

Angst

Brigitte Woggon, Zürich

Zusammenfassung

Angst kann als Symptom anderer Krankheiten auftreten, kann aber auch eine eigene Krankheitsform darstellen. Jeder vierte Mensch leidet mindestens einmal in seinem Leben an einer behandlungsbedürftigen Angststörung (Phobien, Generalisierte Angst, Panik). Angst kann erfolgreich mit Verhaltenstherapie und Psychopharmaka behandelt werden.

Anxiety

Anxiety can be a symptom of another illness or it can be a distinct disorder. Lifetime prevalence is 25% (phobias, generalized anxiety, panic). Anxiety can be treated successfully with behaviour therapy and psychotropic drugs.

1 EINLEITUNG

Gesunde Menschen empfinden Angst, wenn sie eine Situation als bedrohlich erleben. Auf der Verhaltensebene sind Vermeidung/Flucht oder Angriff/Kampf übliche Reaktionen. Die Fähigkeit, Angst zu empfinden und entsprechend zu reagieren, ist für das Überleben von grösster Bedeutung. Angst wird dann zum Krankheitssymptom, wenn Alltäglichkeiten als Gefahr missdeutet werden und die unangemessenen Reaktionen den Lebensvollzug stören. Meistens meiden Patienten angstausslösende Situationen. Dadurch entwickelt sich eine zunehmende Einengung des Alltagslebens. Bei extremer Ausprägung sitzt der Patient in seinem Bett und kann vor lauter Angst nicht mehr aufstehen.

2 DIAGNOSTIK

Angst kann bei körperlichen und bei psychiatrischen Erkrankungen vorkommen. Sind keine Symptome einer anderen Krankheit vorhanden, werden Ängste als separate Krankheiten oder Störungen diagnostiziert. Am häufigsten sind Phobische Syndrome, Generalisiertes Angstsyndrom und Paniksyndrom.

Phobische Angststörungen sind dadurch gekennzeichnet, dass normalerweise als ungefährlich eingestufte äussere Situationen oder Objekte Angst auslösen und anschliessend gemieden werden (Vermeidungsverhalten). Bei Konfrontation mit dem Auslöser entwickelt sich Angst mit psychovegetativen Symptomen (Zittern, Herzklopfen, Schwächegefühle, Erröten). Fürchtet der Patient sich vor offenen Plätzen, vor Menschenmengen, vor Verkaufsgeschäften, vor Reisen in Zügen, Bussen oder Flugzeugen, so sprechen wir von **Agoraphobie**.

Agoraphobie. Fürchtet sich ein Patient davor, sich vor anderen Menschen zu exponieren (Sprechen in der Öffentlichkeit, Essen im Restaurant, Benutzung einer öffentlichen Toilette), so bezeichnen wir das als **Sozialphobie**. Bei den **spezifischen Phobien** richtet sich die Furcht auf bestimmte Tiere, Dunkelheit, geschlossene Räume, Höhe, Anblick von Blut.

Bei der **generalisierten Angststörung** sind unspezifische, frei flottierende Ängste vorhanden, verbunden mit ständiger Unruhe, Nervosität, Herzklopfen, Schwitzen, Muskelspannung, Zittern, Benommenheit und Schwindel. Die Patienten können nicht sagen, wovor sie eigentlich Angst haben, sind aber von einem drohenden Unheil überzeugt.

Bei der **Panikstörung** treten aus heiterem Himmel heftige Angstanfälle auf mit Herzklopfen, Engegefühl in der Brust, Erstickungsgefühl, Schwindel, Entfremdungsgefühl, Angst vor dem Sterben oder vor dem Wahnsinn. In den Intervallen zwischen den Anfällen baut sich zunehmend eine Erwartungsangst vor neuen Anfällen auf.

Viele Patienten leiden gleichzeitig oder abwechselnd an mehreren Angstformen. Angst ist bei den meisten psychiatrischen Erkrankungen vorhanden, am häufigsten bei Depressionen.

Ängste können auch bei körperlichen Erkrankungen vorkommen, zum Beispiel bei Hyperthyreose, Phäochromozytom, Cushing-Syndrom, Hypoglykämie, Herzerkrankungen, Epilepsie, Hirntraumen, langsam wachsenden Hirntumoren, Restzuständen nach Hirnhautentzündung, Vergiftungen und Entzug. Andererseits besteht auch die Gefahr, dass Angst- und Panikanfälle wegen ihrer körperlichen Symptomatik als körperliche Krankheit fehldiagnostiziert werden.

Dadurch ergeben sich dann langwierige Abklärungsuntersuchungen sowie überflüssige Behandlungen und Operationen.

