



**AHG Klinik Schweriner See**

Klinik für Psychosomatische Medizin,  
Psychotherapie und Suchtmedizin

*Heft 2*

# Angststörungen



**Herausgeber: Dr. med. Thomas Fischer**  
**Chefarzt**  
Facharzt für Neurologie und Psychiatrie - Psychotherapie  
Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie  
Sozialmedizin  
Am See 4  
19069 Lübstorf  
fon: 0 38 67.9 00-165  
fax: 0 38 67.9 00-600  
fkschwerin@ahg.de  
www.klinik-schweriner-see.de  
www.ahg.de/schwerin

**Redaktion: Dr. phil. Bernd Sobottka**  
**Dr. med. Thomas Fischer**

10. Auflage, Januar 2016, 500 Exemplare  
ISSN 1433-3163 „Angewandte Verhaltenstherapie“ (Print)  
ISSN 1619-4411 „Angewandte Verhaltenstherapie“ (Internet)  
Themenhefte dieser Reihe erscheinen in unregelmäßigen Abständen.

Ulrike Prösch

# Angststörungen

Ansprechpartnerin für den Bereich Angststörungen:

Beate Drevs  
Oberärztin

Telefonische Sprechzeit:  
Donnerstag 15:00 – 16:00 Uhr  
fon: 0 38 67.9 00-154  
fax: 0 38 67.9 00-600

Außerhalb dieser Sprechzeit erreichbar unter:  
fon: 0 38 67.9 00-165

# Inhaltsverzeichnis

Einleitung .....	5
Diagnosen und Problembereiche .....	7
Agoraphobie .....	7
Soziale Phobie .....	7
Panikstörung .....	8
Generalisierte Angststörung .....	8
Spezifische (isolierte) Phobien .....	8
Therapeutische Prinzipien .....	9
Therapieziele .....	10
Therapiebausteine .....	10
Literatur .....	11



## Einleitung

Das Leben von Menschen mit Angststörungen ist mitunter stark beeinträchtigt. So können anhaltende Ängste und Sorgen um jede Angelegenheit in der Familie, Beruf und Alltag, situationsbezogene Ängste oder solche, sich vor anderen zu blamieren, das Leben Betroffener so erschweren, dass das Arbeitsleben oder der Alltag nicht mehr angemessen gemeistert werden können.

Zum Teil verbergen sich diese als schamhaft erlebten Ängste hinter somatisch anmutenden Beschwerden, die dann erst schrittweise ärztlich abgeklärt werden müssen.

Nicht selten werden Symptome verschleiert durch Medikamenten- und Alkohol- bzw. Drogenkonsum. Nach REGIER et al. (1990) haben 17,9 % der Patienten mit Angststörungen eine Alkoholabhängigkeit. Entzugssymptome verstärken die oft primäre Angstsymptomatik.

Die Patienten kommen erst nach im Schnitt siebenjähriger Krankheitsdauer zur stationären Psychotherapie (FISCHER & PETERS 2014). Die Ergebnisse gezielter Studien (z. B. WITTCHEN 1991) haben gezeigt, dass sich die Prognose der Angststörungen deutlich ungünstiger gestaltet, wenn die Krankheit länger als ein Jahr verläuft. Daraus lässt sich unschwer ableiten, dass eine frühzeitige Diagnose und Therapie der Angststörungen erforderlich ist. Dies umso mehr vor dem Hintergrund der oft erheblich gefährdeten Leistungsfähigkeit und der stark beeinträchtigten Lebensqualität.

Angststörungen stellen bei den Frauen die häufigste, bei den Männer nach den Abhängigkeitserkrankungen die zweithäufigste Form psychischer Störungen dar. Eine epidemiologische Übersicht geben LIEB et al. (2003). Die generalisierte ist die häufigste Angststörung in der ärztlichen Primärversorgung mit einer Einmonatsprävalenz von 7,9 % (BECKER et al. 2005). Nach sehr großen Studien (MARKS 1987; WITTCHEN 1991) ergibt sich eine durchschnittliche Sechsmonatsprävalenz für Angststörungen allgemein zwischen 0,6 bis 1,8 % und Lebenszeitprävalenzen zwischen 1,4 und 2,4 %. Die jährliche Inzidenzrate liegt bei 0,2 %. Es besteht eine hohe Komorbidität zu anderen psychischen Störungen wie Depressionen und Abhängigkeitserkrankungen.

Dabei muss Augenmerk auf die Differentialdiagnose der Angststörung gelegt werden, da diese unterschiedliche Behandlungsstrategien erfordert.

