

# Persönliche PDF-Datei für Almut Dorn, Anke Rohde

Mit den besten Grüßen vom Georg Thieme Verlag

[www.thieme.de](http://www.thieme.de)

## Die ängstliche Patientin in der Gynäkologie und Geburtshilfe

DOI 10.1055/s-0043-105948

Frauenheilkunde up2date 2017; 11: 175–186

Dieser elektronische Sonderdruck ist nur für die Nutzung zu nicht-kommerziellen, persönlichen Zwecken bestimmt (z. B. im Rahmen des fachlichen Austauschs mit einzelnen Kollegen und zur Verwendung auf der privaten Homepage des Autors). Diese PDF-Datei ist nicht für die Einstellung in Repositorien vorgesehen, dies gilt auch für soziale und wissenschaftliche Netzwerke und Plattformen.

### Verlag und Copyright:

© 2017 by  
Georg Thieme Verlag KG  
Rüdigerstraße 14  
70469 Stuttgart  
ISSN 1439-3719

Nachdruck nur  
mit Genehmigung  
des Verlags



Frauenheilkunde *up2date*

2 · 2017

Interdisziplinäre Themen 7

# Die ängstliche Patientin in der Gynäkologie und Geburtshilfe

*Almut Dorn  
Anke Rohde*

VNR: 2760512017152371805  
DOI: 10.1055/s-0043-105948  
Frauenheilkunde up2date 2017; 11 (2): 175–186  
ISSN 1439-3719  
© 2017 Georg Thieme Verlag KG

## Unter dieser Rubrik sind bereits erschienen:

**Tumorassoziierte Fatigue in der Palliativsituation** I. Fischer, J. Weis, J. U. Ruffer, M. E. Heim, P. Bojko, C. Ostgathe Heft 1/2017

**Fetomaternale Blutgruppenunverträglichkeiten – Update 2016** A. Redlich Heft 5/2016

**Postpartale psychische Störungen – Update 2016** V. Dorsch, A. Rohde Heft 4/2016

**Unerfüllter Kinderwunsch aus gynäkologisch-psycho-somatischer Perspektive** S. Holthausen-Markou, C. Schippert Heft 3/2016

**Multiresistente Erreger – Prävention und Diagnostik** U. Reichard, R. Rettkowski, S. Scheithauer Heft 3/2016

**Störungen/Besonderheiten der Geschlechtsentwicklung** P.-M. Holterhus Heft 2/2016

**Geschlechtsdysphorie und Störungen der Geschlechtsidentität bei Kindern und Jugendlichen** A. Korte Heft 2/2016

**Altersgerechte Untersuchungsmethoden und Intimhygiene** M. Heinz, I. Voß-Heine Heft 6/2015

**Esstörungen in der Kinder- und Jugendgynäkologie** J. Grimm, O. Kratz, G. Moll Heft 6/2015

**Sexualmedizin als integrativer Bestandteil auch in der Frauenheilkunde** L. Ucsnik, D. Dörfler Heft 3/2015

**Schwerpunkte der psychoonkologischen Behandlung in Brust- und gynäkologischen Krebszentren** C. Wetzel, B. Fett, O. Ortman Heft 5/2014

**Klassische Naturheilverfahren nach Kneipp in der Gynäkologie und Geburtshilfe** N. Hüttner, C. Hack, J. Hackl, A. Hein, S. Jud, P. Fasching, M. Beckmann Heft 2/2014

**Traditionelle Chinesische Medizin und Mind-Body-Medizin** P. Voß, A. Paul, S. Lange, G. Dobos, S. Kümmel Heft 2/2014

**Komplementäre Medizin: Beschwerden der Frau in verschiedenen Lebensphasen lindern** J. Hackl, N. Hüttner, C. Hack, A. Hein, S. Jud, P. Fasching, M. Beckmann Heft 2/2014

**Anthroposophie und Homöopathie in der Integrativen Medizin** D. Paepke, E. Klein, S. Paepke, J. Ettl, M. Kiechle Heft 2/2014

**Palliative Konzepte beim Ovarialkarzinom** G. Emons, G. Bauerschmitz, M. Hellriegel Heft 6/2013

**Palliative Therapie beim Endometrium-, Zervix- und Vulvakarzinom** G. Bauerschmitz, M. Hellriegel, G. Emons Heft 6/2013

**Palliative Therapie beim Mammakarzinom** M. Hellriegel, G. Bauerschmitz, G. Emons Heft 6/2013

**Palliativmedizinische Aspekte in der Gynäkologie** F. Nauck, B. Alt-Epping Heft 6/2013

**Ernährung von Tumorpatienten** J. Arends Heft 5/2013

**Schmerztherapie bei der onkologischen Patientin und in der Palliativmedizin** C. Klein, S. Eckl, C. Ostgathe Heft 2/2013

**Perioperative Schmerztherapie in der Frauenheilkunde** S. Heinrich, K. Weller, N. Griebinger, J. Schmidt Heft 2/2013

**Therapie chronischer Schmerzen bei benignen gynäkologischen Erkrankungen** B. Fraunberger, C. Meile Heft 2/2013

**Säuglingsernährung** E. Sievers, M. Kersting Heft 4/2012

**Postpartale psychische Störungen** V. Dorsch, A. Rohde Heft 1/2012

**Lebensstil-Beratung nach Mammakarzinom** P. Hepp, B. Rack, J. Salmen, U. Andergassen, W. Janni Heft 4/2011

**Geschichte der Händedesinfektion** V. Hoch Heft 2/2011

**Therapie chronisch-entzündlicher Darmerkrankungen in der Schwangerschaft** N. Teich, H. Stepan Heft 6/2010

**Fetomaternale Blutgruppenunverträglichkeiten** A. Redlich Heft 2/2010

**Ethik in der Gynäkologie und Geburtshilfe** G. Maio Heft 1/2010

### ALLES ONLINE LESEN



Mit der eRef lesen Sie Ihre Zeitschrift: online wie offline, am PC und mobil, alle bereits erschienenen Artikel. Für Abonnenten kostenlos! <https://eref.thieme.de/frauen-u2d>

### JETZT FREISCHALTEN



Sie haben Ihre Zeitschrift noch nicht freigeschaltet? Ein Klick genügt: [www.thieme.de/eref-registrierung](http://www.thieme.de/eref-registrierung)

# Die ängstliche Patientin in der Gynäkologie und Geburtshilfe

Almut Dorn, Anke Rohde



Angststörungen gehören zu den häufigsten psychischen Störungsbildern und betreffen Frauen in stärkerem Maße als Männer. „Normale“ Ängste, wie sie jeder kennt und meist nachvollziehen kann, und behandlungsbedürftige Angststörungen können durchaus die Abläufe medizinischer Behandlungen beeinflussen oder sogar verhindern. Daher ist es hilfreich, das Wissen um Symptomatik, Ausprägung, Interventionsmöglichkeiten und Therapieansätze zu vertiefen.

## Einleitung

„Warum soll ich mich als Frauenärztin/als Frauenarzt mit den psychischen Problemen meiner Patientin beschäftigen? Dafür gibt es doch Psychiater und Psychotherapeutinnen.“ Richtig – wenn es um Diagnostik und spezifische Therapie geht. Aktuelle epidemiologische Studien kamen zu dem Ergebnis, dass die 12-Monats-Prävalenz psychischer Störungen bei Frauen 33,5% beträgt [1]. Dies bedeutet, dass etwa jede 3. Frau in der Frauenarztpraxis von einem krankheitswertigen psychischen Problem betroffen ist. Dabei haben die Angststörungen einen großen Anteil: Frauen leiden mit 21,4% mehr als doppelt so häufig an einer Form der Angststörung wie Männer (9,3%). Gute Gründe also, sich einmal die verschiedenen Formen normaler und pathologischer Ängste genauer anzuschauen.

