

## PSYCHIATRIE HEUTE

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

---

Prof. Dr. med. Volker Faust

Arbeitsgemeinschaft Psychosoziale Gesundheit

### ANGSTSTÖRUNGEN

**Normale Angst (Furcht) – Angststörungen durch körperliche Leiden – Angststörungen durch seelische Störungen – primäre Angststörungen – Generalisierte Angststörungen – Panikattacken – Agoraphobie – Soziale Phobie – spezifische Phobien – u. a.**

Angst ist so alt wie die Menschheit. Doch Angststörungen nehmen zu. Man spricht inzwischen von fast jedem Zehnten.

Doch Angst ist nicht gleich Angst. Es gilt sehr genau zu unterscheiden zwischen den einzelnen Formen krankhafter Angst, um dann auch zur richtigen Therapie zu greifen.

Denn nicht bloß die diagnostischen, auch die Behandlungsmöglichkeiten der Angststörungen haben sich in letzter Zeit so verbessert, dass es sich lohnt, einen Arzt aufzusuchen um durch entsprechende Psycho-, Sozio- und Pharmakotherapie von einem der quälendsten seelischen Leiden wieder befreit zu werden.

#### **Erwähnte Fachbegriffe:**

Zeitalter der Angst – Ängstlichkeit – krankhafte Angst – kennzeichnende Merkmale krankhafter Angst – Erwartungsangst – Angst vor der Angst – Angst-Selbstbehandlungsversuche – Angst-Überkompensationsversuche – Häufigkeit der Angststörungen – Klassifikation der Angststörungen – therapeutische Aspekte (Grundlagen) – seelische Krankheitszeichen – psychosomatisch interpretierbare Symptome – psychosoziale Folgen – körperliche Symptome – Angstdiagnose auf einen Blick – angemessene oder normale Angst – Angststörungen bei körperlichen Erkrankungen: endokrine (z. B. Schilddrüse), stoffwechselbedingte (z. B. Unterzuckerung bei Diabetes melli-

tus), kardiologisch bedingte (z. B. schwere Herzkrankheiten), durch Beeinträchtigung des Gehirns ausgelöste (z. B. Epilepsie) oder durch andere Organkrankheiten herbeigeführte Angstzustände – Angststörungen bei seelischen Erkrankungen: Depressionen, schizophrene Psychosen, andere Geisteskrankheiten, Suchtkrankheiten wie Alkoholismus, Nikotin- oder Medikamenten-Abhängigkeit, Rauschdrogen-Konsum, weitere seelischen Störungen – primäre Angststörungen – generalisierte Angststörung (allgemeine Angstzustände) - Panikstörung – Panikzustände – Panikattacken – Paniksyndrom – Angstattacken – Angstanfälle – phobische Ängste – Zwangsbefürchtungen – Phobien – Agoraphobie – soziale Phobie – krankhafte Schüchternheit – Kontaktfurcht – spezifische Phobien – Therapie der Angststörungen – Aufklärung – Beratung – Selbsthilfe – Psychotherapie – Pharmakotherapie – soziotherapeutische Korrekturen und Hilfen – physikalische Maßnahmen – Selbsthilfegruppen – Antidepressiva – nicht-selektive Monoamin-Rückaufnahme-Inhibitoren – NSMRI – trizyklische Antidepressiva – selektive Serotonin-Rückaufnahme-Inhibitoren – SSRI – reversible MAO-Inhibitoren – reversible selektive MAO-A-Inhibitoren – irreversible MAO-Inhibitoren – Benzodiazepine – 5-HT-1A-Agonisten – Neuroleptika – Betarezeptorenblocker – homöopathische Angst-Medikamente – Phytotherapeutika – Pflanzenheilmittel – u.a.m. – Heilungsaussichten.

## Die Angst in unserer Zeit

Wir leben im **Zeitalter der Angst**, heißt es. Darüber ließe sich lange diskutieren. In der Tat aber scheint die Angst neben den Depressionen und der Demenz jene psychische Störung zu sein, die die Menschen am meisten bewegt, gleichgültig, ob es sich um ein Schlagwort, einen Modetrend der Medien oder um reale Hintergründe handelt. Doch als erstes gilt es zu erkennen:

Angst (oder treffender: Furcht, wie dies früher konkret auseinander gehalten wurde) ist nicht grundsätzlich negativ. Angst ist ein Teil unseres Gefühlslebens und deshalb durchaus sinnvoll. Als Warn- und Alarmsignal hilft die Angst - ähnlich wie der Schmerz - auf Bedrohungen von außen und Störungen von innen aufmerksam zu machen. Nur wenn man die Gefahr kennt, kann man sie auch bewältigen.

Damit ist die Angst ein lebensnotwendiger Anpassungs- und Lernvorgang. Im Grunde ist das erste, was die Natur zum Überleben verlangt, sich fürchten zu lernen. Das ist die Grundlage des Selbsterhaltungstriebes. So ist Angst erst einmal etwas Positives.

## Was ist Angst?

Zum zweiten muss man unterscheiden lernen: Angst ist nicht gleich Angst, auch im psychopathologischen (seelisch-krankhaften) Sinne.

Zum einen gibt es die **Ängstlichkeit**, ein Persönlichkeitsmerkmal, eine Charaktereigenschaft, die die jeweilige Person und damit ihre Erlebens- und Verhaltensweisen prägt und sich in der Regel kaum verändert. Allerdings scheinen ängstliche Menschen öfter und intensiver nicht nur unter alltäglichen Befürchtungen, sondern auch unter krankhaften Angstzuständen zu leiden.

Will man aber wissen, was die **krankhafte Angst** ausmacht, muss man zuerst den "normalen Angstzustand" definieren. Das ist nicht einfach, gibt es doch so viele Definitionen wie wissenschaftliche Disziplinen, die sich damit beschäftigen. Ein Kompromiss lautet:

Angst ist ein unangenehmer Gemütszustand mit zumeist körperlichen Begleiterscheinungen (ein ganz wichtiger Aspekt, sonst würde es sich um eine reine Befürchtung handeln, die uns täglich mehrfach umtreibt), hervorgegangen aus einem Gefühl der Bedrohung, das entweder konkret oder nicht nachweisbar ist.

So gesehen kann kein Mensch behaupten, noch nie Angst gehabt zu haben. Aber so wenig wie jede Stimmungsschwankung gleich eine krankhafte Depression ist, so wenig ist jede Befürchtung gleich eine krankhafte Angst. Leider wird beides oft gleichgesetzt. Das aber ist verhängnisvoll. Denn dann gewöhnt man sich daran, die quälenden affektiven Störungen Angst und Depression mit alltäglichen Gefühlsreaktionen gleichzusetzen. Eine wirkliche, ernsthafte Erkrankung wird so nicht rechtzeitig erkannt. Dabei ist die krankhafte Angst nicht nur lästig, sondern beeinträchtigend, hindernd, demütigend, peinigend, ja gefährlich, wenn sie den Betroffenen in dunkle Selbsttötungsabsichten treibt.

Durch was aber ist eine krankhafte Angst charakterisiert? Hier gibt es inzwischen praxisrelevante Hinweise, wie sie in letzter Zeit erarbeitet wurden:

So ist eine **Angststörung** vor allem gekennzeichnet durch

- unangemessene Angstzustände, also Angst ohne reale Bedrohung, d. h. die äußeren, zumindest erkennbaren Bedingungen stellen keine hinreichende Erklärung für diese Gemütsbelastung dar (Partnerschaft, Familie, Nachbarschaft, Beruf)
- ungewöhnliche Ausprägung, längere Dauer und immer häufigeres Auftreten entsprechender Angstzustände
- Unfähigkeit, die Angstzustände durch eigene Bewältigungsstrategien zu lösen oder auch nur zu mildern

- ein mehr oder weniger charakteristisches Beschwerdemuster (Symptomatik der Angst) oder plötzliches Auftreten (z. B. Panikzustände) mit vor allem körperlichen Krankheitszeichen.

Ein bereits **fortgeschrittenes Stadium krankhafter Angst** kündigt sich durch folgende Symptome an:

- **Ausgeprägte Erwartungsangst:** "Angst vor der Angst", die schon zuvor und immer früher den Betroffenen immer stärker beeinträchtigt oder gar lähmt.
- **Zunehmendes Vermeidungs- und Rückzugsverhalten:** Wenn eine Situation oder ein Ort Angst machen, versucht man dieser Situation auszuweichen oder den Ort zu meiden. Das ist normal. Wenn es sich aber um etwas Alltägliches handelt, das den Angstkranken in seinem verhängnisvollen Griff hält, dann neigt der Betroffene in seiner Verlegenheit oder gar unbeherrschbaren Furcht dazu, sich unter konstruierten oder zumindest objektiv nicht haltbaren Vorwänden ganz aus dem Alltag zurückzuziehen. Dadurch löst er scheinbar dieses Angstproblem, verliert aber immer mehr an zwischenmenschlichem Kontakt, gerät langsam in Rückzugsgefahr, Vergessenheit und damit Isolation.
- **Selbstbehandlungsversuche** mit Genussmitteln (Alkohol, Nikotin, Koffein), Medikamenten (Beruhigungs-, Schlaf- und Schmerzmittel), ggf. Rauschdrogen (Haschisch, Kokain, Opiate, Designerdrogen usw.).

Bei dem "chemischen Lösungsversuch unüberwindbarer Angst" ist nicht nur die drohende Suchtgefahr zu beachten, sondern auch die schleichende Entwicklung einer so genannten "psychologischen Krücke", d. h. der Betroffene bewältigt den Alltag nur noch mit "chemischer Hilfe" und erlahmt immer mehr bei dem Versuch, die Probleme durch eigene Willenskraft zu lösen.

- **Überkompensationsversuche** im zwischenmenschlichen, beruflichen und sogar Freizeit- bzw. sportlichen Bereich: Partner, Familie, Freundeskreis, Nachbarschaft, Arbeitsplatz bis hin zum bewussten Gefahrentourismus oder Gefahrensport.

Oder nochmals kurz die wichtigsten Symptome (nach Margraf):

**Angst wird zur Krankheit**, wenn sie

- unangemessen stark oder anhaltend ist
- ohne ausreichenden Grund, d. h. ohne wirkliche Bedrohung auftritt
- nicht mehr kontrolliert oder ausgehalten werden kann
- Leid verursacht und/oder das Leben einschränkt.

## Wie häufig ist Angst?

Wie häufig sind nun schwerwiegende, d. h. behandlungsbedürftige Angststörungen? Psychische Krankheiten im Allgemeinen und die affektiven oder Gemütsstörungen Angst und Depression im Speziellen sind nicht so einfach zu fassen wie andere Leiden; die Dunkelziffer ist hoch, vor allem durch mangelnden Kenntnisstand (Beschwerdebild) und eine nicht geringe Scham-Schwelle (die Scham vor einem psychischen Leiden ist ohnehin eines der größten Probleme was Kenntnisstand und damit Diagnose und rechtzeitige Vorbeugung, ja sogar Therapie und Rehabilitation anbelangt). Eines weiß man aber sicher:

Die Angststörungen haben zugenommen und sollen inzwischen mehr als jeden Zehnten betreffen. Damit nähern sie sich laut Schätzdaten oder Analogieschlüssen langsam den depressiven Zuständen (einschließlich entsprechender volkswirtschaftlicher Einbußen, über die man zwar (noch) nicht spricht, die aber in die Milliarden gehen).

Überhaupt scheint die wirtschaftliche Zukunft der Industrienationen vor allem davon abzuhängen, ob man die "psychosoziale Gesundheit" in den Griff bekommt oder durch entsprechende Soziallasten langsam erdrückt zu werden droht. Was die Angst anbelangt, so sind **Frauen** deutlich häufiger betroffen (wobei das **männliche Geschlecht** aber aufholt und wahrscheinlich ohnehin stärker beteiligt ist, auch wenn es in puncto Gesundheit im Allgemeinen und seelische Störungen im Speziellen arglos bis risikoreich mit sich umgeht). Auch finden wir krankhafte Ängste nicht nur unter den älteren, sondern **auch jungen Menschen** und offenbar zunehmend in den so genannten "besten Jahren". Bezüglich **Zivilstand** sind Verheiratete (wie zumeist) besser, Alleinlebende (ledig, verwitwet, geschieden) schlechter gestellt.

## Klassifikation der Angststörungen

Gab es früher nur die Angstneurose und die Phobien (davon allerdings mehr als 200), wird jetzt durch die Klassifikations-Vorschläge der tonangebenden Institutionen Weltgesundheitsorganisation (WHO) mit ICD-10 sowie Psychiatrische Amerikanische Vereinigung (APA) mit DSM-IV einigermaßen scharf getrennt und damit diagnostiziert und therapiert.

So unterscheidet man erst einmal ganz allgemein die

1. angemessene, also "**normale**" **Angst** (siehe oben)

2. die **Angststörungen auf organischer Grundlage**: am häufigsten inter-nistische und neurologische Erkrankungen wie Hyperthyreose (Überfunk-tion der Schilddrüse), Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit), Herz- und Kreislaufkrankheiten, Migräne, Multiple Sklerose, Epilepsie, Hirntumoren usw. sowie
3. **Angstzustände auf psychischer Grundlage**: Depressionen (hier vor allem zunehmend Panikattacken, die dem depressiven Syndrom nicht selten vorausgehen), ferner Schizophrenien, Persönlichkeits- und Anpas-sungsstörungen, Alkoholismus, Rauschdrogenkonsum und Medikamenten-abhängigkeit, dementielle Entwicklungen u. a. und
4. als letzte und wahrscheinlich wichtigste Gruppe die so genannten **primären Angststörungen**.

Bei den *primären Angststörungen* sind es vor allem die

- generalisierten Angststörungen
- das Panik-Syndrom
- die Agoraphobie
- die Sozialphobie
- die spezifischen Phobien
- die Zwangsstörungen
- die posttraumatischen Belastungsreaktion bzw. -störungen.

### **Therapeutische Möglichkeiten heute**

Sie alle sind inzwischen nach Symptomatik (Beschwerdebild), Ätiologie (Ursa-che), Pathogenese (Krankheitsverlauf) und psychosozialen Folgen sehr sorg-fältig und für den Alltag in Klinik und Praxis hilfreich untersucht.

Vor allem aber gibt es heute - und das sei schon jetzt mit einigen Sätzen vor-weg genommen - eine Fülle von konkreten Therapiemöglichkeiten, wie man sich das vor einigen Jahren noch nicht vorzustellen vermochte:

Das geht von der Aufklärung (bisher vernachlässigt, für Vorbeugung und Therapie aber unersetzliche Basis) über die überall verfügbaren Selbsthilfe-gruppen (einschließlich allgemeinverständlicher Faltblätter, Broschüren und Sachbücher), bis zu den für Angststörungen anerkannten Psychotherapiever-fahren (zumeist verhaltenstherapeutische, aber auch tiefenpsychologisch fun-dierte sowie Gesprächspsychotherapie, ferner Entspannungsverfahren u. a.) sowie soziotherapeutischen Korrekturen und Unterstützungshilfen (Partner-schaft, Familie, Freundeskreis, Nachbarschaft, Beruf usw.).

Am spektakulärsten aber dürften die Erfolge der modernen Pharmakotherapie sein: Sie bietet - früher vernachlässigt, wenn nicht gar abgelehnt - inzwischen eine Reihe von erstaunlich erfolgreichen Angeboten. Dabei machen die Benzodiazepin-Tranquilizer (Beruhigungsmittel) inzwischen den geringsten Teil aus (wenngleich für bestimmte Angststörungen nach wie vor unverzichtbar, wenn auch dosismäßig angepasst und vor allem sorgfältig ärztlich kontrolliert). Interessant sind aber neben den Nicht-Benzodiazepin-Anxiolytika (angstlösenden Arzneimitteln, die nicht zu den herkömmlichen Beruhigungsmitteln gehören), den hoch- und niederpotenten Neuroleptika (antipsychotisch wirkenden Psychopharmaka), einigen Beta-Rezeptorenblockern (früher besonders gegen körperlich betonte Angstzustände eingesetzt, heute eher zurückhaltend beurteilt) und den psychotropen Phytopharmaka (Pflanzenheilmittel mit Wirkung auf das Seelenleben, bei Angststörungen früher z. B. Kava-Kava/Kavain, heute vom Markt genommen) vor allem die Antidepressiva.

Diese, ursprünglich den Depressionen vorbehaltenen **Psychopharmaka**, nehmen inzwischen den ersten Platz ein, was die erfolgreiche Behandlung von Angststörungen angeht. Das geht von den so genannten tri- und tetrazyklischen Antidepressiva (die älteste Generation) über die (modernen) Serotonin-Wiederaufnahme-Hemmer (von vielen Therapeuten als die erfolgreichste Gruppe angstlösender Arzneimittel angesehen) bis zu dem (bisher einzigen verfügbaren) MAO-A-Hemmer und einigen neuen antidepressiven Substanzen.

Die Erfolge sind - das sei noch einmal wiederholt -, ermutigend, vor allem wenn man sich eines Gesamt-Behandlungsplanes bedient: Psychotherapie, soziotherapeutische Korrekturen und Unterstützungsmaßnahmen sowie gezielte Pharmakotherapie. Ausführliche Einzelheiten siehe später.

## **Schlussfolgerung**

Doch alles bleibt Theorie, wenn nicht ständig auf einen Aspekt hingewiesen wird, der die unverzichtbare Grundlage einer erfolgreichen Angst-Diagnose und -therapie darstellt, nämlich

1. erkennen, dass man unter einer Angststörung leidet
2. anerkennen, d. h. zugeben, akzeptieren, dass man eine Angststörung hat
3. sich an seinen Arzt wenden.

Nachfolgend deshalb eine ausführliche Darstellung der wichtigsten Angststörungen, ihrer Beschwerdebilder, Ursachen, Krankheitsverläufe und Therapiemöglichkeiten. Doch - und das sei noch einmal wiederholt -, hat das Studium dieser Informationen nur dann Sinn, wenn man im Falle einer Angststörung auch die Konsequenzen zieht. Und das heißt nicht untätig auf Besserung

warten, sondern rechtzeitig seinen Arzt konsultieren, dem heute wirkungsvolle Behandlungsmöglichkeiten zur Verfügung stehen.

## **Zum Beschwerdebild der Angststörungen**

Welche Krankheitszeichen können nun auf eine Angststörung hinweisen?

Die meisten Symptome seelischer Leiden sind natürlich auch seelischer Natur. Einige aber äußern sich körperlich, ohne dass der Arzt eine organische Ursache feststellen kann. Das nennt man dann psychosomatische oder auch funktionelle Störungen, weil die Organe, Gelenke usw. nicht mehr richtig zu funktionieren scheinen, obwohl sie nicht krankhaft verändert sind.

Die nachfolgenden Symptome können mit einem Angstzustand zusammenhängen. Es kann sich aber auch um ein anderes Beschwerde- bzw. Krankheitsbild handeln. Die Diagnose ergibt sich aus einer mehr oder weniger charakteristischen Zusammenstellung der Krankheitszeichen und ist Aufgabe des Arztes. Für den Betroffenen und seine Angehörigen dient diese Aufstellung aber dazu, den belastenden gesundheitlichen Zustand rechtzeitig als Störung zu erkennen und dem Arzt gezielt zu schildern.

Was kann also auf eine Angststörung hinweisen, sofern andere Ursachen ausgeschlossen werden konnten?

### **1. Seelische, psychosomatische und psychosoziale Symptome und ihre Folgen**

Oft das Empfinden, etwas unbestimmbar Drohendem hilflos ausgeliefert zu sein. Dadurch rastlos, ruhelos, nervös, innerlich unruhig, fahrig, gespannt oder gar getrieben. Aber auch missgestimmt, reizbar, schließlich aggressiv ("reizbare Schwäche"). Ferner leicht durcheinander zubringen und schreckhaft. Unter Umständen interesselos, mit zunehmenden Merk- und Konzentrationsstörungen ("wie absorbiert") oder gar ausgeprägter Vergesslichkeit. Dazu resigniert, freudlos, gedrückt, ggf. verzweifelt und belastet durch eine wachsende Gemütslabilität bis zur Rührseligkeit.