Angst ist in der Regel ein berichtetes Symptom, das heisst, dass der Patient in der Sprechstunde etwas beschreibt, was zur Zeit gar nicht vorhanden ist. Da es sehr schwierig ist, sich in Angst hineinzusetzen, wenn man sie nicht empfindet, ist es für den Patienten oft gar nicht möglich, seine Angst adäquat emotional/paraverbal auszudrücken. Dadurch wird das Erkennen von Angst erschwert. Das für den Arzt/Psychiater so wichtige Instrument der Gegenübertragung, das heisst das Wahrnehmen der zu einem Symptom passenden Gefühlsregung in sich selbst, versagt in dieser Situation. Die Angst des Patienten kann für den Arzt nicht spürbar werden, weil sie zum Untersuchungszeitpunkt nicht vom Patienten erlebt/erlitten wird und deshalb nur aus der Erinnerung beschrieben werden kann. Am besten fragt man nach den körperlichen Symptomen der Angst: Schwitzen, Zittern, Mundtrockenheit, Druck- und Engegefühl im Hals und auf der Brust, beschleunigtes Atmen, rascher Puls, Blutdruckanstieg, Drang zum Wasserlösen, Bauchkrämpfe und Stuhldrang. Manche Patienten werden rot, andere blass.

3 HÄUFIGKEIT UND URSACHEN

Nimmt man alle Formen zusammen, beträgt die Lebenszeitprävalenz etwa 25%. Am häufigsten sind Phobien, insbesondere die Sozialphobie (15%), gefolgt von der generalisierten Angststörung (5%) und der Panikstörung (3%). Angststörungen kommen häufiger bei Frauen vor (wie Depressionen). Der Erkrankungsbeginn liegt meistens in der Kindheit oder im Jugendalter. Angsterkrankungen kommen vor allem bei Menschen vor, die Verwandte haben, die ebenfalls an einer Angststörung, einer Depression oder einer anderen Gemütskrankheit leiden.

Am besten lässt sich die Entwicklung von Angststörungen mit dem Vulnerabilitäts-Stress-Modell erklären. Basierend auf einer angeborenen Vulnerabilität wird eine ursprünglich neutrale Situation (zum Beispiel Einkaufen) aufgrund eines traumatischen Ereignisses (zum Beispiel Schweissausbruch) als angstauslösend erlebt. Die «Flucht» aus der angstauslösenden Situation wird durch die Abnahme der Angstsymptome «belohnt». Vermeidet der Patient anschliessend diese Situation (geht zum Beispiel nicht mehr in den entsprechenden Laden), verfestigt sich die Angst vor diesem Ort/Situation. Leider kommt es zu einer Ausweitung auf andere, zunächst ähnliche Situationen (zum Beispiel andere Einkaufsläden). Mit der Zeit werden mehr und mehr Situationen mit

einbezogen: «Die Angst frisst wie ein Monster das ganze Leben auf.»

Bei Angstanfällen wird ein Teufelskreis durchlaufen: Eine physiologische Veränderung (zum Beispiel Herzklopfen und Schwitzen) wird als bedrohend oder gefährlich für die Gesundheit interpretiert – Angstgefühle verstärken die körperlichen Symptome – es kommt zu einer Rückkoppelung zwischen körperlichen Symptomen, deren Assoziation mit Gefahr und der daraus resultierenden Angst mit anschliessendem Vermeidungsverhalten.

4 SELBSTBEHANDLUNGSSTRATEGIEN

Es gibt ganz verschiedene Strategien, die die Patienten einsetzen, um ihrem unerträglichen Zustand zu entfliehen. Dazu gehören verschiedenste Substanzen, zum Beispiel Alkohol (vor allem Whiskey) und andere Drogen, übermässige Bewegung (tanzen, joggen, klettern) und Arbeitssucht (workaholic). In meiner Spezialsprechstunde sehe ich viele Patienten, die auf dem Boden einer Angsterkrankung eine «Suchtkarriere» eingeschlagen haben. Durch frühzeitige wirksame Behandlung kann man diese schlimme soziale Konsequenz vermeiden.

5 BEHANDLUNGSMÖGLICHKEITEN

Es gibt sehr viele therapeutische Verfahren, die zur Behandlung von Ängsten angewendet werden. Die Wirksamkeit der meisten Methoden ist nach den heute gültigen wissenschaftlichen Kriterien nicht nachgewiesen. Am besten ist die Wirksamkeit von Verhaltenstherapie und Psychopharmaka überprüft und nachgewiesen worden. Leider dauert es bei den meisten Patienten Monate oder Jahre, bis sie wirksam behandelt werden. Viele Patienten erleben richtige Therapie-Odysseen. Durch das Vorenthalten einer wirksamen Behandlung kommt es mit der Zeit zu einer zunehmenden Verstärkung der Symptomatik und der sozialen Konsequenzen. Viele Patienten verlieren ihre Familie, ihre Freunde, ihre Arbeitsfähigkeit und ihr Leben (Suizid).

