

Angststörungen (ICD-10: F40, F41)

Angst an sich ist kein pathologisches Phänomen - Angst vor realer Bedrohung ist sogar überlebenswichtig ("Realangst"). Bei den Angststörungen ist die Angst allerdings situationsunangemessen und beinhaltet somit keine reale äußere Gefährdung. Im ICD-10 werden zwei Kategorien von Angststörungen unterschieden, deren gemeinsames Hauptmerkmal unrealistische oder stark ausgeprägte Angst darstellt.

Bei den "**phobischen Störungen**" (F40) wird die Angst überwiegend durch eindeutig definierte, im allgemeinen ungefährliche Situationen / Objekte außerhalb der betreffenden Person hervorgerufen. Diese Situationen / Objekte werden vermieden. Phobische Angst ist subjektiv, physiologisch und im Verhalten von anderen Angstformen nicht zu unterscheiden, sie variiert von leichtem Unbehagen bis zur Panik. Befürchtungen der Betroffenen können sich auf Einzelsymptome (Herzklopfen, Schwindel, Schwächegefühl) beziehen, sie treten häufig zusammen mit sekundären Ängsten auf (Angst zu Sterben; Kontrollverlust; Gefühl, wahnsinnig zu werden). Die Angst wird nicht dadurch gemildert, daß andere solche Situationen oder Objekte nicht als gefährlich oder bedrohlich betrachten. Allein die Vorstellung, daß die phobische Situation eintreten könnte, erzeugt gewöhnlich schon Erwartungsangst.

Bei den "**sonstigen Angststörungen**" (F41) ist die Angst hingegen nicht auf bestimmte Objekte bzw. Situationen begrenzt, sondern sie ist "frei flottierend" - sie tritt für die Betroffenen spontan in verschiedenen Situationen auf (Panikstörung F41.0) oder sie betrifft viele Lebensbereiche (Generalisierte Angststörung F41.1).

1. Leitsymptome und diagnostische Kriterien (ICD-10)

Generelles Kriterium: Die psychischen, Verhaltens- und vegetativen Symptome müssen primäre Manifestationen der Angst sein und nicht auf anderen Symptomen wie Wahn- oder Zwangsgedanken beruhen!

Agoraphobie (F40.0)

Symptomatik: Hauptmerkmal ist die Angst, sich an Orten/Situationen zu befinden, von denen aus ein Rückzug an einen "sicheren Ort" schwierig oder peinlich ist. Die Angst kann sich darauf beziehen, die Wohnung zu verlassen, Geschäfte zu betreten, sich in Menschenmengen oder auf öffentliche Plätze zu begeben, alleine zu reisen bzw. sich aus einer Situation nicht sofort an einen "sicheren" Platz zurückziehen zu können. Die Angst kann sich bis zur Panik steigern und wird von vegetativen Symptomen (Tachykardie, Thoraxschmerzen, Schweißausbrüchen, Tremor, Atembeschwerden, Beklemmungsgefühl, Übelkeit oder Erbrechen) begleitet. Auch wenn der Schweregrad der Angst und das Ausmaß des Vermeidungsverhaltens variieren, ist diese Phobie besonders einschränkend.

Diagnostische Kriterien (ICD-10):

Die Angst muß in mindestens 2 der folgenden umschriebenen Situationen auftreten: In Menschenmengen, auf öffentlichen Plätzen, bei Reisen mit weiter Entfernung von Zuhause oder bei Reisen alleine

Die Vermeidung der phobischen Situation ist entscheidendes Symptom.

Das Vorliegen oder Fehlen einer Panikstörung (F41.0) bei der Mehrzahl der agoraphoben Situationen kann mit der fünften Stelle angegeben werden (F40.00 ohne Panikstörung; F40.01 mit Panikstörung).

Differenzialdiagnose: Depressive, Zwangs- oder andere Angstsymptome können gleichzeitig vorliegen. Im Rahmen einer Depression ist Agoraphobie nicht die Hauptdiagnose.

Soziale Phobie (F40.1)

Symptomatik: Zentral ist die Furcht vor prüfender Betrachtung in überschaubaren Gruppen (nicht Menschenmengen). Die Angst kann sich auf bestimmte Situationen (Essen oder Sprechen in der Öffentlichkeit, Treffen mit dem anderen Geschlecht beschränken; sie kann aber auch unbestimmt sein und in fast allen sozialen Situationen außerhalb der Familie auftreten. Häufig bestehen niedriges Selbstwertgefühl und Furcht vor Kritik. Als Begleitphänomene sind Erröten, Vermeiden von Blickkontakt, Zittern, Übelkeit und Drang zum Wasserlassen häufig. Die Symptomatik kann sich bis zur Panik verstärken. Ausgeprägtes Vermeidungsverhalten kann zu starker sozialer Isolierung führen.

