

Angststörungen

Diagnostik

J. Hättenschwiler, P. Höck

Einleitung

Sprachlich haben Angst und Furcht unterschiedliche Bedeutungen. Furcht bezeichnet eine konkrete Bedrohung, während Angst ein unbestimmtes, ungerichtetes Gefühl des Bedrohtseins meint. Im klinischen Gebrauch werden die Begriffe nicht scharf voneinander getrennt.

Furcht und Angst sind jedem Menschen bekannt und helfen, sich risikobewusst mit der Umwelt auseinanderzusetzen. Sie treten als normale Reaktion in objektiv oder subjektiv bedrohlichen Situationen auf. Je nach Intensität kann Angst zu zielgerichtetem, zweckmässigem Handeln führen oder lähmen. Ein gewisses Mass an Angst fördert die Leistung, die bei mittlerer Aktivierung am besten, bei hoher oder niedriger Aktivierung dagegen schlechter ist (Yerkes-Dodson-Gesetz) [1].

Etwa 15–20% der Menschen leiden irgendwann unter einer Angststörung. In der Allgemeinpraxis sind mehr als 10% der Patienten davon betroffen. Weniger als 50% der Fälle werden diagnostiziert und nur ein kleiner Teil wird behandelt [2]. Gründe dafür sind: Scham der Patienten, über Angst zu sprechen, Befürchtungen, als psychisch krank etikettiert zu werden oder einseitige Wahrnehmung körperlicher Symptome. Viele Ärzte sind mit der Diagnose und Therapie von Angststörungen noch wenig vertraut, was zu einseitiger körperlicher Abklärung führen kann [3]. Erschwert wird die Diagnose oft auch durch andere, gleichzeitig vorliegende Störungen (Komorbidität).

Angststörungen machen sich meist schon in der Kindheit oder Adoleszenz, spätestens im frühen Erwachsenenalter bemerkbar. Sie zeigen unbehandelt einen intermittierenden Verlauf mit Neigung zu Chronifizierung und führen oft zu sekundären Depressionen, Suchterkrankungen, sozialer Isolation und zu hohem Suizidrisiko [2]. Unbehandelte Angststörungen erhöhen das Risiko für zerebrovaskuläre, kardiovaskuläre, gastrointestinale, respiratorische Beschwerden sowie für die arterielle Hypertonie [4]. Die Lebensqualität ist oft über viele Jahre massiv beeinträchtigt.

Diagnostische Einteilung

Die Diagnose von Angststörungen erfolgt nach den Kriterien der heute gebräuchlichsten Klassifikationssysteme ICD-10 und DSM-IV. Die Internationale Klassifikation ICD-10 unterscheidet phobische Störungen von der Gruppe der sonstigen Angststörungen sowie Reaktionen auf schwere Belastungen oder Anpassungsstörungen (Tab. 1). Klassifikationsunterschiede zwischen ICD-10 und DSM-IV haben kaum klinische Relevanz.

Im Folgenden werden 5 Krankheitsbilder aus dem Formenkreis der Angststörungen ausführlicher dargestellt.

Panikattacke und Panikstörung

Die Begriffe Panikattacke und Panikstörung sind nicht synonym. Die Panikattacke ist der Prototyp des akuten, intensiven und zeitlich begrenzten Angstanfalls. Sie kann bei allen Angststörungen auftreten. Drei Arten von Panikattacken sind zu unterscheiden: Die unerwartete (nicht ausgelöste), die situationsbegünstigte und die situationsgebundene [5]. Unerwartete Panikattacken gehören zur Panikstörung. Situationsgebundene können bei Sozialen und Spezifischen Phobien auftreten. Situationsbegünstigte Panikattacken kommen bei der Panikstörung vor, rechtfertigen aber die Diagnose nicht und treten mitunter auch bei Spezifischen und Sozialen Phobien auf.

Hauptkriterium der **Panikstörung** (Lebenszeitprävalenz 2–3%) sind wiederkehrende unerwartete, nicht durch äussere Umstände ausgelöste Panikattacken. Sie erreichen meist in-

Tabelle 1. Angstsyndrome in der ICD-10.

