

## PSYCHIATRIE HEUTE

### Seelische Störungen erkennen, verstehen, verhindern, behandeln

Prof. Dr. med. Volker Faust

*Arbeitsgemeinschaft Psychosoziale Gesundheit*

### PLATZANGST (AGORAPHOBIE)

„Da kann man ja Platzangst bekommen“ – ein Satz, den man im massivem Gedränge nicht selten hört. Allerdings ist mit der Agoraphobie ein viel weiteres Leidens-Spektrum gemeint, weshalb es auch weit mehr Betroffene gibt als vermutet. Dazu eine kurz gefasste Übersicht zu Begriff, Definition, Klassifikation, Häufigkeit, Verlauf, Geschlecht und vor allem Beschwerdebild – von der unangenehmen Beeinträchtigung bis zur totalen Hilflosigkeit. Und zur Frage: Wie kommt es zu solchen Zwangsbefürchtungen: biologisch, psychologisch, organisch, psychosozial etc. Und welche Behandlungsmöglichkeiten wären verfügbar: medikamentös, psychotherapeutisch, ergänzende und vor allem vorbeugende Hilfe etc.

#### **Erwähnte Fachbegriffe:**

Angst – Angststörung – Agoraphobie – Platzangst – Phobien – Definition der Agoraphobie – Häufigkeit der Platzangst – Verlauf der Platzangst – Beschwerdebild der Agoraphobie – Platzangst: psychosoziale Aspekte – ethologisches Angstmodell – Platzangst tiefenpsychologisch erklärt – Theorien der Agoraphobie – körperliche Symptome bei Platzangst – soziale Phobien und Platzangst – isolierte Phobien und Platzangst – Differentialdiagnose der Agoraphobie – körperliche Folgen der Platzangst – medikamentöse Therapie der Agoraphobie – Psychotherapie der Agoraphobie – u. a. m.

Es dürfte kaum einen psychiatrischen Fachbegriff geben, der eine seelische Störung so plastisch übersetzt wie die *Agoraphobie*, ja, vom Leidensbild her beschreibt: Platzangst. Fast belasten einen durch bedrohende Weite selber entsprechende Enge-Gefühle. Gleichwohl kann man es sich im Detail dann doch nicht so richtig vorstellen. Um was handelt es sich also, wen trifft es und vor allem wie? Dazu eine kurz gefasste Übersicht:

## Begriff und Definition

Eine *Phobie* (vom Griech.: phobos = Furcht, Flucht) ist eine zwanghafte Befürchtung. Sie drängt sich dem Betroffenen angesichts bestimmter Personen, Situationen, Objekte, Tiere usw. regelrecht auf. Und dies, obgleich für andere meist unauffällig, harmlos, jedenfalls nicht zum Fürchten. Einzelheiten siehe die entsprechenden Beiträge in dieser Serie.

Die *Agoraphobie* (vom Griech.: agora = Marktplatz) ist ein Kunstbegriff, der auf die Erstbeschreibung zurückgeht (s. Kasten) und als wörtliche Übersetzung die „Angst vor weiten Plätzen“ oder „Angst vor Menschenansammlungen“ bezeichnet, also eine überwiegend räumliche und soziale Komponente. Deshalb konnte sich der Terminus auch bis heute halten.

Als *Definition*, zumindest für die Allgemeinheit nachvollziehbar und unabhängig von klassifikatorischen Variationen, gilt: Die Agoraphobie ist die Angst vor Orten oder Situationen, in denen beim plötzlichen Auftreten von hilflos machenden oder peinlichen Krankheitszeichen Hilfe nicht verfügbar oder eine Flucht unmöglich wäre.

Dabei behindert oder quält gar nicht nur oder speziell die Angst vor weiten Plätzen, sondern besonders vor jenen Situationen, in denen sich der Angst-Patient außerhalb der gewohnten Umgebung aufhält. Nach den Kriterien der Internationalen Klassifikation psychischer Störungen – ICD-10 der Weltgesundheitsorganisation (WHO) muss die agoraphobische Angst in mindestens zwei der folgenden typischen Situationen auftreten:

- In einer Menschenmenge (beim Schlange stehen, in Läden, Kaufhäusern)
- Auf öffentlichen Plätzen
- Bei allein unternommenen, lang dauernden Reisen mit dem Bus, dem Auto, dem Zug, dem Flugzeug usw.

