

Besser informiert über Angst- und Panikstörungen



Die mit dem Regenbogen

mepha



Angst- und Panikstörungen

«Ich glaube, dass das Gehirn eine sehr grosse Macht im Menschen besitzt ... Die Menschen müssen ferner wissen, dass von nirgendwo anders her Freude und Frohsinn, Lachen und Scherzen kommen als daher, woher auch Trauer und Kummer, Missmut und Weinen herrühren.»

Hippokrates von Kos (~ 460 v. Chr. – ~ 375 v. Chr.)

«Die Mängel unserer Beschreibung würden wahrscheinlich verschwinden, wenn wir anstatt der psychologischen Termini schon die physiologischen oder chemischen einsetzen könnten [...] Die Biologie ist wahrscheinlich ein Reich der unbegrenzten Möglichkeiten, wir haben die überraschendsten Aufklärungen von ihr zu erwarten und können nicht erraten, welche Antwort sie auf die von uns gestellten Fragen einige Jahrzehnte später geben würde. Vielleicht gerade solche, durch die unser ganzer künstlicher Bau von Hypothesen umgeblasen wird.»

Sigmund Freud (1856–1939)

Bedeutung und Geschichte der Angst	6
Wie und wann macht sich Angst bemerkbar?	11
Wann wird Angst zur Krankheit und wie entstehen Angsterkrankungen?	13
Was haben Angsterkrankungen gemeinsam?	20
Welche Angststörungen kennen wir?	21
■ Panikstörung	21
■ Phobien	23
■ Spezifische Phobien	23
■ Soziale Phobie (soziale Angststörung)	25
■ Agoraphobie	28
■ Generalisierte Angststörung	29
■ Zwangsstörungen	32
■ Posttraumatische Belastungsstörung	34
■ Anpassungsstörung	37
Weitere Angststörungen	38
■ Flugangst	38
■ Trennungs-, Schul- und Prüfungsängste	40
Diagnose und Therapie	42
■ Diagnose der Angststörungen	42
■ Therapie der Angststörungen	42
■ Medikamentöse Therapie	45
■ Psychotherapie	49
■ Wer bezahlt die Behandlung?	50
Literaturhinweise	52
■ Weitere Informationen	53
■ Selbsthilfe und Angehörigengruppen	54

Bedeutung und Geschichte der Angst

Jeder Mensch kennt Angst, doch was ist Angst eigentlich? Sie gehört neben Ärger, Trauer und Ekel zu den negativen Grundgefühlen und ist eng verwandt mit Furcht, Scheu, Entsetzen, Schreck, Grauen und Panik. Sie ist ein meist quälender, stets beunruhigender und bedrückender Gefühlszustand als Reaktion auf eine scheinbare oder tatsächliche Bedrohung. Die Angst ist verbunden mit bestimmten Vorstellungen, Fantasien oder Erwartungen und löst Reaktionen des vegetativen Nervensystems aus.

Sprachlich ist Angst als ein mit Beklemmung, Bedrückung und Erregung einhergehender Gefühlszustand (angesichts einer Gefahr) und als ein undeutliches Gefühl des Bedrohseins definiert. Psychologie und Philosophie unterscheiden zwischen Angst als unbegründet, nicht objektbezogen und Furcht als objektbezogen. Diese Definition stammt ursprünglich vom dänischen Philosophen Søren Aabye Kierkegaard (1813–1855) und wurde z.B. auch vom deutschen Philosophen Martin Heidegger (1889–1976) übernommen, der den Ursprung der Angst darin erkennt, dass sich der Mensch des Todes bewusst ist.

Die Allgemeinsprache unterscheidet zwischen Angst und Furcht kaum. Der Unterschied ist aber für das Verständnis von Angsterkrankungen von entscheidender Bedeutung, da **bei allen Angsterkrankungen unbegründete (und übertriebene) Befürchtungen** auftreten. Die Angstentstehung wird auch dadurch begünstigt, dass grundsätzlich alles möglich ist und dass die schlechteste Möglichkeit genauso eintreten kann wie die beste. Bei den Angsterkrankungen werden aber Möglichkeiten für gewiss oder sehr wahrscheinlich gehalten, die unmöglich oder sehr unwahrscheinlich sind.

Der Bedeutungsunterschied lässt sich aber weder im wissenschaftlichen noch im allgemeinen Sprachgebrauch konsequent durchhalten und wird deshalb auch in dieser Broschüre nicht folgerecht angewendet.

Als biologisches Alarmsystem ist Angst lebenswichtig. Sie hilft, uns vor Bedrohungen und Gefahren zu schützen. Sie fördert Motivation und Leistung, hilft Probleme vorherzusehen und zu bewältigen. Angst kann vor einer Verletzung sozialer Normen warnen. Sie ist aber auch ein Antrieb zu Fantasie und Gestaltung. Wer kennt das Gemälde **Der Schrei** des norwegischen Malers Eduard Munch oder Franz Kafkas Roman **Der Prozess** nicht?

Angst gehörte also schon immer zum Menschen und wird wahrscheinlich immer Teil der menschlichen Existenz sein. Angst vor Spinnen, Schlangen, Dunkelheit und Höhe hat unseren Vorfahren das Überleben gesichert. Waren im Mittelalter Kriege, Hunger und Seuchen die grössten Bedrohungen der individuellen Gesundheit, sind dies heute globale und lokale Bedrohungen.

Die zum Überleben notwendige, genetisch programmierte und instinktgebundene Angst hilft aber offensichtlich bei zeitlich entfernten Gefährdungen nicht. Sonst müssten uns moderne Waffen, Umweltveränderungen oder der Konsum von suchterzeugenden Substanzen viel stärker beunruhigen.

Menschen mit krankhaften Ängsten hat es schon immer gegeben.

Die erste bekannte Beschreibung einer Panikattacke stammt von der griechischen Dichterin Sappho aus dem Jahre 600 vor Christus. Berühmt ist Johann Wolfgang von Goethes (1749–1832) Beschreibung der eigenen Höhenangst und seiner Selbsttherapie. Doch erst Sigmund Freud (1856–1939), österreichischer Nervenarzt und Begründer der Psychoanalyse, hat sich mit dem Phänomen Angst intensiv beschäftigt und mit seinem Begriff der Angstneurose massgeblich zum Konzept der Angststörungen beigetragen.

Er war neben seiner psychoanalytischen Arbeit auch der erste Verhaltenstherapeut. 1958 hat der US-amerikanische Psychiater und Psychologe Joseph Wolpe (1915–1997) – Pionier der Verhaltenstherapie – das Prinzip der systematischen Desensibilisierung entwickelt. Dabei werden Betroffene mit sich steigernder Intensität Angst auslösenden Situationen ausgesetzt. Das heutige System der Namen und Fachbezeichnungen, das auch in dieser Broschüre verwendet wird, wurde 1966 eingeführt und geht auf Donald F. Klein (geboren 1928) und Isaac Marks (geboren 1935) zurück. Ab 1970 beschäftigte sich die Forschung zunehmend mit der Rolle des Botenstoffes Serotonin.

Obwohl – wie schon gesagt – Angst zur menschlichen Existenz gehört, gibt es auch Menschen, die von Natur aus frei von Angst sind (krankhafte Angstlosigkeit). Diese Menschen sind auch sonst arm an Gefühlen.



Wie und wann macht sich Angst bemerkbar?

Angst kann sich auf sehr unterschiedliche Weise zeigen. Das Spektrum reicht von plötzlich einsetzender Panik bis zur ständigen Besorgtheit. In welchen Situationen Angst auftritt, ist individuell sehr verschieden. Sie ist bei Auftritten in der Öffentlichkeit, vor Prüfungen und Gesprächen mit Vorgesetzten verbreitet und für fast alle Menschen nachvollziehbar.

Angst besteht immer aus einem körperlichen, einem psychischen und einem Anteil, der das Verhalten betrifft und Kampf oder Flucht bedeutet. Es ist individuell sehr verschieden, wie Angst wahrgenommen wird. Viele Menschen empfinden alle Anteile der Angst, aber es gibt auch Betroffene, die fast ausschliesslich die körperlichen Symptome wahrnehmen und deshalb grosse Mühe haben, bei sich Angst als Gefühl zu erkennen. So gibt es z.B. Betroffene, die in einer unangenehmen Situation Herzrasen, Schwitzen und Schwindel bekommen und gleichzeitig schlimme Befürchtungen und Verzweiflung erleben und an Flucht denken. Andere leiden nur unter Übelkeit, Schwindel und Kopfschmerzen und nehmen die psychischen Symptome der Angst nicht wahr.

In der folgenden Tabelle sind die Symptome der Angst aufgeführt. Sie können in fast beliebiger Kombination auftreten.

