

# **"Ursachen und Entstehungsbedingungen von Angststörungen"**

**Julian Kurzidim**

**Diplomarbeit, FH Braunschweig-Wolfenbüttel**

**WS 2003/2004**

**[www.kurzidim.de](http://www.kurzidim.de)**

## **Vorwort**

Nach langer Studienzeit bin ich endlich so weit, mit dieser Arbeit mein "Gesellenstück" abzuliefern.

Es ist immer wieder erstaunlich, wie aus einem Haufen ungeordneter Informationen im letzten Moment vor dem Abgabeschluss doch noch ein zusammen hängender Text wird - auch wenn ich wie bei anderen Prüfungen nicht immer daran geglaubt hatte.

Angst in Form von Prüfungsangst habe ich während des Studiums also selbst kennen gelernt und mit unterschiedlichen Methoden bewältigt - zu einer Prüfung bin ich nicht erschienen, andere habe ich mit viel gelbem Orangensaft bestanden.

Passend dazu ist es mir gelungen, gleich viereinhalb Themen solcher Prüfungen als Kapitel in diese Arbeit zu integrieren.

Ich hoffe, den Dschungel aus methodisch ungenügenden und/oder sich widersprechenden Studien ein wenig gelichtet zu haben, statt mich in ihm zu verrennen. Ich hoffe auch, die These, wonach ein gewisses Maß an Versagensangst die erbrachte Leistung verbessert, mit dieser Arbeit bestätigen zu können. Sie zeigt auf jeden Fall, ob - und wenn ja wie sehr - ich mich von verschiedensten Anforderungen und Empfehlungen habe verunsichern lassen.

Ich danke Frau Annette Behling für die Literaturtipps und für die Bücher zum halben Preis, Herrn Andreas Brandt und Fabian Kurzidim für das Korrekturlesen, Herrn Dr. Kroeger für die Hilfsbereitschaft und den Teilnehmern des Diplomandencolloquiums.

P.S.: Weihnachten ist doch nicht ausgefallen.

# Inhalt

<b>1</b>	<b>Einleitung</b>	<b>4</b>
1.1	Definition Angst, Furcht, Ängstlichkeit	4
1.2	Biologische Abläufe bei Angst	5
1.3	Sinn der Angst	6
1.4	Abgrenzung der Angststörungen von normaler Angst	7
<b>2</b>	<b>Angstkrankheiten</b>	<b>8</b>
2.1	Primäre und sekundäre Angstkrankheiten	9
2.2	Allgemeine Diagnosekriterien für Angstkrankheiten	10
2.2.1	Symptomkatalog der ICD-10	10
2.2.2	Gemeinsame Epidemiologie	11
2.3	Panikstörung	12
2.3.1	Symptomatik	12
2.3.2	Vermeidungsstrategien	14
2.3.3	Epidemiologie	14
2.4	Generalisierte Angststörung	15
2.4.1	Symptomatik	15
2.4.2	Vermeidungsstrategien	16
2.4.3	Epidemiologie	17
2.5	Spezifische Phobie	17
2.5.1	Symptomatik	17
2.5.2	Vermeidungsstrategien	18
2.5.3	Epidemiologie	19
2.6	Agoraphobie	19
2.6.1	Symptomatik	19
2.6.2	Vermeidungsstrategien	20
2.6.3	Epidemiologie	21
<b>3</b>	<b>Theorien zur Angstenstehung</b>	<b>22</b>
3.1	Psychoanalytische Theorien	22
3.2	Lerntheoretische Erklärungen	23
3.2.1	Konditionierung	23
3.2.3	Kognitive Modelle	25
3.3	Systemische Theorie	26
3.4	Neurobiologische Theorien	27
3.5	Diskussion der Theorien	29
3.6	Diathese-Stress-Modell	31
<b>4</b>	<b>Überprüfung von Einflussfaktoren auf die Angstenstehung</b>	<b>32</b>
4.1	Biologische Disposition	32

4.1.1	Genetischer Einfluss	32
4.1.2	Biologische Vulnerabilität	33
4.1.3	Geschlechtliche Differenzierung	34
4.2	Vorbelastung durch Umwelteinflüsse	35
4.2.1	Erziehung und Sozialisierung	36
4.2.1.1	Destruktives Elternverhalten	36
4.2.1.1.1	Sexueller Missbrauch	36
4.2.1.1.2	Alkoholismus	37
4.2.1.2	Overprotection und Transmission von Angststörungen	38
4.2.1.3	Überforderung	40
4.2.2	Verlusterfahrungen	40
4.2.2.1	Verlust von Elternteilen	41
4.2.2.2	Trennungsangst in der Kindheit	42
4.2.3	Kognitive Empfänglichkeit	43
4.3	Akute Belastungsfaktoren	44
4.3.1	Life-Events / traumatische Stressoren	44
4.3.1.1	Adoleszenz	44
4.3.1.2	Verlust einer Bezugsperson	45
4.3.1.3	Herzinfarkt	46
4.3.2	Mobbing	47
4.3.3	Gesamtgesellschaftliche Einflüsse	48
4.3.3.1	Angst am Arbeitsplatz	48
4.3.3.2	Kriminalität / Terrorismus	49
<b>5</b>	<b>Zusammenfassung und Ausblick</b>	<b>51</b>
5.1	Therapie von Angststörungen	51
5.2	Selbsthilfe	54
5.3	Sozialarbeiterische Relevanz	54
5.3.1	Präventive Arbeit	55
5.3.2	Therapiebegleitende Arbeit	55
5.3.3	Case Management	56
5.3.4	Progressive Muskelentspannung	57
5.3.5	Angehörigenarbeit	58
<b>6.</b>	<b>Literatur</b>	<b>60</b>
6.1	Literatur zu Angststörungen	60
6.2	Literatur zu anderen behandelten Themen	61
6.3	Weiterführende Literatur	63
<b>7.</b>	<b>Eidesstattliche Versicherung</b>	<b>64</b>

# 1. Einleitung

Angst ist ein vielfältiges und alltägliches Phänomen. In der Einleitung möchte ich deshalb einige ihrer allgemeinen Aspekte vorstellen, bevor ich mein eigentliches Thema eingrenze.

## 1.1 Definition Angst, Furcht, Ängstlichkeit

Angsteffekte treten in 3 Formen auf:

Als "Furcht" wird jener Zustand bezeichnet, mit dem der Mensch auf die Wahrnehmung eines konkreten Gefahrenmoments reagiert. Furcht wird intensiv erlebt, die Erregung steigt, verschwindet aber, sobald die Gefahr vorbei ist.

Ein Beispiel ist, wenn plötzlich im Wald ein Bär vor einem steht.

"Angst" dagegen ist ein Unbehagen, die Erwartung einer Gefahr, auch einer unbestimmten, die nicht immer konkretisiert werden kann. Physische und psychische Erregung besteht auch hier. *"In ihrer reinsten Form ist Angst diffus, grundlos, unangenehm und anhaltend."*<sup>1</sup>

Um beim Bären zu bleiben, Angst entsteht hier beim Durchqueren eines dunklen Waldes.

"Ängstlichkeit" schließlich ist die Bereitschaft, den Zustand Angst zu empfinden<sup>2</sup>. Anders als Angst und Furcht, die jeder Mensch in hohen Intensitäten erlebt, ist sie eine Persönlichkeitseigenschaft und bei den Menschen unterschiedlich. Im weiteren Text wird sie unter dem Namen Vulnerabilität auftauchen.

In der Realität können sich diese drei Formen natürlich überschneiden und gegenseitig bedingen.

---

<sup>1</sup> Rachman 2000, S. 9

<sup>2</sup> vgl. Lazarus-Mainka / Siebeneick 2000, S. 16

## 1.2 Biologische Abläufe der Angst

Die Abläufe während des akuten Angstzustands möchte ich vereinfacht wiedergeben, da sie für mein Thema nur am Rande wichtig sind. Erwähnen möchte ich sie aber trotzdem, um zu zeigen, dass es sich bei Angst um ein uraltes biologisches Programm handelt. Angst und Furcht sind ein Erbe der Evolution, bei Tieren funktionieren sie ähnlich bis genauso.

„*Angst ist immer psychisches und körperliches Geschehen.*“<sup>3</sup> Bei Angst reagiert im Gehirn das limbische System, zu dem alle hier angesprochenen Organe gehören.

Die erste Station eines Angstreizes ist der Thalamus, in dem Impulse der Sinnesorgane zusammen laufen.

Das bei Angst zentrale Organ im Gehirn ist der Mandelkern (Amygdala), der direkt oder indirekt Informationen vom Thalamus erhält. „*Die direkten Thalamus-Amygdala-Verbindungen, die den Kortex umgehen, können konditionierte Reaktionen hervorrufen, bevor der Angst auslösende Stimulus überhaupt bewusst wird*“<sup>4</sup>. Blitzartige Reflexe werden auf diese Weise möglich.

Die Amygdala besitzt Efferenzen zu verschiedenen Gehirnzentren und Nuclei, die ihrerseits die körperlichen Vorgänge einer Angstsituation auslösen. Die Ausschüttung der Hormone Cortisol, Noradrenalin und Adrenalin ist dabei eine indirekte Folge der Mandelkernstimulation. Die Hormone bewirken eine Konzentration der Energie auf lebenswichtige Vorgänge, eine erhöhte Atem- und Herzfrequenz, steigenden Blutdruck, Vigilanzhöhung und ängstlichen Gesichtsausdruck<sup>5</sup>.

Erst die zweite Instanz ist der Hippocampus, der Zugriff auf das Gedächtnis hat. Er gleicht den aktuellen Stimulus mit „*bewussten Vorerfahrungen und Kognitionen*“<sup>6</sup> ab und kann den ersten Angstreflex der Amygdala je nach Situation abblocken oder bestätigen.

---

<sup>3</sup> Strian 2003, S. 7

<sup>4</sup> Bandelow 2001, S. 103

<sup>5</sup> nach ebd., S. 104

<sup>6</sup> ebd., S. 104

### 1.3 Sinn der Angst

Aus 1.2 wird ersichtlich, welchen Sinn Angst hat: bei akuter oder drohender Gefahr den Körper blitzschnell in den Ausnahmezustand zu versetzen. Die ausgelösten Verhaltensweisen sind in Gefahrensituationen sinnvoll; erhöhte Atem- und Herzfrequenz erhöht die Sauerstoffzufuhr, Stresshormone bewirken im Kampf schnelle Reaktionen und reduzieren das Schmerzempfinden.<sup>7</sup> *"Als angemessene Reaktion auf tatsächliche oder vorgestellte Bedrohung stellt Angst einen notwendigen, wenngleich unangenehm erlebten Bestandteil des Lebens dar."*<sup>8</sup> Sie hilft bei der Konzentration auf das im Moment Wesentliche, nämlich die Gefahr.

Weiterhin ist Angst eine Vorbeugung gegen große Gefahren, sie lässt uns um diese einen Bogen machen. Das Vermeidungsverhalten ist in solchen Fällen das kleinere Übel.

Ein dritter Sinn von Angst ist eine Erhöhung des Antriebs. Zu wenig Angst führt zu möglicherweise falscher Sicherheit, eine mittelstarke Angst vor dem Versagen hebt dagegen die Motivation zum Lernen und kann "damit ein wesentliches Element der Problemlösung sein"<sup>9</sup>. Ein Nebeneffekt ist die Lust an der Angst, bewusst gesuchte Anspannung mit anschließender Angstlösung, wie sie Horrorfilm-Schauer oder Bungeespringer erleben.<sup>10</sup>

Wie zuviel Angst wird auch zuwenig Angst problematisiert: sie hindert daran, Gefahren ausreichend wahr nehmen zu können, und gilt als Anzeichen einer antisozialen Persönlichkeitsstörung<sup>11</sup>. Über Strafen konditionierte Verhaltensweisen können nicht erlernt und damit eine Eingliederung in die Gesellschaft erschwert werden. *"Bei Kindern kann ein Mangel an Angstgefühlen auf eine beginnende psychische Störung hinweisen."*<sup>12</sup>

---

<sup>7</sup> vgl. Lazarus-Mainka / Siebeneick 2000, S. 75

<sup>8</sup> Morschitzky 2002, S. 1

<sup>9</sup> Strian 2003, S. 10

<sup>10</sup> Morschitzky 2002, S. 10

<sup>11</sup> vgl. Schulte in Lazarus-Mainka / Siebeneick 2000, S. 371

<sup>12</sup> Scherer / Kuhn 2002, S. 9

## 1.4 Abgrenzung der Angststörungen von normaler Angst

Aus dem Sinn der Angst schließt sich, dass es ein Lebensziel ist, sie in gewissem Maße zu ertragen und konstruktiv zu bewältigen. Ängste sind also "normal".

Wenn Angst jedoch in objektiv harmlosen Situationen auftritt, gilt sie als Störung. Sie hat sich entweder verselbständigt oder ist "*bezüglich Dauer, Häufigkeit oder Intensität deutlich übertrieben*".<sup>13</sup>

Wie sehr solche Ängste das Leben einschränken, hängt davon ab, wie die Betroffenen mit ihnen umgehen. Ein lebensbehindernde Vermeidungsverhalten gilt daher ebenfalls als Angststörung. "*Die vielfältigen inneren Maßnahmen zur Angstabwehr können in extremer Form eine Verzerrung der Wahrnehmung und des Erlebens bewirken, das dann landläufig als 'krankhaft' bezeichnet wird.*"<sup>14</sup>

"*Dabei ist dem Betroffenen die Unangemessenheit der Angst voll bewusst*"<sup>15</sup>. Er kann sie jedoch nicht einschränken, es existiert ein innerseelischer Konflikt, der abgewehrt wird. Angststörungen fallen damit psychologisch gesehen in den Bereich der Neurosen.

Der Begriff "Angstneurose" galt nach Freud nur für die generalisierte Angststörung, nach der hier gegebenen Definition<sup>16</sup> und passend zur engen Verbindung von Panikstörung und Agoraphobie kann er jedoch für alle Angststörungen gelten.

Ich möchte mich in dieser Arbeit mit der Entstehung einer solchen Angststörung befassen.

Dazu werde ich zunächst die verschiedenen Angststörungen, dann die verschiedenen Entstehungstheorien vorstellen. Darauf folgend werde ich an Beispielen demonstrieren, welche Angst begünstigenden Einflüsse in unserer Welt auf Menschen einwirken.

An dieser Stelle möchte ich noch den Hinweis geben, dass Personenbezeichnungen in diesem Text als für beide Geschlechter gültig zu verstehen sind.

---

<sup>13</sup> Scherer / Kuhn 2002, S. 9

<sup>14</sup> Butollo 1984, S. 24, Hervorhebung weggelassen

<sup>15</sup> Scherer / Kuhn 2002, S. 9

<sup>16</sup> auch bei Dörner et al. 2002, S. 301f.

## 2. Angstkrankheiten

Unangemessene Angst tritt in verschiedenen Formen auf, die als eigene Krankheiten voneinander abgegrenzt sind.

Bei der Darstellung der Angstkrankheiten möchte ich mich an die ICD-10, das in Deutschland verbindliche Diagnoseschema der Weltgesundheitsorganisation, anlehnen. Sie definiert in ihrem Kapitel F4 die verschiedenen Angstkrankheiten.

Zu den Phobien (F40) zählen:

- die Agoraphobie (F40.0)
- die Soziale Phobie (F40.1)
- die spezifische Phobie (F40.2)

Bei der Agoraphobie wird unterteilt, ob sie mit (F40.00) oder ohne (F40.01) Panikstörung auftritt.

Als sonstige Angststörungen werden nach F41 definiert:

- die Panikstörung ohne Agoraphobie (F41.0)
- die Generalisierte Angststörung (F41.1)
- die mit depressiver Störung gemischte Angst (F41.2)

Nicht immer zu den eigentlichen Angststörungen gezählt, doch eng verwandt sind die Zwangserkrankungen in F42 und die Belastungsstörungen in F43. Weiterhin existieren im ICD-10 Auffangdiagnosen für Phobien (F40.8 / F40.9) und nichtphobische Ängste (F41.3 / F41.8 / F41.9), die nicht in die beschriebenen Schemata passen.

Der Unterschied zwischen den ICD-10-Kriterien und denen des amerikanischen Diagnoseschemas DSM-IV ist gering. Ein großer Unterschied zum DSM-IV ist jedoch die Hierarchie von Agoraphobie und Panikstörung – das DSM-IV setzt die vorausgehende Panikstörung, die ICD-10 die beeinträchtigendere Agoraphobie höher an.

Ich möchte mich in dieser Arbeit auf die generalisierte Angst, die Panikstörung, die Agora- und die spezifische Phobie beschränken. Die Soziale Phobie möchte ich auf Grund eigener, den Symptomen ähnlicher Probleme nur erwähnen, nicht behandeln.

## 2.1 Primäre und sekundäre Angstkrankheiten

Krankheiten, bei denen Angst als Symptom wichtig ist, werden unterschieden in primäre und sekundäre Angstkrankheiten. Primäre Ängste sind eigenständige Krankheiten, sekundäre Ängste sind Symptome oder Folgeerscheinungen einer anderen Krankheit<sup>17</sup>.

Als Krankheiten mit sekundären Ängsten nennt Strian<sup>18</sup>

- psychiatrische Krankheiten wie Schizophrenie oder Depression. Hier kann Angst vor den eigenen krankheitsbedingt verzerrten Wahrnehmungen bestehen.
- Bei Herzproblemen wie Rhythmusstörungen kann das "koronare Angstsyndrom" auftreten. Die "Herzphobie" dagegen ist nicht auf organische Ursachen zurück zu führen, sondern eine Sonderform der Panikstörung mit Angst vor Herzproblemen<sup>19</sup>.
- Hormon- und Stoffwechselstörungen: z.B. Schilddrüsenüberfunktion und Diabetes.
- Bei Epilepsie können Angstanfälle auftreten, die einer Panikattacke ähneln, jedoch eine kürzer sind<sup>20</sup>.

Angstsymptome können auch auf die Einnahme oder den Entzug von Medikamenten oder psychogenen Substanzen zurückgehen. Diese stimulieren eine übermäßige Kreislaufreaktion, die zu einer Panikattacke führen kann, oder wirken in den selben Gehirnregionen, die auch für die Angstausslösung zuständig sind. Die bei Halluzinogenen möglichen "Horrortrips" sind ein Beispiel einer solchen sekundäre Angst.

