

Experten-Statements

KOSTENLOSE SONDERAUSGABE

Erfahrungsberichte

Hintergrundwissen

Selbsthilfetipps



WENN ANGST ZUM PROBLEM WIRD

INFORMATIONEN UND HILFE
BEI ANGSTSTÖRUNGEN

dotz

DIE ANGST-ZEITSCHRIFT
DAS SELBSTHILFEJOURNAL BEI ANGSTSTÖRUNGEN

Die daz

Die daz ist die Zeitschrift der Deutschen Angstselbsthilfe (DASH) und wird von Angstbetroffenen für Angstbetroffene gemacht. Sie erscheint vier mal pro Jahr.

Die daz informiert über Angststörungen, Therapien und wissenschaftliche Entwicklungen. Sie enthält persönliche Erfahrungsberichte, praktische Tipps, Literaturhinweise, Adressen, Termine und vieles mehr.

Hinweis zu Abo und Bestellungen aller Ausgaben finden Sie auf unserer Homepage:

www.angstselbsthilfe.de/daz



Foto: Simone Naumann Fotografie

Liebe Leserinnen, Liebe Leser,

laut aktuellen Studien leiden 10 Millionen Deutsche unter Angststörungen. Eine erschreckend hohe, bedrückende Zahl, wenn man sich vor Augen führt, mit welchen Beeinträchtigungen im Alltag und mit welchem persönlichen Leid diese Erkrankungen häufig verbunden sind. Nicht nur für die Betroffenen selbst, sondern oft auch für deren Angehörige.

Trotzdem gibt es keinen Grund, schwarz zu sehen. Es gibt viele wirksame Behandlungsmöglichkeiten und auch die Angstselbsthilfe hat sich seit vielen Jahren als Unterstützungsangebot für Betroffene bewährt. Ein erster Schritt, um selbst aktiv werden und einen Weg aus der Angst finden zu können, ist, sich fundiert über Krankheitsbild und Behandlungs- sowie Selbsthilfemöglichkeiten zu informieren.

Das vorliegende, kostenlose Sonderheft der daz gibt einen Überblick über die wichtigsten Angststörungen und informiert, wo und wie man sich Hilfe suchen kann. Wir konnten es dank finanzieller Unterstützung des BKK Dachverbands realisieren.

Außerdem erscheint das daz-Sonderheft mit tatkräftiger Unterstützung von „A runde Sach“ in einem völlig neuen Layout. Die Illustrationen von Sabine Lemke in diesem Heft geben einen positiven Ausblick auf das Leben ohne die jeweilige Angsterkrankung. Damit möchten wir einen Akzent setzen, raus aus der Angstspirale, hin zu einem bunten, unbeschwerteren und selbstbestimmten Leben.

Auch Du kannst es schaffen und wir hoffen, Dich damit auf deinem Weg ein Stück weit unterstützen zu können!

Viel Spaß beim Lesen wünscht
Christian Zottl



04 WENN DIE ANGST ZUM PROBLEM WIRD
Die Angst aus verschiedenen Blickwinkeln: biologisch, anthropologisch, philosophisch, kulturell, psychologisch

10 WIE VIEL ANGST IST NOCH NORMAL?
Wenn Angst krankhaft wird

11 WELCHE ANGSTSTÖRUNGEN GIBT ES?
Klassifikation von Angststörungen

12 SPEZIFISCHE PHOBIE
Urängste im Menschen

16 SOZIALE PHOBIE
Die Angst, sich vor Anderen zu blamieren

20 AGORAPHOBIE
Die Angst, nicht flüchten zu können

24 PANIKSTÖRUNG
Die Angst, sich nicht auf den eigenen Körper verlassen zu können

28 GENERALISIERTE ANGST
Die Sorgenkrankheit

32 ANGST UND DEPRESSION GEMISCHT
Zwei, die gut zusammenpassen

36 POSTTRAUMATISCHE BELASTUNGSSTÖRUNG
Der Schrecken, der kein Ende nimmt

38 ZWANGSSTÖRUNGEN
Die Zweifelkrankheit

40 ÄNGSTE BEI KINDERN
Kleine Menschen - Große Ängste

42 BEHANDLUNG MIT MEDIKAMENTEN
Ergänzung zur Psychotherapie

43 DER WEG ZUR THERAPIE
Wie finde ich den richtigen Therapeuten?

44 SELBSTHILFE
Mut schöpfen in der Gruppe

45 NÜTZLICHE ADRESSEN / IMPRESSUM

46 LITERATUR UND BUCHEMPFEHLUNGEN



Angst hat viele Gesichter

DAS GROSSE SPECIAL ÜBER DIE VERSCHIEDENEN AUSPRÄGUNGEN DER ANGST AUF 30 SEITEN

- >> Hintergrundwissen
- >> Berichte von Betroffenen
- >> Experteninterviews
- >> Behandlungsmethoden
- >> Selbsthilfe-Tipps



Diese Sonderausgabe der daz entstand mit finanzieller Unterstützung durch eine Projektförderung des BKK Dachverbands.



Wir danken außerdem dem Münchner Dienstleisternetzwerk „A runde Sach“, das uns bei der Erstellung dieser Sonderausgabe der daz professionell und ehrenamtlich ein Jahr lang unterstützt hat.



Foto: REvolution (Anja Brunsamm) / Photocase.de

Aspekte der Angst

EIN GEFÜHL AUS VERSCHIEDENEN BLICKWINKELN BETRACHTET:
BIOLOGISCH, ANTHROPOLOGISCH, PHILOSOPHISCH, KULTURELL,
PSYCHOLOGISCH

Die Angst schnürt ein, Hals und Brust, den Kontakt zu anderen Menschen, die berufliche Karriere, letztlich das ganze Leben. (Nadine)

Angst, der man nicht entgegentritt, weitet sich immer mehr aus. (Markus)

Der größte Fehler im Leben ist es, Angst zu haben, einen Fehler zu machen. (Dietrich Bonhoeffer)

Angst gehört zum Leben, sie macht ein Ziel wertvoll. (Susanne)

Angst verleiht Flügel. (Sprichwort)

Die Angst hat mein Leben völlig zerstört: Ich bin nichts, ich weiß nichts, ich kann nichts. Ich bin nur ein großes Nichts, ein Loch in der Landschaft. (Thomas)

Die Furcht vor der Gefahr ist schrecklicher als die Gefahr selber. (Sprichwort aus Afrika)

Erst die Angst macht uns echt. (Anna)

Angst lässt uns nicht im Jetzt, sondern im Vielleicht leben. Letzten Endes lässt sie uns gar nicht leben. (Christoph Marzi)

Die Angst ist eine Kraft. (Titel eines Buches von Willi Butollo)

DIESE ZITATE ÜBER DIE ANGST von bekannten Personen wie auch von Betroffenen aus Selbsthilfegruppen sollen die ganze Spannweite des Phänomens Angst zum Ausdruck bringen. Kaum eine andere menschliche Emotion hat eine solche Vielzahl von Erscheinungsformen und wird so kontrovers bewertet wie die Angst. Das zeigt sich an den vielen verwandten Begriffen: Furcht, Panik, Entsetzen, Grauen, Schrecken, Horror, Phobie, Beklemmung, Hilflosigkeit, Besorgnis und andere mehr.

Überspitzt könnte man sagen: Es gibt so viele Ausformungen von Angst, wie es Menschen gibt. Denn jeder Mensch hat seine persönliche, in seinem Leben gewachsene Angst und seine eigene Weise, mit ihr umzugehen.

Dennoch bezeichnen wir alle diese Erscheinungsformen mit dem einen Wort Angst. Es muss also einen gemeinsamen Kern aller dieser Arten von Angst geben, den jeder Mensch versteht. Im Folgenden soll versucht werden, diesen allgemeinen Kern des Angstgeschehens näher zu beleuchten. Dies soll durch fünf verschiedene Blickwinkel auf die Angst geschehen:

» **DER BIOLOGISCHE ASPEKT** erklärt, was biologisch (im Körper, im Gehirn) geschieht, wenn wir Angst haben und fragt, zu welchem Zweck es überhaupt Angst gibt.

» **DER ANTHROPOLOGISCHE ASPEKT** beschreibt, wie sich die Angst beim Menschen fundamental von der bei Tieren unterscheidet.

» **DER PHILOSOPHISCHE ASPEKT** zeigt auf, warum Angst geradezu ein Wesensmerkmal des menschlichen Daseins ist.

» **DER KULTURELLE ASPEKT** stellt dar, wie die Kultur auf das Angstgeschehen einwirkt und die Angst beim Menschen unzählige Facetten annehmen kann.

» **DER PSYCHOLOGISCHE ASPEKT** gibt die wissenschaftlich Erforschung der Angst und die Ursachen der Angststörungen wieder.

AUTOR:
Bernhard Beller

ANGST – BIOLOGISCH GESEHEN

DIE EMOTION ANGST

Betrachten wir einmal das Wort Angst sprachlich. Das deutsche Wort Angst kommt aus der Wurzel „ang“, die verwandt ist mit „eng“. Dieselbe Verwandtschaft gibt es auch in anderen Sprachen: Lateinisch angustus = eng, griechisch angein = würgen. Angst ist also in seiner Urbedeutung ein körperlicher Vorgang, der die Brust eng macht und die Kehle zuschnürt, was zu Beklemmung und Atemnot führt – ein äußerst unangenehmes Gefühl. Der Auslöser dieses Gefühls ist die Wahrnehmung eines Reizes, der als Bedrohung angesehen wird (es reicht auch schon die Erwartung/Befürchtung eines bedrohlichen Reizes). Das daraufhin einsetzende Angstgefühl treibt uns an, etwas zu tun, aktiv zu werden, um diese Bedrohung zu „beseitigen“. Dieses antreibende Moment ist eine Grundfunktion, geradezu der Kern aller Emotionen (das Wort Emotion leitet sich ab von lateinisch emovere = wegbewegen, sich herausbewegen).

Alle Emotionen bestehen aus zwei Teilen: einem objektiven, weil sichtbaren und messbaren körperlichen Prozess, und einem subjektiven Gefühl. Der für die Angst charakteristische körperliche Prozess besteht u.a. aus folgenden Elementen:

- + der Blutdruck steigt
- + das Herz schlägt schneller
- + die Atmung wird beschleunigt
- + die Muskeln werden aktiviert

Angst und Furcht

In der Psychologie wie in der Philosophie wird bisweilen (aber nicht immer konsequent) zwischen Angst und Furcht unterschieden. Furcht entsteht bei einer unmittelbaren, konkreten Bedrohung, sie ist auf etwas Bestimmtes gerichtet (auf ein Objekt, Lebewesen oder eine Situation). Furcht resultiert also aus dem Wissen oder der Erwartung (Befürchtung), dass von einem Objekt eine Gefahr droht.

Angst dagegen ist unbestimmt, ungerichtet, es ist das Gefühl einer ständigen, aber nicht greifbaren Bedrohtheit. Während Furcht bei Menschen und Tieren gleichermaßen auftritt, scheint Angst ein spezifisch menschlicher Zustand zu sein. Zu beachten ist jedoch, dass diese Unterscheidung in der Alltagssprache nicht durchgehalten wird, vielmehr beide Begriffe synonym verwendet werden.

- + die Schweißproduktion wird erhöht
- + andere Systeme (wie Verdauung, Immunabwehr) stellen ihre Arbeit ein

Diese Veränderungen haben den Zweck, den Körper auf eine Reaktion auf den bedrohlichen Reiz vorzubereiten. Er wird unter Spannung, unter Stress gesetzt. Man nennt diese Aktivierung daher Stressreaktion. Im Falle einer Bedrohung gibt es – beim Menschen wie beim Tier – zwei sinnvolle Verhaltensweisen: Flucht oder Kampf.

FLUCHT vor Naturgewalten (Feuer, Wasser), vor einem Raubfeind.

KAMPF gegen einen Eindringling in mein Revier, einen Konkurrenten, der meine Ressourcen bedroht; dann ist nicht Rückzug die erste Wahl, sondern Kampf.

Für beide Fälle, Flucht oder Kampf (auf englisch „flight or fight“), ist der Körper durch die Stressreaktion vorbereitet, steht die notwendige Energie zum Handeln zur Verfügung. Da beide Reaktionsweisen auf derselben Stressreaktion aufbauen, wird verständlich, warum sie leicht ineinander umkippen können, ebenso wie die dazugehörigen Gefühle

Angst ist eine angeborene Reaktion. Sie ist zwar unangenehm, aber nützlich, sie warnt vor Gefahren.

Angst bzw. Ärger/Wut (abhängig von der Einschätzung der eigenen Möglichkeiten und Kompetenzen). Angst ist also ein von der Natur vorgegebenes Programm, das ein sinnvolles Handeln auf einen Bedrohungsreiz ermöglicht.

DER LANGE UND DER KURZE WEG DER ANGST

Wie sehr die Angst ursprünglich dem Überleben diene, zeigt sich in der von Joseph LeDoux entdeckten Schnellreaktion des Angstsystems im Gehirn, die ohne Beteiligung des Denkens abläuft. Im Gehirn aller Wirbeltiere gibt es ein Areal, genannt das limbische System, das für die Verarbeitung von Emotionen zuständig ist. Das limbische System umfasst mehrere Teile, von denen besonders die Amygdala (auch Mandelkern genannt) von Bedeutung ist. In ihr sind emotionale Reize abgespeichert, d.h. dort liegen Informationen, was bedrohlich ist, was ekelig, was wütend macht und was traurig.

Wird über die Sinnesorgane ein Gefahrenreiz wahrgenommen, so wird die Information einmal an den Neocortex (Großhirn) geleitet, wo sie genauestens analysiert wird, zum anderen an die Amygdala, die den Reiz mit schon gespeicherten Reizen vergleicht. Dieser Abgleich

läuft sehr schnell ab und funktioniert damit nur recht oberflächlich. Wenn ein eingehender Reiz nur so ähnlich ist wie ein schon gespeicherter, reagiert die Amygdala darauf und schlägt Alarm. Sie schickt Signale an den Hirnstamm, der einen allgemeinen Alarmzustand im gesamten Gehirn bewirkt, und an den Hypothalamus (das Steuerungszentrum des vegetativen Nervensystems), der wiederum das sympathische (d.h. erregende) Nervensystem aktiviert, wodurch die oben genannten körperlichen Veränderungen ausgelöst werden. Des Weiteren sorgt der Hypothalamus für die Ausschüttung von Stresshormonen, die Energie für die Organe bereitstellen (siehe den Artikel Angstalarm!, daz Nr. 37).

Das alles geschieht im Bereich von Millisekunden. Das Großhirn dagegen braucht für seine detailliertere Analyse der Daten etwa doppelt so lange. Stellt es fest, dass der Reiz doch nicht bedrohlich ist, bläst es die Stressreaktion wieder ab. Ist jedoch eine Reaktion vonnöten, erarbeitet das Großhirn eine angemessene Antwort, wobei es auf erfolgreiche Reaktionsmuster der Vergangenheit zurückgreift.

ANGST UND LERNEN

Die Angst hat – neben der Aktivierung des Körpers in einer *aktuellen* Stressreaktion – noch eine zweite wichtige Überlebensfunktion: Sie dient dem Erlernen und damit dem *künftigen* Vermeiden von Gefahren. Kommen wir in eine bedrohliche Situation und empfinden dabei Angst, so verknüpft (asoziiert) das Gehirn diese beiden Vorgänge miteinander und speichert sie in der Amygdala ab. Dabei gilt: Je intensiver die Angst, desto stärker der Lerneffekt. Tritt in Zukunft eine analoge oder ähnliche Reizkonstellation auf, so reagiert der Körper automatisch mit der Angstreaktion und warnt damit davor, dass hier eine Gefahr lauern könnte, die man entweder ganz vermeidet oder der man mit erhöhter Aufmerksamkeit begegnet.

Man nennt dieses Lernen aus eigener Erfahrung Konditionierung. Die Angst kann entweder direkt aus einem negativen Erlebnis resultieren, z.B. einem Hundebiss, dem Feststecken im Aufzug (Reizkonditionierung), oder durch die negative Reaktion anderer Personen auf das eigene Verhalten ausgelöst werden. Solche negativen Reaktionen können eine körperliche Strafe sein, aber auch barsche Kritik, Auslachen oder Demütigung. Wer immer wieder derartige negative Erfahrungen erlebt hat, wird mit der Zeit viel schneller mit Stress und Angst auf entsprechende Situationen reagieren und wird dieses Verhalten zunehmend vermeiden (Verhaltenskonditionierung).

ANGST – ANTHROPOLOGISCH GESEHEN

ANGST BEI MENSCH UND TIER

Schon Tiere haben Angst, d.h. es laufen dieselben körperlichen Vorgänge der Stressreaktion ab und auch Tiere lernen aus der Angst. Doch gibt es einen grundlegenden Unterschied: Die Angst von Tieren ist eine situative Angst, die durch einen konkreten Reiz ausgelöst wird und der Situation angemessen ist (also eine Furchtreaktion). Ist die Situation geklärt, verschwindet die Angst. Angst bei Tieren ist eine instinktive Reaktion, die dem Überleben dient. Beim Menschen dagegen geht die Angst weit über diesen bloßen Überlebensmechanismus hinaus. Zu der situationsgebundenen Angst kommt noch eine andere Form von Angst dazu, die man als existenzielle Angst oder Daseinsangst bezeichnen kann.

DIE „NORMALISIERTE FRÜHGEBURT“

Der Grund hierfür ist in der Evolution des Menschen zu suchen und in dem, was ihn am meisten von den Tieren unterscheidet: sein großes Gehirn und das dadurch ermöglichte Bewusstsein. Wegen der Ausbildung des großen Gehirns wird während der Schwangerschaft weniger Energie in die Ausbildung des Körpers gesteckt. Die Folge ist, dass das menschliche Baby ziemlich unentwickelt zur Welt kommt. Es ist unproportioniert (zu großer Kopf, den es nicht selber halten kann), es beherrscht keine koordinierten Bewegungen, verfügt über keine ausgereiften Sinnesorgane und kann nur rudimentär kommunizieren. Der Biologe Adolf Portmann hat den Menschen deswegen als eine „normalisierte Frühgeburt“ bezeichnet. Verglichen mit den Menschenaffen erreicht der Mensch erst mit einem Jahr den Reifezustand, den Affen bei der Geburt besitzen.

Infolgedessen ist das menschliche Baby für lange Zeit von der Betreuung und dem Schutz durch andere Menschen abhängig, ohne die es nicht überleben würde. Das kleine Kind, auch wenn es noch nicht denken kann, spürt diese völlige Hilflosigkeit und Abhängigkeit und reagiert immer wieder mit Angst, wenn die Mutter trotz seines Schreiens nicht sofort erscheint.

URANGST UND URVERTRAUEN

Jeder Mensch erlebt zu Beginn seines Lebens ein solches Gefühl existenzieller Bedrohung, wie es kein Tier vergleichbar erlebt. Er erfährt die Urangeit vor dem Tod, nicht nur als Gedanke, sondern ganz real. Die Urangeit des Menschen ist die Angst vor dem Verlassenwerden, zuerst durch die Mutter, später durch andere Menschen. Bei den Zulus wird anstelle des

Gedanken zur Angst (1)

- + Angst ist eine evolutionär entstandene Überlebensreaktion. So entsetzlich und lebensbedrohlich sich Angst subjektiv auch anfühlen mag, etwa bei einem Panikfall, man kann an ihr nicht sterben.
- + Das Gehirn ist lebenslang lernfähig. Es kann die Angstreaktion mit allen möglichen Objekten und Situationen verknüpfen, es kann diese Verknüpfungen aber auch wieder lösen. Eine Angsterkrankung ist kein Schicksal, sie ist nicht angeboren, sondern erworben und kann daher auch überwunden werden.
- + Überwindung ist dabei aber nicht als Löschung der Angst zu verstehen. Der

Aufbau unseres Gehirns zeigt, dass eine untergeordnete Einheit (wie das limbische System) von der übergeordneten Einheit (dem Neocortex) zwar gelenkt, aber nicht ausgeschaltet werden kann. Der Gedanke, völlig angstfrei zu werden, ist daher eine Illusion. Die einmal erlernte Angstreaktion der Amygdala in einer bestimmten Situation kann zwar reduziert werden, es wird aber immer eine gewisse Angstsensibilität bleiben. Was aber erreicht werden kann: die Kontrolle über das aus der Angstreaktion folgende Verhalten, besonders das Vermeidungsverhalten, zu gewinnen. Therapeuten oder Medikamente, die versprechen, völlig frei von Angst zu werden, sind daher mit Vorsicht zu genießen.

Wortes Angst der Ausdruck verwendet: „Mutter, kommst du wieder?“ (daz Nr. 65, S. 9). Erst die Fürsorge und die Unterstützung durch die Eltern (bzw. die Bindungspersonen) reduzieren diese Angst, führen zu der Erfahrung, nicht allein zu sein und Beistand und Hilfe zu bekommen.

Gerade Kinder haben viel mehr Angst als Erwachsene, leben sie doch in einer Umwelt, die sie noch nicht kennen und nicht einschätzen können. Bei der Erforschung der Welt und in jedem neuen Entwicklungsschritt erfährt das Kind erneut die Angst und benötigt die Erfahrung, die schwierige Situation und die Angst meistern zu können. In einer schützenden und verstehenden Umgebung kann die Urangeit überwunden werden und kann sich an deren Stelle Urvertrauen entwickeln.

Sind die Eltern aber, aus welchem Grund auch immer, nicht in der Lage, dem Kind die Angst zu nehmen, erfährt es nicht das Gefühl, in der Familie oder der Primärgruppe geborgen und angenommen zu sein, sich auf andere verlassen zu können, so bleibt ein ständiges Gefühl der Unsicherheit und des Bedrohtheits bestehen. Die Welt erscheint dann als nicht vertrauenswürdig, als potenziell gefährlich und feindselig (siehe dazu auch den Punkt „Soziale Faktoren“, S. 9).

ANGST – PHILOSOPHISCH GESEHEN

DAS WISSEN UM SICH SELBST

Im Laufe der Evolution ist der Mensch sich seiner selbst bewusst geworden. Während das Tier zwar Angst erlebt, hat es kein Wissen von dieser Angst. Dagegen ist es dem Menschen möglich, zu sich selbst in Distanz zu treten. Er kann sich geistig auf einen Standpunkt außerhalb seiner selbst stellen und sich quasi von außen betrachten, sein Verhalten, sein eigenes Ich (Beobachterstandpunkt).

Das auf den Reiz folgende Verhalten ist beim Tier (mehr oder minder) festgelegt. Tiere „wissen“ automatisch, was zu tun ist,

das sagt ihnen ihr Instinkt. Der Mensch aber ist aufgrund seiner Evolution „aus der Natur herausgefallen“, er hat die Naturgebundenheit der Tiere verloren und

ist daher nicht mehr festgelegt (Instinktverlust). Das hat ihm einerseits einen viel größeren Handlungsspielraum als Tieren eröffnet, andererseits die Bürde auferlegt, die Handlungsfreiheit, die er dadurch gewonnen hat, selbst und auf sich gestellt auszufüllen. Er ist das Wesen, das nicht nur einfach lebt, sondern sein Leben *fühlen* muss. Sein Leben führen aber bedeutet, sich entscheiden zu müssen, bedeutet, einen Lebensentwurf zu wählen. Und in

ben, sondern auch überblicken – in die Vergangenheit, aber auch in die Zukunft. Ihm ist sein eigener Tod bewusst. Hinzu kommt noch das Wissen, dass er, wie Martin Heidegger sagte, „in die Welt geworfen“ ist, ohne sein eigenes Zutun an diesem Ort und zu dieser Zeit lebt. Dieses Wissen von der Zufälligkeit und Endlichkeit seines Daseins muss der Mensch mit einer lebenslangen, unausweichlichen Angst bezahlen.

Angst ist hier als metaphysische Angst zu verstehen. Es ist nicht die Angst zu verhungern, die Angst verlassen zu werden, sondern die Angst, sein eigenes Leben zu verfehlen, ein sinnloses Leben zu führen. Immer wieder quält uns die Frage: Lebe ich das richtige Leben? Oder lebe ich nur, was andere mir sagen? Wird etwas von mir bleiben oder bleibt nur nichts? In Situationen, in denen solche Fragen auftauchen, zeigt sich, wie die Existenzphilosophie sagt, die Erschließungskraft der Angst: Erst die Angst vor der Nichtigkeit des eigenen Seins macht das Leben wertvoll.

ANGST – KULTURELL GESEHEN

JEDE ZEIT HAT IHRE ÄNGSTE

Der Mensch kann zu seiner Angst Stellung beziehen, er kann sie bewerten. Diese Bewertung ist zum einen individuell, abhängig von der eigenen „Angstgeschichte“. Aber sie ist auch kulturell geprägt, d.h. der Einzelne denkt über seine Angst in starkem Maße das, was die Gesellschaft im Allgemeinen über Angst denkt. Angst ist also nicht nur ein biologisches Geschehen, sondern immer auch ein kulturelles.



Foto: Tatyana Tomisicova / Thinkstockfoto

Kinder haben viel mehr Angst als Erwachsene, diese nehmen ihnen die Angst im Regelfall.

dieser Entscheidung steht jeder für sich ganz allein, niemand kann ihm diese Last und die Angst davor abnehmen.

ANGST, SEIN LEBEN ZU VERFEHLEN

Aufgrund des Beobachterstandpunktes hat der Mensch ein Wissen von sich selbst. Er kann sein Leben nicht nur le-

Gedanken zur Angst (2)

- + Angst ist eine elementare Erfahrung des Menschen, es ist ein Grundgefühl menschlicher Existenz. Denn der Mensch muss sich erst vom hilflosen Baby zu einer reifen Person entwickeln. Jeder neue Schritt auf diesem Weg ist von Angst begleitet, denn jedes Neue, jedes Verlassen von Vertrautem, ist verbunden mit Angst. Es gibt keine Entwicklung ohne Angst.

Veränderung und Entwicklung. Erst in der Angst, in der Krise lernen wir unsere Fähigkeiten kennen. „Ohne Angst sind wir nicht menschlich. Ohne Angst können wir nicht in die Tiefe gehen. Ohne Angst können wir das Leben nicht richtig wahrnehmen und richtig leben, weil wir die Orientierung verlieren. Ohne Angst können wir die anderen Menschen nicht wirklich verstehen, denn Angst hat viel mit Empathiefähigkeit zu tun. Das heißt, ohne sie können wir auch keine tiefen Beziehungen zu anderen herstellen. Ohne Angst wären wir verloren“ (Egon Fabian, daz Nr. 65, S. 12).

- + Doch sollte man die Angst dafür nicht verteufeln, sondern sie als eine konstruktive Kraft ansehen. Sie rüttelt uns auf und lässt uns voranschreiten. Ohne Angst würden wir in Letargie versinken, weil uns alles egal wäre und es keine Anreize gäbe für



Foto: shiningchris (Chris Gentner) / Photocase.de

Der Einfluss der Kultur auf die Angst betrifft weniger das subjektive Gefühl der Angst, sondern die Dinge, *wovor* wir Angst haben und *wie* die Angst gezeigt wird (Angstinhalte und Angstverhalten). Die Menschen im Mittelalter z.B. fürchteten sich vor dem Teufel und den Qualen der Hölle, im 18. Jahrhundert gab es die Angst vor Vampiren, im 19. Jahrhundert grassierte die Angst, lebendig begraben zu werden

Angst ist in unserer Gesellschaft noch immer ein Tabuthema. Deshalb ist es wichtig, nicht selbst bei dieser Spirale des Schweigens mitzumachen. Man kann sich keine verständnisvolle Gesellschaft wünschen, wenn man Themen nicht anspricht, für die sie Verständnis aufbringen soll.

