ANGST, PHOBIE UND PANIK BEI JUGENDLICHEN

PRÄVALENZ, ANALYSE VERSCHIEDENER RISIKO- UND SCHUTZFAKTOREN, STRATEGIEN & INTERVENTIONSMÖGLICHKEITEN BEI 12-20-JÄHRIGEN SCHÜLERN IN LUXEMBURG

Travail de candidature

Michèle GLESENER
Psychologie
Maacher Lycée Grevenmacher
2018

SELBSTSTÄNDIGKEITSERKLÄRUNG

Hiermit versichere ich, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne Benutzung anderer als der angegebenen Hilfsmittel angefertigt habe. Alle Stellen, die wörtlich oder sinnesgemäß aus Veröffentlichungen oder anderen Quellen stammen, sind als solche eindeutig kenntlich gemacht.

Die Arbeit ist in gleicher oder ähnlicher Form noch nicht veröffentlicht und noch keiner Prüfungsbehörde vorgelegt wurden.

November 2018

Michèle Glesener

DANKSAGUNG

Ich möchte mich bei allen bedanken, die in der einen oder anderen Weise zu meinem Travail de candidature beigetragen haben. Erstens natürlich bei den Schülern, die sich bereit erklärt haben, die Fragebogen auszufüllen, und bei den Lehrern, die mich bei diesem Vorhaben unterstützt haben. Zweitens bei Gilles Estgen, Direktor des Maacher Lycée Grevenmacher, der mir erlaubt hat, dieses Projekt im MLG durchzuführen. Drittens bei Luc Schumacher, Psychologe im MLG, sowie bei Mario Maia, Educateur gradué im MLG, die mich immer mit offenen Ohren empfangen haben und mich sowohl bei der Beschaffung der Fragebogen als bei der Erstellung der Schülerbroschüre beraten haben. Dann geht auch ein herzlicher Dank an Sophie Recchia, die meinen Travail de candidature betreut hat und mir wertvolle Ratschläge, insbesondere in Bezug auf die Ausarbeitung der Fragebögen, gegeben hat. Und zuletzt bedanke ich mich bei meinem Mann und meinen Kindern, die mir den nötigen Freiraum gegeben haben, um die Arbeit zu planen und zu schreiben.

ANGST, PHOBIE UND PANIK BEI JUGENDLICHEN

PRÄVALENZ, ANALYSE VERSCHIEDENER RISIKO- UND SCHUTZFAKTOREN, STRATEGIEN & INTERVENTIONSMÖGLICHKEITEN BEI 12-20-JÄHRIGEN SCHÜLERN IN LUXEMBURG

Travail de candidature

Michèle GLESENER
Psychologie
Maacher Lycée Grevenmacher
2018

ABSTRACT

Angst ist eine emotionale Basisreaktion. Die körperlichen Reaktionen die die Angst begleiten sind sinnvoll, da sie uns auf schnelles Handeln vorbereiten. Angst ist auch die Kraft, die uns herausfordert, neue Entwicklungsschritte zu wagen. Milde Ängste gehören also zur normalen Entwicklung des Menschen hinzu.

Wenn die Angst jedoch länger anhält, in Situationen ohne wahrnehmbare Bedrohung auftritt, keine Möglichkeit der Bewältigung der Angst besteht und die Lebensqualität beeinträchtigt wird (z.B. soziale Phobie, Prüfungsangst, Panikstörungen mit oder ohne Agoraphobie), dann wird sie als pathologische Angst bezeichnet.[1]

Das Jugendalter ist eine stressreiche Phase der menschlichen Entwicklung zwischen Kindheit und Erwachsenenalter. Die Jugendlichen müssen sich an intensive biologische, affektive und kognitive Veränderungen anpassen. Weiter müssen sie sich großen psychosozialen Herausforderungen stellen. Angststörungen sind die häufigsten psychischen Störungen im Kindes- und Jugendalter[2]. Etwa 10% der Kinder und Jugendlichen erfüllen irgendwann in ihrem Leben die diagnostischen Kriterien einer Angststörung[3]. Die Psychologen und Erzieher des SePAS und des SEAP erleben seit einiger Zeit leider eine erhöhte Anzahl von Schülern die sich wegen Angststörungen an sie wenden.

Diese Kandidatur-Arbeit ist der Versuch, mit einer quantitativen transversalen Methodologie mittels wissenschaftlich validierten anonymen Fragebögen sowie Fragen zu den Lebensgewohnheiten, Hinweise auf die Prävalenz der Angstprobleme bei den Jugendlichen, aber auch auf die bestehenden Ressourcen und Emotionsregulationsstrategien, d.h. die verschiedenen Risiko- und Schutzfaktoren der Angststörungen, zu geben. Die Resultate der Umfrage sollen eine Basis liefern für die schulische Präventionsarbeit im Bereich der Angststörungen durch Lehrer und andere Mitglieder der Schulgemeinschaft, wie z.B. die Psychologen und Erzieher. Außerdem sollen die Konsequenzen der

[1] Essau, 2003, S. 29

[2] Costello & al, 2003; Merikangas & al, 2010 in In-Albon, 2011, S. 18

[3] Essau, 2003, S.118

Angststörungen durchleuchtet, sowie die möglichen psychologischen Interventionen ergründet werden.

In jeder der untersuchten Gruppen befanden sich Schüler(innen), deren Antworten auf Angstprobleme hindeuteten. Besonders die Soziale Angst scheint vielen Schülern Probleme zu bereiten, aber auch die allgemeine Angst und die Prüfungsangst sind existent. Was die Ressourcen und die Emotionsregulationsstrategien betrifft, befinden sich viele Schüler im Normbereich, einige verfügen sogar über überdurchschnittliche Ressourcen und Strategien. Leider gibt es jedoch auch Schüler(innen) bei denen noch ein großer Handlungsbedarf besteht. Auffällig ist auch, dass nur wenige Schüler wissen, wie man entspannen kann, viele zu wenig Schlaf bekommen und sich nicht genug bewegen. Erschreckend ist, dass einige Schüler wegen ihren Ängsten schon professionelle Hilfe anfragen mussten und sogar schon verschreibungspflichtige anxiolytische Medikamente zu sich nehmen.

Um die Ängste bevor sie gefestigt sind in den Griff zu bekommen, sollte man den Schüler(innen) im Rahmen eines Coaching-Programms in der 7. Klasse Techniken und Methoden zur Entspannung und zur Angstreduzierung beibringen. Diese Methoden könnten dann in den folgenden Jahren immer wieder zur Festigung aufgefrischt werden. Zahlreiche wissenschaftlich erforschte Strategien können in der Tat Schülern, die Angst und Stress verspüren, bei der Bewältigung ihrer Symptome helfen.

Des Weiteren hat die Kandidatur-Arbeit zur Ausarbeitung einer Informationsbroschüre für Schüler geführt, in der die betroffenen Jugendlichen Strategien gegen Angst und Phobie finden können mit denen sie sich bei kleineren Ängsten selbst helfen können. Diese Broschüre kann den Schülern während einem ersten Beratungsgespräch mit den Psychologen und Erziehern des SePAS oder CEAP vorgestellt und anschließend zum Lesen und Üben mitgegeben werden. So können die Schüler Atemübungen, Yoga oder Achtsamkeitstraining ausprobieren, sich mit Aromatherapie, Massagen oder Waldbaden entspannen, wie auch genügend Sport und Schlaf sowie eine gesunde Ernährung in ihr Leben integrieren. Weiterhin gibt es Tipps zum Aufbau des Selbstwertgefühls, zur Angstkonfrontation und zum konkreten Umgang mit Prüfungsangst.

INHALTSVERZEICHNIS

1. ANGST – EIN ZENTRALER MENSCHLICHER GEFÜHLSZUSTAND 13
2. NORMALE ANGST VS KRANKHAFTE ANGST 15
3. EPIDEMIOLOGIE UND KOMORBIDITÄT 19
4. KLASSIFIKATION DER ANGSTSTÖRUNGEN 21
4.1. PHOBIEN 23
4.1.1. AGORAPHOBIE 23
4.1.2. SOZIALE PHOBIEN 24
4.1.3. SPEZIFISCHE PHOBIEN 26
4.2. SONSTIGE ANGSTSTÖRUNGEN 27
4.2.1. PANIKSTÖRUNGEN 27
4.2.2. GENERALISIERTE ANGSTSTÖRUNG 28
4.3. ANDERE PHOBIEN UND ÄNGSTE 30
4.3.1. LEISTUNGS- UND PRÜFUNGSÄNGSTE 30
4.3.2. TRENNUNGSANGST 32
4.3.3. POSTTRAUMATISCHE BELASTUNGSSTÖRUNG 33
4.3.4. ZWANGSSTÖRUNGEN 33
5. THEORIEN ZUR ERKLÄRUNG VON ANGST 35
5.1. NEUROBIOLOGIE UND BIOPSYCHOLOGIE 35
5.2. PSYCHOANALYSE – DIE ANGST DES MENSCHEN VOR SICH SELBST 38
5.3. LERNTHEORIEN – KLASSISCHES KONDITIONIEREN, OPERANTES KONDITIONIEREN UND MODELLLERNEN 38
5.3.1. DIE KLASSISCHE KONDITIONIERUNG – KONDITIONIERUNG DURCH STIMULUS-LERNEN 39
5.3.2. DIE OPERANTE KONDITIONIERUNG – LERNEN AM ERFOLG 40
5.3.3. DAS ZWEI-FAKTOREN-MODELL VON MOWRER 41
5.3.4. MODELLLERNEN – LERNEN DURCH BEOBACHTUNG UND NACHAHMUNG 41
5.4. KOGNITIVE THEORIEN – ERWARTUNGEN & BEWERTUNGEN ODER: DIE MACHT DER GEDANKEN 42
5.4.1. DIE ABC-THEORIE VON ELLIS 43
5.4.2. DAS MODELL DER KOGNITIVEN SCHEMATA VON BECK 43
5.4.3. DAS STRESSIMPFUNGSTRAINING VON MEICHENBAUM 43
5.4.4. DIE KOGNITIV-TRANSAKTIONALE THEORIE VON STRESS UND EMOTIONEN VON LAZARUS 44
5.4.5. DER ATTRIBUTIONSSTIL NACH ROTTER 45
6. KOMORBIDITÄT UND NEGATIVE FOLGEN VON ANGSTSTÖRUNGEN 47
7. RISIKOFAKTOREN UND SCHUTZFAKTOREN – PRÄDIKATIVE FAKTOREN BEI ANGSTSTÖRUNGEN SOWIE DAMIT VERBUNDENE LÖSUNGSANSÄTZE ZUM SCHUTZ DER BETROFFENEN 49
7.1. BIOLOGISCHE FAKTOREN 51
7.1.1. NEURONALE NETZERKE 51
7.1.2. GENETIK 52
7.1.3. GESCHLECHT 52
7.1.4. NIKOTIN, KOFFEIN, ALKOHOL UND DROGEN 53
7.1.5. MEDIKAMENTE 55
7.2. ÄUßERE / UMWELTFAKTOREN 55

7.2.1. LEBENSEREIGNISSE 55
7.2.2. ERZIEHUNG 56
7.2.3. SOZIALES LERNEN 57
7.2.4. SOZIO-ÖKONOMISCHER STATUS 57
7.2.5. SCHUL- & KLASSENKLIMA 58
7.3. INNERE / PSYCHOLOGISCHE FAKTOREN 58
7.3.1. TEMPERAMENT 58
7.3.2. ANGSTSENSITIVITÄT 58
7.3.3. VERHALTENSHEMMUNG 59
7.3.4. WEITERE PERSÖNLICHKEITSMERKMALE 60
7.3.5. SOZIALE KOMPETENZEN 60
7.3.6. SELBSTWERTGEFÜHL & SELBSTVERTRAUEN 60
7.3.7. ERNÄHRUNG 61
7.3.8. SPORT & BEWEGUNG 64
7.3.9. SCHLAF 66
7.4. SUBKLINISCHE SYMPTOME 67
7.5. RESILIENZERHÖHENDE SCHUTZFAKTOREN 68
8. THERAPIEMÖGLICHKEITEN UND SELBSTHILFE 71
8.1. DIE DREI EBENEN DER ANGST 71
8.2. PSYCHOTHERAPEUTISCHE ANGEBOTE: STATISTIK 72
8.3. DIE METHODEN DER VERHALTENSTHERAPIE 73
8.3.1. DIE KONFRONTATION 74
8.3.2. DIE SYSTEMATISCHE DESENSIBILISIERUNG 74
8.3.3. KONTINGENZMANAGEMENT UND MODELLLERNEN 75
8.4. DIE ENTSPANNUNGSMETHODEN 75
8.4.1. DIE PROGRESSIVE MUSKELENTSPANNUNG NACH JACOBSON 76
8.4.2. DAS AUTOGENE TRAINING 78
8.4.3. ACHTSAMKEITSTHERAPIE NACH KABAT-ZINN 79
8.4.4. ATEMTHERAPIEN 81
8.4.5. FANTASIEREISEN / VISUALISATION / GELENKTE IMAGINATIONEN 83
8.4.6. MEDITATION NACH BENSON 84
8.4.7. YOGA & QIGONG 84
8.4.8. AROMATHERAPIE 87
8.4.9. MASSAGE-THERAPIE 88
8.4.10. SHINRIN-YOKU 88
8.4.11 BIOFEEDBACK 89
8.5. KOGNITIVE METHODEN 89
8.5.1. DIE KOGNITIVE UMSTRUKTURIERUNG 89
8.5.2. PSYCHOEDUKATION 91
8.5.3. REALITÄTSÜBERPRÜFUNG 91
8.5.4. SELBSTINSTRUKTIONEN 91
8.5.5. STOP-GEDANKEN 92
8.5.6. ENTKATASTROPHISIEREN 92
8.5.7. TESTEN DER VORHERSAGE DURCH KONTRONTATION 93
8.5.8. STOP-THINK-GO 93

8.5.9. ABLENKEN : KONZENTRATIONSLENKUNG GEGEN NEGATIVE SELBSTBEOBACHTUNG 93
8.6. AUF NEURONALE FORSCHUNG BASIERTE ANGSTTHERAPIE – DIE BERNHARDT-METHODE 94
8.7. DANKBARKEIT – GRATITUDE 95
8.8. AKUPUNKTUR & REFLEXOLOGIE 96
8.9. EMBODIMENT – DIE WECHSELWIRKUNG VON KÖRPER UND PSYCHE 97
8.10. BIBLIOTHERAPIE 98
8.11. MEDIKAMENTE AUF BASIS VON PFLANZEN 100
9. PRÄVENTIVE MASSNAHMEN - KOMBINIERTE / KOGNITIV-BEHAVIORALE INTERVENTIONEN. 101
9.1. COPING CAT 101
9.2. DAS FREUNDE-PROGRAMME – FRIENDS RESILIENCE 102
9.3. COGNITIVE-BEHAVIORAL THERAPY FOR ADOLESCENTS (CBGT-A) 103
9.4. THERAPIEPROGRAMM FÜR KINDER UND JUGENDLICHE MIT LEISTUNGSÄNGSTEN 104
9.5. GESUNDHEIT UND OPTIMISMUS, GO! 105
10. PSYCHOPHARMAKA..... 107
11. FRAGEBOGEN MLG (MAACHER LYCÉE GREVENMACHER) 109
11.1 AFS – ANGSTFRAGEBOGEN FÜR SCHÜLER 109
11.2. MINI-SPIN – MINI SOCIAL PHOBIA INVENTORY 110
11.3. FRKJ 8-16 – FRAGEBOGEN ZU RESSOURCEN IM KINDES- UND JUGENDALTER 112
11.3.1. SELBSTWIRKSAMKEIT 112
11.3.2. SELBSTWERTSCHÄTZUNG 116
11.3.3. OPTIMISMUS 117
11.3.4. ELTERLICHE SOZIALE UND EMOTIONALE UNTERSTÜTZUNG 117
11.3.5. INTEGRATION IN DIE PEERGRUPPE 118
11.3.6. SCHULISCHE INTEGRATION 119
11.3.7. ROLLE DER RESSOURCEN ALS GRUNDLAGE EINER POSITIVEN ENTWICKLUNG 120
11.4. FEEL-KJ FRAGBOGEN ZUR ERHEBUNG DER EMOTIONSREGULATION BEI KINDERN UND JUGENDLICHEN 122
11.4.1. ADAPTIVE STRATEGIEN 123
11.4.2. MALADAPTIVE STRATEGIEN 124
11.4.3. WEITERE STRATEGIEN 126
11.5. ANAMNESE UND ZUSATZFRAGEN ZUM LEBENSSTIL 126
11.5.1. SPORT 127
11.5.2. ENTSPANNUNGSTRAINING 127
11.5.3. SCHLAF 128
11.5.4. KOFFEIN- UND ZUCKERKONSUM 129
11.5.5. MEDIKAMENTE 130
11.5.6. PSYCHOLOGISCHER RAT & THERAPIE 131
11.5.7. WEITERE ANALYSEN AUS DEN RESULTATEN 131
11.5.8. ALLGEMEINE ANMERKUNG ZUR VALIDITÄT DER AUF DIE FRAGEBOGEN BASIERENDEN RESULTATE 132
12. SCHLUSSFOLGERUNG..... 133
13. BIBLIOGRAPHIE 137
13.1. BÜCHER & JOURNALS 137
13.2. INTERNETQUELLEN-VERZEICHNIS 145
13.3. BILDERVERZEICHNIS 147

14. ANHANG 149
14.1. ANHANG 1: FRAGEBOGEN 149
14.2. ANHANG 2: SCHÜLERBROSCHÜRE: LASSE DEINE ANGST LOS! 21 TIPPS, WIE DU DICH SELBST VON DEINEN ÄNGSTEN BEFREIEN KANNST 149

1. ANGST – EIN ZENTRALER MENSCHLICHER GEFÜHLSZUSTAND

Angst ist ein normaler menschlicher Affektzustand, eine primäre Emotion, genau wie Freude, Trauer, Wut, Überraschung oder Ekel. *Angst ist eine Grundbefindlichkeit des menschlichen Seins.* Jeder Mensch hat mehr oder weniger Angst. Keine Angst zu haben, wäre in verschiedenen Situationen sogar lebensgefährlich. Auch wenn sie als unangenehm erlebt wird, stellt Angst einen notwendigen Bestandteil des Lebens dar. [4]

Angst gehört zur Entwicklung des Menschen. Alle Kinder durchleben zu bestimmten Zeitpunkten ihrer Entwicklung angstbesetzte Phasen. Diese Entwicklungsängste sind also Teil einer normalen Kindheit und Ausdruck der fortschreitenden kognitiv-emotionalen Entwicklung. Die Angstinhalte dieser Phasen verändern sich mit dem Alter und sind dementsprechend meist nur vorrübergehend präsent. [5] Entwicklungstypische Ängste sind z.B. die Angst vor Fantasiegestalten und Dunkelheit (2-4 Jahre), die Angst vor Naturkatastrophen, Verletzungen und Tieren (5-7 Jahre), die Angst vor schlechten schulischen und sportlichen Leistungen (8-11 Jahre), sowie die Angst vor Ablehnung durch Gleichaltrige (12-18 Jahre). Entwicklungstypische Ängste sind nicht behandlungsbedürftig. Ganz im Gegenteil: Indem Kinder lernen, diese Ängste zu bewältigen, lernen sie lebenswichtige Strategien und auf ihre eigenen Fähigkeiten zu vertrauen. [6] Parallel zu diesen Ängsten besteht jedoch immer die Gefahr von beginnenden Angststörungen, wie Trennungsangst, spezifische Phobien, Prüfungsangst, sowie, bei den Jugendlichen, Soziale Phobie, Agoraphobie und Panikstörung. [7]

Evolutionsgeschichtlich hat die Angst eine überlebenswichtige Funktion: sie ist ein biologisches Warnsystem, das bei Gefahr aktiviert wird und den Menschen auf eine Reaktion zu seinem Schutz vor Bedrohungen – etwa gefährliche Situationen, fehlende Unterstützung, Unbekanntes – vorbereitet.[8]

Die auf die Angst folgende Alarmreaktion des Körpers ist eine Vorbereitung auf Kampf oder Flucht. Der Körper wird also auf schnelles Handeln vorbereitet. So werden die Herztätigkeit und die Atmung beschleunigt, die Durchblutung verstärkt und die Muskeln angespannt. Ohne äußere Bedrohung wird

[4] Morschitzky, 2009, S. 1

[5] Essau, 2014, S. 35

[6] Walitza & al., 2016

[7] Schneider, 2004, S. 10

[8] Essau, 2014, S. 14

eine solche Alarmierung als unangenehm erlebt. Bei akuten Gefahren ermöglicht diese unbewusste, schnelle Alarmreaktion das Leben zu sichern. Wenn man erst nachdenken würde, ob wirklich Gefahr besteht, würde die Reaktionsgeschwindigkeit verlangsamt und es könnte irreparabler Schaden entstehen. Ein bisschen Angst zu haben ist *förderlich für die menschliche Entwicklung und Leistungsmotivation*. Normale Angst verstärkt also unsere Anstrengungen in Leistungssituationen und ist somit ein wichtiger Antrieb in unserem Leben: Aufmerksamkeit, Wachheit, intellektuelle und motorische Leistungsbereitschaft werden erhöht. Die Angst vor einer Prüfung führt z.B. dazu, dass man sich auf sie vorbereit. Übermäßige Ängste beeinträchtigen jedoch das Denken, die Konzentration und das Verhalten. Wenn also das Kampf-Flucht-System auf chronische Art und Weise durch Fehlalarme ausgelöst wird und auf eine Alarmsituation keine Abreaktion der Anspannung erfolgen kann, spricht man von Dauerstress. Dieser kann zum Zusammenbruch vom Denken und Handeln, und so zu Angststörungen oder zu panischen Kurzschlussreaktion (z.B. Selbstmordversuch) führen. [9]

[9] Morschitzky, 2009, S. 2ff

2. NORMALE ANGST VS KRANKHAFTE ANGST

Jeder Mensch kennt Gefühle der Angst. Es ist normal und äußerst nützlich, vor realen Gefahren Angst zu haben, und diese Gefahren zu vermeiden. Wenn das Erleben und Verhalten jedoch deutlich durch die Angst beeinträchtigt werden und die Angst nicht durch eine reale Bedrohung gerechtfertigt ist, spricht man von krankhafter Angst. Der Übergang zwischen normaler und krankhafter Angst ist fließend. Durch das Vermeiden von Angstsituationen macht der Betroffene keine neuen Erfahrungen mehr. Somit nimmt die Angst zu und das Selbstvertrauen ab. [10]

Kurz dargestellt kann man behaupten, dass die Angst sowohl positive als auch negative Komponenten hat. Auf der einen Seite ist sie eine positive Antriebskraft, die zur Entwicklung des Menschen hinzugehört, die uns zu Höchstleitungen und persönlichem Wachstum führen kann und uns vor gefährlichen Situationen warnt. Auf der anderen Seite kann sie jedoch als Störfunktion unser Leben auf verschiedene Weise einschränken und belasten. Wichtige Merkmale sind subjektives Leid, Vermeidungsverhalten und Angst vor der Angst:

- Obwohl keine extreme Bedrohung vorliegt, sind die Angstanfälle sehr intensiv und reichen bis zur Todesangst.
- Die Angstanfälle treten immer öfter und /oder intensiver auf. Ängste können sich also extrem steigern.
- Wenn eine Gefahr überwunden ist, kann sie den Betroffenen in Gedanken und Vorstellungen weiter ängstigen und in erhöhte Angstbereitschaft versetzen und zu Kontrollverlust führen.
- Ängste können sich schrittweise auf das gesamte Leben erstrecken und dieses so extrem einschränken. Dies reduziert die Lebensqualität.
- Um die Angst zu vermeiden wird ein immer perfektionierteres Vermeidungsverhalten entwickelt, das wiederum zu mehr Einschränkungen führt.
- Die Angst führt zu gesteigertem Alkohol- oder Tablettenkonsum als Bewältigungsstrategie.
- Ängste produzieren Stress und können sich so als psychosomatische Beschwerden, wie Herz-Kreislaufprobleme, Atembeschwerden, Magen-Darm-Beschwerden, Kopf- und Rückenschmerzen, Schlafstörungen manifestieren. Die Angst führt zu Depression und

[10] Dehner-Rau & al., 2012, S. 15

sozialem Rückzug. Zur Angst vor einer bedrohenden Situation kommt jetzt also auch noch die Angst vor den an sich harmlosen Symptomen des Körpers. [11][12]

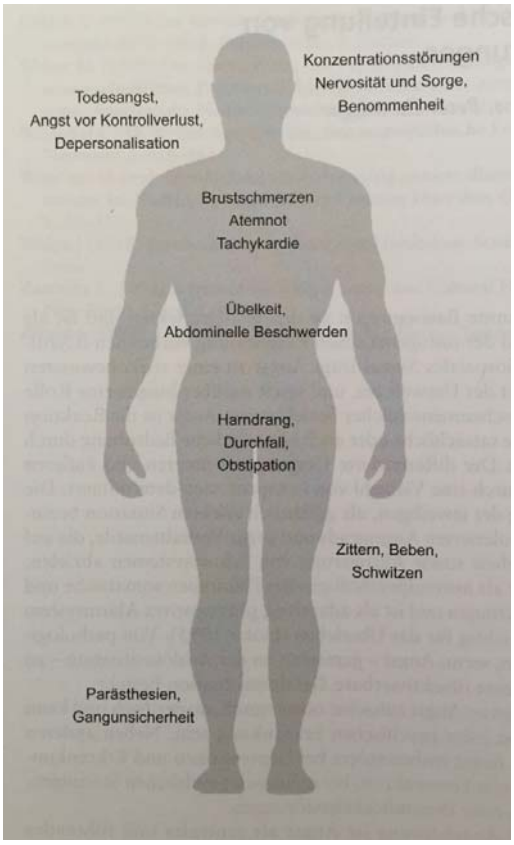


Abb.1: Psychische und somatische Symptome der Angst [13]

Die folgende Definition geht noch etwas weiter: *Ängste werden zur Angststörung, also zur pathologischen Angst, wenn sie ohne jede reale Bedrohung auftreten, zu lange dauern, auch nach Beseitigung der Bedrohung andauern, unangemessen, zu stark und zu häufig auftreten, mit unangenehmen körperlichen Symptomen verbunden sind, mit einem Verlust der Kontrolle über Auftreten und Andauern verbunden sind, ausgeprägte Erwartungsängste zur Folge haben, auf falschen Erklärungskonzepten beruhen und richtige nicht vorhanden sind, keine Bewältigungsstrategien*

[11] Lückert & Lückert, 2006, S. 9ff

[12] Dehner-Rau & al., 2012, S. 15

[13] Dlugos & al., 2012, S. 30

verfügbar sind, zur Vermeidung der Angst machenden, objektiv ungefährlichen Situationen führen, Unterlassungen wichtiger Aktivitäten zur Folge haben, Lebenseinschränkungen (vor allem soziale und berufliche Behinderung) bewirken, sehr belasten und starkes Leiden verursachen.[14]

Milde Ängste gehören definitiv zur gesunden Entwicklung dazu. Wenn eine Angst aber anhaltende Beeinträchtigungen mit sich bringt und der betroffene Mensch darunter leidet, bzw. wenn eine Angst bei Kindern und Jugendlichen die normale Entwicklung verhindert und familiäre Probleme auslöst, dann wird sie als pathologische Angst bezeichnet und muss behandelt werden. Und je besser man die Gefahren erkennt, desto besser kann man die verschiedenen Möglichkeiten, sich gegen die Angst zu schützen und sie zu überwinden, anwenden.

[14] Reinecker, 1993, S. 4f in Morschitzky, 2009, S. 221

3. EPIDEMIOLOGIE UND KOMORBIDITÄT

Angststörungen sind bei Frauen die häufigste und bei Männern die zweithäufigste psychiatrische Störung.[15]

Aus älteren und neueren epidemiologischen Studien kann man ablesen, dass circa 15-20% der gesamten Bevölkerung Deutschlands im Verlauf ihres Lebens zumindest einmal an einer affektiven oder Angststörung erkranken und vorsichtig geschätzt mindestens 6-10% der Bevölkerung im Verlauf eines Jahres an einer länger andauernden Depression oder an Angstzuständen leiden.[16]

Nach der Münchner 7-Jahres Follow-Up-Studie (MFS) des Max-Plank-Instituts für Psychiatrie bekommen in Deutschland 13,9% der Allgemeinbevölkerung irgendwann im Verlauf ihres Lebens eine Angststörung: 5,7% eine Agoraphobie, 2,4% eine Panikstörung, 8,0% eine spezifische Phobie und 2,5% eine Soziale Phobie. Die Komorbidität war sowohl innerhalb der Angststörungen wie auch bezüglich anderer psychischer Störungen erhöht. 62% hatten mehr als eine Angstdiagnose, Major Depression und Abhängigkeit von Alkohol oder Medikamenten waren die häufigsten komorbiden Störungen, die in der überwiegenden Mehrzahl deutlich nach dem Beginn der Angststörung auftraten.[17] Die ECA-Studie (USA) ergab ähnliche Resultate. Für die in der MFS-Studie nicht in Betracht gezogene generalisierte Angststörung wurden hier 8,5% festgestellt.[18]

Auch bei Kindern und Jugendlichen gehören Angststörungen zu den Störungen mit der höchsten Prävalenz. Etwa 10% der Jugendlichen erfüllen irgendwann in ihrem Leben die diagnostischen Kriterien einer Angststörung. In fast allen Studien war die Phobie die häufigste Störung (3-11%). Die Häufigkeit der Panikstörung und der Generalisierten Angststörung wurden auf ungefähr 1% geschätzt. Die Prävalenz der Posttraumatischen Angststörung beträgt zwischen 1,3 und 6%. Die Prävalenz der unterschiedlichen Angststörungen ändert sich mit dem Alter. [19]

---

[15] Morschitzky, 2009, S. 185

[16] Wittchen & al., 1988, S. 1

[17] Wittchen, 1991

[18] Morschitzky, 2009, S. 185

[19] Essau, 2014, S. 118ff ; Merikangas & al., 2010

In den meisten Studien wiesen Mädchen zwei- bis viermal höhere Raten von Angststörungen auf als Jungen. Diese geschlechtsspezifischen Unterschiede sind nicht genau geklärt. Sie könnten jedoch auf genetisch oder biologisch bedingte Unterschiede, auf verschiedene Erfahrungen oder soziale Rollen oder auch noch auf unterschiedliche Coping-Verhalten zurückgehen.[20]

Die Komorbidität zwischen Angststörungen und anderen psychischen Störungen, insbesondere anderen Angststörungen und Depressionen, ist hoch. Angststörungen im Kindes- und Jugendalter sind Vorläufer späterer Störungen im Erwachsenenalter. Die meisten Angststörungen treten schon während der Kindheit oder der Jugend zum ersten Mal auf. Wenn sie nicht behandelt werden, werden sie chronisch. Angststörungen die in der Jugend zum ersten Mal auftreten deuten auf eingeschränkte Bewältigung sozialer Entwicklungsaufgaben, beeinträchtigte Lebensführung im schulischen und familiären Bereich, weniger Lebenszufriedenheit, beeinträchtigte Coping Skills und mehr Stress im Erwachsenenalter hin. Außerdem sagen sie Drogen- und Alkoholmissbrauch oder -abhängigkeit, Störungen des Sozialverhaltens, ADHS und Schlafstörungen sowie Angststörungen im Erwachsenenalter voraus. [21]

[20] Essau, 2014, S. 123

[21] Essau & al. (2018) ; Essau & al. (2014)

4. KLASSIFIKATION DER ANGSTSTÖRUNGEN

Die am häufigsten eingesetzten Klassifikationssysteme für Angststörungen sind das Diagnostische und Statistische Manual Psychologischer Störungen (DSM-IV, American Psychiatric Association) und die Internationale Klassifikation psychischer Störungen (ICD-10, World Health Organization).

Beide Klassifikationen stimmen in großen Teilen überein.

Das DSM-IV beschreibt folgende Angststörungen für das Kindesalter (<18 Jahre): Störung mit Trennungsangst, Spezifische Phobie, Soziale Phobie, Generalisierte Angststörung, Zwangsstörung, Panikstörung und Agoraphobie sowie Posttraumatische Belastungsstörung. Im DSM-IV gibt es keine unterschiedlichen Kriterien für Kinder und Erwachsene. [22]

In der ICD-10 werden die Angststörungen in Phobische Angststörungen – Agoraphobie, Soziale Phobie, Spezifische Phobien, sonstige Phobische Störungen – und andere Angststörungen – welche die Panikstörung, die Generalisierte Angststörung und sonstige Angststörungen umfassen – eingeteilt. Es wird zwischen Ängsten und Zwängen unterschieden. Auch die Reaktionen auf schwere Belastungen, wie z.B. die Posttraumatische Belastungsstörung, werden separat behandelt. Des Weiteren werden in der ICD-10 vier kinder- und jugendspezifische Angststörungen – die Emotionalen Störungen des Kindesalters – unterschieden. Hierbei handelt es sich um die Emotionale Störung mit Trennungsangst des Kindesalters, Phobische Störungen des Kindesalters, die Störung mit sozialer Ängstlichkeit des Kindesalters und die Emotionale Störung mit Geschwisterrivalität. [23]

Neben diesen Klassifikationen gibt es andere Möglichkeiten, die Ängste zu differenzieren. Grundsätzlich kann man die meisten Ängste zwei großen Bereichen zuteilen: körperliche Bedrohung / Existenzangst und Selbstwertbedrohung. Letzterer kann noch unterteilt werden in Sozialangst und Leistungsangst / Prüfungsangst. [24]

---

[22] In-Albon, 2011, S. 28ff

[23] Essau, 2014, S. 31ff

[24] Stöber & al., 2000

Tab. 2.4: Klassifikation der Angststörungen nach ICD-10 und DSM-IV

ICD-10	DSM-IV
F4 Neurotische-, Belastungs- und somatoforme Störungen	**Angststörungen**
F40 Phobische Störung	
F40.0 Agoraphobie .00 ohne Angabe einer Panikstörung .01 mit Panikstörung F40.1 soziale Phobien F40.2 spezifische (isolierte) Phobien F40.8 sonstige phobische Störungen F40.9 nicht näher bezeichnete phobische Störung	300.22 Agoraphobie ohne Panikstörung in der Vorgeschichte 300.23 soziale Phobie 300.29 spezifische Phobie
F41 Andere Angststörungen	
F41.0 Panikstörungen (episodisch paroxysmale Angst) F41.1 generalisierte Angststörung F41.2 Angst und depressive Störung, gemischt F41.3 andere gemischte Angststörungen F41.8 sonstige spezifische Angststörungen F41.9 nicht näher bezeichnete Angststörung	300.01 Panikstörung ohne Agoraphobie 300.21 Panikstörung mit Agoraphobie 300.02 generalisierte Angststörung
F42 Zwangsstörung	
F42.0 vorwiegend Zwangsgedanken oder Grübelzwang F42.1 vorwiegend Zwangshandlungen (Zwangsrituale) F42.2 Zwangsgedanken und -handlungen, gemischt F42.8 sonstige Zwangsstörungen F42.9 nicht näher bezeichnete Zwangsstörung	300.3 Zwangsstörung
F43 Reaktion auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen	
F43.0 akute Belastungsreaktion F43.1 posttraumatische Belastungsstörung	308.3 akute Belastungsstörung 309.81 posttraumatische Belastungsstörung
F06.4 Organische Angststörung	***293.89 Angststörung aufgrund eines medizinischen Krankheitsfaktors***

Abb.2: Klassifikation der Angststörungen nach ICD-10 und DSM-IV [25]

[25] Dlugos, 2012, S. 34-35

4.1. PHOBIEN

Kinder mit Phobien zeigen eine übertriebene, anhaltende und starke Angstreaktion gegenüber bestimmten Objekten (z.B. Spritzen), Situationen (z.B. Dunkelheit), Tieren oder sozialen Interaktionen (z.B. einen Vortrag halten), von denen keine reale Gefahr ausgeht. Die Konfrontation mit dem phobischen Reiz oder die Antizipation löst meist unmittelbare Angst aus. Mit der Zeit beginnen die Betroffenen, die gefürchtete Situation zu vermeiden, bzw. aus ihr zu flüchten. Vor allem Kinder verharren häufig trotz starker Angst in der Situation (z.B. in der Schule). [26]

Zu den Phobischen Störungen gehören laut ICD-10 die Agoraphobie, Soziale Phobien, Spezifische Phobien und sonstige und nicht näher bezeichnete Phobische Störungen.

4.1.1. AGORAPHOBIE [27]

Die Agoraphobie ist die Angst, sich an Orten aufzuhalten, an denen eine Flucht schwer möglich oder peinlich wäre, oder in denen im Fall einer Panikattacke oder panikartiger Symptome keine Hilfe zu erwarten wäre. Agoraphobiker haben also Angst vor großen öffentlichen Plätzen, Brücken, öffentlichen Verkehrsmitteln, Supermärkten, Kinos, Menschenmengen. Die Angst führt erstens zur Vermeidung vieler Situationen, wodurch die Fähigkeit, zu reisen oder zu arbeiten, bzw. zur Schule zu gehen, beeinträchtigt wird, und zweitens zum aktiven Aufsuchen von Situationen, die ein Gefühl von Sicherheit vermitteln. Dies führt dazu, dass viele ihre Wohnung nicht mehr alleine verlassen und sie sich sozial isolieren.

Agoraphobiker sind psychisch blockiert. Sie haben nicht nur Angst vor der Situation an sich, sondern auch vor den begleitenden, unkontrollierbaren Symptomen, wie Schwindel, Ohnmachtsangst, Herzrasen, Schwitzen, Verlust der Darm-/Blasenkontrolle... Sie geraten deshalb schon in Panik, wenn sie nur daran denken, die Wohnung oder eine bekannte und sichere Gegend oder die Vertrauensperson verlassen zu müssen. Wenn keine Begleitperson verfügbar ist, können die Phobischen Situationen nur unter großer Angst und Belastung durchgestanden werden, was im Laufe der Zeit die ganze Familie in Mitleidenschaft ziehen kann.

Ausgelöst wird eine Agoraphobie in der Regel durch länger dauernde belastende oder traumatische Stresszustände, die oft zur ersten Panikattacke oder zu einer panikähnlichen Symptomatik führen, in

[26] In-Albon, 2011, S. 34

[27] Morschitzky, 2009, S. 27ff ; Essau, 2014, S. 45ff ; Dehner-Rau & al., 2012, S. 21ff ; Lückert & al., 2006, S. 87ff ; In-Albon, 2011, S. 45ff

deren Folge dann eine Agoraphobie auftritt. Die Angst vor einer neuen Panikattacke führt zur Vermeidung von immer mehr Situationen und verhindert aber so auch die Erfahrung, dass die gefürchtete Situation überhaupt nicht gefährlich, sondern, im Gegenteil, leicht bewältigbar ist. Diese mangelnden positiven Erfahrungen führen wiederum zu immer größerem Meidungsverhalten.

Die Agoraphobie ist in der frühen Kindheit eher selten (≤1%), während bei den Jugendlichen 3-4% die Kriterien für eine Agoraphobie erfüllen. [28]

4.1.2. SOZIALE PHOBIEN [29]

Ängste vor sozialer Beurteilung sind Teil der normalen Entwicklung von älteren Kindern und Jugendlichen. Vorübergehende Episoden sozialer Angst sind demnach weit verbreitet. Diese normalen Ängste können sich jedoch zu einer sozialen Phobie entwickeln und somit extreme Belastungen und Beeinträchtigungen verursachen. Die Soziale Phobie ist gekennzeichnet durch eine ausgeprägte und anhaltende aber unangemessene Angst vor sozialen Situationen oder Leistungssituationen, in denen Bewertungen stattfinden oder Peinlichkeiten auftreten könnten: es ist als eine übermäßige Sorge, vor anderen Menschen etwas falsch zu machen, für dumm gehalten zu werden, die Kontrolle zu verlieren, sich zu blamieren oder etwas zu tun oder zu sagen, was peinlich oder demütigend sein könnte.

Die häufigsten auslösenden Situationen bei Kindern und Jugendlichen sind Leistungssituationen, wo das eigene Verhalten von anderen beobachtet und bewertet werden kann (z.B. öffentliches Sprechen, vorlesen, ein Referat halten, eine Prüfung absolvieren, vor anderen essen oder trinken, vor anderen schreiben, öffentliche Toiletten benutzen) und Interaktionssituationen, wo das eigene Verhalten und die Reaktionen der anderen in wechselseitiger Beziehung stehen (z.B. soziale Kontakte mit Bekannten, Fremden, Autoritätspersonen oder dem anderen Geschlecht, wie an einer Veranstaltung teilzunehmen, auf Parties gehen, mit Autoritätspersonen sprechen). Die meisten dieser Situationen treten in der Schule auf. Hinweise auf eine Soziale Phobie sind folglich ein Abfall in den Schulleistungen, Schulverweigerung, Vermeidung von altersangemessenen sozialen Aktivitäten, Trotzreaktionen und Wutanfälle, körperliche Beschwerden, z.B. Klagen über Kopf- und Bauchschmerzen, oder fehlende Reaktionen in sozialen Situationen.

[28] Wittchen & al., 2008, in Beesdo-Baum & al., 2012, S. 66

[29] Morschitzky, 2009, S. 85ff ; Essau, 2014, S. 53ff ; Dehner-Rau & al., 2012, S. 26ff ; Lückert & al., 2006, S. 69ff ; In-Albon, 2011, S. 38ff, Melfsen & al., 2009, S. 531ff

In Erwartung vor oder während den gefürchteten Situationen treten körperliche Symptome (Herzklopfen, Zittern, Schwitzen, Erröten, Schwächegefühl, Übelkeit), dysfunktionale Gedanken („Die anderen werden mich auslachen.“) und Verhaltensänderungen (weinen, schweigen, weglaufen...) auf. Typisch ist, dass eine Person befürchtet, dass ihr Zittern, ihre Stimmveränderung, ihre Flucht auf die Toilette, ihre Ungeschicktheit oder eine persönliche Eigenart von anderen wahrgenommen wird. Soziale Ängste gründen in Selbstunsicherheit und einem Mangel an Selbstbehauptung. Die Konfrontation mit der gefürchteten Situation löst eine Angstreaktion aus, die sich zur Panikattacke steigern kann. Die gefürchteten Situationen werden also gemieden, was die normale Lebensführung deutlich beeinträchtigt, oder nur mit großer innerer Spannung durchgehalten. Dies betrifft neben der psychischen Belastung auch die Erfüllung sozialer Rollenfunktionen, die schulische Ausbildung und die berufliche Laufbahn. Durch das ständige Vermeiden tritt ein sozialer Übungsmangel ein, so dass neue Situationen noch schwieriger zu bewältigen sind und die Angst sich noch vergrößert. Beispiele für Vermeidungsstrategien, bzw. Sicherheitsverhalten sind z.B. das Verstecken der Augen hinter langen Haaren oder einer tief in das Gesicht gezogenen Mütze, leise sprechen, keine Fragen stellen, Sätze, bevor sie laut gesagt werden müssen immer wieder in Gedanken wiederholen damit sie nicht vergessen werden...

Die Soziale Phobie ist eine kognitive Störung. Sie beruht auf einem Fehleinschätzen des eigenen sozialen und Leistungsverhaltens (z.B. „Ich bin unfähig, langweilig und uninteressant“) und auf der Erwartung von negativen Bewertungen des eigenen Verhaltens durch andere („Die anderen werden mich kritisieren und bestimmt ablehnen“).

Nach der Anzahl der gefürchteten Situationen werden zwei Arten der Sozialen Phobie unterschieden. Die Spezifische Soziale Phobie ist die Angst vor einer klar abgegrenzten Situation. Bei der Generalisierten Sozialen Phobie besteht eine Angst vor den meisten Arten des Sozialkontakts.

Die Soziale Phobie ist im Jugendalter und im frühen Erwachsenenalter mit einer Prävalenz von 5-10% eine der häufigsten Störungen. Der Störungsbeginn liegt bei etwa 11-13 Jahren. Die Soziale Phobie stellt einen Risikofaktor für die Entwicklung anderer psychischer Störungen wie anderer Angststörungen, depressiver Störungen, Substanzstörungen und Essstörungen dar.

Des weiteren schneiden Schüler mit einer Sozialen Phobie wegen ihrer Prüfungsangst und des nicht seltenen Vermeidens der Teilnahme am Unterricht bei Prüfungen häufig schlechter ab, was die Angst vor Leistungsbeurteilungen noch verstärkt. Schlechtere Schulleistungen hängen auch oft mit der angstbedingten Blockade beim Sprechen vor der Klasse und dem Lehrer zusammen. Die starke Selbstbeobachtung (Zittern, Stottern, Rotwerden...) während Prüfungssituationen führt zu Konzentrationsstörungen, so dass das gelernte Wissen oft nicht vorgezeigt werden kann.

4.1.3. SPEZIFISCHE PHOBIEN[30]

Eine Spezifische Phobie ist eine ausgeprägte, anhaltende und unangemessene oder unbegründete Angst vor bestimmten Objekten oder Situationen.

Beide Klassifikationssysteme entscheiden 5 Sub-Typen der Spezifischen Phobie:

- Tier-Typus (z.B. Insekten, Hunde)
- Umwelt-Typus (z.B. Sturm, Wasser)
- Blut-Spritzen-Verletzungs-Typus (Spritzen, Blut sehen)
- Situativer Typus (z.B. Fahrstuhl, Tunnel, Flugzeug)
- Anderer Typus (z.B. laute Geräusche, kostümierte Figuren)

Die häufigsten Inhalte von Spezifischen Phobien bei Jugendlichen sind Ängste vor Tieren, Naturkatastrophen und spezifischen Situationen (z.B. enge Räume, Höhen).

Die Konfrontation mit dem gefürchteten Reiz löst fast immer eine unmittelbare Angstreaktion (mit körperlichen Symptomen wie Herzrasen, Schwitzen, Zittern, Magenbeschwerden) aus, die bis zur Panikattacke gehen kann. Auf der kognitiven Ebene berichten die Betroffenen von katastrophalen Gedanken oder negativen Erwartungen. Die Gedanken beinhalten häufig die Überzeugung, dass eine Konfrontation mit dem Objekt/der Situation zu persönlichem Schaden führen wird. Die Betroffenen bemühen sich sehr, in der Folge eine Konfrontation mit dem angstauslösenden Objekt oder der angstauslösenden Situation zu vermeiden. Die Situation kann nur unter starker Angst oder großem Unbehagen ertragen werden. Die Furcht oder Vermeidung führt zu großem Leidendruck und zu erheblichen Beeinträchtigungen des Lebens.

Menschen mit einer Spezifischen Phobie entwickeln eine Überaufmerksamkeit auf die gefürchteten Reize, um so rechtzeitig Vermeidungsstrategien anwenden zu können. Diese Überfokussierung führt zu einer hohen vegetativen Erregung: kleinste Auffälligkeiten können schon Alarmreaktionen auslösen. Allein schon die Erwartung eines bestimmten Reizes löst Angst aus.

Wenn Spezifische Phobien das Leben nicht unnötig einengen oder zu gefährlichen Situationen führen (z.B. Autounfall wegen Spinnenphobie, Fahrradunfall wegen Hundephobie...), stellen Spezifische Phobien keine Belastung dar. Die Phobie kann jedoch zur Isolierung des Jugendlichen führen, wenn er

[30] Morschitzky, 2009, S. 79ff ; Essau, 2014, S. 49ff ; Dehner-Rau & al., 2012, S. 31ff ; Lückert & al., 2006, S. 87ff ; In-Albon, 2011, S. 36ff ; Schlup & al., 2009, S. 503ff

nicht mehr zu Schule gehen und sich nicht mehr mit seinen Freunden verabreden kann. In den meisten Fällen ist auch das Familienleben beeinträchtigt, da bestimmte Aktivitäten nicht mehr durchgeführt werden können.

Die Häufigkeit von Spezifischen Phobien im Kindes- und Jugendalter wird auf 7-9% geschätzt. Bei Spezifischen Phobien gilt eine Lebenszeitprävalenz von 3,5%. Die Häufigkeit nimmt zwischen 12 und 17 Jahren zu. Mädchen sind häufiger betroffen als Jungen. Ungefähr 60% der Betroffenen haben komorbide Störungen: andere Angststörungen, Depressionen, Hyperaktivität, Übergewicht, Verhaltensauffälligkeiten, Lernschwierigkeiten. Spezifische Phobien sind bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen oft ein frühes Anzeichen für spätere psychische Störungen von erheblichem Ausmaß.

4.2. SONSTIGE ANGSTSTÖRUNGEN

Zu den sonstigen Angststörungen zählen laut ICD-10 die Panikstörung, die Generalisierte Angststörung, die Angst und depressive Störung sowie sonstige gemischte oder nicht näher bezeichnete Angststörungen. Beim DSM-IV wird zusätzlich zwischen Panikstörung mit und ohne Agoraphobie unterschieden.

4.2.1. PANIKSTÖRUNGEN [31]

Unter einer Panikstörung versteht man das wiederholte, unerwartete Auftreten von Panikattacken. Innerhalb eines Monats müssen die Betroffenen entweder mehrere schwere Angstanfälle, die nicht vorhersehbar sind, erleben, oder aber anhaltend von heftiger Sorge vor weiteren Anfällen geplagt werden (Angst vor der Angst) und bestimmte Situationen nur noch mit starkem Unbehagen ertragen. Oft erfolgt auch eine deutliche Verhaltensänderung: die Person muss z.B. immer Medikamente oder ein Mobiltelefon bei sich haben.

Hauptmerkmal der Panikstörung sind zeitlich umgrenzte Angstanfälle, die plötzlich „wie aus heiterem Himmel“ auftreten und innerhalb von zehn Minuten ihren Höhepunkt erreichen. Innerhalb der nächsten 30 Minuten, bzw. der nächsten Stunden gehen sie langsam zurück. Begleitet werden sie von körperlichen Symptomen (Herzklopfen, Schwitzen, Atemnot, Zittern), gedanklichen Veränderungen (Gedankenreisen, Konzentrationsstörungen), sowie der Angst zu sterben, die Kontrolle zu verlieren

[31] Morschitzky, 2009, S. 44ff ; Essau, 2014, S. 40ff ; Dehner-Rau & al., 2012, S. 22ff ; Lückert & al., 2006, S. 89ff ; In-Albon, 2011, S. 46ff ; Essau & al., 1999, S. 19

oder verrückt zu werden. Mögliche Ursachen sind Aufregung, körperliche Anstrengung, Koffeineinnahme, Rauchen, Hitze oder Enge.

Die erste Panikattacke findet häufig außer Haus statt. Viele der Betroffenen entwickeln dann Vermeidungsverhalten: sie vermeiden Orte, an denen Panikanfälle auftreten könnten, oder an denen es im Falle eines Angstanfalls schwierig oder peinlich wäre, Hilfe zu bekommen. In diesem Fall spricht man von Panikstörung mit Agoraphobie. Jugendliche, die eine erste Panikattacke in der Schule bekommen haben, riskieren daraufhin, die Schule zu vermeiden.

Jugendliche mit Panikstörung können mehrmals im Monat, aber auch mehrmals wöchentlich Panikattacken erleben. Wenn die Panikstörung unbehandelt bleibt, kann sie die Beziehungen zu Hause und in der Schule beeinträchtigen und sich negativ auf die schulischen Leistungen auswirken.

