

Wenn die Angst zum ständigen Begleiter wird: Erkennen und Behandeln von Angststörungen

Thomas Pauli
Praxis für Psychiatrie u. Psychotherapie
Pestalozzistrasse 33, Wil SG

Hausarzt-Symposium der SRFT 2024

1

Angst

- Existentielle Grunderfahrung des Menschen
- Gefahr scheint subjektiv als nicht zu bewältigend
- Man fühlt sich „in die Enge getrieben“ *angustia: lat. Enge*
- Angst sichert Überleben
- Real-Angst vs. Pathologischer Angst → Angst-**Störung**

2

Definition und Klassifikation (ICD-10)

Angststörungen sind psychische Erkrankungen, charakterisiert durch übermäßige, anhaltende und oft irrationale Angst oder Besorgnis in Situationen, die objektiv keine oder nur eine geringe Bedrohung darstellen.

F4 Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen

Panikstörung (F41.0)

Generalisierte Angststörung (F41.1)

Angst und depressive Störung, gemischt (F41.2)

Phobische Störungen:

- Agoraphobie (F40.0)

- Soziale Phobien (F40.1)

- Spezifische (isolierte) Phobien (F40.2)

3

Klassifikation ICD-10: F40 Phobien

F40.00 – Agoraphobie ohne Panikstörung

Anhaltende Furcht bzw. Vermeidung von Menschenmengen, öffentlichen Plätzen, ÖV, Geschäften. Nur eine kleine Gruppe der A. hat keine Panikattacken

→ Angst vor Kontrollverlust über Magen-Darmtätigkeit, Ohnmacht, etc.

F40.01 – Agoraphobie mit Panikstörung

«Angst vor der Angst», Angst vor Schlangestehen, vor Menschenmengen, vor dem unmöglichen Rückzug aus der Angstsituation

F40.10 – Soziale Phobie

Angst wird ausgelöst in Situationen, in denen man im Mittelpunkt steht; Angst vor Bewertung, z.B. Rede halten, Unterschreiben vor Anderen, gem. Essen, etc.

F40.20 – Andere Phobien

Objekt-/Situationsbezogene Ängste wie z.B. Höhenangst, Spinnenphobie, Klaustrophobie, Angst vor Erröten, etc.

4

Agoraphobie aus der Sicht einer Betroffenen

„Als meine Ängste am schlimmsten waren, konnte ich mich nur noch in einem Zimmer unserer Whg. aufhalten. In diesem Zimmer waren alle Dinge, die ich tagtäglich so brauchte. Ganz wichtig war, dass immer ein Telefon in meiner Nähe war, damit ich jederzeit meinen Hausarzt anrufen konnte. Wenn mein Mann tagsüber zur Arbeit ging, kam immer eine Frau zu uns, damit ich nicht alleine war.

Sie konnte dann meinen Mann oder meinen Arzt anrufen, falls ich mal wieder die Panik bekam. Das Zimmer verliess ich nur mit ihr. Aus der Wohnung bin ich zu dieser Zeit nur ganz selten raus. Und auch das nur mit meinem Mann. Schon der Gedanke, das Haus zu verlassen, versetzte mich in Panik.

Kaufhäuser, Einkaufsstrassen, Restaurants oder Auto- und Zugfahrten machten mir wahnsinnige Angst. Sobald ich das Haus verliess, hatte ich ständig Angst, ich könnte jeden Moment umfallen und kein Arzt ist in der Nähe, der mir helfen könnte. Das ging über mehrere Jahre so. Diese Zeit war schrecklich.“

(Schneider u. Margraf 1994, S.63)

5

ICD-10: F41 Andere Angststörungen

F41.00 – Panikstörung

Wiederkehrende, unerwartet auftretende Angstanfälle, die innerhalb kurzer Zeit ihr Maximum erreichen. Sie sind von vielfältigen körperlich-vegetativen Symptomen sowie intensivem Angst- und Bedrohungserleben begleitet

Milde Form: 4 Panikattacken / Monat; Schwere Form: 4 Panikattacken / Woche

F41.10 – Generalisierte Angststörung

Anhaltende, nicht auf bestimmte Situationen gerichtete, frei flottierende Angst mit starken vegetativen Beschwerden; unkontrollierbare, sich abwechselnde Sorgen und nicht begründbare Befürchtungen