(Taphephobie). Diese Ängste kennen wir heute kaum mehr, wir haben andere Ängste entwickelt, besonders vor den Folgen der Technik (Atomkraft, Gentechnik). So hat jedes Zeitalter seine typischen Ängste.

ANGST GILT ALS SCHWÄCHE

Noch stärker ist der Einfluss der Kultur auf die Art, wie Menschen mit ihrer Angst umgehen, wie sie sie zeigen. Die abendländische Kultur war in allen Epochen seit der Antike eine patriarchalisch geprägte Kultur, in der die Angst als etwas Schwächliches angesehen wurde. Das Ideal war immer der Held oder der Krieger, der keine Angst und keine Schmerzen kennt. Die Angst zu zeigen, generell Gefühle zu zeigen, galt als unmännlich. An dieser Haltung hat sich bis heute wenig geändert. Auch wenn der Krieg als Feld der Bewährung bei uns ausgedient hat, so kämpft man heutzutage in der Wirtschaft und der Politik um Posten und Macht. Es gelten dabei noch immer die männlichen Ideale von Einsatz, Leistung und Stärke, die Angst dagegen als Makel, die die Leistungsfähigkeit einschränkt.

ANGST – PSYCHOLOGISCH GESEHEN

WIE ANGSTSTÖRUNGEN ENTSTEHEN

Zuletzt kommen wir zur wissenschaftlich-psychologischen Beschäftigung mit der Angst, insbesondere zur Frage, warum die an sich nützliche Angst in manchen Fällen aus dem Ruder läuft und zur Angststörung wird. An dieser Stelle soll es nur um einen ersten allgemeinen Überblick über die möglichen Ursachen für die Entstehung einer Angststörung gehen. Speziellere Ausführungen folgen dann bei den jeweiligen Angsterkrankungen.

Gedanken zur Angst (3)

+ Der Mensch hat aufgrund seiner Freiheit die Möglichkeit, aber auch die Aufgabe, sein Leben zu führen, etwas aus sich zu machen. Er kann diese Aufgabe verfehlen, wenn er sein Leben nicht selbst gestaltet, sondern wenn er sich leben „lässt“. Die Angst kann uns dazu bringen, uns von äußeren Lebensvorgaben zu befreien und authentisch zu werden.

+ Der Mensch kann zu sich und damit auch zu seiner eigenen Angst Stellung nehmen. Er kann über sie reflektieren und sie bewerten als gut oder schlecht, angemessen oder unangemessen. Da er sich seiner eigenen Angst bewusst ist, liegt es auch in seiner Verantwortung, ob er sie akzeptiert und in sein Leben integriert oder ob er sie verdrängt und abwehrt.

Die Psychologie hat im Laufe ihrer Geschichte verschiedene Angsttheorien entwickelt und verschiedene Ursachen für eine Angsterkrankung aufgedeckt. Dabei wurde oft einseitig eine einzige Ursache als die zentrale postuliert. Heute ist man sich einig, dass es *die* eine Ursache nicht gibt, sondern verschiedene Faktoren zur Entstehung einer Angststörung beitragen: biologische, psychische und soziale.

Am besten stellt man sich den „Ausbruch“ einer Angsterkrankung als das Überschreiten einer Schwelle vor, ab der die Angst nicht mehr bewältigt und kontrolliert werden kann. Die Schwelle wird erreicht und überschritten, wenn die Summe aller Belastungen das Verarbeitungsvermögen des Einzelnen übersteigt.

Diese Belastungen setzen sich zusammen aus biologischen, psychischen und sozialen Belastungen, die jeder Mensch, angeboren oder im Laufe des Lebens erworben, mit sich herumträgt (Vulnerabilitäten). Man bezeichnet diese als *ursächliche* Faktoren oder Bedingungen. Dazu kommen aktuelle Belastungen, z.B. einschneidende Lebensereignisse oder einfach Dauerstress, anhaltende Überforderung. Diese können dann eine Angsterkrankung zum Ausbruch bringen, wirken also als *auslösende* Faktoren. Man nennt dieses Modell das Vulnerabilitäts-Stress-Modell.

Zu den verursachenden und auslösenden Faktoren, die für die Entstehung einer Angststörung verantwortlich sind, kommen noch die *aufrechterhaltenden* Faktoren hinzu. Diese tragen zur Verfestigung der Symptome bei. Beispiele dafür sind Vermeidungsverhalten, Schonverhalten, Grübeln, erhöhte Selbstaufmerksamkeit u.a. (das Gesamtschema zeigt - anhand der Sozialen Phobie - das Schaubild auf Seite 17). Vereinfacht kann man sagen: Eine tiefenpsychologische Therapie setzt primär an den Ursachen der Störung an, eine Verhaltenstherapie dagegen an den aufrechterhaltenden Faktoren.

BIOLOGISCHE FAKTOREN

Die wissenschaftliche Forschung hat im Laufe der Zeit angeborene Faktoren herausgearbeitet, die die Entstehung einer Angsterkrankung begünstigen können. Dazu zählen:

+ **Preparedness (Vorbereitetsein):** Da Menschen kulturübergreifend mehr Angst vor Spinnen, Schlangen oder großen Höhen als vor Steinen oder Autos zeigen, geht die Wissenschaft davon aus, dass es eine evolutionäre Prädisposition für das schnellere Erlernen von solchen Ängsten gibt (mehr dazu bei Spezifische Phobien).

+ **Temperament:** Menschen werden mit unterschiedlichem Temperament, d.h. unterschiedlichen Reaktionsweisen auf die Umwelt geboren. So gibt es Menschen mit angeborener Ängstlichkeit, d.h. der Neigung, schneller und stärker mit Angst/Erregung zu reagieren. Oder Menschen haben eine angeborene Verhaltenshemmung, d.h. die Neigung, Neuem gegenüber zurückhaltend zu sein und mit Vermeidung zu reagieren.

Die Ursachen unterschiedlicher Temperamente sind in einem veränderten Neurotransmittersystem, in einer schnelleren Aktivierung der Amygdala u.a. zu suchen. Biologisch festgelegt ist jedoch immer nur eine Veranlagung, nicht eine bestimmte Störung (z.B. Soziale Phobie). Diese bildet sich vielmehr als Folge der je individuellen Lebensgeschichte aus.

PSYCHISCHE FAKTOREN

In der Geschichte der Psychologie gab es lange einen Streit, ob Angst sich aus negativen Lernerfahrungen bildet (Schule des Behaviorismus/Kognitivismus) oder Folge eines innerpsychischen Konflikts ist (tiefenpsychologische Schulen). Auch dieser Streit ist heute entschärft, beide Aspekte werden als Faktoren bei der Genese einer Angsterkrankung gesehen.

1) **ÄNGSTE SIND ERLERNT:** Neben dem im ersten Abschnitt dargestellten Lernen von Angst durch Konditionierung (siehe

S. 5) gibt es noch eine zweite Form des Lernens, genannt das Lernen aus Beobachtung oder Lernen am Modell. Dabei werden andere Menschen zum Vorbild für das eigene Verhalten genommen, insbesondere Kinder orientieren sich an ihren Eltern oder sonstigen Respektspersonen. Deren Verhalten wird als „richtig“ hingenommen und nachgeahmt. Zeigt z.B. die Mutter ein ängstliches Verhalten vor Hunden, so können die Kinder dieses leicht übernehmen, auch ohne eigene negative Erfahrung mit Hunden.

Beim Lernen am Modell werden aber nicht nur einzelne Handlungen übernommen, sondern ganze Handlungsschemata, wie man sich in bestimmten Situationen verhalten soll. Wichtig ist, dass dabei auch die in den Handlungsschemata (bewusst oder unbewusst) steckenden Überzeugungen und Bewertungen der Situation mit übernommen werden. Das sind Vorannahmen allgemeiner Art, was angemessen und unangemessen ist, geboten und verboten, wie man auftritt und sich zu präsentieren hat, was von einem erwartet wird, also generell wie man in einer bestimmten Rolle sein sollte und wie nicht. Diese früh erlernten Überzeugungen haben mit vernünftigem Denken nichts zu tun, sie sind



Foto: Comstock Images / Thinkstockphotos

Kinder nehmen sich Erwachsene zum Vorbild und übernehmen (un-)bewusst deren Verhaltensmuster.

eingepägt, automatisch, bestimmen aber das Verhalten und das Denken über die Welt und über sich selbst.

An dieser Art des Lernens wird Folgendes deutlich: Zwischen Reiz und Reaktion steht immer ein Akt der Bewertung, der Interpretation des Wahrgenommenen: Ereignis > Bewertung > Emotion (z.B. Angst). Da Bewerten ein kognitiver Vorgang ist, wird diese Anschauung in der Psychologie „Kognitivismus“ genannt und die daraus

abgeleitete Therapie „Kognitive Verhaltenstherapie“ (entwickelt von Aaron Beck und Albert Ellis). Sie geht davon aus, dass einer Angststörung verzerrte, unangemessene Bewertungen der Situation und der eigenen Person zugrunde liegen. Anders gesagt: Unser Denken beeinflusst, wie wir fühlen. Die Kognitive Verhaltenstherapie fordert daher den Betroffenen auf, bewusst den Beobachterstandpunkt einzunehmen und sich die eigenen oft unbewussten Bewertungen klarzumachen.

Typische Denkfehler von Angstpatienten sind insbesondere:

- + Überschätzen von Gefahren
- + Unterschätzen eigener Kompetenzen
- + Misserfolg wird auf die eigene Person bezogen, Erfolg auf glückliche Umstände
- + Katastrophendenken: das Schlimmste wird passieren (self-fulfilling prophecy)
- + Entweder-oder-Denken: entweder bin ich perfekt oder der totale Versager

Eine Folge dieser Denk- und Bewertungsfehler ist eine Veränderung der Aufmerksamkeit. Bei einer Angststörung sucht der Betroffene ständig nach bedrohlichen Reizen, seine Aufmerksamkeit wird von bedrohlichen Reizen geradezu magnetisch angezogen (Hypervigilanz). Er fährt alle Antennen aus, scannt permanent die Umwelt und beobachtet auch sich selbst viel aufmerksamer. Dies führt zum so genannten „Teufelskreis der Angst“:



Der Teufelskreis der Angst (auch Teufelskreis der Beunruhigung).

2) **ÄNGSTE ENTSPRINGEN AUS KONFLIKTEN:** Die Annahme, dass eine Angststörung die Folge eines psychischen Konflikts ist, geht auf Sigmund Freud zurück. Als Konflikt wird das Aufeinandertreffen zweier sich widersprechender Ziele oder Wünsche bezeichnet, die nicht beide realisiert werden können. Das können z.B. Wünsche sein, die nicht mit den in der Gesellschaft geltenden Werten oder nicht mit individuellen Werten (Ich-Ideal) übereinstimmen. Solche Konflikte treten im

Leben jedes Menschen unvermeidlich auf. Findet der Betroffene keine rationale Lösung, wird der Konflikt auf ungeeignete Weise gelöst, indem das nicht auslebbare Ziel ins Unbewusste verdrängt wird. Stößt nun irgendein aktuelles Ereignis diese verdrängten Inhalte an, aktualisiert sich der Konflikt und die mit ihm verbundenen Gefühle von neuem.

Standen bei Freud noch Versagungen des Lusttriebs im Vordergrund, so hat die Psychoanalyse im Laufe der Zeit weitere Konflikte herausgearbeitet. Heute sieht man als den zentralen Konflikt in der menschlichen Psyche den zwischen Autonomie und Abhängigkeit an. Jeder Mensch hat ein Bedürfnis nach Unabhängigkeit und Selbstbestimmung, zugleich ist er aber (besonders als Kind) von anderen Menschen abhängig, braucht deren materielle Versorgung, Schutz und psychische Geborgenheit. Der Kampf um Autonomie beginnt schon beim Kleinkind in der Trotzphase und setzt sich die ganze Kindheit fort bis in die Pubertät. Immer geht es darum, die Eltern aus der eigenen „Sphäre“ zurückzuweisen, nur so kann das Kind ein eigenes Leben entwickeln, ein eigenständiger Mensch werden. Dieses Zurückweisen ist eine Form der Aggression. Respektieren nun die Eltern diesen Autonomiewunsch nicht, reagieren auf die Aggression des Kindes ihrerseits aggressiv und bestrafend, befürchtet das Kind, ihre Liebe und Geborgenheit zu verlieren. Es kommt in einen Konflikt zwischen seinen Wünschen und denen der Eltern und empfindet Angst. Angst nicht davor, wegen einer falschen Handlung bestraft zu werden, sondern Angst, nicht mehr geliebt zu werden, „ausgestoßen“ zu werden.

Diese Urangst vor dem Verstoßenwerden ist stärker als der Wunsch nach Autonomie, der folglich vom Kind selbst unterdrückt und ins Unbewusste verdrängt wird. Dadurch verschwindet zwar die Angst, sie bleibt jedoch in den Tiefen der Psyche vorhanden und kann in einer späteren Lebensphase wieder hervorbrechen (mehr dazu in daz Nr. 61 - Angst und Aggression).

SOZIALE FAKTOREN

Als soziale Faktoren der Angstentstehung sollen alle Einflüsse bezeichnet werden, die die individuelle Persönlichkeit eines Menschen prägen: die eigene Familie, Eltern und Geschwister, die kulturelle Umwelt, der materielle Hintergrund. Besonders zwei Faktoren sind näher hervorzuheben: der Bindungsstil und die Erziehung. Dabei ist klar, dass zwischen psychischen und sozialen Faktoren nicht scharf getrennt werden kann. Man spricht daher auch von psychosozialen Ursachen.

BINDUNGSSTIL: Die von John Bowlby

ausgearbeitete Bindungstheorie hat entdeckt, dass der Mensch als „Frühgeburt“ das Bedürfnis nach einer engen emotionalen Bindung an eine feste Bezugsperson (meist die Mutter) hat. Je nach Qualität der Bindung entwickelt das Kind ein Bild von der Welt und von sich selbst, das den Rest des Lebens stark prägt. Bei einer sicheren Bindung an andere Personen, die sich als zuverlässig und empathisch erweisen, kann das Kind emotionale Geborgenheit und Urvertrauen in die Welt entwickeln. Aufgrund der sicheren Versorgung (materiell wie emotional) erfährt es die Welt als geordnet und vorhersagbar und damit

Die negative Bewertung der Situation ist der eigentliche Grund der Angst, nicht die Situation selbst.

kontrollierbar. Sind die Bindungspersonen unzuverlässig (unsicher-ambivalente Bindung) oder gar abweisend (unsicher-vermeidende Bindung), kommt es zu keinem Vertrauen in die Welt, die als chaotisch und unkontrollierbar erlebt wird. Es entwickelt sich keine innere Sicherheit und damit ein stetes Gefühl von Gefahr und Misstrauen. Dieser früh entstandene Bindungsstil entscheidet, wie man später im Leben auf Belastungen reagiert: mit Zuversicht oder mit Angst.

ERZIEHUNGSSTIL: Neben der Bindungsqualität entscheidet auch der Erziehungsstil über das Bild, das sich ein Mensch als Erwachsener (bewusst oder unbewusst) von sich und der Welt macht. So kann ein negativer Erziehungsstil den Selbstwert einer Person stark in Mitleidenschaft ziehen. Negativ ist dabei auf zweierlei Weise zu verstehen: als vernachlässigender, zurückweisender oder als überfürsorglicher, abschirmender Erziehungsstil. In beiden Fällen erfährt das Kind, wenn es sich daran macht, die Welt für sich zu entdecken, keine adäquate Unterstützung, sondern Hindernisse. Seine Versuche werden kritisiert, nicht gefördert oder als zu gefährlich abgeblockt. Dieser Mangel an positiven Erfahrungen führt zu Defiziten der Persönlichkeitsentwicklung. Man erwirbt kaum eigene Kompetenzen, es entwickelt sich keine Kreativität und kein Vertrauen in sich selbst. Das Gefühl der Selbstwirksamkeit entsteht nicht.

Am Ende dieser Einleitung soll nochmals betont werden, wie wichtig die Aneignung von Wissen über die eigenen Krankheit für jeden Angstbetroffenen ist (Psychoedukation). Denn nur, wer die tieferen Zusammenhänge einer Erkrankung kennt, ob körperlich oder psychisch, kann wirksame Gegenmaßnahmen ergreifen.



Wie viel Angst ist noch normal?

WENN ANGST KRANKHAFT WIRD

Foto: marshi (Martina Thannet) / Photocase.de

ANGST IST ETWAS NORMALES UND NATÜRLICHES. Sie ist ein Warnsignal vor akuten und zukünftigen Gefahren. Die Angst macht wach und vorsichtig, sie stimuliert dazu, Bewältigungsstrategien gegen Bedrohungen der körperlichen und psychischen Integrität zu entwickeln. In diesem Sinne ist Angst ein lebensnotwendiges Gefühl, das immer in Situationen, die mit Unsicherheit verbunden sind, auftritt.

Doch was unterscheidet nun diese normale (und gesunde) Angst von einer krankhaften, übersteigerten Angst? Wenn die normale Angst die Aufgabe hat, uns zu warnen und zu aktivieren, dann ist die übersteigerte Angst eine, die zu oft warnt und zu heftig aktiviert. Sie ist also der realen Situation, dem alltäglichen Leben nicht mehr angemessen, sie hat sich sozusagen verselbstständigt.

Die Unangemessenheit der krankhaften Angst zeigt sich sowohl quantitativ wie qualitativ:

+ quantitativ: Die Angst tritt über einen längeren Zeitraum hinweg unangemessen häufig auf. Dies ist für jede Angststörung genau definiert (z.B. innerhalb der letzten 6 Monate).

+ qualitativ: Die Angst ist für die gegebene Situation unangemessen intensiv. Wer beim Anblick einer Spinne, in der U-Bahn oder bei einem öffentlichen Auftritt Herzrasen bekommt, kaum noch atmen kann und schweißgebadet ist, hat eine für die Situation unangemessen intensive Angst. Im schlimmsten Fall steigert sie sich bis zur Panikattacke, wird völlig unkontrollierbar.

DIE ANGST VOR DER ANGST

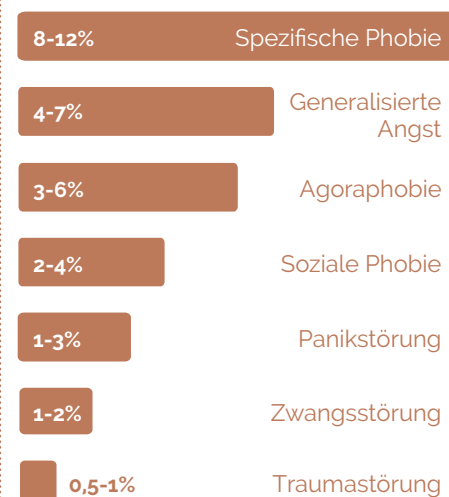
Eine solche Angst ist nicht mehr nur einfach unangenehm (wie bei einer normalen Angst), sie wird als ins Unerträgliche gesteigert erlebt, ein alles vernichtendes Gefühl, in dem man sich als Person auflöst. Das Fatale ist, dass das Erleben einer solchen heftigen Angst nicht einfach nach Ende der Situation vergessen werden kann, sondern dass sie sich tief ins Gedächtnis einprägt (in diesem Sinne erfüllt die Angst ihre Warnfunktion, nur eben viel zu intensiv). Von nun an wird allein der Gedanke an eine derartige Situation schon starke Angst auslösen, Angst vor einem neuerlichen Erleben dieses grauenvollen Zustandes. Die Angst löst sich von der konkreten Situation ab, sie wird nicht erst in der Situation erlebt, sondern setzt schon vorher bei der bloßen Vorstellung der Situation ein. Die Angst hat sich verselbstständigt. Es ist Erwartungsangst entstanden, Angst vor der Angst selbst.

In der Folge wird der Betroffene versuchen, jedes neue Angsterlebnis, wo es nur geht, zu vermeiden. Er fängt an, sein Leben nach der Angst auszurichten. Die Angst wird damit von einer Hilfe bei der Bewältigung der alltäglichen Aufgaben zu einem Hindernis. Sie wird zur Gefahr für ein aktives Leben, für das eigene Wohlbefinden. Nicht mehr der Mensch kontrolliert die Angst, sondern die Angst kontrolliert ihn.

Jede unangemessene Angst ist krankhaft, aber nicht jede krankhafte Angst ist behandlungsbedürftig, sofern sie nicht störend ist, weil man ihr aus dem Weg gehen kann (z.B. die Treppe statt den Aufzug benutzen) oder weil man trotz der Angst im-

mer noch handlungsfähig bleibt. Wenn jedoch die Angst sich so verselbstständigt hat, dass sie die Lebensqualität oder die ganze Lebensplanung erheblich beeinträchtigt, ist das Aufsuchen von Hilfe ratsam. Dabei muss jeder für sich selbst entscheiden, ob er diesen Punkt erreicht oder überschritten hat, ob sein persönlicher Leidensdruck groß genug ist. Eine eindeutige, objektiv definierte Grenze, wann Hilfe (Therapie/ Medikamente) nötig ist, gibt es nicht.

Volkskrankheit Angst? Verbreitung von Angststörungen in Deutschland



Anmerkung: Angaben zur Häufigkeit von Krankheiten in der Bevölkerung (Prävalenz) beruhen auf Befragungen von Personen. Je nach Untersuchungsmethode, diagnostischen Kriterien und Selbsteinschätzung der Befragten ergeben sich so unterschiedliche Zahlen.



Welche Angststörungen gibt es?

KLASSIFIKATION VON ANGSTSTÖRUNGEN

Foto: goegi (Adrian Gögl) / Photocase.de

BEI DER DIAGNOSE VON ANGSTSTÖRUNGEN wird in Deutschland das ICD-10 verwendet. ICD steht für International Statistical Classification of Diseases, die Nummer 10 für die derzeit gültige Version 10 (eine Version 11 ist für 2018 geplant). Das ICD-10 ist ein von der Weltgesundheitsorganisation WHO herausgegebenes, weltweit gültiges Klassifikationssystem aller körperlichen und psychischen Krankheiten. Es gibt davon länderspezifische Ausgaben, die in einzelnen Details abweichen, in Deutschland ist es das ICD-10-GM (d.h. German Modification), das vom Deutschen Institut für medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) herausgegeben wird. Alle in Deutschland arbeitenden Ärzte und Psychotherapeuten sind verpflichtet, ihre Diagnose nach dem ICD-10-GM zu stellen (zu finden unter www.dimdi.de).

Die Angststörungen sind im ICD-10 im Kapitel F (=Psychische Störungen) und dort im Unterkapitel *Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen* eingeordnet. Sie sind in zwei große Gruppen aufgeteilt, die der Unterscheidung von Furcht (Phobie) und Angst entsprechen:

PHOBISCHE STÖRUNGEN: das sind situative Ängste (bzw. Furcht), die von einem konkreten Objekt oder einer konkreten Situation, die außerhalb der betroffenen Person liegen, ausgelöst werden. Dazu gehören:

- » Agoraphobie (mit und ohne Panikstörung)
- » Soziale Phobie
- » Spezifische Phobien

ANDERE ANGSTSTÖRUNGEN: das sind wiederkehrende Ängste, die spontan, d.h. ohne konkreten äußeren Auslöser auftreten, von Freud „frei flottierende Angst“ genannt. Dazu gehören:

- » Panikstörung
 - » Generalisierte Angststörung
- Bei den anderen Angststörungen erwähnt das ICD-10 noch
- » Angst und Depression gemischt.

In dem Unterkapitel *Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen* stehen außerdem zwei weitere Störungen, bei denen Angst ein zentrales Symptom bildet:

- » Zwangsstörung
 - » Posttraumatische Belastungsstörung
- Außerdem soll in diesem Heft noch ein Blick geworfen werden auf
- » Ängste bei Kindern und Jugendlichen.

PRIMÄRE, SEKUNDÄRE, KOMORBIDE ÄNGSTE

Alle oben genannten Ängste werden primäre Ängste genannt, da sie „originär“ sind, sich nicht auf andere Krankheiten zurückführen lassen. Demgegenüber nennt man Ängste, die von einer anderen Krankheit *verursacht* sind, sekundäre Ängste. Sekundäre Ängste können auftreten bei Infektionen oder Verletzungen des Gehirns, bei Parkinson, Epilepsie, Diabetes, Schilddrüsenerkrankung, bei Herzrhythmusstörungen, Angina pectoris, beim Konsum bestimmter Medikamente oder Drogen u.a.

Davon zu unterscheiden sind komorbide Ängste. Diese entstehen, wenn sich an eine andere Erkrankung als Folgeerscheinung eine Angststörung anknüpft,

aber von dieser nicht verursacht wird. So kann die Diagnose Krebs zu existenziellen Ängsten führen (ohne dass der Krebs die Ängste organisch verursacht hätte), die so belastend sind, dass sie die Heilung beeinträchtigen und daher gesondert behandelt werden müssen (Psychoonkologie). Auch bei Depression tritt Angst oft komorbid auf, weil der Depressive durch den Verlust an Lebenskraft und an Zukunftsperspektiven schwer geängstigt wird. Umgekehrt ziehen natürlich auch Angststörungen andere Krankheiten nach sich, v.a. Depression und Suchterkrankungen (zum Thema Komorbidität siehe daz Nr. 8).

Nicht in diesem Heft erwähnt, aber in einzelnen Ausgaben der daz ausführlich besprochen, sind Ängste bei somatoformen Störungen (Hypochondrie, Herzneurose), bei Persönlichkeitsstörungen, Prüfungs- und Berufsängste sowie allgemein menschliche Ängste, die nicht an sich Störungen darstellen:

- Hypochondrie (daz Nr. 30)
- Herzneurose (daz Nr. 17)
- Angststörung und Persönlichkeitsstörung (daz Nr. 56)
- Borderline-Persönlichkeitsstörung (daz Nr. 19)
- Prüfungsangst (daz Nr. 48)
- Ängste am Arbeitsplatz (daz Nr. 21 und 66)
- Angst im Alter (daz Nr. 18)
- Angst vor dem Tod (daz Nr. 23)
- Angst vorm Alleinsein (daz Nr. 29)
- Bindungs- und Trennungsangst (daz Nr. 46)



Spezifische Phobie

URÄNGSTE IM MENSCHEN

SYMPTOMATIK UND ENTWICKLUNG

Menschen mit Spezifischen Phobien, früher auch Einfache Phobien genannt, haben eine ausgeprägte Furcht vor bestimmten Dingen und Situationen. Die Furchtreaktion beinhaltet dabei zum einen ein starkes Angstgefühl bis hin zur Panik, zum anderen Gedanken wie die Kontrolle zu verlieren, verrückt zu werden oder zu sterben. Im Gegensatz zu Angst, welche sich auf eine potenzielle erwartete Bedrohung bezieht, richtet sich die Furcht immer auf etwas Konkretes.

Da die Objekte und Situationen der Angst relativ eng umgrenzt sind, kann man mit einer Spezifischen Phobie ein durchuas

Lebensjahr), nur selten erst nach dem 20. Lebensjahr. Dies könnte auch erklären, warum Frauen deutlich häufiger betroffen sind als Männer, da Jungen es sich weniger leisten können, von den Kumpen bloß gestellt zu werden, wenn es z.B. darum geht, eine Spinne anzufassen.

Im Grunde kann alles zum Objekt einer krankhaften Furcht werden. Bei dem Versuch, Phobien zu klassifizieren, hat man sich lange Zeit an den Objekten und Situationen orientiert, vor denen die Personen sich fürchten. Das Ergebnis war eine endlose Liste mit teils bizarren Phobien wie der Eosophobie (Angst vor der Morgendämmerung), der Potophobia (Angst vor Getränken) oder der Stasopho-

» Umwelt-Typus: betrifft die Furcht vor Naturgewalten wie Wasser, Dunkelheit, Gewitter oder Stürmen. Auch die Furcht vor Höhen gehört hierher. Hauptmerkmal dieser Phobien sind Befürchtungen vor den Gefahren dieser Naturphänomene, begleitet von Angstgefühlen, und entsprechend diversen Vermeidungsstrategien (z.B. wichtige Unterlagen an einem zentralen Ort sichern). Bei der Höhenphobie treten zusätzlich starke Schwindelsymptome auf.