Körperliche Symptome

Schwindel, Kopfschmerzen

Unscharfes Sehen

Muskelanspannung

Erröten, Erblassen

Mundtrockenheit

Kurzatmigkeit, Atemnot, Erstickungsgefühle

Brustschmerzen, Herzklopfen, Herzbeben

Schwitzen, kalte Hände

Übelkeit, Bauchschmerzen, Durchfall, Harndrang

Kribbeln in den Gliedern, Zittern, Beben, weiche Knie

Schreckhaftigkeit

Ermüdbarkeit

Psychische Symptome

Angst zu sterben

Angst vor Kontrollverlust

Angst, durchzudrehen

Angst, verrückt zu werden

Entfremdungsgefühle

Ohnmachtsgefühle

Konzentrationsschwierigkeiten

Überempfindlichkeit

Schlafstörungen

Libidostörungen

Verhalten: Vermeidung, Fluchtreaktion

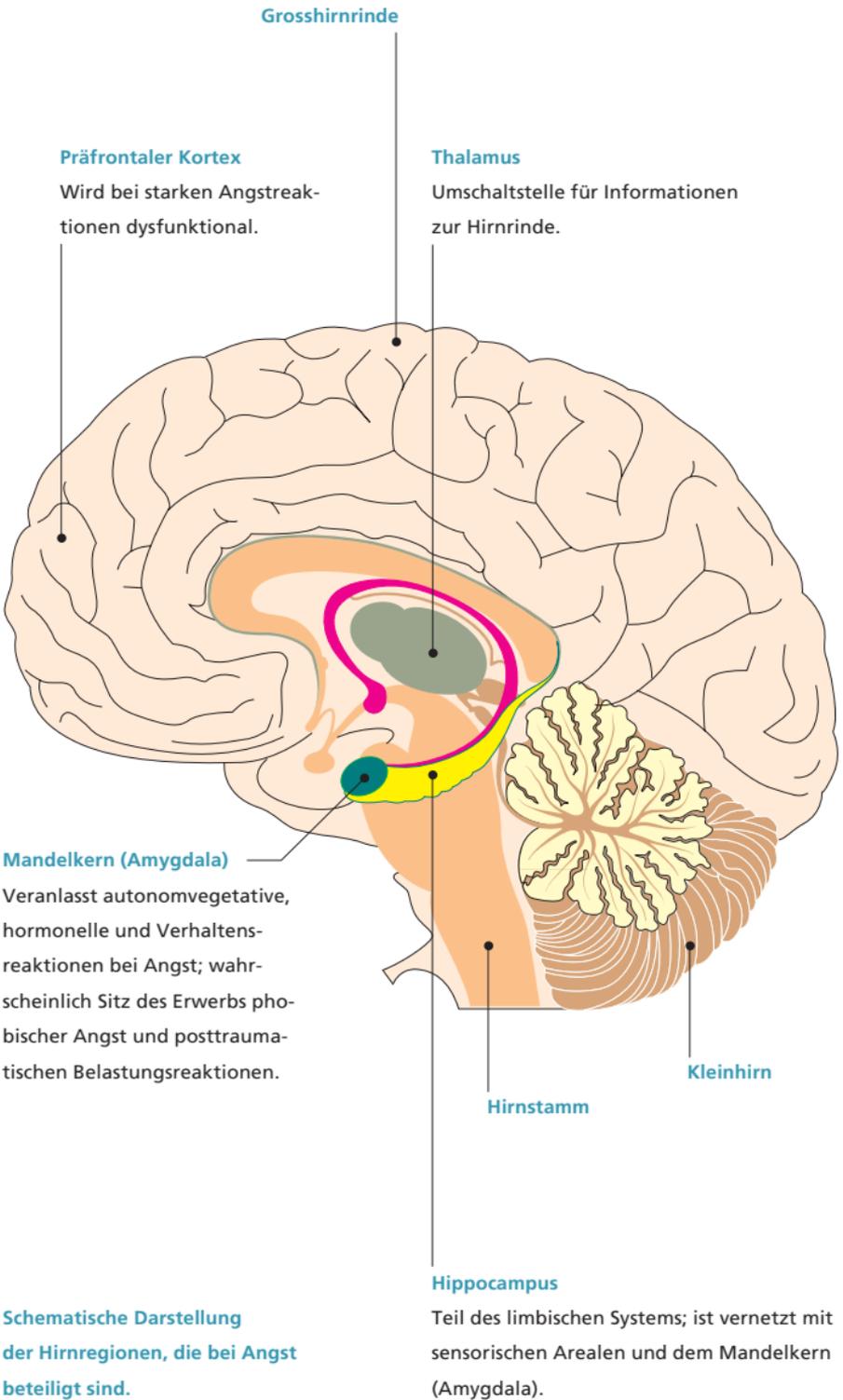
Wann wird Angst zur Krankheit und wie entstehen Angsterkrankungen?

Eine klar definierte Grenze zwischen normaler und krankhafter Angst gibt es nicht. Genauso offen bleibt die Frage, ab welcher Intensität Angst behandelt werden sollte. So gibt es «normale» zum Beispiel durch schwere Krankheit bedingte Ängste, die trotzdem behandelt werden sollten. Angst kann auch Ausdruck einer körperlichen Erkrankung (z.B. Herz-Kreislauf, Lunge, hormonelle Störungen) sein oder als ein Symptom bei praktisch allen psychischen Störungen (z.B. Depression, Schizophrenie, Demenz) auftreten. Von Angsterkrankung sprechen wir dann, wenn Angst als Leitsymptom auftritt.

Unbegründete, unangemessen heftige oder unangemessen lange anhaltende Angst ist Zeichen einer Erkrankung, insbesondere dann, wenn die Betroffenen in ihrer Lebensqualität eingeschränkt werden und darunter leiden. Ein weiteres Kriterium ist, dass sich Betroffene ihre Angst nicht erklären können, und es ihnen nicht möglich ist, die Angst aus eigener Kraft zu vermindern oder zu bewältigen. Dabei können die meisten Betroffenen ihre Angst als übertrieben und unbegründet wahrnehmen. Unter krankhafter Angst leiden etwa 5–10% der Bevölkerung, wobei Frauen mehr als doppelt so häufig betroffen sind.

Doch wie entstehen Angsterkrankungen? Angst ist tief im Zentralnervensystem verankert und ermöglichte überhaupt die menschliche Evolution mit der Fähigkeit, auf Gefahr zu reagieren. Nehmen wir einen Gefahrenreiz wahr, wird dieser an eine Hirnregion namens Mandelkern weitergeleitet, die Teil des sogenannten limbischen Systems ist. Bildgebende Verfahren (Positronenemissionstomographie, funktionelle Kernspinresonanztomographie) zeigen, dass der Mandelkern bei Angstzuständen aktiv ist. Wird er elektrisch stimuliert, berichten Menschen von Angstgefühlen. Im Traumschlaf ist der Mandelkern besonders aktiv und wohl die Ursache für die starke emotionale Färbung der Träume. Vielleicht werden Albträume sogar von spontanen Aktivitäten des zentralen Mandelkerns ausgelöst, ebenso die ungerichteten Angstgefühle. Verletzungen des Mandelkerns führen zu Gefühlsarmut einschliesslich einer deutlichen Abnahme von Angst.

Das limbische System (lateinisch *limbus*: Saum) besteht aus einer Reihe von Nervenbahnen, die massgeblich an der emotional-affektiven Bewertung aller Sinnesreize, der Steuerung von emotionalen Verhaltensweisen, Orientierungs- und Aufmerksamkeitsreaktionen sowie Lernprozessen und an der Regelung des Appetits beteiligt sind. Über zahlreiche Verbindungen steuert das limbische System das autonome (Pupillenerweiterung, Änderung der Herz- und Atemfrequenz, Speichel- und Magensaftsekretion etc.), emotionelle und sexuelle Verhalten.



Wird eine Gefahrensituation wahrgenommen, können unter Beteiligung des Mandelkerns grundsätzlich zwei Notfallschaltkreise aktiviert werden. Eine schnelle Verbindung, die eine Sofortreaktion auslöst, führt u. a. zu Blutdruck- und Pulsanstieg, Erhöhung der Atemfrequenz und aktiviert die Voraussetzungen zur Flucht, bevor die Angst bewusst wird und die Gefahrensituation analysiert werden kann. Bei der langsamen Reaktion wird die aktuelle Gefahr mit früheren Sinneseindrücken und Gedächtnisinhalten verglichen. Dies kann sich zum Beispiel so auswirken, dass zunächst eine Gefahr wahrgenommen wird und zu einer schnellen Reaktion führt und es kurze Zeit später, nach der Prüfung von Gedächtnisinhalten durch den Hippocampus (griechisch: Seepferdchen), ein anderer wichtiger Teil des limbischen Systems, zur Entwarnung kommt.

