

Ängste und Angststörungen

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung
2. Wann spricht man von einer Angststörung?
3. Wie häufig kommen Angststörungen vor? Welchen Verlauf nehmen sie in der Regel?
4. Wie wird eine Angststörung diagnostiziert?
5. Welche Arten von Ängsten und Angststörungen gibt es?
6. Wie entsteht eine Angststörung?
7. Selbsthilfetipps: Wie kann ich leichtere Ängste in den Griff bekommen?
8. Welche Therapieansätze gibt es?
9. Quellennachweis

Einleitung

„Ein starker Schall war mir zuwider, krankhafte Gegenstände erregten mir Ekel und Abscheu. Besonders aber ängstigte mich ein Schwindel, der mich jedes Mal befiel, wenn ich von der Höhe herunterblickte. Allen diesen Mängeln suchte ich abzuweichen, und zwar, weil ich keine Zeit verlieren wollte, auf eine etwas heftige Weise. (...) Ich erstieg ganz allein den höchsten Gipfel des Münsterturms und saß in dem sogenannten Hals, wohl eine Viertelstunde lang, bis ich es wagte, wieder heraus in die freie Luft zu treten, wo man auf einer Platte (...) stehend das unendliche Land vor sich sieht. (...) Dergleichen Angst und Qual wiederholte ich so oft, bis der Eindruck mir ganz gleichgültig war, und ich habe nachher bei Bergreisen und geologischen Studien, bei großen Bauten, wo ich mit den Zimmerleuten um die Wette über die freiliegenden Balken und die Gesimse der Gebäude herlief (...), von jenen Vorübungen großen Vorteil gezogen.“

Johann Wolfgang von Goethe: Aus meinem Leben. Dichtung und Wahrheit, 2. Teil.

Wer kennt es nicht, das Gefühl, wenn plötzlich das Herz bis zum Hals schlägt, Schweiß auf die Stirn tritt und sich die Kehle zuschnürt. In vielen Situationen des täglichen Lebens ist sie plötzlich da, die Angst: Wenn man mit dem Auto auf einer spiegelglatten Straße fährt, wenn eine Prüfung kurz bevorsteht, wenn man beim Arzt auf das Ergebnis einer wichtigen Untersuchung wartet oder wenn man unerwartet seinen Job verliert und nicht weiß, wie es in Zukunft weitergehen soll. Und in vielen Situationen ist es ganz normal und sinnvoll, Angst zu haben. Denn die Angst warnt uns vor einer realen Gefahr - und sie führt dazu, dass man besonders aufmerksam und reaktionsbereit ist. Physiologisch gesehen führt Angst zu einer Aktivierung verschiedener Körperfunktionen: Das Herz und der Atem gehen schneller, die Muskeln spannen sich an und die Sinnesorgane reagieren mit erhöhter Aufmerksamkeit. Diese Alarmreaktion des Körpers macht es möglich, schnell und effizient auf eine Gefahr zu reagieren - zum Beispiel durch Flucht oder durch den aktiven „Kampf“ gegen die Gefahr.

Nicht selten aber sind Ängste auch irrational oder übertrieben - sie treten auf, obwohl keine reale Gefahr besteht oder obwohl die Bedrohung längst nicht so groß ist wie man annimmt. Solche Ängste führen häufig zu einer starken Einschränkung im Beruf und im Privatleben. Zum Beispiel kann die Angst vor U-Bahnen, Tunneln oder Flugzeugen dazu führen, dass jemand diesen Situationen aus dem Weg geht und dadurch immer mehr in seiner Beweglichkeit eingeschränkt wird. Und wenn jemand sich ständig Sorgen macht, dass ihm selbst oder seinen Angehörigen etwas zustoßen könnte, bleibt ihm für andere Dinge kaum noch Zeit. Dazu kommt, dass Angst häufig mit körperlichen Beschwerden wie Herzrasen, Schwindelgefühlen, Übelkeit oder Atemnot verbunden ist, die sehr belastend und beängstigend sein können. Jemand, der von solchen ausgeprägten Ängsten betroffen ist, erkennt zwar meist selbst, dass die Angst unbegründet oder übertrieben ist - er kann sich jedoch nicht selbst daraus befreien.

Wann spricht man von einer Angststörung?

Der Übergang von leichten oder nur gelegentlich auftretenden Ängsten zu einer schwerer ausgeprägten Angststörung ist fließend. Leichte bis mittelgradige Ängste treten häufig auf und beeinträchtigen das alltägliche Leben nur wenig. In vielen Fällen gelingt es den Betroffenen, die Ängste selbst in den Griff bekommen. Von einer Angststörung spricht man dagegen dann, wenn zwei Kriterien erfüllt sind:

1. Die Angst ist im Vergleich zur tatsächlichen Bedrohung unangemessen oder deutlich übertrieben.
2. Der oder die Betroffene ist durch die Angst erheblich psychisch und körperlich belastet. Dies ist zum Beispiel der Fall, wenn:
 - a. die Angst sehr stark ausgeprägt ist, über lange Zeit anhält und mit ausgeprägten körperlichen Symptomen verbunden ist und / oder
 - b. wenn sie zu starken Einschränkungen in verschiedenen Lebensbereichen führt.

Wenn Sie selbst unter Ängsten leiden, sollten Sie sich von einem Arzt oder Psychotherapeuten beraten lassen, ob und wie Sie sich durch Selbsthilfemaßnahmen helfen können oder ob vielmehr eine Therapie (z. B. Psychotherapie oder Kombination aus Psychotherapie und Medikamenten) sinnvoll ist.

Die folgenden wissenschaftlich geprüften Fragebögen können Ihnen eine erste Einschätzung geben, ob Sie an einer Angststörung leiden, bei der eine weitergehende Behandlung sinnvoll sein könnte: www.therapie.de/psyche/info/test/

Eine gesicherte Diagnose kann jedoch immer nur ein Fachmann - z. B. ein Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie oder ein Psychologischer Psychotherapeut - stellen.

Wie häufig kommen Angststörungen vor? Welchen Verlauf nehmen sie in der Regel?

Angststörungen gehören zu den häufigsten psychischen Erkrankungen überhaupt: Etwa fünf bis 15 Prozent der Menschen leiden mindestens einmal im Leben an einer Angststörung. Dabei sind Frauen von den meisten Angsterkrankungen doppelt so häufig betroffen wie Männer - es gibt aber auch Ängste, die bei Männern und Frauen gleich häufig auftreten.

Wenn jemand erst einmal ausgeprägte Ängste entwickelt hat, verschwinden diese meist nicht einfach wieder von alleine. Das bedeutet, dass die meisten Angsterkrankungen ohne

Behandlung chronisch verlaufen und oft über Jahre oder Jahrzehnte bestehen bleiben. Darüber hinaus treten sie häufig zusammen mit anderen Erkrankungen auf, insbesondere mit Depressionen und dem Missbrauch oder der Abhängigkeit von Alkohol, Drogen oder Medikamenten. So fühlen sich viele Betroffene durch die anhaltenden Ängste und die Einschränkungen im Alltag niedergeschlagen und hoffnungslos. Andere versuchen, die Angst mit Alkohol oder Drogen zu bekämpfen und benötigen mit der Zeit immer mehr davon. Auch so genannte somatoforme Störungen treten relativ häufig zusammen mit Angsterkrankungen auf. Hier leiden die Betroffenen an einer Reihe körperlicher Symptome, die vermutlich durch psychische Faktoren zustande kommen.

