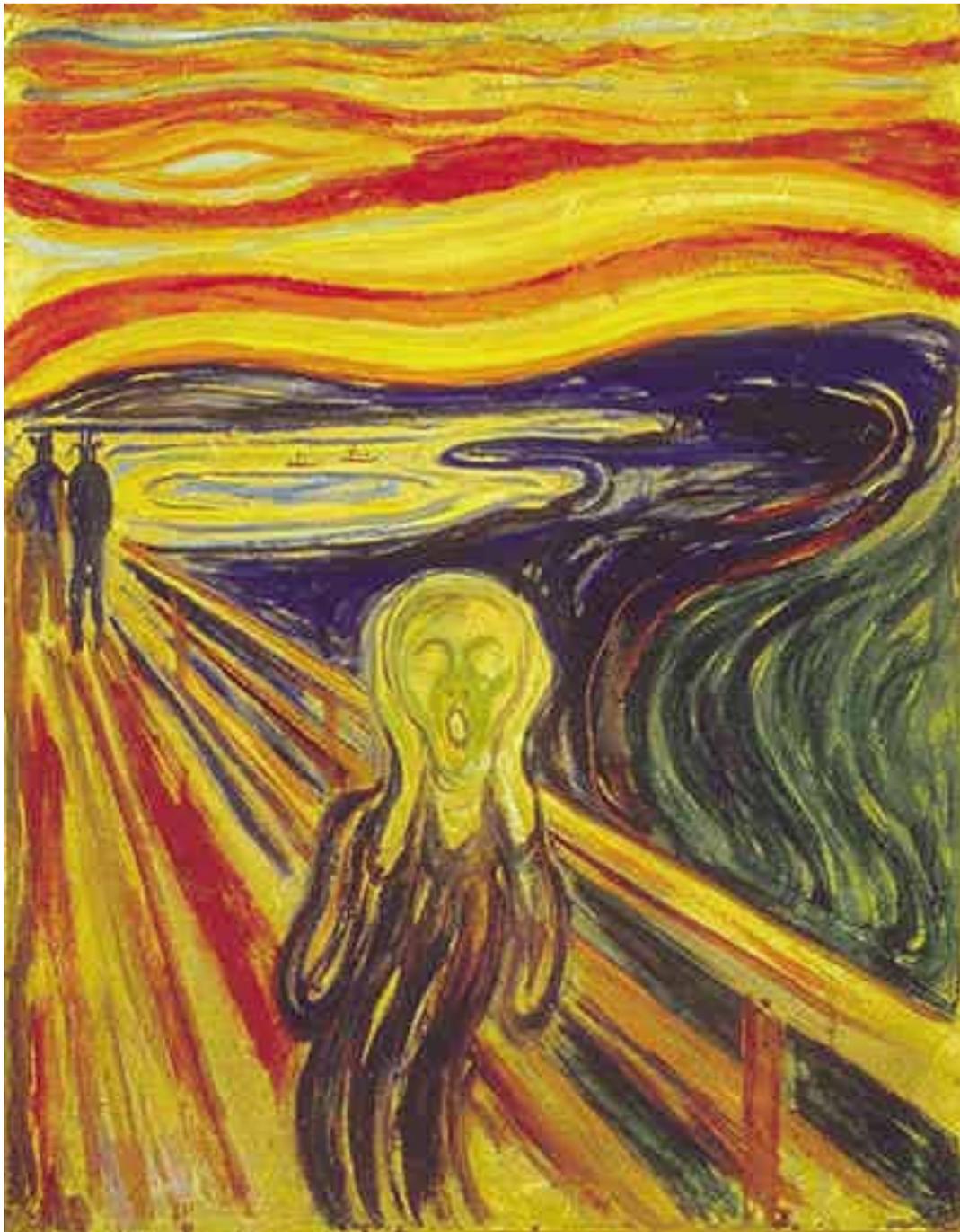


# Angstkrankheiten und deren Therapiemöglichkeiten



**Maturarbeit von Dominic Urwyler  
Gymnasium Münchenstein, Klasse 3AZ  
Betreuer: Herr Thomas Blatter  
4. April 2005**

# Angstkrankheiten und deren Therapiemöglichkeiten

## Inhaltsverzeichnis

1.	Vorwort	3
2.	Einleitung	4
2.1.	Fragestellung	4
2.2.	Ziel meiner Arbeit	4
2.3.	Vorgehensweise	5
3.	Theoretischer Teil	6
3.1.	Was ist eine Angstkrankheit?	6
3.2.	Wie entstehen Angstkrankheiten?	7
3.3.	Wie setzt sich die Krankheit fest?	8
3.4.	Krankheitsbilder	10
3.4.1.	Agoraphobie	10
3.4.2.	Sozialphobie	11
3.4.3.	Panikstörungen	11
3.4.4.	Zwangsstörungen	11
3.5.	Angstkrankheiten bei Kindern	12
3.6.	Neurologische Aspekte der Angstkrankheiten	13
4.	Auswertung der Fragebogen und eines Interviews	15
4.1.	Aufbau des Fragebogens	15
4.2.	Statistik, Ergebnisse, Analyse	16
4.3.	Interviewbearbeitung	23
5.	Was man gegen Angstkrankheiten machen kann	26
5.1.	Therapieformen	26
5.1.1.	Verhaltenstherapie	26
5.1.2.	Gesprächspsychotherapie nach C. Rogers	30
5.1.3.	Analytische Psychotherapie	30
5.2.	Selbsthilfegruppe	31
5.3.	Einsatz von Medikamenten	32
5.4.	Andere und ergänzende Möglichkeiten	34
5.5.	Zukünftige Möglichkeiten	34
6.	Zusammenfassung	35
7.	Schlusswort	37
8.	Verdankungen	38
9.	Anhang	39
10.	Quellen- und Literaturverzeichnis	46

# Angstkrankheiten und deren Therapiemöglichkeiten

## 1. Vorwort

Die Arbeit, die Ihnen vorliegt, ist die Maturarbeit von Dominic Urwyler. Ich habe mich in den vergangenen Monaten mit der Entstehung von Angstkrankheiten, deren Auswirkungen auf das Leben eines Menschen und den Therapiemöglichkeiten auseinandergesetzt.

In einem Zeitungsartikel habe ich gelesen, dass statistisch gesehen 15 - 20% aller Menschen<sup>1</sup> im Verlauf ihres Lebens einmal an einer Angststörung leiden. In der Öffentlichkeit wird nur selten über Angstkrankheiten gesprochen und die breite Bevölkerung ist auch nur wenig bis gar nicht über diese Krankheit aufgeklärt. Dies nahm ich als Anlass, mich selber über diese Krankheit zu informieren und mich mit dem Thema auseinanderzusetzen.

Während der Arbeit am Thema konnte ich einen tieferen Einblick in die Welt der Psychologie erlangen. Ich habe dabei viel über die leider häufige Krankheitsform der Angststörungen gelernt und spannende Erkenntnisse gewonnen. Dabei war ich auf die Hilfe verschiedenster Menschen und Institutionen angewiesen und hatte trotz einiger Enttäuschungen meist erfreuliche und informative Kontakte.

---

<sup>1</sup> Hättenschwiler J., Höck P. ; Diagnostik von Angststörungen. Schweiz Med Forum 2002;2:125-9

## **2. Einleitung**

Das Wort Angst stammt vom lateinischen Wort „angustus“ ab, das so viel wie „eng“ bedeutet. Angst ist allgemein formuliert ein Gefühl der Beengtheit, Beklemmung und Bedrohung vor einer drohenden Gefahr. Es warnt uns und bereitet den Körper physiologisch zu Höchstleistungen vor, wenn es darum geht, das eigene Leben zu verteidigen oder den Körper zu schützen. Dabei wird die willens- und verstandesmäßige Steuerung über sich selbst vermindert oder aufgehoben, damit der Körper (z.B. mit Reflexen) schnell reagieren kann. Das Verhalten eines Menschen wird dadurch direkt beeinflusst. Der Zustand Angst hat zusammengefasst also die Funktionen des Selbstschutzes, der Steuerung des Verhaltens und der Wahrnehmung, sowie die Aktivierung des Körpers in einen Bereitschaftszustand. Die letztere Funktion wird in der Fachliteratur das „Kampf – Flucht Verhalten“ genannt. Das Gefühl der Angst ist eigentlich eine völlig normale und auch sehr wichtige Funktion des Menschen. Wenn alle Vorgänge korrekt ablaufen spricht man von realen Ängsten, das heisst es existiert jeweils eine reale Bedrohung für den Menschen.

Wenn jedoch ebensolche Angstgefühle ohne ersichtlichen Grund auftreten und den Menschen quälen, der diese Ängste aushalten muss, wenn das Leben aufgrund der Beeinträchtigung dieser Angstgefühle nicht mehr lebenswert erscheint, dann spricht man von einer Angstkrankheit oder auch Angststörung. Diese Ängste sind nur vermeintlich real, das heisst, dass der betroffene Mensch die Situation oder das Objekt als Bedrohung empfindet, obwohl dies eigentlich nicht zutrifft.

Die Angstkrankheit verläuft meist chronisch, das heisst sie tritt beim Patienten immer und immer wieder auf.

### **2.1. Fragestellung**

In meiner Maturarbeit wollte ich herausfinden, wie Angstkrankheiten entstehen und welche Voraussetzungen dazu bei einem Menschen vorhanden sein müssen. Ich wollte ermitteln, wie sich Angstkrankheiten in einem Menschen festsetzen und was man gegen sie machen kann, also welche Therapieformen es gibt und wie die einzelnen Möglichkeiten aussehen.

### **2.2. Ziel meiner Arbeit**

Während der Beantwortung meiner Fragen und dem Zusammentragen von Informationen habe ich etwas festgestellt, was mich bis heute erstaunt. Trotz der ziemlich grossen Zahl von angstkranken Personen wissen nur wenige Menschen etwas über die Krankheit. Auch wissen sogar einige Mediziner nicht sehr viel von dieser Krankheitsform und versäumen es meist, solche Patienten auf dieses mögliche Szenario hinzuweisen. Deshalb ist es Realität, dass Menschen, die eine Angststörung entwickeln lange, oft sogar Jahre nicht wissen, was sie überhaupt haben. Sie zeigen oft negative und falsche Verhalten gegen diesen Zustand anzukommen, wie zum Beispiel übermässigen Drogen- oder Alkoholkonsum. Diese Menschen trauen sich oftmals auch nicht, mit Anderen über ihr Problem zu sprechen, weil eine zu grosse Hemmschwelle vorhanden ist. Oftmals kommt es vor, dass neben der diagnostizierten Angstkrankheit noch zusätzliche Probleme, wie Depressionen, Isolation von der Umwelt oder eben Drogenprobleme vorhanden sind.

Diese komplexen Krankheitsbilder sind dann viel schwieriger zu behandeln, als die ursprüngliche Angstkrankheit.

Laut Statistiken leiden 3% aller Angstpatienten zusätzlich an einer der geschilderten Begleiterscheinung.

Ich denke deshalb, dass dieses Thema vermehrt angesprochen und diskutiert werden sollte. Auch sollte zukünftig eine Organisation die Bevölkerung in einer gross angelegten Kampagne sensibilisieren. Angstkrankheiten haben meiner Meinung nach bei uns einen zu geringen Stellenwert.

Das Ziel meiner Arbeit ist es, die wichtigen und wissenswerten Aspekte der Angstkrankheiten zu vereinen. Diese Arbeit könnte vielleicht zu einem späteren Zeitpunkt von einer in diesem Bereich tätigen Organisation als Aufklärungsbroschüre verwendet werden.

### **2.3. Vorgehensweise**

Ich habe meine theoretischen Informationen aus Lehrbüchern, sowie aus der Therapiefachliteratur zusammengestellt. Auch habe ich viele Informationen aus dem Internet von Angstselbsthilfeorganisationen aus Deutschland und der Schweiz bezogen. Für die Zusammenstellung des theoretischen Teils meiner Arbeit und der Therapieformen, sowie deren Beschreibung habe ich Interviews mit PsychologInnen und TherapeutInnen geführt. Auch bot sich mir die Gelegenheit mit einer Patientin zu telefonieren. So konnte ich mit einer direkt betroffenen Person über ihre Angstkrankheit sprechen, was mir einen grossen Einblick in das Leben mit dieser psychischen Krankheit verschaffte. Dieses Gespräch war für mich sehr eindrücklich. Deshalb habe ich es im späteren Kapitel 4.3. abgedruckt. Im Weiteren habe ich eine Umfrage mittels Fragebogen an viele Selbsthilfeorganisationen verschickt und einige davon zurückerhalten. Auf die Ergebnisse der Umfrage werde ich im Verlauf meiner Arbeit genauer eingehen.

### 3. Theoretischer Teil

Im folgenden theoretischen Teil meiner Arbeit erläutere ich die wissenschaftlich fundierten Hintergründe der Angstkrankheiten, die Voraussetzungen, die dafür vorhanden sein müssen, die Entstehung, sowie auch die Festsetzung einer Angstkrankheit in einem Menschen. Des Weiteren erläutere ich vier ausgewählte Krankheitsbilder der häufigsten Angstkrankheiten und gehe zum Schluss auch auf Angstkrankheiten bei Kindern, sowie auf neurobiologische Aspekte dieser Krankheitsform ein.

#### 3.1. Was ist eine Angstkrankheit ?

Angstkrankheiten sind wissenschaftlich gesehen komplexe „Fehler“ in der Wahrnehmung eines Menschen. Komplex bedeutet, dass verschiedene Faktoren zusammenwirkend ein Angstgefühl auslösen, welches dann immer wieder in der phobischen (Angst auslösenden) Situation oder beim phobischen Objekt auftritt. Wenn diese „Fehler“ wiederholt auftreten und dadurch die Lebensqualität des betroffenen Menschen beeinträchtigt ist, spricht man von einer Angstkrankheit.

Es gibt viele unterschiedliche Formen von Angstkrankheiten. Die allgemein verbreitetsten sind die Sozialphobie (z.B. Vortrags- oder Prüfungsangst), die Agoraphobie (z.B. Angst vor Plätzen und grossen Räumen), die Panikattacken (plötzliche, unprovokierte Panikanfälle), Zwangsstörungen (z.B. Waschzwang, Esszwänge), sowie spezifische Phobien vor bestimmtem Objekten oder Situationen (z.B. Angst über eine Brücke zu gehen, etc.). In einem späteren Teil werde ich genauer auf einige dieser Krankheitsbilder und deren Symptome eingehen.

Die Ausformungen und Differenzen der Angstkrankheiten sind in den heute gebräuchlichsten Krankheitsklassifikationssystemen ICD-10, sowie DSM-IV erfasst und tabelliert. Dabei werden phobische Störungen von sogenannten anderen Angststörungen unterschieden. Nachfolgend habe ich die Tabelle der Angstsyndrome von der ICD-10 übernommen.

F00-F99	Psychische- und Verhaltensstörungen
F40-F48	Neurotische-, Belastungs- und somatoforme Störungen
F40	Phobische Störungen
F40.0	Agoraphobie
F40.00	Ohne Angabe einer Panikstörung
F40.01	Mit Panikstörung
F40.1	Soziale Phobien
F40.2	Spezifische (isolierte) Phobien
F41	Andere Angststörungen
F41.0	Panikstörung [episodisch paroxysmale Angst]
F41.1	Generalisierte Angststörung
F41.2	Angst und depressive Störung, gemischt
F42	Zwangsstörung

Tabelle 1: Teilauszug aus der ICD-10 <sup>2</sup>

Für jede Klassifikationsnummer existiert ein beschreibender Text, sowie eine Auflistung der Symptome, unter denen ein Patient bei der jeweiligen Angstkrankheit

<sup>2</sup> ICD-10 Verzeichnis Auszug von <http://www.who.int/classifications/icd/en/> ; (28.1.2005)

leidet. Fachleute diagnostizieren mittels dieser Systeme die Angstkrankheit. Eine entsprechende Behandlung kann anschliessend gewählt werden.

Das Gefühl der Angst wird bei Angstpatienten von verschiedenen, miteinander auftretenden Angstsymptomen erlebt. Dies sind psychische-, wie auch körperliche Symptome (psychosomatische Beschwerden). In der folgenden Darstellung sind die wichtigsten Erscheinungsbilder dieser beiden Symptomgruppen aufgelistet. Bei jeder Angststörung treten für den Betroffenen einige dieser Wahrnehmungen einzeln oder kombiniert auf.

Psychische Symptome	Angst zu sterben Angst vor Kontrollverlust Entfremdungsgefühle Ohnmachtsgefühle Konzentrationsschwierigkeiten Überempfindlichkeit Schlafstörungen Libidostörungen (Störung des Sexualtriebs)
Körperliche Symptome	Schwindel, Kopfschmerzen Muskelanspannung Erröten, Erblassen Mundtrockenheit Kurzatmigkeit, Atemnot Erstickungsgefühle Brustschmerzen Herzklopfen, Herzbeben Schwitzen, kalte Hände Übelkeit, Bauchschmerzen Durchfall, Harndrang Kribbeln in den Gliedern Zittern, Beben, weiche Knie Schreckhaftigkeit, Ermüdung

Tabelle 2: Angstsymptome <sup>3</sup>

### 3.2. Wie entstehen Angstkrankheiten?

Über die Entstehung von Angstkrankheiten sind sich Psychologen der sechs wichtigsten Hauptströmungen<sup>4</sup> in der Psychologie bis heute geteilter Meinung. Es existiert fast in jeder Strömung eine eigene Theorie mit der dazugehörigen Therapieform.

Im folgenden präsentiere ich die Erklärung, die momentan als die wissenschaftlich fundierteste gilt und die ich selber auch am besten nachvollziehen kann. Für die Entstehung einer Angstkrankheit mit den geschilderten Symptomen spielen sehr viele Faktoren eine Rolle. Oftmals löst eine spezielle Lebenssituation eine Angststörung aus. Dies kann der Verlust eines Menschen sein, Probleme in der Beziehung, ein einschneidendes Erlebnis in der späteren phobischen Situation oder mit dem zukünftigen phobischen Objekt oder aber auch Stress im Beruf oder im Alltag. In den aufgezählten Situationen ist es so, dass die Angschwelle aufgrund der Lebenssituation stark gesenkt und die innere Anspannung des Menschen erhöht ist. Dies beweist eine Studie der Professoren Margraf und Schneider über den

<sup>3</sup> Hättenschwiler J., Höck P. ; Angsterkrankungen. Angst- und Panikhilfe Schweiz 2002

<sup>4</sup> Die sechs wichtigsten Hauptströmungen sind: die Tiefenpsychologie, der Behaviorismus, die Ganzheits- und Gestaltpsychologie, die kognitive Psychologie, die humanistische Psychologie und die systematische Psychologie.

