

Kognitive Therapie in der Hausarztpraxis

Wege aus dem Teufelskreis der Angststörungen

Pierre Loeb, Basel

Angststörungen gelten als die häufigsten psychischen Krankheiten. Jeder fünfte bis siebte Mensch entwickelt im Laufe seines Lebens eine Angsterkrankung. Seit in den Medien vermehrt über Angststörungen geredet wird und auch vielversprechende Therapieerfolge vorgestellt werden, trauen sich die Patientinnen und Patienten häufiger, ihre Störungen anzusprechen. In diesem Artikel erfahren Sie, wie Sie Angststörungen früh erkennen und behandeln, selbst wenn Patienten in der Sprechstunde das Wort «Angst» gar nicht erwähnen.

Gerade weil Angststörungen so häufig sind und typischerweise als somatische Beschwerden mit vielfältiger Symptomatik auftreten, ist der Hausarzt die wichtigste Anlaufstelle. Er sollte diese Erkrankung deshalb erkennen und bestenfalls auch selber behandeln können. Jedenfalls obliegt dem Hausarzt eine wichtige Vorbereitungsarbeit, denn er soll seinen Patienten für eine adäquate Therapie motivieren. Je früher dies geschieht, desto besser sind die Prognose und die Chance, kostspielige und prognostisch ungünstige Chronifizierungen zu verhindern. Auch gesundheitsökonomisch hat die Behandlung dieser Störungen eine wichtige Stellung, lassen sich doch bei rechtzeitiger Behandlung erhebliche Kosten einsparen. Als besonders vorteilhaft hat sich das zweigleisige Vorgehen erwiesen, Diagnostik und Therapie parallel voranzutreiben.

Die Formen der Angst

Die Angst wird vom Patienten unterschiedlich wahrgenommen und vermittelt (Tab. 1):

- ▶ als **permanent frei flottierende Angst**, die ohne äusserlichen Zusammenhang an- und abschwillt; hier sprechen wir von einer generalisierten Angststörung (F41.1).
- ▶ als **Panikattacke** (F40), einem mehr oder weniger akuten Notfall mit vorerst unerklärlichen körperlichen Symptomen meist mit Beklemmung und Herzjagen, Schweissattacken und dem Gefühl, das Bewusstsein zu verlieren oder gleich sterben zu müssen. Hier kennen wir die **Agoraphobie** (F40.0) mit Befürchtungen, das Haus zu verlassen, Geschäfte zu

betreten, in Menschenmengen und auf öffentlichen Plätzen zu sein, alleine mit Bahn, Bus oder Flugzeug zu reisen.

- ▶ als **spezifische Phobien** (F40.2) bei umschriebener Angst, wie Nähe von bestimmten Tieren, Höhen, Donner, Dunkelheit, Fliegen, geschlossene Räume, Urinieren oder Defäkieren auf öffentlichen Toiletten, Genuss bestimmter Speisen, Zahnarztbesuch oder bei Anblick von Blut oder Verletzungen.



Dr. med.
Pierre Loeb

E-Mail: loeb@hin.ch

- ▶ als **Soziale Phobie** (F40.1) bei Angst vor prüfender Betrachtung durch andere Menschen. Diese Patienten haben Angst, sich vor anderen lächerlich zu machen (vor Leuten zu sprechen, zu unterschreiben oder anzustossen). Umfassendere soziale Phobien sind in der Regel mit niedrigem Selbstwertgefühl und Furcht vor Kritik verbunden und zeigen sich in Beschwerden wie Erröten, Hände zittern etc.
- ▶ als Folge eines aussergewöhnlich belastenden Lebensereignisses («**life event**») (F43), das eine **Belastungsreaktion** (F43.1) hervorruft oder wegen anhaltend unangenehmer Situationen zu einer **Anpassungsstörung** (F43.2) führt.
- ▶ oder im Sinn einer allgemeinen Lebensangst mit Überforderung, bzw. dem Gefühl, Anforderungen nicht gewachsen zu sein, wie wir es bei Depressionen, bei Burnout oder bei somatisch oder psychiatrisch chronischkranken Patienten kennen (hier wird die Angst dem ICD-Code der Grundkrankheit zugeschrieben).