Sekundäre Angstkrankheiten haben eine Relevanz bei der Diagnostik einer primären Angstkrankheit – dabei nämlich müssen zunächst ihre Ursachen ausgeschlossen werden<sup>21</sup>.

Die in dieser Arbeit vorgestellten Angststörungen werden nicht diagnostiziert, wenn eine organische psychische Störung nach Kapitel F0 der ICD-10 vorliegt. Weiterhin ist bei generalisierter Angst ein Zusammenhang mit einer durch psychotrope Substanzen

---

<sup>17</sup> Im Sinne dieser Arbeit ist eine Aufteilung ratsam nach der Frage, ob die Ängste nach Abklingen des Auslösers fortbestehen oder nicht.

<sup>18</sup> Strian 2003, S. 65ff.

<sup>19</sup> vgl. ebd., S. 77ff.

<sup>20</sup> vgl. ebd., S. 86f.

<sup>21</sup> vgl. ebd., S. 8

bedingten Störung (nach Kapitel F1), bei den anderen mit einer psychischen oder affektiven Störung (Kap. F2 / F3) ein Ausschlusskriterium.

## 2.2 Gemeinsamkeiten der Angstkrankheiten

### 2.2.1 Symptomkatalog nach ICD-10

Für die hier beschriebenen Angstkrankheiten besteht in den Forschungskriterien der ICD-10 ein gemeinsamer Symptomkatalog. Die Symptome sind eingeteilt in Klassen<sup>22</sup>:

#### Vegetative Symptome

1. Palpitationen, Herzklopfen oder erhöhte Herzfrequenz
2. Schweißausbrüche
3. fein- oder grobschlägiger Tremor
4. Mundtrockenheit (nicht infolge Medikation oder Exsikkose)

#### Thorax- und Abdomen

5. Atembeschwerden
6. Beklemmungsgefühl
7. Thoraxschmerzen oder -missempfindungen
8. Nausea oder abdominelle Missempfindungen (z.B. Unruhegefühl im Magen)

#### Psychische Symptome

9. Gefühl von Schwindel, Unsicherheit, Schwäche oder Benommenheit
10. Gefühl, die Objekte sind unwirklich (Derealisation) oder man ist selbst weit entfernt und "nicht wirklich hier" (Depersonalisation)
11. Angst vor Kontrollverlust, verrückt zu werden oder 'auszuflippen'
12. Angst zu sterben

#### Allgemeine Symptome

13. Hitzewallungen oder Kälteschauer
14. Gefühllosigkeit oder Kribbelgefühle

Zwei weitere Klassen gelten nur für die generalisierte Angst und werden deshalb in deren Darstellung genannt.

Die Diagnosekriterien haben auch gemein, dass mindestens eins der vorliegenden Symptome der vegetativen Kategorie angehören muss<sup>23</sup>. Es unterscheidet sich jedoch die Anzahl der Symptome, die für eine spezielle Störung vorliegen müssen.

---

<sup>22</sup> Scherer / Kuhn 2002, S. 23f., auch 72, 77, 87, 91 und 94f.

<sup>23</sup> ebd., S. 72, 77, 86, 90 und 94

## 2.2.2 Gemeinsame Epidemiologie und Komorbidität

“Angststörungen stellen bei Frauen die häufigste, bei Männern nach der Alkoholabhängigkeit die zweithäufigste psychische Störung dar.”<sup>24</sup> Bei den Prävalenzen habe ich die Zahlen für Deutschland aus der MFS-Studie, für die USA aus der NCS-Studie übernommen, da diese Studien in der mir vorliegenden Literatur am häufigsten mit Quellenangabe zitiert wurden<sup>25</sup>.

In Deutschland beträgt die Lebenszeitprävalenz für alle Angststörungen zusammen 13,9%, die Ein-Jahres-Prävalenz 8,1%. Nach der NCS-Studie beträgt die Lebenszeitprävalenz in den USA 24,9%, die Ein-Jahres-Prävalenz 17,2%. Rahn und Mahnkopf weisen auf eine hohe Dunkelziffer hin, da viele Betroffenen, *insbesondere bei geringer ausgeprägten Symptomen*<sup>26</sup>, keine therapeutische Hilfe suchen.

Die Prävalenzen für Frauen liegen für alle behandelten Angstkrankheiten etwa doppelt so hoch wie für Männer.

Die Komorbidität bei Angststörungen ist hoch, vor allem untereinander. Über 50% der Betroffenen entwickeln eine weitere Angststörung<sup>27</sup>.

Das Risiko, sekundär an einer Depression zu erkranken, liegt für Menschen mit Angststörung sieben- bis zwölfmal höher. Die Komorbiditäten liegen hier für die einzelnen Störungen zwischen 37,2% und 64,1%<sup>28</sup> *“Depressionen entstehen oft als Folge nicht bewältigbarer Ängste. Angststörungen gehören zu den häufigsten Risikofaktoren für sekundäre Depressionen.”*<sup>29</sup> Als eigentlicher Risikofaktor zu nennen ist hier die Einschränkung der Lebensqualität durch die Angst. Anders herum ist das Risiko kleiner: Aus einer Depression entsteht nur selten eine Angststörung.

---

<sup>24</sup> Morschitzky 2002, S. V

<sup>25</sup> Morschitzky 2002, S. 151 und Bandelow 2001, S. 31. Die NCS-Studie (National Comorbidity Survey) untersuchte 1994 8000 repräsentative US-Amerikaner. Die Münchner Follow-up-Studie (MFS) des Max-Planck-Instituts für Psychiatrie untersuchte zwischen 1981 und 1988 1300 Deutsche.

<sup>26</sup> Rahn / Mahnkopf 2000, S. 493f.

<sup>27</sup> NCS-Studie nach Morschitzky 2002, S. 157

<sup>28</sup> NCS-Studie nach ebd., S. 159

<sup>29</sup> ebd., S. 158, Hervorhebung weggelassen

Die Komorbidität der Angststörungen zum Rauschmittelmissbrauch liegt zwischen 32,3 und 39,4%<sup>30</sup>. Hier ist vor allem die angsthemmende Wirkung von Alkohol der Auslöser, er ist der Versuch einer Selbstmedikation.

## 2.3 Panikstörung

### 2.3.1 Symptomatik

Die Panikstörung ist gekennzeichnet durch das wiederholte Auftreten von Angstattacken und der Angst vor ihnen.

Die einzelne Attacke ist eine "*abgrenzbare Periode intensiver Angst und starken Unbehagens*"<sup>31</sup>. Sie kommt unerwartet, in Situationen, in denen objektiv keine Gefahr besteht, und kann auch im Schlaf auftreten, was bei einigen Patienten zu Angst vor dem Einschlafen führt<sup>32</sup>.

Für die einzelne Attacke müssen aus dem Symptomkatalog der ICD-10 mindestens vier Symptome vorliegen, davon eines aus der vegetativen Kategorie. Palpitationen, Benommenheit und Dyspnoe sind die am häufigsten auftretenden Symptome, die in etwa 60% der Attacken vorkommen<sup>33</sup>.

Während der Attacke ist das logische Denken beeinträchtigt<sup>34</sup> und es besteht Hypervigilanz. Attacken sind für Außenstehende oft nicht erkennbar, auch wenn die Betroffenen selbst dies auf Grund der heftigen Symptomatik vermuten<sup>35</sup>.

Diese können verschiedenste Auslöser haben<sup>36</sup> - es wird aus der Sicht des Betroffenen unterschieden in situationale Attacken, die sich aus der akuten Lage erklären lassen, und spontane, bei denen kein Auslöser bemerkt wird.

---

<sup>30</sup> NCS-Studie nach ebd., S. 162

<sup>31</sup> ebd., S. 42

<sup>32</sup> Bandelow 2001, S. 18f.

<sup>33</sup> Margraf / Schneider 1989, S. 13

<sup>34</sup> Rachman 2000, S. 109

<sup>35</sup> Morschitzky 2002, S. 47

<sup>36</sup> ebd., S. 55

Die Entwicklung einer Attacke lässt sich mit dem Modell des Teufelskreises<sup>37</sup> beschreiben. Der Teufelskreis besteht (in dieser Reihenfolge) aus körperlichen Symptomen, Wahrnehmung, Gedanken, Angst und physiologischen Veränderungen und kann an jedem dieser Punkte beginnen. Ein Ereignis zieht andere nach sich, wirkt auf sich zurück, die Panikattacke schaukelt sich hoch.

Ein Betroffener kann z.B. eine erhöhte Herzfrequenz bemerken. In Gedanken kann das Herzrasen als Herzinfarkt fehlinterpretiert werden. Dadurch entsteht weitere Angst, die wiederum die körperlichen Symptome verstärkt.

Nach dem Modell von Ehlers<sup>38</sup> wirken gleichzeitig zu diesen aufschaukelnden auch beruhigende Faktoren wie z.B. Habituation oder kognitive Neubewertung; allerdings wirken sie langsamer. *"Daher kann ein Angstanfall schnell entstehen, benötigt aber eine gewisse Zeit, um abzuklingen."*<sup>39</sup> Eine einzelne Attacke dauert einige Minuten bis zu einer halben Stunde, *"dem Betroffenen erscheint diese Zeit jedoch als eine Ewigkeit."*<sup>40</sup> Eine längere Zeit zur Erholung ist anschließend nötig.

Die erste Attacke findet in 81% der Fälle auf einem öffentlichen Platz statt<sup>41</sup> und wird intensiv und bedrohlich erlebt.

Einzelne Panikattacken werden zur Panikstörung, sobald sie mindestens einen Monat lang unvorhersehbar - also als spontane Attacken - auftreten, nicht auf eine spezifische Situation beschränken<sup>42</sup> und die Betroffenen *"nach den Anfällen Angst vor weiteren Anfällen bzw. deren möglichen Folgen auf die körperliche oder geistige Gesundheit haben oder aber durch die Anfälle ihr Verhalten ändern."*<sup>43</sup>

Durch die Angst vor Wiederholung erhöht sich die Anspannung und damit auch das Risiko weiterer Attacken; die Panikstörung selbst lässt sich so als "Angst vor der Angst" bezeichnen.

Die ICD-10 enthält die Unterkategorien mittelgradige und schwere Panikstörung; für die erstere reichen vier Attacken in vier Wochen

---

<sup>37</sup> vgl. Margraf / Schneider 1989, S. 74

<sup>38</sup> vgl. ebd., S. 22f.

<sup>39</sup> Margraf / Schneider 1989, S. 24

<sup>40</sup> Rachman 2000, S. 109

<sup>41</sup> Lelliott, nach Bandelow 2001, S. 23

<sup>42</sup> Scherer / Kuhn 2002, S. 75

<sup>43</sup> Sartory 1997, S. 89

aus, die letztere wird bei vier Attacken pro Woche in einem Zeitraum von vier Wochen diagnostiziert. Nach Bandelow ereignen sich durchschnittlich 3,9 Panikattacken pro Woche<sup>44</sup>.

Der Verlauf der Panikstörung ist schubförmig, mit Phasen, in denen weniger Attacken auftreten.

Nicht nur die Symptome, auch die Krankheit selbst wird oft missverstanden, als körperliche Krankheit angesehen, auch als eine bedrohliche wie Hirntumor oder Schlaganfall<sup>45</sup>. Auch von Ärzten wird dieser Fehler oft begangen. Psychische Hilfe wird nicht aufgesucht, die passende Therapie wird dadurch hinaus gezögert.

### 2.3.2 Vermeidungsverhalten

*“Es entwickelt sich ein extremes Sicherheitsbedürfnis, das risikoscheu macht”*<sup>46</sup>. Als Sekundärkrankheit kommt in 50%<sup>47</sup> der Fälle eine Agoraphobie hinzu; sie ist der Versuch, Hilflosigkeit in Paniksituationen zu vermeiden. Die Verbindung zwischen Panikstörung und Agoraphobie ist so groß, dass die ICD-10 deshalb zwischen Panikstörung mit und ohne Agoraphobie unterscheidet. Die erste wird dabei unter den Phobien eingeordnet, da sie als die beeinträchtigendere Krankheit angesehen wird.

### 2.3.3 Epidemiologie, Ausbruchsalter

Die Lebenszeitprävalenz beträgt 15,6%<sup>48</sup> für gelegentliche Panikattacken und 2,4% (nach MFS-Studie) bis 3,5% (nach NCS-Studie) für die Ausbildung der Krankheit. Als Einjahresprävalenz nennt die NCS-Studie 2,3%<sup>49</sup>.

Das Durchschnittsalter bei Krankheitsbeginn liegt nach Bandelow bei 26-29 Jahren<sup>50</sup>, Schneider nennt als *"Gipfel der Erstauftretensrate"*<sup>51</sup> das Alter von 21 Jahren. Vor der Pubertät ist die Panikstörung selten. Bandelow nimmt eine Remission etwa mit dem 50. Lebensjahr an<sup>52</sup>.

---

<sup>44</sup> Bandelow 2001, S. 51

<sup>45</sup> ebd., S. 24

<sup>46</sup> Morschitzky 2002, S. 45

<sup>47</sup> NCS-Studie nach Morschitzky 2002, S. 56 Höhere Werte, z.B. die 66-75% in Bandelow 2001, S. 22, treten in klinischen Untersuchungen, also an schwereren Fällen auf

<sup>48</sup> NCS-Studie nach ebd., S. 56

<sup>49</sup> Die Zahlen für die Panikstörung als Krankheit nach ebd., S. 151

<sup>50</sup> Bandelow 2001, S. 53

<sup>51</sup> Schneider 2002, S. 117

Die Panikstörung hat mit 64,1% die höchste Komorbidität zur Depression<sup>53</sup>.

## 2.4 Generalisierte Angststörung

### 2.4.1 Symptomatik

Generalisierte Angst, auch als frei flottierende Angst bezeichnet, ist nicht auf ein bestimmtes Objekt gerichtet, sondern kann sich auf Gefahren und Ereignisse aller Art beziehen. Zentrales Merkmal ist, dass *"ein Zeitraum von mindestens sechs Monaten mit vorherrschender Anspannung, Besorgnis und Befürchtungen in Bezug auf alltägliche Probleme vorliegt"*<sup>54</sup>. Diese Angst ist sozusagen das außer Kontrolle geratene normale Nachdenken.

Aus den sechs Symptomkategorien der ICD-10 müssen mindestens vier Symptome vorliegen. Zusätzlich zu den vier in 2.2 genannten Kategorien gibt es hier noch zwei weitere<sup>55</sup>:

#### Symptome der Anspannung

- Muskelverspannung, akute oder chronische Schmerzen
- Ruhelosigkeit und Unfähigkeit zum Entspannen
- Gefühle von Aufgedrehtsein, Nervosität und psychischer Anspannung
- Kloßgefühl im Hals oder Schluckbeschwerden

#### Unspezifische Symptome

- übertriebene Reaktionen auf kleine Überraschungen oder Erschrecktwerden
- Konzentrationsschwierigkeiten, Leeregefühl im Kopf wegen Sorgen oder Angst
- anhaltende Reizbarkeit
- Einschlafstörungen wegen Besorgnis

Betroffene machen sich Gedanken und Sorgen, böse Vorahnungen, *"haben den Eindruck, daß immer das absolut Schlimmste eintreffen wird"*<sup>56</sup>. Sie *"spielen gedanklich alle möglichen Katastrophen durch, ohne jemals zu Lösungen zu gelangen, wie diese Katastrophen vermieden werden könnten."*<sup>57</sup> Wichtige Themen sind die selben wie bei "normalen" Sorgen: vor allem alltägliche Stressoren wie

---

<sup>52</sup> ebd., S. 51

<sup>53</sup> NCS-Studie nach Morschitzky 2002, S. 159

<sup>54</sup> Scherer / Kuhn 2002, S. 71

<sup>55</sup> ebd., S. 72f.

<sup>56</sup> Kast 2003, S. 100

<sup>57</sup> Morschitzky 2002, S. 68

Geldknappheit, Unfälle, Leistungsunfähigkeit<sup>58</sup>. Durch permanente Anspannung, die diese Angst mit sich bringt, werden Betroffene unfähig zur Entspannung. Pessimismus, Überwachtheit und daraus folgend Gereiztheit und Schreckhaftigkeit treten auf.

Im Extremfall werden die Sorgen auf eine Meta-Ebene gehoben: *"Gibt es zu einem gegebenen Zeitpunkt keinen logischen Grund für Sorge, sorgen sich diese Menschen, etwas übersehen zu haben, wovor sie sich sorgen sollten."*<sup>59</sup>

Sie sind unfähig, den Sorgen durch logisches Denken beizukommen, obwohl sie deren Irrationalität erkennen. *"Auf Dauer erleben die Betroffenen ihr ständiges Sorgen als sehr belastend, können es aber dennoch nicht kontrollieren"*<sup>60</sup>.

Auch bei der generalisierten Angst werden oft Fehldiagnosen gestellt. Die Patienten werden dann zunächst wegen körperlicher Symptome behandelt, die eigentliche Krankheit nicht erkannt.

#### 2.4.2 Vermeidungsverhalten

Die Sorgen selbst gelten als Vermeidungsstrategie; als Versuch, die befürchteten Ereignisse zu verhindern. Eine Art Aberglaube, nach der Devise "je mehr Sorgen, desto weniger reale Gefahren", kann dahinter stecken<sup>61</sup>. Es ist jedoch unmöglich, da sich mit jedem Gedanken zu Lösungen wieder neue Gefahrenmöglichkeiten eröffnen; daher kann man es als *"Problemlöseprozess ohne Problemlösung"*<sup>62</sup> beschreiben.

Vermeidung zeigt sich auch in der Suche nach Sicherheitssignalen, also nach Anzeichen dafür, dass man in einer Situation keine Angst zu haben braucht. Durch ein solches Anzeichen wird die Angst vorübergehend geringer, es erzeugt aber eine Abhängigkeit<sup>63</sup>. Auch diese Art der Vermeidung ist ein Mittel zur Angststabilisierung, da die Ursachen der Angst nicht behandelt werden.