Folgende *Kriterien* klassifizieren die pathologische Angst gegenüber dem normalen und lebensnotwendigen Gefühl der Angst:

- Angstreaktionen sind der Situation nicht angemessen;
- Angstreaktionen sind überdauernd bzw. chronisch;
- das Individuum besitzt keine Möglichkeit zur Erklärung, Reduktion oder Bewältigung der Ängste;
- Angstzustände führen zu einer massiven Beeinträchtigung der Betroffenen.

Bei allen Angststörungen finden sich in unterschiedlicher Ausprägung vielfältige körperliche Symptome, die auf einen erhöhten Sympathikotonus zurückzuführen sind. Häufige Beschwerden sind: Kopfdruck, Schwindelgefühl, Mundtrockenheit, Herzrasen, Herzstolpern, Verschwommensehen, Tunnelblick, Völlegefühl, Übelkeit (selten bis hin zum Erbrechen), Schweißausbrüche, kalte Akren, weiche Knie, Kribbelparästhesien in den Händen und Füßen bis hin zur „Pfötchenstellung“ bei Hyperventilation. Konzentrationsstörungen oder die Angst „verrückt zu werden“ oder „zu sterben“ werden ebenfalls oft benannt.



## Diagnosen und Problembereiche

Gemäß ICD-10 werden Angststörungen unterteilt in:

- *phobische Störungen* (F40.xx):  
Agoraphobie (F40.0) mit oder ohne Panikstörung,  
soziale Phobien (F40.1),  
spezifische (isolierte) Phobien (F40.2);
- *sonstige Angststörungen* (F41.xx):  
Panikstörung (F41.0),  
generalisierte Angststörung (F41.1),  
Angst- und depressive Störung gemischt (F41.2),  
sonstige gemischte Angststörungen (F41.3).

Die häufigsten Formen der Angststörungen seien hier kurz näher erläutert:

### Agoraphobie

Hierunter versteht man Ängste vor bestimmten Orten oder *Situationen*, z. B. enge Räume, volle Verkehrsmittel oder Kaufhäuser, weite Plätze, Brücken usw. Allen gemeinsam ist, dass die Betroffenen sich der Situation hilflos ausgeliefert fühlen. Sie befürchten, in Panik zu geraten, umzufallen, zu erbrechen oder verrückt zu werden bzw. die Kontrolle über sich zu verlieren. Die gefürchteten Orte oder Situationen werden daher zunehmend *gemieden*. Daraus resultiert ein zunehmend reduzierter Aktionsradius bis hin zur Isolation und damit einer massiven *Beeinträchtigung* der Lebensqualität der Betroffenen. Meistens beginnen die Agoraphobien mit einer Panikattacke in einer der o. g. Situationen. Diese Form der Angststörung kann sowohl mit als auch ohne Panikstörung ablaufen. Das Hauptmanifestationsalter liegt zwischen dem 20. und 35. Lebensjahr.

### Soziale Phobie

Unter sozialer Phobie sind Ängste im Umgang mit *Mitmenschen* zu verstehen. Die Betroffenen befürchten vor allem, sich zu blamieren und lächerlich zu machen und auch schnell zu erröten. Sie erleben sich als klein und versagend. Zunehmend werden daher die kritischen Situationen oder Tätigkeiten *gemieden*. Oft nehmen die Betroffenen Substanzen wie Alkohol, Drogen oder Medikamente ein, um die Angstgefühle zu unterdrücken. Die soziale Phobie führt im Vergleich zu den anderen Angststörungen besonders stark zur *Einschränkung der Leistungsfähigkeit* und zur Reduktion von sozialen Kontakten insgesamt. Auch hier finden sich vegetative Stigmata, welche die Betroffenen zusätzlich verunsichern und in ihrer Überzeugung verstärken, sich dadurch zu blamieren. Je mehr sie diesen Gedanken nachgehen, um so stärker prägt sich die Symptomatik aus.

### **Panikstörung**

Die Panikstörung ist definiert als *plötzlich und unerwartet auftretende massive Angst*, die als lebensbedrohlich erlebt wird. Das Gefühl vitaler Bedrohung resultiert aus einer heftigen sympathikotonen Reaktion des Körpers. Die vermehrte Eigenbeobachtung mit katastrophisierenden Gedankengängen forciert wiederum die Angst und körperliche Symptomatik binnen kürzester Zeit auf ein Maximum. Die Betroffenen reagieren mit körperlicher *Schonung* und Rückzug bis zur Isolation. Die dadurch abnehmende körperliche und auch psychische Kondition bewirkt wiederum, dass die Betroffenen schon bei geringen Anforderungen verstärkt vegetativ und angstvoll reagieren. Die Panikstörung beschränkt sich nicht auf eine spezifische Situation oder besondere Umstände.