### Merke

**Frauen sind mehr als zweimal so häufig von Angststörungen betroffen wie Männer. Etwa jede 5. Frau erfüllt die Kriterien mindestens 1 Angststörung.**

## Angst als normaler Fluchtreflex

Ängste sind nützliche Emotionen und gehören als normales Phänomen zum Leben dazu. Angst schützte nicht nur unsere Vorfahren in unwirtlicher Umgebung vor natürlichen Gefahren, sie warnt uns auch heute noch vor Risiken und löst nach wie vor Fluchtinstinkte in uns aus. Diese sind manches Mal nützlich, oft aber auch wenig hilfreich oder sogar störend und krankheitswertig. Gerade neue Situationen und Unbekanntes lassen uns vorsichtig sein. Bekannt ist, dass die Gedanken um mögliche Gefahren mehr Angst auslösen können als die eigentliche reale Situation. Die meisten Menschen haben im Laufe ihres Lebens gute Strategien entwickelt, um ihre Ängste zu

bewältigen, sie also im Griff zu haben. Bekommen Ängste die Oberhand und haben den Menschen im Griff, spricht man von einer Angststörung.

## Körperlicher Ausdruck von Angst

Ängste und Panik äußern sich neben angstvollen Gedanken in der Regel sehr körperlich. Der Puls steigt, die Atmung wird flacher und schneller, das Herzklopfen wird intensiv wahrgenommen, die Handflächen werden feucht. Diese körperlichen Reaktionen verstärken sich bei ängstlicher Selbstbeobachtung und durch zu intensive oder zu flache Atmung weiter. Im extremen Fall kann es zur sogenannten Hyperventilation kommen, dabei geht der Anteil des Kohlendioxids (CO<sub>2</sub>) im Blut zurück. Das schnelle und tiefe Atmen erhöht den pH-Wert in den Nervenzellen, wodurch wiederum Herzrasen, Schwindel sowie verschwommene Wahrnehmung verstärkt werden und sogar zu Verkrampfungen in Füßen und Händen führen können (die sogenannte „Pfötchenstellung“). Zudem können sich körperbezogene Ängste in immer neuen Symptomen und Beschwerden (z. B. Schmerzen) äußern, deren diagnostische Abklärung vehement eingefordert wird.

### TIPP FÜR DIE PRAXIS

Vor allem in der Geburtshilfe weiß man schon lange um die Wirkung des richtigen Atmens, das sowohl Angstsymptome als auch Schmerzen regulieren und reduzieren kann.

## Die ängstliche Patientin in der Praxis

Patientinnen, die ärztliche Hilfe aufsuchen, ob in Praxis oder Klinik, befinden sich meist in unbekanntem, neuem, wenn nicht sogar Ausnahmesituationen. Selbst der regelmäßige Untersuchungstermin beim Gynäkologen bedeutet für manche Frauen niemals Routine.

Ängstliche Patientinnen benötigen im Kontakt mehr Zuwendung, mehr Zuspruch und mehr Beruhigung. Gerade in Situationen unter Zeitdruck können Ärzte ungeduldig werden oder „genervt“ sein, weil die Patientin „den Betrieb“ aufhält. Dabei sind diese Patientinnen besonders empfänglich für die „Unkompetenz“ des Arztes – das Gespräch! Je mehr Verständnis für die Ängste vorliegt, desto einfacher gelingt in der Regel der Zugang zur Patientin und die „Entängstlichung“ der Situation. Die Fähigkeit dazu hat auch etwas mit den eigenen ängstlichen Anteilen

des Arztes zu tun, kann aber wie jede andere Fertigkeit trainiert werden. Insbesondere die verbalen Techniken der „Normalisierung“ und der Einsatz von Brückenfragen sind beim Umgang mit Ängsten in solchen Situationen hilfreich (s. ► **Tab. 1**) [2].

### TIPP FÜR DIE PRAXIS

Gerade wenn Ängste nachvollziehbar scheinen, neigt man dazu, „bereits zu wissen, was los ist“. Es lohnt aber, genau und unvoreingenommen zu explorieren: „Was genau macht Ihnen Angst?“ Die Frage hört sich einfach an, wird aber viel zu selten gestellt! Durch die Möglichkeit, ihre Ängste genau zu erklären, nimmt die Patientin auch die empathische Haltung ihres Arztes wahr.

### FALLBEISPIEL

#### Patientin mit Angst vor OP

Frau A. ist stationär aufgenommen worden, weil am nächsten Tag aufgrund eines Mammakarzinoms eine Brust-OP geplant ist. Erst während des Eingriffs kann entschieden werden, ob eine brusterhaltendes Vorgehen möglich ist. Frau A. ist extrem nervös, ängstlich, angespannt. Sie hat Angst, nicht schlafen zu können und dann nicht „fit“ zu sein für den Eingriff. Sie glaubt, „gleich verrückt zu werden“. In einem kurzen ärztlichen Gespräch kann Frau A. verdeutlicht werden, dass sie ganz normal reagiert und verständlicherweise den unklaren Ausgang der OP fürchtet. Da viele Patientinnen in dieser Situation nicht in den Schlaf fänden, könne sie bei Bedarf auch ein Beruhigungs- oder Schlafmittel bekommen. Zudem entlastet es Frau A., zu hören, dass es für den OP-Verlauf nicht wichtig sei, dass sie „ausgeschlafen“ ist.

## Angst als krankheitswertige Störung

Wie bereits erwähnt, machen Angststörungen mit ihren verschiedenen Ausformungen die häufigste Gruppe psychischer Störungsbilder bei Frauen aus. Bei manchen Frauen sind mehrere Diagnosen parallel gerechtfertigt, wie etwa die Diagnose einer oder mehrerer Phobien neben einer Panikstörung. Nicht immer sind die klinischen Formen der Angststörungen klar voneinander abgrenzbar. Nicht eingerechnet in die genannten Prävalenzraten sind übrigens die Angstsymptome, die als Teil der Symptomatik bei anderen psychischen Störungsbildern vorkommen (wie etwa bei Depressionen, s. u.).

### Merke

Häufiger als vielleicht gedacht beeinflussen krankheitswertige Ängste das Verhalten von Patientinnen in der Praxis. Die zumindest orientierende Kenntnis der verschiedenen Angststörungen ist deshalb unabdingbar.

► **Tab. 1** Verbale Techniken im Kontakt mit Patientenängsten, die Verständnis und Zuwendung signalisieren.

verbale Intervention	Erläuterung	Beispielsätze
Normalisierung	Gefühle und Reaktionen der Patientin werden „entpathologisiert“	„Es ist verständlich, dass Sie vor einer solchen Untersuchung Angst haben.“ „Jeder würde sich in dieser Situation Sorgen machen.“
Brückenfragen	Angebot einer Gesprächsbrücke zu bestimmten Themen, ohne der Patientin das Thema aufzuzwingen	„Ich könnte mir vorstellen, dass Ihnen die Untersuchung Angst macht ...“ „Von anderen Patientinnen in Ihrer Situation wissen wir, dass sie sich Gedanken machen über...“
Fürsorglichkeit/Empathie	Mitgefühl zeigen	„Ich würde mir wünschen, Sie etwas mehr beruhigen zu können.“ „Es tut mir leid, dass Sie das so angstvoll erleben.“
Stützen/Wertschätzen	Bemühungen der Patientin positiv kommentieren, loben und damit verstärken	„Obwohl Sie so ängstlich sind, bekommen Sie das so toll hin.“ „Ich finde, Sie zeigen sehr viel Mut in dieser Situation.“



## Phobische Störungen

Phobische Ängste sind weitverbreitet (► **Tab. 2**); viele Menschen kennen sie in leichter Ausprägung, wie z. B.

