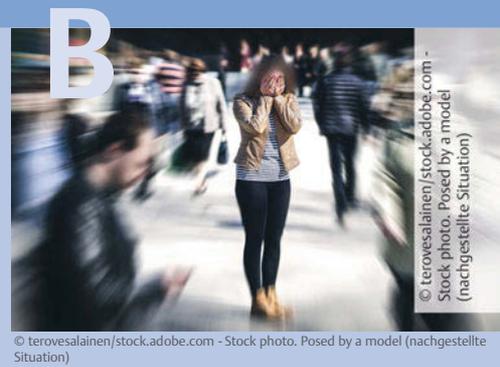


# 4 Angststörungen

- 4.1 Definition und Allgemeines . . . . . 173
- 4.2 Epidemiologie . . . . . 174
- 4.3 Ätiologie und Pathogenese . . . . . 174
- 4.4 Klassifikation . . . . . 176
- 4.5 Symptomatik und klinische Subtypen . . . . . 177
- 4.6 Diagnostik . . . . . 185
- 4.7 Differenzialdiagnose . . . . . 187
- 4.8 Therapie . . . . . 187
- 4.9 Verlauf und Prognose . . . . . 190
- 4.10 Literatur . . . . . 191



Arno Deister

## 4.1 Definition und Allgemeines

**Definition.** Unter dem **Oberbegriff Angst- und Panikstörungen** werden mehrere Erkrankungen zusammengefasst, die durch massive Angstreaktionen bei gleichzeitigem Fehlen akuter extremer Gefahren und Bedrohungen charakterisiert sind. Sie zeichnen sich durch unterschiedliche Erscheinungsweisen der Angst aus. Die wesentlichen Formen sind die **frei flottierende Angst**, die **phobische Angst** sowie die **Panik**. Die Symptomatik umfasst sowohl seelische als auch körperliche Beschwerden. Angststörungen haben in der Regel gravierende Folgen auch im sozialen Bereich und können zu ausgeprägter Behinderung führen.

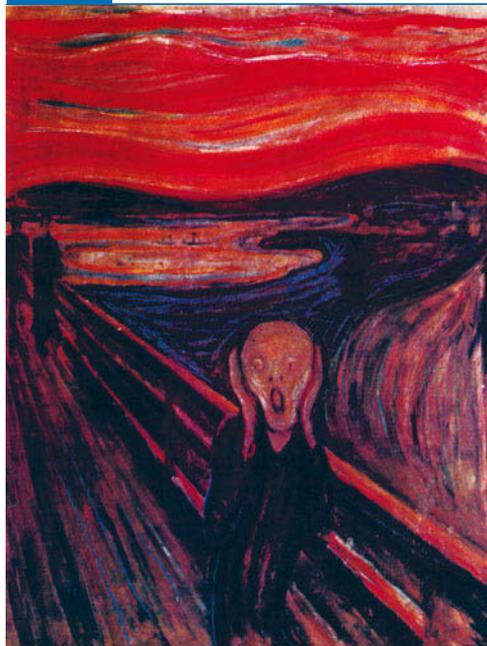
Angst ist ein Phänomen, das jeder Mensch in unterschiedlichen Situationen und in unterschiedlicher Ausprägung wiederholt erlebt hat, welches aber nur sehr schwer allgemein gültig zu definieren ist (Abb. B-4.1). Ganz grundsätzlich kann Angst als ein unangenehm erlebtes Gefühl von Bedrohung beschrieben werden. Angst kann aber nicht durchweg als negatives Phänomen angesehen werden. Als **normale Angst** (Realangst) hat sie Alarmfunktion für den Organismus, soll Aktivitäten zur Beseitigung der bestehenden oder drohenden Gefahr auslösen und – wenn die Gefahr beseitigt ist – wieder verschwinden. Angst als Signalsystem geht in der Regel mit Körperfunktionen einher, die Ausdruck der Überlebenssicherung sind („Notfallreaktion“). In diesem Sinne kann Angst die körperlichen und seelischen Abwehrfunktio-

## 4.1 Definition und Allgemeines

**Definition.**

Angst ist jedem Menschen bekannt, aber nur schwer allgemein gültig zu definieren. **Normale Angst** (Realangst) hat eine Alarmfunktion und soll Aktivitäten zur Beseitigung einer Gefahr auslösen. Sie führt oft zu körperlichen Reaktionen, die das Überleben sichern sollen. **Pathologische Angst** lähmt dagegen die körperlichen und geistigen Funktionen. Krankheitswert hat das grundlose, übermäßige oder auch das fehlende Auftreten von Angst (Abb. B-4.1).

B-4.1 „Der Schrei“ von Edvard Munch (1893)



Das Gemälde zeigt die Intensität des Erlebens bei Angst und Panik.

(© The Munch Museum/The Munch Ellingsen Group)

B-4.1

Angst kann nach unterschiedlichen Kriterien differenziert werden (Tab. B-4.1).

### ≡ B-4.1

### ≡ B-4.1 Kriterien zur Differenzierung von Angst

- |                                   |                       |
|-----------------------------------|-----------------------|
| ■ objekt- bzw. situationsgebunden | ■ ohne äußeren Anlass |
| ■ akut                            | ■ chronisch           |
| ■ isoliert                        | ■ generalisiert       |
| ■ attackenweise                   | ■ kontinuierlich      |
| ■ gerichtet                       | ■ ungerichtet         |

## 4.2 Epidemiologie

Angst- und Panikstörungen gehören zu den **häufigsten psychischen Erkrankungen**. Die 12-Monats-Prävalenz beträgt etwa 10–12 %, die Lebenszeitprävalenz wird mit bis zu 20 % angegeben.

**Spezifische Phobien** sind die häufigsten Angsterkrankungen. Die **Panikstörung** ist seltener, aber am häufigsten behandlungsbedürftig.

Angstsyndrome treten bei **Frauen häufiger** auf als bei Männern. Nach dem 45. Lebensjahr nimmt die Inzidenz ab. Ein wesentlicher Risikofaktor scheint das Fehlen einer festen Partnerbindung zu sein. Die sozioökonomischen Gesamtkosten haben eine hohe gesundheitspolitische Relevanz.

## 4.3 Ätiologie und Pathogenese

Ähnlich komplex wie Auftreten und subjektives Erleben von Angst sind die Theorien über deren Entstehung. Es muss zwischen verursachenden Bedingungen, auslösenden Situationen und aufrechterhaltenden Faktoren unterschieden werden.

