

# Angst, Angststörungen und deren Therapie

Prof. Dr. med. Michael Zaudig  
Psychosomatische Klinik Windach

Erschienen in *Deutsche Polizei* 04/2005

## Einleitung:

Angst zählt zu den grundlegenden Emotionen des Menschen, ist sozusagen Teil einer "emotionalen Grundausstattung" und liegt als Primäraffekt bereits zu Beginn der Entwicklung vor. Als biosoziales Signal trägt Angst entscheidend zu einer sicheren zwischenmenschlichen Bindung und risikobewussten Auseinandersetzung mit der Umwelt bei. Angst drückt Bedrohung aus, verweist auf Gefahren. Die Lernprozesse im Leben eines Menschen bestimmen auch die Differenzierung in der Wahrnehmung und rationalen Bewertung von inneren und äußeren Gefahren. Diese wiederum beeinflussen das Ausmaß des individuell tolerierten Angstniveaus und prägen damit auch die Verhaltensstile, um für sich beispielsweise wieder Sicherheit herzustellen bzw. Schutzsysteme oder Abgrenzungen zu aktivieren. Angst ist ein normal psychologisches Phänomen von höchstem adaptiven Wert.

Angst zählt neben Freude, Trauer, Furcht, Wut, Überraschung und Ekel zu den sogenannten **primären** Emotionen. Bei diesen handelt es sich um angeborene Reaktionsmuster, die beim Menschen auf drei Reaktionsebenen ablaufen: der motorischen, der körperlichen und der subektiv-psychologischen.

- Auf der subjektiven Ebene in Form bestimmter Kognitionen (Gedanken an Gefahr, Katastrophe, Beschämung)
- auf der motorischen Ebene in Form bestimmter Verhaltensweisen (z. B. Fluchtreflex, Vermeiden, Erstarren, Kämpfen)
- auf einer körperlichen Ebene in Form von vegetativen Reaktionen (sympathikotone Innervation, Stress-Hormon-Antwort).

Diese drei Anteile treten jedoch nicht immer gleichzeitig und gleich stark auf. Manche Menschen nehmen eher die körperlichen Anteile wahr, andere eher die gedanklichen oder die Verhaltensanteile. Alle drei Anteile spielen jedoch eine Rolle sowohl bei der Entstehung als auch bei der Aufrechterhaltung von Angst.

Die Erlebnisqualität von Emotionen bzw. Gefühlen lässt sich grundsätzlich mit den beiden Dimensionen "angenehm versus unangenehm" (Annäherung - Vermeidung) und "erregend versus deaktivierend" beschreiben. Die mit den primären Emotionen einhergehenden Körper- und Ausdrucksreaktionen, insbesondere die Gesichtsmimik sind angeboren und fallen auch kulturübergreifend sehr ähnlich aus.

## Warum haben wir Angst?

Ohne Angst wäre die Menschheit ausgestorben! Alle biologisch orientierten Emotionstheorien gehen von einigen wenigen gemeinsamen Grundannahmen aus, sie alle betonen ohne Ausnahme die evolutionsbiologische (entwicklungsgeschichtliche) Herkunft von Emotionen (z. B. Angst) und deren Verankerung in spezifischen Hirnstrukturen. Das Entstehen von Angst ist eine Aktivität, die den Organismus darauf vorbereitet, in einer bestimmten Weise mit seiner Umwelt zu interagieren. Als die Menschen noch in der freien Natur lebten, war Angst lebensnotwendig als Vorbereitung auf Flucht oder Kampf. Ein