- Höhenängste (Akrophobie),
- Ängste in engen Räumen (Klaustrophobie) oder
- Ängste vor bestimmten Tieren (z. B. Hunden oder Spinnen).

Einen Störungswert bekommen phobische Ängste erst, wenn sich die Betroffenen in erheblichem Maße eingeschränkt fühlen, wenn sie sich beispielsweise nicht mehr auf die Straße trauen aus Angst, einem Hund zu begegnen. Besonders schnell eingeschränkt fühlen sich Betroffene mit Agoraphobie (Angst vor freien Plätzen; Agora = Platz/Markt). Sie befürchten, in Menschenmengen peinlich aufzufallen bzw. zusammenzubrechen und niemand hilft ihnen. Dadurch werden jegliche Menschenansammlungen vermieden, ob im Supermarkt, im Kino, auf Flughäfen oder Ähnliches. Häufig können die Betroffenen Schlüsselsituationen benennen, durch welche die Ängste begonnen haben.

Im gynäkologischen und geburtshilflichen Kontext werden Phobien dann relevant, wenn sie Auswirkungen auf das Gesundheitsverhalten haben. Wenn eine Frau sich erst extrem spät in Behandlung begibt, z. B. mit einem bereits ulzerierten Mammakarzinom, kann dahinter eine extrem ausgeprägte Krankheitsphobie stecken. Auch eine Spritzenphobie oder Iatrophobie (Angst vor Ärzten) bzw. eine Krankenhausphobie kann notwendige Behandlungen stark verzögern. So kommt eventuell eine Frau mit ausgeprägten vaginalen Blutungen erst dann zur Operation, wenn der Blutverlust sehr ausgeprägt ist und sie unter Schwindel und Ohnmachtsanfällen leidet.

Gerade bei der Angst vor Blutabnahmen oder Spritzen wie auch bei der Iatrophobie ist es denkbar, dass frühere

negative Erfahrungen (meist schon in der „wehrlosen“ Kindheit) zur Entwicklung dieses Problems beigetragen haben. Können Patientinnen kein Blut sehen und drohen, dabei sogar ohnmächtig zu werden, kann ein Untersuchungsablauf und damit auch der Arbeitsalltag deutlich erschwert und verzögert werden.

Auch die Diagnostik „in der Röhre“ (CT, MRT) kann Patientinnen bereits bei der Ankündigung panisch reagieren lassen, wenn sie unter Klaustrophobie leiden. Naturgemäß ist dann auch das weitere Verhalten in der Untersuchungs- und Behandlungssituation von den phobischen Ängsten geprägt.

### FALLBEISPIEL

#### Patientin mit Spritzenphobie

Bei Frau B. wird per Ultraschall eine Frühschwangerschaft festgestellt, worauf sie sehr panisch reagiert; sie habe extra zuverlässig verhütet, weil sie wisse, dass in der Schwangerschaft häufiger Blut abgenommen wird, das gehe bei ihr nicht. Als Kind habe sie mehrere Infusionen erhalten, die sie als schmerzhaft erlebt habe, zudem sei sie von Ärzten und Krankenschwestern „eisern“ festgehalten worden. Seitdem könne sie Spritzen nicht einmal mehr aus der Ferne sehen, ohne Schweißausbrüche zu bekommen und zu zittern. Zunächst wird Frau B. versichert, dass ihr nicht sofort Blut abgenommen werden muss und dass in einem weiteren Termin in Ruhe geklärt werden kann, welche Untersuchungen ihr empfohlen werden und auf welche man auch verzichten kann. Es wird eine schrittweise Herangehensweise erprobt, in der Frau B. selbst bestimmt, wann ihr wer Blut abnehmen darf. Ihr werden alle Handlungen ausführlich vorab erläutert und angekündigt. Sie kann jederzeit abbrechen. Es bedarf 5 Versuchen, bis sie dem letzten Schritt, dem Pieksen der Nadel, zustimmt. Danach weiß sie nicht mehr, was ihr so viel Angst gemacht hat, sie fand es „gar nicht schlimm“.

► **Tab. 2** Einteilung der Phobien nach ICD-10, F40.

ICD-10	Diagnose	Symptome/Auswirkungen
F40	Phobische Störungen	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Angst bezogen auf einzelne, eindeutig definierte Situationen</li> <li>▪ Vermeidungs- oder Fluchtverhalten</li> <li>▪ vegetative Begleitsymptome (Herzklopfen, Schweißausbrüche)</li> <li>▪ Angst vor Kontrollverlust</li> </ul>
F40.0	Agoraphobie	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ängste, das Haus zu verlassen, Geschäfte zu betreten, in Menschenmengen und auf öffentlichen Plätzen (Agora) zu sein, allein mit öffentlichen Verkehrsmitteln zu reisen</li> <li>▪ ohne (F40.00) oder mit Panikattacken (F40.01)</li> </ul>
F40.1	Soziale Phobie	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Furcht vor kritischer Betrachtung durch andere Menschen</li> <li>▪ Vermeidung sozialer Situationen (z. B. gemeinsames Essen/Sprechen vor anderen)</li> <li>▪ häufig ausgeprägte Selbstwertproblematik</li> <li>▪ vegetative Symptome (Erröten, Händezittern, Übelkeit, Harndrang) in der Akutsituation</li> </ul>
F40.2	Spezifische Phobien	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Phobien, die auf spezifische Situationen bzw. Objekte bezogen sind, z. B. Höhenangst (Akrophobie)</li> <li>▪ starkes Vermeidungsverhalten</li> <li>▪ Panikzustände bei Konfrontation mit dem angstauslösenden Reiz</li> </ul>

► **Tab. 3** Panikstörung nach ICD-10, F41.0.

ICD-10	Diagnose	Symptome/Auswirkungen
F41.0	Panikstörung	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ wiederkehrende Panikattacken intensiver Angst, die nicht auf bestimmte Situationen oder Auslöser bezogen sind</li> <li>▪ körperliche Begleitsymptome (Herzrasen, Erstickungsgefühle, Schwindel, Entfremdungsgefühle, Furcht, zu sterben, Angst, die Kontrolle zu verlieren oder verrückt zu werden)</li> <li>▪ häufig sekundäre depressive Symptome; besteht die Depression bereits zu Beginn der Panikattacken, handelt es sich am ehesten um eine depressive Episode mit Panikattacken</li> <li>▪ wichtige Differenzialdiagnose bei vermeintlich klimakterischen Beschwerden ohne hormonelles Korrelat</li> <li>▪ Panikattacken können aus dem Schlaf heraus auftreten</li> </ul>

Als Tokophobie bezeichnet man extreme Ängste vor einer Schwangerschaft bzw. der Geburt. Die Ängste können so stark sein, dass die Patientinnen besonders gründlich verhüten, auf einer Sterilisation bei sich oder beim Partner bestehen oder bei dennoch eingetretener Schwangerschaft einen Abbruch in Erwägung ziehen. Auch reine Geburtsängste, meist vor unerträglichen Schmerzen, können phobischer Natur sein, resultieren aber auch bisweilen aus früheren traumatischen Erfahrungen.

#### Merke

Vom medizinischen Personal ist im Umgang mit Phobien besonders viel Einfühlungsvermögen und Geduld gefordert.