F40	Phobische Störungen
F40.0	Agoraphobie
F40.00	ohne Panikstörung
F40.01	mit Panikstörung
F40.1	Soziale Phobien
F40.2	Spezifische (isolierte) Phobien
F41	Andere Angststörungen
F41	Panikstörung (episodisch paroxysmale Angst)
F41.1	Generalisierte Angststörung
F41.2	Angst und depressive Störung, gemischt

Korrespondenz:
Dr. med. Josef Hättenschwiler
Psychiatrische Universitätsklinik
Zürich
Lenggstrasse 31
CH-8029 Zürich

jhaettenschwiler@bluewin.ch

Dr. med. Paul Höck
Grienbachstrasse 36
CH-6300 Zug

paul.hoeck@datazug.ch

nerhalb von 1–3 Minuten ihr Maximum und klingen in der Regel innerhalb 10–30 Minuten ab. Gelegentlich können sie aber auch einige Stunden andauern. Die Symptomatik variiert. Typisch ist der plötzliche Beginn mit vegetativen Symptomen wie Tachykardie, Brustschmerz, Hitzewallungen, Kurzatmigkeit, Beklemmungsgefühlen, Zittern, Beben, Hyperventilation, Parästhesien, Schwindel. Viele erleben die Hilflosigkeit im Angstanfall als eine Angst vor Kontrollverlust, als Befürchtung, «den Verstand zu verlieren» oder «verrückt zu werden» [2]. Entfremdungsgefühle in Bezug auf sich selbst und die Umgebung (Depersonalisation und Derealisation) oder Todesangst verstärken die traumatische Erfahrung. Da Gesunde Angst weder in dieser Intensität noch ohne Beziehung zu konkreten Gefahren kennen, bleibt die Angst dieser Patienten für viele Menschen rätselhaft und befremdlich. Sucht der Betroffene in seiner Not den Arzt auf, ist Verständnis entscheidend. Die Behandlungsnotwendigkeit ergibt sich weniger aus der Anzahl der von ICD geforderten Symptome, als aus dem subjektiven Leidensdruck.

Zwei Sonderformen der Panikattacken sind zu beachten: Manche Patienten haben alle somatischen Symptome einer Panikattacke, ohne dass sie Angst empfinden. Sie suchen besonders häufig medizinische Nothilfe auf. Eine schwerere Form der Erkrankung stellen Panikattacken aus dem Schlaf heraus dar, die bei bis zu einem Drittel der Patienten mit Panikstörung vorkommen [5].

Die früher unter den Begriffen Herzneurose, Efort Syndrom etc. bekannten, angstbesetzten Herzwahrnehmungen, werden heute als Subtyp der Panikstörung verstanden [1].

Bei wiederholten Panikattacken entwickelt sich eine «Angst vor der Angst» (antizipatorische Angst). Die häufigste und schwerwiegendste Behinderung ist das Hinzutreten einer Agoraphobie [7]. Der Spontanverlauf ist oft episodisch, nicht selten aber anhaltend und schwer beeinträchtigend [1]. Unter optimaler Therapie ist die Prognose günstig.

Die Phobien

Sie sind Störungen, bei denen Angst ausschliesslich oder überwiegend durch eindeutig definierte, im Allgemeinen ungefährliche Situationen oder Objekte hervorgerufen wird. Trotz der Unterschiede zwischen den Phobien, gibt es Gemeinsamkeiten: Sie sind langandauernd, durch Erwartungsangst und Vermeidungsverhalten gekennzeichnet und können sozial stark beeinträchtigend sein. Obwohl den Betroffenen bewusst ist, dass ihre Ängste übertrieben sind, können sie diese nicht unterdrücken.

