

Angst, Panik und Hyperventilation

Wie man Betroffene mit einfachen Übungen beruhigt und stabilisiert

Angst, phobische Reaktionen, Panikattacken und Hyperventilationsanfälle werden nicht nur von den Betroffenen dramatisch erlebt, sondern aktivieren das Umfeld in höchstem Mass, weil das Verhalten des Betroffenen lebensbedrohliche Ursachen vermuten lässt. Dieser Artikel soll zeigen, wie man mit einfachen Atmungsübungen und körperorientierten Massnahmen intervenieren kann, um die Betroffenen zu stabilisieren und zu beruhigen.

.....
CLAUDE HALDIMANN

Angst ist als Hinweis auf ein bedrohliches Ereignis eine an sich sinnvolle und lebenswichtige Gefühlsreaktion. Sie führt dazu, dass wir unsere Aufmerksamkeit erhöhen und uns entscheiden können, ob das Ereignis zu bewältigen ist oder unsere Kräfte übersteigt und wir sofort flüchten beziehungsweise uns schützen müssen. Für Menschen mit einer Angsterkrankung steht jedoch das Gefühl unangenehmer Beunruhigung und angespannter Erwartung auf das bedrohliche Ereignis im Vordergrund. Es dominieren die Gedanken, bedroht zu sein. Parallel dazu werden physiologische Veränderungen wahrgenommen. Darum fliehen sie aus der bedrohlichen Situation, oder die Situation wird zumindest vermieden. Aus phänomenologischer Sicht lassen sich zwei Seiten der Angsterkrankung unterscheiden: die Bedrohungsseite und die Abwehrseite.

Merksätze

- ❖ Wenn innere Anspannung als bedrohliche Körperempfindung bewertet wird, steigert dies die Angstreaktion noch weiter. Es entsteht ein Teufelskreis, der sich mitunter dramatisch im äusseren Verhalten niederschlägt.
 - ❖ Die Betroffenen können mit einfachen Atemübungen stabilisiert und beruhigt werden.
 - ❖ Ruhe und Gelassenheit des Helfers sind sehr wichtig.
 - ❖ Der betroffenen Person ist genügend Zeit zu lassen, wieder eine ruhige Beziehung zu ihrem Körper zu bekommen.
-

Die Bedrohungsseite bezieht sich auf

- ❖ *Gefühle*: Angst, Unsicherheit, existenzielle Angst, Panik, Hilflosigkeit, Ausgeliefertsein, Angst vor der Angst, Peinlichkeit, als zusätzliche Reaktion auch depressive Verstimmung
- ❖ *Wahrnehmung*: Daueraufmerksamkeit, hohe Fokussierung auf Gefahrenreize und -signale, Röhrenblick und Fehlwahrnehmungen
- ❖ *Denken*: katastrophisierendes Denken, Einschätzung der Angstsymptome und der körperlichen Symptome als gefährlich und unerträglich, Einteilung der Welt in «Gefahrensignale versus Sicherheitssignale», eine Überblick schaffende Distanzierung zur vernünftigen Problemlösung ist unmöglich, Selbstabwertung und Selbstvorwürfe.

Die Abwehrseite unterteilt sich in

- ❖ *passive Vermeidung*: potenzielle bedrohliche Situationen werden nicht mehr aufgesucht, zunehmende Passivität, Lähmung und Blockierung des Denkens und Verhaltens beim Auftreten von Angst
- ❖ *aktive Vermeidung*: sofortige Flucht, Hilfe suchen und anfordern, ständiges Abchecken der Umgebung und des Körpers nach möglichen Gefahren, Anhäufung von Sicherheit gebenden Faktoren.

Vor diesem Hintergrund lassen sich die verschiedenen Formen und Ausprägungen von Angsterkrankungen beschreiben. Angsterkrankte konzentrieren sich primär auf die Abwehrseite, um die Bedrohungsseite möglichst klein zu halten. Dies hat zur Folge, dass ihr Handlungsspielraum reduziert ist beziehungsweise sich immer mehr reduziert. Gleichzeitig wird die Erfahrung mit dem Umgang mit Angst eingeengt, und die innere Erwartungshaltung gegenüber der Gefährlichkeit der Welt steigt.