*Klassifikatorische Unterschiede* gibt es allerdings auch hier, vor allem im Diagnostischen und Statistischen Manual Psychischer Störungen – DSM-5<sup>®</sup> der Amerikanischen Psychiatrischen Vereinigung (APA). Die ICD-10 ordnet der agoraphobischen Symptomatik eine besondere Bedeutung zu, während das DSM-5<sup>®</sup> die Panikstörung der Agoraphobie als Panikstörung mit/ohne agoraphobe Begleitsymptomatik überordnet.

Für die Betroffenen spielt dies allerdings keine Rolle, zumal die verschiedenen kennzeichnenden Merkmale unter Klassifikations-Gesichtspunkten vom Inhalt her ohnehin nahezu identisch sind. Die demnächst erwartete Überarbeitung in Form der ICD-11 der WHO dürfte sich hier ohnehin angleichen.

## Historische Aspekte

Der Terminus *Agoraphobie* ist ein Kunstbegriff. Er geht auf den Erstbeschreiber, den Berliner Nervenarzt Carl Westphal zurück. Er definierte erstmals 1871 dieses Leidensbild als eigenständige klinische Störung, vor allem was weite Plätze und Menschenansammlungen betrifft. Danach folgten in der Fachwelt kontroverse Diskussionen vom Erschöpfungszustand bis zur Hysterie, die schließlich von dem „Vater der Psychoanalyse“ Sigmund Freud in Form der „Angstneurose“ zusammengefasst wurden. Er meinte sogar, dass die Angstneurose als „Aktualneurose“ weder tiefenpsychologisch noch biografisch analysiert werden müsse, sondern vor allem nach den aktuellen Belastungs-Umständen zu beurteilen sei.

Das hat sich dann allerdings in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts geändert, besonders durch neue Erkenntnisse der Psychopharmakologie und der Lerntheorie, was dann auch in neue Behandlungsansätze mündete, vorwiegend durch Verhaltenstherapie und Hypnose.

### Häufigkeit

Angststörungen zählen inzwischen zu den häufigsten seelischen Erkrankungen, d. h. belasten mindestens 6 bis 10 % in der Allgemeinbevölkerung. Tendenz deutlich steigend (wohl in absehbarer Zeit die bis dahin führenden Depressionen ablösend).

Die Agoraphobie umfasst dabei etwa die Hälfte aller „Angstpatienten“, und zwar sowohl als alleinige Diagnose als auch komorbid, d. h. wenn eine Krankheit zur anderen kommt (s. später).

### Verlauf und Geschlecht

Die Agoraphobie beginnt meist in der 3. Lebensdekade, also relativ spät im Verlaufe eines Lebens. Das heißt aber nicht, dass man nicht auch bereits in jungen Jahren davon betroffen sein kann, was die Diagnose wegen der dann entwicklungsbedingten Belastungen bzw. Störungen noch schwieriger macht.

Das weibliche Geschlecht ist im Verhältnis von 2 : 1 bis 3 : 1 öfter beeinträchtigt.

### Beschwerdebild

Das Beschwerdebild ist vielfältig (weshalb es den Therapeuten differentialdiagnostisch auch erhebliche Probleme bereiten kann – s. später), belästigend

bis schließlich erheblich belastend oder gar qualvoll. Einzelheiten siehe nachfolgender Kasten.

Das Irritierende ist nicht zuletzt die breit gefächerte Symptomatik und das vielfältig verunsichernde bis beeinträchtigende Beschwerdebild, das man kaum auf eine Ursache zurückführbar hält und sich deshalb ggf. auch zu mehreren Facharzt-Besuchen gezwungen sieht (die leider auch oft nicht sofort zur richtigen Diagnose beitragen).

Am meisten belasten schwindelige Benommenheit, Ohnmachtsgefühle, Herzattacken und das, was man einen generellen Kontrollverlust nennt, d. h. eine zuletzt „totale Hilflosigkeit“. Bereits entsprechende Vorstellungen und Erwartungen können deshalb eine geradezu unfassbare Beschwerde-Palette auslösen, die erst rückblickend „charakteristisch“ erscheinen (häufiger Vorwurf: „Weshalb hat man das nicht schon zuvor zutreffend diagnostiziert...?“).