Agoraphobie

Die Agoraphobie (Lebenszeitprävalenz 5%) ist die schwerwiegendste Phobie. Sie ist häufig mit der Panikstörung assoziiert und beginnt i.d.R. mit einer Reihe von Panikattacken [3]. Bei der Agoraphobie besteht nicht nur Angst vor weiten Plätzen (agora = Marktplatz), sondern vor allen Situationen ausserhalb der gewohnten Umgebung und bei beschränkten Möglichkeiten zur Flucht oder Hilfe von aussen. Eigentlich Angst auslösend ist die Vorstellung, dass dabei die Situation ausser Kontrolle gerät, dass es plötzlich zu Schwindel, Entfremdungsgefühlen, Ohnmacht oder noch schlimmer gar zum Herzinfarkt oder Tod kommen könnte. Typische angstbesetzte Situationen sind Menschenmengen, Schlange stehen, öffentliche Plätze, Kaufhäuser, Aufzüge. Dadurch werden die Betroffenen oft unfähig, alltägliche Verrichtungen auszuführen. Das Vermeidungsverhalten kann zu völligen sozialen Rückzug führen. Der Agoraphobiker ist gedanklich ständig mit «Notausgangsszenarien» beschäftigt. Suchen Patienten mit Agoraphobie den Arzt auf, ist oft nur wenig von ihrer Angst zu spüren, es sei denn, sie beziehe sich auf das ärztliche Gespräch. Dies kann dazu führen, dass sie von Fachleuten, Angehörigen und Freunden nicht ernst genommen oder gar als Simulanten abgestempelt werden.

Soziale Phobie («Soziale Angststörung»)

Anstelle von Sozialphobie setzt sich zunehmend der Begriff Soziale Angststörung (Social Anxiety Disorder) durch [6]. Betroffene fürchten sich vor Situationen, in denen sie im Mittelpunkt stehen. Sie haben Angst, etwas zu sagen oder zu tun, was demütigend oder peinlich sein könnte. Sie glauben, Andere würden sie als inkompetent, schwach, «gestört» beurteilen oder allfällige Angstsymptome wie Zittern der Stimme, Erröten etc. bemerken und negativ bewerten. In den gefürchteten Situationen können alle psychischen, körperlichen und vegetativen Symptome der Angst einschliesslich Panikattacken auftreten. Allein der Gedanke an den phobischen Stimulus (z.B. Sprechen in der Öffentlichkeit) kann massive Angst provozieren. Die Vermeidung angstausslösender Situationen führt oft zu Behinderung im Alltag bis hin zur sozialen Isolierung.

Bei der nicht-generalisierten Form sind die Ängste eingegrenzt auf z.B. Sprechen in der Öffentlichkeit, Essen mit anderen Menschen, sich vorstellen, Kontakt mit dem anderen Geschlecht usw. Im Unterschied zu den anderen Phobien ist die soziale Phobie bei Männern und

Frauen gleich häufig. Sie kann sich bereits in der Kindheit abzeichnen, manifestiert sich meist in der Pubertät, beginnt oft ohne erkennbare psychodynamische Konflikte und ist in der Regel mit Schüchternheit, niedrigem Selbstwertgefühl und Furcht vor Kritik verbunden [1].

Spezifische Phobien

Hier wird die Angst durch ein Objekt oder eine Situation ausgelöst. Wir unterscheiden Phobien vom Tiertypus, vom Umwelttypus, vom Verletzungstypus (z.B. Spritzen, Blut), vom situativen Typus (z.B. Tunnel, Fahrstuhl). Isolierte Phobien sind häufig, meist aber ohne Krankheitswert. Sie beginnen vorwiegend im Kindesalter oder im jüngeren Erwachsenenalter.

Tabelle 2. Angst bei somatischen Erkrankungen [5, 7, 9].

Herz-Kreislaufkrankungen

- Arrhythmien
- Koronare Herzkrankheit, Angina pectoris
- Herzinfarkt
- Mitralklappenprolaps
- Hypotonie, Orthostase

Erkrankungen der Atemorgane

- Asthma, chronisch obstruktive Pneumopathie
- Lungenembolie, Lungenödem
- Pneumothorax

Endokrinologische Erkrankungen

- Hyperthyreose / Hypothyreose
- Hyperkortisolismus
- Hypoglykämie
- Phäochromozytom, Karzinoid, Insulinom

Immunologische Erkrankungen

- Anaphylaxie
- Systemischer Lupus erythematoses
- Arteriitis temporalis

Neurologische Erkrankungen

- Temporallappenepilepsie
- Hirntumoren
- Enzephalopathie (infektiös, metabolisch, toxisch)
- Multiple Sklerose
- Syndrom nach Commotio
- Vestibuläre Erkrankungen

Weitere internistische Erkrankungen

- Anämie, Elektrolytstörungen, Porphyrin

Generalisierte Angststörung (GAS)

Trotz einer Lebenszeitprävalenz von bis 8% wurde sie u.a. wegen ihrer weniger dramatischen Symptome lange in ihrer Bedeutung unterschätzt [2]. Im Gegensatz zu Panikstörung und den Phobien besteht bei der generalisierten

Tabelle 3. Pharmakologisch-toxische Ursachen von Angst.