### **Generalisierte Angststörung**

Die generalisierte Angststörung bezeichnet eine andauernde *sympathikotone Erregung und Ängstlichkeit*. Dieser chronische Erregungs- und Anspannungszustand wird durch anhaltende besorgt-beunruhigende, zum Teil katastrophisierende negative Gedanken unterhalten. Es resultieren zunehmend Reizbarkeit, Schlaflosigkeit, Konzentrationsstörungen und psychosomatische Beschwerden. Den auch bei dieser Angststörung vorzufindenden *Teufelskreis der Angst* mit Wahrnehmung vegetativer Symptome, ängstlicher Beschäftigung mit möglichen Gefahren und daraus resultierender erneuter Erhöhung der Anspannung, versuchen die Betroffenen immer wieder durch Grübeln über mögliche Lösungen zu unterbrechen. Phantasien über rettende Auswege aus den in Erwägung gezogenen Katastrophen bzw. negative Konsequenzen bringen vorübergehend subjektiv Erleichterung.

### **Spezifische (isolierte) Phobien**

Hierbei handelt es sich um auf ganz spezifische Situationen beschränkte gezielte Ängste/Befürchtungen. Dazu gehört zum Beispiel die Nähe von bestimmten Tiefen, Höhen, Donner, Dunkelheit, Flugreisen, geschlossene Räume, Zahnarztbesuche, Prüfungen, Anblick von Blut etc. Eine einmalige Reizkonfrontation in der Panik auslösenden Situation reicht als Voraussetzung für eine Chronifizierung. Die angstbesetzte Situation bleibt stabil, wird auch gemieden.

## Therapeutische Prinzipien

Patienten mit Angststörungen werden zunächst in heterogen zusammengesetzte therapeutische Wohngruppen integriert. In verhaltenstherapeutisch orientierten Einzel- und Gruppenpsychotherapien werden die Therapieziele und ein Psycho-geneseverständnis erarbeitet bzw. vertieft. Ziel ist es, dabei das *individuelle Entstehungsmodell* der Angststörung gemeinsam mit den Patienten zu entwickeln.

Ganz wesentlich ist zunächst die Information der Patienten über psychologische und physiologische Grundlagen des Angsterlebens. Anhand beispielhafter Situations- und Problemanalyse lässt sich das Auftreten pathologischer Ängste ableiten, wobei der sog. „Teufelskreis der Angst“ ein zentrales Erklärungsmodell darstellt. Dazu gehören auch die Analyse angstauslösender Faktoren und die Analyse lebensgeschichtlicher Lernerfahrungen. Die Funktionalität der Ängste gilt es zu ergründen, bevor eine Änderungsmotivation erreichbar ist.

Es werden mit den Patienten *Angstbewältigungsstrategien* für die Angst auslösenden Situationen entwickelt. Hier ist entsprechend der jeweiligen Angststörung ein spezifisches Vorgehen erforderlich. Während insbesondere bei den Agoraphobien und spezifischen Phobien *Expositionsübungen* im Vordergrund stehen, ist bei den sozialen Phobien das soziale *Kompetenztraining* der zentrale therapeutische Schwerpunkt. Über die fraktionierte Expositionsbehandlung bzw. gezieltes Training der sozialen Kompetenzen gelingt es den Patienten zunehmend, das Meidungs- und Schonverhalten zu reduzieren. Bei der generalisierten Angststörung ist die *kognitive Umstrukturierung* der ängstlich-negativen Gedanken von wesentlicher Bedeutung. Entsprechend ergänzt wird das Therapieprogramm auch hier um Verhaltensübungen und soziales Kompetenztraining. Parallel zu den bereits angeführten Behandlungsprinzipien geht es darum, eine *physische Konditionierung* vorzunehmen. Dies geschieht über sport-, physio- und ergotherapeutische Maßnahmen.

Der besseren Entspannungsfähigkeit und günstigen Beeinflussung von Angstanfällen dient zum Beispiel die Durchführung der Atemgymnastik und die progressive Muskelrelaxation nach JACOBSON, um das dauerhaft erhöhte Anspannungs- und Erregungsniveau zu reduzieren und die angstgebundene Hyperventilation aktiv günstig zu beeinflussen. Bei entsprechender Indikation nehmen die Angstpatienten an der *Angstbewältigungsgruppe* teil. Diese ist konzipiert in Anlehnung an den verhaltenstherapeutischen Behandlungsansatz von MARGRAF und SCHNEIDER (1990). Hierbei handelt es sich um die Exposions- oder Konfrontationsbehandlung *in sensu* und *in vivo*. Durch ausführliche Informationen über physiologische und pathologische Ängste unter Einschluss des Stressmodells und des Teufelskreises der Angst werden die Patienten an die praktischen Übungen herangeführt.

