

J. Morgner, K. Merker, L. Beese, A. Sternisko

Angsterkrankungen

Teil 2 - Psychotherapie der Angststörung

Aus der Psychiatrischen Klinik
Oberloschwitz des
Städtischen Krankenhauses
Dresden-Neustadt

Im allgemeinen suchen Patienten mit Angsterkrankungen mit ihren vielfältigen, oft diffusen Beschwerdebildern zunächst ihren Hausarzt auf, so daß insbesondere dort diese Erkrankungen an Bedeutung zugenommen haben. Leider gibt es aber z. Zt. noch große Defizite bei Diagnosestellung und Therapie von Angststörungen. Schätzungen zufolge werden 90 % der Angsterkrankungen nicht erkannt, und selbst bei den als solche erkannten wird nur ein Bruchteil adäquat behandelt. In Deutschland vergehen ca. 7 Jahre von Krankheitsbeginn bis zum Stellen einer exakten Diagnose (siehe Fallbeispiele).

Falsche Diagnose und Therapie können jedoch beim Patienten zu dauerhaften alltäglichen und beruflichen Behinderungen bis zur Erwerbsunfähigkeit führen. Nicht oder falsch behandelte Angststörungen haben die Tendenz zu generalisieren und zu chronifizieren; werden sie jedoch rechtzeitig erkannt und adäquat behandelt, gehören diese Störungen zu den psychischen Krankheiten, die die besten Therapieaussichten haben. Etwa 80 % der Angsterkrankungen heilen bei adäquater Therapie vollständig aus.

Entsprechend der unterschiedlichen Ausformungen der Angststörungen sollten zur Diagnostik die Schilderungen der Patienten, fremdanamnestische Daten sowie standardisierte Fragebögen wie die Hamilton-Angst-Skala, das State-Trait-Angstinventar und der Angstfragebogen nach Margraf/Schneider herangezogen werden.

Die häufigsten Gruppen von Angststörungen sind:

1. **Angstzustände**, bei denen die angstauslösenden Objekte oder Situationen dem Patienten z. T. nicht sofort bekannt sind.

- **Panikstörung**: Hauptmerkmal sind Angst- oder Panikanfälle oder die dauerhafte Sorge vor diesen und deren Konsequenzen. Panikanfälle sind plötzlich auftretende Zustände intensiver Furcht oder Unbehagens mit einer Vielzahl körperlicher Symptome wie Herzrasen, Schwindel, Benommenheit, Schwitzen, Zittern u. ä. Sie dauern durchschnittlich ca. 30 Minuten, können aber auch erheblich kürzer sein. Es entsteht „Angst vor der Angst“ oder Angst vor den befürchteten katastrophalen Konse-

quenzen, und aus dieser Angst heraus bildet sich Vermeidungsverhalten. Die Angstanfälle treten häufig spontan und unerwartet auf. Wenn ein Teil der Anfälle situativ ausgelöst wird und ein ausgeprägtes Vermeidungsverhalten besteht, handelt es sich um eine Panikstörung mit Agoraphobie.

- **Generalisierte Angststörung**: Exzessive Furcht oder Sorgen, die meist nicht situativ ausgelöst sind. Diese Sorgen sind dauerhaft vorhanden und treten nicht in Form klar abgegrenzter Angstattacken auf. Die Patienten sind ständig angespannt, ruhelos, unfähig, sich zu entspannen. Die Befürchtungen drehen sich um mehrere alltägliche Lebensbereiche.

2. **Phobien** (Agoraphobie, soziale Phobie, spezifische Phobie):

Die Patienten kennen die Auslöser ihrer Angst, die jedoch in keinem Verhältnis zur Gefahr stehen. In der Regel kommt es zu ausgeprägtem Vermeidungsverhalten.

3. **Zwangsstörungen** (Zwangsgedanken, Zwangshandlungen)

Diese Gedanken oder Handlungen wirken häufig bizarr und werden von Patienten eher verschwiegen. Am häufigsten ist der Waschzwang. Der Betroffene befürchtet, sich beim Umgang mit alltäglichen Dingen mit Schmutz, Krankheitserregern zu verunreinigen. Er ist überzeugt, daß es für ihn oder seine Angehörigen katastrophale Folgen hat, wenn er nicht bestimmte (genau festgelegte) Reinigungsrituale einhält. Bekannt sind auch Kontroll-, Sammel- oder Zählzwänge.