Solange es keine Bewältigungsstrategien gibt, kann eine Panikstörung als Teufelskreis aus Gedanken, körperlichen Reaktionen und zunehmender Angst bestehen. Die Angst vor einer weiteren Panikattacke führt oft zu Erwartungsangst. Die Personen neigen zur katastrophenartigen Fehlinterpretation von Symptomen. Nach einem Anfall lenken Betroffene etwa ihre Aufmerksamkeit häufig nach innen. Wenn eine Person sich selbst intensiver beobachtet, kann sie z.B. einen unregelmäßigen Herzschlag feststellen und diesen als bedrohlich bewerten. Durch eine Angst- und Stressreaktion wird dann dieser Herzschlag beschleunigt und die Atmung wird flacher. Dies steigert das subjektive Gefühl von Bedrohung und Angst und kann zu einer Panikattacke führen.

Ab der Pubertät kommt es zu einem deutlichen Anstieg von Panikattacken, denen Panikstörungen folgen können. Die Panikstörung ist bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen ziemlich selten: 0,9% erfüllen die Kriterien für eine Panikstörung. 18% der Jugendlichen haben schon einen Panikanfall erlebt. Mädchen sind eher betroffen als Jungen. Panikattacken sind ein sensibler Marker für spätere Angst- und depressive Störungen, Alkoholmissbrauch, Selbstmordgedanken und -versuche.

4.2.2. GENERALISIERTE ANGSTSTÖRUNG [32]

Ein gewisses Maß an Sorge ist Teil der normalen Entwicklung. Die Generalisierte Angststörung zeigt sich jedoch in ständigen, unkontrollierbaren Sorgen und Befürchtungen in einem oder mehreren Bereichen des Lebens, die psychisch krank machen und körperliche Symptome bewirken. Die

[32] Morschitzky, 2009, S. 68ff; Essau, 2014, S. 65ff ; Dehner-Rau & al., 2012, S. 27ff; In-Albon, 2011, S. 44ff, In-Albon, 2009, S. 594ff, Masi & al., 1999, S. 210ff

Betroffenen sind überbesorgt und pessimistisch bezüglich alltäglicher Ereignisse und werden von Erwartungsängsten geplagt. Es besteht ein ständig erhöhtes Angstniveau, welches motorische Anspannung und vegetative Symptome verursacht. Die GAS ist eine generalisierte und anhaltende Angst, die nicht auf bestimmte Situationen beschränkt ist, sondern frei flottierend auftritt.

Die Betroffenen fürchten Krankheiten, Unfälle oder sonstige unangenehme Situationen, wie Sorgen um Pünktlichkeit, die Finanzen der Familie, die Gesundheit der Familienmitglieder und das Weltgeschehen (z.B. Erdbeben oder Krieg). Neben den erwachsenentypischen Sorgen, beschäftigen sich die Betroffenen auch mit alterstypischen Themen, wie ihre Kompetenz im schulischen, sozialen und sportlichen Bereich. Jugendliche mit Generalisierter Angststörung können auch perfektionistisches Verhalten zeigen indem sie z.B. ihre Hausaufgaben sehr sorgfältig oder auch mehrmals machen und To-Do-Listen führen. Ein typisches Merkmal ist auch die Rückversicherung: man kann bei einem Test erst weitermachen, wenn man ein Feedback erhält. Dieses Verhalten kann einen negativen Einfluss auf die Leistung haben. Erwachsene beurteilen die Betroffenen öfter als gewissenhafter als ihre Kameraden und verstärken so ihr Verhalten.

Ein weiteres Element sind somatische Störungen (Kopfschmerzen, Muskelschmerzen, Schlafschwierigkeiten, Ruhelosigkeit, Magen-Darm-Beschwerden, Schluckbeschwerden) sowie kognitive Störungen (anhaltende Reizbarkeit, Konzentrationsschwierigkeiten, Leeregefühl im Kopf).

Das Schulvermeiden ist ein typisches Verhaltensproblem von Jugendlichen mit GAS. Sie fehlen an einzelnen Tagen, an denen etwas Neues oder Ungewöhnliches stattfindet, wie z.B. der Schulsporttag. Manche vermeiden es auch, die Hausaufgaben zu machen, aus Angst, Fehler zu machen. Häufig werden auch körperliche Beschwerden vorgeschoben um eine Prüfung zu vermeiden.

Jugendliche mit GAS tendieren auch zu kognitiven Verzerrungen. Sie überschätzen z.B. negative Konsequenzen von Ereignissen, sowie auch die Wahrscheinlichkeit, dass ein negatives Ereignis eintritt. Die Betroffenen können sich z.B. große Sorgen über eine mittelmäßige Note machen, da sie diese mit ihrer Inkompetenz in Verbindung bringen, was dann wiederum zu Sorgen über die eigene Zukunft führt (z.B. ihren Traumberuf nicht ausüben zu können oder nicht zu einem Studium zugelassen zu werden). Des weiteren besteht die Tendenz, kleine Fehler als Beweis für völliges Versagen zu interpretieren.

Die Betroffenen können nicht aufhören sich Sorgen zu machen, auch wenn sie wissen, wie unglücklich sie sich damit machen. Es entsteht ein unendlicher Teufelskreis von Sorgen. Da keine konkreten Situationen als Auslöser der Angst genannt werden können, können auch keine

Vermeidungsstrategien benutzt werden. Jugendliche mit GAS haben generell eine geringe Selbstwirksamkeitsüberzeugung und ein geringes Selbstvertrauen.

Die Prävalenz von GAS bei Jugendlichen liegt bei 0,2 bis 0,5%. Die Komorbidität bei GAS ist sehr hoch: 75% hatten komorbide Angststörungen, 56% depressive Störungen und 21% externalisierende Störungen.

4.3. ANDERE PHOBIEN UND ÄNGSTE

4.3.1. LEISTUNGS- UND PRÜFUNGSÄNGSTE [33]

Ein gewisses Maß an Aufregung und Angst in Leistungssituationen wie Prüfungen oder Referaten ist normal, da es sich hier um persönlich bedeutsame Situationen handelt, die von den Betroffenen niemals völlig kontrollierbar sind und die eine Bewertung der eigenen Person darstellen. Nach dem Yerkes-Dodson-Gesetz kann ein mittleres Maß an Angst sogar ein Ansporn für das Lernen sein und eine optimale Leistungsfähigkeit garantieren. Wenn jedoch die Leistung beeinträchtigt wird, übertriebene und unrealistische Befürchtungen für den Fall des Versagens in der Prüfung die Angst steigern, oder Prüfungssituationen zum Auslöser massiver Angst werden, wirkt die Angst blockierend: man spricht von krankhafter Prüfungsangst. Massive Prüfungsängste sind ein Spezialfall der Sozialen Phobie. Vor, während und nach der Prüfung zeigen sich bei den Betroffenen körperliche und psychische Symptome.

Auf der körperlichen Ebene beschweren sich die Betroffenen vor der Prüfung über Muskelverspannungen, Kopf- und Bauchschmerzen, Übelkeit oder Konzentrationsschwierigkeiten. Während der Prüfung empfinden sie Herzklopfen, Schwitzen und Erröten.

Die psychischen Symptome können in emotionale, kognitive und Verhaltenskomponenten aufgeteilt werden. *Emotional* befindet sich der Betroffene in besorgter, bedrückter, hoffnungsloser Stimmung. Außerdem erlebt er oft Unsicherheitsgefühle und depressive Verstimmungen und hat ein mangelndes Selbstwertgefühl. Auf der *kognitiven Ebene* berichten Betroffene von einer Beeinträchtigung des aufgabenbezogenen Denkens, einer Blockierung der Gedächtnisinhalte und katastrophisierenden Annahmen über die Folgen eines Versagens in der Prüfung. Die angstbedingten Denkblockaden verhindern die Aktivierung des gelernten Prüfungsstoffes und geben so den Eindruck einer

[33] Morschitzky, 2009, S. 96ff ; Essau, 2014, S. 78ff; In-Albon, 2011, S. 55ff, Stein, 2012, S. 77ff, Suhr-Dachs, 2009, S. 574ff ; Turner & al., 1993, S. 140 ; Roebers & al., 1993, S. 723ff

mangelnden Prüfungsvorbereitung. Die Betroffenen berichten von einem Gefühl des „leeren Gehirns“. Dieses hängt mit der Ausschüttung der Stresshormone Kortison und Kortisol zusammen, die das Langzeitgedächtnis blockieren. Auch nach der Prüfung können Ängste vor schlechten Ergebnissen und entsprechenden Reaktionen der Eltern auftreten. Bei Misserfolg wird das Ergebnis dem eigenen Versagen zugeschrieben, bei Erfolg jedoch als Zufall betrachtet – diese Art der Ursachenzuschreibung deutet auf ein niedriges Selbstvertrauen hin. Im Allgemeinen richten Hochängstliche also ihre Aufmerksamkeit mehr auf sich selbst als auf die anstehenden Aufgaben. Durch die Angstkognition wird also Aufmerksamkeit abgezogen und somit das Leistungsvermögen beeinträchtigt. Auf der *Verhaltensebene* zeigt sich häufig ein gestörtes Lernverhalten und somit eine Beeinträchtigung der Leistungsfähigkeit. So können die Angst vor dem Versagen und den Konzentrationsproblemen zu einem Black-Out, d.h. einer Leistungsblockade führen. So kommt ein Teufelskreis zwischen leistungsbezogenen Ängsten, Leistungsdefiziten und schulischem Versagen in Gang. Verschiedene Betroffene vermeiden sogar aufgrund ihrer Angst das Lernen vor der Prüfung.

Die Prüfungsangst wird von typischen angstschürenden Kognitionen begleitet, wie z.B. einer bedrohlichen Situationsbewertung („Die Prüfung wird bestimmt wieder schwierig“.), einer negativen Selbsteinschätzung („Ich bin zu dumm dafür.“) und geringem Bewältigungszutrauen („Meine Angst kriege ich sowieso nicht in den Griff.“).

Jugendliche mit Prüfungsangst zeigen schlechtere Schulleistungen als ihre Altersgenossen ohne Schulangst. Außerdem betrachten sie sich als wenig sozial kompetent, haben ein geringeres Selbstwertgefühl, weniger Selbstwirksamkeitserwartung, weniger Motivation sich anzustrengen und mehr Sorgen als andere. Aus Angst vor dem Versagen entwickeln die Betroffenen oft perfektionistische, stresserhöhende Bewältigungsstrategien, wie Lernen ohne Pause oder Antreten zur Prüfung nur bei sicherem Wissen. Auch exzellente Schüler können unter Prüfungsängsten leiden wenn sie Denkmuster wie „Ich muss immer der Beste sein“ oder „Wenn ich das nicht weiß, bin ich doch nicht so gut“ entwickeln.

In der Literatur findet man sehr unterschiedliche Angaben zur Häufigkeit von Prüfungsangst, da die Studien verschiedene Prüfungsangstindikatoren benutzen. So findet man für das Jugendalter bei rezenten Studien Prävalenzraten zwischen 22% und 41%. Das deutsche Bundesministerium für Bildung und Forschung hat 2007 in einer Studie einen Beratungsbedarf bzgl. Prüfungsangst bei 13%

der Studierenden festgestellt. [34] Laut der PISA-Studie 2015 gab über die Hälfte der luxemburgischen Schüler des EST an, Angst vor Prüfungen zu haben. [35]

4.3.2. TRENNUNGSANGST [36]

Trennungsangst ist in einer bestimmten Altersstufe normal. Ab 7 Monaten bis in die Vorschulzeit sind die Kinder nicht gerne von ihren Eltern oder Bezugspersonen getrennt. Wenn jedoch eine entwicklungsunangemessene und übermäßige Angst vor der Trennung von zu Hause oder von Bezugspersonen erkennbar ist, spricht man von einer Störung mit Trennungsangst.

Betroffene haben kognitive Verzerrungen, wie eine sehr große Furcht davor, Bezugspersonen zu verlieren oder von ihnen durch Katastrophen getrennt zu werden. Deshalb wenden sie ein sehr großes Spektrum von Vermeidensverhalten an. So vermeiden sie z.B. alleine zu Hause zu bleiben, die Schule zu besuchen, alleine oder bei geschlossener Tür zu schlafen, bei Freunden zu übernachten...

Häufig treten auch körperliche Symptome auf, wie Kopfschmerzen, Bauchschmerzen, Übelkeit oder Erbrechen. Diese lassen jedoch schnell nach wenn die Trennungssituation doch nicht auftritt, das Kind z.B. nicht in die Schule muss.

Die Störung tritt häufig nach einem wichtigen Lebensereignis ein, wie z.B. dem Tod eines Angehörigen, einem Umzug oder einem Schulwechsel. Mädchen und Jungen sind gleichhäufig betroffen. Die Prävalenzrate liegt bei 3%. Störung mit Trennungsangst wird oft von weiteren psychischen Störungen begleitet. Ungefähr ein Drittel hat Depressionen und ca. ein Fünftel zeigt eine Komorbidität mit ADHS.

[34] Herzer, 2016, S. 8

[35] www.pisaluxembourg.lu/willkommen/national/schulformen/motivation_track-2/

[36] Essau, 2014, S. 36ff ; In-Albon, 2011, S. 41ff ; Federer & al., 2000, S. 83 ; Schneider, 2009, S. 482ff

4.3.3. POSTTRAUMATISCHE BELASTUNGSSTÖRUNG [37]

Eine Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) ist eine Angststörung, die nach besonders belastenden, lebensbedrohlichen Erlebnissen wie z.B. Unfällen, Naturkatastrophen und Gewalterlebnissen auftreten kann. Die Betroffenen erleben dabei mit intensiver Furcht, Entsetzen und Hilflosigkeit direkt oder indirekt eine Situation welche mit der Gefahr der körperlichen Unversehrtheit der eigenen Person oder anderer Personen einhergeht.

Die Symptome können in drei Bereiche kategorisiert werden: das Wiedererleben des Traumas, Vermeidungsverhalten und eine gesteigerte Erregung. Der Betroffene hat also wiederkehrende und belastende Erinnerungen an das Trauma, Albträume, Flashback-Episoden und intensive körperliche und psychische Reaktionen bei der Konfrontation mit Situationen oder Dingen, die an das Trauma erinnern. Der Betroffene entwickelt daraufhin unterschiedliche Strategien, um die traumabezogenen Reize zu vermeiden. Zusätzlich treten bei den Betroffen Ein- und Durchschlafstörungen, Konzentrationsprobleme, Hypervigilanz, erhöhte Reizbarkeit und Schreckhaftigkeit auf. Zusätzlich zeigen die Betroffenen Verhaltensweisen, die ihrem Alter nicht angepasst sind.

Jungen erleben häufiger traumatische Ereignisse als Mädchen. 22,5% der 12- bis 17-Jährigen haben mindestens ein traumatisches Ereignis erlebt. Davon entwickeln 7,3% eine Posttraumatische Belastungsstörung. Je nach Art des Traumas entwickeln aber über die Hälfte der Kinder eine PTBS. Besonders hohe Prävalenzen findet man bei Geiselnahmen, Überfällen, schlimmen Verkehrsunfällen, Kindesmisshandlung, Terrorismus, Krieg und Erdbeben.

Es gibt eine hohe Komorbidität mit affektiven Störungen, Angststörungen, Somatisierungsstörungen und Substanzmittelmissbrauch.

4.3.4. ZWANGSSTÖRUNGEN [38]

Im DSM-IV wird die Zwangsstörung bei den Angststörungen klassifiziert, während sie in der ICD-10 in einem eigenen Bereich den Zwangsspektrumsstörungen untergeordnet wird.

Zwangsstörungen bestehen aus wiederholt auftretenden Zwangshandlungen und Zwangsgedanken. Sie treten oft in Stresssituationen auf. Oft sind beide aufeinander bezogen: einem Zwangsgedanken folgt also oft eine Zwangshandlung. Zwangsgedanken sind aufdringliche, unwillkürliche negative

[37] In-Albon, 2011, S. 48ff, Landolt, 2009, S. 610ff ; Essau, 2014, S. 70ff

[38] Essau, 2014, S. 58ff ; In-Albon, 2011, S. 51ff ; Schmidt-Traub, 2010, S. 35 ; Morschitzky, 2009, S. 106

Gedanken, die oft als unangenehm und bedrohlich erlebt werden und somit zu Angst und Unsicherheit führen. Zwangsgedanken drehen sich oft um Schmutz und Ansteckung, Krankheit, verbotene und aggressive Vorstellungen, die Furcht, sich oder andere zu verletzen, mögliche Katastrophen, Symmetrie und Ordnung. Zwangshandlungen sind zeitaufwändige, willkürliche, aber häufig unfreiwillige Handlungen, die dazu dienen, Angst und Unsicherheit zu reduzieren. Diese Rituale können die Angst aber nur kurze Zeit lindern. Die häufigsten Zwangshandlungen bei Jugendlichen sind Waschrituale, Überprüfen, Ordnen/Aufräumen, Zählen. Zwangshandlungen können auch verdeckt, also nur auf der kognitiven Ebene vorgenommen werden. Häufiger als bei den anderen Angststörungen leiden Jungen häufiger unter Zwängen als Mädchen.

Wegen der übermäßigen Beschäftigung mit ihren Zwängen haben Jugendliche mit Zwangsstörungen keine Zeit mehr für ihre normalen Aktivitäten: sowohl soziale und familiäre Beziehungen als auch schulische Leistungen können stark darunter leiden.

Mit Prävalenz von 2-4% in der Pubertät ist die Häufigkeit der Zwangsstörungen in diesem Alter schon so hoch wie bei Erwachsenen. Bei etwa 50% aller Erwachsenen mit einer Zwangssymptomatik liegt der Erkrankungsbeginn im Kindes- und Jugendalter. Es gibt eine hohe Komorbidität mit weiteren Angststörungen, affektiven Störungen, Ticstörungen und ADHS.

5. THEORIEN ZUR ERKLÄRUNG VON ANGST

Es gibt wahrscheinlich so viele Theorien zur Erklärung der Angst wie es Perspektiven in der Psychologie gibt. So haben z.B. sowohl die Biopsychologen als auch die Psychanalysten, die Behavioristen und die Kognitivisten versucht, die Entstehung der Angst durch ihre jeweiligen Theorien zu erklären. Im folgenden Kapitel werden die Ideen der verschiedenen Perspektiven kurz zusammengefasst. Diese erklären teils auch die Risikofaktoren für die Angst.

5.1. NEUROBIOLOGIE UND BIOPSYCHOLOGIE

In biopsychosozialen Modellen wird davon ausgegangen, dass jede Entwicklung von biologischen, psychischen und sozialen Faktoren und ihrer Wechselwirkung bestimmt wird. Die Angst könnte z.B. aus dem Zusammenspiel von vererbten Prädispositionen und dem Einfluss der Umwelt entstehen. Die Reaktionen der Umwelt könnten jedoch auch durch die Angst beeinflusst werden.

Angststörungen sind nicht angeboren, eine allgemein höhere Angstbereitschaft und eine physiologische Labilität können jedoch vererbt sein. Als Auslöser für genetisch bedingte Angststörungen gelten jedoch Umweltfaktoren, Lebenserfahrungen und Denkmuster. Zusätzlich geht man davon aus, dass verschiedene Ängste evolutionsbedingt sind. Wir haben z.B. keine Angst vor modernen gefährlichen Lebensbedingungen, während wir aber Angst haben vor Dunkelheit, vor verschiedenen Tieren, vor Blitz und Donner oder vor Höhen. [39]

Auch die Entwicklung der Gehirnstrukturen, hormonell bedingte Veränderungen und die Neurotransmitterwirkungen spielen eine Rolle bei der Angstentwicklung. Die Amygdala spielt z.B. eine Rolle bei der Ätiologie internalisierender Störungen, zu denen die Angststörungen gehören. Bei Mädchen, die in höherem Maße internalisierende Störungen aufweisen, ist das Amygdala-Volumen geringer als bei Jungen. Diese Störungen entwickeln sich oft auch erst während der Pubertät, wenn die Sekretion von Östrogen zunimmt. Die hormonell beeinflussten Veränderungen des Gehirns stellen also eine Vulnerabilität für psychische Störungen des Jugendalters dar. [40]

Körperliche Stressreaktionen sind ein wichtiger Bestandteil der Angst. Wenn eine bedrohliche Situation eintritt, bereitet sich der Körper darauf vor, zu kämpfen oder zu fliehen. Diese

[39] Morschitzky, 2009, S. 199ff

[40] Konrad, 2009, S. 48

Notfallreaktion ermöglicht es dem Körper, der bedrohlichen Situation mit entsprechenden Verhaltensweisen entgegen zu treten. Wir können sie nicht direkt beeinflussen, denn sie wird durch das autonome oder vegetative Nervensystem, welches in einen sympathischen und einen parasympathischen Teil unterteil ist, gesteuert. Der sympathische Teil des vegetativen Nervensystems ist verantwortlich für die Mobilisierung von Energie und ermöglicht so die Kampf- und Fluchtreaktionen, während der parasympathische Teil für die Wiederherstellung der Kräfte zuständig ist. Bei einigen Menschen ist der sympathische Teil des Nervensystems besonders ausgeprägt und leicht auslösbar. Wenig bedrohliche Situationen können so schon zu einer ausgeprägten körperlichen Reaktion führen. Wenn diese körperliche Reaktion als bedrohlich bewertet wird, wie z.B. bei Panikattacken, fördert das den Teufelskreis von der Angst vor der Angst. [41]

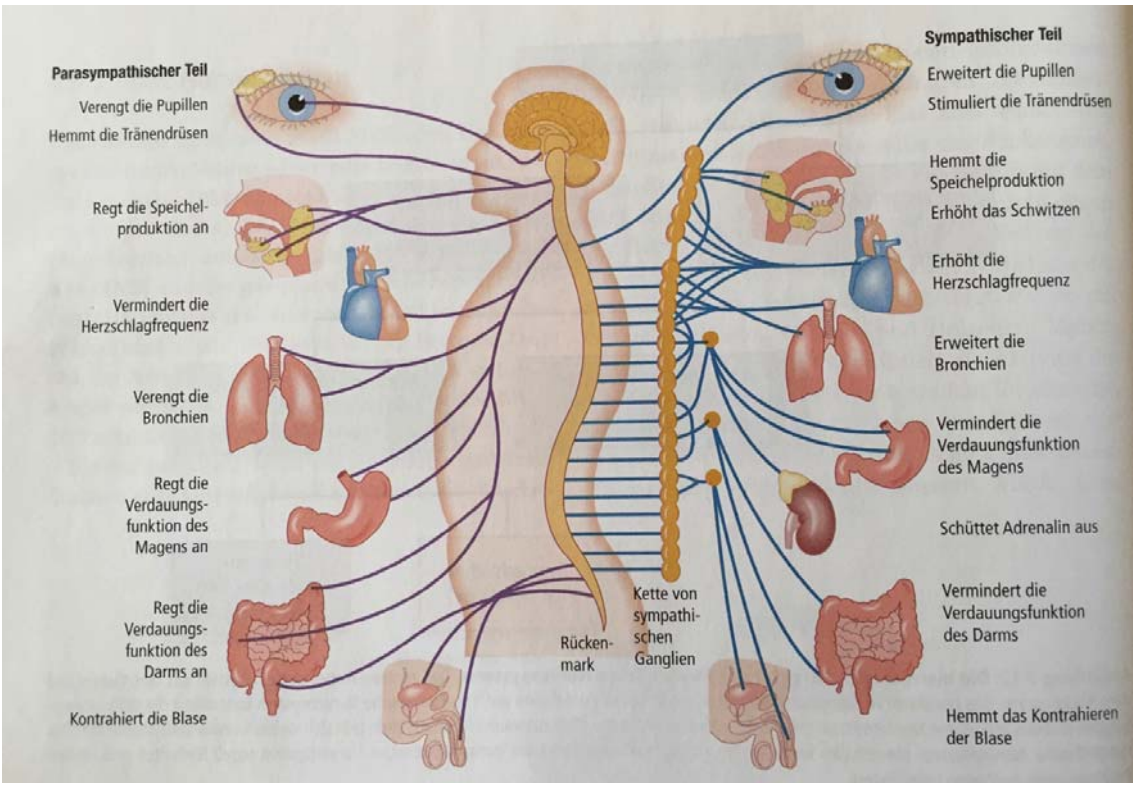


Abb.3: Das autonome Nervensystem [42]

[41] Dehner-Rau & al., 2012, S. 43ff

[42] Gerrig, 2015, S.94

Bei körperlichem und seelischem Stress kommt es laut Selye, dem Begründer der Stressforschung, zu einem „Allgemeinen Anpassungssyndrom“, welches aus drei Phasen besteht: einer Alarmreaktion bei akutem Stress (durch Adrenalinausschüttung), einem Widerstandsstadium bei chronischem Stress und einem Erschöpfungsstadium bei unzureichender Stressbewältigung. [43]

Wenn wir also eine Herausforderung erleben, wird im Körper Adrenalin und Noradrenalin ausgeschüttet, unser Herz schlägt schneller und wir atmen schneller: die Durchblutung von Herz, Lunge, Arm- und Beinmuskulatur sowie Gehirn steigt. Wir werden wachgerüttelt und können so Neues schnell und effizient lernen. Durch Herausforderungen und die dadurch ausgelösten Stressreaktionen, lernen wir, uns den veränderten Lebensbedingungen anzupassen. Wenn wir eine Situation bewältigt haben, wächst unser Vertrauen und unsere Selbstwirksamkeitserwartung. Erleben wir eine Situation jedoch als unkontrollierbar, funktionieren die bisherigen Bewältigungsstrategien nicht. Der Körper beginnt dann, Cortisol auszuschütten. Dies führt zu Ohnmacht, Hilflosigkeit und Verzweiflung, das Vertrauen in die Selbstwirksamkeit sinkt. Durch neue, adaptierte Verhaltensstrategien kann die unkontrollierte Stressreaktion kontrollierbar gemacht werden. Dauert sie jedoch zu lange an, wird sie zu einer Gefahr für unsere geistige, emotionale und körperliche Integrität. [44]

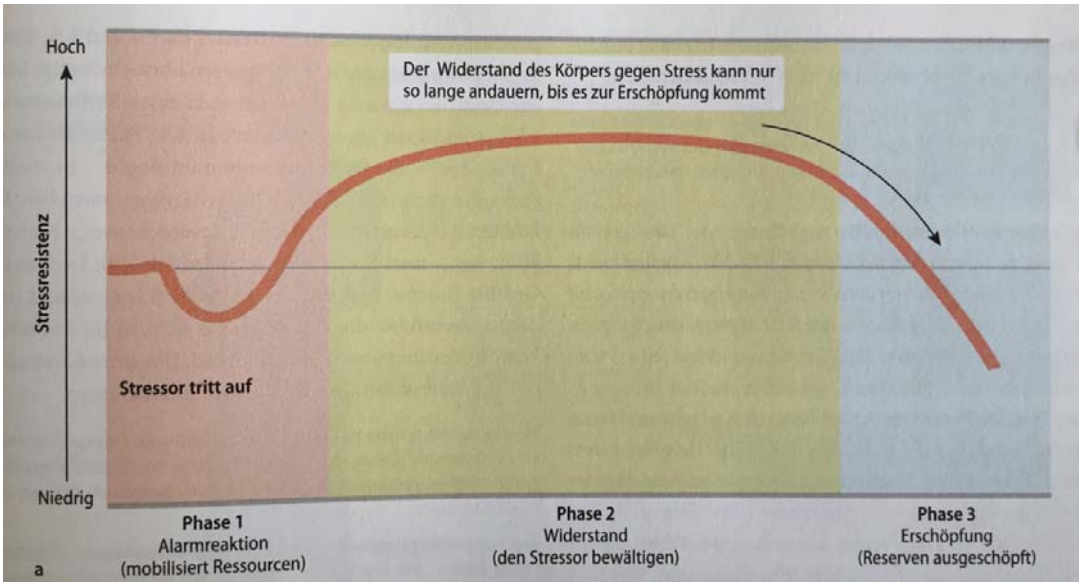


Abb.4: Stress: Selyes Allgemeine Adaptationssyndrom [45]

[43] Morschitzky, 2009, S. 239

[44] Dehner-Rau & al., S. 45ff

[45] Myers, 2014, S. 529

5.2. PSYCHOANALYSE – DIE ANGST DES MENSCHEN VOR SICH SELBST

Freuds psychoanalytische Sicht der Angst beschäftigt sich insbesondere mit der Angst des Menschen vor sich selbst. Sie bietet einen Ansatz für abnorme Ängste. Die Psychoanalytiker unterscheiden zwei Angsttheorien: die „Theorie der Angstneurose“ und die „Signaltheorie der Angst“.

Nach der „Theorie der Angstneurose“ entsteht die Angst durch die Verdrängung triebhafter Bedürfnisse. Die Triebenergie kann nicht abgeführt werden, was zu Spannungen und einer Angstneurose, welche sich an bestimmte Objekte und Situationen heftet, führt.

Die „Signaltheorie der Angst“ basiert auf der Instanzenlehre mit Es, Ich und Über-Ich. Hier entstehen Konflikte zwischen den Triebbedürfnissen (Es) und dem Gewissen (Über-Ich). Es entwickelt sich eine Angst, dass diese Bedürfnisse durchbrechen könnten. Zur Regulation dieser Angst werden Abwehrmechanismen eingesetzt, indem die Konflikte ins Unbewusste verdrängt werden. Wenn die Verdrängung nicht mehr ausreichend möglich ist, bildet sich ein Symptom, d.h. die Angst wird an ein Objekt verknüpft und eine Phobie entsteht. Wird das innere Ungleichgewicht stärker, kann es zu einer Neurose kommen. Hierbei handelt es sich um eine andauernde, schlimme Beeinträchtigung der gesamten Persönlichkeit die behandelt werden muss.

Ein erstes wichtiges Therapieziel ist die Entwicklung von Bewusstheit hinsichtlich der unbewussten Triebimpulse, was als solches schon als heilsam beurteilt wird. Ein zweiter Effekt der Therapie liegt in der Katarsis, dem Abführen von aufgestauter emotionaler Energie. Dafür werden z.B. das freie Assoziieren, die Traumdeutung und die Bearbeitung von Abwehrmechanismen eingesetzt. [46]

5.3. LERNTHEORIEN – KLASSISCHES KONDITIONIEREN, OPERANTES KONDITIONIEREN UND MODELLLERNEN

Die Lerntheorie geht davon aus, dass Angst, wie fast jedes menschliche Verhalten, gelernt und verlernt werden kann. Sie unterscheidet drei Lernformen: das klassische und das operante Konditionieren sowie das Modelllernen.

Die klassische Konditionierung ist ein Vorgang assoziativen Lernens, d.h. *eine durch zeitliche oder räumliche Nähe erfolgte Koppelung eines unbedingten, biologisch signifikanten Reflexes (z.B. Lärm), der eine unbedingte, d.h. biologisch vorgegebene Reaktion auslöst (z.B. Schreckreaktion), mit einem*

[46] Stein, 2012, S. 67ff ; S. 106f

bedingten Reiz (z.B. Lichtquelle) in der Form, dass durch mehrfaches Auftreten dieser Koppelung der bedingte Reiz, der anfangs neutral war, ausreicht, die unbedingte Reaktion (Angst) auszulösen. [47]

5.3.1. DIE KLASSISCHE KONDITIONIERUNG – KONDITIONIERUNG DURCH STIMULUS-LERNEN

Bei der Klassischen Konditionierung werden zufällige Begleitumstände angsterregender Ereignisse mit negativen Emotionen besetzt, die nachwirken, wenn das eigentliche Erlebnis schon vergessen worden ist. [48]

Viele Ängste entstehen durch klassische Konditionierung. Eines der bekanntesten Experimente der Lerntheorien ist die Furchtkonditionierung des Kleines Albert (1920). Mit ihrem Experiment versuchten Watson und Rayner nachzuweisen, dass viele Furchtreaktionen als eine Paarung eines neutralen Stimulus mit etwas Furchtauslösendem verstanden werden können. Sie trainierten Albert, Furcht vor einer weißen Ratte zu haben, die er ursprünglich gerne mochte, indem sie das Erscheinen der Ratte mit einem lauten Geräusch, das eine Schreckreaktion auslöste, paarten. Ein anfänglich neutraler Reiz wurde also durch ein zugleich stattfindendes Schrecksignal in ein Angstobjekt verwandelt. Alberts Furcht entwickelte sich in nur sieben Konditionierungsdurchgängen. Später generalisierte sich die Angst auf andere pelzige Objekte, d.h. Reize die dem konditionierten Originalreiz ähnlich sind, lösen dieselbe Reaktion aus. [49] Wenn man einmal von einem Arzt in einem weißen Kittel eine schmerzhafte Spritze bekommen hat, hat man nachher eventuell nicht nur Angst vor Spritzen oder vor diesem Mann, sondern vor allen Männern in weißen Kitteln.

Die Generalisierung ist auch ein Merkmal verschiedener Angsterkrankungen, wie der Generalisierten Angststörung oder der Agoraphobie, bei der immer mehr Situationen Angst auslösen und daraufhin vermieden werden. [50]

Neben der Generalisierung ist ein anderer Vorgang bedeutend für die Klassische Konditionierung: die Extinktion. Dieser Vorgang bezeichnet die Löschung gelernter Zusammenhänge, wenn die Koppelung von unkonditioniertem und konditioniertem Reiz irrelevant geworden ist. Die Konditionierung wird

---

[47] Morschitzky, 2009, S. 304ff

[48] Stein, 2012, S. 38f

[49] Gerrig, 2015, S. 211 ; Lückert & al., 2006, S. 85

[50] Dehner-Rau & al., 2012, S. 50

also verlernt, wenn die Verbindung nicht mehr gestärkt wird. [51] Die Löschung bildet die Basis von therapeutischen Ansätzen wie Konfrontationstherapie oder Systematische Desensibilisierung.

5.3.2. DIE OPERANTE KONDITIONIERUNG – LERNEN AM ERFOLG

Bei der operanten oder instrumentalen Konditionierung führen die Konsequenzen eines bestimmten Verhaltens zu einer veränderten Auftretenswahrscheinlichkeit dieses Verhaltens. Die Folgen eines Verhaltens bewirken also, dass dieses in Zukunft häufiger oder weniger häufig auftritt. Wird z.B. eine Angst durch ein fluchtartiges Verhalten vermieden, wird dieses Verhalten verstärkt, d.h. häufiger erfolgen. [52]

Das Skinner-Box-Experiment von Skinner ist eines der bekanntesten Experimente des operanten Konditionierens. Eine hungrige Ratte wird in einen Käfig, die sogenannte Skinner-Box gesperrt. Wenn die Ratte ein Verhalten zeigt, das vom Experimentator erwünscht wird, sie z.B. einen Hebel drückt, dann gibt die Vorrichtung eine Futterpille aus. Die Ratte wird also ihr Verhalten wiederholen, um wieder eine Futterpille zu erhalten. Sie lernt demnach, dass ihr Verhalten eine positive Konsequenz hat, und wird dieses wiederholen. [53]

Man unterscheidet vier Arten der operanten Konditionierung [54]:

- Positive Verstärkung: Belohnung einer Verhaltensweise durch einen positiven Verstärker (z.B. Süßigkeiten, Geld, Lob, Streicheln)
- Negative Verstärker: Beseitigung eines aversiven Ereignisses (z.B. Aufhebung der Ausgangssperre, Flucht aus einer angstmachenden Situation)
- Bestrafung: Verabreichung eines aversiven Reizes (z.B. schimpfen, schreien) um ein Verhalten abzubauen
- Löschung: Reduktion oder Löschen eines Verhaltens durch Nichtbelohnung oder Entzug von positiven Verstärkern (z.B. Lob, Geld)

Das operante Konditionieren kann somit die Entstehung von Vermeidensverhalten, einem der problematischsten Faktoren im Rahmen der Entwicklung von Angststörungen, erklären: Situationen

[51] Morschitzky, 2009, S. 304ff

[52] Morschitzky, 2009, S. 306f

[53] Gerrig, 2015, S. 218

[54] Morschitzky, 2009, S. 306f

und Handlungen, auf die hin eine negative Konsequenz, also z.B. Angst, erfolgte, werden in Zukunft gemieden. Eine Folge davon ist, dass der Aufbau von sozialen Fähigkeiten und Bewältigungsstrategien dadurch eingeschränkt oder verhindert wird. [55] Die Flucht vor einer bedrohlichen Situation bringt Erleichterung, welche die Bereitschaft zum Vermeiden positiv verstärkt, sodass künftig erst recht wieder gemieden wird. Das Vermeiden hindert die ängstliche Person jedoch daran, zu erfahren, dass die Angst von alleine wieder zurückgeht. Langfristig verfestigt sich die Angst und wird oft sogar noch stärker: Sie kommt häufiger, dauert länger und schränkt den Angstpatienten in der Lebensführung weiter ein. [56]

5.3.3. DAS ZWEI-FAKTOREN-MODELL VON MOWRER

Auch wenn es überholt und ergänzungsbedürftig ist, ist das Zwei-Faktoren-Modell von Mowrer aus den 1940er Jahren auch heute noch hilfreich zur Erklärung verschiedener Ängste und Zwänge und zur Begründung der davon abgeleiteten Technik der Konfrontation. Bei den zwei Faktoren handelt es sich um das klassische und das operante Konditionieren. Mowrer nahm an, dass bei Ängsten der ursprünglich neutrale Reiz (z.B. der Hund) aufgrund traumatischer Ereignisse (z.B. Hundebiss) zu einem konditionierten, aversiven Stimulus werden kann (Klassische Konditionierung). Die darauffolgende Vermeidung dieser Reize – der Betroffene versucht, dem gefürchteten Reiz zu entfliehen oder ihm nicht mehr zu begegnen – wird durch den Abbau dieses unangenehmen Zustandes negativ verstärkt (operante Konditionierung). Flucht oder Vermeidung als Problemlösung wird in Zukunft häufiger auftreten, weil sie die Angstsymptome beseitigen. [57]

Stimulus → Schreck → Angst

Angst vor Stimulus → Vermeidung / Flucht → Angstreduzierende negative Verstärkung

5.3.4. MODELLLERNEN – LERNEN DURCH BEOBACHTUNG UND NACHAHMUNG

Lernen am Modell wurde vor allem von Bandura erforscht. Indem man andere beobachtet und sich ihr Verhalten einprägt, können komplexe Verhaltensweisen gelernt werden. Bandura geht davon aus, dass man einmal gelernte Verhaltensweisen auf andere Situationen überträgt und erwartet, dass sie

[55] Stein, 2012, S. 59

[56] Schmidt-Traub, 2016, S. 24

[57] Schlup & al, 2009, S. 508 ; Morschitzky, 2009, S. 307f

in diesen Situationen genauso erfolgreich sind. Positive Erfahrungen stärken das Selbstvertrauen und die Erfolgserwartung: diese bilden die Basis für die Selbstwirksamkeitserwartung. Menschen mit hoher Selbstwirksamkeitserwartung glauben daran, sich in vorher nicht bekannten Situationen wirksam behaupten zu können. Schon eine fiktive Kontrolle über eine Situation wirkt angstmindernd. Negative Erfahrungen hingegen, d.h. wenn das erwartete Ergebnis nicht erreicht wird, sind eine Ursache für die Entstehung von Angst, Hilflosigkeit und Kontrollverlust. [58]

Auch Emotionen können auf diese Art und Weise gelernt werden. Durch Lernen am sozialen Modell werden somit ängstliches Verhalten von den Eltern oder anderen Bezugspersonen auf die Kinder übertragen. Die Kinder entwickeln dann in ähnlichen Situationen auch Angst. [59]

5.4. KOGNITIVE THEORIEN – ERWARTUNGEN & BEWERTUNGEN ODER: DIE MACHT DER GEDANKEN

Die kognitiven Theorien beschäftigen sich mit internen Prozessen wie Ursachenzuschreibungen, Erwartungen, Kontrollüberzeugungen. Kognitive Aspekte haben eine große Bedeutung für die Entwicklung von Angstzuständen. In jeder Phase unseres Lebens werden wir von stressauslösenden Situationen begleitet. Dieselben Stressoren können jedoch bei verschiedenen Personen unterschiedliche Wirkungen haben. Die Art und Weise, wie Situationen und Erfahrungen wahrgenommen und interpretiert werden, kann beruhigen oder Angst machen. Menschen mit Angststörungen haben die Tendenz, Situationen, die andere als nichtbedrohlich einschätzen, als (lebens-)gefährlich einzuschätzen.

Personen mit Angststörungen erleben sich selbst oft als sehr verletzlich und neigen deshalb dazu, Gefahrenzeichen überzubewerten und Situationen irrtümlich als gefährlich einzuschätzen. In Angst machenden Situationen ist es für sie sehr schwer, ihre Ängste auf ihren Realitätsgehalt zu überprüfen. [60]

Dysfunktionale Kognitionen tragen aus Sicht der Kognitiven Therapien zu psychischen Störungen (emotionalen und Verhaltensstörungen) bei; in der Therapie geht es deshalb darum, diese dysfunktionalen Kognitionen in funktionale Kognitionen zu verändern, um dadurch das damit verbundene psychische Leid zu verringern. *Der Begriff der »Kognitionen« (bzw. dysfunktionalen*

[58] Morschitzky, 2009, S. 311ff

[59] Stein, 2012, S. 63

[60] Morschitzky, 2009, S. 313ff

Kognitionen) umfasst dabei so unterschiedliche Dinge wie Wahrnehmungen, Interpretationen und Bewertungen von Ereignissen, Annahmen und Hypothesen, Antizipationen und Erwartungen, Lebensregeln und Lebensphilosophien, Einstellungen, Überzeugungen, Grundhaltungen, inneres Sprechen, Selbstverbalisationen, Bewältigungssätze, Denkfehler u.ä. [61]

Wichtige Vertreter der kognitiven Theorien sind z.B. Ellis, Beck, Meichenbaum und Lazarus.

5.4.1. DIE ABC-THEORIE VON ELLIS

Nach der ABC-Theorie von Ellis werden emotionale und Verhaltenskonsequenzen des Individuums (C) nicht direkt durch auslösende Ereignisse (A) verursacht, sondern durch die Art der Bewertung dieser Ereignisse (B) hervorgerufen. Eine ungünstige Bewertung führt zu negativen Emotionen. Angst und damit einhergehende unangepasste Verhaltensweisen sind durch in der Situation A aktivierte irrationale Überzeugungen oder Bewertungsmuster bedingt. Eine Indoktrination mit irrationalen Bewertungsmustern erfolgt durch Familie, Schule und Freundeskreis, gesellschaftliche Institutionen und die Medien. Grundkategorien irrationaler Überzeugungen sind Muss-Gedanken, globale negative Selbst- und Fremdbewertungen, Katastrophendenken sowie mangelnde Selbstwirksamkeit. [62]

5.4.2. DAS MODELL DER KOGNITIVEN SCHEMATA VON BECK

In seinem Modell der kognitiven Schemata betont Beck vor allem die Bedeutung einer verzerrten Sicht der Realität (fehlerhafter Wahrnehmungen und Interpretationen der Realität) für die Entstehung und Aufrechterhaltung psychischer Störungen. Der Angstpatient sieht sich selbst, die Umwelt und die Zukunft als negativ, hoffnungslos, voller Hindernisse usw. Diese verzerrte Sicht der Realität bestätigt und festigt sich immer wieder durch eine ganze Reihe von typischen Denkfehlern, wie willkürliches Schlussfolgern, selektives Allgemeinern, Übergeneralisieren, Personalisieren, dichotomes Denken. [63]

5.4.3. DAS STRESSIMPFUNGSTRAINING VON MEICHENBAUM

Meichenbaum, der Begründer des Stressimpfungstrainings, betont in seinem Ansatz vor allem die Bedeutung problematischer, unangepasster Selbstverbalisationen für die Entstehung und Aufrechterhaltung psychischer Störungen. Unter Selbstverbalisationen versteht er den inneren

[61] Wilken, 2015, S. 16ff

[62] Wilken, 2015, S. 19ff

[63] Wilken, 2015, S. 27ff

Monolog des Patienten. Die Fähigkeit, Stresssituationen zu bewältigen, hängt nach Meichenbaum in entscheidendem Maße von der Art der inneren Selbstgespräche des Klienten in solchen Situationen ab: *Angemessene Bewältigungssätze (z.B. „Du kannst die Aufgabe bewältigen. Denke über den nächsten Schritt nach!", „Auch wenn Du einen Fehler machst, ist das nicht das Ende der Welt!") führen zu einer angemessenen Situationsbewältigung und angemessenen Emotionen, unangemessene innere Selbstgespräche (z.B. „Hilfe – es ist alles viel zu viel! Das schaffst Du nie!") dagegen zu einer unangemessenen Situationsbewältigung und unangemessen Emotionen.* Entsprechend ist das therapeutische Vorgehen darauf ausgerichtet, angemessenere Selbstverbalisationen bzw. „Bewältigungssätze" aufzubauen. [64]

5.4.4. DIE KOGNITIV-TRANSAKTIONALE THEORIE VON STRESS UND EMOTIONEN VON LAZARUS

Auch in der kognitiv-transaktionalen Theorie von Stress und Emotionen von Lazarus (1984), die ebenfalls als Angsttheorie gelten kann, geht es um kognitive Einschätzungsprozesse. [65] Im Rahmen der Auseinandersetzung einer Person mit einer Situation erfolgen verschiedene Bewertungen. Gefühle werden nicht durch die kritische Situation an sich, sondern durch ihre Interpretation ausgelöst. Als allererstes wird die Situation eingeschätzt (Ereigniseinschätzung). Wenn diese als bedrohlich interpretiert wird, beginnt ein zweiter Bewertungsprozess in dem die eigenen Möglichkeiten, mit der Situation umzugehen bewertet werden (Ressourceneinschätzung). Wenn diese als ungenügend bewertet werden, entsteht Angst. In einer dritten Phase wird die Person versuchen, angemessen auf die Situation zu reagieren. Beispiele von Coping- oder Bewältigungsstrategien sind Angriff, Vermeidung, gedankliche Selbstberuhigung oder Entspannung. [66]

In diesem Sinn kann man drei Formen von Stressbewältigung unterscheiden: [67]

- Bewertungszentrierte Bewältigung: angstreduzierende, logische Analyse und Neubewertung der wahrgenommenen Angstquelle (Umbewertung der Bedrohung in eine Herausforderung)

[64] Wilken, 2015, S. 35

[65] Krohne, 1996, S. 246ff

[66] Stöber & al., 2000, S. 189ff

[67] Billing & al., 1984, S. 877ff

- Problemzentrierte Bewältigung: Ergreifen von Maßnahmen zur aktiven Beseitigung der Bedrohung, Informationssuche und Heranziehen von Unterstützung (z.B. wird die Bedrohlichkeit einer Prüfung vermindert, wenn man sich dafür ausreichend vorbereitet)
- Emotionszentrierte Bewältigung: Versuch, die Angstreaktion durch eine emotionale Regulation zu kontrollieren (Entspannungstechniken, tiefes Atmen, beruhigende innere Sätze)

5.4.5. DER ATTRIBUTIONSSTIL NACH ROTTER

Schlussendlich hat auch der Attributionsstil jedes Menschen einen Einfluss auf das Angsterleben. Unsere Ursachenzuschreibung (Kausalattribution) beeinflusst unser Erleben und unser Handeln. Kausalattributionen sind naive Theorien hinsichtlich der Ursachen von Geschehnissen oder den Ergebnissen von Ereignissen oder Verhaltensweisen. (Misserfolgs-)ängstliche Menschen haben andere Attributionsstile als Menschen mit einem hohen Selbstwert. Die ersten attribuieren oft selbstzweifelverstärkend: bei Erfolg attribuieren sie external und instabil (leichte Aufgabe, Glück) und bei Misserfolg internal und stabil (mangelnde Fähigkeiten, schlechte Vorbereitung). Die Betroffenen denken also, dass sie keinen Einfluss auf Erfolg und Misserfolg haben. Diese Attributionen wirken selbstzweifelverstärkend, führen zu einer Verminderung des Selbstwertgefühls, erhöhen die Besorgnis und verstärken die Ängstlichkeit. Erfolgsorientierte Menschen mit hohem Selbstwert schreiben hingegen den Erfolg sich selbst und den Misserfolg externen Umständen zu. Die Ursachenzuschreibung spielt also eine große Rolle in der Entstehung und Aufrechterhaltung der Ängstlichkeit. [68]

Fazit: Oft werden Kognitionen durch unangemessenes Verhalten, wie Vermeidung oder mentales Fluchtverhalten aufrechterhalten, so dass eine Verhaltensänderung zu einer Einstellungsänderung führt (Verhaltenstherapie). In vielen anderen Fällen lässt sich eine Verhaltensänderung jedoch durch eine Änderung der Einstellungen ziemlich leicht herbeiführen (kognitive Therapie). Diese Änderung der Einstellungen kann z.B. durch kognitive Analysen oder Umstrukturierungen erreicht werden. [69]

[68] Stiensmeier-Pelster & al., 206, S. 378ff ; Stein, 2012, S. 67

[69] Morschitzky, 2009, S. 313ff

6. KOMORBIDITÄT UND NEGATIVE FOLGEN VON ANGSTSTÖRUNGEN

In den vorangegangenen Beschreibungen der verschiedenen Angststörungen wird immer wieder auf die Komorbidität und die Folgen der Angststörungen hingewiesen. Hier trifft man immer wieder auf Depression, Missbrauch von Alkohol, Drogen und Medikamenten, Probleme in der Schule oder in der Beziehung.

Laut einer Studie mit 78.000 Personen in sechs europäischen Ländern besteht bei 70% der Patienten eine Komorbidität von Angststörung und Depression. Diese steht oft als Folge für nicht bewältigte Ängste: Menschen mit primärer Angststörung haben ein 7- bis 12-mal erhöhtes Risiko, später eine Depression zu bekommen. 32-50% aller Panikpatienten entwickeln eine Depression. Angsterkrankungen sind auch mit einem höheren Suizidrisiko verbunden. [70]

Menschen, die unter Angststörungen leiden, haben auch oft die Tendenz, ihre unerträglichen Ängste mit Alkohol, Drogen oder Medikamenten zu betäuben. Diese Substanzen sind anfangs Angst- und Spannungslöser, machen die Situation kurzfristig vielleicht erträglicher, führen aber zu Abhängigkeit und Missbrauch. Da Alkoholkonsum kurzfristig zum erwünschten Erfolg führt, wird er immer wieder wiederholt. Der starke Alkoholkonsum hat jedoch neben den kognitiven und körperlichen Nebenwirkungen auch eine massive Beeinträchtigung des Selbstwertgefühls zur Folge. [71] In Deutschland etwa haben Studien ergeben, dass 20% der Personen die unter Angststörungen leiden, einen Substanzmissbrauch oder eine Substanzabhängigkeit entwickeln. [72]

Sehr wichtig im Jugendalter sind auch die Auswirkungen von Angststörungen auf die Leistungen in der Schule. So werden nicht nur die schulischen und sozialen Leistungen beeinträchtigt, sondern es besteht auch ein Risiko, dass die Schule früher verlassen wird und somit die Betroffenen keinen Schulabschluss haben.

Unbehandelte Angststörungen nehmen langfristig also einen schlechten Verlauf. Deshalb sollten Ängste unbedingt behandelt werden. [73]

---

[70] Morschitzky, 2009, S. 192

[71] Dehner-Rau & al., 2012, S. 36 ; Lückert & al., 2016, S. 110

[72] Kapfhammer, 1993, S. 32 (zit. In Morschitzky, 2009, S. 196)

[73] Schmidt-Traub, 2016, S. VII

Es ist daher sehr wichtig, Angststörungen so früh wie möglich zu erkennen und den Betroffenen Therapien anzubieten. Neben den Therapien sollte man jedoch auch die Möglichkeit der Psychoedukation und der damit verbundenen Selbsthilfe anwenden: kleine Veränderungen im Alltag können den Betroffenen oft helfen, selbst an ihrer Angst zu arbeiten und diese so zu vermindern.