Auf lange Sicht besonders problematisch ist die Unfähigkeit, sich zu entspannen und zu regenerieren. Deshalb leicht ermüdbar, "eigentlich nie richtig ausgeruht", "nie erholt". Dadurch immer rascher erschöpfbar, matt, kraftlos.

Im fortgeschrittenen Stadium droht ein zunehmendes Vermeidungs- und damit Rückzugsverhalten. Schließlich sogar ein gemütsmäßiges Erkalten im

zwischenmenschlichen Bereich. Zuletzt eine wachsende Sorgenbereitschaft mit Neigung zum furchtsamen Vorausahnen zukünftigen Unglücks.

Besonders irritierend ist das Gefühl der Unwirklichkeit, des Weit-entfernt-Seins und der Beengung und schließlich Ohnmachtsnähe. Die Betroffenen empfinden alles um sich herum so eigentümlich, sonderbar, abgerückt. Am Ende befürchten sie ständig, dass ihnen etwas Peinliches passiert, dass sie die Kontrolle über sich verlieren, hilflos ausgeliefert sind, "verrückt" werden oder gar sterben könnten.

## **2. Körperliche Symptome und Folgen**

Dumpfer Kopfdruck. Verminderte Speichelsekretion bis zur lästigen Mundtrockenheit. Hautblässe, insbesondere im Gesicht oder Neigung zum ständigen Erröten. Pupillenerweiterung und angstvoll aufgerissene Augen. Zähneknirschen, besonders im Schlaf. Ggf. Ohrensausen, sonstige Ohrgeräusche. Sehstörungen (z. B. Flimmern vor den Augen). Gepresste oder zitternde Stimme. Klopfen in den Gefäßen von Schläfe und Hals. Schwindel mit Drehen, Kreiseln, Schwanken, bis zur völligen Unsicherheit (Stichwort: „schwindelige Benommenheit“).

Herzbeschwerden jeglicher Art: Enge- oder Beklemmungsgefühle bzw. Schmerzen auf der Brust, Herzdruck, Herzklopfen, Herzjagen, Herzstolpern, Herzstechen usw. Atembeschwerden: Atemmenge, Atemnot, "Atemsperr", Lufthunger, Atemkorsett, Gefühl, keine Luft zu bekommen oder gar zu ersticken, hechelnde Atmung. Würgegefühle im Hals ("Kloß") mit Schluckbeschwerden.

Gänsehaut, Kälteschauer, ständige Schweißneigung oder gelegentliche (unmotiviert) Schweißausbrüche, auch örtlich begrenzt (Handflächen, Rücken, Achseln, Gesicht), feuchte und kalte Hände.

Appetitlosigkeit, bisweilen aber auch Anfälle von Heißhunger (Süßigkeiten, Teigwaren). Magen-Darm-Störungen: Übelkeit, Sodbrennen, Völlegefühl, Blähungen, diffuser Magendruck, Gefühl, als senke sich der Magen, als hätte man "Schmetterlinge im Bauch", Druck und Schmerzen vor bzw. nach den Mahlzeiten, Magen- und Darmkrämpfe, Verstopfung, noch häufiger aber Durchfall.

Nachlassen von sexuellem Verlangen und Potenz. Störungen der Monatsblutung. Ständiger Harndrang mit vermehrtem und häufigem Wasserlassen. Ein- und Durchschlafstörungen, frühes Erwachen, Schreckträume. Zittern der Hände, ggf. allgemeine Zitteranfälle. Vermehrte, meist unregelmäßig verteilte Muskelspannung, ggf. Muskelschmerzen, Muskelsteife (z. B. Nacken- und Schulterbereich), dazu Muskelzuckungen (Lider, Mund, sonstige Gesichtsmuskeln, Finger, Beinmuskulatur). Bisweilen auch verminderte Muskelspan-

nungen bis zum Tonusverlust ("weiche Knie", "wie auf Watte), damit Kollapsneigung ("Ohnmachtnähe").

Diffuse Missempfindungen (Kribbeln, Brennen, Reißen, Stechen) an Stamm, Armen/Beinen und im Gesicht.

### **3. Sonstige Funktionsstörungen**

Störungen wichtiger Körperfunktionen wie Blutdruck, Puls, Blutzucker u. a.

### **Die Angstdiagnose auf einen Blick**

Die Vielzahl möglicher Krankheitszeichen, die auf Angstzustände im Allgemeinen und eine Angststörung in speziellen hinweisen können, verwirrt natürlich. Deshalb hat man herauszufinden versucht, welche Beschwerden besonders charakteristisch sind (nach Margraf).

#### **Besonders typisch sind die Symptome:**

- weiche Knie oder Beine
- schwindelig oder wie benommen
- wackelig oder schwankend
- zittrig
- allgemeines Schwächegefühl

### **Die wichtigsten Angstformen und ihre Ursachen - ein Überblick**

Angst ist nicht gleich Angst. Häufig wird sie nicht rechtzeitig erkannt, äußert sie sich doch in der erwähnten Vielzahl von Beschwerden. Und diese sind - ähnlich wie bei der Depression - nicht einmal überwiegend seelischer, sondern oft körperlicher oder treffender psychosomatischer Natur. Ist aber schließlich die Verdachtsdiagnose erhärtet, dann gilt es nach Art der Angststörung zu unterteilen. Nachfolgend eine stichwortartige Übersicht, was alles mit Angstzuständen in Verbindung gebracht werden kann (nach F. Strian):

#### **Angemessene oder "normale" Angst**

Angemessene oder "**normale Angst**" kann von der reinen Befürchtung oder Besorgnis über zusätzliche seelische und körperliche Angst-Symptome bis hin zu durchaus belastenden Angstzuständen reichen. Auch nachvollziehbare

Angst bzw. Furcht kann selbstverständlich quälende Ausmaße annehmen - ggf. mehr als so manche krankhafte Angstform. Aber wichtig für die

**Therapie:** "Normale Angst" ist im Allgemeinen durch eigene Initiative und entsprechende Bewältigungsmethoden zu lösen. Dazu gehören besonders Aussprache und körperliche Aktivität. Beides führt die Angst regelrecht ab. Vor allem aber ist eines tröstlich: Fällt die Ursache weg, geht auch die Angst zurück.

## **Angststörungen auf körperlicher Grundlage**

**Angststörungen auf körperlicher Grundlage** sind viel zu wenig bekannt. Dabei handelt es sich nicht um eine reaktive Furcht vor Krankheit, Leid, Gebrechen, Behinderung und sonstigen Folgen. Angststörungen aufgrund körperlicher Leiden oder äußerer Einflüsse (Genussmittel-Missbrauch, Medikamente, Rauschdrogen, Giftstoffe) sind häufiger als allgemein angenommen. Manchmal steht diese Angst sogar so im Vordergrund, dass die begleitende bzw. ursächliche körperliche Krankheit lange nicht als störend empfunden oder überhaupt bemerkt wird.

Am häufigsten sind **neurologische und internistische Erkrankungen** wie Überfunktion der Schilddrüse, Unterzuckerung bei Diabetes mellitus, die Herzangst nach schweren Herzkrankheiten oder Verengung der Herzkranzgefäße, bei Herzinfarkt und Rhythmusstörung und natürlich vor und nach entsprechenden Herz-Operationen sowie bei Lungenembolie, Phäochromozytom (ein Tumor, der an mehreren organischen Systemen angreift und deshalb auch erst einmal ein schwer durchschaubares Beschwerdebild auslöst) usw.

Außerdem drohen Angstzustände bei Migräne, Multipler Sklerose, vor, während und nach epileptischen Krampfanfällen, bei der Chorea Huntington ("Veitstanz") sowie nach sonstigen Beeinträchtigungen des Zentralen Nervensystems wie Schädel-Hirn-Unfall, Hirntumor, Hirnhautentzündung, Hirndrucksteigerung usw.

Zu den so genannten substanzabhängigen Angststörungen zählen Vergiftungen durch Weckmittel, Kokain, Halluzinogene (Sinnestäuschungen auslösende Drogen wie LSD, STP u. a.), aber auch Alkohol, Nikotin, Koffein usw. Dasselbe droht beim Entzug von Alkohol, Opiaten (als Rauschgift, aber auch in Schmerzmitteln) sowie beim zu raschen Absetzen von angstlindernden Beruhigungsmitteln.

Die **Therapie** besteht in der Behandlung der zugrundeliegenden Krankheit oder Vergiftung. Dazu Beratung, psychotherapeutische Stützung, Korrekturen in der Lebensführung, ggf. angstlösende Medikamente (z. B. Tranquilizer), aber stets ärztlich kontrolliert und zeitlich begrenzt.

## **Angstzustände auf seelischer Grundlage**

Auch **seelische Krankheiten** können neben ihren spezifischen Krankheitszeichen wie Wahn, Sinnestäuschungen, Schwermut usw. mit Angstzuständen einhergehen.

Dazu gehören die schizophrene Psychose, die schizoaffektive Psychose (hier treten Schizophrenie, Depression oder Manie zusammen oder kurz hintereinander auf), sonstige Wahnkrankheiten, ferner Depressionen, neurotische Entwicklungen, vor allem Zwangsstörungen, aber auch Persönlichkeits- und Anpassungsstörungen u. a. Und nicht zuletzt die schon erwähnten Suchtkrankheiten Alkoholismus, Medikamentenabhängigkeit und Rauschdrogenkonsum, aber auch ggf. ein krankhaft überzogener Konsum von Koffein und Nikotin. Suchtkrankheiten führen fast immer zu Angststörungen, und zwar sowohl während des Missbrauchs als auch im Entzug - und oft noch lange danach. Nicht zu vergessen ist das so genannte hirnorganische Psychosyndrom, d. h. eine Störung des Zentralen Nervensystems durch Vergiftung, Gefäßverkalkung, Stoffwechselstörungen, Unfälle usw.

Die **Therapie** besteht in der Behandlung der zugrundeliegenden Krankheit. Auf medikamentöser Ebene sind das beispielsweise die antipsychotisch wirkenden Neuroleptika, die stimmungsaufhellenden Antidepressiva, ggf. Beruhigungsmittel sowie Medikamente zur Verbesserung des Hirnstoffwechsels. Dazu psychotherapeutische Maßnahmen, Korrekturen und Stützung im zwischenmenschlichen, vor allem familiären und beruflichen Bereich usw.

## **Primäre Angststörungen**

Bei den so genannten **primären Angststörungen** ist die Angst nicht nur ein besonders quälendes Krankheitszeichen, sondern das eigentliche Krankheitsbild selber. Früher kannte man vor allem die Angstneurose, eine mehr diffuse, allgemeine Angststörung, sowie die Phobien, also zwanghafte Angststörungen oder Zwangsbefürchtungen. Heute spricht man von Generalisiertem Angstsyndrom, Sozialphobie, Agoraphobie, spezifischen Phobien, vom Paniksyndrom, Zwangssyndrom und von der posttraumatischen Belastungsreaktion.

Die **Therapie** besteht in der Regel in einem Gesamt-Behandlungsplan aus psychotherapeutischen Maßnahmen (immer häufiger verhaltenstherapeutisch orientiert), dem so genannten Selbstmanagement (siehe später), soziotherapeutischen Korrekturen und - gerade bei primären Angststörungen oftmals am erfolgreichsten - einer gezielten Pharmakotherapie, meist mit bestimmten Antidepressiva.

Nachfolgend eine ausführlichere Darstellung der einzelnen Angstformen.

## Zur Diagnose der wichtigsten Angstformen

### • ANGSTSTÖRUNGEN BEI KÖRPERLICHEN ERKRANKUNGEN

Jede Krankheit macht Angst. Es gibt aber auch körperliche Leiden, die ganz spezifische Angstzustände auslösen. Am häufigsten sind - wie erwähnt - endokrine ("innere Drüsen") und stoffwechselbedingte Angstzustände, epileptische und Herzangst sowie Angststörungen durch bestimmte Beeinträchtigungen des Gehirns. Im Einzelnen:

#### 1. Endokrine Angststörungen

Endokrine Angstzustände gehen auf die Funktionsstörung bestimmter "innerer Drüsen" zurück. Das bekannteste Beispiel ist die Überfunktion der Schilddrüse, die **Hyperthyreose**. Dabei wird der Organismus mit einer abnormen Menge an Schilddrüsenhormonen "überschwemmt". Der Patient wird ruhelos, angespannt, hektisch, unkonzentriert, rasch ablenkbar, gemütslabil, vor allem aber ängstlich. Hinzu kommen Schweißausbrüche, Herzrasen, Herzklopfen, Atemnot und Muskelschwäche. Dadurch wird er überempfindlich und rasch verstimmbar. Vor allem drohen jetzt eine abnehmende Belastbarkeit und damit verminderte Leistungsfähigkeit. Gelegentlich belasten zusätzlich zwanghafte Ängste vor bestimmten Situationen oder Menschen.

Ähnliches findet man auch beim **Phäochromozytom**, einem hormonaktiven Tumor des Nebennierenmarkes mit krisenhaftem Bluthochdruck und ausgeprägter Angst oder gar Todesfurcht, mit einer zuletzt fortdauernden ängstlichen Erregung. Oder beim **Cushing-Syndrom**, einer relativ seltenen Krankheit der "inneren Drüsen" mit charakteristischen körperlichen Folgen sowie Gemütslabilität und ängstlich-depressiver Gestimmtheit.

#### 2. Metabolische Angstzustände

Metabolische, also stoffwechselbedingte Angstzustände betreffen besonders die so genannte **Hypoglykämie-Angst**. Das ist ein Warnsymptom bei drohender "Unterzuckerung" beim Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit).

#### 3. Herzangst-Zustände

Herzangst-Zustände kommen bei nahezu allen schweren **Herzkrankheiten** vor und sind zugleich die häufigsten körperlich bedingten Angstbeschwerden. Dazu gehören Herzkranz-Gefäßerkrankungen mit mangelhafter Sauerstoffversorgung des Herzmuskels sowie Herzinfarkt. Bei beiden steht sowohl der Schmerz (so genannter Vernichtungsschmerz) als auch die Angst im Vordergrund. Bei den Erkrankungen der Herzkranz-Gefäße neigen besonders jene Patienten zu starken Angstsymptomen, die bei instabiler und fortschreitender Angina pectoris bereits in Ruhe oder während der Nachtzeit über Schmerzen im Brustkorb klagen.

Herzrhythmusstörungen, selbst in schwerwiegendem Ausmaß, sind allerdings nicht immer mit Angst verbunden. Auch das so genannte Mitralklappen-Syndrom, ein Herzklappenfehler mit gelegentlich gehäuften Herzrhythmusstörungen, muss nicht grundsätzlich zu Angstzuständen führen. Dafür gehen die stärksten seelischen Belastungen von den diagnostischen und therapeutischen Eingriffen am offenen Herzen aus. Solche Operationen sind oft mit schweren Angststörungen verbunden. Das kann bis zu einer psychotischen Angst im Sinne einer (vorübergehenden) Geisteskrankheit ausufern (so genannte Postkardiotomie-Psychose).

#### **4. Epileptische Angstzustände**

Bei den **epileptischen Krampfanfällen** bricht die Angst sowohl während als auch zwischen den Anfällen durch. So gibt es die so genannte Angst-Aura, also so genannte Vorposten-Symptome eines beginnenden Krampfanfalls. Aber auch während eines epileptischen Anfalls, vor allem bei der so genannten Schläfenlappen-Epilepsie (heute als komplex-fokale Anfälle bezeichnet) kommt es zu Angstzuständen durch bedrohliche Sinnestäuschungen (z. B. In-die-Tiefe-Stürzen), alles klein oder groß sehen, Zeitraffer- und Zeitdehnungs-Phänomene, ängstigende Bilder und Szenen, Verfremdung, Übervertrautheit, alles so komisch, sonderbar, "ich bin gar nicht mehr ich selber" usw. Auch während der anfallsfreien Zeit quälen oft Verstimmungs- und Angstzustände.

#### **5. Angstzustände durch weitere Beeinträchtigungen des Gehirns**

Angstzustände durch **andere Beeinträchtigungen des Gehirns** sind meist durch folgende Ursachen ausgelöst: unfallbedingte kurzfristige Geisteskrankheit nach Hirnschwellung durch stumpfe Schädel-Hirn-Verletzungen (so genannte traumatische Psychose); langsam wachsende Hirntumoren, vor allem im Schläfen- und Stirnhirnlappen-Bereich mit ggf. jahrelangen Vorstadien, die dann bisweilen lange als "neurotisch" oder als "Nervenschwäche" fehlgedeutet werden; Restzustand nach Hirn- bzw. Gehirnhautentzündung. Daneben Angstzustände bei Suchtkrankheiten und dementiellen Entwicklungen (siehe später) usw. Angstzustände sind auch möglich bei gewerblichen Vergiftungen sowie durch Überdosierung bestimmter Medikamente.

## 6. Angstzustände bei anderen Organerkrankungen

Neben den erwähnten organischen Leiden mit Angstzuständen gibt es noch das **Hyperventilationssyndrom**, also eine übermäßige Steigerung der Atmung, eine Art "krankhaftes Hecheln". Dies lässt sich allerdings schon durch seinen auffälligen Charakter von organischen Atemwegserkrankungen abgrenzen. Auch **Magen-Darm-Störungen** können neben Übelkeit und Bauchschmerzen gelegentlich Angstzustände auslösen, doch findet sich kein krankhafter Befund. Ähnliches gilt für angstbedingte **Blasenstörungen**, wie etwa vermehrter Harndrang. Selbst der so genannte **Angst-Schwindel** ist eher diffus und wird dann vor allem wie allgemeine Unsicherheit, Benommenheit oder wie "Schweben" geschildert. Auch hier fehlen objektivierbare krankhafte Befunde. Auch das angstbedingte **Schwächegefühl** ist von entsprechenden neurologischen oder internistischen Krankheiten durch seinen schwer fassbaren, diffusen, gelegentlich sogar wechselnden Charakter zu unterscheiden. Außerdem fehlen auch hier krankhafte Organbefunde.

### Die Therapie von Angststörungen durch körperliche Erkrankungen

Die **Therapie** solcher körperlich begründbarer Angstzustände ist vor allem die Behandlung der jeweiligen Grundkrankheit: Stoffwechselstörung, Herzleiden, Epilepsie usw. Dazu Beratung, psychotherapeutische Stützung, soziotherapeutische Korrekturen im Alltag, ggf. zusätzlich angstlösende Medikamente durch den Arzt (aber nicht im unkontrollierten Selbstbehandlungsversuch!).

### • ANGSTSTÖRUNGEN BEI SEELISCHEN ERKRANKUNGEN

Die Angst ist ein seelisches Symptom, wenngleich mit überwiegend körperlicher Färbung und letztlich psychosozialen Folgen. Was soll also das eigene Kapitel: die Angst bei seelischen Störungen?

Doch auch hier ist das Gleiche zu beachten wie bei "Angst und körperliche Krankheit": Es geht nicht um die Furcht vor einer Erkrankung mit entsprechenden Folgen, also Schmerz, Behinderung usw. Es geht um seelische Leiden, zu deren typischen Beschwerdebild auch die Angst gehört. Dabei kann die Angst derart im Vordergrund stehen, dass die meisten sonstigen, durchaus charakteristischen Krankheitszeichen dieses Leidens regelrecht verdeckt werden. So etwas führt dann gerne zu Fehldiagnosen. Diese Gefahr ist vor allem bei Depressionen gegeben (siehe unten).

Nachfolgend nun die wichtigsten seelischen Erkrankungen mit ausgeprägter Angst-Symptomatik.

## 1. Die Angst bei Depressionen

**Depressionen** nehmen zu. Ihr gefürchtetes Leidensbild gehört zum quälendsten, was einem Menschen angetan werden kann: Schwermut, Freudlosigkeit, Elendigkeitsgefühl, Kraftlosigkeit, innere Unruhe, Mutlosigkeit, Interesselosigkeit, Minderwertigkeitsgefühle, Gedächtnisstörungen, Entscheidungsunfähigkeit, Grübelneigung, Schuldgefühle, zwischenmenschliche Beziehungsstörungen, ggf. depressiv-wahnhaftes Ideen. Dazu zahlreiche körperliche Störungen: Schlaf, Appetit, Herz, Atmung, Verdauung, Sinnesorgane, Muskulatur, Gelenke, Haut, Sexualität usw.