gewisses Ausmaß an Angst ist auch heute noch sinnvoll, z. B. als Alarmreaktion. Kommt beispielsweise ein Auto mit großer Geschwindigkeit auf Sie zu, lässt Sie diese automatische Angstreaktion rasch zur Seite springen und rettet Ihnen möglicherweise das Leben. Die damit einhergehenden physiologischen (körperlichen) Veränderungen, beispielsweise ein erhöhter Herzschlag, eine stärkere Durchblutung der Muskeln, dienen zur Vorbereitung des Körpers auf schnelles Handeln, z. B. darauf, rasch wegzuspringen. Angst garantiert das Überleben. Ein bisschen Angst muss jeder haben - diese allgemeine Weisheit trifft immer zu. Wer vorsichtig Auto fährt, die Türen gut abschließt oder sich auf Prüfungen aus Angst vor dem Versagen lange vorbereitet, hat durchaus Vorteile im Leben. "Angst lähmt nicht nur", wie es landläufig heißt, "sondern enthält die unendliche Möglichkeit des Könnens, die den Motor menschlicher Entwicklung abbildet" (Sören Kirkegaard). Angst ist häufig die treibende Kraft, die uns zu Höchstleistungen anzuregen (z. B. "Lampenfieber"), unsere Phantasie und Kreativität steigert. Ein weiterer wichtiger Nutzen der Angst besteht darin, dass sie ein Alarmsignal darstellt, das den Organismus warnt und die Aufmerksamkeit erhöht. Nähern wir uns gefährlichen Situationen, reagiert der Körper bereits bevor wir uns der Situation bewusst werden, klopft das Herz bereits schneller, Unruhe entsteht, Schweiß, Anspannung, unser vegetatives Nervensystem stellt alle Mechanismen zur Verfügung, um ein rasches Reagieren zu ermöglichen, häufig, bevor wir uns dessen bewusst werden.

## **Wenn Angst krank macht**

Falls die Angst allerdings ein sinnvolles Ausmaß überschreitet, bringt sie mehr Nachteile als Vorteile mit sich, die Übergänge zwischen kleinen alltäglichen Ängsten und echten Angsterkrankungen sind fließend. Menschen, die aus Angst das Haus nicht mehr verlassen können, die morgens schon mit unerklärlichem Herzrasen und Zittern aufstehen, die sich vor Treffen mit Freunden bereits Mut antrinken müssen, sind mit Sicherheit krank.

Die Angst wird zur Krankheit, wenn

- sie unangemessen stark ist
- sie zu häufig und zu lange auftritt
- man die Kontrolle verliert
- man vermeintliche Angstsituationen vermeiden muss
- man stark unter ihr leidet.

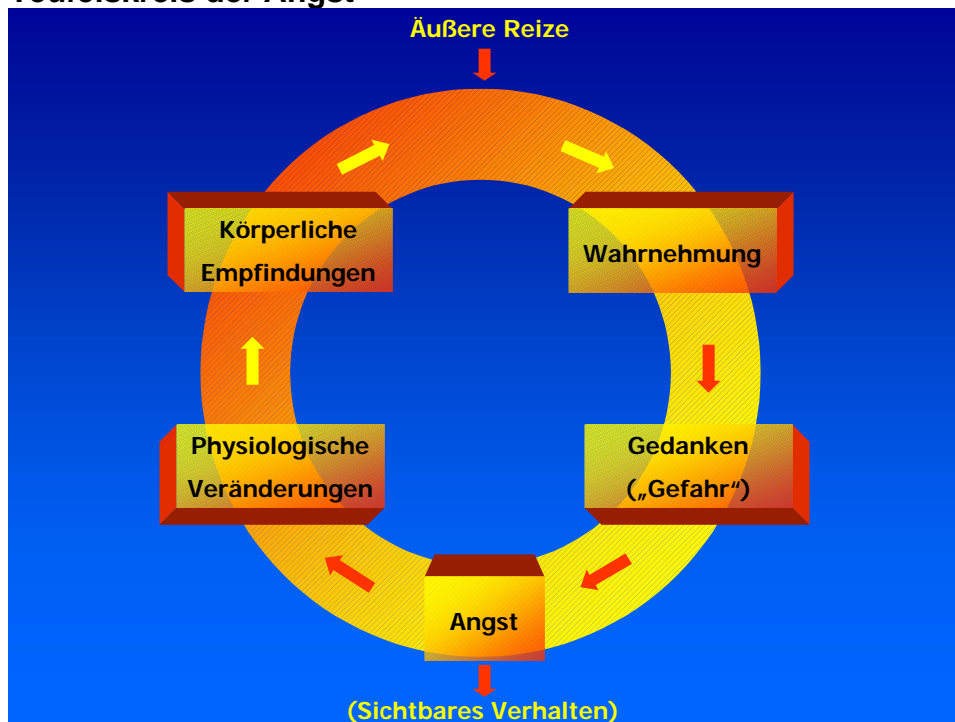
Angst kann integrales Symptom fast jeder psychischen Krankheit sein. Angststörungen verweisen als diagnostische Gruppe auf Ängste, deren Ausmaß, Gefahrenattribution und/oder Beharrlichkeit unverhältnismäßig stark sind, im subjektiven Urteil als unrealistisch eingestuft werden, mit einem hohen Leidensdruck und einer bedeutsamen psychosozialen Behinderung einhergehen.