**Lerntheoretische Vorstellungen** haben die Modelle zur Entstehung phobischer Zustände früh beeinflusst (Auslösen bedingter Reflexe i. S. des **klassischen Konditionierens**). Disponierende Faktoren sind sowohl genetische als auch lebensgeschichtliche Aspekte. Bedeutende Lebensereignisse können **auslösende Faktoren** sein, aufrechterhaltende Faktoren

nen stärken. Ein Übermaß an Angst aber bewirkt das Gegenteil: Sie lähmt die körperlichen und geistigen Funktionen. Eine solche als **pathologisch** einzustufende Angst liegt auch vor, wenn Angstsymptome scheinbar grundlos auftreten, und kann dann zu einem psychopathologischen Symptom mit Krankheitswert werden. Auf der anderen Seite kann auch das völlige Fehlen von Angst von psychopathologischer Bedeutung sein, z. B. im Rahmen von Persönlichkeitsstörungen (S. 335).

Die Differenzierung erfolgt z. B. danach, ob die Angst im Zusammenhang mit bestimmten Situationen bzw. gegenüber bestimmten Objekten auftritt oder auch ohne äußeren Anlass vorhanden ist. Ein anderes Einteilungsmerkmal ist die Verlaufsform (Tab. B-4.1).

## 4.2 Epidemiologie

Angst ist eines der häufigsten psychopathologischen Symptome. In der Allgemeinbevölkerung gehören Angst- und Panikstörungen **zu den häufigsten psychischen Erkrankungen**. Es ist davon auszugehen, dass innerhalb von 12 Monaten etwa 10–12 % aller Menschen an einer Angststörung leiden. Die Lebenszeitprävalenz wird mit bis zu 20 % angegeben. In der Praxis von Allgemeinärzten geben mehr als die Hälfte der dort behandelten Patienten Angst als subjektive Beschwerde an, etwa 20 % von ihnen in einem behandlungsbedürftigen Ausmaß.

Am häufigsten ist die **spezifische Phobie** (auch als **isolierte Phobie** bezeichnet). Dabei stehen Tierphobien, Höhenangst und Angst vor geschlossenen Räumen im Vordergrund. Die **Panikstörung** ist mit einer Lebenszeitprävalenz von etwa 4 % deutlich seltener, sie ist jedoch unter allen Angststörungen die am häufigsten behandlungsbedürftige. Die **soziale Phobie** hat eine Lebenszeitprävalenz von etwa 3 %, in einigen (insbesondere amerikanischen) Studien werden Häufigkeiten bis zu 11 % angegeben. Die meisten Angstsyndrome treten bei **Frauen wesentlich häufiger** auf als bei Männern, bezüglich sozialer Faktoren (z. B. Bildung, Beruf, Wohnort) zeigen sich jedoch nur geringfügige Unterschiede. Ein wesentlicher Risikofaktor scheint das Fehlen einer festen Partnerbindung zu sein. Es gibt Hinweise auf eine Abnahme der Inzidenz von Angststörungen nach dem 45. Lebensjahr. Die sozioökonomischen Gesamtkosten haben eine hohe gesundheitspolitische Relevanz. Sie betragen in der EU bis zu 75 Mrd. Euro pro Jahr.

## 4.3 Ätiologie und Pathogenese

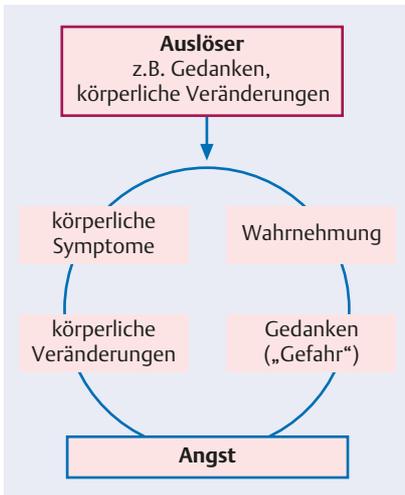
Ähnlich komplex wie Auftreten und subjektives Erleben von Angst sind die Theorien über deren Entstehung. Dabei stehen lerntheoretische und psychodynamische Modellvorstellungen im Vordergrund. Die Kenntnis über neurobiologische Faktoren hat in der letzten Zeit jedoch deutlich zugenommen. Analog zu der Genese anderer psychischer Erkrankungen müssen grundsätzlich verursachende Bedingungen (z. B. erhöhte Vulnerabilität oder Persönlichkeitsfaktoren), auslösende Situationen (z. B. Traumen oder chronische Überforderung) und aufrechterhaltende Faktoren (z. B. Vermeidungsverhalten oder Erwartungsangst) unterschieden werden. Diese Ebenen lassen sich am besten in einem **Vulnerabilitäts-Stress-Coping-Modell** verbinden.

**Lerntheoretische Aspekte:** Sie haben primär die Modelle von der Entstehung phobischer Zustände beeinflusst. Schon früh konnte durch Auslösen bedingter Reflexe objekt- bzw. situationsgebundene Angst experimentell erzeugt werden (**klassisches Konditionieren**). Es hat sich aber gezeigt, dass mit diesen einfachen experimentellen Konzepten die Komplexität von Angst und Panikstörungen nicht ausreichend beschrieben wird. Verhaltenstherapeutisch wird heute zwischen disponierenden, auslösenden und aufrechterhaltenden Faktoren unterschieden. Als **disponierende Fak-**

toren können sowohl genetische Prozesse als auch lebensgeschichtliche Bedingungen wirksam werden. Dabei scheinen auch Lernprozesse (insbesondere **Modellernen**) eine Rolle zu spielen. **Auslösende Momente** können belastungsreiche Lebensphasen oder einzelne, subjektiv bedeutsame Lebensereignisse sein. Die **aufrechterhaltenden Faktoren** sind je nach Störungsform und betroffener Person sehr unterschiedlich (z. B. ängstliche Selbstbeobachtung oder Vermeidungsverhalten). In vielen Fällen kann ein differenziertes Zusammenwirken von komplexen Verstärkersystemen beschrieben werden (im Sinne des **operanten Konditionierens**). Weitere Variablen sind Art, Häufigkeit und Abfolge von bestimmten Reizen, aber auch die Reaktion der Umgebung. Auch das Zusammenspiel zwischen psychischen und körperlichen Faktoren kann zu einer gegenseitigen Verstärkung führen. Diese Beziehungen werden anschaulich durch den **Angstkreis** erklärbar (Abb. B-4.2).

sind individuell unterschiedlich. Es besteht ein Wechselspiel von komplexen Verstärkersystemen im Sinne des **operanten Konditionierens**. Das Zusammenspiel zwischen psychischen und körperlichen Faktoren beschreibt der **Angstkreis** (Abb. B-4.2).