- Appetitzügler
- Sympathomimetika
- Anticholinergika, L-Dopa
- Schilddrüsenhormone
- Kortikosteroide
- Hypotensiva
- Medikamentenallergien
- Alkohol
- Nikotin, Cannabis
- Amphetamine, Kokain, LSD
- Opiate (Entzug)
- Benzodiazepine (Entzug)
- Barbiturate (Entzug)
- Koffein
- Natriumglutamat (China-Restaurant-Syndrom)

Tabelle 4. Diagnostik in der Übersicht.

- Anamnese inkl. Familienanamnese
- Frühere Untersuchungen und Behandlungen
- Ausschluss organischer Ursachen
- Ausschluss einer anderen psychischen Erkrankung
- Allgemein belastende Faktoren
- Einbezug des Umfeldes (z.B. Partner, Familie)
- Abgrenzung normale versus pathologische Angst
- Differenzierung der Angstsymptomatik
 - Situations-/objektbezogene Angst
 - Auslösende Situation/Objekt
 - Verlauf: akut, attackenartig oder chronisch
- Somatische Diagnostik
 - Körperliche Untersuchung
 - Neurologischer Status
 - Routinelabor inkl. Blutzucker, TSH, fT4, Serumkalzium und -Phosphat
 - EKG, EEG (nicht obligat)
 - Evtl. bildgebende Verfahren
- Überweisung an den Spezialisten

Angststörung eine **andauernde** Angstsymptomatik über mindestens mehrere Wochen (ICD-10) bzw. mindestens 6 Monate (DSM-IV).

Gegenstand der Angst sind anhaltende, im Ausmass übertriebene, quälende Befürchtungen, die sich auf alles beziehen können und als «frei flottierend» bezeichnet werden. Da das übertriebene Ausmass der Ängste und Befürchtungen den Betroffenen durchaus bewusst ist, werden die Sorgen selbst zum Gegenstand der Besorgnis («worrying about worrying»). Die anhaltende Symptomatik verhindert eine Entspannung und führt zu Konzentrationsstörungen, Nervosität, Reizbarkeit, Schlafstörungen, Erschöpfbarkeit, Muskelverspannungen und Kopfschmerzen. Die vegetative Übererregbarkeit äussert sich in Schwindel, Schwitzen, Hitze-wallungen, Kälteschauer, Globusgefühl, Mund-trockenheit, Tachykardie, Palpitationen, Nausea, Diarrhoe oder Pollakisurie. Der Verlauf der GAS ist chronisch, wobei die Symptome sich mit der Zeit abschwächen können. Ohne Behandlung treten fast immer sekundäre Depressionen auf [2, 7].

Die Bedeutung leichter Angstformen

In der Praxis sollten auch leichte Angstformen wie z.B. die «Recurrent Brief Anxiety» (RBA) beachtet werden. Es handelt es sich um rezidivierend auftretende Angstepisoden, die weniger intensiv als Panikattacken sind und nur 1–3 Tage andauern [8]. Sie kommen sowohl in der Allgemeinbevölkerung als auch bei Angststörungen (gleichzeitig oder im Intervall) vor. Da sie in den offiziellen Klassifikationssystemen noch nicht eingeführt sind, werden sie nicht diagnostiziert, obwohl sie sich zu Vollbildern der Angststörungen entwickeln und Depressionen und Suchterkrankungen begünstigen können [8].

Differentialdiagnostik der Angst

Das Symptom Angst ist differentialdiagnostisch unspezifisch. Daher müssen auf dem Wege zu einer Diagnose folgende Fragen überprüft werden [1, 2, 9]. Ist die Angst:

- Eine normale Stressreaktion;
- Eine primäre Angststörung;
- Ein Begleitphänomen einer anderen psychischen Erkrankung;
- Sekundär bei einer somatischen Erkrankung;
- Pharmakologisch-toxisch bedingt.