Heute besteht Einigkeit darüber, dass genetische Faktoren eine bedeutende Rolle bei der Entstehung von Angsterkrankungen spielen. Bei allen Angsterkrankungen ist eine familiäre Häufung festgestellt worden. Ausserdem sind verschiedene Botenstoffe im Gehirn von Bedeutung: Serotonin, Noradrenalin und Dopamin. Botenstoffe geben Informationen über die Kontaktstelle der Nervenzellen – Synapsen genannt – von einer Nervenzelle zur anderen weiter.

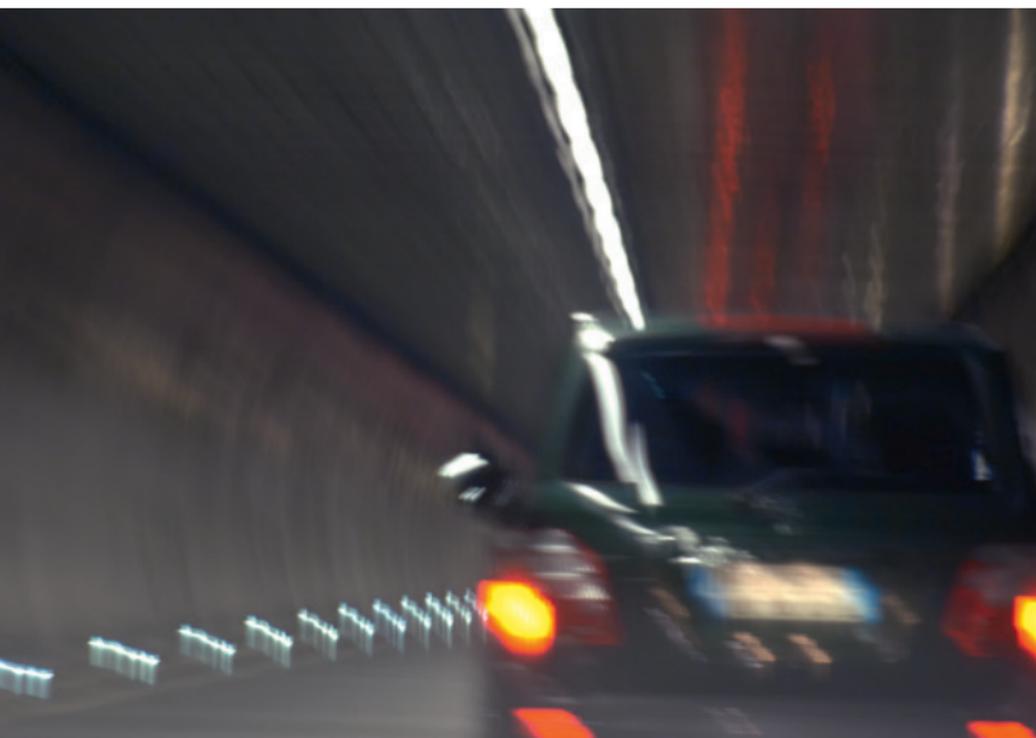
Die genauen Zusammenhänge sind kompliziert, zum Teil noch unklar und auch widersprüchlich. So führt die akute Erhöhung der Konzentration des Botenstoffes Serotonin im Tierversuch meist zu verstärkter Angst, mittelfristig wird die Angst aber gelöst. Auch eine Erhöhung des Botenstoffes Noradrenalin wird mit Angsterkrankungen in Verbindung gebracht. Ein weiterer Botenstoff – Dopamin – wird in bestimmten Hirnregionen unter Stress (englisch: «Druck», «Anspannung», gekürzt aus distress «Sorge», «Kummer», letztlich zu lateinisch *distringere* «beanspruchen», «einengen») vermehrt ausgeschüttet. So führt Stress über eine verstärkte Zunahme von Botenstoffen in bestimmten Hirnregionen – z.B. im Mandelkern und im Hypothalamus – zu Angstsymptomen.

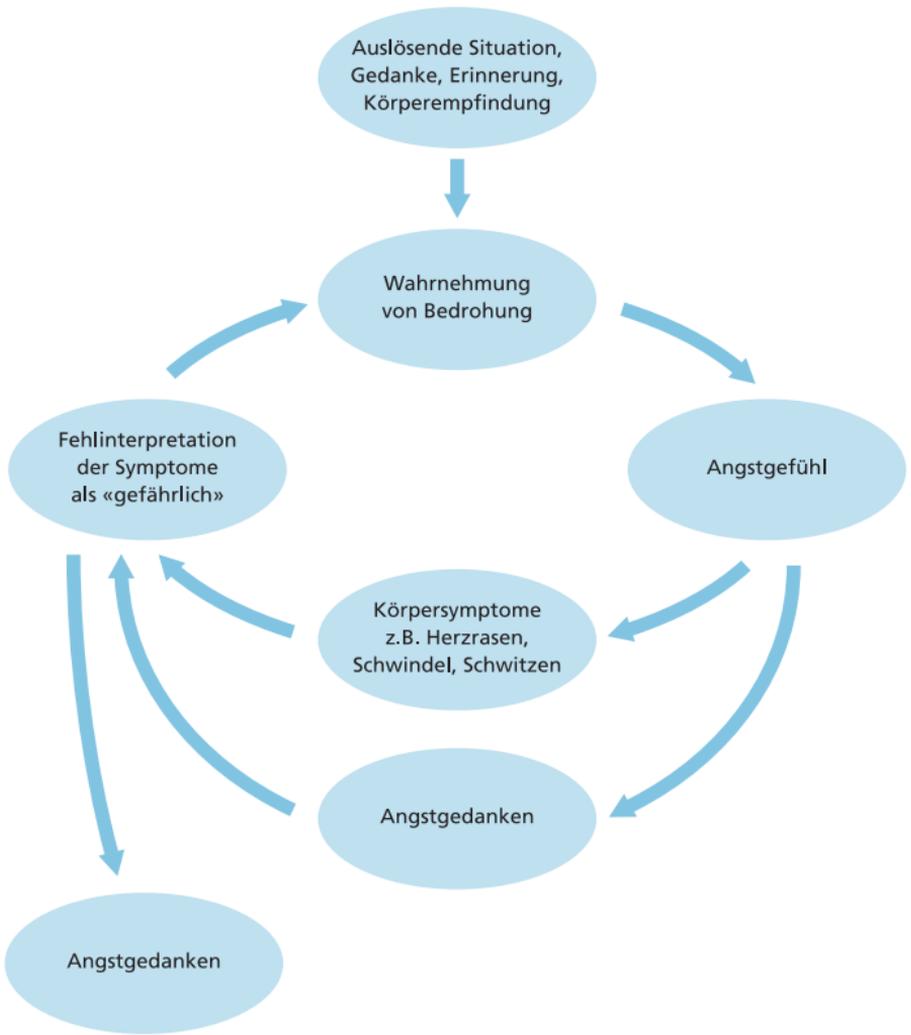
Doch was bedeutet Stress eigentlich? Stress ist ein zwiespältiges Phänomen, für das die Wissenschaft die Unterscheidung zwischen Eustress und Distress kennt. Eustress ist eine Aktivierung des Organismus in Form einer günstigen, gesundheitsfördernden Belastung, die den Menschen zur Nutzung seiner Möglichkeiten führt und die Weiterentwicklung eigener Fähigkeiten ermöglicht. Bei Distress werden an den Körper schädigende Anforderungen gestellt.

So beeinflussen Leistungs- und Zeitdruck in der modernen Gesellschaft das Wohlbefinden, die Leistungsfähigkeit, die soziale Funktionsfähigkeit und die Gesundheit.

Folgende Faktoren können Auslöser für Distress sein: Überforderung (Zeitdruck, Mehrfachbelastung, Ablenkung oder Mangel an ausreichender Erholungsmöglichkeit), Unterforderung (Monotonie), Prüfungen, Versagen, Kritik, soziale Faktoren (z.B. Isolation), Konflikte, Unkontrollierbarkeit oder Ungewissheit. Auch Pubertät, Wechseljahre oder der Eintritt in das Rentenalter, grössere Veränderungen der Lebensumstände wie der Verlust eines Angehörigen, Scheidung, Umzug, Arbeitslosigkeit oder Krankheit können ebenso Distress auslösen wie besondere Unannehmlichkeiten des Alltags.