7. RISIKOFAKTOREN UND SCHUTZFAKTOREN – PRÄDIKATIVE FAKTOREN BEI ANGSTSTÖRUNGEN SOWIE DAMIT VERBUNDENE LÖSUNGSANSÄTZE ZUM SCHUTZ DER BETROFFENEN

Die meisten Angstprobleme werden von mehreren, miteinander in einer Wechselwirkung stehenden Faktoren verursacht. Im Hinblick auf die Prävention, aber auch auf die Früherkennung von Angststörungen und die Reduktion des mit den Angststörungen verbundenen persönlichen Leids der Betroffenen, ist es sicherlich behilflich, diese Risikofaktoren, welche dazu beitragen, dass sich bei einer Person eine Angststörung bildet, zu kennen. Man unterscheidet externe, also außerhalb der Person liegende, aber von ihr mehr oder weniger beeinflussbare Faktoren von internen, in der Individualität der Person begründete Faktoren. [74]

Biologische, umweltbedingte und psychosoziale Risikofaktoren, wie z.B. überdurchschnittliche Ängstlichkeit, kritische Lebensereignisse und unzuverlässige Bezugspersonen wirken, dem biopsychosozialen Modell folgend, dynamisch zusammen und bilden ein Vulnerabilität-Stress-Modell. Es ist selten, dass nur eine einzige Ursache zu Angstproblemen führt. [75]

Neben den Risikofaktoren gibt es jedoch auch interne und externe Schutzfaktoren, wie z.B. eine umfassende Förderung oder ein positives Selbstwertgefühl, durch die die Risikofaktoren ausgeglichen werden können. Genauso wie ungünstige Umweltbedingungen trotz vorhandener Ressourcen Ängste fördern können, können individuelle Risiken durch positive Umweltfaktoren ausgeglichen werden.

Entsprechend den individuellen Voraussetzungen (Temperamentsfaktoren, Adaptivität, Vulnerabilität, Handlungsbereitschaft, soziales Netzwerk, Bezugspersonen...) werden demnach Belastungen bewältigt oder auch nicht.

[74] Kasten, 2004, S. 147

[75] Domschke, 2014, S. 1264

	Beispiele Risikofaktoren	Beispiele Schutzfaktoren [76]
Intern	• Unterdurchschnittliche Belastbarkeit • Aktuelle Instabilität • Überdurchschnittliche Ängstlichkeit • Pessimistische Grundhaltung • Labile physische Konstitution • Niedriges Selbstwertgefühl • Geringes Selbstvertrauen • Rigidität, unterdurchschnittliche Flexibilität	• Ausgeglichenes Temperament • Geringe Ängstlichkeit • Flexibilität, Anpassungsfähigkeit • Gesunder Schlaf • Gesunde physische Konstitution • Optimistische Grundhaltung • Positives Selbstwertgefühl
Extern	• Unzuverlässige, willkürliche Bezugspersonen • Klischeehafte, männliche Sozialisation • Aktuelle Belastungen, Konflikte, Probleme • Unsichere Bindungen • Minderwertiges soziales Netz • Trennungen • Kritische Lebensereignisse • Stressreiche, angespannte private und/oder berufliche Situation	• Zuverlässige, berechenbare Bezugspersonen • Gute, tragfähige Bindungen • Hochwertige soziale Netzwerke • Stressfreie private und berufliche Situationen • Partnerschaftliche, demokratische Interaktionen • Offene, flexible Kommunikationsmuster • Anregende Wohnumgebung mit hohem Erholungswert

Menschen, die schon öfters starke Ängste erlebt haben oder sogar schon eine Angststörung haben, sind wesentlich sensibler für viele externe und interne Reize, die sie als belastend oder bedrohlich erleben: die Zahl der Risikofaktoren ist also deutlich erhöht und jene der Schutzfaktoren deutlich kleiner. Diese Personen müssen ihr Leben so verändern, dass sich die Zahl der Risikofaktoren wieder

[76] Kasten, 2004, S. 147f

normalisiert. Gleichzeitig müssen sie sich nach neuen Schutzfaktoren umschauen und diese in ihren Lebensalltag einbauen. [77]

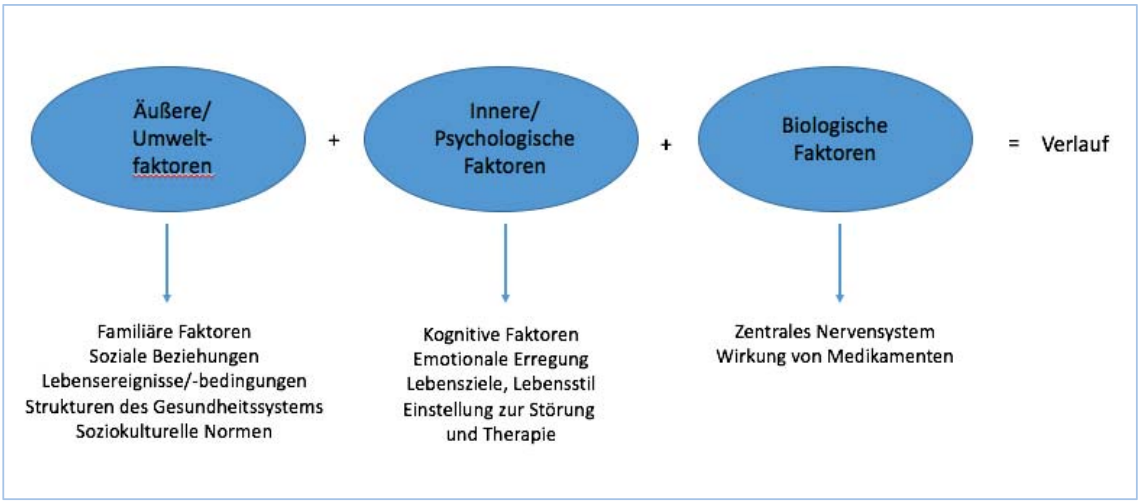


Abb. 5: Faktoren, die möglicherweise den Verlauf von Angst beeinflussen (modifiziert nach Wittchen/Essau, 1990, zitiert in Essau, 2014) [78]

7.1. BIOLOGISCHE FAKTOREN

Zu den biologischen Faktoren zählen z.B. Dysfunktionen der neuronalen Netzwerke, genetische Faktoren, die Epigenetik (DANN-Methylierung), psychophysiologische Faktoren (Schreckreflex, CO2-Sensitivität) sowie das Geschlecht und die Wirkung von Nikotin, Koffein, Alkohol, Drogen und Medikamenten.

7.1.1. NEURONALE NETZERKE

Auf neuronaler Netzwerkebene kann eine Dysfunktionalität des komplexen Zusammenspiels verschiedener Regionen des sogenannten Angstnetzwerks („brain fear circuit“) bei Angststörungen eine Rolle spielen. Hierbei nehmen vor allem die Amygdala, bzw. das erweiterte limbische System eine zentrale Funktion bei der verstärkten Verarbeitung emotionaler, angstrelevanter Stimuli ein, während kortikale Regionen eine womöglich insuffiziente inhibitorische Kontrolle auf limbische Regionen

[77] Kasten, 2004, S. 148f

[78] Essau, 2014

ausüben. Auch eine Hyperresponsivität der Inselrinde korreliert z.B. mit einer erhöhten interozeptiven Sensibilität bei der Panikstörung. [79]

7.1.2. GENETIK

Genetische Faktoren spielen bei der Entstehung der Angsterkrankungen eine wesentliche Rolle. Die „Heritabilität", d.h. der Anteil genetischer Faktoren bei der Entstehung der Panikstörung liegt bei bis zu 48 %, die Heritabilitätswerte für die generalisierte Angststörung und spezifische Phobien bei ca. 30 %, für die Soziale Phobie bei 51 % und für die Agoraphobie bei 67 %. Unter Verwandten 1. Grades von Patienten mit Angststörungen wurde ein 3- bis 5-faches Erkrankungsrisiko im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung gefunden. [80]

7.1.3. GESCHLECHT

Auch das Geschlecht spielt eine Rolle: so sind Frauen zwei bis dreimal häufiger betroffen als Männer. [81] Dieser Unterschied könnte dadurch erklärt werden, dass in unserer Gesellschaft Mädchen stärker zu Folgsamkeit und Abhängigkeit erzogen werden. Sie werden dadurch weniger eigenständig als Jungen und haben häufiger die Tendenz, hilflos-ängstlich zu reagieren und Herausforderungen, d.h. also auch Angstsituationen, auszuweichen. Ihnen wird ein größeres Sicherheitsbedürfnis, dafür aber weniger Risikoverhalten anerzogen. Insgesamt klagen Mädchen häufiger über körperliche Beschwerden, Ängste und Depressionen, während Jungen eher Konzentrationsprobleme haben und ein aggressives Verhalten aufweisen. Ängste bei Jungen hingegen werden oft durch überhöhte Leistungserwartung der Eltern ausgelöst.

In Vorpubertät und Pubertät sind Kinder und Jugendliche besonders körperbewusst. Mit Beginn der pubertären Reifungsprozesse und den damit verbundenen hormonellen, körperlichen und kognitiven Veränderungen erleben Jugendliche vegetative Beschwerden bewusster und können mit spezifischen Emotionen und Bedeutungen auch besser in Verbindung gebracht werden. Zudem werden ab der Pubertät Mädchen wegen den biologisch-hormonellen Veränderungen anfälliger für psychische und psychosomatische Beschwerden als Jungen: die Interaktion von Östrogen, Progesteron und dem Stresshormon Cortisol lässt Mädchen empfindlicher auf Stress, Angst und Schmerzen reagieren. In

[79] Domschke, 2014, S. 1265

[80] Domschke, K., 2007, S. 825ff ; Domschke, K., 2014, S. 1263ff

[81] Schmidt-Traub, 2016, S. 15f

dieser Zeit steigt auch das Risiko für Panikanfälle. Forschungsergebnissen zufolge liegt das Alter für die ersten Panikanfälle zwischen 15 und 19 Jahren. [82]

7.1.4. NIKOTIN, KOFFEIN, ALKOHOL UND DROGEN

Der Konsum stimulierender Substanzen, wie Nikotin und Koffein, kann Angstsymptome bis hin zu Panikattacken auslösen und gilt als Risikofaktor für Angststörungen. [83] Neben Nikotin und Koffein, können aber auch Alkohol, Cannabis, Amphetamine, Kokain u.a. eine Ursache von Angstsymptomen sein. Ein kontrollierter Konsum von Alkohol, Koffein und Nikotin trägt jedoch dazu bei, dass Betroffene ihre Ängste besser bewältigen.

Nikotin und Koffein führen z.B. zu einer messbaren Ausschüttung von Stresshormonen im Blut, die einer milden Sympathikusreaktion ähnelt und in Folge der eine Unterzuckerung stattfindet, auf die sich bei angstsensiblen Personen Panik leichter aufbaut. [84]

Koffein ist in Kaffee, schwarzem Tee, Cola, Schokolade und Kakao enthalten. Es ist eine weltweit beliebte und viel konsumierte psychotrope Substanz. In kleinen Dosen beseitigt Koffein Müdigkeit und Erschöpfung, macht das Denken und Fühlen lebhafter: durch die aufputschende Wirkung wird die Leistungsfähigkeit gesteigert. Mehr als 3-4 Tassen Kaffee am Tag können jedoch bei Menschen, die zu Angstzuständen neigen, leichte Panikattacken auslösen: es kommt nämlich zu Herzrhythmusstörungen und Herzrasen, Magen-Darm-Beschwerden, Nervosität und Unruhe, Zittern und Muskelzucken, Schlafstörungen... Durch den Kaffeekonsum wird vermehrt Dopamin, ein erregender Neurotransmitter, ausgeschüttet und die beruhigende Wirkung von Adenosin gebremst. In reiner, konzentrierter Form ist Koffein auch in vielen Medikamenten enthalten. [85]

Kaffee oder schwarzer Tee kann z.B. durch grünen Tee, Pfefferminz- , Melissen, Passionsblumen- oder Kamillentee ersetzt werden. Das im grünen Tee enthaltene L-Theanin reduziert Angst: ängstliche Personen waren bei einem Test gelassener und besser konzentriert nachdem sie L-Theanin eingenommen haben. [86] Für einen ähnlichen Effekt muss man allerdings 5 Tassen Tee trinken.

---

[82] Schmidt-Traub, 2016, S. 36ff ; Schmidt-Traub, 2010, S. 39

[83] Morissette & al., 2007, S. 245ff ; Kendler & al., 2006, S. 1717ff

[84] Schmidt-Traub, 2016, S. 42

[85] Morschitzky, 2009, S. 152

[86] Higashiyama, 2011, S. 171

Pfefferminze reduziert Stress, verbessert die Konzentration und die Aufmerksamkeit und hilft zu entspannen. [87] Melisse reduziert Stress und Angst und hilft beim Einschlafen. Nach der Einnahme von Melisse waren Versuchspersonen ruhiger und aufmerksamer. [88] Passionsblume kann Angstsymptome ähnlich effektiv reduzieren wie verschreibungspflichtige Medikamente und ist zudem ein Beruhigungsmittel. [89] Kamille ist ein beruhigendes Mittel und hat einen positiven Effekt auf die Reduzierung von leichter GAS. [90]

Auch wenn Alkohol am Anfang eine beruhigende Wirkung hat, so führen Entzugssymptome zu massiven Angstzuständen. Alkoholmissbrauch ist deshalb auch ein Risikofaktor für Angststörungen. [91]

Nikotin aktiviert das sympathische Nervensystem und versetzt so den Körper in einen Alarmzustand wie bei einer Stressreaktion. Bei sinkendem Blutzuckerspiegel neigen ängstliche Personen zudem zum Rauchen statt zu richtiger Ernährung. Tägliches Rauchen von mehr als 20 Zigaretten ist ein Risikofaktor für spätere Angststörungen. Aber auch bei Nikotinentzug können Ängste entstehen. [92]

Regelmäßiger Cannabiskonsum, vor allem der Wirkstoff THC, den man beim Kiffen zu sich nimmt, ist ein Risikofaktor für Angststörungen. Aber auch schon während dem Konsum von Cannabis treten bei einem Teil der Konsumenten leichte Formen von Angst auf. Bei hohen Dosen kann es zu panikähnlichen schweren Angstzuständen kommen. Auch das Absetzen der Substanz bewirkt Angst und Unruhe. [93] Aber auch Ecstasy (MDMA), Kokain, Psylocybin (psychoaktive Substanz in verschiedenen Pilzen) sowie die neuen synthetisch hergestellten Designerdrogen können Panik verursachen. Diese Substanzen greifen in den Neurotransmitterhaushalt des Körpers ein und sorgen dafür, dass bestimmte Schutzfunktionen des Gehirns für eine gewisse Zeit ausgeschaltet werden. So können sich neuronale Verknüpfungen bilden, die Panikattacken auslösen. Falls die erste Panikattacke also innerhalb von 48 Stunden nach dem Drogenkonsum stattgefunden hat, sollte man ab sofort keine

[87] https://www.calmer-you.com/tea-for-anxiety; http://www.organicauthority.com/health/5-fantastic-health-benefits-of-peppermint-tea.html

[88] Kennedy, 2002, S. 953

[89] Dehghan, 2016, S. 68

[90] Tucker, 2010, S. 32

[91] Morschitzky, 2009, S. 153

[92] Morschitzky, 2009, S. 159

[93] Morschitzky, 2009, S. 158

Drogen mehr zu sich nehmen, da durch die gespeicherten Erfahrungen die Gefahr für weitere Panikattacken mit jedem weiteren Drogenkonsum ansteigt. [94]

7.1.5. MEDIKAMENTE

Zahlreiche Medikamente (Antibiotika, Antihistaminika, Analgetika, Stimulanzien, Schilddrüsenhormone, Erkältungsmittel, Schlaftabletten, Blutdrucksenker, Steroide, Antidepressiva, Asthmamittel, orale Kontrazeptive...) können Angstsymptome auslösen. [95] Oft ist in Medikamenten Koffein enthalten, das, wie gerade beschrieben, ebenfalls Angst auslösen kann.

7.2. ÄUßERE / UMWELTFAKTOREN

Zu den äußeren oder Umweltfaktoren zählen rezente sowie weniger rezente Lebensereignisse, familiäre Faktoren (Erziehung, soziale Lernen, sozio-ökonomischer Status) sowie soziale Beziehungen (Schul- und Klassenklima).

7.2.1. LEBENSEREIGNISSE

Als umweltbedingte Risikofaktoren wurden sowohl rezente, d.h. kurz vor der Erkrankung erlebte Lebensereignisse, wie z.B. Stress in der Schule oder mit den Freunden, als auch distale, d.h. in der Kindheit stattgefundene Lebensereignisse identifiziert. Ungefähr 80% aller Panikpatienten erlebten in einem Zeitraum von 6 bis 12 Monaten vor ihrer ersten Panikattacke mindestens ein belastendes Lebensereignis, wie z.B. somatische Erkrankungen/Verletzungen, Erkrankung eines Angehörigen oder Freundes mit oder ohne Todesfolge, Verlusterlebnisse durch Trennung, Scheidung oder Tod, Ehestreitigkeiten der Eltern, Auseinandergehen einer Freundschaft, körperliche Gewalt und sexuelle Übergriffe, Umzüge und damit Orts- und Schulwechsel, finanzielle oder wirtschaftliche Not, Auseinandersetzungen mit Eltern oder Geschwistern, Schwierigkeiten im Umgang mit Lehrern und Mitschülern, schlechte Schulnoten, viel Kritik am Schulleistungsverhalten. Ausschlaggebend ist immer, was subjektiv als belastend erlebt und entsprechend negativ bewertet wird. [96] Wie oben angedeutet, kann auch ein heftiges traumatisches Ereignis in der Kindheit plötzlich im Erwachsenenalter zu Ängsten führen. Ein traumatisches Erleben kann besonders bei Kindern mit ängstlich scheuem Temperament bestimmte neuropsychologische Strukturen im Angstnetzwerk des Gehirns verändern:

---

[94] Bernhardt, 2016, S. 16f

[95] Peurifoy, 2007, S. 72ff ; Morschitzky, 2009, S. 159

[96] Klauke & al., 2010, in Domschke, K., 2014, S. 1263ff ; Schmidt-Traub, 2010, S. 43f

Es gibt „Narben“ im Gehirn, die auch durch bildgebende Verfahren sichtbar gemacht werden können. Bei chronischer Belastung oder heftigen Stressreaktionen können diese lange zurückliegenden neurophysiologischen Prozesse neu belebt werden und Angst auslösen. [97]

Belastungen und Stress, d.h. Ereignisse und Erlebnisse, die als nicht kontrollierbar und zudem als sozial bedeutungsvoll bewertet werden, spielen bei Angststörungen, wie bei allen Krankheiten, eine auslösende und aufrechterhaltende Rolle. Personen mit erhöhter Angstsensibilität werden unter Belastung empfänglicher für Angst. In diesem Sinn sind Angststörungen Stressreaktionen: chronische und akute Stressoren bringen Angststörungen zum Ausbruch. Wenn die Jugendlichen bei Stress zu viel liebgemeinte Unterstützung bekommen und keine eigenen Erfahrungen mit Stress machen, nimmt ihre Angstbereitschaft zu, weil der Jugendliche zu wenig Kontroll- und Problemlösefähigkeit lernt und so zu wenig Selbstwirksamkeit und Selbstbewusstsein entwickelt. [98]

7.2.2. ERZIEHUNG

Nach Schmidt-Traub [99] wird die Neigung zu Überängstlichkeit zweifelsfrei durch Erziehung gefördert: *Ein überaus behütender Umgang mit dem Kind fördert wahrscheinlich ebenso wie eine Erziehung mit Zuckerbrot und Peitsche oder eine Erziehung mit durchgängig gewaltsamen Vorgehensweisen wichtige Angsteigenschaften (geringe Risikofreude und unzureichende Selbstständigkeit im Handeln, starke Orientierung an den Bezugspersonen und hohe Personenabhängigkeit).* Sowohl ein zu fürsorglicher als auch ein überprotektiver Erziehungsstil können also zur Angstentwicklung beitragen. Der Einfluss des Erziehungs- und Bindungsstils hat jedoch nur einen geringen Anteil an der Entstehung von Angsterkrankungen, aber wenn angstfördernde Lernerfahrungen auf ein genetisch angeborenes ängstliches Temperament treffen, kommt es im Laufe der Jahre zur Verstärkung der Angstsensibilität und zur Herausbildung einer ängstlichen Persönlichkeit. [100] Schlussendlich kann auch ein stark kontrollierendes familiäres Umfeld mit der Entwicklung einer externalen Kontrollüberzeugung der Kinder in Verbindung gebracht werden, was wiederum einen Einfluss auf die Angst hat.[101]

---

[97] Schmidt-Traub, 2016, S. 35

[98] Schmidt-Traub, 2016, S. 52 ; Schmidt-Traub, 2010, S. 45

[99] Schmidt-Traub, 2016, S. 33

[100] McLeod & al., 2007 in Domschke, K., 2014, S. 1263ff ; Schmidt-Traub, 2016, S. 32

[101] Schneider, 2005 in Stein, 2012, S. 51

7.2.3. SOZIALES LERNEN

Eine erhöhte Angstbereitschaft kann von sozialen Modellen übernommen werden. Überstarke Vorsicht, Vermeidungsverhalten sowie generelle Ängstlichkeit von der Mutter, dem Vater oder einer anderen Bezugsperson werden von den Kindern internalisiert. Wenn z.B. Mütter im Kontakt zu anderen zurückhaltend oder ängstlich reagieren, weisen auch die Kinder weniger soziale Reaktionen auf Fremde auf, bzw. reagieren ängstlich. Diese Effekte sind besonders stark ausgeprägt, wenn Kinder von Grund auf ein ängstliches Temperament aufweisen. Über das Modelllernen können auch Wahrnehmungs- und Gedankenmuster geprägt, sowie negative Einstellungen angeeignet werden. [102] Das Erziehungsverhalten kann jedoch auch einen Schutzfaktor darstellen: Ängstliche Kinder, deren Mütter ein positives Interaktionsverhalten aufweisen, zeigen ein stärkeres Annäherungsverhalten und stabilere soziale Beziehungen zu Gleichaltrigen als ängstliche Kinder, bei denen das mütterliche Interaktionsverhalten negativ ist. [103] Die Wahrscheinlichkeit für Kinder und Jugendliche, eine Panikstörung oder Agoraphobie zu entwickeln, ist bis zu 7 Mal höher wenn ihr Vater oder ihre Mutter unter Angst leidet. [104]

7.2.4. SOZIO-ÖKONOMISCHER STATUS

Neben der familiären Belastung mit Angststörung (siehe soziales Lernen), korreliert noch ein weiterer familiärer Faktor, nämlich der sozioökonomische Status, mit erhöhten Angstwerten der Kinder: in einer Studie gaben Kinder aus sozial schwachem Milieu mehr Ängste an, insbesondere vor schlechten Noten oder vor der Arbeitslosigkeit der Eltern. [105] Auch angstbezogenes Schulverweigerungsverhalten tritt häufiger in sozial benachteiligten Schichten auf. Darüber hinaus scheinen schulbezogene Ängste öfter bei Kindern aufzutreten, die alleinerziehende Eltern haben, bzw. bei denen sich ein Elternteil aufgrund eines psychischen Problems in Behandlung befindet. [106]

[102] Stein, 2012, S. 48 ; Petermann & al., 2010, S. 395

[103] Petermann & al., 2010, S. 395

[104] Schmidt-Traub, 2010, S. 41

[105] Stein, 2012, S. 47f

[106] Petermann & al., 2010, S. 395

7.2.5. SCHUL- & KLASSENKLIMA

Man sollte speziell bei Jugendlichen sowohl dem Schulklima wie auch dem Klassenklima Aufmerksamkeit widmen, da beide sich auf die emotionale Empfindlichkeit der Schüler auswirken und zur Entstehung von Ängsten führen können. Hierbei sind besonders die Anerkennung durch Gleichaltrige in der Gruppe sowie Mitbestimmungsmöglichkeiten und Leistungsdruck hervorzuheben. [107]

7.3. INNERE / PSYCHOLOGISCHE FAKTOREN

Zu den inneren oder psychologischen Faktoren zählen kognitive Faktoren und emotionale Erregung (Angstsensitivität und Verhaltenshemmung), Persönlichkeitsmerkmale, soziale Kompetenzen, das Selbstwertgefühl sowie der Lebensstil (Ernährung, Sport und Bewegung, Schlaf).

7.3.1. TEMPERAMENT

Menschen unterscheiden sich in der Empfindsamkeit und Empfänglichkeit für Angst. Ab der Geburt zeigen Kinder ein unterschiedliches Neugierde- und Risikoverhalten. Die einen sind lebhaft und unternehmungslustig, die anderen gehemmt, vorsichtig und zurückhaltend. Dieses angeborene Temperament hält sich ein Leben lang. Im Hinblick auf die Soziale Phobie bei Jugendlichen spricht man in diesem Sinn von Verhaltenshemmung, während bei Panikstörungen und Phobien bei Jugendlichen von Angstsensibilität die Rede ist.

7.3.2. ANGSTSENSITIVITÄT

Einer der am besten belegten subklinischen Risikofaktoren der Panikstörung ist vor allem bei Frauen die Angstsensitivität, d.h. ein hohes Maß an Angst vor körpereigenen angstrelevanten Symptomen. Es handelt sich hierbei um eine „Angst vor der Angst". [108] Angstsensible Personen, bzw. Angstpatienten, haben eine teils angeborene Neigung, sehr empfindlich auf allgemeine körperlich-physiologische Empfindungen stärker zu achten. [109]

So haben Angstpatienten meistens eine erhöhte körperliche Sensibilität, eine Bereitschaft zu erhöhter physiologisch-vegetativer Erregbarkeit, eine bessere Wahrnehmung der Herztätigkeit.

[107] Stein, 2012, S. 45ff

[108] Schmidt, 2006, S. 691ff

[109] Schmidt-Traub, 2016, S. 32

Schwindelsyndrom und Gleichgewichtsstörungen, Verspannungen der Nackenmuskulatur, Hyperventilation (flache, rasche oder zu tiefe Atmung), Reisekrankheit, Kreislaufkrankheiten, niedriger Blutdruck, Asthma, Schilddrüsenüberfunktion, Allergien... können Risiken für die Auslösung von Angsterleben und einem erhöhten Panikrisiko sein, da angstempfindliche Personen mit dem für sie typischen Hang zur negativen Selbstbeobachtung und Fehlinterpretation/ Wahrnehmungsverzerrung die damit verbundenen körperlichen Symptome mit großer Bedrohung und bevorstehenden Panikattacken in Verbindung bringen und sie übertrieben negativ bewerten: [110] mehr als nicht ängstliche Personen richten sie ihre Aufmerksamkeit stärker auf körperliche Empfindungen und Missempfindungen, nehmen sie früher wahr, bewerten sie einseitig negativ, fühlen sich davon bedroht und erinnern sich auch besser an sie. Nach dem Motto „Ich habe Angst, also besteht Gefahr" haben sie das Gefühl, gleich stoße ihnen Entsetzliches zu und steigern sich so in eine ängstliche Erregung hinein. Auch ein Körper der sehr sensibel auf Geräusche, Düfte und andere Sinneseindrücke reagiert kann angstauslösend sein. [111] Allergien leichteren bis mittleren Ausmaßes findet man z.B. bei 70% der befragten Panik- und Agoraphobiepatienten – im Vergleich zu nur 28% in der Allgemeinbevölkerung. [112]

Der erste Schritt bei der Behandlung von Angstproblemen ist also, körperliche Ursachen auszuschließen, oder, falls man fündig wird, diese zu behandeln. [113]

7.3.3. VERHALTENSHEMMUNG

Ein weiterer Risikofaktor für Angststörungen, insbesondere für soziale Angst ist die sog. „behavioral inhibition" oder Verhaltenshemmung, d.h. eine ängstliche Schüchternheit und Zurückhaltung vor allem in neuen Situationen bereits im Kindesalter. [114] Kinder, bei denen ein ängstliches Interaktionsverhalten beobachtet wird, sollten daher gezielt in ihrem Sozialverhalten gefördert werden. Hierbei spielt das Erziehungsverhalten der Eltern eine wichtige Rolle.

[110] Schmidt-Traub, 2010, S. 42f

[111] Peurifoy, 2007, S. 72ff

[112] Schmidt-Traub, 2016, S. 45ff

[113] Peurifoy, 2007, S. 72ff

[114] Hirshfeld-Becker, 2008, S. 357; Petermann & al., 2009, S. 395

Jugendliche mir erhöhter Angstsensibilität/Verhaltenshemmung flüchten oft anstatt sich der Angstsituation zu stellen. Das hindert sie daran, die Erfahrung zu machen, dass die Situation in Wirklichkeit nicht gefährlich ist. So bleibt ihre Angst bestehen. [115]

7.3.4. WEITERE PERSÖNLICHKEITSMERKMALE

Weitere Persönlichkeitsmerkmale wie z.B. Neurotizismus, State- oder Trait-Angst, ein pessimistischer Attributionsstil, ein schlecht angepasster Perfektionismus, „harm avoidance" (Schadensvermeidung) sowie abhängige bzw. vermeidende Persönlichkeitszüge [116] gelten ebenfalls als valide psychologische Risikofaktoren. Insbesondere die sog. „negative affectivity", eine relativ stabile Neigung, nichtspezifische Ängstlichkeit, Ärger oder unangenehme Emotionen zu verspüren, wurde in prospektiven Studien als Risikofaktor für die Panikstörung identifiziert. [117]

7.3.5. SOZIALE KOMPETENZEN

Ein wesentlicher Risikofaktor ist auch der Mangel an sozialen Kompetenzen. Kindern und Jugendlichen mit ungenügenden Selbstregulations- und sozialen Fertigkeiten, d.h. mit geringen Fähigkeiten, eigenständig negative Emotionen bewältigen zu können, fällt es schwer, mit Misserfolgen oder Kritik umzugehen. Aversive soziale Erfahrungen führen demnach oft zu einem Rückzugsverhalten, und folglich zu übertriebenen oder unangemessenen Ängsten in Bezug auf die Schule. Aversive Erfahrungen werden zudem durch Lernprobleme oder Störungen im Arbeitsverhalten begünstigt. Damit sind diese indirekt ein Risikofaktor für die Entwicklung schulbezogener Ängste.[118]

7.3.6. SELBSTWERTGEFÜHL & SELBSTVERTRAUEN

Jugendliche mit Angstproblemen haben meistens ein niedrigeres Selbstwertgefühl als jene ohne Angstprobleme. Studien zufolge sagt ein niedriges Selbstwertgefühl Angst voraus, aber Angst führt auch zu einem niedrigen Selbstwertgefühl. [119] Studien haben einen Zusammenhang zwischen dem Selbstwertgefühl und der psychologischen Anpassung gefunden: ein hohes Selbstwertgefühl

---

[115] Schmidt-Traub, 2010, S. 43

[116] Bienvenu, 2008, in Domschke, K., 2014, S. 1263ff

[117] Craske & al., 2001 in Domschke, K., 2014, S. 1263ff

[118] Petermann & al, 2010, S. 394f

[119] Sowislo & al., 2013, S. 213

unterstützt adaptives Verhalten, lässt die Personen aber bei maladaptivem Verhalten schneller anhalten. [120]

7.3.7. ERNÄHRUNG

Eine schlechte Ernährungsweise**,** bzw. unregelmäßige Ernährung kann zu Angst führen.

Bei Angst, Aufregung und Stress wird über die Stresshormone mehr Insulin ausgeschüttet, als der Körper benötigt. Dies führt dazu, dass der Blutzuckerspiegel drastisch sinkt. Ein erniedrigter Blutzuckerspiegel trägt jedoch dazu bei, dass schon kleine Veränderungen in der Atmung, wie sie in Angstsituationen auftreten, Hypoglykämiesymptome [121] produzieren, die der Körper durch einen massiven Adrenalinschub zu bewältigen versucht. U.a. stressbedingte Appetitlosigkeit kann zur Unterzuckerung führen. Des Weiteren erhöht der Verzehr von Süßigkeiten bei Stress den Serotoninspiegel, was subjektiv angenehme Zustände auslöst, jedoch bei zu großen Mengen zu einem Blutzuckerabfall und zu einem erhöhten Adrenalinschub mit umfassender sympathischer Überaktivierung führt, was als Auslöser für Panikattacken dienen kann. [122]

Angstpatienten weisen in der Regel jedoch keinen Zuckermangel auf, sondern Schwankungen des Blutzuckerspiegels. Die Symptome werden eher durch ein zu rasches Absinken des Blutzuckerspiegels als durch einen zu niedrigen Blutzuckerwert erzeugt. Eine regelmäßige und ausgewogene Ernährung ist daher sehr wichtig. Im Notfall kann man 3 Stück Dextroenergen oder Traubenzucker zu sich nehmen, länger wirksam ist jedoch ein Stück Vollkornbrot oder Obst. [123]

Bei wiederholter Reizung des Sympathikus scheidet der Körper zu viel Magnesium, Kalium und Zink über den Urin aus. Dies führt früher oder später zu Muskelkrämpfen, Herzrhythmusstörungen, Nachtblindheit und Verdauungsstörungen, Symptomen die mit Angst assoziiert werden. Es ist also

---

[120] Baumeister & al., 2003, zitiert in Sowislo & al., 2013, S. 215

[121] Herzklopfen und Herzrasen, Blutdrucksenkung, Schwindel bis hin zur Ohnmacht, dumpfe Kopfschmerzen, Schweißausbruch (kalter Schweiß), Zittern (meistens inneres Zittern ohne entsprechende äußere Anzeichen), Blässe der Haut, kalte Hände und Füße, Übelkeit, Magenkrämpfe, innere Unruhe, Angstzustände (Panik), plötzliche Traurigkeit, Schlaflosigkeit zwischen zwei und drei Uhr morgens (wegen der Blutleere im Gehirn), Müdigkeit am Vormittag und am Nachmittag, Koordinationsstörungen, Zucken der Augenlider, Sehstörungen (Doppelbilder), Ataxie, Bewusstseinsstörungen, Heißhunger (Hunger auf Süßes), Hungergefühl eine Stunde nach der Mahlzeit

[122] Morschitzky, 2009, S. 273f

[123] Morschitzky, 2009, S. 243f

angebracht, diese Mineralstoffe über die Ernährung oder über spezielle Nahrungsergänzungsmittel wieder zu sich zu nehmen.

Magnesium, ein stark beruhigender Mineralstoff, kann man sehr gut in Form von Kürbiskernen, Haferflocken oder Spinat zu sich nehmen. Auch in schwarzer Schokolade steckt viel Magnesium. In Kombination mit Vitamin B und Multivitaminen hat Magnesium eine angstreduzierende Wirkung.

Auch Vitamin C, hat eine angstreduzierende Wirkung. [124] Idealerweise trinkt man morgens ein Glas Zitronenwasser um den Vitamin C-Speicher aufzufüllen.

Zink ist eines der wichtigsten Spurenelemente des Körpers. Ein Zinkmangel kann durch reduzierte GABA- und Glutamatspiegel zu Angst- und Depressionssymptomen, aber auch zu Konzentrationsproblemen führen. Eine Zinktherapie führt zu einer Verbesserung der Symptome. [125] Zink kommt hauptsächlich in Fleisch, Geflügel und Austern, aber auch z.B. in Cashew-Nüssen vor. Bei einer vegetarischen Ernährungsweise muss also besonders auf geeignete Zinkquellen geachtet werden, wie z.B. weiße Bohnen und verschiedene Getreidearten. [126]

Omega-3-Fettsäuren haben u.a. durch ihren Einfluss auf die Neurotransmitter bewusstseinsändernde Wirkungen. Sie sind natürliche Stimmungsaufheller und können Angststörungen vorbeugen. [127] Die Aminosäure L-Lysin beeinflusst in Stress und Angst involvierte Neurotransmitter und reduziert den Cortisolspiegel. [128] Sowohl Omega-3-Fettsäuren als auch L-Lysin sind in verschiedenen Fischarten wie Lachs und Sardinen, Kabeljau und Sardellen zu finden.

Das Essen von fermentierten Lebensmitteln wie Joghurt, Kefir, Tempeh, Miso, Kimchi, Kombucha, Sauerkraut oder Pickles reduziert laut wissenschaftlichen Studien soziale Angst. Die in diesen Lebensmitteln enthaltenen Probiotika verändern die Darmflora, was positive Auswirkungen auf die soziale Angst hat. [129]

---

[124] Cornish & al., 2008, S. 33ff

[125] Russo, 2011

[126] https://www.psychologytoday.com/us/blog/evolutionary-psychiatry/201309/zinc-antidepressant

[127] Su & al., 2015, S. 129

[128] Lakhan & al. , 2010, S. 10; https://www.mindbodygreen.com/0-26424/eat-your-way-calm-with-these-anxietybusting-foods.html

[129] Hilimire & al., 2015, S. 203

Auch ein vorübergehender Vitamin-B12-Mangel kann Angst auslösen. Vegetarier oder Veganer, die aufgrund ihrer Ernährungsphilosophie auf viele B-12-Quellen verzichten (Fleisch, Milch, Eier) sollten deshalb spätestens bei Panikattacken Vitamin-B12-Ernährungsergänzungsmittel zu sich nehmen. [130]

Wenn man sehr proteinreich isst (Fleisch, Milchprodukte, Eier), stellt man dem Körper viele Aminosäuren zur Verfügung. Diese stehen dann mit dem Triptophan im Wettbewerb für den Eintritt ins Gehirn. Weniger Triptophan im Gehirn bedeutet jedoch auch weniger Serotoninbildung. Eine eiweißarme, aber kohlenhydratreiche Diät (Gemüse und Obst) führt im Gegenteil zu einem sehr hohen Serotoninspiegel. Diese gesündere Diät bedeutet weniger Hyperaktivität, Angst, Depression und Schlafstörungen. [131]

Ein weiterer Auslöser von Panikattacken ist das Roemheld-Syndrom: Menschen die unter Blähungen leiden, klagen häufiger über Symptome die eigentlich hauptsächlich bei Angstpatienten auftreten, wie Hitzewallungen, Atemnot, Herzklopfen, Kurzatmigkeit, Angstzustände, Schwindel, Schlafstörungen, Herzstolpern. Durch die Luftansammlung im Magen-Darm-Trakt wird das Zwerchfell nach oben gedrückt. Dadurch wird das Herz eingeengt und zusätzlich wird durch den Druck auf die Lunge das Luftholen schwerer. Die Beeinträchtigung der Herzfunktion führt zur Aktivierung des autonomen Nervensystems und zu Hitzewallungen, was wiederum, zusammen mit den Herzbeschwerden, Angst auslösen kann. [132]

Sehr üppige und fettige Malzeiten, eine Gastritis oder das Reizdarmsyndrom können zu einem Roemheld-Syndrom führen. Oft wird es jedoch auch durch Lebensmittelunverträglichkeiten ausgelöst, welche mit einer vermehrten Gasproduktion durch Darmbakterien umhergehen. So kann eine Unverträglichkeit gegenüber Gluten, das in fast allen Getreideprodukten (Weizen, Roggen, Dinkel, Gerste, Hafer) enthalten ist, oder Laktose Panikattacken auslösen. [133] Hier hilft dann oft eine Ernährungsumstellung um die Angst zu reduzieren, das heißt ein Verzicht auf Gluten oder Laktose sowie eine Einschränkung der blähenden Lebensmittel. Zusätzlich kann man mit Kümmel und Ingwer würzen und so die Anfälligkeit für Blähungen deutlich reduzieren. Auch Ingwertee und Fencheltee

---

[130] Bernhardt, 2016, S. 18

[131] https://www.drmcdougall.com/health/education/health-science/common-health-problems/depression-and-anxiety/

[132] Bernhardt, 2016, S. 19 ; https://reizdarm.one/erkrankungen/roemheld-syndrom/

[133] https://reizdarm.one/erkrankungen/roemheld-syndrom/

sowie eine Tee-Mischung aus Anis, Fenchel und Kümmel sind bekannt dafür, großen Gasansammlungen entgegenzuwirken.

7.3.8. SPORT & BEWEGUNG

Durch zu wenig Sport verschlechtert sich die körperliche Kondition und es kommt schon bei geringen Anstrengungen zu Herzrasen und Atemnot. Angstsensible Menschen bewerten diese körperlichen Empfindungen als negativ und geraten dadurch in erhöhte Angstbereitschaft. [134]

Viele Panikpatienten schonen sich zu sehr: sie vermeiden körperliche Anstrengungen und Belastungen, legen sich bei den geringsten Anzeichen von Unwohlsein oder bei unklaren Beschwerden für längere Zeit hin. Wenn sie dann aufstehen kommt es blutdruckschwankungsbedingt eventuell zu Unwohlsein, was wiederum zu Schonverhalten führt. Bei geringsten Anstrengungen kommt es zu Herzrasen, Schwindel oder Schweißausbrüchen. Angstsensible Menschen bewerten diese körperliche Empfindungen als negativ und geraten dadurch in erhöhte Angstbereitschaft. [135] Durch die mangelnde Bewegung kommt es auch zu Muskelschwund und somit Schwäche in den Beinen: die Betroffenen verlieren ihre körperliche Fitness. Mangelnde körperliche Kondition und die damit verbundenen, durch vegetative Übererregbarkeit ausgelösten Symptome fördern jedoch Panikattacken. Durch Konditionstraining kann man die Muskulatur stärken, Muskelverspannungen lindern, die Gehirndurchblutung verbessern, die Herzfrequenz senken, die Sauerstoffzufuhr des Körpers verbessern und die chronische Müdigkeit beseitigen. [136]

Insbesondere bei Angststörungen und depressiven Erkrankungen gibt es zunehmende empirische Belege dafür, dass die Symptomatik über ausreichend intensive körperliche Aktivität (sowohl Ausdauertraining, wie z.B. 3-4-mal wöchentlich 30-60 Minuten Laufen als auch Krafttraining) signifikant beeinflusst werden kann. Sport verbessert durch die Ausschüttung von Endorphinen und Endocannabidoiden die depressive Stimmung von Angstpatienten und hat einen positiven Einfluss auf das Selbstbewusstsein, die Konzentrationsfähigkeit, die Stressbewältigung und die Schlafqualität. Außerdem wurden eine Verminderung des Vermeidungsverhaltens und eine Veränderung dysfunktionaler Kognitionen festgestellt – Sport ist eine aktive Bewältigungsstrategie und führt durch die Konzentration auf die Umwelt und die darauf folgende Aufmerksamkeitsumlenkung zu einer

[134] Schmidt-Traub, 2016, S. 43

[135] Schmidt-Traub, 2016, S. 43

[136] Morschitzky, 2009, S. 284 & S. 584f

Unterbrechung des ängstlichen Grübelns.[137] Beim Laufen werden verschiedene Gehirnregionen, die für das ständige Grübeln bei Angst und Depression zuständig sind, weniger aktiviert [138]: Laufen hat also eine ähnliche Wirkung wie Achtsamkeitsmeditation in Bewegung, man ist im Hier und Jetzt verankert, achtet auf sein Körpergefühl und seinen Atem.

Für Jugendliche ist Sport das wirkungsvollste Mittel zur Entspannung: körperliche Ertüchtigung direkt vor einer Angstsituation ist eine ideale Entspannungsmethode für ängstliche Jugendliche. Die entspannende Wirkung von Sport hält 1 bis 3 Stunden an. Jugendliche sollten also ermuntert werden, Sport zu machen. Ideale Sportarten sind Laufen, Walken, Schwimmen, Radfahren oder Inlineskating, da die repetitive Handlung besonders entspannend wirkt. Jugendliche die Angst vor Gewalt haben, können sich auch für Selbstverteidigungskurse entscheiden. Bei diesen Kursen lernen sie, den eigenen Körper besser zu beherrschen, was ihnen ein größeres Vertrauen gibt. [139] Bei sozialer Phobie ist Tanz ein sehr gutes Mittel, um die Angst und den Stress zu reduzieren: so haben Wissenschaftler herausgefunden, dass nach 12 Wochen Latino-Tanztraining die Studienteilnehmer signifikant weniger Soziale Phobie hatten. Zu erklären ist das durch die Möglichkeiten Emotionen zu teilen, sich selbst ohne Worte auszudrücken, unter Leuten zu sein. [140]

Wenn das Laufen oder Walken im Wald stattfindet, hat dieses einen zusätzlichen positiven Effekt auf die Angst. Das Shinrin-yoku, zu Deutsch *Waldbaden*, wird in Japan seit längerem und jetzt auch immer mehr in Europa als anerkannte Stress-Management-Methode gefördert. Japanische Forscher haben die physiologischen Werte von Studienteilnehmern untersucht, die ca. 15-20 Minuten im Wald waren. Dabei kam heraus, dass diese reduzierte Cortisol-Werte, einen niedrigeren Puls, niedrigeren Blutdruck, eine höhere Aktivität des Parasympathicus und eine niedrigere Aktivität des Sympathicus aufwiesen als Menschen, die in der Stadt spazieren gingen. [141] Man kann aus diesen Werten schlussfolgern, dass ein Aufenthalt im Wald ängstlichen Menschen durchaus gut tut.

Der Mangel an körperlicher Fitness verstärkt den Teufelskreis der Angst. Ein körperliches Fitnesstraining sollte deshalb Bestandteil jeder Angstbehandlungstherapie sein.

---

[137] Brooks, 2005, S. 916 ; Fuss & al., 2015, S. 13105

[138] Raichlen, 2016, S. 610

[139] Schmidt-Traub, 2010, S. 65f

[140] Adilogullari, 2014, S. 421421

[141] Park, 2010, S. 18

7.3.9. SCHLAF

Chronische Schlafprobleme können zu einer Verschlimmerung der Angstsymptome führen. Wenn man nicht gut schläft, ist man leicht erregbar und kann nicht mehr klar denken. Wenn man übermüdet ist, kommt es z.B. öfter vor, dass man soziale Situationen fehleinschätzt und daraufhin negativ interpretiert. [142] Mit Hilfe einiger Grundregeln kann man jedoch seine Schlafqualität verbessern. So sollte man einige Stunden vor dem Schlafengehen Alkohol, Koffein, Nikotin, schwere Mahlzeiten und körperliche Anstrengungen sowie angstauslösende Tätigkeiten meiden, ein Ritual pflegen, das aufs Einschlafen vorbereitet, jeden Tag zur gleichen Zeit ins Bett gehen und aufstehen, eine angenehme Schlafatmosphäre schaffen, tagsüber Sport treiben... Auch eine heiße Dusche, eine warme Milch oder Entspannungsübungen vor dem Zubettgehen können Wunder wirken. [143] Man darf jedoch nicht vergessen, dass oft die Angstprobleme selbst die Schlafprobleme verursachen: Personen mit GAS haben etwa die Tendenz, sehr viel zu grübeln und sich Sorgen über alles Mögliche zu machen und können deshalb abends nicht zur Ruhe kommen. [144] Etwa 75% der Personen mit Angststörungen, besonders diejenigen mit GAS oder PTBS, berichten über Schlafprobleme. Mit Ausnahme des PTBS haben diese keinen Einfluss auf die langfristige Entwicklung der Angststörungen, können aber zu Depressionen und zu weiteren Angststörungen führen. [145] Verschiedene Studien deuten darauf hin, dass die Schlafprobleme ihre Ursache in einer maladaptiven Regulierung der Emotionsregulationsstrategien haben. Bei der Behandlung der Angstprobleme muss also auf die Emotionsregulationsprobleme eingegangen werden. [146]

[142] Markway & al, 2003, S. 122f

[143] Peurifoy, 2007, S. 49f

[144] Harvey, 2000, zitiert in Tsypes & al., 2013, S. 197

[145] Marcks & al., 2010, S. 197

[146] Kirwan & al., 2017, S. 40

Gesundheitsmaßnahmen für Panikpatienten

1. *Ernähren Sie sich gesund! Richtige Ernährung in Verbindung mit den notwendigen Vitaminen, Mineralstoffen (z.B. Calcium, Natrium, Phosphor, Magnesium) und Spurenelementen (z.B. Eisen, Chrom, Kobalt, Fluor, Jod) stärkt Ihren Körper. Holen Sie bei Bedarf entsprechende Informationen ein oder nehmen Sie eine Ernährungsberatung in Anspruch. Hungerkuren (Blutzuckerabfall) können ebenso Panikattacken auslösen wie größere Mengen von Süßigkeiten (vermehrte Adrenalinausschüttung zur Aktivierung der Zuckerneubildung).*

2. *Schränken Sie das Rauchen und übermäßige Kaffeetrinken ein! Viele Panikpatienten rauchen zu viel und/oder trinken zu viel Kaffee bzw. koffeinhaltige Getränke. Suchen Sie andere Möglichkeiten, wie Sie Stress begegnen können, ohne auf diese Genussmittel gänzlich verzichten zu müssen, wenn Sie damit kontrolliert umgehen können.*

3. *Vermeiden Sie übermäßigen Alkoholkonsum! Wenn Sie früher gerne Alkohol getrunken haben, ohne dabei Probleme von Missbrauch oder Abhängigkeit zu bekommen, können Sie dieses Genussmittel weiterhin in Maßen zu sich nehmen.*

4. *Vermeiden Sie übermäßige Schonung und Bettruhe tagsüber! Viele Panikpatienten schonen sich zu sehr und verlieren jene körperliche Fitness, die sie früher oft ausgezeichnet hat. Mangelnde körperliche Kondition begünstigt Panikattacken.*

5. *Achten Sie auf ausreichenden Schlaf! Zu wenig Schlaf sowie Ein- und Durchschlafstörungen verhindern die Regeneration und führen zu psychischer Überlastung. Schlafdefizite beeinträchtigen die Leistungsfähigkeit Ihres Immunsystems.*

Morschitzky, 2009, S. 584

7.4. SUBKLINISCHE SYMPTOME

Auch subklinische Symptome wie z.B. Angstzustände oder einzelne Panikattacken sowie in der Kindheit manifeste Angststörungen können einen Risikofaktor für spätere Angsterkrankungen darstellen. So weisen Personen mit einzelnen Panikattacken ein signifikant höheres Risiko auf, an einer Angststörung zu erkranken als Personen ohne Panikattacken. [147] Es wurde auch beobachtet, dass Kinder mit Trennungsangst signifikant häufiger im weiteren Verlauf eine Panikstörung entwickelten. [148]

[147] Goodwin & al., 2004, S. 2207

[148] Kossowsky & al., 2013, S. 768

7.5. RESILIENZERHÖHENDE SCHUTZFAKTOREN

Neben den bereits oben beschriebenen Empfehlungen was z.B. Sport und Bewegung, gesundes Essen, Medikamente, Alkohol, Drogen usw. betrifft, gibt es weitere protektive, d. h. resilienzerhöhende Faktoren, die Risikofaktoren auf allen beschriebenen Ebenen teilweise oder ggf. auch vollkommen kompensieren können. So scheinen Persönlichkeitsmerkmale wie z. B. *Extrovertiertheit, Selbstbestimmung („self-directedness"), Pflichtgefühl („conscientiousness"), kognitive Strategien der Emotionsregulation wie Refokussierungs- und Planungsfähigkeit, positive Neubewertung, geringe Neigung zur Rumination, Optimismus, wirkungsvolle Bewältigungs-/"Coping"-Strategien und eine gute soziale Integration das Risiko für Angststörungen zu vermindern*. [149]

Die familiäreren Schutz- und Risikofaktoren sind für Kinder und Jugendliche von besonderer Wirksamkeit. Die Stärkung der positiven Eltern-Kind-Interaktion und ein entwicklungsangemessener Erziehungsstil sind sehr wichtig. Dies bedeutet, dass Schutzfaktoren den Risikofaktoren eines negativen Familienklimas und eines inkompetenten Erziehungsverhaltens gegenüberstehen. Risikofaktoren wie mangelnde Harmonie, mangelnde emotionale Wärme, unzureichende gegenseitige Akzeptanz, inkonsistentes Erziehungsverhalten, Kindesmissbrauch und Vernachlässigung können durch Schutzfaktoren wie Einfühlungsvermögen, aktives Zuhören, effektive Kommunikation, Wertschätzung sowie Vermittlung von Erfolgserlebnissen und Problemlösestrategien kompensiert werden.[150]

Laut der BELLAplus-Studie, einer *Studie zur psychischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland* des Robert-Koch-Instituts, sind Selbstwirksamkeit, positives Familienklima und soziale Unterstützung besonders wichtige Schutzfaktoren für psychische und psychosomatische Probleme im Jugendalter:[151]

Hinzu kommen „Moderatoren", d. h. Faktoren, die unabhängig von einem Risikofaktor die Ausprägung bzw. die Richtung des Zusammenhangs zwischen einem Risikofaktor und der Erkrankung beeinflussen, sowie aufrechterhaltende Faktoren („maintenance factors"), die nach Erkrankungsmanifestation den Erkrankungsverlauf mitbestimmen [152]

[149] Domschke, 2014, S. 1267

[150] Kamper, 2015, S. 902

[151] Kamper, 2015, S. 900

[152] Domschke, 2014, S. 1266f

Oft stehen mehreren zusammenwirkenden Risikofaktoren leider nur wenige oder sogar überhaupt gar keine Schutzfaktoren gegenüber, oder es konnten vorhandene Resilienzfaktoren umständehalber nicht aktiviert werden. [153]

Anhand der durch verschiedene Studien identifizierten Schutzfaktoren und des Wissens, dass Schutzfaktoren öfters nicht aktiviert werden, können therapeutische Optionen ausgewählt werden.