Als **normale Stressreaktion** kann Angst in Situationen auftreten, die als bedrohlich und un-

kontrollierbar eingeschätzt werden (z.B. Prüfungssituation, Angst vor öffentlichen Auftritten). Angst ist andererseits das Leitsymptom der **primären Angststörungen**. Die bei der Panikstörung oft zunehmende Erwartungsangst vor weiteren Panikattacken, die «Angst vor der Angst», darf nicht mit der generalisierten Angststörung verwechselt werden. Sie ist im Gegensatz zur Panikstörung durch ständige ängstliche Anspannung, vielfältige körperliche Symptome sowie unangemessene, übertriebene Besorgtheit und Ängstlichkeit charakterisiert [2].

Angst kommt als **Begleitsymptom bei fast allen anderen psychischen Störungen** vor. Die diagnostische Zuordnung von Angstsymptomen kann besonders im Prodromalstadium einer Schizophrenie Schwierigkeiten bereiten. Unter neuroleptischer Behandlung muss Angst v.a. von der medikamentös bedingten Akathisie mit subjektiv quälender Unruhe und Angst unterschieden werden.

Angst kann auch **bei körperlichen Erkrankungen** (Tab. 2), im Rahmen **medikamentöser Behandlungen** sowie durch **Sucht- und Genussmittel** auftreten (Tab. 3). Bei Suchtmitteln muss sowohl an eine Intoxikation als an ein Entzugssyndrom gedacht werden. Grundsätzlich soll die Diagnose einer Angststörung nur dann gestellt werden, wenn die Störung nicht organisch bedingt respektive substanzinduziert ist.

Komorbidität

Mehr als 50% aller Patienten mit einer Angststörung erfüllen auch die Kriterien für zumindest eine weitere. Panikattacken kommen nicht nur bei der Panikstörung und als Epiphänomene anderer Angststörungen vor, sondern auch bei fast allen psychischen Störungen [2]. Die angstlösende Wirkung von Alkohol, Benzodiazepinen und anderen Substanzen erhöht das Risiko für die Entstehung von Abhängigkeitserkrankungen.

Eine enge Assoziation besteht zwischen Angst und Depression. Angststörungen sind primäre Störungen, die das Risiko einer sekundären Depression erhöhen [2]. Meist tritt demnach die Depression **nach** der Angststörung auf. Eine Depression beeinträchtigt im Unterschied zu den Angststörungen alle Lebensbereiche [7].

Abklärung in der Praxis (Tab. 4)

Die Abklärung der Angst ist bereits der Beginn der Therapie. Das verständnisvolle Eingehen auf die Probleme des Patienten vermittelt Vertrauen. Viele Patienten suchen den Arzt primär wegen körperlicher Beschwerden auf [3, 5].

Dies darf nicht erstaunen, sind doch im Phänomen Angst seelische und körperliche Veränderungen eng miteinander verbunden.

Somatische Erkrankungen müssen erfragt und der Patient körperlich untersucht werden. Die Differentialdiagnose orientiert sich dabei an den körperlichen (Tab. 2) und medikamentös-toxischen (Tab. 3) Ursachen der Angst. Ausserdem müssen andere psychische Erkrankungen als Ursache der Angst ausgeschlossen werden. Belastende Faktoren wie Beziehungsprobleme, Verlusterlebnisse, Schwierigkeiten am Arbeitsplatz können das Auftreten von Angst begünstigen.

Die Entscheidung, ob Angst Ausdruck einer Störung ist, kann schwierig sein. Eine scharfe Grenze zwischen normaler und krankhafter Angst existiert nicht. Eine Form mit Krankheitswert ist bei folgenden Charakteristika wahrscheinlich [2]:

- Angst ohne reale Bedrohung;
- Angst mit hauptsächlich körperlichen Symptomen;
- Ausgeprägte Erwartungsangst («Angst vor der Angst»);
- Vermeidungsverhalten;
- Angst, die lähmt und die Bewältigung der Bedrohung verhindert;
- Persistenz der Angst nach Beseitigung der Bedrohung.