Es gibt aber auch eine gute Nachricht: Mithilfe geeigneter Therapiemethoden lassen sich Angststörungen in den meisten Fällen gut in den Griff bekommen. Am günstigsten ist die Prognose, wenn die Angst noch nicht allzu lange vorhanden ist. Aber auch Ängste, die bereits seit Jahren bestehen, gehen durch eine Therapie häufig deutlich zurück, so dass sich auch hier die Lebensqualität der Betroffenen oft deutlich verbessert.

Wie wird eine Angststörung diagnostiziert?

Um die Diagnose einer Angststörung stellen zu können, ist es wichtig, die aktuelle Symptomatik, die Entstehung und den Verlauf der Ängste genau zu kennen. Daher wird der Arzt oder Psychotherapeut mit dem Betroffenen zunächst ein ausführliches Gespräch führen. Hierbei werden häufig Fragen zur Lebensgeschichte und zu früheren oder aktuellen Belastungen gestellt. Das Gespräch dient auch dazu, herauszufinden, ob die Angst das hauptsächliche Problem ist oder ob sie im Rahmen einer anderen psychischen Erkrankung, zum Beispiel einer Depression, auftritt. Um genau festzustellen, wie oft und in welchen Situationen die Ängste auftreten, werden oft auch Fragebögen eingesetzt.

Da Ängste sehr häufig mit körperlichen Veränderungen wie Herzrasen, Atemnot oder Schweißausbrüchen einhergehen, muss auch überprüft werden, ob eine körperliche Ursache hinter den Symptomen stecken könnte. So kann zum Beispiel eine Überfunktion der Schilddrüse dazu führen, dass jemand unter Nervosität, Gereiztheit und erhöhter Ängstlichkeit leidet. Auch die Symptome einer Herzerkrankung, zum Beispiel einer koronaren Herzkrankheit oder einer Angina Pectoris, können mit starker Angst einhergehen. Weiterhin können auch Medikamente wie zum Beispiel Schilddrüsenpräparate als Nebenwirkung Ängste auslösen.

Um eine körperliche Erkrankung auszuschließen, wird eine Reihe körperlicher Untersuchungen durchgeführt. Dazu gehören meist eine Blutuntersuchung und ein EKG, bei dem die elektrische Aktivität des Herzens gemessen wird. Zum Teil wird auch eine Untersuchung des Kopfes mithilfe der Magnet-Resonanz-Tomographie (MRT) oder der Computertomographie (CT) durchgeführt.

Die Diagnose „Angststörung“ kann nur gestellt werden, wenn die Angst nicht durch eine körperliche Erkrankung oder Medikamente ausgelöst wird. Liegt dagegen eine körperliche Erkrankung vor, muss zunächst diese medizinisch behandelt werden. Häufig verschwinden dann auch die Angstsymptome wieder vollständig.

Welche Arten von Ängsten und Angststörungen gibt es?

Angst ist nicht gleich Angst. Fachleute unterscheiden verschiedene Arten von Angststörungen, die durch verschiedene Symptome gekennzeichnet sind, unterschiedlich häufig auftreten und

häufig auch einen anderen Verlauf nehmen. Weiterhin gibt es für die meisten Angst-erkrankungen Therapieansätze, die gezielt auf das jeweilige Störungsbild zugeschnitten sind.

Spezifische Phobie

Fallbeispiel

Frau H. arbeitet im mittleren Management eines großen Industriekonzerns und ist beruflich häufig unterwegs. Eigentlich hat sie das Unterwegssein immer genossen und die langen Flüge als willkommene Auszeit gesehen, um sich vom Stress in ihrem Job zu erholen. Bei einem Flug über den Atlantik gerät das Flugzeug jedoch in heftige Turbulenzen. Der Captain versichert zwar, dass alles in Ordnung sei - dennoch denkt Frau H.: „Ob wir hier je wieder heil herauskommen?“ Ihr Herz schlägt heftig, und ihr treten Schweißperlen auf die Stirn.

Obwohl Frau H.'s nächster Flug nur von Frankfurt nach Hamburg geht, empfindet sie schon beim Check-In ein mulmiges Gefühl. Als sie in der Abflughalle sitzt, rast ihr Herz und sie denkt: „Ich werde es nie schaffen, in das Flugzeug einzusteigen.“ Den ganzen Flug über hat Frau H. starke Angst, achtet auf jedes Geräusch und ist extrem angespannt. Vor dem übernächsten Flug nimmt sie eine Tablette Tavor - ein Beruhigungsmittel, das eine Freundin ihr empfohlen hat. Von da an steht sie kürzere Flüge nur noch durch, wenn sie vorher Tavor genommen oder ein Glas Alkohol getrunken hat. Aus Angst vor längeren Flügen lässt sie sich in eine andere Abteilung versetzen, in der sie nur noch Aufträge innerhalb Deutschlands erfüllen muss.

Symptome der spezifischen Phobie

Bei einer spezifischen Phobie steht die Angst vor konkreten Objekten oder Situationen im Vordergrund. Häufig treten Ängste vor Tieren (z. B. Spinnen, Hunden, Mäusen), Naturgewalten (z. B. Gewitter, Wasser) oder Situationen, in denen eine Gefahr vermutet wird (z. B. vor Höhe, U-Bahnen, Aufzügen, Tunneln oder Fliegen im Flugzeug) auf. Ein weiteres Merkmal der spezifischen Phobie ist, dass die gefürchteten Situationen vermieden oder nur unter intensiver Angst ausgehalten werden.

Ängste vor bestimmten Dingen oder Situationen kommen bei vielen Menschen vor. Von einer spezifischen Phobie spricht man nur dann, wenn die Angst sehr ausgeprägt ist und die beruflichen und sozialen Aktivitäten erheblich einschränkt. Gleichzeitig wissen die Betroffenen im Grunde, dass ihre Angst übertrieben ist und in Wirklichkeit keine oder keine große Gefahr besteht.

Häufigkeit und Verlauf

Die Angaben zur Häufigkeit der spezifischen Phobien sind in verschiedenen Studien sehr unterschiedlich. Demnach sind zwischen 6 und 15 Prozent der Bevölkerung in ihrem Leben von einer spezifischen Phobie betroffen. Die Angst kann in jedem Lebensalter beginnen, tritt aber in den meisten Fällen in der Jugend oder im frühen Erwachsenenalter zum ersten Mal auf. Ohne Behandlung bleibt die Angst meist dauerhaft bestehen.

Einen Fragebogen zur spezifischen Phobie finden Sie hier:
<http://www.therapie.de/psyche/info/test/spezifische-phobie/>

Sonderfall: Blut-, Spritzen- und Verletzungsphobie

Fallbeispiel

Herr S. ist 28 Jahre alt, Sportlehrer, gesund und gut durchtrainiert. Doch seit seiner Jugend hat er ein Problem damit, zum Arzt zu gehen. Jedes Mal, wenn ihm dort eine Impfung gegeben oder Blut abgenommen werden soll, wird es ihm ganz schwindelig und er „kippt um“. Auch zu Hause ist ihm das schon passiert, als er sich bei einer Handwerksarbeit leicht in den Finger geschnitten und geblutet hat. Schon beim Anblick von Spritzen oder beim Geruch von Desinfektionsmitteln bekommt Herr S. Herzrasen und fühlt sich schwindelig und benommen. Als seine Oma vor kurzem im Krankenhaus lag, gelang es ihm nicht, sie zu besuchen. Außerdem schiebt er Arztbesuche immer so lange wie möglich vor sich her.