[153] Kamper, 2015, S. 900

8. THERAPIEMÖGLICHKEITEN UND SELBSTHILFE

Laut Morschitzky ist es *kein sinnvolles Ziel, keinerlei Angst zu haben, sondern mit den real vorhandenen und durchaus berechtigten Ängsten besser umgehen zu lernen. Gelungene Angstbewältigung besteht nicht in der perfekten Unterdrückung vorhandener Ängste, sondern im Annehmen und Aushalten dieser Ängste*. Das Ziel ist nicht, gegen die Angst, sondern mit der Angst zu leben. [154] Ängste sollen uns sensibilisieren und aktivieren, aber auf keinen Fall in unserem Verhalten blockieren.

Peurifoy behauptet, dass Angst nur ein „Bote" ist, der einem sagen will, dass man ein wichtiges Lebensthema angehen muss, das man nicht ausreichend verarbeitet hat. Eine Behandlung der Symptome bringe zwar rasche Erleichterung, würde jedoch als langfristige Lösung oft versagen. Weiterhin schreibt er, dass man Angstsymptome entwickele, weil man sich von mehreren gleichzeitig auftretenden Problemen überfordert fühlen würde. *Richtet man die Aufmerksamkeit auf die Botschaft (die tiefer liegenden Probleme die zur Angst führen), anstatt auf den Boten (die Symptome), wird langfristige Genesung möglich.* [155]

8.1. DIE DREI EBENEN DER ANGST

Angst ist ein sehr komplexes Syndrom. Sie besteht aus drei Komponenten: einer körperlichen, einer kognitiven und einer Verhaltensebene. Die Angst führt also sowohl zu messbaren physiologischen Reaktionen und Empfindungen, als auch zu Befürchtungen oder Angst erzeugenden Denkmustern und dem damit verbundenen subjektiven Angsterleben. Die Vorstellung von Angst machenden Situationen oder die Beurteilung von Reizen als bedrohlich führen schließlich zu einem beobachtbaren Verhalten. Die Wechselwirkungen zwischen den drei obengenannten Ebenen können im Rahmen einer Verhaltenstherapie genutzt werden, auch wenn die Komponenten individuell unterschiedlich wahrgenommen werden: manche Menschen spüren nur die physiologischen Angstsymptome, erkennen jedoch ihre Angstgedanken nicht. Andere sind sich ihrer ängstlichen Denkmuster bewusst, machen aber keine Verbindung mit ihren körperlichen Symptomen. [156] Im Prinzip kann auf jeder der drei Angstebenen Panik beginnen und sich auf die anderen Ebenen ausweiten. Umgekehrt gilt

[154] Morschitzky, 2009, S. 11

[155] Peurifoy, 2007, S. 13ff

[156] Morschitzky, 2009, 11ff

dasselbe für mögliche Therapien: Wird auf einer Ebene therapeutisch erfolgreich gearbeitet, wirkt sich das auf die anderen Angstebenen aus. [157]



Abb.6: Die 3 Ebenen der Angst [158]

8.2. PSYCHOTHERAPEUTISCHE ANGEBOTE: STATISTIK

Im Prinzip werden aus allen psychotherapeutischen Schulen heraus Angebote zur Therapie von Ängstlichkeit und Angststörungen gemacht. Leider wird jedoch ein Großteil der Betroffenen nicht behandelt. Dies trifft insbesondere für Betroffene unter 20 Jahren, also Kinder und Jugendliche, sowie für Männer zu. [159] Nach Schmidt-Traub erhalten leider nur etwa 10% der Angstpatienten eine angemessene Behandlung. [160] Hinzufügen kann man folgende Zahlen von Morschitzky [161]: nur 41,6% aller Befragten mit behandlungsbedürftigen Ängsten erhielten eine Behandlung im weitesten Sinn; etwa 89% aller Behandelten erhielten Medikamente, 74% eine allgemeine Behandlung, 9% eine stationäre Behandlung, 16% eine Psychotherapie, 5% eine andere Behandlung. Genauer unterzogen

[157] Schmidt-Traub, 2016, S. 28

[158] http://www.panikattacken.at/grafik/angst-ebenen.jpg

[159] Runge & al., 2008, Stein, 2012, S. 99

[160] Schmidt-Traub, 2016, S. VII

[161] Morschitzky, 2009, S. 187

sich die Behandelten folgenden psychotherapeutischen Methoden: 12% Entspannungsmethoden, autogenes Training oder Hypnose, 11% Gesprächstherapie oder psychodynamisches Verfahren, 1% verhaltenstherapeutische bzw. kognitive Verfahren. Nur etwa 26% aller behandelten Patienten schätzten die Therapie als dauerhaft erfolgreich an.

Diese negative Einschätzung der Therapien ist meines Erachtens darauf zurückzuführen, dass häufig die falschen Methoden angewandt worden sind. Wenn die Angst bereits massive Probleme bereitet, ist laut Experten die Therapie der Wahl für die Behandlung von Panikstörung und Agoraphobie die kognitive Verhaltenstherapie. Mit Hilfe der kognitiven Verhaltenstherapie können mehr als 80 % der Panik- und Agoraphobiepatienten ihre Angst unter Kontrolle bekommen. [162] Diese Therapie kombiniert die Methoden der klassischen Verhaltenstherapie und der kognitiven Therapie: Zuerst sollen mit Hilfe von Entspannungstrainings, Systematischer Desensibilisierung oder Konfrontationsverfahren die negativen Muster durchbrochen, d.h. erlerntes Fehlverhalten wieder verlernt, anschließend mit kognitiven Methoden, wie der kognitiven Umstrukturierung, neue Sichtweisen eingeführt und neue gesundheitsförderliche Verhaltensmöglichkeiten und Interaktionsmuster erlernt werden. [163] Hinzugefügt können je nach Angstart noch Selbstsicherheits- und Kommunikationstrainings, das heißt Methoden zur Stärkung des Selbstwertgefühls und der sozialen Kompetenzen. Es geht bei dieser Therapieform nicht darum, Probleme und deren tiefe Ursachen aufzudecken, wie in der Psychoanalyse, sondern aktuell belastende Denkmuster und Verhaltensweisen zu erkennen und zu verändern. Die Psychoanalytiker selbst empfehlen immer häufiger, erst die Dynamik einer Angststörung zu unterbrechen, bevor ihre Hintergründe, d.h. ihre Ursachen, behandelt werden können. [164]

8.3. DIE METHODEN DER VERHALTENSTHERAPIE

Bei der Verhaltenstherapie werden bei der Therapie von Ängsten und Phobien die gleichen Lerngesetze genutzt, die aus lerntheoretischer Sicht auch für die Entstehung der Ängste verantwortlich sind.

[162] Schmidt-Traub, 2016, S. VIII

[163] Dehner-Rau & al., 2012, S. 65

[164] Morschitzky, 2009, S. 487

8.3.1. DIE KONFRONTATION [165]

Im Rahmen einer Konfrontation werden die Betroffenen, wie der Name der Methode es andeutet, direkt mit ihren Ängsten konfrontiert. Es gibt zwei Arten der direkten Konfrontation: die Implosion und das Flooding. Bei der Implosion stellt sich der Betroffene die Angst auslösende Situation in übertriebener Form bildlich vor (in sensu). Bei der Reizüberflutung, dem Flooding, setzt sich der Betroffene real der subjektiv bedrohlichen Situation aus. Der Hintergrund dieser Methode ist Mowrers Zwei-Phasen-Theorie: die Angst wird durch eine starke Vermeidung aufrechterhalten. Durch die Konfrontation mit der Angst erlebt der Betroffene, dass es keinen triftigen Grund für die Angst gibt. Sehr wichtig für das Gelingen dieser Methode ist, dass der Betroffene sich freiwillig dafür entscheidet.

8.3.2. DIE SYSTEMATISCHE DESENSIBILISIERUNG [166]

Bei der systematischen Desensibilisierung lernen die Patienten, Angst machende Situation sukzessive unter Angst vermindernden Bedingungen, d.h. mit Hilfe von Entspannung, zu ertragen.

Als erstes erlernt der Betroffene eine Entspannungsmethode. Meistens wird die schnell erlernbare Progressive Muskelentspannung nach Jacobson eingeübt, es können jedoch auch andere Entspannungstechniken eingesetzt werden, wie verschiedene Atemtechniken, autogenes Training, Biofeedback oder Hypnose. Die Entspannung stellt eine Art Gegenkonditionierung dar, da sie ein mit der Angst unvereinnahmbarer Reiz ist: man kann nicht gleichzeitig entspannt sein und Angst haben.

Dann werden konkrete Angst auslösende Situationen gesammelt und in eine nach Schwierigkeitsgrad abgestufte Rangfolge, d.h. eine Angsthierarchie, gebracht. Der Patient lernt jetzt, mit Hilfe von Entspannungsübungen, seine Angst von der leichtesten bis zur schwierigsten Aufgabe anzugehen: die Situationen der Angsthierarchie werden also eine nach der anderen durchlaufen. Jede Situation wird so lange wiederholt, bis der Betroffene sie ohne Angst durchführen kann. Bei dieser Methode der gestuften Reizkonfrontation werden die Ängste oft erst in der Vorstellung (in sensu) und dann später, wenn sie in der Vorstellung entspannt durchgestanden worden sind, in der Realität (in vivo) konfrontiert.

Die Systematische Desensibilisierung kann mit dem Modelllernen kombiniert werden, indem nicht-ängstliche Personen in einer „Angstsituation“ anwesend sind.

---

[165] Stein, 2012, S. 102

[166] Morschitzky, 2009, S. 395 ; Lückert & al., 2006, S. 168 ; Stein, 2012, S. 101

8.3.3. KONTINGENZMANAGEMENT UND MODELLLERNEN

Die Vorgehensweisen des Kontingenzmanagements leiten sich aus den Prinzipien des operanten Konditionierens heraus: die äußeren Ereignisse, die auf die Reaktion der Betroffenen folgen, werden beeinflusst. Wird ein Verhalten positiv verstärkt oder belohnt, wird das Verhalten erneut auftreten. Wird es nicht verstärkt oder sogar bestraft, ist ein erneutes Auftreten weniger wahrscheinlich, hört sogar eventuell ganz auf. Bei der positiven Verstärkung wird der Betroffene gelobt oder belohnt, wenn er sich der gefürchteten Situation nähert, mit dem Ziel, die Häufigkeit des Verhaltens zu erhöhen.

Ein anderer operanter Ansatz ist das Shaping. Hierbei wird der Betroffene schon bei der Annäherung an das gewünschte Verhalten gelobt oder belohnt. Es werden also schon kleine Schritte in Richtung auf das Zielverhalten belohnt.

Eine Löschung nach operantem Ansatz beinhaltet das Entfernen jeglicher Verstärker des ängstlichen Verhaltens. Ein Kind mit Schulangst bekommt z.B. keine Zuwendung von den Eltern und darf auch nicht der Schule fernbleiben und zuhause bleiben, wenn es eine ängstliche Reaktion zeigt. [167]

Der Betroffene kann auch ein Modell dabei beobachten, wie dieses dem gefürchteten Reiz ausgesetzt wird und mit diesem interagiert. Mit Hilfe dieser Methode können neue, angemessene Verhaltensweisen vermittelt und Angstreaktionen gelöscht werden. [168]

8.4. DIE ENTSPANNUNGSMETHODEN

Angst hängt zusammen mit Anspannung, Unruhe, Hemmung, physiologischer Erregung. Diese Anspannung ist sowohl auf der willentlich zu steuernden muskulären Ebene als auch in dem Bewusstsein nicht zugänglichen Bereichen wie dem Kreislauf, der Verdauung oder der hormonellen Regulation präsent und kann sich bemerkbar machen durch psychosomatische Beschwerden wie Bluthochdruck, Magenbeschwerden, Schlafstörungen oder Herz-Rhythmus-Störungen. [169]

Angst – als Spannungszustand – und Entspannung sind Antagonisten. Angst ist also unverträglich mit Entspannung, denn, wie schon oben angedeutet, gehören zur Angst Anspannung und Erregung. Wenn wir uns also entspannen, wird parallel Angst abgebaut. Laut Lückert [170] hat die Entspannung jedoch

[167] Essau, 2014, S.211ff

[168] Essau, 2014 S. 215

[169] Lückert & al., 2006, S. 139

[170] Lückert & al., 2006, S. 139

noch weitere positive Folgen: Im entspannten Zustand können wir uns besser konzentrieren und somit besser lernen und Bewältigungsfähigkeiten aufbauen. Die Entspannung spielt also sowohl eine Rolle im verhaltenstherapeutischen Teil – mit Hilfe der Entspannung können wir unserer Angst besser entgegentreten – als auch im kognitiven Teil der kognitiven Verhaltenstherapie – die Entspannung hilft uns z.B bei der Überarbeitung unserer Denkmuster.

Es gibt zahlreiche Verfahren zur Einleitung von Entspannung, wie z.B. Progressive Muskelentspannung, Autogenes Training, Entspannung durch die Körperzuwendung nach der Achtsamkeitstherapie von Kabat-Zinn (Body-Scan), Entspannte Zwerchfellatmung, Phantasiereisen, Yoga, Meditation, Aromatherapie, Biofeedback... von denen einige auf den folgenden Seiten kurz beschreiben werden.

Der Zustand der Entspannung kann von jedem gelernt und jederzeit eingesetzt werden. Entspannung kann, genau wie Angst, klassisch konditioniert werden. Wenn man regelmäßig Entspannung trainiert, kann die Entspannungsreaktion dann vor oder in Angstsituationen durch gezielte, vorher festgelegte Signale ausgelöst werden, welche vorher in einem Training mit Entspannung, Ruhe oder Selbstsicherheit gekoppelt wurden. Man kann verschiedene Arten von Signalen einsetzen, wie z.B. Worte oder kurze Sätze – „Ruhe“, „Entspannung“, „warm“, „ich bin OK“ – , positive Körpersignale – die Hand des Partners halten, eine Hand auf die Bauchdecke legen, oder aber Zeigefinger, Mittelfinger und Daumen beider Hände zusammenlegen – , Bilder oder Vorstellungen die man mit angenehmen körperlichen Gefühlen, Empfindungen und Gedanken verbindet – das weite Meer, ein Berggipfel, eine blühende Wiese – , Düfte – Blumenduft, Berg- oder Meeresduft – , oder auch Musik – singen, summen oder auf einem Instrument spielen. [171]

8.4.1. DIE PROGRESSIVE MUSKELENTSPANNUNG NACH JACOBSON

Bei der Progressiven Muskelentspannung nach Jacobson handelt es sich um eine muskuläre Tiefenentspannung. [172] Diese tiefe Entspannung ist gekennzeichnet durch einen Ruhestand des gesamten Körpers, eine regelmäßige Atmung, eine normale Pulsfrequenz, entspannte Gliedmaßen, ruhige Augenlider und ein subjektives Gefühl angenehmer Ruhe. [173] Es ist eine einfach zu erlernende,

[171] Stein, 2012, S. 150f ; Morschitzky, 2009, S. 507ff

[172] Lückert & al., 2006, S. 140

[173] Hainbuch, 2015, S. 6

in vielen Lebenssituationen direkt einsetzbare hochwirksame Entspannungsmethode und wurde deshalb auch mit Vorliebe im Rahmen der Systematischen Desensibilisierung eingesetzt.

Jacobson nahm an, dass zwischen Psyche und Muskulatur eine Wechselwirkung besteht, d.h. er erkannte den Zusammenhang zwischen psychischer Anspannung und Muskelverspannungen. Angstpatienten sind chronisch angespannt, da Unruhe und Angst eine Erhöhung der Muskelspannung bewirken. Die Entspannung der Muskulatur reduziert jedoch ein vorhandenes Angstgefühl. [174] Wenn man sich gezielt entspannt, nimmt man also einen kontrollierten Einfluss auf körperliche Vorgänge und auf psychisches Empfinden.

Weiterhin erkannte Jacobson im Rahmen seiner wissenschaftlichen Arbeiten, *dass sich ein Muskel gründlicher entspannt, wenn er vorher kräftig angespannt war*. Durch die progressive Muskelentspannung kommt es zu einer kurzfristig maximalen Muskelanspannung, was dazu führt, dass die darauffolgende Muskelermüdung als Entspannung erlebt wird. Verschiedene Muskelgruppen werden nacheinander maximal angespannt und dann wieder langsam entspannt. Durch die Konzentration auf das Gefühl der muskulären Entspannung wird ein gesamtkörperliches Wohlbefinden erzeugt. [175]

Eine Progressive Muskelentspannung läuft z.B. wie folgt ab: Man schließt die Augen und atmet entspannt, während man in Gedanken eine Reise durch den Körper macht und spürt, wie sich die verschiedenen Muskeln anfühlen. Eine Muskelgruppe nach der anderen wird zuerst – beim Einatmen – angespannt, und dann wieder – beim Ausatmen – entspannt. Dabei beginnt man entweder bei den Füßen und arbeitet sich langsam Richtung Gesicht und Kopf hoch, oder aber man beginnt bei den Händen und arbeitet sich über den Kopf runter bis zu den Zehen. Am Ende des Programms kommt man durch eine Ausklangsübung wieder zur Realität zurück. [176]

Der große Vorteil der Progressiven Muskelentspannung ist, dass jeder die Übungen ohne Hilfsmittel fast überall im Liegen, Sitzen oder Stehen durchführen kann. Nach regelmäßigem Üben, auch in kleinen Dosen, kann man feststellen, dass die Patienten gelassener werden. Außerdem werden Störungen, die auf Angst und Anspannung beruhen, beziehungsweise psychosomatische Störungen

---

[174] Hainbuch, 2015, S. 2

[175] Morschitzky, 2009, S. 511f

[176] Peurifoy, 2007, S. 223 ; Hainbuch, 2015, S. 20ff

gebessert, z.B. Schlafstörungen, Nervosität und Unruhe, Stress, Kopfschmerzen, Migräne, Tinnitus oder Asthma. [177]

8.4.2. DAS AUTOGENE TRAINING

Beim Autogenen Training nach Schultz handelt es sich um eine vegetative Entspannung. [178] Es basiert auf der Autosuggestion, d.h. der Selbsthypnose, und ist ein psychologisches Verfahren. Man beeinflusst sich dabei selbst in eine gewünschte Richtung hin durch bestimmte Sätze, die man sich innerlich vorsagt. Ein klassischer Satz aus dem Autogenen Training lautet: „Ich bin ganz ruhig". Autogenes Training ist ganz individuell einsetzbar und wird z.B. zur Auflösung von Angstzuständen empfohlen. [179]

Das Autogene Training besteht aus sechs Übungen, die nach längerem Training einen Entspannungszustand herbeiführen. Jede Übung wird durch eine Übungsformel eingeleitet: Schwereübung *(„Der rechte/linke Arm ist ganz schwer.")*, Wärmeübung *(„Der rechte/linke Arm ist ganz warm")*, Herzübung *(„Das Herz schlägt ganz ruhig und regelmäßig")*, Atemübung („Die Atmung ist ganz ruhig."), Sonnengeflechtübung *(„Das Sonnengeflecht ist strömend warm.")* und Kopfübung *(„Die Stirn ist angenehm kühl.").* Die monotone Wiederholung der Verbalsuggestionen, die Vergegenwärtigung entsprechender Körpererfahrungen und die passive Konzentration auf die körperlichen Empfindungen beschleunigen die neurovegetative Umschaltung auf die körperliche Entspannung. Am Ende des Trainings wird die Muskulatur leicht angespannt und dann wieder entspannt um den normalen physiologischen Spannungszustand des Wachbewusstseins wieder zu erlangen. Für Entspannungszwecke reichen auch die Schwere-, Wärme- und Atemübung völlig aus. Die Vorsatzformeln beim Autogenen Training sollen Einstellungs- und Verhaltensänderungen bewirken: sie werden im Unterbewusstsein gespeichert und sind so später auch ohne bewusste Erinnerung wirksam. Beispiele solcher Formeln sind z.B. „Ich schaffe, was ich mir vornehme.", „Ich kann die Angst aushalten." oder „Ich bin ruhig und gelassen.". [180]

---

[177] Hainbuch, 2015, S. 8

[178] Lückert & al., 2006, S. 140

[179] Hainbuch, 2015, S. 6

[180] Morschitzky, 2009, S. 509f

8.4.3. ACHTSAMKEITSTHERAPIE NACH KABAT-ZINN

Der buddhistische Mönch Thich Nhat Than Hanh, einer der Lehrer, die die Achtsamkeit im Westen populär gemacht haben, beschreibt Achtsamkeit folgendermaßen [181]: *Achtsamkeit ist die Fähigkeit, in jedem Augenblick unseres täglichen Lebens wirklich präsent zu sein. [...] Achtsamkeit ist eine Art von Energie, die jedem Menschen zur Verfügung steht. Wenn wir sie pflegen, wird sie stark, wenn wir sie nicht üben, verkümmert sie. [...] Achtsamkeit lässt uns erkennen, was im gegenwärtigen Augenblick in uns und um uns herum wirklich geschieht.*

Es geht bei der Achtsamkeit darum, jeden Moment bewusst und nicht urteilend wahrzunehmen. So kann man Achtsamkeit als *eine gesteigerte Form der Aufmerksamkeit beschreiben [...] Achtsam zu sein bedeutet, voll und ganz bei dem zu sein, was wir gerade empfinden und womit wir uns beschäftigen. Es bedeutet, mit uns selbst in Kontakt zu sein*. [182]

Wenn wir achtsam sind, wirkt das sich positiv aus auf unser Selbstbewusstsein, unsere Selbstwirksamkeit, unsere Konzentration. Deshalb wird Achtsamkeitstraining auch erfolgreich für die Stressbewältigung eingesetzt. Der amerikanische Verhaltensmediziner und Molekularbiologe Jon Kabat-Zinn hat 1979 das MBSR-Programm (Mindfulness-Based Stress Reduction) entwickelt. Die Verhaltensmedizin, aus der das MBSR-Programm hervorgeht, *sieht den Menschen als Ganzes, in dem Körper, Geist und Umwelt einander stets beeinflussen [...] Das Ziel der Verhaltensmedizin ist, Kenntnisse und praktische Methoden zu vermitteln, die den Einzelnen befähigen, selbst an seiner Gesundheit mitzuwirken und sie aktiv zu verbessern.*[183] Durch das pädagogisch ausgefeilte MBSR-Programm können jedem Menschen, unabhängig von seinem Bildungsniveau, seinen intellektuellen Kenntnissen und seinen physischen Fähigkeiten, die Vorzüge der Meditation zugänglich gemacht werden. [184]

Beim MBSR handelt es sich um ein achtwöchiges Gruppen-Interventionsprogramm. Die Teilnehmer treffen sich jede Woche während 2,5 Stunden sowie einmal während einem ganzen Tag. Das Programm basiert auf einem intensiven Training in Achtsamkeitsmeditation und der Anwendung von Achtsamkeit im täglichen Leben. Die Teilnehmer lernen dabei verschiedene formelle und informelle

---

[181] Weiss & al., 2014, S. 19

[182] Eßwein, 2010, S. 6ff

[183] Eßwein, 2010, S. 7

[184] Kabat-Zinn, 2014, S. 9

achtsamkeitsbasierte Techniken, welche sie während der Interventionszeit täglich praktizieren sollen. Die formellen Meditationstechniken beinhalten Praktiken wie Sitzmeditationen, Bodyscan (Körperreisen bei denen jeder Körperteil aufmerksam beobachtet wird) und Yoga (Stretching, langsame Bewegungen, Atemübungen), welche an sechs Tagen in der Woche für ungefähr 45 Minuten geübt werden sollen. Die informellen Techniken beinhalten Übungen wie achtsames Essen oder Achtsamkeit bei Routinetätigkeiten. Außerdem soll die Achtsamkeit als Hilfsmittel in herausfordernden emotionalen Situationen oder bei Schmerzen angewendet werden. Das detaillierte Programm kann im Anhang eingesehen werden.

Die Teilnehmer des Programms sollen lernen, gegenüber ihren Gedanken und Emotionen eine nicht-wertende Haltung einzunehmen. Gedanken werden nicht als positiv, negativ oder falsch eingestuft, sondern einfach nur als Gedanken wahrgenommen, ohne diese weiter zu klassifizieren. Diese Haltung gegenüber den eigenen Gedanken wird sowohl bei den formellen, als auch bei den informellen Techniken zur Entwicklung von Achtsamkeit geübt. [185]

Kabat-Zinn & al. haben ihr achtwöchiges MBSR-Programm evaluiert und eine Bestätigung für die Verbesserung der Belastbarkeit der Probanden bekommen. Diese fühlten sich nach dem Training glücklicher, energiegeladener und weniger gestresst, hatten das Gefühl, ihren Alltag besser zu meistern, empfanden ihr Leben als sinnvoller und betrachteten Herausforderungen als Gelegenheit sich weiterzubilden. Faszinierend ist, dass nur acht Wochen Achtsamkeitstraining diese positive Veränderung hervorbrachten. [186] Forscher der John Hopkins Universität haben verschiedene Achtsamkeitsprogramme analysiert und festgestellt, dass diese einen moderaten positiven Effekt auf die Angst, Depressionen und Schmerzen, sowie einen leicht positiven Effekt auf Stressbewältigung und Lebensqualität haben. [187]

Obwohl Achtsamkeit bereits an vielen Schulen auf dem Programm steht, sind pubertierende Jugendliche oft schwer für das Programm zu begeistern. [188] Es ist also wichtig, das Achtsamkeitstraining schon bei Kindern durchzuführen, da diese noch offener für solche Methoden

---

[185] Kobarg, 2007, S. 13, Zenner & al., 2014, S. 1, Hölzel & al., 2011, S. 6

[186] Williams & al., 2015, S. 19

[187] Goyal & al, 2014, S. 26

[188] https://www.spektrum.de/news/kein-bock-auf-achtsamkeit/1529517

sind. Im Internet gibt es auch ein breit gefächertes Angbot an Apps, die beim Achtsamkeitstraining behilflich sind, wie z.B. die Apps „Calm“ und „Petit BamBou“.



Abb.7: Calm App [189]

8.4.4. ATEMTHERAPIEN

Man kann zwei Formen der Atmung unterscheiden: die Brustatmung und die Bauch- oder Zwerchfellatmung. Die Brustatmung tritt dann ein, wenn man Sport treibt oder aufgeregt ist. Durch sie kommt der Körper schneller zu Sauerstoff. Die Zwerchfellatmung setzt der Körper ein, wenn wenig Bedarf an Aktivität besteht. Leider setzen viele Menschen jedoch hauptsächlich die Brustatmung ein, auch wenn sie eigentlich entspannt sein sollten. Besonders Jugendliche, die enge Kleidung tragen, und somit die die Bewegungsfreiheit des Zwerchfells einschränken, tendieren zur Brustatmung und somit zur Hyperventilation. [190]

Die entspannte Zwerchfellatmung kann sehr einfach eingeübt werden. Auf dem Rücken liegend, legt man eine Hand auf die Brust und die andere auf den Bauch, leicht oberhalb des Nabels. Dann schließt man die Augen und stellt sich beim Atmen vor, wie die Luft bis zum Nabel strömt. Ziel ist es, so zu atmen, dass die untere Hand sich sanft auf und ab bewegt. Zwischen dem Aus- und Einatmen sollte man eine kleine Pause machen. Die Übung kann später auch im Sitzen oder Stehen durchgeführt

[189] calm.com

[190] Peurifoy, 2007, S. 87

werden. Angstpatienten sollten beim ersten Anzeichen von Angst drei- bis viermal entspannt in den Bauchraum atmen. [191]

Es gibt viele Möglichkeiten, entspannt zu atmen:

- Atem-Zähl-Übung

  Die Atem-Zähl-Übung hilft beim Herbeiführen der Entspannung. Man schließt die Augen, atmet ruhig und entspannt, und beginnt dann, von 50 oder 100 an, rückwärts zu zählen. Dabei passt man den Zählvorgang an die Atmung an, indem man jeweils beim Ausatmen in Gedanken eine Zahl nennt. In der kurzen Pause zwischen zwei Atemzügen kann man sich darauf konzentrieren zu spüren, wie der Körper zwischen Ausatmung und Einatmung zur Ruhe kommt. Man kann auch etwas Phantasie in die Übung einbauen, indem man sich z.B. farbige oder 3D-Zahlen vorstellt. [192]
- Die Atmung im Rhythmus der Meereswellen

  Man stellt sich vor, dass man entspannt am Meeresufer liegt. Beim Heranspülen des Wassers am Ufer atmet man ein, wobei sich die Bauchdecke hebt; beim Zurückfließen des Wassers atmet man aus, wobei sich die Bauchdecke senkt. [193]
- Mit einem Ton ausatmen

  Man atmet langsam und lang mit einem bestimmten Ton aus, z.B. „UU“ oder „HUUH“ oder „OOUUMMOOUUMMOOUUMM“, weil ein tiefer Ton seine Schwingungen im Unterleib entfaltet und der Vokal „U“ eine beruhigende Wirkung hat. Man kann diese Technik auch mit einem Schlag mit beiden Händen auf eine weiche Unterlage kombinieren. [194]
- Dreifache Ausatmungslänge

  Man atmet dreimal so lange aus als ein. Beim Einatmen zählt man also innerlich 1-2-3 und beim Ausatmen 1-2-3-4-5-6-7-8-9. Ein Rhythmus von fünf Atemzügen pro Minute, wie er hiermit erreicht wird, wirkt sehr beruhigend. [195]
- Quadrat-Atmung

  Man schließt die Augen und konzentriert sich auf seine Atmung. Beim Einatmen zählt man innerlich bis 4, hält den Atem für 4 Sekunden an. Beim Ausatmen zählt man wieder bis 4, und hält anschließend

---

[191] Peurifoy, 2007, S. 95

[192] Peurifoy, 2007, S. 223

[193] Kaltwasser, 2008, S. 112f

[194] Morschitzky, 2009, S. 513ff

[195] Morschitzky, 2009, S. 513ff

den Atem wieder für 4 Sekunden an. Anschließend beginnt man wieder von vorne. Dabei kann man gedanklich den Außenseiten eines Quadrates folgen. Wichtig ist, durch die Nase ein- und durch den Mund auszuatmen. [196]

- Vogelschwingenatmen

  Beim Einatmen hebt man die Arme seitlich ausgestreckt nach oben (mit den Handflächen nach unten) und senkt sie wieder beim Ausatmen. Man bewegt also seine Arme im Atemrhythmus wie die Flügel eines großen Vogels. [197]

- Stiegensteigen

  Man nimmt tief Luft, und steigt dann die Stufen einer Treppe so lange hinauf, wie man auf „SCH" ausatmen kann. Dann bleibt man stehen, nimmt erneut Luft und und steigt weiter voran. [198]

- Lieblingslied

  Bei starker Anspannung kann man sein Lieblingslied singen oder summen. Der Rhythmus des Liedes normalisiert die Atmung. Zudem ist Singen und Sprechen Ausatmen. [199]

8.4.5. FANTASIEREISEN / VISUALISATION / GELENKTE IMAGINATIONEN

Wenn man sich ein bestimmtes Ereignis lebhaft vorstellt, dann löst man physiologische Reaktionen aus, die im wirklichen Leben mit diesem Ereignis verknüpft waren. [200]

Zum Visualisieren atmet man entspannt ein und aus, schließt die Augen und stellt sich etwas Friedliches oder Erfreuliches vor, wie z.B. einen Strand, auf den die Wellen sanft auflaufen, ein muntern plätscherndes Flüsschen, eine duftende, bunte Blumenwiese... Man wählt sich also einen Rückzugsort aus genau so, wie man ihn haben will und setzt dabei alle Sinne ein. Zu diesem Ort, an den man immer wieder zurückkehren kann, hat alles, was einen belastet und bedrückt, keinen Zugang. Somit kann der Körper sich entspannen. [201]

---

[196] http://www.burnoutvermeiden.at/die-quadrat-atmung-eine-entspannungsuebung-fuer-zwischendurch/

[197] Morschitzky, 2009, S. 520 ff

[198] Morschitzky, 2009, S. 520ff

[199] Morschitzky, 2009, S. 513ff

[200] Peurifoy, 2007, S. 225

[201] Kaltwasser, 2008, S. 123

8.4.6. MEDITATION NACH BENSON

Meditation, die zur spirituellen Praxis verschiedener Weltreligionen gehört, kann ebenfalls zu den Entspannungsmethoden gezählt werden.

Der amerikanische Kardiologe Herbert Benson hat herausgefunden, dass zur Auslösung der Entspannungsreaktion zwei mentale Haltungen sehr wichtig sind. Erstens muss man einen bestimmten Fokus wählen, d.h. seine Aufmerksamkeit auf einen Gedanken, ein Wort, einen Ton, ein Bild, ein Mantra oder den Atem lenken. Dadurch wird der Strom der Alltagsgedanken unterbrochen, man blendet die Umwelt aus. Zweitens muss man Ablenkungen und abschweifende Gedanken ignorieren; dies tut man indem man sich immer wieder auf den gewählten Fokus konzentriert, oder in dem man sich auf das Hier und Jetzt konzentriert. [202]

Ziel der Meditation ist es, *den Geist zur Ruhe zu bringen, was Distanz zu den Problemen des Alltags schafft und so zu innerer Gelassenheit und Entspannung führen kann.* Diese Technik hat positive Auswirkungen auf die Seele und den Körper. [203]

8.4.7. YOGA & QIGONG

Yoga und QiGong haben eine heilsame Wirkung. Mediziner und Psychologen erforschen den Beitrag, den z.B. Yoga oder QiGong für die Behandlung einer spezifischen klinischen Symptomatik, wie z.B. Angst, aber auch für unsere Gesunderhaltung und unsere Selbsterforschung leisten können.

QiGong wirkt auf den Körper und auf die Psyche. Eines der Ziele von QiGong ist es, sich selbst in einen ruhigen, gelassenen Geisteszustand zu bringen, was wiederum den Körper positiv beeinflusst. Die Bewegungen des QiGong haben das Ziel, bestimmte Organe und Körperbereiche zu stimulieren. Durch die Übungen werden die Meridiane in denen das Qi, d.h. die Lebensenergie, fließt, durchlässig. Auf der körperlichen Ebene wirken sich die Übungen z.B. harmonisierend auf das vegetative Nervensystem aus, das ja eine Rolle in der Angstregulation spielt. Wer QiGong regelmäßig übt, *bildet die Fähigkeit seiner Selbstwirksamkeit aus, ist also z.B. in der Lage, mit Stress-Situationen konstruktiv umzugehen und seine Gefühle und Emotionen zu regulieren*. QiGong ist also eine selbstwirksame Stress-Bewältigungsmethode.[204]

---

[202] Morschitzky, 2009, S. 508

[203] Hainbuch, 2015, S. 7

[204] Kaltwasser, 2008, S. 61f

Man kann davon ausgehen, dass Yoga bei Angststörungen helfen kann. Wissenschaftliche Untersuchungen haben vor allem eine Verminderung der Ausschüttung von Stresshormonen nach Yogainterventionen festgestellt. [205]

Wenn wir Angst haben, hat das einen Einfluss auf unsere Körperhaltung und wir bewegen uns anders. Diese Veränderungen sind die körperliche Reaktion auf die internen psychischen Prozesse der Angst. Genauso wie die Psyche auf den Körper einwirkt, übt auch das bewusste Einnehmen einer bestimmten körperlichen Position, wie sie im Yoga geübt werden, Einfluss auf unser psychisches Befinden aus. Über die bewusste Ausrichtung unseres Körpers können wir folglich unsere Psyche eigenständig und gezielt beeinflussen. Das längere Halten eines mobilisierenden Yoga Asana beruhigt den Sympathikus, der die Angst aufrechterhält, und aktiviert den Parasympathikus, der sie lindert. Längere Haltezeiten der Asana beruhigen uns somit und geben uns die Kontrolle über unsere Emotionen zurück. Die beruhigende Wirkung der körperlichen Stellungen des Yoga auf die Psyche lässt sich aber auch über die Druckrezeptoren in der Haut und über die Atmung erklären. [206]

Wenn Yoga regelmäßig und korrekt durchgeführt wird, hält es den Körper elastisch und hat entspannende Wirkungen auf Körper und Geist des Übenden. Das Besondere am Yoga ist das Zusammenspiel von dehnenden und kräftigenden Körperübungen, die Atemschulung und, je nach Yoga-Art, eventuell auch die geistige Ausrichtung auf die innere Stille. [207]

Eine Übung die besonders gut bei Angst und Stress hilft, ist der *Unterstützte Schulterstand (Legs-up-the-wall-Pose)*, oder *Viparita Karani*. Hierbei schwingt man die Beine senkrecht hoch und legt sie gegen eine Wand. Ein Kissen unterstützt dabei das Becken und den unteren Rücken, Schultern und Kopf liegen auf dem Boden. Dann beginnt man, mit jeder Einatmung den Atem in den Bauch zu schicken und mit jeder Ausatmung das Körpergewicht noch mehr an das Kissen und den Boden abzugeben. Dies wird 10 tiefe Atemzüge lang durchgeführt. [208]

Andere bei Angst hilfreiche Übungen sind die *Stehende Vorbeuge (Uttaanasana)*, der *Herabschauende Hund (adho mukha svanasana)*, der *Brustöffner in Rückenlage*, die *Kindshaltung (Balasana)* oder der *Baum (Vrksasana)*.

---

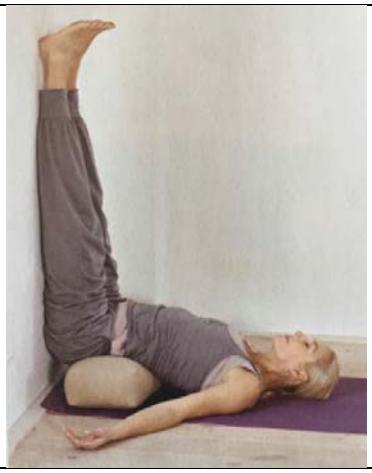
[205] Meister & al., 2018, S. 1 ; Moraes & al, 2018, S. 635

[206] Wolke, 2017

[207] Hainbuch, 2015, S. 7

[208] Rose & al., 2012, S. 150

Yoga kann also durchaus als komplementäre Therapie, d.h. als eine therapeutische Stütze für Angststörungen angesehen werden.



Der unterstützte Schulterstand



Die stehende Vorbeuge



Die Kindshaltung

Abb.8: Yogaübungen gegen Angst [209]

[209] Rose, 2012, S. 34, 108, 145

8.4.8. AROMATHERAPIE

Düfte entführen uns in eine ganz andere Welt und ermöglichen es uns, uns zu entspannen. Wir alle kennen die Wirkung von Gerüchen, die eine damit in Verbindung stehende Erinnerung sowie ein bestimmtes damit zusammenhängendes positives oder auch negatives Gefühl hervorrufen. Gerüche haben eine botenstoffartige Wirkung und können so unsere Stimmung positiv wie negativ beeinflussen. Sie erzeugen bei uns z.B. ein Gefühl von Freude, Ekel oder Angst, sind aber auch in der Lage, unsere körperliche Verfassung günstig zu beeinflussen: sie wirken ganzheitlich auf Körper, Geist und Seele. [210]

Bei Angst- und Spannungszuständen fördert der Duft ätherischer Öle die Einatmung durch die Nase und bewirkt dabei eine Vertiefung der Atmung und eine Beruhigung. Die Düfte gelangen über das Riechhirn ins lymbische System, wo sie verarbeitet werden. Über das autonome Nervensystem können sie dann durch Ausschüttung bestimmter Hormone eine Beruhigung auslösen. Der Duft von Ylang-Ylang bremst angeblich die Adrenalinproduktion und wirkt beruhigend, während frische, minzige oder eukalyptolhaltige ätherische Öle die Atmung vertiefen. Weitere Öle, die bei Angstzuständen helfen, sind z.B. Basilikum, Bergamotte, Jasmin, Lavendel, Mandarine, Orange, Neroli, Rose, Sandelholz oder Weihrauch. Der Duft des Lavendels induziert die Alpha-Wellen im Bereich des Gehirns, welche für die Entspannung verantwortlich sind. [211] Eine Gruppe deutscher Forscher um Hanns Hatt hat sogar entdeckt, dass Duftstoffe eine ähnliche Wirkung auf das Gehirn haben als Psychopharmaka: so hat der Jasminduft die gleiche Wirkung wie Valium. [212] In Studien wurde auch die Wirksamkeit von Bergamotte auf die Stress- und Angstreduzierung festgestellt. [213] Eine Mischung aus verschiedenen Ölen ist oft wirkungsvoller als ein einzelner Duft.

[210] Ratai, 2014, S. 16

[211] Morschitzky, 2009, S. 523

[212] Sergeeva, 2010

[213] Navarra & al., 2015, S. 1

Mögliche Anwendungen der Aromatherapie gegen Angstzustände sind z.B.: [214]

- Ein Melissenwickel im Sternumbereich
- Eine Duftlampe am Abend mit 1 Tropfen Kamille, 2 Tropfen Grapefruit, 2 Tropfen Zeder und 2 Tropfen Lavendel oder mit 3 Tropfen Rosmarin, 2 Tropfen Lavendel, 2 Tropfen Orange,1 Tropfen Minze
- Ein entspannendes Körperöl mit 50 ml Mandelöl, 2 Tropfen Lavendel, 1 Tropfen Kamille, 1 Tropfen Neroli, 2 Tropfen Mandarine
- Rollerflasche mit 15 Tropfen Lavendel, 15 Tropfen Weihrauch, 5 Tropfen Pfefferminz & Trägeröl (z.B. Mandelöl, Kokosnussöl oder Jojobaöl) oder mit 12 Tropfen Lavendel, 9 Tropfen Weihrauch, 9 Tropfen Orange & Trägeröl
- Ein paar Tropfen Öl auf einem Lederarmband

8.4.9. MASSAGE-THERAPIE

Massagen haben eine unmittelbare positive Wirkung auf Angststörungen. Nach einer Massage fühlen sich die Massierten nicht nur weniger ängstlich, sondern auch ihr Herzschlag und ihr Cortisolspiegel sinken signifikant. [215] Wenn Massage noch mit Aromatherapie kombiniert wird, d.h. wenn essentielle Öle (z.B. Lavendel oder Neroli) bei der Massage angewandt werden, dann hat diese eine noch entspannender und länger anhaltende Wirkung als eine Massage ohne Öle. [216]

Massagetherapie wird in vielen Day-Spas angeboten, man kann sich jedoch auch selbst, z.B. mit Hilfe eines Tennisballs, massieren.

8.4.10. SHINRIN-YOKU

In Japan gilt Shinrin-Yoku, zu Deutsch Waldbaden als Medizin. Zahlreiche Forschungsarbeiten zeigen, dass ein Waldbesuch die physische und die mentale Gesundheit fördert, indem der Stress abgebaut wird. [217] Ein Besuch im Wald wirkt wie eine natürliche Aromatherapie, gepaart mit

[214] Ratai, 2014, S. 18f

[215] Garner & l., 2008, S. 414

[216] Stevensen, 1984, zitiert in Edge, 2013, S. 91

[217] Karjalainen & al., 2010, S. 1

Achtsamkeitstherapie: ein 20-minütiger Spaziergang durch den Wald ist eine effektive Stress-Management-Methode, wirkt positiv auf die Gemütserregung und verringert Angstzustände, Depressionen und Wut. Während dem Besuch im Wald sinken der Blutdruck, der Cortisolspiegel und die Herzfrequenz, sowie die Aktivität des sympathischen Nervensystems, während die Muskeln sich entspannen und die Aktivität des parasympathischen Nervensystems gesteigert wird, alles Symptome die einen Einfluss auf die Ängstlichkeit haben. [218] Man kann beim Shirin-Yoku entweder nur durch den Wald spazieren, oder aber auch während dem Spaziergang eine Pause machen, sich auf einen Baumstamm setzen oder ins Gras legen und ein paar Atem- oder Yogaübungen in der Natur machen.

8.4.11 BIOFEEDBACK

Beim Biofeedback bekommt man über eine Apparatur vor den Augen körpereigene Signale, die das Niveau der momentanen Ent- und Anspannung anzeigen, als Licht- und/oder Tonsignal rückgemeldet. Man versucht dann durch verschiedene Entspannungsmethoden, kleine Entspannungsschritte zu erreichen, und bekommt diese unmittelbar zurückgemeldet. Mit Biofeedback kann Entspannung sehr effektiv erlernt werden. Ziel ist es, im Laufe des Trainings die Entspannung immer unabhängiger von dem technischen Gerät zu erreichen. [219]

8.5. KOGNITIVE METHODEN

Wenn man kognitive Methoden anwendet, kann man eine kognitive Umstrukturierung mit Hilfe von verschiedenen Methoden, wie Psychoedukation, Realitätsüberprüfung, Selbstinstruktionen, Stop-Gedanken, Entkatastrophisieren, Testen der Vorhersage durch Konfrontation, Stop-Think-Go-Methoden und Ablenken anwenden.

8.5.1. DIE KOGNITIVE UMSTRUKTURIERUNG

Menschen haben das Bedürfnis, in einer durchschaubaren Welt zu leben und versuchen deshalb für das, was sich in ihnen und um sie herum abspielt, Erklärungen oder Ursachen zu finden. Die Erklärungen, oder auch kausalen Attributionen, die sie finden, hängen von früheren Erfahrungen in ähnlichen Situationen, aber auch von der Art der Informationen die man gegenwärtig hat, ab. Diese

[218] Hartig & al., 2003, S. 109; Park & al., 2010, S. 18

[219] Hainbuch, 2015, S. 7

Attributionen haben einen sehr großen Einfluss auf unser Wohlbefinden, unsere Lebensauffassung und unsere weitere Entwicklung. [220]

Neben den obengenannten Kausalattributionen spielen auch die Kontrollattributionen eine Rolle was unser Befinden betrifft. Die Kontrollattributionen bestimmen, ob und inwiefern man denkt, Einfluss auf bestimmte Ereignisse oder Verhaltensweisen zu haben. Personen die eine interne Kontrollüberzeugung haben, also unangenehme Ereignisse und Stresssituationen für kontrollierbar halten, empfinden diese als weniger unangenehm als Personen die eine externe Kontrollüberzeugung haben, ihre Umgebung also als unbeeinflussbar erleben und sich somit hilflos fühlen. Personen mit Angstanfällen erkennen oft die richtige Ursache der Angst nicht und erkennen auch nicht, dass sie etwas ändern könnten. Eine Therapie kann ihnen helfen, bei sich selbst nach der Ursache ihrer Probleme zu suchen und die Störung als beeinflussbar und veränderbar anzusehen. [221]

Im Zentrum der kognitiven Angsttherapie steht die Arbeit an Erwartungen, Bewertungen und Attributionen.

Basierend auf der Annahme des kognitiven Modells, dass Personen über die Veränderungen ihrer Gedanken auch ihr Erleben und Verhalten in entscheidendem Maße selbst verändern können, liegt bei der kognitiven Umstrukturierung der Schwerpunkt auf der Veränderung krankmachender, dysfunktionaler Denkmuster. *Als dysfunktionale Gedanken werden alle Gedanken einer Person betrachtet, die als ungünstig, unpassend, nicht-zielführend und behindernd erlebt werden und mit der Entstehung und Aufrechterhaltung der psychischen Störung in Verbindung stehen.* [222]

Die kognitive Umstrukturierung basiert auf einer durch den Therapeuten angeleiteten Veränderung der gedanklichen Strukturen eines Patienten mit dem Ziel, die überschätzte Wahrscheinlichkeit, dass negative Ereignisse eintreten und diese Ereignisse negative Konsequenzen haben, abzubauen und positive, realistische Gedanken zu stärken. [223] Sie umfasst neben der Aufklärung über kognitive Zusammenhänge, die Identifikation und Veränderung ungünstiger gedanklicher Strukturen, wie Verzerrungen der Wahrnehmung, negative Bewertungen, Fehlinterpretationen oder ungünstige Grundüberzeugungen.