„Zusammenhang von Angst mit Stressoren“.<sup>5</sup> In der jeweiligen phobischen Situation oder bei Konfrontation mit dem phobischen Objekt kann nun auch zukünftig ein Angstgefühl auftreten. Dabei wirkt ein belastendes Ereignis aber nur als Auslöser für die Angstkrankheit. Daneben sind immer auch prädisponierende Faktoren vorhanden. Diese gefährdenden Faktoren findet man zum einen Teil im Umfeld eines Menschen. Und diese Umwelteinflüsse wiederum haben ihren Ursprung meist bereits in der Kindheit.

Begünstigende Umweltfaktoren sind:

- Traumatische Ereignisse in der frühen Kindheit oder auch noch im Erwachsenenalter (z.B. Todesfälle, etc.)
- Einflüsse der Erziehung, wie z.B. übertriebene Vorsicht eines Elternteils
- Mangelnde soziale Fertigkeiten, wie z.B. Durchsetzungsvermögen
- Langandauernde Belastungen, wie z.B. Mobbing am Arbeitsplatz
- Ungesunder Lebensstil (dazu gehört: wenig körperliche Bewegung, wenig Schlaf, übermässiger Alkohol-, Nikotin-, oder Drogenkonsum)

Zum anderen Teil gibt es wahrscheinlich auch eine genetische Veranlagung. Wissenschaftlichen Erkenntnissen zufolge ist es so, dass eine anlagebedingte erhöhte Bereitschaft mit Angst auf gewisse äussere Reize zu reagieren auch mit einem Ungleichgewicht im Hirnstoffwechsel zusammenhängt, der die Angststörung an sich verursachen kann.

Eine etwas genauere Ausführung dieses Phänomens folgt in Kapitel 3.6., jedoch kann ich es nur zu einem kleinen Teil erläutern, da die Zusammenhänge sehr komplex sind und eine detaillierte Beschreibung zu weit führen würde.

Die Entstehung einer Angstkrankheit ist zusammengefasst ein Prozess über eine grössere Zeitspanne unter vielen verschiedenen Einflüssen und Bedingungen.

### **3.3. Wie setzt sich die Krankheit fest?**

Aufgrund der Wahrnehmung der ersten Angstattacke ist der Patient irritiert und versteht oftmals nicht, was der Grund für seine starken Angstgefühle war. Meist erfolgt ein Arztbesuch, der im Falle einer Angstkrankheit oft nicht ergiebig ist, da der Arzt keine körperlichen Beschwerden feststellen kann.

Nach dem mehrmaligem Auftreten einer Angstattacke wird der „Teufelskreis der Angst“ oder auch „Angstspirale“ genannt in Gang gesetzt. (Abbildung siehe nächste Seite)

Die Wahrnehmung der phobischen Situation oder des phobischen Objekts lösen nun Gedanken der „Gefahr“ aus. Bei schweren Angststörungen kann das Angstgefühl auch schon bei der blossen Vorstellung der Situation eintreten. Dieses Gefühl ist jeweils mit den weiter vorne beschriebenen somatischen Beschwerden verbunden, welche von den Sinneszellen real wahrgenommen werden. Die meisten Patienten berichten davon, dass sie während einer Angstattacke Todesangst empfinden. Diese Gedanken entstehen vor allem aufgrund des unregelmässigen und schnellen Pulses, sowie den Atembeschwerden. Diese Empfindungen bedingen automatisch eine Angst, an diesen Symptomen sterben zu können.

---

<sup>5</sup> Margraf J. ; Panik: Angstanfälle und ihre Behandlung. Berlin: Springer; 1990.

Das Aushalten dieser schweren psychischen Belastung, verknüpft mit den real empfundenen körperlichen Symptomen ist für den Patienten extrem anstrengend und für gesunde Menschen eine kaum vorstellbare Qual. Die körpereigenen Sinneszellen nehmen diese körperlichen Belastungen wahr; entsprechende Informationen gelangen nun ins Gehirn. Der Patient realisiert eine Veränderung seines Körpers, wenn er sich in der phobischen Situation befindet oder sogar bereits dann, wenn er sich die phobische Situation oder das Objekt nur schon vorstellt. Auch merkt er, dass sich der Körper nach der Exposition, also bei einer Flucht vor der Situation wieder langsam normalisiert.

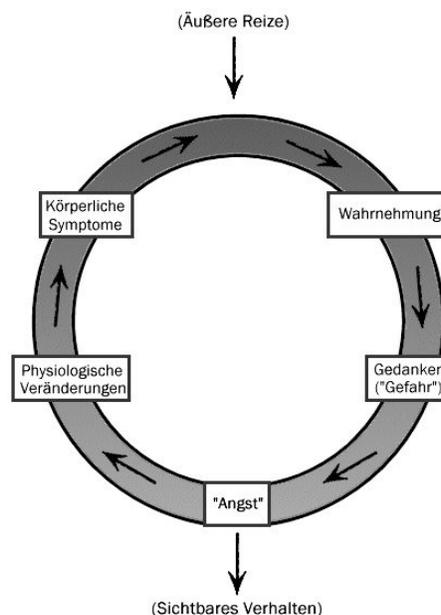


Abbildung 1: Teufelskreis der Angst<sup>6</sup>

Durch wiederholtes Auftreten der Angst wird der Patient die phobische Situation oder das phobische Objekt in seinem Alltag zu vermeiden versuchen. Die Erwartungsangst, also die Angst vor der Angst kommt nun zum Tragen. Die Verhaltenspsychologie geht von der Theorie aus, dass der Mensch Verhaltensabläufe erlernt. Auf die Situation der Angstattacke angewendet bedeutet dies, dass der Patient bei wiederholtem Auftreten der Angst in der Situation oder mit dem Objekt lernt, dass eine Flucht (Kampf-Flucht Verhalten, Vermeidungsverhalten) aus der Situation oder vom Objekt weg die psychischen- und somatischen Symptome lindert und verschwinden lässt. Der Patient wird daher wie bereits erwähnt zukünftig der Situation oder dem Objekt ausweichen, um die Angstgefühle zu vermeiden. Das beschriebene Verhaltensmuster ist die psychische Symptomgruppe der Angstsymptome.

Durch den beschriebenen „Teufelskreis der Angst“ kann sich die Angststörung also im Menschen festsetzen, die „Angst“ wird vom Menschen sozusagen erlernt.

<sup>6</sup> Hippus H., Klein H.E., Strian E. ; Angstsyndrome: Diagnostik und Therapie. Berlin: Springer; 1999. S.182

### 3.4. Krankheitsbilder

Zu den Häufigkeiten der Angstkrankheitsformen ist zu bemerken, dass es viele verschiedene Untersuchungen gab. Doch welche Angstkrankheit die Häufigste ist, lässt sich nicht so einfach bestimmen. Zum Beispiel bei einer Zwangsstörung kann es sein, dass diese in verschiedenen Kulturen nicht als Krankheit angesehen wird, sondern etwas „normales“ an sich hat, oder aber dass trotz dem vorhandenen Zwang keine unsinnige Angst auftritt. Deshalb sind auch die Zahlen, die man in der Literatur findet sehr verschieden. Ich beziehe mich in meiner Arbeit auf die Häufigkeiten aus dem Buch: „Angstsyndrome: Diagnostik und Therapie“<sup>7</sup>.

Die zahlenmäßig am häufigsten auftretende Angstkrankheitsform sind die spezifisch, isolierten Phobien. (z.B. Tierphobien, wie Angst vor Spinnen oder Schlangen; Angst vor bestimmten Gegenständen, wie Messer, etc.; Angst vor bestimmten Tagen, wie Freitag der 13., etc.)

Eine weitere, häufig auftretende Angstkrankheitsform ist die Generalisierte Angststörung. Dabei handelt es sich um andauernde Angst. Typisch sind anhaltende, übertriebene, quälende Befürchtungen, die sich auf alles beziehen können. (z.B. tägliche Sorge um die eigene Gesundheit, Partner oder Kinder) Da keiner, der von mir per Fragebogen befragten Betroffenen eine solche Angststörung angab, habe ich darauf verzichtet, diese beiden Krankheitsbilder näher zu erläutern.

Ebenfalls wichtig zu wissen ist, dass die geschilderten Krankheitsbilder nicht nur Primärstörungen sein müssen. Z.B. bei Persönlichkeitsstörungen oder Schizophrenien können Angststörungen als Sekundärstörungen auftreten.

Allgemein zu den Krankheitsbildern ist es sehr wichtig zu verstehen, dass Betroffene in schweren Fällen während einer Angstatacke echte Todesangst verspüren können und völlig überzeugt sein können, in der phobischen Situation oder bei Kontakt mit dem phobischen Objekt sterben zu müssen.

Im folgenden Abschnitt möchte ich wie weiter vorne angekündigt auf vier Angstkrankheitsformen vertiefter eingehen.

#### 3.4.1. Agoraphobie

Die Agoraphobie ist die zweithäufigste vorkommende- und wohl auch die folgenschwerste Angstkrankheitsform. Es wird grundsätzlich unterschieden zwischen der Agoraphobie ohne Panikstörung und der Agoraphobie mit Panikstörung. Agoraphobie bedeutet soviel wie Platzangst, wobei sich das Wort „Platz“ auf weite Räume, z.B. öffentliche Plätze, aber auch auf enge Räume beziehen kann. Im letzteren Zusammenhang spricht man eher von einer Klaustrophobie. Die Merkmale der Agoraphobie sind Angstgefühle vor Situationen, in denen eine Flucht nur schwer möglich ist oder aber keine Hilfe verfügbar wäre. Typische Orte für diese unbegründet starke Angst sind öffentliche Plätze, Menschenmengen, Verkehrsmittel, sowie Warenhäuser, in denen man Schlange stehen muss. Patienten meiden ihre phobischen Situationen, was zu einem sozialen Rückzug führt. Im Verlauf der Krankheit kommt es oft vor, dass bei unzureichender oder zu später Behandlung immer mehr Orte hinzukommen und die Agoraphobie sich auf verschiedene Lebensbereiche ausdehnt. Oftmals werden Agoraphobiker von ihrer Umwelt als Simulanten abgestempelt, weil ihre Angst von aussen her nicht ersichtlich ist, wie dies auch für die meisten anderen Angstkrankheiten gilt. Es kann vorkommen, dass ein Agoraphobiker neben der reinen Agoraphobie zusätzlich eine Panikstörung

---

<sup>7</sup> Hippus H., Klein H.E., Strian E. ; Angstsyndrome: Diagnostik und Therapie. Berlin: Springer; 1999. S. 13

ausbildet. Dadurch wird die Angstkrankheit komplexer und schwieriger zu behandeln. Zu den Panikstörungen folgt später eine genauere Erklärung.

### **3.4.2. Sozialphobie**

Bei der Sozialphobie fürchten sich Betroffene vor Situationen, in denen sie im Zentrum der Aufmerksamkeit stehen oder von vielen Menschen beobachtet werden könnten. Dabei haben sie Angst etwas zu sagen oder zu tun, das peinlich sein könnte und die anwesenden Personen sie als schwach oder „gestört“ einstufen könnten. In schlimmen Fällen kann auch bereits der Gedanke z.B. an das Sprechen in der Öffentlichkeit starke Angst auslösen. Bei den Sozialphobien sind also die Gedanken, die sich ein Mensch macht die eigentlichen Ängste. (Horrorszenarios) Typische Situationen für Sozialphobien sind Reden halten, Vorstellungsgespräche, Treffen von nicht vertrauten Personen oder das Knüpfen von neuen Kontakten, aber auch Theaterbesuche oder andere Veranstaltungen, bei denen viele Menschen anwesend sind. Erschwerend kommt bei diesem Krankheitsbild hinzu, dass sich die Betroffenen kaum trauen, jemandem ihre Angst zu offenbaren oder sogar einen Therapeuten aufzusuchen. Daher kommt es sehr oft vor, dass Betroffene die Lösung des Problems im Alkohol, dem Tablettenkonsum oder anderen Drogen suchen und rasch von diesen abhängig werden. Die Angstkrankheit wird dann zu einem komplexen Krankheitsbild, das später schwierig zu therapieren ist.

### **3.4.3. Panikstörungen**

Für Panikstörungen charakteristisch sind plötzliche, unerwartete und unprovokierte Panikanfälle, die sehr heftig und unangenehm für die Betroffenen ablaufen. Diese Panikattacken stehen in keinem bestimmten Zusammenhang mit einer besonderen Situation oder einem Objekt und werden auch nicht von körperlichen oder psychischen Krankheiten ausgelöst. Eine Attacke dauert zwischen 10 – 30 Minuten, kann aber in einem Extremfall bis zu einer Stunde andauern. Deshalb ist auch klar, dass eine solche Panikattacke einen Betroffenen sehr viel Energie kostet.

Die Vorstellung der Panikstörung ist gesunden Menschen nur schwer zu erklären. Eine Vorstellung zum Ausmass einer Panikattacke könnte sein, dass es vorkommen kann, dass ein Betroffener während einer Panikattacke z.B. zusammengekauert in einer Ecke eines Raumes sitzt und aufgrund der von ihm als real empfundenen somatischen Symptomen Todesangst verspürt. Als Beobachter nimmt man nur sein Zittern und die Atemnot wahr. Doch im Innern erleidet dieser Mensch immense Qualen. Seine Vorstellungen und Gedanken sagen ihm, dass er an den körperlichen Symptomen sterben wird.

Typisch für die Panikstörung ist, dass zwischen zwei Attacken meist eine gewisse Zeitspanne liegt, in der die Patienten unter grosser Erwartungsangst, also Angst vor der Angst leiden. Deshalb wird von den Betroffenen der Ort, an dem die erste Attacke auftrat vielfach gemieden. Oft können Patienten nach einer Attacke nicht genau sagen, weshalb die Angst auftrat. Vor allem deswegen ist das Krankheitsbild der Panikstörung für gesunde Menschen nur schwer nachvollziehbar.

### **3.4.4. Zwangsstörungen**

Grundsätzlich werden Zwangsstörungen nicht zu den Angststörungen gezählt, da der Zwang zu bestimmten Handlungsimpulsen vorherrschend ist und immer wieder auftritt. Der Betroffene empfindet dabei den Zwang diese bestimmte Handlung immer zu wiederholen. Auslöser für diese Handlungen sind Horrorgedanken, dass einem

selbst oder Menschen aus dem Umfeld etwas zustossen könnte, wenn die Handlung nicht ausgeführt würde. So könnte ein Betroffener z.B. glauben, dass wenn er sich nicht ständig die Hände waschen würde unsinnigerweise und ohne realen Grund ein Mitglied seiner Familie sterben müsste. Weitere mögliche Ängste sind z.B. Gedanken, dass man jemand anderen beleidigen oder verletzen könnte, wenn auf die Zwangshandlung verzichtet würde.

Verbreitete Zwänge sind z.B. zwanghaftes Kontrollieren oder Ordnungswahn (Zwang ständig aufzuräumen).

Der Handlungsinhalt einer Zwangsstörung ist selten das Krankhafte, sondern der dominierende Charakter der Störung, der die Gedanken des betroffenen Menschen ständig beherrscht und ihn ängstigt. Ein Betroffener fürchtet sich also immer vor der Vorstellung einer Katastrophensituation, wenn er den Zwang nicht ausführt. Es tritt eine Angst auf, die durch den Zwang hervorgerufen wurde und deshalb an sich eine Sekundärstörung ist. Da aber genau diese Angst den Betroffenen dazu bringt, den Zwang immer und immer zu wiederholen, sollte man auch dieses Störungsbild zu den Angstkrankheiten hinzuzählen. Je nach Art des Zwanges kann die Störung zu Arbeitsunfähigkeit, sozialem Rückzug, Depressionen und wiederum Drogen- oder Alkoholabhängigkeit führen.

### 3.5. Angstkrankheiten bei Kindern

Wir Menschen erleben kurz nach der Geburt bereits das erste Mal das Gefühl der Angst, nämlich aufgrund der Hilflosigkeit des Säuglings und später dann wegen den vielen neuen und manchmal furchteinflössenden Situationen auf der Welt. Dies sind z.B. fremde Menschen, Dunkelheit, Gegenstände und Geräusche. All diese sogenannten entwicklungstypischen Ängste sind völlig normal und auch wichtig. Daneben gibt es die Angst, die Kleinkinder haben, von der Beziehungsperson (Mutter, Vater) getrennt zu sein, sei es nur für eine kurze- oder längere Zeitspanne. Bis etwa zum dritten Lebensjahr wird diese Angst als normal bezeichnet.

In der folgenden Tabelle wird verdeutlicht, dass unterschiedliche Ängste in der Entwicklung eines Kindes abhängig vom Alter vorkommen. In der zweiten Spalte sind wie weiter oben bereits erwähnt normale, entwicklungstypische Ängste dargestellt. In der dritten Spalte sind anormale Ängste eingetragen, die als Angststörungen bezeichnet werden.

Alter	Entwicklungstypische Ängste (normal)	Alterstypische Angstkrankheiten
0 - 6 Monate	Intensive sensorische Reize, Verlust von Zuwendung, laute Geräusche	
6 - 12 Monate	Fremde Menschen, Trennung	
2 - 4 Jahre	Phantasiecreaturen, potentielle Einbrecher, Dunkelheit	Trennungsangst
8 - 11 Jahre	Naturkatastrophen (Feuer, Überschwemmung), Verletzungen, Tiere, Medien-basierte Ängste	Tierphobien, Blutphobie
12 - 18 Jahre	Ablehnung durch Alterskameraden	Soziale Phobie, Agoraphobie, Panikstörung

Tabelle 3: Ängste und Angststörungen von Kindern und Jugendlichen im Entwicklungsverlauf <sup>8</sup>

<sup>8</sup> Schneider S.; Angststörungen bei Kindern und Jugendlichen, Berlin: Springer; 2004.