» Tier-Typus: betrifft die Furcht vor Tieren, vorwiegend vor Spinnen und Schlangen, aber auch vor Vögeln, Ratten, Katzen und Hunden. Die Symptomatik zeigt sich in einer starken Furchtreaktion, gepaart mit Ekel, und dem zwingenden Wunsch zur Flucht.

» Situativer-Typus: betrifft die Furcht vor dem Eingeschlossensein in engen Räumen, z.B. Fahrstühlen (Klaustrophobie), vor dem Autofahren (Fahrphobie) oder und vor dem Fliegen (Flugangst). Letztere ist die am weitesten verbreitete Spezifische Phobie. Bei diesem Typus stehen Angstgefühle neben katastrophisierenden Gedanken (wie die Angst, die Kontrolle zu verlieren).

» Blut-Spritzen-Verletzungs-Typus: betrifft die Furcht vor dem Anblick von

Blut oder von Verletzungen sowie vor invasiven Prozeduren (z.B. Blutentnahme, Impfungen). Auch die Furcht vor Ärzten, speziell Zahnärzten, gehört in diese Gruppe. Bei diesem Typus tritt häufig eine emotional bedingte Ohnmacht auf.

» Anderer Typus: hierzu gehören alle restlichen Furchtreaktionen, die nicht zu einer der obigen Kategorien passen, z.B. die Angst vor dem Erbrechen (Emetophobie), die Angst vor dem Erstickten, die Angst davor, krank zu werden, z.B. durch verdorbene Lebensmittel (zu unterscheiden von der Einbildung, krank zu sein, der Hypochondrie, eine somatoforme Störung).

Während der Typus der Situativen Phobie eine gewisse Sonderrolle einnimmt und in vielen Aspekten der Symptomatik der Agoraphobie ähnelt, bestehen die anderen Subtypen aus Inhalten, welche typisch für die Furcht von Kindern sind. Damit ergeben sich Anhaltspunkte zu den Ursachen Spezifischer Phobien.

ERKLÄRUNGSANSÄTZE

Das weltweite Vorherrschen bestimmter Typen von Phobien deutet auf eine genetische Basis hin. Naturgewalten, Höhen, Dunkelheit, Spinnen oder Schlangen waren für die frühen Menschen sicherlich Gefahrenquellen, vor denen zu warnen der Sinn solcher „Urängste“ ist. Man spricht daher von Prepardness (Vorbereitetsein), d.h. der Mensch ist evolutionär darauf vorbereitet, auf bestimmte Reize mit Angst zu reagieren. Aber da nicht jeder Mensch eine derartige Phobie entwickelt, müssen negative Lernerfahrungen hinzukommen. Man unterscheidet drei Arten von Lernen:

1. Direkte aversive Lernerfahrungen in der Kindheit: Hier kann die Phobie direkt auf ein konkretes, traumatisch wirkendes Ereignis zurückgeführt werden. Diese Lernerfahrungen müssen nicht unbedingt bewusst sein, denn emotionale Erfahrungen können schon gespeichert werden, bevor das deklarative Gedächtnis (das Gedächtnis dafür, wann und wo etwas stattgefunden hat und was vorher und nachher passiert ist) entwickelt ist.

2. Beobachtung: Nicht immer muss die aversive Lernerfahrung am eigenen Leib gemacht werden. Phobien können auch durch Beobachtung einer intensiven Furcht bei einer wichtigen Modellperson

entstehen. Wenn Mütter beim Berühren von Gummischlangen einen sehr ängstlichen Gesichtsausdruck machen und ihre Kinder sie dabei beobachten, fassen auch die Kinder die Gummischlangen nicht an (Beobachtungslernen).

3. Instruktionlernen: Bei manchen Menschen reicht bereits die Information über die Gefährlichkeit einer Situation oder eines Objekts, um Furcht und Vermeidung auszulösen.

4. Doch auch ohne diese negativen Lernerfahrungen scheint die weitgehende Überwindung kindlicher Ängste die Voraussetzung für ein Leben ohne Phobie als Erwachsener zu sein (siehe Kapitel „Angst bei Kindern“, S. 40).

MENSCHEN SCHAFFEN SICH DAS, WOVOR SIE ANGST HABEN, ERST SELBST. SIE WERDEN GENAU DAS SEHEN, WAS SIE ERWARTEN (SELF-FULLFILLING PROPHECY).

DAZ-HEFTE MIT DEM SCHWERPUNKT SPEZIFISCHE PHOBIE

Tierphobien
(daz Nr. 43)



Fahrphobie
(daz Nr. 35)



Angst vor Naturgewalten
(daz Nr. 55)



Flugangst
(daz Nr. 15)



Höhenangst
(daz Nr. 26)



Blut-Spritzen-Verletzungsphobie
(daz Nr. 49)



Klaustrophobie
(daz Nr. 47)



Emetophobie
(daz Nr. 54)



Dieser Text folgt auf weiten Strecken dem Artikel von Alfons Hamm aus dem daz-Heft Nr. 43 zum Schwerpunkt Tierphobien.

BETROFFENENBERICHT



Sobald ein Fahrzeug hinter mir auftauchte, wurde ich nervös

Eine besonders mutige Autofahrerin bin ich nie gewesen. Ich traute mich nicht in den Stadtverkehr und das Fahren auf der Autobahn habe ich nie gelernt. Lange habe ich mich mit mangelnder Routine entschuldigt. Aber nach und nach schlich sich eine unerklärliche Angst beim Fahren ein, die irgendwann in Panikattacken endete. Zur Panik kam es nur auf bestimmten Strecken, nämlich auf Landstraßen, wo schneller gefahren wurde. Gerade dort bestand selten die Möglichkeit anzuhalten, ohne jemanden zu behindern. Deshalb habe ich ständig den rückwärtigen Verkehr beobachtet. Solange ich mich allein auf der Fahrbahn befand, hatte ich keine Probleme. Sobald ein Fahrzeug hinter mir auftauchte, wurde ich zunehmend nervöser. Je dichter mein Hintermann auffuhr, desto größer wurde die Pa-

nik. Das Unbehagen kroch vom Bauch über den Brustbereich in den Kopf. Ich hatte das Gefühl, dass mir die Sinne schwinden und ich gleich nicht mehr in der Lage wäre, das Fahrzeug sicher zu führen. Es handelte sich jeweils nur um Sekunden, aber die Wirkung war verheerend. Anschließend stellte ich mir die möglichen Folgen vor und das erhöhte die Angst vor der nächsten Fahrt ins Unerträgliche. Wenn dann so eine Fahrt anstand, habe ich Tage vorher in Erwartungsangst gelebt. Schließlich war der Höhepunkt erreicht. Immer seltener traute ich mich auf die Landstraße und wenn ich es doch nicht vermeiden konnte, war ich schweißgebadet vor Angst. Meinen Hintermann versuchte ich abzuschütteln, indem ich bei Gelegenheit rechts ranfuhr, um ihn vorbeizulassen. Dass es so nicht weiterging, war mir klar, aber ich verdrängte meine Ängste.

Heike
(Auszug, daz Nr. 5)



Behandlung der Spezifischen Phobie

Bei den Spezifischen Phobien (wie auch bei allen anderen Angstkrankheiten) ist heute die Verhaltenstherapie die Behandlung erster Wahl. Kernstück jeder Verhaltenstherapie ist ein so genanntes Expositions- oder Konfrontationsverfahren, bei dem der Patient sich mit der Angst auslösenden Situation konfrontiert. Verhaltenstherapie beruht auf dem lerntheoretischen Modell, dass Angst im Leben gelernt wurde und durch neue positive Lernerfahrungen auch wieder verlernt werden kann.

Dabei gibt es mehrere Arten von Konfrontation. Man kann diese danach unterscheiden, wie und wo die Angst präsentiert wird. Wie bedeutet: langsam-abgestuft (=Systematische Desensibilisierung) oder sofort in voller Stärke (=Flooding). Wo zeigt an: ob in der Vorstellung des Patienten (in sensu) oder in der realen Umwelt (in vivo).

Je nach Störung und Patient wird am Anfang der Therapie festgelegt, welche der einzelnen Möglichkeiten verwendet wird. Flooding z.B. kommt v.a. bei Spezi-

fischen Phobien, bei der Klaustrophobie oder bei Zwangsstörungen zum Einsatz (zu Flooding siehe daz Nr. 47, S. 14-17).

Bei allen Expositionsverfahren ist es entscheidend, in der Situation zu bleiben und die Angstreaktion ohne Ablenkung und Vermeidungsverhalten durchzustehen bzw. angstmindernde Techniken einzusetzen. Dadurch soll der Patient zwei Erfahrungen machen: (1) Die Angst wird nicht weiter ins Unermessliche steigen, d.h nicht zu Ohnmacht und Tod führen, sondern (2) im Gegenteil nach einem Höhepunkt mit der Zeit nachlassen.

Mit Wiederholung einer bestimmten Übung (z.B. eine Spinne anschauen) wird die Angst immer schneller abfallen (Habituation) und gleichzeitig die emotionale Erfahrung, Kontrolle ausüben zu können, zunehmen. So setzt ganz von selbst eine gedankliche Neubewertung der vermeintlichen Gefahr ein. Die Neubewertung kann zusätzlich durch ein kognitives Verfahren, das auf die bewusste Umstrukturierung von Angstgedanken abzielt, unterstützt werden.

»»»»»»»» EXPERTENINTERVIEW ««



Im Interview ...



PRIV.-DOZ. DR. MARKOS MARAGKOS

Ambulanzleitung München
Arbeitsgemeinschaft für Verhaltensmodifikation, Aus- Fort- und Weiterbildung gGmbH

Woran erkenne ich, dass ich unter einer Spezifischen Phobie leide?

Eine Spezifische Phobie zeichnet sich durch stark ausgeprägte und unbegründete Furcht vor bestimmten, spezifischen Objekten und/oder Situationen aus. Typisch ist, dass die Furcht mit zunehmender Nähe zum Objekt immer mehr zunimmt und die Betroffenen mit allen Mitteln versuchen, diesen Objekten oder Situationen aus dem Weg zu gehen (Vermeidung).

Was sind die nächsten sinnvollen Schritte?

Um eine körperliche Grunderkrankung auszuschließen, sollte man sich zuerst an den Hausarzt wenden und medizinisch gründlich untersuchen lassen. Bei keinem oder nicht eindeutigen Befund, ist es ratsam, sich an einen Psychologischen Psychotherapeuten zu wenden.

Welche Therapie hilft bei Spezifischer Phobie?

Die Kognitive Verhaltenstherapie. Zu ihren wichtigsten Techniken gehört die Konfrontation: Nach einer sorgfältigen Diagnostik und guten Vorbereitung wird ein Konfrontationsplan erstellt, der vom Patienten – in der Regel mit schnellem Erfolg - abgearbeitet wird.

Worauf ist in der Therapie zu achten?

Ein offenes und von gegenseitigem Vertrauen gekennzeichnetes Verhältnis zum Psychotherapeuten ist eine wichtige Voraussetzung für eine gelingende Psychotherapie.

Was hilft mir in der Situation, wenn ich eine Spezifische Phobie habe?

Gut eingeübte Entspannungs- und Atemtechniken können helfen, das Ansteigen der Angst zu reduzieren oder gar zu verhindern; ebenso positive Selbstverbalisationen (unterstützende Sätze, die man sich selbst vorsagt). Es ist zudem sehr hilfreich, den Wirklichkeitsgehalt ängstlicher Gedanken zu überprüfen.

Was schützt mich in Zukunft vor erneuter Erkrankung?

Auch nach einer erfolgreichen Behandlung ist es wichtig, sich weiterhin den furchtauslösenden Situationen zu stellen. Zudem können stressige Lebensbedingungen den (Wieder-)Ausbruch einer Spezifischen Phobie begünstigen. Insofern ist ein gutes Gleichgewicht zwischen Aktivität und Entspannung im Leben wichtig.



TIPP

Der Gedanken-Stopp: Ritual mit großer Wirkung

Stellen Sie sich vor, Sie fahren mit dem Auto. Sie wissen, dass Sie immer großen Respekt vor Ampeln haben, weil Sie das In-der-Schlange stehen nicht gut aushalten. In Gedanken beschäftigen Sie sich bereits mit der ersten Ampel. Sie fragen sich, ob Sie es wohl schaffen werden, dort zu warten, bis es grün wird. Diesen Gedanken noch nicht zu Ende geführt, haben Sie schon die nächste Ampel im Kopf.

Dem erstes Katastrophengedanken folgt also sofort ein zweiter, meist noch mehrere andere. Jeder Mensch hat seine eigenen Ka-

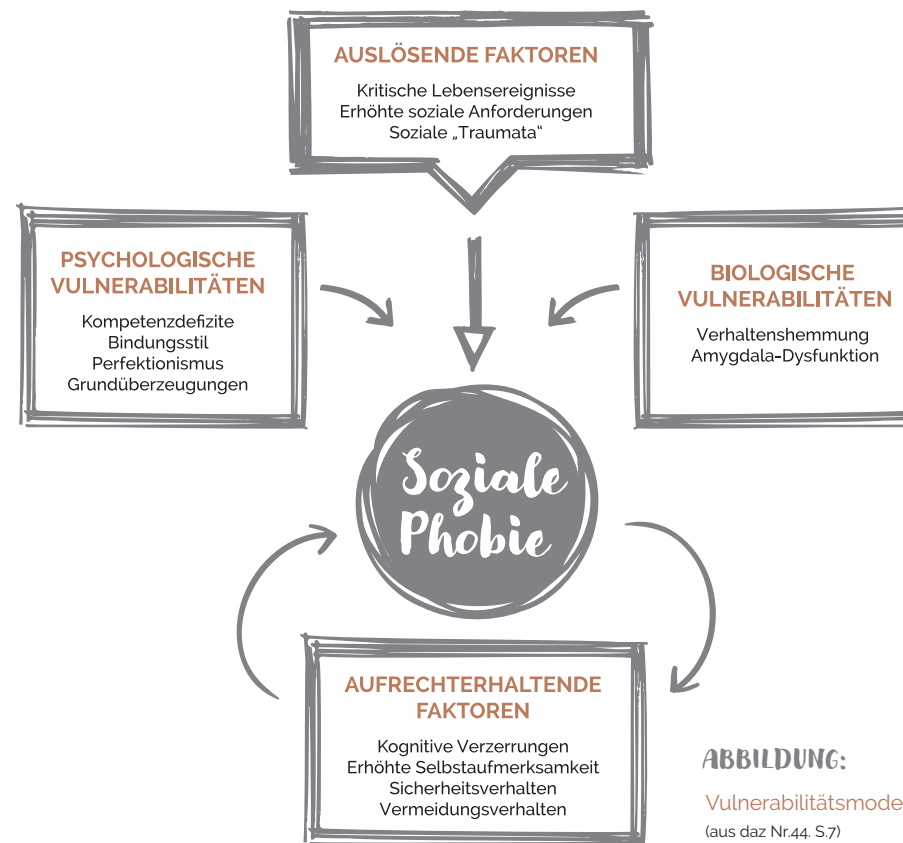
tastrophenkettchen und weiß, wie schnell sie in der Lage sind, ein unangenehmes Gefühl zu produzieren. Hier können Sie einhaken: Gewöhnen Sie sich Ihr eigenes, ganz persönliches Ritual an, um bereits den ersten irrationalen Gedanken zu stoppen. Sagen Sie laut: „Stopp!“ oder „Es reicht!“ oder „Hallo, mein Katastrophengedanke, da bist du ja wieder. Aber du kannst mich mal!“

Die Unterbrechung negativer Gedanken funktioniert besser, wenn Sie einen neuen, positiven Gedanken an deren Stelle setzen, der den negativen aus dem Bewusstsein verdrängt (es geht hier um die Verdrängung eines falschen Gedankens, nicht um die Verdrängung einer Emotion). Dazu reicht ein einfacher Text, z.B. ein Gedicht, ein Lied, das Sie aufsagen oder sich vorsingen können. Dieses sollten Sie sich bereits vorher zurechtgelegt haben, um es in der kritischen Situation sofort parat zu haben.



Soziale Phobie

DIE ANGST, SICH VOR ANDEREN ZU BLAMIEREN



Literatur

Borwin Bandelow
Das Buch für Schüchterne
Wege aus der Selbstblockade
Rowohlt Verlag 2008

Katrin von Consbruch/
Ulrich Stangier
Ratinger Soziale Phobie.
Informationen für Betroffene und
Angehörige
Hogrefe Verlag 2010

Ulrich Stangier/Thomas Fydrich
(Hrsg.)
**Soziale Phobie und Soziale
Angststörung**
Psychologische Grundlagen,
Diagnostik, Therapie
Hogrefe Verlag 2002



SPEZIALFORMEN DER SOZIALEN PHOBIE

Versagensangst
Angst vor der Beurteilung der Leistung durch andere, z.B. in der Schule, im Beruf, in der Partnerschaft, in der Elternrolle (daz Nr. 41)

Emetophobie
Angst vor dem Erbrechen (daz Nr. 54)

Paruresis
Angst, bei Anwesenheit anderer Wasser zu lassen (daz Nr. 69)

Geletophobie
Angst vor dem Ausgelacht werden (daz Nr. 75)

SYMPTOMATIK UND ENTWICKLUNG

Obwohl fast alle Menschen Ängstlichkeit und Schüchternheit in einzelnen sozialen Situationen kennen, nimmt bei einigen die Angst ein Ausmaß an, das mit erheblichem Leiden und massiver Beeinträchtigung verbunden ist. Bei der Sozialen Phobie handelt es sich um eine sehr vielfältige und nicht immer leicht zu erkennende psychische Erkrankung. Im Zentrum steht die Befürchtung, dass das eigene Aussehen oder Verhalten als Blamage oder Versagen durch andere Menschen bewertet wird bzw. als peinlich, „merkwürdig“ oder „lächerlich“ erscheint. Der Betroffene meint, die „Standards der Gesellschaft“, also das, was als

man Handlungen vor anderen Menschen vollzieht wie Essen, Trinken, Schreiben) und Interaktionssituationen (in denen man mit anderen interagiert, z.B. ein Gespräch führen) unterschieden. Zusätzlich wird differenziert, ob sich die soziale Angst auf eine isolierte Situation bezieht, z.B. eine Rede halten (spezifische Soziale Phobie), oder ob die Ängste eine Vielzahl sozialer Situationen umfassen (generalisierte Soziale Phobie).

Der Beginn der Sozialen Phobie liegt meist in der Pubertät (vor dem 16. Lebensjahr). Vermeidungsverhalten führt leicht zu einem chronischen Verlauf der Erkrankung. Untersuchungen haben ergeben, dass die durchschnittliche Dauer

ERKLÄRUNGSANSÄTZE

Die Ursachen einer Sozialen Phobie sind vielfältig, es wird v.a. zwischen biologischen und psychologischen Ursachen bzw. Vulnerabilitäten unterschieden. So gibt es Menschen, die schon von Natur aus schüchtern und verhaltensgehemmt sind (reduziertes Bedürfnis nach sozialem Kontakt, Scheu vor Neuem) als stabiles, genetisch verankertes Persönlichkeitsmerkmal, was die Ausbildung einer Sozialen Phobie fördert. Bei den psychischen Vulnerabilitäten sind ein wenig empfindlicher, z.B. strenger, gängelnder Erziehungsstil, und - oft als Folge - Defizite beim Erlernen sozialer Kompetenzen zu nennen. Häufig von Betroffenen berichtet ist ein „traumatisches“ soziales Ereignis, z.B. von der Klasse bloßgestellt zu werden.

Aus solchen prägenden negativen sozialen Erfahrungen resultieren verzerrte Grundüberzeugungen. Menschen mit sozialen Ängsten bewerten sich selbst als inkompetent, während sie gleichzeitig anderen Menschen eine äußerst kritische Grundhaltung unterstellen. Sie überschätzen die Schwere der Konsequenzen und unterschätzen ihr eigenes Handlungsvermögen. Auch haben sie oft völlig übertriebene, perfektionistische Vorstellungen hinsichtlich des Aussehens und der Rollenangemessenheit in sozialen Situationen

(zum Thema Perfektionismus siehe daz Nr. 59). Oft liegt bei der Sozialen Phobie eine selbstunsichere Persönlichkeit vor.

Diese früh erlernten negativen Überzeugungen von sich selbst (negatives Selbstkonzept) führen dann in sozialen Situationen zu so genannten „automatischen Gedanken“ und zu Verhaltensweisen, die die Soziale Phobie weiter aufrechterhalten (kognitives Modell von Clark und Wells). Automatische Gedanken sind völlig verinnerlichte Gedanken, z.B. „andere sind viel besser als ich“, die einem wie von selbst durch den Kopf gehen und gar nicht mehr bewusst sind.

Die Folge automatischer Gedanken sind:
1. eine Fokussierung der Aufmerksamkeit auf sich selbst (intensive Selbstbeobachtung), sodass zunehmend weniger Aufmerksamkeitsressourcen für die reale Auseinandersetzung mit der Situation vorhanden sind. Personen mit Sozialer Phobie sind ständig damit beschäftigt,

Anzeichen für Fehler, Blamage, Versagen im eigenen Verhalten wahrzunehmen, die den Beweis für eine negative soziale Bewertung darstellen.

2. die Auslösung körperlicher Angstsymptome, die von Patienten intensiv verarbeitet werden, u. a. als Hinweis darauf, dass die Situation „wirklich gefährlich“ ist. Körperempfindungen und Gedanken schaukeln sich so gegenseitig auf.
3. sogenanntes Sicherheitsverhalten, d.h. Strategien, mit deren Hilfe die Angst reduziert werden soll, z.B. leise sprechen, Kleidung mit hohem Kragen tragen, um das gefürchtete Erröten zu verstecken u.a.

Ein weiteres Problem stellt die Verarbeitung relevanter Information vor und nach einer sozialen Situation dar. In der antizipatorischen Verarbeitung stellen sich die Betroffenen besonders gefürchtete Ausgänge sozialer Situationen intensiv und detailliert vor und bauen so bereits im Vorfeld zunehmend stärkere Ängste auf. In der nachträglichen Verarbeitung findet eine selektive und verzerrte Verarbeitung der vorhergegangenen Situation statt (z.B. „alle haben so komisch geschaut“), die eine weitere Festigung dysfunktionaler Überzeugungen wahrscheinlich macht.

SOZIALE PHOBIE IST KEINE ANGST VOR EINER GEFAHR, SONDERN DIE ANGST SICH ZU ENTBLOSSEN, SICH ZU ZEIGEN, WIE MAN IST

„normal“ gilt, nicht erfüllen zu können. Des weiteren wird befürchtet, dass sichtbare körperliche Symptome (z. B. Zittern, Schwitzen, Erröten) negativ beurteilt werden könnten. Mit diesen Befürchtungen gehen in der Regel ausgeprägte Angst- und Schamgefühle einher.

Im Rahmen der Sozialen Phobie wird zwischen Leistungssituationen (in denen

vom Beginn der Störung bis zum Beginn einer Behandlung 18 Jahre beträgt, d.h. in den meisten Fällen liegt ein Leidensweg seit der Kindheit bzw. Jugend vor. Mit der Sozialen Phobie gehen des öfteren andere Angststörungen, Depressionen, Alkoholabhängigkeit und Schlaflosigkeit einher. Frauen haben gegenüber Männern ein 1,4 mal höheres Risiko, an einer Sozialen Phobie zu erkranken.

Dieser Text folgt auf weiten Strecken dem Artikel von Katrin Junghanns-Royack und Thomas Heidenreich aus dem daz-Heft Nr. 44 zum Schwerpunkt Soziale Angststörung.



BETROFFENENBERICHT



Meine schlimmste Angst ist es, ungenügend zu sein

Meine erste Angsterfahrung hat mit einer tiefen Umbruchsituation in meinem Leben zu tun. Mit acht Jahren bin ich mit meiner Familie als Spätaussiedler von Rumänien nach Deutschland gekommen. Wir hatten alles zurücklassen müssen und durften außer ein paar Koffern nichts mitnehmen, auch kein Geld oder Wertgegenstände. Wir fingen also in Deutschland bei Null an. Unsere erste Station war ein Aussiedlerheim, eine eigene Wohnung hatten wir erst später. Ich musste mehrmals die Schule wechseln und hatte Schwierigkeiten, mich zu integrieren. Besonders hatte ich Angst, von den Mitschülern abgelehnt zu werden. Obwohl meine Muttersprache deutsch ist, fiel ich wegen meines Dialekts auf. Wenn ich sagte, ich komme aus Rumänien, hielten mich alle für eine Rumänin. In Rumänien waren wir Deutsche, in Deutschland waren wir Rumänen. So hatte ich von Anfang an das Gefühl, am Rande zu stehen, nicht

wirklich dazu zu gehören. nicht deutsch genug zu sein. Erschwerend kam noch hinzu, dass meine Eltern mir überhaupt keinen Halt geben konnten. Auch sie waren in diese neue Situation hineingeworfen und mussten erst ihren Platz finden. Sie waren so mit sich beschäftigt, dass für mich kaum Zeit übrig blieb. Das Schlimmste war jedoch, dass mein Vater sehr rigide Vorstellungen davon hatte, was richtig ist. Er war ja in einem kommunistischen System aufgewachsen, das über Befehl und Gehorsam funktionierte, und das erwartete er jetzt auch von mir. Fehler waren nicht zulässig, auch Individualität war nicht erlaubt. Was die Schule betraf, baute er einen immensen Leistungsdruck auf. Ich konnte nie gut genug sein. Andererseits aber fehlte die persönliche Nähe. So gewann ich den Eindruck, in einer bestimmten Weise sein zu müssen, um geliebt zu werden. In der Pubertät wurden die Ängste, abgelehnt zu werden, besonders schlimm. Zu der damaligen Zeit war jeder soziale Kontakt extrem schwierig. Ich hatte einmal einen Job in einem Büro und habe dort ständig auf alle Signale geachtet: Wer sagt was zu wem und warum? Wer tut was? Wer schaut mich wie

oft an? Nach drei Stunden war ich fix und fertig. Ich musste mich ununterbrochen vergewissern, dass jemand anderes mich nicht in Frage stellte und das jeden Tag von neuem. Selbstverständlich schienen alle anderen Kollegen mehr wert zu sein als ich. Zu dieser Zeit war ich kaum noch alltagstauglich. Eine Therapie hat zwar einige Verbesserungen gebracht, aber die Angst, nicht gut genug zu sein, ist immer noch vorhanden. Bis heute habe ich etwa Probleme damit, jemanden weniger gut Bekannten in meine Wohnung zu lassen. Denn die Wohnung ist ja ein Ausdruck deiner eigenen Persönlichkeit. Folglich habe ich Angst, die Wohnung könnte irgendwelchen Standards nicht genügen, könnte nicht sauber genug sein, nicht die richtigen Markenmöbel haben usw. Was ist, wenn der Besucher mein „wahres Ich“ entdeckt, dasjenige, das nichts taugt, nichts wert ist? Ich habe bis heute die Vorstellung, anders zu sein, nicht richtig, eben nicht so, wie man sein soll.

Susanne, 35 Jahre
(Auszug, daz Nr. 61)



Behandlung der Sozialen Phobie

Als besonders effektiv hat sich die Kognitive Verhaltenstherapie (KVT) herausgestellt. Kognitive Verhaltenstherapie besteht aus einem verhaltenstherapeutischen Teil, der Konfrontation mit der Angst (siehe S. 14), und einem vorangehenden „theoretischen“, einsichtsorientierten Teil, bei dem zum einen die Abläufe des Angstgeschehens und die Rolle der aufrechterhaltenden Faktoren erklärt werden (Psychoedukation), zum anderen die falschen, Angst auslösenden Gedanken und Überzeugungen bearbeitet werden (Kognitive Umstrukturierung).

