

Angst ist ein emotionaler Zustand, der durch erhöhte Aktivität des autonomen Nervensystems, Selbstwahrnehmung von Erregung und körperlicher Anspannung, Bedrohungerleben (körperliche oder Selbstwertbedrohung) und verstärkte Besorgnis gekennzeichnet ist. Typische **vegetative Angstsymptome** sind:

1. Herzklopfen/erhöhte Herzfrequenz
2. Schweißausbrüche
3. fein- oder grobschlägiger Tremor (Zittern)
4. Mundtrockenheit

Angst wird ausgelöst durch äußere Angstreize (z.B. eine bedrohliche Situation), innere Angstgründe (z.B. katastrophisierende Gedanken) und Aufschaukelungsprozesse aus dem Zusammenspiel von äußeren und inneren Reizen. Grundsätzlich kann man zwischen normaler und pathologischer Angst unterscheiden. Normale Angst ist ein hoch funktionales Gefühl, es warnt uns vor Gefahren und bereitet den Körper auf eine Flucht- oder Kampfreaktion vor. **Merkmale pathologischer Angst** (nach Lieb und Wittchen):

1. unbegründete, unangemessen starke und häufige Angst, die
2. konsistent und überdauernd (d.h. chronisch) ist,
3. Vermeidungsverhalten begründet und
4. zu einer massiven Beeinträchtigung der Lebensqualität führt.

Bis zu 25% der Bevölkerung entwickeln im Laufe ihres Lebens eine Angststörung. Der Erkrankungsbeginn liegt in der Regel vor dem 35., meist zwischen dem 10. und 25. Lebensjahr. Frauen sind insgesamt doppelt so häufig betroffen wie Männer. Zu den allgemeinen **Risikofaktoren** zählen:

- Single (ledig, geschieden, verwitwet)
- geringe Schul- und Berufsausbildung, arbeitslos oder Hausmann/-frau
- geringe finanzielle Ressourcen
- belastende Lebensereignisse, z.B. Verlust einer Partnerschaft
- Elternteil mit psychischer Störung, z.B. mit Depression (genetische Vulnerabilität) oder Angststörung (am Modell der Eltern wird gelernt)
- phobische Ängste oder Trennungsangst im Kindesalter
- temperamentsbedingte Verhaltenshemmung mit erhöhter vegetativer Erregbarkeit

Bestimmte **neurobiologische Voraussetzungen** begünstigen die Entwicklung von Angststörungen:

- erhöhte, genetisch bedingte oder erlernte Interozeptionsfähigkeit (Wahrnehmung innerer körperlicher Reize)
- erhöhte Sensitivität der Chemorezeptoren (z.B. der CO₂-Sensoren, die den Kohlendioxidgehalt im Blut messen und darüber die Atmung regulieren)
- mangelnde körperliche Fitness
- erhöhtes Ausgangsniveau von Angst und Aktivierung (wer „gestresst“ ist, überschreitet schneller die Angstschwelle als jemand, der ausgeglichen ist)
- eingeschränkte Herzratenvariabilität

- neuronale Schaltkreise, die mit negativen Gefühlen und Vermeidung zusammen hängen, sind besonders gut gebahnt und leicht aktivierbar
- habituelle dysfunktionale kognitive Prozesse (gewohnte „ungesunde“, nicht hilfreiche mentale Verarbeitungsprozesse, z.B. regelmäßige Aufmerksamkeitslenkung auf Gefahrenreize, Assoziation mit Gefahr)

Angstsymptome können auch durch **körperliche Erkrankungen** oder Substanzeinflüsse verursacht werden: Schilddrüsenüberfunktion, Unterzuckerung, Nierenerkrankung (Hyperkaliämie), Atemwegserkrankungen, Herz-Rhythmus-Störungen, Angina pectoris, Herzinfarkt, Gleichgewichtsstörungen, Lagerungsschwindel, Migräne, Druckkopfschmerz, Multiple Sklerose, Substanzmissbrauch (z.B. Cannabis) oder – unverträglichkeit (z.B. Koffein), Allergien oder Nahrungsmittelunverträglichkeit. Bei anderen **psychischen Störungen** können ebenfalls Angstsymptome auftreten: Depression, Schizophrenie, somatoforme Störungen, Trauma oder Zwang.