Etwa ab dem dritten Lebensjahr kann eine erste Angststörungsform auftreten. Dies ist die Trennungsangst, bei welcher sich das betroffene Kind weigert, die Schule zu besuchen, mit Freunden zu spielen oder bei Verwandten zu übernachten. Dabei ist es in ständiger Angst, dass die Beziehungspersonen (meist Vater oder Mutter) aus irgendwelchen Gründen nicht zurückkommen könnten und das Kind danach alleine wäre oder aber, dass dem Kind selber etwas zustossen könnte (z.B. dass es entführt werden könnte) und danach die Bezugspersonen, also die Eltern nicht mehr beim Kind sein würden. Wenn man als Fachfrau/Fachmann eine Trennungsangst bei einem Kind diagnostiziert, ist unbedingt die momentane Situation der Familie zu betrachten. Selbstverständlich gelten Befürchtungen des Kindes nicht als Angststörung, wenn z.B. ein Elternteil an einer schlimmen Krankheit leidet und an dieser auch sterben könnte. Das Umfeld und die Situation spielen hier, wie auch bei anderen Angststörungen eine wichtige Rolle.

Die Universität Basel betreibt unter der Leitung von Prof. Dr. Silvia Schneider momentan intensive Forschung, vor allem zur Therapie solcher Trennungsängste bei Kindern. Auf genauere Informationen zu dieser Therapie werde ich in Kapitel 5.1.1. eingehen.

Im Kindesalter weitere verbreitete Angstkrankheiten sind, wie in Tabelle 3 zu sehen, spezifische Phobien, wie z.B. die Tierphobie, sowie etwa ab dem achten Altersjahr die Schulphobien. Bei der letzteren Angststörung handelt es sich vorwiegend um die Prüfungsangst. Bei dieser Angst spricht man dann von einer Angststörung, wenn die Ängste sehr stark übertrieben und unrealistisch sind und wenn zu den psychischen Merkmalen (Hoffnungslosigkeit, Konzentrationsschwierigkeiten) auch starke körperliche Merkmale (Bauchschmerzen, Schweissausbrüche) hinzukommen. Die Folgen dieser Angststörung sind, wie bei den bereits erläuterten Angststörungen die Vermeidungsängste, bei denen die Kinder die phobischen Situationen zu meiden versuchen.

Ab dem zwölften Altersjahr und der Pubertät kommen schliesslich alle Angstkrankheiten, wie sie bei Erwachsenen auftreten (siehe Kapitel 3.4.) vor.

### **3.6. Neurologische Aspekte der Angstkrankheiten**

Die Wissenschaft ist in der Erforschung des Gehirns und der Funktionen und Abläufe im Bezug auf Angstkrankheiten noch nicht am Ziel. Auch heute gibt es noch etliche offene Fragen, die zu klären sind. Im Max-Planck-Institut für Psychiatrie in München wird intensiv daran gearbeitet. (Momentan: Studie zur Genetik der Angst: Ziel der Studie ist die Identifikation von genetischen Merkmalen, welche die Anfälligkeit für Angsterkrankungen erhöhen. Mit dem Wissen um genetische Ursachen der verschiedenen Angsterkrankungen lassen sich verbesserte und vor allem gezieltere Therapiemöglichkeiten entwickeln. Die Erforschung von genetischen Ursachen trägt letztlich maßgeblich dazu bei, in Zukunft besser, schneller und nebenwirkungsärmer behandeln zu können und damit das Leid der Betroffenen zu mildern.)<sup>9</sup>

Schon heute ist einiges über die Krankheitsformen und die neurobiologischen Abläufe bekannt. Psychiater verwenden diese Erkenntnisse zur Behandlung von Angstkrankheiten mit der Hilfe von Medikamenten. (siehe auch Kapitel 5.3.)

Emotionale Zustände, wie eben z.B. Angst, bewirken Veränderungen des vegetativen Nervensystems. Das vegetative Nervensystem regelt den inneren

---

<sup>9</sup> Studienbeschreibung des Max-Planck-Instituts: <http://www.mpipsykl.mpg.de/>; (27.2.2005)

Betrieb des Körpers, hält alle lebenswichtigen Organtätigkeiten aufrecht und passt den Körper auch an wechselnde Umweltbedingungen an. Beim Angstgefühl geschehen für den Betroffenen solche scheinbaren Veränderungen in der Umwelt. Das vegetative Nervensystem besteht aus zwei gegensätzlichen Funktionen, nämlich dem sympathischen Nervensystem, das den Körper aktiviert und dem parasympathischen Nervensystem, das den Körper seinerseits wieder beruhigt. Bei einer Aktivierung des vegetativen Nervensystems durch Angst wird nun der Körper über das sympathische Nervensystem aktiviert. Dabei laufen komplizierte biochemische Prozesse ab, bei denen unter anderem die Hypophysen<sup>10</sup> im Zwischenhirn zur Hormonausschüttung angeregt wird. Diese Drüse setzt dann zwei Aktivierungsmechanismen in Gang, nämlich die neuronale Aktivierung, die via Nervenbahnen erfolgt und in der Folge die Ausschüttung von Adrenalin bewirkt. Der zweite Mechanismus ist die hormonelle Aktivierung, welche mittels Hormonen via Blutbahn bestimmte Organe aktiviert, die eine längerfristige Mobilisierung des Körpers durch Energieherstellung gewährleisten. Diese Prozesse werden für den Betroffenen durch die bereits erwähnten somatischen Symptome realisierbar. Nach dem Abklingen der Angstgedanken oder einer allfälligen Flucht vor der phobischen Situation oder dem Objekt tritt das parasympathische Nervensystem in Aktion, das den Körper wieder beruhigt und alle körperlichen Funktionen auf den Normalzustand reduziert. In der Therapie mit Medikamenten wird vor allem der aktivierende Teil, das sympathische Nervensystem beeinflusst. Auf die genaueren Abläufe werde ich bei der Erklärung der Wirkungsweise von Serotonin – Wiederaufnahmehemmer Medikamenten in Kapitel 5.3. eingehen.

---

<sup>10</sup> Teil des Zwischenhirns. Es ist ein dem vegetativen Nervensystem übergeordnetes Zentrum, das die wichtigsten Regulationsvorgänge eines Menschen leitet. Der Hypothalamus bildet auch verschiedene Hormone.

## **4. Auswertung der Fragebogen und eines Interviews**

In diesem Kapitel werde ich die Umfrage und das Interview aus, das ich während meiner Arbeit gemacht habe. Den Fragebogen habe ich in der Schweiz, in Deutschland und in Österreich mittels E-Mail an Selbsthilfegruppen, Therapiegruppen, etc. versandt. Diese sollten die Unterlagen verteilen und gegebenenfalls ausgefüllt an mich zurückschicken. Auf diesem Weg habe ich 23 Fragebogen ausgefüllt zurückerhalten.

Vorweg ist noch zu sagen, dass mir sehr wohl bewusst ist, dass 23 Fragebogen nicht ausreichen, um eine repräsentative Umfrage zu machen und daher die Ergebnisse kritisch zu betrachten sind. Trotzdem möchte ich die erhaltenen Ergebnisse hier diskutieren. Die meisten Schlussfolgerungen zu den Resultaten stammen von mir und sind im Zusammenhang mit meiner nicht objektiven Umfrage zu betrachten.

Ich war über jeden zurückgesandten Fragebogen sehr dankbar und möchte an dieser Stelle allen danken, die den Mut gefasst und sich die Zeit genommen haben, meinen Fragebogen auszufüllen. Ich denke, dass man auch aus wenigen Fragebogen interessante Erkenntnisse gewinnen kann, auch wenn die eine oder andere Aussage meinerseits etwas gewagt und nicht abgesichert ist.

### **4.1. Aufbau des Fragebogens**

Ich habe mir nach dem Studium der Fachliteratur Gedanken gemacht, wie ich den Fragebogen aufbauen möchte. Nachdem ich den Aufbau festgelegt habe, erstellte ich am Computer eine Version, die mittels PC ausgefüllt und per E-Mail zurückgesandt werden konnte. Die Idee dahinter war, dass dadurch die Hemmschwelle für die Patienten tiefer liegt. Dies stellte sich im Nachhinein als sinnvoll heraus, da ich die meisten ausgefüllten Fragebogen per E-Mail zurückbekam.

Im folgenden Teil stelle ich die Antworten zusammen und diskutiere die Ergebnisse. Aufgrund des Datenschutzes und um die völlige Anonymität der Befragten zu gewährleisten, kann ich meiner Arbeit keine ausgefüllten Originalfragebogen beilegen. Ein Exemplar des unausgefüllten Fragebogens findet sich im Anhang meiner Arbeit.

## 4.2. Statistik, Ergebnisse, Analyse

**Geschlecht:** Aufgrund bereits erhobenen Daten aus diversen repräsentativen Umfragen habe ich erwartet, den Fragebogen von mehr Frauen als Männern zurückzubekommen.

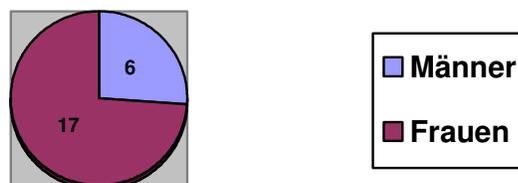


Diagramm 1: Anzahl Personen nach dem Geschlecht

Frauen scheinen mehr von Angstkrankheiten betroffen zu sein als Männer. Wissenschaftler sind sich uneinig über die Ursache dieser Feststellung. Eine Theorie, von der ich gelesen habe besagt, dass Männer die Angst mehr verdrängen. Sie sind, anders als Frauen, weniger gewohnt Gefühle zu zeigen. Folglich wäre es so, dass bei betroffenen Männern noch heute die Diagnose fehlt und die Krankheit unerkant bleibt. Eine weitere Theorie sagt aus, dass es ein begünstigendes Gen auf dem X-Chromosom gibt. Dadurch wäre die Wahrscheinlichkeit für Angstkrankheiten bei Frauen grösser. Bis heute ist jedoch keine dieser Theorien wissenschaftlich abgesichert.

Meine eigene Umfrage ergibt eine Verteilung von ungefähr 3:1, wobei Frauen tatsächlich auch die Mehrheit bilden.

**Alter:** Über die Streuung von Angstkrankheiten nach Altersstufen habe ich in der Literatur keine Antworten gefunden. Ich habe deshalb diese Frage im Fragebogen gestellt.

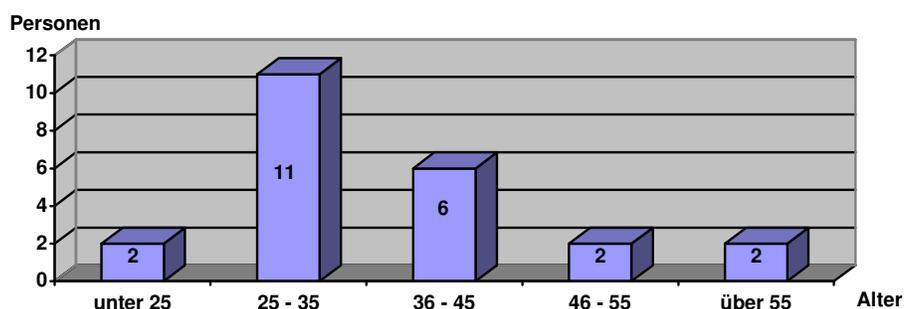


Diagramm 2: Anzahl Personen nach Altersstufen

Das Diagramm zeigt auf, dass vor allem Menschen in den mittleren Jahren, also zwischen 25 – 45 Jahren betroffen sind. Aufgrund der relativ wenig zurückgesandten Fragebogen ist dieses Resultat aber vorsichtig zu interpretieren.

Es stellt sich trotzdem die Frage, weshalb gerade diese Altersstufe mehr Patienten aufweist. Eine Begründung könnte der Stress im Berufs- und Alltagsleben sein, der gerade für Menschen in dieser Altersstufe gross ist. Wie in Kapitel 3.2. bereits erwähnt kann Stress ein Auslöser für eine Angstkrankheit sein.

Ein weiterer Grund dafür könnte sein, dass ich den Fragebogen via Selbsthilfegruppen verteilen liess. Menschen dieser Altersstufe besuchen eher eine Selbsthilfegruppe als jüngere - oder ältere Menschen.

Menschen, bei denen die Therapie nicht den erwünschten Erfolg bringt passen sich ihrer Angstkrankheit oftmals an und geben die Möglichkeiten auf, etwas gegen ihre Angststörung zu machen. Dadurch können diese Personen ihren Alltag schliesslich mehr oder weniger zufriedenstellend bestreiten und besuchen teilweise auch keine Selbsthilfegruppe mehr. Deshalb gibt es einige Menschen, die auch noch in hohem Alter mit einer Angststörung leben.

**Tätigkeitsbereiche:** Ich finde die Tatsache interessant, dass von 23 befragten Personen mit einer Angststörung 17 angeben, in einem Beruf aus dem dritten Wirtschaftssektor (Dienstleistungssektor) zu arbeiten.

Eine Person geht einer Tätigkeit aus dem zweiten Wirtschaftssektor (Industriesektor) nach, fünf weitere Personen machten zu dieser Frage keine Angabe.

Ob jedoch der Auslöser „Stress“ auf das Tätigkeitsgebiet zurückgeführt werden darf oder ob der Grund für dieses Ergebnis auf die prozentuale Verteilung der Arbeitstätigen nach Wirtschaftssektor in der Realität zurückgeführt werden muss, kann ich nicht beantworten.

**Häufigkeit:** Seit einiger Zeit ist, wie in Kapitel 2. bereits erwähnt bekannt, dass 15 – 20% aller Menschen<sup>11</sup> im Verlauf ihres Lebens mindestens einmal an einer Angststörung leiden.

In weiteren Studien wurden auch Häufigkeiten (Prävalenzen) für verschiedene Krankheitsformen der Angststörungen ermittelt. Die folgenden Fakten stammen aus dem Buch: „Angstsyndrome: Diagnostik und Therapie“<sup>12</sup>.

Die Daten wurden repräsentativ über alle Altersstufen und über verschiedene Kulturen verteilt erhoben.

- Spezifische Phobien: keine Prozentangabe
- Agoraphobie: 2.1 – 10.9 %
- Generalisierte Angststörung: 1.9 – 8.5 %
- Zwangsstörungen: 2.0 – 3.2 %
- Panikstörungen: 1.1 – 3.5 %
- Soziale Phobien: 1.0 – 3.9 %

Aus meiner Umfrage geht folgende Verteilung hervor:

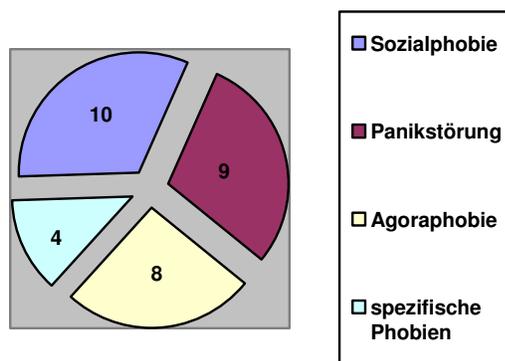


Diagramm 3: Anzahl Personen, die an der jeweiligen Angststörung leiden

Da einige der befragten Personen gleichzeitig an mehreren Angststörungen leiden, ist die Summe der Zahlen grösser als 23.

<sup>11</sup> Hättenschwiler J., Höck P. ; Diagnostik von Angststörungen. Schweiz Med Forum 2002;2:125-9

<sup>12</sup> Hippus H., Klein H.E., Strian E. ; Angstsyndrome: Diagnostik und Therapie. Berlin: Springer; 1999. S. 13

Meist handelt es sich dabei um die Kombination Agoraphobie und Panikstörung, die ich auch bereits in Kapitel 3.4. erwähnt habe.

Die Verteilung aus der Fachliteratur stimmt nicht mit meiner Erhebung überein. Zwar sind die vier in meiner Umfrage auftretenden Angststörungen häufig vertretene Angstsyndrome, Zwangsstörungen waren aber überhaupt nicht und spezifische Phobien mit nur vier Fällen wenig vertreten.

Interpretation: Die Fragebogen wurden durch Selbsthilfegruppen verteilt; es konnten also nur Patienten mit Sozialphobie, Panikstörung und Agoraphobie befragt werden. In Verzeichnissen für Selbsthilfegruppen habe ich denn auch nur Gruppen mit dem Schwerpunkt auf einem dieser Angstsyndrome gefunden.

**Sekundäre Krankheiten:** Acht Personen haben je eine Begleiterscheinung (Sekundärstörung) zu ihrer Angststörung angegeben.

Zwei Personen leiden zusätzlich unter einer Persönlichkeitsstörung<sup>13</sup>, jemand an einer Somatisierungsstörung<sup>14</sup>. Fünf weitere Personen litten an Depressionen<sup>15</sup>.

Niemand gab an, zusätzlich an einer Alkohol - oder Medikamentensucht zu leiden.

Ich habe aber auch nicht konkret danach gefragt. Möglicherweise war es den Leuten unangenehm darüber Auskunft zu geben.

**Dauer:** Fachleuten ist bekannt, dass Angststörungen meist erst nach langer Zeit als solche erkannt werden und anschliessend entsprechend behandelt werden können. In meiner Umfrage wurden folgende Angaben gemacht:

- 4 Personen leiden bis zu 4 Jahre an ihrer Angststörung.
- 7 Personen leiden zwischen 5 – 10 Jahren an ihrer Angststörung.
- 7 Personen leiden zwischen 11 – 20 Jahren an ihrer Angststörung.
- 5 Personen leiden seit mehr als 20 Jahren an ihrer Angststörung.

Dieses Ergebnis hat mich schockiert. Ich versuchte mir in meiner Arbeit vorzustellen, wie schwer es für einen Betroffenen sein muss, eine Angststörung so lange Zeit zu ertragen.

