2</b>	<b>Einführung .....</b>	<b>3</b>
<b>3</b>	<b>Diagnose und Differentialdiagnose .....</b>	<b>5</b>
<b>4</b>	<b>Hintergründe .....</b>	<b>7</b>
4.1	Epidemiologie .....	8
4.2	Symptomatik .....	9
4.3	Klassifikation .....	10
4.4	Verlauf und Prognose .....	11
4.5	Ätiologie .....	11
4.5.1	Somatische Ursachen .....	12
4.5.2	Psychodynamische Ursachen .....	12
4.5.3	Lernpsychologische Ursachen.....	13
4.5.4	Kognitive Ursachen .....	13
4.6	Therapie.....	14
<b>5</b>	<b>Psychologische Beratung .....</b>	<b>16</b>
<b>6</b>	<b>Quellen .....</b>	<b>19</b>
6.1	Literatur.....	19
6.2	Internet.....	20

## 1 Fallskizze

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 Bach-Blütenessenzen – aber bis jetzt habe alles nichts gefruchtet.

Während dieser Eröffnung sitzt Frau M. schweigend 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!

## 2 Einführung

Wenn ein Klient / eine Klientin zu mir als Psychologische Beraterin Kontakt aufnimmt, ist es in den ersten Gesprächen besonders wichtig, im Rahmen der **Anamnese**, neben den biografischen Daten, aufmerksam alle geschilderten Symptome, sowie nonverbale Signale wertfrei zu sammeln. Die sorgfältige Vorarbeit zur späteren Diagnose ist besonders wichtig, um über weitere Schritte zu entscheiden:

- Handelt es sich um eine Störung, in der ich den Klienten im Rahmen meiner Ausbildung und Fähigkeiten sinnvoll begleiten kann und darf?
- Wie schätze ich die Suizidalität des Klienten ein?
- Muss ich daher oder aus anderen Gründen an einen Arzt oder Psychotherapeuten verweisen?
- Wie kann ggf. der Beratungsplan aussehen, um den Klienten optimal zu unterstützen?

Mir ist dabei bewusst, dass der Psychologische Berater **dem Klienten gegenüber** keine Diagnose stellt und stellen darf – dies ist den zur Psychotherapie zugelassenen Therapeuten vorbehalten. Um jedoch über die oben genannten Fragen entscheiden zu können, wäre es sogar grob fahrlässig, dies **intern** zu unterlassen.

Im vorliegenden Fall finden sich folgende **biografische Daten** und wesentliche **Symptome** und **Signale**:

- Weiblich
- 62 Jahre alt
- Verheiratet, Ehemann 3 Jahre älter, pensioniert, ehemals Lehrer, Hauptbezugsperson
- Vier Kinder, erwachsen, aus dem Haus mit eigenen Familien
- Sonstiges soziales Umfeld: Freundinnen im Handarbeitskreis, Nichte
- Nach eigenen Aussagen früher lebenslustig
  
- Angstzustände „unerklärlicher Art“, in den letzten Monaten immer mehr gesteigert, scheinbar unbegründet
- Starke innerliche Unruhe und Anspannung
- Sorge um Ehemann wegen Herzproblemen und Zusatzbelastung durch sie
- Geht kaum mehr aus dem Haus, Einkaufen nur zusammen mit Ehemann
- Handarbeitskreis aufgegeben, anscheinend kein Verständnis von den Freundinnen
- Zusätzliche Belastung: Vertrauliche Information über den Schwiegersohn „zwanghafter Spieler“, dazu Sorge um die jüngste Tochter
  
- Wird vom Ehemann gebracht, er spricht für sie
- Ehefrau schweigt währenddessen, Händekneten
- Angst anscheinend als solche – nicht als Folge körperlicher Ursachen – akzeptiert, eher resigniert
- Einstellung zu vermeintlicher Spielsucht des Schwiegersohns lässt negative Einstellung zu psychischer Krankheit ganz allgemein vermuten
- Bisherige Lösungsversuche: Heilpraktikerin, Akupunkteur, Bach-Blütenessenzen

Aus den Aussagen der Klientin und ihres Ehemannes ergeben sich zunächst keine konkreten Anhaltspunkte für eine **akute Suizidalität**. Als Psychologische Beraterin spreche ich die Klientin jedoch behutsam aber konkret auf evtl. vorhandene Gedanken bis hin zu ggf. auch auf bereits getroffene konkrete Vorbereitungen eines Suizids an, um dies zu klären. Zwar lässt die Initiative des Ehemannes, durch den sie gebracht wurde, daran denken, dass die Bereitschaft der Klientin zum offenen Gespräch mit einer Beraterin nicht unbedingt hoch sein muss. In diesem Fall jedoch schildert die Frau ihre Symptome und ihr Umfeld so bereitwillig, dass ich davon ausgehen kann, auch bei einer Frage nach Suizidalität offene Auskunft zu erhalten. Bei eventuellen Zweifeln wäre die Fremdanamnese durch den Ehemann zu diesem Thema in Betracht zu ziehen.

Wenn sich danach keine Zweifel an meiner Einschätzung ergeben haben, kann ich davon ausgehen, dass eine **akute Suizidalität nicht vorliegt** und – ohne Akutmaßnahmen wie Einweisung in eine Klinik zu veranlassen – die weiteren Schritte angehen.

Bevor ich nach dem Erstgespräch die Klientin zu einem Folgetermin sehe, bitte ich sie, ihren Hausarzt zur **Abklärung möglicher körperlicher Ursachen ihrer Symptome** aufzusuchen. Bei Angst- und depressiver Symptomatik ist es wichtig, zunächst alle relevanten körperlichen Ursachen auszuschließen oder ggf. aufzudecken. Natürlich kann eine Psychologische Beratung auch bei körperlichen Ursachen stützend eingesetzt werden, wenn die Symptomatik auch psychisch belastend wirkt und durch die Beratung z.B. Bewältigungsstrategien für veränderte

Lebensumstände gefunden werden können. Wichtig für die folgende Diagnose aus Beratersicht ist aber, dass hierüber zunächst Klarheit besteht.

Mögliche körperliche Ursachen für eine Angstsymptomatik können z.B. sein:

- Endokrinologisch: Diabetes mellitus, Hypo- oder Hyperthyreose
- Neurologisch: Multiple Sklerose, Epilepsie, Enzephalitis
- Toxikologisch: Koffein, Kokain, Entzugssymptome (Benzodiazepine, Alkohol)
- Kardiologisch: paroxysmale Tachykardie

### 3 Diagnose und Differentialdiagnose

Nachdem sich aus der gründlichen Untersuchung durch den Hausarzt keine Hinweise auf körperliche Ursachen für die Symptome der Klientin ergeben haben, kann nun eine **Diagnose** im Rahmen psychischer Störungen erfolgen.

Aufgrund der geschilderten und beobachteten Symptomatik lautet meine vorläufige Diagnose: **Agoraphobie mit Panikstörung** (ICD-10 Kapitel V F 40.01). Ich gehe in diesem Fall wegen des ausgeprägten Vermeidungsverhaltens zunächst davon aus, dass der Zusatz „mit Panikstörung“ angebracht ist, muss dies jedoch selbstverständlich durch genaues Nachfragen bei der Klientin noch verifizieren.