F42.20 – Angst und Depression

Beide Beschwerden sind in leichter Form kombiniert, ohne dass die Kriterien einer Angststörung oder einer Depression vollständig erfüllt sind

6

Epidemiologie Schweiz

2022 waren **19,4%** der Bevölkerung wegen Angststörungen in Behandlung,

7,5% Männer und 11,9% Frauen (> 15. Lebensjahr in Privathaushalten)

Altersgipfel: Häufiger Beginn im jungen Erwachsenenalter (18-25 Jahre)

Komorbidität: Hohe Komorbiditätsraten mit Depression (bis zu 60%), Substanzabhängigkeit und Persönlichkeitsstörungen

7

Bio-psycho-soziale Ätiologie

Genetische Prädisposition → Heritabilität 30 – 68%

Neurobiologische Faktoren (z.B. Dysregulation im Serotonin-Noradrenalin-System)

Mangelnde Inhibition der Amygdala-Aktivität im Angstnetzwerk

Psychosoziale Faktoren (z.B. frühe Traumata, Stressfaktoren, behütender Erziehungsstil)

Kognitive Faktoren (dysfunktionale Denkmuster → Wunsch nach Sicherheit, Kontrollbedürfnis, etc.)

Lerntheoretische Aspekte (z.B. Modelllernen, 2-Faktoren-Modell nach Mowrer)

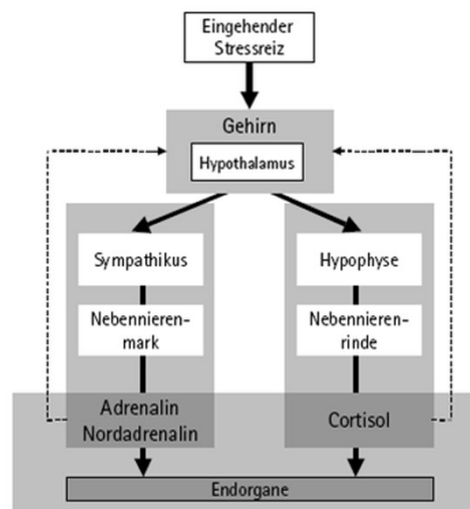
Persönlichkeitseigenschaft assoziiert: Neurotizismus, Gewissenhaftigkeit, Extraversion

8

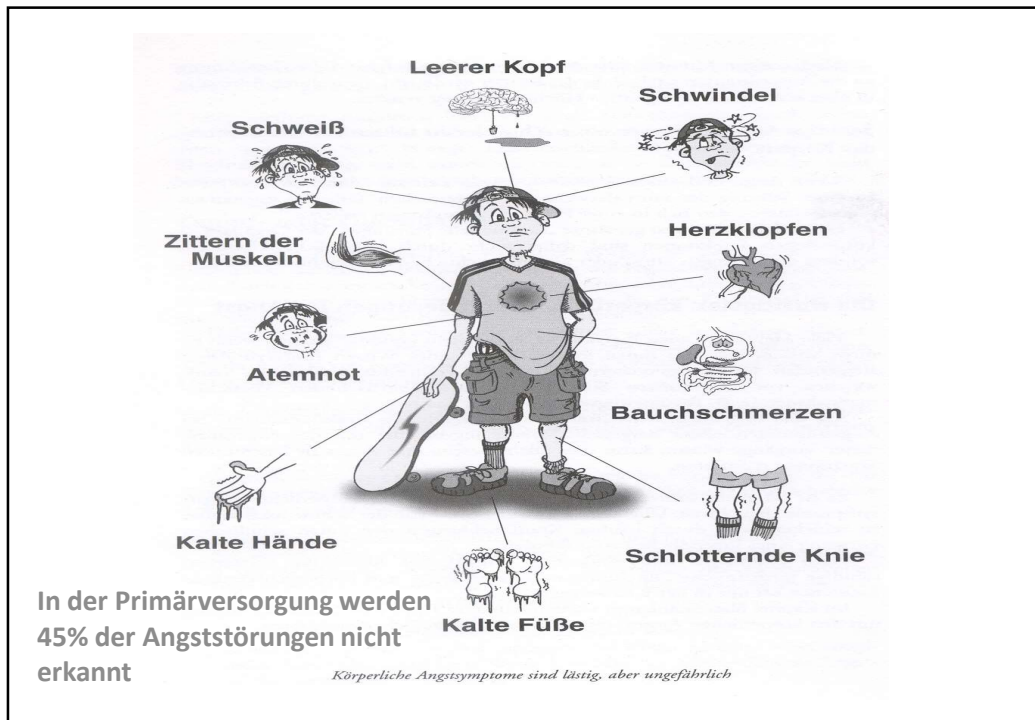
Barbara Streisand
sang 27 Jahre aufgrund
ihrer **Sozialen Phobie** nicht
mehr. Sie vergass bei einem
Konzert einmal den Text
und trat von da ab nicht
mehr auf, aus Angst sich
noch einmal zu blamieren.