Zu den peinigendsten Beeinträchtigungen aber gehört die Angst. Sie begleitet eine Depression so gut wie immer. Sie geht von nachvollziehbaren Befürchtung (nie mehr gesund zu werden, Familie, Arbeitsplatz, finanzielle Sicherheit zu verlieren usw.) bis zu ungewöhnlichen, ja abstrusen, bisweilen wahnhaften Ängsten (so genannte wahnhafte Depression). Manchmal weiß man nicht, was mehr zermürbt: Depression oder Angst. Beides zusammen ist jedenfalls eine gewaltige Belastung, die die ohnehin hohe Selbsttötungsgefahr noch verstärkt.

Patienten mit einer Depression, vor allem in angstvoll-getriebener Ausprägung, müssen umgehend ihrem Arzt vorgestellt und entsprechend behandelt werden. Hier droht aber manchmal die Gefahr der Verwechslung mit Angststörungen. Deshalb hält man sich in der Regel an folgende **Unterscheidungsmöglichkeiten**:

In beiden Fällen klagen die Patienten oftmals über ein ähnliches Beschwerdebild: z. B. weiche Knie oder Beine, wie schwindelig oder benommen, wackelig oder schwankend sowie zitterig. Bei der reinen Angststörung belasten zusätzlich Furchtsamkeit und ein allgemeines Schwächegefühl. Bei der Depression dominieren eher seelisch-körperliche Herabgestimmtheit, Freudlosigkeit und ein allgemeines Elendigkeitsgefühl. Es gibt aber auch eine Kombination beider Krankheitsbilder, die man dann als Angst-Depression bezeichnet.

Ein besonders aufschlussreiches, in letzter Zeit offenbar zunehmendes Phänomen sind überfallartige Angstzustände (Panik-Syndrom, Panik-Attacken - siehe später) als so genannte Vorposten-Symptome einer späteren Depression. Das heißt, es beginnt oft mit undefinierbaren seelisch-körperlichen Beeinträchtigungen, die schließlich eine angstvolle Färbung annehmen, konzentriert sich dann auf Panik-Attacken und endet schließlich in einer Depression.

**Therapeutisch** stehen bei der Depression neben meist stützender Psychotherapie sowie soziotherapeutischen Korrekturen Dutzende von wirkungsvollen

Antidepressiva zur Verfügung, die zum Teil auch noch eine spezifisch lindernde Wirkung auf Angstzustände entwickeln.

## 2. Die Angst bei psychotischen Erkrankungen

Patienten mit einer **Psychose** (Geisteskrankheit), also einer **Schizophrenie** oder anderen **Wahnerkrankung**, mögen auf den ersten Blick befremdlich, in Einzelfällen vielleicht sogar bedrohlich wirken. Tatsächlich haben sie vor allem Angst. Wenn man das einmal begriffen hat, kann man so manches scheinbar sonderbare Krankheitsbild besser verstehen.

Das beginnt schon im Vorfeld einer schizophrenen Psychose, meist in jungen Jahren, wo die Betroffenen noch gar nicht wissen, was auf sie zukommt - außer einer ahnungsvollen Angst. Das verdichtet sich nach Ausbruch des Leidens, verstärkt durch entsprechende Symptome, die nicht nur die Umgebung, sondern auch den Betroffenen selber verstören oder schockieren: Trugwahrnehmungen, Denkstörungen, die krankhafte Fehlbeurteilung der Wirklichkeit, der Wahn in seiner vielfältigen Qual (z. B. Beeinträchtigungs- oder Verfolgungswahn), die so genannten Ich-Störungen mit Entzug oder Beeinflussung der eigenen Gedanken von außen, die Wahrnehmungsveränderungen, vor allem aber die erschreckenden Leibgefühlsstörungen: absurde Organwahrnehmungen, zu deren Beschreibung oft die Worte fehlen.

Angst machen aber nicht nur diese unfassbaren Bedrohungen aus dem eigenen "Inneren", wie jeder nachvollziehen kann, Angst machen auch psychotische Beeinträchtigungen, die man auf den ersten Blick gar nicht bemerkt: beispielsweise die Unfähigkeit, sich von der Umwelt nicht nur seelisch, sondern auch körperlich abzugrenzen, so, wie es jeder Gesunde ganz natürlich vermag. Dies führt dazu, dass sich schizophren Erkrankte von einer regelrechten Wahrnehmungsflut (Hören, Sehen, Fühlen usw.) überrollt sehen. Das kommt einer ungeheuren Belastung gleich, weil die sonst übliche Fähigkeit fehlt, äußere Eindrücke gleichsam gebrauchsbefugten zu filtern.

Kein Wunder, dass manche Patienten mit einer Wahnkrankheit - je nach Belastung, die aber kein Außenstehender richtig abschätzen kann -, bisweilen nicht nachvollziehbar, sonderbar, ja im zwischenmenschlichen Kontakt unkalculierbar bis bedrohlich wirken. Während ihrer krankhaften Episoden haben sie Schweres zu erdulden - und oftmals Angst. Das prägt ihr Verhalten.

Deshalb gehört jeder Patient mit einer Wahnkrankheit umgehend in ärztliche Behandlung, und zwar nicht nur kurzfristig, sondern über eine längere Beobachtungs- und Betreuungszeit (Rückfallgefahr!) hinweg. Dazu zählen nicht nur schizophrene oder so genannte schizoaffektive Psychosen (bei denen eine Schizophrenie mit Depression oder Manie zugleich auftritt), dazu gehören auch alle sonstigen paranoiden (wahnhaften) Störungen. Und natürlich alle so

genannten exogenen Psychosen durch Schadeinwirkung von außen: Kopf-unfall, Gefäßverkalkung, Rauschdrogen oder andere Vergiftungen, ferner Stoffwechsellstörungen usw.

**Therapeutisch** stehen heute - neben der notwendigen Psycho- und Soziotherapie - Dutzende von nieder-, mittel- und hochpotenten Neuroleptika (Antipsychotika) zur Verfügung, die das psychotische Beschwerdebild in den meisten Fällen erfolgreich und manchmal sogar spektakulär rasch und wirkungsvoll zurückdrängen. Vor allem weicht die Angst. Bisweilen kann sich auch eine Kombinationstherapie aus den antipsychotisch wirkenden hochpotenten Neuroleptika und einem Beruhigungsmittel empfehlen, vor allem bei so genannten katatonen Zuständen mit einem Stupor, also einer seelisch-körperlichen Erstarrung bzw. beim Raptus, einem selbst- und ggf. fremdgefährlichen Erregungszustand.

Eine erfreulich hilfreiche angstlösende Wirkung bei psychotisch Erkrankten wird der neuen Generation, den so genannten atypischen Neuroleptika zugesprochen.

### 3. DIE ANGST BEI SUCHTKRANKHEITEN

Angstzustände finden sich bei praktisch allen **Suchtkrankheiten**: Alkoholismus, Medikamentenabhängigkeit, Nikotin-Abusus, Rauschdrogenkonsum und vor allem bei Polytoxikomanie (Mehrfachabhängigkeit). Das betrifft einerseits das Beschwerdebild während der Krankheit, vor allem aber im Entzug. Bei den zahlreichen Abstinenz-Symptomen ist die Angst so gut wie immer dabei.

Nachfolgend einige **Entzugssyndrome** in Stichworten:

#### **Alkoholkrankheit**

*Internistisch*: allgemeines Unwohlsein, Schwäche, Magen-Darm-Störungen (Appetitmangel, Übelkeit, Erbrechen, Magenschmerzen, Durchfälle), Herz-Kreislaufstörungen (Herzrasen u. a.). - *Vegetativ*: Mundtrockenheit, vermehrtes Schwitzen, Juckreiz, Schlafstörungen. - *Neurologisch*: Tremor (Zittern von Händen, Augenlidern, sogar Zunge), Sprach- und Gehstörungen, Missempfindungen, epileptische Anfälle, Augenzittern, Muskel- und Kopfschmerzen. - *Psychisch*: Angst, Reizbarkeit, seelisch-körperliche Unruhe, depressive Verstimmungen, Konzentrations- und Gedächtnisstörungen, bisweilen Bewusstseinsstörungen und vorübergehende Sinnestäuschungen u. a.

#### **Nikotin-Abhängigkeit**

*Organisch*: Unwohlsein, Übelkeit, Magen-Darm-Beschwerden, Kopfschmerzen, Geschmacksveränderungen, Schlafstörungen, vermehrtes Durstgefühl, Herz-

Kreislauf-Störungen, Schwitzen, Hitzewallungen, Kälteschauer u. a. - *Psychisch*: gereizt, mürrisch, missgestimmt, aufbrausend, aggressiv, nervös, fahrig, innerlich unruhig, getrieben, gespannt, regenerationsunfähig, müde, rasch erschöpfbar, schwung- und kraftlos, ohne Antrieb und Initiative, ggf. apathisch, Merk- und Konzentrationsstörungen, Angstzustände, verstimmt, bedrückt, freudlos, u. a. m.

### **Medikamenten-Abhängigkeit**

Je nach Substanz. Hier als Beispiel das Entzugs-Syndrom einer Tranquilizer-(Beruhigungsmittel) und Schlafmittel-Abhängigkeit vom Benzodiazepin-Typ:

*Organisch*: Zittern, Schwitzen, Herzrasen, Blutdruckveränderungen, Schwindel, Kopfschmerzen, allgemeines Schwächegefühl, Gehörsüberempfindlichkeit (z. B. "Dröhnen im Kopf"), Lichtscheu, Metallgeschmack im Mund, Berührungs- und Schmerzüberempfindlichkeit ("wie auf Watte"), Appetitlosigkeit, Übelkeit, Erbrechen, belastende Träume, Schlaflosigkeit, Gefahr vom Krampfanfällen u. a. - *Psychisch*: missgestimmt, reizbar, distanzlos, "unverfroren", lustlos, passiv, schwach, kraftlos, leicht erschöpfbar, innerlich unruhig, nervös, fahrig, getrieben, gespannt, unzufrieden, vorwurfsvoll, leicht verletzlich, überempfindlich, mürrisch, aufbrausend, aggressiv, merk- und konzentrationsgestört, Angstanfälle, eigenartige Körperwahrnehmungen (Hören, Sehen, Gefühl, Geschmack, Geruch), ggf. Desorientierung und delirante Symptome u. a.

### **Rauschdrogen-Konsum**

Je nach Substanz. Hier als Beispiel das Entzugs-Syndrom der Opiate:

*Organisch*: weite Pupillen, Gähnen, laufende (aber auch verstopfte) Nase, Niesen, Tränenfluss, Schwitzen, Juckreiz, Gänsehaut, Muskelzuckungen, Muskelkrämpfe, Hitzewallungen, Kälteschauer, Knochen-, Muskel-, Gelenk- und Rückenschmerzen, Anstieg des Blutzuckers, Zunahme von Herzschlagfolge, Blutdruck und Atemfrequenz, Schmerzüberempfindlichkeit, Schlaflosigkeit, Fieber, Übelkeit, Erbrechen, Bauchkrämpfe, Durchfall, Zittern, Schwäche, seelisch-körperliche Unruhe, im Extremfall Schock und Kreislaufversagen. - *Psychisch*: Verlangen, Gier, ängstlich-gereizte Stimmung, unruhig, rastlos, fahrig, getrieben, missgestimmt, niedergeschlagen, aggressiv u.a.m.

## **4. WEITERE SEELISCHE KRANKHEITEN**

**Weitere seelische Erkrankungen**, bei denen Angst eine große Rolle spielt, sind die Zwangsstörungen, die posttraumatische Belastungsreaktion oder -störung, die dementiellen Erkrankungen (z. B. Alzheimer), bestimmte Persönlichkeitsstörungen (früher Psychopathien genannt) sowie einige Leiden, die (noch) nicht als eigentliche Erkrankungen angesehen werden, dennoch gerade be-

zöglich Angst sehr belastend bis quälend ausfallen können: funktionelle oder Befindlichkeitsstörungen, Burnout, Klimakterium, das prämenstruelle Syndrom oder gar die prämenstruelle dysphorische Störung vor der Monatsblutung, das chronische Schmerz-Syndrom, Schlafstörungen, Verstimmungszustände und Trauerreaktionen u. a.

Einzelheiten einschließlich therapeutischer Maßnahmen siehe die entsprechenden Beiträge dieser Serie.

- **Primäre Angststörungen**

*Früher* wurden vor allem zwei Angststörungen unterschieden:

1. die Angstneurose, ein spontan auftretendes Angsterleben ohne nachvollziehbaren Auslöser,
2. die Phobie, also eine zwanghafte Befürchtung vor bestimmten Situationen, Gegenständen, Tieren, Ereignissen usw.

*Heute* unterteilt man genauer, und zwar in primäre und sekundäre Angststörungen.

**Sekundäre Angststörungen** sind die bereits erwähnten Angstzustände durch seelische (z. B. Depression, psychotische Erkrankungen) und körperliche Leiden (z. B. Überfunktion der Schilddrüse, epileptische Anfälle, Stoffwechselstörungen, Herzkrankheiten).

**Primäre Angststörungen** dagegen gehen auf keinen nachvollziehbaren oder zumindest andere Menschen nicht (so) belastenden Auslöser zurück. Dazu gehören Allgemeine (Generalisierte) Angstzustände, Panikattacken sowie Zwangsbefürchtungen im Sinne einer Agoraphobie, sozialen Phobie oder spezifischen Phobie. Was versteht man darunter?

Nachfolgend die wichtigsten primären Angststörungen in komprimierter Darstellung (ausführliche Abhandlungen in den jeweiligen eigenen Kapiteln).

## **PRIMÄRE ANGSTSTÖRUNGEN**

- **Allgemeine Angstzustände (Generalisierte Angststörung)**

**Allgemeine Angstzustände** (Fachbegriffe: Generalisierte Angststörung, Generalisiertes Angstsyndrom) sind gekennzeichnet durch eine Art "Dauerangst": anhaltende und ausgeprägte Befürchtungen oder Sorgen von mehreren Monaten Dauer, die sich um einen oder verschiedene Lebensbereiche drehen, z. B. Partnerschaft, Familie, Arbeit, Finanzen usw.

Manchmal findet sich eine einzelne, alles überschattende Befürchtung, vor allem dann, wenn der Patient generell zum "chronischen Problem-Grübeln" oder zu "ständiger Sorgenbereitschaft" neigt. Gelegentlich lässt sich auch keine benennbare Ursache erkennen.

Wichtig ist, dass es die Betroffenen schwierig finden, diese Befürchtungen, Sorgen und Grübeleien wirkungsvoll zu kontrollieren. Außerdem quälen zusätzliche seelische und körperliche Beschwerden und - im Laufe der Zeit - auch entsprechende Folgen. Auf was ist zu achten?

- Ständige Ängstlichkeit, Sorgenbereitschaft, Befürchtungen jeglicher Art ohne ausreichenden Grund, vor allem über Dinge, die eigentlich gar nicht so schwerwiegend sind bzw. mit großer Wahrscheinlichkeit gar nicht eintreten werden
- Merk- und Konzentrationsstörungen
- wie benommen, zumindest wie "absorbiert"
- nervös, aufgeregt, fahrig, "ständig auf dem Sprung", ungeduldig, reizbar, bisweilen überwach ("überdreht"), rast- und ruhelos, schreckhaft
- rasch ablenkbar, unfähig sich zu entspannen, schnell aufgeregt, sprunghaft
- innerlich unruhig, zitternd, bebend, angespannt
- leicht ermüdbar, rasch erschöpfbar, ggf. kraftlos
- Schweißneigung, kalte und feuchte Hände oder diffuses Schwitzen, Mundtrockenheit, Kloß im Hals (Würgegefühl), rasches Erröten oder ständige Blässe, Lidzucken, Hitzewallungen und Kälteschauer, Unbehagen in der Magengrube, empfindlicher Magen, Übelkeit, Durchfallneigung, Zittern, Verspannungen, Muskelschmerzen, schneller Ruhepuls, Herzklopfen, Herzrasen, vermehrte und verstärkte Atemzüge („Hecheln“), ggf. Atemnot bis zum Gefühl des Erstickens, häufiges Wasserlassen, Schluckbeschwerden, Ein- oder Durchschlafstörungen, unklare Missempfindungen am ganzen Körper u. a.
- Gefühl, als drohe man die Kontrolle über sich selber zu verlieren, als sei alles unwirklich um einen herum bis hin zur "Ohnmachtnähe".

Der **Verlauf** ist langwierig und wechselnd. Bei ständiger Rückfallgefahr bzw. unbehandelt droht schließlich eine Langzeiterkrankung (Chronifizierung).

Verwechslungsmöglichkeiten gibt es vor allem mit anderen Gemütsstörungen, besonders depressiven Zuständen, Panikattacken, Sozialphobien und Zwängen.

Die **Therapie** einer Generalisierten Angststörung besteht aus Psychotherapie, soziotherapeutischen Korrekturen in Partnerschaft, Familie, Nachbarschaft, am Arbeitsplatz u. a., viel körperlicher Aktivität (führt Angst ab), Entspannungsverfahren (z. B. Autogenes Training, Yoga) und u. U. aus einer medikamentösen Linderung: ggf. Beruhigungsmittel, aber zeitlich begrenzt, z. B. bestimmte Neuroleptika, in der Regel aber vor allem Antidepressiva. Das Pflanzenmittel Kava-Kava bzw. das synthetische Kavain, von dem man sich gerade bei generalisierter Angststörung eine besondere Wirksamkeit erhofft hat, wurde inzwischen wegen problematischer Nebenwirkungen vom Markt genommen.

### **Diagnostische Fragen**

Die Fragen, mit denen man versuchen kann, das meist unklare Beschwerdebild einigermaßen einzugrenzen, lauten:

#### **Fragen zu den Allgemeinen Angstzuständen:**

Waren Sie in letzter Zeit - im Gegensatz zu früher - auffallend oft ängstlich, stark angespannt und voller Furcht? Leiden Sie dabei häufig unter übermäßig starken Sorgen, die in dieser Form eigentlich so nicht angebracht sind und die Sie vor allem nicht kontrollieren können? Beispiele: Familie, Arbeitsplatz, finanzielle Angelegenheiten, nahestehende Menschen usw. Begleiten diese Befürchtungen immer mehr und stärkere körperliche Beschwerden aller Art? Beginnen Sie sich mitunter schon zurückzuziehen, drohen zu vereinsamen?

#### **• Panikzustände (Panikstörung)**

**Panikzustände** (Fachbegriffe: Panikstörung, Panikattacken, Paniksyndrom, Angstattacken usw.) sind plötzliche, schwere Angstanfälle ohne äußerlichen Anlass oder körperliche Ursache - und deshalb auch nicht vorhersehbar.

Im Allgemeinen versteht man unter Panik ja ein Massenphänomen mit realen Ursachen, z. B. Terroranschlag, Brandkatastrophe usw., das sich rasch in einer Gruppe von Menschen ausbreitet und häufig in "panischer" Flucht endet. Eine solche Reaktion mag im Einzelnen überzogen, unvernünftig und folgen-schwer sein, ist aber nicht krankhaft. Weil sie aber in Form und Ausmaß einer zwar nicht neuen, aber zunehmenden Art von Angststörungen ähnelt, verwendet man diesen einprägsamen Begriff auch für "innere Angstattacken".

Panikzustände nehmen zu. Sie gehören zum Quälendsten, was man sich vorstellen kann. Und nicht nur das: Sie demütigen und beschämen ihr Opfer, weil sie keinen nachvollziehbaren Grund für ihre Attacken angeben können, weil sie sich "offenbar alles einbilden".

Jeder, der so etwas nicht nachempfinden kann und bestenfalls normale Furchtreaktionen kennt, kann mit solchen Patienten nichts anfangen. Ihm bleiben solche Panikattacken und damit auch die Betroffenen letztlich rätselhaft und befremdlich. Das erschwert deren Situation noch mehr.

Deshalb sollte man sich mit dieser Form von Angststörung besonders vertraut machen, denn Panik-Patienten leiden vor allem „innerlich“, d.h. nach außen hin wenig auffällig, nicht zuletzt für ein Umfeld ohne entsprechende Vorkenntnisse. Und sie neigen aufgrund der Besonderheit ihrer Erkrankung dazu, sich immer mehr zurückzuziehen - um damit langsam zu vereinsamen.