Angststörungen werden im ICD-10 grob unterteilt in phobische und sonstige Angststörungen. Bei **phobischen Störungen** wird Angst ausschließlich oder überwiegend durch bestimmte, im Allgemeinen ungefährliche Situationen oder Objekte außerhalb des Betroffenen hervorgerufen. Sie wird nicht dadurch abgemildert, dass andere Menschen diese Situationen oder Objekte als ungefährlich oder nicht bedrohlich betrachten. Die Situationen oder Objekte werden gemieden oder voller Angst ertragen. Allein die Vorstellung einer Konfrontation erzeugt Erwartungsangst (Angst vor der Angst). Unterschieden werden Agoraphobie, soziale Phobie und spezifische Phobien.

Leitsymptom der **Agoraphobie** ist die anhaltende Furcht vor oder Vermeidung von mind. zwei der folgenden Situationen: Menschenmengen, offene Plätze, Reisen mit weiter Entfernung von zu Hause, Reisen ohne Begleitung. Eine Agoraphobie kann ohne Panikstörung (nur 2-3 Paniksymptome) oder mit Panikstörung (mind. 4 Paniksymptome) vorliegen. Angst bzw. Vermeidung beziehen sich auf Orte, von denen eine Flucht schwierig oder peinlich sein könnte oder wo im Falle eines Panikanfalls oder panikartiger Symptome Hilfe nicht erreichbar sein könnte.

Bei einer **sozialen Phobie** besteht entweder eine deutliche Angst, im Zentrum der Aufmerksamkeit zu stehen oder sich peinlich oder beschämend zu verhalten oder eine deutliche Vermeidung derartiger Situationen. Auf körperlicher Ebene zeigen sich zumindest zu Beginn der Erkrankung mind. zwei Paniksymptome; dazu kommt noch mindestens eines der folgenden: Erröten oder Zittern, Angst zu Erbrechen oder Miktions- bzw. Defäkationsdrang (Einnässen/Einkoten) bzw. Angst davor. Es lassen sich vier Formen sozialer Angst unterscheiden:

1. Leistungsangst
2. Kontaktangst
3. Behauptungsangst
4. Beobachtungsangst

Die Kontinuitätshypothese (Reich) besagt, dass fließende Übergänge zwischen normaler Schüchternheit, sozialer Phobie und ängstlicher (vermeidender) Persönlichkeitsstörung bestehen, dass es sich also um unterschiedlich starke Ausprägungen auf der Dimension „soziale Angst“ handelt.

Hauptmerkmal von **spezifischen Phobien** ist eine deutliche Furcht vor einem bestimmten Objekt oder einer bestimmten Situation (außer Agoraphobie oder sozialer Phobie) oder eine deutliche Vermeidung solcher Objekte und Situationen. Es zeigen sich zumindest zu Beginn der Erkrankung mind. zwei Symptome der Panikliste. Die Symptome sind auf das gefürchtete Objekt bzw. die gefürchtete Situation oder auf Gedanken daran beschränkt. Unterschieden werden spezifische Phobien vom

- Tier-Typus (z.B. Insekten, Vögel, Hunde, Schlangen),
- Umwelt-Typus (z.B. Gewitter, Dunkelheit, Höhen, Wasser),
- Blut-Spritzen-Verletzungs-Typus
- und andere (z.B. phobische Vermeidung von Situationen, die zum Ersticken, Erbrechen oder zum Erwerb einer Krankheit führen könnten).

Bei den **sonstigen Angststörungen** (Panikstörung, generalisierte Angststörung, Angst und depressive Störung gemischt) sind die Hauptsymptome der Angst nicht auf bestimmte Umgebungssituationen begrenzt. Depressive und zwanghafte Symptome und Elemente phobischer Angst sind weniger ausgeprägt oder haben sich eindeutig sekundär (als Folgeerscheinung) entwickelt.