Strukturierte Interviews, Checklisten, Skalen und Fragebögen können die Diagnostik zwar

vereinfachen, sind jedoch nicht notwendig. Nebst dem Inhalt der Befürchtungen sind die persönlichen, beruflichen und sozialen Auswirkungen der Angst zu explorieren. Hinweise auf hereditäre Faktoren ergeben sich aus der Familienanamnese, beziehungs-dynamische Aspekte lassen sich über die Fremdanamnese ergänzen.

Die somatische Diagnostik sollte sinnvoll begrenzt erfolgen. Hundertprozentige Sicherheit ist auch durch uferlose und wiederholte somatische Diagnostik nicht zu erreichen [9]. Vielmehr kann dadurch eine iatrogene Fixierung und Chronifizierung gefördert werden. Angstpatienten, die von der körperlichen Ursache ihrer Störung überzeugt sind, gehen häufig von Arzt zu Arzt und lassen kostspielige Untersuchungen wiederholen. Deshalb ist die Frage nach bereits durchgeführten Abklärungen und Behandlungen unerlässlich. Zusätzliche Diagnostik ist angezeigt, falls die Symptome auf Störungen bestimmter Organe oder Organsysteme hinweisen.

Obwohl die Aufgabe des Hausarztes und des in der Grundversorgung tätigen Spezialisten wohl hauptsächlich darin besteht, Angsterkrankungen als solche überhaupt zu erkennen und auch körperliche Symptome als mögliche psychiatrische Störung in Betracht zu ziehen, kann er bei entsprechender Fortbildung ohne weiteres eine Therapie durchführen. Von Vorteil ist die Zusammenarbeit mit einem Psychiater oder Psychologen. Die Überweisung an den Psychiater erfolgt grundsätzlich bei [1, 3, 9]:

- Diagnostischer Unsicherheit;
- Schwieriger differentialdiagnostischer Abgrenzung;
- Komplizierung durch Komorbidität (Sucht, Depression und Suizidalität);
- Keiner oder ungenügender Besserung.

Verdankung

Für die Durchsicht des Manuskripts und wertvolle Anregungen danken wir den Herren Prof. Dr. med. J. Angst, Psychiatrische Universitätsklinik Zürich, Prof. Dr. med. Bruno Truniger, Luzern und Dr. med. St. Rennhard, FMH Allgemeine Medizin, 8155 Niederhasli.

Quintessenz

- Angststörungen sind klinisch relevante Erkrankungen. Sie werden häufig weder diagnostiziert noch behandelt.
- Jede Angstsymptomatik sollte in ihrer Bedeutung für den Patienten und sein Umfeld exploriert werden.
- Bei frühzeitiger Diagnose und sorgfältiger Abklärung ihrer Ursachen sind Angststörungen in der Regel gut behandelbar.
- Unbehandelt neigen sie zu einem chronischen Verlauf, erhöhen das Risiko von Folgeerkrankungen und führen oft zu wiederholten, kostspieligen somatischen Abklärungen.

Literatur

- 1 Hippus H, Klein HE, Strian F. Angstsyndrome: Diagnostik und Therapie. Berlin: Springer; 1999.
- 2 Kasper S, Möller HJ (Hrsg). Angst- und Panikerkrankungen. Jena: Fischer; 1995.
- 3 Rakel RE. Anxiety and the primary care physician. Primary Psychiatry 2001;8(3):52-8.
- 4 Bowen RC, Senthilselvan A, Barale A. Physical illness as an outcome of chronic anxiety disorders. Can J Psychiatry 2000;45:459-64.
- 5 Möller HJ, Laux G, Kapfhammer HP. Psychiatrie und Psychotherapie. Springer: Berlin; 2000.
- 6 Liebowitz MR, Heimberg RG, Travers J, Stein MB. Social phobia or social anxiety disorder: What's in a name? Arch Gen Psychiatry 2000;57:191-92.
- 7 Kasper S. Angsterkrankungen: Diagnostik und Pharmakotherapie. MMV München: Medizin Verlag; 1998.
- 8 Angst J. Modern epidemiology of anxiety: Results of the Zurich cohort study. Hum Psychopharmacol Clin Exp 1999;14:29-37.
- 9 Dengler W, Selbmann HK (Hrsg). Praxisleitlinien in Psychiatrie und Psychotherapie; Band 2: Leitlinien zur Diagnostik und Therapie von Angsterkrankungen. Darmstadt: Stein-kopff; 2000.