## Therapieziele

Der Stabilisierung, Verbesserung oder Wiederherstellung beruflicher und sozialer *Leistungsfähigkeit* sowie der Verhinderung drohender *gesundheitlicher Beeinträchtigungen* dient die Bearbeitung folgender Therapieziele:

- Vermittlung umfassender Informationen über die psycho-physiologischen Zusammenhänge
- Erarbeitung von Angstbewältigungsstrategien
- Kognitive Umstrukturierung ängstlich-negativer Gedanken
- Abbau des Schon- und Meidungsverhaltens
- Psychophysische Konditionierung
- Verbesserung der sozialen Kompetenzen
- Verbesserung der Entspannungsfähigkeit
- Aufbau einer differenzierten Körperwahrnehmung
- Schrittweise Reduktion bzw. Absetzen anxiolytisch wirksamer Substanzen

## Therapiebausteine

- Einzelpsychotherapie
- Gruppenpsychotherapie (Problemlösungsansatz nach GRAWE)
- Angstbewältigungsgruppe
- Weitere indikative Gruppentherapien je nach individuellen Problembereichen
- Paar- oder Familiengespräche
- Entspannungstraining (Progressive Relaxation nach JACOBSON)
- Sport- und Bewegungstherapie
- Ergotherapie
- Soziotherapie
- Physiotherapie (z. B. Atemtherapie)
- Ernährungsberatung
- Hausinterne oder externe Belastungserprobungen

# Literatur

## Quellenangaben

- BECKER, E. & MARGRAF, J.: Generalisierte Angststörung. Berlin: Beltz 2005.
- DILLING, H.; MOMBOUR, W. & SCHMIDT, M. H.: Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F). Klinisch-diagnostische Leitlinien. Bern: Huber 1993.
- FISCHER, T. & PETERS, A.: 20 Jahre MBOR in der AHG Klinik Schweriner See. Lübstorf: Vortrag auf dem 8. Sommersymposium am 2.7.2014.
- GRAWE, K.: Verhaltenstherapie in Gruppen. München: Urban & Schwarzenberg 1980.
- HOYER, J. & MARGRAF, J. (Hrsg.): Angstdiagnostik. Berlin: Springer 2003.
- LIEB, R.; SCHREIER, A. & MÜLLER, N.: Epidemiologie von Angststörungen. In: Psychotherapie 8 (2003) S. 86-102.
- MARKS, I.: Fears, phobias, and rituals. Panic, anxiety, and their disorders. In: Oxford University Press 1987, New York.
- WITTCHEN, H.-U.: Der Langzeitverlauf unbehandelter Angststörungen: Wie häufig sind Spontanremissionen? In: Verhaltenstherapie 1 (1991), S. 273-282.

## Literaturempfehlungen

- LEIDIG, S.: Nur keine Panik! So lernen Sie, mit Ihren Ängsten umzugehen. München: Heyne 1995.
- LEIDIG, S.: Schwerpunkte eines integrativen stationären Behandlungskonzeptes für PatientInnen mit Angststörungen. Bad Dürkheim: Eigendruck der AHG Klinik Bad Dürkheim 1996.
- MARGRAF, J. & SCHNEIDER, S.: Panik. Angstanfälle und ihre Behandlung. Berlin: Springer 1990.
- MEYER, R.; GLIER, B.; WITTMANN, H. B. & SPÖRKEL, H.: Modifikation von Panikverhalten in der stationären Verhaltensmedizin. In: ZIELKE, M. & STURM, J. (Hrsg.): Handbuch Stationäre Verhaltenstherapie. Weinheim: Beltz 1994.
- REGIER et. al.: Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse. Results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) Study. In: JAMA 1990 (21), 264 (19): 2511-8.
- SCHNEIDER, S. & MARGRAF, J.: Agoraphobie und Panikstörung. Göttingen: Hogrefe 1998.





In dieser Reihe sind bisher erschienen:

- Heft 1 Depressive Störungen
- Heft 2 Angststörungen
- Heft 3 Somatoforme Störungen
- Heft 4 Essstörungen (Bulimia und Anorexia nervosa)
- Heft 5 Pathologisches Glücksspielen
- Heft 6 Posttraumatische Belastungsstörungen
- Heft 7 Therapie für Mütter/Väter mit Kindern
- Heft 8 Indikation zur stationären Verhaltenstherapie
- Heft 10 Soziotherapeutische Maßnahmen zur beruflichen Wiedereingliederung
- Heft 11 Adipositas bei gestörtem Essverhalten
- Heft 12 Stationäre Behandlung von Suchtkranken im höheren Lebensalter
- Heft 13 Medikamentengebrauchsstörung: Medikamentenmissbrauch und -abhängigkeit
- Heft 14 Pathologischer PC-/Internet-Gebrauch
- Heft 15 Tabakabhängigkeit
- Heft 16 Schizophrene Störungen
- Heft 17 Familie und Sucht