Patientinnen profitieren von möglichst wenig Personalwechsel und bestenfalls einer festen Ansprechperson, zu der Vertrauen aufgebaut werden kann. Das schrittweise Heranführen an die angstausslösende Situation kann den verhaltenstherapeutischen Methoden entliehen werden. Jedoch ist häufig eine Therapie im eigentlichen Sinne in der medizinischen Situation nicht umsetzbar.

### Panikstörung

Panikattacken treten häufig ohne Ankündigung „aus dem Nichts“ auf – manchmal auch aus dem Schlaf heraus. Sie werden von den Betroffenen als äußerst bedrohlich erlebt. Die ersten Panikattacken können Todesängste auslösen, nicht selten wird durch den Verdacht auf Herzinfarkt ein Rettungswagen gerufen. Sobald sich die betroffene Person in sicheren Händen fühlt, beruhigt sich die Symptomatik sehr schnell. Die Symptome mit Herzrasen und anderen vegetativen Symptomen müssen trotzdem immer differenzialdiagnostisch abgeklärt werden (EKG, Herzultraschall). Zudem darf eine Schilddrüsenüberfunktion nicht übersehen werden, die ebenfalls den Panikattacken ähnliche Zustände auslösen kann. Früher wurde diese Störung wegen der ausgeprägten kardialen Symptomatik auch als „Herz-Angst-Neurose“ bezeichnet. Die Fortschritte in der biologischen Psychiatrie machten allerdings deutlich, dass es sich nicht um eine rein neurotische Störung handelt, sondern dass ein biologisches Korrelat zum Serotoninsystem im ZNS besteht.

#### DEFINITION

##### Merkmale einer Panikattacke (nach ICD-10, F41.0)

- einzelne Episode von intensiver Angst
- abrupter Beginn
- Maximum der Symptomatik innerhalb weniger Minuten; mindestens einige Minuten andauernd
- mögliche Begleiterecheinungen:
  - Herzklopfen, Herzklopfen, erhöhte Herzfrequenz
  - Schweißausbrüche
  - Zittern
  - Mundtrockenheit
  - Atembeschwerden
  - Beklemmungsgefühl
  - Brustschmerzen und Missempfindungen in der Brust
  - Übelkeit/Missempfindungen im Bauch
  - Schwäche, Schwindel, Benommenheit, Unsicherheit
  - Unwirklichkeits-/Entfremdungsgefühl
  - Angst vor Kontrollverlust/Angst, verrückt zu werden
  - Todesängste

Bei wiederkehrenden Panikattacken spricht man von einer Panikstörung (► **Tab. 3**).

#### Cave

**Bevor eine Panikstörung diagnostiziert wird, müssen zunächst somatische Ursachen (wie etwa eine Herzkrankung oder eine Schilddrüsenfunktionsstörung) ausgeschlossen werden.**

Aufgrund der empfundenen Heftigkeit der Attacken entwickeln Betroffene sehr schnell eine sekundäre Angst („Angst vor der Angst“), wodurch es im Verlauf zum sozialen Rückzug und deutlichen Einschränkungen im Alltag kommen kann. Es besteht die Angst vor „Anfällen“ in der Öffentlichkeit, sodass Betroffene sich nur noch in Be-

gleitung aus dem Haus trauen, um den Weg zur Arbeit zu bewältigen, Einkäufe zu erledigen etc. Durch die Begleitung fühlen sie sich sicherer, in der Nähe von Krankenhäusern, Ärzten und Krankenschwestern nochmals verstärkt in Sicherheit.

Häufig werden körperliche Prozesse sehr genau beobachtet und überinterpretiert. Die folgenden Ängste setzen den sogenannten Teufelskreis der Angst in Gang, da die Angst tatsächlich für weitere Symptome sorgt. Wenn eine Patientin nicht aus der stationären Klinik entlassen werden möchte, obwohl ihre somatische Behandlung abgeschlossen ist, könnten unkontrollierbare Ängste zugrunde liegen.

#### TIPP FÜR DIE PRAXIS

Treten Panikattacken nachts aus dem Schlaf heraus auf, denken Frauen bisweilen an eine Wechseljahres-symptomatik in Form von nächtlichen Hitzewallungen. Wenn die hormonelle Situation aber keinen Hinweis auf einen menopausalen oder prämenopausalen Zusammenhang ergibt, sollten Panikattacken differenzialdiagnostisch in Erwägung gezogen werden.

### Generalisierte Angststörung

Eine weitere wichtige Untergruppe stellt die Generalisierte Angststörung (GAS) dar, die durch ihre Ähnlichkeit zu bekannten „Alltagssorgen“ am schwierigsten zu erkennen ist. Die ständige Sorge, dass einem selbst oder irgendjemandem, der einem nahesteht, etwas passieren könnte, ist häufig begleitet von vegetativen Symptomen (► **Tab. 4**). Menschen, die eine eher selbstunsichere, ängstliche Persönlichkeit haben, sind vulnerabler, eine GAS zu entwickeln. Die Betroffenen fürchten, dass ihnen selbst oder engen Familienmitgliedern etwas zustoßen könnte, ein Unfall, ein Verbrechen oder eine bedrohliche Krankheit. Häufig werden diese „Katastrophenszenarien“ sehr bildhaft fantasiert, sodass sie wie „echt“ erlebt werden und sich der Gedanke festsetzt: „Jetzt ist wirklich etwas passiert“. Beruhigung fühlen sie erst dann, wenn sich der Partner, das Kind, ein Elternteil meldet und bestätigt „dass es ihm gut geht“ oder „dass er gut angekommen ist“.

Eine schwangere Patientin mit GAS kann auch in ständiger Angst und Sorge um ihr ungeborenes Kind sein. Es kann sich aber auch die Furcht verstärken, dem Partner, der jetzt mehr denn je gebraucht wird, könnte etwas zustoßen.

#### FALLBEISPIEL

##### Wechseljahre oder Panikstörung?

Die 45-jährige Frau C. stellt sich mit Schlafstörungen und Erschöpfungssymptomatik vor. Sie vermute beginnende Wechseljahresbeschwerden. Sie schrecke häufiger nachts auf, sei nass geschwitz und leide unter Herzrasen. Eine Freundin von ihr habe ähnliche Symptome vor der Menopause gehabt. Der Hormonstatus zeigt, dass die Werte noch im Referenzbereich der Prämenopause liegen, somit Hitzewallungen unwahrscheinlich sind. Eine genauere Exploration der Vorgeschichte und der aktuellen psychosozialen Situation bringt Hinweise auf mehrere Phobien und deutliche familiäre Veränderungen, die Frau C. aktuell Angst machen. Tagsüber versuche sie, „anpackend“ mit dem Auszug der ältesten Tochter und dem Auslandsjahr des Sohnes umzugehen, wie auch mit dem neuen Job ihres Mannes in einer anderen Stadt, weshalb sie sich vorübergehend nur am Wochenende sehen. Sie fühle sich jedoch häufig überfordert, weil „alles an ihr hängen bleibe“. Das nächtliche Hochschrecken stellt sich als Panikattacke dar, wonach es ihr sehr schwer fällt, sich zu beruhigen und wieder in den Schlaf zu finden. Sie willigt in eine Psychotherapie ein, um sich in dieser Lebensphase unterstützen zu lassen.