## **Wie entsteht eine Angstkrankheit?**

Wie entsteht beispielsweise eine Panikstörung? Bei vielen Menschen wird angenommen, dass es eine genetische Vulnerabilität oder Prädisposition gibt, der Faktor Genetik reicht jedoch nicht für die Erklärung der Entstehung derartiger Ängste aus. Hinzu kommen belastende Kindheitserfahrungen, wie insbesondere Trennungserlebnisse oder Beziehungsprobleme, Gewalt in der Familie, sexueller Missbrauch oder andere belastende Lebensereignisse. Bei einer derartigen Vorschädigung können schwerwiegende belastende Ereignisse im Erwachsenenleben, wie Scheidung oder Tod, oft auch Trennung, zu einem Ausbruch oder zu einer Verschlechterung einer Panikerkrankung führen. Wenn die betreffende Person schon als Kind belastende Trennungserlebnisse hatte, werden "alte Wunden aufgerissen". Es ist auch möglich, dass bei Menschen mit der o.g. Vulnerabilität und schlimmen Erlebnissen in der Kindheit schon bei relativ geringen äußeren Stressereignis-

sen Angst entwickeln. Diese frühen Erfahrungen führen zu einer Überempfindlichkeit neurobiologischer Angststrukturen im Hirn und macht diese Menschen für alle Stresssituationen äußerst empfindsam. Sie können bereits auf harmlose Symptome, wie Herzrasen, Herzstolpern, mit Panik reagieren und diese häufigen Bagatellsymptome überinterpretieren. In dem Augenblick der Überbewertung von körperlichen Symptomen führt dies zu einem Teufelskreis der Angst: Die Fehlinterpretation der Symptome als gefährlich führt zu verstärkter Angst, diese wiederum führt zu verstärkten vegetativen Symptomen und diese werden wiederum zusätzlich als gefährlich interpretiert. Ein Aufschaukelungsprozess hat begonnen und führt zu dem, was man üblicherweise Panik nennt (Abbildung 1).

**Abb. 1: Teufelskreis der Angst**



Je nach aufgetretener Symptomatik (häufig Schmerzen und Druck auf der Brust, Schmerzausstrahlung in den linken Arm) glauben die Patienten, dass sie eine schwere körperliche Krankheit (z. B. Herzinfarkt) haben und werden Ängste entwickeln, wieder so einen Angstanfall zu bekommen (Angst vor der Angst). Häufig treten Panikattacken bei bestimmten Situationen auf und natürlich wird der Betroffene diese Situation meiden. Aber genau dadurch wird die Angst nochmals stärker, da Vermeidung immer suggeriert, dass es sich um etwas Gefährliches handeln müsse, sonst hätte man ja nicht vermieden. Dies ist der Beginn einer Chronifizierung der Störung.

### **Symptome der Angst**

Angst hat bekanntermaßen viele Gesichter und ist durch das Auftreten einer Vielzahl unterschiedlicher Symptome gekennzeichnet. Angstsymptome haben eine subjektiv-psychische, aber auch eine motorische und körperliche Komponente.

**Typische Symptome** sind: Herzstolpern, Herzklopfen, erhöhte Herzfrequenz, Schweißausbrüche, fein- oder grobschlägiger Tremor (Zittern), Mundtrockenheit, Atembeschwerden, Beklemmungsgefühl, Brustschmerzen, Übelkeit, Hitzewallungen oder Kälteschauer, Kribbelgefühle, Muskelverspannung, Ruhelosigkeit, Aufgedrehtsein, Nervosität, Kloßgefühl im Hals, Schluckbeschwerden, Konzentrationsstörungen, Leere im Kopf, Reizbarkeit, Einschlafstörung, Gefühl von Schwindel, Unsicherheit, Schwäche oder Benommenheit, Derealisation oder Depersonalisation, Angst vor Kontrollverlust, Angst verrückt zu werden oder auszuflippen, Angst zu sterben.