Deshalb verwundert auch nicht das in der Regel nachfolgende Vermeidungsverhalten, was den nicht nur räumlichen, sondern auch inhaltlichen Aktionsradius immer mehr einschränkt, und zwar erheblich. Nicht wenige Betroffene ziehen sich schließlich zurück oder kommen nur deshalb „halbwegs über die Runden“, weil sie entweder ihren Handlungsraum einengen oder sich der Anwesenheit bzw. raschen Erreichbarkeit einer ständig verfügbaren Begleitperson versichern (können).

Die Folge: Ein nach und nach bedrohlich zunehmende räumliche Einengung und schließlich soziale Isolation. Agoraphobiker können ihre Angst-Bedrohung zwar einschränken, aber „der Preis ist hoch“. Sie sehen zwar nahezu immer ein, dass ihr Verhalten „übertrieben“, „unvernünftig“, auf jeden Fall nicht nachvollziehbar ist, wie ihnen aus ihrem näheren und weiteren Umfeld wahrscheinlich öfter vermittelt wurde – aber sie können es nicht ändern. Es ist eine Zwangssituation, wie schon vor über 100 Jahren festgestellt wurde.

### **Beschwerdebild der Agoraphobie**

Die *Agoraphobie* war – wie der griechische Begriff wörtlich ausdrückt – früher allein die Angst vor öffentlichen Plätzen („Platzangst“) oder weiten Straßen, genauer gesagt: vor Menschenansammlungen, vor der Öffentlichkeit. Diese Angst führt jedoch im Laufe der Zeit durch Vermeidungsverhalten und Rückzug und der damit verbundenen Isolationsgefahr zu zahlreichen weiteren seelischen Folgestörungen. Deshalb versteht man heute unter Agoraphobie, einer der schwerwiegendsten und beeinträchtigendsten Zwangsbefürchtungen, folgendes Beschwerdebild:

- Nach wie vor die Angst vor weiten Plätzen, aber auch vor kleineren Märkten, ferner Alleen, Straßen, leeren und vollen Sälen (z. B. Kino, Theater, Konzertsaal) und Kirchen sowie Brücken, jedoch nur noch selten als alleiniges Krankheitszeichen.
- Angst und damit Vermeidung von Situationen, in denen es besonders unangenehm oder gefährlich sein könnte, einen Angstanfall zu bekommen: das „schützende“ Haus zu verlassen und (allein!) zum Einkaufen, zur Arbeit, zur Freizeitbeschäftigung, zu Freunden, Bekannten usw. zu gehen. Im Speziellen Angst vor dem Autofahren, vor Kaufhäusern, Supermärkten (vor allem Warteschlange bzw. Gedränge am Wühltisch), Menschenmengen jeglicher Art. Ferner vor Fahrstühlen, Flugzeugen, vor der Benutzung öffentlicher Verkehrsmittel wie Bus, Straßenbahn, S- oder U-Bahn, Zug etc. Außerdem vor Rolltreppen, Sportplatz, Friseur u. a. m. Quälendste Zwangsvorstellung: in einer solchen Situation – allein und ohne rasche Hilfeleistung – von einer Angstatacke überfallen und ihren Folgen hilflos ausgeliefert zu sein.
- Nicht selten sind auch für diesbezüglich nicht Betroffene („Gesunde“) schwer nachvollziehbare, z. T. lächerlich wirkende Hilfsmittel zur Milderung solcher Ängste wie beispielsweise Begleitpersonen, symbolische Schutzobjekte wie Spazierstock oder andere vertraute Gegenstände, Kinder- oder Einkaufswagen, Haustier, Häuserwand, Mauer, Hecke, „fluchtgesicherte“ Eckplätze in Türrähe von Kino, Theater und Restaurant, Sonnenbrille usw.,
- Beim Versuch, sich solchen Situationen zu stellen, drohen unangenehme bis „dramatische“ Folgen, vor allem vegetativer Art: trockener Mund, Schweißausbrüche, Zittern, Beben, Herzklopfen oder -rasen, Atemenge bis zu Erstickungsgefühlen, Gefühl der Benommenheit und Ohnmachtnähe, Furcht, die Kontrolle über sich oder gar den „Verstand“ zu verlieren usw. Noch halbwegs ertragbar die Furcht, es könne etwas Peinliches, ja Schreckliches passieren usw., vor allem Angst vor dem schon erwähnten Ausgeliefertsein.