#### FALLBEISPIEL

##### Patientin mit Generalisierter Angststörung

Frau D. (31 Jahre) stellt sich in der 25. SSW mit „vielen Ängsten“ vor. In ihrer Familie sei es „völlig normal“ gewesen, sich ständig telefonisch zu versichern, „dass alles in Ordnung ist“. Sie und ihre ältere Schwester müssten bis heute jeden Abend die Mutter anrufen, da diese sonst vor Sorge nicht schlafen könne. Natürlich habe das auch mal „genervt“. Sie habe sich vorgenommen, als Mutter ihre Kinder nicht so „zu behüten“. Allerdings erkenne sie sich zurzeit kaum wieder. Sie verhalte sich genauso wie ihre Mutter, male sich ständig aus, was in der Schwangerschaft noch alles passieren könne. Ihr Partner müsse sich auch bei ihr melden, wenn er morgens im Büro angekommen sei; komme er abends später, mache sie sich unendlich Sorgen. Obwohl sie rational wisse, dass „das gar nichts bringe“, könne sie sich kaum mehr selbst beruhigen.

##### Interventionsbeispiel „Bildschirmtechnik“

Bei Frau D. wird eine Intervention angewendet, die als „Bildschirmtechnik“ bezeichnet wird. Mit ihr wird besprochen, dass ihre Ängste offensichtlich immer wieder wie „innere Filme mit Hollywoodqualität“ ablaufen. Sie kennt die Inhalte dieser „selbst gedrehten Katastrophenfilme“. Deshalb kann sie sich auch selbst entscheiden, ob sie den Film „anschaut“ oder die imaginierte Filmkassette zurück in den Schrank stellt. Wenn der Film unaufgefordert losläuft, kann sie sich vorstellen, „das Licht anzumachen und aus dem dunklen Kino ins Sonnenlicht bzw. ins Hier und Jetzt zu treten“. Wenn sie sich doch einmal diesen Film anschauen „muss“, kann sie versuchen, diesen wie auf einem Fernsehbildschirm zu betrachten und das Bild bewusst zu verändern, z. B. in Schwarz-Weiß, oder den Ton ausdrehen. Auch kann sie die imaginierte Fernbedienung benutzen, um Vorzuspulen oder das Bild kleiner werden zu lassen.



► **Tab. 4** Generalisierte Angststörung (GAS) nach ICD-10, F41.1.

ICD-10	Diagnose	Symptome/Auswirkungen
F41.1	Generalisierte Angststörung	<ul style="list-style-type: none"> <li>oft früh beginnend</li> <li>eng mit der Persönlichkeit verbunden</li> <li>anhaltende und wiederkehrende Ängste unabhängig von Situationen oder Auslösern („frei flottierend“)</li> <li>ständige Sorge und Furcht, einem selbst oder Angehörigen könnte etwas Schlimmes passieren (Unfall, Krankheit)</li> <li>vegetative Begleitsymptome möglich (Schwitzen, Zittern, Herzklopfen, Schwindel, Nervosität, Muskelspannung etc.)</li> </ul>

## Angst als Symptom anderer psychischer Störungen

Angst ist nicht nur eine ubiquitäre menschliche Reaktion in stressreichen Situationen, sondern auch ein unspezifisches psychisches Krankheitssymptom, sodass es bei praktisch allen psychischen Störungen in mehr oder weniger starker Ausprägung zu finden ist. Einige Beispiele dafür sind in ► **Tabelle 5** aufgeführt.

### Merke

Ängste sind bei psychischen Störungen ubiquitär. Sie treten als Symptom auch außerhalb eigenständiger Angststörungen auf (wie etwa bei Depressionen oder Psychosen).

Eine besondere Situation ergibt sich vor allem mit Patientinnen, die viele körperbezogene Ängste im Rahmen einer somatoformen Störung entwickeln. Die Unterscheidung zwischen „rein somatischen“ und „psychosomatischen“ Beschwerden fällt nie leicht. Die Patientinnen imponieren meist durch die Forderung nach wiederholten Untersuchungen oder Eingriffen, um Symptome zu lindern oder eine angenommene Erkrankung endlich zu diagnostizieren. Diese Patientinnen stehen psychosomatischen Erklärungsmodellen meist sehr skeptisch gegenüber und neigen zu häufigen Arztwechseln, weil ihnen „keiner glaubt“.

### TIPP FÜR DIE PRAXIS

Hilfreiche Sätze im Kontakt mit somatoform gestörten Patientinnen können sein:

- „Es muss belastend sein, wenn man so leidet und wir mit den bisherigen Mitteln nichts ausrichten (bzw. finden) konnten.“
- „Ich bleibe gerne mit Ihnen auf der Suche, aber in dieser belastenden und anstrengenden Zeit, in denen wir Ihnen die Symptome nicht sofort nehmen können, könnte eine psychologische Begleitung/Schmerztherapie entlastend wirken.“

### Merke

Der Schluss „Weil wir nichts finden, muss es psychisch sein.“ ist bei ungeklärten somatischen Beschwerden weder hilfreich noch zulässig. Psychische Diagnosen sind keine Ausschlussdiagnosen!

► **Tab. 5** Angst als Bestandteil anderer psychischer Störungen.

Störung	Symptome	Beschreibung
Depressionen	<ul style="list-style-type: none"> <li>unbestimmte Angst</li> <li>Zukunftsängste</li> <li>ängstliche Grübeleien</li> </ul>	Typisch ist die Bindung an pessimistische Zukunftsgedanken, Hoffnungslosigkeit; besonders quälend für Betroffene, wenn verbunden mit Schlafstörungen.
Psychosen	<ul style="list-style-type: none"> <li>unbestimmte Angst</li> <li>psychotische Ängste = Begleitsymptomatik bei Wahnsymptomen oder Halluzinationen (z. B. Angst vor Verfolgern etc., angsteinflößende Stimmen)</li> </ul>	Bei Psychosen ist die ausgeprägte Angst der Betroffenen oftmals das einzige sichtbare Zeichen der Psychose, während die Betroffenen über Wahnsymptome oder Stimmenhören nicht sprechen oder diese sogar verneinen.
Zwangsstörungen	<ul style="list-style-type: none"> <li>Angst vor den Folgen „falschen Verhaltens“</li> </ul>	Beispiel: Angst vor Infektionen führt zum Waschzwang. Wird das Waschritual verhindert, steigt die Angst unter Umständen ins Unerträgliche. Zwangshandlungen dienen dazu, Angst zu vermeiden bzw. zu reduzieren.
Somatoforme Störungen	<ul style="list-style-type: none"> <li>Die Ängste beziehen sich insbesondere auf vermutete körperliche Erkrankungen.</li> </ul>	Die Ängste sind Folge der subjektiven Überzeugung, krank zu sein, auch wenn die Befunde keine (ausreichende) Erklärung für die Beschwerden liefern. Negative Untersuchungsergebnisse reduzieren die Ängste nur sehr kurzfristig.
Posttraumatische Belastungsstörung	<ul style="list-style-type: none"> <li>angstvolles Wiedererleben der Situation</li> <li>verbunden mit Reizbarkeit, Überwachtheit, Schreckhaftigkeit, Schlaflosigkeit</li> </ul>	Eindringliche Erinnerungen äußern sich in Form von Intrusionen, Flashbacks und Alpträumen.