4. **Posttraumatische Belastungsstörungen**

Konsequenz massiv belastender Ereignisse wie Naturkatastrophen, Gewaltverbrechen, Vergewaltigungen in Form von Furcht, Vermeidung von Dingen und Situationen, die an das Ereignis erinnern, Hilflosigkeit, häufiges Wiedererleben des Traumas (Alpträume, Tagträume, emotionale Abstumpfung).

Tabelle 1: Die wichtigsten primären Angsterkrankungen im Überblick

Moderner Fachbegriff	Beispielhafte umgangssprachliche Bezeichnungen und verwandte Schlagworte	ICD-10 Kodierung
Panikstörung (mit oder ohne Agoraphobie)	Angstattacken, frei flottierende Angst, Herzneurose (mit oder ohne Platzangst)	F 40.01 bzw. F 41.0
Agoraphobie (mit und ohne Panikanfälle)	Platzangst, Platzschwindel	F 40.0
Soziale Phobie	Krankhaftes Lampenfieber, Angst vor anderen Menschen, krankhafte Schüchternheit	F 40.1
Spezifische Phobie	Höhenangst, Tierphobien	F 40.2
Generalisierte Angststörung	Chronisches Grübeln, ständige Sorgen, Dauerangst, Angstneurose, frei flottierende Angst	F 41.1
Zwangsstörung	Waschzwang, Kontrollzwang	F 42
Posttraumatische Belastungsstörung	Psychologisches Trauma, Traumastörung, Streßreaktion, „Nervenzusammenbruch“	F 43.1

Eine genaue Diagnose sollte der Ausgangspunkt für die Einleitung einer möglichst optimalen Therapie sein.

Wichtige Ansatzpunkte der Behandlung primärer Angsterkrankungen sind außer Selbst- und Laienhilfe beratende und stützende Gespräche sowie eine gezielte Angsttherapie.

Eine effektive Therapie wird je nach Art der Störung, Dauer der Erkrankung, auslösenden und aktuellen Lebensbedingungen neben dem pharmakotherapeutischen ein psychotherapeutisches Vorgehen sein müssen. In der Behandlung von Angststörungen reicht das Gesamtspektrum psychologischer Verfahren von „unspezifischen“ Gesprächs- und Interaktionselementen auf der einen Seite über spezifische verhaltenstherapeutische Methoden bis hin zu tiefenpsychologischen Ansätzen der klassischen Psychotherapie auf der anderen Seite. Eindeutige Effektivitätsbelege im Sinne kontrollierter Therapiestudien liegen jedoch lediglich für verschiedene Formen verhaltenstherapeutischer und kognitiver Strategien vor.

Was sind allgemeine Merkmale verhaltenstherapeutischer Verfahren?

1. Alle verhaltenstherapeutischen Strategien beziehen sich auf das sogenannte „Dreikomponenten-Modell der Angst“, welches davon ausgeht, daß sich Angst immer auf drei Ebenen manifestiert - der körperlichen, der kognitiv - emotionalen und der verhaltensmäßigen und interaktionalen. Erst bei Berücksichtigung der Wechselwirkungen zwischen diesen Aspekten sind adäquates Verständnis der Angst und sinnvolle Interventionsplanung möglich. Dabei wird die Angstreaktion auch bei Angsterkrankungen wie der Panik als grundsätzlich normale, aber übersteigerte oder fehlgesteuerte Alarmreaktion betrachtet, durchaus ähnlich einer dysfunktionalen Stressreaktion. Diese Annahme nimmt Bezug auf die Erkenntnis von Angst als einer „normalen“, das heißt im Organismus biologisch verankerten Reaktionsform, die im Falle einer Angststörung lediglich in „krankhafter“ Weise stark oder dysfunktional ausgeprägt ist.