## Psychosoziale Aspekte

Wie kommt es zu solch einem komplizierten Leidensbild mit folgenschweren Konsequenzen, wird sich mancher fragen. Dabei bieten sich verschiedene Erklärungs-Modelle an. Am einfachsten nachvollziehbar sind die Erkenntnisse der Haus- und Nervenärzte, wie sie sich nicht selten aufdrängen. Beispiele (ohne Wertung was Inhalt, Häufigkeit und ätiopathogenetische Aspekte (s. u.) anbelangt):

Menschen mit solchen Zwangsbefürchtungen werden gelegentlich (aber nicht immer) als ohnehin ängstliche, scheue, unsichere, ungeschlüssige, ja passive bis

abhängige, durch ihre Fügsamkeit aber auch als angenehm empfundene Mitbürger mit Neigung zu Ordnungssinn und guter Arbeitsleistung beschrieben.

Als Partner sind sie meist liebenswert, anhänglich und treu (Familie als Zufluchtsort). Andererseits gelten sie oft als initiativlos, ohne Risikobereitschaft, Aktivität und jede Konkurrenz-Situation meidend.

Die Zwangsbefürchtungen beginnen - wie erwähnt - meist im frühen Erwachsenenalter im Rahmen wachsender Selbständigkeit und Verantwortung. Manchmal können die gefürchteten Situationen und daraus resultierenden Ängste unter extremer seelisch-körperlicher Belastung ertragen werden. In der Regel werden diese Patienten im Laufe dieser Zeit aber immer unselbständiger, resignierter, depressiver, vor allem von ihrer Umgebung immer abhängiger. Das lässt sie einerseits nicht mehr los, macht sie andererseits aber natürlich resignativ und unglücklich. Kommen noch Panikattacken hinzu (s. u.) wird das „Alltags-Problem“ noch komplexer, belastender, folgenreicher. Damit gilt die Agoraphobie als die beeinträchtigtste Zwangsbefürchtung überhaupt.

Bei den Nervenfachärzten, Psychiatern und Psychologen werden natürlich auch „tiefergehende“ Aspekte diskutiert, durchaus nicht selten kontrovers – bis heute.

Ein so genanntes ethologisches Angstmodell der tiefenpsychologisch orientierten Verhaltensforscher interpretiert das Leiden als Trennungsangst vor bzw. als Abwesenheit oder Verlust einer Beziehungsperson, die Sicherheit vermittelt. Das wäre also die Angst, verlassen zu werden und sich in wichtigen zwischenmenschlichen Beziehungen nicht mehr sicher aufgehoben zu fühlen, weniger die (scheinbar) angst-auslösende Situation an sich.

Tatsächlich werden Belastungen wie der Tod der Eltern oder einer geliebten Bezugsperson, die Trennung von einer gewohnten Umgebung oder Position etc. nicht selten von Agoraphobikern als auslösende Ursache berichtet oder zur Diskussion gestellt. Möglich sind auch Probleme in der Partnerbeziehung, z. B. blockierte Bedürfnisse, Konfliktunfähigkeit etc., zumindest als wichtige Zusatz-Faktoren bei der Entstehung und Aufrechterhaltung agoraphobischer Symptome.

Es ist aber auch nicht zu übersehen, dass eine nicht unerhebliche Untergruppe der Betroffenen durch eine so genannte klassische Konditionierung zu Agoraphobikern wurde. Will heißen: Eine generalisierende Vermeidung von Orten und Situationen, in denen der Betroffene zuvor konkreten Angsterlebnissen ausgesetzt war. Hier können sich dann auch isolierte Angstanfälle nach Ort, Zeit, Umfeld und Auslöser zu einer generalisierten Agoraphobie „für alles und jedes“ entwickeln.