## Angst als Reaktion auf belastende Ereignisse oder körperliche Erkrankungen

Auch psychisch gesunde Menschen reagieren in manchen Belastungssituationen mit Ängsten. Nachvollziehbar ist das insbesondere in medizinischen Krisensituationen, die mit existenziellen Befürchtungen verbunden sind – wie etwa die Mitteilung einer Krebsdiagnose oder der drohende Verlust des ungeborenen Kindes in der späten Schwangerschaft. In einer solchen Situation sind Betroffene oft doppelt belastet, weil sie nicht nur über die bedrohlichen Zukunftsaussichten nachgrübeln, sondern auch nicht wissen, wie sie mit diesen Ängsten umgehen sollen. Die erste, fast „natürliche“ Reaktion besteht darin, die Ängste möglichst erst einmal zur Seite zu drängen, sie also nicht zuzulassen. Dabei gehört es zu den erfolgreichen Bewältigungsstrategien im Umgang mit Ängsten, diese Ängste zuzulassen. Statt vor der Angst „davonzulaufen“, ist es hilfreich, der Angst „ins Gesicht zu sehen“. Auch für die langfristige Bewältigung solcher Stresssituationen ist es wichtig, sich mit der Angst auseinanderzusetzen.

Auch wenn Sie keine psychotherapeutische Spezialausbildung haben, können Sie mit wenigen einfach anzuwendenden Interventionen Patientinnen in dieser Situation helfen.

Entspannungstechniken können in solchen Situationen helfen. Vielfach haben Patientinnen Erfahrungen damit und können darauf zurückgreifen oder die Kenntnisse einfach auffrischen (z. B. über entsprechende Apps, YouTube, CDs zu autogenem Training, progressiver Muskelentspannung, Fantasiereisen, Entspannungsübungen, Atemmeditation etc.). Aber selbst wenn eine Patientin noch keinerlei Erfahrungen damit hat, können Sie sie mit einer einfachen Fantasiereise in einen entspannten Zustand begleiten, womit automatisch eine Angstreduktion

### FALLBEISPIEL

#### Patientin mit Angst vor Fehlgeburt

Die 29-jährige Frau E. stellt sich in der 20. SSW vor, da sie die ausgeprägte Angst vor einer Fehlgeburt nicht loswerde. Sie sei in den ersten Schwangerschaftswochen ungewöhnlich häufig zur Toilette gegangen und habe begonnen, zwanghaft das Toilettenpapier nach Blutspuren zu untersuchen, „nur um sicherzugehen“. Sie habe gehofft, dass sie das nach der 12. SSW lassen könne, wisse sie doch, dass die Gefahr einer Fehlgeburt danach deutlich abnehme. Irgendwie habe sich das aber verselbstständigt. Selbst ihr Mann müsse bisweilen „nachkontrollieren“, da sie inzwischen Angst habe, es nicht erkennen zu können.

einhergeht. Nach wenigen angeleiteten Übungen kann dann die Patientin diese Übungen eigenständig durchführen.

### INTERVENTIONSBEISPIEL

#### Der Angst die Tür öffnen

Angst kann sich vor allem dann verstärken, wenn eine Patientin diese gar nicht akzeptieren kann, z. B. weil sie die Erwartung hat, dass sich Angst schädlich auf ihr ungeborenes Kind auswirken könnte. Eine bildhafte Intervention kann helfen:

„Stellen Sie sich vor, Sie haben Angst, dass vor Ihrer Tür ein großes zotteliges Monster lauert, das Sie anfallen wird. Mit allen Kräften halten Sie ständig die Tür zu. Sie können an nichts Anderes mehr denken als an die Gefahr vor der Tür. Machen Sie den Versuch und lassen Sie das zottelige Monster eintreten, laden Sie es geradezu ein. Sie werden feststellen, dass es kein wildes Ungeheuer ist. Obwohl es unangenehm ist, merken Sie, dass Sie es zähmen können. Weisen Sie ihm einen Platz in einer Zimmerecke zu, wo es sich aufhalten darf. Wenden Sie sich ihm von Zeit zu Zeit zu und schenken Sie ihm dann Ihre volle Aufmerksamkeit, aber es darf Sie nicht den ganzen Tag beschäftigen. Sie werden feststellen, dass aus dem Monster irgendwann eher ein „unbeliebter Besuch“, geworden ist, der aber seine Bedrohung verloren hat, und dass Sie einigermaßen friedlich zusammenleben können.“

### INTERVENTIONSBEISPIEL

#### Fantasiereise

Auf Fantasiereisen können sich ängstlich angespannte Patientinnen meist gut einlassen:

Nach einer kurzen Entspannungsinduktion (Konzentration von der Außenwelt in den Körper lenken, indem einzelne Körperteile nacheinander bewusst wahrgenommen werden) soll sich Frau E. vorstellen, an einem angenehm warmen Sommertag an einem Strand am Meer entlangzulaufen. Sie spürt den Sand unter den Füßen und zwischen den Zehen, spürt die warmen Sonnenstrahlen auf der Haut, einen leichten Windhauch im Gesicht, hört das Rauschen der Wellen, riecht diesen typischen Geruch am Meer, vielleicht eine Prise von Sonnenmilch dabei. Sie lässt den Blick über das Wasser bis zum Horizont schweifen und spürt, wie ihr Atem dabei immer ruhiger und gleichmäßiger wird und ihren Körper mit frischer Luft bis in die kleinsten Zellen wunderbar versorgt. Sie darf sich noch etwas Zeit lassen, alle Sinne nochmals bewusst wahrzunehmen, um dieses wunderbar ruhige Gefühl mitzunehmen, wenn sie sich langsam wieder zurückorientiert, sich vom Strand verabschiedet und erholt und erfrischt im Hier und Jetzt wieder ankommt. Sie weiß, dass sie jederzeit an diesen inneren Ruheort zurückkehren kann und dass sich alle Empfindungen damit wiedereinstellen werden.

## Therapie bei Ängsten und Angststörungen

Nicht jede Angstreaktion ist behandlungsbedürftig, insbesondere bei „normalen, ableitbaren Ängsten“ sind die oben dargestellten verbalen Interventionen (wie etwa die Normalisierung) hilfreich. Krankheitswertige Störungen (wie etwa Panikstörungen oder Generalisierte Angststörung) erfordern häufig eine qualifizierte Psychotherapie – nicht zuletzt auch, um die Fixierung der Ängste mit Zunahme des Vermeidungsverhaltens zu verhindern.

### Merke

Das Primat hat bei der Angstbehandlung die Psychotherapie, nicht selten aber auch in Kombination mit medikamentösen Strategien.

### Psychotherapie

**Verhaltenstherapeutische Techniken.** Bei Angststörungen haben sich vor allem verhaltenstherapeutische Methoden als besonders wirksam erwiesen, auf die hier deshalb in erster Linie eingegangen werden soll. Jede Therapie setzt jedoch bei der Patientin die Bereitschaft zur Mitarbeit und einen Veränderungswillen voraus.

Die Verhaltenstherapie wird zur Veränderung unerwünschter Verhaltensweisen, Denkmuster, Emotionen, Motivationen und damit verbundener physiologischer Vorgänge eingesetzt, was sie gerade bei Ängsten sehr effektiv macht. Der Angstteufelskreis setzt sich speziell aus diesen genannten Faktoren zusammen. Mit einer sogenannten Verhaltensanalyse wird herausgearbeitet, unter welchen Bedingungen sich die unerwünschten Symptome, z. B. Ängste oder Zwänge, entwickelt haben und wodurch sie aufrechterhalten werden.

Verschiedene verhaltenstherapeutische Techniken können in der Angstbehandlung eingesetzt werden. Bei vielen Ängsten lohnen sich Verfahren wie Konfrontation bzw. Desensibilisierung, bei denen sich die Patientin nach entsprechender Vorbereitung und unter therapeutischer Begleitung ganz bewusst in eine angstauslösende Situation begibt. Dadurch kann die Erfahrung gemacht werden, dass die Angst ohne „Flucht aus der Situation“ ab-

nimmt und die Patientin weder „verrückt“ wird, noch sonst irgendetwas passiert.