Von den vielen zur Verfügung stehenden verhaltenstherapeutischen Techniken hat sich zum Durchbrechen des oben beschriebenen Teufelskreises bei Angstanfällen die Expositionsbehandlung *in vivo* am besten bewährt (VOGT ROTHBERG, 1997). Bei der Konfrontation mit angstbesetzten und vermiedenen externen (zum Beispiel Kaufhaus, Fahrstuhl, Vortrag halten) oder internen (zum Beispiel Gedanken, Emotionen, physiologischen Reaktionen) Reizen wird die krankhafte Reaktion (zum Beispiel weglaufen) vom Thera-

peuten verhindert. Die Angst nimmt dann nicht, wie vom Patienten befürchtet, immer weiter zu, sondern bildet sich zurück. Durch die Kombination von verhaltenstherapeutischen Behandlungssitzungen und Hausaufgaben werden Ängste «weggelernt».

Ist die Symptomatik sehr ausgeprägt, ist eine Kombination mit Psychopharmaka indiziert. In sehr schweren Fällen muss man zunächst psychopharmakologisch behandeln und kann dann bei eingetretener Besserung die Verhaltenstherapie zufügen. In der Regel werden Ängste psychopharmakologisch mit einer Kombination von einem Antidepressivum und einem Anxiolytikum behandelt. Das Anxiolytikum nimmt die akute Angst weg, und das Antidepressivum verhindert das Weiterbestehen und die Neuentwicklung von Angst.

Im Mittelpunkt der ärztlichen Behandlung von Angsterkrankungen steht die Information und Beratung des Patienten und seiner Angehörigen bezüglich Diagnose, Prognose und Behandlungsmöglichkeiten. Zusätzlich zur Verhaltenstherapie und Psychopharmakotherapie können noch andere Therapieformen sinnvoll eingesetzt werden, vor allem körperzentrierte Methoden (zum Beispiel autogenes Training, Massage) und stützende Gesprächstherapien. Es ist sehr wichtig, dem Patienten jeweils genau zu erklären, warum ein zusätzliches Verfahren nötig ist und wie es durchgeführt wird. Um sicherzustellen, dass die Zusatzbehandlung auch tatsächlich in der vom Arzt gewünschten Weise durchgeführt wird, sind Rückfragen beim Patienten und dem zugezogenen Therapeuten unerlässlich! Auch wirksame Therapien können wirkungslos oder schädlich sein, wenn sie falsch oder zum falschen Zeitpunkt durchgeführt werden. Am besten lässt sich das an einem Fallbeispiel zeigen.

6 FALLBEISPIEL: DIE FRAU, DIE VOR ALLEM ANGST HAT

Verlaufsschilderung der Patientin: Vor 22 Jahren hatte ich erstmals gesundheitliche Probleme, ich hatte eine starke Allergie. Erste Begegnung mit autogenem Training. Vor 21 Jahren nach der Geburt meines ersten Kindes hatte ich ein Tief, Depression und Ängste. Ein Jahr Psychotherapie, Traumalysen. Sieben Jahre lang hatte ich keine grossen Krisen, auch nicht nach der Geburt des zweiten Kindes. In belastenden Situationen hatte ich aber immer Angst. Im Anschluss an einen Nervenzusammenbruch ging ich vier Jahre lang in Psychotherapie (Bearbeitung der Mutterproblematik) und zwei Jahre lang zur Akupunktur. Nach dem Tod meines Grossvaters ging ich erneut in eine Psychotherapie, in Atemtherapie, machte Bachblütentherapie und nahm homöopathi-

sche Mittel ein. Einige Jahre später ging ich erneut in eine Gesprächstherapie, zur Meditation und in Verhaltenstherapie. Bei einer Fernsehsendung über Angst wurde ein Ratgeber «Angst – Angsterkrankungen, Behandlungsmöglichkeiten» empfohlen (WITTCHEN et al., 1995). Nach dessen Lektüre sprach ich mit einer Freundin, die mir empfahl, zu ihrer Psychiaterin zu gehen.

Symptome: Bei dieser Patientin lag eine Kombination von generalisierter Angst und Phobien vor. Sie hatte vor so ziemlich allem Angst: Unterricht geben, durch einen Tunnel fahren, allein zu Hause sein, zum Coiffeur gehen, fliegen, Einkaufszentrum, Freunde besuchen. Einzig beim Tennis und beim Bridge konnte sie sich so konzentrieren, dass alle Ängste verschwanden.