#### B-4.2 Der Angstkreis (nach Margraf und Schneider)



Der Angstkreis beschreibt die lerntheoretische Vorstellung über das Zusammenspiel von psychischen und körperlichen Faktoren bei der Entstehung von Angst.

#### B-4.2

► **Merke.** „Nicht die Dinge an sich beunruhigen den Menschen, sondern seine Sicht der Dinge.“ (Epiktet, griech. Philosoph, 50–138 n. Chr.)

► **Merke.**

Die im Rahmen von Angst wahrgenommenen körperlichen Symptome werden vom Betroffenen als drohende Gefahr fehlinterpretiert (**kognitive Fehlattribution**). Diese subjektiv empfundene Gefahr verstärkt das Angstgefühl, das dann wiederum im Sinne einer Stressreaktion zu einer Verstärkung körperlicher Symptome beiträgt. Dadurch entsteht ein „Teufelskreis“, der zu einer stetigen Zunahme der Angstsymptomatik führt.

Lerntheoretische Modelle erklären auch das Auftreten von **Erwartungsangst** im Rahmen von Panikstörungen. Hierbei löst eventuell schon das 1-malige, mit großer Sicherheit jedoch das wiederholte Auftreten einer Panikattacke Angst vor weiteren Attacken aus (**Angst vor der Angst, Phobophobie**). Insbesondere das völlig unerwartete und in der zeitlichen Abfolge nicht kalkulierbare Auftreten von Panikattacken spielt hier eine wesentliche Verstärkerrolle.

■ **Psychodynamische Theorien:** Der Affekt Angst nimmt in den psychoanalytischen Neurosentheorien eine zentrale Stellung ein. Grundlage ist die Vorstellung, dass praktisch alle Symptombildungen den Zweck haben, konflikthafte Strebungen bzw. Einstellungen im Individuum durch einen Kompromiss miteinander zu „versöhnen“ und dadurch das psychische Gleichgewicht um den Preis neurotischer Konfliktlösung zu erhalten. **Misslingt** eine solche „**neurotische**“ **Konfliktlösung**, erlebt das Individuum manifeste Angst. Eine weitere Grundlage dieser Vorstellungen besteht darin, dass Angstpatienten in ihrer Entwicklung keine ausreichend stabilen Ich-Fähigkeiten ausbilden konnten, um mit adäquater „Signalangst“ umzugehen. Bei Konfliktsituationen wird der real bestehende Konflikt als überfordernd beurteilt und es werden eventuell infantile Ängste reaktiviert. Bei Patienten mit neurotischer Angstsymptomatik können insbesondere dann akute Ängste ausgelöst werden, wenn Ich-stützende Mechanismen infrage gestellt werden, z. B. bei

Im Rahmen von Angst wahrgenommene körperliche Symptome werden von den Betroffenen als Gefahr gedeutet (**kognitive Fehlattribution**). Dadurch entsteht ein „Teufelskreis“.

Lerntheoretische Modelle erklären auch die **Erwartungsangst**. Hierbei löst eventuell schon das 1-malige Auftreten einer Panikattacke Angst vor weiteren Attacken aus (**Angst vor der Angst, Phobophobie**).

■ Grundlage **psychoanalytischer Theorien** ist die Vorstellung von einer **misslungenen neurotischen Konfliktlösung**, die zum Auftreten von Angst führt. Generalisierte Angst tritt besonders bei drohendem Verlust oder Trennung von einer nahe stehenden Bezugsperson (**Trennungsangst**) bzw. bei Verlust von sozialer Anerkennung auf. Bei Phobien sind **Verschiebung** bzw. **Projektion** wichtige Abwehrmechanismen (S. 597). Dabei wird eine ursprünglich intrapsychische Gefahrenquelle (z. B. sexuelle Konflikte, verdrängte Fantasien) nach außen verlagert.

- **Neurobiologische Aspekte** spielen in der Ätiopathogenese eine wichtige Rolle (**neurophysiologische Vulnerabilität**). Verschiedene Zentren im Hirnstamm sind in die Regulation von Aufmerksamkeit und Angst involviert. Das **limbische System** (Amygdala) spielt eine zentrale Rolle.

- **Neurochemische Aspekte:** Der hemmende Neurotransmitter **GABA** hat anxiolytische und anxiogene Effekte. Das **serotonerge System** steht in Wechselwirkung mit anderen Systemen (insbesondere Noradrenalin und Dopamin). Die Rolle von Serotonin in der Genese von Angst wird durch die Wirksamkeit von Serotonin-Wiederaufnahmehemmern gestützt. **Hormonelle Substanzen** greifen ebenfalls in die Entstehung von Angststörungen ein.

#### 4.4 Klassifikation

Angst als Symptom wurde erst Mitte des 19. Jahrhunderts systematisch untersucht. Die modernen Klassifikationssysteme führen erstmals genauere Kriterien von Angststörungen auf (Tab. B-4.2).

Früher als „**Angstneurose**“ beschriebene Störungen teilen sich heute auf in

- Panikstörung und generalisierte Angst-erkrankung.

**Phobien** werden unterteilt in

- Agoraphobie, soziale Phobien, isolierte (spezifische) Phobien.

drohendem Verlust oder Trennung von einer nahe stehenden Bezugsperson (**Trennungsangst**) bzw. beim Verlust von sozialer Anerkennung. Während diese Entstehungsmechanismen insbesondere bei generalisierten Angsterkrankungen von Bedeutung sind, besteht bei Phobien der wesentliche psychische Vorgang in einer **Verschiebung** bzw. **Projektion**, s. Abwehrmechanismen (S.597). Dabei wird eine ursprünglich intrapsychische Gefahrenquelle (z. B. sexuelle Konflikte, verdrängte Fantasien) nach außen auf ein bestimmtes Objekt/Situation verlagert. Gefürchtet werden demnach eigentlich die **unbewussten Fantasien**, die sich mit dem Objekt assoziativ verbinden, und nicht so sehr das reale angstauslösende Objekt selbst.

- **Neurobiologische Aspekte:** Sie haben in der Genese von Angst- und Panikstörungen große Bedeutung. Man geht heute davon aus, dass bei Patienten mit Angststörungen eine **neurophysiologische Vulnerabilität** besteht, auf deren Boden sich die Symptomatik entwickelt. Eine zentrale Stellung nimmt dabei das **limbische System** (insbesondere Amygdala und Hippokampus) ein. In der Genese von Angsterkrankungen spielen darüber hinaus der **Locus coeruleus** als Ursprungsort der noradrenergen Neurone und die **Raphekerne** als Ursprungsort der serotonergen Neurone eine Rolle. Bei der Genese von Panikstörungen kommt neurobiologischen Faktoren eine besonders große Bedeutung zu. So können Panikattacken bei Patienten (und ihren Verwandten!) durch bestimmte Substanzen (Laktat, CO<sub>2</sub>, Noradrenalin) experimentell provoziert werden. Ein spezielles Neuropeptid-S-Rezeptoren (NPSR1) wird in Verbindung mit dem Auftreten von Panikstörungen gebracht. Auch epigenetische Prozesse (z. B. Methylierung der DNA) sollen eine Rolle spielen. Es wird geschätzt, dass etwa 40% der Varianz der Vulnerabilität von Panikstörungen biologisch bedingt ist.