#### 2.4.3 Epidemiologie

---

<sup>58</sup> Schulte in Lazarus-Mainka / Siebeneick 2000, S. 409

<sup>59</sup> Beck / Emery 1981, S. 101

<sup>60</sup> Morschitzky 2002, S. 68

<sup>61</sup> vgl. Beck / Emery 1981, S. 101

<sup>62</sup> Morschitzky 2002, S. 68

<sup>63</sup> vgl. Rachman 2000, S. 176ff.

Die generalisierte Angststörung beginnt meist vor dem 20. Lebensjahr<sup>64</sup>. Die Diagnose nach ICD-10 wird jedoch erst ab dem 19. Lebensjahr gestellt.

Die Krankheit beginnt schleichend<sup>65</sup> und neigt zur Chronifizierung. Im Verlauf können Schwankungen auftreten. *"Mit zunehmender Erkrankungsdauer kommt es zu immer häufigeren deprimierenden Bewältigungsversuchen und untauglichen und chronifizierenden Behandlungsversuchen der Ärzte, sodass im Laufe der Zeit häufig auch noch eine Depression im Sinne einer Komorbidität auftritt."*<sup>66</sup> Das Risiko einer sekundären Depression ist mit 62,4% sehr hoch<sup>67</sup>.

Die Prävalenzen betragen nach der NCS-Studie 5,1% lebenszeitbezogen und 3,1% im Einjahresquerschnitt<sup>68</sup>. In der MFS-Studie wurde die generalisierte Angst nicht erfasst.

Zu anderen Ängsten besteht eine hohe Komorbidität von lebenszeitbezogenen 90,5%<sup>69</sup>, meist eine spezifische oder soziale Phobie.

## 2.5 Spezifische Phobie

### 2.5.1 Symptomatik

Eine Spezifische Phobie ist entweder Furcht oder vermeidende Angst vor einem konkreten externen Objekt. Dieses ist der Auslöser einer phobischen Angstreaktion, da mit ihm die Erwartung einer Gefahr verbunden ist. Sie hat die in 2.2.1 genannten Symptome, zwei von ihnen, darunter ein vegetatives, müssen gemeinsam vorhanden sein.<sup>70</sup>

Nach ICD-10<sup>71</sup> werden fünf Typen von phobischen Objekten unterschieden:

---

<sup>64</sup> Morschitzky 2002, S. 69

<sup>65</sup> vgl. Sartory 1997, S. 153

<sup>66</sup> Morschitzky 2002, S. 70

<sup>67</sup> ebd., S. 159

<sup>68</sup> ebd., S. 151

<sup>69</sup> ebd., S. 69

<sup>70</sup> Scherer / Kuhn 2002, S. 94

<sup>71</sup> vgl. Morschitzky 2002, S. 64f.

- Tier-Typ: *“Hunde, Katzen, Pferde, Vögeln, Schlangen, Mäuse, Insekten (z.B. Bienen), Spinnen und Schnecken sind die am ehesten phobisch besetzten Tiere.”*<sup>72</sup>
  - Naturgewalten-Typ: Das Objekt ist z.B. Gewitter, Sturm, Feuer.
  - Blut-Injektion-Verletzungstyp: Dieser Typ besitzt ein anderes Reaktionsschema – nach einem anfänglichen Arousal kommt es zum Puls- und Blutdruckabfall, der zur Ohnmacht führen kann<sup>73</sup>.
  - situativer Typ: Hier sind Handlungen wie das Benutzen eines Fahrstuhls oder Aufenthalte in Höhen phobisch besetzt.
  - andere Typen sind in einer Auffangkategorie zusammen gefasst.
- Da der Auslöser extern sein muss, zählen hypochondrische Störungen nicht als Phobie.<sup>74</sup>

Zur Krankheit wird eine spezifische Phobie durch die Einschränkung der Lebenswelt, durch *“deutliche emotionale Belastung durch das Vermeidungsverhalten oder die Angstsymptome; die Betroffenen haben die Einsicht, dass diese übertrieben und unvernünftig sind.”*<sup>75</sup> Sie muss nicht durch das reale Objekt, sondern kann auch durch Vorstellung dessen ausgelöst werden.

### 2.5.2 Vermeidungsverhalten

*“Menschen mit spezifischen Phobien richten sehr viel Aufmerksamkeit auf die rechtzeitige Erkennung von potenziellen Gefahren”*<sup>76</sup> – d.h. auf das phobisch besetzte Objekt.

Als Folgeerscheinung kommt es häufig zu Vermeidungsverhalten, dem Objekt wird aus dem Weg gegangen, auch Situationen, in denen es vermutet wird. Wie sehr eine Phobie das Leben beeinträchtigt, hängt vom Ausmaß des Vermeidungsverhaltens und damit von der Alltagsrelevanz des Objekts ab. Einigen Objekten (z.B. dem Fliegen) kann man ohne soziale Nachteile ausweichen, während es z.B. bei Spinnen, die sich hinter jedem Schrank verstecken könnten, zu extremen Reaktionen kommen kann. In

---

<sup>72</sup> ebd., S. 75, Grammatikfehler übernommen

<sup>73</sup> vgl. Schulte in Lazarus-Mainka / Siebeneick 2000, S. 376

<sup>74</sup> vgl. Morschitzky 2002, S. 75

<sup>75</sup> Scherer / Kuhn 2002, S. 95

<sup>76</sup> Morschitzky 2002, S. 76

schweren Fällen wird sogar dem Gedanken an das Objekt ausgewichen.

Eine andere Möglichkeit ist "kontraphobisches Verhalten" - Betroffene suchen die Angstsituation bewusst auf, oft unter Ablenkung, betontem Mut oder Verachtung von Ängstlichkeit. "*Sie idealisieren sich selber als furchtlose, echt 'coole' Menschen, die überhaupt nie Angst haben*".<sup>77</sup> Was zunächst aussieht wie eine Konfrontationstherapie, ist jedoch eine Überkompensation und Überforderung. Diese kann schnell in eine schwerere Angst umschlagen.

### 2.5.3 Epidemiologie

Die spezifische Phobie ist die am weitesten verbreitete Angststörung. Die NCS-Studie bescheinigt ihr eine Lebenszeitprävalenz von 11,3% und eine Einjahresprävalenz von 8,8%. Die MFS-Studie fand 8,0% lebenszeitbezogen<sup>78</sup>.

Sie beginnt meist in der Kindheit oder dem frühen Erwachsenenalter und kann sich unbehandelt Jahrzehnte halten.<sup>79</sup> Gelegentlich ereignen sich Spontanremissionen.

## 2.6 Agoraphobie

### 2.6.1 Symptomatik

Eine besondere Form der Phobie ist die Agoraphobie, die deswegen in der ICD-10 eine eigene Klassifizierung erhielt. "*Die Agoraphobie stellt die schwerwiegendste und beeinträchtigendste Phobie dar*"<sup>80</sup>.

Der Name der Agoraphobie stammt vom griechischen Wort "agora" für "Marktplatz" ab. Sie ist nicht nur die Angst vor großen leeren Plätzen, sondern auch vor Menschenansammlungen – z.B. in Restaurants, Konzerthallen, öffentlichen Verkehrsmitteln und auf

---

<sup>77</sup> Kast 2003, S. 46

<sup>78</sup> alle Zahlen nach Morschitzky 2002, S. 151

<sup>79</sup> vgl. Scherer / Kuhn 2002, S. 93

<sup>80</sup> Strian 2003, S. 45

dem erwähnten Marktplatz. Auch das Autofahren kann zur angstbesetzten Situation werden.

Die ICD-10 nennt vier Situationen – Menschenmengen, öffentliche Plätze, allein reisen, Reisen mit weiter Entfernung von Zuhause<sup>81</sup> – von denen mindestens zwei vorliegen müssen. Bei den Reisen sind besonders die ins fremdsprachige Ausland betroffen.<sup>82</sup>

Diese Angst vor öffentlichen Plätzen speist sich aus einer Erwartungsangst vor Ereignissen, denen man in diesen Situationen hilflos gegenüber steht. Auslöser sind die *“Entfernung von 'sicheren' Orten und das Fehlen eines Fluchtwegs.”*<sup>83</sup> Bei Agoraphobikern, die zunächst an einem Paniksyndrom litten, ist das gefürchtete Ereignis ein Panikanfall; andere erleben in der Situation *“Erröten oder Zittern[,] Angst zu erbrechen[,] Miktions- oder Defäkationsdrang bzw. Angst davor”*<sup>84</sup>.

Eine Verspannung kann die Folge von Agoraphobie sein, sie erzeugt Schwindel, welcher wiederum die Angst verstärkt.

## 2.6.2 Vermeidungsverhalten

Die angstbesetzten Situationen werden oft gemieden, woraus sich ein neues Problem ergibt: die Agoraphobikerin hält sich nur noch in ihrer bekannten Umgebung auf. *“Einige Betroffene sind schließlich völlig an ihr Haus gefesselt.”*<sup>85</sup> Die Folge ist eine soziale Isolation.

Dass Attacken bei Betroffenen der Panikstörung zu 45% zu Hause und nur zu 31% in agoraphoben Situationen<sup>86</sup> auftreten – im Gegensatz zur ersten Panikattacke, die zu 81% in agoraphoben Situationen auftritt - lässt sich als Indiz für dieses Vermeidungsverhalten interpretieren.

*“Agoraphobiker wenden eine Fülle von Tricks an, die der Umwelt gar nicht auffallen, um das Leben bewältigen zu können.”*<sup>87</sup> Symptome werden als körperliche Beschwerden deklariert, der Atemnot eines Panikanfalls wird durch ständige Frischluftzufuhr vorzubeugen versucht.

---

<sup>81</sup> Scherer / Kuhn 2002, S. 86

<sup>82</sup> vgl. Bandelow 2001, S. 20ff.

<sup>83</sup> Morschitzky 2002, S. 29

<sup>84</sup> Scherer / Kuhn 2002, S. 86

<sup>85</sup> ebd., S. 85

<sup>86</sup> de Beurs et al. nach Bandelow 2001, S. 22

<sup>87</sup> Morschitzky 2002, S. 30, Hervorhebung weggelassen

Eine andere typische Reaktion ist ein Sicherheitssignal. Es vermittelt das Gefühl, im Ernstfall Hilfe erhalten zu können, also nicht dem Objekt der Phobie ausgeliefert zu sein. Es kann sich um ein Mobiltelefon, die Telefonnummer eines Arztes, oder Medikamente handeln; auch Begleitung eines anderen Menschen erbringt diesen Effekt. „*Vertrauen in unsicheren Situationen schaffen jedenfalls nur fremde Mittel und nicht die eigenen Bemühungen.*“<sup>88</sup> Ein ähnliches Symptom ist die Suche nach einem Ausweg, nach der Gewissheit, die aktuelle Situation schnell verlassen zu können<sup>89</sup>.

Dies alles kann die Angst und ihre Symptome reduzieren. „*Häufig ist jedoch zu beobachten, daß diese Unterstützung zu einem Abhängigkeitsverhältnis führt, das dem Betroffenen ... sehr angenehm, weil nützlich ist.*“<sup>90</sup>

### 2.6.3 Epidemiologie

Der Krankheitsbeginn liegt „*erst im jungen Erwachsenenalter*“<sup>91</sup>, im Zusammenhang mit einer Panikstörung durchschnittlich ein halbes Jahr nach deren Beginn<sup>92</sup>.

Die Lebenszeitprävalenz beträgt 5,7% nach MFS-Studie; die NCS-Studie nennt 6,7% für alle Agoraphobien und 5,3% für solche mit Panikstörung. Die Einjahresprävalenz beträgt 2,8%<sup>93</sup>.

55,4% der Betroffenen hatten vorher eine andere psychische Störung, die nicht mit der Agoraphobie in Verbindung stand.<sup>94</sup> Die Agoraphobiker mit vorausgehender Panikstörung sind in klinischen Einrichtungen mit 90% in der Mehrheit.<sup>95</sup>

Eine Remission tritt bei 38% der Betroffenen auf, bei diesen liegt der Krankheitsbeginn jedoch meist noch kein Jahr zurück.<sup>96</sup>

---

<sup>88</sup> ebd., S. 32

<sup>89</sup> Beispiele vgl. ebd., S. 29

<sup>90</sup> Butollo 1984, S. 70, Hervorhebung weggelassen

<sup>91</sup> Sartory 1997, S. 73

<sup>92</sup> vgl. Bandelow 2001, S. 53

<sup>93</sup> alle Zahlen nach Morschitzky 2002, S. 151

<sup>94</sup> ebd., S. 35

<sup>95</sup> ebd., S. 35

<sup>96</sup> vgl. ebd., S. 36

### 3. Theorien zur Angstentstehung

#### 3.1 Psychoanalytische Theorien

Ein erstes psychoanalytisches Modell zur Angst geht auf Freud zurück, er ersetzte es jedoch durch das Konfliktmodell. Die neuere Psychoanalyse kennt drei Modelle der Angstentstehung. Sie haben gemeinsam, dass eine Verwundbarkeit auf Grund der frühkindlichen Entwicklung angenommen wird.

1. Im Konfliktmodell ist die Ursache der Angst ein innerpsychischer Konflikt zwischen Trieben ("Es") und Gewissen ("Über-Ich"). Beide wirken mit ihren gegensätzlichen Positionen auf das Ich ein, das sich dadurch bedroht fühlt. Angst, vor allem die geringere "Signalangst", kann hier ein Mittel zur Abwehr sein. Vom Gewissen beanstandete Triebe können so nicht ins Bewusstsein gelangen, so *"dass durch Angst als letztes Mittel eine traumatische Reizüberflutung des Ichs verhindert wird."*<sup>97</sup> Ist der Konflikt zu stark, ist dieses Mittel erfolglos. Die Triebe werden bewusst, der Betroffene erlebt "Regression". Es entsteht "traumatische Angst". Vermeidungsverhalten gilt als neurotisches Symptom in solchen Fällen.<sup>98</sup>

Phobien gelten in diesem Modell als Verschiebung der Angst auf ein äußeres Objekt.<sup>99</sup>

2. Im Strukturschwächemodell ist in Folge von *"traumatischen frühkindlichen Erfahrungen, mangelhaften Entwicklungsbedingungen oder konstitutionellen Gegebenheiten"*<sup>100</sup> das Ich unzureichend entwickelt. Hier können Ängste scheinbar grundlos auftreten, da bei psychosozialer Belastung *"die Brüchigkeit des Ichs' wahrgenommen wird."*<sup>101</sup> Als frühkindliche Erfahrung wird hier der gestörte Aufbau von Objektkonstanz genannt, ein stabiles Gefühlserleben zur Beziehungsperson ist also beeinträchtigt<sup>102</sup>.

Dieses Modell dient zur Erklärung von Panikstörung und generalisierter Angst.

---

<sup>97</sup> ebd., S. 315

<sup>98</sup> Bandelow 2001, S. 78

<sup>99</sup> vgl. Morschitzky 2002, S. 316

<sup>100</sup> ebd., S. 317

<sup>101</sup> Egle et al. 1997, S. 157

<sup>102</sup> vgl. Kast 2003, S. 77ff.

3. Zur Erklärung von Panik und Agoraphobie wird die "Bindungsverlustangst" genannt. Es wird angenommen, dass diese Menschen in der Kindheit keine emotional befriedigende Beziehung erlebten, *"bedingt durch Trennungserlebnisse oder schwere Deprivationserfahrungen"*<sup>103</sup>. Später können sie in die Stabilität einer Beziehung kaum Vertrauen entwickeln. *"Angstsymptome können ein Mittel sein, den Partner intensiv an sich zu binden."*<sup>104</sup>

Der Partner dient als "Hilfs-Ich", das die Sicherheit gibt, die Betroffene nicht selbst aufbringen können. *"In diesem Sinne macht Angst abhängig oder macht Angst Abhängigkeitswünsche realisierbar."*<sup>105</sup>

### 3.2 Lerntheoretische Erklärungen

#### 3.2.1 Konditionierung

Das Prinzip der Konditionierung wurde von Pawlow im berühmten Hundexperiment entwickelt und von Rayner auf Menschen und auf Furcht übertragen.

Unter Konditionierung versteht man das Assoziieren eines neutralen Reizes mit einem anderen, emotional besetzten. Die Konditionierung geht in drei Phasen vor sich:<sup>106</sup>

1. Ausgangslage ist die unkonditionierte Reaktion auf einen unkonditionierten Reiz.
2. Das "Opfer" ist dem konditionierten und dem unkonditionierten Reiz ausgesetzt. Wichtig ist, dass beide in einen verlässlichen Zusammenhang gestellt werden.
3. Als Antwort auf den konditionierten Reiz bildet sich eine konditionierte Reaktion, eine Erwartung des unkonditionierten Reizes, auf diesen aus. Sie wird auch gezeigt, wenn der unkonditionierte Reiz nicht mehr folgt.

---

<sup>103</sup> Morschitzky 2002, S. 317

<sup>104</sup> ebd., S. 317

<sup>105</sup> ebd., S. 317

<sup>106</sup> vgl. Lazarus-Mainka / Siebeneick 2000, S. 151

Zwei weitere Phasen widmen sich Folgeerscheinungen:

4. Die neue Reaktion kann sich ausweiten auf dem konditionierten Reiz ähnliche Reize.
5. Die neue Reaktion ist stabil, wird nicht gelöscht.

Im Zusammenhang mit Angst ist der unkonditionierte Reiz eine wirkliche Gefahr (z.B. ein Hundebiss), die unkoordinierte Reaktion ist sehr unangenehm (Schmerzen). Vom konditionierten Reiz wurde erfahren, dass er der Gefahr vorausgeht (Hundegebell). Die konditionierte Reaktion ist die Furcht bzw. Angst selbst.

Dieses einfache Modell - die klassische Konditionierung - wurde von Mowrer um die operante Konditionierung erweitert. Diese erklärt nach dem Erwerb auch die Aufrechterhaltung der Angst:

In der konditionierten Situation findet man durch instrumentelles Lernen eine Lösung, dem unangenehmen Reiz zu entkommen. Es wird damit möglich, die Angst kurzfristig abzustellen oder ganz zu vermeiden. Durch mehrmaliges Ausführen wird diese Reaktion ausgebildet, habituiert und als kurzfristiger Erfolg erlebt.