Einige Betroffene versuchten bereits mehrere Therapien erfolglos und haben so über viele Jahre keine wirkliche Verbesserung erfahren. Andere mussten nach eigenen Angaben lange auf eine Diagnose warten, da der aufgesuchte Arzt (meistens zuerst ein Hausarzt) die Krankheit auch nach mehrmaligem Arztbesuch nicht erkannte. Dadurch entwickelten sich zusätzliche Angststörungen und auch die bereits genannten Begleiterscheinungen.

Diese Information, die mir verschiedene Betroffene bei den „Bemerkungen“ auf dem Fragebogen mitteilten, wurde mir in einem Zeitungsartikel bestätigt, der mir von einer Angstpatientin zugeschickt wurde.

---

<sup>13</sup> Die Persönlichkeitsstörung ist eine schwere Störung der charakterlichen Verfassung und des Verhaltens. Dabei haben Betroffene dieser Störung gegenüber der Mehrheit der Bevölkerung deutliche Abweichungen im Wahrnehmen, Denken, Fühlen und im Verhalten gegenüber anderen Menschen.

<sup>14</sup> Die Somatisierungsstörung ist ein chronisch verlaufendes, mit gravierenden Gesundheitseinschränkungen verbundenes Krankheitsbild. Betroffene empfinden dabei verschiedene körperliche Beschwerden, die jedoch nicht real sind.

<sup>15</sup> Die Depression ist eine Krankheit, die sich vor allem in der Antriebslosigkeit des Betroffenen zeigt. In schlimmen Fällen können auch Selbstmordgedanken vorhanden sein.

Zitat:

„Nach zwanzig Jahren Angstforschung haben die meisten praktischen Ärzte immer noch nicht gelernt, Angststörungen zu erkennen und eine entsprechende Weiterbehandlung einzuleiten. Trotz klarer diagnostischer Kriterien warten deutsche Angstpatienten durchschnittlich sieben bis zehn Jahre, bevor die korrekte Diagnose gestellt wird.“<sup>16</sup>

Diese Tatsache ist doch sehr erschreckend. Vielleicht konzentriert sich die Schulmedizin zu wenig auf das Zusammenspiel von Körper und Psyche, das gerade bei Angststörungen einen sehr zentralen Teil ausmacht.

Trotzdem darf man nicht vergessen, dass auch Patienten den Ärzten nicht immer die ganze Wahrheit sagen, sei es aus Angst missverstanden zu werden oder aber, weil sie die Symptome selber falsch deuten. Diese genaue Beschreibung ihres Krankheitsbildes ist aber für eine korrekte Diagnose durch den Hausarzt unerlässlich.

**Entstehung:** Auf die Frage ob die Leute wissen, wie ihre Angststörung entstanden sei, antworteten 19 Personen, dass sie eine Ursache zu kennen glauben. Vier weitere Personen denken, die Ursache nicht zu kennen.

Von den 19 Personen, die eine Angabe machten, haben alle die jeweils vermutete Ursache dazugeschrieben. Folgende Angaben wurden gemacht:

- 8 Personen mutmassen, dass die Angststörung während der Erziehung, in der Kindheit oder im Elternhaus entstand.
- 4 Personen denken, dass die Ursache der Störung in einer Stresssituation zu suchen ist.
- 3 Personen vermuten, dass die Störung nach dem Erlebnis eines Unfalls begann.
- 2 Personen sehen die Ursache in sexuellem Missbrauch in der Kindheit.
- Jemand glaubt, dass die Angststörung vererbt worden sei.
- Zuletzt gab eine Person an, dass die Angststörung mit einer Sucht und der Kombination mit Lebensmittelintoleranz zusammenhängen könnte.

Ich bin für die Offenheit und das Vertrauen, das mir diese Menschen entgegenbrachten sehr dankbar, trotzdem erschüttern mich einige ihrer Schicksale sehr.

Ich versuche in der Folge eine Analyse der Ergebnisse vorzunehmen:

Mögliche Gründe für die Entstehung einer Angstkrankheit sind meist in der Umwelt der Menschen zu suchen. Es gibt daneben prädisponierende Situationen und Erlebnisse für den Ausbruch der Krankheit. Ebenso sind genetische Faktoren denkbar. Diese genetische Basis kann den Ausbruch einer Angststörung begünstigen.

Die letzte in der obigen Liste genannte mögliche Ursache finde ich speziell interessant. Diese Person schilderte mir auf dem Fragebogen, dass es wissenschaftliche Hinweise gäbe, dass Nahrungsmittelunverträglichkeiten Depressionen oder andere psychische Erkrankungen auslösen können. Ebenfalls nachgewiesen sei die Tatsache, dass 15 - 20% der Bevölkerung von einer Laktoseintoleranz (Milchzuckerunverträglichkeit) betroffen sind – auch diese Menschen würden häufiger an psychischen Störungen leiden. Die Person schrieb

---

<sup>16</sup> Süddeutsche Zeitung, Umwelt – Wissenschaft – Technik, Seite 2 ; 9.11.1995

ebenfalls, dass ihr ein Milch- und Getreideverzicht enorm geholfen habe und die Zahl der Angstattacken nur schon deswegen stark zurückgegangen ist.

**Information des Umfeldes:** Weiter wollte ich mit dem Fragebogen herausfinden, wie Betroffene ihr Umfeld über ihre Angststörung informieren und wie die Reaktion der Leute auf diese Tatsache sei. 20 Personen gaben an, dass sie ihre Kontaktpersonen darüber informiert haben, drei Personen antworteten auf die Frage, dass sie ihr Umfeld nicht informiert haben.

Die 20 Personen, die sich über ihren Zustand „geoutet“ haben, gaben folgende Rückmeldungen an:

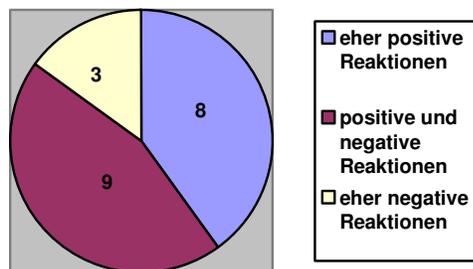


Diagramm 4: Anzahl Einschätzungen der Rückmeldungen/Reaktionen nach Kategorien

Aus der Darstellung wird ersichtlich, dass mehr als die Hälfte der Betroffenen schon mindestens einmal negative Rückmeldungen oder Reaktionen erlebten, nachdem sie informiert hatten. Tatsächlich ist es so, dass viele Betroffene Unverständnis von der breiten Bevölkerung, aber auch von der eigenen Familie erfahren und in einigen Fällen danach sogar gemieden werden. Es wird leider häufig von IV – Schmarotzern oder von Simulanten gesprochen. Diese Tatsache haben mir auch einige Therapeuten in Interviews bestätigt. Ich denke, dass folgende Gründe dafür verantwortlich sind:

Das Hauptproblem für alle Menschen, die nicht von einer Angstkrankheit betroffen sind ist, dass die Krankheit, wenn überhaupt nur sehr schwer vorstellbar ist. Dies gilt ebenso für alle psychischen Krankheiten. Entgegen den meisten körperlichen Krankheiten kann eine psychische Störung nicht mit Bluttests oder Röntgenbildern diagnostiziert werden.

Zusätzlich ist bei uns viel zu wenig über psychische Krankheiten im Allgemeinen und insbesondere über Angstkrankheiten im Speziellen bekannt. Viele Menschen kennen zwar das Wort Angstkrankheit, können sich darunter jedoch kaum etwas vorstellen. Folglich weiss man auch nicht, wie man mit Personen umgehen soll, die an einer Angstkrankheit leiden. Dies erschwert auch die Feststellung von eigenen Symptomen, wie bereits weiter oben im Abschnitt „Dauer“ beschrieben. Hinzu kommt, dass in unserer Gesellschaft ein eher negatives Bild gegenüber Menschen mit einer psychischen Störung besteht. Dies wird auch in gewissen Redensarten deutlich. Es ist deshalb leicht nachzuvollziehen, dass sich Betroffene oft nicht trauen, mit ihrem Umfeld über die Angstkrankheit zu sprechen.

Angststörungen treten in unserer westlichen Gesellschaft oft auf. Fachleute spekulieren darüber, ob es sich um eine „Modekrankheit“ (Gesellschaftskrankheit) handeln könnte, die zukünftig noch mehr Menschen betreffen wird.

Gerade weil Angstkrankheiten häufiger auftreten, als verschiedene andere körperliche Krankheiten, über die man bei uns besser aufgeklärt ist fordere ich, dass in Zukunft viel mehr getan werden sollte, um die Bevölkerung über Angststörungen

aufzuklären. Der Erfolg wäre, dass Angstkrankheiten früher erkannt und behandelt werden könnten und der Umgang der Bevölkerung mit Patienten besser wäre.

**Therapie:** Mittels einer weiteren Frage wollte ich herausfinden, welche Therapieformen in Anspruch genommen wurden. Auf den jeweiligen Therapieaufbau und deren Inhalt gehe ich in Kapitel 5.1. genauer ein.

Alle 23 Personen gaben mindestens eine Therapieform an. In der folgenden Darstellung habe ich alle gegebenen Antworten zusammengeführt. Dabei ist zu beachten, dass einige Personen aufgrund nicht zufriedenstellender Resultate bereits mehr als eine Therapieform versucht haben.

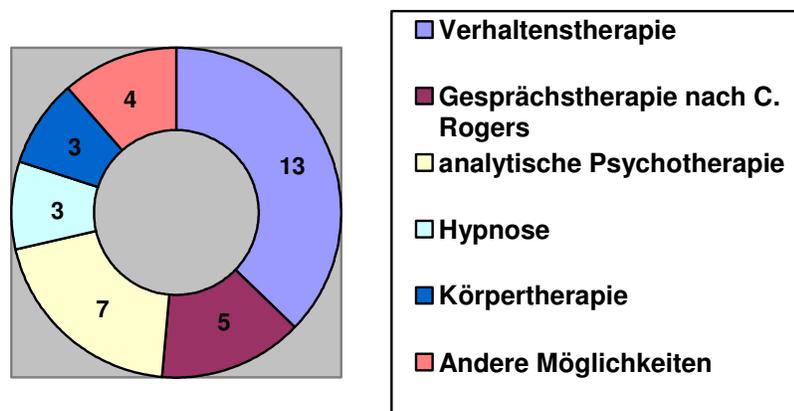


Diagramm 5: Anzahl Personen je Therapieform

Dieses Ergebnis hat mich erstaunt; nur wenig mehr, als die Hälfte der befragten Personen haben sich bis jetzt für eine Verhaltenstherapie (Verlernen der Angst durch systematische Exposition; siehe dazu Kapitel 5.1.1.) entschieden, obwohl deren Wirksamkeit wissenschaftlich belegt ist und die Therapiedauer die kürzeste aller Therapieformen ist. Es könnte sein, dass meine Resultate verfälscht sind, da ich den Fragebogen nur via Selbsthilfegruppen verteilen konnte und nicht auch in der Angstambulanz der psychiatrischen Universitätsklinik (PUK).

Einige dieser 13 Personen gaben an, dass die Verhaltenstherapie nicht geholfen hat und sie danach eine andere Therapieform wählten.

Die positivsten Kommentare erhielt ich zur Gesprächstherapie nach C. Rogers. (individuelle Gesprächstherapie; siehe dazu Kapitel 5.1.2.) Diese Therapie hat den Betroffenen laut ihren Aussagen geholfen, erstens liebevoller mit sich selber umzugehen, zweitens die Krankheit in einem gewissen Rahmen zu akzeptieren und drittens Gefühle allgemein besser zeigen zu können. Diese drei Punkte werden von vielen Patienten als wichtige Grundlage für eine Therapie angesehen, weil sich dadurch Mut entwickelt, gegen die Angstkrankheit vorzugehen.

**Meinung zur Selbsthilfegruppe:** Da ich die Fragebogen durch Selbsthilfegruppen verteilen liess, sind auch alle 23 befragten Personen selber in einer Selbsthilfegruppe. Auf die „Wirksamkeit“ von Selbsthilfegruppen und detailliertere Informationen zu diesem Thema gehe ich in Kapitel 5.2. ein.

Auf meine Frage nach der persönlichen Meinung über Selbsthilfegruppen erhielt ich viele verschiedene Antworten.

Ich habe versucht diese Meinungen in drei Kategorien einzuteilen und denke, dass ich den Antworten mit meiner Klassierung gerecht werde.

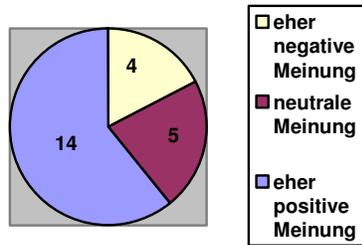


Diagramm 6: Anzahl Meinungen nach der jeweiligen Kategorie

Mehr als die Hälfte der Befragten denken, dass eine Selbsthilfegruppe eine gute Methode ist, um gegen Angst vorzugehen.

Ich möchte an dieser Stelle noch einen Satz wiederholen, den ich mehrmals auf den Fragebogen gelesen habe:

„Eine Selbsthilfegruppe ist keine Therapie. Wer eine Selbsthilfegruppe besucht sollte dies unbedingt nur in Kombination mit einer Therapie tun.“

Die meisten Befragten denken, dass der grosse Vorteil einer Selbsthilfegruppe darin besteht, dass man unter Gleichgesinnten sprechen kann, die das Gefühl der Angst im Gegensatz zur gesunden Bevölkerung kennen und die wissen, von welchem Leid man spricht. Auch der Erfahrungsaustausch und die wertvollen Tipps, die man sich gegenseitig geben kann sind wichtige Bestandteile.

Bei den Befragten, die sich eher negativ über die Methode der Selbsthilfegruppe geäußert haben, habe ich festgestellt, dass alle an einer Sozialphobie leiden. Ich vermute, dass diese Personen sogar noch in der Gruppe von Angstpatienten Angst empfinden und diesem Kontakt deshalb möglichst eher ausweichen. Es scheinen aber die positiven Aspekte zu überwiegen, da diese Leute immer noch Mitglieder dieser Gruppen sind.

**Informationsstand der Patienten:** In der letzten Frage meiner Umfrage wollte ich herausfinden, wie gut der Informationsstand über Angstkrankheiten bei Direktbetroffenen ist.

Drei Personen denken, zu wenig gut informiert zu sein. Die anderen 20 Personen denken, genügend über die Krankheit aufgeklärt zu sein. Das Wissen erhielten sie vor allem durch die jeweiligen Therapeuten, durch Fach- und Selbsthilfeleratur und das Internet, aber auch durch den Besuch von Selbsthilfegruppen oder Angstvereinigungen und -organisationen, die über das Thema Angstkrankheiten aufklären. Ebenfalls wichtig und in Zukunft wahrscheinlich noch wichtiger sind Chaträume, in denen Betroffene untereinander kommunizieren können. Solche speziellen Chats werden von Angstvereinigungen und -organisationen, wie z.B. der APHS (Angst- und Panikhilfe Schweiz) angeboten. Gerade für Betroffene mit einer Sozialphobie denke ich, dass diese Möglichkeit eine gute Grundlage für den eventuellen späteren Einstieg in eine Selbsthilfegruppe darstellen kann.

### 4.3. Interviewbearbeitung

**Interview mit Patientin:** Ich hatte Gelegenheit mit einer Angstpatientin ein Interview zu führen. Aufgrund des Datenschutzes und um die Anonymität dieser Frau zu wahren, habe ich das Gespräch so verändert, dass das Wiedererkennen der Person nicht mehr möglich ist.

Das Interview fand am Montag, dem 13.12.2004 um 20.05 Uhr per Telefon statt. Mit der ausdrücklichen Erlaubnis der Patientin habe ich im folgenden einen Teil des Dialoges niedergeschrieben.

*Dominic Urwyler:*

*Guten Abend, Frau Müller<sup>17</sup>. Zuerst einmal herzlichen Dank, dass sie bereit sind mit mir dieses Gespräch zu führen. Es war sehr schwierig für mich mit betroffenen Menschen Bekanntschaft zu machen, da auch heute noch fast niemand öffentlich über diese Krankheit spricht.*

**Frau Müller:**

**Das kann ich mir gut vorstellen. Tatsächlich ist es so, dass sich viele Betroffene für ihr Problem schämen. Auch bei mir war dies lange Zeit so.**

*Warum hat sich dies mit der Zeit geändert?*

**Das ist vor allem der Verdienst meiner Therapeutin und auch der Selbsthilfegruppe. Dort habe ich erst wirklich gelernt mit der Krankheit umzugehen, sie zu verstehen und auch offen darüber zu reden und mich eben nicht zu schämen.**

*In dem von Ihnen ausgefüllten Fragebogen, den sie mir zurückgesendet haben, habe ich gelesen, dass Sie seit 1993 an der Agoraphobie leiden. Können Sie sich an Ihre erste Angstattacke erinnern?*

**Ja, das kann ich mich sehr gut. Ich war im Nachbardorf einkaufen und bin mit den Einkaufstüten aus dem Geschäft gelaufen, um die Strasse zu überqueren und zu meinem Auto zu gehen. Als ich beim Fussgängerstreifen stand bekam ich quasi aus heiterem Himmel erste körperliche Symptome, wie z.B. Herzrasen. Meine Beine blockierten und ich konnte nicht mehr weiterlaufen. Es war ein Schock für mich. Ich stand da neben dieser Strasse und konnte mich nicht mehr rühren. So erlebte ich meine erste Angstattacke. Danach war ich völlig erschöpft und kam irgendwie nach Hause.**

*Wussten Sie denn sofort, was das Problem war?*

**Nein, überhaupt nicht. Ich hatte keine Ahnung was mit mir los war und auch mein Umfeld wusste nicht, was sie mit dieser Attacke anfangen sollten. Diese Krankheit war für mich und meinen Bekanntenkreis etwas völlig Neues.**

*Was haben Sie nach dieser ersten Angstattacke getan? Sind Sie zum Arzt gegangen?*

**Ja, ich suchte einige Tage später meinen Hausarzt auf. Dieser sagte mir, dass ich wahrscheinlich überarbeitet sei und nur einen Schwächeanfall erlitten hätte. Er empfahl mir, mich zu erholen und verschrieb mir ein pflanzliches Beruhigungsmittel.**

*Aber die Angstattacken wiederholten sich?*

**Genau. Nach einigen Tagen hatte ich schon wieder eine ähnliche Angstsituation. In der Folge häuften sich solche Attacken immer mehr, so dass ich mich schliesslich gar nicht mehr aus dem Haus traute.**

---

<sup>17</sup> Der Name ist von mir geändert.