- **Neurochemische Aspekte:** Eine Dysfunktionalität bestimmter Transmittersysteme und damit im Zusammenhang stehende neuroendokrine Veränderungen ergänzen die Modellvorstellungen. Auf der Ebene der Neurotransmitter kommt dem **GABA-System** eine besondere Bedeutung zu.  $\gamma$ -Aminobuttersäure ist der bedeutendste inhibitorische Neurotransmitter im zentralen Nervensystem und kann sowohl anxiolytische als auch anxiogene Effekte vermitteln. Eine bedeutende Rolle spielt auch das **serotonerge System**, das wiederum in einer engen Wechselwirkung mit zahlreichen anderen Neurotransmittern (insbesondere Noradrenalin und Dopamin) steht. Die Rolle von Serotonin in der Genese von Angst wird insbesondere auch durch die Wirksamkeit von Serotonin-Wiederaufnahmehemmern (SSRI) bei Angsterkrankungen gestützt. Neuere Forschungsergebnisse belegen darüber hinaus den Einfluss verschiedener **hormoneller Substanzen**, insbesondere derjenigen, die in der Stressantwort des Organismus eine wesentliche Rolle spielen (insbesondere CRF, Kortisol und ACTH).

#### 4.4 Klassifikation

Angst als Symptom wurde erst Mitte des vorletzten Jahrhunderts systematisch untersucht. Der Terminus „Angst“ leitet sich von den lateinischen Ausdrücken für Enge (angor, angustus) ab. In den modernen Klassifikationssystemen wurden erstmals genaue Kriterien von Angsterkrankungen beschrieben (Tab. B-4.2).

In der **ICD-11** werden die Störungen im Kapitel „**Angst und mit Furcht verbundene Störungen**“ zusammengefasst.

Angststörungen können unterschiedlich klassifiziert werden. Die klassische Einteilung von psychischen Störungen mit dem Hauptsymptom Angst umfasste die **Angstneurosen** und die **Phobien**. In den modernen operationalen Diagnosesystemen werden früher als Angstneurose beschriebene Krankheitsbilder in **Panikstörung** und **generalisierte Angsterkrankung**, Phobien im Wesentlichen in **Agoraphobie**, **soziale** und **isolierte (spezifische) Phobien** unterteilt. Dazu kommen noch Angststörungen, die im Rahmen von primär organischen Erkrankungen auftreten.

## B-4.2 Klassifikation von Angsterkrankungen nach ICD-10 und DSM-5\* (Auszüge)

| ICD-10   | DSM-5  |
|--|--|
| <b>phobische Störung (F40)</b>   |  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Agoraphobie (F40.0)               <ul style="list-style-type: none"> <li>– ohne Panikstörung (F40.00)</li> <li>– mit Panikstörung (F40.01)</li> </ul> </li> <li>■ soziale Phobien (F40.1)</li> <li>■ spezifische (isolierte) Phobien (F40.2)</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Agoraphobie (F40.00)</li> <li>■ soziale Angststörung (soziale Phobie, F40.10)</li> <li>■ spezifische Phobie               <ul style="list-style-type: none"> <li>– Tier-Typ</li> <li>– Umwelt-Typ</li> <li>– Blut-Spritzen-Verletzungs-Typ</li> <li>– situativer Typ</li> </ul> </li> </ul> |
| <b>sonstige Angststörungen (F41)</b>   |  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Panikstörung (episodisch paroxysmale Angst, F41.0)</li> <li>■ generalisierte Angststörung (F41.1)</li> <li>■ Angst und depressive Störung, gemischt (F41.2)</li> <li>■ andere gemischte Angststörungen (F41.3)</li> </ul>                               | <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Panikstörung</li> <li>■ generalisierte Angststörung (F41.1)</li> <li>■ Störung mit Trennungsangst (F93.0)</li> <li>■ selektiver Mutismus (F94.0)</li> </ul>   |
| <b>organische Angststörung (F06.4)</b>   | <b>Angststörung aufgrund eines anderen medizinischen Krankheitsfaktors (F06.4)</b>   |

\* Reihenfolge vom Original abweichend

ICD-10: Dilling H, Mombour W, Schmidt MH (Hrsg): Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V(F). Klinisch-diagnostische Leitlinien. 10. Auflage; Verlag Hans Huber, Bern 2015

DSM-5: Abdruck erfolgt mit Genehmigung des Hogrefe Verlags Göttingen, aus dem Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, © 2013 American Psychiatric Association, dt. Version © 2015 und 2018 Hogrefe Verlag

## 4.5 Symptomatik und klinische Subtypen

Bei Patienten mit Angststörungen, die in die Praxis des Allgemeinmediziners oder auch des Psychiaters kommen, steht das subjektive Erleben von Angst oft nicht im Vordergrund der Beschwerden. Häufig wird zunächst eine Vielzahl körperlicher Symptome geschildert, z. B. Schwindel, Tachykardie, abdominale Beschwerden oder verminderte Belastbarkeit. Hinter diesen Beschwerden kann sich eine Angstsymptomatik verstecken.

► **Merke.** Sowohl normale als auch pathologische Angst sind immer ein körperliches und ein seelisches Phänomen. Beide Bestandteile sind in einem Individuum untrennbar miteinander verbunden.

Die subjektive Erfahrung des Angsteffektes kann individuell sehr unterschiedlich sein. Die körperlichen Erscheinungen können als **Angstäquivalente** auch isoliert auftreten, ohne dass dem Individuum die verursachende Angst bewusst sein muss, und können fast jede Körperfunktion betreffen.

Die psychiatrische Bedeutung von Angst wird nicht nur an Art und Schwere der Symptomatik gemessen, vielmehr stehen oft die **direkten** oder **indirekten Folgen** ganz im Vordergrund des subjektiven Erlebens. Dabei spielt insbesondere die „**Erwartungsangst**“ („Angst vor der Angst“) eine besondere Rolle, die zu ausgeprägtem **Vermeidungsverhalten** führen kann. Folgen im sozialen Bereich bis hin zu einer vollständigen **sozialen Isolierung** sind ebenfalls häufig. Die Erkrankung und ihre Folgen beeinträchtigen dadurch oft auch nahe stehende Personen ganz erheblich. Die Entwicklung und gegenseitige Verstärkung von Folgen der Angst sind in Abb. B-4.3 dargestellt.