Die vorläufige Diagnose stützt sich auf die **diagnostischen Leitlinien**, die für eine Agoraphobie die Erfüllung **aller** folgender Kriterien verlangen:

- Die psychischen oder vegetativen Symptome müssen **primäre Manifestationen der Angst** sein und nicht auf anderen Symptomen wie Wahn- oder Zwangsgedanken beruhen.
  - Nach Anamnese kann hiervon ausgegangen werden.
- Die Angst muss in **mindestens zwei** der folgenden umschriebenen Situationen auftreten: in Menschenmengen, auf öffentlichen Plätzen, bei Reisen mit weiter Entfernung von Zuhause oder bei Reisen alleine.
  - Nach der Schilderung der Klientin hat sie Angst „z.B. vor der Kasse oder wo sonst viele Menschen seien, einen Angstanfall“ zu bekommen. Hier muss genauer nachgefragt werden, das Zutreffen der Angst in Menschenmengen und auf öffentlichen Plätzen kann jedoch zunächst angenommen werden.
- **Vermeidung** der phobischen Situation muss ein entscheidendes Symptom sein oder gewesen sein.
  - Ausgeprägtes Vermeidungsverhalten (Stichwort: „Angst vor der Angst“) mit sozialem Rückzug liegt vor: außer Haus gehen wird vermieden, wenn dann nur in Begleitung des Ehemanns. Aufgabe anderer sozialer Kontakte (Handarbeitskreis) wird in Kauf genommen.

Im Rahmen der unabdingbaren **Differentialdiagnose** müssen andere mögliche Diagnosen, bei denen Angstsymptome auftreten können, ausgeschlossen oder ggf. identifiziert werden. Sie können so in die Beratung einbezogen werden bzw. von einem geeigneten Spezialisten behandelt werden.

Diese anderen möglichen Diagnosen gliedere ich in vier Bereiche:

- Behandlungsbedürftige somatische Ursachen
  - durch ärztliche Abklärung bereits ausgeschlossen.
- Andere Angststörungen wie generalisierte Angststörung, Posttraumatische Belastungsstörung, Soziale Phobie, andere spezifische Phobie, evtl. Zwangsstörung
- Substanz-induzierte Angstsyndrome: Delir, Entzugssyndrome (Alkohol, Benzodiazepine), Stimulantien (Koffein, Kokain etc.)
- Angst bei anderen psychiatrischen Störungen wie z.B. Demenz sowie (endogene) Depression, Schizophrenien

Sofern diese genannten Bereiche als Ursachen ausgeschlossen werden können – wovon ich für diesen Fall mangels weiterer Hintergrundinformation ausgehe – muss ich dennoch in Betracht ziehen, dass sie **mitwirkende Verstärker** sein können. Insbesondere zwei Themen sind in hier genauer zu betrachten:

- Der häufig bei ausgeprägten Angststörungen vorkommende **sekundäre Medikamenten- und/ oder Alkoholmissbrauch** [(8), S. 45]. Zu beachtende Anzeichen könnten bei der Klientin insbesondere das Kneten der gefalteten Hände sowie die Aussage sein „sie sei innerlich so unruhig und angespannt, dass sie es kaum aushalten könne“.
- Eine in Verlauf der Angststörung entwickelte **depressive Symptomatik** der Klientin. Eine depressive Persönlichkeitsstörung würde ich in diesem Fall aufgrund der Bemerkung der Klientin, sie sei früher eine lebensfrohe Frau gewesen, jedoch zunächst ausschließen.

Als **möglicher Problemhintergrund** sollten nach meiner Einschätzung folgende Themen betrachtet – und zusammen mit der Klientin verifiziert – werden:

- Die Klientin scheint in ihrer Ehe eine **klassische Rollenverteilung** zu leben. Während ihr Mann eher die Initiative zu ergreifen scheint, sie in die Beratung bringt, für sie spricht und wertet, scheint sie eher die passive Rolle zu übernehmen, die erst spricht, nachdem ihr Mann den Raum verlassen hat. Ihrem Selbstwertgefühl ist dies höchstwahrscheinlich eher abträglich. Aufmerksam sollte beobachtet bzw. später hinterfragt werden, ob die Partner evtl. auch außerhalb der Psychologischen Praxis dazu neigen, eher übereinander statt miteinander zu sprechen – ob also auch eine Problematik innerhalb der Partnerschaft zur Symptomatik beiträgt.
- Daneben fühlt sich die Klientin auf ihren Mann anscheinend **stark angewiesen**, als ihre Hauptbezugsperson: nur in seiner Begleitung geht sie noch einkaufen oder überhaupt aus dem Haus. Für die Partnerschaft ist eine solche starke Abhängigkeit eher belastend. Eine echte Gegenseitigkeit wird dadurch verhindert. Möglicherweise wird die Angstsymptomatik hierdurch unbewusst von beiden Seiten sogar noch verstärkt.

Zudem hat die Klientin andere **soziale Kontakte** aufgrund der Symptomatik **aufgegeben** (Handarbeitskreis); aus der Aussage über ihre Kinder, „die jetzt alle ihre eigenen Familien hätten“ klingt heraus, dass sie sich eher einsam und ausgeschlossen als im Verbund einer „Großfamilie“ fühlt.

Eine Bedrohung des Lebens ihres Mannes, wie sie sie durch die Herzprobleme sieht, ist dadurch eine doppelte Belastung: Angst vor dem Verlust des Partners

an sich und zudem Angst vor der daraus ggf. resultierenden absoluten Einsamkeit und Hilflosigkeit aufgrund ihrer Symptomatik.

Die Klientin ist durch den andauernden seelischen Zwiespalt höchstwahrscheinlich stark belastet, ihren Mann einerseits zur Bewältigung ihres Alltags zu benötigen, andererseits aber starke Schuldgefühle zu empfinden, da sie ihn jetzt noch, statt ihn zu schonen, stark beansprucht.

- Die vier Kinder sind aus dem Haus und haben ihre eigenen Familien. Möglicherweise bezog die Klientin ihren **Lebenssinn** hauptsächlich aus dem Aufziehen ihrer Kinder. Daneben scheint als Hobby lediglich ein wöchentlicher Handarbeitskreis vorhanden gewesen zu sein. Bei vier Kindern ist das letzte möglicherweise noch nicht allzu lange aus dem Haus. Es wäre in Betracht zu ziehen, dass die Klientin aufgrund des „**leeren Nests**“ zu Hause auch eine innere Leere verspürt.
- Der wöchentliche **Handarbeitskreis**, anscheinend ein bisher festes Ritual, scheint auch nicht den Erwartungen der Klientin entsprochen zu haben. Die erwähnten Freundinnen haben anscheinend kein Verständnis und wollten sie überreden, „sich doch nicht so anzustellen“. Möglicherweise trägt eine empfundene **Enttäuschung** über dieses Verhalten bei der Klientin dazu bei, sich noch minderwertiger zu fühlen und sich weiter zurückzuziehen.
- Daneben scheint die Klientin stark belastet zu sein, durch die Mitteilung der Nichte über die **Spielsucht** des Schwiegersohns. Zum einen also die Sorge um ihre jüngste Tochter, zum anderen auch noch der Druck des „Siegels der Verschwiegenheit“. Dabei kommen ihr keine Zweifel an der Aussage der Nichte, die sicherlich zu hinterfragen wäre. Auch hier ein Hinweis auf anscheinend mangelnde **offene, direkte Kommunikation** zwischen den Familienmitgliedern – theoretisch wäre es ja relativ wenig aufwändig, die eigene Tochter auf die „Beobachtungen“ anzusprechen.
- Die **Einstellung** der Klientin zu **psychischen Problemen**, wie sie eine Spielsucht ja darstellen würde, scheint zudem eher negativ zu sein. Dies impliziert, dass auch ihr eigenes Selbstwertgefühl wegen dieser negativen Bewertung auch ihrer eigenen Probleme leiden könnte.