Diagnostische Kriterien (ICD-10):

Die Angst ist auf bestimmte soziale Situationen beschränkt oder überwiegt in solchen Situationen.

Die phobischen Situationen werden möglichst vermieden.

Differentialdiagnose: Bei schwieriger Abgrenzung hierzu sollte die Agoraphobie diagnostiziert werden.

Spezifische (isolierte) Phobien (F40.2)

Symptomatik: Die Angst bezieht sich isoliert auf spezifische Objekte/Situationen (Tiere, Höhe, Donner, Fliegen, Dunkelheit, geschlossene Räume, Prüfungen, Zahnarztbesuch, Anblick von Blut). Die Angst kann sich bis zur Panik steigern. Spezifische Phobien entstehen zumeist in der Kindheit oder im frühen Erwachsenenalter und

können unbehandelt jahrzehntelang bestehen. Das Angstaussmaß ist intraindividuell variabel und bleibt in der Regel konstant.

Diagnostische Kriterien (ICD-10):

Die Angst bezieht sich isoliert auf bestimmte Objekte oder spezifische Situationen.

Diese Objekte oder Situationen werden - wann immer möglich - vermieden

Differentialdiagnose: Die Furcht vor bestimmten Krankheiten ist als Hypochondrie (F45.2) zu diagnostizieren. Wenn die Überzeugung, krank zu sein, wahnhaft Qualität erreicht, liegt eine wahnhafte Störung vor (F22.0).

Panikstörung (episodisch paroxysmale Angst) (F41.0)

Symptomatik: Wesentliche Kennzeichen sind wiederkehrende, schwere Angstattacken (Panik), die sich nicht auf eine spezifische Situation oder besondere Umstände beschränken, nicht vorhersehbar sind und deshalb zu Erwartungsangst führen können. Typische Symptome sind: Herzklopfen, -rasen oder unregelmäßiger Herzschlag; Schwitzen; Erstickungsgefühl; Schmerzen, Druck oder Enge in der Brust; Schwindel-, Unsicherheits- oder Benommenheitsgefühle; Gefühl, dass Dinge unwirklich sind oder man "nicht richtig da" ist (Derealisation, Depersonalisation); Angst, die Kontrolle zu verlieren, "wahnsinnig zu werden" oder ohnmächtig zu werden; Angst zu sterben.

Diagnostische Kriterien (ICD-10):

Eine eindeutige Diagnose ist nur bei mehreren schweren vegetativen Angstanfällen zu stellen, die innerhalb eines Zeitraums von etwa einem Monat aufgetreten sind,

1. in Situationen, in denen keine objektive Gefahr besteht;
2. wenn die Angstanfälle nicht auf bekannte oder vorhersagbare Situationen begrenzt sind;
3. zwischen den Attacken müssen weitgehend angstfreie Zeiträume liegen (Erwartungsangst ist jedoch häufig).

Differentialdiagnose: Panikattacken bei bekannte Phobie sind ein Maß für die Schwere der Phobie. Panik im Rahmen einer depressiven Störung sollte keine Hauptdiagnose sein.

Generalisierte Angststörung (F41.1)

Symptomatik: Im Mittelpunkt stehen Befürchtungen (übertriebene Sorgen) bezüglich alltäglicher Dinge (Familie, Arbeitssituation, zukünftiges Unglück) und die Schwierigkeit, diese Sorgen zu kontrollieren. Daneben imponieren Symptome der Anspannung (Muskelverspannung, körperliche Unruhe, Zittern, Unfähigkeit zum Entspannen) und vegetative Übererregbarkeit (Tachykardie, Schwitzen, Schwindel, Benommenheit). Die Sorgen bzw. Befürchtungen treten an den meisten Tagen über eine Dauer von mindestens mehreren Wochen auf. Zumeist wird keine starke Angst wahrgenommen, sondern eher körperliche Erschöpfung.

Diagnostische Kriterien (ICD-10):

Andauernde Befürchtungen (Sorgen) in mehreren Bereichen (Arbeit, Familie, drohendes Unheil); motorische Anspannung (körperliche Unruhe, Schmerzen, Zittern, Unfähigkeit zum Entspannen); vegetative Übererregbarkeit (Tachykardie, Schwitzen, Schwindel, Benommenheit, Mundtrockenheit).

