

# Angststörungen

Peer  
Reviewed

**Angststörungen gehören zu den häufigsten psychischen Erkrankungen und gehen mit einem hohen Leidensdruck einher. Nur wenn eine Angststörung als solche erkannt wird, kann sie erfolgreich behandelt werden. Wie Angststörungen sich manifestieren und wie diese diagnostisch eingeordnet werden können, soll im folgenden Artikel beleuchtet werden. Die psychotherapeutischen und psychopharmakologischen Behandlungsmöglichkeiten werden in einem späteren Artikel dargestellt werden.**

Kulturunabhängig und universell gültig werden sogenannte Basisemotionen beschrieben. Ekman (1) unterscheidet dabei Ekel, Furcht/Angst (fear), Freude, Traurigkeit, Überraschung und Wut. Diese Emotionen haben eine wichtige Funktion und geben uns eine bewusst wahrnehmbare Rückmeldung darüber, ob ein Bedürfnis gerade erfüllt oder eben nicht erfüllt ist. Während befriedigte Bedürfnisse zu angenehmen Gefühlen führen, lösen unbefriedigte Bedürfnisse unangenehme Gefühle aus.

Die American Psychological Association (APA [www.apa.org](http://www.apa.org)) definiert Angst als eine Emotion, die mit einem Gefühl der Anspannung einhergeht und durch Sorgengedanken, sowie physische Veränderungen charakterisiert ist. Angst tritt in Situationen auf, die als bedrohlich eingeschätzt werden, sprich, wenn das Bedürfnis nach Sicherheit nicht genügend erfüllt ist. Das Ausmass der Angst hängt dann von der Bewertung der Gefahr und der Einschätzung eigener Bewältigungsmöglichkeiten ab (2). Das Wort Angst ist urverwandt mit dem lateinischen «angustus» = «eng». So fühlt sich eine angstgeplagte Person häufig in die Enge getrieben und empfindet Beklemmung.

Wird eine Angstreaktion ausgelöst, werden über das sympathisch-autonome Nervensystem verschiedene adaptive Prozesse in Gang gesetzt. Diese führen zum Zwecke einer Energiemobilisierung zu körperlichen Reaktionen (z.B. Herzrasen, Schwitzen, schnellere und flachere Atmung), zu psychischen Symptomen (z.B. Unruhe, Angespanntheit), sowie zu gedanklichen Veränderungen (z.B. Gedankenkreisen und Katastrophisierungen). Im Verhalten können Vermeidung, Rastlosigkeit oder Hektik auftreten. Diese Adaptationsprozesse befähigen unseren Körper und Geist auf die Gefahrensituation zu fokussieren und auf die Bedrohungssituation adäquat zu reagieren (fight-flight or fright-Reaktion (3)).

Die Grenze zwischen angemessener und pathologischer Angst kann nicht immer eindeutig definiert werden. Allgemein kann man sagen, dass die pathologische Angst in Situationen auftritt, in denen keine reale Bedrohung besteht. Diese erscheint dann Nichtbetroffenen unbegründet und unangemessen.

## Epidemiologie

Die World Health Organisation (WHO) schätzt, dass 2015 weltweit rund 264 Millionen Menschen an einer Angsterkrankung (inklusive Zwangsstörungen und posttraumatische Belastungsstörungen



Dr. med.  
Lucas Krug  
Zürich



Dr. phil.  
Olivia Bolt  
Zürich

(PTBS), welche in diesem Artikel nicht beschrieben werden) litten. Hierbei sind Frauen ca. zweimal häufiger betroffen als Männer. Die Years Lived with Disability (YLD) beträgt in der europäischen Region 1.2 Millionen Jahre (4). Es wird geschätzt, dass jedes Jahr 38.2% der EU-Population (EU-27 plus Schweiz, Island und Norwegen) an mindestens einer psychischen Erkrankung leidet, was 164.8 Millionen Betroffenen entspricht. Angsterkrankungen gehören dabei zu den häufigsten psychischen Erkrankungen mit rund 69.1 Millionen Betroffenen (5). In der Schweiz litten im Jahr 2010 893 000 Personen an Angststörungen. Die häufigsten Angststörungen waren die Spezifischen Phobien (39.2%), gefolgt von den Sozialen Phobien (17.2%), der Generalisierten Angststörung (GAS; 15.1%), der Agoraphobie (15%) und der Panikstörung (13.4%). Für die Behandlung wurden dabei rund 1.3 Milliarden Euro aufgewendet (6).