Die **bisherigen Lösungsversuche**, die körperlich oder ganzheitlich, nicht jedoch ausschließlich psychisch orientiert waren, könnten diese Vermutung unterstützen. Zwar könnte dies auch aus der durchaus häufigen Wahrnehmung der Betroffenen resultieren, dass ihre körperlichen Symptome im Vordergrund stehen und ihnen die Angst gar nicht als eigenständiges (Haupt-)Symptom erscheint. Jedoch im Zusammenhang des Falles und zudem darauf bezogen das Urteil des Ehemanns, „sie hätten schon alles mögliche versucht“, das auch seine Hilflosigkeit gegenüber einer psychischen Störung vermuten lässt: wörtlich genommen wäre also eine psychologische Beratung oder Therapie „unmöglich“ (alles „mögliche“ wurde ja schon versucht!), man beachte hier die zu vermutende versteckte negative Wertung.

## 4 Hintergründe

Eine mögliche **Definition von Angst** könnte sein: Ein gegenstandsloses, qualvolles, unbestimmtes und individuell sehr unterschiedlich ausgeprägtes Gefühl der Beengung, Bedrohung und des Ausgeliefertseins [(2) S.35]. Angst ist dabei immer

ein psychosomatisches Phänomen, verbunden mit vegetativen Erscheinungen (Herzklopfen, Schweißausbrüchen, Zittern, Magenschmerzen).

#### Angst kann vorkommen:

- im normalpsychischen Bereich als Realangst (Examen, unbekannte Situation,...) – hier kann sie nützlich, sogar lebensrettend sein;
- inhaltlich festgelegt vor bestimmten Situationen, Objekten als Phobie;
- frei auftauchend in Form von Panikattacken, generalisierter Angst;
- als Symptom "endogener" Psychosen (z.B. bei Schizophrenie);
- in Zusammenhang mit Körperkrankheiten (z.B. Angina pectoris, Asthma).

Unter einer **Phobie** versteht man das Vorherrschen ausgeprägter, an bestimmte Orte, Situationen oder Objekte gebundene Angstsymptomatik bei entsprechender Erwartungshaltung, die i.d.R. zu Vermeidungsverhalten führt.

**Panikstörungen** werden als einzelne Episoden intensiver Angst oder Unbehagens von 1 bis zu 60 Minuten beschrieben und treten unerwartet schnell und anflutend auf. Sie steigern sich in der Intensität innerhalb etwa 10 Minuten nachdem das erste Symptom bemerkt wurde. Sie können unabhängig von anderen Störungen, jedoch auch zusammen mit Agoraphobie auftreten, wobei die ICD-10 eine evtl. Kausalität nicht betrachtet, während das DSM IV impliziert, dass eine Agoraphobie ggf. als Folge einer Panikstörung auftritt.

## 4.1 Epidemiologie

**Angststörungen** - also psychische Störungen, bei denen Angst das Krankheitsbild bestimmt, ohne dass wesentliche andere psychopathologische Störungen festzustellen sind - gehören mit einer Lebenszeitprävalenz von ca. 10 bis 15 % zu den **häufigsten psychischen Störungen**, bei Frauen mit 2:1 häufiger als bei Männern. Sie manifestieren sich meist um das 30. Lebensjahr, bei z.B. Tierphobien kann ein Beginn aber auch schon in der Kindheit einsetzen.

Im Vordergrund stehen dabei die sozialen und spezifischen **Phobien**, woran etwa jeder 10. bis 5. leidet. Allerdings schwanken die epidemiologischen Angaben international stark. Die Angaben zur Prävalenz hängen zum einen davon ab, in welcher Personengruppe danach gesucht wird (psychische Ambulanz oder Felduntersuchung) zum anderen von den verwendeten diagnostischen Instrumenten sowie dem Zeitraum über den eine Aussage gemacht werden soll (Lebenszeit oder 1 Monat); wegen geschlechtsspezifischer Unterschiede auch von der Zusammensetzung der untersuchten Gruppe.

Folgende Zahlen aus den verschiedenen Studien finden sich für **Phobien**: **6-Monatsprävalenz** 4% (Deutschland, alte Bundesländer) bis 13% (Schweden), bei Berücksichtigung mehrerer Untersuchungen durchschnittlich 5 bis 10% - **Lebenszeitprävalenz** 15% bzw. 13 – 17,4% bei Frauen und 4 - 8,5% bei Männern [(7), S.11], wobei speziell für **Agoraphobien** ca. 5% angegeben werden. Agoraphobien machen dabei ca. 10 bis 50% aller Phobien aus. [(15) S. 615].

Häufig kommt es zu einer **Komorbidität** (bis zu 50%) mit depressiven Erkrankungen, dissoziativen und somatoformen Störungen. Nicht selten findet man einen sekundären Alkohol- und Medikamentenmissbrauch [(2), S. 191].



## 4.2 Symptomatik

Das **Vorliegen einer Angststörung** zeigt sich neben dem subjektiven Ausmaß der Angst auch an Dauer und Häufigkeit der Symptome und der Auswirkung auf den täglichen Lebensvollzug. Es gibt für die Diagnose jedoch keinen eindeutigen, bei allen Betroffenen identischen Schwellenwert, zu dem sich eine Angststörung feststellen lässt.

Die **Symptome** von Angsterkrankungen lassen sich zum besseren Überblick in **4 Kategorien** gliedern, die jeweils in Wechselwirkung zueinander stehen. Da es sich um einen psychosomatischen Vorgang handelt, sind die körperlichen Erscheinungen nicht Folgen sondern Korrelat der Angst:

- **Körperlich:** weiche Knie, Zittern, Benommenheit, Parästhesien, abdominale Beschwerden, Harndrang, Durchfall, Magenschmerzen, Atemnot, Erstickungsgefühle, Globusgefühl, Schluckbeschwerden, Thoraxschmerzen, Tachykardie, Palpitationen, Herzenge, Schwindelattacken, Sehstörungen, Kopfschmerzen, Schwitzen, Hitzewallungen, Kälteschauer, Schlafstörungen und nächtliches Aufschrecken.
- **Gedanklich:** dysfunktionale Gedanken; uniform wirkende Sorgen, jetzt sofort und hier zu sterben und/oder verrückt zu werden; befürchteter Kontrollverlust, z.B. durch Ohnmachtsanfälle oder „Wahnsinnsanfälle“ unter Peinlichkeit. Im Verlauf Erwartungsängste vor bestimmten Situationen („Angst vor der Angst“). Dissoziative Phänomene: Entfremdungseindrücke – Depersonalisation (Gefühl, vom Körper losgelöst zu sein oder weg vom Körper zu schweben), Derealisation (alles erscheint unwirklich, verändert, wie im Traum oder wie ein Alptraum).
- **Emotional:** Die bei einer Angststörung auftretenden Gefühle wie Angst, Sorge, Unsicherheit oder Furcht als Symptom sind – zumindest anfangs – meist nicht bewusst vom Klienten reflektiert. Sie werden häufig (zunächst) verneint oder ggf. nur als Reaktion auf die körperliche „Bedrohung“ interpretiert. Zu dieser Kategorie kann man auch die „Angst vor der Angst“ zählen. Zudem: allgemeine Niedergeschlagenheit, Beklemmungsgefühle, innere Gespanntheit, Unruhe.
- **Verhaltensnah:** Verhaltensänderung, Vermeidungsverhalten, sozialer Rückzug, reaktive Depression. Aufopfernde Pflegedienste von Angehörigen sind häufig, im Extremfall haben sie eine Vollinvalidisierung des Betroffenen zur Folge – er verlässt das Bett beispielsweise nur noch für den Gang zur Toilette.

Selten sind alle Symptome vorhanden, bei genauer Nachfrage im Rahmen der Anamnese lassen sich jedoch oft überraschend viele zusammentragen.