Differentialdiagnose: Die Betroffenen dürfen nicht die vollständigen Kriterien für eine depressive Episode (F32), phobische Störung (F40), Panikstörung (F41.0) oder Zwangsstörung (F42) erfüllen.

Angst und depressive Störung, gemischt (F41.2).

Diese Störung sollte bei gleichzeitigem Vorliegen von Angst und Depression vergeben werden, aber nur, wenn **keine der beiden Störungen ein Ausmaß erreicht, das eine entsprechende einzelne Diagnose rechtfertigen würde**. Patienten mit dieser Kombination verhältnismäßig milder Symptome werden in der Primärversorgung häufig gesehen. In der Allgemeinbevölkerung liegt der Prozentsatz vermutlich noch höher, ohne das die Betroffenen je in medizinische, psychiatrische oder psychotherapeutische Behandlung gelangen.

2. Epidemiologie, Verlauf

Angststörungen zeigen einen meist chronischer **Verlauf** mit Spontanremissionsraten < 20%. Es besteht ein hohes Risiko für eine Komorbiditätsentwicklung im Langzeitverlauf (vor allem depressive und andere Angststörungen sowie Alkohol- und Substanzmißbrauch), dann bestehen erhebliche psychosoziale Einschränkungen.

Epidemiologie	Agoraphobie	Sozialphobie	spez. Phobie	Panikstörung	Gener. Angst
Lebenszeit-Prävalenz	~5,3%	2,8-13,3%	10-11,3%	1,6-3,5%	5,1-8,5%
1-Jahres-Prävalenz	2,8%	7,9%	7-9%	0,9-2,3%	3,1-3,8%
Onset	25-30 Lj.; oft mit Auslösern	Kindheit und Jugend	Kindheit und Mitte der 20er	15-35 Lj.; selten: >45Lj.	vor 20 Lj., und 30.-35. Lj.

Frauenanteil	70-80%	50-70%	55-90%	~70%	~70%
--------------	--------	--------	--------	------	------

Quelle: Kessler et al. (1994, NCS); Robins & Regler (1991, ECA).

3. Ätiologie, Störungsmodelle

Es gibt kein einheitliches Störungsmodell für alle Angststörungen. Neben genetischen Faktoren ("Ängstlichkeit") weist die psychobiologische Forschung auf die Bedeutung der Neurotransmittersysteme (Noradrenalin, GABA, Serotonin) hin, wobei Aussagen zur Kausalität hierdurch nicht getroffen werden können. Die kausale Bedeutung psychischer und sozialer Faktoren bei der Angstentstehung und -aufrechterhaltung ist hingegen belegt.

Psychodynamische Modelle: In der 1. Angsttheorie (1895) ging Freud davon aus, daß Angststörungen durch an der Abfuhr gehinderter sexueller Erregung verursacht werde. Dieses mechanistische Modell ließ er selbst wieder fallen. In der 2. Angsttheorie (1926) sah Freud einen Zusammenhang zwischen unbewußten, inakzeptablen inneren Impulsen, der Angstreaktion (Signalangst) und der (unzureichenden) Aktivierung von Abwehrmechanismen.

Erlebnis "innerer Gefahr" → Angst → unzureichende Abwehrmöglichkeiten → Durchbruch der Angst als Symptom

Unspezifische und generalisierte Ängste sind so auf mangelnde Angstbewältigungsmechanismen (Ich-Schwäche) zurückzuführen. Diese wiederum basiert auf suboptimalen Entwicklungsbedingungen (traumatisierende Erlebnisse, Überbehütung, Vernachlässigung). Die **Bindungsforschung** zeigt, dass schon Kinder intuitives Wissen über die „Erreichbarkeit“ von hilfegebenden Erwachsenen haben. Wenn eine solche Unterstützung aufgrund vorhergehender Erfahrungen nicht erwartet wird, entstehen daraus partiell stabile „unsichere Bindungsmuster“ (ständige „Alarmiertheit“ bezgl. der Verfügbarkeit von Anderen, Ignorieren von Bindungswünschen). Diese prädestinieren in späteren Krisensituationen (z.B. drohende oder befürchtete Trennung von wichtigen Personen) zur Entwicklung von Angststörungen, da die früheren Erfahrungen nicht zu „verinnerlichter“ Sicherheit (= Ich-Stärke, s.o.) geführt haben.