---

[220] Lückert & al., 2006, S. 171ff

[221] Lückert & al. 2016, S. 171ff

[222] Einsle & al., 2015, S. 21f

[223] In-Albon, 2011, S. 129

Bei der kognitiven Umstrukturierung lernt man also unproduktive Denkweisen und Vorstellungen, die als Ursachen und Symptome von Störungen anzusehen sind und diese aufrechterhalten, zu erkennen, zu kritisieren und zu verändern. Wie von selbst kommt es dann zu einer Verhaltensänderung und daraufhin zu einer Veränderung der Gefühle und des körperlich-seelischen Empfindens. [224]

8.5.2. PSYCHOEDUKATION

Als erstes wird den Jugendlichen durch Psychoedukation der Zusammenhang der drei Komponenten der Angst – Gedanken, Körpersymptome und Verhalten – vermittelt. Nur erkannte Gefühle können auch behandelt werden. Anhand von Cartoons kann z.B. herausgearbeitet werden, dass in einer Situation verschiedene Gedanken auftreten können und diese zu unterschiedlichen Gefühlen und Verhalten führen können. [225] Indem die Betroffenen sich bewusst werden, dass Gefühle auch eine kognitive Komponente haben, können diese ihre physiologische Erregung einer nicht-emotionalen Ursache zuschreiben, was zur Reduktion der Intensität des gefühlsmäßigen Zustands führt. [226]

8.5.3. REALITÄTSÜBERPRÜFUNG

Anschließend kommt es zu einer Realitätsprüfung der eventuell durch ein Angsttagebuch identifizierten Angstgedanken. Zur Überprüfung und Modifikation der Gedanken können verschiedene Fragen gestellt werden: *„Was ist früher in dieser Situation geschehen? Was sind die Fakten? Was könnte sonst passieren? Wie sehen das Andere?“* Ziel dieses „Detektiv-Spiels“ ist es, dass der Betroffene zur Schlussfolgerung kommt, dass die Wahrscheinlichkeit, mit der das gefürchtete Ereignis auftreten könnte, ziemlich gering ist, und dass die Konsequenz viel weniger bedrohlich ist als angenommen. [227]

8.5.4. SELBSTINSTRUKTIONEN

Neben alternativen Gedanken können auch Selbstinstruktionen hilfreich sein um die angstauslösenden Situationen zu bewältigen. Selbstinstruktionen wie „Ich bin mutig!“, „Ich schaffe das!“ tragen zur Steigerung der Selbstwirksamkeitsüberzeugung und des Selbstvertrauens bei. Diese Selbstinstruktionen können auf Kärtchen geschrieben werden, die der Betroffene mit sich nehmen

---

[224] Lückert & al., 2006, S. 174

[225] In-Albon, 2011, S. 130

[226] Lückert & al., 2006, S. 171

[227] In-Albon, 2011, S. 130f

und in einer Angstsituation lesen kann. Alternativ kann man auch Objekte als Erinnerung an die Selbstinstruktionen benutzen, wie z.B. ein „Mut-Stein“. [228] Die neuen Einstellungen müssen intensiv trainiert werden, da man sonst unter Stress wieder auf seine früheren negativen Verhaltensmuster zurückfällt. In einem Konfrontationstraining wird der Betroffene mit dem gefürchteten Reiz konfrontiert, wobei er sich am Anfang offene Selbstinstruktionen, also laute Anweisungen gibt. Mit der Zeit verblassen diese und werden zu verdeckten Selbstinstruktionen. [229] Verstärkende Selbstaussagen im Sinne einer Selbstbelohnung sollen das Bewältigungsverfahren aufrechthalten: man lobt sich dafür, dass man sich der Angst gestellt hat und neue Verhaltensweisen eintrainiert hat. [230]

Selbstinstruktionen sollten nach folgenden Richtlinien gestaltet sein: kurze, einfache und prägnante Sätze („Ich schaffe das“); konkrete und klare Aussagen („Ich trete morgen auf jeden Fall zur Prüfung an“); positive Formulierungen („Ich kann in Geschäften ruhig und sicher umhergehen“ statt „Ich habe in Geschäften keine Angst mehr“); immer in der Gegenwart formuliert, und zwar möglichst so, als sei das gewünschte Verhalten bereits eingetreten („Ich bin ganz ruhig und entspannt“, „Ich atme ruhig und gleichmäßig“, „Ich kann die Angst aushalten“.). [231]

8.5.5. STOP-GEDANKEN

Da verschiedene Angstgedanken sehr stark sind, kann der Therapeut den Betroffenen auf solche Gedanken aufmerksam machen und ihn dafür sensibilisieren. Beim Auftauchen eines irrationalen Angstgedankens kann dieser dann sofort mit einem „Stop!“-Gedanken beendet werden und durch einen positiven, konstruktiven und bewältigungsorientierten Gedanken ersetzt werden. [232]

8.5.6. ENTKATASTROPHISIEREN

Eine weitere Methode ist das Entkatastrophisieren. Ängstliche neigen zum Katastrophen-Denken. Wenn man vor einer bestimmten Situation Angst hat und mit Problemen rechnet, heißt das jedoch noch lange nicht, dass eine Katastrophe eintreten wird. Mit der Frage „Was wäre, wenn...“ wird

[228] In-Albon, 2011, S. 131

[229] Essau, 2014, S. 217f

[230] Morschitzky, 2009, S. 559ff

[231] Morschitzky, 2009, S. 559ff

[232] Stein, 2012, S. 104

überprüft, ob es wirklich eine Katastrophe wäre, wenn die Befürchtung eintreffen würde. Mit der Frage „und dann?“ kann ebenfalls aufgezeigt werden, dass das Leben auch nach einer Katastrophe weitergeht. Positives Denken trägt dazu bei, dass man sich mögliche Probleme als bewältbar vorstellen kann: „Was auch immer passiert, man wird damit zurechtkommen, weil man noch alles irgendwie geschafft hat.“, oder „Diese Angst kann ich ertragen.“ [233]

8.5.7. TESTEN DER VORHERSAGE DURCH KONTRONTATION

Während der kognitiven Behandlung kann auch die Gelegenheit zu einer Realitätsprüfung durch Exposition / Konfrontation gegeben werden. Dabei werden fehlangepasste Überzeugungen widerlegt und die Entwicklung neuer, angepasster Denkmuster gefördert. [234]

8.5.8. STOP-THINK-GO

Eine Möglichkeit, die kognitive Umstrukturierung bei Angstgedanken bei sich selbst anzuwenden ist die Stop-Think-Go-Methode. [235]

- *Stop*: Bei Angstgedanken soll man sich erst mal zwei Minuten Zeit nehmen um innezuhalten!
- *Think*: Dann fragt man sich, was man gerade fühlt und denkt! Man analysiert seine Angstgedanken. Stimmt das, was man sich gerade sagt? Was kann einem im schlimmsten Fall passieren? Was sind die möglichen Optionen? Was sind die positiven und die negativen Auswirkungen der zu treffenden Entscheidungen? Wie würde eine andere Person reagieren? Welche Fähigkeiten benötigt man um die Situation zu bewältigen?
- *Go*: Jetzt wo man die verschiedenen Alternativen abgewogen hat, kann man sich für eine Option entscheiden.

8.5.9. ABLENKEN : KONZENTRATIONSLENKUNG GEGEN NEGATIVE SELBSTBEOBACHTUNG

Sobald man seinen Körper zu sehr beobachtet, verspürt man angstähnliche Symptome und somit Angst. Man kann seine Angst jedoch loswerden, wenn man es schafft, seine Konzentration von den Angstgedanken und -symptomen wegzulenken. Für ein optimales Resultat, muss man probieren, sich

[233] Morschitzky, 2009, s. 559ff ; In-Albon, 2011, S. 132

[234] Essau, 2014, S. 217

[235] Palazzolo 2017, S. 113

so früh wie möglich von der kritischen Selbstbeobachtung zu lösen. Es gibt eine Menge Möglichkeiten, durch Ablenkung einen positiven Einfluss auf die Angst zu nehmen und diese so unter Kontrolle zu halten: Man muss sich mit irgendetwas beschäftigen, was nichts mit der Angst zu tun hat, d.h. man muss seine Aufmerksamkeit auf Dinge lenken, die nichts mit den Befürchtungen zu tun haben. [236]

- Bewegung: Zur Lieblingsmusik tanzen, im Seil springen, eine Runde joggen
- Atemübungen, Entspannungsübungen, Yoga oder Achtsamkeitsmeditation
- Ein spannendes Buch lesen, ein Gedicht aufsagen oder einen Film anschauen
- Komplizierte Rechnungen im Kopf machen
- Das ABC rückwärts aufsagen
- Mit einer Freundin oder einem Freund telefonieren
- Sich Mut zusprechen: „Ich schaffe das!“
- Sich seine persönlichen Stärken und Vorteile vorstellen

8.6. AUF NEURONALE FORSCHUNG BASIERTE ANGSTTHERAPIE – DIE BERNHARDT-METHODE [237]

Bernhardt folgt bei der Angsttherapie dem neuronalen Ansatz. Nach dieser Theorie der Neuprogrammierung des Gehirns bewirkt die Veränderung des Denkens eine neuronale Neuvernetzung im Gehirn. Angststörungen sind meistens auf einen fehlgeleiteten Gehirnautomatismus zurückzuführen, denn Angst ist ein erlerntes Verhalten. Erlernte Ängste lassen sich also überschreiben, das heißt binnen weniger Wochen verlernen. Mit Angst-Stopp-Techniken und einem speziellen Mentaltraining, der sogenannten 10-Satz-Methode, können die Angstmuster, auf die wir unser Gehirn konditioniert haben, unterbrochen werden und eine positive Neuvernetzung des Gehirns stattfinden. Nach dem Motto „Neurons that fire together, wire together“, ist es möglich, viele Synapsen gleichzeitig positive Signale abfeuern zu lassen, was dazu führt, dass sie sich miteinander verbinden und so eine sogenannte positive Datenautobahn entsteht. Je stärker dieses positive Netzwerk ist, umso häufiger hat man positive Gedanken, während die ängstlichen Gedanken mit der Zeit abnehmen. Im Gehirn bilden sich also die synaptischen Verbindungen, in denen Angst gespeichert wird, zurück.

[236] Schmidt-Traub, 2010, S. 124f

[237] Bernhardt, 2016

Für die 10-Satz-Methode schreibt man 10 Sätze auf, wie das Leben ist, wenn es richtig klasse ist. Die Sätze müssen positiv und in der Gegenwart formuliert werden, konkrete Situationen darstellen und selbst erreichbar sein. Dann müssen die Sätze einer nach dem anderen gedanklich durchgearbeitet werden indem man die 5-Kanal-Technik, d.h. die 5 Sinne verwendet. Sobald einer der Sätze in der Realität eintritt, wird er durch einen neuen Satz ersetzt. Beispiele von Sätzen sind: „Ich behandele mich selbst wie meinen besten Freund. Ich spreche gut zu mir, ernähre mich gut und umgebe mich nur noch mit Menschen die mir gut tun.“, oder „Ich gönne meinem Kopf nur noch gute Informationen, die mir dabei helfen, mein Leben noch leichter, fröhlicher und erfolgreicher zu gestalten.“.

8.7. DANKBARKEIT – GRATITUDE

Dankbarkeit ist ein positives Gefühl oder eine Haltung in Anerkennung einer materiellen oder immateriellen Zuwendung, die man erhalten hat oder erhalten wird. [238] Es ist die Emotion die man verspürt, wenn man die positiven Aspekte des Lebens wahrnimmt und wertschätzt. Dankbarkeit ist stark mit dem emotionalen Wohlbefinden verbunden. Forscher gehen davon aus, dass Dankbarkeit den Vagusnerv im menschlichen Körper aktiviert, der Teil des Parasympathikus, ist. Chronischer Stress könne so gesenkt werden, was zu Gelassenheit führe. [239] Dankbarkeit hat positive Auswirkungen auf die Psyche (Depression, Angst, vor allem GAS, aber auch Panik und Phobien), soziale Beziehungen, adaptive Strategien (Selbstwirksamkeit), die Leistungsfähigkeit, Stress, Schlaf und Gesundheit. [240]

Wenn man Angst hat, nimmt man die Welt immer durch einen Nebel an Gedanken und Gefühlen wahr. Man schirmt sich ab und verliert die Verbindung zur Realität. Um diesem Nebel zu entkommen, kann man seinen Fokus vom Kopf zum Herz hin bewegen: dieser Wechsel ist möglich mit Hilfe der Dankbarkeit. [241] Dankbarkeit ist eine Haltung: wenn wir dankbar sind, verspüren wir Selbstvertrauen ins Leben: trotz Angst und Furcht geht man vorwärts.

Meistens muss man sich nicht besonders darum bemühen, um negative Gedanken wahrzunehmen. Um die positiven Dinge im Leben wahrzunehmen, muss man sich jedoch bewusst anstrengen. Dankbarkeit kann aber trainiert werden, z.B. in dem man seine Dankbarkeit in Briefen ausdrückt, ein

[238] https://educalingo.com/de/dic-de/dankbarkeit

[239] http://www.spiegel.de/gesundheit/psychologie/dankbarkeit-die-wurzel-fuer-gesundheit-und-wohlbefinden-a-1124119.html

[240] Wood & al., 2010, S. 890; Mills & al., 2015, S. 51,

[241] http://www.panik-attacke.net/dankbarkeit-gegen-angst/

Dankbarkeitstagebuch führt oder Dankbarkeitsfotos sammelt. Zu diesem Zweck kann man auch verschiedene Apps benutzen, wie z.B. das „Gratitude Journal“ oder „Freiraum im Kopf“. Nach einiger Zeit sind sogar neurobiologische Veränderungen im Gehirnscan sichtbar. [242]

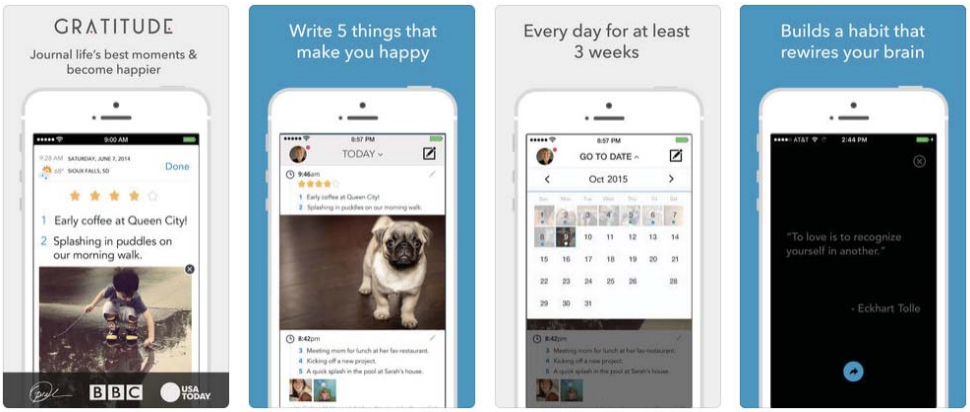


Abb.9: Gratitude Journal App [243]

Um Dankbarkeit zu verspüren, kann man folgende Übung anwenden. Erst schließt man die Augen und konzentriert sich auf den Herzbereich. Dabei stellt man sich ein Gefühl der Wärme vor, das aus dem Mittelpunkt der Brust herausstrahlt. Hierbei kann man die rechte Hand auf die Brust legen. Jetzt konzentriert man sich auf etwas im Leben, auf das man wirklich dankbar ist (z.B. Familie, Gesundheit, Freunde, Arbeit, ein schöner Tag). Mit ein bisschen Übung kann man die Dankbarkeitsübung auch mitten in einer Stresssituation ausführen. [244]

8.8. AKUPUNKTUR & REFLEXOLOGIE

Die Akupunktur beschäftigt sich mit der Regelung der Lebensenergie (Qi), die durch Meridiane durch den Körper fließt. Durch die Stimulierung verschiedener Akupunkturpunkte mit Nadeln kann man die Selbstregulierungsprozesse des Körpers stärken. Laut der TCM (Traditionelle Chinesische Medizin) kann man durch Akupunktur Ungleichgewichte zwischen dem Bewegungsapparat, den Atemwegen, dem Magen-Darm-Trakt, dem Nervensystem... behandeln. Die Akupunktur hat wohltuende physiologische Wirkungen in Bezug auf die Ängstlichkeit, da sie zu einer Entspannung mit Reduzierung

[242] Kini & al., 2016, S. 1

[243] https://itunes.apple.com/us/app/gratitude-journal-the-original/id299604556?mt=8

[244] http://www.panik-attacke.net/dankbarkeit-gegen-angst/

der Herzfrequenz und des Blutdrucks, einer Linderung der Stresssymptome und einer Steigerung der globalen Energie und des Selbstvertrauens führt. [245]

Laut einer deutschen Studie hilft Akupunktur bei leichten bis mittelschweren generalisierten Angststörungen. Um einen signifikanten Erfolg zu erreichen, müssen spezifische Akupunkturpunkte während mindestens fünf Akupunktursitzungen genadelt werden. [246]

Die Reflexzonenmassage beschäftigt sich auch mit Ungleichgewichten: durch nicht-invasive Behandlung von Reflexzonen an Händen und Füßen werden Körper und Geist wieder ins Gleichgewicht gebracht. Gegen die Angst kann man z.B. 30 Sekunden lang mit Hilfe des Daumens und des Zeigefingers der einen Hand Druck auf den Daumennagel der anderen Hand ausüben. [247]

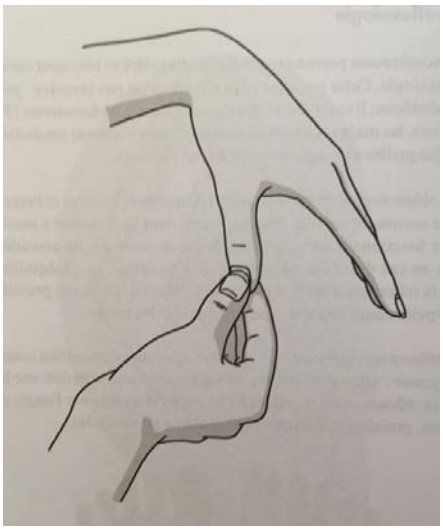


Abb.10: Finger-Reflexzonen-Massage [248]

8.9. EMBODIMENT – DIE WECHSELWIRKUNG VON KÖRPER UND PSYCHE

Das neuroendokrine Profil von Personen, die Macht verkörpern, und jenes von den weniger Mächtigen unterscheidet sich, was Testosteron- und Cortisolspiegel betrifft. Leute mit Power zeigen höhere Testosteronspiegel, jedoch niedrigere Cortisol-Level auf wenn sie Stressoren ausgesetzt sind.

[245] Palazzolo, 2017, S. 144ff

[246] Eich & al., 2000, S. 137

[247] Palazzolo, 2017, S. 141ff

[248] Palazzolo, 2017, S. 142

Wenn man nun aktiv die Macht verkörpert (Embodiment), also Power- oder Chefposen nutzt, produziert man damit Testosteron, vermindert jedoch die Cortisol-Ausschüttung. Dies führt zu adaptiven psychologischen, physiologischen und Verhaltensänderungen gegenüber neuen Herausforderungen und einer erhöhten Risikobereitschaft. Eine Person kann also mit Hilfe einer 2- bis 5minütigen Powerpose, d.h. einer kraftvollen Körperhaltung, einen positiven Einfluss auf den Stress und somit auf die Angst haben. Für die Chefpose setzt man sich in einen Sessel, verschränkt die Arme hinter dem Nacken und legt die Füße hoch, z.B. auf einen Tisch. Je höher, desto besser. [249]

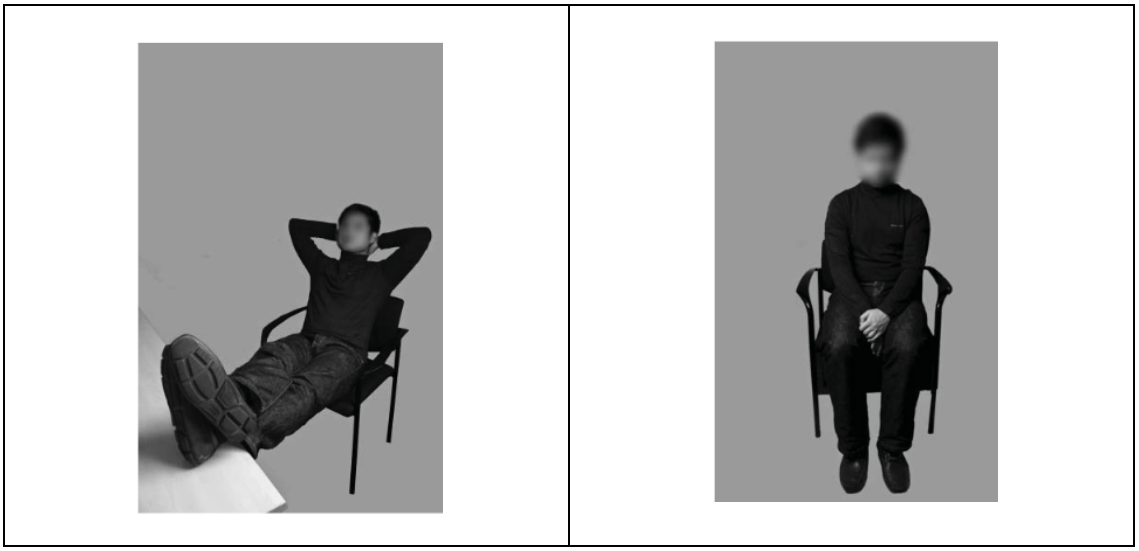


Abb.11: High-Power-Pose vs Low-Power-Pose [250]

8.10. BIBLIOTHERAPIE

Manchmal ist es schwierig für Betroffene, sich Hilfe bei einem Therapeuten zu fragen. Gründe dafür können lange Transportwege, Therapiekosten, oder einfach die Angst vor Stigmatisierung sein. Sich ein Selbsthilfebuch in der Bibliothek auszuleihen oder zu bestellen, oder eine Therapie via Internet zu befolgen, ist jedoch sehr einfach und kostengünstig.

[249] Carney & al., 2010, S. 1364

[250] Carney & al., 2010, S. 1364

Bibliotherapie bezeichnet eine Selbstbehandlung durch Lesen von Patientenratgebern und Selbsthilfebüchern, d.h. die Heilung von psychischen Störungen durch geeignete Behandlungsanleitungen. Diese werden meistens durch Fachleute verfasst und richten sich direkt an die Betroffenen und ihre Angehörigen. Es gibt Ratgeber zu vielen Angststörungen. Sie geben einerseits Informationen über die Angststörung (Psychoedukation), und andererseits konkrete Anleitungen um sich selbst zu behandeln. Oft werden die Probleme auch mit konkreten Beispielen illustriert. Manche Therapeuten arbeiten auch mit Selbsthilfe-Manuals, die sie ihren Patienten zur Verfügung stellen: die Patienten helfen sich somit mit Hilfe der Bücher und werden nur gelegentlich durch den Therapeuten begleitet.

Empirische Studien haben die Wirksamkeit von angeleiteter Selbsttherapie, z.B. bei Panik [251] oder bei sozialer Phobie [252], bewiesen. Auch Internet-basierte Kognitiv-behaviorale Therapien versprechen gute Behandlungserfolge, z.B. bei Agoraphobie und Panik. [253]

Auswahl von Selbsthilfebüchern, die aktuell im Buchladen oder in den Bibliotheken Luxemburgs, z.T. auch über online-Verleih verfügbar sind:

Markway & Markway: Frei von Angst und Schüchternheit – Soziale Ängste besiegen – ein Selbsthilfeprogramm
Basset: Angstfrei leben – Das erfolgreiche Selbsthilfsprogramm gegen Stress und Panik
Bernhardt: Panikattacken und andere Angststörungen loswerden – Wie die Hirnforschung hilft, Angst und Panik für immer zu besiegen
Schmidt-Traub: Selbsthilfe bei Angst im Kindes- und Jugendalter – Ein Ratgeber für Kinder, Jugendliche, Eltern und Erzieher

[251] Lidren & al., 1994, S. 865 ; Gould & al., 1995, S. 533

[252] Abramowitz & al., 20009, S. 98

[253] Kieropoulos & al., 2008, S. 1273

8.11. MEDIKAMENTE AUF BASIS VON PFLANZEN

Auf der Grundlage von wissenschaftlichen Studien zeigt es sich, dass Nahrungsergänzungsmittel auf Pflanzenbasis eine effiziente Methode zur Angstreduktion darstellen, und dies ohne die gravierenden Nebenwirkungen der Psychopharmaka. Wissenschaftlich geprüft wurden so z.B. Extrakte auf Basis von Passionsblume, oder Kava-Kava-Extrakt, einem Wirkstoffextrakt der Grünalge, sowie eine Kombination von L-Lysine und L-Arginin. [254] Weiterhin werden folgende Pflanzen zu den nervenstärkenden Lebensmitteln gezählt und sind besonders wirksam bei Angst und Stress: Hafersaat, Weißdorn, Kalifornischer Mohn, Lavendel, Kamille, Zitronenmelisse, Helmkraut und Eisenkraut. [255] Auch Präparate auf Basis von Baldrian haben wissenschaftlich erwiesene angstreduzierende Wirkungen. [256]

[254] Lakhan & al, 2010, S. 42

[255] Abascal & al., 2004

[256] Becker & al., 2014, S. 267

9. PRÄVENTIVE MASSNAHMEN - KOMBINIERTE / KOGNITIV-BEHAVIORALE INTERVENTIONEN

Da man sich inzwischen bewusst ist, welche Konsequenzen Angststörungen haben, welches die Risikofaktoren sind und wie hoch die Prävalenzrate ist, ist es durchaus sinnvoll, präventive Maßnahmen zu ergreifen.

Als selektive präventive Maßnahmen hinsichtlich Angststörungen wurden hauptsächlich kognitiv-verhaltenstherapeutisch geprägte Interventionen wie das „Cool-Little-Kids"-Programm oder das „Anxiety Sensitivity Amelioration Training" (ASAT) in Risikokollektiven mit erhöhter „behavioral inhibition", ausgeprägter Angstsensitivität, pessimistischem Attributionsstil, erhöhtem Nikotinkonsum bzw. positiver Familienanamnese für Angststörungen erprobt und in ersten Studien in ihrer Wirksamkeit bestätigt. In Hochrisikogruppen mit bereits subklinischen Symptomen, wie z. B. hohen psychometrischen Angstwerten, subsyndromaler Angst/Panik oder einer hohen Angstsensitivität begleitet von Panikattacken, erwiesen sich weitere kognitiv-verhaltenstherapeutisch ausgerichtete indizierte Interventionen wie das „Coping-Cat"- Programm, das FRIENDS-Programm, das „Don't-panic"-Programm oder das „Stepped-care"-Programm als präventiv wirksam. [257]

Anhand vom Coping Cat für Jugendliche mit Angststörungen, vom FREUNDE-Programm für Resilienzförderung, vom CBGT-A-Programm für Soziale Phobie, von Suhr-Dachs und Döpfners Behandlungskonzept für Jugendliche mit Leistungsängsten und von GO!, einem Programm zur Behandlung von Ängsten und depressiven Störungen, werden die Präventivprogramme grob umschrieben.

9.1. COPING CAT

Coping Cat [258] ist ein von Kendall & al. entwickeltes kognitives Verhaltenstherapieprogramm für Kinder und Jugendliche mit Angststörungen. Das Programm besteht aus Exposition, Entspannungsübungen, kognitiver Therapie und Rollenspielen. Die vier Schritte, die man unternehmen kann, wenn man Angst erlebt, können also in einem vierstufigen **FEAR**-Plan zusammengefasst werden.

[257] Domschke, K., 2014, S. 1263ff

[258] In-Albon, 2011, S. 160f ; Essau, 2014, S. 222ff

Ziel des Coping Cat ist es, den Jugendlichen zu vermitteln, wie sie Anzeichen von ungewollter, ängstlicher Erregung erkennen können *(Identifikation von Angstsymptomen und Aufklärung über körperliche Reaktionen infolge von Angst – **F**: Fühlst du dich ängstlich?)*. Sobald sie dann die Anzeichen erkennen, können sie die gelernten Bewältigungsstrategien anwenden: erst werden kognitive Prozesse, die mit ängstlicher Erregung verbunden sind, identifiziert *(Identifikation von Angstgedanken, unrealistischen oder negativen Erwartungen – **E**: Erwartest du, dass schlimme Dinge passieren?)*, dann kognitive Strategien zum Angstmanagement sowie Entspannungsverfahren eingeübt *(Entwicklung von Copingstrategien, Veränderung angstfördernder Gedanken durch Umstrukturierung – **A**: Aktionen, die man unternehmen kann)*, bevor schlussendlich Übungsgelegenheiten angeboten werden *(Konfrontationsübungen und Anleitung zur Selbstverstärkung – **R**: Resultate und Belohnung)*. Das Programm besteht aus insgesamt 16 Sitzungen.

Am Ende des Programms soll der Jugendliche zusammen mit dem Therapeuten ein Video erstellen, in dem er seine Lernerfahrungen zusammenfasst und anderen berichtet, wie man Angst bewältigen kann. Empirische Ergebnisse belegen die Wirksamkeit des Programms sowohl unmittelbar nach der Behandlung, als auch noch dreieinhalb Jahre später.

Das originale Coping-Cat-Programm richtet sich an Jugendliche bis 13 Jahre. Es ist aber durchaus möglich, das Coping Cat auch für ältere Jugendliche zu adaptieren. So kann man diesen z.B. vorschlagen, das Programm erst einmal während zwei oder drei Sitzungen auszuprobieren und dann erst zu entscheiden, ob sie einsteigen wollen. Auch ein Gedankentagebuch kann Jugendlichen helfen, ihre Ziele festzusetzen und die Hilfe die ihnen hier angeboten wird, anzunehmen. Außerdem können bei dieser Altersgruppe z.B. die Rollenspiele durch Diskussionen ausgetauscht werden: die verschiedenen Übungen müssen dem Entwicklungslevel der Jugendlichen angepasst werden. [259]

9.2. DAS FREUNDE-PROGRAMME – FRIENDS RESILIENCE

Das FREUNDE-Programm von Barrett ist ein gut untersuchtes Programm zur Angstprävention. Das theoretische Modell, auf welches sich das Programm basiert, bezieht sich auf physiologische, kognitive und Lernprozesse, die bei der Entwicklung, Aufrechterhaltung und Erfahrung von Angst zusammenwirken. [260] Es gibt eine deutsche Fassung des Programms für Kinder, sowie englische Fassungen für die Jugendlichen (12-15 Jahre) und die Erwachsenen (ab 16 Jahren). My Friends Youth

[259] Beidas & al., 2010, S. 5f

[260] Essau, 2014, S. 228ff

ist ein Gruppenprogramm, das den Teilnehmern hilft, mit Stresssituationen umzugehen, indem sie lernen, ihre Angst als „normal“ anzunehmen und ihre Emotionen z.B. mit Hilfe von Progressiver Muskelentspannung zu regulieren. Außerdem lernen sie, ihre negativen Gedanken durch positive Gedanken zu ersetzen sowie verschiedene Problemlösungsstrategien, wie etwa positive Copingskills und Resilienz anzuwenden. Sie entwickeln Selbstvertrauen, lernen, sich selbst zu belohnen und verringern ihre Ängste und Depressionen. Das Programm besteht aus 5 Sitzungen von je 2 bis 2,5 Stunden. [261]

FRIENDS steht für

- ***F****eelings (try to be aware of feelings and regulate negative feelings)*
- ***R****elax (do “relaxation” breathing, meditation and have some quiet time)*
- ***I****try to think helpful (positive thinking)*
- ***E****xplore solutions (step plans and problem solving techniques)*
- ***N****ow Reward Yourself (quality time together doing fun activities)*
- ***D****on’t forget – be brave! (practice skills everyday with friends /family)*
- ***S****tay happy and talk to support networks*

Das Adult Resilience Programm für Jugendliche ab 16 und Erwachsene vermittelt positive Bewältigungs- und Resilienzfähigkeiten. Das Programm richtet sich sowohl an Betroffene, als auch an Eltern von Betroffenen. Das Programm stattet die Betroffenen mit den Fähigkeiten aus, die sie benötigen um die Herausforderungen des jungen Erwachsenenalters zu meistern. Sie lernen Entspannungstechniken, Achtsamkeit, das Setzen realistischer Lebensziele, Kompromissfähigkeiten, den Aufbau von positiven Partner- und Freundschaften... [262]

9.3. COGNITIVE-BEHAVIORAL THERAPY FOR ADOLESCENTS (CBGT-A)

Das CBGT-A [263] ist ein von Albano & al. entwickeltes kognitiv-behaviorales Gruppentherapieprogramm für Jugendliche mit sozialer Phobie. Das Ziel des Programms besteht darin, den Jugendlichen Fähigkeiten zu vermitteln, die ihnen helfen, ihre Soziale Phobie und ihr Vermeidungsverhalten zu

[261] https://www.friendsresilience.org/my-friends-youth-ages-12-15/

[262] https://www.friendsresilience.org/adult-resilience-ages-16-18/

[263] Essau, 2014, S. 248ff

beherrschen, indem sie lernen, mit übermäßiger Angst umzugehen. Es besteht aus 16 90-minütigen Sitzungen mit jeweils vier bis sechs Jugendlichen.

In den ersten Sitzungen werden die Jugendlichen über soziale Ängste und die Grundlagen ihrer Behandlung informiert. Sie lernen die Fähigkeiten zur Selbstbeobachtung, um Angstauslöser und Angstreaktionen besser erkennen zu können.

Von der 3. bis zur 8. Sitzung wird an ihren Fähigkeiten gearbeitet: es werden Techniken der kognitiven Umstrukturierung, soziale Kompetenzen und Problemlösefähigkeiten vermittelt. Auf dem Programm steht das Erkennen von kognitiven Verzerrungen – wie z.B. Denkfehler, durch die die Angst aufrechterhalten wird – , das Entwickeln von rationalen Antworten um diese Kognitionen zu ersetzen, die Vermittlung von sozialen Kompetenzen, die für zwischenmenschliche Interaktionen, Aufrechterhalten von Beziehungen sowie für die Entwicklung von Durchsetzungsfähigkeit wichtig sind. Die Jugendlichen müssen Verhaltensweisen erkennen, die sich negativ auf soziale Interventionen auswirken, wie z.B. nicht lächeln, leise sprechen, andere kritisieren, und diese dann durch eine bessere Kommunikationsform ersetzen.

Durch Rollenspiele und Konfrontationsübungen müssen die Jugendlichen dann üben, proaktiv an Probleme heranzugehen anstatt sie zu vermeiden. In diese Rollenspiele werden sowohl die Verhaltensziele, als auch die automatischen Gedanken und die rationalen Antworten integriert.

Empirische Studien zeigen eine Abnahme der subjektiven Angstempfindungen und der negativen Kognitionen nach der Therapie.

9.4. THERAPIEPROGRAMM FÜR KINDER UND JUGENDLICHE MIT LEISTUNGSÄNGSTEN

Suhr-Dachs und Döpfner [264] haben ein multimodales Behandlungskonzept für Jugendliche mit Leistungsängsten entwickelt. Sie gehen davon aus, dass die Behandlung von Ängsten an verschiedenen Punkten ansetzen kann: Situationen, Kompetenzen, Kognitionen, Exposition, Entspannung, Bewältigung statt Vermeidung und Konsequenzen. Das Ziel des Programms ist, die kognitiven, emotionalen und behavioralen Angstsymptome durch eine Stärkung der Bewältigungskompetenz zu reduzieren. Durch die Entwicklung der eigenen Problemlösungsstrategien wird auch das Selbstwertgefühl gestärkt.

[264] Stein, 2012, S. 147ff

Durch kognitive Umstrukturierungen (Selbstinstruktionen, Gedankenstopps, selbstwertstärkende Attributionen), Entspannungstechniken, Konfrontationen und Aufbau eines effizienten Lernverhaltens werden z.B. die soziale Scheu reduziert sowie Kompetenzen, angemessene Erwartungen und Bewertungen und differenzierte Strategien zur Bewältigung aufgebaut.

9.5. GESUNDHEIT UND OPTIMISMUS, GO!

Gesundheit und Optimismus, GO! [265] ist ein Programm zur primären Prävention von Angst- und depressiven Störungen bei Jugendlichen im Alter von 14 bis 18 Jahren. Die Interventionen, welche in der Schule durchgeführt werden, gliedern sich in vier Module: Angst, Depression, Training sozialer Kompetenzen, Stressbewältigung (einschließlich Problemlösen und Entspannung). Außerdem wird die generalisierte Kompetenzerwartung, welche einen allgemeinen Schutzfaktor darstellt, sowie ein selbstwertfördernder Denkstil gefördert.

[265] In-Albon, 2011, S. 170

10. PSYCHOPHARMAKA

Bei den meisten Angstbetroffenen helfen Entspannungstechniken, kognitive Verhaltenstherapien und Umstellungen, was z.B. Ernährung, Bewegung und Schlaf angehen. Doch Angststörungen haben eine starke biologische Komponente, und einige Betroffene sind auf die neurochemische Hilfe der Psychopharmaka angewiesen. Bestimmte Medikamente helfen bei der Behandlung der Symptome, leider haben viele Medikamente jedoch auch starke Nebenwirkungen.

Seit einigen Jahren werden bei Angst und Depressionen Selektive Serotoninwiederaufnahme-Hemmer kurz SSRI genannt verschrieben. Diese neuen Präparate – wie Prozac, Zoloft, Luvox – sind den früheren Medikamenten weit überlegen. Sie zielen auf das Serotonin ab – einen chemischen Botenstoff im Hirn, der eng mit Depressionen und Angst verbunden ist –, und haben auch deutlich weniger Nebenwirkungen als die alten Medikamente. [266] Studien zeigen, dass SSRIs auch von Jugendlichen gut toleriert werden. [267]

Weitere Alternativen sind MAO-Hemmer, wie z.B. Nardil, die die Neurotransmitter Serotonin, Dopamin und Noradrenalin beeinflussen. Diese starken Medikamente haben aber viele Nebenwirkungen und sind nur sinnvoll, wenn die Behandlung mit SSRIs erfolglos verläuft. [268]

Die SSRIs und die MAO-Hemmer brauchen einige Wochen, bis sie wirken. Wenn eine schnellere Wirkung erwünscht ist, kann man auf Benzodiazepine, wie Xanax, zurückgreifen. Diese erhöhen die Funktion der GABA, einem Neurotransmitter der für die Regulierung der Angst zuständig ist und können deshalb schon die Angst 15-20 Minuten nach der Einnahme reduzieren. Benzodiazepine werden meistens bei akuten Bedarfssituationen und nur für einen kurzen Zeitraum eingesetzt da Suchtgefahr besteht. [269]

Schlussendlich kann man auch auf Betablocker zurückgreifen. Diese bekämpfen die peripheren körperlichen Symptome der Angst wie z.B. Herzrasen, Erröten, Zittern und Schwitzen, indem sie bestimmte Rezeptoren im vegetativen Nervensystem – die Betarezeptoren – blockieren. Betablocker

---

[266] Markway, 2003, S. 213

[267] In-Albon, 2011, S. 153

[268] Markway, 2003, S. 223f

[269] Markway, 2003, S.224f

entfalten ihre volle Wirkung nach 45-60 Minuten. Sie werden meistens für akute Bedarfssituationen verschrieben. [270]

Je länger eine Störung andauert und je schwerer sie ist, desto mehr kann man von gewissen Medikamenten profitieren. Eine reine psychopharmakologische Behandlung kann bei Notfällen oder langen Wartezeiten hilfreich sein, oder wenn die Angststörung so schwerwiegend ist, dass ohne Medikamente die Psychotherapie nicht begonnen werden kann. Laut der American Academy of Child and Adolescent Psychiatry sollte jedoch die Einnahme von Medikamenten immer in Verbindung mit begleitenden Maßnahmen stehen. [271] Medikamente können eine positive Wirkung auf die Angstsymptome haben, aber man muss selbst mithelfen seine Angstgedanken in den Griff zu bekommen..

[270] Markway, 2003, S. 224f

[271] American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 2007, zitiert In-Albon, 2011, S. 153

11. FRAGEBOGEN MLG (MAACHER LYCÉE GREVENMACHER)

Eines der Ziele dieser Arbeit ist das Erstellen einer Selbsthilfebroschüre für Jugendliche mit einfachen Anleitungen zur Angstreduktion. Um herauszufinden, in welchem Maß die Jugendlichen betroffen sind, sowie welche Copingstrategien und Ressourcen sie im Fall von Angst benutzen, wurden in zwei unteren Klassen (8TE & 9TE, 27 Schüler) und zwei oberen Klassen (2GSO, 43 Schüler) des MLG Fragebogen ausgeteilt. Diese Fragebogen basieren auf empirisch validierten Fragebogen, wie dem AFS (Angstfragebogen für Schüler), dem Mini-SPIN (Mini Social Phobia Inventory), dem FRKJ 8-16 (Fragebogen zu Ressourcen im Kindes- und Jugendalter) und dem FEEL-KJ (Fragebogen zur Erhebung der Emotionsregulation bei Kindern und Jugendlichen), sowie einzelnen Fragen zu den Lebensgewohnheiten der Schüler (Sport, Entspannung, Schlaf, Konsum von Koffein und Zucker, Medikamente und Therapien in Bezug auf Angstprobleme).

11.1 AFS – ANGSTFRAGEBOGEN FÜR SCHÜLER[272]

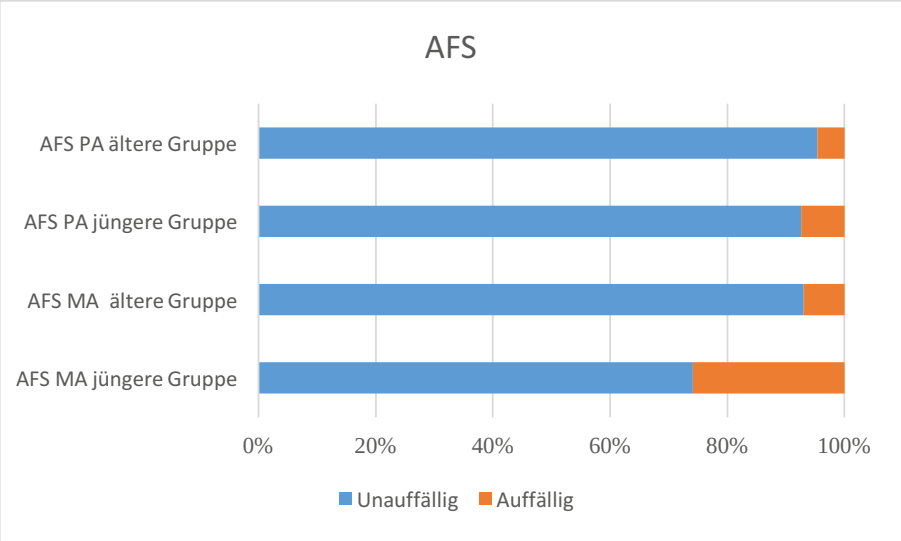
Der AFS ist ein Angstfragebogen für 9-18jährige Schüler. Der AFS kann sowohl als individuelles Diagnostikinstrument, als auch als Forschungsinstrument zur Erfassung der Angstkomponenten in psychologischen, soziologischen und pädagogischen Untersuchungen angewandt werden. Der AFS ist ein mehrfaktorieller Fragebogen, der die ängstlichen und unlustvollen Erfahrungen der Schüler unter drei Aspekten erfasst: Prüfungsangst (AFS PA), allgemeine Angst (AFS MA) und Schulunlust. Für den MLG-Fragebogen wurden die zwei ersten Kategorien zurückbehalten.

Resultat

Bei den jüngeren Schüler(innen) sind bei der Skala zur allgemeinen Angst (AFS MA) 26% und bei der Skala zur Prüfungsangst (AFS PA) 7% auffällig, während bei den älteren Schüler(innen) bei der Messung der allgemeinen Angst nur 7% und bei derjenigen der Prüfungsangst 5% auffällig sind. Wenn man nach Geschlechtern trennt, sind, was die allgemeine Angst betrifft, bei beiden Gruppen die Schülerinnen eher betroffen, während, was die Prüfungsangst angeht, bei der jüngeren Gruppe nur Schülerinnen und bei der älteren Gruppe nur Schüler betroffen sind. Den Resultaten nach sind in jeder Gruppe ein paar, aber nur wenige Schüler von Prüfungsangst betroffen. Die allgemeine Angst scheint

[272] Wieczerkowski et al., 2016

der jungen Gruppe größere Sorgen zu bereiten, nimmt aber mit dem Alter ab. Den betroffenen Schüler(innen) sollte in der Schule eine Hilfe gegen ihre Ängste angeboten werden.



11.2. MINI-SPIN – MINI SOCIAL PHOBIA INVENTORY[273]

Der Mini-SPIN ist ein kurzes Screening-Instrument, das aus nur drei Items besteht:

1. Aus Angst vor Verlegenheit vermeide ich es, bestimmte Dinge zu tun oder Personen anzusprechen.
2. Ich vermeide Aktivitäten, durch die ich im Mittelpunkt der Aufmerksamkeit stehe.
3. Sich zu schämen oder dumm zu wirken, gehört zu meinen schlimmsten Ängsten.

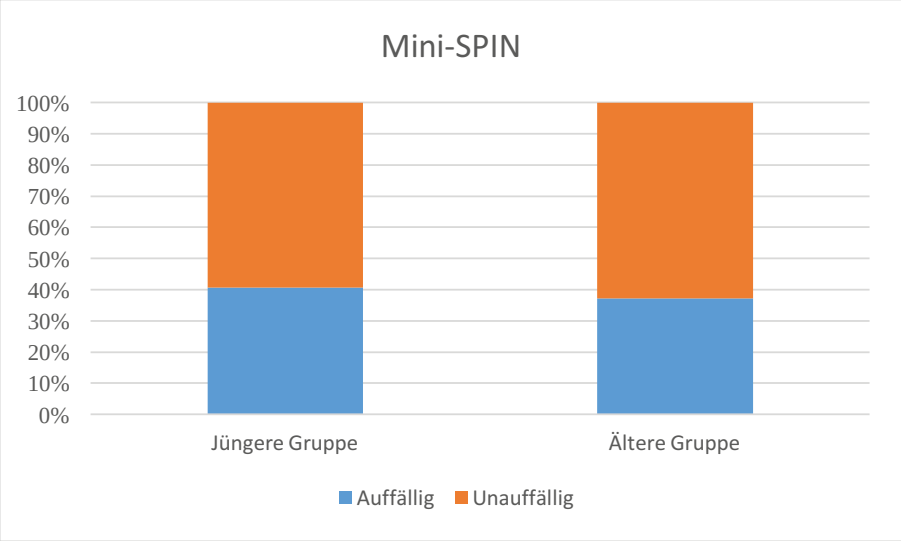
Da der Original-Fragebogen nicht für Jugendliche adaptiert worden ist, wurden im MLG-Fragebogen noch Beispiele zum besseren Verständnis der Aussagen hinzugefügt. Die Antwortmöglichkeiten reichen von „0=überhaupt nicht“ bis „4=extrem“. Eine Summe von mindestens 6 Punkten gibt einen Hinweis auf das mögliche Vorliegen einer Sozialen Phobie. Bei hohen Ergebnissen müssen dann weitere Tests, wie der LSAS (Liebowietz Soziale Angst-Skala), der SPIN (Social Anxiety Inventory) oder der SPAI (Social Phobia and Anxiety Inventory) ausgeführt werden um eine Soziale Phobie einzugrenzen. Der Mini-SPIN hat eine Prognosegenauigkeit von 90%.

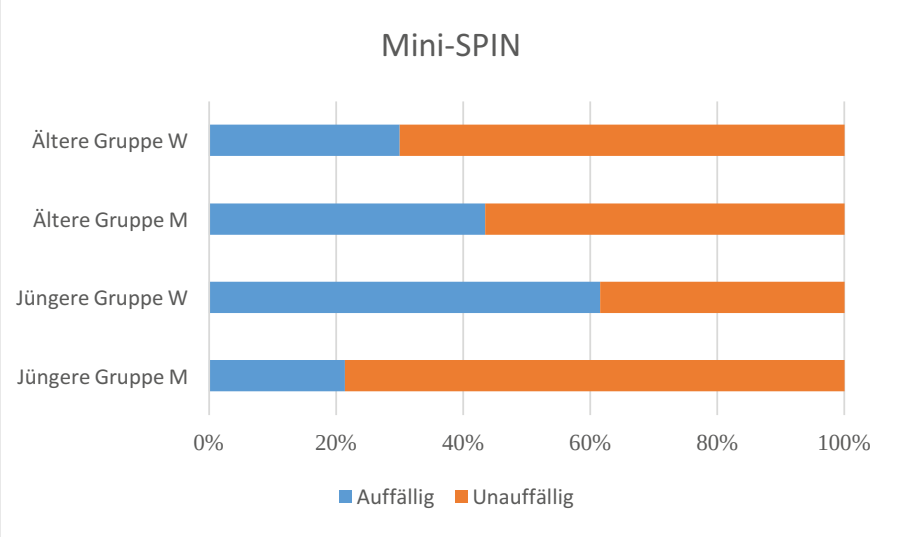
[273] Wiltink et al, 2017 ; https://www.verywellmind.com/mini-social-phobia-inventory-mini-spin-3024440

Resultat

Beim Mini-SPIN sind bei der jüngeren Gruppe 41% auffällig, bei der älteren Gruppe reduziert sich die Zahl sehr leicht auf 37%. Wenn man nach Geschlechtern trennt, sind bei der jüngeren Gruppe mehr Schülerinnen betroffen (73%), während bei der älteren Gruppe eher die Schüler betroffen sind (62%).

Diese Resultate zeigen auf, dass viele Schüler und Schülerinnen sich in sozialen Situationen nicht wohlfühlen. Aber genau solche Situationen, wie Prüfungen oder Präsentationen, kommen häufig in der Schule vor. Es besteht also Handlungsbedarf in punkto Soziale Angst in Schulsituationen.





11.3. FRKJ 8-16 – FRAGEBOGEN ZU RESSOURCEN IM KINDES- UND JUGENDALTER[274]

Der FRKJ 8-16 richtet sich an 8-16jährige Schüler. Er kann sowohl in der Grundlagenforschung als auch im therapeutischen und schulischen Kontext angewandt werden. Der FRKJ 8-16 umfasst 60 Items und dient der Erfassung der personalen und sozialen Ressourcen von Kindern und Jugendlichen. Es werden sechs personale Ressourcen – d.h. individuelle Stärken über die ein Mensch verfügt – (Empathie und Perspektiveübernahme, Selbstwirksamkeit, Selbstwertschätzung, Kohärenzsinn, Optimismus sowie Selbstkontrolle) und vier soziale Ressourcen – d.h. Unterstützungsfaktoren, die einem Jugendlichen aus seiner sozialen Umgebung zur Verfügung stehen – (elterliche emotionale und soziale Unterstützung, autoritativer Erziehungsstil, Integration in die Peergruppe sowie schulische Integration) – erfasst. Im Rahmen des Risiko-Schutzfaktoren-Modells werden diese Ressourcen als Schutzfaktoren aufgefasst, die vorhandenen Risikokonstellationen entgegenwirken oder deren ungünstige Auswirkungen abmildern. Weiterhin wird angenommen, dass die personalen und sozialen Ressourcen eine allgemein förderliche Wirkung auf Entwicklungsprozesse haben. Sie können die Resilienz der Heranwachsenden erhöhen und trotz bedeutender Entwicklungsrisiken zu einer positiven Anpassung führen. In der Therapie und Beratung kann der FRKJ 8-16 helfen, vorhandene Stärken bzw. Ressourcen zu identifizieren und diese anschließend zu stärken oder zu fördern. [275]

Für den MLG-Fragebogen wurden aus praktischen Gründen nicht alle Ressourcen beibehalten, da der Originalfragebogen insgesamt 60 Items umfasst. Für die persönlichen Ressourcen fiel die Auswahl auf den Optimismus, die Selbstwirksamkeit und die Selbstwertschätzung, während für die sozialen Ressourcen die elterliche Unterstützung, die Integration in die Peergruppe und die schulische Integration beibehalten wurden. Die ausgewählten Kategorien sind, was Ängste betrifft, besonders indiziert und werden deshalb anschließend kurz beschrieben.

11.3.1. SELBSTWIRKSAMKEIT

Das Konzept der Selbstwirksamkeit oder Selbstwirksamkeitserwartung (SWE; engl. perceived self-efficacy) wurde vom Psychologen Albert Bandura in den 1970er Jahren entwickelt. Selbstwirksamkeit wird definiert als *die Überzeugung, dass man in einer bestimmten Situation angemessene Verhaltensresultate erzielen kann*. [276] Sie ist also an den jeweiligen Kontext gebunden: man weiß, dass

[274] Lohaus & al., 2016

[275] Lohaus & al., 2016

[276] Gerrig & Zimbardo, 2008, S. 528

man etwas Bestimmtes kann. Die Selbstwirksamkeitserwartung bezeichnet also die Erwartung einer Person, aufgrund eigener Kompetenzen neue oder schwierige Anforderungssituationen erfolgreich selbst ausführen zu können. Ein Mensch, der daran glaubt, selbst etwas zu bewirken und auch in schwierigen Situationen selbstständig handeln zu können, gezielt Einfluss auf die Dinge nehmen zu können, hat demnach eine hohe SWE. [277] Selbstwirksamkeitserwartungen gehen also oft mit internalen Kontrollüberzeugungen einher.