Ein Teil dieser Symptome taucht bei jeglicher Angst auf, es kann auch sein, dass einige dieser Symptome auftauchen, ohne dass der Betroffene sich bewusst wird, dass er Angst hat.

## **Ursachen für die Entstehung von Angststörungen**

Es gibt vielfältige Ursachen, die zu einer Angsterkrankung führen können:

- körperliche Erkrankungen
- psychosoziale Belastung - Partnerschaft, Familie, Arbeit (Umweltbedingungen)
- Entwicklung (Erziehung, Kindheitsentwicklung)
- Persönlichkeitsfaktoren
- genetische Prädisposition.

## **Klassifikation: Welche Angststörungen gibt es?**

Die modernen Klassifikationssysteme wie z. B. die Internationale Klassifikation psychischer Störungen (ICD-10) orientieren sich in der Darstellung der Angststörung an einem beschreibbaren Ordnungsprinzip. Wesentliche Dimensionen der Einteilung sind:

- Angsterkrankungen, die mit plötzlich auftretenden Angstanfällen (Panik) auftreten und eine maximale Angst in kurzer Zeit entwickeln können
- Angsterkrankungen, die andauernd bestehen mit dauerhaft erhöhten Angstgefühlen ohne ersichtliche Ursache
- Angsterkrankungen, die sich auf bestimmte Objekte oder Situationen beziehen.

Nach ICD-10 werden folgende Angststörungen im engeren Sinne beschrieben:

- Panikstörung
- Agoraphobie
- spezifische Phobie
- soziale Phobie
- generalisierte Angststörung.

Im erweiterten Sinn zählen die Zwangsstörung, die posttraumatische Belastungsstörung, die somatoforme Störung (insbesondere die Hypochondrie) zu Störungsbildern, bei denen Angst als Leitsymptom auftauchen kann.

## **Epidemiologie und Verlauf**

Nach neueren Untersuchungen ergeben sich folgende Lebenszeitprävalenzen, d. h. Häufigkeit der Krankheiten während der gesamten Lebensspanne in der Allgemeinbevölkerung:

- Panikstörung 2 %
- Agoraphobie 5 % (Angst vor Menschenansammlungen oder Plätzen)
- spezifische Phobie 10 %
- soziale Phobie 2,5 %
- generalisierte Angststörung 5 %.

Das Verhältnis von Frauen zu Männern liegt bei mindestens 2 : 1. Neben dem weiblichen Geschlecht finden sich bei Angstpatienten gehäuft getrennt lebende, geschiedene und verwitwete im Gegensatz zu verheirateten und ledigen Personen.

Der Verlauf dieser Angststörung ist eher chronisch fluktuierend, d. h. lang dauernd, spontane Remissionen (komplette Rückbildung der Symptomatik) kommen selten vor (20 - 30 %). Zwischen Erstauftreten und Diagnosestellung liegen oft 10 Jahre. Die Folge ist häufig eine erhebliche Chronifizierung mit entsprechenden ausgeprägten psychosozialen Folgen.

## **Panikstörung**

Die Panikstörung ist definiert durch wiederholte Panikattacken, die unerwartet, plötzlich auftreten, die sich nicht auf eine spezifische Situation oder ein spezifisches Objekt beziehen. Die Panikattacke ist charakterisiert durch eine abrupt beginnende Angst, die innerhalb weniger Minuten ein Maximum erreicht und mindestens einige Minuten andauert. Einige der o.g. Symptome treten auf. Typischerweise sind die Hauptbefürchtungen während einer Panikattacke, die Angst zu sterben, verrückt zu werden, in Ohnmacht zu fallen, zu ersticken. Betroffene erleben diesen Zustand als absolut bedrohlich, sprechen auch von Vernichtungsgefühlen. Atemnot, Erstickungsängste sind besonders häufig. Nicht selten glauben die Betroffenen, einen Herzinfarkt zu haben. Aufgrund der Unvorhersehbarkeit lebt der Betroffene in ständiger Erwartungsangst vor dem nächsten Anfall.