In einem systematischen Review wird für die Angststörungen über eine 1-Jahres-Prävalenz von 10.6% und eine Lebenszeitprävalenz von 16.6% berichtet (inklusive Zwangsstörungen und PTBS). Dabei war die GAS die Angststörung mit der höchsten Lebenszeitprävalenz (6.2%), gefolgt von Spezifischen Phobien (5.3%), Agoraphobie (3.8%), Sozialen Phobien (3.6%), und Panikstörung (1.2%) (7).

## Taxonomie

Die Angststörungen werden in der ambulanten und stationären Versorgung gemäss der 10. Version der Internationalen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (ICD-10) diagnostiziert (8, 9). Für einen Überblick über die Klassifikationen siehe Tab. 1.

Grob werden die Phobischen Störungen (F40.-) und die Anderen Angststörungen (F41.-) unterschieden.

Bei den Phobischen Störungen tritt Angst in eindeutig definierten, eigentlich ungefährlichen Situationen auf. Dies löst dann entweder Vermeidungsverhalten aus oder die Situation wird mit Furcht ertragen. Die Befürchtungen des Patienten können sich auf Einzelsymptome wie Herzklopfen oder Schwächegefühl beziehen. Zudem treten häufig sekundäre Ängste auf, wie die Angst vor dem Sterben oder Kontrollverlust, oder das Gefühl, wahnsinnig zu werden. Bei den Phobischen Störungen werden die Agoraphobie ohne (F40.00) und mit (F40.01)