Bei einer **Agoraphobie** sind folgende Symptome besonders ausgeprägt: Situationsbezogene Angst, die Furcht steht in keinem funktionalen Verhältnis zu einer eventuellen realen Gefahr der betreffenden Situation. Es stellt sich leichtes Unbehagen bis panische Angst ein, verrückt zu werden oder zu sterben. Herzklopfen, Übelkeit, Schwindel oder Beinschwäche überlagern manchmal die Angst sogar. Im Verlauf entsteht eine Erwartungsangst. Dem Klienten ist meist bewusst, dass die Furcht irrational und exzessiv ist, er versucht jedoch dennoch, die angstausslösende Situation - typischerweise Menschenmengen, öffentliche Plätze, Alleinsein oder Reisen mit weiten Entfernungen - zu meiden. Die Agoraphobie ist häufig kombiniert mit einer Panikstörung.

### 4.3 Klassifikation

Angststörungen im engeren Sinn sind: Panikstörung, **Agoraphobie** (mit oder ohne Panikstörung), generalisierte Angsterkrankung, soziale Phobie und spezifische Phobien. Häufig werden auch die Posttraumatische Belastungsstörung und Zwangsstörungen dazugerechnet. Für die Differenzialdiagnose sind daneben noch weitere mögliche Störungen zu betrachten.

**Spezifische Phobie (ICD-10 V F40.2):** Ausgeprägte, hartnäckige und irrationale Angst vor bestimmtem Objekt, Lebewesen oder bestimmter Situation, die gemessen an der Realität unangemessen oder unbegründet ist, verbunden mit entsprechender Vermeidung. Sie führt zu unterschiedlicher sozialer Beeinträchtigung. Wenn bei der Angst der Gedanke nach Fluchtmöglichkeiten, Auswegen, Telefonen, also allg. Hinweisen auf Sicherheit zentral ist, weist dies auf eine **Agoraphobie mit oder ohne Panikstörung (F40.01 oder F40.00)** hin.

#### Differenzialdiagnose:

- **Panikstörung (F41.0):** Wiederkehrende Angstattacken, die plötzlich, wie aus heiterem Himmel, den Betroffenen zusammen mit heftigen vegetativen Reaktionen erfassen. Sie treten in keiner eindeutig, klar und einfach zu definierenden Situation bzw. in Bezug auf ein solches Objekt oder Lebewesen auf. Sie führen zu Sorgen über den möglichen Eintritt weiterer Attacken und zu entsprechendem Vermeidungsverhalten sowie häufig auch zum Entstehen einer Agoraphobie.
- **Generalisierte Angststörung (F41.1):** Monate- bis jahrelang andauernde Ängste und Sorgen, die nicht kontrolliert werden können. Die Symptome sind fluktuierend: nie extrem heftig, nie ganz verschwunden. Der oder die Auslöser sind unscharf definiert. Es existiert ein dauerhaft hohes Spannungsniveau mit Schlafstörungen und innerer Unruhe. Die Lebenstätigkeit ist beeinträchtigt.
- **Soziale Phobie (F40.1):** Extreme Schüchternheit, extreme Angst vor dem Halten von Vorträgen oder in ähnlich exponierten Situationen. Sie kann auch als einer spezifischen Phobie ähnlich angesehen werden, wenn sie auf einen Auslöser (z.B. immer bei Vorträgen) beschränkt ist, also auf eine eng umgrenzte Situation. Dies ist jedoch selten. Meist ist fast jeder soziale Kontakt, bei dem sich der Betroffene als exponiert erlebt, auslösend für die ängstliche Symptomatik.
- **Posttraumatische Belastungsstörung (F43.1):** Tritt nach einem als subjektiv außergewöhnlich gefährlich empfundenen Ereignis mit depressiven, ängstlichen und vegetativen Symptomen neben einem Gefühl emotionaler Taubheit auf. Sie kann phobische Züge tragen. Jedoch überwiegen depressive Symptome, das wiederholte bedrohliche Erlebnis in Tag- und Nachträumen bei weniger scharf umschriebenem Auslöser.
- **Zwangsstörungen (F42):** Handlungen müssen ausgeführt oder Gedanken müssen gedacht werden, deren Unsinnigkeit dem Betroffenen bewusst ist und auch benannt werden kann. Sie wird aus Scham oft verheimlicht. Den Betroffenen plagt ein ständiger Zweifel ob nicht doch etwas falsch, unverschlossen, unsauber etc. ist und zur eigenen Beruhigung werden die Rituale daher bis zu mehrere Stunden täglich ausgeführt.

- **Hypochondrische Störungen (F45.2):** Vorliegende Angst ist auf Störungen der Körperfunktion konzentriert.
- **Depressive Störungen (F06.3 oder unter F3):** Die Inhalte der (generalisier-ten) Angst liegen schwerpunktmäßig auf Sorgen über die Zukunft, Finanzen oder eigenes Verhalten in der Vergangenheit. Abklärung durch Facharzt! – Im Verlauf von phobischen Störungen treten häufig depressive Verstimmungen auf.
- **Schizophrenien (unter F2):** Im akuten Stadium stehen meist bizarre, konstruiert oder gesucht wirkende Befürchtungen im Raum. Die übrigen Symptome sind jedoch meist eindeutig. Abklärung durch Facharzt!
- **Missbrauch psychotroper Substanzen (unter F1):** Horrortrip nach Drogen-einnahme, bzw. drogeninduzierte Psychose, Stimulanzien-Missbrauch
- **Somatische Erkrankungen:** Vollständige ärztliche körperliche Basisuntersuchung von Körperstatus, Routinelabor und angemessene technische Untersuchungen als Standardvoraussetzung zur Diagnose notwendig.

#### 4.4 Verlauf und Prognose

Angststörungen, insbesondere Agoraphobien und Panikstörungen, zeigen ohne Behandlung eine **Tendenz zur Chronifizierung**. Spontanremissionen liegen bei höchstens 20% [(2), S. 191].. Der Verlauf kann wellenförmig mit symptomfreien Intervallen sein. Im fortgeschrittenen Alter finden sich auch mitigierte Verläufe, zum Teil aber mit psychischen Residualzuständen. Im Verlauf häufig sekundärer Medikamenten- und/oder Alkoholmissbrauch sowie Entwicklung einer depressiven Symptomatik mit einem hohen **Suizidrisiko**.

Der Leidensdruck und die Einschränkungen im Alltag führen zu teilweise ausgeprägtem Leid aber auch dazu, dass aus Scham Symptome verheimlicht oder bagatellisiert werden. Daher werden Angststörungen wegen entsprechender **Fehldiagnosen** häufig auch nicht behandelt. Bei entsprechender Therapie erhalten bis zu 95% der Betroffenen kurzfristig eine wesentliche Linderung der Symptomatik und dauerhaft eine Verbesserung ihrer Gesundheit und entsprechende Steigerung ihrer Lebensqualität. Je **frühzeitiger** die Erkennung und Behandlung erfolgt, desto höher die Wahrscheinlichkeit einer **dauerhaften Heilung**.

#### 4.5 Ätiologie

Nach dem heute favorisierten **integrativen biopsychosozialen Krankheitsmodell** tragen sowohl genetische als auch psychologische und soziale Faktoren in unterschiedlichem Ausmaß zur Manifestation einer Angststörung bei [(7) S.23].