Den einzelnen, plötzlich einsetzenden, fast überfallartigen Angstanfall nennt man eine **Panikattacke**, wiederholte Angstanfälle eine **Panikstörung** (bzw. nach offizieller Definition eine Panikerkrankung, bei der mindestens vier Angstattacken pro Monat zu erdulden sind).

### **Das Panik-Beschwerdebild**

Das Beschwerdebild einer Panikattacke ist zermürend und - wie erwähnt - an Gesunde kaum vermittelbar, selbst bei gutem Willen. Dabei wäre für die notwendige Einsicht und Hilfestellung eine eigene, zumindest minimale Betroffenheit durchaus hilfreich - aber woher, fragen Eltern, Kinder, Partner, sonstige Angehörige, Freunde, Nachbarn und Kollegen.

Glücklicherweise gibt es Beispiele aus dem Alltag, die (fast) jeder kennt und die einem helfen, die Angst-Patienten und ihre Not doch etwas besser zu verstehen. Das sind die so genannten Beinahe-Katastrophen oder zumindest Fast-Unfälle, die uns unser Leben lang begleiten, wenngleich es bisher vielleicht nie zum Ernstfall kam. Das häufigste sind glücklich überstandene Unfälle zu Hause, im Garten, am Arbeitsplatz oder auf der Straße, manchmal auch ein abgewendeter Gewaltakt. Was passiert nach einem Beinahe-Zusammenstoß, einem Beinahe-Absturz usw.?

Zuerst bleibt einem fast das Herz stehen; der kalte Schweiß bricht aus; danach zittern die Knie, man ist wie vor den Kopf geschlagen, wie weggetreten, benommen. Es braucht seine Zeit, bis man sich wieder erholt hat. Manchmal kann so eine "Schreckminute" noch lange nachwirken. Jetzt wird man in vergleichbaren Situationen übervorsichtig, bisweilen sogar furchtsam bis schreckhaft - zumindest eine gewisse zeitlang. Doch alles bleibt noch im Rahmen des Tragbaren, vergeht schließlich wieder. Man hat noch einmal Glück gehabt und die Lehre des Schicksals verstanden.

Genauso drohen krankhafte Angstzustände im Allgemeinen und der geballte Angstzustand einer Panikstörung im Speziellen, nur mit einem Unterschied: Es gibt keine nachvollziehbare Ursache. Man kann das dramatische Geschehen, vom Missgeschick bis zur Beinahe-Katastrophe jedermann erzählen und vor allem mit Anteilnahme, vielleicht sogar Erschrecken und einer ähnlichen Geschichte des anderen rechnen. Man ist und bleibt eingebunden in die Gemeinschaft. Schließlich kann so etwas jedem passieren. Da darf man sich des Mitgefühls sicher sein. Doch wie ist es beim Panik-Kranken? Der kann zwar das Krankheitsbild schildern, doch das lässt er lieber sein, denn wenn man ihn fragt, weshalb, dann steht er mit leeren Händen da: "ohne Grund, einfach so ...? Na so was!"

Panikzustände können also das ganze Leben ruinieren und niemand begreift es - mit Ausnahme derer, die sich eine eigene Beinahe-Katastrophe vorstellen können, real oder in der Fantasie, und damit wenigstens das Beschwerdebild in etwa nachempfinden, wenngleich ihnen der eigentliche Grund nach wie vor verborgen bleibt.

Wie äußert sich nun ein krankhaftes Panik-Syndrom? Mit wechselndem, meist individuellem Schwerpunkt quälen vor allem:

- exzessive Angstattacken ohne erkennbare Ursachen, gleichsam "aus heiterem Himmel" oder an bestimmte Situationen gebunden
- Gefühl der Unsicherheit und Ohnmacht, einer existentiellen, ja tödlichen Bedrohung hilflos ausgeliefert zu sein
- Benommenheit, ggf. Bewusstseinsveränderung (alles so unwirklich, fremd, sonderbar)
- Schwindelzustände oder zumindest das Gefühl "wie bei Schwindel" (schwindelige Benommenheit)
- Druck und Schmerzen oder zumindest ein undefinierbares Unwohlsein auf oder in der Brust
- Enge in der Brust oder Beklemmung, ja Atemnot oder Erstickungsgefühle
- inneres Zittern und Beben
- Schweißausbrüche, Hitzewallungen, Kälteschauer
- Taubheits- oder Kribbelgefühle, Missempfindungen, Muskelverspannungen oder Muskelschwäche
- allgemeine Übelkeit, Brechreiz
- trockener Mund
- weiche Knie oder Beine
- allgemeines Schwächegefühl
- Herzrasen und Herzstolpern

Die nicht minder folgenschweren seelischen und vor allem zwischenmenschlichen bzw. psychosozialen Konsequenzen sind:

- Erwartungsangst: "Angst vor der Angst"; manche Betroffene empfinden schon allein bei dem Gedanken Panik, in der Öffentlichkeit zusammenzubrechen, hilflos liegen zu bleiben und fremden Menschen ausgeliefert zu sein
- Selbstbehandlungsversuche mit Alkohol, Beruhigungs-, Schmerz- und Schlafmitteln, ggf. sogar Rauschdrogen
- Vermeiden bestimmter Situationen oder Orte, an denen schon einmal Panikattacken ausbrachen; damit Neigung zu Rückzug und Isolationsgefahr
- partnerschaftliche, familiäre, berufliche und andere Konflikte bzw. Einbußen
- depressive Verstimmungen, Resignation und Hoffnungslosigkeit, ggf. Selbsttötungsgefahr

Am Schluss sind die Panikattacken so stark, dass die Betroffenen glauben, verrückt zu werden oder sterben zu müssen. Deshalb kommt es auch nicht selten zu Notfallaufnahmen in der nächsten Klinik, meist unter dem Verdacht eines Herzinfarktes. Das lässt sich zwar schnell klären, aber der Patient ist ratlos: einerseits erleichtert, andererseits fassungslos, wie man sich dieses dramatische Geschehen ohne organischen Hintergrund erklären soll.

Dieses Problem betrifft aber nicht nur den Patienten. Obgleich Panikattacken zunehmen, kann der Arzt nicht einfach ohne jegliche Absicherung von einer seelischen Störung ausgehen. Zumindest beim ersten Mal ist also eine möglichst umfassende Untersuchung unerlässlich. Das kann sich dann bei jedem Anfall wiederholen, teils durch neue Ärzte/Ambulanzen/Kliniken, die nichts übersehen wollen, teils durch den verzweifelten Patienten und seine ratlosen Angehörigen selber, die „jetzt endlich einmal wissen wollen, was hier organisch krank macht.“ Damit droht ein Untersuchungs-Teufelskreis, der sich selber hochschaukelt oder schließlich ein regelrechtes „doctor-shopping“ oder „doctor-hopping“. Das belastet alle Beteiligten, von den Kosten ganz zu schweigen.

Umgekehrt warnen aber vor allem Kardiologen (Herzspezialisten) mit Recht davor, nun "jede Herzrhythmusstörung einfach als Panikattacke abzutun". Besonders so genannte paroxysmale supraventrikuläre Tachykardien (anfallsweises Herzrasen), die häufig von Kurzatmigkeit, Benommenheit, Brustschmerzen, Schweißausbrüchen und Todesangst begleitet sind, können leicht mit einer Panik- oder sonstigen Angststörung oder einfach "Stress" verwechselt werden, weil sich die Diagnose häufig nicht schon bei einer ersten EKG-Untersuchung, manchmal sogar nicht einmal nach einem 24-Stunden-EKG stellen lässt.

Mit anderen Worten: Es muss ein tragbarer Kompromiss gefunden werden und der ist umso rascher verfügbar, je fundierter das Wissen in der Allgemeinheit

(aber auch bei Ärzten und Psychologen) ist, was eine solch dramatische körperliche Reaktion auf rein seelischer Grundlage anbelangt.

### **Wen und wie treffen Panikattacken?**

Panikattacken oder gar Panikerkrankungen (also gehäufte Angstanfälle) sind nicht so selten, wie man früher glaubte. Gegeben hat sie es schon immer, doch dürften sie früher kaum als Angststörungen erkannt und vor allem entsprechend behandelt worden sein. Inzwischen nehmen sie so zu, dass man von etwa 1 bis 2 % (in den USA doppelt bis drei Mal soviel) Panikstörungen in der Allgemeinbevölkerung spricht. Diagnostiziert wird offenbar nicht einmal die Hälfte, entsprechend behandelt kaum ein Drittel davon (wie übrigens die Mehrzahl aller seelischen Störungen).

Panikzustände beginnen meist im jüngeren Erwachsenenalter und betreffen vor allem das weibliche Geschlecht (nach einigen Untersuchungen auch bevorzugt Geschiedene, Arbeitslose usw.). Panikstörungen können zu Beginn (und dann meist in jungen Jahren) erst einmal isoliert auftreten, neigen dann aber offenbar dazu, auch andere seelische Störungen nach sich zu ziehen, insbesondere Depressionen und die Agoraphobie (siehe diese). Bei den Depressionen werden Panikattacken - wie erwähnt - immer häufiger als Vorläufer einer späterer affektiven Störung festgestellt. Über die Verstärkung einer ohnehin hohen Selbsttötungsgefahr siehe unten.

Panikattacken dauern meist nur wenige Minuten bis eine halbe Stunde, brechen relativ plötzlich aus und klingen allmählich wieder ab. Sie neigen zur Wiederholung und damit zu einem chronischen Verlauf, vor allem wenn sie nicht rechtzeitig erkannt und gezielt behandelt werden. Im höheren Alter können sie zwar zurückgehen, haben dann aber schon viel Schaden angerichtet: seelisch, körperlich, partnerschaftlich, familiär und beruflich (Panikattacken wird inzwischen auch ein hoher volkswirtschaftlicher Schaden zugerechnet, nicht zuletzt durch die gehäufte Zahl der Fehltage, die mehr als bei den meisten körperlichen Erkrankungen ausmachen sollen).

### **Auf was ist zu achten?**

Wie erwähnt, werden Panikstörungen häufig wegen des vorwiegend körperlichen Beschwerdebildes lange Zeit nicht als Angststörungen erkannt, sondern erst einmal organisch abgeklärt. Das ist sinnvoll. Wenn sich aber die körperlichen Untersuchungen nur wiederholen, ohne dass man auf die richtige Diagnose und damit Therapie kommt, ist das für alle Beteiligten äußerst frustrierend und für den Betroffenen dazu noch gefährlich.

Patienten mit einer Panikstörung, vor allem wenn sie noch durch eine Depression beschwert ist, liegen an der Spitze der selbsttötungsanfälligen Leiden. Hat

sich der Arzt dazu entschieden, schließlich die zutreffende Diagnose zu stellen und vor allem dem Betroffenen zu erläutern, kommt es in nicht wenigen Fällen immer noch zu dem lauen Kompromiss mit der eher kränkenden Formulierung: "Machen Sie sich nichts daraus, das ist nur seelisch ...".

Damit weiß der Patient zwar, dass er keine organische Krankheit hat, was zumindest teilweise beruhigt. Aber die Diagnose: "Das ist nur seelisch" vermittelt ihm keinerlei fassbare Anhaltspunkte, mit denen er das unheimliche Geschehen irgendwie bewältigen könnte, von dem dabei mitschwingenden stigmatisierenden bis diskriminierenden Unterton ganz zu schweigen.

Deshalb ist es unerlässlich, die Panikstörung endlich als ernste und durchaus bedrohliche seelische Erkrankung zu akzeptieren und öfter an die Möglichkeit einer Panikstörung zu denken, auch wenn das körperliche Beschwerdebild dominiert und damit lange auf die falsche Fährte führt. Und schließlich das Richtige zu tun, nämlich eine gezielte Therapie einzuleiten.

**Therapie:** Wie bei den meisten seelischen Störungen stehen mehrere Therapiesäulen zur Verfügung: Psychotherapie (in der Regel verhaltenstherapeutisch orientiert), soziotherapeutische Hilfen und Korrekturen, viel körperliche Aktivität (führt Angst ab) und die Pharmakotherapie.

Letztere mag zwar manchem unangebracht erscheinen, ist es aber gerade bei der Panikstörung unerlässlich - und erfolgreich. Panikerkrankungen sind offensichtlich überwiegend biologisch determinierte Leiden, die deshalb auch einer entsprechenden Therapie bedürfen.

In der Akutbehandlung leuchtet dies noch am ehesten ein. Hier führt kein Weg an Beruhigungsmitteln vom Typ der Benzodiazepine vorbei, vor allem mit kurzer bis mittellanger Wirkdauer und am besten in der rascher wirkenden Tropfenform.

Zur mittel- bis längerfristigen Behandlung bieten sich dagegen wieder Antidepressiva an, und zwar einerseits die ältere Generation (so genannte trizyklische Antidepressiva), vor allem aber die entsprechenden Neuentwicklungen (z. B. so genannte Serotonin-Wiederaufnahme-Hemmer sowie die MAO-A-Hemmer). Dabei darf die Behandlung mit diesen Antidepressiva nicht zu kurz ausfallen und keinesfalls abrupt abgesetzt werden.

### **Diagnostische Fragen**

Die Fragen, mit denen man versuchen kann, das meist unklare Beschwerdebild einigermaßen einzugrenzen, lauten:

### **Fragen zu den Panikzuständen:**

Leiden Sie manchmal unter plötzlichen und unerwarteten Angstanfällen, also einem fast überwältigendem Angstgefühl, ohne dass eine tatsächliche Bedrohung vorliegt?

Hatten Sie bei diesem überfallartigen Angstgefühl auch folgende Beschwerden: Atemnot, Würgegefühl im Hals, Herzrasen, Schmerzen oder Unwohlsein in der Brust, Schweißausbrüche, Schwindelgefühle, Übelkeit, weiche Knie oder Beine, zitterig, allgemeines Schwächegefühl, Benommenheit?

War dieses Angstgefühl schon so stark, dass Sie glaubten, verrückt zu werden oder sterben zu müssen? Neigen Sie deshalb dazu, sich immer mehr zurückzuziehen, drohen langsam zu vereinsamen?

### • **Phobische Ängste oder Zwangsbefürchtungen - eine Übersicht**

Eine **Phobie** ist eine zwanghafte Befürchtung. Sie drängt sich dem Betroffenen angesichts bestimmter Situationen, Personen, Objekte, Tiere usw. regelrecht auf. Und dies, obgleich sie für andere meist unauffällig, harmlos, jedenfalls nicht zu fürchten sind.

Das aber macht es dem Patienten so unangenehm: Einerseits eine quälende Zwangsbefürchtung, die das Opfer völlig in seinen Bann schlägt. Andererseits die Erkenntnis, dass es sich letztlich um ein harmloses, alltägliches oder zumindest nicht ungewöhnliches Phänomen handelt, das diese Angst in keiner Weise rechtfertigt: Man weiß es, kann aber nichts dagegen tun.

Was gibt es für **phobische Ängste**, also krankhafte Zwangsbefürchtungen?

Die meisten Angstzustände haben "innerseelische" Ursachen, phobische Ängste dagegen äußere Auslösebedingungen: Gegenstände, Lebewesen, Ereignisse usw. Phobische Alltags-Befürchtungen sind weit verbreitet, krankhafte und behindernde Zwangsbefürchtungen dagegen seltener. Das kann aber auch daran liegen, dass man sich bisher wenig um diese - nach außen ja nicht unbedingt auffälligen - Störungen gekümmert hat. Jetzt jedenfalls nehmen sie zu, und zwar in erstaunlichem Ausmaß - oder werden einfach öfter als solche erkannt. Außerdem neigen sie dazu, sich auszubreiten und schließen dann auch andere Ängste und Gemütsstörungen mit ein (z. B. Depressionen).

Obgleich manche dieser mit krankhafter Angst belegten Gegenstände, Situationen, Lebewesen oder Ereignisse durchaus eine gewisse Gefährdung aufweisen können (z. B. Tiere wie Schlangen, Naturereignisse wie Feuer oder Gewitter, ferner Krankheiten usw.), steht diese Angst doch in keinem vernünftigen

tigen Verhältnis zur augenblicklichen Bedrohlichkeit. Die Betroffenen sind sich dieser Diskrepanz auch bewusst. Dennoch können sie ihre unangemessene Angst nicht kontrollieren. Sie können die Ursache nur meiden - und der Teufelskreis beginnt.

Welches sind nun die besonders häufigen und belastenden Zwangsbefürchtungen im Einzelnen? Das wechselt. So sonderbar es sich anhört, es hängt auch mit den jeweiligen kulturellen, politischen, vor allem aber gesellschaftlichen Bedingungen zusammen.

Es gibt Zwangsbefürchtungen - man kennt frühere Aufzählungen zwischen 100 und 200 möglichen Phobien -, die halten sich über alle Generationen hinweg: Angst vor weiten Plätzen oder geschlossenen Räumen, Angst vor Tieren (vor allem Hunde, Mäuse, Pferde, Würmer, Schlangen und Spinnen), Angst vor natürlichen Erscheinungen (Gewitter mit Blitzschlag, Dunkelheit, Feuer, Wasser, der Höhengwindel).

Dann gibt es wieder Zwangsbefürchtungen, die uns heute ein Lächeln entlocken: Vor Eisenbahnen (früherer Fachausdruck: Dromosiderophobie), ferner die Angst, eine Sünde zu begehen (Peccatophobie) oder durch Scheintod lebendig begraben zu werden (Taphophobie) usw. Verstärkt äußern sich dafür heute Zwangsbefürchtungen vor Krebs, AIDS, Flugreisen (die wahrscheinlich die alte Eisenbahn-Furcht abgelöst haben), vor zwischenmenschlichen Kontakten, vom persönlichen Treffen bis zur Menschenmenge, vor dem Versagen im Beruf oder Bett, vor dem Stillstand lebenswichtiger Organe, insbesondere des Herzens (früher als Herzneurose, Herzphobie, Herzstillstands-Angst usw. bezeichnet).

Nachfolgend die derzeit wichtigsten Phobien:

- **Agoraphobie**

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

- Nach wie vor die Angst vor weiten Plätzen, aber auch kleineren Märkten, ferner Alleen, Straßen, leeren und vollen Sälen (z. B. Kino, Theater, Konzertsaal) und Kirchen-Räumen sowie Brücken, jedoch nur noch selten als alleiniges Krankheitszeichen.

- Angst und damit Vermeidung von Situationen, in denen es besonders unangenehm oder gefährlich sein könnte, einen Angstanfall zu bekommen: das "schützende" Haus zu verlassen und (allein!) zum Einkaufen, zur Arbeit, zur Freizeitbeschäftigung, zu Freunden, Bekannten usw. zu gehen. Im Speziellen Angst vor Autofahren, Kaufhäusern, Supermärkten (vor allem Warteschlangen bzw. Gedränge am Wühltisch), Menschenmengen jeglicher Art, ferner vor Fahrstühlen, Flugzeugen, vor der Benutzung öffentlicher Verkehrsmittel wie Bus, Straßenbahn, S- oder U-Bahn, Zug, vor Rolltreppen, Sportplatz, Friseur usw.

Quälendste Zwangsvorstellung: In einer solchen Situation - allein und ohne rasche Hilfsmöglichkeit - von einer solchen Angststörung überfallen und ihren Folgen hilflos ausgeliefert zu sein.

- Schwer nachvollziehbare, z. T. lächerlich wirkende Hilfsmittel zur Mildern solcher Ängste sind beispielsweise: Begleitpersonen, symbolische Schutz-Objekte wie Spazierstock oder andere vertraute Gegenstände, Kinder- oder Einkaufswagen, Haustier, Häuserwand, Mauer, Hecke, "fluchtgesicherte" Eckplätze in Türrähe von Kino, Theater und Restaurant, ja Sonnenbrille usw.
- Versucht der Betroffene sich solchen Situationen zu stellen, dann drohen unangenehme Folgen, vor allem vegetativer Art: trockener Mund, Schweißausbrüche, Zittern, Beben, Herzklopfen oder -rasen, Atemmenge bis zu Erstickungsgefühlen, Gefühl der Benommenheit und Ohnmachtnähe, Furcht, die Kontrolle über sich oder gar den "Verstand" zu verlieren, Angst, es könne etwas Peinliches, ja Schreckliches passieren usw. Vor allem Angst vor dem schon erwähnten Hilflos-ausgeliefert-Sein.