<b>TAB. 1 Klassifikation der Angststörungen gemäss ICD-10 (8, 9)</b>	
<b>Phobische Störungen (F40.-)</b>	<b>Kurzdefinition</b>
Agoraphobie (F40.0-) Ohne Panikstörung (F40.00) Mit Panikstörung (F40.01)	Eine relativ gut definierte Gruppe von Phobien, mit Befürchtungen, das Haus zu verlassen, Geschäfte zu betreten, in Menschenmengen und auf öffentlichen Plätzen zu sein, alleine mit Bahn, Bus oder Flugzeug zu reisen. Eine Panikstörung kommt als häufiges Merkmal bei gegenwärtigen oder zurückliegenden Episoden vor. Depressive und zwanghafte Symptome sowie soziale Phobien sind als zusätzliche Merkmale gleichfalls häufig vorhanden. Die Vermeidung der phobischen Situation steht oft im Vordergrund, und einige Agoraphobiker erleben nur wenig Angst, da sie die phobischen Situationen meiden können.
Soziale Phobien (F40.1)	Furcht vor prüfender Betrachtung durch andere Menschen, die zu Vermeidung sozialer Situationen führt. Umfassendere soziale Phobien sind in der Regel mit niedrigem Selbstwertgefühl und Furcht vor Kritik verbunden. Sie können sich in Beschwerden wie Erröten, Hände zittern, Übelkeit oder Drang zum Wasserlassen äussern. Dabei meint die betreffende Person manchmal, dass eine dieser sekundären Manifestationen der Angst das primäre Problem darstellt. Die Symptome können sich bis zu Panikattacken steigern.
Spezifische (isolierte) Phobien (F40.2)	Phobien, die auf eng umschriebene Situationen wie Nähe von bestimmten Tieren, Höhen, Donner, Dunkelheit, Fliegen, geschlossene Räume, Urinieren oder Defäkieren auf öffentlichen Toiletten, Genuss bestimmter Speisen, Zahnarztbesuch oder auf den Anblick von Blut oder Verletzungen beschränkt sind. Obwohl die auslösende Situation streng begrenzt ist, kann sie Panikzustände wie bei Agoraphobie oder Sozialer Phobie hervorrufen.
<b>Andere Angststörungen (F41.-)</b>	
Panikstörung (episodisch paroxysmale Angst) (F41.0)	Das wesentliche Kennzeichen sind wiederkehrende, schwere Angstattacken (Panik), die sich nicht auf eine spezifische Situation oder besondere Umstände beschränken und deshalb auch nicht vorhersehbar sind. Wie bei anderen Angsterkrankungen zählen zu den wesentlichen Symptomen plötzlich auftretendes Herzklopfen, Brustschmerz, Erstickungsgefühle, Schwindel und Entfremdungsgefühle (Depersonalisation oder Derealisation). Oft entsteht sekundär auch die Furcht zu sterben, vor Kontrollverlust oder die Angst, wahnsinnig zu werden.
Generalisierte Angststörung (GAS) (F41.1)	Die Angst ist generalisiert und anhaltend. Sie ist nicht auf bestimmte Umgebungsbedingungen beschränkt, sie ist vielmehr «frei flottierend». Die wesentlichen Symptome sind variabel, Beschwerden wie ständige Nervosität, Zittern, Muskelspannung, Schwitzen, Benommenheit, Herzklopfen, Schwindelgefühle oder Oberbauchbeschwerden gehören zu diesem Bild. Häufig wird die Befürchtung geäussert, der Patient selbst oder ein Angehöriger könnten demnächst erkranken oder einen Unfall haben.
Angst und depressive Störung, gemischt (F41.2)	Diese Kategorie soll bei gleichzeitigem Bestehen von Angst und Depression Verwendung finden, jedoch nur, wenn keine der beiden Störungen eindeutig vorherrscht und keine für sich genommen eine eigenständige Diagnose rechtfertigt.
<b>Gemäss ICD-11 (ab 2022)</b>	
Trennungsangststörung (6B05)	Diese Störung ist dadurch charakterisiert, dass Furcht oder Angst in Trennungssituationen bezüglich spezifischer Bezugspersonen bestehen. Bei Kindern tritt diese Trennungsangst typischerweise bei Trennungen von Eltern, anderen Verwandten oder sonstigen Bezugspersonen auf. Bei Erwachsenen tritt die Störung typischerweise in Trennungssituationen von Partnern oder Kindern auf. Die damit einhergehenden Symptome führen zu signifikanten Beeinträchtigungen bei der Bewältigung von Alltagsaufgaben.
Selektiver Mutismus (6B06)	Das wesentliche Kennzeichen besteht darin, dass selektiv in gewissen Situationen nicht gesprochen wird. So kann das Kind in spezifischen Situationen (typischerweise zu Hause) adäquate Sprechkompetenzen zeigen, in anderen spezifischen sozialen Situationen (typischerweise in der Schule) jedoch nicht mehr.

<b>TAB. 2 Beispiele für Fragen bei Verdacht auf eine Angststörung (Gemäss S3 Leitlinien; 13)</b>	
<b>Angststörung</b>	<b>Fragen</b>
Agoraphobie (F40.0-) Ohne Panikstörung (F40.00) Mit Panikstörung (F40.01)	Haben Sie plötzliche Anfälle, bei denen Sie in Angst und Schrecken versetzt werden, und bei denen Sie unter Symptomen wie Herzrasen, Zittern, Schwitzen, Luftnot, Todesangst u.a. leiden? Haben Sie in den folgenden Situationen Angst oder Beklemmungsgefühle: Menschenmengen, enge Räume, öffentliche Verkehrsmittel? Vermeiden Sie solche Situationen aus Angst?
Generalisierte Angststörung (F41.1)	Fühlen Sie sich nervös oder angespannt? Machen Sie sich häufig über Dinge mehr Sorgen als andere Menschen? Haben Sie das Gefühl, ständig besorgt zu sein und dies nicht unter Kontrolle zu haben? Befürchten Sie oft, dass ein Unglück passieren könnte?
Soziale Phobien (F40.1)	Haben Sie Angst in Situationen, in denen Sie befürchten, dass andere Leute negativ über Sie urteilen könnten, Ihr Aussehen kritisieren könnten oder Ihr Verhalten als dumm, peinlich oder ungeschickt ansehen könnten?
Spezifische (isolierte) Phobien (F40.2)	Haben Sie starke Angst vor bestimmten Dingen oder Situationen, wie Insekten, Spinnen, Hunden, Katzen, Naturgewalten (Gewitter, tiefes Wasser), Blut, Verletzungen, Spritzen oder Höhen?