Doch die scheinbare Lösung wird zum Problem: Erst die operante Konditionierung verhindert Erfahrungen, die zur Löschung der klassischen Konditionierung führen könnten, und zementiert sie so.<sup>107</sup>

Ist eine operante Konditionierung nicht möglich, kann es zur gelernten Hilflosigkeit kommen, die sich in passivem „Über-sich-ergehen-Lassen“ gegenüber dem aversiven und dem konditionierten Reiz äußert<sup>108</sup>.

Konditionierung muss nach Rachman<sup>109</sup> nicht am eigenen Leib erlebt werden (direkte Konditionierung), sondern kann auch durch Beobachtung der Gefahr und der Reaktion bei anderen (stellvertretende Konditionierung) oder durch Instruktionen und Informationen erworben werden. Die beiden letzten Arten bilden das "Modelllernen". Es besteht darin, dass das Verhalten anderer Personen und die Reaktionen darauf beobachtet und imitiert werden. Dies sind vor allem ähnliche Personen. *"Auch der Status des Vorbildes beeinflusst den Grad der Imitation, je höher der Status,*

---

<sup>107</sup> vgl. Schulte in ebd., S. 384

<sup>108</sup> vgl. ebd., S. 166

<sup>109</sup> nach Schulte in ebd., S. 385

*desto intensiver wird das Verhalten des Vorbildes vom Beobachter nachgeahmt.*"<sup>110</sup>

Über das Modellernen entstehen auch Konzepte darüber, welche Verhaltensweisen in der Gesellschaft als positiv und welche als negativ bewertet werden<sup>111</sup>. Gelernt wird auch, welche Ängste normal sind.

### 3.2.2 Kognitives Modell

Das einfache Konditionierungsmodell gilt heute als unzureichend. Es wird nicht allein benutzt, sondern um die kognitiven Theorien ergänzt. Diese sehen die Angstentstehung in den Gedanken des Betroffenen.

Wie bei der Angst laufen auch bei Sinneseindrücken festgelegte biologisch-psychische Prozesse ab. *„Ausgangspunkt für das Auftreten einer Emotion ist die Bewertung ... der aktuellen Situation, eines Ereignisses oder eines Handlungsergebnisses.“*<sup>112</sup>

Eine Situationsbewertung geschieht auf drei Ebenen<sup>113</sup>:

1. Auf sensorisch-motorischer Ebene wird schnell und unbewusst abgeklärt, ob ein sofortiges Handeln notwendig ist. Hier kommen angeborene oder konditionierte "Situationsmerkmale", unbewusste Erinnerungen, ins Spiel.
2. Auf der schematischen Ebene erfolgt ein Abgleich mit Emotionen und Erfahrungen, dadurch entstehen Erwartungen, dass die aktuelle Situation vergangenen Situationen ähnlich ist.
3. Erst auf der konzeptuellen Ebene werden die Inhalte bewusst einer Reflexion und Schlussfolgerung unterzogen.

Auf den drei Ebenen werden die aktuellen individuellen Kognitionen in den Prozess einbezogen. *"Dies bedeutet, dass ein und dasselbe Ereignis bei verschiedenen Personen unterschiedliche Emotionen auslösen kann bzw. sogar unterschiedliche Emotionen bei einem Menschen zu verschiedenen Gelegenheiten."*<sup>114</sup>

---

<sup>110</sup> ebd., S. 184, Hervorhebung weggelassen

<sup>111</sup> vgl. Morschitzky 2002, S. 282

<sup>112</sup> Schulte in Lazarus-Mainka / Siebeneick 2000, S. 389

<sup>113</sup> vgl. Schulte in ebd., S. 389f.

<sup>114</sup> Salkovskis nach Rachman 2000, S. 78

Die Bewertungen und Überzeugungen ziehen Erwartungen nach sich<sup>115</sup>:

Die Ereigniserwartung schätzt das Kommende ab; Gedanken an unkontrollierbare eigene Handlungen und Emotionen werden als Reaktionserwartung bezeichnet.

Die Folgeerwartung schätzt ab, was nach dem Ereignis kommt, wie wichtig das Ereignis also ist. Die Kompetenz- und die Kontrollerwartung schließlich drückt aus, wie weit man die Situation durch Vorhersagbarkeit und Coping beherrschen kann.

Eine Angststörung entsteht nach diesem Modell, wenn eine objektiv harmlose Situation bewusst oder unbewusst als gefährlich bewertet wird, also von unzutreffenden Voraussetzungen ausgegangen wird. Durch diese wird die Aufmerksamkeit auf "falsche", gefahrenorientierte Aspekte gelegt und die Erwartungen "verfälscht". *„Überdauernde irrationale Überzeugungen führen somit zu aktuellen dysfunktionalen Kognitionen, ... die der Realisierung der eigenen Intentionen nicht angemessen sind oder sie behindern.“*<sup>116</sup> Hinzu kommt, dass sich diese Kognitionen auch durch logisches Denken nicht entkräften lassen.

### 3.3 Systemische Theorie

Die systemische Theorie sieht Probleme weder isoliert noch individuumsbezogen, sondern betrachtet auch das soziale Umfeld des Betroffenen, dessen Interaktionen und die Umstände, unter denen ein Ereignis als Problem definiert wurde.<sup>117</sup> Diese Sichtweise kommt in der Bezeichnung "Indexpatient" für den Symptomträger zum Ausdruck, denn der eigentliche Patient ist das gesamte System.

*„Jedes Verhalten macht Sinn, wenn man den Kontext kennt.“*<sup>118</sup>

Probleme gelten systemisch gesehen als Reaktionen auf Veränderungen im System; besonders dann, wenn das System für den Reagierenden wichtige Funktionen erfüllt. Meist instinktiv-

---

<sup>115</sup> vgl. Schulte in Lazarus-Mainka / Siebeneick 2000, S. 392

<sup>116</sup> Schulte in ebd., S. 391

<sup>117</sup> vgl. Schlippe / Schweitzer 1999, S. 103

<sup>118</sup> ebd., S. 179

unbewusst wird ein Symptom ausgebildet, das als geeignet erscheint, um im Kontext des Systems zu antworten.

Damit erfüllt es im System eine Funktion. Vier mögliche Bedeutungen für Probleme lassen sich nennen<sup>119</sup>:

- Es kann ein Hinweis auf eine ineffektive Lösung eines anderen Problems sein.
- Es wirkt systemstabilisierend, denn es lenkt von einem anderen, größeren Problem ab.
- Ein Symptom verschafft dem Symptomträger Macht im System, einen sekundären Krankheitsgewinn. *“Über eine Angststörung kann z.B. ein Beziehungsmuster nach dem Pfleger-Pflegling-Modell etabliert werden.”*<sup>120</sup>
- Ein Problem kann auch symbolisch auf andere Probleme im System hinweisen.

Probleme wirken auf das System zurück, verändern es, erschaffen unter Umständen neue Systeme - denn es wird eine *"zirkuläre Kausalität"*<sup>121</sup> angenommen. Das Netz der Interaktionen ist komplex. Es ist unmöglich, vorherzusagen, welche Reaktionen ein Ereignis nach sich zieht, Probleme können entstehen, wo niemand sie erwartet hätte.

### 3.4 Neurobiologische Theorien

Angst auslösende Faktoren werden nicht nur von der Psychologie postuliert. Auch aus der biochemischen Richtung werden Theorien genannt.

Ein Erklärungsansatz nennt ein überreaktives autonomes Nervensystem. Das autonome Nervensystem steuert innere Vorgänge und lebenswichtige Funktionen und ist geteilt in das sympathische und das parasympathische Nervensystem. Das sympathische Nervensystem hat die Aufgabe, auf Aktivität, Leistung und Stresssituationen vorzubereiten, das parasympathische sorgt für Erholung und Entspannung.

---

<sup>119</sup> nach Boeckhorst, vgl. ebd., S. 109

<sup>120</sup> Morschitzky 2002, S. 324

<sup>121</sup> Schlippe / Schweitzer 1999, S. 90

In Belastungssituationen können beide - das jeweils übersensible - unangemessene körperliche Symptome auslösen: das sympathische System erzeugt Überanspannung, oder das parasympathische System lähmt die Auseinandersetzung mit dem Stressor<sup>122</sup>.

Andere Theorien konzentrieren sich auf Botenstoffe, wobei zu erwähnen ist, dass diese mit dem beschriebenen Nervensystem zusammen hängen können. *"Bei den Angsterkrankungen scheint im Gehirn das Gleichgewicht mindestens der folgenden Transmitter gestört zu sein: Serotonin (5-HT), Noradrenalin (NA), Dopamin (DA), Acetylcholin (ACH), Gamma-Amino-Buttersäure (GABA) und Histamin (H)"*<sup>123</sup> Ich möchte hier als Beispiele die Botenstoffe Noradrenalin und Serotonin behandeln.

*"Verschiedenartige Stressreize können zu einer deutlichen Reaktion des noradrenergen Systems des Gehirns führen."*<sup>124</sup> Noradrenerge Gehirnzellen, wie der Locus coeruleus, aktivieren unter anderem die Amygdala. Erhöhte Noradrenalinausschüttung ist ein Teil des Angstgeschehens, löst Aktionen wie Zittern und Vigilanzerhöhung gegenüber potentiell bedrohlichen Reizen aus. Daher kann eine Überproduktion von Noradrenalin Angstzustände hervorrufen, auch wenn sie andere Ursachen hat: z.B. Amphetamin- oder Kokainkonsum<sup>125</sup>.

Ein weiterer Ansatz beschäftigt sich mit dem Serotonin. Es ist *"bedeutsam für emotionale Kontrollmechanismen, insbesondere für die Hemmung negativer Emotionen"*<sup>126</sup>. Es reguliert extreme Reizzustände herunter - dazu gehört auch die Angst. Aus der Wirksamkeit von Serotonin-Wiederaufnahmehemmern bei Angststörungen wird als Ursache ein Serotoninüberschuss oder eine Überempfindlichkeit der Serotoninrezeptoren vermutet.

Zuletzt erwähne ich die Preparedness-Theorie: Nach Seligman<sup>127</sup> sind gewisse Phobien angeboren bzw. können schneller konditioniert werden - zum Teil schon durch ein einziges Ereignis. Objekte sind Spinnen, Schlangen, Gewitter, Höhe, Dunkelheit - diese Ängste sind

---

<sup>122</sup> vgl. Morschitzky 2002, S. 204f.

<sup>123</sup> Scherer / Kuhn 2002, S. 117

<sup>124</sup> Bandelow 2001, S. 123

<sup>125</sup> vgl. Morschitzky 2002, S. 191f.

<sup>126</sup> ebd., S. 189, Hervorhebung weggelassen

<sup>127</sup> vgl. ebd., S. 168

erklärbar aus der Evolution. Sie repräsentieren Gefahren, denen Lebewesen seit jeher ausgesetzt sind.

Die Diskrepanz zwischen evolutionären und modernen Gefahren wird von Güntürkün ebenso prägnant wie plakativ ausgedrückt: "*Kennen Sie einen Steckdosenphobiker?*"<sup>128</sup>

### 3.5 Diskussion der Theorien

Bei Betrachtung der Theorien fällt auf, dass sie sehr unterschiedlich sind und an den verschiedensten Punkten ansetzen. In diesem Kapitel möchte ich sie vergleichen und ihre Vor- und Nachteile aufzeigen.

Die Psychoanalyse macht auf langfristige Aspekte der Angstentstehung aufmerksam, und das zu Recht. "*Es ist ... relativ gut belegt, dass an manchen Ängsten bedeutsame symbolische Elemente beteiligt sind und dass 'unbewusste' Faktoren einen Einfluss auf die Entstehung und Aufrechterhaltung von Angst haben.*"<sup>129</sup>

Ein Kritikpunkt an der psychoanalytischen Theorie ist, dass ihre Grundsätze auf einer unerforschbaren Ebene liegen - unterbewusste Konflikte, ihre lebenslange Existenz und ihre Wiederbewusstwerdung nach langer Zeit können praktisch nicht bewiesen werden. Die Psychoanalyse geht von hypothetischen Konstrukten aus.

Weitere Kritik am Modell der Psychoanalyse gilt dem Mangel an empirischer Erfolgskontrolle<sup>130</sup>, ein Umstand, der wiederum die Beurteilung und Gewichtung der Hypothesen erschwert.

Als Vorteil gilt jedoch, dass der Mensch individuell und in seiner Gesamtheit gesehen wird. Dadurch wird die Aufmerksamkeit auf die gesamte Lebensgeschichte gerichtet, statt nur die Symptome zu betrachten<sup>131</sup>.

Die Konditionierungstheorie steht dem gegenüber: Sie hat zwar den Vorteil, aus nachvollziehbaren Experimenten hervorgegangen zu sein, Kritik lässt sich jedoch an der geradezu technischen

---

<sup>128</sup> Güntürkün in Lazarus-Mainka / Siebeneick 2000, S. 93

<sup>129</sup> Rachman 2000, S. 83

<sup>130</sup> vgl. Morschitzky 2002, S. 415

<sup>131</sup> vgl. Bandelow 2001, S. 82f.

Regelmäßigkeit des Modells anbringen. Individuelle und kulturelle Unterschiede der Menschen werden nicht berücksichtigt. Auch stellt seine lineare Kausalität eine in der Praxis überzogene Vereinfachung dar. Das vielschichtige systemische Kausalitätsmodell steht dem entgegen und erscheint realistischer.

Die Tatsache, dass nicht alle Menschen Ängste entwickeln, obwohl sie doch vielen Konditionierungssituationen ausgesetzt sind, macht ihre Ergänzung durch das kognitive Modell nötig. Doch auch dieses ist allein nicht ausreichend: Es ist auf eine Interpretation angewiesen, die den Frauenanteil und das durchschnittliche Einstiegsalter erklärt.

Eine Kritik an der kognitiven Theorie stammt von Seligman<sup>132</sup>: Er fragt, warum sich nicht mit der Zeit eine Gewöhnung an Panikattacken einstellt, die Einsicht, dass sie ohne bleibende körperliche Schäden vorbei gehen. Diese Frage bleibt in der Literatur unbeantwortet; das Modell der einzelnen Panikattacke, nach dem das logische Denken beeinträchtigt ist und die beruhigenden Faktoren langsamer wirken, kann hier jedoch als Gegenargument dienen.

Das systemische Modell hat den Vorteil, dass es nicht der Betroffenen die gesamte Verantwortung zuschiebt, sondern ihm zumindest ein nachvollziehbares Motiv zugesteht. Das ist jedoch auch ein Nachteil, denn es muss darauf geachtet werden, dass die Verantwortung nicht völlig externalisiert wird.

Es ist ersichtlich, dass jede Theorie ihre Stärken und ihre Schwächen hat, dass sie alle ihre Berechtigung haben. Deshalb möchte ich sie danach bewerten, wie die aus ihnen entwickelten Therapien sich bei Angst bewähren. Den größten Erfolg hat hier die Verhaltenstherapie, die auf dem lerntheoretischen Ansatz basiert.

Der kognitive Anteil an der Verstärkung der Panikattacke wird von den meisten Autoren bestätigt, so dass es mir leicht fällt, diese Theorie als die realistischste - allerdings nicht als die einzig realistische - zu akzeptieren.

---

<sup>132</sup> nach Rachman 2000, S. 127

Als gemeinsames "Dach", das Aspekte aller erwähnten Theorien aufgreift, könnte man das Diathese-Stress-Modell bezeichnen. Deshalb möchte ich es am Ende dieses Kapitels vorstellen.

### 3.6 Diathese-Stress-Modell

Dieses Modell wurde von Zubin eigentlich zur Erklärung der Schizophrenie entwickelt, wird jedoch von mehreren Autoren<sup>133</sup> auch auf Angststörungen übertragen. Ein ähnliches Modell für die Auslösung einer einzelnen Panikattacke stellen Margraf und Schneider auf.<sup>134</sup>

*"Fasst man die unterschiedlichen Ansätze zur Angstentstehung zusammen, so spielen offensichtlich dispositionelle (auch genetische) Faktoren, langfristig wirksame entwicklungspsychologische Elemente und aktuelle Belastungsfaktoren eine Rolle."*<sup>135</sup> Das Modell besagt, dass jeder Mensch ein Ausmaß an Vorbelastung und einen Belastungsgrenzwert hat. Stress reduziert diesen Grenzwert, psychische Probleme entstehen, sobald er unter den Wert der Vorbelastung fällt.<sup>136</sup>

Die Werte für Vorbelastung, Stress und Grenzwert sind bei den Menschen unterschiedlich. So kann beim einen aufgrund hoher Vulnerabilität leichter Stress zur Angst führen, eine andere Person braucht ein hohes Stressniveau, da sie nur gering vulnerabel ist.

Der Vorteil dieses Modells ist, dass es die Multifaktorialität der Problementstehung berücksichtigt, was dadurch geschieht, dass es die verschiedenen Theorien nebeneinander gelten lässt und in Beziehung setzt. Die neurobiologischen Abläufe können als dispositionelle, die kindlichen Einflüsse der Psychoanalyse und die kognitive Empfänglichkeit als langfristige und die Konditionierung und Systemeinflüsse als aktuelle Belastungsfaktoren integriert werden.

---

<sup>133</sup> Scherer / Kuhn 2002, S. 13f., Schulte in Lazarus-Mainka / Siebeneick 2000, S. 388, Bandelow 2001, S. 169

<sup>134</sup> vgl. Margraf / Schneider 1989, S. 211

<sup>135</sup> Rahn / Mahnkopf 2000, S. 494

<sup>136</sup> vgl. ebd., S. 245

## 4. Überprüfung von Einflussfaktoren auf die Angstentstehung

Nachdem im letzten Kapitel dargestellt wurde, durch welche theoretischen Mechanismen Angst entstehen und sich zur Krankheit auswachsen kann, stellt sich die Frage, wie diese Mechanismen in der Praxis ausgelöst werden können. Ich möchte deshalb - ohne Anspruch auf Vollständigkeit - einige mögliche Einflüsse betrachten. Die Auswahl stammt zum Teil aus der Fachliteratur über Angst, zum Teil aus anderen Quellen, welche auf ihre Angstrelevanz überprüft werden.

Die genannten Punkte habe ich zweidimensional betrachtet - nicht nur, inwieweit sie als Angstursachen in Frage kommen, sondern auch, inwieweit Angst als ihre Folge erwähnt ist.