Menschen mit einer solchen Zwangsbefürchtung werden gelegentlich (nicht immer) als ängstliche, scheue, unsichere, unschlüssige, passive bis abhängige, durch ihre Fügsamkeit aber auch als angenehm empfundene Mitbürger mit Neigung zu Ordnungssinn und guter Arbeitsleistung beschrieben. Als Partner sind sie meist liebenswert, anhänglich und treu (Familie als Zufluchtsort). Andererseits gelten sie oft als initiativlose, ohne Risikobereitschaft, Aktivität und jede Konkurrenzsituation meidend.

Die Zwangsbefürchtungen beginnen oftmals im frühen Erwachsenenalter und zwar im Rahmen von wachsender Selbständigkeit und Verantwortung. Frauen sind häufiger betroffen. Manchmal können die gefürchteten Situationen und daraus resultierenden Ängste unter extremer seelisch-körperlicher Belastung (siehe oben) ertragen werden. In der Regel werden diese Patienten im Laufe der Zeit aber immer unselbständiger, resignierter, depressiver, vor allem von ihrer Umgebung immer abhängiger, was sie einerseits nicht mehr loslässt, andererseits unglücklich macht.

Bisweilen kommen noch Panikattacken hinzu. In dieser Kombination gilt die Agoraphobie als eine der beeinträchtigendsten Zwangsbefürchtungen überhaupt.

**Therapeutisch** braucht die Agoraphobie umgehend, konsequent und langfristig eine psychotherapeutische Behandlung. Dazu kommen auch hier körperliche Aktivität, ggf. Entspannungsübungen und u. U. bestimmte Medikamente wie Antidepressiva (z. B. so genannte Serotonin-Wiederaufnahme- sowie MAO-A-Hemmer), ggf. Beta-Rezeptoren-Blocker, Beruhigungsmittel usw.

### **Diagnostische Fragen**

Die Fragen, mit denen man versuchen kann, das oft unklare Beschwerdebild einigermaßen einzugrenzen, lauten:

#### **Fragen zur Agoraphobie:**

Haben Sie Angst vor bestimmten Situationen und Orten wie Kaufhäuser, Bus, Pkw, Menschenmengen, Warteschlange, Fahrstühle, geschlossene Räume usw., die Sie deshalb immer häufiger vermeiden? Haben diese Ängste bzw. ihre Folgen schon erheblich in ihr Leben eingegriffen? Konnten Sie deswegen schon einmal nicht verreisen, obwohl sie dies gerne getan hätten? Waren Sie wegen dieser Ängste schon einmal einen ganzen Tag lang nicht in der Lage, Ihr Haus oder Ihre Wohnung zu verlassen? Nimmt dies zu?

#### • **Soziale Phobie**

Die **soziale Phobie** oder **Sozialphobie** ist eine dauerhafte und unangemessene Furcht vor anderen Menschen, vor allem die Angst, sich lächerlich zu machen, zu versagen oder durch ungeschicktes Verhalten gedemütigt zu werden („Menschen-Angst“).

Dies kann sich auf konkrete, durchaus nachvollziehbare Situationen beziehen (Furcht vor öffentlichem Sprechen oder Auftreten, Examensangst), kann aber auch als "Angst vor anderen Menschen" alle normalen zwischenmenschlichen Aktivitäten einschließen (Betreten eines Ladens, Essen, Schreiben, Telefonieren vor/mit anderen usw.).

Entscheidend ist der Umstand, dass sich die alltäglichen Handlungen vor den Augen von Drittpersonen abspielen, die das Verhalten nicht nur beobachten, sondern auch möglicherweise kritisieren könnten. Die größte, oft uneingestandene Angst ist also die, sich lächerlich zu machen oder lächerlich gemacht zu werden („schau mal, wie der den Löffel hält“ - obgleich kein Mensch zuschaut).

Die soziale Phobie ist deshalb tatsächlich eine Menschen- bzw. konkreter Situations-Angst, deren größtes Problem das daraus folgende Vermeidungs- und Rückzugsverhalten mit Isolationsgefahr ist.

Außerdem drohen im Rahmen einer solchen "Kontaktfurcht" weitere Krankheitszeichen, meist vegetativer Art. Diese werden häufig als das eigentliche Problem bezeichnet und gar nicht als Begleiterscheinung der sozialen Zwangsbefürchtung erkannt. Gerade bei der sozialen Phobie muss man deshalb genau zwischen Ursache und Wirkung unterscheiden lernen. Solche seelischen, psychosozialen und vegetativen Symptome sind beispielsweise:

- Rasches Erröten, leise Stimme, verlangsamte Sprechweise, ggf. mimische Starrheit sowie bisweilen die Neigung, den anderen schon rein räumlich nicht zu nahe an sich herankommen zu lassen. Ferner Händezittern, Schweißausbrüche, Übelkeit, Durchfallneigung, Drang zum häufigen Wasserlassen, Herzrasen und -klopfen, Atemnot, Schwindel, trockener Mund, Muskelverspannungen u. a. Manchmal sogar die sonderbare Zwangsbefürchtung, sich (in der Öffentlichkeit, vor Freunden usw.) erbrechen zu müssen.

- Die Folgen pflegen eine Beeinträchtigung von Vitalität, geistigem und körperlichem Wohlbefinden, Lebensweise und Zukunftschancen zu sein.

Beispiele: Vermeiden entsprechender Kontakt-Situationen mit partnerschaftlichen, familiären, nachbarschaftlichen, beruflichen und schließlich finanziellen Einbußen. D. h. nicht neue Verantwortungsbereiche übernehmen, neue Stelle antreten, oder auch "nur" zu einer Feier oder sonstigen gesellschaftlichen Veranstaltung oder zu einem schlichten Freundestreffen zu gehen. Damit drohen noch schneller als bei der Agoraphobie Kontaktarmut, Rückzugs- und Isolationsgefahr. Manchmal kommt es auch hier zusätzlich zu Panikattacken (siehe diese).

## **Beginn - Verlauf - psychosoziale Folgen**

**Beginn:** Die soziale Phobie beginnt zumeist in den ersten zwei bis drei Jahrzehnten und damit in einem äußerst sensiblen Lebensabschnitt. Fast alle Neuerkrankungen treten vor dem 20. Lebensjahr auf, ein nicht geringer Teil bereits vor dem 12. oder gar 10. Daraus resultieren dann ernste Entwicklungsstörungen. Geschlechtsspezifisch scheinen Frauen häufiger betroffen.

**Risikofaktoren** sind eine frühe Trennung von den Eltern, sonstige Trennungserlebnisse, eine familiäre Belastung, seelische Störungen der Eltern, insbesondere der Mutter sowie später drohende Einsamkeit bzw. Vereinsamung: unverheiratet, geschieden, getrennt oder sonst allein lebend.

Von der Persönlichkeitsstruktur her handelt es sich bei den Betroffenen oft um ängstliche, selbstunsichere Menschen mit Minderwertigkeitsgefühlen, nach innen gerichtet, gefühlsbetont, wenig durchsetzungsfähig, dafür empfindlich gegenüber Kritik und sogar manchmal unfähig, Hilfe von anderen anzunehmen. Dabei nicht selten vegetativ labil (siehe auch die Beiträge über die „vegetative Labilität“ bzw. „funktionelle oder Befindlichkeitsstörungen“ sowie die selbstunsicheren und ängstlich-vermeidenden Persönlichkeitsstörungen).

Der **Verlauf** ist in zwei Dritteln aller Fälle chronisch, ansonsten wellenförmig. In günstigen Fällen gibt es spontane Besserungen durch Reifung der Persönlichkeit unter dem Alltagstraining der täglichen Lebensanforderungen. Nicht selten entwickelt sich aber auch ein chronisches Leiden mit hohem Risiko für Folge- und Begleiterkrankungen.

Diese **Folge- und Begleiterkrankungen** (Fachausdruck: Ko-Morbidität) sind ein großes, in unglücklichen Einzelfällen sogar das größere Problem. In sozialer Hinsicht sollen Menschen mit einer sozialen Phobie öfter am Arbeitsplatz fehlen als Gesunde und auch zuletzt mehrfach häufiger arbeitslos sein als der Durchschnitt.

Gesundheitlich drohen vor allem Alkoholmissbrauch oder gar Alkoholabhängigkeit, was wohl zumeist mit einem entgleisten Selbstbehandlungsversuch zusammenhängt ("ein Gläschen macht frei"). Auf der gleichen Schiene laufen Medikamentenmissbrauch (besonders durch die angstlösenden und beruhigenden Tranquilizer) und Rauschdrogenkonsum (Haschisch, Marihuana, Opiate).

Nicht selten finden sich auch zusätzlich Depressionen und Zwangskrankheiten sowie andere Angststörungen, am häufigsten Agoraphobie, aber auch Panikattacken und allgemeine Angstzustände. Kein Wunder, dass die Selbsttötungsgefahr bei sozialen Phobien um ein mehrfaches höher liegen soll als in der Allgemeinbevölkerung.

**Therapie:** Patienten mit einer sozialen Phobie brauchen viel „Alltags-Hilfe“, vielleicht nicht sofort ärztliche, wohl aber psychagogische (eine Kombination aus pädagogisch und psychologisch) bzw. psychologische, auf jeden Fall eine stützende Behandlung. Später gilt es alle psychotherapeutischen und soziotherapeutischen Maßnahmen zu nutzen, die diese Menschen- bzw. Situationsangst eindämmen können. Dazu körperlicher Aktivität und Entspannungsübungen lernen.

Und ggf. bestimmte Arzneimittel. Beispiele: Antidepressiva wie die so genannten Serotonin-Wiederaufnahme- sowie MAO-A-Hemmer, ggf. zeitlich begrenzt auch Beruhigungsmittel. Die Behandlung, und zwar sowohl psycho-

therapeutisch als auch medikamentös mit Antidepressiva, muss langfristig konzipiert sein, sonst sind der Erfolg enttäuschend und Rückfälle programmiert.

## Diagnostische Fragen

Die Fragen, mit denen man versuchen kann, dieses meist schwer zu fassende Beschwerdebild einigermaßen einzugrenzen, lauten:

### Fragen zur sozialen Phobie:

Haben Sie manchmal übergroße Angst vor bestimmten Situationen, in denen Sie von anderen Menschen beobachtet oder bewertet werden könnten: beispielsweise Gespräche mit anderen, jemand um etwas bitten, Angst vor Zusammenkünften, Partys, sonstigen Treffen, Angst, in einem Lokal allein zu essen oder zu trinken, zur Toilette zu gehen, ferner Angst vor "öffentlichem Erbrechen" usw.? Drohen - wenn Sie sich diesen Ängsten widersetzen wollen - körperliche Reaktionen wie Erröten, Nervosität, Unruhe, Schweißausbrüche, Herzklopfen, Atemenge, Zittern? Hat diese Angst schon zu zwischenmenschlichen oder gar beruflichen Konsequenzen geführt: Partnerschaft, Familie, Freundeskreis, Nachbarschaft, Arbeitsplatzwechsel, beruflicher Abstieg usw.? Nimmt das zu?

### • Spezifische Phobie

Unter einer **spezifischen Phobie** versteht man eine dauerhafte, unangemessene und exzessive Furcht und damit Vermeidung spezieller Situationen, Lebewesen, Ereignisse, Gegenstände oder sonstiger Objekte, wie sie im Alltag nicht ungewöhnlich sind.

Beispiele:

- Tiere wie Spinnen, Schlangen, Hunde, Ratten, Pferde ("Tierphobien") usw.
- Türme, Wehrgänge, hohe Häuser, Flugreisen usw. ("Höhenangst")
- Höhlen, enge Räume wie Umkleidekabinen, Aufzüge u. a. (früherer Fachbegriff: Klaustrophobie)
- Naturereignisse wie Stürme, Donner, Blitze, aber auch einfach Dunkelheit u. a.
- Essen bestimmter Speisen, Wasserlassen, vor allem in öffentlichen Toiletten, Wasser (Swimmingpool, See, Meer) usw.
- Arzt- und Zahnarztbesuch, Anblick von Blut, Verletzungen, Spritzen
- Zwangsbefürchtungen vor bestimmten Krankheiten, z. B. Geschlechts- oder Strahlenkrankheit, AIDS, ferner Unfallphobie usw.

Dazu gehören im weiteren Sinne auch mehrschichtige Zwangsbefürchtungen die sich mit den anderen Phobien überschneiden wie Sexualängste, Prüfungs- und Schulphobie, Arbeitsphobie und spezielle Berufsängste, ja Erfolgsphobie usw. Und es gehört die gar nicht so seltene Angst vor eigenen Aggressionsregungen und -handlungen dazu, bis hin zu dem unfassbaren Bedürfnis, mit einem Messer oder einer Pistole Unheil anzurichten.

Solche spezifischen Phobien entstehen meist in der Kindheit oder im frühen Erwachsenenalter und können - unbehandelt - jahrzehntelang fortbestehen. Manchmal sind sie unter extremer Angst ertragbar, oft beeinträchtigen sie die alltägliche Lebensführung, zuletzt spitzt sich alles zu dem schon mehrfach erwähnten Vermeidungsverhalten mit Rückzug und Isolationsgefahr zu.

Patienten mit einer spezifischen Phobie befürchten vor allem die Folgen bzw. Gefahren, die von ihrer Befürchtung ausgehen, also Hundebiss, Verletzung durch Absturz usw. Im Gegensatz dazu befürchten Agoraphobiker besonders die Angstanfälle selber und ihre Konsequenzen Sozialphobiker die negative Bewertung durch andere (Einzelheiten siehe die entsprechenden Kapitel).

**Therapie:** Natürlich soll man nicht jede Befürchtung zu einer krankhaften Phobie hochspielen. Wenn es aber viel Aufwand kostet, sie zu ertragen, vor allem aber wenn ernstere zwischenmenschliche und berufliche Einbußen drohen, von ständigen Vermeidungsstrategien mit Vereinsamungsgefahr ganz zu schweigen, dann sollte umgehend ein Arzt hinzugezogen werden, bevor es zur seelischen und psychosozialen Behinderung kommt.

Spezifische Phobien werden - wie die anderen Zwangsbefürchtungen auch - durch Psychotherapie und soziotherapeutische Stützung behandelt, ergänzt durch körperliche Aktivität und ggf. Entspannungsübungen. Auch bestimmte Arzneimittel können u. U. hilfreich sein (z. B. bestimmte Antidepressiva, ggf. auch Beta-Rezeptoren-Blocker, zeitweise Beruhigungsmittel u. a.).

### **Diagnostische Fragen**

Die Fragen, mit denen man versuchen kann, das meist komplexe Beschwerdebild einigermaßen einzugrenzen, lauten:

#### **Fragen zu den spezifischen Phobien:**

Haben Sie übermäßig große Angst und vermeiden Sie immer häufiger bestimmte Situationen, Gegenstände, Aktivitäten, Lebewesen usw.? Beispiele: große Höhen, Flugreisen, Gewitter, bestimmte Tiere, den Anblick von Blut oder Verletzungen usw.?

Müssen Sie mit entsprechenden Reaktionen rechnen, wenn sie sich trotzdem überwinden wollen: unruhig, nervös, Schweißausbrüche, Herzklopfen, Atemenge, Zittern u. a.? Hat diese Angst schon wesentlich in Ihr Leben eingegriffen: Partnerschaft, Familie, Freundeskreis, Nachbarschaft, Beruf, Freizeit? Nimmt dies zu?

## **Vorbeugung - Selbsthilfe - Psychotherapie**

Über die **therapeutischen Möglichkeiten** der verschiedenen Angstformen wurde bereits im Anschluss an die entsprechenden Kapitel kurz berichtet. Nachfolgend noch einige allgemeine Aspekte zur Psychotherapie, zu den soziotherapeutischen Möglichkeiten, der Behandlung mit speziellen Arzneimitteln, vor allem aber unter dem Gesichtspunkt: Was können die Betroffenen für sich selber tun?

Dazu als Beispiel die drei wichtigsten Schritte für eine erfolgreiche Bewältigung der Angststörung in eigener Initiative. Das sind

1. Erkennen, dass man unter einer Angststörung leidet
2. Anerkennen, d. h. zugeben, akzeptieren, dass man eine Angststörung hat
3. Sich an seinen Arzt wenden.

Leider geschieht dies viel zu selten. Es ist zwar richtig, dass Angststörungen noch immer nicht in jedem Fall hinreichend behandelt werden, nicht psychotherapeutisch, nicht medikamentös. Es ist aber viel häufiger, dass die Betroffenen (und ihre Angehörigen) lieber die Augen vor der Realität verschließen als sich der Krankheit und ihren Konsequenzen zu stellen.

Doch je hartnäckiger die Angst verdrängt und verleugnet wird, desto mehr zehrt sie an der Lebenskraft. Und je länger man abwartet, desto schwieriger wird eine erfolgreiche Therapie, ja sogar die richtige Diagnose. Denn die meisten Angststörungen ziehen andere Krankheitsbilder nach sich, seelische und körperliche, die es schließlich immer mühsamer und zuletzt unwahrscheinlicher machen, die richtige, die eigentliche Ursache zu erkennen.

### **Warum die Angst nicht als Störung akzeptiert wird**

Bestimmte Ausdrucksformen der Angst als krankhaft zu erkennen ist nicht einfach. Doch ist dies durchaus möglich, man muss sich nur informieren. Viel schwieriger ist es, die Angst als Störung anzuerkennen. Warum?

Ein häufiges Argument lautet: *Man könne eine krankhafte Angst nicht erkennen*, weil man so etwas noch nie gehabt habe, nicht einmal andeutungsweise. Woher also das Wissen darüber nehmen?

Das ist ein Irrtum. Es gibt kaum einen Menschen, der nicht schon einmal einen kurzdauernden, aber extremen Angstzustand durchmachen musste. So etwas ergibt sich z. B. aus den erwähnten Beinahe-Katastrophen, die uns unser ganzes Leben lang begleiten, wenngleich es vielleicht bisher nie zum Ernstfall kam (z. B. Beinahe-Verkehrsunfall, Sturz von Treppe oder Leiter usw.). Wir wissen also durchaus, wie sich ein Angstzustand äußern kann, denn nach einem solchen Ereignis zittern auch uns die Knie, der Schweiß bricht aus, der Boden gibt nach, es hämmert in den Schläfen usw. Genau dasselbe hat der Angstpatient zu ertragen, nur ohne nachvollziehbaren Grund.

Wenn man nun solche krankhaften Ängste immer wieder hinnehmen muss, warum gesteht man sich das nicht ein? *Weil man sich schämt*. Warum schämt man sich? Weil man nicht psychisch gestört, nicht geisteskrank sein will, schon gar nicht in unserer Zeit, in der man nicht nur erfolgsorientiert, sondern auch gesund, aktiv und dynamisch zu sein hat.

Angststörungen sind aber keine Geisteskrankheit, keine Psychose. Sie werden als Neurose bezeichnet. Eine Neurose oder Psychoneurose ist eine seelische Störung ohne organischen Krankheitsbefund, die meist auf ein unverarbeitetes Erlebnis zurückgeht, das sich später in psychischen Beschwerden und körperlichen Funktionsstörungen niederschlägt, auch wenn der Arzt organisch nichts Krankhaftes finden kann (Einzelheiten siehe das entsprechende Kapitel über *Neurosen einst und heute*).

Aber selbst wenn man um diesen Unterschied weiß, scheuen sich viele Menschen trotzdem eine Angststörung zu akzeptieren. Warum? *Angst haben, heißt Schwäche eingestehen*. Und schwach sein passt nicht in diese Zeit und Gesellschaft. Der moderne Mensch ist aktiv, im Genuss gemütsbetont, im Berufsleben pragmatisch, ja kühl, gelegentlich sogar - wenn es denn sein muss - aggressiv. Der moderne Mensch stellt sich der täglichen, beinharten Konkurrenz, bewältigt seine Aufgaben erfolgreich und hat abends noch Zeit und Kraft für (Leistungs-)Sport und gesellschaftliche Kontakte (bis zum Morgengrauen). Der moderne Mensch ist stets gut gelaunt und hat mit den täglichen Anforderungen "keinerlei Probleme", er hat "alles im Griff".

