

ANGSTSTÖRUNGEN

KLASSIFIKATION NACH ICD 10

- Agoraphobie ohne und mit Panikstörung
- Soziale Phobie
- Spezifische (isolierte) Phobie
- Panikstörung
- Generalisierte Angststörung
- Angst und Depression gemischt

EPIDEMIOLOGIE UND VERLAUF

- Lebenszeitprävalenz von Angststörung 10-15 % (Generalisierte Angststörung 5 %, Spezifische Phobie 8 %, Panikstörung 2 %, Agoraphobie 5 %).
- Ersterkrankungsalter zwischen dem 15. und 30. Lebensjahr, Frauen doppelt so häufig betroffen wie Männer.
- Spontanverläufe ungünstig, 30 % verlaufen chronisch,
- deutliche psychosoziale Funktionseinschränkungen (Beruf, Partnerschaft),
- hohe Inanspruchnahme des medizinischen Versorgungssystems.
- Komorbidität hoch, Komorbidität mit einer weiteren Angststörung (30-80%), Depression 60%, Alkoholabhängigkeitssyndrome 30-50 %, Medikamentenmissbrauch/-abhängigkeit 30%.

SYMPTOMATIK UND TYPISIERUNG

1. PANIKSTÖRUNG

WIEDERHOLTE PANIKATTACKEN, DIE UNVORHERGESEHEN UND PLÖTZLICH AUFTRETEN, ZEITRAUM INNERHALB EINES MONATS:

- Einzelne Episoden von intensiver Angst oder Unbehagen
- Maximum innerhalb von wenigen Minuten, mehrere Minuten Dauer, Abklingen nach 10 – 30 Minuten, teilweise erst nach Stunden
- Mindestens vier der angegebenen Symptome:
Palpitation, Herzklopfen oder erhöhte Herzfrequenz, Schweißausbrüche, Tremor, Mundtrockenheit, Atembeschwerden, Beklemmungsgefühle, Thoraxschmerzen, Nausea oder abdominale Missempfindung, Schwindel oder Schwäche, Derealisation/Depersonalisation, Angst vor Kontrollverlust, Angst, zu sterben, Gefühllosigkeit oder Kribbelgefühl.

2. AGORAPHOBIE

Anhaltende Furcht vor oder Vermeidung von **MINDESTENS ZWEI DER FOLGENDEN SITUATIONEN**: Menschenmengen, öffentliche Plätze, Reisen mit weiter Entfernung von zu Hause, Reisen alleine, Schlangestehen. Vermeidung der phobischen Situation, starke emotionale Belastung durch Vermeidungsverhalten. Einsicht, dass die Furcht übertrieben und unvernünftig ist.

3. SPEZIFISCHE PHOBIE

Bei den spezifischen Phobien besteht **FURCHT VOR ISOLIERTEN OBJEKTEN ODER SITUATIONEN**. Vermeidung der Objekte oder Situationen. Beispiele: Prüfungen, Höhen, geschlossene Räume, Staub, Bakterien, Viren, verschiedene Tiere (z.B. Vögel), Feuer, Blut, Zahnarzt- oder Krankenhausbesuche.

4. **SOZIALE PHOBIE**

UNANGEMESSEN STARKE FURCHT VOR PRÜFENDER BETRACHTUNG DURCH ANDERE MENSCHEN etwa in kleinen Gruppen. Vermeidung von sozialen Situationen, allgemein Vermeidung von speziellen Situationen wie Essen oder Sprechen in der Öffentlichkeit, Treffen mit dem anderen Geschlecht, Besuch von öffentlichen Veranstaltungen. Die Störung kann diskret und umschrieben sich auf einzelne Situationen (wie Reden vor Publikum) beziehen oder generalisiert sein auf eine Vielzahl sozialer Anlässe.

5. **GENERALISIERTE ANGSTSTÖRUNG**

UNREALISTISCHE, ÜBERTRIEBENE ANGST UND BESORGNIS BEZÜGLICH VERSCHIEDENER LEBENSUMSTÄNDE, z.B. unbegründete Sorgen um die eigene Gesundheit oder die von Angehörigen, Sorgen, dass ein Unglück passieren könnte, finanzielle Sorgen, Sorgen um die Leistungsfähigkeit. Die Ängste und Sorgen dauern mindesten 6 Monate an. Ferner Zeichen motorischer Spannung (Zittern, Muskelverspannung, Ruhelosigkeit, leichte Ermüdbarkeit). Vegetative Übererregbarkeit (Atemnot, Palpitationen, Schwitzen, Benommenheit, Übelkeit). Erhöhte Aufmerksamkeit, sich angespannt fühlen, Konzentrationsschwierigkeiten, Ein- und Durchschlafstörungen, Reizbarkeit.

6. **ANGST- UND DEPRESSIVE STÖRUNG GEMISCHT**

KOEXISTENZ VON LEICHTEN ÄNGSTLICHEN UND DEPRESSIVEN BESCHWERDEN, die nicht das volle Ausmaß einer Angststörung oder depressiven Störung erreichen. Milde Kombination beider Syndrome weit verbreitet.

DIFFERENTIALDIAGNOSEN

Wichtigste DD: Depressive Störung, DD: Ängste im Rahmen einer schizophrenen Grunderkrankung, DD: Angstsymptomatik infolge eines akuten oder chronischen Substanzgebrauchs. DD: kardiovaskuläre Erkrankungen, KHK, Myokardinfarkt, Herzrhythmusstörungen, pulmonale Erkrankungen, Lungenembolie, Lungenödem, Dyspnoe bei chronisch obstruktiver Lungenerkrankung. Endokrine Erkrankung, Hyperthyreose, Hyperglykämie, Phäochromozytom, neurologische Erkrankungen, cerebrale Anfälle, Morbus Parkinson, dementielle Erkrankungen, HNO-Erkrankungen, periphere Vestibularisstörungen, benigner paroxysmaler Lagerungsschwindel.