9

Stresshormone machen Angst



10



11

Diagnostik

Leitsymptome:

Psychisch: Angst, Sorgen, Vermeidungsverhalten

Cave: ca. 90% der **GAS**-Patienten geben als primäres Symptom **Schmerzen / Schlafstörungen** an

Direkte Fragen nach Vermeidungsverhalten in bestimmten Situationen.

Bestehen Fehlinterpretationen zu Körpersymptomen?

Somatisch: Herzrasen, Schwitzen, Zittern, Atemnot

Diagnostische Kriterien nach ICD-10 / DSM-5 für jede spezifische Angststörung

Screeninginstrumente:

GAD-7 (Generalized Anxiety Disorder-7) → 7 items zu den letzten 14d, 10 / 21 Pkt: +

HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale) je 7/7 items zu Angst / Depression

...

Strukturierte Interviews:

SKID (Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-5)

12

Somatische Abklärung

- BD-Kontrolle
- Labor: BB, Elektrolyte, BZ, Schilddrüse, Niere, Leber, Drogenscreening

- EKG
- EEG, bei V.a. epileptische Genese, ggf. Neuro Konsil

- In seltenen Fällen Bildgebung: cMRI, cCT
- Ausschluss von Med.- und Substanzwirkung
z.B. Kortison, SD-Hormone, Koffein, Alkohol, Drogen

- ...

13

Differenzialdiagnosen

Andere psychische Störungen:

Depression, Zwangsstörungen, PTBS, Psychotische Störungen

Somatische Erkrankungen:

Schilddrüsenerkrankungen, Herzerkrankungen, Lungenerkrankungen,
Phäochromozytom, Epilepsie, Migräne, benigner paroxysmaler
Lagerungsschwindel, u.a.

Substanzinduzierte Angststörungen:

Koffein, Alkohol (Entzug), Stimulanzen, Kortison, SD-Hormone, u.a.

14

Therapieplanung

Psychotherapie

1. **Psychoedukation** / Entwicklung indiv. Krankheitsmodell / „Teufelskreis der Angst“
2. Kognitive Verhaltenstherapie **KVT** → Bearbeitung dysfunktionaler Kognitionen und Fehlinterpretationen, Verhaltensexperimente
3. **Exposition** mit angstauslösenden Reizen / Sorgenexposition bei GAS
4. Selbstmanagement und Rückfallprophylaxe
→ selbstständige Exposition und kognitive Anpassungen im Alltag