Angstreaktion als Teufelskreis

Ist die aktive oder passive Vermeidung von angstaustösenden Situationen (z.B. Agoraphobie) oder Objekten (z.B. spezifische Phobie) nicht möglich, kommt es rasch zu einer hohen inneren Anspannung (physiologische Veränderungen), verbunden mit dem Wunsch nach sofortiger Flucht vor der Gefahr. Die innere Anspannung wird in der kognitiven Selbstwahrnehmung als bedrohliche Körperempfindung bewertet. Die Angstreaktion steigt noch mehr. Es entsteht ein Teufelskreis, der sich auch mehr oder weniger dramatisch im äusseren Verhalten niederschlägt.



Abbildung 1: Bauchatmung mit Auflegen der Hand unterstützen, ruhig Aus- (oben) und Einatmen (unten).

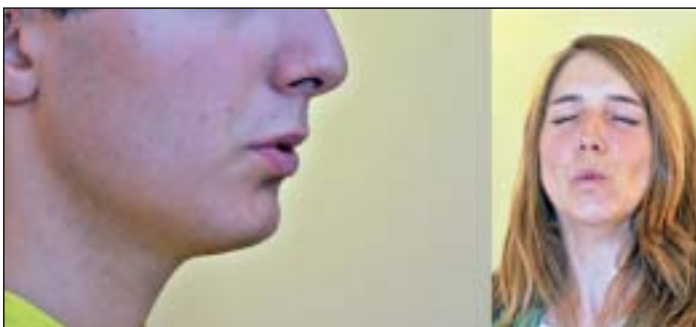


Abbildung 2: Lippenbremse; damit das Ausatmen langsam, ausführlich und bewusst erfolgt, wird die Luft durch den gespitzten Mund ausgeatmet, um den Luftstrom etwas zu bremsen.



Abbildung 3: Manuelle Atmungsunterstützung beim Aus- und Einatmen (auf der Hand der Betroffenen).

Folgende Symptome werden erlebt oder sind auch von aussen sichtbar:

- ❖ Herzklopfen, Herzrasen
- ❖ Brustschmerzen, Druck- und Engegefühl
- ❖ Atemnot
- ❖ Benommenheit, Schwindel
- ❖ Schwitzen
- ❖ Bauchschmerzen
- ❖ zitternde Muskeln
- ❖ schlotternde Knie
- ❖ kalte Hände und Füße
- ❖ leerer Kopf
- ❖ Angst zu sterben, die Kontrolle zu verlieren
- ❖ hilfsuchendes Verhalten, Fluchtverhalten.

Diese Symptome entsprechen auch denjenigen der Panikstörung. Diese entsteht aber weniger durch einen äusseren, sondern meist durch einen körperinternen Reiz, welcher als bedrohlich interpretiert und erlebt wird. Selten ist ein Gedanke oder eine Vorstellung hier der Auslöser.

Neben dem hilfsuchenden und Fluchtverhalten als Reaktion auf das Angsterleben kann bei einem kleinen Teil der Angsterkrankten (z.B. bei Blut- oder Spritzenphobie) auch ein Erstarren (Totstellreflex, «freezing», Ohnmacht, z.T. auch Dissoziation) auftreten.

Hyperventilation

Infolge der Atemnot, der Brustschmerzen und der Druck- und Engeempfindung während der Angstreaktion kann sich die Atemfrequenz erhöhen. Der dringende Wunsch nach mehr Luft beziehungsweise Sauerstoff lässt die betroffene Person schneller einatmen. Das Ausatmen wird gleichzeitig reduziert. Ein weiterer Teufelskreis beginnt: Eine akute Hyperventilation baut sich auf, deren Symptome die subjektiv erlebte Bedrohung noch erhöhen:

- ❖ schnelle Atemfrequenz (Tachypnoe)
- ❖ gleichzeitig Atemnot
- ❖ Zwang, tief einatmen zu müssen
- ❖ Engegefühl über der Brust
- ❖ Gähnen, Seufzer, Reizhusten
- ❖ Gefühllosigkeit und Missempfindungen in den Extremitäten (z.B. Ameisenlaufen)
- ❖ Verkrampfung der Hände (Pfötchenstellung) und der Lippen (Karpfenmaul), Zittern, Muskelschmerzen, unter Umständen Lähmungen der Extremitäten
- ❖ Schwindel, Kopfschmerzen, Sehstörungen, Benommenheit
- ❖ teilweise Synkope.

Die äusserst dramatisch erlebten Symptome der Hyperventilation führen einerseits dazu, dass das Vermeidungs- und Schonverhalten noch weiter ausgebaut wird. Auf der andern Seite kann sich über Konditionierungslernen das Auslösen einer Hyperventilationsreaktion schon über eine leichte Veränderung der Atmung oder einer Engeempfindung in irgendwelchen Situationen ohne eigentlichen Angstreiz massiv ausweiten.