Nachdem ich durch eigene Recherchen herausgefunden habe, dass meine Symptome auf eine Angstkrankheit hindeuten könnten, liess ich mir von meinem Mann ein Fachbuch besorgen und habe dieses gelesen. In diesem Buch habe ich auch von Therapien gelesen und habe mich in der Region nach entsprechenden Angeboten erkundigt. Als ich mich schliesslich in einer Klinik angemeldet habe, bekam ich sehr bald eine genaue Diagnose für meine Krankheit, denn meiner Therapeutin war schnell klar, was mir fehlte.

*Wann haben Sie mit einer Therapie angefangen?*

Etwa ein halbes Jahr nach der ersten Angstattacke habe ich in eben dieser Klinik eine ambulante Verhaltenstherapie angefangen. Die Therapeutin hat mich vollständig über meine Angstkrankheit informiert. Wir haben dann zusammen die Therapie angegangen.

*Aber Sie waren nicht zufrieden, wie Sie auch im Fragebogen schrieben?*

Ja, bereits nach einigen Wochen hatten sich meine Angstattacken eher noch vermehrt. Ich kam mit der Therapieform einfach nicht zurecht. Ich habe mich zwar, wie es die Verhaltenstherapie anstrebt ein halbes Jahr lang mit der Angstsituation konfrontiert, doch die Therapie war kein Erfolg, also habe ich sie abgebrochen.

*Sie sind also nicht sehr zufrieden mit der Therapieform Verhaltenstherapie, aber Sie haben noch eine zweite Therapiemöglichkeit versucht.*

Ja, das stimmt. Ich stiess auf die Adresse einer Gesprächs-psychotherapeutin, die auch Psychiaterin ist. Die Therapiemethode der Gesprächspsychotherapie entspricht mir viel mehr, da die Therapeutin intensiv mit mir zusammenarbeitet. Bei dieser Therapeutin bin ich auch heute noch.

*Ich selber kenne die Gesprächspsychotherapie noch nicht sehr gut. Wie arbeitet die Therapeutin mit Ihnen? Wie kann ich mir dies vorstellen?*

Ich habe das Gefühl, diese Therapieform ist viel individueller. Also die Therapeutin stellt sich viel stärker auf ihre jeweiligen Patienten ein. Ich denke auch, die Gesprächspsychotherapie ist gefühlsbetonter. Ich habe vor allem gelernt, liebevoller mit mir umzugehen, psychisch wie auch körperlich. Ich denke, zuvor habe ich Gefühle zu sehr unterdrückt. Ich versuche heute mehr auf mich zu achten und kann auch besser Hilfe von aussen annehmen. Zuvor wollte ich immer alles alleine schaffen.

*Haben Sie auch mit Medikamenten gearbeitet?*

Ja, die Therapeutin und ich entschieden uns dafür, auch mit Antidepressiva<sup>18</sup> zu arbeiten. Ich denke, diese Medikamente sind eine sehr gute Sache. Ich empfinde sie so, dass sie einem wie die „Spitze“ der Angstattacke nehmen. Eine Angstattacke wirkt bei Einnahme der Medikamente nicht mehr so schlimm auf mich, von der körperlichen Belastung her gesehen.

*Haben Sie auch eine Entspannungstechnik ausprobiert?*

Ja, ich habe zusätzlich einen Kurs für autogenes Training<sup>19</sup> besucht. Ich denke jedoch, dass diese Technik nur bei kleineren Ängsten gut ist, bei grossen Angstattacken ist die Anspannung viel zu gross.

*Vielen Dank für die Beantwortung meiner Fragen, Frau Müller. Ich wünsche Ihnen für Ihre Zukunft alles Gute und einen schönen Abend.*

Bei den Bemerkungen auf dem Fragebogen hat mir die Patientin auch noch einen Zusatz geschrieben. Sie denkt, dass ein grosses Problem heute ist, dass Menschen allgemein zu wenig auf ihre Gefühle achten. Wir haben hier in unserer Kultur eine

<sup>18</sup> Erklärung der Antidepressiva in Kapitel 5.3.

<sup>19</sup> Erklärung des autogenen Trainings in Kapitel 5.4.

Leistungsgesellschaft mit grossem Druck und Stress. Für die Psyche des Menschen ist dies sehr belastend. Es entstehen innere Konflikte, die in schlimmen Fällen in einer psychischen Krankheit, wie z.B. einer Angststörung gipfeln können. Gerade wegen der Zunahme der psychischen Belastungen wäre es auch möglich zu erklären weshalb es heute immer mehr Menschen mit einer Angstkrankheit gibt. Ob die Krankheit mit der Angst nur eine Modekrankheit ist oder sich aber tatsächlich immer mehr verbreitet, wird sich in Zukunft zeigen. Auf jeden Fall sollten alle möglichen Massnahmen ergriffen werden, um dieser Krankheit vorzubeugen und um darüber zu informieren. Dann würde die Krankheit schneller erkannt und zusätzliche Begleiterscheinungen könnten vermieden werden.

**Interviews mit Therapeutinnen und Therapeuten:** Die Informationen aus den Interviews mit den TherapeutInnen und Fachleuten habe ich in der Arbeit jeweils direkt in den Textverlauf integriert und werde ich nicht im Originalwortlaut zusätzlich aufführen.

Diese Gespräche haben mir sehr viel für das Verständnis der Krankheit und der Therapieansätze gebracht.

## 5. Was man gegen Angstkrankheiten machen kann

Im folgenden Kapitel beschreibe ich einige, der vielen verschiedenen Möglichkeiten, mit denen man etwas gegen die Angst machen kann. Ich habe mich auf drei konkrete Therapieformen beschränkt und in einem vierten Punkt einige, der weiteren oder ergänzenden Möglichkeiten erwähnt. Im letzten Punkt dieses Kapitel wage ich einen Ausblick, was in der Zukunft noch gemacht werden könnte, um etwas gegen eine Angststörung zu unternehmen.

### 5.1. Therapieformen

Die Therapie einer Angstkrankheit ist immer eine mehrschichtige Arbeit, die sich auf viele Bereiche in der Behandlung, sowie im Leben des Patienten ausdehnt. Doch die Sitzungen bei der Fachperson reichen nicht aus; der Patient muss selber einiges dazu beitragen. Deshalb ist es für viele Betroffene ein schwieriger Schritt, sich überhaupt für eine Therapie zu entschliessen. Wenn nämlich dieser erste Schritt getan ist, kostet der Kampf gegen die Angst viel Energie, Kraft und Zeit. Grundsätzlich wichtig ist deshalb eine mentale Veränderung des Betroffenen. Er muss lernen, dass eine Angstattacke nicht endlos lange andauern kann, sondern dass die Angst nach dem Erreichen eines Höhepunktes und mit fortschreitender Zeitdauer auch wieder abklingt und sämtliche Symptome verschwinden. Mittels dieser mentalen Einstellung des Patienten soll der Fokus seiner Aufmerksamkeit auf die Angstabnahme gerichtet werden. Beim Erleben dieses Vorgangs hat der Patient nun positive Gedanken und Gefühle und wertet dieses Erlebnis positiv. Aus dem in Kapitel 3.3. beschriebenen „Teufelskreis der Angst“ kann so quasi der „Engelskreis der Angst“ erzeugt werden. Diese ausschliesslich mentale Veränderung des Patienten ist äusserst förderlich für eine konkrete Therapie. Die Wissenschaft hat zahlreiche Therapieformen entwickelt und praktisch jede der bekannten Strömungen in der Psychologie hat ihr eigenes Verfahren. Die drei bekanntesten und meist angewendetsten Therapieformen stelle ich nun vor.

#### 5.1.1. Verhaltenstherapie

Die Verhaltenstherapie ist die Therapieform, die wissenschaftlich am besten abgesichert ist und deren Wirksamkeit in Studien mehrfach nachgewiesen werden konnte. (Selbstverständlich gibt es keine Garantie für die Wirksamkeit. Die Studien zeigen trotzdem eine Wirksamkeit von ungefähr 80% für alle Patienten auf.) Der Ursprung der Verhaltenstherapie kann nicht genau definiert werden, da sehr viele Forscher an den Bestandteilen der Therapieform mit- oder weitergearbeitet haben. Sicher ist aber, dass die Verhaltenstherapie auf Ideen der Behavioristen (Lehre vom beobachtbaren Verhalten) basiert.

Man unterscheidet in der Praxis der Verhaltenstherapie zwischen zwei Hauptstrategien zur Behandlung von Angstkrankheiten. Dies sind die **systematische Desensibilisierung** und die **Reizkonfrontation mit Reaktionsverhinderung**. Es gibt auch andere, leicht verschiedene Strategien in der Verhaltenstherapie, wobei der Therapeut die Strategie wählt, die am besten auf den Patienten zugeschnitten ist, denn die Wahl einer Therapie ist sehr individuell.

Die Grundlage der Verhaltenstherapie ist die wissenschaftliche Erkenntnis, dass Angst erlernt wird und wieder verlernt werden kann. Das heisst konkret, dass die Angst, die durch den „Teufelskreis“ gelernt wird, bei entsprechender Vorgehensweise

systematisch verlernt werden kann, so dass der Patient nach erfolgreicher Therapie ohne Beeinträchtigung durch Angst weiterleben kann.

In der folgenden Tabelle sind die beiden bereits angesprochenen Strategien in einem kurzen, inhaltlichen Überblick dargestellt:

Strategie	Art der Angstkonfrontation	In der Vorstellung	In der Realität
Systematische Desensibilisierung	Graduell (allmählich, gestuft)	Desensibilisierung (Annähern)	Habituation (Gewöhnung)
Reizkonfrontation mit Reaktionsverhinderung	Massiert (plötzlich und intensiv)	Implosion (Verlöschen durch Übertreiben)	Flooding (Überfluten)

Tabelle 4: Angstbehandlung in der Verhaltenstherapie<sup>20</sup>

In der Fachliteratur wird zusätzlich unterschieden zwischen der systematischen Desensibilisierung und der kognitiven Verhaltenstherapie. Ich stellte jedoch fest, dass die Therapieformen im Grundaufbau und von der Anwendung her ziemlich identisch sind. Der Hauptunterschied besteht darin, dass die Behandlung bei der kognitiven Verhaltenstherapie in Gruppen verläuft. Dabei kommt der Effekt der Gruppendynamik dazu, welches ein Modellverhalten bei weiteren Patienten der Gruppe erzeugen kann. Die systematische Desensibilisierung ist klientenzentrierter und beschäftigt sich mehr mit dem Individuum. Ich gehe im Weiteren auf die letztere Form ein.

Bei der Strategie der **systematischen Desensibilisierung** beginnt die Therapie mit der Sammlung von konkreten phobischen Situationen oder phobischen Objekten in oder vor denen sich der Patient fürchtet. Ein wichtiger Teil in der Anfangsphase der Therapie ist die Aufklärung des Patienten über seine Angst. Der Therapeut erklärt dem Patienten wissenschaftlich genau, warum er die Angst empfindet und welche physiologischen Prozesse dabei ablaufen. Diesen Therapieteil nennen Therapeuten die „psychologische und medizinische Edukation des Patienten“.

Der Patient erlernt mit dem Therapeuten anfangs auch Entspannungstechniken (siehe dazu Kapitel 5.4.), die er während der Therapie oder auch im realen Leben anwenden soll, sobald die Angst aufkommt. Mit diesen körperbezogenen Verfahren zur Eindämmung der Angst, kann eine Angstattacke vom Patienten besser kontrolliert werden.

Im Verlauf der Therapie wird dann versucht, die Angst systematisch abzubauen. Der Patient erstellt zusammen mit dem Therapeuten eine Liste, wie stark seine Angst in jeweiligen Situationen ist. Wenn ein Patient nun z.B. eine Trampahobie hat, werden nun auf dieser Liste verschiedene Angstmomente notiert, die im Alltag auftreten könnten. Dies sind vielleicht diese:

- An ein Tram denken.
- Ein Bild eines Trams betrachten.
- Einem Tram aus der Distanz nachsehen.
- Vor ein Tram stehen.
- Mit dem Tram eine kurze Strecke fahren.
- Etc.

In der Therapiesitzung werden diese Situationen klassiert. Das heisst, dass der Patient eine Hierarchie aufstellt, in welcher Situation er am stärksten Angst empfindet, in welcher Situation am zweitstärksten und so weiter.

<sup>20</sup> Tabelle von: <http://www.panik-attacken.de/angst/th-verhalten.html> ; (3.2.2005)

Mit dem Therapeuten zusammen absolviert der Patient danach im Therapieraum Übungen, bei welchen er sich in seiner Vorstellung dem Tram analog der zuvor notierten Angsthierarchie annähert. In Gedanken wird also versucht, sich der Angst mehr und mehr zu stellen. Damit soll die Angststörung des Patienten systematisch verlernt werden.

Der Therapeut beginnt im genannten Beispiel nun damit, dass er den Patienten bittet, sich das Tram im Kopf vorzustellen. Mit Hilfe der erlernten Entspannungsübungen und der Anwesenheit des Therapeuten wird versucht, die Angst, die bei dieser Vorstellung entsteht zu überwinden, damit sich der Patient an die Situation gewöhnt. (Habituation)

Nach mehrfacher Wiederholung ist dann die erste Angstsituation, die von den aufgeschriebenen Situationen am wenigsten Angst erzeugt geschafft. Dieses Vorgehen wird in der Fachsprache das „Angst-Meidungs-Training“ oder auch die „Exposition in vivo“, also die konkrete Angstkonfrontation genannt. Die Therapie wird analog fortgesetzt, mit dem Ziel alle in der Hierarchie aufgeschriebenen Situationen nach und nach möglichst vollständig zu beseitigen oder zumindest für den Patienten erträglich zu machen.

Es gibt neben der Erfahrung der Therapeuten und der Entspannungstechniken auch technische Hilfsmittel, die angewendet werden können.

Im Verlauf meiner Arbeit hatte ich die Möglichkeit, mit einer Therapeutin der Verhaltenstherapie-Ambulanz der psychiatrischen Universitätsklinik Basel (PUK) zu sprechen und die Therapieform anhand eines konkreten Fallbeispiels anzusehen. In der Behandlung dieses Patienten setzte die Therapeutin ein Bio-Feedback Gerät ein. Dies sind Geräte, die einige Körperfunktionen des Menschen aufzeigen können. Mit Hilfe dieses Geräts zeigt der Therapeut dem Patienten während der Konfrontation mit der Angstsituation (sei diese in Gedanken oder auf einem Bild im Therapieraum oder in der konkreten Situation) den Herzschlag, die Atemfrequenz und den Hautwiderstand (Transpiration) auf. Diese Daten bestätigen die Voraussage des Therapeuten, dass sich die Werte nach einer gewissen Zeitspanne der Angstattacke wieder normalisieren und dienen dem Patienten als Beweis, dass sein Körper völlig in Ordnung ist.

In Kapitel 3.5. erwähnte ich die Trennungsängste bei Kindern. Diese Angstkrankheit kann ebenfalls mit der Strategie der **systematischen Desensibilisierung** therapiert werden. Den Versuch, diese Methode bei Kindern anzuwenden startete ein Team der Universität Basel unter der Leitung von Frau Prof. Dr. Sylvia Schneider. Ich hatte die Möglichkeit mit einer Assistentin, die Mitglied dieses Teams ist zu sprechen. Dabei habe ich auch Originale der Arbeitsblätter und Therapieunterlagen erhalten, die in der Verhaltenstherapie für Trennungsängste bei Kindern eingesetzt werden. Diese Dokumente sind dem Anhang dieser Arbeit beigelegt.

Was mich sehr erstaunt hat, ist das beinahe identische Vorgehen während der Therapie, wie es auch bei Erwachsenen praktiziert wird.

Auch in dieser Therapie wird jeweils eine Angsthierarchie-Liste erstellt. Die Assistentin hat mir gesagt, dass Kinder solche Listen oft besser anfertigen können, als Erwachsene dies tun. Das könnte damit zusammenhängen, dass Erwachsene bei der Anfertigung einer solchen Hierarchie zu viel über die Klassierung nachdenken. Der Umgang mit der Angsthierarchie in der Therapie ist andererseits ziemlich verschieden. Das Kind erhält von der Therapeutin jeweils eine Aufgabe auf die nächste Sitzung. Dies könnte zu Beginn der Therapie vielleicht sein, eine gewisse Zeitspanne ohne die Anwesenheit der Beziehungsperson im eigenen Zimmer zu spielen. Mit fortschreitender Dauer der Therapie werden die Aufgaben analog der Angsthierarchie immer vergrößert. Durch die Wiederholungen der Übungen erfolgt

beim Kind eine Habituation (Gewöhnung) an die Situationen. Das Ziel ist es, die Trennungsangst ganz zu verlieren, damit das Leben und die Entwicklung des Kindes normal weitergehen kann.

Zu diesem Zeitpunkt kann noch keine Aussage über den Erfolg der Therapiemethode bei Kindern gemacht werden, da die Untersuchungen noch voll im Gange sind. Ich denke aber, dass die Anwendung dieser wissenschaftlich fundierten Therapieform auch bei Kindern eine vielversprechende Variante ist.

Die zweite Strategie, die **Reizkonfrontation mit Reaktionsverhinderung** wird nur bei Erwachsenen mit deren Einverständnis angewendet und ist sehr umstritten. In der Praxis wird die Strategie nur sehr selten gewählt, da sie für Therapeuten, wie auch für Patienten sehr schwierig zu bewältigen ist. Die Vorbereitungsphase bis zur Konfrontation mit der Angst in der Realität ist stark verkürzt, das heisst der Therapeut beschränkt sich darauf, dem Patienten seine Angst wissenschaftlich zu erklären, eine mentale Annäherung an die Angstsituation bleibt jedoch aus.

Sehr schnell wird der Patient mit seiner Angst konfrontiert, das heisst er begibt sich direkt in die schlimmstmögliche Angstsituation und versucht diese auszuhalten, bis die Symptome abklingen.