Ich möchte die folgenden Ausführungen nach den drei im Diathese-Stress-Modell genannten Einflussgruppen sortieren. Die Unterscheidung zwischen langfristigen und aktuellen Elementen ist nicht ganz eindeutig, da einerseits aktuelle Elemente langfristige Folgen haben können, andererseits langfristige Elemente auch einst ein aktueller Faktor waren. Unter "Vulnerabilität" habe ich deshalb die Stressoren eingeordnet, die lange vor dem durchschnittlichen Beginn der Angstkrankheit liegen, unter "Belastungsfaktoren" jene, auf die mit einer akuten Angststörung geantwortet werden kann.

### 4.1 Biologische Disposition

#### 4.1.1 Genetischer Einfluss

*"Die Panikstörung tritt familiär gehäuft auf; ein genetischer Faktor ist wahrscheinlich."*<sup>137</sup> Um Umweltfaktoren ausschließen zu können, sind vor allem Zwillings- und Adoptionsstudien relevant; die letzteren existieren jedoch für die Panikstörung nicht.

Nach Studien von Kendler et al. an 2163 weiblichen Zwillingen erklärte der genetische Faktor bei der Panikstörung 44%, bei

---

<sup>137</sup> Bandelow 2001, S. 88

Phobien 35% und bei der generalisierten Angststörung 32%<sup>138</sup> der Varianz.

Mehrere von Bandelow aufgelistete Zwillingsstudien fanden für die Panikstörung eine hohe Konkordanz (zwischen 23,9 und 73%) bei eineiigen Zwillingen, dagegen nur eine geringe bis keine (0-16,7%) bei zweieiigen<sup>139</sup>. *"Trotz der hohen Varianz dieser Studien ist dies als relativ sicherer Hinweis für einen genetischen Beitrag zur Ätiologie der Panikstörung zu werten."*<sup>140</sup>

Es muss jedoch betont werden, dass nicht die Angststörung selbst, sondern biologische Voraussetzungen für Angst und affektive Störungen vererbt werden.

#### 4.1.2 Biologische Vulnerabilität

Als ererbte Vulnerabilitätsfaktoren werden für viele Panikpatienten genannt<sup>141</sup>:

1. Kreislaufstabilität prädisponiert für Schwindel und Herzerkrankungen in Belastungssituationen.
2. Eine Übersensibilität gegenüber CO<sub>2</sub>-Überschuß kann zu Atemproblemen führen.
3. Der kognitive Anteil an der Panikattacke kann als psychische Sensibilität ebenfalls angeboren sein.
4. Eine Überaktivierung der rechten Gehirnhälfte führt zu einer sehr bildhaften Vorstellungsfähigkeit.

Für einen weiteren angeborenen Faktor - vegetative Sensibilität - existiert ein Nachweis: Die potenzierte Schreckreaktion wurde an Kindern von Angstpatienten untersucht, im Gegensatz zu Kontrollgruppen wurden signifikant erhöhte Werte gefunden<sup>142</sup> und als Hinweis auf die Relevanz als Vulnerabilitätsfaktor angesehen.

Die Serotonintheorie gilt heute als zweifelhaft, Belege für ein Serotonindefizit bei Angstpatienten konnten nicht gefunden werden. Die von Bandelow aufgeführten Untersuchungen sind inkonsistent<sup>143</sup>.

---

<sup>138</sup> vgl. Schulte in Lazarus-Mainka / Siebeneick 2000, S. 387f. Die ungerade Anzahl und die Bezeichnung "Zwillinge" wurden unverändert aus der Quelle übernommen.

<sup>139</sup> siehe Bandelow 2001, S. 86

<sup>140</sup> ebd., S. 86

<sup>141</sup> vgl. Morschitzky 2002, S. 168

<sup>142</sup> vgl. Schneider 2002, S. 37f.

<sup>143</sup> vgl. Bandelow 2001, S. 111ff.

Serotonin-Wiederaufnahmehemmer sind bei Angststörungen zwar wirksam, das allein lässt bei der Komplexität des Gehirns jedoch keine Schlussfolgerung zu. *„Ein weiteres Problem der biochemisch orientierten Erklärungsversuche ergibt sich durch die ... therapeutischen Effekte einer rein psychologischen Behandlung.“*<sup>144</sup>

Besser ist die Noradrenalinhypothese abgesichert: In Tierversuchen wurde eine Reaktion des noradrenergen Systems in Konditionierungssituationen nachgewiesen<sup>145</sup>. *„Eine Noradrenalininfusion führte bei Patienten mit Agoraphobie zu Panikattacken.“*<sup>146</sup>

Zur Preparedness-Theorie wurden Konditionierungsversuche mit Bildern von Schlangen und anderen Motiven durchgeführt<sup>147</sup>. Die Konditionierung war in allen Fällen erfolgreich, im Gegensatz zu den Kontrollgruppen ließ sie sich in der Gruppe, die die Schlangenbilder gesehen hatte, kaum noch löschen. Dies ist ein Indiz für die Theorie.

#### 4.1.3 Geschlechtliche Differenzierung

In dieses Kapitel möchte ich Erklärungsversuche einordnen, warum Frauen öfter als Männer von Angst betroffen sind. Sie sind zwar überwiegend soziologisch, aber das Merkmal „Geschlecht“ ist genetisch festgelegt.

Der genaue Zusammenhang von Geschlecht und Prävalenz ist noch ungeklärt, es gibt mehrere Modelle. Eines besagt, dass die größere biologische Belastung der Frau durch hormonelle Schwankungen, Menstruation und Schwangerschaft Frauen anfälliger macht<sup>148</sup>.

Soziologisch wird der Unterschied in Verbindung mit dem Frauenbild der Gesellschaft gebracht, nach dem Frauen schwächer sein dürfen als Männer. So bewerten sie sich selbst im Durchschnitt als ängstlicher, suchen schneller Hilfe und sind daher unter den Behandelten noch überrepräsentierter als unter den Kranken.<sup>149</sup>

Bei der Agoraphobie von Frauen ist die Aufgabe des Berufs für den Haushalt ein begünstigender Faktor, *„eine Agoraphobie tritt bei*

---

<sup>144</sup> Rachman 2000, S. 85

<sup>145</sup> Bandelow 2001, S. 123

<sup>146</sup> Pyke&Greenberg nach ebd., S. 123

<sup>147</sup> z.B. von Hugdahl und Krämer, vgl. Lazarus-Mainka / Siebeneick 2000, S. 99

<sup>148</sup> vgl. Morschitzky 2002, S. 331

<sup>149</sup> vgl. ebd., S. 331

*vielen Frauen erst nach der Heirat auf.*<sup>150</sup> Die Umstellung von Beruf und eigenen Einkommen zur Mutter in Abhängigkeit vom Ehemann kann in Verbindung mit dem Wunsch nach Selbstverwirklichung einen Rollenkonflikt auslösen.

Die These, dass der hohe Frauenanteil bei Angststörungen unter anderem durch Doppelbelastung - Beruf und Haushalt - entsteht<sup>151</sup>, lässt sich ebenfalls unter dieser Rubrik einordnen.

Zum Schluss möchte ich noch die Tatsache erwähnen, dass Scheidungen für finanziell vom Partner abhängige Menschen - in dieser Gesellschaft meist Frauen - ein größerer Lebenschnitt sind als für Männer. Auch dies wird zur Erklärung der höheren Prävalenz bei Frauen herangezogen<sup>152</sup>.

#### **4.2 Vorbelastung durch Umwelteinflüsse**

In dieses Kapitel möchte ich Angst begünstigende Einflüsse einordnen, die lange vor dem Ausbruch der Angstkrankheit wirkten. Im Hinblick auf das Durchschnittsalter bei Krankheitsausbruch sind es vor allem Kindheitseinflüsse. Problematisiert wird dabei, dass sie meist in retrospektiven Untersuchungen erforscht werden, wobei die Erinnerung der Testpersonen verzerrt sein könnte.

Ein weiterer Kritikpunkt ist, dass die genannten Punkte von Angstpatienten negativer eingestuft sein könnten als von "Gesunden", dass also die kognitive Empfänglichkeit den zentralen Punkt der Vulnerabilität darstellen könnte<sup>153</sup>. Trotzdem sind die kindlichen Belastungsfaktoren relevant genug, um hier erwähnt zu werden.

---

<sup>150</sup> ebd., S. 332

<sup>151</sup> vgl. Bandelow 2001, S. 165

<sup>152</sup> vgl. ebd., S. 165

<sup>153</sup> Vor dem Hintergrund eigener Problematik würde ich auch eine Untersuchung zu möglichen Verbindungen zwischen Ängstlichkeit und intellektueller Leistungsfähigkeit interessant finden.

## 4.2.1 Erziehung und Sozialisierung

Durch verschiedene Einflüsse der Eltern auf ihre Kinder kann Angst begünstigt oder ausgelöst werden.

Vor deren Beschreibung möchte ich kurz die Studie von Kelwing vorstellen: Sie verglich transgenerationale Einflüsse auf 100 Angstpatienten einer psychosomatischen Klinik mit denen auf Essgestörte und Patienten mit chronischem Kopfschmerz. Leider fehlt eine "gesunde" Kontrollgruppe.

### 4.2.1.1 Destruktives Elternverhalten

Die Ursache von Ängstlichkeit kann in Problemen liegen, *“bei denen die Kinder keine Chance bekommen, geeignete Copingstrategien zu entwickeln oder ein Gespür für die Kontrollierbarkeit bestimmter Lebensereignisse zu entwickeln.”*<sup>154</sup> Bei den im folgenden aufgezählten Problemen handelt es sich um solche.

Es ist es jedoch auch möglich, dass sie und die spätere Angsterkrankung Folgen einer gestörten Familienstruktur oder in einer solchen ein Problem unter vielen sein können<sup>155</sup>. Immerhin gaben 52% von Kelwings Angstgruppe eine gestörte Familienatmosphäre an<sup>156</sup>, und 37,9% nannten Familiengeheimnisse, z.B. unklare Vorgeschichten der Eltern, "schwarze Schafe" oder sexuellen Missbrauch in der Verwandtschaft.

#### 4.2.1.1.1 Sexueller Missbrauch

Sexueller Missbrauch wurde schon von Freud als Hintergrund einer späteren Angsterkrankung postuliert. Es bezeichnet sexuelle Handlungen zur Stimulation des Täters an unreifen Kindern, die die Bedeutung der Tat noch nicht voll erkennen. Die Täter sind zu 85-95% männlich, die Opfer überwiegend weiblich. Das Risiko eines Mädchens, vom Vater missbraucht zu werden, liegt bei etwa 2%; bei Pflege- oder Stiefvätern ist sie sieben Mal so hoch<sup>157</sup>.

Als verschlimmernde Faktoren gelten neben dem Alter des Kindes und Dauer und Intensität des Missbrauchs wenig familiäre

---

<sup>154</sup> ebd., S. 62

<sup>155</sup> vgl. ebd., S. 68

<sup>156</sup> Kelwing 1999, S. 103

<sup>157</sup> alle Zahlen aus Egle et al. 1997, S. 30f.

Unterstützung bei der Aufdeckung und eine enge Beziehung zwischen Täter und Opfer. Das letztere hängt zusammen mit einer ambivalenten Einstellung des Opfers dem Täter gegenüber, der ja auch Familienmitglied ist<sup>158</sup>.

"Angst ist ein konstitutives Merkmal des Missbrauchs selbst"<sup>159</sup>, z.B. durch Drohungen des Täters dem Opfer gegenüber. Hier lässt sich eine Parallele zur Konditionierungstheorie und zur erlernten Hilflosigkeit ziehen.

Kendler et al.<sup>160</sup> untersuchten 1411 weibliche Zwillinge - 30,3% von ihnen wurden nach eigenen Angaben missbraucht. Nach Korrektur der Einflüsse durch eine ohnehin gestörte Familienatmosphäre kamen die Forscher zum Ergebnis, dass die Prävalenz für Panikstörung bei Missbrauchsopfern auf das Doppelte erhöht ist.

Auch Drajer<sup>161</sup> fand psychische Belastungen - unter anderem Ängste - bei der Hälfte der Stichprobe von sexuell missbrauchten Frauen.

#### 4.2.1.1.2 Alkoholismus

In Familien mit einem alkoholkranken Elternteil gelten die Kinder als co-abhängig. Sie passen sich notgedrungen an ein dysfunktionales System an. Merkmal dieses Systems ist, dass Absprachen oft nicht eingehalten werden, der Alltag weniger verlässlich ist. Konflikte zwischen den Eltern, Ausreden und Tabus sind in Alkoholikerfamilien ebenfalls häufig<sup>162</sup>. Kinder erleben wenig Geborgenheit, müssen eher selbständig werden. Sie erleben, dass das Verhalten der Eltern unberechenbar ist, weil es von der akuten Intoxikation abhängt. "*Die plötzlichen Wesensveränderungen alkoholkranker Eltern erzeugen Angst.*"<sup>163</sup>

In einer (anderen) Studie von Kelwing waren 33% der Väter von Angstpatienten Alkoholiker, der Wert bei einer gesunden Kontrollgruppe betrug nur 9,4%<sup>164</sup>.

---

<sup>158</sup> vgl. ebd., S. 33f.

<sup>159</sup> Joraschky in ebd., S. 156

<sup>160</sup> nach Bandelow 2001, S. 69

<sup>161</sup> nach Engfer, vgl. Egle et al. 1997, S. 34

<sup>162</sup> vgl. Kruse et al. 2000, S. 155f.

<sup>163</sup> Kelwing 1999, S. 71

<sup>164</sup> vgl. ebd., S. 181

Zobel<sup>165</sup> zitiert Untersuchungen an Kindern von Alkoholkranken, diese sind jedoch uneinheitlich - nicht alle bescheinigen ein höheres Risiko für spätere Angststörungen als der Kontrollgruppe. Er interpretiert es so, dass der elterliche Alkoholismus weitreichende Auswirkungen auf die Kinder hat, "*wenn weitere ungünstige Bedingungen hinzukommen*"<sup>166</sup>, wie z.B. bei schwereren Fällen von Alkoholismus.

Zur Angst beitragen dürfte der Umstand, dass Kinder aus Alkoholikerfamilien sich gegenüber "normalen" Kindern als isoliert und minderwertig empfinden und weniger intakte Sozialkontakte zu Gleichaltrigen haben.<sup>167</sup>

#### 4.2.1.2 Overprotection und Transmission von Angststörungen

Die Bezeichnung "Overprotection" steht nach Levy<sup>168</sup> für einen Erziehungsstil, bei dem Kinder in Abhängigkeit und Obhut der Mutter gehalten werden, zuviel oder auch zu wenig kontrolliert werden. Dabei haben sie keine Lernmöglichkeit, „*angstauslösende Situationen durch den Erwerb von kompetenten Verhaltensweisen zu überwinden.*“<sup>169</sup> Da Overprotection oft seinen Grund in mütterlicher Ängstlichkeit hat, ordne ich es mit der Transmission der Angst in ein Kapitel.

In Kelwings Angstgruppe betrug der Anteil der überprotektiven Mütter insgesamt 47%<sup>170</sup>, bei den Patienten mit Panikstörung 54,4%<sup>171</sup>. Bei überprotektiven Müttern lagen der Leistungsdruck, die Vermittlung von Schuldgefühlen, die eigene Ängstlichkeit, aber auch die Geborgenheit über dem Durchschnitt der untersuchten Gruppe<sup>172</sup>. Hier muss erwähnt werden, dass die gesamte Gruppe der Angstpatienten ohnehin hohe Werte aufwies: 69,7% erlebten Einmischung der Eltern/Verwandten in lebenswichtige Entscheidungen wie Berufs- und Partnerwahl, 67,2% erlebten

---

<sup>165</sup> vgl. Zobel 2000, S. 81

<sup>166</sup> ebd., S. 83

<sup>167</sup> vgl. Kruse et al. 2000, S. 155

<sup>168</sup> vgl. Richter 1997, S. 42

<sup>169</sup> Schmidtchen 2001, S. 230

<sup>170</sup> vgl. Kelwing 1999, S. 115

<sup>171</sup> vgl. ebd., S. 189

<sup>172</sup> ebd., S. 150

Schuldgefühlsvermittlung von Elternseite<sup>173</sup>. Erziehung zur Selbständigkeit nannten jedoch nur 32,8%<sup>174</sup>.

Overprotection kann Bedürfnisse der Eltern erfüllen: Kinder werden als Sicherheit gebendes Objekt benutzt *"und deshalb auch deren Autonomiebestrebungen als Bedrohung ihrer eigenen Sicherheit empfinden."*<sup>175</sup> Richter sieht das Kind hier in der Rolle eines Ersatzpartners<sup>176</sup>.

Transmission besteht, wenn Kinder eine Angststörung entwickeln auf Grund von Einflüssen, die Eltern auf Grund ihrer eigenen Angststörung ausüben. *"Ein Elternteil mit einer Angsterkrankung steht aufgrund der eigenen Angst unter andauernder Anspannung und kann oft nur durch großen Kraftaufwand den Alltag mit Kindern organisieren."*<sup>177</sup>

52,7% von Kelwings Angstgruppe bezeichneten ihre Eltern als ängstlich<sup>178</sup>, was sich auf die Beziehung auswirkte: Kinder ängstlicher Mütter fühlten sich weniger akzeptiert.

Schneider fand in einem Experiment an 78 Müttern mit 107 Kindern<sup>179</sup> heraus, *"dass Mütter mit Panikstörung gegenüber ihrem Kind signifikant mehr verbale Kontrolle und Kritik äußerten und signifikant weniger feinfühlig und glücklich waren als Mütter ohne psychische Störungen."*<sup>180</sup> Das Durchschnittsalter der Kinder betrug 17-18 Jahre, 53% der Kinder von angstgestörten Müttern wiesen ebenfalls eine Angststörung auf.

---

<sup>173</sup> ebd., S. 110

<sup>174</sup> ebd., S. 105

<sup>175</sup> ebd., S. 190

<sup>176</sup> vgl. Richter 1997, S. 113f.

<sup>177</sup> Schneider 2002, S. 151

<sup>178</sup> vgl. Kelwing 1999, S. 117

<sup>179</sup> 50 Mütter mit Panikstörung / Agoraphobie, 28 Mütter als "gesunde" Kontrollgruppe.