Interventionen und Hilfe in der Akutsituation

Die folgenden Empfehlungen stellen einen sinnvollen Interventionsablauf dar, der zu jedem Zeitpunkt abgeschlossen



Abbildung 4: Manuelle Atmungsunterstützung in der Seitenlage (Aus- und Einatmen)



Abbildung 5: Manuelle Atmungsunterstützung sitzend (Aus- und Einatmen)

werden kann, wenn sich die angstgepackte Person zu beruhigen beginnt. Insbesondere bei den Atmungs- und Körperinterventionen ist der betroffenen Person genügend Zeit zu lassen, zu spüren, zu entdecken und zu erleben, das heisst wieder eine ruhige Beziehung zu ihrem Körper zu bekommen:

1. Zeit haben!

Die Ruhe und Gelassenheit des Helfers ohne Zeitdruck schafft eine günstige Voraussetzung, dass der von den Symptomen der Angstreaktion erschütterte Betroffene offen wird für die vorgeschlagenen Hilfestellungen und wieder zur Ruhe findet. – Hektik hingegen ist ein Signal, dass etwas droht und Angst angebracht ist.

2. Beruhigendes Zusprechen

Ein ruhiger und fürsorglicher Ton mit wenig, aber klarer Information, ruhig und langsam gesprochen, kann den Betroffenen eher erreichen. Manchmal ist es weniger der Inhalt, der beruhigt, als die Stimmlage und die «Sprachmusik». – Lautes Sprechen in einem Befehlston wirkt hektisch und signalisiert möglicherweise Bedrohung.

3. An einen ruhigen, «ungefährlichen Ort» führen

Aus der «Gefahrensituation» hinausführen in eine geschützte Umgebung oder einen Raum mit wenig medizinischer Ausrüstung, wo der Helfer einigermassen ungestört die Stabilisierung unterstützen kann.

4. Sitzen oder liegen

Auf einen bequemen, gut stützenden Sessel hinsetzen lassen. Möglichkeit zum Liegen in Rücken- oder Seitenlage anbieten (Couch, Behandlungsliege, Bett, Gymnastikmatte etc).

Die folgenden Empfehlungen haben eine ruhige regelmässige Bauch- oder Zwerchfellatmung als *die* natürliche Atmung zum Ziel. Die bei Angst häufig stark beteiligte Brust- und Schulteratmung soll reduziert werden. Dieses Ziel kann aber nicht direktiv verfolgt werden, sondern die verschiedenen Hinweise und Übungen führen die betroffene Person sanft dazu, ihre Bauch- beziehungsweise Zwerchfellatmung zu entdecken und zu benützen.

5. Zum ruhigen Atmen anhalten

Geduldig zum ruhigen Atmen ermuntern. Gewicht auf das Ausatmen legen; eher kurzes Einatmen und langsames «tiefes» Ausatmen. Das Idealziel «Ein : Aus = 1:2» muss nicht erreicht werden (keinen Druck ausüben!).

6. Der Betroffene legt eine Hand auf den Bauch

Den Betroffenen dazu anregen, mit einer oder beiden Händen die Bewegungen des Bauches bei der Atmung zu verfolgen (Abbildung 1). Dies erhöht die Wahrscheinlichkeit, dass der Betroffene unwillkürlich eher auf eine Zwerchfellatmung umstellt (bei Hyperventilation meist verstärkte Brustatmung). Die unterstützende Formel «beim Einatmen hebt, dehnt sich der Bauch – beim Ausatmen senkt sich der Bauch» kann, muss aber nicht angeleitet werden. Es soll kein Druck ausgeübt werden, auf eine bestimmte Art zu atmen, sondern Raum gegeben werden, dass sich eine ruhige Atmung wie von selbst entwickeln kann.



Abbildung 6: Manuelle Atmungsunterstützung auf Bauch und Thorax (Schaukelbewegung)



Abbildung 7: Rückatmung mit Papiertüte (Aus- und Einatmen)

7. Mitatmen

Für den Betroffenen kann es hilfreich sein, wenn der Helfer geräuschvoll gleichzeitig ausatmet und so ein langes Ausatmen und einen gewissen Rhythmus vorschlägt.