Tritt eine Soziale Phobie in erster Linie in ganz spezifischen Situationen auf (z.B. Vorträge halten), so wird besonders die Konfrontation mit der Situation im Mittelpunkt der Therapie stehen. Im un-

mittelbaren Tun erlebt der Patient, dass die von ihm befürchteten Konsequenzen nicht eintreten.

Anders ist es bei einer allgemeinen Sozialen Phobie. Hier bilden falsche Einstellungen, Erwartungen und Bewertungen des Patienten das Hauptproblem. Vor einer direkten Konfrontation ist es daher die Aufgabe der Therapie, diese Einstellungen zu bearbeiten und umzugestalten. Dabei werden vom Therapeuten gezielt die falschen Strategien (aufrechterhaltenden Faktoren) des Patienten angegangen: die problematische Selbstaufmerksamkeit, das Sicherheitsverhalten und die verzerrte Verarbeitung des sozialen Erscheinungsbildes.

Des weiteren werden die falschen Denkmuster und Überzeugungen identifiziert

und bewusst gemacht und anschließend so weit als möglich gedanklich korrigiert. Unterstützend können Methoden wie Rollenspiele oder Videofeedback herangezogen werden. Anschließend werden bei der Exposition die Situationen (z.B. Party) direkt aufgesucht. Nach jeder Exposition wird überprüft, welche „Denkfehler“ gemacht wurden.

Bei Menschen mit einer sozial-ängstlichen Persönlichkeit ist es sinnvoll, darüber hinaus noch ihre gesamte Lebenssituation miteinzubeziehen, z.B. vorhandene soziale Defizite durch ein soziales Kompetenztraining zu verbessern. Dieses hat zum Ziel, elementare Situationen der sozialen Interaktion besser gestalten zu können wie Gefühle zeigen, Wünsche äußern, Forderungen widersprechen u.a.

»»»»»»»» EXPERTENINTERVIEW ««



Im Interview ...



JIHONG LIN

Jahrgang 1986. M. Sc. Psychologie. Studium der Psychologie in Darmstadt und Gießen.

Seit Januar 2013 wissenschaftliche Mitarbeiterin am Lehrstuhl von Prof. Dr. Ulrich Stangier, Institut für Psychologie an der Goethe-Universität Frankfurt. Forschungsschwerpunkt: Soziale Angststörung.

Woran erkenne ich, dass ich unter Sozialer Angststörung leide?

Sozialängstliche Menschen haben die Überzeugung, dass das eigene Verhalten oder sichtbare körperliche Merkmale wie Erröten und Schwitzen von anderen als peinlich oder inadäquat bewertet werden. Angstauslösend sind Situationen, in denen das eigene Handeln einer Beobachtung oder Bewertung durch andere unterliegt (z.B. eine Rede halten) oder Situationen, die eine Interaktion mit anderen erfordert (z.B. Smalltalk führen). Betroffene versuchen, diese Situationen zu vermeiden oder stehen sie nur unter extremen Ängsten durch, was als sehr belastend empfunden wird.

Was sind die nächsten sinnvollen Schritte?

Da es in den meisten Fällen zu einer Chronifizierung mit gravierenden Folgen (Einsamkeit, Arbeitslosigkeit) kommt, sollten Betroffene möglichst schnell professionelle Hilfe aufsuchen.

Welche Therapie hilft bei Sozialer Angststörung?

In wissenschaftlichen Studien hat sich die „Kognitive Verhaltenstherapie“ nach Clark und Wells am effektivsten gezeigt. Als Einzeltherapie befasst sie sich mit den jeweils individuellen Ängsten und Befürchtungen. Betroffene lernen, ungünstige Aufmerksamkeitsprozesse und Verhaltensmuster durch hilfreiche zu er-

setzen. Außerdem ist das Aufsuchen von sozialen Situationen und das Erleben von neuen Erfahrungen ein essentieller Teil der Therapie.

Worauf ist in der Therapie zu achten?

Eine wichtige Grundlage ist eine gute Beziehung zum Therapeuten. Der Patient sollte über seine Gefühle und Gedanken sprechen können. Weiterhin ist die Bereitschaft, sich seinen Ängsten zu stellen und neue Erfahrungen zu sammeln, wichtig. Hausaufgaben, die der Patient eigenständig erledigt, tragen zum Erfolg der Therapie bei.

Was hilft mir in der Situation, wenn ich unter sozialen Ängsten leide?

Betroffene richten in angstauslösenden Situationen ihre Aufmerksamkeit nach innen auf ihre Ängste und körperlichen Empfindungen und versuchen, durch Sicherheitsverhalten (z.B. kurze Antworten, sich unauffällig verhalten) der Blamage zu entgehen. Hilfreich ist es daher, sich diese Prozesse bewusst zu machen und aktiv dagegen anzugehen.

Was schützt mich in Zukunft vor erneuter Erkrankung?

Nach der Therapie helfen das kontinuierliche Aufsuchen von weiteren sozialen Situationen und das Anwenden des erlernten Verhaltens.



TIPP

Automatische Gedanken – der Bewerter im Kopf

Automatische Gedanken sind die alltäglichen Selbstgespräche, die ein Mensch ständig mit sich selbst führt. Sie sind der verbale Ausdruck dessen, was wir gerade über eine Situation und uns selbst denken und fühlen. Sie spiegeln unsere (unbewussten) Überzeugungen und diese sind bei Angstbetroffenen negativ. Wir müssen daher begreifen, dass wir die Angst durch solche automatischen Gedanken (z.B. „Ich kann das niemals“, „Ich werde mich total

lächerlich machen!“) erst selbst produzieren. Wir reden uns erst selbst in die Angst hinein.

Um die Kontrolle über die Angst zu behalten, muss eine Veränderung dieser eingefahrenen Spuren erfolgen. Dazu ist es erforderlich, den unbewussten negativen Gedanken einen bewussten positiven Gedanken entgegenzustellen. Eine solche positive Gegenaussage muss mental eingeübt werden, v.a. durch häufiges Vorsagen. Wer etwa vor einer neuen Aufgabe steht, kann sich sagen: „Ich kann das, ich habe es nur bis jetzt noch nicht gemacht!“ oder „Ich weiß das nicht, aber ich kann es lernen, wie jeder andere auch!“ Es geht nicht darum, sich etwas „einzureden“, sondern eher darum, sich etwas Falsches auszureden, alte und hemmende Gedanken zu verlernen.



Agoraphobie

DIE ANGST, NICHT FLÜCHTEN ZU KÖNNEN

20 **SYMPTOMATIK UND ENTWICKLUNG**

Der Begriff Agoraphobie leitet sich ab von dem griechischen Wort agora = Versammlungsort (daher im Deutschen auch „Platzangst“). Diese „Angst vor Orten“ bezieht sich auf solche Orte, die *im Notfall* nur schwer zu verlassen wären oder an denen Hilfe nicht schnell erreichbar wäre. Den Notfall, den die Betroffenen an diesen Orten befürchten, ist nicht eine Gefahr von außen (wie bei der Spezifischen Phobie), auch keine negative Beurteilung (wie bei der Sozialen Phobie), sondern eine Gefahr, die von innen kommt. Sie befürchten, schwach und schwindelig zu werden und hinzustürzen, ohnmächtig umzufallen, zu erbrechen, zu ersticken,

Typische Orte, an denen dieses Gefühl besonders oft auftritt, sind zum einen enge Räume (Zug, U-Bahn, Bus, Flugzeug, Aufzug, Tunnel) und Räume mit vielen Menschen (Kaufhaus, Kino, Menschenmenge), aber ebenso auch weite oder abgelegene Orte, wo Hilfe nahezu unerreichbar wäre (großer Platz, breite Straße, lange Brücke, Wald, Berge, fremde Stadt/Land). Viele Agoraphobiker fürchten sich davor, in einem Geschäft Schlange stehen zu müssen, empfinden dabei ein Gefühl des Festgehaltenenseins. Angstfördernd sind generell weite Entfernungen zum Ausgang: hochgelegene Stockwerke, unterirdische Bahnhöfe. Auch Reisen, bei denen man sich von der gewohnten Umgebung entfernt, bereiten große Schwierigkeiten.

AGORAPHOBIKER FÜRCHTEN NICHT BESTIMMTE PLÄTZE, SONDERN DAS GEFÜHL DES „GEFANGENSEINS“

einen Herzinfarkt zu erleiden, sogar zu sterben – mit einem Wort die Kontrolle über sich zu verlieren. Im Zentrum der Agoraphobie steht somit die Befürchtung, dass plötzlich ganz massive körperliche Beschwerden auftreten, die unkontrollierbar sind, und der Betroffene keine Möglichkeit sieht, sich aus dieser Situation retten zu können, sich vielmehr allein, hilflos und ungeschützt fühlt.

Letztlich geht es bei allen agoraphobischen Ängsten darum, ohne eigene Kontrolle über die Situation zu sein, vielmehr sich hilflos den äußeren Umständen ausgeliefert zu fühlen.

Agoraphobie beginnt mit 25-30 Jahren, d.h. später als bei den anderen Phobien, und ist unter Frauen verbreiteter als unter Männern. Am Anfang steht das

negative Erlebnis einer der genannten Körperbeschwerden (Schwindel, Herzrasen, Übelkeit) oder das Erlebnis eines regelrechten Panikfalls mit dem Gefühl, die Kontrolle zu verlieren oder verrückt zu werden. Die Wissenschaft unterscheidet daher zwischen Agoraphobie mit Panikstörung und Agoraphobie ohne Panikstörung. Tatsächlich steht in über 90% der Fälle eine Panikattacke am Beginn der Agoraphobie, was vielen Betroffenen jedoch gar nicht bewusst ist. Die Panikattacke tritt häufig nach einem belastenden Lebensereignis auf (wie Tod, Scheidung, Unfall) oder in Zeiten des Dauerstresses und der Überforderung. Manchmal entwickelt sich die Agoraphobie aber auch schleichend, ohne dass gravierende Veränderungen in den Lebensumständen zu finden wären.

Als Folge dieses zutiefst verstörenden, „traumatisierenden“ Erlebnisses vermeidet der Betroffene den Ort, an dem dies stattgefunden hat, und mit der Zeit immer mehr Orte der Außenwelt, an denen eine Flucht im Notfall schwierig oder peinlich wäre (z.B. Mittelplatz im Kino). Es entwickelt sich eine Angst vor der Angst. Aus Angst vor weiteren Attacken weitet sich das Vermeidungsverhalten immer mehr aus, der Aktionsradius des Betroffenen wird immer kleiner. Generell gilt: Je weiter man sich von der eigenen sicheren

Wohnung entfernt, desto stärker wird die „Gefahr“ und die Angst. Im Extremfall steht am Ende der völlige Rückzug auf die eigene Wohnung. Die Betroffenen sind nicht mehr in der Lage, allein das Haus zu verlassen, weil ihnen „die Welt da draußen“ Angst macht. Die Agoraphobie ist insofern die weitreichendste Form der phobischen Vermeidung, da nicht nur einzelne Situationen, sondern die Außenwelt als Ganzes vermieden wird.

Um ihre Angst vor der Angst im Griff zu behalten, entwickeln Menschen mit Agoraphobie ein raffiniertes System der Alltagsbewältigung. An erster Stelle steht die Begleitung durch Partner oder Freunde. Sitzplätze in Türnähe vermitteln die Sicherheit, schnell fliehen zu können. Andere schwören auf Beruhigungsmittel, die sie immer dabei haben, auch wenn sie sie gar nicht benutzen, oder haben immer die Nummer von Ärzten griffbereit. Als hilfreich empfinden viele Agoraphobiker die Mitnahme vertrauter Gegenstände als Sicherheitsspender. Manche nehmen stets ein Fahrrad oder einen Regenschirm mit, an dem sie sich festhalten können. Auch der Hund an der Leine vermindert die Angst. Aus Angst vor Herzrasen und Atemnot scheuen viele Agoraphobiker körperliche Anstrengungen und Sport.

Betroffene müssen also einen erheblichen Teil ihrer Zeit und Energie dafür aufwenden, ihr Hilfsystem aufrechtzuerhalten, mit Tricks und Techniken den Alltag durchzustehen. Doch die Angst vor der Angst begleitet sie trotz Vermeidung ständig. Deshalb können sie sich niemals entspannen. Sie vermuten den lauernen Feind überall und sind ständig auf der Hut. Weil die Angstzustände nicht mehr zu bewältigen sind, verlieren sie ihr Selbstvertrauen, fühlen sich verrückt, schwach und hilflos. Viele entwickeln deswegen Depressionen oder eine soziale Phobie.

ERKLÄRUNGSANSÄTZE

Wie bei den anderen Phobien geht man auch bei der Agoraphobie von biologischen und psychologischen Faktoren aus. Als biologischer Faktor ist eine angeborene Angstsensibilität zu nennen, d.h. die Tendenz, stärker auf körperliche Signale zu achten und sie schneller als negativ zu bewerten.

Bei den psychologischen Faktoren zeigt sich, dass Agoraphobiker oft einen abhängigen Persönlichkeitstyp aufweisen. Es sind Menschen, die schon in der Kindheit kaum passende Bewältigungsmöglichkeiten für Angstsituationen erlernt haben,

AGORAPHOBIE UND KLAUSTROPHOBIE



Klaustrophobie, die Angst vor Enge, kann eine spezifische Phobie sein, wenn der Betroffene primär die Beengtheit des Raumes fürchtet. Sie kann auch eine Form der Agoraphobie sein, wenn das Gefühl des Gefangenseins im Mittelpunkt steht, die Befürchtung, eingesperrt zu sein und keine Kontrolle mehr zu haben.

(siehe dazu das Interview mit Sigrun Schmidt-Traub, daz Nr. 47, S. 10-12)



Literatur

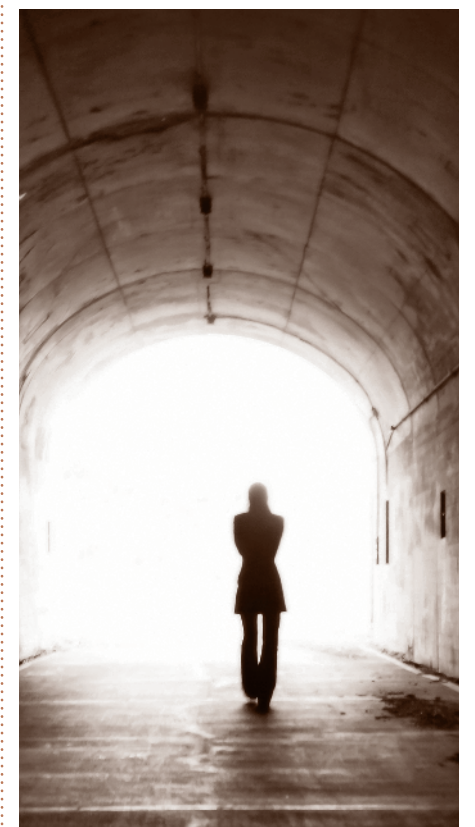
Hans Morschitzky
Wenn Platzangst das Leben einengt. Agoraphobie bewältigen. Ein Selbsthilfeprogramm
Patmos Verlag 2017

Leonie Jockusch
Drinnen ist besser
Agoraphobie: Wenn die Angst den Weg nach draußen versperrt
Verlag Schwarzkopf & Schwarzkopf 2015

ES GEHT NICHT DARUM, DIE ANGST ZU BEKÄMPFEN, SONDERN SICH NICHT NACH IHR ZU RICHTEN. NICHT WO DIE ANGST HIN WILL, IST WICHTIG, SONDERN WO ICH HIN WILL.

weil schon die Eltern überängstlich waren und als „Angstmodelle“ dieses Verhalten an die Kinder vermittelten. Diese früh erlernte Hilflosigkeit lässt die Betroffenen in schwierigen Situationen schnell passiv reagieren mit der Tendenz, sich nicht auf sich selbst zu verlassen, sondern sich an andere Menschen anzuklammern.

Die Agoraphobie (wie auch die Panikstörung) wird aufrechterhalten, weil die Betroffenen eine übertriebene Selbstbeobachtung entwickeln: Sie messen ständig Puls und Blutdruck, lesen in medizinischen Büchern nach und gehen wiederholt zum Arzt, um sich zu versichern, dass keine körperliche Krankheit vorliegt. Sie wollen Zeichen eines Angstanfalls oder einer Krankheit frühzeitig erkennen und entgegensteuern, überinterpretieren dabei aber jede minimale Körpererregung. Tatsächlich schaffen sie so nur noch mehr Angstgründe, denn erst die Bewertung an sich normaler Körpererscheinungen als gefährlich kann eine Angstattacke auslösen. Die Gedanken sind die eigentlichen Betreiber der Angst. Betroffene stellen sich Katastrophales vor, z.B. „Ich könnte ohnmächtig umfallen!“, erwarten gleich das Schlimmste, z.B. „Keiner hilft mir!“ Dabei bezieht sich die negative Einschätzung nicht nur auf ihren Körper, der „versagen“ könnte, sondern auch auf persönliche Eigenschaften, sie halten sich für nicht belastbar, ohnmächtig und hilflos.



Zum Thema Agoraphobie siehe auch das daz-Heft 1/2017 mit einem Artikel von Hans Morschitzky

BETROFFENENBERICHT



Und plötzlich war alles anders

Es war ein wunderschöner Sommertag: die Sonnenstrahlen wärmten schon jetzt am frühen Morgen. Ich war auf dem Weg zur Arbeit. Als Vertriebsassistentin arbeitete ich seit ca. 15 Jahren in einer Firma, die ich bequem in 15 min zu Fuß erreiche. Nur heute nicht! Plötzlich konnte ich keinen Fuß mehr vor den anderen setzen, ein ständiges Schwindelgefühl beeinflusste meinen vorläufig letzten Gang zur Arbeit. Was war los? Ich fühlte mich schon seit langer Zeit nicht gut. Mir war ständig schwindelig und ich konnte nur verschwommen sehen – komischerweise immer dann, wenn ich das Haus verließ. Mir fielen die Haare aus, ich hatte Durchfall und ca. 5 Kilo abgenommen, von den Schweißausbrüchen, dem Zittern, den Herzstichen und den immer wiederkehrenden Alpträumen ganz zu schweigen. Das alles konnte ich nicht verstehen und fühlte mich total verunsichert. Ich wusste nicht, zu welchem Arzt ich mit so vielen Beschwerden gehen sollte. Immer häufiger hatte ich das Gefühl, den Verstand zu verlieren. So fürchtete ich mich, ein Messer in die Hand zu nehmen, aus Angst, mich oder andere Menschen zu verletzen. Ich traute mich nicht mehr auf den

Balkon, aus Angst herunterzufallen. Die Badewanne war auch so ein Problem, ich könnte nicht mehr lebend rauskommen. Ja, und irgendwann traute ich mich nicht mehr aus dem Haus. In den folgenden Wochen durchlief ich alle möglichen Untersuchungen, wobei ich bei jedem Gang auf fremde Hilfe angewiesen war. Vor jeder Untersuchung hatte ich die Hoffnung: Heute würde es sich entscheiden, die Ursache meiner Beschwerden geklärt werden. Aber mit jedem Tag wurde meine Unsicherheit und Enttäuschung größer. Nirgendwo kam etwas raus. Durch einen Zufall fand ich einen Verhaltenstherapeuten und bekam schnell einen ersten Termin. Erst jetzt erkannte ich die Zusammenhänge und hörte zum ersten mal von Agoraphobie. Ich erkannte, wie sehr ich mein bisheriges Leben durch immer wiederkehrendes Vermeidungsverhalten selbst eingeschränkt hatte. Inzwischen war ich zur Gefangenen meiner Angst geworden. So hatte ich z.B. schon Anfang des Jahres den Notarzt rufen müssen, weil ich glaubte, einen Herzinfarkt zu haben. Es war aber eine klassische Panikattacke mit Todesangst. Jeder Gang zur Arbeit und zurück war eine einzige Strapaze. Ich verließ schon schweißgebadet das Haus, auf der Straße zuckte ich vor jedem Geräusch zusammen. Wenn mir andere Leute begegneten, wartete ich, bis sie

vorbei waren, immer in der Angst, sie könnten merken, dass mit mir etwas nicht stimmte. Manchmal ging ich Umwege und manchmal kam ich nur in Begleitung zur Arbeit. Wenn ich dann da war, fürchtete ich mich schon vor dem Heimweg. Am schlimmsten war immer der Montag, da ich mich am Wochenende zuhause sicher fühlte. Nach Tagen voller panischer Unruhe und Nächten voller Alpträume verfiel ich gewöhnlich in Depressionen, fühlte mich innerlich leer und abgestorben und war oft völlig apathisch. Wie ich in der Therapie erfuhr, war das eine ganz normale Reaktion meines Körpers auf die Attacken, die mich so viel Kraft und Energie kosteten, dass ich mich total ausgepowert fühlte.

Tina, 35 Jahre (Auszug, daz Nr. 15)



TIPP

Den Genuss zulassen!

Gerade unter Angstbetroffenen begegnen wir häufig Menschen, denen es weitgehend fremd ist, sich selbst auch mal etwas zu gönnen. Sie verordnen sich starre Normen und setzen sich damit selbst unter enormen Druck. „Nur wenn ich dies und jenes tue, leiste oder erreiche, bin ich ein guter Mensch!“ Ich muss..., ich sollte... - damit beginnen unsere Formeln, damit wir geliebt und geschätzt werden. Wer so denkt, sieht Ver-

gnügen als Zeitverschwendung, die man auf „nützlichere“ Dinge verwenden könnte, und meint, dass Entspannung nur erlaubt ist, wenn „alles andere“ erledigt ist. Genuss, Spaß, Freude verschwinden so aus dem Leben. Statt einen spontanen Impuls einfach umzusetzen, überlegt man sich, ob das in dieser Situation und zu diesem Zeitpunkt auch wirklich „erlaubt“ ist. Tatsächlich arbeiten solche Menschen nicht für sich, sondern sie arbeiten, um es anderen recht zu machen. Die Folge ist, dass sie mit der Zeit völlig vergessen, was ihnen überhaupt Freude macht. Der kleine Schritt, jeden Tag ein wenig liebevoll mir sich selbst umzugehen und gut für sich zu sorgen, ist in Wirklichkeit ein ganz großer. Gut für mich zu sorgen,

bedeutet, meine eigenen Bedürfniss zu spüren, zu erkennen, was mir jetzt in diesem Moment gut tun könnte. Indem wir gut für uns sorgen, können wir uns erholen und entspannen, wieder zu uns selbst finden, unser inneres Gleichgewicht wiederherstellen. Gut für sich sorgen heißt, sich auch mal fallen zu lassen, die Kontrolle loszulassen und sich eine Schwäche einzugestehen. Und es heißt auch, sich Zeit zu nehmen für Genuss, für die angenehmen Dinge (z.B. ins Café gehen, ins Kino, lesen, fahrradfahren, spazierengehen u.a.). Genuss bedeutet, etwas um seiner selbst willen tun, weil es Spaß macht, nicht weil es nützlich ist. Schaffen Sie sich also Oasen der Ruhe und des Genusses im Alltag. Sie sind es sich wert!

»»»»»»»» EXPERTENINTERVIEW ««



Im Interview ...

Woran erkenne ich, dass ich unter einer Agoraphobie leide?

Eine Agoraphobie liegt vor, wenn Situationen vermieden werden, in denen ein Entkommen oder Hilfe nicht jederzeit verfügbar ist (z.B. Verkehrsmittel, große Menschenmengen, im Theater oder Kino in der Mitte sitzen, enger Fahrstuhl). Der Begriff „Platzangst“ wird heute nicht mehr so eng gefasst, d.h. es sind nicht nur große freie Flächen gemeint, sondern auch Situationen, in denen ein Entkommen nicht möglich ist oder Hilfe nicht verfügbar ist. Häufig tritt die Agoraphobie gemeinsam mit der Panikstörung auf, aber es gibt auch Menschen, die „nur“ unter Agoraphobie leiden und im schweren Fall gelingt es gar nicht mehr, die Wohnung zu verlassen.

Was sind die nächsten sinnvollen Schritte?

Zunächst ist eine Diagnostik zu empfehlen, um körperliche und andere psychische Erkrankungen auszuschließen. Unter den Therapien ist eine Kognitive Verhaltenstherapie die erste Wahl. Wenn eine Therapie zu lange nicht verfügbar ist, dann ist zu überlegen, ob nicht eine medikamentöse Behandlung mit einem Antidepressivum in Frage kommt.

Worauf ist in der Therapie zu achten?

Bei der Agoraphobie ist es extrem wichtig, sich mit den angstbesetzten Situationen zu konfrontieren. Dabei ist es in der Regel

hilfreich, wenn anfänglich der Therapeut den Patienten in den Expositionen begleitet, damit dieser lernt, Vermeidungs- und Ablenkungsstrategien nicht anzuwenden. Der Patient erfährt dabei, dass in der Situation die Angst sich habituieret, sich wieder zurückbildet und bei wiederholter Konfrontation mit der Situation die Angstreaktion immer geringer wird. Wichtig ist es, am Ball zu bleiben und wiederholt sich mit den Situationen zu konfrontieren. Ziel ist, eine komplette Rückbildung des Vermeidungsverhaltens zu erreichen.

Was hilft mir in der angstbesetzten Situation?

Am besten hilft eine gute Vorbereitung, d.h. sich vorher die Situation gut vorgestellt zu haben: was ist zu erwarten, wie wird es sich entwickeln.

Was schützt mich in Zukunft vor erneuter Erkrankung?

Besonders ist darauf zu achten, dass sich nicht langsam durch die Hintertüre ein Vermeidungsverhalten wieder einschleicht und man beginnt, Dinge nicht mehr zu machen. Wenn man bemerkt, dass man erneut beginnt, mit Situationen Schwierigkeiten zu bekommen, dann ist es Zeit zu versuchen, sich wieder direkt und aktiv damit zu konfrontieren. Ähnlich wie bei anderen psychischen Erkrankungen können Entspannung, körperliche Aktivität, Sozialkontakte und Unternehmungen mit anderen Menschen helfen, das Gleichgewicht im Alltag aufrechtzuerhalten.



PROF. DR. MED. ANDREAS STÖHLE

Leitender Oberarzt am Klinikum für Psychiatrie und Psychotherapie Campus Charité Mitte, Berlin

Forschungsschwerpunkte: Neurobiologie und Therapie von Angst-erkrankungen Körperliche Aktivität, Sport und psychische Erkrankungen



Behandlung der Agoraphobie

Bei der Therapie der Agoraphobie geht es darum, die gefürchteten Orte aufzusuchen und sich der drohenden Angst zu stellen (Konfrontationstherapie). Die Exposition in vivo, also in der realen Außenwelt (siehe S. 14), und hierbei besonders das Flooding hat sich als sehr erfolgreich erwiesen. Dabei kann es sinnvoll sein, eine Hierarchie der Orte aufzustellen, d.h. man fängt mit dem am wenigsten angstbesetzten Ort an und arbeitet sich zu den „gefährlichen“ Orten vor. Wichtig ist, alles eingeübte Sicherheitsverhalten (wie Beruhigungsmittel, Notfalladressen) bewusst zu unterlassen.

Der Exposition geht meist eine kognitive Neuinterpretation voraus. Deren Ziel ist es, den Patienten über die körperlichen und gedanklichen Abläufe bei übertriebener Angst aufzuklären, also den Aufschaukelungsprozess der Angst und die eigene Mitwirkung daran, z.B. durch Fehlinterpretationen von Herzrasen, klarzumachen. Zusätzlich bekommt der Patient gedankliche Hilfsmittel an die Hand, um den Teufelskreis des Angstanfalls nicht durch Horrorszenerarien weiter anzufachen (wie Selbstinstruktionstraining, Entspannungsübungen u.a.)