<sup>180</sup> Schneider 2002, S. 147

#### 4.2.1.3 Überforderung

*"Wir sind eine prüfungsveranstaltende und prüfungsbewußte Kultur."*<sup>181</sup> Spätestens bei der Schulreife beginnt im Leben die Bewertung nach eigener Leistung. *"Die Gefahr dieser Phase liegt darin, daß sich ein Gefühl der Unzulänglichkeit und Minderwertigkeit bilden kann ... Das Kind verliert so Vertrauen ... und glaubt sich zur Mittelmäßigkeit oder zu einem Krüppeldasein verdammt."*<sup>182</sup>

Nach Kelwing waren knapp über 50% der Angstgruppe Leistungsdruck ausgesetzt.<sup>183</sup> Als Kinder erlebten sie weniger Geborgenheit, wurden öfter allein gelassen. Die Mütter wurden hier als wenig ängstlich eingestuft.

Lazarus-Mainka und Siebeneick bieten eine hier lerntheoretische Erklärung: Das Selbstkonzept des Kindes entsteht vor allem durch Bewertung durch die Eltern, z.B. wenn sie es mit anderen Kindern vergleichen. Bereits vorhandene Ängste können dabei verstärkt werden, da *„hochhängstliche Kinder wesentlich ungünstiger von ihren Eltern beurteilt werden als niedrighängstliche Kinder.“*<sup>184</sup>

Eine ähnliche Überforderungssituation besteht, wenn Kinder in einer Umgebung aufwachsen, in der ihre Leistungsfähigkeit überschätzt wird. Die Ursache dafür kann in einer narzisstischen Projektion liegen, Eltern haben dann den Wunsch, dass das Kind in ihren Augen erfolgreich ist. Sie *"erleben das Kind als positive Fortsetzung des eigenen Selbst und wollen sich durch seine Erfolge für die eigenen Mißerfolge entschädigen."*<sup>185</sup> Die gern genannte „Eislaufmutter“ ist hier nur als Extrem zu erwähnen - im Alltag bieten sich Schulleistungen wie das Abitur als Ziel an.

#### 4.2.2 Trennungserfahrungen

Bei den Trennungserfahrungen ist der Kontext des Kindes - die materielle und emotionale Abhängigkeit von den Eltern - zu sehen. Auch bei der Information über die Trennung ist das Kind abhängig.

---

<sup>181</sup> Sarason, nach Lazarus-Mainka / Siebeneick 2000, S. 257

<sup>182</sup> Erikson 1974, S. 254

<sup>183</sup> vgl. Kelwing 1999, S. 156

<sup>184</sup> Lazarus-Mainka / Siebeneick 2000, S. 257. Der Unterschied in der Bewertung ist vor allem bei Vätern vorhanden (vgl. Lazarus-Mainka / Siebeneick 2000, S. 360)

<sup>185</sup> Richter 1997, S. 77

#### 4.2.2.1 Verlust eines Elternteils

In Untersuchungen von Bandelow waren unter Panikpatienten insbesondere der Tod des Vaters und das Aufwachsen bei Verwandten signifikant häufiger vertreten<sup>186</sup>. In Kelwings Studie hatten 40% der Angstpatienten als Kind einen längeren Krankenhaus- oder Heimaufenthalt erlebt<sup>187</sup>.

Der Verlust eines Elternteils reißt ein Loch in die Familienbeziehungen, das kompensiert werden muss. Für die Verbliebenen erhöht sich das Aufgabensumme, Mütter werden als "stark" oder "hart arbeitend" beschrieben<sup>188</sup>. Auf diese Weise führt der Verlust zu Überforderung und den in deren Kapitel genannten Phänomenen: Der Druck zur frühen Selbständigkeit bestand vor allem in Familien ohne Vater<sup>189</sup>.

Zur selben Zeit kommt erschwerend hinzu, dass das Kind seine eigene Trauer verarbeiten muss.

Bowlby<sup>190</sup> verweist auf einen zweiten Risikofaktor: die Angst des Kindes, nach dem Verlust eines Elternteils auch vom anderen verlassen zu werden. Er nennt verschlimmernde Faktoren:

- Der verbliebene Elternteil erkrankt.
- Mit dem Kind wird nicht über den Todesfall geredet, seine Ursache wird geheim gehalten.
- Dem Kind wird direkt oder indirekt Verantwortung für den Verlust zugeschoben, so dass es sich als Belastung für den verbliebenen Elternteil empfindet.
- Der verbliebene Elternteil äußert depressive Gedanken. Hier ist anzumerken, dass Depression nach Verlusterfahrungen häufiger auftritt<sup>191</sup>.

---

<sup>186</sup> vgl. Bandelow 2001, S. 67, retrospektive Untersuchung mit 115 Panikpatienten und 124 "gesunden" Kontrollpersonen

<sup>187</sup> vgl. Kelwing 1999, S. 180 Ein solcher Aufenthalt kann, muss aber nicht Folge eines Todesfalls sein.

<sup>188</sup> vgl. Bowlby 1983, S. 405

<sup>189</sup> vgl. Kelwing 1999, S. 156

<sup>190</sup> vgl. Bowlby 1983, S. 456f.

<sup>191</sup> vgl. ebd., S. 186, 330

- Der von Bowlby genannte Risikofaktor der Unterbringung des Kindes bei Verwandten, Fremden oder einem Heim deckt sich mit Kelwings Befund.

Ein weiterer Risikofaktor ist Angst des Kindes, das es auch sterben könne; das ist "*eine natürliche, wenn auch falsche Denkweise*"<sup>192</sup>.

#### 4.2.2.2 Trennungsangst in der Kindheit

Auch ohne reale Verlusterlebnisse kann sich Trennungsangst entwickeln. Sie ist eine Angst bei Kleinkindern und bezieht sich auf den möglichen Verlust wichtiger Bezugspersonen, vor allem der Mutter. Sie "*zeigt sich in einem Absinken der Erkundungs- und Spielaktivität und ist abhängig vom Alter und von der Situation.*"<sup>193</sup> In Trennungssituationen lernt das Kind, wie viel Vertrauen es in Bezugspersonen haben kann, ob es eine sichere Bindung eingehen kann. Trennungsangst kann pathologisch werden, was sich in unrealistischer Besorgnis um Bezugspersonen, der Weigerung, allein zu sein, und Alpträumen ausdrücken kann<sup>194</sup>.

Trennungsangst könnte als begünstigender Faktor gesehen werden, gilt aber eher als Vorstufe einer Angsterkrankung. Von Klein wurde vermutet, "*dass sowohl bei Kindern mit Trennungsangst als auch bei Erwachsenen mit Panikstörung die Schwelle zur Auslösung des ... angeborenen biologischen Kontrollmechanismus zur Regulation von Trennungsangst pathologisch erniedrigt sei.*"<sup>195</sup>

Schneider erhielt in einer Längsschnittuntersuchung einen solchen Zusammenhang nicht nur zur Panikstörung, sondern auch zu panikrelevanten spezifischen Phobien wie der Klaustrophobie<sup>196</sup>. Diese Studie hat nur eine kleine Stichprobe und muss vorsichtig interpretiert werden. Da jedoch eine von Schneider zitierte Studie ähnliche Ergebnisse brachte<sup>197</sup>, kann als sicher gelten, dass zwischen kindlicher Trennungsangst und Angststörungen ein Zusammenhang besteht.

---

<sup>192</sup> ebd., S. 457

<sup>193</sup> Lazarus-Mainka / Siebeneick 2000, S. 125

<sup>194</sup> vgl. ebd., S. 138

<sup>195</sup> Schneider 2002, S. 89f.

<sup>196</sup> vgl. ebd., S. 100f.

<sup>197</sup> Pine et al. fanden eine Signifikanz zwischen Trennungsangst und spezifischer Phobie, vgl. ebd., S. 101

#### 4.2.3 Empfänglichkeit für Fehlinterpretationen

Bei Menschen mit hoher psychologischer Vulnerabilität ist die Empfänglichkeit für die im Kapitel "Kognitives Modell" beschriebenen Denkschemata tatsächlich höher. *"Solche Personen tendieren auch dazu, die Ursachen für das Trauma external zu attribuieren und selber keine Bewältigungsmöglichkeiten zu sehen."*<sup>198</sup>

Mathews & MacLeod wiesen nach, dass *"generalisiert ängstliche Patienten selektive Aufmerksamkeitszuwendung zu Inhalten bedrohlicher Art aufweisen"*<sup>199</sup>.

Eine Verzerrung, nämlich *"daß die Angstsymptome selber gefährlich sind und gesundheitliche Konsequenzen haben"*<sup>200</sup>, macht aus einzelnen Panikanfällen eine Panikstörung, hier werden vor allem uneindeutige Körpersensationen als gefährlich interpretiert.

Dass katastrophisierende Interpretation ein Risikofaktor nicht nur für die Aufrechterhaltung, sondern auch für die Entstehung der Panikstörung ist, belegt auch eine Untersuchung von Schneider, nach der *"Angststörungen mit einer generellen Tendenz für negative Interpretationen verbunden sind und Panikstörung mit einem spezifischen Interpretationsbias für panikrelevante Reize assoziiert ist."*<sup>201</sup> Diese Untersuchung ist auf Grund der kleinen Probandenanzahl allerdings vorsichtig zu behandeln.

Eine Fehlinterpretation liegt auch einer Eigenschaft zu Grunde, die Bandelow Panikpatienten zuschreibt: *"Übermäßiges Pflichtbewußtsein im Beruf mit der Neigung zum Perfektionismus ist nicht selten."*<sup>202</sup>

---

<sup>198</sup> Schulte in Lazarus-Mainka / Siebeneick 2000, S. 386

<sup>199</sup> Sartory 1997, S. 157

<sup>200</sup> Schulte in Lazarus-Mainka / Siebeneick 2000, S. 394

<sup>201</sup> Schneider 2002, S. 105

<sup>202</sup> Bandelow 2001, S. 26

### 4.3 Akute Belastungsfaktoren

In dieses Kapitel möchte ich Einflüsse einordnen, die in kurzer Zeit zu Angst führen können. Sie haben gemeinsam, dass sie Krisen oder Umbruchssituationen sind und damit hohe Unsicherheit auslösen. *"In Krisen und Übergangszeiten ist die Disposition zu generalisierter Angst größer und besonders dann erlebbar, bevor man Entschlüsse faßt, um diese Situation zu verändern."*<sup>203</sup>

Welche Ängste Umbruchssituationen erzeugen können, zeigt auch eine Studie von Margraf: Demnach hatten am Stichtag im Jahr 1994 in Ostdeutschland 16,3%, im Westen jedoch nur 7% Angst<sup>204</sup>.

#### 4.3.1 Life-Events

*"Das Leben ist Mühe."*<sup>205</sup> Immer wieder finden sich Life-Events als Auslöser von Angst, z.B. hatten 80% der Panikpatienten ein schwerwiegendes Lebensereignis vor der ersten Attacke zu bewältigen<sup>206</sup>.

Die vorgestellten Ereignisse haben gemein, dass sie eine Neuorientierung des Lebens verlangen und daher die Unsicherheit erhöht ist. Dies erklärt, dass belastende Ereignisse von Betroffenen subjektiv als belastender empfunden werden<sup>207</sup>, *"häufig bewirkten sie auch eine schwere Beeinträchtigung des Selbstbewußtseins."*<sup>208</sup> Die kognitive Komponente findet sich also auch hier.

##### 4.3.1.1 Adoleszenz

Wenn man sich den Durchschnittsalter bei Beginn der Angststörungen ansieht - siehe Kapitel 2, grob gesagt, um die 20 Jahre - hat man ein Alter vor sich, in dem sich das Leben schwerwiegend ändert. Ein Zusammenhang lässt sich vermuten.

---

<sup>203</sup> Kast 2003, S. 100

<sup>204</sup> Margraf nach Morschitzky 2002, S. 153

<sup>205</sup> Dörner et al. 2002, S. 289

<sup>206</sup> MFS-Studie nach Morschitzky 2002, S. 54

<sup>207</sup> vgl. Bandelow 2001, S. 74

<sup>208</sup> Kelwing 1999, S. 70

*"Angststörungen spiegeln oft die Furcht vor Veränderungen wider, die durchaus als notwendig erkannt werden."*<sup>209</sup>

Das Alter markiert etwa das Ende der Adoleszenz. Diese steht für den Beginn der Ablösung vom Elternhaus und des eigenverantwortlichen Handelns, etwa bei der Berufswahl. Es bildet sich eine eigene Identität, die vorerst noch in der Peergroup gesucht wird und dabei dem Erwachsenenbild offen entgegensteht<sup>210</sup>. In Gefahr gerät diese Identität jedoch beim Kontakt mit den Anforderungen einer Gesellschaft, die ihr gegenüber stehen. Sie richten sich weniger nach inneren Werten, sondern achtet mehr auf Dinge wie *"seine Hautfarbe, das Milieu seiner Eltern oder die Art, wie es gekleidet ist."*<sup>211</sup> Mit der Selbständigkeit hängt auch der Lebensstandard davon ab.

Gleichzeitig verlangt die sexuelle Reifung die Fähigkeit zur Intimität, zum Eingehen von Beziehungen. Auch das verändert die pubertäre Identität, fordert Kompromisse und Verpflichtungen gegenüber dem Partner.

Das Alter von der Pubertät bis zu 18 Jahren ist oft Reifungs- und Existenzängsten verbunden, die sich in Unsicherheit, Magersucht oder Depression zeigen können<sup>212</sup>.

#### 4.3.1.2 Verlust einer Bezugsperson

Der Verlust des Partners oder eines Kindes führt nicht nur zu einer plötzlichen Lebensänderung, sondern vor allem zu Trauer. Bowlby nennt vier Phasen der Trauer, beginnend mit der kurzen Phase der Betäubung. Die zweite Phase, die der Suche und Sehnsucht, dauert zwischen einigen Monaten und einem Jahr<sup>213</sup>. Sie ist ausgefüllt von vielen Gedanken an den verlorenen Menschen und unrealistischen Hoffnungen auf seine Wiederkehr. Auch Wut kann sich zeigen, die sich gegen den Toten oder einen anderen richten kann. Erst danach kann in den Phasen der Des- und der Reorganisation die Tatsache

---

<sup>209</sup> Morschitzky 2002, S. 13

<sup>210</sup> vgl. Erikson 1974, S. 256

<sup>211</sup> ebd., S. 255

<sup>212</sup> vgl. Morschitzky 2002, S. 330

<sup>213</sup> vgl. Bowlby 1983, S. 114

des Verlusts akzeptiert und ein neuer Lebensentwurf angenommen werden.

Angstrelevant ist die "chronische Trauer": Betroffene bleiben in der Such- und Sehnsuchtsphase stecken und werden unfähig, das Leben umzuplanen. Grüblerische Selbstvorwürfe sind ein Merkmal schwererer Fälle. Das Hauptsymptom ist hier Depression, "*häufig kombiniert oder abwechselnd mit Angst, 'Agoraphobie' ..., Hypochondrie oder Alkoholismus*"<sup>214</sup>.

Bei entsprechender Diathese kann die Angst schneller auftreten: „*Menschen mit erhöhter Sensibilität für Verluste reagieren oft bereits bei der Gefahr von Verlusten mit panikähnlichen Symptomen*“<sup>215</sup>.

Einen ähnlichen Zusammenhang zwischen Trauer und Angst nennt Kelwings Untersuchung: "*Ängstliche Mütter hatten doppelt so viele Fehlgeburten oder Totgeburten erlebt wie nicht ängstliche Mütter.*"<sup>216</sup> Trotz der kurzen Zeit der Beziehung folgt die Trauer in diesem Fall dem oben erwähnten Muster. Selbstvorwürfe, man hätte Vorzeichen des Verlusts nicht beachtet<sup>217</sup> – also destruktive Kognitionen - kommen häufig beim Tod eines Kindes vor und können in manchen Fällen beständig werden.

Bowlby nennt eine Untersuchung von Cullberg, nach der von 56 betroffenen Müttern nach ein bis zwei Jahren 19 eine Angst-, Zwangs- oder depressive Störung entwickelt hatten<sup>218</sup>.

#### 4.3.1.3 Herzinfarkt

Der Herz- oder Myokardinfarkt entsteht durch Sauerstoffmangel im Herzmuskel, wodurch Teile dieses Muskels absterben. Die dabei häufig auftretenden Herzrhythmusstörungen können tödlich sein. Die Symptome eines Herzinfarkts sind Schmerzen in der Brust und im linken Arm, ein kalter Schweißausbruch, Übelkeit und Atembeklemmung<sup>219</sup>. Das "koronare Angstsyndrom" ist ein weiteres Merkmal, bei dem sich "*der koronare 'Vernichtungsschmerz' und die Angst der realen Lebensbedrohung wechselseitig verstärken*

---

<sup>214</sup> ebd., S. 180

<sup>215</sup> Morschitzky 2002, S. 64

<sup>216</sup> Kelwing 1999, S. 156

<sup>217</sup> vgl. Bowlby 1983, S. 154

<sup>218</sup> vgl. ebd., S. 161

<sup>219</sup> vgl. Brenner / Trappe 1983, S. 23f.

können."<sup>220</sup> Die Symptome ähneln sehr denen einer Panikattacke. Eine solche kann als Re-Infarkt fehlinterpretiert werden.

"Gefühle der Hilflosigkeit und Angst, des Nicht-mehr-weiter-Wissens"<sup>221</sup> nennen Brenner und Trappe als häufige erste Reaktion auf einen Herzinfarkt. Diese Angst muss bewältigt werden. "Bei Nichtbearbeitung kann sich diese existenzielle Angst in einer allgemeinen Verunsicherung und Ängstlichkeit in allen Lebensbereichen ausdrücken; sie kann sich aber auch in Form von Angst vor konkreten Situationen auftreten (z.B. Angst, sich von der Wohnung oder dem Heimatort weiter zu entfernen)."<sup>222</sup> Es ist ersichtlich, dass hier generalisierte Angst und Agoraphobie gemeint sind.