Vielfach wird auch davon ausgegangen, daß ein generell tonisch erhöhtes Anspannungsniveau, z. B. im Sinne einer Erwartungsangst, vor dem nächsten Anfall oder im Rahmen einer situationa-

len Konditionierung dafür verantwortlich sein könnte, daß Angstpatienten bereits bei „alltäglichen“ Stressoren Angstreaktionen erleben.

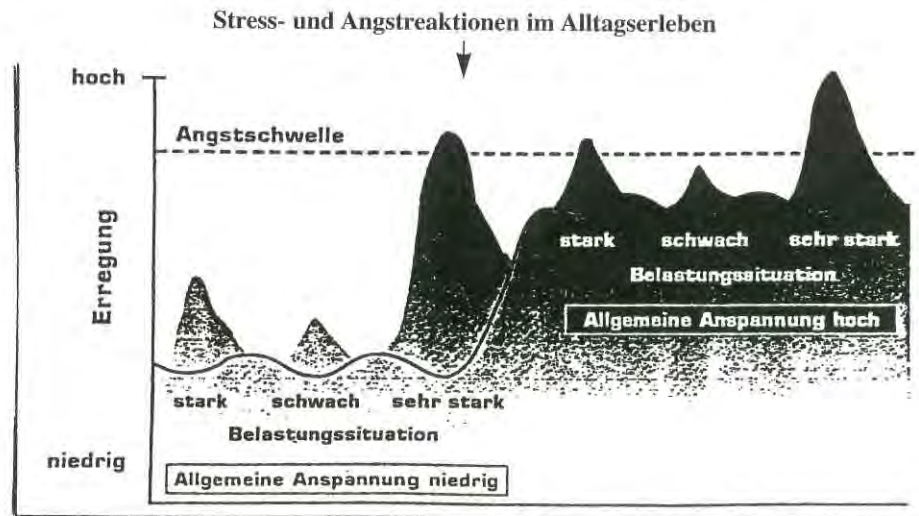


Abb. 1: Streßmodell der Angst (nach Wittchen et al., 1993a oder b)

2. Die erfolgreichen Therapiestrategien - pharmakologische wie psychologische - versuchen auf unterschiedlichen Wegen den sogenannten „Teufelskreis“ der Angst zu unterbrechen.

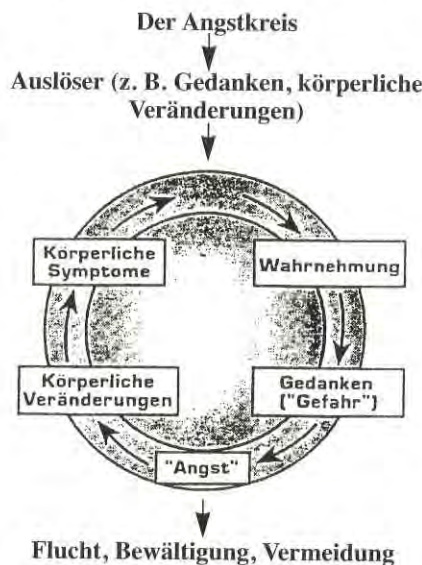


Abb. 2: Teufelskreis der Angst (nach Wittchen et al., 1993a) mit einer erweiterten Fassung (nach Margraf & Schneider, 1989)

Dieser besteht darin, daß bestimmte Körpersignale (z. B. Herzschlag oder Schwitzen) wahrgenommen und als bedrohlich interpretiert werden. Diese Bewertung löst nun ihrerseits wiederum Angst aus, die zu angstbezogenen Körperreaktionen (z. B. beschleunigter Puls und Schwitzen) führt, die wiederum wahrgenommen und bewertet werden, womit ein Kreislauf geschlossen ist, der zu einem Anstieg des Angstsyndroms führt. In der Darstellung des Angstteufelskreises wird auch deutlich, daß dieses Modell explizit biologische, Umwelt- und Verhaltensfaktoren aktueller und dispositioneller Art mit berücksichtigt. Der Teufelskreis kann an vielen Stellen vorübergehend unterbrochen werden: Durch den sedierenden Anteil bestimmter Medikamente (z. B. Benzodiazepine) oder durch Entspannungsverfahren oder aber durch kognitive Techniken, bei denen der Patient lernt, vermeintlich bedrohliche Symptome anders zu bewerten.