Distress findet auf allen Ebenen des Organismus seinen Ausdruck, z.B. in Schweissausbruch, Herzklopfen, veränderter Durchblutung, im Verhalten mit Aggression, Erregung oder Unruhe, im Erleben und der Bewertung des eigenen Zustands. Distress kann sich in allen Lebensbereichen, Situationen und Altersstufen manifestieren. Distress wird individuell unterschiedlich erlebt und bewältigt. Die Bewältigung von Stress – Coping genannt – entscheidet darüber, welche Folgen Distress hat.





Neben Distress begünstigt auch ein ungesunder Lebensstil mit wenig Bewegung, wenig Schlaf, Alkoholkonsum, Nikotinsucht oder Drogenkonsum das Auftreten von Angst-erkrankungen.

Da etwa 15–20% der Bevölkerung einmal im Leben unter einer Angststörung leiden, stellen diese Erkrankungen ein erhebliches Problem dar, das in seiner Tragweite noch nicht im öffentlichen Bewusstsein ist.

Was haben Angsterkrankungen gemeinsam?

Angst wird ab einer gewissen Intensität zu einem fast unlösbaren Problem. Dies hat zum einen damit zu tun, dass Erwartungsangst, ängstliche Selbstbeobachtung und übertriebene Befürchtungen die Angst immer stärker werden lassen. Zum anderen – und dies ist das eigentliche Problem und macht den Unterschied zur Furcht aus – gibt es keine konkrete Bedrohung, gegen die man sich wehren könnte, sodass sich Betroffene der Angst schutzlos ausgeliefert fühlen müssen, wenn ihnen diese Zusammenhänge nicht bekannt sind.

Ein wesentliches Merkmal aller krankhaften Ängste ist, dass Betroffene in der Regel alles tun, um diese Angst zu vermeiden. Werden Angsterkrankungen nicht behandelt, neigen sie dazu, schlimmer und chronisch zu werden. Ausserdem entstehen sehr häufig Komplikationen wie Depressionen und Substanzabhängigkeit. Heute ist bekannt, dass wenn jemand an einer Angsterkrankung leidet, mit fünfzigprozentiger Wahrscheinlichkeit auch eine zweite Angststörung vorliegt.

Welche Angststörungen kennen wir?

Panikstörung

Bei der Panikstörung treten unerwartete und nicht provozierte heftige Angstzustände auf, die in ihrer Intensität oft unerträglich sind. Dabei gibt es keine auslösenden Situationen. Sie treten aus heiterem Himmel und oft in relativ entspannten Zuständen, sogar in vertrauter Umgebung auf. Von der Panikstörung sind junge Frauen doppelt so häufig betroffen wie Männer.

Bei den Panikattacken imponieren sehr bedrohlich wirkende körperliche Symptome. Betroffene leiden unter Herzklopfen und Herzrasen, Brustschmerzen, Erstickungsanfällen, Schwindel, Zittern sowie Hitze- und Kältegefühlen. Sie sind überzeugt, einen Herzinfarkt zu haben und befürchten, daran zu sterben. Auch das Gefühl, verrückt zu werden oder die Kontrolle zu verlieren, ist häufig. Die Anfälle können auch aus dem Schlaf heraus auftreten und gelten dann als besonders schwerwiegend.

Da bei der Panikstörung starke somatische Symptome im Vordergrund stehen, glauben viele, körperlich krank zu sein. Zwischen den Panikattacken besteht Angst, dass erneut eine Attacke auftreten könnte, was mit dem Begriff «Angst vor der Angst» bezeichnet wird. Die Orte, wo Panikattacken aufgetreten sind, werden typischerweise gemieden und Betroffene kennen in der Regel Ort und Zeitpunkt der ersten Panikattacke genau. Da mit der Zeit immer mehr Orte gemieden werden, kann es zur Entwicklung einer Agoraphobie kommen, die mit der Zeit so stark einschränken kann, dass der Alltag nicht mehr bewältigt wird und soziale Kontakte durch Rückzug unmöglich werden.

Bei der Panikstörung ist eine familiäre Häufung nachgewiesen. Biologische Verwandte ersten Grades haben ein bis zu achtfaches Risiko, ebenfalls zu erkranken. Liegt das Erst-erkrankungsalter unter dem zwanzigsten Lebensjahr, steigt das Risiko für Verwandte ersten Grades sogar auf das 20fache.

Es gibt Substanzen, mit denen Panikattacken ausgelöst werden können. Dazu gehören Koffein und Kohlendioxid. Betroffene, die auf Kaffee empfindlich reagieren, sollten diesen massvoll konsumieren oder sogar darauf verzichten. Zum Absinken des Kohlendioxids im Blut kommt es, wenn wir schnell atmen. Deshalb ist es wichtig, schnelles und oberflächliches Atmen zu vermeiden.

Wenn Sie manchmal oder häufig unter Angstanfällen leiden, die aus heiterem Himmel auftreten, wenn Sie ein erneutes Auftreten dieser Anfälle befürchten und diese Ängste Ihr Leben beeinträchtigen, leiden Sie eventuell an einer Panikstörung.

Phobien

Bei den Phobien wird Angst durch Objekte und Situationen ausgelöst, die eigentlich ungefährlich sind. Auch Phobien können sehr stark einschränken und werden ebenfalls von starken körperlichen und psychischen Symptomen begleitet. Die Angst kann sich auch bis zur Panikattacke steigern. Im Unterschied zur Panikstörung, bei der die Panikattacken ohne Auslöser auftreten, werden die Panikattacken bei den Phobien durch spezifische Situationen verursacht.

Spezifische Phobien

Bei den spezifischen Phobien sind die angstausslösenden Situationen oder Objekte genau definiert und klar erkennbar. Oft sind die Auslöser ungefährlich – z.B. Mäuse, Vögel – oder die Angst ist unangemessen stark wie bei der Angst vor Bakterien, Spinnen, Hunden oder Fremden. Andere spezifische Phobien sind Höhenangst, Angst vor geschlossenen Räumen, Angst vor Erröten, Angst vor Aids oder Angst vor Schlangen.

Eine Sonderform ist die Blut- und Verletzungsphobie, bei der es, im Gegensatz zu den anderen Angsterkrankungen, zu Ohnmachtsanfällen kommen kann, wenn die Betroffenen Blut oder Verletzungen sehen.

Auch für die spezifischen Phobien ist eine familiäre Häufung nachgewiesen. Da Betroffene sich nur selten einer Behandlung unterziehen – sie können dem phobischen Objekt meist leicht ausweichen – sind die wissenschaftlichen Untersuchungen nicht umfangreich.

Wenn bestimmte objektiv ungefährliche Objekte oder Situationen bei Ihnen so starke Angst auslösen, dass Sie diesen wenn möglich ausweichen, leiden Sie eventuell an einer spezifischen Phobie.



Soziale Phobie (soziale Angststörungen)

Bei der sozialen Phobie besteht eine ausgeprägte und anhaltende Angst vor sozialen oder Leistungssituationen. Betroffene befürchten, sich peinlich zu verhalten. Sie meinen als schwach, verrückt, dumm oder ängstlich beurteilt zu werden. Viele fürchten öffentliches Sprechen, machen sich Sorgen, dass Zittern der Stimme oder der Hände oder Erröten bemerkt werden oder dass es ihnen an Wortgewandtheit fehlt. Auch Essen und Trinken oder Schreiben in der Öffentlichkeit können die Angst auslösen, sich zu blamieren. Dabei sind die Betroffenen sich bewusst, dass ihre Angst übertrieben ist – was allerdings bei Kindern nicht der Fall sein muss. Menschen mit sozialer Phobie nehmen praktisch immer ihre Angst wahr, die sich in den gefürchteten Situationen bis zur Panikattacke steigern kann. Typischerweise werden die gefürchteten Situationen gemieden und nicht ausgehalten. Es kann schon bei der Vorstellung starke Erwartungsangst auftreten, was eventuell schon Wochen vor dem Ereignis der Fall ist. Dadurch kann es zu einem Teufelskreis der Angst kommen: Die Erwartungsangst führt in der gefürchteten Situation zu Angst verstärkenden Wahrnehmungen und Symptomen, was wiederum die Erwartungsangst steigert.

Die soziale Angststörung ist keine Schüchternheit, sondern eine häufig erheblich einschränkende Erkrankung. So bleiben Betroffene oft unter ihren beruflichen Möglichkeiten. Auch privat, besonders bei der Partnersuche, können beträchtliche Probleme auftreten, wobei nicht selten versucht wird, schwierige Situationen mit Alkohol zu erleichtern, was zu Abhängigkeit und letztlich zur Verstärkung aller Probleme – auch der Angst – führt. Möglicherweise werden auch Beruhigungstabletten missbraucht, was ebenfalls zu Abhängigkeit und Zunahme der Schwierigkeiten führt.