Symptome der Blutphobie

Eine Blut-, Verletzungs- und Spritzenphobie (kurz: Blutphobie) ist eine Sonderform der spezifischen Phobie. Auch hier haben die Betroffenen Angst vor Situationen, die an sich nicht gefährlich sind - nämlich davor, Blut oder Spritzen zu sehen, sich zu verletzen oder Spritzen zu bekommen. Daher vermeiden sie solche Situationen oder ertragen sie nur mit großer Angst. Eine Besonderheit bei Blutphobikern ist jedoch, dass sie in den Angstsituation dazu neigen, in Ohnmacht zu fallen.

Dazu kommt es, weil die Betroffenen beim Kontakt mit den angstauslösenden Reizen eine spezifische, so genannte biphasische Reaktion zeigen. Hierbei steigen Herzschlag und Blutdruck durch die Angst zunächst an und fallen anschließend abrupt ab. Gleichzeitig kommt es auch zu einer Erweiterung der Blutgefäße. Dadurch „sackt“ das Blut im Körper nach unten „ab“, und dem Gehirn steht kurzzeitig zu wenig Blut zur Verfügung. Die Neigung zur Ohnmacht scheint vor allem bei Menschen vorzukommen, bei denen eine Fehlregulation des autonomen Nervensystems, das die Funktion der inneren Organe reguliert, vorliegt. Diese ist vermutlich zum Teil genetisch bedingt.

Häufigkeit

Etwa drei bis vier Prozent der Bevölkerung sind im Lauf ihres Lebens von einer Blut-, Verletzungs- und Spritzenphobie betroffen.

Soziale Phobie

Fallbeispiel

Herr G. war bis vor einem halben Jahr erfolgreich in seinem Beruf als Bauingenieur tätig. Er arbeitet seit sechs Jahren bei einer großen Baufirma und berichtet, dass seine Arbeit ihm eigentlich Spaß macht und er sich den Aufgaben im Beruf auch gewachsen fühlt. Auch seine Vorgesetzten seien mit ihm zufrieden und hätten ihm vor sechs Monaten die Position eines leitenden Angestellten angeboten.

Doch damit begannen für Herrn G. die Probleme. Er muss nun häufig an Besprechungen mit anderen Abteilungen oder mit externen Firmen teilnehmen. Immer, wenn Herr G. bei solchen Meetings im Zentrum der Aufmerksamkeit steht - zum Beispiel, wenn er einen Kurzvortrag halten muss oder seinen Standpunkt in die Diskussion einbringen will - beginnt er stark zu schwitzen und bekommt zitterige Hände.

Er hat dann plötzlich das Gefühl, dass alle ihn anstarren, dass er sich nicht mehr klar ausdrücken kann und dass seine Stimme zittert. Herr G. ist sich sicher, dass die anderen das Schwitzen und das Zittern in seiner Stimme bemerken und denken, er sei unfähig für seine Position.

In letzter Zeit hat Herr G. deshalb öfters in Besprechungen geschwiegen oder nur das Nötigste gesagt. Dies sei auch schon seinem Chef negativ aufgefallen. Manchmal lasse er sich auch zu einer abgesprochenen Zeit von seiner Frau anrufen, um unauffällig aus dem Meeting „verschwinden“ zu können. Wenn Herr G. bei privaten Anlässen mit vielen Menschen zusammen ist, zum Beispiel bei Familientreffen oder Feiern im Freundeskreis, fühlt er sich dagegen wohl und hat keine solchen Ängste.

Symptome der sozialen Phobie

Menschen mit einer sozialen Phobie haben Angst vor Situationen, in denen sie im Zentrum der Aufmerksamkeit stehen oder in denen sie die Befürchtung haben, sich peinlich zu verhalten. Die Angst kann sich zum Beispiel darauf beziehen, einen Vortrag zu halten oder an einer größeren geselligen Runde teilzunehmen. Andere Betroffene haben Angst, in Gegenwart anderer Menschen zu essen oder zu schreiben.

Die Angst ist häufig mit starken körperlichen Symptomen wie Herzrasen, Atemnot, Schwitzen, Zittern, Übelkeit oder Harndrang verbunden. Dabei haben die Betroffenen große Angst, dass diese Anzeichen von Angst (zum Beispiel Erröten oder Zittern) von anderen bemerkt werden könnten.

Wegen dieser Ängste vermeiden Menschen mit einer sozialen Phobie viele soziale Situationen. Darüber hinaus fühlen sie sich häufig wenig selbstbewusst, glauben, anderen unterlegen zu sein oder haben in vielen Situationen das Gefühl, vollständig zu versagen.

Häufigkeit und Verlauf

Die Angaben zur Häufigkeit der sozialen Phobie liegen in europäischen Studien bei vier bis 12 Prozent der Bevölkerung. Die Erkrankung beginnt meist in der Jugend oder im jungen Erwachsenenalter. Im Gegensatz zu den meisten anderen Angststörungen sind Männer von einer sozialen Phobie genauso häufig betroffen wie Frauen. Ohne Therapie bleibt die Angst bzw. die Vermeidung von sozialen Situationen meist chronisch bestehen und kann sich mit der Zeit sogar noch steigern.

Einen Fragebogen zur sozialen Phobie finden Sie hier:
<http://www.therapie.de/psyche/info/test/soziale-phobie/>

Panikstörung mit oder ohne Agoraphobie

Fallbeispiel

Das erste Mal passiert es, als Frau R. in einem großen Kaufhaus shoppen geht. Plötzlich fängt ihr Herz an, wie wild zu rasen. Sie hat das Gefühl, kaum noch Luft zu bekommen, und zittert am ganzen Körper. Gleichzeitig fühlt sie sich unwirklich und „wie betäubt“ und bekommt große Angst, plötzlich umzukippen oder sogar zu sterben. In Panik rennt die 25-Jährige aus dem belebten Kaufhaus auf die Straße. Nachdem sie eine Viertelstunde durch die Straßen gelaufen ist, lassen die seltsamen Symptome allmählich wieder nach, und kann Frau R. beruhigt sich allmählich wieder.

Zwei Wochen später erlebt sie jedoch wieder eine ähnliche „Herzattacke“, als sie an einem überfüllten Bahnsteig auf die U-Bahn wartet. In Panik ruft sie ihren Freund an, der sofort zu ihr kommt, sie beruhigt und mit ihr zusammen nach Hause fährt. Am nächsten Tag geht Frau R. zum Hausarzt, um herauszufinden, was mit ihr „nicht stimmt“. Dieser stellt jedoch fest, dass ihr Herz gesund ist und auch sonst keine organische Erkrankung vorliegt. Aus Angst vor weiteren „Attacken“ geht Frau R. nun jedoch belebten Orten aus dem Weg, vermeidet die U-Bahn und kehrt nach der Arbeit meist schnell in ihre Wohnung zurück. Trotzdem erlebt sie alle ein bis zwei Wochen erneut einen Angstanfall.