3. Dauerhaft wirksam wird der Teufelskreis im Alltagsleben allerdings erst dann unterbrochen, wenn der dem Verhalten geschuldete Anteil der Angst, nämlich die Vermeidung der angstaustö-

senden Situation (z. B. Vermeidung von öffentlichen Verkehrsmitteln, Einnahme von Beruhigungsmitteln oder Trinken von Alkohol) unterbunden wird. Genau dies ist der Sinn von Konfrontationsverfahren, deren Durchführung das Erlernen einer Umbewertung der als „bedrohlich“ bewerteten Körpersignale zum Ziel hat. Die befürchteten Konsequenzen (z. B. das Herz könnte stehen bleiben, man könnte sterben) bleiben aus; der Betroffene braucht die Situation nicht länger aus Angst vor den Folgen zu vermeiden.

Die Konfrontation kann nach Schwierigkeit der Situation gestuft erfolgen, systematische Desensibilisierung oder massiert in Form der sogenannten Reizüberflutung.

4. Alle verhaltenstherapeutischen Verfahren enthalten neben der Wissensvermittlung und Aufklärung praktische Übungen, in denen der Umgang mit akuten Angstsituationen erlernt wird, und dies sowohl zusammen mit dem Therapeuten als auch alleine zu Hause als Hausaufgabe für den Patienten.

Je nach Art der Therapie liegt der Behandlungsschwerpunkt mehr auf der Veränderung von Einstellungen oder auf der Veränderung von sichtbaren Verhaltensweisen, das heißt auf der Konfrontation mit der Situation und den eigenen körperlichen Aspekten der Angst in der auslösenden Situation.

Wie sieht das therapeutische Vorgehen bei Angststörungen im allgemeinen aus?

Sobald die Diagnose gesichert erscheint, beginnt die Therapie mit einer umfassenden Aufklärung über Angst und Angststörungen, wobei über die Diagnose, das Wesen von Angst (Drei-Komponentenmodell, Angst = übersteigerte normale biologische Reaktion), den Teufelskreis Angst mit Vermeidung sowie die kritische Rolle von Gedanken und Gefühlen in der Angstreaktion gesprochen werden soll. Dazu werden den Patienten häufig praktische Hilfen in Form von Informationsbroschüren in die Hand gegeben, so daß die in der Therapiesitzung gegebenen mündlichen Erläuterungen nachgelesen werden können. So wird die „kognitive Phase“ der Therapie vorbereitet. Die Informationen sollen dem Patienten eine Veränderung seiner Einstellungen (Attributionen) erleichtern und die eigentliche Therapie mittels Attributionsänderung vorbereiten. Der Patient lernt über die Aufklärung in der zweiten Stufe die Ursachen seiner Angst nicht länger ausschließlich in äußeren Bedingungen (Umwelt und Situationen) oder, wie im Falle einer Panikstörung, in einer krankhaften biologischen Dysfunktion zu sehen, sondern in der Art und Weise, wie er diese äußeren Bedingungen gedanklich verarbeitet. Dabei beginnt er zu erkennen, wie er sie in Zukunft gedanklich verarbeiten kann, ohne daß es wiederum zum Teu-

felskreis der Angst kommt. Die kognitive Veränderung wird nicht allein im Gespräch bewirkt, sondern zum Teil auch durch sogenannte Verhaltenstests wie z. B. den Hyperventilationstest oder durch kleinere praktische Übungen in angstauslösenden Situationen. Neben der Attributionsänderung gehört die Identifikation und Veränderung sogenannter dysfunktionaler Kognitionen zu den Therapiestrategien. Als solche werden Katastrophisierung, absolute Forderungen und das sogenannte „Muß-Denken“ angesehen. Es werden darüber hinaus Fehlinterpretationen von Körper- oder Umweltreizen korrigiert und logische Fehler im Denken des Patienten aufgedeckt und durch rationale Denkweisen ersetzt. Auch das sogenannte Selbstinstruktionstraining nach Meichenbaum zählt zu den kognitiven Techniken, wobei der Patient lernt, wie er unmittelbar vor und in einer Angstsituation dieselbe gedanklich durch positive Instruktionen und rationale Gedanken bewältigen kann.