#### 4.3.2 Mobbing

Mobbing bezeichnet "*negative kommunikative Handlungen*"<sup>223</sup> gegen eine Person über einen längeren Zeitraum. Es kann überall vorkommen, wo Menschen zusammen sind oder sein müssen. Der bekannteste Schauplatz ist der Arbeitsplatz, hier beträgt die Lebenszeitprävalenz etwa 25%<sup>224</sup>. Typische Persönlichkeitseigenschaften der Opfer existieren nicht: Es kann jeden betreffen, da arbeitsbedingte Konflikte als Entstehungsfaktoren wichtiger sind. Mobbinghandlungen sind Angriffe auf die Möglichkeiten, sich mitzuteilen, auf soziale Beziehungen, auf das Ansehen, die Qualität der Berufs- und Lebenssituation und auf die Gesundheit<sup>225</sup> - also auf wichtige Aspekte des psychischen Zufriedenheit.

Für die Betroffenen stellt Mobbing daher einen Stressor dar. Es kann Folgen wie Kündigung, lange krankheitsbedingte Abwesenheit bis hin zum Selbstmord haben. In Untersuchungen ergab sich, dass Mobbingopfer ein höheres Angstempfinden haben.

---

<sup>220</sup> Strian 2003, S. 70f.

<sup>221</sup> Brenner / Trappe 1983, S. 13f.

<sup>222</sup> ebd., S. 83, Hervorhebung weggelassen

<sup>223</sup> Leymann 1993, S. 21

<sup>224</sup> vgl. ebd., S. 84

<sup>225</sup> vgl. ebd., S. 23ff.

Leymann untersuchte die Korrelationen von 39 typischen Symptomen, an denen Mobbingopfer litten. Deren Auswertung ergab große Ähnlichkeiten mit Symptomen der Posttraumatischen Belastungsstörung und der generalisierten Angststörung<sup>226</sup>. Leymann entwickelte daraus eine Hypothese: Mobbing führt nach einem halben Jahr zu einer posttraumatischen Belastungsstörung und *"allmählich, nach etwa einem Jahr, zu einer generellen Angststörung."*<sup>227</sup>

Bestärken lässt sich diese Hypothese mit einer Komorbidität von 19,5% zwischen der posttraumatischen und der generalisierten Störung. Die Komorbiditäten der posttraumatischen Belastungsstörung mit anderen Angststörungen liegen ebenfalls in der Größenordnung: zur Agoraphobie 22,6%, zur spezifischen Phobie 19,7%<sup>228</sup>.

#### 4.3.3 Gesamtgesellschaftliche Einflüsse

Die gesamtgesellschaftlichen Einflüsse liegen auf einer Makroebene, auf der das Individuum sie nicht vermeiden und erst recht nicht steuern kann. Sie zeichnen sich, kognitiv ausgedrückt, durch eine extrem geringe Kontrollerwartung aus.

##### 4.3.3.1 Angst am Arbeitsplatz

Interessant ist, dass Mobbing nicht nur Auslöser, sondern auch eine mögliche Folge von Angst am Arbeitsplatz ist. Panse und Stegmann teilen arbeitsbezogene Ängste in drei Kategorien:<sup>229</sup>

- Existenzängste vor Arbeitsplatzverlust, Alter und Krankheit
- Soziale Ängste vor Kollegen, Vorgesetzten, Untergebenen und vor offener Meinungsäußerung
- Leistungs- und Versagensängste vor Beurteilungen, Innovationen, auch vor Beförderungen. Strian sieht die Arbeitsphobie als Erwachsenenversion der Schulphobie<sup>230</sup>.

---

<sup>226</sup> vgl. ebd., S. 10f.

<sup>227</sup> ebd., S. 113

<sup>228</sup> alle Zahlen aus der NCS-Studie, nach Morschitzky 2002, S. 157

<sup>229</sup> vgl. Panse / Stegmann 1996, S. 45ff.

<sup>230</sup> Strian 2003, S. 53

Wie verbreitet diese Ängste sind, wird an der Schätzung von 100 Milliarden DM deutlich, die Panse und Stegmann 1996 als Folgekosten arbeitsbezogener Ängste errechneten<sup>231</sup>.

Ängste am Arbeitsplatz erhalten in wirtschaftlich schlechten Zeiten höhere Brisanz.

In einem Hochlohnland wie Deutschland wird eine solche durch Globalisierung ausgelöst. Weltweite Konkurrenz erwächst, der eigene Arbeitsplatz ist nicht mehr sicher. *„Globalisierung gilt vielfach geradezu als Synonym für die Verlagerung von Arbeitsplätzen ins Ausland.“*<sup>232</sup>

*„Der politische Spielraum des Nationalstaats wird enger. Es kommt zu einer Gefährdung der Öffentlichen Güter“*<sup>233</sup>. Auch die sozialen Absicherungssysteme geraten unter Druck, so dass Arbeitslosigkeit einen größeren Abstieg bedeutet, was die Angst um den Arbeitsplatz vergrößert.<sup>234</sup>

Dies bedeutet für Arbeitnehmer mehr Angst um den Arbeitsplatz, mehr Stress, mehr Konkurrenz mit der beschriebenen Folge Mobbing. Es führt dazu, dass *„der Arbeitsdruck steigt und Panikattacken zunehmen.“*<sup>235</sup> Eine Studie von Bröhm<sup>236</sup> ergab, dass 92,8% der Arbeitnehmer Angst um ihren Arbeitsplatz haben – diese Angst dürfte damit weit mehr Menschen betreffen, als wirklich gefährdet sind.

#### 4.3.3.2 Terrorismus

Bei der Arbeitsangst kam bereits zum Ausdruck, dass bereits eine mögliche Bedrohung reicht, um Ängste auszulösen. Noch mehr gilt dies für Bedrohungen, die eine weit höhere Intensität haben, auch wenn sie weit seltener sind.

Hier sind Untersuchungen über psychische Entwicklungen in den USA nach den Terroranschlägen des 11. September interessant: In den ganzen USA, nicht nur in New York, bestand nach dem 11.9. ein

---

<sup>231</sup> Panse / Stegmann 1996, S. 176. Nur der Vollständigkeit halber: Der Betrag entspricht etwa 51 Milliarden Euro.

<sup>232</sup> Konegen in Robert 2002, S. 243

<sup>233</sup> ebd., S. 11

<sup>234</sup> Hier ist die geplante Zusammenlegung von Arbeitslosen- und Sozialhilfe zu nennen.

<sup>235</sup> Morschitzky 2002, S. 332

<sup>236</sup> zitiert nach ebd., S. 332

höheres Risiko für eine posttraumatische Belastungsstörung<sup>237</sup> - die Komorbiditäten zu Angststörungen wurden bereits erwähnt.

Als Risikogruppe werden Frauen, ethnische Minderheiten und Menschen mit psychischen Problemen genannt. Die Flugphobie liegt in diesen Gruppen höher, was als Auswirkung der Anschläge genannt wurde<sup>238</sup>.

Das Modell-Lernen bietet eine Erklärung für solche Ängste. Nach Lazarus-Mainka und Siebeneick *"besteht heute kein Zweifel mehr daran, daß durch Medien ... stellvertretend Angst erworben kann."*<sup>239</sup>.

Der Effekt der Anschläge, Unsicherheit zu erzeugen, wird von Politik und Medien verstärkt. *"Das Verbrechen wird als Ereignis dargestellt, das in zufälliger und unvorhersehbarer Weise jederzeit 'zuschlagen' kann, wodurch die Möglichkeit genommen wird, sich in einer vernünftigen Weise davor zu schützen."*<sup>240</sup> So waren etwa die Hälfte der Amerikaner besorgt, selbst ein Opfer des Terrorismus zu werden<sup>241</sup>. Die Tatsache, dass das Risiko beim Autofahren oder Rauchen höher liegt, gehört zu den unwirksamen Gegenkognitionen. Eine weitere Belastung ergibt sich aus dem Wunsch nach Sicherheit nach dem Ereignis. Es *"erhöhen sich die Anforderungen für die Anerkennung als bona-fide-Mitglied der Gesellschaft."*<sup>242</sup>, also der Druck des Entweder-Oder, sich zum gesellschaftlichen System zu bekennen, trotz seiner erkannten Mängel und Verbesserungsmöglichkeiten. Hierzu ist ein Anstieg der Diskriminierung arabischer und islamischer Amerikaner zu nennen<sup>243</sup> - auch das könnte man als fehlgeleitete Angstbewältigung interpretieren.

---

<sup>237</sup> American Psychological Association 2003, <http://www.apa.org>

<sup>238</sup> ebd.

<sup>239</sup> Lazarus-Mainka / Siebeneick 2000, S. 192

<sup>240</sup> Steinert in Fetscher et al. 1979, S. 46

<sup>241</sup> American Psychological Association 2003, <http://www.apa.org>

<sup>242</sup> Steinert in Fetscher et al. 1979, S. 46

<sup>243</sup> American Psychological Association 2003, <http://www.apa.org>

## 5. Zusammenfassung und Ausblick

In den voraus gegangenen Kapiteln habe ich relevante Aspekte für die Entstehung von Angststörungen dargestellt.

Als Angststörungen vorgestellt wurden die Panikstörung, die generalisierte Angst, die spezifische Phobie und die Agoraphobie.

Verschiedene Theorien, welche Faktoren an der Angstenstehung beteiligt sind, wurden im dritten Teil behandelt. Der neurobiologische Ansatz betonte vor allem die Disposition auf Grund gehirnimmanenter Fehl- oder Überfunktionen. Psychoanalytische Theorien gingen von einer frühkindlichen Schädigung aus, systemische dagegen von einer Störung in der Umwelt des Betroffenen. Der lerntheoretische Ansatz, der mir am plausibelsten erschien, teilt sich auf in Angstenstehung durch konditionierende Einflüsse und durch kognitive Empfänglichkeit. Erstere bilden Angst als Reaktion auf Bedrohungen, letztere auf Grund von Fehlinterpretationen.

Im vierten Teil wurde schließlich an Beispielen festgestellt, dass eine Angsterkrankung in der Praxis durch verschiedenste Einflüsse, aus allen Bereichen, von der Erziehung bis zur globalen Entwicklung, begünstigt oder ausgelöst werden kann. Einige von ihnen erhöhen den akuten Stress, andere die Vulnerabilität. Auch eine angeborene Disposition ließ sich belegen.

Nach all den Wegen in die Angst möchte ich zum Abschluss noch kurz die Wege heraus vorstellen, die Therapeuten, Betroffene und natürlich Sozialarbeiter beschreiten können.

### 5.1 Therapie von Angststörungen

Zur Angsttherapie gibt es verschiedene Ansätze, die sich auf je eine bestimmte Theorie beziehen. *"Als Richtlinie kann gelten, daß zur Behandlung von Angstanfällen und Phobien heute in erster Linie medikamentöse und/oder verhaltenstherapeutische Maßnahmen eingesetzt werden sollten, bei Angstformen mit schweren Persönlichkeitsstörungen ... psychoanalytische Verfahren zu empfehlen sind."*<sup>244</sup>

---

<sup>244</sup> Strian 2003, S. 110

Eine reine Psychoanalyse wird jedoch kaum zum Einsatz kommen: Bei Angststörungen wurde die Erweiterung der Psychoanalyse durch die Konfrontation - also durch ein verhaltenstherapeutisches Element - bereits von Freud postuliert<sup>245</sup>.

Bei spezifischen Phobien ist die Desensibilisierung durch Konfrontation die effektivste Methode<sup>246</sup>. Sie ist sozusagen eine umgekehrte Konditionierung. Nach einer Informationsphase, in der der Hintergrund der Angst erforscht wird, wird die Betroffene dem phobischen Objekt ausgesetzt, zunächst in Begleitung und von Angst mindernden Techniken unterstützt. Die Patientin muss sich entweder mit dem realen Objekt oder mit dessen gedanklicher Vorstellung konfrontieren<sup>247</sup>.

Hinsichtlich der Intensität der Angst werden zwei Verfahren unterschieden: Bei der "Desensibilisierung" nähert sich die Klientin in kleinen Schritten der Angstsituation. Sie kann die Annäherung abbrechen, wiederholt sie aber so lange, bis sie an die Situation gewöhnt ist und die Angst verschwunden ist. Das "Flooding" dagegen setzt sofort mit der höchsten Angststufe ein, *"die Reizüberflutung verhindert das Auftreten von Vermeidungsverhalten."*<sup>248</sup> Lernziel ist es, in der Angstsituation zu verharren, sie zu ertragen und dabei zu lernen, dass sie doch ungefährlich ist. Standardmethode ist das Flooding, die Desensibilisierung ist nur bei verschiedenen Indikationen angezeigt<sup>249</sup>.

Ein Problem dieses Ansatzes ist Komorbidität, die bei Angststörungen, wie in Kapitel 2.2.2 ausgeführt, hoch ist. In solchen Fällen ist eine nur Konfrontation ausgelegte Therapie erfolglos<sup>250</sup>, andere bestehende Probleme müssen bearbeitet werden.

Bei der Panikstörung und der generalisierten Angst ist kognitive Neuorientierung die geeignetste Methode.

Der erste Schritt ist das Erkennen der eigenen falschen Überzeugungen. Wo das Denken auf fehlerhafte, Angst fördernde Logik verengt ist, wird aufgezeigt, dass es konstruktive Alternativen

---

<sup>245</sup> vgl. Morschitzky 2002, S. 412

<sup>246</sup> Rachman 2000, S. 102

<sup>247</sup> vgl. Strian 2003, S. 118

<sup>248</sup> ebd., S. 120

<sup>249</sup> vgl. Morschitzky 2002, S. 345

<sup>250</sup> vgl. ebd., S. 156

gibt. Automatisch ablaufende Gedanken werden aufgespürt. Beck empfiehlt hierzu den *"sokratischen Dialog"*<sup>251</sup>: Der Therapeut stellt Fragen, die den Klienten selbst auf die Spur der Angst machenden und der neuen konstruktiveren Kognitionen bringen.

Anschließend werden neue Kognitionen erlernt.

Der Klient erhält die Hausaufgabe, die neuen Muster zu üben, sich an die neuen Einschätzungen zu gewöhnen und deren Wahrheit im realen Leben zu beweisen - wodurch die Konfrontation auch in diese Therapieform integriert wird. *"Auch wenn kognitive Interventionen das Denken verändern, bedürfen sie häufig der Ergänzung durch die direkte Erfahrung."*<sup>252</sup>

Kognitive Therapie kann auch im Gruppensetting durchgeführt werden, wobei die Mitglieder sich gegenseitig mit ihren Problemen begegnen. Sie stellen fest, dass andere die selben Probleme haben, oder hatten, und können so voneinander lernen. *"Wenn die Patienten beginnen, einige der kognitiven Fehler ... bei anderen zu erkennen, werden sie durch die Gruppe dazu gebracht, ihre eigenen Denkweisen zu überprüfen."*<sup>253</sup>

Medikamentöse Behandlungen von Angststörungen geschehen meist mit Antidepressiva, Benzodiazepine oder Neuroleptika.

Bei Antidepressiva wird vermutet, dass *"sie das durch die Erkrankung gestörte Gleichgewicht der verschiedenen Transmitter wieder herstellen."*<sup>254</sup>

Benzodiazepine haben neben der angstlösenden auch eine sedierende Wirkung, sie setzen am GABA-System an und hemmen Neuronensysteme. Ein Nachteil ist jedoch das Abhängigkeitspotential.

Medikamente können auch begleitend zu den psychotherapeutischen Verfahren verabreicht werden

---

<sup>251</sup> Beck / Emery 1981, S. 26

<sup>252</sup> Rachman 2000, S. 128

<sup>253</sup> Beck / Emery 1981, S. 196

<sup>254</sup> Scherer / Kuhn 2002, S. 117

## 5.2 Selbsthilfe

Nicht nur im Hinblick auf knappe Therapieplätze, sondern auch zur Aktivierung von eigenen Kräften ist Selbsthilfe wichtig.

Das bei den Therapieformen beschriebene Verfahren der Desensibilisierung ist bei weniger schweren Ängsten auch als Selbsthilfeprogramm durchführbar. Auch Ratschläge zur kognitiven Angstbewältigung werden zur Selbsthilfe angeboten<sup>255</sup>. Ohne Begleitung verlangt Selbsthilfe jedoch Toleranz gegenüber Rückfällen und vor allem eine intrinsische Motivation - die auch bereit ist, auf "falsche" Strategien (Sicherheitssignal, Beruhigungsmittel) zu verzichten.

Wie bei vielen Problemen existieren auch für Angststörungen Selbsthilfegruppen. In solchen Gesprächsgruppen *"gilt die Regel, daß Ängste allein durch die Tatsache, daß sie ausgesprochen werden, einen großen Teil ihres negativen Potentials verlieren."*<sup>256</sup>

Hier sind alle Teilnehmer selbst betroffen und stehen sich damit symmetrisch gegenüber. Neben der schon bei der kognitiven Gruppentherapie erwähnten Möglichkeit der distanzierten Problembewertung ist die Doppelrolle der Teilnehmer wichtig: Jeder ist gleichzeitig Klient und Helfer. Aus dieser Rolle erwächst ein Feld für Aktivität in eigener Sache, was ein Schritt zu einem besseren Leben ist. *"Kein von außen kommendes Hilfsangebot kann die eigene Initiative lähmen."*<sup>257</sup>

Wichtig ist weiterhin die Erfahrung der Betroffenen mit ihrem eigenen Problem, die sich gerade dadurch von der Erfahrung professioneller Helfer unterscheidet.

## 5.3 Sozialarbeiterische Relevanz

Da ich diese Arbeit nicht als Psychologe, sondern als angehender Sozialarbeiter schreibe, möchte ich als letztes noch Möglichkeiten nennen, die mein Berufszweig zur Prävention bzw. Bewältigung von Angststörungen besitzt.

---

<sup>255</sup> vgl. Morschitzky 2002, S. 450ff.

<sup>256</sup> Panse / Stegmann 1996, S. 203

<sup>257</sup> Moeller 1978, S. 81

### 5.3.1 Präventive Arbeit

Die Möglichkeiten der Angstprävention sind unzählig, denn jede Sozialarbeit, die an den in Kapitel 4 genannten Themen ansetzt, ist "nebenbei" ein Beitrag dazu. Ich werde deshalb nur wenige Möglichkeiten kurz anreißen.

Familienentlastende Dienste, insbesondere bei Alleinerziehenden und sozial Benachteiligten, können helfen, die im Kapitel "Erziehung" genannten Risikofaktoren abzufedern.