Symptome der Panikstörung

Das charakteristische Merkmal einer Panikstörung ist, dass unerwartet, „wie aus heiterem Himmel“ starke Angst auftritt. Diese „Angstanfälle“ werden nicht durch ein bestimmtes Objekt oder eine bestimmte Situation ausgelöst - für die Betroffenen sind sie also unvorhersehbar und damit besonders bedrohlich. Während einer Panikattacke steigt die Angst innerhalb weniger Minuten bis zu sehr starker Angst hin an und klingt anschließend allmählich wieder ab. Die meisten Angstanfälle dauern zwischen zehn Minuten und einer halben Stunde - sie können aber auch kürzer oder länger anhalten.

Während einer Panikattacke treten starke körperliche Symptome auf, die von den Betroffenen als bedrohlich erlebt werden. Dazu gehören Herzrasen, ein Engegefühl in der Brust, das Gefühl zu ersticken, Übelkeit, Schwitzen, Zittern sowie Schwindel und ein Gefühl der Unwirklichkeit. Weiterhin befürchten viele Betroffene während einer Panikattacke, in Ohnmacht zu fallen, zu sterben oder verrückt zu werden. Wegen der ausgeprägten körperlichen Symptome glauben viele zudem, an einer körperlichen Erkrankung - insbesondere an einer Herzerkrankung - zu leiden, und gehen deshalb wiederholt zum Arzt.

Die starken und unvorhersehbaren Ängste führen auch dazu, dass viele Menschen mit Panikstörung ein ausgeprägtes Vermeidungsverhalten entwickeln. Sie meiden insbesondere Orte und Situationen, aus denen sie im Notfall nicht schnell fliehen könnten (z. B. volle Geschäfte, U-Bahnen, Kinos) oder in denen im Notfall keine schnelle Hilfe zur Verfügung stehen würde.

Liegt ein solches Vermeidungsverhalten vor, spricht man auch von einer Panikstörung mit Agoraphobie bzw. von einer Agoraphobie mit Panikstörung.

Häufigkeit und Verlauf

Studien zufolge leiden zwischen einem und fünf Prozent der Bevölkerung an einer Panikstörung. Einzelne Panikanfälle, die nicht das volle Krankheitsbild einer Panikstörung erfüllen, sind jedoch wesentlich häufiger: Sie treten bei 15 bis 30 Prozent der Bevölkerung auf. In den meisten Fällen beginnt eine Panikstörung zwischen dem 20. und 30. Lebensjahr. Ohne Behandlung ist der Verlauf meist chronisch-fluktuierend, das heißt, die Panikattacken treten phasenweise häufiger oder seltener auf, die Störung verschwindet jedoch nicht wieder von alleine.

Einen Fragebogen zur Panikstörung finden Sie hier:
<http://www.therapie.de/psyche/info/test/panikstoerung/>

Agoraphobie

Symptome der Agoraphobie

Umgangssprachlich bezeichnet man mit „Agoraphobie“ meist die Furcht, sich auf öffentlichen Plätzen oder in Menschenmengen aufzuhalten. Im psychodiagnostischen Sinne ist mit Agoraphobie jedoch die Angst vor Situationen gemeint, die man im Notfall nur schwer verlassen könnte (z. B. Menschenmengen, Warteschlangen, öffentliche Verkehrsmittel) oder in denen im Notfall nur schwer Hilfe zu erreichen wäre. Dabei befürchten die Betroffenen häufig, dass ihnen in einer solchen Situation etwas Peinliches passieren könnte, zum Beispiel, dass sie in Ohnmacht fallen oder die Kontrolle über ihre Blase verlieren könnten. Diese Befürchtungen und die Angst führen dann häufig zur Vermeidung der entsprechenden Situationen. Eine Agoraphobie kann entweder alleine oder zusammen mit einer Panikstörung (siehe oben) auftreten.

Häufigkeit und Verlauf

Die Angaben zur Häufigkeit der Agoraphobie sind von Studie zu Studie etwas unterschiedlich. Demnach sind etwa ein bis acht Prozent der Bevölkerung von einer Agoraphobie betroffen. Ähnlich wie die meisten anderen Angststörungen tendiert eine Agoraphobie dazu, ohne Behandlung dauerhaft bestehen zu bleiben.

Einen Fragebogen zur Agoraphobie finden Sie hier:
<http://www.therapie.de/psyche/info/test/agoraphobie/>

Generalisierte Angststörung

Fallbeispiel

Die Familie von Frau K. hat es nicht immer leicht. Denn die 55jährige Hausfrau macht sich praktisch ständig Sorgen um ihre drei erwachsenen Kinder und den Ehemann. So fürchtet sie, dass ihnen etwas zustoßen könnte, wenn sie mit dem Auto oder mit dem Zug unterwegs sind oder wenn sie länger von zuhause weg sind. Die Kinder müssen sie daher regelmäßig anrufen und ihr bestätigen, dass „alles ok“ ist. Mit ihrem Mann ist Frau K. schon seit 10 Jahren nicht mehr in den Urlaub gefahren, weil sie fürchtet, dass „es nicht gutgehen wird“.

Außerdem macht Frau K. sich häufig Sorgen, dass ihr Mann krank werden und deshalb seine Arbeit verlieren könnte, so dass sie beide mittellos dastehen würden. Solche Sorgen

beschäftigen Frau K. mehrere Stunden am Tag. Dabei malt sie sich häufig genau aus, was passieren könnte, und kann diese Gedanken dann nur schwer wieder abstellen. Gleichzeitig hat Frau K. oft zitterige Hände, fühlt sich benommen und hat ein Druckgefühl auf der Brust. In der Nacht liegt sie oft wach oder schläft unruhig, tagsüber steht sie unter ständiger Anspannung und fühlt sich häufig auch nach leichteren Tätigkeiten am Abend völlig erschöpft. In letzter Zeit denkt sie häufig: „Die ständigen Sorgen werden mich noch krank machen. Und das Leben kann ich so auch nicht mehr genießen.“

Symptome der generalisierten Angststörung

Bei der generalisierten Angststörung leiden die Betroffenen unter einer anhaltenden, diffusen Angst, die mit vielfältigen Befürchtungen verbunden ist. Diese beziehen sich zum Beispiel darauf, dass einem selbst oder einer nahestehenden Person etwas Schlimmes zustoßen könnte. Auch gesundheitliche und finanzielle Sorgen sind häufig.

Die anhaltende Angst ist mit einer starken körperlichen Anspannung und verschiedenen körperlichen Symptomen wie Schwitzen, Zittern, Herzklopfen, Schwindel, Benommenheit oder Magen-Darm-Beschwerden verbunden. Häufig haben die Betroffenen Schwierigkeiten beim Ein- und Durchschlafen und sind übermäßig wachsam und schreckhaft. Dazu kommen oft auch psychische Beschwerden wie Ruhelosigkeit, Konzentrationsprobleme oder Reizbarkeit.