Zentral für das krankhafte Leidensbild ist aber nach wie vor das daraus folgende Vermeidungsverhalten. Der Lohn: Die Angst bleibt aus, allerdings nur

kurzfristig. Langfristig wird sie verstärkt. Wenn jetzt noch körperliche Symptome dazukommen, z. B. Herzrasen, Schweißausbrüche, schwindelige Benommenheit usf., werden ggf. sogar Panikattacken konditioniert, in diesem Fall also eine Art negativer Lernprozess: wenn – dann. Und wenn jetzt solche Panikattacken an äußere Situationen gekoppelt bleiben, ist der Teufelskreis geschlossen.

Leider gelingt es erfahrungsgemäß nicht immer, eine nachvollziehbare Theorie des Leidens zu entwickeln, trotz intensiver psychotherapeutischer Bemühungen und verständnis-williger Einstellung des Patienten. Warum? Weil es sehr schwierig werden kann zu akzeptieren, dass „offenbar rein seelische Ursachen plötzlich so heftige, ja massiv verängstigende Krankheitszeichen von Herz, Kreislauf, Kopf usw. auslösen können“ (Zitat).

Oder wie es die Ärzte und Psychologen nennen: Wenn „organ-bezogene Symptome“ im Vordergrund stehen, die auch erst einmal sauber organisch abgeklärt sein wollen. Konkret in Fachbegriffen: paroxysmale und vegetative Entgleisungen, die auch die Fachärzte, also Allgemeinmediziner und Internisten durchaus vor differential-diagnostische Probleme stellen können: Herz-Kreislauf-System, Atemwegsfunktionen, hirnorganische Beeinträchtigungen etc.

Denn gar nicht so selten zeigt sich bei Platzangst-Patienten auch das, was man eine „Dysregulation des Kreislaufs“ nennt, also Tachykardie (Herzrasen) und/oder Hypertonus (Bluthochdruck). Noch schwieriger wird es, wenn bereits eine vordiagnostizierte Herz- oder Atemwegserkrankung vorliegt, die natürlich erst einmal die diagnostische Aufmerksamkeit auf sich zieht. Und nicht nur das. Besonders häufig muss auch mit einer so genannten psychischen Komorbidität gerechnet werden, d. h. wenn eine Krankheit im Allgemeinen und eine seelische im Speziellen zur anderen kommt. Im zweiten Fall am häufigsten Zwangserkrankungen, posttraumatische Belastungsstörungen sowie Depressionen.

Noch problematischer kann es auf rein seelischem Gebiet werden, wenn andere Phobien die differentialdiagnostische Abgrenzung zu erschweren drohen. Beispiele:

*Soziale Phobien*, d. h. anhaltende Angst, der prüfenden Beobachtung durch andere Menschen oder gar kleine Gruppen ausgesetzt zu sein, vor allem mit Furcht vor Beschämung bei öffentlichem Sprechen, Essen u. a.

Oder *isolierte Phobien*, d. h. anhaltende Angst durch ein bestimmtes Objekt (z. B. ein Tier) oder spezifische Situationen (Flugzeug, Schiff, Tunnel).

Man kann sich gut vorstellen, dass eine Agoraphobie mit ihrer Angst vor Orten oder Situationen, bei denen man plötzlich in eine peinliche oder hilflose Situation zu geraten drohte und bei der vor allem – allein und ohne jegliche Unter-

stützung – auch noch eine Flucht unmöglich wäre, jegliche seelische Zusatzbelastung zum unüberwindbar scheinenden Problem werden kann.

Mit anderen Worten: Die so genannte Differentialdiagnose (was könnte es sonst noch sein bzw. was kommt hier noch dazu?) ist gerade bei der Agoraphobie ein mitunter unlösbares Problem. Hier hilft dann aber doch die gezielte Exploration (konkrete Befragung) weiter. Und die konzentriert sich auf das Phänomen: Nicht nur die (immer wieder auftretenden) belastenden Situationen, auch die scheinbar nicht überwindbaren Konsequenzen der Störung, nämlich das Vermeidungsverhalten, in die Diagnose einzubeziehen. Oder mit anderen Worten: Das Vermeidungsverhalten ist charakteristischer und aussagekräftiger als die scheinbar typischen agoraphoben Symptome, bestätigt durch das Eingeständnis des Patienten: Ja, ich kann die Angst umgehen, wenn ich dieses oder jenes gezielt vermeide.