Bei der Entstehung der sozialen Angststörung spielen genetische und Umweltfaktoren wie frühkindliche Traumata (z.B. Trennung von den Eltern) oder ein ungünstiger Erziehungsstil eine Rolle. Jedoch weisen die vielschichtigen Beziehungen zwischen frühkindlichen Traumata, familiärer Disposition und Erziehungsstilen darauf hin, dass den genetischen Faktoren die entscheidende Rolle zukommt und dass der Erziehungsstil kaum Einfluss hat. Interessant in diesem Zusammenhang ist, dass auch bei Menschenaffen ängstliches Verhalten untersucht werden kann. So zeigen



Schimpansen Gefühle. Sie haben z.B. Angst, lachen und begrüßen sich. Weisen Menschenaffen Verletzungen an beiden Mandelkernen auf, zeigen sie sozial enthemmtes Verhalten.

Der dänische Philosoph Søren Aabye Kierkegaard, hat in seiner Schrift «Der Begriff Angst» noch die Überzeugung geäußert, dass man beim Tier Angst kaum finden werde und dass diese auch bei Menschen mit «schwachem Geist» weniger ausgeprägt sei.

Wenn Sie Situationen, in denen Sie sich von anderen beobachtet oder bewertet fühlen, fürchten und meiden, leiden Sie eventuell unter einer sozialen Angststörung.



Agoraphobie

Das Wort Agoraphobie setzt sich aus den griechischen Wörtern «agros» = Versammlung und «phobos» = Furcht zusammen. Allgemein wird es mit Platzangst übersetzt.

Die Agoraphobie entsteht fast immer aus einer Panikstörung und tritt deshalb in der Regel mit ihr zusammen auf. Bei der Agoraphobie besteht die Angst, sich an Orte oder in Situationen zu begeben, in denen eine Panikattacke auftreten könnte und Flucht unmöglich oder peinlich oder Hilfe nicht verfügbar ist. Dies hat zur Folge, dass alle Aktivitäten, die ausserhalb der gewohnten Umgebung oder ohne vertraute Begleitperson (Helfer) stattfinden, gemieden werden, weil scheinbar Ohnmacht, Schwindel, Herzinfarkt oder Tod drohen. Doch auch Zuhause allein sein, kann schon zu Angstanfällen führen. Häufig können Betroffene sich nicht in Menschenmengen aufhalten oder Schlange stehen. Reisen mit Auto, Flugzeug, Bus oder Bahn sind ein unüberwindliches Problem. Betroffene können oft keinen Aufzug benutzen oder über eine Brücke fahren.



Diese Probleme wirken sich natürlich im Alltag erheblich aus. Viele können nicht mehr zur Arbeit gehen. Einkaufen, soziale Kontakte oder Arztbesuche werden zu unlösbaren Aufgaben, und völliger sozialer Rückzug kann die Folge sein. Bei Angehörigen und Freunden findet sich oft wenig Verständnis, und auch Fachleute haben nicht selten Mühe, die Ernsthaftigkeit dieser Schwierigkeiten zu erkennen.

Etwa 5% der Bevölkerung sind von Agoraphobie betroffen. Auch hier spielen – wie bei der auslösenden Panikstörung – genetische Faktoren eine wesentliche Rolle.

Wenn Sie bestimmte Situationen und Orte meiden, weil sie Ihnen, nachdem Sie eine Panikattacke hatten, Angst machen, leiden Sie eventuell an einer Agoraphobie.

Generalisierte Angststörung

Die generalisierte Angststörung macht sich durch ausgeprägte und zum Teil quälende Ängste und Sorgen bemerkbar, die in Intensität, Dauer und Häufigkeit deutlich übertrieben sind, was auch meist von den Betroffenen so empfunden wird. Die übertriebenen Befürchtungen scheinen nicht mehr kontrollierbar. Zusätzlich treten Ruhelosigkeit und Erschöpfbarkeit auf. Betroffene können sich schlecht konzentrieren, sind reizbar und ermüden rasch. Ferner kommt es oft zu Schlafstörungen, Kopfschmerzen und Muskelverspannungen. Es treten Zittern und Zucken oder Kurzatmigkeit auf. Die vegetative Überempfindlichkeit verursacht zudem vermehrten Harndrang, Durchfall, Schwindel, Schwitzen, Hitzewallungen, Herzrasen und Übelkeit.

Wird die generalisierte Angststörung nicht behandelt, entwickelt sich fast immer eine Depression.

Die Krankheit beginnt nicht selten vor dem 20. Lebensjahr und verläuft oft chronisch und schwankend. Bei Belastungen verschlechtert sich der Zustand oft, doch schwächen sich die Symptome mit zunehmendem Alter in der Regel ab.

Auch bei der generalisierten Angststörung lässt sich eine familiäre Häufung erkennen, jedoch scheinen genetische Faktoren eine weniger wichtige Rolle zu spielen, wobei einschränkend hinzugefügt werden muss, dass die generalisierte Angststörung noch unzureichend untersucht ist.

Wenn Sie häufig Angst und übermässige Sorgen haben, die Sie schlecht kontrollieren können und selber als übertrieben einschätzen, leiden Sie eventuell an einer generalisierten Angststörung.



Zwangsstörungen

Diese Erkrankungen zeichnen sich dadurch aus, dass es durch Zwangsgedanken zu sich meist wiederholenden Zwangshandlungen kommt. Die Zwangshandlungen dienen dem Zweck, Angst zu reduzieren. Die Zwangshandlungen stellen eine oft erhebliche Einschränkung dar, weil sie viel Zeit – mindestens 1 Stunde pro Tag – beanspruchen und von den Betroffenen als übertrieben und unbegründet angesehen werden und deshalb erhebliches Leiden verursachen. Die Zwänge werden als fremd, aufdringlich und nicht kontrollierbar erlebt. Dabei ist nicht der Inhalt des Zwanges das Krankhafte, sondern sein beherrschender Charakter.

Häufige Zwangsgedanken sind, durch bestimmte Handlungen Unheil von geliebten Menschen abwenden zu können, sich durch Händeschütteln verschmutzt oder infiziert zu haben, unsicher zu sein, ob man jemanden verletzt oder die Türe geschlossen hat. Häufig verursacht Unordnung Unwohlsein oder es wird befürchtet, gegen andere Menschen – z.B. Familienmitglieder – aggressiv werden zu können, wobei aggressive Zwangsgedanken praktisch nie ausgeführt werden. Auch sexuelle Vorstellungen können Inhalt von Zwangsgedanken sein.

Zwangshandlungen dienen dazu, Zwangsgedanken unwirksam zu machen und damit Angst zu reduzieren. Häufige Zwangshandlungen sind Zählen, Ordnen, Nachprüfen, leise Wörter wiederholen, Händewaschen, Beten etc. Können Zwangshandlungen nicht ausgeführt werden, stellt sich oft unerträgliche Angst ein.

Zwangserkrankungen können schon in der Kindheit beginnen, treten aber üblicherweise im frühen Erwachsenenalter auf, wobei sich die Erkrankung bei Männern früher als bei Frauen zeigt. Der Verlauf ist chronisch und schwankend, wobei sich der Zustand bei etwa 15% der Betroffenen andauernd verschlechtert und zu erheblichen beruflichen und sozialen Einschränkungen führt. So drohen ohne Behandlung Arbeitsunfähigkeit, soziale Isolation, finanzielle Probleme und die Gefahr, eine Depression oder eine Alkoholabhängigkeit zu entwickeln.

Familienstudien haben belegt, dass Verwandte ersten Grades von Zwangserkrankten ein 3- bis 12fach erhöhtes Risiko haben, ebenfalls eine Zwangserkrankung zu entwickeln. Dies entspricht in etwa dem Risiko, das für die Schizophrenie oder die bipolaren Störungen bekannt ist.

Wenn Sie unter wiederkehrenden Gedanken und Handlungen leiden, die aufdringlich, übertrieben und unbegründet sind, viel Zeit beanspruchen und Angst verursachen, liegt bei Ihnen eventuell eine Zwangserkrankung vor.

Posttraumatische Belastungsstörung

Diese Störung tritt nach extrem traumatisierenden Erlebnissen auf, die mit Tod, der Androhung des Todes oder schweren Verletzungen zu tun haben. So etwa, wenn man den unerwarteten oder gewaltsamen Tod eines anderen, schweres Leid, die Verletzung eines Angehörigen oder einer nahestehenden Person erlebt. Beispiele sind Kriegserlebnisse, Vergewaltigung, Raubüberfall, Entführung, Terroranschläge, Geiselnahme, Folterung, Kriegsgefangenschaft, Naturkatastrophen, schwere Autounfälle oder lebensbedrohliche Krankheiten.