Das Gefühl der Selbstwirksamkeit beeinflusst die Wahrnehmungen, die Motivation und die Leistung. Laut Bandura beeinflusst unsere Selbstwirksamkeit, in welchem Maß man sich anstrengt oder wie schnell man aufgibt, wenn man im Leben auf Schwierigkeiten stößt. [278] Verschiedene Untersuchungen zeigen, dass Personen mit einem starken Glauben an die eigene Kompetenz größere Ausdauer bei der Bewältigung von Aufgaben, eine niedrigere Anfälligkeit für Angststörungen und Depressionen und mehr Erfolge in Ausbildung und Berufsleben aufweisen. [279] Sie lassen sich also nicht so schnell von ihrem Ziel abbringen, werden durch ihre Selbstwertbestätigung dazu gebracht, konzentriert zu bleiben: wenn eine Person selbstwirksam ist, verschiebt sich ihr Aufmerksamkeitsfokus *zu den Anforderungen der Aufgabe hin, statt sich mit persönlichen oder emotionalen Reaktionen aufzuhalten*. [280] Indem Personen ihre Ziele häufiger erreichen, stärken sie wiederum die eigenen Kompetenzüberzeugungen. Jedoch versucht man z.B. nicht, etwas zu tun, wenn man erwartet, dass man nicht zurecht kommt oder nichts ausrichten kann. Aufgaben, für die man sich nicht kompetent genug hält, werden vermieden, oder man gibt eher auf. Hierdurch schwächt man seine Kompetenzüberzeugungen.

Es gibt nach Bandura vier wesentliche Quellen für den Erwerb von Selbstwirksamkeit:

- Handlungsergebnisse in Gestalt eigener Erfolge und Misserfolge, also direkte Erfahrungen;
- stellvertretende oder indirekte Erfahrungen durch Beobachtung von Verhaltensmodellen;
- sprachliche Überzeugungen (z.B. Fremdbewertung oder Selbstinstruktion) und

[277] Schwarzer, 2004, S. 12

[278] Bandura, 1997, zitiert nach Gerrig und Zimbardo, 2008, S. 528 & 616

[279] Schwarzer, 1996 und Bandura,199, zitiert nach Röder, 2009, S. 17

[280] Hattie & al., 2015, S. 211

- Wahrnehmungen eigener Gefühlserregung. Diese vierte Quelle ist im Rahmen der Achtsamkeit besonders interessant, da es hierbei um die Überwachung der emotionalen Erregung geht, wenn man an eine Aufgabe denkt oder sie angeht. [281]

Die eigenen physiologischen Reaktionen auf eine neue Anforderungssituation sind also oft Grundlage unserer Situations- und Selbstwirksamkeitsbewertung. Herzklopfen, Schweißausbrüche, Händezittern, Frösteln, Übelkeit gehen oft mit emotionalen Reaktionen wie Anspannung oder Angst einher. Diese Anzeichen lassen sich leicht als Schwäche oder mangelnde Kompetenz interpretieren und Selbstzweifel aufkommen. Man glaubt, dass man die Anforderung nicht bewältigen kann, was sich wiederum negativ auf die SWE auswirkt. [282] Lernt man durch Achtsamkeit seine Reaktionsmuster zu erkennen und entwickelt so Selbstwirksamkeit, also das Vertrauen in die Fähigkeit, eine schwierige Situation bewältigen zu können, vermindert man seinen Stress. [283]

Ein Abbau von Stressreaktionen durch Achtsamkeitsinterventionen könnte also Menschen helfen, entspannter an Herausforderungen heranzugehen und sie so besser zu meistern.

Prüfungen werden oft als Gefahrensituationen eingeschätzt. Sie sorgen im Organismus für Stress, oft sogar für Dauerstress. Dies führt dazu, dass das Hormon Cortisol chronisch erhöht bleibt und so die körpereigene Abwehr geschwächt wird. Die Psychoneuroimmunologie hat die Einflüsse von seelischen Belastungen und Stress auf das Immunsystem nachgewiesen. Schüler wissen oft, dass Angst und Stress sie blockieren. *Sie fühlen sich als Opfer der Umstände, was ihren Stress noch erhöht.* Aber sie wissen leider nicht, wie sie selbsttätig einen Weg aus der Falle finden. [284]

Es ist wichtig, dass die Schüler den Umgang mit ihren Gefühlen lernen und Kompetenzen erwerben, um schwierige Situationen kognitiv kontrollieren zu können. Hohe Erregung, wie z.B. Aufgeregtheit vor einer Prüfung kann interpretiert werden als Hinweis auf die eigenen unzureichenden Kompetenzen, sodass in geringerem Maße eine erfolgreiche Problembewältigung erwartet wird als bei niedriger Erregung. Oder aber als „Energetisierung“, die zu Konzentration und Präsenz beiträgt. *Die Interpretation von Gefühlen ist also von ausschlaggebender Bedeutung für die Möglichkeit, erfolgreich handeln und Zuversicht im Sinne von Selbstwirksamkeit generieren zu können. Wir sollten*

---

[281] Bandura 1977, 1986, 1997, ziiert nach Schwarzer & Jerusalem, 2002, S.42

[282] Bandura, 1997 zitiert nach Röder, 2009, S. 21

[283] Eßwein, 2010, S. 9

[284] Kaltwasser, 2008, S. 38

Jugendlichen erklären, dass es ganz normal ist, vor Klassenarbeiten ein bisschen ängstlich zu sein. Zur Reduktion von Erregung wäre es also wichtig, Fertigkeiten zu erwerben, schwierige Situationen kognitiv unter Kontrolle zu bringen. Entsprechende Selbstwirksamkeitsüberzeugungen bzw. das Vertrauen, mit schwierigen Situationen zurechtzukommen, reduzieren bereits die Erwartung ängstlicher Erregung im Vorfeld von Anforderungen und dann auch die tatsächlich erlebte Erregung bei der Problembearbeitung. [285]

Wenn man weiß, was bei Stress im Körper geschieht, kann man selbstwirksam darauf reagieren... *Um einen Ausweg zu finden, müssen Schüler die [...] Zusammenhänge nicht nur kognitiv durchschauen, sondern für sich persönlich konkret wahrnehmen, um dann selbstwirksam Möglichkeiten zu nutzen, wie sie sich in eine ‚positive Grundstimmung' bringen*. [286] Ist man also, z.B. mit Hilfe von Achtsamkeitsübungen, selbst davon überzeugt, dass man Herausforderungen mit Erfolg meistern kann, so folgt man dem Unterricht mit mehr Konzentration und gibt sich in Zukunft mehr Mühe beim Lernen. Neben Intelligenz und Vorwissen gehört das Selbstkonzept der Fähigkeiten, also das Selbstvertrauen und die Selbstwirksamkeitserwartung zu den wichtigsten Bedingungen für den Schulerfolg, da Schüler mit hoher SWE neben der Tatsache, dass sie überzeugt davon sind, herausfordernde Aufgaben zu meistern, ein großes Interesse an den schulischen Aktivitäten zeigen und schneller über Rückschläge hinwegkommen. [287]

Da das Gehirn nicht *zwischen Vorgestelltem und tatsächlich Erlebtem* unterscheidet, könnte man auch mit Hilfe von anderen Mentaltrainings (Visualisierung und Imagination) die Selbstwirksamkeitserwartung über andere Quellen beeinflussen, wie z.B. die Erfahrungen sowie die sprachlichen Überzeugungen (Autosuggestionen oder neue Leitsätze im Rahmen von Entspannungsübungen). [288]

<u>Resultat</u>

Was die Selbstwirksamkeit betrifft, befinden sich in der jüngeren Gruppe 63% der Schüler(innen) in der Norm. 13% sind sogar (weit) überdurchschnittlich, während jedoch 26% (weit) unterdurchschnittlich sind. Bei der älteren Gruppe sind 65% in der Norm, während 18% (weit)

---

[285] Schwarzer & Jerusalem, 2002, S. 45

[286] Kaltwasser, 2008, S. 3

[287] Fritz & al, 2010, S. 191, 194

[288] Petrig et al., 2013, S. 13

überdurchschnittlich und 17% (weit) unterdurchschnittlich sind. Hier scheinen bei der jüngeren Gruppe eher die Schüler und bei der älteren Gruppe eher die Schülerinnen betroffen zu sein. Ein Selbstwirksamkeitstraining könnte den Betroffenen weiterhelfen.

11.3.2. SELBSTWERTSCHÄTZUNG

Die Selbstwertschätzung bezieht sich auf die selbstbezogenen Emotionen: die eigene Person wird bewertet. Eine hohe Selbstwertschätzung weist enge Zusammenhänge zur psychischen Gesundheit und zum psychischen Wohlbefinden auf, während bei vielen psychischen Beeinträchtigungen, wie z.B. Ängsten und Depressionen, die Selbstwertschätzung gering ausgeprägt ist. [289]

Selbstwertschätzung und Selbstwirksamkeitserwartung sind positiv korreliert. Kleine Kinder haben oft eine hohe SWE, und überschätzen dabei ihre Kompetenzen. Mit dem Eintritt in die Schule und dem daraus erfolgenden sozialen Vergleich sinkt die Selbstwertschätzung. Im Jugendalter kommt es dann aber wieder zu einem Anstieg der Selbstwertschätzung, der bis zum Alter von 50 Jahren andauert. Die Selbstwertschätzung hat langfristig Auswirkungen auf die psychische Gesundheit: eine niedrige Selbstwertschätzung geht umher mit Ängsten und Depressionen. [290] Jugendliche mit Angststörungen weisen ein niedrigeres Selbstwertgefühl auf als Jugendliche ohne Angststörungen. Den größten Impakt auf das Selbstwertgefühl hat die Soziale Phobie. [291] Es ist also sehr wichtig, die Selbstwertschätzung von Jugendlichen aufzubauen, falls diese niedrige Werte aufzeigen, denn je positiver ihr Selbstwertgefühl und damit das Selbstvertrauen ist, umso erfolgreicher können sie mit Problemen und mit anderen Menschen im Allgemeinen umgehen. Man kann das Selbstwertgefühl stärken indem man sich immer wieder sagt, dass man ist wie man ist, und dass das so OK ist, sich positive Vorbilder nimmt, sich nicht zu viel kritisiert, lernt, sich selbst zu loben... [292] Man muss also Selbstakzeptanz ausüben, diese mental verankern, seine Denkmuster ändern, sein Selbstvertrauen entwickeln und kommunikative Kompetenz üben. [293]

---

[289] Burg & al., 2012, zitiert in Lohaus & al., 2016, S. 10

[290] Ort & al., 2012, S. 1271, Sowislo & al., 2013, S. 213

[291] Maldonado & al., 2013, S. 287

[292] https://www.selbstbewusst-sein.eu/selbstwertgefuehl-steigern/

[293] Engelbrecht, 2010

Resultat

Was die Selbstwertschätzung betrifft, befinden sich in der jüngeren Gruppe 89% der Schüler in der Norm, 11% sind unterdurchschnittlich. Bei der älteren Gruppe sind sogar 96% in der Norm. Dies deutet darauf hin, dass die meisten Schüler(innen) ein gutes Selbstwertgefühl entwickeln konnten.

11.3.3. OPTIMISMUS

Optimismus ist eine positive Erwartung in Bezug auf zukünftige Ereignisse. Verschiedene Studien haben gezeigt, dass Optimismus und das Selbstwertgefühl positiv zueinander und negativ mit den Konstrukten des Neurotizismus, der negativen Affektivität und Ängstlichkeit korrelieren. [294] Weiterhin wurde festgestellt, dass Personen mit einer positiv-optimistische Grundhaltung ein problemorientiertes Bewältigungsverhalten zeigen und über weniger körperliche und psychische Erkrankungen berichteten. [295] Optimismus ist zu einem großen Teil ein angelerntes Verhalten. Indem man seine negativen Selbstgespräche durch realistische, positive Gedanken ersetzt, kann man den Pessimismus hinter sich lassen und zum Optimisten werden.

Resultat

Beim Optimismus sind 74% der jüngeren Gruppe in der Norm, 8% sogar (weit) überdurchschnittlich. 18% der Schüler(innen) sind jedoch (weit) unterdurchschnittlich. Bei der älteren Gruppe entsprechen 70% der Norm, 14% sind (weit) überdurchschnittlich und 16% (weit) unterdurchschnittlich. Insgesamt befinden sich mehr Schülerinnen als Schüler im unterdurchschnittlichen Bereich. Verschiedene Schülerinnen würden also durchaus von Trainings im Bereich Optimismus profitieren.

11.3.4. ELTERLICHE SOZIALE UND EMOTIONALE UNTERSTÜTZUNG

Die Unterstützung durch die Eltern stellt im Jugendalter in der Regel eine der wichtigsten Ressourcen dar. Man kann dabei die instrumentelle und die emotionale Unterstützung unterscheiden. Wenn ein Jugendlicher z.B. Probleme bei den Hausaufgaben hat, können die Eltern eine instrumentelle Hilfe bei der Problemlösung bieten. Sie können jedoch auch emotionale Unterstützung anbieten, wenn ein Jugendlicher Trost oder Zuwendung benötigt. In verschiedenen Studien wurde eine positive

[294] Weber, 2005, zitiert in Schneider, 2006, 420

[295] Schaier & al., 1985, zitiert in Schneider, 2006, S. 425

Korrelation zwischen sozialer Unterstützung, psychischem Wohlbefinden [296] und Resilienzverhalten [297] gefunden. Soziale Unterstützung durch die Eltern hat positive Auswirkungen auf die Anpassung und die Entwicklung und wirkt wie ein Puffer gegen Stress. [298] Sie stellt also ein wesentliches Element der individuellen Belastungsbewältigung dar. [299]

Man kann zwischen direkten und indirekten Unterstützungsmaßnahmen unterscheiden: die Eltern können die Jugendlichen entweder unmittelbar bei der Problembewältigung unterstützen, oder aber durch die Schaffung eines unterstützenden Umfeldes die Art und das Ausmaß der Unterstützung steuern. [300]

Resultat

Was die elterliche soziale und emotionale Unterstützung betrifft, sind bei der jüngeren Gruppe 74% innerhalb der Norm, während die restlichen 26% sich unterdurchschnittlich unterstützt finden. Bei der älteren Gruppe sind 60% innerhalb der Norm, 14% finden sich sogar (weit) überdurchschnittlich unterstützt, während immer noch 26% sich (weit) unterdurchschnittlich unterstützt finden. Es würde also durchaus Sinn machen, die Eltern auf die Wichtigkeit ihrer Rolle, was die soziale und emotionale Unterstützung ihrer Kinder betrifft, hinzuweisen.

11.3.5. INTEGRATION IN DIE PEERGRUPPE

Beziehungen zu Gleichaltrigen erfüllen für Jugendliche sehr wichtige Funktionen. Dazu gehören *die Unterstützung bei Anforderungen und Problemen, die Aufrechterhaltung des Wohlbefindens, die Entwicklung des Selbstbildes durch soziale Vergleiche und die Entwicklung von Strategien zur Konfliktlösung*. [301] Manchmal werden Jugendliche jedoch von Gleichaltrigen ignoriert oder sogar abgelehnt, was Probleme mit sich führt. Das sogenannte Bullying durch Gleichaltrige hat negative Konsequenzen auf das psychische Wohlbefinden – Angst, Depressionen, die psychosomatische

[296] Gangster & al., 1988, zitiert in Richman & al., S. 309

[297] Wang & al., 1993, zitiert in Richman & al., S. 311

[298] Clark, 1991, zitiert in Richman & al., S. 311

[299] Waligora, 2002, S. 178

[300] DuBois & al., 1992, zitiert in Lohaus & al., 2016, S. 11

[301] Lohaus & al, 2015, zitiert in Lohaus & al., 2016, S. 12

Symptomatik, die Entwicklung der sozialen Kompetenzen und das Selbstwertgefühl. [302] Dies gilt sowohl für Mobbing als auch für Cybermobbing. Man unterscheidet zwischen direktem Mobbing – relativ öffentliche Attacken – und indirektem Mobbing – soziale Isolation oder Exklusion aus der Gruppe. [303] Interessanterweise werden aber auch Jugendliche, die ängstlich sind oder sich zurückziehen, eher Opfer von Mobbing, während gute soziale Interaktionen mit Gleichaltrigen ein Schutzfaktor darstellen. [304] Es wird also davon ausgegangen, dass ein hohes Ausmaß qualitativ positiv eingeschätzter Kontakte zu Gleichaltrigen mit psychischem Wohlbefinden einhergeht, auch wenn die Peergruppe die Jugendlichen auch manchmal negativ beeinflussen kann. [305]

Resultat

Was die Integration in die Peergruppe betrifft, befinden sich 74% der jüngeren Gruppe in der Norm. 4% fühlen sich überdurchschnittlich integriert, während die restlichen 22% sich jedoch (weit) unterdurchschnittlich integriert fühlen. Was die ältere Gruppe betrifft, befinden sich 72% in der Norm. 14% fühlen sich sogar (weit) überdurchschnittlich integriert, während nur noch 14% sich (weit) unterdurchschnittlich integriert fühlen. Auch wenn die Integration in die Peergruppe sich mit dem Alter positiv entwickelt, würde es Sinn machen, an der Integration der weniger integrierten Schüler zu arbeiten. Hierzu würde sich ein Coaching ab der 7. Klasse eignen.

11.3.6. SCHULISCHE INTEGRATION

Sowohl das Schul- und Klassenklima als auch die Schulleistungen gehören zur schulischen Integration. Das Klassenklima, d.h. das subjektive Erleben der Schulumwelt in der Klasse, spielt eine wichtige Rolle für die Entwicklung sozialer Kompetenzen. [306] Ein positives Schulklima führt zu Erfahrungen sozialer Unterstützung und einem gesteigerten Selbstwertgefühl. Letzteres wird jedoch auch durch gute Schulleistungen positiv beeinflusst. [307]

[302] Kowalsky & al., 2012, zitiert in Lohaus & al., 2016, S. 12

[303] Olweus, 2013, S. 19

[304] Paul & al., 2003, S. 25

[305] Lohaus & al., 2006, S. 12

[306] Drössler & al., 2007, zitiert in Lohaus & al., 2016, S. 12

[307] Heinrichs & al., 2011, zitiert in Lohaus & al., 2016, S. 13

Resultat

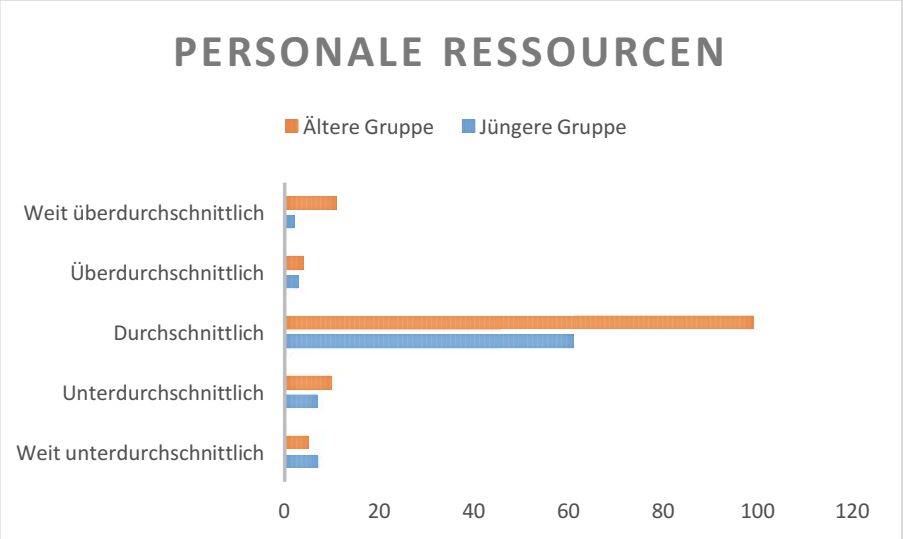
Was die schulische Integration betrifft, befinden sich 85% der jüngeren Gruppe in der Norm. 7% fühlen sich sogar überdurchschnittlich integriert, während 8% sich (weit) unterdurchschnittlich integriert fühlen. Bei der älteren Gruppe befinden sich 75% in der Norm, 11% fühlen sich (weit) überdurchschnittlich integriert, während 14% sich (weit) unterdurchschnittlich integriert fühlen. Hier nimmt die Zahl der integrierten Schüler(innen) mit dem Alter also ab. Eine Hypothese für diese Abnahme könnte sein, dass verschiedene Schüler in ihrer Schullaufbahn auf die eine oder andere Art schulisches Versagen kennengelernt haben, jedoch keine Möglichkeit bekommen haben, dieses auf eine positive Art und Weise zu verarbeiten.

11.3.7. ROLLE DER RESSOURCEN ALS GRUNDLAGE EINER POSITIVEN ENTWICKLUNG

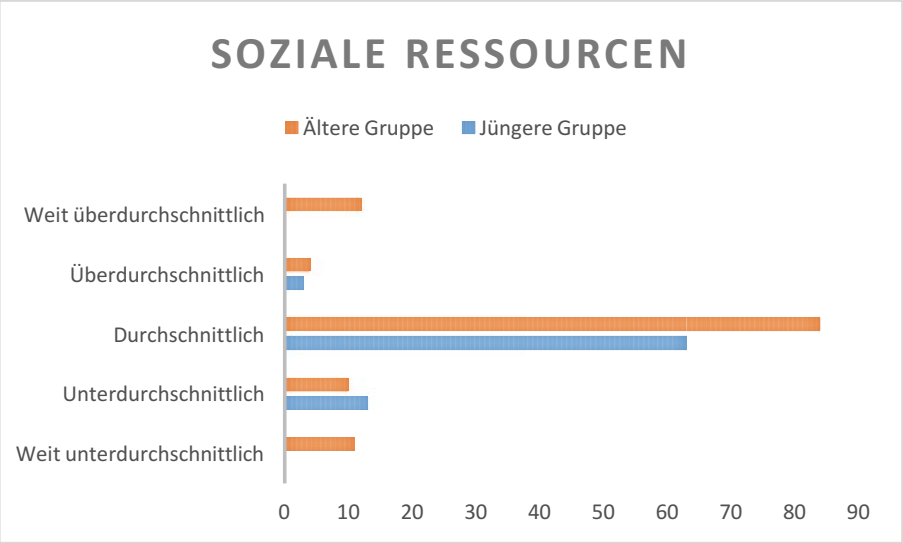
Lohaus und Nussbeck gehen davon aus, dass die im FRKJ 8-16 erhobenen personalen und umgebungsbezogenen Ressourcen wichtige Grundlagen für eine positive Entwicklung der Jugendlichen liefern. Sie können sowohl die Funktion eines Schutzfaktors, als auch die Rolle einer Entwicklungsressource übernehmen. Zwischen den verschiedenen erhobenen Konstrukten gibt es Überschneidungen, was sich dadurch erklären lässt, dass sie nicht unabhängig voneinander sind: die Erfahrung von Selbstwirksamkeit kann positive Effekte auf die Selbstwertschätzung und den Optimismus haben, was wiederum förderlich ist für die Integration in die Peergruppe und die Schule. Die positiven sozialen Erfahrungen können ihrerseits wieder die Selbstwertschätzung weiter steigern. [308]

Was die personalen Ressourcen betrifft, befinden sich 76% der Schüler(innen) der jüngeren Gruppe in der Norm, 7% verfügen über (weit) überdurchschnittliche und die restlichen 18% über (weit) unterdurchschnittliche personale Ressourcen. Bei der Gruppe der älteren Schüler(innen) befinden sich 77% in der Norm, 12% verfügen über (weit) überdurchschnittliche und 12% über (weit) unterdurchschnittliche Ressourcen. Auch wenn also mit dem Alter eine positive Entwicklung stattfindet, sollte man auf jeden Fall Interventionen vorsehen, um die persönlichen Ressourcen zu fördern.

[308] Lohaus & al., 2016, S. 13



Was die sozialen Ressourcen betrifft, befinden sich 78% der Schüler(innen) der jüngeren Gruppe in der Norm, 4% haben überdurchschnittliche, während 18% (weit) unterdurchschnittliche soziale Ressourcen zur Verfügung haben. Bei der Gruppe der älteren Schüler(innen) befinden sich 70% in der Norm, 13% haben (weit) überdurchschnittliche und 17% (weit) unterdurchschnittliche soziale Ressourcen. Es findet also keine Entwicklung mit dem Alter statt. Hier wäre es notwendig, sowohl die Eltern als auch die Lehrer zu sensibilisieren und auf die Wichtigkeit dieser Ressourcen hinzuweisen, ggfls. auch entsprechende Trainings in der Schule im Klassenverband zu organisieren.



11.4. FEEL-KJ FRAGBOGEN ZUR ERHEBUNG DER EMOTIONSREGULATION BEI KINDERN UND JUGENDLICHEN[309]

Der FEEL-KJ richtet sich an 10-19jährige Schüler. Er findet Verwendung in der Psychotherapie und Erziehungsberatung, für schulpsychologische Untersuchungen. Primär- und Sekundärprävention sowie in der klinisch-psychologischen Praxis und Forschung.

Der Fragebogen zur Emotionsregulation bei Kindern und Jugendlichen erfasst mehrdimensional und emotionsspezifisch Emotionsregulationsstrategien für die Emotionen Angst, Trauer und Wut. Es werden sowohl adaptive Strategien (problemorientiertes Handeln, Zerstreuung, Stimmung anheben, Akzeptieren, Vergessen, Umbewerten und kognitives Problemlösen) als auch maladaptive Strategien (Aufgeben, aggressives Verhalten, Rückzug, Selbstabwertung und Perseveration) erfasst. Zusätzlich werden Strategien erhoben, die keiner der zwei Sekundärskalen zugeordnet werden: Ausdruck, soziale Unterstützung und Emotionskontrolle. Die mit dem FEEL-KJ erfassten Kennwerte geben Hinweise auf das Risiko für die Entwicklung psychopathologischer Auffälligkeit. Der FEEL-KJ ist nicht auf Störungsbilder beschränkt, sondern berücksichtigt auch die psychosozialen Kompetenzen. Er kann deshalb auch zur Erstellung eines Ressourcenprofils eingesetzt werden. [310]

Werden die adaptiven, d.h. wohlbefindlichen Emotionsregulationsstrategien nur selten, oder die dem Wohlbefinden abträglichen maladaptiven Strategien überdurchschnittlich oft zur Regulation der Gefühle eingesetzt, werden Trainings zum Erwerb oder zum Wiedererlangen adaptiver Regulationsstrategien oder aber zur gezielten Änderung der maladaptiven Emotionsregulationsstrategien empfohlen. Die Einzelkategorien geben spezifische Hinweise für den Interventionsbedarf.

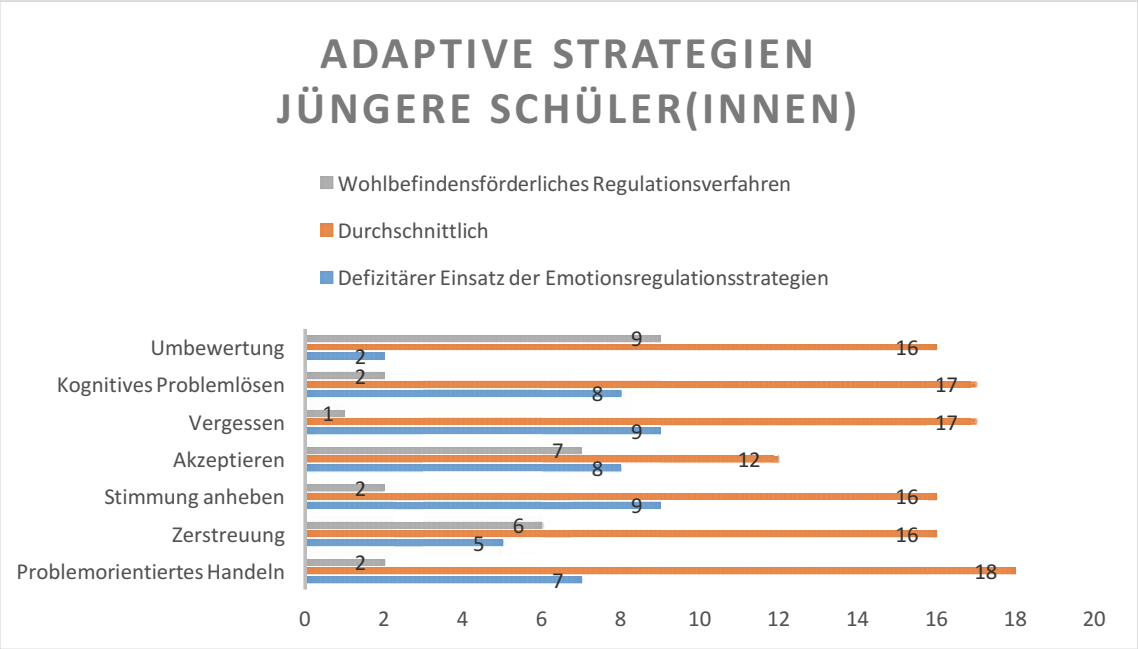
Für den MLG-Fragebogen wurden nur die 30 Items zur Emotionsregulation der Angst erfasst.

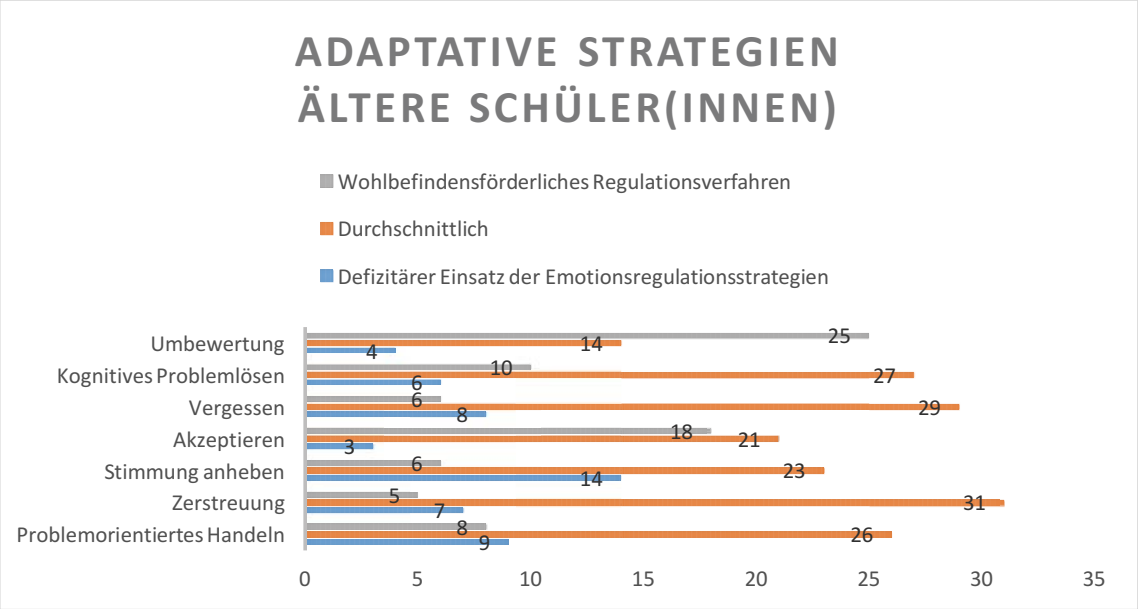
[309] Grob & al, 2006

[310] Grob & al., 2006, S. 39

11.4.1. ADAPTIVE STRATEGIEN

Bei den adaptiven Strategien wurden folgende Emotionsregulationsstrategien erfasst: problemorientiertes Handeln, Zerstreuung, Stimmung anheben, Akzeptieren, Vergessen, Umbewerten und kognitives Problemlösen. Insgesamt gesehen (FEEL Adapt) befinden sich bei der jüngeren Gruppe 74% der Schüler(innen) in der Norm, während die restlichen 25% diese Strategien defizitär einsetzen. Bei der älteren Gruppe zeigen nur noch 9% der Schüler(innen) einen defizitären Einsatz der Strategien, während 75% der Schüler(innen) sich in der Norm befinden und sogar 16% ein wohlbefindensförderliches Regulationsverfahren einsetzen. Man sieht also eine deutliche Verbesserung mit steigendem Alter. Generell benutzen die Schüler die adaptiven Emotionsregulationsstrategien effektiver als die Schülerinnen.



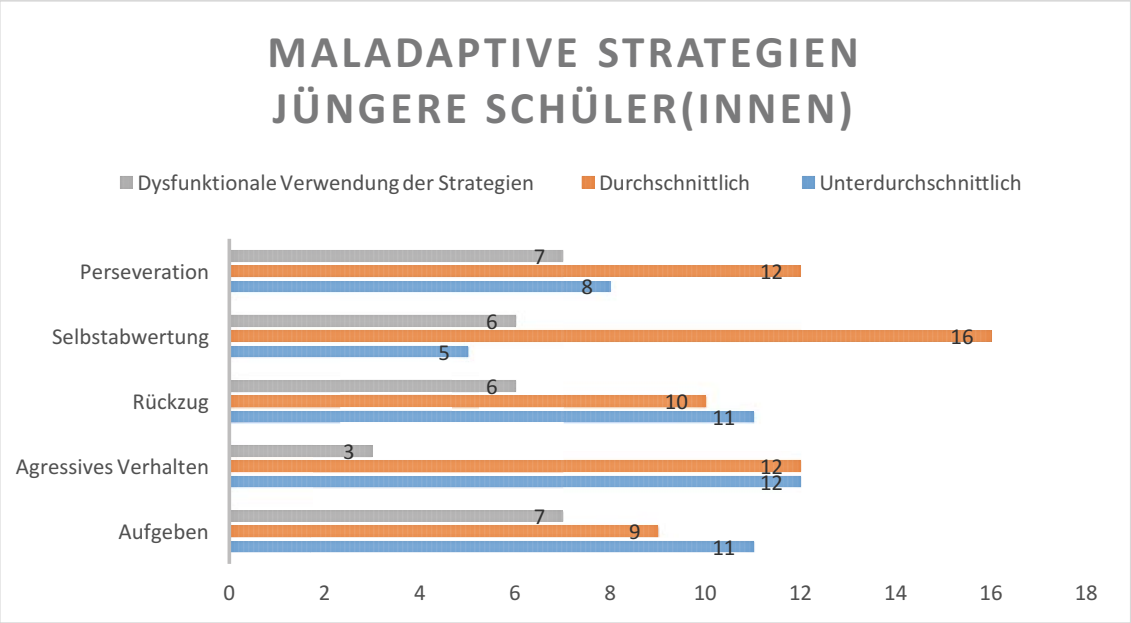


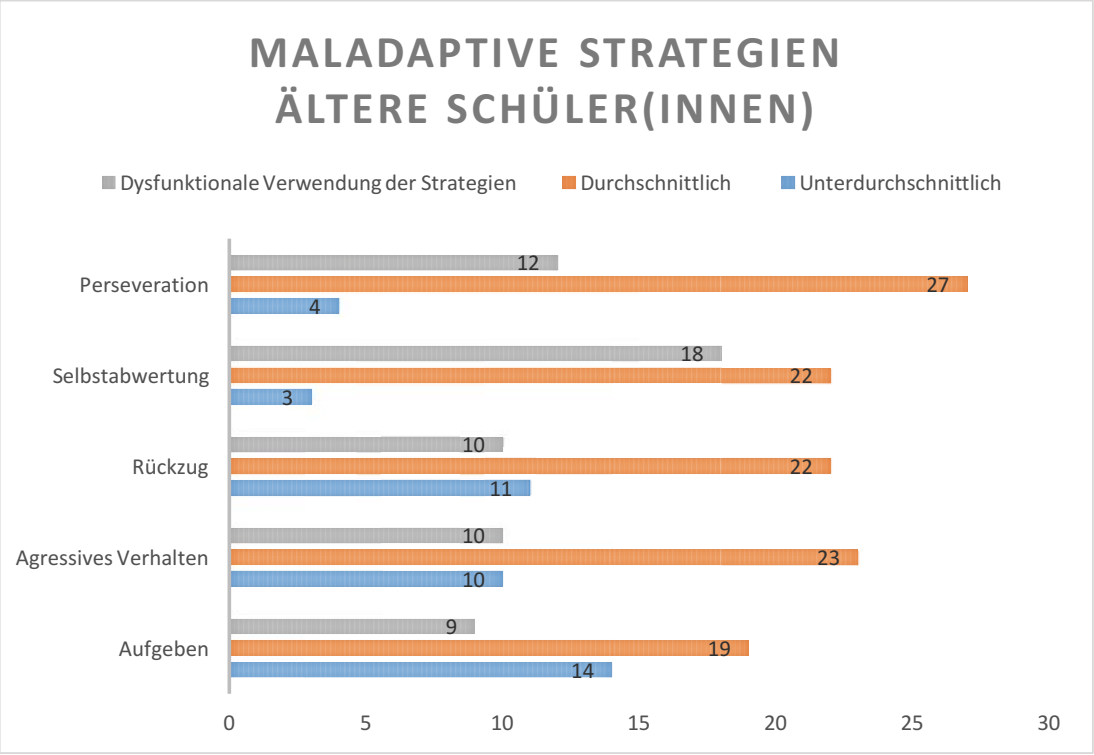
Wenn man die einzelnen adaptiven Emotionsregulationsstrategien analysiert, bemerkt man erhebliche Unterschiede was den Einsatz der verschiedenen Strategien betrifft. Während Umbewertung, Akzeptieren und Zerstreuen wohlbefindensförderlich bei den jüngeren Schülern eingesetzt werden, werden bei den älteren Schülern die Umbewertung und das Akzeptieren insbesondere eingesetzt, aber auch das kognitive Problemlösen und das problemorientierte Handeln kommen jetzt bei den älteren Schüler(innen) verstärkt zum Einsatz. Ungeachtet des Alters setzen bei beiden Altersgruppen viele Schüler(innen) die adaptiven Emotionsregulationsstrategien defizitär ein und können somit ihre Emotionen, u.a. ihre Angst schlecht regulieren. Problematisches Verhalten gibt es bei den jüngeren Schüler(innen) insbesondere beim Vergessen, beim Stimmung anheben, beim kognitiven Problemlösen und beim problemorientierten Handeln und bei den älteren Schüler(innen) beim Stimmung anheben, beim problemorientierten Handeln, beim Vergessen und bei der Zerstreuung. Angesichts der Ergebnisse wäre es also sinnvoll, die Strategien die noch nicht wohlbefindensförderlich eingesetzt werden in Kompetenztrainings zu üben.

11.4.2. MALADAPTIVE STRATEGIEN

Bei den maladaptiven Strategien wurden folgende Emotionsregulationsstrategien erfasst: Aufgeben, aggressives Verhalten, Rückzug, Selbstabwertung und Perseveration. Insgesamt gesehen (FEEL Maladapt) benutzen bei der jüngeren Gruppe 48% der Schüler(innen) die maladaptiven Strategien durchschnittlich oft, während 22% sie unterdurchschnittlich oft gebrauchen, 30% sie jedoch auf eine dysfunktionale Art und Weise verwenden. Bei der älteren Gruppe befinden sich 60% der

Schüler(innen) in der Norm, während die restlichen 40% die maladaptiven Strategien dysfunktional benutzen.





Wenn man die einzelnen maladaptiven Emotionsregulationsstrategien analysiert, bemerkt man auch hier erhebliche Unterschiede was den Einsatz der verschiedenen Strategien betrifft. Während bei den

jüngeren Schüler(innen) das aggressive Verhalten, der Rückzug und das Aufgeben unterdurchschnittlich oft benutzt werden, was sehr positiv für die effektive Emotionsbewältigung ist, wird bei den älteren Schülern keine Strategie unterdurchschnittlich oft benutzt, wobei aber die Durchschnittswerte höher sind als bei den jüngeren Schüler(innen). In beiden Gruppen benutzen aber Schüler die maladaptiven Strategien auf eine dysfunktionale Art und Weise. Bei den jüngeren Schüler(innen) werden hauptsächlich die Perseveration und das Aufgeben, dann die Selbstabwertung und der Rückzug dysfunktional verwendet, während bei den älteren Schüler(innen) hauptsächlich die Selbstabwertung und die Perseveration dysfunktional benutzt werden. Angesichts der Resultate wäre es angebracht, die Schüler in Coaching-Gruppen auf das maladaptive Verhalten aufmerksam zu machen und ihr adaptives Verhalten zu stärken.

11.4.3. WEITERE STRATEGIEN

Zusätzlich zu den adaptiven und maladaptiven Strategien wurden drei weitere Emotionsregulationsstrategien gemessen: die soziale Unterstützung, der Ausdruck und die Emotionskontrolle. Auch hier wurden bei jeder Altersgruppe und jeder Strategie dysfunktionale Verwendungen festgestellt. Die Emotionskontrolle ist die am besten zum Wohlbefinden eingesetzte Strategie, während die soziale Unterstützung und der Ausdruck noch ausbaufähig sind. Was die soziale Unterstützung betrifft, sollen die Eltern auf die Wichtigkeit ihrer Unterstützung hingewiesen werden. Zudem sollte den Jugendlichen in Kompetenztrainings beigebracht werden, wie sie ihre Emotionen besser ausdrücken können.

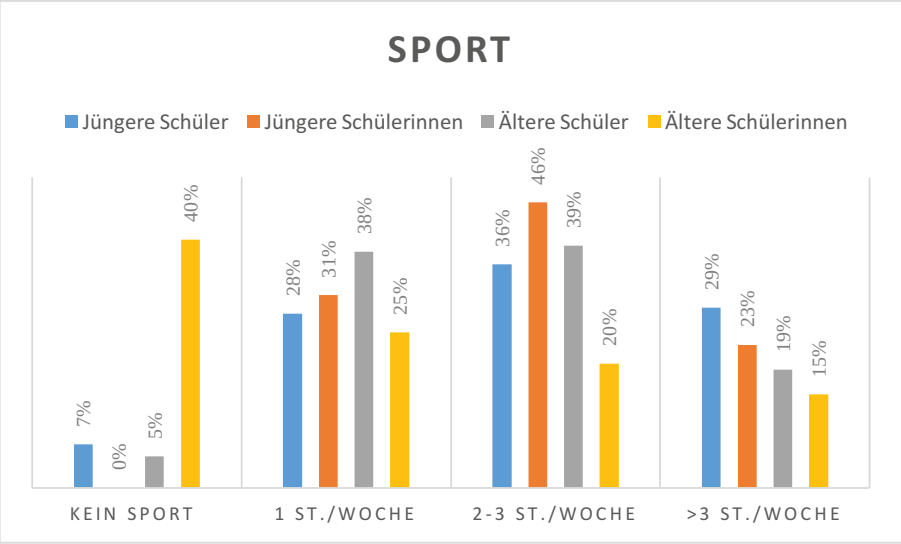
11.5. ANAMNESE UND ZUSATZFRAGEN ZUM LEBENSSTIL

Zusätzlich zu den offiziell genormten Fragebögen zu Angst und Ressourcen, wurden den Schüler(innen) noch Fragen zu ihrem Lebensstil und ihren aktuellen Angstlösungen gestellt. So wurden einerseits Fragen zu ihren Sporttätigkeiten (Machen sie regelmäßig Sport, und wenn ja, wie oft?), ihren Entspannungsaktivitäten (Haben sie schon an einem Entspannungstraining teilgenommen? Wenn ja, praktizieren sie regelmäßig?), ihrem Schlaf sowie ihrem Kaffee- und Softdrinkskonsum gestellt.

Andererseits wurden die Schüler(innen) bezüglich ihren momentanen Lösungen für eventuelle Angstprobleme befragt: Haben sie schon verschreibungspflichtige oder rezeptfreie Medikamente gegen die Angst eingenommen? Haben sie bzgl. Ihrer Angstprobleme schon einen Psychologen oder Arzt um Rat gefragt oder eine Therapie gemacht?

11.5.1. SPORT

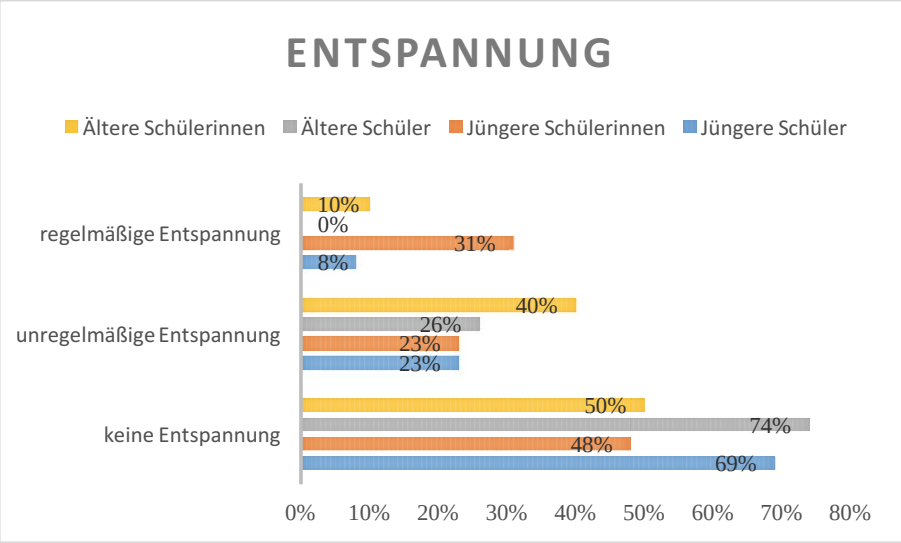
Vom wissenschaftlichen Standpunkt aus sollte man 3-4-mal wöchentlich 30-60 Minuten Sport machen, also mindestens 90 Minuten pro Woche. Analysiert man die Antworten der Schüler(innen), stellt man fest, dass viele Jugendliche unter dieser Empfehlung liegen. So bewegen sich z.B. 40% der älteren Schülerinnen überhaupt nicht, während 25-28% der Schüler(innen) sich zwar 1 Stunde pro Woche sportlich betätigen, damit jedoch noch nicht genug für ihre physische und psychische Gesundheit tun. Leider kann man auch feststellen, dass die sportliche Betätigung mit dem Alter abnimmt. Dies könnte eventuell daran liegen, dass die Schüler mehr Zeit zum Lernen benötigen und deshalb ihre sportlichen Hobbies hintenanstellen. Die Schüler sollten vermehrt zum Sport motiviert werden, sei es innerhalb oder außerhalb der Schule.



11.5.2. ENTSPANNUNGSTRAINING

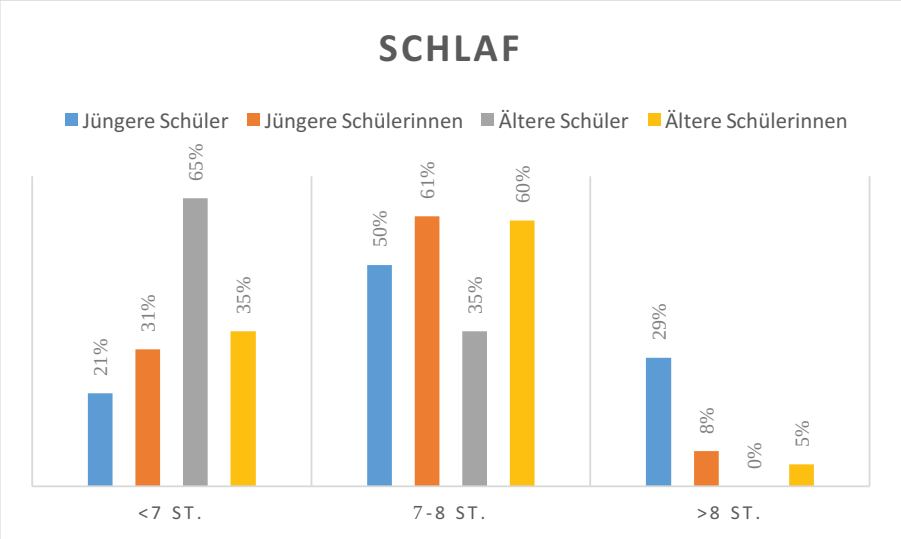
Ein Großteil der Schüler(innen), insbesondere die Schüler, haben noch nie an einem Entspannungstraining, wie z.B. Atemübungen, Yoga, Achtsamkeit, Meditation... teilgenommen. Zwischen 23% und 40% der Schüler(innen), machen immerhin auf unregelmäßiger Basis Entspannungsübungen. Regelmäßige Entspannungsübungen sind eher selten, nur bei den jüngeren Schülerinnen findet man hier immerhin 31%. Es wäre also durchaus sinnvoll, mehr Schüler(innen) mit Entspannungsübungen vertraut zu machen. Dieses könnte während dem Sportunterricht, aber auch als Teil des Coachings in der 7. Klasse, oder in verschiedenen Unterrichtsstunden stattfinden. So

würden verschiedene Schüler sicher davon profitieren, wenn vor jeder Klassenarbeit 5 Minuten Entspannungstraining stattfinden würde.



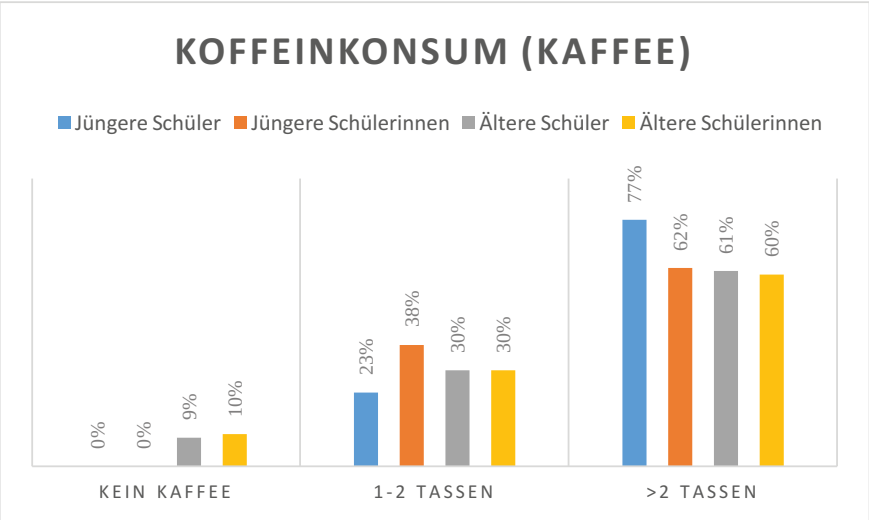
11.5.3. SCHLAF

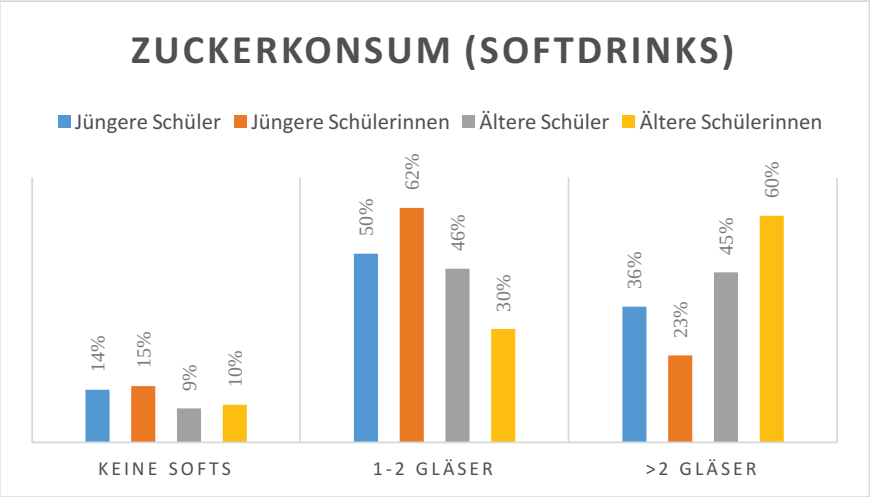
Als empfohlene Schlafdauer je nach Alter wird generell für Jugendliche (also die jüngere Gruppe) 8-10 Stunden Schlaf angegeben. Die ältere Gruppe, also junge Erwachsene, sollten 7-9 Stunden schlafen. Nur die Wenigsten geben jedoch an, mehr als 8 Stunden zu schlafen. Viele jüngere Schüler(innen) bekommen wahrscheinlich nicht genügend Schlaf. Aber auch bei den älteren Schüler(innen) schlafen viele weniger als die empfohlen 7-9 Stunden. Da Schlafdefizit und Angststörungen miteinander verbunden sind, wäre es gut, die Schüler darauf hinzuweisen, mehr zu schlafen, d.h. rechtzeitig zu Bett zu gehen und ihre Nächte nicht mit Videospielen, Zocken und Fernsehen zu verbringen.