Am konkreten Beispiel heisst das, dass der Therapeut mit dem Tramphobiker auf der angefertigten Angsthierarchie nicht mit der am wenigsten angstausslösenden Situation beginnen würde, sondern direkt mit ihm eine Tramfahrt unternehmen würde.

Der Patient erlebt und durchlebt die ganze Angstattacke mit allen körperlichen- und psychischen Symptomen in Begleitung des Therapeuten. Diese Konfrontation mit der Angst nennt man auch Flooding (Reizüberflutung), da der Patient bei der Konfrontation richtiggehend von körperlichen- und psychischen Symptomen überflutet wird.

Reaktionsverhinderung bedeutet, dass der Patient die phobische Situation nicht verlassen darf, sondern sie bis zum Schluss aushalten soll. Dieses Vorgehen wird in der Fachsprache auch „Angst-Management-Training“ genannt.

Ein Therapeut, der bereits solche Therapien durchgeführt hat sagte mir, dass es für ihn selbst eine Qual war, einen Patienten zu begleiten, denn dieser erlebt in einer solchen Konfrontationssituation Todesangst und leidet an starken körperlichen Symptomen.

Der grosse Vorteil bei dieser Therapiemethode ist, dass der Patient nach dem Erreichen des Angsthöhepunktes direkt erlebt, dass die Angst wieder zurückgeht und allmählich verschwindet. Diese Erkenntnis wird durch das Flooding viel schneller erworben, als bei anderen Therapieformen und bewirkt einen schnellen Abbau der Angst, so dass nach mehreren solchen Konfrontationserlebnissen die Angst völlig verschwinden kann oder zumindest für den Betroffenen aushaltbar wird.

Eine Verhaltenstherapie dauert bei sichtbarem Erfolg in der Regel zwischen sechs und acht Wochen. Dabei werden insgesamt etwa 40 Sitzungsstunden mit dem Therapeuten absolviert. Die Therapie erfolgt stationär in einer Klinik oder ambulant bei einem spezialisierten Therapeuten.

Ob jedoch bei einer, der beschriebenen zwei Hauptstrategien der Verhaltenstherapie eine Heilung oder mindestens eine starke Verbesserung der Lebenssituation eintritt ist sehr individuell.

Da bei allen verhaltenstherapeutischen Therapiestrategien eine Konfrontation mit der Angstsituation angestrebt wird, verweigern viele Patienten den Versuch der Therapie, da die Erwartungsangst (Angst vor der Angst) eine zu grosse Hürde darstellt.

### **5.1.2. Gesprächspsychotherapie nach C. Rogers**

Die Gesprächspsychotherapie wurde von Carl Rogers entwickelt. Sie wird auch klientenzentrierte Therapie genannt und entspringt der Strömung der humanistischen Psychologie. (deren Fokus liegt auf der subjektiven Wahrnehmung und Interpretation der Umwelt) Zentral bei der Therapieform ist, dass der Therapeut den Patienten ohne eine Wertung vorzunehmen wahrnimmt und ihn mit seiner Angst akzeptiert. Mittels Gesprächspsychotherapiesitzungen möchte der Therapeut eine Übereinstimmung der mentalen Einstellung (Selbstkonzept) mit dem Verhalten des Patienten erreichen. Der Therapeut kann, anders als bei der Verhaltenstherapie mehr auf den Patienten eingehen, also auch auf die ganz individuellen Erwartungen, die ein Patient hat. In der Fachsprache spricht man auch von einer personenzentrierten Haltung des Therapeuten.

Neben der individuellen Beratung ist der Begriff der „Aktualisierungstendenz“ ebenfalls sehr zentral in der Theorie der Gesprächspsychotherapie. Die „Aktualisierungstendenz“ ist die Tendenz des Menschen, sich zu erhalten und zu entfalten. Sie bewirkt, dass der Mensch innerlich wachsen will, dass er seine körperlichen und geistigen Möglichkeiten zu leben und zu entwickeln versucht. In diesem Streben wird der Mensch vom Therapeuten als grundsätzlich konstruktiv, sozial und intelligent angesehen. Leidet der Patient jedoch unter einer Angstkrankheit, verhält er sich irrational, destruktiv, asozial. Dieses Verhalten wird wiederum als Ausdruck einer blockierten „Aktualisierungstendenz“ verstanden.

Der direkte Sinn der Gesprächspsychotherapie ist es deshalb, die inneren Blockaden zu überwinden und den Anschluss an die „Aktualisierungstendenz“ erneut zu finden. Dafür ist die bereits erklärte personenzentrierte Haltung des Therapeuten sehr entscheidend. Je mehr es dem Therapeuten im Gespräch über die Angstsituation und die Gefühlswelt gelingt diese Haltung und Rolle anzunehmen, desto grösser ist die Chance, dass beim Patienten ein Prozess in Gang kommt, der sich auf Besserung oder Heilung der Angstkrankheit zubewegt.

Das theoretische Modell der Gesprächspsychotherapie scheint sehr einfach und durchsichtig zu sein, doch eine Therapeutin sagte mir, dass die praktische Arbeit hohe Anforderungen an sie stellt, denn die eigene Wahrnehmung des Therapeuten selbst sei eine wichtige Voraussetzung, die jedoch sehr viel Erfahrung und Verständnis für sich selber bedingt. Genau dieser Aspekt sei die schwierige Hürde für Therapeuten.

Eine Gesprächspsychotherapie dauert in der Regel mehrere 100 Sitzungsstunden mit dem Therapeuten und es kann Monate, wenn nicht sogar Jahre dauern, bis eine eventuelle Linderung oder sogar Heilung eintritt. Trotzdem gibt es viele Betroffene, die diese Therapieform wählen, da die Betreuung durch den Therapeuten viel intensiver und emotionaler ist, als bei einer Verhaltenstherapie.

### **5.1.3. Analytische Psychotherapie**

Die analytische Psychotherapie geht ursprünglich auf die klassische Psychoanalyse von Sigmund Freud zurück. Dabei wird davon ausgegangen, dass jeder Mensch bereits in seiner Kindheit ein „Grundmuster“ entwickelt, das wichtige Eigenschaften und Verhaltensweisen enthält, wie er sich später z.B. in Beziehungen und bei Konflikten verhält. Dieses Grundmuster ist im Unterbewusstsein verankert und beeinflusst das Denken und Handeln des Einzelnen. Das bedeutet folglich, dass der Einzelne immer wieder auf dieselbe Weise mit Konflikten umgeht, ohne dass er sich dessen bewusst sein muss. Ein wichtiger Unterschied zur klassischen

Psychoanalyse ist bei der analytischen Psychotherapie die Annahme, dass Kinder in ihrer Entwicklung unterschiedliche Konflikte bewältigen müssen und dadurch reifen. Einige dieser Konflikte bleiben jedoch ungelöst und können bis zum Erwachsenenalter im Unterbewusstsein bestehen bleiben und eine psychische Krankheit, wie eine Angststörung verursachen.

Die ungelösten Konflikte können jedoch auch zu einem späteren Zeitpunkt noch bearbeitet und bewältigt werden. Und genau an diesem Punkt setzt die Therapie an.

In den Therapiesitzungen der analytischen Psychoanalyse spricht der Patient über alles, was er gerade fühlt oder denkt, sowie über seine Angst, wann diese auftritt und wie er diese erlebt. Dabei wird er nach einer gewissen Zeit ein „Muster“ wiederholen, das den Konflikt im Unterbewusstsein verdeutlicht. Der Therapeut hat nun die Gelegenheit, dieses Muster aufzugreifen und anzusprechen. In folgenden Gesprächen über den Konflikt und dessen Ursache in der Kindheit geht der Therapeut schrittweise gegen den Konflikt und somit auch gegen die Angst vor.

Konkret heisst das, dass man annimmt, dass das Problem nicht direkt die Angst sei, sondern ein Konflikt aus der Kindheit des Patienten, der bis ins Erwachsenenalter ungelöst geblieben war. Die Angst ist nur die Form, wie dieser Konflikt des Unterbewusstseins zu Tage tritt.

Deshalb behandelt ein psychoanalytischer Therapeut nicht direkt die Angst, sondern sucht nach dem Konflikt (es sind verschiedene Konflikte denkbar) und versucht diesen dann zu lösen. Der logische Effekt daraus wäre, dass die Angst verschwinden würde.

Eine analytische Psychotherapie dauert in der Regel ebenfalls mehrere 100 Therapiesitzungen mit dem Therapeuten. Der Erfolg dieser Therapieform ist wissenschaftlich betrachtet sehr fragwürdig, denn es gibt keine Studien oder Nachweise. Auch vom Zeitaufwand her betrachtet, ist von dieser Therapiemöglichkeit eher abzuraten, denn eine Behandlung dauert meistens mehrere Jahre. Wenn jedoch eine andere Therapieform, wie z.B. die Verhaltenstherapie ohne Erfolg geblieben ist, gibt es trotzdem einige Betroffene, die auch diese Therapieform versuchen und manchmal auch erfolgreich beenden können.

Generell gilt für alle Therapien, dass es sehr individuell ist, welche Therapieform bei welchem Menschen und für welches Krankheitsbild am wirksamsten ist. Auf jeden Fall empfiehlt es sich, als erstes eine wissenschaftlich fundierte Therapieform, wie die Verhaltenstherapie zu versuchen, bevor man sich für eine der zeitaufwändigeren Therapieformen entschliesst.

## **5.2. Selbsthilfegruppe**

Die Selbsthilfegruppen sind für viele Betroffene ein wichtiger Bestandteil im Leben mit der Angst. Wie Betroffene in Selbsthilfegruppen hineinkommen, ist sehr unterschiedlich. Viele werden von ihrem Therapeuten darauf hingewiesen, Andere versuchen mit der Selbsthilfegruppe den ersten Schritt zu wagen etwas gegen ihre Angst zu machen.

In der Umfrage, die ich gemacht habe (siehe Kapitel 4.2.), sind Betroffene bei der Frage, ob denn die Selbsthilfegruppe eine gute Methode sei gespaltenen Meinung. Zwar befürworten die meisten Betroffenen, dass Selbsthilfegruppen als gute und sinnvolle Ergänzung zum Therapiealltag gelten, dennoch gibt es auch solche, die sich nicht mit dieser Methode anfreunden können. Der Grund ist wohl schnell gefunden: es gibt Menschen, die von ihrem Charakter her eher verschlossener sind,

aber auch Angstpatienten, die an einer Sozialphobie leiden, für welche ein Besuch einer Selbsthilfegruppe nur schwer erträglich oder sogar belastend wäre.

Ich selber hatte die Möglichkeit mit dem Selbsthilfgruppenleiter und der Interviewpatientin, die in der Selbsthilfegruppe Anpades aus Dornach SO Mitglied ist zu sprechen. So konnten mir einige Strukturen und Themen einer Selbsthilfegruppen erklärt und erläutert werden und ich konnte dadurch auch einen kleinen Einblick in die Grundgedanken einer Selbsthilfegruppe erlangen.

Die Selbsthilfegruppe gibt das berechtigte Gefühl, dass man nicht alleine ist mit seiner Angst. Dadurch ist eine mögliche Schamschwelle auch leichter abzubauen.

Die Leute empfinden eine grosse Erleichterung zu erfahren, dass sie nicht „verrückt“ sind, sondern dass die Angst für sie wirklich ein „echtes“ und „schlimmes“ Problem darstellt und die körperlichen Empfindungen bei einer Angstattacke tatsächlich als real empfunden werden. Diese Bestätigung von Leidensgenossen ist eine sehr grosse mentale Stütze und trägt einen wichtigen Teil zu einer parallelen Therapie bei. Es gibt auch einen grossen Erfahrungs- und Informationsaustausch, der laut Therapeuten und Psychologen ebenfalls sehr hilfreich für eine erfolgreiche Therapie ist.

Selbsthilfegruppen sind für eine erfolgreiche Therapie wohl unerlässlich, denn oftmals wagt man sich als Patient zu wenig an die Öffentlichkeit und wendet sich nur selten an andere Menschen, da die Befürchtung zu gross ist, dass man nicht verstanden werden könnte.

Was mich nebenbei erstaunt hat ist, dass sich Angstpatienten selbst (aber auch untereinander) liebevoll „Angsthasen“ nennen.

Daneben ist mir bei meiner Arbeit mit Selbsthilfegruppen aufgefallen, dass sehr viele Mitglieder trotz dem Besuch einer Therapie selber nicht wirklich an eine Heilung oder mindestens starke Verbesserung ihrer Krankheit glauben und daher versuchen, in ihrer Angstkrankheit etwas positives zu finden, um mit der Störung leben zu können.

### 5.3. Einsatz von Medikamenten

Über den Einsatz von Medikamenten (Psychopharmaka) bei der Behandlung von Angstkrankheiten sind sich Therapeuten der verschiedenen Therapieformen überhaupt nicht einig. Nicht einmal in der gleichen Therapierichtung decken sich die Meinungen über das Thema.

Und auch in der Praxis trifft diese Meinungsuneinigkeit wohl zu, denn obwohl viele Angstpatienten äusserst zufrieden sind mit der Wirkung verabreichter Medikamente, gibt es auch einige, bei denen die Medikamente keine positiven Veränderungen herbeizuführen vermögen. Wie bei allen Therapien ist auch der Medikamenteneinsatz äusserst individuell und auf den Patienten abzustimmen. Auch gilt, dass eine Angstkrankheit nicht durch den blossen Einsatz von Psychopharmaka bewältigt werden kann, denn die Medikamente sind nur in Kombination mit einer der bereits erklärten Therapieformen ideal wirksam.

In der Praxis sind nur ausgebildete Psychiater berechtigt, Psychopharmaka zu verschreiben, da nur solche Berufsleute über genügend Ausbildung in diesem Bereich verfügen. Ich hatte die Möglichkeit mit einem Psychiater zu sprechen, der selber Angstpatienten behandelt und in der Therapie auch Medikamente einsetzt. Er hat mir auch die drei wichtigsten Medikamentengruppen und deren Wirkungsweise erklärt, die ich im folgenden kurz vorstelle:

**Benzodiazepine** gehören zu den Beruhigungsmitteln, die in der Fachsprache auch „Tranquilizer“ genannt werden. Sie wirken sehr schnell und stark auf den

Patienten. Gerade deshalb sind Benzodiazepine die bekanntesten und am häufigsten verwendeten, angstlösenden Substanzen. Benzodiazepine wirken direkt auf das zentrale Nervensystem. Je nach Höhe der verschriebenen Dosis, lösen sie vorhandene Angst, entspannen, beruhigen, helfen beim Einschlafen und wirken krampflösend. Sie vermindern oder beseitigen psychovegetative Beschwerden, wie z.B. Herzklopfen, Zittern oder Verkrampfungen. Die körperlichen- und psychischen Symptome, die bei Angstattacken auftreten, werden dadurch erheblich vermindert. Die gefährlichste Nebenwirkung der Benzodiazepine ist, wie bei den meisten Psychopharmaka die Suchtgefahr. Daneben machen Benzodiazepine schläfrig und sind daher nicht in jeder Situation (Autofahren, Arbeit, bei der Konzentration gefordert ist) ideal.

**Antidepressiva** spielen bei regelmässiger Einnahme in der mittel- bis langfristigen Behandlung von Angst die Hauptrolle. Sie wirken angstvermindernd und stimmungsaufhellend, was eine ideale Ergänzung zu einer Therapie darstellt. Das Hauptproblem bei Antidepressiva ist, dass die Wirkung sehr spät, nämlich erst nach zwei bis drei Wochen eintritt. Auch haben Antidepressiva viele Nebenwirkungen. Das Problem bei diesen Nebenwirkungen ist, dass die körperlichen Probleme, die auftauchen können, den körperlichen Symptomen der Angststörungen entsprechen. (Zittern, Herzklopfen, etc.) Darum ist es so, dass Antidepressiva nicht direkt einen Einfluss auf die Verbesserung der Angst haben, sondern ihre Wirkung auf die Angststörung indirekt erfolgt. Bei diesem Psychopharmaka ist es somit klar, dass es wirklich nur als Ergänzung zur Therapie verwendet werden kann.

**Serotonin – Wiederaufnahmehemmer** oder auch SSRI genannt, gehören zu einer speziellen Gruppe der Antidepressiva. Ihre verbessernde Wirkung bei Angstkrankheiten ist seit geraumer Zeit nachgewiesen. Wie bereits in Kapitel 3.6. erklärt, veranlasst das Gefühl der Angst Veränderungen im vegetativen Nervensystem des Körpers. Forscher konnten nachweisen, dass gewisse Ungereimtheiten im Regulationssystem des vegetativen Nervensystems, kombiniert mit speziellen Lebensumständen Angst verursachen können. Dafür ist vor allem der Neurotransmitter Serotonin verantwortlich. Neurotransmitter sind chemische Überträgerstoffe (Botenstoffe) in Gehirn und Nervensystem. Wenn nun die Serotoninkonzentration im Gehirn vermindert ist, kann eine Angstkrankheit begünstigt werden.

Allerdings geht man nach neuesten Erkenntnissen davon aus, dass nicht nur die Serotoninkonzentrationsveränderung entscheidend ist, sondern dass das System verschiedener Neurotransmitter im Ungleichgewicht ist, wenn es zu einer psychischen Störung, wie eben der Angststörung kommt.

Serotonin – Wiederaufnahmehemmer wirken nun direkt auf die Serotoninkonzentration im Gehirn und sind deshalb angstvermindernd. Ein grosser Vorteil dieser Psychopharmaka ist, dass sie nicht süchtig machen. Der grösste Nachteil ist wie bei den Antidepressiva, dass es einige Nebenwirkungen gibt, die ausgehalten werden müssen und dass die Wirkung ebenfalls erst nach einigen Wochen eintritt.

Es gibt weiter auch die Möglichkeit auf **pflanzliche Medikamente** zurückzugreifen. Dabei ist vor allem Baldrian, aufgrund der beruhigenden Wirkung bei Angst zu nennen. Auch verwendet wird die Passionsblume, die krampflösend wirkt, sowie Johanniskraut, da es laut einigen Studien „mild antidepressiv“ wirkt.