Panikstörung

DIE ANGST, SICH NICHT AUF DEN EIGENEN KÖRPER
VERLASSEN ZU KÖNNEN

24

SYMPTOMATIK UND ENTWICKLUNG

Als Panikattacke wird nach den Diagnosekriterien des ICD-10 eine abgegrenzte Periode intensivster paroxysmaler (d.h. anfallsartiger) Angst bezeichnet, die innerhalb von wenigen Minuten ihren Höhepunkt erreicht. Charakteristische Symptome einer Panikattacke sind folgende körperliche Beschwerden und Gedanken: Herzrasen, Schwitzen, Zittern, Atemnot, Erstickungsgefühle, Übelkeit, Schwindel, Derealisation, Angst die Kontrolle zu verlieren oder zu sterben.

Die einzelnen Anfälle beginnen gewöhnlich ganz plötzlich und steigern sich innerhalb von Minuten zu einem Höhepunkt.

BEI DER PANIKSTÖRUNG KOMMEN DIE ANGSTAUSLÖSENDE REIZE NICHT AUS DER AUSSENWELT; SONDERN AUS DEM EIGENEN INNEREN, DAS SCHEINBAR „VERRÜCKT“ SPIELT.

Die durchschnittliche Panikattacke dauert etwa 15 Minuten, es kommen aber auch kürzere (einige Minuten) und längere Attacken (bis zu einigen Stunden) vor.

Panikattacken können in den verschiedensten Situationen auftreten. Jeder Mensch kennt das Gefühl von Panik als extrem gesteigerter Angst und den Impuls zu „panischer“ Flucht (z.B. bei un-

heimlichen Geräuschen im Wald, in der Dunkelheit). Diese Angst hat einen konkreten Auslöser. Ein nicht kleiner Teil der Bevölkerung (etwa 14%, nach anderen Angaben bis zu 30%) erlebt einmal im Leben auch eine Panikattacke ohne konkreten Auslöser, eine spontane Angstattacke. Diese ist zwar äußerst unangenehm, aber noch kein Anzeichen für eine Krankheit. Außerdem können Panikattacken bei vielen anderen psychischen Störungen auftreten, z.B. bei Spezifischen Phobien, der Posttraumatischen Belastungsstörung, bei Persönlichkeitsstörungen, Schizophrenie oder Sucht, eher selten bei Sozialer Phobie und Generalisierter Angst. Die Attacken treten hier meist nur unter bestimmten Umständen auf,

etwa bei der Konfrontation mit einem situativen Auslöser (Verkehrsmittel, Tiere, Blut u.a.). Auch manche körperlichen Erkrankungen (Gehirn-, Herz-Kreislauf-, Schilddrüsenerkrankung) können eine Panikattacke auslösen (die so genannte sekundäre Angst). Panikattacken sind also ein unspezifisches Symptom, eine genaue diagnostische Abklärung daher unbedingt nötig.

Von einer Panikstörung spricht man, wenn spontane Angstattacken gehäuft vorkommen. Von den Betroffenen wird ihr Auftreten beschrieben als *wie aus heiterem Himmel, aus dem Nichts heraus*. Die Angstattacke ist sozusagen die Angst an sich, die ohne konkreten Auslöser plötzlich hereinbrechende exzessive Angst. Die körperlichen Symptome (v.a. Herzklopfen) sind dabei trotz der kurzen Dauer so extrem, dass sie als tödliche Bedrohung erlebt werden und der Betroffene das Gefühl hat, verrückt zu werden oder zu sterben. Nicht nur für Außenstehende, auch für den Betroffenen selbst ist die Angst wegen ihrer Unvermitteltheit und Unkontrollierbarkeit oft nicht verständlich und mysteriös.

Da die Symptome der Panikattacke sehr stark körperlich sind, glauben viele Betroffene anfangs an eine körperliche Erkrankung. Mehr als das subjektive Gefühl der Angst stehen für sie die bedrohlichen körperlichen Erscheinungen im Vordergrund. Manche durchlaufen einen Ärztemarathon, um alle möglichen Körperwerte überprüfen zu lassen. Oft bleibt die Störung lange unerkannt, auch weil viele Patienten den negativen Ergebnissen misstrauen und immer neue Untersuchungen fordern. Sie hoffen auf eine körperliche Ursache, denn dies würde bedeuten, dass man etwas gegen die Symptome tun könnte, ohne Ursache dagegen sehen sie sich

Häufigkeit der Symptome bei Panikattacken:

| | |
|----------------------------|-----|
| Herzklopfen | 82% |
| Schwitzen | 78% |
| Angst vor Kontrollverlust | 64% |
| Schwindel | 60% |
| Zittern | 57% |
| Hitzewallungen | 52% |
| Kurzatmigkeit | 50% |
| Ohnmachtsgefühle | 46% |
| Schwäche | 41% |
| Brustschmerzen | 40% |
| Gefühle der Unwirklichkeit | 38% |
| Derealisationsphänomene | 37% |
| Erstickungsanfall | 32% |
| Todesangst | 15% |

den Symptomen hilflos ausgeliefert. Doch bei über 95% der Menschen mit wiederkehrenden Panikattacken besteht keine interistische Erkrankung.

Die allererste Attacke tritt zumeist zwischen dem 20. und 30. Lebensjahr auf. Ohne Behandlung verfestigt sich die Krankheit und wird chronisch. Die Häufung unerwarteter Panikattacken führt bald zu einer starken Angst vor dem erneuten Auftreten einer Attacke (Angst vor der Angst) und in der Folge zur Entwicklung von Vermeidungsverhalten für bestimmte Situationen (z.B. Alleinsein), oder Orte, an denen eine Flucht schlecht möglich wäre (Agoraphobie). Über 60% der Menschen mit Panikstörung entwickeln zusätzlich eine Agoraphobie. Weitere Komorbiditäten sind Depression und Sucht, v.a. Alkoholabhängigkeit.

ERKLÄRUNGSANSÄTZE

Was genau bei einer Panikattacke im Körper abläuft, ist noch nicht völlig geklärt. Viele Befunde weisen darauf hin, dass die Panikattacke im Hirnstamm entsteht, der für die Regulation der Alarmsysteme des Körpers verantwortlich ist. Eine spontane Panikattacke ist ein falscher Alarm, d.h. eine Alarmreaktion läuft ab, obwohl kein hinreichender Grund dafür besteht. Die Neigung, solche falschen Alarme zu erleben, scheint auch eine angeborene Komponente zu haben. Des Weiteren scheinen speziell solche Menschen betroffen zu sein, die eine gesteigerte Angstsensitivität besitzen, die also körperliche Reize und Veränderungen besonders gut wahrnehmen können und die vermehrt ihren eigenen Körper beobachten.

Neuere Untersuchungen sehen v.a. die psychologischen Faktoren als entscheidend für die Ausbildung und Aufrechterhaltung einer Panikstörung an. Kognitive Ansätze betonen die Fehlwahrnehmung ungefährlicher körperlicher Prozesse wie Herzklopfen oder Schwindel. Eine Panikattacke tritt nicht wirklich ohne einen Auslöser auf, doch ist dieser nicht in der Außenwelt zu suchen, sondern im eigenen Inneren, was den Betroffenen nicht bewusst ist. Deshalb fühlt es sich für sie so an, als ob ihr Körper plötzlich verrückt spielt.

Die allermeisten Panikattacken beginnen mit einer fehlerhaften Interpretation von Körperreizen. Ein gelegentliches Herzklopfen wird z.B. als möglicher bevorstehender Herzinfarkt fehlgedeutet, ein Schwindel als bevorstehende Ohnmacht. Diese falsche Bewertung an sich harmloser körperlicher Vorgänge führt zu Anspannung und Angst. Es werden also die für die Angst typischen Körperreaktionen in Gang gesetzt, die auf eine bevorstehende Aktion (Kampf oder Flucht) vorbereiten sollen. Diese Veränderungen nimmt der Angstpatient wahr und interpretiert sie gerade als Bestätigung seiner Befürchtungen. So führen Körpersymptome zu angstvollen Gedanken und diese wiederum verstärken die Körpersymptome. Zwei Drittel aller Panikpatienten beginnen zu Hyperventilieren (siehe Kasten). Ein sich selbst verstärkender Aufschaukelungsprozess entsteht.

Panikpatienten betreiben verstärkte „Innenschau“. Sie beobachten ihren Körper ständig und sehr genau und alle Unregelmäßigkeiten, die sie sich nicht erklären können, versetzen sie in Sorge und erhöhte Anspannung. Doch gerade dieses Achten auf körperliche Symptome verstärkt diese noch mehr. Bei vielen Patienten reicht allein der bloße Gedanke, z.B. an eine Herzkrankheit, um Angst auszulösen.

Subjektiv haben die Patienten die Befürchtung, sich nicht auf ihren Körper verlassen zu können, der plötzlich verrückt spielt. Die speziellen Gründe für diese Unsicherheit gegenüber dem eigenen Körper sind in der jeweiligen Lebensgeschichte zu suchen. Denkbar sind etwa falsche Lernerfahrungen. Wer als Kind Panikattacken bei anderen Menschen miterlebt hat, erfährt, wie „gefährlich“ und peinlich diese sein können und lernt, dass es wichtig ist, auf Körpersymptome unbedingt zu achten. Tiefenpsychologische Ansätze interpretieren die Angst, dass der Körper nicht richtig funktioniert, als fehlenden Aufbau von Sicherheit, z.B. durch eine unzuverlässige Versorgung in der frühen Kindheit. Betroffene konnten so kein Sicherheitsgefühl und kein Vertrauen in ihren Körper aufbauen.



Literatur

Nina Heinrichs
Ratgeber Panikstörung und Agoraphobie
Hogrefe Verlag 2007

Hans Morschitzky
Endlich leben ohne Panik. Die besten Hilfen bei Panikattacken
Verlag fischer & gann 2015

25

PANIK UND HYPERVENTILATION

Hyperventilieren bedeutet zu schnelles Atmen. Es entsteht, weil Betroffene das Gefühl haben, keine Luft mehr zu bekommen und daher immer schneller und flacher atmen, in die Lunge statt in den Bauch. Der Körper nimmt so mehr Sauerstoff zu sich als er tatsächlich benötigt. Durch dieses Überangebot verschiebt sich das Verhältnis von Sauerstoff und Kohlendioxid im Blut, was wiederum die physiologischen Prozesse im Körper beeinflusst. Dies ist nicht gefährlich, die Folgen sind jedoch eine Vielzahl äußerst unangenehmer Symptome: Schwindel, Benommenheit, Krabbeln in den Armen und Beinen, Verkrampfungen der Hand (Pfötchenstellung), verschwommenes Sehen, Schwächegefühl. Mit Hilfe der Bauchatmung (siehe Tipp) kann man die Hyperventilationssymptome in kurzer Zeit zum Verschwinden bringen

BETROFFENENBERICHT



Ich saß im Bus fest – und die Angst explodierte

Meine erste Panikattacke hatte ich wohl im Alter von 13 oder 14 Jahren. Ich bin nach der Schule, wie immer, mit dem Bus nach Hause gefahren, von der Stadt zurück in mein Heimatdorf. Mit meinen Freunden saß ich auf einem der coolen Vierersitze und es war eigentlich alles wie immer. Bis wir auf die Autobahn kamen. Ich weiß gar nicht, ob die Autobahn der Auslöser war oder was plötzlich mit mir los war. Ich saß ganz normal auf meinem Sitz und habe mich mit meinen Freunden unterhalten und Kaugummi gekaut. Dann auf einmal hatte ich das Gefühl, keine Luft mehr zu bekommen und dachte, jetzt ist es aus mit mir. Ich habe schnell meine Flasche herausgeholt und etwas getrunken. Nach diesem lebensbejahenden Schluck ging es wieder einigermaßen, und mitbekommen hat wohl auch keiner was. So ist das noch heute: Eigentlich merkt nie jemand, wie ich mich gerade in angstauslösenden Situationen fühle. Höchstens mir ganz nahestehende Personen können die Zeichen deuten. Leider ist das etwas, was man ganz schnell lernt: Sich bloß nichts anmerken lassen. Aber das ist ein großer Fehler. Gefühle zu unterdrücken ist wie verzweifelt die Hand auf ein Loch in der Wasserleitung zu pressen. Irgendwann kommt doch alles raus, und dann

viel kraftvoller, als wenn man es von Anfang an hätte laufen lassen und versucht hätte, das Loch ordentlich zu flicken. Erzählt habe ich zu Hause nichts von der Situation, sondern mich erst mal aufs Bett gelegt und mich erholt. Gefühlt bin ich einen Marathon gelaufen, praktisch waren es aber nur wenige Minuten Angst. Also verdrängen, abhaken und dankbar sein dafür, dass man die Fahrt überlebt hat. Und in dem Alter ist man wohl sowieso zu jung dafür, das alles richtig zu verstehen. Im Nachhinein ist man schlauer, deshalb würde ich das heutzutage wohl anders lösen: „Mutti, hör mal, ich hatte da diese furchtbare Angst und wir müssen was dagegen tun!“ Hab ich aber nicht gemacht, und deshalb kam alles, wie es kommen musste. Nach diesem ersten Vorfall war das Leben erst mal wieder normal. Dass das eine Panikattacke war, wusste ich zu diesem Zeitpunkt nicht. Ich bin mir nicht mal sicher, ob ich in dem Alter überhaupt wusste, dass es so etwas gibt. Etwa zwei Jahre später dachte sich mein Begleiter dann aber, dass man ja mal wieder anknöpfen könnte. Ich bin schon von klein auf ein großer Fußballfan, hatte eine Dauerkarte und war auch auf vielen Auswärtsspielen meiner Mannschaft dabei. Bei einem Abendspiel waren ich und meine Freunde wie immer schon eine Stunde vor Anpfiff auf unseren angestammten Plätzen. Der Stehblock war rappellvoll, die Stimmung war gut, es war alles wie immer. Ich saß auf der Treppe, mit dem Stadionheft

in der Hand. Irgendwie habe ich dann ein Knie an den Kopf bekommen, überhaupt nicht schlimm, weil ich nur leicht berührt wurde. Denkste! Schwindel, Atemnot Zittern. Einfach so. Die Schulzeit war für mich eine ziemliche Tortur. Irgendwann kam wieder der Bus ins Spiel. Erst habe ich keinen Bus mehr genommen, der über die Autobahn gefahren ist – da kann man schließlich im Notfall nicht mal so eben aussteigen. Dann habe ich nur noch eine Linie genommen, die oft ausfällt, damit ich mich von meinen Eltern abholen lassen konnte. Und dann, nach einem schleichenden Prozess von ein paar Monaten, war der Bus komplett gestrichen. Das einschneidende Erlebnis geschah im Winter, als so viel Schnee lag, dass der Bus den Berg zu meinem Wohnort nicht mehr hochkam. Ich saß also fest und habe den Busfahrer gebeten, die verdammte Tür aufzumachen, was er aber partout nicht wollte. Also immer energischer drum gebeten, bis ich mich im Angstrausch so aufgeregt habe, dass ich rauskonnte. Dann den ganzen Weg nach Hause gesprintet, alle paar Meter tief einatmend. Das Atmen wurde immer schwerer, es fühlte sich an als würde die Luft nicht mehr ankommen – klassische Hyperventilation durch falsches Atmen. In solchen Situationen lebt man nur noch die Angst, alles andere wird ausgeblendet.

Tim, 27 Jahre
(Auszug, daz Nr. 72)



Foto: David-W. (David Wiesreck) / Photocase.de



Behandlung der Panikstörung

Bei der Therapie der Panikstörung hat sich die kognitive Verhaltenstherapie, deren zentrales Element die Konfrontation des Patienten mit seiner Angst ist, als erfolgreich erwiesen. Da bei der Panikstörung die angstauslösenden Reize körpereigene Empfindungen sind, werden diese zum Zweck der Konfrontation absichtlich hervorgerufen: Durch Laufen oder Treppensteigen wird schneller Herzschlag provoziert, durch tiefes Einatmen (Hyperventilieren) Atemnot und Schwindel. Der Patient soll dabei erfahren, dass diese Symptome ganz natürlich auftreten, also nichts krankhaftes an sich haben und harmlos sind.

Die Exposition wird von einer kognitiven Umstrukturierung begleitet mit dem Ziel einer Neubewertung der als gefährlich interpretierten Körperereignisse. Dem Patient wird vermittelt, dass die scheinbar spontan auftretenden Attacken das Ergebnis seiner eigenen Fehlinterpretationen natürlicher körperlicher Prozesse sind. Dieser Schritt von einem organischen Krankheitsmodell („Ich bin organisch krank!“) hin zu einem psycho-physiologischen Modell ist für viele Patienten durchaus schwierig. Das zusätzliche Erlernen von Bewältigungsstrategien hilft, das mangelnde Vertrauen in die eigene Fähigkeit zu stärken, eine Attacke zu bewältigen.

»»»»»»»» EXPERTENINTERVIEW ««



Im Interview ...



PROF. DR. MED. ANDREAS STÖHLE

Leitender Oberarzt am Klinikum für Psychiatrie und Psychotherapie
Campus Charité Mitte, Berlin

Forschungsschwerpunkte:
Neurobiologie und Therapie von Angst-
erkrankungen
Körperliche Aktivität, Sport und psychische
Erkrankungen

Woran erkenne ich, dass ich unter einer Panikstörung leide?

Wenn es wiederholt und unerwartet zu Panikattacken gekommen ist und diese in Ihrem Leben zu Verhaltensänderungen geführt haben, d.h. Sie haben möglicherweise begonnen, bestimmte Dinge zu vermeiden, und dadurch im Alltag beeinträchtigt sind und keine andere körperliche oder psychische Erkrankung dafür verantwortlich ist, dann kann man von einer Panikstörung sprechen.

Was sind die nächsten sinnvollen Schritte?

Zunächst geht es darum zu klären, dass keine andere Erkrankung vorhanden ist. Kann dies ausgeschlossen werden, ist es sinnvoll, Hilfe zu suchen, am besten bei einem Verhaltenstherapeuten. Sollten die Wartezeiten zu lange sein, kann man zu einem Psychiater gehen, um zu überlegen, ob eine Pharmakotherapie sinnvoll ist.

Welche Therapie hilft bei der Panikstörung?

Primär ist die Kognitive Verhaltenstherapie die am besten untersuchte Therapie bei allen Angststörungen, auch bei der Panikstörung. Medikamentös werden heutzutage besonders Antidepressiva verwendet und nicht die klassischen Beruhigungsmittel, die abhängig machen.

Worauf ist in der Therapie zu achten?

Bei der Verhaltenstherapie ist es wichtig, dass es um die Symptomatik, also die Beeinträchtigung geht. Anfänglich wird der Therapeut ein Störungsmodell entwi-

ckeln, um Verständnis dafür zu bekommen, wie sich die Krankheit entwickelt hat. Dann aber geht es auch ganz konkret darum, an den Dingen zu arbeiten, die einen krankheitsbedingt beeinträchtigen, d.h. sich mit den Symptomen der Panikattacken zu konfrontieren und nicht nur Strategien zu erlernen, um das Auftreten von Panikattacken zu vermeiden.

Was hilft mir in der Situation, wenn ich eine Attacke habe?

Wichtig ist, sich vor Augen zu führen, dass es sich um eine „fehlgeleitete Angstreaktion“ handelt, die nicht wirklich Gefahr anzeigt, sondern einen Fehlalarm darstellt und die auftretenden Symptome zwar unangenehm sind, aber nicht gefährlich oder bedrohlich. Das ist natürlich leichter gesagt als getan, aber eben einen solchen Umgang mit den Panikattacken muss im Verlauf der Therapie erlernt werden.

Was schützt mich in Zukunft vor erneuter Erkrankung?

Bei manchen Menschen können vermehrter Stress, verminderter Schlaf, zu viel Kaffee Angstsymptome wieder zum Vorschein bringen. Auf solche Dinge ist zu achten, um weiterhin im Gleichgewicht und stabil zu bleiben. Wichtig ist auch, keine Situationen zu vermeiden, auch nicht Dinge wie etwa körperliche Aktivitäten und Sport, die dazu beitragen, körperliche Anspannung und Stress abzubauen und so die Wahrscheinlichkeit eines Auftretens von Panikattacken vermindern. Andere Möglichkeiten, um einen Ausgleich im Alltag zu finden, sind Entspannungstechniken (z.B. Yoga).



TIPP

Bauchatmung: Maßnahme gegen plötzliche Panikgefühle

Immer wenn Sie merken, dass sich Angst, Unbehagen und Panik in Ihnen breitmachen wollen, können Sie mit der richtigen Bauchatmung einer plötzlich auftretenden Panikattacke begegnen. Wer tief in den Bauch atmet, wirkt der flachen Atmung, wie sie bei Hyperventilation auftritt, sofort entgegen und ändert damit seinen körperlichen Zustand.

Setzen Sie sich hin und legen Sie Ihre Hände auf den Bauch, etwa in Höhe des Nabels. Dann atmen Sie durch die Nase ein, so tief, dass Sie merken, dass sich Ihr Bauch nach vorne wölbt (nicht den Bauch einziehen!). Nicht pressen, sondern locker den Bauch wölben lassen. Jetzt erst schließen Sie den Atemzug ab, indem Sie Ihre Lungen füllen, bis sich der Oberkörper ein wenig ausweitet. Auch hier gilt, nicht mit Anstrengung atmen, möglichst einen gleichbleibenden Rhythmus finden. Beim Ausatmen achten Sie darauf, immer etwas länger auszuatmen, als Sie eingatmet haben. Sie können beim Einatmen bis acht zählen, beim Ausatmen bis zehn. Wenn Sie mögen, können Sie sich vorstellen, wie Sie beim Einatmen aus dem Boden neue Kraft aufsaugen.



Generalisierte Angst

DIE SORGENKRANKHEIT

28

SYMPTOMATIK UND ENTWICKLUNG

Neben den „spektakulären“ Formen der Angst (wie Panikstörung, Agoraphobie, Zwangsstörung) gibt es noch eine Angststörung, die wenig auffällt: die Generalisierte Angststörung (abgekürzt GAS). Von dieser spricht man, wenn Menschen unter andauernden und übermäßigen Sorgen leiden, die von keinem unmittelbaren Anlass ausgelöst sind, sondern unspezifisch und allgemein, eben generalisiert, sind.

Die Befürchtungen und Sorgen beziehen sich auf Themen wie die eigene Gesundheit oder die Gesundheit der Angehörigen, den Beruf, die finanzielle Situation,

Werde ich meine Arbeit behalten? Wird das Geld ausreichen? Das Sorgen kann sich sogar auf ganz alltägliche Arbeiten beziehen wie Termine oder den Einkauf.

Die Zeiten des Sorgens können bei Betroffenen viele Stunden am Tag in Anspruch nehmen. Gedanken über mögliche bedrohliche Ereignisse, die in der Zukunft passieren könnten, und wie diese verhindert werden könnten, reihen sich endlos aneinander. Die Betroffenen kommen aus dem Denken und Grübeln gar nicht mehr heraus, sie sind regelrecht gefangen. Im Unterschied zum konzentrierten Nachdenken ist das Grübeln jedoch kaum zielgerichtet, die Themen gehen überganglos ineinander über. So fühlen sich

hig und erleben den Schlaf als wenig erholsam. Sie ermüden leichter und haben Schwierigkeiten, sich zu konzentrieren. Bei etwa 70% der Betroffenen treten noch andere Probleme hinzu wie eine andere Angststörung oder Depression.

Die Generalisierte Angststörung kann in jeder Lebensphase beginnen – dies im Unterschied zu anderen Angststörungen, die typischerweise im jungen Erwachsenenalter auftreten. Sie beginnt meist schleichend und verläuft chronisch, wobei die Betroffenen schildern, dass die Beschwerden nicht immer gleich stark ausgeprägt sind. Äußere Belastungen wie z.B. zusätzliche Anforderungen oder familiäre Veränderungen spielen dabei eine Rolle.

ERKLÄRUNGSANSÄTZE

Risikofaktoren für eine Generalisierte Angststörung sind, neben einem ängstlichen Temperament, v.a. Lernerfahrungen, die zu einer ängstlichen Sicht auf die eigene Person und die Zukunft generell beigetragen haben. Menschen, die durch die Unsicherheit der Zukunft mehr als andere belastet werden und die zugleich wenig Vertrauen in ihre eigene Problemlösungskompetenz haben, entwickeln so leicht eine besorgte Erwartungshaltung hinsichtlich potenzieller Gefahren. Betroffene haben eine verzerrte Einschätzung von Be-

drohungen, sehen die Welt grundsätzlich als gefährlich und unkontrollierbar an und nehmen daher eine Haltung der ständigen Wachsamkeit ein. Sie fühlen sich angesichts der vermeintlichen Bedrohungen schnell überfordert. Kommen dann akute Belastungen hinzu, kann dies dazu führen, dass das Sorgen und die Dauerangst auch dann nicht mehr abklingen, wenn der akute Stress nachlässt.

Um mit der Unsicherheit und den Befürchtungen besser umgehen zu können, beginnen die Betroffenen, übermäßig über ihre Probleme nachzudenken. Sie hoffen, zukünftige Gefahren antizipieren und dadurch verhindern zu können oder zumindest gut darauf vorbereitet zu sein. Das Sorgen wird als eine Problemlösungsstrategie eingesetzt. Sich beim Sorgen gedanklich-abstrakt mit seinen Befürchtungen zu beschäftigen, dämpft zudem das unangenehme Angsterleben. So beginnen sie, sich immer exzessiver und über immer alltäglichere Dinge zu sorgen. Doch zu einer wirklichen Lösung führt das Sorgen nicht. Betroffene spielen nur immer wieder gedanklich mögliche Katastrophen durch, ohne zu einem sinnvollen Resultat zu gelangen. So nehmen die Sorgen immer weiter zu.

Mit der Zeit wird das Sorgen selbst zur Belastung. Viele Betroffene versuchen deshalb, das Sorgen in den Griff zu bekommen, indem sie Auslöser für Sorgen meiden (z.B. Rechnungen nicht öffnen), sich Rückversicherungen einholen (z.B. häufig Freunde anrufen) und versuchen, Sorgen Gedanken zu unterdrücken (z.B. durch die ständige Beschäftigung mit etwas). Diese Strategien sind aber nur manchmal und nur kurzfristig erfolgreich. Langfristig verstärken sie die Sorgen sogar, da sie verhindern, die zugrundeliegenden Ängste zu verarbeiten und einen hilfreichen Umgang mit ihnen zu erlernen. So entwickeln sich zunehmend negative Überzeugungen über das das Sorgen selbst wie „Ich habe das Sorgen nicht unter Kontrolle“ oder „Das Sorgen setzt mich unter Stress und macht mich krank“. Diese Überzeugungen lösen zusätzliche Ängste und noch mehr Sorgen aus. Betroffene steigern sich in eine ständige ängstliche Erwartung mit einem permanent hohen Erregungsniveau hinein. Die Spirale der Sorgen setzt sich in Gang und nimmt kein Ende mehr.

Dieser Text folgt auf weiten Strecken dem Artikel von Tanja Adorf, Julia Patzelt und Alexander Gerlach aus dem daz-Heft Nr. 40 „Sorgenkrankheit“.



GRÜBELN IST NICHT GLEICH GRÜBELN



Beim Grübeln im Sinne von Ruminationen (Aneinanderketten von Gedanken, ohne ein Ende zu finden), beschäftigen sich die Betroffenen mit dem aktuellen eigenen Zustand: mir geht es schlecht, ich bin allein, keiner mag mich etc. Oder es sind Schuldgedanken bezüglich der Vergangenheit. Ruminationen kommen vor allem bei Depressionen und bei Zwangsstörungen vor. Der Klient kommt einfach nicht aus dem Hamsterrad der Gedanken heraus.