Panikstörung, die Sozialen Phobien (F40.1) und die Spezifischen (isolierten) Phobien (F40.2) (vor z.B. Tieren, Höhe etc.) unterschieden. Bei den Anderen Angststörungen besteht Angst als Hauptsymptom ohne auf eine bestimmte Umgebungssituation bezogen zu sein. Hier werden im Wesentlichen die Panikstörung (episodisch paroxysmale Angst; F41.0), die GAS (F41.1) und die «Angst und depressive Störung, gemischt» (F41.2) unterschieden.

In der kommenden ICD-11, die 2022 in Kraft treten soll, werden in der Kategorie «anxiety and fear-related disorders» zusätzlich zu den oben aufgezählten Angststörungen der Selektive Mutismus («selective mutism», 6B06) und die Trennungsangststörung («separation anxiety disorder», 6B05) aufgenommen. Somit wird der Wichtigkeit dieser bislang in der Kinder- und Jugendpsychiatrie diagnostizierten Krankheitsbilder für den späteren Krankheitsverlauf im Erwachse-

**TAB. 3** Mögliche Differentialdiagnosen von Angststörungen nach ICD-10 (8, 9)

Differentialdiagnose	Kurzbeschreibung	Gemeinsamkeiten	Unterschiede
Akute Belastungsreaktion (F43.0) / Anpassungsstörung (F43.2)	Depressive Stimmung, Angst, Besorgnis nach einem aussergewöhnlich belastenden Lebensereignis	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Angstsymptome</li> <li>• vegetative Symptome (Tachykardie, Schwitzen, Erröten)</li> <li>• Vermeidungsverhalten (wie bei Sozialen Phobien)</li> <li>• Grübeln (wie bei GAS)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aussergewöhnlich belastendes Ereignis in der Vergangenheit oder Veränderung im Leben ist bei der akuten Belastungsreaktion oder Anpassungsstörung Bedingung.</li> </ul>
Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) (F43.1)	Verzögerte Reaktion mit vegetativer Übererregtheit auf ein belastendes Ereignis oder eine Situation mit aussergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophenartigem Ausmass. Patienten berichten über sich wiederholendes Erleben des Traumas mit sich aufdrängenden Erinnerungen (Flashbacks), erhöhter Schreckhaftigkeit und Alpträumen.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• vegetative Symptome (Tachykardie, Schwitzen, Erröten)</li> <li>• Vermeidung von Aktivitäten und Situationen (wie bei phobischen Ängsten)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aussergewöhnlich belastendes Ereignis in der Vergangenheit oder Veränderung im Leben ist bei der PTBS Bedingung.</li> <li>• Bei der PTBS besteht Vermeidung mit Absicht, damit keine Erinnerungen an das Trauma wachgerufen werden.</li> </ul>
Zwangsstörungen (F42.-)	Charakteristisch sind Zwangsgedanken und/oder Zwangshandlungen. Es können Ängste vor Ansteckung, Verletzungen etc. bestehen, und es kann zu aufwändigem Verhalten kommen, um diese Gefahren ritualisiert zu neutralisieren. Dies wird meist als quälend und sinnlos erlebt.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vermeidung von sozialen Situationen (wie bei Sozialen Phobien)</li> <li>• intrusive (unwillkommene, sich aufdrängende) Gedanken (wie GAS)</li> <li>• Sicherheitsverhalten (wie bei GAS und Sozialen Phobien)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vermeidung von sozialen Situationen aus Befürchtung, dass zwanghaftes Verhalten von anderen beobachtet wird.</li> <li>• Inhalte der Gedanken bei Zwangsstörungen: Ansteckung, Verunreinigung etc.</li> <li>• Inhalte bei GAS: Finanzen, Familie, Gesundheit etc.</li> <li>• Bei Zwangsstörung ist Sicherheitsverhalten exzessiver und zeitraubender als bei Ängsten</li> </ul>