## 5.4. Andere und ergänzende Möglichkeiten

Es gibt zahlreiche andere Möglichkeiten, um etwas gegen eine Angstkrankheit zu machen. Viele Therapeuten empfehlen einige dieser Möglichkeiten als Ergänzung neben der hauptsächlichen Therapie. Als wichtigste Alternative gilt die **progressive Muskelentspannung**. Dabei werden Muskelpartien des Körpers zuerst angespannt und danach wieder entspannt. Die Aufmerksamkeit des Patienten richtet sich auf den Unterschied zwischen der Empfindung der Anspannung und derjenigen der Entspannung. Durch regelmässiges Üben stellt sich der Entspannungszustand in der jeweiligen Angstsituation immer rascher ein. Der Patient empfindet die Angstsituation dadurch weniger anstrengend.

Neben dieser verbreitetsten Methode gibt es auch das **autogene Training**. Dabei geht es darum, dass der Patient Entspannungstechniken und -übungen erlernt, die dann in einer Angstsituation angewendet werden um die Symptome zu lindern. Dazu gehören sechs Teilübungen, nämlich Atemübungen, Schwereübungen, Wärmeübungen, Herzübungen, Stirnübungen und Sonnengeflecht-Übungen, auf die ich hier nicht weiter eingehen möchte. Das autogene Training ist eher schwierig zu erlernen. Jedoch gibt es viele Kursangebote für Interessierte.

Weiter empfiehlt die Selbsthilfeleratur **Meditation** oder Methoden aus dem asiatischen Kulturkreis, wie z.B. **Yoga, Thai Chi, Aikido, Chi Gong** und so weiter.

Eine weitere Möglichkeit ist die **Hypnose**. Dabei bekommt der Patient mit Hilfe eines erfahrenen Therapeuten angeblicherweise Zugang zu seinem Unterbewusstsein. Dadurch können scheinbar Verhaltensänderungen herbeigeführt werden. Leider ist wissenschaftlich gesehen wenig über diese Therapiemöglichkeit bekannt, weshalb man ihr auch mit Skepsis begegnen sollte.

Einige der von mir befragten Angstpatienten haben bereits Erfahrung mit solchen ergänzenden Behandlungsmöglichkeiten gemacht und sind grösstenteils zufrieden damit. Da es keine eindeutige und sichere Möglichkeit gibt, eine Angstkrankheit zu behandeln ist es auch sicher richtig, wenn jeder Betroffene selber versucht, die für ihn persönlich richtige Therapiemöglichkeit zu finden.

## 5.5. Zukünftige Möglichkeiten

Viele verschiedene Institutionen forschen an den bisherigen und auch an neuen Therapiemöglichkeiten und Medikamenten in der Hoffnung zukünftig möglichst vielen Menschen helfen zu können. Dabei wird auch intensiv Genforschung betrieben, da wie in Kapitel 3.2. bereits beschrieben angenommen wird, dass Angstkrankheiten auch einen anlagebedingten Faktor haben. Vielleicht kann auf dieser Ebene eine Möglichkeit gefunden werden gezielter mit Medikamenten zu arbeiten.

Bei den Therapien, in denen auf Medikamente verzichtet wird, hoffen viele Angstpatienten auf neue, alternative Möglichkeiten zur wissenschaftlich anerkannten Verhaltenstherapie. Einige der von mir befragten Angstpatienten haben mir eben diesen Zukunftswunsch auf den Fragebogen geschrieben. Einige sagen, dass zwar die Heilungsquote und die Wirksamkeit verglichen mit anderen Therapieformen einiges grösser ist, jedoch trotzdem nicht alle Patienten geheilt werden können. Auch gibt es eine nennenswerte Rückfallquote bei Patienten, die vermeintlich geheilt worden sind.

Andere finden die Verhaltenstherapie, die eine Konfrontation mit der phobischen Situation oder dem phobischen Objekt anstrebt zu belastend und wünschen sich deshalb eine sanftere Alternative.

## 6. Zusammenfassung

Eine Angstkrankheit ist eine Störung in der Wahrnehmung eines Menschen. Eine eigentlich harmlose Situation oder ein ungefährliches Objekt wird als sehr gefährlich wahrgenommen. Bei Kontakt mit eben dieser Situation oder diesem Objekt entstehen sehr starke Ängste, die sich in psychischen-, wie auch körperlichen Symptomen äussern. Es gibt sehr viele unterschiedliche Krankheitsbilder, bei denen die körperlichen- und psychischen Symptome jedoch grösstenteils übereinstimmen. Auch gibt es viele Theorien und Vermutungen zur Entstehung und Therapie von Angstkrankheiten. In meiner Maturarbeit stelle ich hauptsächlich die wissenschaftlich fundierten Theorien zu den Angststörungen vor. Dabei nimmt man grundsätzlich an, dass viele verschiedene Faktoren für den Ausbruch einer Angstkrankheit verantwortlich sind. Die wichtigsten sind die Prädisposition durch Umwelteinflüsse, eine spezifische, krankheitsauslösende Lebenssituation (z.B. Stress) oder ein prägendes Erlebnis (z.B. ein Unfall), aber auch genetische Veranlagung.

Die wissenschaftlich entwickelte Lerntheorie besagt, dass der Mensch bei der ersten Angstatacke lernt, dass ein Vermeidungsverhalten (Flucht vor der Angst) die Angst abschwächt und diese für den Moment verschwinden lässt. Bei einer zukünftigen Angstatacke wird die Vermeidungsstrategie wiederholt. Dadurch setzt sich die Krankheit fest und verschlimmert sich, da der Patient sich nun noch zusätzlich vor der Angst und nicht nur der Situation oder dem Objekt fürchtet. Der betroffene Mensch leidet nun so sehr an der Angstkrankheit, dass sein Leben (oder bei einem Kind die Entwicklung) stark beeinträchtigt wird.

Die phobische Situation oder das phobische Objekt wird nun vom Betroffenen gemieden. In schweren Fällen ziehen sich Patienten völlig zurück und beginnen sich aufgrund der eigentlichen Angst und der Scham für die Angst zu isolieren.

Detailliertere theoretische Erkenntnisse und Beschreibungen einiger Krankheitsbilder finden sich im ersten Hauptteil (Kapitel 3) meiner Arbeit.

Statistiken und Umfragen haben ergeben, dass weltweit etwa 10-20% aller Menschen im Verlauf ihres Leben mindestens einmal an einer Angststörung leiden. Zu einem grösseren Anteil sind Frauen von dieser Krankheitsform betroffen.

Angststörungen gelten für einige Fachleute als Modekrankheit der heutigen, hektischen Zeit und sind vor allem durch Stress, aber auch durch psychische Belastungen begünstigt. Ebenfalls ein krankheitsbegünstigender Faktor ist, dass gerade wegen dem Leistungsdruck viele Menschen Gefühle zu stark unterdrücken und zu wenig auf sich selber hören.

Tatsache ist, dass die Zahl der Betroffenen in den letzten 20 Jahren laut einer Psychologin der psychiatrischen Universitätsklinik Basel stetig zugenommen hat.

Diese bereits vorhandenen Erkenntnisse wollte ich überprüfen und auch zusätzliche Fragen zu beantworten versuchen. Deshalb machte ich eine Umfrage mittels Fragebogen, den ich via Selbsthilfegruppen in Deutschland, Österreich und der Schweiz verteilen liess.

Davon habe ich einige Fragebogen zurückerhalten und ausgewertet. Besonders bemerkenswert finde ich die Feststellung, dass mehr als die Hälfte aller Befragten bereits länger als 10 Jahre an ihrer Angststörung leiden. Obwohl sie Therapien und andere Behandlungsmöglichkeiten versucht haben, scheinen nur geringe bis gar keine Verbesserungen eingetreten zu sein.

Weitere Angaben, die gemacht wurden und Vermutungen, die ich dazu angestellt habe, finden sich im zweiten Hauptteil (Kapitel 4) meiner Arbeit.

Für die Behandlungsmöglichkeiten besagt der aktuellste, wissenschaftliche Ansatz, dass Betroffene das gelernte Angst-Vermeidungs-Verhalten mit einer speziellen Therapie auch wieder verlernen und sie die Angst dadurch völlig oder zu einem grossen Anteil wieder verlieren können. Diese spezielle Therapieform ist die Verhaltenstherapie, die als Ziel eine Konfrontation mit der phobischen Situation oder dem phobischen Objekt anstrebt. Dabei wird dem Patienten das gelernte Verhalten systematisch abgewöhnt.

Um eine Therapie zu unterstützen, existieren zahlreiche Hilfsmittel, wie z.B. körperliche Entspannungstechniken oder auch Psychopharmaka.

Weitere Therapieformen, sowie auch Alternativen oder Ergänzungen zu Therapien finden sich im dritten Hauptteil (Kapitel 5) meiner Arbeit.

## 7. Schlusswort

Während meiner Maturarbeit konnte ich alle grossen Fragen, die ich mir zu Beginn gestellt habe und die während dem Arbeitsprozess aufgetaucht sind beantworten.

Die von mir gewählte Vorgehensweise, Informationen vor allem durch Interviews mit Fachleuten zu sammeln stellte sich als ideal heraus, da ich bei fremden oder neuen Begriffen gleich nachfragen konnte und jeweils eine Erklärung bekam, die ich auch verstand.

Ebenfalls sehr eindrücklich und entscheidend für das Verständnis der Angstkrankheit als solches, war für mich das Telefongespräch mit der Patientin, die an einer Angststörung leidet. Ich hatte so einen realen Einblick in die Gedanken- und Gefühlswelt eines betroffenen Menschen, den man durch das Lesen der Fachbücher nicht bekommen kann.

Meine Arbeit ist wohl vor allem für Menschen, die sich noch nicht intensiv mit dem Thema beschäftigt haben interessant. Sie gibt einen Überblick über das Wesen der Angstkrankheiten und deren Therapiemöglichkeiten. Mir ist dieser Punkt speziell wichtig, da ich bei der Arbeit auch erlebt habe, dass neben der breiten Bevölkerung sogar einige Direktbetroffene nicht umfassend genug über ihre Krankheit informiert sind.

Gerade für die Sensibilisierung der Bevölkerung über diese, sich verbreitende Krankheitsform muss in Zukunft noch viel Arbeit geleistet werden.

Es gibt zwar bereits viele gute Ansätze, wie z.B. die Angst- und Panikhilfe Schweiz (APHS) oder vergleichbare Organisationen im Ausland. Zusätzlich gibt es auch viele gute Internetseiten von Selbsthilfegruppenvereinigungen oder einzelnen Fachleuten, die gut und umfassend über die Krankheitsform informieren. Das Problem ist jedoch, dass die Bevölkerung dieses Informationsangebot nicht nutzt, da viele Menschen nicht glauben, selber jemals in irgendeiner Form mit Angststörungen in Berührung zu kommen.

Es fehlt meiner Meinung nach an vorbeugender Information.

Meine Maturarbeit könnte für die Aufklärungsarbeit die Grundlage für eine Broschüre darstellen.

Leider habe ich bei der Arbeit auch negative Erfahrungen machen müssen. Gerade beim Verteilen der Umfragebogen schien es mir, als wären sämtliche Wege unmöglich. Aufgrund eines Gesetzes zum Schutze von Patienten, war es mir nicht möglich Fragebogen durch die psychiatrische Universitätsklinik (PUK) verteilen zu lassen. Die Ethikkommission beider Basel hat es leider abgelehnt, meinen Fragebogen auch nur anzuschauen. (diese politische Untersuchungskommission bewilligt die Zulassung von Fragebogen gegen entsprechende Gebühr.)

Das Verständnis dafür, dass ich die gefragte Summe nicht aufbringen kann, fehlte den Verantwortlichen leider gänzlich.

Ich respektiere das Gesetz an sich selbstverständlich und kann es auch sehr gut nachvollziehen, da Betroffene sonst wohl von Umfragen überflutet würden. Trotzdem bin ich von der Bürokratie und der Handhabung meiner Anfrage enttäuscht

## 8. Verdankungen

Ich möchte mich an dieser Stelle ganz herzlich bei meinem Maturarbeitsbetreuer Herrn Thomas Blatter für die Unterstützung und die wertvollen Hinweise bedanken. Ebenfalls bedanken möchte ich mich bei folgenden TherapeutInnen und Fachleuten, mit denen ich ein Interview führen durfte und dadurch zu entscheidenden Informationen gekommen bin:

- Herr Hugo Blickensdorfer, lic. phil., Psychotherapeut FSP
- Frau Corina Hännly, lic. phil., Psychologin der Verhaltenstherapie - Ambulanz der PUK (psychiatrische Universitätsklinik) Basel
- Herr Dr. Andreas Brändli, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie
- Herr Dr. Matthias Weber, Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie der KJUP (Kinder- und Jugendpsychiatrie) beider Basel
- Frau Tina In-Albon, Assistentin an der Fakultät für Psychologie, Mitarbeiterin beim Projekt TAFF (Therapieprogramm für Kinder mit Trennungsangst)

Im Weiteren bedanke ich mich bei den Selbsthilfegruppen und Angstorganisationen für die Informationsbroschüren und das bereitgestellte Material, sowie für das Versenden der Umfragebogen an Patienten.

Zusätzlich möchte ich mich bei allen Menschen bedanken, die mich in irgendeiner Weise bei der Arbeit unterstützt haben.

Zusätzlich möchte ich mich bei Walter Bislin (Webmaster APHS) für die wirklich sehr gelungene, schöne Online-Umsetzung meiner Arbeit, sowie für die inhaltlichen Hinweise bedanken.

## 9. Anhang

Im Anhang finden sich folgende Dokumente:

1. Original – Version des Umfragebogens
2. Arbeitsblätter und Unterlagen des TAFF – Programms zur Angsttherapie von Kindern

### 1. Original – Version des Umfragebogens:

## Angststörungen – Fragebogen

Mit diesem Fragebogen möchte ich eine allgemeine Umfrage unter Patientinnen und Patienten machen, die unter einer Angstkrankheit leiden. So möchte ich einen Überblick über das Thema erhalten und Auswertungen für meine Maturaarbeit machen. Ich möchte Sie bitten, den Fragebogen auszufüllen. Wenn Ihnen eine Frage zu persönlich oder zu schwierig zu beantworten scheint, bitte ich Sie, diese Frage einfach auszulassen. Selbstverständlich werde ich alle Antworten vertraulich behandeln und Ihre Anonymität wahren.

Für das Zurücksenden des Fragebogens wäre ich sehr dankbar: Dominic Urwyler  
Muggenbergweg 10  
4148 Pfeffingen BL

Vielen Dank!

Dominic Urwyler, Klasse 3AZ, Gymnasium Münchenstein

Geschlecht:  weiblich  männlich

Alter: \_\_\_\_\_ Jahre

Tätigkeit: \_\_\_\_\_

1. An welcher Angststörung leiden Sie?

\_\_\_\_\_

2. Seit wann leiden Sie an dieser Angst?

\_\_\_\_\_

3. Wissen Sie, oder denken Sie zu wissen, wie Ihre Angst entstanden sein könnte?

Ja  Nein

4. Wenn ja, wie?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

5. Wie äussert sich Ihre Angst, bezüglich körperlichen Symptomen?

\_\_\_\_\_

6. Inwiefern schränkt Ihre Angst Sie in Ihrem Leben ein?

---

---

7. Weiss ihr Umfeld von Ihrer Angst?

Ja  Nein

8. Wenn ja, wie reagiert Ihr Umfeld auf Ihre Krankheit?

---

9. Haben Sie schon eine Therapie versucht?

Ja  Nein

10. Wenn ja, welche?

---

11. Hat oder haben Ihnen die Therapien geholfen?

Ja  Nein

12. Wenn ja, inwiefern?

---

13. Was denken Sie über die Methode der Selbsthilfegruppe?

---

14. Denken Sie, dass Sie umfassend über Ihre Krankheit informiert sind?

Ja  Nein

15. Wenn ja, durch wen haben Sie die Informationen erhalten?

---

Möchten Sie noch etwas Zusätzliches bemerken oder fehlt Ihnen im Fragebogen eine wichtige Frage?  
Möchten Sie mich bei meiner Arbeit auf etwas bestimmtes hinweisen, das Ihnen wichtig erscheint?

---

---

## 2. Arbeitsblätter und Unterlagen des TAFF – Programms zur Angsttherapie von Kindern:

Die folgenden drei Auszüge sind die Beschreibungen des verhaltenstherapeutischen Programms TAFF (**TrennungsAngstprogramm Für Familien**) aus der offiziellen Broschüre des Instituts für Psychologie Basel:

**TrennungsAngstprogramm Für Familien (TAFF) [www.taff-programm.ch](http://www.taff-programm.ch)**  
Universität Basel  
Klinische Kinder- u. Jugendpsychologie  
Prof. Dr. Silvia Schneider  
Missionsstrasse 60/62 4055 Basel

**Hat Ihr Kind Angst, wenn es nicht bei Ihnen sein kann?**  
**Weigert sich Ihr Kind, zur Schule zu gehen oder alleine bei Freunden zu spielen?**  
**Macht sich Ihr Kind starke Sorgen, dass Ihnen etwas zustossen könnte?**  
**Klagt Ihr Kind über Bauchschmerzen, wenn es morgens zur Schule muss?**

Wenn Ihr Kind solche Verhaltensweisen über längere Zeit zeigt, dann leidet es vielleicht an einer *Trennungsangst*, einer häufigen Angsterkrankung im Kindesalter.

**TrennungsAngstprogramm Für Familien (TAFF) [www.taff-programm.ch](http://www.taff-programm.ch)**  
Universität Basel  
Klinische Kinder- u. Jugendpsychologie  
Prof. Dr. Silvia Schneider  
Missionsstrasse 60/62 4055 Basel

Die Abteilung Klinische Kinder- und Jugendpsychologie der Universität Basel bietet im Rahmen eines Forschungsprojektes für Kinder mit Trennungsangst Behandlungsprogramme an, die auf neuesten wissenschaftlichen Erkenntnissen beruhen. Die Behandlungen werden von speziell ausgebildeten klinischen Kinderpsychologinnen und -psychologen durchgeführt.