DIAGNOSTISCHES VORGEHEN

- Ausschluss körperliche Erkrankungen
- internistisch-neurologische Basisuntersuchung, Labor, EKG, EEG, ggf. MRT, ggf. Drogenscreening.
- Erfüllung der Diagnosekriterien der Angststörung
- psychosoziale Funktionseinschränkung
- spezielle Rating-Skalen zur Messung von Angst, z.B. Hamilton-Anxiety-Scale(HAMA), Beck-Angst-Inventar (BAI).

ÄTIOLOGIE UND PATHOGENESE

Genetische, biologische und psychologische Erklärungsansätze werden unterschieden, Ergebnisse u.a. aus Zwillings- und Familienuntersuchungen, molekulargenetischen Studien, neuroendokrinologisch wird eine Veränderung der HPA-Achse postuliert und Dysregulation von Neuropeptiden, neuroanatomische Modelle postulieren Überaktivierung in Amygdala und Locus coeruleus.

THERAPIE

KOMBINIERTER EINSATZ VON PHARMAKOLOGISCHER UND PSYCHOTHERAPIE.

- Pharmakologisch: Antidepressiva. – Nach kontrollierten Studien sind wirksam Serotonin-Wiederaufnahmehemmer, Venlafaxin, Imipramin (TZA), Moclobemid.
- Psychotherapie: gute Daten für Verhaltens- und kognitive Therapie, Psychoedukation, Sporttherapie.
- Rezidiv-prophylaktische Behandlung: Fortsetzung der antidepressiven Therapie über ein Jahr, Rückfallrate möglicherweise niedriger, wenn 18 Monate Erhaltungstherapie erfolgt.

ZWANGSSTÖRUNGEN

Das klinische Bild der Zwangsstörung wird durch Zwangsgedanken und Zwangshandlungen charakterisiert. Meist treten Zwangshandlungen und Zwangsgedanken gemeinsam auf.

- Zwangsgedanken sind vorwiegend aggressive Impulse oder Gedanken, die sich mit Kontamination und Schmutz beschäftigen.
- Bei den Zwangshandlungen stellen Kontrollzwänge und Waschwänge die häufigsten Zwangshandlungen dar.
- Die Zwangsimpulse werden von den meisten Patienten als sinnlos erlebt.
- Die Zwangssymptomatik wird häufig verheimlicht.

DIAGNOSTISCHE KRITERIEN NACH ICD 10

Zwangsgedanken oder Zwangshandlungen bestehen über **WENIGSTENS ZWEI WOCHEN**. Sie werden als quälend erlebt und stören normale Aktivitäten.

MERKMALE:

- Die Gedanken und Impulse sind für den Patienten als eigene erkennbar.
- Wenigstens einem Gedanken oder einer Handlung muss, wenn auch erfolglos, Widerstand geleistet werden.
- Die Handlungen oder der Gedanke werden nicht als angenehm erlebt.
- Die Gedanken, Vorstellungen oder Impulse wiederholen sich in unangenehmer Weise.

SUBTYPEN:

- Zwangsstörung mit vorwiegend Zwangsgedanken oder Grübelzwang
- Vorwiegend Zwangshandlungen (Zwangsrituale)
- Zwangsgedanken und -handlungen, gemischt

DIE ZWANGSGEDANKEN BEZIEHEN SICH MEISTENS AUF AGGRESSIVE ODER SEXUELLE VORSTELLUNGEN UND IMPULSE, KONTAMINATION, ORDNUNG UND SYMMETRIE. DIE ZWANGSHANDLUNGEN HABEN ZU TUN MIT KONTROLLIEREN, WASCHEN UND REINIGEN, ORDNEN UND ZÄHLEN.

EPIDEMIOLOGIE UND VERLAUF

- Zwangsstörungen zeigen eine 6-Monatsprävalenz von 1-2 %
- Männer und Frauen sind möglicherweise gleich häufig betroffen
- Es handelt sich um eine fast immer chronisch verlaufende Erkrankung ohne Tendenz zu Spontanremission
- Die Symptomatik geht mit ausgeprägten psychosozialen Beeinträchtigungen einher

ÄTIOPATHOGENESE

- Wahrscheinlich ist eine **Kombination genetischer, verhaltenstheoretischer und neurobiologischer Faktoren**.
- Ergebnisse bildgebender Verfahren sprechen dafür, dass bei Zwangspatienten eine Dysfunktion von Frontalhirn, Basalganglienhirn und limbischem System vorliegt.
- Als Neurotransmitterhypothese wird eine Störung des serotonergen Systems diskutiert.

DIFFENTIALDIAGNOSEN UND KOMORBIDITÄT

- Affektive Störungen (häufigste komorbide Störung bei ca. 30% der Zwangspatienten)
- Angststörungen
- schizophrene Psychosen
- zwanghafte Persönlichkeitsstörung
- Gilles de la Tourette Syndrom

THERAPIE

Die Therapie der Wahl ist eine **Kombination von medikamentösen und verhaltenstherapeutischen Verfahren.**

- Serotonin-Wiederaufnahmehemmer, z.B. Paroxetin, Sertralin. Therapie mindestens 12 Wochen, bis zu 12 Monaten weitere Verbesserungen möglich. Beginn niedrig dosiert, Höchstdosis verabreichen.
- Verhaltenstherapie, Reizkonfrontation mit Reaktionsverhinderung bzw. Reaktionsmanagement, kognitive Therapie.
- Angehörigenarbeit.