Depressive Episode (F32), rezidivierende depressive Störung (F33)	Depressive Stimmung, Freudlosigkeit und Antriebs-/Energienmangel	<ul style="list-style-type: none"> <li>• sozialer Rückzug und Vermeidungsverhalten (wie bei Agoraphobie und Sozialen Phobien)</li> <li>• Negativ gefärbtes Denken (wie bei GAS)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bei Depression besteht Rückzug in Folge von Antriebslosigkeit, nicht aufgrund von Angst.</li> <li>• Bei Sozialer Phobie besteht Wunsch nach sozialem Kontakt, bei Depressionen kann dies vermindert sein.</li> <li>• Bei Depression Grübeln über Vergangenes, bei GAS Sorgen über Zukunft</li> </ul>
Essstörungen (F50)	Ständige gedankliche und emotionale Beschäftigung mit dem Thema Essen	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ängste und Vermeidungsverhalten bezüglich Nahrungsmitteln und Essen (wie bei Spezifischen Phobien oder Sozialen Phobien)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bei Essstörungen Angst vor Gewichtszunahme</li> <li>• Bei Spezifischer Phobie, z.B. Angst vor dem Erstickten</li> <li>• Bei Sozialer Phobie Angst vor Essen in der Öffentlichkeit</li> </ul>
Somatoforme Störungen (F45.-)	Wiederholte Darbietung körperlicher Symptome in Verbindung mit hartnäckigen Forderungen nach medizinischen Untersuchungen trotz wiederholter unauffälliger Befunde und Versicherung der Ärzte, dass die Symptome nicht körperlich begründbar sind.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Äusserung von multiplen Symptomen (wie bei der Panikstörung)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bei Somatoformen Störungen Symptome eher dauerhaft, bei Panikstörung eher episodisch</li> </ul>
Hypochondrische Störung (F45.2)	Beharrliche Beschäftigung mit der Möglichkeit an einer oder mehreren schweren und fortschreitenden körperlichen Krankheiten zu leiden.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Angst vor Krankheit (wie bei GAS)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bei der GAS sind Inhalte der Sorgen verschieden, bei Hypochondrischer Störung auf Krankheit beschränkt.</li> </ul>
Substanzmissbrauch (F10-F19)	Stimulanzien- (Kokain, Amphetamine etc.) und Kaffeekonsum, sowie Opiat-, Benzodiazepin-, oder Alkoholtentzüge	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vegetative Symptome wie bei Panikattacken</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vorgängiger Konsum der Substanz Bedingung</li> </ul>
Autismus-Spektrum-Störung (F84.0/ F84.1/ F84.5)	Gekennzeichnet durch qualitative Abweichungen in den sozialen Interaktionen und Kommunikationsmustern und durch ein eingeschränktes, stereotypes, sich wiederholendes Repertoire von Interessen und Aktivitäten.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ängste wie bei Sozialer Phobie</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bei den Autismus-Spektrum-Störungen bestehen Ängste eher aufgrund mangelnder sozialer Kompetenzen.</li> <li>• Bei Sozialer Phobie ist das Wissen über soziale Kompetenzen häufig intakt.</li> </ul>
Psychotische Störungen	Verändertes Erleben des eigenen Ichs und der Umwelt, einhergehend mit z.B. Wahrnehmungsstörungen, Wahnsymptomen etc.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vermeidung von sozialen Situationen (wie bei Sozialen Phobien)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bei psychotischen Störungen Vermeidung aufgrund von z.B. wahrgenommener Bedrohung durch andere</li> <li>• Bei Sozialer Phobie Vermeidung aufgrund von Angst vor Peinlichkeit und Scham</li> </ul>

nenalter Rechnung getragen. Es zeigte sich, dass bei 43.1% einer Stichprobe von 38 993 Erwachsenen das Ersterkrankungsalter bezüglich der Trennungsangststörung über 18 Jahre lag (10).