Ganz allgemein besteht besondere Anfälligkeit für Angstreaktionen in Zeiten **hoher emotionaler Belastung**, insbesondere wenn die Belastung über längere Zeit andauert. Angst kann also verstanden werden als **Stressreaktion** (auch: Generelles Adaptions-Syndrom „GAS“ oder nach seinem Entdecker „Selye-Syndrom“): In einer Gefahrensituation gibt es zunächst eine Alarmreaktion über die Sinnesorgane an das Zentrale Nervensystem, den Initialschock. Daraufhin erfolgt die sogenannte „Notfallreaktion“, die die Möglichkeiten „Angriff“ oder „Vermeidung“ (Flucht) bietet. Dabei ist vorgesehen, dass der Stressor durch eine dieser beiden Reaktionen für den Menschen beseitigt werden kann.

**Dauert der Stressreiz jedoch an**, mobilisiert der Organismus alle verfügbaren Energiereserven. Als Folge entstehen organische Störungen wie Bluthochdruck.

Wirkt der Stressreiz dauerhaft, folgt eine **Erschöpfungsphase**: die Abwehrkräfte nehmen ab, die Anpassungsmechanismen der vorigen Phasen funktionieren nicht mehr. Der menschliche Organismus ist für eine Dauerbelastung durch Stress nicht geschaffen, der physiologische Mechanismus der Stressreaktion versagt dort, wo der Stressor eben nicht durch Bewältigung oder Vermeidung beseitigt werden kann!

Der Betroffene ist sich dieses (Dauer-)stressbedingten Ursprungs seiner Angst meist nicht bewusst.

#### 4.5.1 Somatische Ursachen

Über die somatischen Faktoren als Ursache von Angststörungen ist bisher noch nicht allzu viel bekannt [(13), S. 91]. Gewisse Einflüsse kann man jedoch bereits heute feststellen:

##### 4.5.1.1 Genetisch

Eine **gewisse familiäre Häufung** konnte festgestellt werden: So liegt beispielsweise bei Panikstörungen bei eineiigen Zwillingen das Risiko für den zweiten Zwilling bei 30%. Bei Verwandten ersten Grades sinkt dieses Risiko auf die Hälfte und liegt in der Durchschnittsbevölkerung bei etwa 10% [(7) S. 22].

##### 4.5.1.2 Neuroanatomisch

Die **Bedeutung bestimmter cerebraler Regionen** konnte bereits belegt werden, dabei zeigten sich multifaktorielle Auslöser für Phobien: z.B. können Cholecystokinin, Laktat-Infusion, CO<sub>2</sub>-Gabe und Koffein zu Angstzuständen, v.a. Panikattacken führen. Die hierbei wichtigen Hirnregionen sind die adrenergen Zentren im Locus coeruleus, das GABAerge System bzw. die sogenannte „Stress-Achse“ (HPA-Achse: Hypothalamus-Hypophysen-Nebennieren-Achse). Neben Serotonin sind auch noradrenerge Systeme an der komplexen Entstehung der Angst beteiligt: z.B. finden sich bei manchen Angst-Betroffenen auffällige Veränderungen im Bereich der Temporallappen des Gehirns sowie pathologische Veränderungen rechtshemisphärischer Hirnregionen. Die Untersuchungen lassen jedoch noch keine abschließenden Aussagen zu. [(13), (7), S.22].

##### 4.5.1.3 Psychophysiologisch

Eine erhöhte adrenerge bzw. sympathikotone Aktivität wird als somatisches Korrelat der Angst angesehen.

#### 4.5.2 Psychodynamische Ursachen

Phobische Störungen lassen sich als Fehlentwicklungen aufgrund **ungelöster Konflikte und unbewältigter Verlüsterlebnisse** interpretieren. **Aggressionshemmung**, und als Abwehr Verschiebung und Reaktionsbildung sind kennzeich-

end. In Phobien werden danach Triebspannungen abgewehrt, Angst auf Umweltgegebenheiten verlagert. Als unbewusste Motivation können Ängste, Zuwendung zu verlieren, alleingelassen zu werden, Angewiesensein auf Anwesenheit eines anderen vorliegen. Anklammerungstendenzen weisen auf frühkindliche Verluste oder Verunsicherungen dieser oft sensitiven Persönlichkeiten hin [(13), S. 92]. Häufig finden sich umgekehrt auch ängstliche, anklammernde Familienangehörige, die dem Betroffenen seine Eigenständigkeit verwehren [(5), S. 111].

Weiterhin werden als häufige **Abwehrmechanismen** genannt: Ungeschehenmachen, Somatisierung, Projektion, bei Phobien vor allem auch Vermeidung [(2), S. 194]. Misslingt jedoch die neurotische Konfliktlösung kommt es zu manifester Angst bzw. Phobien [(11), S. 55].

Ein **Beispiel** für Ängste, die aus dem Konflikt zwischen Hemmung und Aggression entstehen ist die Ambivalenz bei Trennungen (bleiben oder gehen), eine Forderung, sich entscheiden zu müssen. Die Entscheidung wird aufgeschoben da sie zu dem Zeitpunkt für den Betroffenen unentscheidbar ist, hierdurch wächst die Angst weiter [(5), S. 111].

### 4.5.3 Lernpsychologische Ursachen

Angst kann als Ergebnis klassischen und/oder operanten Konditionierens sowie des Modell-Lernens angesehen werden [(13), S. 92]. Auch reale Gefahrerlebnisse (z.B. Bergleute, die verschüttet und wieder gerettet wurden) können prägen, da Verbindungen „gelernt“ werden, die im Gehirn sehr stabil sind, weil sie dem Organismus zum Überleben dienen [(7), S. 21].

- **Klassisches Konditionieren:** ein neutraler Stimulus wird gefürchtet, wenn er mit unangenehmem/ angsterzeugendem Erlebnis gekoppelt ist - Phobie als gelernte Reaktion
- **Operantes Konditionieren:** Angsterzeugende Situationen werden umgangen, dadurch entstehen positive Konsequenzen. Dies führt zu systematischem Aufbau von Vermeidungsverhalten, dadurch entsteht mehr und mehr Einschränkung des Lebensraums des Betroffenen - Phobien werden dadurch weiter aufrecht erhalten.
- **Modell-Lernen:** Angst kann durch Nachahmung des Verhaltens anderer erlernt werden. Spezifische Phobien werden beispielsweise innerhalb von Familien oft auf diese Weise weitergegeben.

Ehemals geringe Ängste werden somit nach und nach verstärkt und über entsprechend konditionierte Lernerfahrungen gespeist. Insbesondere bei Phobien sind neben der Konfliktgenese Lernprozesse vorrangig [(11), S. 55].

### 4.5.4 Kognitive Ursachen

Hier wird Angst als Folge eines **Mangels an Kontrollmöglichkeiten** angesehen, die zur Bewältigung von Anforderungen notwendig sind, aber nicht gelernt wurden. So entsteht angsterzeugende Auffassung von der Welt und eine Hilflosigkeit im Sinne irrationaler Überzeugungen [(13), S.92].

Betroffene neigen dazu, bestimmte Situationen (wie Prüfungen) als **unangemessen schwierig zu deuten** und sich die Bewältigung nicht zuzutrauen. In der

angstvollen Hilflosigkeit vor der Aufgabe misslingt die Lösung natürlich. Dies bestätigt wiederum die negative Meinung von sich selbst [(5), S. 111].

Im Rahmen von **kognitiven Fehlattritionen von Körperwahrnehmungen** wird unbedeutenden physiologischen Vorgängen eine einseitige oder selektive Aufmerksamkeit gegeben und ihnen eine abnorme oder krankhafte Bedeutung verliehen. Aus solchen kognitiven Bewertungsvorgängen entsteht ein positiver Rückkopplungsprozess, bei welchem die selbe Fehlbewertung wiederholt wird. Dadurch werden bestimmte Erlebnis- und Verhaltensformen konditioniert. Die Folge ist ein Teufelskreis : Fehlbewertung – Panikstörung – Angst vor der Angst [(2), S. 193].