Bei den **phobischen Störungen** kann durch das Vermeiden der angstausslösenden Situationen zumindest vorübergehend Angstfreiheit erreicht werden, was auf eine bessere Abwehr und eine größere Ich-Stärke bei diesen Patienten hindeutet. Als Ursache der meisten Phobien wird eine unbewußte Vorstellung angenommen, deren Inhalt verdrängt wurde. Die gefürchteten Objekte stehen somit symbolisch für intrapsychisch erlebte Gefahren (z.B. Verlust von Personen oder völlige Hilflosigkeit, Bloßstellung). Gefürchtet wird also eigentlich die unbewußte Vorstellung, die mit dem Objekt (Spinne, Marktplatz, Flugzeug) verbunden ist und nicht der Gegenstand als solcher. Diesen Vorgang nennt man "Verschiebung".

Verdrängung umschriebener Impulse oder Wünsche → innerer Konflikt → Erlebnis "innere Gefahr" → Angst → Verschiebung der Angst auf Situation der Außenwelt → Vermeidung der äußeren Situation

In psychodynamischen Modellen zur **sozialen Phobie** wird eine grundlegende Störung des Selbstwertgefühles angenommen, in denen zur **Generalisierten Angststörung** wird von verinnerlichten ungelösten Beziehungskonflikten (etwa: "Autonomie-Abhängigkeitskonflikt") und Ich-Einschränkungen ausgegangen.

Kognitiv-verhaltenstherapeutische Modelle gehen bei den Angststörungen von erlernten Defiziten in der Angstbewältigung, der Assoziation harmloser Reize mit Gefahr (klassisches Konditionieren), bestimmten kognitiven Fehlern (negative Sicht) und insbesondere von der Bedeutung des Vermeidungsverhaltens aus. Dieses reduziert kurzfristig die Angst, wird so negativ verstärkt und führt zur Chronifizierung (instrumentelles Konditionieren).

Angst → Vermeidung von Situationen/Objekten → kurzfristig: Angstabnahme → langfristig: Angstzunahme

Das psychophysiologische Modell der **Panikstörung** geht von einer Rückkoppelung aus, bei der vegetative und psychische Symptome (Herzklopfen, Schwindel, Schwitzen) als bedrohlich eingeschätzt werden und so mit der Zunahme der Angst auch zu einer Zunahme dieser vegetativen Symptome führen. Neben prädisponierenden Faktoren (Ängstlichkeit, Erschöpfung, geringe Selbstsicherheit, negative Kognitionen) werden auch auslösende (physiologische und kognitive) und aufrechterhaltende Faktoren (Erwartungsangst, Vermeidung) konzeptualisiert.

Vegetative Symptome → Einschätzung als bedrohlich → Angst → mehr vegetative Symptome → mehr Angst

Bei den **Phobien** wird ebenfalls von einem Zusammenspiel von komplexen Lernvorgängen (klassisches und instrumentelles Konditionieren), bestimmten prädisponierenden Faktoren ("preparadness", d.h. leichtere Erlernbarkeit bestimmter Angstreaktionen, "Angstsensitivität", d.h. traumatische Verarbeitung harmloser Erlebnisse) und bestimmten kognitiven Schemata (Überinterpretation, Fehlinterpretation) gesehen.

Modelle der **Sozialen Phobie** berücksichtigen eine prädisponierende erhöhte Ängstlichkeit, mangelnde Vorbildfunktion der Eltern und negative Erfahrungen mit "peers". Diese führen zu stabilen negativen kognitiven Schemata ("soziale Situationen sind gefährlich", "andere achten darauf, was ich tue", "ich bin unfähig") und zu negativen Erwartungen in sozialer Situationen (Peinlichkeit, Zurückweisung). Die resultierenden Angstgefühle (Fokussierung auf sozial "bedrohliche" Reize, negative Selbsteinschätzung, physiologische Erregung (Erröten, Zittern) führen zu den befürchteten Folgen (wirkliche/wahrgenommene Störungen im Verhalten, Beurteilung des Verhaltens als inadäquat, Fokussierung auf negative Konsequenzen) und werden als Bestätigung der eigenen Sicht erlebt.

Zur **Generalisierten Angststörung** liegen verschiedene Modelle vor, die von einer erhöhten ängstlichen Erwartungshaltung ausgehen, bei der vegetative und kognitive Faktoren zusammenwirken. Durch die Vermeidung bildhafter (emotionaler) Verarbeitung zugunsten kognitiver Inhalte beim "Sich-Sorgen" (dem Hauptsymptom) kommt es durch die kurzfristige Reduktion der Angst zu einer negativen Verstärkung und damit langfristig zur Chronifizierung. Den "Metasorgen" (Sorgen über die Sorgen) kommt eine aufrechterhaltende Wirkung zu.