## **Therapie – Möglichkeiten und Grenzen**

Die Agoraphobie ist zwar ein überwiegend heimliches (konkreter: verheimlichtes) Leiden, aber überaus vielfältig beeinträchtigend und damit folgeschwer, vor allem was mögliche psychosoziale Konsequenzen im Alltag betrifft. Eine fach-orientierte Behandlung ist deshalb unersetzlich, zumindest bei mittelschweren und schweren Krankheits-Verläufen. Dabei sind allerdings einige spezielle Aspekte zu berücksichtigen, die nicht nur den Therapie-Erfolg, sondern schon den Therapie-Wunsch und später die Behandlungs-Zuverlässigkeit prägen. Auf was ist nach allgemeinem Lehrbuchwissen zu achten?

– Als Erstes wird man davon ausgehen müssen, dass die Mehrzahl der Angst-Patienten im Allgemeinen und der Agoraphobiker im Speziellen wegen ihrer überwiegend organischen Beschwerden ihren Allgemeinarzt oder den zuständigen Facharzt konsultieren. Der Grund ist nachvollziehbar: Körperbezogene Symptome werden den Betroffenen nicht nur früher, sondern auch eindrücklicher bewusst als seelische oder ihre mehrschichtig interpretierbaren psychosozialen Folgen. Die emotionalen Angst-Komponenten sind eben besonders schwer fassbar oder gar in nachvollziehbare und situations-erhellende Worte zu kleiden.

Es gilt also sowohl für den Patienten als auch seinen erst-konsultierten Arzt die belastenden Krankheitszeichen selber zur Sprache zu bringen und nicht erst zu warten, bis der ohnehin gestresste Hausarzt gezielt danach forscht. Nicht selten bestehen aber nicht nur Unsicherheiten („Was hab ich denn jetzt eigentlich“, „Kann man das überhaupt in Worte fassen“), sondern sogar Schamgefühle („Wie soll man das auch erklären?“, „Wer hat denn schon so was“, „Wer glaubt einem das auch“). Kurz: Ein kaum durchschaubares Leidensbild mit nur schwer nachvollziehbaren Beeinträchtigungen, besonders auf psychosozialer Ebene. Beispiele: Scheu, Schüchternheit, Verlegenheit, Angst vor Gesichts-

verlust, Makel, Blamage, ggf. übler Nachrede, Diskriminierung u. ä. Ein schwieriges Terrain – für Patient (und Angehörige) sowie durchaus selbst die konsultierten Ärzte und Psychologen.

Das intensiviert sich, wenn zu der „Platzangst“ noch überfallartige Panikattacken mit vegetativen Symptomen kommen, die „an alles Organische denken lassen, nur nicht an eine seelische Störung“ (Zitat). Kurz: Zuerst gilt es hier Herz- und Lungenfunktion, obere Luftwege, ja hirnorganische Ursachen abzuklären. Eine so genannte psychogene Verursachung mag sich anschließen, aus ärztlicher Sicht aber wohl erst an zweiter Stelle.

Außerdem geht es nicht nur um eine organische Komorbidität (d. h. wenn eine Krankheit zur anderen kommt), sondern auch um eine potentiell psychische Mehrfach-Erkrankung. Dies vor allem bei Depressionen, posttraumatischen Belastungsstörungen und Zwangserkrankungen.

Ist aber das mitunter schwer durchschaubare Leidensbild soweit abgeklärt, dass eine Körperkrankheit ausgeschlossen werden konnte, geht es um die Frage: Psycho- und/oder Pharmakotherapie?

– Die Behandlung mit *Arzneimitteln*, hier wohl vor allem Antidepressiva und ggf. kurzfristig Beruhigungsmittel, ist insbesondere die Domäne der Krisen-Intervention bei ärztlichem Erstkontakt, wenn es um eine möglichst rasche Neutralisierung des seelischen Leidensbildes geht, gefolgt von der notwendigen psychophysischen und damit zwischenmenschlichen, beruflichen u. a. Stabilisierung. Dies besonders bei den erwähnten komorbiden Störungen (s. o.). Und vor allem bei dem folgenschweren Vermeidungsverhalten mit Rückzug und ggf. Isolationsgefahr. Allerdings pflegen die Ärzte solche Medikamente ohnehin nur zeitlich begrenzt zu nutzen, zumal eine reine Arzneimittel-Behandlung bei Platzangst erfahrungsgemäß mittel- bis längerfristig weniger erfolgreich ist als eine seelische Behandlung, also Psychotherapie. Dies vor allem nach Absetzen der Medikation mit häufig drohenden Rückfällen.