Versteckte Angst

Wie schon erwähnt, müssen wir auch an Angststörungen denken, wenn Patienten multiple vegetative Symptome vortragen, die plötzlich oder bei spezifischen Auslösesituationen auftreten. Oft benutzen diese Patienten gar nicht den Begriff «Angst». Sie sind vielmehr bemüht, den Ärzten eine möglichst detaillierte Beschreibung ihrer körperlichen Symptome aufzuzählen, die ohne ersichtlichen Grund auftreten. Erst die genaue Anamneseerhebung nach Triggersituationen, auslösenden Gedanken oder Vermeidungsverhalten, das sich im Übrigen schnell etabliert, hilft, die Symptomatik in einen Zusammenhang zu bringen, wo

Tab. 1	Einteilung der Angststörungen (ICD-10)
Angststörungen (F40):	
▶	Agoraphobie (F40.0), Lebenszeitprävalenz 3,5–7% - ohne Panikstörung (F40.00) - mit Panikstörung (F40.01)
▶	Soziale Phobie (F40.1), Lebenszeitprävalenz 13,3% - umschriebene soziale Phobie - generalisierte soziale Phobie
▶	Spezifische Phobie (F40.2), Lebenszeitprävalenz 11%
«Andere» Angststörungen (F41):	
▶	Panikstörung (F41.0), Lebenszeitprävalenz 1,5–3,5% - mittelgradig (>4 Panikattacken/Monat), (F41.00) - schwer (>4 Panikattacken/Woche über 4 Wochen), (F41.01)
▶	Generalisierte Angststörung (F41.1), Lebenszeitprävalenz 11%
▶	Angst und depressive Störung gemischt (F41.2)
Zwangsstörungen (F42):	
▶	Zwangsstörung (F42.0), Lebenszeitprävalenz 2,5% - vorwiegend Zwangsgedanken und Grübelzwang (F42.0) - vorwiegend Zwangshandlungen (Zwangsrituale) (F42.00) - Zwangsgedanken u. Zwangshandlungen gemischt (F42.3) - sonstige Zwangsstörungen (F42.9)

Tab. 2	Screening-Fragen bei Angst (SKID-II)
▶	Hatten Sie jemals in Ihrem Leben einen Angstanfall, bei dem Sie ganz plötzlich in panischen Schrecken gerieten oder starke Angst hatten?
▶	Hatten Sie jemals Angst, alleine das Haus zu verlassen, sich in einer Menschenmenge zu befinden, in einer Schlange anzustehen oder mit dem Zug oder Bus zu fahren?
▶	Hatten Sie schon einmal Angst davor oder war es Ihnen unangenehm, in Gegenwart anderer Menschen zu sprechen, zu essen oder zu schreiben?
▶	Gibt es noch andere Dinge, vor denen Sie besonders Angst haben, wie z.B. in einem Flugzeug zu sitzen, Blut zu sehen, sich in geschlossenen Räumen aufzuhalten, vor bestimmten Tieren oder vor Höhen?
▶	Waren Sie in den letzten sechs Monaten besonders nervös oder ängstlich?

der Patient mit Angst verbundene Situationen anzuerkennen bereit ist (Tab. 2).

Erschwert wird die Anamnese, weil dieser Angstpatient die Angst auslösende Situationen meidet und damit meint, sich der Angst gar nicht auszuliefern. Er nimmt dies gern als Beweis dafür, dass es unmöglich an der Angst oder der Psyche liegen könne, weil er sich der Angst ja gar nicht ausgeliefert habe. Es ist wichtig, bei der Diagnose einer solchen Störung genau zu differenzieren und nach Komorbiditäten wie Depression, Abhängigkeitserkrankungen und Zwangsstörungen zu explorieren. Die exakte Anamneseerhebung im hier beschriebenen Sinn gibt uns und dem Patienten nicht nur ein besseres Verständnis für die vorliegende Erkrankung, sondern sie hilft, die Bereitschaft herzustellen, das weitere Vorgehen gemeinsam oder mit einem Spezialisten anzugehen. Bei Komorbiditäten oder Grundkrankheiten gehören diese zuerst behandelt, bevor wir uns der Angstbehandlung selbst widmen.