*“Wenn jemand z.B. Angstanfälle bekommt, nachdem er stunden- und tagelang an der Telefonvermittlung oder am Fließband gesessen hat und deshalb schreiend umfällt oder wegläuft, so ist eher die 'Vernunft' fragwürdig, die ihn zu dieser Tätigkeit zwingt.”*<sup>258</sup>  
Maßnahmen, die die Chancen auf dem Arbeitsmarkt erhöhen, machen es möglicher, einer Überlastung oder drohenden Entlassung durch Arbeitsplatzwechsel auszuweichen. Obwohl dies an die operante Vermeidung erinnert, ist es ein akzeptabler Weg.

Der "Empowerment"-Ansatz bietet weitere Möglichkeiten zur Angstbewältigung und -prävention. Es geht darum, Menschen bei der Entdeckung und Entwicklung eigener Stärken zu unterstützen, ihnen zu zeigen, dass sie nicht wehrlos sind, sondern sich im Leben behaupten können. Sie können einen Weg zu mehr Autonomie finden; in Kelwings Studie wurde deren Erhöhung vor allem von Frauen als helfender Faktor genannt<sup>259</sup>.

### 5.3.2 Therapiebegleitende Arbeit

Andererseits kann bei bestehender Angstkrankheit einiges getan werden, um ihre Auswirkungen abzufedern, und gerade hier liegen Ansatzpunkte der begleitenden Sozialarbeit. Die Angst bleibt zwar (vorerst) bestehen, sie ist jedoch weniger belastend, eingesparte psychische Kraft kann in die Therapie investiert werden.

---

<sup>258</sup> Butollo 1984, S. 22

<sup>259</sup> Kelwing 1999, S. 170, 193f.

Patienten, die ein Sicherheitssignal benötigen, können es von der Sozialarbeit erhalten. Bedingung ist hier natürlich eine gleichzeitige Therapie gegen die Angst.

Ein Tagesablauf, der unabhängig vom akuten Angstniveau planbar ist, ist nicht nur wichtig für die Integration in die Gesellschaft, sondern kann auch die Entwicklung einer Agoraphobie bremsen. Sozialarbeit kann eine Tagesstruktur bieten. Wichtig ist dies bei „Hausfrauen, Studenten und Selbständigen“<sup>260</sup>, also Menschen, die nicht durch Arbeit in eine Struktur eingebunden sind und weniger Anwesenheitszwängen, damit mehr Möglichkeiten zur Vermeidung ausgesetzt sind.

Bei Agoraphobie gilt: "*Aktivität verbessert die Stimmung*"<sup>261</sup>. Die Aufrechterhaltung bzw. Reaktivierung bestehender Freundschaften, Hobbys und ähnlicher Aktivitäten erhöht die Lebensqualität. Auch hierbei kann Tagesstruktur helfen, oder geschaffen werden.

Die erwähnten Aspekte Beziehungen und regelmäßige Aktivität treffen bei einer Selbsthilfegruppe zusammen. Diese kommt zwar im Normalfall ohne professionelle Leitung aus, die Unterstützung solcher Gruppen, auch die Hilfe bei der Gründung, liegt jedoch in den Händen der Sozialarbeit.

### 5.3.3 Case Management

Eine Form der Einzelfallhilfe ist das Case Management. Es ist geeignet für Menschen mit „*Schwierigkeit, Hilfe effektiv zu nutzen*"<sup>262</sup> und für solche mit mehreren Problemen, die also mehrere Helfer benötigen. Menschen mit Angststörungen, bei denen zur Angst eine soziale Isolation tritt und die möglicherweise eine Karriere von erfolglosen körperlichen Untersuchungen hinter sich haben, fallen in diese Kategorie.

Die Sozialarbeiterin arbeitet weniger selbst mit dem Klienten, sie sucht aus dem Angebot der Hilfen diejenigen heraus, die seinem Problem angemessen und ihm möglicherweise unbekannt sind. Bei

---

<sup>260</sup> Morschitzky 2002, S. 38

<sup>261</sup> ebd., S. 451

<sup>262</sup> Ballew / Mink in Wendt 1995, S. 60

hochspezialisierten Angeboten ist sie Wegweiserin und stellt die einzelnen Hilfen in einen Kontext, hier den der Angst.

Case Management ist ein Arbeitsbereich der Sozialarbeit, denn "*Die Aufgabenstellung bringt ... die Rollen des Diskurspartners ..., eines Maklers ..., eines Mittlers ... und Anwalts ... mit sich*"<sup>263</sup>. Ein solch breites Spektrum können spezialisierte Helfer wie Therapeuten nicht leisten.

Das Verfahren läuft in 6 Phasen ab<sup>264</sup>:

1. Die "Verpflichtung" ist eine Kennenlernphase, in der es dem Klienten leicht gemacht wird, Hilfe anzunehmen.
2. Die "Einschätzung" dient der Auflistung, Analyse und Gewichtung der Probleme, natürlich auch der Ressourcen des Klienten. Dieser soll aktiv an der Einschätzung beteiligt werden.
3. Im Planungsstadium wird ein Ziel formuliert und Schritte zu diesem festgelegt.
4. Die Erschließung der Ressourcen ist die eigentliche Arbeitsphase. Der Klient wird den eigentlichen Helfern zugeführt, die Sozialarbeiterin nimmt ihm Hemmungen vor diesen.
5. Koordination sorgt dafür, dass das Hilfsnetzwerk bestehen bleibt, dass Probleme nicht eskalieren, dass sowohl Helfer als auch Klient an der Hilfe interessiert sind.
6. Entpflichtung mit Evaluation erfolgt, wenn das Ziel erreicht ist. Auch die Fähigkeit des Klienten, Hilfe anzunehmen und selbst zu suchen, wird betrachtet.

#### 5.3.4 Progressive Muskelentspannung

In die Desensibilisierungstherapie integriert ist die Vermittlung von Entspannungstraining. Die progressive Muskelentspannung nach Jacobson ist das bekannteste Verfahren. Es kann Klienten auch von Sozialarbeitern beigebracht werden. Seine Anwendung bei Angstzuständen dient der Bewältigung und basiert darauf, dass "*Entspannung und Angst gewissermaßen nicht vereinbar sind, die Entspannung also Angst verhindert.*"<sup>265</sup>

---

<sup>263</sup> Wood / Middleman nach ebd., S. 39

<sup>264</sup> Ballew / Mink nach ebd., S. 63. Bei anderen Autoren sind die Phasen z.T. anders eingeteilt, der Ablauf ist jedoch der selbe.

<sup>265</sup> Strian 2003, S. 119

Wie bereits erwähnt, werden einige Ängste von Verspannungen begleitet. *"Am besten beginnt man die erste Entspannungssitzung damit, dem Klienten den Zusammenhang seiner Spannung klarzumachen."*<sup>266</sup>

Das eigentliche Training gliedert sich in 16 Muskelgruppen, die auf den gesamten Körper verteilt sind. Jede Gruppe wird einzeln entspannt. Der Klient soll sich darauf konzentrieren, sie nach Anweisung des Therapeuten jeweils zweimal für 5-7 Sekunden anzuspannen, dann bis zu einer Minute zu entspannen. Ängstigende Gedanken, die sich dem Klienten während der Prozedur aufdrängen, sollten durch alternierende Gedanken abgelöst werden. Hierzu kann der Klient vorher angenehme Szenen, auf die er sich konzentrieren kann, angeben, die bei Bedarf in die Anweisungen des Therapeuten einfließen<sup>267</sup>.

Hintergedanke der Entspannung ist, dass sie bei voraus gehender Anspannung intensiver erlebt wird. *"Durch die Konzentration auf bestimmte Muskeln erfolgt auch eine Wahrnehmungseinengung und damit eine Ablenkung von irritierenden und ängstigenden Gedanken."*<sup>268</sup> Außerdem bringt das Verfahren eine höhere Sensibilität für angstbedingte Verspannungen im Alltag.

Mit Übung können Klienten dieses Verfahren auch selbständig anwenden, die Entspannung sogar durch Kognitionen herbei führen.

### 5.3.5 Angehörigenarbeit

Wie der systemische Ansatz zu Recht erkannt hat, sind Klienten nicht allein. *"Bei der Aufrechterhaltung der Symptome sind immer Angehörige beteiligt. Sie fühlen sich in der Krise mit ihren Mitteln ebenfalls hilflos."*<sup>269</sup>

Angehörige sollten ihre Interaktion mit dem Klienten darauf hin überprüfen, wie weit sie "co-ängstlich" sind; also z.B. den Klienten energisch zur Besserung auffordern, oder die Angst unterstützen, indem sie Vermeidungs- oder Sicherheitsbedürfnisse befriedigen. Welche Auswirkung die Angst des Klienten auf sie hat, welche

---

<sup>266</sup> Bernstein / Borkovec 1975, S. 56

<sup>267</sup> vgl. ebd., S. 115f.

<sup>268</sup> Morschitzky 2002, S. 434

<sup>269</sup> Dörner et al. 2002, S. 313

eigenen Bedürfnisse die Angst erfüllt, sollten sie ebenfalls wissen. Auch über eigene Ängste sollten sie sich im Klaren sein.<sup>270</sup>

Doch sie sollten nicht nur als in dieser Rolle gesehen werden, sondern vor allem als Menschen, die selbst Hilfe benötigen. Sie haben Anspruch auf die Befriedigung eigener Bedürfnisse und auf Entlastung. Das alles kommt auch dem Klienten zugute.

Während der Therapie können sie den Heilungsprozess unterstützen. Sie sollen den Klienten zu Bewältigungsübungen ermuntern und ihn diese dann allein bestehen lassen. Emotionale Unterstützung ist hier genau so wichtig wie die Unterlassung therapiebehindernder Eingriffe.

*"Hier kann eine Angehörigen-Gruppe hilfreichen Beistand leisten."*<sup>271</sup>

Angehörige erleben Gleichbetroffene, können Erfahrungen austauschen und sich solidarisieren. Eine solche Gruppe bietet den Angehörigen die Effekte, die ich in 5.2 beschrieben habe.

Als Sozialarbeiter kann man selbst eine solche Gruppe leiten oder eine Selbsthilfegruppe materiell und informativ unterstützen.

Mit diesen Ausführungen bin ich nun wirklich am Ende der Arbeit angelangt. Da es sich in meinen Hausarbeiten eingebürgert hat, sie mit einem Wunsch zu beenden, möchte ich es auch dieses Mal tun: Ich wünsche allen von Angst Betroffenen die Kraft, den ersten Schritt zu tun, und dass sie sich nicht von der Fehlkognition lähmen lassen, sie wären dazu nicht in der Lage.

In diesem Sinne: Leute, ihr könnt das!

Eine Dose Pizzatomaten.

---

<sup>270</sup> vgl. Morschitzky 2002, S. 517f.

<sup>271</sup> Baumann et al. in Bock / Weigand 2002, S. 191

## 6. Literatur

### 6.1 Literatur zu Angststörungen

**Bandelow, Borwin:** Panik und Agoraphobie. Diagnose, Ursachen, Behandlung. Springer, Wien, 2001

**Beck, Aaron T. / Emery, Gary:** Kognitive Verhaltenstherapie bei Angst und Phobien. Eine Anleitung für Therapeuten. Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie e.V., Tübingen 1981

**Butollo, Willi:** Die Angst ist eine Kraft. Über die konstruktive Bewältigung von Alltagsängsten. Piper, München, 1984

**Dörner, Klaus et al.:** Irren ist menschlich. Lehrbuch der Psychiatrie und Psychotherapie. Psychiatrie-Verlag, Bonn, Neuauflage 2002

**Kast, Verena:** Vom Sinn der Angst. Herder, Freiburg, 4. Auflage 2003

**Kelwing, Christiane:** Die Erben der Angst. Untersuchung der transgenerationalen Einflüsse auf die Ätiologie von Angststörungen. Akademischer Verlag, München, 1999

**Lazarus-Mainka, Gerda / Siebeneick, Stefanie:** Angst und Ängstlichkeit. Hogrefe, Göttingen, 2000

**Margraf, Jürgen / Schneider, Silvia:** Panik. Angstanfälle und ihre Behandlung. Springer, Berlin/Heidelberg, 1989

**Morschitzky, Hans:** Angststörungen. Diagnostik, Konzepte, Therapie, Selbsthilfe. Springer, Wien, 2. überarbeitete und erweiterte Auflage, 2002

**Rachman, Stanley:** Angst. Diagnose, Klassifikation und Therapie. Hans Huber, Bern, 2000

**Sartory, Gudrun:** Angststörungen. Theorien, Befunde, Diagnostik und Behandlung. Wissenschaftliche Buchgesellschaft, Darmstadt, 1997

**Scherer, Josef / Kuhn, Karin:** Angststörungen nach ICD-10. Manual zu Diagnostik und Therapie. Steinkopff, Darmstadt, 2002

**Schmidtchen, Stefan:** Allgemeine Psychotherapie für Kinder, Jugendliche und Familien. Ein Lehrbuch. Kohlhammer, Stuttgart, 2001

**Schneider, Silvia:** Die Entstehung der Panikstörung: Risikoforschung in Quer- und Längsschnittstudien. Habilitationsschrift, Technische Universität Braunschweig, 2002

**Strian, Friedrich:** Angst und Angstkrankheiten. C.H. Beck, München, 5. Auflage 2003

## **6.2 Literatur zu anderen behandelten Themen**

**Bernstein, Douglas A. / Borkovec, Thomas D.:** Entspannungstraining. Handbuch der 'progressiven Muskelentspannung' nach Jacobson. Pfeiffer, München 1975

**Brenner, Helmut / Trappe, Marianne:** Nach dem Herzinfarkt. Orientierung für eine neue Lebensführung. Otto Müller Verlag, Salzburg, 1983

**Bock, Thomas / Weigand, Hildegard:** Hand-werks-buch Psychiatrie. Psychiatrie-Verlag, Bonn, 5. Auflage 2002

**Bowlby, John:** Verlust, Trauer und Depression. Fischer, Frankfurt/Main, 1983

**Egle, Ulrich Tiber et al. (Hrsg.):** Sexueller Missbrauch, Misshandlung, Vernachlässigung. Schattauer, Stuttgart, 1997

**Erikson, Erik H.:** Kindheit und Gesellschaft. Klett, Stuttgart, 5. Auflage 1974

**Fetscher, Iring et al.:** Jugend und Terrorismus. Ein Hearing des Bundesjugendkuratoriums. Juventa, München, 1979

**Kruse, Gunther et al.:** Alkoholabhängigkeit erkennen und behandeln. Psychiatrie-Verlag, Bonn 2000

**Leymann, Heinz:** Mobbing. Psychoterror am Arbeitsplatz und wie man sich dagegen wehren kann. Rowohlt Taschenbuch Verlag, Reinbek, 1993

**Moeller, Michael Lukas:** Selbsthilfegruppen. Selbstbehandlung und Selbsterkenntnis in eigenverantwortlichen Kleingruppen. Rowohlt, Reinbek, 1978

**Panse, Winfried / Stegmann, Wolfgang:** Kostenfaktor Angst. Verlag Moderne Industrie, Landsberg, 1996

**Rahn, Ewald / Mahnkopf, Angela:** Lehrbuch Psychiatrie für Studium und Beruf. Psychiatrie-Verlag, Bonn, 2. durchgesehene Auflage 2000

**Richter, Horst Eberhard:** Eltern, Kind und Neurose. Rowohlt, Reinbek, 345.-356. Tausend, 1997

**Robert, Rüdiger** (Hrsg.): Bundesrepublik Deutschland – Globalisierung und Gerechtigkeit. Waxmann, Münster, 2002

**Schlippe, Arist von, Schweitzer, Jochen:** Lehrbuch des systemischen Therapie und Beratung. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen, 6., durchgesehene Auflage 1999

**Wendt, Wolf Rainer** (Hrsg.): Unterstützung fallweise. Case Management in der Sozialarbeit. Lambertus, Freiburg im Breisgau, 2., erweiterte Auflage 1995

**Zobel, Martin:** Kinder aus alkoholbelasteten Familien. Entwicklungsrisiken und -chancen. Hogrefe, Göttingen, 2000

**(Ohne Autor):** The Psychological Impact of Terrorism on Vulnerable Populations. American Psychological Association, Washington, 2003, eingesehen am 20.11.2003 unter <http://www.apa.org/ppo/issues/terrorbrief603.html?CFID=2782275&CFTOKEN=19654860>

### **6.3 Weiterführende Literatur**

**Flöttmann, Holger Bertrand:** Angst. Ursprung und Überwindung. Kohlhammer, Stuttgart, 1989

**Kolodej, Christa:** Mobbing. Psychoterror am Arbeitsplatz und seine Bewältigung. WUV-Universitätsverlag, Wien, 1999

**Margraf, Jürgen** (Hrsg.): Lehrbuch der Verhaltenstherapie. Band 2: Störungen - Glossar. Springer, Berlin, 1996

**Niedl, Klaus:** Mobbing/Bullying am Arbeitsplatz. Rainer Hampp Verlag, München und Mering, 1995

**Rüger, Ulrich** (Hrsg.): Neurotische und reale Angst. Verlag für Medizinische Psychologie im Verlag Vandenhoeck&Ruprecht, Göttingen, 1984

**Schulz, Ursula** (Hrsg.): Angst. Schrei nach Leben. Stendel, Waiblingen, 1997

**Tembrock, Günter:** Angst. Naturgeschichte eines psychobiologischen Phänomens. Wissenschaftliche Buchgesellschaft, Darmstadt, 2000

**(Ohne Autor):** Fachlexikon der sozialen Arbeit. Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge, Frankfurt am Main, 4. Auflage 1997

**(Ohne Autor):** Pschyrembel Klinisches Wörterbuch. De Gruyter, Berlin, 256. Auflage 1990

## **7. Eidesstattliche Erklärung**

Ich erkläre an Eides statt, dass ich die vorgelegte Arbeit selbstständig und ohne fremde Hilfe angefertigt habe, und dass ich alle von anderen Autoren wörtlich übernommenen Stellen wie auch die sich an die Gedankengänge anderer Autoren anlehrenden Ausführungen meiner Arbeit besonders gekennzeichnet und die Quellen ordnungsgemäß angegeben habe.

Braunschweig, 5.1.2004

Julian Kurzidim