4. Behandlung

Grundsätzlich: Psychotherapie hat sich bei der Behandlung von Angststörungen prinzipiell gut bewährt und der Erfolg ist auch nach Therapieende stabil. Die ebenfalls bewährte **psychopharmakologische Behandlung** ist dagegen mit Problemen behaftet, vor allem einem deutlich erhöhten Abhängigkeitsrisiko (Benzodiazepine) und einer hohen Rückfallquote nach Therapieende (Benzodiazepine, Antidepressiva). Deren Anwendung bedarf daher einer strengeren Indikation. Neuroleptika sind nicht indiziert.

Die dargestellten **psychotherapeutischen** Behandlungsmöglichkeiten berücksichtigen den aktuellen Stand der Effektivitätsnachweise der einzelnen Verfahren (Dengler & Selbmann 2000, Ruhmland & Margraf 2001). Vor allem kognitive Verhaltenstherapie, zumeist als Kombination aus Exposition, Angstbewältigung, Training sozialer Kompetenz, Entspannung und kognitiver Therapie gilt als gut bewährt. Dieses bedeutet nicht, daß andere, bisher weniger gut untersuchte Verfahren grundsätzlich weniger wirksam sind, es fehlen aber empirische Daten. Weiterhin ist die häufige **Komorbidität** mit anderen psychischen Störungen zu berücksichtigen, was oft ein individuelles pragmatisches Vorgehen notwendig macht.

Bei der **Agoraphobie und/oder Panikstörung** sowie der **Sozialen Phobie** besteht Konsens, daß jede Behandlung konfrontativer Elemente bedarf.

Bei den **Spezifischen Phobie** besteht Konsens, daß Exposition in vivo das Verfahren erster Wahl ist. Patienten mit isolierten Phobien allein begeben sich allerdings selten in psychotherapeutische Behandlung.

Die langfristigen Behandlungsergebnisse bei der chronisch verlaufenden **Generalisierten Angststörung** sind noch nicht befriedigend. Bei der am besten bewährten kognitiven Verhaltenstherapie werden (Sorgen-) Exposition, Angstbewältigung, kognitive Therapie und Entspannungsverfahren kombiniert. Aufgrund klinischer Erfahrung und einiger Studien scheint auch psychodynamische Psychotherapie wirksam zu sein (Leichsenring et al. 2002).

5. Besonderheiten der Arzt-Patienten-Beziehung

Angstpatienten haben die Neigung, sich an den Arzt/Therapeuten als "Schutzfigur" emotional anzuklammern. Für die Therapeuten ist zu berücksichtigen, daß die hierdurch kurzfristig geschaffene Entlastung für die Patienten letztlich zur Abhängigkeit von ihrem "Beschützer" führen kann, wenn dieses in der Therapie nicht bearbeitet wird. Deshalb ist ein Verweis auf die eigenen Möglichkeiten der Angstbewältigung, die Stärkung von Eigenverantwortlichkeit und Selbsthilfefähigkeiten per se sinnvoll und sollte Bestandteil und Ziel jeder Therapie sein.

6. Literatur

- Dengler W, Selbmann H (Hrsg): Leitlinien zur Diagnostik und Therapie von Angsterkrankungen. Steinkopff, 2000.
- Dilling H, Mombour W, Schmidt MH (Hrsg): Internationale Klassifikation psychischer Störungen. Huber, 1993.
- Hoffmann SO, Hochapfel G: Neurosenlehre, Psychotherapeutische & Psychosomatische Medizin. Schattauer, 1995.
- Kessler RC et al: Results from the National Comorbidity Survey (NCS). Arch Gen Psychiatry 1994 (51), 8-19.
- Leichsenring F, Winkelbach C, Leibing E: Die generalisierte Angststörung. Z Psychosom Med 2002 (48), 235-255.
- Margraf J (Hrsg): Lehrbuch der Verhaltenstherapie. hier: Kapitel zu Angststörungen. Band 2. Springer, 1996.
- Robins LN, Regler DH (Hrsg): Psychiatric disorders in America (ECA). Free Press, 1991.
- Ruhmland M, Margraf J: Metaanalysen zur Behandlung von Angststörungen. Verhaltenstherapie 2001 (11), 14 ff.