Die Diagnose **Panikstörung** kann bei wiederholten Panikanfällen (mehrere schwere Anfälle innerhalb eines Monats) gestellt werden. Dabei müssen mind. vier Symptome der folgenden Liste und davon mindestens eines der ersten vier genannten vegetativen Symptome auftreten:

1. Herzklopfen/erhöhte Herzfrequenz
2. Schweißausbrüche
3. fein- oder grobschlägiger Tremor
4. Mundtrockenheit
5. Atembeschwerden
6. Beklemmungsgefühl
7. Thoraxmissempfindungen/-schmerzen (Lungen-/Brustschmerz)
8. abdominale Missempfindungen (im Bauchraum)
9. Schwindel, Unsicherheit, Schwäche, Benommenheit
10. Derealisation/Depersonalisation (Erleben z.B. „wie im Film“ oder „als würde der eigene Körper nicht zu einem gehören“)
11. Angst vor Kontrollverlust oder verrückt zu werden
12. Angst zu sterben
13. Hitzegefühle oder Kälteschauer
14. Gefühllosigkeit oder Kribbelgefühle

Die Panikanfälle treten oft spontan auf und sind nicht ausschließlich auf ein bestimmtes Objekt oder eine spezifische Situation, eine reale Gefahr oder besondere Anstrengung bezogen. Sie beginnen abrupt, erreichen innerhalb weniger Minuten ein Maximum und dauern mind. einige Minuten an. Zwischen den Panikanfällen bestehen weitgehend angstfreie Zeiträume, wobei eine ständige Erwartungsangst vor einer erneuten Attacke besteht.

Die Symptomatik einer **generalisierten Angststörung** äußert sich in einer seit mind. sechs Monaten bestehenden übergroßer Sorge über zukünftiges Unglück und entsprechende Vorahnungen (Angehörige könnten z.B. demnächst erkranken oder ver-

unglücken, unbegründete Geldsorgen, übertriebene Sorgen um die Leistungsfähigkeit in der Schule oder im Beruf), Nervosität (ständige geistige Übererregbarkeit, erhöhte Aufmerksamkeit und Gereiztheit angesichts der unkontrollierbaren Befürchtungen, Schreckhaftigkeit) und Konzentrationsschwierigkeiten oder Vergesslichkeit. Zusätzlich liegen erhöhte motorische Spannung (diese zeigt sich z.B. in körperlicher Unruhe, Spannungskopfschmerz, Unfähigkeit zu entspannen mit schneller Ermüdbarkeit und Erschöpfung) und vegetative Übererregung vor (Anzeichen dafür sind z.B. Schwindel, Benommenheit, Atemnot oder Atembeschleunigung, Herzrasen, Schlafstörungen, Schwitzen, Frösteln, Magen-Darm-Beschwerden, Harndrang, Mundtrockenheit, oder das Gefühl, einen „Kloß im Hals“ zu haben).

Angst und depressive Störung, gemischt: Diese Diagnose wird nur vergeben, wenn keine der beiden Störungen ein Ausmaß erreicht, das eine entsprechende Einzeldiagnose rechtfertigt. Bei stärker ausgeprägter Symptomatik wird die vorrangige Einzeldiagnose oder eine Doppeldiagnose vergeben.

Im Zusammenhang mit Entstehung und Aufrechterhaltung von Angsterkrankungen wurden zahlreiche **Störungsmodelle** entwickelt. Auf einige möchte ich im Folgenden eingehen:

- *Zwei-Faktoren-Modell (Mowrer):*
Ein ursprünglich neutraler Reiz, z.B. eine Fahrt mit der U-Bahn, wird mit einem Angst auslösenden Ereignis gekoppelt, z.B. einem plötzlich auftretenden Schwindelgefühl. Der zuvor neutrale Reiz „U-Bahn“ hat nun symbolische Bedeutung und damit eine bedrohliche Signalfunktion erhalten. Bei der nächsten Fahrt besteht die angstvolle Befürchtung, einen erneuten Schwindelanfall zu erleiden. Wird dann fluchtartig die U-Bahn verlassen, lässt die Angst unmittelbar nach, das Fluchtverhalten wird also belohnt. Dies führt zum einen zu einer steigenden Erwartungsangst hinsichtlich folgender Fahrten, zum anderen zur Vermeidung von ähnlichen Situationen und damit zur Ausweitung und zum Fortbestehen der Angst, da keine korrigierende Erfahrung gemacht werden kann. Allerdings können nicht alle Angstpatienten im Vorfeld des Auftretens ihrer Erkrankung tatsächlich ein auslösendes Ereignis benennen. Außerdem lösen nur bestimmte Reizkonstellationen Angst aus.
- *Preparedness-Theorie (Seligman):*
Es besteht eine biologische Prädisposition hinsichtlich bestimmter Reize entsprechend einem evolutionären Prinzip. Danach werden bestimmte Verbindungen von Reizsituationen und Angsterleben rascher, leichter und stabiler gelernt. Beispielsweise entwickelt sich eher eine Angst vor Enge, Höhe oder Spinnen als eine Angst vor Kuscheltieren.
- *Soziale Lerntheorie (Bandura):*
Ängste werden durch Beobachtungs- und Imitationslernen erworben. Mittels Beobachtung eines Modells (insbesondere von Respektsperson, z.B. einem Elternteil), das in bestimmten Situationen mit Angst reagiert, können stellvertretend die Angstreaktionen und die unangemessenen Bewältigungsversuche (z.B. Flucht, Medikamente) gelernt werden. Ebenso wirkt stellvertretende Belohnung (das Modell erhält z.B. fürsorgliche Zuwendung).
- *Teufelskreis der Angst (Margraf & Schneider):*
Bei einem Angstanfall kommt es zu einem typischen Aufschaukelungsprozess. Ein äußerer Reiz (z.B. ein Objekt oder eine Situation) oder ein innerer Vorgang

(z.B. körperliche Missempfindung) wird wahrgenommen und als bedrohlich bewertet. Auf die wahrgenommene Bedrohung wird emotional mit Angst bzw. Panik reagiert. Dies löst bestimmte körperliche Veränderungen aus, die z.B. über die Ausschüttung von Stresshormonen Herzschlag und Atemfrequenz steigen lassen, zu Schweißausbrüchen und Schwindelgefühlen führen. Die Wahrnehmung dieser körperlichen Veränderungen wird wiederum als bedrohlich bewertet, die Angst steigt weiter an usw. Der beschriebene Teufelskreis läuft sehr schnell ab und wird meist mehrfach durchlaufen.

- **Ausbildung eines Angst-Netzwerks (Foa et al.)**
Angstvolle Ereignisse werden mit allen situativen Merkmalen in den Furchtstrukturen des Gedächtnisses zusammen mit der emotionalen Bedeutung und den körperlichen Reaktionen darauf gespeichert. Aktiviert eine neue Situation aufgrund ähnlicher Merkmale diese Erinnerung, so werden auch die damit verbundenen Gefühle und Körperempfindungen ausgelöst. Vermeidungsverhalten verhindert korrigierende Erfahrungen der Netzwerkstruktur.
- **Drei-Faktoren-Modell der generalisierten Angststörung (Becker & Margraf)**
 1. Vulnerabilität: allgemeine Veranlagung zu erhöhter Ängstlichkeit in Verbindung mit individuellen Lernerfahrungen (z.B. ängstlich-besorgtes Elternteil)
 2. auslösende Bedingungen: belastendes Lebensereignis (z.B. Trennung oder schwere Krankheit) oder anhaltende Überforderung
 3. aufrechterhaltende Bedingungen: Angst verstärkende Denkmuster (bedrohliche Reize werden schneller wahrgenommen, mehrdeutige Situationen werden eher als bedrohlich und weniger kontrollierbar eingeschätzt, geringe Kompetenzerwartung, geringe Unsicherheitstoleranz, positive Annahme über Sorgen als Mittel zur Erhöhung der Sicherheit), Kontrollversuche über die belastend erlebten Sorgen (Ablenkung, Vermeidungsverhalten, Rückversicherung und Gedankenunterdrückung verhindern die Erfahrung, dass auch ohne Kontrollversuche die Katastrophe nicht eingetreten wäre).