Der Beginn der Störung ist meistens zwischen 25 und 30 Jahren, der Verlauf kann chronisch sein, aber auch episodisch. Nicht selten besteht zusätzlich eine Depression und es besteht eine genetische Disposition, Panikstörungen entwickeln zu können. So weiß man, dass Verwandte ersten Grades ein 5- bis 7-fach erhöhtes Risiko haben, eine Panikstörung zu entwickeln. Differentialdiagnostisch ist bei jeder Panikstörung primär abzuklären, ob es sich um die Auswirkungen einer körperlichen Erkrankung handelt, wie Schilddrüsenüberfunktion, Herzinfarkt, Angina pectoris, um eine Intoxikation oder Entzugssymptome oder Begleitsymptomatik bei Schizophrenie, Zwang, Phobie.

## **Agoraphobie**

Bei der Agoraphobie handelt es sich um eine nicht begründbare Furcht oder Vermeidung von Menschenmengen, öffentlichen Plätzen und die Angst, alleine zu verreisen oder alleine aus dem Haus zu gehen. Typisch ist auch die Angst, einen Ort oder Menschenmengen nicht sofort verlassen zu können, wie z. B. öffentliche Verkehrsmittel, Menschenmengen (Theater, Kino, Kaufhäuser). Bei den Betroffenen reicht in der Regel das Verlassen der Situation, um die Angst zu reduzieren. Diese Menschen sind in der Regel an ihre Wohnung gefesselt und haben nur noch einen beschränkten Aktionsradius. Beispielsweise wird ein Betroffener, der Angst hat ein Kaufhaus zu betreten, dieses immer vermeiden oder, falls er doch dorthin muss, die Situation unter intensiver Angst und Anspannung ertragen. Vor was haben diese Betroffenen Angst? Üblicherweise können sie dies selten konkret formulieren. Meist ist die Antwort: "Ich könnte umfallen, ohnmächtig werden, es könnte etwas mit mir passieren". Das Vermeidungsverhalten ist nicht rational begründet, anders als dies bei Realängsten der Fall ist, z. B. wird jeder vernünftige Mensch eine Schlägerei meiden, da er weiß, dass ihm etwas passieren könnte. Das ist keine Phobie, sondern Vernunft.

## **Spezifische (isolierte Phobien)**

Die spezifischen Phobien sind entweder durch die Furcht vor oder Vermeidung von bestimmten Objekten oder einer ganz bestimmten Situation gekennzeichnet. Häufige Objekte oder Situationen sind Tiere, Höhen, Gewitter, kleine geschlossene Räume, der Anblick von Blut, Injektionen usw. Die Konfrontation mit dem gefürchteten Objekt kann Panikattacken auslösen. Sehr häufig ist z. B. die Spinnen- oder Schlangenphobie, aber darüber hinaus gibt es kaum ein Objekt oder eine Situation was oder welche nicht phobisch bei

dem einen oder anderen sein kann. Auch hier gibt es eine Bandbreite von erträglichen Phobien (z. B. ist eine Schlangenphobie sicher nicht behandlungsrelevant, wenn der Betroffene in einer Großstadt lebt), es kann aber auch massiv das Leben eines Betroffenen einschränken, wie z. B. eine Dunkelangst, die dazu führte, dass ein Betroffener nicht richtig schlafen kann, seinen Schlaf-Wach-Rhythmus verändert, die gesamte Lebensführung danach ausrichtet, nachts nie alleine sein kann, immer Licht anhaben muss und bereits am Nachmittag Angst vor der Nacht hat. Allein der Gedanke an spezifische Objekte oder Situationen löst Angst aus.