Ausgehend von der Annahme, daß bei Angstpatienten generell ein tonisch erhöhtes Spannungsniveau vorliegt, wird den Patienten in dieser Phase der Therapie, der kognitiven Phase, parallel eine Entspannungsmethode vermittelt (Autogenes Training, Progressive Muskelrelaxation nach Jacobson).

Mit dem Vorliegen eines dem Patienten als plausibel erscheinenden hypothetischen Bedingungsmodells seiner Angstreaktio-

nen, seiner Vorbereitung durch die kognitive Therapiephase und der Vermittlung der Fähigkeit, sein Anspannungsniveau zu reduzieren sowie die Akzeptanz des Patienten, sich Situationen konkret auszusetzen, kann mit den praktischen Übungen begonnen werden.

Diese Übungen werden im Sinne der konfrontativen Verfahren oder Exposure-Verfahren durchgeführt, entweder in Form der stufenweisen Desensibilisierung (Anfang mit der geringsten Schwierigkeitsstufe, Steigerung) oder der Reizüberflutung (Anfang mit schwierigster Situation). Nach bestimmten Regeln soll der Patient durch sein aktives Verhalten einerseits den Teufelskreis von Angst und Vermeidung durchbrechen, andererseits über Hilfestellungen wie der vorangehenden kognitiven Übungen und das Entspannungstraining die Erfahrung der Ungefährlichkeit der bis dahin als bedrohlich erlebten Situation machen. Damit wird bei zwei der zentralen Aspekte des Angstproblems „ganzheitlich“, das heißt körperlich, gedanklich und verhaltensmäßig, interveniert und so ein Neulernen ermöglicht.

Spezifische Therapieverfahren, die bei den verschiedenen primären Angsterkrankungen indiziert sind

Ist der Konfrontationsübungsteil der Behandlung abgeschlossen, soll der Patient sukzessiv sein Angst- und Vermeidungsverhalten im Alltag verändern. Hier kann es zusätzlich notwendig sein, z. B. bei chronifizierten Fällen ein allgemeines Problemlösetraining oder ein Training sozialer Fertigkeiten anzuschließen. Insgesamt wird in dieser Phase eine Generalisierung der gemachten Erfahrungen angestrebt.

Ein impliziter Bestandteil verhaltenstherapeutischer Angstbehandlung ist der Einsatz gezielter Maßnahmen zur Rückfallprävention sowie das Üben von Verhaltensweisen im Umgang mit Rückfällen.

Im folgenden soll anhand von zwei Fallbeispielen dargestellt werden, wie lang und wie schwierig der Weg zur Diagnose einer Angststörung sein kann und wie groß dabei die Gefahr einer zusätzlichen iatrogenen Verunsicherung ist.

Tabelle 2

Störung	Therapieverfahren
Panikstörung	Reattribution körperlicher und psychischer Symptome, Konfrontation mit internen Reizen (z. B. Herzklopfen, Kurzatmigkeit, Schwindel)
Agoraphobie	Konfrontation in vivo mit angstausslösenden Situationen
Soziale Phobie	Gruppentherapie (Konfrontation in vivo und in sensu, Reattribution von Verhaltensweisen anderer, Training sozialer Kompetenz)
Spezifische Phobie	Konfrontation in vivo mit angstausslösenden Reizen, evtl. systematische Desensibilisierung
Generalisiertes Angstsyndrom	Angst-Bewältigungstraining, Entspannungstechniken, „Grübelkonfrontation“
Zwangsstörung	Konfrontation mit angst-/zwangsauslösenden Reizen und gleichzeitige Reaktionsverhinderung von Ritualen, Tonbandkonfrontation bei reinen Zwangsgedanken, Reattribution überwertiger Ideen
Posttraumatische Belastungsstörung	Konfrontation in sensu, supportive Therapie, kognitive Neubearbeitung des Traumas, Abbau von Schuldgefühlen

Fall 1:

Eine 33jährige Patientin wird wegen akuter Angstzustände vom Nervenarzt in die psychiatrische Tagesklinik eingewiesen. Vorausgegangen war eine „sehr schmerzhaft“ Zahnwurzelbehandlung zweieinhalb Monate vor dem Einweisungstermin. In den darauffolgenden Tagen hatte sie zunehmend Herzschmerzen verspürt, dazu Hitzewellen, Atemnot und Gefühle „wie weggetreten“ zu sein. Sie hatte sogar nachts den Notarzt rufen müssen, der ihr eine „Faustanspritze“ gab, wodurch sich ihr Zustand besserte. Daraufhin suchte sie Ärzte verschiedener Fachrichtungen auf und mußte dabei eine ganze Reihe von diagnostischen Maßnahmen „über sich ergehen lassen“ (mehrere Blutuntersuchungen, EKG's, Abdomensonografie, Röntgen der Halswirbelsäule, Lungenfunktionstest, Magenspiegelung, Fahrradergometer). Später stellte sie sich beim Hausarzt „wegen eines akuten Schwächeanfalls“ vor. Nächtliche akute Herzschmerzen führten sie in die Notfallpraxis, in der nach einem EKG der Verdacht auf eine Herzmuskelentzündung geäußert und sie zur ambulanten Diagnostik ins Herzzentrum für den darauffolgenden Tag überwiesen wurde. In derselben Nacht wies sich die Patientin wegen Fortbestehen der Herzschmerzen selbst in die Uni-Klinik ein, wobei die Aufnahme wegen „unklarer Herzgeräusche“ unter dem Verdacht einer Myokarditis auf der kardiologischen Station realisiert wurde. Nach einwöchigem Klinikaufenthalt mit mehrmaligem EKG, Blutuntersuchungen, Anlegen von Blutkulturen, Herzultraschall, 24-Stunden-Blutdruckmessung und Magenspiegelung erfolgte die Entlassung „ohne Besserung und ohne sichere klinische Diagnose“ mit dem Hinweis auf weitere notwendige ambulante Maßnahmen. Eine nervenärztliche Vorstellung war während der stationären Behandlung nicht erfolgt.

Nach dem wiederholten Auftreten von Sehstörungen, Hyperventilationsanfällen, „Schwäche in den Beinen“ und der damit verbundenen mehrfachen Inanspruchnahme des Notarztdienstes hatte sie den Internisten konsultiert, der nach EKG und Langzeit-EKG ihre eine „Imap-Spritze“ gab und sie zum Nervenarzt überwies.

Dieser veranlaßte ein Schädel-CT und ein EEG, beides ohne pathologischen Befund. Wegen einer annehmbaren Überlastungsdepression leitete der Nervenarzt eine antidepressive Therapie ein, die nach wenigen Tagen von der Patientin aufgrund zunehmender Nebenwirkungen (Schwindelgefühl, Benommenheit) abgebrochen wurde. Als nach vier nervenärztlichen Konsultationen innerhalb von 14 Tagen keine grundlegende Besserung eintrat, habe der Behandelnde die Diagnose „Entwicklung zum Hypochonder“ gestellt, worauf die Patientin einen anderen Nervenarzt aufsuchte. Nach Überweisung zur Psychologin stellte diese die Verdachtsdiagnose „Angsterkrankung“. Daraufhin erfolgte die Einweisung in die psychiatrische Tagesklinik. Bei der Aufnahmeuntersuchung zeigten sich bei unauffälligem klinisch-internistischen und neurologischen Befund Hinweise für eine Panikstörung nach ICD-10 mit somatischen Symptomen wie Atemnot, Beklemmungsgefühle, Tachykardie, Benommenheit, Hitzewallungen, Schmerzen und Unwohlsein in der Brust sowie Ohnmachtsgefühle, die besonders stark beim Alleinsein und in der Öffentlichkeit, insbesondere beim Benutzen öffentlicher Verkehrsmittel, auftraten. Anamnestisch bedeutsam war, daß bereits die Mutter der Patientin an Angstzuständen litt. Heftige Herzbeschwerden hatte die Patientin bereits schon einmal vor drei Jahren nach einer „herzlosen Rede“ der Mutter verspürt. Der Schwerpunkt unserer Behandlung lag auf komplextherapeutischer Betreuung mit überwie-