Abschließend möchte ich noch wesentliche **Therapieelemente** bei der Behandlung der verschiedenen Angststörungen kurz darstellen.

- Gibt es konkrete gegenwärtige Auslöser für die Angstreaktion, so wie das bei allen phobischen Störungen der Fall ist, dann ist der „Königsweg“ die *Exposition in vivo*, das heißt, das gezielte Aufsuchen der gefürchteten Situationen, um eine korrigierende Lernerfahrung zu machen. Vorbereitend wird eine Angsthierarchie erstellt, in der die gefürchteten Situationen entsprechend ihres Schwierigkeitsgrades in eine Rangfolge gebracht werden. Bei der graduierten Exposition werden, ausgehend von einem mittleren Schwierigkeitsgrad, Situationen mit zunehmender Schwierigkeit eingeübt, bei einer massierten Exposition („Flooding“) erfolgt eine Konfrontation mit dem stärksten Angstreiz. Wichtig dabei ist, dass kein Flucht- oder Vermeidungsverhalten auftritt und es so zu einer deutlichen Angstreduktion *in der jeweiligen Situation* kommt. Alternativ - wenn z.B. die gefürchtete Situation nicht so einfach im Umfeld aufgesucht werden kann oder als Vorbereitung auf das Einüben in der „realen Welt“ - kommt auch eine *Exposition in sensu* (in der Vorstellung) oder die Einübung neuer Verhaltensweisen im *Rollenspiel* infrage.
- Insbesondere bei Panikanfällen ist eine *Konfrontation mit den internen Auslösern* der Panikanfälle sinnvoll. Im Rahmen von Verhaltensexperimenten, in denen nach entsprechender Provokation die Aufmerksamkeit auf die entste-

henden Körpersensationen gelenkt wird, soll ein besserer Umgang mit unangenehmen angsttypischen Körpersensationen erlernt werden. Beispiele hierzu sind der Hyperventilationstest (um zu überprüfen, ob verstärkte Atmung Panik auslösen kann und wie die Symptome besser ertragen bzw. reguliert werden können), das Drehstuhlexperiment (zur Schwindelprovokation) oder der körperliche Belastungstest zur Provokation von Herzrasen und Hitzegefühlen.

- Bei der generalisierten Angststörung ist die *Sorgenkonfrontation* das zentrale Therapieelement. Die Patienten setzen sich dabei gezielt mit ihren Befürchtungen und deren schlimmstmöglichem Ausgang auseinander. Die dabei auftretende Angst soll ausgehalten werden, bis sie im Sinne eines Gewöhnungseffekts deutlich absinkt. Ebenso wichtig ist der Abbau des Vermeidungs- und Rückversicherungsverhaltens (z.B. nicht mehr dreimal täglich den Partner im Büro anrufen, um zu fragen, ob auch wirklich alles in Ordnung ist).
- Mit *kognitiven Methoden* werden die typischen Angst machenden Gedanken, die während eines Panikanfalls auftreten, und die mit der Angststörung in Zusammenhang stehenden Grundüberzeugungen bearbeitet. So werden z.B. alternative Erklärungen für körperliche Missempfindungen, die der Patient bisher als bedrohliche Anzeichen eines bevorstehenden Herzinfarkts gedeutet hat, gesucht oder das Bedürfnis nach 100%iger Sicherheit erörtert.
- Weitere mögliche Therapiemaßnahmen sind Training von sozialer Kompetenz und emotionalem Ausdruck, Verbesserung der Problemlösefertigkeiten, bei Prüfungsängsten auch Vermittlung von Lern- und Arbeitstechniken, Entspannungstraining, bei Blut- und Spritzenphobien auch Anspannungstechniken, um der vorhandenen Ohnmachtsneigung entgegen zu steuern, Verbesserung der körperlichen Fitness und Verringerung von Kaffee-, Alkohol- und Tabakkonsum, ggf. ergänzende medikamentöse Therapie.