Charakteristisch für die generalisierte Angststörung sind auch die so genannten Metasorgen - das heißt, die Betroffenen machen sich häufig auch Sorgen darüber, dass die ständigen Sorgen ihnen schaden könnten. Daher versuchen sie vielfach, die Sorgen zu unterdrücken - was aber paradoxerweise dazu führt, dass diese häufiger und stärker auftreten.

Häufigkeit und Verlauf

Die Häufigkeit der generalisierten Angststörung liegt bei etwa vier bis sieben Prozent der Bevölkerung. Die Erkrankung beginnt meist schon in der Jugend oder im jungen Erwachsenenalter, oft entwickelt sie sich aber auch erst um das 40. Lebensjahr herum. Die Sorgen und körperlichen Beschwerden können zeitweise stärker oder schwächer ausgeprägt sein, bestehen aber ohne entsprechende Behandlung meist chronisch.

Einen Fragebogen zur generalisierten Angststörung finden Sie hier:

<http://www.therapie.de/psyche/info/test/generalisierte-angststoerung/>

Angst und depressive Störung, gemischt

Symptome

Wenn sowohl Ängste als auch Symptome einer Depression wie Traurigkeit oder Antriebslosigkeit gleichzeitig auftreten, aber keines von beidem eindeutig im Vordergrund steht, spricht man auch von „Angst und depressiver Störung gemischt“. In diesem Fall waren häufig die Ängste zuerst da. Sie sind auf die Dauer belastend, schränken den Alltag ein und bewirken bei vielen Menschen auch, dass sie sich minderwertig und weniger leistungsfähig fühlen. Dies kann dann mit der Zeit dazu führen, dass sich der Betroffene zunehmend niedergeschlagener sowie hoffnungsloser fühlt und schließlich auch eine depressive Symptomatik entwickelt.

Häufigkeit

Die Häufigkeit der Diagnose „Angst und depressive Störung gemischt“ ist relativ schwer zu bestimmen, da die Grenzen zwischen dieser Diagnose, einer Angststörung mit zeitweiser Niedergeschlagenheit und einer Depression, bei der auch Ängste auftreten, fließend sind. In verschiedenen Studien wird die Häufigkeit bei etwa zwei bis neun Prozent der Bevölkerung angegeben.

Wie entsteht eine Angststörung?

Angststörungen entstehen meist durch eine Kombination verschiedener Faktoren. So kann eine genetische Veranlagung (Vulnerabilität) vorliegen, leichter als andere Menschen mit Angst auf bestimmte Situationen oder Reize zu reagieren. Wenn dann noch weitere Faktoren - zum Beispiel ausgeprägter Stress - hinzukommen, kann dies eine Angststörung auslösen. Auch schwerwiegende negative Lebensereignisse - zum Beispiel der Tod eines Angehörigen oder ein plötzlicher Jobverlust - sind häufig der Auslöser für eine Angststörung.

Lerntheoretische Aspekte

Nach den Annahmen der Lerntheorie entstehen ausgeprägte Ängste durch die so genannte klassische und die operante Konditionierung.

Zur klassischen Konditionierung kommt es, wenn neutrale Reize (zum Beispiel ein Tunnel) zusammen mit einem angstauslösenden Reiz (zum Beispiel ein Unfall, bei dem der Beifahrer verletzt wird) auftreten. In der Folge löst dann auch der Tunnel selbst bzw. jeder andere Tunnel Angst aus - obwohl in diesen Fällen keine reale Gefahr besteht und kein Unfall passiert.

Bei einer Panikstörung, bei der eine Panikattacke praktisch immer und überall auftreten könnte, entwickelt sich häufig *Angst vor der Angst* - das heißt, die Betroffenen fürchten ständig, dass erneut eine Panikattacke auftreten könnte.

Die operante Konditionierung besagt, dass es für jemanden mit ausgeprägter Angst eine Erleichterung ist, wenn er aus die angstauslösende Situationen vermeiden kann. Wenn jemand Angst vor Aufzügen hat, ist es für ihn zunächst positiv, wenn er Aufzüge vermeidet und dann keine Angst mehr erlebt. Das Problem dabei ist allerdings, dass der Betroffene so gar nicht die Erfahrung machen kann, dass ihm bei einer Fahrt im Aufzug gar nichts Schlimmes passiert, und er sich weiterhin ausmalt, zu welchen Katastrophen es kommen könnte. Das bedeutet, dass die Vermeidung der Angstsituationen die Angst letztlich aufrecht erhält.

Auch das „Lernen am Modell“ spielt bei der Entstehung von Ängsten eine Rolle. Wenn ein Kind zum Beispiel immer wieder erlebt, dass die Mutter oder der Vater panisch reagieren, wenn sie eine Spinne sehen, ist es wahrscheinlicher, dass es ebenfalls Angst vor Spinnen entwickelt.

Kognitive Aspekte

Wenn jemand unter starken Ängsten leidet, nimmt er die Welt anders wahr als andere Menschen. So hält er viele Situationen für gefährlich, die andere nicht als gefährlich einstufen würden. Auch die verzerrte Wahrnehmung wird durch Vermeidungsverhalten aufrecht erhalten. Zum Beispiel behält jemand, der das Fliegen im Flugzeug vermeidet, seine Befürchtung eines Flugzeugabsturzes vermutlich bei. Dagegen kann jemand, der sich immer

wieder ins Flugzeug setzt und jedes Mal heil ans Ziel kommt, kann seine Annahme „Fliegen ist gefährlich“ eher korrigieren.

Teufelskreismodell der Angst

Eine wichtige Rolle bei der Entstehung von Ängsten - und insbesondere von Panikattacken - spielt auch, wie jemand die körperlichen Veränderungen, die durch die Angst ausgelöst werden, wahrnimmt und bewertet. So glaubt jemand, der unter Panikattacken leidet, häufig, dass das Herzrasen ein Zeichen für einen drohenden Herzinfarkt ist oder dass ein Schwindelgefühl darauf hindeutet, dass sie gleich ohnmächtig umfallen werden. Dies führt wiederum dazu, dass die Angst steigt - und daraufhin die körperlichen Empfindungen noch stärker werden.

Tiefenpsychologische Modelle

Nach den Annahmen von Sigmund Freud (1895) ist Angst zunächst die Folge eines so genannten innerpsychischen Konflikts - zum Beispiel zwischen dem Wunsch, etwas Bestimmtes zu tun, und dem Gewissen, das einem verbietet, dies zu tun. Dieser unbewusste Konflikt wird nach Freud verdrängt, und dabei wird die Angst auf bedeutungslose äußere Objekte oder Situationen verschoben. Dies hat laut Freud den Vorteil, dass diese Objekte oder Situationen leichter vermieden werden können als der innere Konflikt.

Neuere Annahmen der Tiefenpsychologie besagen, dass Ängste vor allem bei Menschen entstehen, die in der Kindheit schmerzliche Trennungserfahrungen gemacht haben oder besonders empfindlich auf Trennungen von nahen Bezugspersonen reagieren. Nach dieser Theorie führt vor allem die unbewusste Angst, allein gelassen zu werden oder die Zuneigung anderer Menschen zu verlieren, zur Entstehung von Phobien und anderen Angsterkrankungen.