**Dysfunktionale kognitive Denkmuster** von Betroffenen können sein:

- Alles- oder- nichts- denken („draußen ist sicher oder unsicher“ dazwischen gibt es nichts)
- übermäßige Verallgemeinerung (Jeder Schritt vor die Tür ist gefährlich)
- Katastrophisierung (Ich falle jetzt sofort sicher in Ohnmacht und sterbe)
- intuitiv-emotionale Argumentation (Weil ich Angst habe, ist dieser Ort gefährlich) [(7), S. 31].

## 4.6 Therapie

**Psychopharmaka** zur Stabilisierung des Gehirnstoffwechsels:

- **Benzodiazepine:** zuverlässig und schnell anxiolytisch wirkend – haben aber hohes Potential für körperliche Abhängigkeit und andere Nebenwirkungen – daher sind sie keine seriöse Empfehlung für eine Phobie. Wenn überhaupt nur zur Linderung akuter Symptome über maximal 5 Tage. Sie lösen nicht die Ursachen der Angststörung, nach dem Absetzen kehrt die Symptomatik zurück. Nach neueren Studien kann der fallweise Gebrauch von Benzodiazepinen übrigens dazu führen, dass die Betroffenen ihre Aufmerksamkeit besonders auf die somatischen Symptome lenken, angstbezogene Gedanken daher nicht positiv verändert werden und die Störung aufrecht erhalten bleibt! [(7), S. 18]
- **Neuroleptika:** nicht indiziert. [(7), S. 18]
- **Betablocker:** Evtl. bei Prüfungsängsten. Sie beeinflussen vor allem die vegetative Symptomatik positiv, wodurch eine Entkoppelung von psychischen und vegetativen Symptomen erreicht wird. Es tritt praktisch keine Sedierung auf. [(7), S. 18; (11), S. 57].
- **Antidepressiva:** noch am sinnvollsten – insb. bei zusätzlich erkennbaren depressiven Symptomen. Selektive Serotonin Wiederaufnahme Hemmer (SSRI) haben sich bewährt. Noch aktueller und in der Wirkung gezielter sind selektive serotonerg-nonadrenerge Wiederaufnahmehemmer (SNRI). [(D), S. 10, 12]. Trotzdem werden, obwohl wegen der Nebenwirkungen gegenüber modernen Antidepressiva nicht mehr „state of the art“, auch trizyklische Antidepressiva, v.a. Imipramin verschrieben [(2), S.194]. Die Entwicklung einer körperlichen Abhängigkeit ist nicht bekannt. [(7), S. 18]. Einziger Nachteil ist die Latenz des therapeutischen Effekts von 2 bis 3 Wochen [(11), S. 57].
- **Pflanzliche Heilmittel:** Beruhigend und spannungslösend wirkende Präparate mit den Wirkstoffen aus Baldrian, Hopfen, Melisse und/oder Passionsblume. Wegen der guten Verträglichkeit bei gleichzeitiger nachgewiesener Wirksamkeit bevorzugen Betroffene diese häufig. Bei leichten und mittelschweren Störungen steht dem nichts entgegen. Man sollte jedoch auch pflanzlichen Heilmitteln gegenüber kritisch bleiben, da zum Beispiel Kava-Kava-Präparate, die bis 2002 noch pflanzliches Heilmittel der Wahl bei Angststörungen waren,

inzwischen wegen Todesfällen aufgrund schwerer Leberschäden zurückgerufen wurden.

- **„Magische Prophylaxe:** Statt der Einnahme hilft manchen Betroffenen die sogenannte "magische Prophylaxe": beispielsweise wirkt es hierbei bereits symptomlindernd, die angstlösenden Tabletten nur mit sich zu tragen, ohne sie tatsächlich einzunehmen [(5), S.112].

Allein schon vor dem Hintergrund des letzten Punktes – und selbstverständlich der Nebenwirkungen – sollte eine **medikamentöse Behandlung nicht Mittel der Wahl** sein. Der Einsatz von Psychopharmaka kann vorübergehend, zur Linderung der schlimmsten akuten Angstzustände oder in sehr schweren Fällen Sinn machen, meines Erachtens auch hier jedoch nicht als alleinige Maßnahme.

### **Psychotherapie:**

Empirische Studien haben ergeben, dass die **Therapeutenvariable** (v.a. die Erfahrung des Therapeuten) wichtiger ist als die **Therapievariable** (Psychoanalyse vs. Kognitionspsychologie). In der Praxis sind Angststörungen dennoch Domäne der Verhaltenstherapie [(2), 194].

Dabei kann sowohl das Angehen der Symptomatik als auch das der psychodynamischen Gründe sinnvoll sein. Mit welcher Methode die Behandlung begonnen wird, richtet sich nach individuellen Gesichtspunkten. Oft werden die Methoden auch kombiniert/aneinander angeschlossen [(13), S. 93].

- **Psychodynamische Verfahren:** vor allem als Kurzzeitberatungen zeigen sie positive Ergebnisse. Für eine Psychoanalyse im engeren Sinn besteht jedoch gem. den Leitlinien vom April 2000 der Konsensuskonferenzen „Diagnostik und Therapie von Angsterkrankungen“ keine Indikation [(7), S. 18].
- **(Kognitive) Verhaltenstherapie:**
  - Erklärungs- und Therapiemodell: Der Anstieg und Abfall der innerlichen Erregung des Betroffenen ist wesentlich für die Phobie. Der Anstieg wird als unangenehm bis katastrophal, der Abfall als Erleichterung, Erlösung erlebt. Die auslösende Situation wird vor dem Gipfel der Angst verlassen oder die Konfrontation mit der angstausslösenden Situation wird völlig vermieden. Der **Verhaltenstherapeutische Ansatz** ist: regelmäßige Konfrontation mit den angstausslösenden Reizen, also das „Vermeiden der Vermeidung“, wodurch eine Milderung der Symptome erreicht wird, bis die Phobie ganz verschwunden ist.
  - Die Verhaltenstherapie geht (erfolgreich) davon aus, dass eine Therapie nicht unbedingt Erkenntnisse über die Entstehungsbedingungen benötigt, um erfolgreich zu sein. Relevant ist, dass es gelingt, die Therapieintervention **für den Klienten nachvollziehbar** zu begründen und zudem den Therapieerfolg als Leistung des Klienten zu kennzeichnen.
  - Die Therapie beginnt mit der **Diagnostik** (Untersuchungen, Fragebögen, Interviews,...): Der Klient kann sein subjektives Erleben, das er anderen Menschen gegenüber oft nicht verständlich machen konnte, zeigen und es wird durch die Instrumente der Diagnostik objektiviert. Dies wirkt oft sehr erleichternd und spannungslösend.
  - Anschließend wird eine „**Angsthierarchie**“ aufgestellt. Das ist eine Liste möglichst vieler Dinge/Situationen, die die Phobie auslösen (z.B. im Supermarkt Schlange stehen, an den Supermarkt denken, in das Auto stei-

gen, allein in den Garten gehen,...), die in hierarchische Reihenfolge gebracht und für eine Konfrontation genutzt wird. Eine Skala von 0 (angstfrei) bis 100 (Todesfurcht und Unerträglichkeit) dient der „Eichung des Klienten“ (er kann dadurch lernen, zwischen mehr und weniger Sorge zu unterscheiden) und zur Verlaufskontrolle. Dazu kommen Protokolle des Klienten, aus denen hervorgeht, inwieweit er seine Angsthierarchie abgearbeitet hat: inwieweit wurde die phobische Angst überwunden, inwieweit hat er seine Kompetenzen trainiert. Außerdem sollten alle diagnostischen Instrumente nochmals am Ende der Therapie eingesetzt werden: Der Klient sieht so seine Erfolge „schwarz auf weiß“ [(7), S. 27].