In dieser Gesellschaft des "lächelnden Ellenbogens" gilt derjenige, der offen Kummer, Sorgen oder gar Angst zeigt als schwach, labil, nicht ernst zu nehmen. Er wird schlimmstenfalls gnadenlos fertiggemacht. Das ist die Moral einer entseelten Rivalitätskultur, in der Macht und Sieg alles gelten. Der Verlust der Menschlichkeit wird zwar allseits beklagt, aber letztlich achselzuckend hingenommen. Die modernen Industrienationen brüten eine Atmosphäre von Größenphantasien, Stärkekult, Machtgier, von Egoismus und gnadenlosem

Konkurrenzdruck aus. Der Rest der Welt beginnt es ihnen nachzumachen - mit allen Folgen.

Für so etwas aber ist der Mensch psychisch nicht ausgestattet. Die Konsequenzen sind vielfältige seelische Störungen mit organischen und psychosozialen Einbußen. Naturvölker kannten die lebenserhaltende Furcht, aber nur selten Angststörungen und Depressionen, jedenfalls nicht in unserem Ausmaß. Das kann man noch heute in jenen Regionen beobachten, die sich halbwegs ihren ursprünglichen Lebensstil bewahren konnten.

Und man kann das Umgekehrte in jenen Nationen feststellen, die gleichsam im Schnellverfahren von "besinnlichen" Agrarkulturen zu hochindustrialisierten Gesellschaften gepeitscht wurden - und dies mit einer extremen Zunahme von Angststörungen und Depressionen bezahlen müssen.

Auch wird unsere Zeit von belastenden Widersprüchen verformt: Obwohl das technische Niveau der Kommunikation so hoch ist wie noch nie (Telefon, vor allem das gesellschafts-prägende Handy, ferner Fax, Internet, E-Mail, Fernsehen, PC, Auto, Flugzeug usw.), herrschen *soziale Vereinzelung*, ja *Vereinsamung*, *Rückzugsgefahr* und *Isolation*. Der zwischenmenschliche Austausch ist elektronisch perfektioniert und menschlich am Ende. Überall drohen wachsende Unsicherheit oder dumpfe Zweifel an sich selber.

Dabei leben schon die meisten Menschen auf einem erhöhten Stress-Niveau, gleichsam in Dauerspannung. Niemand merkt es oder will es merken, jedenfalls lange, viel zu lange nicht. Und braucht man schließlich eine Behandlung, geht man nicht an die Wurzeln des Übels, sondern verlässt sich auf äußere Korrekturen, vielleicht sogar auf medikamentöse oder psychotherapeutische "Wunderheilmittel", die raffiniert angepriesen und unkritisch bis einfältig übernommen werden. Es bleiben kaum Raum und Zeit, sich auf sich selbst zu besinnen. Die Folge ist eine Vielzahl von seelischen Störungen, zu denen die Angst inzwischen als eine der häufigsten Geiseln unserer Zeit gehört.

Deshalb gilt es das Steuer herumzureißen, ehe alles in die Brüche geht. Wenn man schon nicht die Gesellschaft ändern kann, dann soll man sich wenigstens selber retten.

Das Wichtigste sind erst einmal ein echtes Informationsbedürfnis und damit konkretes Wissen um die Hintergründe. Dann gilt es die Realität zu akzeptieren. Dadurch ist man frei geworden, Hilfe zu suchen. Das ist weder eine Schande, noch erfolglos. Denn nur wer Hilfe sucht, kann auch Hilfe finden und dadurch wieder gesund werden. Und das beginnt mit dem Willen zu Aufklärung, zu gezielter Information und Beratung.

## **Aufklärung und Beratung von Angstpatienten**

Angstpatienten sind informationswillig. Es interessiert sie, was in Körper, Seele und Geist abläuft. Das ist günstig für die so genannte kognitive Umstrukturierung (vom lateinischen: cognoscere = erkennen). Auf dieser Basis können dann die negativen Gedanken und quälenden Erwartungen positiv beeinflusst, gleichsam "ent-katastrophiert" werden. Die Betroffenen können gewissermaßen von sich selbst und ihren Ängsten abrücken.

Wissen entlarvt die Angst und macht frei.
---

Manchmal reicht es schon, sich das Verhältnis von "Angst und Wahrscheinlichkeit" vor Augen zu führen, um wieder ruhiger zu werden. Was heißt das?

Die Gefahr, bei einem Autounfall umzukommen (1 : 40), als Stadtbewohner/Kleinstadtbewohner Opfer eines Gewaltverbrechens zu werden (1 : 60 bzw. 1 : 2000), an Krebs zu erkranken (1 : 8000) bzw. ermordet zu werden (1 : 12000), einen Gehirntumor zu bekommen (1 : 25000), aufgrund einer Bluttransfusion mit AIDS angesteckt (1 : 100000) oder gar von einem Hai angegriffen zu werden oder bei einem Flugzeugabsturz umzukommen (1 : 4 Millionen), diese Gefahren sind gering bis unwahrscheinlich. Sie können aber ein furchtsames Problem-Grübeln unterhalten, das die Lebensqualität erheblich beeinträchtigt. Dann ist es besser, man geht diese Liste noch einmal durch oder sucht sich für seine eigenen Angstmotive die entsprechende Statistik heraus. Wissen kann heilsam sein. Allerdings muss man sich darum rechtzeitig kümmern, bevor sich die Angst "völlig festgebissen hat".

## **Was man über die Natur der Angststörungen wissen muss**

Über die *Natur der Angststörungen* gibt es in der Allgemeinheit wenig Wissen, wie über die meisten seelischen Krankheiten auch. Deshalb seien hier noch einmal die wesentlichsten bekannten Aspekte zusammengefasst bzw. wiederholt (siehe Einleitung):

1. *Angst ist ein normales und sinnvolles Gefühl*, das viele Ursachen haben kann und in der Regel eine Schutzfunktion ausübt, d.h. die Gefahr realisieren und darauf reagieren, sei es durch Flucht, sei es durch aktive Überwindung der Bedrohung.

Als Warn- und Alarmsignal hilft die Angst auf Bedrohungen aufmerksam zu machen. Nur wenn man eine Gefahr erkennt, kann man sie auch bewältigen. Darum ist die Angst lebensnotwendig und zunächst einmal etwas Positives.

Menschen ohne jegliche Angst sind nicht nur im Nachteil, sie entsprechen auch nicht dem normalen Durchschnitt. Also kann auch das Ziel der Behandlung nicht ein Leben ohne jegliche Angst sein. Es gilt die krankhaften Angstanteile zurückzudrängen, ohne die lebenserhaltende Furcht zu beeinträchtigen.

2. *Angst äußert sich nicht nur im Denken und Fühlen* ("es wird etwas Schlimmes geschehen", "ich schaffe das nicht"), sondern auch im Verhalten: z. B. vermeiden, weglaufen, erstarren. Und in körperlichen Krankheitszeichen: Schwitzen, Zittern, Herzklopfen, Kurzatmigkeit, Schwindel usw.

Besonders die körperlichen Konsequenzen der Angst werden - zumindest zunächst - nicht als Angstfolgen erkannt. Man hält sie für ein eigenes, ggf. gefährliches Krankheitsbild (besonders das Herzrasen, -klopfen und -stolpern).

Das führt zu einer falschen Interpretation dieses körperlichen Angst-Beschwerdebildes, schaukelt sich langsam auf (Angst  $\Rightarrow$  körperliche Folgen  $\Rightarrow$  noch mehr Angst usw.) und kann zuletzt in einen verhängnisvollen Teufelskreis münden. Ein typisches Beispiel ist die Panikstörung

3. Wichtig: Die seelischen und vor allem körperlichen (besser: psychosomatischen) *Angstreaktionen sind nicht gefährlich*. Das kann zwar kein Angst-Gepeinigter glauben, besonders während der gefürchteten Angstanfälle, doch es stimmt.

So wird man nicht "verrückt vor lauter Angst" und "stirbt schon gar nicht an Angst". Die physiologischen (natürlichen) Reaktionen des Organismus auf die Angststörung sind kein Problem. Das beweisen die internistischen, neurologischen und sonstigen Untersuchungsbefunde, die meist unauffällig sind und bleiben. Zermürend ist vor allem die Angst vor der Angst und ihre seelischen und körperlichen Konsequenzen.

4. Die Angstreaktionen haben in der Regel einen *typischen Zeitverlauf*. So kommt es zu einem raschen Anstieg und einem nur langsamen Abfall. Das ist biologisch durchaus sinnvoll. Denn die realistische Angst (oder besser Furcht) in wirklich gefährlichen Alltagssituationen ist nur dann wirkungsvoll, wenn es sich um ein "Sofort-Warnsystem" handelt. Je schneller der Betreffende reagiert, desto größer die Chance, ungeschoren davonzukommen. Die Angst mobilisiert den gesamten Organismus und zwar sowohl bei echter Gefahr (was sinnvoll ist) als auch bei der falschen oder unrealen Gefahr einer Angststörung. Angst macht uns in Sekundenbruchteilen bereit zu Flucht oder zum Kampf.

Es ist einleuchtend, dass eine solche plötzliche Alarmreaktion nicht genauso schnell wieder zurückgehen kann wie sie angestoßen wurde. So bleibt der

Organismus eine ganze Weile in dieser Alarm- und Angstsituation, bis sie schließlich nach und nach abflaut. Das kennt ein jeder von dem nach dem Schrecken noch anhaltenden Herzrasen, dem Zittern der Knie, der Mundtrockenheit, dem Schweißausbruch, dem bleichen Gesicht usw.

5. Das langwierigste und deshalb wohl auch letztlich größte Problem ist bei krankhaften Angststörungen das *Vermeiden der entsprechenden Situationen oder Personen*, d. h. die in diesem Kapitel so oft wiederholte drohende Rückzugsneigung und schließlich Isolationsgefahr. Sicherlich kann man die zermürbenden Ängste dadurch in Grenzen halten, dass man sich nicht den angstausslösenden Situationen aussetzt. Das hilft aber nur kurzfristig. Auf längere Zeit kommt es dadurch nur zur Verschärfung der Angstproblematik, denn die Angst greift auch auf andere Gebiete über, von den erwähnten psychosozialen Konsequenzen ganz zu schweigen.

### **Was tun bei Angststörungen mit körperlichem Schwerpunkt?**

Was ist zu tun bei besonders dramatischen Angststörungen? Natürlich sind für den Betroffenen alle Formen von Angst dramatisch, was sich aber bei Panikattacken besonders bedrohlich auswirken kann. Hier muss beispielsweise immer wieder der Notarzt kommen, weil der Patient über Herzjagen, Herzrhythmusstörungen, Herzschmerzen (die bisweilen sogar "infarkttypisch" in die linke Schulter und den linken Arm ausstrahlen), über Luftnot, Schweißausbrüche und Zittern mit Übelkeit klagt. Er kann aber nichts feststellen. Desgleichen der Hausarzt, der den Patienten als nächster untersucht - zum wiederholten Male. Alle versuchen den Betroffenen auf ihre Weise zu beruhigen - ebenfalls zum wiederholten Male. Vielleicht demonstrieren sie ihm sogar die normalen Befunde, z. B. das Elektrokardiogramm (EKG): "Sie sehen, Sie sind völlig gesund und können beruhigt nach Hause gehen".

Gerade das kann der Patient aber nicht. Einerseits kann er nichts gegen die ja offensichtlich unauffälligen Untersuchungsbefunde einwenden. Andererseits bleibt die Frage ungeklärt, woran er nun eigentlich wirklich leidet. Denn solche Panikattacken sind ja kein Vergnügen und können sich zudem immer wiederholen.

Die Lösung liegt darin, den Patienten ausführlich seine Befürchtungen schildern und seine Sorgen und Zweifel erläutern zu lassen. Dabei darf, ja soll er ruhig von seinen "Herzinfarkt-Ängsten" reden. Was spricht aus seiner Sicht für eine organische Krankheit? Hier muss der Betroffene dann aber auch alles auf den Tisch legen, was ihn offen oder heimlich bewegt. Dabei wird der Arzt also immer wieder nachfragen: Was noch? Erst wenn dieser Schritt vollständig abgeschlossen ist, kann man Punkt für Punkt die Ängste erörtern, wohlgemerkt nicht widerlegen, sondern gemeinsam diskutieren. Was hilft dabei?

## Anleitung zur Selbsthilfe bei spezifischen Angstformen

Daneben gibt es noch spezielle Möglichkeiten der Selbstbehandlung, je nach Angststörung. Im Einzelnen:

- Beim **Generalisierten (allgemeinen) Angstsyndrom** gehören Entspannungsverfahren zu den wichtigsten Therapiemaßnahmen in eigener Initiative. Zum Erlernen braucht es eine Fremdhilfe, d. h. entsprechende Kurse in Volkshochschule usw. Später kann man dann Tonbandkassetten mit Entspannungsprogrammen erwerben und diese regelmäßig üben. Hier empfehlen sich vor allem Programme, die auf der progressiven Muskelrelaxation nach Jacobson aufbauen.
- Bei den **Phobien**, also Zwangsbefürchtungen, können konkrete Anweisungen zur Selbstkonfrontation weiterhelfen. Dabei wird der Betroffene angeleitet, die vom ihm gefürchteten und vermiedenen Situationen schrittweise wieder aufzusuchen, auf jeden Fall nicht zu meiden, um damit den gefürchteten Teufelskreis gar nicht erst anlaufen zu lassen.

Evtl. auftretende irrationale Befürchtungen über mögliche negative Konsequenzen dieser Konfrontation (z. B. Ersticken im Fahrstuhl, Herzschlag vor Aufregung, Ohnmacht mitten auf dem Marktplatz, Durchdrehen in der Kassenschlange usw.) können dann in begleitenden Gesprächen bearbeitet werden. Das lässt sich am Anfang durchaus mit jenen Partnern oder Freunden, Nachbarn oder Bekannten arrangieren, die über das Leidensbild aufgeklärt und für solche Gespräche geeignet sind.

- Dies gilt auch für die **Sozialphobie**. Hier wird der Patient ermutigt, als Selbstkonfrontation einen Redner-Kurs bei der Volkshochschule zu belegen, Clubs oder Vereinen beizutreten, in einem Lokal allein zu essen, öfter jemanden etwas bitten (Uhrzeit, öffentliches Gebäude, Straßennamen) usw. Dabei sollte immer wieder darauf hingewiesen werden, dass eine gelegentliche Verlegenheit oder gar Blamage zum normalen Alltag gehört, "wer ist schon unfehlbar".
- Bei **Panikanfällen** geht es vor allem um die ausreichende Information über die Gründe und körperlichen Symptome solcher Attacken und den stets wiederholten Hinweis, dass es sich hier um eine zwar lästige bis peinigende, aber völlig ungefährliche Reaktion des Körpers handelt, gleichsam einen heftigen "Fehlalarm im Gehirn, der auch die entsprechenden organischen Funktionen mitreißt" - ohne dass eine wirkliche körperliche Bedrohung von innen oder außen vorliegt. Das Kernproblem ist also nicht das „körperliche Beschwerdebild“, das eigentlich ein seelisches ist, sondern die Einbuße von Leistungsfähigkeit, Lebensqualität und seelisch-körperlichen Reserven - und alles ohne nachvollziehbaren Grund.

## **Wann muss der Angstpatient zum Spezialisten?**

Die bisher empfohlenen Selbstbehandlungshilfen dürften in der Regel vom Hausarzt angeregt und überwacht werden. Einige versuchen die Betroffenen und ihre Angehörigen in eigener Regie schon früher. Wann aber sollte man den Weg zum Spezialisten nicht mehr hinauszögern?

Im Grunde sind die Spezialisten für Angststörungen, also der Nervenarzt oder Psychiater sowie der Klinische Psychologe mit psychotherapeutischer Ausbildung am erfolgreichsten, wenn man sie möglichst früh konsultiert. Doch das dürfte der Idealzustand bzw. die Ausnahme sein. Besonders beim Nervenarzt bzw. Psychiater ist die Hemmschwelle noch immer relativ hoch. Das ist zwar unnötig, ja falsch und in nicht wenigen Fällen verhängnisvoll, aber es ist die Realität. Es gibt aber eine Grenze, die man respektieren muss. Und diese Grenze lautet:

Ein Angstzustand wird dann behandlungsbedürftig, wenn er zur krankhaften Angst, also zur Angststörung wird. Und die ist - wie eingangs erwähnt - gekennzeichnet durch:

- immer längere Dauer und immer häufigeres Auftreten
- die Unfähigkeit, diese Angstzustände durch eigene Anstrengungen zu überwinden
- unangemessene Angstzustände, d. h. die Lebensbedingungen können diese Angstzustände nicht erklären
- charakteristische Beschwerden oder ihr plötzliches, fast überfallmäßiges Auftreten (z. B. bei Panikzuständen)

Außerdem wenn sich folgende Konsequenzen abzuzeichnen beginnen:

- Überkompensationsversuche im zwischenmenschlichen, beruflichen oder Freizeitbereich
- ein zunehmendes Vermeidungs- und Rückzugsverhalten mit Isolationsgefahr
- entgleisungsgefährliche Selbstbehandlungsversuche mit Genussmitteln (Alkohol, Nikotin), Medikamenten (Beruhigungs-, Schlaf- und Schmerzmittel) oder ggf. Rauschdrogen (Haschisch/Marihuana, Weckmittel, Kokain, Designerdrogen, Opiate usw.).

Und schließlich muss noch auf eine heimliche, aber besonders folgenschwere Gefahrenquelle hingewiesen werden: nämlich auf eine unbemerkt wachsende schwernehmende Lebenseinstellung, ja Lebensverneinung, schließlich Lebensüberdruß und Todeswünsche, konkrete Suizidgedanken oder gar gezielte Suizidabsichten mit oder ohne direkter Ankündigung. Dies wird gerade bei Angstpatienten oft nicht rechtzeitig realisiert. Dabei soll beispielsweise bei Panikstörungen die Selbsttötungsgefahr fast 20-mal höher liegen als in der Allgemeinbevölkerung.

Wenn sich also "dunkle Gedanken" häufen oder gar verdichten, muss umgehend ein Facharzt für Psychiatrie hinzugezogen werden.

Welche Therapie dann eingesetzt wird, also

- in psychotherapeutischer Hinsicht z. B. kognitive Verhaltenstherapie, tiefenpsychologisch orientierte, humanistisch-existentialistische, systemische, körperorientierte u. a. Verfahren,
- in pharmakotherapeutischer Hinsicht z. B. bestimmte Antidepressiva, Neuroleptika, ferner Beruhigungsmittel oder sonstige angstlösende Arzneimittel,
- in soziotherapeutischer Hinsicht Korrekturen und Hilfen in Partnerschaft, Familie, Freundeskreis und Beruf,
- durch andere Behandlungsverfahren wie physikalische Maßnahmen (Bürstenmassagen, Wechselduschen usw.) und Entspannungsübungen, nicht zu vergessen der angstlösende "Gesundmarsch" bei Tageslicht und vor allem im Grünen,

ist am besten dem jeweiligen Therapeuten zu überlassen. Dabei sollte man nie auf die Mitarbeit und Unterstützung von Partner, Familie, Freundeskreis usw. verzichten, gerade bei Angststörungen. Von wachsendem Einfluss sind auch Selbsthilfegruppen, die immer häufiger gegründet werden und für viele Betroffene eine große Hilfe darstellen.

Auf jeden Fall sind die Heilungsaussichten um so günstiger, je früher erkannt, je gezielter behandelt und je geduldiger, vor allem konsequenter der Gesamt-Behandlungsplan durchgehalten wird.

## **MEDIKAMENTÖSE BEHANDLUNGSMÖGLICHKEITEN**

Ein solcher Gesamt-Behandlungsplan besteht also aus mehreren Säulen, die auch Medikamente einschließen können. Früher war dies kein Thema. Angst-

störungen wurden fast ausschließlich als psychogene, d.h. rein seelisch ausgelöste und unterhaltene Krankheitsbilder angesehen, die deshalb auch ausschließlich seelisch zu behandeln sind, d.h. durch Psychotherapie. Die Erfolge waren je nach therapeutischen und Krankheits-Bedingungen unterschiedlich, zumeist gut bis befriedigend.

