

# Psychovegetativ- ängstliche Patienten

Leitlinien für den Umgang in der Allgemeinpraxis

S. Priebe

Auch vom Allgemeinarzt, der zumeist über keine spezielle psychotherapeutische Ausbildung verfügt, wird erwartet, daß er auf Patienten mit Angstsyndromen therapeutisch eingeht. Es werden sechs Leitlinien dargestellt, an denen sich der Arzt im Verhalten diesen Patienten gegenüber orientieren kann. Diese Leitlinien sollen einen therapeutischen Umgang ermöglichen und können mit spezifischen Behandlungsmethoden verbunden werden.

Guidelines for Dealing with Patients with Anxiety Syndromes in General Practice: The general practitioner, who usually does not have a special psychotherapeutic training, is expected to deal with pa-

tients with anxiety syndromes in a therapeutic way. Six guidelines are presented for the treatment of those patients. They may be combined with more specific treatment methods.

Wenn Patienten wegen einer Angstsymptomatik einen Arzt aufsuchen, dann erleben sie diese Angst häufig – wie zum Teil bei der Agoraphobie – als grundlos und unerklärlich oder zumindest doch – wie bei Examensängsten – als überzogen und unangemessen. In jedem Fall leiden sie unter ihrer umschriebenen oder eher diffusen Angst und erwarten nun vom Arzt, daß er Maßnahmen ergreift oder veranlaßt, um ihnen zu helfen. Genaue Vorstellungen darüber, wie diese Hilfe aussehen sollte, haben nur wenige Patienten. In Ausnahmefällen kann der Arzt die Angst als Symptom einer Grunderkrankung diagnostizieren, für die es dann – wie bei den endogenen Psychosen – eindeutige Behandlungsrichtlinien gibt. Die Regel aber ist, daß Angst im Rahmen von neurotischen und reaktiven Störungen oder – je nach Nomenklatur – bei psychovegetativen Syndromen auftritt. Dann fällt eine Entscheidung über die einzuschlagende therapeutische Linie sehr viel schwerer. Die Überweisung an einen Psychiater oder gar Psychotherapeuten mag zu-

weilen an der ablehnenden Haltung des Patienten scheitern, ist aus verschiedenen Gründen oft aber auch gar nicht indiziert. So muß der Allgemeinarzt mit dem Problem und dem Patienten irgendwie therapeutisch umgehen, und es ist sicher nicht einfach, abzuschätzen, welches Verhalten dem Patienten gegenüber welche Wirkungen nach sich ziehen kann; einerseits mag in bestimmten Situationen vielleicht ein einziger Satz nachhaltige Veränderungen auslösen, während in anderen Fällen intensive psychotherapeutische Bemühungen ohne jeden positiven Effekt bleiben können.

## Leitlinien für das therapeutische Verhalten

Im folgenden sollen einige Leitlinien dargestellt werden, die ein therapeutisches Vorgehen bei diesen Patienten generell erleichtern sollen:

**1. Leiden des Patienten ernst nehmen:** Die Basis jedes Vorgehens ist, daß sich der Patient mit seiner Symptomatik und seinem Leidens-

druck überhaupt akzeptiert und ernstgenommen fühlt. Das klingt wie eine Selbstverständlichkeit, ist es aber nicht. In einer eigenen Studie gab mehr als die Hälfte von 41 untersuchten depressiven Patienten an, daß ihrem Eindruck nach weder ihre Angehörigen noch ihr Arzt – in diesem Fall sogar der Psychiater – sehen würden, wie krank sie seien (2).

Bei Patienten mit Angstsyndromen ist die Situation wahrscheinlich ähnlich. Das Gefühl, der Arzt nehme einem das Leiden nicht richtig ab, mag bei diesen Patienten auch deshalb aufkommen, weil ihre Wahrnehmung bereits durch entsprechende Vorerfahrungen beeinflusst ist. Wenn der Patient also den Eindruck bekommen soll, man sehe durchaus, daß es ihm sehr schlecht gehe, dann muß man ihm das gegebenenfalls ausdrücklich sagen.