### 4.5 Symptomatik und klinische Subtypen

Oft steht nicht das subjektive Erleben von Angst im Vordergrund der Symptomatik, sondern körperliche Beschwerden (Schwindel, Tachykardie, abdominale Beschwerden, verminderte Belastbarkeit).

► **Merke.**

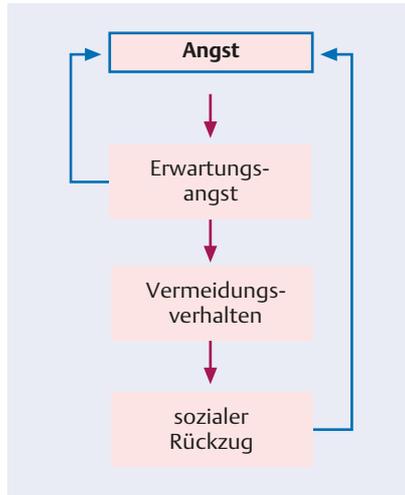
Körperliche Symptome können als **Angstäquivalente** auch isoliert auftreten.

Wichtig bei der Beurteilung von Angst sind die direkten oder indirekten **Folgen** (Abb. B-4.3):

- „**Angst vor der Angst**“ (Erwartungsangst)
- **Vermeidungsverhalten**
- **soziale Isolierung.**

B-4.3

B-4.3 Entwicklung und gegenseitige Verstärkung von Folgen der Angst



4.5.1 Phobien

Agoraphobie

► Synonym.

► Definition.

Die **Lebenszeitprävalenz** beträgt etwa 5%, die Störung beginnt meist im 3. Lebensjahrzehnt und ist bei Frauen häufiger als bei Männern.

Angst besteht vor allen Situationen außerhalb der gewohnten Umgebung (Tab. B-4.3, Abb. B-4.4), z. B.:

- Menschenmengen
- öffentliche Plätze
- Reisen und Entfernung von zu Hause.

4.5.1 Phobien

Agoraphobie

► Synonym. Platzangst, Klaustrophobie

► Definition. Das klinische Bild der **Agoraphobie** ist geprägt durch Ängste, sich an Orten oder Situationen zu befinden, in denen beim plötzlichen Auftreten von hilflos machenden oder peinlichen Symptomen eine Flucht nur schwer möglich oder aber keine Hilfe verfügbar wäre.

Die **Lebenszeitprävalenz** wird auf etwa 5% geschätzt. Die Störung beginnt in der Regel im 3. Lebensjahrzehnt und ist bei Frauen häufiger als bei Männern.

Typischerweise besteht nicht nur, wie früher beschrieben, Angst vor weiten Plätzen („agora“ = griechisch für Marktplatz), sondern vor allen Situationen, in denen sich der Patient außerhalb der gewohnten Umgebung aufhält (Tab. B-4.3). Ganz typische Situationen sind (Abb. B-4.4):

- sich in Menschenmengen zu befinden (z. B. in der U-Bahn, im Bus, im Tunnel, im Fahrstuhl)
- sich auf öffentlichen Plätzen aufzuhalten
- auf Reisen alleine bzw. weit von zu Hause entfernt zu sein.

B-4.3 Symptomatik der Agoraphobie nach ICD-10 und DSM-5 (Auszüge)

| ICD-10  | DSM-5   |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Angst muss in mindestens 2 der beschriebenen Situationen auftreten                             <ul style="list-style-type: none"> <li>– in Menschenmengen</li> <li>– auf öffentlichen Flächen</li> <li>– bei Reise mit weiter Entfernung von zu Hause oder bei Reisen alleine</li> </ul> </li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>■ ausgeprägte Furcht oder Angst vor 2 (oder mehr) der folgenden 5 Situationen:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>– Benutzen öffentlicher Verkehrsmittel</li> <li>– auf offenen Plätzen sein</li> <li>– in geschlossenen öffentlichen Räumen sein</li> <li>– Schlange stehen oder in einer Menschenmenge sein</li> <li>– allein außer Haus sein</li> </ul> </li> </ul> |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Vermeidung der phobischen Situationen ist oder war ein entscheidendes Symptom.</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Diese Situationen werden gefürchtet oder vermieden, weil eine Flucht schwierig sein könnte, oder weil im Falle panikartiger Symptome oder anderer stark beeinträchtigender oder peinlicher Symptome Hilfe nicht erreichbar sein könnte.</li> </ul>   |

ICD-10: Dilling H, Mombour W, Schmidt MH (Hrsg): Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V(F). Klinisch-diagnostische Leitlinien. 10. Auflage; Verlag Hans Huber, Bern 2015

DSM-5: Abdruck erfolgt mit Genehmigung des Hogrefe Verlags Göttingen, aus dem Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, © 2013 American Psychiatric Association, dt. Version © 2015 und 2018 Hogrefe Verlag

## B-4.4 Typische angstzerzeugende Situationen bei Agoraphobie



a Menschenmenge. (© blvdone/stock.adobe.com)

b Öffentlicher Platz. (© moofushi/stock.adobe.com)

In solchen Situationen befürchtet der Patient, dass für ihn plötzlich problematische Situationen auftreten könnten, ohne dass sofortige Hilfe möglich wäre oder er die Situation verlassen könnte. Die Angst richtet sich etwa auf plötzlichen Schwindel, Ohnmachtsgefühle, Depersonalisationsgefühle, Verlust der Blasen- oder Darmkontrolle und Herzbeschwerden. Häufig, aber nicht immer, hat der Patient bereits eine solche für ihn sehr traumatisierende Erfahrung gemacht. Oftmals tritt die Agoraphobie in **Kombination mit einer Panikstörung** (S. 182) auf.

Der Patient befürchtet hilflos machende oder peinliche Symptome wie plötzlichen Schwindel, Ohnmachtsgefühle, oder Verlust der Blasenkontrolle. Häufig tritt die Agoraphobie in **Kombination mit einer Panikstörung** (S. 182) auf.

## Soziale Phobie

## Soziale Phobie

► **Synonym.** Soziale Angststörung, soziale Neurose, Anthropophobie

► **Synonym.**

► **Definition.** Die **soziale Phobie** ist eine anhaltende Angst vor Situationen, in denen die Person im Mittelpunkt der Aufmerksamkeit anderer steht. Die Angst wird als übertrieben oder unvernünftig empfunden und führt in der Regel zu ausgeprägtem Vermeidungsverhalten.