Medikamente wurde von den Psychotherapeuten und Psychologen, sicher aber auch von der Mehrzahl der Psychiater und Nervenärzte kaum diskutiert, in Einzelfällen gezielt zurückgewiesen, wenn nicht gar mit diskriminierenden Bemerkungen abgetan. Und wenn man sie zuließ (man bemerke schon die Formulierung), dann nur mit entsprechenden Mahnungen (die immer nützlich sind) und schlechtem Gewissen - auf beiden Seiten. Dem darf man sich heute angesichts neuer wissenschaftlicher Erkenntnisse ruhig entledigen. In früherer Zeit bzw. angesichts des damaligen Wissensstandes waren solche Einschränkungen auch nicht falsch. Denn es gab wohl nur eine einzige Alternative: Wenn eine medikamentöse Angstbehandlung unerlässlich war, dann blieben nur Beruhigungsmittel vom Typ der so genannten Benzodiazepin-Tranquilizer. Und die hatten und haben unverändert ihr eigenes Gefährdungspotential (Suchtgefahr mit drohenden Entzugserscheinungen, Indolenz- (Wurstigkeit-) Syndrom u.a.).

Heute sieht man dies jedoch differenzierter. Heute werden von immer mehr informationswilligen, aufgeklärten und in entsprechender Weiter- und Fortbildung stehenden Therapeuten jeglicher Disziplin (Nervenärzte, Psychiater, Psychologen u.a.) im Rahmen des erwähnten Gesamt-Behandlungsplanes auch Medikamente eingesetzt. Dabei haben die früheren (und später verteufelten) Beruhigungsmittel meist nur noch eine „notfall-mäßige“ und vor allem zeitlich begrenzte Funktion. Inzwischen steht auch eine eindrucksvolle Palette medikamentöser Therapiemöglichkeiten zur Verfügung, die man auch nutzen sollte. Im Einzelnen:

### **Antidepressiva**

Die *Antidepressiva*, also die gezielt stimmungsaufhellenden Psychopharmaka gelten inzwischen als die so genannten Arzneimittel der (ersten) Wahl. Sie haben die früher dominierenden Benzodiazepin-Tranquilizer (siehe später) abgelöst und entwickeln - das darf man ruhig einmal so ausdrücken - bei einigen Angststörungsformen geradezu spektakuläre Behandlungserfolge. Zwar sind auch sie nicht ohne Nebenwirkungen zu haben, aber eine Gefahr steht auf jeden Fall nicht zur Diskussion, obgleich sie irrtümlich unnötige Vorbehalte schürt:

Alle Antidepressiva machen nicht süchtig.
---

Welche Antidepressiva werden nun von den Experten für welche Angststörungen empfohlen? Nachfolgend eine Übersicht in Stichworten ohne auf Details einzugehen, denn dies ist Aufgabe der (ärztlichen) Therapeuten.

- **Trizyklische Antidepressiva** (Fachbegriff: nichtselektive Monoamin-Rückaufnahme-Inhibitoren - NSMRI): Sie empfehlen sich vor allem für die Behandlung der Generalisierten Angststörung, der Panikattacken (und der Zwangsstörung, die aber hier nicht erläutert wird). Beispiele mit Substanz-Namen (nicht Handelsnamen, diese bitte beim Therapeuten erfragen): Imipramin, Clomipramin u.a.m.

Leider wird gerade zu Beginn einer solchen Behandlung die Therapietreue oder Einnahmезuverlässigkeit (Fachbegriff: Compliance durch Nebenwirkungen wie Mundtrockenheit, Blutdruckabfall und damit Schwindel, Sehstörungen) Herzrasen u.a. eingeschränkt.

Deshalb sollte man langsam und „einschleichend“ aufdosieren, wie bei der Behandlung von Depressionen auch. Dann aber gilt es die individuell angepasste Dosis herauszufinden. Denn eine Unterdosierung kann den Therapieerfolg untergraben. Meist lassen sich Zahl und Intensität der Nebenwirkungen durch Gewöhnung im Laufe der Zeit so erträglich gestalten, dass dann auch die sinnvolle optimale Dosis ertragen wird.

Wichtig zu wissen: Die Wirkung setzt erst nach ein bis drei Wochen, in einigen Fällen sogar noch später ein (Fachbegriff: Wirklatenz). Wer also zuvor enttäuscht absetzt, macht einen Fehler (weil er vermutlich darüber nicht aufgeklärt wurde).

- **Selektive Serotonin-Rückaufnahme-Inhibitoren – SSRI:** Sie entwickeln ihren größten Therapieerfolg bei Panikattacken und Zwangsstörungen. Beim Panik-Syndrom ist der Behandlungserfolg in der Mehrzahl der Fälle geradezu erstaunlich.

Zu Beginn der Therapie sind aber auch bei dieser Gruppe moderner Antidepressiva mit zwar weniger Nebenwirkungen als bei der älteren Medikamenten-Generation, gleichwohl mit unerwünschten Begleiterscheinungen zu rechnen. Beispiele: Übelkeit, Unruhe, Schlaf- sowie ggf. sexuelle Empfindungsstörungen. Das kann auch hier die Therapietreue untergraben. Doch Ausdauer und Zuverlässigkeit lohnen sich, vor allem bei Panikattacken.

Allerdings setzt auch hier die Wirkung erst nach ein bis drei Wochen (und manchmal sogar später) ein.

- **Reversible MAO-Inhibitoren:** Sie wirken vor allem bei der Sozialphobie, wobei man allerdings höher dosieren und länger behandeln muss als

beispielsweise bei Depressionen. Die bei der älteren Generation dieser Arzneimittel unangenehmen Neben- und ggf. irritierenden Wechselwirkungen zwischen mehreren Arzneimitteln sind hier nicht mehr (so) zu befürchten.

Trotzdem ist auch hier mit Unruhe, Schlafstörungen, Mundtrockenheit, Kopfschmerzen, Schwindelneigung, Magen-Darm-Beschwerden u.a. zu rechnen.

Auch bei den MAO-Inhibitoren setzt die Wirkung frühestens nach ein bis drei Wochen, oftmals auch (viel) später ein.

- **Irreversible MAO-Inhibitoren:** Das ist die ältere Generation der oben dargestellten Antidepressiva, die wegen ihrer zum Teil unangenehmen bis kritischen Neben- und Wechselwirkungen heute nur noch selten eingesetzt werden, und dann meist unter ausdrücklicher Kontrolle eines in dieser Hinsicht erfahrenen Nervenarztes oder Psychiaters. Allerdings werden sie auch nicht völlig abgelehnt, besonders dann, wenn die anderen Antidepressiva nicht zu „greifen“ scheinen.

Gerade bei den Depressionen und Angststörungen wird immer wieder eines deutlich: Das sind besonders „persönliche“ Leiden mit einem sehr individuellen Ursachen- und Auslöser-Spektrum, was oft genug auch nur auf individuelle Behandlungsschemata anspricht. Und diese muss man dann in jedem Einzelfall herauszufinden suchen. Eine unüberwindbare Therapie-Resistenz (Patient spricht auf keinerlei Behandlungsmaßnahme an) ist eher selten. Je mehr der geschulte Therapeut ausprobiert (bei entsprechender Mitarbeit von Patienten und Angehörigen!), desto größer ist schließlich die Erfolgsrate – entsprechende Geduld vorausgesetzt.

## **Beruhigungsmittel (Tranquilizer) vom Typ der Benzodiazepine**

- Die **Benzodiazepin-Tranquilizer** gehören mit zu den ältesten Behandlungsformen bei Angststörungen. Und das hat sich bis heute nicht geändert. Nur hat man inzwischen weitere Therapiemöglichkeiten und kann die Beruhigungsmittel jenen Heilanzeigen vorbehalten, wo sie noch immer unersetzbar sind.

Auf jeden Fall ist die Wirksamkeit der Benzodiazepine bei Panikstörungen, Generalisierter Angststörung und Sozialphobie nachgewiesen – und zwar durch zahlreiche Studien.

Die angstlösende Wirkung setzt sofort ein, insbesondere bei den Panik-Attacken. Die Dauer der Wirkung ist unterschiedlich, je nach so genannter Halbwertszeit (kurz, mittellang und lang, d.h. wenige Stunden bis mehrere Tage). Bei Angststörungen bevorzugt man gerne eine mittlere bis lange Wirkungsdauer.

Benzodiazepine werden gut vertragen und können auch mit praktisch allen anderen Medikamenten kombiniert werden. Was droht (und schon ein Jahr nach der Einführung dieser Arzneimittel bekannt geworden ist, d.h. seit mehr als vier Jahrzehnten) ist eine drohende Suchtgefahr, auch bei gleichbleibend niedriger Dosierung (Fachbegriff: Niedrig-Dosis-Abhängigkeit).

Dies ist aber inzwischen allgemein bekannt. Arzt und Patient sprechen deshalb eine solche Behandlung schon vor Beginn ab, besonders was den erforderlichen Zeitrahmen anbelangt. In speziellen Fällen kann auch eine mehrmonatige bis jahrelange Behandlung gerechtfertigt sein. Dann muss aber der Patient wissen und akzeptieren, welche (Langzeit-)Folgen dies haben kann.

Manchmal werden die Benzodiazepine nicht nur als Notfall-Medikation (z. B. bei Panikattacken) verordnet, sondern auch zur Überbrückung der mehrfach erwähnten Wirklatenz, d.h. wenn die verordneten Antidepressiva erst nach einigen Wochen greifen. Das Gleiche gilt für kurze Belastungen wie z. B. Flugreisen u.a.

### **Weitere Anxiolytika (angstlösende Arzneimittel)**

Zwar gibt es verschiedene Psychopharmaka oder psychotrope Arzneimittel mit Wirkung auf das Zentrale Nervensystem und damit Seelenleben, die in der Bekämpfung der Angststörungen zusätzlich (!) eingesetzt werden können (siehe unten), doch ein gezieltes Anxiolytikum, d.h. konkret angstlösendes Pharmakon gibt es bisher nur mit einer Substanz, nämlich dem so genannten

- **5 HT<sub>1A</sub>-Agonisten Buspiron:** Dieses Arzneimittel ist vor allem bei der Generalisierten Angststörung wirksam, bei anderen Angstformen weniger bis gar nicht.

An Nebenwirkungen ist vor allem mit Benommenheit, Übelkeit, Kopfschmerzen, Nervosität, Schwindelgefühl u.a. zu rechnen. Eine Suchtgefahr liegt nicht vor.

Buspiron muss in der Regel mittel- bis langfristig eingenommen werden.

### **Weitere psychotrope Arzneimittel gegen Angststörungen**

Früher, als man die heutigen Behandlungs-Erkenntnisse noch nicht hatte, wurden verschiedene Arzneimittel versucht, und sicher nicht ganz ohne Erfolg, aber kaum vergleichbar mit dem Therapieeffekt von heute. Um was handelte es sich?

- Vor allem in Deutschland wurden (und werden noch immer) Angststörungen mit **Neuroleptika** (Antipsychotika) behandelt. Das sind Arzneimittel, die als so genannte hochpotente Neuroleptika gegen Psychosen (z. B. Schizophrenien) eingesetzt werden, als mittel- und niederpotente Neuroleptika zur Beruhigung, Schlafförderung und (mehr oder weniger erfolgreich) zur Angstlösung Verwendung finden können. Sie machen nicht abhängig, dafür aber eine Reihe von Nebenwirkungen, die hier nicht weiter erörtert werden sollen (siehe das spezielle Kapitel über *Neuroleptika*), weil man - wie erwähnt - heute auf solche Psychopharmaka bei der Angstbehandlung nicht mehr angewiesen ist.

Auch darf man nicht vergessen, dass eine Angst-Therapie relativ lange dauern kann, und hier drohen dann bei bestimmten Neuroleptika so genannten irreversible Spätdyskinesien. Das sind Bewegungsstörungen bzw. unwillkürliche Bewegungsmuster, die kaum mehr beeinflussbar sind. Dies gilt auch für niedrig dosierte Depot-Injektionen (z. B. so genannte „Wochenspritzen“).

Neuroleptika sollten deshalb - wenn überhaupt und in niedriger Dosierung - nur dann als Alternative in Frage kommen, wenn andere Behandlungsmethoden nicht ansprechen oder wegen bestimmter Nebenwirkungen nicht genutzt werden können.

- **Betarezeptorenblocker:** Sie waren früher vor allem beim körperlichen Beschwerdebild der Angst gefragt, also bei so genannten vegetativen Symptomen wie Herzrasen, Zittern, inneres Beben, Schweißausbrüche usw. Sie wirken aber auch auf den Blutdruck, weshalb es bei Patienten, die nicht selten unter labilen Blutdruckverhältnissen leiden, zu zusätzlichen Beeinträchtigungen kommen kann. Und die eigentliche Angstlösung dieser - dafür aber nicht süchtig machenden - Arzneimittel mit mehreren Heilanzeigen ist nach neueren Erkenntnissen nicht beeindruckend, auch nicht bei der sozialen Phobie (Angst vor den anderen).

Zumindest unter den heutigen Bedingungen sind also Betarezeptorenblocker bei der Angstbehandlung nicht mehr Medikament der (ersten) Wahl.

- **Homöopathische Zubereitungen:** Dafür gibt es nach dem derzeitigen wissenschaftlichen Erkenntnisstand kein Wirksamkeitsnachweis für die Behandlung von Angststörungen. Sie werden aber trotzdem immer wieder eingesetzt und - wie man gelegentlich hört - nicht ohne Erfolg, aus welchen Gründen auch immer. Bei ernsteren Angststörungen pflegen aber auch homöopathisch engagierte Ärzte mit einer solchen Therapie zurückhaltender zu sein.

- **Phytotherapeutika:** Pflanzenheilmittel mit Wirkung auf das Seelenleben werden gerade in Deutschland vermehrt eingesetzt, insbesondere das Johanniskraut bei (leichteren bis mittelschweren) Depressionen und Baldrian, Melisse, Hopfen u.a. zur Beruhigung. Die Nebenwirkungen halten sich (zumeist - s.u.) in Grenzen. Die Wirkung aber auch, vor allem bei jenem Pflan-

zenheilmittel, das man sich besonders zur Behandlung der Angststörungen als erfolgreich erhoffte: das natürliche Kava-Kava oder das synthetische Kavain.

Inzwischen muss man leider folgendes feststellen: Johanniskraut hat keine bedeutsame angstlösende Wirkung (wenn man einmal davon absieht, dass ängstliche Depressionen dann ihre Angst-Belastung verlieren, wenn sich auch die Depression durch Johanniskraut auflöst). Baldrian und andere beruhigende Pflanzenheilmittel können Angststörungen ebenfalls nicht gezielt lindern, bestenfalls (ein wenig) beruhigen. Kava-Kava und Kavain zeigten in entsprechenden Untersuchungen keinen überzeugenden Wirkungsnachweis. Darüber hinaus mussten sie inzwischen wegen ernster Nebenwirkungen (z. B. Leberschäden) vom Markt genommen werden.

So gesehen wird man mit Pflanzenheilmitteln bei Angststörungen eher zurückhaltend sein müssen, selbst wenn es die Patienten verlangen („grüne Kraft der Natur“).

### **Spezielle Therapievorschläge für die einzelnen Angststörungen**

Will man die heutigen Möglichkeiten einer erfolgreichen Pharmakotherapie der Angststörungen auf die einzelnen Untergruppen übertragen, ergibt sich folgendes Schema:

- **Generalisierte (allgemeine) Angststörungen** werden am besten mit der älteren Generation der trizyklischen Antidepressiva behandelt, z. B. Imipramin. Auch das Anxiolytikum (angstlösendes Medikament Buspiron) erweist sich oft als hilfreich. In beiden Fällen aber in individuell angepasster Dosierung (muss für jeden Patienten gesondert herausgefunden werden) und ausreichend lange genutzt.

Sollten diese Arzneimittel nicht erfolgreich sein (Fachbegriff: Therapieresistenz), können in schwereren Fällen die Tranquilizer (Beruhigungsmittel) vom Typ der Benzodiazepine herangezogen werden. Dies im übrigen auch dann, wenn die trizyklischen Antidepressiva und das Buspiron durch ihre Wirklatenz (verzögerter Wirkungseintritt) eine medikamentöse Überbrückung nahelegen.

Im Rahmen des notwendigen Gesamt-Behandlungsplanes empfiehlt sich zusätzlich eine psychotherapeutische Behandlung, am besten mit Schwerpunkt auf der so genannten kognitiven Verhaltenstherapie.

- Bei **akuten Panikanfällen** hilft meist ein Benzodiazepin-Tranquilizer, am besten in Tropfenform oder als so genannte Sublingual-Plättchen (die sich schon unter der Zunge rasch auflösen).

Zur längerfristigen Behandlung der Panikstörung kommen vor allem Antidepressiva vom Typ der selektiven Serotonin-Rückaufnahme-Inhibitoren zum Einsatz, und zwar mit meist erstaunlichem Erfolg. Dasselbe gilt im übrigen auch für die älteren trizyklischen Antidepressiva (z. B. Imipramin) und die modernen Serotonin-Wiederaufnahme-Inhibitoren (z. B. Fluoxetin, Fluvoxamin, Paroxetin, Sertralin, Citalopram).

Sollte dies die Angstanfälle nicht spürbar eindämmen, kann man notfalls auch auf die Benzodiazepin-Tranquilizer zurückgreifen, muss aber die drohende Suchtgefahr im Auge behalten. Dasselbe gilt auch zur Überbrückung des verzögerten Wirkeintritts der Antidepressiva (ein bis drei Wochen, bei Panikattacken allerdings oftmals schon früher). Wenn alle diese Medikamente aber versagen, wird unter fachärztlicher Kontrolle auch ein Versuch mit der älteren Generation der MAO-Inhibitoren empfohlen, in diesem Fall mit Tranylcypromin. Das dürfte allerdings nur noch selten der Fall sein.

Im Rahmen des erforderlichen Gesamt-Behandlungsplans erweist sich in psychotherapeutischer Hinsicht vor allem wieder die kognitive Verhaltenstherapie als günstig. Im übrigen ist es immer wieder erstaunlich, wie erfolgreich gerade bei akuten Angstanfällen ein beruhigendes Gespräch wirken kann.

- Bei der **Agoraphobie**, die sehr häufig mit Panikattacken zusammen auftritt, empfiehlt sich ein ähnliches Therapieschema: Am günstigsten erweisen sich auch hier die älteren trizyklischen Antidepressiva (z. B. Imipramin) und die modernen Serotonin-Wiederaufnahme-Inhibitoren (z. B. Fluoxetin, Fluvoxamin, Paroxetin, Sertralin, Citalopram).

Auch hier greift man bei der allerdings eher seltenen Wirkungslosigkeit dieser Psychopharmaka auf Benzodiazepin-Tranquilizer zurück und achtet auf eine drohende Suchtgefahr, die man vor allem durch möglichst niedrige Dosen (am besten in Tropfenform) in Grenzen zu halten versucht. Auch zur Überbrückung der Wirklatenz sind ggf. Beruhigungsmittel unumgänglich.

Wenn alles nichts hilft, kann auch hier unter fachärztlicher Kontrolle ein Versuch mit dem älteren, so genannten irreversiblen MAO-Inhibitor Tranylcypromin versucht werden.

Unter den nicht medikamentösen Verfahren und zur Verstärkung des empfohlenen Gesamt-Behandlungsplans hat sich bei der Agoraphobie besonders die so genannte Expositionstherapie bewährt (siehe entsprechende Fachliteratur).

- Bei der **Sozialphobie** kann man zum einen auf den so genannten reversiblen selektiven MAO-A-Inhibitor Moclobemid zurückgreifen, zum anderen auch auf Antidepressiva vom Typ der Serotonin-Wiederaufnahme-Inhibitoren (SSRI) wie Fluoxetin, Fluvoxamin, Paroxetin, Sertralin und Citalopram. In nicht weni-

gen Fällen muss die Behandlung aber nicht nur zeitlich ausreichend (also oftmals recht lange), sondern auch höherdosiert als beispielsweise bei Depressionen durchgeführt werden.