- Der **Therapieprozess** kann **nach Kuntze und Bullinger** [(7)] in fünf Stufen eingeteilt werden:
  1. Beiderseitige Information: Angaben zum Problem, Rahmenbedingungen der Therapie, Prognose, Erwartungen u.a.
  2. Genaue Beschreibung des Problemverhaltens: Auslöser der Phobie, Angsthierarchie, Vermeidungsverhalten beschreiben.
  3. Exposition / Konfrontation: schrittweise als **systematische Desensibilisierung** anhand der Angsthierarchie; alternativ: **Flooding** - der Klient sucht sofort die Situation mit maximaler Angst auf (nicht immer indiziert, z.B. bei früheren psychotischen Erkrankungen). Die erste Exposition erfolgt i.d.R. zusammen mit einer Begleitperson oder mit dem Therapeuten. Zwischen den einzelnen Expositionen werden die Erfahrungen mit dem Klienten besprochen, Vor- und Nachteile seiner Technik erfasst. Diese Stufe muss evtl. wiederholt durchlaufen werden.
  4. Kognitive Therapie: Gedankliche Verzerrungen werden thematisiert und korrigiert.
  5. Die neuen Erfahrungen werden nochmals benannt, weiter bestehende Schwierigkeiten geklärt, weitere Übungen geplant. Zudem werden evtl. zusätzliche relevante Problemfelder identifiziert, um diese anderweitig angehen zu können.

Mit diesen wenigen Sitzungen kann man erfahrungsgemäß von einer erfolgreichen Beendigung der Therapie ausgehen. Um den Erfolg zu stabilisieren, sollten Booster-Sitzungen fest vereinbart werden.

- **Entspannungsverfahren:** Indiziert, insbesondere die progressive **Muskelrelaxation nach Jacobson** [(13), S. 93]. Grund: Entspannung schließt das Erleben von Angst (Anspannung) weitestgehend aus.
- **Selbstbehauptungstraining:** Es kann ganz allgemein unterstützend zur Steigerung des Selbstwertgefühls [(5), S. 111].

## 5 Psychologische Beratung

Bei der **Agoraphobie** im vorliegenden Fall und auch bei anderen Formen von Angststörungen, handelt es sich um eine **Störung mit Krankheitswert**, die eine Behandlung, eine Therapie erfordert. Dies erkennen zu können, ist für einen Psychologischen Berater rechtlich – und selbstverständlich auch ethisch - elementar, daher ist eine genaue Kenntnis der psychischen Störungen und deren Symptomatik unabdingbar. Die Behandlung darf jedoch nicht von einem Psychologischen Berater, sondern muss ggf. durch einen Psychologischen Psychotherapeuten oder einen Arzt mit entsprechender Zusatzausbildung durchgeführt werden. Hierauf weise ich die Klientin selbstverständlich hin. Ich würde auch versuchen, die Klientin zu einer **Psychotherapie** zu bewegen. Vor dem Hintergrund der vermuteten nega-



tiven Einstellung zu psychischen Störungen allgemein, könnte es jedoch sein, dass die Klientin darauf zunächst nicht eingeht.

Was jedoch – begleitend oder falls die Klientin erst einmal keine Therapie wünscht – vom Psychologischen Berater angeboten werden kann und darf, ist „**Hilfe zur Selbsthilfe**“. Information, Handlungsalternativen, Möglichkeiten aufzeigen u.s.w., die die Klientin unterstützen, sich selbst zu helfen.

Mein **Beratungsplan** für die Klientin würde sich – im Detail natürlich noch abhängig von der individuellen Persönlichkeit der Klientin – aus folgenden Elementen zusammensetzen:

- **Akute Maßnahmen:** ich nehme die Klientin mit ihren Beschwerden ernst und werte ihre Aussagen nicht. Ich verschaffe mir einen genauen Überblick über ihre Symptomatik. Wenn ich ihr so das Gefühl vermitteln kann, dass ich die subjektive Bedeutung ihres Leidens mitfühlen kann, lindert dies meist die akute Spannung. Anschließend kann ich ihr aufzeigen, dass es für ihr Leiden einen „Namen“ gibt und auch gute Aussichten, es zu überwinden. Diese Erkenntnis, nicht „die einzige“ zu sein und Heilungschancen zu sehen, wirkt zusätzlich erleichternd.
- **Folgende Schritte:**
  - Intensive, geeignet aufbereitete **Information** der Klientin und möglichst auch des Ehemannes über die Hintergründe von Agoraphobien und Panikstörungen sowie der Stressreaktion mit dem Ziel, dass die Klientin die Zusammenhänge ihrer Symptome mit Stressoren in ihrem Leben erkennt und versteht, dass sie sich für ihre Störung nicht zu schämen braucht. Dazu die Empfehlung eines Ratgebers zur selbstständigen Vertiefung [z.B. (1), (10), (12), (14)].
  - Klärung der **Bereitschaft** der Klientin, ihre Angststörung tatsächlich zu bewältigen. Zudem die **Erwartungshaltung** der Klientin klären: die Agoraphobie kann durch geeignete Maßnahmen überwunden werden, aber es lösen sich dadurch nicht automatisch alle Lebensprobleme.
  - Das Führen eines **Angsttagebuchs** vereinbaren: gemeinsam mit der Klientin kann dadurch das Angsterleben betrachtet und analysiert werden. Es wird greifbarer, berechenbarer, dadurch weniger bedrohlich, weniger unerklärlich. Das Angsttagebuch sollte beispielsweise enthalten: Datum, Uhrzeit, Stärke der Angst, Situation, Vermeidungsreaktion, Körperliche Reaktion, Gefühle und Gedanken, Besonderheiten. Die Klientin soll zunächst nur wahrnehmen und aufzeichnen, noch keine Änderung ihres Verhaltens versuchen.
  - **Neue Strategien** für den Umgang mit der Angst finden:
    - Erwartungsangst durch Technik des „Gedankenstops“ beeinflussen
    - Bei Angst die Umwelt und die innere Befindlichkeit auf Realitätsbezug zu überprüfen – Fragen wie „Was kann schlimmstenfalls passieren?“ vor dem neuen Informationshintergrund betrachten.
    - Die Angst annehmen lernen - die Klientin kann über einen subjektiven Nutzen der Angst nachdenken oder Briefe an „ihre liebe Angst“ schreiben u.s.w.
    - Das Vermeidungsverhalten immer wieder hinterfragen und auch angstbesetzte Situationen ausprobieren: Dabei soll die Klientin ein Selbstbeobachtungsprotokoll ausfüllen, das in der nächsten Beratungsstunde gemeinsam ausgewertet wird. Bei ansatzweisem Erfolg kann die Klientin hierdurch evtl. doch zu einer – meines Erachtens notwendigen – Verhaltenstherapie motiviert werden.