### Diagnostik und Differentialdiagnostik von Angststörungen

In der Praxis kann es Schwierigkeiten bereiten Angststörungen zu erkennen, da Patienten häufig nicht über ihre Ängste, sondern über Schmerzen, Schlafstörungen oder andere somatische Beschwerden berichten (11, 12). Bei Verdacht auf eine Angststörung können in der Primärversorgung Fragen gestellt (siehe Tabelle 2 (13)) oder wissenschaftlich validierte kurze Screening-Fragebogen eingesetzt werden, zum Beispiel der Generalized Anxiety Disorder Assessment Fragebogen (GAD-7 (14); siehe Abb. 1). Der GAD-7 Fragebogen wurde ursprünglich für die GAS entwickelt. Es hat sich aber gezeigt, dass er auch sensitiv und spezifisch für andere Angststörungen ist (15). Beim GAD-7 Fragebogen deutet ein

Summenwert ab 8 auf eine mögliche Angsterkrankung hin. Erhärtet sich der Verdacht auf eine Angststörung, sollte eine Überweisung in eine Fachinstitution erfolgen, wo eine Diagnosestellung nach ICD-10 (8, 9) stattfindet (siehe Tabelle 1) und dem Patienten die Therapieoptionen ausführlich dargestellt und erklärt werden. Eine Angststörung sollte fachärztlich-/psychologisch-psychotherapeutisch behandelt werden (13).

Zur präzisen Erfassung von Angststörungen können strukturierte und halbstrukturierte Interviews verwendet werden (z.B. das Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.; DSM-IV; ICD-10) (16).

Angststörungen müssen differentialdiagnostisch von anderen psychischen Störungen mit ähnlichen Symptomen unterschieden

ABB. 1 Gesundheitsfragebogen für Patienten (GAD-7; 14)				
Wie oft fühlten Sie sich im Verlauf der letzten 2 Wochen durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt?	Überhaupt nicht	An einzelnen Tagen	An mehr als der Hälfte der Tage	Beinahe jeden Tag
Nervosität, Ängstlichkeit oder Anspannung	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Nicht in der Lage sein, Sorgen zu stoppen oder zu kontrollieren	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Übermässige Sorgen bezüglich verschiedener Angelegenheiten	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Schwierigkeiten zu entspannen	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Rastlosigkeit, so dass Stillsitzen schwer fällt	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Schnelle Verärgerung oder Gereiztheit	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Gefühl der Angst, so als würde etwas Schlimmes passieren	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Gesamtwert ____ = Addition ____ + ____ + ____ der Spaltensummen				

werden. Tab. 3 gibt einen Überblick über die wichtigsten psychiatrischen Differentialdiagnosen wieder. Nebst den gemäss ICD-10 diagnostizierbaren eigentlichen Angststörungen gibt es einige nichtpsychiatrische Ursachen, die «Angstsymptome» auslösen können (siehe Tab. 4). Die Therapie der Angststörungen wird in einem weiteren Artikel beschrieben.

**Dr. med. Lucas Krug**, l.krug@hin.ch  
Psychiatrie und Psychotherapie FMH

**Dr. phil. Olivia Bolt**, olivia.bolt@hin.ch  
Eidgenössisch anerkannte Psychotherapeutin  
Sanatorium Kilchberg AG und eigene Praxen in Zürich  
Selnaustrasse 6, 8001 Zürich

**+** **Interessenskonflikt:** Die Autoren haben in Zusammenhang mit diesem Artikel keine Interessenskonflikte deklariert.

**+** **Literatur:** am Online-Beitrag unter: [www.medinfo-verlag.ch](http://www.medinfo-verlag.ch)

<https://doi.org/10.23785/ARZT.2019.11.001>

### Take-Home Message

- ◆ Angst ist eine Emotion, die auftritt, wenn eine Situation als bedrohlich wahrgenommen wird. Pathologische Angst tritt in Situationen auf, in denen keine reale Bedrohung und Gefahr besteht.
- ◆ Angststörungen sind häufig und beeinträchtigend mit einer durchschnittlichen 1-Jahresprävalenz von 10.6% und einer Lebenszeitprävalenz von 16.6%.
- ◆ Die ICD-10 unterscheidet zwischen folgenden Angststörungen: Agoraphobie (mit und ohne Panikstörung), Soziale Phobie, Spezifische (isolierte) Phobien, Panikstörung (episodisch paroxysmale Angst), Generalisierte Angststörung und „Angst und depressive Störung“ gemischt.
- ◆ Angstpatienten präsentieren sich häufig mit Schmerzen, Schlafstörungen und anderen somatischen Symptomen. Spezifische Fragen bezüglich Angst oder ein Screening Fragebogen können helfen, Angststörungen in der Primärversorgung zu erkennen.
- ◆ Angststörungen sollten in einer Fachinstitution abgeklärt werden und fachärztlich-/psychologisch-psychotherapeutisch und/oder psychopharmakotherapeutisch behandelt werden.