**Systematische Desensibilisierung.** Die Systematische Desensibilisierung ist eine der bekanntesten Techniken der Verhaltenstherapie und ist gerade bei Phobien besonders gut geeignet. Diese kann „stufenweise“, d. h. in einzelnen kleinen Schritten, erfolgen, indem sich die Patientin immer mehr der angstauslösenden Situation annähert, häufig erst mal „in sensu“ (also in Gedanken) und später erst „in vivo“ (also in der Realität).

**Entspannungstechniken.** Zuvor wird eine Entspannungstechnik erlernt (z. B. Progressive Muskelentspannung, PME), die bei Aufkommen der Angstsymptome eingesetzt wird. In einer „Angsthierarchie“ wird festgelegt, bei welcher Vorstellung schon leichte Angst einsetzt, bis hin zu maximal angstauslösenden Gedanken. Kombiniert mit Entspannung wird der Angstreiz dann in der Vorstellung immer weiter der Hierarchie nach gesteigert.

**Konfrontationstherapie.** Bei der Konfrontationstherapie (Reizüberflutung, auch Exposition oder „Flooding“ genannt) beginnt die Desensibilisierung nach entsprechender Vorbereitung und mit Einverständnis der Patientin direkt „in vivo“ mit dem am stärksten angstauslösenden Reiz. Eine Patientin mit Spinnenphobie wird sich bei der stufenweisen Desensibilisierung zunächst Fotos, dann Spinnen im Terrarium anschauen, bevor ein Kontakt stattfindet. Bei der Reizüberflutung dagegen wird sie in Begleitung der Psychotherapeutin direkt eine Spinne berühren oder diese wird ihr auf den Arm gesetzt. Im Vorfeld wird intensiv besprochen, wie mit instinktiven Fluchtimpulsen umgegangen wird und dass auch das gedankliche Ausweichen (an etwas Anderes denken = kognitive Vermeidung) nicht genutzt wird, dass vielmehr die volle Konzentration auf den angstauslösenden Reiz gerichtet bleibt. Selbst starke körperliche wie emotionale Angstreaktionen als Folge der Adrenalinausschüttung lassen nach einiger Zeit nach, wodurch eine neue Lernerfahrung gemacht werden kann. Die Konfrontationstherapie ist gerade bei Ängsten eine effektive Therapieform mit sehr raschem Therapieerfolg. Beide Techniken sind in ► **Tabelle 6** zusammengefasst dargestellt.

► **Tab. 6** Beispiele verhaltenstherapeutischer Techniken bei Angststörungen.

verhaltenstherapeutische Technik	Vorgehensweise
Systematische Desensibilisierung	<ul style="list-style-type: none"> <li>Erstellen einer Angsthierarchie</li> <li>Erlernen einer Entspannungsmethode, z. B. PME</li> <li>schrittweise Annäherung an angstauslösende Gedanken/Situationen „in sensu“, später auch „in vivo“</li> </ul>
Konfrontation/Reizüberflutung Exposition/„Flooding“	<ul style="list-style-type: none"> <li>direkte Konfrontation mit maximal angstauslösender Situation</li> <li>Verhinderung von kognitiver und motorischer Vermeidung</li> <li>Aushalten physiologischer und emotionaler Reaktionen, wodurch Angst über die Zeit reduziert wird</li> </ul>

► **Tab. 7** Medikamentöse Behandlung von Ängsten.

Situation	Substanz	besondere Hinweise der Autorinnen
Fokussierte Ängste (z. B. vor Untersuchung im MRT)	Lorazepam 1 mg	sehr gute Wirkung; wegen Suchtpotenzial nur kurzfristige Anwendung
Fortgeschrittene Krebserkrankung/ präfinale Ängste	Lorazepam 1 mg, bis zu 6 mg/Tag bevorzugt als Schmerztablette	sehr gute Wirkung, keine Atemdepression/keine Sedierung; deshalb auch gut tagsüber einsetzbar Abhängigkeit: nicht von Bedeutung
Ängstliche Unruhe, verbunden mit Schlafstörungen	Mirtazapin	oftmals auch in sehr niedriger Dosierung hilfreich (7,5 mg), wenn nur Durchschlafstörungen bestehen
	Promethazin	auch als Bedarfsmedikation; als Tablette oder als Tropfen; gut verträgliches, niederpotentes Neuroleptikum, 25 mg, evtl. mehrfach
	Opipramol	gut geeignet als Bedarfsmedikation (25–100 mg/Tag)
Depressionen mit ängstlicher Unruhe und Schlafstörungen	Mirtazapin	15–45 mg/Tag, gute schlafanstoßende Wirkung
Depressionen mit zwanghaftem Grübeln und/oder Panikattacken	SSRI (z. B. Sertralin, Citalopram)	anfängliche Nebenwirkungen evtl. Kopfschmerzen, Übelkeit. Gabe morgens, um Schlaf nicht zusätzlich zu stören
Panikstörung	SSRI (z. B. Sertralin, Citalopram)	anfängliche Nebenwirkungen evtl. Kopfschmerzen, Übelkeit
Generalisierte Angststörung	Venlafaxin	als Retardpräparat, langsam Eindosieren wegen anfänglich oftmals ausgeprägter Nebenwirkungen (Kopfschmerzen, Übelkeit), beginnend mit 37,5 mg, zunächst bis 75 mg

Verhaltenstherapeutische Techniken werden häufig mit anderen Therapieformen kombiniert, z. B. mit

- Entspannungsverfahren oder
- Fantasiereisen etc. (siehe Interventionsbeispiele oben)

#### TIPP FÜR DIE PRAXIS

Im Krankenhausalltag besteht häufig nicht die Zeit, vor den anstehenden Untersuchungen oder Eingriffen eine Angstbehandlung vorzuschalten. Allerdings können einzelne Interventionen (wie etwa Fantasiereisen) auch außerhalb einer strukturierten Psychotherapie eingesetzt werden. Im Einzelfall und punktuell kann auch eine medikamentöse Behandlung sinnvoll sein.

### Medikamentöse Therapie

Auch wenn die spezifische Behandlung von Angststörungen eher den Psychiatern vorbehalten sein sollte, können Sie als Frauenarzt bei Ängsten medikamentös intervenieren. Einige Handlungsmöglichkeiten sind in ► **Tabelle 7** zusammengestellt.

#### Cave

**Tranquilizer (Benzodiazepine) sollten nur im Ausnahmefall zum Einsatz kommen, da sie ein hohes Suchtpotenzial haben.**

#### KERNAUSSAGEN

- Angststörungen gehören zu den häufigsten psychischen Störungsbildern, besonders bei Frauen.
- Ängste können so ausgeprägt sein, dass sie die Inanspruchnahme medizinischer Behandlungen beeinflussen oder sogar verhindern.
- Panikattacken ähneln in der Symptomatik akuten Herzattacken; vor der Diagnose „Panikstörung“ muss eine kardiologische Ausschlussdiagnostik und eine Überprüfung der Schilddrüsenwerte erfolgen.
- Mögliche verbale Interventionen bestehen in Normalisierung, Brückenfragen sowie Empathie und Wertschätzung.
- Eine medikamentöse Intervention kann in speziellen Situationen helfen (z. B. vor der MRT-Untersuchung bei Angst vor engen Räumen).
- Angststörungen werden vorrangig mit Verhaltenstherapie behandelt. Je nach Art und Intensität der Angststörung gibt es auch die Indikation zum Einsatz von Antidepressiva.

#### Interessenkonflikt

Die Autorinnen erklären, dass sie während der letzten 3 Jahre keine wirtschaftlichen oder persönlichen Verbindungen hatten, die im Zusammenhang mit dem Artikel stehen.