► **Definition.**

Die Angabe über die Häufigkeit sozialer Phobien ist abhängig von den angewandten Diagnosekriterien. In der Regel wird von einer **Lebenszeitprävalenz** von etwa 4 bis max. 8 % ausgegangen. Nur ein eher geringer Teil der Patienten nimmt psychiatrische oder psychotherapeutische Hilfe in Anspruch. Männer und Frauen sind etwa gleich häufig betroffen, die Störung beginnt oft bereits im Jugendalter.

Die **Lebenszeitprävalenz** beträgt etwa 4 bis max. 8 %. Nur ein geringer Teil der Patienten nimmt therapeutische Hilfe in Anspruch. Die Störung beginnt oft bereits im Jugendalter, Männer und Frauen sind etwa gleich häufig betroffen.

Die phobischen Ängste konzentrieren sich vor allem auf Situationen, in denen sich der Patient der prüfenden Beobachtung durch andere Menschen ausgesetzt sieht. Die Ängste können entweder klar abgegrenzt, d. h. nur in bestimmten Situationen, oder in fast allen Situationen außerhalb des Familienkreises auftreten. Eine ganz typische Situation ist z. B. die Notwendigkeit, in der Öffentlichkeit zu sprechen. Häufig tritt die Angst auf, etwas Lächerliches zu sagen oder nicht antworten zu können. Soziale Phobien sind häufig mit einem insgesamt niedrigen Selbstwertgefühl und Furcht vor jeglicher Kritik verbunden. Typische Angstsymptome sind unter anderem Erröten, Vermeiden von Blickkontakt, Händezittern, Übelkeit oder Harndrang.

Die phobischen Ängste bei der sozialen Phobie zentrieren sich insbesondere auf Situationen, in denen sich der Patient der prüfenden Beobachtung durch andere Menschen ausgesetzt sieht. Soziale Phobien sind häufig mit einem niedrigen Selbstwertgefühl und Furcht vor Kritik verbunden. Typische Symptome sind Erröten, Vermeidung von Blickkontakt, Händezittern, Übelkeit, Harndrang.

Phobische Störungen weisen eine ausgeprägte **Komorbidität** auf. Drei von fünf Betroffenen leiden unter weiteren psychischen Störungen, vor allem an anderen Angststörungen (S. 173), depressiven Störungen (S. 95), somatoformen Störungen und Abhängigkeitserkrankungen (S. 281). Auch eine Abhängigkeit von Benzodiazepinen findet sich nicht selten.

Häufig bestehen zusätzlich andere Angst-erkrankungen, depressive Störungen, somatoforme Störungen oder Abhängigkeitserkrankungen.

Um die Diagnose einer sozialen Phobie zu stellen, muss die betroffene Person erkennen, dass die Angst übertrieben und unvernünftig ist, und sich trotzdem nicht oder nur sehr schwer dagegen wehren können (Tab. B-4.4). Dadurch entsteht häufig ein ausgeprägtes Leiden mit sozialem Rückzug.

Für die Diagnose wird gefordert, dass die betroffene Person erkennt, dass die Angst übertrieben und unvernünftig ist (Tab. B-4.4).

### ≡ B-4.4 Symptomatik der sozialen Phobie bzw. der sozialen Angststörung nach ICD-10 bzw. DSM-5 (Auszüge)

| ICD-10   | DSM-5  |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Diese Störungen zentrieren sich um die Furcht vor prüfender Beobachtung durch andere Menschen in verhältnismäßig kleinen Gruppen (nicht dagegen in Menschenmengen). Sie können klar abgegrenzt und beispielsweise auf Essen oder Sprechen in der Öffentlichkeit oder Treffen mit dem anderen Geschlecht beschränkt oder auch unbestimmt sein und in fast allen sozialen Situationen außerhalb des Familienkreises auftreten.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ausgeprägte Furcht oder Angst vor einer oder mehreren sozialen Situationen, in denen die Person von anderen Personen beurteilt werden könnte. Beispiele hierfür sind soziale Interaktionen (z. B. Gespräche mit anderen, Treffen mit unbekanntem Personen), beobachtet zu werden (z. B. beim Essen oder Trinken) und vor anderen Leistungen zu erbringen (z. B. eine Rede halten).</li> </ul> |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Soziale Phobien sind in der Regel mit einem niedrigen Selbstwertgefühl und Furcht vor Kritik verbunden.</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Betroffene befürchten, dass sie sich in einer Weise verhalten könnten oder Symptome der Angst offenbaren, die von anderen negativ bewertet werden.</li> </ul>   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Soziale Phobien können sich in Beschwerden äußern wie               <ul style="list-style-type: none"> <li>– Erröten</li> <li>– Vermeiden von Blickkontakt</li> <li>– Händezittern</li> <li>– Übelkeit</li> <li>– Drang zum Wasserlassen</li> </ul> </li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Die sozialen Situationen rufen fast immer eine Furcht- oder Angstreaktion hervor.</li> <li>▪ Die sozialen Situationen werden vermieden oder unter intensiver Furcht oder Angst ertragen.</li> <li>▪ Die Furcht oder Angst geht über das Ausmaß der tatsächlichen Bedrohung durch die soziale Situation hinaus und ist im soziokulturellen Kontext unverhältnismäßig.</li> </ul>               |

ICD-10: Dilling H, Mombour W, Schmidt MH (Hrsg): Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V(F). Klinisch-diagnostische Leitlinien. 10. Auflage; Verlag Hans Huber, Bern 2015

DSM-5: Abdruck erfolgt mit Genehmigung des Hogrefe Verlags Göttingen, aus dem Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, © 2013 American Psychiatric Association, dt. Version © 2015 und 2018 Hogrefe Verlag

#### ► Klinischer Fall.

► **Klinischer Fall.** 32-jähriger Patient, ledig und ohne Kinder, Angestellter im Einzelhandel.

Zur **Vorgeschichte** ist zu erfahren, dass er vor 2,5 Jahren, als er sich mehreren Kunden gegenüber sah, erstmals ein Gefühl von starker Angst mit Zittern und Atemnot verspürt habe. Besonders schlimm sei es an der Kasse gewesen. In der Folge sei dieser nicht aushaltbare Druck mit Zittern, starker Atemnot, Herzrasen und Schweißausbrüchen immer häufiger in Situationen aufgetreten, wo er sich beobachtet bzw. kontrolliert gefühlt habe. So habe er z. B. Angst im Bus beim Stempeln seiner Fahrkarte, als Kunde an der Ladenkasse fühle er sich kontrolliert. Wenn ihm bei der Arbeit Kunden beim Schreiben von Bestellungen zugeschaut hätten, habe er große Probleme gehabt, habe kaum schreiben können vor Zittern. Daneben leide er unter Versagensängsten und Minderwertigkeitsgefühlen. Als er vor 4 Wochen von seinem Arbeitgeber erfahren habe, dass eine Umstrukturierung im Betrieb seine Versetzung an eine andere Stelle, welche mehr im Blickpunkt der Öffentlichkeit läge, notwendig machen würde, sei er immer mehr in Panik geraten. Er habe sich richtig in die Angst hineingesteigert. Er versuche, die Situationen, in denen er sich beobachtet fühle, jetzt vollständig zu vermeiden. In anderen Situationen trete kaum Angst auf.