gend verhaltensorientierter Psychotherapie. Im Rahmen der Tagesklinik nahm die Patientin an Ergo-, Musik-, Mal-, Tanz-, Sport-, Bewegungs-therapie und Gruppengesprächen teil, erlernte das Autogene Training und die Progressive Muskelrelaxation nach Jacobson. In den ersten Wochen der tagesklinischen Behandlungen führten wir mit der Patientin neben den o. g. Maßnahmen eine intensive Übungstherapie durch mit Bus-, Straßenbahn- und Schwebefahrfahrten sowie Überqueren von großen Plätzen, Brücken und dem Besteigen des Rathausturmes, zunächst in Begleitung einer Psychologiestudentin, später allein. Dabei gelang es ihr relativ rasch, die Übungen angstfreier und allein zu bewältigen.

In den Einzelgesprächen wurde deutlich, daß sich die Patientin und Mutter zweier Kinder durch berufliche und familiäre Belastungen überfordert fühlte, obwohl sie dies stets zu bagatellisieren versuchte.

Als akute Belastungssituation erlebte die Patientin die AIDS-Erkrankung eines nahen Angehörigen. Die Erkrankung und das jetzt rasche Dahinsiechen bereiteten ihr große Probleme, wobei insbesondere die Auseinandersetzung mit dem Gedanken an den eigenen Tod ihr Angst machte. Wir führten wöchentlich drei Einzelgespräche durch mit dem Ziel, die Psychogenese der körperlichen Symptomatik der Patientin zu verdeutlichen. Gleichzeitig besprachen wir mehrfach die nachfolgenden Konsequenzbedingungen, die die Angstsymptomatik unterhalten und verstärken. Zur Entaktualisierung setzten wir bei Behandlungsbeginn Cas-sadan® (2 x 0,25 mg), später Imap® (1,5 mg i.m. / Woche) ein.

Bei Entlassung war keine zusätzliche anxiolytische Medikation erforderlich. Auch wenn sich die Angstsymptomatik zunehmend verminderte und die Patientin wieder in der Lage war, allein oder mit den Kindern in die Öffentlichkeit zu gehen, blieb doch eine gering erhöhte Angstbereitschaft bestehen, so daß wir eine weiterführende ambulante Psychotherapie empfahlen.

Fall 2:

Eine 38jährige Patientin wurde mit der Diagnose „psychomatische Funktionsstörung“ von der Fachärztin für Allgemeinmedizin in die psychiatrische Tagesklinik eingewiesen. Seit einem Jahr litt die Patientin an plötzlich auftretendem retrosternalen Druck mit Luftnot, Herzrasen, Schwindelgefühl, Übelkeit und Zittern der Extremitäten. Die Symptome steigerten sich bis zu Todesängsten.

Anfangs waren diese Angstanfälle mehrmals monatlich auf dem Weg zur Arbeit aufgetreten, später auch beim Alleinsein in der Wohnung. In den letzten Wochen vor Behandlungsbeginn war es fast täglich zu schweren Angstattacken von 30 bis 40 Minuten Dauer gekommen. In den angstfreien Zeiträumen entwickelte sie Erwartungsängste und Vermeidungsverhalten. Mit Beginn der Symptomatik hatte die Patientin ihre Ärztin aufgesucht. Nach unauffälliger Basisdiagnostik (Labor, EKG, Spirometrie) empfahl diese eine psychotherapeutische Mitbehandlung. Das wurde von der Patientin

damals abgelehnt. Eine umfangreiche Organdiagnostik schloß sich an: Röntgen HWS und BWS in zwei Ebenen: linkskonvexe Thorakalskoliose, nachfolgende Überweisung zum Chiropraktiker, mehrfaches Lösen von Blockierungen, 2. EKG, Fahrradergometrie: „ihre Konditionierung könnte besser sein“, Kardiosonografie: „eine Klappe schließt nicht exakt“, 24-Stunden-EKG, Koronarangiografie, Lungenfunktionstest, mehrfache Laborkontrollen: Borreliose-Verdacht, später revidiert; Fe-Mangel - substituiert, Schilddrüsen-sonografie, -szintigrafie, Röntgen-Thorax, Allergietest: positiv auf Gräser und Pollen, 2. Fahrradergometrie mit Laktatbestimmung, 24-Stunden-RR-Messung: „nachts paarmal 75/60“, HNO-Konsultation und gynäkologische Vorstellung.