## Über die Autoren

**Almut Dorn**

Dr. phil. Dipl.-Psych. 1987–1993 Diplom-Studiengang Psychologie in Bielefeld, Paris und Mannheim. 1999 Approbation als Psychologische Psychotherapeutin (VT). 2003 Promotion. 1997–2007 Universitätsfrauenklinik Bonn, Gynäkologische Psychosomatik. Seit 2010 eigene Privatpraxis in Hamburg, Schwerpunkt Gynäkologische Psychosomatik. Dozentin und Supervisorin in der ärztlichen wie psychotherapeutischen Fort- und Weiterbildung.

**Anke Rohde**

Prof. Dr. Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie. 1997 Berufung auf eine Forschungsprofessur „Gynäkologische Psychosomatik“ an der Universität Bonn, verbunden mit dem Aufbau einer Abteilung Gynäkologische Psychosomatik an der Universitätsfrauenklinik Bonn.

Leitung bis 10/2015.

## Korrespondenzadresse

**Dr. phil. Almut Dorn**

Praxis für Gynäkologische Psychosomatik  
Beselerstr. 8  
22607 Hamburg  
praxis@almutdorn.de  
www.almutdorn.de

## Literatur

- [1] Jacobi F, Höfler M, Strehle J et al. Twelve months prevalence of mental disorders in the German Health Interview and Examination Survey for Adults – Mental Health Module (DEGS1-MH): a methodological addendum and correction. *Int J Methods Psychiatr Res* 2015; 24: 305–313
- [2] Rohde A, Hocke A, Dorn A. Psychosomatik in der Gynäkologie. *Kompaktes Wissen – Konkretes Handeln*. Stuttgart: Schattauer; 2017
- [3] Morschitzky H, Hartl T. Die Angst vor Krankheit verstehen und überwinden. *Ostfildern: Patmos*; 2012

## Bibliografie

DOI <https://doi.org/10.1055/s-0043-105948>  
Frauenheilkunde up2date 2017; 11: 175–186  
© Georg Thieme Verlag KG Stuttgart · New York  
ISSN 1439-3719



## Punkte sammeln auf CME.thieme.de



Diese Fortbildungseinheit ist 12 Monate online für die Teilnahme verfügbar. Sollten Sie Fragen zur Online-Teilnahme haben, finden Sie unter [cme.thieme.de/hilfe](https://cme.thieme.de/hilfe) eine ausführliche Anleitung. Wir wünschen viel Erfolg beim Beantworten der Fragen!

Unter [eref.thieme.de/ZZX8PVZ](https://eref.thieme.de/ZZX8PVZ) oder über den QR-Code kommen Sie direkt zum Artikel zur Eingabe der Antworten.

VNR 2760512017152371805



### Frage 1

Welche Angabe zur 12-Monats-Prävalenz von psychischen Störungen trifft zu?

- A 21,4% in der Allgemeinbevölkerung
- B 33,5% bei Frauen
- C 10,3% bei Männern
- D 21,4% bei Frauen
- E 33,5% in der Allgemeinbevölkerung

### Frage 2

Welche Reaktionsweise gehört *nicht* zu den körperlichen Auswirkungen von Angst?

- A Herzklopfen
- B flache Atmung
- C Übelkeit
- D Kopfschmerzen
- E Beklemmungsgefühl

### Frage 3

Welche Aussage zu den Interventionen beim Umgang mit Ängsten im praktischen Alltag trifft zu?

- A Intensives Nachfragen, was genau Angst macht, steigert die Ängste.
- B Verständnis aufseiten des Arztes für die Angst kann bereits entspannend auf die Patientin wirken.
- C Zu versichern, „Sie brauchen keine Angst zu haben“, hilft ängstlichen Patientinnen.
- D Mitgefühl ist eher kontraproduktiv.
- E Brückenfragen setzt man ein, wenn man nicht mehr weiterweiß.

### Frage 4

Welche Aussage zu Phobien trifft *nicht* zu?

- A Phobische Ängste sind weitverbreitet.
- B Phobien können Auswirkungen auf das Gesundheitsverhalten haben.
- C Inzwischen weiß man, dass Phobien zum Großteil vererbt sind.
- D Spritzenphobie und Iatrophobie können diagnostische und medizinische Maßnahmen erheblich verzögern.
- E Phobien können verhaltenstherapeutisch und/oder medikamentös behandelt werden.

### Frage 5

Was gehört *nicht* zu den Symptomen einer Panikattacke?

- A Vermeidungsverhalten
- B Angst vor Kontrollverlust
- C Entfremdungsgefühle
- D Brustschmerzen
- E ständige Sorge, jemandem könnte etwas zustoßen

### Frage 6

Welche Aussage zur Panikstörung ist *richtig*?

- A Panikstörungen haben meist körperliche Ursachen.
- B Eine Panikstörung kann erst nach Ausschluss von Herzsymptomatik und Schilddrüsenfunktionsstörung gestellt werden.
- C Hitzewallungen sind ein Symptom der Panikstörung.
- D Panikstörungen werden vorrangig mit Anxiolytika therapiert.
- E Panikstörungen kommen bei Männern häufiger als bei Frauen vor.

### Frage 7

Welches Symptom gehört nicht zur Generalisierten Angststörung (GAS)?

- A Sorge, dem Partner könnte etwas zustoßen
- B Angst vor schwerwiegenden Erkrankungen
- C Herzrasen, Schwitzen, Zittern
- D Angst vor Höhe
- E sich immer wieder versichern müssen

### Frage 8

Welche Aussage bezüglich Ängsten bei Zwangsstörungen ist *richtig*?

- A Zwangshandlungen dienen dazu, Angst zu vermeiden bzw. zu reduzieren.
- B Die Ängste beiseitezuschieben, reduziert die Zwänge.
- C Zwänge und Ängste treten nur getrennt auf.
- D Zwangshandlungen gehören diagnostisch zu den Angststörungen.
- E Zwangssymptome sind Teil einer Angststörung.

► Weitere Fragen auf der folgenden Seite ...

## Punkte sammeln auf CME.thieme.de

Fortsetzung...

### Frage 9

Welche Aussage zur Psychotherapie von Ängsten ist *nicht* zutreffend?

- A Angststörungen sind gut mit verhaltenstherapeutischen Techniken therapierbar.
- B „In sensu“-Techniken sind weniger konfrontierend als „In vivo“-Techniken.
- C Systematische Desensibilisierung ist ein verhaltenstherapeutisches Verfahren.
- D Bei Angststörungen sind Reizexpositionsübungen kontraindiziert.
- E Reizexposition und Konfrontationstherapie beschreiben das gleiche therapeutische Vorgehen.

### Frage 10

Welche Aussage zur medikamentösen Therapie der Angst bzw. Angststörungen trifft *nicht* zu?

- A Bei präfinalen Ängsten kann die Abhängigkeitsgefahr von Benzodiazepinen vernachlässigt werden.
- B Bei ängstlicher Unruhe und Schlafstörungen erzielt Mirtazapin niedrig dosiert eine gute Wirkung.
- C SSRI können anfänglich zu Nebenwirkungen wie Kopfschmerzen und Übelkeit führen.
- D Je nach Art und Ausmaß der Angststörung sind Antidepressiva indiziert.
- E Psychopharmaka dürfen ausschließlich von Psychiatern verschrieben werden.

Service für unsere Leser

**Sammelordner  
voll?**



**Neuen Ordner bestellen:**

[www.thieme.de/mein-up2date-order](http://www.thieme.de/mein-up2date-order)

*up2date – Fortbildung mit dem roten Faden*