Wenn Grübeln aber sich Sorgen machen meint, dann kann dies die Vorstufe einer Generalisierten Angststörung sein. Solches Grübeln ist v.a. auf die Zukunft gerichtet, und dreht sich um die Vorwegnahme und die Vorbeugung möglicher gefährlicher Folgen (Job, Angehörige, Krankheiten, Unfälle, Geldnot usw.). Der Form nach sind es Gedanken vom Typ „was wäre, wenn.“

(siehe dazu Dr. Birgit Mauler, daz Nr. 40, S.9)



Literatur

Eni Becker/Jürgen Margraf
Vor lauter Sorgen...
Hilfe für Betroffene mit Generalisierter Angststörung und deren Angehörige
Beltz Verlag 2008

Sigrun Schmidt-Traub
Generalisierte Angststörung
Ein Ratgeber für übermäßig besorgte und ängstliche Menschen
Hogrefe Verlag 2008



Grübeln ohne zukunfts- und handlungsbezogene Lösungen zermüht, macht passiv und führt auf die Dauer zu Krankheit.

29

BETROFFENENBERICHT



Meine Zukunftsängste setzten eine endlose Spirale nach unten in Gang

Es ist jetzt einige Jahre her, als ich kurz hintereinander von zwei harten Schicksalsschlägen getroffen wurde. Erst ist mein damaliger Partner und Lebensgefährte verstorben, was mich in ein tiefes Loch gestürzt hat. Und während ich noch mit meiner Trauer zu tun hatte, habe ich nach jahrelanger Berufstätigkeit auch noch meinen Arbeitsplatz verloren. Diese beiden Ereignisse kurz hintereinander waren einschneidende Erlebnisse für mich. Besonders frustrierend war, als ich mich daran machte, einen neuen Job zu suchen. Etwa drei Jahre lang habe ich Bewerbung auf Bewerbung geschrieben und nur Absagen bekommen. Ich bin immer mehr abgerutscht. Für lange Zeit habe ich mich sehr einsam gefühlt und hatte jede Perspektive verloren. Damals fing es damit an, dass ich Zukunftsängste entwickelte.

Diese Zukunftsängste betreffen zum einen mich selbst: Was ist mit mir, wenn ich alt bin? Wie wird meine Lebenssituation dann sein? Es sind Befürchtungen hinsichtlich der eigenen Zukunft, vor allem auch finanzieller Art. Aber zugleich gehen meine Ängste noch darüber hinaus – sie betreffen die Zukunft im Allgemeinen. Ich denke da an politische und gesellschaftliche Entwicklungen. Es passiert ja im Moment sehr viel; ich nenne nur die Stichworte Euro-Krise, Globalisierung oder Klimawandel.

Diese Entwicklungen im Großen haben direkte Auswirkungen auf meine eigene Situation und meine Gefühle – wenn ich zum Beispiel in den Nachrichten höre, dass Menschen ohne Job immer mehr benachteiligt werden. Oder dass es heute Menschen gibt, die trotz Arbeit mit dem Geld nicht hinkommen, was es früher ja in dem Ausmaß nicht gegeben hat. Das sind Entwicklungen, die mir richtig Angst machen.

Natürlich kann man nicht voraussagen, was alles passieren könnte. Aber genau das ist es ja, was die Angst verursacht: diese Unsicherheit. Die Leute sagen, das ist eine abstrakte Angst. Aber ich empfinde sie dennoch als bedrohlich. Man steht den Entwicklungen so völlig hilflos gegenüber. Und wenn man dann noch, wie ich, wenig soziale Kontakte hat, dann findet man schwer einen Ausweg. Die Gedanken kreisen ununterbrochen im Kopf wie eine endlose Spirale und bekommen immer neuen Input durch neue Hiobsmeldungen. Eine Zeit lang habe ich versucht, Nachrichten komplett zu vermeiden. Aber so ganz geht das ja doch nicht.

Am schlimmsten war es vormittags; morgens bin ich schon immer mit einem unguuten Gefühl aufgewacht. Jeder vorherige Tag war ja ein Misserfolg gewesen, und so startete ich den neuen Tag mit neuen Befürchtungen. Erst die Aktivität hat mich aus dieser Spirale herausgeholt – das Suchen von Stellenangeboten, das Schreiben von Bewerbungen. Denn da musste ich alle meine Aufmerksamkeit darauf richten statt aufs Grübeln. So wurde es dann besser im Laufe des Tages. Kam aber eine Absage, hat das wieder meine negativen Gedanken und Ängste in Gang gesetzt.

Dieses fehlende Selbstbewusstsein schleppe ich schon seit meiner Kindheit mit mir herum. Ich war immer ein sehr schüchternes Kind, was vielleicht auch mit dem frühen Tod meiner Mutter zusammenhängt. Ich bin deshalb bei verschiedenen Leuten aufgewachsen – erst bei einer Tante, dann bei meinem Vater und dessen neuer Freundin. Ich bin immer hin und her geschoben worden. Auch in der Schule habe ich zu den Stillen gehört und nicht viel gesagt. Außerdem hatte ich immer das Gefühl, dass die anderen sich über mich lustig machen, über meine Gesprächsbeiträge lachen. So hat sich bei mir der Gedanke verfestigt: Was ich sage, taugt nichts, ist dumm und unintelligent. Das hat dann dazu geführt, dass ich mir, unbewusst, Bekannte gesucht habe, die mir intellektuell nicht überlegen waren. Die Kommunikation mit diesen war mehr oberflächlicher Art und ich musste nicht befürchten, etwas Falsches zu sagen.

Ich frage mich manchmal, ob meine Ängste im sozialen Bereich und meine Zukunftsängste miteinander zusammenhängen. In der frühen Kindheit bin ich ja ziemlich hin und her geschubst worden, hatte keine Kontrolle über das, was mit mir geschah. Ebenso war ich in der Schule den negativen Reaktionen meiner Mitschüler hilflos ausgeliefert. Und die Zukunft ist ja auch etwas, über das man keine Kontrolle ausüben kann. Vielleicht ist dieses Gefühl von Unkontrollierbarkeit und Ausgeliefertsein die gemeinsame Basis meiner Ängste.

Klaus, 46 Jahre
(Auszug, daz Nr. 59)



TIPP

Nobody is perfect – Den Perfektionismus aufgeben

Menschen mit Angst und Sorgen leiden oft an Perfektionismus. Perfektionismus ist ein typisches Sicherheitsverhalten, das der Abwehr von Angst und Sorgen dient. Denn, so glaubt der Perfektionist, wer eine Sache perfekt vorbereitet, wer alles genauestens durchdenkt, der muss sich auch keine Sorgen machen, dass etwas Unvorhergesehenes passiert, der kann sich nicht vor anderen blamieren.

Aber das Problem ist: Gibt es die perfekte Vorbereitung, die perfekte Ausführung? Sofort stellt sich doch die Frage, ob ich nicht etwas übersehen habe. Sofort erhebt sich der Zweifel: Aber was ist, wenn...? Die Angst, die Sorgen, die Zweifel können niemals komplett beseitigt werden, einfach weil es kein „komplett“, „perfekt“, kein „100%“ im Leben gibt. Der Zweifel ist prinzipiell endlos und lässt sich durch rationale Überlegungen oder den perfekten Plan nicht beruhigen (außerdem wäre der Perfektionismus auch physisch unmöglich und könnte nur in den Burn-out führen).

Wie wäre es, die Perspektive einmal umzukehren? Stellen Sie sich die Frage: Möchte ich mit einem Perfektionisten zu tun haben, gar mit einem befreundet sein, mit einem Menschen, der immer

alles richtig macht, der keine Fehler begeht, der alles kann und alles weiß? Die Antwort ist wohl Nein. Ein tatsächlich perfekter Mensch wäre ziemlich unsympathisch. Warum also diesen Zustand anstreben?

Da der Zweifel endlos ist, muss an einer Stelle einfach ein Abbruch vollzogen werden: ein Abbruch der Überlegungen, ein Abbruch der Aktivitäten, selbst wenn das Ergebnis subjektiv noch nicht perfekt sein sollte. Dazu ein Tipp von Uwe: Setzen Sie sich eine realistische Zeitspanne für eine Arbeit, dann verdoppeln Sie die Zeit, um nicht unter Zeitdruck arbeiten zu müssen und einen Puffer zu haben. Mehr aber als die doppelte Zeit, die Sie selbst für richtig halten, darf nicht überschritten werden, alles andere ist sinnloser Perfektionismus.

»»»»»»»» EXPERTENINTERVIEW ««



Im Interview ...



PROF. DR. ENI BECKER

Prof. Dr. Eni Becker ist Professorin für Klinische Psychologie an der Radboud Universität Nijmegen, Vorsitzende der Forschungsgruppe "Experimentelle Psychopathologie und Therapie" und im Vorstand von Nij-care (Nijmegen Centre of Anxiety research and Expertise). Sie promovierte an der Philips-Universität Marburg, und arbeitete anschließend an der Stanford University und der TU Dresden.

Ihr Forschungsschwerpunkt sind kognitive Prozesse bei Angst und Depression sowie die Behandlung von Ängsten, vor allem der Generalisierten Angststörung. Frau Becker ist zudem approbierte Psychotherapeutin und aktiv in der Ausbildung von Verhaltenstherapeuten.

Woran erkenne ich, dass ich unter einer Generalisierten Angststörung leide?

Im Mittelpunkt der generalisierten Angststörung (GAS) stehen die Sorgen. Aber jeder von uns kennt Sorgen, wann also werden die Sorgen zu einem Problem? Es ist nicht der Inhalt der Sorgen, der entscheidend ist. Patienten mit GAS sorgen sich über die gleichen Dinge wie gesunde Personen. Es ist vielmehr das Ausmaß der Sorgen und wie sehr sie das Leben beeinträchtigen. Oft sorgen sich Patienten mehrere Stunden am Tag, bzw. auch in der Nacht. Viele Betroffene leiden unter einem gestörten Schlaf. Die Betroffenen befinden sich in ständiger Alarmbereitschaft. Als Folge davon kommt es zu verschiedenen körperlichen Symptomen wie Schlafstörungen, Erschöpfung, Muskelverspannungen, Nervosität und schlechte Konzentration.

Was sind die nächsten sinnvollen Schritte?

Sollte wirklich eine GAS vorliegen, dann ist es sinnvoll, sich Hilfe zu holen, am besten bei einer Fachperson, einem ärztlichen oder psychologischen Psychotherapeuten.

Welche Therapie hilft bei einer Generalisierten Angststörung?

Im allgemeinen sind Psychotherapien einer medikamentösen Behandlung bei der GAS vorzuziehen.

Bei den Psychotherapien haben viele Studien gezeigt, dass Kognitive Verhaltenstherapien am besten funktionieren. Hier gibt es verschiedene erfolgreiche Behandlungsansätze:

- die kognitive Therapie, die direkt an den Sorgen ansetzt,
- die Sorgenkonfrontation, bei der man lernt, Sorgen effektiv zu Ende zu denken,
- ein bestimmtes Entspannungsverfahren, die „Angewandte Entspannung“,
- die achtsamkeitsbasierte kognitive Therapie.

Worauf ist in der Therapie zu achten?

Achten Sie darauf, dass Sie bei einem gut ausgebildeten Experten in Behandlung gehen, d.h. einem Psychotherapeuten mit einer Approbation, am besten in Richtung Verhaltenstherapie. Und dann ist natürlich der erste Eindruck entscheidend: Können Sie mit dieser Person zusammenarbeiten?

Was hilft mir in der Situation, wenn ich unter GAS leide?

Es gibt ein paar Selbsthilfestrategien. So kann es helfen, sich am Tag feste Zeiten einzurichten, an denen man sich sorgt, um zu versuchen, alle Sorgen auf diesen Zeitpunkt zu verschieben. In den Sorgenzeiten hilft es zu versuchen, eine Sorge konzentriert zu Ende zu denken.

Was schützt mich in Zukunft vor erneuter Erkrankung?

In der Therapie erlernen Sie Strategien, wie Sie mit den Sorgen und dem Stress umgehen können. Diese neuen Verhaltensweisen werden Sie vor erneuter Erkrankung schützen.



Behandlung der Generalisierten Angst

In der Therapie der Generalisierten Angststörung geht es darum, aus dem Teufelskreis von Sorgen, Angst und den erfolglosen Strategien der Vermeidung und Gedankenunterdrückung auszusteigen. Dazu wird v.a. die Kognitive Verhaltenstherapie verwendet.

Nach dieser entsteht das Gefühl des Besorgtseins aus der Befürchtung einer potenziellen Katastrophe. In einem ersten Schritt sollen daher diese angstauslösenden Befürchtungen hinterfragt und entkatastrophisiert werden. Dabei sind auch

Überzeugungen über das Sorgen selbst zu überprüfen, da sie das Sorgen verstärken.

In einem zweiten Schritt geht es um die Konfrontation mit den Sorgen. Konfrontation bedeutet in diesem Zusammenhang, ein befürchtetes Szenario bis zu Ende durchzudenken. Während der Patient im Alltag nur abstrakte Gedanken im ewigen Kreislauf hin und her wälzt, wird er nun angehalten, seine Sorgen mit anschaulichen Vorstellungen zu bebildern. Er soll dadurch erfahren, wie unrealistisch seine Befürchtungen sind, und er lernt gleichzeitig, einen anderen

Umgang mit Unsicherheit, Ängsten und Befürchtungen zu entwickeln.

Hinzukommen können noch einzelne Bausteine wie z.B. ein Angstmanagementtraining, bei dem ein zielführendes Problemlösungsverhalten geübt werden soll. Auch das Erlernen eines Entspannungsverfahrens kann hilfreich sein, besonders wenn körperliche Beschwerden im Vordergrund stehen. Ziel der Therapie sollte auch sein, sich auf eigene Stärken zu besinnen und alternativ zum Sorgen wohlthuenden Aktivitäten wieder verstärkt nachzugehen.



Angst und Depression

ZWEI, DIE GUT ZUSAMMENPASSEN

KOMORBIDITÄT VON ANGST UND DEPRESSION

Ein Unglück kommt selten allein. Viele Menschen mit einer Angststörung entwickeln zusätzlich eine Depression. Wenn Angstzustände so stark werden, dass sie das Alltagsleben beeinträchtigen, führt dies leicht zu einem Gefühl der Überforderung, zu Selbstzweifeln und Hoffnungslosigkeit. Der soziale Rückzug, v.a. bei Sozialer Phobie oder Agoraphobie, hat zur Folge, dass die Betroffenen Aktivitäten unterlassen, die ihnen früher Spaß gemacht und Kraft gegeben haben – wie Treffen mit Freunden, Einkaufen, Kinobesuche. Alle diese Einschränkungen des bisherigen Lebens können zu Depressionen führen (bei

Gefühl, in ihrem Leben versagt zu haben. Sie fürchten sich, alltägliche Dinge wie den Gang zur Arbeit, die Hausarbeit oder den Einkauf nicht mehr zu schaffen. Ihre Zukunftsperspektive ist negativ. Sie glauben nicht daran, dass es ihnen irgendwann wieder besser gehen wird und sie erfolgreich behandelt werden können. Die Angst davor, nicht mehr gesund zu werden, aber auch die Familie, den Arbeitsplatz, die finanzielle Sicherheit zu verlieren, kann zu der Depression hinzukommen (bei ca. 50-60% der Menschen mit Depression tritt zusätzlich eine Angststörung auf).

In diesen beiden Fällen folgt die eine Krankheit der anderen. Man nennt dies

DER ANGSTERKRANCKTE FÜHLT SICH DER SITUATION NICHT GEWACHSEN UND HILFLOS. DER DEPRESSIVE FÜHLT SICH DEM LEBEN NICHT GEWACHSEN UND HOFFNUNGSLOS

ca. 40-70 % der Fälle - je nach Angststörung - kommt eine Depression hinzu).

Es gibt auch den umgekehrten Fall: Eine Depression zieht Ängste nach sich. Ängste im Rahmen einer Depression sind z.B. Versagensängste und Zukunftsängste. Depressive Menschen haben häufig das

Komorbidität (Begleitkrankheit). Viele komorbid Betroffene können durchaus angeben, welche Krankheit zuerst da war: Demnach sagen 65-70%, dass die Angst die primäre Erkrankung ist, bei 10-20% traten Angst und Depression im selben Jahr auf, bei 15-20% war die Depression die erste Störung.

Für den Patienten wichtiger als die Reihenfolge des Auftretens ist die Frage, welche Krankheit im Vordergrund steht, denn danach sollte sich die Therapie ausrichten. Es gibt jedoch auch eine Reihe von Patienten, bei denen keine der beiden Störungen eindeutig vorherrscht, vielmehr Symptome beider gleichzeitig und gleich stark bestehen. In diesem Fall sieht das ICD-10 die Diagnose Angst und Depression gemischt vor.

SYMPTOMATIK

In der Symptomatik beider Krankheiten gibt es durchaus Überschneidungen, besonders auf der körperlichen Ebene wie z.B. Energielosigkeit, Reizbarkeit, Konzentrationsschwierigkeiten, Schlafstörungen. Doch in anderen Bereichen zeigt die Depression ganz charakteristische Symptome:

- » auf der Gefühlsebene: gedrückte Stimmung, emotionale Leere, Einsamkeit, Traurigkeit, Hoffnungslosigkeit
 - » auf der Verhaltensebene: Verminderung von Antrieb und Aktivität, Interessenverlust, psychomotorische Hemmung (verlangsamte Sprache, verringerte Mimik)
 - » auf der kognitiven Ebene: Gedanken über Wertlosigkeit; Schuld, Suizidgedanken.
- Je nach Anzahl der Symptome wird in leichte, mittlere und schwere Depression unterteilt.

ERKLÄRUNGSANSÄTZE

Zur Erklärung der Entstehung von Depressionen wird, ebenso wie bei den Angststörungen, das Vulnerabilitäts-Stress-Modell verwendet, das verschiedene Faktoren (biologische, psychologische, soziale) sowie aktuellen Stress als Ursachen ansieht. Neben genetischen Einflüssen (eine Vererbbarkeit ist statistisch nachgewiesen) werden die sozialen Ursachen betont. Menschen mit Depressionen haben oft „traumatische“ Erfahrungen in der Kindheit erlebt, besonders eine emotionale (und auch körperliche) Vernachlässigung. Dies hat, wie auch bei Angsterkrankten, zu einem geringen Selbstwertgefühl, zu Defiziten in den Kompetenzen der Lebensbewältigung und einem Gefühl der Hilflosigkeit geführt.

Zusätzlich jedoch scheint bei Depressiven ein besonders stark ausgeprägtes Gefühl von Kontrollverlust vorzuliegen: Da sie in der Kindheit keinerlei Beständigkeit erfahren haben, konnte sich kein Gefühl von Kontrolle über die äußeren Gegebenheiten entwickeln. Bei nicht-depressiven Menschen steigt nach einem Erfolg die Erwartung, auch künftig wieder Erfolg zu haben (umgekehrt sinkt nach Misserfolg die Erwartung), d.h. sie schreiben den Erfolg/Misserfolg v.a. ihren eigenen Fähigkeiten zu. Nicht so Depressive: Bei ihnen führt weder Erfolg, noch Misserfolg zu irgendeiner Veränderung der Erwartung, da sie grundsätzlich davon ausgehen, dass jede ihrer Handlungen in keinerlei Zusammenhang mit dem zukünftigen Geschehen steht. Depressive haben in der Kindheit völlige Willkür erlebt, so dass sie keinerlei Verbindung zwischen dem eigenen Verhalten und dem der Bezugspersonen herstellen konnten. So prägte sich die Grundeinstellung, überhaupt keine Einflussmöglichkeit zu besitzen, da es sowieso egal ist, was man tut. Das führt zu einem Gefühl von Hilflosigkeit, ja noch stärker zu Hoffnungslosigkeit. Wer der Überzeugung ist, keine Kontrolle über die Welt und sein Leben ausüben zu können, verliert auch die Bereitschaft, etwas für das eigene Wohlbefinden zu tun. Er verfällt in Resignation und Apathie, gibt sich quasi selber auf. Depression ist der Zustand chronischer Hoffnungslosigkeit.

Angst und Depression scheinen ähnliche Ursachen zu haben, vielleicht sogar zwei

Zu dieser Thematik siehe auch das daz-Heft Nr. 58: *Angst und Depression*.



Ausprägungen derselben Ursachen zu sein. Darauf deutet auch die Tatsache hin, dass beide auf dieselben Medikamente (Antidepressiva) ansprechen. Für den Psychiater Egon Fabian ist eine Trennung zwischen Angst und Depression auf der Symptomebene zwar möglich, aber tatsächlich seien beide Erkrankungen *immer* gemischt (daz Nr. 58): Es gibt keine Depression ohne Angst und keine pathologische Angst ohne eine depressive Komponente. Denn letztlich liegt beiden Erkrankungen die Erfahrung emotionaler Verlassenheit in der Kindheit zugrunde, in der wenig oder kein Verständnis für die Gefühle des Kindes, für seine emotionalen Bedürfnisse und seine Ängste aufgebracht wurde, was eine kindgerechte Entwicklung verhinderte.



Literatur

Sigrun Schmidt-Traub/
Tina-Patricia Lex
Angst und Depression
Kognitive Verhaltenstherapie bei
Angststörungen und unipolarer
Depression
Hogrefe 2005



Foto: Dieter Sopalla



Behandlung von Angst und Depression

Bei der gleichzeitigen Behandlung von Angst und Depression ist auf den jeweiligen Einzelfall abzuheben, welche Symptome (die der Angst oder die der Depression) einer vordringlichen Behandlung bedürfen. Auch ist die Therapie der Depression davon abhängig, wie schwer die Symptome ausgeprägt sind, wie der bisherige Verlauf der Krankheit war, ob Suizidgefahr besteht (dann ist eine stationäre Therapie zu erwägen).

Auch bei Depressionen wird die Verhaltenstherapie als erfolgreichstes Ver-

fahren angesehen. Neben der Kognitiven Verhaltenstherapie, die auf eine Berichtigung der „falschen“ Denkmuster des Patienten abzielt, gibt es die speziell für Depressionsbehandlung entwickelte Interpersonelle Psychotherapie, die stärker auf die Bewältigung der aktuellen Lebenssituation (wie Verlusterfahrungen oder zwischenmenschliche Konflikte, die die Depression ausgelöst haben) als auf Denkveränderungen ausgerichtet ist. Dabei werden auch Bewältigungsstrategien und soziale Fähigkeiten geübt.

BETROFFENENBERICHT

Mein Leben lang wusste ich nicht, was ich wollte

Wenn ich jemandem erzähle, dass ich seit dreizehn Jahren ununterbrochenes Kopfweh habe, ernte ich nur ungläubige Gesichter. Manche empfehlen mir dann ein Medikament, meist etwas gegen Migräne, oder geben Tipps für einen Arzt. Aber mein Kopfweh ist keine körperliche Erkrankung. Es ist der Ausdruck dafür, dass ich mein Leben lang nicht wusste, was ich wollte, dass ich es nicht schaffte, mein Leben selbst zu gestalten – und zwar aus Angst. Aus Angst zu versagen und andere Menschen zu enttäuschen. Ein Grund ist sicherlich, dass ich von meinem Vater ständig kritisiert worden bin. Wir Kinder haben z.B. Straßenfußball gespielt, der Vater hat uns von seinem Arbeitsplatz aus beobachtet und am Abend hat er mir vorgeworfen, wie steif und ungeschicklich ich sei. Dann hatte ich immer so ein bedrückendes Gefühl. Der Vater hat sich damit gerühmt, was er im Alter von 12 Jahren alles gemacht hat. Weil sein Vater früh gestorben war, musste er auf seine Mutter und seine Geschwister achten, musste im Haushalt und im Garten helfen. Und im Sport war er der Beste. Später habe ich im Verein Handball gespielt, wurde auch gelobt, aber wenn der Vater bei einem Spiel dabei war, habe ich nicht mehr die Leistung gebracht, und das hat er mir dann gleich aufs Brot geschmiert. Diese ständige Kritik war eine richtige Qual für mich. Er hat nie mal ein lobendes Wort gesagt und das hat mich auf die Dauer so stark verletzt, dass ich immer ängstlicher wurde. Heute würde ich sagen, ich hatte Angst, etwas falsch zu machen. Überhaupt war der Vater ziemlich dominant, fühlte sich als das Gesetz in der Familie. Ich durfte nur reden, wenn ich gefragt wurde, sonst hatte ich still zu sein. Die Eltern haben sich öfters gestritten, das habe ich als Kind mitgekriegt. Ich habe mich dann in eine Ecke zurückgezogen und innerlich geweint. Ich saß nur da, konnte nichts machen und nichts denken. Es ging einfach nicht, ich konnte mich nicht wehren. Damals fühlte ich zum erstenmal diesen Kopfdruck. Heute denke ich, diese ständige Kritik hat mich so extrem verunsichert, dass ich innerlich völlig gehemmt war. Weil der Vater so kritisch war, habe ich mich so stark zurückgenommen. Irgendwann war ich gar nicht mehr in der Lage, die Initiative zu ergreifen und wartete nur darauf, dass die anderen sagen, wo es lang geht. Die meisten meiner Schulkameraden sind nach der vierten Klasse aufs Gymnasium

gegangen, aber mein Vater hat mir das nicht zutraut. Er entschied, dass ich auf der Volksschule blieb. Als diese zu Ende war, wusste ich nicht, was ich lernen sollte. Wieder hat der Vater für mich entschieden. Er selbst wollte Elektriker werden, aber er durfte damals im Dritten Reich nicht, weil sein Vater gegen die Nazis war. Darum sollte ich jetzt Elektriker werden, obwohl ich am Technischen überhaupt kein Interesse hatte. Also bin ich Elektriker geworden. Nach der Ausbildung arbeitete ich als Betriebselektriker, aber ohne großes Vergnügen. Leider war ich dann auch lange krank, hatte Tuberkulose, und so fehlte mir die Praxis. Als ich zurückkam, konnte ich überhaupt nicht selbstständig arbeiten, ich wusste nicht, wie man etwas anpackt und hatte riesige Angst, etwas falsch zu machen. Mein Vorgesetzter damals war ein ziemlich ruppiger Mensch, der sich sehr wichtig nahm und seine Kollegen oft im lauten Ton erniedrigte. Einmal nahm ich allen meinen Mut zusammen und fragte ihn, ob er etwas gegen mich hätte, worauf er ganz erstaunt war und sich entschuldigte. Seit dieser Zeit waren wir ein Herz und eine Seele, 25 Jahre lang. Bei ihm hatte ich immer das Gefühl, er braucht mich, und ich habe mich ziemlich wohl gefühlt. Er hat auch alle Gespräche mit Kunden und Lieferanten geführt. Als er früh pensioniert wurde, stand ich alleine da, musste selbst Entscheidungen treffen, mit Kunden und Lieferanten sprechen. Das ist mir sehr schwer gefallen. Da fing es an, dass das Kopfweh zu einem Dauerzustand wurde. Ich bin zwar regelmäßig zur Arbeit, hatte aber immer das Gefühl, ausgenutzt zu werden, da ich mich nicht durchsetzen konnte. Mit der Zeit wurde mein Kopfweh so enorm, dass ich schon vormittags nicht mehr denken konnte. Ich konnte nur noch geradeaus schauen, nicht nach rechts, nicht nach links, ich hatte einen Tunnelblick. Das war eine schlimme Zeit. Irgendwann habe ich es nicht mehr ausgehalten und bin wegen dem Kopfweh zum Arzt. Der hat mich in eine Psychosomatische Klinik überwiesen. Die körperlichen Aktivitäten dort, Sport und Spazierengehen, haben mir gut gefallen, ansonsten war es schwierig. Ich konnte überhaupt nicht denken, kaum mit den anderen reden. Leider hat der Klinikaufenthalt dem Kopfdruck nicht wirklich abgeholfen. Seit Jahren habe ich ständig Kopfweh von früh bis spät. Wenn ich etwas tue, das Spaß und Freude macht, geht es mir besser, ansonsten wird es gleich wieder schlechter. Bei der Anmeldung in die Klinik hörte ich zum erstenmal davon, dass bei mir auch eine Depression vorliegt. Ich selber bin nie auf diesen Gedanken gekommen, sah mein Problem

eher darin, zu ruhig, zu zurückhaltend zu sein. Aber jetzt im Nachhinein denke ich mir, dass ich schon als Kind depressive Stimmungen hatte. Was zuerst da war, die Angst oder die Depression, kann ich nicht sagen. Schon als Kind wusste ich nie, was ich wollte, worauf ich Lust hatte. Aber diese Antriebslosigkeit ist vielleicht selbst nur eine Folge meines mangelnden Selbstwertgefühls. Vielleicht bin ich innerlich so gehemmt worden, dass ich den Gedanken, etwas zu wollen, gar nicht zulassen konnte aus lauter Angst, ich selber sein zu müssen.