Betroffene erleben die traumatisierende Situation immer wieder in sich aufdrängenden Erinnerungen und leiden unter Albträumen. Es können auch Sinnestäuschungen und unwirkliche Vorstellungen auftreten. Betroffene haben Konzentrationsstörungen, zeigen eine übermässige Schreckhaftigkeit, sind übererregt, leiden unter Schlafstörungen und Ängsten. Es kann zu Reizbarkeit und Wutausbrüchen kommen, und häufig entwickeln sich Depressionen.

Wenn Sie Schockierendes, extrem Belastendes oder Lebensbedrohliches erlebt haben, das Ihre Gesundheit, Ihr ganzes Leben und Ihre Person verändert hat, leiden Sie eventuell an einer posttraumatischen Belastungsstörung.





Anpassungsstörung

Die Anpassungsstörung beschreibt eine übermäßige Reaktion auf Lebensereignisse, die nicht aussergewöhnlich oder katastrophal sind. So kann der Ruhestand, eine Trennung, ein Trauerfall, beruflicher Misserfolg, Arbeitslosigkeit, Militärdienst oder eine körperliche Erkrankung zu depressiver Stimmung (Bedrücktheit, Weinerlichkeit), Angst oder zu einer Störung des Sozialverhaltens (z.B. Schuleschwänzen, rücksichtsloses Verhalten, Missachtung von Verpflichtungen) führen. Für die Anpassungsstörung typisch ist, dass die meisten Menschen eine ähnliche Belastung unbeschadet überstehen würden, sodass man heute annimmt, dass eine genetische Disposition das Auftreten der Erkrankung begünstigt.

Wenn Lebensveränderungen, die eigentlich nichts Ungeöhnliches darstellen, Ihre Stimmung und Ihr Leben stärker als zu erwarten wäre beeinträchtigen, leiden Sie eventuell an einer Anpassungsstörung.

Weitere Angststörungen

Es gibt einige weitere Angststörungen, wobei insbesondere unter den spezifischen Phobien diverse unterschieden werden: z.B. Angst vor Schlangen (Ophidiophobie), vor Spinnen (Arachnophobie) oder vor Fremden (Xenophobie).

Flugangst

Von Flugangst sind etwa 10% der Allgemeinbevölkerung betroffen. Angst vor dem Fliegen haben aber wesentlich mehr Menschen, weil auch andere Angsterkrankungen mit Angst vor dem Fliegen einhergehen. Dies ist bei Agoraphobie und bei Platzangst der Fall. Bei der Flugangst besteht die Befürchtung, mit dem Flugzeug abzustürzen, obwohl den Betroffenen bewusst ist, dass Fliegen eine sehr sichere Form des Reisens ist.

Wenn Sie sehr starke Angst haben, mit dem Flugzeug abzustürzen, leiden Sie eventuell unter Flugangst.



Trennungs-, Schul- und Prüfungsängste

Schon Kinder leiden unter Angsterkrankungen. Die Häufigkeiten variieren je nach Studie und Erkrankung und liegen zwischen 6% und 18%.

Noch vor etwa dreissig Jahren hat man die Bedeutung von Ängsten bei Kindern unterschätzt und eher als Ausdruck einer normalen Entwicklung angesehen. Damit war natürlich die Vorstellung verbunden, dass die Ängste nur vorübergehend auftreten. Dies trifft aber nur für einen Teil der Ängste zu. Die negativen Auswirkungen der Angst auf soziale Beziehungen und die schulische Leistungsfähigkeit sind erheblich, und viele Ängste bestehen auch im Erwachsenenalter weiter, wobei eine Tendenz zur Verstärkung klar erkennbar ist.

Bei der Trennungsangst, die sich schon im Säuglings- oder Kleinkindalter manifestiert, besteht eine übermässige Angst, von wichtigen Bezugspersonen – meist den Eltern – getrennt zu werden. Die Kinder leiden unter der Vorstellung, dass den Bezugspersonen etwas zustossen könnte, oder dass sie weggehen und nicht zurückkommen könnten oder dass unglückliche Umstände wie Entführung oder Krankheit eine Trennung verursachen. Dies löst z.B. Angst aus, in die Schule zu gehen, wobei Eltern fälschlicherweise annehmen können, dass Furcht vor Ereignissen in der Schule besteht. Die Angst kann sich auch darin äussern, dass Kinder ungern alleine zu Bett gehen oder dies sogar verweigern. Diese Kinder sind ungern allein, haben nicht selten Alpträume über Trennung und leiden unter Übelkeit, Bauchschmerzen, Kopfschmerzen oder Erbrechen, wenn sie z.B. zur Schule gehen und sich von der Hauptbezugsperson trennen müssen. In Trennungssituationen kann es auch zu Schreien, Wutausbrüchen, Unglücklichsein, Apathie oder sozialem Rückzug kommen. So ist die Schulphobie keine Angst vor der Schule, sondern eigentlich eine Trennungsangst.

Bestehen Befürchtungen vor Ereignissen in der Schule, spricht man von Schulangst. Oft ist das Verhalten von Schülern, Lehrern oder Lernstörungen angstausslösend. Schulangst und Schulphobie können auch gemischt auftreten.

Bei der krankhaften Prüfungsangst bestehen starke Prüfungsängste trotz guter Vorbereitung. Die Angst besteht davor, zu versagen und wirkt sich um so stärker negativ aus, je komplexer die Prüfungsanforderungen sind. Dabei ist Angst zwar grundsätzlich leistungsfördernd, doch entwickelt sich daraus eine Behinderung, wenn aus Angst zu detailliert gelernt und zu wenig Pausen eingelegt werden. Es kommt zu Schlaf- und Konzentrationsstörungen. Ausserdem können in der Prüfungssituation selber Panikattacken oder eine völlige Blockade auftreten.

Zeigt Ihr Kind übermässige Angst vor Prüfungen oder bei der Trennung von engen Bezugspersonen, geht es ungern oder nicht allein zu Bett, leidet es in Trennungssituationen unter Albträumen, Übelkeit, Bauch- und Kopfschmerzen oder unter Erbrechen, Apathie oder sozialem Rückzug, liegt eventuell eine Angsterkrankung vor.

Diagnose und Therapie

Diagnose der Angststörungen

Sie werden sich möglicherweise fragen, ob Sie unter einer Angsterkrankung leiden und welche Untersuchungen Sie machen lassen sollten, um zu einer sicheren Beurteilung zu kommen. Da Angst auch bei körperlichen Erkrankungen auftritt, sollte zunächst eine gründliche somatische Abklärung erfolgen. So können z.B. Funktionsstörungen der Schilddrüse, Herzerkrankungen oder Suchtmittel ausgeprägte Angstzustände verursachen. Auch bei allen psychischen Erkrankungen kann starke Angst auftreten, deshalb sollte zusätzlich ein Psychiater oder Psychologe eine gründliche Untersuchung vornehmen. Selbst bei Bestehen einer körperlichen Erkrankung kann auch zusätzlich eine Angsterkrankung vorliegen, was nicht selten – z.B. nach einem Herzinfarkt – der Fall sein kann.

Es ist also eine körperliche Untersuchung und die Exploration durch einen Psychiater oder Psychologen zu empfehlen, um Symptome, die auf eine Angsterkrankung hinweisen, richtig einschätzen zu können.

Therapie der Angststörungen

Die Behandlung von Angst ist von der Ausprägung der Symptome abhängig. Normale Ängste lösen sich oft schon durch ein Gespräch oder lassen durch sportliche Aktivität nach.

Leichte Angsterkrankungen lassen sich schon durch Selbsthilfe (Aufklärung durch z.B. Patientenratgeber oder Information durch spezielle Webseiten) günstig beeinflussen. Ausgeprägte Angsterkrankungen bedürfen der Behandlung durch einen Spezialisten, wobei die besten Ergebnisse erzielt werden, wenn man medikamentöse Behandlung und Psychotherapie kombiniert.