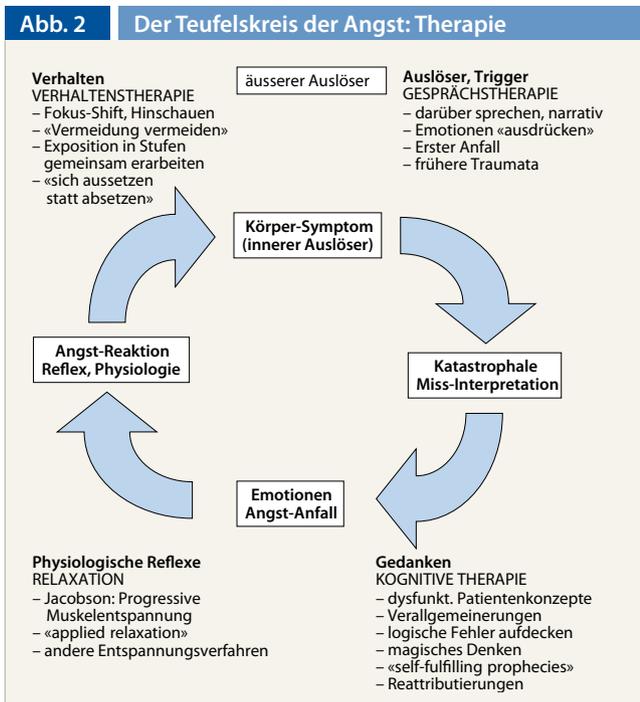
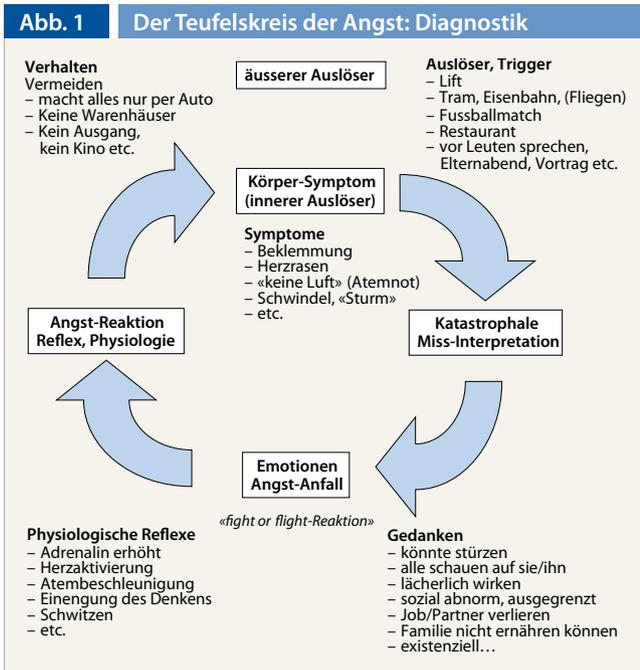
Die Behandlung

Als einschränkendstes Symptom wird von den Patienten die «Angst vor der Angst» angegeben. Die früheren Erfahrungen von persönlichem sozialen Versagen oder akuten Angst- bzw. Panikanfällen werden derart katastrophisiert, dass die Patienten ähnliche, später auch nur annähernd oder potenziell ähnliche Situationen meiden. Mit jeder Vermeidung wiederum wird aber die Gefährlichkeit der Situation indirekt bestätigt: «Zum Glück musste ich nicht durch den Gotthard fahren, ich hätte das nie ausgehalten.» Patienten mit Panikattacken isolieren sich zunehmend, fühlen sich in ihrem Leiden oft unverstanden, allein gelassen und schämen sich wiederum dafür. Dies führt unweigerlich zu einem Teufelskreis mit Aufschaukeln einer Kette von Symptomen, die sich bei jedem zusätzlichen Durchgang verschlimmert (Abb. 1).

Hier liegt die Chance für unseren Behandlungsansatz. Gelingt es uns in der Sprechstunde, mit dem Patienten den Teufelskreis gemeinsam zu erarbeiten und aufzuzeichnen, führt dies zu einem «Aha!»-Erlebnis: Er fühlt sich in seinem Leiden – oft erstmalig – verstanden, was in ihm ein Interesse auslöst und meist auch das Vertrauen gibt, sich der weiteren Behandlung seiner Angststörung zu widmen.