Thomas, 66 Jahre (Auszug, daz Nr. 60)

TIPP

In die Aktivität gehen!

Wenn Antriebslosigkeit und Erschöpfung das Leben beherrschen, wenn körperliche Symptome (Schwindel, zittrige Knie, Druckgefühl im Magen) den Körper im Griff haben, kommt ein Betroffener wohl kaum auf die Idee, gerade jetzt in die Aktivität zu gehen. Dabei ist klar: Rückzug verstärkt die Symptome noch, denn unser Befinden hängt auch stark davon ab, wie sehr wir unseren Körper aktiv fordern. Man kann geradezu von einer negativen Spirale sprechen: Niedergeschlagenheit führt zu mangelnder Aktivität, diese zum Fehlen persönlicher Erlebnisse und dies wiederum verstärkt die Niedergeschlagenheit. Es ist wichtig, aus dieser Spirale auszubrechen und wieder eine abwechslungsreiche Lebensführung aufzunehmen.

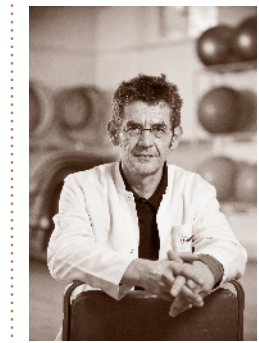
Ein Weg dazu ist, sich zunächst eine Liste angenehmer Aktivitäten und persönlicher Interessen zu erstellen. Diese sollten Sie dann in die kommenden Tages- und Wochenpläne fest einbauen. Wichtig ist, diese Aktivitäten genau zu planen und so zu behandeln als wären es unaufschiebbare Pflichttermine. Verpflichtungen erfordern Selbstkontrolle und bringen Sie dazu, wieder mehr Verantwortung für das eigene Leben zu übernehmen. Sind Sie dazu allein nicht in der Lage, dann unternehmen Sie eine Aktivität zusammen mit einem Bekannten oder Freund, denn so entsteht ein äußerer Zwang, dem man nicht so leicht ausweichen kann



»»»»»»»» EXPERTENINTERVIEW ««



Im Interview ...



PROF. DR. MED. ANDREAS STÖHLE

Leitender Oberarzt am Klinikum für Psychiatrie und Psychotherapie Campus Charité Mitte, Berlin

Forschungsschwerpunkte: Neurobiologie und Therapie von Angst-erkrankungen Körperliche Aktivität, Sport und psychische Erkrankungen

Woran erkenne ich, dass ich unter einer Angststörung und Depression leide?

Es treten neben den Symptomen einer Angsterkrankung auch deutlich ausgeprägte depressive Verstimmung, Antriebslosigkeit, fehlendes Interesse, u.U. auch Schlafstörungen, Appetitlosigkeit, Gewichtsverlust, teilweise auch Lebensüberdruß oder Selbstmordgedanken mit auf. Wenn die depressive Symptomatik sehr stark ausgeprägt ist, muss sie auch spezifisch behandelt werden, weil es Menschen, die unter einer Angststörung und einer Depression leiden, noch viel schwerer macht, die Angst in den Griff zu bekommen, da sie von der Depression her keinen Antrieb, keine Energie haben, aktiv zu werden, und sie die Erfolge, die sie machen, gar nicht richtig einschätzen und sich drüber freuen können.

Warum treten die beiden Erkrankungen so häufig gemeinsam auf?

Es gibt vermutlich gemeinsame biologische Grundlagen, die eine Überschneidungsmenge zwischen Angsterkrankung und Depression haben. Die Fakten zeigen auch, dass Angsterkrankungen häufig im frühen Erwachsenenalter auftretende psychische Erkrankungen sind, die das Risiko erhöhen, im weiteren Verlauf eine Depression zu entwickeln. Das heißt, es gibt eine gemeinsame Vulnerabilität (Anfälligkeit) für diese beiden Erkrankungen, wobei manchmal die Depression als eine Folge der Angsterkrankung gesehen werden kann und umgekehrt auch im Rahmen einer Depression Symptome einer Angsterkrankung auftreten können.

Inwiefern ist es wichtig zu wissen, welche der beiden Erkrankungen bei mir als erstes aufgetreten ist?

Das kann für die Therapieplanung von Bedeutung sein. Wenn ein Patient z.B. eine schwere Depression hat und im Rahmen der Depression Symptome der Angst wie Sorgen und Panikattacken auftreten, dann würde ich zunächst die Depression behandeln, in der Hoffnung, dass sich damit auch die Symptome der pathologischen Angst wieder zurückbilden. Wenn zuerst Panikattacken aufgetreten sind, durch die sich ein schweres Vermeidungsverhalten entwickelt hat, und sich dann in der Folge auch eine depressive Verstimmung entwickelt, dann kann es schon sinnvoll sein, wenn die Depres-

sion nicht zu schwer ausgeprägt ist, an der Angsterkrankung anzusetzen, mit der Vorstellung, wenn sich der Aktivitätsradius wieder vergrößert, die Angst und die Vermeidung weniger wird, sich auch die depressive Verstimmung wieder zurückbildet. Es ist im Einzelfall zu überlegen, wo angesetzt werden kann und soll. Wenn die Depression zu schwer ist, kann es Menschen auch sehr schwer fallen, im Rahmen der Therapie gegen die Angstsymptomatik erfolgreich anzugehen.

Welche Therapie hilft bei Ängsten und Depression?

Wie bei der Behandlung einer reinen Angsterkrankung die Kognitive Verhaltenstherapie, wobei bei einer schwer ausgeprägten Depression man eher dazu neigen würde, eine Kombinationsbehandlung anzuwenden (Medikamente wie Antidepressiva plus eine Kognitive Verhaltenstherapie). Unterstützend kann körperliche Aktivität und Sport mit genutzt werden. Regelmäßiges Ausdauertraining kann gegen Ängste und Depressionen hilfreich sein.

Gibt es sonst noch etwas, worauf in der Therapie geachtet werden sollte?

Ziel ist es, eine komplette Rückbildung der Symptomatik zu erreichen, weil die depressiven Symptome das Risiko deutlich erhöhen, dass es im weiteren Verlauf zu einem Wiederauftreten von Symptomen kommt.

Was hilft mir in der Situation, wenn ich unter Angst und Depressionen leide?

Konkret helfen Psychotherapie, Medikamente, körperliche Aktivität und Sport. Weiter ist es wichtig, sich Unterstützung zu suchen im Freundes-, Familien- und Bekanntenkreis, vielleicht in einer Selbsthilfegruppe, um weiter aktiv zu bleiben und dem Rückzug bei der Depression entgegenzuwirken, also eine gewisse Aktivität im Alltag aufrechtzuerhalten. Im Einzelfall ist zu überlegen, was für den Betroffenen am besten und sinnvollsten ist. Aber wenn man keinen Weg mehr heraus sieht, dann ist es am wichtigsten, sich professionelle Hilfe zu holen. Insbesondere wenn Lebensüberdruß und Selbstmordgedanken stärker werden, ist es angeraten, gegebenenfalls eine stationäre Behandlung aufzusuchen.



Posttraumatische Belastungsstörung

DER SCHRECKEN, DER KEIN ENDE NIMMT

SYMPTOMATIK UND ENTWICKLUNG

Die Posttraumatische Belastungsstörung (abgekürzt PTBS) ist – wie der Name schon sagt – eine nach (=post) einem Trauma auftretende so starke Belastung, dass sie zur Störung wird. Ein Trauma ist ein Ereignis, das außerhalb des Rahmens der normalen menschlichen Erfahrung liegt. Es ist eine urplötzlich auftretende extreme Bedrohung des eigenen Lebens bzw. das Miterleben, wie eine andere Person Opfer einer Katastrophe wird. Durch

Eine andere Einteilung beschreibt die Verursachung des Traumas:
 + „Höhere Gewalt“: Naturkatastrophe, Verkehrsunfall, Flugzeugabsturz, Schicksalsschlag, schwere Erkrankung
 + Von Menschen „gemachte“ Gewalt: Verbrechen, Bedrohung des Lebens, häusliche Gewalt, sexueller Missbrauch, Vergewaltigung (individuelle Gewalt) bzw. Krieg, Flucht, Inhaftierung, Folter, Terrorismus (kollektive Gewalt).

Generell gilt, dass die von Menschen ver-

tig aktiviert, so dass die unerwünschten Erinnerungen wie Eindringlinge (daher auch Intrusionen genannt) in das Alltagsleben einbrechen. Diese Flashbacks sind so lebhaft, dass der Betroffene meint, es passiere im Hier und Jetzt. Traumatisierte Menschen entwickeln starke Ängsten vor der furchtbaren Erinnerung und versuchen dementsprechend alles, was mit dem Trauma in Verbindung steht, zu vermeiden (bestimmte Orte, Dinge, Menschen). Viele weigern sich jahrelang, über das Geschehene zu sprechen.

Weitere Symptome der PTBS sind erhöhte Erregung, Schreckhaftigkeit, Stimmungsschwankungen, Schlafstörungen und Erschöpfung. Viele Betroffene fühlen sich mit dem Alltag überfordert. Sie verlieren das Interesse an Dingen, die ihnen früher wichtig waren, beschreiben sich selbst als innerlich tot und unfähig, irgendwelche Gefühle zu haben. In der Folge kann es zu sozialem Rückzug, Depression bis hin zum Suizid, zu somatoformen Störungen oder Suchterkrankungen kommen. Schwere Traumatisierungen können auch zu dissoziativen Störungen („Black outs“) führen oder eine dauerhafte Persönlichkeitsveränderung zur Folge haben (besonders bei langandauernder Traumatisierung in der Kindheit).

EIN TRAUMA IST EINE ZERSTÖRUNG DES GEFÜHLS VON VERTRAUEN UND SICHERHEIT BIS IN DIE GRUNDFESTEN HINAB

das überraschende und unerwartete Auftreten wird der Betroffene völlig überwältigt. Die unmittelbare Reaktion sind Schock, Angst und Entsetzen angesichts des Geschehens sowie ein Gefühl der Ohnmacht und Hilflosigkeit aufgrund des erlebten totalen Kontrollverlustes.

ursachten Traumata mit einem höheren Risiko für die Ausbildung einer PTBS behaftet sind, weil für den Betroffenen über die Lebensbedrohung hinaus das Vertrauen in die Welt und in die Mitmenschen verloren geht, eine massive Erschütterung der emotionalen Sicherheit stattfindet.

Die Traumata lassen sich einteilen einmal nach der Dauer der Traumatisierung:
 + kurze und einmalige überwältigende Erfahrung, z.B. Verkehrsunfall (Monotrauma)
 + länger andauernde, mehrfache Traumaerfahrung (komplexe Traumatisierung).

Ein auffälliges Symptom der PTBS ist das ungewollte Wiedererleben des traumatischen Ereignisses in Alpträumen oder durch plötzliche Rückblenden (Flashbacks). Diese werden durch einen bestimmten Reiz (Geräusch, Bild) schlag-

ERKLÄRUNGSANSÄTZE

Das Charakteristische eines Traumas ist, dass es überwältigend ist, d.h. mit den üblichen Mitteln des Alltags nicht bewältigt werden kann. Normalerweise reagiert ein Lebewesen auf eine Bedrohung mit Flucht oder Kampf (siehe Einleitungskapitel). Im Trauma dagegen bricht jede Kontrolle über das Geschehen zusammen, ist weder Flucht noch Kampf (flight or fight) möglich. Es bleibt nur die aus dem Tierreich bekannte Notfallreaktion des Totstell-Reflexes (freeze). Dies ist eine Art Flucht nach innen, um das Erleben auszublenden und sich vor dem psychischen Zusammenbruch zu schützen. Ein Mechanismus, der hilft, nichts mehr zu fühlen, sondern Un-erträgliches abzuspalten, vielleicht sogar ganz zu vergessen.

Wegen der extremen Bedrohung während des Traumageschehens wird das Erlebnis nur bruchstückhaft im Gedächtnis gespeichert, so dass nur eine Reihe unzusammenhängender Bilder übrig bleibt. Da die Ereignisse jenseits der normalen Erfahrungswelt liegen, können sie nicht in gewohnter Weise verarbeitet, nicht in das bisherige Wertesystem eingeordnet werden. Die Erinnerungen liegen ungeordnet „im Wege herum“, stören den normalen psychischen Verarbeitungsprozess und bringen das Wertesystem der betroffenen Person aus dem Gleichgewicht, die sich oftmals (obwohl Opfer) als schlecht und verachtenswert ansieht, sich sogar selbst beschuldigt.

Eine Therapie muss daher an diesen störenden oder abgespaltenen Erinnerungen ansetzen. Nach einer Stabilisierungsphase, die durchaus mehrere Jahre dauern kann, ist eine aktive emotionale Bearbeitung des Traumas notwendig. Hierbei hat sich die EMDR-Methode als besonders effektiv erwiesen. Dabei wird mit künstlichen Mitteln der Zustand hergestellt, in dem wir jede Nacht während der Traumphase die neuen Erfahrungen des vergangenen Tages einordnen und verarbeiten. Dieser Mechanismus des Gehirns wird gezielt stimuliert, um auf diese Weise die traumatischen Erinnerungen so gut wie möglich zu bewältigen.

Dieser Text folgt auf weiten Strecken den Artikeln des daz-Hefts Nr. 73 (Traumathe-rapien) von Anke Ehlers, Eva Münker-Kramer und Ellen Spangenberg.



»»»»»»»» EXPERTENINTERVIEW ««



Woran erkenne ich, dass ich unter einer Posttraumatischen Belastungsstörung leide?

Wenn ich nach einem seelischen Trauma für mindestens einen Monat sich aufdrängende Wiedererinnerungen an das Geschehen habe, Reize, die mich an das Trauma erinnern könnten, vermeide und weiters unter einer hohen vegetativen Anspannung leide (z. B. mit Schlafstörungen, Konzentrationsstörungen, leichtem Erschrecken), könnte diese Störung vorliegen.

Was sind die nächsten sinnvollen Schritte?

Einen Psychotherapeuten oder Psychiater aufsuchen und dort eine diagnostische Abklärung durchführen. Danach bei Bedarf eine empfohlene Behandlung anbahnen.

Welche Therapie hilft bei einer Posttraumatischen Belastungsstörung?

Wissenschaftliche Wirksamkeit gibt es für verhaltenstherapeutische Psychotherapieansätze, die sog. EMDR-Therapie und einige Medikamente (insbesondere serotonerge Antidepressiva, wie z. B. Paroxetin und Sertralin).

Worauf ist in der Therapie zu achten?

Zunächst ist eine „Traumatherapie“ nur sinnvoll, wenn Sie ein vertrauensvolles Verhältnis zum Therapeuten haben und Sie das Gefühl haben, er kann mit Ihrer Traumageschichte umgehen, bzw. diese ertragen.

Die vorgeschlagene therapeutische Vorgehensweise sollte Ihnen klar dargelegt und von Ihnen geteilt werden. Manchmal sind zunächst stabilisierende Maßnahmen nötig, bevor am/mit dem Trauma selber gearbeitet werden kann.

Was hilft mir in der Situation, wenn ich unter Flashbacks leide?

Das Wissen, daß Nachhallerinnerungen („Flashbacks“) immer wieder aufhören. Eine Wahrnehmungslenkung ins Hier-und-Jetzt, manchmal auch die Anwendung sog. „Skills“ (z. B. Körperreize durch ein Riechfläschchen, eine Chillischote im Mund, o. ä. zu setzen) können die Flashbacks enden lassen.

Was schützt mich in Zukunft vor erneuter Erkrankung?

Ein individuelles Rückfallmanagement gehört zur Behandlung. Beim Auftreten neuer unspezifischer Belastungen, einer Retraumatisierung oder dem Wegfall stabilisierender Lebensbezüge (Beruf, Partnerschaft, etc.) können sich Symptome der Posttraumatischen Belastungsstörung wieder melden. Hier gilt es, gleich die erworbenen Strategien wieder einzusetzen. Wenn dies nicht ausreichen sollte, würde ich kurzfristig die psychotherapeutische Behandlung für ein paar Auffrischstunden („booster sessions“) wieder aufnehmen.

Im Interview ...



PROF. DR. MICHAEL KELLNER

Arzt für Psychiatrie und Psychotherapie, ehemaliger Leiter des Arbeitsbereichs Angstspektrumsstörungen an der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie im Universitätsklinikum Eppendorf, Professor an der Universität Hamburg sowie renommiertes Angst- und Stressforscher, antwortet auf schriftliche Fragen zu Angst-erkrankungen - zur Symptomatik, zur Diagnostik, zu Therapiemöglichkeiten durch Medikation und Psychotherapie.



Zwangsstörung

DIE ZWEIFELKRANKHEIT

38

SYMPTOMATIK UND ENTWICKLUNG

Gewohnheiten und Rituale sind Bestandteile des Alltags wie der Kultur (z.B. Tauf-, Hochzeits- und Beerdigungsrituale). Sie erleichtern dem Einzelnen den Ablauf von immer wiederkehrenden Handlungen. Bisweilen wachsen sich Rituale des Alltags zu einer persönlichen „Macke“ aus, was aber an sich noch nicht problematisch ist. Von einer Zwangsstörung wird erst dann gesprochen, wenn eine Person einen inneren Impuls erlebt, gegen den eigenen Willen bestimmte Inhalte denken oder Handlungen durchführen zu müssen, zugleich aber diese Gedanken und Handlungen (zumindest im Prinzip) als sinnlos erlebt.

+ Zwangshandlungen: sich zwanghaft aufdrängende Antriebe; das ICD-10 erwähnt Waschzwang, Kontrollzwang und Ordnungszwang. Weitere, oft auftretende Zwänge sind Zählzwang, Wiederholungszwang (ständig Wörter wiederholen), Berührungszwang (etwas zwanghaft berühren bzw. die Berührung vermeiden), Sammelzwang u.a. Eine besondere Form stellen die Zwangsrituale dar, bei denen eine Handlung in einer genau zu beachtenden Reihenfolge stereotyp immer wieder ausgeführt werden muss.

Natürlich besteht ein enger Zusammenhang zwischen Zwangsgedanken und Zwangshandlungen, da Zwangsgedanken

ZWANGSERKRANKTE LEBEN IN EINER WELT, IN DER ÜBERALL BEDROHLICHES UND WIDERWÄRTIGES LAUERT

Generell unterscheidet man zwischen Zwangsgedanken und Zwangshandlungen:

+ Zwangsgedanken: anhaltende oder wiederkehrende Vorstellungen (z.B. unangenehme Bilder), Impulse (z.B. der zwanghafte Impuls zu fluchen oder jemanden zu verletzen) oder Ideen (z.B. zwanghafte Gedanken/Zweifel/Befürchtungen über die Folgen des eigenen Tuns, etwa die Befürchtung, ein Unglück angerichtet zu haben).

meist die Auslöser von Zwangshandlungen sind. So folgt aus dem Gedanken „Wenn ich das Licht nicht ausmache, könnte etwas Schlimmes passieren“ ein entsprechendes Kontrollhandeln. Bei über 90% der Erkrankten treten sowohl Zwangsgedanken wie Zwangshandlungen auf.

Die von Zwangserkrankten erlebten Symptome empfinden sie selbst als sinnlos und quälend, manche Zwangsgedanken

als geradezu fürchterlich und abscheulich (v.a. obszöne oder blasphemische Gedanken). Sie leben in der ständigen Angst vor einer Gefahr, die ihnen zustoßen könnte (z.B. eine Ansteckung), bzw. die sie durch ihr eigenes Tun oder Unterlassen erst herbeiführen und so anderen einen Schaden zufügen könnten (z.B. die Angst, jemanden aus Versehen zu überfahren). Aufgrund der tiefen Überzeugung, dass etwas Schlimmes passieren kann und sie ganz allein dafür verantwortlich wären, leben Zwangserkrankte in einem Zustand permanenten Dauerstress, der durch rationale Überlegungen nicht mehr beruhigt werden kann.

Die Zwangshandlungen haben aus Sicht des Betroffenen den Sinn, die befürchtete Gefahr zu minimieren. Solange er die Zwangshandlungen ausführt, hat er das Gefühl der Kontrolle und empfindet die Angst nicht. Zwangshandlungen sind von daher als Vermeidungsverhalten anzusehen. Während andere Angstbetroffene passiv vermeiden, d.h. etwas nicht tun, vermeidet der Zwangserkrankte aktiv, durch bestimmte Handlungen. Zwangshandlungen sind insofern ein Versuch, die Kontrolle über das eigene Leben zu behalten.

Zwangserkrankungen beginnen ca. um das 20. Lebensjahr. Frauen und Männer sind ähnlich häufig betroffen, Männer

mehr von Kontrollzwängen, Frauen mehr von Waschzwängen. Zu Zwangsstörungen kommen oft noch depressive Störungen oder Angststörungen (besonders Soziale Phobie) als Begleiterscheinung hinzu.

ERKLÄRUNGSANSÄTZE

Jeder Mensch hat Gedanken verpönten, unerwünschten Inhalts, z.B. solche aggressiver oder sexueller Art. Diese Gedanken sind ganz normal und werden gewöhnlich gleich wieder vergessen. Bei einem Zwangserkrankten jedoch werden aus solchen normalen Gedanken aufdringliche Gedanken. Doch was macht sie zu aufdringlichen Gedanken? Es ist nicht der Gedanke an sich, sondern dessen Bewertung. Gedanken setzen sich in unserem Geist fest und werden zu zwanghaften Gedanken, wenn wir ihnen eine besondere Bedeutung zuerkennen, z.B. sie als gefährlich ansehen.

Die Bewertung des Gedankens ist also für den Anstieg von Angst und Unruhe verantwortlich. Der Betroffene versucht daher, den Gedanken zu neutralisieren, entweder durch Gedankenunterdrückung oder durch Zwangshandlungen (gedanklicher oder verhaltensmäßiger Art). Doch als wichtig bewertete Gedanken lassen sich höchstens kurzfristig unterdrücken. Nach einiger Zeit tauchen sie wieder auf und mit ihnen die Angst, was für den Betroffenen gerade als Beweis für ihre Bedeutung gesehen wird.

Warum der Betroffene bestimmte, an sich normale Gedanken als störend und gefährlich empfindet, ist nur aus seiner individuellen Lebensgeschichte, v.a. aus familiären Faktoren (Erziehung, Konflikte in der Familie, Modell-Lernen) zu erklären. Insbesondere die Entstehung bizarr anmutender Zwänge können nur von dem speziellen Einzelfall her plausibel dargelegt werden. Typisch für alle Zwangserkrankten ist jedoch, dass sie sich durch ein niedriges Selbstwertgefühl bzw. ein ständiges Unterlegenheitsgefühl anderen Menschen gegenüber auszeichnen. Das führt zu der Annahme, dass man von anderen gering geschätzt wird, ja dass diese einem misstrauen (was eine Ursache für Kontrollzwang sein kann, um möglichst Fehler zu vermeiden). In voller Ausprägung übernimmt so ein Charakter das scheinbare Misstrauen der anderen und traut sich selbst nicht mehr. Er entwickelt so die Überzeugung, durch seine eigene Unfähigkeit sich oder anderen Schaden zufügen zu können.

Dieser Text folgt auf weiten Strecken dem Artikel von Hans Reinecker aus dem daz-Heft Nr. 50 „Zwangshandlungen und Zwangsgedanken“.



»»»»»»»» EXPERTENINTERVIEW ««



Woran erkenne ich, dass ich unter einer Zwangsstörung leide?

Wenn Sie wiederholt den Drang haben, bestimmte Dinge zu tun oder zu denken (welche Sie als übertrieben oder sinnlos ansehen) und dem nicht widerstehen können, obwohl sie sich dagegen wehren – dann leiden Sie wohl unter Zwängen.

Was sind die nächsten sinnvollen Schritte?

Beeinträchtigen Sie diese Phänomene stark und stehlen Ihnen längere Zeit, sollten Sie zur diagnostischen Abklärung und Einschätzung einen Psychotherapeuten oder Psychiater aufsuchen.

Welche Therapie hilft bei einer Zwangsstörung?

Eindeutige wissenschaftliche Wirknachweise gibt es für die kognitive Verhaltenstherapie, bei der auch Expositionsverfahren durchgeführt werden, und für manche Medikamente, insbesondere einige serotonerge Antidepressiva, wie z. B. Escitalopram und der Klassiker Clomipramin.

Worauf ist in der Therapie zu achten?

Wichtig ist, dass neben der Symptombehandlung auch die Funktion der Zwänge

im aktuellen und früheren Leben charakterisiert und problematisiert wird. Bei den Expositionsbehandlungen, die gut vorbereitet werden müssen und viel Zeit und Engagement benötigen, sollte der Patient eigenverantwortlich handeln und dem Zwang keinerlei Nische bleiben, sonst ist die Rückfallgefahr beträchtlich.

Was hilft mir in der Situation, wenn ich unter Zwängen leide?

Je nach Therapiestand hilft, diese Zwänge als solche zu erkennen und den Zwängen kein „Futter“ zu geben. Wenn Sie dem Zwang nicht gehorchen, werden kurzfristige unangenehme Gefühle (Anspannung, Ekel o. ä.) auftreten. Diese gilt es zu ertragen und möglichst ohne Hilfe Anderer, die Zwänge selbständig zu begrenzen, wie Sie es in der Therapie gelernt haben.

Was schützt mich in Zukunft vor erneuter Erkrankung?

Eine deutliche Rückfallgefahr besteht definitiv. Dagegen hilft oft, wenn der Zwang wieder an die Tür klopft, die in der Psychotherapie gelernten Rückfallstrategien sofort anzuwenden. Auch eine längerfristige medikamentöse Therapie kann schützend helfen.

39

ZWANGHAFTE PERSÖNLICHKEITSTÖRUNG



Die zwanghafte (oder anankastische) Persönlichkeitsstörung ist gekennzeichnet durch eine Beschäftigung mit Ordnung und Perfektion, die zu Lasten von Flexibilität und Aufgeschlossenheit geht - wie bei vielen Zwangserkrankten auch. Der Unterschied zur Zwangsstörung ist jedoch, dass Personen mit zwanghafter Persönlichkeit ihre Verhaltensweisen keineswegs als übertrieben oder störend ansehen, sondern ganz im Gegenteil als wichtig und bedeutsam für das Zusammenleben. Zwanghafte Persönlichkeitsstörungen treten daher eher selten gemeinsam mit klinisch relevanten Zwangsstörungen auf, häufiger ist die Gemeinsamkeit mit selbstunsichereren Persönlichkeiten.

Im Interview ...