Noch heute ist die Meinung weit verbreitet, dass Medikamente – bei Angsterkrankungen werden hauptsächlich Antidepressiva eingesetzt – die Psychotherapie behindern. Dies hat wahrscheinlich nie gestimmt und widerspricht heutigen Erkenntnissen. Ebenfalls unzutreffend ist die weit verbreitete Meinung, dass die Ursache jeder Angst in der frühen Lebensgeschichte zu finden sei. Für die meisten Fälle trifft meist dies wohl nicht zu und ausserdem ist dies für eine erfolgreiche Behandlung nicht entscheidend. Viel wichtiger ist, dass man über die Angst aufgeklärt ist und mit ihr richtig umgehen kann. Erster Behandlungsschritt ist also die Aufklärung der Betroffenen. So ist es wichtig, erkennen zu können, dass es sich z.B. bei Druck auf der Brust nicht um ein Symptom handelt, das einen Herzinfarkt ankündigt, sondern dass es eine Erscheinungsform der Angst ist: Vorausgesetzt, dass das Herz vorher gründlich untersucht wurde und nicht krank ist. Von Betroffenen, die unter Schwindel leiden und fürchten zu stürzen, wird die Frage, wie oft es schon zu einem Sturz gekommen sei, fast immer mit «noch nie» beantwortet. Trotzdem wird die Angst als Sturzgefahr wahrgenommen. Betroffenen muss klar werden, dass die Angst das Problem darstellt und dass ihre Befürchtungen unbegründet sind. So wird es möglich, Symptome anders zu beurteilen und anders mit ihnen umzugehen. Erkennen Betroffene in welchen Situationen oder unter welchen Umständen Angstsymptome auftreten, wird es leichter, Angst als solche überhaupt zu erkennen und sich Zusammenhänge mit Lebensstil oder Denkweisen etc. klar zu machen.

Suchen Betroffene nach Hilfe, finden sie eine unübersichtliche Fülle von Angeboten, die von schulmedizinischen bis zu alternativmedizinischen und esoterischen Angeboten reichen. Jedoch konnten in Studien nur für Psychotherapie und Pharmakotherapie eine Wirksamkeit nachgewiesen werden.

Medikamentöse Therapie

Seit etwa 40 Jahren werden bei Angsterkrankungen Antidepressiva eingesetzt. Sie sind mittlerweile etablierter Bestandteil der Behandlung.

Mittel der ersten Wahl bei Angsterkrankungen sind heute die Selektiven-Serotonin-Wiederaufnahmehemmer (SSRIs = Selective Serotonine Reuptake Inhibitors), die hemmend auf das Eiweiss wirken, das den Botenstoff Serotonin – nach seiner Ausschüttung in den synaptischen Spalt – wieder in die präsynaptische Zelle aufnimmt. Dadurch wird die Neurotransmission in bestimmten Hirnarealen verbessert, wodurch die Gebiete im Gehirn, die Angst auslösen, gehemmt werden. Weil die SSRIs sofort zu einer Wiederaufnahmehemmung führen, die angstlösende Wirkung aber etwa 2–6 Wochen benötigt, glaubt man, dass sekundäre Wirkungen – Anpassungsprozesse von Rezeptoren – eigentlich angstlösend sind. Rezeptoren sind die Orte, an die Botenstoffe binden und wo sie ihre Wirkung entfalten. Die genauen Zusammenhänge sind noch unklar, doch glaubt man, dass der Mandelkern Hauptangriffspunkt der SSRIs sein könnte, indem die Mechanismen, die seine Aktivierung bewirken, abgeschwächt werden.

Neben dem Serotonin schreibt man auch dem Botenstoff Noradrenalin eine Rolle bei den Angststörungen zu, weil auch Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmer bei der Panikstörung angstlösend wirken. Noradrenalin erhöht die Aufmerksamkeit, führt aber bei Überaktivität zu Konfusion. Neben den Serotonin- und Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmern gibt es noch Antidepressiva, die die Wiederaufnahme sowohl von Serotonin als auch von Noradrenalin hemmen.

Am schnellsten angstlösend wirken Medikamente aus der Gruppe der Benzodiazepine. Diese Medikamente verstärken die Wirkung des Botenstoffes Gamma-Aminobuttersäure (GABA). GABA ist der wichtigste hemmende Botenstoff im Gehirn. Benzodiazepine haben zu Unrecht einen schlechten Ruf. Sie können zwar abhängig machen, wenn sie zu lange und zu unkritisch eingesetzt werden, sind aber zu Beginn einer Behandlung mit Antidepressiva eine wertvolle Möglichkeit, um die anfangs gelegentlich durch Antidepressiva verstärkten Angstsymptome zu beherrschen. Zudem bewähren sie sich in Krisensituationen. Von einer Langzeitbehandlung mit Benzodiazepinen sollte aber abgesehen werden.



Zur Bekämpfung der Angst werden noch häufig Betarezeptorenblocker verschrieben. Dies sind eine Reihe unterschiedlicher Substanzen, welche im Körper β -Rezeptoren blockieren und damit die Wirkung der Stresshormone Adrenalin und Noradrenalin abschwächen. Sie vermindern z.B. Zittern, Herzrasen und Herzklopfen, sind aber für die Behandlung der meisten Angsterkrankungen nicht zu empfehlen. Gute Erfolge erzielt man bei situationsbedingten Ängsten, wie sie bei einem Examen oder einem Vortrag auftreten können. Hier schwächen sie die oben genannten vegetativen Symptome ab.

Allgemein braucht die (antidepressive) Behandlung Geduld und Stehvermögen. Nicht bei jedem Patienten ist jedes Medikament wirksam, wobei die Gründe zum Teil unklar sind. Oft ist eine Besserung erkennbar, doch ist sie weniger stark, als die eingenommene Dosierung erwarten liesse. In diesen Fällen ist es sehr hilfreich, die Konzentration des Medikamentes im Blut zu bestimmen, da es Menschen gibt, die bestimmte Substanzen schneller oder sehr viel schneller abbauen als der Durchschnitt. Aber auch das Gegenteil ist möglich. So können schon geringe Dosierungen eine gute Wirkung haben, weil der Wirkstoff sehr langsam abgebaut wird.

Ein häufiges Problem – besonders zu Beginn der medikamentösen Behandlung – sind die Nebenwirkungen der Antidepressiva, die zum Teil von den Angstsymptomen selber nicht unterschieden werden können. Die meisten Nebenwirkungen verschwinden jedoch nach ein bis zwei Wochen. Ist dies nicht der Fall, lässt sich in der Regel ein anderes Medikament finden, dessen Verträglichkeit deutlich besser ist.

Wichtig für die Wirkung der Medikamente ist die regelmässige und zuverlässige Einnahme der verordneten Dosierung. Werden Medikamente nicht, unregelmässig oder in anderer Dosierung eingenommen als verschrieben, sollte darüber offen gesprochen werden, weil nur ein vertrauensvolles Verhältnis zwischen Arzt und Patient zu einem guten Behandlungsergebnis führen kann. Auch auf eine ausreichend lange Einnahme sollte geachtet werden. In der Regel geht man von etwa einem Jahr aus. Die individuellen Schwankungen können aber erheblich sein und hängen von der Dauer und Intensität der Erkrankung sowie vom Auftreten von Begleiterkrankungen ab. Wichtig ist, dass vorzeitiges Absetzen der Antidepressiva häufig zu einem Rückfall führt. Für viele Betroffene ist es nicht einfach zu erkennen, dass es ihnen gut geht, weil sie ein Medikament nehmen. Viele meinen irrtümlich, es nicht mehr zu benötigen, weil sie die Angst nicht mehr oder nur noch wenig spüren. Nach einer angemessenen Zeit wird ihr Arzt die Medikation langsam reduzieren und absetzen, sofern nicht erneut Symptome auftreten, die es ratsam erscheinen lassen, das Medikament weiter zu nehmen. In Amerika gibt es für das Problem der Medikamenteneinnahme eine einfache, aber treffende Formel:

What makes you well keeps you well!