– Was aber empfiehlt sich *psychotherapeutisch*? Hier insbesondere so genannte verhaltens- und hypnotherapeutische, tiefenpsychologische sowie systemische Therapieansätze. Dabei geht es vor allem um die so genannten kognitiven Fehl-Annahmen (z. B. Katastrophen-Fantasien: was wäre bzw. sein könnte?), die dysfunktionalen Annahmen (Fehl-Interpretationen im Alltag) und besonders das mehrfach erwähnte Vermeidungsverhalten.

Letzteres ist ohnehin das Hauptziel der Behandlung, wenn möglichst rasche Ergebnisse gewünscht bzw. erforderlich sind (z. B. partnerschaftlich, familiär, beruflich, damit wirtschaftlich-finanziell etc.). Und hier empfiehlt sich etwas, was sich der Allgemeinheit nicht sofort erschließt, nämlich die so genannte *Expositions-Behandlung*. Dabei wird der Patient gebeten, ausgerechnet seine angst-auslösenden Situation aufzusuchen, dort zu verweilen, die Angstreak-

tionen auszuhalten, um aber dann erstaunt festzustellen, dass sein Beschwerdebild zurückgeht.

Einzelheiten dazu siehe die Fachliteratur. Nachfolgend nur einige Erläuterung zu den verschiedenen Konfrontations-Methoden in Stichworten, zumal man immer häufiger davon hört. Solche Behandlungsverfahren können nämlich graduell (langsam gesteigerte systematische Desensibilisierung) oder massiert ablaufen (Reizüberflutung, engl.: Flooding). Außerdem entweder in vivo (sich den realen äußeren Auslösern stellen müssen) oder in sensu (Exposition an imaginierten äußeren Auslösern, d. h. in der reinen Vorstellung). Letzteres ist insbesondere bei schweren Fällen langfristig am wirkungsvollsten. Manchmal schon nach wenigen Sitzungen mit einer Angstreduktion belohnt.

Natürlich gibt es auch hier so genannte Kontraindikationen, d. h. wo muss man vor allem bei der massierten Konfrontation bei real gefährlichen Situationen entsprechend vorsichtig sein, und zwar nicht nur was das jeweilige äußere Risiko betrifft, auch ggf. bei organischen (Über-)Reaktionen, d. h. Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Asthma u. a.

Im Weiteren empfehlen sich – je nach Möglichkeiten, Grenzen, Ausgangslage und Mitarbeit des Patienten – Interventionen mittels moderner Hypnose, z. B. Konfrontation in Trance, bildsprachliche Verdinglichung und Verortung des Symptoms „Angst“, so genannte Neuprogrammierungen des inneren Dialogs, hypnotische Einrichtung eines „sicheren“ inneren Ortes oder Ruhebildes etc.

Ergänzend helfen hier zudem Atemtechniken und Relaxations-(Entspannungs-) Methoden wie progressive Muskelrelaxation nach Jacobson und Autogenes Training, vor allem zur Abschwächung der inneren Erregungs-Bereitschaft.

Fazit: Insbesondere verhaltenstherapeutische Interventionen können bei günstigen Langzeitverläufen auf eine Erfolgsquote von 75 bis 80 % der betroffenen Angstpatienten zählen. Und damit endlich die dringend erhoffte Wiederherstellung der Lebensqualität durch Erhöhung von Selbstvertrauen, Selbstsicherheit und letztlich Leistungsfähigkeit.

## Literatur

Umfangreiches Angebot an Fachliteratur, nicht zuletzt englisch-sprachig. Eine Übersicht an deutschsprachigen Fachbüchern findet sich in dem ausführlichen Beitrag über *Angststörungen* in dieser Serie.