Die Patientin - von Beruf Diplom-Bauingenieur - ist verheiratet und hat eine 7jährige Tochter. Nach dem Erziehungsurlaub war sie ein Jahr arbeitslos. Sie absolvierte mehrere Qualifizierungslehrgänge, fand eine befristete Anstellung in einer Bau-GmbH, war erneut ein Jahr arbeitslos und ist derzeit als Bauingenieur im Hochbauamt beschäftigt. Die Beschwerden waren erstmals 5 Monate nach Beginn dieser Tätigkeit aufgetreten.

Bei der Aufnahmeuntersuchung bot die leptosome Patientin einen unauffälligen klinisch - internistischen und neurologischen Befund; Stimmung leicht gedrückt bei erhaltener affektiver Schwingungsunfähigkeit und normalem Antrieb. Formales Denken geordnet mit Befürchtungen bezüglich Herzerkrankung, aber ohne hypochondrische Einengung, jedoch zweifelnd an der Psychogenese. Die geschilderten Beschwerden wurden als Panikstörung (F 41.0 ICD-10) klassifiziert.

Verlauf: Nach einer kurzen Phase der Psycho-diagnostik wurde die Patientin in das komplexe Therapieangebot der Tagesklinik integriert. In tiefenpsychologisch fundierten Einzelgesprächen (zweimal wöchentlich) wurden lebensgeschichtliche Hintergründe der Symptomatik und Beziehung zur aktuellen Lebenssituation erarbeitet. In einem verhaltenstherapeutischen Übungsprogramm trainierte die Patientin das Benutzen öffentlicher Verkehrsmittel, Besteigen von Türmen und Fahrradfahren. Eine anxiolytische Therapie war nicht notwendig, die ambulant begonnene Therapie mit Jarsin behielten wir bei. Die Patientin ist eine leistungsorientierte, sozial engagierte, aggressiv - gehemmte Persönlichkeit mit Neigung zur Selbstüberforderung. Im Rahmen der Therapie wurde ihr der Zusammenhang zwischen beruflicher Überforderung bei Vermeidung von Auseinandersetzung und Abgrenzung mit dem Auftreten körperlicher Beschwerden deutlich.

Als Therapieziele formulierte sie:

Abgrenzung von Überforderung, Erlernen anderer Umgangsformen bei Kränkung im zwischenmenschlichen Bereich (Ehemann, Kollegen), Korrektur von übervorsichtigem Verhalten, Konfrontation mit angstmachenden Situationen zur Desensibilisierung.

Panikartige Herzanfälle beobachteten wir in der Anfangsphase. Ab der zweiten Behandlungswoche nahm die Intensität und Dauer deutlich ab.

Zur Entlassung war die Patientin beschwerdefrei, sie wirkte fröhlicher, lockerer, konnte problemlos öffentliche Verkehrsmittel benutzen, Radfahren und das Alleinsein in der Wohnung tolerieren. Über eine stufenweise Wiedereingliederung nahm sie ihre Berufstätigkeit wieder auf.

Resümee:

An eine Angsterkrankung denken, die notwendige Diagnostik zum Ausschluß erster organischer Erkrankungen einleiten und den Patienten dann zu einer spezifischen Therapie bringen, erscheint angesichts der Neigung zur Chronifizierung von Angststörungen eine dringende Forderung.

Die Psychotherapie basiert auf verhaltenstherapeutischen und tiefenpsychologisch fundierten Denkansätzen und sollte vom eklektisch arbeitenden Therapeuten für den Patienten individuell abgestimmt werden. Eine gleichzeitige medikamentöse Anxiolyse ist zumindest zur Entaktualisierung auch am Beginn einer Psychotherapie sinnvoll.

Literatur beim Verfasser

Korrespondenzadresse:

Chefarzt Doz. Dr. med. habil. Joachim Morgner
Städtisches Krankenhaus Dresden-Neustadt
Alpenstraße 1, 01326 Dresden
Tel. (03 51) 2 68 82 31

Artikel eingegangen: 12. 5. 1997

Artikel nach Revision angenommen: 2. 10. 1997