11.5.4. KOFFEIN- UND ZUCKERKONSUM

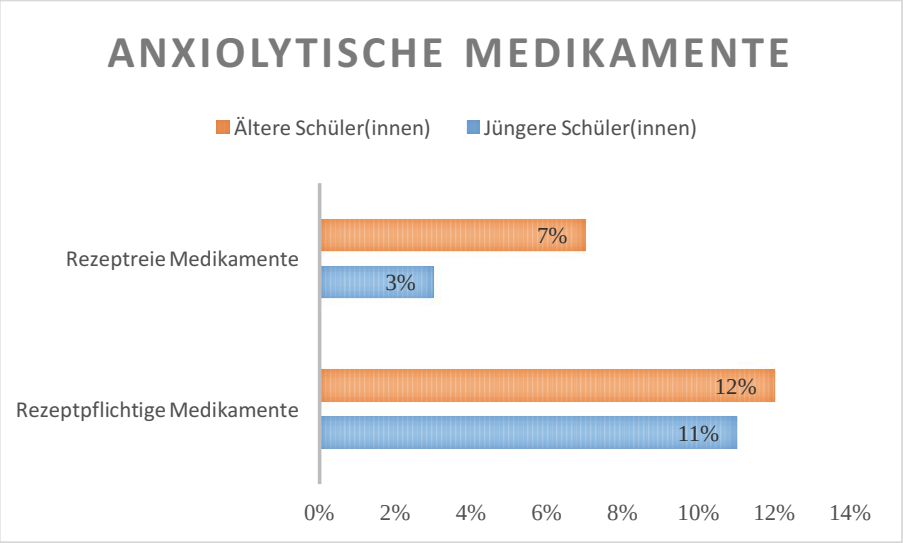
Der Großteil der Schüler(innen), d.h. zwischen 60% und 77%, trinkt mehr als 2 Tassen Kaffee pro Tag. Auch die zuckerreichen Softdrinks sind sehr beliebt bei den Schüler(innen): 45%-60% der älteren Schüler(innen) trinken mehr als 2 Gläser am Tag. Das im Kaffee enthaltene Koffein kann jedoch Angstprobleme auslösen. Und zu viele Süßigkeiten können zu Blutzuckerschwankungen führen und somit Panikattacken auslösen. Wer zu viele Softdrinks konsumiert, macht sich wahrscheinlich auch bei seinen sonstigen Lebensmitteln keine Gedanken über deren Zuckergehalt... Die Schüler(innen) sollten unbedingt über eine gesunde Ernährungsweise aufgeklärt werden. Dies könnte im Biologieunterricht, aber auch bei einer Koch-Option stattfinden.





11.5.5. MEDIKAMENTE

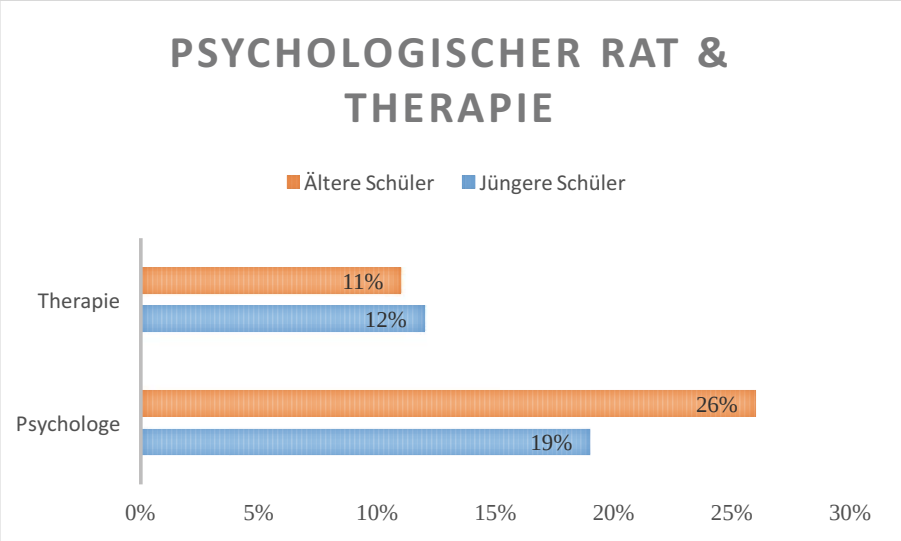
Ein erschreckend hoher Anteil der Schüler(innen) hat schon rezeptfreie Medikamente (Calmvalera, Baldriparan, Relaxine...) – 7% der jüngeren und der älteren Schüler(innen) – oder sogar rezeptpflichtige Medikamente (Xanax, Temesta, Antidepressiva...) – 11% der jüngeren und 12% der älteren Schüler(innen) – gegen Angst eingenommen. Generell greifen eher Schülerinnen als Schüler auf Medikamente zurück.



11.5.6. PSYCHOLOGISCHER RAT & THERAPIE

Auch erschreckend viele Schüler(innen) haben schon einen Psychologen oder Arzt wegen Angst um Rat gefragt, und zwar 19% der jüngeren Schüler(innen) und sogar 26% der älteren Schüler(innen). Diese Angstprobleme sind also belastend genug, um damit an professionelle Dienstleister heranzutreten und sogar eine Therapie anzutreten. So haben 11% der älteren, respektive 12% der jüngeren Schüler schon eine Angsttherapie gemacht.

Was die psychologische Hilfe betrifft, sind es bei der jüngeren Gruppe eher die Schülerinnen die sich professionellen Rat nehmen oder eine Therapie machen, während bei der älteren Gruppe sowohl die Schülerinnen wie auch die Schüler professionelle Hilfe in Anspruch nehmen.



11.5.7. WEITERE ANALYSEN AUS DEN RESULTATEN

Bei jedem Punkt des Fragebogens – Fragen zu Allgemeiner Angst, Prüfungsangst oder Sozialer Angst, Fragen zu den zur Verfügung stehenden Ressourcen oder den benutzen Emotions-regulationsstrategien, Fragen zum Lebensstil – wurden auffällige Resultate bei verschiedenen Schüler(innen) gemessen.

15 der 43 älteren Schüler(innen) (35%) sowie 8 der insgesamt 27 jüngeren Schüler(innen) (30%) sind sich ihrem Angstproblem soweit bewusst, dass sie schon Schritte unternommen haben, um dagegen

vorzugehen, wie z.B. mit einem Psychologen oder Arzt darüber zu sprechen, eine Therapie zu machen oder rezeptfreie, bzw. verschreibungspflichtige anxiolytische Medikamente einzunehmen.

Unter den Schüler(innen) die sich schon professionelle Hilfe gesucht haben oder Medikamente eingenommen haben, haben auffallend viele auffällige Resultate beim Mini-SPIN und beim AFS MA. So sind von den 15 älteren Schüler(innen) 40% und von den 8 jüngeren Schüler(innen) 38% auffällig was die soziale Angst betrifft. Bei den jüngeren Schüler(innen) haben zudem 50% auffällige Resultate beim AFS MA.

Weiterhin fällt auf, dass 47% der älteren Schüler(innen), die sich ihrer Angst bewusst sind, die maladaptiven Strategien des FEEL dysfunktional benutzen, während unterdessen 75% der jüngeren angstbewussten Schüler(innen) die Strategie Ausdruck des FEEL dysfunktional verwenden, also ihre Emotionen nicht richtig ausdrücken können. Auffällig ist auch, dass 67% von älteren Schüler(innen) sowie 43% der jüngeren Schüler(innen) dieser Gruppe nicht genügend schlafen und 33% sich nicht genügend sportlich betätigen.

11.5.8. ALLGEMEINE ANMERKUNG ZUR VALIDITÄT DER AUF DIE FRAGEBOGEN BASIERENDEN RESULTATE

Die Studie wurde mit einer relativ kleinen Anzahl von Schülern gemacht, die insgesamt 4 Klassen des MLG besuchen. Die Resultate sind infolgedessen nicht generalisierbar und können nur auf Tendenzen hinweisen. Es handelt sich nicht um eine Langzeitstudie: Unterschiede bei den verschiedenen Altersgruppen sind also nicht unbedingt entwicklungsbedingt, sondern könnten auch durch andere unkontrollierbare Variablen erklärt werden.

12. SCHLUSSFOLGERUNG

Angst ist eine primäre Emotion und gehört zur Entwicklung des Menschen. Angst bereitet uns darauf vor, Gefahren zu vermeiden oder dagegen zu kämpfen. Ein bisschen Angst ist sogar nützlich, da sie uns im Leben antreibt, Leistungen zu erbringen. Leider gibt es jedoch auch viele Leute, die krankhafte Angst haben und deshalb in ihrem Leben Beeinträchtigungen in ihrer Lebensqualität erleben: Angststörungen sind bei Frauen die häufigste und bei Männern die zweithäufigste psychische Störung. Schon bei Kindern und Jugendlichen gehören Angststörungen zu den Störungen mit der höchsten Prävalenz.

Zu den Angststörungen bei Kindern und Jugendlichen gehören sowohl die phobischen Angststörungen – Agoraphobie, Soziale Phobie, Spezifische Phobien – wie die Generalisierte Angststörung, die Panikstörung, Zwangsstörungen, die Posttraumatische Angststörung und die Trennungsangst. Leistungsangst, bzw. Prüfungsangst ist eine besondere Form der Sozialen Phobie.

Es gibt zahlreiche Theorien, die, jede auf ihre Art und Weise, versuchen, die Angst zu erklären und Lösungen für die Angststörungen zu finden. So spielen für die Neurobiologen und Biopsychologen z.B. eine allgemein höhere und vererbbare Angstbereitschaft, aber auch die Entwicklung der Gehirnstrukturen, hormonell bedingte Veränderungen und die Neurotransmitter eine Rolle bei der Angstentwicklung. Die Psychoanalysten reden von der Angst des Menschen vor sich selbst, während die Verfechter der Lerntheorien davon ausgehen, dass Angst, wie fast jedes menschliches Verhalten, gelernt und verlernt werden kann. Die Vertreter der kognitiven Theorien wiederum sind überzeugt, dass die kognitiven Aspekte eine große Bedeutung für die Entwicklung von Angstzuständen haben: die Art und Weise wie Situationen und Erfahrungen wahrgenommen werden, kann Angst auslösen.

Wenn bei einer Person eine Angststörung eintritt und diese nicht behandelt wird, erhöht sich das Risiko für weitere Angststörungen, Depressionen sowie Missbrauch von Alkohol, Drogen und Medikamenten. Bei Jugendlichen muss man auch die Auswirkungen auf die Leistungen in der Schule in Betracht ziehen. Es ist also sehr wichtig, Angststörungen so früh wie möglich zu erkennen und den Betroffenen Therapien anzubieten oder ihnen Möglichkeiten zur Selbsthilfe zu geben. In manchen Situationen kann es auch hilfreich sein, Präventivarbeit zu leisten. Hierfür gibt es speziell für einzelne Jugendliche und Gruppen ausgearbeitete Interventionsprogramme.

Bei den zahlreichen wissenschaftlichen Arbeiten im Rahmen der Angstforschung wurden verschiedene Schutz- und Risikofaktoren für Angststörungen identifiziert. Hierbei wird zwischen

biologischen Faktoren, psychologischen Faktoren und Umweltfaktoren unterschieden. Eine hohe Angstsensibilität sowie kritische Lebensereignisse können so z.B. durch ein positives Selbstwertgefühl, hohe soziale Kompetenzen, einen gesunden Lebensstil oder ein gutes soziales Netzwerk ausgeglichen werden. Oft stehen jedoch mehreren zusammenwirkenden Risikofaktoren nur wenige oder sogar gar keine Schutzfaktoren gegenüber. Manchmal können auch vorhandene Schutzfaktoren umständehalber nicht aktiviert werden.

Die verschiedenen Therapien und Selbsthilfeangebote basieren auf den Kenntnissen, die die psychologischen Angsttheorien über die Risiko- und Schutzfaktoren erworben haben. Heute kann insbesondere die kognitive Verhaltenstherapie gute Resultate erzielen: zuerst werden mit Hilfe von Entspannungstrainings, Systematischer Desensibilisierung oder Konfrontationsverfahren die negativen Muster durchbrochen, d.h. verlernt, anschließend mit kognitiven Methoden, wie der kognitiven Umstrukturierung, neue Sichtweisen eingeführt und neue gesundheitsförderliche Verhaltensweisen erlernt. Um das Selbstwertgefühl und die sozialen Kompetenzen zu stärken werden ergänzend noch Selbstsicherheits- und Kommunikationstrainings angeboten.

Leider wird ein Großteil der Angstbetroffenen, und dies trifft insbesondere für Kinder und Jugendliche zu, nicht oder nicht angemessen behandelt. Es scheint also sehr wichtig zu sein, diesen die Möglichkeit zu geben, sich über Angst zu informieren und sich selbst zu helfen.

Eine im MLG bei einer jüngeren und einer älteren Gruppe von Schülern durchgeführte Umfrage auf Basis von empirisch validierten Fragebögen sowie Fragen zu den Lebensgewohnheiten der Schüler(innen) sollte Hinweise geben auf die Prävalenz der Angstprobleme bei den Jugendlichen, aber auch auf die bestehenden Ressourcen und Emotionsregulationsstrategien. In jeder Gruppe befanden sich Schüler(innen), deren Antworten auf Angstprobleme hindeuteten. Besonders die Soziale Angst scheint vielen Schülern Probleme zu bereiten, aber auch die allgemeine Angst und die Prüfungsangst sind existent. Was die Ressourcen und die Emotionsregulationsstrategien betrifft, befinden sich viele Schüler im Normbereich, einige verfügen sogar über überdurchschnittliche Ressourcen und Strategien. Leider gibt es jedoch auch Schüler(innen) bei denen noch ein großer Handlungsbedarf besteht. Auffällig ist auch, dass nur wenige Schüler wissen, wie man entspannen kann, viele zu wenig Schlaf bekommen und sich nicht genug bewegen. Erschreckend ist, dass einige Schüler wegen ihren Ängsten schon professionelle Hilfe anfragen mussten und sogar schon verschreibungspflichtige anxiolytische Medikamente zu sich nehmen.

Um die Ängste bevor sie gefestigt sind in den Griff zu bekommen, sollte man den Schüler(innen) im Rahmen eines Coaching-Programms in der 7. Klasse Techniken und Methoden zur Entspannung und

zur Angstreduzierung beibringen. Diese Methoden könnten dann in den folgenden Jahren immer wieder zur Festigung aufgefrischt werden.

Eine weitere Möglichkeit, die schon in Angriff genommen worden ist, ist eine Selbsthilfebroschüre für Schüler(innen) mit Tipps und Tricks um ihre Ängste loszuwerden (siehe Anhang). Diese Broschüre kann den Schülern während einem ersten Beratungsgespräch mit den Psychologen und Erziehern des SePAS oder CEAP vorgestellt und anschließend zum Lesen und Üben mitgegeben werden. In der Broschüre werden folgende Themen behandelt, welche alle in diesem „Travail de candidature“ in Bezug auf ihre positiven Auswirkungen auf Ängste analysiert worden sind, und welche mehr oder weniger allein von den Schüler(innen) angewandt werden können wenn sie Angstprobleme haben:

- Informationen über Ängste
- Atemübungen
- Yoga
- Progressive Muskelentspannung
- Achtsamkeitsmeditation
- Körperhaltung
- Aromatherapie
- Massagen
- Waldbaden
- Reflexologie
- Klopfen
- Sport
- Gesund Leben
- Schlaf
- Medikamente & pflanzliche Heilmittel
- Konfrontieren
- Ablenken
- Stop-Think-Go
- Selbstwertgefühl
- Dankbarkeit
- Soziale Kontakte
- Prüfungsangst – Was tun?

Diese Broschüre könnte auch an alle Lehrer ausgeteilt werden, da diese öfter mit den Angstproblemen der Schüler direkt oder indirekt konfrontiert werden: manche Schüler wenden sich direkt an ihre

Vertrauenslehrer wenn sie Probleme haben, andere Schüler sagen nichts, fehlen aber oft bei Klassenarbeiten oder vermeiden es, vor der Klasse zu sprechen... Die in der Broschüre enthaltenen Informationen können einerseits den Lehrern helfen, Angstprobleme zu identifizieren, und andererseits den Lehrern ermöglichen, den betroffenen Schülern mit Tipps weiterzuhelfen, bevor sie dann eventuell zur psychologischen Beratung orientiert werden.

Da sowohl bei den Ressourcen als auch bei den Emotionsregulationsstrategien Probleme mit der (elterlichen) sozialen und emotionalen Unterstützung festgestellt worden sind, diese jedoch ein wichtiges Element der individuellen Belastungsbewältigung und Resilienz der Jugendlichen ist, scheint es durchaus auch sehr sinnvoll, die Eltern auf ihre wichtige Rolle hinzuweisen. Hierzu kann den Eltern bei Eintritt der Schüler(innen) ins Lyzeum ein Faltblatt ausgeteilt werden, das sie erstens auf ihre wichtige Rolle in Bezug auf die positive Entwicklung ihrer Kinder hinweist und zweitens über die Existenz der Selbsthilfebroschüre für die Jugendlichen informiert. So können die Eltern ihre Kinder direkt oder auch durch die Schaffung eines geeigneten Umfeldes bei der Bewältigung ihrer Ängste unterstützen.

13. BIBLIOGRAPHIE

13.1. BÜCHER & JOURNALS

- ABRAMOWITZ, J.S., MOORE, E.L., BRADDOCK, A.E., & HARRINGTON, D.L. (2009). Self-help cognitive–behavioral therapy with minimal therapist contact for social phobia: A controlled trial. Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 40(1), 98-105.
- ABASCAL, K. & YARNELL, E. (2004). Nervine Herbs for Treating Anxiety. Alternative and Complementary Therapies. 10. 309-315. 10.1089/act.2004.10.309.
- ADILOGULLARI, I. (2014). Examining the effects of 12-week latin dance exercise on social physique anxiety: The effects of 12-week latin dance. Anthropologist, 18(2), 421-426.
- BECKER, A., FELGENTREFF, F., SCHROEDER, H., MEIER, B., & BRATTSTROEM, A. (2014). The anxiolytic effects of a Valerian extract is based on Valerenic acid. BMC Complementary and Alternative Medicine, 14, 267.
- BEESDO-BAUM, K. & KNAPPE, S. (2012). Epidemiologie: Häufigkeit, Verlauf, Komorbidität. In R. Rupprecht & M. Keller (Hrsg.) Angststörungen. Klinik, Forschung, Therapie ((S. 64-90). Stuttgart: Kohlhammer
- BEIDAS, R.S., BENJAMIN, C.L., PULEO, C.M., EDMUNDS, J.M., & KENDALL, P.C. (2010). Flexible Applications of the Coping Cat Program for Anxious Youth. Cognitive and Behavioral Practice, 17(2), 142–153.
- BERNHARDT, K. (2016). Panikattacken und andere Angststörungen loswerden. Wie die Hiernforschung hilft, Angst une Panik für immer zu besiegen. München: Ariston.
- BILLINGS, A., MOOS, R., & HOGAN, Robert. (1984). Coping, stress, and social resources among adults with unipolar depression. Journal of Personality and Social Psychology, 46(4), 877-891.
- BROOCKS, A. Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz (2005) 48: 914.
- CARNEY, D., CUDDY, A., & YAP, A. (2010). Power posing: Brief nonverbal displays affect neuroendocrine levels and risk tolerance. Psychological Science, 21(10), 1363-8.
- CORNISH, S., & MEHL-MADRONA, L. (2008). The Role of Vitamins and Minerals in Psychiatry. Integrative Medicine Insights, 3, Integrative Medicine Insights, 2008, Vol.3.
- DEHGHAN M., ABDOLI-TAFTI A., ROZI S., & AMIRI M. (2016). Efficacy of Passiflora incarnate on anxiety relief before orthopedic surgery: A double blinded clinical trial study. Journal of Shahrekord University of Medical Sciences, 18(3), 68-77.

- DEHNER-RAU Dr. med. C. & RAU Prof. Dr. H. (2012). Ängste verstehen und hinter sich lassen. Ihr Selbsthilfecoach. Stuttgart: Trias Verlag.
- DOMSCHKE, K. (2014). Prädiktive Faktoren bei Angststörungen. Der Nervenarzt, October 2014, Volume 85, Issue 10, S. 1263-1268.
- DOMSCHKE, K. & DECKERT, J. (2007). Genetik der Angsterkrankungen. Stand der klinischen und molekularen Forschung. Der Nervenarzt. Juli 2007, Volume 78, Issue 7, S. 825-835.
- EDGE, J. (2003). A pilot study addressing the effect of aromatherapy massage on mood, anxiety and relaxation in adult mental health. Complementary Therapies in Nursing and Midwifery, 9(2), 90-97.
- EICH, H., AGELINK, M.W., LEHMANN, E., LEMMER, W. & KLIESER, E. (2010). Akupunktur bei leichten bis mittelschweren depressiven Episoden und Angststörungen. Fortschr Neurol Psychiatr 2000; 68(3): 137-144.
- EINSLE, F. & HUMMEL, K. (2015). Kognitive Umstrukturierung: Techniken der Verhaltenstherapie. Weinheim, Basel: Beltz Verlag.
- ENGELBRECHT, S. (2010) Lass los, was dich klein macht. Die 7 Schlüssel zu mehr Selbstwertgefühl. München: GU.
- ESSAU, C.A., CONRADT, J. & PETERMANN, F. (1999). Frequency of panic attacks and panic disorder in adolescents. Depression and Anxiety, 9, 19-26.
- ESSAU, C.A. (2014). Angst bei Kindern und Jugendlichen. München: Ernst Reinhardt Verlag UTB.
- ESSAU, C.A., LEWINSOHN, P.M., LIM, J.X., HO, M.R. & RHODE, P. (2018). Incidence, recurrence and comorbidity of anxiety disorders in four major developmental stages. Journal of Affective Disorders. Volume 228, 1 March 2018, Pages 248-253.
- ESSAU, C.A., LEWINSOHN, P.M., OLAYA, B. & SEELEY, J. R. (2014). Anxiety disorders in adolescents and psychosocial outcomes at age 30. Journal of Affective Disorders. Volume 163, July 2014, Pages 125-132.
- ESSWEIN, J.T. (2010). Achtsamkeitstraining. München: Gräfe und Unzer Verlag.
- FEDERER, M., HERRLE, J., MARGRAF, J., & SCHNEIDER, S. (2000). Trennungsangst und Agoraphobie bei Achtjährigen. Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, 49(2), 83-96.
- FUSS, J., STEINLE, J., BINDILA, L., AUER, M., KIRCHHERR, H., LUTZ, B., & GASS, P. (2015). A runner's high depends on cannabinoid receptors in mice. Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America, 112(42), 13105-8.

- FRITZ, A., HUSSY, W. & TOBINSKI, D. (2010). Pädagogische Psychologie. München: Ernst Reinhardt Verlag.
- GARNER, B., PHILLIPS, L., SCHMIDT, H., MARKULEV, C., O'CONNOR, J., WOOD, S., MCGORRY, P. (2008). Pilot study evaluating the effect of massage therapy on stress, anxiety and aggression in a young adult psychiatric inpatient unit. Australasian Psychiatry, 2008, Vol.42(5), P.414-422, 42(5), 414-422.
- GERRIG, R.J. (2015). Psychologie. Hallbergmoos: Pearson.
- GERRIG, R.J. & ZIMBARDO, P.G. (2008). Psychologie (18. Ausgabe). München: Pearson Deutschland.
- GOODWIN R.D., LIEB R., HOEFLER M. & al. (2004) Panic attack as a risk factor for severe psychopathology. Am J Psychiatry 161:2207–2214.
- GOULD, R.A. & CLUM, G.A. (1995). Self-help plus minimal therapist contact in the treatment of panic disorder: A replication and extension. Behavior Therapy, 26(3), 533-546.
- GOYAL, M., SINGH, S., SIBINGA, E.M.S., GOULD, N.F., ROWLAND-SEYMOUR, A., SHARMA, R. & al. (2014). Meditation Programs for Psychological Stress and Well-being: A Systematic Review and Meta-analysis. Deutsche Zeitschrift für Akupunktur, 57(3), 26-27.
- GROB, A. & SMOLENSKI, C. (2006). FEEL KJ. Fragebogen zur Erhebung der Emotionsregulation bei Kindern und Jugendlichen. Bern: Huber Verlag.
- HAINBUCH, F. (2015). Progressive Muskelentspannung. München: GU.
- HATTIE, J. & YATES, G.C.R. (2015). Lernen sichtbar machen aus psychologischer Perspektive. Baltmannsweiler: Schneider Verlag Hohengehren.
- HARTIG, T., EVANS, G.W. JAMNER, L.D. DAVIS, D.S. & GÄRLING, T. (2003). Tracking restoration in natural and urban field settings. Journal of Environmental Psychology, 23(2), 109-123.
- HERZER, F.J.H. (2016). Ab wann wird Prüfungsangst zur Krankheit? Analyse klinischer Indikatoren. Inauguraldissertation. Mathematisch-Naturwissenschaftliche Fakultät Ernst-Moritz-Arndt-Universität Greifswald.
- HIGASHIYAMA, A., HTAY, H.H., OZEKI, M., JUNEJA, L.R., & KAPOOR, M.P. (2011). Effects of l-theanine on attention and reaction time response. Journal of Functional Foods, 3(3), 171-178.
- HILIMIRE, M.R., DEVYLDER, J.E.& FORESTELL, C.A. (2015). Fermented foods, neuroticism, and social anxiety: An interaction model. Psychiatry Research, 228(2), 203-208.
- HIRSHFELD-BECKER D.R., MICCO J., HENIN A. & al. (2008) Behavioral inhibition. Depress Anxiety 25:357–367.

- HÖLZEL, K. B., CARMODY, J., VANGEL, M., CONGLETON, C., YERRAMSETTI, S. M., GARD, T. & LAZAR, S. W. (30. Januar 2011). Mindfulness Practice leads to increases in regional brain grey matter density. Psychiatry Research, 191 (1): 36-43.
- IN-ALBON, T. (2009). Generalisierte Angststörung. In S. Schneider & J. Margraf (Hrsg.), Lehrbuch der Verhaltenstherapie. Band 3. Störungen im Kindes- und Jugendalter (S. 594-608). Heidelberg: Springer.
- IN-ALBON, T. (2011). Kinder und Jugendliche mit Angststörungen: Erscheinungsbilder, Diagnostik, Behandlung, Prävention. Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer.
- KAMPER, A. Monatsschrift Kinderheilkunde (2015) 163: 900.
- KABAT-ZINN, J. (2014): Reconquérir le moment présent...et votre vie. La méditation de pleine conscience pour les débutants. Paris: Editions les Arènes.
- KALTWASSER, V. (2008). Achtsamkeit in der Schule. Stille-Inseln im Unterricht: Entspannung und Konzentration. Weinheim und Basel: Beltz Verlag.
- KARJALAINEN, E., SARJALA, T., & RAITIO, H. (2010). Promoting human health through forests: Overview and major challenges. Environmental Health and Preventive Medicine, 15(1), 1-8.
- KASTEN, H. (2004). Keine Angst vor der Angst. Ängste im Lauf unseres Lebens. Darmstadt: Primus Verlag.
- KENDLER K.S., MYERS J., O GARDNER C. (2006). Caffeine intake, toxicity and dependence and lifetime risk for psychiatric and substance use disorders: an epidemiologic and co-twin control analysis. Psychol Med 36:1717–1725.
- KENNEDY, D.O., SCHOLEY, A.B., TILDESLEY, N.T.J., PERRY, E.K. & WESNES, K.A. (2002). Modulation of mood and cognitive performance following acute administration of Melissa officinalis (lemon balm). Pharmacology, Biochemistry and Behavior, 72(4), 953-964.
- KINI, P., WONG, J., MCINNIS, S., GABANA, N. & BROWN, J.W. (2016). The effects of gratitude expression on neural activity. NeuroImage, 128(C), 1-10.
- KIROPOULOS, L.A., KLEIN, B., AUSTIN, D.W., GILSON, K., PIER, C., MITCHELL, J. & CIECHOMSKI, L. (2008). Is internet-based CBT for panic disorder and agoraphobia as effective as face-to-face CBT? Journal of Anxiety Disorders, Volume 22, Issue 8, December 2008, Pages 1273-1284.
- KIRWAN, M., PICKETT, S.M., & JARRETT, N.L. (2017). Emotion regulation as a moderator between anxiety symptoms and insomnia symptom severity. Psychiatry Research, 254, 40-47.
- KOBARG, A. (2007). Deutsche Adaptation der Mindfulness Attention Awareness Scale (MAAS). Inauguraldissertation. Marburg: Phillips-Universität Marburg.

- KONRAD, K. (2009). Biologische Grundlagen. In S. Schneider & J. Margraf (Hrsg.), Lehrbuch der Verhaltenstherapie. Band 3. Störungen im Kindes- und Jugendalter (S. 610-626). Heidelberg: Springer.
- KOSSOWSKY, J., PFALTZ, M.C., SCHNEIDER, S, et al. (2013) The separation anxiety hypothesis of panic disorder revisited: a meta-analysis. Am J Psychiatry 170:768–781.
- LAKHAN, S. E., & VIEIRA, K. F. (2010). Nutritional and herbal supplements for anxiety and anxiety-related disorders: systematic review. Nutrition Journal, 9, 42.
- LANDOLT, M.A. (2009). Posttraumatische Belastungsstörung. In S. Schneider & J. Margraf (Hrsg.), Lehrbuch der Verhaltenstherapie. Band 3. Störungen im Kindes- und Jugendalter (S. 610-626). Heidelberg: Springer.
- LIDREN, D., WATKINS, P., GOULD, R., CLUM, G., ASTERINO, M., TULLOCH, H., & BEUTLER, L. E. (1994). A Comparison of Bibliotherapy and Group Therapy in the Treatment of Panic Disorder. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 62(4), 865-869.
- LOHAUS, A. & NUSSBECK, F.W. (2016). Fragebogen zu Ressourcen im Kindes- und Jugendalter (FRKJ 8-16). Göttingen: Hogrefe.
- LÜCKERT H.-R. & LÜCKERT I. (2006). Leben ohne Angst und Panik. Ursachen und Symptome erkennen, Therapiemöglichkeiten wählen.
- MALDONADO, L., HUANG, Y., CHEN, R., KASEN, S., COHEN, P., & CHEN, H. (2013). Impact of Early Adolescent Anxiety Disorders on Self-Esteem Development From Adolescence to Young Adulthood. Journal of Adolescent Health, 53(2), 287-292.
- MARCKS, B.A., WEISBERG, R.B., EDELEN, M.O. & KELLER, M.B. (2010). The relationship between sleep disturbance and the course of anxiety disorders in primary care patients. Psychiatry Research, 178(3), 487-492.
- MARKWAY, B.G. (2003). Frei von Angst und Schüchternheit : Soziale Ängste besiegen - ein Selbsthilfeprogramm. Weinheim: Beltz.
- MASI, G., MUCCI, M., FAVILLA, L., ROMANO, R. & POLI, P. (1999). Symptomatology and comorbidity of generalized anxiety disorder in children and adolescents. Comprehensive Psychiatry. Volume 40, Issue 3, May–June 1999, Pages 210-215.
- MEISTER, K. & BECKER, S. (2018). Yoga bei psychischen Störungen. Der Nervenarzt. 1 June 2018, Pages 1-5.
- MELFSEN, S. & WARNKE, A. (2009). Soziale Phobie. In S. Schneider & J. Margraf (Hrsg.), Lehrbuch der Verhaltenstherapie. Band 3. Störungen im Kindes- und Jugendalter (S. 531-553). Heidelberg: Springer.

- MERIKANGAS, K.R., HE, J.P., BURSTEIN, M., SWANSON, S.A., AVENEVOLI, S., CUI, L., BENJET, C., GEORGIADES, K., SWENDSEN, J. (2010). Lifetime prevalence of mental disorders in U.S. adolescents: results from the National Comorbidity Survey Replication–Adolescent Supplement (NCS-A). J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry, 49 (2010), pp. 980-989.
- MILLS, P., WILSON, K., PUNGA, M., CHINH, K., PRUITT, C., GREENBERG, B., CHOPRA, D. (2015). The Role of Gratitude in Well-being in Asymptomatic Heart Failure Patients. Integrative Medicine, 14(1), 51.
- MORAES, L.J., MIRANDA, M.B., LOURES, L.F. MAINIERI, A.G.& MÁRMORA C.H.C. (2017) A systematic review of psychoneuroimmunology-based interventions, Psychology, Health & Medicine, 23:6, 635-652.
- MORISSETTE, S., TULL, M., GULLIVER, S., KAMHOLZ, B., ZIMERING, R., & COOPER, H. (2007). Anxiety, Anxiety Disorders, Tobacco Use, and Nicotine: A Critical Review of Interrelationships. Psychological Bulletin, 133(2), 245-272.
- MORSCHITZKY, H. (2009) Angststörungen. Diagnostik, Konzepte, Therapie, Selbsthilfe. Wien: Springer Verlag.
- NAVARRA, M., MANNUCCI, C., DELBÒ, M., & CALAPAI, G. (2015). Citrus bergamia essential oil: from basic research to clinical application. Frontiers in Pharmacology, 6, 36.
- OLWEUS, D. (2013). Bullying at School : What We Know and What We Can Do. Somerset: Wiley.
- ORTH, U., ROBINS, R., & WIDAMAN, K. (2012). Life-span development of self-esteem and its effects on important life outcomes. Journal of Personality and Social Psychology, 102(6), 1271.
- PALAZZOLO, J. (2017). Stop à l'anxiété sans médicaments. Alimentation, relaxation, thérapies comportementales et cognitives... pour retrouver la sérénité enfin. Paris: Leduc Editions.
- PARK, B., TSUNETSUGU, J., KASETANI, Y., KAGAWA, T., & MIYAZAKI, T. (2010). The physiological effects of Shinrin-yoku (taking in the forest atmosphere or forest bathing): Evidence from field experiments in 24 forests across Japan. Environmental Health and Preventive Medicine, 15(1), 18-26.
- PAUL, J., & CILLESSEN, A. (2003). Dynamics of Peer Victimization in Early Adolescence. Journal of Applied School Psychology, 19(2), 25-43.
- PETERMANN, F. & PETERMANN, U. Monatsschrift Kinderheilkunde (2010) 158: 391.
- PETRIG, G.A. & BAISCH-ZIMMER, S. (2013). Mentaltraining für Jugendliche. Übungen zur Stärkung der Persönlichkeit zum Einsatz in Schule und Jugendarbeit. Weinheim und Basel: Beltz Verlag.
- PEURIFOY, R.Z. (2007). Frei von Angst – Ein Leben lang: Hilfe zur Selbsthilfe. Bern: Huber Verlag

- RAICHLEN, D.A., BHARADWAJ, P.K., FITZHUGH, M.C., HAWS, K.A., TORRE, G.-A., TROUARD, T.P. & ALEXANDER, G.E. (2016). Differences in resting state functional connectivity between young adult endurance athletes and healthy controls. Frontiers in Human Neuroscience, 10(2016), 610.
- RICHMAN, J.M., ROSENFELD, L.B., & BOWEN, G.L. (1998). Social Support for Adolescents at Risk of School Failure. Social Work, 43(4), 309-23.
- RATAI, J. (2014). Ätherische Öle als Lebensbegleiter. Heilberufe, 66(11), 16-19.
- ROEBERS, C., MECHERIL, A., & SCHNEIDER, W. (1998). Migrantenkinder in deutschen Schulen: Eine Studie zur Persöhnlichkeitsentwicklung. Zeitschrift Für Pädagogik, 44(5), 723-736.
- RÖDER, B. (2009). Selbstwirksamkeitsförderung durch Motivierung von Schülern. Dissertation. Berlin: Freie Universität Berlin.
- ROSE, M. & THIELEMANN, P. (2012). Balance-Yoga. München: Diana-Verlag.
- RUSSO, A.J. (2011). Decreased Zinc and Increased Copper in Individuals with Anxiety. Nutrition and Metabolic Insights 4 (2011): 1–5. PMC.
- SCHLUP, B. & SCHNEIDER, S. (2009). Spezifische Phobie. In S. Schneider & J. Margraf (Hrsg.), Lehrbuch der Verhaltenstherapie. Band 3. Störungen im Kindes- und Jugendalter (S. 503-529). Heidelberg: Springer.
- SCHMIDT, N.B., ZVOLENSKY, M.J., MANER, J.K. (2006) Anxiety sensitivity: prospective prediction of panic attacks and Axis I pathology. J Psychiatr Res 40:691–699.
- SCHMIDT-TRAUB, S. (2016). Angst bewältigen: Selbsthilfe bei Panik und Agoraphobie. Heidelberg: Springer.
- SCHMIDT-TRAUB, S. (2010). Selbsthilfe bei Angst im Kindes- und Jugendalter. Ein Ratgeber für Kinder, Jugendliche, Eltern und Erzieher. Göttingen: Hogrefe.
- SCHNEIDER, S. (2004). Angststörungen bei Kindern und Jugendlichen. Grundlagen und Behandlung. Berlin: Springer Verlag.
- SCHNEIDER, S. & BLATTER, J. (2009). Trennungsangst. In S. Schneider & J. Margraf (Hrsg.), Lehrbuch der Verhaltenstherapie. Band 3. Störungen im Kindes- und Jugendalter (S. 503-529). Heidelberg: Springer.
- SCHNEIDER, W. (2006). Gesundheitsverhalten und präventive Interventionen. Psychotherapeut, 51(6), 421-432.
- SCHWARZER, R. (2004). Psychologie des Gesundheitswesens. Einführung in die Gesundheitspsychologie. (3. Auflage). Göttingen: Hogrefe Verlag.
- SCHWARZER, R. & JERUSALEM, M. (1999). Skalen zur Erfassung von Lehrer- und Schülermerkmalen. Dokumentation der psychometrischen Verfahren im Rahmen der

Wissenschaftlichen Begleitung des Modellversuchs Selbstwirksame Schulen. Berlin: Freie Universität Berlin.

- SOWISLO, J.F., & ORTH, U. (2013). Does Low Self-Esteem Predict Depression and Anxiety? A Meta-Analysis of Longitudinal Studies. Psychological Bulletin, 139(1), 213-240.
- STEIN, R. (2012). Förderung bei Ängstlichkeit und Angststörungen. Stuttgart: Kohlhammer.
- STIENSMEIER-PELSTER, J. & HECKHAUSEN, H. (2006). Kausalattribution von Verhalten und Leistung. In Heckhausen, J. & Heckhauen, H. (Hrsg.), Motivation und Handeln. (S. 355-392). Heidelberg: Springer.
- STÖBER, J. & SCHWARZER, R. (2000) Angst. In: Otto, J. H., Euler, H. A. & Mandl, H., eds. Emotionspsychologie: Ein Handbuch. Weinheim: Beltz/PVU, S. 189-198.
- SU, K.-P., MATSUOKA, Y., & PAE, C.-U. (2015). Omega-3 Polyunsaturated Fatty Acids in Prevention of Mood and Anxiety Disorders. Clinical Psychopharmacology and Neuroscience, 13(2), 129–137.
- SUHR-DACHS, L. (2009). Prüfungsängste. In S. Schneider & J. Margraf (Hrsg.), Lehrbuch der Verhaltenstherapie. Band 3. Störungen im Kindes- und Jugendalter (S. 574-592). Heidelberg: Springer.
- TSYPES, A., ALDAO, A., & MENNIN, D. (2013). Emotion dysregulation and sleep difficulties in generalized anxiety disorder. Journal of Anxiety Disorders, 27(2), 197-203.
- TUCKER, M. (2010). Chamomile Reduces Mild Generalized Anxiety. Internal Medicine News, 43(8), 32.
- TURNER, B.G., BEIDEL, D.C., HUGHES, H. & TURNER, M.W. (1993). Test Anxiety in African American School Children. School Psychology Quarterly 8, 140-152.
- WALIGORA, K. (2002). Der Einfluss sozialer Unterstützung durch Eltern und Peers auf körperliche Beschwerden bei Schülerinnen und Schülern. Praxis Der Kinderpsychologie Und Kinderpsychiatrie, 51(3), 178-193.
- WALITZA, S. & MELFSEN, S. (2016). Angststörungen im Kindes- und Jugendalter. Abgrenzung zwischen beeinträchtigender Störung und Schüchternheit. In . April 2016, Volume 164, Issue 4, pp 278–287 .
- WEISS, H., HARRER, M. E. & DIETZ, T. (2014). Das Achtsamkeitsübungsbuch. Für Beruf und Alltag. Stuttgart: Klett-Cotta.
- WIECZERKOWSKI, W., NICKEL, H., JANOWSKI, A., FITTKAU, B., RAUER, W., PETERMANN, F. (2016). AFS – Angstfragebogen für Schüler. Göttingen: Hogrefe Verlag.
- WILLIAMS, M. & PENMAN, D. (2015). Das Achtsamkeitstraining. 20 Minuten täglich die ihr Leben ändern. München: Goldmann Verlag.

- WILKEN, B. (2015). Methoden der kognitiven Umstrukturierung. Ein Leitfaden für die psychotherapeutische Praxis. Dtuttgart: Kohlhammer Verlag.
- WILTINK, J., KLIEM, S., MICHAL, M., et al. Mini - social phobia inventory (mini-SPIN): psychometric properties and population based norms of the German version. BMC Psychiatry. 2017 ;17:377.
- WITTCHEN, H.-U. (1991). Der Langzeitverlauf unbehandelter Angststörungen: Wie häufig sind Spontanremissionen? Verhaltenstherapie. 1991;1:273–282.
- WITTCHEN, H.-U. & V. ZERSSEN, D. (1988). Verläufe behandelter und unbehandelter Depressionen und Angststörungen. Eine klinisch-psychiatrische und epidemiologische Verlaufsuntersuchung. Berlin: Springer Verlag.
- WOOD, A.M., FROH, J.J., & GERAGHTY, A.W.A. (2010). Gratitude and well-being: A review and theoretical integration. Clinical Psychology Review, 30(7), 890-905.
- ZENNER, C., HERRNLEBEN-KURZ, S., & WALACH, H. (2014). Mindfulness-based interventions in schools - a systematic review and meta-analysis. Frontiers in Psychology, June 2014|Volume 5|Article 603.

13.2. INTERNETQUELLEN-VERZEICHNIS

- BURNOUT VERMEIDEN. Stressbewältigung und Burnoutprävention. http://www.burnoutvermeiden.at/die-quadrat-atmung-eine-entspannungsuebung-fuer-zwischendurch/ (4.7.2018).
- CALMER YOU. Is there a tea for anxiety that tastes good? https://www.calmer-you.com/tea-for-anxiety/ (2.7.2018).
- DR MCDOUGALL'S HEALTH AND MEDICAL CENTRE. Depression and Anxiety https://www.drmcdougall.com/health/education/health-science/common-health-problems/depression-and-anxiety/ (22.6.2018).
- EDUCALINGO. Dankbarkeit. https://educalingo.com/de/dic-de/dankbarkeit (25.6.2018).
- FRIENDS Resilience: Adult Resilience, https://www.friendsresilience.org/adult-resilience-ages-16-18/ (14.6.2018).
- FRIENDS Resilience: My FRIENDS Youth, https://www.friendsresilience.org/my-friends-youth-ages-12-15/ (14.6.2018).

- MINDBODYGREEN. Dr Jeremy Wolf: Eat your way calm with these anxiety busting foods. https://www.mindbodygreen.com/0-26424/eat-your-way-calm-with-these-anxietybusting-foods.html (22.6.2018).
- ORGANIC AUTHORITY. 7 fantastic health benefits op peppermint tea. : Are you drinking enough? http://www.organicauthority.com/health/5-fantastic-health-benefits-of-peppermint-tea.html (2.7.2018).
- PANIK-ATTACKE-NET. Angstgedanken erfolgreich bekämpfen. http://www.panik-attacke.net/dankbarkeit-gegen-angst/ (25.6.2018).
- PISA 2015. Allgemeine Merkmale im Kontext Schule und Lernen nach Schulform. http://www.pisaluxembourg.lu/willkommen/national/schulformen/motivation_track-2/ (11.7.2018).
- PSYCHOLOGY TODAY. Zinc, an antidepressant. The essential mineral for resiliency. https://www.psychologytoday.com/us/blog/evolutionary-psychiatry/201309/zinc-antidepressant, (22.6.2018).
- REIZDARM-ONE, Cara Care Praxis für medizinische Ernährungsberatung, Andre Sommer, Arzt, Das Roemheld Syndrom https://reizdarm.one/erkrankungen/roemheld-syndrom/, (21.6.2018).
- SERGEEVA, O.A., KLETKE, O., KRAGLER, A., POPPEK, A., FLEISCHER, W., SCHUBRING, S.R., GOERG, B., HAAS, H.L., ZHU, X.R., LUEBBERT, H., GISSELMANN, G., & HATT, H.: Fragrant dioxane derivatives identify β1 subunit-containing GABA(A) receptors. J. Biol. Chem. jbc.M110.103309First Published on May 28, 2010, doi:10.1074/jbc.M110.103309 in http://aktuell.ruhr-uni-bochum.de/pm2010/pm00222.html.de (10.06.2018).
- SELBSTBEWUSST SEIN. Selbstbewusstsein aufbauen. https://www.selbstbewusst-sein.eu/selbstwertgefuehl-steigern/ (21.6.2018).
- SPEKTRUM – ZEIT ONLINE. Kein Bock auf Achtsamkeit? Präventive Achtsamkeitsprogramme scheinen ihre Wirkung bei Jugendlichen zu verfehlen. Joachim Retzbach. https://www.spektrum.de/news/kein-bock-auf-achtsamkeit/1529517 (25.6.2018).
- SPIEGEL ONLINE. Stefanie Maeck. Psychotraining Dankmuskel bitte anspannen. http://www.spiegel.de/gesundheit/psychologie/dankbarkeit-die-wurzel-fuer-gesundheit-und-wohlbefinden-a-1124119.html (25.6.2018).
- VERY WELL MIND. Mini Social Phobia Inventory – Mini-SPIN https://www.verywellmind.com/mini-social-phobia-inventory-mini-spin-3024440 (15.3.2018).

- WOLKE, M. Yoga bei Angst und Panikattacken – mit 3 Asanas. Auszug aus dem Buch „Resilient durch Yoga“. https://www.yogaeasy.de/artikel/yoga-bei-angst-und-panikattacken-mit-asanas (11.06.2018).

13.3. BILDERVERZEICHNIS

- Abb.1: Psychische und somatische Symptome der Angst – DLUGOS, A. & ZWANZGER, P. (2008). Diagnostische Einteilung von Angststörungen. In RUPPRECHT, R. & KELLNER, M. (Hrsg.). Angststörungen. Klinik, Forschung, Therapie. Stuttgart: Kohlhammer.
- Abb.2: Klassifikation der Angst nach ICD-10 und DSM-IV DLUGOS, A. & ZWANZGER, P. (2008). Diagnostische Einteilung von Angststörungen. In RUPPRECHT, R. & KELLNER, M. (Hrsg.). Angststörungen. Klinik, Forschung, Therapie. Stuttgart: Kohlhammer.
- Abb.3: Das autonome Nervensystem – GERRIG, R.J. (2015). Psychologie. Hallbergmoos: Pearsson.
- Abb.4: Selyes Allgemeine Adaptationssystem – MYERS, D.G. (2014). Psychologie. Berlin: Springer.
- Abb.5: Faktoren, die möglicherweise der Verlauf von Angst beeinflussen – ESSAU, C.A. (2014). Angst bei Kindern und Jugendlichen. München: Ernst Reinhardt Verlag UTB.
- Abb.6: Die 3 Ebenen der Angst – http://www.panikattacken.at/grafik/angst-ebenen.jpg
- Abb.7: Calm – calm.com
- Abb.8: Yogaübungen gegen Angst – ROSE, M. & THIELEMANN, P. (2012). Brigitte Balance-Yoga. München: Diana Verlag.
- Abb.9: Gratitude Journal – https://itunes.apple.com/us/app/gratitude-journal-the-original/id299604556?mt=8
- Abb.10: Finger-Refelxezonen-Massage – PALAZZOLO, J. (2017). Stop à l’anxiété sans médicaments. Alimentation, relaxation, thérapies comportementales et cognitives... pour retrouver la sérénité enfin. Paris: Leduc Editions.
- Abb.11: High-Power-Pose vs Low-Power-Pose – CARNEY, D., CUDDY, A., & YAP, A. (2010). Power posing: Brief nonverbal displays affect neuroendocrine levels and risk tolerance. Psychological Science, 21(10), 1363-8.

14. ANHANG

14.1. ANHANG 1: FRAGEBOGEN

14.2. ANHANG 2: SCHÜLERBROSCHÜRE: LASSE DEINE ANGST LOS! 21 TIPPS, WIE DU DICH SELBST VON DEINEN ÄNGSTEN BEFREIEN KANNST

Nummer : _____

Geschlecht : ❑ weiblich ❑ männlich
Alter: _____

Auf den nächsten Seiten findest Du einige Aussagen. Versuche bitte diese Sätze der Reihe nach so zu beantworten, wie es für Dich zutrifft. Bitte beantworte alle Sätze ehrlich. Überlege bei den einzelnen Sätzen nicht zu lange und achte darauf, dass Du keinen Satz auslässt. Es gibt keine richtigen und keine falschen Antworten.

Wenn Du Dir nicht sicher bist, was Du ankreuzen sollst, dann wähle die Antwort, die noch am besten zu Dir passt!