Behandlungsbeginn: Am Anfang war die Patientin emotional in einer sehr schwierigen Situation. Einerseits wollte sie eine medikamentöse Behandlung, andererseits hatte sie Angst davor. Ihre Angst vor den Medikamenten beruhte nicht nur auf der Befürchtung, Nebenwirkungen zu erleben, sondern basierte auch auf einem gar nicht so seltenen «Loyalitätskonflikt». Sollten die Medikamente helfen, so würde das die früher mit viel Engagement durchgestandenen Behandlungen abwerten und das während vielen Jahren «richtige» Krankheitsmodell könnte sich als «falsch» herausstellen.

Ein zusätzliches Problem hatten wir mit den Benzodiazepinen. Die Patientin kannte die rasche angstlösende Wirkung von Lexotanil, war aber durch die vorbehandelnden Therapeuten immer sehr eindrücklich vor der Suchtgefahr gewarnt worden. Ausserdem hatte man ihr erklärt, dass das verhaltenstherapeutisch angestrebte «Weglernen» von Angst durch diese Medikamente verhindert würde. Diese psychologische Theorie habe ich schon oft gehört und gelesen, glücklicherweise stimmt sie nicht!

Behandlungsverlauf: Ich habe der Patientin ein modernes, nebenwirkungsarmes Antidepressivum verschrieben, das sie schon nach wenigen Tagen wegen Nebenwirkungen absetzen musste. Nach einer ferienbedingten Pause haben wir dann mit einem klassischen Antidepressivum (Anafranil) in ganz kleiner Dosierung begonnen. Die Patientin hat in «Eigenregie» die Dosis in kleinsten Schritten immer weiter gesteigert, bis wir einen sehr guten Behandlungserfolg erzielt haben. Die Patientin war während Monaten symptomfrei, belastbar, konnte wieder intensiv fühlen und hat sich nach vielen Ehejahren wieder neu in ihren eigenen Ehemann verliebt.

Leider hat die medikamentenbedingte Konditionsminde- rung (veränderte Muskelspannung und verminderte Koordinationsfähigkeit) die Patientin beim Tennisspiel sehr behin-

dert. Deshalb haben wir uns zur Umstellung auf ein Antidepressivum aus der Gruppe der Serotoninwiederaufnahmehemmer entschlossen. Unter der ersten Substanz haben sich zwar erwartungsgemäss die unerwünschten Nebenwirkungen völlig zurückgebildet, aber die Wirkung auf Angst und Depression blieb aus. Beim zweiten Präparat haben wir Erfolg gehabt, der aber leider nicht von Dauer war. Es entwickelten sich immer wieder depressive Symptome und Angst. Erst durch Zugabe von Lithium ist eine Stabilisierung gelungen.

Die Patientin war wegen ihrer «Odyssee» durch verschiedenste Therapien nicht sehr motiviert, nochmals nicht-medikamentöse Behandlungsformen einzubeziehen. Als sie fast symptomfrei war, ist es mir aber gelungen, sie in eine Verhaltenstherapie zu schicken. Das war sehr wichtig, denn sie musste ja Strategien lernen, um unter Belastung eventuell wieder auftretende Ängste «in den Griff zu bekommen».

Zusätzlich war eine Gesprächstherapie nötig, um die sehr schwierige Beziehung zu ihrer Mutter zu bearbeiten. Das

hatte man schon früher immer wieder versucht, aber wegen der ausgeprägten Angst und Depression ohne Erfolg. Ausserdem brauchte die Patientin Unterstützung beim Umgang mit ihren gesunden Gefühlen, die sie lange nicht mehr empfunden hatte, zum Beispiel Verliebtsein. Auch die Wahrnehmung eigener Bedürfnisse musste geübt werden. Früher war der Tagesablauf ja weitgehend durch die Krankheit und die entsprechenden Therapiesitzungen bestimmt worden.

Dieses Fallbeispiel zeigt sehr deutlich, dass wirksame Behandlungen ohne Erfolg bleiben, wenn man sie zum falschen Zeitpunkt einsetzt.

7 LITERATUR

VOGT ROTHBERG, CH. 1997. Verhaltenstherapie bei Angststörungen. – *Therapeutische Umschau* 45 (10), 581–584.

WITTCHEM, H.-U. et al., 1995. *Angst*. – Karger, Basel.

Prof. Dr. med. Brigitte Woggon, Psychiatrische Universitätsklinik, Lenggstrasse 31, Postfach 68, 8029 Zürich