Neurobiologische Aspekte der Angst

Biologische Theorien gehen davon aus, dass Menschen, die eine Angststörung entwickeln, eine höhere biologische Anfälligkeit (Vulnerabilität) für Ängste haben. Zum Beispiel scheint bei ihnen das so genannte autonome Nervensystem - das die Funktionen der inneren Organe wie Herz, Verdauung oder Atmung steuert - besonders leicht durch verschiedene Reize erregbar zu sein. Dies kann dazu führen, dass die Betroffenen körperliche Anzeichen von Angst stärker wahrnehmen als andere - und dann auch eher mit Angst darauf reagieren.

Weiterhin sind an der Entstehung von Angst auch bestimmte Gehirnregionen beteiligt. Dazu gehören zum Beispiel die Amygdala, der Hippocampus und der präfrontale Cortex. Die Amygdala (Mandelkern) ist direkt an der Entstehung von Angst beteiligt, während der Hippocampus mit Lern- und Gedächtnisprozessen zu tun hat - zum Beispiel, dass eine bestimmte Situation gefährlich ist. Der präfrontale Cortex (Stirnhirn) ist dagegen für die Bewertung von Angstreizen und die Planung entsprechender Reaktionen zuständig.

Auf der Ebene der Nervenzellen (Neurone) spielen verschiedene Neurotransmitter - also Botenstoffe, die die Signale von einer Nervenzelle zur anderen weitergeben - bei der Entstehung von Angst eine Rolle. Man nimmt an, dass bei starken Ängsten bestimmte Botenstoffe entweder in zu großer oder zu geringer Menge vorhanden sind. Dazu gehören die Neurotransmitter Serotonin und Noradrenalin sowie der hemmende Neurotransmitter GABA (Gamma-Amino-Buttersäure).

Selbsthilfetipps: Wie kann ich leichtere Ängsten in den Griff bekommen?

Was Sie tun können

Wichtig ist vor allem, beim Auftreten von Ängsten frühzeitig zu reagieren. Vielleicht beobachten Sie bei sich selbst Ängste, die Sie eigentlich selbst für übertrieben oder unsinnig halten. Vielleicht stellen Sie fest, dass Sie auf einmal Orte oder Situationen vermeiden, die an sich nicht gefährlich sind und die Ihnen früher nichts ausgemacht haben.

Wenn die Ängste nicht zu stark ausgeprägt sind, sollten Sie die angstauslösenden Orte oder Situationen ganz bewusst immer wieder aufsuchen - Sie sollten sich also Ihrer Angst stellen. Dabei sollten Sie sich so lange in der Situation aufhalten, bis die Angst von alleine deutlich abgenommen hat. Auf alles, was Ihnen in der Situation Sicherheit vermitteln könnte (zum Beispiel ein Talisman, ein „Notfallmedikament“ oder eine vertraute Person) sollten Sie bei diesen Übungen verzichten. Durch die „Konfrontation“ mit den angstbesetzten Situationen oder Reizen können Sie die Erfahrung machen, dass tatsächlich gar nichts Schlimmes passiert. Dadurch sollte die Angst mit der Zeit ganz oder fast vollständig verschwinden.

Wenn Sie zum Beispiel Angst vor Hunden haben, sollten Sie sich bewusst in der Nähe von Hunden aufhalten und diese auch anfassen oder füttern. Wenn Sie ein Unbehagen in der U-Bahn verspüren, sollten Sie bewusst längere Strecken mit der U-Bahn fahren und auch dann nicht aussteigen, wenn Sie Angst spüren und am liebsten flüchten würden. Und wenn Sie vor Vorträgen oder einem öffentlichen Auftritt großes „Lampenfieber“ haben, sollten Sie sich immer wieder in solche Situationen begeben, sie als Herausforderung sehen und so lange üben, bis Ihnen der Vortrag oder Auftritt leicht fällt und vielleicht sogar Spaß macht.

In Situationen, in denen es „normal“ ist, aufgeregt sein oder Angst zu haben, können Sie Atemübungen oder Entspannungstechniken einsetzen oder sich selbst gut zureden (zum Beispiel: „Ich werde das schon schaffen. In ähnlichen Situationen habe ich es auch geschafft.“).

Allerdings sollten Sie nicht zögern, Unterstützung zu suchen, wenn Sie feststellen, dass Sie die Ängste nicht alleine in den Griff bekommen. Es gibt eine Reihe gut überprüfter Therapieansätze, mit denen sich verschiedene Arten von Ängsten meist gut behandeln lassen. Wichtig ist, dass Sie sich nicht einfach mit Ihrer Angst und den Einschränkungen abfinden! Professionelle Hilfe finden Sie zum Beispiel bei einem Arzt, insbesondere einem Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, oder bei einem Psychotherapeuten. Auch die Teilnahme an einer Selbsthilfegruppe kann eine gute Möglichkeit sein, den Umgang mit der Angst zu lernen.

Was Sie nicht tun sollten

Auf keinen Fall sollten Sie den Situationen, die Ihnen Angst machen, aus dem Weg gehen. Wie bereits beschrieben führt dieses Vermeidungsverhalten dazu, dass sich die Angst verfestigt und mit der Zeit sogar noch zunehmen kann.

Versuchen Sie auch nicht, die Angst durch Alkohol, Drogen wie Marihuana oder Beruhigungsmittel (so genannte Benzodiazepine) zu „therapieren“. Diese bringt zwar für kurze Zeit Erleichterung - sie führen aber dazu, dass Sie immer mehr auf die Substanz angewiesen sind, um die Angst zu bekämpfen. So kann sich schnell eine Abhängigkeit entwickeln.

Wenn Ihr Arzt Ihnen Medikamente gegen die Angst verschreibt, sprechen Sie ihn darauf an, ob diese abhängig machen können. Benzodiazepine sollten, wenn überhaupt, immer nur kurzzeitig und genau nach Absprache mit dem Arzt eingenommen werden.

Welche Therapieansätze gibt es?

Ängste und Angststörungen lassen sich umso besser behandeln, je kürzer die Angst vorhanden ist. Deshalb ist es sinnvoll, frühzeitig eine Therapie aufzusuchen, wenn man die Angst nicht alleine in den Griff bekommt. Allerdings sind die Erfolgsaussichten einer Behandlung auch bei länger bestehenden Ängsten relativ gut. In vielen Fällen ist dabei eine alleinige Psychotherapie ausreichend. Bei stärker ausgeprägten Ängsten kommt dagegen häufig eine Kombination aus Psychotherapie und Medikamenten zum Einsatz.

Psychotherapie

1. Verhaltenstherapeutischer Ansatz

Als besonders wirksame Methode zur Bewältigung von Ängsten hat sich die kognitive Verhaltenstherapie herausgestellt. Bei diesem Therapieansatz geht es vor allem darum, sich den angstbezogenen Situationen oder Reizen nach und nach zu stellen und so die Erfahrung zu machen, dass die Angst mit der Zeit abklingt und die befürchteten negativen Ereignisse nicht eintreten.

Im ersten Schritt der Therapie wird zusammen mit dem Patienten erarbeitet, wie seine Ängste entstanden sind und durch welche Faktoren sie aufrecht erhalten werden. Dadurch wird vielen Patienten klar, dass die Angst zum Beispiel mit einem belastenden Erlebnis oder mit lang anhaltendem Stress zusammenhängt. Dieses Wissen ist für viele Betroffene bereits eine Entlastung, außerdem stellt es die Grundlage für die folgenden Therapieschritte dar. Auch die Information bzw. die Erfahrung, dass die verschiedenen körperlichen Symptome durch Angst und nicht durch eine schwerwiegende körperliche Erkrankung zustande kommen, ist für viele Patienten eine Erleichterung.