**Die Behandlung beinhaltet:**  
Umfassende Diagnostik mit modernsten Untersuchungsmethoden  
Kindgerechte Herangehensweise an das Thema Angst  
Umfangreiche Informationsmaterialien für Eltern und Kind  
Sorgfältige Kontrolle des Behandlungsverlaufs

**Wann ist unsere Behandlung für Sie geeignet?**  
Ihr Kind hat starke Angst, von Ihnen getrennt zu werden.  
Ihr Kind ist zwischen 6 und 12 Jahre alt.  
Ihr Kind kann regelmässige Therapiesitzungen wahrnehmen.

**TrennungsAngstprogramm Für Familien (TAFF) [www.taff-programm.ch](http://www.taff-programm.ch)**  
Universität Basel  
Klinische Kinder- u. Jugendpsychologie  
Prof. Dr. Silvia Schneider  
Missionsstrasse 60/62 4055 Basel

**Wie können Sie vorgehen?**  
Sie melden sich bei uns zu einem Erstgespräch an, in dem Sie ausführlich über die Behandlungsmöglichkeiten informiert werden.

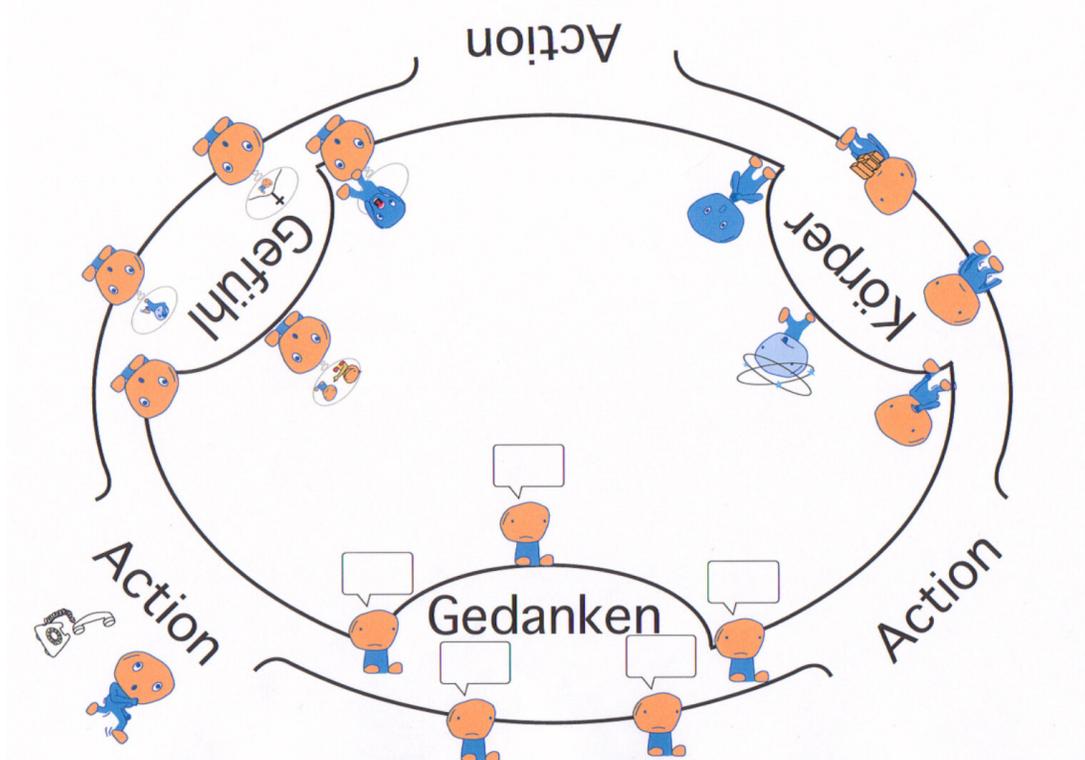
**Und Dann?**  
Wir freuen uns auf ein Erstgespräch und auf eine gute Zusammenarbeit!

**Wo können Sie sich anmelden?**  
Lic. phil. Carmen Adornetto,  
Tel. 061 267 06 69  
Dipl.-Psych. Judith Blatter,  
Tel. 061 267 06 69  
taff@unibas.ch

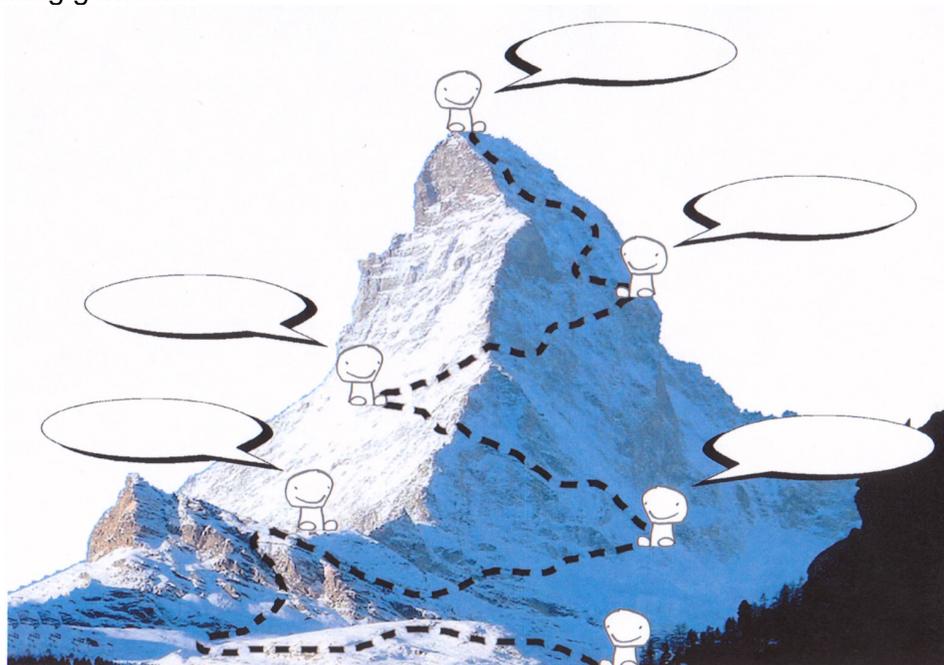
**TAFF**  
Universität Basel  
Klinische Kinder- und Jugendpsychologie  
Missionsstrasse 60/62  
4055 Basel  
[www.taff-programm.ch](http://www.taff-programm.ch)

Gefördert durch den Schweizerischen Nationalfond zur Förderung der wissenschaftlichen Forschung (SNF).

Die Assistentin, mit der ich über das Programm gesprochen habe gab mir Originale der Arbeitsblätter, mit denen in einer Therapie gearbeitet wird. Das folgende Blatt zeigt den „Teufelskreis der Angst“, wie er Kindern erklärt wird. Deutlich wird das Zusammenwirken von Körper, Gefühlen und Gedanken und der resultierenden Handlungen (Action).



Zu Beginn einer Therapie fertigt die Therapeutin oder der Therapeut mit dem Kind eine Skala an, in welcher Situation die Angst am grössten ist und so weiter, also eine Art Rangliste oder Angsthierarchie. Dies wird beim TAFF – Programm mit folgender Darstellung gemacht:



Das folgende Therapieblatt wird jeweils von Kind und Eltern gemeinsam zu Hause ausgefüllt, wenn eine Angstsituation aufgetreten ist. In der jeweils nächsten Therapiestunde wird die Situation dann mit der Therapeutin oder dem Therapeuten besprochen.

Heute ist der \_\_\_\_\_ Es ist \_\_\_\_\_ Uhr VPNr.: \_\_\_\_\_ 

Eine **Trennungssituation**, die mir **Angst** gemacht hat: **Was war los?** Was ist passiert?

---

**Gefühl?** Wie hast Du Dich in dieser Situation gefühlt?

Sehr ängstlich       ängstlich       ruhig       sehr ruhig

**Chaos im Kopf?** Was ist Dir in dieser Situation durch den Kopf gegangen?

---

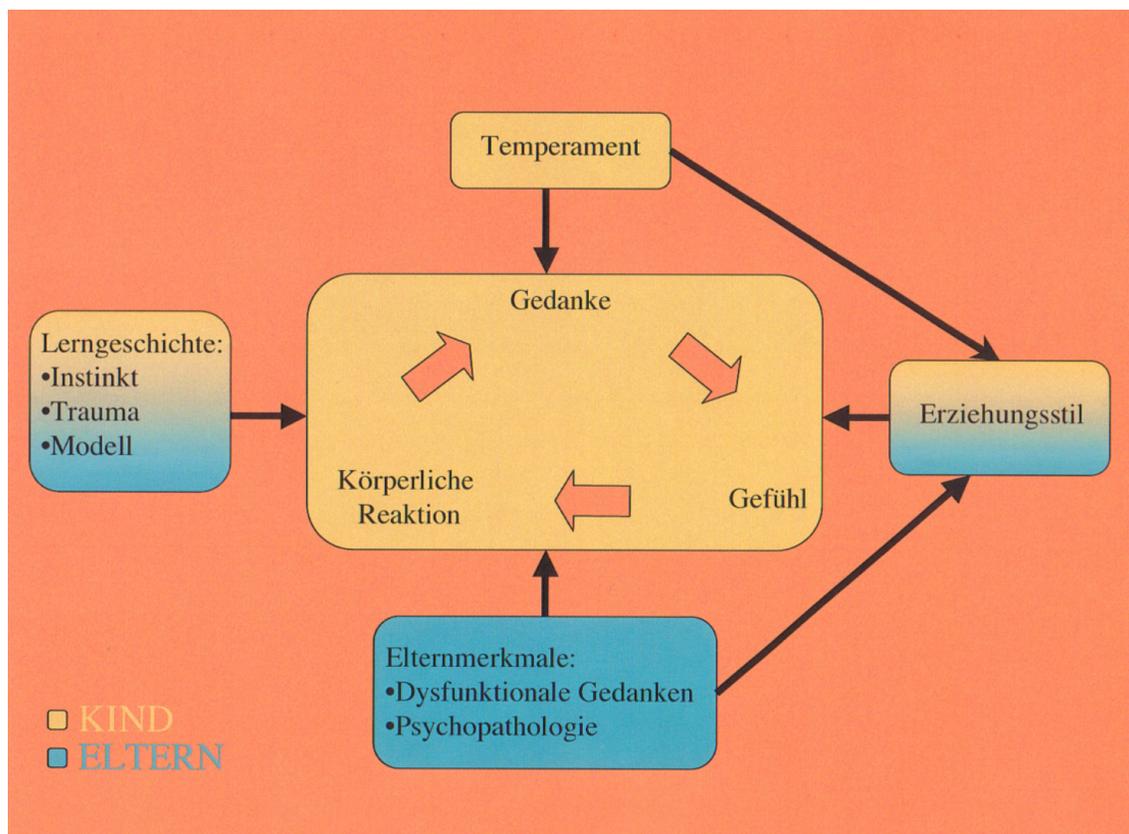
**Meine Action?** Was hast Du in dieser Situation getan?

---

**Action meiner Eltern?** Was haben Deine Eltern dann getan?

---

Mit dem nachfolgenden Blatt erklärt die Therapeutin oder der Therapeut den Eltern die Herkunft der Krankheit und deren Entstehung.



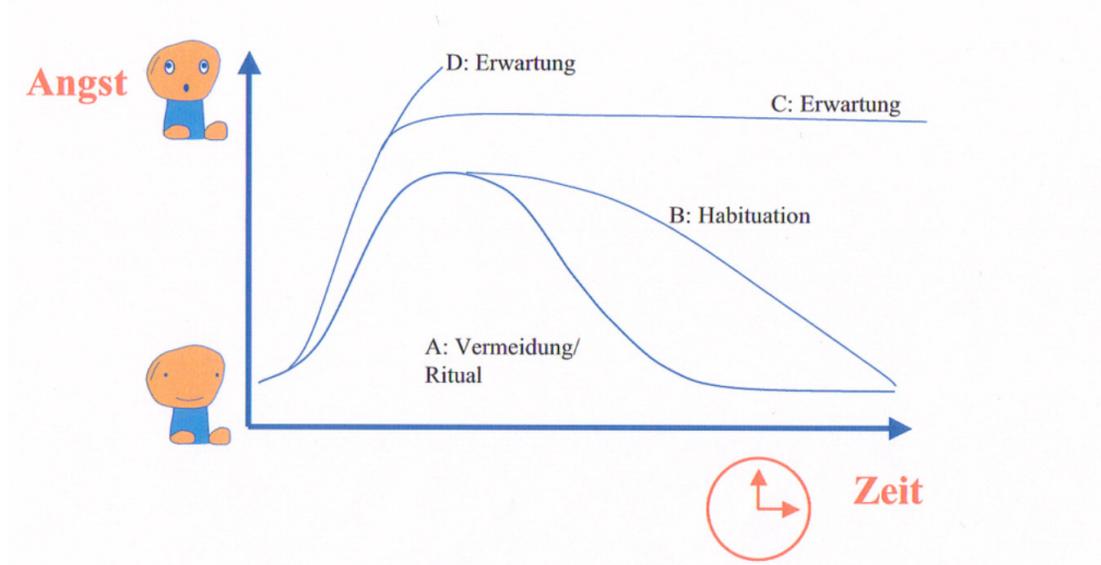


Auf dem zweiten Blatt dieser Art stehen bei den Kurven jeweils noch die dazugehörigen Fachbegriffe. Die Therapeutin oder der Therapeut versucht, dem Kind die verschiedenen Situationen aufzuzeigen.

Die Kurven C und D stellen die Überzeugung der meisten Angstpatienten dar, dass die Angst nämlich entweder bis ins Unendliche ansteige oder aber, dass sie konstant auf einer hohen Angstintensität stagniert.

Kurve A zeigt die reale Situation eines Angstpatienten auf. Nachdem eine bestimmte Angststärke überschritten ist, kommt es zur Vermeidung der Angstsituation. (Flucht) Danach nimmt die Angst kontinuierlich ab.

In Kurve B wird dargestellt, dass die Angst von sich aus tatsächlich nach einer gewissen Zeit zurückgeht und der Körper sich an die Angst gewöhnt (Habituation) und sich deshalb normalisiert. Der Grund dafür ist auch, dass eine Angstattacke dem Körper viel Energie raubt und die Erschöpfung so gross wird, dass die Spannung nicht mehr erhalten werden kann.



## 10. Quellen- und Literaturverzeichnis

Im Folgenden sind alle Quellenmaterialien und die verwendete Literatur in alphabetischer Reihenfolge aufgelistet, die ich in irgendeiner Weise verwendet habe, um Informationen zu sammeln.

Angststörungen, Dr. Hans Morschitzky ;  
<http://www.panikattacken.at/> (19.8.2004)

Angst- und Panikhilfe Schweiz APHS ;  
<http://www.aphs.ch> (5.9.2004)

Angst- und Panikstörungen,  
Selbsthilfegruppenvereinigung MASH/DASH ;  
<http://www.panik-attacken.de/> (9.11.2004)

Artikel aus der Basler Zeitung ;  
spezial.gesundheit., Seite 16; 7.12.2004

Artikel aus der Süddeutschen Zeitung ;  
Umwelt – Wissenschaft – Technik,  
Seite 2; 9.11.1995.

Artikel aus der Zeitschrift Focus ;  
Psychologie, Seiten 103 – 114;  
Ausgabe 5/2002.

Auszug aus dem ICD-10 Verzeichnis ;  
<http://www.who.int/classifications/icd/en/>  
(28.1.2005)

Brandelow B. ;  
Das Angstbuch. Hamburg: Rowohlt; 2004.

Deutsche Angst – Zeitschrift DAZ ;  
Ausgabe Nr. 8; 4. Quartal 1996.

Florin I., Tunner W. ;  
Therapie der Angst. München:  
Urban und Schwarzenberg; 1975.

Föderation der Schweizer Psychologinnen und  
Psychologen FSP ;  
<http://www.psychologie.ch/> (14.8.2004)

Grob P. ;  
Panikstörungen und Platzangst. Glattbrugg:  
Lundbeck; (Jahreszahl fehlt in der Broschüre)

Hättenschwiler J., Höck P. ;  
Angsterkrankungen. Angst- und Panikhilfe  
Schweiz; 2002.

Hättenschwiler J., Höck P. ;  
Diagnostik von Angststörungen.  
Schweiz Med Forum 2002 ; 2:125-9.

Hippius H., Klein H.E., Strian E. ;  
Angstsyndrome: Diagnostik und Therapie.  
Berlin: Springer; 1999.

Hobmair H. ;  
Psychologie. Troisdorf: Bildungsverlag EINS;  
2003.

Max Planck Institut für Psychiatrie ;  
<http://www.mpipsykl.mpg.de/> (27.2.2005)

Reinecker H. ;  
Phobien. Göttingen: Hogrefe; 1993.

Schneider S. ;  
Angststörungen bei Kindern und Jugendlichen.  
Berlin: Springer; 2004.

Schröder B. ;  
Der Weg durch die Angst. Hamburg:  
Rowohlt; 2000.

Selbsthilfegruppe Anpades, Dornach ;  
<http://home.intergga.ch/anpades/anpades/>  
(25.8.2004)

Titelbild „Der Schrei“ von Edvard Munch ;  
<http://www.munch.museum.no/en/artworks.htm>  
(1.3.2005)

Trennungsangstprogramm der Uni Basel ;  
<http://www.taff.unibas.ch/> (8.12.2004)

Zink Ch. ;  
Psyhyrembel: Klinisches Wörterbuch. Berlin:  
de Gruyter; 1986.

Weitere Quellen sind:

- die Interviews mit den in den  
Verdankungen genannten Fachleuten.
- die Umfrageergebnisse aus den 23  
Fragebogen.
- das Interview mit der Patientin; ich  
besitze eine schriftliche Genehmigung,  
dass ich das Interview in dieser Arbeit  
abdrucken darf.
- einige Unterrichtsmaterialien aus dem  
Psychologiefach von Herr Blatter.

## **Erklärung zur Maturarbeit (gemäss den Maturarbeitsrichtlinien)**

"Hiermit erkläre ich, dass ich die Maturarbeit ohne fremde Hilfe angefertigt habe und nur die im Quellen- und Literaturverzeichnis angeführten Quellen und Hilfsmittel benutzt habe."

.....  
Ort, Datum, Unterschrift des Verfassers (Dominic Urwyler)