Die meisten Leute verspüren im Alltag manchmal Angstgefühle. Wie ist das bei Dir?

	stimmt	stimmt nicht
Ich habe öfters starkes Herzklopfen.	❑	❑
Manchmal wünschte ich, dass mich keiner kennt.	❑	❑
Manchmal muss ich mich sehr zusammennehmen, dass mir keiner etwas anmerkt.	❑	❑
Oft kann ich abends lange nicht einschlafen, weil ich mir so viele Gedanken machen muss.	❑	❑
Ich werde oft ganz schön nervös.	❑	❑
Ich muss häufig daran denken, was alles noch geschehen könnte.	❑	❑
Ich habe oft Angst, dass ich bei anderen einen schlechten Eindruck mache.	❑	❑
Oft möchte ich am liebsten für mich ganz allein sein.	❑	❑
Manchmal ist mir ganz wirr im Kopf.	❑	❑
Oft muss ich daran denken, dass mir etwas zustoßen könnte.	❑	❑
Ich habe sehr oft Angst, dass ich nicht das Richtige tue.	❑	❑
Manchmal fühle ich mich wie verlassen, auch wenn ich mit anderen zusammen bin.	❑	❑
Ich bin manchmal so aufgeregt, dass meine Hände zittern.	❑	❑
Ich möchte eigentlich anders sein, als ich mich gebe.	❑	❑
Ich mache mir zu viel Sorgen.	❑	❑

Manche Menschen fühlen sich in der Schule nicht wohl. Wie ist das bei Dir?

	stimmt	stimmt nicht
Ich habe Angst davor, dass überraschend eine Klassenarbeit geschrieben wird.	❑	❑
Wenn ich aufgerufen werde und nach vorn kommen muss, habe ich immer etwas Angst, dass ich etwas Falsches sagen werde.	❑	❑
Nach einer Klassenarbeit habe ich oft das Gefühl, dass ich doch wieder so viel falsch gemacht habe, was ich vorher konnte.	❑	❑

	stimmt	stimmt nicht
Wenn eine Klassenarbeit geschrieben wird, vergesse ich oft Dinge, die ich vorher gut gelernt habe.	❑	❑
Manchmal ist mir so, als ob die anderen in meiner Klasse alles viel besser könnten als ich.	❑	❑
Ich mache mir oft Sorgen, ob ich auch versetzt werde, d.h. in die nächste Klasse komme.	❑	❑
Wenn mein Name fällt, habe ich sofort ein beklemmendes Gefühl.	❑	❑
Wenn wir eine Klassenarbeit schreiben, weiß ich meistens schon von Anfang an, dass ich es doch nicht gut machen werde.	❑	❑
Ich glaube, ich könnte in der Schule mehr leisten, wenn ich nicht so viel Angst vor Prüfungen und Arbeiten hätte.	❑	❑
Schon wenn die Klassenarbeitsblätter verteilt werden, bekomme ich starkes Herzklopfen.	❑	❑
Manchmal wünschte ich, dass ich mir nicht so viel Sorgen über Klassenarbeiten machte.	❑	❑
Wenn eine Klassenarbeit geschrieben wird, mache ich oft Fehler, weil ich zu viel Angst habe.	❑	❑
Wenn geprüft wird, bekomme ich jedes Mal ein komisches Gefühl im Magen.	❑	❑
Vor Klassenarbeiten bin ich immer aufgeregt.	❑	❑
Ich habe bei Prüfungen immer Angst, dass ich schlechte Zensuren bekomme.	❑	❑

Manchmal hat man Ängste im Zusammenhang mit anderen Menschen. Wie ist das bei Dir? Wie oft treffen diese Aussagen auf Dich zu?

	trifft überhaupt nicht zu	trifft wenig zu	trifft teilweise zu	trifft ziemlich zu	trifft voll und ganz zu
Aus Angst vor Verlegenheit vermeide ich es, bestimmte Dinge zu tun oder Personen anzusprechen, wie z.B. jemanden den ich kaum kenne in die Augen zu schauen oder mit jemandem den ich kaum kenne zu sprechen.	❑	❑	❑	❑	❑
Ich vermeide Aktivitäten, durch die ich im Mittelpunkt der Aufmerksamkeit stehe, wie z.B. in der Schule einen Vortrag halten oder Fragen stellen.	❑	❑	❑	❑	❑
Sich zu schämen oder dumm zu wirken, gehört zu meinen schlimmsten Ängsten.	❑	❑	❑	❑	❑

Wenn man Angst hat, fühlt man sich meistens gespannt, nervös oder unsicher. Hier findest Du Möglichkeiten, was Jugendliche tun, wenn sie Angst haben. Was machst Du wenn Du Angst hast?

Wenn ich Angst habe, ...	**fast nie**	**selten**	**ab und zu**	**oft**	**fast immer**
1. versuche ich das zu ändern, was mir Angst macht.	❑	❑	❑	❑	❑
2. erzähle ich jemandem, wie es mir geht.	❑	❑	❑	❑	❑
3. denke ich über Dinge nach, die mich glücklich machen.	❑	❑	❑	❑	❑
4. tue ich etwas, was mir Spaß macht.	❑	❑	❑	❑	❑
5. behalte ich meine Gefühle für mich.	❑	❑	❑	❑	❑
6. mache ich das Beste daraus.	❑	❑	❑	❑	❑
7. will ich niemanden sehen.	❑	❑	❑	❑	❑
8. denke ich, dass es mein eigenes Problem ist.	❑	❑	❑	❑	❑
9. mag ich nichts mehr tun.	❑	❑	❑	❑	❑
10. überlege ich immer, warum ich Angst habe.	❑	❑	❑	❑	❑
11. denke ich immer darüber nach, was ich tun könnte.	❑	❑	❑	❑	❑
12. sage ich mir, dass das Problem nicht so schlimm ist.	❑	❑	❑	❑	❑
13. fange ich mit anderen einen Streit an.	❑	❑	❑	❑	❑
14. drücke ich meine Angst aus.	❑	❑	❑	❑	❑
15. versuche ich zu vergessen, was mir Angst macht.	❑	❑	❑	❑	❑
16. suche ich den Fehler zuerst bei mir.	❑	❑	❑	❑	❑
17. erinnere ich mich an fröhliche Dinge.	❑	❑	❑	❑	❑
18. versuche ich selber das Beste aus der Situation zu machen.	❑	❑	❑	❑	❑
19. gehe ich zu jemandem, der mir vielleicht helfen kann.	❑	❑	❑	❑	❑
20. denke ich, dass es vorbei geht.	❑	❑	❑	❑	❑
21. akzeptiere ich, was mir Angst macht.	❑	❑	❑	❑	❑
22. zeige ich offen, dass ich Angst habe.	❑	❑	❑	❑	❑
23. lasse ich meine Gefühle an anderen Leuten aus.	❑	❑	❑	❑	❑
24. will es mir einfach nicht aus dem Kopf gehen.	❑	❑	❑	❑	❑
25. ziehe ich mich zurück.	❑	❑	❑	❑	❑
26. lasse ich mir nicht anmerken, dass ich Angst habe.	❑	❑	❑	❑	❑
27. mache ich etwas, das mich freut.	❑	❑	❑	❑	❑
28. denke ich darüber nach, wie ich das Problem lösen könnte.	❑	❑	❑	❑	❑
29. sage ich mir, dass es nichts Wichtiges ist.	❑	❑	❑	❑	❑
30. kann ich sowieso nichts gegen meine Angst machen.	❑	❑	❑	❑	❑

Auf den nächsten Seiten sind Sätze die Dich beschreiben. Wie ist das bei Dir? Wie oft treffen diese Aussagen auf Dich zu?

	stimmt nie	stimmt manchmal	stimmt oft	stimmt immer
1. Ich habe eine positive Grundstimmung	❑	❑	❑	❑
2. Ich glaube fest daran, dass ich ein schönes Leben vor mir habe.	❑	❑	❑	❑
3. Auch wenn ich Probleme habe, sehe ich das Positive.	❑	❑	❑	❑
4. Wenn es mir mal nicht so gut geht, weiß ich, dass es mir bald wieder besser geht.	❑	❑	❑	❑
5. Ich glaube daran, dass sich alles wieder zum Guten wendet.	❑	❑	❑	❑
6. Ich blicke mit Zuversicht in meine Zukunft.	❑	❑	❑	❑
7. Wenn ich wirklich etwas erreichen will, gelingt es mir auch.	❑	❑	❑	❑
8. Wenn ich mir ein Ziel setze, erreiche ich es auch.	❑	❑	❑	❑
9. Ich kann mit meinen Fähigkeiten viel erreichen.	❑	❑	❑	❑
10.Mit meinen Fähigkeiten kann ich alles erreichen.	❑	❑	❑	❑
11. Wenn ich mir etwas vornehme, schaffe ich es auch.	❑	❑	❑	❑
12. Ich weiß, dass ich alles erreichen kann, was ich erreichen will.	❑	❑	❑	❑
13. Ich bin zufrieden, so wie ich bin.	❑	❑	❑	❑
14. Ich wünsche mir, anders zu sein.	❑	❑	❑	❑
15. Ich mag mich selbst.	❑	❑	❑	❑
16. Ich kann auf mich selber stolz sein.	❑	❑	❑	❑
17. Ich fühle mich wohl, wenn ich über mich selbst nachdenke.	❑	❑	❑	❑
18. Ich habe viele gute Gefühle, wenn ich an mich denke.	❑	❑	❑	❑
19. Wenn ich Unterstützung brauche, sind meine Eltern für mich da.	❑	❑	❑	❑
20. Wenn ich vor etwas Angst habe, kann ich mich jederzeit an meine Eltern wenden.	❑	❑	❑	❑
21. Meine Eltern können mich gut trösten.	❑	❑	❑	❑
22. Wenn ich schlecht drauf bin, kümmern sich meine Eltern um mich.	❑	❑	❑	❑
23. Ich kann meine Eltern jederzeit um Rat fragen.	❑	❑	❑	❑
24. Ich kann mich auf meine Eltern verlassen.	❑	❑	❑	❑
25. Ich habe Freunde, auf die ich mich verlassen kann.	❑	❑	❑	❑
26. Ich treffe mich auch nach der Schule mit Freunden.	❑	❑	❑	❑
27. Ich fühle mich wohl, wenn ich mit Freunden zusammen bin.	❑	❑	❑	❑
28. Meine Freunde mögen mich so, wie ich bin.	❑	❑	❑	❑
29. Ich denke, ich werde von anderen in meinem Alter gemocht.	❑	❑	❑	❑

	stimmt nie	stimmt manchmal	stimmt oft	stimmt immer
30. Ich habe viel Kontakt zu Gleichaltrigen.	❑	❑	❑	❑
31. Ich fühle mich in der Schule wohl.	❑	❑	❑	❑
32. Ich komme gut mit meinen Mitschülern aus.	❑	❑	❑	❑
33. Ich finde das Klima in meiner Schule richtig gut.	❑	❑	❑	❑
34. Alles in allem, bin ich gern mit meinen Mitschülern zusammen.	❑	❑	❑	❑
35. Meine Mitschüler sind nett zu mir.	❑	❑	❑	❑
36. Ich fühle mich wohl in meiner Klasse.	❑	❑	❑	❑

Bitte beantworte jetzt noch folgende Fragen!

Machst Du regelmäßig Sport?	❑ Nein	❑ 1x/Woche	❑ 2-3x/Woche	❑ >3x/Woche
Hast Du schon an an einem Entspannungstraining teilgenommen (Atemübungen, Yoga, Achtsamkeit, Meditation...)?		❑ Nein	❑ Ja, unregelmäßig	❑ Ja, regelmäßig
Wie viele Stunden schläfst Du (montags bis freitags)?		❑ weniger als 7	❑ 7-8	❑ mehr als 8
Wie viele Tassen Kaffee trinkst Du jeden Tag?		❑ keine	❑ 1-2	❑ mehr als 2
Wie viele Gläser Softdrinks (Cola, Sprite, Fanta...) trinkst Du jeden Tag?		❑ keine	❑ 1-2	❑ mehr als 2
Hast Du schon Medikamente gegen Angst eingenommen?	❑ Ja, verschreibungs-pflichtige (Xanax, Temesta, Antidepressiva...)	❑ Ja, rezeptfreie (Calmvalera, Badriparan, Relaxine...)		❑ Nein
Hast Du wegen Angstproblemen schon...	❑ eine Psychologen oder Arzt um Rat gefragt		❑ eine Therapie gemacht	

Vielen Dank, dass Du Dir Zeit genommen hast, diesen Fragebogen auszufüllen!

LASSE DEINE ANGST LOS!

21 Tipps wie Du Dich selbst von Deinen Ängsten befreien kannst












Angst ist ein menschliches Gefühl, genau wie Wut, Trauer oder Freude. Wenn man einer Gefahr gegenübersteht, ist es ganz normal, manchmal sogar überlebenswichtig, Angst zu verspüren. Man erlebt dann eine starke Erregung: der Atem geht schnell, das Herz rast, man schwitzt, zittert, bekommt weiche Knie, verspürt ein Engegefühl in der Brust. Manchmal wird es einem übel, oder man muss schnell aufs Klo... Der Körper bereitet sich darauf vor, eine echte Gefahr zu bekämpfen oder von ihr zu flüchten. Manche Leute erleben jedoch auch Angstgefühle vor Situationen die sie für bedrohlich halten, obwohl in Wirklichkeit keine Gefahr besteht. Diese Angstgefühle sind ziemlich ärgerlich. Zu den oben genannten körperlichen Angstgefühlen kommen eventuell noch ängstliche Gedanken und Vorstellungen hinzu, wie die Angst verrückt zu werden oder sogar zu sterben.

Psychologen unterscheiden zwischen verschiedenen Arten von Angsstörungen:

Spezifische Phobien
Angst vor Spinnen, Spritzen, Höhen, Wasser, Aufzügen...

Soziale Phobie
Angst, Fehler zu machen, zu erröten oder sich zu blamieren

Agoraphobie
Angst vor Situationen aus denen man nicht flüchten kann, z.B. Menschenmengen, Kaufhäuser, Kinos, öffentliche Verkehrsmittel...

Trennungsangst
Angst, von seinen Eltern getrennt zu sein

Generalisierte Angststörung
krankhafte Sorgen, z.B. über die Leistungen in der Schule oder Umweltprobleme

Zwänge
wiederkehrende Gedanken und Handlungen, z.B. denkt man immer wieder, dass die Hände schmutzig sind und wäscht sie dann mehrmals hintereinander

Traumatische Angst
Angst nach einem schrecklichen Erlebnis, die sich z.B. in schlechten Träumen ausdrückt

Auch wenn es sehr viele Menschen mit Angststörungen gibt, kann man solche Angststörungen auch in den Griff bekommen. Zwischen unserer Seele und unserem Körper besteht eine starke Verbindung. Wie wir mit unserem Körper umgehen, hat also großen Einfluss darauf, wie unser Körper funktioniert. In dieser Broschüre findest Du 21 Tipps die Du befolgen kannst, wenn Du das Gefühl hast, dass Du eine Angststörung hast. Natürlich kannst Du Dich aber auch immer an die SePAS- und SEAP-Mitarbeiter Deiner Schule wenden, die Dir gerne weiterhelfen.

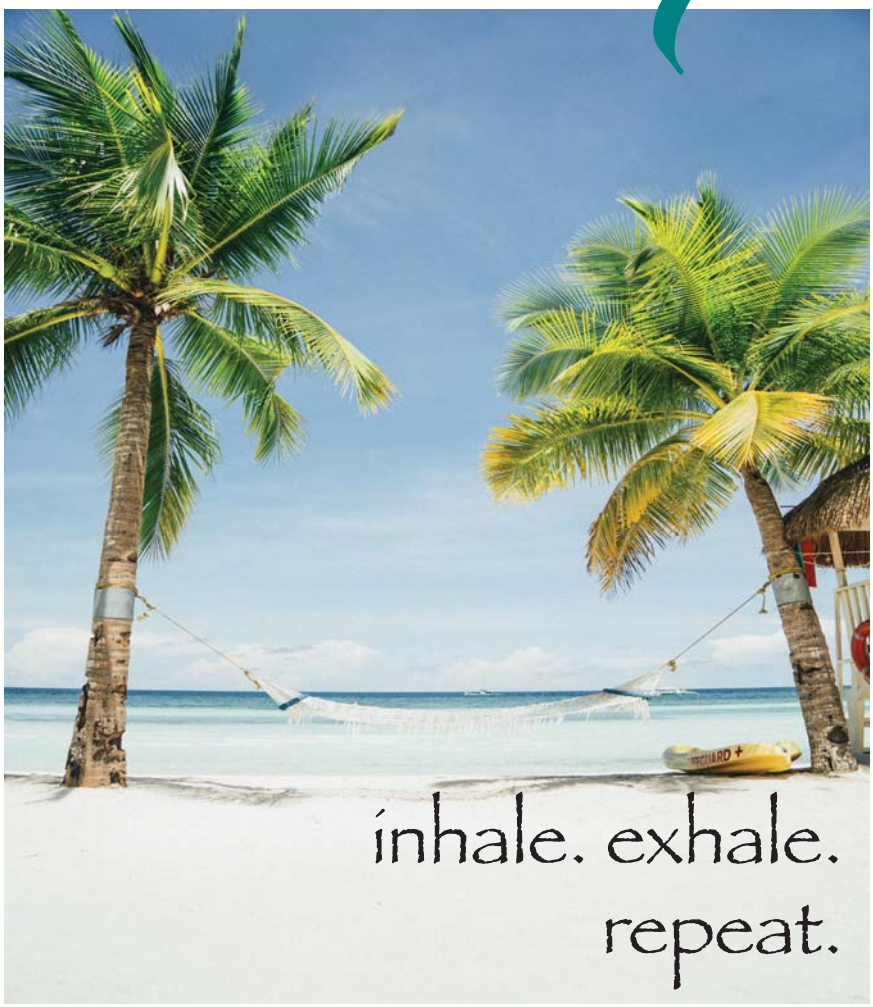




Atemübungen

Wenn man Angst hat, atmet man sehr schnell und flach und wird dadurch nur noch ängstlicher und aufgeregter. Übe deshalb mit folgenden Übungen die tiefe Bauchatmung, die Dir hilft, Dich zu entspannen und auf die bevorstehenden Aufgaben zu konzentrieren!

Die Atmung im Rhythmus der Meereswellen:
Stell Dir vor, dass Du entspannt am Meeresufer liegst. Leg eine Hand auf Deine Brust und die andere auf Deinen Bauch. Beim Heranspülen des Wassers am Ufer atmest Du ein, wobei sich der Bauch hebt, während der Brustkorb sich nur sehr wenig bewegt; beim Zurückfließen des Wassers atmest Du aus, wobei sich der Bauch senkt. Du kannst diese Übung auch im Sitzen machen, ohne dass es den Leuten um Dich herum auffällt, z.B. vor einem Vortrag oder während einer Prüfung.



Dreifache Ausatmungslänge:
Atme dreimal so lange aus als ein. Beim Einatmen zählst Du also innerlich 1-2-3 und beim Ausatmen 1-2-3-4-5-6-7-8-9. Ein Rhythmus von fünf Atemzügen pro Minute, wie er hiermit erreicht wird, wirkt sehr beruhigend.



Quadrat-Atmung:
Schließ die Augen und konzentriere Dich auf Deine Atmung. Zähl beim Einatmen innerlich bis 4, halte den Atem für 4 Sekunden an. Beim Ausatmen zählst Du wieder bis 4, und hältst anschließend den Atem wieder für 4 Sekunden an. Beginn wieder von vorne. Du kannst dabei gedanklich den Außenseiten eines Quadrates folgen. Wichtig ist, durch die Nase ein- und durch den Mund auszuatmen.

Yoga

Yoga entspannt unseren Körper und unseren Geist und gibt uns die Kontrolle über unsere Emotionen zurück. Probiere mal folgende Übungen aus! Wenn Yoga Dir gefällt, kannst Du Dich auch bei den Yoga-Aktivitäten der Schule einschreiben!

Legs-up-the-wall-Pose:
Schwing Deine Beine senkrecht hoch und leg sie gegen eine Wand. Ein Kissen unterstützt dabei Dein Becken und den unteren Rücken, Schultern und Kopf liegen auf dem Boden. Dann beginnst Du, mit jeder Einatmung den Atem in den Bauch zu schicken und mit jeder Ausatmung das Körpergewicht noch mehr an das Kissen und den Boden abzugeben. Dies wird 10 tiefe Atemzüge lang durchgeführt







Die stehende Vorbeuge:
Beug den Oberkörper aus der Hüfte nach unten, senk die Arme neben den Körper ab, setz die Handflächen auf dem Boden ab. Die Nase ist auf Kniehöhe.

Die Kindshaltung:
Positionier Dich im Fersensitz und bring die Knie etwas auseinander, beug dann den Oberkörper vor, leg die Stirn am Boden ab und die Arme entspannt neben den Körper. Die Handflächen zeigen nach oben. Entspann dich 5-10 Atemzüge lang.

YouTube

- *Tara Styles Strala Yoga*
- *Mady Morrison*
- *Happy and Fit*



Progressive Muskelentspannung

Die Progressive Muskelentspannung ist eine leicht zu erlernende Entspannungsübung, die bei Stress und Unruhe hilft. Im Laufe der Übungen werden alle wichtigen Muskelgruppen des Körpers nacheinander kurz angespannt. Man erreicht dadurch eine gezielte Entspannung von Kopf bis Fuß.

Setz Dich bequem auf einen Stuhl, die Beine sind hüftbreit auseinander, die Arme liegen auf den Oberschenkeln, der Rücken ist bequem angelehnt. Atme ein paar mal tief durch. Die Bauchdecke soll sich beim Einatmen heben und beim Ausatmen wieder senken. (Das kannst Du auch erst mit der Übung „Atmen im Rhythmus der Wellen“ üben.). Jetzt werden einzelne Muskelgruppen in der folgenden Reihenfolge für etwa 5-7 Sekunden angespannt und dann für ungefähr 30 Sekunden entspannt: rechte Faust – linke Faust – Oberarme (z.B. Unterarme anwinkeln) – Unterarme (z.B. gegen die Oberschenkel drücken) – Stirn (Augen leicht zupressen und Nase rümpfen) – Lippen zupressen – Zähne zusammenbeißen – Schulter, Hals und Nacken (Schultern hoch und Kinn nach unten ziehen) – oberer Rücken und Brustkorb (Schultern hinter dem Rücken zusammenziehen und Brustkorb dehnen) – Bauchmuskulatur – unterer Rücken (z.B. Kreuz und Lendenwirbelsäule gegen den Stuhl drücken und das Becken leicht kippen) – Gesäß- und Beckenbodenmuskulatur (Gesäßbacken zusammenpressen) – Füße und Beine (z.B. Zehenspitzen nach oben ziehen) – Fußsohlen auf den Boden pressen. Dann wieder ein paar mal tief ein- und ausatmen und Arme, Beine, Hände und Füßen etwas bewegen und ausschütteln. Du kannst die gleiche Übung auch im Liegen machen.



YouTube

Im Internet findest Du viele geführte Anleitungen für die PME, wie z.B. : „Progressive Muskelentspannung im Sitzen - Anleitung zum Mitmachen“ oder „Progressive Muskelentspannung im Liegen - Anleitung zum Mitmachen“ von der AOK oder „Entspannungsübung Progressive Muskelentspannung“ von YOUNG.



Achtsamkeitsmeditation

Es geht bei der Achtsamkeit darum, jeden Moment bewusst und nicht urteilend wahrzunehmen. Achtsamkeit lässt uns erkennen, was im gegenwärtigen Augenblick in uns und um uns herum wirklich geschieht. Alle zukünftigen Ängste und Sorgen werden nicht beachtet. Man soll versuchen, im Hier und Jetzt zu leben. Wenn wir achtsam sind, wirkt das sich positiv aus auf unser Selbstbewusstsein und unsere Konzentration. Probier es doch einfach aus!

4

Setz Dich aufrecht hin, z.B. im Schneidersitz, und schließ Deine Augen. Lenk jetzt Deine Aufmerksamkeit auf Deinen Atem. Atme durch die Nase ein und verfolg in Gedanken den Weg den die Luft von der Nase über die Luftröhre bis in die Lunge macht. Auch beim Ausatmen lenkst Du wieder Deine ganze Aufmerksamkeit auf die Atmung und die Empfindungen im Körper. Versuch, nur auf das Ein- und Ausatmen zu achten, alles andere ist unwichtig. Falls andere Gedanken auftauchen, wie z.B. Sorgen oder Ängste, dann lass sie einfach weiterziehen, wie eine kleine Wolke am Himmel! Oder knote sie an Ballons und lass sie losfliegen! Mache die Übung ein paar Minuten lang!



Zur Achtsamkeitsmeditation kannst Du auch die gratis Apps Calm oder Petit Bamboo benutzen. Calm ist App des Jahres 2018 und bietet ein 7-tägiges Programm (in Englisch) gegen ängstliche Gedanken an: 7 Days of Calming Anxiety.

5

Körperhaltung

Wenn wir morgens in den Spiegel schauen und unser Spiegelbild anlächeln, hebt das unsere Stimmung. Wir haben damit unser Gehirn positiv beeinflusst. Einen ähnlichen Trick kann man auch gegen Angst anwenden. Leute mit Power haben weniger Angst. Durch Deine Körperhaltung kannst Du Deinem Kopf das Gefühl von Power vermitteln.



Probiere doch einfach mal folgende Chef-Pose aus und achte darauf, wie Du Dich nach der Übung fühlst: Setz Dich in einen Sessel, verschränk die Arme hinter dem Nacken und leg die Füße hoch, z.B. auf einen Tisch. Je höher, desto besser. Wie spürst Du Dich jetzt?





6

Aromatherapie

Wenn Du zuhause eine Duftlampe hast, kannst Du auch Folgendes ausprobieren:
Mische
3 Tropfen Rosmarinöl,
2 Tropfen Lavendelöl,
2 Tropfen Orangenöl,
1 Tropfen Minzeöl
und lasse den Duft
auf Dich wirken!

Düfte entführen uns in eine ganz andere Welt. Bei Angst- und Spannungszuständen fördert der Duft ätherischer Öle die Einatmung durch die Nase und bewirkt dabei eine Vertiefung der Atmung und Entspannung. Bei Angst helfen u.a. die Düfte von Lavendel, Orange, Jasmin oder Minze.
Du kannst z.B. ein paar Tropfen ätherisches Öl auf ein Taschentuch, ein Lederarmband oder ein Kissen auftragen und bei Angstzuständen kurz daran riechen. In der Apotheke bekommst Du auch kleine Roll-Ons mit ätherischen Ölen, die gut gegen Angst oder Stress wirken.

7

Massagen

Eine kurze Massage Deines Solarplexus – dieser befindet sich zwischen dem Nabel und dem Brustbein – 2 bis 3 Mal am Tag gibt Dir Dein inneres Gleichgewicht wieder und reduziert Deine Angst. Mische hierzu ein paar Tropfen Mandelöl mit 1 Tropfen Basilikumöl, 1 Tropfen Origanoöl und 1 Tropfen Ylang-Ylang.



Auch eine Rückenmassage mit Aromaöl tut dem Körper und dem Geist gut. Mische Dir selbst ein entspannendes Körperöl mit 50 ml Mandelöl, 2 Tropfen Lavendelöl, 1 Tropfen Kamilleöl, 1 Tropfen Neroliöl, 2 Tropfen Mandarineöl und bitte jemanden, Dich zu massieren!





8

Shinrin Yoku - Waldbaden

In Japan gilt Waldbaden als Medizin. Ein Besuch im Wald wirkt wie eine natürliche Aromatherapie: ein 20-minütiger Spaziergang durch den Wald ist eine effektive Stress-Management-Methode und verringert Angstzustände, Depressionen und Wut. Du kannst aber auch gerne während Deinem Spaziergang eine Pause machen, Dich auf einen Baumstamm setzen oder ins Gras legen und ein paar Atem- oder Yogaübungen in der Natur machen.



Reflexologie

9

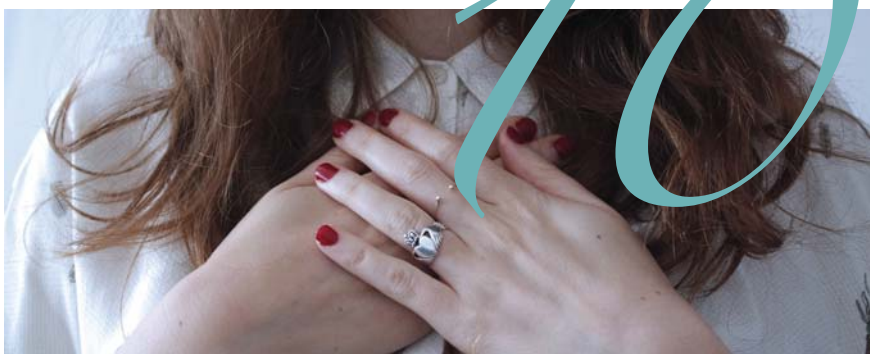
Durch den Druck auf verschiedene Reflexzonen an Händen und Füßen kann man Einfluss auf die Angst nehmen. Übe 30 Sekunden lang mit Hilfe des Daumens und des Zeigefingers der einen Hand Druck auf den Daumennagel der anderen Hand! Wechsle anschließend die Seite.



Klopfen

10

Manche Leute entspannen sich, wenn Sie 10 bis 15 Sekunden lang sanft mit den Fingerspitzen oder der Faust auf ihre Thymusdrüse klopfen. Diese befindet sich etwa 4 Finger breit in der Körpermitte unterhalb der Halskuhle. Vielleicht hilft es ja auch Dir?







Sport

11

Leute die Angst haben probieren oft, ihren Körper zu schonen: sie bewegen sich kaum und vermeiden Sport. Damit verschlechtern sie die körperliche Kondition, bekommen bei der kleinsten Anstrengung Herzrasen und Atemnot und steigern damit ihre Angst!

Sport entspannt jedoch den Körper und hat einen positiven Einfluss auf das Selbstbewusstsein und die Konzentration! Probiere es doch einfach mal aus! Forscher empfehlen 3-4 Mal pro Woche 30-60 Minuten Ausdauertraining (Walken, Laufen, Radfahren, Schwimmen, Inlineskaten), Tanz, oder Kraft-, respektive HIIT-Training.



Laufen ist besonders effektiv für Leute mit Angstproblemen,
da die Wirkungen mit denen von einer Achtsamkeitsmeditation zu vergleichen sind. Mit dem folgenden Trainingsplan
gelingt es auch Anfängern, innerhalb von ein paar Wochen
30 Minuten zu laufen!



Versuche, 3 Mal pro Woche zu laufen, und zwar indem Du immer mindestens einen Tag Pause zwischen zwei aktiven Tagen hast. Du läufst z.B. am Montag, Mittwoch und Samstag oder am Dienstag, Donnerstag und Sonntag. An den restlichen Wochentagen hast Du dann Laufpause.

1. Woche:	*8x2 Minute laufen, 2 Minuten gehen*
2. Woche:	*6x3 Minute laufen, 2 Minuten gehen*
3. Woche:	*6x4 Minuten laufen, 2 Minuten gehen*
4. Woche:	*4x6 Minuten laufen, 2 Minuten gehen*
5. Woche:	*3x10 Minuten laufen, 2 Minuten gehen*
6. Woche:	*2x15 Minuten laufen, 2 Minuten gehen*
7. Woche:	*2x20 Minuten laufen, 2 Minuten gehen*
8.Woche:	*30 Minuten laufen am Stück. Ziel erreicht!*

Wenn Sport Dir alleine keinen Spaß macht, dann schau doch bei den Sportaktivitäten Deiner Schule vorbei! Eine Alternative sind Apps und You-Tube, wo Sportprofis Dich motivieren und begleiten.
YouTube:
Hiit Anne Bodykiss; Tone it up;
Apps:
Pumatrack; Freeletics; Fitocracy

YouTube

Zen Smoothies

Diese Smoothies beruhigen bei Angstzuständen und sorgen für Ausgeglichenheit und Gelassenheit

Melonen-Smoothie

Zutaten:
1-2 Handvoll Blätter Salat
1 Cantaloupe Melone
2 Stängel Minze
Eventuell noch etwas frischgepresster Orangen- oder Zitronensaft
Eventuell noch 1 Handvoll Blaubeeren

Bananen-Smoothie

Zutaten:
1 Handvoll Salatblätter
1 Handvoll Minzblätter
1 Banane
Etwas frischgepresster Orangen- oder Zitronensaft

Alle Zutaten im Mixer cremig pürieren. Bei Bedarf noch etwas Wasser hinzufügen.



Gesund leben

Stressbedingte Appetitlosigkeit genauso wie der Verzehr von zu viel Süßigkeiten können zu Blutzuckerschwankungen führen und somit Panikattacken auslösen. Eine regelmäßige und ausgewogene Ernährung ist daher sehr wichtig. Wenn man öfters Angst hat, muss man insbesondere darauf achten, genügend Magnesium, Zink, Vitamin B und Vitamin C sowie Omega-3-Fettsäuren über die Ernährung, ggfls. über Ernährungsergänzungsmittel, zu sich zu nehmen.



Koffein (in Kaffee, Tee, Colagetränken, Schokolade und Kakao), Alkohol und Nikotin (Zigaretten) können Angstsymptome auslösen und sollten deshalb nicht, bzw. nur kontrolliert konsumiert werden. Einige Kräutertees, wie Pfefferminztee, Passionsblumentee oder Kamillentee haben angstreduzierende Wirkungen und sind deshalb empfehlenswert.

Auch verschiedene Drogen, wie z.B. Cannabis oder Amphetamine sind Risikofaktoren für Angststörungen und sollten gemieden werden.

Kurz: Eine eiweißarme, aber kohlenhydratreiche Diät führt zu einem sehr hohen Serotoninspiegel, hat also einen positiven Einfluss auf unsere Stimmung. Eine Diät mit viel Gemüse, Obst und Vollkornprodukten, aber wenig Fleisch und Milchprodukten, wenig verarbeiteten Lebensmitteln und wenig Zucker, Alkohol und Kaffein, bedeutet also weniger Hyperaktivität, Angst, Depression und Schlafstörungen. Zigaretten und Drogen solltest Du im Hinblick auf Deine Gesundheit am besten komplett vermeiden.

Magnesium, ein stark beruhigender Mineralstoff, kann sehr gut in Form von Kürbiskernen, Haferflocken oder Spinat zu sich genommen werden. Auch in schwarzer Schokolade steckt viel Magnesium.

Zinkmangel kann zu Angst und Konzentrationsproblemen führen. Zink kommt hauptsächlich in Fleisch, Geflügel und Austern, aber auch z.B. in Cashew-Nüssen vor.

Ein Vitamin-B12-Mangel kann Angst auslösen. Vitamin B12 findet man in Eiern, Milchprodukten und Fleisch. Vegetarier müssen Vitamin-B12-Ernährungsergänzungsmittel zu sich nehmen.

Vitamin C findet man z.B. in Zitrusfrüchten. Idealerweise trinkt man morgens ein Glas Zitronenwasser um den Vitamin C-Speicher aufzufüllen.

Omega-3-Fettsäuren sind natürliche Stimmungsaufheller und können Angststörungen vorbeugen. Sie sind in verschiedenen Fischarten wie Lachs und Sardinen, Kabeljau und Sardellen zu finden.

Wenn Du unter sozialer Angst leidest, dann solltest Du fermentierte Lebensmitteln wie Joghurt, Kefir, Tempeh, Miso, Kimchi, Kombucha, Sauerkraut oder Pickles essen.

Schlaf

13

Schlafprobleme können zu einer Verschlimmerung Deiner Angstsymptome führen. Wenn man nicht gut schläft, ist man leicht erregbar und kann nicht mehr klar denken. Mit Hilfe einiger Grundregeln kann man jedoch seine Schlafqualität verbessern.



Vermeide ein paar Stunden vor dem Schlafengehen Alkohol, Koffein, Nikotin, schwere Mahlzeiten und körperliche Anstrengungen, sowie angstauslösende Tätigkeiten, wie z.B. einen Horrorfilm anzuschauen.

Pflege ein Ritual, das aufs Einschlafen vorbereitet, z.B. duschen, lesen oder Tagebuch schreiben.

Treib tagsüber Sport.

Geh jeden Tag zur gleichen Zeit ins Bett und steh auch zur gleichen Zeit auf.

Lüfte Dein Zimmer und schaff Dir eine angenehme Schlafatmosphäre.

Auch eine heiße Dusche, eine warme Milch oder Entspannungsübungen vor dem Zubettgehen können Wunder wirken.

Entspannende Fr¸hst¸cks-Bowl



Zutaten:
2 EL Haferflocken
2 EL gepuffter Quinoa
2 EL geraspelte Mandeln oder Kokosflocken
1 Banane
Erdbeeren, Heidelbeeren, Himbeeren oder Pfirsch
1 Becher Quark oder Hüttenkäse
Als Topping: je nach Luste und Laune Goji-Beeren, Kürbiskerne, Chia-Samen oder geraspelte schwarze Schokolade

Medikamente & pflanzliche Heilmittel



Neben den verschreibungspflichtigen angstlösenden Medikamenten findest Du in der Apotheke auch Medikamente auf natürlicher Basis, z.B. mit Baldrianwurzelextrakt, Johanniskraut oder Passionsblume. Bevor Du Dir diese Mittel besorgst, solltest Du immer deinen Arzt oder Apotheker um Rat fragen, da eine mögliche Interaktion mit anderen Medikamenten die Du einnimmst bestehen könnte. Auch wenn die Wirkung nicht wissenschaftlich bewiesen ist, können auch homöopathische Globuli, z.B. Gelsemium oder Ambra grisea, die Angst positiv beeinflussen.
Achtung: Zahlreiche Medikamente (Antibiotika, Antihistaminika, Analgetika, Stimulanzien, Schilddrüsenhormone, Erkältungsmittel, Schlaftabletten, Blutdrucksenker, Steroide, Antidepressiva, Asthmamittel, orale Kontrazeptive...) können zu Angstsymptomen führen. Zögere nicht, bei Deinem Arzt nachzufragen ob vielleicht ein Medikament das er Dir verschrieben hat Deine Angst auslösen könnte!

14



„Das Leben ist ein Abenteuer voller Gefahren oder es ist kein Leben.“
Helen Keller

Konfrontieren

15

Auf keinen Fall solltest Du vor Deiner Angst weglaufen, bzw. Angstsituationen vermeiden. Dadurch wird Deine Angst nur noch stärker. Wenn Du Deiner Angst mutig entgegentrittst, wirst Du merken, dass sie gar nicht so schlimm ist wie Du denkst. Bei einer Angst vor Spinnen kann man sich z.B. erst Bilder, dann Filme von Spinnen ansehen, bevor man in die Spinnenabteilung des Zoos geht. Anschließend kann man jemand anderen beobachten, der eine Spinne anfasst und vielleicht später dann auch mal eine Spinne streicheln. Je öfter Du Dich Deiner Angst stellst, desto früher wirst Du sie besiegen! Verlass die Angstsituation jedoch erst, wenn Dein Angstniveau gesunken ist, ansonsten wird die Angst verstärkt.

Ablenken

16

Man kann seine Angst loswerden, wenn man es schafft, sich in der Gegenwart zu verankern und seine Konzentration von den Angstgedanken wegzulenken. Es gibt eine Menge Möglichkeiten, wie Du das fertigbringen kannst:

- Beweg Dich: tanz zu Deiner Lieblingsmusik, spring im Seil, geh eine Runde joggen!
- Mach Atemübungen, Entspannungsübungen, Yoga oder Achtsamkeitsmeditation!
- Lies ein spannendes Buch, sag ein Gedicht auf, mal ein Mandala aus oder schau Dir einen Film an!
- Mach komplizierte Rechnungen im Kopf!
- Sag das ABC rückwärts auf!
- Telefoniere mit einer Freundin oder einem Freund!
- Sprich Dir Mut zu: „Ich schaffe das!“

Probiere mal das nächste Mal wenn Du Angst hast, folgende Übung der App CALM aus: Nenne 5 Sachen die Du sehen kannst, 4 Sachen die Du hören kannst, 3 Sachen die Du fühlen kannst, 2 die Du riechen kannst und 1 die Du schmecken kannst.



17

Stop-Think-Go



Wenn Du Angst verspürst, kannst Du folgende Technik anwenden.

Stop: Nimm Dir zwei Minuten Zeit um innezuhalten!

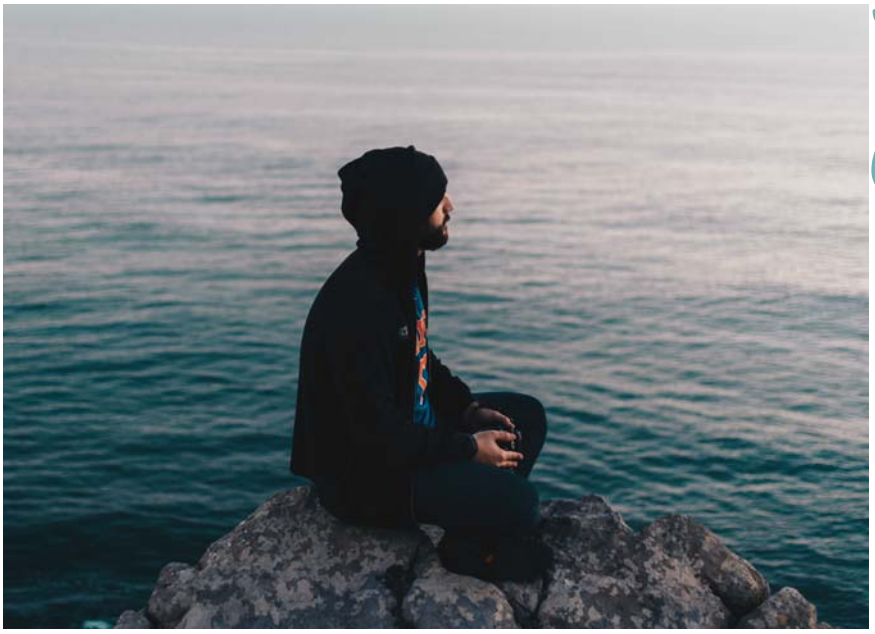
Think: Frag Dich, was Du gerade fühlst und denkst! Analysiere Deine Angstgedanken. Stimmt das, was Du Dir gerade sagst? Was kann Dir im schlimmsten Fall passieren? Was sind Deine Optionen? Was sind die positiven und die negativen Auswirkungen Deiner Entscheidungen? Wie würde eine andere Person an Deiner Stelle reagieren? Welche Fähigkeiten benötigst Du um die Situation zu bewältigen?

Go: Jetzt wo Du die verschiedenen Alternativen abgewogen hast, kannst Du Dich für eine Option entscheiden.

Selbstwertgefühl

Je positiver Dein Selbstwertgefühl und Dein Selbstvertrauen sind, desto erfolgreicher kannst Du mit Problemen und anderen Menschen umgehen. Man kann das Selbstgefühl stärken, indem man sich immer wieder sagt, dass man ist wie man ist, und dass das so OK ist. Man kann auch lernen, positiver zu denken: Wenn man sich dabei ertappt, dass man etwas Negatives denkt, kann man diesen Gedanken durch einen positiven Gedanken ersetzen.
Beispiele: Das ist eine Herausforderung! / Das ist doch nicht tragisch! / Ich habe keine Angst. Ich bin nur aufgeregt!

Außerdem kann man sich positive Vorbilder nehmen, sich nicht zu viel kritisieren, und lernen, sich selbst zu loben.



18

be grateful

Dankbarkeit

19

Dankbare Personen haben weniger Ängste und Depressionen und sind aufmerksamer, haben mehr Freunde und sind zufriedener mit ihrem Leben.

Überlege Dir jeden Abend vor dem Schlafengehen, worüber Du dankbar bist. Schließe dazu Deine Augen und konzentriere Dich auf die Wärme die Dein Herz ausstrahlt. Du kannst zur Hilfe auch Deine Hand auf Deine Brust legen. Man kann z.B. dankbar sein für seine Familie, seine Freunde, ein Lächeln, ein Kompliment, sein Zuhause, einen schönen Tag... Du kannst Deine Gedanken auch in ein Tagebuch schreiben. Hierzu gibt es auch coole Apps.

Gratitude Journal
Freiraum im Kopf

Soziale Kontakte

Sprich mit Freunden, Geschwistern, Deinen Eltern oder vielleicht Deinem Lehrer über Deine Ängste! Die Kraft und die Unterstützung, die Andere Dir geben, können Dir helfen, mit Deiner Angst fertig zu werden. Ein Geständnis jemandem gegenüber der einem nahe steht ist eine große Entlastung. Oft erkennen wir dann auch, dass wir nicht alleine sind und auch andere Leute Ängste haben!



2021

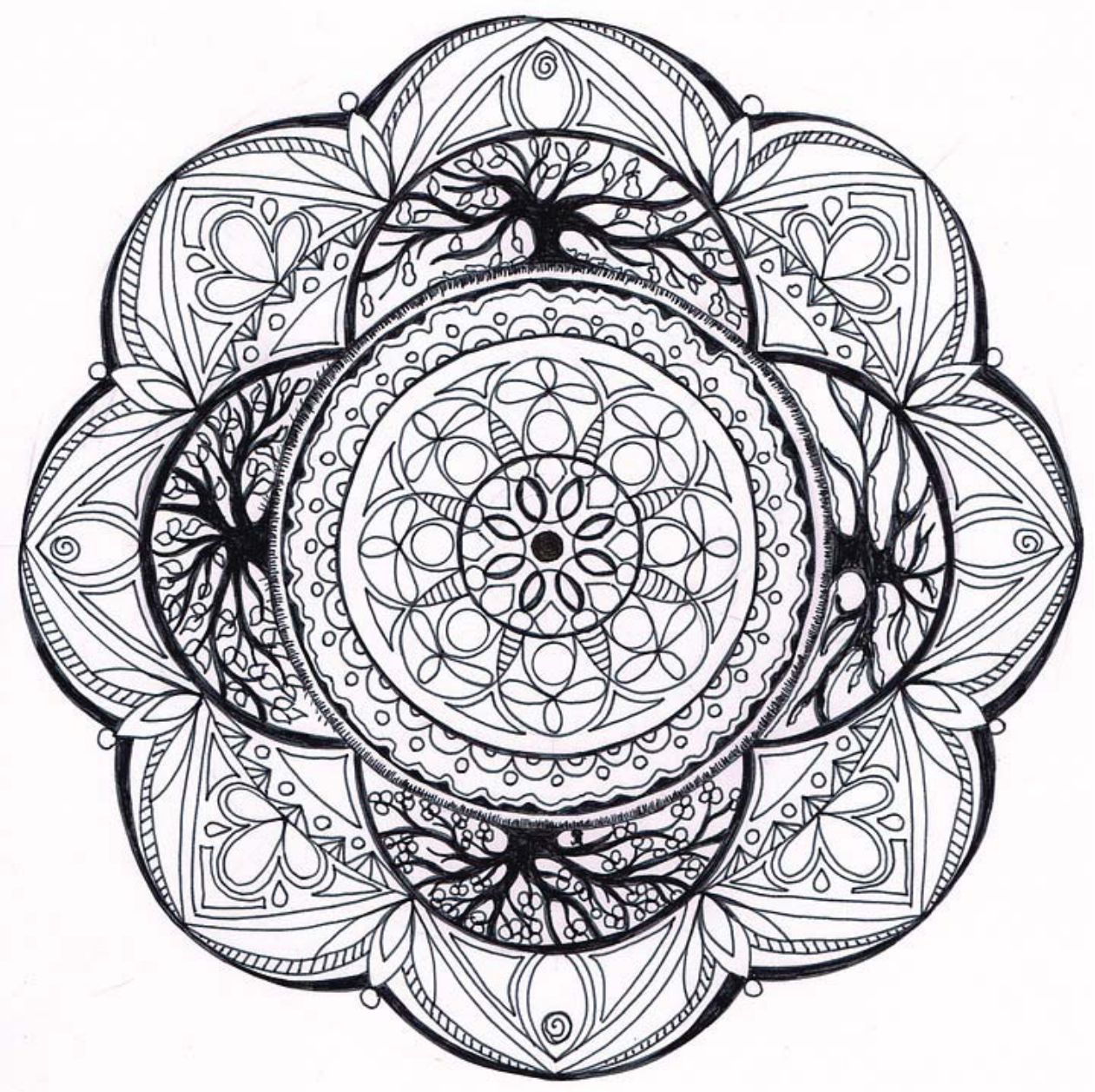
Prüfungsangst - Was tun?

Herzrasen, Schwitzen, Übelkeit, trockener Mund, Furcht zu Erröten, Blackout, schlaflose Nächte... Man kann Prüfungen und Vorträge leider nicht vermeiden.
Aber: Prüfungsangst lässt sich bewältigen!
Probiere doch einfach mal folgende Tipps aus!

1. Rechtzeitige und gute Vorbereitung auf Prüfungen ist das A und O: schreibe Dir alle Prüfungen in einen Kalender ein und plane, wann Du welchen Lernstoff für welche Prüfung lernen wirst. Falls Du Probleme mit dem Lernen hast, kannst Du Dich gerne auch an die Mitarbeiter des SEAP oder des SePAS wenden, die Dir gerne Lerntipps geben.
2. Plane genügend Lernpausen ein, in denen Du etwas komplett Anderes machst, z.B. Sport oder Musik! Spätestens nach 90 Minuten solltest Du 15 Minuten Pause machen.
3. Trainiere die Prüfungssituation! Du kannst Deine Eltern oder Freunde fragen, ob Du Deinen Vortrag vor Ihnen üben kannst!
4. Gönne Dir genügend Schlaf: das Gehirn verarbeitet das Gelernte im Schlaf! Außerdem ist man leichter gestresst, wenn man nicht genügend schläft.
5. Vergiss nicht, vor der Prüfung ausreichend zu trinken und zu essen. Aber bitte keine koffein- oder zuckerhaltigen Getränke und nicht zu viele Süßigkeiten, da diese die Angst steigern können.
6. Sei Dir bewusst, dass ein bisschen Stress und Angst vor einer Prüfung sich positiv auf Deine Leistung auswirken wird!
7. Wenn Dich die Angst vor oder während der Prüfung überfällt, dann schließe kurz die Augen und mache ein paar Atemübungen oder

Entspannungsübungen. Das hilft auch bei einem Blackout.

8. Bei Angstgedanken kannst auch die Ablenkstrategie anwenden. Sag Dir leise „Stop“ und denke an etwas Anderes. Stell Dir etwas Schönes vor, z.B. was Du am Wochenende mit Deinen Freunden machen möchtest oder wie Du in der Sonne am Strand liegst.
9. Sobald Du das Prüfungsblatt vor Dir liegen hast, solltest Du alle Fragen durchlesen, und dann mit denjenigen beginnen, die Dir leichtfallen.
10. Sei Dir bewusst, dass die meisten Leute gar nicht merken werden, dass Du errötest oder schwitzt, da sie viel zu sehr mit sich selbst beschäftig sind.
11. Denke daran: Du bist zu Deinem Thema immer kompetenter als Deine Zuhörer.
12. Wenn Du bei einem Vortrag oder einer mündlichen Prüfung einen Blackout hast, dann gib es zu. In einer Studie wurden Leute, die nicht perfekt waren, als sympathischer bewertet als Leute die keine Fehler machen. Außerdem kann Dein Lehrer Dir dann eventuell mit anderen Fragen wieder auf die Sprünge helfen.



Text:
Michèle Glesener, Maacher Lycée Grevenmacher, 2018

Bilder:
Angst: Photo by Dev Leigh on Unsplash, Benny Jackson on Unsplash
1_Atemübungen: Photos by Elijah Hiett on Unsplash, Fabian Møller on Unsplash, Max van den Oetelaar on Unsplash
2_Yoga: Photos by istock, Marion Michele on Unsplash
3_Progressive Muskelentspannung: Photos by Amy Treasure on Unsplash, by Jesse Bowser on Unsplash
4_Achtsamkeitsmeditation: Photo by Jennifer Regnier on Unsplash
5_Körperhaltung: Photo by Joshua Earle on Unsplash
6_Aromatherapie: Photos by Vero Photoart on Unsplash, Aaron Burden on Unsplash
7_Massagen: Photo by Christin Hume on Unsplash
8_Shinriin Yoku - Waldbaden: Photo by Pawel Franke on Unsplash, Martin Sanchez on Unsplash, didin emelu on Unsplash
9_Reflexologie: Photo by Matheus Ferrero on Unsplash
10_Klopfen: Photo by Giulia Bertelli on Unsplash
11_Sport: Photos by Sweet Ice Cream Photography on Unsplash, chuttersnap on Unsplash, Marvin Ronsdorf on Unsplash, Bruno Nascimento on Unsplash
12_Gesund leben: Photo by Element5 Digital on Unsplash, Brooke Lark on Unsplash, Ivan Timov on Unsplash
13_Schlaf: Photo by Kinga Cichewicz on Unsplash
14_Medikamente & pglanzliche Heilmittel: Photo by Andrew Pons on Unsplash, Katherine Hanlon on Unsplash
15_Konfrontieren
16_Ablenken: Photo by Michael Nunes on Unsplash
17_Stop-Think-Go: Photo by Aron on Unsplash
18_Selbstewrtgefühl:
19_Dankbarkeit: Photo by Afonso Coutinho on Unsplash
20_Soziale Kontakte: Photo by Kimson Doan on Unsplash
21_Prüfungsangst - Was tun? Mandala by pixabay.com



Eine Publikation des Maacher Lycée Grevenmacher
www.maacherlycee.lu