## **Generalisierte Angststörung**

Das wesentliche Symptom ist eine generalisiert (das gesamte Verhalten umfassende) und anhaltende Sorge und Angst, die über einen Zeitraum von mindestens 6 Monaten besteht mit Anspannung, Besorgnis, Befürchtungen in Bezug auf alltägliche Ereignisse und Probleme. Diese Angst führt zu einer Vielzahl an Symptomen (siehe oben). Neben der die Betroffenen permanent quälenden Anspannung ist der Aspekt hervorzuheben, dass es sich um eine "**Sorgen**"-Krankheit handelt, wobei sich diese Sorgen und Befürchtungen nicht auf konkrete, reale Situationen beziehen. Die Sorge oder Angst bezieht sich in der Regel auf alltägliche Ereignisse, z. B. die eigene Arbeitsleistung, der Verlust des Arbeitsplatzes, mangelnde Fähigkeit zur Verantwortungsübernahme, Angst nicht gesund zu sein, dass die Kinder krank sein, der Mann bald sterben könne usw. Natürlich muss hier von real und konkreten Ängsten unterschieden werden. Diese Sorgen sind bei genauer Nachfrage immer unbegründet. Die generalisierte Angststörung führt oft zu verzweifelte Zuständen, Depression und nicht selten zu Selbstmordgedanken. Diese Menschen sind tief verzweifelt (unbegründet!), den überwiegenden Teil des Tages sind sie mit vermeintlich bedrohlichen, meist zukünftigen Ereignissen beschäftigt und können aus diesem Grunde kaum noch etwas wirklich genießen.

## **Soziale Phobie**

Bei der sozialen Phobie besteht eine ausgeprägte und anhaltende Angst davor, im Zentrum der Aufmerksamkeit zu stehen oder sich peinlich oder erniedrigend zu verhalten. Diese Ängste treten bevorzugt in sozialen Situationen auf wie Essen oder Sprechen in der Öffentlichkeit, Begegnungen von Bekannten in der Öffentlichkeit, Hinzukommen oder Teilhaben an kleinen Gruppen, wie z. B. bei Partys, Konferenzen oder in Klassenräumen. Zu den üblichen Angstsymptomen (siehe oben) finden sich noch Begleitsymptome wie Erröten, Zittern, Angst zu erbrechen, ausgeprägter Harn- oder Stuhldrang. Konsequenterweise kommt es zu einem ausgeprägten und anhaltenden Vermeidungsverhalten, wobei immer die Einsicht besteht, dass diese Symptome oder Befürchtungen übertrieben und unsinnig sind. Zu unterscheiden ist die soziale Phobie von einem selbstunsicheren, schüchternen Menschen, der dieses Angstproblem in fast allen sozialen Situationen haben wird. Von sozialer Phobie spricht man in der Regel nur dann, wenn es sich um bestimmte Situationen handelt (siehe oben), die vermieden werden.

## **Zwangsstörung**

Bei der Zwangsstörung handelt es sich um einen inneren subjektiven Drang, bestimmte Dinge zu tun oder zu denken, obwohl man weiß, dass diese Gedanken oder Handlungen unsinnig sind. Trotz der Einsicht in die Sinnlosigkeit der Gedanken und Handlungen und auch dem inneren Widerstand dagegen, fühlen sich die Betroffenen gezwungen, Dinge gegen ihren innersten Willen zu tun. Diese Gedanken oder Rituale (Handlungen) führen zu einer massiven Beeinträchtigung des psychosozialen Lebens. Beispielsweise befürchtet ein Betroffener mit massiven Waschwängen, er könne sich beim Berühren der Türklinke verschmutzen, kann daher auch keine Hand schütteln, hat Angst, die Wand zu berühren, andere Menschen zu berühren und muss sich daher bei jeder vermeintlichen

Kontamination die Hände waschen, sich duschen, die Kleider wechseln usw. Ein Betroffener mit dieser Zwangsstörung wird etliche Stunden am Tag mit Waschritualen, Kleiderwechsel usw. beschäftigt sein und ist damit weitgehend arbeitsunfähig und wird natürlich auch erhebliche Probleme im Familienumfeld haben.