Im **psychischen Befund** wirkte der Patient sehr angespannt und unruhig. Kognitive Auffälligkeiten fanden sich nicht, die Stimmungslage war gedrückt bei noch guter affektiver Schwungsfähigkeit. Der Antrieb war unauffällig. Der Patient zeigte ein deutliches Krankheitsgefühl und ausreichende Krankheits- und Behandlungseinsicht. Aus der körperlichen Vorgeschichte war eine chronische Gastritis mit häufigen Magenbeschwerden und Übelkeit relevant.

Unter einer **Behandlung** mit Antidepressiva sowie kognitiv-verhaltenstherapeutischen Einzelgesprächen zeigte sich eine Besserung der Symptomatik. Begleitend wurde durch einen Sozialarbeiter Kontakt mit dem Arbeitgeber aufgenommen. Es konnte erreicht werden, dass der Patient auf seiner bisherigen Position weiter beschäftigt wurde. Nach 9 Monaten war der Patient wieder in der Lage, vor einzelnen Personen Handlungen, wie Schreiben oder Bestellungen aufnehmen, durchzuführen. Jedoch wurden diese Situationen weiterhin gemieden, wenn der Stimulus zu intensiv war (z. B. bei größeren Gruppen). Die Medikation mit einem Antidepressivum setzte der Patient nach 2 Monaten selbstständig ab. Die Verhaltenstherapie wurde weitergeführt.

Bei diesem Patienten wurde die **Diagnose einer sozialen Phobie** gestellt. Deutlich wird die situative Gebundenheit der Ängste, hier an Situationen der möglichen Beobachtung oder Kontrolle durch Kunden.

Spezifische Phobie

Spezifische Phobie

► **Definition.** Hauptmerkmal der **spezifischen Phobie** ist die anhaltende Angst vor einem umschriebenen Objekt oder einer umschriebenen Situation. Die Störung wird nur diagnostiziert, wenn die Angst erhebliches Leiden verursacht.

► **Definition.**

Die Angst tritt am häufigsten als Furcht vor Tieren auf (**Zoophobie**), besonders vor Hunden, Schlangen, Insekten oder Mäusen (Abb. B-4.5). Andere phobische Situationen sind der Anblick von Blut, der Aufenthalt in geschlossenen Räumen (**Klaustrophobie**) oder in der Höhe (**Akrophobie**) sowie das Fliegen (**Aviophobie**). Die phobischen Objekte können innerhalb einer Kultur im Laufe der Zeit wechseln und sich an aktuelle Themen anpassen (z. B. Auftreten einer AIDS-Phobie). **Blut- oder Verletzungsphobien** können über einen vasovagalen Reflex zu Bradykardie und Ohnmacht führen. Die Beeinträchtigung durch diese Störung kann beträchtlich sein, wenn der phobische Stimulus häufig vorkommt und nicht vermieden werden kann.

Am häufigsten treten folgende Ängste auf (Abb. B-4.5):

- Angst vor Tieren (**Zoophobie**)
  - Angst vor Blut
  - Angst vor geschlossenen Räumen (**Klaustrophobie**)
  - Höhenangst (**Akrophobie**)
  - Flugangst (**Aviophobie**)
  - Ansteckungsangst.
- Blut- oder Verletzungsphobien** können zu Bradykardie und Ohnmacht führen.

B-4.5 Beispiele für angstauslösende Objekte



a Brücke. (© Юрий Красильников /stock.adobe.com)  
 b Spinne. (M. Lehnert)  
 c Flugzeug. (© yana136/stock.adobe.com)

Das Alter bei Erkrankungsbeginn ist sehr unterschiedlich. Tierphobien beginnen fast immer in der Kindheit, Akrophobien (Höhenängste) sowie Agoraphobien können auch noch im 4. Lebensjahrzehnt beginnen. Die Diagnose wird nur dann gestellt, wenn die Angst bzw. das Vermeidungsverhalten den normalen Tagesablauf, die üblichen sozialen Aktivitäten oder Beziehungen beeinträchtigen bzw. die Angst erhebliches Leiden verursacht (Tab. B-4.5). In sehr vielen Fällen lassen sich aber isolierte Phobien gut vermeiden und somit lange Zeit auch verbergen. Spezifische Phobien führen insgesamt nur selten zu psychiatrischer Behandlung.

Das Alter bei Erkrankungsbeginn ist sehr unterschiedlich. Die Diagnose wird nur dann gestellt, wenn die Angst den normalen Tagesablauf, die üblichen sozialen Aktivitäten oder Beziehungen beeinträchtigt bzw. erhebliches Leiden verursacht (Tab. B-4.5).

B-4.5 Symptomatik der spezifischen Phobie nach ICD-10 und DSM-5 (Auszüge)

| ICD-10   | DSM-5  |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Die Angst muss auf die Anwesenheit eines bestimmten phobischen Objektes oder eine spezifische Situation begrenzt sein.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Ausgeprägte Furcht oder Angst vor einem spezifischen Objekt oder einer spezifischen Situation (z. B. Fliegen, Höhen, Tiere, eine Spritze bekommen, Blut sehen).</li> <li>■ Das phobische Objekt oder die phobische Situation ruft fast immer eine unmittelbare Furcht oder Angstreaktion hervor.</li> </ul> |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Die phobische Situation wird – wann immer möglich – vermieden (z. B. Höhenangst)</li> </ul>                                       | <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Das phobische Objekt oder die phobische Situation wird aktiv vermieden bzw. nur unter starker Furcht oder Angst ertragen.</li> </ul>  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Das Ausmaß der Furcht vor dem phobischen Objekt wechselt nicht.</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Die Furcht oder Angst geht über das Ausmaß der tatsächlichen Gefahr durch das spezifische Objekt oder die spezifische Situation hinaus und ist im soziokulturellen Kontext unverhältnismäßig.</li> </ul>  |

ICD-10: Dilling H, Mombour W, Schmidt MH (Hrsg): Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V(F). Klinisch-diagnostische Leitlinien. 10. Auflage; Verlag Hans Huber, Bern 2015  
 DSM-5: Abdruck erfolgt mit Genehmigung des Hogrefe Verlags Göttingen, aus dem Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, © 2013 American Psychiatric Association, dt. Version © 2015 und 2018 Hogrefe Verlag