Die Konfrontation mit den Angstreizen kann „in vivo“ oder zuerst „in sensu“ und dann „in vivo“ durchgeführt werden. Zunächst wird dabei eine Liste mit den verschiedenen angstbesetzten Situationen zusammengestellt. Diese werden dann von der am wenigsten bis zur am stärksten angstausslösenden Situation geordnet. Bei der Konfrontation in sensu stellt sich der Patient die verschiedenen Situationen der Reihe nach möglichst lebhaft vor - und zwar jeweils so lange, bis die Angst ganz oder fast völlig verschwunden ist. Bei der Konfrontation in vivo muss sich er sich dagegen den angstbesetzten Situationen in der Realität stellen und dabei ebenfalls in jeder Situation so lange bleiben, bis die Angst ganz oder weitgehend zurückgegangen ist. Die ersten Situationen werden dabei meist gemeinsam mit dem Therapeuten aufgesucht, anschließend soll der Patient alleine weiter üben. Für viele Patienten ist es zunächst eine Überwindung, sich genau den Situation zu stellen, vor denen sie am meisten Angst haben. Ist dies aber erst ein paar Mal gelungen, sind viele bereit, motiviert weiter zu üben.

Wichtig bei der Konfrontation mit den Angstreizen ist, dass keine Beruhigungsmittel (Benzodiazepine) eingenommen werden. Auch auf so genanntes Sicherheitsverhalten (zum Beispiel Mitnehmen eines „Notfallmedikaments“ oder eines Handys, um im „Notfall“ Hilfe rufen zu können) sollen die Patienten verzichten. Der Grund dafür ist, dass sie während der

Übungen die Erfahrung machen sollen, die Angst aus eigener Kraft aushalten und bewältigen zu können.

Neben diesen stufenweisen Formen der Konfrontation gibt es auch noch die Methode der Reizüberflutung („Flooding“). Dabei wird der Patient unmittelbar mit der am meisten angstauslösenden Situation konfrontiert und muss diese so lange aushalten, bis die Angst deutlich nachgelassen hat. Diese Methode wird wegen ethischer Bedenken heute aber nur noch relativ selten durchgeführt.

Ergänzt wird die Konfrontationsbehandlung meist durch Methoden der so genannten kognitiven Therapie. Hierbei lernt der Patient, zu erkennen, welche Fehler er bei der Einschätzung einer angstauslösenden Situation macht. Zum Beispiel überschätzt er die Wahrscheinlichkeit, dass etwas Schlimmes passieren wird, oder hat übertriebene Katastrophenphantasien. Im Lauf der Therapie sollen die fehlerhaften Bewertungen verändert und durch eine realistischere Sicht der Dinge werden.

Fallbeispiel

Herr B. hat große Angst vor dem U-Bahn-Fahren. Er glaubt, dass es ziemlich wahrscheinlich ist, dass dort ein Unfall oder ein Anschlag passiert. Häufig stellt er sich lebhaft vor, dass die U-Bahn im Tunnel stehen bleibt und er dort stundenlang gefangen ist, oder dass ein Feuer ausbricht und er es nicht schafft, durch den Tunnel zu fliehen. Im Lauf der Therapie ändern sich seine Gedanken wie folgt: „Die U-Bahn kann schon mal im Tunnel stehenbleiben. Dies bedeutet aber sehr wahrscheinlich noch keine Gefahr. Meist fährt sie nach ein paar Minuten wieder weiter. Ein Feuer oder ein Anschlag ist bisher noch nie vorgekommen, obwohl ich schon seit der Kindheit U-Bahn fahre.“

Besonderheiten bei der Therapie der Blutphobie

Eine Blut- oder Spritzenphobie wird im Prinzip ähnlich wie andere Angststörungen behandelt: Die Betroffenen werden unter Anleitung zunächst mit den weniger beängstigenden und nach und nach mit immer stärker angstauslösenden Reizen konfrontiert - jeweils so lange, bis die Angst deutlich zurückgeht.

Um gleichzeitig zu verhindern, dass eine Ohnmacht auftritt, lernen die Patienten vor der Konfrontation die Methode der so genannten „Applied Tension“. Zunächst üben sie, die Oberschenkelmuskeln etwa 15 bis 20 Sekunden lang fest anspannen, was dem „Absacken“ des Blutes im Körper entgegenwirkt. Anschließend werden die Patienten Schritt für Schritt mit den Angstreizen konfrontiert und sollen dabei jedes Mal die Oberschenkelmuskeln anspannen, wenn sie erste Anzeichen einer Ohnmacht (z. B. Schweiß auf der Stirn, Ohrensausen) bemerken. Die Muskelspannung sollen sie so lange beibehalten, bis die Anzeichen der Ohnmacht wieder verschwunden sind.

Auf diese Weise lernen die Betroffenen schnell, dass der Kontakt mit Spritzen oder Blut nicht zwangsläufig zu einer Ohnmacht führt. Daher lässt sich die Blutphobie mit dieser Methode häufig in relativ kurzer Zeit erfolgreich behandeln.

Besonderheiten bei der Therapie der Panikstörung

Für jemanden, der unter einer Panikstörung leidet, ist es besonders wichtig zu wissen, dass eine Panikattacke keine körperliche Gefahr bedeutet. Durch kleine Übungen in der Therapie

können die Betroffenen die Erfahrung machen, dass körperliche Veränderungen wie Herzklopfen oder Schwindel durch Aufregung zustande kommen und an sich harmlos sind. Sie führen also nicht zu der von vielen befürchteten Katastrophe, zum Beispiel zu Ohnmacht oder zu einem Herzinfarkt.

Auch bei der Panikstörung ist die Konfrontation mit angstauslösenden Situationen ein wichtiger Bestandteil der Therapie. Während der Konfrontation üben die Patienten gleichzeitig auch, ihre Aufmerksamkeit nicht ständig auf die Vorgänge in ihrem Körper zu richten und stattdessen zum Beispiel mehr auf äußere Reize oder Veränderungen zu achten.

2. Psychoanalytische und tiefenpsychologische Ansätze

Bei diesen Therapieansätzen wird versucht, gemeinsam mit dem Patienten den unbewussten Konflikt, der hinter den Ängsten steckt, aufzudecken. Dieser wird anschließend „bearbeitet“. Dazu werden die Gefühle, die zu dem Konflikt geführt haben, so dass der Patient ihn praktisch nochmals durchlebt. Weiterhin lernt der Patient in der Therapie auch, auftretende Ängste besser bewältigen zu können. Durch die Therapie soll die mit dem Konflikt verbundene Angst überflüssig werden und dadurch wieder verschwinden.

Entspannungsverfahren und Sport

Entspannungsverfahren sind vor allem für die Veränderung der starken körperlichen Anspannung bei Ängsten wichtig. Durch eine geringere Anspannung nehmen häufig auch die körperlichen Symptome der Angst wie Unruhe, Herzklopfen oder Druck auf der Brust deutlich ab. Zu den wichtigsten Entspannungsverfahren gehören die progressive Muskelrelaxation (PMR) nach Jacobson, das autogene Training und Biofeedback-Methoden.