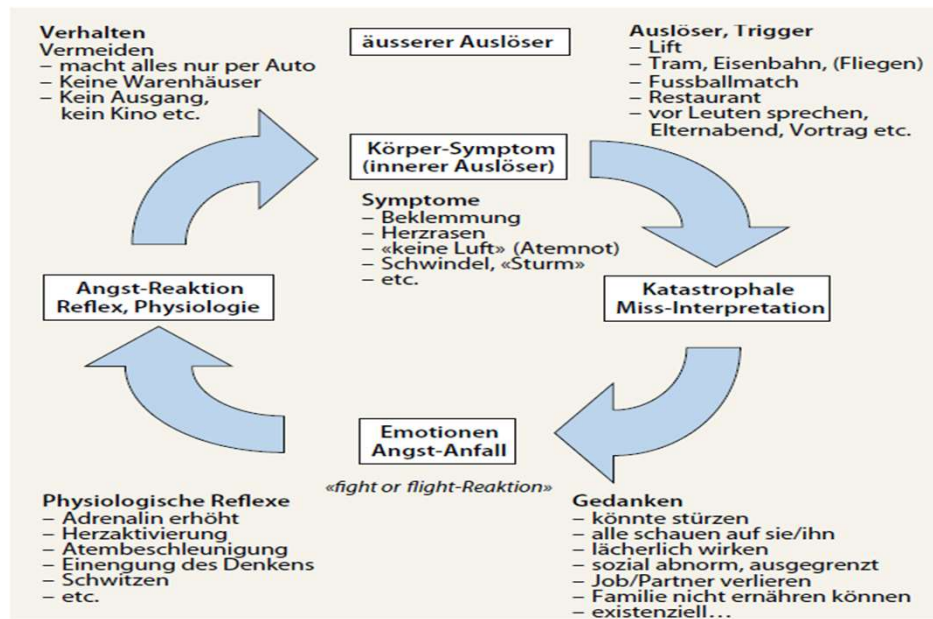
Psychopharmakotherapie: gleiche Effektstärke wie PT (0,5 – 0,8)

Einbezug der informierten Patienten in die Planung!

→ Entscheidungskriterien: Wirkeintritt, Nachhaltigkeit, UAW, Verfügbarkeit, etc.

15

Teufelskreis der Angst: Psychoedukation



16

Verhaltensexperimente bei KVT

- Herzklopfen, Herzrasen → Gedanke: „Ich bekomme **Herzinfarkt**“
Übungen zur körperlichen Belastung: Treppensteigen, Kniebeugen
- Atemnot, Dyspnoe → Gedanke: „Ich **ersticke**“
Aufforderung zur Hyperventilation
- Hyperventilation, Schwindel → Gedanke: „Ich falle in **Ohnmacht**“
Drehen um die eigene Achse, Hyperventilation

17

Psychopharmaka

Panikstörung (mit/ohne Agoraphobie)

SSRI → Escitalopram (10-20mg), Paroxetin (20-50mg), Sertralin (50-150mg)

SNRI → Venlafaxin (75-225mg)

TZA → Clomipramin (75-250mg)

Soziale Phobie

SSRI und SNRI

MAO-Hemmer → Moclobemid (300-600mg)

18

Psychopharmaka

Generalisierte Angststörung

SSRI → Escitalopram, Paroxetin

SNRI → Venlafaxin, Duloxetin (60-120mg)

Kalziummodulator → Pregabalin (150-600mg)

MASSA (Melatonin-Agonist, 5HT_{2c}-Antagonist) → Agomelatin (25-50mg)

SARI → Trazodon (50-600mg)

Anxiolytika → Opipramol (50-300mg), Deanxit (1-4 Tabl.), Atarax (50-100mg)

Phytotherapeutikum → u.a. Relaxane (3x1 Tabl.), Laitea

Off-Label:

- Betablocker → Propranolol (Prüfungsangst)
 - AAP → v.a. Quetiapin XR (50-300mg) oder Quetiapin 25mg (Reserve)
- Kurzwirksame Benzodiazepine (Temesta, Xanax) nur im Notfall

cave: höchste Abhängigkeit in dieser Indikation!

19

Mögliche Rolle des Hausarztes

- Früherkennung und Screening
- Differentialdiagnostik und Ausschluss somatischer Ursachen
- Einleitung der Basistherapie, u.a. Psychoedukation, Medikation
- Überweisung an Spezialisten bei:
 - Abhängig von Schweregrad der Angststörung
 - Wunsch der Patient:innen / Psychotherapie
 - Komorbiden Erkrankungen
 - Suizidalität
- Langzeitbetreuung (und Rezidivprophylaxe)

20

Fazit und Diskussion

- Angststörungen sind häufig und oft unterdiagnostiziert
- Frühzeitige Erkennung und Behandlung verbessern die Prognose
- Interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen Hausärzten und Psychiatern ist wichtig
- Fragen und Diskussion