Der Teufelskreis – Diagnostik: Anhand der **Abbildung 1** bespreche ich die Entstehung und die Behandlung der Angststörung mit dem Patienten. Ich benötige dazu rund eine Dreiviertelstunde. Ich beginne immer im Quadranten rechts oben und lasse den Patienten alle Situationen aufzählen, wo die Symptomatik (letztmals oder regelmässig) auszubrechen pflegt. Diese Stichworte werden dort von mir vermerkt und wir gehen weiter, indem wir in der Mitte des Blattes die typischen Symptome notieren, die er im Verlauf eines Anfalls verspürt. Klassischerweise werden hier Symptome wie «Beklemmung», «Herzjagen», «Schwitzen», «Nervosität» etc. erwähnt. Es ist wichtig, den Wortlaut des Patienten zu übernehmen.

Jetzt gehen wir in den Quadranten rechts unten und leiten die Gedanken her, die sich beim Patienten «automatisch» einstellen. Hier helfe ich nach, um wirklich herauszuarbeiten, was sich hinter diesen Gedanken an existentieller Angst verbirgt. Beispielsweise sagt uns eine Patientin, sie habe Angst, plötzlich zu stürzen. Das müssen wir weiter hinterfragen. Aus Erfahrung wissen wir, dass die Angst meist nicht vor Verletzungen beim Stürzen herrühren, sondern hier geht es eher in Richtung einer sozialen Phobie (die Angst, im Mittelpunkt zu stehen, per Ambulanz ins Spital gebracht zu werden, dort den Ärzten vorgestellt zu werden). Oder die Katastrophisierung führt zur Angst, bei regelmässiger Wiederholung solcher Stürze, nirgends mehr hingehen zu können, sich sozial komplett zu isolieren, ihren Anforderungen im Leben nicht gerecht zu werden. Andere interpretieren ihre Symptomatik als Versagen und befürchten langfristig damit ihren Arbeitsplatz zu verlieren und somit ihre Familie nicht adäquat versorgen zu können. Durch den regelmässigen Kontakt mit unserer Patientin (und deren Familienangehörigen) haben wir oder gewinnen wir Einblick in deren grösste Ängste. Es geht uns also darum, die



Panikattacken in ihrer existentiellen Dimension herauszuarbeiten. Der Übergang vom Quadranten rechts unten nach links wird anhand des angeborenen Überlebensmechanismus erklärt. Die physiologischen Reflexe «fight or flight» bereiten unseren Organismus zum Kämpfen oder Wegrennen vor. Als eigentlicher Überlebensreflex bei existenzieller Bedrohung wird eine Kettenreaktion mit Adrenalinausschüttung und konsekutiver Herz- und Atembeschleunigung, Einengung des Denkens, Schwitzen etc. ausgelöst.

Die Wahrnehmung dieser Symptome wird durch den ängstlichen Patienten, der sich auf seine gefürchteten Körpersymptome fixiert, noch verstärkt wahrgenommen, und wir können unserer Patientin jetzt gut aufzeigen, wie sie ihre Symptome überbetont und mit jedem Durchgang verstärkt und bedrohlicher erlebt.

Das ist der Moment, wo die Patienten meist von einem «Aha»-Erlebnis berichten. Hier fühlen sie sich verstanden und erleichtert zugleich: Diese bisher als akute Bedrohung, von ihrem Umfeld aber als unverständlich erfahrenen Symptome, sind physiologisch ableitbar und nicht eingebildet. Eine wichtige Voraussetzung für die weitere Arbeit ist damit gegeben.

Es ist von grosser Bedeutung, dass die oben beschriebene Aufzeichnung mit dem Patienten gemeinsam erarbeitet wird und wir ihm nichts aufschwätzen. Denn nur so können wir jetzt zum therapeutischen Teil weitergehen, wobei nicht zu vernachlässigen ist, wie «therapeutisch» schon der bisherige diagnostische Teil war.

Der Teufelskreis – Therapie: Ziel in diesem zweiten Teil ist es, die Eigendynamik des Teufelskreisphänomens zu durchbrechen und in jedem Quadranten die Verstärkung aufzuheben oder gar ganz zu unterbrechen. Wir beginnen wieder oben rechts (Abb. 2).