## ► Patientensicht.

► Patientensicht. **Höhenangst**

„Ich erstieg ganz allein den höchsten Gipfel des Münsterturms und saß in dem sogenannten Hals, unter dem Kopf oder der Krone, wie man's nennt, wohl eine Viertelstunde lang, bis ich es wagte, wieder heraus in die freie Luft zu treten, wo man auf einer Platte, die kaum eine Elle ins Gevierte haben wird, ohne sich sonderlich anhalten zu können, stehend das unendliche Land vor sich sieht. ... Dergleichen Angst und Qual wiederholte ich so oft, bis der Eindruck mir ganz gleichgültig ward, und ich habe nachher bei Bergreisen und geologischen Studien, bei großen Bauten, wo ich mit den Zimmerleuten um die Wette über die freiliegenden Balken und über die Gesimse des Gebäudes herlief ... von jenen Vorübungen großen Vorteil gezogen.“  
(J. W. Goethe: Dichtung und Wahrheit, 1831)

## 4.5.2 Panikstörung

## ► Synonym. Episodisch paroxysmale Angst

## ► Definition.

**Panik:** Ohne sichtbaren Anlass entstehende ausgeprägte Angst. Panik tritt meist anfallsweise auf und ist mit ausgeprägten körperlichen Symptomen verbunden (Panikattacke).

**Panikstörung:** Wiederholte abgrenzbare Panikattacken, die unerwartet und nicht situationsgebunden sind. Es entwickelt sich schnell Erwartungsangst. Die Störung ist regelmäßig mit intensiven vegetativen Symptomen verbunden und häufig mit Agoraphobie kombiniert.

Die Panikstörung tritt mit einer **Lebenszeitprävalenz** von etwa 2–5% auf. Isolierte Panikattacken sind jedoch wesentlich häufiger, etwa 11% der Frauen und 7% der Männer erleben irgendwann in ihrem Leben eine Panikattacke.

Die Panikstörung kommt meist in **Kombination mit Agoraphobie** (S. 178) vor. Der Erkrankungsbeginn ist gewöhnlich zwischen dem 20. und 30. Lebensjahr. Bei Panikstörungen mit Agoraphobie sind Frauen etwa doppelt so häufig betroffen wie Männer, bei Panikstörungen ohne Agoraphobie ist das Geschlechterverhältnis etwa ausgeglichen.

Bei **Panikattacken** setzen die Beschwerden ganz plötzlich ein und steigern sich innerhalb einiger Minuten zu einem Höhepunkt. Psychische und körperliche Symptome sind dabei sehr eng miteinander verbunden. In fast allen Fällen kommt es zum Auftreten von Tachykardie, Hitzewallungen, Beklemmungsgefühlen und Zittern, außerdem zu anderen vegetativen Symptomen wie Atemnot, abdominalen Beschwerden und Ohnmachtsgefühlen. Parallel besteht die Angst zu sterben oder Angst vor Kontrollverlust. In dieser Situation wird von den Patienten häufig der Notarzt gerufen (Tab. B-4.6, Abb. B-4.6).

Eine Panikattacke **dauert** in der Regel 10–30 Minuten, sie kann aber auch zwischen 2 Minuten und einigen Stunden anhalten. Typischerweise entwickelt sich nach der ersten oder nach weiteren Attacken eine ausgeprägte **Erwartungsangst** („Angst vor der Angst“, **Phobophobie**). Diese kann später ganz in den Vordergrund der Symptomatik treten und ernsthafte Folgen (z. B. **sozialen Rückzug**) verursachen.

Bei Panikattacken steht häufig die kardiale Symptomatik ganz im Vordergrund des Erlebens. Früher als **Herzphobie** oder **Herzangstsyndrom** bezeichnete Phänomene sind dieser Störung unterzuordnen. Hierunter versteht man eine attackenartig auftretende kardiale Symptomatik ohne pathologischen kardiologischen Befund, die von intensiver Angst begleitet wird. Die vegetativen Symptome sind sehr ausgeprägt (Blutdruckanstieg, Schweißausbruch, Schwindel, Druckgefühl im Thorax). Männer im mittleren Lebensalter sind am häufigsten betroffen. Auslöser ist häufig eine Herzerkrankung einer Person in der näheren Umgebung des Patienten.

► Patientensicht. **Panikstörung**

41-jährige Patientin: „Plötzlich bekomme ich Angst, nicht mehr zu können. Ich verspüre eine Schwäche im Bauch, bekomme dann keine Luft mehr und habe einen Kloß im Hals. Ich habe das Gefühl, am ganzen Körper zu zittern und lasse alles fallen, was ich in den Händen habe. In diesen Augenblicken empfinde ich eine totale Existenzbedrohung. Es gelingt mir nicht, dagegen anzuarbeiten. Aus Angst vor diesen Zuständen leide ich in letzter Zeit unter ständigen Verkrampfungen, Übelkeit und Magenbeschwerden, unter einem Spannungsgefühl im Kopf und seelischer Abgespanntheit. Nachdem dieser Zustand einmal in unserem Gästezimmer aufgetreten war, ist es mir nun unmöglich, dieses Zimmer zu betreten.“

## 4.5.2 Panikstörung

## ► Synonym.

## ► Definition.

Die **Lebenszeitprävalenz** der Panikstörung beträgt 2–5%. Isolierte Panikattacken sind wesentlich häufiger.

**Gleichzeitig** besteht meist eine **Agoraphobie** (S. 178). Der Erkrankungsbeginn ist gewöhnlich zwischen dem 20. und 30. Lebensjahr.

Bei **Panikattacken** setzt plötzlich intensive Angst ein, die sich innerhalb von einigen Minuten zu einem Höhepunkt steigert. Psychische und körperliche Symptome sind dabei sehr eng miteinander verbunden. Häufig wird während der Attacke der Notarzt gerufen (Tab. B-4.6, Abb. B-4.6).

Panikattacken dauern meist 10–30 Minuten, evtl. auch Stunden. Folgen sind **Erwartungsangst** („Angst vor der Angst“) und **sozialer Rückzug**.

Früher als **Herzphobie** oder **Herzangstsyndrom** bezeichnete Phänomene sind dieser Störung unterzuordnen. Es kommt hierbei zu einer attackenartig auftretenden kardialen Symptomatik ohne pathologischen Organbefund und intensiver Angst. Männer sind häufiger betroffen, oft findet sich eine Herzerkrankung im näheren Umfeld des Patienten.

## ► Patientensicht.