- Den Tag planen – Ablenkung hilft!
- Anleitung der Klientin zum Erlernen von **Entspannungstechniken**:
  - **Progressive Muskelrelaxation nach Jacobson** zur täglichen Durchführung
  - **Spontanentspannungstechnik** zur schnellen, einfachen Linderung der Ängste im Akutfall:  
Durch die Nase tief einatmen, direkt danach wieder ausatmen – dann erst für 5 bis 10 Sekunden mit der Atmung pausieren. Anschließend wieder Luft holen u.s.w.. Spätestens nach wenigen Minuten setzt die Entspannung ein [(12), S. 103].
- **Einbeziehen des Ehemanns**: Das Verständnis des Ehemanns für die Situation soll erhöht werden. Anleitung zu offener Kommunikation über gegenseitige Wünsche sowie über aus der Angst entstandene Konflikte. Beiderseitige Akzeptanz, dass die Angsterkrankung eine Belastung für den Partner darstellt und der Ehemann auch das Recht hat, sich abzugrenzen. Reflexion der Rollenverteilung in der Ehe und mögliche neue Strategien, die sich auch positiv auf das Selbstwertgefühl der Klientin auswirken.
- **Freunde und Familienmitglieder einbeziehen**: Die Klientin ermutigen, ihre Störung ihrem sonstigen sozialen Umfeld zu beschreiben sowie ihre Bemühung, Veränderung zu erreichen. Bei offenem Umgang mit dem Thema regiert das Umfeld meist sehr verständnisvoll, zumal Angststörungen so weit verbreitet sind, dass viele Menschen aus eigener Erfahrung mit (sehr) leichten Ausprägungen das gut nachvollziehen können.
- **Information** über die Einflussmöglichkeiten durch **gesundes Leben**: Stimulantien, Alkohol und Tabletten helfen nur vermeintlich und halten die Störung aufrecht. Durch genügend Schlaf, ausreichend Bewegung an der frischen Luft und gesunde Ernährung wird der Organismus in der Bewältigung der Störung unterstützt.
- **Zusätzliche Ressourcen** in Sinne von aufbauenden und stärkenden Aktivitäten finden, aus denen die Klientin Kraft und Freude ziehen kann. Dies ist auch im Hinblick auf die reaktiv-depressive Symptomatik wichtig. Ausflüge, Zukunftspläne schmieden, malen, ein Wohlfühlbad, Backen, singen, u.s.w. – wichtig ist dabei, dass es Tätigkeiten sind, die die Klientin selbst als für sich stärkend und aufbauend empfindet. Dazu gebe ich ebenfalls eine Buchempfehlung [siehe (0)].
- **Informationen über Therapiemöglichkeiten** und –formen sowie **Selbsthilfegruppen** [siehe(C)] geben.
- **Identifikation weiterer möglicher Problemfelder**, wie der Umgang mit Kommunikationsspielen (evtl. durch die Nichte - „vertrauliche“ Information über Schwiegersohn), die Kommunikation innerhalb der Familie (Wie kann die Klientin mit ihrer Sorge auf die Tochter zugehen?), u.ä.
- **Maßnahmen zur Erfolgskontrolle**: Nach Abschluss der Beratung zwei bis drei Booster Sitzungen in Intervallen von drei bis sechs Monaten zur Auffrischung des Gelernten und Erfahrungsbericht. Hierbei lasse ich die Klientin ihre Symptome zur Zeit der ersten Beratungsstunde mit der jetzigen Situation vergleichen, um die Erfolge nochmals deutlich zu machen. Ich gebe ihr Lob und Anerkennung für ihre Leistung.

Gemeinsames, mit der Klientin eingangs selbstverständlich besprochenes **Risiko** ist, dass sie allein durch die Beratung nicht den gewünschten Erfolg haben könnte. Die große **Chance** ist jedoch, dass sie ihre Angststörung aus eigener Kraft überwindet oder sie zumindest eine merkbliche Steigerung ihrer Lebensqualität erreicht. Sollte dies nicht ausreichen, kann durch die Auseinandersetzung mit den oben genannten Themenfeldern im Rahmen der psychologischen Beratung höchstwahrscheinlich die Therapiebereitschaft erreicht werden.

## 6 Quellen

### 6.1 Literatur

- (0) Allwinn Sabine, *Entdecken, was guttut. Sich wohl fühlen im Alltag*, Kösel Verlag, 1996
- (1) Brasch Christine, Richberg Inga-Maria: *Die Angst aus heiterem Himmel: Panik-attacken und wie man sie überwinden kann*, Mosaik Verlag, 1994
- (2) Brunnhuber Stefan / Lieb Klaus: *Kurzlehrbuch Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik, Kurzlehrbuch zum Gegenstandskatalog 3 mit Einarbeitung der wichtigsten Prüfungsfakten*, Urban & Fischer Verlag, 4. Auflage 2000
- (3) Dilling H. / Mombour W. / Schmidt M.H. (Hrsg.): *Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD 10 Kapitel V (F), Klinisch-diagnostische Leitlinien*, Verlag Hans Huber, 3. Auflage 1999
- (4) Dilling Horst / Reimer Christian: *Psychiatrie und Psychotherapie*, Springer-Verlag, 2. Auflage 1995
- (5) Federspiel Krista / Lackinger Karger Ingeborg: *Kursbuch Seele, Was tun bei psychischen Problemen? Beratung – Selbsthilfe – Medikamente, 120 Psychotherapien auf dem Prüfstand*, Verlag Kiepenheuer & Witsch, 1. Auflage 1996
- (6) Frohn Birgit: *Handbuch der psychoaktiven Pflanzen, Pflanzliche Heilmittel gegen psychische Erkrankungen*, Weltbild Verlag
- (7) Kuntze Marcus F / Bullinger Alex H.: *Höhenangst und andere spezifische Phobien, Eine Anleitung zur Kurzzeittherapie in der medizinischen und psychologischen Praxis*, Verlag Hans Huber, 1. Auflage 2001
- (8) Ladewig Dieter: *Sucht und Suchtkrankheiten, Ursachen, Symptome, Therapien*, Verlag C.H. Beck, 2. Ausgabe 1998
- (9) Legewie Heiner / Ehlers Wolfram: *Knaurs moderne Psychologie*, Droemersch Verlagsanstalt Th. Knaur Nachf., Taschenbuchausgabe 1992
- (10) Peseschkian Nossrat / Boessmann Udo: *Angst und Depression im Alltag, Eine Anleitung zu Selbsthilfe und positiver Psychotherapie*, Fischer Taschenbuch Verlag, 3. Auflage 1999
- (11) Poehlke Thomas: *GK3 Psychiatrie*, Georg Thieme Verlag, 15. Auflage 2001
- (12) Schumacher Wilhelm, Dipl. Psych. / Hoffmann Katja: *Wege aus der Angst*, TRIAS Verlag, 1998
- (13) Tölle Rainer: *Psychiatrie einschließlich Psychotherapie*, Springer-Verlag, 12. Auflage 1999

(14) Trickett Shirley: *Angstzustände und Panikattacken erfolgreich meistern*, Oesch Verlag, 8. Auflage 1999

(15) Zimbardo Philip G. / Gerrig Richard J.: *Psychologie*, Springer-Verlag, 7. Auflage 1999

## 6.2 Internet

Nr.	Link	Beschreibung/Bewertung
A	<a href="http://www.btonline.de">www.btonline.de</a>	Beratung und Therapie online Hilfe und Informationen zu Online Beratung, Psychotherapie, Suchttherapie, Therapieverfahren, psychische Störungen, Selbsthilfe und Selbsthilfegruppen
B	<a href="http://www.ifap-index.de/bda-manuale/angst1/1einfuehrung/index.html">www.ifap-index.de/ bda-manuale/angst1/ 1einfuehrung/index.html</a>	IfAp Service-Institut für Ärzte und Apotheker GmbH Manual zu Angsterkrankungen für Hausärzte.
C	<a href="http://www.emotionsanonymus.de">www.emotionsanonymus.de</a>	Selbsthilfegruppe Emotions Anonymus Vorgehen in Anlehnung an das Konzept der Anonymen Alkoholiker
D	<a href="http://www.denkepositiv.com">www.denkepositiv.com</a>	Eine Initiative der Wyeth Pharma GmbH gegen Angst und Depression Broschüre „Wieder finden – Wie Moderne Antidepressiva helfen, die Freude am Leben wieder zu finden.“