In schweren Fällen oder zur kurzfristigen Überbrückung des psychosozial beeinträchtigenden Leidens können auch Benzodiazepin-Tranquilizer eingesetzt werden.

Im Bereich der Verhaltenstherapie haben sich vor allem die Reizüberflutungs- und die kognitive Therapie als erfolgreich erwiesen.

- Bei den zahlreichen Möglichkeiten einer **spezifischen Phobie** ist man medikamentös eher zurückhaltend. Dies ist vor allem die Domäne der Verhaltenstherapie. Hier wird der Patient mit dem angstausslösenden Phänomen konfrontiert, was in der Regel gute bis ausreichende Erfolge gewährleistet.

Nur in seltenen, sehr schwer verlaufenden Fällen ist im Rahmen des Gesamt-Behandlungsplanes auch eine zusätzliche Pharmakotherapie sinnvoll. Hier kommen dann kurzfristig Benzodiazepin-Tranquilizer und mittel- bis langfristig praktisch alle anderen Antidepressiva zum Einsatz, die oben schon besprochen wurden.

## **SCHLUSSFOLGERUNG**

Angststörungen gehören zwar mit den Depressionen inzwischen zu den häufigsten seelischen Erkrankungen in unserer Zeit und Gesellschaft und sind auch in der Mehrzahl der Fälle nicht nur lästig, sondern seelisch, vor allem aber körperlich und psychosozial überaus belastend bis quälend.

Doch die Fortschritte in Diagnose und vor allem Therapie, hier insbesondere durch Psycho- und Pharmakotherapie geben zu der Hoffnung Anlass, dass die meisten der erkannten und behandelten Angsterkrankungen gut in den Griff zu bekommen sind.

Das größte Problem ist nach wie vor das rechtzeitige Erkennen und Akzeptieren eines seelischen Leidens, von dem man sagt, es sei ein Wesensmerkmal unserer Epoche. „Zeitalter der Angst“.

## **LITERATUR**

Noch vor zwei bis drei Jahrzehnten galten die Angststörungen zwar als eine psychiatrisch (konkret: neurosen-psychologisch) bedeutsame seelische Störung, jedoch zahlenmäßig scheinbar eher selten und sogar in den klassischen psychiatrischen Lehrbüchern nur begrenzt abgehandelt (am ehesten zu den

Themen *Angstneurose* und *Phobien*). Das hat sich unter dem Druck einer enormen Zunahme und damit unter verstärkten wissenschaftlichen Bemühungen für Diagnose und Therapie deutlich geändert. Ja, man kann - ähnlich wie bei den Depressionen - behaupten: Nur wenige seelische Leiden haben einen solchen Interessen- und damit auch Informations-Schub erfahren wie die Angststörungen - zum Vorteil für alle Betroffenen, einschließlich Angehörige und Therapeuten.

Das hat sich in einer nicht mehr überblickbaren Vielzahl von Fach- und sogar empfehlenswerten allgemeinverständlichen Sachbüchern niedergeschlagen. Nachfolgend ein nur begrenzter Überblick:

*Agustoni-Hasler, H., M. Schnyder-Erne.: Angst abbauen – Hoffnung säen.* Meyster-Verlag, München 1985

*Anselm, S.: Angst und Solidarität.* Kindler-Verlag, Hamburg 1979

*APA: Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen – DSM-IV.* Hogrefe-Verlag für Psychologie, Göttingen-Bern-Toronto-Seattle 1998

*Arzneimittelkommission der Deutschen Ärzteschaft (Hrsg.): Empfehlungen zur Therapie von Angst- und Zwangsstörungen.* AVP-Sonderheft Therapieempfehlungen, Köln 1999

*Baeyer, W. v., W. v. Baeyer-Katte: Angst.* Suhrkamp-Verlag, Frankfurt 1971

*Balint, M.: Angst, Lust und Regression.* Klett-Verlag, Stuttgart 1959

*Bandelow, B.: Panik und Agoraphobie.* Springer-Verlag, Wien-New York 2001

*Bandelow, B. u. Mitarb.: Handbuch Psychopharmaka.* Hogrefe-Verlag, Göttingen 2000

*Bandelow, B. (Hrsg.): Angst- und Panikerkrankungen.* Uni-Med-Verlag, Bremen 2002

*Battegay, R.: Angst und Sein.* Hippokrates-Verlag, Stuttgart 1976

*Becker, P.: Studien zur Psychologie der Angst.* Beltz-Verlag, Weinheim-Basel 1980

*Benedetti, G. u. Mitarb.: Die Angst.* Rascher-Verlag, Zürich-Stuttgart 1959

*Berckhan, B. u. Mitarb.:* **Schreck lass nach ! Was Frauen gegen Redeangst und Lampenfieber tun können.** Kösel-Verlag, München 1993

*Bierbaumer, N.:* **Neuropsychologie der Angst.** Urban & Schwarzenberg-Verlag, München-Berlin-Wien 1973

*Bitter, W.:* **Die Angstneurose.** Kindler-Verlag, München 1971

*Blonsky, H. (Hrsg.):* **Alte Menschen und ihre Ängste. Ursachen, Behandlung, praktische Hilfen.** Ernst Reinhardt-Verlag, München-Basel 1995

*Boesch, E. E.:* **Zwischen Angst und Triumph.** Huber-Verlag, Bern-Stuttgart-Wien 1975

*Boerner, R. J.:* **Behandlung von Angststörungen.** In: H. J. Möller (Hrsg.): Therapie psychiatrischer Erkrankungen. Thieme-Verlag, Stuttgart-New York 2000.

*Boerner, R. J.:* **Antidepressiva bei nicht-depressiven Erkrankungen. Pharmakotherapie der Angststörungen.** In: P. Riederer u. Mitarb. (Hrsg.): Neuropsychopharmaka, Band III. Springer-Verlag, Wien-New York 2001

*Braasch, F.:* **Warum Angst?** Herder-Verlag, Freiburg 1980

*Breton, S.:* **Angst als Krankheit. Angstanfälle, Panikattacken, Platzangst.** TRIAS-Verlag, Stuttgart 1989

*Brody, S., S. Axelrad:* **Angst und Ich-Bildung in der Kindheit.** Klett-Verlag, Stuttgart 1974

*Buttlow, W.:* **Chronische Angst.** Urban & Schwarzenberg-Verlag, München-Wien-Baltimore 1979

*Buttlow, W.:* **Die Angst ist eine Kraft.** Pieper-Verlag, München-Zürich 1984

*Condrau, G.:* **Angst und Schuld.** Huber-Verlag, Bern-Stuttgart 1962

*Dengler, W., H. K. Selbmann (Hrsg.):* **Praxisleitlinien in Psychiatrie und Psychotherapie.** Band 2: Leitlinien zur Diagnostik und Therapie von Angst-erkrankungen. Steinkopff-Verlag, Darmstadt 2000

*Dietfurth, H. von (Hrsg.):* **Aspekt der Angst.** Thieme-Verlag, Stuttgart 1965

*Diettmmer, T.L.J.:* **Angstsyndrome erkennen - Angst und Spannung lösen.** Hoechst-Verlag, Frankfurt 1980

*Expertenkreis zur Erarbeitung eines Stufenplans zur Diagnose und Therapie von Angstkrankheiten: **Angst-Manual**. Kybermed-Verlag, Emsdetten 1994*

*Faust, V. (Hrsg.): **Angst - Furcht - Panik**. Hippokrates-Verlag, Stuttgart 1986*

*Faust, V. (Hrsg.): **Psychiatrie. Ein Lehrbuch für Klinik, Praxis und Beratung**. Gustav Fischer-Verlag, Stuttgart-Jena-New York 1996*

*Faust, V. u. Mitarb.: **Depressionsfibel**. Gustav Fischer-Verlag, Stuttgart-Jena-New York 1997*

*Faust, V., H. Baumhauer: **Medikamente und Psyche. Eine allgemeinverständliche Einführung in Neuroleptika, Antidepressiva, Beruhigungsmittel, Lithiumsalze**. Wiss. Verlagsges., Stuttgart 1995*

*Faust, V.: **Psychopharmaka. Arzneimittel mit Wirkung auf das Seelenleben**. TRIAS-Verlag, Stuttgart 1994*

*Fensterheim, H., J. Baer: **Leben ohne Angst. Unsicherheiten, Ängste, Phobien erkennen, verstehen, beherrschen**. Mosaik-Verlag, München 1980*

*Florin, I., L. v. Rosenstiel: **Leistungsstörung und Prüfungsangst. Ursachen und Behandlung**. Wilhelm Goldmann-Verlag, München 1976*

*Florin, I., W. Tunner (Hrsg.): **Therapie der Angst. Systematische Desensibilisierung**. Urban & Schwarzenberg-Verlag, München-Berlin-Wien 1975*

*Flöttmann, H. B.: **Angst - Ursprung und Überwindung**. Kohlhammer-Verlag, Stuttgart-Berlin-Köln 1989*

*Freud, S.: **Hemmung, Symptom und Angst**. Kindler-Verlag, München 1978*

*Gastpar, M. u. Mitarb.: **Clomipramin – Bilanz und Perspektive**. Thieme-Verlag, Stuttgart 1996*

*Götze, P.: **Leitsymptom Angst**. Springer-Verlag, Berlin-Heidelberg-New York 1984*

*Grossmann, K.E.R., R. Winkel: **Angst und Lernen**. Kindler-Verlag, München 1977*

*Helmchen, H., M. Linden (Hrsg.): **Die Differenzierung von Angst und Depression**. Springer-Verlag, Berlin-Heidelberg-New York 1986*

*Helmchen, H. u. Mitarb. (Hrsg.):* **Psychiatrie der Gegenwart. Band 6: Erlebens- und Verhaltensstörungen, Abhängigkeit und Suizid.** Springer-Verlag, Berlin-Heidelberg-New York 2000

*Hennofer G. K., D. Heil:* **Angst überwinden. Selbstbefreiung durch Verhaltenstraining.** Rowohlt-Verlag, Reinbek bei Hamburg 1975

*Hexal-Ratgeber:* **Angst - Angsterkrankungen - Behandlungsmöglichkeiten.** Karger-Verlag, Basel 1995

*Hippius, H. u. Mitarb (Hrsg.):* **Angst - Leitsymptom psychiatrischer Erkrankungen.** Springer-Verlag, Berlin-Heidelberg-New York 1988

*Hoefert, H. W. u. Mitarb. (Hrsg.):* **Angst - Panik - Depression.** Quintessenz-Verlag, München 1993

*Holsboer, F., M. Philipp (Hrsg.):* **Angststörungen, Pathogenese - Diagnostik - Therapie.** SM-Verlag, Gräfelfing 1993

*Huber, A.:* **Stichwort Angst.** Wilhelm Heyne-Verlag: München 1995

*Jacobs, B., P. Strittmatter:* **Der schulängstliche Schüler.** Urban & Schwarzenberg-Verlag, München 1979

*Janke, W., P. Netter (Hrsg.):* **Angst und Psychopharmaka.** Kohlhammer-Verlag, Stuttgart-Berlin-Köln-Mainz 1986

*Kasper, S., H. J. Möller (Hrsg.):* **Angst- und Panikerkrankungen.** Gustav Fischer-Verlag, Jena-Stuttgart 1995

*Kielholz, P., C. Adams (Hrsg.):* **Die Vielfalt von Angstzuständen.** Deutscher Ärzte-Verlag, Köln 1989

*Klein, H. E., H. Hippius:* **Angst - Diagnostik und Therapie.** Adam Pharma-Verlag, Essen 1983

*König, K.:* **Angst und Persönlichkeit.** Verlag für Medizinische Psychologie im Verlag Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen 1981

*König, K.:* **Angst und Persönlichkeit.** Verlag Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen-Zürich 1996

*Kriebel, R.:* **Sprech-Angst.** Kohlhammer-Verlag, Stuttgart-Berlin-Köln-Mainz 1984

*Kriz, J.:* **Grundkonzepte der Psychotherapie.** Psychologie-Verlags-Union, München 1989

*Krohne, H. W.:* **Angst bei Schülern und Studenten.** Hoffmann & Campe-Verlag, Hamburg 1977

*Krohne, H. W.:* **Angst und Angstverarbeitung.** Kohlhammer-Verlag, Stuttgart-Berlin-Köln-Mainz 1975

*Krohne, H. W.:* **Theorien zur Angst.** Kohlhammer-Verlag, Stuttgart-Berlin-Köln-Mainz 1976

*Kurz, A. (Hrsg.):* **Angst im Alter.** MMV, München 1993

*Lahmann, F.:* **Unsere Ängste und ihre Ursachen.** Ernst Reinhardt-Verlag, München-Basel 1981

*Lazarus-Mainka, G.:* **Psychologische Aspekte der Angst.** Kohlhammer-Verlag, Stuttgart-Berlin-Köln-Mainz 1976

*Levit, E. E.:* **Die Psychologie der Angst.** Kohlhammer-Verlag, Stuttgart-Berlin-Köln-Mainz 1976

*Linden, M., M. Hautzinger (Hrsg.):* **Verhaltenstherapie.** Springer-Verlag, Berlin-Heidelberg-New York 1993

*Lowen, A.:* **Angst vor dem Leben.** Kösel-Verlag, München 1986

*Margraf, J. (Hrsg.):* **Lehrbuch der Verhaltenstherapie.** Springer-Verlag, Berlin-Heidelberg-New York 1996

*Margraf, J. u. Mitarb. (Hrsg.):* **Diagnostisches Interview bei psychischen Störungen (DIPS).** Springer-Verlag, Berlin-Heidelberg-New York 1994

*Margraf, J. S. Schneider:* **Angstanfälle und ihre Behandlung.** Springer-Verlag, Berlin-Heidelberg-New York 1990

*Margraf, J.:* **Mini-DIPS. Diagnostisches Kurz-Interview bei psychischen Störungen.** Springer-Verlag, Berlin-Heidelberg-New York 1994

*Margraf, J. (Hrsg.):* **Lehrbuch der Verhaltenstherapie.** Springer-Verlag, Berlin-Heidelberg-New York 2000

*Marks, I.:* **Ängste. Verstehen und bewältigen.** Springer-Verlag, Berlin-Heidelberg-New York 1993

*May, R.:* **Antwort auf die Angst. Leben mit einer verdrängten Dimension.** Deutsche Verlags-Anstalt, Stuttgart 1982

*Mentzos, S. (Hrsg.):* **Angstneurose.** Fischer-Verlag, Frankfurt 1994

*Meyer, J. E.:* **Todesangst und das Todesbewusstsein der Gegenwart.** Springer-Verlag, Berlin-Heidelberg-New York 1979

*Morschitzky, H.:* **Angststörungen.** Springer-Verlag, Wien-New York 2002

*Neumann, J.:* **Leben ohne Angst.** Hippokrates-Verlag, Stuttgart 1949

*Nissen, G. (Hrsg.):* **Angsterkrankungen und Therapie.** Huber-Verlag, Bern-Göttingen-Toronto-Seattle 1995

*Pacharzina, K. (Hrsg.):* **Aids und unsere Angst.** Rowohlt-Verlag, Reinbek bei Hamburg 1986

*Payk, T. R. (Hrsg.):* **Angsterkrankungen.** Schattauer-Verlag, Stuttgart-New York 1994

*Pöl, W. (Hrsg.):* **Angst und Angstbewältigung.** Hans Huber-Verlag, Bern-Stuttgart-Toronto 1988

*Priest, R.:* **Angst & Depressionen.** Orac-Verlag, Wien 1985

*Quant, J., K. H. Hiller :* **Depression und Angst.** Ullstein-Verlag, Berlin 1995

*Rachman, S.:* **Angst - Formen - Ursachen und Therapie.** Urban & Schwarzenberg-Verlag, München-Berlin-Wien 1975

*Reinecker, H.:* **Phobien.** Hogrefe-Verlag, Göttingen-Bern-Toronto-Seattle 1993

*Reinecker, H.:* **Zwänge.** Hans Huber-Verlag, Bern 1992

*Renggli, F.:* **Angst und Geborgenheit.** Rowohlt-Verlag, Reinbek bei Hamburg 1974

*Revenstorf, D.:* **Psychotherapeutische Verfahren. Band 1 bis 4.** Kohlhammer-Verlag, Stuttgart-New York 1994/1995

*Riemann, F.:* **Grundformen der Angst.** Ernst Reinhardt-Verlag, München-Basel 1994

*Rost, W., A. Schulz:* **Unsere alltäglichen Ängste.** Südwest-Verlag, München 1993

*Saigh, P. A. (Hrsg.): Posttraumatische Belastungsstörung. Diagnose und Behandlung psychischer Störungen bei Opfern von Gewalttaten und Katastrophen.* Hans Huber-Verlag, Bern-Göttingen-Toronto-Seattle 1995

*Schatzman, M.: Die Angst vor dem Vater. Langzeitwirkung einer Erziehungsmethode.* Rowohlt-Verlag, Reinbek bei Hamburg 1974

*Schmidt-Traub, S.: Angst bewältigen, Selbsthilfe bei Panik und Agoraphobie.* Springer-Verlag, Berlin-Heidelberg-New York 1995

*Schnepfen, A.: Die neue Angst der Deutschen.* Eichborn-Verlag, Frankfurt 1994

*Schultz, H. J.: Angst. Facetten eines Urgefühls.* Deutscher Taschenbuch-Verlag dtv, München 1995

*Schwarzer, R.: Stress, Angst und Hilflosigkeit.* Kohlhammer-Verlag, Stuttgart-Berlin-Köln-Mainz 1981

*Sedlmayr-Länger, E.: Klassifikation von klinischen Ängsten.* Hogrefe-Verlag, Göttingen-Toronto-Zürich 1985

*Semler, D.: Die Lust an der Angst. Warum Menschen sich freiwillig extremem Risiko aussetzen.* Wilhelm-Heine-Verlag, München 1994

*Senf, W., M. Broda (Hrsg.): Praxis der Psychotherapie. Ein integratives Lehrbuch für Psychoanalyse und Verhaltenstherapie.* Thieme-Verlag, Stuttgart-New York 1996

*Sörensen, M.: Einführung in die Angstpsychologie.* Deutscher Studien-Verlag, Weinheim 1993

*Spielberger, C.: Stress und Angst - Risiko unserer Zeit.* Beltz-Verlag, Weinheim-Basel 1980

*Strian, F.: Angst - Grundlagen und Klinik.* Springer-Verlag, Berlin-Heidelberg-New York 1983

*Strian, F.: Angst und Angstkrankheiten.* C. H. Beck-Verlag, München 1995

*Strotzka, H. (Hrsg.): Psychotherapie. Grundlagen-Verfahren-Indikationen.* Urban & Schwarzenberg-Verlag, München 1995

*Szekely, L.: Denkverlauf, Einsamkeit und Angst.* Hans Huber-Verlag, Berlin-Stuttgart-Wien 1974

*Tamm, J.:* **Angst und Subjektivität.** Hans Huber-Verlag, Bern-Stuttgart-Wien 1974

*Tausch, A. M.:* **Gespräche gegen die Angst.** Rowohlt-Verlag, Reinbek bei Hamburg 1985

*Walter, H.:* **Angst bei Schülern.** Wilhelm Goldmann-Verlag, München 1977

*Whitehead, T.:* **Angst ist heilbar. Phobien, was sie sind und wie man damit fertig wird.** Albert Müller-Verlag, Rüschlikon-Zürich-Stuttgart-Wien 1981

*WHO:* **Internationale Klassifikation psychischer Störungen – ICD-10.** Verlag Hans Huber, Bern-Göttingen-Toronto 2000

*Wittchen, H. U., D. v. Zerssen:* **Verläufe behandelter und unbehandelter Depressionen und Angststörungen.** Springer-Verlag, Berlin-Heidelberg-New York 1988

*Wlazlo, Z.:* **Soziale Phobie.** Karger-Verlag, Basel-Freiburg 1995

*Wolman, B.:* **Die Ängste des Kindes.** S. Fischer-Verlag, Frankfurt 1979

*Wunderlich, H. P. (Hrsg.):* **Angst – Anfall – Aggression.** W. Zuckschwerdt-Verlag, München-Bern-Wien-New York 1993