PROF. DR. MICHAEL KELLNER

Arzt für Psychiatrie und Psychotherapie, ehemaliger Leiter des Arbeitsbereichs Angstspektrumsstörungen an der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie im Universitätsklinikum Eppendorf, Professor an der Universität Hamburg sowie renommierter Angst- und Stressforscher, antwortet auf schriftliche Fragen zu Angsterkrankungen - zur Symptomatik, zur Diagnostik, zu Therapiemöglichkeiten durch Medikation und Psychotherapie.

Behandlung mit Medikamenten

Bei allen behandelten Angststörungen war bisher als Hilfe nur von Psychotherapie die Rede. Das ist insofern richtig, weil Psychotherapie immer die erste Wahl sein sollte.

Für welche Patienten mit welchen Angststörungen die Einnahme von Medikamenten darüber hinaus sinnvoll ist, erklärt unser Experte Michael Kellner.



Foto: nlapictures / Photocase.de

Ist die Kombination von medikamentöser Behandlung und Psychotherapie ratsam?

Nicht generell im Sinne von „viel hilft viel“. Eine Kombination ist zumindest nach aktueller Studienlage nicht schlechter als die Einzelverfahren. Nur bei begleitenden schweren Depressionen muss auch medikamentös behandelt werden, hier wirkt Psychotherapie nicht alleine.

Wie lange sollte eine medikamentöse Behandlung i.d.R. erfolgen?

Zunächst muss festgestellt werden, ob die Medikation überhaupt wirkt. Bei Angstpatienten brauchen Antidepressiva dafür meist etwas länger als bei Depressiven, d. h. etwa 4-10 Wochen (je nach Störungsbild). Bei Wirksamkeit folgt dann eine Erhaltungphase, die nicht zu kurz bemessen werden sollte, etwa ein Jahr. Danach kann über Monate ein vorsichtiges und langsames (!) Ausschleichen erfolgen, bei dem ausprobiert wird, ob der Erfolg auch mit weniger, bzw. ohne Medikament stabil bleibt. Einzelne Patienten benötigen jahrelange medikamentöse Dauertherapiezeiten, was aus medizinischer Sicht kein Problem darstellt.

Wie kann ich erkennen, dass die weitere Einnahme von Medikamenten nicht mehr erforderlich ist?

Wenn nach dem langsamen Absetzen die Besserung langfristig stabil bleibt, braucht es keine weitere Medikation. Sollten wieder Symptome auftreten, besprechen Sie bitte mit Ihrem Arzt, ob ein Wiedersetzen sinnvoll ist.

Im Interview ...



PROF. DR. MICHAEL KELLNER

Arzt für Psychiatrie und Psychotherapie, ehemaliger Leiter des Arbeitsbereichs Angstspektrumsstörungen an der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie im Universitätsklinikum Eppendorf, Professor an der Universität Hamburg sowie renommierter Angst- und Stressforscher, antwortet auf schriftliche Fragen zu Angst-erkrankungen - zur Symptomatik, zur Diagnostik, zu Therapiemöglichkeiten durch Medikation und Psychotherapie.

Unter welchen Voraussetzungen macht eine medikamentöse Behandlung von Angststörungen Sinn?

Grundsätzlich sollte zunächst eine psychotherapeutische (vorzugsweise verhaltenstherapeutische) Behandlung angestrebt werden. Wenn diese nicht hinreichende Erfolge zeigt oder nicht, bzw. erst nach langen Wartezeiten möglich ist, sollte eine medikamentöse Behandlung erfolgen.

Dies gilt auch, wenn z. B. durch eine begleitende schwere Depression oder durch schwere Schlafstörungen eine Psychotherapie, welche Anforderungen an Konzentration, Denken und Lernen stellt, in ihren Erfolgsaussichten vermindert ist. Eine alleinige medikamentöse Behandlung ist zwar akut ähnlich gut wirksam wie eine Psychotherapie, zeigt sogar oft die schnelleren Erfolge, allerdings haben im längeren Verlauf kombiniert behandelte Patienten eine größere Chance, die Medikamente ohne Wiederkehr der Symptome wieder absetzen zu können.

Was sind die nächsten sinnvollen Schritte?

Psychiater sind die Experten für eine medikamentöse Behandlung von Angststörungen. Suchen Sie einen Kollegen mit dieser Facharztbezeichnung auf und schildern ihm Ihre Symptomatik. Er wird Ihnen geeignete Präparate nennen und Sie über Chancen und Risiken ausführlich aufklären. Auch manche erfahrene Allgemeinmediziner kennen sich gut mit Psychopharmaka aus.

Gibt es auch Gründe, die gegen eine medikamentöse Behandlung von Angststörungen sprechen? Wenn ja, welche?

Wenn zeitnah eine geeignete Psychotherapie begonnen werden kann und diese wirkt, braucht es in der Regel keine Medikamente.

Bei der Behandlung von Angststörungen sind grundsätzlich zwei Gruppen von Psychopharmaka zu unterscheiden: Antidepressiva, die langfristig wirken, und Benzodiazepine (auch Tranquilizer genannt), die ihre Wirkung sofort entfalten.

Normalerweise werden Angststörungen mit geeigneten Antidepressiva behandelt, die nicht abhängig machen. Zu beachten ist aber, dass die Wirkung bei Antidepressiva meist mehrere Wochen Zeit braucht. Sollten Nebenwirkungen auftreten, besprechen Sie diese mit Ihrem Arzt und setzen nicht selbständig die Medikation ab. Oft lassen die Nebenwirkungen im weiteren Verlauf nach und sind zwar lästig, aber meistens nicht gefährlich. Eine Behandlung mit Benzodiazepinen hingegen sollte nur nach reiflicher Überlegung in Ausnahmefällen längerfristig erfolgen, da eine Abhängigkeitsgefährdung besteht.

Können Medikamente eine Psychotherapie ersetzen und umgekehrt?

Dies gilt durchaus bei einem Teil der Patienten. Allerdings haben psychotherapeutisch behandelte Patienten eine größere Chance, im weiteren Verlauf beim und nach dem Absetzen der Medikation symptomfrei oder -arm zu bleiben.



Der Weg zur Therapie

WIE FINDE ICH DEN RICHTIGEN THERAPEUTEN?

Foto: Angelika Güc / www.angelika-guec.de

Wer sich zu einer Psychotherapie entschlossen hat, steht zunächst vor einer Reihe von Aufgaben:

1-INFORMATIONSBESCHAFFUNG: Zunächst sollte man sich Zeit nehmen und sich über die verschiedenen Therapieverfahren informieren, um herauszufinden, welche einen besonders anspricht. Derzeit werden von den gesetzlichen Krankenkassen folgende drei Psychotherapien (genannt Richtlinienverfahren) anerkannt und bezahlt (Privatpatienten müssen mit ihrer Kasse abklären, welche Leistungen übernommen werden):

1. Verhaltenstherapie
2. Analytische Psychotherapie (Psychoanalyse)
3. Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie.

2-BERATUNG: Mehr Information erhält man durch eine persönliche Beratung. Beratungseinrichtungen, an die man sich wenden kann, sind die Sozialpsychiatrischen Dienste, Beratungsstellen der Caritas oder Diakonie, psychiatrische Ambulanzen und der Psychotherapie-Informationsdienst (siehe Kasten).

3-THERAPEUTENSUCHE: Ein schwieriges Problem ist es für jeden Betroffenen, den geeigneten Therapeuten zu finden. Es gibt die Möglichkeit einer persönlichen Empfehlung, z.B. durch Freunde, Bekannte (etwa aus Selbsthilfegruppen) oder den Hausarzt. Eine weitere Möglichkeit ist, im Internet nach Therapeuten zu suchen. Webadressen finden Sie am Ende dieses Artikels. Von der angezeigten Personenliste kommt man meistens weiter auf die persönliche Homepage des Therapeuten, auf der zusätzliche Informationen zu finden sind wie Kassenzulassung, besondere Schwerpunkte, angewandte Therapiever-

fahren. Hilfreich ist auch, sich an die eigene Krankenkasse zu wenden, die eine Liste der Therapeuten mit Kassenzulassung führt und die auch über freie Plätze Bescheid weiß, die die Therapeuten melden.

4-KONTAKTAUFNAHME: Jeder Patient einer gesetzlichen Krankenkasse hat das Recht, sich direkt an jeden Anbieter von Psychotherapie zu wenden, der ein anerkanntes Richtlinienverfahren praktiziert und eine Kassenzulassung hat. Dazu gehören:

- » **Psychologische Psychotherapeuten** (Psychologen mit einer Zusatzausbildung in Psychotherapie)
- » **Ärztliche Psychotherapeuten** (Mediziner mit einer Zusatzausbildung in Psychotherapie)
- » **Kinder- und Jugendpsychotherapeuten** für Personen bis ca. 20 Jahren (Psychologen oder (Sozial)Pädagogen mit einer Zusatzausbildung in Psychotherapie).

Außerdem kann jeder Patient auch direkt einen **Facharzt für Psychiatrie** aufsuchen, falls eine in erster Linie medikamentöse Behandlung angestrebt wird. Dagegen haben Psychotherapeuten, die kein anerkanntes Richtlinienverfahren praktizieren, und Heilpraktiker, auch solche mit dem Zusatz Psychotherapie, keine Kassenzulassung. Ihre Angebote werden von den gesetzlichen Krankenkassen nicht bezahlt.

5-PROBATORISCHE SITZUNGEN: Vor dem Beginn der Therapie gibt es eine Anzahl probatorischer Sitzungen (8 bei Psychoanalyse, 5 bei den anderen beiden Therapien). Sie dienen dem Patienten dazu, den Therapeuten und dessen Therapieansatz näher kennenzulernen und sich darüber klar zu werden, ob er mit

ihm die nächsten Monate (oder Jahre) zusammenarbeiten kann. Denn für den Erfolg einer Therapie ist eine vertrauensvolle Beziehung zwischen Therapeut und Patient enorm wichtig. Bei Zweifeln sollte der Patient daher nicht zögern, einen weiteren Therapeuten (mit erneut 5-8 probatorischen Sitzungen) auszuprobieren.

Für den Therapeuten dienen die probatorischen Sitzungen dazu, eine Diagnose der Erkrankung zu erstellen. Er wird mit dem Patienten also viel über die Vorgeschichte der Erkrankung sprechen (Anamnese), evtl. muss dieser einen diagnostischen Test ausfüllen.

Hat der Patient sich für einen Therapeuten entschieden, so wird dieser einen Antrag an die Krankenkasse stellen, der die Diagnose und einen Therapieplan enthält. Der Antrag wird von einem Gutachter geprüft und entschieden. Des Weiteren hat der Patient die Pflicht zu einer Untersuchung, die mögliche körperliche Ursachen der Erkrankung abklären soll (Konsiliarbericht).

SUCHE NACH THERAPEUTEN IM WEB:

Psychotherapie Informationsdienst (PID): ein Service des Berufsverbandes Deutscher Psychologinnen und Psychologen (BDP): www.psychotherapeutensuche.de

Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK): www.bptk.de/patienten/therapeutensuche.html

Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV): www.kbv.de/html/arztsuche.php



Foto: Simone Naumann Fotografie

Mut schöpfen in der Gruppe

GEMEINSCHAFT GLEICHBETROFFENER
Unter einer Selbsthilfegruppe versteht man eine Gesprächsgemeinschaft von Menschen, die in vergleichbarer Weise von einem Problem oder einer Krankheit betroffen sind und sich gegenseitig austauschen, stärken und anregen wollen. Selbsthilfegruppen sind also soziale Netzwerke, die wichtige Ressourcen für Menschen in Notsituationen zur Verfügung stellen können.

Die Gruppe unterstützt ihre Mitglieder dabei, selbst aktiv zu werden und ihre Probleme gemeinsam mit anderen zu lösen. Selbsthilfe ist also immer ein Tätigwerden unter Gleichbetroffenen. Die eigene Betroffenheit ist Triebfeder des Engagements, und für die Gruppen sind Aspekte wie Selbstverantwortung, Selbstbestimmung und Solidarität sehr wichtig. Die Selbsthilfe lebt davon, eigene Probleme aus eigener Kraft gemeinsam mit anderen zu bewältigen. Das entspricht dem sogenannten „Empowerment-Konzept“. Es orientiert sich an den Stärken der Menschen, am Vertrauen in die Fähigkeit jedes einzelnen zur Selbstorganisation und zu persönlichem Wachstum auch und gerade in Krisensituationen.

VERTRAUEN UND ÖFFNEN

Ein wichtiges Potenzial der Selbsthilfe ist das Gefühl der Geborgenheit und des Verstandenwerdens, das durch die regelmäßige Teilnahme an einer festen Gruppe aufgebaut wird. In der „geschützten Atmosphäre“ der Gruppe ist es möglich, über das Austauschen von Tipps zum Umgang in konkreten Angstsituationen hinauszugehen und z.B. Verhaltensmuster oder Hintergründe und Ursachen der Angsterkrankung zu beleuchten. Über das

unmittelbare Feedback, das in der Selbsthilfegruppe ermöglicht wird, ist eine Korrektur des häufig negativen Selbstbildes möglich. Viele Betroffene befürchten, an einer schrecklichen Krankheit zu leiden, mit der sie ganz alleine sind. Viele sprechen in der Gruppe das erste Mal offen über ihre Ängste und schämen sich häufig für ihre Angst und ihr „Nicht-Funktionieren“. Der Austausch in der Gruppe mit anderen, die unter den gleichen Symptomen leiden, wirkt daher unglaublich entlastend und setzt motivierende Energien frei, die dann zur Überwindung der Angst eingesetzt werden können.

LERNEN AM MODELL

Der Erfahrungsaustausch über individuelle Formen der Angstbewältigung erhöht die Motivation, sich selbst verstärkt angstbesetzten Situationen auszusetzen, sodass Vermeidungsstrategien in der Gruppe thematisiert und reduziert werden können.

In der Selbsthilfegruppe können neue Verhaltensweisen in einer relativ geschützten Atmosphäre ausprobiert werden, wodurch sozial Neu-Gelerntes leichter in den Alltag transferiert werden kann. Neue Handlungsalternativen können entwickelt, ausprobiert und reflektiert werden. Damit der Erfahrungsaustausch in der Selbsthilfe wirklich positiv wirkt, ist es notwendig, dass nicht nur über Negatives gesprochen wird, sondern dass die Gruppenteilnehmer auch über ihre Erfolge berichten und diese gewürdigt werden. Diese Berichte wirken als positive Verstärker und motivieren wiederum andere, sich selbst auf den Weg zu machen. Ein derart gestalteter Austausch in den Gruppen entlastet, motiviert und gibt Zuversicht.

GEBEN UND NEHMEN

Am Anfang der Gruppenteilnahme sind die Teilnehmerinnen und Teilnehmer häufig in einer Position des Hilfe-Empfängers, da sie aufgrund ihrer Angsterkrankung sehr auf Hilfe und Unterstützung angewiesen sind. Im Laufe der Teilnahme wechseln dann viele in die Rolle des Unterstützers, da sie eigene Erfahrungen an andere, neu Hinzukommende weitergeben, wodurch diese motiviert werden und gleichzeitig die eigenen Erfolge stabilisiert und bekräftigt werden.

SOZIALE KONTAKTE

Die soziale Gemeinschaft der Selbsthilfegruppe ist ein Ort, an dem sozialer Kontakt stattfindet, so dass eine Korrektur und Weiterentwicklung der individuellen Sozialisation stattfinden kann. Die Gruppe unterstützt dabei, Tendenzen zum sozialen Rückzug zu unterbrechen, da die Teilnehmer häufig auch außerhalb der Gruppensitzungen in Kontakt treten, gemeinsam etwas unternehmen oder sich in angstbesetzten Situationen unterstützen. Wenn die Angst sehr massiv ist, sind viele Betroffene sehr auf ihre Defizite fixiert, so dass weiter vorhandene Fähigkeiten und Stärken nicht mehr als Ressourcen zur Angstbewältigung eingesetzt werden können. Der Austausch in der Gruppe reduziert diese Fixierung u.a. auch dadurch, dass sich Gruppenmitglieder gegenseitig unterstützen – z.B. durch gemeinsames U-Bahn-Fahren und Kinobesuche – oder sich in sozialen Situationen helfen.

KONTINUITÄT

Da die Teilnahme zeitlich nicht begrenzt ist, bietet die Gruppe unterschiedliche Möglichkeiten: Manche Gruppenteilnehmer finden erst durch die Selbsthilfe den Zugang zu professioneller Therapie, der größte Teil nutzt Selbsthilfe begleitend und ein weiterer Teil im Sinne der Nachsorge, um Erfolge zu stabilisieren oder z.B. erneute Klinikaufenthalte bei starker Chronifizierung zu vermeiden. Weiter bieten Selbsthilfegruppen Unterstützung an, um Wartezeiten auf einen Therapie- oder Klinikplatz zu überbrücken.

AUTORIN

Margit Waterloo-Köhler

Dipl.-Sozialpädagogin, Master of Social Work (M.S.W.), Gesprächs- und Focusingtherapeutin (IGF, HPG) langjährige Mitarbeiterin und bis 2015 Vorstandsmitglied bei der Münchner Angstselbsthilfe (MASH); leitet dort die Gruppenleiterschulungen

Kontakte und Adressen

Angebote im Bereich Selbsthilfe

Wir können hier nur einige wichtige Adressen von Selbsthilfeorganisationen auflisten. Die Liste ist selbstverständlich nicht vollständig.

Alle (Internet-)Adressen wurden kurz vor dem Druck dieser daz-Sonderausgabe auf ihre Richtigkeit hin überprüft (Stand: Dezember 2016).

Internetforen

www.angst-und-panik.de
www.sozcafe.de
www.leben-mit-angst.de
www.keine-panik.org
www.psychic.de

Deutsche Angstselbsthilfe – DASH

(Angst-Hilfe e.V.)
Bayerstr. 77a Rgb.
80335 München
Telefon 089/5155530
E-Mail: info@angstselbsthilfe.de
Internet: www.angstselbsthilfe.de

Selbsthilfeverband für Soziale Phobie e.V. (VSSP)

Bundesgeschäftsstelle
Pyrmonter Str. 21
37671 Hötter
Telefon 05271/6999056
E-Mail: info@vssp.de
Internet: www.vssp.de

Intakt – Norddeutscher Verband der Selbsthilfe bei sozialen Ängsten e.V.

Wendenring 4
Briefkasten 93
38114 Braunschweig
Telefon 0531/3496518 (auch AB)
E-Mail: intakt-ev@schuechterne.org
Internet: www.schuechterne.org

Deutsche Gesellschaft für Zwangserkrankungen (DGZ)

Postfach 702334
22023 Hamburg
E-Mail: zwang@t-online.de
Internet: www.zwaenge.de

NAKOS – Nationale Kontakt- und Informationsstelle zur Anregung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen

Otto-Suhr-Allee 115
10585 Berlin-Charlottenburg
Telefon 030/31018960
E-Mail: selbsthilfe@nakos.de
Internet: www.nakos.de

Impressum

DAZ – SONDERAUSGABE 2017

Auflage: 25.000
Eine kostenlose Sonderausgabe der daz – die Angst-Zeitschrift (mit vier Ausgaben pro Jahr)
1. Auflage, Januar 2017

HERAUSGEBER

DASH (Deutsche Angstselbsthilfe), eine Einrichtung der Angst-Hilfe e.V. www.angstselbsthilfe.de

REDAKTION

Redaktion daz c/o DASH
Bayerstr. 77a, 80335 München
Tel.: +49 89 51 55 53-11
Fax: +49 89 51 55 53-16

E-Mail-Kontakte:

Vertrieb: daz@angstselbsthilfe.de
Redaktion: redaktion@angstselbsthilfe.de

MITARBEITER DIESER AUSGABE

Dr. Bernhard Beller
Johanna Bauer
Tine Vogeltanz
Christian Zottl (Vi.S.d.P.)

ILLUSTRATIONEN

Sabine Lemke (A Runde Sach)

GRAFIK UND LAYOUT

Angelika Güc (A Runde Sach),
Tina Güntner

DRUCK

Ulenspiegel Druck GmbH & Co. KG
Birkenstraße 3
82346 Andechs

AUTOREN UND FOTOS

Siehe Informationen bei den jeweiligen Beiträgen. Titelfoto: REHvolution von Anja Brunsmann / Photocase.de

Alle im Heft enthaltenen Beiträge sind urheberrechtlich geschützt. Alle Rechte vorbehalten. Die Informationen in diesem Heft wurden mit Sorgfalt erarbeitet; eine Haftung für Richtigkeit und Vollständigkeit kann dennoch nicht übernommen werden.



ZUM WEITERLESEN ...

Es gibt eine Vielzahl von interessanten und hilfreichen Büchern zum Thema Ängste und Panikattacken. Die folgenden Empfehlungen sind nur eine Auswahl.

Natürlich reicht es nicht aus, ein Buch zu lesen, um sich von seiner Angst zu befreien. Doch es kann uns wichtige Erkenntnisse vermitteln und hilfreiche Unterstützung geben.

THERAPEUTISCHE RATGEBER UND ARBEITSBÜCHER



DORIS WOLF
ÄNGSTE VERSTEHEN UND ÜBERWINDEN

Wie Sie sich von Angst, Panik und Phobien befreien

Ein Klassiker unter den Ratgeberbüchern zum Thema Ängste. Doris Wolf ist Psychotherapeutin und Autorin mehrerer psychologischer Selbsthilfebücher.

Pal Verlag 2011
ISBN: 978-3923614325
14,80 Euro



HANS MORSCHITZKY / SIGRID SATOR
DIE ZEHN GESICHTER DER ANGST

Ein Handbuch zur Selbsthilfe

Stellt die 10 wichtigsten Angststörungen vor und gibt Anleitungen, Tipps und Übungen zur Selbsthilfe

dtv 2005,
ISBN: 978-3423342261,
8,90 Euro



MARGARETH WEHRENBURG
DIE 10 BESTEN STRATEGIEN GEGEN ANGST UND PANIK

Wie das Gehirn uns Stress macht und was wir dagegen tun können

Bietet Soforthilfe für Situationen im Alltag. Die Autorin ist Therapeutin und selbst von einer schweren Angststörung geheilt.

Beltz (5. Aufl.) 2016
ISBN: 978-3407857101
18,95 Euro



RENEAU Z. PEURIFOY
ANGST, PANIK UND PHOBIEN

Ein Selbsthilfe-Programm

Ein umfangreiches Selbsthilfe-Programm, das auch therapiebegleitend gut eingesetzt werden kann.

Verlag Hans Huber 3. Aufl. 2009
ISBN: 978-3456844046
29,95 Euro



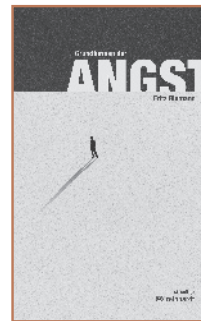
SIGRID SCHMIDT-TRAUB
ANGST BEWÄLTIGEN

Selbsthilfe bei Panik und Agoraphobie

Die Psychotherapeutin Schmidt-Traub hat noch weitere Ratgeber und Selbsthilfebücher zu Ängsten und Depressionen verfasst.

Springer Verlag 2016
ISBN: 978-3903072053,
19,99 Euro

KLASSIKER



FRITZ RIEMANN
GRUNDFORMEN DER ANGST

Eine tiefenpsychologische Studie

Der Psychologe Fritz Riemann (1902-1979) benannte vier Grundformen der Angst und entwickelte daraus eine Charakterkunde mit vier Persönlichkeitstypen. Das 1961 erstmals veröffentlichte Buch wurde in zahlreiche Sprachen übersetzt.

Ernst Reinhardt Verlag (41. Aufl.) 2013
ISBN: 978-3497024223
16,90 Euro

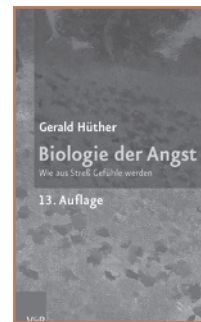


WILLI BUTOLLO:
DIE ANGST IST EINE KRAFT

Über die aktive und kreative Bewältigung von Alltagsängsten

Ebenfalls ein Klassiker der Angstliteratur in überarbeiteter Neuauflage. Butollo erläutert anhand von Fallbeispielen unterschiedliche Angstauslöser sowie die ablaufenden psychischen Prozesse.

Herbig Verlag 2015
ISBN: 978-3776627527
22,00 Euro



GERALD HÜTHER
BIOLOGIE DER ANGST

Wie aus Stress Gefühle werden

Der bekannte Hirnforscher Gerald Hüther liefert leicht verständlich neurobiologische Erklärungen über die Abläufe bei Stress und Angst im Körper.

Vandenhoeck & Ruprecht (12. Aufl.) 2012
ISBN: 978-3525014394
18,00 Euro

ÜBER ANGST ALLGEMEIN



ENI BECKER
ANGST

Ein kompakter Überblick über die Angstforschung und die verschiedenen Formen der Angst.

UTB 2011
ISBN: 978-3825235123
5,99 Euro



EGON FABIAN
DIE ANGST

Geschichte, Psychodynamik, Therapie

Das Buch beleuchtet das Phänomen Angst in all seinen Aspekten.

Waxmann Verlag 2013
ISBN: 978-3830928935
34,90 Euro



BORWIN BANDELOW
DAS ANGSTBUCH

Woher die Ängste kommen und wie man sie bekämpfen kann

Allgemein verständlich und hilfreich für alle Formen der Angst.

Rowohlt Taschenbuch (12. Aufl.) 2006
ISBN: 978-3499619496
9,99 Euro

HILFREICHE BÜCHER VON BETROFFENEN



ULRIKE PARTHEN & ANNE STICH
DER ANGST EIN SCHNIPPCHEN SCHLAGEN

Selbsthilfe bei Panik und Agoraphobie

Parthen ist Angst- und Panikpatientin und hat das Buch gemeinsam mit ihrer Psychotherapeutin Anne Stich als Co-Autorin geschrieben.

Kreuz Verlag 2013,
ISBN: 978-3451611360,
14,99 Euro



DORIS IDING
ÄNGSTE ÜBERWINDEN

Mein Übungsbuch für mehr Optimismus & Gelassenheit

Doris Iding ist Autorin und Yogalehrerin. Trotz jahrelanger spiritueller Praxis sah sie sich selbst eines Tages plötzlich mit Panikattacken konfrontiert.

Gräfe und Unzer Verlag 2016
ISBN: 978-3833852305
9,99 Euro



WALTRAUD GAUGLITZ
DER WEG AUS DER ANGST

Der etwas andere Weg aus Panikattacken und Angstzuständen

Der Erfahrungsbericht einer Betroffenen, die 14 Jahre lang unter schwersten Ängsten und Panikattacken litt und durch Akzeptanz und Loslassen selbst einen Weg daraus fand.

Books on Demand 2014
ISBN: 978-3738606089
19,99 Euro



Foto: Simone Naumann Fotografie



Die einzige deutschsprachige Selbsthilfe-Zeitschrift von Betroffenen für Betroffene mit Ängsten und Depressionen!

daz – die Angst-Zeitschrift

- ▶ Informationen über Angstformen, Therapien und Selbsthilfe, wissenschaftliche Hintergründe, Erfahrungsberichte, praktische Tipps, Adressen, Termine ...
- ▶ Für Angstbetroffene und deren Angehörige, Selbsthilfegruppen, aber auch Ärzte, Psychologen, Psychotherapeuten, Kliniken, Beratungsstellen, einschlägige psychosoziale Einrichtungen ...
- ▶ Aufklärung der Öffentlichkeit über Angsterkrankungen und den Stellenwert von Selbsthilfe.

Die **daz** erscheint viermal jährlich mit einem bestimmten Schwerpunktthema.

Herausgeber ist die **DASH, Deutsche AngstSelbstHilfe** – eine Einrichtung der Angst-Hilfe e.V.

Die **daz** kann einzeln (für 5 €/Heft) oder im Abo (für 15 €/Jahr) bestellt werden.

Weitere Informationen und Bestellcoupon: www.angstselbsthilfe.de/daz