8. Mit Bewegungen Atem begleiten

Wie ein Dirigent kann der Helfer den Atemfluss begleiten: Arm heben beim Einatmen – Arm senken beim Ausatmen. Sitzt oder steht die betroffene Person, kann sie diese Bewegungen selbst aufnehmen (z.B. mit beiden Armen, wie ein fliegender Vogel). Dabei ist weiterhin Gewicht auf ein langes Ausatmen zu legen.

9. Lippenbremse und/oder Ton beim Ausatmen

Damit das Ausatmen langsam, ausführlich und bewusst erfolgt, kann dazu angeleitet werden, die Luft durch den gespitzten Mund (wie zum Pfeifen) auszuatmen (Abbildung 2). So wird der Luftstrom etwas gebremst. Dies kann auch mit einem Ton oder Laut unterstützt werden (Pfeifen, Stöhnen, Seufzen). Das Einatmen erfolgt wenn möglich durch die Nase.

10. Atmen mit Pausen

Als hilfreich hat sich auch erwiesen, nach dem Ausatmen eine bis zwei Sekunden Pause zu machen, bevor wieder eingeatmet wird. Selten sind auch längere Pausen möglich. Dies hat eine weitere Verlangsamung der Atmung und eine bessere Verwertung des aufgenommenen Sauerstoffs zu Folge.

11. Manuelle Unterstützung durch den Helfer

Der Helfer legt der betroffenen Person die Hand auf deren Hand oder direkt auf den Bauch und gibt beim Ausatmen sanften (!) Druck (Abbildungen 3–5). Beim Einatmen wird der Druck gelöst, und die Hand folgt der Atembewegung des Bauches. Diese Unterstützung soll einige Atemzüge aufrechterhalten bleiben. Danach beobachtet man den Atemfluss einen Moment. Wenn er sich noch nicht normalisiert, kann diese Hilfe ein weiteres Mal eingesetzt werden. Ergänzend kann mit der andern Hand beim Einatmen ein leichter (!) Druck auf den Thorax gegeben werden. Es entsteht eine atembegleitende Schaukelbewegung beziehungsweise -unterstützung (Abbildung 6). Dadurch wird die Zwerchfell- oder Bauchatmung weiter gefördert.

Es ist wichtig, dass bei solchen Körperinterventionen die betroffene Person um Erlaubnis gefragt und das Vorgehen erklärt wird. Invasive, vielleicht unverständliche Unterstützungen werden als bedrohlich erlebt und sind zu vermeiden. Während der Unterstützung ist es sinnvoll, mit der betroffenen Person im Dialog zu bleiben. Vielleicht wünscht sie mehr oder weniger Druck.

12. Lob und Wertschätzung!

Jeder kleinsten Entwicklung in Richtung einer allgemeinen Beruhigung und einer Normalisierung der Atmung soll mit Lob und Wertschätzung begegnet werden.

13. Die Atmung beruhigt sich mit dem bisherigen Vorgehen nicht

Falls das Hyperventilieren trotz der oben genannten Massnahmen nicht zurückgeht, soll der hyperventilierenden

Merkblatt für Helfer bei Angst, Panik und/oder Hyperventilieren

- ❖ Zeit haben und sich Zeit nehmen!
- ❖ beruhigendes Zusprechen
- ❖ sich mit dem Patienten an einen ruhigen, «ungefährlichen» Ort begeben
- ❖ Patientin sitzt bequem oder liegt
- ❖ zum ruhigen Atmen anhalten (ein : aus = 1:2)
- ❖ Patient legt Hand auf den Bauch (Zwerchfellatmung)
- ❖ mitatmen des Helfers (geräuschvolles Ausatmen)
- ❖ mit Bewegungen das Atmen begleiten (Hand/Arm auf und ab)
- ❖ Lippenbremse und Ton beim Ausatmen
- ❖ Unterstützung durch Helfer: Hand auf der Hand des Patienten oder auf dem Bauch mit leichtem (!) Druck beim Ausatmen; eventuell mit der andern Hand leichten (!) Druck auf den Thorax beim Einatmen (Schaukelbewegung)
- ❖ Immer wieder loben und wertschätzen!
- ❖ Falls das Hyperventilieren nicht zurückgeht, dem Patienten eine Papier(!)-Tüte zum Ein- und Ausatmen geben (Kartonbecher, Tasse oder Hände reichen zur Not auch):
 - zirka 10 Atemzüge in die Tüte aus und ein
 - 15 Sekunden atmen ohne Tüte
 - wiederholen, bis sich Atmung normalisiert
- ❖ Medikamente nur als letzte Wahl, da die Gefahr der Abhängigkeit besteht und der Patient so keine eigene Bewältigungsmöglichkeit lernt
- ❖ dem Patienten zu einer Psychotherapie raten (eher kognitiv-verhaltenstherapeutischer Ansatz)