## Therapie

Die verhaltenstherapeutischen Verfahren sind die Therapie der Wahl und konnten in vielen Studien ihre sehr gute Wirksamkeit mit hohen Erfolgsraten zeigen. Grundsätzlich unterscheidet man dabei die Methoden der Expositionsverfahren (man setzt sich genau den Situationen aus, die man vermeidet), der kognitiven Therapiestrategien (man versucht, den irrationalen Ängsten rationale Gründe und Wahrscheinlichkeiten entgegen zu halten) und der Entspannungsverfahren, wie z. B. die Progressive Muskelentspannung nach Jacobson. Die Verhaltenstherapie und die kognitive Therapie erwiesen sich in Studien als effektiver als die medikamentösen Therapien und zeigten gute Langzeiteffekte. Die Verhaltenstherapie wird ambulant und stationär erbracht, beispielsweise war die erste verhaltenstherapeutische Klinik Europas die Psychosomatische Klinik Windach, 1976 gegründet und u. a. hoch spezialisiert auf Intensivbehandlung von Angsterkrankungen. Typische Phasen der kognitiven und Verhaltenstherapie bei Angststörungen (aber auch bei Zwangsstörung) sind:

- **Diagnostik und Vorbereitungsphase** mit Aufbau einer therapeutischen Beziehung, Diagnostik des Verhaltens und Entstehung der Erkrankung, Vorbereitung der Konfrontation oder Exposition sowie Erklärung des Krankheitsmodells (siehe Teufelskreis der Angst).
- **Expositionsphase:** Hier werden die Patienten mit den vermiedenen Situationen (z. B. bei der Agoraphobie) konfrontiert, müssen die Angst aushalten bis sie spüren, dass die Angst absinkt (der Patient glaubt immer, die Angst wächst ins Unendliche). Diese Konfrontationen müssen häufig durchgeführt werden, bis die Angst minimal geworden ist. Im Rahmen der kognitiven Therapie werden die Gedanken positiv umstrukturiert (weg von den katastrophisierenden irrationalen Gedanken) und weiterhin ist es dringend notwendig, die aufrechterhaltenden Bedingungen für die Angststörung zu klären und zu verändern, durch Angehörigengespräche, Training sozialer Kompetenzen, berufliche Reintegration.
- Bei der **medikamentösen Therapie** ist insbesondere zu beachten, dass z.B. Benzodiazepine wegen ihres Abhängigkeitspotentials, wenn überhaupt, nur kurzfristig (situationsbezogen oder maximal 1 - 2 Wochen) eingesetzt werden. Sollte keine Verhaltenstherapie möglich sein, bietet sich als primäre Therapie der Einsatz von Antidepressiva an, insbesondere die neuere Generation von Antidepressiva, die gut gegen Angststörungen wirken, wie z. B. die Gruppe der Serotoninwiederaufnahmehemmer (SSRI). Hier ist wichtig, dass dem Patienten von Anfang an klar gemacht wird, dass diese Medikamente frühestens nach 1 - 2 Wochen wirken können (Herabsetzung der Angstintensität, Verringerung der Panikattacken und eher selten, komplette Rückbildung).

### Ziele einer Therapie von Angststörungen sind immer:

- Reduzierung der Panikattacken
- Reduzierung der Erwartungsangst
- Reduzierung der Vermeidung
- Verbesserung der Lebensqualität
- Verbesserung des Allgemeinzustande.

## **Grundsätzliches Vorgehen bei Angststörung**

Sollte eine der o. g. Angststörungen vorliegen (erkannt durch Allgemeinarzt, Psychiater, Psychosomatiker, Psychologe), ist primäre Therapie die Verhaltenstherapie (ambulant oder, je nach Ausprägungsgrad, stationär). Die ambulante Therapie sollte bei einem ärztlichen oder psychologischen Verhaltenstherapeuten erfolgen, begleitend kann, muss aber nicht, eine medikamentöse Therapie mit Antidepressiva erfolgen. Benzodiazepine (Abhängigkeitspotential!) sollten nur punktuell und am Anfang der Therapie für wenige Tage eingesetzt werden. Bei stark ausgeprägten Störungsbildern, empfiehlt sich die stationäre Verhaltenstherapie, wie z. B. in der Psychosomatischen Klinik Windach, die ein intensives Therapieprogramm (Einzelgespräche, Gruppengespräche, Expositionstraining im Haus und außer Haus, zusätzliche medikamentöse Therapie, Psychoedukationsprogramme), langjährig erprobt und wissenschaftlich gut durch untersucht, vorhält.