Indem wir der Biographie des Patienten genügend Interesse entgegenbringen und diese spezifisch aus dem Blickwinkel seiner Angststörung aufrollen, gewinnen wir Einblick in seine eigene Art, mit seiner Angst umzugehen. Der gewährte Freiraum, über den ersten Anfall, über Assoziationen zu seinen Angstgefühlen, über seine persönlichen, oft demütigenden Erfahrungen frei sprechen zu dürfen, führt zu einer enormen Entlastung. Er hat über Jahre gelernt, seine Emotionen zurückzuhalten und zu verleugnen. Jetzt mit einer empathischen ärztlichen Person darüber zu reden und dabei festzustellen, dass er zwar an Emotionen gelangt, von diesen vielleicht überschwemmt, aber nicht weggeschwemmt wird, ist für ihn eine zentrale Erfahrung (und ist bereits eine Exposition). Überhaupt kann nicht genügend betont werden, dass seine Gefühle und die Erfahrung seiner Symptome sehr unangenehm sein können (nicht müssen), dass sie aber in keinem Moment gefährlich, geschweige denn lebensbedrohlich sind.

Wir wechseln zum nächsten Quadranten (rechts unten) und zeigen anhand kognitiv-verhaltenstherapeutischer Konzepte die dysfunktionalen Gedanken auf. Zum Beispiel sagte uns die Patientin «sie hätte im Lift keine Luft». Wir reattributieren oder korrigieren Missinterpretationen. Dabei weisen wir darauf hin, dass andere Menschen im selben Raum genügend Luft zum Atmen haben. Es ist wiederum wichtig, sehr einfühlsam vorzugehen, um falsche (dysfunktionale) Patientenkonzepte zu korrigieren, zu relativieren oder zumindest in Frage zu stellen. Oft sind Verallgemeinerungen, «self fulfilling prophecies» oder magisches Denken das Problem.

Beispiel: Weil eine Patientin einmal erbrechen musste, wird sie nicht immer in ähnlicher Situation erbrechen müssen. Der geübte Therapeut entwickelt ein Ohr dafür, wie sich Angstpa-

tienten auf der Basis logischer Fehler selber verunsichern. Stattdessen lernen sie, durch angepasste Formulierungen, Selbstvertrauen zurück zu gewinnen und den Grundstein für einen positiven Ausgang zu legen. Die bisher für unumstösslich erachteten negativen Vorstellungen unterhalten die Angst vor der Angst und müssen konsequent in Frage gestellt werden.

Begleitende Angebote: Als weitere unterstützende Massnahme zur Bewältigung der Angststörung gilt die Entspannung. Hat der Patient jemals eine Form der Entspannung erlernt, kann diese reaktiviert und im Anfall eingesetzt werden. Ich arbeite gern mit Gruppen, bei denen sich die Entspannungsübungen sehr gut einflechten lassen.

Es können aber auch Übungsprogramme von CD- oder MP3-Playern übernommen werden. Mit jeder beherrschten Technik verfügt der Patient über ein weiteres Werkzeug, das er – statt sich der Angst ausgeliefert zu fühlen – gezielt der Angst entgegensetzen kann.

Die Auflösung: Exposition

Ausstaffiert mit diesen therapeutischen Hilfsmitteln gelangen wir zum letzten und entscheidenden Punkt des Therapiezyklus: zur Exposition. Anhand einer gemeinsam erstellten Liste bisher vermiedener Situationen, wird der Patient jetzt aufgefordert, sich Stufe um Stufe den entsprechenden Situationen auszusetzen. Wichtig dabei ist, dass wir möglichst Aufgaben planen, von welchen wir annehmen können, dass der Patient sie erfolgreich abschliesst. Gelingt es dem Patienten wider Erwarten nicht, die Situation durchzustehen, wählen wir Zwischenschritte (nur zwei Tramstationen, nur eine Autobahnausfahrt, Durchfahrt einer gedeckten Galerie statt des Tunnels etc.

Auch bei Misserfolg soll der Patient für seine Bereitschaft gelobt und bei Erfolg er ermuntert werden, die Aufgabe möglichst bald zu wiederholen. Mit jeder Exposition lernt er, dass die befürchteten Symptome ausgehalten werden können und nicht zum befürchteten vernichtenden Erleben führen. Eine grosse Hilfe ist es meist, wenn der Patient sein Umfeld informiert.