Bei der progressiven Muskelrelaxation (PMR) sollen die Muskeln des Körpers in einer festgelegten Reihenfolge zunächst kurz angespannt und anschließend entspannt werden. Am Anfang sollte man regelmäßig etwa eine Stunde lang üben, mit der Zeit kann die Entspannung dann meist nach immer kürzerer Zeit herbeigeführt werden.

Beim autogenen Training werden Körperübungen und bildliche Vorstellungen eingesetzt, um einen entspannten Zustand herbeizuführen. So geht es in den Übungen zum Beispiel darum, ein Gefühl von Schwere oder Wärme im Körper zu erzeugen oder die Atmung oder den Herzschlag bewusst zu regulieren.

Biofeedback ist eine Methode, bei der körperliche Prozesse (zum Beispiel der Herzschlag oder die Anspannung bestimmter Muskeln) mithilfe von Elektroden gemessen und aufgezeichnet werden. Der Patient kann die Kurven auf dem Bildschirm beobachten und lernt nun allmählich, sie gezielt zu beeinflussen und zum Beispiel nach oben oder nach unten zu steuern. Auf diese Weise kann er mit der Zeit zum Beispiel seinen Herzschlag bewusst senken oder bestimmte Muskelgruppen bewusst entspannen.

Auch Sport kann eine hilfreiche Maßnahme sein, um Angst und Anspannung zu reduzieren. So haben Untersuchungen gezeigt, dass bereits 30 Minuten Sport am Tag zu einer deutlichen Verminderung der Angstsymptome führen. Ein Problem dabei ist häufig, dass gerade Menschen mit Angst körperliche Anstrengungen meiden, weil diese zu gefürchteten körperlichen Veränderungen wie Herzrasen führen können. Deshalb ist es wichtig, dass Patienten mit Ängsten diese Hemmschwelle überwinden.

Medikamente gegen Angst - Wirkungen, Nebenwirkungen und mögliche Probleme

Weiterhin können auch Medikamente zur Behandlung von Ängsten eingesetzt werden. Dabei ist zu beachten, dass die Angst nach dem Absetzen der Medikamente meist schnell wieder zurückkehrt, wenn nicht gleichzeitig eine Psychotherapie stattfindet. Denn nur in der Therapie lernen die Betroffenen, wie sie mit der Angst anders umgehen können. Deshalb werden Medikamente meist in Ergänzung zu einer Psychotherapie verschrieben.

Folgende Gruppen von Medikamenten lassen sich unterscheiden:

1. Antidepressiva

Meist werden bei einer Angsterkrankung Antidepressiva verschrieben, die eine angstlösende und beruhigende Wirkung haben. Am besten haben sich dabei Antidepressiva aus der Gruppe der selektiven Serotonin-Wiederaufnahmehemmer (SSRI) und der selektiven Serotonin-Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmer (SNRI) bewährt. Diese zielen darauf ab, die Konzentration der Botenstoffe Serotonin und Noradrenalin im so genannten synaptischen Spalt zwischen den Nervenzellen zu erhöhen und so das „Ungleichgewicht“ dieser Botenstoffe bei Angsterkrankungen wieder auszugleichen. Seltener werden Medikamente aus der Gruppe der trizyklischen Antidepressiva oder der so genannten MAO-Hemmer bei Ängsten eingesetzt. Eine Besonderheit bei allen Antidepressiva ist, dass ihre volle Wirksamkeit erst nach zwei bis drei Wochen einsetzt - sie müssen also so lange eingenommen werden, um zu beurteilen, ob sie hilfreich sind oder nicht.

Bei allen Antidepressiva können Nebenwirkungen auftreten, die meist in den ersten Wochen der Einnahme am stärksten sind und danach allmählich wieder zurückgehen. Die häufigsten Nebenwirkungen bei SSRI und SNRI sind Magen-Darm-Beschwerden wie Übelkeit, Durchfall, Appetitlosigkeit und Erbrechen. Weiterhin können auch Schlafstörungen und sexuelle Funktionsstörungen auftreten. Bei SNRI kann es zu Beginn der Einnahme zu Kopfschmerzen, einem beschleunigten Herzschlag und zum Teil zu Unruhe kommen. Allerdings sind die Nebenwirkungen bei SSRI und SNRI meist deutlich geringer als bei trizyklischen Antidepressiva. Hier kann es neben den bisher genannten Nebenwirkungen auch zu Mundtrockenheit, Verstopfung, Veränderungen des Herzschlags, Schwindel, Müdigkeit und Gewichtszunahme kommen.

2. Benzodiazepine

Arzneimittel, die auf der Ebene des Neurotransmitters GABA ansetzen, können Angst schnell und wirkungsvoll lindern. Diese so genannten Benzodiazepine führen jedoch schnell zu Abhängigkeit. Daher sollten sie nur wenn unbedingt notwendig und immer nur für kurze Zeit in genauer Absprache mit dem Arzt eingenommen werden. Wichtig ist außerdem, dass Benzodiazepine nicht abrupt abgesetzt werden dürfen, sondern die Dosis schrittweise im Lauf mehrerer Wochen reduziert wird. Ansonsten kann es zu starken Entzugssymptomen wie Schlafstörungen, Unruhe, Angst und sogar zu epileptischen Anfällen kommen.

3. Betablocker

Manchmal werden bei starken Ängsten auch Betablocker verschrieben. Diese wirken allerdings nicht direkt auf die Angst. Sie führen jedoch dazu, dass die Wirkung der Stresshormone Adrenalin und Noradrenalin auf den Körper, insbesondere auf das Herz, verringert wird. Trotz

Stress oder Angst steigern Herzrate und Blutdruck dann weniger stark an. Dies kann dazu beitragen, den Teufelskreis zwischen körperlichen Symptomen und Angst zu unterbrechen.

Betablocker führen nicht zu Abhängigkeit. Nebenwirkungen können jedoch Müdigkeit, Benommenheit, lebhaftere Träume und niedergeschlagene Stimmung sein. Bei Asthma und bestimmten Herzerkrankungen sollten keine Betablocker eingenommen werden.

Autorin: Christine Amrhein für Pro Psychotherapie e.V.

Therapeutensuche

Auf der Webseite können Sie nach geeigneten Therapeuten suchen:
<http://www.therapie.de/psychotherapie/>

Quellen

Medizin- und Gesundheitsdienst Onmeda
www.onmeda.de

S. Schmidt-Traub und T.-P. Lex (2005): Angst und Depression. Hogrefe-Verlag, Göttingen.

WHO (2010). Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10, Kapitel V (F). Klinisch-diagnostische Leitlinien. 7., überarbeitete Auflage. Hrsg. H. Dilling, W. Mombour & M. H. Schmidt. Verlag Hans Huber, Bern.

K. Lieb, B. Heßlinger & G. Jacob (2009). 50 Fälle Psychiatrie und Psychotherapie. Bed-side-learning. Urban & Fischer Verlag, München.

J. Margraf & S. Schneider (2009). Lehrbuch der Verhaltenstherapie. Springer-Verlag, Heidelberg.