TAB. 4 Auswahl nichtpsychiatrischer Ursachen von Angst- oder angstähnlichen Symptomen (17)	
<b>Kardiovaskuläre Ursachen</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Angina pectoris, Koronarinsuffizienz</li> <li>▶ Arrhythmien</li> <li>▶ Myokardinfarkt</li> <li>▶ Arterielle Hypertonie</li> <li>▶ Herzklappenerkrankungen</li> <li>▶ Herzinsuffizienz</li> </ul>	
<b>Pulmonale Ursachen</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Asthma bronchiale</li> <li>▶ Chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD)</li> <li>▶ Pneumothorax</li> <li>▶ Lungenembolie</li> <li>▶ Lungenödem</li> </ul>	
<b>Endokrine/metabolische Ursachen</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Hypoglykämie</li> <li>▶ Hyperthyreose</li> <li>▶ Phäochromozytom</li> <li>▶ Karzinoid</li> <li>▶ Insulinom</li> <li>▶ Akute intermittierende Porphyrie</li> <li>▶ Elektrolytveränderungen</li> <li>▶ M. Cushing</li> </ul>	

**Literatur:**

1. Ekman, P., Facial expression and emotion. *Am Psychol*, 1993. 48(4): p. 384-92.
2. Lazarus, R.S., Stress und Stressbewältigung – ein Paradigma, in *Kritische Lebensereignisse*, S.H. Philipp, Editor. 1981, Urban & Schwarzenberg: München.
3. Cannon, W.B., Bodily changes in pain, hunger, fear, and rage. 1932, New York: Appleton-Century-Crofts.
4. World Health Organisation (WHO), Depression and other common mental disorders: Global health estimates. 2017.
5. Wittchen, H.U., et al., The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. *Eur Neuropsychopharmacol*, 2011. 21(9): p. 655-79.
6. Maercker, A., et al., The costs of disorders of the brain in Switzerland: an update from the European Brain Council Study for 2010. *Swiss Med Wkly*, 2013. 143: p. w13751.
7. Somers, J.M., et al., Prevalence and incidence studies of anxiety disorders: a systematic review of the literature. *Can J Psychiatry*, 2006. 51(2): p. 100-13.
8. World Health Organisation (WHO), Tenth Revision of the International Classification of Diseases, Chapter V (F): Mental and Behavioural Disorders (including disorders of psychological development). *Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines*. 1991, Geneva: World Health Organisation.
9. DIMDI, Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision, German Modification (ICD-10-GM). 2020.
10. Silove, D., et al., Pediatric-Onset and Adult-Onset Separation Anxiety Disorder Across Countries in the World Mental Health Survey. *Am J Psychiatry*, 2015. 172(7): p. 647-56.
11. Knaster, P., et al., Psychiatric disorders as assessed with SCID in chronic pain patients: the anxiety disorders precede the onset of pain. *Gen Hosp Psychiatry*, 2012. 34(1): p. 46-52.
12. Wittchen, H.U., et al., Generalized anxiety and depression in primary care: prevalence, recognition, and management. *J Clin Psychiatry*, 2002. 63 Suppl 8: p. 24-34.
13. Bandelow, B., et al., Deutsche S3-Leitlinie Behandlung von Angststörungen. 2014. [www.awmf.org/leitlinien.html](http://www.awmf.org/leitlinien.html)
14. Löwe, B., et al., Validation and standardization of the Generalized Anxiety Disorder Screener (GAD-7) in the general population. *Med Care*, 2008. 46(3): p. 266-74.
15. Plummer, F., et al., Screening for anxiety disorders with the GAD-7 and GAD-2: a systematic review and diagnostic metaanalysis. *Gen Hosp Psychiatry*, 2016. 39: p. 24-31.
16. Sheehan, D.V., et al., The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *J Clin Psychiatry*, 1998. 59 Suppl 20: p. 22-33;quiz 34-57.
17. Neu, P., Akutpsychiatrie: Das Notfall Manual. 3. Auflage, 2017, Stuttgart: Schattauer.