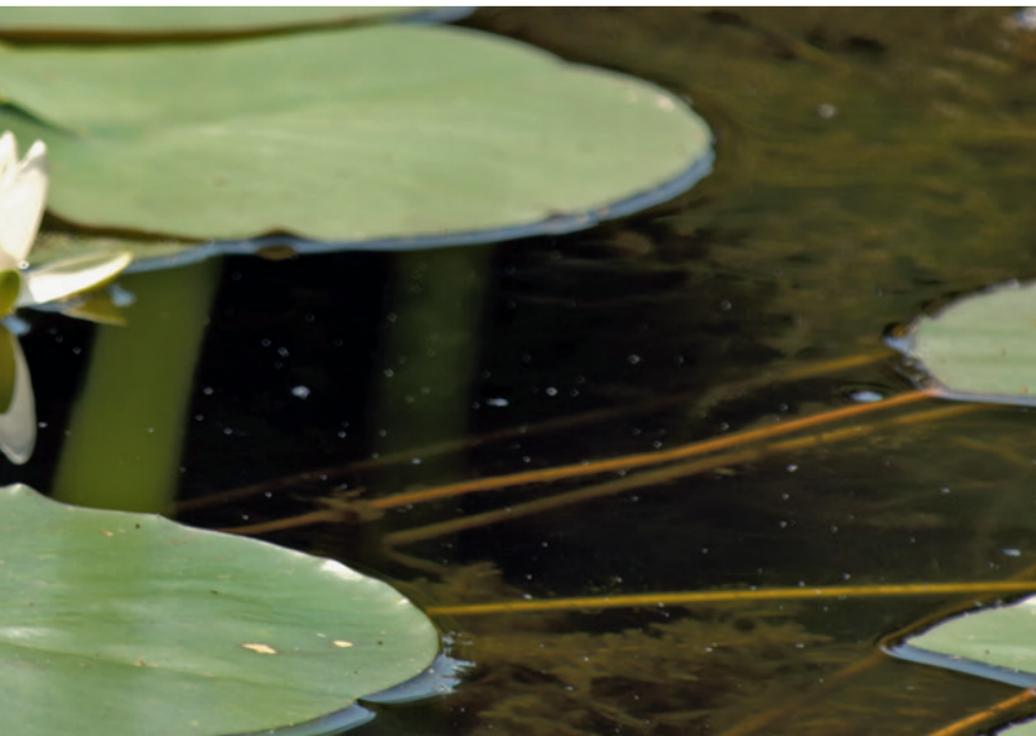


Psychotherapie

Unter Psychotherapie allgemein versteht man die Behandlung von emotional und psychosomatisch bedingter Krankheiten, Leidenszuständen oder Verhaltensstörungen mit Hilfe psychologischer (d.h. wissenschaftlich fundierter) Methoden durch verschiedene Formen verbaler und non-verbaler Kommunikation.

Bei den Angsterkrankungen wird vor allem Verhaltenstherapie eingesetzt. Die Verhaltenstherapie geht davon aus, dass falsches Verhalten erlernt wurde und durch neues Lernen verändert werden kann. Für die Angsterkrankungen bedeutet dies, dass deren Symptome, ihre Intensität, deren Auslöser und die Häufigkeit des Auftretens bestimmt und analysiert werden müssen. Dabei werden besonders die aktuellen Lebensumstände und die Art und Weise berücksichtigt, wie Betroffene mit ihren Lebensumständen umgehen. Unbedingt beachtet werden muss, dass sich auch die Verhaltenstherapie am einzelnen Fall orientiert und dass es keine schematische Behandlung gibt. Die Verhaltenstherapie hat sich aus unterschiedlichen Schulen entwickelt, weshalb sie praktisch sehr unterschiedlich sein kann, was Patienten nicht verwirren sollte.

Bei Angststörungen hat sich besonders die kognitive Verhaltenstherapie bewährt, die hauptsächlich mit Gedanken, Gefühlen und Einstellungen arbeitet. Der erste Behandlungsschritt besteht darin, dass Betroffene über ihr Leiden informiert werden. Im zweiten Schritt wird gelernt, die Angst



durch gedankliche Übungen realistischer einzuschätzen. Danach wird durch Konfrontation mit der Angst auslösenden Situation erfahren, dass Angst ausgehalten und bewältigt werden kann und auch wieder abklingt, ohne dass etwas Schlimmes passiert.

Tiefenpsychologische (psychoanalytische) Verfahren können für Angsterkrankungen nicht empfohlen werden, doch können sie zum Einsatz kommen, wenn sich Ängste aus Entwicklungs- oder Beziehungskonflikten entwickelt haben. Für die Psychoanalyse ist eine gute Bündnis- und Introspektionsfähigkeit notwendig. Ausserdem können die Kosten erheblich sein.

Wer bezahlt die Behandlung?

Die Behandlung durch einen Psychiater ist eine ärztliche Behandlung, da Psychiater Ärzte mit einem Spezialarztstitel sind. Daher wird die Behandlung von den Krankenkassen übernommen.

Ist der Therapeut nicht Arzt, sondern Psychologe oder Angehöriger einer anderen Berufsgruppe mit psychotherapeutischer Ausbildung, sollte vor Beginn der Behandlung abgeklärt werden, ob und wieviel der Kosten von der Krankenkasse getragen werden.

Grundsätzlich sollten Sie bei allen Behandlungsformen vorsichtig sein, die sehr kostspielig sind oder blindes Vertrauen fordern. Seien Sie kritisch bei allen Methoden, die Bedingungen stellen, die Sie in anderen Lebensbereichen niemals akzeptieren würden.



Literaturhinweise

Bandelow B.

Das Angstbuch. Woher Ängste kommen und wie man sie bekämpfen kann. Reinbeck bei Hamburg: Rowohlt Verlag 2004

Wittchen HU.

Wenn Angst krank macht. Störungen erkennen und behandeln. München: Mosaik 1997 ISBN 3-576-10768-1

Hättenschwiler J, Höck P.

Angststörungen I: Diagnostik. Schweiz Med Forum 2002; (6)2: 125–9 (www.medicalforum.ch/set_archiv_d.html)

Hättenschwiler J, Höck P.

Angststörungen II: Therapie. Schweiz Med Forum 2002; (7)2: 149–54 (www.medicalforum.ch/set_archiv_d.html)

Hättenschwiler J, Höck P.

Angsterkrankungen. Wenn Angst zur Krankheit wird. Herausgeber: Angst- und Panikhilfe Schweiz (APhS) 2006
Strian F. Angst und Angstkrankheiten. München: Beck, 1998

Hippius H, Klein HE, Strian F.

Angstsyndrome: Diagnostik und Therapie. Berlin: Springer 1999

Kasper S, Möller HJ (Hrsg).

Angst- und Panikerkrankungen. Jena: Fischer 1995

Dengler W, Selbmann HK (Hrsg).

Praxisleitlinien in Psychiatrie und Psychotherapie; Band 2: Leitlinien zur Diagnostik und Therapie von Angsterkrankungen. Darmstadt: Steinkopff 2000

Förstl H, Hautzinger M, Gerhard R.

Neurobiologie psychischer Störungen. Heidelberg: Springer Medizin Verlag 2006

Steinhausen H.-Ch.

Psychische Störungen bei Kindern und Jugendlichen. München: Urban & Schwarzenberg 1996

Steinhausen H.-Ch.

Psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter.
Stuttgart: Klett-Cotta 2004

Ubaldo N.

Bildatlas Philosophie: Die abendländische Ideengeschichte
in Bildern. Berlin: Parthas Verlag GmbH 2007

Schneider S.

Angststörungen bei Kindern und Jugendlichen.
Berlin Heidelberg: Springer 2004

Weitere Informationen

Die Links sind sorgfältig ausgesucht, doch kann der Autor
keine Verantwortung für den Inhalt übernehmen.

www.aphs.ch

- Angst- und Panikhilfe Schweiz

www.swissanxiety.ch

- Schweizerische Gesellschaft für Angststörungen

www.vaudfamille.ch

- Anxietas – association d’entraide pour les personnes
souffrant de troubles anxieux

www.depressionen.ch

- Verein gegen Depressionen

www.psychiatrie.ch

- Schweizerische Gesellschaft für Psychiatrie und
Psychotherapie

www.vask.ch

- Homepage der Vereinigung der Angehörigen
psychisch Kranker

www.promentesana.ch

- Homepage von Pro Mente Sana

www.graap.ch

- Groupe d'accueil et d'action psychiatrique

www.panik-attacken.de

www.angstselbsthilfe.de

- DASH Deutsche Angst-Selbsthilfe

www.adaa.org

- Anxiety Disorders Association of America

Selbsthilfe und Angehörigengruppen

Angst- und Panikhilfe Schweiz aphs

Hotline 0848 801 109 (Normaltarif)

www.aphs.ch

info@aphs.ch

Anxietas

Association d'entraide pour

les personnes souffrant de troubles anxieux

Avenue de Rumine 2

1005 Lausanne

info@anxietas.ch

www.vaudfamille.ch

Equilibrium

Postfach

6340 Baar/Zug

Telefon 0848 143 144

info@depressionen.ch

VASK

Vereinigung der Angehörigen psychisch Kranker

Geschäftsstelle

Langstrasse 149

8004 Zürich

Telefon 044 240 12 00

info@vask.ch

Schweizerische Stiftung Pro Mente Sana

Hardturmstrasse 261

8031 Zürich
Telefon 044 446 55 00
Beratungen 0848 800 858
kontakt@promentesana.ch

GRAAP

Groupe d'accueil et d'action psychiatrique
Rue de la Borde 25
1018 Lausanne
Téléphone 079 212 54 12
info@graap.ch

Dankeschön

Wir danken Dr.med. Paul Höck herzlich für seine wertvollen Ausführungen und Fotografien in diesem Patientenratgeber.

Mepha Pharma AG

Mepha Pharma AG
www.mepha.ch

08/2017 225055-511701

Die mit dem Regenbogen