**2. Langsam vorgehen:** Die Patienten erwarten meist, daß möglichst rasch therapeutische Maßnahmen ergriffen werden. Oft werden sie dabei von unrealistischen oder sehr diffusen Befürchtungen von dem geleitet, was bei einer Verzögerung oder beim Ausbleiben solcher Maßnahmen passieren könnte. Will der Arzt nun dem Patienten zeigen, daß diese Befürchtungen unberechtigt sind oder daß er sie zumindest nicht teilt, so sollte er den vom Patienten erlebten Zeitdruck nicht übernehmen. Vermutet der Arzt z. B., eine medikamentöse Behandlung sei indiziert, so muß er das Rezept nicht unbedingt sofort ausschreiben, sondern kann meist auch noch einige Tage warten, bis er vielleicht ein klareres diagnostisches Bild gewonnen hat.

Viele Angstsyndrome haben durchaus einen günstigen Spontanverlauf, auch wenn es schwerfällt, vorherzusagen, wann dies der Fall sein wird und wann nicht. Die Symptomatik verschwindet oder bessert sich zumindest deutlich – mit und oh-

Dr. med. Dipl.-Psych. S. Priebe, Forschungsgruppe Ambulante Therapie an der Psychiatrischen Klinik und Poliklinik der Freien Universität, Eschenallee 3, D-1000 Berlin 19.

ne spezifische Therapien (1). Auch in Psychotherapien ist ein wesentlicher Faktor stets die Zeit. Der Arzt sollte sich nicht zu übereilten Schritten drängen lassen und auch auf die Erwartungen des Patienten entsprechend einwirken. Nur in scheinbarem Widerspruch hierzu steht, daß es sinnvoll sein kann, dem Patienten von vornherein eine zeitliche Begrenzung des derzeitigen Therapieversuches anzukündigen. Dadurch wird deutlich gemacht, daß es nicht zur unendlichen Therapie kommen wird und daß man positive Veränderungen in dem angekündigten Zeitraum für möglich hält. Für alle Beteiligten wird ein klarer Rahmen für die gemeinsamen Bemühungen festgelegt.

**3. Grenzen ärztlicher Beeinflussungsmöglichkeiten offenlegen:** Angesichts des Leidensdrucks der Patienten mag sich der Arzt veranlaßt sehen, den Patienten dadurch zu trösten und seinen Ansprüchen gerecht zu werden, daß er ihm verspricht, man werde ihm sicher helfen können. Solche sicher wirkenden Hilfen gibt es aber nicht; die medizinischen Behandlungsmöglichkeiten für Angstsyndrome sind im Gegenteil begrenzt – seien sie nun psychotherapeutisch oder medikamentös. Dies dem Patienten gegenüber klarzulegen, ist nicht nur ein Gebot der Ethik, sondern auch des therapeutischen Geschicks. Wenn der Patient einerseits hofft, der Arzt möge ihm eine baldige Besserung versprechen, so wird er andererseits doch natürlicherweise Zweifel an der Einlösung dieses Versprechens bekommen. Es würde eine Illusion von umfassender externer Hilfe aufgebaut, die den Patienten bei unangenehmen, aber erforderlichen Veränderungen behindern kann und die letztlich doch enttäuscht werden würde.

Das Offenlegen der Grenzen der eigenen Möglichkeiten mag zwar für manche mit dem Idealbild des stets helfenden Arztes kontrastieren, es schafft aber die Basis für eine vertrauensvolle und hilfreiche therapeu-

tische Beziehung. Zudem erleichtert es dem Patienten, mögliche spätere Therapieerfolge vermehrt seinen eigenen Fähigkeiten zuzuschreiben und diese mit dem gestärkten Selbstvertrauen zukünftig besser zu nutzen. Dieses Offenlegen der eigenen therapeutischen Grenzen ist keineswegs gleichzusetzen mit einem Pessimismus über den weiteren Verlauf, der im übrigen ja auch nur selten berechtigt wäre.