Er soll sich Partner oder Freunde auswählen, die ihn bei seinen Expositionen begleiten. Dabei sollen ihn diese Helfer ermutigen, die Angst-besetzte Situation nicht zu verlassen, bevor die Angst am Abklingen ist (Goldene Regel). Sollten bis anhin unterstützende Medikamente wie Benzodiazepine oder SSRI genommen worden sein, ist es jetzt an der Zeit, diese wegzulassen und das Expositionstraining ohne pharmakologische Hilfe zu Ende zu führen. Die Sitzungsfrequenz kann jetzt reduziert werden.

Trainingseffekt

Die Angstbewältigung muss wie ein Training angesehen werden. Das Ziel ist es, die Vermeidung zu vermeiden aber nicht «angstfrei» zu leben. Rückfälle gehören ebenso dazu, wie das erneute Aufkommen von unangenehmen Begleitsymptomen. Doch jetzt kann der Patient anders damit umgehen, und mit zunehmender Erfahrung und Exposition verlieren sich diese

befürchteten Symptome. Schliesslich erfährt der Patient, dass neben dem negativen Teufelskreis, der ihn immer tiefer in die Angst und Isolation hinunterzog, auch ein positiver Erfolgskreis wirksam wird, wo er immer mehr Bestätigung erfährt, sich selbst mehr zumutet, an Selbstbewusstsein gewinnt und endlich wieder sein eigenes Leben meistert.

Dr. med. Pierre Loeb

Facharzt Allgemeinmedizin FMH,
Psychosomatische und Psychosoziale Medizin APPM
Winkelriedplatz 4, 4053 Basel
E-Mail: loeb@hin.ch

Literatur:

1. Margraf J., Schneider S.: Panik. Angstanfälle und ihre Behandlung, Springer Verlag, Berlin 1989
2. Matthews A, Gelder M, Johnson D.: Platzangst, Karger Verlag, Basel 1994.
3. Wittchen H.U., Bullinger-Naber M., Dorfmueller M.: Hexal-Ratgeber Angst. Angsterkrankungen. Behandlungsmöglichkeiten, Karger Verlag, Basel 1995.
4. Peurifoy R.Z.: Angst, Panik und Phobien, Hans Huber Verlag, Bern 2007.
5. Grob P, Panikstörungen und Platzangst, Lundbeck (Schweiz) Publikation, Glattbrugg
6. Berghändler, T.: Angsterkrankungen. In: Von Planta M: Evidenzbasierte Innere Medizin. Deutscher Ärzte-Verlag, Köln 2005.
7. Schneider, S., Berghändler, T.: Die Frau mit Angst. In: Riecher-Rössler, A., Bitzer, J.: Frauengesundheit. Elsevier, München 2005.

WEITERE INFORMATIONEN

Selbsthilfegruppe

Angst- und Panikhilfe Schweiz, 4232 Fehren
Hotline 0848 801 109, www.aphs.ch

Fortbildung

Im Rahmen der Fortbildungen der Akademie für Psychosomatische und Psychosoziale Medizin APPM finden regelmässig Fortbildungsworkshops in «Kognitiver Behandlung der Angststörung» für Hausärzte statt: Sekretariat APPM info@appm.ch oder Fax 061 361 2972.

FAZIT FÜR DIE PRAXIS

- ▶ Angststörungen verbergen sich oft hinter vegetativen Symptomen, die plötzlich auftreten oder durch bestimmte Situationen ausgelöst werden.
- ▶ Angst ist eine normale Schutzmassnahme des Körpers. Es geht nicht darum, «angstfrei» zu leben, sondern mit der (normalen) Angst leben zu lernen.
- ▶ Angstgefühle sind zeitlich begrenzt, unangenehm, aber nicht gefährlich.
- ▶ Ermutigen Sie Ihre Patienten, die Angst besetzte Situation nicht zu verlassen, bevor die Angst abklingt (Goldene Regel).
- ▶ Das therapeutische Ziel ist das Vermeiden von Vermeidungsverhalten – Konfrontation, Exposition durchhalten.
- ▶ Rückschläge sind vorprogrammiert; sich Schwierigkeiten einzugestehen und im Training zu bleiben, bilden die Chance zur Vertiefung des Selbstvertrauens.