Person eine Papier(!)-Tüte zum Ein- und Ausatmen gereicht werden (Kartonbecher, Tasse oder gewölbte Hände vor Nase und Mund erfüllen den Zweck zur Not auch). Es sollen zirka 10 Atemzüge in die Tüte aus- (aufblasen) und eingeatmet werden (*Abbildung 7*). Der Helfer soll diese sogenannte Rückatmung eventuell vorführen. Danach soll die Person zirka 15 Sekunden ohne Tüte atmen, dann wieder mit der Tüte, bis sich die Atmung normalisiert.

14. Medikamentöse Intervention oder Unterstützung nur als letzte Wahl

Beruhigende Medikamente tragen die Gefahr der physischen und psychischen Abhängigkeit in sich. Ausserdem lernt die angsterkrankte Person so keine eigene und selbstständige Bewältigungsmöglichkeit der Angstreaktion und Panikattacke beziehungsweise Hyperventilationsreaktion. Die obigen Methoden gehen ja bereits in Richtung «Hilfe zur Selbsthilfe», welche in einer Psychotherapie weiter entwickelt werden können.

15. Psychotherapie

In der Akutsituation geht es nicht um Therapie, sondern um Stabilisierung. Nach der Stabilisierung ist aber eine psychotherapeutische Behandlung nötig, da die Stabilisierung als

einzigste Massnahme die Angstreaktion und Panikattacke möglicherweise verstärken würde. Aus verhaltenstherapeutischer Sicht ist Zuwendung und Entlastung von aussen eine positive Konsequenz auf das Angstverhalten und hält dieses aufrecht (operante Konditionierung oder Verstärkerlernen). Der Betroffene lernt:

- ❖ Ich bin der Angst und der Angstreaktion ausgeliefert.
- ❖ Nur Flucht und Vermeidung bringt Entlastung.
- ❖ Am schnellsten kann ich mich beruhigen, wenn andere mir helfen und mich unterstützen.

Deshalb sollte der betroffenen Person zu einer Psychotherapie geraten werden. Empfehlenswert ist der kognitiv-verhaltenstherapeutische Ansatz, welcher heute bei Angststörungen die Methode der Wahl ist (z.B. TherapeutInnen-Liste der Schweizerischen Gesellschaft für kognitive und Verhaltenstherapie unter www.sgmt.ch). ❖

Claude Haldimann-Balli, lic. phil.

Fachpsychologe für Psychotherapie FSP

Ausbilder und Verhaltenstherapeut SGVT

Die Praxis am Breitenrainplatz

Elisabethenstrasse 3

3014 Bern

Tel. 031-932 15 75

Fax 031-931 60 73

E-Mail: claudio.haldimann@psychologie.ch

Internet: www.claudio-haldimann.ch

Interessenkonflikte: keine deklariert

Fotos: Sandra Kläger, Roman Kläger, Claude Haldimann

Weiterführende Literatur:

Heinrichs N: Ratgeber Panikstörung und Agoraphobie. Informationen für Betroffene und Angehörige. Hogrefe Verlag, Göttingen 2007.

Heinrichs N et al.: Evidenzbasierte Leitlinien zur Psychotherapie der Panikstörung und Agoraphobie. Hogrefe Verlag, Göttingen 2009.

Hiller W, Leibing E, Sulz S (Hrsg.): Lehrbuch der Psychotherapie: Band 3 «Verhaltenstherapie». CIP-Medien, München, 2007.

Hoffmann N, Hofmann B: (2004) Exposition bei Ängsten und Zwängen. Beltz PVU, Weinheim, 2004.

Margraf J: Lehrbuch der Verhaltenstherapie. Band 2. Springer Verlag, Berlin, 2005.

Schmidt-Traub S: Panikstörung und Agoraphobie. Ein Therapiemanual. Hogrefe Verlag, Göttingen, 2008.

Schneider S, Margraf J: Agoraphobie und Panikstörung. Fortschritte der Psychotherapie Bd. 3. Hogrefe Verlag, Göttingen, 1998.

Vaitl D, Petermann F: Handbuch der Entspannungsverfahren, Bände I & II. Beltz PVU, Weinheim, 2009.