**4. Zur eigenen Überprüfung des Realitätsgehalts der Ängste anhalten:** Sicherlich kann der Arzt einen Patienten – gerade bei hypochondrischen Ängsten – kurzfristig dadurch beruhigen, daß er ihm versichert, die Ängste seien unbegründet. Doch die meisten Patienten sind vorher auch schon von anderen beruhigt worden, und die Ängste bestanden dennoch fort oder kamen wieder. Um aber mit aufkommender Angst umgehen zu können, muß der Patient selbst einzuschätzen lernen, inwieweit seine Befürchtungen realistisch sind und inwieweit nicht. Er muß also den Realitätsgehalt seiner Ängste selbst überprüfen, und hierzu sollte man ihn im Gespräch anhalten. Bei ausgeprägter vegetativer Symptomatik kann das auch bedeuten, daß man dem Patienten hilft, körperliche Symptome angemessen zu beschreiben und die Bedeutung wiederkehrender Veränderungen seines Zustandes selbst beurteilen und realistisch bewerten zu können.

**5. Mit den befürchteten Konsequenzen konfrontieren:** Viele Befürchtungen von Patienten sind äußerst diffus oder antizipieren Ereignisse, über deren mögliche Folgen dann aus Angst nicht weiter nachgedacht wird. Ein Patient mit Kaufhaus-Angst mag z. B. befürchten, bei einem Verbleiben im Kaufhaus zu kollabieren, ohne sich je darüber Gedanken gemacht zu haben, was im Falle eines Kollaps weiter geschehen würde und welche Folgen denkbar und welche wahrscheinlich wären. Konfrontiert man die Patienten

mit den befürchteten Konsequenzen, so führt das oft zur überraschenden Erkenntnis, daß am Ende der angstbesetzten Ereigniskette keine undenkbbare Katastrophe, sondern eine zwar unangenehme, aber handhabbare Situation stünde. Auf jeden Fall bedeutet diese Konfrontation, daß der Patient – gerade bei einem akuten Angstzustand – bereits aus der Hilflosigkeit heraus – und zu einer zumindest gedanklichen Realitätstestung der Ängste hingeführt wird.

**6. Instruktion „keine Angst“ vermeiden:** Angst ist nicht ausschließlich ein Symptom mit Krankheitswert, sondern zuallererst eine zum Überleben unabdingbar notwendige Qualität des Erlebens. Ziel einer Therapie kann es nicht sein, daß Patienten keine Angst mehr haben, sondern daß sie mit Ängsten adäquat umgehen können und sich nicht durch unangemessene Ängste in ihrer Lebensführung behindern lassen. Die Instruktion „keine Angst“ würde diesem Therapieziel zuwider laufen. Darüber hinaus bestünde die Gefahr, daß bei einem mit der Instruktion „keine Angst“ versehenen Patienten jede aufkommende Angst unmittelbar eskaliert, da ja die Instruktion versagt hat.

**Anwendung der Leitlinien**

Natürlich kann es diagnostische, therapeutische oder situative Besonderheiten geben, die eine Anwendung dieser Leitlinien unmöglich machen oder sogar kontraindiziert erscheinen lassen. Im allgemeinen sollten die Leitlinien jedoch ein therapeutisches Umgehen mit Patienten mit Angstsyndromen auch unter den Bedingungen einer Allgemeinpraxis ermöglichen.

Dokumentation: F2 – G2 Psychoneurosen – Allgemeinpraxis

**Literatur**  
 1. Gelder, M. G.: Psychological treatment for anxiety disorders – A review. *J. Royal Soc. Med.* 79 (1986) 230–233.  
 2. Priebe, S., Hegerl, U.: Arzt-Patienten-Beziehung bei der Medikamentenbehandlung – Eine systemische Betrachtungsweise. *Munch. med. Wschr.* 128 (1986) 516–518.